

Er smått alltid godt i demensomsorgen?

OM BO- OG TJENESTETILBUD FOR PERSONER MED DEMENS



SINTEF Fag

Karin Høyland, Øyvind Kirkevold, Ruth Woods og Gørill Haugan

Er smått alltid godt i demensomsorgen?

Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens

SINTEF akademisk forlag

SINTEF Fag 33

Karin Høyland, Øyvind Kirkevold, Ruth Woods og Gørill Haugan

Er smått alltid godt i demensomsorgen?

Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens

Emneord: demens, botilbud, fysisk planlegging

Prosjektnummer: 102009637

ISSN 1894-1583

ISBN 978-82-536-1489-2 (pdf)

978-82-536-1491-5 (trykt)

Foto, omslag: Solvår Wågø

© Copyright SINTEF akademisk forlag 2015

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med SINTEF akademisk forlag er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Utnyttelse i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

SINTEF akademisk forlag

SINTEF Byggforsk

Forskningsveien 3 B

Postboks 124 Blindern

0314 OSLO

Tlf.: 73 59 30 00

www.sintef.no/byggforsk

www.sintefbok.no

Innhold

1	Forord	5
2	SAMMENDRAG Er smått alltid godt i demensomsorgen?	6
3	Bakgrunn	10
3.1	Hovedspørsmål	10
3.2	Metodetilnærming	10
3.2.1	Kunnskapsstatus	10
3.2.2	Drøfting av konkrete case i verksteder	11
4	Politiske føringer	12
5	Om demens	14
5.1	Begrepet demens	14
5.1.1	Symptomer	14
5.1.2	Om progresjon av demens	14
5.1.3	Sykehjem og demens	15
5.1.4	Forekomst av demens	15
5.1.5	Kostnader til demensomsorgen	15
5.2	Prinsipper for behandling	16
5.2.1	Utvikling i forståelsen av demens	16
5.2.2	Personsentrert omsorg	16
5.2.3	Omsorgskultur	17
5.2.4	Konsekvenser for praksis	17
5.3	Hvordan få det til – flere veier til personsentrert omsorg	18
5.3.1	Tilnærminger	18
5.3.2	Omsorg ved livets slutt	22
6	Sammendrag av kunnskapsstatus 2010–2015	24
7	Er smått godt for hvem?	26
7.1	Problemstillinger	26
7.2	Hva skal de fysiske omgivelsene støtte sett fra beboerperspektiv?	26
7.2.1	Dreining	26
7.2.2	Hjem og hjemlighet	27
7.2.3	Trivsel og velvære / opplevelse av mening	30
7.2.4	Opplevelse av kontinuitet i livet	32
7.2.5	Opplevelse av å være en del av samfunnet	33
7.3	Hva skal de fysiske omgivelsene støtte sett fra ansattes perspektiv?	35
7.4	Hva skal byggene støtte ut ifra kommunens økonomiske perspektiv?	36

8	Drøfting av hva er smått og hva er godt?	41
8.1	Hva er smått...?	41
8.2	Organisering i mindre enheter	41
8.3	Små fysiske forhold kan drøftes ut ifra tre forhold	41
8.3.1	Størrelse på den private boligen	41
8.3.2	Størrelsen på bogruppene	44
8.3.3	Antall bogrupper og størrelsen på hele anlegg	47
8.4	Sammenhengen mellom bygg, drift og omsorgskultur	50
8.5	Regelverk til hinder eller støtte for <i>utvikling</i> av bedre løsninger?	52
8.6	Til slutt.....	54
9	Elleve fortellinger	57
9.1	Eksempler som kan vise vei	57
9.2	Beim Goldknapp. Botilbud, Luxembourg.....	58
9.3	Flergenerasjonshus og et lite bofellesskap for beboere med demens. Eckinge, Tyskland.....	62
9.4	Landsbyen Hogeweyk i Weesp, Nederland.....	65
9.5	Økernhjemmet. Et av fire prøveprosjekt i Oslo kommune.....	73
9.6	Fosslia bosenter, Strørdal kommune	81
9.7	Klyvesgate. Bokollektiv for personer med demens, Porsgrunn kommune	87
9.8	Byneset og Nypantunet Helse og velferdscenter, Trondheim kommune	91
9.9	«Generasjonskonseptet Bråta», Nedre Eiker kommune	99
9.10	Forsterket skjerma enhet i Råde sykehjem, Råde kommune	104
9.11	Ladesletta omsorgssenter, Trondheim kommune.....	107
9.12	Markerud aktivitetshus, Nittedal kommune	112
9.13	Odensehois, Amsterdam, Nederland.....	114
9.14	Byhuset i Odense, Odense kommune, Danmark	116
9.15	Fra botilbud til områdeplanlegging. Moss kommune og Tromsø kommune	119
10	Behov for videre forskning	125
11	Litteratur	126

1 Forord

Prosjektet «Er smått alltid godt i demensomsorgen?» er initiert av Kommunesektorens organisasjon, KS. Målgruppen for kunnskapen som kommer fram i prosjektet, er beslutningstakere i statlig og kommunal bolig- og omsorgspolitik. Videre håper vi at private utbyggere, planleggere og prosjekterende arkitekter kan finne innholdet nyttig. Vi ønsker at resultatene skal gi økt innsikt og forståelse for hvilke kriterier og løsninger som er viktige når man skal bygge boligtilbud til personer med demens.

Prosjektet er i hovedsak finansiert av KS, i tillegg er prosjektet støttet med kompetansemidler fra Husbanken. Prosjektleder har vært SINTEF Byggforsk, seniorforsker Karin Høyland. Prosjektarbeidet er gjennomført av en tverrfaglig forskergruppe bestående av

SINTEF Byggforsk: Seniorforsker/1. Amanuensis Karin Høyland, seniorforsker Ruth Woods

SINTEF Teknolog og samfunn: Forsker Trond Halvorsen,

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse: Professor Øyvind Kirkevold

Senter for Helsefremmende forskning /HIST: 1. Amanuensis Gørill Haugan

Prosjektet er fra KS fulgt opp av interesserte oppdragsgivere ved seniorrådgiver Liv Overaae og Rådgiver FoU Ellen Dehli. De har kommet med nyttige innspill underveis. Prosjektet hadde ikke vært mulig uten kommunale rådgivere og enhetsledere på ulike bo- og sykehjemstilbud som velvillig og med stor entusiasme har stilt opp til intervjuer og vist oss rundt og fortalt om kvaliteter og utfordringer med de ulike tilbudene. Takk til forskere fra Statens Byggeforskningsinstitut i Danmark og Sahlgrenska Akademin ved Göteborgs Universitet delte sine erfaringer og deltok på drøftinger i det nordiske forskerverkstedet.

I tillegg til denne rapporten omfatter prosjektet SINTEF Notat 16 *Er smått alltid godt i demensomsorgen? Kunnskapsstatus.*

Prosjektet er presentert to ganger for Rådmannsutvalget i Østfold.

Takk til oppdragsgiverne som gjorde denne studien mulig. Vi håper dere finner lesingen nyttig!

Trondheim, 5.11.2015

Jonas Holme
Forskningsjef

Karin Høyland
Prosjektleder

2 SAMMENDRAG Er smått alltid godt i demensomsorgen?

Bakgrunn for oppdraget og metodetilnærming

Det er ventet sterk vekst i antall eldre de neste tiårene. Norske kommuner har et stort behov for utbygging av omsorgsplasser. Utfordringene for kommunen blir å skaffe tilveie tilstrekkelig tilrettelagte botilbud med god kvalitet. Boformer som støtter en god og tilpasset tjeneste og bidrar til ressurseffektive løsninger på driftssiden. Bygg er tunge og stive strukturer som vil forme hverdagen for ansatte og beboere i mange tiår framover. Det er derfor viktig med et regelverk, kunnskap og incentiver for å utvikle gode boformer.

Med utgangspunkt i eksisterende kunnskap og kjennskap til pågående prosjekter beskriver og drøfter denne rapporten ulike modeller for botilbud for personer med demens. Det er gjennomført en systematisk gjennomgang av relevant nyere forskning, og laget en kunnskapsstatus utgitt som eget notat (SINTEF Notat 16.). Videre er det beskrevet og besøkt ulike bo og tjenestetilbud (inn og utland) der vi tverrfaglig har drøftet ulike modellens konsekvenser for bemanning, fysiske løsninger, tjenesteorganisering /driftsfilosofi og kvalitative målsettinger. Det er gjennomført intervjuer med enhetsledere og rådgivere i kommuner om erfaringer med ulike tilbud og hvilke strategier de har for utvikling av nye. Gjennom et eget prosjekt har Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse foretatt en kartlegging av kommunenes tilbud til personer med demens i dag (Gjøra, 2015), dette trekkes inn i drøftingene. Vedrørende økonomiske betraktninger bygger rapportene Delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg: Analyser av enhetskostnader, dekningsgrader, utgifter og brukerbetaling. *SØF-rapport nr. 04/13*, (Borge, 2013) og Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) (Vossius, 2015) samt noen egne beregninger. Oppgaven som ønskes besvart er kompleks. Både fysiske løsninger, tjenestemodell og økonomi er egne forskningsfelt, men også faktorer som påvirker hverandre. Det handler altså om å se alle disse tre perspektivene samtidig og se nærmere på hvordan de virker sammen. Vi har derfor satt sammen et tverrfaglig forskerteam. Eksemplene er også drøftet i norske og et nordisk forskerverksted.

Kort om demens

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer som kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt og som oftest er irreversibel, med sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter og endret sosial atferd som konsekvens. Sykdommene øker i forekomst med økende alder. Siden andelen av eldre i befolkningen øker, vil også antall personer med demens øke i årene framover. Vi regner med at det i 2013 var ca. 78 000 med demens i Norge (Alzheimer Europe), og at det i år 2030 vil være over 100 000 personer med demens og nærmere 150 000 i 2040). Forskjellige undersøkelser i norske sykehjem viser at omtrent 80 prosent av pasientene i norske sykehjem har en demenstilstand. Selv om demens er forårsaket av sykdommer som påvirker hjernens funksjon, har det de to siste tiårene vokst fram en erkjennelse av at det kliniske bildet som kjennetegner demens ikke bare er en manifestasjon av de neuropatologiske forandringene i hjernen, men også personpsykologien som et individ har utviklet gjennom livet sammen med sosialpsykologien i miljøet rundt personen. Ved å se på samspillet mellom disse faktorene kan fenomener assosieres med demens lettere forstås, enn om det kun tas utgangspunkt i en medisinsk forståelse av demens. Langt de fleste blir avhengig av kontinuerlig tilsyn, pleie og omsorg i løpet av sykdomsforløpet, og de fleste vil til slutt være avhengig av et eller annet tilbud med døgnopphold. I Norge er vanlig sykehjemsplass det tilbudet som oftest gis til personer med demens. Siden midten av 1980-årene har det vært satsset på å gi fysiske løsninger som er bedre tilpasset personer med demens (mindre bogrupper). De samme forekomstene med utgangspunkt i SSBs prognoser for befolkningen i 2040, vil gi fra 140 000 og 148 000 personer med demens.

Godt for hvem?

Sentralt i kvalitetsbegrepet for tilbud rettet mot personer med demens er selvfølgelig brukeren selv og deres pårørende. Hvilke fysiske og sosiale omgivelser støtter mestring og en hverdag med mening og

livskvalitet, samtidig som den er tilrettelagt for at man kan få riktig og nok omsorg tilpasset funksjonsnedsettelse og hjelpebehov? Opprinnelig ble sykehjemmene langt på vei utviklet etter en sykehus-modell med fokus på kliniske behov og effektiv pleie. Over tid har kunnskapen om det å leve med demenssykdom bidratt til å endre dette. Synet på pasienten generelt har også endret seg; pasienter er ikke lenger «bare» pasienter, de er også unike personer, beboere og brukere. I tråd med en slik forståelse har forskning, teoriutvikling og praksis bidratt til en dreining mot et mer personsentrert fokus. Dette er videre understreket i politiske dokumenter og føringer, demokrati og deltakelse – nå sist i demensplanen 2020. Samfunnet er imidlertid ikke tjent med modeller og løsninger som er optimale kun sett fra brukerens perspektiv. Løsninger som ikke lar seg finansiere eller gjennomføre sett fra et økonomisk perspektiv, er lite bærekraftige. Man må derfor lete etter løsninger som både er ressurseffektive, og som samtidig gir kvaliteter både for beboere og ansatte.

Hva sier litteraturgjennomgangen

Litteraturgjennomgangen er relativt entydig og understreker behovet for et fysisk miljø som understøtter en personsentrert omsorg hvor autonomi, opplevelsen av hjemlighet, gode sosiale relasjoner, samt meningsfylt aktivitet, står sentralt. Forskingen presiserer at det sosiale miljøet er vel så betydningsfullt som det fysiske, men at det fysiske miljøet har en viktig rolle i nettopp å understøtte og legge til rette for sosiale relasjoner. Forskningsresultatene viser (i noe ulik grad) effekt i forhold til reduksjon av pasienters utagerende atferd, depresjon etc. En rekke forfattere framhever det fysiske miljøets betydning for personsentrert omsorg. Marshall påpeker at det er viktig å designe det fysiske miljøet slik at det kompenserer for svikt, fremmer uavhengighet, forsterker identitet, øker selvspekten og letter omsorgen for pleiestaben og familie.

Hva er smått...?

Hva som defineres som smått, er imidlertid ikke entydig, verken i litteraturen eller i anleggene vi har besøkt. Smått kan omfatte både fysiske og organisatoriske grep. Det er heller ikke en selvfølge at disse to dimensjonene følger hverandre.

Organisering i små enheter

Det understrekes både i casestudien og litteraturstudien at et av de viktigste tiltakene for å oppnå en mer personsentrert omsorg, er å organisere tilbudet i små, oversiktlige bogrupper, der det er tilknyttet færre og faste personer som lærer beboerne å kjenne. - «Vi er alltid en som er til stede, man har 'stuevakt' - dette bidrar til at vi er der og når vi kjenner dem kan vi avverge konflikter og foreslå aktiviteter eller noe før det tilspisser seg. For det er jo endel 'turbulens, de har jo en alvorlig sykdom de som er nettopp her. Men på denne måten får vi 'tatt det tidlig' og unngår utagering og frustrasjon. Vi er blitt spesielt gode til å tolke signaler, og dette er enklere nettopp fordi vi kjenner hver og en godt» (ansatt, forsterket enhet).

Samtidig ser vi at det å organisere ulike botilbud under en ledelse og organisatorisk enhet, er tiltak flere kommuner forteller om at de høster gode erfaringer med. På den måten kan det bidra til variasjon i ulike typer tilbud, og være et virkemiddel mot å utvikle tilbud som møter mer individuelle valg og ønsker. Dette er også tiltak som kan bidra til mer kostnadsoptimale løsninger. - «Variasjon og fleksibilitet er et nøkkelord. Personer i omsorgsboliger kan få 'dagtilbud' i en bogruppe i sykehjemmet. En beboer i omsorgsbolig eller en hjemmeboende, kan sove inne på en sykehjemsavdeling hvis beboer er blitt akutt dårlig i en periode. Det kan etableres en 'kriseplass' en natt eller to. Disse ulike typer tilbudene bidrar til større fleksibilitet. Det er en fordel at en enhetsleder har ansvar for 'det hele' (enhetsleder). På denne måten kan en organisatorisk enhet overbygge flere ulike botilbud og på en fleksibel måte tilby ulike «pakker» av tilbud.

Størrelse på den private boligen

Casestudien viser at det kan være en direkte motsetning mellom å ha store private boenheter og en bogruppe som oppleves som hjemlig. Større private boenheter gir lange korridorer, og gjør det vanskeligere å orientere seg i bogruppen. Mange personer med demens trenger hjelp og støtte for å kunne ta del i hverdagslige aktiviteter, disse foregår oftest i fellesarealene som derfor må ligge nært der beboerne er. For å kunne gi en opplevelse av et privat hjem kreves imidlertid et minimum av areal, som gir plass for private eiendeler etc. I nordisk sammenheng er det Norge som operer med de minste private boenhetene. Når det private boligareal ligger på ca. 30 m² inkludert bad, viser imidlertid intervjuer med ansatte og pårørende at ingen er opptatt av at privat boenhet bør være større for denne målgruppen. Det Nederlandske Hogeweyk går imidlertid enda lengre i å krympe det private boarealet. Fossliia bosenter har noen slike små enheter som deler bad, men opplever ikke den situasjonen som ideell. - «Beboerne (og pårørende) ønsker ikke å flytte når de blir mer pleietrengende. Rommene er ikke tilrettelagt når det trengs hjelpemidler som sykeseng, løfteutstyr osv. Fellesrommene blir imidlertid svært hjemlige og hyggelige, noe vi forsøkte å bygge videre på.» I Beim Goldknapp finnes et tilbud som er spesielt tilrettelagt for den siste fasen i sykdommen der nettopp nærhet til personalet er selve kjernen i tilbudet. «Oasen» består av et stort rom for åtte beboere, og ansatte er til stede hele tiden.

Størrelsen på bogrupperne

Størrelsen på bogruppen er en sentral faktor og anses som det viktigste fysiske tiltak som støtter personsentrert omsorg. I Norge har man derfor i en årrekke oppdelt institusjonsavdelinger i mindre grupper. Forskning og fortellinger fra ansatte bekrefter at dette gir mer ro, og bedre hverdager for både beboere og ansatte. Størrelsen på bogrupper gir føringer for personalfordeling og dermed kostnader. I Norge finner vi grupper fra fire til tolv beboere, i litteraturstudien drøftes enheter helt opp til 15 beboere. Hvor store grupper som anbefales avhenger også av hvilken målgruppe man tilrettelegger for. For de som trenger «ordinær» hjelp bør bogruppen kunne betjenes av to ansatte på dag og to på kveld. Dette tilsvarer for mange, bogrupper på åtte personer. Den nasjonale kartleggingen 2014 viser at langt de fleste kommuner også har gruppestørrelse på 8 beboere. Tilbudene kan både være organisert som botilbud eller være hjemlet som institusjon. Forsterkede skjermede enheter er altså tilbud rettet mot personer som krever mye personalressurser uansett. Flere trekker fram at man med fordel kunne ha mulighet for ytterligere å dele opp de fysiske gruppene i enda mindre enheter for ekstra skjerming for disse. Case presentasjonen illustrerer at «hjemlighet» i bogruppen ikke bare handler om antall boliger som er gruppert rundt fellesareal. Utforming av fellesarealene, måten man kommer til boliggruppa på og hvordan den legger til rette for daglige gjøremål har innvirkning på hvordan de fysiske omgivelsene oppleves.

Størrelsen på hele anlegget

Det er flere grunner for å samlokalisere flere bogrupper i et anlegg; det kan være ressurser til tjenester på natt, tilgang til spesialkompetanse og tilgang til aktivitetstilbud og spesialtilbud. På motsatt side er det også mange argumenter for ikke å samle for mange enheter. Stigmatisering og opplevelsen av å bli satt bort på «en institusjon», er i strid med politiske målsettinger om integrering. Personer med demens har i den senere tid stått klarere frem med egne stemmer og et ønske om fortsatt kunne ta del i samfunnet. I casestudien finnes eksempler på bokollektiv, lokalisert i et nærmiljø, hvor beboerne (sammen med ansatte) oppsøker og bruker aktivitetstilbud og servicetilbud som andre. Ankepunktet mot denne typen tilbud er i hovedsak ressursbruk på natt og mangel på spesialkompetanse.

Hvor mange bogrupper man samlokaliserer og hvordan de er organisert, påvirker i mindre grad livet inne i selve bogrupperne på dagen. Vi ser at hvordan disse bogrupperne er organisert i stor grad påvirker tilgangen til uteareal, og muligheter for å ta del i aktivitetstilbud utover selve boligtilbudet. Det er heller ikke til å komme bort fra at store anlegg lett bygger opp rundt en institusjonskultur, hvor institusjonen som en arbeidsplass lett overskygger perspektivet på at dette er ulike personers bolig. Det er viktig å understreke

at det ikke trenger å være direkte sammenhenger mellom disse faktorene, noe Hogeweyk i Nederland er et eksempel på. Det er både et stort tilbud, samtidig som det er lite institusjonskarakter over omgivelsene til beboerne. Vi mener at modellen har bidratt til at vi kan stille spørsmål ved eksisterende måter å løse store sykehjem på. Den har ført til en fagdebatt hvor sammenligningen til HVPU-reformens gamle institusjoner blir trukket fram, som skrekk og advarsel. Vi mener det er like nærliggende å sammenligne med mange moderne nye norske store sykehjem, som kanskje i enda mindre grad er en integrert del av samfunnet, der de ligger plassert langt fra andre fasiliteter. Disse mangler i tillegg lett adkomst til uteområder, muligheter for å bevege seg fritt og tilgang til ulike arenaer for aktiviteter.

Tjenesteorganisering og omsorgskultur

Fysiske omgivelser kan støtte en god omsorg, men naturlig nok ikke sørge for det. Nye konsepter og løsninger omfatter først og fremst gode modeller for tjenestetilbud. Tjenestetilbud som ivaretar både det medisinske faglige og det sosialpedagogiske perspektiv. Det er derfor også viktig å få fram og drøfte nye eksempler sett i lys av personellressurser, kompetanse og bruk av ufaglært og frivillige i tjenesten. På De Hogeweyk ser vi at dette er på et langt lavere nivå enn det vi er vant til i Norge. Vi finner imidlertid norske eksempler som Fosslia bosenter i Stjørdal, som kan vise til noen av de samme kvalitetene. De har god legedekning og legger stor vekt på fagkompetanse. Fosslia kan vise til høy brukertilfredshet blant pårørende. En transformasjon tilpasset en mer urban livstil trengs for å gjøre modellen mer relevant for eldres hverdagsliv i by. Derfor er prøveprosjektene som gjøres på Oslos sykehjem som Økernhjemmet og Manglerudhjemmet spesielt interessante.

Et driftsøkonomisk perspektiv

En viktig dimensjon og spørsmål integrert i dette oppdraget var drøfting av kostnader knyttet til tjenester til personer med demens. Forvirring og utrygghet er grunner til at man ønsker å tilrettelegge spesielle bo- og tjenestetilbud for disse. Sykdomsbildet og tjenestebehov er progredierende. Tjenestebehov, tilbud og kostnader er dimensjoner som stort sett følger hverandre til en viss grad. Noen ulike andre faktorer påvirker også tjenestebehov, spesielt i de tidlige faser av sykdommen. Man kan i ulik grad trekke veksler på pårørende, frivillige, boligsituasjon og ny teknologi. Det er et stort hopp i ressursbruk mellom de som bor utenfor og i institusjon. Når man skal lete etter kostnadsbesparende tiltak, må man lete i dette hoppet. Kommuner forteller om ulike type tiltak som kan bidra til utsettelse av behov for sykehjemsplass. En sykehjemsplass kan i dag grovt anslås til ca. 1 mill. kroner. Hvis en beboer kan bo i et tilbud lavere ned på «omsorgstrappa», et halvt år lengre, utgjør dette store beløp.

Tiltak som kan bidra til dette er blant annet:

-bruk av frivillige/ pårørende inn i omsorgen, -nye boligtilbud og «mellomløsninger», -dagtilbud, -økt faglighet, -ny teknologi.

Denne studien gir ikke rom for å tallfeste effekten av disse ulike typer tiltak. Flere kommuner vi har snakket med etterspør systematisering av denne typen erfaringer. Det trengs tverrfaglige studier som ser på både omsorgskultur og fysisk miljø sammen med kostnadsoptimalisering. Det trengs flere forsøk som søker å finne tiltak og botilbud som kan støtte personer med demens, samt etterprøve effekten av disse. På denne måten kan man dele erfaringer og sørge for at det man bygger i dag, er brikker i en strategi mot et bærekraftig omsorgstilbud også i framtiden.

Det trengs mer systematisk etterprøving av de forsøkene som gjøres, samt øremerking og stimuleringsordninger som kan støtte mer nytenking og innovasjon. Med nytenking menes prosesser og løsninger om omfatter både endring av tjenestekultur, tjenesteorganisering, nye bygg og bruk av ny teknologi.

3 Bakgrunn

3.1 Hovedspørsmål

Det er ventet sterk vekst i antall eldre de neste tiårene. Norske kommuner har et stort behov for utbygging av omsorgsplasser. Utfordringene for kommunene blir å skaffe til veie tilstrekkelig antall plasser med riktig kvalitet. De største utfordringene ligger likevel i drift av tjenestetilbudet over tid. Derfor er det svært viktig at de fysiske løsningene samtidig bidrar til ressurseffektive løsninger som viser vei mot en bærekraftig omsorgssektor i framtiden. Prosjektet skal vurdere kvalitetsmessige og økonomiske aspekter ved alternative modeller for kommunal demensomsorg. Hvilke elementer som er utslagsgivende for god livskvalitet, skal drøftes for de ulike modellene.

Hovedspørsmål som prosjektet er gitt å drøfte, er: Hvordan kan bruk av nye omsorgsmodeller føre til bedre kvalitet og merd kostnadseffektiv organisering av framtidens demensomsorg? Hva blir kommunenes kostnader for demensomsorgen fram mot 2040 ut fra dagens framskrivninger?

Problemstillingen er kompleks og omfatter mange ulike perspektiver. De fysiske løsningene lager rammer for hverdagslivet til for beboere, pårørende og ansatte. De kan innby eller lage barrierer for i hvilken grad beboerne har mulighet for å bevege seg fritt, være del av hverdagsaktiviteter eller kunne delta på aktiviteter som kan ha betydning for opplevelsen av livskvalitet. Videre legger de fysiske omgivelsene strukturelle føringer for hvordan tjenestene organiseres og dermed kostnader til drift. Ny teknologi åpner i dag opp for nye løsninger med tanke på fysisk miljø. Oversikt kan gis digitalt og ikke bare fysisk. Løsninger som tidligere ikke var aktuelle, er mulige med dagens teknologi. Samtidig er forventningene til tjenester og presset på økonomi større en noen gang. Kommunene er derfor svært opptatt av driftsøkonomiske konsekvenser av de løsningene som etableres. Byggekostnader utgjør anslagsvis kun ca. to års drift av en sykehjems plass. Masteroppgave Bjørn Eng 2015

Vi opplever at de kommunene vi har vært i kontakt med anser at problemstillingen er svært relevant, men at den egentlig krever enda større og mer dyptgående arbeid enn det som har vært mulighet å gjøre i dette prosjektet.

3.2 Metodetilnærming

3.2.1 Kunnskapsstatus

Det er produsert en kunnskapsstatus på bakgrunn av en systematisk gjennomgang av relevant nyere forskning på temaet. Søkestrategien som er benyttet, er vist i vedlegg bakerst i SINTEF Notat nr. 16. Vi har anvendt følgende databaser: Medline, Cinahl, Psychinfo, Svemed, Scopus, Cochrane, Embase, Engineering Village (inneholder Compendex, Inspec & GeoRef som er tre bygg-relaterte baser). Dette søket ga 5 482 treff, som ble organisert i et End Note- bibliotek med både sammendrag og fulltekst. Det videre analysearbeidet ble gjennomført ved å gruppere publikasjonene, først i to grupper:

1. publisert i perioden 2005–2010
2. publisert i perioden 2010–2015

Deretter ble gruppe 1 og 2 ved hjelp av gruppefunksjon i End Note videre ordnet etter tema: quality of life and dementia, small-scale facilities, physical environments, homelike, person-centered care, supporting architecture, og ulike kombinasjoner mellom dem, så som quality of life og small-scale, physical environment og quality of life osv. Slik ble det utviklet flere word-dokumenter bestående av alle

publikasjoner med sammendrag for hvert tema. Disse dokumentene ble så analysert ved å lese alle sammendragene. Studier med relevans for «er smått alltid godt?» ble inkludert i den detaljerte analysen og i denne kunnskapsstatusen. Flere studier ble funnet ved å følge «tråder» relatert til sentrale studier, og inkludert i EndNote-biblioteket samt denne kunnskapsstatusen.

3.2.2 Drøfting av konkrete case i verksteder

Prosjektet har utra eksisterende kunnskap og kjennskap til ulike fysiske løsninger beskrevet og drøftet modeller for botilbud for personer med demens. Videre er det beskrevet og besøkt ulike case (inn- og utland) der et tverrfaglig forskerteam har drøftet modellenes kvaliteter og ev. ulemper.

Casene som trekkes fram, er valgt ut fra at de eksemplifiserer og belyser de problemstillingene vi drøfter, samtidig som de viser vei med ulike konsepter. Det er ikke forsøkt å gi et gjennomsnittsbilde av det som bygges, men å vise mulighetsrommet og drøfte fordeler og utfordringer med de ulike løsningene.

Det er gjennomført intervjuer med fem kommuner om tilbud og strategier for utvikling av nye løsninger for å få innsikt i erfaringer som ligger til grunn for valg av konsepter.

Prosjektet trekker også veksler på andre, egne pågående prosjekter. Nasjonal kompetansetjeneste har foretatt en kartlegging av kommunenes tilbud til personer med demens i dag (2014), dette trekkes inn i drøftingene. Det trekkes også veksler på tidligere SINTEF- prosjekter som «Fremtidens omsorgsplasser», «Egen bolig også når helsa svikter». Arbeid i prosjektet «Boliggjøring av eldreomsorgen NOVA» og prosjektet «Demenslandsby i Norge?» som er under arbeid.

Vedrørende kostnader Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet, nettopp sett på ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest. (SESAM) SØF-rapport nr. 04/13 Delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg: Analyser av enhetskostnader, dekningsgrader, utgifter og brukerbetaling, (Borge, Haraldsvik, Løyland og Nyhus)

Fysiske løsninger, tjenestemodell og økonomi er ulike faktorer og egne forskningsfelt. Erfaringer fra virkeligheten viser imidlertid at disse faktorene påvirker hverandre. I realiteten handler det om å se alle de tre perspektivene samtidig, og undersøke hvordan de virker sammen. Prosjektet har ikke en størrelse og et omfang som gir rom for å drøfte alle disse elementene i dybden. Vi har søkt å løse dette gjennom et tverrfaglig forskerteam som har god kjennskap til pågående forskning på de ulike temaene. Vi har fokusert på hvordan forskjellige fysiske modeller påvirker (hemmer/fremmer) kvaliteten på tjenestene. Hva er viktig for livskvaliteten til tjenestemottakerne, ansattes arbeidsdag og kommunens driftskostnader. Rapporten trekker fram og beskriver x antall case som er valgt ut fordi de illustrerer ulike tilnærminger og konsepter.

Det ble gjennomført fire forskerverksteder for å drøfte case. Ett var basert på forskere fra ulike nordiske land.

4 Politiske føringer

Utdrag av viktige relevante politiske føringer:

Helse- og omsorgsminister Bent Høies understreker i sin tale på Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen, 19.2.2014 at morgendagens omsorgstjeneste er brukerens helsetjeneste. En helsetjeneste der pasienten står i sentrum. Han hevder videre at pasientenes behov skal være styrende i utviklingen og innretningen av tjenestene. Pasientene og brukerne er våre viktigste endringsagenter i arbeidet med å forbedre helse- og omsorgstjenestene. Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, jf. Innst. 447 (2012–2103). Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg fikk bred politisk tilslutning ved Stortingets behandling i juni 2013, og regjeringen er innstilt på å gjennomføre de tiltak og planer som følger av Stortingets vedtak. Det har imidlertid vært nødvendig å forsterke de økonomiske virkemidlene blant annet til kompetanseheving og utbygging av sykehjem og omsorgsboliger for å nå målene i omsorgsplanarbeidet.

For å sikre bedre kvalitet i tjenestene løfter regjeringen fram nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020 i Meld. St. 26 (2014–2015) for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Regjeringen vil at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sørge for at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Videre vil regjeringen få til en bedre og mer systematisk samhandling og koordinering mellom de ulike deltjenestene i kommunene. For å styrke dagens tjenestetilbud og møte de omsorgsutfordringene samfunnet står overfor om noen år med moderne bygg og lokaler, har regjeringen forsterket Husbankens investerings-tilskuddsordning til heldøgns omsorgsplasser. Dette er gjort både for å ruste opp, modernisere og skifte ut eldre institusjonsbygg og boliger til pleie- og omsorgs formål, og for å øke kapasiteten av slike bygg. Gjennom budsjettene for 2014 og 2015 er den statlige tilskuddsordningen forbedret og regjeringen har lagt til rette for flere søknader om tilskudd til heldøgns omsorgsplasser.

Regjeringen vurderer enklere regler for bruk av investeringsordningen ved utbygging i regi av private, ideelle og borettslag.

Samtidig gjennomføres det et velferdsteknologiprogram med sikte på å styrke den enkeltes evne til å mestre dagliglivet, enten man bor i egen bolig, omsorgsbolig eller sykehjem. Ved utgangen av 2014 bodde nesten 90 000 av omsorgstjenestenes 270 000 beboere i sykehjem eller omsorgsboliger. Dette er beboere i alle aldersgrupper, med svært ulike boligbehov. Noen trenger mye rom rundt seg, andre har stort behov for fellesskap. Det finnes derfor ikke bare ett svar på hvordan omsorgstjenestens bo- og institusjonsformer bør bygges og organiseres. Skal dette være beboernes omsorgstjeneste og dekke deres ulike behov, krever det et mangfold av løsninger. Framtidens sykehjem og omsorgsboliger må altså utformes ut fra brukernes behov, og innebære ulike løsninger. Botilbudene skal heller ikke bare fungere godt for beboerne, de skal også legges til rette for og romme pårørende og gi et godt arbeidsmiljø for tjenesteutøverne i helse- og omsorgstjenesten.

I Demensplan 2020 utvides perspektivet fra å ha fokus på helse- og omsorgstjenestene til å ha fokus på hele samfunnet, og man hevder at et mer demensvennlig samfunn er et godt samfunn for alle. Som for alle med funksjonsnedsettelse, handler det også for personer med demens om å bygge ned barrierer i de fysiske og sosiale omgivelsene for å sikre fortsatt deltakelse og likestilling. Det er i tråd med norsk inkluderingspolitikk og en viktig videreføring i arbeidet med universell utforming. Universell utforming har nettopp hatt som

mål å lage bedre fysiske omgivelser og teknologiske løsninger som gjør dem lettere å bruke for «alle». Det eksemplifiseres imidlertid i liten grad hva deltakelse for alle innebærer av fysiske løsninger. Er det for eksempel snakk om små, tilrettelagte botilbud integrert i et nærmiljø, eller at sykehjemmet er lokalisert som en forlengelse av bibliotek eller barnehage? Hva det innebærer å være et «moderne» sykehjem er imidlertid i liten grad presisert i dokumentene. Det pekes på i samme dokumentet behovet for mer evaluering av eksisterende løsninger.

Samtidig står kommunene midt oppe i utfordringene med å fordele ressurser til alle de som trenger hjelp og støtte. Forventningene befolkningen har til velferdsstaten, er høye, og lar seg vanskelig kombinere med de ressursene som skal fordeles. De kommunene vi har snakket med, ser en stadig større utfordring i å møte alle disse ulike behovene, samt å fordele ressursene på en best mulig måte. Spørsmål om hva som er godt for brukerne, må derfor kobles mot effektiv og god drift sett fra kommunenes perspektiv.

- Omsorg 2020 i Meld. St. 26 (2014–2015) understreker behov for nye løsninger som skal sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet.
- Demensplan 2020 utvider perspektivet fra å ha fokus på helse- og omsorgstjenestene til å ha fokus på hele samfunnet, man hevder videre at et mer demensvennlig samfunn er et godt samfunn for alle. Ideologien bygger på mål om deltagelse og mestring.
- Kommunale utfordringer med nok ressurser til tjenester.



Foto: Karin Høyland

5 Om demens

5.1 Begrepet demens

5.1.1 Symptomer

Demens er betegnelsen på en tilstand (et syndrom eller samling av symptomer) som kjennetegnes ved en kronisk og irreversibel svikt i mentale funksjoner. Demens kan forårsakes av en rekke sykdommer som fører til typer demens som skiller seg noe fra hverandre. Den vanligste formen er demens ved Alzheimers sykdom som omfatter mer enn to av tre tilfeller, mens den nest hyppigste er vaskulær demens (sykdommer som påvirker blodforsyningen til hjernen) med 20–25 prosent av tilfellene. Deretter kommer demens med Lewy legemer og frontotemporal demens (Engedal and Haugen 2006).

De mest framtrædende symptomene ved demens er svekket hukommelse, især for nyere hendelser, sviktende dømmekraft, redusert evne til abstrakt tenkning og til planlegging av og gjennomføring av komplekse handlinger (eksekutiv funksjon), svekkelse av språkevne, både til å forstå og til å snakke (afasi), redusert evne til å utføre praktiske handlinger (apraksi), og svekket evne til å gjenkjenne gjenstander og personer (agnosi).

I tillegg er det vanlig med ikke-kognitive symptomer som sviktende evne til å kontrollere følelser, nedsatt motivasjon og endret sosial atferd (Engedal and Haugen 2006, 2010). Psykiater og professor Geir Selbæk argumenterer for å kalle de «ikke-kognitive» symptomene for «nevropsykiatriske symptomer» (Selbæk and Engedal 2012). Han deler disse symptomene inn i:

- Agitasjon (verbal aggressiv, verbal ikke-aggressiv, fysisk aggressiv og fysisk ikke-aggressiv)
- Upassende atferd (ukritisk)
- Psykotiske symptomer (hallusinasjoner og vrangforestillinger)
- Depressive symptomer
- Angst
- Apati

I en sykehjemspopulasjon på 1 163 pasienter var irritabilitet og depresjon de mest vanlige symptomene. Mens symptomer som depresjon og angst holdt seg stabile gjennom sykdomsforløpet, så var symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner og agitasjon mer frekvent hos de med alvorlig demens enn hos de med mildere grad av demens (Selbæk, Kirkevold et al. 2006).

Andre viktige symptomer ved de fleste demenssykdommene og spesielt ved demens av Alzheimers type, er problemer med romoppfattelse og orientering i rom (Monacelli, Cushman et al. 2003). Tidlig i sykdomsforløpet blir det vanskelig å finne fram i fremmede omgivelser, men etter hvert kan dette bli problematisk selv på kjente steder (Pai and Jacobs 2004, Lithfous, Dufour et al. 2013). Årsaken til sviktende romorientering kan være en kombinasjon av hukommelsessvekkelse, visio-spatial svikt, demensspesifikke endringer i strategier for orientering og svekket evne til planlegging (Marquardt 2011).

5.1.2 Om progresjon av demens

Selv om de fleste demenssykdommene er progressive (forverrer seg over tid), vil ulike sykdommer og forskjellige personer med ulik mestringsevne gjøre at symptombildet blir forskjellig fra person til person i startfasen. Etter hvert som tilstanden utvikler seg, vil symptombildet bli mer og mer likt for de forskjellige

demenssykdommene (Engedal and Haugen 2006). Det finnes forskjellige «skalaer» for å beskrive i hvilket stadium av en demensutvikling en person er i. En mye brukt skala er «Berger-skalaen» (Berger 1980). Berger-skalaen deler personenes funksjonsevne inn i seks trinn:

- 1) Klarer seg selv i alle omgivelser, men glemsom og avbryter ofte aktiviteter i dagliglivet
- 2) Fungerer uten rettleiding i kjente omgivelser
- 3) Trenger veiledning for å fungere selv i kjente omgivelser og kan nyttiggjøre seg instruksjoner
- 4) Trenger hjelp for å fungere, kan ikke nyttiggjøre seg kun instruksjoner
- 5) Opprettholder mobilitet, men trenger hjelp for å fungere og kan ikke kommunisere verbalt på en meningsfull måte
- 6) Sengeliggende eller sitter i en stol uten evne til å gå rundt, reagerer kun på taktil stimulering

5.1.3 Sykehjem og demens

Utviklingen av demenssymptomene gjør at langt de fleste med demens er avhengige av døgnekontinuerlig pleie og omsorg et stykke ut i sykdomsforløpet. Når i forløpet det oppstår behov for plass i institusjon, vil avhenge av hjelpetilbudet hjemme og symptombildet (ikke minst de nevropsykiatriske symptomene). Blant de som mottar hjemmetjenester, er demens den viktigste begrunnelsen for å få plass i sykehjem, deretter kommer svekket fungering i dagliglivets aktiviteter (ADL), alder og tilstedeværelse av psykose (Wergeland, Selbæk et al. 2015). Over 80 prosent av de som er på sykehjem, har demens (Selbæk, Kirkevold et al. 2006), og det er omtrent 40 000 sykehjemsplasser i Norge; det vil si at ca. 40 prosent av de som har demens, er på sykehjem.

