



GODE BOTILBUD

Kurt Møller fra Danmark.

Ingrid Hellström og Britt Almberg fra Sverige

Åse Ribe og Birger Lillesveen fra Norge

Innledning

I både Sverige, Danmark og Norge er det tilrettelaget botilbud for personer med demens. Sverige bruker betegnelsen særskilt boende, danskene demensboliger og i Norge er betegnelsene mange slik som skjermet enhet, bokollektiv og tilrettelagte plasser. Organiseringen av disse enhetene (tilrettelagte plasser) er ulik i de nordiske land. I alle våre land er det i hovedsak kommune som har ansvar for de ulike boformer, unntaket er Sverige hvor sykehjemmene er drevet av fylkene.

Denne rapporten handler om en generell beskrivelse av de boligmessige forhold til personer med demens. Det er eksempler på fysisk utforming, boareal, fellesareal, uteareal og litt om organisering av tilrettelagte tilbud. Rapporten konkluderer ikke nødvendigvis med de beste eksemplene fra hvert land, men de representerer et bilde av tilbudene i de ulike land. Rapporten tar heller ikke stilling til driftsform, men har forsøkt å beskrive eksempler fra de ulike driftsformene fra alle landene.

Siden begynnelsen av 1980-tallet har det vært en utvikling i retning av å bygge små tilrettelagte botilbud for personer med demens. Det er i dag stor enighet i fagmiljøet om at små og oversiktlige boenheter med stabilt personell er den mest hensiktsmessige boformen for denne pasientgruppen. Det er viktig for kvaliteten på botilbudet at tilbudet gis i en ramme som sikrer kontinuitet i oppfølgingen. Hvilke løsninger som er valgt i de enkelte land er noe forskjellig, men trenden følger eksempelet at "smått er godt". Noe modellene i denne rapporten er et bevis for.

I våre nordiske land er det i hovedsak kommunene som har ansvaret for botilbudet, det medfører at tilbudet ofte blir avhengig av den enkelte kommunes avveining mellom faglige og økonomiske hensyn.

Situasjonen i Norge

Fra 1994 har det i Norge vært en stor utbygging av ulike typer botilbud for eldre, - fra omsorgsboliger - til sykehjem. De tilrettelagte tilbudene til personer med demens er enten bygd som omsorgsboliger i bokollektiv/bofellesskap eller som skjermet enhet i sykehjem.

Den Norske Stats Husbank har stått for forvaltning av de statlige tilskudd til kommunene, samt hatt et stort ansvar i veiledning og kvalitetsvurdering av prosjektene. I forbindelse med byggeprosjektene for personer med demens, har vi lagt vekt på å finne planløsninger som gjør hverdagen lettere med hensyn til orienteringsproblemer.

I Norge har Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens gjennomført tre undersøkelser om tilbudet til personer med demens i norske kommuner. Den første ved årsskiftet 1996-1997, den andre ved årsskiftet 2000-2001 og den siste i 2004/2005. Ansvarlige for undersøkelsene har vært Arnfinn Eek og Aase-Marit Nygård.

Tilrettelagte botilbud for personer med demens

I dag har om lag 90 prosent av landets kommuner et tilrettelagt tilbud for personer med demens mot 72 prosent i 1996-1997. Blant de kommunene som i dag ikke har tilrettelagte tilbud er mange av landets minste kommuner i folketall.

Tabell 1. Tilrettelagte plasser for personer med demens samlet

	1996/1997	2000/2001	2004/2005
Plasser skjermet enhet	4 478	5 977	7 724
Plasser bokollektiv omsorgsbolig	247	789	1268
Plasser bokollektiv aldershjem	218		
Plasser bokollektiv (andre)	609	728	86
Antall plasser samlet	5 334	7 494	9 296
Dekningsgrad 80 år +	2,96 %	3,81 %	4,39 %
Dekningsgrad personer med demens	8,95 %	11,84 %	14,00 %

Antall plasser i tilrettelagte botilbud har økt med 74 prosent til nærmere 9 300 (tabell 1). I samme periode har antall personer med demens, ut fra internasjonale forekomsttall, økt med over 11 prosent og beregnes i dag til ca 66 000 personer i Norge.

