



## Egen bolig - også når helsa svikter?

Evaluering av nye omsorgsboliger for hjelpetrequende eldre

HANNE BOGEN  
TORUNN KVINGE

KARIN HØYLAND  
BJØRG ØSTNOR

[www.sintef.no](http://www.sintef.no)



Desember 2006



**SINTEF BYGGFORSK**

Postadresse: 7465 Trondheim  
Besøksadresse: Alfred Getz vei 3  
Telefon: 73 59 26 20  
Telefaks: 73 59 82 85

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

**SINTEF RAPPORT**

TITTEL

**Egen bolig- også når helsa svikter?**  
Evaluering av nye omsorgsboliger for hjelpetrequende eldre

FORFATTER(E)

Karin Høyland, Bjørg Østnor, Hanne Bogen, Torunn Kvinge

OPPDRAGSGIVER(E)

Husbanken

RAPPORTNR. <b>SBF51 A06017</b>	GRADERING <b>Åpen</b>	OPPDRAGSGIVERS REF.	
GRADER. DENNE SIDE <b>Åpen</b>	ISBN <b>82-14-03-441-8</b>	PROSJEKTNR. <b>2241600</b>	ANTALL SIDER OG BILAG
ELEKTRONISK ARKIVKODE <b>2241600</b>	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) <b>Karin Høyland</b>	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) <b>Hanne Bogen, Bjørg Østnor</b>	
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) <b>Siri Hunnes Blakstad, Forskningsjef</b>	

**SAMMENDRAG**

Rapporten presenterer en casestudie av 10 ulike bo- og tjenestetilbud for eldre med stort omsorgsbehov. Tilbudene er organisert som omsorgsboliger og alle har en form for fast tilknyttet personell. Vi finner mange ulike løsninger både i forhold til den fysiske utformingen og i forhold til hvordan tjenestene blir organisert. Dette er grundig presentert i de ulike casene. Det at omsorgsboligene er organisert som boliger, har ført til omstilling og nytenking i sektoren. Dette påvirker imidlertid i ulik grad dagliglivet rundt den enkelte beboer. Reell omstilling krever mer enn omdefinering til boliger. Beboerne gir klart uttrykk for at de setter pris på fortsatt å kunne ha sitt hjem og kunne bestemme i egen bolig selv om de har flyttet fra sitt opprinnelige hjem. Gjennom en spørreskjemaundersøkelse til pårørende kommer det frem at de i store trekk opplever at beboerne i boligene får et tilstrekkelig omsorgstilbud, og at boligene er attraktive å komme på besøk i. Selv om pårørendes tilfredshet varierer noe, er det de færreste som ville foretrukket et alternativt tilbud i sykehjem for beboerne. Resultatene fra intervjuene kan tyde på at pårørende trekkes noe mer inn i omsorgen og praktiske oppgaver enn pårørende til beboere på sykehjem og at de i en viss grad også kunne tenke seg å bidra mer. Omsorgen fra pårørende verdsettes høyt av beboerne selv, og omfatter alt fra sosialt samvær til det å hjelpe til med å ordne praktiske ting. Tilrettelagt uteareal verdsettes høyt.

Boligbehovet for eldre med stort omsorgsbehov vil variere. Selvstendige boliger med lang avstand til fellesrom og ansatte viser seg å være dårlig egnet for demente. Også for andre med stor funksjonssvikt kan det virke som om tettere boligløsninger med felles hushold kan være en god løsning som gjør det mulig både å ivareta et privatliv og samtidig kunne delta i et fellesskap. Hovedbudskapet er likevel at det må bygges ulike boligtilbud for å kunne møte eldres ulike boligbehov. For enkelte kan disse nye omsorgsboligene være et alternativ til institusjonsplasser.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1		
GRUPPE 2		





1	FORORD.....	6
2	SAMMENDRAG.....	7
3	BAKGRUNN.....	10
3.1	HANDLINGSPLANEN FOR ELDREOMSORGEN – BOLIGGJØRING SOM VIRKEMIDDEL.....	10
3.2	PROBLEMSTILLING OG MÅL.....	12
4	CASESTUDIE SOM METODE.....	12
4.1	METODE/ BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODER.....	12
4.2	UTVALG, BAKGRUNN FOR UTVALG.....	14
5	DRØFTINGSDEL.....	15
5.1	HVEM ER "SKRØPELIGE ELDRE"? .....	15
5.2	HVOR FORNØYDE ER PÅRØRENDE OG BEBOERE I OMSORGSBOLIGENE? .....	15
5.2.1	<i>Pårørende.....</i>	15
5.2.2	<i>Beboerne.....</i>	17
5.3	OM BOLIGLØSNINGER OG BOLIGBEHOV .....	18
5.3.1	<i>Hvilke typer boligtilbud finnes?.....</i>	18
5.3.2	<i>Hva kan defineres som boligbehov?.....</i>	19
5.3.3	<i>Hvilke boligbehov har "skrøpelige eldre"?.....</i>	20
5.3.4	<i>Tjenestebehov som påvirker de fysiske løsninger.....</i>	20
5.3.5	<i>Behov for fellesskap eller samvær med andre?.....</i>	22
5.3.6	<i>Hva vet vi om hvordan det fysiske legger til rette for samvær med andre. ....</i>	22
5.3.7	<i>Hjelp til å skape et hverdagsliv, i egen bolig eller i fellesskap.....</i>	23
5.3.8	<i>Hvilke boligbehov kommer klarest frem i våre case?.....</i>	24
5.3.9	<i>Ønske om å delta i et fellesskap eller ha tid i ro og fred?.....</i>	25
5.4	HAR DE FYSISKE OMGIVELSER BETYDNING? .....	26
5.4.1	<i>Er egen bolig av betydning?.....</i>	26
5.4.2	<i>Brukstimer som grunnlag for dimensjonering av bolig.....</i>	27
5.4.3	<i>Hvilke funksjoner foregår i boligene?.....</i>	28
5.4.4	<i>Attraktive rom?.....</i>	28
5.5	FELLESKAPSLØSNINGER UT I FRA ANDRE ÅRSAKER. ....	32
5.5.1	<i>Samlokaliserte løsninger på grunn av styrket fagmiljø.....</i>	32
5.6	PÅRØRENDES ROLLE I NYE OMSORGSBOLIGER .....	32
5.6.1	<i>Er det reelle forskjeller mellom pårørende bidrag i sykehjem og omsorgsboliger?.....</i>	33
5.6.2	<i>Avlaster pårørende det offentlige?.....</i>	34
5.6.3	<i>Hvilken betydning har pårørendes innsats for beboerne?.....</i>	34
5.6.4	<i>Er arbeidsoppgavene en belastning for pårørende?.....</i>	35
5.6.5	<i>Hvor mye er pårørende på besøk.....</i>	35
5.6.6	<i>Ektepar i omsorgsbolig.....</i>	35
5.7	BOLIG ELLER INSTITUSJON? .....	36
5.7.1	<i>Hva legger vi i begrepene?.....</i>	36
5.7.2	<i>Reelle forskjeller mellom omsorgsbolig og institusjon?.....</i>	37
5.7.3	<i>Forskjellige måter å organisere tjenester på?.....</i>	38
5.7.4	<i>Felleskapsløsninger, en etterlevning av institusjonstanken?.....</i>	38
5.7.5	<i>Om å ta del i et nærmiljø.....</i>	39
5.8	OM TJENESTETILBUDET TILKNYTTET BOLIGENE.....	39
5.8.1	<i>Boliggjøring, et skifte av tankesett?.....</i>	39
5.8.2	<i>Om vedtak og fleksibilitet i systemet.....</i>	40
5.8.3	<i>Samhandling med andre tjenester.....</i>	41
5.8.4	<i>I hvilken grad er beboernes trivsel en del av de ansattes ansvar? .....</i>	43
5.8.5	<i>Måltider som trivselstiltak og ledd i aktivisering av beboere.....</i>	44

5.8.6	Samvær med andre beboere som trivselstiltak og aktivisering av dårlige beboere.....	45
5.8.7	Mer ansvar på den enkelte ansatte?.....	46
5.8.8	Om å gjennomføre endringer?.....	47
5.8.9	Arbeidskultur og holdninger blant ansatte.....	48
6	CASEPRESENTASJONER.....	51
6.1	<b>EPLHAGEN.....</b>	<b>51</b>
6.1.1	Beskrivelse av bygget.....	51
6.1.2	Beskrivelse av beboergruppe.....	53
6.1.3	Beskrivelse av tjenestetilbud og organisering.....	53
6.1.4	Pårørendes erfaring med bo og tjenestetilbudet.....	55
6.1.5	Ansattes erfaringer med bygget.....	56
6.1.6	Ansattes erfaring med tjenestetilbudet.....	57
6.2	<b>FOSSLIA BOSENTER.....</b>	<b>61</b>
6.2.1	Beskrivelse av bygget.....	61
6.2.2	Beskrivelse av beboergruppe.....	63
6.2.3	Beskrivelse av tjenester og organisering.....	63
6.2.4	Pårørendes erfaring med bo og tjenestetilbudet.....	66
6.2.5	Erfaringer med bygget.....	66
6.2.6	Ansattes erfaring med tjenestetilbudet.....	68
6.3	<b>TORSTADTUNET.....</b>	<b>74</b>
6.3.1	Beskrivelse av bygget.....	74
6.3.2	Beskrivelse av beboergruppe.....	75
6.3.3	Beskrivelse av tjenestetilbudet og organisering.....	76
6.3.4	Ansattes erfaringer med bygget.....	78
6.3.5	Beboernes erfaring med bo og tjenestetilbudet.....	79
6.3.6	Ansattes erfaring med tjenestetilbudet.....	80
6.4	<b>SKEFTEJORDET.....</b>	<b>85</b>
6.4.1	Beskrivelse av bygget.....	85
6.4.2	Beskrivelse av beboergruppen.....	86
6.4.3	Beskrivelse av tjenestetilbudet.....	86
6.4.4	Beboernes erfaringer med bo og tjenestetilbudet.....	88
6.4.5	Erfaringer med bygget.....	89
6.4.6	Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet.....	90
6.5	<b>SOLKROKEN 3.....</b>	<b>93</b>
6.5.1	Beskrivelse av bygget.....	93
6.5.2	Beskrivelse av beboergruppen.....	94
6.5.3	Beskrivelse av tjenester.....	94
6.5.4	Beboernes erfaring med bo- og tjenestetilbudet.....	95
6.5.5	Erfaringer med bygget.....	96
6.5.6	Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet.....	97
6.6	<b>THRANESGATE.....</b>	<b>100</b>
6.6.1	Beskrivelse av bygget.....	101
6.6.2	Beskrivelse av beboergruppe.....	102
6.6.3	Beskrivelse av tjenestetilbudet.....	102
6.6.4	Beboernes erfaring med bo og tjenestetilbudet.....	104
6.6.5	Erfaringer med bygget.....	105
6.6.6	Erfaringer med tjenestetilbudet.....	106
6.7	<b>SYKKYLVEN.....</b>	<b>111</b>
6.7.1	Beskrivelse av bygget.....	111
6.7.2	Beskrivelse av beboergruppen.....	113
6.7.3	Beskrivelse av tjenestetilbudet.....	113
6.7.4	Beboernes erfaringer med bo og tjenestetilbudet.....	115
6.7.5	Erfaringer med bygget.....	115
6.7.6	Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet.....	117
6.8	<b>VESTNES OMSORGSSENTER.....</b>	<b>123</b>
6.8.1	Beskrivelse av bygget.....	123
6.8.2	Beskrivelse av beboergruppe.....	125
6.8.3	Erfaringer med bygget.....	127

6.8.4	<i>Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet</i> .....	128
7	SOLKROKEN 1 .....	132
7.1.1	<i>Beskrivelse av bygget</i> .....	132
7.1.2	<i>Beskrivelse av beboergruppen</i> .....	133
7.1.3	<i>Beskrivelse av tjenestene</i> .....	133
7.1.4	<i>Beboernes erfaringer med bo og tjenestetilbudet</i> .....	134
7.1.5	<i>Erfaringer med bygget</i> .....	135
7.1.6	<i>Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet</i> .....	136
7.2	<b>BERGHEIM OMSORGSBOLIGER</b> .....	<b>138</b>
7.2.1	<i>Beskrivelse av bygget</i> .....	138
7.2.2	<i>Beskrivelse av beboergruppen</i> .....	141
7.2.3	<i>Beskrivelse av tjenestene</i> .....	141
7.2.4	<i>Beboernes erfaringer med bo- og tjenestetilbudet</i> .....	143
7.2.5	<i>Erfaringer med bygget</i> .....	144
7.2.6	<i>Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet</i> .....	145
8	VURDERING AV KOSTNADER.....	152
8.1	INNLEDNING .....	152
8.2	PLEIE OG OMSORG – EGNE BOLIGER ELLER INSTITUSJONSPASS?.....	152
8.3	LØNNSUTGIFTER TIL PLEIE OG OMSORG.....	155
8.4	BOKOSTNADER OG HUSHOLDNINGSUTGIFTER .....	159
8.5	OPPSUMMERING OG DRØFTING AV KOSTNADER.....	164
9	LITTERATURLISTE .....	167

## Forord

Prosjektets mål har vært å bidra til økt kunnskap om sammenhengen mellom den fysiske utforming og drift av boformer for eldre med stort pleie og omsorgsbehov. Å samle denne typen kunnskap vil kunne bidra til at kommuner kan hente erfaringer og råd om utforming, bygging og organisering av bo og tjenestetilbud. Arbeidet er utført på oppdrag fra Husbankens strategikontor. Tore Lange og Åse Ribe har hatt faglig oppfølging.

Problemstillingen var tverrfaglig og er derfor utført av et tverrfaglig forskerteam ved SINTEF Byggforsk, Fafo og Høyskolen i Sør-Trøndelag (HIST). Forfattere av sluttrapporten har vært Hanne Bogen Fafo, Bjørg Østnor Hist og Karin Høyland SINTEF Byggforsk. Torunn Kvinge Fafo har forfattet kapittelet om kostnader. Karin Høyland SINTEF har vært prosjektleder for prosjektet.

Andre som har deltatt i prosjektet er Siri Ytrehus Fafo og Wibeke Knudsen SINTEF Byggforsk.

Det ble opprettet en styringsgruppe som besto av Marit Sivertsen Trondheim kommune, Johanne Hage Fylkesmannen i Buskerud, Endre Opsahl, Sosial og helsedirektoratet.

Vi takker alle for innsatsen og samarbeidet. Spesielt vil vi takke alle ansatte, pårørende og beboere ved de 10 boliganleggene som er studert. De har sjenerøst delt av sine erfaringer gjennom intervjuer, befaringer og spørreskjemaer. Vi vil også spesielt takke Åse Ribe som har deltatt med sin kompetanse og gitt nyttige innspill underveis. Boliganleggene som har vært case er Eplehagen (Sarpsborg kommune), Fosslia bosenter (Stjørdal kommune), Torstadtunet (Asker kommune), Skeftejordet (Steinkjer kommune), Solkroken 1 (Lindesnes kommune), Thranesgate (Sarpsborg kommune), Sykkylven bosenter (Sykkylven) Vestnes omsorgssenter (Vestnes kommune) Solkroken 3 (Lindesneskommune), Bergheim omsorgsboliger (Trondheim kommune)

Hvis denne rapporten er i svart hvitt og noen figurer er vanskelig å lese ligger rapporten i sin helhet på SINTEF Byggforsk sine nettsider [www.sintef.no](http://www.sintef.no) Byggforsk Arkitektur og byggteknikk under rapporter.

Trondheim desember 2006

Karin Høyland

## Sammendrag av hovedfunn.



*Eplehagen bofelleskap i Sarpsborg kommune.*



*Fosslia bosenter Stjørdal kommune*



*Torstadtunet Asker kommune*

Omsorgsboligtilbudene som presenteres viser et variert tilbud. Norske kommuner har i løpet av handlingsplanperioden etablert en rekke nye typer omsorgsboligtilbud. Det er store variasjoner i tilbudet både når det gjelder den bygningsmessige utformingen, måten tjenestene er organisert på og hvilken beboerkategori som bor i boligene. Omsorgsboliger kan derfor ikke betraktes som et entydig begrep om én type bo og tjeneste tilbud. I Lindesnes tilbyr man for eksempel eldre med stort pleiebehov et omsorgsboligtilbud istedenfor "langtidsplasser" i sykehjem, personer med demens får et tilbud i institusjon. I Stjørdal tilbys personer med demens et tilrettelagt tilbud i omsorgsboligtilbud. I flere av boliganleggene gis et omsorgstilbud i omsorgsboligen helt til livets slutt. Denne variasjonen i løsninger forklarer hvorfor det kan være problematisk å trekke generelle slutninger om bruken av omsorgsboliger utelukkende ut i fra kvantitative registreringer. Casestudien synliggjør disse variasjonene.

**Tjenestebehovet varierer, men er for de fleste beboerne i våre case omfattende.** Som utgangspunkt for denne studien valgte vi ut case hvor det bodde eldre med stort pleie- og omsorgsbehov. I flere av anleggene gis et omfattende og helhetlig tjenestetilbud i boligene, tilsvarende det man kan få på en institusjon. Mange av beboerne er derfor det vi kan vurdere som "sykehjemsbeboere" sett i lys av tjenestebehov. I plos tallene viser at tjenestebehovet varierer, men i de fleste anleggene er behovet for pleie- og omsorg likevel gjennomsnittlig noe lavere enn i sykehjem. Alle anleggene har en eller annen form for fast tilknyttet personale. I noen av anleggene er alt personale fast tilknyttet tjenestetilbudet. I andre anlegg er noen av de ansatte fast tilknyttet, mens andre yter tjenester etter modell fra hjemmetjenesten forøvrig. Alle tjenestetilbudene er imidlertid organisert under hjemmetjenesten. Det gjøres individuelle vedtak om hjelp, på linje med det som gjøres for andre brukere av hjemmetjenesten. De fleste beboerne bruker i likhet med andre hjemmeboende sin fastlege. Bare i én av boliganleggene har man valgt å ansette tilsynslege.

### **Pårørende opplever at beboerne får tilstrekkelig hjelp.**

Pårørendeundersøkelsen viser at pårørende stort sett er fornøyde med det tjenestetilbudet som gis. Dette varierer imidlertid noe. I de to boligkompleksene i Sarpsborg sier så godt som samtlige av de pårørende som har svart, at de føler seg trygge på at beboeren får nok hjelp. Ingen svarer at de ville ha foretrukket et sykehjemstilbud i stedet for det omsorgsboligtilbudet de har. Selv om både den fysiske utformingen og organiseringen av tjenestetilbudene varierer, opplever de ansatte vi har intervjuet at "boliggjøringen" stort sett har



*Skeftejordet, Steinkjer kommune*

ført til positive endringer. Av forhold de nevner er –"mer fokus på den enkelte beboers rett til selvbestemmelse og valgfrihet". Det påpekes også at man i større grad forsøker å tilby et individuelt tilpasset tjenestetilbud og at det har ført til en mindre hierarkisk tjenesteorganisering. Den ideologiske målsettingen om at tjenestene tilbys i beboers hjem, blir klart uttrykt fra ledernivå, men påvirker i ulik grad tjenestetilbudet nedover i organisasjonen. Reelle endringer krever også omstillingsarbeid. Boligløsningen letter tilgangen til hjelpemidler, noe nesten samtlige av de intervjuede ansatte mener gir dem en lettere arbeidsdag.

**Pårørende tar mer aktivt del i omsorgen, men ikke så mye som ansatte forventer.** De pårørende som har svart på spørreundersøkelse, mener at de bidrar en del i omsorgen og opplever dette stort sett som positivt. Beboerne selv gir uttrykk for at de pårørendes omsorg er av vesentlig betydning. Det at deres nærmeste "stiller opp for dem", er noe de gjerne forteller om. Omsorgen varierer i karakter fra praktiske gjøremål, til å installere bredbånd, vaske klær, drikke kaffe, se på TV eller å ta med beboeren ut på tur. Det kan virke som om boligløsningene på denne måten gir flere muligheter for pårørende til å vise omsorg.



*Solkroken 3, Lindesnes kommune*

**Beboerne gir ellers klart uttrykk for at de setter pris på å ha sitt eget hjem og opplever boligen som sitt domene.** Også pårørende svarer bekreftende på at dette er av betydning. På grunn av fysisk skrøpelighet hos mange av beboerne, er mobiliteten liten. Samlokaliserte omsorgsboliger kan være et egnet tilbud for disse fordi de får mulighet til å delta i fellesaktiviteter og kan oppleve tryggheten ved at personale er i nærheten. Det er samtidig viktig å presisere at det her er store individuelle forskjeller. Mens noen ønsker å være alene og er fornøyde med at personalet kommer innom til avtalte tider, opplever andre dette som utrygt og ønsker større nærhet til personalet. Det er derfor ikke noe mål å finne fram til en type løsning, men at kommuner kan tilby ulike løsninger som kan tilbys personer med ulike preferanser.



*Thranesgate, Sarpsborg kommune*

**Boligløsningene varierer mellom selvstendige boliger i bofelleskap til bokollektiv** Det presiseres at for denne gruppen eldre er det en vesentlig kvalitet å kunne oppsøke andre tilbud uten å måtte være redd for å gli på is eller snø. Som nevnt over, er preferansene for felleskap og nærhet til tjenester ulike. Det er imidlertid også et skille mellom behovet for personer med demens og personer som har fysiske funksjons nedsettelse. Personer med demens har behov for nærhet til personalet og et felleshushold som gir struktur og innhold i hverdagen. Mindre og mer oversiktlige omgivelser er som kjent også viktig. Dette bekrefter også denne undersøkelsen. I noen av de mer spredte løsningene opplever man at noen beboere blir gående og lete etter ansatte. Også andre grupper av skrøpelige eldre foretrekker denne typen tette boligløsning hvor felles måltider bidrar til et sosialt tilbud. Når man





*Sykkylven omsorgsenter,  
Sykkylven kommune*



*Vestnes omsorgsenter,  
Vestnes kommune*



*Solkroken 3,  
Lindesnes kommune*



*Bergheim omsorgsboliger,  
Trondheim kommune*

på grunn av vesentlige funksjonshemminger ikke er i stand til å skape et hverdagsliv i egen bolig, kan det være en kvalitet å være tilskuer til aktiviteter. Noen av de skrøpeligste beboerne i selvstedige boliger, gir uttrykk for at det blir lite sosial kontakt.

### Lokalisering og nærhet til uteareal viktig.

Boligtilbud i fysisk nærhet til kafe eller andre sentrumsfunksjoner gir beboerne flere valgmuligheter til å oppsøke sosiale arenaer. Boligløsningene oppfattes generelt som funksjonelle og ansatte fremhever store, romslige bad som en kvalitet som bidrar til å lette arbeidet. I store trekk er anleggene godt tilrettelagt for rullestolbrukere. Flere av anleggene er imidlertid lite tilrettelagt for personer med nedsatt syn. Dette til tross for at vi vet at dette angår svært mange av beboerne. Fellesarealene virker tilfeldig plassert og utformet i noen av anleggene og framstår da ikke som spesielt attraktive eller hyggelige rom. I de anleggene som har tilrettelagte og hyggelige utearealer, trekkes dette fram som en særs viktig kvalitet både av ansatte og pårørende.

### Kostnadene varierer etter hvor stort omsorgsbehov beboerne har.

Det er derfor vanskelig å fremheve noen løsninger som er mer kostnadseffektive enn andre. Noen av anleggene har egne budsjetter, mens i andre anlegg tildeles tjenestene til beboer direkte fra hjemmetjenesten. Det at kostnadsbildet varierer og at dette i store trekk samsvarer med beboernes tjenestebehov må anses som en kvalitet. Lønnsutgiftene til omsorgsboligene i undersøkelsen vår ligger lavere enn gjennomsnittlige lønnsutgifter i institusjon i samme kommune. Dette er interessant ut i fra at pårørende opplever dette som gode tilbud og at man kanskje skulle tro at det å drifte såpass små anlegg var lite kostnadseffektivt. At særlig personer med demens nettopp trenger mindre og oversiktlige anlegg, er det vel stort sett faglig enighet om. I hvilken grad små anlegg også kan være en drifteffektiv løsning må det imidlertid mer detaljerte studier til. Noen av casene viser også hvordan beboerne i boliganleggene over tid har endret omsorgsbehov og at tjenestetilbud har endret seg i tråd med dette. For at dette skal kunne anses som en kvalitet, forutsettes det at tjenestene oppleves som tilstrekkelige. Det er en utfordring å sammenligne kostnadsbildet på kommunenivå mellom boligtilbud og institusjonsplasser. Fordi dette avhenger i stor grad av hvem (hvor mye tjenester de trenger) som bor i de ulike tilbudene. Når alle kommuner har IPLOS-tall tilgjengelige (2007) vil slike sammenligninger bli lettere å gjennomføre.

Det er til slutt viktig å understreke at man ut i fra en casestudie som dette, ikke kan trekke den slutning at omsorgsboliger generelt er et godt alternativ også for de skrøpeligste eldre. Studien viser at **det kan være det** forutsatt at både den fysiske utformingen og organiseringen av tjenestetilbudet er tilpasset denne målgruppen. Casene viser mange tips og ideer både til fysiske løsninger og nye modeller for organisering av tjenestene.

## Bakgrunn

### 2.1 Handlingsplanen for eldreomsorgen – boliggyøring som virkemiddel

En av de sentrale diskusjonene knyttet til handlingsplanen for eldre var om et omsorgsboligtilbud kunne gi et kvalitativt godt nok tilbud også til skrøpelige eldre. Har det at man bor i bolig i stedet for på institusjon, betydning for medisinsk oppfølging, tjenestetilbud og opplevelsen av selvbestemmelse og verdighet? "Boliggyøring" har vært et av flere virkemidler for å oppnå en bedring på de nevnte områdene. Gjærevoll utvalget slo allerede i 1992 fast at eldre burde få bo i egen bolig selv når de hadde behov for hjelp. Bakgrunnen for dette lå mye i den sosialpolitisk innrettede forskningslitteraturen, som handlet om den sosiale rollen som institusjonspasienter tillegges i motsetning til dem som bor i eget hjem. Et viktig aspekt var da å belyse de ulikheter i mulighet for *formell myndighet og kontroll* som hhv. institusjoner og boliger gir. Dette var et sentralt utgangspunkt for institusjonskritikken som ble reist på 60- og 70-tallet i USA og England. I tillegg til å fokusere på muligheter til formell egenkontroll i egen bolig, har det også handlet om mer symbolske forhold. Kritikken gikk på at institusjonspasienter blir preget av institusjonene, og blir tillagt egenskaper eller roller som kjennetegner pasienter. Man har hevdet at deres personlige egenart, mulighet til å vedlikeholde sentrale aspekt ved tilværelsen som autonomi og selvbestemmelse, blir hindret av den sosiale rollen som institusjonsomsorgen gir dem. Man har funnet at større institusjoner ofte fører til en tjenesteorganisering som gir noen regulerende rutiner, som gjør at tjenestene ikke er tilpasset den enkeltes behov (Kane 1990)

Institusjonene har også vært kritisert for å legge for stor vekt på de medisinske aspektene, og for å legge tilsvarende mindre vekt på andre aspekter. Det kan handle om begrensninger som oppfattes å være knyttet til den tradisjonelle fysiske utformingen av institusjonen og de betingelser denne gir for tjenesteorganiseringen. En annen kritikk har vært at interaksjonen mellom ansatte og mottakere av tjenestene blir rutinisert i institusjonen. (Phillips 2001, Allen m. fl. 1992, Booth 1985). Arbeidet organiseres som rutiner uten tilpasning til de store variasjonene i brukernes behov.

Søken etter nye former for omsorgsboliger og boligløsninger for eldre har en klar forankring i denne institusjonskritikken. En av de viktigste grunnene for utvikling av boligløsninger for eldre var at boliger skulle gi mulighet til privatliv og tjenester på egne premisser tross hjelpeavhengighet. Det at hjelperne yter tjenester i brukerens eget hjem - i hjemlige omgivelser – skulle gi større mulighet for å tilpasse seg hver enkeltes behov, enn når tjenestene ytes i institusjon.



Denne ideologiske forankringen var imidlertid ikke på samme måten som for eksempel gjennom HVPU-reformen klart kommunisert og håndhevet. Dette til tross for at også denne reformen kom som en reaksjon på den samme institusjonskritikken. Mens denne reformen førte til en relativt markant endring av hele sektoren, ble omsorgsboligene innført som begrep og løsning parallelt med at man ønsket å utvikle nye institusjonsløsninger. Det er derfor viktig å understreke at det parallelt med omsorgsboligbyggingen har skjedd en vesentlig utvikling i institusjonsomsorgen. Det er utviklet nye sykehjemsmodeller og endringer av tjenestetilbud innenfor institusjonsomsorgen. Det som kan betraktes som karakteristisk og blir belyst i den tradisjonelle institusjonskritikken, kan derfor ikke anses som representativt for dagens institusjonstilbud. Å sammenligne dagens institusjonstilbud med nye omsorgsboligitilbud kunne være interessant, men ville kreve et annet forskningsopplegg enn det som er benyttet i dette prosjektet.

Den massive satsingen i handlingsplanperioden har gjort at det er prøvd ut en rekke nye løsninger både med tanke på bygningsmessige og organisatoriske forhold. Kommunene i Norge er svært forskjellige og har i ulik grad eksperimentert med nye bolig og tjenestetilbud. Satt på spissen kan man si at noen kommuner har i handlingsplanperioden videreført sin "tradisjonelle" tjenestemodell med nye og mer moderne institusjoner og tilført tilbudet en del omsorgsboliger som til en viss grad fungerer som vanlige boliger med livsløpsstandard (beboere av seniorer). Andre kommuner har forsøkt å utvikle nye bygningsmessige og organisatoriske løsninger som kan gi et mer variert bo- og tjenestetilbud. Disse omhandler både nye former for institusjoner og nye former for omsorgsboligitilbud. Dette som ledd i å skape nye typer tilbud og et mer variert og helhetlig bo- og tjenestetilbud.

Samtidig ser vi at i de fleste evalueringer av handlingsplanen opererer man med et klart skille mellom institusjoner og boliger. Virkeligheten viser imidlertid at dette skillet er langt mer nyansert både i forhold til tjenestetilbudet og den fysiske utforming av bygningsmassen. Dette underbygger behovet for mer kvalitative studier som i større grad går i dybden og ser på de konkrete bygnings- og driftsformer som er valgt.

Målet med dette prosjektet har derfor vært å finne fram til nye modeller for omsorgsboliger og å belyse hvilke kvaliteter og utfordringer disse løsningene har. Vi forutsatte da at boligløsningene skulle kunne gi et godt tilbud også til eldre som trenger mye omsorg. Om det er tilfellet, ville vi undersøke nærmere i dette prosjektet.

## 2.2 Problemstilling og mål.

Norske kommuner har i løpet av de siste 5 årene gjort store investeringer i nye omsorgsboliger og sykehjem til eldre. Mange kommuner har bestrebet seg på å finne nye modeller for både drift og bygging for denne målgruppen. Det er derfor av stor verdi å trekke erfaringer fra en del av de nye boformene. Målet for dette prosjektet har vært å bidra til økt kunnskap om erfaringene med disse nye løsningene. Videre å belyse hvilke konsekvenser den fysiske utformingen gir både for drift og opplevelsen av kvalitet for eldre med stort pleie og omsorgsbehov. Sentralt i undersøkelsen har brukertilfredshet blant beboere, personalet og pårørende stått, både med tanke på de valgte fysiske løsningene og organiseringen av tjenestetilbudet innenfor disse fysiske løsningene. Videre belyses kostnader til drift og beboernes hjelpebehov gjennom Iplos-tall der dette er registrert.

Vi har i prosjektet studert 10 omsorgsboliganlegg for eldre med stort omsorgsbehov. Vi lette i første rekke etter omsorgsboligløsninger for eldre med omsorgsbehov tilsvarende "sykehjemsbeboeren". Dette ble gjort i form av en henvendelse til fylkeslegen og andre som hadde jobbet med handlingsplanen.

Vi ønsket å kunne gi et bedre bilde av disse eldres boligbehov. Med boligbehov mener vi da både behov knyttet til tilrettelegging for fysiske funksjonsnedsettelse, men også tilrettelegging av mer generell karakter i forhold til behov/ønsker knyttet til mestring av eget hverdagsliv, behov for privatliv og fellesskap, trygghet pga nærhet til personale. Videre inngår i boligbegrepet lokaliseringen av disse boligene og de føringer det gir for hverdagsliv. (Hvordan komme til butikk, ha besøk av familie osv.)

## Casestudie som metode.

### 3.1 Metode/ begrunnelse for valg av metoder.

Som det framgår av bakgrunnen for prosjektet, er det i handlingsplanperioden bygd en rekke nye omsorgs- og institusjonstilbud. I større kvantitative undersøkelser framgår gjerne erfaringer med sykehjemstilbud satt opp mot omsorgsboligtilbud. Ved befaring på slike anlegg framgår det imidlertid at både sykehjem og omsorgsboligtilbud kan være høyst ulike typer tilbud. Dette gjelder både de fysiske løsningene som er valgt og måten de ulike tjenestene er organisert på. Vi så det derfor som viktig å kunne studere nærmere og gjennomføre et mer kvalitativt casestudie som kunne belyse nettopp de enkelte case og de ulike erfaringene disse løsningene gir. Omsorgsboliger skal vanligvis være et tilbud på nivå under sykehjem på den såkalt omsorgspyramiden. Forskning viser også at dette er tilfellet (jf. Romøren 2003). Det har vært reist

kritikk mot omsorgsboligsatsingen, at disse er å regne som vanlige boliger hvor tjenestene gis som for hjemmetjenester for øvrig. Dette vil si til avtalte tider og med avtalte tjenester. Det har blitt hevdet at dette er et utilfredsstillende tilbud til dem som trenger mye hjelp pga. mangelen på nærhet til tjenesteapparatet og mangelen på støtte til å opprettholde sosial kontakt i hverdagen.

Mange omsorgsboliger fungerer også på denne måten. Men det finnes også omsorgsboliger som er utformet og driftet på andre måter. Det er disse som er grunnlaget for utvalget av våre case.

Case studietilnærmingen er valgt nettopp for å få fram alle disse nyansene. Vi har lagt mye vekt på å presentere de enkelte case, fordi vi tror og håper at vert case forteller en historie om måter å organisere hverdagen og tjenestene på som kan være av interesse for andre.

### Utvalg

Anleggene som er valgt, gir seg ikke ut for å være representative. De er valgt ut fordi de på et eller annet vis representerer utprøving av nye driftsmodeller. Det er viktig å presisere at den valgte metodiske tilnærmingen ikke danner grunnlag for verken å trekke generelle konklusjoner om omsorgsboliger eller i vesentlig grad å sammenligne dem. Casene framstår som illustrasjoner på måter å løse tilbudet og er en synliggjøring av de ulike erfaringene som framkommer. Mer enn at erfaringene fra casebeskrivelsene kan generaliseres til omsorgsboliger generelt, kan de fungere som idéskapere for kommuner som vurderer å bygge omsorgsboliger.

### Ulike perspektiver.

For å belyse de ulike perspektivene, har vi innenfor casetilnærmingen tatt i bruk både kvantitative og kvalitative metoder. Vi har gjennomført intervjuer med ansatte og beboere. Vi har også innsamlet opplysninger om kostnader, arealoppstillinger samt gjennomført en spørreskjemaundersøkelse til pårørende. Et dilemma med spørreskjemaundersøkelsen er at anleggenes størrelse er såpass små at antallet svar pr. case lett kan bli for små til å trekke generelle konklusjoner når ikke alle besvarer undersøkelsen. Vi har dels valgt å belyse pårørendeperspektivet ved å trekke veksler på spørreskjemamateriale som helhet, men også benytte resultatene fra det enkelte case der materialet tillater det (at svarprosenten er høy nok). Spørreskjemaundersøkelsen til de pårørende supplerer på den måten opplysningene som er innhentet gjennom de kvalitative intervjuene.

Kvalitative intervjuer som metode har sine styrker og svakheter. I vår sammenheng vil vi fremheve som én av styrkene den muligheten slike gir for å kartlegge forhold som er lite kjent. Anvendt på vårt forskningsfelt innebærer det å innhente kunnskap om boformer og løsninger som er nye og dermed i liten grad kartlagt og beskrevet i forskningssammenheng. Gjennom personlige intervjuer

kan man dessuten i større grad enn gjennom spørreskjemaundersøkelser forstå hvordan intervjuobjektets (beboernes) forutsetninger og prioriteringer henger sammen med den konteksten, forstått som livs- og bosituasjonen, de befinner seg i. Med kontekst mener vi da både de fysiske omgivelsene hverdagen utspiller seg i, men like mye den situasjonen personen befinner seg i på grunn av sin fysiske eller mentale svekkelse pga sykdom.

### 3.2 Utvalg, bakgrunn for utvalg.

Følgende tekst ble formulert i henvendelsen til fylkeslegene: Kjenner du til noen prosjekter i ditt fylke, hvor man har prøvd ut spesielle bygningsmessige løsninger, som kan være av interesse for andre kommuner? To kriterier for utvelgelse av omsorgsboligene er imidlertid at det skal være en form for fast tilknyttet personell og bebos av beboere med et stort omsorgsbehov (demens eller fysisk pleietrengende).

Det ble gjennomført:

- Dybdeintervju med styrer, ansatte, beboere
- Befaring av arkitektoniske løsninger, med sjekklister
- Gåtur med ansatt gjennom bygget, hvor man drøftet erfaringene med bygget
- Arealoversikt
- Spørreskjemaundersøkelse til pårørende
- Kartlegging av kostnader til drift

#### Bakgrunn for utvalg av informanter.

Enhetsleder/ styrer ved hvert av anleggene ble intervjuet. Dette ga innblikk i organisering, omsorgsfilosofi og andre faktaopplysninger. I tillegg ble det plukket ut intervjuobjekter blant beboere og ansatte ut fra forslag fra styrer. Det viktigste kriteriet fra vår side var å få med ansatte med ulik fagbakgrunn som for eksempel både sykepleiere og omsorgsarbeidere. Det forelå også en del praktiske forutsetninger i og med at befaring og intervjuer av praktiske årsaker måtte gjennomføres på bestemte dager. Denne utvalgsmetoden kan innebære at våre intervjuobjekter gir et mer positivt inntrykk enn det et representativt utvalg ville ha gjort (fordi styrer har plukket dem ut). Det samme kan trolig sies om beboerutvalget. Det er derfor viktig å understreke at intervjuene gir et verdifullt innblikk i situasjonen i omsorgsboligene, men at de ikke danner grunnlag for å trekke generelle slutninger knyttet til for eksempel fornøydhet. I de botilbudene som var spesielt tilrettelagt for demente, ble det for øvrig ikke gjennomført beboerintervjuer.

## DRØFTINGSDEL.

### 4.1 Hvem er "skrøpelige eldre"?

Skrøpelige eldre er ingen enhetlig gruppe, verken når det gjelder pleiebehov eller boligbehov. Å lage en enhetlig karakteristikk av denne gruppen, er derfor ikke mulig. Det er imidlertid nødvendig å identifisere noen likhetstrekk. I pårørendeundersøkelsen sier nesten samtlige pårørende at flyttingen til omsorgsbolig skyldtes økt pleie- og omsorgsbehov. De aller fleste flyttet til omsorgsbolig fordi de hadde reelle hjelpebehov, men noen ønsket også den tryggheten som nærhet til et tjenesteapparatet kan gi, dersom noe skulle skje. I undersøkelsen kommer det også fram at vel 70 prosent av de pårørende sier at deres beboer i omsorgsboligen trenger hjelp til det meste i hverdagen. Et fellestrekk ved beboere i de omsorgsboligene som denne undersøkelsen omfatter er altså at de trenger mye hjelp, både av praktisk og pleiemessig karakter.

Mange har:

- redusert bevegelighet og må bruke rullestol/gåstol
- redusert syn
- behov for medisinsk og pleiefaglig hjelp i det daglige
- behov for hjelp til å arrangere/gi innhold til hverdagen
- behov for den trygghet det gir å vite at tjenesteapparatet er i nærheten (at noen kommer hvis det er nødvendig)
- behov for støtte/hjelp for å kunne ta del i felleskap med andre

Det er samtidig viktig å framheve at beboerne ellers har mange ulike interesser, ulikt forhold til pårørende og ulike behov for kontakt med andre osv. Sett i lys av boligbehov framgår det imidlertid et skille mellom de av beboerne som har diagnosen demens og de som ikke er demente, men er skrøpelige av andre årsaker. Skrøpeligheten skyldes da ofte sterke fysiske funksjonshemminger pga. slag eller progredierende sykdommer som MS og lignende. Den største gruppen svake eldre faller imidlertid i mellom disse to kategoriene. Svekkelsen kan anslås å være av generell karakter og kan derfor gi seg utslag både i kognitiv svikt og fysiske funksjonshemminger.

### 4.2 Hvor fornøyde er pårørende og beboere i omsorgsboligene?

#### **Pårørende**

I en spørreskjemaundersøkelse rettet mot pårørende til beboerne i omsorgsboligene, har vi forsøkt å kartlegge de pårørendes

synspunkter på bo- og tjenestetilbudet.<sup>1</sup> Det er i første rekke forsøkt å få fram pårørendes egne opplevelser av tilbudet. Vi har imidlertid også latt pårørende uttale seg om hvordan de oppfatter situasjonen til beboerne i boligene.<sup>2</sup>

På spørsmål til pårørende om de synes at deres beboer har et tilstrekkelig pleie- og omsorgstilbud tilpasset beboerens behov, svarer 65 prosent bekreftende på dette, mens 19 prosent mener at pleie- og omsorgstilbudet kunne vært mer omfattende. Et lite mindretall på 6 prosent tror at beboeren ville vært mer tjent med et annet tilbud, som for eksempel sykehjem. Her viser det seg at pårørende til beboere som flyttet fra eget hjem til omsorgsboligen (gjaldt åtte av ti), er mer tilbøyelige til å mene at pleie- og omsorgstilbudet er tilstrekkelig enn pårørende til beboere som flyttet til omsorgsboligen fra et sykehjem (for eksempel fordi det ble nedlagt). En atskillig større andel i den siste gruppen er usikre på om pleie- og omsorgstilbudet er tilstrekkelig. Om dette har sammenheng med at beboeren faktisk får et for dårlig tilbud etter flytting fra sykehjem til omsorgsbolig, eller om det skyldes at pårørende opplever en forskjell i tjenestetilbud som likevel ikke er foruroligende, er ikke mulig å avgjøre på basis av denne undersøkelsen.<sup>3</sup> En mulig forklaring kan være at de som flyttet til omsorgsboligen fra sykehjem i utgangspunktet var dårligere og dermed har et større pleie- og omsorgsbehov enn dem som flyttet fra egen bolig.

Her finner vi også en del forskjeller mellom de 10 boligene.<sup>4</sup> Mens alle de pårørende til beboere i Thranes gt. bolleskap sier at beboeren har et tilstrekkelig pleie- og omsorgstilbud, gjelder det bare vel 50 prosent av de pårørende til beboere ved Torstadtunet, ved Sykkylven bo- og aktivitetssenter og ved Lindesnes omsorgssenter, avd. Solkroken 1. Årsaken til dette er trolig sammensatt, men forhold knyttet til driften sannsynligvis er av størst betydning, Eplehagen og Thranesgate (begge i Sarpsborg) er to ulike bygningsmessige konsepter. Begge tilbudene gir imidlertid stor trygghet til pårørende.

De fleste pårørende er trygge på at beboeren får den hjelp vedkommende trenger. Mer enn 90 prosent svarer bekreftende på at de er trygge eller stort sett trygge på dette. Igjen er det ved Thranes gt. at de pårørende er mest trygge. Der er alle trygge eller

<sup>1</sup> I undersøkelsen inngikk totalt 275 pårørende fordelt på de 10 omsorgsboligene. Svarprosenten var 59, litt varierende fra bolig til bolig.

<sup>2</sup> Vi har også intervjuet et mindre utvalg av beboere for å få frem deres synspunkter.

<sup>3</sup> Det kan tenkes at beboeren hadde et for høyt omsorgsnivå i sykehjemmet, men at flyttingen fra sykehjem til omsorgsbolig likevel fortøner seg noe utrygg sett fra pårørendes side. I og med at organiseringen av pleie- og omsorgstilbudet er forskjellig i sykehjem og i omsorgsboliger, kan selve endringen av tilbud gjøre de pårørende urolige.

<sup>4</sup> Siden antallet beboere/pårørende tilknyttet den enkelte bolig er lite, må tallene her leses med forsiktighet. Vi vil derfor bare kommentere de mest åpenbare forskjellene. For to av boligene (i Vestnes og Bergheim i Trondheim) angir vi ikke svar pga. lav svarprosent.

stort sett trygge (over 90 prosent sier uforbeholdent ja på spørsmålet). Også her er det Torstadtunet, Lindesnes avd. Solkroken 1 og Sykkylven som skårer lavest.

Selv om de fleste pårørende synes at botilbudet i omsorgsboligene er godt tilpasset beboerens behov (vel 60 prosent), er det likevel en tredjedel som synes at til tross for at botilbudet er bra, mangler det et aktivitets- og underholdningstilbud i boligene. Om dette er uttrykk for at pårørende har for store forventninger på vegne av sine beboere om hvor mye aktivisering disse ønsker, kan være vanskelig å avgjøre. En del beboere uttrykker imidlertid i intervjuene at dagene kan bli lange, når de sitter i sine egne leiligheter og ikke kommer seg noe sted på egen hånd.

Åtte av ti pårørende mener at beboeren totalt sett har fått en bedre bo- og livssituasjon i omsorgsboligen enn vedkommende hadde forut for flyttingen, mens en god del mener at dette til en viss grad er tilfellet. Her svarer noe flere pårørende til dem som flyttet til omsorgsboligen fra sykehjem, at dette ikke er tilfellet, med andre ord at denne flyttingen har gitt et dårligere pleie- og omsorgstilbud slik de ser det.

Det er pårørende til beboere ved Torstadtunet, Thranesgt. og Eplehagen som er mest sikre på at beboeren har fått en bedre bo- og livssituasjon; alle pårørende svarer bekreftende her.

En oppsummering av pårørendeundersøkelsen gir det inntrykk at de fleste pårørende synes at omsorgsboligen gir et tilfredsstillende pleie- og omsorgstilbud. En del er imidlertid av den oppfatning at aktivitetstilbudet er for begrenset.

## Beboerne

Vi har intervjuet et lite utvalg av beboerne i omsorgsboligene.<sup>5</sup> Det var lederne ved boligene som plukket ut beboere til intervju. Disse representerer trolig ikke et tverrsnitt av beboerne, men er antakelig de som lettest kunne gjøre greie for sin situasjon.

Det fremgår av beboerintervjuene at mange har fysiske funksjonshemminger etter for eksempel hjerneslag som innebærer et stort hjelpebehov, og dermed problemer med fortsatt å bo i sin opprinnelige bolig. Det synes som de fleste har erkjent den situasjonen de har kommet i, og derfor har sett flyttingen til omsorgsbolig som en nødvendig beslutning, gitt den nåværende helsesituasjon. Gitt dette utgangspunktet, sier de fleste at de trives godt i boligen. De vektlegger muligheter til å bestemme selv og holde på med sitt, selv om de har personale som kommer innom og hjelper med diverse oppgaver som f.eks. personlig stell, matservering eller vask. De fleste synes også at de får nok hjelp til

<sup>5</sup> Vi har ikke intervjuet demente. Vi har derfor ikke intervjuet i de to bofellesskapene for demente.

personlig stell og andre praktisk ting. Det synes å variere en del fra sted til sted hvor mye beboerne må vente på hjelp når de kaller på hjelp gjennom alarmsystemet, for eksempel for å komme på toalettet.

Mange påpeker også at de syns leiligheten er passe stor. Dette avhenger imidlertid en del av hvilke hjelpemidler de trenger i leiligheten. Med både elektrisk stol og sengeheis kan det bli trangt. Dersom ektepar skal bo i en slik leilighet og begge er avhengige av rullestol, blir de minste leilighetene for små.

Mange påpeker mulighetene for å komme seg ut på en hyggelig gårds plass/hage eller balkong som en stor kvalitet ved stedet. Siden mange er lite mobile, er muligheten til likevel å komme seg litt ut av stor verdi. Det varierer imidlertid hvor mye personalet har anledning til å hjelpe dem som ikke selv kan ta seg ut på egen hånd. Der personalet har lite anledning til å hjelpe blir ofte muligheten til å komme ut sterkt begrenset, og avhengig av at pårørende bistår. For dem som sitter i rullestol og som er i stand til å komme seg rundt på egen hånd, er det også viktig at boligkomplekset er plassert i relativt flatt terreng slik at det er trygt og enkelt å ferdes ute.

Flere av beboerne setter stor pris på å kunne omgås de andre beboerne i omsorgsboligene og synes det er veldig fint at det arrangeres aktiviteter for beboerne. De påpeker imidlertid at det er uheldig å blande demente og ikke demente, og at denne blandingen begrenser det sosiale fellesskapet. Det begrenser også den sosiale omgangen at mange er svært syke eller pleietrengende og ikke i stand til å delta i det sosiale fellesskapet. Enkelte av boligløsningene er også slik organisert at det er relativt omstendelig å lage treffpunkter mellom beboerne. Enkelte gir derfor uttrykk for at de synes de blir sittende mye for seg selv, mer enn de egentlig ønsker. Flere trodde at det ville være flere aktiviteter i tilknytning til boligene.

De fleste vi intervjuet mener at den nye boligen har blitt hjemmet deres, både fordi de har stor selvbestemmelse innenfor den egne leiligheten og fordi de har kunnet ta med seg en del personlige eiendeler, selv om leilighetenes størrelse setter klare begrensninger for hvor mye de har kunnet ta med.

## 4.3 Om boligløsninger og boligbehov

### Hvilke typer boligtilbud finnes?

Som det framgår av casepresentasjonen, kan vi kategorisere boligene i denne studien i flere typologier. Vi kan plassere anleggene langs to ulike akser.



Den ene aksen kjennetegnes ved tette bokollektiver i den ene enden, og selvstendige boliger med tilgang til fellesareal i den andre. Bokollektivene for demente er blant de tetteste boformene, mens boligtilbud som Bergheim ligger i den andre enden av denne aksen. I mellom disse ytterpunktene finner vi ulike mellomløsninger. Som det vil framgå av diskusjonen om boligbehov i neste kapittel, kan man ikke si at en løsning er bedre enn en annen. Kvaliteten ligger nettopp i at det finnes et mangfold av løsninger som kan dekke ulike boligbehov. Generelt kan det likevel sies at erfaringene tyder på at selvstendige boliger med perifere fellesarealer er dårlig egnet for beboere med demens. Personalet opplever at noen beboere blir vandrende rundt i fellesarealene uten å finne personale. Dette oppleves trolig frustrerende for beboeren selv, men også for de andre beboerne.

Langs den andre aksen finner vi i den ene enden selvstendige boliggrupper, og i den andre enden boliger samlokalisert med andre typer tjenestetilbud. Det kan være kafé/ eldresenter osv. Casene kan tyde på at samlokalisering av ulike typer tjenestetilbud gir beboerne større valgfrihet. Dette er en kvalitet for de av beboerne som greier å benytte seg av disse tjenestetilbudene og gir tilbudet en større grad av individuell tilpasning.

## Hva kan defineres som boligbehov?

Forskning om boliger og boligbehov har historisk sett pendlet mellom i perioder å være fokusert på boligenes praktiske utforming og anvendbarhet, for i andre perioder mer å omhandle de sosiale aspektene ved det å bo. Boligen er både en praktisk ramme rundt våre liv, men setter samtidig rammer for muligheter til å treffe andre. Dette blir spesielt betydningsfullt når det som her er snakk om beboere som generelt sett er lite mobile. De fleste vil i dag være enige om at boligen kan betraktes ut fra mange ulike perspektiver, både ut i fra praktiske aspekter, men også ut fra hvordan boligen danner rammer for samvær med andre, grunnlag for identitet, privatliv osv. Hvordan man vektlegger disse ulike aspektene ved boligen og hvilke boligpreferanser man har, er både uttrykk for individuelle preferanser, men kan også være kulturelt betinget. Andre forutsetninger knyttet til for eksempel funksjonshemming eller alder er også avgjørende. Tradisjonelt har det, når det snakkes om denne gruppen eldre og deres boligbehov, primært vært fokusert på pleie- og omsorgsbehovet. Boligbehovet har derfor ofte vært knyttet til nødvendighet av areal for bruk til hjelpemidler og utstyr. Dette fokuset preger fortsatt boligplanleggingen rettet mot denne gruppen eldre.

Boligbehov har imidlertid også andre dimensjoner. Det kan være boligen som markering av et domene, "Dette er mitt hjem". Videre kan boligen fungere som en slags historieforteller om hvem du er eller har vært. Boligløsninger kan også inspirere til samvær med andre. Det kan være bokvaliteter mer knyttet til de estetiske

omgivelsene som oppleves som kjente, trygge eller vakre, og som kan bidra til trivsel i hverdagen.

I den grad tjenestebehovene også fordrer spesielle fysiske løsninger kan også disse betraktes som en slags boligbehov. Eksempler på dette er behov for fysisk nærhet til personalbase.

