

0) Sansehagens betydning for dannelsen av «nærhetsrommet» – aksjonsforskning i sykehjem

0) The significance of sensory garden in the formation of “the room of closeness”. An action research in a nursing home

Korresponderende forfatter: Inger-Lise Magnussen

Inger-Lise Magnussen

Nord universitet – Bodø

Sykepleier og PhD-student

Inger-lise.magnussen@nord.no

Professor Terese Bondas

Nord universitet – Bodø

Professor, visedekan forskning, sykepleier, PhD, LicHSc, MHSc, RN, PHN, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap

terese.bondas@nord.no

Johanne Alteren

Nord universitet – Mo i Rana

Førsteamanuensis PhD, kandidat i sykepleievitenskap, sykepleier

johanne.alteren@nord.no

Abstract

Nature in a sensory garden may create the possibility of a patient-nurse-relationship in the care of people who suffer from dementia in nursing homes. The purpose of this study is to explore the relationship, describe it and moreover to make its meaning visible. The study forms part of a larger action research project. Through interventions using an appreciative approach, data was collected together with fourteen participants. Using thematic analysis, based on Braun & Clarke, two main themes were developed: 1) The formation of “the room

of closeness” and 2) “the room of closeness” – a significant relationship in dementia care. The findings show the development of new knowledge about the factors that promote or inhibit the formation of “the room of closeness”, and its potential of changing the care. The theories of health geography, nursing and wellbeing may contribute new perspectives in the development of the “room of closeness” and new research areas.

Keywords: Action research, sensory garden, “a room of closeness”, nursing care and health geography.

1) Introduksjon

Samtaler i og om sansehage og natur har potensial til å danne en pasient-pleier-relasjon i et norsk sykehjem (1). Relasjonen vekket min nysgjerrighet og «forskerblikk». Skyldtes relasjonen samtaletema, kompetanse, omgivelser og/eller pleiernes erfaringer med natur og hager? Spørsmålene åpnet opp for å utforske nærmere hva relasjonen mellom pasient og pleier handler om i sykehjemsavdelingen tilrettelagt for personer med demens, når fokus er på sansehage og natur. En sansehage forstås i denne studien som et tilrettelagt uteareal for personer med demens som gir frihet til å komme ut i frisk luft med naturlige og sansestimulerende omgivelser (2). Sansehagens muligheter for ro, fysiske utfordringer og et gjenkjennelig miljø skal bidra til å redusere lidelse og øke opplevelsen av velvære (2).

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand kjennetegnet ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter og endret sosial atferd (3, s. 17).

Andelen av verdens befolkning som rammes av demens, er økende, og i 2050 vil tallet være 135 millioner (4). Både nasjonalt og internasjonalt er kompetanse et sentralt helsepolitisk satsningsområde (4, 5).

Forskning viser at bruk av sansehage reduserer agitasjon, tristhet og falltendens og forbedrer funksjon og kognisjon hos personer med demens (6). Ifølge Edwards et al. (7) reduserer uteaktiviteter stress og utagering, samtidig som natur- og sanseopplevelser gir pasientene en følelse av frihet og glede. Kjente elementer i sansehagen viser seg å stimulere kommunikasjon og minnearbeid (8), og nytten av sansehage sees i sammenheng med personalets kunnskap om sansehage og kjennskap til pasientens livshistorie (9). Alternative miljøer viser seg å ha positiv betydning for pasientenes opplevelse av trygghet, fellesskap og stedsopplevelse (10). Relasjonssentrert omsorg, med kjennskap til pasienten som person, viser seg å føre til en opplevelse av tilhørighet og kontinuitet i livet (11), og Lykkeslet et al. (12) viser til forbedret pasient-pleier-relasjon ved ulike former for sansestimulering.

Hvordan sansehage og natur kan bidra til å styrke pasientens opplevelse av tilhørighet og identitet i et relasjonelt perspektiv, synes ikke belyst i tidligere forskning. Kunnskap om hva sansehage og natur kan bidra med i pleien av personer med demens, i tillegg til bedret funksjon, atferd og trivsel, synes å utgjøre en mangel. Formålet med denne studien er å belyse og øke innsikten i sansehagens og naturens rolle, innflytelse og muligheter i demensomsorgen når det gjelder pasient-pleier-relasjonen. Studien bygger på data fra intervensjoner, som tidligere funn har gitt drivkraft til (1, 13). Studien kan utgjøre et kunnskapsbidrag når det gjelder kunnskapsgapet i forskningen, utvikling av sykepleie (14, 15) og nasjonale planer, i Norge: Demensplanen 2020 (5). Studien inngår som den andre i en rekke studier.

1) Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten er: 1) å utforske dannelsen av pasient-pleier-relasjonen i et sykehjem når fokuset er på sansehage og natur, og 2) å synliggjøre pasient-pleier-relasjonen og dens betydning i sykepleien av personer med demens gjennom intervensjoner i en aksjonsforskning.