5.1.4 Forekomst av demens

Forekomsten av sykdommene som fører til demens, øker med økende alder. Siden andelen av eldre i befolkningen øker, vil også antall personer med demens øke i årene framover. Det er stor usikkerhet i beregningene av hvor mange med demens vi har i Norge i dag. Bruker vi tallene fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) på hvor mange personer det bor i Norge fordelt på alder i hver aldersgruppe fra 60 år og oppover (ssb.no – 11.september 2015), og appliserer forekomsttallene for demens fra en omfattende studie i Rotterdam på tidlig på 1990 tallet (Ott, Breteler et al. 1995), er det ca. 73 000 personer med demens i Norge i dag. Det foreligger nyere overslag over forekomst av demens, som omfatter flere studier fra hele verden, hvor det er beregnet forskjellige tall for de forskjellige verdensdelene (2013, Prince, Bryce et al. 2013). Bruker vi disse tallene sammen med tallene fra SSB, så kommer vi fram til at det var 77 000 personer med demens i Norge i 2013. Den samme forekomsten med utgangspunkt i SSBs prognoser for befolkningen i 2040, vil gi fra 140 000 og 148 000 personer med demens. Det vil si at skal en like stor andel ha heldøgnsstilbud i 2040, vil det være behov for 60 000 plasser bare for personer med demens. Noen nyere studier indikerer at forekomsten av demens framover vil bli noe lavere enn estimert, særlig for de eldste (Christensen, Thinggaard et al. 2013, Matthews, Arthur et al. 2013). På den andre siden er det forhold som tilsier at forventet levealder framover er estimert for lavt og at antallet eldre i de eldste gruppene blir flere enn tidligere forventet.

5.1.5 Kostnader til demensomsorgen

Vi har hentet tall fra rapporten: Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) utarbeidet av Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (SESAM) (Vossius, 2015) til drøfting av kostnader knyttet til demensomsorgen. Hvis vi tar utgangspunkt i at totalkostnaden for et demensforløp utgjør 2,9 millioner kroner og at et

demensforløp i gjennomsnitt utgjør 8,1 år, kan vi anslå en gjennomsnittlig årlig kostnad for en pasient med demens til 358 000 kroner (2,9 mill kr/8,1 år). Med en forekomst på 78 000 utgjør dette en total kostnad på i underkant av 28 milliarder kroner (358 000 x 78 000). Med en prevalens på 78 000 personer med demens vil dermed om lag 32 500 pleieårverk allokere til personer med demens hvert år. Totalt benyttes det pleie- og omsorgstjenester tilsvarende 0,14 årsverk per år i perioden fra symptomdebut til diagnose, 0,24 årsverk per år i perioden fra diagnose til innleggelse på institusjon og 1,06 årsverk per år under oppholdet på institusjon. Basert på forfatterens antakelser om tre stadier anslår de gjennomsnittlige personellbehov gjennom hele sykdomsforløpet til 3,37 årsverk (0,14 årsverk x 3 år) + (0,24 årsverk x 3 år) + (1,06 årsverk x 2,1 år) = 3,37)

5.2 Prinsipper for behandling

5.2.1 Utvikling i forståelsen av demens

Selv om demens er forårsaket av sykdommer som påvirker hjernens funksjon, har det i de tre siste tiårene vokst fram en erkjennelse av at det kliniske bildet som kjennetegner demens ikke bare er en manifestasjon av de nevropatologiske forandringene i hjernen (Woods 2001), men at demens må ses på som et dialektisk samspill mellom to tendenser. Den første er de nevrologiske skadene som absolutt setter en øvre grense for hvordan en person kan fungere. Den andre er personspsykologien som personen har utviklet gjennom livet sammen med sosialpsykologien i miljøet rundt personen (Kitwood and Bredin 1992). Den britiske psykologen Tom Kitwood påpeker at ved å se på samspillet mellom disse faktorene kan fenomener assosiert med demens lettere forstås enn hvis det bare tas utgangspunkt i en medisinsk forståelse av demens (Kitwood and Bredin 1992).

Med utgangspunkt i denne forståelsen av symptombildet ved demens, har det vokst fram forskjellige initiativ for å endre synet på hvordan sykehjem bør drives. Disse initiativene betegnes ofte som «Culture Change» i eldreomsorgen (Woods, Kitwood et al. 1995, Woods 2001, Koren 2010, Brownie 2011, Grabowski, O'Malley et al. 2014). Særlig miljøer i USA og Storbritannia har vært ledende i denne utviklingen. Det har blitt brukt forskjellige tilnærminger og begrepsbruk, men i det siste tiåret ser det ut til at begrepet «personsentrert omsorg» er en fellesnevner, eller en felles kjerne, i arbeidet med å utvikle en helhetlig eldreomsorg generelt og demensomsorg spesielt.

5.2.2 Personsentrert omsorg

Tom Kitwood blir sett på som skaperen av begrepet personsentrert omsorg. Begrepet «personsentrert omsorg» har fått stor tilslutning og kan også ses på som en fellesbetegnelse på behandlings- og omsorgsfilosofier som har til felles at de fokuserer på personen bak sykdommen (hvem er det? hvordan har personene det?), ikke kun på sykdommen og de negative symptomene som sykdommen medfører. Personsentrert omsorg fornekter ikke de hjerneorganiske årsakene til demens og at andre somatiske tilstander også kan forverre symptomene. Følgelig er det viktig med optimal medisinsk behandling og somatisk omsorg. Personsentrert omsorg vektlegger imidlertid at en rekke forhold som assosieres med demens i like stor grad (og ofte i større grad) kan forstås ut fra psykologiske forhold relatert til hvordan personene med demens blir møtt av omgivelsene. Det er viktig at enhver person opplever å bli tatt på alvor og opplever å ha innflytelse på eget liv (autonomi, empowerment), men at de får støtte og blir møtt med forståelse når ting blir vanskelige og uoversiktlige.

Det legges stor vekt på at for å få til god personsentrert omsorg kreves det en felles forståelse for en personsentrert måte å jobbe på. Den enkelte helsearbeiders forståelse av hvordan personen med demens

skal møtes i forskjellige situasjoner, er viktig. Like viktig er en felles forståelse i hele miljøet for hvordan en skal være sammen. Det å jobbe personsentrert sier ikke noe om hva en skal gjøre, men hvordan en skal være sammen (McCormack 2003). Det vil si at den enkelte pleiers/helsearbeiders måte å møte personer med demens på, ikke foregår i et vakuum, men i et miljø. Hvordan miljøet fungerer, blir ofte beskrevet som omsorgskultur.

5.2.3 Omsorgskultur

Kitwood siterer Williams som definerer kultur som «et befestet mønster av måter å gi mening til menneskelig eksistens og gi strukturer å handle innenfor» (Kitwood and Benson 1995). Det er flere forhold som har betydning for kulturen i demensomsorgen, som at den sosiale makten er i institusjonene. Denne makten innebærer normer for meninger og atferd, ideen om hvordan ting er (fungerer) og ideer om hvordan ting bør være (fungere) (Kitwood and Benson 1995).

Det er flere tilnærminger som fokuserer på at det å skape et supplement til den medisinske modellen, medfører at det må en endring til i omsorgskulturen på sykehjem (Vladeck 2003, Nolan, Davies et al. 2006). Felles for disse tilnærmingene er at de retter søkelyset mot individet og hvordan identitet, autonomi og «empowerment» kan opprettholdes i størst mulig grad.

Gode omsorgskulturer preges av et klima hvor det fokuseres på hvordan pasientene og personalet har det og hvordan de har det sammen. En viktig forutsetning er at pasienter og personalet faktisk tilbringer tid sammen. Solveig Hauge viser i sin doktoravhandling (Hauge 2004) at det sosiale fellesskapet i fellesrommene er skjørt og bryter sammen når personalet ikke er til stede.

5.2.4 Konsekvenser for praksis

Rollen til omsorgsgivere

Den britiske forskeren og psykologen Bob Woods sier at en personsentrert tilnærming vil føre til en rekke konsekvenser for praksis (Woods 2001). Han trekker spesielt fram omsorgsgivers rolle (familie medlem eller profesjonell), tjenesteleverandørs rolle og holdninger til personer med demens.

Personsentrert omsorg skapes i det sosiale fellesskapet mellom omsorgsgiver og personen med demens. Det er viktig å merke seg at samhandlingen skjer mellom en som er syk og en som er frisk. Personen med demens kan være mer sårbar, men pleierne kan også ha sine svakheter, for eksempel med usikkerhet om hvordan håndtere forskjellige situasjoner. Woods trekker fram viktigheten av å ivareta personens identitet. Identiteten kan trues av at minnet om forskjellige episoder gjennom livet svinner hen. Mangel på tråd gjennom tilværelsen kan gjøre det vanskelig å fatte hvordan en har kommet i nåværende situasjon. Woods framhever at personell kan hjelpe en person med å knytte ting sammen i livet gjennom minnearbeid. Et hjelpemiddel her kan være en «livshistoriebok», som inneholder en beskrivelse av viktige begivenheter i en persons liv og som dermed kan være til hjelp i kommunikasjonen mellom beboere og ansatte.

Rollen til leverandøren av tjenestene

Å innføre personsentrert omsorg krever tilrettelegging og forståelse fra ledelse og organisasjon. Pleiepersonellet trenger opplæring og oppfølging. Det kan være nødvendig med noen organisatoriske forandringer. For eksempel kan det kreves endringer i turnus for å unngå for at mange personer knyttes til den enkelte beboeren. Personsentrert omsorg er å verdsette og respektere personene. For at

pleiepersonellet skal kunne møte personer med demens på en slik måte, må de selv oppleve å bli verdsatt og respektert. Å implementere personsentrert omsorg krever involvering fra ledelsen. En studie fra sykehjem i Oslo viser at innføring av en modell for personsentrert omsorg var mer vellykket i små organisatoriske enheter enn i større (Rosvik, Engedal et al. 2014). Det vil si at de enhetene hvor nærmeste leder hadde færre enn 20 senger i sin enhet, kom bedre ut enn der hvor lederen hadde flere enn 20 senger i sin enhet, uavhengig om sykehjemmet var delt inn i mindre bogrupper eller ikke. Dette indikerer at det bør være tilstedeværelse av leder. Blir det for flat struktur med for stor avstand til nærmeste leder, vil dette påvirke kvaliteten av tjenestene på en negativ måte.

Holdningene vi har til personer med demens

Woods understreker at det er avgjørende at det ikke er en «levende-død»-holdning til demens (Woods 2001). Denne holdningen uttrykkes ofte fra pårørende som:

«Det er som om min ektefelle er død, men kroppen er ennå her...»

Jannet Cox sier at personer med demens fremdeles har en stemme som kan lyttes til, og at personverdi er noe mer enn selvbevissthet og kognisjon. Så selv om minner om fortiden er tapt, er den opprinnelige personen der fremdeles (Cox 2003). Det å ta konsekvensene av et slikt syn i praksis, innebærer at personalet må kjenne den enkelte beboeren. Det blir enklere å få til der personalet ikke har for mange beboere å forholde seg til, og at beboerne ikke har for mange ansatte å forholde seg til. Det bør også innarbeides rutiner for å innhente opplysninger om det livet den enkelte tjenestemottakeren har levd (anamneseskjema).

5.3 Hvordan få det til – flere veier til personsentrert omsorg

5.3.1 Tilnærminger

Rammeverk

En av utfordringene med personsentrert omsorg er at litteraturen om personsentrert omsorg stort sett ikke gir en oppskrift på hvordan ting skal gjøres. Personsentrert omsorg er et rammeverk eller en modell for å forstå hvordan en best møter personer med demens og hvilke holdninger som må ligge til grunn.

Det er utviklet modeller for å bedre omsorgen for personer med demens. De fleste av disse modellene har personsentrert omsorg som et hovedelement, men involverer også andre tilnærminger, som aktivitet, glede og trivsel. I en litteraturgjennomgang konkluderes det med at det er gode holdepunkter (evidens) for å si at forskjellige persontilpassede psykososiale tilnærminger reduserer utfordrende atferd og depresjon og bedrer stemning og trivsel hos personer med demens (Testad, Corbett et al. 2014). Disse forskjellige tilnærmingene kan samles under fellesbetegnelsen *miljøbehandling* (Rokstad 2012).

Opplæring av personalet

Personalets rolle er sentral. Personalet samhandler med og møter personer med demens gjennom hele dagen. Hvordan personalet evner å skape gode relasjoner med personen med demens, blir avgjørende. Opplæring av personalet blir derfor et viktig tiltak i miljøhandlingen.

Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping (DCM) er en kartleggingsmetode for å vurdere hvor personsentrert miljøet er der personer med demens befinner seg (Rokstad 2004). Kartleggingen kan foretas i sykehjemsavdelinger,

dagsenter eller på sykehusavdelinger. Observasjonene gjøres i fellesområdene, ikke på de private rommene. Det er sertifiserte kartleggere/veiledere som gjennomfører kartleggingen. DCM er ment å være et verktøy for å skape forandring. En observatør gjennomfører en kartlegging av miljøet over noen timer. Det fokuseres på om miljøet skaper trivsel, eventuelt mistrivsel. Etter kartlegging og analyse diskuteres resultatene med personalet. Det undersøkes her hvordan man kan styrke de forholdene som fremmer trivsel, men negative forhold kan også diskuteres. Ideen er at personalet skal bli mer bevisst på de sosialpsykologiske holdningene som kommer til uttrykk i den praktiske demensomsorgen (Rokstad 2004)

Studier har vist at bruk av DCM kan redusere agitasjon og øke livskvaliteten hos beboerne i sykehjem (Fossey, Ballard et al. 2006, Chenoweth, King et al. 2009, Rokstad, Rosvik et al. 2013). Det er en egen utdanning for DCM-kartleggere i Norge

VIPS

Vips rammeverket er utviklet av den engelske psykologen Dawn Brooker (Brooker 2004). Hun observerte at mange pleiere og institusjoner hevdet at de drev personsentrert, men at det likevel var store avvik i forhold til grunnprinsippene i personsentrert omsorg. Hun mente derfor at det var et behov for å tydeliggjøre innholdet i personsentrert omsorg og utviklet VIPS rammeverket. VIPS står for:

V – Verdsetting av personen med demens og deres pårørende

I – Behandle folk som Individier

P – Ta Perspektivet til personen med demens

S – Positive Sosiale omgivelser hvor personen med demens kan oppleve velvære

Den norske sykepleieren Janne Røsvik har videreutviklet dette rammeverket til å bli et verktøy for refleksjon og planlegging av omsorgen. Hun kaller modellen «VIPS-praksismodell» (Røsvik, Brooker et al. 2013). En kontrollert intervensjonsstudie viste at ved bruk av VIPS-praksismodellen ble det redusert uro og mindre depresjon blant beboere på sykehjem (Rokstad, Rosvik et al. 2013).

Marte Meo

Marte Meo (MM) er en veiledningsmetode med fokus på samspill mellom personer. Metoden er utviklet av Maria Aarts for å studere samspillet mellom foreldre og barn (Hansen og Ytterhus 2011). Selv om metoden er utviklet for å se på samspillet mellom barn og foreldre, har den de siste femten årene vært brukt for å analysere og veilede samhandling mellom personell og personer med demens. Metoden består av videopptak av samhandling mellom beboer og pleier. Veileder analyserer filmen og gir veiledning. Den ansatte som blir filmet, får sammen med personalgruppen tilbakemelding om sine evner til å skape kontakt og være i dialog (Hansen og Ytterhus 2011). Særlig god erfaring har det vært med å bruke metoden i situasjoner som personalet har opplevd som krevende.

Vi kjenner ikke til at det er gjennomført kontrollerte studier av effekten av Marte Meo i demensomsorgen. Men det er en rekke mindre studier som viser at metoden fører til endringer i pasientens symptomer og atferd, og at personalet får et redskap som gir en opplevelse av å yte personsentrert omsorg (Lunde, Munch et al. 2012). Det er en egen utdanning for Marte Meo praktisveiledere i Norge.

Bruk av planer

Når det er ønskelig å endre holdninger og rutiner i en sykehjemsavdeling, må det lages en plan for opplæring og gjennomføring av endringene. Når det er gjort, vil det videre være behov for å utvikle planer for oppfølging av den enkelte beboer i enheten. Sykepleiefaget har tradisjonelt jobbet med planer

(pleieplaner) hvor pasientens behov er definert ut fra hvor det er svikt (sviktende egenomsorg), og laget planer for hjelp og oppfølging ut fra dette. I demensomsorgen har det vært behov for også å fokusere på den enkeltes ressurser og behov for aktiviteter og sosialt samvær. Dermed må det lages planer ikke bare for den enkelte beboeren, men for hvordan de enkelte aktivitetene i en enhet samordnes. En måte å gjøre det på, er beskrevet i «Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen», som tar for seg planer både på individnivå og avdelingsnivå (Røen and Storlien 2015). Den engelske psykologen Tracy Lintern har vist at det ikke hjelper med opplæring og holdningsendringer hvis det ikke følges opp med gode planer for hvordan det skal føre til endringer i praksis (Lintern 2000).

Med utgangspunkt i DCM eller Marte Meo og planer lagt i VIPPS-grupper, vil det være behov for å systematisere videre arbeid. I denne sammenhengen vil være nyttig å bruke verktøy og strukturer beskrevet i «Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen»(Røen and Storlien 2015).

Det er en rekke utfordringer knyttet til systematisk og planmessig oppfølging av omsorgstiltak og aktiviteter i sykehjemsavdelinger. Mange sykehjemsavdelinger har kortet ned på overlapping mellom vakter og/eller tid satt av til rapporter og behandlings-/planleggingsmøter. En annen stor utfordring i noen sykehjem, er at de elektroniske rapporteringssystemene som brukes, er lite hensiktsmessige. Det gjelder både utforming av selve programvaren, at antall tilgjengelige terminaler er begrenset, samt hvem som har tilgang på terminalene. Dermed får man behov for doble systemer (både uformelle papirsystemer og formelle elektroniske systemer).

Eden alternativ

Eden alternativ er en modell som først ble introdusert i New York i 1991. Hensikten med modellen er å øke livskvaliteten til sykehjemsbeboere ved å etablere hjemlige (home-like) omgivelser. Det er viktig å skape et selvstendig og engasjert personale for å få gjennomført modellen (Coleman, Looney et al. 2002). En av grunntankene ved Eden alternativ er at omgivelsene skal bli et «habitat» for å eliminere ensomhet, hjelpeløshet og kjedsomhet blant sykehjemsbeboere (Brownie and Nancarrow 2013). Eden alternativ bygger på ti grunnleggende teser som ble formulert av modellens stifter, William Thomas (Brownie 2011, Refsnes, Nebb et al. 2013). De ti tesene er:

1. De tre plagene ensomhet, kjedsomhet og hjelpeløshet utgjør langt den største delen av de eldres lidelser.
2. Et samfunn som tar utgangspunkt i de eldres behov, forplikter seg til å skape områder hvor livet utvikler seg i tett og kontinuerlig kontakt med planter, dyr og barn. Disse relasjonene skaper veier til et liv som er verdt å leve både for unge og gamle.
3. Kjærlig samvær er motstykket til ensomhet. Eldre fortjener å ha lett tilgang til selskap med mennesker og dyr.
4. Et samfunn med fokus på de eldres behov gir muligheter for at de eldre både kan gi og motta omsorg. Dette er motstykket til hjelpeløshet.
5. Et samfunn med fokus på de eldres behov inspirerer daglig til avveksling og spontanitet ved å forme et miljø hvor uventede og uforutsette muligheter for samvær og begivenheter kan finne sted. Dette er motstykket til kjedsomhet.
6. Meningsløse aktiviteter bryter ned personligheten. Muligheten for å gjøre ting som vi syns er meningsfulle, er essensielt for menneskets helbred.
7. Medisinsk behandling må aldri skje på bekostning av ekte menneskelig omsorg.
8. Et samfunn med fokus på de eldres behov respekterer sine eldre ved å bryte ned toppstyrt, byråkratisk autoritet. I stedet forsøker man å plassere mest mulig beslutningsmyndighet hos de eldre. Eller hvis det ikke er mulig, hos de personene som står de eldre nærmest.

9. Å skape et eldrevennlig samfunn er en prosess som aldri stopper. Menneskets vekst må aldri atskilles fra dets liv.
10. Dyktig lederskap må til i kampen mot de tre plager. Og ikke noe kan erstatte klok ledelse.

I praksis betyr Eden alternativ at beboerne skal få et liv som er mest mulig likt det de hadde hjemme før institusjonsinnleggelsen. Det betyr små hjemlige enheter hvor beboerne styrer livet sitt selv så langt som mulig. Det blir lagt vekt på muligheten til å ha og stelle egne planter og kjæledyr (Refsnes, Nebb et al. 2013).

Selv om Eden alternativ ble utviklet parallelt med personsentrert omsorg, er det mye av de samme prinsippene som ligger til grunn. I dag defineres Eden alternativ metoden som en måte å oppnå personsentrert omsorg på (Brownie and Nancarrow 2013). Eden alternativ er vel etablert med mange sykehjem i USA, Australia og New Zealand. Det finnes også Eden alternativ sykehjem i Norge (Refsnes, Nebb et al. 2013). Det er gjennomført noen systematiske evalueringer av Eden alternativ, og resultatet er noe varierende. Man har funnet alt fra mindre utfordrende atferd og kjedsommelighet hos beboerne og mindre «turn-over» i staben (Brownie 2011), til høyere forekomst av fall og større forbruk av sovemedisiner (Coleman, Looney et al. 2002, Brownie 2011).

Livsgledesykehjem

Den norske stiftelsen «Livsglede for eldre» (LFE) ble stiftet av sykepleiestudenter i 2006 (<http://www.livsgledeforeldre.no/om-oss.html>). Stiftelsen har som formål at alle eldre skal ha en god og meningsfull hverdag. Gode opplevelser skal stimulere sosiale, åndelige og kulturelle behov for den enkelte. Stiftelsens arbeid skal utløse frivillighet og engasjement.

Stiftelsen LFE driver den nasjonale sertifiseringsordningen Livsgledesykehjem.

Å være et livsgledesykehjem innebærer at sykehjemmet skal lage et system for å oppfylle ni Livsgledekriterier (se under) som ivaretar beboernes sosiale, kulturelle og åndelige behov. Metoden gjør det lettere for de ansatte å jobbe systematisk med å skape et meningsfullt innhold i beboernes hverdag. Ved at systemet legges til virksomhetens internkontroll, vil de ulike aktivitetene knyttet opp mot livsgledekriteriene bli ivaretatt, uavhengig av hvem som er på jobb' (<http://www.livsgledeforeldre.no/sykehjem.html>).

Livsgledesykehjemskonseptet har ikke et klart teoretisk fundament, men baserer seg på en forståelse av at glede og aktivitet er bedre enn kjedsommelighet og passivitet, også for gamle sykehjemspasienter. Det er utarbeidet ni livsgledekriterier, og arbeidet med livsgledekriteriene har to hensikter: 1) å skape mer livsglede for beboere ved sykehjemmet og 2) finne fram til rutiner og system som dokumenterer at kriteriene er oppfylt.

Livsgledekriteriene er:

1. Alle ansatte på sykehjemmet skal vite hva sertifiseringsordningen er, og hva det innebærer å være et livsgledesykehjem.
2. Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager eller andre organisasjoner.
3. Virksomheten skal tilrettelegge for at beboeren får komme ut i frisk luft minst en gang i uka.
4. Virksomheten skal tilrettelegge for at beboerne får muligheter til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.
5. Virksomheten skal tilrettelegge for kontakt med dyr.

6. Virksomheten skal tilrettelegge for sang, musikk og kultur i hverdagen.
7. Virksomheten skal tilrettelegge for å skape en hyggelig ramme rundt måltider.
8. Virksomheten skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pårørende.
9. Virksomheten skal tilrettelegge for å trekke årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdag.

Det ser ut som om livsgledesykehjemmene i høy grad baserer seg på de samme ideene og holdningene som ligger til grunn for «Eden Alternativ», men at de vektlegger aktiviteter. Vi har ikke funnet noen uavhengig evaluering av livsgledesykehjemkonseptet, men det foregår et fireårig prosjektsamarbeid (2015–2018) mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) ved Senter for Helsefremmende Forskning og Trondheim kommune, pleie og omsorg, hvor hovedmålet er å studere og evaluere helsefremmende effekter for pasientene som følge av livsglede-sertifiseringen.

5.3.2 Omsorg ved livets slutt

Palliativ (lindrende) behandling og omsorg

Sykdommene som fører til demens, kan ikke helbredes, og de forverres over tid. Det vil si at demens forkorter livet, og de fleste dør i en fase av sykdomsforløpet med alvorlig kognitiv svekkelse. Dette stiller spesielle krav (utfordringer) til behandling og omsorg i slutfasen av livet (Harris 2007, van der Steen, Radbruch et al. 2014). Det er godt dokumentert at personer med alvorlig kognitiv svekkelse og nedsatt kommunikasjonsevne får mindre smertebehandling enn de som fungerer bedre (Torvik, Kaasa et al. 2009), og at personer med demens har mindre tilgang til spesialisert lindrende omsorg ved livets slutt (Harris 2007, van der Steen, Radbruch et al. 2014).

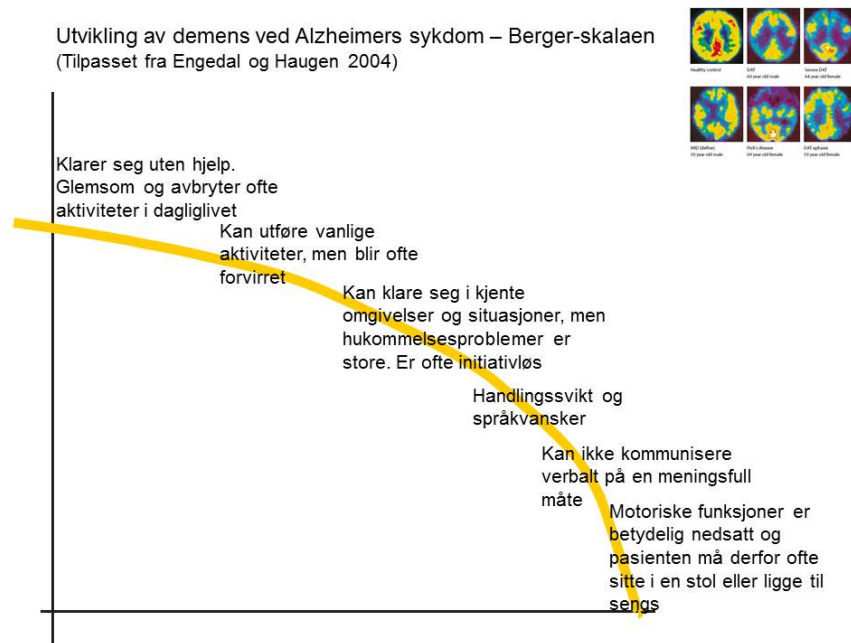
I 2013 nedsatte EU Joint Programme for Neurodegenerative Disease Research (JPND) en arbeidsgruppe for å se på utfordringer knyttet til lindrende behandling ved neurodegenerative sykdommer, deriblant demens. Rapport fra arbeidet kom i desember 2014 (Bauer, Fetherstonhaugh et al. 2014). Når det gjelder demens, peker rapporten spesielt på tre utfordringer. Det gjelder identifisering og behandling av smerter, vurdering av når døden nærmer seg (terminalfasen), og utfordringene med å yte god, lindrende omsorg (særlig i terminalfasen) i en integrert helse- og sosialmodell.

Et økende fokus på normalisering, sosialt samvær, aktiviteter og boliggjøring av tjenestene kan medføre særlige utfordringer med å gi gode helsetjenester til en sårbar gruppe personer med sammensatte helseproblemer. Dette stiller krav både til sosialpedagogisk og helsefaglig kompetanse. Helt fra den gangen da skjermede enheter begynte å bli utbredt i Norge på slutten av 1980-årene, har det vært en debatt om beboerne bør være på spesielt tilrettelagte enheter livet ut, eller om de bør flyttes til andre enheter når de blir så dårlige at de ikke kan nyttiggjøre seg tilbudet mer (Nygård 1991). Erfaringene har vært at vanlige somatiske enheter ikke nødvendigvis ivaretar de spesielle behovene ved demens i en terminal fase. Disse erfaringene har vært utgangspunkt for utvikling av en spesiell tjeneste, såkalt «Pflege Oase» eller pleieoase.

Pflege Oase

Pflege Oase (PO) er et pleie- og omsorgskonsept som er utviklet i Sveits og har spredt seg til flere deler av Europa (særlig til tysktalende deler). PO er et tilbud for personer med alvorlig demens som har stort behov for fysisk pleie og som har alvorlig svekket verbal kommunikasjonsevne. Enheten i konseptet har ett felles rom hvor seks–åtte beboere oppholder seg natt og dag, og hvor det er personale til stede hele tiden. Fokuset i omsorgen er å lindre smerte og lidelse og å redusere angst. Det understrekes at PO ikke er en

kost-effektiv multisens sykehjemsavdeling, og heller ikke et sted å dø, men et sted å leve før en dør (se også om Beim Goldknapp i Luxembourg).



- Demens er en progredierende sykdom, kostnader og tilrettelegging av ulike tjenester og botilbud må ses i lys av dette perspektivet.
- Rundt Ca. 40 prosent av personer med demens diagnose bor i dag i tilrettelagte bolig tilbud/institusjon.
- Med aldersframskriving og samme dekningsgrad som i dag betyr dette behov for 25 000 nye plasser i løpet av de neste 25 årene.
- Personsentrert omsorg anses som en overordnet tilnærming, hvor man vektlegger både medisinsk tilnærming og en sosial pedagogisk tilnærming til sykdommen.
- Fysiske omgivelser må støtte en personsentrert omsorg.
- Det finnes ulike metoder og filosofier som kan støtte å implementere personsentrert omsorg.

6 Sammendrag av kunnskapsstatus 2010–2015

Litteraturstudien er en vesentlig andel av prosjektet og foreligger som eget SINTEF notat 16, *Er smått alltid godt i demensomsorgen?*

Ut ifra gjennomgang av relevant, internasjonal forskning søker kunnskapsstatusen å dra sammen det man har i litteraturen om evidensbasert kunnskap om bo- og tjenestetilbud til personer med demens som trenger omfattende hjelp og omsorg. «Godt» vurderes her ut fra perspektivet til personen med demens. Et spørsmål er hvilke fysiske og sosiale omgivelser som støtter mestring og en hverdag med mening og livskvalitet, samtidig som de er tilrettelagt for at man kan få riktig og nok omsorg tilpasset funksjonsnedsettelse og hjelpebehov?

Litteraturen understreker behovet for et fysisk miljø som understøtter en personsentrert omsorg hvor autonomi, opplevelsen av hjemlighet, gode sosiale relasjoner, samt meningsfylt aktivitet, står sentralt. Forskningen presiserer at det sosiale miljøet er vel så betydningsfullt som det fysiske, men at det fysiske miljøet har en viktig rolle i nettopp å understøtte og legge til rette for sosiale relasjoner og samspill. Forskningsresultater presentert i denne kunnskapsstatusen viser at ulike småskala omsorgsformer gir positive effekter for måling av livskvalitet for personer med demens. Basert på tilgjengelig litteratur mener vi at det er tilstrekkelig dokumentasjon for å etablere konsensus om hovedprinsipper for design av fysisk miljø for eldre med demens som innebærer støtte for småskalaløsninger.

Eldre med demens har særlige utfordringer som gjør dem svært sensitive overfor det fysiske miljøet. Omgivelsene omfatter både de sanselige dimensjonene (stemninger/lukt/lys), de kommunikative (hva rommene forteller om hva de skal brukes til), de sosiale (hvor mange ulike personer de må forholde seg til) og de rent praktiske/funksjonelle. Det siste omhandler for eksempel muligheter for å kunne bevege seg ute eller å kunne delta i meningsfulle aktiviteter. Studier viser at dårlig tilpassede miljøer kan medføre mer forvirring, mindre mestring, økt frustrasjon og angst, som så vil føre til mer uro, utagerende atferd og aggresjon. Om livskvalitet blant personer med demens i sykehjem er litteraturen entydig: Lav livskvalitet er særlig assosiert med utagerende atferd, uro og depresjon, apati og tristhet. I tillegg framhever litteraturen at lav livskvalitet er relatert til dårlig ADL-funksjon (deltakelse i dagliglivet), mer enn lav kognitiv funksjon. En sannsynlig tolkning er at mestring gir mindre angst og depresjon, og mestring er dermed sentralt for livskvalitet hos eldre med demens. Både det fysiske og det sosiale miljøet må derfor gi personene støtte til å mestre dagliglivet, finne fram, være fysisk aktive og kunne ta del i meningsfulle aktiviteter.

Videre er litteraturen tydelig på at de klareste effektene er knyttet til det å gi personsentrert omsorg og en opplevelse av hjemlighet. I begrepet hjemlighet legger man både måten tjenestene er organisert på og måten de blir gitt på; man mener at disse faktorene er like viktige som de fysiske rammene. Man må derfor ikke la seg forføre til å tro at byggene alene sørger for disse kvalitetene. Kvalitetene oppstår i samspillet mellom de fysiske omgivelsene og tjenestene.

Både bygg og tjeneste skal støtte at beboerne har færre personer å forholde seg til (kjent personale) og at det er mulig å oppleve en hverdag med innhold og mening. Det innebærer rom og funksjoner som kan legge til rette for å se på og delta i kjente aktiviteter inne, ute og i nabolag. Samtidig forutsettes det at man har tilstrekkelig med personale, som har god kompetanse om demens og som ser det som sitt overordnede mål nettopp å støtte et hverdagsliv med innhold og mening. Det kan ligge motsetninger i noen av disse kriteriene. Små grupper kan også bidra til faglig isolasjon for ansatte eller til at beboere opplever at det ikke

er ansatte i nærheten. Vi har ikke funnet studier der de tre elementene fysiske rammer, organisering av tjenester og «faglighet» studeres i sammenheng med hverandre.

Figur 1 viser en enkel modell med sentrale elementer i demensomsorgen.



Figur 1. Sentrale variabler i demensomsorg og sammenhenger mellom dem. ©Gørill Haugan

Den relativt entydige konklusjonen om at mindre bogrupper og personrettet omsorg er positivt sett fra perspektivet til personer med demens, stiller også krav til kunnskap om løsninger som samtidig viser vei i forhold til andre perspektiver. Vi tenker da spesifikt på en bærekraftig økonomi til drift og tjenesteorganisering sett fra den som skal yte tjenestene. Faglighet er nevnt som et viktig kvalitetskriterium uten at dette er drøftet opp mot fysisk organisering av tilbudet.

Ut over at litteraturen vektlegger hjemlighet og små bogrupper er det relativt klare prinsipper for hva man vil at det fysiske og organisatoriske skal støtte: oversiktlige og «kjente» omgivelser, færre personer å forholde seg til, lett tilgang til utearealer, og mulighet for å ta del i meningsfulle aktiviteter, bevegelsesfrihet og dagslys. Ulike studier bekrefter at disse prinsippene reduserer negativ atferd.

7 Er smått godt for hvem?

7.1 Problemstillinger

Sentralt i kvalitetsbegrepet for tilbud rettet mot personer med demens er selvfølgelig brukerne selv og deres pårørende. Tilbudet er primært laget for dem, og deres opplevelser og krav må derfor være sentrale i drøftingen av kvalitet. Gjennomgangen av relevant forskning presentert i kunnskapsstatusen søker å dra sammen det man vet er gode bo- og tjenestetilbud for personer med demens som trenger omfattende hjelp og omsorg. «Godt» vurderes her altså ut fra perspektivet til personen med demens. Problemstillingen er: hvilke fysiske og sosiale omgivelser støtter mestring og en hverdag med mening og livskvalitet, samtidig som den er tilrettelagt for at man kan få riktig og nok omsorg tilpasset funksjonsnedsettelse og hjelpebehov?

Opprinnelig ble sykehjemmene langt på vei utviklet etter en sykehusmodell med fokus på kliniske behov og effektiv pleie. Over tid har kunnskapen om eldre menneskers livskvalitet og det å leve med demenssykdom bidratt til å endre dette konseptet. Samtidig har også synet på pasienten generelt endret seg; pasienter er ikke lenger «bare» pasienter, pasienter er unike personer, beboere og brukere. I tråd med en slik forståelse har forskning, teoriutvikling og praksis bidratt til en dreining mot et mer personsentrert fokus. Dette er videre understreket i politiske dokumenter og føringer, demokrati og deltakelse, nå sist i demensplan 2020. Likevel er ingen tjent med gode løsninger som er så dyre at kommunene ikke har råd til å drive dem, eller løsninger hvor ansatte ikke trives med å jobbe. Dette avsnittet drøfter derfor «for hvem» ut ifra:

Hva skal de fysiske omgivelsene støtte:

- sett fra et beboerperspektiv
- sett fra ansatte perspektiv
- driftsøkonomisk perspektiv for kommunene

7.2 Hva skal de fysiske omgivelsene støtte sett fra beboerperspektiv?

7.2.1 Dreining

Kunnskapen om eldre menneskers livskvalitet og sammenhengen mellom opplevd livskvalitet og helse har bidratt til å endre oppfatningen av hva et godt tilbud til eldre i institusjoner er. Synet på pasienten generelt har endret seg. Pasienter er ikke lenger bare pasienter, de er også unike personer, beboere og brukere. I tråd med dette har forskning, teoriutvikling og til en viss grad praksis bidratt til en dreining mot et mer personsentrert fokus. Litteraturen understreker behovet for et fysisk miljø som understøtter personsentrert omsorg, hvor autonomi, opplevelsen av hjemlighet, gode sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter står sentralt. I tillegg presiserer forskningen at det sosiale miljøet er vel så betydningsfullt som det fysiske, men at det fysiske miljøet har en viktig rolle i nettopp å understøtte og legge til rette for det sosiale.

Et av de mest omfattende kvalitative forskningsprosjektene på dette feltet i Norden er de danske studiene som er oppsummert i boken *Trivsel i pleieboligen* (Møller and Knudstrup 2008). Flere norske undersøkelser av noe mindre omfang peker i samme retning (Høyland 2001, Bogen and Høyland 2006). Her konkluderes det at både utforming og innredning har betydning for beboernes trivsel og hverdagsliv. Selv om det ikke er mulig å peke på en ideell utforming, kan vi identifisere et antall trekk som er viktige parametre for framtidsrettede omsorgsplasser. Disse samsvarer med funnene fra litteraturstudien (Haugan et al, 2015) og

danner til sammen et ganske klart bilde av hva man søker at løsningene skal støtte. På samme måten som studiene presentert i kunnskapsnotatet peker de norske og danske studiene på at høy trivsel finnes der hvor både den fysiske utformingen av botilbudet og innholdet i tjenestetilbudet er tilpasset nettopp personer med demens. Tilbud tar ofte utgangspunkt i beboernes behov for hjelp, men at det også er et mål å støtte beboernes muligheter for å opprettholde et hverdagsliv så nær opp til det man er vant til som mulig. De avgjørende egenskapene for opplevelsen av kvalitet kan samles under fem overskrifter, som oppsummeres nedenfor og illustreres gjennom drøftingene av casene.

I et dansk modellprogram (Bascon 2010) pekes det på viktigheten av å utvikle en omsorgskultur der det å mestre tap og ivareta det som er friskt står like sentralt som det å pleie det som ikke fungerer. Hvordan ansatte møter beboerne og deres familier er avgjørende for hvordan denne kulturen skapes slik vi har beskrevet i kapittelet om personsentrert omsorg. Dette dreier seg i stor grad om å se og kartlegge den enkelte brukers behov, hvem de er og har vært. Hvilke interesser har de, hvilken musikk liker de, har de en hobby? Hva gledes de over i hverdagen. Er det å kunne komme seg ut eller ha mulighet for kontakt med dyr etc? På denne måten kan man i større grad gi et tilbud som vektlegger *hele* mennesket, både det friske og det syke. Det fysiske kan være et av flere viktige virkemidler for å støtte dette, både ved å støtte den enkeltes autonomi og egenverd, samt å tilrettelegge for deltagelse av aktiviteter og sosiale fellesskap.