## Hvilke boligbehov har ”skrøpelige eldre”?

Ikke uventet viser erfaringene fra dette casestudiet at til tross for at mange beboere har mye til felles når det gjelder hjelpebehov, har de mange ulike boligbehov. Gjennom beboerintervju er det ofte de funksjonelle dimensjonene som kommer tydeligst fram.

Vi har registrert ulike boligbehov ut i fra:

- Ønske om å bo alene eller sammen med andre
- Fysiske funksjonshemninger som fordrer tillettelegging av boligen
- Pleie- og omsorgsbehov som fordrer fysisk nærhet til hjelpeapparatet
- Behov for eller ønsker om trygghet gjennom fysisk nærhet til et stasjonært tjenesteapparat.

Boligbehov har som nevnt også andre dimensjoner ved seg enn de rent funksjonelle. Et begrep i boligforskningen er *hjemmet som base*. Boligen betegnes som det stedet du vender tilbake til, og hvor du selv setter betingelsene. Selv om dette begrepet oftest brukes om boliger i andre livsfaser enn de vi fokuserer på her, kan det være høyst relevant også i denne sammenheng. Av undersøkelsen kommer det fram at dette aspektet oppleves som svært viktig. Så godt som alle vi har intervjuet framhever betydningen av å ha ”sitt eget”.

### 4.3.3 Tjenestebehov som påvirker de fysiske løsningene

Som det går frem av vårt caseutvalg, er variasjonene i tjenestebehov relativt store, men de fleste trenger mye hjelp. I hvilken grad dette påvirker de fysiske løsningene varierer med typen hjelpebehov.

Noen trenger:

- tett oppfølging til så godt som alt hele døgnet, enten pga. store fysiske/ mentale funksjonshemninger eller behov for tett medisinsk oppfølging

- hjelp til å skape et innhold i hverdagslivet (måltider, kontakt med andre, etablere og pleie relasjoner osv.) fordi de selv ikke ha kapasitet til det lenger
- hjelp til praktiske gjøremål
- behov for tilsyn i den forstand at de har sykdommer som gjør at de kan bli dårlige, for eksempel epileptiske anfall eller at de må ha jevnlig tilsyn av hensyn til trygghet
- trygghet for at tjenesteapparatet kan komme raskt hvis behov oppstår
- nærhet til tjenesteapparatet slik at de selv kan oppsøke tjenesteapparatet hvis de trenger støtte, hjelp eller kontakt med noen

Det er fast tilknyttet personale hele døgnet ved 8 av de 10 boligløsningene som er valgt som case.

Ønske om nærhet til et stasjonært tjenesteapparat gir klare føringer for valg av fysisk løsning. Et naturlig spørsmål blir derfor å spørre om behovet for fysisk nærhet er tuftet på gamle måter å løse bo- og tjenestetilbudet på. Erfaringene med en etter hvert omfattende hjemmetjeneste viser at mange som trenger mye hjelp, ikke nødvendigvis trenger fysisk nærhet til tjenesteapparatet. Undersøkelsen bekrefter imidlertid at en del opplever utrygghet ved å vite at ingen er i nærheten. Denne opplevde utryggheten kan være mer eller mindre direkte knyttet til omsorgsbehov. Terskelen for hva som oppleves som uttrykt kan være svært ulikt fra person til person. Undersøkelsen viser at for noen er nettopp opplevelsen av trygghet og det å vite at det er hjelp i nærheten en viktig faktor.

Det kommer også frem av casene at det for noen beboere er viktig at det finnes en personalbase og steder hvor beboeren selv kan oppsøke hjelp. Dette anses som en kvalitet som enkelte av beboerne verdsetter. Beboerne gir uttrykk for at nærhet til en personalbase gir trygghet for dem og fleksibilitet for personalet til å bistå når det trengs. Denne tryggheten basert på nærheten til en personalbase kan til en viss grad kompenseres ved at man kjenner og omgås de andre beboerne. For noen er det tilstrekkelig at det finnes andre mennesker i bygget som de vet de kan spørre om hjelp. Andre må vite at det finnes et personell i umiddelbar nærhet. Demente kommer inn under denne siste kategorien. I noen av de mer spredte anleggene påpekes det av ansatte og naboer at demente blir gående og vandre rundt og lete etter noen. Løsningen anses da ikke god for denne gruppen.

Det framgår også at for noen av de sprekeste kan det å kjenne naboene gi noe av den samme tryggheten. Av samtaler i fellesarealene på Bergheim kom det fram at for en av de "yngre" var nettopp dette årsaken til at hun flyttet dit. Hun hadde ingen nære slektninger i byen, så da mannen døde syns hun at det opplevdes tryggere å bo i disse boligene. Fellestilbudene tre dager i uken bidro

til at hun kjente flere rundt seg. Folk hun kunne hjelpe eller spørre om små tjenester ved behov. Hun opplevde derfor tilbudet som et trygt sted å bo.

#### 4.3.4 Behov for fellesskap eller samvær med andre?

Betydningen av ønsket om fellesskap versus behov for selvstendighet drøftes i avhandlingen *Vardagslivets arenaer* (Jansson, 2002). Forfatteren stiller spørsmål om hvordan psykisk utviklingshemmede bruker boligen, evt. fellesrom samt nabolag. Hun beskriver at i ideologiens ånd og som en reaksjon på tvungne fellesløsningene (dvs. institusjonsløsninger) før, er det mange som vektlegger selvstendige boligløsninger for å stimulere til selvstendighet. Den individuelle atskiltheten framholdes da som vesentlig for å beholde selvstendigheten. Selv mener hun at det kollektive og de offentlige arenaer også er av vesentlig betydning. Det er når mennesker i fellesskap får muligheter for å prøve seg mot hverandre at man bygger opp under opplevelsen av selvstendighet. På noen måter kan denne tankegangen også overføres til grupper av svake eldre. Det er ikke gjennom å vanskeliggjøre fellesskap at man styrker opplevelsen av selvstendighet og mestring av eget liv. Å kunne være sammen med andre er viktig for de aller fleste mennesker, om enn i ulik grad.

Bofellesskap er imidlertid en relativt uvanlig boform i norsk boligtradisjon. I andre faser av livet ivaretas fellesskap gjennom at man bor tettere sammen i en bolig (først og fremst kjernefamilien). Ellers ivaretas fellesskap gjennom samvær hos hverandre, eller i mer offentlige rom.

Mange av denne gruppen eldre bor alene. Dette sammen med fysiske og kognitive svekkelser gjør at barrieren for å dra på besøk og oppsøke offentlige fellesarenaer blir relativt stor. Man ser det som viktig at det legges til rette for muligheter for samvær med andre. At beboerne er ulike i forhold til ønsker om fellesskap er åpenbart. Vi vil derfor drøfte de ulike løsningene ut i fra dette. Det gjelder beboeres ønske om å dyrke fellesskap med egne pårørende som kommer på besøk, ansatte og de andre beboerne.

#### 4.3.5 Hva vet vi om hvordan det fysiske legger til rette for samvær med andre.

De fysiske barrierer for denne gruppen handler både om avstander, terskler og kanter. Det er imidlertid like utfordrende å forstå de psykiske barrierene. En av de som har jobbet mest med dette er Jahn Gehl. Han forklarer i boken *Livet mellom husene*, hvordan de fysiske omgivelser både kan invitere og lage hinder for at folk møtes

(Gehl, 2002). Selv om han i første rekke snakker om vanlige boliger og boligområder er det ikke vanskelig å overføre hans analyser til det mikronivået et bofellesskap i denne sammenhengen er. Gehl redegjør for hvordan fellesarenaer kan fungere, og sier at det avhenger av både plassering og hvordan grensesonene mellom de to områdene felles og privat er utformet. Han redegjør videre for hvordan flytende grenser i form av overgangssoner som verken er helt private eller helt offentlige vil kunne fungere som forbindelseslinjer som gjør det fysisk og psykologisk lettere for beboere og "begivenheter" å bevege seg frem og tilbake mellom private, halvprivate og offentlige miljøer. Muligheter for å kunne se hva som foregår i fellesarealene kan for eksempel spille en viktig rolle som invitasjon. Det finnes tallrike eksempler som understreker sammenhengen mellom det å kunne se og lysten til å delta. Dette er vist i forhold til både barn og voksne. Dette betyr at eldre kan la seg inspirere til å gå ut hvis de kan se ut på felles oppholdsarealer.

Motivasjon og påskudd til å oppsøke fellesarenaene er også vist som en viktig årsak for å få denne typen fellesareal til å fungere. Blant de behov som tilfredstilles i fellesrommene hører behovene for kontakt, viten og opplevelser. Dette er behov som kan karakteriseres under gruppen av psykologiske behov. Tilfredsstillelsen av disse behovene foregår imidlertid sjelden målrettet og så bevisst som de mer basale behov, som å spise, drikke og sove osv. Uansett hva formålet måtte være, sier de fleste at de går ut for å handle, vaske bilen osv. Det er vanskeligere å snakke om innkjøpsturen som en arena for kontakt og opplevelser. Når man bor alene og tilbringer mye av tiden i boligen kan man anta at denne typen opplevelser og mulighet for kontakt likevel er av betydning.

Selv om alle anleggene har en eller annen form for fellesareal og ønske om at beboerne skal kunne møtes, ser disse aspektene ikke ut til å være vesentlig vektlagt ved planleggingen. Flere av fellesarealene er plassert i enden av en korridor slik at beboerne bevisst må oppsøke fellesarealene for å se om det er noen der. Vi ser likevel eksempler på tilpasninger i ettertid. Stoler er satt til ved postkassene for at beboere kan sitte litt når de henter avisen osv.

#### **4.3.6 Hjelp til å skape et hverdagsliv, i egen bolig eller i fellesskap**

Det kommer også fram at på grunn av store svekkelser av kognitive og/eller fysiske art, er det flere som ikke selv greier å gi hverdagen innhold og struktur. De trenger da at noen andre tar "styringen", og hjelper beboeren med å stå opp, lage i stand måltider osv. Dette kan gjelde personer med demens, men også andre kommer inn under denne kategorien. Det kan for eksempel gjelde personer som pga. av sterke fysiske funksjonshemninger ikke selv greier å gi

hverdagen innhold. Et eksempel kan være at man selv ikke greier å snakke med noen, men likevel kan synes det er hyggelig å høre andre snakke sammen. Man har glede av å være en slags passiv betrakter eller tilskuer til et hverdagsliv, som man dermed på et vis tar del i. I fellesarealene på Bergheim ble dette forklart ved at en av de dårligste beboerne passivt deltok i fellesmåltidene. De andre syntes det var vanskelig å vite om hun hadde glede av samværet, men når morsomhetene kom over bordet kunne de se at hun humret og lo sammen med de andre.

#### **4.3.7 Hvilke boligbehov kommer klarest frem i våre case?**

Som tidligere nevnt, er omsorgsbehovet generelt ganske stort i alle våre case. Alle de nevnte boligbehovene kommer derfor fram i en eller annen form. I 8 av undersøkelsens 10 boliganlegg har man valgt å ha felles hushold og felles måltider. I noen av anleggene har imidlertid beboerne eget kjøkken og mulighet for å velge å lage/spise mat inne hos seg selv. De fleste velger imidlertid å spise sammen med andre dersom de har mulighet til det. I to av boligene har beboerne i tillegg mulighet for å oppsøke kafeteria, og kan dermed selv velge andre å spise sammen med. Noen få gjør dette.

Undersøkelsen gir grunnlag for å trekke frem betydningen av felles måltider som særlig viktig for å etablere et sosialt fellesskap for de mest skrøpelige. Vi ser også at tette bofellesskap kan bidra til at ansatte i positiv forstand "tar hånd om det hele". Måltidene blir betraktet som et sosialt tiltak. Dette er særlig viktig når det er hjemmetjenester som tildeles. Tjenester tildelt etter enkeltvedtak og hjelpebehov vil ofte dreie seg om å dekke det umiddelbare behovet for hjelp og tilsyn. Man kan dermed lett unnlate å ta hensyn til sosiale og psykologiske behov.

Den fysiske skrøpeligheten er i seg selv en barriere for å treffe og oppsøke andre. I tillegg kommer barrierer knyttet til kognitiv svikt og opplevd utrygghet. Dette gjør at fysisk nærhet i seg selv blir en kvalitet som verdsettes høyt. Innendørs og kort avstand oppleves som en kvalitet og øker muligheten for å oppsøke andre tilbud og andre mennesker. Det å oppsøke fellesareal ser også ut til å ha en lavere terskel enn å besøke hverandre i leilighetene. Det kan imidlertid se ut som om det flere steder er lagt for lite vekt på å lage attraktive fellesareal. Med attraktivitet mener vi at de tilknyttet aktiviteter og er bevisst plassert. Plassert slik at beboerne har et påskudd for å gå, eller slik at de ser at det er noe som skjer. Dette blir videre belyst under eget punkt.

Store sammenbygde anlegg har ofte blitt ansett som dårlige løsninger ut i fra en intensjon om å lage vanlige boliger som likner på den ordinære boligmassen. Sett fra beboernes perspektiv anses imidlertid det å ha flere typer tilbud i nærheten av hverandre som en fordel, fordi det gir valgfrihet i forhold til å oppsøke ulike typer tilbud.

Glassgangen (tuben) mellom omsorgsboligene og kafeen på Lindesnes anses som en kvalitet og øker valgfriheten for beboerne i anlegget. En av beboerne vurderer de andre hun bor sammen med som "for dårlige", og oppsøker derfor kafeen. Det samme har vi eksempler på i Thranesgate i Sarpsborg.

Mange i anleggene er så dårlige at behovet for å gi struktur og innhold i hverdagen er et viktig argument for en tettere boform. En ansatt i en av omsorgsboligene sier det slik:

*"Ved å bo her reduseres utryggheten, det gjør at de kan fungere bedre til daglig. For noen er ikke hjemmesykepleie to ganger daglig godt nok.. Det er for eksempel en som ikke passer på å holde det varmt, ikke fordi det ikke er mulig, men fordi han ikke får til å følge det opp, er svekket. De trenger å komme hit, fordi de trenger tettere oppfølging".*

Felles for de fleste beboerne er imidlertid at de understreker betydningen av å ha sitt eget. Boligen oppleves som et sted hvor de bestemmer. Dette belyses nærmere i kap. 5.2.2 Er egen bolig av betydning?

#### **4.3.8 Ønske om å delta i et fellesskap eller ha tid i ro og fred?**

Fellesarealer tilknyttet boliger gir mulighet for den enkelte til selv å ta initiativ til og regulere når han/hun ønsker å oppsøke et fellesskap. Dette kan gjøres avhengig av hvordan humøret, dagsformen og ikke minst personligheten er. Flere av beboerne måtte hatt hjelp hvis de ellers skulle ha gått på besøk til andre. Fysisk nærhet til fellesarealene gir klart større individuell frihet til å velge fellesskap for dem som ønsker det.

Samtidig må det påpekes at det først og fremst er pårørende og ansatte som er opptatt av og bekymret over at beboerne er mye alene. Dette med unntak av Bergheim, hvor også noen av beboerne gir uttrykk for dette. Der hvor beboerne ikke er demente, og har valget mellom fellesareal og bolig, tilbringer de fleste relativt mye tid inne i sin bolig. Det er et viktig poeng å trekke frem at både ansatte, pårørende og vi som forskere lever med en annen fart og i en annen livsfase enn disse eldre. Vårt innblikk i deres relativt stillesittende liv, alene i egen bolig, gir derfor kanskje inntrykk av at de er mer ensomme enn de selv opplever. Mange har kanskje i mange år bodd alene i egen bolig, vært pensjonister og ute av arbeidslivet. I intervjuene med beboerne kommer det fram at det er ulike syn på ønsket om fellesskap versus det å være alene. De fleste gir uttrykk for et ønske om begge deler. Men beboerne vektlegger kanskje mer enn ansatte og pårørende betydningen av å kunne holde på med sitt, inne hos seg selv. På grunn av svakhet og forvirring kan samvær med andre skape mye frustrasjon og konflikter.

Vi får et inntrykk av at beboerne foretrekker å være sammen med andre som er friskere enn dem selv, enten "yngre" eldre, de ansatte eller "sine egne", dvs. de pårørende. Dette kan ha sammenheng med at vi intervjuet de friskeste. Dette funnet er imidlertid i tråd med påpekninger i Huges doktoravhandling (Hauge, 2004). Det er derfor interessant at man både på Vestnes og på Bergheim greier å få til en blanding av friske og skrøpelige eldre som ser ut til å fungere. Her har man altså valgt å samle et større antall boliger for både friske og noen relativt skrøpelige eldre. Det at de såkalt skrøpelige utgjør et relativt lite antall ser ut til å være en viktig suksessfaktor.

#### 4.4 Har de fysiske omgivelser betydning?

Det er et omforent og felles perspektiv i boliglitteraturen at de fysiske omgivelsene i seg selv spiller en vesentlig rolle for eldre og deres muligheter. Det er ikke likegyldig for kvaliteten på omsorgen, livskvaliteten til og trivselen for den eldre, hvordan omgivelsene utformes og tilrettelegges (Schwarz og Pastalan, 2001). I den forbindelse er for eksempel begrepet terapeutiske omgivelser brukt. Begrepet er brukt for å påpeke at omgivelsene i seg selv kan ha terapeutisk betydning (Canter og Canter, 1979). De fysiske, ytre forholdene og de subjektive faktorene blir oppfattet som noe som spiller sammen; det er *samspillet* som vektlegges. De fysiske omgivelsene gir imidlertid ikke de samme muligheter eller har samme betydning for alle. Det vektlegges at omgivelsene må formes på måter som sikrer hensyntaken til behov og handlinger som er relatert til kulturelle og sosiale forhold og den enkelte eldres livsløp (Schwarz og Pastalan, 2001). Det må også tas hensyn til de begrensninger fysiske funksjonshemninger setter.

##### 4.4.1 Er egen bolig av betydning?

At beboerne verdsetter egen bolig, er i og for seg ikke grensesprengende nytt. Selv i undersøkelsen *Ny sykehjemsmo- dell - et bedre tilbud* (Høyland, 2002) opplever man at beboerne verdsetter og opplever sitt rom som sitt domene. Dette til tross for at boligene er små (25 m<sup>2</sup>), og hjemlet som institusjonstilbud.

Det er også vanskelig å trekke entydige konklusjoner om hvor mye beboeren bruker sin egen bolig. Det er imidlertid åpenbart at bruksmønsteret er forskjellig i de to brukergruppene demente versus ikke demente. Demente oppholder seg mindre i boligene sine enn de andre. Bruken av boligen varierer imidlertid også med personlighetstrekk og over tid. Mens noen ønsker å være i nærheten av andre, foretrekker andre tid for seg selv i egen bolig. Denne valgfriheten og det at bruksmønsteret varierer såpass mye, må imidlertid kunne anses som en av omsorgsboligenes viktigste kvaliteter. I flere av casene gir ansatte uttrykk for at pårørende



setter pris på å kunne være mye tilstede ved beboerens avslutning av livet. Det må derfor anses som en av de viktigste kvalitetene ved omsorgsboligene at de fysiske omgivelsene gir rom for ulik bruksintensivitet.

#### *Størrelse på boenheten.*

Hvor store bør boligene være? Boenhetene i vårt utvalg varierer fra ca. 40 m<sup>2</sup> til ca. 70 m<sup>2</sup>. Her bor det alt fra demente som tilbringer det meste av tiden i fellesarealet, til ektepar med fysiske funksjonshemminger og stort arealbehov knyttet til hjelpemidler og utstyr. Et enhetlig bilde av hva arealbehovet er, vil derfor være umulig å gi. Generelt er en bolig med større areal mer tilpassningsdyktig til ulike boligbehov enn en liten bolig. Ulempen med store areal er imidlertid både 1) kostnader, 2) tid og ressurser til rengjøring samt 3) de avstander store boliger nødvendigvis skaper til personal og fellesareal.

Følgende beskrivelse kan illustrere beboernes holdning til boligens størrelse. I intervju med en beboer kommer det frem at hun og hennes mann som er på besøk, er enige om at leiligheten godt kunne vært litt større. De mener det godt kunne vært forskjeller på boligene slik at noen var større og noen mindre. Beboeren gir uttrykk for at noen av boligene kunne vært på bare ett rom; det kunne gitt plass til flere i og med at det er flere som ønsker plass. "Noen" kunne godt dele en leilighet. Hun selv ønsker imidlertid ikke å dele med noen. Hun trenger plassen og understreker at hun liker seg best for seg selv.

En annen beboer gir uttrykk for at å ha to rom er deilig, men kjøkken trenger han ikke. Når han har besøk, går han på kafeen. Andre beboere opplever at boligene på 40 m<sup>2</sup> er store nok.

Som man ser av intervjuene, varierer synet på boligens størrelse. I de fleste anleggene har man imidlertid valgt én modul og lik størrelse på alle boligene. Trolig kunne man med fordel hatt større variasjon i boligtilbudet innenfor det enkelte anlegg, nettopp for å imøtekomme ulike boligbehov. Badene oppleves generelt som passende store. Flere steder ønsker personalet vaskemaskin inne i boligen istedenfor i fellesrom. Dette for å slippe arbeid med sortering og at man kan hive i en vaskemaskin, mens man likevel er inne hos beboeren.

#### **4.4.2 Brukstimer som grunnlag for dimensjonering av bolig**

I boligforskningen er det få som vurderer tid brukt i boligen som grunnlag for arealbehov. De aller fleste mennesker tilbringer mye tid også utenfor boligen uten at dette gir seg utslag i reduserte "boligbehov". I forhold til omsorgsboliger er imidlertid dette en relativt vanlig vurdering. Ansatte vurderer ofte boligen ut i fra hvor

mye den er i bruk. Det er en realitet at en del av beboerne, spesielt demente, bruker mye tid i fellesarealene. Sammenlignet med mange andre boliger "bebos" trolig omsorgsboligene heller mer enn mindre, enn andre boliger. Dette til tross for at beboerne også har tilgang til og bruker fellesarealer. Beboerne er ikke på jobb, drar sjelden bort på besøk eller på ferie, og har derfor mye tid å tilbringe i egen bolig.

#### 4.4.3 Hvilke funksjoner foregår i boligene?

Vi har ikke foretatt en registrering eller funksjonsanalyse av boligene. Man får imidlertid et relativt klart inntrykk av et hverdagsliv som bærer preg av de mest primære hverdagsfunksjoner, som det å stå opp, kle på seg, spise måltider, gå på toalettet osv. Boligene ser i stor grad ut til å dekke disse funksjonene selv om beboer trenger hjelpemidler som personheis og/eller rullestol. Badet er et viktig rom for disse hverdagsfunksjonene, men oppleves stort sett i alle prosjektene å være godt og romslig dimensjonert. Store romslige og praktiske bad trekkes fram som en kvalitet, og bidrar sammen med hjelpemidler til å forenkle hverdagen for de ansatte.

#### Andre aktiviteter i boligen

Ser vi på bruken av boligen til hverdagsfunksjoner ut over det rent praktiske, handler det først og fremst om aktiviteter som å se TV, løse kryssord osv. Dette er lite arealkrevende aktiviteter. Beboerne er lite aktive, og har liten aksjonsradius. Betydningen av at andre kan komme til dem, framfor å selv oppsøke andre, er derfor større enn for de fleste av oss (Dette blir drøftet under eget punkt.).



*Fellesrom som vi opplever har en "hjemlig atmosfære" pga fargevalg og materialbruk.. Foto fra Eplehagen Sarpsborg.*

#### Kjøkkenet i boligen?

De ansatte gir generelt uttrykk for at kjøkkenet i boligen blir lite brukt av beboerne selv. Beboerne bekrefter dette til en viss grad, selv om de gir et noe mer nyansert bilde. Noen beboere bruker det litt, selv om de spiser alle de viktigste måltidene sammen med andre i fellesarealene. Hvor mye pårørende bruker kjøkkenet, varierer også fra sted til sted. Men ca. 50 prosent svarer at det hender de bruker det, eller at de bruker det ofte. Det er store variasjoner i de ulike casene i forhold til hvor mye pårørende bruker kjøkkenet. Mens 72 prosent av de pårørende på Torstadtunet svarer nei på om de bruker kjøkkenet, svarer bare 6 prosent på Skjeftejordet det samme. Både boligutforming og beboerkategorier på disse to stedene kan betraktes som relativt like. Denne undersøkelsen gir imidlertid ikke forklaringer på disse store forskjellene.

#### 4.4.4 Attraktive rom?

Opplevd velvære er et viktig parameter for at rom skal være attraktive å være i. Rom kan oppleves som hyggelige, varme, lyse eller triste. Dette oppleves som viktig til tross for at det ofte er vanskelig å sette ord på eller måle denne typen kvaliteter. Det er

ofte de funksjonelle aspektene som blir vektlagt ved evaluering av denne typen boliger som vi studerer. Det må samtidig nevnes at også andre forhold påvirker vår opplevelse av boligen. Utsikt, materialvalg og fargesetting er blant annet faktorer som påvirker i hvilken grad vi opplever omgivelsene som attraktive eller vennlige. Det finnes miljøpsykologisk forskning (Smith,1977, referert i Cold et al,1998) som underbygger betydningen av de fysiske omgivelsene for opplevd velvære.

I flere av casene er det spesielt fellesrommene som virker dårlig planlagt både i forhold til funksjon og attraktivitet. Dette gjelder så vel ute som inne. Her kan vi imidlertid også se en vesentlig forskjell mellom de botilbudene som er bygd for demente og botilbudene for dem som har somatiske lidelser eller bare er generelt skrøpelige.



*Lyse fellesrom, men lite vektlegging av "hjemlig atmosfære i fargevalg og materialbruk? Foto fra Vestnes og Thranesgate.*



*Vi tror få ville plassert denne fryseren på stua i en privat bolig*

På samme måte som vi kan se at tjenesteapparatet i boligene for demente i større grad er drillet til å tenke hele mennesket, og dermed også trivsel og velvære, kan det virke som om at arkitektene også i større grad har vektlagt estetiske kvaliteter i disse omsorgsboligene. Om denne forskjellen synliggjør byggherrens vektlegging og ambisjonsnivå eller om det også er et resultat av arkitektens tenkemåte, er vanskelig å si. Det virker imidlertid vanskelig å forstå hvordan man kan prosjektere en stue med svære synlige ventilasjonsrør eller vinduer som går rett ut mot en vegg. Vi har vanskelig for å se for oss at en arkitekt kan gjøre det samme når han/hun tegner en privat bolig. I mange av prosjektene virker det også uavklart hvem sitt domene fellesarealene er, og om og hvordan arealene tenkes brukt. I Husbankens veiledning har man i stor grad vært fokusert på å få nok areal til hjelpemidler og utstyr, mens trivselsaspektet har vært relativt lite fokusert. Det er imidlertid på dette området vi ser de største manglene i forhold til bygningsmessige kvaliteter. Ansatte forklarer at det skulle være billig, og at dette er forklaringer som er brukt. Selv om dette trolig kan være noe av årsaken, kan det trolig ikke forklare alt. Noe av problemet i enkelte av omsorgsboligene er for eksempel at fellesrommene rett og slett er for store, eller har en form som gjør dem vanskelig å møblere.

Selv om denne undersøkelsen ikke hadde som eksplisitt mål å studere opplevelsen av rom og bygninger, gir flere ansatte uttrykk for bygningsmessige forhold som de opplever som lite attraktive. Det påpekes at rommene er for hvite, vanskelig å lage hyggelig, og mangler utsikt fra stue.

Ut fra en arkitekturfaglig vurdering av mange av fellesrommene vil man kunne karakteriseres dem som lite gjennomtenkte og tilfeldige i forhold til møblerbarhet, materialvalg og uttrykk. Vi mener vi kan se et klart unntak for Eplehagen, hvor vi opplever at fellesrommene har en god "atmosfære". Dette skyldes slik vi vurderer det både bevisst belysning, dimensjonering av rom, fargevalg, materialbruk og møblering. Også anlegget på Fossli har mange kvaliteter, men fellesrommene oppleves også her som for hvite, store og mangler intimitet (noe som også blir påpekt av de ansatte).

Det kan også virke som om de lite planlagte omgivelsene påvirker holdningen hos ansatte. Plassering av frysebokser på stua, brusautomat osv. bidrar til å underbygge dette litt tilfeldige utseende. Samtidig kan man si at det også er tegn på at dette er funksjoner som ikke i tilstrekkelig grad ble ivarettatt ved planlegging, og som derfor havner på stua fordi det mangler et annet sted å stå.

Et siste spørsmål vi synes det er viktig å stille, er i hvilken grad arkitektene evner å forstå hvem han/hun prosjekterer for. Ser man



nærmere på de fellesarealene som fagfolk har hatt ansvar for, ser man også et misforhold mellom "stil" og beboernes smak. Tar man en runde rundt i boligene som er innredet av de eldre selv, kan man til en viss grad se forskjeller, likevel er det visse fellestrekk i stil og smak som karakteriserer mange av disse interiørene. Det burde kunne være mulig å bruke fagkunnskap om møblering og utforming av rom, samtidig som man greide å ivareta symboler og en "stil" som virker kjent for denne gruppen. Vår påstand er imidlertid at arkitekter i liten grad er trent i denne typen tenkning, i motsetning til for eksempel produktdesignere som i større grad er tvunget til å tenke kundesegment og salgbarhet i forhold til ulike brukergruppers idealer og smak. I casene ser vi at boliger som er planlagt for demente, i større grad vektlegger opplevelsen av gjenkjennbarhet og trygghet.



*Motlys i korridorer, lite kontraster og hvitt mot hvitt gjør omgivelsene vanskelig å orientere seg i for svaksynte. Casene viser lite bevissthet rundt dette. Barrierer som skapes pga dårlig tilrettelegging for synshemmede er lite synlige og påpekes i liten grad av ansatte. De fleste i målgruppen har noe redusert syn.*



## 4.5 Felleskapsløsninger ut i fra andre årsaker.

Det finnes også andre argumenter enn beboernes behov for å velge bofellesskap som løsning for denne beboergruppen. En åpenbar årsak er driftsrasjonelle årsaker. Driftsøkonomien er belyst i eget kapittel. At annet vektig argument er hensynet til gode og stabile fagmiljø som kan bidra til god kvalitet på tjenesten.

### Samlokaliserte løsninger på grunn av styrket fagmiljø

Det blir av flere ansatte pekt på at kvaliteten ved bo- og tjenestetilbudet henger tett sammen med fagmiljøet blant ansatte. Dette er imidlertid en parameter som *kan* være helt uavhengig av de fysiske løsningene. Blant de ansatte blir det likevel pekt på at noen aspekter ved fagmiljøet er avhengig av fysisk nærhet. Det er viktig å kunne drøfte faglige utfordringer der og da, noe som ellers kan være vanskelig å få til for ansatte i hjemmetjenesten. Det er viktig at det er få barrierer mot å kunne reflektere og drøfte hvordan personalet håndterer situasjoner og beboere innad i personalgruppa. Dette krever både at personalet kjenner hverandre, er trygge på hverandre, og at de faktisk er fysisk nær hverandre. Dette er lettere å få til hvis personalet møtes og omgås daglig, noe de har mulighet for i omsorgsboligene. Disse aspektene blir av personalet pekt på som viktige for den faglige kvaliteten på tjenestetilbudet. Samtidig påpekes det i noen av casene det at anleggene er i minste laget, og at det ville være ønskelig at flere boliggrupper var samlokalisert for nettopp å styrke det faglige fellesskapet. Casene viser også at det kan være fruktbart å etablere samarbeidsrelasjoner uavhengig av fysisk nærhet og uavhengig av beboerkategori. Vi ser også at i noen av casene at muligheten for denne typen samarbeidsrelasjoner ikke er utnyttet.

## 4.6 Pårørendes rolle i nye omsorgsboliger

Et viktig spørsmål i valget mellom institusjon eller bolig er hvilken av de to boformene som best legger til rette for å opprettholde relasjoner til pårørende. Til dette knytter det seg mange spørsmål. Er det reelle forskjeller i hvordan institusjonsløsning og boligløsning legger til rette for disse relasjonene? Hvor viktig oppfattes disse relasjonene for beboerne? Opplevs det som en belastning for pårørende at de eventuelt må bidra mer i en omsorgsboligløsning enn i et sykehjem? Avlaster pårørendes innsats det offentliges?

Mens beboere på sykehjem i prinsippet får alle sine pleie- og omsorgsbehov og praktiske oppgaver (for eksempel følge til tannlege) dekket, vil det være flere oppgaver som det forutsettes at

pårørende ivaretar for beboere i omsorgsboliger.<sup>6</sup> Det kan for eksempel være å følge til lege og tannlege, skaffe medisin, gjøre matinnkjøp osv. Hva som forventes av de pårørende, kan variere fra omsorgsbolig til omsorgsbolig, men også for de relativt pleie- og omsorgskrevende gruppene vi studerer, kan tilbudet som gis i omsorgsboligene være mindre "heldekkende" enn om beboeren hadde bodd på sykehjem. Det gjelder også i forhold til aktivisering og underholdning og å skape et innhold i beboerens hverdag.

At det forventes mer av pårørende til beboerne i omsorgsbolig enn i sykehjem, *kan* bidra til å styrke relasjonen mellom beboer og pårørende, men det kan også være en belastning for relasjonen, særlig dersom forventningene om hva pårørende skal bidra med ikke er avklart, både i forhold til personalet og beboeren.

Det kan for øvrig være grunn å skille mellom pårørendes hjelp med praktiske oppgaver som å følge til lege, gjøre innkjøp osv. og oppgaver av mer sosial karakter. Den første typen oppgaver kan nok virke mer belastende enn den siste, men ikke nødvendigvis dersom pårørende er informert om at en viss innsats fra pårørende er en forutsetning for å flytte i omsorgsbolig. På den annen side må vi tro at pårørende ikke ser det som en belastning å delta i et sosialt fellesskap med sin beboer. Om det likevel skulle være tilfellet, er det ingen grunn til å tro at pårørende til beboere i omsorgsbolig på dette punkt skiller seg vesentlig fra pårørende med beboer på sykehjem.

#### **4.6.1 Er det reelle forskjeller mellom pårørende bidrag i sykehjem og omsorgsboliger?**

Det kommer klart frem i intervjuer med ansatte at de opplever en klar forskjell med hensyn til hva pårørende skal bidra med i sykehjem versus omsorgsbolig. Det forventes mer innsats fra pårørende til beboere i omsorgsbolig enn beboere på sykehjem. Det er imidlertid mer usikkert om de *pårørende* er klar over forskjellen. Det er i flere av de studerte omsorgsboligene brukt tid og krefter ved innflytting på å avklare ansvarsfordelingen mellom personalet og pårørende. Enkelte steder har man gjort vedtak i skriftlig form om hva de ansatte skal ta seg av og hva det forventes at pårørende skal gjøre. Uten at vi i denne studien har sammenlignet omsorgsboliger med hva som er vanlig i nyetablerte sykehjem, kan uttalelsene fra ansatte tyde på at ansvarsfordelingen mellom personal og pårørende er annerledes enn det som er vanlig i institusjoner.

---

<sup>6</sup> Forutsatt at beboeren har pårørende som kan bidra. Dersom det ikke er tilfellet, må beboeren ha vedtak på at personalet da gjør oppgaver som pårørende vanligvis gjør.

#### 4.6.2 Avlaster pårørende det offentlige?

Det fremkommer klart ulike bilder av hvordan ansatte og pårørende beskriver den innsatsen pårørende bidrar med. Ansatte har betydelig høyere forventninger til pårørende enn det de pårørende selv har, og også opplever at de ansatte har til dem. Ansatte gir inntrykk av at de pårørende i liten grad stiller opp. De understreker imidlertid at det varierer mye. Hele 92 prosent av de pårørende svarer at de hjelper en del til. Selv om vi antar at det er de pårørende som hjelper til mest som har besvart undersøkelsen, er dette likevel et relativt høyt tall. De som ikke hjelper til, begrunner dette med lang reiseavstand, helseplager osv. Bare en svært liten andel svarer at de ikke hjelper til fordi de anser det som det offentliges ansvar å gi beboerne den pleie og omsorg de trenger.

I hvilken grad dette avlaster det offentlige, er vanskelig å si. Det framkommer imidlertid av flere undersøkelser at en av de største utfordringene ved både omsorgsboligløsningen og sykehjem er knyttet til mangelen på sosiale stimuli og aktivisering. Vi kan derfor anta at pårørendes innsats i forhold til disse aspektene er spesielt viktig. I den grad pårørende har ansvar for mer praktiske oppgaver som å følge til lege etc. utgjør dette også en ikke ubetydelig timebelastning.

#### 4.6.3 Hvilken betydning har pårørendes innsats for beboerne?

Omsorgsboligene legger opp til at pårørende kan vise omsorg på flere måter. De kan bare være der og se på TV, de kan lage i stand kaffe på kjøkkenet og de kan fikse og ordne praktiske ting. Ca. 50 prosent av de pårørende sier de bruker kjøkkenet når de er på besøk, og svært mange sier også de liker å sitte ute, gå en tur osv. Svært mange av de pårørende understreker betydningen av boligens beliggenhet, at den bør være i nærheten av service, butikk osv.

I hvilken grad er hjelp fra pårørende viktig for beboerne? Vårt inntrykk gjennom intervjuene med beboerne er at dette er svært viktig i deres liv, noe de vektlegger og gjerne forteller om. Det at det er noen som stiller opp, som gjør ting for dem, er viktig for opplevelsen av verdighet og bekrefter at de betyr noe for noen.

Vi har hentet eksempler fra flere av boligene for å belyse hvordan beboerne vektlegger at sine bidrar i omsorgen. "Eldste sønnen henter meg ofte, det er han som hjelper meg, jeg ser ham en hel masse." - "Flere av barna mine bor i nærheten. Datteren min kommer og kjører tur med meg når det er fint vær. En av døtrene kommer hver dag. De tar også klesvasken en gang i uka og hjelper med vask av leiligheten." - "Jeg har begynt med data, sønnen min kommer og lærer meg opp, jeg sender mail, leser og løser



kryssord".- "Men det er jo fint at jeg har to brødre her i byen; de ordner mange ting for meg."

#### **4.6.4 Er arbeidsoppgavene en belastning for pårørende?**

Det faktum at de fleste pårørende mener at beboerne har et tilstrekkelig pleie- og omsorgstilbud uavhengig av deres egen innsats, gjør trolig at de kan bidra en del uten at det oppleves som belastende. De vet at det ikke nødvendigvis er deres egen innsats som er avgjørende for hvordan beboerne har det rent pleiemessig. Det er også relativt få pårørende som har inntrykk av at personalet forventer en større innsats av dem enn det de har anledning til å bidra med. 80 prosent svarer nei på spørsmål om dette, 13 prosent er usikre og bare 7 prosent svarer ja. Om dette betyr at det er en misforhold mellom personalets og pårørendes forventninger om innsats, er vanskelig å avgjøre ut fra vår undersøkelse, men om så er tilfellet, er det en oppgave for personalet å bedre informasjonen overfor de pårørende.

#### **4.6.5 Hvor mye er pårørende på besøk**

Av dem som har svart på pårørendeundersøkelsen, svarer ca. 65% at de er på besøk i omsorgsboligen minst en gang i uka, mens nærmere 20 prosent svarer at de er på besøk nesten daglig. De fleste er på besøk i fra 1-3 timer. Det er også interessant å merke seg at hele 99 prosent av de pårørende svarer at omsorgsboligen har en utforming og en beliggenhet som gjør det lett og attraktivt å komme på besøk. Pårørende er også relativt entydige i at de fleste ønsker å besøke beboeren inne i sin bolig, bare 11 prosent foretrekker å sitte ute eller i fellesarealene. Flere ansatte mener at størrelsen på boligen er av betydning for hvor lenge pårørende er på besøk. At man kan lage kaffe, se på TV osv. er av betydning for at det skal være attraktivt å være på besøk. Disse svarene vitner om relativt mye besøk. Vi kan imidlertid anta at de som har valgt å svare på undersøkelsen er de som i størst grad er involvert i, og er mye på besøk i boligene.

#### **4.6.6 Ektepar i omsorgsbolig**

For ektepar kan flytting til omsorgsbolig i mange tilfeller være et godt alternativ, enten begge eller bare den ene har et pleie- og omsorgsbehov. Personalet kan avlaste den som er frisk, og som kanskje ellers ville brukt mye tid og krefter på å dra på besøk til sin ektefelle. Ved at de kan bo sammen i en omsorgsbolig trenger paret ikke å splittes selv om den ene blir svært dårlig og trenger mye hjelp. Av og til kan det være så sterke relasjoner mellom ektepar at de vil falle sammen dersom de blir splittet. Dette blir trukket frem som en kvalitet ved noen av anleggene.

Det er imidlertid også viktig å få fram at det for andre er en god løsning å nettopp bo hver for seg. De mest tjenesteintensive tilbudene tilbyr bare tilbud til den som trenger hjelp. Pårørende kan likevel være aktiv tilstede i hverdagen, men samtidig ha muligheter for å trekke seg til bake til egen bolig. Utfordringen her er at det kan bli relativt dyrt å måtte bære kostnadene ved å bo i to boliger.

Det varierer imidlertid i hvilken grad de studerte omsorgsboligene tar inn ektepar dersom ikke begge har et visst pleie- og omsorgsbehov. Et mer tjenesteintensivt tilbud som bokollektivene utgjør, er laget for den av ekteparet som trenger mest hjelp.

## 4.7 Bolig eller institusjon?

### 4.7.1 Hva legger vi i begrepene?

Hvilke egenskaper tillegger man institusjonsbegrepet? Selv om begrepet ikke alltid er klart definert, vil mange være enige om at det inneholder flere dimensjoner. Som nevnt innledningsvis, handler det om

- fysiske løsninger
- organiseringen av tjenesteapparatet og holdninger blant ansatte
- forholdet til samfunnet

I den tradisjonelle fysiske utformingen av institusjonen ligger det ofte føringer for tjenesteorganiseringen. Interaksjonen mellom ansatte og mottakere av tjenestene blir ofte rutinepreget ved at arbeidet organiseres som rutiner uten tilpasning til variasjoner i brukernes behov (Phillips, 2001, Allen, m. fl. 1992, Booth, 1985).

Følgende begreper og assosiasjoner forbinder vi gjerne med institusjoner:

- Man snakker om pasienter og antall plasser/ senger
- Det dreier seg om tjenesteapparatets arena like mye som pasientens
- Godt organisert medisinsk og pleiefaglig tilbud
- Tjenesteapparat basert på rutiner og systemer
- Trygt, noen tar hånd om "det hele"
- Arkitektur som forbindes med tradisjonelle sykehus
- Kontroll og oversikt er viktige faktorer ved planlegging
- Fokus på driftsrasjonelle løsninger

Følgende begreper og assosiasjoner forbinder vi gjerne med boligtilbud:

- Vi snakker om boliger og beboere

- Et sted som har plass til beboerens møbler og private ting
- Beboeren definerer "normer og regler" (alkohol, røyking, besøk...)
- Tjenesteapparatet er "på besøk"
- Tjenesteapparatet er individuelt orientert mot brukerens behov og ønsker, ofte i modell fra hjemmebaserte tjenester.
- Ofte større grad av valgfrihet, for eksempel mellom å tilbringe tid eller å innta måltider osv. privat eller i felleskap med andre
- Medisinsk og sykepleierfaglig oppfølging varierer og er mer tilfeldig organisert
- Arkitektur som forbindes med småhus/ boliganlegg
- Boliginnrøding, kjøkken, eget bad osv.
- Mer uklart hva som forventes av pårørende, men også mer rom for pårørende.

Tradisjonene knyttet til institusjonsløsninger er fremdeles godt segmenterte i deler av tjenesteapparatet til tross for omdefinering til bolig. Mange har jobbet lenge i institusjonsomsorgen før de begynte å jobbe i en omsorgsbolig. Men farene er spesielt nærliggende når det etableres fysiske løsninger i miniformat som minner om de gamle institusjonsløsningene. Om slike løsninger i realiteten fungerer som en miniinstitusjon vil avhenge av måten tjenestene er organisert på, ansattes holdninger osv. Vi finner bofellesskap i vårt begrensede utvalg som befinner seg ulikt plassert på skalaen fra institusjon til egen bolig. Ulikheten handler ikke om de fysiske løsningene, men om personalets erfaringsbakgrunn, og i hvilken grad det har vært fokus på å sette i gang en prosess for å endre holdninger. Hovedinntrykket er at det i alle casene har skjedd "en viss boligging" . Dette til tross for at det er valgt bofellesskapsløsninger som på mange vis ligger relativt nær tradisjonelle institusjonsløsninger.

#### **4.7.2 Reelle forskjeller mellom omsorgsbolig og institusjon?**

Slik vi forklarte innledningsvis, er mange av de tenkte forskjellene mellom institusjonsløsninger og boligløsninger visket ut. Det fysiske kan være likt, måten å organisere tjenestene på kan være relativt likt osv. Dette illustreres best ved den ene casen i Lindesnes. Der er det gamle sykehjemmet med kommunens langtidsplasser omgjort til boliger. Beboerne, personalet og til en viss grad fysiske omgivelser er likens som da det ble drevet som institusjon. I Sykkylven har de i en overgangsfase løst dette ved at beboeren selv kan velge om boligen skal defineres som bolig eller institusjon når han/hun flytter inn.

De reelle forskjellene er imidlertid knyttet til hvilket lovverk tjenestene tildeles etter, det vil si om tjenestene tildeles etter

enkeltvedtak eller som en "totalløsning" som i sykehjem. Videre hvilke husleierettigheter beboeren har som leietager, betalingsmåter for boligen og eventuelt betaling av mat i felleshushold. Det ligger også reelle forskjeller knyttet til kjøp av medisiner, og ikke minst i forhold til rettigheter til hjelpemidler i egen bolig.

Flere peker på forskjeller knyttet til bruk av fastlege. I boligløsninger er bruk av fastlege den vanligste ordningen, mens tilsynslegeordning er vanlig i sykehjem. Bruk av tilsynslege ved Fossli bosenter viser imidlertid at det er fullt mulig å ha tilsynslegeordning og tett oppfølging av legetjenester også når tilbudet er organisert som boliger, men da må finansiering av en legestilling legges inn i kostnadene til driften av boligene.

### **4.7.3 Forskjellige måter å organisere tjenester på?**

Som vi tidligere har vært inne på skiller ofte institusjonsløsninger seg fra boligløsninger ved at de er mer systemorienterte eller rutinepreget, men at de også er mer "heldekkende". Våre case viser at det ikke nødvendigvis finnes et så klart skille mellom institusjon og bolig. I bokollektivene for demente (som er definert som omsorgsboliger) er det liten tvil om at personalet tar et helhetlig ansvar. Tjenestetilbudet handler om både praktisk hjelp i hverdagen, medisinske tilbud, tilbud om aktivisering og sosial kontakt. At tjenestene er mindre rutinepreget blir heller ikke bekreftet. Det tjenestetilbudet som kanskje i størst grad er organisert etter modell fra hjemmetjenesten finner vi i omsorgsboligene på Bergheim. Det eneste som skiller disse boligene fra ordinære boliger med hjemmetjenester er at alarmen går lokalt, og at beboerne tilbys et fellestilbud i fellesrom 3 dager i uken. Vi opplever at dette tjenestetilbudet i stor grad er systemorientert. Tjenestetilbudet begrenser seg til det vedtaket omhandler, og tildeles etter avmålt tid. Det sosiale anses ikke som en del av tjenestetilbudet. Stor grad av skriftliggjøring, og det å forhindre sterke relasjoner mellom tjenestegiver og tjenestemottaker oppleves av tjenesteyter som en kvalitet ved organiseringen, men ikke nødvendigvis av beboer.

### **4.7.4 Fellesskapsløsninger, en etterlevning av institusjonstanken?**

Vi finner i materialet argumenter for fellesskaps- og samlokaliserte løsninger ut i fra *beboernes* ønsker og behov:

Av konkrete behov kan nevnes:

- Behovet for selv å ta kontakt med andre for sosialt samvær
- Behovet for selv å oppsøke personalet for hjelp og støtte (uten å måtte ha dem der hele tiden)
- Få hjelp til å skape et livsinnhold ved stor grad av skrøpeligheit

Vi mener ikke med dette å gi uttrykk for at fellesskapsløsninger alltid er den mest egnede boformen, men å underbygge noe som flere av de ansatte understreker, nemlig behovet for flere typer løsninger. Vårt utvalg viser et spekter av disse løsningene. Behov for fellesskapsløsninger innebærer imidlertid ikke et behov for institusjonsløsninger.

## Om å ta del i et nærmiljø

Et siste aspekt ved forskjellen mellom institusjon og bolig er forholdet til samfunnet forøvrig. Institusjonsomsorgen (i hvert fall fra gammelt av) var preget av lukkede omgivelser og lite samvirke med samfunnet ellers.

Dette kan man til en viss grad si at fremdeles gjelder en del av de studerte boligtilbudene, om enn i varierende grad. Boligen blir for mange referanse for hele deres liv. Aksjonsradiusen varierer imidlertid noe, og avhenger først og fremst med graden av skrøpelighet. Men lokalisering av tilbudet ser også ut til å ha betydning. Noen beboere og ansatte etterspør en mer sentral beliggenhet. I Lindesnes, som har en særdeles sentral lokalisering av omsorgsboligene, ser vi at noen av beboerne, om ikke mange, greier å gå til butikken selv. Det samme gjelder Sarpsborg og Vestnes. Å finne arealer som både er sentrale og som samtidig gir rom for skjermede uteareal er imidlertid vanskelig. Ut i fra vårt materiale er det imidlertid grunnlag for å si at hvis det må prioriteres mellom disse kvalitetene, er tilrettelagt uteareal av større betydning enn sentralitet. Det er imidlertid viktig å understreke at selv om vi snakker om sentrale områder, er det ikke først og fremst urbane kvaliteter som betyr noe; det handler mer om nærhet til funksjoner som transport, butikk og servicetilbud som kanskje kan være et påskudd til en rusletur i området og bidra til mer innhold i dagene.

## 4.8 Om tjenestetilbudet tilknyttet boligene

### 4.8.1 Boliggjøring, et skifte av tankesett?

Boliggjøring representerer noe nytt og det virker som enkelte av våre informanter sliter med å finne ut hva som er det viktigste ved endringen av tilbudet. Flere steder framheves viktigheten av at dette skal være hjemmebasert omsorg, ikke institusjon. Som lederen på Skjeftejordet sa: *“Vi må huske på at beboerne bør hjemme, selv om de bor konsentrert”*. Beboerne har derfor de fleste steder egen lege, egne medisiner, egne bleier, egen postkasse, ringeklokke utenfor døra osv. Vi observerer at personalet er flinke til å banke på døra til leiligheten hvis beboeren er tilstede, men det er ikke uvanlig at personalet går inn uten å ha spurt hvis beboeren er ute av leiligheten.

Casene viser et stort spekter av tilbud. Å definere tilbudene som bolig, ser ut til å ha satt i gang en prosess i retning av en annen holdning til beboerne enn i en tradisjonell sykehjemsløsning. Denne holdningen vektlegger betydningen av selvbestemmelse, mestring og valgfrihet. Om dette er en endringsprosess som mest preger ledelsesnivået, eller om man har greid å påvirke det daglige arbeidet, varierer imidlertid.

Det kan virke som om enkelte elementer er styrt fra ledelsesnivå og har sterk symbolverdi i denne diskusjonen. Skyllerom er et slikt "symbol". Det kan virke som om det er blitt svært viktig å unngå å ha skyllerom fordi det da blir en institusjon. En dekonterminator på et vaskerom kan imidlertid være av praktisk betydning også i et omsorgsboliganlegg, og har trolig liten betydning for om beboerne opplever tilbudet som bolig- eller institusjonstilbud.

Vi registrerer samtidig at en boliggingjøring ikke nødvendigvis betyr endringer i holdninger i forhold til vektlegging av sosiale og psykologiske behov. Vi observerer at beboerne mange steder spiser alene, og at det er lite samtale rundt bordene. Andre steder har personale et bevisst forhold til måltidet som miljøterapeutisk tiltak, og en ansatt skal da alltid sitte ned, spise sammen med beboerne, og bidra i samtalen. Enkelte steder gir ansatte uttrykk for et stort behov for å samle beboerne på dagligstua. Årsaken er imidlertid mer uklar, og vi er usikker på om det er personalets behov for å ha kontroll og oversikt, eller om det er ønske om å skape trivsel som er motivasjonen for å samle beboere?

#### **4.8.2 Om vedtak og fleksibilitet i systemet**

Personalet er tilsatt i hjemmetjenesten og arbeider etter bestiller-utførermodellen i alle anleggene. Det betyr at myndighetsutøvelse og tjenesteutøvelse er skilt, og at tjenesteutøverne kan konsentrere seg om å gi tjenestemottakerne kvalitativt gode tjenester i tråd med enkeltvedtaket. Hvis modellen skal fungere etter intensjonen må blant annet personalressurser hele tiden justeres slik at de til enhver tid er tilpasset beboernes hjelpebehov. Vi opplever at bemanningen er relativt fast og konstant. Forklaringen kan være at kommunene ofte benytter kommunale standarder ved tildeling og utmåling av tjenester. Ulempen med slike standarder er at de kan redusere betydningen av faglig skjønn og muligheter for individuell tilpasning til den enkelte bruker (St.melding nr. 25, 2006).

