



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2021 30 stp
Fakultet for realfag og teknologi

Fellesarealer på sykehjem

Common areas in nursing homes

Anine Marie Lersbryggen Wichstad
Byggeteknikk og arkitektur

FORORD

Denne masteroppgaven er skrevet ved fakultetet for realfag og teknologi (REALTEK) ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU) våren 2021. Oppgaven markerer avslutningen på masterstudiet byggeteknikk og arkitektur med fordypning i planlegging.

Tema for oppgaven ble valgt på grunnlag av min personlige interesse for eldreomsorg, og ønske om å skape oppmerksomhet rundt utforming av sykehjem. Målet med oppgaven var å kartlegge hvilke faktorer som ga beboerne økt trivsel og bruk av fellesarealer på sykehjem, slik at de kan tas med videre av bygging og renovering av nye sykehjem.

Det har vært en krevende og lærerik prosess å gjennomføre en masteroppgave i en pandemisituasjon, hvor informantene har vært såpass utilgjengelige av årsaker knyttet til smittevern. Jeg har måtte tenke nytt og vært kreativ i måten jeg samlet inn data og arbeidet på for å komme fram til et godt resultat.

Jeg vil takke min veileder, Martin Ebert, og medveileder Gabrielle Bergh for all kunnskap, innspill og støtte underveis i oppgaven. I tillegg vil jeg takke sykehjemmenes kontaktpersoner, som har vært mine øyne og ører på sykehjemmene. Jeg hadde ikke klart å skrive denne oppgaven uten dere.

Det sendes også en stor takk til min støttende familie og samboer for alt engasjement og kjærlighet dere har gitt meg. Og selvfølgelig vil jeg takke alle mine medstudenter for fem minnerike og flotte år her ved NMBU!

Oslo, 6. juni 2021

Anine Marie Lersbryggen Wichstad

SAMMENDRAG

Det er et faktum at menneskets levealder har økt, og er fortsatt økende. Levealderen har steget med 7,5år for menn og 4,5 år for kvinner fra år 1990 til 2018. Selv om helsetjenesten gjør mye for at flere eldre kan bli værende i egne boliger, vil sykehjem fremdeles være relevant for å tilby heldøgns pleie til eldre i Norge i dag. Fra slutten av 90-tallet ble det lagt økt fokus på å gjøre sykehjem mer hjemmekoselig for beboerne og å fjerne institusjonsfølelsen til sykehjemmene.

Hensikten med dette studiet er å kartlegge hvilke faktorer som øker beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene på sykehjem. Dette er et viktig tema, som kan bety mye for trivselen til mange mennesker som bor på institusjon. På bakgrunn av problemstillingen utarbeides fire hypoteser som omhandler fysiske miljø. Disse omhandler beboeravdelingsstørrelse, fellesromorganisering, fellesromstørrelse og farger. Det observeres gjennom spørreundersøkelsene og dybdeintervjuene at beboerne trives og bruker fellesarealene mer hvor de kan observere sosial aktivitet, som danner grunnlag for den femte hypotesen.

For å belyse problemstillingen er det gjennomført både kvantitativ og kvalitativ forskning. Litteratursøk, dokumentstudium, befaring, spørreundersøkelse og dybdeintervjuer ble gjennomført på tre sykehjem. Gjennom intervju med interiørarkitekt kom det fram at å skape et hjemlig miljø for beboerne er viktig for å øke beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene på sykehjem.

Resultatene konkluderer ikke om beboerne trives i og bruker store eller små avdelinger mest, da resultatene viser delte meninger og en ikke fikk klart nok svar. Fellesarealet i store avdelinger burde være delt inn i en egen stue og en egen spisestue og kjøkkenløsning, mens små avdelinger burde ha ett fellesrom. Fellesarealet må ha plass nok til nødvendig møbler og beboernes hjelpemidler. Studiet viser at beboerne generelt ikke er opptatt av hvilke farger det er i fellesarealene, bare det ikke er helt hvitt. Det kommer også fram at beboerne trives og bruker fellesarealene mer hvor de kan observere aktivitet, og har utsyn til de ansatte.

Dette studiet viser at beboernes mulighet til å observere sosial aktivitet, som ansatte i arbeid, kan ha en større betydning enn tidligere antatt. Det at beboerne på sykehjem kan observere fysisk aktivitet oppfattes som like viktig for beboernes trivsel og bruk av fellesarealene på sykehjem, som det fysiske miljøet.

ABSTRACT

It is a fact that human beings life expectancy has increased and is still increasing. From 1990 to 2018, the average age for men increased 7,5 years and for women 4,5 years. Even though the home nursing makes it possible for the elderly to live longer in their private homes, nursing homes are still relevant to provide 24-hour care. From the end of the 90s, making nursing homes more homely for residents and removing the feeling of being in an institution has received increased attention.

The purpose of this study is to identify which factors increase the residents' well-being and their use of the common areas in nursing homes. Based on the research question, four hypotheses are made. These are concerned with number of residents in departments within nursing homes, size and organization of the common areas and color. Observations through a survey and in-depth interviews shows that the residents prefer to use the common areas in nursing homes where they have the ability to observe social activity. This forms the basis for the fifth hypothesis.

In order to answer the research question, both quantitative and qualitative methods were used. A literature review, document study, inspection, survey and in-depth interviews were conducted to examine three nursing homes. The in-depth interview with the interior architect indicates that a homely environment is important to increase residents' well-being and use of common areas in the nursing homes.

Concerning resident's preferences to larger or smaller departments within nursing homes, there were differing opinions between the study participants. Additionally, the findings indicate that the common areas in large departments should be divided into a separate living room and a room for both dining and cooking, but small departments should have only common area. These departments must also have enough space for furniture and the residents' required physical equipment. In general, the residents are not concerned of the use of color in the common areas, but it is important that they are able to observe activity and see employees in the common areas.

These findings show that the residents' ability to observe social activity, such as the employees working, can have a larger impact than previously anticipated. The ability of

residents in nursing homes to observe physical activity is perceived as equally important to well-being as their physical environment.

DEFINISJONER

Avdelingsstørrelse

Antall beboere som deler på fellesareal.

Eldre

Gruppen eldre er ingen ensartet gruppe, og behovene endres over tid. Både boligpreferanser og hjelpebehov varierer uavhengig av alder. I denne oppgaven vil eldre defineres i samsvar med SSB som personer som er 67 år og over. Denne definisjonen tar utgangspunkt i slutt på yrkesaktiv alder (Statistisk sentralbyrå, 1999).

Institusjon

Institusjon er en betegnelse på synlige innretninger som ivaretar samfunnsoppgaver med statlig eller kommunal finansiering og styring. Eksempel på slike institusjoner er sykehus og skoler (Tjora, 2020).

Sykehjem

Sykehjem er en helseinstitusjon som en del av kommunehelsetjeneste. Stedet skal gi beboere heldøgns opphold, behandling og pleie (Braut, 2018).

Bolig

En bolig er et hus eller en leilighet hvor man bor fast (Store norske leksikon, 2020).

Eldresenter

Eldresenter er et sosialt, ikke-medisinsk, servicetilbud til hjemmeboende eldre. Det er åpent for alle eldre og en del av virksomheten drives også av de eldre selv. Det finnes ulike serviceytelser som kafedrift, matombringning, fotpleie, frisør og ulike hobbyvirksomheter. Det er også vanlig at det drives ulike klubber og at det arrangeres kurs (Engedal, 2014).

Fellesareal

Fellesarealene er definert som de delene av eiendommen som ikke inngår i de private boenhetene. Innendørs fellesarealer kan være trappeoppganger, tekniske rom, loftsrom, mens utendørs fellesarealer kan være parkeringsplasser, lekeplasser og grøntområder (Anderssen,

2019). I dette studiet er fellesareal satt til å være oppholdsarealer, utenfor beboernes private rom, slik som gangareal, felles stuer, kjøkken, spisestue, balkonger og terrasser.

Fellesrom

Fellesarealet kan være inndelt i ett eller flere fellesrom. Eksempel en felles stue, felles kjøkken og felles spisestue.

Nedsatt funksjonsevne

Nedsatt funksjonsevne er tap eller skade på en kroppsdel eller sansefunksjon som fører til nedsatt evne til å utføre vanlige oppgaver. Eksempel på dette kan være å være svaksynt, ha mindre bevegelighet i ben og armer osv. (Lid, 2020).

Omsorgsbolig

En omsorgsbolig er en tilrettelagt bolig for eldre som ofte har fellesarealer og helse- og omsorgstjenester. De er ikke fast bemannede, men man kan motta heldøgnspleie etter behov på lik linje med andre hjemmeboende eldre. En omsorgsbolig er derfor mer selvstendig løsning for eldre enn sykehjem, og skal kunne tilpasses endringer i brukerens funksjonsnivå og omsorgsbehov (Kirkevold, 2019).

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet betyr å tilpasse bygninger og tilhørende områder for personer med spesielle behov (St.meld. nr. 40 (2002-2003), 2003).

Informanter

En informant er en person som man får informasjon eller opplysninger fra (Store norske leksikon, 2018). I denne oppgaven er informantene de personene som har blitt intervjuet.

Oversikt over intervjuobjektene er i tabell 1.

Tabell 1. Oversikt over informantene.

Forkortelse	Type informant	Beskrivelse
IA	Interiørarkitekt	Ekspert fra fagfelt
A1, A2, A3	Ansatt	Ansatt fra referanseprosjektene
B2	Beboer	Beboer fra sykehjem

Vandrerute

En vandrerute er et system for å skape optimal sirkulasjon og bevegelse for beboerne.

Vandreruten er ofte en sirkulær gang som knytter oppholdsarealene sammen, uten lukkede dører. Beboerne kommer tilbake til utgangspunktet når de går rundt i avdelingen. Dette er spesielt brukt for avdelinger med demente, men er relevant for alle sykehuslokaler (Høyland et al., 2003).

Beboeravdeling/avdeling

Beboeravdeling/avdeling er definert som en gruppe beboere, som deler fellesarealer og bemannes av en gruppe ansatte.

Små avdelinger

Små avdelinger defineres som avdelinger opp til åtte beboere.

Store avdelinger

Store avdelinger defineres som avdelinger over åtte beboere.

Somatiske beboere

En somatisk beboer på et sykehjem er en beboer som har kroppslige funksjonsutfordringer, som nedsatt bevegelsesevne, hørsel, syn osv.

Demens

Demens er en fellesbetegnelse for hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt, eksempel hukommelsessvikt (Helsebiblioteket, 2019).

Fargenes metning og valør

Metning har med hvor sterk og intens en farge er. Jo mindre grå fargen er, jo klarere og høyere mettet er fargen. Fargens valør defineres som hvor lys eller hvor mørk fargen er. Lyshetsskala går fra svart til hvitt (Johansen, 2018).

FORKORTELSER

Tabell 2. Oversikt over forkortelser i oppgaven.

Forkortelse	Forklaring
1	Ammerudlunden sykehjem
2	Fagerborghjemmet sykehjem
3	Ullernhjemmet sykehjem
Ax	Ansatt ved x sykehjem
Bx	Beboer ved x sykehjem
IA	Interiørarkitekt
H	Hypotese

FIGURLISTE

Figur 1: Dybdeintervjuets struktur, illustrasjon fra Tjora (2010, s. 98). Kvalitative forskningsmetoder i praksis: Gyldendal Norsk Forlag AS.	8
Figur 2. Forskjell på metning (horisontal) og valør (vertikal). Illustrasjon fra Naalsrud (2016, s. 49). Rom for liv: Masteroppgave ved Kunst og Designhøyskolen i Bergen.	19
Figur 3. Lys og fargeoppfatning for en person på 20år, 60år og 80år. Hentet fra Norges blindeforbund.	21
Figur 4. Typisk avdeling på Ammerudlunden sykehjem med fellesområder (brunt) og privatområder (blått). Plantegningen hentet fra saksinnsyn i Oslo kommune 08.01.2021, studentens egne fargekoder lagt over.	24
Figur 5. Foretrukket fellesroms organisering på Ammerudlunden.	25
Figur 6. Plantegning fra Ammerudlunden 2.etg. Bilder mottatt 09.02.2021 og plassering godkjent 22.02.2021.	26
Figur 7. Beboernes preferanser for trivselselementer på Ammerudlunden.	27
Figur 8. Oversikt over foretrukket stue (venstre) og ikke foretrukket stue (høyre) på Ammerudlunden.	28
Figur 9. Beboernes grad av ensomhet på Ammerudlunden.	28
Figur 10. Beboernes preferanser å oppholde seg (venstre) og få besøk (høyre) på Ammerudlunden.	29
Figur 11. Typisk avdeling på Fagerborghjemmet sykehjem med fellesområder (brunt) og privatområder (blått). Plantegningen hentet fra NEAS Brannconsult AS (NBC) produsert 13.03.2006 hentet 19.02.2021, studentens egne fargekoder lagt over.	30
Figur 12. Foretrukket fellesromsorganisering på Fagerborghjemmet.	31
Figur 13. Beboerne på Fagerborghjemmets mening om: veien til fellesarealet (venstre) og mulige forbedringer (høyre).	32
Figur 14. Plantegning fra Fagerborghjemmet 3.etg. Bilder mottatt 17.02.2021 og plassering bekreftet 10.04.2021.	33
Figur 15. Beboernes preferanser for trivselselementer på Fagerborghjemmet.	34
Figur 16. Oversikt over foretrukket stue (venstre) og ikke foretrukket stue (høyre) på Fagerborghjemmet.	35
Figur 17. Beboernes grad av ensomhet (venstre) og prater med andre beboere (høyre) på Fagerborghjemmet.	36
Figur 18. Beboernes preferanser for å få besøk på Fagerborghjemmet.	37

Figur 19. Typisk avdeling på Ullernhjemmet sykehjem fordelt med to åttergrupper (høyre og venstre) med fellesområder (brunt) og privatområder (blått) Plantegningen hentet fra saksinnsyn i Oslo kommune 13.01.2021, studentens egne fargekoder lagt over.	38
Figur 20. Foretrukket fellesroms organisering på Ullernhjemmet.....	39
Figur 21. Plantegning fra Ullernhjemmet 1.etg. Bilder mottatt 11.02.2021 og bekreftet plassering 25.03.2021.	40
Figur 22. Beboernes preferanser for trivselselementer på Ullernhjemmet	41
Figur 23. Oversikt over foretrukket stue (venstre) og ikke foretrukket stue (høyre) på Ullernhjemmet..	41
Figur 24. Beboernes grad av ensomhet på Ullernhjemmet.....	43
Figur 25. Beboernes preferanser å oppholde seg på Ullernhjemmet.	43

TABELLISTE

Tabell 1. Oversikt over informantene.	VII
Tabell 2. Oversikt over forkortelser i oppgaven.	IX
Tabell 3. Oversikt over mest sentrale søkeord, søkemotor og antall treff.	6
Tabell 4. Intervjuoversikt med informanter, lengden på og datoen til intervjuet.	9
Tabell 5. Ulike organiseringer av avdelinger på sykehjem. Laget etter informasjon fra (Husbanken, 2009) og (Andersen & Holte, 2015). Illustrasjonene (Husbanken, 2009, side 12-13) viser åtte boenheter, fellesområde, inngang og uteområde.	15
Tabell 6. Svarprosent på spørreundersøkelsen.....	54
Tabell 7. Sammenlikning av de tre sykehjemmene.	62

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	I
SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	IV
DEFINISJONER	VI
FORKORTELSER	IX
FIGURLISTE	X
TABELLISTE	XII
1. INNLEDNING	1
1.1. BAKGRUNN.....	1
1.2. PROBLEMSTILLING	1
1.2.1 HYPOTESER.....	2
1.3. AVGRENSNING	2
1.4. DISPOSISJON	3
2. METODE	4
2.1 METODENS PLAN OG REALITET	4
2.2 LITTERATURSTUDIE	5
2.3 BEFARING	6
2.4 DOKUMENTSTUDIUM	6
2.5 SPØRREUNDERSØKELSE	7
2.6 DYBDEINTERVJU	8
2.6.1 INTERVJUGUIDE.....	8
2.6.2 INFORMANTER	9
2.6.3 GJENNOMFØRING	9
2.6.4 ETTERARBEID.....	10
2.7 PERSONVERN	10
2.8 RELABILITET OG VALIDITET	10
3. TEORI	12
3.1 ELDREBØLGEN	12
3.2 ELDREOMSORG OG SYKEHJEM GJENNOM TIDENE	12
3.3 EFFEKTIVITET PÅ SYKEHJEM	13
3.4 ORGANISERING AV SYKEHJEM.....	14
3.4.1 STØRRELSE.....	14
3.4.2 UTFORMING	14

3.4.3 OPPDELINGER I FELLESROM.....	17
3.4.4 KORRIDORER	17
3.4.5 UTEOMRÅDER	17
3.5 TRIVSELSFAKTORER.....	18
3.5.1 NATUR.....	18
3.5.2 FARGER.....	18
3.5.3 LYS.....	20
3.5.4 MØBLERING.....	21
4. RESULTATER.....	22
4.1 INTERVJU MED INTERIØRARKITEKT	22
4.2 AMMERUD SYKEHJEM.....	23
4.2.1 ORGANISERING.....	24
4.2.2 TRIVSELSFAKTORER	26
4.3 FAGERBORGHJEMMET SYKEHJEM.....	29
4.3.1 ORGANISERING.....	30
4.3.2 TRIVSELSFAKTORER	33
4.4 ULLERNHJEMMET SYKEHJEM	37
4.4.1 ORGANISERING.....	37
4.4.2 TRIVSELSFAKTORER	40
5. DISKUSJON.....	45
5.1 AVDELINGSSTØRRELSE	45
5.2 FELLESROMORGANISERING	47
5.3 FELLESAREAL STØRRELSE.....	49
5.4 FARGER.....	50
5.5 OBSERVERING	52
5.6 FEILKILDER.....	53
6. KONKLUSJON	56
7. VIDERE ARBEID.....	57
8. LITTERATURLISTE.....	58
9. VEDLEGG	62
VEDLEGG A: REFERANSEPROSJEKTER.....	62
A.1 OVERSIKT OG BEGRUNNELSE	62
A.2 AMMERUDLUNDEN	63
A.3 FAGERBORGHJEMMET.....	63
A.4 ULLERNHJEMMET	63

VEDLEGG B: INFORMASJONSSKRIV TIL KONTAKTPERSONER	64
VEDLEGG C: SPØRREUNDERSØKELSE	65
VEDLEGG D: STUEBILDER.....	72
VEDLEGG E: INTERVJUGUIDE INTERIØRARKITEKT	73
VEDLEGG F: INTERVJUGUIDE BEBOER PÅ FAGERBORGHJEMMET	75
VEDLEGG G: INTERVJUGUIDE ANSATTE VED SYKEHJEM.....	76
VEDLEGG H: SAMTYKKESKJEMA INTERIØRARKITEKT	78
VEDLEGG I: SAMTYKKESKJEMA BEBOER.....	81
VEDLEGG J: SAMTYKKESKJEMA ANSATT.....	84
VEDLEGG K: TILSENDTE BILDER AMMERUDLUNDEN SYKEHJEM	87
VEDLEGG L: TILSENDTE BILDER FAGERBORGHJEMMET SYKEHJEM	90
VEDLEGG M: TILSENDTE BILDER ULLERNHJEMMET SYKEHJEM	92
VEDLEGG N: BILDER FRA BEFARING ULLERNHJEMMET SYKEHJEM	94
VEDLEGG O: PLANTEGNING AMMERUDLUNDEN SYKEHJEM	97
VEDLEGG P: PLANTEGNING FAGERBORGHJEMMET SYKEHJEM	98
VEDLEGG Q: PLANTEGNINGER ULLERNHJEMMET SYKEHJEM	99

1. INNLEDNING

Dette kapitlet tar for seg bakgrunnen for oppgaven, som igjen fører inn på problemstilling og avgrensninger av oppgaven. Deretter presenteres sentrale definisjoner og oppgavens disposisjon.

1.1. BAKGRUNN

Bakgrunnen for denne oppgaven er studentens personlige interesse i eldreomsorg og ulike typer boforhold. I Norge er det lagt stor vekt på å hjelpe de eldre der de er, ved hjelp av tilpassede omsorgsboliger og hjemmetjenester. Dagens samfunn står ovenfor utfordringen med at det vil bli mange flere eldre i kombinasjon med at levealderen øker. Ifølge Førland (2020), øker ikke livskvaliteten og levealderen til de eldre proporsjonalt, noe som gjør at eldre overlever i en mer skrøpelig stand enn tidligere (Førland, 2020). Derfor vil mange eldre i stor grad være avhengig av heldøgns pleie, som gjør at sykehjem fremdeles er et relevant tilbud til de eldre i samfunnet. En utfordring er at vi vet lite om livskvaliteten hos eldre i Norge, særlig for dem som bor på sykehjem.

Trivsel er en viktig faktor for livskvaliteten til beboerne på sykehjem. Derfor har sykehjemmene i stor grad gått bort ifra å fokusere på å være effektive i drift for de ansatte, og over på å gjøre det mer hjemmekoselig for beboerne (Christophersen, 1998). Blant annet er det fokusert på å ha mindre antall beboere per avdeling, store nok fellesareal, at beboerne kan observere aktivitet, fargebruk og mindre bruk av institusjonsmøbler. Disse tiltakene er noe som utføres i utformingen av nyere sykehjem for å øke trivsel og bruk av fellesarealene.

1.2. PROBLEMSTILLING

Målet med oppgaven er å undersøke hvordan det fysiske miljøet påvirker beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene på sykehjem. Med fysiske miljø menes avdelingsstørrelse, fellesroms organisering, fellesroms størrelse og fargebruk.

1.2.1 HYPOTESER

Ut ifra problemstillingen utarbeides det fire hypoteser som bygger på antakelser om beboernes trivsel og bruk av fellesarealene. Under besvarelsen ble det observert at i tillegg til det fysiske miljøet, er også forhold knytte til sosial aktivitet beboerne kan observere. Derfor er det tilført en femte hypotese basert på funnene i besvarelsene. Gjennom teori og forskningsdata vil oppgaven lede opp til en konklusjon hvor disse hypotesene styrkes eller svekkes.

H1: Beboere trives i og bruker fellesarealene mest i små avdelinger.

Nye sykehjem i dag blir ofte bygd med åtte beboere per avdeling. Dette anses som små avdelinger sammenliknet med tidligere bygde sykehjem.

H2: Beboerne foretrekker separerte fellesrom.

Separerte fellesrom betyr at det totale fellesarealet er organisert i to eller flere fellesrom. Eksempel med en stue og et kjøkken.

H3: Fellesarealstørrelse på ca. 9 kvm per beboer er optimalt for beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene.

H4: Beboerne foretrekker at veggene og møblementet i fellesarealene har en farge, istedenfor å være hvitt.

H5: Beboerne trivsel i og bruk av fellesarealene avhenger av å kunne observere aktivitet.

1.3. AVGRENSNING

Tiden for gjennomføring av oppgaven er satt til et semester, og utgjør 30 studiepoeng. På grunn av den korte tidsperioden er det gjort visse avgrensninger av oppgaven. Oppgaven er geografisk begrenset til sykehjem i Oslo kommune. Beboerne på sykehjemmene må være somatiske langtidsbeboere innenfor kategorien definert som eldre. I tillegg blir problemstillingen drøftet ut ifra faktorene avdelingsstørrelse, fellesroms organisering, fellesromstørrelse, fargebruk og beboernes mulighet til å observere aktivitet i fellesarealene.

1.4. DISPOSISJON

Oppgaven er delt inn i ni kapitler med følgende disposisjon:

- Kapittel 1: Innledningen tar for seg bakgrunnen bak oppgaven, oppgavens mål og problemstilling med påfølgende forskningsspørsmål. Det blir også presentert oppgavens avgrensning.
- Kapittel 2: Metodekapitlet gjennomgår oppgavens forskningsdesign. Det har blitt gjennomført litteraturstudie, dokumentstudium, befaring, spørreundersøkelser og dybdeintervjuer.
- Kapittel 3: Teori som er relevant ovenfor problemstillingen og resultatet presenteres. Teoriens utgangspunkt er fra faglitteratur, offentlige rapporter og tidligere forskning.
- Kapittel 4: Resultatene fra data som er samlet inn i dette studiet presenteres. Først legges resultatet fra ekspertintervju fram. Resterende informasjonen er strukturert etter de ulike sykehjemmene.
- Kapittel 5: Diskusjonen er organisert etter hypotesene og utføres på bakgrunn av resultatene, ekspertintervju og teori. Deretter kartlegges feilkilder.
- Kapittel 6: Konklusjon av studiet presenteres og problemstillingen besvares.
- Kapittel 7: Videre arbeid med hvordan studiet kan videreutvikles presenteres.
- Kapittel 8: Litteraturliste.
- Kapittel 9: Vedlegg.

2. METODE

I dette kapittelet presenteres de valgte forskningsmetodene som er brukt for å besvare problemstillingen. Det er blitt gjennomført en kombinasjon av litteraturstudie, befarings, dokumentstudium, spørreundersøkelse og dybdeintervju.

Metode velges for hvert enkelt forskningsprosjekt, hvor forskningsprosjektets innhold, tid, omstendigheter og ressursbruk blir tatt høyde for. (Krumsvik, 2014). Det er to hovedtilnærminger til metode; kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ metode vektlegger forståelse, og kan være basert på personlige meninger, mens kvantitativ metode vektlegger forklaring og kan være basert på statistiske data. I kvantitativ forskning tas det ofte utgangspunkt i hypoteser som søkes bekreftet eller avkreftet, mens kvalitativ forskning tar utgangspunkt i teoretiske tradisjoner for å definere rammen av hva som er interessante problemstillinger (Tjora, 2010). For å besvare problemstillingen kan det benyttes ren kvalitativ eller kvantitativ metode, eller metodetriangulering, som betyr å bruke mer enn en metode for datainnsamling.

2.1 METODENS PLAN OG REALITET

Valg av metode avhenger ofte av hvor stor tilgang man har på de ulike ressursene, som informanter og statistiske data. Da studenten valgte at oppgaven skulle handle om beboere på sykehjem, var det innforstått med at det kunne oppstå utfordringer knyttet til pågående pandemisituasjon covid-19. Den optimale metoden for å svare på problemstillingen var å benytte en metodetriangulering bestående av litteraturstudie, befarings av sykehjemmene, spørreundersøkelse og dybdeintervjuer med beboerne.

