

Erfaringer med "hagebyer" tilrettelagt for personer med demens

NYE SYKEHJEMSMODELLER



SINTEF Notat

Karin Høyland

Erfaringer med ”hagebyer” tilrettelagt for personer med demens

Nye sykehjemsmodeller

SINTEF akademisk forlag

SINTEF Notat 52

Karin Høyland

**Erfaringer med "hagebyer" tilrettelagt for personer med demens
Nye sykehjemsmodeller**

Emneord: Sykehjem, demenslandsby, Hageby, omsorgsboliger

Forsidefoto: SINTEF Community

Prosjektnummer: 102027708

ISSN 1894-2466

ISBN 978-82-536-1855-5 (pdf)



© Forfatterne. Utgitt av SINTEF akademisk forlag 2024

Denne rapporten er publisert med åpen tilgang etter CC BY-lisensen

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

SINTEF akademisk forlag

SINTEF Community

Børrestuveien 3

Postboks 124 Blindern

0314 OSLO

Tlf.: 40 00 51 00

www.sintef.no/community

sintefstore.no

Forord

Dette prosjektet ble initiert av SINTEF Community og finansiert av Husbankens kompetansemidler.

Formålet med prosjektet har vært å presentere nye sykehjemsprosjekter i Husbankens Veiviser. Fordi veiviseren er lagt ned, er prosjektene presentert i en noe forkortet versjon på Husbankens nettsider. Materialet som ble innsamlet, er derfor i tillegg drøftet i dette notatet samt i en artikkel publisert internasjonalt på Arch 24-konferansen.

Målgruppa for notatet er planleggere av nye sykehjem, både på byggherresiden og prosjekterende.

Stor takk til alle som har delt sine erfaringer.

Takk til Husbanken som gjorde denne studien mulig.

Arbeidet har vært utført av SINTEF Community. Prosjektleder har vært Seniorforsker Karin Høyland.

Trondheim 15.9.2024

Solvår Wågø
Forskningsleder
SINTEF Community

Karin Høyland
Prosjektleder
SINTEF Community

Sammendrag

Norske kommuner må øke antallet omsorgsplasser. Bygninger utgjør store investeringer og er strukturer som vil påvirke livet til ansatte og beboere i mange tiår framover. Det er derfor viktig å trekke på erfaringer fra nye forsøk og løsninger. I dette notatet presenterer og diskuterer vi tre nye sykehjems-/boligkonsepter i tre forskjellige kommuner i Norge. De er planlagt og ferdigstilt i løpet av de siste 10 årene: Carpe diem i Bærum, Dronning Ingrid's hage i Oslo og Strømmehaven omsorgssenter i Kristiansand. Alle er inspirert av et liknende konsept i Hoegeweyk i Nederland, og støttes av en kunnskapsstatus utgitt av SINTEF i 2015: *Er smått alltid godt i demensomsorgen?* (Haugan et al., 2015). Gjennom befaringer og intervjuer har vi samlet erfaringer med bruk av byggene, utearealene og tjenestemodell.

Vi finner at nye måter å jobbe på krever omstilling og tar tid, og dette er prosesser som fortsatt pågår. Men i alle de tre konseptene er det mange gode erfaringer med løsningene. Det trekkes spesielt fram at det er en kvalitet at beboerne kan vandre fritt inne i et avgrenset område, noe som gir dem en opplevelse av frihet samt tilgang til frisk luft og grønne hager. Dette er en kvalitet som også pårørende trekker fram.

De tre demensomsorgskonseptene er forankret i en felles filosofi om å prøve å skape bomiljøer der beboerne skal trives, og de er utformet slik at de som har planlagt dem, selv kunne tenke seg å bo der. Målet har vært å opprettholde beboernes tidligere hverdagsliv og gi dem frihet til å bevege seg utendørs uten låste dører, samtidig som man sikrer et trygt og grønt miljø. Inspirert av Hoegeweyk i Nederland har kommunene tilpasset konseptene til norske forhold, med nybygging i Kristiansand og Bærum, samt pilotprosjekter i Oslo som igjen førte til et nybygd sykehjem.

Personalet har fokusert på å endre arbeidsmetodene for å implementere de nye omsorgskonseptene, men møter også utfordringer knyttet til beboernes varierte behov. Det er et konstant behov for forbedring, og tiltak settes i gang for å håndtere problemer som oppstår. Beboernes sosiale liv og opplevelsen av hjemlighet er avgjørende, hvor måltider og fellesskap spiller en sentral rolle.

Generelt har erfaringene fra disse prosjektene vært positive, men det er behov for videre forskning som fokuserer på helseeffekter og bruken av fysiske omgivelser for å gi en mer helhetlig forståelse av tilbudene.

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
BAKGRUNN	6
EKSISTERENDE KUNNSKAP OM DEMENS OG FYSISKE OMGIVELSER	6
TRE NORSKE EKSEMPLER	8
<i>Carpe diem, Bærum</i>	8
<i>Dronning Ingrid's hage, Oslo</i>	10
<i>Strømmehaven omsorgssenter</i>	11
ERFARINGER MED BYGG OG PROSESS	12
PROSESSEN	12
IMPLEMENTERING AV OMSORGSKONSEPTET	12
HVEM ER BEBOERNE I "HAGEBYENE"?	12
"HJEMLIGHET"	13
INTERESSEBASERTE AKTIVITETER – OGSÅ FOR NABOLAGET	13
FRIHET TIL Å BEVEGE SEG UTE PÅ EGENHÅND?	14
ORIENTERBARHET OG OM Å FINNE FRAM	15
UTFORMING AV BOGRUPPENE	15
GRUPPESTØRRELSER	15
DRIFT OG DRIFTSKOSTNADER	15
KONKLUSJONER	16
REFERANSER	18

Bakgrunn

Et systematisk arbeid for å møte utfordringene med demografiske endringer krever at man utvikler nye tjenestemodeller, tar i bruk ny teknologi og setter fokus på nye boligmodeller (NOU 2011:11). I Stortingsmeldingen *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017–2018)) står det at utviklingen av boliger for eldre må legge til rette for en aktiv alderdom. Løsninger må oppmuntre til involvering av sivilsamfunnet, slik at eldre fortsatt kan delta i samfunnet og stimuleres til å være aktive selv om de også kan trenge hjelp og omsorg.