Ledelsen ved Torstadtunet opplever bestiller- og utførermodellen lite sensitiv, og sier at det skal bevilges mange ekstra timer for å utløse flere ansatte. Videre gir de uttrykk for at det er behov for hyppigere revurdering av tiltak. Spørsmålet er hvor ofte. Det er grunn til å tro at beboernes dagsform og behov for hjelp kan variere fra dag til dag. For ansatte kan det være vanskelig å se at behov ikke kan

imøtekomes. Som en av de ansatte i Lindesnes sa: *"Det klør litt i fingrene for å ta mer"*. Det kan også være at behov ikke alltid blir synliggjort fordi ansatte gjør mer enn vedtaket tilsier. Lojaliteten til beboeren kan bli større enn lojaliteten til vedtaket fordi "mennesket blir synlig". Christensen & Daugaard Jensen (1986) sier at yrkesutøvere i byråkratiske organisasjoner har makt til å endre beslutninger. De kan enten la være å iverksette et vedtak eller de kan gi det en annen utforming enn det som opprinnelig var ment. Det betyr at yrkesutøvere har store muligheter til å utøve skjønn; slik bør det også være når hverdagen er kompleks, sier Eriksen & Skivenes (1998).

Pleietyngden og arbeidsbelastningen er antakelig ikke konstant. En skulle derfor tro at det i perioder med mindre arbeidsbelastning er en personalreserve som kan nyttes på steder som har økt arbeidsbelastning. De fleste omsorgsboligene i vårt materiale hadde en fast grunnbemanning og leide inn ekstrahjelp dersom det var ekstraordinære behov som for eksempel omsorg for døende. Det var mindre vanlig å flytte på eksisterende ressurser i perioder med mindre arbeidsbelastning. Dette kan være et problem i små enheter med en fast personalstab. På slike steder ser det ut som det er behov for "en overbygging", en reserve som det kan dras veksler på. Enkelte omsorgsboliger har lyktes bedre enn andre med å få til en slik overbygging. I Sarpsborg gir både ledelse, ansatte og pårørende uttrykk for tillit til systemet. Ledelse og ansatte har tillit til at de til enhver tid får de ressurser de trenger for å møte økte behov, og pårørende svarer at de har tillit til at deres nærmeste vil få den hjelpen de har behov for. Virksomhetsleder forteller at når behovene endrer seg, sender de inn ny søknad til kommunen som fatter et nytt vedtak. Bofellesskapet får når det foreligger nytt vedtak, tilført ekstra midler slik at de kan leie inn mer hjelp. De velger å flytte på penger og personale framfor å flytte på beboere. Informanten sier: *"Det hadde kostet like mye å flytte dem på sykehjem."* Hva er det som gjør at de her har lyktes? En forklaring kan være at de har faste vikarer som er godt kjent på begge team og som kan settes inn der det er størst behov.

### 4.8.3 Samhandling med andre tjenester

Forholdene ligger godt til rette for samarbeid på organisasjonsnivå i og med at personalet i omsorgsboligene er tilsatt i hjemmetjenesten, men mulighetene blir ikke alltid utnyttet. Det kan se ut som at samlokalisering er viktig for samarbeid, men at dette alene ikke er nok. Vi ser i vårt materiale flere eksempler på at tjenester er samlokalisert uten at samarbeid er etablert. Flere av stedene vi besøkte gir uttrykk for at de jobber for å bli bedre. Samarbeid på netter er for øvrig mer vanlig enn samarbeid på dag. Enkelte ansatte opplever at arbeidsdagen ble lettere etter at de ble samlokalisert fordi de nå har kollegaer i umiddelbar nærhet som de kan hente

hjelp og støtte hos ved behov. En informant på Vestnes opplever det mye tryggere etter at hjemmetjenesten er samlokalisert med tjenestene i omsorgsboligene. *“Da kan den som har vakt på omsorgsboligen bare ta en telefon til hjemmetjenesten hvis de trenger hjelp”.*

Fysioterapeut og ergoterapeut er tilsatt i kommunene, men er ikke en del av den faste staben. De kan tilkalles ved behov. Inntrykket vårt er at ergoterapeuter og fysioterapeuter blir lite benyttet. Unntaket er Lindesnes hvor pleiepersonalet framhever ergoterapeuten som en meget viktig person for å finne fram til egnede hjelpemidler.

Legetjenesten i omsorgsboliger skiller seg fra legetjenesten i sykehjem. I sykehjem er tilsynslege vanlig, mens dette er unntaket i omsorgsboliger. I dette utvalget er det bare Fosslia som har tilsatt egen tilsynslege. De andre stedene har fastlegeordning. Hovedinntrykket er at beboerne setter pris på å beholde sin fastlege. Pårørende kan ha et noe annet syn. De ser at det er en fordel at (fast-)legen kjenner pasienten og sykehistorien, men de pårørende får ulempen ved å følge til lege. Personalet har vent seg til ordningen med fastlege, men legger ikke skjul på at det fra deres side er mer funksjonelt med tilsynslege. Mange av beboerne i omsorgsboliger er skrøpelige, og har vansker med å komme til legekantoret for undersøkelse og prøvetaking. Personalet bruker mye tid og energi på å bestille og hente resepter og følge til lege der pårørende ikke kan bidra. Enkelte av personalet mener derfor at det er en forutsetning at fastlegen foretar hjembesøk. Personalet på Skjeftejordet sier at begge ordningene til syvende og sist er personavhengige. Ordningen med fastlege har fordeler fordi fastlegen kjenner beboeren. Personalet ser også at det er en fordel å kunne velge bort fastlegen når samarbeidet ikke er tilfredsstillende: *“Du kan skifte fastlege, men du kan ikke ønske deg en annen tilsynslege”*, sier en av informantene.

Et spørsmål man kan stille er om fastlegeordningen ivaretar demensproblematikken godt nok, og om det derfor er behov for særordninger for denne beboergruppen? Både ledelsen og de ansatte ved Fosslia presiserer betydningen av å ha en tilsynslege med spisskompetanse på demens. Årsaken ligger i erfaringene ledelsen har gjort seg med fastleger. For det første bruker personalet mye tid på å få tak i fastlegene, og for det andre mener de at ordningen med fastlege ikke er et kvalitativt godt nok tilbud for demente. De mener at fastlegene ofte ikke er nok interessert i beboere med demens. Beboerne blir ikke tatt på alvor, og det blir ikke tatt nok individuelle hensyn ved for eksempel medisinerings. Erfaringen fra Fosslia er også at fastlegen bidrar til faglige diskusjoner og kompetanseutvikling i personalstabens på demensproblematikken.



#### 4.8.4 I hvilken grad er beboernes trivsel en del av de ansattes ansvar?

Det virker som ansatte i omsorgsboliger varierer i syn på hva som er deres arbeidsområde og arbeidsoppgaver. Noen steder ser pleiepersonalet på trivselstiltak og aktivisering som en del av sin jobb, andre steder er dette helt utenfor deres ansvarsområde.

I den ene enden av skalaen finner vi boliger for demente hvor miljøtiltak er integrert i den daglige virksomheten. Dagliglivets aktiviteter, og spesielt mat og måltider er utgangspunkt for aktivisering. At demensavdelinger tenker annerledes, blir bekreftet av en informant fra Sykkylven. Informanten framhever skjermet avdeling som *"En Rolls Royce i systemet"*. Personalet som jobber der har en annen mentalitet enn dem som jobber andre steder, sier informanten: *"Dette viser seg når folk fra skjermet flyttes over til andre soner. De blir en ressurs fordi de har med seg en annen mentalitet, ser andre muligheter"*. Bergheim representerer det andre ytterpunktet på skalaen. Her er ledelsen tydelig på at sosial kontakt og trivselstiltak for beboerne ikke er en del av tjenestetilbudet. Samtidig forklarer de at beboerne ved innflytting har forventninger om fellesskap med andre, og at personalet bruker mye tid på å forklare beboere at de har flyttet til en leilighet med begrensede sosiale tilbud.

Beboere i omsorgsboliger har ulike omsorgsbehov og trenger antakelig ulik grad av tilrettelegging for trivselstiltak. Spekteret er vidt og spenner fra dem som stort sett klarer seg selv med litt assistanse, til dem med stort hjelpebehov som trenger tett oppfølging stort sett hele døgnet.

Vestnes, Bergheim og Thranesgt. i Sarpsborg skiller seg ut fordi de også har noen eldre beboere som er relativt spreke og som kan være en ressurs i forhold til å iverksette trivselstiltak hvis forholdene ligger til rette i form av fellesarealer. Hvis ledelsen ønsker initiativ og medvirkning fra de eldre selv, kan det se ut som om det er lurt å blande beboere med ulikt funksjonsnivå. På Vestnes er halvparten av beboerne over 85 år, og én var 98 år ved innflytting. Funksjonsnivået varierer fra dem som klarer seg selv til dem som må ha full pleie, dvs. tilsvarer sykehjemspasienter. De fleste trenger "delvis" hjelp. Vi sitter allikevel igjen med et inntrykk av at enkelte er relativt spreke. Informanten forteller at enkelte av beboerne beveger seg utendørs (handler, går i banken osv.) på egen hånd. Beboerne har egen beboerforening (Senior Plaza) med eget styre som organiserer trivselstiltak. Initiativet kommer fra beboerne selv. Dette viser at det ikke er alder, men funksjonsnivå og ønske om å engasjere seg som er avgjørende.

I undersøkelsen kommer det også frem at noen beboere takker nei til fellestilbud og besøkstjeneste til tross for at de gir uttrykk for at det er lange dager. De ønsker heller mer kontakt med personalet

som er mennesker de kjenner, enn andre fremmede. Dette sammenfaller med funn i sykehjemsundersøkelsen til Solveig Hauge, som viste at eldre i liten grad ønsker å være sammen med "medpasienter". Utenfra sett ser beboerne ut til å ha mye felles, men beboerne ser ofte på seg selv som friskere enn det de er, og på medpasienter som dårligere (Hauge 2004).

Er det slik at pleiepersonalet ikke ser aktivisering som sin arbeidsoppgave? Eller er det slik at de bortdefinerer denne oppgaven fordi de mener at dette er ivaretatt av aktivtøren? Både Thranesgt. og Skjeftejordet har tilsatt aktivtør. I Thranesgt deltar aktivtøren i stellet, og det er derfor mer naturlig for pleiepersonalet å delta i aktiviteter. På Skjeftejordet er ansvaret fordelt annerledes. Pleiepersonalet overlater aktiviseringen til aktivtøren (og de pårørende).

Aktivtører arbeider stort sett på dagtid. Hvis personalet overlater aktivisering til aktivtøren, betyr det at ettermiddager og kvelder blir perioder hvor det skjer lite for beboerne. Skal vi gi beboerne kveldene tilbake, må personalet bidra i det sosiale fellesskapet, sier Thyra Frank på omsorgskonferansen i Trondheim (Omsorg, 2006). Feltundersøkelsen til Solveig Hauge av sykehjem som hjem, viser at kommunikasjonen kollapser når personalet er borte. De ansatte må være tilstede for å gi samtalen innhold hvis samværet skal bli meningsfullt (Hauge 2004). Det er ikke grunn til å tro at dette forholder seg annerledes i bofellesskap der beboere har stort hjelpebehov.

#### **4.8.5 Måltider som trivselstiltak og ledd i aktivisering av beboere**

På Sykkylven har ledelsen et klart ønske om at måltidene skal brukes som et ledd i aktiviseringen av beboerne. Målet er å bevare restfunksjoner, og som rådmannen sier: *"Det er ikke tiden det kommer an på. De eldre har et hav av tid og kan i utgangspunktet bruke hele dagen på måltider."* Spørsmålet blir om det går an å få til dette uten at personalet og beboere sitter sammen og spiser. Vi ser ulike grader av tilrettelegging i våre omsorgsboliger:

- Bofellesskap for demente der beboere og ansatte i stor grad spiser sammen og hvor måltidet blir "målrettet miljøarbeid"
- Bofellesskap hvor de ansatte til dels sitter sammen med beboerne uten å spise selv
- Bofellesskap for dem med store funksjonshemminger hvor beboerne i stor grad spiser alene

Der beboere og personal spiser sammen, blir måltidene et miljøtiltak. Dette blir i særlig grad utnyttet på bofellesskap for demente hvor måltidene blir aktivt tatt i bruk for å stimulere beboerne, og for å bevare restfunksjoner. I bofellesskap hvor det er

eldre med store fysiske funksjonshemminger og stort hjelpebehov, har de nok intensjoner om det samme, men det varierer hvorvidt personalet og beboere spiser sammen. Det kan imidlertid se ut som om det blir større grad av likeverdighet og fellesskap rundt måltidet der hvor personalet spiser sammen med beboerne. Spørsmålet blir om beboerne er for svake til å trekke i gang en samtale selv. På et av stedene var det middag mens vi var på besøk. Beboerne satt alene og spiste, de ansatte serverte. Det var forbausende stille rundt bordet.

Trangere budsjett fører til at ledelsen prioriterer å velge bort trivselstiltak som felles måltider. Tidligere har beboere og personale på Torstadtunet spist sammen. Nå må personalet betale hvis de spiser av samme mat som beboerne, noe som fører til at personalet heller tar med seg matpakke og spiser på pauserommet. Personalet er servitører, og blir ikke deltakere i den sosiale settingen som et måltid kan være. Erfaringer fra Torstadtunet viser at når man ikke gjør de samme tingene (spiser sammen), kan de eldre oppleve dette som en stressfaktor. Én av de ansatte mener at beboerne opplever det som overvåking: *“Én av de ansatte prøver å sitte ned, men det oppleves som overvåking. Beboerne kommer med kommentarer som: “Spiser ikke du noe da”.*

#### **4.8.6 Samvær med andre beboere som trivselstiltak og aktivisering av dårlige beboere.**

De fleste omsorgsboliger har fellesareal i tilknytning til leilighetene. På Bergheim er det annerledes organisert. Beboerne i omsorgsleilighetene har hver sin leilighet. Hvis de ønsker sosial kontakt, har de selvsagt mulighet til å besøke hverandre, eller de kan forflytte seg til fellesarealene i 5. etasje, hvor de har felles møtested med beboerne i seniorleilighetene. Bergheim har med andre ord prøvd å blande ulike grupper av beboere i fellesarealene. Her møtes de med stort hjelpebehov og de med lite hjelpebehov. Det er også ulik alder (fra 20 – 80/90). En del av beboerne møtes og har sosial kontakt utover fellesarrangementer som naboer ellers.

Informantene her anslår at ca. halvparten av dem som bor i omsorgsleilighetene benytter fellestilbudet. Alle som vil benytte tilbudet får hjelp til å komme seg dit. De som velger bort tilbudet, velger det bort fordi de ikke vil/har lyst, ikke fordi de ikke kommer seg dit. Årsakene til at de ikke vil, kan være mange. De ansatte antyder følgende forklaringer:

- ulik alder og dermed ulike interesser
- at de opplever seg selv som “frastøtende” (sikler osv.)
- de heller ønsker kontakt med personalet som de kjenner

Det er ulikt syn blant de ansatte på beboernes utbytte av disse sosiale arrangementene. Noen mener beboerne ikke har glede av å delta i fellesskap fordi de er for syke, mens andre mener at det å være tilstede, kan gi et positivt bidrag i hverdagen: *"Selv om de ikke greier å spise eller noe sammen med oss, sier de at de liker å være her. Eksempel på det er hun som er dårlig MS-pasient, og som er her sammen med oss, og sitter og hører på. Vi er jo usikre på hva hun får med seg, men av og til hvis en forteller en morsom historie eller noe, hender det hun ler og tydelig får med seg det som skjer."*

På den annen side kan man spørre hvordan relativt friske eldre opplever å ha fellesskap med personer med store funksjonshemminger. Dette er et vanskelig spørsmål som denne undersøkelsen ikke gir svar på. Erfaringer fra Vestnes kan tyde på at det er toleranse for funksjonsnedsettelse hvis personene forut for funksjonsnedsettelsen har hatt en god relasjon seg imellom. Men også på Bergheim viser det seg at relativt friske seniorer har omsorg for beboere med stort hjelpebehov: *"Da vi hadde den juletretenningen, var folk lei seg for at vi ikke fikk til å hente henne (en beboer med MS)".* At det også er et mindre antall som er relativt dårlige, ser også ut til å være av betydning.

Beboerintervjuene i Asker kan tyde på at det fungerer dårligere å blande fysisk pleietrengende og demente. En av beboerne sier det slik: *"De som er demente, kan være litt vanskelige å omgås, de kan bli mistenksomme og urolige, selv om vi jo skjønner at det ikke er deres skyld. Det er ikke lett å føre en samtale med de demente".* De demente har ikke uttalt seg i denne undersøkelse, men ledelsen på Fosslia sier det slik: *"Vårt utgangspunkt var at mange demente i vanlige sykehjem blir "dem" som er i veien og som ikke følger regler og systemer. Dette gjør at de opplever situasjonen ytterligere ydmykende. Her greier vi å gi dem en aksept på at de får "værra som dæm e". Det tror jeg faktisk de opplever og blir mer fornøyde med. De slipper å bli konfrontert med sine egne handicap hele tiden".*

#### **4.8.7 Mer ansvar på den enkelte ansatte?**

Vi var i vår undersøkelse interessert i å få vite om personalet har fått mer ansvar i omsorgsboliger. Personalet på Skjettejordet ga følgende svar: *"Nei, ikke nødvendigvis. Det kommer an på hvem en sammenligner seg med. Institusjon: Ja. Hjemmetjenesten: Nei".* De som har fått større ansvar, opplever stort sett det økte ansvaret som positivt. På Fosslia erfarte ledelsen at hjelpepleiere som kom fra jobb i institusjon, var lite vant med å jobbe selvstendig og å ta avgjørelser uten å ha spurt en sykepleier. Nå må de selv vurdere situasjonen og ta selvstendige avgjørelser. *"Den nye ordningen betyr mindre faghierarki i og med at alle ansatte gjør alle arbeidsoppgaver i forhold til beboeren,"* forklarer én av lederne.

Et viktig spørsmål er om de ansatte får utnyttet sin kompetanse. Er det meningsfullt å utføre funksjoner som vask av klær og leilighet når man har en utdanning som tilsier at man skal utføre stell og pleie? Vi sitter igjen med blandede erfaringer. Ansatte som jobber med demente, er mer positive enn dem som jobber med fysisk sterkt hjelpetrengende. Dette kan skyldes at demente beboere i større grad er i stand til å delta i aktiviteter fordi de ofte er fysisk "oppegående". Aktiviteten blir et terapeutisk tiltak. Når aktiviteten endrer status, blir det mer meningsfullt for de ansatte å utføre slike oppgaver. Det kan også ha med holdninger, forventninger og kultur å gjøre.

#### 4.8.8 Om å gjennomføre endringer?

Det kan se ut som om de stedene som hadde mulighet til å lyse ut samtlige stillinger og plukke ut personalet med de "rette" egenskapene, har hatt det beste utgangspunktet for å skape en god personalsammensetning. Det er allikevel mulig å lykkes selv om utgangspunktet ikke er optimalt.

Eplehagen og Fosslia har mange likhetstrekk, men rekrutteringen av personalet ved oppstart er totalt forskjellig. Mens Eplehagen kunne lyse ut stillinger og få toppmotiverte søkere, må Fosslia forholde seg til at halvparten av personalet fra det gamle nedlagte sykehjemmet står uten jobb, og skal omplasseres. Noen ønsket et bytte av jobb, men mange hadde vært langtidssykemeldt, hadde kroniske plager, og ønsket ikke å bli flyttet på. Utgangspunktet ved oppstart var derfor ikke optimalt.

Ledelsen ved Fosslia sier at utfordringene har bestått i å "*avinstitusjonalisere*" personalet, få ulike yrkesgrupper til å jobbe sammen, og få medarbeidere til å ta ansvar. Ledelsen forklarer at institusjonstenkningen var godt innarbeidet, og personalet måtte omstilles fra å jobbe i sykehjem til å jobbe i omsorgsbolig. De gir uttrykk for at enkelte viste generell motstand mot endring og det som var nytt. Det var for eksempel nytt å skulle jobbe tett sammen med en (for dem) ny yrkesgruppe som vernepleiere. Noen forteller at det også for enkelte hjelpepleiere var uvant å jobbe selvstendig og ta avgjørelser uten å ha konsultert en sykepleier, og at enkelte derfor måtte trenes til å ta ansvar.

Et vellykket eksempel på dette ser ut til å være Fosslia. Det ser ut som ledelsen har tatt omstillingen på alvor. Det er jobbet og jobbes fortsatt mye med fag og holdninger. De forteller at målet har vært å gi de ansatte faglig trygghet. De har hatt introduksjonskurs for nytilsatte og har kontinuerlig internopplæring, og de har forsøkt å jobbe etter følgende prinsipper:

- De har tatt folk på alvor – det har vært lov til å mene noe
- De har hatt en åpen dør inn til sjefen – tatt imot frustrasjoner

- Leder har gått mye rundt på enhetene
- De har delegert ansvar – noe (de tror) alle har vokst på
- De har stilt krav til de ansatte

Til tross for mye frustrasjon og motvilje i starten, kan det se ut som om ledelsen og ansatte i fellesskap har klart å løse utfordringene. Ledelsen opplever nå at de ansatte tar selvstendige avgjørelser og at de tar ansvar. De er ikke på samme måte som før avventende til å få beskjed om hva de skal gjøre, og de har blitt mer fleksible. Videre sier ledelsen at de har inntrykk av at de ansatte selv også opplever å gi et godt tilbud til beboerne. Etter et års drift kan ledelsen oppsummere med følgende utsagn: *“Folk har vokst, trives og er lite borte fra jobb”*. Intervjuene blant ansatte bekreftet dette inntrykket. For å slå dette fast kreves imidlertid en spørreskjemaundersøkelse som spør alle ansatte.

#### **4.8.9 Arbeidskultur og holdninger blant ansatte**

Erfaringen fra noen av de andre stedene er at omstillingsprosesser tar tid og ofte møter motstand. Casene forteller at omstillingsprosessen fra sykehjem til omsorgsbolig har møtt motstand på ulike hold både hos leger og pleiepersonell.

Tradisjonen med institusjonsløsninger sitter fremdeles godt forankret i deler av tjenesteapparatet. Enkelte blant personalet i omsorgsboligene vi har studert har vist motstand og brukt sin makt. Når medarbeidere boikotter vedtak, blir de bremser i systemet. I et av boliganleggene nektet legene å skrive ut pasienter fra institusjon til omsorgsbolig. Noen av pleie- og omsorgsarbeiderne drev en mer stille boikott i følge leder:

*“Det har også vist seg vanskelig å få alle medarbeiderne med på ideologien om at beboerne nå bor i egen bolig. Enkelte av personalet som har jobbet lenge i institusjon, driver en stille boikott. Noen har ennå på håndbrekket. Institusjonstankegangen er sterk.. Det er vedtatt at leietakerne ikke skal ha tilsyn om natta hvis det ikke er vedtak på dette, men enkelte gjør det allikevel”.*

I omstillingsprosessen ble det rekruttert personell både fra institusjonshelsetjeneste og hjemmetjeneste. Det kan se ut som det er en forskjell i holdninger hos disse to gruppene. *“Ja, kontrollbehovet er forskjellig. Ute (i hjemmetjenesten) klarer vi ikke å ha kontroll hele tiden”*, sier én av informantene som kom fra hjemmetjenesten. Informanten mener at omstillingsprosessen for henne har vært langt enklere fordi hun er vant til å måtte gå fra brukere og overlate de til seg selv deler av døgnet.

Vernepleiere har også i større grad blitt en del av virksomhetene og har nok bidratt til å gi miljøarbeid en status. Der de er en del av

virksomheten, gir flere uttrykk for at de gir et positivt bidrag. Det kan se ut som at jo større grad av tverrfaglighet, jo lettere å få til en endring av arbeidskultur.



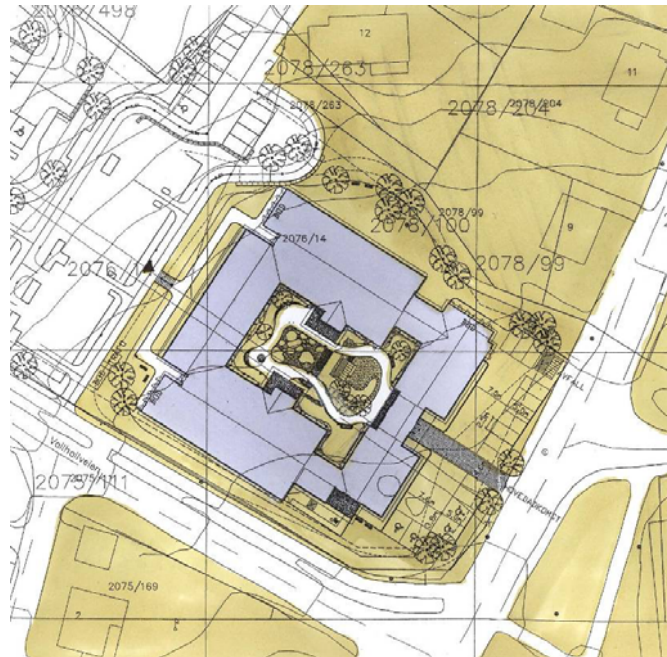




## Casepresentasjoner

### 5.1 Eplehagen

Bofelleskap i Sarpsborg kommune for 16 demente med fast tilknyttet personale.



Illustrasjon 1: Situasjonsplan Eplehagen

### Beskrivelse av bygget

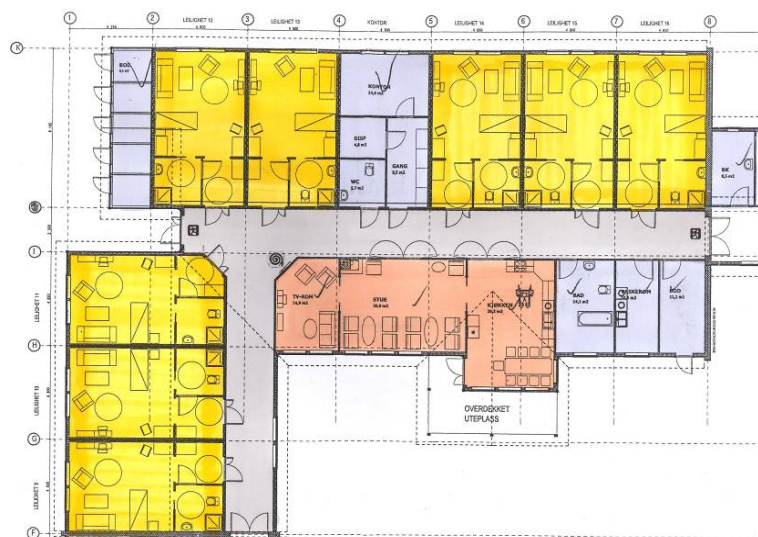
Eier: Sarpsborg og omegn boligbyggelag

Arkitekt: M.V.G Arkitektkontor AS

Tatt i bruk: 2001

Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone



Planløsning Eplehagen

**Beliggenhet:** Eplehagen bofellesskap ligger litt utenfor Sarpsborg sentrum i landlige omgivelser i nærheten av skole og butikk.

**Anlegget:** Bygningen er i én etasje, bygd rundt et atrium. Dette er utformet som en sansehage. Bygningen består av et bofellesskap for demente, et dagsenter for demente og kontorer for hjemmetjenesten. Dagsenteret for demente er ikke åpnet, og personalet bruker foreløpig disse lokalene som møterom. Bofellesskapet for demente består av 2 bo grupper à 8 boenheter.

**Boenhetene** Leilighetene er 1-roms boenheter på 39 m<sup>2</sup>. De består av entre, bad og kombinert oppholds- og soverom.

**Fellesareal:** Felles kjøkken og stue deles av 8 beboere. Fellesarealene utgjør 9 m<sup>2</sup> pr. boenhet.

**Tjenesteyters areal:** Tjenesteyters areal utgjør 5 m<sup>2</sup> pr. boenhet og består av kontor, boder og vaskerom.

**Uteareal:** Hagen ligger i et lukket atrium, med beplantning, tursti og sittemuligheter. Beboerne kan fritt bevege seg rundt i hagen. Beboerne fra de to gruppene bruker begge det felles atriets.

**Detaljer og fargebruk:** Navn på dørene og farge på toalettdørene bidrar til at beboerne lett finner fram. Anlegget har for øvrig en varm atmosfære pga bevist belysning, mye bruk av tre (parkett) og varme farger ( se foto)



## Beskrivelse av beboergruppe

**Sammensetning av beboergruppen:** Dette er et tilbud til 16 demente. Kommunen opererer med en "behovstrapp"; de som bor i boligene, er på trinnet under sykehjem. Alle beboere har hjelpeverge. Eplehagen ønsker beboere som passer sammen. Det foretas derfor hjembesøk til alle beboere og pårørende før innflytting for å avklare forventninger og for å sikre at beboeren passer inn i gruppa. Hjemmebesøket blir foretatt av en fra inntakskontoret og en fra Eplehagen (primærkontakten).

## Beskrivelse av tjenestetilbud og organisering

Det er ansatt fast personale som utfører alle pleie- og omsorgsoppgaver. Det er videre ansatt en kokk som ordner maten. Beboerne kan få et vedtak på at de skal ha hjelp til klesvask på samme måte som for andre tjenester. Klesvasken sendes bort til et vaskeri. I enkelte tilfeller vasker pårørende tøy dersom slikt vedtak ikke foreligger. De som arbeider i boligen, har ansvar for gulvask i leilighetene dersom beboer har vedtak på at vedkommende trenger denne typen tjeneste; da skal også beboeren delta. I enkelte tilfeller vasker pårørende eller beboeren dersom slikt vedtak ikke foreligger. Boligene har egen vaskehjelp som vasker fellesarealene (ca. 3 timer per dag).

**Samarbeid mellom tjenestene:** Det er om natten en viss samordning av tjenestene i omsorgsboligene med hjemmetjenesten for øvrig. Det er ingen samordning av tjenestene ved dette bofellesskapet og de andre omsorgsboliger som ligger nær ved; i disse andre er det ikke fast bemanning. Det har foreløpig ikke vært mulig å få til en samordning. Bofellesskapet er samlokalisert med hjemmesykepleien, men har lite samarbeid med denne.

**Bemanning:** Omsorgsboligene er formelt underordnet hjemmetjenesten. Det er bemanning hele døgnet med fast personal som jobber bare her. Personalet har to-skifts turnus: dag og kveld. Bemanningen ser slik ut:  
 På dagtid 2 ansatte på 8 beboere).  
 På kveld 1 ansatt på 8 beboere  
 På natten 1 nattevakt (for alle 16). Var tidligere 2 på natt.  
 Om natten har man en samkjøring med hjemmetjenesten for øvrig. En av beboerne har ekstra stort hjelpebehov. Dette har medført en nattevakt ekstra, dvs. det er fremdeles 2, men på en litt annen måte enn før, dvs. kommer ikke alle til gode.  
 Boligene har 14,9 årsverk pluss en kokk i 75 prosent stilling (betalt av beboerne) og en vaskehjelp (ca. 3 timer per dag).  
 Bemanningsfaktoren er på over 0,90.

**Bokostnader:** Husleien er inntektsregulert. Bostøtte fra Husbanken (som også varierer med inntekt) utbetales direkte til den enkelte søker. Husleien er som følger:  
Inntekt under kr 110 000: kr 4600  
Inntekt 110 000 – 200 000: kr 5100  
Inntekt over kr 200 000: kr 560

**Måltider:** Maten, også middagen, lages av kokken til alle 16 beboere på et kjøkken som er felles for hele bofellesskapet. Måltidene inntas i hver av de to gruppene på 8 personer. Beboerne kan se på at maten lages. Kokken har med en av beboerne 2 dager i uken (de som vil, de friskeste). En skreller poteter hver dag for hyggens skyld. Beboeren er med på borddekkingen.

Terapeutiske miljøtiltak er vektlagt, dvs. matlaging og spising er en del av terapien. Personalet spiser sammen med beboerne.. En av personale sitter alltid ned. Den andre går med medisiner osv.

**Omsorgsfilosofi:** Det legges vekt på å lage et hjem, ikke en institusjon.

**Samarbeid med pårørende:** Pårørende har ansvar for å bestille legetime og følge til lege og andre tjenester utenfor bofellesskapet (f.eks. tannlege, frisør). Primærkontakten har møte med pårørende 1-2 ganger i året. Vedkommende har som nevnt hjembesøk hos alle beboere/pårørende før innflytting for å avklare forventninger og pårørendes oppgaver og for å sikre at beboeren passer inn sammen med de andre. For dem som ikke har pårørende, benyttes frivillige/besøktjeneste osv. til å bistå beboerne med en rekke oppgaver.

**Legetjeneste:** Beboerne har sin fastlege. Noen fastleger rykker ut, andre ikke.

**Medisiner:** Har avtale med et apotek.

**Ergoterapi:** En annen omsorgsbolig har ergoterapeut som brukes på tvers mellom flere boligtilbud.

**Hjelpemidler:** Har god tilgang til hjelpemidler gjennom Hjelpemiddelsentralen.

**Fellesskap/aktivisering:** Måltidene er som nevnt en del av aktiviseringen. 8 beboere spiser sammen. Personalet spiser sammen med beboerne. Har et eget trivselteam, bestående av noen ansatte, en fra Lions og 2-3 pårørende. De er ansvarlige for å planlegge trivselstiltak. De arrangerer 4 fester i året, enten for alle eller avdelingsvis. Det organiseres også trim/gymnastikk. Også

menigheten bidrar med noen aktiviteter. Personalet har hovedansvaret for gjennomføring av aktivitetene. Det er utarbeidet en individuell plan for hver enkelt beboer som også omfatter sosiale tiltak.

Boligen har som nevnt en sansehage. Denne brukes mye, fra tidlig om våren til sent på høsten. Hagen er avskjermet og beboerne kan ferdes fritt uten tilsyn fordi den ligger midten i boligen.

**Bolig til livets slutt?** Der er ingen målsetting om dette. Ved store somatiske hjelpebehov må beboerne normalt flytte til sykehjem fordi det ikke er tilrettelagt for denne typen hjelpebehov. Noen har likevel bodd her livet ut.

### **Pårørendes erfaring med bo og tjenestetilbudet**

Siden beboerne er demente, er beboersynspunkter innhentet fra de pårørende gjennom spørreskjema.<sup>7</sup>

De alle fleste pårørende ved Eplehagen svarer at den viktigste grunnen til at deres beboer flyttet til omsorgsboligen, var at vedkommende trengte et pleie- og omsorgstilbud som ikke ble tilfredsstillende oppfylt i den tidligere boligen. En del trekker også frem behovet for en tilpasset bolig som flyttegrunn eller at beboeren mest trengte tryggheten i å ha et hjelpetilbud i nærheten. De fleste beboerne trenger hjelp til det meste i hverdagen; de trenger mye hjelp om ikke nødvendigvis så pleie. Flertallet av de pårørende mener også at det er viktig for beboeren å kunne ta med seg egne ting som møbler osv. til boligen. De aller fleste pårørende mener at omsorgsboligen oppleves som et hjem for beboeren og at den ikke er for institusjonspreget. Alle pårørende mener at det er viktig å ha sin egen bolig (i dette tilfellet omsorgsbolig) også når man trenger mye hjelp.

De fleste pårørende ved Eplehagen mener at pleie- og omsorgstilbudet i omsorgsboligen er tilstrekkelig; en del mener imidlertid at det kunne vært mer omfattende. De aller fleste mener likevel at beboeren har et mer egnet tilbud i omsorgsboligen enn vedkommende ville hatt på et sykehjem. Alle pårørende påpeker at det er viktig at det finnes utearealer som det er hyggelig for beboeren og besøkende å oppholde seg i. De fleste mener også at det legges mye vekt på at beboerne skal kunne ha sosial kontakt seg imellom.

Selv om pårørende i hovedsak er fornøyde med pleie- og omsorgstilbudet og med boligen som sådan, påpeker svært mange at det kunne være flere aktivitets- og underholdningstilbud i tilknytning til anlegget. Alle pårørende ved Eplehagen mener at

<sup>7</sup> Antall pårørende: 16. Svarprosent: 63, som gir 10 personer som har besvart undersøkelsen. Fordi det dreier seg om et så lite antall respondenter, har vi ikke angitt svarene i prosenter, men i litt rundere angivelser som "alle", "nesten alle", "de fleste" osv.

beboeren har fått en bedre bo- og livssituasjon etter flyttingen til omsorgsboligen enn vedkommende hadde i sin tidligere bolig.

Samtlige av de pårørende hevder at de bidrar i omsorgen med praktiske ting. De opplever at ansatte har avklart med dem hva som de skal bidra med. Hele 50 prosent svarer at de kunne tenke seg å bidra mer enn det de gjør i dag.

## **Ansattes erfaringer med bygget**

**Erfaring fra planlegging og bygging:** Informanten har deltatt i planleggingen av anlegget. Erfaringer ble trukket fra et annet anlegg (Kurland) i samme kommune og videreutviklet. Det som skiller disse to anleggene er blant annet organiseringen av driften og driftskostnader. På Eplehagen er anlegget mer kompakt og det er bygd som et lukket atrium. Dette gjør at beboerne ikke går ut og letter også samkjøring av de to gruppene på kveld og natt. Personale kan lett gå mellom gruppene og ser direkte over fra den ene til den andre stua.

**Anlegget:** Ansatte mener at det er en fordel at alt er på en flate. Også det at bygget er organisert rundt et lukket atrium, oppleves som en god løsning. Det gir sikkerhet for at ingen går av gårde. Det er også positivt at det går an å gå tvers over atriet. Det bidrar til at det er lett å holde oversikt. Det er også lett å stikke over til hverandre. Løsningen gir lune, gode uteareal.

**Leilighetene:** Leilighetene fungerer bra. Spesielt badene oppleves som store og greie.

**Fellesrom:** Det finnes en egen TV stue, som skjermer resten av stua for lyd og distraksjon. TV stua er imidlertid for liten. Beboerne sitter nesten oppå hverandre. Fellestoallet er stort og godt, det er lett å komme inn med rullator. Plasseringen nært kjøkken oppleves også som praktisk.

Beboerne blir forvirret når dørene mellom fellesrom og korridor stenges. Skyvedørene brukes derfor sjelden.

**Aktiviteter:** Måltidet er viktig som miljøtiltak og kjøkkenet fungerer greit til måltidene. Av og til samles alle beboerne på ett bofellesskap, men vanligvis holdes fester på hvert bofellesskap slik at det ikke skal bli for urolig for beboerne.

**Tekniske løsninger:** I ettertid viser det seg at solavskjermingen ikke er god nok.

**Arbeidsrom for ansatte:** Det er tungvint å gå ut av boenheten for å komme på personaldoen. Den skulle gjerne ligget nærmere. Kontoret skulle også ligget mer inne i bogruppen.

**Uteareal:** Ansatte gir uttrykk for at de opplever at det er en kvalitet at beboerne kan ferdes fritt ute uten tilsyn, noe de tror gir en frihetsfølelse for beboerne. Alle beboerne er ute innimellom. Om sommeren spises de fleste av måltidene ute. Ansatt forklarer: - "Beboerne blir mindre urolige når de kommer ut. De ser på blomster, og husker kanskje sin egen hage. De plukker bær, og vi sylter sammen med dem. De kjenner lukten av sommer, og ser på fugler som bader i vannet".

**Annet:** Bak Eplehagen bofellesskap ligger det 15 omsorgsboliger. Her skulle det være muligheter for samarbeid, men det har vært vanskelig å få til noe felles så langt.

### **Ansattes erfaring med tjenestetilbudet**

Begge de intervjuede ansatte uttrykker stor entusiasme for tilbudet. De opplever beboerne som hyggelige og koselige og at det er et privilegium å få jobbe der.

**Forskjellen på sykehjem og bofellesskap:** Ansatte gir uttrykk for at i et bofellesskap greier beboerne seg mer selv, det blir mindre pleie og mer veiledning for dem som jobber der. De opplever at anlegget er godt tilrettelagt for demente fordi:

- Anlegget har en begrenset størrelse og er lettere å forholde seg til
- Det er færre beboere å forholde seg til (8 beboere )
- Beboerne kan trekke seg tilbake – ha sine ting rundt seg
- Rommene er godt egnet til å roe ned beboere som er urolige (størrelse og innredning)

Informantene opplever at det viktigste for beboerne er nærhet, trygghet og tid fra dem som ansatte. Når de er 2 på jobb, opplever de at de av og til får tid til å lage ting, bake og drikke kaffe sammen med beboerne. En av informantene forteller at hun opplever at beboerne gir klart uttrykk for tilfredshet og at de kan si: "I dag har det vært koselig". Dette igjen oppleves som stimulerende for dem som jobber der.

**Kompetanse:** På Eplehagen har alle ansatte en eller annen form for spisskompetanse i forhold til demens. Personalet er i utgangspunktet håndplukket. Da stedet skulle åpne, ble stillingene lyst ut. Det var stor søknad (200) som gjorde det mulig å håndplukke folk med spesiell interesse for fagområdet. Det betyr at det i utgangspunktet var motiverte og engasjerte medarbeidere. Alle ansatte hadde i tillegg et 3 ukers kurs i starten hvor de lærte om demens og ble samkjørt. De som begynner nå, får imidlertid ingen opplæring, men kontinuiteten blir trolig ivaretatt ved at de har lite utskifting av personale og ved at de har opplæringsteam som sørger



for kontinuerlig faglig oppdatering. Personalet gir uttrykk for at de opplever at de har klart å beholde entusiasmen også nå i etterkant.

**Fagutvikling:** Fagutvikling ivaretas ved at man av og til får gå på kurs. En av informantene gir uttrykk for at *"det begrenser seg siden vi da ikke får leie inn vikar"*. Som kompensasjon for liten kursdeltakelse, har Eplehagen satset på internopplæring. Det er en selvfølge at den som har vært på kurs, må legge fram for de andre. De underviser hverandre internt og bruker andre ressurser i kommunen. *"Dette er gratis" og likevel nyttig*" sier en av informantene.

Det er personalmøter/kursopplæring en gang i mnd., vanligvis på dagtid. Fagutviklingsteamet har et spesielt ansvar for tilrettelegging. De som møter på fritiden, får avspasere. Nattevaktene er med på møtene, men står ikke opp etter å ha vært på jobb for å gå på møter. Alle som er på vakt, kan delta da den bygningsmessige utformingen er slik at man fra oppholdsrommet i begge bofellesskapene kan se over til hverandre. *"Når møtene holdes på kjøkkenet, kan personalet samtidig følge med beboerne"*. Dette opplever ansatte at fungerer greit.

En av de ansatte uttrykker det slik: *"Selv om vi stort sett gjør de samme oppgavene, løser vi oppgavene forskjellig fordi vi har ulik fagbakgrunn. Sykepleierne er gode på det medisinske (somatiske). Vernepleierne er gode på miljøtiltak og tilrettelegging av aktiviteter. Sånn kan vi både inspirere hverandre og utfylle hverandre."*

**Organisering:** Eplehagen har en flat organisasjonsstruktur. De har ikke ansatt styrer, i stedet har de en teamansvarlig i 80 % stilling som har overordnet ansvar for fagutvikling og drift.

Personalet utfører de daglige oppgavene i forhold til beboerne. I tillegg går de inn i team som gjør at de har et spesielt ansvar for å utvikle et deltema. Teammodellen gjør at ansvar blir formalisert. Teamene går også på tvers av begge bogruppene og stimulerer derfor til samarbeid. Teamansvarlige er ansvarlig for teamprosessene, men alle ansatte må bidra til gjennomføringen.

Det er opprettet følgende team:

- HMS - team
- Sårteam
- Kvalitetsteam
- Trivselsteam
- IT-team
- Fagutviklingsteam (opplæringsteam)

De ansatte velger selv team ut fra interesseområde, og intensjonen fra ledelsens side er å få "rett mann på rett sted". Belønning for ekstra innsats skjer eventuelt i lokale lønnsforhandlinger.



Der det er ønskelig med samarbeid eksternt, er samarbeidspartnerne medlemmer i teamet. Som eksempel kan nevnes trivselsteamet. Trivselsteamet har ansvar for trivselstiltak for beboerne, og består foruten ansatte av 1 representant for Greåker Lions og 2 – 3 representanter fra de pårørende.

**Mat/måltider, vask og rengjøring:** Fordi dette er et bofellesskap for demente, er terapeutiske miljøtiltak vektlagt. Personalet spiser sammen med beboerne. *"Vi passer på at en av personale alltid sitter ned"*, forklarer leder. Dette bidrar til å skape ro rundt måltidene og øker trivselen for alle. Informanten gir uttrykk for at *"Måltidet som miljøtiltak er alfa og omega"*. Husarbeid inngår som en del av det terapeutiske tilbudet. Ansatte synes dette fungerer greit.

**Fordeling av daglig arbeid:** Ansatte gir uttrykk for at arbeidsfordeling og samarbeid går greit. De har et system med primærkontakter, og prøver så langt det er mulig å gjennomføre at primærkontakten har mest mulig oppgaver knyttet opp til sin beboer. De ansatte opplever ikke dette som noe problem: *"I mindre grupper blir alle godt kjent"*.

**Samarbeid eksternt:** Bofellesskapet er plassert under samme tak som hjemmetjenesten. De fysiske forhold ligger godt tilrette for samarbeid, uten at dette i noen særlig grad blir utnyttet i praksis. Det var litt samarbeid i forhold til utnyttelse av rom, men lite eller ikke noe samarbeid i forhold til utnyttelse av personellressurser.

Eplehagen bofellesskap har innledet et nært samarbeid med Greåker Lions. Personalet opplever dette samarbeidet som en ressurs i det daglige arbeidet ved at de bidrar med aktiviseringen av beboerne gjennom å arrangere turer, delta på sammenkomster med sang og musikk og gi gaver til bofellesskapet. Organisasjonen er også formelt trukket inn i planleggingen ved at de som nevnt har 1 representant i trivselsteamet.

Pårørende er også forsøkt trukket inn i miljøtiltak ved at de har 2-3 deltakere i trivselsteamet. Det er en utfordring å få til samarbeidet med de pårørende; noen er aktive, andre ikke. Forut for tildeling av plass, er det som nevnt et hjemmebesøk hvor forventninger blir avklart, men det er store forskjeller i forhold til hvor mye pårørende deltar både i oppfølging av sin beboer og i forhold til miljøtiltak på avdelingen. *"De som er her ofte, blir mer husvarme, og er en ressurs"*, sier en av informantene. Den samme informanten mener at *"ektefeller følger mer opp enn barn og barnebarn."*

**Hva oppleves bra?** De ansatte er fornøyde med at de klarer å gjennomføre intensjonene for bofellesskapet. De merker imidlertid den stramme økonomiske situasjonen med innsparinger. De mener at med denne løsningen beholder beboerne hjemmet sitt. De påpeker også at små enheter gjør at det føles trygt for beboerne.

Det er også viktig at det er døgnkontinuerlig bemanning og at denne alltid er i nærheten. De opplever at de greier å gi et godt tilbud og får bekreftet dette gjennom tilbakemeldinger fra beboerne. En informant uttaler om stedet: - "*Kjempebra sted!*". På spørsmål om de ville valgt dette stedet for sine egne, svarer informantene definitivt ja.

### **Viktige erfaringer fra Eplehagen**

Et fint anlegg som utmerker seg med et interiør med hjemlig og hyggelig atmosfære.

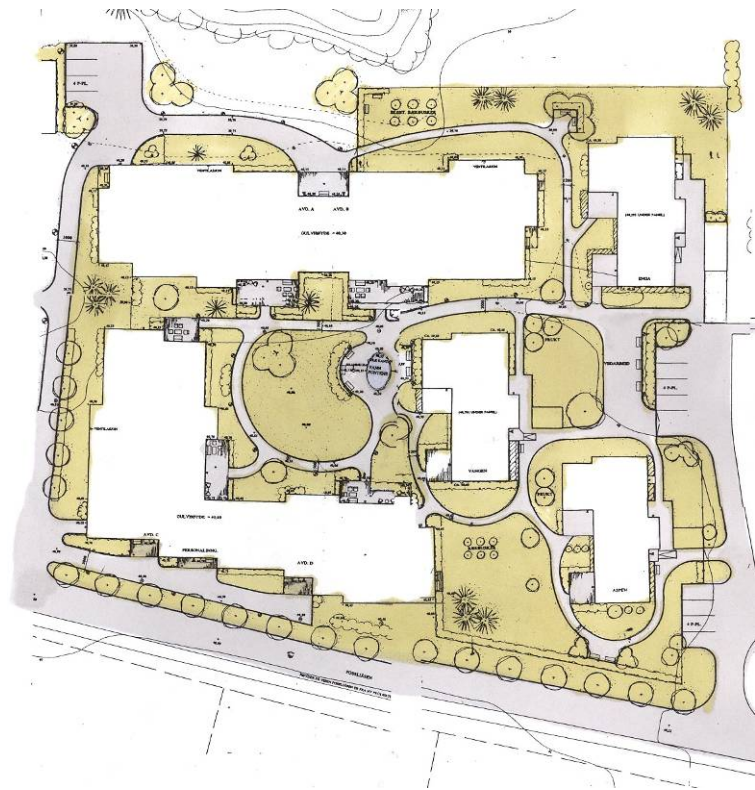
De fysiske omgivelsene bidrar til at beboerne kan være mye ute, uten at det må brukes mye ressurser til tilsyn.

Det er lagt vekt på intern kursing, teamorganisering og flerfaglighet. Dette bidrar trolig til inntrykket vi får av engasjerte og motiverte medarbeidere.

Anlegget blir positivt rangert av pårørende, ingen ville foretrukket sykehjem for sine.

## 5.2 Fossliå bosenter

Bokollektiv i Stjørdal kommune tilrettelagt for demente i 2 hus med til sammen 3 bogrupper og med 8 beboere i hver av gruppene, samt en enhet for 4 beboere organisert hjemlet som institusjonsplasser.



*Illustrasjon 1: Situasjonsplan Fossliåsen*

### Beskrivelse av bygget

**Eier:** Stjørdal kommune

**Arkitekt:** Arkideco AS

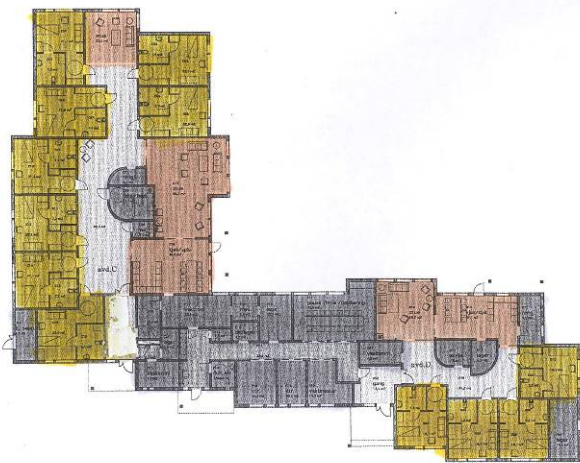
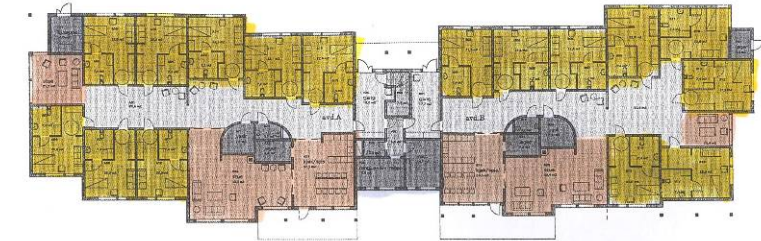
**Tatt i bruk:** 2002

**Beliggenhet:** Anlegget ligger landlig til et stykke utenfor Stjørdal sentrum. Boligene er bygd i tilknytning til tre ombygde bokollektiv, tidligere brukt til utviklingshemmede. Alle brukes nå til eldre. I vår casebeskrivelse inngår nybyggene.

**Anlegget:** Det nye anlegget består av to bygninger med totalt 24 boenheter. Bygning 1 rommer 2 grupper à 8 boenheter med tilhørende fellesareal. Inngang ligger mellom boliggruppene.

Bygning 2 rommer en gruppe à 8 boenheter, samt en gruppe à 4 boenheter, hver gruppe med tilhørende fellesarealer. Mellom bogruppene i bygning 2 ligger tjenesteyters areal.

Enhetene er definert som boliger, med unntak av den forsterkede enheten med 4 boenheter som er definert som institusjonsplasser.



Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone

**Boenhetene:** Leilighetene er 1-roms boenheter på 30 m<sup>2</sup> og består av entre, bad og kombinert oppholds- og soverom. 2 ektepar bor sammen. De disponerer da 2 rom.

**Fellesareal:** Felles stue og kjøkken deles av 8 beboere, alternativt av 4 beboere. Felles kjøkken for en gruppe er på ca 40 m<sup>2</sup> pr. og felles stue ca 50 m<sup>2</sup>. Ved måltider blir det dekket langbord. Alle sitter sammen og spiser. På grunn av at flere beboere bruker rullator, er det litt trangt å komme fram rundt spisebordet. Hver boliggruppe har sitt eget vaskerom som blir beskrevet som stort og funksjonelt.