Opprinnelig skulle det utføres en litteraturstudie, som skulle samle inn teori fra tidligere forskning på eldreomsorg, trivselsfaktorer i hjemmet blant flere. Sykehjemmene skulle velges ut på bakgrunn av å være fra forskjellige i byggeperiode og avdelingsstørrelse. Deretter skulle det utføres befarings på valgte sykehjem, samt utføre et dokumentstudium for å sammenlikne planløsninger. Teori fra litteraturstudiet, informasjon fra befarings og dokumentstudiet skulle sammen legge grunnlag for spørreundersøkelsen og intervjuguide til dybdeintervju med beboerne. Disse skulle gi en forståelse av hvordan beboerne opplever fellesarealene på sykehjem. Til slutt skulle dybdeintervjuene og spørreundersøkelsene analyseres sammen med teori, som deretter besvarer problemstillingen.

Som antatt, førte covid-19 med seg begrensninger knyttet til fysisk oppmøte på sykehjemmene. Befaring utgikk derfor på Ammerudlunden og Fagerborghjemmet, men ble utført på en senere periode på Ullernhjemmet. Selv om det kom fram mye relevant fra befaringsen, fikk den ikke vært med å sette grunnlag for verken spørreundersøkelsen eller dybdeintervjuene. Teori fra litteraturstudiet og informasjon fra dokumentstudiet la derfor grunnlag for spørreundersøkelsen og intervjuguide til dybdeintervju. Flere av beboerne som ønsket å delta på dybdeintervju trakk seg som følger av at intervjuene måtte foregå over telefon. Det ble derfor utført intervjuer av en ansatt fra hvert sykehjem, i tillegg til ett beboerintervju over telefon. Dybdeintervjuene og spørreundersøkelsen ble analysert sammen med teori, som deretter besvarte problemstillingen.

2.2 LITTERATURSTUDIE

For å kartlegge tidligere forskning og relevant teori er det gjort en litteraturstudie. Studien baserer seg på systematiske søk på Oria og Google Scholar. Det ble også benyttet byggeblader fra SINTEF Byggforsk og forskningsrapporter fra Husbanken. Der digitale eksemplarer ikke var tilgjengelige, ble det benyttet fysiske bøker fra Asker bibliotek, Deichman bibliotek på Grünerløkka og Sørhellinga skolebibliotek på NMBU.

Det ble brukt flere variasjoner av søkeord og søkt på både norsk og engelsk, da de ulike begrepene, eksempel fellesarealer på sykehjem, ikke har en fast terminologi. Informasjonen som er tatt i bruk er hovedsakelig fra norske kilder, da helsetjenester og ordninger kan variere fra land til land. Oversikten over de mest sentrale søkeordene er listet opp i tabell 3.

Forskningsspørsmålets avgrensning baserer seg på fellesarealer på sykehjem med vekt på fysiske forhold, som fargevalg, størrelse og plassering. Disse tre begrepene er svært tverrfaglige, og det er derfor gjort et bredt litteratursøk for å sikre teoretisk mangfold.

Tabell 3. Oversikt over mest sentrale søkeord, søkemotor og antall treff.

Søkeord	Husbanken	Oria	Goggle Scholar
Sykehjem	403	6212	10 000
Gamlehjem	1	133	996
«Fellesareal på sykehjem»	85	14	539
«Fellesarealer på sykehjem»	25	15	
«Nursing home»	14	537 456	2 940 000
«Common areas in nursing homes»		3	5
«Offentlig eldreomsorg»	13	241	3 350
«Public care»		4 943	32 600
«Trivsel på sykehjem»		6	54

Kildene ble gjennomgått og kvalitetsvurdert for å finne den mest relevante litteraturen. Dette ble gjort etter TONE-prinsippet og omhandler kildens troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnet (Overland, 2018).

2.3 BEFARING

Befaring på sykehjemmene gir mulighet til å se sosiale situasjoner mellom beboerne og bruken av bygningen og uteområdet. Optimalt burde dette utføres i begynnelsen av datainnsamlingen for å bidra til et grunnlag for oppgaven. Sykehjemmene ble tidlig kontaktet for befaring, men det var bare mulig å gjennomføre ved Ullernhjemmet mot slutten av datainnsamlingen.

2.4 DOKUMENTSTUDIUM

Fordi befaring var vanskelig, ble det utført dokumentstudier av de tre sykehjemmene. I følge Johannesen defineres denne metoden som en innholdsanalyse av kvalitativ karakter

(Johannessen et al., 2016). Dokumentstudiene baserer seg på skriftlige dokumenter, i form av tilgjengelig informasjon fra sykehjemmenes nettsider og visuelle dokumenter i form av plantegninger fra plan og bygningsetaten. Målet var å velge variasjon på sykehjemmene i form av bygningstid, rehabilitering, organisering og avdelingsstørrelse.

Det ble etablert kontakt med ansatte ved sykehjemmene, også kalt kontaktpersoner. Deres oppgave var å ta bilder av fellesarealene. På denne måten ble det mulig for studenten å oppfatte stemningen som fellesrommene ga. Disse bildene ble deretter knyttet opp til planløsningen, og det ble dermed utført en analyse av bildesammensetningen. Analysen er beskrevet og analysert i resultat og diskusjonskapitlet.

2.5 SPØRREUNDERSØKELSE

For å samle inn mer forskningsdata og kartlegge informasjon ble det gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen hadde også som formål og gi tyngde til svarene fra dybdeintervjuene. Spørreundersøkelsen består av 28 spørsmål som ble utformet på bakgrunn av problemstillingen. Spørsmålene ble hovedsakelig formet som avkryssings spørsmål, med alternative «annet» om beboeren ønsket å få fram annen informasjon. Undersøkelsen hadde også enkelte tekstsvar på de spørsmålene hvor beboerens egne meninger uten avkryssingsalternativer som påvirkning var ønsket.

Spørreundersøkelsen ble sendt på mail til overnevnte sykehjem. Det ble også sendt med et skriv om hvordan spørreundersøkelsen skulle foregå (vedlegg B). Her ble det spesifisert at en ansatt ved sykehjemmet skulle lese opp formålet med undersøkelsen. Det antas at dette ville motivere beboerne til å svare på undersøkelsen. Her kommer det blant annet fram at den er anonym og skal brukes i masteroppgave. Undersøkelsen skal utdeles på papir til alle somatiske beboere, og det er de ansattes oppgave å vurdere i hvilken grad den gitte beboeren kan svare på spørreundersøkelsen, og om det er med eller uten hjelp fra en ansatt. Det ble gitt en frist på to uker for å fullføre undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen avslutter med en oppfordring til å stille opp på et dybdeintervju ved behov. Hensikten med denne oppfordringen var å kunne plukke ut de interessante funnene fra spørreundersøkelsen og få de enkelte beboerne til å utdype disse. På denne måten kunne det bedre forberedes til å legge opp spørsmålene og samtalen bedre.

2.6 DYBDEINTERVJU

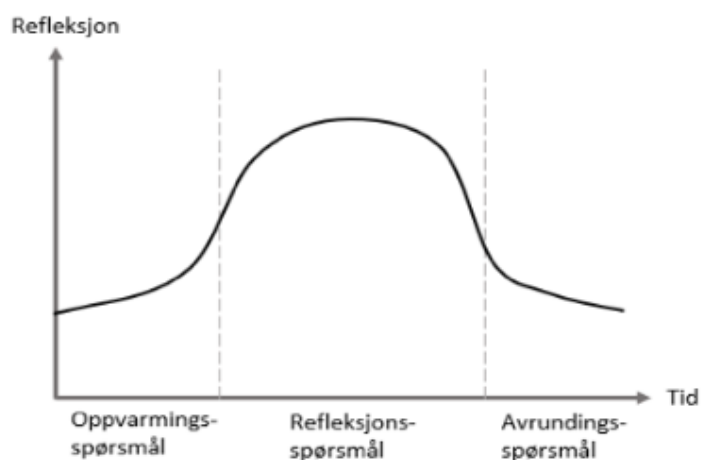
Dybdeintervjuer brukes i situasjoner hvor man studerer meninger, holdninger og erfaringer til informanten. Her er spørsmålene åpne, som gir informanten mulighet til å gå i dybden der hvor det er mer å fortelle. En kan også komme inn på temaer og spørsmål som ikke intervjueren hadde tenkt ut på forhånd, men som viser seg å være relevant for undersøkelsen. (Tjora, 2010). Dybdeintervjuer ble gjennomført, for å underbygge og forsterke resultatene fra spørreundersøkelsen.

2.6.1 INTERVJUGUIDE

Et dybdeintervju går ofte gjennom tre faser; oppvarming, refleksjon og avrunding (Tjora, 2010). Oppvarmingsfasen inneholder enkle og konkrete spørsmål, og skal gi en trygghet til informanten om at han/hun behersker intervjusituasjonene og føler seg trygg.

Refleksjonsfasen har åpne spørsmål hvor informanten kan gå i dybden på spørsmålene med fortellinger og tanker. Avrundingsfasen avslutter intervjuet med noen enkle spørsmål og ofte informasjon om hvordan prosjektet skal gå videre. Dette, for å få oppmerksomheten til informanten bort fra den dype samtalen.

Det er hensiktsmessig å utforme en intervjuguide for å strukturere intervjuet. Intervjuguiden skal lede deg gjennom intervjuet (Dalland, 2013). Disse ble utformet på bakgrunn av fasene fra figur 1, informantens rolle og problemstilling, se vedlegg F, G og H. Spørsmålene ble utarbeidet på bakgrunn av resultatene fra spørreundersøkelsen.



Figur 1: Dybdeintervjuets struktur, illustrasjon fra Tjora (2010, s. 98). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*: Gyldendal Norsk Forlag AS.

2.6.2 INFORMANTER

Det er viktig å velge informanter som kan uttale seg på en reflektert måte om temaet (Tjora, 2010). Antall intervjupersoner bør ikke være for stort, da innholdet i ett enkelt intervju kan gi mye relevant stoff for oppgaven (Dalland, 2013). Etter utførelsen av spørreundersøkelsen ble det valgt ut informanter, som presenteres i tabell 4. Opprinnelig ble det valgt ut og bekreftet fem informanter i form av beboere ved sykehjemmene. Utvelgelsen ble gjort på bakgrunn av interessante funn i spørreundersøkelsen som studenten ønsket å utforskes nærmere. I senere tid trakk fire av disse informantene seg. Det ble derfor intervjuet en kontaktperson ved hvert av sykehjemmene. I tillegg ble det gjort intervju med Karen Naalsrud, interiørarkitekten for utforming av Selbu sykehjem i Selbu kommune. Det ble valgt å se på Selbu sykehjem fra et interiørperspektiv, fordi det i dette prosjektet lagt stor vekt på utforming og trivsel for de eldre.

Tabell 4. Intervjuoversikt med informanter, lengden på og datoen til intervjuet.

Kode	Informant	Type	Medium	Lengde	Dato
IA	Interiørarkitekt	Dybdeintervju /ekspertintervju	Teams	45min	26.01.2021
A1	Ansatt ved Ammerudlunden	Dybdeintervju	Telefon	45min	03.03.2021
A2	Ansatt ved Fagerborghjemmet	Dybdeintervju	Telefon	45min	10.03.2021
A3	Ansatt ved Ullernhjemmet	Dybdeintervju	Personlig	60min	25.03.2021
B2	Beboer ved Fagerborghjemmet	Dybdeintervju	Telefon	30min	22.03.2021

2.6.3 GJENNOMFØRING

Dybdeintervju burde foregå i et uformelt miljø som informanten er komfortabel med. Under normale omstendigheter ville dette vært avholdt på sykehjemmene. På denne måten føler informanten at det er greit å bruke god tid og forteller detaljer den ellers ikke ville fortalt (Tjora, 2010). Da covid-19 pandemien utelukket for flere personlige møter, ble de fleste

intervjuene gjort via teams og telefon. Ved et intervju over telefon vil man ikke ha kontroll over omgivelsene eller kroppsspråket til informanten ved intervjuøyeblikket. Informanten kan miste interessen over tid, og det er derfor en fordel å være så konsekvent som mulig med spørsmålene. En fordel med telefonintervju er imidlertid at den geografiske avstanden ikke er noe problem, og informant og studenten ofte kan ha mer fleksibilitet i tidspunktet for når intervjuet utføres.

2.6.4 ETTERARBEID

Etter intervjuet ble lydopptakene fra intervjuene transkribert i NMBU OneDrive. Informantene fikk tilsendt transkripsjonen for godkjenning og mulighet for å endre eller fjerne deler av intervjuet. Alle informantene, med unntak av interiørarkitekt, ble anonymisert. Materialet, transkribering og lydopptak, var kun tilgjengelig for studenten.

2.7 PERSONVERN

Informasjon om at en beboer bor på sykehjem defineres som helseopplysninger. Dette klassifiseres av NMBU som røde data og kan derfor ikke behandles på egen pc uten beskyttelse. Informasjonen ble derfor oppbevart i nettsjeneren NMBU OneDrive (Office 365). I samråd med Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble det utarbeidet en plan for databehandling, prosjektgjennomføring, samtykkeskjema og intervjuguide. Samtykkeskjema ligger vedlagt i vedlegg H, I og J.

2.8 RELABILITET OG VALIDITET

Relabilitet og validitet er to indikatorer på forskningsdatainnsamlingens grad av kvalitet. Ved å sikre høy grad av indikatorene, vil resultatene anses som holdbare. Dermed vil man også gi mer sikkerhet til konklusjonen som trekkes. Det er gjort ulike metodiske beslutninger for å oppnå kvalitetssikrede resultater.

Data er pålitelig om den har en høy grad av reliabilitet. Dette gjør at resultater er til å stole på, og undersøkelsen skal kunne gjennomføres igjen med samme resultat og konklusjon. Ifølge Dalland (2013) kan dette oppnås ved å utføre korrekte og nøyaktige målinger etter beskrevet metodeplan og oppgi feilmargin.

Reliabiliteten til resultatene i oppgaven styrkes ved at det er brukt flere metoder, metodetriangulering, for å komme fram til resultatene. Fremgangsmåten for dataoppsamlingen er godt beskrevet, og intervjuguide og spørreskjema er vedlagt. På denne måten kan innsamlingen av forskningsdata utføres på nytt, med liknende resultat. For å sikre høy grad av reliabilitet er det viktig å kunne legge sine personlige interesser i forskningen til side, og oppføre, behandle og konkludere data så objektivt som mulig. For å oppnå dette, ble intervjuguidene (vedlegg E, F og G) og spørreundersøkelsen (vedlegg C) nøye gjennomgått.

Data er troverdig om de har en høy grad av validitet. Dette oppnås ved å sikre at data er relevante for å svare på problemstillingen, i tillegg til å kunne trekke gyldige slutninger for oppgaven ut ifra resultatene (Dalland, 2013). For å sikre høy validitet er det viktig å velge ut et godt utvalg informanter og referanseprosjekter.

Referanseprosjektene som ble valgt, varierer både med størrelse, organisering og byggeår (vedlegg A). Dette er for å kunne sammenlikne ulike løsninger og få variasjon. For å styrke oppgavens validitet ble det utført både spørreundersøkelser og dybdeintervju. Her skulle spørreundersøkelsen øke dybdeintervjuenes troverdighet.

Spørsmålene i dybdeintervjuene baserer seg på resultatet fra spørreundersøkelsen, og er tilpasset til hver enkelt gruppe intervjuobjekter ved hjelp av en intervjuguide. At ansatte på sykehjemmene også ble intervjuet, istedenfor beboerne, er med på å svekke oppgavens validitet. Det er begrenset validitet i å gi en uttalelse om beboernes trivsel og bruk av fellesarealene, når det ikke er beboeren selv som svarer. Beboerne på sykehjemmene ble plukket ut på bakgrunn av at de var kvalifiserte somatiske beboere som var kvalifiserte til å svare på undersøkelsen. Interiørarkitekt ble intervjuet på bakgrunn av erfaring og kunnskap rundt tema.

3. TEORI

Dette kapitlet omhandler teorien som er grunnlaget for oppgaven Hovedtemaene er eldrebølgen, eldreomsorg og sykehjem gjennom tidene, effektivitet på sykehjem, organisering av sykehjem og trivselsfaktorer.

Teorien er innhentet via litteratursøk som beskrives i metodekapitlet. De mest brukte kildene var Christophersen (1998), Husbanken (2009), Lyskultur (1997) og Naalsrud (2016). I tillegg ble Meyer (2017) brukt, som har noen viktige observasjoner, selv om det er noe ufullstendig kildebruk.

3.1 ELDREBØLGEN

I 2032 antas det at vi vil være flere 70+ enn i alderen 0-19 år. I tillegg antas det at i 2060 vil hver femte innbygger i Norge være 70 år eller eldre, som er en klar økning fra 2018 hvor hver åttende innbygger var i den samme aldersgruppen (Leknes et al., 2018). Dette kan skyldes økt gjennomsnittlig levetid og antall barnefødsler på 1960-tallet.

Gjennomsnittsalderen i 2018 var 84 år for kvinner og 81 år for menn, men det antas at den vil være 90 år for kvinner og 88 år for menn i 2060. Levealderen har også steget med 7,5 år for menn og 4,5 år for kvinner fra år 1990 til 2018 (Leknes et al., 2018). Ikke bare betyr dette at mennesker lever lenger, men levealdersforskjellen mellom kvinner og menn antas å minke. Den økte levealderen kan blant annet knyttes opp mot økt medisinsk kunnskap.

En annen grunn til den økende prosentandelen eldre, er at befolkningsveksten i Norge avtar. I 2018 ble det født 1,56 barn per kvinne, mens i 2008 ble det født 1,92 (Andersen et al., 2019). Dette er en nedgang på nesten et halvt barn per kvinne på en tiårs periode.

3.2 ELDREOMSORG OG SYKEHJEM GJENNOM TIDENE

Før 1870 var eldreomsorgen hovedsakelig familien sin oppgave. De som ikke hadde familier eller slektninger som var i stand til å ta seg av dem, måtte gå på fattighuset, tigge eller ble henvist til legd (Førland, 2020). Her er legd en ordning der uforsørkede eldre og fattige går fra gård til gård og får korttidsopphold med mat og husly (Store norske leksikon, 2019).

De første sykehjemmene, også kalt pleiehjem og gamlehjem, kom i 1870-årene og ble kommunalt drevet (Førland, 2020). I starten var tilbudet en erstatning for de gamle som benyttet seg av fattighusene. Det var dermed et lavstatustilbud og ikke ansett som et helsetilbud for de eldre (Sørvoll et al, 2016). I år 1964 kom loven om sosial omsorg hvor familie ikke skulle stå til økonomisk ansvar for eldre foreldre (Otterstad, 2013). På denne måten fikk også sykehjemmet en annen status, og ble brukt av alle, ikke bare de som manglet forsørgelse.

Ettersom antallet eldre økte ble det i 1970 årene satt i gang en stor utbygning av sykehjemmene, og det ble kamp om langtidsplassene (Sørvoll et al, 2016). Det ble lagt stor vekt på effektivitet i drift og utforming av sykehjemmene. Samtidig vokste den offentlige tjenesteordningen til hjemmeboende eldre, som et tilbud for de som ikke var avhengig av fullstendig pleie. I 1984 ble hjemmesykepleie obligatorisk for alle kommuner (Borgan, 2013).

3.3 EFFEKTIVITET PÅ SYKEHJEM

Sykehjem har tradisjonelt fulgt samme planleggingsmodell som sykehus. De var bygd som store og tunge institusjoner med fokus på høy effektivitet for de ansatte. Hovedfokuset var å pleie og hjelpe de eldre med deres fysiske utfordringer tilknyttet aldring, og gjøre dette så effektivt for pleierne som mulig (Christophersen, 1998). Meier (2017) legger frem at beboerrommene ofte var små og lå i lange ganger, for på denne måten oppnå effektivisering ved at pleierne kunne rekke over flere beboere på kortere tid.

Det kommer frem fra rapporten til Christophersen (1998) at det mot slutten av 90-tallet ble lagt mer vekt på å minske institusjonsfølelsen på sykehjem og gjøre det mer hjemmekoselig for beboerne. Statlige virkemidler ble tatt i bruk for å øke standarden på sykehjemmene, og gi beboerne en mer hjemlig atmosfære. Det var fremdeles fokus på et godt og effektivt arbeidsmiljø for de ansatte, slik at de skulle kunne gi beboerne et stimulerende tilbud. Disse målsetningene kan oppfattes som motsetninger til hverandre, da en hjemlig atmosfære for beboerne ikke nødvendigvis gir et mer effektivt arbeidsmiljø for ansatte (Christophersen, 1998).

3.4 ORGANISERING AV SYKEHJEM

Det legges stor vekt på at eldreomsorgen, så lang som det er mulig, skal foregå i hjemmet. Tiltak kan være å tilpasse bolig og pleie til den enkeltes utfordring ved aldring (Høyland et al., 2020). Selv om dette sees på som nødvendige fokusområder, er det fremdeles et stort behov for sykehjem. Professoren Oddvar Førland hevder at beboere på sykehjem i dag er eldre, har flere sykdommer og er generelt mer skrøpelige nå enn tidligere. 50% av dødsfall i Norge skjer nå på sykehjem, 30% på sykehus og 15% i private hjem (Førland, 2020).

Et sykehjem skal være et kortsiktig eller langsiktig tilbud for eldre som har stort behov for hjelp i hverdagen, føler seg utrygg i eget hjem eller ønsker hjelp til å strukturere og gi innhold til hverdagen. Sykehjem brukes også som et pleietilbud ved overgangspleie etter sykehusbehandling eller avlastning fra den eldre sitt gamle hjem (Husbanken, 2009).

3.4.1 STØRRELSE

Det optimale antall beboere per bogruppe i et sykehjem er åtte personer (Oslo Kommune, 2012). Sykehjemmene skal være tilpasningsdyktige, da enkelte beboere kan ha store funksjonshemninger eller komplekse lidelser. I en bogruppe på åtte personer anbefales det ett fellesareal på 72 kvm, herav 30 kvm kjøkken, 30 kvm dagligstue og 12 kvm TV-stue. Dette tilsvarer et areal på 9 kvm per beboer. Fellesarealene kan være separate eller integrerte løsninger. Valg av løsning avhenger av antall beboere i bogruppen. Store bogrupper på mer enn åtte beboere, pleier å ha separerte fellesrom, mens små bogrupper på åtte beboere eller mindre pleier å ha ett fellesrom. I tillegg skal hver enkelt beboer ha et beboerrom med eget bad. Anbefalt størrelse er 30 kvm inklusivt bad (Christophersen, 1998).

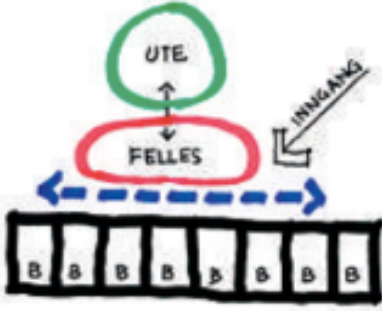
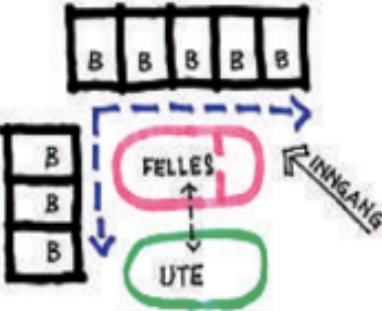
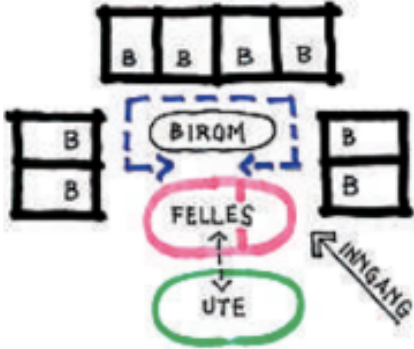
3.4.2 UTFORMING

Tabell 5 viser ulike måter å organisere avdelingene på sykehjem på. Ifølge Husbanken (2009) burde sykehjemmene ha korte korridorer med fellesarealet plassert sentralt, på en måte som gjør at beboerne har omtrent lik avstand mellom privat rom og fellesareal. Korridoren burde danne en vandrerute, slik at beboerne har mulighet for rusleturer innad i avdelingen, uten at beboerne opplever frustrasjon ved å ende opp ved en lukket dør. Vandrerutene er ofte

sirkulære, slik at man ender opp i utgangspunktet. I tillegg er det optimalt for de ansatte at det er korte avstander og at løsningen er arealeffektiv (Husbanken, 2009).

Tabell 5. Ulike organiseringer av avdelinger på sykehjem. Laget etter informasjon fra (Husbanken, 2009) og (Andersen & Holte, 2015). Illustrasjonene (Husbanken, 2009, side 12-13) viser åtte boenheter, fellesområde, inngang og uteområde.

Løsning	Illustrasjon	+	-
1. Midtkorridor: Fellesrom i enden		Korte og arealeffektive løsninger.	Institusjonspreg. Kan gi beboere dårlig orientering Ingen vandrerute.
2. Midtkorridor: Fellesrom gjennomgående i midten av boenhetene		Effektiv arealbruk. Korte forbindelseslinjer	Gjennomgang kan virke forstyrrende. Ingen vandrerute. Dårlig orientering og lysforhold.
3. Midtkorridor: Fellesrom i midten på den ene siden av boenhetene		Effektiv arealbruk. Korte forbindelseslinjer	Ingen vandrerute. Dårlig orientering og lysforhold.

<p>4. Midtkorridor: Fellesrom som den ene siden av korridoren</p>		<p>Fellesrom plasseres sentralt. God plass til lys og vinduer.</p>	<p>Lang korridor. Institusjonspreg.</p>
<p>5. Vinkeløsning: Fellesrom sentralt plassert (clustermodel)</p>		<p>Fellesrom plasseres sentralt. Kompakt løsning. Lite korridorareal.</p>	<p>Mye støy fra fellesarealene til beboerrommene.</p>
<p>6. Klyngeløsning Fellesrom som en del av klyngen (clustermodel)</p>		<p>Skaper en god vandrerute.</p>	<p>Øker korridorlengden.</p>

Beboerenhetene liggende i en midtkorridor med fellesareal plassert i enden som løsning 1, eller i midten som løsning 2 og 3 er de mest vanlige løsningene for en avdeling på sykehjem (Christoffersen, 1998). Problemet med disse løsningene er orientering. Løsning 1 har i tillegg problemer med at det kan gi et institusjonspreg, mens løsning 2 og 3 kan ha dårlige lysforhold.