I folkehelse rapporten *Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014–2015)) blir helsepromoterende bygninger, steder, lokalmiljøer og utvikling av lokalsamfunn framhevet som et forsterket innsatsområde i norsk folkehelsepolitikk. Denne visjonen inkluderer tilpassede ordinære boliger, lokale miljøtiltak og fellesrom som en viktig del av utviklingen av lokalmiljøer og nabolag. Selv om mange mennesker trolig ønsker å bo "hjemme", er det en realitet at mange også må tilbringe sine siste måneder eller år i tilpasset omsorgsbolig eller et sykehjem. Derfor vil behovet for institusjonslignende løsninger sannsynligvis øke. I forskningslitteraturen påpekes det også et behov for "nye løsninger". Pasientens synsvinkel har generelt også endret seg: Pasienter er ikke lenger "bare" pasienter, men unike individer, beboere og brukere. Demokrati og deltakelse har blitt ytterligere vektlagt i politiske dokumenter og retningslinjer i Norge – sist i *Demensplan 2025* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Utformingen av sykehjem må ses i et helsepromoterende perspektiv (*salutogenese*), og det må søkes kunnskap om hvordan mennesker klarer å leve med en viss livskvalitet til tross for skader og helseproblemer. Fokus må rettes mot ressurser i stedet for risikofaktorer og diagnoser. Dette kan brukes til å forbedre fysisk og mental helse. Fysiske omgivelser som støtter opplevelsen av meningsfulle aktiviteter, er en essensiell del av dette målet. Sykehjemmene vil også i økende grad bruke velferdsteknologi. Alt dette skaper behov for nye løsninger. Dette prosjektet har undersøkt tre nye konsepter (bygninger og omsorgskonsepter) som alle bygger på ny kunnskap og som forsøker å oversette (eller omsette) en visjon til konkrete løsninger. I dette forskningsprosjektet har vi samlet erfaringene og prøver å lære av dem.

Eksisterende kunnskap om demens og fysiske omgivelser

I en litteraturgjennomgang utført av SINTEF i 2015 understrekes flere viktige poenger for planlegging for personer med demens, se Haugan et al. (2015). Gjennomgangen understreker at det sosiale miljøet kanskje er viktigst, men at også det fysiske miljøet er viktig for å støtte og legge til rette for sosiale relasjoner, interaksjon, bevegelse og hjemlighet samt for å delta i meningsfulle aktiviteter.

Det fysiske miljøet har signifikant betydning for å oppnå en mer personsentrert omsorg i praksis (Chaudhury et al., 2013). Så langt som mulig må det fysiske miljøet imøtekomme beboernes individuelle behov. Samtidig er det umulig å designe et miljø som tilfredsstiller alle, da preferanser vil variere mye selv om beboerne har lignende diagnoser. Følgelig vil et hvert miljø representere et kompromiss (Fleming & Purandare, 2010) eller eventuelt tilby ulike alternativer. En gjennomgang av 32 studier publisert før 2012 fant at livskvaliteten til personer med demens øker i spesialtilpassede miljøer: Ansatte og pårørende rapporterer at uro reduseres over tid, og at sosial interaksjon mellom pasienter forbedres betydelig (Kok et al., 2013). Som følge av sykdommen har personer med demens en redusert evne til å tilpasse seg nye forhold. Derfor bør man prøve å tilpasse det fysiske miljøet til individers behov og hva personene er vant til (van Hoof et al., 2010).

Organisering i små grupper gir et mer gjennomslagskraftig miljø med potensial til å ta vare på individuelle behov, og støtter dermed en mer "personsentrert omsorg". De fysiske løsningene støtter på denne måten en organisering der beboerne må forholde seg til færre ansatte. Det å bli bedre kjent med beboerne gjør det lettere å se individuelle behov. Imidlertid henviser begrepet "små institusjoner" til flere ulike løsninger i litteraturen – det er ikke klart definert,

og derfor er det ingen enighet om hvor store grupper eller institusjoner som automatisk fører til mindre utfordrende atferd og bedre livskvalitet (Wolf-Ostermann et al., 2012; te Boekhorst et al., 2009; Verbeek et al., 2010a; Verbeek et al., 2010b). Mangelen på enighet om hva som er den mest optimale situasjonen kan også forklares med at det finnes mange andre forskjeller: designløsninger, antall ansatte og deres ferdigheter, eller omsorgsfilosofi.

"Hjemlighet" som kvalitetsbegrep er basert på beboerens oppfatning av hva et hjem var før sykdommen. Det handler mest om aktiviteter som man forbinder med "hjemme", men det innebærer også å skape en "hjemlig atmosfære" og sikre en følelse av å kunne være privat. Når man går inn i noens hjem, må man gjøre rede for seg, hilse osv.