**Tjenesteyters areal:** Tjenesteyters areal består av rengjøringsrom og kontor og er felles for to grupper.

**Uteareal:** Utearealet er formet som et åpent tun. Det er god kontakt mellom inne og ute i anlegget. Beboerne kan gå ut når de selv ønsker. Utearealet blir benyttet av beboerne hele året. God tilgjengelighet og mulighet for å gå fritt ut og inn av anlegget for beboerne blir beskrevet som en viktig kvalitet i anlegget.



Vannfontenen blir betegnet som et positivt innslag i utemiljøet. Veiene er asfaltert og tilpasset rullator.

**Erfaring fra planlegging og bygging:** I byggets planleggingsfase var ansattes ønsker på kollisjonskurs med Husbankens krav. Husbanken stilte krav om en viss fordeling mellom felles areal og privat areal. Husbanken hadde også krav om kjøkken på hver enhet, mens ansatte ville ha stort felleskjøkken, da de hadde erfart at beboerne var lite på rommene sine. At det ble felleskjøkken, er ansatte fornøyde med i ettertid. På den forsterkede enheten (de 4 institusjonsplassene). Her er det lagt inn ekstra lydisolasjon i to rom.

### **Beskrivelse av beboergruppe**

Tilbudet er et botilbud for demente, samt en gruppe à 4 beboere med mer eller mindre krevende og har mer omfattende omsorgsbehov.

### **Beskrivelse av tjenester og organisering**

**Omsorgstjenester:** Beboeren får i hovedsak alle tjenester de trenger av personalet som er ansatt på bofelleskapet. Alle beboerne har enkeltvedtak på at de skal få praktisk bistand/tjenester, for eksempel til vask og renhold. Men en del oppgaver må de pårørende gjøre. Bemanningen gir tjenester både til boligtilbud og institusjonstilbudet

Det er store vaskemaskiner i hver bogruppe. Romvask er satt bort til teknisk avdeling.

**Bemanning:** Det er bemanning hele døgnet. Boligene har én nattevakt på 16 beboere, dvs. to enheter (ett hus) deler på nattevakten.

Boligene har jevn bemanning dag, kveld og hele uka, organisert som turnusjobb, med helgejobb hver 3. helg. Det er to på jobb samtidig i hvert av husene til enhver tid (bortsett fra natt), dvs. 2 ansatte per 8 beboere.

Boligene har ikke rullerende nattevakt, dvs. de som jobber dag og kveld, jobber ikke på natten. Man har egne nattevakter. Nattevaktene deltar på personalmøter og blir satt opp på formiddagsvakt en gang i mellom for å få innblikk i funksjonsnivået til beboerne når de er våkne og hva som ellers skjer om dagen.

Ledelsen har et bevisst ønske om variert sammensetting av kompetanse. Boligene har både sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, vernepleiere og pleieassistenter. Man har også tverrfaglige arbeidsgrupper. Videre har man en flat organisasjonsstruktur, men med en kontaktperson for hver av gruppene.

Det hevdes at bemanningen er øket noe etter oppstart. Dette avlaster de pårørende som til å begynne med måtte gjøre mer.

**Bokostnader per måned:** Husleien er kr 2480 og strøm kr 300 per måned i de eldste leilighetene (som er forholdsvis små). For de nye leilighetene er husleien kr 5280 (24 leiligheter) og kr 4780 (4 leiligheter som brukes som institusjonsplass). Strømutgiftene i de nye leilighetene utgjør kr 400 per måned. Det er mulig å få bostøtte gjennom Husbanken og denne betales i så fall direkte til den enkelte søker.

Beboerne betaler kr 2476 for kost og kr 230 for husholdningsprodukter. Det betales dessuten egenandeler for hjemmehjelp og dette varierer med inntekt (minimum kr 150 per time).

**Måltider:** Middag kommer ferdig tilberedt fra storkjøkken. Tørmat bestilles av hver enhet fra butikk og blir levert direkte til enheten. Måltider er den viktigste sosiale møteplassen her, men ikke alle ønsker å spise sammen. De får servert de vanlige måltidene, også varm mat, mot betaling (kostabonnement)

Ekstrabetaling for kostnader til "ekstrahygge" brukes til å bake boller, steke vaffer, ukeblader, blomster osv. Kjøleskapet på kjøkkenet skal være beboernes eiendom, pårørende skal kunne forsyne seg der, uten å spørre om lov.

**Alarm:** Det er installert alarm som varsler når beboerne går ut av rommet sitt; dette er til hjelp for nattevakta.

**Omsorgsfilosofi:** Omsorgsboligene forsøkes drevet etter en filosofi som er spesielt rettet mot demente. Følgende filosofi skal vær retningsgivende for tilbudet:

Smått er godt: lite, oversiktlig og nært

Demente har behov for spesialomsorg

- Demente skal få aksept for at de er som de er
- Ansatte er betalt for å være sammen med beboerne
- Beboerne skal aktiviseres
- Botilbudet skal være fleksibelt i forhold til beboernes behov

**Samarbeid med pårørende:** En av personalet på hver enhet fungerer som pårørendekontakt. I tillegg har alle beboerne en primærkontakt. Primærkontakten har medansvar for beboeren *sammen med* pårørende, dvs. pårørende har et selvstendig ansvar for sin beboer. Primærkontakten har et møte med pårørende like etter inntak hvor det blir klargjort hvem som skal gjøre hva. Pårørendekontakten har ansvar for arrangementer osv i samarbeid med pårørende.

Det legges stor vekt på samarbeidet med pårørende. Pårørende skal være en del av driften. De har nøkkelkort og kan komme og gå



når de vil. Personalet får også opplysninger og kunnskap av disse om beboernes behov. Pårørende har ansvar for innkjøp av klær, hente medisiner osv. Pårørende skulle ha ansvar for fest en gang i måneden på sin enhet, men det fungerer ikke.

**Legetjeneste:** Det er nå tilsatt en tilsynslege for alle husene (fordelt på 2 leger). De har god kunnskap om eldre og demens. Beboerne kan nå velge fastlegen eller tilsynslegen. Tilsynslegen kommer to dager i uka, dvs. er mer tilgjengelig for både personale og beboere. Personalet melder behov til legen som så går rundt til de beboerne som trenger tilsyn. Vedkommende fungerer også som en kunnskapsressurs og veileder for de ansatte. Vedkommende deltar på jevnlige husmøter. Fastlegen brukes fremdeles, men mest når det er behov for spesielle undersøkelser.

**Medisiner:** Pårørende henter medisin på apotek. Medisinene oppbevares i et eget felles medisinrom som man henter ut fra etter behov. Det lages ukedosetter for den enkelte.

**Fysio-/ergoterapi:** Beboerne har ergoterapeut og fysioterapeut på timebasis.

**Hjelpemidler:** Nesten alle har rullator. Én benytter løfteheis. Nesten alle har dusjstol. Det trenges imidlertid ikke så mye hjelpemidler siden beboerne ikke er så fysisk svake.

**Fellesskap/aktivisering:** Ansatte forsøker å bidra til et sosialt fellesskap mellom beboerne for å unngå ensomhet. De felles måltidene er viktige. Men man sikrer også at folk kan bestemme selv ved legge opp dagen etter individuelle behov. Man prøver å trekke beboerne med i praktiske gjøremål. Mesteparten av aktiviseringen foregår i den enkelte bogruppe. Beboerne blir urolige dersom det blir for mange mennesker rundt dem.

Det er andakt og trim en gang i uka. Ellers hører de på musikk, arrangerer dans og griller om sommeren. Noen ganger går man på kaffebesøk i andre enheter. Det arrangeres også julebord for ansatte og beboere. Men ansatte har ikke tid til å ta med beboerne på utflukter; det ville kreve flere ansatte.

**Bolig til livets slutt?** Lederen mener at beboerne i prinsippet skal kunne bo i kollektivet og i leilighetene sine også når de blir pleietrengende. Men det kan bli aktuelt å flytte noen til sykehjem dersom de blir svært pleietrengende. Men hun ønsker ikke at noen skal tvangsflyttes. Det skal skje i samråd med pårørende. Det påpekes derfor som et problem at beboere ikke vil flytte når behov endres; også pårørende er ofte imot. Ledelsen prøver å imøtekomme disse behovene, bl.a. ved å leie inn mer hjelp dersom det er et stort pleiebehov. Når man ikke så lett kan flytte beboere, blir det heller ikke så lett å lage optimale gruppesammensetninger.

## Pårørendes erfaring med bo og tjenestetilbudet.

Siden beboerne er demente, er beboersynspunkter hentet fra pårørendeundersøkelsen.<sup>8</sup>

De aller fleste pårørende ved Fosslia svarer at viktigste grunn til at deres beboer flyttet til omsorgsboligen, var at vedkommende trengte et mer omfattende pleie- og omsorgstilbud enn de fikk i den tidligere boligen. En del påpeker også behov for hjelp til mer praktiske ting enn selve pleie- og omsorgsbehovet. De fleste beboerne trenger hjelp til det meste i hverdagen; de er med andre ganske hjelpetrengende om ikke nødvendigvis så pleietrengende i og med at demens ikke nødvendigvis gjør en pleietrengende. Flertallet av de pårørende mener også at det er viktig for beboeren å kunne ta med seg egne ting som møbler osv. til boligen. En del mener likevel at dette ikke har vært så viktig. De aller fleste pårørende mener at omsorgsboligen oppleves som et hjem for beboeren og at den ikke er for institusjonspreget. De fleste pårørende mener også at det er viktig å ha sin egen bolig (i dette tilfellet omsorgsbolig) også når man trenger mye hjelp.

De aller fleste pårørende ved Fosslia mener at pleie- og omsorgstilbudet i omsorgsboligen er tilstrekkelig. De aller fleste mener også at beboeren har et mer egnet tilbud i omsorgsboligen enn vedkommende ville hatt på et sykehjem. Så godt som alle pårørende påpeker at det finnes utearealer som det er hyggelig for beboeren og besøkende å oppholde seg i. Ganske mange er også av den oppfatning at boliganlegget er utformet på en måte som gjør det enkelt og trygt for beboeren å ta seg ut på egen hånd. De fleste mener også at det legges mye vekt på at beboerne skal kunne ha sosial kontakt seg imellom.

Selv om pårørende i hovedsak er fornøyde med pleie- og omsorgstilbudet og med boligen som sådan, påpeker svært mange at det kunne være flere aktivitets- og underholdningstilbud i boligen. Alt i alt mener likevel de aller fleste pårørende ved Fosslia at beboeren har fått en bedre bo- og livssituasjon etter flyttingen til omsorgsboligen enn vedkommende hadde i sin tidligere bolig.

## Erfaringer med bygget

**Anlegget:** Mye ved den bygningsmessige utformingen oppleves av personalet som bra. Det at korridoren er bygd som en rundgang, gjør at alle beboerne før eller siden finner fram til rommet sitt, samtidig som det er relativt korte avstander mellom bogruppene for personalet. Det fremheves imidlertid at de som arbeider i de ulike

---

<sup>8</sup> Antall pårørende: 43. Svarprosent: 65, som gir 28 personer som har besvart undersøkelsen



boenhetene, er avhengige av hverandre, spesielt om natta, og at det kunne vært en fordel at bygningene hang sammen.

**Boenhetene:** Personalet framhever leilighetene med store lyse rom og store bad som funksjonelle. En av de ansatte savnet tekjokken i leiligheten når beboerne hadde besøk.

Fellesoppholdsrom: Flere vi snakket med bemerket at det er vanskelig å få til en hjemmekoselig atmosfære i fellesrommene og at de ønsker seg mer farger. De attraktive fellesrommene midt i bidrar imidlertid til kontakt mellom beboere og mellom beboere og ansatte. *"Man møter noen så fort man kommer ut av rommet.."*

**Utearealene:** Ansatte opplever at beboerne blir mindre aggressive når de kan gå ut hvis de ønsker det (de slipper å holde dem igjen), og når de så kommer tilbake etter å ha gått en tur, er de like blide. Det eneste problemet er gjerdet som er for lavt. Utformingen med sansehage i midten vurderes som spesielt positivt. Stien i hagen er asfaltert og tilpasset rullator, og utformingen gjør at beboerne også her alltid kommer tilbake til utgangspunktet.

**Areal for ansatte:** Kontoret er plassert utenfor boenhetene og blir derfor lite brukt. Fordi kontoret har en lite funksjonell plassering, har personalet tatt i bruk en bod inne på enheten til kontor. Vår informant ønsker seg dør inn til kontoret fra boenheten, men aller helst ønsker hun seg separat kontor i hver bogruppe.

**Annet:** Branndører som må stå åpne, vanskeliggjør behov for skjerming mellom korridor og fellesareal i den enkelte boenhet.

#### **Personalet ønsker seg:**

- Grovrom med sluk for å kunne vaske rullatorer.
- Mindre bogrupper. 6 beboere er foreslått som en god størrelse.
- Mer farger, og uttrykker at det er vanskelig å skape en hjemmekoselig atmosfære i anlegget.
- Brede dører. 120 cm, som tilsvarer sykehjemsstandard.
- Ønsker dør mellom kontoret og boenheten. Helst ønskes et separat kontor for hver boenhet.

#### **Erfaring med planlegging og bygging:**

Styrer og demenssykepleier har vært med i planleggingen av bygget helt fra prosjektstadiet. Planleggingsprosessen var kort oppsummert: "Krevende, men givende."

Krevende fordi:

Det ikke var avsatt tid på arbeidsplanen til dette. Det ble derfor noe som måtte gjøres på toppen av de faste arbeidsoppgavene. De hadde ingen erfaring med byggeprosjekt fra før, og visste ikke når i

byggeprosessen det var viktig å komme med innspill. De opplevde at de av og til ble sett på som "bryssomme", og fikk ikke alltid gehør for sine forslag.

Utgangspunkt for planlegging:

- Litteratur
- Ekskursjoner (Sarpsborg og Nes)
- Erfaringer (fra den gamle bygningsmassen) (Hanne: Fremgår ikke tidligere at det er en gammel bygningsmasse involvert?)

(Vegg i vegg med det nye anlegget ligger et bofellesskap som ble frigjort etter HVPU reformen. Her er det også 8 brukere – bitte små rom – De har ikke egne bad, men vask på rommet. Det er fellesstuer i begge ender av bygget. Beboerne ønsker ikke å flytte når de blir mer pleietrengende. Rommene er ikke tilrettelagt (døråpninger er for trange og rommene for små) når det trengs hjelpemidler som sykeseng, løfteutstyr osv. Her er det imidlertid svært hjemlig og hyggelig og vi har forsøkt å bygge videre på erfaringene derfra når vi planla det nye. Ansattes ønsker var på kollisjonskurs med Husbankens krav.

### **Ansattes erfaring med tjenestetilbudet**

**Tjenestetilbudet:** De ansatte vurderer tilbudet som et godt tilbud for personer med demens. Vi intervjuet en pleieassistent og en sykepleier som begge hadde yrkeserfaring fra sykehjem, og spurte dem om hva som opplevdes positivt i forhold til tidligere steder de hadde jobbet. De framhevet følgende:

- Dette er litt mer et hjem – både for beboeren og de pårørende
- Pårørende har en mer framtrædende rolle
- De sosiale livet for beboerne er bedre
- Utearealet blir brukt hele året

Fordi dette i større grad bærer preg av å være et hjem, er pårørende mer på besøk. Ansatte tror kanskje ikke at de pårørende er oftere på besøk, men de er der lenger når de kommer. Dette fører igjen til at personalet og de pårørende blir bedre kjent. En av informantene opplever at de pårørende "vises" bedre, og sier at de får mye skryt av de pårørende.

Personalet opplever at beboerne trives, og opplever at også de gir uttrykk for dette. De kan oppleve at en beboer kan si: "Går ikke an å ha det bedre enn her".

Beboere og personalet er også mer sammen om sosiale aktiviteter. Utearealet framheves av alle ansatte som spesielt positivt. Demenssykepleieren sier det slik: *"Det at man kan gå fritt ut og inn, er en viktig kvalitet og foregår ikke bare på sommerstid. Mange er ute hele året. Om det ikke er så lange turene".*

Ledelsen utdyper dette og sier:

*"Vårt utgangspunkt var at mange demente i vanlige sykehjem blir "dem" som er i veien og som ikke følger regler og systemer. Dette gjør at de opplever situasjonen ytterligere ydmykende. Her greier vi å gi dem en aksept på at de får "værra som dæm e". Det tror jeg faktisk de opplever og blir mer fornøyde med. De slipper å bli konfrontert med sine egne handicap hele tiden".*

**Sammensetning og bemanning:** Det at det bare er to på jobb i hver enhet, gjør dette til et lite arbeidsmiljø hvor hver enkelt medarbeider blir synlig. De to som har vakt, må jobbe tett sammen, kunne samarbeide og ha blick for hverandres situasjon, og ikke minst, de må både være villige til og kunne ta ansvar. En av de ansatte vi snakket, med opplevde bemanningen med to på vakt som litt slitsom. Informanten savnet det sosiale elementet i å tilhøre et større fellesskap, det å treffe flere. *"Vi blir mye for oss selv, vi som jobber her"*, sier informanten. Det å få større ansvar, opplevdes derimot positivt.

De ansatte opplever at de med en bemanning på 2:8 klarer å ivareta stell, vask og måltider, men at det ikke blir tid til det lille ekstra som for eksempel å ta med beboerne på utflukter. Informanten legger vekt på at det er ønskelig med like mye personal om kvelden som om dagen. Informanten forteller: *"De trenger ikke mindre hjelp på kveldene og i helgene siden folk (i dette tilfellet demente) er like hjelpetrengende hele tiden"*.

Bemanningsfaktor på natt med 3 på 32 skyldes dels bygningsmessige forhold, dels pleietyngde. En nattevakt betjener bygning 1 som består av 2 enheter med til sammen 16 beboere. De to enhetene er skilt med en brannør som hindrer nattevakten i å ha full oversikt.

Ledelsen opplever likevel dette som uproblematisk av flere grunner. Det er installert alarm som utløses når beboere går ut av rommet. Beboerne blir aktivisert på dagtid, og er derfor relativt rolige om natta. Noen er vandrere, men fordi nattevaktene viser romslighet og har en løsningsorientert holdning som for eksempel at det går an å ta med fru Hansen når en går inn til fru Olsen når hun trenger hjelp, går det bra sier ledelsen. *"Dette kan en jo gjøre siden de andre beboerne også er demente"*, sier demenssykepleieren.

**Lege/fysio/ergoterapitjeneste:** Fossli er det eneste bofellesskapet i denne undersøkelsen som har tilsatt tilsynslege. Årsaken til dette var erfaringene ledelsen har gjort med fastlegene. For det første brukte personalet mye tid på å få tak i fastlegene. For det andre mener ledelsen at ordningen med fastlege ikke var et kvalitativt godt nok tilbud for demente. De erfarte at fastlegene ikke var så interessert i beboere med demens. Beboerne ble ikke tatt på

alvor, og det ble ikke tatt nok individuelle hensyn ved for eksempel medisinerings.

Ledelsen mener at det er viktig for kvaliteten på tilbudet at tilsynslegen etter hvert har god spisskompetanse på demens. Det er derfor i dag to leger som er delvis tilknyttet tilbudet. Dette er leger som har kunnskap om eldre generelt, og demens spesielt, og som har forståelse for at omsorgsbolig er noe annet enn sykehjem når det tas medisinske avgjørelser. Tilsynslegen kommer to dager per uke. Personalet melder behov til legen, og legen går da rundt til de beboerne som trenger tilsyn. Beboerne har også fastlege, men begynte ganske snart å benytte tilsynslegen i stedet, på grunn av dennes tilgjengelighet og kompetanse. Fastlegen benyttes når det er behov for spesielle undersøkelser som for eksempel gynekologisk undersøkelse. Ansatte opplever tilbudet med tilsynslege som positivt. En av de vi intervjuede ønsker fast legevisitt til hver beboer hver 14. dag.

**Kompetanse og kompetanseutvikling:** Utgangspunktet for Fosslia i forholdet til å rekruttere ansatte var ikke optimalt. Halvparten av personalet kom fra et sykehjem som ble nedlagt; ansatte sto uten jobb og skulle omplasseres. Noen ønsket et bytte av arbeidssted, men mange ønsket ikke å flytte eller å jobbe i et nytt type tilbud. Motivasjonen blant de ansatte for å jobbe i omsorgsboligene var derfor noe blandet.

Utfordringer slik ledelsen ser det, har vært å *“avinstitusjonalisere”* personalet, få ulike yrkesgrupper til å jobbe sammen og få medarbeidere til å ta ansvar. Institusjonstenkingen var godt innarbeidet, og personalet måtte omstilles fra å jobbe i sykehjem til å jobbe i omsorgsbolig. Enkelte viste generell motstand mot endring. Som det å skulle jobbe tett sammen med andre yrkesgrupper (for eks. vernepleiere). Hjelpepleierne var lite vant med å jobbe selvstendig og ta avgjørelser uten å kunne spørre sykepleier, og måtte trenes til å ta dette ansvaret.

Mye tyder på at ledelsen har tatt ansvar og jobbet mye med å utøve ledelse slik at de ansatte kan opparbeide entusiasme og trygghet med dette nye tilbudet. Det er jobbet, og jobbes fortsatt mye med fag og holdninger. Det er en uttalt målsetting å gi de ansatte faglig trygghet. Leder nevner noen tiltak de mener hun har lyktes med.

De har hatt introduksjonskurs for nytilsatte og hatt kontinuerlig internopplæring med vekt på følgende:

- Forsøker å ta ansatte på alvor – det har vært lov til å mene noe
- Prøver å ha en åpen dør inn til sjefen – ta imot frustrasjoner
- Prøver å gå mye rundt på enhetene
- Prøver å delegere ansvar – noe som ansatte opplever som positivt

- Prøver å stille konkrete krav til de ansatte

Til tross for mye frustrasjon og motvilje i starten, opplever ledelsen at de ansatte i fellesskap i stor grad greier å løse utfordringene. Ledelsen opplever nå at folk tar selvstendige avgjørelser og tar ansvar. De er ikke på samme måte avventende til å få beskjed om hva de skal gjøre. *"Vi opplever at folk er blitt mer fleksible, og også at de opplever å kunne gi et godt tilbud"*. Etter ett års drift kan ledelsen oppsummere med følgende utsagn: *"Folk har vokst, trives og er lite borte fra jobb"*.

At de ansatte trives, blir bekreftet i samtale med to av de ansatte. De opplever at beboerne er fysisk oppegående og har mye humor. En av informantene sier det slik: *"Det er en trivelig gjeng å jobbe med, humøret stiger 30 grader når en kommer på jobb"*. Den samme informanten har også oppdaget styrken i sine kollegaer og sier: *"Flotte kollegaer som har mye erfaring"*.

Den andre informanten gir imidlertid uttrykk for at personalarbeidet kunne vært bedre. Bytting av arbeidskollegaer har for henne vært greit, men hun opplever at de ennå har en vei å gå for å bli samkjørt. *"I et bofellesskap er det andre måter å jobbe på enn på sykehjem. Vi er ikke et innarbeidet team ennå. Ønsker at personalet skal være mer samkjørt i forhold til problematikk."* Hun savner mer opplæring og sier: *"Vi tappes!"* Denne informanten kunne tenkt seg et diskusjonsforum. Hun sier: *"Husmøter er bra, men ..."* Informanten opplever ordningen med å møte opp på fridager og avspasere som problematisk.

### **Organisering og fordeling av arbeidsoppgaver:**

Fosslia har flat struktur. Personalet er inndelt i tverrfaglige arbeidsgrupper og har en kontaktperson i hver gruppe. Arbeidsgruppene har husmøter en gang i uka. Tilsynslegen fungerer som en kunnskapsressurs og veileder for personalet og deltar på husmøte ca hver 6. uke.

Fordelingen av arbeidsoppgaver går greit ifølge pleiepersonalet. I samtaler kommer det fram at personalet opplever seg som fleksible og viser tilpasningsevne i forhold til nye arbeidsoppgaver. Da vi spurte om dette med søppelhåndtering, fikk vi til svar: *"Noen tar den med ut når de går."* Det forteller oss at det ikke lages noe problem ut av ting og at den som ser problemet, forsøker å håndtere det.

Ordningene rundt mat og måltider fungerer også greit sett fra personalets side. Maten er god, og personalet og beboere spiser sammen. Sommerstid, når været tillater det, spiser de ute. Fra personalets side er det lagt vekt på fleksibilitet i forhold til tidspunkt for måltider.

Samtidig kommer det fram at pleiepersonalet ikke alltid opplever hjemmehjelpsoppgaver som like meningsfulle. Begge informantene trekker fram klesvasken som eksempel. Den ene har vent seg til at dette er en arbeidsoppgave og sier at det gikk bedre enn hun hadde tenkt. Den andre informanten sier: *Flat struktur greit nok, men klesvasken er verst.* Det kan være at dette hadde vært en mer meningsfull oppgave hvis den var ledd i et miljøtiltak med en beboer. Hun sier videre: *De friskeste beboerne kunne deltatt mer selv!*

En av de ansatte konkluderer med at det trengs bedre rutiner for oppfølging av pårørende. Det er ingen kursing av pårørende i regi av omsorgsboligen. Primærkontakten har medansvar for beboeren sammen med pårørende. Primærkontakten har ansvar for å avklare arbeidsfordeling mellom pårørende og personalet, og har et møte med pårørende like etter inntak hvor det blir klargjort hvem som gjør hva. Pårørende skal være en del av driften. Som en ansatt sier: *Jeg synes vi har lyktes når jeg en dag hørte en pårørende si: "Jeg går og henter meg kaffe jeg".*

Fra pleiepersonalets side oppleves det ikke alltid like lett å få de pårørende med på arbeidslaget. En informant vurderer det slik: *"Mange betaler mye for tilbudet og ønsker selv å ha fri. De yter derfor ikke noe som koster penger eller fritid. En gang spurte vi om hjelp fra en pårørende og fikk i ettertid høre at han hadde gjort vaktmesteroppdrag for oss."*

Dagsrytmen på boenheten: Folk begynner å stå opp kl. 07.30. De som står opp tidlig, får en kopp kaffe og eventuelt en brødskive hvis de vil. Det er felles frokost for alle mellom kl. 09.30 – 10.00 som tar minst en time. Formiddagskaffe ca kl. 12.00 og middag kl. 13.30. Ettermiddagskaffe ca kl. 16.00 og kveldsmat ca kl. 18.30. Middagen serveres til fast tid. Ellers legges det vekt på fleksibilitet i forhold til tidspunkt for måltider.

## **Viktige erfaringer fra Fosslia**

Et fint anlegg som utmerker seg med hjemlig skala. Interiør og fargesetting er imidlertid ikke helt vellykket. Mye hvitt, noe personalet opplever som "litt kaldt".

De fysiske omgivelsene bidrar til at beboerne kan være mye ute, uten at det må brukes mye ressurser til tilsyn (men trenger høyere gjerde).

Vekt på intern kursing spesielt i innkjøringsfasen har trolig bidratt til at ansatte gir uttrykk for å ha "vokst med oppgavene."

Flere gir uttrykt at løsningen har bidratt til en holdningsendring.

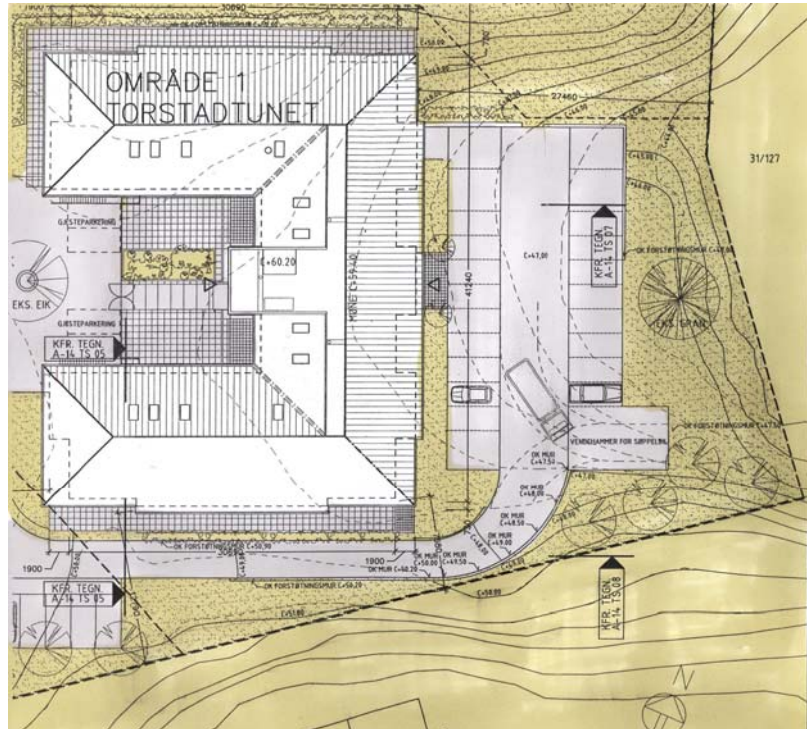
Vektlegging på dementes spesielle behov og det å tilby et tilbud tilpasset disse behovene.

Benytter tilsynslege og har gode erfaringer med det.



### 5.3 Torstadtunet

Boliganlegg med 32 boenheter organisert som 4 bofelleskap i Asker kommune.



Illustrasjon 3: Situasjonsplan

#### Beskrivelse av bygget

**Eier:** Otium AS, Torstadtunet omsorgsboliger AS.

**Arkitekt:** Marienlyst arkitekter AS, Oslo

**Tatt i bruk:** 2002

**Beliggenhet:** Anlegget ligger landlig til i naturskjønne omgivelser. Boliganlegget ligger i 10 minutters spaseravstand fra bussholdeplassen. Det er mulig å ta buss til sentrum av Asker. Boliganlegget er i 2 etasjer og er formet som en U med private boenheter lagt mot øst, nord og vest og fellesarealer mot sør og vest. Adkomst skjer fra sør eller fra anleggets nordside der det også er parkering til anlegget.



Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone



Illustrasjon 4: Bogruppe i 1.etasje



**Anlegget:** Det er totalt 32 boenheter i anlegget. Disse er fordelt på fire bofellesskap. 2 bogrupper i hver etasje, med 8 boenheter i hver. I byggets sokkeletg. er det 4 boenheter for menn med psykiske lidelser, disse inngår ikke i denne caseundersøkelsen.

Bygget ble opprinnelig planlagt for demente; dører og alarmsystem er tilrettelagt for dette. Beboerne skal ikke kunne komme ut, men brannvesenet skal kunne komme inn. Alarmen er ikke tilkoblet hoveddøren.

**Boenhetene:** Leiligheten er ettroms boenheter på 35 m<sup>2</sup>. Og består av entre-sone, minikjøkken, og et stort sove/oppholdsrom.

**Fellesareal:** Felles kjøkken og stue deles av 8 beboere. Stue er gjennomgangsrom og utgjør 10 m<sup>2</sup> per beboer.

**Tjenesteyters areal:** Utgjør 6 m<sup>2</sup> per beboer og består av kontor, noe lagerrom og vaskerom.

**Uteareal:** Felles uteareal er i et atrium som er relativt lite beplantet men har gunstig orientering mot sydvest. Baksiden brukes aldri og oppfattes ikke som bruksareal. Noen av boligene har privat uteplass på bakken.

**Detaljer og fargebruk:** Mye bruk av hvite vegger og hvite søyler, dette gir dårlige orienterbarhet for svaksynte.

**Planlegging og bygging:** Anlegget er bygd som elementbyggeri, noe som i følge informant gjorde tilpasninger vanskelig. Det resulterte også i søyler og noen rom som er vanskelig å møblere.

### Beskrivelse av beboergruppe

Beboerne er eldre som trenger vesentlig hjelp til daglige gjøremål. Det er både klare beboere og beboere med ulik grad av demens. I følge ansatte er mange av beboerne like pleietrengende som på et

sykehjem, men hjelpebehovet varierer. De fleste har også fysiske handikap og bruker hjelpemidler som gåstol eller rullestole. Pleietyngden er for tiden under kartlegging.

## Beskrivelse av tjenestetilbudet og organisering

**Tjenester:** Boligene har fast personalebase og felles hushold. Personalet gjør alle husoppgaver, også klesvask og rengjøring. Vask av beboernes klær samt beboernes sengetøy gjøres samlet i bogrupper. Tjenesten er organisert med primærkontaktsystem.

**Samarbeid mellom tjenestene:** Det er i liten grad samarbeid mellom tjenestene i boligene i sokkelen (for psykisk syke) og eldre som bor i 1. etg. Det er samarbeid med hjemmetjenesten på natt (bakvaksordninger).

**Bemanning:** Boligene er bemannet med sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, pleieassistenter og hjemmehjelpere. Det er ansatt en sykepleier i hver etasje (2 til sammen på 32 beboere), men bare på dagtid. På kveld, natt og i helgene benyttes bakvaktordningen den ordinære hjemmesykepleien har.

På dagtid: 4 ansatte i hver etasje (på 16 beboere), hjelpepleiere med høy kompetanse.

På kveld: 2 i hver etasje (på 16 beboere) + en mellomvakt.

På natt: 1 hjelpepleier i hver etasje (på 16 beboere)



**Bokostnader:** Gjennomsnittlig husleie pr. md. er kr. 8.200,-. I tillegg kommer strøm/oppvarming/felleskostnader med kr 300,- pr. md. Eventuell bostøtte gjennom Husbanken betales direkte til den enkelte søker. Størrelsen på bostøtten er inntektsavhengig. Asker Kommune tilbyr kommunal bostøtte for de av beboerne som ikke får bostøtte fra Husbanken. Dette gjelder for beboere med inntekt mellom 168.000,- og 180.000,- pr. år. Den kommunale bostøtten varierer fra ca. 2.000,- til ca. 5.000,- pr. md. Husleiene indeksreguleres årlig og samtidig blir den kommunale bostøtten revidert. Beboerne kjøper også hjemmehjelpstjenester fra Asker Kommune, pleie og omsorg. Beboerne betaler for disse tjenestene etter de til enhver tid gjeldende satser. Ved inntekt under 1 G er tjenestene gratis.

Beboerne betaler kr 2200 per måned for kost og husholdningsartikler.

**Måltider:** Varm mat blir kjøpt inn fra et sykehjem. Personalet kjøper inn tørrmat. Tørrmat lages i boliggruppene på 8 beboere. Man har planlagt å gå over til en ordning der maten varmes på kjøkkenet i fellesarealene i hver beboergruppe. (I løpet av sommeren 2006 installeres kombidampere på gruppekjøkkenene.)

**Alarm:** Alle beboere har alarm, slik at personale kan tilkalles ved behov. I en etasje er det installert toveiskommunikasjon.

**Omsorgsfilosofi:** Det legges vekt på at dette er et hjem, med de regler som bør opprettholdes fra personalets side: banke på døren, ikke være for geskjeftige inne i leiligheten. Det uttrykkes også et ønske om en "åpen hus"-filosofi, at beboerne skal gå på besøk seg imellom.

**Samarbeid med pårørende:** Det holdes møte mellom pårørende og primærkontakt én til to ganger i året. Man prøver å informere om tilbudet og de forventninger som stilles til dem. Man har foreløpig ikke laget pårørendegruppe. Men det arrangeres møter hvor alle pårørende inviteres og felles saker drøftes.

**Legetjeneste:** Beboeren har sin fastlege. Beboer må som hovedregel dra til fastlegen (han reiser ikke rundt) når man trenger en resept eller en prøvetaking. Ansatte eller pårørende følger. Nye rutiner for dette vurderes.

**Medisiner:** Medisiner må bestilles for hver enkelt beboer. Resepter må hentes hos lege (evt. sendes i posten). Medisiner hentes på apotek. Boligene har ikke medisinlager.

**Fysio-/ergoterapi:** Kommunen har en ergoterapeut som kan tilkalles. Beboerne kan søke om fysioterapi fra kommunen som alle andre hjemmeboende.

**Hjelpemidler:** Det er lett å få tilgang til hjelpemidler fra Hjelpemiddelsentralen og de kjører disse ut.

**Aktivisering/ trivselstiltak:** Man prøver å få til at alle måltidene er felles og ser på fellesmåltider som et sosialt tiltak. Det er etablert en aktivitetsgruppe som har ansvar for å igangsette aktiviteter (denne er i oppstartsfasen). Eksempler på aktiviteter er kaffedrikking på ettermiddagen med personalet, høytlesing, sommerfest med pårørende, bingo en gang i måneden, og dans en gang i blant.

En del av beboerne har søkt om dagtilbud på dagsenter, men flere har fått avslag. Slike tilbud forbeholdes dem som bor "i eget hjem". Beboerne får hjelp til å komme ut av og til. De er for skrøpelige til å komme seg ut på egen hånd. Ansatte ønsker å samle alle til fellesaktiviteter, men det har de ikke rom til. Det samarbeides med en menighet om aktivisering, de lager i stand kvelder med kaffe, vafler, sang. En fra frivillighetssentralen har en kiosktrolle. Noe bruk av frivillig innsats til underholdning, tur, bingo osv.

**Bolig til livets slutt?** Noen få av beboerne flyttes til sykehjem eller sykehus når de blir dårligere og trenger et høyere pleienivå. Det er særlig to grupper som det er aktuelt å flytte ut, de som har behov for høy medisinsk kompetanse og de som blir demente med uro og utagerende atferd.

### **Ansattes erfaringer med bygget**

**Beliggenhet:** Anleggets beliggenhet blir beskrevet som fredelig, men usentralt. Både ansatte og beboere gir uttrykk for at det ville vært ønskelig med en mer sentrumsnær beliggenhet pga av mulighet for å oppsøke butikk osv.

**Størrelsen på anlegget:** Leder ser for seg at flere slike anlegg burde kunne ligget samlokalisert, og at dette kunne gitt driftsmessige fordeler.



**Størrelsen på leilighetene:** Personalet kommenterer at leilighetene kunne vært litt større. Badet oppleves stort og praktisk. Personalet mener at ulike størrelser på leilighetene ville kunne dekket flere behov. Beboerne bekrefter i og for seg dette ved at én syns at leiligheten er passe, mens en annen opplever den for trang. Samtidig oppleves det som vanskelig å flytte på beboere. Når de først har flyttet inn, ønsker de generelt ikke å flytte.

**Fellesrom:** Fellesrommene blir beskrevet som store, men med upraktisk plassering av søyler. Søylene kom som et resultat av at det er et prefabrikkert modulbygg. Pleiepersonalet opplever altså at fellesrommene er for store til daglig bruk, men for små til store arrangementer og til å samle alle. Fellesrommene blir beskrevet av ansatte som uegnet for demente. Kjøkkenet er funksjonelt og fungerer greit. Maskinene er plassert i arbeidshøyde og kjøleskapet er stort og praktisk.

Noen ansatte gir uttrykk for at omgivelsene er litt upersonlige, og minimalistiske og kunne vært bedre tilettagt for eldres smak. Det at fellesrommene også fungerer som gjennomgangsrom, er arealeffektivt, men bidrar til at de er vanskelige å møblere.

**Tekniske installasjoner:** Forhold ved det tekniske anlegget som kapasitet på varmtvann og en sentralstøvsuger som ikke virker, opplevdes i oppstartsfasen som lite tilfredsstillende for personalet. Tiltakene er rettet på i ettertid.

**Rom til støttefunksjoner:** Noen av de ansatte mener stedet ikke er godt nok tilrettelagt for syke og døende, fordi heiser og enkelte døråpninger er for små til å trille inn og ut sengen.

De opplever det også som tungvint å håndtere bekken og urinflasker på rommene, og ønsker seg eget skyllerom med dekonterminator. Det vaskes i dag klær i felles vaskerom, dette oppleves som tungvint. Ansatte gir uttrykk for at bruk av egen vaskemaskin hos hver enkelt hadde vært enklere og mer effektivt. Fellesvask fører til at man må bruke tid til sortering osv.

Ledelse og pleiepersonalet er samstemt i forhold til at det må settes av nok plass til vaktrom/ personalrom; mangel på dette kan føre til gnisninger og irritasjon i staben.

**Uteareal:** Atkomsten ut oppleves som for lettvent og gjør stedet uegnet for demente i følge ansatt. Terskel ut til terrasse oppleves som vanskelig å passere for rullestolbruker.

## **Beboernes erfaring med bo og tjenestetilbudet**

### **Beboer 1:**

"Her har jeg bodd i to år. Etter at kona døde, var det vanskelig å klare seg alene med et amputert ben, selv om jeg daglig fikk hjelp av barna, som bor i nærheten. Det har vært tungt å miste henne. Men når det nå engang ble slik, må jeg si at jeg trives godt her. Her gjør jeg som jeg vil. Jeg kan ikke ha det bedre når det først er slik at jeg ikke kan bo hjemme. Jeg var faktisk den første som flyttet hit.

Leiligheten er passe stor for meg. Og så kan jeg trille rett ut fra leiligheten og ut på gårdsplassen utenfor; det er det som er så fint med å bo her. Jeg triller ut så ofte jeg kan. Og så lar jeg døren til leiligheten stå åpen slik at de som vil, kan komme inn. Jeg liker å snakke med folk. Alle kjenner hverandre her, vi er mye sammen. Men jeg trenger jo mye hjelp side jeg sitter i rullestol. Personalet her er hjelpsomme. De kommer så snart de kan, men det er jo andre som trenger hjelp. Legen min kommer også innom. Jeg kjente ham fra før; det var ham som fikk meg inn her. Og så kommer sønnen min ofte på besøk eller tar meg med ut og hjelper meg med mange ting, så jeg har mye kontakt med folk."

### **Beboer 2:**

"Jeg er veldig glad for at jeg fikk denne leiligheten. Jeg liker meg veldig godt her. Det er en god ordning, dette med omsorgsboliger. Her kan jeg holde på med mitt. Sønnen min har lært meg opp til å kunne bruke datamaskin, så her kan jeg sitte og sende mail, lese eller løse kryssord. Leiligheten kunne vel vært noe større; det er litt vanskelig å plassere møblene. Skal jeg komme med noe kritikk, må jeg si at jeg er litt misfornøyd med plasseringen av boligen; det er mye oppoverbakke her så det er vanskelig å ta seg ned til sentrum når man sitter i rullestol. Og så synes jeg det er dumt at de blander demente og klare; det virker ikke som om det er noen klar plan med

hvem de tar inn. Betjeningen synes også at det kan være litt vanskelig å ha demente her. Vi er jo delt inn i grupper på åtte personer. Men det er jo mennesker som ikke kjente hverandre fra før.

Det er ikke så lett å skulle bo slik tett sammen med mennesker man ikke kjenner. De som er demente, kan være litt vanskelig å omgås, de kan bli mistenksomme og urolige, selv om vi jo skjønner at det ikke er deres skyld. Og det er ikke så lett å føre en samtale med de demente. Jeg er også litt misfornøyd med maten her. Det er ikke bare jeg som er misfornøyd, men det hjelper visst ikke å si ifra. Middagen er institusjonsmat og ofte helt uspiselig for oss som er eldre. Det hadde jo vært hyggelig om man kunne gledet seg til middagen. Her synes jeg at betjeningen kunne tatt mer hensyn til oss. Men de er flinke til å komme, når vi trenger hjelp. Men travelt opptatt er de hele tiden; de har aldri tid til å sitte ned. Og så er jeg veldig fornøyd med legen min. Betjeningen har foreslått at vi går over til å ha en fast lege her på huset fordi det blir så mye ringing etter fastlegen, og de må følge meg til legen. Jeg synes det fint sånn som vi har det nå, når vi beholde vår egen lege."

### **Ansattes erfaring med tjenestetilbudet**

**Om beboergruppen:** Hjelpepleieren vi snakket med ga uttrykk for at forskjellen mellom sykehjem og omsorgsbolig har blitt mer utydlig med tiden: *"I utgangspunktet var det slik at de skulle klare seg mer selv, de som bor i omsorgsbolig. Nå er det blitt mer likt."* Videre forteller hun at de har prøvd å rendyrke en enhet på 8 som skal være forbeholdt demente. Beboerne er skrøpelige, og det er stor utskifting. Det at 17 er døde siden oppstarten i 2002, forteller noe om helsetilstanden til de som flytter inn. De fleste kommer flyttende hjemmefra.

Ved oppstart fikk de i løpet av kort tid 32 nye beboere som var deprimerte fordi de måtte forlate hjemmet sitt. Sorg- og tapsreaksjoner er vanlig hos eldre som må flytte fordi funksjonsnivået er redusert. Det er ikke vanskelig å forstå informanten når hun sier at det var en stor utfordring for personalet å få 32 på en gang. Men dette må anses som et typisk oppstartsproblem.

**Om kompetansesammensetning og bemanning:** Sykepleierne har bare dagvakter her. Ordningen er formelt sett forsvarlig fordi hjemmetjenesten er bemannet med sykepleier døgnet rundt og har bakvakt helger, natt og kveld. Leder opplyser at rekrutteringen av sykepleiere har vært god nettopp fordi de slipper å jobbe turnus. Fagkoordinator opplever ordningen med bakvakt som en svakhet. Hjemmehjelpen har en pleierrolle om formiddagen og foretar rengjøring etter kl. 12.00 (er kombinert hjemmehjelp/pleieassistent).

Pleiepersonellet gir uttrykk for at de opplever at bemanningen ikke styrkes selv om pleiebehovet øker. Dette oppleves som frustrerende. Asker kommune jobber etter bestiller/utførermodell. Lederen sier at de har slitt med å få dette til å fungere i starten, og at de stadig jobber for å bli bedre. Hvis ordningen skal fungere er det behov for hyppigere revurdering av tiltak. Noen av de ansatte gir uttrykk for at *"problemet er at det skal så mange timer til for å utløse mer folk"*.

Gjennom pårørendeundersøkelsen kommer det frem at Torstadtunet er det anlegget som har dårligst skår på om pårørende opplever at pleie- og omsorgstilbudet er tilstrekkelig. 33 prosent mener at tjenestetilbudet kunne vært mer omfattende. Det er imidlertid vanskelig å vurdere om dette skyldes høye forventninger hos pårørende eller reelt lite ressurser og stort pleiebehov.

**Om lege/fysio/ergoterapitjeneste:** Personalet ønsker egen tilsynslege, og de ønsker kompetanse og utstyr for å kunne foreta blodprøvetaking på stedet. Slik det er i dag, opplever de å bruke mye tid og energi på å bestille og hente resepter. Mange av beboerne er også skrøpelige og har vansker med å komme på legekantoret for blodprøvetaking. Ordningen er nå i ettertid endret.

**Om mat/måltider/vask og rengjøring:** Frokosten serveres mellom kl. 09.00 – 10.00 og innen kl. 10.00 skal alle ha spist, men fordi stellet tar tid, klarer de ansatte ikke alltid å overholde tidsfristen. Personalet planlegger da hvem som kan vente. Foreløpig har middagen kommet varm. Når de nå skal gå over til en løsning hvor maten skal varmes på avdelingen, gir noen av de ansatte uttrykk for at dette skaper frustrasjon. De opplever at de blir pålagt stadig flere arbeidsoppgaver uten at ressursene økes.

Hjelpepleieren vi snakket, med opplevde at det var vanskelig å få til et miljø rundt måltidene. Mange beboere har lav toleranse ovenfor hverandre, og *det* blir det lett problemer av, sier informanten. De ansatte spiser ikke sammen med beboerne. Det er regler for dette. Hvis de skal spise, må de betale, og en brødiskive koster da kr. 5,- . En av de ansatte prøver å sitte ned, men det bidrar til at det blir mye fokus på at denne personen ikke spiser. Beboerne kommer med kommentarer som: *"Spiser ikke du da?"*

På Torstadtunet har de valgt en modell hvor de ansatte utfører alt fra stell og pleie til vask av klær og rengjøring av leilighet. *"Vi må yte mer fordi hjemmehjelpen trekkes med i stellet av beboerne"*, sier hjelpepleieren vi intervjuet. Hjemmehjelperne utfører pleie på formiddagen og har rengjøring på siste del av vakt.

Det virker som vask av tøy er en kilde til frustrasjon. De ansatte påpeker at det tar mye tid. Vaskemaskinene bruker lang tid på en vask. Vasking av tøy skal foregå på dagtid, men dagvaktene rekker



det ikke alltid og må overlate jobben til neste skift. De som jobber dag og kveld, opplever at det er lite forståelse for dette hos nattevaktene.

**Om organisering av tjenestene:** Hver etasje utgjør et arbeidslag, det vil si at et arbeidslag har ansvar for to enheter med til sammen 16 beboere. Hvert arbeidslag har en ansvarlig, på dagtid er dette sykepleieren. Ansvarsvakten har ansvar for medisiner, brannsikring, kontakt med lege, i tillegg til å ha veilederansvar for resten av laget (organisering og fordeling av arbeidsoppgaver). Hjelpepleieren vi snakket med opplevde dette uproblematisk. Sykepleierne har hovedansvar når de er til stede, og hjelpepleierne tar over når sykepleierne er borte. Når pleiepersonalet kommer på jobb, får de tildelt leiligheter. Personalet har stort sett fast beboergruppe, og får som oftest være på det arbeidslaget de tilhører.

**Teamorganisering:** I tillegg til organiseringen over har alle ansatte ansvar for sine ekstra oppgaver. Dette kan være opplæring av nyansatte, vaktbok, innkjøpsansvarlig, brannvern etc. Det er for eksempel opprettet en aktivitetsgruppe bestående av 4 personer som har ansvar for å fremme aktiviteter. Det er ulike syn i ledelsen på hvordan aktivisering av beboere skal organiseres. Den ene informanten mener at det bør være en aktivitetsressurs i alle omsorgsboliger, mens den andre informanten i større grad ønsker å ansvarliggjøre aktivitetsgruppa. Det er etablert temamøter der personalet selv kan reflektere rundt tema som for eksempel taushetsplikt og egenomsorg.

**Samarbeid internt og eksternt:** Hjelpepleieren vi snakket med forteller at hun trives på teamet, og at det er lett å bli kjent. Informanten opplever det positivt å ha fått mer ansvar, men sier at ennå mer kunne vært delegert. Hun etterlyser en flatere ledelsesstruktur og mer dialog mellom ledelsen og pleiepersonalet: *"Vi ønsker ikke å få ting tredd ned over hodet på oss."* Informanten opplever at det brukes for mye ressurser til administrasjon og for lite til faglig ledelse. Fra pleiepersonellens side er det ønskelig med en faglig leder som er med i stellet, og som kan tale de ansattes sak.

Innad på huset har arbeidslagene hittil jobbet veldig atskilt, men dette blir annerledes framover. Det er nå bestemt at ettermiddagsskiftene skal samarbeide.

Pleiepersonalet tilhører formelt sett hjemmetjenesten, men er i liten grad integrert med denne. Det er fra ledelsens side et ønske om et nærmere samarbeid for å få til felles fagutvikling og for å kunne utnytte personellressurser bedre, blant annet for å ha en buffer i forhold til varierende arbeidsbelastning. Ledelsen ser muligheter for samarbeid, men mener at ting må samles fysisk for å få det til.



**Kontakt med pårørende:** De av personalet som jobber i 100 prosent stilling, er primærkontakt for to beboere. De som jobber i 50 prosent stilling, har primærkontaktansvar for en beboer. Det er klargjort for beboere og pårørende gjennom en brukeravtale hvem som er primærkontakt, og pårørende tar kontakt med primærkontakten ved behov. Primærkontakten er ikke alltid tilstede når pårørende har behov for kontakt, men det benyttes en bok for å lette kommunikasjonen.

Sett fra personalets side er samarbeidet med de pårørende ikke tilfredsstillende. Primærkontakten og de pårørende har møte minst 1 gang i året. Pleiepersonalet opplever at de prøver å informere, men at de fort får kritikk. Ledelsen mener at dette skyldes at pårørende og personalet har ulike forventninger til pårørendes innsats. De pårørende vet i for liten grad hva et omsorgsboligtilbud er og tror at dette er et tilbud på lik linje med sykehjem. Pårørende forventer at personalet skal gjøre mer, særlig tatt i betraktning av at dette er et dyrt sted å bo. *"Det blir et sjokk for mange når de får vite at de må handle, følge til lege osv."* Engasjementet varierer selvsagt: *"Noen gjør alt, andre ingen ting."* Personalet erfarer at ektefeller bidrar mer enn barn. Der pårørende trekker seg helt ut, skyldes det vanligvis vanskelige familieforhold. Men ansatte antyder også at Asker er en "moderne kommune", med pårørende med travle jobber som forventer at det offentlige ordner opp.

**Fag- og kompetanseutvikling:** Alle hjelpepleiere har vært igjennom medisinkurs slik at de kan dele ut medisiner. Pleiepersonalet møtes 2 ganger per uke for å drøfte beboere og deres behov utover vanlig rapport mellom skiftene. Møtene er tiltaksrettet. Leder mener at de har jobbet mye med ideologi og holdninger. Utover dette er det lite tid til fagutvikling. Fagkoordinatoren opplyser at det kommer inn lite søknader fra pleiepersonalet om å delta på kurs fordi de vet at de ikke får fri med lønn, og de vil ikke bruke av fritida si. *"Det finnes ting å gå på, men midt i arbeidsuka er det ikke mulig"*, sier hjelpepleieren vi snakket med. Internundervisningen er forsøkt satt i system, men fungerer ikke godt nok. I ettertid er det etablert temaluncher en gang pr. mnd som fungerer godt.