Det er størst fordel å utforme fellesrommene i midten av boenhetene, slik som løsning 2, 3 og 5. Her minskes avstanden mellom beboers private rom og fellesareal, samtidig som beboeren kan se romdøren fra der de sitter i fellesarealene. Dette er med på å bedre orienteringsevnen i avdelingen for beboerne (Christoffersen, 1998). Personer med demens

eller orienteringsvansker har nytte av løsning 5 og 6, da en har tilgang på en vandrerute (Andersen & Holte, 2015).

3.4.3 OPPDELINGER I FELLESROM

Om fellesfunksjonene huses i ett eller flere rom, avhenger ofte av antall beboere i avdelingen og planløsningen (Christophersen, 1998). Ved at kjøkken og stue er i samme rom, vil beboerne få mulighet til å observere flere aktiviteter på en gang. Mange eldre er ikke i stand til å utføre fysisk arbeid på grunn av fysiske begrensinger, så derfor kan de føle at de bidrar passivt, for eksempel ved å se på en ansatt bake brød (Andersen & Holte, 2015). Dette er også det vanligste i små avdelinger. Ved å ha alle funksjonene i ett og samme rom, kan bråk oppstå, og avdelingen er mindre fleksibel ved utføring av forskjellige aktiviteter, eksempel sittedans og høytlesning. En mulig løsning kan være skillevegger (Høyland et al., 2003).

3.4.4 KORRIDORER

Sykehjemmene utformes slik at det er god tilgjengelighet for rullestolbrukere og gåstolbrukere innendørs og utendørs. Det skal være enkelt for beboerne og deres besøkende å orientere seg i bygget. For å få til dette skal det være minst mulig oppstykkede eller retningskiftende korridorer og gjennompassasjer. Alle rom skal være terskelfrie, og transportveiene og dørene skal være brede (Oslo Kommune, 2012). Passasjerplass til en rullestol skal være minimum 90 cm, og det er anbefalt 180 cm brede ganger, slik at en gående skal kunne møte en i rullestol (Husbanken, 2009), og en snusirkel på 160 cm (Veiviseren, 2019).

3.4.5 UTEOMRÅDER

Optimalt er uteområdene i direkte kontakt med fellesarealene. Undersøkelser viser at utearealer som har god skjerming fra vær og vind blir mer brukt. Uteområde på terreng er de mest attraktive, men store balkonger og terrasser kan også dekke behovet for kontakt med utsiden (Høyland et al., 2003).

3.5 TRIVSELSFAKTORER

"Selv om vi egentlig mangler eksakte definisjoner på hva miljøbegrepet innebærer, har vi en følelse av hva et godt eller dårlig miljø er. Denne følsomheten har vanligvis ikke noe med alderen å gjøre. Det er med andre ord ikke noe som tyder på at eldre mennesker er mindre følsomme i denne sammenheng enn yngre, kanskje snarere tvert imot" (Lyskultur, 1997, s. 21). I dette delkapitlet vil det bli lagt fram teori basert på ulike estetiske faktorer som kan ha innvirkning på beboernes trivsel og bruk av fellesarealene på sykehjem.

3.5.1 NATUR

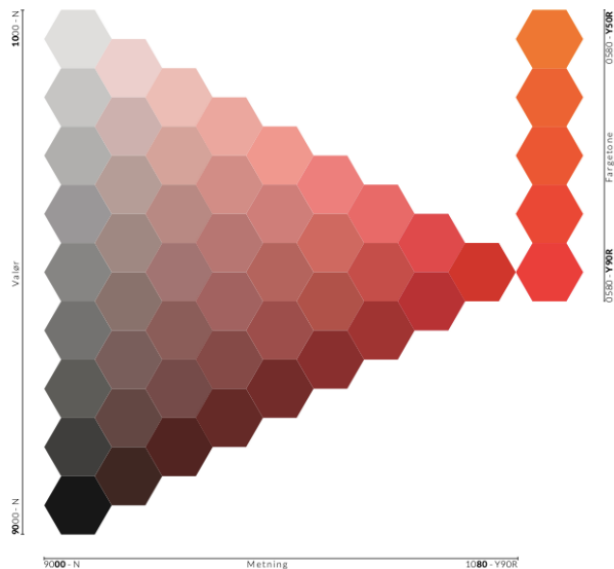
Det naturlige og det urbane miljøet gir ulike assosiasjoner til mennesket. Det naturlige miljøet oppfattes som et nært og kjent miljø da vi alltid har forholdt oss til det, mens det urbane miljøet har blitt introdusert senere i menneskets historie, som gjør at det kan føles utrygt (Bratman et al., 2015). Det urbane miljøet kan få deg til å utføre oppgaver saktere fordi miljøets stimuli krever mer mental anstrengelse og konsentrasjon, som tas fra selve oppgaven. Motsatt krever det naturlige miljøet lite mental anstrengelse, og man kan legge all fokuset og oppmerksomheten over på den oppgaven som skal utføres (Strumse, 1999). Grunnen til at det kreves mindre mental anstrengelse til naturen er fordi en føler en ro og sammenheng til den (Jervidallo, 2015).

En kan derfor trekke linjer til at eldre vil oppleve en mindre mental anstrengelse ved å ha utsikt mot et grøntområde enn til en boligblokk. Utendørs bevegelse har en positiv effekt på søvnkvaliteten til et menneske. Det er også med på å motvirke depresjon og angst (Husbanken, 2009). Naturlige elementer i interiør vil også virke beroligende. Eksempel på dette er bruk av jordfarger og grønne planter innendørs (Naalsrud, 2016).

3.5.2 FARGER

Farger har mye å si for menneskenes velvære. Mye tyder på at en farges psykiske og fysiske påvirkningskraft er individuell istedenfor absolutt. Faktorer som påvirker hvordan vi oppfatter en farge avhenger blant annet av syn, aldring, helse, kultur og vaner. Eksempel kan en person som kommer fra en kultur med mye farger rundt seg, bli forvirret og trist av å befinne seg lenge på et sted med hvite vegger, og motsatt (Naalsrud, 2016).

Naalsrud (2016) mener at det ikke nødvendigvis er fargen i seg selv, men heller valøren, styrken og fargekontraster som har mye å si for den psykiske effekten fargen gir. Eksempel kan forskjellige styrker av rødt gi forskjellige psykiske effekter. En person kan bli sint av en sterk og klar rødfarge, men rolig av en lys rødfarge. At to farger står i kontrast til hverandre, betyr ikke nødvendigvis at de må være forskjellige farger, men det er viktig at de er i forskjellige valører (Naalsrud, 2016). Dette illustreres i figur 2.



Figur 2. Forskjell på metning (horisontal) og valør (vertikal). Illustrasjon fra Naalsrud (2016, s. 49). Rom for liv: Masteroppgave ved Kunst og Designhøyskolen i Bergen.

Studiet til Torres (2020) konkluderte med at beboere på sykehjem foretrekker varme farger, spesielt gult, i fellesarealene. Fellesarealene brukes til høyere aktivitet og sosialisering, noe som gjenspeiles i varme farger. I soverom foretrakk beboerne kalde farger, spesielt grønt. Dette er fordi soverom brukes til lavere aktivitetsnivå som for å slappe av (Torres et al., 2020). Det at både grønt og gult ble trukket fram som ønskelige farger, kan indikere at beboerne foretrekker farger som gjenspeiler seg i naturen.

Hvordan fargene brukes og kombineres er en spesielt viktig faktor i trivsel, omgivelser og miljø for de eldre. En av grunnene til dette, kan være at evnen til å skille farger og synet ofte blir verre med alderen. Først og fremst kan farger gi liv og varme til rommene, men også gjøre det enklere å identifisere gjenstander og områder (Lyskultur, 1997). Hindringer og

overganger som trappetrinn, nivåforskjeller i gulv, håndtak og brytere burde ha en valør som står i kontrast til resten av omgivelsene.

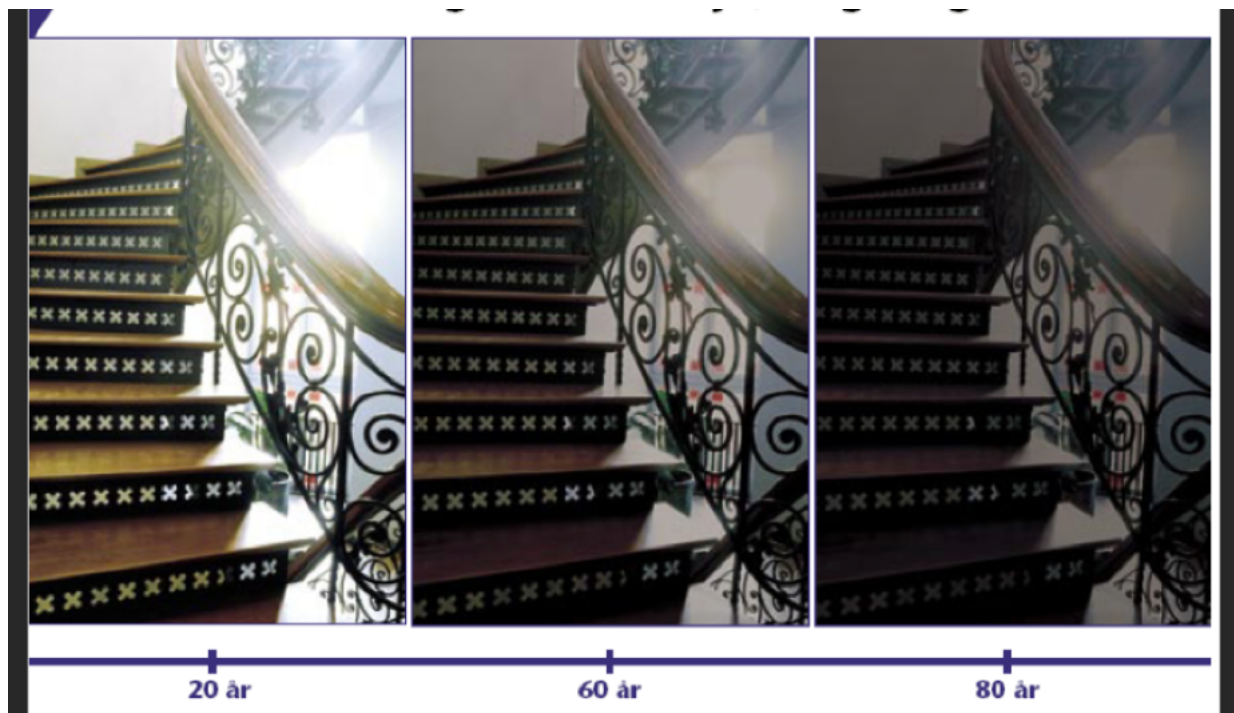
Mange har også problemer med å skille to farger, eksempel blått og grønt, fra hverandre hvis fargen er i samme valør. Det er enklere å skille en farge i ulike valører, eksempel mørkeblå og lyseblå, fra hverandre (Nygård, 2004). Samtidig burde fargene bidra til å gjøre det enklere for de eldre og orientere seg i fellesarealene, eksempel ved å bruke forskjellige farger i forskjellige rom (Lyskultur, 1997).

3.5.3 LYS

Hvordan vi oppfatter farger avhenger i stor grad av lysstyrken i rommet og hvor mye lys den enkelte øyne klarer å oppfatte. Aldring vil i mange tilfeller gjøre at synsfunksjonen svekkes og lysbehovet økes. Det tar også lenger tid for de eldre å tilpasse seg endring i belysningsstyrke (Lyskultur, 1997).

Lys påvirker oss hovedsakelig på fire måter. For det første påvirker det hvordan vi utfører visuelle oppgaver, for eksempel kan det være problematisk å male en vegg eller strikke i mørket. I tillegg kontrollerer lysmengden kroppens døgnrytme (Anjali, 2016). Ved for lite tilgang til dagslys kan en lide av søvnforstyrrelser (Lyskultur, 1997). Lyset påvirker også humøret og tilrettelegger for direkte absorpsjon for kritiske kjemiske reaksjoner i kroppen. (Anjali, 2016).

Det er spesielt viktig å tilrettelegge for et godt lysmiljø på sykehjem, fordi belysningsstyrke og synsskarphet avtar med alderen (Lyskultur, 1997). Fra figur 3 ser man at en 20-åring med normalt syn vil oppfatte omtrent 2,5 ganger så mye lys som en 60-åring og 4,6 ganger så mye lys som en 80-åring (Norges Blindforbund, 2010). Ved en svekket synsfunksjon vil man også ha problemer med å oppfatte og skille farger fra hverandre (Lyskultur, 1997). En måte å legge til rette for dagslys, er å vende oppholdsarealer i den himmelretningen som gir mest sol i forhold til når arealet brukes mest. Eksempel å ha en sørvendt stue, for at dette gir mest dagslys midt på dagen.



Figur 3. Lys og fargeoppfatning for en person på 20år, 60år og 80år. Hentet fra Norges blindforbund

3.5.4 MØBLERING

Jonsson (2014) viser at eldre ofte får en sentimental tilknytning til møbler, som de har hatt med seg gjennom livet. Å ha med seg møbler videre inn til sine private rom på sykehjemmet forbedrer overgangen fra tidligere hjem til sykehjem. Beboerne ser på sine private rom som sin nye bolig, mens fellesarealene blir sett på som et offentlig og delt område som benyttes for å sosialisere seg og delta på aktiviteter (Jonsson et al., 2014).

Studiet viser at det er viktig for beboerne at møblelementet i fellesarealet er komfortable, lydløse, har en hensikt og er plassert på en brukbar måte. Hvilken stil eller hvor hjemmekoselig effekt møblelementet skaper, er mindre viktig for beboerne på sykehjem. Dette begrunnes ved at beboerne selv ikke har valgt ut møblelementet og det er heller ikke elementer som de har en sentimental tilknytning til. Det trekkes derimot frem at beboerne foretrekker naturlige elementer som tre og planter i fellesarealene (Jonsson et al., 2014), noe som stemmer godt overens med teori fra kapittel 3.5.1.

4. RESULTATER

I dette kapitlet vil det først gis et sammendrag fra ekspertintervju med interiørarkitekt (IA), som er relevant informasjon til diskusjonen i neste kapittel. Deretter vil resultatene presenteres gjennom data innhentet gjennom dokumentstudium og/eller befarings-, spørreundersøkelsene og dybdeintervjuene. Disse er organisert etter referanseprosjektene; Ammerudlunden (sykehjem 1), Fagerborghjemmet (sykehjem 2) og Ullernhjemmet (sykehjem 3).

I kapittel 3.5 defineres trivselsfaktorer som fire elementer. Studenten har hovedsakelig jobbet med to elementer; farger og møbler. På grunn av covid-19 kunne det ikke utføres dagslysmålinger og andre observasjoner tilknyttet de to andre trivselsfaktorene.

4.1 INTERVJU MED INTERIØRARKITEKT

Det ble utført et ekspertintervju med Karen Naalsrud (IA), en interiørarkitekt som nylig arbeidet med utformingen av Selbu sykehjem. Hun har tidligere skrevet en masteroppgave om hvilke faktorer som skaper gode rom og trivsel (Naalsrud, 2016). Hensikten bak intervjuet var å få et bredere teoretisk grunnlag om faktorer som påvirker trivsel og bruk av fellesarealer på sykehjem. I dette delkapitlet vil de viktigste punktene fra intervjuet framlegges.

IA forteller at det har vært et økende fokus på at sykehjemmene skal være et godt og trygt hjem for beboerne, istedenfor å være så effektivt som mulig. Et av de viktigste aspekt med arbeidet med Selbu sykehjem var å motvirke institusjonsfølelsen. Denne oppstår ofte ved store avdelinger og lange korridorer.

Beboerne ble derfor delt inn i små åttemanns avdelinger. I tillegg ble det forsøkt å dele opp fellesarealene så mye som mulig. Mindre stuer med forskjellige temaer skaper variasjon og får beboerne til å vandre. I de små stuene er det underholdningsapparater som Playstation, klatrevegger og TV. Det er fint for beboerne å kunne trekke seg bort hit eller ta med besøk. Små rom vil oppfattes mer trygt, for man er ikke vant til å dele stue med åtte-ti stykker. Det vil også kunne skape mer innhold i hverdagen til beboerne. Det er fremdeles viktig at ansatte kan holde oversikt.

Mindre institusjonsfølelse kan oppnås ved å gå bort ifra typiske institusjonsmøbler, og plassere møblelementet i mindre og naturlige sittegrupper, slik som det ofte er i stuer. Å plassere beboerne foran TV-en på rekke og rad i institusjonsstoler, slik som enkelte sykehjem gjør, vil ikke gi beboerne følelsen av å være hjemme. Det er fremdeles viktig å tenke komfort for beboerne i valg av møbler, men disse aspektene er forenlige.

Hvite vegger blir også ofte forbundet med en institusjon. I planleggingen av Selbu sykehjem har det vært stor bevissthet ved bruk av farger. Når du beveger deg bortover gangen skal du oppleve en oppfatning av variasjon og kontrast, uavhengig om du ser godt eller er litt svaksynt. Det er metning og valør som avgjør om en farge oppfattes som illrød eller lysrosa, fordi begge er fargen rød. Rolige farger gir igjen et rolig miljø. Det burde også ha opphav i hva beboerne tidligere er vant med, fordi det er slik en ofte vil å ha det. Det er ofte svært individuelt hva man foretrekker, og avhenger ofte av kultur. «De fleste beboere på sykehjem i dag er ikke vant til hvite vegger, men når den yngre generasjonen kommer på hjem, tror jeg vi fint kan trives i hvite rom» forteller IA.

Farger og natur er viktig når det kommer til å gi ro. Tilgang på natur og livet utenfor er viktig for hodet, å skape hverdagsliv og for å ikke føle seg innestengt. Selv om disse aspektene er viktige, er den totale hjemmefølelsen som beboeren føler i fellesarealene den største faktoren for bruk og trivsel. Det å ikke føle seg fremmed der man er, kan også minimere uro.

Intervjuet med IA gir en relevant oppsamling av fokusområdene ved utviklingen av nye sykehjem. IA trekker frem små avdelinger, små fellesrom med ulike temaer, farger og natur som viktige faktorer for trivsel og bruk av fellesarealene på sykehjem. IA konkluderer at alt leder ned til å øke hjemmefølelsen til beboerne.

4.2 AMMERUD SYKEHJEM

I dette delkapitlet vil resultatene fra Ammerudlunden (sykehjem1) fremlegges.

Forskningsdata er innhentet gjennom dokumentstudiet av plantegninger saksinnsyn i Oslo kommune, tilsendte bilder fra kontaktperson ved sykehjemmet, beboerspørreundersøkelse og intervju med ansatt på sykehjem (A1).

4.2.1 ORGANISERING

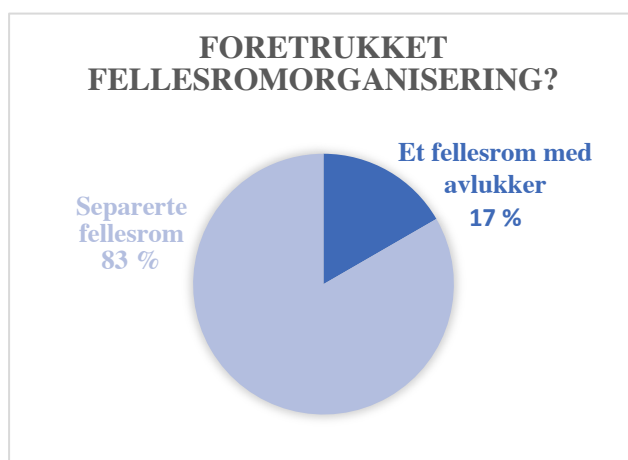
Ammerudlunden sykehjem ble bygd i 2001 og har 67 somatiske langtidsplasser. Figur 4 viser at avdelingene er bygget opp som en midtkorridorløsning med beboerrom på langsidenene. Fellesarealene ligger på kortsidene med stue til venstre og kjøkken til høyre. Utenfor stuen er det en balkong. I midten befinner det seg en heis og trappeoppgang, som danner en vandrerute for beboerne.

Avdelingene varierer i størrelser på åtte, elleve og tolv beboere per avdeling. Alle informantene i dette prosjektet tilhører avdelinger med tolv beboere, som gjør at det er denne beboerstørrelsen som det tas hensyn til. A1 ser på avdelingsstørrelsen som en optimal størrelse for beboerne. Det begrunnes ved at både ansatte og beboere har oversikt og en god mulighet til å bli kjent med hverandre.



Figur 4. Typisk avdeling på Ammerudlunden sykehjem med fellesområder (brunt) og privatområder (blått). Plantegningen hentet fra saksinnsyn i Oslo kommune 08.01.2021, studentens egne fargekoder lagt over.

Ammerudlunden har to fellesareal, en kombinasjon av spisestue og kjøkken og en stue. Som vi ser i figur 5 ble separerte fellesrom foretrukket av beboerne fra spørreundersøkelsen. A1 oppfatter separerte fellesrom som den beste løsningen for beboerne. Det forklares at en separert stue og et separert kjøkken gjør at beboerne forflytter seg mer og ikke ser på de samme omgivelsene hele tiden. Eksempel på dette er at beboeren først spiser et måltid i spisestuen og deretter går inn i stueområdet eller tilbake til sitt private rom. «Dette skaper variasjon og innhold i hverdagen til beboerne Om det kun er ett fellesrom kan beboerne fort blir sittende på samme plassen hele dagen, før beboeren til slutt går og legger seg. Dette gir lite variasjon i hverdagen» forklarer A1.



Figur 5. Foretrukket fellesroms organisering på Ammerudlunden.

Fellesarealet er totalt på 74,5 kvm, noe som tilsvarer 6,2 kvm per beboer i avdelingen. Ut ifra spørreundersøkelsen, syntes beboerne at størrelsen er tilstrekkelig. «Veldig mange sitter i rullestol, så det er begrenset hva man kan ha inne i en stue siden stueenheten er såpass liten» forklarer A1, som mener at fellesarealene har litt knapp størrelse. Det forklares at det på kjøkkenet kun er plass til kjøkkenbord og stoler, mens i stuen er det bare plass til bord og sofa.

Ut ifra plantegningene oppfattes det som at beboerne har kort vei til fellesarealene fra sine private rom. I spørreundersøkelsen svarte alle beboerne at det var kort avstand (0-5 m) eller overkommelig avstand (5-10 m) mellom deres private rom og fellesarealene, og at de ikke trengte noen videre tilpasninger. A1 forteller at gangen skal være fri fra hindringer og at det er lagt opp til pausestoler og håndløpere for at det skal være enklere for beboerne å bevege seg fritt. A1 ser at det er kortere å gå mellom fellesarealene om de ligger ved siden av hverandre,

noe som er mindre tidskrevende for arbeidet til de ansatte ved flytting av beboere og holde oversikt. Men A1 oppfatter det også som en synlig og trygg løsning for beboerne å ha de ansatte værende i fellesarealene i hver ende.

Å ha en vandrerute ser A1 på som gunstig, da beboerne alltid vil komme tilbake til utgangspunktet sitt, hvis en går seg bort. Det forklares at de alle fleste beboerne husker hvor de bor og er opptatte av å kunne romnummeret sitt.

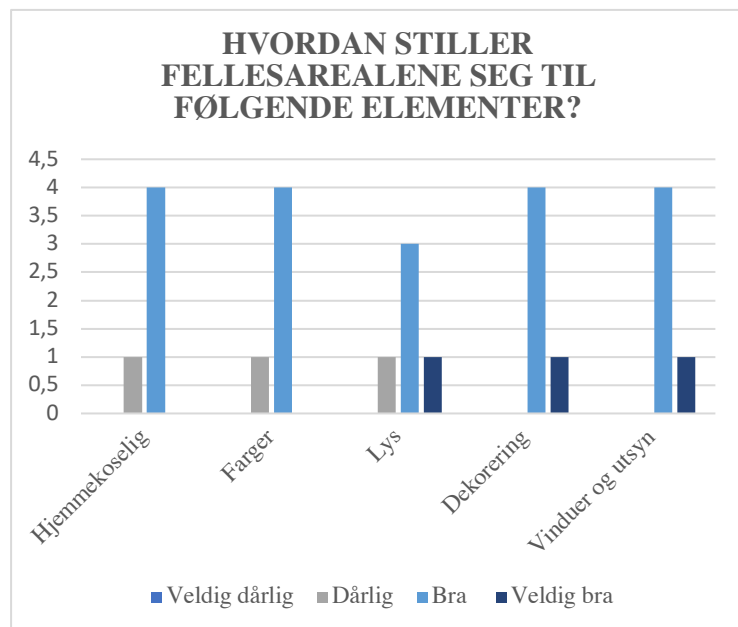
4.2.2 TRIVSELSFAKTORER

Ifølge dokumentstudiet i figur 6, brukes fargene grønn, gul, rød, og hvitt på dekor, møblement og vegger i fellesarealene. Figur 7 viser at det bare var en beboer som var misfornøyd med fargene i fellesarealene. Veggene er hovedsakelig malt hvite i alle rom, mens det er møblene og dekoren som har de andre fargene. Eksempel har gangen hvite vegger, mens selve dørene er malt gule. Dette forklarer A1 hjelper spesielt svaksynte beboere å skille dør fra vegg. Det legges også til at når fellesarealene skal pusses opp, skal veggene males i en annen farge enn hvit. A1 antar at dette vil minimere institusjonspreget.