1) Naturen og rommet

Begrepet helsegeografi (Health Geography), som introduseres av blant andre Andrews (16, 17), legger vekt på mennesket, naturen og steder. Sted beskrives som et komplekst kulturelt og symbolsk fenomen som er skapt gjennom relasjonen mellom mennesket og dets omgivelser (17). Sted er knyttet til romlige forhold der folk bor, nærmiljøet, nære relasjoner, økonomi og arbeidssted. For Nightingale var det viktig i sykepleien å kjenne til pasientenes settinger for «levd liv» (18). Steders lokale og kulturelle kontekst, med vekt på lokale normer og verdier, og kollektive dimensjon virker inn på menneskers opplevelse av gruppetilhørighet, identitet og helse (17). Hos Martinsen og Kjær (19) er stedet knyttet til vårt opphav og der vi kroppslig er, og stedet er forankret i naturens rom og gir mennesket fotfeste og tilhørighet. Når mennesket mister sitt sted, kan den naturforlatte tilværelse gi en opplevelse av motløshet og tomhet (19, s. 202). Institusjoners eksterne omgivelser knytter Kolcaba (20) til holistisk sykepleietenkning, der miljømessige forhold inngår i pasientenes opplevelse av helse og velvære. Teori om helsegeografi og sykepleie kan bidra til å se, forstå og utdype pasient-pleier-relasjonen i sykehjemmet når fokus er på sansehage og natur.

1) Design og metode

2) Aksjonsforskning (AF) og anerkjennende intervju (AI)

Aksjonsforskning har vist seg som en vei å gå for å skape kunnskap, utvikling og ny praksis knyttet til pasienters sosiale behov i sykehjem (21), og verdig og meningsfull eldreomsorg (22). Anerkjennende intervju, en av mange aksjonsforskningstilnæringer, vektlegger menneskets potensial og visjonær tenkning (23, 24). I 1980-årene bidro David Cooperrider til gjennombrudd for Appreciative Inquiry ved å identifisere menneskelige styrker, suksesser og det som gir liv til organisasjoner og skaper gode relasjoner og resultater, som utgjør den

positive kjerne (25). AI bygger blant annet på prinsippene om at språk, oppmerksomhet, fremtidsbilder og involvering bidrar til å forme handlinger i nåtiden (26). Med dette som bakgrunn velges aksjonsforskning med anerkjennende tilnærming som design når visjoner skal omdannes til intervensjoner, og ny kunnskap utvikles og utprøves sammen med ansatte. AIs kjennetegn og verdier, som unikhet, helhet og menneskelighet, er sammenfallende med sykepleiens kjennetegn og verdier, som omsorg og barmhjertighet, og underbygger valgt forskningsdesign i en sykepleiekontekst. I denne studien anvendes aksjonsforskningen med anerkjennende tilnærming ut fra Cooperriders 4-D-faser: oppdage, drømme, utforme og se hva som skjer, og tilpasse dette til situasjon, kontekst og deltakere (26).

2) Kontekst og deltakere

Sykehjemsavdelingen i studien betegnes som sansehageavdelingen (SHA) og er tilrettelagt for personer med demens ut fra «smått er godt»-konseptet, som vektlegger avdelinger med 6–8 pasienter, og med aktivitetsmuligheter og direkte tilgang til grønne og tilrettede omgivelser (5). Sykehjemsavdelingen har tilrettede utearealer, sansehage med direkte tilgang, asfalterte stier, sitte- og hvileplasser, grillhytte, bærbusker, blomster og fuglebrett. Utsikt til fjell og nærmiljø gir sansehagen utvidede «kulisser» som en miniatyr av lokal natur og kystkultur. SHA, med elleve ansatte og seks beboere med moderat til alvorlig grad av demenssykdom, er en av tre avdelinger ved sykehjemmet med totalt 38 årsverk og 30 pasienter. Alle ansatte ved SHA var invitert til å delta. De fjorten deltakerne i studien besto av tre ledere fra ulike nivåer i kommunens institusjonsomsorg, tre sykepleiere og åtte pleiere med annen utdanning. Pleiepersonalet ved SHA benevnes pleiere i studien.

2) Etske overveielser

Forskningsplanen var meldt til og tilrådd av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (01.07.2014), Regional etisk komite (REK) (01.11.2014) og kommunen (05.08.2014). Informert samtykke ble innhentet og beskrev forskningen, anonymitet, konfidensialitet, muligheten til å trekke seg og muligheten til å lese og korrigere all innsamlet informasjon før publisering. Tillit, respekt og åpenhet ble vektlagt og kan ifølge Parkin (27) forebygge usikkerhet, frustrasjon og sårbarhet blant deltakerne samt ivareta anonymitet og konfidensialitet i et aksjonsforskningsfellesskap. Sykehjemmet i studien er hjemmet til personer med demens, og forskningsetikk ble ivaretatt overfor både pasienter og pårørende.

1) AI-prosessen

Å tre inn i forskningsfeltet med en anerkjennende tilnærming, der deltakerne ble verdsatt både som menneske og yrkesutøver, opplevdes som å «berede veien» til gjensidig åpenhet og tillit. Alle bidro til å etablere et anerkjennende forskningsfellesskap, der det beste i deltakerne og avdelingen fikk prege visjoner og planer for fremtiden, som ifølge Whitney og Trosten-Bloom (23) er essensen i AI. AI-prosessen beskrives som en syklisk prosess i faser som overlapper hverandre, med en positiv kjerne som gir kraft til fremtidsrettede endringer, slik figur 1 illustrerer (26). Innsamling av data og analyse ble utført i alle fasene av AI-prosessen, og intervensjoner, prosesser og funn var i utvikling.

Figur 1.