Begrepet personsentrert omsorg er basert på individets unike verdier, personlige historie og personlighet/integritet (Chaudhury et al., 2013). Kitwoods teori om omsorg for personer med demens, kalt personsentrert omsorg, anses som banebrytende og refereres ofte (Kitwood, 1997). Teorien er basert på Martin Bubers "jeg-du"-filosofi og understreker at omsorg kan undertrykke eller støtte den demensrammede personens integritet og personlighet. Kitwood (1997) påpeker at identiteten til personen med demens kan forbli intakt ved at andre "holder den på plass". Det kan skje fordi følelser kan uttrykkes og møtes med anerkjennelse og bekræftelse basert på en én-til-én-relasjon, i motsetning til en relasjon som er objektiviserende (Kitwood, 1997; Zeisel, 2013). Begrepet personsentrert omsorg er verdibasert og fokuserer på autonomi, velvære, og pasientens ressurser; intensjonen er at personen med demens skal oppleve støtte, føle seg verdifull, og føle seg komfortabel i sosiale sammenhenger (Zeisel, 2013).

Personsentrert demensomsorg krever et skifte mot et helsepromoterende perspektiv som legger vekt på pasientens ressurser og hva han eller hun fortsatt kan mestre (Wolf-Ostermann et al., 2012; Fleming & Purandare, 2010). Det fysiske miljøet bør støtte praksisen med personsentrert omsorg og den demensrammedes bruk av egne ressurser. Flere studier beskriver effekten av et dårlig tilpasset fysisk miljø, se for eksempel Haugan et al. (2015). Videre viser studier at et bevisst tilrettelagt fysisk miljø har positive effekter som mindre rastløs atferd, mindre utagering, mer sosial kontakt og større autonomi i hverdagen (Haugan et al., 2015). I Norge er det i den senere tid gjort to randomiserte kontrollerte studier som har vist reduksjon av nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens (Rokstad et al., 2013; Lichtwarck et al., 2018).

Oppsummert viser kunnskapsstatusen (Haugan et al., 2015) at småskalaformer for omsorg bør støtte:

- sosial interaksjon
- beboernes opplevelse av autonomi i hverdagen
- deltakelse i meningsfulle aktiviteter
- personsentrert omsorg (miljøbehandling, aktiviteter tilpasset den enkelte)
- utendørsaktiviteter
- pårørendes tilfredshet og velvære

Tre norske eksempler

Basert på denne kunnskapen, og ikke minst erfaringene fra Hoegeweyk i Nederland, er det utviklet og bygget tre interessante anlegg i tre forskjellige kommuner i Norge. Selv om kunnskapen det vises til er godt kjent, må det fortsatt være en oversettelse fra teori til konkrete bygninger og tjenestekonsepter. Konseptet består av noen essensielle grunnleggende prinsipper: Beboerne får omsorg i små bofellesskap som søker å bringe tilbake hverdagslivet så langt som mulig, med lett tilgjengelighet til hyggelige uterom, og med utearealer som er trygge, men som samtidig inspirerer til utforskning og bevegelse. Samtidig må det være nok beboere til å skape grunnlag for såkalte klubber som gir mulighet for interessefellesskap og ulike aktiviteter. Det siste prinsippet har vært mye diskutert i Norge. Er det riktig å samle så mange individer med samme diagnose på ett sted?

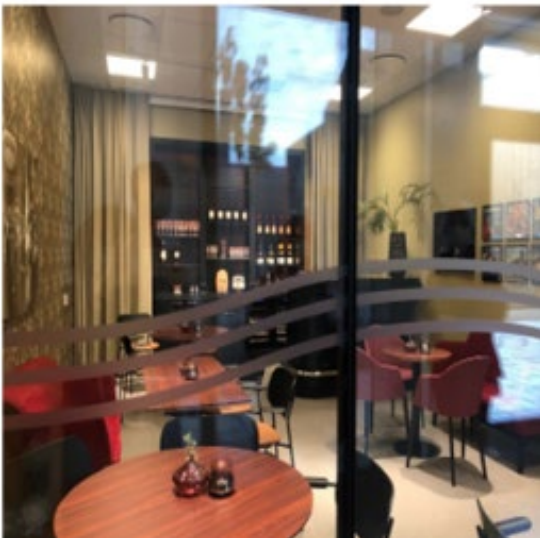
Carpe diem, Bærum

Byggeier: Bærum kommune
Generalentreprenør: HENT
Arkitekt: Nordic Office of Architecture
Interiørarkitekt: Cadi
Landskapsarkitekt: Bjørbekk & Lindheim

For mer info, se Husbankens nettsider: www.husbanken.no

Prosjektet består av 158 sykehjemsplasser, spesielt designet for personer med demens. Sykehjemmet er organisert som en "landsby" med 17 bofellesskap med fellesrom for åtte personer i hver. Alle bofellesskapene har lett tilgjengelige utendørsarealer, og alle har sitt unike design. I tillegg er det 22 vanlige sykehjemsplasser delt inn i to grupper på 11 personer. Det finnes også 40 plasser i et aktivitetssenter som tilbyr korttidsplasser på dager, kvelder eller helger. Bygningene danner lukkede grønne gårder og frodige utendørsområder med forskjellige identiteter. Uteområdene er knyttet sammen med gangruter som leder til et større torg i midten. Nær torget er det ulike tjenestetilbud som kafe, butikk, pub, treningsfasiliteter, en frisørsalong og et drivhus. Disse arealene kan også brukes og leies av eksterne personer (naboer). Beboerne har tilgang til de små bogruppene samt de samme fellesområdene som nevnt over.





Benjamin A. Ward/Nordic Office of Architecture (accepted for use by Doga). Foto: Karin Høyland

Dronning Ingrid's hage, Oslo

Byggeier: Oslo kommune

Arkitekter: Arkitema Architects

Interiørarkitekter: Alma Eik Arkitektur og Innredning

Landskapsarkitekter: Bjørbekk & Lindheim.