Figur 6. Plantegning fra Ammerudlunden 2.etg. Bilder mottatt 09.02.2021 og plassering godkjent 22.02.2021

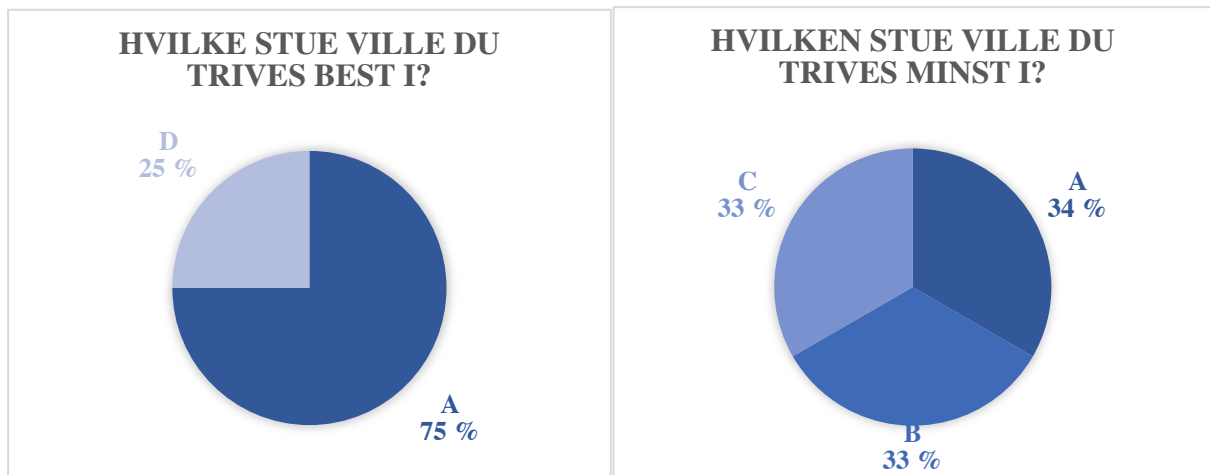
Beboerne fikk spørsmål om å rangere ulike elementer i fellesarealene fra veldig dårlig til veldig bra. Figur 7 viser at alle beboerne syntes alle at dekoreringen, vinduer og utsyn var bra. Når det gjelder fargebruk, lys og hvor hjemmekoselig det er, var det noe mere misnøye.



Figur 7. Beboernes preferanser for trivselementer på Ammerudlundan.

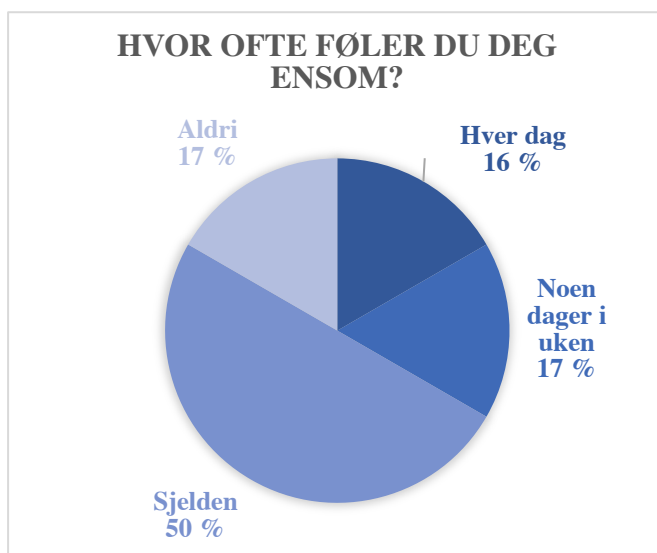
A1 oppfatter at beboerne foretrekker elementer som de er vant med fra tidligere. For å gjøre rommene mer hjemmekoselige, er det valgt å fokusere på bilder, gardiner og grønne planter. Flere av møblene er donert fra pårørende hvor beboer har gått bort. Bruksmøblene i fellesarealene er derimot institusjonspreget. Dette ser A1 som nødvendig, da disse møblene gir mer komfort og er mer tilpasset de eldre, i tillegg til å være slitesterke og enkle å holde ved like. Møblering i fellesarealene ligger utenfor avgrensningen, og blir derfor ikke diskutert videre.

Figur 8 viser at det var fire som foretrakk bilde A og to som foretrakk bilde D når beboerne ble spurt om hvilke stuer de ville trives best i (vedlegg D). Beboerne begrunnet valget med at bilde A virket hjemmekoselig, hadde fine gardiner og viste gode komfortable stoler som beboerne ville likt å sitte i. Bilde D ble underbygd med at det minnet om hytta. Da de igjen ble spurt om hvilke stuer de ville trives minst i, var det veldig delte meninger. Da beboerne ble spurt om grunnen til dette, ble det heller ikke gitt noe tydelig svar.



Figur 8. Oversikt over foretrukket stue (venstre) og ikke foretrukket stue (høyre) på Ammerudlunden.

Figur 9 viser at over halvparten av beboerne «sjelden» eller «aldri» føler seg ensomme. Bare en beboer krysset av for «hver dag». I tillegg svarte alle beboerne at de tar i bruk fellesarealene og at de også prater med andre beboere hver dag. A1 sier at det er viktig å aktivisere beboerne og å få dem ut av sine private rom. Så og si alle spiser måltidene sammen på kjøkkenet. Det blir pent dekket på og beboerne har sine egne plasser. På denne måten faller de naturlig i prat med naboen.

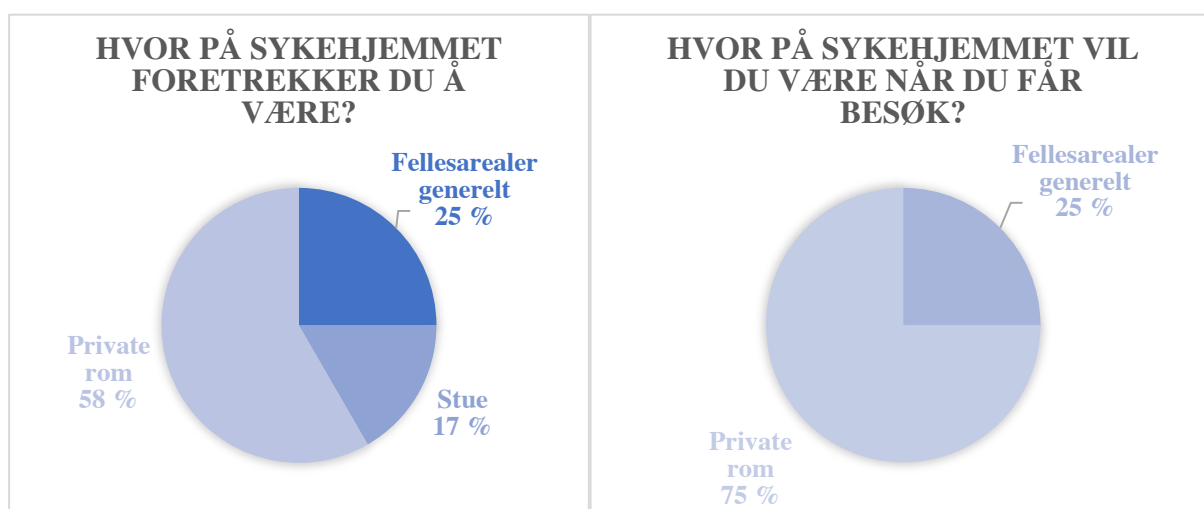


Figur 9. Beboernes grad av ensomhet på Ammerudlunden.

«Jeg vet at mange beboere liker å sitte igjen på kjøkkenet og se på de ansatte rydder og vasker og setter seg ned med kaffekoppen. De blir sittende der ganske lenge før de går de inn i stua eller rommet sitt eller blir med på en aktivitet. Jeg ser at det er mange som liker å sitte på

kjøkkenet og følge med på de ansatte. Det virker nesten som en greie de har med å ønske å observere» forklarer A1. Det oppfattes av A1 som at beboerne føler seg mindre ensomme når de kan observere aktivitet rundt seg og har noen å følge med på.

Beboernes private rom er på 31,5kvm inkludert eget bad. Figur 10 i spørreundersøkelsen viser at flesteparten av beboerne foretrekker å være på sitt private rom fremfor i fellesarealene. Likeså foretrekker beboerne å være på sitt private rom når de mottok besøk.



Figur 10. Beboernes preferanser å oppholde seg (venstre) og få besøk (høyre) på Ammerudlunden.

«Det er ofte vi opplever at beboerne ønsker å «dra hjem og ta seg en strekk eller se på tv», og da henviser de til sine private rom» forklarer A1. I stuen og kjøkkenet føler de seg fremdeles hjemme, men det er ikke deres eget. På beboernes private rom har de mer kontroll. Det blir derfor mer naturlig for dem å ønske å ta imot besøk på rommet. Det oppfordres til å ta med egne møbler hjemmefra og henge opp bilder på veggene. A1 forklarer at på denne måten blir beboerrommet et sted hvor beboer føler seg kjent og vant med. Om beboerne ikke har egne møbler de vil ta med, vil det bli satt inn hjemmekoselige møbler fra sykehjemmets lager. Beboernes private rom og møblering ligger utenfor avgrensingen, og blir derfor ikke diskutert videre.

4.3 FAGERBORGHJEMMET SYKEHJEM

I dette delkapitlet vil resultatene fra Fagerborghjemmet (sykehjem 2) fremlegges.

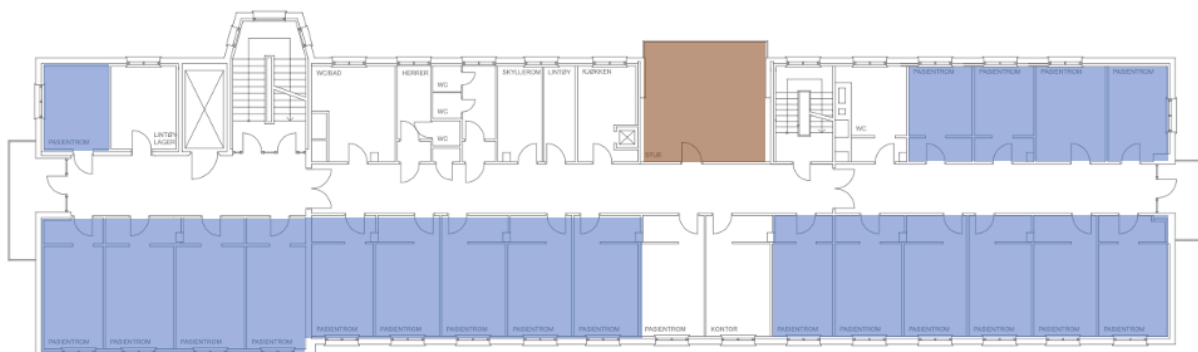
Forskningsdata er innhentet gjennom dokumentstudiet av plantegninger gjennom saksinnsyn

Oslo kommune, bilder fra kontaktpersonen på sykehjemmet, beboerspørreundersøkelse, dybdeintervju med ansatt ved sykehjemmet (A2) og dybdeintervju med beboer fra sykehjemmet (B2).

4.3.1 ORGANISERING

Fagerborghjemmet ble bygd i 1957 og har 58 somatiske langtidsplasser. Figur 11 viser at avdelingen er bygd opp med en midtkorridorløsning med beboerrom på hver side av korridoren. Det er balkonger i hver ende av korridoren og et fellesareal bestående av en kombiløsning med stue og spisestue. Planløsningen tilrettelegger ikke for en vandrerute. Fagerborghjemmet har store avdelinger på 20 beboere per avdeling.

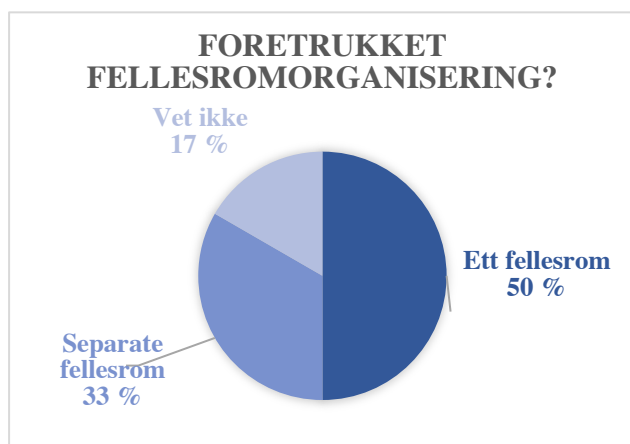
Det blir ikke kommentert noe om avdelingsstørrelsen i spørreundersøkelsen. B2 ser ikke på det som en utfordring at avdelingen er stor. «Det er under halvparten som tar i bruk fellesarealene til vanlig, og jeg tror derfor at det hadde blitt veldig tomt hvis det hadde vært en mindre avdeling» sier B2. B2 føler seg trygg på sykehjemmet og at de ansatte er veldig synlige i fellesarealene og gangene. A2 har samme oppfatning som B2, og legger til at avdelingen er mer rustet for uforutsette hendelser, for de ansatte kan jobbe mer effektivt i en større avdeling og fordele ansvaret slik at det alltid vil være ansatte synlige i fellesarealene. A2 forteller at av erfaring oppfattes det som at beboere ved små avdelinger ofte er mer urolige og redde fordi de blir sittende mye alene i fellesarealene. Dette er på grunn av at de ansatte ofte er opptatte med andre oppgaver.



Figur 11. Typisk avdeling på Fagerborghjemmet sykehjem med fellesområder (brunt) og privatområder (blått).

Plantegningen hentet fra NEAS Brannconsult AS (NBC) produsert 13.03.2006 hentet 19.02.2021, studentens egne fargekoder lagt over.

I dag har Fagerborghjemmet ett fellesareal med felles stue og spisestue. I spørreundersøkelsen ble beboerne også bedt om å si hvordan de selv ønsker at fellesrommene skulle være organisert. Figur 12 viser at flertallet ønsket ett fellesrom, men det var flere som også ønsket separerte. Av de som ønsket flere fellesrom, ble et separert TV-rom foretrukket.



Figur 12. Foretrukket fellesromsorganisering på Fagerborghjemmet.

At flesteparten av beboerne foretrekker ett fellesrom, tror A1 er tilfeldig, og muligens svart slik fordi beboerne syntes løsningen som er i dag er helt grei. Det forklares at flere beboere velger å oppholde seg på rommene sine på grunn av at de føler miljøet i fellesarealene er bråkete, fordi enkelte beboere prater høyt. Dette merkes ekstra godt fordi fellesarealet er såpass lite. Pleier konkluderer med at det hadde vært optimalt med to fellesrom; helst ett på hver side av kjøkkenet. På den måten hadde det vært mulig å skille beboerne, og ha en litt roligere sone for de som foretrakk det. Det vil også være mulig med to pågående aktiviteter.

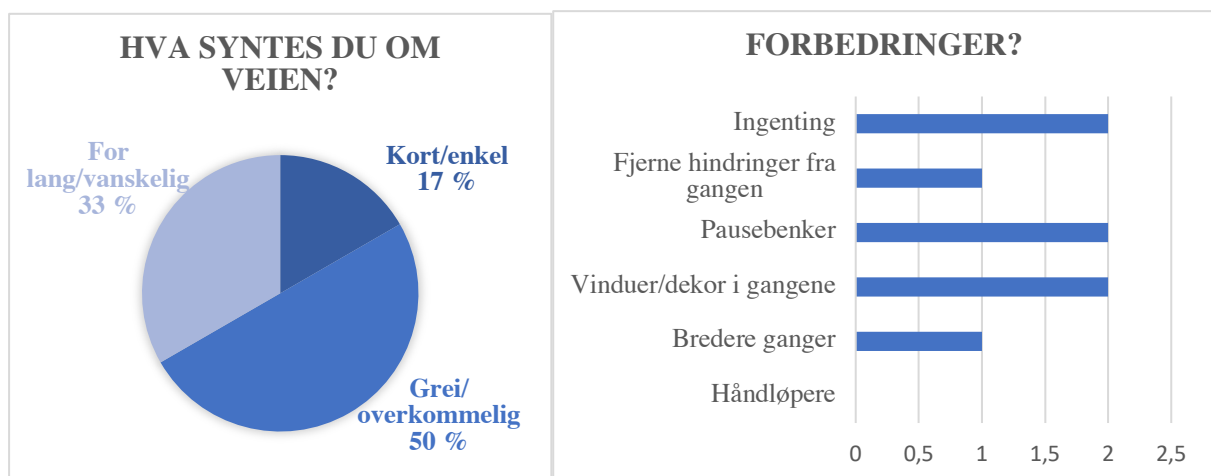
«Ja det tror jeg hadde vært helt annerledes med en stue til. Da kunne vi sitte sammen og se på TV eller sitte sammen å høre på radio» forklarer B2. Nå velger mange beboere å gå tilbake til rommene sine etter måltidene, og spisestuen blir ett rent måltidsbasert sted. «Det er ikke så lett det. Fra den stolen jeg sitter så ser jeg nesten ikke bort på TV-en. Jeg kan heller ikke flytte meg, for da skygger jeg for andre» forklarer B2.

Fellessarealet er på totalt 29 kvm, noe som tilsvarer 1,45 kvm per beboer i avdelingen. Størrelsen blir ikke kommentert i spørreundersøkelsen. A1 mener at den lille plassen i fellesarealene er en utfordring når det kommer til generell bruk og møblering. «Beboerne blir sittende på de samme stolene rundt bordet, enten de ser på TV eller spiser mat» forklarer A2.

Det er jobbet med å få plass til en sofa i spisestuen, for å kunne gjøre det hyggeligere for beboerne å ta i bruk fellesarealene utenfor måltidene og på kveldene. Dette mener B2 har liten hensikt, fordi sofaen vil ta opp plass og gjøre det mer kronglete å bevege seg i rommet. Det vil også minimere utsikten til TV-en fra de som sitter ved bordene.

Det er stor avstandsforskjell mellom fellesarealet og beboernes private rom. Ut ifra dokumentstudiet har noen 0-5 m å gå, mens andre har 10-30 m. På plantegningen er det tegnet inn en dør i korridoren, men ut ifra de tilsendte bildene oppfattes det som at den alltid er åpen, noe som ikke gjør den til hindring. I gangene er det plassert stoler, som beboerne kan bruke til å ta seg en pause.

Fra spørreundersøkelsen kommer det fram at flere beboere oppfatter avstanden til fellesarealet som for lang. Figur 13 viser at flere påpekte at den var mellom 10 og 30 m mellom beboernes private rom og fellesarealet. Disse informerte at dette var alt for langt og vanskelig. Beboerne foreslår pausebenker, vinduer og dekor i gangene for å forbedre avstanden til fellesarealet. Det er allerede plassert stoler i korridoren, og det er ikke mulig å sette inn vinduer fordi det er beboerrom på hver side av korridoren.



Figur 13. Beboerne på Fagerborghjemets mening om: veien til fellesarealet (venstre) og mulige forbedringer (høyre).

Avdelingen har ingen vandrerute, noe som A2 heller ikke ser på som en nødvendighet. En korridor gjør også at beboerne ikke klarer å gå seg bort. A2 mener at de fleste beboerne er avhengig av hjelp fra en ansatt for å komme seg til fellesarealet, og at det derfor ikke spiller noen rolle hvor lang gangen er. B2 mener at avstanden til fellesarealet ikke har noen

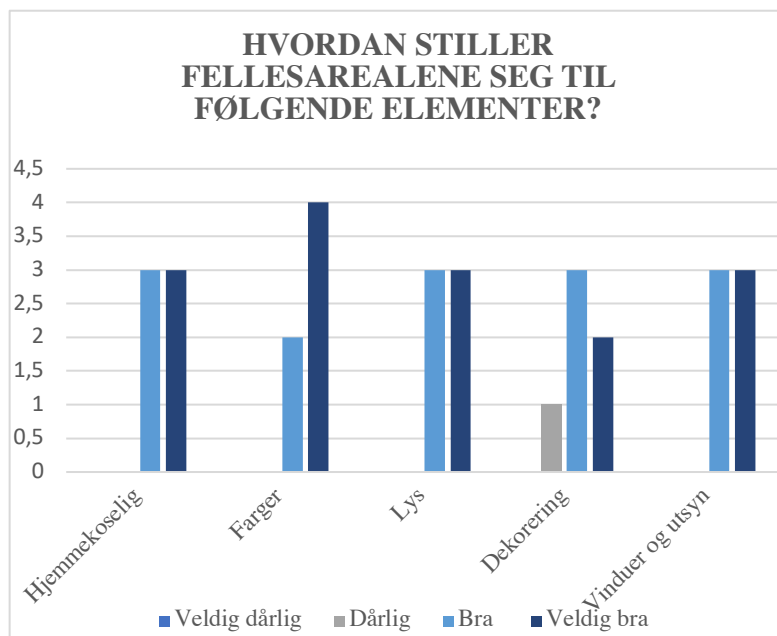
betydning på hvor mye det brukes. Det oppfattes også fra A2 som at beboerne er flinke til å huske hvor de bor.

4.3.2 TRIVSELSFAKTORER

Figur 14 viser at korridoren er hvitmalt, mens i spisestuen er veggene olivengrønne. Fra figur 15 kommer det fram at beboerne i stor grad er fornøyde med fargevalget i fellesarealene. A2 forteller at beboerne var med på å velge farge på veggen i spisestuen. Det forklares at korridoren er malt hvit for å gjøre rommet lysere. Rød, grønn, brunt og blått er fargene som går igjen i møblet og dekorasjonene i korridoren og spisestuen.



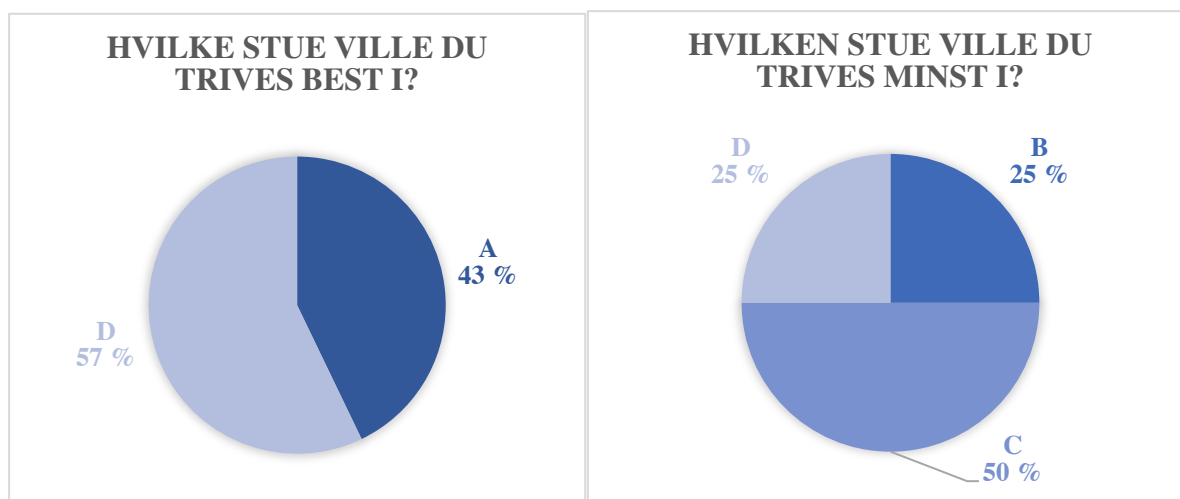
Figur 14. Plantegning fra Fagerborghjemmet 3.etg. Bilder mottatt 17.02.2021 og plassering bekreftet 10.04.2021.



Figur 15. Beboernes preferanser for trivselementer på Fagerborghjemmet..

B2 liker veldig godt å pynte på sitt private rom og gjøre det hjemmekoselig, men syntes ikke den hjemmekoselige effekten i fellesarealet har noe å si for hvor mye det blir brukt. «For meg er det ikke så farlig om veggene er hvite, blå eller gule. Jeg er mer opptatt av at det skal være funksjonelt og lettvinde ordninger. En bedre TV-ordning i fellesarealet ser jeg på som viktigere enn hvilke gardiner det er på veggene. Selv om jeg må påpeke at gardinene i spisestuen er veldig fine da» forklarer B2.

Fagerborghjemmet ble vist bilder av de samme stuen (vedlegg D). Resultatene fra figur 16 viser at bilde A og D var å foretrekke. Beboerne begrunnet valget av bilde A med at den så hyggelig ut, hadde komfortable møbler, minnet om gamle dager og at den hadde lenestoler. Valg av bilde D ble begrunnet med at den var veldig fin, koselig og minnet om gamle dager. Det ble også poengtert at det virket som stuen ga godt utsyn til de som jobbet der. Bilde C var den stuen beboerne foretrakk minst. Begrunnelsen var at stuen var for moderne, alt for hvitt og at det fort kunne bli skittent. En beboer ville trives minst i stue B og en i stue D, men de visste ikke hvorfor.



Figur 16. Oversikt over foretrukket stue (venstre) og ikke foretrukket stue (høyre) på Fagerborghjemmet.

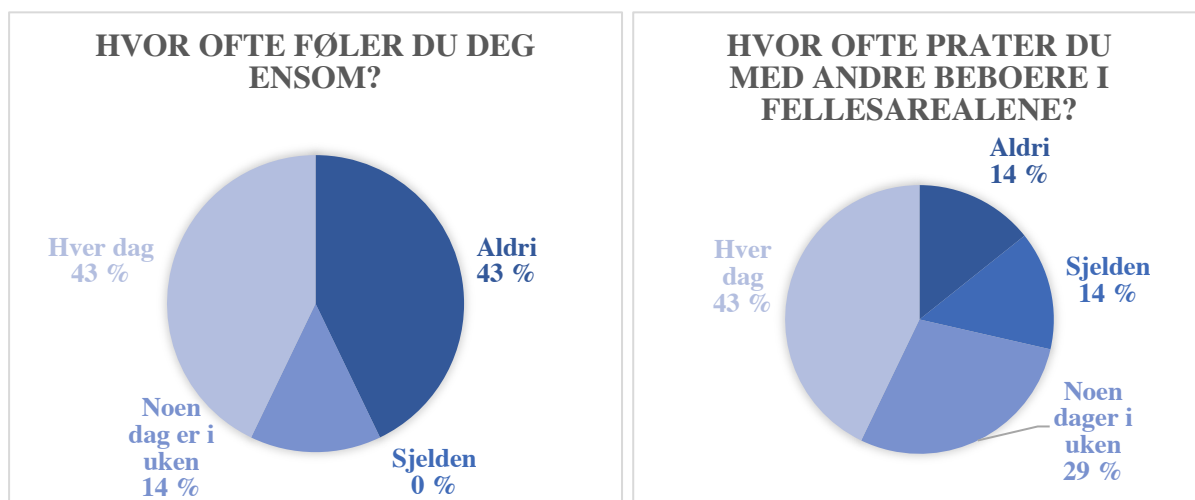
Avdelingen har to balkonger i hver sin ende av gangen. Den ene balkongen kan brukes både sommer og vinter fordi den er innebygd med varmeelementer. I spørreundersøkelsen er det enkelte som poengterer at balkongene kunne vært større. Dette er A2 enig i, for da kunne flere beboere benyttet balkongene samtidig. B2 mener at balkongene er svært koselige og mener at de er store nok. A2 og B2 foretrekker at på terrassene som er svært populære for beboerne. At ikke begge terrassene er tilpasset vinterklima, er noe B2 kommenterer.