2) Fase 1: Oppdage – oppdagelser gir energi

I innledende møter med deltakerne ble felles interesse for utvikling av sykehjemmets sansehage, demensomsorg, ledelse og refleksjon identifisert. Knapphet på ressurser ble samtidig diskutert som utfordringer for prosjektsamarbeidet. Deltakerne fortalte i intervjuene med glød om situasjoner der sansehagen hadde vært «et gode» for pasientene. Gjennom observasjon og refleksjon over vellykkede situasjoner, som skjedde i alle fasene, ble deltakerne bevisst på hvordan de brukte sansehagen, naturen og seg selv i sykepleien. Deltakerne oppdaget gradvis sin egen «naturlige» kompetanse og sine styrker, og ifølge Trajkovski et al. (26) er oppdagelsesfasens intensjon å åpne opp for deltakernes positive kapasitet. Nye oppdagelser gjennom hele AI-prosessen skapte engasjement og positivitet, og styrken i den positive kjerne ga energi i alle fasene (26).

2) Fase 2: Drømme – å følge drømmer

Drømmefasen bygde på «oppdagelsene» i fase 1. Videre ble deltakernes erfaringer og ønsker gjenstand for visjonær og kreativ tenkning og omdannet til drømmer og planer, som ifølge Trajkovski et al. (26) er viktige data og prosesser i drømmefasen. Stadig nye oppdagelser satte deltakernes tanker i bevegelse, og ønsket om å finne ut mer om pasient-pleier-relasjonen, spørsmål som hva skjer og hvorfor, ga inspirasjon til utformingsfasen. Innsikt og tanker som er blitt satt i sving gjennom eksempelvis intervju og refleksjon, kan ifølge Cooperrider og Srivastva (25) brukes på en konstruktiv måte. Anerkjennelse av ønsker og drømmer motiverte deltakerne til involvering i planlegging og utvikling av intervensjoner, som beskrives i fase 3.

2) Fase 3: Utforme – fra drøm til virkelighet

I utformingsfasen dannet deltakernes erfaringer, oppdagelser og visjoner retning for utforming av fremtidsplaner i fellesskap. Pasient-pleier-relasjonen, som oppleves som ideell, preget

utviklingen av intervensjoner, og ifølge Trajkovski et al. (26) handler utforming om hvordan visjonen om det ideelle kan konstrueres og realiseres. Fire påfølgende intervensjoner ble planlagt og gjennomført som overlappende prosesser, der den ene intervensjonen ga liv og mulighet til neste. Intervensjonene presenteres kortfattet i tabell 1 ut fra visjon, tidsperiode og datamateriale.

Tabell 1.

2) Fase 4: Se hva som skjer

Spørsmålet i AI-prosessens siste fase er hvordan ny kunnskap kan settes ut i livet og føre til varige endringer, og utfordringer rundt strukturer som kan ivareta «det nye», gjør at denne fasen betegnes som skjebnefasen (26). Ny forståelse og kunnskap har blitt implementert gjennom hele AI-prosessen, og hvordan anerkjennelsens potensial for endringer blir evaluert og bevart i sanshageavdelingen, blir beskrevet i egen studie.

1) Analyse

Fortløpende fortolkning og analyse av observasjons- og intervensjonsdata i fellesskap, basert på Fangens (28) beskrivelse av praksisnær og praksisfjern analyse, tilførte datamaterialet nye perspektiver. Praksisnær analyse konstaterer det vi ser og hører, og fanger hverdagslivets kunnskap (28, s. 209). Erfaringsfjern analyse bidrar til tematisering og forståelse via hermeneutisk tilnærming og abduktiv tenkning (28, s. 38, 211).

Basert på Braun og Clarkes (29, s. 79) beskrivelse av tematisk analyse (TA) følges en seksstegs analyseprosess av det samlede datamaterialet, som består av tekst, tegninger og skjemaer: 1) gjennomlesning av data, 2) begynnende koder, 3) potensielle temaer, 4) utvikling av tema via abstraksjon, 5) definering av tema og 6) formidling av tema. Tabell 2 viser eksempler fra analyseprosessens andre fase, figur 2 viser temakart fra tredje fase, figur 3 viser temakart fra fjerde fase, og figur 4 viser temakart fra femte fase.

Tabell 2

Figur 2

Figur 3

Figur 4

Tematisk analyse er en aktiv prosess mellom deler og helheten i datamaterialet (29, s. 87), der målet er å utforme temaer som får frem meninger som ligger bak ord og tegninger.

Analysemetoden vurderes nyttig ved deltakende forskning som AF siden metodens fleksibilitet åpner opp for behandling av et rikt og komplekst datamateriale, både fra induktiv og deduktiv tilnærming (29, s. 78, 83). Epistemologisk kan TA utføres innenfor et realistisk og konstruksjonistisk paradigme, og sistnevnte søker å teoretisere sosiokulturelle kontekster, muliggjør fokus på latente temaer i relasjonelle kontekster og matcher studiens forskningsspørsmål (29, s. 85). TA utføres av førsteforfatter og diskuteres med medforfatterne, som fungerer som referansegruppe i aksjonsforskningen.

