

HSH Videreutdanning i Aldring og Eldreomsorg
Geriatric 02
Fordypningsoppgave våren 2009

Kandidat nr. 42

HELSEFREMMENTE EFFEKT AV SANSEHAGER PÅ SYKEHJEM



Antall ord: 9.806

*Dagen har vært lang,
Innestengt av glass og betong
Overdøvet av lyder,
Tanken tapt bak tusen tanker.
Trå inn i aftenens duft,
Lyden av raslende løv,
Lukten av blomster.
Hagen gir deg livet ditt tilbake*

Pam Brown f. 1928.



INNHOLDSFORTEGNELSE:

1.	INNLEDNING	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Presentasjon av problemstillingen	4
1.3	Avgrensning og presisering	5
1.4	Oppgavens disposisjon	5
2.	TEORI	6
2.1	Helsefremming	6
2.2	Sansehager	8
2.3	Miljøbehandling	11
3.	METODE	14
3.1	Praktisk gjennomføring	16
3.2	Kildekritikk	17
3.3	Etikk	17
4.	PRESENTASJON AV FORSKNING OG PROSJEKTER	18
4.1	Passiv påvirkning av natur	18
4.2	Naturens effekt på velvær	19
4.3	Fysisk aktivitet i hagen	21
4.4	Sansehager for demente	22
5.	DRØFTING	24
5.1	Effekten av natur på vår helse	24
5.2	Tilgjengelighet – tilrettelegging av sansehagen	28
5.3	Miljøbehandling – hvordan bruke hagen	32
6.	AVSLUTNING	36
7.	REFERANSELISTE	37

VEDLEGG 1: Hvordan vurdere en kvalitativ studie

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forholdene innen eldreomsorgen er et tema som ofte får oppmerksomhet i media og i den politiske debatten. Det har vært lite fokus på de ytre omgivelsene rundt sykehjemmene og det er tilfeldig hvordan utearealene blir tilrettelagt. De fleste mennesker veksler mellom å leve sine liv inne og ute. For beboerne på sykehjem som ofte har stor funksjonssvikt og trenger hjelp til å komme seg ut, kan dette stille seg helt annerledes.

Bakgrunnen for oppgaven er å innhente kunnskap om hva naturen og naturopplevelsen betyr for den eldre som bor på sykehjem. Det kan bidra til å øke forståelsen og bevisstheten i eldreomsorgen som kan føre til kvalitetsutvikling i behandlingstilbudet. Tradisjonelt har det vært fokusert på risiko for sykdom og behandling i helsevesenet og i eldreomsorgen. Jeg ønsker å rette søkelyset mot styrkende faktorer i de ytre omgivelsene og se på hvordan man kan bruke sansehager som miljøbehandling i et helsefremmende perspektiv for beboere på sykehjem.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Det finnes en flott sansehage på det sykehjemmet jeg jobber. Sykehjemmet var nytt i 2000, og sansehagen ble da bygget opp gjennom et prosjekt ledet av Nasjonalt kompetansesenter for demens i samarbeid med Husbanken og Hageselskapet. Prosjektet gikk over 5 år og hagen vår ble hele tiden utviklet som en del av dette prosjektet. Hagen vår er mye i bruk hele året, men på grunn av beliggenheten blir den kun brukt av en liten del av sykehjemmet, dementavdelingen. Jeg antar at de fleste som bor på sykehjem har, hvis det blir tilrettelagt for det, ønske om å være ute av og til.

Min problemstilling blir da:

Hvordan kan vi bruke sansehager som et ledd i helsefremmende tiltak for beboere på sykehjem?

1.3 Avgrensning og presisering

De fleste sansehager i Norge er tilrettelagt for demente. Jeg vil ikke spesielt ta for meg gruppen med diagnose demens, men heller se på alle pasienters nytteverdi av natur og naturopplevelser uavhengig av diagnose.

1.4 Oppgavens disposisjon

Innledningsvis har jeg presentert tema og problemstillingen for oppgaven samt hvilke avgrensninger jeg har gjort. Kapittel to består av det teoretiske rammeverket, først kommer helsefremming som jeg ser på som et bakteppe i oppgaven. Videre har jeg beskrevet hva litteraturen sier om hva en sansehage er og hva som legges i begrepet miljøbehandling.

I metoddelen redegjøres det for hvilken metode jeg har valgt, praktisk gjennomføring, kildekritikk og etikk.

I kapittel fire presenteres tidligere forskning og prosjekter om temaet. De er delt inn etter konklusjoner og hovedfokus som forsker eller prosjektleder har hatt.

I drøftingsdelen blir teori og egne erfaringer drøftet opp mot funn gjort i kapittel fire.

Tilslutt kommer avslutning og referanser.

2. TEORI

2.1 Helsefremming

Helse blir av Verdens Helseorganisasjon (WHO) definert som:

”en tilstand av fullkomment legemlig, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyter”.

Definisjonen må ses på som en visjon – en retning for det helsefremmende arbeidet man driver over hele verden. Det som WHO mener kjennetegner helsen er evnen til å motstå de påkjenninger vi daglig utsettes for, uten å reagere med sykdom eller mangelfull tilpasning og trivsel. Jo større denne evnen er, desto bedre er helsen (World Health Organization, 1998).

Ved vurdering av helsen legger vi økende grad vekt på om individet kan utføre de funksjoner i samfunnet som det har fått, at det trives i sine funksjoner og er tilpasset til samfunnets normer og regler. God helse vurderes høyt av de fleste, både som verdi i seg selv og som middel til å oppnå andre goder.

WHO's definisjon på helsefremming – Health Promotion:

”Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health”.

WHO mener helsefremming representerer en omfattende sosial og politisk prosess, ikke bare tiltak mot å styrke de ferdigheter og evner hver enkelt har. Det er viktig med tiltak rettet mot skiftende sosiale, miljømessige og økonomiske forhold slik at deres innflytelse på offentlig og individuell helse kan bedres. Helsefremmende arbeid er en prosess for å få økt kontroll over negativ påvirkning for dermed og forbedre helsen. Deltakelse er avgjørende for å opprettholde helsefremmende tiltak (World Health Organization, 1998).

I følge Rønningen (2003), innebærer helsefremmende arbeid å fylle på med ting som er gode og positive og som gjør at folk får det bedre. Strategien rettes mot hele

befolkningsgrupper eller samfunnsområder, for eksempel sikring av bomiljø og arbeidsmiljø.

Fram til midten av 80-tallet var det bio-medisinske helsesynet mest fremtredene. Der tok man utgangspunkt i de patogene faktorene som påvirket mennesket og oppfattelse av at helse var fravær av sykdom. Man hadde fokuset på forebygging av sykdom. Det innebærer i følge Rønningen (2003) å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom, skade eller andre problemer. Det handler om å nøste bakover i årsakskjeden til at problemer oppstår og sette inn tiltak på lavest mulig nivå.

Forebyggende helsearbeid for gamle dreier seg i følge Ranhoff (2008) både om å forebygge sykdom, skade og tidlig død og om å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet. Tiltakene deles vanligvis inn i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging omfatter tiltak som fremmer god helse og forebygger at det oppstår sykdom og skade. F. eks. sunn livsstil, influensavaksinering, fallforebygging. Sekundærforebygging er tiltak som settes i verk etter at det har oppstått et symptom eller en hendelse. Målet er å hindre nye hendelser. Tertiærforebygging settes i gang for å forebygge ytterligere negative konsekvenser av en eksisterende sykdom. Det kan være tiltak for å forebygge forverring av hjertesvikt og negative konsekvenser av demens.

Den enkeltes egeninnsats står sentralt når det gjelder å ta vare på egen helse og funksjon. Det er viktig allerede fra tidlig voksenalder, men får stadig større betydning ettersom årene går. (Ranhoff, 2008).

Den israelske sosiologen Aaron Antonovsky har beskrevet begrepet salutogenese som aktiviteter som styrker eller fremmer vår helse. Han mente at helsefremmende arbeid søker å rette oppmerksomheten mer mot de faktorene som bidrar til at vi opprettholder god helse selv om vi utsettes for patogene faktorer. I følge Antonovsky kunne helse forstås som at du befant deg et sted på en akse mellom absolutt sykdom (dis-ease) og fullstendig sunnhet (ease). Evnen til å nyttiggjøre seg sin egen totale situasjon og egen kapasitet til å bruke tilgjengelige ressurser, ble kalt følelse av tilhørighet. Denne kapasiteten var en

kombinasjon av folks mulighet til å oppnå en forståelse av den situasjonen de var i, og det å finne en mening i å bevege seg i en helsefremmende retning. Blant salutogene faktorer som styrker helsen, finnes ikke bare naturlige fysiologiske behov som vann, luft og mat, men også kulturelle og psykologiske behov som sang, musikk, billedkunst og kunsthåndverk. Også turer i skog og mark, hagearbeid, kontakt med blomster, grønne planter, dyr og fugler kan regnes som salutogene og helsefremmende (Tellnes, 2008).