En av-institusjonalisering av steder og hverdagsliv skjer kanskje først og fremst gjennom holdninger og organisering av dagen, men støttes av kommunikasjonsmåter, de fysiske og organisatoriske strukturene som omgir beboeren. Studier viser at de fysiske rammene kan påvirke måten ansatte agerer på, hvilket fokus man har, og hvordan man strukturerer hverdagen (Bogen and Høyland 2006). Et kjent sitat fra Churchill sa (oversatt av forfatterne): «Først former vi våre bygninger, deretter former bygningene oss!» De fysiske omgivelsene må derfor betraktes som strategiske virkemidler og en markør som kan støtte opp om, eller motvirke det en ønsker å oppnå. I dette tilfelle en bestemt omsorgskultur. Eksempel på hjemlig omsorgskultur: -«*Vi synes vi er gode på å skape et hjem. Individualitet blir tatt vare på og satt høyt. Det er valgfrihet for dem. De står opp når de vil og legger seg når de vil. Det hjelper dem med å holde et visst nivå av normalitet i hverdagen, en hverdag som ikke er for preget av rutiner*» (ansatt på et sykehjem).

–Et eksempel som illustrerer hvordan det fysiske som støtter denne omsorgskulturen, er det å ha eget kjøkken. «*Det at de har kjøkken og lager maten inne i bogruppene bidrar til større frihet, vil vi dra på tur en dag så kjøper vi mat der. Vi trenger ikke legge opp dagen etter når maten kommer.*» (ansatt på sykehjem.) Eksempelene vi presenterer i casepresentasjonen senere i rapporten, viser at det trolig er mer gunstig å jobbe med å endre omsorgskultur først, for så å tenke annerledes når en skal bygge nytt og etablere fysiske omgivelser som kan støtte disse etterpå. Vi har erfart at det kan være nyttig å enes om en framtidvisjon for hvordan man vil hverdagen skal se ut først, for så å lage framtidvisjoner om hvordan byggene skal være. The Eden Alternative uttrykker det slik: «*First tell the story, and then build the stage*» (Fortell historien først, og bygg deretter scenen).

7.2.2 Hjem og hjemlighet

Privathet

En opplevelse av hjem og hjemlighet er ofte det som først trekkes fram som avgjørende for beboernes opplevelse av kvalitet. Verdigrunnlaget bak «*hjemlighet*» er også begrunnelsen bak selve begrepet *boliggjøring* i norsk omsorgspolitik; at boligløsninger støtter opp om opplevelsen av integritet og egenverd. Boliggjøringen har vært et styrende ideal siden Gjærevoll-utvalget (NOU 1992:1). Det kan oppleves som en selvfølge i dag, men erfaringene viser at både integritet og verdighet trues når du må bo tett sammen med personer du ikke kjenner og når boligen din også skal fungere som en arbeidsplass for andre. Spesielt viktig blir det å verne om den halvprivate sfæren i tette bokollektiver og sykehjem.

Opplevelsen av *privathet* er en av de viktige markørene for hjemlighet. Dette handler om å oppleve boligen som sitt eget territorium, som et sted der man selv har kontroll. En opplevelse av privathet har å gjøre med at man selv kan bestemme når og om man vil være sammen med andre, om man kan sette sine personlige spor, bestemme hvor ryddig det skal være eller gjøre ting i sitt eget tempo. Egne møbler og eiendeler er viktige fysiske markører som er med å underbygge dette. Dette er også en viktig markør overfor andre, for å tydeliggjøre hvem den enkelte beboer er og har vært. Ting man omgir seg med kan være viktige markører for å synliggjøre vedkommendes identitet. I undersøkelsen «Ny sykehjemsmodell – et bedre tilbud» (Høyland 2001) kommer det fram at noen av beboerne verdsetter og opplever sitt rom som *sitt* domene og sitt hjem. Dette til tross for at rommene er små (25 m²) og tilbudet er hjemlet som en institusjon.

Litteraturstudien viser at mulighet for privatliv kan virke positivt på pasienters atferd (Haugan et al 2015). Personer med demens som har mer privatliv, uttrykker mindre angst og aggresjon, og pasienter i mindre, institusjonaliserte anlegg viser lavere nivå av aggresjon (95). Dette støttes av Marshall (83), samt Fleming og Purandare (91), som foreslår at å ha et privat rom som er stort nok for en rimelig mengde personlige eiendeler, er ett av flere nødvendige kriterier ved utforming av institusjoner for personer med demens.

Et konkret eksempel på tiltak er enerom med eget bad. Et annet eksempel er bruk av elektronisk nøkkelsystem på sykehjem. Systemet gjør at bare de som har tilgang, kan komme inn, og man slipper uønsket besøk av naboer som går feil. Slike hendelser kan oppleves som skremmende og som en ubehagelig inntrengning i det private området. Videre kan det være positivt at boligenheten er stor nok til å romme egne møbler. Personlige eiendeler som man har bygd relasjoner til gjennom livet, kan bidra til at man kjenner seg hjemme. Ansatte forteller at de opplever det som naturlig å banke på og respektere private grenser når beboerne bor i det man gjenkjenner som «egne boliger». Ulik innredning og stemning i boligene fungerer da som «huskelapper» for personale som nettopp skal kunne se hvert enkelt individ i en travel hverdag.

Felles hjem for en gruppe

Spesielt innenfor omsorgen for personer med demens er det anbefalt å organisere bogrupper for et mindre antall beboere, fordi mange selv, eller deres pårørende, opplever situasjonen i egen bolig som for utrygg. Målsettingen er å etablere en opplevelse av hjem som er felles for en gruppe mennesker som strengt tatt ikke har valgt å bo sammen. Erfaringene med slike botilbud er at mange foretrekker å oppholde seg i



Illustrasjonsfoto: Karin Høyland

fellesrommene framfor i sin private boenhet (Bogen and Høyland 2006). Dette varierer noe både med personlighet og vaner, men erfaringer tyder på at noe kan være knyttet til selve sykdomsforløpet, der nærhet til ansatte ofte representerer selve tryggheten. Det er en spesiell utfordring å utforme fellesareal som kan tilby en opplevelse av hjemlighet i en bogruppe.

Det blir viktig å tydeliggjøre fellesskapets «private» arena og overgangen inn til denne. I tradisjonelle institusjonsløsninger framtrer disse overgangene ofte som delvis offentlige arealer, hvor det er utydelig hvem sin arena det er (Robinsen 2006). Konkrete fysiske markører som kan støtte opp rundt dette kan være inngangsdører som markerer at «her bor vi», entreer ved adkomsten til bogruppen og videre at du møter rom som oppleves som hyggelige å komme til. De mer sanselige dimensjonene av en hjemlig atmosfære handler også om dimensjoner og størrelser på rom, samt interiør, farger og materialbruk. «Hjemlighet» kan på denne måten skapes for en gruppe beboere enten tilbudet er hjemlet som et botilbud eller et institusjonstilbud. I prosjektet: «Fotodagbok, Bakkegården» gjennomført på pleieboliger i Danmark fikk beboere, omsorgspersonale, pårørende og ledere i oppgave å illustrere ved hjelp av foto, hva de assosierte med de to begrepene: Institusjonelt/Hjemlig. Deltakerne skulle ta bilder av inventar (møbler), belysning, farger og materialer, nips og grønt for å konkretisere de to begrepene. Arbeidet viste at det var relativt enstemmighet i hva man la i begrepene, uavhengig av hvilken rolle man hadde i bygget.

For mange representerer hjemmet og dets gjenstander hva en har oppnådd og realisert gjennom livet (van Hoof, Kort et al. 2010). Hjemmet kan også symbolisere det trygge og oppleves som «sitt private domene»; dette er avgjørende for mange menneskers opplevelse av livskvalitet. På grunn av sin sykdom tilbringer mange personer med demens mye av sin tid nettopp i hjemmet. Hjemmet er et kjent miljø som gjør det lettere å orientere seg og mestre (Gabriel, Stirling et al. 2014). Å skape en hjemlig atmosfære er derfor et sentralt aspekt ved små-skala omsorgs-institusjoner. Marquardt (2014) antyder at begrepet «hjem» innebærer et miljø som inneholder stue, kjøkken, spisestue og hjemlig innredning. Van Dijck-Heinen og kolleger (2014) framhever at å føle seg hjemme krever mer enn bare å være omgitt av personlige eiendeler og å ha et privat rom. Personlige komponenter som finnes i relasjoner er like viktig som det fysiske miljøet. Bare når en balanse oppnås mellom sosiale og miljømessige faktorer, kan en følelse av hjem eller i alle fall «hjemlighet» oppstå og utvikles. Imidlertid understøtter ulike faktorer i det fysiske miljøet følelsen av å være hjemme til tross for at ens hjem er blitt plassert i en omsorgs-institusjon.

En av disse faktorene er mulighet for privatliv, noe som har vist seg å ha positiv innvirkning på pasienters atferd (Bicket, Samus et al. 2010). Personer med demens som hadde mer privatliv uttrykte mindre angst og aggresjon, og pasienter i mindre institusjonaliserte anlegg viste lavere nivå av aggresjon (Kok, Berg et al. 2013). Dette støttes av Marshall (2001) samt Fleming og Purandare (2010) som foreslår at å ha et privat rom som er stort nok for en rimelig mengde personlige eiendeler er ett av flere nødvendige kriterier for utforming av institusjoner for personer med demens. I tillegg eksisterer mange andre referanser relatert til begrepene «hjemme» eller «hjemlighet». Van Dijck-Heinen og kolleger (2014) er en følelse av hjem basert på autonomi, trygghet, sikkerhet, relasjoner og samhandling – disse er like viktige som de fysiske omgivelsene direkte.



Illustrasjonsfoto: Karin Høyland

Gjøremål

Gjøremål er en annen viktig markør for hjemlighet. Å oppleve at man er hjemme handler også om at det foregår aktiviteter der som hører til i et hjem. Muligheter for å delta i eller se på allminnelige hverdagsaktiviteter må derfor betraktes som en viktig del av opplevelsen av hjemlighet. Enten det er å vanne blomster, se på TV, sette inn i oppvaskmaskinen eller å delta i matlaging. Det er spesielt i institusjoner og fellesskapsboliger at dette bør være en viktig føring. I tradisjonelle institusjoner ble ofte hverdagsaktiviteter som vask av tøy og matlaging organisert andre steder og dermed holdt unna beboernes hverdag. Dette resulterte i at det er lite eller ingenting som skjer rundt beboerne. De gode eksemplene viser imidlertid andre modeller – «*Her bor de som om de bor hjemme. Jeg jobber mest med stell og bleieskift, men mye av dagen går også med til prating, strikking, matlaging, handling, ja dagligdagse aktiviteter. Det aller meste er beboerne med på eller ser på. De blir roligere og mer fornøyde da, og det gjør det triveligere for alle*» (ansatt i et sykehjem).

7.2.3 Trivsel og velvære / opplevelse av mening

Tilgang til naturen

Hva som er gode opplevelser, er individuelt og kan være vanskelig å sette i system. Alle parametere som er nevnt ovenfor vil kunne påvirke opplevelsen av trivsel og velvære. I tillegg vil nærhet til naturen kunne gi inspirasjon eller muligheter for rekreative opplevelser. Mange studier underbygger nettopp betydningen av å ha visuell og direkte kontakt med naturen. Fysiske tiltak kan legge til rette for å kunne spise eller gå turer utendørs. Studier viser at lett tilgang til uteområder påvirker hvor mye beboerne er ute (Høyland 2001, Bogen og Høyland 2006). Som det er pekt på flere steder tidligere, er betydningen av å komme ut og bevege seg fritt viktig for mange personer med demens. En studie bekrefter at pårørende vektlegger det fysiske utemiljøet (Innes, Kelly et al. 2011) høyt. Innes og kollegaer utførte 6 fokusgruppe-intervju i Nord-Irland og Skottland med totalt 40 informanter (Innes, Kelly et al. 2011). Av disse 40 hadde 29 demenssykdom (24 kvinner og 5 menn), de resterende 11 var pårørende med omsorgsansvar (ti kvinner og en mann). Informantene framhevet at selve bygningens utforming med tilhørende trygge plasser hvor den demente kan være ute stor betydning, samt hjelp til orientering var av stor betydning. En studie bekrefter at pårørende vektlegger det fysiske.



Illustrasjonsfoto: Hogeweyk

I en annen engelske studie fra fem sykehjem i London (Popham and Orrell 2012) understreket pasienter og pårørende behovet for aktiviteter utendørs, mens personalet rangerte trygghet og helse øverst. Denne studien sammenlignet lederes, pleie-personalets, pårørendes og pasientens oppfatninger om hva som er viktig og presenterer også tydelige forskjeller mellom ansattes og brukeres synspunkt. Pasienter og pårørende vektla autonomi, mens personalet vektla helse og trygghet/sikkerhet. Selv om avdelingen hadde en trygg hage, ble brukernes anvendelse av hagen svært begrenset pga. ansattes prioritering av trygghet/sikkerhet. Mange brukere klaget over kjedsomhet og at mye tid gikk til å sitte og gjøre ingenting – brukere og pårørende ønsket å gå ut i stedet for aktiviteter innendørs. Forskernes konklusjon var at brukerne vektla muligheten for selv å velge når de ville ha en kopp te, stå opp etc., deltakelse i meningsfulle aktiviteter, samt pleiepersonalets holdninger og tilnærminger i omsorgen for brukerne.

En australsk studie så på effekt av en terapeutisk hage (Edwards, McDonnell et al. 2013), og fant at livskvalitet hos demente økte ca.10 prosent, depresjon-skår ble redusert med ca.10 prosent, mens utagerende atferd avtok med nesten 50 prosent. Intervju med brukere, personalet og familie, samt observasjoner, viste positive resultater: Bruk av terapeutisk hage forbedret livskvalitet og reduserte stress hos personalet og pårørende. Kvalitative og kvantitative pre- post-studier indikerer at skifte i omgivelser, slik som å bruke en terapeutisk hage, kan forbedre dementes livskvalitet, så vel som livskvalitet hos deres omsorgsgivere. Det er en økende bevissthet også overfor det ytre miljøets betydning for helse, selvstendighet, kognitiv funksjon, trivsel og livskvalitet for mennesker med demens (Mitchell and Burton 2010). Urtehager og sansehager representerer intervensjoner som gir trygge og attraktive uterom som gir muligheter for å delta i aktiviteter.

Direkte adgang til skjermede og sikre/trygge uteareal betyr også at det ikke er nødvendig å låse dørene. Erfaringene med negative opplevelser med å føle at man er innelåst kan reduseres ved at du har muligheter for å bevege deg fritt, ev. innenfor et avgrenset område. (Day et al., 2000). Hvis beboerne kan gå ut på egen hånd, bør personalet så lett som mulig kunne følge med om beboeren trenger hjelp enten i form av at noen ser dem eller i form av ny teknologi.

Dagslys

Det er kjent at dagslys påvirker opplevelsen av trivsel og velvære hos alle mennesker. Dagslys, spesielt om morgenen, har en positiv innvirkning og kan være avgjørende for å støtte en naturlig døgnrytme (Henriksen et al., 2007; Marquardt, 2014). Dagslys kan være enda viktigere for personer med demens. Det kan altså i tillegg til å stimulere hjernen være med på å regulere og vedlikeholde døgnrytmen og skape en god balanse mellom dag og natt (Day et al., 2000; Møller & Knudstrup, 2008; Marquardt & Büter, 2014). Lysets betydning innebærer at attraktive fellesrom og boliger har rikelig med vindusflater og oppholdssoner inne som gir tilstrekkelig med dagslys, gjerne orientert mod øst, syd og vest, så dags- og sollys utnyttes best

mulig. Det anbefales også at man har en enkel og sikker atkomst for å komme ut. Dette er viktig for hvordan man strukturerer bygningers strukturer og uteareal, så det blir mulig for beboere å gå ut og få dagslys og opplevelser på egen hånd (Day et al, 2000; Henriksen et al, 2007) (Danmark).



7.2.4 Opplevelse av kontinuitet i livet

Å flytte på et sykehjem innebærer for de fleste en stor forandring. Sykdomsforløpet som preges av forvirring blir ikke bedre ved å flytte et nytt sted og omgis med nye mennesker. Dette oppleves av de aller fleste som en stor omveltning. En situasjon som derfor oppleves som annerledes og dermed kan preges av tap av tidligere identitet. Det er derfor viktig å beholde noe fra ens tidligere liv, slik man har vært vant til å leve. Det er også viktig å kunne gjenkjenne gjøremål, interiør eller steder som er kjente og trygge. Dette kan bety at et sykehjem/botilbud kan ligge i et nærmiljø som er kjent og gi mulighet for å oppsøke kjente steder. Den private boenheten bør være stor nok til å kunne ta med seg kjente møbler og ting. Videre at det er mulighet for å oppsøke aktiviteter og gjøremål som man trivdes med i tidligere liv.



Illustrasjonsfoto: Karin Høyland

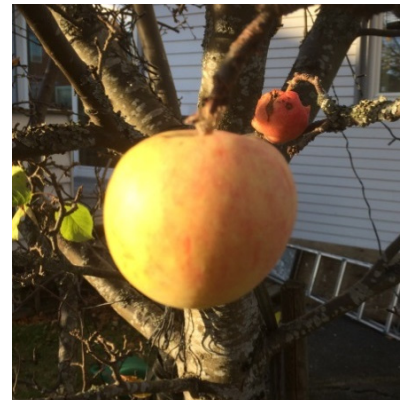
7.2.5 Opplevelse av å være en del av samfunnet

I det danske modellprogrammet trekkes det også fram at man ikke skal oppleve bosituasjonen som avskåret fra omverdenen. Også i norske politiske dokumenter har det etter hvert blitt lagt større vekt på dette: «Tilgjengelighet handler ikke lenger bare om snusirkelen på badet og brede nok dører til rullestolen. Det handler om tilgjengelighet til det meste, om «access to society» (NOU 2011: 11, Innovasjon i omsorg). I rapporten «Fremtidens omsorgsplasser» (Høyland og Solberg 2014) illustreres hvordan sykehjemsbeboere og ansatte kan oppsøke andre arenaer og ha stor glede av dette. Det kan dreie seg om både rekreasjonsarealer, serviceinstitusjoner og kulturtilbud.

I vår kultur har integritet og å kunne leve uavhengig av andre vært høyt verdsatt. I avhandlingen «Vardagslivets arenaer» (Ringsby-Jansson 2002) belyser forfatteren hvordan psykisk utviklingshemmede også bruker kollektive og offentlige areaer for å utvikle opplevelsen av integritet. Hun peker på at ideologien om å kunne bo for seg selv er vesentlig for å beholde selvstendigheten, men at dette perspektivet alene blir for ensidig. Hun mener at også offentlige arenaer kan ha stor betydning, og at det er når mennesker i fellesskap får muligheter for å prøve seg mot hverandre, at man bygger opp om sin opplevelse av selvstendighet. Dette understreker betydningen av kollektive arenaer på ulike nivå, både de halvprivate og de offentlige arenaene. Såkalte «vage bånd» som etableres gjennom at man kjenner igjen og prater med ekspeditøren i butikken, har betydning for opplevelse av mening og tilhørighet selv om det aldri utvikler seg til vennskap og tette relasjoner. I arbeidet med demensvennlige samfunn handler det nettopp å styrke den allmenne forståelsen av sykdommen slik at man kan få tilstrekkelig støtte

I flere kvalitative studier (Høyland Solberg, norsk form) gir beboere i sykehjem uttrykk for at det må legges til rette for at man kan oppsøke steder som gir muligheter for spontane møter med andre mennesker både innendørs og utendørs. Det oppleves som en kvalitet at man lett kan komme ut av huset og ferdes sikkert i omgivelsene og nå tilbud som kafé, apotek eller butikk: *«Beliggenheten er veldig positiv. Aktivitetssenteret ligger rett ved og er et sosialt og kulturelt tilbud for de som ønsker det. Der er det kaffe, utlodning, bridgeklubb og den kulturelle spaserstokken. Det er positivt å ha det i nærheten, et sted å treffe kjentfolk. Det er også gode turmuligheter i området, og ikke lang vei for å gå og handle»* (ansatt i et sykehjem, fra Høyland og Solberg 2014).

Selv om mange beboere ikke er i stand til å ferdes ute alene, er det av betydning at det finnes et folkeliv å se og følge med på. Dette gir muligheter for å være passivt tilstede i samfunnet, som i praksis vil si alt fra å ha utsikt til butikker, besøk fra skoler, barnehager og lignende. Mange omsorgssentre forsøker å holde kontakt med lokalsamfunnet gjennom besøksvenner, har åpne tilbud for hjemmeboende, driver kafè eller leier ut lokaler til treningssenter m.m. Erfaringer tilsier at for å lykkes med dette krever det bevisst lokalisering i et nabolag.



Illustrasjonsfoto: Karin Høyland

Det er nå en internasjonal bevegelse som fokuserer på personer med demens sin rett i å ta del i samfunnet og så langt det er mulig å kunne bo i egen bolig (ev. individuelt tilrettelagt bolig). Forslag til demensplan 2020 har mange elementer av dette perspektivet i seg. Med utkast til demensplan 2020 mener man å utvide perspektivet fra å ha fokus på helse- og omsorgstjenestene til å ha fokus på hele samfunnet, og hevder videre at et mer demensvennlig samfunn er et godt samfunn for alle.

Perspektivet er i tråd med norsk inkluderingspolitikk og en viktig videreføring i arbeidet med universell utforming, som nettopp har hatt som mål å lage bedre fysiske omgivelser og teknologiske løsninger som gjør dem lettere å bruke for «alle». I arbeidet med universell utforming har man imidlertid så langt mest sett på utfordringer knyttet til fysiske funksjonsnedsettelse, men etter hvert også hensynet til orienteringshemmede og miljøhemmede. Men de konkrete tiltakene og forståelsen av begrepet har så langt hatt mest fokus på tilgjengelighet for personer med redusert bevegelsesevne. Erfaringene fra arbeid hvor blikket flyttes fra den enkeltes funksjonsnedsettelse til omgivelsene, er imidlertid ideologisk viktig. Man har fått gjennomslag for en rekke konkrete tiltak vedrørende de fysiske omgivelsene, og vi vil påstå at dette har bidratt til store forbedringer i hverdagen for mange mennesker. Som for alle andre med funksjonsnedsettelse, handler det også for personer med demens om å bygge ned barrierer for deltagelse og likestilling, barrierer både i forhold til de fysiske og sosiale omgivelsene for å sikre medbestemmelse, opplevelse av mestring og at man opplever å være en del av samfunnet. Hva dette betyr for utforming av nærmiljø og videre lokalisering og integrering av spesielt tilrettelagte botilbud, er imidlertid så langt lite belyst eller eksemplifisert.

De fysiske løsningene skal så langt som mulig støtte:

- Personsentrert omsorg.
- Opplevelse av hjem og hjemlighet.
- Opplevelse av kontinuitet i livet.
- Opplevelse av trygghet.
- Opplevelse av trivsel, velvære og mening (enkelt å komme ut, dagslys, aktiviteter).
- Så langt som mulig legge til rette for bevegelsesfrihet.
- Deltakelse i samfunnet.



Foto gjengitt med tillatelse fra Norsk Form

7.3 Hva skal de fysiske omgivelsene støtte sett fra ansattes perspektiv?

Dette perspektivet er noe mangelfullt belyst i denne rapporten, men det kommer noe fram gjennom casedrøftingene. Vi anbefaler en tilsvarende litteraturstudie som for brukerperspektiv også for ansatte.

Ut ifra tidligere rapporter vet vi imidlertid at følgende faktorer anses som viktige:

- Opplevelse av trygghet. Mulighet for å få faglig støtte i krisesituasjoner.
- Faglig tyngde og kunnskap.
- Ergonomiske omgivelser som letter pleie og hjelp tilrettelagt for ...
- Omgivelser som forenkler praktisk arbeid renhold, matlaging etc...
- Antall arbeidstakere tilpasset de arbeidsoppgaver som skal gjøres.
- Ulik type kompetanse.
- Organisering og ledelse.

For øvrig rapporterer flere av de lederne vi har intervjuet at opplevelsen av å kunne gi et godt tilbud er en vesentlig faktor for opplevelsen av trivsel.

De fysiske løsningene skal så langt som mulig støtte:

- Opplevelse av trygghet. Mulighet for å få støtte i krisesituasjoner.
- Støtte for faglig tyngde og kunnskap.
- Ergonomiske omgivelser som letter arbeid med pleie og hjelp.
- Omgivelser som forenkler praktisk arbeid renhold, matlaging etc...
- Løsninger som støtter ro og kjennskap til beboerne.

7.4 Hva skal byggene støtte ut ifra kommunens økonomiske perspektiv?

Kostnadsstudier og anslag

En viktig dimensjon er drøfting av kostnader knyttet til drift av tjenester til personer med demens. Sykdomsbildet og tjenestebehovet er, som beskrevet i kapitlet om demens, progredierende. Man kan derfor se for seg at tjenestebehov og kostnader følger hverandre ut gjennom sykdomsforløpet. Ser man på ressursbruken til tjenester, er det imidlertid et stort skille mellom tjenester til de som bor hjemme og de som bor i institusjon eller i tilrettelagt botilbud. Dette understreker at det er den siste fasen som er mest ressurskrevende, og at det er et stort sprang mellom å få litt hjelp og å få hjelp til det aller meste.

Norske studier (Selbæk et al. 2007) viser at omtrent 80 % av pasientene på sykehjem i dag har demens. Multipliserer vi denne andelen med antall sykehjemsplasser (40 337), gir dette 32 300 personer med demens i sykehjem i 2013. I tillegg viser Nasjonal kartlegging at om lag 2 200 personer med demens mottar tilbud i tilrettelagte bokollektiver. Dette gir at totalt 34 500 av dagens ca. 78 000 personer med en demensdiagnose får et spesielt tilrettelagt bo- eller institusjonstilbud. Det utgjør om lag 40 % av de som har fått en demensdiagnose.

Prosjektet «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens» (REDIC) (Vossius, Selbæk et al. 2015) er gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet som en del av Demensplan 2015. Målsettingen med prosjektet var å kartlegge bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, bruk av spesialisthelsetjenester, og omfang av hjelp fra pårørende til personer med demens i Norge. Dette danner grunnlag for et kostnadsestimat knyttet til demens i dag. I prosjektet er også faktorer assosiert med ressursbruk analysert, og helserelatert livskvalitet hos pasienter med demens er undersøkt. Det er også gjennomført en framskriving av antall personer med demens til 2060. Framskrivningen danner grunnlag for å gjøre et anslag over behovet for sykehjemsplasser. Data fra totalt 5 630 personer er samlet inn, hvorav 2 771 personer hadde demens. Detaljerte kostnadsdata er samlet inn hos 1 940 studiedeltakere. Alle kostnader er oppgitt i 2013-kroner.

I REDIC-rapporten anslås gjennomsnittlige kostnader per sykehjemsplass til å være 817 166 kroner i 2013. Lønnskostnadene utgjør 84 % av totalutgiftene. Kostnadene omfatter ikke investeringskostnadene.

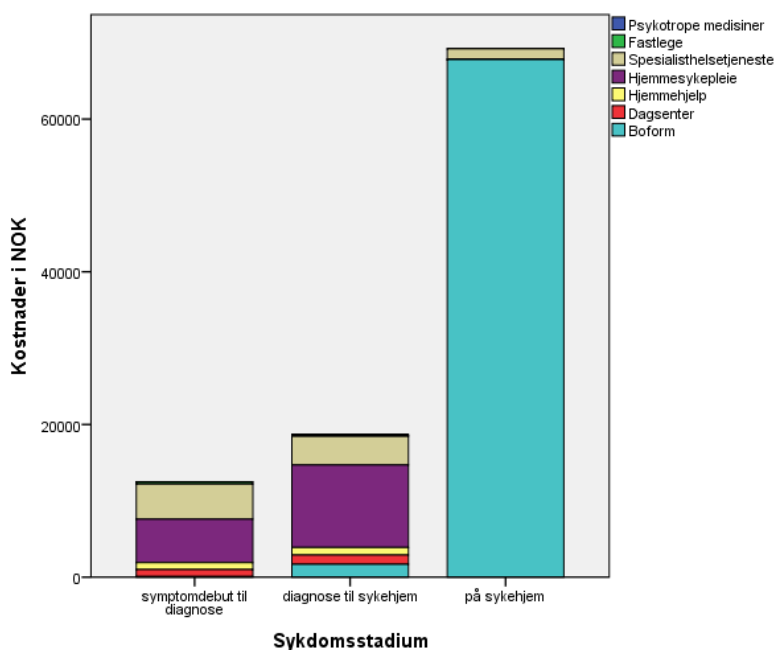
I rapporten deles sykdomsforløpet inn i tre deler: sykdomsdebut til diagnose, diagnose til institusjonsopphold og institusjonsopphold. Fasene anslås å være tilnærmet like lange, med gjennomsnittlig lengde på 3,0, 3,0 og 2,1 år respektivt. I rapporten (gjengitt med tillatelse som Figur 2 under) viser hvor stort spranget er i kostnader er mellom de som får hjelp i eget hjem og de som får tildelt opphold i sykehjem.

Studien brukte kostnadsdata fra 38 sykehjem til å beregne at en sykehjems plass i gjennomsnitt koster 817 166 kroner i 2013. Forskjellene i utgiftsnivå mellom de som lever hjemme med påvist diagnose og de som bor på sykehjem innebærer at samfunnet sparer omtrent 50 000 kroner hver måned for hver pasient som blir boende hjemme. Dette tyder på at det største potensialet for besparelser trolig ligger i å utvikle ulike bo- og tjenestetilbud på et nivå mellom det man kan tilby i private hjem og sykehjem.

Videre kan det fra data (REDIC-undersøkelsen) se ut som små sykehjem drar fordel av å bruke ressurser på tvers av virksomheter / andre etater i kommunen. Dette er i tråd med funnet om at sykehjem samlokalisert med bofellesskap har lavere driftskostnader. Samtidig finner de at høy sykehjemsdekning er assosiert med lavere kommunale kostnader, men peker på at dette ikke er signifikant i justert analyse. Bildet er derfor noe uklart, og det er ikke enkelt å trekke klare konklusjoner.

Den samme undersøkelsen viser at ved større sykehjem er hver plass dyrere enn ved små. Samtidig finner de også en tydelig samvariasjon mellom størrelse på sykehjem og kommunestørrelse. Grunnen til at sykehjem i store kommuner er dyrere, anslås å være høyere lønnskostnader per årsverk.

Figur 2 Gjennomsnittlige kostnader per måned spesifisert etter sykdomsstadiet (Kilde: Vossius, Selbæk et al. 2015)



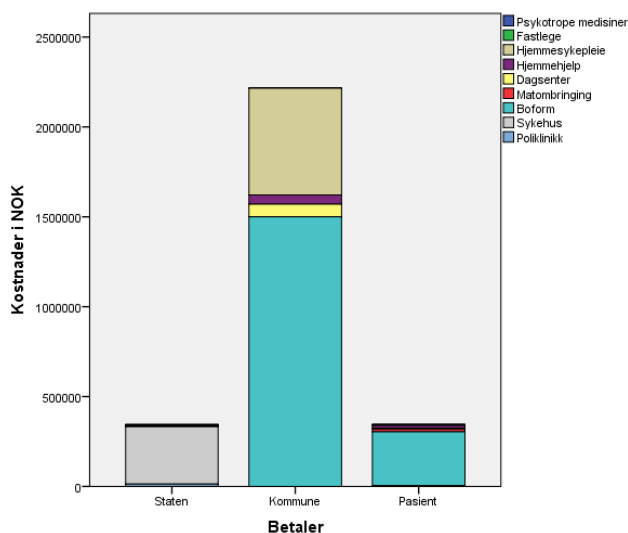
Figur gjengitt med tillatelse fra forfatterne

I en annen studie av delkostnadsnøkkel for pleie og omsorg (Borge, Haraldsvik et al. 2013) estimeres årlige utgifter per bruker i institusjon til å ha vært kr 981 000 i 2012, med et standardavvik på kr 219 000. Anslaget er gjort på bakgrunn av 400 observasjoner. Utgiftene ble funnet å ha en jevn årlig økning fra kr 894 000 i 2007. Rapporten undersøker også om det er slik at kommuner med lavt innbyggertall og/eller spredt bosetting har høyere utgifter til pleie og omsorg enn andre. De finner ingen slike forskjeller. En tidligere studie (Martinussen, Pettersen et al. 2005) fant at kommuner med høyt innbyggertall har litt lavere utgifter per bruker i institusjon (utgifter unntatt omsorgsbolig og aktivisering, tall for 2003), noe som altså er det motsatte av hva REDIC-rapporten beskrevet foran finner. Men bildet ble uklart når de analyserte data for perioden 1992–2003 i såkalte panel-data tester. Med en metode (minste kvadrats

metode) fant de at utgifter per bruker økte med innbyggertallet, mens en annen metode (fixed-effect modell) ikke indikerte signifikant sammenheng mellom innbyggertall og utgifter per bruker. De fant for øvrig også at spredt bosettingsmønster var kostnadsdrivende for tilbudet av hjemmetjenester, men ikke for utgifter til pleie- og omsorgsinstitusjoner.

Brukerbetalingen for en sykehjemsplass innebærer at kommunene ikke betaler hele kostnaden selv. Figur 3 er hentet fra (Vossius, Selbæk et al. 2015), som anslår at kommunenes utgifter knyttet til boform (i hovedsak sykehjemsplass) for personer med demens beløper seg til ca. 1,5 millioner kroner for hvert enkelt sykdomsforløp. Boform er den største enkeltkategorien for utgifter, både totalt sett og som del av kommunens utgifter. Det er interessant å merke seg at (Borge, Haraldsvik et al. 2013) ikke fant tegn til at kommunenes inntekter fra brukerbetaling til institusjonsopphold var større i kommuner hvor de eldre tjente relativt mye, selv om forskriftene som styrer brukerbetaling åpner for slike forskjeller.

Figur 3 Kostnader etter betaler (Kilde: Vossius et al. 2013)



Figur gjengitt med tillatelse fra forfatterne

I rapporten *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA rapport 14/14) oppgir ansatte i tjenestene at de opplevde et stort tidspress i hverdagen på jobb (Gautun & Hermansen 2011, Gautun & Syse 2013). Hovedgrunnen ser ut til å være at det er for få på jobb (sykefravær), og manglende kompetanse. Det kan imidlertid også se ut som at det kan være mulig å frigjøre litt tid til pasientrettet arbeid ved å forenkle og effektivisere dataregistreringsverktøy i flere av tjenestene. Tre av ti av hjemmesykepleieinformantene, og nesten fire av ti av sykehjeminformantene, ga her uttrykk for at dataregistreringssystemet på deres arbeidssted var komplisert å bruke. Så mange som 68 prosent i hjemmesykepleien og 71 prosent i sykehjem svarte at de brukte mye tid på å vente når de brukte dataregistreringssystem fordi det gikk så tregt.

Hensynet til nattskift

Intervju med kommunene og oversikt over bemanningstall for sykehjem av ulike størrelser i landet viser at antall ansatte per beboer er en god parameter for å gi et grovt bilde av utgiftene til drift av et sykehjem. Dersom man kan redusere dette antallet, vil man med andre ord kunne oppnå merkbare besparelser. I praksis viser det seg at dette er vanskelig. Mange eksisterende tilbud driver allerede med minste forsvarlige nivå, så for disse oppleves mulighetene for effektivisering som begrenset.

Ny teknologi og moderne pasientvarslingssystemer viser imidlertid noen nye muligheter i forhold til å holde redusert bemanning på natt. Både nøkkelsystemer som hindrer at beboere forstyrrer hverandre, og varsling når noen er oppe, er teknologi som kanskje kan redusere nattbemanning. Man slipper å gå såkalte runder, noe som også kan bidra til at enkelte våkner fordi noen kommer inn til dem i løpet av natta.

Ved å samle flere bogrupper sammen kan de driftes mer effektivt på natt. Minimum to personer på natt anses som en fordel, ut ifra at en kan støtte hverandre hvis noe skulle skje. Noen av de minste bokollektivene har ytterligere støtte i hjemmetjeneste eller andre tilbud i nærområdet. I tradisjonelle sykehjem var slik samling også parameter for utforming, slik at man kunne ha så god som mulig oversikt ut i fra få punkter. Nattevaktene er også de som merker det tydeligst når boliggruppene blir spredt, eller når det blir lange avstander.

Bemanning i ulike boformer

Nasjonal kartlegging av tilbud til personer med demens 2014 viser at bemanningsnormen generelt er noe lavere i bokollektiver enn i institusjoner. Kommuner forklarer dette med at beboerne flytter inn noe friskere, men at en del bor en lengre periode i et botilbud enn i et institusjonstilbud. I de fleste tilrettelagte botilbudene vi har besøkt, er det en hovedregel at beboerne bor livet ut, når de først har flyttet inn. Vi ser at i mange av de konkrete casene vi har besøkt er bemanningstallene relativt like, enten tilbudet er organisert som bokollektiv eller institusjon (to på åtte på dag og kveld). Forsterkede enheter har naturlig nok noe mer bemanning.

Kostnader til drift av spesialtilbud

I den grad sykehjemmet også tilbyr spesielle tilbud som kafé, frisør, klubber eller lignende, forutsetter det at grunnlaget for drift er stort nok. Dette kan løses ved at tilbudet også blir tilgjengelig for andre som bor i nærheten eller at det tilbys et relativt stort antall beboere.

Investeringskostnader kontra drift

I masteroppgaven «Blir nye omsorgssenter og sjukehjem det de var planlagt å bli? - En casestudie av Sørvald Bo- og behandlingssenter» (Eng, 2015) skriver Eng at ressurser innefor omsorgstjenestene i stor grad dreier seg om kostnader til lønn til ansatte. Som et eksempel viser han til tall fra Østre Toten kommune (hvor han selv jobber) at ca. 90 % av driftskostnadene ved kommunens sjukehjem er lønnskostnader. Siden lønnskostnaden er så stor, er det viktig at bygget er godt tilrettelagt for å yte effektive tjenester. For stort fokus på investeringen kan koste dyrt på sikt. Tre års drift av Sørvald bo og behandlingssenter tilsvarer hele investeringen.

Konklusjon

Denne studien gir ikke rom for å tallfeste effekten av ulike typer tiltak. Flere kommuner vi har snakket med, etterspør systematisering av erfaringer med ulike type tilbud som fyller ut på ulike nivå i omsorgstrappa. Det er imidlertid store og komplekse regnestykker, og dette krever dybdestudier med flere forskningsfokus samtidig: Sykefravær, trivsel for beboere, pårørendes rolle, fysisk organisering og effekten av de ulike tiltakene.

De fysiske løsningene skal så langt som mulig støtte:

- Samspill organisatorisk på tvers av fysiske enheter.
- Tjenester og ulike tilbud som utsetter behov for institusjonsopphold (alternative botilbud, tekniske hjelpemidler, dagtilbud, støtte til pårørende, hverdagshabilitering?)
- Optimalisere størrelsene på bogrupperne sett i lys av et driftsøkonomisk perspektiv, dag, kveld og spesielt natt.
- Støtte frivillighet og «billig» arbeidskraft. (Inkludert beboernes egne ressurser)
- Bruk av ny teknologi som kan støtte ansattes arbeidshverdag.

8 Drøfting av hva er smått og hva er godt?

8.1 Hva er smått...?

Hva som defineres som smått er imidlertid ikke entydig hverken i litteraturgjennomgangen eller i casestudiene. Smått kan omfatte både *fysiske* og *organisatoriske* grep. Det er heller ikke en selvfølge at disse to dimensjonene følger hverandre.

8.2 Organisering i mindre enheter

Tradisjonelt tenker man at det er samsvar mellom en fysisk enhet og en organisatorisk enhet, men det trenger ikke være tilfelle. Snarere tvert i mot er nettopp det å samle ulike botilbud under en ledelse og organisatorisk enhet et tiltak flere kommuner forteller om at de høster gode erfaringer med. På den måten kan det bidra til variasjon i ulike typer tilbud, og dermed være et virkemiddel mot å utvikle mer individuelle valg og tilbud som samtidig også kan bidra til kostnadsoptimale løsninger. -«*Variasjon og fleksibilitet er et nøkkelord for oss. Personer i omsorgsboliger kan få 'dagtilbud' (spiser enkelte eller flere måltider) i en bogruppe i sykehjemmet. En omsorgsbolig-beboer eller hjemmeboende kan sove inne på en sykehjemsavdeling hvis beboer er blitt akutt dårlig. Det etableres en 'Kriseplass' en natt eller to. Alle disse ulike typene tilbud bidrar til større fleksibilitet. Det er en fordel at en enhetsleder har ansvar for 'det hele'.*» - enhetsleder. På denne måten kan altså en organisatorisk enhet evne å tilpasse seg ulike fysiske lokaliseringer. Eksempelene fra Byneset i Trondheim og Doktorløkka/Klyvesgate i Porsgrunn viser eksempler der enhetsleder ivaretar faglig ledelse for flere ulike fysiske botilbud.