1) Funn

I analysen av det samlede datamaterialet utvikles to hovedtemaer: 1) dannelsen av nærhetsrommet – en sansehage-pasient-pleier-relasjon og 2) nærhetsrommet – en betydningsfull relasjon i demensomsorgen. Basert på observasjon dannes en relasjon «rundt» pasient og pleier i den daglige pleien når sansehage og natur er temaer som beskrives av pleierne som «nærhetsrommet». I løpet av intervensjonene erfarer pleierne hvordan sansehage og natur, enten konkret eller som samtaletema, muliggjør dannelsen av nærhetsrommet, og både fremmende og hemmende faktorer for dannelsen av nærhetsrommet oppdages og beskrives. Nærhetsrommet fordrer og skaper ro, oppmerksom nærhet, trygghet og anerkjennelse og er et «rom» samtlige pleiere tillegger stor betydning og vil verne om. For å ivareta anonymiteten anvendes fiktive navn på deltakerne i presentasjonen av funn.

2) Første hovedtema: Dannelsen av nærhetsrommet – en sansehage-pasient-pleier-relasjon

Pleierne erfarer nærhetsrommet både ute i sansehagen og innendørs. Flere av pleierne forteller at når de sammen med pasientene tar en spasertur i sansehagen, har kaffekos i grillhytta eller sitter på altanen og nyter utsikten, kan nærhetsrommet dannes. Ved måltider og aktiviteter som sang, lesestunder og samtaler i avdelingen dannes også nærhetsrommet, som både forutsetter og fører til ro og oppmerksomhet overfor kollegaer og pasienter. Samtlige pleiere anser kjennskap til pasientens tidligere liv, egen faglig innstilling til pasientens behov og kommunikasjonsferdigheter som avgjørende for dannelsen av nærhetsrommet. Selv om nærhetsrommet vanskelig lar seg planlegge på forhånd, ansees arbeidsdeling og godt samarbeid mellom pleierne som viktig. Temaet belyses med 3 subtemaer: 1) Sansehagen – et sted å møte pasienten, 2) Å kjenne pasienten som person og 3) Sansehagen – et sted for ro.

3) Sansehagen – et sted å møte pasienten

Å se pasientenes behov og ønsker, ta pasientene på alvor og møte dem der de er, mener flere av pleierne er viktig for å bruke sansehagen og danne nærhetsrommet. Pleiere mener det er viktig å ha blikk for hva som engasjerer pasientene, hva de trives med, og hva som fenger. Observasjon viser at når Randi deler sine barndomsminner om arbeid hjemme og på torvhaugen, og når Kari plukker solbær sammen med pasientene i sansehagen, blir pasientene engasjert, og nærhetsrommet dannes.

Mette synes det er viktig å få til samtaler som danner nærhetsrommet, der pasienten kan oppleve seg sett og verdsatt. Observasjon viser at nærhetsrommet oppstår spontant ut fra hva pasientene sanser og er opptatt av, og Mette og Turid reflekterer over at det er viktig å følge opp situasjonen der og da, og få stunden til å vare. Linda beskriver en slik stund: «Jeg så nærhetsrommet rundt pasienten og min kollega da de samtalte om jula og årstidene. De var 'oppslukt' i hverandre, pasienten virket fornøyd og min kollega var der for henne».

3) Å kjenne pasienten som person

Pleierne forteller at kunnskap og kjennskap til kommunens lokalhistorie og steder og natur som pasienten har en tilhørighet til, er viktig for å danne nærhetsrommet. Samtlige pleiere forteller at kjennskap til pasientens livshistorie er den viktigste kunnskapen å ha, og Kari sier hun ville følt seg fattig uten den. Flere av pleierne forteller at sansehagen gir dem god mulighet til å bli kjent med pasientenes forhold til natur og hager. Å se pasientenes ressurser mener Kari er viktig, og hun forteller om pasienten som raket løv og vannet blomstene. Når Mette leser fra bygdeboka og pasientene kjenner igjen steder, hendelser og mennesker, har de mye å bidra med. Mette forteller at samtalen flyter lettere når de holder på med noe: «Jeg fant en nøkkel inn til pasienten. Garnnøstet og sangen 'Ola var fra Sandefjord' forløste

noe i kroppen hennes; hun ville danse, tok trinn, og hun viste hvordan en garnfloke skulle løses».

3) Sansehagen – et sted for ro

Å bevare ro i sansehagen og avdelingen er ifølge samtlige pleiere avgjørende for å danne nærhetsrommet, samtidig som at man er bevisst på sin egen atferd og kommunikasjon.

Faktorer som fremmer ro, er ifølge pleierne natur, oppmerksomhet, vilje til omsorg, tålmodighet og nærhet, både fysisk og sanselig. Linda sier: «Det krever tilstedeværelse og innstilling om at nå er jeg her for pasienten».

Å være trygg på seg selv, kollegaer og arbeidet og å bruke sansehagen bevisst i pleien mener Kari er viktig for roen, og det kan bidra til at «rutinemaset» nedtones. Åse og Guri forteller at planlegging og godt samarbeid dem imellom er viktig for turer ut i sansehagen. Flere av pleierne forteller at refleksjon har gjort dem mer bevisst på sansehagens rolle og muligheter, og hva de samtaler med pasientene om. Åse sier: «Da samtalen i grillhytta handlet om kjente steder i kommunen, fjæra, merkesteiner, holmer og skjær, ønsket ingen av pasientene at samtalen skulle ta slutt». Når pleierne forteller om sansehageopplevelser, viser de glede og sier at sansehagen har bidratt med noe ekstra til pasientene.