Antonovsky mente at opplevelsen av sammenheng bestod av 3 elementer:

- Begripelighet: Det er ikke alt vi forstår men det som er viktig skal jeg alltid finne ut av. Klarer jeg å skape en forståelse fører det til kognitiv opplevelse av sammenheng.
- Håndterbarhet: Når jeg står overfor en utfordring eller belastning, skal jeg alltid klare meg. Så lenge jeg begriper det og har nok ressurser til det skal jeg nok mestre det.
- Meningsfullhet: Hvis jeg er tilstrekkelig motivert klarer jeg å gjøre noe med problemet

(Antonovsky, 2005).

2.2 Sansehager

Sansehager eller terapeutiske hager blir av Grefsrød (2002) definert som *”et inngjerdet område, som i tillegg til å være kultivert brukes i forbindelse med behandling av sykdom for å gi åndelig og fysisk balanse”*.

Det finnes ulike begrep i litteraturen når det gjelder hager i terapeutisk øyemed, både terapeutiske hager (therapeutic gardens), helbredende hager (healing gardens), gjenopprettende hager (restorative gardens), spesielt tilrettelagte hager og sansehager. Videre i oppgaven brukes begrepene sansehage og terapeutisk hage for enkelthets skyld og fordi det trolig er best kjent.

Sansehagen er et organisert uteareal til glede og anvendelse for brukere, personale og besøkende. Sansehagen gir tilbud om sansing og rekreasjon og er et sted for naturlig observasjon av ferdigheter som motorikk, tempo, mestring, evne til samhandling og funksjoner som språkforståelse, evne til å uttrykke seg, hukommelse, utholdenhet samt konsentrasjons- og observasjonsevne (Grefsrød, 2002).

Hager laget for rekreasjon har eksistert siden oldtiden i Persia, Egypt og Østen. Et eksempel er en kunstig fjellhage kalt Semiramis hengende hage i Babylon fra rundt 600 f.Kr. Dette viser at man tidlig forstod verdien av grønne omgivelser for mennesker. I Europa oppstod den terapeutiske hagen først med klostrene i middelalderen og de psykiatriske sykehusene på midten av attenhundretallet. I vår tid har hagen blitt viktig i rehabiliteringsprogrammer blant annet for kreft- og AIDS-pasienter, trafikkkofre, ved psykiatriske sykehus, rehabiliteringssentre og noen sykehjem. I Norge finnes det foreløpig ikke så mange hageanlegg som er spesielt tilrettelagt for personer med demens eller de som bor på sykehjem. Mange sykehjem har tilgang til uteareal men det er foreløpig få som har bygget opp en hage med bakgrunn i forståelsen av sykdomsbildet og den terapeutiske effekten grønne omgivelser har for personer med demens (Grefsrød, 2002).

Naturen har i følge Johnsen (2006) til alle tider vært anerkjent for sin helsefremmende effekt både på sunne og friske mennesker, men spesielt etter sykdom eller ved handikap har opphold i naturen blitt ansett som å ha god effekt. Tidligere ble det lagt stor vekt på de estetiske opplevelsene med flotte hager og parker. I kombinasjon med frisk luft og mosjon var det en viktig del av behandlingen i rehabilitering etter sykdom og i styrkelsen og opprettholdelsen av mental, fysisk og sosiale ressurser ved kronisk handikap.

Målet med å ha en sansehage i tilknytning til et sykehjem er å bidra til god livskvalitet for beboerne ved å gi dem mulighet til å komme ut i frisk luft i naturlige, sansestimulerende omgivelser, med muligheter for ro, fysiske utfordringer, og gjengkjennelig miljø. Hagen skal inneholde kjente elementer og skal ha steder der beboerne kan delta i meningsfulle

aktiviteter tilpasset deres funksjonsnivå. Å mestre ulike aktiviteter i hagen øker selvtilliten (Berentsen m.fl., 2007).

Forskning som er gjort de siste 20 årene i USA og Norden (Grefsrød, 2002), viser at naturen har stor påvirkning både fysisk og psykisk på mennesker. Resultatene framhever blant annet at naturopplevelser og bruk av sansehager senker stress, øker konsentrasjonsevnen og virker gunstig inn på blodtrykk og puls. Lys og sol bidrar til å regulere døgnrytmen samtidig som bruk av sansehage også kan framkalle minner og virke kontaktskapende, gi mulighet til å hente nye krefter og å oppleve velvære. I 1997 kom St. meld. nr. 50 (1996-97), kalt "kvalitetsforskriftene" ut. Her legger Stortinget vekt på at eldre skulle ha et tilbud om varierte aktiviteter tilpasset den enkeltes behov både ute og inne. Viktigheten av at eldre som ønsker det kommer seg ut ble understreket i forskriftens kommentar. I revisjonen av kvalitetsforskriften har man fjernet "både ute og inne" (St. meld. Nr. 45, 2002-03).

For at sansehagen skal ha den sikkerheten og de kvalitetene som er nødvendig for at den kan brukes i terapeutisk hensikt, må det stilles en del krav til utforming og innhold. Husbanken har i 1998 utgitt en veileder kalt "Omsorgsboliger og sykehjem. En veileder for lokalisering, organisering og utforming." I et eget punkt "Utearealer egnet for brukergruppen – utomhusplan" gjør de rede for hvordan de mener at arkitekter og byggherre skal planlegge og utforme et uteareal for beboere på sykehjem. Det går på størrelse og plassering, fysiske avgrensninger, stier, oppholdsplasser og beplantning Husbanken (1998).

2.3 Miljøbehandling

Miljø er i følge Jakobsen (2007) benevnelsen på hvilken som helst omgivelse personer lever i. Miljøbehandling skiller seg fra dette ved at miljøet er spesialiserte omgivelser som er bygd spesifikt med tanke på å skape forutsetninger for å ivareta mennesker som ikke kan ivareta seg selv. I litteraturen finner man også begrepet miljøterapi mye brukt. Jakobsen (2007) har en egen definisjon på miljøterapi ”som de former for miljøbehandling hvor miljøet i seg selv anses som aktivt terapeutisk med den hensikt å fremme positiv bekreftelse, dekke grunnleggende behov og skape trygghet”. I annen litteratur bruker man disse begrepene om hverandre og skiller ikke på om de har forskjellig betydning.

Sosial- og Helsedirektoratet utgav i 2007 en rapport kalt Glemsk, men ikke glemmt, hvor de så på dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Rapporten definerer begrepet miljøbehandling som et samlebegrep for summen av de forhold i omgivelsene som vi vet eller antar påvirker mennesker. Det gjelder både de fysiske og de menneskelige rammebetingelsene. Det foreligger ingen overordnet teori for miljøbehandling, men et mangfold varianter utformet på ulikt teoretisk grunnlag.

Miljøbehandling omfatter:

- Ytre rammebetingelser, fysiske og psykososiale forhold
- Individuelle tiltak rettet mot symptomer som er systematisk gjennomført og blir fulgt opp
- Spesielle arbeidsmetoder rettet mot enkeltindivider og grupper

(Sosial- og Helsedirektoratet, 2007).

Miljømessig tilrettelegging har som mål at den enkeltes funksjoner skal bevares lengst mulig. Dersom miljøet er understimulerende eller stressende, blir atferd og følelsesmessige reaksjoner mer negative enn nødvendig (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007).

I psykiatrien har man helst brukt begrepet miljøterapi. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (2001) har følgende definisjon av begrepet:

”Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personalet innenfor fysiske bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid.”

Det er i psykiatrien og i arbeidet med psykisk utviklingshemmede man først har brukt begrepene miljøbehandling og miljøterapi. I følge Witsø og Teksum (1998) må utviklingen av miljøarbeid ses i sammenheng med utviklingen av omsorgen for psykisk utviklingshemmede. Man hadde allerede brukt miljøterapi i behandling av psykiatriske pasienter i forhold til vanskelig adferd. På 1970-tallet knyttet man ulike kunnskaper om miljøterapi fra barne- og ungdomspsykiatrien til arbeidet med psykisk utviklingshemmede i sentralinstitusjonene. Man ble opptatt av å se individet i samspill med miljøet, samtidig som man fikk en økende vektlegging av systematikk og målrettethet i arbeidet. Etter hvert ble det utviklet metoder for trening og opplæring, og man beveget seg bort fra behandlings-/terapifokuseringen og ble mer og mer ressursorientert i arbeidet med de utviklingshemmede. Man ble økende opptatt av deres lærings- og utviklingsmuligheter. Etter hvert tvang det seg fram vurderinger av hele omsorgen i forhold til grunnleggende menneskerettigheter. Utviklingen ble påvirket av en endring i både holdninger og politiske målsettinger fra sentralisering og særomsorg til en åpen og mer normalisert omsorg for mennesker med psykisk utviklingshemming. Etter hvert har en sett at denne tenkningen også er egnet til arbeid med funksjonshemmede generelt, deriblant aldersdemente og andre beboere på sykehjem (Witsø og Teksum, 1998).