Dekningsgraden av tilrettelagte botilbud sett i forhold til personer med demens, har dermed økt fra ca 9 til 14 prosent.

Tabell 2. Skjermede enheter (SE) for personer med demens

	1996/1997	2000/2001	2004/2005
Andel kommuner med SE	70,1 %	80,0 %	84,8 %
SE/plasser i sykehjem	13,3 %	16,4 %	20,3 %
Antall plasser i SE	4 478	5 977	7 724
Andel av 80 år +	2,5 %	3,0 %	3,6 %
SE tilbud/personer med demens	7,5 %	9,4 %	11,6 %
Sykehjems plasser	33 764	36 554	38 118
Befolkning 80 år +*)	180 322	196 901	211 741
Forekomst av demens*)	59 597	63 296	66 406
Dekningsgrad sykehjem 80 år +	18,7 %	18,6 %	18,0 %

Vi har plukket ut her fem eksempler på gode tilrettelagte botilbud for denne gruppen.

De er alle hjemlet som sykehjem under kommunehelsetjenesteloven. Det finnes imidlertid liknende prosjekter som omsorgsboliger i bokollektiv.

Tre av eksemplene er hentet fra Husbankens eksempelsamling: Nye eksempler på omsorgsboliger og sykehjem HB 7,F.31 2001. Flere eksempler kan finnes på Husbankens www.husbanken.no

Spesielt tilrettelagte dagtilbud for personer med demens

Spesielt tilrettelagte dagtilbud er et godt tilbud for personer med demens og ikke minst kan det bidra til nødvendig avlastning for pårørende.

I undersøkelsene til Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens spørres det også etter spesielt tilrettelagte dagsenter eller dagsenterplasser. De tar utgangspunkt i at ca 50 prosent av personer med demens bor utenfor institusjon, og finner da at under fire prosent har et tilrettelagt dagtilbud (tabell 3)

Tabell 4. Tilrettelagte plasser i dagsenter for personer med demens samlet

	1996/1997	2000/2001	2004/2005
Andel kommuner med dagtilbud	18,2 %	23,0 %	24,0 %
Antall kommuner med dagtilbud	79	100	104
Antall brukere totalt*)	671	1 377	1 540
Hjemmeboende personer med demens**)	29 799	31 648	33 203
Dekningsgrad	2,3 %	4,4 %	3,9 %

*)Disse tallene er beheftet med noe usikkerhet spesielt er rapporteringen fra de store byene usikker. **) Hjemmeboende personer med demens beregnet til 50 prosent av totalforekomsten.

Eksempel på dagsenter er beskrevet under Skyrud demenssenter og Bjønnesåsen bo- og behandlingssenter. I tillegg er et eksempel på et annerledes dagtilbud tatt med, det er ambulering dagtilbud i Trondheim kommune. Tilbudet består i at hjelperne kommer hjem til den enkelte pasient og ”skreddersyr” aktiviteten ut fra den enkeltes interesse og behov.

Referanser

EEK.A. Nygård Aa.M. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens i norske kommuner, foreløpig rapport 2005.

Grefsrød.E.E. Eldres liv og hagens visdom. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2002.

Holthe. T. Kryss i taket. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2002.

EEK.A. Nygård. Aa.M. Innsyn og utsyn, tilbud til personer med demens i norske kommuner. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 1999

Nye eksempler på omsorgsboliger og sykehjem. En eksempelsamling fra Husbanken. Mai 2001

Situasjonen i Sverige

Personer med demenssjukdom inom särskilt boende

I Sverige omfattar särskilt boende för äldre många former av boende med särskild service och omvårdnad. Det krävs biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL) för att få flytta till ett särskilt boende. Antalet lägenheter i särskilda boenden kommer att minska i landet då det i kommunerna pågår en process att omdefiniera servicelägenheter till ordinärt boende. Kvarboende i det egna hemmet ökar med stöd av insatser i form av dagvård, korttidsboende, anhörigstöd, tekniska hjälpmedel och bättre läkemedel. Detta innebär att flyttning till demensboende i dag ofta sker sent i demenssjukdomen och att man blir kvar under hela sjukdomstiden.