2) Andre hovedtema: Nærhetsrommet – en betydningsfull relasjon i demensomsorgen

Samtlige pleiere mener at nærhetsrommet er av stor betydning både for pasientene, dem selv og atmosfæren i avdelingen. Flere av pleierne erfarer at nærhetsrommet setter både tanker,

følelser og kropper i bevegelse, oftest på en positiv måte, men også utfordrende. Når pasienter har uro, søker nærhet eller viser interesse for en spesiell aktivitet, er pleierne nær pasienten, og ofte dannes nærhetsrommet. Når lederne får innblikk i pleiernes erfaringer med sansehagens og nærhetsrommets betydning for å skape trygghet, håp og gode stunder for pasientene, støtter de pleiernes ønske om å spille videre på «oppdagelsene». Temaet belyses med 3 subtemaer: 1) Nærhetsrommet – et «rom» å verne om, 2) Nærhet til en svunnen tid og 3) Nærhetsrommet – et rom for «bevegelse».

3) Nærhetsrommet – et «rom» å verne om

Flere av pleierne forteller at det er fint og godt å være i nærhetsrommet – det gir energi. For Mette er det en hel opplevelse, «deilig». Åse sier at «omsorg som jeg får respons på, er god omsorg, da har jeg lyktes». Hun legger til at nærhetsrommet kan gi fantastiske stjernestunder som gjenspeiler seg i pasientenes ansiktsuttrykk. De viser glede. Åse forteller videre at det kan være utfordrende å være i nærhetsrommet sammen med pasienter som er krevende: «Da fremprovoseres negative følelser for pasienten som jeg må prøve å ikke vise». I nærhetsrommet kan også følelsen av å ikke strekke til oppstå, «men det er fantastisk å se når pasientene er glade», sier Bente; det veier opp for frustrasjoner og krevende situasjoner.

Noen av pleierne forteller om hvordan de legger til rette for kollegaer når de ser at nærhetsrommet er i ferd med å bli dannet. Linda sier: «Jeg lytter, griper ikke inn i samtalen og tenker bevisst over det, og jeg vil verne om nærheten og samtalen».

3) Nærhet til en svunnen tid

Flere av pleierne forteller at samtaler om en svunnen tid, med utgangspunkt i natur og helsegeografi, engasjerer og gir nærhet. Kjent natur og kjente steder forløser minner fra barndom og arbeidsliv, og pasientene minnes og deltar i samtalen. Pasienter søker ofte kontakt, enten med ord, blikk eller berøring, og Beate sier: «Pasienten ville fortelle om hvor hun var fra, snakke om hjemstedet og om skolen hun gikk på som barn».

I sansehagen, i grillhytta eller på altanen ser og sanser pasientene naturen og omgivelsene, og det blir alltid noe å snakke om, forteller Kari. Observasjon viser at pasientene kommenterer utsikten fra sansehagen, og ofte kan de hvile i «bildet». Pasientene peker og forteller om kjente fjell, og pleierne «fanger» fort opp hvor pasienten er. Egne naturerfaringer brukes ofte, og når Guri forteller om sin siste fjelltur, spør pasienten om hvilken rute hun gikk, og spør etter kjente åser og hauger. Det er tydelig at pasienten er i situasjonen. Når Beate en dag ute i grillhytta sier at vi skulle hatt høner som kunne spist smulene etter oss, forteller flere av pasientene om høner og haner som de har hatt, om hønsehus og sanking av egg.

«Nærhetsrommet kan gi meg kunnskap om pasientens håp, savn og hva som trigger», forteller Åse: «Nærhet mellom meg og pasienten bidrar til at jeg blir bedre kjent med pasienten og kan kjenne igjen pasientens personlighet i nærværet».

3) Nærhetsrommet – et rom for «bevegelse»

Nærhetsrommet kan være i bevegelse, både fysisk og mentalt/emosjonelt, forteller Åse: «Jeg opplevde nærhetsrom med pasienten da vi gikk tur ute og så på lyset og omgivelsene. Vi fikk god kontakt uten å ha blikk-kontakt». Under workshopsamlingene deler noen av pleierne sine

erfaringer med ulike typer nærhetsrom, der noen dannes i en-til-en-relasjon, mens i andre kan flere personer være til stede. Under et sangarrangement opplever Tove å være i nærhetsrommet sammen med en pasient der minner og følelser tar overhånd: «Det ble en spesiell stund, og jeg opplevde at jeg ga pasienten trygghet og nærhet».

Flere av pleierne forteller at nærhetsrommet dannes når lesing og samtale handler om det levde livet i bygda der pasienten bodde, og om livet i naturen. Gjennom refleksjon oppdager flere av pleierne at en lesestund kan gi pasientene en opplevelse av trygghet og tilhørighet, og ikke bare være noe som fyller tiden. Trude reflekterer over om lesing og samtaler også kan frembringe sorg, savn og vonde minner.