For mer info, se Husbankens nettsider: www.husbanken.no

Prosjektet består av 130 sykehjemsplasser organisert i 19 bofellesskap med 6-8 beboere hver. Oslo kommune anser "Dronning Ingrid's hage" (DIH) som et banebrytende konsept for demensomsorg. Prosjektet ligger på Tøyen og er bygget som en "hageby". Hver beboer har et privat rom med bad, og de deler entré, stue og kjøkken. Bygningene er organisert i grupper rundt tre forskjellige indre hager. Den ytre strukturen danner en ramme rundt hele anlegget. De tre gårdene har fått egne navn: Bytoget, Skogshagen og Parken. Alle beboerne kan bevege seg fritt inne i anlegget, og de har tilgang til butikk, kafe, "kulturhus", restaurant/pub, frisør og legekontor. Det er også flere hobbyrom, inkludert et eget bryggeri og et gammelt restaurert "gutterom" som kan brukes til ulike formål. Det er utstrakt bruk av velferdsteknologi



Foto: Karin Høyland. Tegning: Oslo kommune

Strømmehaven omsorgssenter

Bygningseier: Kristiansand Boligselskap KF
Generalentreprenør: BRG Entreprenør
Prosjektgruppeledelse: Multiconsult
Byggeledelse: HR Prosjekt
Arkitekt: Friis & Moltke Arkitekter
Interiørarkitekt: Alma Eik Arkitektur og Innredning
Landskapsarkitekt: Gullik Gulliksen AS

For mer info, se Husbankens nettsider: www.husbanken.no

Strømmehaven består av 42 nye omsorgsboliger gruppert i boligfellesskap med 7 beboere hver, alle spesielt designet for personer med demens. Fasiliteten består også av en gammel bygning med 24 uavhengige omsorgsboliger, som har helsetjenester døgnet rundt. Det inngår også et lite eksisterende sykehjem med 14 langtidsplasser i anlegget. Totalt har fasiliteten 80 "omsorgsplasser". Det er også en base for hjemmetjenester i andre etasje og et dagsenter for eldre som bor i nabolaget. En butikk, frisør og kafe er en del av konseptet. Alle disse er drevet av kommersielle aktører og er åpne for hele nabolaget.



Foto: Karin Høyland, Louise Dedenroth Høj

Erfaringer med bygg og prosess

Alle tre konseptene er forankret i den samme filosofien. Målet var å skape et bomiljø der planleggerne selv kunne tenke seg å bo. Videre var det et mål å tilrettelegge for å beholde beboernes tidligere hverdagsliv så langt som mulig. Man har forsøkt å gi beboerne frihet til å bevege seg ute så mye de ønsker, uten låste dører, samtidig som man sikrer et trygt og grønt miljø som byr på ulike opplevelser.

Prosess

Alle de tre kommunene ble inspirert etter et besøk til Hoegeweyk i Nederland. Både lokale politikere og ansatte fra administrasjonen deltok på dette besøket. Det bidro til å forankre en felles visjon hos alle beslutningstakere. Planleggerne understreket imidlertid også at konseptet måtte tilpasses en norsk kontekst. I Kristiansand og Bærum ble det besluttet å bygge noe nytt. I Oslo startet de et pilotprosjekt med å innføre omsorgsmodellen i fire eksisterende sykehjem. Her ble driftsmodellen innført med mindre bygningsmessige endringer. Erfaringene var så positive at det ble vedtatt å bygge to nye sykehjem i Oslo med de samme målene (Bedre hverdagsliv, Oslo kommune). De andre to kommunene fulgte også med på erfaringene fra pilotene i Oslo. Et nettverk av både kommuner og eiendomsutviklere (SINTEF-prosjekt finansiert av Husbanken) ble etablert for å diskutere utfordringer og muligheter i en norsk kontekst. Det ble avholdt 5 workshops der ulike temaer ble belyst.

En klar visjon for alle tre konseptene ble etablert allerede under planleggingsprosessen. Alle prosjektene hadde sterk forankring både politisk og administrativt. Politikerne var den drivende kraften bak å fremme denne visjonen, i alle tre kommunene. Bak denne drivkraften ligger en anerkjennelse av viktigheten av, igjen og igjen, å fokusere på de faktorene som gir mening og mestring i beboernes liv og hverdag. Ansatte forteller at det å observere og dele når innbyggerne viser genuin glede, oppmerksomhet og engasjement er avgjørende. Videre at det å kun fokusere på å unngå feil og avvik ikke er nok; de må også utvikle nye og bedre løsninger. Fokuset må være å identifisere elementer som bidrar til helsefremming og tiltak som oppleves forbedret livskvalitet for beboerne.

Implementering av omsorgskonseptet

Ansatte i alle de tre tilbudene har jobbet bevisst med å endre måten å jobbe på og tilpasse det et nytt omsorgskonsept, og med det bruke bygningene som tiltenkt. Samtidig ser de at noe ikke fungerer helt som planlagt. Noe handler trolig om å tørre å gi slipp på den gamle måten å gjøre ting på. Andre ting kan handle om at noen av beboerne er mer redusert og trenger mer hjelp enn man hadde planlagt for. En enhetsleder forteller: "De ansatte må frigjøre seg fra hvordan de er vant til å gjøre ting og prøve ut nye måter". Hun kan fortelle at de fortsatt hele tiden må spørre seg selv: "Hva er normalt, hva er gjenkjennelig? Hvordan pleier vi å løse dette når de bor hjemme?" Dette er viktige spørsmål de hele tiden må tenke på. Samtidig sier hun (S): "De smiler mye her, og du kan faktisk se tilfredsheten deres. Denne beboeren har alltid strøket skjortene sine, så det er naturlig at han fortsatt gjør det. Man ønsker å opprettholde det man kan; det gir en følelse av mestring." Enhetslederen (DIH) understreker at det er et konstant behov for forbedring/videreutvikling. Tilbudet er på langt nær på plass når beboerne flytter inn. De har et system for at når problemer oppstår, mottar de rapporter om avvik gjennom systemer for kvalitetskontroll. Deretter systematiseres avvikene, og ansvar for oppfølging blir fordelt. Videre leter de etter nye løsninger for å håndtere disse problemene. Prosessen med å utvikle konseptet er derfor en pågående prosess.