År 2002 fanns cirka 115 500 platser i särskilt boende för äldre. Speciellt avdelade platser år 2002 för personer med demenssjukdom var 23 500, cirka 20 procent av samtliga platser. De flesta är platser på gruppboende. Gruppboende är utformade som mindre enheter med närhet mellan boende och personal. *En plats där den demenssjuka personen tillsammans med de medboende, personal och anhöriga kan finna en naturlig gemenskap, en naturlig livsrytm mellan aktivitet och vila och där stor hänsyn kan tas till den demenssjuka personens individuella förutsättningar att klara det dagliga livet.* (Ds 2003:47, sid 119). Personer med demenssjukdom är den dominerande gruppen i det särskilda boendet. Antalet äldre med demenssjukdomar dominerar även övriga former av särskilt boende. Cirka 80 procent av de boende på sjukhem och cirka 50 procent i övriga särskilda boenden har en demenssjukdom eller en kognitiv störning. Socialstyrelsen visar på att äldre som flyttar till särskilt boende bor en längre tid där. Detta gäller särskilt för personer med demenssjukdom. Personer med demenssjukdom bodde i snitt 4,34 år i särskilt boende, de utan diagnostiserad demenssjukdom 3,38 år, i snittet för alla särskilda boenden var 3,58 år.

Antagande om demenssjuka personer i särskilt boende år 2002

	Antalet platser	Antalet demenssjuka	Antalet demenssjuka
Sjukhem	29 000	80%	23 000
Demensboende	23 500	100%	23 500
Övriga äldreboenden	65 000	50%	32 000
Summa	115 000		78 500

Källa: Socialstyrelsens skattningar år 2000, Socialtjänststatistik 2002, Demensenkäten 2002. (Ds 2003:47, sid 116).

Kvalitetsaspekter i demensboendet

Socialdepartementet tar i rapporten, På väg mot en god demensvård (Ds 2003:47) upp att följande faktorer ofta nämns i svenska studier som viktiga förutsättningar för kvalitet i demensboende.

Att de boende är ordentligt utredda och får adekvat medicinsk behandling för att man ska kunna ge adekvat innehåll i vården.

Att gruppen inte är för blandade i olika symtombilder och stadier i sjukdomen.

Att miljön underlättar samvaro och olika aktiviteter som skapar trygghet.

Att innehållet i vården bygger på en god omvårdnad och är speciellt anpassad till de demenssjukas behov, så att t.ex. orienteringsförmåga, social aktivitet, närhet, säkerhet och hemkänsla vidmakthålles.

Att vården måste bygga på att personalen har kunskap och tilläts ha ansvar för en hög individualiserad omsorg,

Att det finns ett nära samarbete med anhöriga.

En viktig tanke inom den vård och omsorg som bedrivs på ett gruppboende för personer med demenssjukdom bygger på de dagliga aktiviteterna. Det gäller både den egna personliga omvårdnaden och andra dagliga

hushållssysslor i boendet. En andra viktig grundtanke är att vardagens aktiviteter bygger på den relation som finns mellan personalen och de boende. Genom att personalen ger ett bra bemötande och tar tillvara på det friska hos varje person så ökar tryggheten och livskvaliteten (Melin Emilsson 1998). Den vård och omsorg som bedrivs på ett gruppboende drivs av en tredje viktig grundtanke, nämligen hemligheten. Gruppboendet är på sätt och vis en rekonstruktion av de äldres egna hem (Öhlander 1999). Dels möblerar de äldre, tillsammans med anhöriga, sina egna lägenheter, dels möblerar personalen de gemensamma utrymmena på ett hemligt sätt, gärna i en stil som var modern när de äldre var yngre och aktiva.