1) Diskusjon

2) Metodologiske overveielser

Sentrale prinsipper som delaktighet, involvering, frivillighet og demokrati ble vektlagt gjennom hele aksjonsforskningsprosessen. Å utforske sansehagens og naturens rolle, innflytelse og muligheter i demensomsorgen gjennom intervensjoner, både utendørs og innendørs, fordret flere datainnsamlingsmetoder, som også inkluderte forskerens tilstedeværelse, noe AF åpner opp for (27). På denne måten ble kunnskap generert fra praksis og samsvarte med AFs anvendbarhet i sykepleiekontekster der kunnskap og endringer utvikles i et nedenfra-og-opp-perspektiv gjennom anerkjennende samspill mellom deltakere og forsker (25, 27, s. 30). AF er gjensidig påvirkning, og noe av kritikken mot AF gjelder hvordan forskerens nærhet til deltakere og forskningsfeltet «farger» handlinger og data (24). AI kritiseres blant annet for dens for positive tilnærming og mangel på «presisjon» (26). Intervensjons- og refleksjonsdata ble i stor grad innhentet av pleierne, og deltakernes aktive

rolle kan ifølge Williamson et al. (24) styrke demokratisk validitet, prosessvaliditet og dataenes konsistens og validitet. Å stille spørsmål ved funnens nytte- og overføringsverdi til liknende og eventuelt andre kontekster, som for eksempel helse- og omsorgspolitik og sykepleierutdanning, kan ha styrket dataenes anvendbarhet og troverdighet (24). Åpenhet og respekt i forhold til maktrelasjoner kan sammen med ledelsens involvering og tilrettelegging ha påvirket endringsprosesser positivt (27). AF er ressurskrevende, og det kan stilles spørsmål ved om resultatet står i forhold til innsatsen (27).

Analyseprosessens mulige fallgruver reflekteres over, og ifølge Braun og Clarke (29) og Vaismoradi et al. (30) kan tematisk analyse på grunn av dens fleksibilitet og mangel på rigiditet blant annet føre til at data ikke analyseres, temaene fungerer ikke, og samsvar mellom type data og metodevalg mangler. Aksjonsforskning gir forskeren en unik mulighet til å observere, diskutere og reflektere sammen med deltakerne, noe som bidrar til funnens gyldighet og troverdighet (27). Diskusjon og innspill fra andreforfatterne i forhold til metode, funn og analyse har styrket studiens validitet (24). Studien fører til utvikling av kunnskap og praksis og bekrefter kanskje noe av AFs og anerkjennelsens potensial for endring (24, 27).

2) Dannelsen av nærhetsrommet – en sansehage-pasient-pleier-relasjon

I en tidligere studie (1) fremkommer behov for mer innsikt i pasient-pleier-relasjonen som synes å oppstå når natur, geografi og sansehage bringes inn i pleien av personer med demens. Denne pasient-pleier-relasjonen fører til undring over om sansehagen, som inneholder og har utsikt til lokal natur og geografi, kan gi andre omsorgsmuligheter enn fysisk og konkret utvikling av sansehagens innhold. Kan sansehage og natur bringes inn i pleien av personer med demens på andre måter? Denne studien utforsker pasient-pleier-relasjon som dannes når

fokus er på sansehage og natur, og synliggjør relasjonen og dens betydning i sykepleien av personer med demens i sykehjem.

Pasient-pleier-relasjonen utvikler seg fra en relasjon mellom pasient og pleier til en relasjon eller et «rom» som omslutter dem. Nærheten til hverandre og samtaletemaet danner og opprettholder det usynlige, men likevel synlige «rommet» – som utvikler seg til «nærhetsrommet». Kunnskap om dannelsen og betydningen av nærhetsrommet utvikles og utprøves gjennom fire intervensjoner, som beskrives i tabell 1 i metodekapitlet. Pleierne vurderer intervensjonene som ønskelige, nyttige og relevante i utvikling av ny kunnskap om sansehagens potensial i sykepleien. Samlet sett viser dataene veien fra oppdagelsen av nærhetsrommet til kunnskap om dets tilblivelse og betydning i sykepleien. Studien kan tilføre viktig kunnskap om sansehagens rolle, innflytelse og muligheter i demensomsorgen til flere områder i samfunnet. Kunnskap om sansehagens betydning for pasientenes opplevelse av helse, velvære og tilhørighet kan være både nyttig og viktig i en politisk sammenheng når nye sykehjem og andre boformer for personer med demens planlegges og kommunale omsorgsplaner utarbeides. Kunnskapen kan også berike sykepleieutdanningen og inngå som informasjon til pasienter og pårørende, for eksempel i pårørendeskole (5). Studien kan også være et bidrag eller grunnlag for forskning. Selv om nærhetsrommet og kunnskapen om nærhetsrommet utvikles i relasjon til sansehage og natur, kan kunnskapen om forhold som gir pasientene opplevelse av tilhørighet, trygghet, nærhet og ro, overføres til sykepleieområder som for eksempel personlig hygiene, ernæring, skjerming og lidelse (14, 15).

3) Fra oppdagelse til kunnskap

Oppdagelsen av nærhetsrommet vekker deltakernes interesse, og sammen ønsker vi å finne mer ut av hva nærhetsrommet består av, og hvordan det dannes, og den positive kjernen gir drivkraft til denne prosessen (23). Gjennom intervensjonenes veksling mellom refleksjon og læring, og utprøving av nærhetsrommet som praksis, utvikles gradvis kunnskap om faktorer som fremmer eller hemmer dannelsen av nærhetsrommet. Kjennskap til pasientens livshistorie og behov samt pleiernes kommunikasjonsferdigheter beskrives som viktige faktorer for dannelsen av nærhetsrommet, faktorer som tidligere forskning setter i sammenheng med bruk og effekt av sansehager (6, 7). Nærhetsrommet har flere likhetstrekk med relasjonssentrert omsorg (11), men nærhetsrommet er ikke bare en relasjon mellom mennesker, men en relasjon som omslutter dem med tilstedeværelse og nærhet. Pleiernes kunnskap om lokalhistorie og geografi og evne til å formidle ro og å være til stede for pasienten tillegges stor betydning for dannelsen av nærhetsrommet, noe som ikke eksplisitt beskrives i tidligere forskning.