Samtidig understrekes det i casestudiene at av de viktigste poengene med små oversiktlige bogrupper er at det er tilknyttet færre personer som lærer beboerne å kjenne. - «*Vi er alltid en som er til stede, man har 'stuevakt', dette bidrar til at vi er der, og når vi kjenner dem kan vi avverge konflikter og foreslå aktiviteter eller noe før det tilspisser seg. For det er jo endel 'turbulens', de har jo en alvorlig sykdom de som er nettopp her. Men på denne måten får vi 'tatt det tidlig' og unngår utagering og frustrasjon. Vi er blitt spesielt gode til å tolke signaler, og dette er enklere nettopp fordi vi kjenner hver og en godt» (ansatt forsterket enhet).*

8.3 Små fysiske forhold kan drøftes ut ifra tre forhold

1. Størrelse på den private boligen
2. Størrelsen på bogruppene.
3. Størrelsen på hele anlegget, samlingen av bogrupper evt. med eller uten aktivitetstilbud.

8.3.1 Størrelse på den private boligen

Den private sfæren

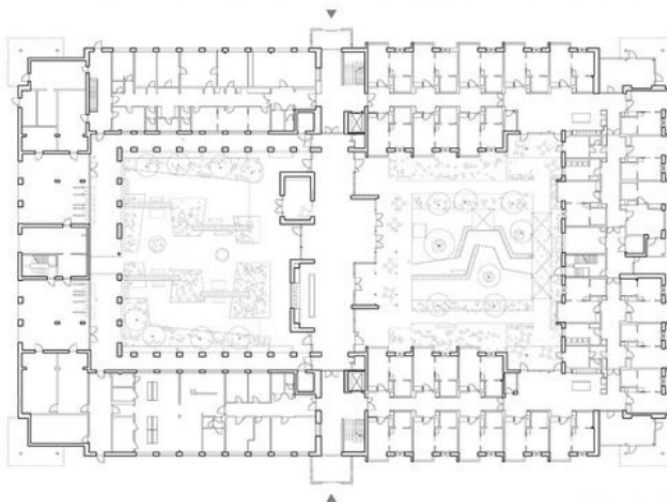
Få vil hevde at dess mindre privat bolig jo bedre, for de fleste er det jo vanligvis motsatt. Anbefalinger og erfaringer med ulik størrelse på privat boligareal varierer, spesielt hvis vi tar et nordisk perspektiv. Både i Sverige og Danmark går anbefalingene mot mer selvstendige toromsboliger også for personer med demens. I Norge anses dette som en dårlig løsning, og erfaringer fra omsorgsboliger med fellesareal er at noen personer med demens opplever løsningene som for utrygg og blir gående å lete og rope etter ansatte, noe som også for andre oppleves som lite hyggelig. På Brede i Danmark kan de fortelle om at flere foretrekker å være mye inne hos seg selv, varhet for stimuli gjør at de foretrekker nettopp dette. De mener at anlegget ikke er ideelt for personer med demens, men ønsker samtidig å beholde størrelsen på boligen for den

enkelte. Casestudiene viser at det er en direkte motsetning mellom store private boliger og intime og nære fellesrom tett på. Større private boenheter gir nødvendigvis lange korridorer, og gjør det vanskeligere å orientere seg i bogrupper. Dette igjen gir lengre avstander til ansatte som oppholder seg i fellesarealene, som er det som representerer den viktigste trykghetsfaktoren for beboerne. Mange personer med demens trenger hjelp/støtte for å ta del i hverdagslige aktiviteter, disse foregår oftest i fellesarealene som derfor må ligge nært.

Det danske eksemplet viser en annen tilnærming hvor de private boenhetene blir vektlagt i langt større grad enn her i Norge. Det understrekes imidlertid ved befaring at anlegget oppleves ikke spesielt tilrettelagt for personer med demens. De erfarer imidlertid på samme måte som vi gjør i Norge at det først og fremst er denne målgruppen som flytter inn i de nybygde pleieboliger. På spørsmål til ledere om de tror de kunne tenke deg mindre private boenheter, er de imidlertid mer i tvil. De mener forventninger fra både beboere og ikke minst pårørende er at man skal kunne flyttes inn i det som oppleves som en fullverdig bolig. Dette tilsvarer en bolig på 40–45 m².



Tegning/foto: Bredebakken Danmark.



Tegnet av Arkitektkontoret: RUBOW arkitekter

I den andre enden av skalaen, i forhold til å redusere privatareal, finner vi eksemplet med Oasen i Beim Goldknapp. Her deler åtte personer et stort rom og hvor nærheten til personale hele døgnet er det som er mest vektlagt. Tilbudet blir brukt først og fremst i en siste fase av sykdommen, men også dette varierer noe. Noen beboere velger altså å bo der i lengre perioder. De ansatte er spesielt opptatt av at tilbudet må passe til den enkelte, og hevder derfor at de opplever at beboere «velger å bo der». De prøver gjerne ut en dag først og så lengre perioder etter hvert, for å kunne tolke erfaringene med den enkelte. Disse personene har langt kommet demens og ikke mulighet til å uttrykke seg med språk. Kroppsspråk blir derfor tolket av personale med høy kompetanse og som kjenner dem godt. På denne måten hevder de å sikre at tilbudet gis til nettopp de som ønsker det. De kunne også fortelle historier der beboere hadde vandret rundt og nettopp funnet «oasen» selv, og bare ville være der. En av innsigelsene mot å redusere privatarealet er hensyn til at pårørende kunne være på besøk hos den enkelte. Men også når pårørende var på besøk foretrakk de å være i «oasen». De understreket imidlertid at dette var et tilbud for de få! Seks plasser i anlegget med 116 var tilstrekkelig. Resten av botilbudene var organisert som boenheter gruppert rundt fellesrom. Mange av beboerne som hadde egne private boenheter ønsket også i siste fase av livet å være inne hos seg selv.

Det nederlandske Hogeweyk går ikke fult så langt, men har også krympet det private boarealet. Man har redusert det private arealet til bare et «soverom», og to og to deler bad. Argumentene for dette er at de som bor der er såpass hjelpetrengende at de trenger hjelp på badet og at det derfor likevel ikke er så privat. Vi har liten erfaringer med slike løsninger i Norge i dag, men vi har med et eksempel fra Fosslia bosenter i Stjørdal. De har både botilbud med egne bad og noen som deler bad, de opplever at botilbudet tross manglende «fasiliteter» er attraktivt fordi de får god omsorg og deltagelse i aktiviteter. Enhetsleder understreker samtidig at hun ikke opplever situasjonen som ideell.- *«Beboerne (og pårørende) ønsker ikke å flytte (videre) når de blir mer pleietrengende. Rommene er ikke tilrettelagt når det trengs hjelpemidler som sykeseng, løfteutstyr osv. Fellesrommene blir imidlertid svært hjemlige og hyggelige der, noe vi forsøkte å bygge videre på.»*

Om denne sosialiseringen og gruppetenkningen er noe ansatte ser som positivt og som ikke i tilstrekkelig grad respekterer at noen kanskje heller vil være mer alene hos seg selv, er imidlertid vanskelig å vite. I det danske eksemplet hvor de altså har større boliger, hørte vi om flere som valgte å bo mere «inne hos seg selv». Om dette er på grunn av at fellesarealene opplevdes for urolige og forvirrende eller om noen rett og slett foretrakk å være mer inne hos seg selv, finner vi lite forskningsbasert belegg for å vite om. For å komme dypere i dette trengs mer omfattende og dyptgående sammenlignende studier, gjerne på tvers av landegrenser og med ulike tilnærminger. Det er imidlertid åpenbart at det ikke finnes ett svar for hva som er best for personer med demens, da både ulike personligheter og ulike sykdomsforløp i seg selv legger grunnlag for mange ulike svar.

Plass til hjelpemidler

For å kunne gi en opplevelse og en atmosfære av å være noens private hjem, mener vi at det kreves et rom med mulighet for noen private eiendeler etc. Dette må kunne være i tillegg til det areal som er nødvendig til bruk av hjelpemidler for bruker og ansatte. I siste fase av sykdomsforløpet forårsaker den kognitive svikten også fysiske handicap som gjør at man trenger tekniske hjelpemidler. Med tanke på driftskostnader kan tilrettelegging for bruk av hjelpemidler som takheis etc. ha betydning for ansattes arbeidssituasjon og sykefravær. Vi kjenner ikke til studier som ser på om for eksempel fastmonterte takheiser bidrar til at man i større grad kan jobbe alene i situasjoner som tidligere krevde to. Av intervjuer med ansatte og pårørende i de norske casetilbudene er det imidlertid få som er opptatt av at den private boenhet skal være større enn et privat boligareal på ca. 30 m² inkludert bad. Eksempelet fra Bråta omsorgssenter som ble bygd tidlig i handlingsplanperioden, påpeker ansatte at badene ikke er tilstrekkelig tilrettelagt når beboerne etter hvert trenger omfattende hjelp. Areal er ikke i seg selv et tilstrekkelig krav, utforming og plassering av utstyr er viktig for rommenes funksjonalitet, både sett i lys av rommet som arbeidsplass og sett i lys av personer med demensspesifikke behov. De danske anbefalinger på bad er generelt mer arealkrevende enn de Norske og krever blant annet en snusirkel på minimum 2,1 m x 2,1 m. På De Hogeweyk har man valgt å dele bad. Dette ivaretar personalets behov, men reduserer opplevelsen av å bo i din private boenhet. Dette er faktorer som er kulturbetinget, vi kjenner ikke til Nordiske studier som har etterprøvd slike løsninger.

Tilrettelegge for pårørende

Det er kvalitative studier som underbygger at pårørende i større grad deltar i omsorgen når de opplever å være på besøk hjemme hos sine. Det at du kan se på tv, sette fram kaffe etc. inne i det du opplever som en privat arena. I artikkelen «Boliggjøring og familieomsorg» {Daatland, 2014 #12503} framgår det at familien i større grad bistår med praktisk hjelp i omsorgsboliger enn i institusjonsløsninger. Det er imidlertid vanskelig å tallfeste dette som kostnadsbesparelser på dette nivået.

Konklusjon

Ja, smått anses som godt for private boenheter i bofelleskap/institusjoner for personer med demens (ca. 30 m²). Ønske om å bo sammen med andre varierer, trolig også blant personer med demens. Det er derfor grunn til å tro at man med fordel kunne hatt større variasjon av størrelser på private boenheter.

8.3.2 Størrelsen på bogruppene

Støtte for personsentrert omsorg

Størrelsen på bogruppen er en sentral faktor og anses som det viktigste fysiske tiltak som kan støtte personsentrert omsorg. Størrelsen på bogrupper gir også føringer for personalfordeling og dermed også kostnader. Det at det er færre personer å forholde seg til gjør det enklere for personale og beboere og bli kjent med hverandre. Dette er noe av det mest essensielle i personsentrert omsorg. – «*Dette er viktig for å bli godt kjent med beboerne og at beboerne blir kjent med oss*» (sykepleier sykehjem). – «*Det er mye koseligere å jobbe i små enheter – en blir som en stor familie. Beboerne blir mer selvhjulpne. Vi sitter sammen med beboerne inne på stua her, mens på tidligere sykehjem satt beboerne helst i gangene – det var der det skjedde noe*» (hjelpepleier sykehjem). – «*Vi er alltid en som er til stede, man har 'stuevakt', dette bidrar til at vi er der og når vi kjenner dem kan vi avverge konflikter og foreslå aktiviteter eller noe før det tilspisser seg. For det er jo en del 'turbulens', de har jo en alvorlig sykdom de som er nettopp her. Men på denne måten får vi 'tatt det tidlig' og unngår utagering og frustrasjon. Vi er blitt spesielt gode til å tolke signaler, og dette er enklere nettopp fordi vi kjenner hver og en godt*» – (sykepleier på forsterket skjermet enhet). Også pårørende gir uttrykk for tilfredshet med mindre grupper. – «*Mindre forhold med at det nå er kun 8 beboere på hver gruppe. Lettere å få god kontakt med de ansatte*» (pårørende sykehjem).

I Norge finner vi grupper på fire til tolv beboere, og hvor de minste gruppene er forbeholdt de mest ressurskrevende og dårligste beboerne. Fra Nasjonal kartlegging beskriver man - «Som hovedregel var det fire til tolv plasser i bogruppene og godt over halvparten hadde sju eller åtte plasser. I gjennomsnitt hadde en skjermet enhet 7,9 plasser, dette tallet var nesten identisk med funn både i kartleggingen fra 2010–2011 og 2008.»

Også ansatte uttrykker seg slik om gruppeinndelingen: «*Tryggere for brukere og pårørende med færre å forholde seg til, mere hjemmekoselig*». (sykepleier). «*Vi er jo i nærheten om vi holder på med noe annet, og dette tror jeg oppleves trygt. Jeg har mindre dårlig samvittighet nå når jeg går hjem enn det jeg hadde da jeg jobbet på det sykehjemmet jeg jobbet på før. Enda jeg tror vi var like mye bemanning der*» (hjelpepleier).

Det finnes noen, men uklare, føringer for hvilke kvaliteter som defineres inn under begrepet «småskala». Småskala er ikke entydig definert som en fysisk størrelse. I forhold til antall personer i en boliggruppe opererer studiene med alt fra fem til femten personer i grupper. Vi har ikke funnet definisjoner på hvordan disse småskalagruppene ev. kan organiseres i større enheter. Det tydeliggjøres ikke om bokvaliteten i «småskala» tilbud gir spesifikke føringer for størrelser på privatereal eller for eksempel tilgjengelighet til andre servicefunksjoner i nabolaget. Målsettingen om å kunne drive med meningsfulle aktiviteter er i første rekke beskrevet som å kunne delta i daglige aktiviteter inne i boligen (måltider/kjøkkenaktiviteter), samt å komme ut i en hage. Slike aktiviteter har vært kjent for mange, men representerer ikke nødvendigvis dagens og framtidige eldre sine ulike preferanser for hva som gir mening og opplevelse av livskvalitet. Dette gir utfordringer med å finne nye måter og «oversette» hjemlighet på til nye fysiske bygg, og boligløsninger som er tilpasset en mer moderne livsstil.



Illustrasjonsfoto: Karin Høyland

Gruppestørrelser

I litteraturgjennomgangen av internasjonale studier drøftes mindre grupper som enheter helt opp til 15 beboere i en bogruppe. «Small scale» er i liten grad tallfestet og entydig definert. Eksempelene fra Luxembourg og Danmark har begge tolv plasser i hver gruppe. På befaringen gir ansatte imidlertid uttrykk for at antallet ikke er optimalt. Av intervjuer med ansatte og pårørende i de norske tilbudene er det mange som understreker den store kvalitetsforbedringen som ligger i inndelingen i mindre grupper. Hvor store grupper som anbefales, avhenger også av hvilken målgruppe du tilrettelegger for. Den Nasjonale kartleggingen viser at langt de fleste kommuner har falt ned på gruppestørrelse på rundt åtte beboere. Dette passer bra ut i fra bemanningstall som da oftest er to ansatte på dag og to på kveld. I Tromsø og Oslo kommune har man i en periode valgt grupper på ti. I noen av de nyeste prosjektene går imidlertid Oslo kommune ned igjen på gruppestørrelsene, etter inspirasjon fra Hogeweyk modellen. Dette har de prøvd ut i eksisterende sykehjem, uten ekstra tilførsel av ressurser, og opplever at det fungerer godt.

På Tromsøya sykehjem i Tromsø har de grupper på ti, ni og syv. De opererer her med en bemanning på tre på dag og to på kveld, på alle gruppestørrelsene. De tilpasser imidlertid gruppestørrelsen etter hjelpebehovet, slik at de minste gruppene alltid er for de dårligste som trenger mest hjelp/støtte. De mener imidlertid at det også er en fordel om gruppene rent fysisk var mulig å «under dele» når spesielle situasjoner oppstår. - Store grupper kan oppleves som urolige og forvirrende. -«Jeg bruker å kalle det for senior 'Big Brother', det kan være et kjempekjør i bogruppene her, ti personer som bor tett på hverandre på et relativt lite areal, så jeg har stor respekt for de som jobber her. Fellesarealene som HB anbefaler blir for små. Kanskje kan vi med ny teknologi åpne mer av hele huset, slik at det ikke blir så tett?» (enhetsleder Tromsø). I en annen kommune kunne ansatte fortelle - «når vi flyttet fra bogrupper på ti ned til seks var det som dag og natt. Det ble en helt annen ro i bogruppa» (enhetsleder sykehjem). «Mindre enhet. Dette gir bedre avstand mellom beboers rom og stue. Lettere for ham å orientere seg i avdelingen» (pårørende sykehjem).

Forsterkede enheter

Kommunene legger både størrelse på avdeling, bemanningstetthet og mulighetene for individuell skjerming til grunn når de kaller noen tilbud for forsterket skjermet enhet. I andre kommuner er det samme tilbudet kalt skjermet enhet. Det er med andre ord vanskelig å definere tjenestebehov og grad av sykdomsforløpet ut i fra benevnelsen av tilbudet. Vedrørende forsterkede skjermede enheter er dette personer som krever mye personalressurser uansett, og som også trenger ekstra skjerming. Flere trekker fram at man med fordel kunne ha mulighet for å dele de fysiske gruppene ytterligere opp, helt ned til grupper på fire til seks

beboere i en gruppe. I den forsterkede enheten i Råde framhever de imidlertid at åtte også er greit for denne gruppen, dette forutsetter god kompetanse og nok ansatte. Nok ansatte er her er tre på dag og tre på kveld.

Opplevelsen av hjemlighet i bogruppen

Case presentasjonen illustrerer at «hjemlighet» i bogruppen ikke bare handler om antall boliger som er gruppert rundt fellesareal. Utforming av fellesarealene, måten du kommer til boliggruppa og hvordan den legger til rette for daglige gjøremål har også innvirkning for opplevelsen av hjemlighet. Den sanselige dimensjon knyttet til opplevelsen av hjemlighet kan være vanskelig å sette ord på, i arbeid med bilder og eksempler viser det seg at mange har et ganske lik oppfatning av hva de forbinder med et hjemlig uttrykk.



To fellesrom som gir to ulike inntrykk av hjemlig atmosfære. Foto: Karin Høyland

Vi mener at utformingen av Hogeweyk (Nederland) viser på en forbilledlig måte hvordan fellesarealene i bogrupperne framstår som halvprivate enheter for nettopp denne gruppen beboere. Det samme viser også småskala eksempler som Eplehagen, Klyvesgate. I Hogeweyk evner man imidlertid å beholde småskala kvaliteter, til tross for at det egentlig er et stort sykehjem. Vi tenker da på mulighet for enkelt å komme ut/inn, et hjemlig uttrykk både ved inngangen, entre, stue og kjøkken. Det nærmeste vi har funnet av norske eksempler er Bråta omsorgssenter og Fossli bosenter. Erfaringene fra disse stedene er verdt å ta med seg i drøftingene om et framtidsrettet norsk botilbud for personer med demens.

Konklusjon

Ja, små grupper er godt for personer med demens i den fasen av sykdommen hvor de trenger nærhet og støtte fra personale. Det er mye evidensbasert kunnskap som bekrefter positivt effekt av små grupper. Å stenge av små grupper er imidlertid ikke nok i seg selv, hvis det ikke samtidig kobles mot andre kvaliteter som tilgang til uteområder, hverdagsaktiviteter og hjemlig og kjent atmosfære i rommene. Sett ut i fra et driftsøkonomisk perspektiv viser casestudiene at to personer på dag og kveld er driftseffektivt, dette tilsvarer grupper på åtte. For forsterkede enheter og for personer som trenger ytterligere skjerming bør man gå enda litt lengre ned i størrelse. Ny teknologi og organisatoriske enheter bør kompensere for eventuelle små drifts ulemper. Ulemper kan være mindre samarbeid på tvers av bogrupperne, mindre tilgjengelighet til faglig spisskompetanse.

8.3.3 Antall bogrupper og størrelsen på hele anlegg

Forskjellige grunner

Det er flere grunner for å samlokalisere flere bogrupper til et anlegg, tjenester på natt, tilgang til spesialkompetanse, tilgang til aktivitetstilbud og spesialtilbud. På motsatt side er det også mange argumenter for ikke å samle for mange enheter: stigmatisering og opplevelsen av å settes bort på «en institusjon», mangel på kontakt med det virkelige liv.

Stigmatisering eller normalisering

Personer med demens har i den senere tid stått klarere fram med egne stemmer, og gitt klart uttrykk for et ønske om å fortsatt ta del i samfunnet. I Demensplan 2020 står det at –«Svært mange med demens forteller om en økende opplevelse av å føle seg utenfor. De føler at de på grunn av sin sykdom gradvis mister tilhørigheten til folk rundt seg og til samfunnet. Utviklingen av demens har gitt dem en følelse av å ikke lenger være normale.» Vi har i casestudien vist tilbud med mer integrerte boligløsninger for personer med demens. Små bofelleskap, lokalisert i et nærmiljø og hvor beboerne (sammen med ansatte) oppsøker og bruker aktivitetstilbud og servicetilbud som andre i lokalmiljøet. Vi finner utmerkede norske eksempler på dette i Eplehagen i Sarpsborg og Klyvesgate i Porsgrunn, videre er bofelleskapet i Eckinger (Tyskland) et slikt eksempel. Ankepunktet mot denne typen tilbud er i hovedsak ressursbruk på natt og mangel på faglig overbygning, legetjeneste/spesialistsykepleie. Det siste har vist seg å kunne løses uten å måtte samlokalisere, ved at beboerne velger samme fastlege. Dette gjør at fastlegen kan ha spisskompetanse på demens, og kommer hjem til botilbudet for eksempel en dag i uka. Andre har løst dette ved tilgang til spesiell sykepleiekompetanse ved å ha et tettere samarbeid med hjemmetjenesten. –«*Det er nytt at om vi har brukere som blir innlagt med for eksempel urinveisinfeksjon/pneumoni på sykehuset, får vi de rett HJEM hit så fort som mulig, vi ser at de blir mer forvirret både på DPS og på sykehjemmet. Selv om de er dårlige tar vi de altså rett hit, det er dette som er hjemmet deres, vi har etter hvert lært oss en del og har etter hvert god kompetanse på for eks. bruk av smertepumpe/IV- behandling, og så samarbeider vi godt med hjemmesykepleien*» (enhetsleder botilbud).

Stordriftsfordeler på natt

Som nevnt kan man trolig hente ut noen stordriftsfordeler på natt. Dette er selvfølgelig avhengig av antall urolige beboere. På Ladesletta Omsorgssenter i Trondheim har man ved hjelp av et nøkkelsystem som gjør at beboerne ikke kan gå inn til hverandre og forstyrre, hvis noen står opp. Dette nøkkelsystemet sammen med et pasientvarslings-system, som gir rask varsling (hvem og hvor) med lokalisering, dersom en pasient behøver hjelp eller forlater rommet sitt. Enhetslederen valgte å redusere bemanningen på natt fra fem til fire personer fra og med 1. mai 2015. Forholdstallet 1/20 mellom pleiere og pasienter nattetid oppfattes her som forsvarlig. Pasientene er spredt over seks etasjer og i følge enhetsleder ville nattevaktene neppe kunne forlate en etasje uten lokaliseringsteknologien. Man anslår at teknologien (sammen med stordriftsfordelene) sparer senteret for to stillinger på nattskiftet. Dette er beregnet til omlag kr 2 047 842,- per år fordelt på 77 plasser. I De Hogeweyk er det lydovervåking av hvert soverom og av fellesrommene. Dette gjør at nattevaktene kan høre når det er noe galt, eller om det er behov for hjelp og dermed kunne yte bistand ved behov. Nattevaktene «går ifra» bogrupperne på natt, noe de opplever som forsvarlig. Flere påpeker at fysisk aktivitet på dag, dagslys og frisk luft bidrar til bedre døgnrytme og dermed roligere netter. Dette er imidlertid ikke tallfestet.

Hverdagsliv utover det som foregår i selve boligen

Som det understrekes i kapittelet om hjemlighet, handler det å bo om aktiviteter og tilbud utover det som foregår i selve boligen. Målsettingen om å tilrettelegge for en hverdag så lik den man har levd før stiller derfor krav til andre aktiviteter og arenaer enn bare den som foregår rundt kjøkkenbordet. Nye

generasjoner med eldre, har nye vaner og livsstiler. Liv som inkluderer et arbeidsliv, fritidsaktiviteter i naturen, å kunne gå på kafé, pub, fotballkamp eller vandring i bygater. Alle disse arenaer og aktiviteter kan for enkelte være kjente og positive opplevelser som det er viktig å kunne fortsette med.

Det er i hovedsak tre tilnærminger til å møte dette, 1. å lokalisere et spesielt tilrettelagt botilbud i en kontekst hvor man lett kan oppsøke andre ordinære tilbud i lokalmiljøet, 2. å etablere et velferdssenter i fysisk nærhet til botilbud for personer med demens, men gjerne brukes sammen med andre botilbud for eldre eller 3. å etablere et helhetlig tilbud som spesielt tilrettelagte botilbud til personer med demens. Dette siste kan vi se eksempler på både på De Hogeweyk og «forsøkssykehjemmene» i Oslo. Begge disse to siste alternativene krever et vist tilfang av antall brukere samlet, det må være tilstrekkelig antall personer for å kunne danne et grunnlag for ulike aktiviteter. Det omhandler både resurspersoner og lokaliteter. På De Hogeweyk har de satt dette antallet til ca. 150 personer. Dette danner grunnlag for en lang rekke aktivtetsklubber. Disse klubbene med faste medlemskap og faste møtepunkter setter den sosialpedagogiske delen av tilbudet i system. Erfaringene ellers er at denne typen aktiviteter fort blir «oppspist» av andre arbeidsoppgaver hvis det ikke legges inn faste forpliktene rammer. De fysiske omgivelsene støtter disse ulike klubbene/aktivitetsrommene ved at de ligner på de tilbudene de skal etterligne ute i virkeligheten. Rommene blir en slags insitament og stemningsbærer for de aktivitetene som skal foregå der.

Det er imidlertid grunn til å stille spørsmålstegn ved hvordan dette blir brukt av de beboerne som bor på De Hogeweyk og videre om dette også er økonomisk bærekraftig? De Hogeweyk leier ut teateret til møter og kongresser av forskjellig art. Andre bruker restauranten enten til lunsj eller som cateringselskap ved møter/seminarer i teateret. Det vil si at teater og cafe har besøkende så godt som hver dag fra annen virksomhet. På denne måten kan man si at denne modellen fungerer som en slags omvendt integrering i at andre kan komme inn og bruke fasilitetene inne i anlegget. På De Hoegeweyk baseres også deler av denne driften på et vesentlig antall besøkende som er nysgjerrige på «Hoegeweyk-modellen», noe som man trolig ikke kan leve med i lengden. Samtidig må det presiseres at arealene og dermed investeringskostnadene til disse funksjonene ikke kommer i tillegg til det vi vanligvis planlegger for i norske sykehjem, men her er det «gamle» arealer og funksjoner som får et nytt uttrykk. Arealene kommer altså fra reduserte privatareal, ganger og andre fellesfunksjoner som gis en ny form. Driften av disse tilbudene er i stor grad basert på frivillig arbeid.

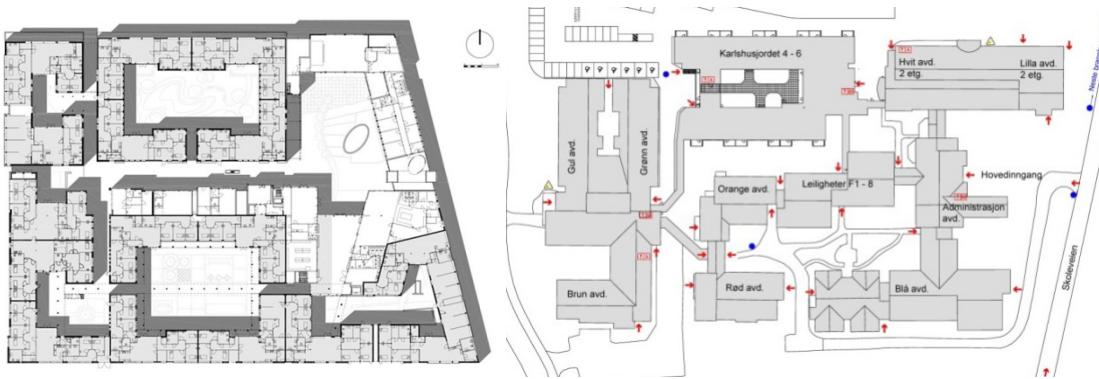
Bråta omsorgssenter er et norsk eksempel som har greid å skape flere type aktivitetsarenaer. Men baserer dette på samarbeid med private aktører og delvis brukere fra andre steder. På Bråta presiseres det at svømmehallen er privat drevet og at man baserer driften på kurs og tilbud (babysvømming) til befolkningen i et stort omland. Driften av kafeen er derimot drevet av aktivitetssenteret, det er ungdomsskoleelevene i naboskolen som bruker kafeen. Det at andre kommer til tilbudet, kan anses som en positiv effekt både for driften og for det sosiale miljøet. En beboer i omsorgsbolig forklarte det slik: *«Jeg bruker å dra på bingo, og drar på kafeen. Jeg er der hele dagen. Jeg trives veldig godt! Det er bra at andre kommer innom fra andre steder. De kommer på kafeen og blir med på underholdningen. Jeg er på kafeen for å treffe andre enn beboerne her» (beboer i omsorgsbolig).*

Integrering/ekskludering

«De Hogeweyk-modellen» har bidratt til å stille spørsmål ved eksisterende måter å løse store sykehjem på, og i så måte har eksemplet bidratt til en viktig diskusjon, som har ført til et stort faglig engasjement. HVPU reformens gamle institusjoner blir trukket fram til skrekk og advarsler. Likevel mener vi det er like nærliggende å sammenligne med mange moderne nye norske store sykehjem, som i enda mindre grad er en integrert del av samfunnet, der de ofte ligger plassert langt fra andre fasiliteter. Disse tilbudene mangler

i tillegg lett adkomst til uteområder og tilgang til ulike aktivitetsarenaer. Lokalisering og grad av integrering i et eksisterende nærmiljø kan være en like viktig faktor for integrering som akkurat antallet bogrupper som er samlokalisert.

Vi finner interessante norske eksempler slik som Fosslia bosenter i Stjørdal, som kan vise til noen av de samme kvalitetene som De Hogeweyk, om enn mer tilpasset hverdagslivet på bygda. Det er i hovedsak et boligtilbud (4 plasser er institusjonsplasser). De har god tilgang til legedekning og legger stor vekt på fagkompetanse om demens. Fosslia kan vise til høy brukertilfredshet blant pårørende, og god driftsøkonomi. Eksperimentene som gjøres på noen av Oslos sykehjem, som Økernhjemmet og Manglerudhjemmet, er også svært interessante. Her forsøker man å endre gamle bygg og gamle driftsprinsipper ut i fra kunnskap om brukergruppen og vilje til å bruke omgivelser bevisst for å stimulere til stemninger og aktiviteter. Hva generer ikke noe så enkelt som en softismaskin av aktivitet, når en får besøk av barnebarn. Eller en bål plass eller et fotballrom? Kanskje noe å finne på, noe å vise til, og noe og snakke om?



«Men ellers er vi svært fornøyd med å ha et utvendig atrium som er lukket. Det er en liten sansehage med høye diskre gjerder. Det fungerer godt, men kunne med fordel vært større, gjerne felles for flere grupper. Så kunne du oppleve å gå ut 'på ordentlig' ikke bare i en slags luftegård» (ansatt på Råde, plan til høyre).

Sammenligner vi de to planene, er de påfallende like. Det venstre anlegget (Hoegeweyk) kan imidlertid tilby et mangfold av gangveier og oppholdsplasser ute, mens det typiske norske eksempel tilbyr en mengde restareal til liten nytte for beboerne.

For de fleste norske små kommuner vil det trolig være mer hensiktsmessig å etablere slike aktivitetstilbud utenfor institusjonene enn å bygge dem inn i institusjonslignende botilbud. Det vil kunne knytte beboerne sterkere til lokalsamfunnet, sammenlignet med å forsøke å dra lokalsamfunnet inn i institusjonen. Men man trenger kanskje ikke tenke enten eller? Det siste stiller imidlertid store krav til lokalisering, og et nærmiljø bedre tilrettelagt for personer med demens. Det er viktig å tenke igjennom "kundegrunnlaget" til disse tilbudene, de bør trolig også kunne hentes fra andre steder. Det vil kunne gjøre disse tilbudene mer attraktive også for de som bor der.



Illustrasjonsfoto: Karin Høyland

Konklusjon

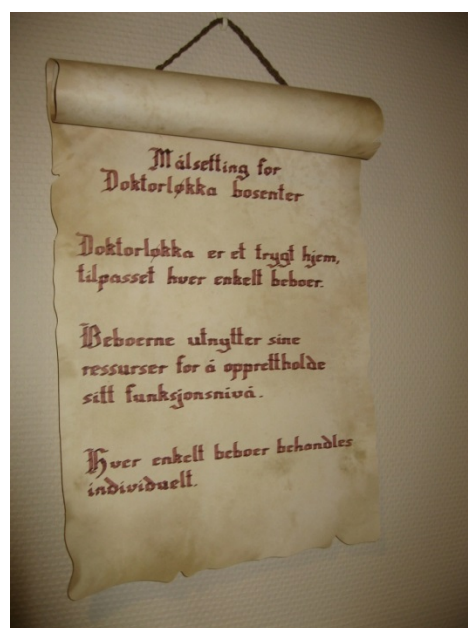
Tja: smått kan være godt, men er ikke ubetinget en fordel. Hensyn til drift på natt gjør at flere bogrupper bør ut i fra et driftsperspektiv samlokaliseres. Grunnlaget for å kunne tilby spesielle aktivitetstilbud reduseres også når antallet blir for få. Kundegrunnlag til denne typen tilbud kan imidlertid også hentes fra seniorboliger, omsorgsboliger eller helt ordinære borgere, slik eksemplet Bråta omsorgssenter viser veg med for eksempel tilbud om babysvømming. Hva er best av å være med i en slags «liksombutikk» enn å gå i en ordentlig butikk? De fleste vil kanskje svare en ordentlig butikk. Men hvis spørsmålet er hva er best av å gå i en slags «liksombutikk» og aldri være med å handle? Svaret blir kanskje et annet? På samme måte kan du drøfte bevegelsesfrihet innenfor et område, kontra ikke å komme ut på egen hånd i det hele tatt. Vi mener at samlokalisering av ulike typer tilbud og av flere bogrupper gir mulighet for flere tilbud. Flere bogrupper samlet kan også bety økt bevegelsesfrihet og flere muligheter for å oppsøke ulike steder og delta i ulike aktiviteter. Hvor tilbudet er lokalisering, og hvordan botilbud kan trekke veksler på andre tilbud i et lokal samfunnet er etter vår mening en faktor som er sterkt undervurdert og som det er lite kunnskap om. Dette omfatter både hvordan velferdssenter og sykehjem kan tilby og inviterer andre brukere inn til sine lokaliteter, samt hvordan nærhet til andre servicefunksjoner og fellesarenaer kan brukes for å tilby flere arenaer til beboere på i tilrettelagte botilbud.

8.4 Sammenhengen mellom bygg, drift og omsorgskultur

To dimensjoner

Som vi kan se av både litteraturgjennomgangen (Haugan et al 2015) og eksemplene som er trukket fram, er det ingen selvfølgelig sammenheng mellom omsorgskultur og bygg. Vi ser imidlertid at byggene i stor grad støtter omsorgskulturen der dette er vektlagt i planprosessen. Til en viss grad kan man si at den fysiske inndelingen i mindre grupper også tvinger fram nye måter å jobbe på som endrer omsorgskulturen. Vi har i

denne rapporten valgt å påpeke at det er et skille mellom organisering av omsorgstjenesten og omsorgskulturen. Dette for å understreke at begge deler er viktig, og at begge deler må jobbes bevisst med. I kapittelet om demens antydes flere ulike metoder og modeller for å implementere en mer personsentrert omsorgskultur. Det er viktig å understreke at i dette begrepet ligger det en parallell tilnærming der både det medisinske faglige og det sosialpedagogiske blir vektlagt. Dette handler om både å ivareta det som er sykt og restressursene. Vi ser i casestudien at man flere steder har funnet metoder for å balansere dette. I prosjektet Beim Goldknapp (eksempel bak) var dette tydeligst hvor to grupper på tolv hadde delt faglig ledelse mellom en sykepleier og en sosialpedagog (<https://www.fo.no/internasjonalt-yrkesfaglig-samarbeid/nordisk-forum-for-sosialpedagoger-nffs-article101-202.html>). Disse skulle ivareta de to ulike dimensjonene. Vi opplevde der et sted med sterkt faglig engasjement som så ut til å balansere denne dualiteten.



Illustrasjonsfoto: Karin Høyland

På Eplehagen hadde de delt arbeidsoppgavene slik at de var tydelige på hvem i dag som hadde det sosialpedagogiske ansvaret og hvem som skulle gjøre det andre. Man skiftet imidlertid på hvem som hadde ansvaret for dette. Andre steder var det mer uformelle regler som for eksempel gikk på at ved måltidene er det en av oss som sitter ned og ivaretar roen og samtalen, mens en annen ordner med alt det andre. På flere av tilbudene understreket de behovet for både vernepleier kompetanse og sykepleierkompetanse og at fagprofesjonene utfylte hverandre– På Eplehagen understreker de at – «Vi har en annerledes filosofi. Det er grunnholdning som er annerledes, og vi har mye stabilt personale. Grunnholdningen ligger litt i veggene.» Vi ser at for noen av tilbudene vi har evaluert før for ca. ti år siden har de samme holdningene og jobber etter samme måte når vi kommer tilbake nå flere år etterpå. Denne kulturen bæres først og fremst av ansatte, men kanskje er også den fysiske organiseringen med å støtter dem.

De Hogeweyk er et eksempel på at det er tette koblinger mellom bygg og drift. Det er imidlertid viktig å få fram at omsorgskulturen ble endret i 20 år før de planla og bygde nye lokaler. Vi opplevde vel også at det medisinske faglige perspektivet, kanskje ikke er tilstrekkelig grad var ivaretatt. På spørsmål om palliativ omsorg fikk vi bare skuldertrekk til svar. Vi må samtidig understreket at denne antagelsen bygger på et studiebesøk på en dag, og ingen evaluering eller forskning.

Tjenesteorganisering og omsorgskultur henger imidlertid tett sammen. Med for få ansatte, eller for dårlig fagkunnskap er det umulig å ivareta et godt helhetlig tilbud. Vi ser at ved utstrakt bruk av frivillige (som på De Hogeweyk) kan dette være en utfordring. Samtidig viser utviklingsarbeidet på Økernhjemmet at endring av omsorgskultur faktisk kan gjøres innenfor de rammer man har. Fysiske tiltak som å lage en butikk, en uterestaurant eller kjøpe en ismaskin kan være konkrete tiltak som kan inspirere til aktiviteter og opplevelser. Med stort engasjement og stolthet over egen arbeidsplass jobber de der målbevis for å øke kvaliteten. De bruker kontrollspørsmålet fra De Hogeweyk; HVA GJØR VI HJEMME HOS OSS SELV? For å utvikle måten å jobbe på.

Konklusjon

Selv om små bogrupper støtter personsentrert omsorg, er det ikke en selvfølge at det medfører det. Utviklingsarbeid med omsorgskultur og utvikling av fysiske løsninger må skje parallelt. Fysiske tiltak kan bidra som inspirasjon og markører for endring. Ved nybygging er det viktig at evt. endringsarbeid skjer i forkant av programmerings arbeid av nye botilbud. Eksemplene fra Oslo viser at man godt kan starte endringsarbeid også i eksisterende lokaler.

8.5 Regelverk til hinder eller støtte for utvikling av bedre løsninger?

Rett til omsorg og regelverk for fysiske omgivelser

Regelverkets primære oppgaver er å sikre samfunnets krav til kvalitet. Til grunn for Husbankens tilskuddsordning ligger derfor noen klare føringer for utforming av fysiske løsninger, men ikke mange. SINTEF Byggforsk har også anvisninger som omhandler temaet. Et relevant spørsmål blir da i hvilken grad er og oppleves dette som et hinder eller bidrar det til å pushe i retning av nye løsninger. Slik vi kjenner feltet, vil vi påstå at det for tiden er relativt lite nytenking, erfaringer fra de Hogeweyk har imidlertid bidratt til at det stilles noen nye spørsmål. Vi har ikke i dette materiale grunnlag for å trekke klare konklusjoner på dette spørsmålet, men drøfter det.

Byggebransjen er en bransje hvor kvalitet ofte er forbundet med oppfyllelse av forskrifter og krav. Vi mener dette har bidratt til å fjerne fokus og kunnskap om å tilrettelegge for det hverdagslivet som skal foregå etter at byggene står der. Dagens programmeringspraksis er at man som kommune bestiller tilbud på et visst antall nye sykehjemsplasser. Med et på forhånd definert romprogram bidrar dette ikke i vesentlig grad til nytenking. Vi mener derfor det er stor fare for at vi også i dag bygger mange nye sykehjem tuftet på tradisjonelt tankegodt, og som ikke i tilstrekkelig grad forsøker å løse morgendagens utfordringer. Et innovasjonsløp krever som nevnt over, et løp der man jobber med utvikling av innholdet parallelt med utvikling av de fysiske rammene.

Morgendagens utfordring er av flere oppfattet som at det handler om å etablere nok nye plasser, de reelle utfordringene er imidlertid større, det å kunne etablere nye løsninger som samtidig reduserer tjenestebehov fra den offentlige omsorgen. Svaret blir av mange tolket som løsninger med store, moderne bygg og bruk av ny teknologi. Overraskelsen er ofte stor når man flytter inn og effekten uteblir, store nye bygg gir ofte lengre avstander og er vanskeligere å holde oversikt i. Vi mener det derfor trengs mer kunnskap som grunnlag for hva som gir kostnadseffektive løsninger. Videre vil mer bevisste forsøk og reell etterprøving av disse kunne hjelpe kommunene.

Det er i dag ulike regelverk for dimensjonering av boenheter og detaljer i de ulike nordiske land, dette til tross for at brukergrupper og hjelpebehov høyst sannsynlig er relativt like. Den største forskjellen i Norden er at vi i Norge har et skille mellom bolig og institusjon, mens både i Sverige og Danmark er alle tilbud

definert som ulike boligløsninger. Dette gir noen ulike føringer. Ikke i noen av landene er det noen omfattende tradisjon for evaluering og spredning av de erfaringer som gjøres.

Videre er det mange ulike regelverk som virker sammen. Nye sykehjem omfattes blant annet av krav fra arbeidstilsynet, som klart håndhever av ansattes rettigheter, det er mer utydelig hvem som håndhever beboernes rettigheter i en slik byggesak. Husbanken har til en viss grad tatt denne rollen.

Når det gjelder helse- og omsorgstjenestene reguleres de av Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). I samme lov, § 1-3, blir helsehjelp definert som «handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell». **Det er med andre ord retten til omsorg og pleie som er regulert i loven, ikke boligen eller hvor pleie- og omsorgstjenestene blir utført.**

Videre lister Kvalitetsforskriftens § 3 opp de grunnleggende behovene som skal dekkes av pleie- og omsorgstjenestene, uavhengig av boform. Man kan forvente at de fysiske omgivelsene i så måte bør støtte dette. Dette er ikke i tilstrekkelig grad koblet til utforming av bo/ institusjonstilbud. «...Selv om beboerne bor på en institusjon skal de «kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold, ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenlig med den medisinske behandling, drift av boformen og av hensynet til andre beboere, og skal fritt kunne motta besøk og ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn» (§§ 4-3, 4-4, 4-5 og 4-6). Rettighetene sikrer den enkeltes mulighet til å leve et så normalt liv som mulig.

Det er få konkrete kriterier for hva disse reglene betyr når man skal oversette dem til hva de fysiske omgivelsene skal støtte.

Regelverk som støtter utvikling?

Ved innføring av Husbankens investeringstilskudd, ble det på bakgrunn av relevant kunnskap stilt krav om å dele inn sykehjemsavdelingene i mindre bogrupper. Dette var nytt og mange kommuner reagerte negativt på dette. I ettertid viser flere evalueringer at nettopp at de mindre gruppene har bidratt til en vesentlig kvalitetsheving, spesielt for personer med demens. Som det framgikk i et intervju med en enhetsleder i dette prosjektet: «Min mor sa til meg når hun lå på sykehuset og hadde fått slag, de må ikke legge meg inn på sykehjemmet, enda da hadde hun jobba der selv. Jeg sa at det var greit det, jeg forsto hva hun mente! Jeg føler at etter bogruppeorganiseringa kan jeg si til mine egne unger at hvis noe skulle skje så kan dere bare legge meg inn, jeg synes den kvalitetshevinga som har skjedd er så stor, det er en bra plass å være, selv om jo alle plasser har sine utfordringer.» Dette illustrerer hvordan også regelverk har bidratt til å fremme utvikling.

Regelverk som hemmer utvikling

Vi ser at noen av de fysiske løsningene som er vist bak i denne rapporten ikke kunne blitt bygd i Norge med dagens regelverk. Dette gjelder både de Hogeweyk (flere deler bad) og Pflege Oasen i Luxembourg (Flere deler et stort rom). Vi ser videre at det som bygges i Norge ikke kunne vært bygget i Danmark fordi de har et annet regelverk. For tiden pågår planlegging av «nye demenstilbud etter Hogeweykmodell» flere steder i Norge. Det er derfor for tidlig å si hvordan byråkratiet håndterer denne type nye løsninger. Men de kommunene vi har snakket med, opplever Husbanken som utviklingsorientert. Det er imidlertid viktig å understreke at løsningen jo faktisk ikke er helt ny da den er bygd og er i drift, så hvordan håndtere en helt ny løsning.

Bolig eller institusjon

I Norge er forskjellen mellom bolig og institusjon i stor grad fortsatt segmentert med klare forskjeller både i regelverk, i tilskuddsordning og ikke minst i folks forventninger og bilder av hva det skal være. De konkrete eksemplene viser imidlertid at de fysiske forskjellene i virkeligheten, både for den som bor eller arbeider der er langt mindre.

«Ansattes ønsker var den gang på kollisjonskurs med Husbankens krav: Husbanken stilte krav med hensyn til hvor mye som skal være felles areal og hva som skal være privat areal. Husbanken hadde krav om kjøkken på hver privat boenhet (dette var i 2003). De ansatte ville ha stort felleskjøkken da de hadde erfart at personer med demens i liten grad var på rommene sine. Bosenteret har en forsterket enhet som er definert som institusjon, mens resten er definert som boliger. På den forsterkede enheten er det plass til 4 brukere som er spesielt krevende. Her er det lagt inn ekstra lydisolasjon i to rom. Dette var det også problematisk å få gjennomslag for her i kommunen.» (Intervju med tidligere leder på Fosslia bosenter)

Vi ser imidlertid at dette skaper utfordringer for forvaltningen, hvor helt ulike regelverk faller inn enten det er definert som det ene eller andre.

Konklusjon

Som en kan se, er det både eksempler på at regelverk og forvaltning har bidratt til både å fremme og hemme innovasjon og nye løsninger.

Flere kommuner etterspør muligheter for mer systematiske og øremerkede forsøk, på denne måten kunne det både også vært lettere for de ulike forvaltningsorganer å drøfte og prøve ut ulike løsninger uten at det skal skape ny presedens. En slik forsøksordning burde vært fulgt opp med reell etterprøving av effekten av de tiltakene som prøves ut. I det Nordiske forskernettverket ble det understreket at for mange av reglene som er laget er det i liten grad forskning som ligger til grunn for reglene.

8.6 Til slutt

Vi tror at inspirasjon til framtidens løsninger må hentes fra dagens små og store suksesser rundt i norske kommuner, men gjerne inspirert av eksempler fra andre land. Det er liten vits i å kopiere fysiske løsninger hvis det ikke samtidig er samsvar i det som foregår inne i byggene. Vi erfarer at mange kommuner har gode og framtidsrettede små historier å fortelle. Vår påstand er at de generelt ikke er flinke nok til å hente dem fram, dele eller bygge videre på dem.

Vi anbefaler at når det diskuteres fordeler og ulemper med ulike løsninger må man gå tett på og se på hva slags hverdagsliv og kvaliteter de faktisk genererer. Til dette trenger vi mer tverrfaglig forskning som drøfter fordeler og ulemper med ulike løsninger og ikke minst økonomisk effekt av ulike type tilbud. Videre finnes det ganske mye kunnskap som i langt større grad burde ligge til grunn for det vi bygger i dag. Fysiske løsninger som kan støtte et tjenestetilbud som vi vet bidrar til mindre uro og frustrasjon hos beboere. Noe som igjen bidrar til en bedre og lettere arbeidsdag for ansatte.

Ofta hører vi at kommuner skal bygge stort, nytt og moderne, ut i fra dette skal man kunne redusere driftsutgifter på sikt ganske betraktelig. Vi har få konkrete eksempler på at dette skjer. Man må være mer spesifikk på tiltak og forventet driftseffekt av disse. Hvordan hente ut eventuelle stordriftsfordeler? Hva kan smådriftsfordeler være? Hvilke faktorer påvirker trivsel og sykefravær?



Mange nye sykehjem har et klart institusjonspreg, tilfeldige eksempler.



Foto: Karin Høyland

Går vi tilbake til den økonomiske drøftingen, ser vi at det blant de tiltak som kan redusere/utsette bruken av institusjonsplasser vi først og fremst må lete etter løsninger som gir økonomisk effekt. Det er her man finner de største besparelsene.

Eksempler på spørsmål som kan stilles, er:

Hvordan tilrettelegge for bruk for frivillige/pårørende inn i omsorgen?

Hvordan utvikle nye bolig + tjenestetilbud (mellomløsninger)?

Hvilken effekt gir flere dagtilbud/og tilbud som kan brukes sporadisk og ved spesielle behov?

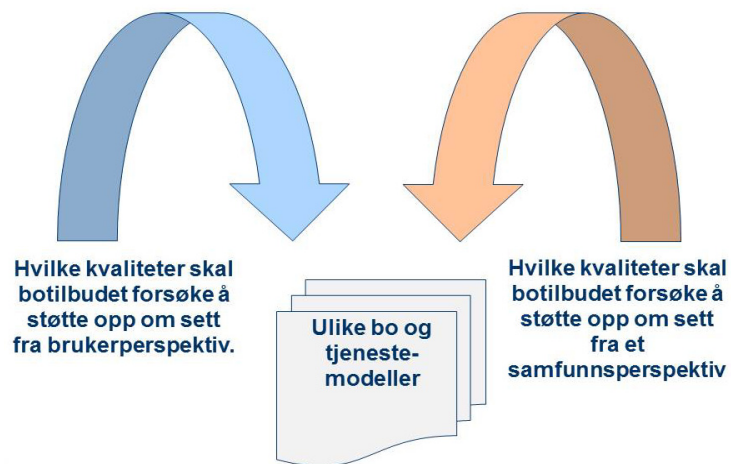
Hva vil et demensvennlig samfunn si for planarbeidet i kommunen?

Hva slags ny teknologi bidrar til bedre drift og bedre hverdag?

Det trengs mere systematisk og tverrfaglig etterprøving av effekten av de ulike gode erfaringene.

Vi må så langt det er mulig sikre oss at de bygg og strukturer vi bygger nå lager rammer som støtter de kvalitetene vi vet er viktige og setter brukeren i fokus. Dette samtidig som man støtter en bærekraftig økonomi på sikt. Vi mener det trengs:

- tydeligere uttrykte mål på hva byggene skal støtte
- systematisk utvikling og utprøving av nye svar sett i lys av disse målene
- systematisk etterprøving av effekten av disse ulike tiltakene



Ulike modeller for boliger og tjenester tar sikte på å møte både kvalitetskrav sett fra beboerens/ brukerens perspektiv og i et samfunnsperspektiv hvor også økonomi, effektivitet og et profesjonelt tjenestetilbud for ulike brukere er inkludert. Figur 4: Karin Høyland



Foto: Karin Høyland

9 Elleve fortellinger

9.1 Eksempler som kan vise vei

Denne delen av rapporten inneholder elleve fortellinger som illustrerer med bilder, tegninger og tekst fysiske løsninger og/eller innhold som vi mener kan inspirere eller vise ulike veier fram for å utvikle nye og bedre tilbud til personer med demens. Slik det framgår av drøftingsdelen av rapporten er det viktig ut fra en målsetting om å kostnads optimalisere tjenestene, at tjenester og tilbud støtter brukernes egen mestring og er tilpasset de ulike stadier av sykdommen. Dette innebærer derfor at de eksemplene vi har tatt med både omfatter institusjonstilbud, botilbud og dagtilbud. Videre har vi med et eksempel på hvordan man kan planlegge disse ulike tilbudene slik at de man kan hente ut «nærhetseffekt» mellom ulike typer tilbud.

Eksemplene er hentet fra både fra inn- og utland. De illustrerer de målsettingene som er drøftet og trukket frem som fremtidsrettede i kunnskapsnotatet og drøftingsdelen av rapporten:

- Tilrettelegge for personsentrert omsorg
- Vektlegge spisskompetanse om demens
- Løsninger som støtter en opplevelse av hjem og hjemlighet
- Løsninger som tilrettelegger for å delta på ulike aktiviteter
- Løsninger som støtter å kunne bevege seg fritt (ute/inne)
- Løsninger som støtter det å kunne være en del av samfunnet
- Mellomløsninger mellom boligløsninger og institusjon, bo og dagtilbud som kan fungerer som sykehjemutsettende tiltak
- Tjenesteorganisering som fremmer fleksibilitet og tilpasning av tilbud til den enkeltes behov. (Ikke for mye, ikke for lite)
- Løsninger som utløser at pårørende og andre frivillige deltar inn i omsorgen
- Løsninger som støtter et godt arbeidsmiljø slik at ansatte trives
- Tar i bruk de muligheter som velferdsteknologi gir



Ladesletta, Trondheim kommune

Foto: Marit Brodal

9.2 Beim Goldknapp. Botilbud, Luxembourg

Bakgrunn

Anlegget er valgt fordi det er anerkjent for spisskompetanse om demens, driver et klart mål om hjemlighet og personsentrert omsorg. Fokus på ulike behov har gjort at de i tillegg til bogruppeorganiseringsen har etablert noe som kalles Oasen, som er et helt spesielt tilbud til de som ønsker nærhet til personale.

Kilder: Befaring 26. juni 2015

Intervju med daglig leder: Lydie Diederich



Foto med tillatelse fra Beim Goldknapp, Sven Frank

Fra intervju med leder

Beim Goldknapp er et bo/institusjonstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens. Målsettingen er å gi personer med demens et tilbud tilpasset deres spesielle behov, slik at de kan leve livet sitt på en så god måte som mulig. Anlegget gir et tilbud til 116 personer med demens og det er +/- 170 ansatte som jobber der. For å utvikle dette omsorgstilbudet og lage et sykehjem som vektlegger nettopp livskvalitet, har vi søkt å bygge videre på et bredt tilfang av erfaringer fra de som har den daglige omsorgen for personer med demens. Vi opplever i dag at vi kan tilby et godt og vel utprøvd konsept, vi har drevet her siden 2007. Det er både tilpasset dagens krav til denne typen tilbud, samtidig som vi mener også å ha bidratt til nytenkning, både når det gjelder nye arkitektoniske konsepter og i forhold til hvordan vi yter pleie- og omsorgstjenestene. Anlegget består av 9 bogrupper med 12 beboere per bogruppe. I tillegg har vi det som kalles Oasen med 8 plasser.



Foto med tillatelse fra Beim Goldknapp, Sven Frank

Mål vi jobber etter

Skape en familiær atmosfære
Basere oss på hverdags aktiviteter
Være ressursorientert
Støtte autonomi, og mestring i eget liv
Basert på individuell biografi
Individuell omsorgs og tjenesteplan

Delt fagledelse: en har ansvar for den helsefaglige og en den sosialpedagogiske (for to grupper, altså 24 beboere).



Foto med tillatelse fra Beim Goldknapp, Sven Frank

Om bygget

Bogruppene består av 12 enkeltrom med bad, disse deler kjøkken og stue. Kjøkkenet er en integrert del av tilbudet, maten lages lokalt på bogruppa. En gruppe på 12 beboere har 2 ansatte «som støtte i dagliglivet» pluss en på kjøkkenet som lager mat til gruppa. Personale spiser med dem, noe som er viktig, vi sitter ned og bidrar til ro, samtaler og er sammen med dem. To og to grupper har en ansvarlig sykepleier og en ansvarlig sosialpedagog, sistnevnte har ansvar for den sosialpedagogiske delen av tilbudet. I tillegg har vi tilknyttet ulike folk med spesialkompetanse som tannlege, fysioterapi etc. På natt er det 5 personer på hele huset, hvorpå en alltid er i Oasen. Det er viktig med så mye normalitet som mulig. Vi har ingen fastlåste rutiner eller timeplaner. Det at kjøkkenet er integrert gir mye fleksibilitet. Det gjør at vi kan tilpasse alt mye mer individuelt. Vi opplever at gruppestørrelsen er OK, men ikke optimal. Det kan bli for mange. Vi har samlet en gruppe med yngre personer med demens i en av bogruppene.

I tillegg har vi noen fellesarealer blant annet en «relax»-avdeling og et musikkrom.

«Oasen en helt spesiell type tilbud»

Vi sier ikke, at de flytter til Oasen i siste fase av livet. Dette er rett og slett et tilbud for mennesker som har andre behov, de trenger enda større grad av trygghet og nærhet til personale. For en del, er dette viktig i siste fase av livet. Andre reagerer negativt på for mye stimulering og aktivitet og foretrekker derfor dette tilbudet. Man kan ikke si at det eller det er bra for det ene eller andre stadiet av sykdommen. Vi diskuterer med personale og familien, prøver gjerne ut og ser hvordan beboeren trives her. Dette er ofte personer som ikke kan uttrykke seg verbalt, det er derfor enda viktigere hvordan vi tolker de signalene beboeren gir uttrykk for. Vi mener vi kan se det ganske tydelig om personen trives eller ikke. Vår kapasitet på denne typen tilbud (8 plasser) er passe stor, vi trenger ikke flere plasser. 6 plasser ville kanskje vært enda mer passe. Det er et veldig spesielt tilbud, men altså bra for noen få. Vi kan ikke flytte noen i Oasen, bare fordi det er en plass ledig der.



Foto: Karin Høyland

Personer med demens er spesielt sensitive for omgivelsene

Vi har en klar oppfatning av at personer med demens er langt mer følsom for rommenes atmosfære. Også behovet for å ha oversikt og kunne orientere seg, noe som gir mange en opplevelse av trygghet og kontroll. Mange er følsomme for lyset, det som angår sansene blir beholdt lenge. Vi opplever at vi kan nå dem med ulike typer av sansestimulering også i de seneste fasene av sykdommen. Vi tester altså først et par timer, så en natt osv. Vi har ulike typer demens og de kan arte seg litt ulikt. Korsakoffs syndrom (en form for alkohol demens) er en annen sort. Vi har også frontal demens som er en utfordring for dagliglivet i bogruppene. Vi forsøker å minimalisere bruken av medisin mot demens og utnytter alle andre muligheter. Det er viktig å være i nærheten, lage struktur i hverdagen og kunne gi direkte veiledning en til en. Ulike typer demens trenger ulik tilnærming.

Persontrentert omsorg

Vi trener ansatte generelt til å være forståelsesfulle og ta utgangspunkt i den enkelte, men for eksempel for personer med Korsakoffs syndrom må vi være svært strukturelle og tydelige. Det å bo i en bølgegruppe og beholde et slags hverdagsliv er ok for flere grupper, men hvis vi kunne vil vi gjerne kunne gruppere enda mer etter diagnose. Vi må også respektere deres vilje, men i forhold til Korsakoffs syndrom er det jo knyttet til alkoholproblemer og vi kan ikke gi dem det de vil. Men vi løser det på så smidige måter som mulig. Vi kan for eksempel tilby dem en alkoholfri øl hvis de har lyst på øl osv.



Omsorgshunden gjør en god jobb, og er et tilbud som mange setter pris på.

Foto Karin Høyland



Anlegget har både en butikk og frisør, som også brukes av nabolaget.

Foto Karin Høyland

9.3 Flergenerasjonshus og et lite bofellesskap for beboere med demens. Eckinge, Tyskland

Bakgrunn

Dette prosjektet er valgt fordi det viser på en interessant måte hvordan man ved hjelp av et flergenerasjonshus og noen boligprosjekter har fått til å integrere ulike bo og aktivitetstilbud inn i den ordinære bystrukturen. Dette er en integrert modell som de selv mener bidrar til få plasser i institusjon. Et bokollektiv for personer med demens er lokalisert i nærheten av «flergenerasjonshuset».

Kilder: Presentasjon av Siglinde Lebich i Finland 2014, Aldres boende, Kerstin Karnkull 2013 (Svensk byggtjenst) Befaring i Eckinge mai 2015 Presentasjon på nettstedet www.asz-eckinge.de
Intervju med daglig leder Siglinde Lebich



Generasjonshuset i Eckinge.



Foto: Karin Høyland

Om Eckinge flergenerasjonshus

I 2007 startet prosjektet «flergenerasjonshus» i Eckinge. Det skulle bygges en form for allaktivitetshus/kommunesenter som skulle gi tilbud til flere generasjoner av befolkningen. Prosjektene som deltok fikk en årlig støtte på 40 000 euro. Bygget ble ferdigstilt i 2007, etter en arkitekt konkurranse. Senteret består av et slags aktivitetssenter samt en slags trygghetsboliger bestående av 21 leiligheter. Like i nærheten ble det senere også bygd 30 leiligheter for samme målgruppe, samt et lite bokollektiv på 8 enheter for personer med demens. Man opplever at «Fler- generasjons senteret» som ligger mitt i sentrum av byen lever opp til ambisjonene selv etter 7 års bruk. Bygget består av 1. etg og sokkel etg., en rekke rom hvor ulike privat personer og virksomheter leier lokaler. Det er bub, fellesrom kafé og kjøkken.

Eckinge er en kommune i distriktet Freising i Tyskland. Det ligger i det relativt velstående «pendlerbelte» (nord) i München. En større tilstrømning fant sted på 70-tallet i forbindelse med etableringa de olympiske leker i München. Området består i hovedsak av små hus som ble innflyttet av familier på 70 tallet. Mange

av de som bor der er nå 60 til 70 år, altså eldre som foreløpig er relativt friske. Kommunen består av 14 407 innbyggere hvor av 2189 er over 65, Kommunen hevder at de klarer å møte den eldre delen av befolkningens behov gjennom hjemmetjeneste, aktivitetstilbud i «flergenerasjonshus», trygghetsboliger og det spesielt tilrettelagt bokollektiv på 8 personer med demens i 1. etg i boligblokken.



Situasjonsplan som viser utvikling av Ekinge sentrum. Generasjonshuset ligger sentralt i sentrum.



Flergenerasjonshuset i Ekinge ligger rett ved torget.



Foto: Karin Høyland

Ved befaring så det ut til at fler generasjonstilbudet fungerte godt som forebyggende tiltak med mange ulike aktivitetstilbud for både hjemmeboende og beboere som bodde i anleggene tilknyttet senteret. Det at det gir tilbud til ulike grupper av befolkningen bidrar trolig til at terskelen blir relativt lav for å oppsøke tilbudet. Ut ifra befaringen er det imidlertid vanskelig å få et bilde av hvor mye beboerne i bokollektivet greide å benytte seg av tilbudene i flergenerasjonshuset til tross for at det lå fysisk relativt nært. Dette tilbudet opplevdes relativt trangt og mørkt. Vi opplevde også at det var begrenset spisskompetanse til demens uten at vi har undersøkt dette spesifikt. Dørene var låst og beboerne hadde kun tilgang til den lille hagen.

I hvilken grad det øvrige botilbudet virker «sykehjemsutsettende», er vanskelig å få et klart bilde av, spesielt fordi de opererer med antall «spesialtilpassede plasser» sett i relasjon til antall innbyggere over 65 år og at vi av erfaring vet at det er spesielt i aldersgruppen 80+ hvor man får de største antall personer med demens



Glassatriet i flergenerasjonshuset. Svalganger rundt med selvstendige leiligheter.

Foto: Karin Høyland

9.4 Landsbyen Hogeweyk i Weesp, Nederland

Bakgrunn

Dette prosjektet er med fordi det på en ny måte viser hvordan man kan bygge store «institusjoner» og samtidig bygge på en driftsfilosofi rundt hjemlighet i små bogrupper. En liten landsby er bygd opp som en arena hvor personer med demens kan bevege seg fritt, uten fare for å gå seg bort, og det er etablert en rekke aktivitetstilbud tilknyttet anlegget. Man legger vekt på at folk er forskjellige og bogrupperne bygges derfor opp rundt beboernes ulike levemåter i tidligere liv. På denne måten kan hverdagen bli mest mulig lik slik den har vært tidligere. Den tilpasses de ulike beboergrupper gjennom interiør, aktiviteter og mat.

Kilder: Befaring 07.04.2014 og 21.01.2015. Presentasjon i SINTEF rapport: Framtidens omsorgsplasser (mer faktaopplysninger der)

Drøfting og presentasjon på Arendalskonferansen 23.03.2015 av Eloy van Hal Facility Manager and co-founder of De Hogeweyk.



De Hogeweyk er tegnet av arkitektkontoret Molenaar & Bol&Van Dillen Architecten, første byggetrinn sto klart i 2008 og andre i 2009.

Foto: Silje Solberg

Om tilbudet

Tilbudets grunnleggende målsetting er å skape en hverdag hvor beboere med demens kan fortsette å nyte livet med et minimum av medisiner og frustrasjon over egen funksjonsnedsettelse. Landsbyen består av 23 bokollektiv hvor det tilsammen bor 152 beboere. Tilbudet er organisert med bogrupper på 6-7 personer. I Nederland er det en tvungen forsikringsordning som administreres av private forsikringsselskaper. Det er penger fra denne ordningen som finansierer driften av sykehjem. Det gis penger ut fra hjelpebehovet til

den enkelte. Finansieringen for dette sykehjemmet er altså det samme som for vanlige sykehjem. I følge driver selv, er det en lang venteliste med familier som ønsker at sine skal flytte inn. De tar kun imot mennesker med alvorlig demenssykdom, og de som flytter blir boende livet ut. Beboerne betaler avhengig av inntekt, men oppad begrenset av et maksimumsbeløp. Det er mulig å kjøpe til tilleggstjenester.

Som grunnlag for tilbudet ligger en tydelig ideologi som man har utviklet over 20 år. Det var trolig svært viktig at organisasjonen ble drevet etter denne ideologien allerede før de bygde «landsbyen», og at dette utviklingsarbeidet har foregått over tid før de bygde. Slik de framstiller det selv har selve ideologien guidet dem til det bygningskonseptet de nå har endt opp med.

Om drift

Kompetanse blant ansatte: Sykepleier, hjelpepleier, helsefagarbeidere.

Bemanning av dag og kveldsvakt per avdeling: Som hovedregel var det en ansatt på hver bogruppe på hver vakt. I tillegg kunne det være en frivillig som hjalp til med husarbeid og spesielt matlaging. Av og til kunne det være to ansatte når det ikke var en frivillig. Bemanning av nattevakt for hele sykehjemmet: Fem nattevakter på 152 beboere. Det er ikke stasjonert nattevakter i hver bolig. Basen til nattevaktene er sentralt plassert i komplekset. Det er lydovervåkning av hvert soverom og av fellesrommene. Dette gjør at nattevaktene kan høre når det er noe galt, eller om det er behov for hjelp og dermed yte bistand ved behov.



Hjelper med å lage mat. Foto: Anita Edridge



Kontrollspørsmål «hvordan var det i beboernes tidligere liv»

Ideologien er at til tross for at beboerne ikke lenger evner å leve uavhengig av andre, har de muligheter for å leve trygt og så tilnærmet likt det som var deres normale liv som mulig. Navnet på anlegget ble skiftet fra Hogewey til Hogeweyk, fordi weyk ligner på det nederlandske ordet for nabolag. I omsorgsfilosofien har man et fokus på at beboerne skal kunne drive med meningsfulle aktiviteter, også det som foregår utenfor selve boligen. I virkeligheten foregår hverdagslivet både innenfor og utenfor selve boligen, det gjør den også på Hoegweyk. Uteområdene anses som svært viktige, attraktive hager, gater og plasser som gir rammer for ulike aktiviteter. Et sentralt spørsmål da man utviklet tilbudet var: Hva ville beboerne ha gjort i sitt tidligere liv? Så forsøkte man å lage løsninger så tett opp til dette som mulig. Det betyr at man innenfor området både kan handle, oppsøke teater og ulike klubber. Også doktorens og terapeutens kontor ligger godt synlig i hovedgaten.

Hvem får tilbud

Det er kun personer med alvorlig demens som får plass på De Hoegweyk. Når en person får plass, så fyller pårørende ut et skjema om personens bakgrunn, interesser og livsstil. Sammen med en samtale med personen med demens og pårørende, danner dette grunnlaget for å vurdere hvilken «livsstilgruppe» personen passer inn i. Tilbudet har heldøgns bemanning. Helse og pleiepersonell kler seg vanlige klær og beboerne kan i følge driverne fritt gå eller vandre rundt i de fint opparbeidede gatene i landsbyen. Landsbyen gir mulighet or å handle dagligvarer eller spise et måltid på restauranten eller ta en øl i puben etter. Dette skjer i all hovedsak sammen med ansatte, pårørende eller frivillige.

Mange frivillige

The Hogeweyk har i tillegg til de ansatte, 150 frivillige som jobber med ulike aktiviteter. Disse kommer i tillegg til familiemedlemmer, som også er der ofte. Ideologien som ligger til grunn for driften appellerer i følge driver både til ansatte og frivillige. I det ligger også årsaken til at man ikke har problemer med å skaffe hverken ansatte eller frivillige. Personer med samme livsstil og interesser kartlegges ut fra den enkeltes bakgrunn. Dette nedtegnes i en «huskebok» som deler informasjon mellom beboer, ansatte, frivillige og pårørende. Beboerne plasseres sammen i ulike livsstilsgrupper.

Bogrunder inndelt etter livsstil

I dag er de delt inn i sju ulike livsstilsgrupper:

- Urbane (åpne, mobile og utadventde)
- Tradisjonelle (håndarbeid og koke poteter)
- Hjemmekjære (kosete, tradisjonelle og husarbeid)
- Indonesiske (tradisjon, nostalgi og indonesisk mat)
- Kulturelle (kunst, vin og vegetariske måltider)
- Kristne (religiøs musikk og bønn)
- Velhavende (manerer, klassisk musikk)



Foto: Karin Høyland

Den indonesiske husholdningen hjelper for eksempel en del familier (frivillige) med å tilberede indonesisk mat. Bogrupper med en mer urban livsstil er lokalisert nær gater og plasser, mens gruppen med en mer tradisjonell livsstil er lokalisert med egen hage. Aktiviteter og mat blir så forsøkt tilpasset de ulike gruppernes vaner. Ønsker beboeren tillegg til den vanlige mat og drikke, som for eksempel ekstra drikke, snacks eller alkoholholdige drikkevarer, betaler de disse kostnadene selv. Hver bogruppe har sin egen husholdning. Beboerne deltar i matlaging og innkjøp fra egen butikk på området. De Hogeweyk har utfordret tanken om at «one size fits all» (én løsning passer alle). Tanken er snarere å støtte opp under forskjeller. Beboerne kan beholde sin måte å leve på, selv om de trenger tjenester. Modellen krever at mange etterspør plass, slik at man kan finne en som passer inn når man har ledig plass. Alle tilbudene kan benyttes av alle andre innbyggere i Weesp. Det bidrar til en slags omvendt integrering i og med at beboerne ikke kan bevege seg utenfor landsbyen, mens altså andre kan komme inn.



Uteområdene med ulike type tiltak. Foto: Karin Høyland, Silje Strøm Solberg

Bogruppene er utformet som store boliger og skal framstå som ulike hjem. Bogruppen for seks til sju beboere består av et inngangsparti, en gang hvor du kan henge fra deg klær, og en dagligstue på 45–90 kvm, seks soverom med vask, to store baderom med toalett, ett toalett i gangen, kjøkken og vaskerom med vaskemaskin og tørketrommel. Møblering og inndeling av rom er foretatt etter de ulike livsstiler. Fordi gruppen er såpass liten gir det dimensjoner og uttrykk på rom som er kjente og som gir hjemlige assosiasjoner. Hver bolig har også et uteareal rett utenfor boligen. I anlegget er det lagt vekt på mangfold og variasjon av bygninger og uterom som består av torg, gater, hager, bygninger, vann. Det er forsøkt å legge til rette for ulike hverdagsituasjoner. Hvert uterom tjener et eller annet formål. Torget er for eksempel velegnet for gatemusikanter. Der er mange grønne uterom, fordi man anser at det grønne støtter opp rundt forskjellige former for velvære. Grønt betyr avslapning og opplevelse av årstidene og bidrar til bedre helse. Anlegget er bygd i to etasjer og med svalganger som binder boligene i 2. etg. sammen. Det er heiser opp til 2. etg. De flotte utearealer ga gode muligheter til å gå rundt uten å bli borte. Det var skiftene miljøer fra steinlagte gater til parkområder med andedam. Selv om området er innelukket, uten mulighet til å komme ut fra De Hogeweyk så oppleves det som så stor og fritt område at det for langt de fleste vil oppleves som gode å trygge omgivelser. Det er problemfritt å la beboerne bevege seg fritt omkring.

Om området

Anlegget utgjør en slags landsby, men ligger tett inntil et eksisterende boligområde. Det er etablert en kobling mellom dette området og områdene rundt. Distriktet står nå også overfor en ny boligutvikling. Som et ledd i å fjerne barrierer mellom to plan, ønsker man å legge til rette for bedre integrasjon og samhandling mellom innbyggerne i Hogeweyk og i omliggende nærområder. I dag er inngangen en slags inngangssluse. Det vil si at ytterdøren blir låst opp innenfra resepsjonen, man går så inn i en mellomgang hvor døren til resepsjonen også var låst. Da alle var inne i mellomgangen, så ble ytterdøren låst og døren til resepsjonen åpnet. Det tilstøtende boligområdet består av blokker fra 60 tallet hvor det bor mange eldre. En tettere kobling inn mot dette slik planene viser, kan kanskje bidra til at flere herfra benytter seg av tilbudene på Hogeweyk, men tilknytningen er foreløpig ikke etablert og man kan i liten grad si at tilbudene i landsbyen er integrert med nærliggende områder.



Foto: Silje Strøm Solberg

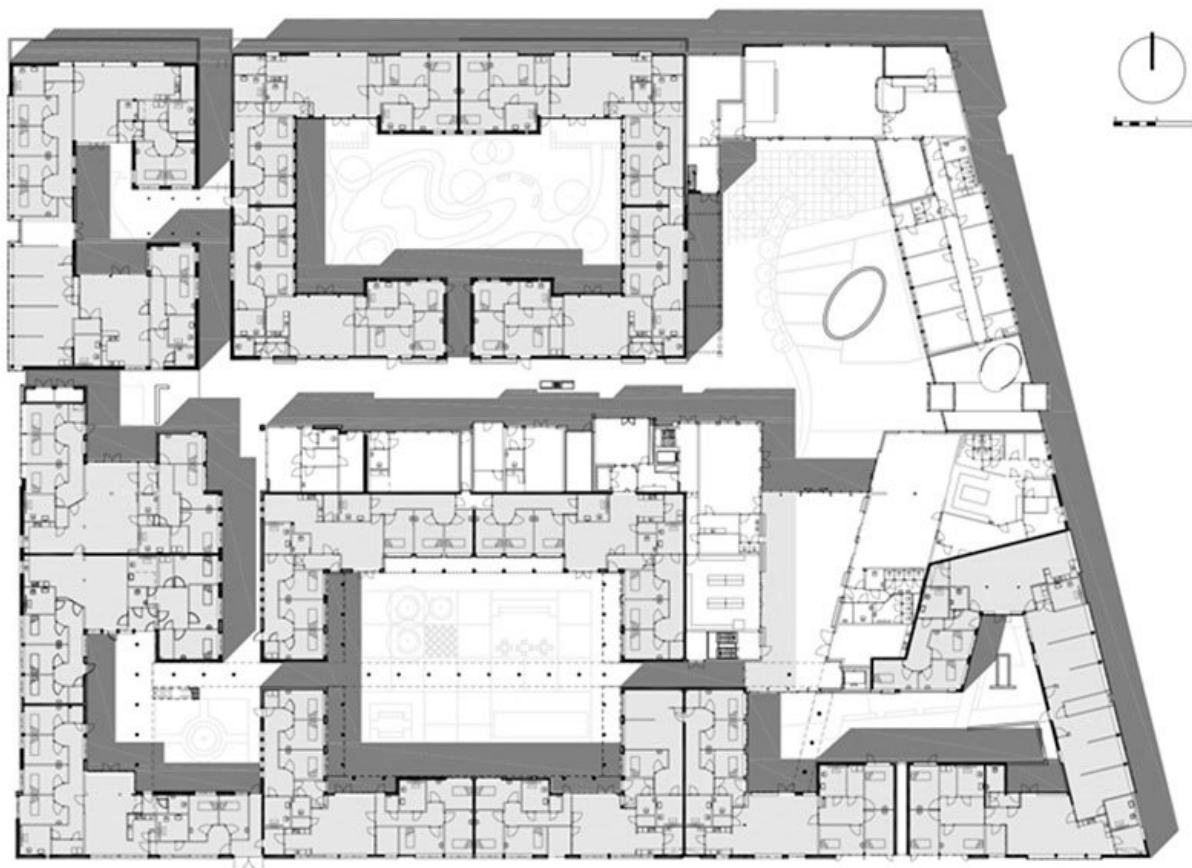


Planer for sammenkobling av De Hogeweyk mot nabolag



Restauranten brukes både av beboere sammen med pårørende, samt besøkende.

Foto: Karin Høyland



Plan over De Hogeweyk. Anlegget er tegnet av arkitektkontoret Molenaar & Bol&Van Dillen Architecten

Vi har ikke funnet at De Hogeweyk er evaluert eller om det gjort noe systematisk evaluering av oppfølgingen av de enkelte beboere. Det er heller ingen systematisk evaluering av tjenestene, annet enn standard pleieplaner og pasientdokumentasjon etter gjeldene regler. Med 152 pasienter og tre års gjennomsnittlig liggetid, så dør det i gjennomsnitt en person hver uke i De Hogeweyk. Det framgår ikke om det er noen spesifikke planer knyttet til terminalomsorg (palliativ omsorg).



Området har ulike klubber og butikk.

Foto: Karin Høyland

9.5 Økernhjemmet. Et av fire prøveprosjekt i Oslo kommune

Bakgrunn

Dette prosjektet er tatt med fordi det viser på en spennende måte hvordan man kan utvikle nye tjenestetilbud i en eksisterende bygning. Med inspirasjon fra det Nederlandske De Hogeweyk har man i løpet av relativt kort tid fått til mange spennende nye kvaliteter, kvaliteter som omhandler både bygg, tjenester og ikke minst måter å jobbe på.

Kilder: Presentasjon Arendalskonferansen 23.03.2015

Befaring 23.11.2015. Presentasjon/intervju, kontaktperson: Enhetsleder Katrine Selnes

Fire prøveprosjekt i Oslo kommune

Byråden i Oslo utlyste i desember 2013 en konkurranse blant sykehjemmene i Oslo om deltakelse i et prosjekt. Hun var inspirert etter et besøk i de Hogeweyk. Dette har resultert i at Oslo kommune allerede nå, bare to år senere, har samlet interessante erfaringer fra de fire sykehjemmene som deltar i prosjektet. Erfaringene er blant annet at man ser hvor viktig det er å la beboerne være med å bidra i hverdagen. Deltakelse skaper mestringsfølelse, som igjen gir glede. Det er gjennomført en rekke ulike tiltak både med tanke på drift og på fysiske tiltak. Eksempler på det siste er at to av sykehjemmene har åpnet butikk, det er ominnredet stuer og etablert kafé, gapahuk, uterestaurant fotball klubb etc.



Inngang til bogruppen før og etter oppussing. Foto med tillatelse fra Manglerudhjemmet

Økernhjemmet

Kontaktperson: Institusjonssjef Katrine Selnes

Kilder: Befaring sammen med Lillesand kommune 23.9.2015, presentasjon ved Katrine Selnes.

Egen kolonial på sykehjemmet

Økernhjemmet har en egen butikk i kjelleren, med beboere som kunder, og et ledd i en ny måte å tenke sykehjem på. På sikt kan modellen overføres til alle byens sykehjem.

ELISABETH T. FAHNE

«Det var litt lite brød til frokost i dag. Jeg tror vi må gå i butikken og kjøpe litt mer».

Slik kan dagen starte i en bogsruppe på Økernhjemmet. Beboerne blir enige om hvem som sammen med en ansatt, skal ta turen ned i kjellerstegen for å kjøpe litt brød, melk, egg – og kanskje en fyrstikke til kaffen. Når handleturen er ferdig, blir kundene møtt av en akkumulatør, kaffe og kjøkk. Det er derfor ikke utrolig å ta seg en liten pause i kafeen rett overfor butikken.

Kolonien er åpen hver dag i seks timer og her kjøper det inn mest til de enkelte beboere, sier institusjonssjef Katrine Selnes på Økernhjemmet.

Jeg tror Økernhjemmet og Manglerudhjemmet er de to første sykehjemmene i Norge som har startet opp med dette, forteller eldretryd Aud Kvalheim (Kf).



BOR OVERFØRES: Statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg (H, ts.) og eldretryd Aud Kvalheim (Kf) er enige i at sykehjem bør gå i retning av «bedre hverdagsliv»-modellen.

Et hjem for beboerne

Eldretrydalen tok omvendt turen til Økernhjemmet med statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Astrid Nøklebye Heiberg (H). Hun lot seg imponere.

«Det er utrolig spennende å se hvordan man kan gjøre en institusjon om til noe som minner mye om det å bo, det å ha en hverdag med naturlige oppgaver og tilkall.»

Økernhjemmet er ett av fire sykehjem i Oslo som gjennom pilotprosjektet «Bedre hverdagsliv» gir bort fra den typiske sykehjemsmøllen. Hovedtanken er å få sykehjemmet til å fremstå som et hjem.

Beboerne på dette sykehjemmet er mennesker som vanlig-

vis ikke klarer å strukturere dagene sine selv. Samtidig er det viktig å legge til rette for en normal hverdag i den grad man får det til, mener Nøklebye Heiberg.

«Det er utrolig spennende å se hvordan man kan gjøre en institusjon om til noe som minner mye om det å bo, det å ha en hverdag med naturlige oppgaver og tilkall.»

Økernhjemmet er ett av fire sykehjem i Oslo som gjennom pilotprosjektet «Bedre hverdagsliv» gir bort fra den typiske sykehjemsmøllen. Hovedtanken er å få sykehjemmet til å fremstå som et hjem.

Beboerne på dette sykehjemmet er mennesker som vanlig-



PÅ HANDELTUR: Helse- og omsorgssekretær Astrid Nøklebye Heiberg (H) har seg imponert av sykehjemsmøllen på Økernhjemmet, her ved institusjonssjef Katrine Selnes og eldretryd Aud Kvalheim (Kf).

Pilotprosjekt imponerte Nøklebye Heiberg

«Noe av det som går igjen her er at det står og faller på kompetansen med en god, engasjert og kunningskaprik ledelse. Det driver hele systemet.»

«Vi er opptatt av å øke kompetansen innenfor pleie- og omsorgspersoner. Det er viktigere enn noe annet, fortsetter hun.

«For denne modellen overføres til flere sykehjem?»

«Ja, dette er helt klart veien å gå videre, svarer statssekretæren. Kvalheim understreker at kommunen nå sender erfaringer fra pilotprosjektet, for så å bruke disse til å motivere resten av byens sykehjem.

«Vi må dit hen hvor beboerne får større bevegelsesfrihet og en normal hverdag, sier hun.

«Etablere en restaurant?»

I dag har Økernhjemmet 56 beboere fordelt i ulike boenheter.

«Vårt mål er å skape et vakkert miljø med lite beboerskap. For sammen får vi en egen restaurant hvor beboerne kan bestille mat fra en liten meny. Hit kan de også ta med seg sine platen, forteller Selnes.

Eldretrydalen viser til at fullt ut av dagens eldre bør hjemme helt til de dør. Fullt ut hører på sykehjem i utik akter, gjerne kortstakt av en sykdom. Oslo kommune skal de neste årene satse på tiltak som inn-

virker til at flere eldre kan bo hjemme lengst mulig. Byråden undersøker samtidig at gruppen med behov for sykehjemsplass skal ivarsetes.

«Plen må vedvare, det gjelder også her på Økernhjemmet. Det er jo en grunn til at de er her. Men når det er på plass, så handler livet om mye mer enn pleie, avslutter hun.

Bedre hverdagsliv:

- Et pilotprosjekt på fire sykehjem i Oslo: Økernhjemmet, Manglerudhjemmet, Fugløshjemmet og Sofienhjemmet.
- Har hentet inspirasjon fra demenssykehjemmet «de Hogeweyk» i den nederlandske byen Weesp, også kalt demenslandsbyen.
- Hovedtanken er å gi bort fra den typiske sykehjemsmøllen og heller skape et sykehjem som fremstår mest mulig som et hjem.
- De fire sykehjemmene i Oslo har ulik tilnærming til hvordan denne kan gjennomføres i praksis.
- På Økernhjemmet finner man i dag en butikk, event-kontor «Økern Gårds» en terrassebar som også er åpen for nærmiljø, derene er tilstede opp for 6 av 8 poster og hjemmets ansatte lager selv middag fra bunnen av sammen med beboerne.
- En egen restaurant skal åpnes på Økernhjemmet for sommeren, samtidig skal hjemmet starte med å vaksineres tryk på selv på postene i egne vaskemaskiner.

Hvorfor prosjekt

Når byråden utlyste prosjektet, tenkte vi med en gang at dette må vi være med på! Det slo oss allerede da vi besøkte de Hogeweyk, at utformingen av byggene deres var ganske lik det bygget vi har. Vi synes også det har vært lite utvikling på sykehjemssiden, det er mange gammeldagse rutiner og lite nytenking. Mange drifter fortsatt etter en gammeldags sykehusmodell. Vi begrunnet og skrev i søknaden hvorfor vi ønsket å være med i prosjektet. Gjennom deltakelsen ville vi søke å bygge opp et hjem som vi selv kunne tenke oss å bo i. Målsettingen vår var å gi hverdagen tilbake for beboerne og skape et mest mulig gjenkjennelig hverdagsliv. Slik tradisjonelle sykehjem framstår, har man fjernet alle de hverdagslige systemene alle er vant til å holde på med hjemme. Det har medført at man er nødt til å tilføre det som oppleves som «kunstige» aktiviteter, for at ikke beboerne skal passiveres. Vi mente at prosjektet kunne gi oss inspirasjon til å utvikle oss ytterligere. Økernhjemmet ble valgt som ett av fire sykehjem og er i dag det det eneste kommunale sykehjemmet som er med i prosjektet. Prosjektet ga oss et tilskudd på 285.000,- kroner. Ut over dette har alle tiltakene vi har gjennomført vært innenfor våre eksisterende driftsrammer.

Drift

Sykehjemmet er et spesialsykehjem for 56 beboere med demens. Beboerne er fordelt på to avdelinger, som igjen er delt inn i 4, totalt har vi altså 8 bogsgrupper. Det bor fra 5 til 8 beboere i hver gruppe. To grupper er såkalt forsterkede skjermede enheter, de øvrige er ordinære skjermede enheter. I tillegg driver vi et

dagsenter med totalt 44 plasser, fordelt på tre grupper. Som hovedregel er det 2 ansatte på dag og 1,5 ansatte på kveld på hver gruppe. Om natten er det fire ansatte på hele huset.

Kompetanse

Vi har bygd opp mye kompetanse på demens over lang tid, lenge før vi startet med dette utviklingsprosjektet. Vi startet med skjermede enheter allerede i 1985 og var de første som etablerte det som kalles forsterket skjermet enhet i 1999. Utviklingen av dette konseptet er dokumentert i boken «Toleranse og ferdighet», som jeg har skrevet. Jeg har også holdt flere kurs for andre som ønsker å bygge opp et lignende tilbud, samt at mange har vært på studiebesøk og hospitering i denne forbindelse. Vi har derfor mye realkompetanse som bygger på mange års arbeid med personer med demens, i tillegg til at vi har en bevisst politikk med fokus på videreutdanning for ansatte innen psykisk helsearbeid og demens. Dette har gitt oss en god del formell kompetanse. For tiden sertifiserer vi 10 ansatte til «mappere» i Dementia Care Mapping. Dette gjør oss til en attraktiv arbeidsplass og vi har stabile arbeidstakere.

Bygget

Økernhjemmet er Oslos eldste kommunale sykehjem. Det ble opprinnelig bygd som et aldershjem i 1955, og er på ett plan med to store atriumshager. Det er tegnet av Sverre Fehn og er et praktbygg som er vernet av Byantikvaren. Til og med i dag kommer det arkitekturstudenter fra hele verden for å se på bygget. I 1975 ble en nyere sykehjemsdel påbygd. Den delen brukes nå av andre sykehjem som et midlertidig tilbud, mens de rehabiliterer eget sykehjem.

Vi opplever at bygget vårt er veldig godt egnet nettopp for brukergruppen vår. Det er viktig med de indre atriumshagene som etter rehabiliteringen i 2010 har direkte tilgang fra alle bogruppene. Det oppleves som en viktig kvalitet at beboerne kan gå ut og inn når de ønsker. Jeg bruker å skryte av at om sommeren har vi Oslos bruneste sykehjemsbeboere, for da leves livet utendørs. Hagene gir et beskyttet miljø, samtidig som beboerne opplever å kunne bevege seg ut og inn uten hindringer. De «fotside» vinduene gir også en unik kontakt mellom ute og inne. Dette gir et nært forhold til naturen, årstidene, til klima og vær. På denne måten har vi stor glede av atriene også om vinteren. Men det er også noen utfordringer forbundet med å ha et vernet bygg. Vi har for eksempel nå jobbet med å få sikra vannspeilet på en forsvarlig måte og det har vært en prosess som har tatt tre år. Men i det store og hele ser vi mest kvaliteter med bygget slik det er utformet.



Atriumshager i Økernhjemmet: Foto gjengitt med tillatelse fra Økernhjemmet.

Omsorgskultur

Vi opplevde at de Hogeweyk har en tydelig og helhetlig omsorgskultur som inspirerte oss. Vi mener det representerer en måte å jobbe på som operasjonaliserer ideologien innenfor personsentrert omsorg. Vi var

tidligere et såkalt «Lotte-sykehjem», og opplever at den tilnærmingen var mer fragmentert. Økernhjemmet har brukt prosjektet til å dokumentere og implementere vår egen omsorgsideologi. Den bygger på kunnskap om personsentrert omsorg og vi bruker blant annet «Dementia Care Mapping» som arbeidsmetode. Målsettingen er å skape et bedre hverdagsliv i sykehjemmet. Vi er ingen demenslandsby, men har innarbeidet mange av elementene fra de Hogeweyk hos oss.

Selv har jeg vært i de Hogeweyk tilsammen 4 ganger. Tre ganger har vi reist med en gruppe på 25 ansatte, slik at totalt 75 av våre ansatte har besøkt demenslandsbyen. Vi har sett det som svært viktig at ansatte får se, spørre og kjenne på atmosfæren som er der nede, for å kunne implementere måten å jobbe på. Det handler om ansattes motivasjon; det er de som skal bidra til å virkeliggjøre hverdagen hos oss. I tillegg er det en viktig bieffekt at de får dra på tur, det å føle seg påspandert og viktige. Det er ikke bare pleiepersonell som har vært på studiebesøk i de Hogeweyk, men *alle* yrkesgrupper på Økernhjemmet.

Sammensetning av bogrupperne

Vi har forsøkt å fordele de beboerne vi har i dag etter funksjonsnivå. Man kan ikke si at det er godt fungerende personer med demens i sykehjem i dag, men vi har forsøkt å samle de som fortsatt har språk og som har utbytte av aktiviteter sammen i en bogruppe. Tanken er at et støttende miljø, kan bidra til at de stimulerer hverandre slik at funksjonsnivået opprettholdes. Samtidig prøver vi å unngå å flytte beboerne. Det er deres hjem. Vi har utviklet et kartleggingsverktøy for å kartlegge beboernes interesser og tidligere liv. Dette har vi foreløpig bare brukt til å tilrettelegge aktiviteter etc., ikke som i de Hogeweyk til å gruppere beboere. Vi har inngått et samarbeid med noen forskere for å forsøke å kategorisere våre beboere, men er usikre på om vi noen gang kommer til å differensiere bogrupperne etter livsstiler.



Foto gjengitt med tillatelse fra Økernhjemmet.

Tar hverdagen tilbake

I bogrupperne bor beboerne sammen som i en familie. Her gjøres alt husarbeid, som også foregår i et hjem. Vi har omgjort alle renholdsstillingene våre til husholdsstillinger, og flyttet dem ut i bogrupperne. Renholderne har fått langt mer varierte arbeidsoppgaver, trivselen har økt og sykefraværet har stupt. Fra før av har vi laget frokost, kvelds og noen dager varm lunsj i bogrupperne. Nå lager vi også middagene fra grunnen av. Det medførte at vi måtte arrangere matlagingskurs ved Oslo kokk- og stuertskole for ansatte. Vi har også byttet ut institusjonssengetøyet og – håndklærne med påskriften «Helsevesen», med vanlig sengetøy og fargede frottéhåndklær. Vaskeriavtalen for vask av beboertøy ble sagt opp fra 1. april i år og nå vasker bogrupperne selv beboertøyet. I den forbindelse måtte vi ruste opp maskinparken vår, men ellers synes vi det fungerer greit.

I de Hogeweyk har de et supermarked, vi har valgt å lage en kolonial; en butikk med et lite kafémiljø utenfor, der det alltid står kaffe og kjeks fremme. Vi har også kjøpt en softismaskin til kafeen, som er svært attraktiv. Butikken og kafeen fungerer også som et slags turmål. Ansatte tar med seg en eller flere beboere dit og handler det som trengs til det neste døgnet. De skriver handleliste i dialog med beboerne. Det er et handlerush i 11- til 12-tida om dagen. Menyen må leveres inn uka før, slik at kokken som driver butikken får bestilt inn de råvarene som trengs. På denne måten blir det også en ordentlig butikk. Et avansert kasseapparat sørger for at når varene skannes, blir de også regnskapsført på hver enhet. Vi ser at handleturen bidrar til dialog og inkludering. For eksempel har vi en beboer som ikke hadde vært ute av bogruppen sin på 2,5 år. Ansatte fikk ham ikke med seg noen steder. På åpningsdagen fikk en ansatt ham med i butikken, og han har siden da gått i butikken hver dag. Han har fått seg en aktivitet og han får mulighet til å ta noen egne valg. Han kommer gjerne opp med en brus eller noe godteri, men det er blitt hans høydepunkt i løpet av dagen.

Vi har begynt å tenke at vi ikke nødvendigvis skal ha de store fellesarrangementer, men heller vektlegge mindre interessefellesskap. Før målte vi gjerne suksessen i hvor mange vi kunne tromle sammen, uten at vi var sikre på at alle var interesserte i akkurat det arrangementet. Vi gjorde om en aktivitørstilling til aktivitets- og frivillighetskoordinator. Da vi utlyste stillingen fikk vi 50 søkere! Oppgaven er å koordinere aktivitetstilbudet og å rekruttere og ivareta frivillige. Vi driver i dag ulike klubber, bl.a. jazzklubb, velværeklubb og poesiklubb. Vi har også planer om nye klubber.

Økernhjemmet har både en fastboende katt, fire kaniner som hopper fritt rundt i atriumshagene hele året og besøkshund. For enkelte har dyr vært en viktig del av livet deres, og de setter stor pris på det. Vi opplever at det er svært miljøskapende.

Vi arrangerer også restaurantkvelder i dagsenterets lokaler annenhver uke, som er svært populære. I utgangspunktet sa vi at vi hadde kapasitet til å ha 50 til bords, men rekorden er faktisk 63 gjester. Det er ordentlig restaurantkvalitet på maten. Vi har en meny med to forretter, to hovedretter og to desserter. Servitører tar opp bestilling fra beboerne og øvrige gjester, som ofte er pårørende.



Restaurantkveld: Foto med tillatelse fra Økernhjemmet

Flere åpne dører

I de Hogeweyk har de et beskyttet lokalmiljø, hvor beboerne kan gå fritt inne på et lukket område. Når vi tok tak i denne tankegangen med tanke på å undersøke hvordan vi skulle gjøre dette hos oss, oppdaget jeg at vi rett og slett var blitt litt sløve. Bogrupperne hadde låste dører, selv om det ikke forelå noen vedtak om tilbakeholdelse i institusjon for noen beboere. Det var derfor ikke grunnlag for at dørene skulle være låste og dermed ikke i samsvar med lovverket. Så da låste vi opp alle dørene, og vi hadde kaos i 14 dager. Det kom flere avviksmeldinger på at dørene var åpne, selv om det jo egentlig var et avvik at dørene var låste. Enkelte pårørende var også opprørte. Pårørende er like forskjellige som alle andre; enkelte ga uttrykk for utrygghet med tanke på at deres mor eller far kan gå ut, mens andre mente det var viktig at den de var pårørende til skal kunne bevege seg fritt, selv om det medførte fare for å kunne ta seg ut av bygningen og gå seg bort. Vi måtte faktisk undervise pårørende om lovverket på dette området. Etter 14 dager hadde vi ryddet opp i hvem som måtte ha låste dør inn til bogruppen, hvem som måtte ha vedtak og hvem som ikke måtte ha det. Det endte med at vi måtte låse to bogrupper. Vi ser at vi nå har blitt mye flinkere til virkelig å vurdere hvem som må ha låste dører, og låser opp igjen når det ikke er grunnlag for å låse lenger. Det har resultert i at beboerne beveger seg mye mer rundt i hele bygningen. Man møter beboere som er ute og rusler. Før satt de gjerne og hang og sov inne på sine bogrupper. Det er faktisk påfallende hvor mye mer fornøyd beboerne virker.

Til slutt...

Vi jobber ut i fra et viktig kontrollspørsmål: Hvordan gjør vi det hjemme hos oss selv? Alt handler om å gi beboerne hverdagen tilbake, den de ble frarøvet da de kom på sykehjemmet. Ansatte og beboere trives. Vi har også klart å redusere legemiddelbruken mye, men ser fortsatt på muligheten for å redusere den ytterligere.

Vi har fått mye positiv omtale i pressen, dette bidrar til et mer positivt syn på eldreomsorgen. Det er svært viktig med tanke på å rekruttere kompetente og gode medarbeidere til dette viktige arbeidsfeltet i framtiden, samtidig som det øker tryggheten i befolkningen med tanke på alderdommen og mulig sykehjemsopphold.

Mitt yndlingsitat er

Mennesker som sier at det ikke lar seg gjøre, bør ikke forstyrre dem som er opptatt med å gjøre det.
George Bernard Shaw



Foto gjengitt med tillatelse fra Økernhjemmet.



Utenfor butikken er det laget en liten kafé, softismaskinen er populær.



Foto: Karin Høyland



Foto gjengitt med tillatelse fra Økernhjemmet.



9.6 Fosslia bosenter, Strørdal kommune

Bakgrunn

Dette prosjektet er valgt fordi det er et boligtilbud for personer med demens der driftsmodellen på mange vis er sammenlignbar med den som drives på De Hogeweyk i Nederland. Både vektlegging av aktiviteter og muligheter for å kunne bevege seg fritt ute og inne. Lokalisering er her i landlige omgivelser og også type aktiviteter er det man kjenner igjen fra en mer landlig livsstil med deltagelse i aktiviteter på en nabogård og dyr inne på tunet.

Kilde: Telefonintervju enhetsleder 18.04.2015. Tidligere evaluering i 2004.

Kontaktperson: Liv Heidi Valla Enhetsleder Fosslia bosenter lhv@stjordal.kommune.no

45 personer bor i dag ved Fosslia Bosenter. 4 av disse brukerne bor på Kløvern, som er definert som en enhet hjemlet som institusjon. Resten bor i ulike bofellesskap, med fast bemanning og felles hushold. Noen av disse er små boenheter som egentlig var planlagt for psykisk utviklingshemmede og ble fraflyttet i forbindelse med HVPU reformen. Disse boenhetene er små og har ikke eget bad. Enhetsleder mener de som bor der er glad for å få bo der og det viktigste er fellesrom uteområder og personale som kan demens. Vi bruker altså også de gamle boligene. Det fungerer veldig ok. Innholdet er jo viktigst, de ansatte er dedikert til jobben, de kan det de jobber med.



Fosslia bosenter sto ferdig bygd i 2002, arkitektkontor Arkideco AS.



Tegnet av arkitektkontor Arkideco AS.

Omsorgskultur

Vår visjon er: Trygghet, trivsel og gode øyeblikk! Det jobber vi etter!! Våre fysiske omgivelser gjør dette enklere. Vi har en stor sansehage, hvor alle kan gå fritt omkring. I mai i fjor skaffet vi oss to lammeunger og høne og hane. Det er 4 katter på området og vi har en besøkshund fra Røde Kors. Så her er det virkelig liv å røre ut i hagen. Vi opplever at dette er en kjempe suksess!

Vi jobber etter disse stikkordene: «Smått som er godt – lite, oversiktlig og nært»

- Personer med demens har behov for spesialomsorg
- De skal få aksept på å være som de er
- Ansatte er betalt for å være sammen med beboerne

- Beboerne skal aktiviseres
- Ansatte må være fleksible i forhold til å forstå den enkelte beboers behov.

Vårt utgangspunkt var at mange personer med demens 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 fornøyd. De slipper å bli konfrontert med sine egne handicap hele tiden. Det at man kan gå fritt ut og inn er en svært viktig kvalitet og foregår ikke bare på sommerstid. Mange er ute hele året, om det ikke blir så lange turene.

Frivillige deltar

To kulturskolelærere kommer hit også hver fredag og spiller opp til dans/allsang. Det er også svært vellykket! Spesielt dans har slått an, spennende og rørende å bli budt opp til dans av en kar som du vet ikke har språk lenger, men han kan danse! Vi har meget godt samarbeid med Demensforeningen her. De bygde en «grillhytte» til oss. Vi har en god gammeldags svartkjel inni den hytta, det et artig tiltak som bidrar til en del hyggelige aktiviteter!

Ellers har vi samarbeid med barnehager og skoler, det er mye underholdning i det. Vi prøvde oss med frivillige turvenner, annonserte, men brukerne ble nok for dårlige. Det fungerte ikke godt nok, og vi tror vi må nok sette det inn i et bedre system hvis det skal gå.

Om bygget

Det vi opplever som positivt med den fysiske løsningen:

- Man møter noen så fort man kommer ut av rommet sitt, og fordi man kan gå i en rundgang så finner alle rommene sine.
- Stor arbeidsbenk på kjøkkenet, med muligheter for å jobbe ansikt mot ansikt.
- Lett utgang til hage: Beboerne føler frihet i forhold til å gå ut alene. Føler seg ikke overvåket fordi de kan gå ut når de vil. Utformingen gjør at ingen kommer bort. Veiene er asfaltert og tilpasset rullator. Vannfontenen positivt innslag!

Bygningsmessige utfordringer:

- Dørene for smale – burde være sykehjemsstandard (120 cm)
- For høye dører inn til badene (det ser rart ut)
- Trangt å komme fram rundt spisebord pga. rullatorer
- Bod inne i bogruppa tatt i bruk til kontor

All mat blir kjørt til døren. Middag kommer ferdig tilberedt og tørrmat bestilles direkte fra hver bogruppe til RIMI. Maten blir så levert direkte til hver bogruppe. Klær vaskes av personalet. Både beboerklær og hvitvask. Stort og funksjonelt vaskerom på hver enhet. Ansatte tar med søppelposer ut når de går.

Det kan være en utfordring at beboerne ikke vil flytte når behovene endres. De synes de har det bra der de er. Også pårørende opplever at de har blitt kjent med ansatte

Så langt det er mulig prøver vi å ta hensyn til beboernes ønsker og lar de få bo der de er til de dør. Vi bruker stort sett de faste ressursene, men leier inn hjelp på natta hvis det er stort pleiebehov i en periode. Fordi beboerne bor i egne boliger er det å flytte folk problematisk. For eksempel å flytte bort til den skjermede enheten. Beboerne er beskyttet av husleieloven. Dette gjør at du ikke alltid kan lage de optimale gruppesammensetningene.

Bemanning og organisering

Personale består av sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og pleieassistenter. Vi har tverrfaglige arbeidsgrupper og flat struktur, men en er kontaktperson i hver gruppe. I tillegg har alle beboere en primærkontakt. Primærkontakten har medansvar for beboeren sammen med pårørende. Primærkontakten har et møte med pårørende like etter inntak hvor det blir klargjort hvem som gjør hva. Vi har samme bemanning dag og kveld, beboerne har det samme hjelpebehovet *om kvelden som om dagen*.

Dagsenteret er i drift per dags dato 4 dager på uke med inntil 10 personer. Noen har vedtak om 1 dag og noen 4 dager. Jeg er ikke i tvil om at dagsenter utsetter behovet for plass og avlaster pårørende. Mange ulike brukere alt i fra lett kognitiv svikt til store hjelpebehov (egentlig «sykehjemspasienter»). Alle er fornøyd med dagsenteret. Vi har også egen bolig for yngre personer med demens. Det bor nå to personer der, men fra mai 2015 blir det tre personer her.

Demensteamet er lokalisert her oppe. Dette betyr at det er mye kompetanse samlet, noe som er inspirerende. Vi (i demensteamet) gir i tillegg hjemmebesøk til ca. 70 familier i Stjørdal kommune. Flesteparten bor livet ut ved Fosslia bosenter. Hvis beboeren har et stort behov for pleie, hender det at vi gjør et bytte med sykehjemmet. Nytt fra i år er at om brukere blir innlagt med for eksempel urinveisinfeksjon/pneumoni på sykehuset, får vi de rett HJEM hit så fort som mulig etterpå, ser at de blir mer forvirret både om de må om DPS eller på sykehjemmet. Selv om de er dårlige tar vi de altså rett hit, det er dette som er hjemmet deres, vi har etterhvert lært oss og har god kompetanse på for eks. bruk av smertepumpe/IV- behandling, og vi samarbeider godt med hjemmesykepleien.

Vi opplever at det er forholdsvis lett å rekruttere sykepleiere, litt vanskeligere å få vernepleiere. Vi ønsker begge deler.

Vi opplever at i løpet av de årene vi har drevet her har folk vokst, trivdes og er lite borte fra jobb! Folk tar selvstendige avgjørelser og tar ansvar og 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 det som positivt å kunne gi et godt tilbud.

Driftstall

I dag er det totalt 54,6 årsverk fordelt på 101 ansatte her på Fosslia. Administrasjon ligger inne i disse tallene (2,75 % stilling) og også demensteamet (ca. 1,75 % stilling) som også jobber (som nevnt) for hele kommunen. Vi har en lege som jobber fast en dag i uka her oppe hos oss. Da tar hun alt av tilsyn her oppe. Fordi de fleste bor i boliger kan de *velge* fastlege. Samtlige har valgt å bruke legen her oppe, hun er flink og interessert i feltet. Vi synes det er viktig å ha lege på området!! Veldig viktig for medisinerer. Vi bruker videre 0,38 årsverk for renhold. Dagsenteret har 2,37 årsverk og en sjåfør i halv stilling.

Boligene har ikke rullerende turnus. Det betyr at det er faste nattevakter. Nattevaktene deltar på personalmøter og blir satt opp på formiddagsvakt en gang i blant. Dette gjør vi for å få innblikk i funksjonsnivå til beboerne på dagtid, og for å få innblikk i hva som skjer om dagen.

I alle hus er det alltid 2 ansatte på tidligvakt og to på kveldsvakt på hver gruppe på (Aspen 7 brukere, Vangen 7 brukere, Kløvern 4 brukere, Enga 3 brukere, Lyngen 8 brukere, Selja 8 brukere, Bjørkly 8 brukere). Ei nattvakt på to og to hus. Til sammen 4 nattevakter på området inkludert Kløvern. Vi opplever at det er et passe nivå. Blir det for mange (for eks. studenter) kan det bli for urolig.

Bra med 4 institusjonsplasser det gjør det lettere å kunne bruke vedtak om tvang og tilbakeholdelse. Vi trenger det noen ganger. Savner ikke "hjemling" (at det er definert som institusjon) ellers. Ved mange dødsfall kunne vi kanskje fått nye beboere raskere ut og inn. Men det går oftest på rundt en uke. Vi har egne turnuser på hver bolig, beboere og pårørende blir kjent og føler seg trygge. Men vi er samtidig opptatt av fleksibilitet (vi har innbakt en fast vikarstilling 100 %) Vi har en brukerundersøkelse ute akkurat nå. (Stjørdal kommune).



Foto med tillatelse fra Fosslia Bosenter

Samarbeid med pårørende

I tillegg har alle beboere en primærkontakt. Primærkontakten har medansvar for beboeren sammen med pårørende. Primærkontakten har et møte med pårørende like etter inntak hvor det blir klargjort hvem som gjør hva. Pårørende skal være en del av driften. De har nøkkeltast og kan komme inn når de vil. Kjøleskap og mat er beboernes eiendom ikke institusjonens. Som demenssykepleier sier: Jeg synes vi har lyktes når jeg en dag hørte en pårørende si «Jeg går og henter meg kaffe, jeg».

Dette fungerer OK fordi beboerne blir aktivisert på dagtid og derfor er roligere 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, så går det bra. Dette er mulig også fordi de andre beboerne har demens.



Demensforeningen har bygd grillhytte til senteret. Her samles man rundt bålet.



Til slutt

Det å oppleve å kunne gi et godt tilbud, oppleves som meningsfullt for ansatte. Dette bidrar til at det er et godt arbeidsmiljø og at folk trives på jobb!!

Jeg vil absolutt, anbefale tilbudet! Både jeg og etatsjefen mener det må bygges flere slike bofellesskap, jeg mener det kunne kanskje også vært flere her? Tilbudet representerer en helt annet måte å jobbe på. Faglig kompetanse om demens tror vi er nøkkelen.

9.7 Klyvesgate. Bokollektiv for personer med demens, Porsgrunn kommune

Bakgrunn

Dette bokollektivet for personer med demens er trukket fram på grunn av høy tilfredshet blant både beboere, ansatte og pårørende. Tilbudet er en slags mellomform mellom institusjon og bolig, det er hjemlet som et boligtilbud, men er tilpasset målgruppen ved å dele fellesfunksjoner og fast tilknyttet bemanning. Botilbudet har en tydelig omsorgsfilosofi som har gitt føringer for bygget. Plassering i bydelen og nærhet til aktivitets- og kulturtilbud er også interessante aspekter ved tilbudet. Utfordringer er bemanning og tilsyn på natt med så få beboere. Leder for tilbudet er også leder for et annet sykehjemstilbud for samme målgruppe.

Kilder: Intervju med enhetsleder, ansatte og pårørende samt befarung 2014. Tilbudet er presentert i heftet «Fremtidens omsorgsplasser», SINTEF i 2014.



Foto: Silje Strøm Solberg.

Bemanning og kompetanse

Kompetanse blant ansatte: Sykepleiere, helsefagarbeidere, lang erfaring med personer med demens.

Bemanning av dagvakt: To på vakt

Bemanning av kveldsvakt: To på vakt

Bemanning av nattevakt: En nattevakt (Sykepleier. Hjemmetjenesten i nabobygget er bakvakt med sykepleier i situasjoner hvor helsefagarbeider går natt.)

Omsorgkultur

Vi har bygget opp tilbudet rundt en visjon om at det skal være et boligtilbud som vektlegger hverdagsaktiviteter, livskvalitet og trivsel. Dette innebærer også en aktiv bruk av uteområder og nærmiljøet.

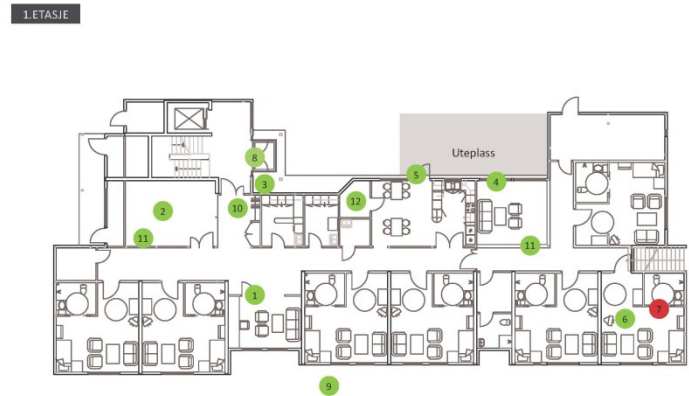


Foto: Silje Strøm Solberg

Dette er et botilbud for personer med demens som fortsatt er aktive og mobile. Når beboerne blir for skrøpelige, slik at de ikke lenger kan dra nytte av tilbudet i bokollektivet, flytter de til andre tilbud med døgngleie. Mange beboere opprettholder god helse og mobilitet nesten livet ut, og bor her til de dør.

At anlegget er lite påvirker trolig også ansattes opplevelse av eierskap og ansvar for driften. Ansatte er stolte av tilbudet og bidrar på eget initiativ til å gjøre det fint og hyggelig. De planter og holder uteområdet i orden. Også pårørende føler seg «hjemme» i hele anlegget og tar for eksempel initiativ til å lage kaffe eller å ta med en kake. De fleste føler seg «hjemme hos» sine, men besøkere like gjerne alle ved å sitte i fellesstua.

Ulempene med et så lite anlegg er først og fremst driftskostnader knyttet til natt. Det kan også være et dilemma å bygge med så lav utnyttelse på attraktive og sentrale tomter.



Plantegning av botilbudet

Om bygg og beliggenhet

Bokollektivet er lite og oversiktlig og er bygd inn i en boligrekke sentralt i Porsgrunn. Bokollektivet består av sju beboerrom med eget bad, to felles stuer, stort kjøkken med kjølerom, vaskerom og bod med egen vareinngang. Det er tilgang til uteareal i et gårdstun som deles av andre. Anlegget har et klart boligpreg i både utvendig skala, detaljer i eksteriør og interiør, samt i størrelser av rom og hvordan de er organisert.



ERFARING MED LOKALISERING

- 1 Kort gangavstand til PP-senteret – brukes mye til hverdags
- 2 Gangavstand til elva og elvepromenade hvor de ofte mater ender.
- 3 Gangavstand og nærhet til Simmermannsparken ved kirka hvor de går ofte.
- 4 Nabo med aktivitetshuset; bridgeklubb, den kulturelle spaserstokken, bingo, kafé.
- 5 Kollektivtrafikktilbud, nesten rett utenfor. Gode forbindelser.

Beliggenhet sentralt

Det er kort gangavstand til PP-senteret. Her gjøres hverdagsinnkjøp og ansatte tar med beboere på små turer dit. Det er gangavstand til elva og elvepromenaden, hvor ansatte og beboere ofte går for å mate ender. Det er gangavstand og nærhet også til Zimmermannsparken ved kirka, et sted som blir ofte besøkt. Bokollektivet er nabo med aktivitetshuset, hvor det er aktiviteter som bingo og kafé, bridgeklubb og Den kulturelle spaserstokken kommer på besøk. Det er gode kollektivtrafikktilbud fra trafikkert vei like ved. Et lunt område som er skjermet for støy fra trafikken. Det er direkte utgang fra kjøkkenet til uteområdet, og er god oversikt fra fellesrom ut på uteområdet for de ansatte til å holde et øye med beboerne. Uteområdet brukes mye hele sommerhalvåret. En beboer bruker GPS som sikkerhet slik at hun kan bli hentet hvis hun ikke kommer tilbake.



Situasjonsplan og tilbud i nærmiljøet

9.8 Byneset og Nypantunet Helse og velferdssenter, Trondheim kommune

Bakgrunn

Dette helse- og velferdssenteret anses som godt eksempel fordi det framstår som et anlegg med mange ulike tilbud. Det inneholder et aktivitets- og kultursenter for bydelen, samt flere ulike botilbud. Bokollektiv for demente i sykehjemmet, kommunale omsorgsboliger med innendørs adkomst til senteret samt seniorboliger i borettslag rett ved. Alle disse tjenestene er lagt under en enhetsleder, noe som bidrar til at de finner fleksible løsninger og tilpasser tilbudene til hver enkelt. Dagtilbudet og kafé med bydelssenter fungerer som støttende tilbud til de som bor hjemme. De enkelte tilbudene står fram som egne tilbud med egne innganger samtidig som glasskorridorer gir innendørs adkomst mellom de ulike tilbudene

30 beboere i omsorgsboliger (6 beboere i heldøgns omsorgsbolig)

17 beboere i seniorboliger

Bogrunder: 12 beboere på hver sykehjemsavdeling, (grupper på 6+6)

8 beboere på demensavdeling.

Bemanning av dagvakt, hele sykehjemmet: 8 ansatte på vakt (inkludert aktivitør)

Bemanning av kveldsvakt hele sykehjemmet: 6 ansatte på vakt

Bemanning av dagvakt i helg, hele sykehjemmet: 7 ansatte på vakt

Bemanning av nattevakt for hele sykehjemmet: 2 ansatte på sykehjemmet

1 ansatt på heldøgns omsorgsbolig



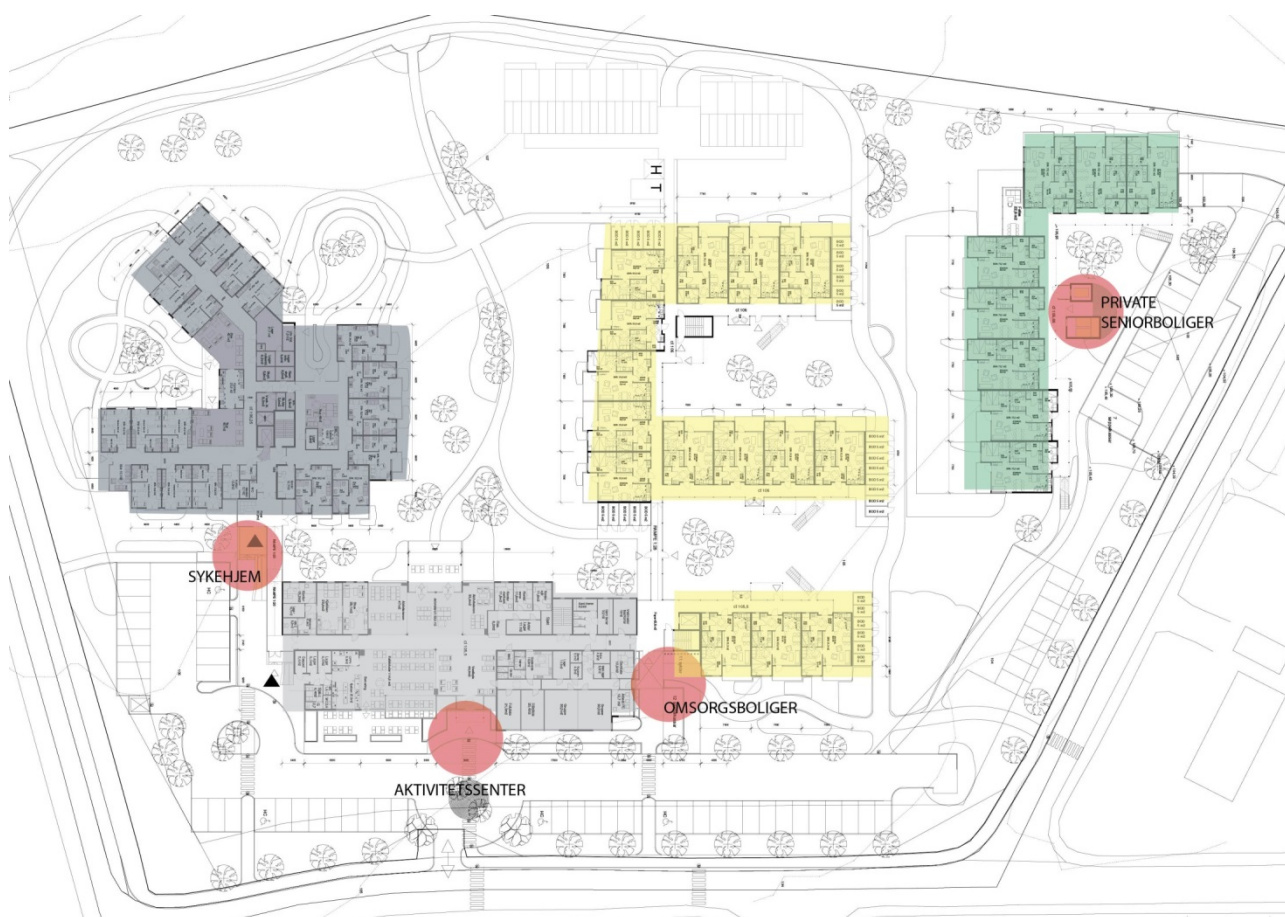
Byneset Helse og Velferdssenter er tegnet av Per Solems arkitektkontor AS og sto ferdig i 2003.

Aktivitetscenteret

Det er mye aktivitet på senteret. Som framstår som egen del av anlegget. Ulike lag og foreninger bidrar til dette. Dagsenteret er også en katalysator for aktiviteter, alt fra eksterne artister som holder konserter til

enkel trim for alle som vil delta. Her deltar både sykehjemsbeboere, beboere fra omsorgsboligene og brukere av dagsenteret, hjemmeboende i seniorboligene og folk som bor hjemme.

Senteret brukes av lokalmiljøet som kafé og kulturhus. Her møtes venner og bekjente over en kaffe. Senteret samarbeider med barnehage og skole, og samhandler med Folkvang, et forsamlingshus i nærheten. Et fast arrangement er matpakkedag med barna i barnehagen. Alle i bydelen blir invitert til vår- og høstfest. Etter bare ti år blir aktivitetssenteret nå omtalt som bydelens storstue. At legekantoret har tilholdssted i senteret bidrar ytterligere til å offentliggjøre bygget og bryte ned institusjonspreget: «*Dette oppleves som vellykket og som en positiv nerve i bydelen, et eksempel til etterfølgelse*» (ansatt). «*Jeg bruker å dra på Bingo og på kafeen. Jeg er der ofte hele dagen og trives veldig godt! Det er bra at andre kommer innom fra andre steder. De kommer på kafeen eller blir med på underholdningen. Jeg er der for å treffe andre enn beboerne her.*» (Beboer i omsorgsbolig)



Anlegget består av flere ulike deler som er koblet sammen med glassganger.

Kompetanse

Sykehjemmet har valgt å organisere arbeidsoppgavene etter kompetanse. Servicemedarbeidere går fra mandag til fredag hver uke og utfører alle arbeidsoppgaver av hjemlig sort, som vasking av klær og matlaging. Dette bidrar til at sykepleierne kan fokusere på mer sykdomsrettede arbeidsoppgaver, som erfaringsmessig ser ut til å være en effektiv modell. Personale og ledelse trekker frem at de er gode til å samhandle og kommuniserer godt mellom de ulike tjenestene på huset. Dette kan skyldes både god ledersammensetting, men også fysisk nærhet og synlighet i hverdagen.

Personalet ved Helse- og velferdssenteret yter også tjenester til seniorboligene i form av utvidede hjemmetjenester. Dette bidrar til at eldre som bor i disse seniorboligene kan bo lengre hjemme enn andre. En kan se at avstanden til Helse- og velferdssenteret er hovedårsaken til at dette lar seg gjøre. En kan se på seniorboligene som en form for «private omsorgsboliger», i og med at de letter behovet for kommunale omsorgsboliger før en eventuell flytting til sykehjem.

Tilbudet scorer høyt på arbeidsmiljøundersøkelser.

Om bygget og beliggenhet

Aktivitetscenteret framstår som hovedinngangen til anlegget. Det bidrar til en offentliggjøring og alminneliggjøring av senteret. Aktivitetscenteret oppleves som lyst og trivelig; inngangspartiet gjør at man føler seg velkommen. Atskilte bygningskropper og egne innganger til hvert av de ulike tilbudene bidrar til at senteret oppleves både som et variert botilbud og som et offentlig bygg med mange aktiviteter, med kafé og helsetjenester for hele bydelen. Boligdelen er satt sammen av flere ulike botilbud, blant annet seniorboliger, omsorgsboliger og sykehjemstilbud for demente. Til tross for oppdelingen er de ulike delene koblet sammen med glassganger som gjør det mulig å gå tørrskodd mellom de ulike tilbudene.

Bygget er utformet på en slik måte at det dannes varierte uterom med gode solforhold. Byggene har store vindusarealer som henvender seg mot disse uteområdene, noe som bidrar til en behagelig atmosfære inne i fellesarealene. Det er enkelt for beboerne å komme ut når de ønsker det, og det er flere ulike sittemuligheter, både i nærhagene og i områdene rundt selve senteret. Det er variert beplantning, både bærbusker og frukttrær, samt plantekasser hvor beboerne også bidrar med å plante.

Det at anlegget er delt opp i flere bygningsvolumer, sammen med at etasjehøyden bare er en og to etasjer, gjør at senteret framstår som ett bygg med liten skala. Dette dras også frem som en kvalitet av beboerne.

Private seniorboliger ligger som nærmeste nabo til Helse- og velferdssenteret, noe som er et stort pluss. De som bor der kan bo lengre hjemme ved at de har mulighet for å motta mer pleie i eget hjem. Dette bidrar også til at det er flere friske eldre som bruker aktivitetscenteret. Kafeen er drevet av private. Den er åpen for alle hver dag fra 10–17. Den forholdsvis lange åpningstiden bidrar trolig til at kafeen blir et møtested for beboere i hele bydelen. Blant annet har ansatte i Trondheim eiendom i bydelen fredagslunsj i kafeen. Ungdomsskoleelever i 10. klasse er ofte innom kafeen i storefri, noe som bidrar til en god miks av aldre og generasjoner.

Legesenteret har flyttet inn i lokaler i huset. Dette bidrar trolig også til at senteret oppleves som et allment tilbud. De har egen inngang.

Som nærmeste nabo tvers over veien ligger den lokale matvarebutikken Coop Prix. Det er kort avstand som forenkler og gjør det mulig å gjøre daglige innkjøp for de som greier det. Barnehagen holder til like ved og bruker både aktivitetshuset og grøntarealene mye, og har mange aktiviteter hvor de besøker de eldre på sykehjemmet.



Foto fra kafeen Byneset. Juletretenning. Foto gjengitt med tillatelse fra Byneset Helse Velferdssenter.

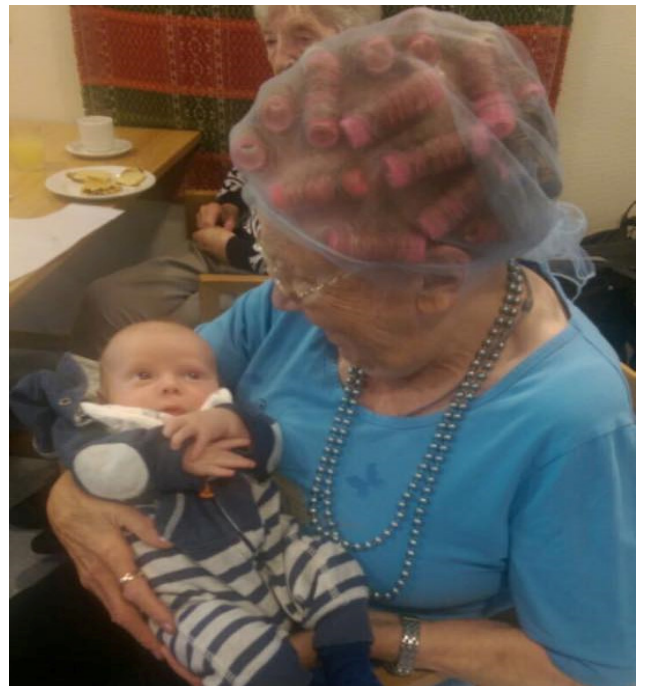


Foto gjengitt med tillatelse fra Byneset Helse Velferdssenter.



Vi har god nytte av rom som kan brukes til flere formål, her stue eller «kriserom» Foto: Silje Strøm Solberg

Bygget er veldig fleksibelt. Særlig kafé og storstuearealet er bra. Det kan vi åpne opp og da er det plass til over 250 personer, slik vi var på åpningen. Eller så kan vi dele av og leie ut, eller ha arealer til flere ting samtidig. Da det ble planlagt og bygget, ville borettslaget med seniorboligene gjerne ha et eget område inne i senteret, men vi ser at behovet har endret seg, nå bruker de helst kafeen. Det er veldig tilrettelagt med asfalterte gangveier i uteområdet, og vi ser at de brukes. Alle bruker egentlig uteområdet. Både sykehjemmet og barnehagen.

Vektlegging av fleksibilitet også i tjenestetilbudet

Vi søker etter ansatte som er fleksible, som jeg kan ringe til tidlig om morgen og si fra at i dag skal du ut i hjemmetjenesten i stede for å jobbe inne på sykehjemmet. Vi er gode til å samhandle og kommunisere mellom de ulike tjenestene. Det er mulig at det er fordi vi er ute på landet. Vi har færre folk, men vi har de samme utfordringene, bare i mindre målestokk. Vi har et veldig godt arbeidsmiljø her. Vi har scoret høyt på arbeidsmiljøundersøkelsene, flere år på rad. Mulig det har noe med at vi er så små? Men vi ser jo utfordringene kan være store hvis vi for eksempel har to kreftpasienter samtidig.

Sykehjemsutsettende

Med koblingen mellom sykehjem, hjemmetjenesten, omsorgsboligene og seniorboligene på denne måten, ser vi at vi utsetter behovet for sykehjems plass for mange eldre. Vi gir også trygghet til de som bor rundt, og dette bidrar ytterligere. Vi kan gi omfattende tjenester til seniorboligene og de kan bor der til de dør. Omsorgsboligene er så nærme, og behandles omtrent på lik linje som en sykehjems plass. Vi er opptatt av variasjon og fleksibilitet, det å kunne tilby akkurat det som trengs. Personer i omsorgsboliger kan få «dagtilbud» i en bogruppe i sykehjemmet. Beboer i omsorgsbolig spiser enkelte eller flere måltider sammen med andre i en bogruppe i sykehjemmet. En omsorgsboligbeboer kan sove inne på en sykehjemsavdeling hvis beboer er blitt akutt dårlig. Det etableres en «Krise plass» en natt eller to. Alle disse typene tilbud bidrar til større fleksibilitet i hele tjenestetilbudet. Det er en fordel at en enhetsleder har ansvar for «det hele».

Kompetanse

Vi har organisert oss litt annerledes på sykehjemmet. Primærkontakten er en sykepleier, også har vi fordelt arbeidsoppgaver etter kompetanse. Husmorarbeidet gjøres av en servisedarbeider, som går fra mandag til fredag, og har oppgaver relatert til klær og mat – en husmorfunksjon. Vi bruker ikke sykepleierne til det. Pasientene vi får inn, er ofte veldig dårlige. Vi ser at de bor hjemme lenge, heldigvis. Vi unngår sykehjems innleggelse hvis vi kan. Vi er eksperter på geriatri, og det betyr at det ofte gjøres litt ekstra arbeid på enheten for å unngå dette. Det er en belastning selvsagt, det gir mer ansvar og økte arbeidsoppgaver.

Aktivitetssenteret også for andre

Vi merker at det er koseligere for utenforstående og pårørende å komme til aktivitetssenteret heller enn til sykehjemmet. Det er mer innbydende. Pårørende hos oss er nok litt mindre engasjert enn pårørende til barn i barnehagen. Vi er sertifisert som et «livsglede sykehjem», hvor vi gjennom sertifiseringsprosessen har ryddet opp i noen gamle rutiner. Det var en artig prosess, det røsket jo litt opp i folks forutinntatte vaner og holdninger til hva som går an og ikke å gjøre med eldre folk. Det er flere utenifra som syntes det er rart å møte beboere på butikken når det er snø.

Samhandling med andre

Vi er på landet, så huset brukes mye av nærmiljøet. Vi har samhandling med Folkvang (forsamlingshus nær golfbanen) når det er fest, en avtale om at natteravnene kan komme hit og varme seg og drikke kaffe. Vi har også samarbeid med barnehagen og skolen. 10.-klassingene kan komme hit i kafeen i storefri. Også har vi en matpakkedag med barnehagen, der ungene kommer hit og spiser i kafeen. Alle i hele bydelen er invitert når vi feirer vårfesten og høstfesten vår! Også er det «Kårkaill-treff» hver torsdag. I tillegg har Trondheim eiendom fast fredagslunsj i kafeen, hvor de møtes for å dele fag og oppleve samhold.

Erfaringer fra seniorboligene

«Vi har bodd i bydelen siden 1955. Det er fint her, det er ikke for tett med naboer. Det er et passe utvalg av folk, slik at hver og en kan finne sin type folk. En av de store fordelene med omsorgsboligene er jo at de sitter sammen med senteret, så da kan de gå i kafeen og møte folk uten å måtte gå ut. Men det er lett å ta seg frem fra her og! Det er mulig å bevege seg fritt i området, godt tilrettelagt for å trimme og man roter seg ikke bort. For dem som er sprek og kan bevege seg er naturen veldig bra. Vi bruker nærbutikken, det er passe gangavstand. Vi handler mesteparten av maten der.

Vi som bor i seniorboligene føler at vi har akkurat det samme tilbud som de som bor i omsorgsboligene. Den eneste forskjellen er at når det selges omsorgsboliger er det et tak på prisen. Seniorboligene er det takst og de høyeste budene som vinner. Vi regnes som medlemmer på dagsenteret og få tilbud derfra. Også har vi hjemmesykepleien. Det er helt prima! Vi var litt skeptisk fordi vi trodde at det var omsorgssiden som ville få hjelp, men det går i ett. Vi har en som får 4–5 besøk om dagen i tillegg til nattbesøk. Med senteret så nært har vi muligheten til å bli eldre her, uten å måtte flytte igjen!

Det er lett vint å være sosial her. Der vi bodde før var det 2–3 gårdsbruk, og lite sosial omgang daglig. Vi er på senteret når det er noe. Det er ikke alle som gjør det. Vi er der av og til og spiser middag også. Helsesenteret har butikker på besøk som er ganske bra, klær og andre artikler. Det samme firmaet drar til andre sykehjem. De kommer med jevne mellomrom og har et godt tilbud! Jeg er selv med i pensjonistkoret. Vi har øvinger på Rye med opptredener her 2–3 ganger i året. Hvis vi ønsker oss andre aktiviteter så dukker de opp, de er ikke tunge å be. Det er veldig positivt at andre utenifra kommer til senteret og vi treffer andre folk. Av og til synes vi at det er for lite av den blandingen med 'sivile'. Om sommeren arrangerer damene her i seniorboligene strikkekafe ute, og om vinteren strikker de her hos oss, en 7–8 stykker fra nabolaget.»

(Beboer i seniorboligene)

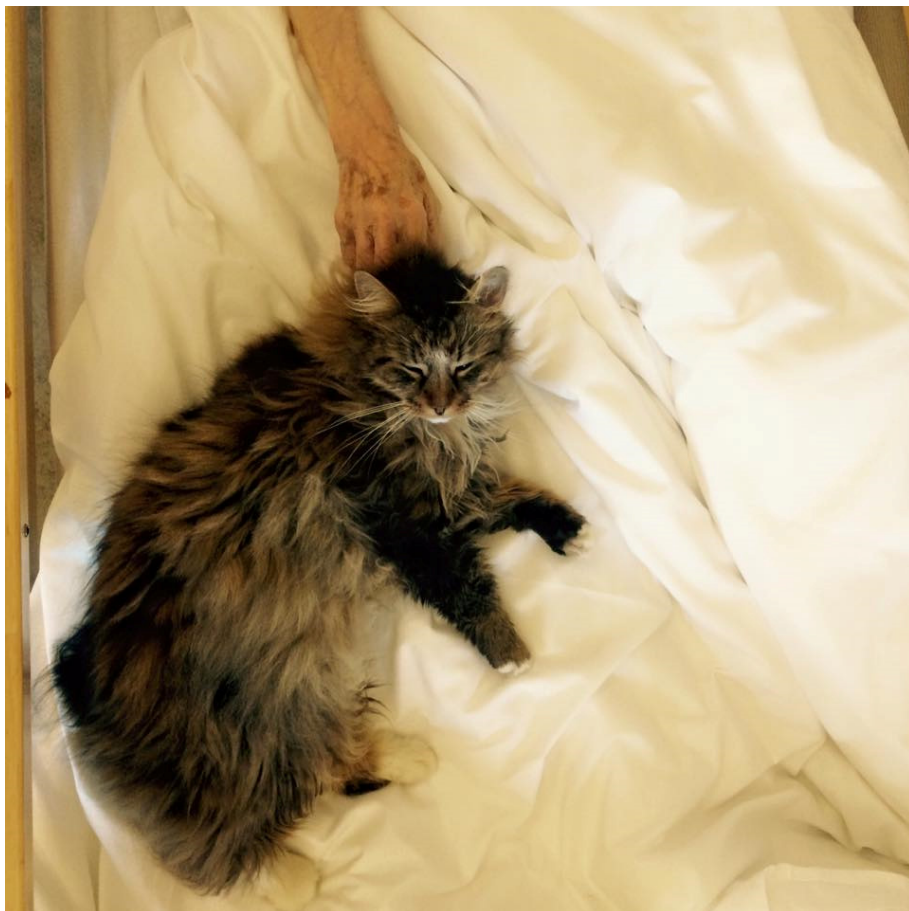


Foto gjengitt med tillatelse fra Byneset Helse Velferdssenter.

9.9 «Generasjonskonseptet Bråta», Nedre Eiker kommune

Bakgrunn

Bråta bo- og aktivitetssenter har vi med fordi det har lyktes i å fungere som et fler generasjonsenter. Senteret er nærmeste nabo til Veiavangen Ungdomsskole og hvert storefri fylles kafeen på Bråta med liv og røre av sultne skoleungdom. Å delta i oppgaver på Bråta er en del av undervisningen på skolen (blant annet dataopplæring til beboerne). De har også tett samarbeid med tanke på utplassering av elever, noe som har resultert i at flere elever har valgt helsearbeideryrket. Ulike boligtilbud til ulike målgrupper knyttet til en senterdel.

Rapporten Fremtidens omsorgsplasser, SINTEF 2014. SINTEF notat publisert på Norsk form: <http://www.norskform.no/Gamle-nettsider/Byutvikling/Helse-og-omgxxx2015ivelser/Publikasjoner/Erfaringer-fra-to-nye-omsorgssentre/> Mer fakta om tilbudet finnes i disse publikasjonene.

Befaring sist 23. september 2015.



Arkitektkontoret Arkitektkompaniet AS tegnet anlegget som sto ferdig i 2005.





Tegninger av arkitektkontoret Arkitektkompaniet AS

Flergenerasjonshus

Bråta er bygd som et senter for hele kommunen. Tanken er å dra lokalbefolkningen inn på senteret og skape et naturlig møtested for ulike aldergrupper i lokalsamfunnet. Huset består av ulike tilbud både kommunale og private. Blekkspruten svømmehall er privatdrevet, og tilbyr 90 svømmekurs i uka for både unge og gamle. Spesielt babysvømmingen er populært, og det kommer foreldre og barn langveis fra for å svømme ved Bråta. Også Bråta fysioterapi, Bråta Hårstudio og Bråta Fotklinikk er private leietagere som gir ekstra inntekt til driften, de tilbyr tjenester til både beboere og lokalbefolkningen. Kafeen er drevet av kommunen. All denne aktiviteten bidrar til at senteret blir et attraktivt sted med mange ulike brukere.



Foto med tillatelse fra Norsk Form

Etter 10 års drift understrekes det imidlertid at stedet har kapasitet til enda flere brukere, noe som kunne gitt enda mer liv til senteret. De mener at lokalisering av tilbud som dette ikke må undervurderes, de ser i ettertid at det hadde vært langt lettere å fungere som et tilbud til hele kommunen hvis beliggenheten hadde vært mer sentral. Det ligger heller ingen typisk seniorboligkomplekser rett i nærheten, dette kunne bidratt med flere friske eldre brukere av aktivitetsdelen. Dette behovet har blitt enda tydeligere etter hvert som de som bor rundt senteret har blitt gradvis dårligere over tid. Senterdelen har kapasitet til flere brukere enn de som bor på senteret i dag.



Foto: Karin Høyland

Kultur og omsorg går hånd i hånd

Ved å ha et kulturtilbud så tett tilknyttet omsorgssenteret, gir også mulighet for bedre fokus på direkte helse relaterte arbeidsoppgaver for ansatte. Kulturkonsulenten på Bråta er konsulent for hele Nedre Eiker kommune, men har kontor på Bråta. Hennes oppgave er å arrangere kulturtilbud ved alle kommunens ulike institusjoner. De arbeider bevisst med livsglede for brukerne, og påpeker viktigheten av å arrangere de kulturarrangementer som beboerne vil ha. Kulturkonsulenten driver blant annet «Jaktbua» en kveldsåpen pub med skjenkebevilgning siste onsdag hver måned. Her er det fokus på dans til levende musikk, servering ved bordene, pølser i pausen og god stemning. Både beboere, frivillige tilknyttet senteret og folk utenifra benytter seg av tilbudet. I tillegg er det ukentlige arrangementer i regi av Den kulturelle spaserstokken. De arrangerer «Hår- og frisørdag», sommer- og julemarkeder, karneval med tryllekunstnere, bolleservering, 17. mai-feiring, offisiell julegrantenning, Luciafeiring, gudstjenester og ukentlig trim for de eldre med ungdomsskoleelevene fra Veiavangen Ungdomsskole. De prøver å teste ut forskjellige aktiviteter, og et populært arrangement har vært Wii-bowling i regi av elevene.

«Du sier du ikke ser noe, men jeg tror ikke noe på deg!» Per på 75 til sin motspiller på 103 år som gjentatte ganger får strike i Wii-bowling



Takterrassen anses å være en suksess.



Foto: Silje Strøm Solberg

Frivillighet på Bråta

Bråta samarbeider med flere frivillige organisasjoner og foreninger som for eksempel Lions og Rotary, men påpeker at det også er vanskelig å skaffe folk til frivillig arbeid utenom lag og foreninger. Kiosken på Bråta er bemannet av frivillige. Overskuddet fra Jaktbua og kiosken går inn i neste års budsjett. Bråta opererer uten kommunalt driftsbudsjett til kultur, da de flere år på rad har gått med overskudd.

En spørreundersøkelse gjennomført av SINTEF bekrefter at beboerne opplever tilfredshet med tilbudet. De aller fleste beboerne har krysset av på påstanden om at «dette er et godt sted å bo slik situasjonen min er nå.» De svarer også at de opplever at de får den hjelpen de trenger. De fleste oppgir, at de får noe hjelp av slekt og venner. Det er viktig å merke seg at nesten halvparten oppgir at det at de var mye alene var en viktig årsak til at de flyttet dit. Botilbudet på Bråta oppleves som et trygt sted å bo. Dette begrunnes først og fremst med at ansatte passer på og er til stede hele døgnet. 75 % av de som har svart, svarer at de nesten daglig treffer de andre beboerne, noe som indikerer at de anser at det sosiale miljøet har stor betydning for innholdet i deres hverdagsliv. Over halvparten av de som har svart krysser av på at de deltar på felles aktiviteter en gang i uka eller oftere. Hva de liker best fordeler seg likt mellom ulike arrangementer som konserter og mer uformelle aktiviteter som å besøke kafeen. De forklarer de at det er tungvint og slitsomt å dra andre steder slik helsa er nå. De oppgir at de lett blir slitne og ikke orker å dra til aktiviteter langt unna lengre. «Det er sosialt å bo så nære Bråta, jeg kan bare ta meg en tur inn når det passer meg!» Anne (91), beboer i anlegget. Hun går på dagsenteret på Bråta 2–3 ganger i uken, og skryter spesielt av de deilige frokostene.

Det er også gjort en spørreskjemaundersøkelse som spør pårørende om deres syn på tilbudet. De fleste svarer at de er på besøk ca. en gang i uka. De er der gjerne 1-3 timer, og er da fortrinnsvis inne i leiligheten hos beboeren. Der lager de kaffe, prater og ser på TV. Mange svarer at de opplever at boligen er godt tilrettelagt for besøk, og at dette bidrar til å gjøre det attraktivt å være der. De mener den viktigste kvaliteten for dem som pårørende er at boligen er stor nok, slik at de kan være inne hos beboeren.

Når vi ber pårørende prioritere utsagn, de er enige i er det disse tre som topper listen:

- Jeg opplever omsorgsboligen og det omsorgstilbudet som gis, som et godt tilbud.

- Jeg opplever at beboerne betrakter boligen som sitt hjem, og at dette er viktig.
- Det er viktig at boligen er lokalisert i nærheten av tilbud som kafeteria, frisør, bibliotek osv.

Det kom også fram svar hvor de mente at løsningen kunne vært bedre.

«Min mor er avhengig av rullestol og jeg skulle ønske omsorgsboligen var tettere knytta til aktivitetssenter ved å slippe å gå ut for å komme dit.»

«Personalet kunne i større grad samle/aktivere beboere til felles hygge som å trille/gå tur med dem.»

Også de ansatte i fokus...

Tjenesteleder gir uttrykk for at det ikke er noe problem å få søkere til helsefagstillingene ved senteret. De ansatte fremhever nærhet til kulturtilbudene i aktivitetssenteret og den fine takterrassen de har i 2. etasje som det absolutt mest vellykkede med selve bygget. Takterrassen og utearealene blir mye brukt om sommeren, de mener beboerne gir uttrykk for at det er godt å oppleve sola og varmen. Innendørs oppfatter de ansatte at like møbler og lyse farger dessverre også gir Bråta litt mye institusjonspreg. I spørreskjema undersøkelse blant ansatte kommer det frem at selve boligene kunne vært bedre utformet med tanke på tilrettelegging for rullestolbrukere, og løsningene er ikke optimale med tanke på bruk av hjelpemidler. 92 % av ansatte som har svart sier også at de trives i «stor grad» eller «svært stor grad» på Bråta. De fleste ansatte som har svart på undersøkelsen mener at beboernes trivsel er viktig for at de selv skal oppleve å trives på jobb. Det å oppleve å kunne gi et godt tilbud er viktig, men flere oppgir også at de føler de har for liten tid til hver enkelt beboer. De ansatte har imidlertid mye å utsette på den praktiske utformingen av boligene. De mener at boligene er upraktiske og badene er lite funksjonelle. De fleste mener at badene er dårlig tilrettelagt sett i lys av rullestolbrukeres behov, med hensyn til svaksynte, hørselshemmede og med hensyn til personer med demens. 8 av 12 mener at boligene i liten eller svært liten grad er tilrettelagt for personer med omfattende behov for pleie og hjelp. Areal til oppbevaring og bruk av hjelpemidler er i svært liten grad vektlagt.



Bokollektiv for personer med demens.

Foto: Karin Høyland

9.10 Forsterket skjerma enhet i Råde sykehjem, Råde kommune

Bakgrunn

Dette eksemplet fant vi fram til fordi det ble anbefalt som spesielt bra av Demensforeningen i Fredrikstad. Det viser eksempel på hvordan man driver en forsterket skjermet enhet som pårørende opplever som et forbillig tilbud. Det tilbyr plasser internt i kommunen samt til nabokommuner.

Råde kommune. 24 august 2015

Kilde: Intervju med leder sykehjemmet. (vernepleier)

Helse og omsorgsrådgiver (sykepleier)

Ansatt på forsterket skjermet enhet (vernepleier)

Kort om tilbudet

Sykehjemmet har 58 pasienter. En forsterket skjermet enhet på 8. Hvorav to av disse plassene leies ut til andre kommuner. 3 grupper utgjør en avdeling på 24 pasienter.

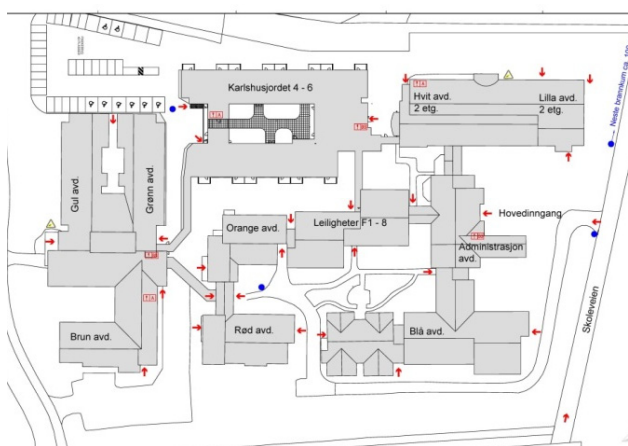


Foto: Karin Høyland

Hvorfor vi tror vi har lyktes

Vi har mye kompetanse knyttet til demens, dyktige folk og mye fokus på miljøarbeidet. De somatiske gruppene i sykehjemmet har mer fokus på vanskelige somatiske utfordringer. Vi har også faste grupper med egne ansatte per gruppe. Dette er viktig for å bli godt kjent med beboerne (og at beboerne blir kjent med oss)

Vi synes at det er viktig med holdningen til de ansatte og at de nettopp ønsker å jobbe på en forsterket skjermet enhet. At de har valgt det selv. Derfor hadde vi litt utskifting i starten, men nå etter en tid har det «satt seg», noe som gir et veldig stabilt personale. Folk liker å jobbe her, trives og føler at de er flinke. Nettopp det at vi «knekker koden» for personer som også kommer fra andre kommuner bidrar til at vi opplever mestring og utfordring i jobben.

Vi er alltid en som er «til stede», man har «stuevakt» dette bidrar til at vi er der og når vi kjenner dem kan vi avverge konflikter å foreslå aktiviteter eller noe før det tilspisser seg. For det er jo endel «turbulens», de

har jo en alvorlig sykdom de som er nettopp her. Men på denne måten får vi «tatt det tidlig» og unngår utagering og frustrasjon. Vi er blitt spesielt gode til å tolke signaler, og dette er eklere nettopp fordi vi kjenner hver og en av beboerne godt.

Drift

På den forsterkede enheten, er vi 3 på 8 på dag, 3 på kveld og 1 på natt. Vi mener det har mer med hvordan man tenker og jobber enn antall personer. Til tross for at de som er her er «Spesielt utfordrende» synes vi ikke at vi er for få, eller for stor gruppe. Vi har et stabilt personale og også et lavt sykefravær med 0,2 prosent på egenmeldinger, 0,1 prosent på syke barn. Totalt legemeldt sykefravær under 8 prosent, og det gjelder enkeltpersoner med langtidsfravær, dette er de totale tallene fra 2014. På de 58 pasientene er vi altså 4 på natt, men i realiteten er vi 5 fordi vi koordinerer med de 13 omsorgsboligene også, På 58 + 13 er vi altså 5.

Vi er opptatt av å trekke pårørende inn i tilbudet. De skal føle seg velkommen, sett og føle at de er en viktig ressurs. Det opplever jeg at vi lykkes med.

Bygg og uteareal

Vi startet med et nytt bygg i 2007, som vi stort sett er fornøyd med, en del teknologiutvikling har jo skjedd siden da. Men ellers er vi svært fornøyd med å ha bogrupper og et utvendig atrium som er lukket. Det er en liten sanserhage med høye diskrete gjerder. Det fungerer godt, men kunne med fordel vært større, gjerne felles for flere grupper. Så kunne du oppleve å gå ut «på ordentlig», ikke bare i en slags luftegård. Vi har så lite låste dører som mulig, og enten avleder vi eller vi låser opp og hiver oss med ut. Men område her er ikke spesielt gunstig i så måte. Vi har en litt trang tomt og jernbanelinja rett i nærheten, dette bidrar til å gjøre det utrygt.

Ellers skulle vi lagt enda større vekt på materialitet og holdbarhet av innvendige materialer. Det er vanvittige krefter som utløses når noe går «over styr» og mye som ødelegges.

Aktiviteter

Vi har et kontinuerlig miljøfokus hele vegen og har organisert noen som har ansvar for aktiviteter for hele tilbudet her. En fra hver gruppe, og vi velger de som har spesielt fokus og interesse for det. Det arrangeres turer rundt om kring og felles aktiviteter (kinokvelder, strikkekvelder, fester med ulike tema). Vi kan dra å spise middag noe sted osv.

Fokus på kompetanse

Det viktigste er nok å bygge kompetanse hele vegen, vi har blant annet mange studenter inne. Både vernepleierstudenter og sykepleiestudenter. Vi opplever at vi trenger begge disse kompetanseområdene, og at de utfyller hverandre godt. Vi deltar også i deres forskningsarbeid og har vært med på ca. 15 artikler. Dette stimulerer til å opprettholde og videreutvikle vår egen kompetanse. Vi bruker adferds kartlegging som metode. Vi registrerer adferd og adferds endringer (mapping) og forsøker å forstå hvor, når og hvorfor noen blir urolige.

Vi bruker også lite medisiner, de bruker ofte alt for mye medisiner når de kommer hit, medisiner som ikke hjelper eller gjør ting verre (nesten motsatt effekt). De kan også bli mer svimle eller falle mer av noen medisiner. Til dette er vi helt avhengig av god legehjelp. Det har vi her, det er gull verdt. Tilknyttet sykehjemmet 4 dager i uka? + en lege på en annen enhet som er der den siste dagen i uken.

Bruk av velferdsteknologi

Vi kunne også tenke oss å ta i bruk mere velferdsteknologi, slik at man kunne bevege seg friere. Men tomten her ligger som nevnt trangt til, og vi har den jernbanelinja, så det gjør det litt skummelt å tenke på at pasienter skal bevege seg ute uten følge. Fylkesmannen i Østfold er også ganske tilbakeholden med å tillate bruk av ny teknologi. Det varierer veldig fra fylke til fylke, hva man kan ta i bruk.

Sykehjemsutsettende tiltak

Vi ser jo at det blir stadig dårligere personer som kan bli boende i omsorgsboligene her oppe. Det supplerer helt klart sykehjemmet. Vi ser generelt at personer med somatiske plager kan bo lengre hjemme, før de har et behov for institusjonsopphold. Dette medfører i økende grad at flere innenfor institusjonsomsorgen har en kognitiv svikt.

Til slutt

Generelt vil jeg si at det er et samspill mellom fysiske omgivelser, ansatte og ledelse på ulike plan som gjør at vi lykkes med å gi en god demensomsorg og spesielt kanskje til den gruppen for personer med demens som har behov for spesiell skjerming / oppfølging med bakgrunn i ulike typer utfordrende atferd.

Stikkordene for grunner til at vi opplever at vi lykkes er:

- Definerte og små grupper, med fast personale tilknyttet hver gruppe.
- Høy kompetanse på personale som liker utfordringer, dette bidrar til stabilitet.
- Både vernepleiere og sykepleiere, god tverrfaglighet.
- Godt samarbeid med legetjenesten.
- Personale har beboerne i fokus (i stede for seg selv).
- Ansatte er alltid til stede og i nærheten av beboerne.
- Systematisk fokus på aktiviteter og miljøarbeid.

(For øvrig registrerte vi en engasjert leder, med store faglige ambisjoner, med kompetanse på demens, opptatt av miljøarbeid, og som var stolt av og skrøt av sine ansatte)

9.11 Ladesletta omsorgssenter, Trondheim kommune

Bakgrunn

Vi har trukket fram Ladesletta omsorgssenter fordi de har gode erfaringene med samlokalisering av barnehage og sykehjem. Dette bidrar til ulike aktiviteter og rørende møter mellom generasjonene. De har også et dagtilbud/ arbeidstilbud (BOA) hvor psykisk utviklingshemmede bidrar inn i sykehjemsdriften. Dette anses også som svært vellykket. Etter litt oppstartsproblemer kan de også vise til gode erfaringer ved bruk av ny teknologi i forhold til bedre oversikt støtte for tjenestetilbudet på natt. Det fungerer godt men fordrer at vi har organisert oss på en annen måte, vi avhengige av velferdsteknologien for at dette skal fungere.

Kilder: Befaring og Intervju med enhetsleder Torill Rugelsjøen. 15.04.2015

Ca. 100 pr. uke brukere av dagtilbud for eldre

78 beboere i sykehjemmet

Omsorgsboliger 37 antall

BOA ca. 50 pr. uke antall brukere

90 barn i barnehagen



Anlegget er tegnet av HUS arkitekter AS.



Foto Karin Høyland

Generasjonsmøter

«Akkurat dette konseptet med flere tilbud under samme tak opplever vi som en klar suksess. Det skjer veldig mye og det er rørende møter som oppstår på grunn av denne samlokaliseringen mellom barnehagen og sykehjemmet. Samlokalisering er en viktig forutsetning for dette, men like viktig er aktivitetskoordinatoren Marit. Hun er primus motor for alt som skjer. Det foregår masse fellesaktiviteter i gymmen, vi har dans og sang og kor. Da kommer de fra alle kroker av anlegget her. Jeg har ikke hørt EN negativ tilbakemelding fra de eldre om at det er unger eller utviklingshemmede her. I sommer syklet ungene her nede i sansehagen på de asfalterte stiene. Det er flott at arealene kan brukes til flere ting, og det bidrar til aktivitet og spennende møter.» (Enhetsleder)

Anlegget har felles kafé, gymsal, uteområder, møterom og aktivitetskoordinator.

«Aktiviteter har tatt seg opp. Det kunne være enda mer aktiviteter. I går var de på film i gymsalen. Det er greit at det skjer noe. Hvis de sitter 4–5 i stuen, sitter de ofte helt stille og ikke snakker. Det skal være en aktivitet hver dag. Men det er ikke hver dag, men ganske ofte. Mest inne. Hvis det er dårlig vær går hun en runde i trappene (sammen med besøkende). Det er greit at kafeen er der. Den er åpen bare på dagtid og jeg er sjelden der på dagtid. Det kunne vært åpen i helga. De som er der på dagtid tar henne med på kafeen.» (Pårørende, sykehjemsbeboer)

«Barnehagen er innom en gang i måneden. Hun setter pris på alt som skjer. Dattera mi har en hund som hun tar med seg. Det er også populært.» (Pårørende, sykehjemsbeboer)



Foto: Marit Brodal

Dagtilbud for psykisk utviklingshemmede som bidrar i driften

«I anlegget har vi et arbeids tilbud til yngre psykisk utviklingshemmede (BOA). Brukerne på BOA gjør en strålende jobb for hele tilbudet her. Vi har en kontainer som fylles med 200 kg pressa papp i uka. Dette er det jo egentlig helsepersonell som skal gjøre. Folk sto på timevis ute og stappet papp i kontainerne. Etter at BOA tok den jobben slipper vi det. Vi har også leaset en papp pressemaskin som de bruker. Brukerne fra BOA kjører også kiosk tralle rundt i hele anlegget, en gang i uka. Dette tilbudet er svært populært både i sykehjemmet og i omsorgsboligene. De viser stor arbeidsglede, er pliktoppfyllende og aldri borte fra jobb!

Det er virkelig en av suksessene her. Vi opplever at vi jobber her sammen og bidrar alle med vårt til driften her.» (Enhetsleder)



Foto: Marit Brodal

Ny teknologi støtter på natt

Etter litt oppstartingsproblemer føler vi også at den nye teknologien vi har prøvd ut hjelper oss. Spesielt på natt. Nøkkelsystemet gjør at bare den enkelte beboer kan gå inn til sin bolig. Det sparer både oss og ikke minst beboeren selv for den uro det er at andre kommer inn i deres private boenhet. Samtidig varsles vi om natten når noen går ut av boenheten sin, det gjør det enklere for nattevakta. Vi har et prøveprosjekt på gang med å gå ned fra 5 til 4 nattevakter. Det beste for brukerne er jo å kunne flytte ressursbruken til flere hender på dagen. Dette kan vi gjøre på grunn av den teknologien vi har. Det nye bygget er stort, enerom i nye anlegg gir lange avstander og store bygg! Fordi det her også var delvis ombygging har vi sykehjems rom på hele 6 ulike plan. Dette kompliserer jo litt. Vi har nå organisert oss som ett nattevaktsteam, de møtes et sted, og rigger seg slik det er best ut i fra situasjonen akkurat den natta. (Hvem er urolige/ trenger hjelp om natta osv.) Vi har jo ikke en nattevakt på hver etasje uansett. Man må venne seg til å gå i fra, jeg opplever løsningen vi har som forsvarlig. Vi har hatt en del innkjøringsproblemer med bruk av teknologien.

Kort beskrivelse av alarmsystemet

Alarmsystemet med lokaliseringsteknologi, og DECT telefonsystemet. Posisjoneringsenheter i tak som lokaliserer alarmbånd og pleierbrikker.

Følgende utstyr brukes:

- Romenheter, som tillater toveis kommunikasjon med rom (pasient/pleier).
- Alarmsmykker/armbånd: posisjonerer, og pasienter kan trykke for å signalisere at de trenger hjelp, låser også opp dører
- Smartdører: låses opp ved hjelp av armbånd/smykke (egen sensor)

- DECT telefoner: pleierne bruker disse, får alarmer på dem, kvitterer ut, kan også ringe med dem.
- Pleiebrikken: låser opp dører for pleierne, posisjonerer dem, nødalarm og assistansealarm for pleierne.
- Annet utstyr (kan bestilles via eHandel i kommunen): fall alarmer, epilepsialarm, vindualarmer.



Foto: Marit Brodal



Foto: Marit Brodal

9.12 Markerud aktivitetshus, Nittedal kommune

Bakgrunn

Vi har trukket frem Markerud Aktivitetshus fordi de har gode erfaringene med at huset fungerer som et lavterskel dagtilbud for personer med demens sammen med pårørende.

Kilde: Presentasjon Arendalskonferansen dato

Kontaktperson: Enhetsleder nittedal kommune Mette Mosby (mette.mosby@nittedal.kommune.no)

Generelt om dagtilbud

Satsningen på dagaktivitetstilbud, har bidratt til stor økning i antall kommuner som har etablert slike tilbud. I alt 305 kommuner har tilbud, og antall personer som mottar tilbudet er nær doblet fra den Nasjonale kartleggingen i 2010-2011. Det er fortsatt en veg å gå før alle kommuner kan tilby dagaktivitetstilbud, dette vil trolig bli lovfestet fra 1.1. 2020. Fra faghold menes det at det er behov for å øke antall plasser betydelig. I dag får i beste fall hver 6. hjemmeboende et tilbud om dagaktivitetstilbud. (Nasjonal kartlegging 2014): Vi vet fra intervju av pårørende at antallet dager de har tilbud er av stor betydning for pårørendes opplevelse av å få avlastning i hverdagen (Taranrød 2011). Halvparten av dagtilbudene er knyttet opp i mot sykehjem, bare 16 prosent er lokalisert i andre typer tilbud.

Markerud Aktivitetshus har åpent to dager i uka, og gir tilbud til 6 personer pr. dag + pårørende. Huset har vist seg å være et «lett sted å komme til» og fungerer derfor godt som et lavterskeltilbud. Man opplever at det er viktig at det ikke bare er et hus for personer med demens, det at det også foregår mange andre typer arrangementer på samme sted. Det er mange kulturelle arrangementer som foregår der. Det er et vakkert sted med en fantastisk fin hage utenfor, så det ligger godt tilrette for mange ulike typer aktiviteter, både inne og ute.



Foto: Torgunn Hande



Foto: Torgunn Hande



Foto: Torgunn Hande

9.13 Odensehois, Amsterdam, Nederland

Bakgrunn

Tilbudet er vist fordi det er et eksempel på et dagtilbud som er svært «bottom up-preget». Brukerne bestemmer for en stor del selv hva dagene skal fylles med, det var også mange frivillige hjelpere. Tilbudet ligger i en bydel utenfor Amsterdam. Brukerne oppsøker tilbudet selv.

Kilder: Befaring 20.01.2015

Dette er et dagtilbud som er åpent alle hverdager. Det ligger relativt sentralt til i en bydel i ytre delen av sentrum av Amsterdam. Lokalene var relativt ordinære og ombygd fra et annet formål. Det er bare en ansatt i tilbudet. Lokalitetene består av noen møterom, tilgang til kjøkken og toaletter, samt et stort lyst rom som kan brukes til fellesaktiviteter. Brukerne kommer i hovedsak fra nærområdet og tok seg til og fra stedet selv. Noen få kom ved hjelp av kollektivtransport. På dette stedet var brukernes evne til å møte opp, et av kriteriene for deltakelse. Når de ikke klarte dette mer, måtte det vurderes andre typer løsninger. Det mest spennende med stedet var driftskonseptet som er svært «bottom up-preget». Brukerne bestemte for en stor del selv hva dagene skulle fylles med, men de var også avhengig av mange frivillige hjelpere.

Det er bare å komme

Det er ingen ventelister eller inntakskomite. Dette gjør at det ikke alltid er klart på forhånd hvor mange som kommer en dag. Det kan være fra fem seks stykker til over 20 personer. Ofte kommer ektefelle sammen med personen med demens og er der store deler av dagen. I utgangspunktet skulle det ikke være noen krav til registrering eller diagnose. Siden de er avhengig av støtte fra forsikringsordninger (tilsvarende folketrygden) så har de en bok hvor brukerne skriver seg inn de dagene de er der.



Foto: Bente Wallander

Ulike aktiviteter

I samarbeid med brukerne blir det satt opp program for aktiviteter som utflukter, konserter og kreative aktiviteter (håndarbeid og kunst). De har også et «demenskor» og maten blir kjøpt inn, tilberedt og servert av brukerne i samarbeid med de frivillige. Da vi var der hadde de ansatt en person i tillegg som prosjektleder for å spre tilbudet til andre deler av Nederland. Navnet og driftskonseptet har de som etablerte tiltaket hentet fra Odense som har flere lignende tilbud.



Foto: Bente Wallander



Foto: Øyvind Kirkevold



9.14 Byhuset i Odense, Odense kommune, Danmark

Bakgrunn

Dette prosjektet er valgt fordi det viser hvordan man har gode erfaring med et bydelsovergripende dagtilbud til personer med demens. Tilbudet er basert interessefellesskap, samt små grupper som gjør at man etablerer tette relasjoner til en gruppe mennesker og personale.

Kontaktperson: Maj-Britt Bendtsen: mabe@odense.dk



Foto med tillatelse fra Byhuset Odense

Møtested for likestilte

Byhuset Odense kaller seg et møtested for likestilte. Det er et aktivitets og treningstilbud for borgere med demens. Dette er et *bydelsovergripende* dagtilbud. Man forsøker å være et sted hvor man kan få muligheter til å stille spørsmål, utveksle erfaringer og få mulighet for å bruke, styrke og vedlikeholde sine ferdigheter. Man kan også få prøvd ut nye interesser eller bare få et pusterum i hverdagen. I løpet av de 7 årene som huset har drevet, har det vist seg at det er god bruk for den brede, både faglige, og ikke minst frivillige og menneskelige støtte, som senteret kan tilby.

Byhusets koordinator og leder bevilger plass, og du må ha en demensdiagnose. De fleste får et tilbud 2 dager i uken, men hvis situasjonen i hjemmet er belastet, kan man få tilbud om tre dager. Byhuset tilbyr

både hel- og halvdagsplasser. Hvis du har behov for et treningstilbud, og ikke har muligheter for å delta i ditt lokalområde, kan du få tilbud om av Byhusets treningstilbud.

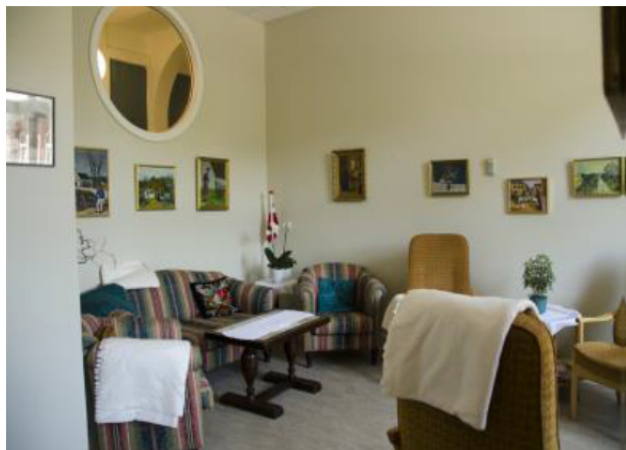


Foto med tillatelse fra Byhuset Odense

Byhuset er et stort hus som består av seks mindre enheter. Tanken er å sette sammen mindre grupper av personer (ca. 8 stk.) som passer sammen og som har noen felles interesser. Hver gruppe har sine egne faste lokaler i huset. Hver enhet har sitt eget særpreg og består av kjøkken stue, toalett og bad. Byhuset har i tillegg et stort allrom til fester, spill og samvær, et verksted, et bibliotek, to treningskjøkken, treningsrom, sanserom og en stor flott hage.

Det ligger ingen boligtilbud tilknyttet aktivitetstilbudet.

Faglighet: Til hver av Byhusets seks enheter er det tilknyttet to medarbeidere med relevant utdanning. Utover dette, er det ansatt medarbeidere i Byhuset som har spesiell kompetanse på demens, disse samarbeider med kommunens demenskoordinator. Husets treningstilbud ivaretas av treningsvante medarbeidere, disse har også en etterutdannelse i demens. De samarbeider med fysioterapeuten på huset. Byhuset er også et utdanningssted for elever som utdanner seg til omsorgsarbeidere.

Eksempler på aktiviteter som foregår i huset:

Trening i gymsal og i det fri.

Sang, spill, opplesning eller felles film.

Turer ut av huset til fots, Rullator eller med buss, for eksempel til Byhusets egen kolonihage som benyttes året rundt.

Matlaging. Dette inkluderer hele prosessen fra planlegging av meny til innkjøp, kokkelering og oppvask.

«Eldre cruise for menn». Dette er et prosjekt, hvor 6–7 menn sammen drar på busstur ut i det blå. Bussen kommer og henter de som deltar, hjemme hos den enkelte. De som deltar medbringer selv matpakke og drikkevarer. Prosjektet er også ment som en avlastning for deltageres koner, som kan ha behov for tid for seg selv.

Aktiviteter knyttet til de ulike høytider som baking, matlaging, sylting, m.m.

Halvdagsgruppene aktiviteter er enda mer bygd rundt helt spesielle interesser.



Foto med tillatelse fra Byhuset Odense



Foto med tillatelse fra Byhuset Odense

Man kan få bevilget transport til Byhuset, hvis du ikke selv har mulighed for skaffe transport.
Byhuset er åbent alle ugedager fra ca 10 til 15-16.

Referanse:

http://www.odense.dk/topmenu/borger/sundhed%20og%20sygdom/demens/~media/AEHF/Demens/Byhus_2015_rettet.ashx

<http://beredskabfyn.dk/topmenu/borger/sundhed%20og%20sygdom/demens/~media/AEHF/Demens/Borgerfolder%202014.ashx>

9.15 Fra botilbud til områdeplanlegging. Moss kommune og Tromsø kommune

Bakgrunn

Disse eksemplene er valgt fordi de viser betydningen av å skifte fokus fra bygg til område. Mennesker med ulike funksjonsnedsettelse har gjennom de siste tiår krevd rett til å delta i samfunnet på lik linje med andre. I Norden har vi ligget i første rekke med å arbeide mot et inkluderende samfunn der det er rom og plass for alle. Arbeidet med tilbud til personer med demens har ikke i samme grad vært del av dette arbeidet. Nå viser flere kommuner veg på ulike måter. Dette omhandler både sosiale tiltak og fysisk planlegging som omfatter at nærmiljø med ulike botilbud, også til de som trenger spesielt tilrettelagte botilbud. Vi har valgt å presentere Moss og Tromsø kommune som på ulike måter jobber mot et mer inkluderende samfunn.

Demensvennlig samfunn

Nasjonalforeningen for folkehelse jobber for tiden med en kampanje for et mer demensvennlig samfunn. Man ønsker å legge til rette for at mennesker med demens skal kunne opprettholde et aktivt liv så lenge som mulig. –«Man tror at dette kan bli mulig hvis vi alle er litt mer oppmerksomme, har litt mer kunnskap og kan bidra litt oftere med en hjelpende hånd. Det er viktig for både livskvalitet og helse. Felles for mange med demens er at de er fysisk friske når de får en hjernesykdom, slik som f.eks. Alzheimers sykdom. De går fra en tilværelse med selvstendighet og aktivitet til å få økende problemer med å klare seg alene. Mennesker med demens trenger ikke bare gode omsorgstjenester og pleie. De trenger også å få hjelp til å leve selvstendig, være trygge når de er ute og gjør ærender eller går tur, og få en hjelpende hånd når det er vanskelig å orientere seg.» Derfor kan alle deler av samfunnet bidra, ikke bare helsesektoren. Dette arbeidet har så langt først og fremst resultert i opplæringsprogram som kjøres fra nasjonalforeningen. Allerede har flere kommuner signert avtale med og er med i kampanjen: Moss, Ulstein, Bærum, Askøy, Arendal, Løten, Hamar, Gjøvik, Grimstad, Åfjord, Surnadal, Kristiansund, Oppdal, Sarpsborg, Tromsø, Lillehammer, Kongsvinger og Stange. Satt i gang tiltak som opplæring av taxi-sjåførere, apotek-ansatte, bank-ansatte og butikkpersonell.



<http://nasjonalforeningen.no/tilbud/demensvennlig-samfunn/>

Moss kommune



Moss ordfører Tage Pettersen har vært i Skottland for å lære hvordan byen hans kan bli Norges mest demensvennlige by. Med inspirasjon fra byen Motherwell jobber kommunen målrettet for å bli et mer «demensvennlige samfunn». Både foreninger, klubber, lag og handelsstanden har stilt opp på hver sin måte for bedre å ta vare på mennesker med demens. – «Vi ble inspirert av hvordan de har jobbet for å tilrettelegge samfunnet for personer med demens, dette skal vi også gjøre ved å engasjere frivillige og næringslivet på samme måte som de har gjort i Motherwell,» sier Pettersen. –«I Motherwell får for eksempel dama med Alzheimer hjelp på handleturen av butikkens ansatte. Når alarmen går hos brannvesenet, får de beskjed om det er hjemme hos noen med demens. Fotballklubben har egne samlinger der folk med demens kan komme sammen og snakke om fotball. Det er imidlertid lite fokus på fysisk planlegging når vi ser nærmere på kampanjer om et mer demensvennlig samfunn. Samtidig er det relativt åpenbart at dess mindre, mer kjent et nærmiljø er,

vil mulighetene for å mestre hverdagen også utenfor boligen trolig øke. I hvilken grad er man avhengig av å måtte kunne kjøre bil for å oppsøke parken eller butikken? I hvilken grad finnes det turstier som er merket og som hjelper deg å finne både frem og tilbake om du har demens i et tydelig stadium av sykdommen? Hvis du må flytte til en mer tilrettelagt bolig, i hvilken grad er det mulig å kunne bli boende i det samme og kjente nærmiljø? I hvilken grad er spesielt tilrettelagte botilbud for personer med demens (inkl. sykehjem) lokalisert slik at du fortsatt kan oppsøke steder du har vært før og er vant til å gå? Dette handler om fysisk planlegging! Det er svært mye fokus på hva teknologien kan støtte, men dette handler også om hvordan vi organiserer våre nærmiljø og hvor vi lokaliserer ulike dagtilbud, og ulike botilbud (inkludert sykehjem).»

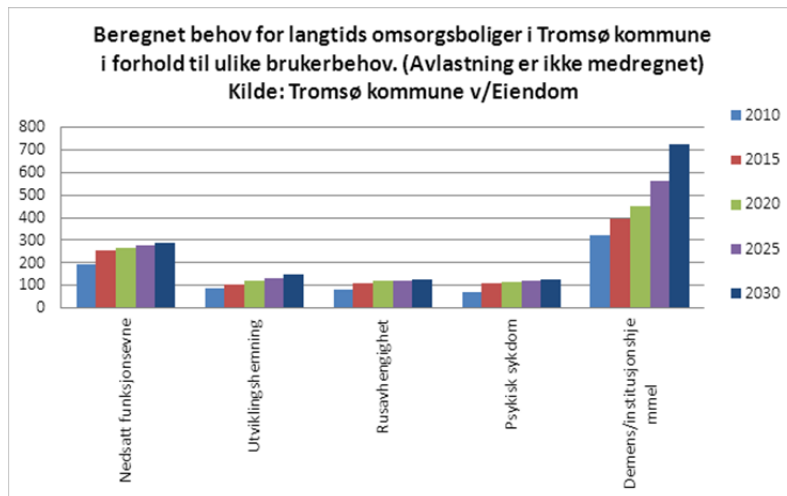
Strategisk eiendomsutvikling Tromsø kommune

Kontaktperson Johnsen, Vivi Ann (vivi.ann.johnsen@tromso.kommune.no)

En av de kommuner som vi kjenner til har kommet lengst i å tenke helse og omsorg i plan, mener vi er Tromsø kommune. Med støtte fra Husbanken laget de en «Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg». De så på både hvordan boliger og velferdssenter kunne fungere som motorer i områdeutviklingen. Samtidig var man opptatt av hva nærmiljøet kunne bidra med av service og rekreasjonsområder for å gjøre hverdagen i sykehjem og velferdssenter mer attraktive.

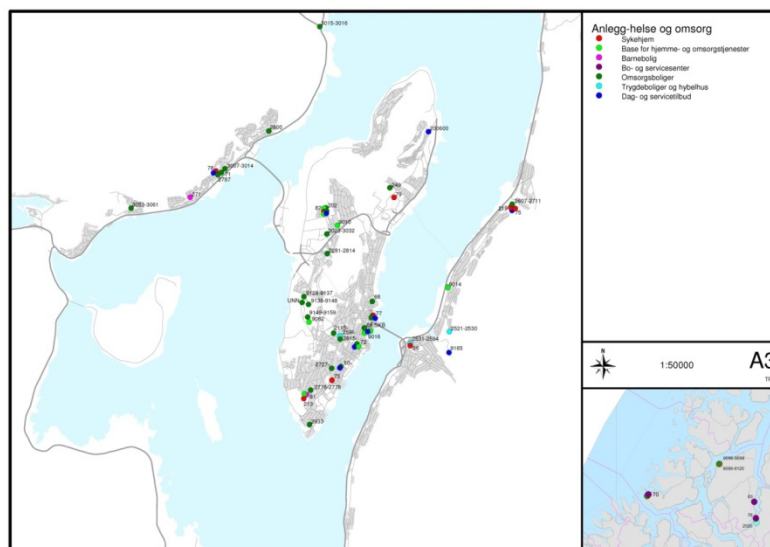


«Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg i Tromsø 2012–2032»

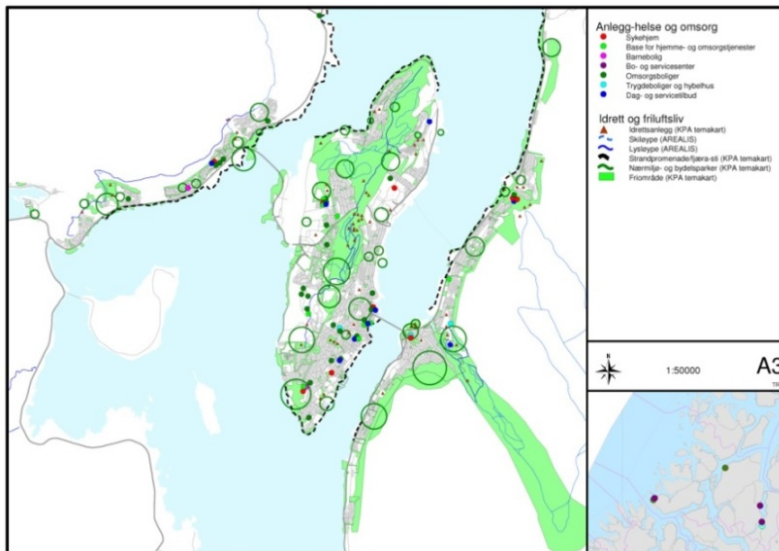


Tabell fra «Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg i Tromsø 2012–2032»

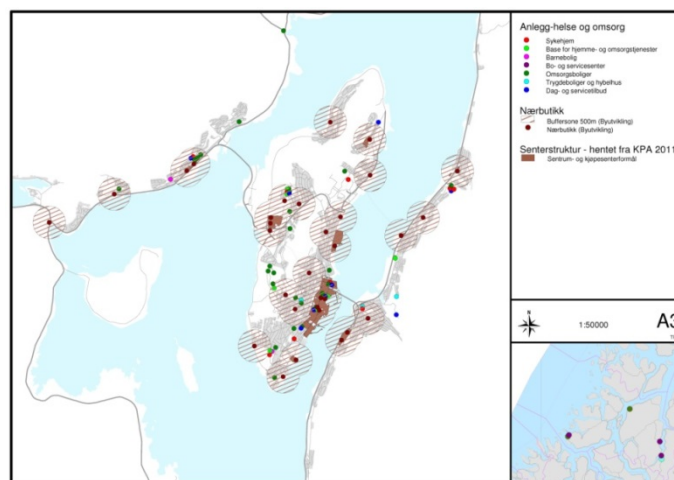
Målet var altså å legge en strategi for en robust eiendomsutvikling for å møte fremtidens bolig-, omsorgs- og pleiebehov på en kostnadseffektiv måte, både med tanke på bygningsmessige tiltak og med tanke på tjenestetilbudet/-utøvelsen.



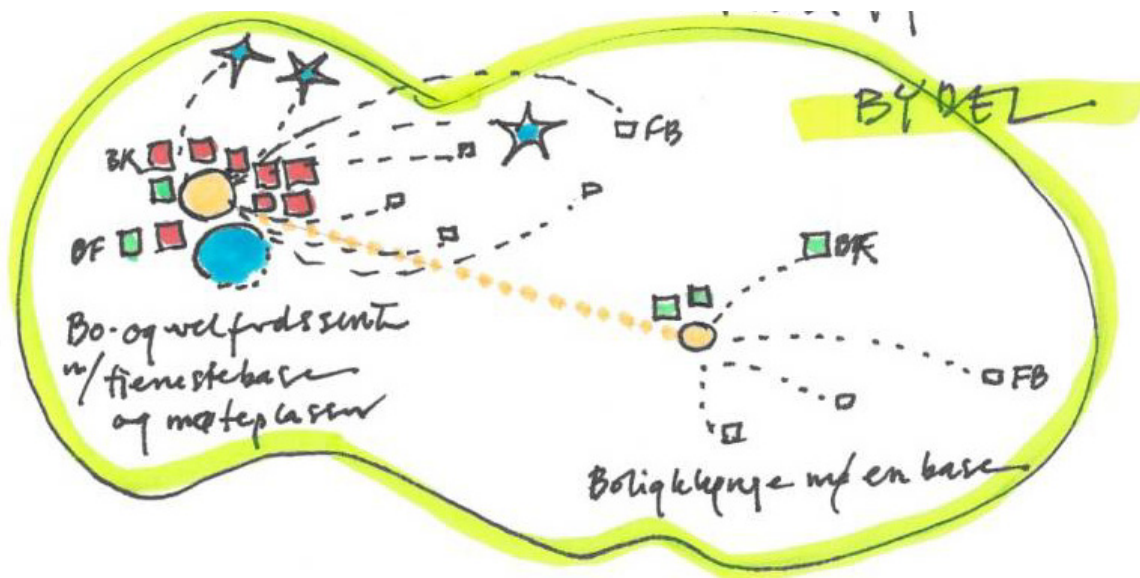
En viktig del av dette planarbeidet var kartlegging og vurdering av egnethet for alle **eksisterende eiendommer som brukes til helse og omsorg**. Hva skal beholdes, omdisponeres til annen brukergruppe, om-/tilbygges eller saneres. Dette var grunnleggende i forhold til anbefaling om videre bruk. Kart og tekst fra «Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg i Tromsø 2012–2032»



Dette er et tradisjonelt folkehelsekart som viser tilgangen til grøntområder, tilrettelagte parker og nærmiljøanlegg, turveier osv. Det er til bruk for drøfting av lokalisering av ulike tiltak. Kart og tekst fra «Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg i Tromsø 2012–2032»



Dette er trolig et like viktig folkehelsekart. Det viser senterdannelsene i Tromsø, alle nærbutikkene – som fungerer som viktige møteplasser for mange! Turen til sentrum, til kjøpesenteret eller på nærbutikken er for mange dagens høydepunkt sosialt, og en opplevelse av mestring! Dette er derfor en viktig premis for lokalisering av tilbud. Kart og tekst fra «Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg i Tromsø 2012–2032»



Videre i dette planarbeidet var det viktig å foreslå aktuell lokalisering av nye helse velferdssenter (BOV). – med boligdel, tjenestebaser og møtesteder for «alle». Dette ut i fra det kartgrunnlaget som vist over. I nærheten av disse helse velferdssentrene etableres boligklynger for yngre og privatfinansierte kollektive seniorboliger. Kart og tekst fra «Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg i Tromsø 2012–2032»

Bo- og velferdssenter blir med dette en viktig del av bydelene:

- Beboere i boligene: personer med behov for heldøgns tjenester, stor andel med kognitiv svikt, men bogruppeorganisert!
- Brukere av senteret: alle på tvers av generasjoner og alle brukergrupper og FRIVILLIGE
- Boliggjøring = de 3 delene fysisk adskilt, men anlegget som sådan skal integreres i nærmiljø, nærmest mulig etablerte bydelsenter og styrke det om mulig
- Offentlig tilgjengelig del må inneholde funksjoner som alle i bydelen kan og vil oppsøke, slik at det fungerer som et møtested

Kommunen avsetter tomt, og anskaffer bygningsmassen. Som hovedregel er kommunen også byggherre og eier selv, men OPS vurderes også for deler av anleggene.

Otium er et nytt sykehjem og omsorgsboliger og er under planlegging. Det skal fungere som en pilot for dette nye konseptet.

Grunnlaget for denne planen ligger i en hjemmebasert omsorgsprofil etter BEON-prinsippet. Dette krever en velutviklet omsorgstrapp med godt koordinerte tjenester som dagsenter, avlastningstilbud etc. Samlokaliserte og tilrettelagte privatfinansierte seniorboliger og kommunale omsorgsboliger kan gi bedre livskvalitet for bruker og mer effektiv drift for kommunen enn en spredt (ene-)boligstruktur.

Programmering av fremtidas tjenestestruktur og byggeprosjekter skal ta utgangspunkt i relevante og fremtidsretta forbilder på bo- og arbeidsformer med

- faglig god og kostnadseffektiv struktur og logistikk (tjenesten),
- god livskvalitet og «hjemmefølelse» for brukerne (boligen),
- der det er aktuelt: stor grad av integrering i lokalsamfunnet

Ulike brukergrupper har ulike behov, tilbudet skal tilpasses bruker – bruker skal ikke tilpasses tilbud.

Målsettingen var videre å identifisere en operativ tomteportefølje, etter følgende prinsipper:

- lokalisering som skaper god byutvikling og legger til rette for rasjonell drift,
- samlokalisering som skaper trivsel, miljø og integrering, og
- sambruk som gir rasjonell bruk av kommunal eiendom.

Porteføljen gir mulighet til å være i forkant av tiltakene (regulering og bygging + mellomløsninger for beboere som må flytte ut). Ha et videre omfang enn lovpålagte kommunale oppgaver. Kommunen skal styre helheten, men samhandle med private for å tilrettelegge gode tilbud.

Det intermediaære tilbudet med behandlings, observasjons- og rehabiliteringsplasser skal styrke en koordinert og helhetlig tjeneste- og tiltakskjede for brukerne. Dette utvikles i samarbeid med UNN og nabokommunene. Til slutt ønsker kommunen å ha fokus på omsorgsteknologi som trygghetsskapende mulighet. Teknologi skal ikke erstatte - men kan frigjøre - hender.

Tekst fra «Strategi for utvikling av eiendommer til helse og omsorg i Tromsø 2012–2032»



Fysisk nærhet mellom ulike tilbud kan støtte valgfrihet og mulighet for deltagelse ulike aktiviteter.

10 Behov for videre forskning

Mange studier peker på effekten av bedre fysisk tilrettelegging og botilbud for personer med demens. SINTEF Notat 16).

Det er begrenset kunnskap om hvilke prosesser og hva slags insitamenter som skal til for å ta utgangspunkt i denne forskningen og utvikle bedre nye typer bygg basert på denne kunnskapen.

Mange studier peker på effekten av person sentrert omsorg (Foessey, Ballard mfl 2006; Chenowet, King mfl. 2009; Rokstad, Røsvik mfl. 2013). Det er også utviklet forskjellige verktøy og veiledningsmodeller for å innføre Personsentrert omsorg i sykehjem (ibid). Vi har ikke funnet noen studier som har implementert disse metodene i stor skala. Vi trenger derfor mer erfaring med hva er det som fremmer endring mot personsentrert omsorg og hvilke forhold er det i de forskjellige organisasjonene som hindrer en slik måte å jobbe på. For å skape en god omsorgskultur med stor grad av personsentrering, så har lederen en avgjørende rolle. Hvilke ansvar og myndighet en leder har, avgjøres i stor grad av organisasjonsform. Vi mangler i dag norske studier som belyser dette temaet.

Det finnes få og så godt som ingen systematisk erfaringsinnhenting fra de løsningene (Bygg og drift) som er prøvd ut. De Nordiske land har ulike regler og anbefalinger, det finnes ikke nordiske studier som sammenligner erfaringer med løsninger på tvers av landegrensene.

Det finnes i liten grad systematisk spredning av de gode ideer. Gode ideer som omhandler både bygg, drift og teknologi. Hvordan kan kommunene i enda større grad lære av hverandre?

Det finnes mange myter om hva som er et kostnadseffektive og moderne institusjonstilbud for sykehjemsbeboere. Disse er i liten grad tuftet på reelle sammenligninger av hva som er både kostnadseffektive og gode løsninger sett fra både beboere og ansattes perspektiv.

Ny teknologi kan bidra til å muliggjøre nye løsninger og byggekonsepter. Fysiske omgivelser som samtidig tilrettelegger for bevegelsesfrihet, deltagelse og opplevelsen av å bo i et hjem. Det er lite tverrfaglig forskning som har målet effekten av de tiltakene som gjøres. Det er få innovasjonsprosjekter som søker å bidra til å utvikle nye svar, i samarbeid med kommuner, og industri.

Uavhengig av hvordan man regner vil antallet personer med demens bli en utfordring for kommuner fremover. Hvilke tiltak som kan virke sykehjems utsettende er derfor av svært stor økonomisk betydning for kommuner. Her trengs mer systematisk etterprøving av effekt av et bredt spekter av tiltak som virker sammen.

Bygg er tunge og stive strukturer, som vil forme hverdagen for ansatte og beboere i mange 10 år fremover, det er derfor svært viktig at man tester og evaluerer ulike type tiltak. Det trengs innovasjon og nye løsninger som bygger på den kunnskapen som finnes om hva som er gode løsninger for personer med demens, og som samtidig søker nye svar sett i lys av den demografiske utfordringen vi står ovenfor.

11 Litteratur

- (2010). "ICD-10 Version: 2010." Retrieved 01.10.2011, 2011, from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F04>.
- (2013). Dementia in Europe - Yearbook 2013, Alzheimereurope.
- Bascon, D. A., Copenhagen Living Lab og OK-Fonden i samarbejde med Erhvervs- og Byggestyrelsen, Realdania, Socialministeriet, RUMarkitekter, Institut for Arkitektur, Design & Media Teknologi Aalborg Universitet (2010). Modelprogram for plejeboliger. København, Erhvervs- og Byggestyrelsen og Realdania.
- Bauer, M., D. Fetherstonhaugh, L. Tarzia, R. Nay and E. Beattie (2014). "Supporting residents' expression of sexuality: the initial construction of a sexuality assessment tool for residential aged care facilities." BMC Geriatrics **14**: 82.
- Berger, E. Y. (1980). "A system for rating the severity of senility." Journal of the American Geriatrics Society **28** (5): 234-235.
- Bogen, H. and K. Høyland (2006). Egen bolig - også når helsa svikter?: evaluering av nye omsorgsboliger for hjelpetrequende eldre. Trondheim, SINTEF byggforsk.
- Brooker, D. (2004). "What is person-centered care in dementia?" Reviews in Clinical Gerontology **13**(3): 215-222.
- Brownie, S. (2011). "A culture change in aged care: The Eden Alternative." Australian Journal of Advanced Nursing **29**(1): 63-68.
- Brownie, S. and S. Nancarrow (2013). "Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review." Clin Interv Aging **8**: 1-10.
- Chenoweth, L., M. T. King, Y. H. Jeon, H. Brodaty, J. Stein-Parbury, R. Norman, M. Haas and G. Luscombe (2009). "Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial." Lancet Neurol **8**(4): 317-325.
- Christensen, K., M. Thinggaard, A. Oksuzyan, T. Steenstrup, K. Andersen-Ranberg, B. Jeune, M. McGue and J. W. Vaupel (2013). "Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart." Lancet.
- Coleman, M. T., S. Looney, J. O'Brien, C. Ziegler, C. A. Pastorino and C. Turner (2002). "The Eden Alternative: findings after 1 year of implementation." J Gerontol A Biol Sci Med Sci **57**(7): M422-427.
- Cox, J. (2003). Why do we ignore these ethical issues? Journal of dementia care: 25-28.
- Eng B., (2015) Blir nye omsorgssenter og sjukehjem det de var planlagt å bli? En casestudie av Sørvald Bo- og behandlingssenter. Masteroppgave levert NTNU juni 2015.
- Engedal, K. and P. K. Haugen (2006). Demens - fakta og utfordringer. Tønsberg, Norway, Forlaget Aldring og helse.
- Fossey, J., C. Ballard, E. Juszczak, I. James, N. Alder, R. Jacoby and R. Howard (2006). "Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial." BMJ **332**(7544): 756-761.
- Grabowski, D. C., A. J. O'Malley, C. C. Afendulis, D. J. Caudry, A. Elliot and S. Zimmerman (2014). "Culture change and nursing home quality of care." Gerontologist **54 Suppl 1**: S35-45.
- Hansen, A. and Y. S (2011). "Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?" Sykepleien Forskning **6**(1): 36-43.
- Harris, D. (2007). "Forget me not: palliative care for people with dementia." Postgrad Med J **83**(980): 362-366.
- Hauge, S. (2004). Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? Ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim. PhD Mongrafi, University of Oslo.
- Høyland, K. (2001). Ny sykehjemsmodell, et bedre tilbud: erfaringer fra tre nye sykehjem. Trondheim, SINTEF, Bygg og miljø, Arkitektur og byggtknikk.

- Kitwood, T. and S. Benson (1995). Cultures of care: tradition and change. The new culture of dementia care. London, UK, Hawker Publications Ltd: 7-11.
- Kitwood, T. and K. Bredin (1992). "Towards a theory of dementia care: personhood and well-being." Ageing Soc **12**: 269-287.
- Koren, M. J. (2010). "Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement." Health Aff (Millwood) **29**(2): 312-317.
- Lintern, T. (2000). "Training is not enough to change care practice." Journal of dementia care **March/April**.
- Lithfous, S., A. Dufour and O. Despres (2013). "Spatial navigation in normal aging and the prodromal stage of Alzheimer's disease: insights from imaging and behavioral studies." Ageing Res Rev **12**(1): 201-213.
- Lunde, L.-H., M. Munch and M. Skram (2012). Marte Meo - praktikerutdanning i omsorg for personer med demens. Bedre hverdag for personer med demens - Utviklingsprogram for miljøbehandling. A. M. M. Rokstad. Tønsberg, Forlaget Aldring og helse: 109 - 133.
- Marquardt, G. (2011). "Wayfinding for people with dementia: a review of the role of architectural design." HERD **4**(2): 75-90.
- Matthews, F. E., A. Arthur, L. E. Barnes, J. Bond, C. Jagger, L. Robinson, C. Brayne, F. on behalf of the Medical Research Council Cognitive and C. Ageing (2013). "A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II." Lancet.
- McCormack, B. (2003). "A conceptual framework for person-centred practice with older people." International Journal of Nursing Practice **9**(3): 202-209.
- Monacelli, A. M., L. A. Cushman, V. Kavcic and C. J. Duffy (2003). "Spatial disorientation in Alzheimer's disease: the remembrance of things passed." Neurology **61**(11): 1491-1497.
- Møller, K. and M.-A. Knudstrup (2008). Trivsel i plejeboligen: en antologi om trivselsfaktorer i plejeboliger. Odense, Syddansk Universitetsforlag.
- Nolan, M., S. Davies and J. Brown (2006). "Transitions in care homes: towards relationship-centred care using the 'Sense Framework'." Quality in Ageing **7**(3): 5-14.
- Nygård, A. M. (1991). Demente i samfunnet - Når hverdagen trenger sikkerhetsnett. GerArt nr. 5-91. N. G. Institutt. Oslo, Norsk Gerontologiske Institutt.
- Ott, A., M. M. Breteler, F. van Harskamp, J. J. Claus, T. J. van der Cammen, D. E. Grobbee and A. Hofman (1995). "Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study." BMJ **310**(6985): 970-973.
- Pai, M. C. and W. J. Jacobs (2004). "Topographical disorientation in community-residing patients with Alzheimer's disease." Int J Geriatr Psychiatry **19**(3): 250-255.
- Prince, M., R. Bryce, E. Albanese, A. Wimo, W. Ribeiro and C. P. Ferri (2013). "The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis." Alzheimers Dement **9**(1): 63-75 e62.
- Refsnes, L., L. Nebb and T. Gilde (2013). Eden Alternative Ny omsorgsfilosofi i pleie- og omsorgtjenesten i Åfjord kommune. Åfjord, Nord-Trøndelag, Åfjord Kommune.
- Ringsby-Jansson, B. (2002). Vardagslivets arenor: om människor med utvecklingsstörning, deras vardag och sociala liv. Göteborg, Universitetet.
- Robinsen, J. W. (2006). Institution and Home: Architectural as a Cultural Medium. Amsterdam, Techne Press.
- Rokstad, A. M. (2012). Bedre hverdag for perosner med demesn. Tønsberg, Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad, A. M., J. Rosvik, O. Kirkevold, G. Selbaek, J. Saltyte Benth and K. Engedal (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." Dement Geriatr Cogn Disord **36**(5-6): 340-353.
- Rokstad, A. M. M. (2004). "Dementia Care Mapping - En metode for kvalitetssikring av omsorg for personer med demens." Demens **8**(2): 7-9.

- Rosvik, J., K. Engedal and O. Kirkevold (2014). "Factors to Make the VIPS Practice Model More Effective in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents with Dementia." Dement Geriatr Cogn Disord **37**(5-6): 335-346.
- Røen, I. and M. Storlien (2015). Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen. Tønsberg, Norway, Forlaget Aldring og helse.
- Rosvik, J., D. Brooker, M. Mjorud and Ø. Kirkevold (2013). "What is person-centred care in dementia? Clinical reviews into practice: the development of the VIPS practice model." Reviews in Clinical Gerontology **23**(02): 155-163.
- Selbaek, G. and K. Engedal (2012). "Stability of the factor structure of the Neuropsychiatric Inventory in a 31-month follow-up study of a large sample of nursing-home patients with dementia." Int Psychogeriatr **24**(1): 62-73.
- Selbaek, G., O. Kirkevold and K. Engedal (2006). "The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes." Int J Geriatr Psychiatry.
- Testad, I., A. Corbett, D. Aarsland, K. O. Lexow, J. Fossey, B. Woods and C. Ballard (2014). "The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review." Int Psychogeriatr **26**(7): 1083-1098.
- Torvik, K., S. Kaasa, O. Kirkevold and T. Rustoen (2009). "Pain in patients living in Norwegian nursing homes." Palliat Med **23**(1): 8-16.
- van der Steen, J. T., L. Radbruch, C. M. Hertogh, M. E. de Boer, J. C. Hughes, P. Larkin, A. L. Francke, S. Junger, D. Gove, P. Firth, R. T. Koopmans, L. Volicer and C. European Association for Palliative (2014). "White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care." Palliat Med **28**(3): 197-209.
- van Dijck-Heinen, C. J. M. L., E. J. M. Wouters, B. M. Janssen and J. van Hoof (2014). "A sense of home through the eyes of nursing home residents." International Journal for Scientific Research and Development **1**(4): 57-69.
- Vladeck, B. C. (2003). "Unloving Care Revisited: The Persistence of Culture." Journal of Social Work in Long-Term Care **2**(1/2): 1-9.
- Wergeland, J. N., G. Selbæk, S. Bergh, U. Soederhamn and Ø. Kirkevold (2015). "Predictors for Nursing Home Admission and Death among Community-Dwelling People 70 Years and Older Who Receive Domiciliary Care." Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra **5**(3): 320-329.
- Woods, B., T. Kitwood and S. Benson (1995). The beginnings of a new culture in care. The new culture of dementia care. London, UK, Hawker Publications Ltd.
- Woods, R. T. (2001). "Discovering the person with Alzheimer's disease: cognitive, emotional and behavioural aspects." Aging Ment.Health **5 Suppl 1**: S7-16.

ER SMÅTT ALLTID GODT I DEMENSOMSORGEN?

OM BO- OG TJENESTETILBUD FOR PERSONER MED DEMENS

Andelen av eldre med demens øker i befolkningen. Hvordan kan kommunene organisere framtidens boliger og tjenester slik at vi får gode og kostnadseffektive omsorgstilbud for denne voksende gruppen? Kanskje det er på tide å tenke litt nytt.

Rapporten skisserer framtidsrettede modeller for demensomsorg i kommunene, hvor en personsentrert omsorg står i sentrum. Den sammenfatter studier fra dagens kunnskapsstatus og en rekke casestudier i inn- og utland, og gir elleve konkrete eksempler på boløsninger med muligheter.