**Personalets opplevelse av tilbudet:** Ledelsen er samstemt i forhold til at de opplever at de klarer å gi god omsorg. De opplever at beboerne føler seg trygge og at tilbudet gir muligheter for privatliv. Pårørende kan komme når de vil, lage mat på felleskjøkkenet og ta med inn i leilighetene, og de kan overnatte hvis de vil det. Ledelsens syn støttes av hjelpepleieren, men hun legger til: *"Vi greier å gi et brukbart tilbud innenfor rammen, men det er det lille ekstra som mangler."* Informanten ønsker mer individuell aktivisering av beboerne. De har prøvd å benytte frivillighetssentralen slik at beboerne kan få tilbud utenom huset, men det har vist seg vanskelig å få til.

## **Viktige erfaringer fra Torstadtunet**

Størrelsen på anlegget gir liten fleksibilitet i forhold til pleieressurser. Det oppleves som litt lite. Ønsker flere boliger samlokalisert.

Prefabrikkerte løsninger har gitt noen rom som er vanskelige å møblere.

Behov for differensierte boligtilbud, noen opplever 35 m<sup>2</sup> som for lite.

Beboer gir uttrykk for at man ønsker egne tilbud for demente.

Ansatte ville foretrukket vaskemaskin i boligen.

Alle hjelpepleiere har tatt medisinkurs slik at de kan dele ut medisiner.

Beboerne gir uttrykk for at det er et godt tilbud som gir mulighet for individuelle



## 5.4 Skeftejordet

Bofellesskap i små "selvstendige" boliger i grupper på 8 personer i Steinkjer kommune. I 2. etg. er det fast bemanning og felles hushold.



Planløsning 1.etasje

Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone

### Beskrivelse av bygget

**Eier:** Steinkjer kommune

**Arkitekt:** Lyngstad arkitekter AS

**Tatt i bruk:** 2000

**Beliggenhet:** Anlegget ligger landlig til i et vanlig boligområdet, med 5 min. gange til bussholdeplass.

**Anlegget:** Anlegget er bygd i en svak bue, og består av totalt 38 boenheter. Boligene er organisert i 4 grupper à 8 personer. I tillegg har anlegget 4 korttidsplasser.

Boligene er fordelt på 2 etasjer. 1. etasje består av selvstendige boliger med hjemmebaserte tjenester. I 2. etasje er det to bofellesskap med felleshushold og fast bemanning.

### Boenheten:

Leilighetene er 1-roms leiligheter på 39,3 m<sup>2</sup>. De består av soverom, bad og oppholdsrom med garderobeplass.

I tillegg ligger det i hver ende av bygget en leilighet beregnet på korttidsopphold. Leilighetene for korttidsopphold er på 23,8 m<sup>2</sup> og består av kombinert oppholds- og soverom, samt bad. Beboerne har sin egen postkasse. Postkassene er samlet ved inngangen til hver bogruppe. Det er ringeklokke utenfor alle leilighetene. Samtlige boenheter har bod i tilknytning til felles korridor.

**Fellesareal:** Felles stue og kjøkken deles av 8 beboere. Felles stue og kjøkken utgjør 10,3 m<sup>2</sup> pr. beboer.



Anlegget mangler felles bodareal til lagringsplass. Hjelpemidler sto oppbevart på gangen, og elektriske rullestoler blir ladet opp i gangen. Fryseboks sto på spisestue utenfor kjøkken, og varmetralle for mat sto på stue utenfor kjøkken.

**Tjenesteyters areal:** Tjenesteyters areal består av garderober, vaktrom, kontor og spiserom. Det er et skyllerom pr. etasje. Personalet må gå fra rommene via stuen for å komme til skyllerom. Ved tømming av søppel må personalet også gå via stuen. Vaktrommet brukes til lagring av rapporter. I personalrommet blir dagens middag oppbevart i kjøleskap frem til oppvarmingen starter. Anlegget har damegarderobe med egen dusj og eget toalett. Alle ansatte har hvert sitt låsbare skap.

**Uteareal:** Det er laget en grillplass. Bygningen er langstrakt med en stor, åpen uteplass. Vi fikk inntrykk av at uteplassen var lite i bruk.

## Beskrivelse av beboergruppen

Skjeftejordet har 32 beboere med ulike diagnoser. Mange har grader av demens. Det bor også noen yngre som har MS eller har hatt slag. Opprinnelig kom beboerne i den ene etasjen fra et nedlagt sykehjem. Det var da mer forskjell på omsorgsnivå i 1. og 2. etg. Etter hvert har skillet mellom etasjene utjevnet seg. I 4 av leilighetene bor det ektepar. Det er mange rullestolbrukere blant beboerne. Noen få er i stand til å ta seg ut alene, komme seg rundt. Noen har støttekontakt som hjelper dem til å komme ut.

Terskelen for å få flytte inn er lavere enn for sykehjem. De som får tildelt plass, er friskere enn de som får plass på sykehjem, men folk blir dårligere etter hvert. De kan velge å bli boende livet ut. Dette betyr at selv om de er friskere når de flytter inn, er pleiebehovet til dem som til enhver tid bor i omsorgsboligen ganske omfattende. Informantene hevder at omsorgsboligene egner seg særlig godt for ektepar. Par kan bo her selv om den ene er frisk. Det var imidlertid enighet om at det ville bli trangt å bo to i leiligheten dersom begge bruker rullestol.

## Beskrivelse av tjenestetilbudet

**Bemanning:** Bofellesskapet har fast bemanning. De ansatte jobber *bare* i bofellesskapet, selv om de formelt tilhører hjemmetjenesten i den aktuelle sonen. Det er lavere bemanning enn i sykehjem. Bemanningen over døgnet ser slik ut:

**Dag:** Det er totalt 8-9 personer på jobb på dagen, hvorav 2-3 er sykepleiere. De andre er vernepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter.

**Kveld:** Det er totalt 4 på jobb, minst en er sykepleier.

**Natt:** 2 personer på jobb, hvorav en er sykepleier

**Helg:** Det er 5 på jobb på dagen, hvorav min. en er sykepleier.

Det er en aktivitør ansatt på boligtilbudet i 80 prosent stilling.

Mange av de ansatte har deltidsstillinger. Det er personale i huset til enhver tid, disse kan følge med og ta affære dersom noe skjer.

Ansatte noterer antall minutter inne hos beboer, for eksempel etter å ha blitt påkalt av alarmen, og holder slik regnskap med tidsbruken.

**Organisering:** Alle gjør alt, det vil si at både sykepleiere og hjelpepleiere deltar i både stell og husarbeid. I følge informantene er man mer fleksibel enn på sykehjem. Sykepleierne ordner medisinosettene. Personalet har ikke ansvar for aktivisering, det har aktiviteten (og pårørende).

**Samarbeid mellom tjenestene:** Personalet er godt kjent med beboerne i begge etasjer slik at de kan jobbe fleksibelt. På dagtid er de fast plassert oppe eller nede, på kveld og natt går de om hverandre.

**Bokostnader:** Husleie: 5.000.

Beboerne betaler ekstra for mat, gjennom et fast abonnement på middag og for tørrmat. Kostnadene fordeles på beboerne månedlig.

Ellers betaler de ekstra til hjemmehjelp og trygghetsalarm.

Minstepensjonister får bostøtte.

Tillegg: Egenandelen for hjemmehjelp utgjør for en minstepensjonist kr 150 per måned.

**Måltider:** Beboerne spiser gruppevis i ett av de felles oppholdsrommene. Middag kommer fra storkjøkken og varmes her. Tørrmat kjøpes inn felles og bringes av kjøpmann.

**Alarm:** Alle har trygghetsalarm på armen.

**Omsorgsfilosofi:** Man forsøker å ikke lage institusjon, men å tenke hjemmesykepleie. Hver beboer har egen lege, egne medisiner, egen mat, egne bleier osv. Prøver å huske på at beboerne "bor hjemme", selv om de bor konsentrert.

**Samarbeid med pårørende:** Det er en pårørendeforening som arrangerer egne tilstelninger som julemiddag og grillkvelder. Da ordner de alt det praktiske. Pårørende følger også til fotpleier. De pårørende er sentrale ved innflytting. Men etter det holdes det ikke regelmessige møter.

**Legetjeneste:** Beboerne har sin egen fastlege, boligen har ingen tilsynslege. Men de har kontakt med en såkalt "teamlege", som fungerer som faglig veileder for de ansatte.

**Medisiner:** Beboernes medisiner oppbevares på et felles medisinrom. Man har en kurv for hver beboer.

**Fysio-/ergoterapi:** Kommunen en ergoterapeut som skal gi tilbud til hele kommunen. Hun kan komme ved spesielle behov. Hun fungerer da først og fremst som en rådgiver for personalet. Hun gir altså ikke direkte tilbud til beboerne.

**Hjelpemidler:** Hver beboer har sine egne hjelpemidler som de får fra Hjelpemiddelsentralen. Det er rikelig med hjelpemidler, noe de ansatte opplever er til god hjelp.

**Fellesskap/aktivisering:** Aktivitøren setter i gang aktiviteter for beboerne 4 dager i uken. Aktivitetene kan være bingo, allsang, kryssord, hjelp med avislesning, kaffedrikking, bowling, turer, strikking o.s.v.

**Bolig til livets slutt?** Det er meningen at beboerne skal kunne bo her livet ut, dersom det er medisinsk forsvarlig.

## **Beboernes erfaringer med bo og tjenestetilbudet**

**Beboer 1:** "Det ble nødvendig for meg å flytte hit etter at jeg fikk slag og ble sittende i rullestol. Jeg er avhengig av hjelp til det meste. Jeg synes jeg får nok hjelp, både til å komme meg ut og inn av sengen og til tøy- og gulvvask. Det blir til at man sitter mye alene på rommet, selv om jeg er med på de aktivitetene de stiller i stand her. Og så spiser jeg med de andre i fellesrommet. Men jeg er så heldig at jeg klarer å ta meg ut alene i rullestol. Jeg kan dra ned til kommunesenteret. Det er det ingen andre her som klarer. Og så får jeg jo besøk av familien som bor i nærheten."

**Beboer 2:** "Jeg bor her sammen med samboeren min. Han har hatt slag og jeg trenger også en del hjelp. Det er fint å kunne bo sammen, men leiligheten er litt liten siden vi er to som bor her. Vi sitter mest her i leiligheten siden vi begge røyker. Men vi spiser sammen med de andre. Så kjøkkenet bruker vi egentlig ikke. Vi kommer oss sjelden ut siden samboeren sitter i rullestol. Personalet har ikke tid til å hjelpe oss."

**Beboer 3:** "Jo, jeg måtte jo flytte siden jeg ser og hører dårlig. Klarte ikke å bo for meg selv lenger. Og så har slitasjegikt i hendene

så det er vanskelig å gjøre husarbeid. Her får jeg masse hjelp, for eksempel med høreapparatet og til å ordne sengen. Men jeg klarer å vaske og stelle meg selv. Jeg trives veldig godt i leiligheten. Det har liksom blitt hjemmet mitt nå. Og er det fint vær, kan jeg sette meg ut på verandaen. Eller jeg går en tur ut med gåstolen. Det er en enestående betjening her. Kan ikke ha det bedre noe annet sted når man først må flytte hjemmefra. Det er bare å ringe, så kommer det noen. Jeg liker å være sammen med folk, så jeg er mye sammen med de andre som bor her. Noen ganger drikker vi bare kaffe, andre ganger har vi noen aktiviteter. Vi har forskjellige ting: opplesning fra aviser, bingo, kryssord.”

## **Erfaringer med bygget**

**Anlegget:** Personalet mener bygningens form medfører mye gåing fordi det er så langstrakt. Personalet ønsker seg boliger i stjerneform med fellesareal i midten. De mener det kunne gitt bedre oversikt. Det er arbeidsbesparende for personalet når beboerne er samlet på et felles oppholdsrom. ”Enklere for oss å ha dem på én plass, vi har ikke mulighet til å gå inn på 18 rom.”

**Leilighetene:** Lik størrelse på leiligheter gir fleksibilitet i forhold til inntak. Enkelte ansatte antyder at leiligheten er for stor i forhold til at den blir lite brukt: ”Enkelte leiligheter blir ikke brukt til annet enn å sove i.” Badet fungerer greit. Ansatte mener at kjøkkenkroken blir lite brukt. Av de pårørende svarer ca halvparten at de bruker kjøkkenet.

Bodene blir mye brukt til oppbevaring av bleier, men oppleves som litt for små og upraktiske.

Leilighetene oppleves for trange for ektepar hvis begge trenger hjelpemidler.

En informant hadde ønsket at korttidsplassene hadde vært plassert mer sentralt i bygget. ”De som bor der trenger oppfølging og nærhet til personale.”

Personalet kunne tenke seg vaskemaskin i leiligheten istedenfor felles vaskerom. ”Vi er i leiligheten og kan prate med beboeren, mens vi legger sammen tøy.” Når tøy blir vasket i felles vaskeri, brukes det mye tid på sortering og merking av tøy.

**Fellesrom:** Det er et sterkt ønske om et stort fellesrom på huset som gir mulighet til å samle alle beboerne, gjerne et rom som kan deles i to mindre enheter ved hjelp av en skyvedør.

Gjennomgangen fra leilighet til skyllerommet via stue oppleves som problematisk ved måltider og når det foregår noe på stua. De opplever også å ha lang vei å gå ved søppeltømming.

De påpekte at de ikke trodde bofellesskapet hadde tilfredsstillende rømningsveier hvis det ble brann.

Personalet savner også vask ute på gangen for å kunne foreta håndvask.

## **Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet**

**Bemanning:** Personalsituasjonen preges av at det er mange ansatte i små stillingsandeler. Pleiepersonalet og ledelsen ønsker i utgangspunktet større stillingsandeler, men det blir en avveining i forhold til helgeturnus. Personalet jobber nå hver 3. helg, men hvis det blir færre deltidsstillinger, må personalet over på en turnus hvor de jobber hver 2. helg. Noen går rundturnus, mens andre jobber dag- og kveldsvakter. Det er god søking til alle stillinger, unntaket er sykepleierstillingene.

**Lege/fysio/ergoterapitjeneste:** I spørsmålet om fastlege versus tilsynslege mener personalet at begge ordningene er personavhengige. De ser at ordningen med fastlege gir en del fordeler fordi fastlegen kjenner beboeren. Personalet har vendt seg til ordningen og sier at det fungerer noenlunde greit hvis fastlegen foretar hjemmekonsultasjoner. De ser at det er en fordel å kunne velge bort legen når samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende: "Du kan skifte fastlege, men du kan ikke ønske deg en annen tilsynslege." Fastlegens oppgaver er noe annerledes enn tilsynslegens, og fra personalet side kan det oppleves problematisk at enkelte fastleger begrenser seg og bare gjør det som er bestilt.

Fysioterapeut/ergoterapeut ordningen fungerer greit.

**Organisering og fordeling av arbeidsoppgaver:** Sykepleierne har ansvar for medisindosetter. Utover dette har pleiepersonalet lite fagspesifikke oppgaver. Pleiepersonalet gir uttrykk for at de opplever at de er likestilt med hensyn til arbeidsoppgaver. Alle gjør alt fra å bistå med personlig hygiene til vask av klær og leilighet. De tilbereder og serverer mat. Personalet mener at modellen fører til at ingen opphøyer seg ovenfor noen andre, og at hjelpepleierne får mer ansvar enn de ville fått på sykehjem. Begge disse forholdene betraktes som en kvalitet. Ansatte mener arbeidsfordelingen stort sett fungerer bra, men systemet er personavhengig.

Systemet er fleksibelt. De ansatte er like godt kjent i begge etasjer og kan i utgangspunktet jobbe overalt. På dagtid er de fast plassert enten oppe eller nede, men på kvelder og natt kan de gå om hverandre. De er ikke fast tilknyttet en gruppe. Dette bidrar trolig til at det oppleves som lange avstander i bygget.

"Her må vi se alle og gjøre alt", sier en av pleierne. På spørsmål om personalet opplevde større ansvar fikk vi følgende svar: "Nei, ikke



nødvendigvis. Det kommer an på hvem en sammenligner seg med. Enn institusjon? Ja. Enn hjemmetjenesten? Nei.”

God tilgang på hjelpemidler gjør det enkelt å jobbe en og en inne hos beboerne.

**Mat/måltider:** Personalet opplever at beboerne har valgfrihet med hensyn til måltidsrytme. Frokost serveres fra kl. 09.00 og utover. Middagen serveres til fast tid, men det kan gjøres unntak hvis noen er hos lege eller lignende. Alle beboerne får ferdig middag. Noen beboere både oppe og nede har også felles tørrmat og spiser sammen. Regningen deles på dem som velger å delta i ordningen. Personalet tilbereder og serverer maten og vasker og rydder opp etter måltidene.

Personalet spiser ikke sammen med beboerne. Det er heller ikke slik at besøkende blir invitert til bords når de er på besøk. En av informantene mener det kan være et problem med felles tørrmat når pårørende kommer på besøk, i forhold til å kunne spandere. Andre mener at dette ikke er noe problem. Beboerne er for dårlige. Pårørende tar med mat og kaffe når de kommer på besøk. ”Pårørende innretter seg etter systemet her.” Intensjonen fra ledelsens side er at dette skal være et hjem og ikke en institusjon, og lederen opplyser at de har jobbet mye med holdningsendringer.

**Vask av tøy:** Skjeftejordet har et lite vaskeri, men vask av tøy foregår vanligvis i beboerens leilighet. Det er et krav at beboerne skal ha egen vaskemaskin. Personalet kombinerer ADL funksjoner og sosialt samvær med beboerne. For personalet oppleves det arbeidssparende å gjøre flere ting samtidig. Når de er i leiligheten, kan de prate med beboeren mens de legger sammen tøy.

**Samarbeid med pårørende:** Personalet har samtaler med pårørende når beboer flytter inn. Utover dette er samarbeidet med pårørende ikke formalisert, behovet styrer frekvensen.

Ansatte opplever at det er et problem at de pårørende ikke helt ser forskjellen på sykehjem og omsorgsboliger og tror at de samme tjenestene tilbys begge steder. Personalet har måttet gå noen runder med de pårørende for at de skal skjønne forskjellen. Etter hvert ser de imidlertid på dette som *hjemmet* for sine beboere. Personalet ser det derfor ikke som sin oppgave å skape hjemlighet (innrede boligen), rundvasking av leilighetene, julepynting, ledsaging rundt omkring osv. Dette er de pårørendes oppgave. Pårørende tar gjerne med seg kaffe og noe å spise når de kommer på besøk. Da er de inne i boligen.

**Aktivisering/sosiale tiltak:** Ansatte forklarer at aktivisering av beboerne er overlatt til aktivtøren. Aktivtøren drar i gang aktiviteter som trim, strikking, avislesing, kryssord, bowling og baking. Hun

arrangerer turer for beboerne og hun får beboerne til å lage ting. Aktivitøren har fast base nede, men hjelper til over hele huset. Hun assisterer ved måltider, og er ellers en stabilisator i miljøet ved at hun ser etter beboerne når pleiepersonalet er opptatt med stell. Pleiepersonalet framhever aktivitøren som en særdeles viktig person i miljøet: "Hun er alfa og omega. Det merkes når hun ikke er tilstede-" Vi spurte pleiepersonalet om hvorfor de mente det var viktig med egen aktivitør og fikk følgende tre svar:

- "Vi har ingen tid igjen å bruke til aktivisering."
- "Det blir ikke til at vi setter oss ned og leser avisa med noen."
- "Hun avlaster og forebygger."

Pleiepersonalet gir uttrykk for at de ikke har tid til og ser ikke aktivisering som sin oppgave.

### Et attraktivt sted å bo?

Vi spurte personalet om de trodde dette var et attraktivt sted å bo for beboerne. De svarte at de hørte litt begge deler: Det var veldig forskjellig hva folk foretrakk av løsninger. Men personalet opplevde at beboerne så på dette som sitt hjem. Når de for eksempel var borte på besøk på julaften, ga de uttrykk for at de var glade for å komme tilbake til leiligheten sin igjen etterpå. Når vi spør de ansatte om de kunne tenkt seg å bo her selv når de blir eldre, blir de derimot mer unnvikende. Vi hører ingen entusiasme.

### Hva de ansatte opplever å være gode på?

- "Vi tilpasser oss og tar vare på hver enkelt i seg selv."
- "Vi opplever at vi følger opp og tar ansvar. Man tenker mer helhetlig, slik som man gjør hjemme (for eks. sjekker at juledukene er i orden til jul osv.)."

## Viktige erfaringer fra Skeftejordet

Boligkonsept som gir rom for ulike driftsmodeller. I oppstarten hadde de to etasjene ulik driftsmodell. Etter hvert som beboerne har blitt mer hjelpetrengende, er tjenestetilbudet endret. Boligløsningene har derfor vist seg å være fleksible.

Foretrekker å bruke vaskemaskin i boligene framfor felles vaskerom.

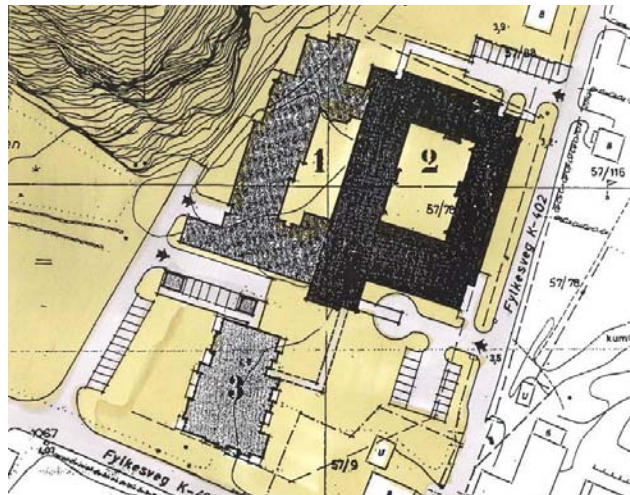
Løsningen anses som attraktiv for par hvor begge trenger mye hjelp.

Aktivitøren er en viktig ressurs i anlegget og bidrar til mye trivsel.

## 5.5 Solkroken 3

### Lindesnes omsorgsenter

Omsorgsboligtilbud i ombygd sykehjem. Dette er kommunens eneste tilbud til de dårligste og erstatter tidligere langtidsplasser på sykehjem. I tillegg til dette tilbyr kommunen institusjonstilbud til demente og til eldre som trenger på kortidsopphold i institusjon (opptrening, avlastning).



Situasjonsplan Solkroken

### Beskrivelse av bygget

**Eier:** Lindesnes kommune

**Arkitekt:** Arkade AS

**Tatt i bruk:** Ombygging av eksisterende bygg

**Beliggenhet:** Anlegget ligger i gangavstand (flatt) til sentrum. Ombygging av gammelt sykehjem. Del av større anlegg som ligger sentralt i Vigeland, kommunesenteret.

**Anlegget:** Solkroken 3 består av 2 bogrunder á 7 boenheter og 1 med 10 leiligheter, til sammen 24 leiligheter. Bogrunderne har felles stue/kjøkken. Anlegget ligger fysisk bygd sammen med et senter som består av stor kafeteria, en privat frisørsalong, et fysioterapitilbud med basseng for trening, kontorer for hjelpemiddelkoordinator, psykiatritjenesten i kommunen og et dagsentertilbud som også brukes av andre eldre som ikke bor ved senteret.

**Boenheterne:** Leilighetene er 2-roms på ca 40 m<sup>2</sup>. De består av oppholdsrom, soverom og bad.

**Fellesareal:** De 3 bogrunderne har hver for seg felles stue/kjøkken og balkong/terrasse.

**Tjenesteyters areal:** To kontorer (ett i hver etasje), medisinrom, toalett og skyllerom.

Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone



Planløsning 1.etasje

**Utareal.** Boligene ligger rundt et utendørs atrium.

**Detaljer og fargebruk:** Boligene er forsøkt gjort mer hjemlig ved bruk av trepanel og farger på veggene. Strukturen gjør at det fortsatt oppleves som en relativt tradisjonell institusjonsbygning.

## Beskrivelse av beboergruppen

Beboerne er av kommunens "dårligste". Her kan de bo siste fase av livet.

## Beskrivelse av tjenester

Omsorgsboligene har felles hushold. Tjenesteorganiseringen er ikke endret mye siden før ombyggingen, det vil si da det var sykehjem i bygningsen. Det har likevel blitt noe mer husarbeid på alle. Maten leveres varm ut i trillevogner i "bakker" av kjøkkenpersonell som er ansatt på kjøkkenet. I bogruppera legger de den opp på fat og serverer beboerne som spiser samlet.



**Bemanning:** Det er to pleiere på dag og 1 på kveld i hver gruppe på 7 beboere. Kjøkkenpersonell kommer i tillegg.

**Organisering:** Pleiepersonalet er organisert under hjemmetjenesten, men er fast ansatt på "huset".

**Bokostnader:** Husleien utgjør kr 4600. I tillegg kommer strømutfgifter med ca kr 1000 per måned. Eventuell bostøtte gjennom Husbanken betales direkte til den enkelte søker. Utfgifter til kost og husholdningsartikler beløper seg til kr 3000 og egenandel for hjemmetjenester til kr 200 per mnd.

**Vask:** Beboernes tøy sendes til vaskeri.

**Alarm:** Bærbare telefoner og veggmontert høyttaler på veggene.

**Samarbeid med pårørende:** Det arrangeres et møte med beboer og pårørende når beboer flytter inn, det lages da et skriv, slik at alle parter vet hva de har å forholde seg til.

**Legetjeneste:** Beboerne har fastlege. Personale eller pårørende følger til lege.

**Medisiner:** Organiseres av personale.

**Hjelpemidler:** Rikelig tilgang på hjelpemidler. Hjelpemidler lånes ut av Hjelpemiddelsentralen. Det oppleves som enkelt å få hjelpemidler.

**Aktivisering/trivselstiltak:** Det arrangeres grillfest og noe på 17. mai. Beboerne kan ta del i aktiviteter på "senteret".

**Bolig til livets slutt:** Siden dette er kommunens tilbud for de dårligste, er det selvfølgelig et tilbud også ved livets slutt.

**Omsorgsfilosofi:** Vektlegging av at det er beboernes hjem.

## **Beboernes erfaring med bo- og tjenestetilbudet**

**Beboer og ektemann på besøk:** "Jeg måtte flytte hit fordi jeg har hatt slag. Jeg klarer ikke å ordne meg selv lenger så jeg må ha hjelp til alt. Leiligheten er fin, det er fint å ha to rom slik at man kan ha med seg sine egne møbler. Mannen min kommer på besøk hver dag og da er det greit å ha litt plass. Stort sett er jeg fornøyd med betjeningen, men jeg synes at jeg ofte må vente lenge før det kommer noen når jeg bruker alarmen. Det er litt besværlig når man er avhengig av andre for å komme på toalettet."

Bad og soverom fungerer greit. Tekjøkkenet brukes bare når pårørende er på besøk. Mannen understreker at leiligheten må

være såpass. De er enige om at den godt kunne vært større. Det kunne godt vært forskjeller på boligene slik at noen var større og noen mindre. Hun mener også at noen leiligheter kunne vært på ett rom slik at det ble plass til flere beboere. Eventuelt at "noen" kunne dele en leilighet. Hun ønsker imidlertid ikke å dele med noen. Hun trenger plassen og sier at hun liker seg best for seg selv.

Hun er misfornøyd med at de ansatte har liten tid til å gå ut med beboerne. Selv får hun vært svært lite ute, mener hun. Hun mener at tiden burde fordeles likt mellom beboerne. Mannen mener at det kan skyldes det dårlige været og at hun har vært forkjølet i lang tid.

Hun mener det er kostbart å bo der, 8000 kr. er i meste laget. Dette inkluderer mat, vask av tøy og leie av bolig. Mannen hennes bor hjemme og har heldigvis nedbetalt huslånet deres. Mannen understreker at siden de betaler leie, er det de som bestemmer over leiligheten. Han gir uttrykk for at han opplever det som fritt og greit her. Til og med øl og vin kan de kjøpe, dette trekker han fram som et tegn på valgfrihet. Det er også en god del aktiviteter ute i kafeen. Dette setter spesielt pris på, da kan han ta med seg kona bort dit. Det er dans en gang i uka. (Riktignok bare en time!) Lindesnes trekkspillklubb spiller av og til. Noen ganger er det også klessalg og mannekengoppvisning. Så han syns det skjer en del. Når det bare blir litt bedre vær, skal han også trille henne noen turer ut. Det blir mest turer rundt huset her, men også ned til sentrum. Det ser han fram til.

Beboer røyker, og med et røykeforkle kan hun røyke så mye hun vil inne i sin bolig. Mannen sier han prøver å begrense det noe.

## **Erfaringer med bygget**

**Beliggenhet:** Det at anlegget ligger sentralt i kommunesenteret, betraktes som en viktig kvalitet. Ansatte forteller at noen av beboerne kan gå ned til sentrum og i butikken. Pårørende kan også trille sine en tur. Eldresenteret drives aktivt og er et attraktivt tilbud både for dem som bor hjemme og dem som bor på omsorgssenteret.

**Anlegget:** Det at anlegget er en del av et større anlegg, oppleves som bra. Men at "avdelingene" er fordelt over 2 etasjer, oppfattes som en ulempe. En trapp opp oppleves som veldig lang avstand. Det er lett for beboerne å delta i arrangementer i anlegget. Kafeen er veldig viktig, spesielt for dem som bor hjemme. Det er et møtepunkt og gir innhold i hverdagen.

**Boenhetene:** Ansatte synes at boligene fungerer stort sett greit med tanke på dem som skal yte hjelp. Det oppleves som nyttig med store rom, selv om ikke alle bruker dem. Hjelpemidler tar plass. Det varierer selvsagt i hvor stor grad beboerne oppholder seg i

leiligheten på dagtid, og i det daglige blir kjøkkenet lite benyttet, men *"i livets slutfase har vi opplevd at noen av dem som var kritiske til størrelsen på boenhetene, har opplevd det som godt å kunne trille inn en ekstra seng eller stol mens de er samlet rundt beboeren. Også det at de kan koke seg litt kaffe og mat, er positivt."*

**Fellesrom:** Beboerne oppholder seg mest i fellesrommene, som ansatte synes fungerer greit. Det er imidlertid bare en som er i stand til å forflytte seg selv mellom stue og leilighet. Ellers må de ha hjelp og da hjelper personalet dem med å trille inn på fellesstua.

**Uteareal:** I anlegget ligger to lukkede atrier, som fungerer som oppholdsareal ute om sommeren. Atkomst via rampe fra fellesstua. Disse er av og til i bruk hvis det er godt vær.

## **Ansattes er faringer med tjenestetilbudet**

**Bemanning og tjenesteorganisering:** Omleggingen fra institusjon til boliger opplevdes ikke så dramatisk. Men ansatte understreker at noe har blitt annerledes. Det blir for eksempel noe mer husarbeid å gjøre for pleiepersonalet. Mange av de ansatte jobbet her både før og etter ombyggingen. Sykepleier på natt gir imidlertid uttrykk for at mange ting er endret. Det er langt mer fokus på hjelp til selvhjelp her en der hun jobbet på institusjon før. Dette syns hun er bedre. Det gir også større valgfrihet for beboerne. Det gir seg blant annet utslag i at de som ønsker det, kan legge seg senere. "Det medfører at vi som jobber nattevakt, også må ta oss av legging. Det er greit, også vi prøver å legge til rette for at de skal greie ting selv. Det er mange her som trenger mye hjelp." Nattevakten har ingen faste rutiner med runder eller lignende, de tilpasser tilsyn etter behov. Videre forteller nattevakten at er det noen som sier at de ikke vil at vi skal komme inn, så respekterer vi selvsagt det. Andre som vi vet ikke greier å ta kontakt selv hvis de skulle trenge noe, stikker vi innom. Nattevakten forteller om erfaringer fra annet sykehjem. "Der gikk vi runder, 3 ganger per natt." Hun følte det uroet mer enn det virket betryggende. Spesielt runden rett etter at de hadde lagt seg. Da var det en del beboere som våknet til igjen. Men hun forteller også at det fortsatt er noen på anlegget her som holder på med vaktrunder. Hun skryter også av tilgangen på tempurmadrasser. De gjør at personalet slipper å snu beboerne for å unngå liggesår og fungerer bra.

**Større grad av individuell tilpasning:** Pleiepersonalet gir uttrykk for at de opplever å kunne gi et individuelt tilbud som er godt og så langt de greier er tilpasset den enkelte. Personalet samarbeider og viser fleksibilitet, og dette mener de gir beboerne større valgfrihet. Dette er mulig blant annet fordi skiftene samarbeider. *"De som jobber i hjemmetjenesten, kommenterer likevel at det fremdeles er forskjeller i arbeidskultur "ute" og "inne. De har mer rutiner på ting*



*"inne". Oppvasken må være på kjøkkenet kl. 14.00, det vil si middagen servert ... osv."*

**Lege:** Sykepleier gir uttrykk for at hun savner tilsynslege. Det at fastlegen har ansvaret, gjør at vi må følge opp mer. Det oppleves som at terskelen for å spørre og ta opp ting har blitt høyere. Hvis en tilsynslege først er her, er det lettere og ta opp ting enn å tilkalle fastlegen. Det varierer også i hvilken grad fastlegene selv er aktive og tar kontakt. Fastlegeordningen gjør at det ligger et større medisinsk ansvar på sykepleierne, noe informanten opplever som negativt.

**Alarmer:** Alarmsystemet med bærbare telefoner og veggmonterte høyttalere fungerer stort sett bra og reduserer merkbart behovet for gåing. Informanten tror beboerne opplever det som tryggere også. "Vi kan høre om det er noe kritisk, da prøver vi å komme med en gang, men er det bare et glass vann eller noe kan vi si at vi kommer straks vi er ferdige med å hjelpe en annen. De vet at vi har hørt dem når vi svarer umiddelbart. Noen syns jo også at det er forvirrende, de forstår ikke helt hvor stemmen kommer fra, men når vi sier at vi er her i telefonen, forstår de fleste det. Det er også en telefon som er branntelefon og da blir det umiddelbart opprettet direkte kontakt med brann stasjonen. Dette føles trygt for oss."

**Samarbeid med pårørende:** I følge informanten som går på natt er samarbeidet med pårørende ikke satt i system. De som jobber natt, møter pårørende først når beboeren er døende. Da stiller personalet opp og samarbeider med pårørende for å få til en best mulig avslutning på livet.

**Omsorgsfilosofi:** Pleiepersonalet opplever at det er mer fokus på "hjelp til selvhjelp". Mange beboere trenger mye hjelp, men personalet er bevisst og gir uttrykk for at de lykkes i forhold til å legge til rette for at beboerne skal greie mest mulig selv. De opplever av og til at beboerne stritter imot, men bruker tid på å begrunne hvorfor: *"Mange syns at de godt kan bli servert nå når de er blitt så gamle. Vi prøver å forklare dem at vi gjør det ikke fordi vi ikke vil. Jeg tror noen forstår det."*

**Trygghet:** Personalet tror at de fleste beboerne opplever tilbudet som trygt. Beboerne har visshet om at de kan få hjelp straks ved behov. Alarmsystemet gjør at beboerne kan komme i kontakt med personalet på kort varsel: Men også for noen beboere blir personalet for langt unna, og det kan føles utrygt. *"De skulle nok hatt en annen løsning"*, sier en av informantene.

**Sosial kontakt:** Nærheten til kafeen er viktig for beboerne og bidrar til å gi innhold i tilværelsen. Personalet forklarer at de har lite tid til sosiale tiltak. Kafeen fungerer som et møtepunkt mellom beboerne i omsorgsboligene og folk fra bygda. *"De kommer hit helt fra Mandal."*



### **Viktige erfaringer fra Solkroken 3**

Både ansatte og beboere opplever en "boliggjøring" til tross for at bygningsmassen bare er delvis ombygd fra tidligere sykehjem.

Endringene oppfattes å bety større fokus på den enkelte beboer, større vekt på hjelp til selvhjelp og større valgfrihet.

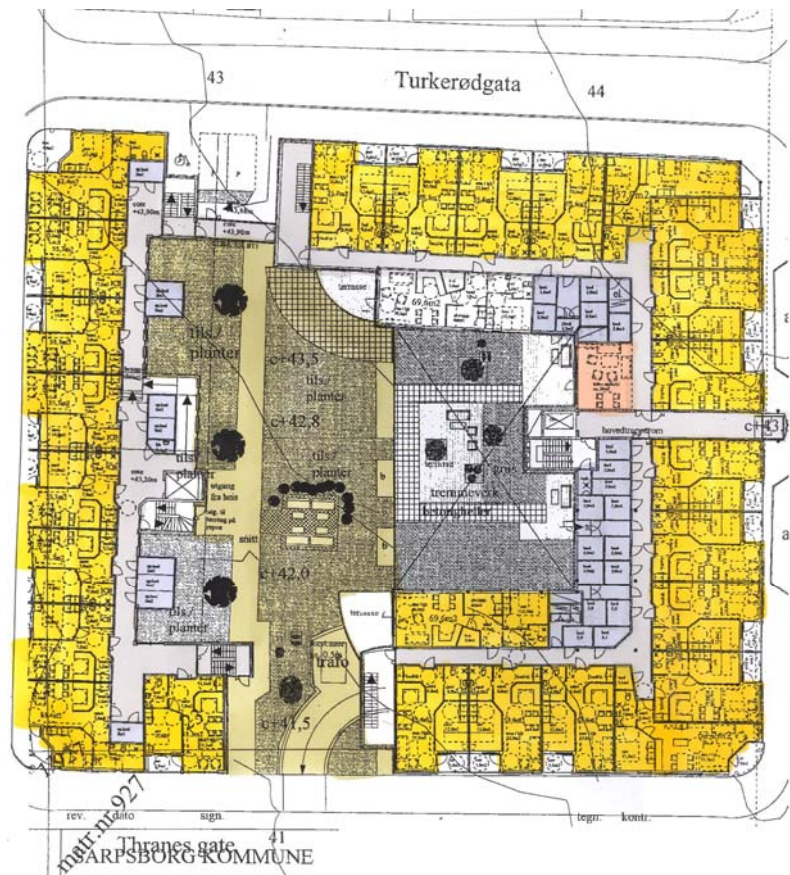
Eldresenteret ser ut til å fungere som et tilskudd også for dem som er dårligst. Dette er viktig for pårørende.

Hjelpemidler som tempurmadrass og alarmsystemer letter arbeidsbelastningen for ansatte.

## 5.6 Thranesgate



Bygningskomplekset består av flere typer boliger samt servicefunksjoner i 1. etg. Vårt case består av to bofellesskap som ligger i 3. og 4. etg. Bofellesskap for blandet brukergruppe, både diagnosemessig og mht. alder. Felleskapet består av selvstendige boliger og fellesareal som brukes til felles hushold.



*Illustrasjon 1: Situasjonsplan og planløsning for etg. med selvstendige omsorgsboliger (ikke vårt case som ligger i 3. og 4. etg)*

**Eier:** Sarpsborg og omegn boligbyggelag

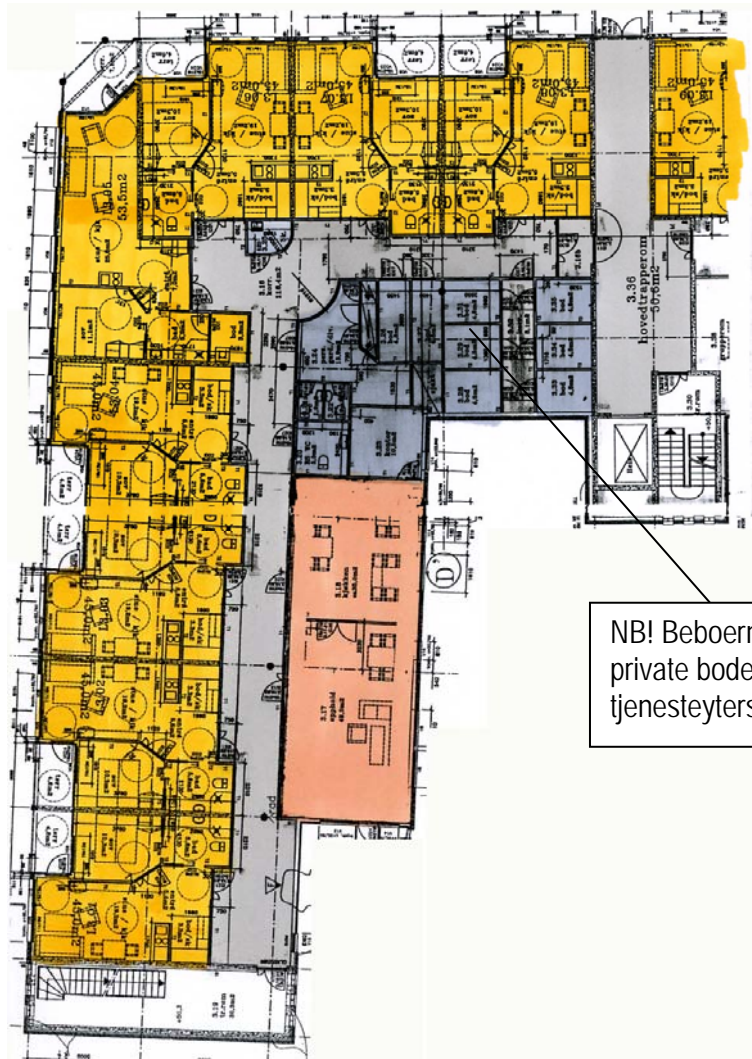
**Arkitekt:** Stenseth og Grimsrud Arkitekter AS, Halden

**Tatt i bruk:** 2000

**Beliggenhet :** Thranesgate bofellesskap ligger midt i Sarpsborg sentrum. Bofellesskapet holder til i en stor boligblokk i 3. og 4. etasje. På den andre siden av veien ligger et kjøpesenter. Det finnes parker i nærområdet.

Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone



NB! Beboernes private boder. Ikke tjenesteyters areal

Illustrasjon: Planløsning 3. og 4.etasje

## Beskrivelse av bygget

28 leiligheter er på 45 m<sup>2</sup>, 2 er på 53,5 og 2 på 64,6 i den delen av anlegget som inngår i vår undersøkelse. Leilighetene har boder på etasjen samt utvendige boder. Blokken består ellers av kafe, servicearealer og ordinære omsorgsboliger for friskere eldre.

### Boenhetene

Selvstendige 2 roms leiligheter. De består av kombinert entrè og bod, soverom, samt et stort oppholdsrom med kjøkken og stue.

**Fellesareal:** Felles kjøkken og stue deles av 8 beboere. Felles kjøkken og stue utgjør 10 m<sup>2</sup> pr. boenhet.

**Tjenesteyters areal:** Tjenesteyters areal består av 2 kontorer og et grupperom i tillegg til garderober og toaletter for ansatte. Personaldusj i 1.etg.

**Uteareal:** Alle beboerne har privat balkong. I tilknytning til fellesarealene er det også en større vestvendt takterrasse som beboerne kan benytte.

**Detaljer og fargebruk:** Store ventilasjonsrør går åpent i fellesrommene. Mørke, relativt lange korridorer. Søyler i korridoren uten kontrastfarger.

## Beskrivelse av beboergruppe

Det er totalt 32 beboere, fordelt på 4 grupper med 8 beboere i hver. Beboergruppene består av 20 eldre, 8 middelaldrende med psykiske lidelser, 3 unge og én på 50 år som er psykisk utviklingshemmet.

Eldregruppen består vanligvis av generelt svake eldre, men det kan også være eldre slagpasienter. Stedet er ikke egnet for demente, men noen har *blitt* demente og får fortsette å bo her. Dvs. det dreier seg om en blandet beboergruppe med forskjellige behov. Beboerne er gruppert i mindre enheter ut fra funksjonshemming. Hjelpebehovet varierer, men målsettingen er at de skal ha glede av å bo i egen leilighet. Bofellesskapet skal være et alternativ til en ordinær plass i sykehjem. Beboerne som er med i denne undersøkelsen, er eldre med behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester.

## Beskrivelse av tjenestetilbudet

**Tjenester:** De som ønsker å spise med andre og ta del i felles hushold, har anledning til det. Fast personale gjør alle pleie- og omsorgsoppgaver. Beboerne kan bestille vask av tøy i kommunens vaskeri eller det kan gjøres av personalet i beboerens egen leilighet. Mange beboere sender med pårørende vask.

Nødvendig helsehjelp er gratis, praktisk bistand betaler de for. Bystyret avgjør priser på disse tjenestene en gang årlig.

Pleiepersonalet er tverrfaglig sammensatt. Foruten pleiepersonell er det også tilsatt miljøarbeider og aktivitør. Personalet har i liten grad fagspesifikke oppgaver. Aktivitøren har hovedansvar for aktivitet, men bidrar også i stellet. Sykepleierne er fritatt for rengjøring, men deltar ellers på lik linje med resten av pleiepersonalet.

**Samarbeid mellom tjenestene:** Tjenestene er organisert under hjemmetjenesten som også gir tjenester til beboerne i 1. og 2. etg.



Men det samarbeides ikke med dem bortsett fra når brannalarmen går. Det vurderes imidlertid å få til et nærmere samarbeid med hjemmetjenesten på natt. Sonen har ikke kontor på Thranesgate.

**Bokostnader:** Husleien er inntektsregulert. Eventuell bostøtte gjennom Husbanken betales direkte til den enkelte søker. Husleien er som følger:

Inntekt under kr 110 000: kr 4600

Inntekt 110 000 – 200 000: kr 5100

Inntekt over kr 200 000: kr 5600

**Bemanning:** Årsverksinnsats: 21,5 årsverk.

Dag: 8 på vakt inklusive miljøarbeider. Miljøarbeider holder orden, tar seg av vindusvask og matbestilling (dvs. ikke eg. miljøarbeider).

Natt: en sykepleier har aktiv vakt, en hjelpepleier/omsorgsarbeider har passiv vakt (sover fra kl. 24-06, men kan vekkes).

Har ansatt en "husmor" som har hovedansvar for alle måltidene og fungerer som en slags miljøarbeider.

Har to ansatte på hver gruppe, dvs. 8 ansatte til enhver tid.

Har forsøkt å ha økt bemanning i helgene.

"Husmor"/miljøarbeider har hovedansvar for alle de 4 store felleskjøkkenene og stuene. Hun har ansvar for bestilling av tørrmat og middag fra hovedkjøkkenet. Hun gjør i stand måltider og bistår med hjemmehjelpsoppdrag. Hun anses av leder som en nøkkelperson og svært viktig miljøet og for aktiviteter i fellesarealene som beboerne kan ta del i.

**Måltider:** Fellesmåltidene foregår i de 4 store kjøkkenene.

Middag kommer ferdig fra storkjøkkenet. Beboerne velger selv abonnement på mat, til alle måltider eller bare til noen. Bystyret vedtar takster.

Noen få går i kantina, andre får mat servert i leiligheten.

De fleste beboerne smører på selv, men noen må ha hjelp.

**Alarm:** Beboerne har trygghetsalarm på seg som de bruker for å påkalle personalet etter behov.

**Omsorgsfilosofi:** Det legges vekt på at boligen er et hjem.

Målsettingen er at man gir hjelp etter behov og at de kan få bestemme mye selv, bl.a. stå opp når de vil. Det er fokus på mestring.

**Samarbeid med pårørende:** Familien er med når plass søkes. Det holdes en samtale med pårørende ved innflytting, men ikke jevnlig møter.

**Legetjeneste:** Beboerne bruker sin fastlege. Personalet holder kontakt med fastlegene og tar kontakt etter behov dersom beboerne/pårørende ikke gjør det selv.

**Medisiner:** De som trenger hjelp til å administrere medisinene, får det. Beboerne får da et vedtak på nødvendig helsehjelp. Noen beboere ønsker å ordne dette selv.

**Fysio-/ergoterapi:** Som hjemmeboende ellers i kommunen.

**Hjelpemidler:** Beboerne får raskt hjelpemidler etter behov (fra Hjelpemiddelsentralen). Det er også lett å få reparert utstyr.

**Fellesskap/aktivisering:** Leder sier at enkelte beboere besøker hverandre. Personalet forsøker også å lage et fellesskap særlig rundt måltidene. Har egen aktivitør som tar initiativ til trivselstiltak: Bingo arrangeres en gang i uken, om sommeren arrangeres det turer og sommerfest. Det er også arrangementer i kafeteriaen annen hver fredag; ansatte følger da med noen ned. Personalet spiser sammen med beboerne; det er mye sosialt rundt dette.

**Bolig til livets slutt?** Det legges til rette for at de eldre skal få bli boende her til de dør hvis de ønsker det. I slike tilfeller settes det inn ekstra tilsyn. Når personalet ser at den eldre får et større pleiebehov, søkes det om mer tjenester. Pengene følger vedtakene, og bofellesskapet får overført midler til å leie inn ekstrahjelp. Informanten sier: *"Det hadde kostet like mye å flytte dem på sykehjem."*

## **Beboernes erfaring med bo og tjenestetilbudet**

### **Beboer 1:**

"Grunnen til at jeg flyttet hit var at det ble for slitsomt for meg å bo alene i et stort, gammelt hus. Og nå som hele familien bor et stykke unna, ble det ekstra vanskelig. Men jeg har ikke angret på at jeg flyttet hit. Jeg føler at dette har blitt hjemmet mitt. Her har jeg tingene mine. Jeg har stue, kjøkken og bad, kanskje litt for lite kjøkken og så står kjøleskapet litt for lavt for meg, er vanskelig for meg å bruke. Men jeg føler at det er trygt og godt å bo her. Og ansatte respekterer at dette er min leilighet; de ringer på døra når de kommer. Men det er litt stille her, det er bare to av oss som er oppegående. Det kunne vært flere å omgås. Men jeg hygger meg alene, så det går stort sett greit. Sitter mye på rommet og ser TV. Og så bruker jeg kafeteriaen i første etasje, spiser middag der hver dag. Jeg er visst den eneste oppe hos oss som går ned og spiser. Det er bra og billig mat der. Jeg treffer noen andre fra en annen omsorgsbolig der. De er litt friskere enn oppe hos oss. Det er hyggelig å treffe noen å prate med. Hadde det ikke vært for at jeg kunne gå ned på kafeteriaen hver dag, ville det blitt for trist her. Jeg deltar også alltid på onsdagsbingoen eller er med når menigheten

har noe underholdning. Eller deltar på andre ting dersom det arrangeres noe. Og så går jeg på kjøpesenteret rett over gaten dersom jeg trenger noe; det er greit å kunne ordne ting selv. Jeg synes at betjeningen er flinke; de gjør hva de kan for å hjelpe. Og så er det fint å kunne bruke den legen jeg hadde før jeg flyttet hit. Men det veldig dyrt å bo her. Men det går jo greit i og med at jeg ikke trenger så mye lenger. Og så får jeg bostøtte, så det går jo."

### **Beboer 2:**

"Jeg har nettopp flyttet hit. Det ble for ensomt å bo der jeg bodde i en egen leilighet. Det var ingen å omgås. Så jeg er glad for at jeg flyttet hit. Leiligheten er fin den, her har jeg det jeg trenger. Og så får jeg en del hjelp, for eksempel til dusjing. Og vi får maten servert ferdig i fellesstuen. Men familien ordner en del, de også. Jeg prøver å delta på underholdning og andre aktiviteter. Men jeg synes det er mye syke folk her, så det er ganske stille her også. Men ikke så stille som der jeg bodde før. Det blir mye TV-seing for meg selv inne i leiligheten."

Beboerne synes det er vel stille i fellesarealene; det er få som er oppegående nok til å benytte dem. Synes ansatte prøver å hjelpe det de kan.

Beboeren gir uttrykk for at hun setter pris på å ha flyttet til et sted med flere eldre. Hun synes likevel det er litt rart at det er så få som er oppegående og som det er mulig å ha sosial omgang med.

## **Erfaringer med bygget**

**Beliggenhet:** Noen få av beboerne går over til kjøpesenteret rett over gaten. Beboerne gir uttrykk for at det er greit å kunne ordne ting selv. Beliggenheten gir positivt utslag i pårørendeundersøkelsen; de opplever det som lett og attraktivt å komme på besøk.

En ansatt uttrykker imidlertid at det oppleves som om storbyen er litt for tilgjengelig for enkelte. Og forklarer at det er litt for nært polet.

**Anlegget:** Personalet er ganske fornøyd med anlegget, men synes bygget er stort, store leiligheter gir nødvendigvis lange avstander. Plassering av fellesrom i enden oppleves også som upraktisk. Personalet benytter sparkesykkel pga de store avstander. Det er en del bærende søyler i korridoren; disse er problematiske for svaksynte. De har måttet reparere på dette i ettertid med ekstra merking av søylene.

**Leilighetene:** Leilighetene oppleves av ansatte som praktiske, er passe store, og de er lette å rengjøre. Men de påpeker også ting som kunne vært bedre. Det kunne vært bredere dører mellom bad og soverom. Også bredere soverom, slik at sengen kan stå med

hodeenden inn mot veggen. På badet er det ønskelig med mer plass mellom vegg og toalett. Det er lite plass til å sette fra seg ting. Vasken skrå og ting sklir ned. Avløpet i plast under vasken sklir lett av. Dusjforhenget er i veien ved dusjing.