Hvem er beboerne i "hagebyene"?

I alle disse konseptene bor det beboere i ulik alder og med forskjellige bopreferanser. I Dronning Ingrid's hage (DIH) forteller ansatte historier om beboere som liker bylivet og foretrekker å sitte ved bytorget, mens andre trekker til skogshagen omgitt av blomster og busker. Noen beboere trener på taket og har blitt sprekere rent fysisk i løpet av tiden de har bodd der. Én tar ofte turen for å se på ølbryggeriet, mens andre liker å henge ved puben, selv

når den ikke er åpen for servering. Alle som bor på disse stedene, har samtidig en alvorlig grad av demens, noe som kvalifiserer dem for plass i et slikt tilbud, institusjon eller omsorgsbolig. Noen beboere har i tillegg somatiske sykdommer. Noen beboere kom flyttende fra en vanlig institusjon, andre flyttet hjemmefra. Til tross for diagnosen, viser imidlertid disse historiene om forskjellighet at man i noen grad har klart å imøtekomme forskjellige personligheter på en ny måte. En sykehjemsbeboer er ikke bare en sykehjemsbeboer, og dette er kanskje et tegn på at beboerne i litt større grad kan fortsette å leve som de var vant til tidligere. Dette er en essensiell del av personsentrert omsorg. Man må samtidig ikke glemme at diagnosen i seg selv er en progredierende sykdom og at beboerne blir stadig dårligere.

"Hjemlighet"

En streben etter mer hjemlighet er essensielt for disse konseptene. Det omfatter design, hvordan hverdagen organiseres og hvordan tjenesten tilbys. Det inkluderer både omgivelser som kjennes kjente og trygge samt en tilstedeværelse av hjemlige aktiviteter. De ansatte på DIH legger spesielt vekt på viktigheten av måltider for å skape denne følelsen av å være hjemme. De forklarer hvordan mat og måltider er sentralt. Det viser ulike kulturer, gir minner og bidrar til det mange opplever som sosiale interaksjoner. Kjøkkenet fungerer som et sted der beboere på en eller annen måte deltar i måltidsforberedelse, enten aktivt eller ved å observere de ansatte. De ansatte forteller historier om beboere som har begynt å spise mer og opprettholder vekten bedre. En ansatt forteller: "Vi kan se at dette sannsynligvis også gir mer overskudd og energi." Maten er også et fint tema for samtaler: Mange beboere spør hva som er på menyen, forteller hva de liker og diskuterer gjerne maten i etterkant. Lederen i DIH forteller at ansatte i utgangspunktet var skeptiske til mer matlaging. Det representerte en betydelig omstrukturering, noe som også medførte utfordringer knyttet til driftskostnader. Derfor ble det valgt en hybridløsning der man serverer ferdiglaget mat noen dager mens det ble laget middag andre dager. Lederen ved Strømmehaven (S) forklarer at bofellesskapene drives som andre individuelle husstander, der de selv kjøper maten sin og alt annet de trenger. De planlegger menyene sine, hva de trenger å kjøpe inn osv. Og "målsettingen" er jo at vi skal gjøre det slik vi pleier å gjøre, sier lederen, Det innebærer at vi lager noe fra bunnen av, bruker delvis ferdig tilberedte ingredienser, og av og til kjøper ferdiglagd mat.

Interessebaserte aktiviteter – også for nabolaget

Konseptene omfatter også en tilrettelegging av aktiviteter som kan foregå utenfor hjemmet. Planleggerne forteller at mens beboerne i et vanlig sykehjem ofte samles til noen få felles aktiviteter, gis man her større mulighet til å velge. I hverdagen ellers melder man seg imidlertid på aktiviteter som trening eller kor basert på ulike preferanser. Intensjonen med disse klubbene er at aktivitetene i større grad skal kunne tilpasses den enkelte beboers interesser. En ansatt forteller at å utvikle denne delen av konseptet regner de seg fortsatt for å være i en tidlig fase.

Hvert sted har mange flotte arealer skreddersydd for ulike aktiviteter. De er designet for å lage gjenkjennbare omgivelser som man forbinder med stemninger og aktiviteter: bar, treningsrom osv. Bare noen av rommene er tatt i bruk ennå. Carpe Diem (CD) har spesielt lyktes med å engasjere og invitere nabolaget og frivillige inn i disse arealene. De har en "Kulturminister" på huset som spiller en viktig rolle i dette arbeidet. Hun jobber med å bidra til hverdagsliv i landsbyen og samarbeider med ulike aktører i området, som barnehager, helsesøster, skole, danseklubber og kor. Erfaringene så langt er at de innbydende omgivelsene også tiltrekker seg eksterne brukere. Det fører til at noen som kanskje kan bli framtidige frivillige, også blir kjent med stedet. I dag har de rundt 90 frivillige tilknyttet dette sykehjemmet (CD). I DIH er det også ulike arealer, for eksempel et bryggeri som hovedsakelig brukes av noen naboer, men det er også inngått en egen avtale om at de skal bidra til aktiviteter for beboerne. Det fremmer samfunnsengasjement og kontakt med nabolaget, og bidrar til aktiviteter inne i tilbudene. I CD har de introdusert "bytteøkonomi" som gjør det mulig for folk i lokalsamfunnet å leie rom mot å bidra til aktiviteter eller ved å betale penger. "Kafeen og uteområdet er rett og slett steder som oppleves som attraktive og som mange ønsker å besøke og bruke. Mange sier at det er