«Dette er dumt fordi balkongen nærmest meg er ikke tilpasset vinterklima. Om jeg vil ut, er det denne balkongen som tilbys for meg, og her er det kaldt. I dag hadde jeg veldig lyst til å gå ut, men det kan jeg ikke, siden jeg tror det er for kaldt. Det hadde vært veldig fint om begge balkongene hadde vært tilpasset vinterklima. Da hadde jeg kunne vært mer ute» forklarer B2.

I tillegg til de to balkongene i avdelingen, har sykehjemmet en fin hage. Flere beboere kommenterer i spørreundersøkelsen at de liker å være ute i hagen og prate med andre beboere når det er sol. At de er mye ute, er også noe B2 nevner. Om vinteren blir det for kaldt å være ute. B2 hadde aldri tenkt på andre tilpasninger, som vinterhage, kunne gjort at hagen kunne vært aktuell å bruke også på vinterstid også.

Figur 17 viser at over halvparten av beboerne følte seg ensomme hver dag eller noen dager i uken. En av beboerne som svarte hver dag spesifiserte at ensomheten ikke varte hele dagen, men deler av den. Figuren viser også at flere av beboerne aldri eller sjelden kommer i prat

med andre beboere i fellesarealene. B2 påpeker at de prater med hverandre ved å si «hei» under måltidene. Men de snakker ikke sammen noe mer enn det. B2 tror at de ville snakket mer sammen om de hadde hatt tilgang til en egen stue hvor de kunne sett på TV, pratet med hverandre og spilt spill.

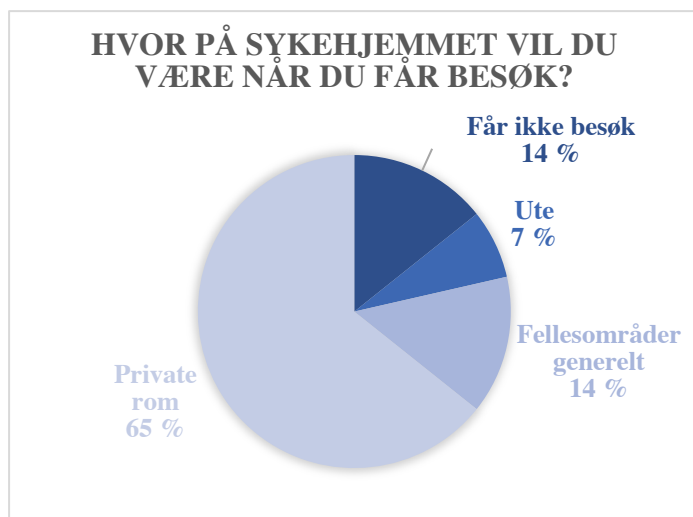


Figur 17. Beboernes grad av ensomhet (venstre) og prater med andre beboere (høyre) på Fagerborghjemmet.

Fagerborghjemmet har et lite kjøkken ved siden av spisestuen. Dette kan bare benyttes av en eller to ansatte samtidig, og beboerne har ingen innsyn til arbeidet som gjøres her. A2 forteller at hvis, beboerne ønsker det, kan de være med eller observere matlaging nede på felleskjøkkenet. Det virker ikke som at dette er noe beboerne ønsker. For å vekke appetitten til beboerne, blir det ofte varmet opp croissanter eller pizza i helgene. Det forklares at dette gir en deilig rom duft på sykehjemmet.

B2 oppfatter ikke den manglende innsynstilgangen beboerne har til kjøkkenet som en ulempe. Det forklares at for B2 ville det heller ikke vært noe interessant å følge med på at de ansatte rydder og ordner på kjøkkenet, men mener at dette ikke trenger å gjelde for alle. Selv om beboerne ikke har tilgang til å se kjøkkenarbeid, ser A2 det fremdeles som viktig at de ansatte er synlige i fellesarealene, slik at beboerne ikke føler seg alene.

Beboernes private rom er på 11-14,9 kvm med vaskeservant. Beboerne deler på tre WC og to bad, som er plassert i korridoren. På Fagerborg sykehjem foretrakk alle beboerne å være på sitt private rom, bortsett fra en som ikke hadde en spesifikk formening. Figur 18 viser at flesteparten av beboerne foretrakk å få besøk på sine private rom.



Figur 18. Beboernes preferanser for å få besøk på Fagerborghjemmet.

B2 tror mange velger å være på rommene sine, fordi avdelingen mangler en typisk stue. At de fleste beboere foretrekker å få besøk på sine private rom, ser B2 på som en selvfølge, fordi det er her de selv har kontroll. Her har de innredet slik de vil, og kan ikke bli forstyrret av andre. Fellesarealet i avdelingen blir sett på som en ren spisestue hvor måltidene inntas, og blir ellers lite brukt av beboerne. B2 tror at hvis avdelingen hadde hatt en ren stue, ville beboerne pratet mer med hverandre og oppholdt seg mer i fellesrommene. A2 tror dette kan komme av at mange beboerne oppfatter det som roligere og mer stille å være på sitt eget rom. A2 og B2 oppfatter at beboerne har det veldig hjemmekoselig på rommene sine, og at de trives godt der. Beboernes private rom ligger utenfor avgrensningen til oppgaven, og blir derfor ikke diskutert videre.

4.4 ULLERNHJEMMET SYKEHJEM

I dette delkapitlet vil resultatene fra Ullernhjemmet (sykehjem 3) fremlegges. Forskningsdata er innhentet gjennom dokumentstudium av plantegninger fra saksinnsyn Oslo kommune og bilder fra kontaktperson ved sykehjemmet, befaring, beboerspørreundersøkelse og dybdeintervju med ansatt på sykehjemmet (A3).

4.4.1 ORGANISERING

Ullernhjemmet ble bygd i 2007 og har 48 somatiske langtidsplasser. Figur 19 viser at avdelingene er organisert med en midtkorridor med fellesareal på den ene siden og

beboerrommene på den andre siden, i tillegg til kortsiden. Fellesarealet består av en kombinasjon av stue, kjøkken og spisestue i ett. Utenfor fellesarealet er det en stor terrasse. Ullernhjemmet har avdelinger på 16 beboere, som igjen er inndelt i to åttergrupper. Hver åttergruppe har hvert sitt fellesareal, som gjør at avdelingsstørrelsen vil settes som åtte beboere istedenfor 16.

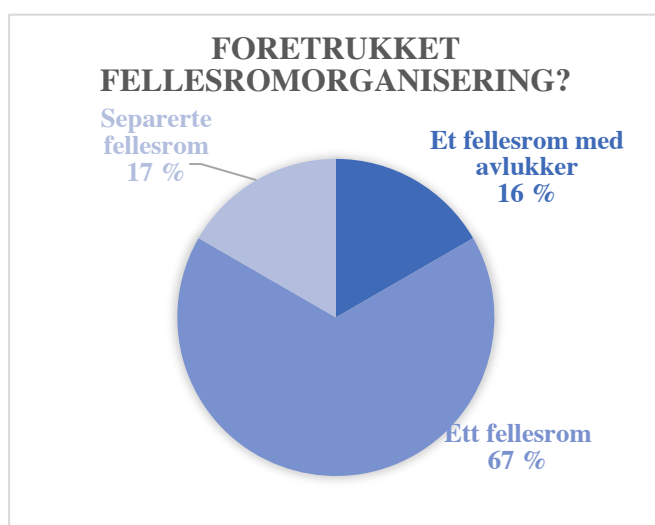
Det blir ikke kommentert noe om avdelingsstørrelsen i spørreundersøkelsen. A3 forteller at beboerne i utgangspunktet blir plassert i det fellesarealet som ligger nærmest deres private rom. Beboerne kan også bytte fellesrom om de mistrives med de andre beboerne som beboeren deler fellesareal med. A3 forteller at gruppene driftes nesten som separerte avdelinger. Dette er gjort for at avdelingen skal virke mer intim. Det er i utgangspunktet veldig fint, men hvis de ansatte ikke er tilgjengelige eller synlige, vil mange beboere føle uro.

«I utgangspunktet er jeg for disse små avdelingene. Men hvis du har en tung pleiemessig avdeling, så er dette veldig dumt. Hadde det vært en stor avdeling, hadde vi hatt flere ansatte. Da kunne tre ansatte gått inn på et rom, mens en annen kunne vært i fellesarealene. Dessverre er man jo ofte bare tre på jobb på en kveld. Og hvis alle må inn til en beboer i ett stell er det ingen igjen ute, og driften blir da mye mer sårbar» forklarer A3.



Figur 19. Typisk avdeling på Ullernhjemmet sykehjem fordelt med to åttergrupper (høyre og venstre) med fellesområder (brunt) og privatområder (blått) Plantegningen hentet fra saksinnsyn i Oslo kommune 13.01.2021, studentens egne fargekoder lagt over.

Fellesarealet består av et stort rom med avlukker/skyvedører, som gjør at det kan deles inn i TV-stue, dagligstue og kjøkken. A3 forteller at skyvedørene aldri har blitt brukt, og at fellesarealet fungerer som ett rom. Figur 20 viser at de fleste beboerne foretrakk en løsning med ett fellesrom, slik som de har i dag. Selv om flesteparten foretrekker ett fellesareal ser vi fra spørreundersøkelsen at enkelte beboerne likevel ønsker forskjellige stemninger i fellesarealene. «Hvis vi har egen spisestue blir det som å være på restaurant. Det hadde vært hyggelig å oppleve, når en er på sykehjem» påpeker en beboer fra spørreundersøkelsen.



Figur 20. Foretrukket fellesroms organisering på Ullernhjemmet.

«Det hadde vært optimalt med to separerte fellesrom med tanke på støy. Vi har en vaskemaskin som bråker en del på kjøkkenet, og det får vi mye kommentarer på fra beboerne. De sier ofte «Nå har de satt på den maskinen igjen». Men jeg syntes det uansett er bedre med ett fellesrom, for da kommer man nærmere beboerne og de hverandre. Ansatte kan prate med dem, gi de kaffe og utføre arbeid mens beboerne ser på, når kjøkken og spisestue er i samme rom» forklarer A3. I tillegg vil beboerne være mer synlige for hverandre, siden det bare er ett fellesareal å ta i bruk. A3 forklarer at de har god fleksibilitet ved at beboerne kan bytte til den andre åttergruppen sitt fellesrom om de krangler eller misliker en annen beboer i det fellesarealet de tilhører.

Fellesarealet er totalt på 77,7 kvm, noe som tilsvarer 9,7 kvm per beboer i avdelingen. I spørreundersøkelsen er det flere beboere som poengterer at TV-stuen kunne vært noe større. «Stuen er nesten bare en fleip. Det ser ut som at arkitektene ikke har tenkt på at beboerne trenger ekstra plass til å plassere og bemanne hjelpemidler, som gæstol og rullestol. Stuen er

alt for smal og kronglete å benytte. Den er alt for liten til å være brukervennlig. Beboerne sitter heller i de andre stolene» sier A3.

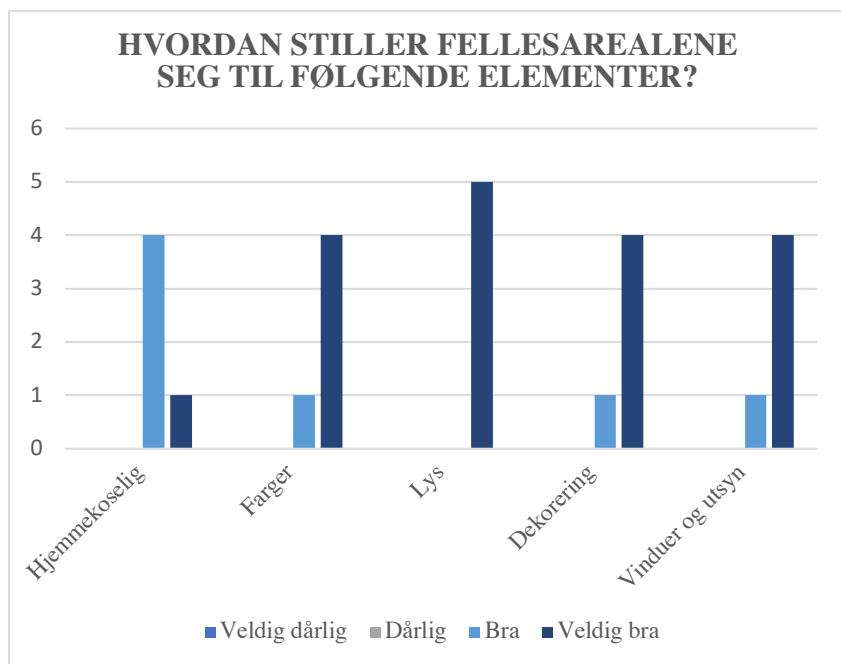
Fra plantegningene oppfattes det som at det er kort vei (0-5m) eller overkommelig (5-10m) for beboerne å komme seg til fellesarealene. Spørreundersøkelsen viser at alle beboerne mener at det er kort vei til fellesarealet og at det ikke trengs noen tilpasninger. A3 forklarer at beboerne er flinke til å finne tilbake til rommene sine. «Alle beboerne har en slags lukket hylle utenfor døren sin hvor de kan legge kjennetegn for å vite at det er deres rom. For eksempel en som liker veldig godt å pynte seg, har et perlekjede der. På denne måten vil de fleste ikke gå seg bort» forklarer A3.

4.4.2 TRIVSELSFAKTORER

Figur 21 viser at fargene på veggene i korridorene er lys beige. I fellesarealene er de brukte fargene grønn, lys gul og beige. Gulvet er av mørkt tre. Fra figur 22 ser vi at alle beboerne var fornøyde er med fargene i fellesarealene. A3 forklarer at fargene på veggene og bildene på veggene i fellesarealet og korridoren er bestemt av arkitekter. De har også vært innom for å sjekke at valgene deres blir opprettholdt.

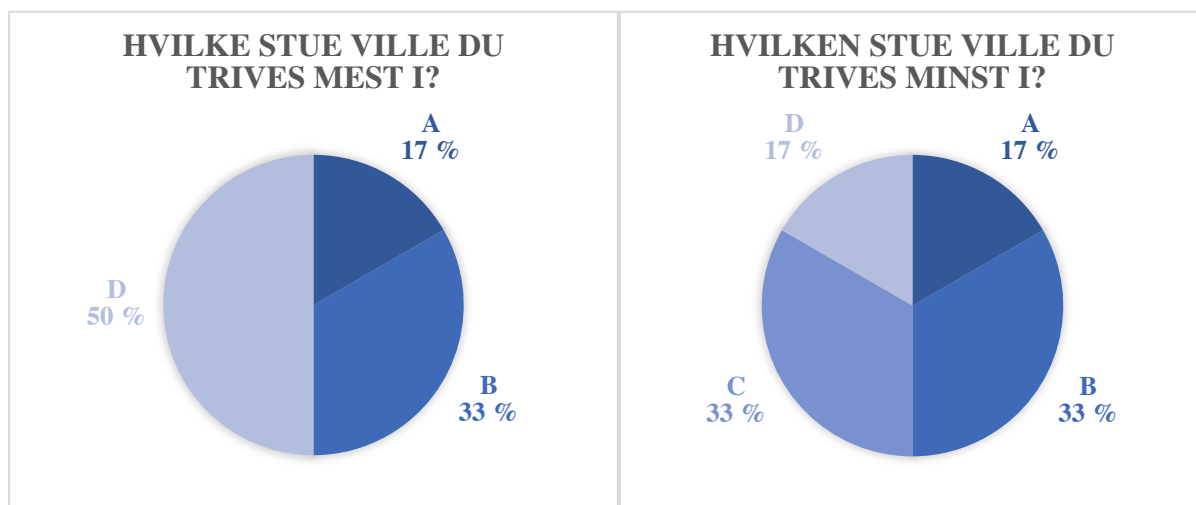


Figur 21. Plantegning fra Ullernhjemmet 1.etg. Bilder mottatt 11.02.2021 og bekreftet plassering 25.03.2021.



Figur 22. Beboernes preferanser for trivselselementer på Ullernhjemmet

Beboerne blir spurt om hvilke stue de ville trives mest og minst i (vedlegg D). Figur 23 viser at beboerne svarer svært forskjellig i begge kategorier. Det kan imidlertid trekkes den slutning at ingen foretrakk stue C. A3 påstår at hvor hjemlig fellesarealene oppfattes av beboerne, ikke er avgjørende for hvor mye de bruker fellesarealene. «Jeg tror det at de liker seg mye på grunn av de ansatte. Beboerne sier at de trives best, når de ser og er sammen med andre. Beboerne liker godt å se på at de ansatte jobber. Det er ofte på grunn av det at folk kommer ut i fellesarealene» forklarer A3.



Figur 23. Oversikt over foretrukket stue (venstre) og ikke foretrukket stue (høyre) på Ullernhjemmet..

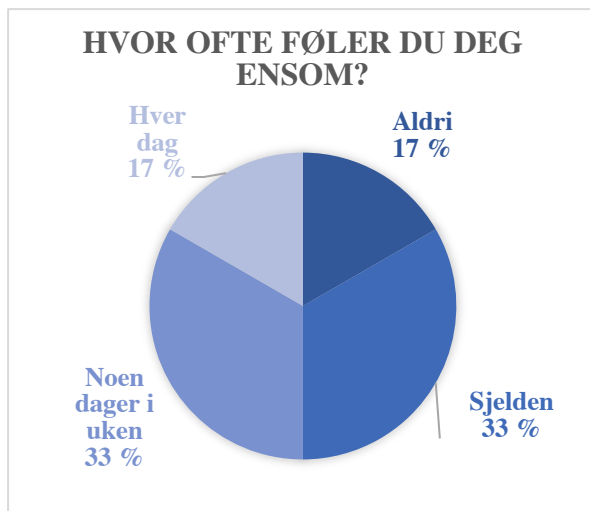
A3 forteller at flere beboere og pårørende klaget på at fellesarealene ikke var hjemmekoselige nok i starten. Det ble derfor satt i gang tiltak for å få inn flere hjemmekoselige elementer. De originale bruksmøblene, som stoler, bord og sofa, ble beholdt slik det var fra starten av. Figur 22 viser at det er ingen av beboerne fra spørreundersøkelsen som reagerer på dette nå.

A3 oppfatter det sånn at det er spesielt tre gjenstander i fellesarealene som er med på å øke trivselen; kalenderen, pianoet og bokhyllen. «Vi har kalender i alle fellesrom hvor det må rives av en datoside for hver dag. De fleste legger veldig godt merke til om dette ikke er gjort, og sier at vi må bytte dato. I tillegg er det veldig mange som er glad i pianoet. Det er noen av de ansatte som spiller. I tillegg er bokhyllen noe som mange setter pris på. De som kan det, er veldig glade i å lese. Ellers så er det noe som de er vant med hjemmefra som kan minne dem om gamle dager. Vi kunne tenkt oss å lage et bibliotek, men det er det ikke plass til» forklarer A3. Møblement ligger utenfor avgrensningen til oppgaven, og blir derfor ikke diskutert videre.

Utenfor fellesarealet er det en balkong uten særlig muligheter for utsyn. Derfor velger beboerne ofte å sitte ute på parkeringsplassen om sommeren. I spørreundersøkelsen er det flere som poengterer at dette ikke er en optimal løsning. A3 forteller at de nåværende balkongene er veldig fine, men brukes lite fordi det ikke er mye utsyn. A3 kommenterer at det ikke er mulig for beboerne å benytte seg av gressplenen, fordi det er for kupert terreng og tungvint å komme seg dit. Da sitter de heller foran på parkeringsplassen i stoler på sommeren.

«På sommeren så okkuperer vi parkeringsplassen. Vi flytter ut møbler og setter dem på parkeringsplassene, slik at vi kan hindre folk i å parkere. Det er jo HC plasser da, så det er jo litt dumt. Vi prøver å okkupere plassene slik at vi signaliserer at besøkende ikke skal parkere der. Sånn er det. De sitter jo der, og da er det ikke noe hyggelig. Da tar vi heller litt plass» forteller A3. Det forklares at det ville vært mer gunstig med en veranda på framsiden av sykehjemmet hvor beboerne kunne observert livet utenfor sykehjemmet. A3 forklarer at de pynter med grønne planter inne, og at det finnes innslag av natur i interiøret.

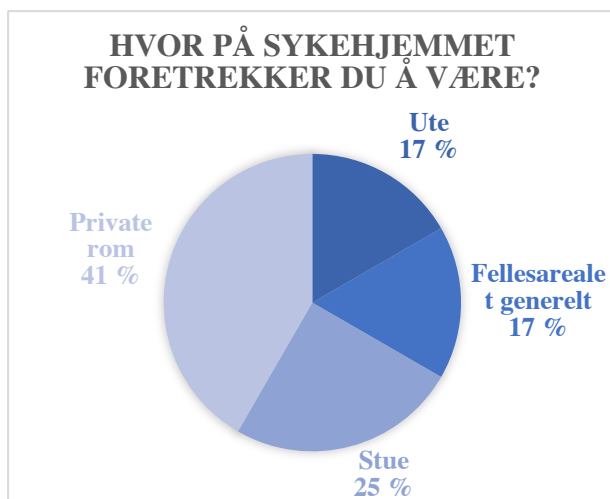
Figur 24 viser at det omtrent halvparten som føler seg ensomme flere ganger i uken eller mer. I spørreundersøkelsen sier beboerne at de prater med hverandre hver dag. A3 oppfatter at ensomheten ofte kommer av at beboerne ikke har noe å se på eller noen å prate med.



Figur 24. Beboernes grad av ensomhet på Ullernhjemmet.

«Beboerne er veldig nysgjerrige, og liker å se på livet. Å se ansatte, andre beboere, pårørende og forbipasserende kommer i første rekke for beboerne, mens hjemmekoselige elementer for økt trivsel kommer i andre rekke» forklarer A3. Det kommer også fram at beboerne liker å være der det skjer noe. De vil heller sitte ute i en gang og se på folk som kommer og går istedenfor å sitte inne i fellesstuen og se på tv. Om sommeren ønsker beboerne å sitte ute på parkeringsplassen, som er lite koselig, istedenfor å sitte på verandaen som er tiltenkt uteopphold for beboerne.

Beboernes private rom har et areal på 30 kvm inkludert bad. Figur 25 viser at det var flere beboere som foretrakk å være i fellesarealene fremfor sitt private rom. Når spørsmålet derimot kom til hvor de ønsket å ha besøk, ble svaret enstemmig på sitt private rom.



Figur 25. Beboernes preferanser å oppholde seg på Ullernhjemmet.

«Jeg tror at beboerne liker seg mye på grunn av de ansatte. Folk trives best med andre folk. Beboerne trives best å se på hva de som jobber der gjør. Det er ofte på grunn av de at folk kommer ut i fellesarealene» forklarer A3 når det spørres om hvorfor beboerne liker seg så godt i fellesarealene.

A3 tror beboerne foretrekker å ha besøk på sine private rom, fordi de vil ha besøket litt for seg selv. A3 forklarer at de har det veldig fint på rommene sine, og er flinke til å gjøre det hjemmekoselig. Da oppfattes det mer som et besøk hjemme hos den enkelte. Det kommer fram at hvis beboerne får besøk i fellesarealene, kommer det veldig an på pårørende, om det blir et forstyrrende eller inkluderende besøk også for de andre beboerne i avdelingen. «Noen pårørende overser de andre beboerne og vil bare prate høyt med sin slektning. Mens andre har med kake eller snakker med alle slik at det oppfattes som at det er et besøk for alle.» forklarer A3. Avdelingen har rom som kan brukes som besøksrom, men A3 forklarer at beboerne foretrekker å ha besøket på sine private rom istedenfor. I besøksrom blir det ikke tilpasset slik som hver enkelt beboer vil ha det, i motsetning til i de private rommene. Beboernes private rom ligger utenfor avgrensningen, og blir derfor ikke diskutert videre.

5. DISKUSJON

Målet med oppgaven var å finne ut hvordan det fysiske miljøet påvirker trivsel i og bruk av fellesarealene på et sykehjem. I dette kapitlet vil først de fem hypotesene (H1-H5) fra innledningen drøftes. Det vil foregå ved at hypotesene først blir satt opp mot innsamlet teori og erfaring fra ekspertintervju med IA. Deretter vil forventede funn, sett at hypotesen stemmer, bli presentert. De faktiske funnene fra oppsamlet data presenteres i korte trekk, og blir deretter drøftet opp mot forventede funn. Tilslutt vil det konkluderes med en styrket eller svekket hypotese. Etter de fem hypotesene er drøftet, vil det diskuteres hvordan covid-19 er med på å påvirke resultatenes reliabilitet og validitet.

5.1 AVDELINGSSTØRRELSE

H1: Beboerne trives i og bruker fellesarealene mest i små avdelinger.

Ifølge Oslo Kommune (2012) er det mest optimalt med åtte beboere per avdeling. IA poengterer at det er uvant å komme på et hjem hvor man deler stue med ti andre beboere, og oppfatter at det derfor føles mer trygt med små avdelinger. Store avdelinger vil gjøre det mer uoversiktlig for de ansatte og dermed mer utrygt for beboerne. Urolighet har en evne til å overføres fra person til person. Om en beboer er urolig, vil dette raskt kunne smitte over på flere. En større avdeling, gjør også at avstandene til fellesarealene blir lengre og mer uoversiktlig for enkelte beboere. I lyset av dette er hypotesen at «beboerne trives og bruker fellesarealene mest i små avdelinger».