Det er ønskelig med skuffer i underskap på kjøkken. Beboer påpeker at kjøleskapet står lavt (hybelkjøleskap) og vanskelig å nå.

**Fellesrom:** Noen av de ansatte mener at stua er litt for stor, kald og upersonlig. Kjøkkenet er greit. Ventilasjonskanalene er dominerende både på kjøkkenet og på stua. Personalet opplever at det er lite felles lagerplass. Et rom innenfor kjøkkenet har blitt lager. Det mangler bod areal til oppbevaring av felles varer. Terskler gjør det vanskelig å passere med rullestol/gåstol ut på terrassen. Terrassen har også tett rekkverk. De som sitter i rullestol, kan derfor ikke se ut fra stua. Fellesareal (stue og kjøkken) blir lånt ut til bursdagsfeiring, minnesamvær osv. Det fungerer godt.

**Uteareal:** Alle leilighetene har en liten terrasse. I tillegg er det en større terrasse med utgang fra fellesstua. I 2 etasje er det en stor takterrasse som blir mye benyttet om sommeren, spesielt av dem som bor i 2.etg. Denne fungerer som møteplass for hele blokka.

**Tjenesteyters areal:** Garderobeskapene oppleves av noen som for små.

## **Erfaringer med tjenestetilbudet**

### **Sammensetning av beboerne:**

Beboergruppen er relativt blandet. Ansatte opplever at stedet ikke er egnet for demente; de lange gangene og plassering av fellesrommet bidrar til dette. Dette blir det nå tatt hensyn til når man skal finne fram til hvilke beboere som skal flytte inn. Beboerne er gruppert i mindre enheter ut fra type funksjonshemming.

### **Sammensetning av bemanning:**

Pleiepersonalet er tverrfaglig sammensatt. Foruten pleiepersonell er det tilsatt miljøarbeider og aktivtør. Personalet jobber i stor grad tverrfaglig. Det betyr at utøverne har lite fagspesifikke oppgaver. Aktivtøren har hovedansvar for aktivitet, men bidrar også i stellet. Sykepleierne er fritatt for rengjøring, men deltar ellers på lik linje med resten av pleiepersonalet. I det daglige drar de nytte av hverandres kompetanse. Sykepleieren vi snakket med sa det slik: *"Jeg kan minst om psykisk utviklingshemmede, men vi har flere vernepleiere."*

Thranesgate er et av de få stedene i vårt materiale hvor bestiller/utførermodellen ser ut til å fungere etter intensjonen.



Ansatte gir inntrykk av at de opplever at mer hjelpebehov medfører mer ressurser. I pårørendeundersøkelsen slår Thranesgate positivt ut i forhold til at pårørende føler seg trygge på at de får den hjelpen de trenger.

Virksomhetsleder sier at enkelte ansatte opplever renhold som problematisk, men at hun har inntrykk av at det likevel er en attraktiv arbeidsplass. Noen ansatte valgte å slutte i starten fordi de savnet legevisitt og skyllerom. De som er igjen, gir uttrykk for at de trives. En av de ansatte gir likevel uttrykk for at bemanningen ikke er tilstrekkelig hvis det er mange beboere som er syke.

**Legetjeneste:** Bofellesskapet har ingen tilsynslege. Beboerne har sin fastlege som de føler seg trygg på. Ordningen kan medføre merarbeid og større ansvar for de ansatte, men oppleves allikevel som positiv. Sykepleieren vi snakket med oppsummerte erfaringene slik: *"Spennende å ikke ha tilsynslege. Det gjør det faglig mer utfordrende!"* Andre av de ansatte opplever fastlegetilbudet som tungvindt.

#### **Organisering og fordeling av daglig arbeid:**

Erfaringer fra Thranesgate viser at det går an å samle ulike beboergrupper under samme tak, og utnytte personellressurser på tvers med vellykket resultat. De ansatte jobber etter en team-modell, og er inndelt i A-team og B-team. Det ene teamet har ansvar for beboere med psykiske lidelser og beboere med psykisk utviklingshemming, mens det andre teamet har ansvar for de eldre. Samtidig er det en viss fleksibilitet mellom teamene; teamene kan be hverandre om hjelp ved behov. En slik teaminndeling gjør at de ansatte kan velge det området de er mest interessert i og oppdatere seg faglig i forhold til interesseområde. Personalet fikk i utgangspunktet velge hvor de ville jobbe. Hvis de er lei og har behov for endring, kan de skifte team.

Pleiepersonalet tar seg av hjelp til beboerne. Hver ansatt har en arbeidsliste som viser faste gjøremål. Dette fordeler arbeidsbelastningen. Miljøarbeider og pleiepersonalet rydder bort, tar oppvasken og setter fram til middag. Det er egen renholdstjeneste som gjør renhold i fellesarealene. Aktivitøren har spesielt ansvar for trivselstiltak. Pleiepersonalet synes at arbeidsfordelingen fungerer greit.

Alle beboere har sin primærkontakt. Primærkontakten har blant annet ansvar for bestilling av varer til den enkelte beboer og kontakt med pårørende.

**Måltider, vask osv:** Beboerne kan velge abonnement som inkluderer alle måltider eller bare noen. Kommunestyret vedtar takster for betaling. Noen beboere går i kantina i 1. etg., de fleste velger å få maten servert inne i fellesarealene. Personalet og

beboere spiser sammen og dette anses som et viktig sosialt tiltak. Maten settes fram på bordet slik at alle kan forsyne seg med det de vil. Dette mener personale bidrar til valgfrihet og opplevelse av mestring. Ca 80 prosent av beboerne spiser selv. Noen av beboerne må ha hjelp til å smøre mat og dele opp maten i biter, men personalet er også da bevisst på å legge til rette slik at beboerne kan klare mest mulig selv.

**Aktivitet og trivsel:** Det meste av aktivitets- og trivselstiltak er knyttet opp mot måltidene. På lørdager og i høytider tar personalet penger fra en miljøkasse og lager til noe ekstra godt. Bortsett fra aktiviteten, er det ingen av pleiepersonalet som har spesielt ansvar for aktivitetstiltak. De ansatte framhever aktiviteten og to andre "ildsjeler" som viktige igangsettere, men de vi snakket med ga samtidig uttrykk for at aktivisering og trivselstiltak er en del av alles ansvarsområde.

Pleiepersonalet følger dem som ikke klarer å ta seg fram på egen hånd hvis noen ønsker delta på arrangementer i kafeen og på andre trivselstiltak som aktiviteten setter i verk (turer og bingo). I motsetning til enkelte andre steder med fellesareal, oppholder beboerne seg mesteparten av tiden i egen leilighet. Samtidig påpeker personalet at ensomhet er den store utfordringen ved å flytte i omsorgsbolig. Personalet har noe tid til samvær med beboerne på kvelden. Noen oppegående beboer mener at de fleste beboerne synes å oppholde seg i leilighetene sine. Det er svært stille i gangene; en av beboerne som er intervjuet opplever det som for stille.

Beboerne er lite ute, bl.a. fordi det er for lite bemanning til å følge med ut. De var mer ute før. Det trengs ekstrahjelp til dette. Frivillighetssentralen og pårørende tar innimellom beboere ut på tur.

**Kompetanse og fagutvikling:** Personalet var tilsatt før de visste hvilke brukergrupper som skulle bo i bofellesskapet. Personalet har derfor måttet tilegne seg adekvat kompetanse i ettertid. Det har vært spesiell fokus på å bygge opp psykiatrisk kompetanse. Virksomhetsleder forteller at dette teamet har gjort en kjempejobb. Personalet ser symptomer, og samarbeider med fastlegen. Manisk depressive pasienter klarer å være her, de har fått ro, og kan fungere med mindre medisiner, forteller hun.

Pleiepersonalet vi snakket med var imidlertid ikke like entusiastisk på dette området. Vi spurte en av informantene om muligheter for faglig oppdatering og fikk følgende svar: *"Ikke så voldsomt på det området."* Informanten sier at det har vært kurser i medisinhåndtering og terminalpleie, men kommer ikke på faglig oppdatering ut over det. I starten hadde de regelmessige sykepleiermøter, men dette har i følge informanten sklidd ut. I stedet

er det felles personalmøte for begge teamene en gang hver måned, og teammøter holdes også en gang i måneden.

### **Samarbeid internt og eksternt:**

Som nevnt tidligere, er det godt samarbeid mellom teamene på driftenheten. Teamene avlaster hverandre når det er såkalte "topper". At samarbeidet kan være personavhengig, viser en uttalelse fra en informant: *"Det går greit å få hjelp hvis man bare spør den rette."*

Eksternt er det innledet samarbeid med frivillighetssentralen som tar med enkelte beboere ut. Det foretas hjemmebesøk til alle beboere og pårørende ved innflytting, hvor det informeres om tilbudet. Alle skal derfor i utgangspunktet være informert om hva de flytter til. Personalet inviterer deretter til en inntakssamtale, men de har ikke jevnlig møter ut over dette. Sykepleieren vi snakket med, opplevde at det er rom for å ta med pårørende og tilpasse seg pårørendes ønsker når de pårørende viser initiativ, men det er et faktum at enkelte pårørende fraskriver seg ansvar når deres familiemedlem flytter inn.

Ansatte forteller at det er mest ektefeller, barn og barnebarn som kommer på besøk. Venner kommer sjeldnere. De fleste som kommer på besøk, er inne i boligen, men noen få tar med sine på byen. Enkelte pårørende er viktige miljøskapere. En av informantene forteller om pårørende til en beboer som inviterer alle beboere og ansatte til kaffe hver søndag.

**Hjelpemidler:** Ansatte opplever det som svært positivt at boligene pr. definisjon er boliger og derfor får tilgang til de hjelpemidler som trengs. Mange har tempurmadrass. Det er også lett å få reparert utstyr. Dette betegnes av en ansatt som "et eventyr".

### **Omsorg livet ut:**

Informanten opplever å kunne gi et verdig tilbud ved livets slutt. Hun opplever at pårørende sier at de har satt pris på respekten som blir vist. Informanten framhever viktigheten av at den døende skal føle seg trygg. De opplever at de har dyktige sykepleiere som er flinke til å samarbeider med fastlegen i forhold til behandling og smertelindring. En av de ansatte mener det burde vært bedre tilrettelagt for denne fasen og sikter da spesielt til skyllerom. Leder og flere andre understreker imidlertid at det er fullt ut mulig å gi god omsorg ved livets slutt uten verken skyllerom eller medisinerom.

### **Viktige erfaringer med Thranesgate:**

Bestiller-utfører modellen ser ut til å fungere, ansatte opplever å få mer hjelp hvis det trengs. I pårørendeundersøkelsen framgår det at pårørende føler at de er trygge på at beboeren får nok hjelp.

Sentral beliggenhet en kvalitet for noen, men relativt få. Begrenset tilgang på uteareal og/eller noen til å følge ut gir mye inneliv.

Fastlegeordningen gir mer medisinsk ansvar på sykepleier som mener dette er en positiv utfordring.

God erfaring med husmor/miljøarbeider som ordner og legger til rette blant annet til måltidene i bogruppen. Hun oppleves som viktig for miljø og trivsel.

Teammodell og organisering av arbeidet som virker både strukturert og smidig.

## 5.7 Sykkylven



*Situasjonsplan Sykkylven*

### Beskrivelse av bygget

**Eier:** Sykkylven kommune

**Arkitekt:** Arkitektkontoret JoB AS

**Tatt i bruk:** 2004

**Beliggenhet:** Anlegget ligger samlet på en liten høyde relativt sentralt i Sykkylven. Boligtilbudet er samlokalisert med ulike boligtilbud, kafe og lokaler for hjemmetjenesten.

Anlegget består av totalt 64 boenheter, 4 akuttrom, dagsenter og kafé. I kaféen kan både besøkende og beboere få kjøpt middag, samt kaffe, kaker o.a. Kommunenes legevaktsentral og trygghetsalarm er plassert i anlegget. De tilsatte i hjemmebasert omsorg har sin base i anleggets underetasje. Her holder også Hjelpemiddelsentralen med sitt lager til. I tillegg er frisør, fotpleie og treningscenter tilknyttet anlegget. Deler av anlegget er bygd om fra eksisterende sykehjem.

Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone



*Deler av planløsning 1.etasje, bofellesskap ombygd del*



*Deler av planløsning 1.etasje, bofellesskap ny del*



**Boenhetene:** Boligenhetene består av både serviceleiligheter og boliger i bofellesskap.

**BUAS serviceleiligheter:** Til sammen 16 i 2-romsleiligheter på 55 m<sup>2</sup>. De består av stue/kjøkken, soverom og har livsløpsstandard.

**BUAS bofellesskap:** 7 nye bofellesskap med til sammen 48 leiligheter. Leilighetene er på ca. 40 m<sup>2</sup>, og inneholder soverom, bad og kombinert kjøkken og stue. Alle leilighetene har egen bod og egen veranda.



Trygdeboligene er også en sammenbygd del av anlegget, fra slutten av 70 tallet. Der er det 28 leiligheter med felles oppholdsrom. Disse inngår ikke i undersøkelsen.

Sykkylven BUAS har også 4 *akuttrom* som skal stå klare til benyttelse ved spesielle behov (avlastning osv.)

**Fellesareal:** Serviceleilighetene har tilgang til fellesareal i kafe og også en liten stuekrok som brukes til daglig opphold. I bofellesskapene deler 7 boenheter felles stue og kjøkken. Felles stue og kjøkken i fellesskapet utgjør 13 m<sup>2</sup> pr. beboer.

**Uteareal:** Utearealet er under opparbeiding. Hver leilighet har egen balkong. Ikke avskjermede uteareal.

## Beskrivelse av beboergruppen

Beboergruppen består hovedsakelig av eldre med stort hjelpebehov. De har fått plass enten fordi de generelt er gamle og skrøpelige eller fordi de er slagrammet eller demente. Beboerne er inndelt i bogrupper med fellesareal. Det tas ikke spesielle hensyn til hvem som passer sammen; ved innflytting blir nye beboere plassert der det er en ledig leilighet.

Mange av dem som nå bor i omsorgsboligene, bodde tidligere på sykehjemmet. Sykehjemmet har gradvis blitt omgjort til omsorgsboligtilbud. Tilbudet skal altså delvis erstatte sykehjemmet. For å gjøre dette smidig, har man gjort det frivillig om tilbudet skal defineres som boligtilbud eller institusjonstilbud.

Antall beboere: Da noen deler en to roms bolig og noen ektepar bor i boligene, varierer antallet beboere noe. Det var 51 beboere på det tidspunktet vi foretok pårørende undersøkelsen. (Hanne: Torunn har 41, jeg har flere. Men det blir uansett færre enn det som antydes i starten. Er serviceboligene med?)

## Beskrivelse av tjenestetilbudet

**Bemanning:** Det oppgis at pleiefaktoren ble endret fra 0,8 til 0,5 ved omleggingen. Men enkeltvedtak ligger til grunn for tildeling av hjelpen. Personalet/leder er opptatt av at vedtakene skal oppgraderes ofte. Beboerne har tilsyn om natten bare dersom de har enkeltvedtak om dette. Arbeidsoppgavene til de ansatte er endret (i forhold til da stedet var sykehjem). De må nå også vaske gulv og klær. Personalet har 6 uker på de samme beboerne, så roterer de.

Beboerne kan velge mellom 3 tilbud på vask:

- Hjemmehjelpen vasker rom og klær med beboerens egen vaskemaskin.

- Klær vaskes på kommunens sentralvaskeri
- Sengetøypakke: Leie av sengetøy og håndklær for kr. 350 per mnd. Mest egnet for storforbrukere av sengetøy

Det er en vaktmester tilknyttet hjemmetjenestene. Han ordner mye med hjelpemidler. Beboerne kan kjøpe tjenester av vaktmesteren, men han gjør også mye gratis. Han kjører ut mat for hjemmetjenesten. Vaktmesteren selger også tjenester til drift av senteret.

**Samarbeid med andre tjenester:** Seviceboligene ligger under et annen sone og får dermed hjemmetjenester derifra. De ulike sonene av hjemmetjenesten samarbeider på natt.

**Bemanning:** Bofelleskapene har fast personale, også disse organisert under hjemmetjenesten.  
2 dagvakter og 2 kveldsvakter på grupper av 7 beboere.  
Man har 3 nattevakter som har ansvar for hele pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, de skal dekke alle de 3 sonene.

**Bokostnader:** Husleien utgjør kr 3600 i liten omsorgsbolig, kr 4900 i stor omsorgsbolig og kr 4750 i bofellesskapet. Eventuell bostøtte gjennom Husbanken betales direkte til den enkelte søker. Fullt abonnement på kost (tørre mat og middag) koster kr 110 per dag. De fleste beboerne har valgt å tegne et slikt abonnement. Egenandel for hjemmetjenester utgjør kr 150-175 per mnd.

**Måltider:** Beboerne i bofellesskapene spiser stort sett samlet, men har også mulighet til å velge å spise i egen leilighet. Mange har behov for hjelp til spising. Pleieren sender bestilling på mat til institusjonskjøkkenet. Beboerne betaler selv all mat. De kan også benytte kafeteriaen. På den ene avdelingen smører nesten alle beboerne maten selv, på de to andre smører personalet maten og lager ferdig brett til beboeren.

**Omsorgsfilosofi:** Ambisjonene er å tilby hjemmebaserte tjenester og å bygge ned institusjonstjenestene. Ledelsen har ønsket om å aktivisere beboerne og gi beboerne et privatliv. Beboerne skal selv kunne bestemme når de vil ha besøk. De skal fortsatt være del av sin familie. Pårørende kan overnatte og være tilstede når livet nærmer seg slutten.

**Samarbeid med pårørende:** Ikke satt i system.

**Legetjeneste:** Bofellesskapene benytter beboernes fastlege.

**Fysio-/ergoterapi:** Beboere i bofellesskapene kan bruke kommunens fysioterapeut. Hun bruker da et rom i senteret til trening.



**Hjelpemidler:** Lett å få hjelpemidler til hver enkelt.

**Fellesskap/aktivisering:** Det finnes et dagsenter beregnet for dem som ikke bor på senteret, men en del av beboerne kommer likevel hit fordi de gjorde det før de flyttet hit. Det finnes også et lite dagsenter for demente, men det er ennå ikke tatt i bruk. Det påpekes også viktigheten av å ha mer "normale" sevicetilbud i nærheten, som f.eks. en kafeteria. Pårørende kan ta med beboeren dit.

**Bolig ved livets slutt:** Siden dette delvis erstatter sykehjemmet, sier det seg selv at det er tilrettelagt for å bo livet ut.

## **Beboernes erfaringer med bo og tjenestetilbudet**

### **Beboer 1:**

"Jeg ble nødt til å flytte hit fordi jeg ble så dårlig til bens. Jeg må ha hjelp til det meste siden jeg sitter i rullestol. Men det er jo en fin leilighet, passe stor. Her har jeg det fint og fredelig, kan sitte og høre på radio til langt utover natten. Og så er utsikten så flott. Det er fint at jeg nå slipper å dele rom med en annen. Han var så urolig, banket i veggen hver natt. Skal man først flytte til et slikt sted, kunne jeg ikke hatt det bedre. Jeg får hjelp til det jeg trenger, de serverer all maten og ordner det som trengs. Og så er det jo fint at jeg har familien i nærheten; barnebarna kommer ofte på besøk."

### **Beboer 2:**

"Her trives jeg godt. Jeg får hjelp når jeg trenger det, alle er greie. Og det er fint å ha to rom. Skjønt kjøkken hadde jeg ikke trengt. Når jeg får besøk, går vi heller på kaféen. Men jeg skulle gjerne vært litt mer ute; det er bare når familien kommer på besøk at jeg kommer meg ut."

**Pårørendeundersøkelsen:** Det kan tyde på at ansvarfordelingen mellom pårørende og ansatte oppfattes som uklar. Pårørende gir uttrykk for usikkerhet knyttet til hva som forventes av dem. 20 prosent sier de sjelden eller aldri treffer personalet. Like mange mener at de har mye informasjon som kunne vært nyttig for dem. Dette anlegget er det av våre case der pårørendes tro på sykehjemmet som et bedre tilbud, er størst (20 prosent). Det er også usikkerhet knyttet til om man får et godt nok tilbud.

## **Erfaringer med bygget**

**Beliggenhet:** Vi merker her samme tendens som ellers i samfunnet. De eldre vil til sentrum. Bygget har en sentral beliggenhet og det etterspørres.

**Anlegget:** Informanten mener utsikten ikke er utnyttet. Mange steder ser man rett inn i murvegger, dette oppleves som dårlig.

Pleiepersonalet opplever at bygget er vanskelig å orientere seg i, og at det er lett å gå seg vill. De vurderer arealbruken i forhold til egen arbeidssituasjon og sier at det blir store areal og lange avstander, noe som betyr mye springing for dem.



**Leilighetene:** Ansatte synes det er positivt med enerom, men unødvendig med så store rom. Det blir store areal å holde orden på. De mener beboerne ikke har behov for kjøkken og stue, da de ofte sitter på fellesstua, også når de har besøk. De bruker ikke leilighetene. Samtidig påpekes det av noen at de har fått tilbakemelding fra pårørende om at de setter spesielt pris på å kunne få være i en leilighet med egne møbler og personlige ting i livets slutfase.

Ca halvparten av pårørende i pårørendeundersøkelsen sier de bruker kjøkkenet av og til eller ofte. Mange sier også at de hjelper en del til. De aller fleste i pårørendeundersøkelsen gir uttrykk for at boligen oppleves som et hjem.

**Fellesareal:** Ansatte mener at beboerne ønsker fellesskapet og tilbringer det meste av tiden der. Ingen av beboerne går i kafeen på egen hånd. Pårørende tar dem med dit av og til. Fellestua blir mest brukt. (Hanne: Nettopp sagt.) Mange reagerer på at fellesstuene på avdelingene A og B er mørke; Lite dagslys.

**Tjenesteyters areal:** Pleiepersonalet gir uttrykk for at de ønsker flere skyllerom med determinator,<sup>9</sup> av hygieniske grunner. De forklarer dette med at flere av beboerne bruker urinflaske/bekken om natta. Enkelte blir også vasket i senga, og vaskefat da må rengjøres og steriliseres.

**Uteareal:** Beboerne sitter helst ute på balkongen. Ellers er de ute når pårørende tar dem med.

**Annet:** Tanken med å bygge sammen de ulike boligtilbudene var å trekke veksler på de ulike tilbudene. I dagsenteret samles daglig ca. 15 personer. Dette opplever de som vellykket.

**Erfaring med bygging og planlegging:** Rådmannen fortalte at utbyggingen hadde vært en lang prosess. Og ambisjonene økte underveis i prosessen. Den startet med stortingsmeldingen som sa at de skulle gå fra flersengsrom til ensengsrom. Første vedtak i kommunestyret på utbygging var på kr. 16,6 mill. Etter hvert ble det større ambisjoner og mer omfattende nybygging. Totalt har ombyggingen kostet 130 – 140 mill. kroner.

<sup>9</sup> Determinator brukes til sterilisering av utstyr (bekken etc.).

Et arkitektfirma ble engasjert og diskusjonen ble mer intens innad i kommunen rundt følgende spørsmål: *"Hvordan vil vi ha det, hvordan vil neste generasjon ha det?"* Diskusjon endte opp med svaret: *"Man skulle få bo i en bolig hvor de kunne bo livet ut."*

Det ble forklart at det var behov for mer plass. Rommene de hadde var så små at det knapt nok var plass til å sette seg ned. Økonomi i forhold til drift var også vesentlig i planleggingen. Filosofien var å bygge sammen de ulike boligtilbudene. Ombyggingen ble annerledes enn man først hadde planlagt, men rådmann og pleie- og omsorgsleder er fornøyd med resultatet.

### **Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet**

Sykkylven er i en særstilling i denne undersøkelsen da vi møtte en engasjert rådmann som snakket varmt om historikken og ideologien bak kommunens tilbud.

**Pårørende:** Ingen av de ansatte har spesielt ansvar for oppfølging av pårørende. Pleiepersonalet opplever at det er store variasjoner i forhold til hvor mye pårørende er på besøk og hvor mye pårørende deltar. Informanten sier det slik: *"Det tok litt tid før pårørende skjønnte arbeidsfordelingen, hva personalet skal gjøre og hva de som pårørende skal gjøre."*

**Filosofi:** Pleie- og omsorgsleder har en tydelig filosofi for driften: *"Hjemmebasert, ikke institusjon."* Hun legger til at beboerne har *"Rett på privatliv, det å kunne låse døra."* Beboerne er leietakere og har rett til et privatliv, og de har rett til å bestemme når de vil ha besøk. De er og skal fortsatt være en del av sin familie. Det betyr at de skal få ta imot besøk når de vil, at besøkende kan overnatte og være nær også når livet nærmer seg slutten. De skal kunne være sammen som familie med egne møbler og bilder rundt seg i livets slutfase.

Rådmannen forteller at de ønsket større mulighet til å aktivisere beboerne ut fra den restfunksjon hver enkelt har. Aktivisering av beboerne skal skje i en naturlig setting med de daglige aktiviteter som utgangspunkt. *"Ethvert gjøremål om dagen er en aktivitet. Også det å smøre mat og spise er en aktivitet."*

På institusjonsplassene skal det kun være korttidsopphold. Unntaket er de 13 plassene for demente..

### **Motstand mot filosofien:**

Filosofien som innebærer en overgang fra institusjonsplasser til boligløsninger, har møtt motstand både hos beboere, pårørende, leger og pleiepersonalet.

For både beboere og pårørende har det vært en fremmed tanke å skulle betale for husleie og all hjelp. Det er spesielt ideen om at institusjonsplasser skal være korttidsplasser som har skapt protester hos pårørende. Ledelsen har lagt vekt på informasjon. *"Når de pårørende forstår at det ikke er arealet, men vedtaket som bestemmer hvilken hjelp de får, så går det bra",* sier pleie- og omsorgsleder.

Legene var heller ikke med på den nye ideologien. De brukte sin makt ved å nekte å skrive ut pasienter som var på institusjon.

Det har også vist seg vanskelig å få alle medarbeiderne med på ideologien. Enkelte av personalet som har jobbet lenge i institusjon, driver en stille boikott. *"Noen har ennå på håndbrekket."* Institusjonstankegangen er sterk. Det er vedtatt at leietakerne ikke skal ha tilsyn om natta hvis det ikke er vedtak på dette, men enkelte gjør det allikevel. Ledelsen sliter med dem som er imot og som de kaller "institusjonstenkerne". De mener at det handler om at personale vil *gjøre for noen* i stedet for *å gjøre det sammen med beboeren*.

Underveis og i tiden etter omleggingen har ledelsen samarbeidet tett med andre kommuner. Det kan se ut som om pleiepersonalet i liten grad har deltatt i prosessen, og at de således ikke har noe eierforhold til ideologien. Pleie- og omsorgsleder forteller at de har jobbet noe med holdninger, men at de nok har gjort for lite. Denne antagelsen blir bekreftet i samtale med pleiepersonalet. Den ene hjelpepleieren vi snakket med opplever ikke at det er jobbet med holdninger. Hun gir uttrykk for at omstillingen *kom* brått på. Hun forteller samtidig at omstillingen nok har vært lettere for den delen av personalet som kom fra hjemmetjenesten. En ansatt uttrykker det slik: *"Ute klarer vi jo ikke å ha kontroll hele tiden likevel."*

**Fagutvikling og kompetanse:** Det er god rekruttering til sykepleierstillingene, noe som ledelsen tror først og fremst har sammenheng med at det er vanskelig å få fast stilling på sykehuset.

En av hjelpepleierne sier at faglig oppdatering ikke er satt i system. Det er et *"kurs i ny og ned som en kan søke på"*, sier informanten. Forholdene er lagt til rette for fagutvikling med faste personalmøter en gang i måneden, hvor de som har fri får betalt for å møte. Møtene blir bare i liten grad brukt til faglige diskusjoner og faglig påfyll. Det er *"alltid noe som bør tas opp"*, sier informanten.

**Samlokalisering av tjenester:** Pleie- og omsorgstjenesten er i stor grad samlokalisert. Tilbudet består av dagsenter, kafe, serviceleiligheter, bofellesskap, institusjonsplasser og noen få akuttrom. Legevaktsentral og trygghetsalarm er plassert i samme bygningskompleks, og hjemmebasert omsorg har sin base i

underetasjen. Her holder også hjelpemiddelsentralen til med sitt lager. Ergo- og fysioterapitjenester er ikke tilknyttet huset.

**Bemanning:** Ved at omsorgsboligene er en del av hjemmetjenesten og dermed basert på enkeltvedtak, mener ledelsen at de klarer å gi et tilbud som er mer tilpasset den enkelte beboer. I tillegg gikk pleiefaktoren i gjennomsnitt ned ved overgang fra sykehjem til omsorgsbolig. (Hanne: Pleiefaktoren, dvs. bemanningen gikk ned, men gikk omsorgsbehovet ned dersom det i hovedsak er de samme personene?) Enkeltvedtak skulle tilsi at systemet ble fleksibelt, og at ressursene justeres etter beboernes hjelpebehov. Pleiepersonalet opplever imidlertid at tunge brukere ikke er nok til å utløse flere ressurser, men kan samtidig fortelle at det leies inn ekstra hjelp ved behov (terminale beboere, uro, og hvis det er akutt sykdom hvor beboeren ikke overflyttes til sykehus). Det er fast ekstrabemanning de to dagene i uka hvor det er "tømmingsdager"<sup>10</sup> og når leiligheter skal rundvaskes.

Pleiepersonalet opplever at de stadig blir pålagt flere arbeidsoppgaver uten at bemanningen øker. *"Det er til tider hektisk, og det må ikke skje noe ekstra"*, sier en av informantene. De opplever seg skviset, og opplever daglig å ikke strekke til. Pleiepersonalet mener at dette er et tilbud på minimumsnivå, og at de innenfor dagens bemanning kun kan gjøre det som er absolutt nødvendig. En hjelpepleier vi snakket med, sier det slik: *"Beboerne og pårørende er klar over at ressursene er som de er, og klager ikke. Alle sier at vi er så flinke, at alt er så bra, men samtidig så føler jeg at vi skulle gjort så mye mer."* I pårørende undersøkelsen kommer det frem at bare ca 50 prosent av dem som svarer, opplever at de får et tilstrekkelig tilbud. Dette er imidlertid ett av de casene som kommer laveste ut på dette spørsmålet.

Innenfor dagens bemanning opplever ledelsen ikke å ha lyktes med målsettingen om å bevare restfunksjoner. Pleie- og omsorgsleder innrømmer at *"funksjonsevnen faller drastisk ved innkomst"*. Den ene hjelpepleieren vi snakket med sier at spesielt demente taper seg fort. Det blir ikke tid til å stimulere dem, sier hun. Det er vanskelig å si om minimumstilbudet kun skyldes mangel på ressurser alene, eller om det også kan handle om mangel på nytenkning hos personalet. Den samme hjelpepleieren trakk fram skjermet enhet som et forbilde. *"Der har du mer ressurser i form av folk, men der råder også en annen mentalitet"*, sier informanten. *"Dette viser seg når personalet fra skjermet flyttes over til andre soner, de blir en ressurs fordi de har med seg en annen mentalitet, og ser andre muligheter."*

**Organisering:** Personalet er inndelt i soner hvor de betjener et bofellesskap med 7 beboere. De ansatte rullerer, og er 12 uker i

<sup>10</sup> "Tømmingsdager" er faste dager hvor alle beboerne får avføringsmiddel slik at de har et system på at alle har avføring.

hver sone. Rulleringen fører til at personalet blir kjent og kan jobbe over alt. Men det betyr at personalet skifter og at pårørende og beboere må forholde seg til nye hjelpere. Pleiepersonalet opplever at systemet med rulling har både positive og negative sider. En av hjelpeleierne vi snakket med sa det slik: *"Noen mener at beboerne blir forvirret. Jeg føler ikke dette. Mange kjenner meg fra tidligere. Noen er jo forvirret uansett. Jeg føler at noen er glade for rulleringen. Dette handler om relasjoner, det er ikke alle man har et like godt forhold til. Noen får man tilbake, mens andre blir man kvitt."*

Sykkylven har ikke innført primærpleie, noe en av informantene mener er et minus. Den daglige fordelingen av arbeidsoppgaver foregår ikke etter et fast system; personalet som har vakt fordeler beboerne seg imellom.

På natt er det lagt opp til at gruppene skal samarbeide. Det er 3 nattevakter i hele pleie- og omsorgssektoren som skal betjene tre distrikt (distrikt 1 og 2 er ute på bygda, og distrikt 1 er inne). Den ene informanten vi snakket med hadde tidligere jobbet på natt, men fikk problemer med søvn og er nå sykmeldt fra nattarbeid. Hun opplevde nattarbeid negativt: *"1 nattevakt på 90 - 100 brukere. Det kan være rolig nattevakt, men også utrolig travelt. Er det rolig, lurer vi på om noe er galt med alarmene. Alarmsystemet skaper utrygghet, fordi det ikke fungerer godt nok."*

Vi spurte om hva som var negativt på natt og fikk følgende svar:

- Utrygghet i forhold til hvem som kan komme inn i bygget
- De som jobber på dag har de samme forventninger til hva vi skal gjøre som da vi hadde ansvar for 13 beboere
- Vandrere kan komme seg ut
- Mye tråkk da det er store arealer
- Alarmsystemet fungerer ikke godt nok

**Mat/vask osv.** Maten serveres i fellesstua. Beboerne sitter sammen og spiser. Med unntak av skjermet enhet er det ingen rutiner på at personalet skal spise sammen med beboerne. På den ene avdelingen smører nesten alle beboerne maten selv, på de to andre avdelingene smører personalet maten og lager ferdig brett til beboeren. Beboerne blir av og til spurt om ønsker. Pleiepersonalet innrømmer at det er lett å komme i vaner fordi beboerne som oftest vil ha det de er vant til. *"Det blir mye syltetøy"*, sier informanten. Kantina blir bare benyttet hvis beboerne har besøk.

Alle arbeidsoppgaver oppleves ikke like meningsfylte. Det handler til en viss grad om bruk av ressurser, men det handler nok også om hva den enkelte liker og ikke liker av arbeidsoppgaver. Den ene informanten sier det slik: *"Vi bruker tid på mat, oppvask, vask av klær og leilighet, oppgaver som andre like gjerne kunne ha gjort."* Samtidig ser informanten fordelen av å vaske klærne fordi de da har

kontroll over klærne. *"Problemet er ikke at det er upraktisk å ha ansvaret for disse oppgavene, problemet er at vi ikke har fått tid avsatt, klesvask er greit, men maten..."* Den andre informanten sier at det har vært en omstilling, men at hun omsider har vent seg til å ha ansvar for maten, og at hun nå til og med liker den oppgaven. Hun opplever det tyngre å ha ansvar for vask av leilighetene. Hun ønsker egne vaskere.

**Samarbeid med pårørende:** Samarbeidet med pårørende er ikke satt i system. Ingen av pleiepersonalet har dette som sitt ansvarsområde. Pleiepersonalet vi snakket med er usikker på det finnes en egen forening for pårørende.

Pleiepersonalet opplever at det er store variasjoner i forhold til hvor mye pårørende er på besøk og i hvilken grad de deltar. Enkelte er slitne av omsorgsoppgaver, og synes det er godt å slippe. Sett fra pleiepersonalets side er systemet med at pårørende skal ha ansvar for innkjøp til stell og vask av leilighet tungrodd, og personalet bruker mye tid på å få pårørende til å skaffe tilveie utstyr. Kommunikasjonen foregår ved hjelp av en kommunikasjonsbok hvor pårørende og personalet skriver beskjeder til hverandre. *"Det er vanskelig å få dem til å ta ansvar blant annet i forhold til å sørge for toalettpapir, vaskemidler osv. De kommer med f. eks. 3 ruller dopapir, og det holder jo ikke i forhold til forbruket her."*

Det er stort sett underholdning hver helg inne på kafeteriaen. Den ene informanten vi snakket med så det som pårørendes ansvar å ta med sine. Hun var lite informert om hva som fantes av underholdning og vi tolket det slik at hun hadde definert bort dette som sitt ansvarsområde. Den andre informanten åpnet for at personalet også kunne følge beboere hvis det var behov. *"Enkelte beboere er også i stand til å ta med andre"*, sier hun.

Ansatte gir uttrykk for at de tror det er lettere for pårørende å komme på besøk når beboeren har egen leilighet. Enkelte har besøk hver dag, for eksempel av barnebarn. Barnebarnet kan da komme og se på TV hos bestemor.

**Hygiene:** Informanten vi snakket med sammenligner med hjemmetjenesten og mener at hygien er dårligere inne (definer inne). *"På trygdeboligene er det ingenting å hjelpe seg med. Diareer florerer. Hjemme i husene er det også lite hjelpemidler, men der har vi med sprit i bilen til håndvask"*, sier informantene.

### **Viktige erfaringer fra Sykkylven:**

Store sammenbygde anlegg med flere typer tilbud kan virke som det gir beboerne valgfrihet i forhold til grad av felleskap. Noen kan bruke kafeteriaen, mens andre spiser i bogruppa.

Reelle endringer i forhold til drift krever omstilling og opplæring. Det kan virke som om dette arbeidet fremdeles pågår i Sykkylven. Å definere noe som boliger er ikke nok. Rester fra institusjonsdrift (tømmedager, brettservering osv.).

Det er gjort til beboerens valg om han/hun vil ha et tilbud definert som bolig eller som institusjonsplass. Som følge av valget gir dette ulike betalingsordninger.

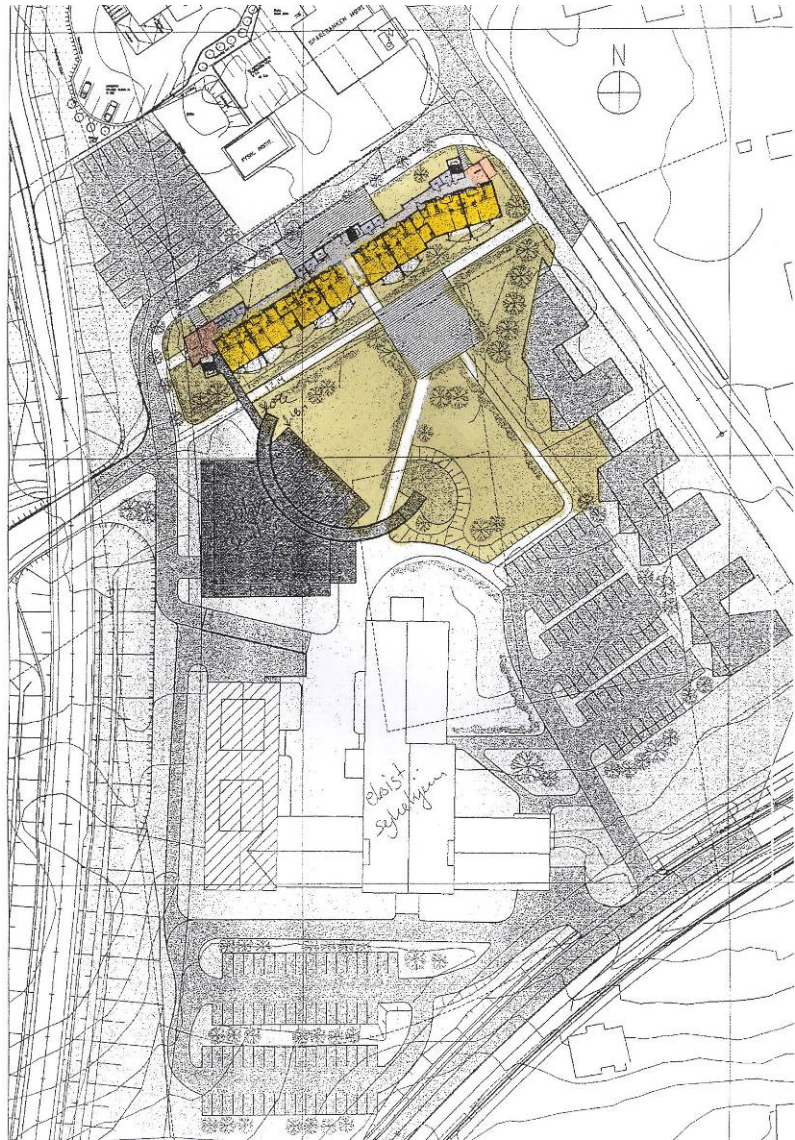
Det er uklare forventninger til hva tilbudet skal omfatte både for ansatte og pårørende.





## 5.8 Vestnes omsorgssenter

Omsorgsboliger, servicesenter, rehabiliteringsplasser og bypark sentralt i Vestnes sentrum.



*Situasjonsplan*

### Beskrivelse av bygget

**Eier:** Vestnes kommune

**Arkitekt:** Kosbergs Arkitektkontor AS, Molde

**Tatt i bruk:** September 2000

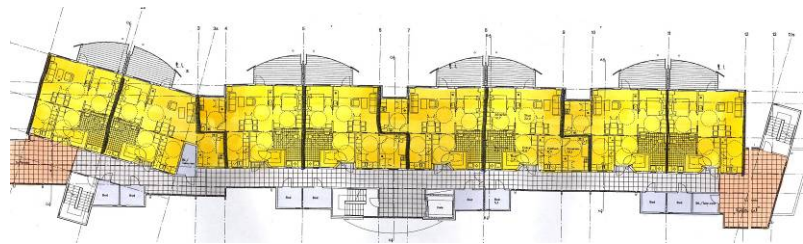
**Beliggenhet:** Anlegget ligger sentralt i Vestnes sentrum.

Det er opparbeidet et stort parkareal mellom servicebygg og omsorgsboligene. Kaféen har sitteareal ute i tilknytning til kaféen.



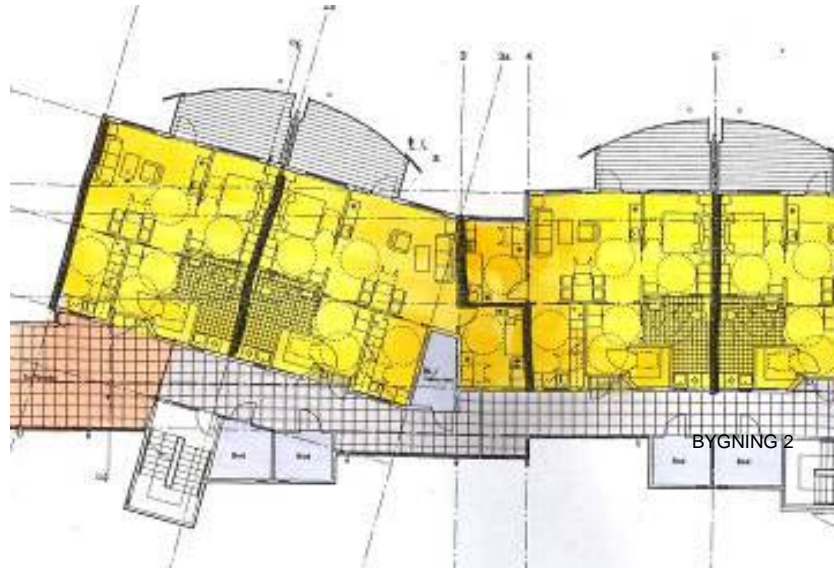
Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone



Illustrasjon: Planløsning 1. etasje

BYGNING 1



BYGNING 2



**Anlegget:** Anlegget består av 32 selvstendige omsorgsboliger fordelt på 4 etasjer, med 8 boenheter pr. etasje. I underetasjen er det parkeringsplasser for beboere og ansatte. Leilighetene er gjennomgående store og romslige. Leilighetenes størrelse varierer. De største er på over 70 m<sup>2</sup>.

Vinkelrett på dette bygget ligger et servicebygg med rehabiliteringsplasser, aktivitetssenter og boliger for personer med psykiske lidelser. I 1. etasje ligger en kafè som er åpen for alle i kommunen. Basen for hjemmesykepleien holder til i samme hus. Mellom disse byggene ligger en stor opparbeidet park.

**Boehetene:** De selvstendige omsorgsboligene består av 2 og 3-roms leiligheter på 61 m<sup>2</sup> og 72 m<sup>2</sup>. Leilighetene har entrè, bod, bad, to soverom og åpen løsning mellom kjøkken og stue. Kjøkkenet vender ut mot korridor.

**Fellesareal:** Det er en liten felles stue i hver etasje. I 4. etasje blir stuen benevnt "Storstua". Fellesarealet i 4. etasje skiller seg fra fellesrommene ved at beboerne har satt sitt eget preg på rommet. Lite oppholdsareal i tilknytning til inngangssonen.

Fellesstue utgjør 60 m<sup>2</sup> og utgjør ca 7,5 m<sup>2</sup> pr. boenhet.

**Uteareal:** Beboerne har privat balkong, felles takterrasse og tilgang på uteareal på bakkeplan.

## Beskrivelse av beboergruppe

Beboerne består både av eldre, mennesker med psykiatriske lidelser, samt 9 plasser for rehabilitering. Beboerne består av 7 ektepar, de andre enslige. 5 -6 beboere kjører ennå bil selv. Funksjonsnivået til beboerne i omsorgsleilighetene varierer fra dem som klarer seg selv til dem som må ha full pleie. De fleste trenger delvis hjelp. Halvparten av beboerne er over 85 år. Mange har dagtilbud. De fleste beboere er med på noe. "Noen må ha hjelp av oss for å komme seg av gårde", sier hjelpepleieren vi snakket med.

På rehabiliteringsenheten er det kortidsplasser for eldre med midlertidig behov for opptrening og pleie. De fleste blir utskrevet tilbake til hjemmet. Det settes krav til beboerne for å få plass her. Strengt i forhold til at de må selv "ville", og de må ha guts! De tar heller ikke inn demente.

Tilbudet omfatter både tjenester til beboerne i selvstendige omsorgsboliger, rehabiliteringsenheten, kafe, aktivitetstilbud og i tillegg er basen for hjemmesykepleien lagt i bygget. **Tjenester:** Beboerne får hjemmetjenester, i varierende omfang. Noen trenger ikke slik hjelp. Men de gir uttrykk for at det er viktig med nærhet til basen for hjemmesykepleie pga tryggheten det gir.

(Beboerne får hjelp ut fra enkeltvedtak. Hanne: Det gjør *alle* som mottar hjemmetjenester og er en av de viktige forskjellene til sykehjem og behøver eg. ikke nevnes dersom det ikke er av spesielle grunner. Jeg synes også at ordningen med enkeltvedtak blandes sammen med bestiller-utførermodellen en del steder.) De aller fleste har hjemmehjelp hver 14. dag, noen hver uke. Det er aktivt samarbeid mellom de ulike tjenesteenhetene. Vask av tøy og leilighet blir utført av hjemmehjelp. Hjemmehjelpen vasker, men det faste personalet drar over et gulv det når det trengs.

**Bemanning:** En del av beboerne i de selvstendige omsorgsboligene mottar hjemmetjenester (se over). I tillegg er det fast bemanning tilknyttet boligene. Det er ansatt en person fast på dag, en fast på kveld og en på natt, 4 faste stillinger med ulik stillingsandel. Det er alltid en som har vakt på huset. Denne bærer alltid alarm og kommer ved påkalling.

Hjemmetjenesten har base i huset. Den som har vakt i omsorgsboligen, kan om nødvendig kontakte hjemmetjenesten dersom man trenger hjelp, dvs. tjenestene samarbeider. Hjemmetjenesten og den faste bemanningen i omsorgsboligene fungerer stort sett som en enhet internt. De trår til og hjelper hverandre når det trengs. Alle er ansatt i hjemmetjenesten. De har



felles personalmøter og kurs. I huset finnes også en aktivitetsavdeling og en rehabiliteringsavdeling, disse inngår også i hjemmetjeneste. Dette bidrar til at samarbeidet går smidigere og man unngår ansvarsfraskrivelse.

**Bokostnader i selvstедige omsorgsboliger:** Husleien utgjør kr 4900 for leiligheter med to soverom og kr 4400 for leiligheter med ett soverom. Eventuell bostøtte gjennom Husbanken betales direkte til den enkelte søker. Det praktiseres ikke felles innkjøp eller felles måltider. Praktisk bistand til renhold, innkjøp og vask av tøy koster for de fleste kr 150 per måned. De som har høy pensjon eller betaler imidlertid kr 140 per time.

**Måltider:** Beboerne i de selvstедige omsorgsboligene har ikke felles måltider. De fleste ordner seg selv i sine leiligheter. Noen (ca 10 stk.) får brakt middag til leiligheten der den varmes opp. De kan bestille det, hvis de ønsker noe spesielt. Noen spiser i kafeen. Det er en fast gjeng som treffes der.

**Alarm:** De har et alarmsystem hvor alarmeren går rett mot dem som er tilsatt i boligene. Beboerne har trygghetsalarm rundt halsen.

**Omsorgsfilosofi:** Tanken er å lage et helhetlig tjenestetilbud. Man ønsker å kunne tilby ulike tjenester og å koordinere de ulike tilbudene ut i fra den enkeltes behov.

**Samarbeid med pårørende:** Ansatte opplever de pårørende som aktive. Man forsøker å ha en rolleavklaring med pårørende når de flytter inn. Boligtilbudet er slik at det tilsvarer det ansvaret man har dersom beboeren hadde bodd "hjemme".

**Legetjeneste:** Fastlegeordning.

**Medisiner:** Som hjemmetjenesten ellers.

**Fysio-/ergoterapi:** Som hjemmetjenesten ellers.

**Hjelpemidler:** Lett å få hjelpemidler. Har sengeheiser der det er behov.

**Fellesskap/aktivisering:** Har en godt utviklet aktivitetsavdeling i senteret. Dette tilbudet er åpent for alle. Man kan gå innendørs fra omsorgsboligene til aktivitetssenter og kafe.

Mange av beboerne er "selvdrevne" mht. aktivisering. De har en aktiv beboergruppe som arrangerer aktiviteter, for eksempel bingo, grillfester og visekvelder. Har dannet sin egen forening "Senior Plaza". Beboerne arrangerer fester, fellestrim. Flere enn halvparten deltar. Beboersammenkomstene arrangeres ofte i fellesarealene.





**Bolig til livets slutt?** Det er intensjonen at man skal kunne bo her resten av livet hvis man ønsker, men noen har blitt flyttet til sykehjem og demensavdeling dersom de har trengt mer tilsyn. De har ofte valgt det selv, eller i samråd med pårørende.

## Erfaringer med bygget



**Beliggenhet:** Ansatte gir uttrykk for at det er en fordel at boligene ligger sentrumsnært. Beboerne og besøkende slipper å benytte bil. Mange handler og går på post og bank selv. Dette gir en selvstendighetsfølelse. Beboerne får også mye besøk fordi det er sentrumsnært. Folk stikker innom når de er i sentrum og handler.

**Anlegget:** Sett fra personalets side er den største ulempen de store avstandene. De prøver å planlegge gjøremål for å spare tid og slippe å springe, men det blir mye tråkking på hardt underlag.



**Leilighetene:** Personalet synes at leilighetene er lettvinde og romslige, og at badene er store og gode. Leilighetene blir karakterisert som passe store og greie. Det har ikke vært et tema at leilighetene er for store. De har store, flislagte bad. Badets størrelse oppleves som nødvendig for beboerne som har både vaskemaskin og tørketrommel. Listen som danner overgangen til terrassen er for høy. Beboerne må være sterke for å klare å trille rullestolen over. Den andre informanten forteller at enkelte av skyvedørene er store og tunge og vanskelig å åpne, men at det har blitt lettere etter at det er satt på håndtak.



Det er positivt med vindu ut mot den ensidige korridoren slik at det kommer lys inn. Det negative er at vinduene ikke kan åpnes. Det blir også veldig nært når folk går forbi.

**Fellesareal:** Fellesarealene er mye i bruk, spesielt "storstua" i 4. etasje.

**Uteareal:** Beboerne har engasjert seg i utformingen. Det ble hogd ned trær, og dette skapte engasjement. Noen ville ha utsikt, mens andre ville ha skjerming. Det er laget et stort parkaktig areal som er planlagt for opphold og små turer og er tilrettelagt for svaksynte og rullestolbrukere.

**Teknikk:** Anlegget har automatikk tilknyttet oppvarming og alarm. Personalet har brukt mye tid på å forklare hvordan ovnene virker. Det er vanskelig for beboerne å forstå at ovnen blir kald fordi termostaten slår inn. I starten opplevde personalet at det var mye å holde oversikt over via alarmsystemet. Noen beboere reagerer på at komfyrvakten utløses raskt, samtidig har andre gitt uttrykk for at det oppleves som trygt.

**Annet:** Beboerne benytter hjemmesykepleien lite, men de føler trygghet ved den fysiske nærheten.

### **Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet**

Vestnes omsorgssenter har brukere med ulike funksjonshemninger og ulike hjelpebehov. Omsorgssenteret består av flere typer tilbud, noe som oppleves som positivt. Beboerne benytter de tilbudene som finnes, og en av informantene framhever aktivitetssenteret som spesielt positivt.