fint og at de blir i godt humør når de kommer hit. Det er et godt utgangspunkt for å rekruttere frivillige", sier "Kulturministeren" i Carpe Diem. Strømmehaven har god erfaring med å samarbeide med private aktører om drift av både butikk og kafe. Dette sammen med lokalisering gjør at disse tilbudene også brukes av beboere i nabolaget. Butikken (Joker) er den eneste søndagsåpne butikken i nabolaget, og det at omsorgssenteret handler her, bidrar til at driftsøkonomien i virksomheten går rundt. Samtidig forteller pårørende at tilbudene skaper liv og røre og at noe skjer, men at sine er blitt for dårlige til å ta dette i bruk. En pårørende i (DIH) forteller om sin mor "hun er blitt for dårlig rett og slett, det er ikke mye- hobbyaktiviteter og sånn det er det bare å glemme. En annen dame var nede på det hobbyrommet, så jeg tok med mamma dit. Tenkte at det kunne være hyggelig, men det var det jo ikke, fordi da visste hun ikke opp ned på blyanten". Men hun fortsetter med å si at moren trives godt med å gå tur rundt omkring, og hun må alltid innom for å se på hønene.

Frihet til å bevege seg ute på egenhånd?

Både ansatte og beboere understreker at den kanskje mest betydningsfulle endringen i disse fasilitetene med tradisjonelle sykehjem og omsorgsboliger, er at beboerne kan gå og utforske området fritt, noe mange setter pris på. Hager og attraktive grøntområder rett utenfor dørene er åpenbare kvaliteter som settes pris på. Om sommeren gir de åpne dørene ut en følelse av åpenhet og frisk luft. Flere ansatte uttrykte at de så fram til nettopp denne endringen, det at personalet kan oppmuntre beboerne til å gå ut når de ønsker, i stedet for å bruke krefter på å avlede beboerne slik at de ikke skal ønske å gå ut. Konseptet i seg selv fremmer utendørsaktiviteter, da beboerne må gå ut for å bevege seg mellom ulike boenheter. Det bidrar til at mange aktive beboere tilbringer mer tid utendørs og får tilgang på rikelig med dagslys. En ansatt på DIH sier at "vi har sannsynligvis byens mest solbrune sykehjemsbeboere her". Det finnes etter hvert mye kunnskap om den helsefremmende betydning av bevegelse og dagslys, og hvordan dette påvirker både søvn og psyke. Dette er generisk kunnskap og omhandler derfor også personer med demensdiagnoser.

I filosofien bak disse konseptene ligger det en idé om å gi beboerne en opplevelse av frihet innenfor trygge rammer, lik det de var vant til tidligere. Men dette byr også på utfordringer. Fra tidligere sykehjem er både ansatte og pårørende vant til at beboerne stort sett oppholder seg innendørs og under tilsyn hele døgnet. Å la dem bevege seg fritt utendørs krever derfor et skifte i perspektiv for alle.

En ansatt ved Strømmehaven sier: "Man føler seg overhodet ikke innesperret i hagen her, det er ingen gjerder, og bygningene omfavner på en naturlig måte området. Det er bare én inngang/utgang, her er det en bemannet resepsjon fra 8 til 21 om kvelden, syv dager i uken." Da de flyttet inn og begynte å gå ut, hadde de ansatte en følelse av "jeg må passe på dem". Men lederen forklarte at de trenger jo ikke det! Beboerne må gjennom resepsjonen for å komme helt utenfor "hagebyen". Resepsjonistene er også en del av bemanningsplanen: Hun kan lede dem tilbake dersom beboerne prøver å komme ut av anlegget, eller snakke med dem over en kopp kaffe, så de ikke ønsker å gå ut, eller går ut.

Dette skiftet har imidlertid også vært utfordrende for noen pårørende. De mener det er mindre trygt enn der de bodde på institusjon tidligere. Nå er jo ikke ansatte alltid sammen med beboerne. Lederne forteller at også pårørende må trenes i å bli mer bevisste på utfordringen det er å balansere mellom frihet og kontroll. De ansatte på alle de tre stedene sier at de kontinuerlig jobber med å implementere dette skiftet i omsorgsfilosofi, men at det hjelper å spørre seg selv, gang på gang: Hva ville du ønsket hvis det var du som bodde her?

I DIH er det en lang utvendig trapp mellom to terrasser i midten av anlegget. I utgangspunktet betraktet de ansatte dette som en betydelig svakhet (og en fare), men den ble designet for å gi så mange som mulig direkte tilgang til utendørsområdene. Til tross for bekymringene har opplevelsen vært overraskende positiv: Man kan se beboerne vandre opp og ned trappen flere ganger i løpet av dagen. De nyter godt av treningen, og det styrker muskulaturen. Personalet

mener at dette sannsynligvis bidrar til færre fall, til tross for at mange beboere daglig er ute og går på egen hånd.

Personalet mener å observere at flere har hatt en bedring i funksjon og livskvalitet siden de flyttet inn, noe de tror kan skyldes den kombinerte effektene av gode måltider, økt aktivitet, god søvn og en følelse av frihet. Ektefellen til en beboer med stort behov for å vandre rundt forteller: "Det virker som om hver dag her er helt ny for ham, og det fungerer virkelig godt at det er så mange steder å utforske. Han kan sjekke bryggeriet, gå forbi kafeen, eller se på noen som trener, noe han alltid har likt. Han vandrer rundt og utforsker."

Orienterbarhet og om å finne fram

Det å enkelt kunne finne fram i omgivelsene er spesielt viktig for denne gruppen beboere. Gjenkjennelighet og variasjon er essensielle designprinsipper som er brukt i alle konseptene, og erfaringene så langt tyder på at mye fungerer. En ansatt sier: "Disse omgivelsene er så variert at de fleste beboere kjenner igjen 'hva som er sin hage' og forteller videre en historie om en beboer som spurte om bli fulgt hjem, og når han kom tilbake til sin hage, sa han: 'Ja, nå er jeg hjemme, takk!'"