Miljøbehandling har blitt diskutert under tre nasjonale konferanser om demens; 1994, 2000 og 2006. Det er stor enighet i fagmiljøet om at det er behov for et

utviklingsprogram på området. Regjeringen har i Demensplan 2015 "Den gode dagen" som er en delplan til Omsorgsplan 2015, satt søkelys på forskning av miljøterapi. De mener at gjennom miljøterapeutiske tiltak og tilrettelegging av kultur og aktivitetstilbud, vil en stimulere til økt livskvalitet. *"Det skal derfor i 2008 iverksettes et 3-årig utviklingsprogram om miljøbehandling og miljøterapi. Utviklingsprogrammet skal sette søkelys på fysiske og psykososiale rammebetingelser, relasjon og samspill, kommunikasjon og miljøterapeutiske metoder. Videre skal programmet utvikle gode modeller for miljøterapeutiske tiltak og vurdere effekt og nytteverdi av ulike miljøtiltak"* (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007).

3. METODE

I følge Halvorsen (2002) kan metode defineres som *”læren om de verktøy en kan benytte for å samle inn informasjon”*. Metode er læren om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke sosiale fakta på en så systematisk måte at andre kan kikke oss i kortene. Metoden hjelper oss til på en systematisk måte å undersøke virkeligheten på. Vi ser etter noe spesielt og skjerper dermed oppmerksomheten omkring dette, for eksempel ved systematisk å observere noe eller ved å intervju folk som har gjennomlevd et eller annet. Den forskningsmetoden som velges, vil være med på å bestemme hva en vil se eller oppdaget. Det avgjørende for metodevalget er hva man ønsker å vite.

I følge Olsson og Sørensen (2006) må forskningsarbeidet være preget av objektivitet for å kunne bli troverdig. Det innebærer at standpunktene som tas og konklusjonene som trekkes, virkelig hviler på saklig argumentasjon. Forskeren må redegjøre for teorier og argumentasjon på en måte som gjør at forskningen blir forstått av andre.

Det er finnes to hovedformer for metodisk tilnærming: kvalitative og kvantitative metoder. Både den kvalitative og den kvantitative tilnæringsmåten har som siktemål å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i. I grove trekk kan en si at innenfor kvantitativ metode omformer man data til tall og mengdestørrelser. Ut i fra tallmaterialet lages statistiske analyser og forskeren tilstreber å beskrive og forklare utfallet av de gjennomførte målingene. Resultatene bygger på et stort antall individer og et begrenset antall variabler. Ved kvalitativ metode er det forskerens forståelse eller tokning av informasjoner som står i forgrunnen. Forskeren har en nærhet og ofte langvarig kontakt med forsøkspersonen/personene. Forskningen er fleksibel og en går trinnvis dypere og dypere inn i problemstillingen. Resultatene bygger på et lite antall individer og et stort antall variabler.

Jeg vil i oppgaven benytte litteraturstudie som metode. En litteraturstudie innebærer i følge Forsberg og Wengstrøm, (2003) *”å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde”*. Oppgaven blir bygd opp

på kunnskap fra bøker og vitenskaplige artikler og en er ikke selv direkte observatør til hendingsene. Det positive med å velge litterær metode er at det er svært mange forhold det foreligger data om. Man kan samle inn store mengder data på kort tid. I tillegg kan man gå tilbake og lese artiklene på ny eller søke etter nye artikler underveis. Kildematerialet kan være av ulikt slag og kvalitet, men til svært mange formål vil kildematerialet være tilstrekkelig som grunnlag for egen drøfting og analyse. En negativ side med litterær metode er at det ofte er tilfeldig hvilke data som er tilgjengelige. Ikke sjelden vil det være slik at det foreligger mye irrelevant kildemateriale og datamaterialet i seg selv setter grenser. Data som rent faktisk ikke finnes, kan en heller ikke få tak i.

Forsberg og Wengstrøm (2003) beskriver 3 ulike typer litteraturstudier:

- Allmenn litteraturstudie hvor man beskriver og analyserer valgte studier på en systematisk måte
- Systematisk litteraturstudie hvor man prøver å finne svar på en konkret problemstilling gjennom å analysere relevant forskning
- Begrepsanalyse hvor man studerer litteratur og ordbøker for å definere meningsinnholdet i selve begrepet.

For denne fordypningsoppgaven har jeg valgt å bruke en tilnærmet lik systematisk litteraturstudie. Man besvarer da problemstillingen ut fra tidligere gjennomførte studier. Det kan ikke bli en fullverdig systematisk litteraturstudie da jeg ikke bare bruker vitenskaplige artikler men og andre artikler og prosjekter. Litteraturen fokuserer på aktuell forskning som kan danne grunnlag for å dra kliniske beslutninger.

3.1 Praktisk gjennomføring

Jeg har i oppgaven prøvd å besvare problemstillingen ved å ta utgangspunkt i tidligere forskning og gjennomførte prosjekter.

Det er viktig å finne emneord som treffer de artikler som jeg har behov for. Jeg har i oppgaven brukt følgende søkeord og kombinasjon av søkeord:

Therapeutic garden, Older people, Aged, Recreation areas, Health, Gardens, Grønn omsorg, Sansehager

Jeg har søkt i databasene ProQuest, Medline, SveMed. I ProQuest fant jeg 3 artikler, Medline var det de samme artiklene som kom opp. I Svemed fikk jeg ingen treff på søkeordene. Jeg fikk hjelp av bibliotekar ved Høgskolen, men det var ikke mulig å finne flere artikler.

Jeg har i tillegg søkt på Nasjonalt Kompetansesenter, Helsedirektoratet, Statens Folkhälsinstitut i Sverige, Sansehaver, Danmark og diverse andre nordiske nettsteder med interesse for sansehager og miljøbehandling. Jeg fant flere store prosjekter som er gjennomført i de nordiske landene. Erfaringene fra prosjektene er enten utgitt i rapportform eller i bok.

De vitenskapelige artiklene og prosjektene jeg har brukt i oppgaven, har stort sett vært kvalitative undersøkelser. En kvantitativ studie ble stadig henvist til i litteraturen og den var fra 1984. Den ble valgt til tross for at den er litt gammel fordi den er å betegne som en klassiker i litteraturen. Ellers har den forskningen og de prosjektene som er med i oppgaven, blitt valgt ut i fra relevans til problemstillingen. Forskning på utemiljøets betydning for velvære til eldre er av relativt ny dato og det var derfor ikke nødvendig å begrense søket etter årstall.

Videre har jeg vurdert det jeg har funnet for å se om det er god kvalitet på artiklene. Det publiseres mye forskning men det kan være svakheter i forskningen som gjør at

resultatene ikke bør overføres til praksis. Jeg har brukt en veileder som heter ”Hvordan vurdere en kvalitativ studie” som vi har som pensumlitteratur. (Vedlegg 1).

Jeg har i kapitlet Presentasjon av tidligere forskning og prosjekter, kategorisert funnene etter temaer for å lettere kunne sammenligne resultatene forfatterne har kommet fram til.

3.2 Kildekritikk

Det har vært vanskelig å finne forskningsartikler som er relevant for problemstillingen. Det var lite treff i databasene, men det kan skyldes at det har vært vanlig å bruke miljøterapeutiske virkemidler inne og at det er en forholdsvis ny tankegang at en kan bruke tilsvarende metoder ute for å oppnå helsefremming.

Flere av prosjektene jeg fant var utgitt i rapportform 2007 og det kan derfor være for kort tid for at artikler skal være godkjent og publisert i vitenskaplige databaser.

En studie jeg har valgt var fra 1984. Den ble stadig henvist til og ble valgt selv om den var gammel fordi den er å betegne som en klassiker i litteraturen.

3.3 Etikk

Det er viktig at det jeg gjengir og bruker av materialet jeg finner, blir presentert på en mest mulig nøyaktig og objektiv måte. En vil alltid være preget av en forforståelse og innenfor hermeneutikken blir det beskrevet at en ikke kan frigjøre seg fra sin egen forforståelseshorisont (Olsson og Sørensen, 2006).

4. PRESENTASJON AV TIDLIGERE FORSKNING OG PROSJEKTER

Det er lite publisert forskning som konkluderer med målbar helsemessig gevinst av passiv eller aktiv bruk av sansehager. Men det er for tiden et økt fokus på utemiljøer og fysisk aktivitet generelt i samfunnet og på bakgrunn av dette er det satt i gang en rekke prosjekter rundt om i Norge og andre vestlige land som støtter opp om antagelsen om at det er en helsemessig gevinst.

4.1 Passiv påvirkning av natur

I dag brukes hager ofte i rehabiliteringsøyemed for forskjellige målgrupper. Noen av artiklene jeg har funnet tar utgangspunkt i passiv påvirkning av naturen.