Källor

Melin Emilsson U. Vardag i olika världar. Om dementa och vårdbiträden på tre gruppboenden. Lund Studies in Social Welfare, 1998.
Länsstyrelsen Östergötland Arbetsmaterial 2006
Statistiska centralbyrån. <http://www.scb.se/>
Socialstyrelsen. Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? Stockholm, Socialstyrelsen, 2001.
Socialdepartementet. På väg mot en god demensvård. Stockholm, Socialdepartementet, 2003, Ds 2003:47.
Socialstyrelsen. Boende och vårdinsatser för personer med demenssjukdom. Stockholm, Socialstyrelsen, 2005.
Äldrecentrum Östergötland. Demensnätverket. http://e.lio.se/aldrecentrum/Publicerat/Rapporter/orgpdfRapport_demensntv_A4.pdf
Öhlander M. Skör verklighet. En etnologisk studie av demensvård i gruppboende. Lund, Studentlitteratur, 1999.

Situasjonen i Danmark

Viden om gode boligtilbud til ældre med demens

Indledning

I de nordiske lande er der i de senere år blevet bygget et stort antal boliger til plejekrævende ældre. En vigtig del af dette har været fokus på at bygge plejeboliger der er velegnede til demente ældre. Væksten i boliger til demente ses i de tabeller som er andetsteds i denne rapport.

For demente ældre er der en række forhold der skal tages i betragtning vedrørende boligens udformning og indretning. Udformning og indretning af boligen har stor betydning for de fleste menneskers trivsel. Det gælder også for ældre og især også for demente ældre, da demenssygdommen medfører en række forringelser af den ældres hukommelse, koncentrationsevne og funktionsevne.

I det følgende opridses en række forhold, der er væsentlige for udformning og indretning af boliger for demente ældre. Det skal naturligvis understreges, at de boligmæssige forhold ikke kan ses isoleret, men hænger sammen andre elementer så som personalets adfærd, den pleje der ydes, osv., ligesom ældres individuelle værdier og præferencer stadig vil have betydning for, hvad man trives med.

De forhold, der fremlægges i denne rapport, baserer sig hovedsageligt på to nyere publikationer samt foreløbige resultater fra en kommende, endnu ikke offentliggjort publikation, som alle inddrager nordisk og anden international litteratur. Det drejer sig om en vejledning om ældreboliger for demente udgivet af By- og Boligministeriet i Danmark (Høeg 2001), og en rapport om indretning af plejecentre for svage ældre og mennesker med demens udgivet af Socialministeriet (Terkildsen 2004). Endelig indgår nogle udvalgte og foreløbige resultater fra en litteraturgennemgang foretaget i forbindelse med forskningsprojektet Trivsel og Boligform (Henriksen og Møller 2005). Så selv om der er tale om danske publikationer, er den viden der fremlægges af nordisk/international oprindelse og relevans. For detaljeret viden henvises til disse kilder. Det skal bemærkes, at krav til tilgængelighed, arbejdsmiljø, brandkrav mv. ikke berøres her, idet der forefindes detaljerede vejledninger vedrørende disse mere tekniske specifikationer og krav, ligesom disse formentlig varierer mellem landene.

Demensboligen: Sammenhæng mellem bolig, pleje og beboer

Boliger for demente drejer sig ikke kun om de fysiske rammer som boligen udgør, men skal i høj grad også ses i relation til den pleje som tilbydes. Forskningen har således fokuseret på, hvad der skal til for at en bolig kan karakteriseres som en bolig for demente. Der eksisterer ikke en entydig standard, men en række forhold kan udledes som væsentlige for at en bolig kan karakteriseres som demensbolig og således som en bolig, der fremme dementes trivsel (Henriksen & Møller):

- Diagnosespecifik adgang (separation af demente og non-demente)
- Specialiserede aktivitets- og plejeprogrammer (sansestimulering, særlige terapiformer mv.)
- Specialuddannet personale
- Mindre selv bærende enhed (decentral ledelse)
- Demensorienteret design

Disse forhold har dels betydning i sig selv, men i høj grad også når de tænkes sammen, det vil sige, når alle disse forhold integreres i den enkelte boenhed.