Vi sitter allikevel igjen med et inntrykk av at mange av beboerne er relativt spreke til tross for sin høye alder. Informantene forteller at enkelte beveger seg utendørs (handler, går i banken, kjører bil osv.) på egen hånd. Dette inntrykket blir forsterket ytterligere når vi hører at beboerne er selvdrevne i forhold til aktivisering. De har som nevnt en egen beboerforening med eget styre "Senior Plaza", som arrangerer bingo hver søndag. Pengene de får inn har de brukt til å kjøpe grill, tv, videokamera. De har også et eget fadderbarn i et utviklingsland. De arrangerer også visekveld, julebord, 17. maifest osv. Beboerne bruker fellesrommet i 4. etg. til disse sammenkomstene. Beboerne har satt sitt eget preg på rommet med møbler og andre ting.



Lederen forteller at beboerne har stor omsorg for hverandre. De aksepterer at de som bor der blir dårligere, men de vil gjerne være med å bestemme hvem som skal flytte inn hvis noen flytter ut. De synes det er viktig at det er en balanse av godt fungerende og svake eldre.

**Beboere på rehabiliteringsenheten:** Rehabiliteringsenheten betraktes som en suksess av leder fordi så mange kan flytte hjem etter endt opphold.

**Beboere med psykiatridiagnose:** Leder forteller at disse beboerne nå har fått økt trygghet, og har blitt roligere. Før var det mye uro spesielt før høytider. Det er ikke problemfritt nå heller, men det har blitt bedre. Disse beboerne må innordne seg på lik linje med andre. Det betyr at de må kle seg, overholde røykeregler osv. når de oppholder seg i fellesareal. Leder tror det oppleves som attraktivt å være der og dette bidrar til at de godtar reglene og innordner seg.

**Personell og bemanning:** Alt personalet i disse tilbudene er tilsatt i hjemmetjenesten, men har ulike tjenestesteder. Rekrutteringen til stillingene er god. 4/5 av personalet i rehabiliteringsavdelinga er høgskoleutdannet.

Personalet på rehabiliteringsenheten er håndplukket. Her jobber bare "de beste av de gode", sier leder. Ved nyetableringen ble alle

stillingene utlyst, og det var mange som søkte. Alle ansatte var igjennom et omfattende intervju. Leder mener at dette var viktig for å få rett personer på rett sted. Personens styrker og svakheter ble vurdert ut fra hvilke funksjoner som skulle fylles. Personalstaben er tverrfaglig sammensatt. Det er både sykepleiere og vernepleiere. Dette gir en spennende, men noe utradisjonell sammensetning i forhold til dette fagområdet. Dette har vært vellykket fordi vernepleiere har en annen tenkemåte enn sykepleiere.

Foruten et tverrfaglig sammensatt fagpersonale består staben av 13 personer som går på tiltak (to personer som har alternativ til soning, ellers er de rekruttert fra yrkesrettet atferd og arbeidskontor). Mange av disse jobber i kantina, men noen blir også sysselsatt i omsorgsboligene. Dette betyr 26 gratishender i det daglige arbeidet; dette betyr mye, sier leder.

Personalet i omsorgsboligene består både av noen faste stillinger med ulike stillingsandeler og kombinerer stilling i hjemmetjenesten med arbeid i omsorgsboligene.

**Organisering og fordeling av arbeid:** Rehabiliteringsenheten og omsorgsboligene er organisasjonsmessig lagt til hjemmetjenesten. Basen for hjemmesykepleien holder også til i samme hus. Det at det er samlokalisert forenkler samarbeidet.

Vestnes omsorgssenter har i utgangspunktet flat struktur. De har nå gruppekoordinatorer, siden det ble et problem å gjennomføre en helt flat struktur med 73 ansatte. Gruppekoordinatorene har ansvar for hver sin enheter slik som rehabiliteringsenheten, aktivitetstilbudet osv.

Fordeling av arbeid er systematisert. Arbeidslistene er ordnet slik at alle får pauser. Gruppekoordinator har det overordnede ansvar for å foreslå endring hvis ting ikke fungerer for noen. De ansatte opplever å ha klart definerte arbeidsoppgaver. Sykepleierne har ansvar for medisinske forhold.

#### **Samarbeid med pårørende:**

I motsetning til de andre stedene i vårt materiale ser det ut til at mange av de pårørende her tar ansvar. En av de ansatte i omsorgsboligene gir uttrykk for at hun opplever at de pårørende er aktive. De går innom på besøk når de er i sentrum. Hun tror de er der mye, og ofte lenger enn i tradisjonelle institusjoner.

**Samarbeid internt:** En av de ansatte som har omsorgsboligene som sitt arbeidsområde, forteller at hun opplever seg som en del av et stort team. Hun jobber mye alene, men opplever det tryggere, etter at hjemmetjenestene ble samlokalisert. Den som har vakt i omsorgsboligen, kan ta en telefon til hjemmetjenesten hvis de trenger hjelp. *"Jeg føler meg tryggere nå fordi vi er nærmere"*

*kontoret, og det er tettere samarbeid med hjemmetjenesten enn tidligere."*

Personalet får stort sett være på den enheten de tilhører. Leder tror dette gir trygghet og en opplevelse av mestring. Informanten som jobber i omsorgsboligene, forteller at det er stor motstand hos personalet på rehabiliteringsenheten mot å jobbe i omsorgsboligene på grunn av alarmen. *"De er godt drillet, men tør ikke gå rundt og tenke på alt som kan skje",* sier hun.

### **Kompetanse og fagutvikling:**

Personalgruppen har vært igjennom en omstillingsprosess som omfatter omorganisering og internundervisning. Lederen framstår som en tydelig leder med en klar ledelsesfilosofi:

- Myndiggjorte medarbeidere som har ansvar
- Man skal få gjøre det man er god på

Leder sier at hun har møtt mye motstand mot å jobbe på nye måter underveis, men at hun nå opplever støtte i personalgruppa. Hun sier videre at når tre grupper med ulik kultur jobber sammen, må de treffes for å få gode relasjoner og lage felles ideologi.

Pleiepersonalet vi snakket med sier at det er opp til hver enkelt hvor mye han/hun vil engasjere seg, og at det er opp til den enkelte å vurdere behov for faglig påfyll. Vi spurte en av de ansatte om muligheter for å delta på kurs og fikk følgende svar: *"Ja, nå for eksempel meldte jeg meg på et førstehjelpskurs, det ble lagt fram som et tilbud. Det kunne jeg trenge, tenkte jeg."*

### **Arbeidsmiljø og de ansattes trivsel:**

Pleiepersonalet vi snakket med ga uttrykk for at de trivdes. De trives med hverandre, og de trives med beboerne. Av og til møtes personalet i andre settinger i forbindelse med kurs og personalfester. Begge informantene som jobber fast i omsorgsboligene, forteller at beboerne gir dem påfyll fordi de er mer oppegående og kan føre en samtale. *"De gir respons på hva du har på deg, om ting er hyggelige osv. Det gjorde de ikke på sykehjemmet."*

**Personalets opplevelse av tilbudet:** Vi spurte to av de ansatte om hva som skiller dette tilbudet fra mer tradisjonelle institusjonstilbud. Den ene informanten svarte slik: *"Dette oppleves mer som et eget hjem. De som vil ha fellesskap, oppsøker det her. Det var mer institusjon på trygdeheimen. På trygdeheimen var det påtvunget fellesskap. Alle spiste sammen i spisesal og ble plassert på bord. Ikke alltid positivt. Noen rotet og sølte med maten. Mat kom ferdig påsmurt, oppøst osv. fordi ikke alle klarte dette selv."*

Personalet i omsorgsboligene opplever at de fleste beboerne trives. *"Det er plassen før himmelriket, sier noen. Men samtidig er det slik*



*at noen få aldri vil trives noe sted. De har mest lyst til å bo "hjemme" der de har bodd før, men de ser at de ikke klarer seg der, og ser derfor dette som en god løsning."*



*Fellesarealene vitner om flittig bruk og ulike aktiviteter*

## **Viktige erfaringer fra Vestnes**

Anlegg som utmerker seg med lokalisering sentralt i Vestnes sentrum. Anlegget består av flere ulike tjenestetilbud som er samlokalisert.

Anlegget er bygd rundt en fin bypark som trolig vil bli attraktiv for mange i sentrum.

Fellesarealene er tatt i bruk og brukes aktivt av beboerne selv. Beboerne står selv for mange arrangementer.

Har fått til et rehabiliteringstilbud hvor de aller fleste skrives ut tilbake til hjemmet.

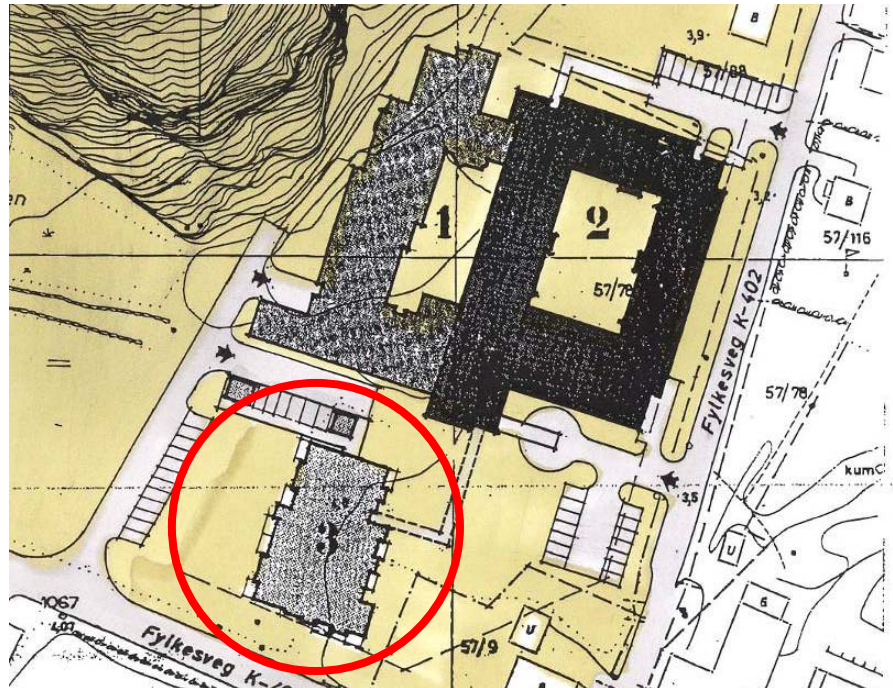
En blandet beboergruppe med en del relativt friske beboere som bidrar sosialt også for dem som er dårlige.

## Solkroken 1

### Lindesnes omsorgsenter



Omsorgsboligtilbud bygd i fysisk tilknytning til Lindesnes omsorgsenter (Solkroken 3 presentert som eget case i rapporten) i Lindesnes kommune.



Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone

*Situasjonsplan Solkroken*

### Beskrivelse av bygget

**Eier:** Lindesnes kommune

**Arkitekt:** Arkitektkontoret Dahl, Heie Svinland AS

**Tatt i bruk:** 1996

**Beliggenhet:** Omsorgssenteret ligger i gangavstand (flatt) til sentrum. Det er laget en innendørs glassgang mellom de nye boligene og senteret.





Planløsning 1. etasje



**Anlegget:** Solkroken består av 20 boenheter. Disse omsorgsboligene er bygd som et egen bygg, men med en innendørs glassgang bort til Lindesnes omsorgssenter. Leilighetene er organisert i 2 etg, rundt et atrium med glasstak.

BYGNING 1

**Boenhetene:** Leilighetene er 2-roms på ca 56 m<sup>2</sup>. De består av oppholdsrom og kjøkken, soverom, entre, bad og bod.

#### Fellesareal

Leilighetene har noe fellesareal ute i atriet og et rom på ca 15 m<sup>2</sup> + personaltoalett og bøttekott.

**Tjenesteyters areal:** Som hjemmetjenesten, det vil si ikke eget areal bortsett fra et personaltoalett.

**Uteareal.** Hver bolig har privat terrasse.

### Beskrivelse av beboergruppen

Beboerne er eldre med relativt stort, men varierende hjelpebehov. Noen av disse omsorgsboligene erstattet kommunens langtidsplasser på sykehjem. Noen av beboerne er imidlertid friskere enn at de ville fått plass på et sykehjem.

### Beskrivelse av tjenestene

Beboerne i omsorgsboligene har separat hushold og mottar tjenester som andre hjemmeboende. Tjenestene er organisert under samme enhet som de som jobber i hjemmetjenesten ellers i kommunen.



**Bemanning:** Det gis en trygghet for at det er hjelp i umiddelbar nærhet ved at boligene ligger fysisk tilknyttet tjenestetilbudet i omsorgssenteret. I omsorgsboligkomplekset er det folk fast både på dagtid og på natt.

**Hjelpemidler:** Det er god tilgang på hjelpemidler fra Hjelpemiddelsentralen. Hver enkelt har sine egne hjelpemidler i leiligheten.

**Organisering:** Pleiepersonalet er organisert under hjemmetjenesten.

**Bokostnader:** Husleien utgjør kr 4600. I tillegg kommer strømutfgifter med ca kr 1000 per måned. Eventuell bostøtte gjennom Husbanken betales direkte til den enkelte søker. Utgifter til kost og husholdningsartikler beløper seg til kr 3000 og egenandel for hjemmetjenester til kr 200 per mnd.

**Måltider:** Separate måltider. Maten bringes ut to ganger i uka. Noen velger å spise på senteret.

**Vask:** Beboernes tøy vaskes i boligen av beboer selv, pårørende eller pleiepersonale.

**Alarm:** Bærbare telefoner og veggmontert høyttaler på veggene.

**Omsorgsfilosofi:** Vektlegging av at det er beboernes hjem. Hjelp til selvhjelp.

**Samarbeid med pårørende:** Det arrangeres et møte med beboer og pårørende når de flytter inn, det lages da et skriv, slik at alle parter vet hva de har å forholde seg til. Organisert som primærkontaktsystem.

**Legetjeneste:** Beboerne har fastlege.

**Medisiner:** Som hjemmeboende.

**Aktivisering/trivselstiltak:** Beboerne kan ta del i aktiviteter på "omsorgssenteret" som ligger i fysisk tilknytning.

**Bolig til livets slutt:** Noen ønsker å bli boende livet ut, da får de det.

## **Beboernes erfaringer med bo og tjenestetilbudet**



**Beboer 1:**

"Jeg måtte jo flytte hjemmefra på grunn av den dårlige pusten min (KOLS), orker ikke så mye lenger. Her får jeg god pleie. Får den hjelpen jeg trenger. De kommer hver morgen, ordner morgenstell og frokost. Og så får jeg hjelp til å dusje én gang i uken. Betjeningen er veldig hjelpsom. Før jeg flyttet hit, fikk jeg bare to timer hjemmehjelp i uken, så her får jeg mye mer hjelp. Men en del må vi jo ordne selv. Jeg har vaskehjelp som jeg betaler selv. Og vi må ordne med lege selv. Datteren min hjelper meg når jeg skal dit. Og leiligheten er fin, akkurat passe stor. Men jeg hadde trodd at det var litt friskere folk her, at disse boligene mer var for folk som var i stand til å klare seg selv. De som bor her nå, er veldig dårlige. Det er også mange demente her. Jeg savner å ha noen å snakke med, å drikke kaffe med. Nå er det ingen som er friske nok til å være med på noe. Vi har et biljardbord her, men det er det ingen som kan bruke."

**Beboer 2:**

"Jeg måtte flytte hit på grunn av et dårlig hjerte. Og så har jeg en hofte som ikke er god. Men her får jeg jo mye hjelp, tre ganger om dagen kommer det noen og ordner. Jeg er godt fornøyd med å bo her, leiligheten er passe stor, men det er litt vanskelig å komme ut på verandaen med rullestol. Vi har et fint sosialt miljø her, jeg kjenner det fleste som bor her. Jeg prøver å være med på de aktivitetene som settes i gang. Og døtrene mine er flinke til å komme på besøk hver dag. De hjelper meg også med klesvask og gulvvask og andre ting som må gjøres."

**Erfaringer med bygget**

**Beliggenhet:** Det at anlegget ligger sentralt i kommunesenteret, betraktes som en viktig kvalitet. Ansatte forteller at noen av beboerne kan gå ned til sentrum og i butikken. Det er også viktig at pårørende kan trille sine en tur. Eldresenteret tilbyr mange aktiviteter og det er et attraktivt tilbud både for dem som bor hjemme og på omsorgssenteret. At de kan gå innendørs til senteret, anses som veldig viktig.

**Anlegget:** Det at anlegget er det av et større anlegg, oppleves som bra. Fellesarealet og atriet er imidlertid lite i bruk. Beboerne går heller på senteret. Ansatte forklarer at for noen blir personalet for langt unna, og det kan føles utrygt. De skulle nok hatt en annen løsning. Dette gjelder først og fremst demente. De klare beboerne klager også litt på dem som roper og er litt forvirret. De som kan delta på noe, går heller opp i kafeteriaen.

**Boenhetene:** Leilighetene er store og greie. Det oppleves som nyttig med store rom, selv om ikke alle bruker dem. Hjelpemidler tar plass. Det varierer selvsagt i hvor stor grad beboerne oppholder seg i leiligheten på dagtid og i det daglige blir kjøkkenet lite benyttet.

(Hanne: Nettopp sagt.) **Uteareal:** Terrassen er grei, men terskelen er litt for høy, noe som gjør det vanskelig å komme ut på egen hånd med rullestol.

**Tjenesteytersareal:** Tjenesteapparatet jobber som hjemmetjenesten forøvrig, (har altså ikke eget personalareal) personaltoalett i nærheten av fellesrom.

## **Ansattes er faringer med tjenestetilbudet**

**Bemanning og tjenesteorganisering:** Ansatte kommer fra hjemmetjenesten og jobber etter samme ideologi som dem. (Det vil si at det fattes enkeltvedtak og tilbys tjenester etter vedtak. Hanne: *Alle får hjemmetjeneste etter enkeltvedtak; det innebærer ikke i seg selv en egen ideologi.*)

**Lege:** Fastlegeordning benyttes.

**Alarmer:** Ansatte gir uttrykk for at alarmsystemet med bærbare telefoner og veggmontert høyttaler på veggene stort sett fungerer bra og reduserer merkbart behovet for gå rundt. "Det at de vet at vi er i nærheten, gjør at de slipper seg mer fri, de tørr å gjøre mer sjøl. De slapper mer av."

**Om boligløsningene:** Ansatte mener at leilighetene er greie, men at beboerne er for dårlige når de flytter inn. Men det finnes nesten ikke andre tilbud. Det kunne vært flere plasser tilrettelagt for demente. Disse boligene er dårlig tilrettelagt for denne gruppen. De blir gående ut i ariet og lete etter folk og forstyrre de andre.

**Tjenestetilbudet:** Ansatte gir uttrykk for at beboerne er ganske dårlige. *"Noen av dem skulle vel egentlig ikke ha bodd her, men bodd "inne på huset" (dvs. Solkroken 3) De blir sittende mye hos seg selv. Men noen går imidlertid opp i kafeen og spiser. Det at det er innendørs gang er veldig bra! Noen er også med på arrangementene."* Ansatte opplever at de stort sett greier å gi et godt tilbud basert til den enkelte. De tror at siden de er vant til å være i folks egne hjem, preger det måten de jobber på. Det tror de beboerne opplever og synes er bra. De gir også uttrykk for at de er ganske flinke til å hjelpe beboerne til å gjøre ting selv, selv om noen av beboerne nok synes at de godt kunne bli "servert", når de er blitt så gamle. Ansatte forklarer at "vi prøver å forklare dem at vi gjør det ikke fordi vi ikke vil. Jeg tror noen forstår det." Ansatte gir generelt uttrykk for at de opplever tjenestetilbudet ganske fleksibelt. *"Jeg sier for eksempel at de bare må ringe meg hvis det er noe, samme når det er. Jeg tror det gir en trygghet og det er jo svært sjelden at noen faktisk ringer."*

Ansatte forklarer også at hjemmetjenesten generelt har endret seg mye de siste årene. *"Vi har langt flere brukere, og mindre tid til hver."*

*En time hver 14. dag er det de fleste får til husarbeid. Det er klart det er lite og det klør litt i fingrene etter å ta mer. Det er få eller ingen som kjøper seg privat hjelp til vask og sånn her. Jeg tror ikke det er noen som driver med slike tjenester. Men det er noen som får hjelp av pårørende."*

Personalet gir uttrykk for at de trives med jobben sin. "Vi opplever at det er fint å kunne hjelp folk, og at beboerne gir uttrykk for at de er svært så takknemlige for at personalet kommer." Ansatte i disse boligene opplever at hjemmetjenesten er mer fleksibel enn "inne" (definer!). Det må man bli vant med når man jobber hjemme hos folk. "Inne har de mer rutiner på ting." Dessuten opplever de at de blir veldig selvstendige i jobben. Dette ser de på som positivt og utfordrende, fordi de må selv må ta ansvar for de beslutningene som tas.

**Hjelpemidler:** Ansatte setter stor pris på ergoterapeuten, "Hun er gull verdt." Hun bestiller alt personalet måtte trenge. De gir henne også ros for å finne fram til hjelpemidler som hjelper både beboerne og personalet i hverdagen.

**Omsorg ved livets slutt:** Noen beboere har valgt å dø i omsorgsboligene. Ansatte forklarer at de da stiller opp og samarbeider med pårørende.

**Sosial kontakt:** Ansatte påpeker at nærheten til kafeen er viktig for beboerne og bidrar til å gi innhold i tilværelsen. Kafeen fungerer som et attraktivt møtested både for beboerne i omsorgsboligene og eldre fra "bygda". "De kommer reisende hit helt fra Mandal."

## 6.2 Bergheim omsorgsboliger.



Omsorgsboligene er kjøpt av kommunen som en del av et større boligkompleks. Anlegget inneholder både omsorgsboliger og seniorboliger og omsorgsboliger med heldøgns omsorgstilbud. Boligkomplekset ligger i Trondheim kommune.

### Beskrivelse av bygget



*Situasjonsplan Bergheim*

**Eier:** Anlegget er organisert som et borettslag med 63 omsorgsboliger og 12 seniorboliger. Av de 63 har Trondheim kommune kjøpt 19 stykker og disse bebos av personer med vedtak om heldøgns omsorgstilbud. Disse 19 boligene inngår i undersøkelsen.

**Arkitekt:** ARC Arkitekter AS

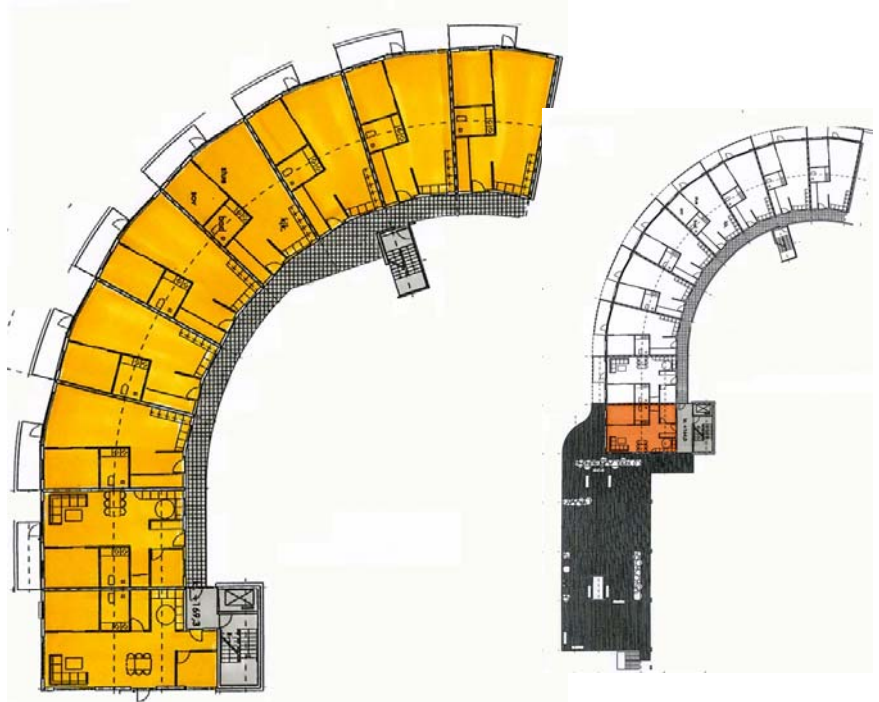
**Tatt i bruk:** 2001



**Beliggenhet:** Anlegget ligger på Bergheim i Trondheim. Det er et stykke til sentrum. Området har relativt gode kollektivtrafikkforbindelser, men det er et lite å stykke å gå til bussen. En "sevicebuss" går imidlertid helt fram til anlegget. Den går til byen et par gang om dagen. Det er ca 2 km å gå til dagligvarehandel (en bakke). Transport til dagligvarehandel blir løst ved at enkelte beboere kjører bil og lar andre beboere få skyss.

Tegnforklaring fargebruk:

- Boenhet
- Fellesareal
- Tjenesteyters areal
- Gangsone



7.,etasje, omsorgsboliger

5. etasje,  
fellesrom +  
takterasse

**Anlegget:** Boligblokken er organisert som et borettslag med til sammen 75 boenheter. Borettslaget består av 12 seniorboliger og 63 omsorgsboliger. Av de 63 omsorgsboligene har Trondheim kommune kjøpt 19; Disse inngår som case i vårt studie. Noen av omsorgsleilighetene ligger samlet i 7. etasje. Beboerne bor i egne leiligheter. Fellesareal i 1. og 5. etg.

**Boenhetene:** Leilighetene er 2-roms leiligheter på 66 m<sup>2</sup>. De består av stue, kjøkken, soverom og bad. Bod i 1. etg.

**Fellesareal:** Byggets fellesareal ligger i 5. etasje og er åpent for beboerne i samtlige leiligheter. Fellesarealet er en leilighet på 71 m<sup>2</sup> som er ombygget og som drives som en slags kafé. I tillegg finnes et fellesareal i 1. etasje hvor borettslaget arrangerer sine møter, og som beboerne kan leie til sosiale arrangement.

**Tjenesteyters areal:** Tjenesteyters areal ligger i sonekontoret i 1. etg.

**Uteareal:** Boenhetene har private balkonger. Fra fellesarealet i 5. etasje er det utgang til felles takterasse.



**Erfaring fra planlegging og bygging:** Informanten deltok ikke i planleggingen. Det etableres nå en heis til i ettertid. Bygget er planlagt som ordinære seniorboliger.

## Beskrivelse av beboergruppen

Aldersfordelingen på beboerne er fra 20-80år, flere av dem som bor i omsorgsboligenå er i alderen ca 40 år og har psykiske lidelser og trenger derfor et omsorgsboligt tilbud. Det er i utgangspunktet 19 beboere i omsorgsleilighetene med vedtak om heldøgns omsorgstilbud, men på grunn av oppussing, var det våren 2006 litt færre. De fleste av beboerne er svært pleietrengende. Det er ikke mange demente blant beboerne (2-3), men en del yngre mennesker (MS, trafikkskadde).

I de øvrige 44 omsorgsboligene, som ikke inngår i vår studie, har beboerne selv betalt innskudd, men alle kjøperne er godkjent av Trondheim kommune. Det vil si at de har behov for en tilrettelagt bolig. Ideologien bak ordningen var at i starten ville antagelig bare bare beboerne i de kommunale utleieboligene ha et heldøgns omsorgsbehov. Etter hvert kan en anta at også andre vil kunne få det. Kommunen kan også tilby ledige boliger til personer uten så omfattende omsorgsbehov. Det blir sett på som ønskelig å unngå at boligkomplekset utvikler seg til et botilbud der alle har omfattende omsorgsbehov.

## Beskrivelse av tjenestene

**Tjenester:** Personalet utfører alle pleie- og omsorgsoppgaver. Beboerne får hjelp etter behov; noen får mye, noen får lite. Beboerne får et vedtak på antall besøkstimer, type hjelp osv. De kan også få ekstra hjelp om nødvendig. Tjenestebasen ligger i 1. etg, men brukerne kan ikke oppsøke denne selv. De må bruke alarmen for å komme i kontakt med personalet.

**Bemanning:** Hele hjemmehjelpsonen har totalt 42 årsverk, fordelt på hjelpepleiere/omsorgarbeidere, sykepleiere, vernepleiere, assistenter. Antallet årsverk skal da fordeles på alle leilighetene i boligkomplekset og dem som bor i eget hjem, ikke bare de 19 vi studerer.

**Bokostnader:** Husleien er inntektsavhengig og eventuell bostøtte fra Husbanken går til kommunen som fratrukk i boutgifter. Det praktiseres ikke felles innkjøp eller felles måltider.

**Mat/måltider:** Boligen har ikke felleshushold. Beboerne må selv, eventuell med hjelp av hjemmehjelpen, bestille matvarer fra butikk. Middag bestilles av sonekontoret 2 ganger i uken, beboerne krysser av for hva de ønsker å bestille. Maten oppbevares så i beboernes

kjøleskap/fryser og varmes evt. av hjemmehjelpen. Maten spises stort sett i egen leilighet. En dag i uka lages det fellesmiddag i 5.etg, de som ønsker å spise sammen med andre kan da spise der.

**Klesvask:** Beboerne får hjelp til klesvask, gulvvask av hjemmehjelpen (som de betaler selv) dersom de har vedtak på det.

**Fleksibilitet:** Det er vanskelig for personalet å være fleksible mht. arbeidsoppgaver, for eksempel dersom noen ønsker å legge seg tidligere. Men de prøver også å lage løsere avtaler om tider, for å gi mer fleksibilitet.

**Alarm:** Beboerne er utstyrt med en trygghetsalarmordning. Denne varsler direkte til basen på huset. Personalet skal da respondere innen 5 minutter. For dem som ikke kan tilkalle hjelp selv (slag, MS), går personalet inn og ser til beboerne hver time.

**Samarbeid mellom tjenestene:** Omsorgsboligkomplekset ligger i Bergheim hjemmetjenestesone og tjenestene tilhører denne hjemmetjenesten. I samme blokka som omsorgsleilighetene ligger, ligger også sonekontoret der hjemmetjenesten holder til. Hjemmetjenesten her betjener også resten av sonen, men er delt inn slik at noen betjener beboerne i omsorgsboligene, mens andre betjener de hjemmeboende.

**Kostnader til bo og tjenestetilbud:** Husleien er regulert etter inntekt og er derfor varierende. De eldre kan få bostøtte. (Hanne: Alle kan vel, dersom de oppfyller vilkårene.) De betaler hjemmehjelp selv. Hjemmesykepleie er gratis. Trygghetsalarmen er også gratis i Trondheim. Innkjøp og betaling for mat må beboerne i prinsippet ordne selv, for eksempel ved at hjemmehjelpen ukentlig ringer inn en bestilling til en matvarebutikk.

Den økonomiske støtten til drift av tjenestene vurderes etter beboernes funksjonsnivå. Sonen får tildelt ressurser avhengig av tjenestemottakernes omsorgsbehov og har dermed mer ressurser å sette inn for en sterkt pleietrengende beboer enn for mer selvhjulpne.

**Omsorgsfilosofi:** Å gi et individuelt tilpasset tilbud.

**Samarbeid med pårørende:** Personalet forsøker å benytte de pårørende, men kan i liten grad pålegge dem oppgaver. Personalet må informere dem og brukerne om hva personalet skal og ikke skal gjøre. Pårørende må gjøre mange av de praktiske oppgavene, for eksempel ordne med uttak av penger. Som oftest er pårørende med når vedtak utformes, men ikke like ofte når vedtak endres. Økonomien til beboerne ivaretas av pårørende eller verge.

**Legetjeneste:** Beboerne bruker sin fastlege. Disse er pålagt å gjøre hjemmebesøk dersom beboeren ikke kan ta seg til legen selv. Personalet kan følge til lege, tannlege og røntgen dersom beboeren har vedtak på slik følging.

**Fysio-/ergoterapi:** Det finnes en ergoterapitjeneste for hele kommunen som er gratis.

**Hjelpemidler:** Beboerne har relativt mye hjelpemidler i egen leilighet, for eksempel heis for seng. Synes som om elektrisk rullestol ikke gis til alle. Etterlyses av enkelte beboere. Hjelpemidler tildeles etter behov og ut i fra en vurdering om bruker kan benytte seg av det.

**Fellesskap/aktivisering:** 3 dager i uken er det fellesaktivitet i et fellesrom, mellom ca. kl. 11.-14. En aktivtør kommer og lager kaffe en dag, lunch en annen og middag den tredje (alt betales av beboerne). Personalet prøver å hjelpe de yngre beboerne med å bruke tilbud utenfor huset, for eksempel voksenopplæring. Også støttekontakt kan være behjelpelig her, for eksempel med å følge. Det avholdes julebord i regi av borettslaget.

## **Beboernes erfaringer med bo- og tjenestetilbudet**

### **Beboer 1:**

"Jo, jeg flyttet hit etter å ha vært på sykehjem. De mente at jeg var for frisk til å være der selv om jeg har hatt slag. Jeg er godt fornøyd med leiligheten; det er fint å kunne ta med seg en del personlige ting. Jeg får også hjelp når jeg trenger det, for eksempel til å gå på toalettet eller til å komme inn i eller ut av rullestolen. Og hjemmehjelpen lager handelliste for meg og bestiller mat fra dagligvarebutikken og så varmer hun opp middag fra et storkjøkken. Men det blir litt ensomt her. Det skjer ikke så mye, blir sittende mye alene. Det er aktiviteter et par tre ganger i uken på formiddagen, ellers blir ettermiddagene og kveldene lange. Men det er jo fint at jeg har to brødre her i byen; de ordner mange ting for meg."

### **Beboer 2:**

"Jeg har det fint her, personalet kommer inn og ser til meg, hjelper meg med å sette på radio og TV siden jeg ikke kan bevege hendene selv. Jeg må ha hjelp til det meste (MS); jeg behøver bare ringe på alarmen (personalet skal komme i løpet av 5 minutter). Det blir til at jeg er her i leiligheten. Det er vanskelig å komme seg noe sted. Men jeg har en mor og brødre som ofte kommer innom, så jeg synes ikke dagene blir for lange."

**Beboer 3:**

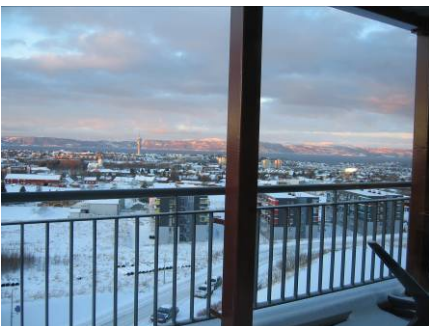
"Jeg og mannen min måtte flytte hit da jeg fikk slag. Inntil nå har han gjort mye av husarbeidet; han har gått i butikken og laget mat. Men nå har han blitt dårligere, så da kan han ikke gjøre så mye. Jeg får hjelp til å komme inn i og ut av rullestol. Men jeg synes at det kan bli en del venting på hjelp; her må jeg ligge i sengen helt til noen kommer og hjelper meg opp i rullestolen. Jeg synes at det er for lite bemanning her; jeg tror det skyldes stort sykefravær, det er i hvert fall det de sier. Men det er litt besværlig fordi jeg må forklare ting på nytt hele tiden siden det er stadig nye personer som kommer. Jeg skulle også ønske meg en rullestol som var litt mindre; med denne kommer jeg meg ikke inn på kjøkkenet. Døtrene våre hjelper oss med mange praktisk ting, ellers hadde det ikke gått."

**Erfaringer med bygget**

**Anlegget:** Ansatte kommentert at omsorgsboligene burde ligget på 1. etajses plan, både av sikkerhetsmessige grunner (brann), og for å øke muligheten til å komme ut på bakkeplan. Beboerne i de 19 boligene med heldøgnsomsorg har ingen felles arenaer bare for dem. Disse beboerne kjenner hverandre derfor ikke spesielt godt. Beboerne har imidlertid flere felles arenaer i blokka, felles for alle 78 (79?) beboerne. Det varierer i hvilken grad de 19 oppsøker disse. Bygningen vurderes ikke som særlig egnet for demente siden personalet ikke har mulighet til å følge med på hvem som går ut og inn.

**Leilighetene:** Leilighetene blir beskrevet som fine, og med store og praktiske bad. For tjenesteyter oppleves det som greit å bruke hjelpemidler. Personalet tror pårørende synes det er hyggelig å være på besøk. Det blir mer privatliv her enn på sykehjem, og dermed blir også besøkene mer private. Pårørende lager mat og stiller for sine. De kan overnatte på sofaen hvis de ønsker det.

**Fellesrom:** Terrassen og fellesstua i 5. etg gjør at en del av beboerne har blitt kjent med hverandre. Beboerne gir uttrykk for at det er positivt at de kan treffes på nøytral grunn, og kan da selv kan velge når de vil ha selskap. Ikke alle velger å delta i dette fellesskapet. De som er dårligst, blir hentet av personalet hvis de ønsker. Takterrassen benyttes flittig når været tillater det. Disse tilbudene har i følge aktivtøren stor betydning for at beboerne kjenner hverandre. Noen av omsorgsboligene (med heldøgns tilbud) er samlet i 7. etg. Dette opplever personalet som praktisk og de skulle gjerne ha samlet flere. Kommunen har vektlagt utsikt ved valg av sine boliger.



Bygget var opprinnelig planlagt uten fellesrom og felles aktiviteter. Mange trivdes dårlig fordi de slet med sorgreaksjoner etter å ha

solgt og flyttet fra sin tidligere bolig. Det ble bestemt å sette i gang et tilbud 3 dager i uka som en prøveordning. I dag opplever de å ha funnet en modell som de opplever som god og som treffer en god del. Flesteparten av dem som kommer til tilbudet, er relativt godt fungerende og greier det meste selv. Takterrassen og fellesstua gjør at beboerne blir kjent med hverandre. De forteller om at tilbudet er viktig for dem, og at det har bidratt til at de hjelper hverandre (kjører til butikken sammen etc. ). Dessuten gir noen av dem uttrykk for at det er viktig for trygghetsfølelsen at de kjenner noen av dem som bor rundt. Det eksisterer en frivillig "vaktmestertjeneste" i blokka hvor noen av de friskeste hjelper til med å ordne mindre ting. De kan også være behjelpelige med og å få tak i en håndverker hvis det er større ting som må repareres.

Av beboerne i de 79 leilighetene, er det ca. 30 som benytter tilbudet i 5. etg.

Av dem som bor i omsorgsboligene, benytter litt over halvparten tilbudet. Personalet har ulike forklaringer på hvorfor flere ikke benytter tilbudet. Det kan være at tilbudet er lite attraktivt for unge mennesker med store funksjonshemninger da det hovedsakelig er eldre damer som oppsøker tilbudet. Det kan også være at de lar være å komme fordi de opplever seg selv som "annerledes" og "frastøtende": *"Noen ville nok og var her i starten, men opplever seg selv som for dårlige i den forstand at de sikler og ikke er slik "de helst vil være", sammen med andre. Selv om vi sier at det ikke gjør noe og har prøvd å hente dem, vil de ikke komme"*. Det kan imidlertid virke som en kvalitet at også de beboerne som er svært dårlige, får tilgang på et miljø med friskere beboere. Aktivitøren kan fortelle at selv om de dårligste ikke greier å delta i samtalen (mangler språk), kan de humre og le sammen med de andre, et tydelig tegn på at de følger med og at de setter pris på "å kunne delta uten å bidra direkte selv".

**Alarmsystemet:** Alarmsystemene på huset er skilt fra hverandre i to systemer. Beboerne i omsorgsleilighetene er koblet direkte opp mot personalet i 1. etg, mens de andre beboerne er koblet på det generelle trygghetsalarmnettet. Dette fungerer langt bedre enn tidligere da alle var koblet mot samme sentral. *"Det er jo veldig forskjellig terskel folk har i forhold til å be om hjelp. Mens noen omtrent må være døden nær før de tilkaller hjelp, kan andre tilkalle hjelp 30 ganger i døgnet. Noen spekulerer i å ikke svare fordi da kommer det hjelp fortere. Å skille alarmsystemene fungerer derfor bedre."*

## **Ansattes erfaringer med tjenestetilbudet**

**Bemanning:** Innenfor de rammene de har, opplever personalet at de rekker å få gjort det de skal, men sier selv at det ikke blir tid til

*"det lille ekstra". Det er hele tiden snakk om prioriteringer hvor pleiepersonalet må si nei til oppgaver som ikke defineres som nødvendig helsehjelp. Sykepleieren vi intervjuet, sa det slik: "Det er vanskelig å sette den grensa. Jeg må sette klare grenser for hva som er min jobb. Det er noen ganger jeg føler at en person kunne trengt seg en tur ut, men det er ikke min jobb. Det er aldri tid til sånt, en uaktuell problemstilling. De har støttekontakt som skal ta seg av det, men jeg tror forresten ikke det er noen av dem her som har støttekontakt. Da er det pårørende som tar seg av slike ting. Mange er flinke til å ta med seg sine."*

Mange pårørende trodde at det ville være et mer sosialt tilbud her og ble skuffet.

Soneleder opplever at de klarer å gi et individuelt tilpassede tilbud. Hun sier samtidig at de stramme rammene gjør at spontaniteten og fleksibiliteten i beboernes hverdag blir borte. Personalet klarer bare å imøtekomme behov som er avtalt på forhånd: *"Ja, men vi klarer ikke å møte alle hver dag i forhold til her og nå- behov. Eks. hvis de ønsker å legge seg tidligere osv."*

Soneleder forteller at beboerne har ønsker og forventninger som ikke kan innfris. Ledelsen brukte mye tid i starten på å forklare beboerne at de flyttet til en leilighet uten sosiale tilbud. "Tilbudet ble presentert som et alternativ til sykehjem, og da skapes det forventninger", sier informanten.

Men mange takker også nei til fellestilbud og besøkstjeneste. De ønsker kontakt med personalet som de kjenner, forklarer en av de ansatte. Hun sier videre at folk blir mer og mer kravstore. Behovet er nærmest utømmelig. Budsjettet øker, men enda flere trenger hjelp. Politikerne ber oss sette grenser. Informanten opplever at tilbudet som gis, er forsvarlig. "Det at brukerne sier nei, er deres valg", forklarer hun.

**Organisering av arbeid:** Alt personalet er tilsatt i hjemmetjenesten. Personalet er inndelt i team som betjener en gruppe beboere. Et team er "inne", dvs. i omsorgsboligene, og har ansvar for beboerne med heldøgns omsorgsbehov (de 19). Det andre teamet er ute og har ansvar for hjemmeboende samt dem som bor i vanlig omsorgsbolig. Personalet får til en viss grad velge om de vil være ute eller inne. "Noen vil helst være inne, og blir møtt i forhold til sine ønsker". Det er stor grad av samarbeid mellom teamene. Soneleder opplever at de har gode systemer. "Systemene er arbeidskrevende, men nødvendige", sier hun.

Arbeidet organiseres ut fra en base. Basen ligger i sokkeletasjen og består av kontor og pauserom for personalet. På kveldstid er alle ute i blokka og jobber, og personalbasen er ubemannet. Kontakt mellom beboerne og personalet skal være avtalt på forhånd. Hvis



det er behov for hjelp utover dette, kan personalet tilkalles via alarmsystemet. Beboerne kan altså ikke oppsøke personalbasen. Soneleder sier at dette er uvant for enkelte brukere, spesielt dem som kommer fra psykiatrien og som er vant til å kunne oppsøke en personalbase. For de ansatte oppleves det som en grei løsning.

Arbeid fordeles daglig. Personalet får arbeidslister med oversikt over hvilke brukere de har ansvar for. Lovverket bestemmer hvilke arbeidstakere som får gjøre hva. Noen tjenester får omsorgsarbeidere og hjelpepleiere utføre, men ikke ufaglærte. Det er liten grad av kontinuitet i forhold til hvem som assisterer hvem. Personalet skifter team, og ledelsen har bevisst valgt bort primærkontaktsystemet. Ingen brukere har primærkontakt. System med primærkontakt er et system som bidrar til at det etableres sterke bånd mellom beboer og personalet. Det har negative sider i ifølge soneleder; det gir problem i ferier og ved sykdom. Det medfører også ofte mangel på skriftliggjøring, noe som gjør det vanskeligere å oppfatte endringer hos brukerne. Hun nevner spesielt at når de har vikarer, glir alt likevel greit nettopp fordi de har skrevet ned og har systemer på ting.

Bergheim har tunge brukere. Det er derfor også behov for rotering for å forebygge fysisk og psykisk belastning. Personalet er derfor organisert i arbeidsteam på 6-7 personer som i en viss grad begrenser antallet. Brukerne opplever nok at de møter mange forskjellige, men tilbudet de får skal ikke være avhengig av hvem som kommer. Arbeidsinstrukser ivaretar at alle vet hva de skal gjøre og at alle gjør det samme. I arbeidsinstruksjonen er også særegenheter for hver enkelt bruker notert.

På arbeidsmiljøsidene er det opprettet grupper som har ansvar for hver sine områder. Som eksempel kan nevnes:

- arbeidsmiljøgruppe (ansvar for arbeidsmiljø hvor verneombud og representanter fra de ansatte sitter)
- turnusgruppe (utarbeider turnuser)
- sykefraværsguppe (iverksetter tiltak for å motvirke sykefravær)

Ingen grupper er knyttet opp mot fag eller beboere.



**Kompetanse og kompetanseutviklende kultur:** Personalet er tverrfaglig sammensatt og består av sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og ufaglærte. Det er stort behov for vikarer til å dekke ferier, helger og sykefravær. Nye medarbeidere har inntil 4 opplæringsvakter før de begynner å arbeide selvstendig. Arbeidsfeltet er stort og omfattende, og det er en selvfølge å utnytte kompetanse som erverves i staben. "Når noen har blitt kurset for eksempel i sår og psykiatri, så utnytt deres kompetanse", sier soneleder.

Personalet har møte en gang i uken, og da er det satt av en time til faglige tema. Til daglig bruker personalet rapportene til å luften ting med hverandre. Sykepleieren vi snakket med var relativt nyutdannet

og synes dette er en god ordning. "Jeg opplever veldig at det er greit å drøfte ting og høre hvordan andre gjør det med den og den osv." Ellers jobber vi jo mest en og en.

En gang i året drar hele personalet ut av huset, hvor de skal evaluere året og lage ny virksomhetsplan. Ledere og ansatte vi snakket med så dette som viktig for arbeidsmiljøet: "Folk er veldig fornøyde, det at man kommer litt unna og kan ta seg tid til å drøfte tilbud, er bra".

**Legetjeneste:** Sykepleieren vi snakket med ga uttrykk for mer fleksibilitet: "Vi følger til lege hvis pårørende ikke kan. Hvis de ikke kan, gjør vi det. Egentlig ikke noe problem."

**Samarbeid med pårørende:** Den daglige kontakten foregår via beskjeder i en bok. Det fungerer greit. "Til demente skriver vi gjerne en slags hjemmejournal. Det er ingen rutiner for det, bare hvis det skal skje noe, slik at det er lagt inn data til pårørende. Pårørende stiller nok mer opp i en boligløsning som dette. De bistår mer med praktiske gjøremål. Personalet tror det blir mer privatliv her enn på sykehjem, og dermed blir også besøkene mer private."

**Arbeidsmiljø og samarbeidskultur:** Beboerne har mange ulike diagnoser og arbeidsoppgavene er varierte. "Folk sier at de trives", forklarer soneleder. Dette blir bekreftet av pleiepersonalet vi snakket med. Soneleder forteller at det var stor grad av turn over i oppstarten. Dette skyldes at de fikk kort tid på ansettelsesprosessen. Brukerne kom før de ansatte var på plass. Den turn over som er nå, er naturlig, sier hun. Soneleder framhever den gode samarbeidskulturen. "Ingen tar pause før de har spurt om andre trenger hjelp", sier hun.

**Fellestilbud/ aktivisering:** Tilbudet er knyttet til aktivtøeren og tilbudet i 5. etg. Når denne aktiviteten har opphørt for eks. noen måneder på sommeren fordi man ikke hadde ekstra vikarmidler, gir beboerne uttrykk for at de savner det. Det finnes ingen dagsenteraktivitet. Omsorgsboligbeboere faller derfor litt mellom to stoler, sier informant. Dagsenteraktivitet tilbys bare dem som bor i sin egen bolig, mens sykehjemsbeboere i en viss grad aktiviseres på institusjonen. Det er et ønske fra personalet om å få en aktivtør en gang i uka til å gå rundt. De tror beboerne kunne ønske flere tilbud. Ansatte gir uttrykk for at noen av beboerne er litt ensomme. Bemanningen sikrer de medisinske behovene, men ikke i særlig grad de sosiale. Det er ikke bevilget ressurser til det. Beboerne går i liten grad på besøk til hverandre. Det synes som om beboerne i begynnelsen ikke var klar over at de flyttet til en leilighet uten sosiale tilbud. Ansatte forteller at noen ble skuffet fordi de hadde forventninger om fellesskap med andre. Noen sier også nei til fellestilbud og besøkstjeneste, men vil heller ha mer kontakt med personalet som jo er mennesker de kjenner.

**Et godt tilbud?** Soneleder mener dette er et godt tilbud dersom det dreier seg om et hjelpebehov på grunn av fysiske funksjonshemminger. De er overbeviste om at de fleste av de yngre ville valgt et slikt tilbud framfor sykehjem. Tilbudet egner seg godt for ektepar, da de kan bo sammen og samtidig få hjelp. Stedet egner seg dårligere for demente. Den kognitive svekkelsen som er vanlig ved demens, kan føre til at beboeren ikke klarer å anvende alarmsystemet, noe som er en forutsetning for å nyttiggjøre seg tilbudet. Demente er ofte vandrere, og tilsyn blir kostbart pga. byggets utforming med svalganger osv. som gjør at personalet ikke klarer å se når beboeren forlater leiligheten.

Pleiepersonalet opplever tilbudet som trygt, og tror beboerne har samme opplevelsen. De sammenligner med sykehjem og sier at dette blir mer et hjem. Beboerne får tilsvarende tilgang på hjelp. Ulempen er at de har mindre personale rundt seg og kan bli mer ensomme.

### **Viktige erfaringer fra Bergheim**

Anlegg med samlokalisering av seniorboliger, omsorgsboliger i borettslag og omsorgsboliger med et spesielt tilbud med heldøgns omsorgstilbud.

Aktivitør driver tilbud i fellesarealene tre dager i uka. Dette er et attraktivt tilbud for flere i blokka enn dem som er tildelt et heldøgs omsorgstilbud. Tilbudet bidrar til at beboerne blir kjent og hjelper hverandre.

Beboere med store hjelpebehov får her bo i en "vanlig" bolig. Dette er ønskelig for noen. For andre kan imidlertid løsningen virke som litt for spredt. Svært skrøpelige eldre, som må ha hjelp til det aller meste, kan profitere på tettere boformer. Der kan man i større grad være tilskuer til et hverdagsliv som man ikke selv lenger greier å ta del i.

Tjenestetilbudet gis som hjemmetjenester generelt og det er lagt liten vekt på sosiale tiltak.

## Viktige erfaringer fra casene:

Omsorgsbolig er et begrep som brukes både om vanlige livsløpsboliger for eldre og bo- og tjenestetilbud med fast personale og beboere med svært omfattende pleie- og omsorgsbehov.

- Med et godt tilpasset tjenestetilbud kan omsorgsboliger være et godt alternativ til institusjon. I de anleggene som fungerer best, har pårørende tillit til at beboerne får nok hjelp. Få tror at sykehjem ville vært et bedre alternativ.
- De fleste pårørende mener at beboerne har glede av og verdsetter å ha sin egen bolig også i faser av livet hvor man trenger mye hjelp.
- Å organisere tilbudet som boliger fordrer nye modeller å organisere tjenestene etter. Dette gir nye utfordringer i forhold til legetjenester, organisering av måltider osv. Casene viser ulike modeller for dette.
- I forhold til tjenesteorganisering pekes det på at tydelig ledelse og involvering på alle nivå i organisasjonen er et av suksesskriteriene. Videre understrekes betydningen av team som også består av personale med ulik fagbakgrunn som vernepleiere og aktivitører.
- Boligløsninger gir rik tilgang på hjelpemidler, dette letter hverdagen for ansatte.
- Løsningene varierer mellom tette bofellesskap med felleshushold og mer separate boliger. Behovene og ønskene varierer, grovt sett kan man si at demente og eldre med svært store svekkelser preferer de mer tette løsningene. Nærhet til personale gir trygghet og felleshushold bidrar til innhold og struktur i hverdagen for dem som har redusert evne til å ivareta dette selv.
- Anlegg med flere typer tilbud, selvstendige boliger, bokollektiv, kafe osv. gir større valgfrihet for beboeren og muligheter for å tilpasse tilbudet til sine egne behov.
- Tilbud hvor både godt fungerende eldre og eldre med omfattende omsorgsbehov kan fungere godt sosialt, men dette fordrer at antallet av dem med omfattende omsorgsbehov er relativt lite. Eksemplet i Vestnes viser at med initiativrike eldre kan en del av det sosiale tilbudet organiseres av eldre selv. Også en del godt fungerende eldre verdsetter tryggheten det gir ved at man kjenner andre og at det finns personalbase i nærheten.
- En del av fellesarealene virker tilfeldig plassert og utformet. Beliggenhet og attraktivitet er viktig hvis man skal stimulere til at folk møtes og blir kjent med hverandre. For både dem som bygger boligene og organiserer tjenestene blir det lett fokusert på funksjonelle behov. At det også handler om trivsel og velvære, kommer klarest fram i tilbud til demente.
- Boligløsningene er i store trekk godt utformet i forhold til brukskvaliteter for rullestolbrukere, men er i liten grad planlagt med tanke på svaksynte. Disse utgjør en stor andel av dem over 80 år.