Nancy A. Pachana m.fl. (2003) har publisert en forskningsartikkel der hun observerer pasienter innlagt på en korttidsavdeling for eldre på et sykehus i New Zealand. Sykehuset hadde anlagt en vinterhage på 132 m² i forbindelse med spisestuen. Plantene i vinterhagen ble valgt ut etter tradisjoner fra nærmiljøet og ble anlagt i forskjellige høyder tilpasset både rullestolbrukere og funksjonsfriske. Pachana så på hvordan den passive påvirkningen av planter eller hagemiljøer virket inn på den psykososiale helsen og samhandlingen med andre. De observerte 22 pasienter over en 6 måneders periode og fant at pasientene etter hvert forflyttet seg fra rommene sine hvor de hadde oppholdt seg alene, til vinterhagen hvor det var sammen med andre. De mente å se en positiv effekt på fysisk og psykisk helse, inkludert kognitive og emosjonelle velvære. De fant at det er vanskelig å måle nøyaktig kvantitative fordeler, men terapeutiske hageanlegg er et hjelpemiddel i rehabilitering av eldre (Pachana, 2003).

Også **Roger Ulrich** (1984) har publisert en forskningsartikkel der han viste hvordan passiv påvirkning av grønne planter virket inn på pasientens helse. Han gjorde en

retrospektiv undersøkelse av postkirurgiske pasienter på et sykehus i Pennsylvania i USA i perioden 1972-1981. Undersøkelsen viste at de pasientene som hadde en utsikt som inkluderte vegetasjon og grønne omgivelser, særlig med vann, hadde kortere liggetid, mindre bruk av smertestillende og beroligende midler og færre klager enn tilsvarende pasienter uten denne utsikten. Ulrich sier at preferansen til utsikt over naturlige scener fremfor urbane, kan forklares med økte positive følelser, stress- og fryktreduksjon, stor interesseopplevelses- og observasjonsverdi og muligens at en naturlig utsikt blokkerer og reduserer stressfulle tanker og kroppslige spenninger (Ulrich, 1984).

4.2 Naturens effekt på velvær

Flere forskningsprosjekter tar utgangspunkt i hvilken effekt naturen generelt har på menneskers følelse av velvær.

Rachel og Stephen Kaplan (1989) har utgitt en bok der de presenterer sin forskning omkring hvilket miljø mennesker foretrekker å ferdes i, og hvilke nærmiljø som kan virke avstressende. De har funnet at åpen og lys skog er det mest avstressede miljø, mens helt åpne landskaper ikke har samme effekt. Deres teori er at de miljøer mennesker visuelt foretrekker også er de miljøer som de føler seg trygge og dermed også vurderer er gode for deres velbefinnende (Kaplans, 1989).

Lis Gees (2005) har skrevet en masteroppgave der hun tar for seg naturens betydning for pensjonisters velvære. Hun intervjuet eldre (mellom 64 og 83 år) som bodde i en bolig i en provinskommune i Danmark. Resultatet Gees kom fram til var at en de fleste svarte at naturen hadde en meget stor betydning for deres opplevelse av velvær.

Tilgangen på natur var en betydelig faktor for at de eldre klarte å holde seg fysisk aktiv. De framhevet også meget sterkt det naturlige lysets betydning for velværet og dets påvirkning på humøret. Gees konkluderer med at naturen hadde stor betydning for deltakernes psykiske og fysiske velvær (Gees, 2005).

Gerd Johnsen (2006) har utgitt en bok der hun presenterer et prosjekt som bygger på sin forskning om naturens virkning på eldre. Hun har sammen med Friluftsrådet i Danmark introdusert en ny metode kalt ”Grøn omsorg til at skabe trivsel”. Hun har gjennom forskningen funnet at når en blir eldre og får endrede livsvilkår klarer noen å mestre denne nye livssituasjonen mens andre på grunn av mental skade ikke klarer å skape trivsel på egenhånd. ”Grøn omsorg” er en målrettet metode hvor naturens ressurser brukes til å påvirke den generelle følelsesmessige og fysiologiske tilstanden positivt. Det arbeides bevist ut fra å skape vilkår for naturopplevelser, godt humør og samvær med mennesker - skape gode følelser (Johnsen, 2006).

Johan Ottosson (1998) har skrevet flere bøker der han gjør rede for en rekke undersøkelser av utemiljøets betydning for eldre både med et stort omsorgsbehov og eldre som er mentalt friske. Blant de eldre med stort omsorgsbehov viste det seg at jo dårligere psykisk tilstand de var i, desto større ble påvirkningen av å ha vært ute. Ottosson påviste en økt konsentrasjon, og at puls og blodtrykk kjapt innstilte seg tilbake til normalverdier hvis de eldre var stresset før de gikk ut i hagen. Det er altså spesielt viktig at eldre med stort omsorgsbehov, har umiddelbar nærhet til egen uteplass (Ottosson, 1998).

Gro H. Risdal (2007) har skrevet en masteroppgave der hun ser på sansehagers betydning for gamle i sykehjem. Hun har intervjuet mentalt klare pasienter med langtidsplass på et sykehjem. Resultatene hun kom fram til var at de gamle på sykehjem kan ha stor glede av å være ute og bør gis en mulighet for å komme ut når de ønsket det i trygge og tilrettelagte omgivelser. Faktorer for å lykkes var økt kunnskap og bevissthet blant personalet om hvilken betydning natur kan ha for de gamle. Prinsippet om universell utforming anvendt utendørs måtte spesifiseres i relevante lover og forskrifter innenfor planlegging (Risdal, 2007).

4.3 Fysisk aktivitet i hagen

Noen forskere har sett på fysiske aktiviteter ute som en helsefremmende faktor for eldre mennesker og målt den kroppslige effekten av dette.

Christine Milligan (2004) har publisert en artikkel der hun presenterer sitt forskningsprosjekt utført i Carlisle, Nord-England, hvor hun gjennom en periode på 9 måneder ledet et prosjekt. Deltakerne var fra et belastet byområde, over 65 år, interessert i hagearbeid og med en viss fysisk funksjon. 19 personer deltok, de meldte seg på prosjektet selv. De fikk tildelt et område som de i felleskap skulle lage til en hage. De fikk utstyr, frø og planter samt profesjonelle gartnere til disposisjon. Målet med studien var å undersøke hvordan aktivitet i forbindelse med hagearbeid virket inn på den fysiske og mentale helsen til eldre personer. Resultatet hun kom fram til var at å skape områder for felles hagearbeid førte til en sosial inkludering og det ble dannet et sosialt nettverk av eldre mennesker fra forskjellige samfunnslag. Deltakerne fikk en følelse av prestasjon, tilfredshet og estetisk nytelse fra sitt engasjement med naturen som førte til at de ble mindre deprimert og sliten enn de hadde vært før (Milligan, 2004).

Anna Bengtsson (2003) har forfattet en rapport kalt "Utemiljöens betydelse för äldre och funktionshindrade" utgitt av Statens Folkhälsoinstitut, Sverige. Den bygger på en litteraturstudie gjort av Bengtsson der hun tar for seg forskning som er gjort på eldre og funksjonshemmede som bor i egen bolig. Hun har kommet fram til at det er 3 grunnfaktorer som har betydning for helsen. Det er positiv helseeffekt gjennom sollys, luft og temperatur, gjennom selve utemiljøet og gjennom fysisk aktivitet ute. Dette begrunner hun med forskningsresultater hun har funnet som viser at skjelettet styrkes og benskjørhet motvirkes, muskulatur og rørlighet beholdes, overvekt minskes, søvnkvalitet forbedres, depresjon og angst motvirkes samt at sosialt liv bedres (Bengtsson, 2003).

4.4 Sansehager for demente

Det er de siste årene anlagt en rekke hager spesielt tilrettelagt for demente. Interessen for å anlegge gode utearealer som en del av det terapeutiske miljøet for personer med demens har vært økende i de senere årene. Men det er sparsomt med systematisk innsamlet kunnskap om hvordan slike uteområder bør utformes her i landet. Det har vist seg at utforming av disse hagene er av ulik kvalitet og ikke alle har en helsemessig gevinst.

Ellen-Elisabeth Grefsrød (2002) er landskapsarkitekt og har skrevet en hovedoppgave der hun tar for seg hvordan planlegge og formgi terapeutiske hager i forbindelse med institusjoner for personer med demens. Grefsrød fant det meste av sitt stoff i USA der de har jobbet med emne de siste 10-15 årene. Hun kom frem til at grønne omgivelser har stor verdi for den daglige livsstyrke. Både det å være i naturen, enten passivt eller aktivt, så vel som sanseinntrykkene av grønne omgivelser er viktig for menneskets velvære. For personer med demens kan muligheten til å gå ut hindre uro, minske stress, virke beroligende og øke konsentrasjonen (Grefsrød, 2002).