Både pleierne og pasientene opplever nærhetsrommet godt og trygt, og de ønsker at det skal vare; de verner om stunden. Det virker som om gjensidigheten holder nærhetsrommet ved lag, og nærhetsrommet holder pasientens tid og pleierens tid «fast». Kanskje kan nærhetsrommet ifølge Martinsen og Kjær (19) være stedet som gir næring til sansene og holder livet oppe. Det kan synes som at både pasient og pleier kommer «styrket» ut av nærhetsrommet, og ifølge Andrews (16, 17) kan kjent natur, geografi og steder ivareta menneskers identitet og styrke deres tilhørighet. Ifølge Kolcaba (20) kan pasienten oppleve seg styrket ved oppfyllelse av behov knyttet til lindring, ro og transcendens, noe som støtter kunnskapen om nærhetsrommets betydning i forhold til ro, tilstedeværelse og gode opplevelser. I tillegg viser denne studien naturens og sansehagens betydning for dannelsen av nærhetsrommet, en unik nærhet rundt pasient og pleier som kan bidra til å reduseres pasientens lidelse og gi økt

velvære. Nærhetsrommets betydning for pasientenes opplevelse av trygghet og velvære har flere fellestrekk med Kolcabas (20) teori om velbefinnende. Teoriens miljømessige og sosiale aspekt kan inspirere til videre utvikling av nærhetsrommet og belyse omgivelsenes betydning i sykepleien av personer med demens i sykehjem.

3) Fra kunnskap til praksis

Etter hvert som kunnskapen om dannelsen av nærhetsrommet vokser frem, anvendes den bevisst i pleien av pasientene. Når Mette leser fra bygdeboka eller Guri forteller om fjellturen, «går» pasient og pleier inn i nærhetsrommet, og pasientenes minner fra en svunnen tid bringes tilbake i nuet – minner som gir glede, ro og velvære. Disse funnene samsvarer med tidligere forskning som viser at sansestimulering kan gi ro og bedre relasjoner mellom pasient og pleier (12). Nærhetsrommet kan også sette pasientene i bevegelse, både fysisk og emosjonelt, ja – det kan blir en reise i pasientens fortid, med minner fra skolegang og arbeidsliv (8). I nærhetsrommet kan pleierne møte «mennesket» i pasienten, noe som kan bidra til forståelse av hva som er av betydning i pasientens liv – hva som gjør livet verdt å leve. Personer med demens er enkeltmennesker på tross av sykdommen, understreker Demensplan 2020 (5), og delaktighet i egen pleie kan gi en følelse av å leve (9, 15). Nærhetsrommet blir et sted der den enkelte pasients behov blir møtt, og der pasientens lidelse kan lindres gjennom nærhet til natur, livet, seg selv og andre. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at oppmerksomhet og sensitivitet for pasientens «språk» er av betydning for å forstå pasientens lidelse (14).

Tidligere studier viser at pasienter skaper mening av fysisk tilstedeværelse på steder i ulike miljø og omgivelser (10), mens nærhetsrommet viser seg å skape mening og gode opplevelser

ved at steder og omgivelser bringes abstrakt inn i samtaler. Gjennom nærhetsrommet bringes naturen inn i sykepleien i dobbel forstand med fysisk tilstedeværelse i sansehagen og med naturens tilstedeværelse i samtaler. Ny forståelse av utvikling av sansehagen som abstrakt tenkning, nærhetsrommet, gir ny motivasjon og inspirasjon til bruk av sansehage og natur i sykepleien. Kunnskap om sansehagens og naturens relasjonelle betydning bringer nye tenkemåter inn i dagens sykepleie- og sansehagepraksis og åpner opp for en «begynnende» innstilling til endringer av rutiner i den daglige pleien. Selv om nærhetsrommet lå latent og vokser frem i praksis, kan det være en utfordring å få ny kunnskap til å «sette» seg i avdelingen (26). Tidligere forskning viser at fokus på pasientenes behov kan føre til endring av praksis (21), og aksjonsforskning kan være anvendelig når ny kunnskap og praksis skal utvikles og vedtas (22). Kunnskap om dannelsen og betydningen av nærhetsrommet synliggjør naturen som en viktig komponent i sykepleien som kan styrke pasienten både fysisk og mentalt, og ny sansehagepraksis kan utgjøre en viktig arena for å bli kjent med pasienten som person og hvordan det er å leve med demens.

Samlet sett er deltakerne stolte over at nærhetsrommet observeres i SHA, og at utvikling av ny kunnskap involverer alle pleierne – «det er vårt». Ny kunnskap om dannelsen og betydningen av nærhetsrommet setter både sykepleiekunnskap, praksis og mennesker i bevegelse, noe som er unikt ved denne studien. AI-prosessen har gitt oss en unik mulighet til å gå i dybden for å finne «noe» nytt. Kunnskapen om nærhetsrommet kan føre til forbedring av kommunens omsorgstjenester og kan ha en overføringsverdi til andre sykehjemsavdelinger og boformer for personer med demens. I tillegg har kunnskapen om nærhetsrommet potensial til utvikling av «teorien om nærhetsrommet», som kan anvendes i fremtidens sykepleierutdanning.