Utforming av bogruppene

Utformingen av bogruppene er bygd på noen felles prinsipper: Bogruppen skal ha egen inngang, helst utenfra, og en entré der beboere kan henge fra seg uteklær. Videre skal de ha et felles stort oppholdsrom (kjøkken og stue) samt et vaskerom. Det er et mål at bogruppene skal være litt ulike, og dimensjoner og utforming av rom skal ha gjenkjennbare dimensjoner og utforming. Samtidig er det lagt vekt på at bogruppene er forskjellige, ulik farge og innredning. I Strømmehaven vaskes alle klærne inne i de forskjellige gruppene.

Gruppestørrelser

I alle de tre casene er beboerne gruppert i mindre boenheter: DIH med åtte eller seks; enhetene er videre organisert rundt tre forskjellige hager, S har gruppert enheter med syv beboere hver, og CD har åtte beboere i en gruppe. Ektefellen til en beboer delte en erfaring og fortalte:

Min mann fikk en permanent plass i et annet sykehjem, i en skjermet avdeling. Jeg vil ikke si noe negativt om personalet der; de gjorde virkelig sitt aller beste. Imidlertid førte tilstedeværelsen av 20 pasienter i en gruppe til så mye uro og kaos, og mannen min følte seg i tillegg innesperret. I motsetning til denne opplevelsen, gjorde det en enorm forskjell da han flyttet inn på dette stedet, her bor han med en liten gruppe på seks beboere. Han går ut og inn som han vil. I løpet av bare tre måneder har han blitt en annen person. Han nyter virkelig livet her, og han ønsker ikke hele tiden å dra et annet sted. Dette føles som et lite mirakel. Jeg tror det har noe å gjøre med hele konseptet, måten de driver på, både den fysiske organisasjonen og hvordan omgivelsene er utformet.

Drift og driftskostnader

En ansatt ved DIH sier: "Erfaringene med driften er en slags tilbakevending til småskala virksomhet, lik vi drev i gamle dager. Fra det perspektivet kan det kanskje i først omgang virke som et tilbakeskritt sett i lys av en mer strømlinjeformet drift. Men samtidig ser vi at det også representerer et klart skritt i retning av en mer personsentrert omsorg og med det høyere kvalitet for den enkelte." Ansatte tror det her er lettere å prioritere hver enkelt person og sikre at beboernes ønsker og behov blir tilstrekkelig ivaretatt. Fra dette perspektivet er det trolig mulig å oppnå høyere kvalitet uten å øke kostnadene betydelig. Dette er så langt ikke etterprøvd kvantitativt. I DIH blir det framhevet at velferdsteknologi er et viktig hjelpemiddel. Å bruke teknologi i områder der det kan erstatte manuell overvåking, gir ansatte mulighet til å bruke mer tid på beboerne, noe de trolig opplever som meningsfulle aktiviteter. Imidlertid er implementeringen av teknologien fortsatt ganske fersk, og mange jobber fortsatt med å lære

og omstille seg både til konseptet og til bruken av ny teknologi. Å forvalte 19 små enheter i stedet for 4 store avdelinger på to etasjer er nok mer krevende, spesielt i den innledende fasen, før alle blir vant til det. Teknologisk ekspertise tilgjengelig på huset anses som avgjørende for å lykkes med å håndtere utfordringene både teknisk og i bruk.

I Strømmehaven er ulike boligtilbud (bokollektiv og selvstendige boliger) samt et lite eksisterende sykehjem (med 14 langtidsplasser) organisert i samme anlegg og med felles uteområder. Totalt har anlegget tilbud til 80 beboere. Lederen sier at til sammen danner disse forskjellige tilbudene en stor nok enhet til å drive effektivt.

I DIH har ressurstilgangen vært den samme helt fra oppstartsfasen, så leder forteller at driften har vært standard fra begynnelsen av. Bemanningsnivået følger normen for alle andre sykehjem med skjermede avdelinger i Oslo. Det var håpet at man kunne redusere kostnadene noe, men det er erkjent at det også er en pågående læringsprosess med utforskning av den nye driftsformen. Tilbudene er fremdeles i en implementeringsfase, og det er ikke så enkelt som bare å følge en oppskrift. De forteller at for ansatte betyr det at man må jobbe annerledes. Men samtidig kan de fortelle at det overordnede målet – å la beboerne leve et litt mer aktivt liv og fokusere på mestring – oppfattes som meningsfullt også for de ansatte.

Konklusjoner

En beboers ektefelle (DIH) oppsummerer tilbudet når hun sier:

Dette konseptet er en investering i helse, både for personen det gjelder og for oss alle rundt ham. Søsteren hans ble dypt berørt (og nesten selv syk) av hvordan han hadde det på det forrige sykehjemmet. Både søsteren og jeg var helt sjokkerte. Før hvert besøk måtte jeg stå på meg og bearbeide opplevelsen etterpå. Det var bare så traumatiserende. Og jeg vil aldri glemme da søsteren hans kom hit (DIH) første gang og utbrøt: "Her er det jo rett og slett hyggelig." Det er så mye vakkert å se, med blomster og grønne trær. Dette er viktige kvaliteter for oss alle. Her føler jeg at jeg kan sette meg ned og hvile. Jeg kan se at de har skapt dette stedet basert på kunnskap om hva som virkelig betyr noe for denne målgruppen. Og min erfaring så langt er at det virker! Hvorfor bygger de fortsatt disse gammeldagse institusjonene?