Forskningen peger entydigt på, at demente beboere skal separeres fra ikke-demente beboere. Både demente beboere og ikke-demente beboere trives bedre ved at være separeret end integreret i samme bomiljø.

Specialiserede aktivitetsprogrammer og specifikke plejeprogrammer målrettet den specifikke målgruppe viser sig at have stor positiv effekt på de dementes trivsel. Ligeledes udpeges specialuddannet personale som værende

helt afgørende for de dementes trivsel i boligen. Decentralisering af bl.a. ledelse øger mulighederne for at udvikle et bomiljø, der minder om hjem- og familielignende principper, idet dette giver personale og beboere udbredt indflydelse på tilrettelæggelse af hverdagen.

Forskningen viser endelig, at demens-orienteret udformning og indretning af de fysiske rammer har betydning for de demente beboers trivsel. Det er denne fysiske del af demensboligen, som uddybes i det følgende.

Demensboligens udformning og indretning

Blandt de forhold, som boligen til demente ældre skal tage højde for, er fx svigtende hukommelse, synsproblemer, høreproblemer, orienteringsproblemer, problemadfærd (aggressivitet, vandring mv.). Dette er dels forhold som ældre i plejeboliger generelt præges af, dels forhold der er specifikke for demente ældre.

Generelle forhold ved demensboligen

Hjemlighed

Forskningen peger entydigt på, at hjemlighed er et tværgående tema for udformning og indretning af boligen til demente. Hjemlighed fremmer trivslen generelt i plejeboliger, og specifikt for demente ældre, idet disse har vanskeligere ved at tilpasse sig nye situationer og nye omgivelser, ligesom genkendelighed fremmer de dementes trivsel.

Planløsning

Entydighed og oversigtlighed er væsentlige elementer i planløsningen. Herunder hører placeringen af fællesarealer i forhold til den enkeltes private bolig, hvor fællesarealet bør ligge centralt således at de enkelte boliger har direkte udgang og udsyn hertil. Ligeledes skal gangarealer gerne undgås og eller være så korte som muligt.

Antal beboere

Antallet af beboere i boenheder for demente har været genstand for en del fokus i forskningen den erfaringsbaserede del af litteraturen, og generelt anbefales en størrelse på 6-12 beboere i den enkelte boenhed. Den mindre og specialdesignet boenhed forbedrer problemadfærd (dæmper bl.a. aggressivitet) forøger mobilitet (selvhjælp) reducerer medicinforbrug (og psykiske problemer) og generelt forbedrer livskvalitet og trivsel (bl.a. gennem styrkelse af selvfølelse) (Henriksen & Møller 2005).

Plads til pårørende

På forskellig vis kan plejemiljøet tilsikre plads til pårørende. Det gælder fx muligheden for mindre grupper i fællesarealer, køkkenniche i den private bolig, et fælles gæsteværelse til overnattende pårørende mv.

Lys og belysning

Der skal sikres tilstrækkelig belysning i alle områder, idet demente ofte har ekstra nedsat synsevne. Det drejer sig om både naturligt lys fra vinduer og kunstigt lys. Endvidere er det vigtigt at lysindfald mv. designes således at blænding og genskin undgås, ligesom for store vinduespartier medfører overopvarmning om sommeren. Vinduer bør placeres således at de giver mulighed udsyn til fx natur, aktivitet i by, fællesarealer mv.

Farver

Farvesætningen af demensboliger påpeges fra flere sider at have stor betydning. Demente har en anderledes farveperception, ligesom visse farver kan have en adfærdsregulerende effekt, herunder dæmper aggressioner og give tryghed. Farvevalget kan endvidere medvirke til at sikre orienteringsmulighederne. Kontraster i farvevalg kan udnyttes til at befordre rumopfattelsen, fx ved at gulve er mørkere end vægge, døre er forskellige fra vægge, kontrast mellem dør og dørhåndtag. Centralt er også dementes typiske reducerede dybdeperception, hvilket fx gør, at meget mørke områder i gulvet kan opfattes som huller eller niveauforskelle.