Gitt at hypotesen er sann forventes det at beboerne ved Ammerudlunden og Fagerborghjemmet vil ha lavere trivsel og bruker fellesarealene mindre enn Ullernhjemmet. Det antas at beboerne opplever mer uro og at avdelingene er mer uoversiktlige. Beboerne vil i mindre grad prate med hverandre og kan lett gå seg bort. Beboerne burde poengtere at det er mye støy og at de foretrekker sitt private rom fremfor fellesarealene, og noen beboere burde også poengtere at avstanden til fellesarealet er for lang. Ullernhjemmet, med åtte beboere per boenhet, antas å ha det mer rolig og at beboerne stort sett prater mye med hverandre og er godt kjent. Beboerne burde poengtere at det er kortere vei til fellesarealene og at de enkelt finner fram. Det antas at de ansatte syntes avdelingen er rolig og at beboerne vil svare at de liker seg godt og benytter fellesarealene.

A1 på Ammerudlunden sykehjem ser positivt på avdelingsstørrelsen på tolv beboere for både de ansatte og beboere. Begge parter får god oversikt. Det poengteres at det er enklere for beboerne å kjenne igjen hverandre og de ansatte, og kan få gode forhold til hverandre. Ut fra spørreundersøkelsen kommer det også fram at beboerne trives i fellesarealene og tar de i bruk hver dag. I tillegg prater de med hverandre hver dag. På spørsmål rundt avstanden til fellesarealene, er det heller ingen beboere som har problemer med avstanden til fellesarealene og sier at det er overkommelig.

På Fagerborghjemmet kommer det fram at både B2 og A2 føler at beboerne har en viss trygghet med store avdelinger. A2 forklarer at de ansatte kan fordele seg på en måte slik at det alltid er noen i fellesarealet. Dette poengterer B2 at skaper trygghet, og gjør at beboere trives bedre på sykehjemmet, fordi de vet hvor de kan finne de ansatte. I spørreundersøkelsen kommer det derimot fram at færre beboere enn på de andre sykehjemmene foretrekker å være i fellesarealene, og ifølge det B2 sier er det under halvparten som kommer ut til måltidene. Under halvparten sier at de prater med hverandre hver dag. Flere beboere på Fagerborghjemmet kommenterer at det er lang vei til fellesarealene, selv om A2 påpeker at mange beboere trenger hjelp fra de ansatte til å komme seg dit. Av beboerne som kommer seg frem på egen hånd, blir det opplyst om at de enkelt finner fram og ikke har behov for en vandrerrute for å komme tilbake til startposisjon. Dette kan ha noe med at det bare er en lang korridor.

A3 på Ullernhjemmet forteller om sårbarheten som beboerne kan føle som følger av de små boenhetene. Det blir problemer når bemanningen ikke kan holde seg synlige i fellesarealene, samtidig som de utfører uforventede hendelser, eksempel krevende beboerstell. A3 mener at det kunne vært mer optimalt for både beboerne og de ansatte, om avdelingene var større for å få mer fleksibilitet i bemanningen. En større avdeling vil også gjøre at flere beboere benytter fellesarealene. Imidlertid var det ingen av de eldre fra spørreundersøkelsen som påpekte av avdelingen var for liten. Beboerne liker seg i fellesarealene, og halvparten sier at de føler seg sjelden eller aldri ensomme. Beboerne poengterer at det er korte avstander til fellesarealene, og fra befaringen kunne man se at beboerne stort sett kom seg til fellesarealene uten problemer.

Forskningsdata viser varierende resultater, hvor noen står i strid med tidligere teori. På den ene siden vil større avdelinger har flere ansatte på jobb samtidig, som gjør at de enklere kan

takle uforutsette hendelser, samtidig som ansatte kan være synlige og skape trygghet for beboerne i fellesarealene. På denne måten føler beboerne seg mindre alene og har mer å se på i fellesarealene. At beboerne føler seg trygge, er viktig for trivsel og bruk av fellesarealene. På den andre siden kommer det fram at beboerne på Ullernhjemmet, med den minste avdelingen, også er minst ensomme og bruker fellesarealene mest. I tillegg kommer bare et fåtall av beboerne ved Fagerborghjemmet ut til fellesarealene ved måltider og de føler at avstanden er for lang. Ammerudlunden, som også har større avdeling enn anbefalt, tar i bruk fellesarealene ofte og beboerne har ingen problemer med å komme seg dit.

Fra hypotesen vil man anta at beboerne på Ullernhjemmet trives og bruker fellesarealene mest og Fagerborghjemmet minst, noe som også stemmer. De ansatte ved Ullernhjemmet og Fagerborghjemmet føler imidlertid at beboere i små avdelinger kan føle seg alene i fellesarealene og at de er mer sårbare for uforutsette hendelser. En kan derfor ikke være sikker på at avdelingsstørrelse er årsaken til at beboerne på Ullernhjemmet trives bedre og bruker fellesarealene mer. På bakgrunn av dette, er det ikke mulig å konkludere om små avdelinger øker beboernes trivsel og bruk av fellesarealene. Trivsel og bruk kan også påvirkes blant annet av hvordan fellesrommene organiseres. På bakgrunn av dette vil hypotesen «beboerne trives i og bruker fellesarealene mest i små avdelinger» verken svekkes eller styrkes.

5.2 FELLESROMORGANISERING

H2: Beboerne foretrekker separerte fellesrom.

Ifølge Christophersen (1998) avhenger optimal fellesromorganisering av antall beboere som deler på arealet. Store bogrupper burde ha separerte fellesrom, mens små avdelinger burde ha ett fellesrom. Ved å ha alle funksjonene i ett rom, vil dette kunne medføre mye bråk, og mindre fleksibilitet ved utføring av forskjellige aktiviteter for store avdelinger. IA har samme oppfatning, og mener at en kan øke trivsel og skape innhold i hverdagen til beboerne ved å ha ulike typer fellesrom med forskjellig interiør. Hypotesen er satt til å være «beboerne foretrekker flere fellesrom». Denne hypotesen tar ikke avdelingsstørrelsen i betraktning.

Ut ifra hypotesen er det forventet at beboerne på Ullernhjemmet og Fagerborghjemmet trives og bruker fellesarealene mindre enn beboerne på Ammerudlunden. Det forventes også at beboerne på Ullernhjemmet og Fagerborghjemmet vil foretrekke å være på sitt private rom,

og klage på støy i fellesarealet. Derimot vil beboerne på Ammerudlunden trives og ta i bruk fellesarealene mer. Gitt at hypotesen stemmer vil det forventes at beboerne og intervjuobjektene fra alle tre sykehjem foretrekker separerte fellesrom.

Resultatet fra oppsamlet data forteller at beboerne på Ammerudlunden, med tolv beboere per avdeling, foretrekker separerte fellesrom. Det begrunnes blant annet med at beboerne kan forflytte seg og dermed få miljøskifte. I tillegg trekkes det inn muligheten for å dele opp avdelingen i mindre grupper, eksempel etter allmenntilstand, støynivå eller aktiviteter. A1 legger også til at separert stue og spiseområde er ofte det beboerne er vant med fra deres tidligere hjem, og at de får mer variasjon i hverdagen.

Beboerne fra Fagerborghjemmet, med 20 beboere per avdeling, foretrekker også separerte fellesrom. A1 har også den oppfatning at separert stue og spiseområde ofte er det beboerne er vant med fra deres tidligere hjem, og at de får mer variasjon i hverdagen av å ha to separerte fellesrom. Fagerborghjemmet har ikke egen stue, men både A2 og B2 tror at fellesarealene generelt ville blitt brukt mer om det hadde vært separert inn i en spisestue og en stue.

Den minste avdelingen, Ullernhjemmet med åtte beboere per beboergruppe, foretrekker ett fellesrom. A3 forklarer at det er enklere for de ansatte å ha oversikt og være synlige når det er ett fellesareal. I tillegg vil alle beboerne, som benytter seg av fellesrommet, være synlige for hverandre, istedenfor at noen sitter i det ene og noen i det andre. Dette er i samsvar med teorien, men går imot hypotesen om at beboerne uavhengig av avdelingsstørrelse foretrekker separerte fellesrom. Hypotesen blir igjen motsagt ved at beboerne på Ullernhjemmet foretrekker ett fellesrom. Selv om det oppfattes som at beboere ved Ullernhjemmet foretrekker ett fellesrom, blir støy mellom beboerne og kjøkkenapparater lagt fram som et problem. A3 poengterer at dette kunne enklere vært løst ved to fellesrom.

Ut ifra teori og oppsamlet data, kan en dra slutningen at organisering av fellesareal burde velges ut ifra avdelingsstørrelsen. Om små beboergrupper, som det er i Ullernhjemmet, hadde hatt separerte fellesareal, ville de ansatte og beboerne vært mindre synlige i fellesarealene fordi de fordeler seg over to rom. Om store avdelinger skulle tatt i bruk ett fellesrom ville dette kunne føre til bråk og interessekonflikter. Dette kunne medføre at beboere velger rommene sine fremfor fellesarealene, slik som vi ser i Fagerborghjemmet, som er en stor avdeling med bare ett fellesareal. Argumentet om at to separerte fellesrom skaper variasjon,

vil være mer styrkende i store avdelinger, for i små avdelinger vil man heller kunne føle seg mer alene. Hypotesen «beboere foretrekke separerte fellesrom» er derfor ikke absolutt, men påvirkes av avdelingsstørrelse.

5.3 FELLESAREAL STØRRELSE

H3: Fellesarealstørrelse på ca. 9 kvm per beboer er optimalt for beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene.

Ifølge Christoffersen (1998) anbefales det ett fellesareal på totalt 9 kvm per beboer. For IA er det viktig at hvert fellesrom ikke skal bli for stort, samtidig som at det må være stort nok til å plassere beboernes hjelpemidler. Ett stort rom vil gi en institusjonsfølelse og være unaturlig for beboerne, som er vant til mindre rom. At det er anbefalt med totalarealet på 9 kvm per beboer syntes IA høres tilstrekkelig, men kommer an på utformingen av rommene. Derfor settes hypotesen til å være «fellesarealstørrelse på ca. 9 kvm per beboer er optimalt for beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene.»

Gitt at hypotesen stemmer vil oppsamlet data indikere at beboerne på Ammerudlunden (6,2 kvm per beboer) og Fagerborghjemmet (1,45 kvm per beboer) har for lite fellesareal, mens beboerne på Ullernhjemmet (9,7 kvm per beboer) har tilstrekkelig med fellesareal. Vi vil dermed anta at beboerne på Ullernhjemmet vil benytte fellesarealene mer, og at det vil komme frem gjennom beboere og ansatte at fellesarealene i Fagerborghjemmet og Ammerudlunden er for små.

Beboerne på Ammerudlunden poengterer ikke at fellesarealene burde være større. A1 sier imidlertid at det ikke er mulig å møblere så mye som ønsket i stuen, da det er litt liten plass. Det blir derfor bare møblert med standard sofagruppe og TV for at beboerne skal kunne bevege seg mer fritt og ikke føle seg bevegelseshemmet på grunn av hjelpemidler. Løsningen er derfor brukervennlig for beboerne, til tross for at størrelsen ikke går innunder anbefalingene på totalareal.

Størrelsen på fellesarealene blir ikke kommentert i spørreundersøkelsen. B2 mener at det kan sees i sammenheng med at under halvparten av beboerne bruker fellesarealet hver dag. Både B2 og A2 har oppfatningen at det totale fellesarealet på Fagerborghjemmet er for lite. Det

påpekes at det er vanskelig å møblere slik at det blir både en stue og spisestuedel. A2 mener at dobbel arealstørrelse er å foretrekke.

På Ullernhjemmet kommer det frem gjennom spørreundersøkelsen og A3 mener at stuedelen av fellesarealet er for lite. Det er få beboere som benytter seg av dette området, og velger heller å sitte ved bordene, også etter måltidene. A3 mener ikke at det nødvendigvis er fordi totalarealet er for lite, men heller at stuen er lang og smal og at det er vanskelig å plassere møbler slik at beboere kan bevege seg fritt, og det er få beboere som tar i bruk denne delen av fellesarealet. Løsningen vil derfor ikke øke trivsel eller bruk av fellesarealene, selv om størrelsen ligger innenfor anbefalingen. Utenom stuedelen av fellesarealet, legges det ikke fram noen ønsker om verken større eller mindre plass.

Resultatene tyder på at fellesarealene burde være på minst 9 kvm per beboer for å øke trivsel og bruk av fellesarealene på sykehjem. Forskningsdata fra Ullernhjemmet viser at 9 kvm også kan være litt lite. Beboerne og ansatte i Fagerborghjemmet mener at fellesarealet er alt for lite, noe som går ut over trivselen siden det ikke er plass til nødvendig møblering. Det er også vanskelig for beboerne å ta i bruk rommet samtidig. Disse resultatene er med på å styrke hypotesen om at «fellesarealstørrelse på ca. 9 kvm per beboer er optimalt for beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene.»

5.4 FARGER

H4: Beboerne foretrekker farger fremfor hvitt i fellesarealene.

Fra Lyskultur (1997) blir bruk av farger i fellesarealene gitt en sentral rolle for trivselen til de eldre. Eldre har ofte mye dårligere syn enn yngre, og det er viktig å kunne skille elementer fra hverandre, blant annet ved hjelp av farger. IA oppfatter det som viktig med forskjellige farger i fellesarealene for å skape variasjon og gi stimuli. Hun trekker fram at fargene burde velges ut ifra deres kjente hverdagsmiljø. På bakgrunn av dette settes hypotesen til å være «beboerne foretrekker farger fremfor hvitt i fellesarealene».

Gitt at hypotesen er sann, vil man anta at beboerne trives minst den hvite stuen (bilde C).

Både ansatte og beboere vil trekke fram viktigheten av farger og deres funksjon for å skille

elementer fra hverandre. I Ullernhjemmet, hvor alle veggene har en farge, vil beboerne like fargene bedre enn på de andre sykehjemmene.

A1 forteller at når Ammerudlunden skal pusse opp fellesarealene, skal veggene males i en farge for å minske institusjonspreget. Per nå er flere av veggene i fellesarealene hvite. Det er imidlertid fokus på at møblene og dørene skal ha en farge, for at beboerne lettere skal kunne orientere seg. Dette skaper også kontraster mellom elementer, noe som A1 ser på som viktig. Spørreundersøkelsen konkluderer ikke med at stue C ble minst foretrukket, men det var heller ingen som foretrakk rommet. Det var en beboer som syntes fargevalget var dårlig, resten så på det som bra, selv om mange av veggene er hvite.

På Fagerborghjemmet ser B2 ingen sammenheng mellom trivsel, bruk og fargevalg i fellesarealene. B2 tar i bruk fellesarealet på bakgrunn av hvor funksjonelt det er, og ikke om det er en viss farge på veggene. A2 mener at de hvite veggene i korridoren er med på å gjøre det lysere og mer oversiktlig for beboerne. Fargene i fellesarealene er valgt ut ifra hva beboerne selv ønsket. Flere beboere ville trives minst i stue C, og det ble begrunnet med at det hvite miljøet var dårlig. Fra spørreundersøkelsen kom det fram at alle fornøyd med nåværende fargevalg i fellesarealene.

A3 på Ullernhjemmet tror ikke farger har stor påvirkning i hvor mye beboerne bruker fellesarealene. Fra spørreundersøkelsen kommer det fram at alle beboerne var fornøyd med fargene i fellesarealene. Flere beboere påpekte at de ville trives minst i stue C.

Store deler av oppsamlet data stemmer overens med antakelsene. Stue C ble totalt vurdert som det rommet beboerne ville trives minst i. Det virker som at det generelt er et fokus å minimere bruken av hvitt på sykehjemmene. Det kan se ut som at beboerne ikke har en spesiell formening om fargevalget, bare det ikke er hvitt. Gjennom teori og data styrkes hypotesen «beboerne foretrekker farger fremfor hvitt i fellesarealene».

5.5 OBSERVERING

H5: Beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene avhenger av å kunne observere aktivitet.

Det kommer fram gjennom teori at beboerne ønsker å bidra passivt i det dagligdagse livet gjennom å observere aktivitet innenfor eller utenfor sykehjemmet. Teori viser at det er omgivelsenes funksjon, og ikke utseende som er de viktigste faktorene for beboernes bruk og trivsel i fellesarealene (Jonsson et al., 2014). IA mener at å observere er viktig, men selve hjemmefølelsen er det viktigste. Teori støtter opp mot hypotesen, mens IA mener at hjemmefølelsen er mer sentral. Hypotesen settes til å være «beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene avhenger av å kunne observere aktivitet».

Gitt at hypotesen stemmer, forventes det at beboerne på Fagerborghjemmet savner innsyn til kjøkkenet, og at færre beboere foretrekker å være i fellesarealene. Beboerne fra Ammerudlunden og Ullernhjemmet, har begge planløsninger som legger opp til å observere aktivitet. En vil derfor anta at en større andel av beboerne foretrekker å være i fellesarealene. De ansatte vil fortelle at beboerne blir sittende å se mye ut på aktivitet i og utenfor sykehjemmene.

Det kommer fram av det A1 på Ammerudlunden forteller, at beboerne blir sittende lenge etter måltidene for å observere de ansatte rydde eller liknende. Det virker på A1 som at beboerne er nysgjerrige og får mye glede ut av å se på mennesker, og spesielt at andre utføre oppgaver. Fra spørreundersøkelsen kommer det fram at nesten halvparten foretrakk å være i fellesarealene, fremfor sine private rom.

På Fagerborghjemmet kommer det fram fra både A2 og B2 at det ikke er noe stort ønske fra beboerne om å delta eller observere aktivitet som oppkutting av grønnsaker eller å bake boller i felleskjøkkenet i første etasje. B2 opplever heller ikke noe savn ved at man ikke har innsyn til kjøkkenet i avdelingen. At B2 ikke kan bruke den ene balkongen på vinteren blir derimot sett negativt på. Her er det fine muligheter til å observere livet utenfor, noe som kan tyde på at å se aktivitet fremdeles er ønskelig. Fra spørreundersøkelsen kommer det fram at bare et fåtall av beboerne foretrekker fellesarealene fremfor sine private rom. Ut fra Fagerborghjemmet er det vanskelig å dra noe slutning om beboerne bruker fellesarealene mindre fordi de ikke kan observere vesentlig aktivitet der, eller om andre faktorer er mer sentrale.

A3 på Ullernhjemmet har den oppfatning at beboerne liker å være der noe skjer, og ofte sitter innenfor eller utenfor inngangen for å se folk komme og gå, istedenfor på terrassen eller i fellesarealene, hvis det ikke er vedørende aktivitet der. Dette viser at beboerne heller vil være i mindre hjemlige og hyggelige områder, hvis dette gjør at de har noe å se på. Det var over halvparten av beboerne som foretrakk å være i fellesarealene fremfor på sine private rom.

Ut ifra resultatene kan det virke som at beboerne trives og tar i bruk de fellesarealene hvor de kan observere aktivitet mer enn der det ikke er tilfelle. Det kan også se ut som at det estetiske ved et rom er mindre viktige for beboerne på sykehjem. På både Ammerudlunden og Ullernhjemmet trekker det fram viktigheten av å kunne observere, og at rommene som er tilrettelagt for dette blir mer brukt. På Fagerborghjemmet blir ikke ønske om å observere aktivitet nevnt med ord, men det kan fremdeles sees på som relevant og ønskelig. Helhetlig vil forskningsdata støtte opp under hypotesen. Gjennom teori og data styrkes hypotesen «beboerne trivsel i og bruk av fellesarealene avhenger av å kunne observere aktivitet».

5.6 FEILKILDER

Det er viktig å kartlegge feilkilder som kan oppstå og påvirke utfallet av forskningsdata, for å kunne evaluere resultatenes gyldighet og vektning. Omstendighetene rundt covid-19 medførte også flere begrensninger og mulige feilkilder som kan påvirke resultatet.

Målet med denne oppgaven var å finne ut hvordan avdelingsstørrelse, fellesroms organisering, fellesromstørrelse, fargebruk og beboernes mulighet til å observere aktivitet i fellesarealene påvirker beboernes trivsel i og bruk av fellesarealer på sykehjem. Imidlertid finnes det også andre faktorer som kan påvirke trivsel i og bruk av fellesarealene. Dermed kan den observerte trivselen og bruken skyldes andre faktorer enn de som er undersøkt, som eksempel fellesarealenes dagslystilgang, romtemperatur og liknende.

Det faktum at beboerundersøkelsen ble utført gjennom en kontaktperson på sykehjemmene, og ikke av studenten selv, kan også medføre flere feilkilder. Blant annet kan kontaktpersonene ha påvirket beboernes svare bevisst eller ubevisst, som gjør at resultatene mister verdi. Kontaktpersonene påstår at spørreundersøkelsen ble utført med de retningslinjene som angitt i informasjonsskrivet (vedlegg B), men dette kan ikke bevises.

Det var viktig at spørreundersøkelsen ble utdelt til beboerne i farger, på grunn av enkelte bilder som beboerne skulle analysere og si sin mening om (vedlegg D), noe kontaktpersonene fikk beskjed om gjennom informasjonsskrivet (vedlegg B). I totalt seks tilfeller ble dette ikke fulgt opp, som gjorde at bildene måtte sendes ut igjen med farger til beboerne som svarte på undersøkelsen. Dette førte til at noen av beboerne krysset av på andre rom enn det de originalt hadde krysset av.

Beboerne ble bedt om å svare på spørreundersøkelsen basert på hvordan situasjonen var før covid-19 pandemien. Imidlertid hadde beboerne levd under strenge covid-19 smittevernstiltak i mange måneder før spørreundersøkelsen, så de kan ha hatt et feilaktig eller upresist bilde av hvordan de trivdes og brukte fellesarealene før covid-19. Beboerne kan dermed ha skrevet at de bruker fellesarealet mindre enn det de gjorde under normale forhold før covid-19

Tabell 6. Svarprosent på spørreundersøkelsen.

Sykehjem nr.	1: Ammerudlunden	2: Fagerborghjemmet	3: Ullernhjemmet
Antall beboerbesvarelser	6	7	6
Besvarelsesprosent totalt somatiske langtidspasienter	8,9%	8,29%	12,5%

Tabell 6 viser at det ble mottatt få besvarelser fra hvert sykehjem, som gir mindre valide resultater, fordi en ikke kan dra slutningen om at resultatene er representative for beboerne på sykehjemmet eller ikke. Det var kontaktpersonen ved sykehjemmene sin oppgave å vurdere hvilke beboere som fikk tilbud om å svare på spørreundersøkelsen. At det er en utvelgelsesprosess, vil minske støyfaktoren, fordi bare beboere som oppfattes som tilregnelige nok blir spurt. Det legges derfor mer verdi i de enkeltes beboernes svar i spørreundersøkelsen, selv om svarprosenten var lav. På bakgrunn av dette er det vanskelig å konkludere om den lave svarprosenten skaper store feilmarginer eller ikke.

Det var problematisk at det ikke ble innhentet samme type data fra de tre sykehjemmene. At det kun ble utført et beboerintervju på Fagerborghjemmet og kun befaring på Ullernhjemmet, kan gi ulik bakgrunn for utført drøfting. Ved at dybdeintervjuer av beboere på

Ammerudlunden og Ullernhjemmet ikke ble utført, kan føre til at resultatene fremlegger hva de ansatte tror beboerne mener i større grad enn hva beboerne faktisk mener. Ved at befaringsundersøkelse ikke ble utført på Ammerudlunden og Fagerborghjemmet, kan ha gjort at studenten har gått glipp av enkelte kvaliteter ved sykehjemmene og ikke selv fått et inntrykk av det daglige livet ved sykehjemmene.

Resultatene blir mindre pålitelige, fordi det er såpass mange feilkilder som kan påvirke resultatet. Flere trivselsfaktorer er ikke kartlagt og undersøkt, svarprosenten fra spørreundersøkelsen er lav, kontaktpersonene kan bevisst eller ubevisst ha påvirket spørreundersøkelsen og det er brukt ulike metodiske fremgangsmåter på de tre sykehjemmene. Alle disse faktorene skaper usikkerhet rundt funnenes reliabilitet og validitet. Det er derfor vanskelig å konkludere med om hypotesene ble styrket eller svekket, men man kan få indikasjoner og antakelser rundt dette.

6. KONKLUSJON

Hensikten med studiet var å kartlegge hvordan forskjellige faktorer påvirker beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene på sykehjem. Forventningene var at beboerne ville trives i og bruker fellesarealene mer i små avdelinger, de ville ha separerte fellesrom hvor totalarealet var 9 kvm per beboer eller mer, fargevalget i fellesarealene spilte ikke noen stor rolle, bare det ikke var helt hvitt, og beboerne syntes det var viktig å observere aktivitet. Basert på dette evaluerte studiet avdelingsstørrelse, fellesroms organisering, fellesromstørrelse, fargebruk og beboernes mulighet til å observere aktivitet i fellesarealene.

Data ble samlet opp gjennom litteraturstudie, dokumentstudium, befaring, spørreundersøkelse og dybdeintervju. Interiørarkitekten som ble intervjuet, oppfatter at små avdelinger, små fellesrom med ulike temaer, farger og natur er de viktige faktorer for trivsel i og bruk av fellesarealene på sykehjem. Dette studiet konkluderer ikke med om beboerne trives best i store eller små avdelinger, da resultatene viser delte meninger og en ikke fikk klart nok svar. Derimot viser studiet at i store avdelinger burde fellesarealene være separert inn i et spiseareal og ett stueareal, mens i små avdelinger burde det være ett fellesareal med både spiseareal og stueareal i ett. Fellesarealene totalt burde ha et areal på minst 9 kvm per beboer.

At fokuset har flyttet seg fra ansattes effektivitet og over på å skape et hjemmekoselig miljø for beboerne, vil ikke nødvendigvis gi økt trivsel i og bruk av fellesarealene. Beboerne trives i og bruker fellesarealene mer når de kan observere aktivitet. Det impliserer at selv om et fellesareal er hjemmekoselig, kan det bli lite brukt på grunn av mangel på utsyn og observasjonsmuligheter.

Studiet har hentet informasjon fra tre sykehjem i Oslo, og resultatene er derfor ikke representative for alle sykehjem i Norge. Likevel kan resultatene bygges videre på av fremtidig studier som kan undersøke om dette også gjelder for andre sykehjem i Norge.