Marit Strandquist (2005) har skrevet en rapport etter at hun var prosjektleder for et prosjekt der hovedmålet var utforming av en sansehage på Soletunet, et pleie-, omsorg- og rehabiliteringsenter i Stokke kommune. Hun tok utgangspunkt i begrepet universell utforming som hun definerer som ”design for alle” eller ”barrierefri design”. Hun brukte 3 tverrfaglige grupper der hun gjennomførte fokusgruppeintervjuer før hagen ble anlagt, underveis i prosessen og etter at sansehagen hadde vært i bruk i ca. 1 år. Intervjuene tydet på at den universelle utformingen førte til tilgjengelighet, brukervennlighet og funksjonelle løsninger for brukerne av Sansehagen. Det virket som sansehagen hadde en stressreducerende effekt. Brukere som var aggressive da de gikk ut, ble rolig og gikk over til å nyte utelivets gleder kort tid etter at de var kommet ut (Strandquist, 2005).

Vigdis D. Berentsen m.fl. (2007) har utgitt en bok der hun presenterer et prosjekt gjennomført i 2000-2005 i samarbeid med Husbanken, Hageselskapet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Bakgrunnen for prosjektet var et ønske fra Husbanken om kriterier for hva en sansehage for personer med demens burde inneholde.

Samtidig ønsket Berentsen å finne ut hvorfor en sansehage ved institusjonen der personer med demens bor er en viktig del av den daglige miljøbehandlingen. Prosjektet fulgte åtte hager i tilknytning til institusjoner eller bofellesskap for personer med demens. De ansatte observerte beboerne fire ganger årlig fra 2000-2005. Bruken er evaluert både med hensyn til medisinbruk, klinisk demensvurdering og uro, samt faktisk bruk av hagen. I tillegg har erfaringer fra pårørende og pleiere hatt betydning for oppfattelsen av hva som er et godt fungerende uteareal for personer med demens. Berentsen oppsummerer med at sansehagen er godt egnet for kartlegging og observasjon, rehabilitering, habilitering og opptrening, støtte og trening av hukommelsesfunksjoner, støtte og trening av orienteringsevnene, opprettholde interesser og evnen til aktivitet, opprettholde sosiale ferdigheter og dempe angst og uønsket adferd (Berentsen, 2007).

5. DRØFTING

5.1 Effekten av natur på vår helse

Hva er det som gjør at mennesket føler velvære ved å være ute i naturen? Det å bruke natur og hage som helsefremmende ressurser i pleie og omsorg er ingen ny tanke.

Koblingen mellom natur og helse kan følges fra antikken og frem til nyere tid.

Middelalderens klostre ble ofte brukt til å pleie syke, og klosterhagene spilte en viktig rolle i den forbindelse. Fra slutten av 1700-tallet ble sykehus, mentalsykehus og sanatorier ofte lagt til områder med god tilgang til natur. Florence Nightingale, en pioner innen forebyggende helsearbeid på 1800-tallet, hadde en oppfatning om at naturen, det grønne og frisk luft var godt for menneskets helse. Hun forordnet paviljonghospitaller i grønne omgivelser hvor en kunne tilby pasientene frisk luft og sollys. Hun poengterte betydningen av å skape omgivelser slik at pasientens egne helende krefter kunne virke fritt. I tillegg var hun opptatt av estetikken og det vakre i omgivelsene (Nightingale, 1969).

Det finnes to ulike vinklinger av hvilken effekt en får av grønn natur: Den målbare som lavere blodtrykk og puls, muskulatur og skjelett forsterkes, økt konsentrasjon og oppmerksomhet, endring i hjertefunksjon og hormonbalansen bedres (Bengtsson 2003, Ottoson 1998). Den andre er menneskets følelse av velvære når de har kontakt med naturen (Gees 2005, Kaplans 1989, Pachana 2003, Ulrich 1984). Her får en ingen konkrete tall men mer en erfaring at ”natur er helsefremmende”.

Når man spør de eldre direkte, mener de fleste at grønne områder i seg selv har en positiv virkning på deres humør og helbred. De impulser man mottar fra et uteområdet gir oftest en følelse av velvære i kropp og sinn. De mener også at det er sammenheng mellom grønne områder og stress. Jo tettere på et grønt område folk bor, jo mindre stresset føler de seg. Tilsvarende er folk mindre stresset jo oftere de besøker grønne områder og jo mer tid de tilbringer der (Gees, 2005). En trenger ikke drive noen aktivitet i naturen for å ha en helsemessig gevinst, det er nok å ha god utsikt. Det å kunne sitte på sin egen terrasse å

se utover hagen er nok til å føle velvær (Gees 2005, Kaplans 1989). Dette utsagnet kommer fra eldre som selv er i stand til å vedlikeholde hagen sin. De fleste eldre blir mindre mobile med årene og vil etter hvert ha problemer med å oppsøke naturen eller vedlikeholde hagen (Johnsen, 2006). For disse kan det å se på en hage som trenger vedlikehold føles som en ekstra belastning for en allerede skrantende helse. I England har man hatt prøveprosjekter der man danner felleshager (Milligan, 2004) hvor hagens vedlikehold blir delt mellom alle "eierne". Dette kan for eksempel være i et boligkvarter hvor en har en felleshage hvor alle har ansvar for hagen. Denne løsningen kan gi samme glede som egen hage, og samtidig uten stressfølelsen som følger av å skulle passe hagen alene.

Flere forskere (Ulrich 1984, Ottosson, 1998) forklarer sine resultater med utgangspunkt i den humanøkologiske forklaringsmodell. Den forklarer menneskets behov for natur og grønne omgivelser med at vi har et nedarvet naturminne. Mennesket ble utviklet ute i naturen og vi er et resultat av en 4,5 millioner lang utviklings- og utvelgelsesprosess hvor det å mestre å være i naturen var en forutsetning for å overleve (Grefsrød, 2002). Ulrich (1984) mener med bakgrunn i den modellen at vår tilknytning til naturen er en iboende, ubevisst følelsesmessig tilknytning til de grønne omgivelsene som omgav oss helt i fra starten. Derfor gir naturen oss en naturlig ro som man ikke på samme måte får frem i mer urbane omgivelser. Dette beviser han i sine studier der utsikten til vegetasjon og grønne omgivelser og utsikt til vann førte til at pasientene hadde kortere liggetid og mindre bruk av smertestillende og beroligende midler enn de pasientene som ikke hadde grønn utsikt. Han forklarer dette med økte positive følelser, stress- og fryktreduksjon, stor interesse-, opplevels- og observasjonsverdi og muligheten at en naturlig utsikt blokkerer og reduserer stressfulle tanker og kroppslige spenninger. Samtidig må vi være oppmerksomme på at kulturell bakgrunn og sosial oppvekst har betydning for hvordan vi oppfatter og responderer på naturmiljøer. Det er nok ikke alle mennesker som har behov for eller effekt av grønne omgivelser for å føle velvære. For eksempel vil en dement person som ikke har noe forhold til naturen kunne få stressreaksjoner ved å ha mye ukjente elementer i rundt seg.

Ottosson (2002) fant i en undersøkelse blant eldre med stort omsorgsbehov, at jo dårligere psykisk tilstand de var i, desto større ble påvirkning av å ha vært ute. Han påviste sterkt økt konsentrasjon, og at puls og blodtrykk kjapt innstilte seg tilbake til normalverdier hvis de eldre var stresset før de gikk ut i hagen. Men Grefsrød (2002) finner ingen klare og entydige vitenskapelige bevis på at terapeutiske hager og grønne omgivelser har en bestemt effekt. Hun mener dessuten at det er umulig å gjøre forskning med en psykologisk eller estetisk faktor som vil tilfredsstillere det medisinske-vitenskapelige behovet for kontroll. Men prosjekter som er gjennomførte i Norden (Ottosson 2002, Strandquist, 2005) og USA (Ulrich, 1984) viser likevel at natur og grønne omgivelser fyller opp en kritisk nisje hos pasientene. En naturopplevelse med kjente elementer i overvekt kan gi en mer harmonisk tilstand med større grad av velvære i tillegg til økt konsentrasjon og redusert puls.

Naturens direkte biologiske påvirkning i form av frisk luft og sollys kan virke helsefremmende blant annet ved at den ultrafiolette strålingen fra sollyset fremmer opptaket av vitamin D i huden. Det ser ut til at de gamle i større grad enn andre har behov for dagslys og aktivitet for at statusen ikke skal forverres når det gjelder skjelett, muskler og vitaminer (Bengtsson, 2005). Flertallet av beboerne på sykehjem er kvinner i høy alder og disse har større sannsynlighet for osteoporose. Sollyset virker også indirekte ved å ha en positiv følelsemessig påvirkning (Ulrich 1984, Ottosson 1998, Bengtsson 2005). Men Bengtsson (2005) fant også at sollyset kunne være et hinder for å nyte naturen. Mange eldre føler ubehag med sterkt sollys i øynene. Eldre har redusert tåresekretasjon og øynene blir tørre og kan virke såre når de får sollys i øynene. I tillegg virker sammentrekningen av pupillen dårligere, noe som fører til at det kan være vanskelig å se. Sollyset gjør også at det dannes skygger som kan gjøre det vanskelig å bevege seg ute.