1) Oppsummering

Studien viser hvordan pasient-pleier-relasjonen, som dannes når fokus er på sansehage og natur, utvikles til «nærhetsrommet». AI-prosessen gjør det mulig å utprøve og utvikle kunnskap om dannelse og betydning av nærhetsrommet, som bidrar til økt kunnskap om sansehagens og naturens betydning i sykepleien gjennom abstrakt tenkning, som igjen kan motivere til utvikling av sansehagens konkrete innhold. Kunnskap om nærhetsrommet bidrar til ny forståelse av sansehagens og naturens rolle, innflytelse og muligheter i sykepleien av personer med demens, som kan tilføres til kommunale helse- og omsorgsplaner, sykepleieutdanning og folkeopplysning generelt. Studien kan være et bidrag til kunnskap som etterspørres både nasjonalt (5) og internasjonalt (4) og kan åpne opp for videre forskning innen fremtidens sykepleie til personer med demens.

Referanser

1. Magnussen I-L, Bondas T, Alteren J. Å bringe helsegeografi inn i sykepleien – en aksjonsforskning. *Klinisk Sykepleje* (august 2016).
2. Berentsen VD, Eek A, Grefsrød E-E. *Sansehager for personer med demens: utforming og bruk*. Tønsberg: Aldring og helse; 2007.
3. Engedal K, Haugen PK, Brækhus A. *Demens: fakta og utfordringer: en lærebok*. 5. utg. Tønsberg: Aldring og helse; 2009.
4. Alzheimer`s Disease International. *World Alzheimer Report 2014*. London: Alzheimer`s Disease International; 2014.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. *Demensplan 2020 «Et mer demensvennlig samfunn»*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
6. Gonzalez MT, Kirkevold M. Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 23: 2698–715. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12388>.
7. Edwards CA, McDonnell C, Merl H. An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia* 2013; 12(4): 494–510. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1471301211435188>.
8. Moore KD. Restorative Dementia Gardens: Exploring How Design May Ameliorate Attention Fatigue. *Journal of Housing For the Elderly* 2007; 21(1–2): 73–88. DOI: http://dx.doi.org/10.1300/J081v21n01_05.
9. McKeown J, Clarke A, Ingleton C, Repper J. Actively involving people with dementia in qualitative research. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(13–14): 1935–43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03136.x>.
10. Wiersma EC. The experiences of place: Veterans with dementia making meaning of their environments. *Health and Place* 2008; 14(4): 779–94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.01.001>.
11. Dewar B, Nolan M. Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50(9): 1247–58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.008>.
12. Lykkeslet E, Gjengedal E, Skrondal T, Storjord MB. Sensory stimulation-A way of creating mutual relations in dementia care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2014; 9(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.23888>.
13. Nielsen H, Lyhne I. Adding action to the interview: Conceptualizing an interview approach inspired by action research elements. *Action Research*. 2015 February 26, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1476750315573591>.
14. Vaismoradi M, Skär L, Söderberg S, Bondas TE. Normalizing suffering: A meta-synthesis of experiences of and perspectives on pain and pain management in nursing homes. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2016; 11: 31203. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.31203>.
15. Vaismoradi M, Wang IL, Turunen H, Bondas T. Older people`s experiences of care in nursing homes: a meta-synthesis. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12232>.
16. Andrews GJ. Geographies of health in nursing. *Health and Place* 2006; 12(1): 110–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.10.002>.
17. Andrews GJ, Moon G. Space, Place, and the Evidence Base: Part I - An Introduction to Health Geography. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2005; 2(2): 55–62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2005.05004.x>.
18. Nightingale F, Skretkovicz V, Mellbye S. *Notater om sykepleie. Revidert med tillegg, samlede utgaver*. Oslo: Universitetsforlaget; 1997.
19. Martinsen K, Kjær TA. *Utenfor tellekantene: essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.

20. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1994; 19(6): 1178–84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>.
21. Andersen J, Bilfeldt A. Action research in nursing homes. *Action Research*. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1476750315569082>.
22. James I, Blomberg K, Liljekvist E, Kihlgren A. Working together for a meaningful daily life for older persons: A participatory and appreciative action and reflection project - The lessons we learned. *Action Research*. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1476750314568205>.
23. Whitney DD, Trosten-Bloom A. *The Power of Appreciative Inquiry: A Practical Guide to Positive Change*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.; 2010.
24. Williamson G, Bellman L, Webster J. Action research in nursing and healthcare. (Brief article) (Book review). 2012.
25. Cooperrider D, Srivastva S. Appreciative inquiry in organizational life. *Research in Organizational Change and Development* 1987; 1, 129–169.
26. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Using appreciative inquiry to transform health care. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* 2013; 45(1): 95–100. DOI: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.95>.
27. Parkin P. *Managing change in healthcare : using action research*. Los Angeles, California: Sage; 2009.
28. Fangen K. *Deltagende observasjon*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
29. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3(2): 77–101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
30. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences* 2013; 15(3): 398–405. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12048>.