Skiltning

For at bidrage til gode orienteringsmuligheder, samt klare markeringer af fælles og private områder, skal skiltning anvendes. Skiltning er ikke kun traditionel skiltning (så som ordskilte, pictogrammer mv.), men også landmarks og andre markører (herunder også personlige markører). Skiltning skal anvendes meget bevidst og præcist, idet for meget skiltning kan forvirre den demente.

Sansemiljøer/terapirum

Sansemiljøer eller terapirum, så som reminiscensrum og snoezelen-rom kan virke trivselsfremmende, og sådanne rum kan med andre ord med fordel indgå som en del af fællesarealet (det skal bemærkes, at vedrørende bl.a. reminiscens er der ikke entydig dokumentation for denne terapiforms effekt, og derfor har Styrelsen for Social Service i Danmark bl.a. igangsat et større forskningsprojekt herom).

Udeareal

Fra forskningen kan der udledes en række væsentlige principper for udformning og indretning af udearealet, og flere af disse gælder også for demente. Demente stiller dog nogle særlige krav vedrørende udearealet, herunder vedrørende sikkerhed, orienteringsmuligheder og sansestimulering.

For den demente beboer er det således særligt vigtigt, at udearealerne tilgodeser:

Tryghed og sikkerhed (dvs. et lukket anlæg)

Hjælp til orientering (markører, stier, pejlemærker etc.)

Stimulering af erindring, modvirke kedsomhed (fx gennem aktiviteter så som havearbejde, vasketøj, blomster, pasning af dyr)

Sansestimulering (blomster, krydderurter, farver)

Vandring (markerede cirkulære vandrestier)

Fællesarealer

Med fællesareal tænkes her på det indendørs areal, som beboerne har fælles, dvs. ikke beboerens eget, private værelse/lejlighed og heller ikke arealer for personalet.

Fællesarealet har stor betydning for demente beboere, idet demente i stor udstrækning søger fællesskabet og dette i stigende grad i takt med demenssygdommens progression. Visse steder inden for forskningen anbefales ligefrem at prioritere indretningen af fællesarealerne højere end indretningen af den enkelte privates bolig.

Fællesarealet bør have en størrelse på ca. 100 kvm. til en beboergruppe på 6-8 demente.

Fællesarealet skal være centralt placeret, i et åbent plan der sikrer synlighed fra de enkelte private boliger/værelser. Fællesarealet bør også have sikrede udgange.

En mindre spiseregion/køkken bør placeres som det centrale midtpunkt i fællesarealet

Der bør være mulighed for at etablere minde sub-miljøer og siddegrupper i fællesarealet.

Eventuelle gangarealer skal være med cirkulære gange og ikke lange lige gange.

Der bør fra fællesarealerne være direkte adgang til sikrede og specialindrettede udearealer.

Køkken og spiseområde

Køkken og spiseområdet udpeges som det ene af to meget vigtige steder i fællesarealet. Disse steder rummer terapeutisk potentiale.

Udover at demente ofte har problemer med fødeindtagelse (med under-/fejlnæring til følge) er køkkenet af stor vigtighed, idet det danner rammen om meningsfulde og velkendte aktiviteter, som den demente kan deltage i eller iagttage, ligesom dufte fra nylavet mad stimulerer appetitten. Køkkenet besidder med andre ord en

terapeutisk og sansestimulerende potentiale og kan befordre beboerens følelse af hjemlighed som er afgørende for trivslen. Køkkenet bør indrettes hjemligt.

Den private bolig

Privathed er af flere årsager afgørende for beboernes livskvalitet. Det er derfor vigtigt, at en del af plejeenheden er beboerens private område.

Entré

Det er vigtigt, at entreen klart markerer overgangen mellem det fælles og det private, således at den demente beboer kan skelne sin private bolig fra fællesarealet, ligesom personlige markører bør anvendes, således at andre beboere utilsigtede brud på privatheden forebygges. Personlige markører kan fx være glasmonter med beboerens personlige genstande, fotos mv.