Når man kommer inn på et sykehjem gjør ofte atmosfæren at man blir påminnet at de som bor her er syke. Ved å flytte fokus fra sykdom til verden omkring, kan pasientenes noe innskrenkede tilværelse på rommet utvides og gi dagliglivet et mer variert innhold. Å gi de eldre grønne omgivelser å være opptatt av og tilbringe tid i, vil kunne lede oppmerksomheten bort fra sykdom, ensomhet og eventuell smerte (Ulrich 1984, Pachana

2003). Hagen er et sted som kan oppmuntre til sosialt samvær og samhold blant pasientene, den kan fremme avslapning, hvile og tankeflukt. Observasjonene Pachana (2003) gjorde i forbindelse med anleggelse av en vinterhage på en korttidsavdeling for eldre, var at de eldre flyttet seg fra rommene sine til denne felles vinterhagen. Pasientene og pårørende brukte rommet som et sted for samtale og ettertanke. Det ble et fellesskap som førte til samtale og samspill mellom pasientene og personalet. Selv de med demensdiagnose med minimale verbale ferdigheter, observerte en i sosial samhandling når kjente blomster og planter var en del av omgivelsene. Pachana (2003) registrerte at økende sosial tilkoblinger førte til mer avslappet søvn og bedre selvbilde. Hun konkluderte med at hager og hagebruk brukt som miljøbehandling, kan ha en positiv effekt på fysisk og psykisk helse, inkludert kognitive og emosjonell velvære. Men det er vanskelig å måle kvantitativt nøyaktig fordeler på pasienter.

Velvære baseres på at man opplever sammenheng i situasjonen og er i følge Antonovsky (2005) knyttet til at man føler seg trygg på at de indre og ytre omgivelser er forutsigbare. De gamle må oppleve meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet i situasjonen, noe observasjonsstudiene til Risdal (2007) kunne tyde på at de demente brukerne gjorde. De mentalt klare informantene fra intervjustudien opplevde også situasjonen meningsfull i sin reise tilbake i tid da naturkontakt og uteliv stod på agendaen. De syntes å ha noen gode øyeblikk med sine minner. Det er alle grunn til å oppfordre personalet til å inspirere de gamle til å komme seg ut og sanse det som er i naturen i rundt sykehjemmet. Meningsfullhet er et viktig aspekt, og en drivende og motiverende kraft. Ved å tilrettelegge for miljøbehandling kan en gjøre de gamle mer delaktige i egen hverdag, øker trolig bevisstheten i forhold til egne ressurser og ønsker.

Oppsummert ser det ut til at de fleste mennesker har et behov for å være ute av og til for å føle trivsel og velvære. Naturen gir for mange en følelse av ro, redusert puls og økt konsentrasjon. Det naturlige lyset gir en mer normal døgnrytme hos de eldre. Mange peker også på at sosialt samvær og samhandling øker ved at det er momenter i naturen som man gjenkjenner og har minner om.

5.2 Tilgjengelighet – tilrettelegging av sansehagen

Hva skal til for at de eldre som bor på sykehjem skal komme seg ut i naturen? Tall fra Statistisk Sentralbyrå 2005 viser at mer enn 40.000 mennesker bor på alders- og sykehjem i Norge. De aller fleste av disse har flere sykdommer og nedsatt funksjon, fysisk eller psykisk. For at de gamle på sykehjem skal ha mulighet til et regelmessig uteliv, vil de være avhengige av tilgjengelighet til utearealene. I St. meld. Nr. 50 (1996-97) het det at eldre skulle ha tilbud om varierte aktiviteter tilpasset den enkeltes behov både ute og inne. Viktigheten av at eldre som ønsker det kommer seg ut ble understreket i forskriftens kommentar.

St. meld. Nr. 25; Mestring, mulighet og mening (2006) tok for seg fremtidens omsorgsutfordringer og mange mente den lovet godt for landets eldre. Meldingen varslet blant annet en satsting på sykehjems-utbygging og et nytt investeringstilskudd fra Husbanken. Husbanken har i lengte tid hatt fokus på utearealer og har vært pådriver for universell utforming i Norge.

Majoriteten av beboerne på sykehjem er avhengig av ganghjelpemidler som rullator, rullestol eller stokk. For disse er den fysiske tilgjengeligheten til uteområdet særlig viktig. Jo større funksjonshemming man har, desto viktigere blir den praktiske tilgjengeligheten i form av utganger, uteområdets oppbygging og avstand (Bengtsson, 2003). Uteareal som skal være en aktiv del av miljøbehandlingen på sykehjemmet bør være på bakkeplan. Mange sykehjem i Norge i dag er store sykehjem bygget i flere etasjer. Det kan være trapper og heis å forsere for å komme ut, noe eldre med funksjonsnedsettelse er lite glad i. Grefsrød (2002) mener at når en planlegger et nytt sykehjem blir krav til tilgjengelighet ofte overkjørt. Det kan være krav som naturmiljøet rundt institusjonen har satt, men det har like ofte vært krav til effektivitet og økonomi som har drevet planleggingen. Den Norske Husbanken har vært pådriver for universell design i Norge. Det vil si en barrierefri design hvor målet er at utformingen skal være funksjonell og brukervennlig. Dette har vært utgangspunktet for flere prosjekter i Norge i de siste årene (Strandquist 2005, Berentsen 2007).

I følge prinsippet om universell utforming er det viktig at ingen blir utestengt.

Uteområdet må konstrueres slik at den er tilgjengelig for alle. Stiene må være av en slik bredde at rullestoler og rullatorer kan passere hverandre eller at det anlegges møteplasser for slik passasje (Berentsen, 2007). I tillegg må belegget på stiene være slik at hjulene ruller lett, og at det ikke finnes ujevnheter som gjør at pasientene kan komme i ubalanse og falle. Beboerne på institusjonen går ofte med små skritt og uten å løfte særlig på føttene slik at ujevnheter og fuger kan være vanskelig å passere.

Terrenget må ikke være slik at det blir store høydeforskjeller. Det skal svært lite helling til før beboere med rullator eller rullestol føler at det går for fort nedover eller at det er for bratt opp over. Berentsen (2007) anbefaler en jevn og relativt flat sti med stigning på mindre enn 1:20. Det anses som bra for de fleste beboere.

Rundt om på området må det være muligheter for å sette seg ned. De som bor på institusjonen er ofte ikke særlig fysisk utholdende og det må derfor ikke være en begrensning at de ikke kan sette seg ned å hvile på veien. Det bør være mange pausesteder og antallet må ikke avhenge av hvor mange brukere det er men stiens lengde og hagens størrelse. Berentsen (2007) foreslår at en lager pausestedene i nærheten av en plante som dufter godt eller en busk man kan smake på. Ved å tilrettelegge hagen med tanke på miljøbehandling fører det til at det kan bli en helhetlig sansestimulering for den eldre.

Flere forskere nevner at en av årsakene til at de eldre ikke kommer seg ut er mangel på personal eller rutiner på sykehjemmet (Bengtsson 2003, Johnsen 2006, Risdal 2007). Fastgrodde rutiner og dårlig tid fører til at det ikke settes av tid til å dekke pasientenes behov for å komme ut i frisk luft og natur. Årsakene kan være mange men når den eldre er avhengig av andres hjelp for å komme seg ut blir resultatet ofte at den eldre blir sittende inne. Mange eldre trenger hjelp enten det gjelder påkledning, fysiske hinder eller assistanse på turen. De føler at de ikke kan be personalet om hjelp fordi de er travelt opptatt eller at det da vil gå utover andre beboere. Det kan oppfattes som et dilemma at de gamle har så god tid og personalet så liten. Pasientene reduserer sine krav til livet og sine forventninger i en slik tilpasning. Men ofte er det faktisk snakk om holdninger hos personalet. Personalet er mest opptatt av at beboerne får tilfredstilt sine behov for hygiene

og ernæring. Hvis hagen har vært dårlig tilrettelagt, kan personalet hatt dårlig erfaring med uhåndterbare situasjoner (Strandquist, 2005). Man har sett at ved de institusjonene det har vært prosjekter med oppbygging av sansehager har personalet endret holdinger og fokus. De ansatte er blitt inspirert av teorien om miljøbehandling og mer bevisst på den helsefremmende effekten av utelivets gleder for pasientene. De er med pasientene ut, hvis de kan. Strandquist (2005) så da hun gjennomførte sitt prosjekt at praksisen endret seg under veis. En kunne se at rutinene på avdelingen ble påvirket av den positive innstillingen til utelivets gleder. Hun så at i slike prosjekter er det viktig at den positive innstillingen er forankret i alle ledd i organisasjonen for at sansehagen brukt som miljøbehandling skal få høy prioritet.

De fleste som bor på sykehjem har en sykdom eller et handikap som begrenser deres muligheter for å kunne bevege seg til steder eller skape situasjoner på egenhånd som vil kunne gi dem trivsel og glede. Bevegelsesfriheten kan være hemmet av kronkrete fysiske begrensninger, men veldig ofte skyldes den mental sykdom som demens. I følge Statistisk Sentralbyrå regner man med at det i Norge pr. 2005 er rundt 65.000 personer med demens. På sykehjem har opptil 70 % av beboerne grader av demens (Strandquist, 2005). For den demente er det viktig å ha en fysisk avgrensning mot veier, parkeringsplasser, innganger og andre forstyrrende arealer, dette for å ivareta den eldres sikkerhet og trygghet. Fysiske avgrensninger skal hindre beboerne å forville seg ut av hagen. Dette er også viktig for personalet som ofte ikke kan være tilstede ute i hagen hele tiden. De kan da være trygge på at pasienten ikke roter seg vekk i nærmiljøet. I følge Straffeloven § 242 er det straffbart å ”*hensætte en anden i hjælpeløs tilstand*”, noe som lett kan skje når beboeren er rammet av demens.

Hvis en sansehage skal være tilgjengelig og kunne benyttes fritt for brukere som er mer eller mindre demente, bør hele sansehagen ha avgrensning mot omverden for å gi beboerne trygghet og god sikkerhet. I veileder utgitt av Husbanken i 1998 oppfordrer de til å avgrense utearealet til demente med beplantning. Dette blir for de dårligste demente en avgrensning som lett kan forseres. Grefsrød (2002) foreslår tre ulike avgrensningstyper: Et plankegjærde, et bredt steingjærde eller et nettinggjærde. En variert

grønn, tett buskplantning foran et slikt gjerde vil mildne inntrykket av den fysiske avgrensningen. Vegetasjonen reduserer følelsen av å være innestengt og gir samtidig et godt, estetisk inntrykk. Berentsen (2005) fant i sin undersøkelse at flere sykehjem hadde opplevd at beboere klatret over avgrensningen. Dette skapte farlige situasjoner med trafikkert vei og bratte skrenter. Hun konkluderte med at avgrensningen burde være minst 120 cm, helst 140 cm eller høyere.

Oppsummert ser man at det fysiske miljøet er veldig viktig hvis sansehagen skal være tilgjengelig for pasienten. Heiser, dører, underlaget på stiene, høydeforskjeller i terrenget og sitteplasser underveis er viktige fysiske faktorer som må være til stedet. I tillegg setter sykehjemmets rutiner og personalets holdninger begrensninger for et aktivt uteliv fordi de fleste som bor på sykehjemmet har en funksjonshemming som gjør at de er avhengig av hjelp for å komme ut.

5.3 Miljøbehandling – hvordan bruke hagen

Hvordan kan vi ta i bruk utemiljøet rundt sykehjemmene slik at de eldre som bor der får en helsefremmende effekt? Det fysiske tapet eldre på sykehjem opplever, vil ha betydning for deres trivsel. Og målet må da være å skape rom for velvære og trivsel til tross for sykdom. En godt planlagt sansehage har mange kvaliteter som kan nyttiggjøres i den daglige miljøbehandlingen for at beboerne skal få en hensiktsmessig behandling og god livskvalitet. Grefsrød (2002) referer til en del undersøkelser som ble gjort ved tuberkulosesanatorier i USA. Disse ble ofte plassert langt vekk fra bebygde områder i ensomme og isolerte distrikt med vakre landskap. Slik var det jo også i Norge. Man konkluderte med at naturlig, vakre omgivelser og grønne, frodige hager ikke var nok. Ulike aktiviteter må være til stede for at hagen skal ha en terapeutisk virkning og være attraktiv for brukerne.

Aktiviteten må være tilpasset hver enkelt brukergruppe. Noen vil ha behov for trening av fysisk styrke og balanse. Andre trenger familiære omgivelser som hjelper dem å finne tilbake til sin egen identitet og sine egne muligheter. Både fysioterapeuter og ergoterapeuter har i tillegg til sykepleier tatt interesse for å utvikle de forhold som allerede ligger i naturen rundt institusjonene til rehabilitering av pasienter. Det finnes en rekke anlegg i Norge som har tatt utgangspunkt i naturen som behandlings- og rekreasjonsmiljø, for eksempel Sunnås Rekreasjonssenter for trafikkskadde, Beitostølen Helsesportsenter for blinde og svaksynte, Vidaråsen Landsby for psykisk funksjonshemmede og en del sykehjem har fått hager for demente. Felles for disse hagene er at arkitekter og fagpersoner innen helse har gått sammen for å formgi hagen basert på en grundig forståelse både av sykdomsbildet og de terapeutiske effekter av grønne omgivelser. Det er startet en rekke prosjekter rundt om i Norge basert på Demensplan 2015 som oppfordrer miljøene til å utvikle miljøterapeutiske tiltak i forhold til demente og andre som bor på sykehjem.

Landskapsarkitekt Grefsrød (2002) sammen med geriatrisk sykepleier Berentsen (2007), Kompetansesenteret for aldersdemente og Husbanken startet et prosjekt i 2000 med

bakgrunn i Handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. 50, 1996-97). Husbanken gav ut en veileder i forhold til bygging av omsorgsboliger og sykehjem der det for innearealet var klare og sterke retningslinjer, mens det for utearealet ikke fantes noe tilsvarende. De ønsket seg materiale som gikk direkte på hvilke krav de kan stille til prosjektledelse angående planlegging og tilrettelegging av funksjonelle, tilgjengelige og terapeutiske sansehager for eldre. Erfaringene fra dette prosjektet er presentert i Berentsen (2007) og Grefsrød (2002).

Hva den enkelte pasient har hatt i sin hage eller sitt uteområdet må kartlegges (Berentsen, 2007). Det er viktig å komme fram til hva som er viktig for å skape trivsel i hagen for pasientene. Den informasjonen kan bli nyttig for personalet hvis de skal tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter som kan gi en opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2005). Avdelingen kan utnytte informasjonen til å sette i gang med miljøterapeutiske tiltak for å skape mening i tilværelsen for pasientene. Sansestimuli brukt riktig kan bidra til gjenkjenning og opprettholdelse av evnen til oppmerksomhet. Samtidig kan de støtte opp om identiteten fordi gjenkjenningen gir en opplevelse av noe de har opplevd før. Det er relevant å fylle sansehagen med gjenkjennbare planter og ting slik at den eldre kan gjenkjenne via syn, lukt, smak, berøring og hørsel. Sansehagen bør fylles med det som har betydning mest for den enkelte pasient for å få effekt av miljøbehandling. Men det er klart at alle som bor på sykehjemmet har forskjellig bakgrunn og derav også forskjellig interesse når det gjelder hagebruk. Den gamle bondekona har ikke de samme gjenkjennbare elementene som fruene i fra byen (Strandquist, 2005).

I Risdal (2007) sin undersøkelse kom det frem mange eksempler på hva de eldre hadde brukt hagen sin til. Dette hadde de klart å legge til rette for i sansehagen slik at pasientene kunne plukke blomster til middagsbordet, plukke jordbær som skulle brukes til vaflene, tomater en kunne ha på skiven til frokost, hente gressløk til eggerøren til kvelds. De eldre fikk muligheten til å bruke sine ressurser på ulike aktiviteter som de mestret. Hagen gav assosiasjoner til mange kjente gjøremål, til meningsfulle samvær og gode opplevelser.

I Stokkeprosjektet (Strandquist, 2005) tok man utgangspunkt i at ingen skulle tvinges ut, men det skulle legges til rette for at pasientene hadde muligheter til å stimulere sansene ute, og få gode opplevelser ute. Det var forankret hos ledelsen at utelivet skulle ha høy prioritet i hverdagen på avdelingen. Hva har den enkelte likt å drive med i hagen? Har han eller hun vært ivrig med hagearbeid og hva type hagearbeid har vært mest populært? Miljømessig tilrettelegging har som mål at den enkeltes funksjoner skal bevares lengst mulig. Mange beboere i sykehjem har for lite fysisk aktivitet i dagliglivet. Det påvirker muskulaturen og medfører reduksjon av muskelvev (Bengtsson, 2003). Forskning har vist at også gamle mennesker kan bygge opp muskulatur og kan forbedre muskelstyrke og utholdenhet. Selv beboere som bruker rullestol kan bruke armene og hendene og kan opprettholde funksjonen i muskulaturen ved å plante blomster, urter, jordbær og grønnsaker i opphøyde bed anlagt i hagen. Slike aktiviteter har en helsefremmende gevinst og gir mestringsopplevelser, energi og glede (Berentsen, 2007). Opplevelsen av å mestre støtter selvbildet og fører til at en beveger seg i en helsefremmende retning (Antonovsky, 2005).

Mange av beboerne på sykehjem ser ut til å ha mistet interessen for det som skjer rundt dem. De kan ha nytte av å være tilstede under aktiviteter i hagen. De legger merke til det som skjer og følger med. Hvis en da har lagt til rette for letter redskaper som for eksempel vanningskanne eller liten rive til å luke i det opphøyde bedet med, kan det å se at andre driver med noe i hagen føre til at den tiltaksløse også har lyst å være med. I følge Gees (2005) framhever eldre det naturlige lysets betydning for økt energi og positive påvirkning av humøret. Det å komme ut i dagslys kan øke interessen til den enkelte. Strandquist (2005) opplevde at enkelte av de eldre kommenterte at de hadde luket nok i sitt liv og lurte på hvor gartneren var. Og kanskje er det for noen viktigere at hagen kan være et sted for hvile, mer enn for aktivitet. Pasienten må selv kunne velge om de vil bevege seg, sitte ned, observere aktiviteter eller utføre aktiviteter.

Noen kan være sengeliggende og de har dermed lite stimuli inne på rommet sitt. Det er blitt prøvd å kjøre senger ut i hagen for at pasienten skal kunne få se og oppleve det livet som de hadde tidligere. Det kreves en handling fra personalets side. Strandquist (2005)

erfarte at det ble lite gjort fordi det ikke ble prioritert. Bemanning på avdelingene var den samme etter at sansehagen var anlagt og oppgavene til personalet var blitt flere. Derfor ble de nødt til å prioritere blant pasientene. Dette strider imot St. meld. Nr. 50 (1996-97) der det het at eldre skulle ha tilbud om varierte aktiviteter tilpasset den enkeltes behov både ute og inne.

For eldre som har en demens har forskning vist (Strandquist, 2005) at utemiljøet kan ha en beroligende effekt. I tillegg til at naturen har en avstressende effekt på mange (Ottosson 1998, Grefsrød 2002), kan man med å ha kjente elementer i hagen som en benk eller redskap brukt i jordbruket, berolige pasienten fordi det oppleves trygt å se gjenkjennelige elementer. For demente kan det virke som det gir en opplevelse av mening for pasienten at de bruker sansene og kjenner igjen innholdet i hagen (Antonovsky, 2005). Berentsen (2007) anbefaler at sansehagen bør inneholde to til tre kjente elementer i tillegg til de kjente og gjenkjennelige plantene. Hvilke kjente elementer som er aktuelle i den enkelte sansehagen vil variere fra sted til sted. Hun anbefaler å ta kontakt med historielaget for å finne ut hva som er spesielt for akkurat dette området. Elementene skal ikke være til utstilling, men brukes aktivt slik de tjærebehandler en båt, bøter et garn, klessnor for nyvasket tøy og lignende.

Oppsummert kan man si at utemiljøet og aktivitetene som skal foregå der må tilrettelegges for at det skal ha en terapeutisk effekt for den eldre. De eldre har ulik bakgrunn og er på ulike stadier i sin sykdom, og en må derfor kartlegge hver enkelt for å finne hvilke aktiviteter som kan være gjennomførbare og skape trivsel.

6. AVSLUTNING

Resultatene jeg kom fram til i denne oppgaven er at gamle på sykehjem kan ha stor glede av og helsefremmende effekt av å være ute og bør gis en mulighet for å komme ut når de måtte ønske det. Sansenhagen som arena for en helsefremmende og mengingsfull hverdag har potensialet i seg til å gi brukerne større grad av kontroll over eget liv. Varierte muligheter for uteliv i trygge, grønne omgivelser er tilstedet på sykehjemmet med sansenhager.

Mange sykehjem har tilgang til uteareal men det er foreløpig få som har bygget opp en hage med bakgrunn i forståelsen av sykdomsbildet og den terapeutiske effekten grønne omgivelser har. De fleste sansenhager som er bygget ved sykehjem i Norge er forbeholdt de demente pasientene på sykehjemmet. Denne pasientgruppen er veldig var på forstyrrelser og uro og dermed er det ikke ønskelig at andre beboere på sykehjemmet bruker sansenhagen. Det er et stort behov for å tilrettelegge hager også for de som ikke bor på dementavdelingen.

De fleste som bor på sykehjem har en sykdom eller handikap som begrenser deres mulighet for å kunne bevege seg fritt. Mange sykehjem er bygget uten tanke på at det skal være mulig for pasientene å komme seg ut på egenhånd. Det må i fremtiden være et økt fokus på universell utforming i planleggingen av sykehjem slik at ikke de bygningsmessige forholdene forhindrer pasientene å være ute. I tillegg er det viktig å øke kunnskapen hos personalet slik at sansenhager blir brukt i den daglige miljøbehandlingen.

REFERANSELISTE

Antonovsky, A. (2005). **Hälsans mysterium**. Stockholm: Natur og och Kultur.

Bengtsson, A. (2003). **Utemiljöens betydelse för äldre och funktionshindrade**. Statens Folkhälsoinstitut 2003:60, Sverige.

Berentsen, V.D, Grefsrød, E., Eek, A. (2007). **Sansehager for personer med demens. Utforming og bruk**. Forlanget Aldring og helse 2007, Tønsberg.

Forsberg, C., Wengstrøm, Y. (2003). **Att göra systematiska litteraturstudier**. Natur og Kultur.

Gees, L. (2005). Naturens betydning for ældres velvære. Gøteborg: Nordiska högskolan for folkhalsvetenskap.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). **Demensplan 2015. Den gode dagen**. Delplan til Omsorgsplan 2015. Helse- og Omsorgsdepartementet, Oslo.

Halvorsen, K. (2002). **Forskningsmetode for helse- og sosialfag – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode**. J.W. Cappelens Forlag as, Oslo.

Husbanken (1998). Omsorgsboliger og sykehjem: En veileder for lokalisering, organisering og utforming. HB7.F.17, April.

Jakobsen, R. (2007). **Ikke alle vil spille bingo**. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Johnsen, G. (2006). **Grøn omsorg**. Omsorgsorganisationernes Samråd og forfatteren. OS-Forlag, Vanløse, Danmark.

Kaplan R. & Kaplan S. (1989). **The Experience of Nature. A Psychological Perspective.** Cambridge University Press, Cambridge.

Markussen, K. (2004). Lesing og vurdering av forskningsartikler. Tidsskriftet sykepleien. **6**: 40-44.

Millgan, C. (2004). Cultivating health: therapeutic landscapes and older people in northern England. Social Science & Medicine. **Vol. 58**. Iss. 9, May 2004, pg. 1781-1793.

Nightingale, Florence. (1969). **Notes on nursing.** Ontario: Dower Publications.

Olsson, H. og Sørensen, S. (2006). **Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver.** Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Pachana, N. (2003). Passive therapeutic gardens: a study on an inpatient geriatric ward. Gerontological Nursing. **Vol. 29**, Iss. 5; pg 4.

Ranhoff, A.H. (2008). "Forebyggende og helsefremmende sykepleie" i Kirkevold, M. (red) m.fl. **Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten.** Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Rønning, R. (2003). "Nærmiljø. Nostalgi – eller aktuell arena i forebyggende og helsefremmende arbeid?" I Hauge, H.A. & Mittelmark M.B. (red.). **Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?** Fagbokforlaget, Bergen.

Skjæret, A.S., Wahl, A. (2003) Gode koplinger – informasjonssøking som arbeidsprosess. Tidsskriftet sykepleien. **12**: 32-38.

Sosial- og Helsedirektoratet. (2007). **Glemsk, men ikke glemt.** Rapport IS-1486. Oslo Forlags Trykkeri, Oslo.

St. meld. Nr. 50 (1996-97). **Handlingsplan for eldreomsorgen: Trygghet-respekt-kvalitet.** Sosial- og Helsedepartementet, Oslo.

St. meld. Nr. 45 (2002-2003). **Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene.** Sosialdepartementet, Oslo.

St. meld. Nr. 25 (2005-2006). **Mestring, mulighet og mening – Framtidens omsorgsutfordringer.** Helse- og Omsorgsdepartementet, Oslo.

Tellnes, G. (2008). "Salutogenese" i Larsen, Ø. (red) m.fl. **Samfunnsmedisin.** Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo.

Ulrich, R. (1984) View Through a Window may influence recovery from surgery. Science **vol. 224**, No. 4647:420-421.

Witsø, A.E. og Teksum, A.B. (1998). **Målrettet miljøarbeid med aldersdemente.** Forfatterne og Tano Aschehoug.

World Health Organization (WHO). (1998). *Health Promotion Glossary*
[Http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf). Lesedato: 05.05.2009.