Datter av en beboer på CD sier;

Men du har jo venner som har bodd på andre sykehjem og det er ganske følt at man betaler akkurat det samme beløpet av pensjonen sin uansett hvor du bor hen, så har mamma vært så heldig og bor her liksom og det er helt greit at 80 % av pensjonen hennes går til dette, men hvis du hadde vært på (et annet sykehjem) så hadde det ikke vært greit i det hele tatt.

Det ble observert at tjenestekonseptet og bygningene er nært sammenvevd, og for å oppnå noe som blir en god løsning, må arbeidet med utvikling av bygg og omsorgstilbud foregå parallelt. Ideelt sett bør kanskje omsorgskonseptet utvikles først. Erfaringene fra Oslo viser at det er mulig å teste og trene på å finne nye måter å arbeide på, også i eksisterende bygninger. Dette gir verdifulle erfaringer og innspill til prosjektering av byggene, som er vanskelige å endre når de først står der. Å endre måter å arbeide på kan være like utfordrende som å tenke nytt om bygninger og omgivelser. Erfaringene er at også bygningsregler og krav lager barrierer for å løse ting på nye måter. I disse prosjektene kan vi se at arkitekturen i seg selv bidrar til å gjøre arealene attraktive og spiller en avgjørende rolle for hvordan beboere og pårørende opplever dem, men også andre brukere i lokalsamfunnet. Samtidig kommer det tydelig fram at endringene krever prosesser og løsninger som omfatter både endringer i omsorgskultur, organisering av omsorg, nye bygninger og ny teknologi.

Erfaringene fra alle tre stedene har vært overveiende positive, samtidig som alle også peker på utfordringer. Videre kan vi lære at innføring av nye løsninger er utfordrende både for tjenesteverket og arkitekter, som må håndtere disse i et sett av eksisterende regler og rutiner (med hvilke konsekvenser?).

Denne studien er primært basert på befaringer og samtaler med ansatte, arkitekter og noen pårørende. Imidlertid ser vi et klart behov for en større og mer omfattende studie som også tar hensyn til helseeffekter, beboersammensetning og helseparametre. En slik studie bør også omfatte mer detaljerte observasjonsstudier, der bruken av de fysiske omgivelsene undersøkes nærmere. Framtidig forskning bør også studere hvor mye tid beboerne tilbringer utendørs, hvor mye og hvor langt de går, om de opplever å sove bedre og gir uttrykk for opplevelse av ro og tilfredshet/trivsel. Videre vil studier som også omfatter kostnader, utvikling av sykefraværet blant ansatte osv., kunne bidra til å belyse tilbudet fra et mer helhetlig perspektiv.

Referanser

Chaudhury, H., Cooke, H., & Frazee, K. (2013). Developing a physical environmental evaluation component of the Dementia Care Mapping (DCM) tool. I G.D. Rowles & M. Bernard (Red.), *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age* (s. 153-172). Springer Publishing.

Fleming, R. & Purandare, N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1084-96.

Haugan, G., Woods, R., Høyland, K., & Øyvind, K. (2015). *Er smått alltid godt i demensomsorgen? Kunnskapsstatus om botilbud*. SINTEF akademisk forlag.
<http://hdl.handle.net/11250/2372875>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. HOD.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.

Kok, J.S., Berg I.J., & Scherder, E.J. (2013). Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 3(1), 360-75.

Lichtwark, B., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A.M.M., Benth, J.S., Lindstrøm, J.C., & Bergh, S. (2018). Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: A cluster randomized controlled trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 25-38.

Meld. St. 19 (2014–2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/Rice>

Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Rokstad, A.M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Benth, J.S., & Engedal, K. (2013). The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: A 10-month randomized controlled trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36(5-6), 340-353.

te Boekhorst, S., Depla, M.F., de Lange, J., Pot, A.M., & Eefsting, J.A. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 970-8.

van Hoof, J., Kort, H.S.M., van Waarde, H., & Blom, M.M. (2010). Environmental interventions and the design of homes for older adults with dementia: an overview. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(3), 202-232.

Verbeek, H., Zwakhalen, S.M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G.I., & Hamers, J.P. (2010a). Dementia care redesigned: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(9), 662-70.

Verbeek, H., Zwakhalen, S.M., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G.I., & Hamers, J.P. (2010b). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. *BMC health services research*, 10:30. DOI: 10.1186/1472-6963-10-30

Wolf-Ostermann, K., Worch, A., Fischer, T., Wulff, I., & Gräse, J. (2012). Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units - results of the Berlin DeWeGE-study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3047-60.

Zeisel, J. (2013). Improving person-centered care through effective design. *Generations - Journal of the American Society on Aging*, 37(3), 45-52.

Erfaringer med ”hagebyer” tilrettelagt for personer med demens

NYE SYKEHJEMSMODELLER

I dette notatet presenterer og diskuterer vi tre nye sykehjems-/boligkonsepter for demensomsorg i tre kommuner i Norge: Carpe diem i Bærum, Dronning Ingrid's hage i Oslo og Strømmehaven omsorgssenter i Kristiansand. Gjennom befaringer og intervjuer har vi samlet erfaringer med bruk av byggene, utearealene og tjenestemodell.

De tre konseptene er forankret i en felles filosofi om å prøve å skape bomiljøer der beboerne skal trives. Målet har vært å opprettholde beboernes tidligere hverdagsliv og gi dem frihet til å bevege seg utendørs uten låste dører, samtidig som man sikrer et trygt og grønt miljø. Inspirert av Hoege-
weyk i Nederland har kommunene tilpasset konseptene til norske forhold, med nybygging i Kristiansand og Bærum, samt pilotprosjekter i Oslo som igjen førte til et nybygd sykehjem.

Prosjektet ble initiert av SINTEF Community og er finansiert av Husbanken.