7. VIDERE ARBEID

Denne oppgaven har sett på hvordan avdelingsstørrelse, fellesroms organisering, fellesromstørrelse, fargebruk og beboernes mulighet til å observere aktivitet i fellesarealene påvirker beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene på sykehjem. Gjennom arbeidet har det kommet fram nye og interessante spørsmål som hadde vært relevant å arbeide videre med.

Det er fire faktorer som kan påvirke beboerens trivsel i og bruk av fellesarealene, to av dem, dagslys og natur, er ikke prioritert i dette studiet med bakgrunn i covid-19. Det hadde vært interessant å undersøke hvordan dagslys og lysstyrke i rommet, samt hvordan naturlige elementer som tre, jordfarger og grønne elementer kan ha en påvirkning.

Gjennom forskningen kom det opp data som underbygde at hva som er viktig for beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene, ikke er de samme som de faktorene som er viktig for å gi i beboerne økt trivsel i deres private rom. En kunne derfor utført samme type studie på beboernes private rom på sykehjemmene, og deretter sammenliknet de to romtypene. En kunne også sammenliknet med trivselsfaktorer i andre boliger tilpasset eldre eller sykehus.

I dette studiet ble resultatene sammenliknet med litteraturstudier og hva interiørarkitekten (IA) så på som de viktigste faktorene for beboernes trivsel i og bruk av fellesarealene på sykehjem. Det hadde vært interessant å utføre et sammenlikningsstudium mellom resultatene i dette studiet, og hva byggherrer, arkitekter og andre interiørarkitekter mener er de mest avgjørende faktorene for å gi beboerne økt trivsel i og bruk av fellesarealene.

En kunne også utført dybdeintervjuer med flere beboere på sykehjem, og deretter sammenliknet de med dybdeintervjuene fra de ansatte fra sykehjemmene i dette studiet. På denne måten kunne det konkluderes med om det var vesentlige forskjeller i hva de ansatte svarte på vegne av beboerne og hva beboerne faktisk mente.

8. LITTERATURLISTE

- Andersen, A. E. & Holte, T. (2015). *Boligguiden. Boenheter for personer med demens*. 3. utg. Tønsberg: Aldring og helse. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/boligguiden/> (lest 06.01.2021).
- Andersen, E., Dommermuth, L., Syse, A., Sønstebø, A. & Tønnessen, M. (2019). *Befolkningsutviklingen i Norge. Færre fødte og flere eldre gir sterkere aldring*. Analyse fra SSB: Befolkningsutviklingen i Norge 2019: Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/faerre-fodte-og-flere-eldre-gir-sterkere-aldring> (lest 18.01.2021).
- Anderssen, H. B. (2019). Fellesareal. I: *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fellesareal> (lest 30.12.2020).
- Anjali, J. (2006). *Impact of Light on Outcomes in Healthcare Settings*. Rapport fra The Center for Health Design 2006. Tilgjengelig fra: https://www.healthdesign.org/sites/default/files/CHD_Issue_Paper2.pdf (lest 29.01.2021).
- Borgan, J.-K. (2013). 50 år med offentlig eldreomsorg. I: Ramm, J. (red.) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*, s. 49-54. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Bratman, G. N., Hamilton, P., Hahn, K. S., Daily, G. C. & Gross, J. J. (2015). Benefits of nature experience: Improved affect and cognition. *Landscape and Urban Planning*, 138: 41-50.
- Braut, G. S. (2018). Sykehjem. I: *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykehjem> (lest 30.12.2020).
- Christophersen, J. (1998). *Nytt for de eldste. Utforming, løsning og dimensjonering av sykehjem*. Prosjektrapport 240 fra Norges byggforskningsinstitutt 1998 Tilgjengelig fra: <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2416127/Prosjektrapport240.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. (2014). Eldresenter. I: *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/eldresenter> (lest 30.12.2020).
- Førland, O. H., A. (2020). Eldreomsorg. I: *Store norske leksikon* Tilgjengelig fra: <https://snl.no/eldreomsorg> (lest 19.01.2021).

- Helsebiblioteket. (2019). *Demens - hva er demens?* Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nevrologi/alzheimers-sykdom-og-andre-typer-demens> (lest 22.04.2021).
- Husbanken. (2009). *Rom for trygghet og omsorg - Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem*. Veileder fra husbanken 2009. Tilgjengelig fra:
http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3488/nylink_rips.pdf (lest 15.01.2021).
- Høyland, K., Denizou, K. & Christophersen, J. (2003). *Fellesarealer i omsorgsboliger og sykehjem*. Prosjektrapport nr. 345-2003. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt.
Tilgjengelig fra: <https://www.sintefbok.no/book/index/166> (lest 06.01.2021).
- Høyland, K., Denizou, K., Halvorsen, T. & Moe, E. (2020). *Bo hele livet. Nye bofelleesskap og nabolag for gammel og ung*. Rapport fra SINTEF Fag 2020: SINTEF akademisk forlag. Tilgjengelig fra:
https://www.sintefbok.no/book/index/1258/bo_hele_livet_nye_bofelleesskap_og_nabolag_for_gammel_og_ung.
- Jervidalø, T. L. (2015). *Hageterapi som behandling av psykiske lidelser: En systematisk litteraturgjennomgang av mulige virkningsmekanismer*. Masteroppgave. Bergen: Universitetet i Bergen. Tilgjengelig fra: <https://bora.uib.no/bora-xmloi/bitstream/handle/1956/12804/141843067.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johansen, E. (2018). *Kulør, metning og valør i farger*: NDLA. Tilgjengelig fra:
<https://ndla.no/nb/subject:1/topic:1:172416/topic:1:186407/resource:1:177009?filters=urn:filter:980866f7-3bf5-429c-ba7a-f91a6cb37f9f> (lest 05.02.2021).
- Jonsson, O., Östlund, B., Warell, A. & Hornyánszky, E. D. (2014). Furniture in Swedish Nursing Homes: A Design Perspective on Perceived Meanings within the Physical Environment. *Journal of Interior Design* 39 (2): 17-36. doi:
<https://doi.org/10.1111/joid.12028>.
- Kirkevold, M. (2019). Omsorgsbolig. I: *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra:
<https://sml.snl.no/omsorgsbolig> (lest 30.12.2020).
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode*. 1 utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Leknes, S., Løkken, S. A., Syse, A. & Tønnessen, M. (2018). *Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater*. Rapport fra Statistisk sentralbyrå 2018:

- Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/354129?ts=1643ab45088> (lest 18.01.2021).
- Lid, I. M. (2020). Nedsatt funksjonsevne. I: *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/nedsatt_funksjonsevne (lest 30.12.2020).
- Lyskultur. (1997). *Belysning for eldre og svaksynte*. 2. utg. Sandvika: Lyskultur.
- Meyer, S. P. (2017). *Hvordan bygge sykehjem tilpasset det fremtidige behov*. Masteroppgave: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. Tilgjengelig fra: <https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/handle/11250/2458650> (lest 02.02.2021).
- Norges Blindforbund. (2010). *Lys = å se eller ikke se. Sammenheng mellom lys, farger og alder*. 2. utg. Oslo: Norges Blindforbund.
- Naalsrud, K. (2016). *Rom for liv*. Masteroppgave. Bergen: Kunst- og Designhøyskolen. Tilgjengelig fra: <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/1956/17460> (lest 28.01.2021).
- Oslo Kommune. (2012). *Sykehjem*. Felles kravspesifikasjon Oslo Kommune. Oslo: Oslo kommune.
- Otterstad, H. K. (2013). Historisk blick på eldrebølgen. *Sykepleien*, 101 (2): 58-60. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0001.
- Overland, J.-A. (2018). *TONE - strategi for kildekritikk*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/subject:14/topic:1:185701/resource:1:169741?filters=urn:filter:94df-e81f-9e11-45fc-ab5a-fba63784d48e> (lest 02.01.2021).
- St.meld. nr. 40 (2002-2003). (2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Statistisk sentralbyrå. (1999). *Eldre i Norge*. Rapport fra statistisk sentralbyrå 1999. Oslo/Kongsvinger. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf> (lest 21.03.2021).
- Store norske leksikon. (2018). Informant. I: *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/informant> (lest 17.01.2021).
- Store norske leksikon. (2019). Legd. I: *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/legd> (lest 19.01.2021).
- Store norske leksikon. (2020). Bolig. I: *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/bolig> (lest 17.01.2021).
- Strumse, E. A., L. E. (1999). *Menneske, miljø og livskvalitet*. Faglig sluttrapport for forskningsprogram om Miljøbetaget livskvalitet 1999: Norges forskningsråd.
- Sørvoll, J., Sandlie, H. C., Nordvik, V. & Gulbrandsen, L. (2016). *Eldres boligsituasjon, Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring*. Rapport fra NOVA 11/2016.

Tilgjengelig fra:

<http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/Eldres%20boligsituasjon.pdf> (lest 02.01.2021).

Tjora, A. (2010). *Kvalitative Forskningsmetoder i praksis*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. (2020). Institusjon. I: *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra:

<https://snl.no/institusjon> (lest 28.04.2021).

Torres, A., Serra, J., Llopis, J. & Delcampo, A. (2020). Color preference cool versus warm in nursing homes depends on the expected activity for interior spaces. *Fronties of Architectual Reasurch*, 9 (4): 739-750. doi: <https://doi.org/10.1016/j.foar.2020.06.002>.

Veiviseren. (2019). *Rullestol*. Tilgjengelig fra: <https://www.veiviseren.no/stotte-i-arbeidsprosess/fremskaffe-og-forvalte-boliger/veileder-for-lokalisering-og-utforming-av-omsorgsbygg/5-dimensjoneringsgrunnlag/rullestol> (lest 14.01.2021).

9. VEDLEGG

VEDLEGG A: REFERANSEPROSJEKTER

A.1 OVERSIKT OG BEGRUNNELSE

Det ble valgt ut tre sykehjem som referanseprosjekter for oppgaven. Bare sykehjem innenfor Oslo kommune ble vurdert. I utvelgelsen ble det fokusert på å variasjon innenfor planløsning, byggeår og avdelingsstørrelse.

Tabell 7. Sammenlikning av de tre sykehjemmene.

	Ammerudlunden	Fagerborghjemmet	Ullernhjemmet
Byggeår	2001	1957	2017
Antall somatiske langtidsplasser	67	58	48
Antall beboere per avdeling/beboergruppe	12	20	8
Planløsning avdeling	Midtkorridor med vandrerute. Fellesareal i endene.	Midtkorridor. Fellesareal i midten på den ene siden av korridoren.	Klyngeløsning. Fellesareal på den ene siden.
Antall fellesrom og organisering	2: Kjøkken/spisestue og stue	1: spisestue	1 med 3 avdelinger: Dagligstue, TV-stue og kjøkken
Fellesarealstørrelse	74,5 kvm	29 kvm	77,7 kvm
Kvm per beboer	6,2 kvm	1,45 kvm	9,7 kvm
Privatromstørrelse	27 kvm rom og 4,5 kvm bad på rommet.	11-14,9 kvm rom og vask på rommet.	23,8 kvm og 6 kvm bad på rommet.

A.2 AMMERUDLUNDEN

Ammerudlunden ligger i Ammerudveien 37, som er et urbant miljø på Grorud i Oslo. I nærheten finnes det parker, og det er også kort vei fra Ammerudlunden sykehjem til Ammerudlundhjemmet bo- og kultursenter. Bygget eies av boligbyggelaget USBL og drives av Diakonhjemmet Omsorg. Ammerudlunden består av 67 ordinære langtidsplasser og 6 plasser for beboere med multiresistente bakterier (MRSA).

I første etasje er det fellesarealer som deles mellom alle beboerne. Her finnes det blant annet cafe, aktivitetsrom og en resepsjon/serveringsbar. Her arrangeres det både bingo, andakt, konserter, sommerfest, julefest, sittedans, lesegrupper og trim.

A.3 FAGERBORGHJEMMET

Fagerborghjemmet ligger i Rosenborggata 11, et stille og skjermet område på Frogner i en ellers hektisk og urban by. Sykehjemmet er kommunalt eid og drives av Lovisenberg Omsorg. Sykehjemmet består av 58 langtidsplasser oppdelt i 3 avdelinger.

I første etasje er det fellesarealer som deles mellom alle beboerne. Her finnes det flere stuer, kjøkken, kiosk, frisør og hagestue. Det er også hage med lysthus og sansehage som blir mye brukt om sommeren.

A.4 ULLERNHJEMMET

Ullerntunet ligger i Ullernchausséen 111, som er et urbant miljø i bydelen Ullern i Oslo. Tunet består av bygg A, B og C. I bygg C ligger Ullernhjemmet som er et kommunalt eid sykehjem som driftes av Oslo kommune. Her er det 48 langtidsplasser og 20 dagsenterplasser plassert over 3 etasjer. Analysen vil bare ta for seg fellesarealene og beboerens forhold i de 48 langtidsplassene.

I bygg A ligger Ullern helsehus, som er et tilbud for korttidspasienter. Bygg B brukes til kontorer, personalrom og forskjellige type fellesrom for beboerne i Ullerntunet. Her finnes det blant annet frisør, trimrom, bibliotek og andre stuer. Her arrangeres det også danseforestillinger, sittedans, bingo og konserter.

VEDLEGG B: INFORMASJONSSKRIV TIL KONTAKTPERSONER

Jeg setter stor pris på at dere vil dele ut denne spørreundersøkelsen blant beboere på sykehjemmet.

Jeg håper dere kan få flest mulig (av de som er i stand til det) til å svare på spørsmålene, og helst i så mange avdelinger som mulig. Dette gjør at jeg får utelatt mest mulig «støy» i oppgaven. Fint om spørreundersøkelsen bare deles ut til tilstedeværende/oppegående beboere (ikke demens), men fysiske hemninger har ingen betydning.

Fint om dere printer ut arkene til hver pasient, hvor jeg er litt avhengig av at side 4 er med farger på grunn av bildene. Fint om dere også kan skrive på toppen av arket hvilke avdeling de forskjellige personene som svarer på undersøkelsen kommer fra, så jeg kan orientere meg rundt dette på planløsningene av sykehjemmet.

Det hadde vært supert om dere kunne lest opp det lille skrivet mitt som jeg har skrevet på toppen av spørreundersøkelsen til alle beboerne. Og om noen har lese/skrivevansker håper jeg at dere kan ta undersøkelsen sammen med dem, å hjelpe de å notere/krysse osv.

Spørreundersøkelse: FELLESAREALER PÅ SYKEHJEM

For: beboere på sykehjem

Hei! Mitt navn er Anine Wichstad, jeg er 24 år og kommer fra Asker. Nå skriver jeg en masteroppgave i studiet Byggeteknikk og arkitektur ved Norges miljø- og biovitenskapelige Universitet (NMBU). I oppveksten har jeg alltid hatt et nært forhold til besteforeldrene og oldeforeldrene mine, noe som gjorde at jeg ønsker å skrive masteroppgave innenfor eldreomsorg. Oppgaven min handler om fellesarealer på sykehjem, og jeg hadde satt stor pris på om du kunne tatt deg noen minutter for å svare på denne undersøkelsen, som omhandler beboernes trivsel på sykehjem.

Spørreundersøkelsen er helt anonym, og hvis det er noe du lurer på, er det bare å kontakte meg.

Setter stor pris på om du vil hjelpe meg med dette. Tusen takk!

Med vennlig hilsen Anine Marie Lersbryggen Wichstad

Mail: anine.wichstad@gmail.com

Telefon: 936 93 882

1. Hvilke årstall er du født?

2. Kjønn

Kryss av en firkant

- Kvinne
- Mann

3. Hvor lenge har du bodd her?

Kryss av en firkant

- Under 3 måneder
- 3 måneder til ett år
- 1-3år
- 3-5år
- Over 5år

4. Hvilken boligtype hadde du før du flyttet hit?

Kryss av en firkant

- Enebolig
 - Småhus (tomannsbolig, rekkehus)
 - Leilighet
 - Offentlig eller privat omsorgsbolig
 - Annet:
-

5. Hva bruker du fellesarealene til? (eks. møte beboere, se på TV, få besøk, spise, drikke kaffe, spille, strikke)

6. Hvor ofte prater du med andre beboere i fellesarealene?

Kryss av en firkant

- Hver dag
- Noen dager i uken
- Sjelden
- Aldri

7. Omtrent hvor langt er det fra ditt private rom til fellesarealene? (dette spørsmålet kan ansatte krysse av på)

Kryss av en firkant

- Rett utenfor (0-5m)
- 5-10m
- 10-30m
- Lenger enn 30m

8. Hva føler du om veien fra ditt private rom til fellesarealene?

Kryss av en firkant

- Alt for lang/vanskelig/slitsom
 - Helt grei/overkommelig
 - Kort/enkel
 - Annet:
-

9. Hvilke tilpasninger kunne gjort veien fra ditt private rom til fellesarealene bedre?

Kryss av alle som stemmer

- Håndløper langs veggen
 - Brederer ganger
 - Vinduer og dekor i gangene
 - Benker for å ta pauser underveis
 - Ikke plassere dører eller andre hindringer fra gang inn til fellesarealer
 - Annet:
-

10. Hvor på sykehjemmet foretrekker du mest å være?

Kryss av en firkant

- Ditt private rom
 - Stue
 - Kjøkken/spisestue
 - Fellesområde generelt
 - Ute på terrasse / i hagen
 - Annet:
-

11. Hvor på sykehjemmet spiser du oftest maten din?

Kryss av en firkant

- Ditt private rom
 - Stue
 - Kjøkken/spisestue
 - Fellesområde generelt
 - Ute på terrasse / i hagen
 - Annet:
-

12. Hvor på sykehjemmet vil du være når du får besøk?

Kryss av en firkant

- Ditt private rom
 - Stue
 - Kjøkken/spisestue
 - Fellesområde generelt
 - Ute på terrasse / i hagen
 - Egne besøksrom
 - Får ikke besøk
 - Annet:
-

13. Hvilken av disse stueene ville du trives best i? (se bilder neste side)

Kryss av en firkant

- A
- B
- C
- D

14. Hvorfor?

15. Hvilken av disse stueene ville du trives minst i?

Kryss av en firkant

- A
- B
- C
- D

16. Hvorfor?



17. I hvilken grad legger fellesarealenes til rette for at du kan følge med på hva de ansatte gjør? (eks. bake brød, støvsuge, dekke på)

Kryss av en firkant

- Veldig godt
- Godt
- Dårlig
- Veldig dårlig

18. Hvor ofte føler du deg ensom?

Kryss av en firkant

- Hver dag
- Noen dager i uken
- Sjelden
- Aldri

19. Er det noen typer fellesrom du savner på sykehjemmet?

Kryss av alle som stemmer

- Trimrom
- Mindre stuer eller avlukker til roligere samtaler / besøksrom
- Spillområder (eksempel bridge, bingo, ludo)
- Håndarbeids områder
- Høytlesnings områder
- Egne avlukker til TV titting
- Drivhus
- Vinterhage/hagestue
- Annet:

Kryss av en firkant i hver horisontale/ vannrette rad:

Hvor godt liker du fellesarealene utfra følgende kriterier:	Veldig dårlig	Dårlig	Bra	Veldig bra
20. Hjemmekoselig atmosfære				
21. Vinduer/utsyn				
22. Nok lys / dagslys				
23. Fargene på veggene				
24. Tilpasse seg dine personlige interesser (eks. sy, strikke, golf, underholdning, sport)				
25. Dekorering (bilder, gardiner)				

26. Hva savner du i fellesarealene? (eks. mer lys, bilder på veggene)

27. Hva hadde du foretrukket mest?

Kryss av en firkant

- Ett fellesrom som har alle funksjonene i seg (stue, kjøkken, spisestue osv.)
- Separate fellesrom (separat stue, separat kjøkken, separat spisestue, mindre besøksrom)
- Ett fellesrom med alle funksjonene med egne avlukker til funksjonene (avlukke til stue, avlukke til kjøkken, besøksrom osv.)
- Annet:

28. Kunne du tenke deg og stilt opp på et kort intervju om dette temaet?

Kryss av en firkant

- Ja
- Nei

Hvis ja, hva heter du?

Hvis nei, men du har noe annet du vil legge til angående fellesarealer på dette sykehjemmet er det satt stor pris på om du skriver det her:

VEDLEGG D: STUEBILDER



C



D



A



B

Intervjuguide Interiørarkitekt

1 Introduksjon og bakgrunn

1.1 Formål

Hei. Jeg heter Anine og skriver en masteroppgave om fellesarealer på sykehjem. Jeg ønsker å spørre deg om arbeidet du gjorde rundt Selbu sykehjem og generelt erfaringer du har med sykehjem som utforming for de eldres beste.

1.2 Dokumentasjon og anonymisering

Du har allerede fått et samtykkeskjema utdelt og signert. Men for å ta opp det viktigste; intervjuet er anonymt og vil ikke kunne føres tilbake til deg. Det vil også bli tatt opp, med mindre du ønsker å reservere deg mot dette.

2 Innledende spørsmål

- Hvor lenge har du jobbet som interiørarkitekt?
- Har du jobbet med andre prosjekter tilpasset eldre før? Andre sykehjem, omsorgsboliger, eldrecenter osv.

3 Nøkkelspørsmål

3.1 Selbu sykehjem

- Ble det utført en form for analyse i planleggingsfasen av beboerne på Selbu sykehjem eller andre sykehjem for å kartlegge deres behov? Tenker spesielt på miljøfaktorer som kan bidra til fargevalg osv.
- Hvordan og i hvilken grad syntes du fellesarealene i Selbu sykehjem skiller seg fra andre sykehjem sett fra et interiørperspektiv?

- Hva tror du beboerne setter mest pris på i utforming av fellesarealene i Selbu sykehjem? Er det gjort noen undersøkelser på dette?
- Er det noen tiltak som ble gjort i Selbu sykehjem spesifikt knyttet til at aldring kan føre med seg problemer med tanke på syn, bevegelse og hørsel?

3.1 Fellesarealer på sykehjem generelt

- I hvilken grad /hvordan burde fellesarealer på sykehjem skille seg fra fellesarealer i sykehus?
- Hva ser du som den største forskjellen med arbeid med sykehjem kontra andre prosjekter sett fra et interiørperspektiv?
- Hvordan tror du sykehjem i dag skiller seg fra sykehjem for 10 år siden? (Sykehjem som helhet og sykehjemmets fellesarealer.)
- I hvilken grad tror du fellesarealenes utforming og miljø spiller inn på beboernes trivsel på sykehjemmet?
- Tenker du at det er store forskjeller på hvordan den yngre og eldre generasjonen vil ha det rundt seg?
- Hvilke miljøfaktor (lys, møblering, utsyn, farger, dekor osv.) ser du på som det mest effektive/relevante for å skape trivsel i fellesarealene hos de eldre?
- Tror du man kan finne en sammenheng mellom trivsel og bruk av et rom?
- Det er anbefalt et fellesareal på 9kvm per beboer som tar det i bruk. Hva tenker du om dette?

4 Avsluttende spørsmål

- Er det noen erfaringer eller noe annet relevant angående fellesarealer på sykehjem som du føler er relevant å snakke om?
- Tusen takk for ditt bidrag.

Intervjuguide beboer Fagerborghjemmet

1 Resultatet av spørreundersøkelsen viser at de fleste beboere foretrekker å være på sine private rom. Hvorfor tror du det? Hvor liker du best å være og hvorfor? Hvorfor vil de ha besøk på sine private rom?

2 Føler du deg hjemme i fellesarealene her?

3 Hvilken type fellesromorganisering foretrekker du? Hvorfor?

4 Hva er dumt/bra med nåværende fellesromorganisering?

5 Syntes du fellesarealet er lite med tanke på antall personer som deler det?

6 Hva skal til for at du tar i bruk fellesarealene mer?

7 Hvilke endringer ville du gjort for at dine etterkommere skulle trives på dette sykehjemmet om de kommer til å bo her i fremtiden?

8 Foretrekker du å bruke fellesarealet i avdelingen din eller de i hovedetasjen? Hvorfor?

9 Mange på sykehjemmet mener at veien til fellesarealet er langt og at mange trenger hjelp for å komme seg dit. Hva tenker du om dette?

10 Hva tror du gjør at du føler deg trygg/utrygg på sykehjemmet?

11 Syntes du det er dumt at du ikke kan være på kjøkkenet?

Intervjuguide ansatte ved referanseprosjektene

Innledende spørsmål:

1 Hvor lenge har du jobbet her?

Nøkkelspørsmål

1 Har planløsningen noen vesentlige utfordringer for beboerne?

2 Hvordan tror du at avdelingsstørrelsen innvirker på beboernes trivsel?

3 Hvilke tiltak har dere gjort for å fjerne følelsen av å være på en institusjon, og tror du institusjonsfølelsen skaper mindre trivsel og bruk hos beboerne?

4 Hva tror du er fordelen/ulempen for beboerne med denne fellesromløsningen? Hva ser du på som en fordel/ulempe for de i andre løsninger?

Hvordan benytter dere avdelingen av avdelingen?

5 Hvordan tilrettelegger dere bruk av fellesarealet for noen som er lydvarer?

6 Hvordan legges fellesarealene til rette for at beboerne kan observere personalet? Tror du dette er en viktig trivselsfaktor for dem?

7 Hvordan tror du fargebruk, dekor og møblering i fellesområdene har innvirkning på trivsel?

8 Hvilke tiltak tror du hadde gjort at beboerne hadde tatt i bruk fellesarealene mer?

9 I spørreundersøkelsen min, likte de fleste (rom D) hytterrommet og (rom A) det halvmoderne rommet.

- Hvorfor tror du de gjorde det?
- Hvorfor tror du ingen foretrakk det hvite rommet (rom C)?

10 Hvorfor tror du beboerne foretrekker å få besøk i sitt private rom fremfor fellesareal eller egne besøksrom?

11 Hvordan får dere inn naturlige elementer?

12 Er det tilrettelagt slik at beboere kan sitte ute på vinteren? Eks varmelamper?

Avsluttende spørsmål

1 Er det noe du ser på som relevant som vi ikke har snakket om?

2 Takk for ditt bidrag.

Samtykkeskjema for intervju

Fellesarealer på sykehjem

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor informasjonen fra dette intervjuet skal brukes som datagrunnlag i min avsluttende masteroppgave ved studiet Byggeteknikk og arkitektur ved Norges miljø- og biovitenskapelige Universitet (NMBU). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges miljø- og biovitenskapelige Universitet (NMBU) er ansvarlig.