## Vurdering av kostnader

### 7.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi se nærmere på kostnadsstrukturen til omsorgsboligene som er omfattet av undersøkelsen. I alle ti casene er omsorgsboligene samlokalisert i egne bygg eller boligkomplekser. Ved å samlokalisere hjemmene til mennesker med stort behov for pleie- og omsorgstjenester, antas det at kommunen vil kunne spare tid og utgifter på kjøring mellom ulike enheter. Det er også mulig for personalet å være tilgjengelig for flere brukere samtidig. Dette vil imidlertid i mange tilfeller kunne innebære at mennesker med stort behov for pleie- og omsorgstjenester må flytte fra sitt tidligere hjem til en slik spesielt tilrettelagt omsorgsbolig. Kommunen eller andre eiere leier ut leiligheter og fellesarealer til eldre med stort pleie og omsorgsbehov. Det disse leietakerne måtte ha av behov for hjelpe- og omsorgstjenester samt medisinsk bistand, er organisert under hjemmetjenesten i kommunen. I tillegg til husleie betaler beboerne selv for strøm, telefon, mat og lignende. Alle anleggene som er omfattet av undersøkelsen har en eller annen form personale fast tilknyttet boliganlegget. Omsorgsboliger har noen ganger eget driftsbudsjett, eller driftsutgiftene til omsorgsboligkompleksene utgjør egne poster i kommuneregnskapet. Driftsbudsjettet omfatter da husleie, strøm, telefon og vedlikehold for lokaler som benyttes av de ansatte pluss lønnsutgifter. Andre ganger spesifiseres ikke utgifter knyttet til omsorgsboligene i kommunens regnskap. Kapitlet er bygd opp som følger. Først gir vi i avsnitt 2 litt bakgrunnsinformasjon om organiseringen av omsorgstjenester og kostnader knyttet til slike tjenester i de åtte kommunene som er omfattet av undersøkelsen. Dette for å se kostnader til omsorgsboliger i sammenheng med den organisering kommunen har valgt for pleie- og omsorgstjenestene. Deretter ser vi i avsnitt 3 nærmere på lønnsutgifter til pleie og omsorg med særlig fokus på de ti omsorgsboligkompleksene. Bokostnader og andre kostnader er tema for avsnitt 4. Til sist følger en oppsummering som også inneholder mulige tema for videre forskning.

### 7.2 Pleie og omsorg – egne boliger eller institusjonsplass?

Kommunene kan velge ulike løsninger når det gjelder organiseringen av pleie- og omsorgstilbudet. Kostnadsstrukturen – også for omsorgsboligene – vil variere alt etter om kommunen satser på hjemmetjenester eller på institusjonsomsorg. Når kommunen satser på hjemmetjenester fremfor sykehjem, vil vi for eksempel forvente at lønnsutgiftene til hjemmesykepleie er

forholdsvis høye også i omsorgsboligene, fordi omsorgsboligene da vil være et tilbud til mennesker med stort behov for omsorg og pleie. I kommuner med relativt mange sykehjemsplasser forventes derimot lønnsutgiftene i omsorgsboligene å kunne være lavere i og med at relativt flere av de aller svakest vil ha et tilbud i sykehjem. For å kunne vurdere og sammenlike kostnadene ved de studerte omsorgsboligene, er det derfor ikke uvesentlig hva slags tilbud kommunene ellers har til personer med stort pleie- og omsorgsbehov.

Det viser seg å være store variasjoner mellom kommunene i undersøkelsen når det gjelder prioriteringer og valgte løsninger i tilbudet til pleie- og omsorgstrengende. Vestnes er for eksempel den av kommunene som har lavest andel innbyggere over 80 år som mottar hjemmetjenester og høyest andel innbyggere 80 år og over som har institusjonsplass<sup>11</sup>. Lindesnes – på den andre siden – har høyest andel personer 80 år og over som mottar hjemmetjenester og lavest andel innbyggere 80 år og over på institusjon, mao. en svært ulik prioritering i tilbudsprofilen, jf figur 1 og tabell 1. Som vist tidligere i rapporten er det imidlertid ofte en flytende overgang mellom institusjonsplass og omsorgsbolig når det gjelder tilbud til personer med stort behov for omsorg og pleie. I Lindesnes har de gjort om "langtidsplasser" i sykehjem til omsorgsboligtilbud.

Boligene har samme bemanning og ligger i samme bygg som et tidligere sykehjem. Personer med særlig stort behov for omsorg og pleie bor i denne kommunen altså i omsorgsboliger, noe som er med på å forklare den høye andelen hjemmetjenester og den lave andelen sykehjemsplasser i denne kommunen.

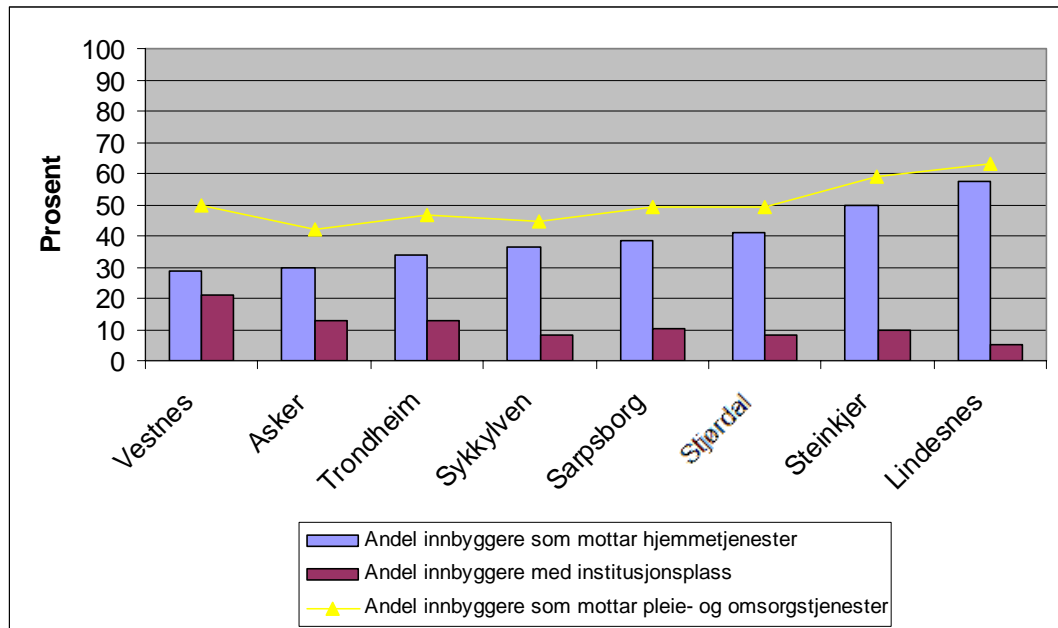
Andelen innbyggere som mottar pleie- og omsorgstjenester varierer noe mellom de åtte kommunene, jf figur 1. Lindesnes og Steinkjer, som har satset sterkt på hjemmetjenester, har høyest "dekningsgrad" totalt sett, i det henholdsvis 63 prosent og 59 prosent av innbyggerne 80 år og over mottar pleie- og omsorgstjenester. I de andre kommunene er tilsvarende tall mellom 40 og 50 prosent.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Et særtrekk ved Vestnes er at en stor sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmede var lokalisert i kommunen. Tidligere beboere ved denne institusjonen har bosatt seg i kommunen.

<sup>12</sup> Selv i Vestnes, som har forholdsvis mange institusjonsplasser, er dekningsgraden 50 prosent.

Figur 1 Andel innbyggere 80 år og over som mottar pleie- og omsorgstjenester, fordelt på hjemmetjenester og institusjonsplass 2004<sup>13</sup> (Kilde: Kostra)



	Asker	Lindesnes	Sarpsborg	Steinkjer	Stjørdal	Sykkylven	Trondheim	Vestnes
Andel innbyggere 67 år og over som mottar hjemmetjenester. Prosent	13,1	33,7	18,8	24,6	20,1	18,8	17,5	15,7
Andel innbyggere 80 år og over som mottar hjemmetjenester. Prosent	29,5	57,6	38,7	49,5	40,8	36,6	33,7	28,7
Andel innbyggere 67 år og over som er beboere på institusjon. Prosent	4,8	3,2	4,7	4,3	3,4	4,2	5,9	9,8
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon. Prosent	12,6	5,3	10,4	9,5	8,2	8,0	12,8	21,1
Plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester	21,0	7,1	15,7	13,2	11,8	15,5	22,1	28,9
Andel institusjonsplasser skjermet for mennesker med demens. Prosent	4,8	66,7	12,2	14,1	4,6	28,3	19,4	16,3

Tabell 1 Nøkkeltall 2004. (Kilde: KOSTRA)

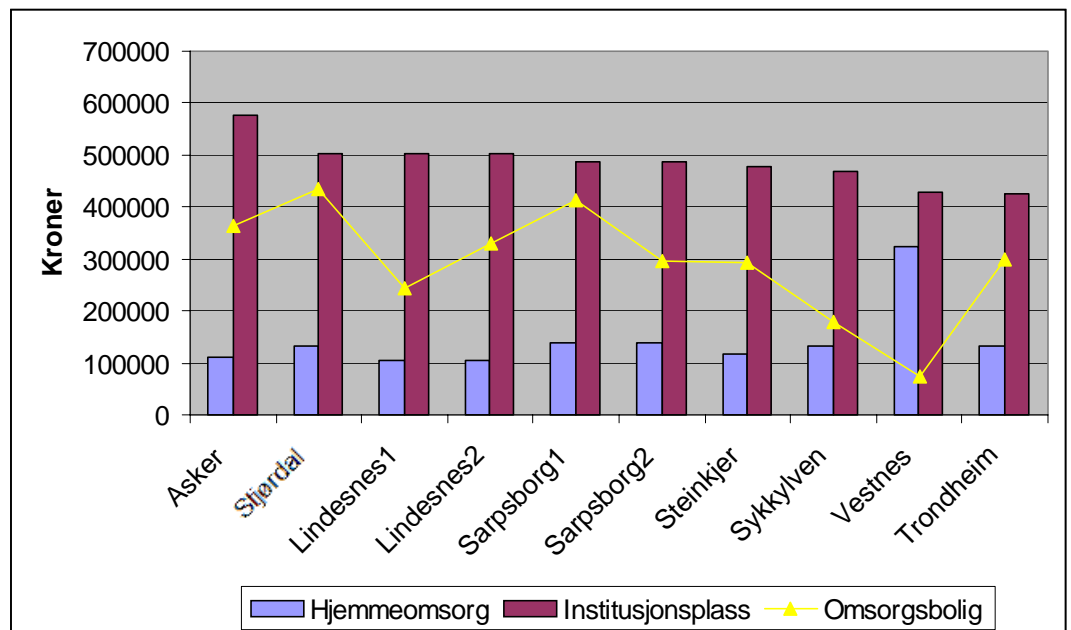
<sup>13</sup> Andel innbyggere som mottar pleie- og omsorgstjenester (framstilt ved hjelp av en linje i figuren) er lik summen av andel innbyggere som mottar hjemmetjenester



### 7.3 Lønnsutgifter til pleie og omsorg

Lønnsutgifter utgjør størsteparten av de løpende utgiftene kommunene har i forbindelse med pleie og omsorg. Figur 2 viser lønnsutgifter til hjemmeomsorg (inkludert omsorgsboliger) og i institusjoner i de åtte kommunene, basert på KOSTRA-tall<sup>14</sup> for 2004. I tillegg har vi gjennom en egen kartlegging stipulert lønnsutgifter til pleie og omsorg per mottaker i de omsorgsboligene som er omfattet av prosjektet vårt.<sup>15</sup> Det framgår av figur 2 at lønnsutgifter til omsorgsboligene i undersøkelsen vår ligger lavere enn gjennomsnittlige lønnsutgifter i institusjoner og høyere enn lønnsutgifter til hjemmetjenester i samme kommune (med unntak av i Vestnes kommune).

Figur 2 Lønnsutgifter til pleie og omsorg per mottaker  
(Kilde: KOSTRA og Fafo kartlegging)<sup>16</sup>



og andel innbyggere med institusjonsplass.

<sup>14</sup> Se [www.ssb.no](http://www.ssb.no).

<sup>15</sup> Regnskapstallene er fra 2005, med unntak av Sarpsborg, der tallene er fra 2004.

<sup>16</sup> Sarpsborg1: Eplehagen bofellesskap; Sarpsborg 2: Thranesgate bofellesskap

Tabell 2 Noen bakgrunnsopplysninger om de ti omsorgsboligkompleksene  
(Kilde: Fafo kartlegging)

Kommune	Omsorgsbolig-kompleks	Antall beboere	IPLOS – høyeste verdi Foreløpige tall	IPLOS – gjennomsnittts verdi Foreløpige tall <sup>17</sup>	Årsverk nattevakt
Asker	Torstadtunet	32	4,68	3,26	3,7
Lindesnes 1	Solkroken 1	20	Foreligger ikke enda	Foreligger ikke enda	0,2
Lindesnes 2	Solkroken 3	24	Foreligger ikke enda	Foreligger ikke enda	0,9
Sarpsborg 1	Eplehagen bofellesskap	16	4,76	3,86	1
Sarpsborg 2	Thranesgate bofellesskap	16	4,23	2,99	1 (deler med 16 andre)
Steinkjer	Skjeftejordet bofellesskap	32	4,53	3,23	3,4
Stjørdal	Fosslia bosenter	48	Foreligger ikke enda	Foreligger ikke enda	6,6 (3 hvilende)
Sykkylven	Sykkylven bosenter	41	Foreligger ikke enda	Foreligger ikke enda	1 (til 91 personer)
Trondheim	Bergheim omsorgsboliger	19	4,09	2,50	2
Vestnes	Vestnes omsorgssenter	31	4,18	2,03	1

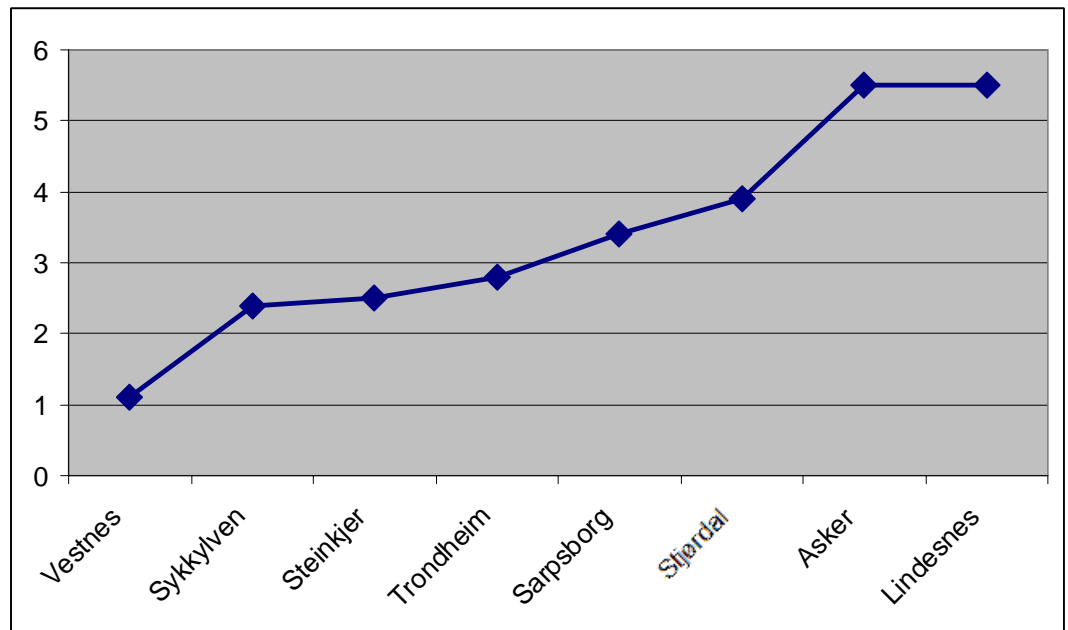
Ved Fosslia bosenter i Stjørdal og Eplehagen i Sarpsborg er omsorgsboligene et skjermet tilbud til mennesker med demens. På Torstadtunet i Asker, bor det både demente og andre som har stort omsorgsbehov pga andre diagnoser. Samlet har de en forholdsvis høy gjennomsnittlig pleietyngde, målt i IPLOS<sup>18</sup>, se tabell 2. Dette avspeiler seg i forholdsvis store lønnsutgifter per mottaker i disse tre omsorgsboligkompleksene. Blant annet har

<sup>17</sup> Minimumsverdi 1, maksimumsverdi 5

<sup>18</sup> IPLOS: register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Fra 1.mars 2006 er IPLOS et verktøy for saksbehandling, dokumentasjon og statistikk for alle landets kommuner. Første obligatoriske innsending er i begynnelsen av 2007, basert på IPLOS-data for 2006. Grunnlaget for statistikken skal inneholde opplysninger om den enkelte søker / tjenestemottaker fra 01.03 – 31.12.2006 (<http://www.shdir.no/iplos>).

omsorgsboligkomplekser der beboerne har betydelige omsorgsbehov, som oftest flere årsverk til nattevakt per beboer enn ellers. Likevel ser vi at anleggene har lavere utgifter enn et gjennomsnittlig institusjonstilbud i samme kommune.<sup>19</sup>

Figur 3 Antall mottakere per årsverk i hjemmetjenesten (Kilde KOSTRA)



En annen måte å studere det generelle kostnadsbildet i kommunene på, er å sammenlikne hvor mange mottakere av hjemmetjenester et årsverk dekker. Vi baserer oss her igjen på KOSTRA-tall og finner at Lindesnes og Asker – som har relativt lave lønnskostnader per bruker i hjemmetjenesten – også er de mest "effektive" kommunene, når det gjelder hvor mange mottakere som omfattes av et årsverk, mens Vestnes ligger på motsatt side av skalaen (jf figur 3). I Vestnes er i gjennomsnitt én person beskjeftig på full tid med én mottaker av pleie og omsorgstjenester<sup>20</sup>. Det er altså ingen én til én sammenheng mellom kostnader og mottakere

<sup>19</sup> Det er for øvrig liten sammenheng mellom andelen skjermede plasser for aldersdemente og kostnadsstrukturen når det gjelder institusjonsplasser, basert på KOSTRA-tall i de åtte kommunene vi studerer (jf tabell 1 og figur 2). Det er for eksempel ikke slik at de kommunene som har en høy andel institusjonsplasser for aldersdemente også har høyest (eller lavest) lønnsutgifter per sykehjemsplass.

<sup>20</sup> Det er relativt mange MS-pasienter under 67 år som er mottakere av hjemmetjenester og sykepleiedekningen i hjemmetjenesten er forholdsvis høy i Vestnes. Denne spesielle situasjonen bidrar sannsynligvis til at Vestnes så vel skårer relativt høyt når det gjelder lønnskostnader i hjemmetjenesten (figur 2) som skårer relativt lavt med hensyn til antall mottakere per årsverk (figur 3). Eksempelet viser at sammenlikning av kostnader mellom kommuner, kun basert på KOSTRA-tall lett kan gi ett ufullstendig bilde.

per årsverk hjemmetjenesten i de studerte kommunene. Lindesnes har fem ganger så mange mottakere per årsverk som Vestnes, men bare en tredel av lønnsutgiftene per mottaker (se figurene 2 og 3). Lindesnes satser mer på hjemmeomsorg og mindre på sykehjem enn Vestnes. Det er da rimelig å forvente at Lindesnes også har relativt høye utgifter til hjemmesykepleie mv. Relativt mange mottakere per årsverk i hjemmetjenesten kan indikere følgende forhold:

det er forholdsvis liten geografisk avstand mellom mottakere av pleie- og omsorgstjenester  
 mottakere av pleie- og omsorgstjenester har et relativt lite omfattende tilbud  
 mottakere av pleie- og omsorgstjenester har et relativt høyt funksjonsnivå

Lønnskostnadene vil avhenge av hvilke faggrupper som er ansatt og hvor stor andel av tidsbruken som gjelder medisinsk oppfølging gjennom sykepleiere. I casene våre har sykepleiere særlig ansvar for medikamentbehandling (dosetter, utdeling). Dessverre har det ikke vært mulig å samle inn gode nok opplysninger om antall årsverk i henholdsvis hjemmesykepleie og hjemmehjelp i alle de ti omsorgsboligsentrene, men i Vestnes (som har lavest utgifter per beboer) utgjør for eksempel sykepleierkompetanse 1,4 årsverk og hjelpepleierkompetanse 4,1 årsverk i omsorgsboligene. Det er noe ulikt hvordan medisin kjøpes inn, om medisinen hentes på apoteket individuelt (eventuelt av pårørende) eller om den hentes av personalet gjennom felles innkjøp. Vanligvis har beboerne ved omsorgsboligene fastlege på samme måte som om de hadde bodd i annen bolig. Fosslia har imidlertid også tilsynslege, tilsvarende 0,4 legeårsverk. Flere rapporterer at det er arbeidskrevende å administrere kontakt med mange ulike fastleger i distriktet ved stort behov for legetjenester. Ofte tar det en del tid for hjemmetjenesten å få tak i beboerens fastleger. "Vi må ringe mange ganger for å få tak i legen. Vi legger igjen beskjed og så ringer han kanskje ikke opp igjen." Det er også ulik praksis når det gjelder å følge til lege. I noen omsorgsboliger (som for eksempel Vestnes) følger de ansatte til lege og sykehus. Andre steder gjøres dette av pårørende eller frivillige hjelpere. Mesteparten av tidsbruken i omsorgsboligene går til medisinsk oppfølging og omsorg og en mindre del til hjelp til praktiske gjøremål. Med andre ord – det er ingen entydig kostnadsfordel i å brukere beboernes fastlege i stedet for å ha egen lege tilknyttet anlegget. Vi ser fra figur 2 at Stjørdal (Fosslia) har høyest lønnskostnader per beboer. Dette kan imidlertid ha sammenheng med at Fosslia i tillegg til å ha ansatt tilsynslege på deltid, også har et forholdsvis høyt antall årsverk nattevakt (noe som igjen har sammenheng med at den fysiske utformingen av boligen har ført til et behov for flere nattevakter). Sykkylven og særlig Vestnes ligger betydelig under de andre omsorgssentrene i undersøkelsen vår når det gjelder lønnsutgifter per beboer, se figur 2. Gjennomsnittlige lønnsutgifter per beboer i

Sykkylven er i underkant av 180 000 kroner<sup>21</sup>. Dette ligger mellom hundre og to hundre tusen kroner under lønnskostnader per beboer i de fleste andre kommunene selv om senteret i Sykkylven også har en del beboere med demens. Vestnes har lønnsutgifter per beboer helt nede i 75 000 kroner. I Vestnes er basen for hjemmesykepleien lokalisert til samme bygg som omsorgsboligene. Flere av de personene som er flyttet i omsorgsboliger, trenger mindre oppfølging enn tidligere fordi vissheten om at hjelpen er nær, medfører at de føler seg tryggere. Kommunen sørger dessuten for at ikke bare personer med omfattende pleiebehov får plass, noe som reduserer gjennomsnittlige kostnader i disse boligene<sup>22</sup>. Dette er mulig fordi Vestnes har forholdsvis mange sykehjemsplasser for mennesker med stort pleie- og hjelpebehov, og viser at kostnadene i de studerte omsorgsboligene i noen grad henger sammen med hvordan kommunene ellers har organisert tilbudet av omsorg- og pleietjenester.

Egenandelene til pleie og omsorg fra hjemmetjenesten varierer med beboerens inntekt. For omsorgsboligene gjelder samme satser for hjemmehjelp som i kommunen ellers. Det har ikke vært mulig å få noen samlet oversikt over hvor mye egenandelene utgjør i de ti omsorgsboligkompleksene, men der det foreligger opplysninger, tilsvarer egenandeler mellom 100 og 300 kroner måneden i gjennomsnitt per beboer.

## 7.4 Bokostnader og husholdningsutgifter

En stor del av husholdningens utgifter er knyttet til boligen. For personer med pleie- og omsorgsbehov som har vanskeligheter med fortsatt å bo i egen bolig og ønsker å flytte til omsorgsbolig, er det viktig at boligutgiftene blir akseptable. I de casene som er omfattet av vår undersøkelse, varierer brutto husleie (før bostøtte) mellom 2 500 kroner (i eldre ombygde boliger i Stjørdal) til 8 200 kroner (i Asker). Netto bokostnader kan imidlertid være betydelig lavere for beboere som har rett på bostøtte. Bostøtten er inntektsavhengig og i og med at vi ikke har tilgang på beboernes inntekter, vet vi ikke hvor mange som har bostøtte og hvor høy netto husleie er. Alle omsorgsboligene som er omfattet av vår undersøkelse, er oppført blant annet ved hjelp av tilskudd fra Husbanken som en del av Handlingsplan for eldreomsorgen<sup>23</sup>. Nedenfor skal vi først se litt på

<sup>21</sup> Sykkylven har beregnet totale lønnsutgifter og årsverk for totalt 91 omsorgsboliger, mens casestudien omfatter 41 boliger. I følge opplysninger fra Sykkylven er det imidlertid liten forskjellig i omsorgsnivå mellom de ulike boligene i kommunen.

<sup>22</sup> Som vi ser av tabell 2 er gjennomsnittlige IPLOS-tall i omsorgsboligene i Vestnes relativt lave.

<sup>23</sup> [St.meld. nr. 50 \(1996-97\)](#) Handlingsplan for eldreomsorgen: Trygghet - respekt – kvalitet. Se også [St.meld. nr. 31 \(2001.2002\)](#) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen "Fra hus til hender" ; [St.meld. nr. 34 \(1999-2000\)](#) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år , [St.meld. nr. 28 \(1999-2000\)](#) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene - Omsorg 2000.

kostnadene ved bygging av eldreboliger. Deretter beskriver vi nærmere kostnadsstrukturen i de enkelte casene.

De økonomiske virkemidlene på investeringssiden i Handlingsplan for eldreomsorgen var to tilskudd: oppstartingsstilskudd (engangstilskudd) og kompensasjonstilskudd (årlig). Det ble gitt oppstartingsstilskudd i forbindelse med oppføring, kjøp og utbedring/ombygging av sykehjemsplasser og omsorgsboliger, og det ble gitt tilskudd til kompensasjon for renter og avdrag på lån (kompensasjonstilskudd) til prosjekter som hadde fått oppstartingsstilskudd. Satsene for oppstartingsstilskuddet ble oppjustert i løpet av handlingsplanperioden. I 2003 var tilskuddssatsene ved nybygging 188 000 kroner per ny omsorgsbolig og 403 000 kroner per ny sykehjemsplass. Ved utbedring eller kjøp har tilskuddsutmålingen vært avhengig av kostnadene. Kompensasjonstilskuddets størrelse ble beregnet ut fra godkjente kostnader begrenset oppover til 858 000 kroner for en sykehjemsenhet og 753 000 kroner for en omsorgsbolig (minus oppstartingsstilskuddet). Kostnader utover dette ble ikke kompensert. Dersom boligene i løpet av de første 20 årene etter utbetaling brukes til andre formål enn det som er forutsatt ved tilskuddstildelingen, kan Husbanken kreve at eier tilbakebetaler den delen av oppstartingsstilskuddet som ikke er avskrevet (se [www.husbanken.no](http://www.husbanken.no) og [www.statens.seniorraad.no](http://www.statens.seniorraad.no)).

I prinsippet består kostnader på boligmassen av vedlikeholdskostnader, renteutgifter på bunden kapital og verdiforringelse over tid og andre driftskostnader. Disse kostnadene motsvares av leieinntekter. Når det settes opp nye utleieboliger, skal det betales avdrag på lån i 20-30 år. Dette kan sees som en del av avskrivningen på bygget. En bolig har vanligvis mye lengre levetid enn låneperioden og selv om man må regne utgifter til vedlikehold og oppgraderinger, representerer boligmassen en investering som byggherren i mange år framover vil ha inntekter av i form av husleie. Husbanken kontrollerer ikke at eier tar en leie som tilsvarer kostnad etter tilskudd, men oppfordrer til å ikke ha leie som er høyere enn "gjengs leie" i det aktuelle området.

Ved å tilpasse husleien til regelverket for bostøtte, kan kommunene (der de står som eier av boligmassen) i prinsippet ha inntekter ved utleie av boliger så lenge det ikke er krav om at boligene skal leies ut til kostpris. Samtidig trenger ikke netto husleie - dvs faktisk husleie etter fratrukk for bostøtte - bli mer enn ett par tusen kroner i måneden for en minstepensjonist. Boligeierne tjener betydelig mer på å tilpasse husleien til regelverket i Husbanken enn det beboerne "taper". Eksempelet i Boks 1 kan hjelpe til å illustrere dette. Vi skal imidlertid være oppmerksomme på at selv om forholdsvis mange av dagens eldre (særlig kvinner) kan ha en pensjon som er så lav at den berettiger til bostøtte, vil dette litt fram i tid sannsynligvis i noe mindre grad være tilfellet. Kommunen eller andre eiere av omsorgsboligene kan dessuten ikke legge seg på et husleienivå for omsorgsboliger som er høyere enn vanlig markedsleie i det aktuelle

området (se for eksempel avgjørelse i Husleietvistutvalget, sak 2005/0082).

Kommunene forvalter vanligvis en rekke boliger. Faktiske kostnader per år per bolig vil avhenge av om lån er nedbetalt, gjeldende rentesats, om eventuelle lån er serielån (like store avdrag over hele låneperioden) eller annuitetslån (avdrag og rente utgjør til sammen samme beløp hver termin). Dersom lånet blir betalt ned over en kort periode og dette skulle avspeile seg i husleien, ville de som bebodde omsorgsboligen i den første tiden, ha høyere husleie enn de som kom inn senere. Det synes mer rimelig at kommunen fastsetter en generell husleie ut fra størrelse og boligstandard heller enn ut fra hvilket lån eller tilskudd hver enkelt bolig har. Mens mange kommuner selv står som eier av omsorgsboligene, har noen kommuner satsset på omsorgsboliger organisert som borettslag. Dette gjelder blant andre Trondheim kommune<sup>24</sup>. Ved at de som har egen kapital investerer denne i bolig, reduseres kommunenes behov for finansiering av omsorgsboliger. I tillegg til at kommunen sparer kapitalkostnader, kan det å eie egen bolig representere en kvalitet i seg selv og gi følelse at mestring og kontroll over eget liv. Både i Trondheim og i de andre kommunene er imidlertid de omsorgsboligene som er omfattet av vår undersøkelse ikke eid av beboerne. Dette kan være hensiktsmessig all den tid samlokalisering av mennesker med spesielle omsorgsbehov medfører reduksjon i utgifter til hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Dersom boligene var fritt omsettelige på markedet, ville ikke kommunen være sikret at de ble kjøpt av mennesker med særlig stort pleiebehov.

---

<sup>24</sup> Kommunen tilbyr imidlertid utleieboliger for dem som ikke har økonomi til å kjøpe egen bolig.

## Boks 1 Eksempel på husleie før og etter bostøtte

Kommunen bygger omsorgsboliger på 55 kvm til 1 million per bolig. Byggingen fullfinansieres gjennom fastrentelån i Husbanken over 25 år til 3,5 prosent rente. Kommunen skal da betale tilbake kr 1,45 millioner over 25 år, slik at årlige utgifter til renter og avdrag til boligen er kr 58 600 per år. Når lånet er nedbetalt vil i praksis hele leieinntekten tilfalle kommunen med fradrag for nødvendig vedlikehold og oppgraderinger.

Øvre grense for boutgifter ved beregning av bostøtte per 1. termin 2006 er for én person husholdning kr 78 600 kroner per år. En minstepensjonist uten formue vil med en boutgift tilsvarende kr 78 600 få utbetalt ca kr 47 400 per år i bostøtte.

1) Kommunen setter husleien lik maksimalt godkjente boutgifter i bostøtteordningen

Dersom kommunen setter brutto husleie lik kr 78 600 per år (kr 6 550 per mnd), vil en minstepensjonist uten formue i praksis betale kr 31 200 per år (kr 78 600 – kr 47 400) i netto husleie etter fratrukk for bostøtte (det vil si kr 2 600 per mnd i netto husleie). For minstepensjonister med formue blir netto husleie noe høyere.

2) Boligen leies ut til selvkost

Dersom kommunen setter brutto husleie lik faktiske kostnader, dvs lik kr 58 600 per år, vil en minstepensjonist uten formue i praksis betale kr 24 328 per år (kr 58 600 – kr 34 272) i netto husleie etter fratrukk for bostøtte (det vil si kr 2 027 per mnd i netto husleie).

Kommunen tjener mer per bolig enn det beboeren taper. Kommunen får en ekstraintekt på (kr 78 600 – kr 58 600) kr 20 000 per år på hver leilighet dersom husleie settes lik øvre grense for boutgifter i Husbanken. Beboeren får kr 6 872 mer i husleie per år.



Tabell 3 Oversikt over bokostnader i omsorgsboliger

	Asker	Lindesnes	Sarpsborg	Steinkjer	Stjørdal	Sykkylven	Trondheim	Vestnes
Tilskudd fra Husbanken per bolig	Kr 175 000	Kr 175 000	Kr 175 000	Kr 175 000	Kr 175 000	Kr 181 300	Kr 175 000	Kr 175 000
Kommunal bostøtte i tillegg til Husbankens bostøtte	Kr 2000-5000 per mnd	Indirekte gjennom husleieregulering	Indirekte gjennom husleieregulering	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei
Leie som kreves av beboerne <sup>25</sup>	Kr 8200	Kr 4600	Inntekts-avhengig og varierer mellom kr 4600 og kr 5600	Kr 5000	Kr 2500 - Kr 5.280	Kr 3600 - kr 4900	Inntekts-avhengig nettoleie	Kr 4 900 for leilighet med to soverom og kr 4400 for leilighet med ett soverom
Husbankens bostøtte går direkte til kommunen	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei

Det er mulig å avtale at Husbankens bostøtte går direkte til kommunens boligetat som delvis refusjon av boutgifter. Kommunen krever så inn "nettoleie" fra den enkelte beboer i forhold til inntekt. Med andre ord, kommunen krever inn bruttoleie minus individuell, inntektsbestemt bostøtte. Dette innebærer en del administrasjon fra kommunen sin side og husleien må justeres forholdsvis ofte i tråd med beboerens endrede inntekts- og formuesforhold og med endringer i regelverket for bostøtten. Boligkontoret vil i slike tilfeller trolig ha et kommunikasjonsproblem i forhold til beboerne når bakgrunn for endringer i husleien skal formidles. Samtidig framstår ikke husleien så høy som den faktisk er fordi beboeren blir presentert for regning på nettoleie etter bostøtte. Bare Trondheim har valgt en slik løsning blant kommunene i vår undersøkelse, se tabell 3.

La oss se nærmere på ett omsorgsenter der vi har forholdsvis gode opplysninger. Fosslia omsorgsenter har noen eldre boliger (tidligere aldershjem som ble oppbygd). Her er husleien forholdsvis lav, ca kr 2500 per mnd. Det ble dessuten oppført 24 nye omsorgsboliger og fire sykehjems plasser med lån og tilskudd fra Husbanken. Totale byggekostnader for prosjektet var 35 millioner kroner, det vil si kr 1,25 millioner per bolig, inkludert fellesarealer. Prosjektet ble finansiert med 4,2 millioner i oppstarttilskudd til omsorgsboligene, 1,5 millioner i oppstarttilskudd til de fire sykehjems plassene og

<sup>25</sup> I tillegg kommer utgifter til oppvarming, strøm, og eventuelle vaktmestertjenester.

resten (29,3 millioner) var finansiert gjennom annuitetslån i Husbanken over 30 år til 7 prosent rente. Beregnet lånekostnad per bolig per måned utgjør ca kr 6 470, mens husleien i omsorgsboligene er nesten tolv hundre kroner lavere og lik kr 5 280. Med andre ord; i dette tilfellet subsidierer kommunen omsorgsboligene i 30 år.

I noen omsorgsboligkomplekser er det ikke felles hushold (Bergheim, Solkroken 3 og Vestnes), mens på de fleste andre stedene kjøpes mat (og eventuelt andre husholdningsartikler som for eksempel vaskemidler) inn samlet. Utgiftene deles likt mellom beboerne og varierer mellom kr 2200 – kr 3300 per måned.

## 7.5 Oppsummering og drøfting av kostnader

I dette kapitlet har vi sett nærmere på kostnadsaspektet ved de ti casene i undersøkelsen, både når det gjelder kostnader for beboere og kostnader for kommunene. Det er viktig å påpeke at dette ikke er en representativ undersøkelse for alle omsorgsboliger i Norge for eldre med særlige omsorgsbehov og resultatet er derfor ikke uten videre generaliserbart. Dessverre har det ikke vært mulig å få samlet inn alle relevante opplysninger fra omsorgsboligsentrene. Dette har bl.a. sammenheng med at tjenestene som ytes inngår i den ordinære hjemmetjenesten slik at det kan være vanskelig å skille ut hvor mange timeverk som utføres i de aktuelle omsorgsboligene. Vi har derfor prøvd å utfylle bildet gjennom å se på KOSTRA-tall for de aktuelle kommunene. Disse kan gi et bilde av den kommunale konteksten hvert enkelt case er plassert inn i. Kommunene kan velge ulike løsninger når det gjelder organiseringen av pleie- og omsorgstilbudet. Kostnadsstrukturen – også for omsorgsboligene – vil variere alt etter om kommunen satser på hjemmetjenester eller på institusjonsomsorg. Når kommunen satser på hjemmetjenester fremfor sykehjem, vil vi for eksempel forvente at lønnsutgiftene til hjemmesykepleie er forholdsvis høye også i omsorgsboligene, fordi omsorgsboligene da vil være et tilbud til mennesker med stort behov for omsorg og pleie. I kommuner med relativt mange sykehjems plasser forventes derimot lønnsutgiftene i omsorgsboligene å kunne være lavere i og med at relativt flere av de aller svakeste vil ha et tilbud i sykehjem. For å kunne vurdere og sammenlike kostnadene ved de studerte omsorgsboligene, er det derfor ikke uvesentlig hva slags tilbud kommunene ellers har til personer med stort pleie- og omsorgsbehov. Det viser seg å være store variasjoner mellom kommunene i undersøkelsen når det gjelder prioriteringer og valgte løsninger i tilbudet til pleie- og omsorgstrengende. Lønnskostnader per beboer i omsorgsboligene ligger i alle de ti casene noe lavere enn lønnskostnadene per beboer i institusjon i samme kommune. Dette på tross av at mange av beboerne har et forholdsvis høyt hjelpebehov. Pårørende til beboerne i omsorgsboligene gjør i noen tilfeller en del oppgaver som personalet ville gjort på et sykehjem (innkjøp, klessvask, osv) i og

med at beboerne er å regne som hjemmeboende. Dette kan bidra til å redusere lønnsutgiftene i omsorgsboligene. Som vi ser annet sted i rapporten, er det imidlertid ikke alltid like lett for de ansatte i hjemmetjenesten å gjøre det klart for pårørende at omsorgsboligen i prinsippet er som et vanlig hjem og at det forventes av pårørende at de stiller opp som før flytting fra annen bolig. I praksis viser det seg derfor at ansatte må gjøre en del av de oppgavene pårørende var forventet å gjøre. Det er dermed usikkert hvor vidt det er mulig å spare lønnskostnader i omsorgsboliger i forhold til sykehjem ved at pårørende gjør en del oppgaver i omsorgsboligene som personalet har ansvar for på sykehjem.

Ved flere av omsorgsboligsentrene vi studerer i dette prosjektet, mener de ansatte at det ville være en fordel med tilsynslege i stedet for at hver enkelt beboer må bli fulgt til sin fastlege. Funksjonsnivået er delvis svært lavt og behov for legetilsyn stort. Ikke alle pårørende har muligheter for å ta fri fra jobb for å følge til lege og dette kan fort medføre høy ressursbruk innen hjelpetjenestene. En tilsynslegeordning ville på den andre siden også bidra til økte personalkostnadene ved omsorgsboligene. Dette reiser flere spørsmål for framtidig forskning: Kan lønnsutgiftene holdes lavere i omsorgsboliger enn i sykehjem – også når pleiebehov og ytelse er på samme nivå – på grunn av fordeler med organisering i omsorgsboliger? Alternativt, er lønnsutgiftene i omsorgsboliger lavere enn i sykehjem – gitt samme pleiebehov – på grunn av lavere nivå på tjenestene i omsorgsboliger?

Alle kommunene i Norge skal i løpet av 2006 innføre IPLOS som mål på funksjonsnivået til brukere av hjemmetjenesten og institusjoner. Dette vil gi bedre grunnlag for å studere sammenhengen mellom IPLOS som et mål på brukernes behov og funksjonsnivå på den ene side og lønnskostnader på den andre ved så vel omsorgsboliger som sykehjem i de ulike kommunene i Norge.

I dette kapitlet har ikke målsettingen vært å sammenlikne omsorgsboliger og sykehjem med hensyn til kostnader for kommunen. Vi vil bare kort nevne at når en person bor på sykehjem kan kommunen kreve 75 prosent av løpende pensjonen i egenandel (og 85 prosent av kapitalinntekter). Egenandelen skal både gå til tjenestedrift og til dekning av kommunens utgifter knyttet til boligmassen. Bor pensjonisten i omsorgsbolig, betaler han selv for bolig og mat samt egenandel for pleie og omsorg. Bruttoutgiftene for den enkelte kan bli minst like høye som ved å bo på sykehjem. Når slike sammenlikninger gjøres, bør en imidlertid være oppmerksom på at mange beboere av omsorgsboliger har lavere utgifter enn det som framgår ved å summere brutto leieutgifter, kost og egenandeler siden de har rett på statlig bostøtte. Dette gjelder særlig minstepensjonister og andre pensjonister med forholdsvis lave inntekter. Statlig bostøtte gis derimot ikke til beboere på sykehjem. Økonomisk ville den mest optimale tilpasningen for kommunene være å gi sykehjems plass til personer med forholdsvis høy pensjon og omsorgsboliger til minstepensjonister. En slik

tilpasning kunne medføre høye egenandelsinntekter i sykehjem og høye leieinntekter i omsorgsboliger (siden minstepensjonister – på grunn av bostøtteordningen – likevel ville ha forholdsvis lav nettleie). De ulike statlige ordningene kan således ha ugunstige vridningseffekter. Vi vil imidlertid understreke at vi ikke har undersøkt om det foreligger slike tilpasninger i våre case-kommuner.

## Litteraturliste

Alexander, Ernest R. (1997): Shelter and Service Issues for Aging populations. Journal of Housing for the Elderly. Vol 14, No 1/ 2 2001.

Allen, I, D. Hogg og S. Peace (1992): Elderly people: Choice satisfaction and participation, London: Policy Studies Institute.

Alsvåg, Herdis (1989): Grenser vi ikke vil se.

Aud, Myra A. (2002): Interactions of Behavior and Environment as Contributing Factors in the Discharge of Residents with Dementia from Assisted Living Facilities. Journal of housing for the elderly. Vol 16 no ½ 2002.

Booth, T. (1985): Home truth, old people's home and the outcome of care, Aldershot: Gower.

Booz, Allen og Hamilton (1975): Long Term Care Study. Volume II, State Department on Aging, Springfield, Illinois.

Brawely, E. (1997): Designing for Alzheimer's Disease: Strategies for creating Better Care Environments. New York:Wiley.

Brummett, W. (1994): The essence of home: Architectural design considerations for assisted-living elderly housing. Master's thesis. University of Wisconsin, Milwaukee.

Bull, Grete (1993): Servicebolig – dyr bolig eller rimelig institusjon? Kostnader og effekter av en ny boform for eldre. NBI prosjektrapport nr. 30/93.

Butler, R.N. (1975): Why Survive? Being old in America, harper and Row Publisher, New York.

Canter, D. og Canter, S. (1979): Designing for Therapeutic Environments. Chichester, U.K.:Wiley.

Carmon, Naomi (1997): Shelter and Service Issues for Aging Populations. Journal of Housing for the Elderly. Vol. 12, No. 1/ 2.

Chaudhury, Habib (2002): Journey Back Home: Recollecting Past Places by People with Dementia. Journal of Housing for the Elderly. Vol 16, No 17 2 2002.

Christensen Unn (2003): Fra Institusjon til omsorgsboliger  
Cold, Birgit (2001) Aesthetics, Well-being and Health, ISBN 0-7546-1856-0

DamKjær, Karin, Bent Foerlev, Georg Gottschalk, Kiddy El Kholy, Eva Bonde Nielsen, Sven Thyssen og Merete Aasborg (1995):

Daatland, S. O (1999): Framtidens boformer for eldre -: Nordisk ministerråd

Davidson, A. (1995): Using the environment to promote human well-being. Journal of Health care Design 7:109-21.

Day, Patricia, Rudolf Klein og Sharon, Redmayne. (1996): Why Regulate? Regulating Residential Care for Elderly People. Bristol: Policy Press, University of Bristol, for the Joseph Rowntree Foundation.

Eriksen. O. & Skivenes, M. (1998). Om å fatte riktige beslutninger i barnevernet. I Tidsskrift for samfunnsforskning, 39, 3, 352-379

Gehl, Jahn (2003, 5 utgave) Livet mellom husene- Udeaktiviteter og Udemiljøer ISBN 87-7407-280-3

Grue, E.V. og Sørbye, L.W (1998): Helse- og omsorgsbehov for hjemmeboende vurdert med RAI-HC. Pleie- og omsorgstjenesten i Boligforhold, Pleje og omsorg i ti københavnske plejehjem. SBI-rapport 283 – Statens Byggeforskningsinstitutt 1997.

Gibson, Diane (1998): Aged Care. Old Policies, New Problems. Cambridge: Cambridge University Press.

Golant, Stephen M. (1984): A Place to grow old. The Meaning of Environment in Old Age. New York: Columbia University Press.

Golant, Stephen M. (1999): The Promise of Assisted Living. I (red.) Benjamin Schwarz og Rith Brent. Aging, Autonomy, and Architecture. Advances in Assisted Living. London: Baltimore.

Grue, E.V. og Sørbye, L.W (1998): Helse- og omsorgsbehov for hjemmeboende vurdert med RAI-HC. Pleie- og omsorgstjenesten i St.Hanshaugen – Ullevål bydel. Forskningsrapport nr.8/98. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter.

Gottschalk, G.(1995) Boligstandarden i plejehjem og andre institutioner SBI-rapport 249 ISBN 87-563-0884-

Guntermann, Karl L. (2002): Mobile Homes, Affordability and the Housing for Older Persons Act of 1995. Journal of housing for the elderly. Vol 16 no ½ 2002.

Harsvik T, Hofseth C, Norvoll R og Hem K G: Sykepleiere i sykehjem. Unimed Helsetjenesteforskning 2002. SINTEF rapport STF78 A023504

Hauge, S. (2004). Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? - ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. Dr.polit. avhandling, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.

Heumann, Leonard F. (1991): A Cost Comparison of Congregate Housing and Long Term care facilities for Elderly Residents with Comparable Support Needs in 1985 and 1990. Journal of Housing for the Elderly. Vol 9, No. 1 / 2 .

Hofseth H og Norvoll R: Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og i hjemmesykepleietjenesten. SINTEF-rapport, januar 2003.

Holthe, T., Kirkevold, Ø, Kjeldsberg. (1997) Ti fugler på taket – rapport fra konferanse om boliger for aldersdemente ISBN 82-91054-45-2

Høyland, Karin (2002): Ny sykehjemsmodell et bedre tilbud. SINTEF rapport nr.

Hjort-Hansen, Jessy og Keld Anker Nielsen (2003): Fra plejehjem til leve- og bomiljøer. København: Munksgaard Danmark.

Hunt, Micheal E. (1991): the Design of Supportive Environments for Older People. Journal of Housing for the Elderly. Vol 9, No. 1 / 2 .

Kalset B og Røttingen J A: Praksis og kvalitet i sykehus. SAMDATAanalyse 2002

Kane, R.A. (1990): Everyday life in nursing home: The way things are. I R. Kane og A. Caplan, red Everyday Ethics: Resolving Dilemmas in Nursing Home Life. New York: Springer.

Kellaheer, Leonie (2001): Shaping everyday life: beyond design. I (red.) ? I (red.) Sheila M. Peace og Caroline Holland. Inclusive Housing in an Ageing Society. Innovative Approaches. Bristol: The Policy Press.

Kuller, R. (1991): familiar design helps dementia patients cope. I (red.) W. preiser, J. Vischer og E. White. Design Intervention: Toward a More Human Architecture. New York: van Nostrand Reinhold.

Leichsening, Kai og Charlotte Strümpel (1998): The Use of Small Housing Units for older Persons Suffering from Dementia. Vienna: Eurosocial 63/98.

Lindstrøm, Bente (1998): Housing and Service for the Elderly in Denmark. I (red.) Satya Brink. Housing Older People an International Perspective. New Brunswick:Transaction Publisher.

Pastalan, L. (1977): Designing housing Enviornments for the Eldely. Journal of Architecture, 31:11-13.

Pastalan, Leon A. (1997): An Introduction to international perspectives on Shelter and Service issues for Aging Population.

Pastalan, Leon A og Schwarz, Benyamin (1994): Emergent Themes. Journal of Housing for the Elderly. Vol 11, No. 1 1994.

Phillips Judith, Miriam Bernard, Simon Biggs og Paul Kingston (2001): Retirement communities in Britain: a "third way" for the third age? I (red.) Sheila M. Peace og Caroline Holland. Inclusive housing in an Ageing Society. Innovative Approaches. Bristol: The Policy Press.

Schwarz, Benyamin og Leon A. Pastalan (2001): Housing Choices and Well-Being of older Adults: proper Fit. Journal of Housng for the Elderly. Vol 14, No. 1/ 2 2001.

Marsden, John P. og Rachel Kaplan (1999): Communication Homeyness from the Outside. Elderly People's Perceptions of Assisted Living. I (red.) Benyamin Schwarz og Rith Brent. Aging, Autonomy, and Architecture. Advances in Assisted Living. London: Baltimore.

Monk, Abraham og Lenard W. Kaye (1991): Congregate Housing for the Elderly: Its need, Function and perspectives. Journal of Housing for the Elderly. Vol9, no ½, 1991.

Nygård L: Driftssituasjonen ved Sunde og Slåtthaug sykehjem. Rapport fra Ressurssenter for omstilling i kommunenen, september 2002.

Redfoot, Donald L. Og Katrinka Smith Sloan (1991): Realities of Political Decision-Making on Congreate Housing. Journal of Housing for the Elderly. Vol9, no ½, 1991.

Regnier, V, J. Hamilton, og S. Yatabe (1995): Assisted Living for the Frail: Innovations in Design, Management and Financing. New York: Columbia University Press.

Regnier, Victor (1999): The Definition and Evolution of Assisted Living within a Changing System of Long-Term Care. I (red)

Ressurscenteret for omstilling i kommunene Nyhetsbrev nr3- 2003 Leder.

Rostvåg, Gisle (2003) Sykehjemskøen fjernet. Sykepleien nr 18/03

Swarz, Benyamin og Ruth Brent. Aging, Autonomy and Architecture. Advances in Assisted Living. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Sosial- og Helsedepartementet: Rundskriv om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Mars 1997.

Sosial- og Helsedepartementet: Rapport fra arbeidsgruppen for utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus. SHD oktober 1999

Sletvold O: Forslag til indikatorer og standarder for kartlegging av kvaliteten på tilbudet ved sykehjemmene i Trondheim kommune. Trondheim Kommune 1996.

Slagsvold, Britt (2001): Det er kun godt på den målte måte. I "Ældreomsorg – management eller menneskelighet?

St. melding nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening.

Strandquist, Marit (2002): Som man roper på sykehjem får man svar. Behovundersøkelse om endreomsorg. Working paper 2002:1. Oslo: Senter for helseadministrasjon

Schwarz, Beyamin (1999): Assisted living: An Evolving Place Type. I (red.): Benyamin Schwarz og Rith Brent. Aging, Autonomy, and Architecture. Advances in Assisted Living. London: Baltimore

Schwarz, Beyamin og Leon, Pastalan (2002): Housing Choices and Well Being of older Adults: Paper Fit. Journal of Housing for the Elderly. Vol 14, No. 1/ 2 . 2001.

Tatham, Martha Geiser og McCree Suesetta (1992): Leisure facilitator: The Role of the occupational Therapist in Senior Housing. Journal of Housing for the Elderly. Vol 10, no 1/ 2 1992.

Thompson, M.M. (1979): The Elderly in the Enviroment: Ysterday and Today. HUD Challenge, United States Department of Housing amd Urban Development, Washington, DC.

Towswnd, Peter (1962): The last Refuge, Routledge and Kegan Paul, London.

Tønseth og Otterstad (Sykepleien nr.18/ 2003)

Christensen, S. & Daugaard Jensen, P. (1986). Kontrol i det stille: Om magt og deltagelse. København: Samfunnslitteratur