Badeværelse/toilet

Badning er ofte i praksis en af de mest stressende aktiviteter for demente, og på den anden side en aktivitet der har vist sig at kunne bidrage til fysisk og følelsesmæssig velvære, og have en angstdæmpende effekt. Hensigtsmæssig indretning af badeværelset er derfor af stor vigtighed, hen under at gøre badeværelset hjemligt og undgå dominans af institutionspræg og af tekniske hjælpemidler.

Opholdsrum/soverum

Den private boligs opholdsrum (stue/soveværelse) bør møbleres hjemligt, det vil sige med møbler og genstande, der matcher den enkeltes hidtidige liv og hjem.

Mindre køkkenniche

Demente beboere vil oftest i praksis ikke selv bruge eventuelt køkkenfaciliteter i egen bolig. En lille køkkenniche kan dog være en god ide, idet den dels bidrager til hjemligheden af boligen, dels faciliteter samvær med pårørende.

Afslutning

Som det er fremgået er der på en række områder solid viden - primært fra forskning og sekundært fra erfaringsbaserede kilder - om, hvad der har betydning for den demente trivsel i plejeboligen. Der er mange forskellige måder at realisere disse retningslinier på, og her kommer arkitekters og bygherres evner og kompetence ind i billedet. I det følgende fremlægges en række eksempler på boliger til demente, som på forskellig vis og i forskelligt omfang illustrerer nutidens måder at bygge demensboliger på.

References

Henriksen, N. & Møller, K. 2005, *Trivsel og Boligform - Litteraturgennemgang (intern foreløbig udgave)* CAST, Syddansk Universitet, Odense.

Høeg, D. 2001, *Ældreboliger for demente - Vejledning* By- og Boligministeriet, København.

Terkildsen, M. 2004, *Indretning af plejecentre - for svage ældre og mennesker med demens* Styrelsen for Social Service, Odense.

Noen sentrale Internett adresser

Videncenter på eldreområdet: <http://www.aeldreviden.dk>

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens: www.nordemens.no

Demensnettverket:

http://e.lio.se/aldrecentrum/Publicerat/Rapporter/orgpdfRapport_demensntv_A4.pdf

Nasjonalt formidlingscenter i geriatri:

<http://www.unifobhelse.no/index.php?Gruppe=14&Lang=nor>

Inn på tunet:

<http://www.innpaatumet.no/default.asp?WCI=DisplayGroup&WCE=950&DGI=950>

Svenska Nätverket för demenskunskap: <http://www.demenskunskap.se/>

Alzheimerforeningen:

<http://www.alzheimerforeningen.nu/>

Veien videre

I Norge har det i det siste tiåret vært en stor utbygging av bo - og pleietilbud for eldre. Gjennom Handlingsplan for eldreomsorgen ga staten store økonomiske tilskudd til kommunen for å sørge for bygging av egnede tilbud.

Tilbudene til personer med demens har først og fremst blitt bygd som en del av et sykehjem, som i Norge er en lovhjemlet boform. Men det har også blitt bygd omsorgsboliger som bokollektiv for denne gruppen.

Det er bygget en rekke gode tilbud som tar hensyn til de spesielle behov personer med demens har. Men det må også sies at en del av de nybygde tilbudene er tatt for lite hensyn til mulighetene for vandring både inne og spesielt ute. Særlig gjelder det en del av de store sykehjemmene, som fremdeles preges av for lange to – sidige korridorer. Samtidig har vi sett at det er blitt større oppmerksomhet rundt såkalte ”sane hager” eller terapeutiske hager.

Til tross for den store utbygginga vil det om ikke lenge bli behov for flere bo - og behandlingstilbud for de svakeste. Mange av disse er personer med en demenssykdom. I Norge bør vi derfor evaluere de tilbudene som er blitt bygd i de siste årene, slik at vi når vi skal begynne å bygge igjen vet hva som fungerer bra.