Formål:

Oppgaven omhandler fellesarealer på sykehjem, som gjør at formålet med intervjuet er å kartlegge tanker om hvordan fellesarealer på sykehjem blir tatt i bruk og oppfattes av beboeren selv.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du forespørres for å delta enten fordi det oppfattes som at du, på bakgrunn av din utdanning eller erfaringer, sitter med relevant informasjon om tema.

Hva innebærer det deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på intervju over teams eller telefon. Intervjuet vil ta ca. 30-45min og spørsmålene vil omhandle fellesarealer på sykehjem med hovedfokus på beboernes trivsel. Intervjuet vil bli tatt opp, med mindre informanten ønsker å reservere seg mot dette.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Opplysningene vil krypteres under lagring og kun være tilgjengelig for student og veileder. Det oppgis hvilke referanseprosjekt, som informanten kommer fra, og det kan derfor være

mulig å identifisere informanten i publikasjonen. Opptaket av intervjuet lagres lokale på smarttelefon, og transkriberes snarest etter intervju. De andre personopplysningene vil bli behandlet i henhold til NMBU sine retningslinjer i NMBU sine systemer.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydopptaket og andre personopplysninger vil slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 18.juni.2021.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NMBU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Rettigheter:

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene i form av en transkripsjon om ønskelig
- å få rettet opplysninger om deg som er oppfattet feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Kontaktinformasjon:

Intervjuer

Anine Wichstad

Telefon: +47 936 93 882

Mail: anine.wichstad@gmail.com

Veileder

Martin Ebert

Telefon: +4767231613

Mail: martin.ebert@nmbu.no

Personvernombud ved NMBU

Hanne Pernille Gulbrandsen

Telefon: +47 402 81 558

Mail: personvernombud@nmbu.no

NSD - Norsk senter for forskningsdata AS Telefon: +47 55 58 21 17.

Mail: personverntjenester@nsd.no

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fellesarealer på sykehjem», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju
- at personopplysninger som navn og stilling kan publiseres, om student mener dette er en vesentlig og viktig informasjon for prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Signatur og dato:

VEDLEGG I: SAMTYKKESKJEMA BEBOER

Samtykkeskjema for intervju

Fellesarealer på sykehjem

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor informasjonen fra dette intervjuet skal brukes som datagrunnlag i min avsluttende masteroppgave ved studiet Byggeteknikk og arkitektur ved Norges miljø- og biovitenskapelige Universitet (NMBU). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges miljø- og biovitenskapelige Universitet (NMBU) er ansvarlig.

Formål:

Oppgaven omhandler fellesarealer på sykehjem, som gjør at formålet med intervjuet er å kartlegge tanker om hvordan fellesarealer på sykehjem blir tatt i bruk og oppfattes av beboeren selv.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du forespørres for å delta, fordi du jobber eller er beboer ved referanseprosjektene (sykehjem).

Hva innebærer det deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på intervju over teams eller telefon. Intervjuet vil ta ca. 30-45min og spørsmålene vil omhandle fellesarealer på sykehjem med hovedfokus på beboernes trivsel. Spørsmålene vil omhandle hvilke type fellesromorganisering beboeren foretrekker, om beboeren føler seg trygg eller utrygg på sykehjemmet og om beboerne føler seg hjemme i fellesarealene. Intervjuet vil bli tatt opp, med mindre informanten ønsker å reservere seg mot dette.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Opplysningene vil krypteres under lagring og kun være tilgjengelig for student og veileder. Opptaket lagres lokalt på smarttelefon, og transkriberes snarest etter intervju. De andre personopplysningene vil bli behandlet i henhold til NMBU sine retningslinjer i NMBU sine systemer.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres og lydopptak slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 18.juni.2021.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NMBU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Rettigheter:

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene i form av en transkripsjon om ønskelig
- å få rettet opplysninger om deg som er oppfattet feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Kontaktinformasjon:

Intervjuer

Anine Wichstad

Telefon: +47 936 93 882

Mail: anine.wichstad@gmail.com

Veileder

Martin Ebert

Telefon: +4767231613

Mail: martin.ebert@nmbu.no

Personvernombud ved NMBU

Hanne Pernille Gulbrandsen

Telefon: +47 402 81 558

Mail: personvernombud@nmbu.no

NSD - Norsk senter for forskningsdata AS

Telefon: +47 55 58 21 17.

Mail: personverntjenester@nsd.no

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fellesarealer på sykehjem», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Signatur og dato:

Samtykkeskjema for intervju

Fellesarealer på sykehjem

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor informasjonen fra dette intervjuet skal brukes som datagrunnlag i min avsluttende masteroppgave ved studiet Byggeteknikk og arkitektur ved Norges miljø- og biovitenskapelige Universitet (NMBU). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges miljø- og biovitenskapelige Universitet (NMBU) er ansvarlig.

Formål:

Oppgaven omhandler fellesarealer på sykehjem, som gjør at formålet med intervjuet er å kartlegge tanker om hvordan fellesarealer på sykehjem blir tatt i bruk og oppfattes av beboeren selv.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du forespørres for å delta, fordi du jobber eller er beboer ved referanseprosjektene (sykehjem).

Hva innebærer det deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på intervju over teams eller telefon. Intervjuet vil ta ca. 30-45min og spørsmålene vil omhandle fellesarealer på sykehjem med hovedfokus på beboernes trivsel. Intervjuet vil bli tatt opp, med mindre informanten ønsker å reservere seg mot dette.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene vil krypteres under lagring og kun være tilgjengelig for student og veileder. Opptaket lagres lokalt på smarttelefon, og transkriberes snarest etter intervju. De andre

personopplysningene vil bli behandlet i henhold til NMBU sine retningslinjer i NMBU sine systemer.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres og lydopptak slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 18.juni.2021.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NMBU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Rettigheter:

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene i form av en transkripsjon om ønskelig
- å få rettet opplysninger om deg som er oppfattet feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Kontaktinformasjon:

Intervjuer

Anine Wichstad

Telefon: +47 936 93 882

Mail: anine.wichstad@gmail.com

Veileder

Martin Ebert

Telefon: +4767231613

Mail: martin.ebert@nmbu.no

Personvernombud ved NMBU

Hanne Pernille Gulbrandsen

Telefon: +47 402 81 558

Mail: personvernombud@nmbu.no

NSD - Norsk senter for forskningsdata AS

Telefon: +47 55 58 21 17.

Mail: personverntjenester@nsd.no

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fellesarealer på sykehjem», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Signatur og dato:

VEDLEGG K: TILSENDTE BILDER AMMERUDLUNDEN SYKEHJEM







VEDLEGG L: TILSENDTE BILDER FAGERBORGHJEMMET SYKEHJEM





VEDLEGG M: TILSENDTE BILDER ULLERNHJEMMET SYKEHJEM



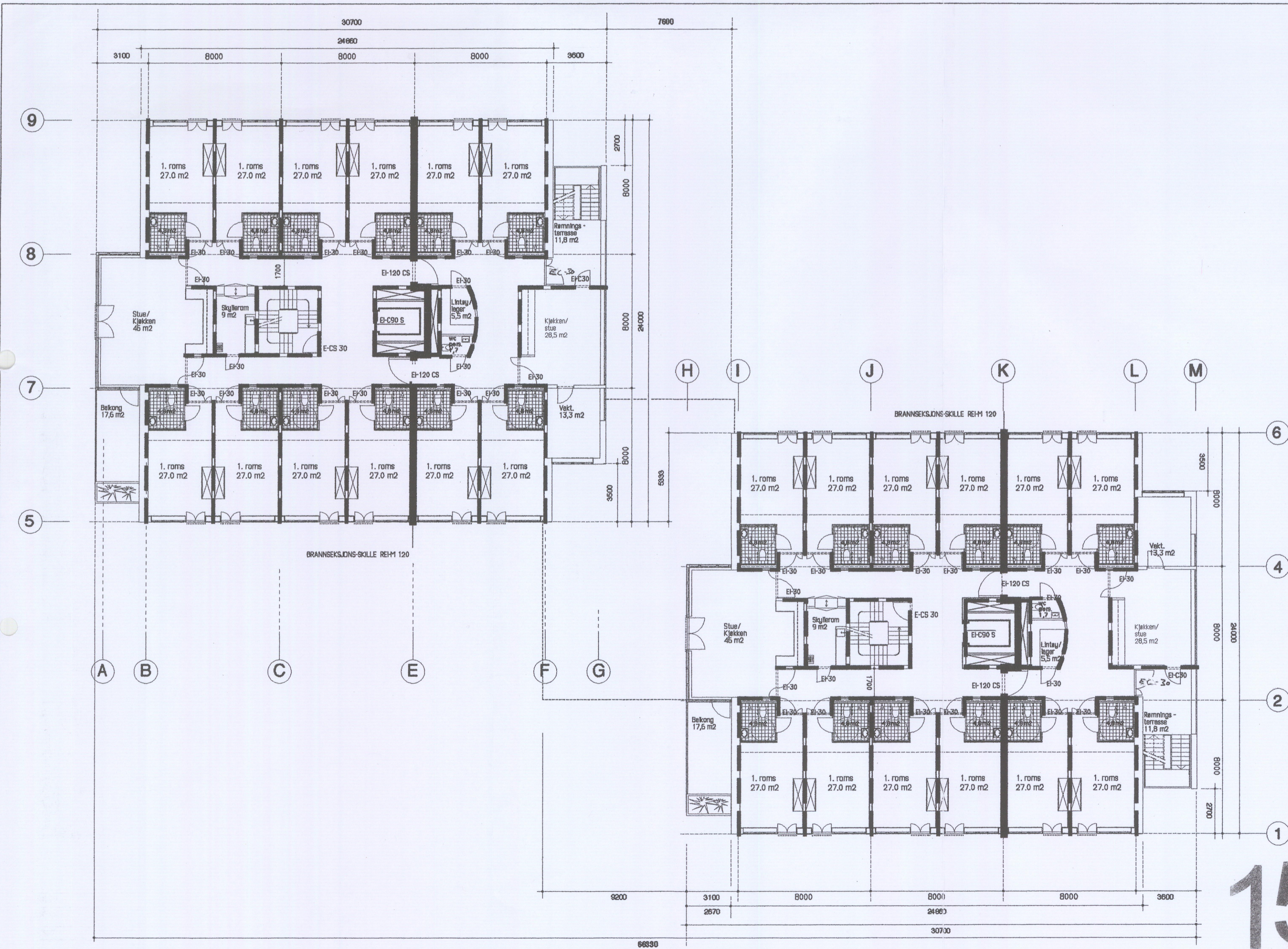


VEDLEGG N: BILDER FRA BEFARING ULLERNHJEMMET SYKEHJEM

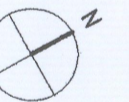








■ REI-120, BRANNSEKSJONERING
 ■ REI-60, BRANNCELLEVEGG

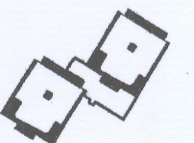


PROSJEKT NR.	FAG	TEGN. NR.	REV. INDEKS	REV. NR.
9780	A	B	B	02

B	03	REV. PLAN, DIV. ENDRINGER	29.10	OS	AS
B	01	FJERNET 3. ETG./ENDRET TITTEL	28.08	OS	AS

REV. INDEKS	REV. NR.	BESKRIVELSE	DATE	SGR	KONTROLL

LOKALISERINGSTEGNING



SØKNAD OM RAMMETILLATELSE

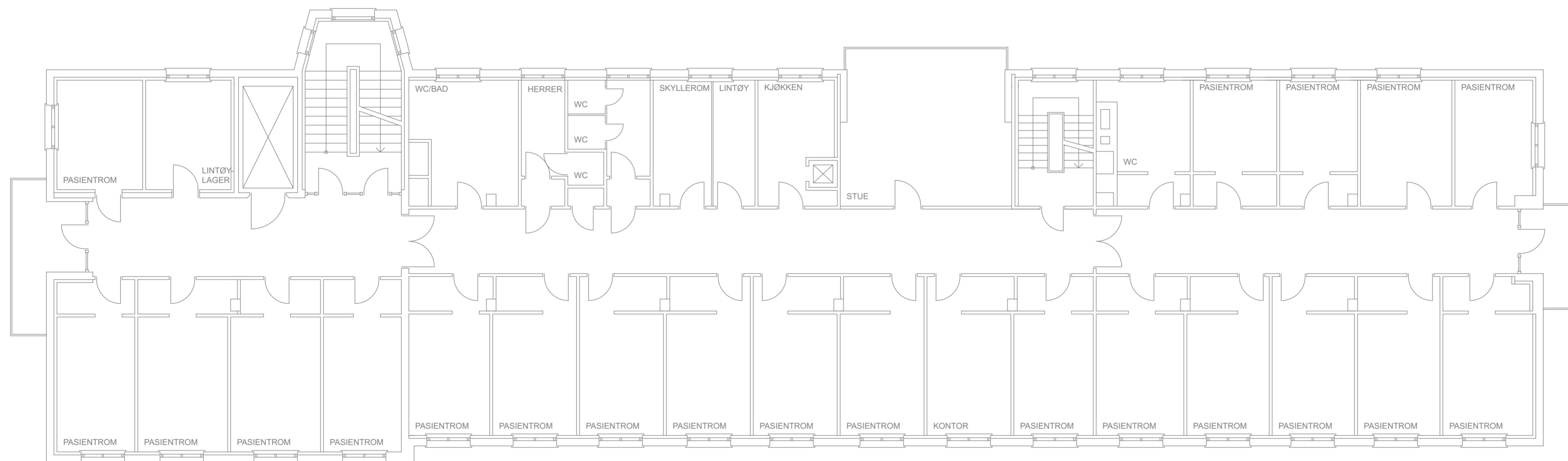
TEKNISKEN GJELDER:
Ammerudlunden
PLAN 2-3. ETG.

TILTAKSHAVER:	Stengt, 49 P.O. 476-4 Solliberg 0556 Oslo Tlf. 22 98 38 00 Faks 22 20 33 63	MÅLSTOKK: 1:200
ANSVARLIG SAKER:	USBL	DATE: 03.04.98

ARKITEKTSKAP	FILENOM:
Søkkstret 25 0553 Oslo Tlf. 22 38 54 70 Faks 22 27 72 93 E-mail: post@arkitektkap.no	SGR: D.S.
	KONTROLL: <i>W</i>
	GOEDTENT: <i>W</i>

PROSJEKT NR.	FAG	TEGN. NR.	REV. INDEKS	REV. NR.
9780	A	B	B	03

15



REVISJON:	DATO:	TEGNER:	KONTR.:	REV.:
-	-	-	-	-
BYGG: Fagerborghjemmet	PLAN: 2. ETG.	AREAL: - m ²	TEGNINGSTYPE: BYGGTEGNING	
EIER: Omsorgsbygg	TEGNER: TEJ	DATO: 13.03.06	KONTR.: -	DATO: 00.00.00
	TEGNINGSNUMMER: 205411-06	ARKITEKTGRUNNLAG: -	KUNDE NR.: 11823	PROSJEKT NR.: 205411-01
PROSJEKTERENDE: NBC NEAS Brannconsult AS	Vollsveien 13 H Postboks 183 1325 LYSAKER Tlf. 67 40 10 00	PAPIRFORMAT: A2	MÅLESTOKK: 1:100	REVISJON: -
TVERRFAGLIG BRANNTÉKNISK RÅDGIVER				

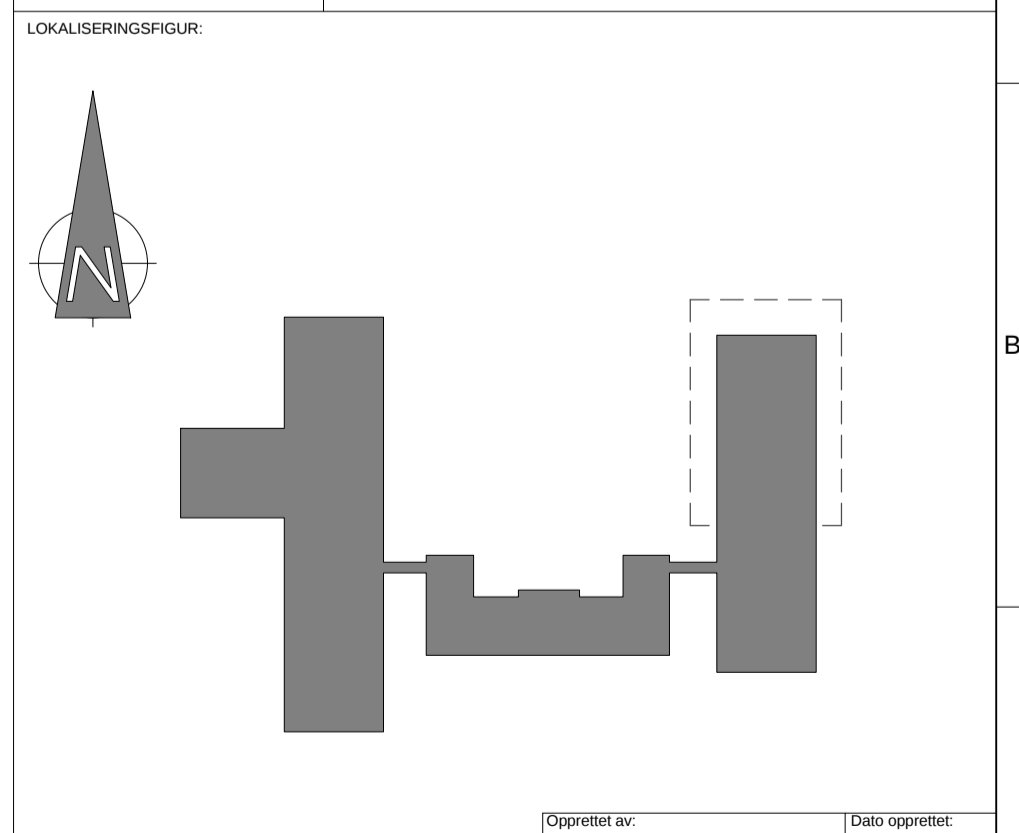


MERKNADER

HENVISNINGER

Rev	Revisjon	Prosjekt nr.	CIS	AMF	02.09.2013
OK		2013-624072	CIS	VS	28.06.2013
Prosjektansvarlig		Utøvere	Kontrollør	Dato	
ULLERTUNET BO- OG BEHANDLINGSSENTER					
Bygg C Plan 01 C7-C14					

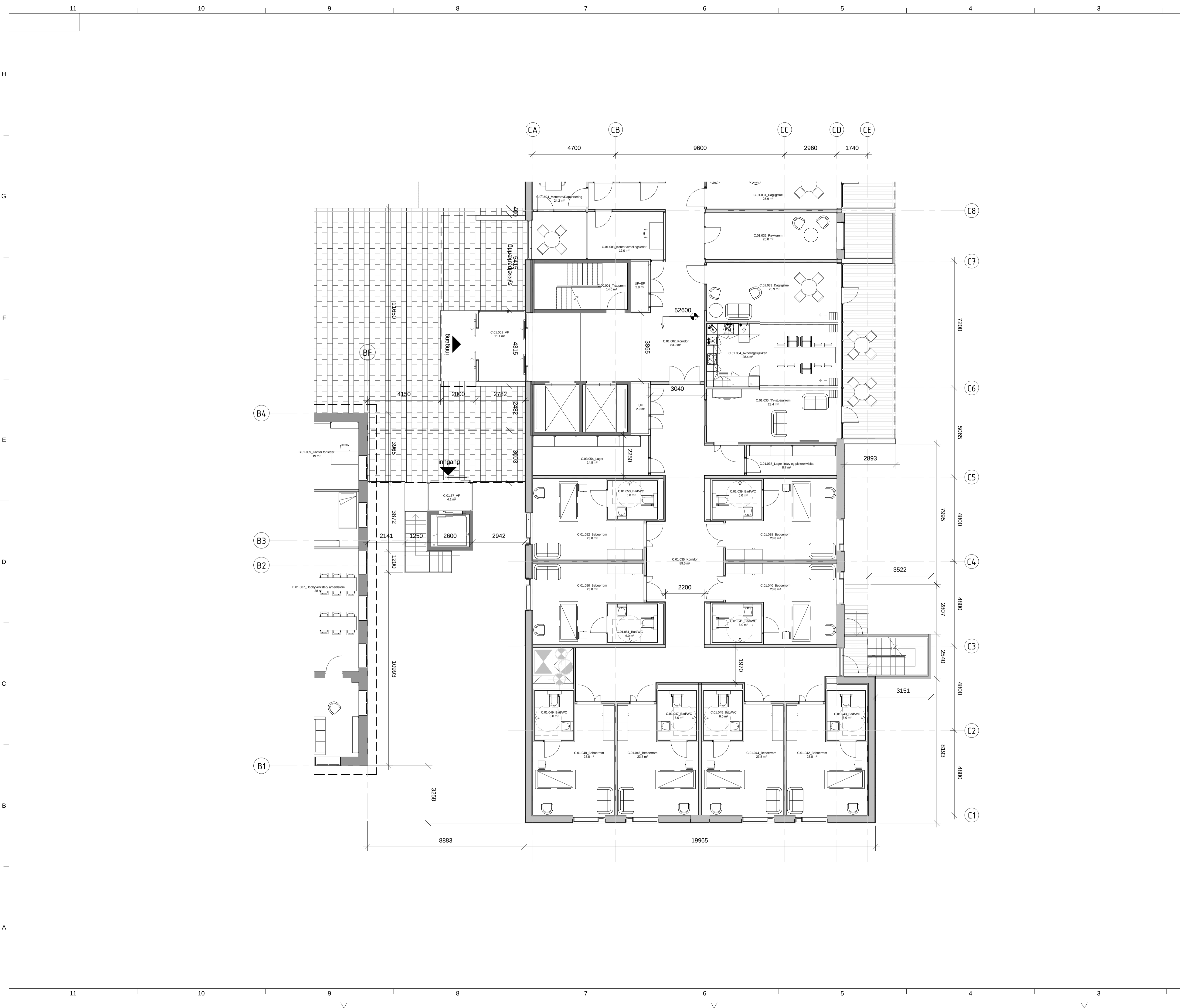
- Tegningsprodusent:
- ARK:
 - RIB:
 - LARK:
 - FDV:
 - RIE:
 - RIV:
 - BRA:
 - _____



Opprettet av:	Opprettet dato:
Topp 3	27.08.2013
Prosjektansvarlig:	Arkitekt:
ULLERTUNET BO- OG BEHANDLINGSSENTER	AMF
Tegningsansvarlig:	Skala:
Bygg C Plan 01 C7-C14	ISO A1 1:100
	1:100



Rs_2B200013-C-001-00-P-A-200-02



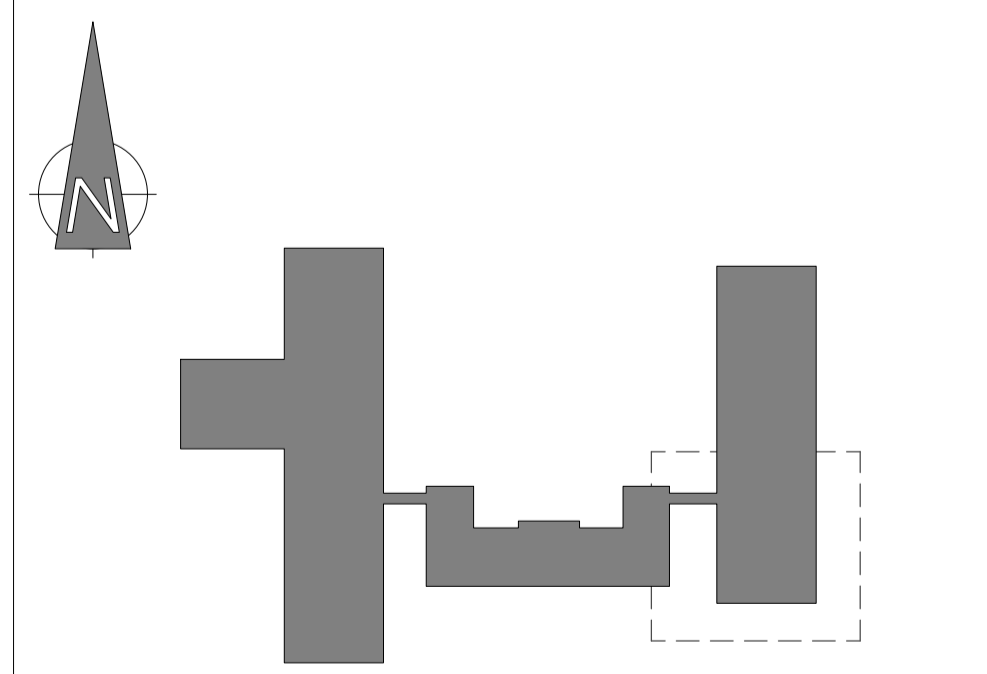
MERKNADER

HENVISNINGER

Rev	Revisjon	Prosjekt nr.	CIS	AMF	02.09.2013
OK		2013-624072	CIS	VS	28.06.2013
Prosjektet er T. RS- OG BEHANDLINGSSENTER			Uttarende	Kontrollert	Dato
Rs_2B200013-C-001-00-P-A-200-01					

- Tegningsprodusent:
- ARK:
 - RIB:
 - LARK:
 - FDV:
 - RIE:
 - RIV:
 - BRA:
 -
- Kontaktinformasjon

LOKALISERINGSPIGUR:



Opprettet av:	Opprettet av:	Dato opprettet:
Top: 3	27.08.2013	
Prosjekt:	Prosjekt:	Prosjekt:
Rammesknad	27.08.2013	
Tegningsnavn:	Tegningsnavn:	Tegningsnavn:
ULLERTUNET BO- OG BEHANDLINGSSENTER	ULLERTUNET BO- OG BEHANDLINGSSENTER	ULLERTUNET BO- OG BEHANDLINGSSENTER
Bygg C Plan01 C1-C7	Bygg C Plan01 C1-C7	Bygg C Plan01 C1-C7
ISO A1	ISO A1	ISO A1
1:100	1:100	1:100
 Oslo kommune Omsorgsbolig Oslo KF		
Rs_2B200013-C-001-00-P-A-200-01		



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway