



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Masteroppgave 2017 30 stp  
Institutt for landskapsplanlegging

## **Hvordan bygge sykehjem tilpasset det fremtidige behov.**

How to build nursing homes adapted to future  
needs.

Sven P. Meyer  
Master i eiendomsutvikling





## Forord

Denne oppgaven er skrevet ved Institutt for landskapsplanlegging, ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), våren 2017. Den er en avslutning på studieretningen ”*Master i eiendomsutvikling*”, og representerer 30 studiepoeng.

Bakgrunnen for valg av tema kommer av at min far ble alvorlig syk og hadde behov for å komme på et sykehjem. Min oppgave var å besøke noen sykehjem for prøve å finne et sted han kunne være. Min runde, på til sammen 5 sykehjem i Oslo, fortalte meg at det var dårlig standard - en fellesnevner var at hjemmene var gamle, slitte og i altfor stor grad var institusjonspreget. Kriteriet for å få plass på sykehjem er definert av Sykehjemsetaten i Oslo kommune: *Pasienten må være pleietrengende 24 timer i døgnet*. Det er liten tvil om at det på dette området er store utfordringer med tanke på den eldrebølgen som kommer i årene fremover og hvordan man skal håndtere dette i fremtidens sykehjem. Jeg ønsket å forske i hvordan sykehjem eller boformer for eldre bør bygges med tanke på fremtidens behov.

Jeg vil rette en takk til min hovedveileder, Professor Thomas Kalbro og mine biveiledere professor II ved NTNU Svein Bjørberg og Christian Rosenkilde for gode tips, råd og veiledning under mitt arbeid med avhandlingen.



## Sammendrag

Det første aldershjemmet i Norge åpnet i Oslo i 1909. Det siste sykehjemmet, Ullernhjemmet åpnet i 2017. Hjemmet er Breeam-klassifisert (Miljøsertifisering) og er det beste og mest moderne i Norge. Likevel har det institusjonspreg. Noe av utfordringen i Norge er å klare å bygge sykehjem som ikke er institusjonspreget. Formålet med studiet som er gjort er å finne ut hvordan fremtidens pleie- og omsorgsboliger for eldre bør utformes. Det er gjennomført intervjuer med relevante aktører: politikere, offentlig administrasjon og sykehjemsledelse. I tillegg er det utført flere spørreundersøkelser blant sykehjemsbeboere og -ansatte og fremtidige beboere, samt litteratur- og dokumentstudier.

Oppgavens funn tyder på at å bygge mindre bygg, mere lik en bolig innvendig, integrere studenter og barnehager samt fjerne sykehjemsbegrepet, vil redusere institusjonspreget. Trolig vil sykehjem i fremtiden være små «minisykehus» kun for gamle syke mennesker.

Forskningsspørsmålene som er lagt til grunn for å kunne besvare oppgaven er delt i to: Den ene delen sett fra dagens beboere, fremtidens beboere og ansatte på sykehjems ståsted.

Her er det benyttet spørreundersøkelser for å besvare oppgaven, de viktigste funn har vært:

- **Størrelse på sykehjemmene:** flertallet av dagens beboere svarer fra 20 personer – 50 personer, svarer flertallet av fremtidens beboere.
- **Sykehjemmets beliggenhet:** et stort flertall svarer nærme de pårørende. Men en nisje for en kreativ eiendomsutvikle kan være å bygge sykehjemmene nær sjø/fjell/natur i og med at ca. 30% ønsker det.
- **Type servicefunksjoner:** bygg med Café, dagligvarebutikk, fysioterapi, basseng, trimrom frisør, fortterapi og bar. Det er det størst oppslutning om. Det er høy oppslutning (92%) av fremtidens brukere om at servicefunksjonene skal kunne benyttes av nærmiljøet.
- **Utgang til friluft:** alle (kun 5% svarte ikke viktig) ønsker utgang til balkong, hage eller friområde.
- **Hund/katt:** ca. halvparten av beboerne (dagens og fremtidens) ønsker at sykehjemmet skal tilrettelegges for hun/katt, mens 67% av de ansatte ønsker det samme.
- **Hverdagsrutiner:** Lage mat og handle er de viktigste hverdagsrutinene.
- **Flytte inn frisk og bo der til man trenger 100% pleie:** Positive: 78% av fremtidens beboere, 57% av dagens beboere og 63% av de ansatte.

Den andre delen av forskningsspørsmålene tok utgangspunkt i politiske myndigheter ståsted.

Her har det vært benyttet litteratur/dokumentstudium og intervjuer, de viktigste funn har vært:

- **Bygge om eksisterende sykehjem for å tilfredsstillere dagens krav og behov:** Mange eldre bygg blir revet, men gamle verneverdige bygg kan ha kvaliteter som innebærer at det vil være fornuftig med rehabilitering/integrering for å skape den fine balansen mellom nytt og gammelt.
- **Omregulering til sykehjem raskt og effektivt:** Normal behandlingstid er fra 1,5 til 5 år. Med forsering og beskjed fra byrådet, kan det ta 1 år. Tidslinje inklusive bygging: 4,5 år.
- **Er det lagt til rette for at private konkurranser på like vilkår for å bygge og drive sykehjem:** Nei, ingenting tyder på det.
- **Fremtidens sykehjem, forskjellige bygg avhengig av grad av pleiebehov eller alle bør sammen:** Funnene tyder på at det vil bli bygget tradisjonelle sykehjem i en stund til fremover, men mindre institusjonspregede og mindre i størrelse. Samtidig vil det bli bygget flere Omsorg+-boliger og demenslandsbyer. På grunn av eldrebølgen som kommer og det faktum at den norske befolkningen er såpass rike, samtidig som stat og kommune ikke har planlagt for det store behovet, vil mange trolig være villige til å betale selv for å bo i private seniorboliger/pleiehjem el.
- **Demografiske forhold.** Ifølge SSB var andelen av Norges befolkning over 70 år i 2016 på 11% og i 2060 er den forventet og være 19 %. Dette betyr at befolkningen over 70 år øker med 8 % på de neste 44 år. Det er beregnet ifølge NHO Service at det er behov for 3 400 nye sykehjemsplasser pr. 2040.

## Summary

The first retirement home (N: aldershjem) in Norway opened in Oslo in 1909. The latest nursing home (N: sykehjem), Ullernhjemmet, opened in 2017. The home is Breeam-classified (environmental certification) and is the best and most modern in Norway. Still, it gives the impression of institutionalism. Some of the challenges in Norway are to build a nursing home that does not give this impression. The purpose of the current study is to determine how future care homes for the elderly should be designed. Interviews have been conducted with relevant stakeholders: politicians, public administration and nursing home management. In addition, several surveys have been conducted among nursing home residents and employees, future nursing home residents, as well as literature and documentary studies.

The findings suggest that building smaller buildings more similar to regular homes with integrated apartments for students and day care centers, together with removal of the term nursing home (sykehjem), will reduce institutionalism. In the future, nursing homes will likely be small "mini hospitals" only for old people that are ill.

The research topics are divided into two parts: One part takes the perspective of today's residents, future residents and employees at the nursing homes. Here surveys are used to explore the topic. The most important findings have been:

- **Hospital size:** most of today's residents respond from 20 people - 50 people, responding to the majority of future residents.
- **Location of the hospital:** A large majority of respondents want to live close to their relatives. But a niche for a creative property development can be to build hospitals near the sea / mountain / nature. Approximately 30% of the respondents want this.
- **Type of service features:** buildings that include cafe, grocery store, physiotherapy, pool, fitness room hairdresser, supper and bar obtains majority support. There is a high level of support (92%) among future users that the service features should also be used by the local community.
- **Direct exit to common outdoor areas:** all (only 5% answer not important) want direct access to balcony, garden or common areas.
- **Dog / cat:** approx. half of the residents (present and future) want the nursing home to be arranged for dogs / cat, while 67% of the employees want the same.



- **Everyday activities:** Preparing food and shopping is the most important everyday activity
- **Move to a nursing home while still healthy and stay there until you need 100% care:** Positive: 78% of future residents, 57% of current residents and 63% of employees.

The second research topic takes the perspective of relevant authorities. Literature / document study and interviews were used. The most important findings are:

- **Reconstruction of existing nursing homes to meet today's requirements and needs:** Reconstruction is often too expensive, but for some old and listed buildings reconstruction may create a good balance between new and old.
- **Efficient and quick relegation to nursing homes:** Normal time required by the authorities is from 1.5 to 5 years. With accelerated authority handling, it may take 1 year. Timeline including construction: 4.5 years.
- **Can private developers compete on the same term as public developers:** No, nothing indicates equal competition
- **Differentiation of future nursing homes according to need for care or all residents living together:** The findings indicate that traditional nursing homes will be built for a while, but they will be smaller and less institutional. At the same time, more "Omsorg+" buildings and dementia villages will be built. Due to the wave of old people and the wealth of Norwegian population, together with the fact that the authorities are not planning to cover the need, many will probably be willing to pay for living in private homes for the elderly or nursing homes.
- **Demographic conditions:** According to Statistics Norway, the proportion of Norway's population over 70 years in 2016 was 11% and in 2060 it is expected to be 19%. This means that the population over 70 years will increase by 8% over the next 44 years. According to NHO Service, it is estimated that there will be a need for 3 400 new nursing homes in 2040.

## **Emneord**

Gamlehjem

Aldershjem

Bo- og behandlingshjem

Sykehjem

Omsorgsbolig

Demenslandsby

Trivsel



## Innholdsfortegnelse

Forord3

Sammendrag.....	5
Summary .....	7
Innholdsfortegnelse .....	11
1    INNLEDNING .....	15
1.1    Bakgrunn .....	15
1.2    Problemstilling.....	16
1.3    Avgrensing og generell metode.....	17
1.4    Oppgavens oppbygging .....	17
2    METODE .....	19
2.1    Fremgangsmåte.....	19
2.2    Metoder som er benyttet i oppgaven .....	19
2.2.1    Kvalitativ og kvantitativ metode .....	20
2.2.2    Metodetriangulering .....	21
2.2.3    Valg av metode.....	22
2.2.4    Litteraturstudier .....	22
2.2.5    Dokumentstudier .....	23
2.2.6    Intervjuer .....	23
2.2.7    Spørreundersøkelser .....	24
2.3    Styrker og svakheter med metode.....	25
2.4    Arbeidsmetode.....	27
3    RAMMEVERK .....	29
3.1    Typer boliger for eldre.....	29
3.1.1    Sykehjem/aldershjem .....	29
3.1.2    Helsehus .....	29
3.1.3    Oversikt over og fakta om sykehjemmene og helsehus i Oslo (Sykehjemsetaten 2017)	30
3.1.4    Omsorgsbolig/Omsorg+ .....	30
3.2    Bygging av sykehjem .....	31
3.3    Rammeverk for bygging av sykehjem.....	32
3.3.1    Kravspesifikasjon gitt av Oslo kommune .....	32
3.3.2    Veiledning for utforming av omsorgsboliger og sykehjem gitt av Husbanken .	33

3.4	Bygningstekniske krav, anbefalinger og sertifiseringer .....	37
3.5	Velferdsteknologi .....	40
3.6	Muligheter og utfordringer ved bygging- og drifting av sykehjem og finansiering av disse. 42	
3.6.1	Demografiske endringer:.....	43
3.6.2	Behov for sykehjem i fremtiden.....	45
3.6.3	Mulighet for samarbeid med kommunen .....	46
3.6.4	Tidslinje.....	53
4	SYKEHJEMMENE SOM ER BESIKTIGET .....	55
4.1	Eugene Hanssens Aldershjem.....	55
4.2	Ullerntunet - Ullern Helsehus /Ullernhjemmet.....	58
4.3	Madserudhjemmet .....	63
4.4	Majorstutunet bo- og behandlingssenter.....	65
4.5	Økernhjemmet .....	68
4.6	Ensjøtunet Omsorg + .....	72
4.7	Hrafnista – Reykjavik .....	74
4.8	Brookdale Battery Park – Senior Living Solutions – New York .....	76
4.9	Thomas Circle – In-town Senior Living – Washington .....	79
4.10	Villa Omsorg .....	82
4.11	Svendborg demenslandsby – Danmark .....	83
4.11.1	Demensboligene:.....	84
4.11.2	Eldreboligene: .....	84
4.11.3	Gjesteboligene:.....	84
5	INTERVJUER.....	85
5.1	Intervjuobjektene .....	85
5.1.1	Sykehjemsetaten.....	85
5.1.2	Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester.....	85
5.1.3	Husbanken .....	88
5.1.4	Helsepartiet.....	89
5.1.5	Plan- og bygningsetaten .....	90
5.1.6	Privat aktør i drift av kommunale sykehjem i Oslo .....	93
5.1.7	Sykehusprest Yvonne Andersen.....	94
6	SPØRREUNDERSØKELSER.....	97
6.1	Forklaring av gjennomgang av spørreundersøkelsene .....	97

6.1.1	Spørreundersøkelse 1 – Ansatte på sykehjem .....	97
6.1.2	Spørreundersøkelse 2 – Dagens beboere på sykehjem.....	100
6.1.3	Spørreundersøkelse 3 – fremtidens beboere av sykehjem.....	103
7	DISKUSJON .....	109
7.1	Diskusjon av funn og resultater .....	109
7.2	Uventede funn.....	114
7.3	Diskusjon av metode .....	115
8	KONKLUSJON .....	117
9	VIDERE ARBEID .....	119
	KILDER .....	121
	FIGURLISTE .....	125
	TABELLISTE .....	129
	Vedlegg 1 - Intervjuer .....	1
	Intervju med Sykehjemsetaten.....	1
	Intervju med Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester.....	2
	Intervju med Husbanken.....	8
	Intervju med Helsepartiet .....	12
	Intervju med Plan- og bygningsetaten .....	14
	Intervju med privat aktør i drift av kommunale sykehjem i Oslo.....	19
	Intervju med sykehjemsprest Yvonne Andersen .....	21
	Vedlegg 2 - Spørreundersøkelse.....	1
	Spørreundersøkelse 1.....	1
	Spørreundersøkelse 2.....	4
	Spørreundersøkelse 3.....	9
	Vedlegg 3 – Kravspesifikasjon gitt av Oslo kommune med arealskjema.....	1



# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Det første, norske aldershjemmet ble startet av en privat aktør, nemlig av Frelsesarmeen. Det åpnet 1. november 1909, da aldershjemmet «Kveldssol», se Figur 1, ble åpnet på Ensjø i Oslo takket være innsats fra slumsøstrene og Othilie Tonning se Figur 2, som var sosialsekretær i Frelsesarmeen. Hjemmet eksisterer fremdeles. Ensjøtunet Omsorg+ er et botilbud for eldre og inneholder kafé, aktivitetssenter og 62 leiligheter med trygghetsbemanning. Senteret ble åpnet i 2011 og ligger sentralt på Ensjø, med lett tilgang til offentlige transportmidler. Det er fremdeles Frelsesarmeen som har ansvaret for driften.



*Figur 1. Malerhaugen 10, Oslo – Frelsesarmeens aldershjem Kveldssol 1919 – stor trevilla i hage. [Wilse, Anders Beer/Norsk Folkemuseum].*



*Figur 2. Othilie Tonning [Ukjent/NTB Scanpix]*



Sykehjem, ble tidligere kalt pleiehjem, hvilehjem, aldershjem og gamlehjem. Sykehjem kalles i dag også for bo- og behandlingshjem. Dette er en institusjon for pasienter som ikke greier seg i eget hjem med hjemmesykepleie og hjemmehjelp på grunn av større behov for omsorg. Det er vanlig at dårlig fungerende eldre får langtidsplasser på sykehjem. En person kan tildeles langtidsopphold i sykehjem når andre, alternative tjenester er vurdert og eventuelt prøvd ut, og personen er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og ikke lenger kan mestre dagliglivets gjøremål på grunn av mentalt eller fysisk funksjonstap.

Ifølge Sykehjemsetaten i Oslo er kriteriet for å få fast sykehjemsplass at pasienten har behov for pleie og omsorg 24 timer i døgnet (samtale Kjos, Sykehjemsetaten, 23.02.2017). De sier videre at det er mange som burde få plass, med tanke på at de for eksempel ikke kan forflytte seg fra sin leilighet i 4. etasje uten heis på grunn av manglende mulighet for komme seg ned trappen ved egen hjelp, men som likevel ikke får plass – de klarer seg på mange områder i leiligheten selv.

Langtidsbeboere i sykehjem skal få ivaretatt sitt behov for pleie, medisinsk oppfølging og behandling, samt individuelt tilpasset aktiviteter. Langtidsopphold i sykehjem skal fortrinnsvis være et tilbud til personer over 70 år.

Noen pasienter får korttidsopphold, ofte som en avlastning for familiemedlemmer som yter tilsyn og pleie over tid. Du kan søke om korttidsopphold på sykehjem hvis du for eksempel trenger opptrening etter sykdom eller nærmere utredning.

Korttidsopphold er et målrettet og tidsavgrenset opphold i sykehjem. Et korttidsopphold kan være døgnopphold, dagopphold og nattopphold. Det skilles mellom ulike typer korttidsopphold: rehabilitering, behandling/utredning og avlastning.

Sykehjemmene er ofte delt inn i forskjellige avdelinger i henhold til hvilken diagnose pasientgruppene har. Mellom 80 – 85% av de som er på sykehjem i dag har en demensdiagnose og er ofte på skjermet avdeling. Her er arbeidet preget av miljørettede tiltak slik at pasientene skånes for nedverdiggende situasjoner. Veldig mange av sykehjemmene er preget av å være en institusjon og ikke et hjem for gamle og syke. Med denne masteroppgaven ønsker jeg å sette fokus på hvordan man kan bygge sykehjem med tanke på å tilfredsstille fremtidens behov.

## 1.2 Problemstilling

Eldreboen er på vei og det stilles andre krav til hvordan vi skal ha det i den siste fasen av livet. Hovedproblemstilling er derfor: *Hvordan bygge sykehjem tilpasset det fremtidige behov?*

Forskningsspørsmålene som er lagt til grunn for å kunne besvare oppgavens problemstilling er delt i 2:

Fra brukere og ansattes ståsted:

- Hvordan vil dagens brukere av sykehjem ønske at sykehjem skulle vært bygget?
- Hvordan vil fremtidens brukere av sykehjem ønske at sykehjem skal bygges?
- Hvordan ønsker de ansatte på sykehjem at sykehjem skal bygges?

Fra politiske myndigheter ståsted:

- Vil det være mulig å bygge om eksisterende sykehjem for å tilfredsstille dagens krav og behov?
- Vil reguleringsmyndighetene tilrettelegge for at tomteområder kan reguleres / omreguleres til sykehjem på en rask og effektiv måte?
- Vil politikerne tilrettelegge for at statlige, kommunale og private kan få konkurrere på like vilkår om å bygge og drive sykehjem? Evt. OPS?
- Vil det bli bygget forskjellige typer hjem for eldre avhengig av grad av pleiebehov, eller vil «alle» kunne bo i samme bygg?

### 1.3 Avgrensing og generell metode

Beskrivelse av bygging av sykehjem, omsorgsboliger, seniorboliger o.l. i Norge er omfattende å belyse ettersom byggingen praktiseres forskjellig i forskjellige fylker og kommuner. Det er i tillegg forskjellige brukergrupper med mange forskjellige behov. Her kan nevnes: Sykehjem for personer med demens, for eldre som er langtidssyke som trenger mye pleie, for rehabilitering og overgangspaneleie etter sykehusbehandling, avlastning, for pleie ved livets slutt/lindrende behandling (hospice), for personer med sammensatte funksjonsnedsettelse, for barn med funksjonsnedsettelse, for personer med rus og psykiske lidelse og for utviklingshemmede (eldre og yngre). Det finnes sikkert også andre nisjekategorier. For å snevre inn oppgaven har jeg valgt å fokusere på det å bygge sykehjem og omsorgsboliger i Oslo og omegn. Metodene som er benyttet i oppgaven er litteraturstudium, spørreundersøkelser, intervjuer og besøk på enkelte sykehjem i Norge og i andre land.

### 1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av 2 deler, selve hovedteksten og vedlegg. Masteroppgaven er videre inndelt i 9 kapitler. Det første kapitlet er en innledning som redegjør for bakgrunnen til oppgaven, oppgavens problemstilling og oppbygging samt avgrensing. Kapittel 2 omhandler metodene

brukt i studien, og styrker og svakheter ved disse. Kapittel 3 beskriver rammeverket med teori og begreper. Her beskrives premissene som er lagt av Husbanken og Oslo kommune. I kapittel 4 oppsummeres funn fra de ni institusjonene som er besiktiget og fra de to som ikke er besiktiget. I kapittel 5 blir essensen fra intervjuene beskrevet. I kapittel 6 trekker jeg frem de viktigste funnene i spørreundersøkelsene. I kapittel 7 foretas en diskusjon av funnene i kapittel 3, 4, 5 og 6. Masteroppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel 8, og videre arbeid redegjøres det for i kapittel 9. Etter dette kommer kilder, figurliste, tabelliste og vedlegg.

## 2 METODE

I dette kapittelet har jeg beskrevet hvilken metode jeg benyttet i studien.

### 2.1 Fremgangsmåte

For å kunne besvare problemstillingen var det nødvendig å innhente informasjon om temaet. Flere metoder ble benyttet. Litteratur og relevant dokumentasjon på den erfaring som finnes om å bygge sykehjem ble innhentet. Det har videre blitt utført spørreundersøkelser av ansatte og beboere på 6 sykehjem i Oslo. Ipsos MMI har gjort en spørreundersøkelse om fremtidens brukere av sykehjem. I tillegg har jeg besøkt sykehjem i USA og Island samt beskrevet den kjente demenslandsbyen i Svendborg i Danmark for å se på hva som er vektlagt av kvaliteter i byggene. Jeg har også intervjuet politikere i Helsepartiet, Sykehjemsetaten, byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, Plan- og bygningsetaten, Husbanken, en privat aktør og en sykehjemsprest. Til slutt ble de viktigste funnene fra dette diskutert og avsluttet med en konklusjon.

### 2.2 Metoder som er benyttet i oppgaven

Dette kapittelet gir en oversikt og forklaring på brukte metoder i oppgaven. Tabell 1 oppsummerer relevante begreper

Teori	En teori er et system eller kompleks av antakelser som er fremsatt som forklaring på en rekke kjensgjerninger eller fenomener. Ordet 'teori' kan også beskrive et system av allmenne prinsipper eller regler som gjelder for, eller danner grunnlag for en virksomhet (for eksempel undervisningens teori); brukes ofte i motsetning til praksis. (Store norske leksikon 2015)
Empiri	(Erfaringsmessig) Empiri innebærer at konklusjon er basert på sannsynlig erfaring. Empiri bygger på vitenskapelige undersøkelser fra virkeligheten, iaktakelser og eksperiment og derav de erfaringer som er gjort, framfor på i forveien oppstilte teorier eller filosofiske resonnement. Empiriske data er data som er produsert ved et eksperiment eller ved observasjon. (Wikipedia 2017)
Reliabilitet	Reliabilitet er forbundet med målesikkerhet. Hvis den samme måling gjentas mange ganger, er målet reliabelt om vi får det samme svaret hver gang (forutsatt at vi måler det samme). (Wikipedia 2017)

Validitet	I vitenskapelig forskning er validitet eller gyldighet en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke. Det er tolkningen av dataene som valideres, ikke selve målemetodene eller testene. En konklusjon er sann dersom den er basert på sanne premisser. (Wikipedia 2017)
-----------	--

*Tabell 1 Oversikt over relevante begreper*

### 2.2.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Ved innsamling av data er det vanlig å skille mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode har den fordel at den gir data i form av målbare enheter, vi kan omgjøre informasjon til målbare enheter som kan brukes i regneoperasjoner og for eksempel fremstilles grafisk. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp meninger, opplevelser og lignende som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2017). Dette betyr at mens kvantitative funn i stor grad kan etterprøves er dette vanskeligere ved bruk av kvalitativ metode. En oversikt over begge metoder er gitt i Tabell 2.

I denne oppgaven benytter jeg begge metodene. Dette fordi bruk av litteraturstudium, dokumentstudier, befaringer og intervjuer er kvalitative metoder som samler inn informasjon om opplevelser og meninger som vanskelig lar seg etterprøve.

Spørreundersøkelsen (3 stk.), som er en kvantitativ metode, kjennetegnes ved at man stiller de samme spørsmålene til en stor mengde personer, slik at utgangspunktet for å generalisere funnene er tilstede.

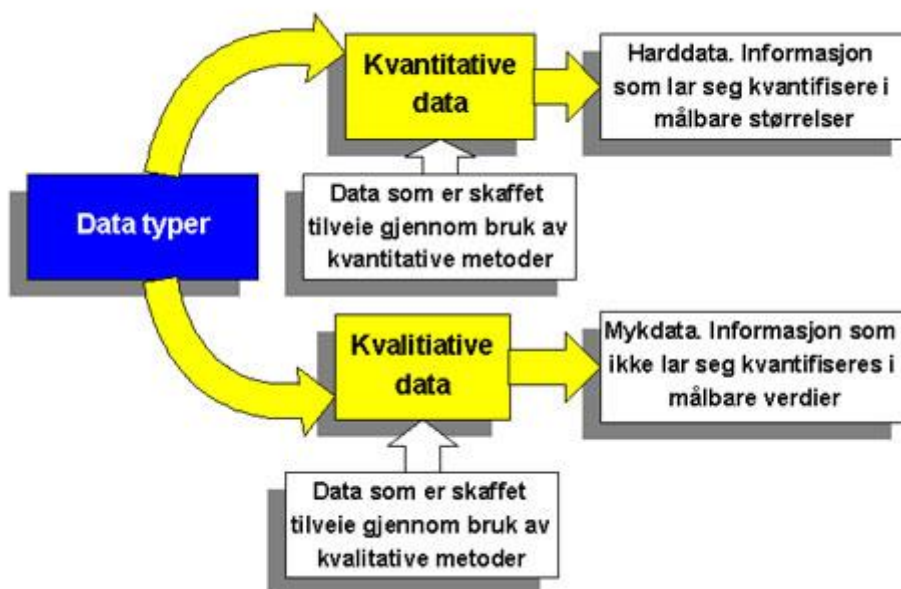
<b>Kvantitativt orientert</b>	<b>Kvalitativt orientert</b>
<p><b>Presisjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Få frem mest mulig eksakt avspeiling av den kvantitative variasjonen</li> </ul> <p><b>Bredde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gå i bredden</li> <li>Innhente et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter</li> </ul> <p><b>Det gjennomsnittlige</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Få frem det som er felles, det representative</li> </ul> <p><b>Systematikk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spørreskjema med faste svaralternativer</li> <li>Systematiske og strukturerte observasjoner</li> </ul> <p><b>Fjernhet til feltet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Datainnsamlingen skjer uten direkte kontakt med feltet</li> </ul> <p><b>Deler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Data som samles inn, er knyttet til adskilte fenomener</li> </ul> <p><b>Forklaring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fremstillingen tar sikte på å formidle forklaringer</li> </ul> <p><b>Tilskuer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren ser fenomenet utenfra</li> <li>Forskeren tilstreber nøytralitet og avstand</li> </ul> <p><b>Jeg-det-forhold</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mellom forsker og undersøkelsesperson er det et jeg-det-forhold</li> </ul>	<p><b>Følsomhet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Få frem best mulig gjengivelse av den kvalitative variasjonen</li> </ul> <p><b>Dybde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gå i dybden</li> <li>Mange opplysninger om få undersøkelsesenheter</li> </ul> <p><b>Det særegne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Få frem det som er spesielt, eventuelt avvikende</li> </ul> <p><b>Fleksibilitet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervju preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer</li> <li>Ustrukturerte observasjoner</li> </ul> <p><b>Nærhet til feltet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Datainnsamling skjer i direkte kontakt med feltet</li> </ul> <p><b>Helhet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Data som samles inn, tar sikte på å få frem sammenheng og helhet</li> </ul> <p><b>Forståelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse</li> </ul> <p><b>Deltaker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Forskeren ser fenomenet innenfra</li> <li>Forskeren erkjenner påvirkning og delaktighet</li> </ul> <p><b>Jeg-du-forhold</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mellom forsker og undersøkelsesperson er det et jeg-du-forhold</li> </ul>

Tabell 2 Kjennetegn ved kvantitative og kvalitative metoder. [Dalland 2017]

### 2.2.2 Metodetriangulering

Metodetriangulering er betegnelsen som brukes for å sammenligne to eller flere ulike studier av samme fenomen. Det kan for eksempel gjøres ved å sammenligne intervju med observasjoner, åpne spørsmål med lukkede spørsmål eller en forskers analyse av et fenomen med en annen forskers analyse av det samme fenomen. Innenfor kvalitativ metode brukes triangulering ofte for å finne frem til de ulike aspekter i studien som med fordel kan

sammenlignes for å styrke studiens gyldighet. Triangulering kan på mange måter brukes til å styrke validiteten. Metodisk triangulering kan for eksempel kompensere for den valgte metodes svakheter ved også å bruke en annen metode. Triangulering medfører ofte at man både bruker kvalitative og kvantitative metoder i sin undersøkelse eller at man bruker flere kvantitative eller kvalitative metoder. (Nielbo, 2016).



Figur 3 Metodetriangulering. [Sander 2016]

### 2.2.3 Valg av metode

Jeg har valgt å gjennomføre masteroppgaven med bruk av intervjuer, spørreundersøkelse, besøk på sykehjem i Oslo kommune, drevet av kommunen selv, drevet av private aktører og drevet av ideelle. Videre har jeg samlet inn litteratur og dokumentasjon fra bransjerelaterte aktører. Innsamlingen av data er i hovedsak innhentet fra Oslo kommune, Sykehjemsetaten, byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, NHO, Husbanken, Unn Alderspsykiatri Poliklinikk og Demens & Alderspsykiatri.

### 2.2.4 Litteraturstudier

For å finne relevant bakgrunnsinformasjon om sykehjem og boliger tilrettelagt for eldre ble det utført et litteraturstudium. Det har ikke lyktes å finne noen masteroppgaver som har vært skrevet om dette temaet tidligere. Det ble derfor søkt i kommunale etater, NHO, Husbanken og andre relevante samarbeidsparter til Sykehjemsetaten. Det ble søkt etter kilder som på en god måte kunne bidra med teori på området, og fordi sykehjem er et bredt område, ble søkene

snevret inn til å gjelde det som er relevant sett fra en eiendomsutviklers ståsted og ikke medisinsk drift og personalpolitikk.

### 2.2.5 Dokumentstudier

For å finne informasjon om hvordan Sykehjemsetaten setter sine krav til bygging av sykehjem og få forståelse av hvordan sykehjem historisk har blitt bygget og hvordan utviklingen har gått, har det vært nødvendig å kontakte mange avdelinger hos Sykehjemsetaten. Jeg har også gått inn på hjemmesidene til hvert enkelt sykehjem jeg har besøkt i Oslo, New York, Washington og Reykjavik – samt på den kjente demenslandsbyen i Svendborg.

### 2.2.6 Intervjuer

Det kan være vanskelig å avgjøre på forhånd hva som er *nok* intervjuer. Mange forskere mener det bør gjennomføres intervjuer helt til forskeren ikke lenger får noen ny informasjon (Seidman 1998; Kval og Brinkmann 2009). Vi kan snakke om en «grenseverdi» eller et metningspunkt der det ikke har noen hensikt å intervju flere. I teorien er det altså ingen øvre eller nedre grense for antall intervjuer (Johannessen, Christoffersen og Tufte 2011)

Jeg har valgt metoden *strategisk utvelgelse* – som vi si at forskeren først tenker igjennom hvilken målgruppe som må delta for at han skal få samlet nødvendig data, mens det neste steget er å velge ut personer fra målgruppen som skal delta i undersøkelsen. Utgangspunktet for utvelgelse av intervjuobjekter i kvalitative undersøkelser er ikke representativitet, men hensiktsmessighet. Jeg er av den oppfatning at det var viktig å få intervjuet personer innenfor de kommunale etater som jeg hadde plukket ut som helt vesentlige samt Husbanken, noen i politikken med vekt på helse, en privat aktør og en nøytral person som kjenner beboerne – en sykehjemsprest.

#### 2.2.6.1 Gjennomføring av intervjuene

Jeg har sett det som viktig at alle intervjuobjektene ble intervjuet i deres eget miljø – altså på eget kontor, slik at det ikke var noe jeg kunne gjøre for å påvirke.

Under det første intervjuet tok jeg notater og fulgte senere opp med et e-post intervju. Jeg synes ikke det fungerte så bra, så alle etterfølgende intervjuer ble utført med lydopptak. På den måten bevares hele samtalen slik at det er tryggere å sitere direkte fra intervjuobjektet.

Jeg har utført til sammen 7 intervjuer. Ett med partileder og nestleder i Helsepartiet, ett med Sykehjemsetaten, ett med Plan- og bygningsetaten, ett med Husbanken, ett med en privat aktør, ett med en sykehjemsprest og ett med byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester. Samtlige



har vært villige til å bli referert med navn i oppgaven, bortsett fra den private aktøren, som derfor er anonym.

Spørsmålene er tilpasset de forskjellige aktørene, men noen av spørsmålene går igjen til flere av intervjuobjektene.

### *2.2.6.2 Om å skrive ut intervjuet*

En vanlig måte å bearbeide et intervju på, er å skrive ned ord for ord av det som er tatt opp. Arbeidet er tidkrevende, men det verdifulle er at du får anledning til å gjenoppleve intervjuet – dette kalles å transkribere (Dallan 2017). I prosessen med å transkribere mister vi noe. Nyansene i stemmen, kroppsspråk og mimikken i ansiktet følger ikke med. Å skrive ut et intervju handler om å bevare mest mulig av det som opprinnelig skjedde. Etter transkripsjonen ble intervjuene sendt til intervjuobjektene for godkjenning. De transkriberte intervjuene finnes i Vedlegg 1.

### *2.2.6.3 Analyse og tolkning av intervjuene*

Når vi analyserer et intervju, vil oppdelingen i mindre deler hjelpe oss til å få tak i de enkelte sidene ved det intervjuobjektet har sagt. Tolkningen handler ifølge Dalland (2017), om å forklare innholdet eller betydningen av noe. Det lønner seg å tenke over hvordan intervjuene skal analyseres, før de blir utført. Dette vil bidra til å styre forberedelsene, gjennomføringen av intervjuet og etterarbeidet.

### *2.2.7 Spørreundersøkelser*

En vanlig måte å samle inn kvantitative data på er spørreskjemaer. Det er ifølge Johannessen, Christoffersen, Tufte (2011), flere grunner til at man bruker spørreskjemaer med på forhånd oppgitte svaralternativer – eller prekodete skjemaer:

- Faste spørsmål og svaralternativer innebærer en standardisering der man kan se på likheter og variasjoner i måten respondenter svarer på.
- Standardiseringen gir muligheter til å generalisere resultater fra utvalg til populasjon.
- Man kan samle inne data fra mange individer på forholdsvis kort tid.
- Ved hjelp av statistiske analyser kan man undersøke sammenhenger mellom fenomener, for eksempel hvem som foretrekker finkultur, og hvem som foretrekker folkelig kultur.

Før spørreskjemaet ble ferdigstilt og tatt i bruk, ble det foretatt et prestudie. Et prestudie kan ifølge Johannessen, Christoffersen, Tufte (2011), gjøres ved å samle en gruppe mennesker og diskutere hvilke formuleringer og begreper det er mest hensiktsmessig å bruke. Jeg brukte personell fra Ipsos, som har jobbet med dette i mange år. Det ble gjort en del forandringer og tilpasninger.

I denne oppgaven har jeg utført 3 spørreundersøkelser. Den ene (spørreundersøkelse 1), er med ansatte i 5 sykehjem i Oslo. Den andre undersøkelsen (spørreundersøkelse 2), er med beboere i 4 sykehjem i Oslo. Til den tredje undersøkelsen (spørreundersøkelse 3) ble Ipsos MMI engasjert for å utarbeide en representativ undersøkelse av de som vil være beboere på sykehjem om 10-40 år.

Metode for spørreundersøkelse 1: etter at prestudiet var gjennomført, ble spørreskjemaene skrevet ut på papir. Jeg delte så ut spørreskjemaene til respondentene og fikk de samlet i retur etter å ha ventet til alle var ferdige. I spørreundersøkelse 2 benyttet jeg samme metode, men fordi respondentene i dette tilfelle var gamle var det fornuftig å lese opp spørsmålene for dem. På sykehjem i Oslo har mellom 80-85% av brukerne en demensdiagnose – dette betyr at jeg måtte konsentrere undersøkelsen mot de 15-20% som var uten denne diagnosen. Dette viste seg å være fornuftig fordi respondentene av og til trengte en forklaring der de følte at spørsmålet var uklart. I spørreundersøkelse 1 og 2 ble alle gjort kjent med at det var frivillig å delta og at de ikke kunne identifiseres.

Spørreundersøkelse 3 ble utført av Ipsos Norway AS med et representativt utvalg der det ble utført totalt 769 komplette intervjuer. Nedbrytninger er gjort på kjønn, alder, landsdel og utdanningsnivå. Feltarbeidet for undersøkelsen ble gjennomført på web i perioden: Uke 10 – 11 2017. Datasettet er populasjonsvektrt på aldersgruppen 40-65 år. Base er komplett med 769 respondenter, der ikke annet er notert i grafikken. Det er ikke meldt om feil eller mangler i gjennomføringen av denne undersøkelsen.

#### *2.2.7.1 Tolking av dataene*

Spørreundersøkelse 1 og 2 ble laget i Word og svarene ble krysset av for hånd. For spørreundersøkelse 3 laget Ipsos en grafikkrapport. Denne ble brukt som utgangspunkt for grafiskfremstilling av spørreundersøkelse 1 og 2. Dette gjorde det enklere å hente ut spesifikk informasjon og å sammenligne resultatene.

### **2.3 Styrker og svakheter med metode**

En svakhet knyttet til litteraturstudiet og dokumentstudiet er at jeg ikke nødvendigvis har lyktes med å finne all relevant informasjon. Dette innebærer at viktige kilder muligens ikke er tatt med, og sentral informasjon kan være utelatt. Selv om kvaliteten på litteraturen i utgangspunktet vurderes som god er det et lite antall forfattere som er representert. Likevel er det slik at jeg føler at den litteraturen som er brukt er den mest vesentlige, slik at det viktigste er tatt med.

Når det gjelder intervjuobjektene, ble det satt opp en ønskeliste på forhånd, men det viste seg at det ikke skulle være så enkelt å få alle til å stille opp. Både helseminister Bent Høie og byråd for eldre og sosiale tjenester i Oslo, Inga Marte Torkildsen hadde ikke anledning til å møte meg. I tillegg var det andre politikere som også takket pent nei. Derimot takket de som hadde sykehjem/helse som sitt spesialfelt innenfor Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, Plan- og bygningsetaten, Sykehjemsetaten og Husbanken, gladelig ja til å møte meg. I tillegg takket også partileder og nestleder for det nystiftede Helsepartiet, Lise Askvik og Lene Sundfær Haug ja til et intervju.

Usikkerhetsfaktorer i spørreundersøkelser er at det kreves et visst antall respondenter for at det skal være hold i svarene. I spørreundersøkelse 1 og 2 er det et mindre antall respondenter enn det vi ønsker oss i forhold til feilmarginer. Dette betyr at vi kan bruke svarene i disse undersøkelsene som en indikasjon på en tendens. I spørreundersøkelse 3 er det benyttet et profesjonelt firma som har utarbeidet en undersøkelse som er representativ innenfor de feilmarginene som «det sanne svar i populasjonen».

Et representativt utvalg av befolkningen baserer seg ifølge Ipsos (2017), på et tilfeldig lotterisk trekk uten tilbakelegging, der vi kjenner trekksannsynligheten. Vi kan kun snakke om representativitet i populasjoner der vi kjenner trekksannsynligheten for alle individer. Vanligvis gjelder dette kun befolkningen. Vi kjenner nøyaktig alle data om aldre, kjønn, geografi, inntekt, utdanning etc. – og vi vet derfor nøyaktig hvor mange individer hver trekk-gruppe har. I et utvalg trekker vi derfor proporsjonalt, altså relativt prosentvis like mange pr. trekk-gruppe som i befolkningen. Det vil si at utvalget i denne spørreundersøkelsen vil ha en struktur som på variablene "alder", "kjønn" og "geografi" sammenfaller med befolkningen. I tillegg vokter vi datafilen, slik at vi får en 100% nøyaktig fordeling i forhold til befolkning på disse 3 variablene. Feilmarginer for et rent lotterisk utvalg ser slik ut:

### Feilmarginer ved rent lotterisk utvalg

Antall observasjoner	Prosentresultat							
	5/95	10/90	15/85	20/80	25/75	30/70	40/60	50/50
25	8.6	12.0	14.2	16.0	17.4	18.3	19.6	20.0
50	6.2	8.5	10.1	11.3	12.2	13.0	13.9	14.1
75	5.0	6.9	8.2	9.2	10.0	10.6	11.3	11.5
100	4.4	6.0	7.1	8.0	8.7	9.2	9.8	10.0
150	3.6	4.9	5.8	6.5	7.1	7.5	8.0	8.2
200	3.1	4.2	5.0	5.7	6.1	6.5	6.9	7.1
250	2.8	3.8	4.5	5.1	5.5	5.8	6.2	6.3
300	2.5	3.5	4.1	4.6	5.0	5.3	5.7	5.8
400	2.2	3.0	3.6	4.0	4.3	4.6	4.9	5.0
500	1.9	2.7	3.2	3.6	3.9	4.1	4.4	4.5
600	1.8	2.5	2.9	3.3	3.5	3.7	4.0	4.1
700	1.6	2.3	2.7	3.0	3.3	3.5	3.7	3.8
800	1.5	2.1	2.5	2.8	3.1	3.2	3.5	3.5
900	1.5	2.0	2.4	2.7	2.9	3.1	3.3	3.3
1000	1.4	1.9	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.2
1200	1.3	1.7	2.1	2.3	2.5	2.6	2.8	2.9
1400	1.2	1.6	1.9	2.1	2.3	2.4	2.6	2.7
1600	1.1	1.5	1.8	2.0	2.2	2.3	2.4	2.5
2000	1.0	1.3	1.6	1.8	1.9	2.0	2.2	2.2
3000	0.8	1.1	1.3	1.5	1.6	1.7	1.8	1.8

Prosentresultatet pluss/minus feilmarginen i tabellen angir et intervall som med 95% sannsynlighet inneholder det sanne resultat.

Tabell 3 Feilmarginer ved rent lotterisk utvalg. [IPSOS Norway AS 2017]

Feilmarginer henger sammen med %-fordelingen på svaralternativet: I et svar som fordeles 90/10 er vi mer sikre på resultatet, nettopp fordi vi har en stor base for den ene delen av svaret. 50/50 svar gir oss de svakeste/høyeste feilmarginene. Høyeste feilmargin for 600 svar er 4.1% (det sanne svar i populasjonen er innenfor intervallet +/- 4.1 prosentpoeng av svarfordelingen).

## 2.4 Arbeidsmetode

Problemstillingen ble utarbeidet da jeg begynte på studiet i 2014. Det har i løpet av tiden jeg har jobbet med oppgaven blitt gjort noen justeringer. I starten av arbeidet med oppgaven satt jeg opp en fremdriftsplan der det ble satt frister for ulike deler av arbeidet, og hvilke perioder spørreundersøkelser og intervjuer skulle utføres. Spørreundersøkelsene ble utarbeidet først og de har gått etter planen. Det har vist seg i ettertid at jeg har måttet justere på andre deler av

planen av forskjellige grunner. Tidspunktet for intervjuobjektene har jeg måttet tilpasse underveis fordi ikke alle hadde anledning til å møte meg i forhold til slik jeg hadde planlagt det og noen av intervjuobjektene har kommet til mens arbeidet har pågått. I tillegg har det vært nødvendig å snakke med noen av dem flere ganger dette hadde å gjøre med at det dukket opp temaer og vinklinger på saker i de senere intervjuene som det viste seg kunne være relevant å ha tatt opp i tidligere intervjuer. Totalt har arbeidet med spørreundersøkelsen og intervjuene tatt noe kortere tid enn avsatt i fremdriftsplanen.

Arbeidet med metodekapittelet tok lengre tid enn avsatt i fremdriftsplanen.

Innhenting av litteratur og dokumenter har forgått suksessivt under hele arbeidet.

Arbeidet med analysen og tolkningen av resultatene har, som forventet, vært litt utfordrende med tanke på å finne den best mulig måte å fremstille resultatene på.

Arbeidet med diskusjonen var til tider krevende, og i ettertid var det satt av kanskje litt liten tid i fremdriftsplanen til denne delen.

Prosessen med å skrive masteroppgave har vært veldig lærerik, men til tider krevende. Det har vært veldig interessant og lærerikt å få snakke med de ulike aktører i bransjen. Fra starten tenker man at det er satt av god tid til å skrive oppgaven, men det blir alltid slik at tiden blir knapp mot slutten.

### 3 RAMMEVERK

Av eksempler på typer boliger for eldre, har vi: seniorbolig, en bolig som er tilrettelagt for å bli gammel i med blant annet tilrettelagt for bruk av rullestol og alt på ett plan. Stedet er normalt ikke bemannet og det er noe man kjøper. Man kan bo på langtidsplass på sykehjem, korttidsplass (for rehabilitering eller lindring) på helsehus eller permanent i Omsorg + bolig. Jeg har valgt å se nærmere på sykehjem, helsehus og omsorg + boliger. I dette kapittelet beskrives disse forskjellige boformene, videre omhandler kapittelet demografiske endringer, rammeverk for bygging av sykehjem, bygningsmessige krav, anbefalinger og sertifiseringer, velferdsteknologi og muligheter og utfordringer ved bygging- og drifting av sykehjem og finansiering av disse. Dette er viktige faktorer for en eiendomsuvikler.

#### 3.1 Typer boliger for eldre

I det etterfølgende gis en kort beskrivelse av forskjellige typer eldreboliger som omtales her: sykehjem, helsehus og omsorgsbolig.

##### 3.1.1 Sykehjem/aldershjem

Sykehjem ble tidligere kalt pleiehjem, hvilehjem, aldershjem og gamlehjem. Sykehjem kalles i dag også for bo- og behandlingshjem. Dette er en institusjon for pasienter som ikke greier seg i eget hjem med hjemmesykepleie og hjemmehjelp på grunn av større behov for omsorg.

Det første, norske aldershjemmet, «Kveldssol» ble startet av Frelsesarmeen, det ble åpnet 1. november 1909. Sykehjem og aldershjem er lovregulerte boformer, og kan eies av kommune, stiftelse eller organisasjon. Det kan drives av kommune, private og ideelle med støtte fra kommunen. Det gis alltid et samlet tilbud for både bolig og pleie og omsorgstjenester (heldøgns opphold). Aldershjem bygges i praksis ikke mer. Rundt omkring i landet er det en del av disse, men i Oslo er det bare ett igjen. Sykehjemets oppgave er både å gi aktiv behandling og å være et hjem for pleietrengende som ikke kan bo hjemme. I dag har mellom 80 og 85 % av beboere på sykehjem en demensdiagnose. Brukerbetaling for langtidsopphold i sykehjem beregnes av beboerens inntekt og omfatter kost, losji, pleie og omsorg og helsetjenester. Kommunen kan kreve mellom 75-85 % av årlige inntekter i vederlag. Hvem som får plass på sykehjem bestemmes av kommunen. Kriteriet for å komme inn på et sykehjem i Oslo er at man har behov for pleie 24 timer i døgnet, noe som betyr at man må være ganske syk.

##### 3.1.2 Helsehus

Helsehus er bygningsmessig bygget på samme måte som et sykehjem, men det er basert på at pasienten skal ha et korttidsopphold for rehabilitering eller korttidsopphold for behandling før

død. Helsehusenes primære oppgave er å bidra til at pasientene skal kunne bli så friske igjen at de kan få komme hjem til eget hjem eller få behandling til man dør. På ett av Oslos helsehus har de lindrende enhet/hospice (her finnes det også private alternativer). Enheten gir tilbud til pasienter med et større og mer sammensatt behov for lindrende behandling, pleie og omsorg enn det langtidsavdelinger/korttidsavdelinger skal kunne tilby. Alle helsehus/sykehjem har kompetanse i grunnleggende lindrende behandling. De fleste beboere avslutter livet på et sykehjem. Det er imidlertid behov for hospice med avansert lindrende behandling til enkelte pasienter.

### 3.1.3 Oversikt over og fakta om sykehjemmene og helsehus i Oslo (Sykehjemsetaten 2017)

- 4 helsehus – 3 kommunale helsehus og 1 privat helsehus (kommersiell drifter).
- 43 langtidshjem – 17 kommunale langtidshjem og 26 private langtidshjem av disse er 14 kommersielt drevet og 12 ideelt drevet.
- Behandler årlig ca. 9 000 pasienter og langtidsbeboere.
- På langtidshjemmene og helsehusene er det årlig 1,6 millioner liggedøgn.
- Ca., 12 000 medarbeidere på Oslos langtidshjem og helsehus. 50 medarbeidere i etatens administrasjon.
- Gir årlig helsetjenester til Oslos innbyggere for 5 milliarder kroner.
- Det er ca. 4550 heldøgns plasser og 500 dagplasser i Oslo.
- Dette betyr en kostnad på rundt kr. 1 000 000,- pr. heldøgns plass pr. år.
- Ca. 2 % av dagens beboere er ektepar.

### 3.1.4 Omsorgsbolig/Omsorg+

Omsorgsbolig ble lansert i 1994 som et tiltak for å gi flere en mulighet til en god bolig tilrettelagt for omfattende pleie. Omsorgsbolig er ikke en lovregulert boform som sykehjem og aldershjem. Det er juridisk å betrakte som beboerens private hjem. En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset bevegelseshemmede og tilrettelagt slik at beboeren skal kunne motta heldøgns omsorg etter behov. Boligen er beboerens eget hjem. Beboeren betaler husleie, får bostøtte etter vanlige regler og mottar hjemmetjenester på samme vilkår som for andre hjemmeboende.

Betalingsmodeller og satser for hjemmetjenester varierer fra kommune til kommune. Det er ikke betaling for hjemmesykepleie. En omsorgsbolig gir større muligheter for et selvstendig liv, også økonomisk, enn en plass på sykehjem.

Det er også kommunen som avgjør hvem som får tilbud om omsorgsbolig. Det kan eksistere flere eierformer, men kommunale utleieboliger er det vanligste. Beboeren er beskyttet av husleieloven.

For brukere med store hjelpebehov har kommunen også egne Omsorg+ boliger. Omsorg+ anleggene er omsorgsboligkompleks med heldøgns bemanning (minimum 1 person tilstede på anlegget hele døgnet) og med ulike aktivitetstilbud og tilbud om måltider.

I Oslo er det totalt 682 omsorg+ leiligheter fordelt på ni anlegg:

Oversikt Omsorg+

	Bydel	Ferdigstilt	Antall boliger
Rodeløkka Omsorg+	Grünerløkka	2010	97
Myrer Omsorg+	Nordre Aker	2010	91
Omsorg+ Skøyen terrasse	Ullern	2010	61
Ensjøtunet Omsorg+	Gamle Oslo	2011	62
Treschows Hus Omsorg+	Sagene	2012	76
Kampen Omsorg+	Gamle Oslo	2012	91
Lovisenberg Omsorg+	St. Hanshaugen	2013	67
Ljabrubakken Omsorg+	Nordstrand	2015	54
Utmarkveien Omsorg+	Østsjø	2016/2017	83

Figur 4. Oversikt over omsorg + hjemmene. [Oslo kommune 2017]

I noen av boligene bor det to personer, men i de fleste av boligene bor det en person. Fra samtale med Sykehjemsetaten, Husbanken og byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester, ble det klart at denne type boliger bli det store satsingsområdet fremover.

### 3.2 Bygging av sykehjem

I Oslo ble det i perioden 1972 til 1986 bygget 15 sykehjem over samme lest (Sykehjemsetaten 2017). Det første av disse var «Oppsalhjemmet» og det siste var «Lille Tøyen». Det karakteristiske med disse sykehjemmene var at de ble bygget som en institusjon, som var det naturlige på den tiden.

Figur 5 viser en typisk etasje på sykehjem bygget i perioden 1972 til 1986. Disse sykehjemmene ble bygget med tanke på at beboerne skulle få sitt eget rom. Sengerommene, som de ble kalt, var mellom 10 og 12,5 m<sup>2</sup>. Noen få av sengerommene var for 2 personer, disse hadde en størrelse på ca. 20 m<sup>2</sup>. Pr. plan var det gjerne slik at det i tillegg til sengerommene, som det var mest av (på Furuset Sykehjem var det 30 stk.), delte disse på to bad/wc, to dusjrom og to enkle toaletter. På planet var det også et vaktrom for sykepleier/hjelpepleiere og en stue.



Hjemmene var preget av lange korridorer som ikke kunne brukes til noe annet enn gangarealer, senere ble korridorene bygget slik at det var «møteplasser» hvor man kunne samles for å snakke sammen.



Figur 5. Plantegning typisk sykehjem fra perioden 1972 - 1986. Furuset sykehjem, 1979 [Omsorgsbygg Oslo KF. 1995]

### 3.3 Rammeverk for bygging av sykehjem

I dette kapittelet er det beskrevet kravspesifikasjonen for bygging av sykehjem gitt av Oslo kommune, veiledning for utforming av omsorgsboliger og sykehjem gitt av Husbanken. I kapittelet er det også kort redegjort for gjeldende rammeverk som teknisk forskrift, universell utforming og miljøsertifisering, samt hvilken rolle hund og katt har i sykehjem. Hvem som har en rolle i forbindelse med investeringstilskuddet som gis fra Husbanken. Kapittelet omhandler også hvilke demografiske endringer som venter samt tall fra NHO Service om kommunal og privat drift av sykehjem.

#### 3.3.1 Kravspesifikasjon gitt av Oslo kommune

Oslo kommune har utarbeidet en egen «Standard Kravspesifikasjon 2015». Denne er veldig detaljert. De viktigste av kriteriene sett fra en eiendomsutviklers ståsted finnes i Vedlegg 3. Kravspesifikasjonen er ganske detaljert og beskriver: Gjenvinning, dokumentasjon, møbleringsplan, belyningsplan, klimaregnskap, energimerking, passivhusstandard, tilpasningsdyktighet, brann, elektro, våtrom, kjøkken, overflater, solavskjerming, beboerrom, café, behandlingsrom, frisør, fotpleie-terapeut og kjøll- og fryserom. I tillegg skal det leveres kontorer, seremonirom, legekantor, laboratorium, røykerom, dagsenter for demente,

garderober, diverse lagerrom, rom/garasje for elektrisk rullestol. Av tekniske installasjoner skal det være heis, ventilasjonsanlegg, varmesentral, tavlerom og avfallshåndtering m.m.

Det er mange spesialkrav som skiller seg vesentlig fra bygging av kontorbygg og boligbygg.

### 3.3.2 Veiledning for utforming av omsorgsboliger og sykehjem gitt av Husbanken

I møte med fagdirektør i seksjon for økonomiske virkemidler hos Husbanken, Roar Sand, 11.04.2017, kom det frem at de har utarbeidet en veiledning for utforming av omsorgsboliger og sykehjem. Denne ble ferdigstilt i mars 2009. De arbeider med en revidert versjon i disse dager, men det var ifølge Sand ikke store endringer. (Husbanken 2009)

Veiledningens viktigste kriterier for bygging av omsorgsboliger og sykehjem går jeg inn på her.

Veilederen bygger på erfaringene fra de senere års utbygginger samt norske og skandinaviske evalueringer og anbefalinger. Veilederen er knyttet opp mot Stortingsmelding 25 (2005–2006), og Omsorgsplan 2015 samt Demensplan 2015. I denne meldingen presenteres fremtidens omsorgsutfordringer. Det pekes på at fremtidens brukere både vil bestå av flere yngre tjenestemottakere og en økende, eldre befolkning. Blant tiltakene i Omsorgsplan 2015 er et investeringstilskudd til videre utbygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser til personer med behov for heldøgns helse- og sosialtjenester.

I de siste årenes utbedring og bygging av nye sykehjem er det, i tillegg til enerom, lagt vekt på å organisere boenheter i mindre grupper, samt å lette tilgjengeligheten til utearealer.

Dette anses som gode kvaliteter for alle og spesielt for personer med demens.

Vi vil få utfordringer når det gjelder de demografiske endringene, disse vil i de nærmeste tiårene føre til større etterspørsel etter omsorgstjenester både fra yngre og eldre brukergrupper. I tillegg til de tradisjonelle tjenestene er det behov for et mer aktivt omsorgskonsept med fokus på trivsel, kultur og gode opplevelser. Dette må også gjenspeiles i utforming og lokalisering av botilbudene.

#### ***Planprosessen***

Husbanken mener det er viktig å sette av god tid til planprosessen, men det offentlige har i stor grad tradisjon for å bruke for lang tid på planleggingen, slik at planleggingsperioden må være effektiv. Det å bygge sykehjem er en kompleks oppgave og betyr store investeringer for kommunen. Husbanken anbefaler at det etableres en tverrfaglig prosjektgruppe satt sammen av personer med ulik kompetanse. Gruppen bør inneha kompetanse om byggets ulike

brukergrupper, om tjenestetilbudet og forhold knyttet til stedet som arbeidsplass samt kompetanse om planlegging, prosjektering, økonomistyring og framdrift i en byggesak.

Det er mange hensyn å ta med tanke på de ulike brukerperspektiver. Å definere de ulike brukergruppene, samt drøfte hva som er viktigst for dem, er god metode for å klargjøre ulike forventninger til bygget. Representanter for de ulike brukergruppene kan ivareta disse perspektivene i planleggingen. For brukergrupper som vanskelig kan representere seg selv, kan dette gjøres av pårørende, eksterne fagpersoner eller ansatte som kjenner brukerbehovene godt. Denne representanten må være bevisst på hvem hun representerer.

Det har vært bygget mange sykehjem og omsorgsboliger gjennom årene og det har i liten grad blitt gjort evalueringer av disse. Husbanken er klar på at det kan være veldig nyttig å gjøre dette arbeidet. Spørreskjemaer og intervjuer med pårørende og beboere kan gi nyttig informasjon til dette arbeidet.

### ***Valg av tomt***

Valg av tomt vil alltid være viktig å bruke tid på. Det viktigste er at tomten er stor nok til å få oppført et bygg som er stort nok samtidig som tilstrekkelig uteområde blir tilfredsstillt. En sentrumsnær tomt kan være gunstig for mange, men kan gå på bekostning av godt uteareal. Lokalisering og stedsutvikling må vurderes med hensyn til de ulike brukernes (beboerne, personale og pårørende) ønsker og behov. Omsorgstilbud fungerer best når de lokaliseres nær det lokale livet med samfunns- og servicefunksjoner. Det er viktig å få sykehjemmet eller omsorgsboligen til å fungere så nær som mulig det hjemmet beboerne hadde fra før.

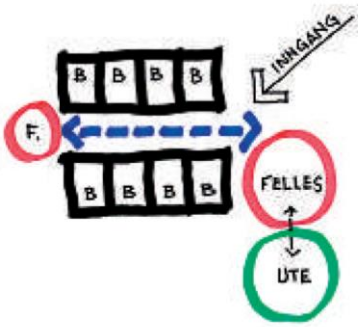
### ***Basiskvaliteter***

Her beskrives hva som legges til grunn ved Universell utforming, energi og miljø, brannvern, tilrettelegging for godt arbeidsmiljø, teknologi for trygghet og sikkerhet samt dimensjoneringsgrunnlag for bruk av hjelpemidler og for hjelpere herunder: rullestoler, snuareal, passasje, rekkehøyde, sikthøyde, personløfter, takheis, dusjtralle, mobilt badekar. Videre er det beskrevet krav til dimensjonering av bad, toalett, servant, dusj og plass rundt seng i pleiestilling.

### ***Planprinsipper***

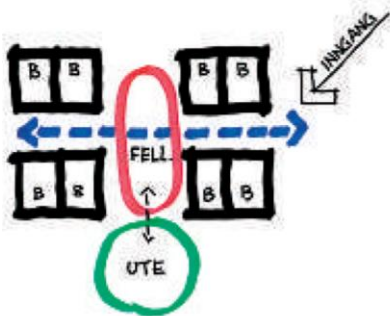
Husbanken illustrerer forskjellige planprinsipper for boligtilbud med fellesareal på forskjellige måter:

**1. Midtkorridor med boenheter på begge sider**



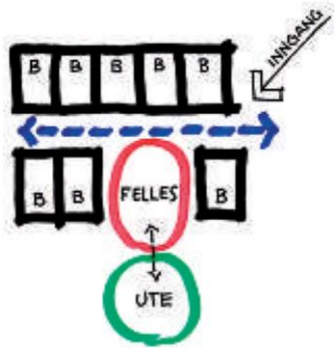
Midtkorridor med boenheter på begge sider. Fellesrom i enden av korridor. Dette planprinsippet gir korte avstander og arealeffektive løsninger, men medfører fare for institusjonspreg. Dersom det etableres fellesområde i begge ender av midtkorridor gir dette en viss fleksibilitet, men små, stille fellesområder der «ingenting skjer» blir lite benyttet. Løsningen er ikke optimal mht. demens og behovet for vandreruter. En annen ulempe er at mange boenheter kan få dårlig orientering.

**2. Midtkorridor med boenheter på begge sider**

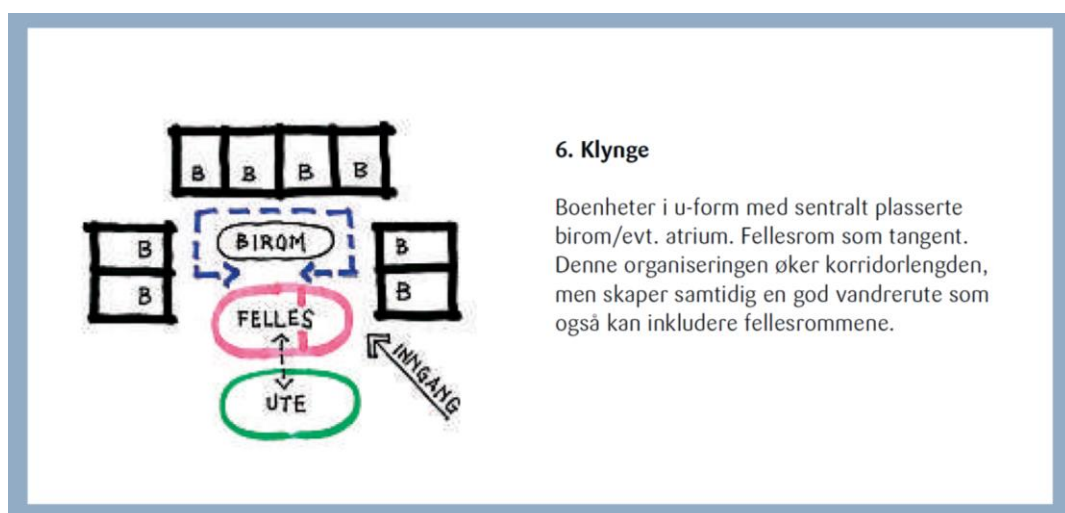
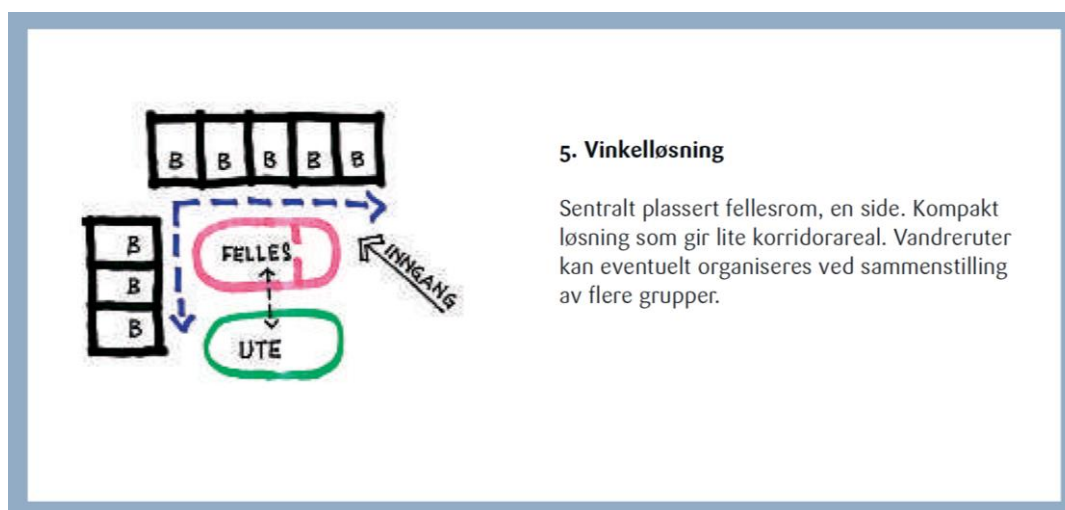
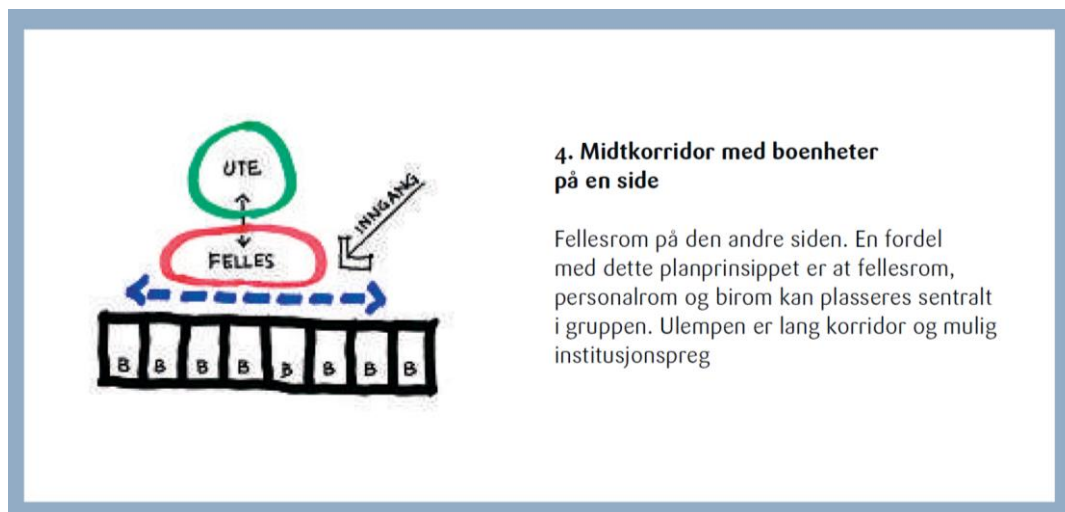


Sentralt fellesrom, gjennomgående. Dette planprinsippet gir også korte forbindelseslinjer og effektiv arealbruk. Beboerne «inviteres inn» i det sentrale fellesrommet, men gjennomgangstrafikk kan virke forstyrrende. Løsningen er ikke optimal mht. demens og behovet for vandreruter. Problemer knyttet til orientering og lysforhold er de samme som figur 1.

**3. Midtkorridor med boenheter på begge sider**



Sentralt fellesrom, én side. Løsningen er veldig lik 2, men det oppstår en større mulighet for å skjerme fellesrommet mot forstyrrende gjennomgangstrafikk.



Figur 6. Forskjellige planløsninger 1-6. [Husbanken 2009]

Eksempelet 6 «klynge» har løst problemet med følelsen av institusjon. Løsningen har en lang gang, men den er formet slik at man går rundt birommene, slik at den ikke føles lang. Denne løsningen skaper også en god vandrerute som er optimalt for demente.

### ***Offentlige aktørers rolle***

Husbanken fremhever at flere offentlige aktører har en rolle i å bistå kommuner og andre aktører i planlegging av sykehjem og omsorgsboliger. Det er Husbanken som administrerer investeringstilskuddet og kommunene og de andre aktørene med kvaliteten på prosjektene. Andre aktører som har en rolle er:

- ***Fylkesmannen.*** Fylkesmannen skal i samarbeid med Husbanken sørge for prioritering, økonomisk forankring og kvalitetssikring av prosjektene.
- ***Arbeidstilsynet.*** Arbeidstilsynet skal gi samtykke til løsninger i sykehjem, omsorgsboliger og andre pleie- og rehabiliteringsinstitusjoner. Kommuner og andre aktører som skal bygge eller gjennomføre større utbedringer, må kontakte Arbeidstilsynet.
- ***Mattilsynet.*** Alle som skal drive næringsmiddelvirksomhet, må på forhånd melde fra til det stedlige Mattilsynet. Det stilles krav til lokaler og drift av næringsmiddelovgivning, eksempelvis med hensyn til kjøkken og tilberedning av mat.

### **3.4 Bygningstekniske krav, anbefalinger og sertifiseringer**

Under følger en oversikt over forskrifter som må følges, anbefalte løsninger som er frivillige og noen sertifiseringer som kan være lurt å skaffe seg når man skal bygge og drive kostnadseffektive sykehjem.

#### ***Dagens minimumskrav: TEK 10 (Byggeteknisk forskrift) fra 01.07.2017: TEK 17 (krav).***

Forskrift om tekniske krav til byggverk trekker opp grensen for det minimum av egenskaper et byggverk må ha for å kunne oppføres lovlig i Norge. Det er tillatt, og ofte klokt, å prosjektere og bygge bedre enn minimumskravene. Forskriftens formål beskrives slik i TEK 10 § 1-1: Forskriften skal sikre at tiltak planlegges, prosjekteres og utføres ut fra hensyn til god visuell kvalitet, universell utforming og slik at tiltaket oppfyller tekniske krav til sikkerhet, miljø, helse og energi. I henhold til § 2-3 skal prosjekterende utarbeide tilstrekkelig dokumentasjon som bekrefter at løsninger som er valgt, oppfyller forskriftens krav. Energiattest: B/C

#### ***Passivhusstandard (krav iht. Standard kravspesifikasjon for sykehjem fra Oslo kommune).***

Bakgrunnen for navnet passivhus, er at man tar i bruk passive tiltak som gjør at huset holder best mulig på varmen. Varmetapet er senket til et minimum gjennom en særdeles godt isolert og vindtett bygningskropp, superisolerte vinduer og bruk av balansert ventilasjon med høyeffektiv varmegjenvinning. Samtidig blir solvarme utnyttet på en effektiv måte ved at vinduene orienteres mot solen. Energiattest: A

**Nullenergihus.** Et nullhus kan ha solcellepanel, solfanger og/eller varmepumpe, og produserer like mye energi som husholdningen bruker per år. Et nullhus skal også være karbonnøytralt når det gjelder utslipp fra materialer, riving og byggeprosess. I følge bygningsenergidirektivet skal alle nybygg som tas i bruk av det offentlige være tilnærmet nullenergibygg innen slutten av 2018, og innen slutten av 2020 skal absolutt alle nybygg være tilnærmet nullenergibygg.

**Plussshus.** Et plussshus skaper mer energi gjennom sin levetid enn det som ble brukt til produksjon av byggevarer, oppføring, drift og riving av bygget. Produsert energi fra solfangere, varmepumper, vindmøller og solcellepanel utgjør mer enn huset trenger til oppvarming, varmtvann, elektrisk utstyr og belysning totalt over året.

**Miljøfyrtårn.** Miljøfyrtårn er en sertifiseringsordning. Å være Miljøfyrtårn innebærer systematisk arbeid med miljøtiltak i hverdagen. Virksomhetene oppfyller krav og gjennomfører tiltak for en mer miljøvennlig drift og godt arbeidsmiljø. Miljøfyrtårn har tilpassede krav for ulike bransjer og sertifikatet tildeles etter en uavhengig vurdering. Det leveres årlige miljørapporter og hvert tredje år blir virksomheten resertifisert. Sertifikatet er anerkjent av myndighetene ved offentlige innkjøp. Miljøfyrtårn er Norges mest brukte sertifikat for virksomheter som vil dokumentere sin miljøinnsats og vise samfunnsansvar. Mange sykehjem har denne sertifiseringen.

**Breeam – miljøsertifisering.** BREEAM er verdens eldste (1990) og Europas ledende miljøsertifiseringsverktøy for bygninger. BREEAM-NOR er den norske tilpasningen av BREEAM og bransjens eget verktøy for å måle miljøprestasjon utviklet av Norwegian Green Building Council (NGBC) i tett samarbeid med bygg- og eiendomsnæringen i Norge. Formålet er å motivere til bærekraftig design og bygging gjennom hele byggeprosjektet, fra tidlig fase til overlevert bygg. BREEAM-NOR har vist seg å være et effektivt verktøy for å samordne de ulike aktørene i et byggeprosjekt og integrere bærekraftig tenking i alle ledd.

Et BREEAM-NOR sertifikat utstedes i fem nivåer; Pass, Good, Very Good, Excellent og Outstanding. Sertifiseringen er basert på dokumentert miljøprestasjon i ni kategorier – ledelse, helse og innemiljø, energi, transport, vann, materialer, avfall, arealbruk og økologi samt forurensing. (Breeam 2017). - Det er stor fokus på at alle nye sykehjem som bygges skal være miljøsertifisert. Omsorgsbygg Oslo KF er med i Grønn Byggallianse som er et miljønettverk bestående av de største eiendomsutviklerne i Norge med en bygningsmasse på over 35 millioner kvadratmeter. Hensikten med nettverket er å være en arena for aktive utbyggere som vil utvikle seg på miljøområdet og derved bli mer miljøeffektive. (Grønn Byggallianse 2017)

**Universell utforming (krav).** Er utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming. Det vil være et konkurransefortrinn at man tilpasser seg universell utforming (UU).

UU kom som et krav i TEK 10.

- krav i alle byggverk for publikum
- krav i alle «arbeids» bygninger
- krav til tale i heis
- og opparbeidet uteareal
- unntak; ved vernehensyn og dersom ombygging blir uforholdsmessig kostbart

Det viktigste er: tilgjengelighet (trinnfritt, akustikk, lys, toalett, allergi)

Orienterbarhet (kontrast, belysning, sikt). Mye kan løses innenfor FDV og kompetanse hos driftspersonell.

UU må integreres fra start – også detaljene! Lover som gjelder: pbl, tek 10, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og lov om offentlig anskaffelser + arbeidsmiljøloven.

**Virkinger av husdyr (hund og katt) i sykehjem.** Det har i en del år vært økt fokus på dyrs betydning for menneskers helse og trivsel. Flere vitenskapelige studier i utlandet viser at dyr kan bidra til å fremme både psykisk og fysisk helse hos eldre på sykehjem. Ideen om å bruke dyr som en ressurs innen pleie og omsorg ble allerede beskrevet av Florence Nightingale (1820-1910), hvor hun poengterte at «A small pet is often an excellent companion for the sick, for long chronic cases especially.». På bakgrunn av de positive effektene dyr kan ha på mennesket er det en stadig voksende interesse for dette feltet, og mange ønsker å holde dyr på sykehjem. Ofte dreier dette seg om bruk av dyreassisterte intervensjoner med hund. Å bringe en hund inn på sykehjem kan skape et miljø som er mer likt et hjemmemiljø, og være med på å fjerne noe av det litt upersonlige preget et sykehjem kan ha. Det samme kan gjelde en katt, som også er lettere å holde. Mennesker som observerer dyr de føler seg trygge på, og som har direkte fysisk kontakt med dyret kan få senket både blodtrykk og hjertefrekvens. På institusjoner kan dyr virke avslappende på beboerne, beboerne beveger seg mer, de får andre ting å tenke på enn sykdommen, og de viser svakere sykdomssymptomer, blant annet mindre smerte. I Italia, hvor det ble gjort en studie av eldre på et sykehjem, viste det seg at kjæledyrhold hadde en positiv effekt på beboernes psykiske helse, spesielt symptomer på depresjon og oppfattelse av livskvalitet (Demens & Alderspsykiatri, 2011)



I en undersøkelse utført av Demens & Alderspsykiatri (2011) blant ledere ved 282 sykehjem i Norge i 2010, viste det seg at 80 sykehjem hadde dyr. Av disse hadde 35 sykehjem katt og 18 hund, mens 27 sykehjem hadde hund som besøksdyr. Fjorten sykehjem brukte katt og tolv brukte hund til terapeutisk virksomhet, ikke bare som en miljøskaper. Lederne ble bedt om å vurdere i hvilken grad dyrene har virkninger (positiv, middels, ingen virkning) på beboerne og ansatte i forhold til en rekke utsagn (Figur 7). Effektene av katt og hund i sykehjem ble rapportert å være entydig positive i forhold til det sosiale miljøet, humør og i stor grad også helse. Dette møter utfordringene norske sykehjem har, da en betydelig andel av beboerne har depressive plager og lidelser, kognitive problemer og demenssykdommer hvor språkfunksjoner kan være reduserte. Ofte ses også uro og aggresjon. I tillegg viser vår undersøkelse at dyr i sykehjem bedrer trivselen for de ansatte. En svakhet ved undersøkelsen er at det ikke har vært målt effektene direkte på beboerne. Det kan være ulemper ved det å ha dyr på sykehjem og det må foretas en risikohåndtering og forebygging med tanke på allergier, skader og sykdommer som er overførbare mellom dyr og mennesker (zoonoser) før dyr tas inn i sykehjemmet.

TABELL 1

### Virkninger av hund og katt rapportert av lederne ved sykehjemmene

Virkninger	KATT			HUND		
	Positiv %	Middels %	Ingen %	Positiv %	Middels %	Ingen %
Positivt for det sosiale miljøet	88,6	11,4	0,0	94,4	5,6	0,0
Negativt for det sosiale miljøet	3,6	0,0	96,4	0,0	0,0	100,0
Positive helsemessige virkninger	50,0	36,7	13,3	64,7	29,4	5,9
Negative helsemessige virkninger	3,7	3,7	92,6	0,0	0,0	100,0
Allergiske reaksjoner	6,9	17,2	75,9	0,0	0,0	100,0
Bedre humør hos beboere	75,0	21,9	3,1	83,3	16,7	0,0
Fremmer sosial omgang	68,8	25,0	6,3	81,3	12,5	6,3
Bedrer kommunikasjonsevne	60,7	17,9	21,4	70,6	23,5	5,9
Ekstra arbeid for ansatte	19,4	16,1	64,5	6,3	12,5	81,3
Bedre humør for ansatte	50,0	37,5	12,5	70,6	23,5	5,9

Figur 7. Virkninger av hund og katt rapportert av ledere ved sykehjemmene. [Demens & Alderspsykiatri nr. 2. 2011]

### 3.5 Velferdsteknologi

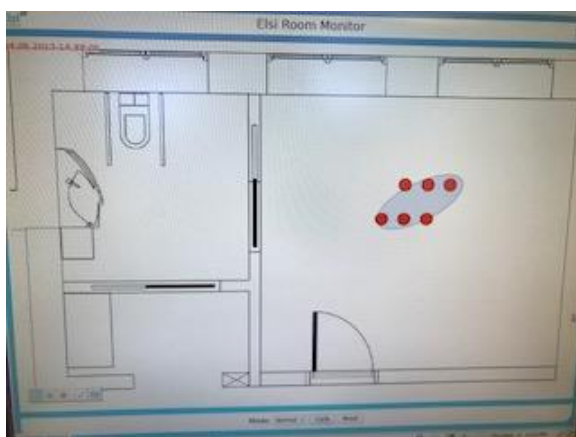
Velferdsteknologi er en måte å tilrettelegge og forenkle hverdagen til eldre og funksjonshemmede på. Forebygge og varsle fall, øke sikkerhet og trygghet, øke sosial kontakt, stimulere velvære og lage demensvennlige omgivelser. Vi tar i bruk en ufattelig verden av teknologi. Jeg var på «Almas hus» som ligger på Aker sykehus og som er den mest komplette visningsleiligheten i Norge. Her er det innredet en leilighet som viser hvordan omgivelser,

hjelpemidler og velferdsteknologi kan gjøre hverdagen enklere for dem som bor i eget hjem eller på sykehjem. Disse hjelpemidlene gir økt trivsel for brukerne fordi man klarer mange flere oppgaver selv og økonomisk gevinst fordi de ansatte slipper å hjelpe til overalt, men istedenfor kan konsentrere seg om viktigere oppgaver. Stressnivået til de ansatte går ned og trivselen går opp.



Figur 8 a (venstre) servant, b (midten) toalett, c (høyre) dusj

På «Almas hus» var det montert servant, dusjstol og toalett som kan heves/senkes, noe som vil redusere tunge løft for de ansatte. Toalettet var også utstyrt med spyl og føn, noe som gjør det mulig for brukere med bevegelsesproblemer å benytte toalettet uten hjelp.



Figur 9 a (venstre) Dataskjerm, b (høyre) forskjellige skjermer med mange muligheter

På soverommet var det lagt inn fallsensorer under gulvbelegget. Når noen faller på gulvet vises dette på en dataskjerm (Figur 9). Samtidig kobles det opp et kamera med mikrofon og man kan kommunisere med en utenforstående. Dette kan også kobles opp mot en mobiltelefon. Dette kan legges inn i de rom man måtte ønske.

Det er en økende etterspørsel etter teknologi som kan kompensere for glemsomhet og demens, slik at brukeren klarer seg lengst mulig i egen bolig. Medisindosetter som sier fra når medisin skal tas, kan ha stor betydning både for brukere, pårørende og hjemmesykepleien. Ulike tids- og aktivitetsanvisere kan gi brukerne bedre mulighet til å organisere egen hverdag, og teknologisk utstyr som kan søke etter gjenstander bidrar til økt selvhjulpenhet hos bruker. Det er mange forskjellige typer berøringsskjermer med mange muligheter som gir økt tilgjengelighet og økt sosial kontakt, samtidig som skjermene kan gi all mulig informasjon om alt fra måltider til været. Det er også en funksjon som gjør det mulig at barn og barnebarn legger inn bilder fra reiser og opplevelser som enkelt kan hentes opp av brukerne.



Figur 10 a (venstre) og b (midten) merking av kjøkkeninnredning, c (høyre) kontrastfarger på stikkontakter og lysbrytere

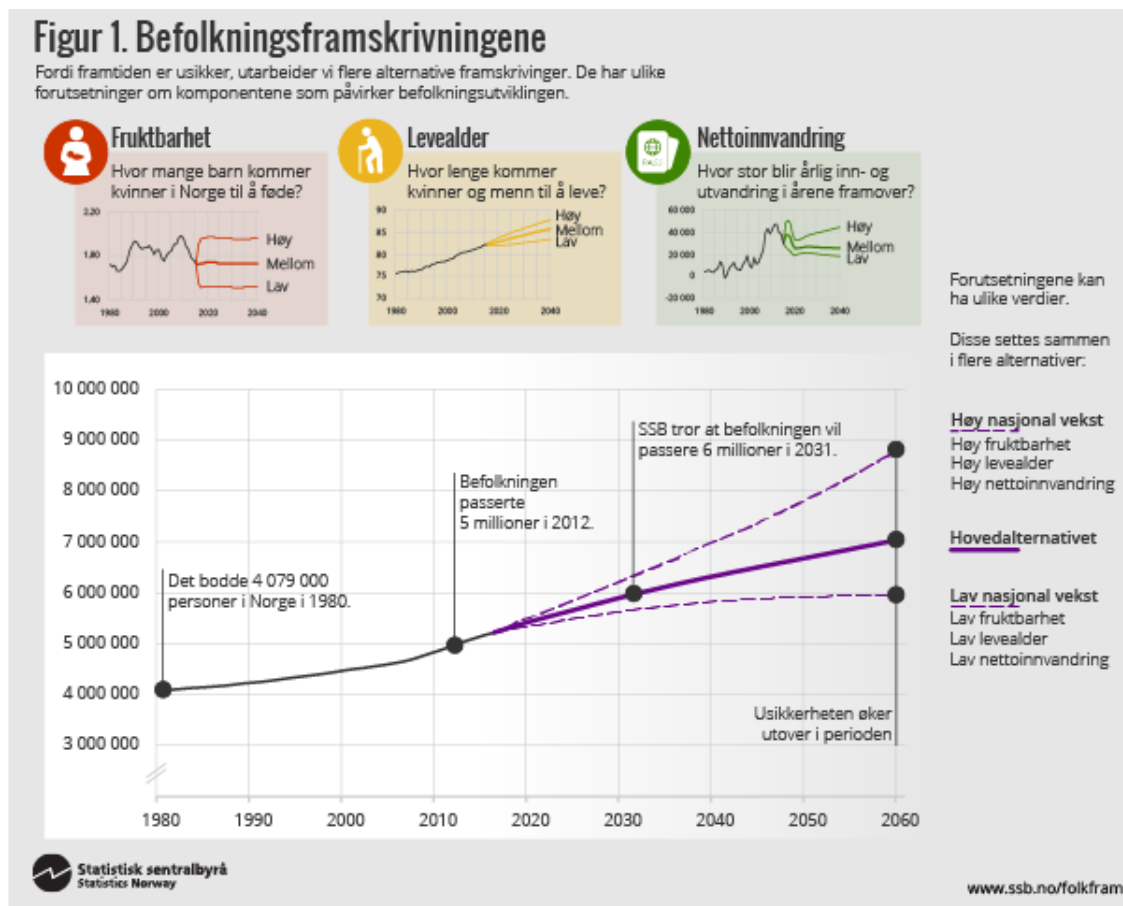
Merking av kjøkkeninnredning og kontrastfarger gjør det enklere for pasienter med hjerneslag, kognitiv svikt/demens å finne frem.

### 3.6 Muligheter og utfordringer ved bygging- og drifting av sykehjem og finansiering av disse.

Det er mange utfordringer ved bygging av sykehjem som omtales i det følgende. Demografiske endringer, behovet fremover, mulig samarbeid med kommunen, hvor lang tid tar det å omregulere- og hvor lang er byggeprosessen.

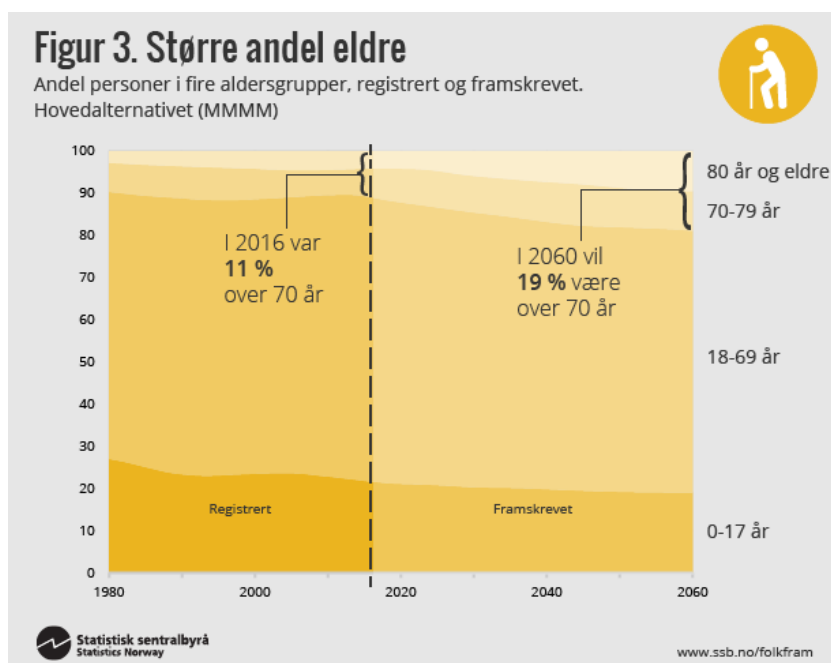
### 3.6.1 Demografiske endringer:

Samfunnet er i stadig utvikling. For eksempel blir det flere og flere som lever alene, og det blir stadig flere eldre. Forbruket endrer seg på grunn av slike forandringer, som vi kaller demografiske endringer.



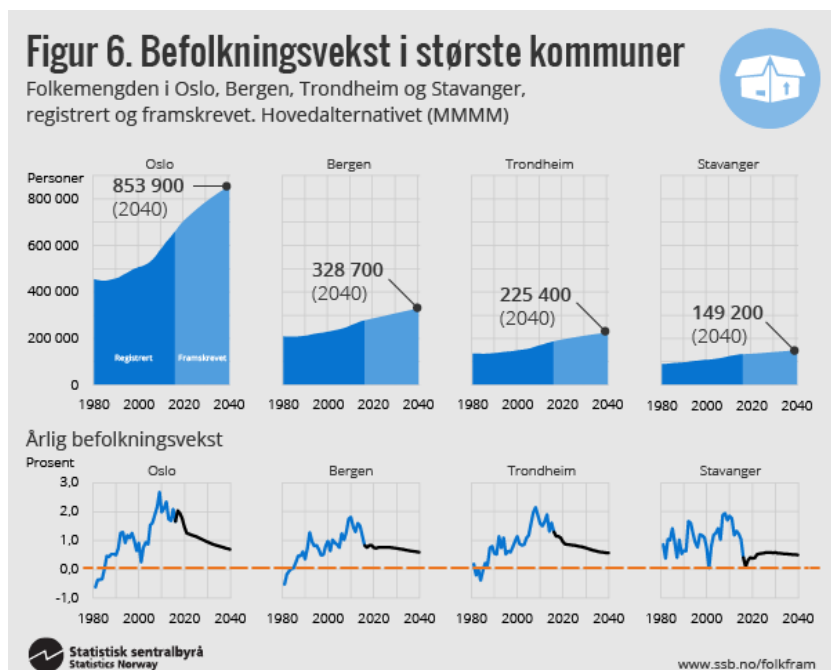
Figur 11. Befolkningsframskrivningene frem til 2060. [SSB 2017]

I dag er folketallet i Norge på 5,2 millioner. Vi passerte 5 millioner i 2012 og da hadde det gått 37 år siden vi passerte 4 millioner i 1975. I befolkningsframskrivningene fortsetter folketallet å øke fremover fordi tallet på innvandringer og fødte fortsatt vil være høyere enn tallet på utvandringer og døde. Det blir flere innvandrere, men hvor mange er usikkert. I befolkningsframskrivningenes hovedalternativ bor det stadig flere innvandrere i Norge framover: Tallet på innvandrere doubles fra 700 000 i dag til 1,4 millioner i midten av 2040-årene, og øker videre til 1,7 millioner i 2060. Også antall personer født i Norge med to innvandrerforeldre øker betydelig. Dette henger sammen med at SSB forventer en relativt høy nettoinnvandring framover. (SSB 2017)



Figur 12. Andel personer i 4 aldersgrupper frem til 2060. [SSB 2017]

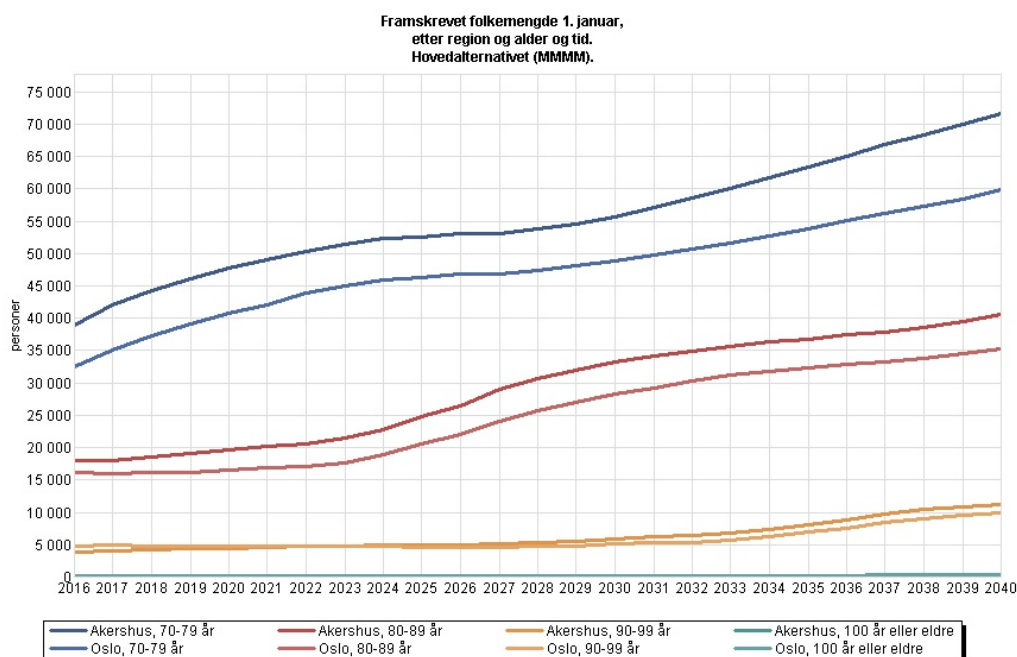
Her er det essensielle data for en eiendomsutvikler som ønsker å bygge sykehjem og omsorgsboliger, her vises en oversikt over forventet økning av personer over 70 år. I 2016 var andelen av Norges befolkning over 70 år på 11% (ca. 120 000 personer) og i 2060 er den forventet å være 19 % (ca. 230 000 personer). Dette betyr at befolkningen over 70 år øker med 8 % eller ca. 110 000 personer de neste 44 årene. (SSB 2017)



Figur 13. Befolkningsvekst i de 4 største kommunene i Norge. [SSB 2017]



SSB forventer at befolkningsveksten framover først og fremst kommer i sentrale strøk. Spesielt vil storbyene vokse mye. Hvis hovedalternativet (MMMM) slår til, passerer Oslos befolkning 700 000 innbyggere i løpet av de neste ti årene. SSB forventer videre en kraftig vekst i mange av kommunene som ligger i nærheten av storbyene.



Figur 14. Framskrevet folkemengde 1. januar etter region, alder og tid. Kilde SSB (2017)

I hovedalternativet (MMMM) vokser befolkningen i Norge med over 20 prosent i perioden 2016-2040. Det vil være vekst i alle fylker, men i ulik grad. De mest folkerike fylkene vokser mest, både i prosent og antall. Oslo er på topp med 30 prosent vekst og Akershus kommer rett etter med 29 prosent (SSB 2017)

### 3.6.2 Behov for sykehjem i fremtiden

Sykehjemmene i Oslo kommune har én av tre ulike driftsformer (NHO Service 2016)

**Private ideelle sykehjem** – Sykehjem som er driftet av private ideelle aktører. Sykehjemmene eies fortsatt av kommunen, men det er private ideelle organisasjoner som driver disse.

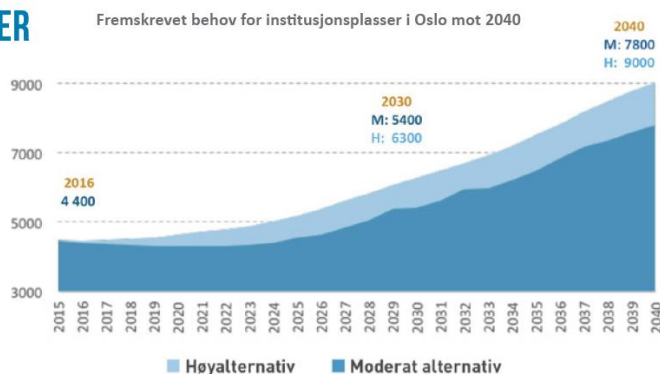
**Øvrige private sykehjem** – Sykehjemmene er driftet av private selskaper. Sykehjemmene eies fortsatt av kommunen, men det er private selskaper som driver disse.

**Kommunale sykehjem** - Sykehjem som eies og drives av kommunen.

## SAMMENDRAG HOVEDRESULTATER

Oslo trenger flere plasser på sykehjem fremover:

+ 1000 mot 2030  
+ 3400 mot 2040



Figur 15 Fremskrevet behov for institusjonsplasser frem mot 2040 [NHO Service 2016]

### Behovsanalyse av sykehjem i Oslo.

Den eldre befolkningen i Oslo vil vokse kraftig fra 2025. I dag er det ca. 70 000 personer over 67 år. I 2030 ventes det at 100 000 personer er over 67 år i Oslo (+43 prosent) og i 2040 vil det omtrent være 127 000 personer over 67 år (+81 prosent), (NHO Service 2016).

#### 3 400 flere institusjonsplasser pr. 2040.

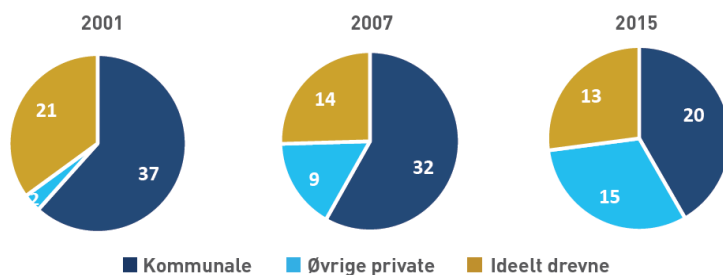
Som følge av den demografiske utviklingen anslås det at Oslo kommune vil ha behov for 3 400 flere plasser på institusjon (Figur 15). Den klare majoriteten av disse er sykehjemsplasser. Dette tilsvarer omtrent 30 sykehjem med dagens størrelse. (NHO Service 2016).

#### Behov for 3 000 flere årsverk i pleie- og omsorgsinstitusjoner.

Som følge av økt behov for institusjonsplasser vil også behovet for kvalifisert personell i sykehjem øke. I 2040 anslås det at antall årsverk i institusjoner vil måtte øke med nesten 3 000 årsverk, fra 4.150 til 7.100 (+71 prosent). (NHO Service 2016).

### 3.6.3 Mulighet for samarbeid med kommunen

Bygging av sykehjem i Oslo er, med nåværende byråd (rødgrønt), forbeholdt kommunen og de ideelle. De private aktører som driver sykehjem for Oslo kommune i dag, blir sagt opp når avtalen går ut. (Rafoss 2017). Men det er 14 sykehjem som blir kommersielt drevet i dag.



Figur 16 Sykehjem og aldershjem i Oslo etter driftsform 2001 – 2015 [Sykehjemsetaten]

Diagrammene (Figur 16) viser at andelen sykehjem som er driftet av ideelle aktører har vært synkende de siste 15 årene. Samtidig har stadig flere sykehjem gått over fra kommunal til øvrig privat drift i samme periode. Det totale antallet sykehjem i Oslo er redusert fra 60 til 48 sykehjem mellom 2001 og 2015, men samtidig benytter Oslo kommune seg nå av flere sykehjems plasser utenfor kommunens grenser. Bystyret i Oslo ønsker å legge ned ytterligere flere sykehjem den kommende tiden. Dette begrunnes med at stadig flere eldre kan bo hjemme grunnet bedre helse og ny velferdsteknologi (NHO Service 2016).

Byrådet som i dag styrer Oslo ønsker å avprivatisere, men dersom det skulle bli et blått byråd ved neste valg, vil dette trolig bli reversert.

Senhøsten 2016 sendte Sykehjemsetaten ut invitasjon til ideelle aktører om et OPS samarbeid. Oslo kommune ved Sykehjemsetaten, tilbyr følgende kontraktuelle rammeverk (Sykehjemsetaten, leverandørkonferansen 26.10.2016):

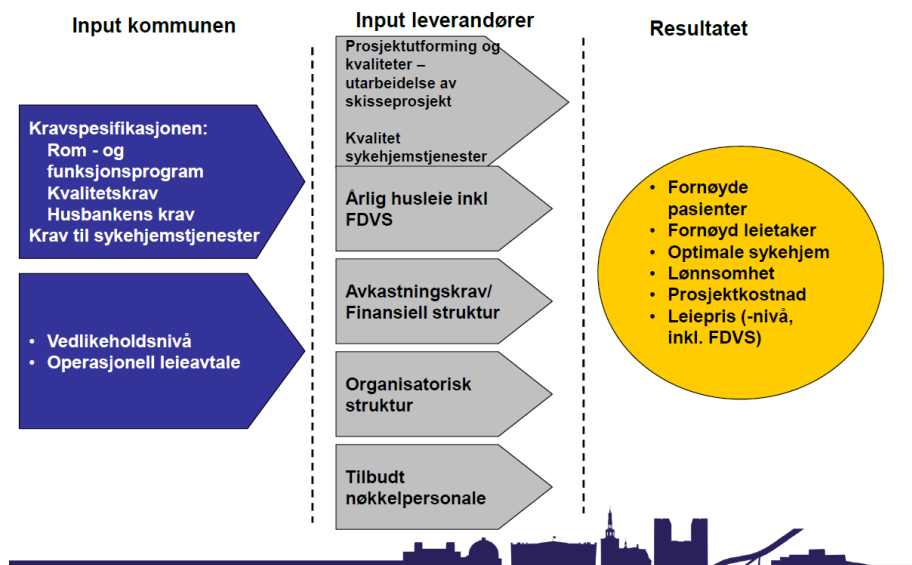
#### 1. Leieavtale med regulering av bygge- og driftsfasen

- 30 års leieperiode med opsjon på forlengelse.
- Baseres på markedsmessige prinsipper
- Fast leiesum, indeksregulert alternativ med fast årlig prisregulering
- Ytre og indre vedlikeholdskostnader for utleier
- Det er særskilt regulering av prosjektering- og byggefasen
- Utleier er ansvarlig for regulering av tomten

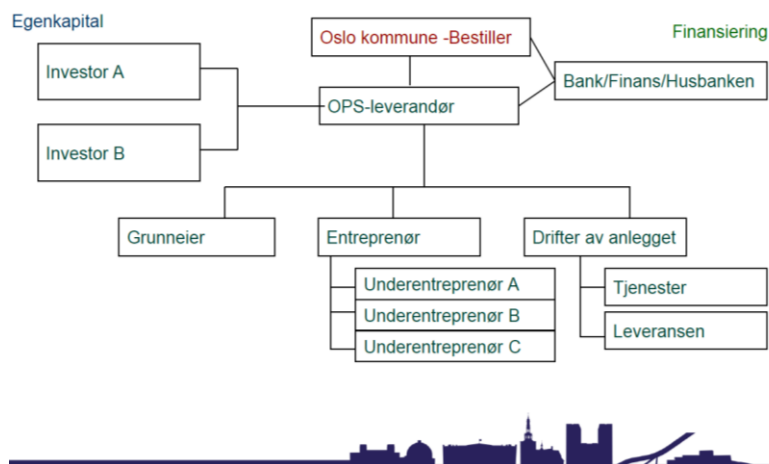
#### 2. Driftsavtale sykehjemstjenester

- Drift i 6 år med opsjon på 1 + 1 år

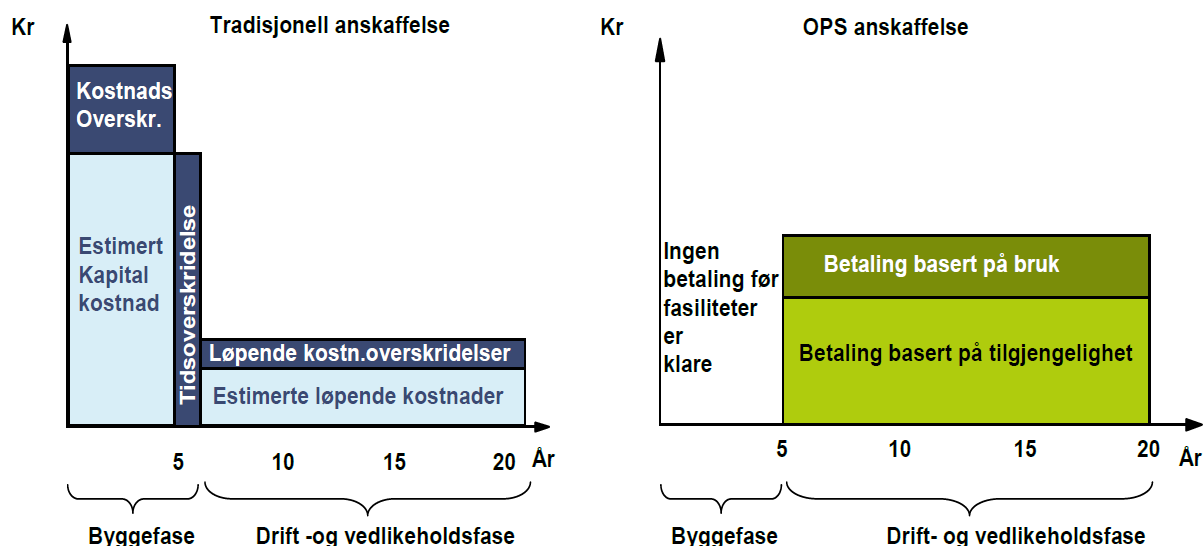




Figur 17. Parametere i konkurransefasen. [Sykehjemsetaten, leverandørkonferansen 26.10.2016]



Figur 18. Normal OPS kontraktstruktur/modell. [Sykehjemsetaten, leverandørkonferansen 26.10.2016]



Figur 19. Vederlagsformatet. [Sykehjemsetaten, leverandørkonferansen 26.10.2016]

### Kvalitet i sykehjem i Oslo.

Basert på omfattende undersøkelser av subjektive og objektive kvalitetsindikatorer ved alle Oslos sykehjem, er et hovedresultat fra undersøkelsen at det er kvalitetsforskjeller mellom sykehjem under ulike driftsformer. (NHO Service 2016).

### Private sykehjem scorer høyest på kvalitet.

Private ideelt drevne sykehjem scorer best på subjektiv kvalitet og sykehjem drevet av øvrige private aktører scorer best på objektiv kvalitet. Kommunale sykehjem scorer dårligst på begge. (Figur 20). (NHO Service 2016).

### Ideelt drevne sykehjem scorer høyest på subjektiv kvalitet.

De ideelle sykehjemmene gjør det best i pårørendeundersøkelsene, etterfulgt av sykehjem drevet av øvrige private. Ideelt drevne sykehjem gjør det spesielt godt på opplevd trygghet, privatliv og miljø samt generell tilfredshet. Øvrige private sykehjem gjør det bra på medvirkning og medbestemmelse og aktiviteter og underholdning. De kommunale sykehjemmene scorer dårligst på subjektiv kvalitet (Figur 20). (NHO Service 2016).

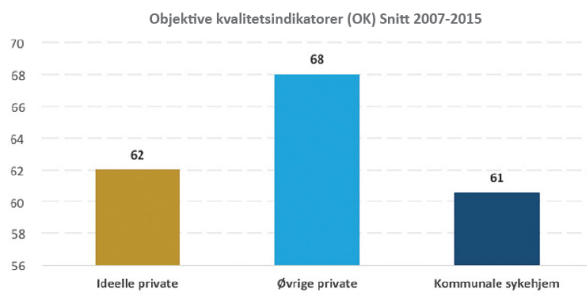
### Øvrige private sykehjem scorer høyest på objektiv kvalitet.

Sykehjemmene driftet av øvrige private gjør det best i undersøkelsene av de objektive kvalitetsindikatorerne, etterfulgt av ideelt drevne sykehjem. De kommunale sykehjemmene scorer også dårligst på objektiv kvalitet (Figur 20). (NHO Service 2016).

Sykehjem driftet av øvrige private scorer best på Objektive kvalitetsindikatorer over tid

**12%**

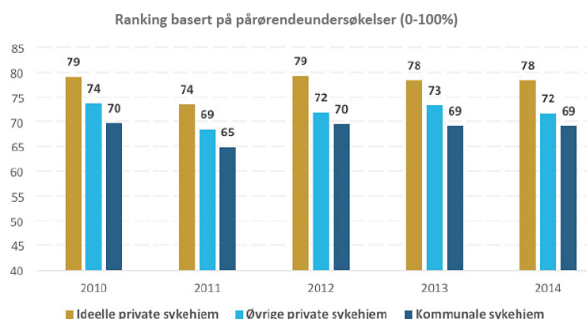
bedre enn kommunale sykehjem



Sykehjem driftet av ideelle scorer best på Pårørendeundersøkelser over tid

**13%**

bedre enn kommunale sykehjem



Figur 20. Objektive kvalitetsindikatorer Oslo kommune, snitt 2007-2015 [NHO Service 2016]

### Kostnader ved sykehjem i Oslo

Det er fortsatt betydelige kostnadsforskjeller mellom kommunale og private sykehjem. I et scenario hvor kommunen rekommunaliserer de eksisterende sykehjemmene samt står ansvarlig for driften av alle fremtidige sykehjem vil dette føre til økte årlige kostnader. (NHO Service 2016).

#### 75 000 kr billigere pr. plass ved øvrige private.

Kommunale sykehjemsplasser er i snitt rundt 50-100 000 kroner dyrere pr. vektet plass enn sykehjem drevet av øvrige private driftere mellom 2013-2015. (NHO Service 2016).

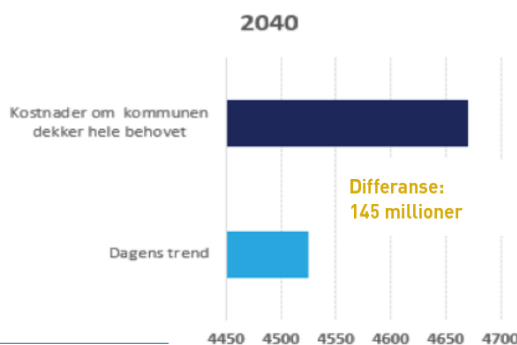
#### Dyrere om kommunene drifter alt selv.

Det beregnes et tap på 145 mil. kroner årlig per 2040 dersom kommunen står for all sykehjemsdrift sammenlignet med et scenario hvor sykehjemmene driftes av både kommunale og øvrige private aktører (Figur 21). (NHO Service 2016).

Dersom kommunen tar over hele sykehjemsdriften selv, innebærer det en økende merkostnad for Oslo kommune som stiger til:

# 145 millioner kr.

årlig i 2040



Figur 21 Merkostnad dersom kommunen drifter alle sykehjem selv. [NHO Service 2016]

### **Mulighetene for en privat aktør.**

Mulighetene for en privat eiendomsutvikler i Oslo er å bygge private sykehjem. Som privat aktør vil man ikke motta tilskudd til bygging av Husbanken (Sand 2017) og man vil ikke få driftstilskudd fra kommunen (Rafoss 2017). Man finansierer bygging selv og er avhengig av at brukerne er villig til å betale relativt store summer for å bo på hjemmet. Private sykehjem i Oslo er ikke veldig utbredt, men det finnes i liten skala. «Villa Omsorg» er en ombygget enebolig som tilbyr sykehjemstjenester for kr. 2 500,- pr. døgn. I USA er det utbredt med private sykehjem. Disse sykehjemmene er spredt over hele landet og tilbyr den beste servicen til gamle i alle faser og sykdomsbilder. Prisene de tar varierer i forhold til hvor stor luksus det skal være og i forhold til hvor stor leilighet/beboerrom man ønsker. Prisene varierer fra kr. 320,- pr. døgn til kr. 3 700,- pr. døgn. Prisene er hentet fra 2 sykehjem jeg har besøkt.

Bygging av sykehjem var tidligere dyrere enn å bygge omsorgsboliger. På grunn av fleksibilitet m.m. har kostnadene blitt tilnærmet like (Sand 2017). Det koster ca. kr. 3,5 millioner pr. plass /pr. leilighet å bygge – om det er omsorgsbolig eller sykehjem. Det som, ifølge Sand er uheldig, er at sykehjem er hjemlet, noe som betyr at det følger en del krav med tanke på personale, det er en kabal i forhold til antall årsverk og det må blant annet være en lege tilstede. En omsorgsbolig er mer fleksibel i drift da denne driftes etter husleielovens bestemmelser.

Husbanken er med på og finansierer, for inneværende år, 1800 plasser på sykehjem og omsorgsboliger. For 2016 var det 2500 plasser. Det blir lagt inn i statsbudsjettet hvor mange enheter Husbanken skal finansiere i det enkelte budsjettår (Sand 2017). De finansierer 50% av byggekostnadene. For 2016 var det ca. kr. 4,1 milliarder og for 2017 blir det ca. kr. 3 milliarder.

Fra 01.01.2017 ble det gjort en dramatisk endring. Myndighetene har vært opptatt av at det ikke har vært noen økning i antall plasser. Nå har de kommet med «riset bak speilet» - kommunalministeren signaliserte dette i kommuneproposisjonen 1 S. Den sier at allerede fra 2019 skal Husbanken kun gi tilskudd til netto tilvekst. Etter en diskusjon utsatte Helseminister Bent Høie dette til med 100 % netto tilvekst fra 2021. Det betyr at i 2017 skal 20% av alt husbanken finansierer ha nettotilvekst. I 2018, 40%, i 2019 60%, i 2020 80% og i 2021 altså 100%. Et eksempel: Oslo kommune har et sykehjem i dag med 50 plasser, så river de det og bygger et nytt sykehjem med 51 plasser, da får de tilskudd til 1 plass. Dette er spesielt dramatisk med tanke på en rapport Rambøll kom med i november 2016 hvor ca. 50% av den nåværende bygningsmassen rundt om i landet kreves skiftet ut eller krever veldig store utbedringer. Konsekvensen er at kommunen må finansiere dette med egenkapital.

Som eiendomsutvikler må man tenke helhet, man må bygge slik at det også blir en enklere drift. For eksempel vil det være fornuftig å tenke velferdsteknologi (Almas hus). På badet vil en servant som har håndtak og et toalett som kan heves/senkes, kunne hjelpe ansatte til færre løft, noe som igjen vil hjelpe på mindre skader og sykeperioder for ansatte. Det vil samtidig hjelpe brukerne til å kunne hjelpe seg selv i større grad, noe som igjen vil gjøre slik at de ansatte kan bruke tiden på de som virkelig trenger deres hjelp – dette vil gjøre driften mer effektiv og trivselen større.

### ***Hvorfor blir det færre sykehjems plasser?***

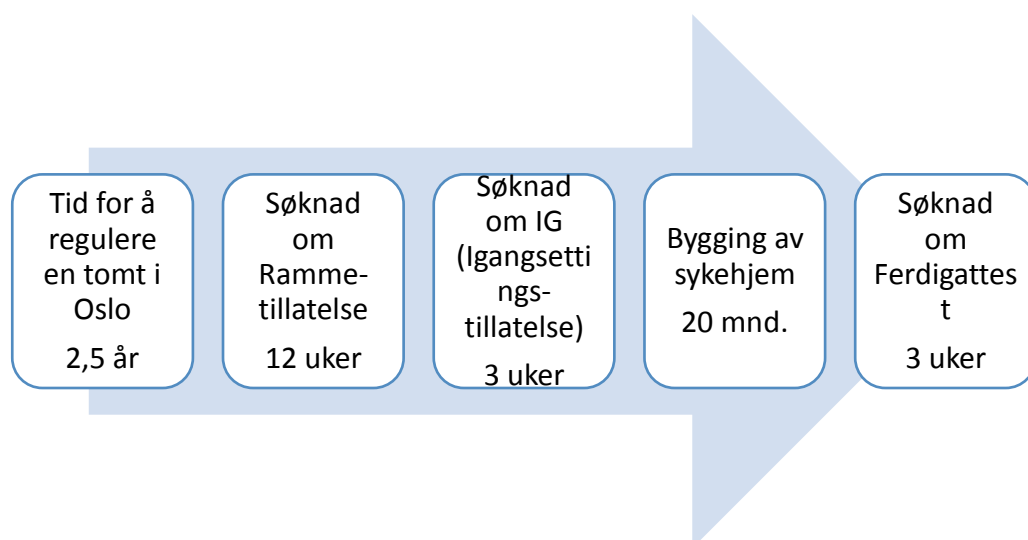
En viktig grunn til at det blir færre sykehjems plasser er hvor lønnsomt det er å investere i denne sektoren. Slik som det er nå er det veldig kostbart for kommunene å etablere sykehjems plasser og mye mer lønnsomt å investere i omsorgsboliger enn i sykehjems plasser. Når man investerer i omsorgsboliger kan man ta husleie. Hvis ikke personen som bor der kan betale husleien, er det staten som må betale husleien, mens hvis du bor i sykehjem er det kommunen som må betale. (Melberg 2017).

Vi bekymrer oss for om de som trenger en sykehjems plass får det (Kristensen 2017). Helsepolitikkerne er opptatt av at vi skal bo hjemme så lenge som mulig – og det synes alle er fint, men vi er også opptatt av at de som føler seg utrygge i hjemmet og de som har et stort hjelpebehov, må få sykehjems plass. Kristensen mener videre at kommunene har gått litt langt i den trenden at man skal bo hjemme så lenge som mulig og hun tror det som gjør det vanskelig å være politiker, er at de ikke får tilstrekkelige rapporter fra kommunene som viser hvordan det egentlig står til, og det bør man kanskje bekymre seg for. Hun tror ikke den innførte ventelisten gir noen bedre rettigheter til de som venter på sykehjems plass og det bekymrer henne. Hun

kjenner til mange kommuner som forteller at de ikke fatter vedtak før de vet at de har en ledig sykehjemsplass fordi de ikke ønsker å synliggjøre dette problemet. I tillegg ønsker hun å fokusere på at man som politiker bør være opptatt av hvilken terskel kommunene legger seg på. Tilsynsmyndighetene som skal vurdere om kommunene har rett terskel når folk innvilges en sykehjemsplass er det omgjøringsprosjenter på opp mot 50-70 % i enkelte fylker i landet og det sier noe om at de som sitter og tildeler plass ute i kommunene ikke har tatt tempen på hvor den terskelen skal ligge.

### 3.6.4 Tidslinje

Den tiden det tar fra regulering til ferdig bygg: Tidslinje på bygging av sykehjem i Oslo fra omreguleringsprosessen/regulering av en tomt starter til ferdigattest foreligger. Totalt ca. 4,5 år. (Figur 22). (Plan- og bygningssetaten 2017).



Figur 22 Tidslinje på bygging av sykehjem i Oslo



## 4 SYKEHJEMMENE SOM ER BESIKTIGET

I Oslo kommune er det gamle, nye, små og store sykehjem, noen er drevet av kommunen selv, noen av private og noen av de ideelle. For å få størst mulig oversikt over Oslos sykehjem, var det viktig å få med så stor variasjon som mulig. For å få et bredt utvalg har jeg derfor valgt å besøke det eldste og det nyeste, det minste og en av de største, samt sykehjem som er drevet av Oslo kommune, av private og av ideelle. I tillegg har jeg besøkt et omsorg+-anlegg. Jeg har hatt samtale og omvisning med daglig leder på hvert av sykehjemmene og i omsorgsbolig.

### 4.1 Eugene Hanssens Aldershjem



*Figur 23. Eugene Hanssens Aldershjem. [Sykehjemsetaten]*





Figur 24. Et typisk soverom med servant, her er det felles bad og toalett på gangen.



Figur 25. Stue/spisestue på hjemmet. [Sykehjemsetaten]

#### Kort om aldershjemmet:

Eugene Hanssens aldershjem er et hjemmekoselig, lite aldershjem som eies av en privat stiftelse «Stiftelsen Eugene Hanssens Aldershjem». Hjemmet ligger vis a vis Ullevål Sykehus i en koselig park med gode turmuligheter. Aldershjemmet er Oslos eneste aldershjem.

Aldershjemmet driftes av stiftelsen med støtte fra Sykehjemsetaten. Det er det minste i porteføljen til etaten og drives nå med en avtale som går ett år av gangen.

Byggeår	1917
Antall beboere	13 langtidsplasser
Rom/fasiliteter	Alle beboerne har enerom med felles bad/wc på gangen
Bydel	St. Hanshaugen
Kompetanse	Det er ansatt hjelpepleiere og pleieassistenter totalt
Måltider	De får middagen levert fra Lovisenberg Sykehus. Frokost, lunsj og kveldsmat lager de selv. Tidspunktet for måltidene varierer.
Aktiviteter	Det er tilbud om fotpleie på hjemmet, mens de benytter frisører i nærmiljøet. En gang i uken har de besøk av pasientvenn, da spilles det kort eller har høytlesning. Det er konserter. Andakt en gang pr. måneden.

Tabell 4. Fakta om Stiftelsen Eugene Hanssens Aldershjem.

Aldershjemmet er bygget som et hjem og styreren forteller, på befaringen, at det er stor grad av trivsel blant beboerne. Bygningen bærer preg av noe manglende vedlikehold, men dette skyldes i all hovedsak at det ikke er med midler til vedlikehold og bygningsmessig modernisering i tilskuddet fra Oslo kommune. Informasjonen ble gitt i samtale med styrer Marit Haugland 31.03.2017 og av Sykehjemsetaten.

Aldershjemmet er lite og innredet som et hjem og har lite institusjonspreg. Det er persiske tepper på gulvene og kunst på veggen.

Det er ikke foretatt pårørende-undersøkelse på dette hjemmet fordi det er så lite.

## 4.2 Ullerntunet - Ullern Helsehus /Ullernhjemmet



Figur 26. Ullern Helsehus Breeam sertifisert. [Sykehjemsetaten 2017]



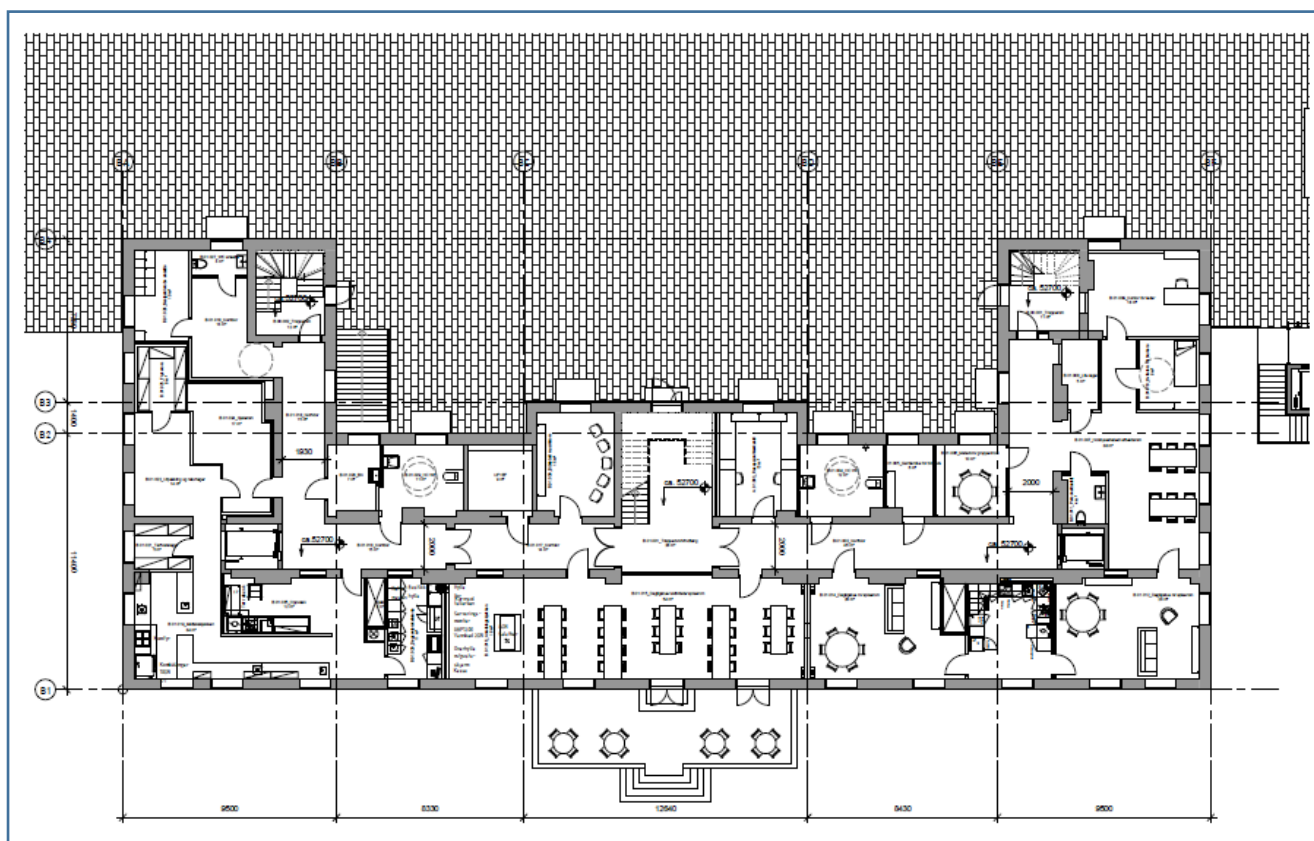
Figur 27. Ullerntunet med sansehage. [Norlandia 2017]



Ullern Helsehus ligger som en egen bygning (bygg A) på Ullerntunet, og er knyttet sammen med Ullernhjemmet via det gamle sykehjemsbygget. Dette driftes kommersielt av Norlandia. Nytt på Ullerntunet i forhold til hva man finner på andre sykehjem, er flere treningsrom og en stor trimsal. Bygget er miljøvennlig og Breeam-klassifisert (Miljøsertifisering). Lys, persienner og ventilasjon er automatisert, og det er tilrettelagt for sensorstyring på flere områder. Det er også signalanlegg med mulighet for toveis kommunikasjon fra beboerrom. Det er vaktrom på avdeling. Det er en påkostet sansehage på eiendommen med skulpturer. Hvert rom er ca. 24 m<sup>2</sup> samt et bad på ca. 6 m<sup>2</sup>, dette tilfredsstillende de nye kravene til Husbanken og Sykehjemsetaten. Alle rommene har TV. Ullerntunet er det nyeste og bygningsmessig det beste Oslo har å by på. Problemet, sier daglig leder Dario Mardal, er at det har tatt så lang tid å bygge sykehjemmet, fra prosjekteringen startet til hjemmet stod ferdig, at deler av det nesten har blitt utdatert før det har blitt tatt i bruk. Det går spesielt på tekniske detaljer og lite gjennomtenkt bruk av fellesareal. Informasjon gitt i samtale med daglig leder Dario Mardal 16.03.2017 og av Sykehjemsetaten.

Byggeår	1920 (gamlebygget) / 2017 (nybyggene) (gamle bygget er totalrehabilitert i 2017)
Antall beboere	96 korttidsplasser/rehabiliteringsplasser – fordelt på 4 avdelinger. Her skal man være til man blir frisk eller til man dør.
Antall ansatte / antall årsverk	250 / 160 (Helsehuset og Ullernhjemmet samlet)
Rom/fasiliteter	Alle beboerne har enerom med bad/wc.
Bydel	Ullern
Kompetanse	Det er gode tverrfaglige team med både helsefagarbeidere, sykepleier, lege og fysio- og ergoterapeuter ansatt på alle avdelinger.
Tilbud	Det er tilbud om fotpleie, frisør, avtale med barnehage besøk, sansehage med skulpturer. Besøkshund 1,5 timer en dag i uken. Allsang en gang i uken.
Aktiviteter	Fysioterapeutene tilbyr gruppetrening hver dag. Pasienten får tildelt egen terapeut som sørger for aktivitets- og treningstilbud. Prest med gudstjeneste.
Parkering	36 plasser i kjelleren og 4 HC-plasser ute.

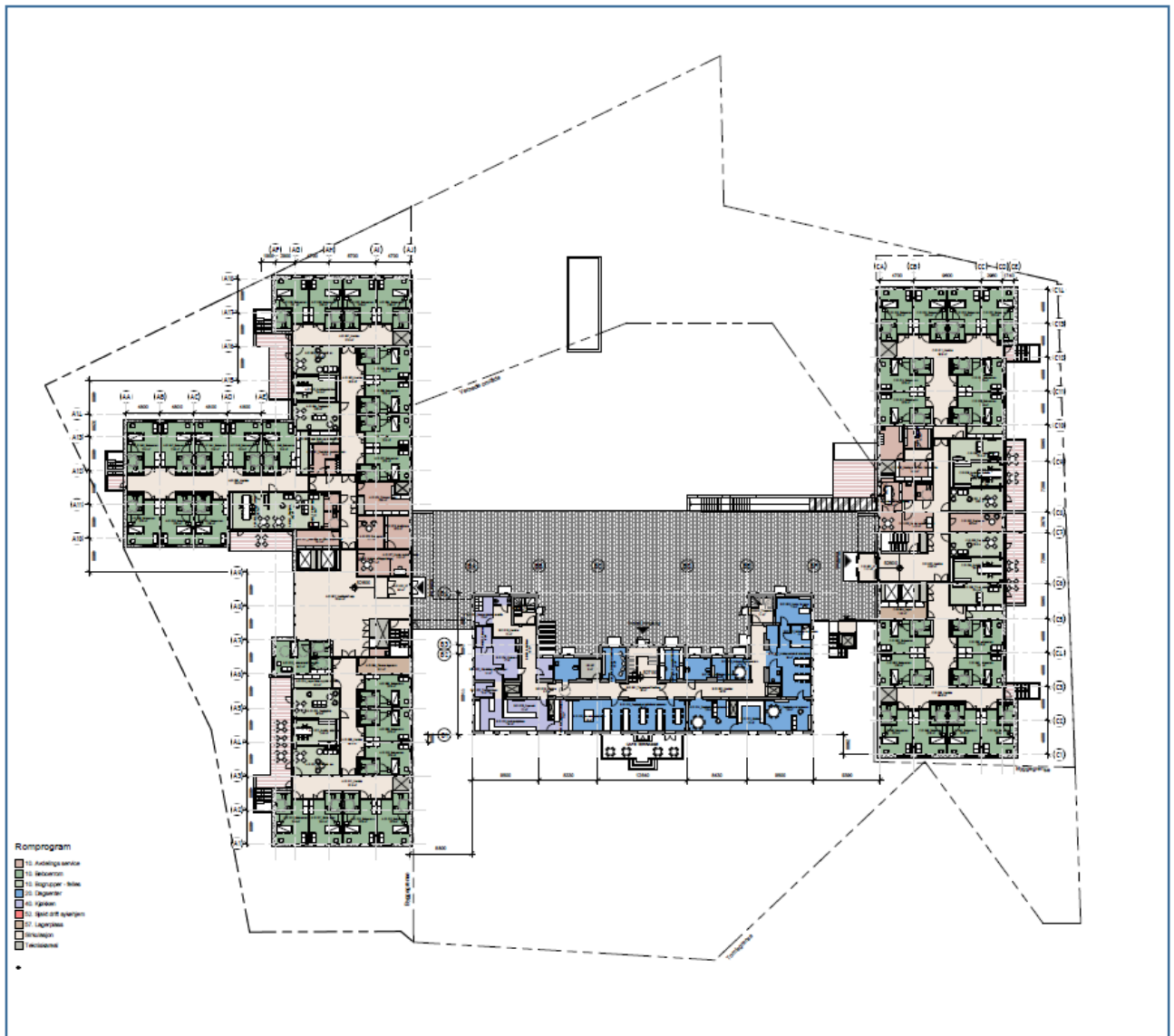
Tabell 5. Fakta om Ullerntunet.



Figur 28. Plan av 1. etasje i gamlebygget på Ullerntunet. [Sykehjemsetaten 2017]

Figur 28 viser 1. etasje i det gamle bygget på Ullerntunet som er totalt modernisert. Her ser vi fellesrom som bibliotek, dagligstue, kjøkken, dagsenterkafeteria samt møterom mm.





Figur 30. Plan av hele anlegget på Ullerntunet. [Sykehjemsetaten 2017]

Figur 30 viser bebygd areal (BYA) for hele Ullernhjemmet og Helsehuset. Det er fokusert på å ha store uteområder med sansehage i bakkant og på den ene siden av komplekset samt parkeringsplasser og gangarealer. Innvendig kommer det frem at man har lagt til grunn tankegangen til Husbanken med korte korridorer og gode vandreruter som er tilpasset demente. Det er ikke foretatt pårørende-undersøkelser på dette hjemmet fordi det er helt nytt.

### 4.3 Madserudhjemmet



Figur 31. Madserudhjemmet. [Sykehjemsetaten 2017]

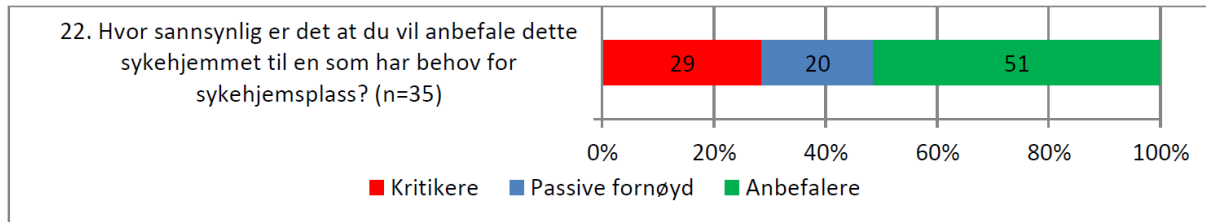
Byggeår	1988
Antall beboere	54 langtidsplasser, 25 langtidsplasser skjermet enhet og 1 korttids plass skjermet enhet - fordelt på 3 avdelinger.
Antall årsverk	70
Rom/fasiliteter	Alle beboerne har enerom med eget wc, bad på gangen.
Bydel	Ullern
Kompetanse	Det er en ansvarlig sykepleier på hver post. Vi har egne fagteamsykepleiere som jobber på tvers av postene og har et tett samarbeid med resten av personalet. Vi har også egne fysioterapeuter, ergoterapeut og kvalitetssjef. Sykehjemslege er tilgjengelig fire dager i uken.
Tilbud	Det er tilbud om fotterapeut, frisør, besøkvenner som deltar i ulike aktiviteter på sykehjemmet. Kort vei til turmuligheter i Frognerparken som eiendommen grenser til.
Måltider	Middagen leveres av storkjøkkenet på Silurveien sykehjem. Frokost, lunsj og kveldsmat lager vi selv. Tidspunktet for måltidene kan variere. Kaféen selger og serverer enkel mat.
Aktiviteter	I tråd med egen filosofi og verdiforankring om "et godt liv" og "frisk luft", så tilbyr de turer ut i nærmiljøet, konserter, høytlesning, dame- og herrelunsj, andakt, malerverksted, musikkterapi, terapihund og gymnastikk med fysioterapeut.
Parkering	Utenfor i gaten.

Tabell 6. Fakta om Madserudhjemmet.

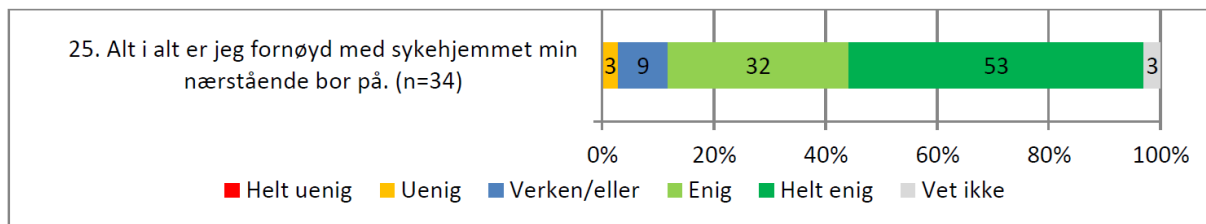


Madserudhjemmet driftes nå av Oslo kommune. Inntil for kort tid siden ble det driftet av Norlandia. Det er planlagt å rehabilitere hjemmet. Informasjon gitt i samtale med institusjonssjef Karina Michelsen 08.03.2017 og av Sykehjemsetaten.

I henhold til pårørendeundersøkelsen 2016 (Tabell 7) ser vil at 51% av de pårørende anbefaler sykehjemmet til andre og 85% er enig eller helt enig om at de alt i alt er fornøyd med sykehjemmet deres nærstående bor på.



«Net Promoter Score» på 22,9.



Tabell 7 a + b. Fra pårørende-undersøkelsen ved Madserudhjemmet 2016. [Helseetaten 2016]

#### 4.4 Majorstutunet bo- og behandlingssenter



*Figur 32. Majorstutunet bo- og behandlingssenter*



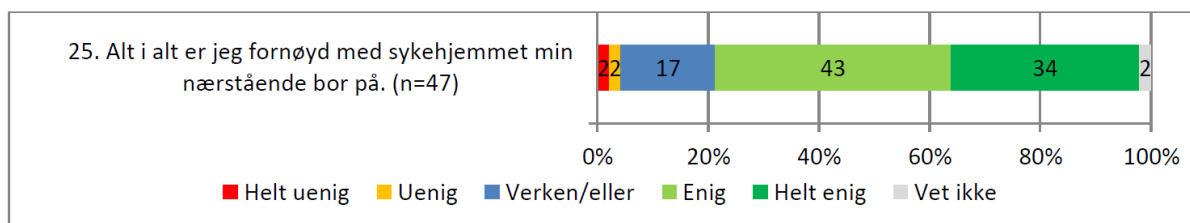
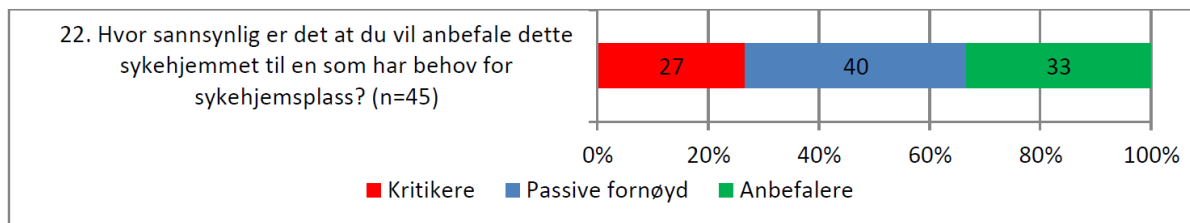
*Figur 33. Typisk beboerrom, 2017. [Sykehjemsetaten 2017]*

Byggeår	1974 og 2000
Antall beboere	96 langtidsplasser, 18 langtidsplasser skjermet for personer med demens og 8 forsterket skjermede plasser for brukere med demens/psykiatri samt 17 trygghetsplasser - fordelt på 8 avdelinger.
Antall årsverk	Ikke oppgitt
Rom/fasiliteter	Alle langtidsplasser har enerom med eget wc, bad på gangen. Ny del har eget bad.
Bydel	Frogner
Kompetanse	Det er flere sykepleiere på alle vakter. I tillegg har de fagutviklingssykepleier, lege, fysioterapeut og ergoterapeut som er tilstede alle hverdager.
Tilbud	Det er tilbud om fotterapeut, frisør, tannlege og sansehage.
Måltider	De får middag levert fra produksjonskjøkkenet på Silurveien sykehjem. Frokost og kveldsmat lager de selv. Tidspunktet for måltidene kan variere.
Aktiviteter	Faste aktiviteter: håndarbeid, kunst og kultur, som for eksempel maling, sang og musikk samt sport og spill.
Parkering	Utenfor i gaten, HC parkering samt noen gjesteplasser.

Tabell 8. Fakta om Majorstuen bo- og behandlingssenter.

Majorstuen bo- og behandlingssenter er driftet av Oslo kommune. Den eldste delen er mer eller mindre uforandret siden byggeåret 1974. Det er planlagt å rive hjemmet i 2019 og nytt hjem skal stå ferdig i 2021. Det vil bli lagt stor vekt på velferdsteknologi. Spesielt skal det tas i bruk infrarød filming og sensormatter for varsling når beboerne trenger hjelp. Informasjon gitt i samtale med institusjonssjef Holger Olsen 08.03.2017 og av Sykehjemsetaten.

I henhold til pårørendeundersøkelsen 2016 (Tabell 9) ses at 33% av de pårørende anbefale sykehjemmet til andre og 77% er enig eller helt enig om at de alt i alt er fornøyd med sykehjemmet sin nærstående bor på. Det er relativt lav oppslutning om å anbefale sykehjemmet til andre, dette kan skyldes at det er lenge siden det ble pusset opp/modernisert.



Tabell 9 a + b. Fra pårørende-undersøkelsen ved Majorstuen bo- og behandlingssenter 2016. [Helseetaten 2016]



Figur 34. Nye Majorstuen bo- og behandlingssenter skal stå ferdig i 2021. [Hille Mellbye arkitekter [2016]

I følge Eiendoms- og byfornyelsesetaten skal sykehjemmet tilfredsstillende gjeldende krav til kvalitet, bostandard og areal pr beboer både inne og ute, og sikre fleksible omsorgsløsninger. Bostandarden skal tilsvare den som er vanlig i samfunnet for øvrig, tilrettelegge for mer aktivitet i sykehjemmet, øke andel korttidsplasser, senke terskel for adgang til plass, legge til rette for at beboere får bestemme mest mulig selv, utvikle spesialiserte tilbud



og tilby høy faglig kompetanse. Bakgården tilrettelegges for parkmessig opparbeiding med beplantning, varierte vandrestier, sansehage og sitteplasser. I første etasje vil det muliggjøres bruk av strøktjenlig virksomhet med utadrettet karakter, som vil forsterke kvaliteten på boligområdene rundt planområdet. Som del av planen skal tilstøtende gangvei reguleres til torg. Torget skal tilrettelegges for aktivitet og opphold i tillegg til å ivareta gangsoner, av-/påstigning og varelevering.

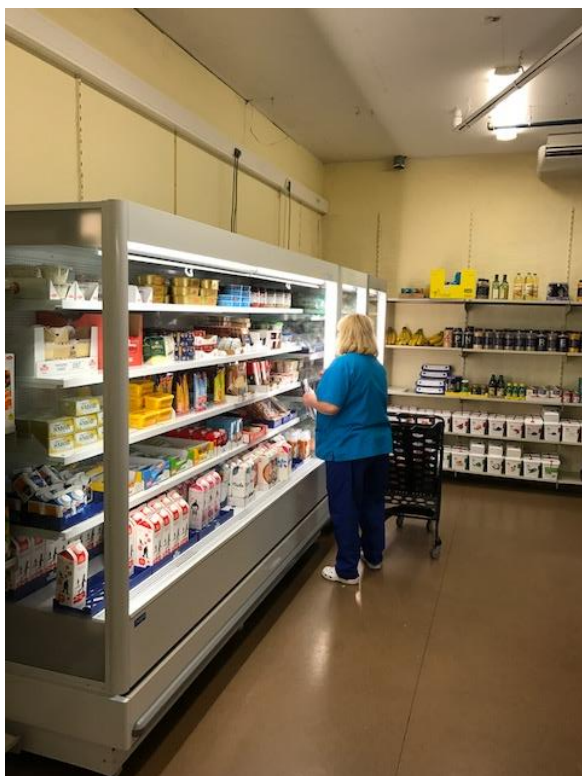
#### 4.5 Økernhjemmet



Figur 35. Del av Økern sykehjem. [Norske arkitekters landsforbund 2017]



Figur 36. Økernhjemmet fotografert i 1969. [Widerøe (1969)/Byantikvaren i Oslo]



Figur 37 a) (venstre) Butikken. b) (høyre) Bar.





*Figur 38 a) (venstre) Restauranten b) (høyre) Beboerrom*

Økern sykehjem består av to bygninger som utgjør to uavhengige sykehjem. Den eldste delen er fra 50-tallet, ble rehabilitert i 2010 og går under betegnelsen Økernhjemmet og driftes av Oslo kommune. Dette bygget står på byantikvarens gule liste med vernestatus: kommunalt listeført.

Hovedbygget fra 70-tallet er på fire etasjer og har sammen med kjeller og teknisk rom på taket et areal på totalt 10 000 m<sup>2</sup>. Dette bygget ble rehabilitert i 2014. Hovedbygget på Økern sykehjem brukes som erstatningshjem når andre sykehjem i Oslo skal rehabiliteres, i dag er det erstatningshjem for Hovseterhjemmet og driftes av Unicare, som flytter tilbake til nytt bygg i 2017.

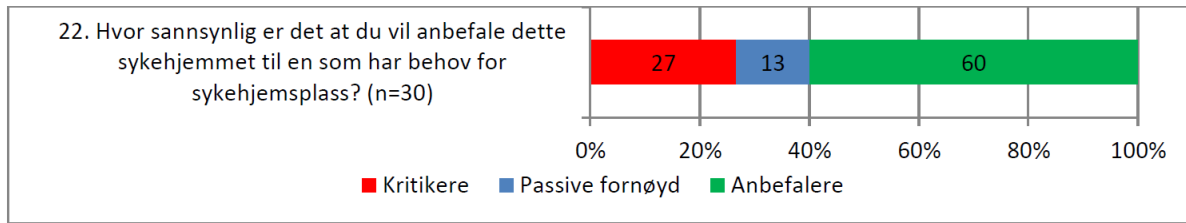
Energibehovet for denne delen av Økern sykehjem kuttes med hele 68 prosent sammenlignet med dagens energibehov og 33,5 prosent i forhold til et referansebygg etter TEK10. Bygget får Norges største solcelleanlegg på eget tak.

Byggeår	1955 (tegnet av arkitekt Sverre Fehn), rehabilitert i 2010 og i 1975 – åpnet igjen etter rehabilitering i 2014.
Antall beboere (kun gammel del)	36 skjermede plasser, 20 forsterkede skjermede plasser, 54 dagsenterplasser og 17 plasser tilrettelagt for personer med demens - fordelt på 10 grupper.
Antall årsverk	Ikke oppgitt
Rom/fasiliteter	Enerom med romslige bad og noen med kjøkkenkrok.
Bydel	Bjerke
Kompetanse	Egen sykehjemslege i 50% stilling. Det er en avdelingssykepleier på hver avdeling, i tillegg er det en ansvarlig sykepleier på hver gruppe. Det er ansatt fagutviklingssykepleier i 50% stilling.
Tilbud	Det er tilbud om fotpleie, frisør, atriumshage. De er opptatt av dyr og har katt, kaniner og akvarium fast + besøkshund jevnlig.
Måltider	All mat lages på avdelingene. Tidspunktet for måltidene kan variere.
Aktiviteter	Økernhjemmet tilbyr et variert aktivitets- og kulturtilbud til beboere og brukere, som jazzklubb, pop-klubb, hageklubb, strikke- og håndarbeidsklubb, maleklubb, sangklubb, turklubb, sosialklubb, hundeklubb og bowlingklubb. De har egen matbutikk og bar på huset og de arrangerer jevnlig restaurant for beboere med besøkende. De vasker alt beboertøy i boenhetene. Matlagingskurs for ansatte. Det er miljøterapeut ansatt i full stilling, og aktivitets- og frivillighetskoordinator i 50% stilling. Videre har de gudstjenester.
Parkering	Utenfor i gaten, HC parkering samt 10 gjesteplasser.

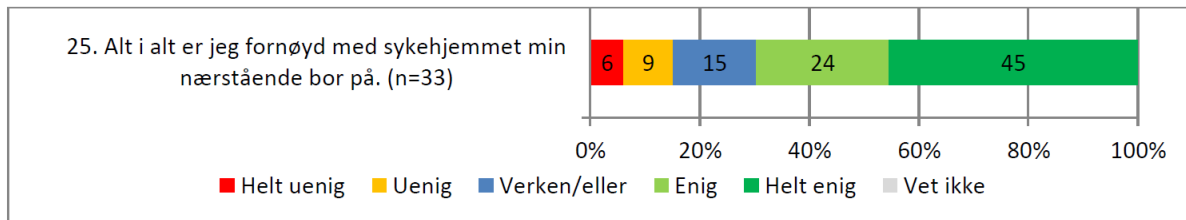
Tabell 10. Fakta om Økernhjemmet (gammel del).

I henhold til pårørendeundersøkelsen 2016 (Tabell 11) ses at 60% av de pårørende anbefale sykehjemmet til andre og 69% er enig eller helt enig om at de alt i alt er fornøyd med sykehjemmet sin nærstående bor på. Det er relativt høy oppslutning om å anbefale sykehjemmet til andre, dette kan skyldes at det er gjort nye grep på sykehjemmet som at de ansatte ikke skal bruke vaktrom, men snakke med beboerne og dersom de skal bruke PC for jobbing, skal de gjøre dette i fellesrommene med beboerne. Informasjon gitt i samtale med institusjonssjef Turid Mood 10.03.2017 og av Sykehjemsetaten.





«Net Promoter Score» på 33,3.



Tabell 11 a +b Fra pårørende-undersøkelsen for Økernhjemmet 2016. [Helseetaten 2016]

#### 4.6 Ensjøtunet Omsorg +



Figur 39. Ensjøtunet Omsorg +



Figur 40 a) (venstre) Cafeen b) (høyre) Trimrom.



Figur 41 a) (venstre) «Husbandens hjørne». b) (høyre) Bibliotek

Ensjøtunet omsorg+ har en lang historie. Norges første aldershjem «Kveldssol» åpnet her i 1909 av Frelsesarmeen og ble drevet i mange år. Det ble bygget om til sykehjem og drevet som det fra 1972 til 2008. Den gamle bygningen står fremdeles på eiendommen og huser administrasjonen til Frelsesarmeens eldreomsorg samt noen av aktivitetene til omsorg+. Det er bygget nye bygg rundt det gamle bygget som ble ferdigstilt i sin nåværende form i 2011 som omsorg+ anlegg. Det inneholder 62 leiligheter med en størrelse på 34 – 54 m<sup>2</sup>. Alle leiligheter har stue/kjøkken, soverom og bad/wc samt balkong. I tillegg er det stor felles cafe, trimrom, bibliotek, snekkerverksted, frisørsalong, fotpleiesalong, velværom samt felles terrasse og hage. I hver etasje er det et møteareal (Husbandens hjørne) der det er satt opp en sofagruppe –



dette arealet blir benyttet flittig til diskusjon og quiz. Informasjon gitt i samtale med leder/husvert Solfrid Slettholm 11.04.2017 og av Sykehjemsetaten.

#### 4.7 Hrafnista – Reykjavik



*Figur 42. Hovedbygget som huser cafeen og de eldste beboerrommene*



*Figur 43. Rekkehusene som er privateid med tilgang til alle tjenester på sykehjemmet*



*Figur 44. a) (venstre) Leilighetsbygget. b) (høyre) Kafeen*

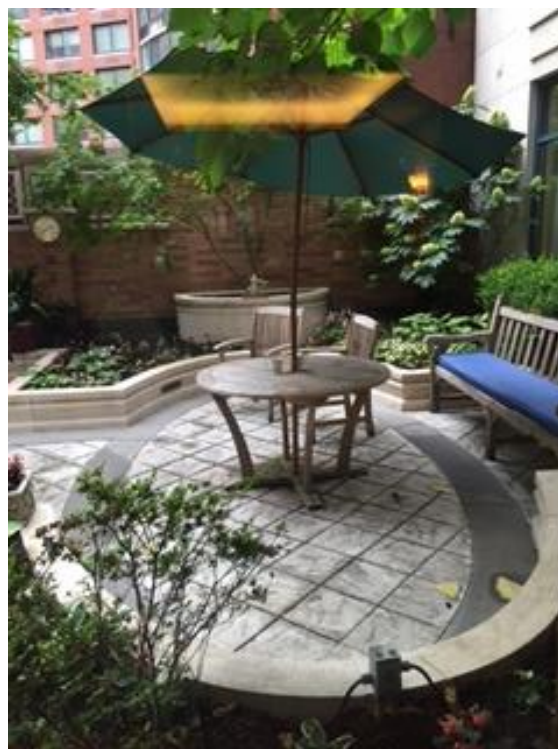


*Figur 45. Kafeen ble åpnet I 2012*

Hrafnista ble bygget i 1957 og er Islands nest største sykehjem. Totalt bor det 210 personer i sykehjemmet. Det er 26 rekkehus og 39 leiligheter i det nye leilighetsbygget og disse er privateid. De som bor der har tilgang til alle tjenestene i sykehjemmet. De åpnet kafeen i 2012 og det serveres øl og vin. Det spesielle her er at det bor alt fra relativt friske mennesker i rekkehusene og i leilighetsbygget til de som kan være ganske syke og demente på hjemmet – en slags trappetrinnsløsning som gir mennesker anledning til å bo der i alle faser av livet som gammel. De har også 5 plasser for døve eller hørselshemmede der de kommuniserer med

tegnspråk. I tillegg er det beliggende landlig med store parkmessige uteområder, men likevel sentralt i hovedstaden. Informasjon gitt i samtale med institusjonssjefen som hadde omvisning på stedet 11.07.2015.

#### 4.8 Brookdale Battery Park – Senior Living Solutions – New York

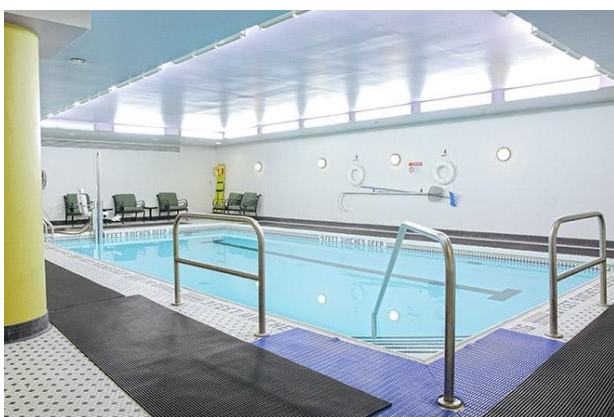


Figur 46 a) (venstre) Sykehjemmet sett fra gateplan. b) (høyre) Sanseshage





*Figur 47 a) (venstre) Resepsjonsområde b) (høyre) Korridor/gangarealer*



*Figur 48 a) (venstre) Innendørs basseng b) (høyre) Biljard rom [Brookdale Battery Park]*



Figur 49 a) (venstre) dagligstue b) (høyre) dagligstue



Figur 50 a) (venstre) Spisestuen b) (høyre) Biblioteket. [Brookdale Battery Park]

Brookdale Battery Park er et privat sykehjem beliggende på Manhattan i New York. Alle beboere betaler for å bo der. Her kan man flytte inn fra man er tilnærmet frisk og klarer seg selv til man er syk og trenger full pleie. Det er høy grad av luksus, der bygningen ligner mer på et hotell og et hjem enn et sykehjem eller en institusjon som vi kjenner til i Norge. Det er brukt materialer som fliser, tepper, parkett, tapet og eikeinnredninger. Det er høy kvalitet på alt interiør og det er stor variasjon i servicefunksjoner, med alt fra innendørs basseng, kafé, biljardrom til bibliotek og sansehage. Prisene varierer fra kr. 62 000,- pr. måned til kr. 91 000,- pr. måned. Prisen varierer avhengig av størrelsen på leiligheten, den laveste prisen er for studio leilighet og den dyreste er for en leilighet med 2 soverom. Disse alternativene er inkludert «full



pleie» med sykepleier og lege, alle måltider og tilgang til et utall av servicefunksjoner; fra fysioterapi, frisør, manikyr/pedikyr, innendørs basseng, helse- og Fitness senter, SPA-anlegg og datarom. Anlegget ble bygget i 1985 og blir kontinuerlig modernisert. Informasjon gitt i samtale med Director of Sales and Marketing Nancy Campagna som hadde omvisning på stedet 09.07.2015 samt brosjyrer som ble delt ut på befaringen.

#### 4.9 Thomas Circle – In-town Senior Living – Washington



Figur 51. Sykehjemmet sett fra gateplan.

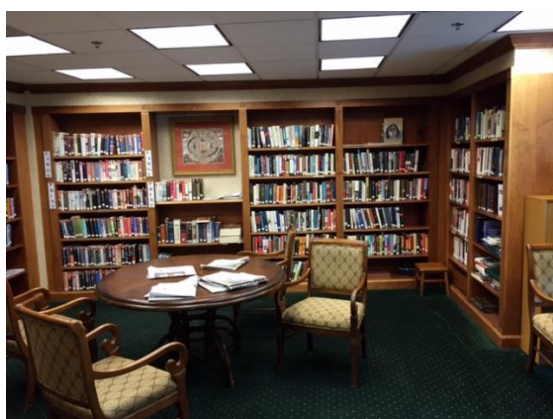


Figur 52 a) (venstre) Spisestuen, b) (høyre) Kafé/Bistro [Thomas Circle]





Figur 53 a) (venstre) Kirkerom, b) (høyre) Kino



Figur 54 a) (venstre) Bibliotek, b) (høyre) Trimrom



*Figur 55 a) (venstre) Typisk soverom, b) (høyre) Svømmebasseng på toppen av bygget*



*Figur 56 Utekafé*

Thomas Circle er et privat sykehjem beliggende i Washington. Alle beboere betaler for å bo der. Her kan man flytte inn fra man er tilnærmet frisk, dement, til man er alvorlig syk. Prisene varierer fra kr. 9 600,- pr. måned til kr. 111 000,- pr. måned. Det billigste alternativet inkluderer leie av en liten leilighet med tilgang til fellesrom og mulighet til å tilkalle sykepleier hele døgnet. Det dyreste alternativet er «full pleie» med sykepleier og lege, alle måltider og tilgang til et utall av servicefunksjoner; fra fysioterapi, frisør, kino, utendørs basseng, SPA-anlegg, Hospice (lindrende avdeling), rehabilitering og garasjer for de som er friske nok til å kjøre bil.



Det er totalt 209 leiligheter. De forskjellige avdelingene er adskilt, slik at kun de med tilnærmet lik diagnose bor og lever sammen. Dersom helsen endrer seg vil man flyttes til «riktig» avdeling. Informasjon gitt i samtale med Administrator Zachary S. Gray som hadde omvisning på stedet 01.07.2015 samt brosjyrer som ble delt ut på befaringen.

#### 4.10 Villa Omsorg



Figur 57 a) (venstre) Private sykehjem i Oslo Villa Omsorg, b) (høyre) Typisk soverom [Villa Omsorgs nettside]



Figur 58 a) (venstre) Stuen i eneboligen, b) (høyre) Hagen [Villa Omsorgs nettside]

Villa Omsorg er et privat hjem hvor eldre med pleie og omsorgsbehov kan bo i kortere perioder eller på permanent basis. Det er en ombygget enebolig med følelsen av å bo hjemme. De skriver på sin nettside at de vet at mange faller utenom det kommunale tilbudet og føler seg ensomme. Boligen er bemannet med helsepersonell som kan bistå med medisinbehandling, stell og tilbyr sosialt samvær i harmoniske omgivelser. Det vil være fokus på hjemmelaget mat, tradisjonelle arrangementer rundt høytider, komfort og trygghet. Videre sørger de for kommunikasjon med fastlege og legevakt, samt spesialist-helsetjenesten ved behov. Stedet åpnet i 2016. Det koster kr. 2 500,- pr. døgn eller kr. 75 000,- pr. måned. Denne prisen inkluderer stell av sykepleier,

tilrettelegging for opptrening med fysioterapeut ved behov og fem måltider som er hjemmelaget. Boligen er døgnbemannet. Videre er det frisør, TV på alle rom, daglig renhold og trådløst nettverk. Boligen er tilpasset rullestolbrukere og har innvendig heis. Dette stedet har ikke vært besøkt.

#### 4.11 Svendborg demenslandsby – Danmark



*Figur 59 Svendborg demenslandsby [Svendborgs nettside]*

Svendborg på Fyn i Danmark er en demenslandsby. Det er anlagt en kunstig sjø, sandstrand, jakttårn, hønsehus, minigolfbane, amfiteater og gangveier som er lagt i svinger slik at demente kommer tilbake til utgangspunktet. De har skjønnhetssalong med frisør, massasje, fotpleie, makeup, konsertsal, bodega, bar, restaurant, supermarked, trimrom, bowling, storkjøkken for baking og laging av mat samt musikkbibliotek med mulighet for å høre musikk fra en gammel grammofon og arasjeplass med gamle biler, slik at de gamle kan mekke. Til tross for at tilnærmet alle har en demensdiagnose klarer alle seg i hovedsak uten hjelp, men det er selvfølgelig ansatte der som hjelper til ved behov. De arrangerer utflukter som fisketurer og seiling for menn og shoppingtur og besøk i vakre hager for kvinner samt bingo, dans og høytlesning for alle.

Det er mange som roser denne form for landsbyer for demente, men det er også de som kritiserer dette. Kritikken fra Direktør Nis Petter Nissen i Alzheimer foreningen i Danmark, går på at man stenger inne folk med demens i en by utenfor det vanlige samfunnet selv om det er aldri så

hyggelig – demensbyideen gir en falsk virkelighet. At mennesker med en diagnose skal holdes adskilt fra samfunnet, kan sammenlignes med gamle tiders koleraanstalter mener kritikerne. De mener at heller samfunnet burde bli demensvennlig. De som driver demensbyen mener det ikke er noe fengsel, det er bevegelsesfrihet. De som bor der har det bedre med å være skjermet fra omverden fordi det er for mange stimuli der ute. Personalet kan følge de som ønsker det og ikke klarer seg på egen hånd ute og de som går alene har elektroniske nøkkelbrikker som åpner døren.

I demenslandsbyen er det 225 beboere og den ble åpnet 21.11.2016.

Demenslandsbyen består av

- 56 demensboliger fordelt på 7 avdelinger
- 43 eldreboliger
- 7 gjesteboliger
- 19 boliger til yngre psykisk og fysisk utviklingshemmede
- Aktivitetssenter

#### 4.11.1 Demensboligene:

Hver avdeling har felles stue med åpen kjøkkenløsning og felles vaskerom. Alle leilighetene har et minikjøkken og et handikapvennlig bad. Antall leiligheter på en avdeling er mellom 7 og 10 ett- og toroms leiligheter. Boligene er på fra 55 – 90 m<sup>2</sup>. Husleie mellom kr. 5 000,- og 6 250,- pr. måned. Innskudd: mellom kr. 12 300,- og kr. 17 000,-

#### 4.11.2 Eldreboligene:

Eldreboligene inneholder: entre, kjøkken, stue, soverom og stort handikapvennlig bad. Det er utgang til svalgang eller hage. Boligene er på fra 67 – 90 m<sup>2</sup>. Husleie mellom kr. 5 000,- og 6 250,- pr. måned.

#### 4.11.3 Gjesteboligene:

Gjesteboligene er midlertidige boliger. Det er 1-roms leilighet som er møblert. Der er kjøkken løsning samt et handikapvennlig bad. Der er utgang til terrasse. I tillegg er det felles kjøkken, stue og et stort gangareal som skal innby til trening.

## 5 INTERVJUER

Som en del av oppgaven er det gjennomført dybdeintervjuer med representanter fra Husbanken, Plan- og bygningssetaten, byrådsavdelingen for eldre helse og sosiale tjenester, Sykehjemsetaten, partileder for Helsepartiet, en privat aktør og en sykehjemsprest. Dette er gjort for å få en bedre innsikt i hvilke erfaringer de har med drift av sykehjem, erfaringer som premissgiver for hvordan sykehjem og omsorgsboliger skal bygges og hvilke tanker de har om hvordan fremtidens løsninger for Eldres boligløsninger skal være. I det følgende gis det en oppsummering av de mest sentrale og relevante funnene fra intervjuene. De fulle intervjuene finnes i Vedlegg 1.

### 5.1 Intervjuobjektene

Intervjuobjektene er valgt ut fra et ønske om å bli kjent med aktørene innenfor sykehjemssektoren som representerer, premissgiverne for bygging av sykehjemmene, de som regulerer byggesaker, de politiske myndigheter og beboerne og de ansatte på sykehjemmene. Alle disse vil ha påvirkning på hvordan fremtidens boformer for eldre skal være.

#### 5.1.1 Sykehjemsetaten

Sykehjemsetaten forteller at kriteriet for å få fast sykehjems plass i Oslo er at pasienten har behov for pleie og omsorg 24 timer i døgnet. Det er nok mange som kanskje burde fått plass, som ikke får plass, fordi de klarer seg selv. Det er ikke nok at de ikke kan gå ned trappen fra 4. etasje uten hjelp. Det er her hjemmetjenesten bidrar så bra.

Sykehjemsetaten tror at sykehjem slik det er i dag vil bli faset ut og at et nytt tilbud vil komme som blant annet innebærer et mer fleksibelt bygg og tilbud. De mener at antall rene sykehjemsplasser pr sykehjem må bli færre, tidligere var kravet at det skulle være fra 100 – 150 plasser, dette har de endret til 80-120 plasser, men de sier at hva som er ideelt er helt avhengig av konseptet. Men det er klart at små sykehjem er dyrere å drifte enn store sykehjem.

Sykehjemsetaten tenker videre at de servicefunksjonene som er naturlig å ha i et nærmiljø er fotpleier, frisør, kafé, butikk, bar/pub, klubber, vaskeri, datarom, trimrom, kino etc. Dette vil også være forskjellig i forhold til hva nærmiljøet trenger. Disse servicefunksjonene kan driftes av eksterne.

#### 5.1.2 Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester

Byrådsavdelingen jobber for en aldersvennlig by som ble initiert av verdens helseorganisasjon (WHO) i 2010 og som i dag har over 400 medlemmer som er økende. Basert på

kartlegging, medvirkning og dialog med ulike avdelinger, har de nå en handlingsplan som er ute på høring i april/mai 2017. Dette skal legge til rette for de tiltakene de skal ha for å bli en aldersvennlig by fremover.

Byrådsavdelingen har fokus på at fremtidens sykehjem må dreies fra sykehjem til hjem. Se på ordet sykehjem, de skal dreie fokuset fra syk til hjem. Institusjonspreget må bort. Det skal være sykehjem for de som har behov for det, men det er viktig å få større fokus på å få tilrettelagt hjemmene til folk slik at de kan bo der lenge.

Rafoss sier at Oslo har den høyeste dekningsgraden på sykehjem i hele landet. Hvis de skal ta medvirkning på alvor, vil de færreste bo på et sykehjem. De vil at det skal tilrettelegges for at man kan bo hjemme lengst mulig. Helst dø hjemme også. Den trivselen og mestringen man kan ha i eget hjem har så mye å si for livskvalitet at om det kan legges til rette for det, vil folk først og fremst det. For å håndtere den store voksende og aldrende befolkningen, må en del av de sykehjemmene de har rehabiliteres – noe de er i ferd med å gjøre. I tillegg trengs det nybygg. Så må de styrke hjemmetjenesten og få flere folk til å være i stand til å bo hjemme. Med det opplegget, har de tro på at de skal klare å ta imot den voksende og aldrende befolkningen. Det som er litt av utfordringen er at de må få folk til å tenke litt tidligere på alderdommen – altså de må planlegge litt mer. De kan lære av småbarnsforeldre, de må planlegge – det gjør ikke folk flest, de bor der de bor inntil de ikke kan det lengre. Vi må få til en holdningsendring – at man begynner å planlegge mens man er helt funksjonsfrisk og sterk – når man har anledning til det og også kan se fremover.

I Oslo er det slik at hvem som skal drive sykehjemmene er styrt av byrådet og nå når byrådet er rødgrønt, vil de ikke ha private aktører, men legge til rette for at det skal være flest mulig kommunale tilbud.

Når byrådsavdelingen får spørsmålet om det kan være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand, er de veldig positive og mener i tillegg at det er noe av det de gjør i dag med for eksempel Omsorg+. I en aldersvennlig by, legges det til rette for andre boformer. Omsorg+ er drevet kommunalt og av andre ideelle aktører som for eksempel Kirkens Bymisjon og Frelsesarmeen. Krav til søker om plass på Omsorg+-boliger er definert i egen forskrift (Forskrift om tildeling av bolig i Omsorg+, Oslo kommune). De viktigste kravene er:



- Du må være over 67 år
- Du må ha lovlig opphold i Norge og ha bodd der de siste 2 årene i Oslo
- Din nåværende bolig må være uegnet. Enten fordi den ikke er tilrettelagt for nedsatt funksjonsevne, eller fordi du har nedsatt funksjonsevne og opplever utrygghet eller ensomhet der du bor i dag.

Tanken er å gi folk som ikke har behov for sykehjems plass, men har behov for et visst sett med tjenester og ikke kan bo alene lengre, et sted å bo. Så flyttes man til sykehjem når man blir så dårlig at man ikke kan bo på Omsorg+ lengre. De har sett på om det kunne være mulig å legge til rette for at man kan bo på Omsorg+ livet ut, men da må det være ansatte og fasiliteter som legger til rette for det – det kan det også hende de skal gjøre. Vi har jo hatt en rendyrket eldreomsorg = sykehjemsplasser i veldig, veldig lang tid. Det er først når vi begynner å se annerledes på dette, når vi begynner å rigge, da kan vi se på Omsorg +, på bofellesskap, på kollektiv – ulike måter å gjøre dette på - og det ser de på. Så er det mange privatpersoner som tar initiativ selv og flytter sammen og kjøper inn tjenester alt ettersom behovet er – det skjer jo allerede, men det er i liten skala. utfordringen for Oslo sentralt er at de bygningene som skal bygges er bygget, så da beveger vi oss litt ut av Oslo i tilfelle – ellers må man følge med på ulike former for bofellesskap i bygårder eller borettslag osv. Det er noe vi må se på og det etterlyses også av befolkningen. Vi har vært og sett på hva andre land som har en annen tilnærming gjør – det er få land som bygger sykehjem lengre – de rister på hodet av oss – bygger dere sykehjem? Det sluttet vi med for 20 år siden. Norge er det meste institusjonaliserte landet når det gjelder eldreomsorg. I England er det noe som heter «belong villages» der har de en tett tilknytning til nærmiljøet og de har bofasiliteter der du både kan leie og eie. De tenker ikke institusjon, de tenker leilighetskompleks med nærmiljøtilknytning. Det andre vi tenker er å la studenter bo på sykehjem, slik de har gjort i Nederland, Finland og England. Det er ikke bare å sette i gang, det henger sammen med tilskudd og slikt - vi er avhengig av statlige ordninger osv. I Norge har vi tradisjon for å kjøpe, men i andre land har vi ikke det, der har man tradisjon for å leie. Vi burde legge til rette for at man både kan kjøpe og leie, men hun tror at de fleste vil være i stand til å kjøpe fordi i det man har en bolig, så kan man realisere den og få midler til å bytte til en mindre leilighet osv. Boligformuen er større enn oljeformuen og de som sitter på boligformuen er 67+. En utvikling av slike bygg som vi så på i utlandet i Oslo, vil være opp til omsorgsbygg og Plan- og bygningsetaten, men dette er på påvirkningsstadiet og må tas gradvis, noe som er greit, mener byrådsavdelingen.



Hun mener at jeg ikke skal være med på å forsterke tanken på at det fortsatt er behov for sykehjem. Jeg ville hatt fokus på hvordan skal fremtidens boformer være? Vi må bort fra fokuset med sykehjems plasser og det har med holdninger å gjøre. Folk har et gammeldags syn på dette – også unge mennesker. Man tenker ikke alternativt, kun det som er og det skal det fortsette å være i fremtiden – men det må vi vekk fra. Vi må endre holdninger.

Det er ikke det at vi skal ta bort alle sykehjems plassene, men det er det at vi blir så mange mange eldre at vi er nødt til å ha noe annet også. Sykehjem skal være for de som har behov for det og for de som ønsker det – fordi det er en del som ønsker å komme på sykehjem. Men alle de andre må vi finne løsninger for.

### 5.1.3 Husbanken

Husbankens rolle er at de skal oppfylle myndighetenes målsetning med omsorgsplanen – nå er det omsorg 2020. De skal finansiere 1800 sykehjem og omsorgsboliger hvert år. Det blir lagt inn i statsbudsjettet hvor mange enheter Husbanken skal finansiere i det enkelte budsjettår. Investeringsstilskuddet er et stimuleringsstilskudd til at kommunene skal bygge sykehjem og omsorgsboliger. De finansierer ca. halvparten av hva en sykehjems plass koster, dette får kommunene i tilskudd. For inneværende år har de et budsjett på 3 milliarder. Foregående år var det 4,1 milliarder. Myndighetene har redusert antall plasser fra 2 500 til 1 800 for budsjettåret 2017. En sykehjems plass koster ca. kr. 3,5 millioner og det koster omtrent det samme om det bygges et sykehjem eller en omsorgsbolig. Husbanken forteller at da de fikk «omsorg 2015» - og den kom inn på statsbudsjettet i 2008, ble det åpnet opp for at Husbanken kunne gi tilskudd direkte til såkalte ikke kommersielle aktører (ideelle aktører), blant annet Frelsesarmeen som fikk tilskudd. Så ble det strammet inn i 2011 slik at kun kommunene kan motta tilskuddet. Kommunene kan inngå avtale med private aktører, for eksempel at en privat eier bygningsmassen og kommunen leier, men tilskuddet kan bare gis til kommunen. Det finnes noen kompliserte vinklinger kommunen kan gjøre der de kan bruke av tilskuddet fra Husbanken til å betale husleie, men dette er innviklet.

Husbanken mener skillet mellom omsorgsbolig og sykehjem blir borte i fremtidens boligform for eldre. De mener at det kommer til å bli gitt ett tilskudd om man søker om sykehjem eller omsorgsbolig. Fagdirektøren tror myndighetene i sterkere grad vil bidra med hjelp av velferdsteknologien til å gjøre at folk kan bo lengre hjemme. Rent økonomisk har vi ikke råd til å fortsette med den investeringen vi holder på med i dag i fremtiden. På grunn av «eldrebølgen» som kommer, blir det mere fokus på hjemmebaserte tjenester, slik at man kan bo lengre i eget hjem. At det legges opp til tilskuddsordninger med velferdsteknologi.

Det har kommet langt dette med velferdsteknologi med medisindispensere, overvåkningsteknologi. På «Almas hus» på gamle Aker sykehus har de installert velferdsteknologi i en gammel leilighet som et slags laboratorium. Her kan man se hvordan dette fungerer, de arrangerer visninger for publikum.

Husbanken bestemmer mye når det gjelder hvordan byggene skal bygges, de har sin egen «bibel», en veileder som de har utarbeidet med blant annet seniorforsker på Sintef Byggforsk Karin Høyland og husbankens arkitekter. Den ble publisert i 2009. Det arbeides nå med en revidert utgave, men det er ikke veldig store endringer. De aksepterer sykehjemsrom på 28 m<sup>2</sup>. Det vil være fokus på at det skal være mere hjemmelig, slik at man får plass til egne møbler.

Det skal bygges 2 dementlandsbyer i Norge, en på Lille Tøyen i Oslo og en på Dønski i Bærum, begge med plass til 136 beboere. Mange av elementene fra dementlandsbyen i Nederland forteller Sand, blir lagt til grunn når disse skal bygges. Alle leilighetene får eget bad og planen er at matlaging og vasking av tøy skal skje i boenheten. Det kan bli en utfordring å få dette godkjent av arbeidstilsynet og mattilsynet, men det jobbes med å finne en løsning.

Også Husbanken har en relativ lik oppfatning som byrådsavdelingen når spørsmålet om det kan være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand? De tror det på en eller annen måte blir noen sykehjem i fremtiden, men det blir som et mini sykehus.

I Danmark avskaffet man sykehjem i 1988, der heter det pleiebolig. En pleiebolig er slik at man har en trappetrinnsløsning. Man flytter inn i egen leilighet og så går du oppover i hierarkiet etter hvert som hvor dårlig du blir. I Greve kommune utenfor København, lå demensavdelingen på toppen i trappetrinnskonseptet.

Fagdirektøren i Husbanken er av den oppfatning av at de fleste som fungerer sånn noenlunde ønsker å bo hjemme, hvis ikke kan de bo på Omsorg+ konseptene. Han mener brann- og redningsetaten er veldig skeptisk til at folk bor hjemme for lenge med tanke på blant annet evakuering.

#### 5.1.4 Helsepartiet

Vi har for få sykehjemsplasser i dag, så vi må bygge nye sykehjem og det er spørsmål om politisk vilje sier partilederen i Helsepartiet, de ønsker å presse frem en politisk vilje. Det skulle skinne av eldreomsorgen sa de rødgrønne med 12 000 nye plasser – de klarte 567 plasser. Vi har altså 2 store blokker i norsk politikk i dag – hvor den ene ikke vil og den andre ikke kan.

Vi skulle hatt mer differensierte botilbud som er tilpasset funksjonsnivået. De fleste av de som bor på sykehjem i dag er ikke i stand til å lage mat selv, slik at et kjøkken er det ikke behov for. Men for de som er litt friskere og mer oppegående ville det ha vært fint og fått noe som lignet mer på et vanlig hjem.

Vi tror ikke på myten at eldre vil bo hjemme så lenge som mulig – ingen kan si hvor det kommer fra, men noe politikerne vil fordi det er billig. Det finnes ingen undersøkelse på dette, men det folk kanskje har svart er at de vil bo hjemme forutsatt at de er friske – det er ingen som vil bo hjemme og være redd, ensom og alene med trygghetsalarm hvor det kommer en hjemmesykepleier som tar deg ut av sengen 3 ganger om dagen – det er ingen som vil det. Da har man det bedre med et omsorgstilbud som er mer differensiert og folk må komme tidligere på hjem i trygge former. Folk kommer for sent inn på hjem. Anita Vatland, i pårørendealliansen, fortalte at snittiden man lå inne på sykehjem for 10-12 år siden var 35 mnd. før du døde – nå er tiden 13 mnd.

Vi ønsker at sykehjem skal ha mange servicefunksjoner selv om det vil bli kostbart, men vi mener at det ikke er noe viktigere enn å sørge for at liv og helse er på stell. Fremtidens sykehjem kunne kanskje ligget i et lite shoppingsenter. Vi har tro på en samlokalisering med studenter og eldre, der studentene bor for en billig penge og til gjengjeld gjør de tjenester for de eldre. Det må også tilrettelegges for at barnehager kan komme på besøk og at sykehjem kan ha dyr. Videre synes vi det er lurt å samle de med like diagnoser.

Også Helsepartiet er for at man i fremtidens sykehjem kan flytte inn når man ikke har behov for bistand og kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100 % bistand. Man kan jo tenke seg at man kan kjøpe boligen selv. Tilbudet må være noe helt annet enn det vi har i dag for at folk skal ha lyst til å flytte inn der. Vi snakker om å bygge helt nye bygg.

Helsepartiet mener det er viktig å legge til rette for at reguleringsprosessene skal kunne gå raskere enn i dag.

#### 5.1.5 Plan- og bygningsetaten

Plan- og bygningsetaten påpeker at man må være oppmerksom på støyforhold på fasader og uteareal i forbindelse med regulering av tomter hvor det skal bygges sykehjem eller omsorgsboliger. Luftkvalitet er også viktig. I tillegg er det er noen lokaliseringskriterier for sykehjem der vi ønsker at de skal ha nærhet til kollektivtransport, i forhold til besøkende, men det er ikke et absolutt kriterium. Ved omregulering er det er ikke dagens formål som er en utfordring, det er i bunn og grunn en selvstendig vurdering av tomtens kvaliteter, muligheter,

beliggenhet inkl. miljøforhold. Det er viktig at det er utgang til balkong/terrasse fra rommet eller avdelingen.

Politikernes del i prosessen er i starten og i slutten. Man baserer seg på det som før het «sykehjem og behovsplan» og som nå heter «behovsplan for eldre med hjelpebehov» som sier noe om hvilke prosjekter kommunen ønsker å gjennomføre – så starten er politisk, den vedtas politisk sammen med budsjettet. Også er det et politisk vedtak i enden av reguleringsprosessen.

Hvordan Plan- og bygningsetaten ser på sannsynligheten av å få igjennom en søknad om å bygge et sykehjem fremfor et næringsbygg er uavhengig av hvilken regulering vi snakker om (bolig, næring, sykehjem). Plan- og bygningsetaten gjør en selvstendig faglig vurdering som evt. må følges opp politisk. Men de gjør en vurdering om hva de mener er riktige formål for en tomt og for et område og den utviklingen vi ønsker. De tar utgangspunkt i det forslagsstiller foreslår, men er ikke nødvendigvis enige. Det er også viktig om man mener at det er behov for et sykehjem innenfor dette området. De har et faglig skjønn som gjør at de f.eks. kan foreslå det til offentlig ettersyn uavhengig av en politisk bestilling. Eller de kan si at det lar seg gjennomføre. De har, når kommunen selv er utvikler en dialog som starter i konseptvalgutredningsfasen der man ser på mulige sykehjem. Kommunen vurderer i slike tilfeller om de skal utvikle dette til et annet formål, eller om de skal selge eiendommen. Dersom noen har en tomt de ønsker å utvikle til sykehjem og de mener den er egnet, selv om den også er egnet til bolig, barnehage m.m. vil de gjerne si at det er greit så lenge forholdene ligger til rette for det – det er sjelden de vil gå imot et privat initiativ. Det er imidlertid ikke ofte de har foreslått, i forbindelse med private boligreguleringer, å bygge sykehjem istedenfor bolig. Men det kan være noen få tomter som peker seg ut til formålet sykehjem, men dette baserer seg ofte på hva vår avdeling for byutvikling har gjort.

Dersom kommunen har behov for sykehjem, kan det hende at byrådsavdelingen kommer med saker de må prioritere. Da vil de forsere de lovpålagte fristene, men ikke forskuttere etatens faglige vurdering, kun be dem å behandle sakene i et raskere tidsløp. Dersom det er en privat søker samtidig, vil det gå på bekostning av dem dersom de ikke har kapasitet til å behandle alle saker like fort, men de håndterer også de private innenfor de lovpålagte fristene.

De private har selvfølgelig en mulighet til å utvikle tomten sin. Man kan som privat drifte sykehjem uten tilskudd fra kommunen og man kan privat regulere eiendommen sin til sykehjem selv om kommunen ikke har behov for sykehjem.

Byrådsavdelingen kan også gi etaten beskjed om å prioritere både private og kommunale søkere.

Enhetslederen informerer om at en omreguleringsprosess i et normalløp tar fra 1,5/2 år til 5 år. Normalen er 2 til 2,5 år. Ved saker som skal prioriteres (altså skal forseres), rundt 1 år.

På spørsmål om en eiendom må omreguleres eller om det kan gis dispensasjon om bruk (forutsatt at eiendommen er regulert til bolig og at utnyttelsesgraden ikke skal forandres), svarer enhetslederen at når man gjør et så stort formålsskifte så krever det en reguleringsprosess jf. plan- og bygningsloven. Men dersom man ønsker å bygge seniorboliger og ikke sykehjem, ligger hovedskillet på døgnbemanning når de vurderer om det skal ligge inn under sykehjem/omsorgsboligregulering eller vanlig boligregulering. De har som utgangspunkt definert at dersom man har heldøgns bemanning, er man over i institusjon, offentlig privat tjenesteyting institusjon, sykehjem eller omsorgsbolig. Hvis man ikke har heldøgns bemanning, er man egentlig i boligkategorien, men den er utfordrende fordi det er et grensesnitt der som kommunen bruker tid på i hvert tilfelle.

På spørsmål om man flytter inn i fremtidens sykehjem uten å ha behov for pleie og bo der i alle faser til man har bruk for 100 % pleie, svarer enhetslederen med å tenke på Omsorg+-leiligheter som kan gjøres om til å fungere som sykehjem. Hun sammenligner med å gå til Danmark der de har en stor fleksibilitet i rommet, noe som gjør at du kanskje kan sette opp en vegg mens man fungerer ganske godt og har eget soverom og stue og kjøkken, mens når du blir ordentlig dårlig kan du kanskje ta bort veggene så du får mer areal til sengen – dette krever en større generøsitet i areal enn det vi legger inn i sykehjemmene nå. I Danmark hadde man også en interessant løsning på badet, for å spare plass, der man hadde en stor skyvedør slik at man fikk snusirkelen i overgangen mellom bad og soverom – man kunne kjøre rullestolen inn, snu med plass litt ut i soverommet, og så lukke døren. Det er noe om hva du prioriterer arealet til, dersom du ved et slikt grep kan få 5 m<sup>2</sup> ekstra til boareal er det en god løsning.

Når jeg spør henne om hun går inn i søkeprosessen og gir råd, sier hun at det har de gjort, men mest overfor Oslo kommune, det er selvfølgelig vanskelig å gjøre det overfor private, men hun er klar på at de har jo en ganske god kjennskap til for eksempel Husbankens vurderinger og deres kriterier osv så vi tar dette opp også med private forslagsstillere.

Vi jobber med demenslandsbymodellen på Lille Tøyen og på Furuset. Prosessen på Lille Tøyen startet i 2009, kjørte en stund, men så stoppet den og startet på nytt i 2015 og la vekk alt det gamle. Vi er opptatt av fleksibilitet slik at man ikke bygger noe som, når det endelig bygges, er

utdatert. Og så er det dette med møteplasser, der man klarer å trekke inn et nærområde. Vi snakker også veldig mye om dette om å klare å lage sykehjem som gjør at det livet du lever på sykehjemmet ligner på det livet du har levd før. I Nederland har de for eksempel en fantastisk blomsterhage, der folk i området kan komme og dyrke og plukke – dette fører nærmiljøet sammen med de eldre - også snakker de sammen fordi man tilfeldigvis er på samme sted. Dette har man gjennomgående gjort med forhold til alle sine halvoffentlige arealer – arealer som også andre kan ha glede av å bruke. Dette jobber vi med å få til, men vi har ikke kommet så langt med å konkretisere her enda hvordan vi kan få til de møtene - det å få litt liv inn i sykehjemmene. Vi ser i dag, ved sykehjemmene, at de gamle sitter ved inngangen, fordi det er der «det skjer». Vi må ivareta den funksjonen inn i sykehjemmet.

Kommunalt sambruk er et veldig aktuelt tema i Oslo nå, har man for eksempel et stort samlingsrom som også barnehagen kan komme til å bruke – det er en vinn-vinn situasjon, de gamle har tid og barna har entusiasme. Legge opp bygg som kan ivareta dette er veldig viktig.

#### 5.1.6 Privat aktør i drift av kommunale sykehjem i Oslo

Den eneste av intervjuobjektene som ønsket å være anonym var en i ledelsen i ett av de mange private driftsselskapene av de kommunale sykehjem.

Selskapet var også klare på at de mente man måtte bort fra institusjonspreget som er i dagens sykehjem, i morgendagens sykehjem. Et av de nye sykehjemmene i Oslo bærer, selv om det er helt nytt og fantastisk flott bygg, også preg av å være institusjonspreget. Utfordringen blir å klare å bygge noe som ikke er institusjonspreget.

I forhold til å bygge sykehjem som er kategorisert med for eksempel bare demente (dementlandsbyer) i et sykehjem og den mentalt friske i et annet, mente lederen at samfunnet rommer mange ulike mennesker og et hjem for eldre er veldig unaturlig at man bare har rundt deg folk som er lik deg selv, for sånn er jo ikke samfunnet for øvrig. Vi må legge til rette for mangfold. Vi må få inn andre grupper, vi må få inn barn og unge og ikke minst studenter i sykehjemmene. Det vil være med på å skape noe annet enn en institusjon. Dette med dementlandsbyer har nok også noe for seg, jeg sier ikke at det må være enten eller. En ting er idealbildet i forhold til hvordan man skulle tenke seg å bygge det, men det skal være hensiktsmessig i en driftsituasjon også. Noen ganger kan det konkurrere med hverandre.

Politikerne må legge til rette for at det skal bygges nok sykehjem og planlegge godt, for å demme opp for eldrebølgen som kommer. I dag er de ikke i takt. Nå bygger de jo ned antall sykehjemsplasser i alle fall i Oslo, før de eventuelt tar dem opp igjen hvis man ser at eldrebølgen

kommer. De lukker øynene for dette nå. Politikerne kan jo ikke bygge ned sykehjems plasser og tenke at folk skal klare seg lengre hjemme, uten å ruste opp hjemmetjenesten.

Når jeg spør om det er godt lagt til rette for at private aktører kan bygge og drive sykehjem i dag, blir lederen fortvilet. Det er det ikke lagt til rette for. Vi drifter på vegne av Oslo kommune. Det finnes bare noen i liten skala. Men det ville jo kunne avlaste kommunene for ganske store investeringskostnader, både i forhold til at private aktører kan komme inn i eksisterende bygg og ta på seg å rehabilitere byggene eller bygge nytt. Med de utfordringene som er i kommuneøkonomien så skulle man jo tenke at det kunne være interessant og aktuelt. Vi ser det i sykehussektoren der Helse sørøst har store investeringskostnader fremover ved bygging av nye sykehus og hvordan de private sykehusene kan stå for investeringene i nybygg.

Videre mener lederen at det kan være et marked for å bygge sykehjem i litt større skala i privat regi der beboerne betaler prisen for å bo der av egen lomme. Men kun i Oslo og der det er tett befolket, vil noen være villig til å betale for det. Rundt omkring i landet vil det være en stor risiko å bygge slike.

Det at det er mange politikere som mener at de fleste ønsker å bo hjemme, mens Helsepartiet mener at det ikke finnes noen dokumentasjon på dette og at eneste grunnen til dette er at det er billigere å ha folk boende hjemme enn å ha de på sykehjem, den private aktøren sier at det er stor forskjell bare her i byen fra bydel til bydel hvor lett eller vanskelig det er å få en sykehjems plass. Og sånn kan det ikke være. Så tror vi at det er noen som får sykehjems plass som heller kunne tenke seg å bo hjemme og så er det sikkert noen som ikke får det som kunne tenke seg å få det.

Lederen hos den private aktøren mener at private aktører er en viktig aktør fordi de er med på å pushe de kommunale til å bli bedre og de på oss. Vi må hele tiden levere i henhold til kontrakt eller beder hvis ikke blir ikke kontakten fornyet.

### 5.1.7 Sykehusprest Yvonne Andersen

En sykehjemsprest blir godt kjent med mange beboere og vil ha et spesielt utgangspunkt til å kunne si noe omkring hva beboerne tenker om forskjellige ting.

Generelt er det mange som trives godt på sykehjem mens noen ikke finner seg til rette. Når jeg spør om hva hun tenker når hun får spørsmålet om at de fleste politikere mener de fleste ønsker å bo hjemme, sier hun at det er avhengig av hvordan man stiller spørsmålet – dersom du spør: «vil du bo hjemme så lenge som mulig?» vil tilnærmet alle svare ja, men hvis du kommer med oppfølgingsspørsmålet: «føler du deg i stand til det?» da vil mange svare at de ikke føler seg i

stand til det, mange har angst og er redd for å bo alene og de synes det er trygt å bo et sted det er folk hele døgnet. Mange av mine samtaler med de som bor på Helsehus (et sted der de kun er for en kortere periode), følte på utryggheten ved det å måtte reise hjem. Mange av disse vil helst bo hjemme, men når de skjønner at de ikke klarer det, vil de bo på sykehjem og det tror jeg er en stor gruppe. Det at velferdsteknologien har kommet langt betyr ikke nødvendigvis at så mange flere kan bo hjemme. Vi må huske på at den gruppen mennesker vi snakker om nå ikke har vokst opp med den teknologien innen data, sosiale medier – at de må forholde seg til data og mobiltelefoner ol. mange evner ikke å utnytte den teknologien men blir mer engstelige av det.

Det at sykehjem i dag er institusjonspreget er selvfølgelig noe av årsaken til at noen ikke vil være på sykehjem, men selv om det er slik det er, føler mange at de bor på et hotell, det er det mange pårørende som forteller meg. Folk er veldig forskjellig noen synes det er slitsomt å bo sammen med andre mennesker og noen er ensomme selv om det er mange mennesker rundt en. Små enheter er best. Det er det forsket på. En herlig historie i forhold til at det er mange sykehjem som ikke har bad eller toalett på rommet sitt: En pårørende spurte en beboer om hun ikke savnet et toalett på rommet sitt, hvorpå hun svarte at hun hadde jo aldri hatt et toalett på soverommet sitt, hun hadde alltid gått ut på gangen for å komme på badet, så det hadde hun aldri savnet. De med demens er nok mest opptatt av fellesrommene fordi det er der de ønsker å tilbringe mest tid. Mange pårørende er opptatt av hvordan værelsene er, men de gamle er mindre og mindre opptatt av hvordan værelset ser ut. De er opptatt av om personalet er vennlige eller ikke og om de har tid. Men det er alltid noen som er opptatt av omgivelsene. Det er stort behov for et flerreligiøst rom (seremonirom) med avtakbare symboler – det er jo nedfelt i menneskerettighetene at man skal få utøve sin tro. Det må være tilrettelagt for rullestoler og rullatorer.

Bør de med demens bo sammen i en demenslandsby eller bør alle bo sammen, spør jeg og der er sykehjemspresten klar på at det er ikke noe entydig svar på, fordi de som er rammet av demens er så forskjellige. Hvis alle med demens er i samme avdeling, samhandler ikke de nødvendigvis med hverandre, man kan øke forvirringen, frustrasjonen og sorgen fordi man er på forskjellig nivå. Dersom man blander de som har demens med de som ikke har demens, vil de som ikke har demens føle at det er vondt for dem fordi de ikke kan snakke med de som har demens. Det vi vet er at de fleste som har demens bor hjemme og lever blant oss i samfunnet. De får hjelp av familie, naboer og hjemmesykepleier. Jeg tenker heller at vi må ha et



demensvennlig samfunn, vi må ha rom for å hjelpe folk som sliter med demens i hverdagen. Samtidig må vi se at noen kan ha det best i demenslandsbyer.

## 6 SPØRREUNDERSØKELSER

Spørreundersøkelsen er gjort for å nå frem til en større andel respondenter enn det som var mulig med intervjuer. I det følgende blir de mest sentrale og relevante funnene fra spørreundersøkelsen oppsummert. Ikke alle resultatene er presentert her, men undersøkelsene i sin helhet er lagt ved i vedlegg 2.

### 6.1 Forklaring av gjennomgang av spørreundersøkelsene

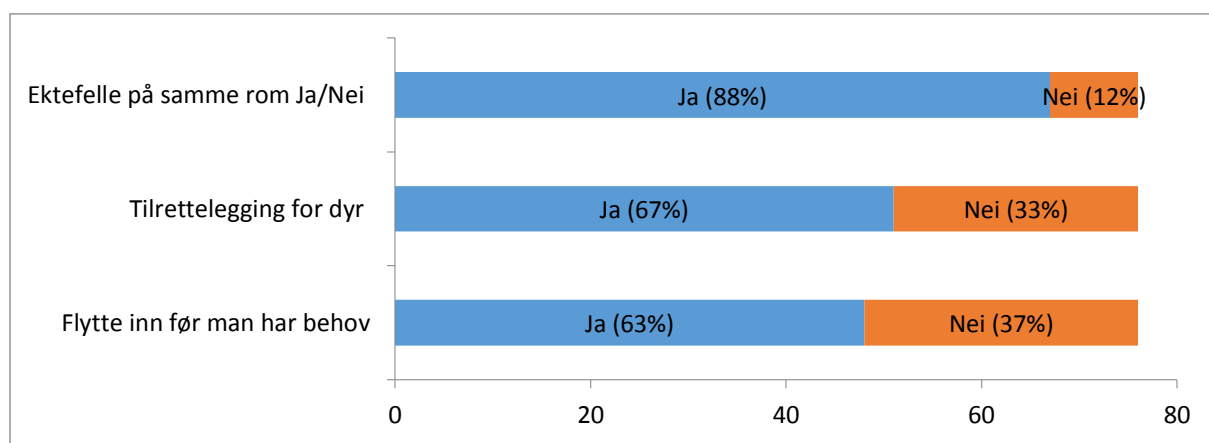
Først vil de mest sentrale funnene i spørreundersøkelse 1 bli oppsummert. Så blir funnene fra spørreundersøkelse 2 oppsummert. Til slutt blir funnene fra spørreundersøkelse 3 oppsummert. Funnene fra spørreundersøkelsene er fremstilt grafisk i søylediagrammer.

#### 6.1.1 Spørreundersøkelse 1 – Ansatte på sykehjem

Det ble levert ut spørreskjemaer til totalt 76 ansatte fordelt på de 5 sykehjemmene som ble besøkt. Alle svarte på alle spørsmål og det var positiv respons på å utføre oppgaven.

##### Ektefeller på samme rom, tilrettelegging for dyr og flytte inn før man har behov.

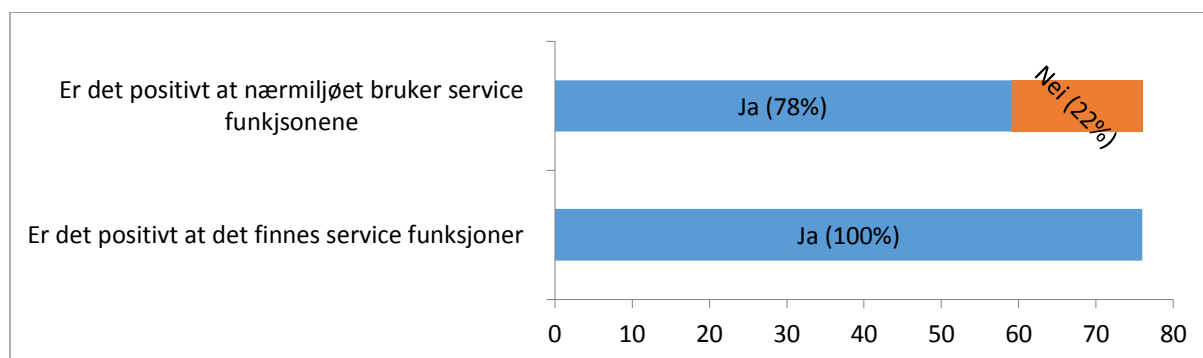
88% mener at ektefeller bør få bo på samme rom (Figur 60). Et flertall 67% mener det er viktig at sykehjem tilrettelegges for dyr (Figur 60). Et viktig spørsmål har vært kommunisert til alle, også intervjuobjektene, og det er «Kan det være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand?». Her er det et flertall av de ansatte på 63% som synes det er en god ide (Figur 60).



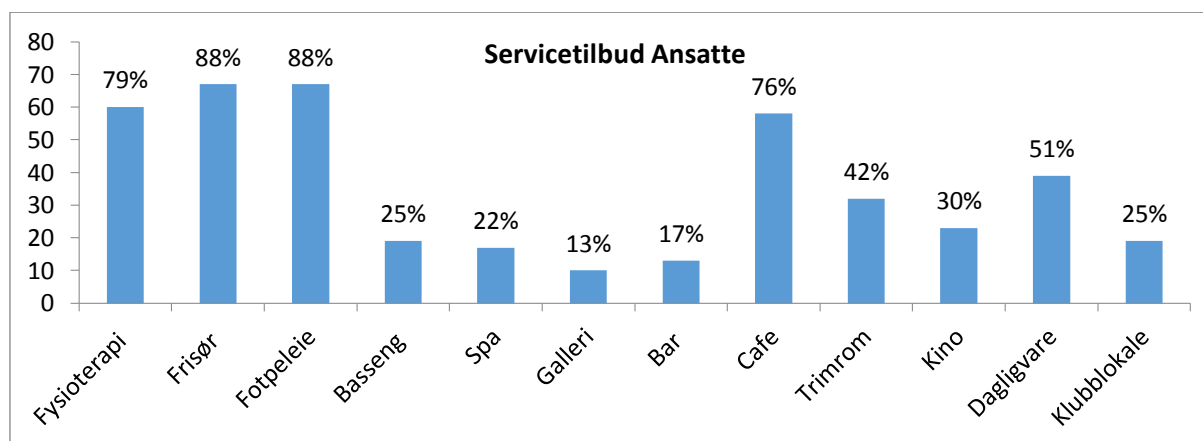
Figur 60 Svar fra ansatte på sykehjem. Ektefeller på samme rom, tilrettelegging for dyr og flytte inn før man har behov.

### Positivt med servicefunksjoner og at nærmiljøet benytter disse.

100% av de spurte vil ha servicefunksjoner i et sykehjem (Figur 61), det er ikke oppsiktsvekkende, men at det er 22% av de ansatte som er skeptisk til at nærmiljøet skal bruke servicefunksjonene er noe mer overraskende (Figur 61). Det var mulig å krysse av inntil 6 av alternativene og de ansatte har størst oppslutning om: frisør (88%), fotpleie (88%), fysioterapi (79%), Café (76%), dagligvarebutikk (51%) og trimrom (42%) (Figur 62).



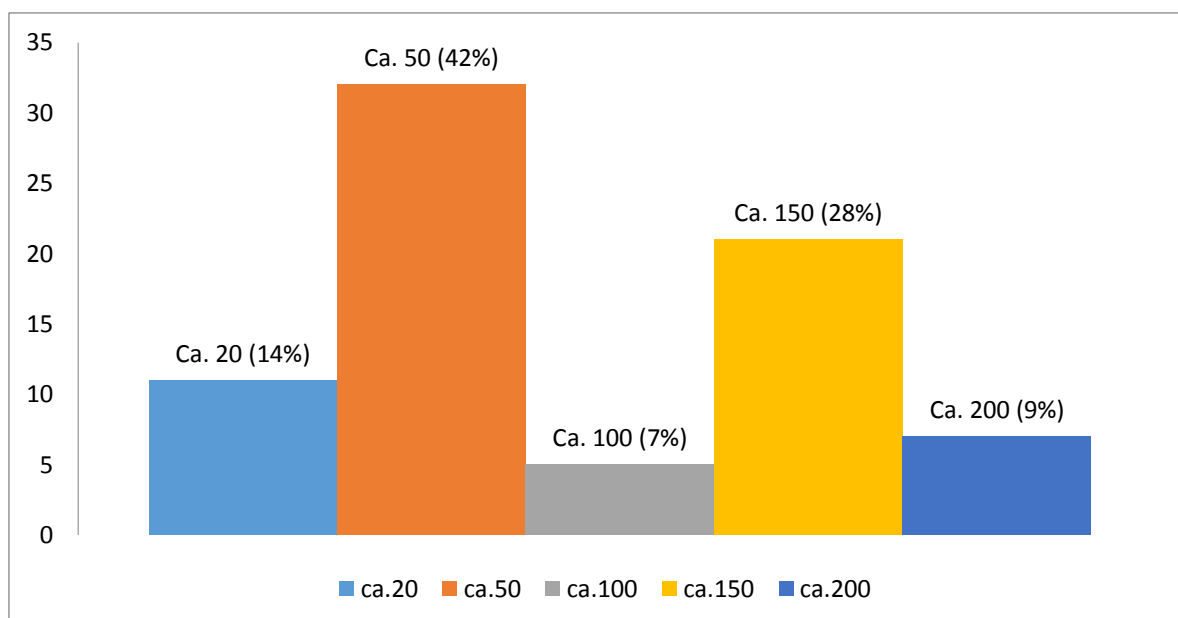
Figur 61 Svar fra ansatte på sykehjem. Positivt med servicefunksjoner og at nærmiljøet benytter disse.



Figur 62 Svar fra ansatte på sykehjem. Type servicefunksjoner

### Antall beboere på sykehjem

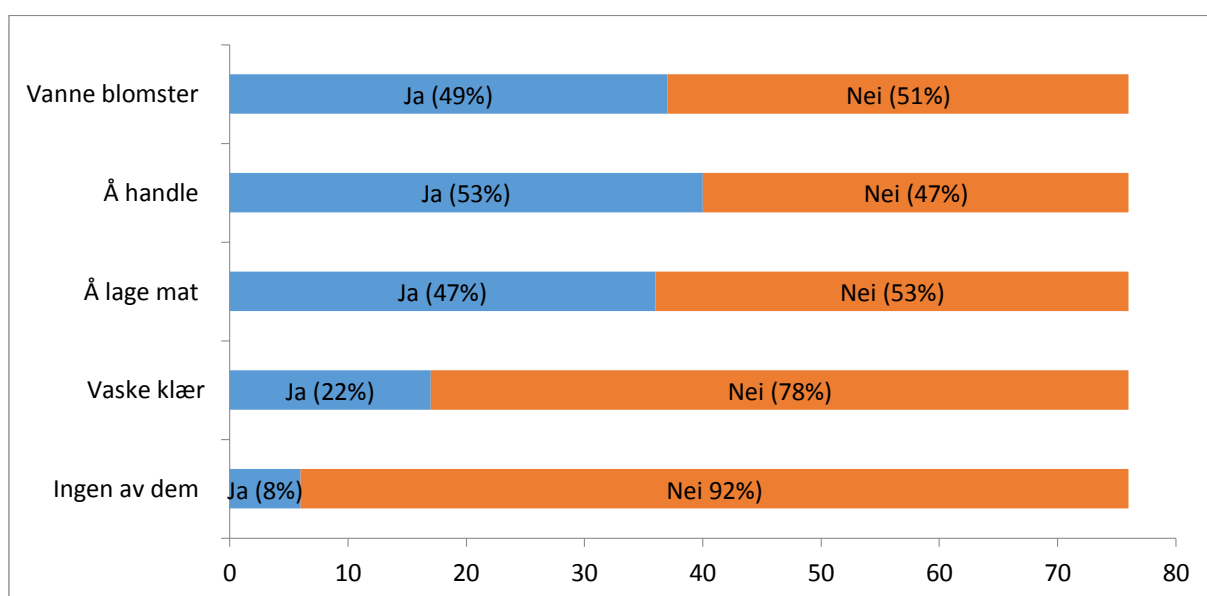
Et svært viktig spørsmål for en eiendomsutvikler er hvor stort skal et sykehjem være? Hvor mange beboere vil være ideelt? 42% av de ansatte mente at et antall på rundt 50 beboere ville være det beste, mens noe overraskende var 150 beboere på annen plass med 28%. (Figur 63).



Figur 63 Svar fra ansatte på sykehjem. Antall beboere på sykehjem

### Hverdagsaktiviteter

De ansattes oppfatning av om det er viktig at det tilrettelegges for at beboerne kan fortsette med sine hverdagsaktiviteter på sykehjemmet var at 8% krysset av på «ingen av dem» noe som betyr at de fleste mente at de gamle ønsker å beholde sine hverdagsaktiviteter. Det å lage mat kom høyest ut (53%), vanne blomster (51%) og handle (47%) de 3 som ble høyest prioritert (Figur 64).



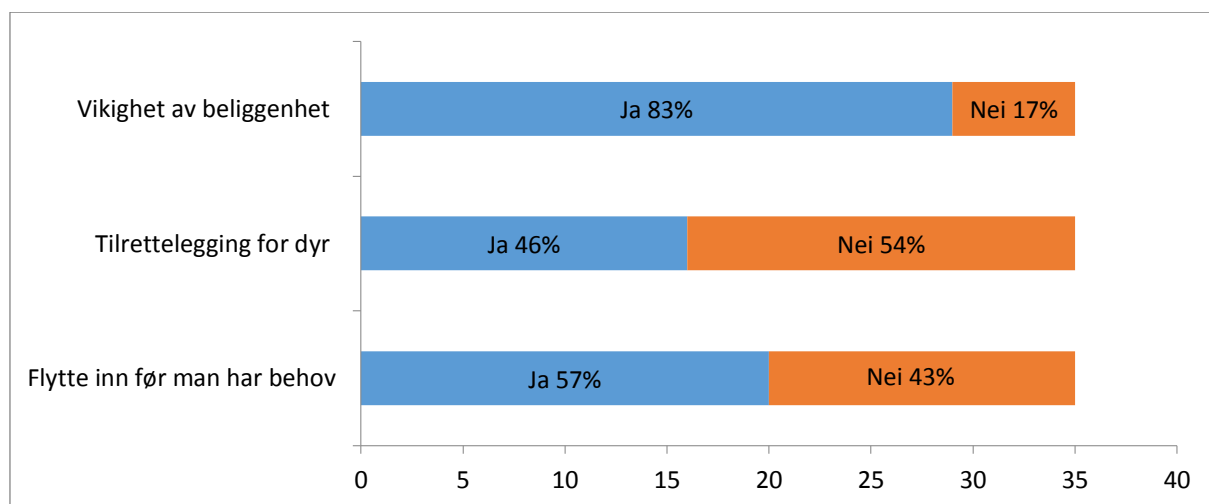
Figur 64 Svar fra ansatte på sykehjem. Hverdagsaktiviteter

### 6.1.2 Spørreundersøkelse 2 – Dagens beboere på sykehjem

I denne undersøkelsen deltok 35 beboere fra 4 sykehjem i Oslo. I det femte sykehjemmet var det bare demente og ingen var i stand til å svare. Den beste måten å utføre spørreundersøkelsen på var å sette seg ned med én av gangen og lese opp spørsmålene, slik at jeg var sikker at de forstod spørsmålene. Alle svarte på alle spørsmålene og det var stor entusiasme fra de beboerne som de ansatte hjalp til med å plukke ut. De måtte plukkes ut av de ansatte fordi ca. 83 % av alle beboere på sykehjem i Oslo er demente.

#### Tilrettelegging for dyr, flytte inn før man har behov og viktighet av beliggenhet.

På spørsmål om det viktigste er at sykehjemmet ligger i nærheten av der dine pårørende bor, fremfor ved naturen/sjø/fjell noen timer unna bostedet, var det et klart flertall på 83% som ønsket at sykehjemmet skulle plasseres nær de pårørende (Figur 65). Et mindretall (46%) mener det er viktig at sykehjem tilrettelegges for dyr (Figur 65). Et viktig spørsmål har vært kommunisert til alle (også intervjuobjektene), og det er «Kan det være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand?». Her er det et flertall beboerne på 57% som synes det er en god ide (Figur 65).

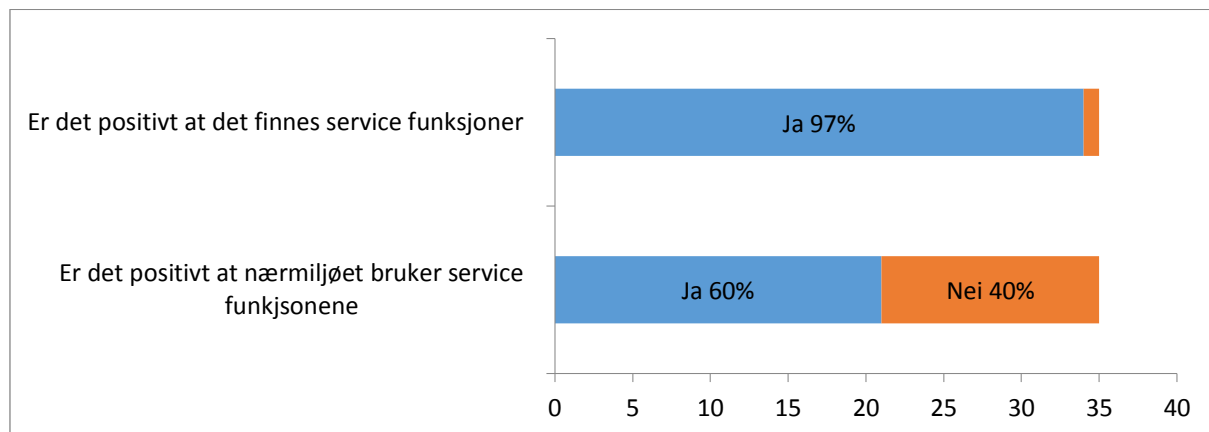


Figur 65 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Tilrettelegging for dyr, flytte inn før man har behov og viktighet av beliggenhet.

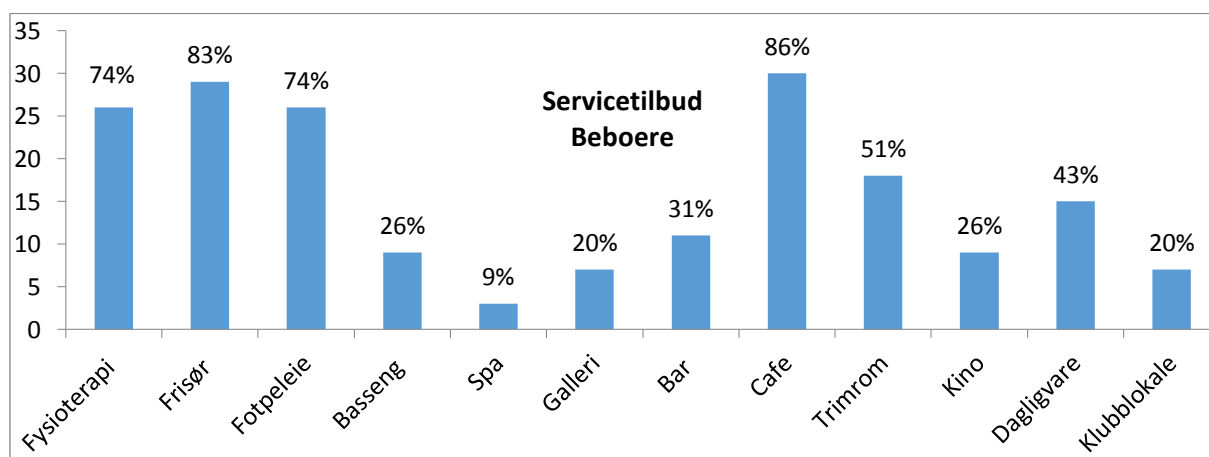
#### Positivt med servicefunksjoner og at nærmiljøet benytter disse.

97% av de spurte vil ha servicefunksjoner i et sykehjem (Figur 66), en forholdsvis stort mindretall av beboerne, 40%, er skeptiske til at nærmiljøet skal bruke servicefunksjonene, dette viser at ikke alle er like sosiale (Figur 66). Det var mulig å krysse av inntil 6 av alternativene

og de ansatte har størst oppslutning om: café (86%), frisør (83%), fotpleie (74%), fysioterapi (74%), trimrom (51%) og dagligvarebutikk (43%), (Figur 67).



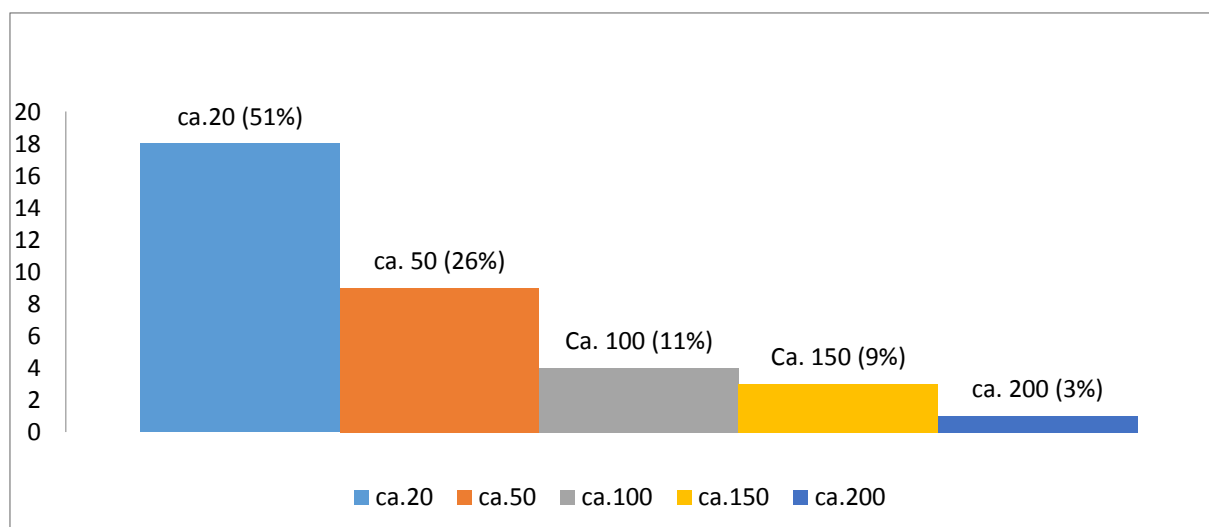
Figur 66 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Positivt med servicefunksjoner og at nærmiljøet benytter disse.



Figur 67 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Type servicefunksjoner

### Antall beboere på sykehjem

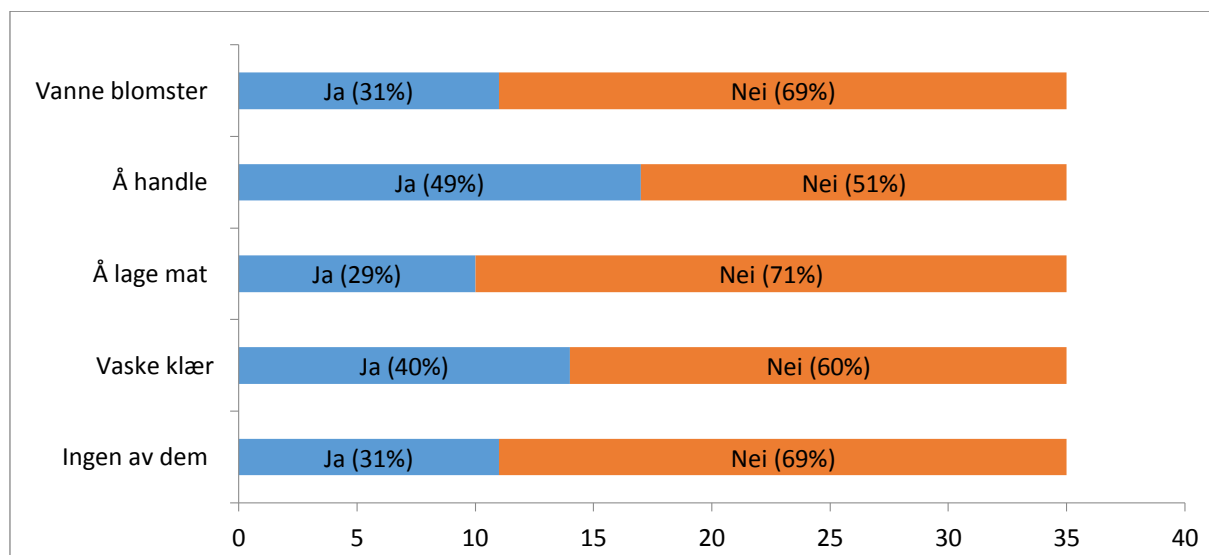
Et svært viktig spørsmål for en eiendomsutvikler er hvor stort skal et sykehjem være? Hvor mange beboere vil være ideelt? 51% av beboerne mente at et antall på rundt 20 beboere ville være det beste, mens 26% ønsket ca. 50 beboere. (Figur 68). Ikke overraskende har de ønske om at sykehjemmene skal være små.



Figur 68 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Antall beboere på sykehjem

### Hverdagsaktiviteter

Beboernes oppfatning av om det er viktig at det tilrettelegges for at de skal kunne fortsette med sine hverdagsaktiviteter på sykehjemmet var at 31% krysset av på «ingen av dem» noe som betyr at de fleste mente at det var fint å beholde sine hverdagsaktiviteter. Det å handle kom høyest ut (49%), vaske klær (40%) og vanne blomster (31%), (Figur 69).



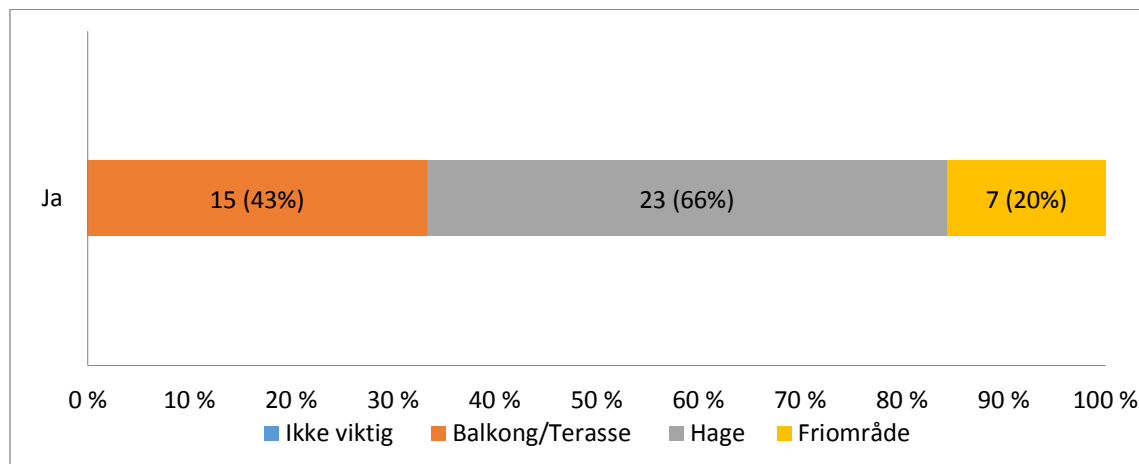
Figur 69 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Hverdagsaktiviteter

### Utgang til balkong/terrasse, hage eller friområde

På spørsmål om det er viktig å ha direkte utgang fra rommet, var det mulig å velge flere alternativ, svarene var klare 66% ønsket utgang til hage, mens 43% ønsket utgang til balkong/terrasse og 20% ønsket utgang til friområde. Konklusjonen er klar, alle ønsker å kunne



ha direkte utgang til friluft – ingen krysset av på «ikke viktig». Det var mulig å krysse av på flere svaralternativer (Figur 70)



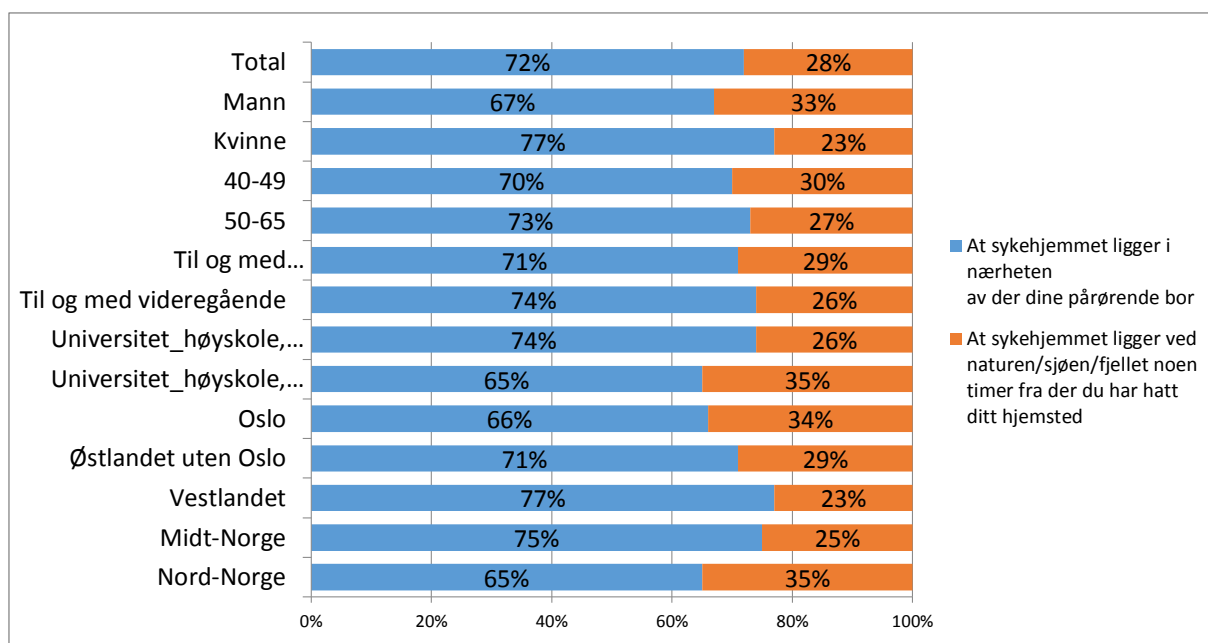
Figur 70 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Utgang til balkong/terrasse, hage, friområde

### 6.1.3 Spørreundersøkelse 3 – fremtidens beboere av sykehjem

I denne undersøkelsen, av fremtidens beboere av sykehjem, var ikke mulig å utføre selv, derfor ble Ipsos MMI engasjert for å utarbeide en representativ undersøkelse av denne gruppen. Feltarbeidet for undersøkelsen er gjennomført på web i perioden: uke 10 – 11 i 2017. Totalt ble det gjennomført 769 komplette intervjuer. Datasettet er vektet på populasjonsvekt i aldersgruppen “40-65”. Base er komplett med 769 respondenter. Det er ikke meldt om feil eller mangler i gjennomføringen av denne undersøkelsen.

#### Viktighet av beliggenhet

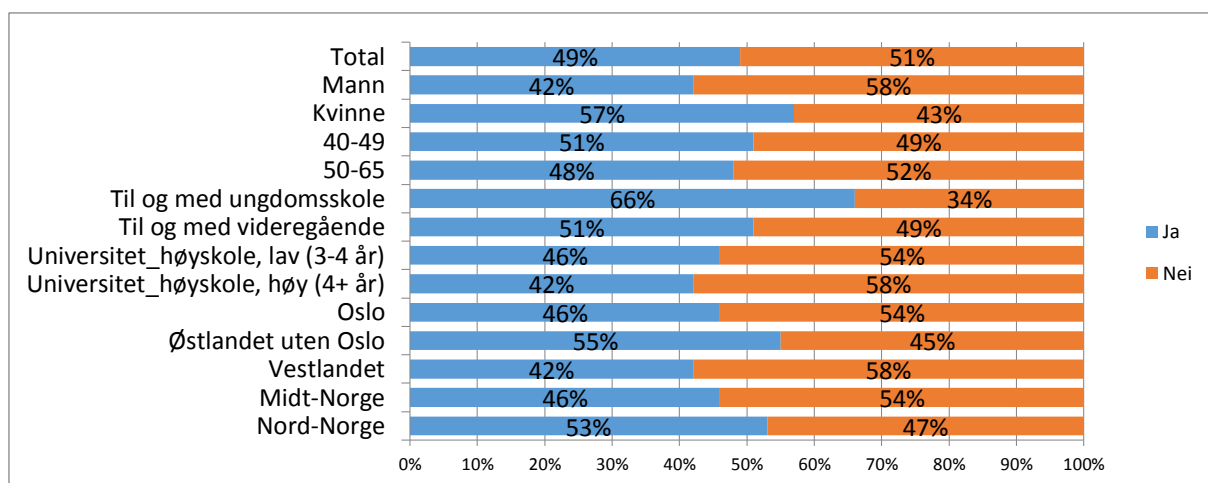
På spørsmål om det viktigste er om sykehjemmet ligger i nærheten av der de pårørende bor fremfor ved naturen/sjø/fjell noen timer unna bostedet, var det noe mindre flertall (72%) som ønsket at sykehjemmet skulle ligge nær de pårørende (Figur 71) enn dagens beboere hadde (83%).



Figur 71 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Viktighet av beliggenhet [Ipsos 2017]

### Tilrettelegging for dyr

Snittet av befolkningen er nesten delt på midten (49%/51%) som ønsker at sykehjem skal tilrettelegges for dyr (hund og katt), (Figur 72)

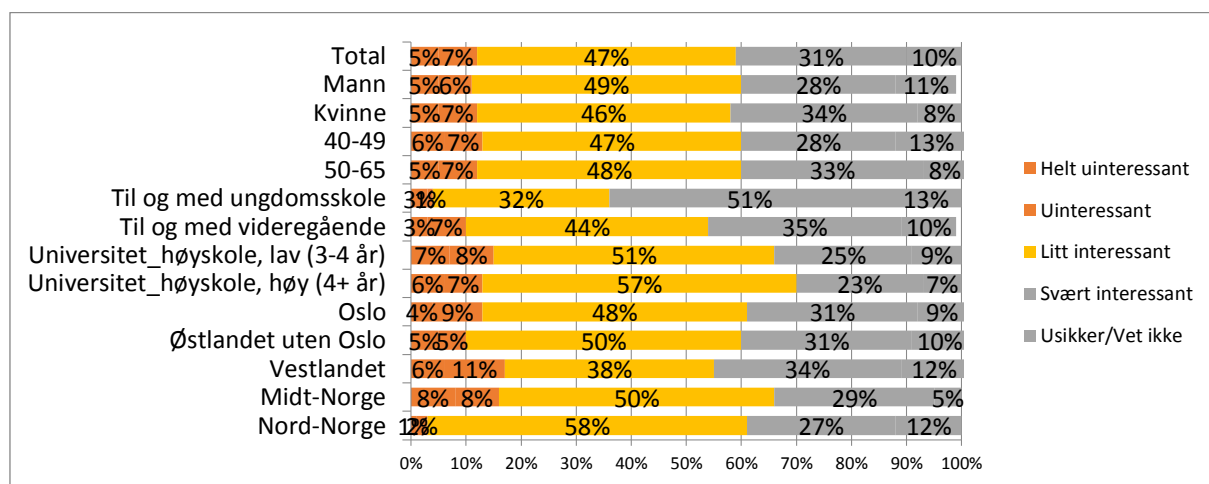


Figur 72 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Tilrettelegging for dyr [Ipsos 2017]

### Flytte inn før man har behov.

Det viktige spørsmålet som har vært kommunisert til alle (også intervjuobjektene), er «Kan det være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov

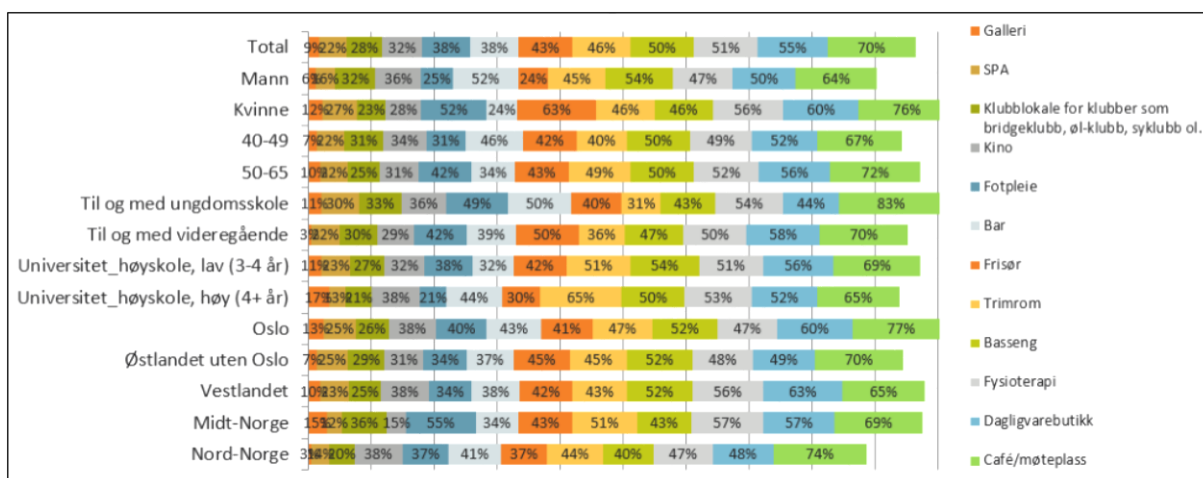
for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand?». Her er det et flertall av det norske folk som mener det er litt interessant (47%) eller svært interessant (31%) – totalt 78%. (Figur 65).



Figur 73 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Flytte inn før man har behov [Ipsos 2017]

### Servicefunksjoner i sykehjemmet

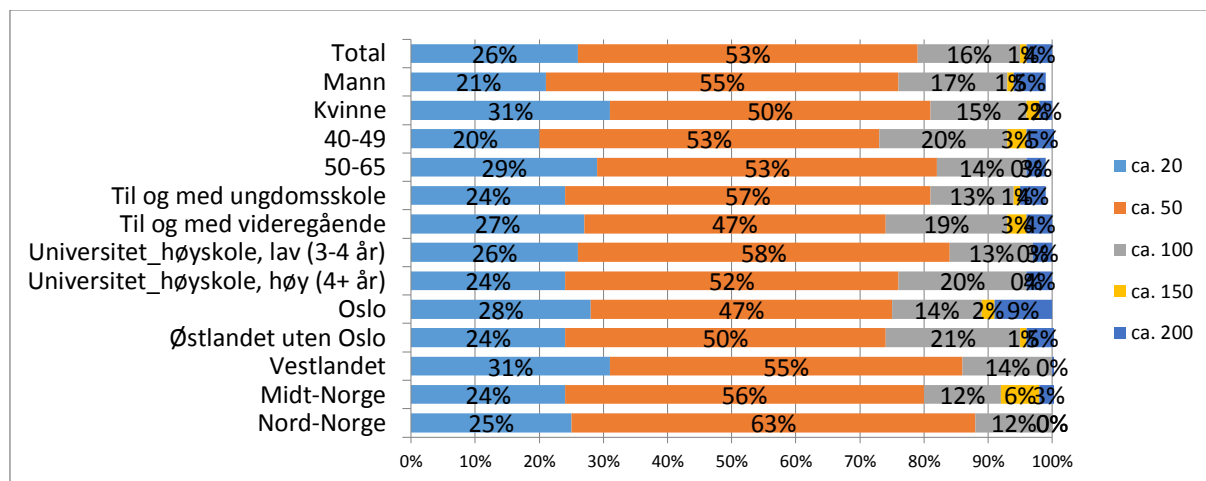
99% av de spurte vil ha servicefunksjoner i et sykehjem (Figur i Vedlegg 2). Det var mulig å krysse av inntil 6 av alternativene og befolkningen har størst oppslutning om: Café/møteplass (70%), dagligvarebutikk (55%), fysioterapi (51%), basseng (50%), trimrom (46%) og frisør (43%) (Figur 74). At nærmiljøet skal kunne bruke servicefunksjonene er det en overlegen del av de fremtidige brukerne som sier ja til (92%) (figur i vedlegg 2).



Figur 74 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Servicefunksjoner i sykehjemmet [Ipsos 2017]

### Antall beboere på sykehjem

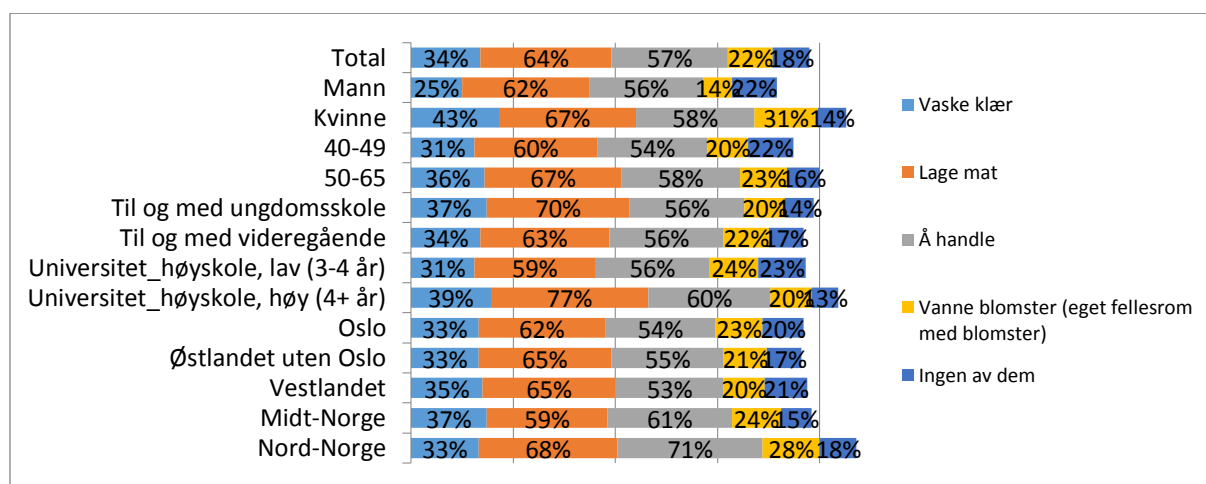
Et svært viktig spørsmål for en eiendomsutvikler er hvor stort et sykehjem skal være? Hvor mange beboere vil være ideelt? 53% av beboerne mente at et antall på rundt 50 beboere ville være det beste, mens 26% ønsket ca. 20 beboere. (Figur 68). Ikke overaskende har også denne gruppen et ønske om at sykehjemmene skal være små.



Figur 75 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Antall beboere på sykehjem [Ipsos 2017]

### Hverdagsaktiviteter

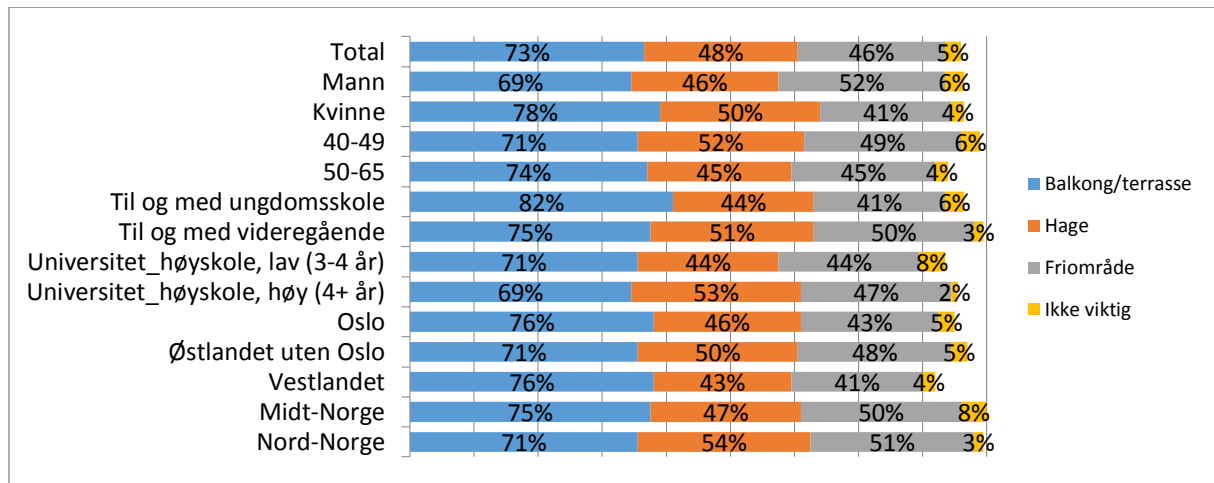
Fremtidens beboeres oppfatning av om det er viktig at det tilrettelegges for at de skal kunne fortsette med sine hverdagsaktiviteter på sykehjemmet var at 18% krysset av på «ingen av dem» noe som betyr at de fleste også her mener at det var fint å beholde sine hverdagsaktiviteter. Det å lage mat kom høyest ut (64%), å handle (57%) og vaske klær (34%), (Figur 76).



Figur 76 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Hverdagsaktiviteter [Ipsos 2017]

### Utgang til balkong/terrasse, hage eller friområde

På spørsmål om det er viktig å ha direkte utgang fra rommet, var det mulig å velge flere alternativ, svarene var klare 73% ønsket utgang til balkong/terrasse, mens 48% ønsket utgang til hage og 46% ønsket utgang til friområde. Konklusjonen er klar, alle ønsker å kunne ha direkte utgang til friluft – ingen krysset av på «ikke viktig». Det var mulig å krysse av på flere svaralternativer (Figur 77).



Figur 77 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Utgang til balkong/terrasse, hage eller friområde [Ipsos 2017]



## 7 DISKUSJON

I dette kapittelet vil resultatet fra dokumentstudiet, intervjuene og spørreundersøkelsene diskuteres eller drøftes opp mot hverandre og opp mot den litteraturen som er innhentet til oppgaven.

### 7.1 Diskusjon av funn og resultater

Oppgaven ønsker å finne ut hvordan man skal bygge sykehjem tilpasset det fremtidige behov. De samme spørsmålene som er stilt i kapittel 1.

Forskningsspørsmålene som er lagt til grunn for å kunne besvare oppgavens problemstilling er delt i 2:

Fra brukere og ansattes ståsted:

#### ***Hvordan vil dagens brukere av sykehjem ønske at sykehjem skulle vært bygget?***

Funnene fra spørreundersøkelse 2 gir svar på noe av dette spørsmålet. Alle (93%) ønsker å få enkeltrom og en overvekt (77%) ønsker å få bo sammen med ektefellen dersom man ender opp der sammen. Det er veldig få, i dag, som er i en situasjon at begge ektefellene kommer på sykehjem samtidig (2%), slik at det, sett fra en eiendomsutviklers ståsted, vil det være tilstrekkelig å bygge de fleste rommene tilpasset én person. Det er imidlertid trolig at det i fremtidens sykehjem, vil bli en økning av ektefeller som vil bo sammen. Dette fordi 57% av dagens beboere vil ønske å flytte inn på sykehjem før man har behov for pleie. Dette betyr at på fremtidens sykehjem bør man beregne at flere av rommene må bygges så store at det er plass til 2 personer. Nesten halvparten av de spurte ønsker ikke å ha tilgang til kjøkken, den resterende halvparten ønsker å enten ha tilgang til felleskjøkken eller minikjøkken på rommet. Dette betyr at rommene med fordel bør bygges med et minikjøkken samt at det avdelingsvis bygges et større kjøkken. I forhold til servicefunksjoner er det klart at det var fire typer funksjoner som stakk seg ut som mest populære. Det var Fysioterapi, frisør, fotpleie, Café og til en viss grad dagligvarebutikk. Det som var minst populært var SPA-anlegg, klubblokale, galleri og kino. Fordi jeg personlig stilte alle beboerne spørsmålene, fikk jeg vite at flere av servicefunksjon alternativene ikke var aktuelle å krysse av fordi de ikke var i stand til å kunne bruke disse, på grunn av sin fysiske og til dels psykiske tilstand. Dette betyr igjen at fordi en stor andel av beboere vil ønske å flytte inn på sykehjem før man har behov for pleie, vil beboerne i fremtidens sykehjem være mye friskere. Dette vil gi seg utslag i at flere av de andre servicefunksjonene kan bli aktuelle. En overvekt av de spurte ønsket at servicefunksjonene skulle kunne benyttes



av nærmiljøet, noe som betyr, sett fra en eiendomsutviklers ståsted, at beliggenheten er viktig. Dette fordi det nettopp vil være fornuftig å plassere sykehjemmet et sted det noen av disse servicefunksjonene allerede ligger i nærområdet og andre kan legges i sykehjemmet. Av hverdagsaktivitetene var det å handle viktigst, 49% ønsket det. Dette underbygger at det er viktig med dagligvarebutikk. Det som var et viktig funn var at størrelsen på sykehjemmene skulle være ca. 20 beboere (51%) eller 50 beboere (26%). Alle ønsket utgang til friluft fra rommet, til balkong/terrasse, hage var det som skåret høyest. Det betyr at alle rom må ha utgang til balkong/terrasse. I tillegg er sansehagene populære, det kom frem i samtalene med alle lederne for samtlige av sykehjemmene i USA, Island og i Norge. Et svakhetspunkt ved denne spørreundersøkelsen, var at kun 35 personer deltok på undersøkelsen, men en klar indikasjon må vi kunne trekke ut fra den.

### ***Hvordan vil fremtidens brukere av sykehjem ønske at sykehjem skal bygges?***

Funnene fra spørreundersøkelse 2 utført av Ipsos MMI, som ble engasjert for å utarbeide en representativ undersøkelse av de som vil være beboere på sykehjem om 10-40 år, gir svar på noe av dette spørsmålet. Her er svarene i tillegg delt i forhold til kjønn, alder (40-49 år og 50-65 år), utdannelsesnivå og hvor i landet man bor. Mange av resultatene var overraskende like som dagens beboere av sykehjem hadde. De største forskjellene var at 70% ønsket å ha et minikjøkken på rommet. Dette betyr at alle rom må innredes med kjøkken. På spørsmålet om serviceaktiviteter kom basseng høyt opp, noe som nok gjør at en eiendomsutvikler nok vil se at det vil være populært og fornuftig å bygge et basseng i fremtidens sykehjem. Hele 92 % vil at nærmiljøet skal benytte servicefunksjonene. Når det gjelder antall beboere, vil de fleste (53%) at det skal være 50 beboere på et hjem. Det å bygge sykehjemmet ved naturen/sjø/fjell et stykke fra de pårørende, er det et noe større antall som ønsker i denne gruppen (28%) enn i gruppen med dagens beboere (17%). Det betyr at det vil være en nisje for en eiendomsutvikler å bygge utenfor byene, selv om de fleste vil bo nær de pårørende. Det å tilrettelegge for hund og katt i sykehjem ønsker rundt halvparten av de spurte. I rapporten utført i 2011 (Demens & Alderspsykiatri) var virkninger av hund og katt meget gode for sosialt miljø, humor og kommunikasjon for beboere og ansatte. Kun noen få var allergiske, men dette kan en eiendomsutvikler tenke på når bygget utformes. Det viktigste funnet er uansett, at ca. 80% ønsker at det skal kunne bli slik at man skal kunne flytte inn før man har et reelt behov for bistand til man etter hvert trenger opp mot 100% bistand. Som følge av den demografiske utviklingen anslås det at Oslo kommune vil ha behov for 3 400 flere plasser på institusjon (NHO Service). Den klare majoriteten av disse er sykehjemsplasser. Dette tilsvarer omtrent 30

sykehjem med dagens størrelse (115 plasser) eller ca. 70 nye sykehjem i dersom man skal legge vår undersøkelse til grunn. Dette bare i Oslo, slik at det vil være et stort marked hvis man ser hele landet som sitt marked. I følge den private aktøren vil det også være et marked for private aktører å bygge og drive sykehjem i privat regi, der beboerne betaler alle kostnader selv. En sykehjemsplass koster ca. 1 000 000,- pr. år i det kommunale systemet. Vi kjenner til at det koster mellom kr. 1 og 1 300 000,- å bo på et privat sykehjem i USA og disse sykehjemmene har hotellstandard gjerne med parkett, tepper, fargerike vegger og møbler som vi har hjemme i tillegg et bredt antall servicefunksjoner i bygget. De private aktørene som drifter for Oslo kommune klarer å drive sykehjemmene for ca. kr. 75 000,- billigere pr. år enn kommunen selv.

### ***Hvordan ønsker de ansatte på sykehjem at sykehjem skal bygges?***

Resultatet fra spørreundersøkelsen fra de ansatte var relativt like som for beboerne, men noen større utslag på noen spørsmål. En større overvekt var positive til tilrettelegging for dyr (67%). 63% av de spurte mente det ikke var noen fordel med å ha minikjøkken på rommene, noe som ikke harmonerer med det fremtidens beboere ønsker. Årsaken til dette er trolig at dagens beboere er så gamle og syke at det bare skaper ekstra problemer for de ansatte at beboerne skal lage mat på eget kjøkken. At de ansatte mener, med stort flertall (78%), at det er positivt at nærmiljøet bruker servicefunksjonene, bekrefter den dimensjonen om at et sykehjem skal være en del av «normalsamfunnet». Dette har intervjuene med plan- og bygningsetaten, Helsepartiet, Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester, den private aktøren og til dels Husbanken bekreftet – de ønsker alle at sykehjem må bli så likt som mulig det samfunnet vi lever i. Institusjonspreget må bort! Alle som har blitt intervjuet har vært klare på at institusjonspreget må fjernes, men, som lederen hos den private aktøren sa, er det vanskelig å bygge uten at det blir et institusjonspreg. Lederen henviste til 2 splitter nye hjem (åpnet i 2017) som ikke hadde klart å fjerne institusjonspreget. Vedkommende mente at noe av det som må til for å få bort institusjonspreget er at vi må få inn andre grupper, vi må få inn barn og unge og ikke minst studenter inn i sykehjemmene. Det vil være med på å skape noe annet enn en institusjon. Dette med dementlandsbyer har nok også noe for seg, det må ikke være enten eller. En ting er idealbildet i forhold til hvordan man skulle tenke seg å bygge det, men det skal være hensiktsmessig i en driftsituasjon også - noen ganger kan det konkurrere med hverandre. Det som kommer frem i intervjuene er at det ikke bygges sykehjem i andre land i Europa enn i Norge. De andre landene beskriver heller ikke sin boform som sykehjem, i Danmark bruker de pleiehjem. Noen av sykehjemmene i Oslo har byttet navn på sine sykehjem til bo- og

behandlingssenter eller bo- og servicesenter. Noen bruker bare «hjemmet» som for eksempel Manglerudhjemmet og Ullernhjemmet. Det er en liten del av det, men tilsammen – bygge mindre og mere lik en bolig, integrere studenter og barnehager samt fjerne sykehjemsbegrepet, vil mye være gjort.

Fra politiske myndigheters ståsted:

***Vil det være mulig å bygge om eksisterende sykehjem for å tilfredsstillе dagens krav og behov?***

I Oslo kommune skal flere sykehjem rives, blant annet Majorstutunet bo- og behandlingssenter i 2019 og nytt skal stå ferdig i 2021. Dette hjemmet er bygget i 1974 og tilbygget i 2000. Man har her, etter nøye gjennomgang, ikke funnet det økonomisk forsvarlig å rehabilitere dette. I Passivhusstandarden heter det at bygget skal tilfredsstillе krav til passivhus som definert i NS3701:2012 Kriterier for passivhus og lavenergibygninger - Yrkesbygninger ved nybygg og ved totalrehabilitering der tilsvarende krav fra teknisk forskrift som ved nybygg skal følges. Ved hovedombygging eller rehabilitering som ikke omfattes av teknisk forskrift slik som nybygg, skal bygget eller bygningsdelen som rehabiliteres/bygges om tilfredsstillе minimum energikarakter B for den aktuelle typen bygg i energimerkeordningen. I forhold til energiforsyning skal nye bygg og totalrehabiliteringsprosjekter over 250 m<sup>2</sup> bygges med system for vannbåren varme og søkes tilkoblet fjernvarmenettet der dette er mulig. Disse kravene gjør at det i all hovedsak blir vanskelig å rehabilitere bygg fra den berømmelige perioden (1972 – 1986) hvor det ble bygget 15 sykehjem over samme «lest». Det vil ikke være økonomisk forsvarlig. Derimot vil eldre bygg (før krigen og tidligere) kunne ha kvaliteter som innebærer at det vil være fornuftig å rehabilitere den gamle delen for å skape den fine balansen mellom nytt og gammelt. Dette har man klart bra på for eksempel Ullernhjemmet/Ullern Helsehus. Eugene Hanssen Aldershjem er et annet som vil kunne få den samme effekten ved en utvidelse. Et annet viktig element med gamle bygg er gjerne at de kan være oppført på byantikvarens gule liste og kan være umulige å rive, slik at man må finne løsninger der man integrerer gamle bygg i et nytt prosjekt.

***Vil reguleringsmyndighetene tilrettelegge for at tomteområder kan reguleres / omreguleres til sykehjem på en rask og effektiv måte?***

En reguleringsprosess/omreguleringsprosess tar, i et normalløp (uten forsering), fra 1,5 til 5 år. Dersom byrådsavdelingen ønsker at en eller flere saker skal prioriteres, vil plan- og bygningsetaten gjøre det og da tar det 1 år. Men i starten av en normal reguleringsprosess,

uavhengig av hvilken regulering vi snakker om (bolig, næring, sykehjem), gjør plan- og bygningsetaten en selvstendig faglig vurdering som evt. må følges opp politisk. De gjør en vurdering om hva de mener et riktige formål for en tomt og for et område og den utviklingen de ønsker. De tar utgangspunkt i det forslagsstiller foreslår, men de er ikke nødvendigvis enige. Det er også viktig om politikerne mener at det er behov for et sykehjem innenfor dette området.

***Vil politikerne tilrettelegge for at statlige, kommunale og private kan få konkurrere på like vilkår om å bygge og drive sykehjem? Evt. OPS?***

Av arbeidet som er gjort her fremkommer det at det ikke er lagt til rette for dette og det er ingenting som tyder på at det kommer til å skje slik signalene er i dag. Det blå byrådet satt med makten i hovedstaden fra 1995 til 2015. I perioden 2001 til 2015 økte antall private drivere av sykehjem fra 2 til 15. Samtidig har stadig flere sykehjem gått over fra kommunal til privat drift mens det totale antallet sykehjem ble redusert fra 60 til 48.

I Oslo er det i dag et rødt byråd og de ønsker en avprivatisering / rekommunalisering av driften av sykehjemmene. Dette begrunnes med at stadig flere eldre kan bo hjemme grunnet bedre helse og ny velferdsteknologi. Helsepartiet og Helse- og sosialombudet er enige om at de bekymrer seg for om de som trenger en sykehjems plass får det. Helsepolitikerne er opptatt av at vi skal bo hjemme så lenge som mulig – og det synes alle er fint, men de er også opptatt av at de som føler seg utrygge i hjemmet og de som har et stort hjelpebehov, må få sykehjems plass. Helsepartiet mener det ikke finnes dokumentasjon for den myten at eldre vil bo hjemme så lenge som mulig. Politikerne vil dette fordi det er billigst. Sykehjemspresten mener at det kommer an på hvordan man stiller spørsmålet: vil du bo hjemme så lenge som mulig? De aller fleste vil svare ja på det, men hvis oppfølgingsspørsmålet blir: føler du deg i stand til det? vil mange svare at de ikke føler seg i stand til det.

Resultatet av om disse har rett, vil være at det er behov for mange flere sykehjemsboliger eller seniorboliger som kanskje er et bedre navn. I tillegg har kriteriet for å komme inn på sykehjem blitt høyere og høyere de siste 20 årene. Dette betyr at dersom alle som ønsker det skal få en sykehjems plass, blir behovet veldig stort. NHO Service indikerer at det er behov for 1000 flere sykehjemsplasser innen 2030 og 3 400 plasser innen 2040.

Offentlig privat samarbeid (OPS) har vi der det offentlige samarbeider på fullverdig måte med ideelle aktører, men et fullverdig samarbeid med de kommersielle er ikke en aktuell problemstilling i dag.

***Vil det bli bygget forskjellige typer hjem for eldre avhengig av grad av pleiebehov, eller vil «alle» kunne bo i samme bygg?***

Her er det stor diskusjon og mye uenighet. Vi kjenner til demenslandsbyen Svendborg i Danmark. Til tross for at tilnærmet alle har en demensdiagnose klarer alle seg i hovedsak uten hjelp, men det er selvfølgelig ansatte der som hjelper til ved behov.

Det er mange som roser denne form for landsbyer for demente, men det er også de som kritiserer dette. Kritikken går på at man stenger inne folk med demens i en by utenfor det vanlige samfunnet, dette kan sammenlignes med gamle tiders koleraanstalter. Blant annet i Danmark, i USA og på Island har de et trappetrinnskonsept. Man flytter inn i egen leilighet og så går man oppover i hierarkiet etter hvert som hvor dårlig man blir. I Greve kommune utenfor København, lå demensavdelingen på toppen i trappetrinnskonseptet. Lederen fra den private aktøren mente at det skaper mangfold. Så har du ulike omsorgsnivå i ulike faser og du kan bevege deg oppover og nedover. I perioder kan det være du har behov for tettere behandling, tettere bemanning og så blir man bedre og kommer tilbake til et lavere omsorgsnivå. En fleksibilitet i samme system er bra for beboere, men kan være krevende for bemanningen. I USA hadde man avdelinger for alle typer stadier i livet, fra relativt selvgående til demente. På Island var området bygget ut med alt fra rekkehus til sykehjemsrom, så man kunne bo der fra man var frisk til demente.

Det skal bygges 2 demenslandsbyer i Norge, et på Lille Tøyen og et på Dønski i Bærum begge med 136 plasser. Konklusjonen er at det vil bli bygget forskjellige typer boformer for eldre i Norge. Det blir bygget små og store omsorgsboliger, demenslandsbyer, seniorboligkomplekser og tradisjonelle sykehjem men kanskje med nytt navn.

## 7.2 Uventede funn

Et av de mest uventede funnene var at det var så vidt stor andel av fremtidens beboere (78%) og 63% av dagens beboere, som ønsker å flytte til et sykehjem før de trenger pleie og bo der i alle faser frem til man trenger 100% pleie, dette fordi det er så langt unna det de som bygger hjem for den eldre befolkningen i Norge faktisk gjør. Et annet uventet funn var at det røde byrådet avprivatiserer driften av sykehjemmene enda NHO Service' undersøkelse konkluderer med at det er veldig mye penger å spare (kr. 75 000,- pr. plass innen 2040) ved å la private drive sykehjem. For noen år tilbake var den rødgrønne regjeringen årsaken til at rundt 50% av alle barnehager i landet er private.

### 7.3 Diskusjon av metode

Masteroppgaven er et arbeid som ble påtenkt tidlig i studiet, allerede sommeren 2015 foretok jeg befaringer av sykehjemmene i USA og på Island. Resten av oppgaven ble gjennomført våren 2017. Prosessen er opplevd som lærerik og en erfaring som kan komme til nytte senere. I etterkant vurderes det at det kunne vært en fordel å ha spissformulert problemstillingen noe mer da det er registrert at mange av funnene i oppgaven med fordel kunne vært studert nærmere hver for seg, noe tiden ikke har gitt mulighet til.

Oppgaven er gjennomført med bruk av et litteraturstudium, befaringer av 5 sykehjem i Oslo, 2 i USA og ett på Island samt ett Omsorg+ senter, dokumentstudier, dybdeintervjuer, og spørreundersøkelser. Som beskrevet i metodekapittel 2.6 er det ulike styrker og svakheter med metodene. Spesielt ville det ha vært en styrke for oppgaven om jeg hadde fått flere sentrale politikere i tale, for å få et bredere grunnlag å vurdere hva sentrale politikere mener om flere av de sentrale spørsmålene. Bredden i de andre intervjuobjektene mener jeg at har vært tilfredsstillende i forhold til formålet. Spørsmålene som ble brukt i intervjuene ble supplert, fordi jeg fant nye spørsmål underveis i arbeidet med oppgaven. Noen av intervjuobjektene fikk oppfølgingsspørsmål, men, av forskjellige grunner, var dette ikke mulig til alle. Av de 3 spørreundersøkelsene, ble spørreundersøkelse 3 utført av Ipsos MMI, noe som gjorde at det ble fortatt 769 komplette intervjuer, dette gjør at undersøkelsen er representativ. De 2 andre spørreundersøkelsene utførte jeg selv, og fikk 35 (dagens beboere) og 76 (ansatte) til å svare. Jeg stilte spørsmålene selv til beboerne på sykehjemmene, slik at jeg er sikker på at de forstod spørsmålene. Det kunne med fordel ha vært flere, men arbeidet med å få et tilfredsstillende antall gamle som var i stand til å svare, var tidkrevende. Knapphet på tid var med på at det ikke var gjennomførbart. Antall ansatte som svarte på undersøkelsen, ble sett på som tilfredsstillende.





## 8 KONKLUSJON

Masteroppgaven har undersøkt hvordan fremtidens sykehjem skal bygges. I oppgaven har jeg benyttet kvalitativ og kvantitativ metode. Jeg har benyttet litteraturstudium, dokumentstudier, dybdeintervjuer av viktige aktører i bransjen og jeg har besiktiget omsorg+, sykehjem i Oslo samt i USA og på Island og jeg har utført spørreundersøkelse på dagens beboere, fremtidens beboere samt ansatte på sykehjem.

- **Rammeverk.** For å definere rammeverket for hvilke forskrifter og krav som må følges for bygging av sykehjem er det bl.a. innhentet Husbankens for utforming av omsorgsboliger og sykehjem, standard kravspesifikasjon for sykehjem fra Oslo kommune, offentlige bygningstekniske krav, miljøsertifiseringer m.m.
- **Størrelse på sykehjem.** Undersøkelsene som er gjort viser at størrelse på sykehjem i dag er relativt store, 100 – 150 beboere, mens de nye som skal bygges skal være fra 80-120 beboere. I spørreundersøkelsen ønsker flertallet av nåværende beboere at det skal være 20 beboere på sykehjemmene, mens flertallet av de ansatte og fremtidens beboere ønsket 50 beboere.
- **Beliggenhet.** Spørreundersøkelsene viste at et stort flertall ønsket at beliggenheten av sykehjemmene skal være i nærheten av de pårørende.
- **Flytte tidlig inn på sykehjem?** Funnene fra spørreundersøkelsene på spørsmålet: Ser dere for dere at man i fremtidens sykehjem kan flytte inn før man har behov for pleie og at man kan bo der i alle faser frem til man har behov for pleie 24 timer i døgnet? var: positiv til dette: 57% (dagens beboere), 63% ansatte og 78% fremtidens beboere. Fra intervjuene var dette noe samtlige, bortsett fra presten, stilte seg positive til. På Island var det lagt opp til at man kunne flytte tidlig inn i et rekkehus og flytte inn i leilighet ettersom behovet kom, samt ende opp i sykehjemsrommet – alt i samme kompleks. I Danmark og USA har de trappetrinnsløsningen, der man flytter inn i en leilighet i nivå 1 og flytter rundt dersom man får andre behov og kan ende opp i demensavdelingen til slutt.
- **Standard på sykehjem.** Besiktiget mange sykehjem i inn- og utland for å se hvordan standardforskjellen var og hvordan andre land tenker. Stor forskjell på standard, i USA var private sykehjem innredet som hoteller og hadde stort utvalg i serviceaktiviteter, mens i Oslo er spriket stort.

- **Demografiske forhold.** Ifølge SSB var andelen av Norges befolkning over 70 år i 2016 på 11% og i 2060 er den forventet og være 19 %. Dette betyr at befolkningen over 70 år øker med 8 % på de neste 44 år. Det er beregnet ifølge NHO Service at det er behov for 3 400 nye sykehjems plasser pr. 2040.
- **Tidslinje for å bygge sykehjem.** Ifølge plan- og bygningsetaten, vil normal tid til omregulering av en tomt ta ca. 2,5 år, mens søknad om rammetillatelse vil ta 12 uker og søknad om IG vil ta 3 uker. Byggetiden må beregnes til 20 mnd. (nye Majorstutunet tar det) og til slutt tar det 3 uker å få ferdigattest. Total byggetid: ca. 4,5 år.
- **Bygge/drive privat kontra kommunalt.** Alle sykehjem styres i praksis av Oslo kommune, de eier og driver, eller lar ideelle eller kommersielle drive. Private aktører kan ikke bygge sykehjem med investeringstilskudd fra Husbanken og drive med tilskudd fra kommunen. Dagens bystyre har vedtatt at når avtalene for de kommersielle aktørene går ut, får de ikke fornyet. Det er derimot trolig at dersom det blir blått flertall igjen i hovedstaden, vil denne ordningen bli reversert.
- **Demenslandsbyer.** I Nederland og Danmark har man bygget egne små samfunn for demente med stor suksess, men også med kritiske røster fordi det kan minne om avstenging fra samfunnet som om de skulle ha en epidemi. Det vil bli bygget 2 demenslandsbyer i Norge, en i Oslo og en i Bærum.
- **Sykehjemsdekning.** Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester skryter av at Oslo har den høyeste sykehjemsdekningen i landet, funn i denne oppgaven tyder på at grunnen til at det er full sykehjems dekning er at kriteriet for å komme inn på et sykehjem er at man må være pleietrengende 24 timer i døgnet. Dersom kriteriet senkes til det mine funn tilsier, vil det være veldig langt fra full sykehjemsdekning i Oslo. For å sette dagens situasjon i perspektiv: en av institusjonslederne på et av de sykehjemmene som ble besiktiget, fortalte at i 1975 gikk man med kofferten i hånden til sykehjemmet, i dag må man nærmest bæres inn.
- **Fremtidens sykehjem.** Funnene tyder på at det vil bli bygget tradisjonelle sykehjem i en stund til fremover, men mindre institusjonspregede og mindre i størrelse. Samtidig vil det bli bygget flere Omsorg+-boliger og demenslandsbyer. På grunn av eldrebølgen som kommer og det faktum at den norske befolkningen er såpass rike, samtidig som stat og kommune ikke har planlagt for det store behovet, vil mange trolig være villige til å betale selv for å bo i private seniorboliger/pleiehjem el.

## 9 VIDERE ARBEID

Offentlig privat samarbeid (OPS) ble introdusert i Norge 29.11.2000, det var innenfor veibygging. Dette samarbeidet har vært vellykket siden. Et samarbeid mellom offentlig sektor og kommersielle aktører innenfor bygging og drift av sykehjem, demenslandsbyer og omsorg+anlegg. Å evaluere om dette, ut fra det vi kjenner til nå, vil kunne være bærekraftig.

Videre vil det være interessant å forske på om rent private løsninger er mulig å gjennomføre basert på at beboerne betaler for dette av egen lomme.



## KILDER

Bergen kommune (2016). Sykehjem og aldershjem. Tilgjengelig fra:

<https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/helse/helsetjenester/> (Hentet 14.03.2017).

Breem (2017). Miljøsertifisering. Tilgjengelig fra: <http://ngbc.no/breem-nor/> (Hentet 07.04.2017).

Brookdale Independent Living (2015). Privat sykehjem i New York. Tilgjengelig fra:

<https://www.brookdale.com/en/communities/brookdale-battery-park.html> (Hentet 06.05.2017).

Dallan, O. (2017). Metode og oppgaveskriving for studenter, Oslo, Gyldendal akademisk.

Demens & Alderspsykiatri (2011). Hund og katt i sykehjem – et bidrag til miljøbehandling? «Demens & Alderspsykiatri vol. 15, nr. 2, 2011». Tilgjengelig fra:

<http://www.aldringoghelse.no/?PageID=3709&ItemID=2844>

Effekten av konkurranse. (2016) NHO Service. Kvalitet og kostnader ved sykehjem i Oslo 2016. Ny Analyse AS.

Everett, E.L. og Furseth, I. (2016). Masteroppgaven hvordan begynne – og fullføre. Oslo, Universitetsforlaget.

Frelsesarmeen (2016). Ensjøtunet. Tilgjengelig fra:

[http://www.frelsesarmeen.no/no/vart\\_arbeid/eldre/hoyre\\_kolonne/vare\\_tilbud/botilbud+aktivitetshus/](http://www.frelsesarmeen.no/no/vart_arbeid/eldre/hoyre_kolonne/vare_tilbud/botilbud+aktivitetshus/) (Hentet 11.04.2017).

Grønn Byggallianse (2017). Tilgjengelig fra: <http://byggalliansen.no/nyside/om-oss/> (Hentet 09.02.2017).

Helseetaten, Beboer- og pårørendeundersøkelsen i sykehjem (2016). Tilgjengelig fra:

[https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/kvalitetsrapporter-helse-og-sosial/#!c|document\\_topic\\_health\\_nursing\\_home](https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/statistikk/kvalitetsrapporter-helse-og-sosial/#!c|document_topic_health_nursing_home)

Hrafnista hjúkrunarheimili (2017). Sykehjem på Island. Tilgjengelig fra:

<http://hrafnista.is/hrafnista-rvk> (Hentet 01.05.2017).

Hogeway (2009). Demenslandsby i Nederland. Tilgjengelig fra:

<https://www.youtube.com/watch?v=LwiOBlyWpko&feature=share> (Hentet 23.03.2017).

Husbanken (2011). Om sykehjem og omsorgsboliger – likheter og forskjeller. Tilgjengelig fra: <https://husbanken.no/omsorgsboliger/om-likheter-og-forskjeller/> (Hentet 09.02.2017).

Husbanken (2009). Rom for trygghet og omsorg, Oslo, Renaissance Media AS. Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem. Tilgjengelig fra:

[https://husbanken.no/bibliotek/bib\\_omsorgsboliger/rom-for-trygghet/](https://husbanken.no/bibliotek/bib_omsorgsboliger/rom-for-trygghet/)

Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2011). Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag, Oslo, Abstrakt forlag.

Journalen (10.11.2009). Norges første aldershjem fyller 100 år. Tilgjengelig fra:

<http://journalen.hioa.no/innenriks/2009/11/norges-forste-aldershjem-fyller-100-ar> (Hentet 09.02.2017).

Kristensen, A.L. Helse- og sosialombud i Oslo. «Dagsnytt 18» 27.04.2017. Tilgjengelig fra:

<https://tv.nrk.no/serie/dagsnytt-atten-tv/NNFA56042717/27-04-2017>

Lille Tøyen Demenslandsby (oppdatert 09.03.2015). Tilgjengelig fra:

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/norge-faar-egen-landsby-for-demensrammede/a/23410468/> (Hentet 23.03.2017).

Melberg, H.O førsteamanuensis i helseledelse og helseøkonomi ved UIO. NRK «Dagsnytt

18». 27.04.2017. Tilgjengelig fra: [https://tv.nrk.no/serie/dagsnytt-atten-](https://tv.nrk.no/serie/dagsnytt-atten-tv/NNFA56042717/27-04-2017)

[tv/NNFA56042717/27-04-2017](https://tv.nrk.no/serie/dagsnytt-atten-tv/NNFA56042717/27-04-2017)

Nielbo, K. L., (2016). Triangulering. Tilgjengelig fra: [http://metodeguiden.au.dk/alfabetisk-](http://metodeguiden.au.dk/alfabetisk-oversigt/generelle-metodiske-overvejelser-og-problemstillinger/triangulering/)

[oversigt/generelle-metodiske-overvejelser-og-problemstillinger/triangulering/](http://metodeguiden.au.dk/alfabetisk-oversigt/generelle-metodiske-overvejelser-og-problemstillinger/triangulering/) (Hentet 07.04.2017).

Norlandia (2017). Privat aktør i sykehjemsdrift. Tilgjengelig fra:

<http://norlandia.no/eldreomsorg/ullernhjemmet> (Hentet 14.03.2017).

NOU 11 – (2011). Om velferdsteknologi. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/sec1>

OPS-portalen Norge. «Bakgrunnen for det norske OPS begrepet». Tilgjengelig fra:

<https://www.yumpu.com/no/document/view/29435133/les-mer-om-bakgrunnen-for-det-norske-ops-begrepet-pdf> (Hentet 06.05.2017).



Oslo kommune (2015). Sykehjem, Standard kravspesifikasjon 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/for-leverandorer-til-oslo-kommune/standard-kravspesifikasjoner/> (Hentet 09.02.2017).

Oslo kommune (2016). Sykehjem og dagsenter. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/> (Hentet 09.02.2017).

Oslo kommune (2016). Leverandørkonferansen 26.10.2016 (utlevert på konferansen).

Ryssdal, C. (2015) Unn Alderspsykiatri Poliklinikk.

Sander, K. (2017). Metodetriangulering. Tilgjengelig fra: <https://estudie.no/metodetriangulering/> (Hentet 09.02.2017).

Store Norske Leksikon (2015). Teori. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/teori> (Hentet 12.03.2017).

Svendborg demenslandsby (2017). Tilgjengelig fra: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=1637&artikel=6618981> (Hentet 06.05.2017).

Thomas Circle Independent Living (2015). Privat sykehjem i Washington. Tilgjengelig fra: <http://www.meridiansenior.com/community/the-residences-at-thomas-circle> (Hentet 06.05.2017).

Tuseth, B. S. og Winge, N. K. (2014). Masteroppgaven i juss, Oslo, Universitetsforlaget.

Villa Omsorg, privat hjem for eldre i Oslo (2016). Tilgjengelig fra: <http://www.villaomsorg.no/villa> (Hentet 06.05.2017).

Wikipedia (2017). Empiri. Tilgjengelig fra: <https://no.wikipedia.org/wiki/Empiri> (Hentet 08.03.2017).

Wikipedia (2017). Validitet. Tilgjengelig fra: <https://no.wikipedia.org/wiki/Validitet> (Hentet 08.03.2017).

Wikipedia (2017). Reliabilitet. Tilgjengelig fra: <https://no.wikipedia.org/wiki/Reliabilitet> (Hentet 08.03.2017).



## FIGURLISTE

Figur 1. Malerhaugen 10, Oslo – Frelsesarmeens aldershjem Kveldssol 1919 – stor trevilla i hage. [Wilse, Anders Beer/Norsk Folkemuseum].....	15
Figur 2. Othilie Tonning [Ukjent/NTB Scanpix] .....	15
Figur 3 Metodetriangulering. [Sander 2016].....	22
Figur 4. Oversikt over omsorg + hjemmene. [Oslo kommune 2017].....	31
Figur 5. Plantegning typisk sykehjem fra perioden 1972 - 1986. Furuset sykehjem, 1979 [Omsorgsbygg Oslo KF. 1995] .....	32
Figur 6. Forskjellige planløsninger 1-6. [Husbanken 2009] .....	36
Figur 7. Virkninger av hund og katt rapportert av ledere ved sykehjemmene. [Demens & Alderspsykiatri nr. 2. 2011] .....	40
Figur 8 a (venstre) servant, b (midten) toalett, c (høyre) dusj.....	41
Figur 9 a (venstre) Dataskjerm, b (høyre) forskjellige skjermer med mange muligheter.....	41
Figur 10 a (venstre) og b (midten) merking av kjøkkeninnredning, c (høyre) kontrastfarger på stikkontakter og lysbrytere.....	42
Figur 11. Befolkningsframskrivningene frem til 2060. [SSB 2017] .....	43
Figur 12. Andel personer i 4 aldersgrupper frem til 2060. [SSB 2017].....	44
Figur 13. Befolkningsvekst i de 4 største kommunene i Norge. [SSB 2017] .....	44
Figur 14. Framskrevet folkemengde 1. januar etter region, alder og tid. Kilde SSB (2017) .....	45
Figur 15 Framskrevet behov for institusjonsplasser frem mot 2040 [NHO Service 2016] .....	46
Figur 16 Sykehjem og aldershjem i Oslo etter driftsform 2001 – 2015 [Sykehjemsetaten].....	47
Figur 17. Parametere i konkurransefasen. [Sykehjemsetaten, leverandørkonferansen 26.10.2016].....	48
Figur 18. Normal OPS kontraktstruktur/modell. [Sykehjemsetaten, leverandørkonferansen 26.10.2016] .....	48
Figur 19. Vederlagsformatet. [Sykehjemsetaten, leverandørkonferansen 26.10.2016].....	49
Figur 20. Objektive kvalitetsindikatorer Oslo kommune, snitt 2007-2015 [NHO Service 2016] .....	50
Figur 21 Merkostnad dersom kommunen drifter alle sykehjem selv. [NHO Service 2016] .....	51
Figur 22 Tidslinje på bygging av sykehjem i Oslo .....	53
Figur 23. Eugene Hanssens Aldershjem. [Sykehjemsetaten].....	55
Figur 24. Et typisk soverom med servant, her er det felles bad og toalett på gangen. ....	56
Figur 25. Stue/spisestue på hjemmet. [Sykehjemsetaten] .....	56
Figur 26. Ullern Helsehus Breeam sertifisert. [Sykehjemsetaten 2017].....	58
Figur 27. Ullerntunet med sansehage. [Norlandia 2017] .....	58
Figur 28. Plan av 1. etasje i gamlebygget på Ullerntunet. [Sykehjemsetaten 2017] .....	60
Figur 29. Plan av en typisk etasje på Ullerntunet. [Sykehjemsetaten. 2017].....	61

Figur 30. Plan av hele anlegget på Ullerntunet. [Sykehjemsetaten 2017] .....	62
Figur 31. Madserudhjemmet. [Sykehjemsetaten 2017] .....	63
Figur 32. Majorstutunet bo- og behandlingssenter .....	65
Figur 33. Typisk beboerrom. 2017. [Sykehjemsetaten 2017] .....	65
Figur 34. Nye Majorstuen bo- og behandlingssenter skal stå ferdig i 2021. [Hille Mellbye arkitekter [2016] .....	67
Figur 35. Del av Økern sykehjem. [Norske arkitekters landsforbund 2017] .....	68
Figur 36. Økernhjemmet fotografert i 1969. [Widerøe (1969)/Byantikvaren i Oslo] .....	69
Figur 37 a) (venstre) Butikken. b) (høyre) Bar.....	69
Figur 38 a) (venstre) Restauranten b) (høyre) Beboerrom.....	70
Figur 39. Ensjøtunet Omsorg + .....	72
Figur 40 a) (venstre) Cafeen b) (høyre) Trimrom. ....	73
Figur 41 a) (venstre) «Husbankens hjørne». b) (høyre) Bibliotek.....	73
Figur 42. Hovedbygget som huser cafeen og de eldste beboerrommene.....	74
Figur 43. Rekkehusene som er privateid med tilgang til alle tjenester på sykehjemmet.....	74
Figur 44. a) (venstre) Leilighetsbygget. b) (høyre) Kafeen .....	75
Figur 45. Kafeen ble åpnet I 2012 .....	75
Figur 46 a) (venstre) Sykehjemmet sett fra gateplan. b) (høyre) Sanseshage .....	76
Figur 47 a) (venstre) Resepsjonsområde b) (høyre) Korridor/gangarealer.....	77
Figur 48 a) (venstre) Innendørs basseng b) (høyre) Biljard rom [Brookdale Battery Park] .....	77
Figur 49 a) (venstre) dagligstue b) (høyre) dagligstue.....	78
Figur 50 a) (venstre) Spisestuen b) (høyre) Biblioteket. [Brookdale Battery Park] .....	78
Figur 51. Sykehjemmet sett fra gateplan.....	79
Figur 52 a) (venstre) Spisestuen, b) (høyre) Kafé/Bistro [Thomas Circle].....	79
Figur 53 a) (venstre) Kirkerom, b) (høyre) Kino.....	80
Figur 54 a) (venstre) Bibliotek, b) (høyre) Trimrom .....	80
Figur 55 a) (venstre) Typisk soverom, b) (høyre) Svømmebasseng på toppen av bygget .....	81
Figur 56 Utekafé.....	81
Figur 57 a) (venstre) Private sykehjem i Oslo Villa Omsorg, b) (høyre) Typisk soverom [Villa Omsorgs nettside] .....	82
Figur 58 a) (venstre) Stuen i eneboligen, b) (høyre) Hagen [Villa Omsorgs nettside].....	82
Figur 59 Svendborg dementlandsby [Svendborgs nettside].....	83
Figur 60 Svar fra ansatte på sykehjem. Ektefeller på samme rom, tilrettelegging for dyr og flytte inn før man har behov.....	97
Figur 61 Svar fra ansatte på sykehjem. Positivt med servicefunksjoner og at nærmiljøet benytter disse. ....	98
Figur 62 Svar fra ansatte på sykehjem. Type servicefunksjoner .....	98

Figur 63 Svar fra ansatte på sykehjem. Antall beboere på sykehjem.....	99
Figur 64 Svar fra ansatte på sykehjem. Hverdagsaktiviteter.....	99
Figur 65 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Tilrettelegging for dyr, flytte inn før man har behov og viktighet av beliggenhet.....	100
Figur 66 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Positivt med servicefunksjoner og at nærmiljøet benytter disse. ....	101
Figur 67 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Type servicefunksjoner.....	101
Figur 68 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Antall beboere på sykehjem.....	102
Figur 69 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Hverdagsaktiviteter.....	102
Figur 70 Svar fra dagens beboere på sykehjem. Utgang til balkong/terrasse, hage, friområde.....	103
Figur 71 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Viktighet av beliggenhet [Ipsos 2017].....	104
Figur 72 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Tilrettelegging for dyr [Ipsos 2017].....	104
Figur 73 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Flytte inn før man har behov [Ipsos 2017].....	105
Figur 74 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Servicefunksjoner i sykehjemmet [Ipsos 2017].....	105
Figur 75 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Antall beboere på sykehjem [Ipsos 2017].....	106
Figur 76 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Hverdagsaktiviteter [Ipsos 2017].....	106
Figur 77 Svar fra fremtidens beboere på sykehjem. Utgang til balkong/terrasse, hage eller friområde [Ipsos 2017].....	107



## TABELLISTE

Tabell 1 Oversikt over relevante begreper .....	20
Tabell 2 Kjennetegn ved kvantitative og kvalitative metoder. [Dalland 2017] .....	21
Tabell 3 Feilmarginer ved rent lotterisk utvalg. [IPSOS Norway AS 2017] .....	27
Tabell 4. Fakta om Stiftelsen Eugene Hanssens Aldershjem. ....	57
Tabell 5. Fakta om Ullerntunet. ....	59
Tabell 6. Fakta om Madserudhjemmet. ....	63
Tabell 7 a + b. Fra pårørende-undersøkelsen ved Madserudhjemmet 2016. [Helseetaten 2016] ....	64
Tabell 8. Fakta om Majorstuen bo- og behandlingssenter. ....	66
Tabell 9 a + b. Fra pårørende-undersøkelsen ved Majorstuen bo- og behandlingssenter 2016. [Helseetaten 2016] .....	67
Tabell 10. Fakta om Økernhjemmet (gammel del). ....	71
Tabell 11 a +b Fra pårørende-undersøkelsen for Økernhjemmet 2016. [Helseetaten 2016] .....	72



## Vedlegg 1 - Intervjuer

### Intervju med Sykehjemsetaten

#### Intervju med Inger-Lise Kjos Sykehjemsetaten Oslo kommune

Dere foretar en «Beboer- og pårørende undersøkelser» årlig - kvalitetsindikatorer – strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m.)  
Prosessindikatorer – (aktiviteter i pasientforløpet – for eksempel diagnostikkbehandling).  
Resultatindikatorer – (overlevelse – helsegevinst, tilfredshet m.m.)

- 1) Har dere noen gang stilt spørsmål om de ansattes ønsker om endringer i bygget?

*Svar: Vi har med brukere og deres meninger når vi skal jobbe med nybygg, vi kartlegger deres behov og så langt som mulig tar hensyn til deres meninger. De som er helsefaglige rådgivere i avd. bygg har også solid erfaring fra sykehjemsdrift.*

- 2) I tilfelle hva var svarene?

*Svar: Vanskelig å ramse opp svarene, dette er en pågående prosess som også er ulik i hvert prosjekt.*

- 3) Hvilke tanker har dere om hvilke servicefunksjoner et sykehjem skal ha med tanke på fremtidens behov? Og mener dere at servicefunksjonene skal tilrettelegges – størrelsesmessig/kapasitetsmessig - til å kunne brukes av nærmiljøet?

*Svar: Vi tenker på de servicefunksjonene som er naturlig å ha i et nærmiljøet, fotpleier, frisør, kafé, butikk, bar/pub, klubber, vaskeri, datarom, trimrom, kino etc. Dette vil også være forskjellig i forhold til hva nærmiljøet trenger. Disse servicefunksjonene kan driftes av eksterne.*

- 4) Ser dere for dere at man i fremtidens sykehjem kan flytte inn før man har behov for pleie og at man kan bo der i alle faser frem til man har behov for pleie 24 timer i døgnet?

*Svar: Dette er noen av de tankene vi jobber med nå. Vi tror at sykehjem slik det er i dag vil bli faset ut og at et nytt tilbud vil komme som bla innebærer et mer fleksibelt bygg og tilbud.*

- 5) Hvis ja, har dere noen tanker om hvordan det skal se ut/inneholde? Og hvor mange brukere et slik hjem vil kunne ha?

*Svar: Vi jobber med dette nå, antall er avhengig av tomten og hvem som skal bo sammen. Når det gjelder rene sykehjems plasser har vi tidligere hatt fra 100-150, dette har vi endret til 80-120 men hva som er ideelt er helt avhengig av konseptet. Det vi vet er at små sykehjem er relativt dyre å drifte.*

- 6) Mener dere at et sykehjem skal tilrettelegges for katt og/eller hund?

*Svar: I vårt samfunn er det naturlig med husdyr som katt og hund. Det er viktig at man skal kunne fortsette å leve det livet man hadde før man kom på institusjon, så langt det lar seg gjøre og dette innebærer for mange å ha med seg sine dyr. Flere av våre sykehjem har dyr, det kan være katt, hund, fugler, fisker. Ved tilrettelegging må man så klart ta hensyn til allergikere og folk som er redd for dyr. I samfunnet for øvrig løper ikke husdyr fritt rundt omkring og forstyrrer naboen heller, noe de heller ikke skal på sykehjemmet.*

## Intervju med Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester.

### Intervju med Anne Berit Rafoss i Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester

1. Kan du fortelle hvordan arbeidet med aldersvennlig by går og hva det innebærer?

*Svar: Aldersvennlig by er initiert av verdens helseorganisasjon (WHO) - et globalt nettverk av byer og kommuner som jobber for å bli mere aldersvennlige. Utgangspunktet for initiativet var både den raskt aldrende befolkningen og urbanisering.  $\frac{3}{4}$  av verdens eldre bor i byer. De 2 store globale utfordringene gjorde at WHO startet arbeidet med aldersvennlige byer og kommuner. De gikk sammen med eldre for å definere området som hadde påvirkning på elders helse og trivsel. De kom opp med 8 områder som da er:*

*Utendørsområder*

- Bolig
- Transport

- *Helse- og omsorgstjenester*
- *Kommunikasjon*
- *Informasjon*
- *Sosial deltakelse*
- *Samfunnsdeltakelse*
- *Sosial inkludering og involvering*

*De har da en masse verktøy som byer og kommuner kan benytte seg av til å utvikle aldersvennlige byer og kommuner. WHO startet dette i 2010 og har i dag over 400 medlemmer som stadig vokser. Oslo ble med i 2014 – noe som sammenfalt med seniormeldingen som vi da skrev på. Vi har brukt mye av det som var utviklet i nettverket inn i seniormeldingen og ser synergieffekter. Vår deltakelse i nettverket er for å få internasjonale erfaringer og kunnskap og tilgang på eksperter og materiale. Dette er en samfunnsutvikling – vi skal ikke lage en hel masse nye tjenester her, vi skal rett og slett ta litt aldersvennlige linser på og gjøre om tjenester og fysiske miljø som blir bedre tilrettelagt for den aldrende befolkning. Dette gjelder hele bredden – alle disse 8 områdene. Sektorene må samarbeide for å lykkes noe som kanskje er den største utfordringen.*

*De eldre selv er veldig viktige i dette arbeidet, at vi har hatt fokus på medvirkning. Vi har hatt flere folkemøter, konferanse, etablering av tenketanker og tett dialog med eldreråd – der vi sitter sammen med folk på 55 til ut i 90-årene for å få satt fokus på hva som er utfordringene og hva som er løsningene. Vi har invitert bredt – alle etater og bydeler som kunne gi innspill på hva de mente de gjorde av aldersvennlige tiltak i dag – mest av alt for å danne oss et grunnlag på hvordan vi lå an med de sterke og svake sidene. Vi har hatt høringsmøter med de ulike rådene – f.eks. sentralt eldreråd, rådet for innvandrere, rådet for mennesker med funksjonsnedsettelse – de har kommet med uformelle innspill. Basert på kartlegging, basert på medvirkning og basert på dialog med de ulike avdelingene, har vi nå en handlingsplan som er ute på høring i april/mai. Dette skal legge til rette for de tiltakene vi skal ha for å bli en aldersvennlig by fremover.*

2. Hvordan tenker dere at fremtidens sykehjem må skille seg fra dagens?

*Svar: Fokuset til dette byrådet er få dreid det fra sykehjem til hjem, vi må ha sykehjem i fremtiden, men vi må få større fokus på å få tilrettelagt hjemmene til folk – for de som*

*kan klare- og som ønsker det. Vi må også ha sykehjem for de som ønsker og har behov for det. Vi må vekk fra institusjonspreget og ha mere fokus på hjem i sykehjemmet også. Hvis du ser på ordet sykehjem, dreier vi fokuset fra syk til hjem. Det er også tanken bak dette med «demenslandsbyer» og de aspekter den modellen der tester ut, nemlig at du har fokus på kartlegging slik at du kjenner godt de som kommer inn, den bakgrunnen og de interesser de har og prøver å bygge et miljø rundt de slik at de for en følelse av å bo hjemme. Vi må ha mere fokus på mestring og aktiviteter og integrering i nærmiljøet/lokalmiljøet. F.eks. Omsorg +, som er en mellomløsning, der de som har tilbud om hjemmetjenester i nærheten, kan komme innom å spise frokost med de som bor der.*

3. Hvordan bør politikerne legge til rette for at det bygges nok sykehjem med tanke på den eldrebølgen som kommer?

*Svar: Oslo har den høyeste dekningsgraden i hele landet. Hvis vi skal ta medvirkning på alvor, vil de færreste bo på et sykehjem. De vil at det skal tilrettelegges for at de kan bo hjemme lengst mulig. Helst dø hjemme også.*

Du tror ikke det er på grunn av hvordan dagens sykehjem er med det institusjonspreget det har?

*Svar: Nei, det er ikke det inntrykket vi har. Det er klart det er noen av dem, for all del, men vi har såpass mye medvirkning som viser dette helt tydelig – den trivselen og mestringen du kan ha i eget hjem har så mye å si for livskvalitet at kan det legges til rette for det, vil folk først og fremst det. Så måten å ta av fra den store voksende og aldrende befolkningen som vi får er at vi må rehabilitere en del av de sykehjemmene vi har – noe vi er i ferd med å gjøre, samt av vi bygger noen nye. Så må vi styrke hjemmetjenesten og få flere folk til å være i stand til å bo hjemme. Med det opplegget, har jeg tro på at vi skal klare å ta av for den voksende- og aldrende befolkningen. Det som er litt av utfordringen er at vi må få folk til å tenke litt tidligere på alderdommen – altså de må planlegge litt mere. De kan lære av småbarnsforeldre, de må planlegge – det gjør ikke folk flest, de bor der de bor inntil de ikke kan det lengre. Vi må få til en holdningsendring – at man begynner å planlegge mens man er helt funksjonsfrisk og sterk – når man har anledning til det også kan se fremover. Hvis jeg skal fortsette å bo*

*her, hva må jeg da gjøre for å forberede og tilrettelegge for det som kommer? Det som dessverre skjer, er at dette skjer for sent – ting kunne vært unngått dersom man hadde satt inn grep før.*

Hvordan skal man få folk til det tenker du?

*Svar: Dette må være et informasjonsarbeid, både hos de eldre selv og fra et samfunnsperspektiv. Det som er en god måte å gjøre det på, er at eldre hjelper eldre. Eldre som jobber frivillig for andre eldre, som informerer om muligheter, om søknadskontor og ting som man kan tilrettelegge – det finnes veldig mye men de færreste vet om det. Vi må styrke informasjonsarbeidet og holdningsarbeidet om å tenke på det litt før. Alle vil vi leve lange liv, men ingen av oss vil bli gamle. Det må vi snu og det er noe av det viktigste jeg jobber med når det gjelder aldersvennlig by – holdningsarbeidet. Vi vil ikke bli eldre, vi gruer oss til å bli eldre – ergo vil vi ikke tenke på det heller, vi vil ikke planlegge for det. I det folk klare å planlegge for å bo hjemme vil det ta av for en veldig stor del av tykket. En stor utfordring for Oslo, er at det er mange enslige husstander, de har ikke sin nære familie her og så har vi det noe norske fenomen at vi ikke ha hjelp av familien, noe folk i andre land gjerne vil ha, vi vil klare oss selv.*

4. Vil kommunen legge til rette for at private kan bygge på samme måte som kommunen?

*Svar: Jeg er i administrasjonen og dette er politiske føringer og beslutninger. Nå er det nok sånn at de vil legge til rette for at det skal være flest mulig kommunale tilbud. Det er jo da den linjen jeg må legge meg på. Det vil være rom for andre aktører som kan ha ansvar for sykehjem.*

5. Kan det være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand?

*Svar: Jeg føler det er noe av det vi gjør i dag – for eksempel med Omsorg +. Vi legger til rette for – for eksempel i plan for aldersvennlig by – vi ser på andre typer boformer. Dersom du er alene og ønsker å bo et trygt sted der det er noen 24 timer i døgnet med ulike nivå av tjenester. Omsorg + er drevet kommunalt og av andre aktører som for*

*eksempel Kirkens Bymisjon. Det er flere Omsorg + tilbud i Oslo og flere under planlegging, samt andre boformer.*

Hva er terskelen for å komme inn på et slikt sted?

*Svar: Du skal være en viss alder (67 år), du kan ha behov for ulike typer tjenester eller ingen tjenester. Noen er drevet av kommunen og noen av bymisjonen. Tanken er å gi folk som ikke har behov for sykehjemsplass, men har behov for et viss sett med tjenester og ikke kan bo alene lengre, et sted å bo. Så flyttes du til sykehjem når du blir så dårlig at du ikke kan bo på Omsorg + lengre. Vi har sett på om det kunne være mulig å legge til rette for at man kan bo på Omsorg + livet ut, men da må det være ansatte og fasiliteter som legger til rette for det – det kan det også hende vi skal gjøre. Vi har jo hatt en rendyrket eldreomsorg = sykehjemsplasser i veldig veldig lang tid. Det er først nå vi begynner å se annerledes på dette, det er nå vi begynner å rigge – kan vi se på Omsorg +, kan vi se på bofellesskap, kan vi se på kollektiv – ulike måter å gjøre dette på - og det ser vi på. Så er det mange privatpersoner som tar initiativ selv og flytter sammen og kjøper inn tjenester alt ettersom – det skjer jo allerede, men det er i liten skala. Utfordringen for Oslo sentralt er at de bygningene som skal bygges er bygget, så da beveger vi oss litt ut av Oslo i tilfelle – ellers må man følge med på ulike former for bofellesskap i bygårder eller borettslag osv. Det er noe vi må se på og det etterlyses også av befolkningen. Vi har vært og sett på hva andre land som har en annen tilnærming – det er få land som bygger sykehjem lengre – de rister på hodet av oss – bygger dere sykehjem? Det sluttet vi med for 20 år siden.*

Hva gjør de andre landene?

*Svar: De ser mere på Omsorg + eller tilrettelagte boliger eller bofellesskap med tjenester som blir hentet inn som en del av fellesskapet. Dette gjelder i England, Nederland, Danmark – de fleste land. Norge er det mest institusjonaliserte landet når det gjelder eldreomsorg.*

*Av historiske årsaker har man hatt kvinner ute i arbeidslivet i større grad og i lengre tid enn andre land, så det har en historisk faktor i seg, det er ikke bare negativt. Vi må bare henge med i utviklingen. I England er det noe som heter «belong villages» der har de en tett tilknytning til nærmiljøet og de har bofasiliteter der du både kan leie og eie.*

*Det er lagt til rette for at dersom du for eksempel har begynnende kognitiv svikt, kan du og ektefellen flytte inn – det er lagt til rette for at det skal være hyggelig for ektefellen også – og at det blir boligen din for resten av livet – også om du skulle hatt et økende behov for tjenester. De tenker ikke institusjon, de tenker leilighetskompleks med nærmiljø tilknytning. Dette ser vi på og ser om vi kan gjøre dette der vi skal bygge nytt. Nye Oppsal for eksempel. Det er veldig vanskelig i eksisterende – spesielt dette med å få med nærmiljøet – mens på nye Oppsal der vi begynner på nytt er det mye enklere. Det andre vi tenker er å la studenter bo på sykehjem, slik de har gjort i Nederland, Finland og England. Vi hadde en delegasjon på 17 personer, på tur til Nederland for 2 uker siden, der vi besøkte det sykehjemmet som hadde studenter boende. I delegasjonen var også representanter fra Husbanken og andre. Det er ikke bare å sette i gang, det henger sammen med tilskudd og slikt - vi er avhengig av statlige ordninger osv. I Norge har vi tradisjon for å kjøpe, men i andre land har vi ikke det, der har man tradisjon for å leie. Vi burde legge til rette for at man både kan kjøpe og leie, men jeg tror at de fleste vil være i stand til å kjøpe fordi i det man har en bolig, så kan man realisere den og få midler til å bytte til en mindre leilighet osv. Det er mange forventninger knyttet til at man har jobbet hele livet og føler de har bygget opp landet vårt og føler derfor at de skal få bolig av kommunen etter en viss alder. Det som blir utfordrende med det er at vi har en boligformue som er større enn oljeformuen og de som sitter med boligformuen er 67 +, da er det kanskje ikke helt realistisk å forvente at kommunen skal stille boliger til dem, så vi må tenke litt annerledes. Men når jeg bringer det på banen i et eller annet forum, så blir det sablet ned fordi dette har man forventninger om og så blir det en realitetssvikt her, de som sitter på boligformuen må skaffe seg boliger selv og vi må skaffe til de som trenger det. Vi har veldig mange forutinntatte holdninger og stereotypier når man tenker på eldre – det er noe av det jeg jobber mest med – klarer vi det, vil mye av det andre falle på plass. Det er ikke hele løsningen, men en veldig stor del.*

*En utvikling av slike bygg som vi så på i utlandet i Oslo, vil være opp til omsorgsbygg og plan- og bygningsetaten, men dette er på påvirkningsstadiet og må tas gradvis, noe som er greit.*

*Jeg synes det er interessant at du fokuserer på fremtidens sykehjem, hvorfor gjør du det? Jeg tenker at du ikke skal være med på å forsterke tanken på at det fortsatt er behov for sykehjem. Jeg ville hatt fokus på hvordan skal fremtidens boformer være? Vi må bort fra fokuset med sykehjems plasser og det har med holdninger å gjøre. Folk har et*



*gammeldags syn på dette – også unge mennesker. Man tenker ikke alternativt, kun det som er og det skal det fortsette å være i fremtiden – men det må vi vekk fra. Vi må endre holdninger.*

*Det er ikke det at vi skal ta bort alle sykehjemsplassene, men det er det at vi blir så mange mange eldre at vi er nødt til å ha noe annet også. Sykehjem skal være for de som har behov for det og for de som ønsker det – for det er en del som ønsker å komme på sykehjem. Men alle de andre må vi finne løsninger for.*

## Intervju med Husbanken

### Intervju med Fagdirektør Roar Sand –Husbanken 11.04.2017

1. Hvilken rolle har dere til sykehjem og omsorgsboliger?

*Svar: Husbankens rolle er at vi skal oppfylle myndighetenes målsetning med omsorgsplanen – nå er det omsorg 2020. Vi skal finansiere 1800 sykehjem og omsorgsboliger hvert år. Det blir lagt inn på statsbudsjettet hvor mange enheter Husbanken skal finansiere i det enkelte budsjettår. Investeringsstilskuddet er et stimuleringsstilskudd til at kommunene skal bygge sykehjem og omsorgsboliger. Vi finansierer ca. halvparten av hva en sykehjemsplass koster, dette får kommunene i tilskudd.*

2. Hvor store beløp snakker vi om?

*Svar: For inneværende år har vi et budsjett på 3 milliarder. Foregående år var det 4,1 milliarder. Myndighetene har redusert antall plasser fra 2 500 til 1 800 for budsjettåret 2017.*

3. Er årsaken at behovet har sunket?

*Svar: Nei, det er nok budsjettmessige konsekvenser regner jeg med. Vi har stor pågang så mye tyder på at vi kommer til å overdisponere årets ramme. Det er da muligheter for at vi kan få ytterligere midler i revidert budsjett, ved at vi spiller inn dette til myndighetene.*

4. Hvor mye koster det å bygge et sykehjem pr. plass og omsorgsboliger pr. enhet?

*Svar: Det koster ca. 3,5 million – om det er omsorgsbolig eller sykehjem. Tidligere var det forskjell, men på grunn av fleksibilitet m.m. er det liten forskjell. Det som er uheldig er at sykehjem er hjemlet, som vi kaller det, det følger en del krav med tanke på personale, der det er en kabal i forhold til antall årsverk. En omsorgsbolig er mer*

*fleksibel i drift da denne driftes etter husleielovens bestemmelser. Mange kommuner bruker omsorgsbolig som et slags sykehjem, men beboerne betaler vanlig husleie uansett. Det det er fokus på nå er hjemlighet – også en sykehjemsplass skal bære mere preg av å være et hjem.*

5. Kan det tenkes at det åpnes for at dere gir tilskudd til bygging av sykehjem og omsorgsbolig til det private?

*Svar: Vi fikk «omsorg 2015» - og da den kom inn på statsbudsjettet i 2008, ble det åpnet opp for at Husbanken kunne gi tilskudd direkte til såkalte ikke kommersielle aktører (ideelle aktører), blant annet Frelsesarmeen som fikk tilskudd. Så ble det strammet inn i 2011 slik at kun kommunene kan motta tilskuddet. Kommunene kan inngå avtale med private aktører, for eksempel at en privat eier bygningsmassen og kommunen leier, men tilskuddet kan bare gis til kommunen. Det finnes noen kompliserte vinklinger kommunen kan gjøre der de kan bruke av tilskuddet fra Husbanken til å betale husleie, men dette er innviklet – de kan bruke av tilskuddet til å nedbetale på annen gjeld som ikke nødvendigvis behøver å ha noe med prosjektet å gjøre. Kommunen vil i slike tilfeller spare penger på renter og avdrag på investeringsbudsjettet, mens de skal betale husleie som går ut fra kommunens driftsbudsjett, men de har ikke lov til å bruke av husbankens tilskudd til annet enn investeringer, så her lager de en balanse slik at de får dette til å gå opp.*

6. Gis det tilskudd til drift?

*Svar: Nei, vi gir kun tilskudd til investeringer i bygningsmassen. Kommunen gir tilskudd til driften.*

7. Hvordan tror du fremtidens sykehjem/hjem for eldre skiller seg fra dagens?

*Svar: Det kommer til å være mere som et hjem og at skillet mellom omsorgsbolig og sykehjem blir borte. Jeg tror at man bare kommer til å få et tilskudd om man søker til det ene eller det andre. Jeg tror myndighetene i sterkere grad, vil bidra med hjelp av velferdsteknologien, til å gjøre at folk kan bo lengre hjemme. Rent økonomisk har vi ikke råd til å fortsette med den investeringen vi holder på med i dag i fremtiden. På grunn av «eldrebølgen» som kommer, blir det mere fokus på hjemmebaserte tjenester, slik at man kan bo lengre i eget hjem. At det legges opp til tilskuddsordninger med velferdsteknologi. Vi har allerede i dag et prosjekt for demente i Welhavens gate. Der bor de i en gammel bygningsmasse, men det er satt inn heis og det er implementert*

*veldig mye velferdsteknologi. Det er et mini demenslandsby med 12 plasser. Den er kommunalt drevet. Det har kommet langt dette med velferdsteknologi med medisindispensere, overvåkningsteknologi. På «Almas hus» på gamle Aker sykehus har de installert velferdsteknologi i en gammel leilighet som et slags laboratorium. Her kan man se hvordan dette fungerer, de arrangerer visninger for publikum. Man kan gå inn på [www.almashus.no](http://www.almashus.no)*

8. Hvor mye kan dere dere påvirke av selve utførelsen avbygget?

*Svar: Vi har vår egen «bibel» en veileder som vi har utarbeidet sammen med blant annet seniorforsker på Sintef Byggforsk Karin Høyland og husbankens arkitekter, som ble publisert i 2009. Det arbeides nå med en revidert utgave, men det er ikke veldig store endringer. Vi aksepterer sykehjemsrom på 28 m<sup>2</sup>. Det vil være fokus på at det skal være mere hjemmelig, slik at man får plass til egne møbler. I den første handlingsplanen for eldreomsorgen i 1998 var snusirkelen 140 i Husbanken. Senere ble den endret til 150. Det blir blant annet rettet opp noen misforståelser vedr. snusirkel ved enden av sengen, som kan være 140 og ikke 150 som bransjen mener, fordi det kun skal være en passasje for rullestol. I tillegg er det noen endringer om at hvert 10 bad i et sykehjem må tilfredsstillte TEK 10 i forhold til publikumsbygg – der må det være en snusirkel på 160 – Husbankens krav er altså noe lavere her. Våre (Husbankens) krav er også strengere enn TEK 10 på bad der skal det være plass til hjelpere på 90 cm. på begge sider og 110 cm. i forhold til dusj.*

9. Den tiden det tar å bygge et sykehjem, fra prosjektering til det står ferdig, er lang, ofte så lang tid at det «har gått ut på dato» før det åpnes – hva tenker du om det?

*Svar: Du har dette med demenslandsbyer, vi har vært på befarings i den kjente demenslandsbyen i Nederland. En del elementer av den blir lagt til grunn når det nå skal bygges 2 demenslandsbyer i Norge – en på Lille Tøyen i Oslo og en på Dønski i Bærum. De er ferdig tegnet, men vi har ikke gitt tilsagn til prosjektene enda. Begge blir på 136 plasser. Det i Nederland er noe annerledes, det spesielle på de 152 enhetene er at en leilighet er beregnet på 6 beboere, de har hvert sitt rom, men 3 stykker deler et stort felles bad. Dette er fremmed i norsk tankegang. I Norge får alle egne leiligheter med egne bad, og planen er at matlaging og vasking av tøy skal skje i boenheten. Dette er som å «banne i kirken» i Norge med tanke på kravene som arbeidstilsynet, helsetilsynet og mattilsynet har. Jeg vet ikke hvordan dette ligger an enda. Vi hadde med*

*oss en inspektør fra arbeidstilsynet på turen til Nederland. Det hun var mest opptatt av var at pleierne der gikk i vanlige klær. I Nederland er det også slik at personalet har sin arbeidsplass i stuen for beboerne. Dette er ikke arbeidstilsynet og fagforeningene i Norge glade for, mens vi mener dette er helt riktig vei å gå.*

10. Tror du fremtidens hjem for eldre blir delt slik at sykehjem kun blir for de som er syke og andre typer hjem for de som ikke er så syke, eller blir det slik at man kommer inn på et hjem før man blir syk og bor der i alle faser til man blir veldig syk?

*Svar: Jeg tror det på en eller annen måte blir noen sykehjem i fremtiden, men det blir som et mini sykehus.*

*I Danmark avskaffet man sykehjem i 1988, der heter det pleiebolig. En pleiebolig er slik at man har en trappetrinns løsning. Man flytter inn i egen leilighet og så går du oppover i hierarkiet etter hvert som hvor dårlig du blir. I Greve kommune utenfor København, lå demensavdelingen på toppen i trappetrinns konseptet.*

11. Er det noe annet du kan bringe inn som jeg ikke har tenkt på?

*Dette med nettotilvekst er noe som gjorde at det ble en dramatisk endring av tilskuddsordningen nå fra 1. januar 2017. Det går ut på at myndighetene har vært opptatt av at det ikke har vært noen økning i antall plasser. Nå har de kommet med «riset bak speilet» - kommunalministeren signaliserte dette i kommuneproposisjonen I S, 11. mai. Den sier at allerede fra 2019 skal Husbanken kun gi tilskudd til netto tilvekst, etter en diskusjon utsatte Helseminister Høie dette med 100 % netto tilvekst fra 2021. Det betyr at i 2017 skal 20% av alt vi finansierer ha nettotilvekst. I 2018, 40%, i 2019 60%, i 2020 80% og i 2021 altså 100%. Jeg kan komme med et eksempel: Oslo kommune har et sykehjem i dag med 50 plasser, så river de det, så bygger de et nytt sykehjem med 51 plasser, da får de tilskudd til 1 plass. Dette er spesielt dramatisk med tanke på en rapport Rambøll kom i november 2016 hvor ca. 50% av den nåværende bygningsmassen rundt om i landet kreves skiftet ut eller veldig store utbedringer. Så nå må kommunen finansiere dette med egenkapital.*

12. Helsepartiet mener at det ikke finnes noen dokumentasjon på at folk ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, slik byrådsavdelingen for eldre helse og sosiale tjenester sier. De mener kommunen sier dette fordi det er billigst å la folk bo hjemme så lenge som mulig – hva tenker du om det?

*Svar: Jeg tror dette er delt, jeg tror de fleste som fungerer sånn noenlunde ønsker å bo hjemme. Hvis ikke kan de bo på omsorg+ konseptene. Det de sier på Kampen omsorg + er at de som kommer dit kvikner til etter noen måneder. En annen side er at en jeg kjenner i brann- og redningsetaten er veldig skeptisk til at folk bor hjemme for lenge med tanke på evakuering blant annet.*

13. Kan du si noe mere rundt konseptet omsorg+?

*Da omsorg+ kom, var det ikke helt i tråd med våre retningslinjer og krav, så vi har tilpasset det en del. Vi fikk en del kritikk fra helse- og omsorgsdepartementet, men Jonas Gahr Støre og Bent Høie var på befaringsreise på Kampen Omsorg + og var henrykt over dette så etter det har det ikke vært mere snakk om at vi ikke skal støtte omsorg +.*

*Dette med demenstilpasning, er noe som vil si at hver bogrupper skal ha sitt fellesareal i umiddelbar nærhet av boligene. Det skal 70/30 – 70% i boligen og 30% i fellesareal. Vi har derfor laget «Husbankens areal» i hver etasje med en sittegruppe.*

## Intervju med Helsepartiet

### Intervju med leder i Helespartiet Lise Askvik og nestleder Lene Sundfær Haug

1. Hvordan tenker Helsepartiet at rommene i et sykehjem skal utformes med tanke på størrelse og innhold?

*Svar: De bør være relativt store med en stue og et soverom med plass til de som har bevegelsesproblemer og plass til gjester. Det skal jo være hjemmet til mennesker. Vi har for få sykehjems plasser i dag, så vi må bygge nye sykehjem og det er spørsmål om politisk vilje – Helsepartiet ønsker å presse frem en politisk vilje. Det skulle skinne av eldreomsorgen så de rødgrønne med 12 000 nye plasser – de klarte 567 plasser. De blå snakker veldig pent om hva de skal få til innenfor eldreomsorgen, men lite konkret. De røde har veldig mye prestisje i det som er og vil ikke endre noe og de blå gikk til valg på å endre med blant annet å legge ned de regionale helseforetakene og snakket om eldreomsorg men de har vist at de ikke evner. Vi har altså 2 store blokker i norsk politikk i dag – hvor den ene ikke vil og den andre ikke kan. Det er derfor det blir et vakuum og et rom for et nytt initiativ for et parti som oss. Tilbake til ditt spørsmål – vi skulle hatt mere differensierte botilbud som er tilpasset funksjonsnivået. De fleste av de som bor på sykehjem i dag er ikke i stand til å lage mat selv, slik at et kjøkken er det ikke behov for. Men for de som er litt friskere og mere oppegående ville det ha vært fint å få noe som lignet mere på et vanlig hjem. Vi tror ikke på myten at eldre vil bo hjemme så lenge*

*som mulig – ingen kan si hvor det kommer fra, men noe politikerne vil fordi det er billig. Det finnes ingen undersøkelse på dette, men det folk kanskje har svart er at de vil bo hjemme forutsatt at de er friske – det er ingen som vil bo hjemme å være redd, ensom og alene med trygghetsalarm hvor det kommer en hjemmesykepleier som tar meg ut av sengen 3 ganger om dagen – det er ingen som vil det. Da har man det bedre med et omsorgstilbud som er mer differensiert og folk må komme tidligere på hjem i trygge former. Folk kommer for sent inn på hjem – Anita Vatland i pårørendealliansen fortalte at snittiden du lå inne på sykehjem for 10-12 år siden var 35 mnd. før du døde – nå er tiden 13 mnd.*

2. Vil Helsepartiet legge servicefunksjoner inn i sykehjemmene – i tilfelle hvilke?

*Svar: Ja, det må det være. Vi må legge mange servicefunksjoner inn, mange vil si at dette koster for mye, men hva er viktigere enn å sørge for at liv og helse er på stell. Slik det er i dag er ikke folks liv ivaretatt. Framtidens sykehjem kunne kanskje ligget i et lite shoppingssenter. I Nederland har de samlokalisert studenter og eldre. Studentene bor for en billigere penge og til gjengjeld gjør de tjenester for de eldre. Det er også viktig at det tilrettelegges for at barnehager kan komme på besøk og at sykehjem kan ha dyr. Det må være mer differensierte tilbud for beboerne sett i forhold til hvor syk du er. Hvis du for eksempel har hatt hjerneslag, så er ikke en omgivelse med demente bra. Man må samle de med like diagnoser. Man må ha lojalitet til pasientens behov – da vil man se at det er grupper som hører sammen og grupper som ikke hører sammen.*

3. Kan det være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand?

*Svar: Ja, det er noe vi er for. Man kan jo tenke seg at man kan kjøpe boligen selv. Tilbudet må jo være noe helt annet enn det vi har i dag for at folk skal ha lyst til å flytte inn der. Vi snakker om å bygge helt nye bygg.*

4. Hvordan skal reguleringsprosessen for søkere være – skal vi endre dem slik at det blir lettere og raskere å få igjennom reguleringsprosesser?

*Svar: Vi er nødt til å legge til rette for at reguleringsprosessene skal kunne gå rasere enn i dag.*

## Intervju med Plan- og bygningsetaten

### Intervju med fungerende enhetsleder Marianne Aas enhet for sosial infrastruktur avdeling for områdeutvikling i Plan- og bygningsetaten

1. Hvordan stiller plan- og bygningsetaten seg til omregulering av tomter (fra næring/bolig eller uregulerte tomter) til institusjon (sykehjem, omsorgsboliger) annen offentlig privat tjenesteyting (legesenter)?

*Svar: Det kommer an på tomtens muligheter, det som er en hovedutfordring med sykehjem og enkelte næringstomter er f.eks. støy og sykehjem skal ha tilfredsstillende støyforhold på fasader og utearealer. Det kan løses ved utforming av bygget og det krever at man er villig til å gjøre det. I tillegg er luftkvalitet viktig. Dersom miljøforholdene er gode, er det ingen problemstilling at tomten en regulert til næring. Vi har noen lokaliseringskriterier for sykehjem, der vi ønsker at de skal ha nærhet til kollektivtransport, i forhold til besøkende, men det er ikke et absolutt kriteriet. Det ikke dagens formål som er en utfordring, det er i bunn og grunn en selvstendig vurdering av tomtens kvaliteter, muligheter, beliggenhet inkl. miljøforhold. Det er viktig at det er utgang til balkong/terrasse fra rommet eller avdelingen.*

2. Hvor stor del har politikerne i en reguleringsprosess?

*Svar: Man baserer seg på det som før het «sykehjem og behovsplan» og som nå heter «behovsplan for eldre med hjelpebehov» som sier noe om hvilke prosjekter kommunen ønsker å gjennomføre – så starten er politisk, den vedtas politisk sammen med budsjettet. Også er det et politisk vedtak i enden av reguleringsprosessen.*

3. Er det større sannsynlighet å få igjennom en søknad om å bygge et sykehjem enn et næringsbygg?

*Svar: I starten av en reguleringsprosess, uavhengig av hvilken regulering vi snakker om (bolig, næring, sykehjem) gjør plan- og bygningsetaten en selvstendig faglig vurdering som evt. må følges opp politisk. Men vi gjør en vurdering om hva vi mener et riktige formål for en tomt og for et område og den utviklingen vi ønsker. Vi tar utgangspunkt i det forslagsstiller foreslår, men vi er ikke nødvendigvis enige. Det er også viktig om man mener at det er behov for et sykehjem innenfor dette området. Vi har en sak nå som er sendt over fra byrådet til byutviklingskomiteen som går på en eiendom ved siden av Paulus sykehjem på Grünerløkka, som ble foreslått som bolig og hvor det har vært dialog internt i kommunen og men har blitt enige om at plan- og bygningsetaten skulle*



*utarbeide et forslag som gikk på sykehjem fordi dette ville gi en mulighet til å utvide eksisterende sykehjem (en politisk bestilling). Vi har et faglig skjønn som gjør at vi f.eks. kan foreslå det til offentlig ettersyn uavhengig av en politisk bestilling. Eller vi kan si at det lar seg gjennomføre. Vi har, når kommunen selv er utvikler en dialog som starter i konseptvalgutredningsfasen der man ser på mulige sykehjem. I denne prosessen kom man blant annet frem til, at et eksisterende sykehjem som ligger sånn til at støy- og luftkvalitet gjør det ekstremt utfordrende å lage et godt sykehjem, at man ikke kunne videreføre som dette som sykehjem. Kommunen vurderer i slike tilfeller om de skal utvikle dette til et annet formål, eller om de skal selge eiendommen. Dersom noen har en tomt de ønsker å utvikle til sykehjem og vi mener den er egnet, selv om den også er egnet til bolig, barnehage m.m. vil vi gjerne si at det er greit så lenge forholdene ligger til rette for det – det er sjelden vi vil gå imot et privat initiativ. Det er imidlertid ikke ofte vi har foreslått, i forbindelse med private boligreguleringer, å bygge sykehjem istedenfor bolig. Men det kan være noen få tomter som peker seg ut til formålet sykehjem, men dette baserer seg ofte på hva vår avdeling for byutvikling har gjort.*

4. Har behovet for sykehjem i kommunen noe å si for om det gis tillatelse til bygging av sykehjem – og har det noe å si om søker er privat, ideell eller kommunal?

*Svar: Ja det har det. Det hender at vi får prioriteringer fra vår byrådsavdeling som sier eksempelvis at disse 4 kommunale sakene skal dere prioritere – og da gjør vi det – vi snakker om å forsere de lovpålagte tidsfristene, men de kan ikke forskuttere vår faglige anbefaling, kun be oss om å behandle sakene i et raskere tidsløp. Dersom det er en privat søker samtidig, vil det gå på bekostning av dem dersom vi ikke har kapasitet til å behandle alle saker like fort, men vi håndterer også de private innenfor de lovpålagte fristene.*

*De private har selvfølgelig en mulighet til å utvikle tomten sin. Du kan som privat drifte sykehjem uten tilskudd fra kommunen og du kan privat regulere eiendommen din til sykehjem selv om kommunen ikke har behov for sykehjem.*

*Byrådsavdelingen kan også gi oss beskjed om å prioritere både private og kommunale søkere.*

*Nå har hele vår avdeling fått beskjed om at boligsaker med over 100 boliger er prioritert og dersom du da ønsker å bygge næring, så har du en utfordring fordi avdelingen som sådan har ekstremt mye å gjøre. En nærings sak vil da ha problemer med å komme opp.*

*For å få en bedre kapasitet har vi nå blitt skilt ut i en egen avdeling slik at vi skal ha kapasitet til å behandle både boligsaker og sosial infrastruktur.*

5. Hvor lang tid tar en omreguleringssak?

*Svar: En omreguleringsprosess tar, i et normalløp – uten forsering, fra 1,5/2 til 5 år, uansett hvilken type sak. Ved saker som skal prioriteres (altså skal forseres) kan ta 1 år. Noen sykehjemssaker har tatt veldig lang tid opp mot 5-6 år. Da fordi man har skiftet hvordan man tenker at sykehjemmet skal være underveis og begynt helt på nytt igjen. Normalen er 2 til 2,5 år.*

6. Må eiendommen omreguleres, eller kan det gis dispensasjoner om bruk?

*Svar: Nei, når man gjør et så stort formålsskifte så krever det en reguleringsprosess jf. plan- og bygningsloven. Men dersom man ønsker å bygge seniorboliger og ikke sykehjem, ligger hovedskille på døgnbemanning når vi vurderer om det skal ligge inn under sykehjem/omsorgsboligregulering eller vanlig boligregulering. Oslo kommune har sett et behov for en kategoribolig, for eksempel en studentbolig – som ligger under boligregulering. Det er helt andre krav til parkering, sykkelparkering, leilighetsstørrelse og utearealer enn det vi stiller til en normal bolig. Slik man pleier å løse dette er at man må fremlegge en tinglyst avtale på drift fra studentsamskipnaden hvis man er privat eller en annen forslagsstiller å regulere studentboliger. Dersom studentskipnaden selv gjør det er det noe annet fordi de har en funksjon sånn sett. Vi ser den samme utfordringen med omsorgsboliger – ikke sykehjem, men omsorgsboliger – i forhold til grensen mellom boliger og omsorgsboliger som nærmer seg sykehjem, men det er et ganske godt spenn imellom som ikke helt hører hjemme i noen av kategoriene. Hjemmehjelp er greit, men har du en ansatt som kanskje er der hele dagen, hele natten, har du hvilende nattevakt.*

Er det skille definert?

*Svar: Vi har som utgangspunkt definert at dersom du har heldøgns bemanning, er du over i institusjon offentlig privat tjenesteyting institusjon, sykehjem eller omsorgsbolig. Hvis du ikke har heldøgns bemanning, er du egentlig i boligkategorien, men den er utfordrende fordi det er et grensesnitt der som kommunen bruker tid på i hver tilfelle.*

7. Kan det være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand?

*Svar: Jeg vet at sykehjemsetaten jobber med dette og noe vi også har sett på – for eksempel på Oppsal – kan du tenke deg noe som kan være omsorg + leiligheter som kan gjøres om til å fungere som sykehjem. I Danmark har de en stor fleksibilitet i rommet, noe som gjør at du kanskje kan sette opp en vegg mens man fungerer ganske godt og har eget soverom og stue og kjøkken, mens når du blir ordentlig dårlig kan du kanskje ta bort veggen så du får mere areal til sengen – dette krever en større generøsitet i areal enn det vi legger inn i sykehjemmene nå. I Danmark hadde man en interessant løsning på badet, for å spare plass, der man hadde en stor skyvedør slik at man fikk snusirkelen i overgangen mellom bad og soverom – man kunne kjøre rullestolen inn, snu med plass litt ut i soverommet, og så lukke døren. Det er noe om hva du prioriterer arealet til, dersom du ved et slikt grep kan få 5 m<sup>2</sup> ekstra til boareal er det en god løsning.*

*Disse hagelandsbyene tror jeg kan bli veldig gode sykehjem for demente fordi de ofte er ganske friske fysisk, de kan ivareta et liv, innenfor en sånn struktur. For de som er psykisk klare er ofte sengeliggende og de har kanskje et helt annet behov – jeg tenker da på terrasser og utsikt. Det å kunne være på en terrasse å kunne snakke er jo avhengig av støy i nærområdet.*

8. Går dere inn i søkeprosessen og gir råd?

*Svar: Det har vi gjort, men mest overfor Oslo kommune, det er selvfølgelig vanskelig å gjøre det overfor private, men vi har jo en ganske god kjennskap til for eksempel Husbankens vurderinger og deres kriterier osv. så vi tar dette opp også med private forslagsstillere.*

9. Er det andre ting du mener jeg burde få med meg?

*Svar: Det høres ut som du er opptatt av prosessen rundt bygging, vi er mest engasjert i hvordan tenker man at fremtidens sykehjem skal være. Vi har jo vært med i dette arbeidet som sykehjemsetaten og byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester har hatt i forhold til fremtidens sykehjem ganske lenge nå. Vi har vært med i flere runder og vi har sett på forskjellige løsninger - jeg tenker at fremtidens sykehjem kan være forskjellige ting. Vi har jobbet med sykehjem etter mere hagelandsby / demenslandsbytankegang. Vi har et som skal over til politisk behandling nå snart – på*

*Lille Tøyen, som er utviklet innenfor de tankene man har gjort i Nederland med tilpasning til norske forhold. Det også vi opplever er at reguleringsaken legger noen rammer som ikke er gitt at man klarer å følge opp i bruken – noe som er en interessant diskusjon, fordi man av og til kan treffe med de fysiske rammene men bomme med oppfølgingen og av og til bomme med de fysiske rammene, men treffe med oppfølgingen – hva er best og hva er verst? Lille Tøyen, som nå har blitt en demenslandsbymodell startet prosessen i 2009, kjørte en stund, men så stoppet vi den, så startet vi den på nytt i 2015 og la vekk alt det gamle. Vi har en annen sak på Oppsal sykehjem, hvor man jobber med andre tanker – vi var på studietur til Nederland veldig nylig. Hvilke fysiske rammer er det som ligger til rette for det vi ønsker – det er en kjerne i denne fremtidens sykehjem diskusjonen. Vi er opptatt av en fleksibilitet så man ikke bygger noe som, når det endelig bygges, er utdatert. Vi har vært veldig positive til varianter at det man ser på i demenslandsbyer med for eksempel strukturer som i større grad er lukkede inne arealer og som fysisk henger sammen. I København er det en pågående prosess for noe som heter «Nye Sørlund» som ikke er bygget. Det har vært en ny konkurranseløsning, som fortsatt har et veldig spennende løsningsforslag, men i forrige runde hadde de et høyere bygg som også forsøkte seg på disse sammenbygde variantene – mens i det nye har man fokus på de lave variantene på 2 og 3 etasjer. Demenslandsbymodell jobber vi også med på Furuset, den har kommet kortere, men er en spennende måte å jobbe på. Det gis en ganske stor frihet innenfor gitte rammer, med varierte utearealer som alle har tilgang til men som er innelukket. På Lille Tøyen er det flere sammenhengende strukturer der man kan vander mellom hagene. Og så er det dette med møteplasser, der man klarer å trekke inn et nærområde. Vi snakker også veldig mye om dette om å klare å lage sykehjem som gjør at det livet du lever på sykehjemmet ligner på det livet du har levd før. Det imponerte meg på den studieturen vi hadde til Nederland nå, hvor de har klart å etablere attraksjoner i sykehjemmet som gjør at folk kommer til sykehjemmet ikke for å «være snille», men fordi de selv får noe ut av det. De viste for eksempel en fantastisk blomsterhage, der folk i området kan komme å dyrke og plukke – dette fører nærmiljøet sammen med de eldre - også snakker de sammen fordi man tilfeldigvis er på samme sted. Dette har man gjennomgående gjort med forhold til alle sine halvoffentlige arealer – arealer som også andre kan ha glede av å bruke. Dette jobber vi med å få til, men vi har ikke kommet så langt med å konkretisere her enda hvordan vi kan få til de møtene. Det å få litt liv inn i sykehjemmene. Vi ser i dag, ved sykehjemmene, at de gamle sitter ved inngangen, fordi det er det «det skjer». Vi må ivareta den funksjonen inn i*

*sykehjemmet. Et av de sykehjemmene vi var å så på i Danmark, hadde man noen små innhakk ved døren slik at man kunne ha en stol og man vi en møteplass i gangen.*

*Kommunalt sambruk er et veldig aktuelt tema i Oslo nå, har man for eksempel et stort samlingsrom som også barnehagen kan komme å bruke – det er en vinn vinn situasjon – de gamle har tid og barna har entusiasme. Legge opp bygg som kan ivareta dette er veldig viktig.*

## Intervju med privat aktør i drift av kommunale sykehjem i Oslo

1. Hvordan tenker dere at fremtidens sykehjem må skille seg fra dagens?

*Svar: Jeg tenker at det institusjonspreget som er på dagens sykehjem blir mere borte. Man bygger jo nytt i dag også, men det er også institusjonspreget. Et nytt hjem vi kjenner til, er jo et flott og fantastisk bygg, men det er institusjonspreget. Det er mindre enheter enn det er i de eldre sykehjemmene som gjerne hadde lange korridorer og mange pasienter i hver enhet. Det man bygger nå er færre pasienter pr. enhet, men institusjonspreget er der likevel, etter min mening. Mens et annet sykehjem vi kjenner til, er et gammelt sykehjem med stue på stue som gir et hjemlig preg. Utfordringen i fremtidens sykehjem blir nok å klare å bygge et hjem og ikke en institusjon. Det blir spennende å se hvordan den utviklingen blir.*

2. Tenker du at fremtidens sykehjem skal være for alle kategorier, eller tenker du at demente skal være i dementlandsbyer og de som er mentalt friske skal være for seg?

*Svar: Jeg tenker at samfunnet rommer mange ulike mennesker og et hjem for eldre er veldig unaturlig at man bare har rundt deg folk som er lik deg selv, for sånn er jo ikke samfunnet for øvrig. Vi må legge til rette for mangfold. Vi må få inn andre grupper, vi må få inn barn og unge og ikke minst studenter inn i sykehjemmene. Det vil være med på å skape noe annet enn en institusjon. Dette med dementlandsbyer har nok også noe for seg, jeg sier ikke at det må være enten eller. En ting er idealbildet i forhold til hvordan man skulle tenke seg å bygge det, men det skal være hensiktsmessig i en driftsituasjon også. Noen ganger kan det konkurrere med hverandre.*

3. Hvordan bør politikerne legge til rette for at det skal bygges nok sykehjem for å demme opp for eldrebølgen som kommer?

*Svar: De må passe på å gå i takt. Nå bygger de jo ned antall sykehjemsplasser i alle fall i Oslo, før de eventuelt tar dem opp igjen hvis man ser at eldrebølgen kommer. De lukker øynene for dette nå. Politikerne kan jo ikke bygge ned sykehjemsplasser og tenke at folk skal klare seg lengre hjemme, uten å ruste opp hjemmetjenesten. Hvis de virkelig ønsker at*

*folk skal bo lengre hjemme, må de investere mere i hjemmetjenesten – og ikke legge ned sykehjemsplasser før man har investert nok og endret tenkningen i hjemmetjenesten. Man må se sykehjem, hjemmesykepleien og dagsenteraktiviteter i sammenheng. Det er også en trend nå at de reduserer antall dagsenterplasser. Jeg tenker at dersom man skal redusere sykehjemsplasser og satse på hjemmetjenester, så bør man ikke legge ned dagsenterplasser, da må man heller øke dagsenterplasser og utvide et dagsenter til også bli et kveldsenter og et helgesenter. Det er jo ikke sånn at den eldre befolkningen kun har behov for dagsenteraktiviteter og tilbud mandag til fredag fra kl. 09.00 til 16.00. Vi har et prosjekt sammen med bydelen på et av hjemmene våre nå, hvor de som har hjemmesykepleie og er på dagsenteret, de kan ha et avlastningsopphold – det vi kaller brukerstyrt seng på Manglerudhjemmet. Da får de tilbud om å være der et tidsavgrenset periode som avlastning.*

4. Hvordan er det lagt til rette for at private aktører kan bygge og drive sykehjem i dag?

*Svar: Det er det ikke lagt til rette for. Vi drifter på vegne av Oslo kommune. Det finnes bare noen i liten skala. Men det ville jo kunne avlaste kommunene for ganske store investeringskostnader, både i forhold til at private aktører kan komme inn i eksisterende bygg og ta på seg å rehabilitere byggene eller bygge nytt. Med de utfordringene som er i kommuneøkonomien så skulle man jo tenke at det kunne være interessant og aktuelt. Vi ser det i sykehussektoren der Helse sørøst har store investeringskostnader fremover ved bygging av nye sykehus og hvordan de private sykehusene kan stå for investeringene i nybygg.*

5. Tror du det er et marked for å bygge et stort sykehjem, som Hovseterhjemmet, i privat regi og at beboerne må betale hele prisen selv?

*Svar: Kanskje i Oslo, hvor det er så tett befolket, her tenker jeg at noen ville være villig til å betale for det. Jeg tror ikke det ville fungere å bygge det spredt rundt i landet – det ville vært en meget stor risiko.*

6. Kan du tenke deg at en trappetrinnløsning der man kommer inn ganske frisk og flytter oppover i hierarkiet etter hvert som behovet endret seg – og kanskje endre opp på toppen i demensavdelingen?

*Svar: Det tenker jeg absolutt, da skaper man mangfold igjen. Så har du ulike omsorgsnivå i ulike faser og du kan bevege deg oppover og nedover. I perioder kan det være du har behov for tettere behandling, tettere bemanning også blir man bedre og kommer tilbake til*

*et lavere omsorgsnivå. En fleksibilitet i samme system er bra for beboer, men kan være krevende for bemanningen.*

7. De fleste politikere mener generelt at de aller fleste vil bo hjemme og ikke bo på sykehjem, Helsepartiet mener at det ikke finnes dokumentasjon på dette og at eneste grunn til dette er at det er billigere for kommunen å ha folk boende hjemme enn å ha de på sykehjem – hva tenker du om dette?

*Svar: Det jeg har hørt er at det er stor forskjell bare her i byen fra bydel til bydel hvor lett eller vanskelig det er å få en sykehjems plass. Og sånn kan det ikke være. Så tror jeg at det er noen som får sykehjems plass som heller kunne tenke seg å bo hjemme og så er det sikkert noen som ikke får det som kunne tenke seg å få det.*

8. Er det noe annet du kan bringe inn som jeg ikke har tenkt på?

*Svar: Vi har en kontrakt å forholde oss til som er på 6 +1+1 år, litt kort, men jeg synes vi får til mye på de årene. Jeg tenker at private er en viktig aktør i at vi er med på pushe de kommunale til å bli bedre og de på oss. Vår tenkning er at vi hele tiden leverer i henhold til kontrakt eller bedre, hvis ikke får ikke vi fornyet kontrakten. Samt at vi har søkelyset mot oss samt at vi er i en forsvarsposisjon hele tiden. Vi har fokus på kvaliteten og utvikling av kvaliteten – det er det som er driveren hos oss. Vi har en fordel og det er at vi kan gjøre ting mye fortere enn kommunen fordi vi har korte beslutningslinjer. Vi opplever Sykehjemsetaten til å være en veldig profesjonell kontraktsoppfølgingspart. De har møter 2 ganger i året og uanmeldte tilsyn. Vi driver flere sykehjem i Oslo og samarbeider godt og jobber hele tiden for å bli bedre.*

9. Hvor lang er normal behandlingstid for en rammesøknad med dispensasjoner, for IG og for en ferdigattest for bygging av sykehjem?

*Svar: Lovbestemt frist for rammesøknader er, uavhengig av om de er med dispensasjon, 12 uker. Lovbestemt frist for søknad om igangsettingstillatelse er 3 uker. Lovbestemt frist for søknad om ferdigattest er 3 uker. Vi holder oss innenfor lovens frister.*

## Intervju med sykehjemsprest Yvonne Andersen

1. Hvordan er ditt inntrykk av hvordan beboere på sykehjem har det?

*Svar: Jeg møter mange som har det veldig fint og så møter jeg noen som aldri finner seg til rette. Det handler om personlighet og hvor lett man klarer å omstille seg. Det generelle inntrykk er at de fleste har det bra og er glad for å være på sykehjem. Det er*



*alltid unntak av de som ikke finner seg til rette, men det gjorde de ikke hjemme heller – hadde de trivdes hjemme hadde de ikke vært på sykehjem.*

2. De fleste politikere mener generelt at de aller fleste vil bo hjemme og ikke bo på sykehjem, Helsepartiet mener at det ikke finnes dokumentasjon på dette og at eneste grunn til dette er at det er billigere for kommunen å ha folk boende hjemme enn å ha dem på sykehjem – hva tenker du om dette?

*Svar: Det kommer an på hvordan du stiller spørsmålet. Dersom du stiller spørsmålet: «vil du bo hjemme så lenge som mulig?» Vil tilnærmet alle svare at de vil bo hjemme så lenge som mulig. Hvis man kommer med oppfølgingsspørsmålet: «føler du deg i stand til det?» Vil mange svare at de ikke føler seg i stand til det, mange har angst og synes det er trygt å bo et sted det er folk hele døgnet. Mange av mine samtaler med de som bor på Helsehus (et sted der de kun er for en kortere periode), følte på utryggheten ved det å måtte reise hjem. Mange av disse vil helst bo hjemme, men når de skjønner at de ikke klarer det, vil de bo på sykehjem og det tror jeg er en stor gruppe.*

3. Gjelder dette bare de som bor alene, eller gjelder det de som bor sammen med ektefellen?

*Svar: Det er nok flest av de som bor alene. De som bor sammen, vil nok ha sine hjemme så lenge som mulig. De tøyser nok strikken litt for langt, selv om de er slitene.*

4. Tror du det er tilfelle selv etter at tilbudet innenfor velferdsteknologi har blitt så stort, slik at de kan føle seg tryggere hjemme lengre?

*Svar: Vi må huske på at den gruppen mennesker vi snakker om nå ikke har vokst opp med den teknologien innen data, sosiale medier – at de må forholde seg til data og mobiltelefoner ol. mange evner ikke å utnytte den teknologien men blir mere engstelige av det. Vi vet jo ikke hvordan dette vil bli når de som kan dette i dag blir gamle, det har vi jo ingen forskning på, men det kan jo hende at velferdsteknologien er så forandret at den er like fremmed for den gruppen som det den er for dagens gamle nå. Vi blir jo færre folk som kan jobbe fordi andel eldre vil øke, så for å møte det behovet, må vi ha teknologi og jeg skjønner den tankegangen at det kan være frihet og trygghet for noen. Men det vil alltid være noen som ikke klarer å utnytte teknologien. Vi vet heller ikke hva man har igjen av mestringsstrategi når man har blitt rammet av demens, den rammer jo veldig forskjellig. De enkleste forandringer kan bli et problem, på et sykehjem byttet*

*de fra å trekke i snoren for å tilkalle hjelp til at man skulle trykke på en knapp, det ble en barriere for mange.*

5. Kan det at folk ikke vil være på et sykehjem ha noe med hvordan sykehjemmet er i dag – med det institusjonspreget som det er?

*Svar: Det er det selvfølgelig, men selv om det er slik det er, føler mange at de bor på et hotell, det er det mange pårørende som forteller meg. Folk er veldig forskjellig noen synes det er slitsomt å bo sammen med andre mennesker og noen er ensomme selv om det er mange mennesker rundt en.*

6. Kan det være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand?

*Svar: Jeg tenker at det var litt sånn før. Jeg snakket med noen som bodde på et Omsorg + og der var det mange som var ganske syke, men de fikk ikke den hjelpen de hadde behov for, så der var ikke opplevelsen etter forventningene. Dette er ikke en undersøkelse, kun noen samtaler. Det er et dilemma hvordan lage fremtidens eldreomsorg.*

7. Ser du det som fornuftig å samle folk med demens i en demenslandsby, eller bør alle bo sammen?

*Svar: Jeg mener det ikke er noe entydig svar på det fordi de som er rammet av demens er så forskjellige. Hvis alle med demens er i samme avdeling, samhandler ikke de nødvendigvis med hverandre, man kan øke forvirringen, frustrasjonen og sorgen fordi man er på forskjellig nivå. Dersom man blander de som har med de som ikke har demens, vil de som ikke har demens føle at det er vondt for dem fordi de ikke kan snakke med de som har demens. De vil føle «stakkars dem» - jeg sitter i rullestol, men hodet mitt er i alle fall klart. De eldre og gamle sier selv at demens er den verste sykdommen man kan få. Det er et vanskelig spørsmål. Jeg er litt delt i dette – noen demensrammede mestrer livet veldig godt sammen med andre. Det vi vet er at de fleste som har demens bor hjemme og lever blant oss i samfunnet. De får hjelp av familie, naboer og hjemmesykepleier. Jeg tenker heller at vi må ha et demensvennlig samfunn, vi må ha rom for å hjelpe folk som sliter med demens i hverdagen. Samtidig må vi se at noen kan ha det best i demenslandsbyer. Demens er den sykdommen som utfordrer oss aller mest,*

*fordi den griper så sterkt inn i personligheten og forandrer oss. Noen bevarer seg selv veldig bra gjennom demensforløpet, mens andre kan like noe de aldri har likt før eller omvendt. Det gjøres veldig mye bra, vi har geriatrisk ressurs senter i Oslo, de underviser, tenker ny teknologi og nye løsninger.*

8. Tenker du at det er lettere å bo et sted der det er mange beboere enn få? Og hva er viktig i et sykehjem?

*Svar: Små enheter er best. Det er det forsket på. En herlig historie i forhold til at det er mange sykehjem som ikke har bad eller toalett på rommet sitt: En pårørende spurte en beboer om hun ikke savnet et toalett på rommet sitt, hvorpå hun svarte at hun hadde jo aldri hatt et toalett på soverommet sitt, hun hadde alltid gått ut på gangen for å komme på badet, så det hadde hun aldri savnet. De med demens er nok mest opptatt av fellesrommene fordi det er der de ønsker å tilbringe mest tid. Mange pårørende er opptatt av hvordan værelsene er, men de gamle er mindre og mindre opptatt av hvordan værelse ser ut. De er opptatt av om personalet er vennlige eller ikke og om de har tid. Men det er alltid noen som er opptatt av omgivelsene. Det er stort behov for et flerreligiøst rom (seremonirom) med avtakbare symboler – det er jo nedfelt i menneskerettighetene at man skal få utøve sin tro. Det må være tilrettelagt for rullestoler og rullatorer.*

## Vedlegg 2 - Spørreundersøkelse

### Spørreundersøkelse 1

#### 1 - Spørsmål til ansatte på sykehjem:

1) Ser du det som en fordel at ektefeller får bo på samme rom?

- a) Ja
- b) Nei

2) Kan du se noen fordeler ved at det er et minikjøkken på beboernes rom?

- a) Ja
- b) Nei

3) Ser du det som positivt at det er servicefunksjoner (fysioterapi, frisør, fotpleie, basseng, SPA, galleri, bar, café, trimrom, kino, dagligvarebutikk eller klubblokaler) i sykehjemmet?

- a) Ja
- b) Nei

Hvis ja, hvilke tilbud tror du at du ville benyttet mest?

(du kan krysse av på inntil 6 alternativer)

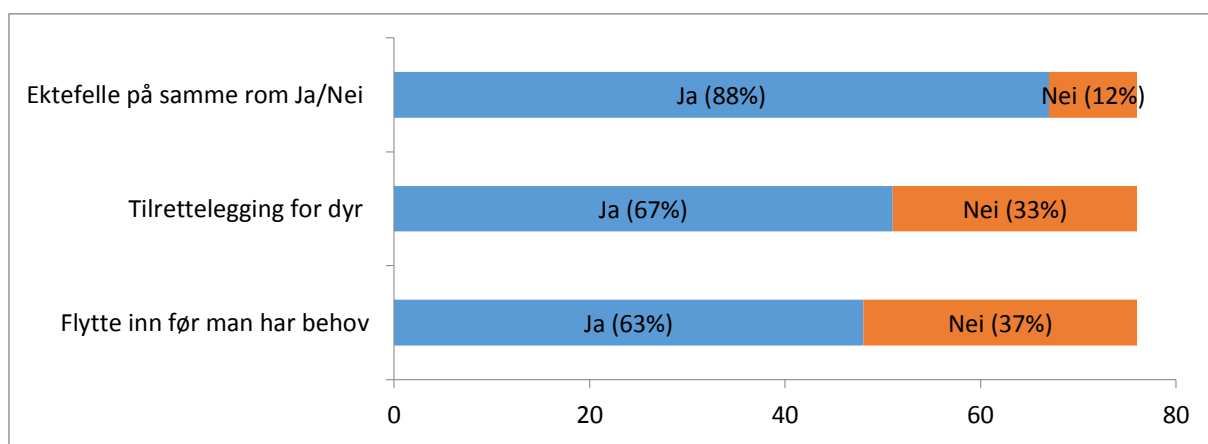
- a) Fysioterapi
- b) Frisør
- c) Fotpleie
- d) Basseng
- e) SPA
- f) Galleri
- g) Bar
- h) Café/møteplass
- i) Trimrom
- j) Kino
- k) Dagligvarebutikk
- l) Klubblokaler for klubber som bridgeklubb, øl-klubb, syklubb ol.

4) Vil det være positivt at servicefunksjonene også benyttes av nærmiljøet?

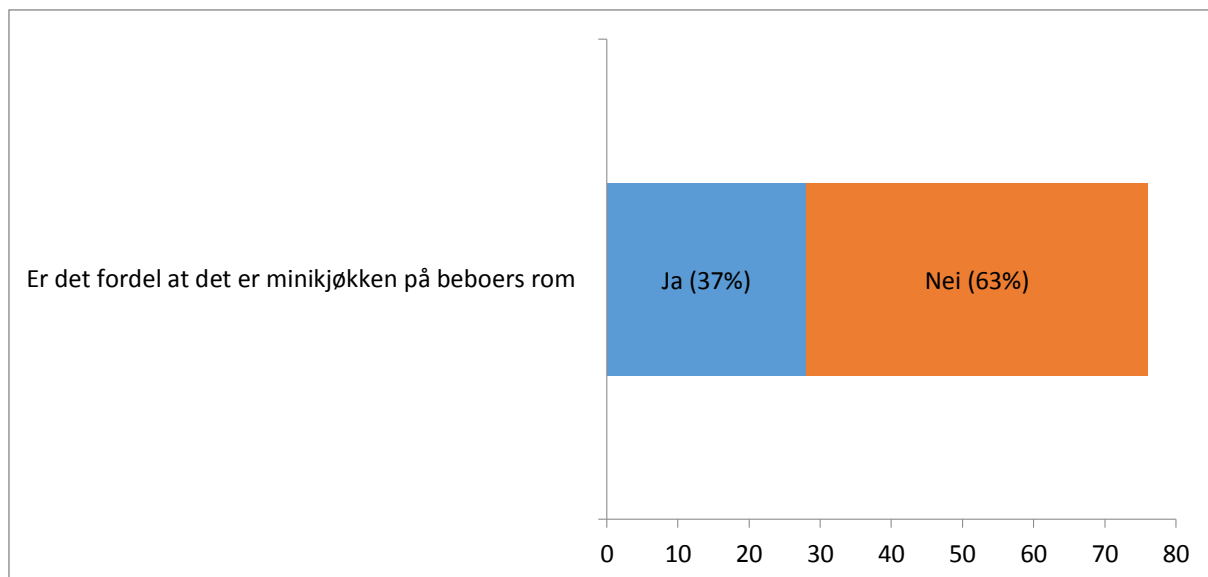
- a) Ja
- b) Nei

5) Vi du foretrekke at antall beboere/brukere på sykehjemmet er:

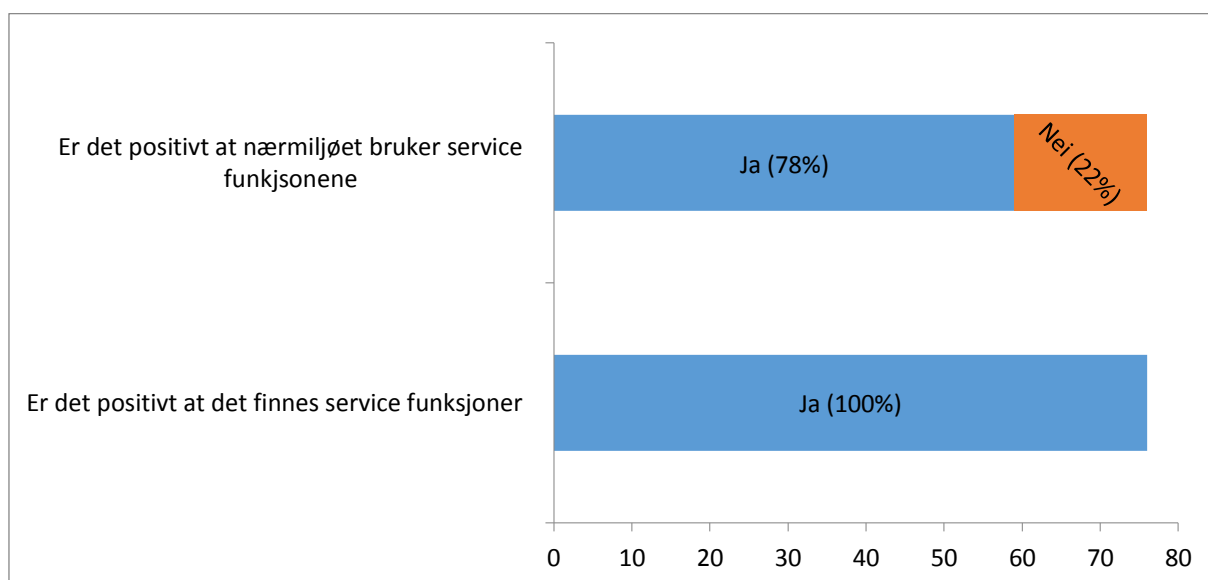
- a) ca. 20
  - b) ca. 50
  - c) ca. 100
  - d) ca. 150
  - e) ca. 200
- 6) Er du opptatt av at et sykehjem skal tilrettelegges for dyr: hund eller katt?
- a) Ja
  - b) Nei
- 7) Hvilke av følgende hverdagsaktiviteter/rutiner for beboerne ønsker du at det skal tilrettelegges for at skal bestå?
- a) Vaske klær
  - b) Lage mat
  - c) Å handle
  - d) Vanne blomster (eget fellesrom med blomster)
  - e) Ingen av dem
- 8) Kan det være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand?
- a) Ja
  - b) Nei



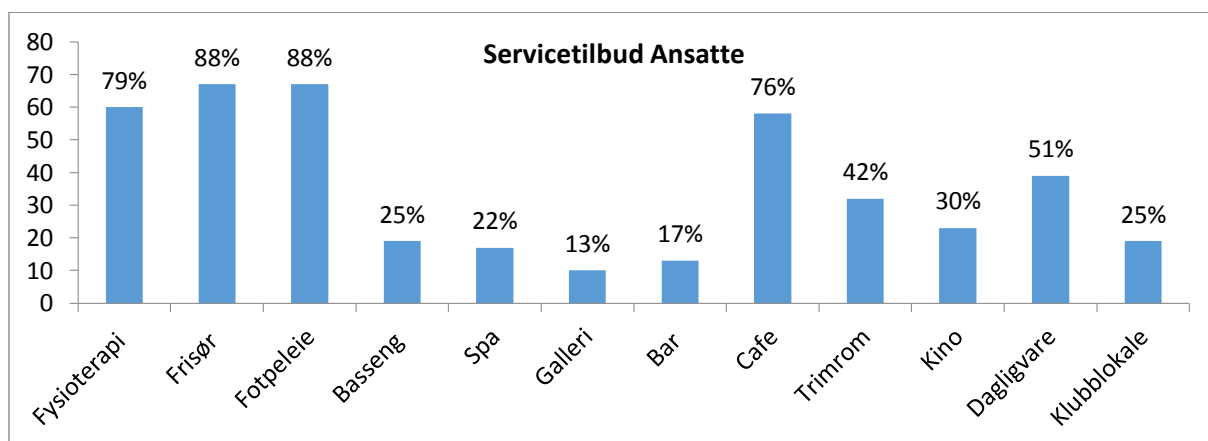
### Svar på spørsmål 1, 6 og 8



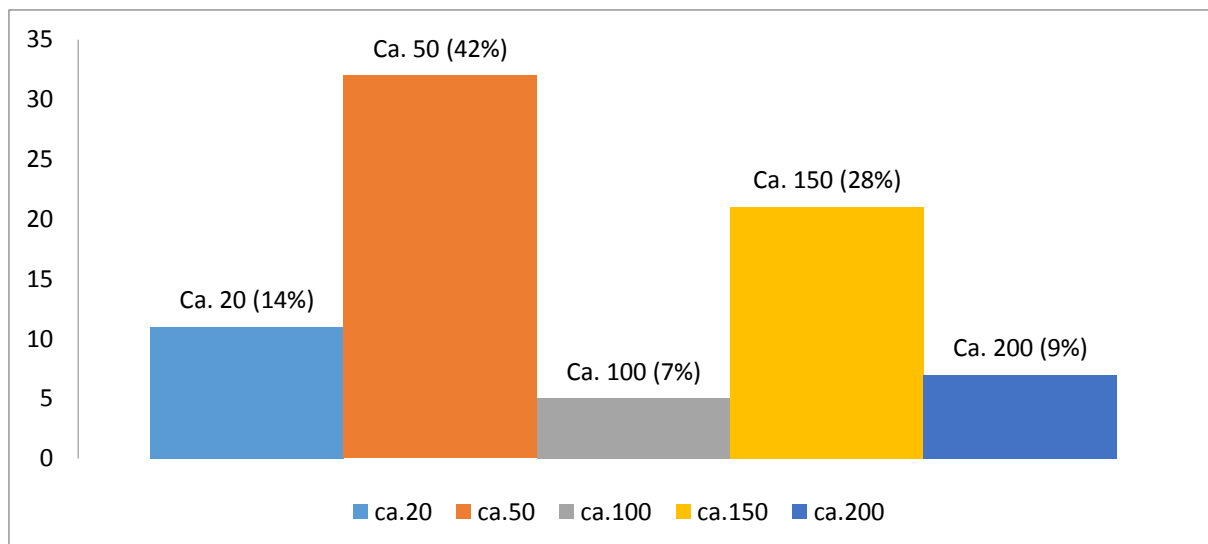
### Svar på spørsmål 2



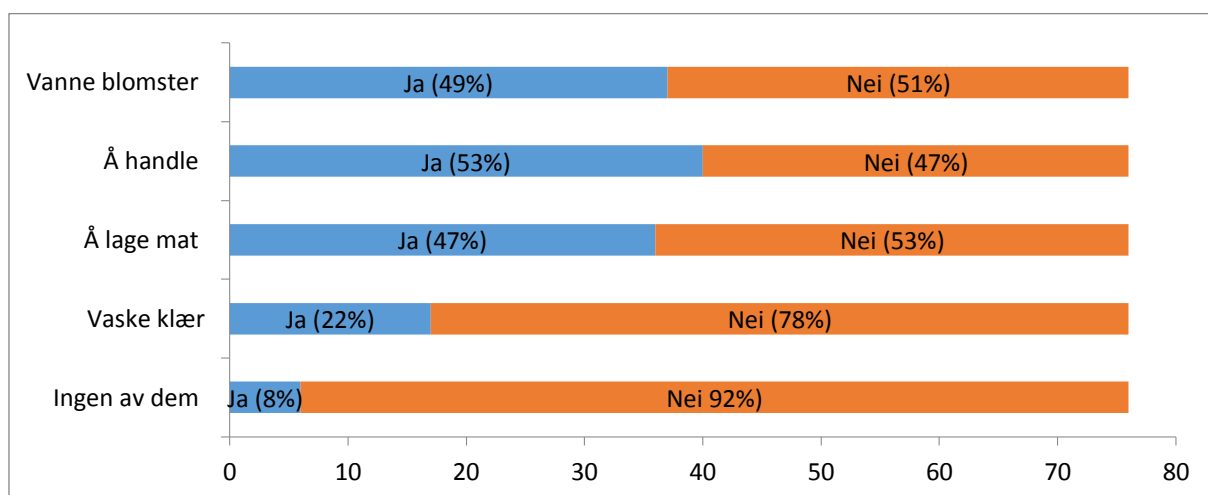
### Svar på spørsmål 3 og 4



### Utdypende svar på spørsmål 4



### Svar på spørsmål 5



### Svar på spørsmål 7

#### Spørreundersøkelse 2

#### 2 - Spørsmål til beboere på sykehjem:

- 1) Vil du på sykehjemmet ønske å bo?
  - a) På tomannsrom
  - b) På enkeltrom
  - c) Spiller ingen rolle
  
- 2) Dersom du ender opp på sykehjem med ektefellen, ønsker du at dere skal bo på samme rom?
  - a) Ja
  - b) Nei
  
- 3) Når det gjelder tilgang til kjøkken hva ville du ha foretrukket?



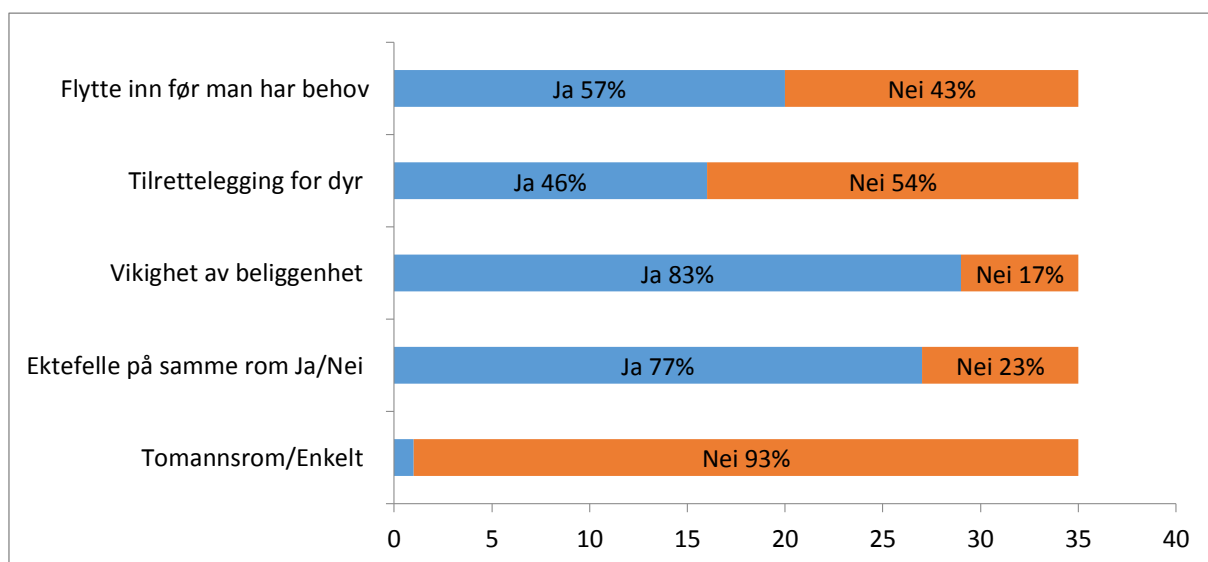
- a) Eget minikjøkken på rommet
  - b) Tilgang til felles kjøkken like i nærheten
  - c) Ønsker ikke å ha tilgang til kjøkken
- 4) Ser du det som positivt at det er servicefunksjoner (fysioterapi, frisør, fotpleie, basseng, SPA, galleri, bar, café, trimrom, kino, dagligvarebutikk eller klubblokaler) i sykehjemmet?
- c) Ja
  - d) Nei

Hvis ja, hvilke tilbud tror du at du ville benyttet mest?

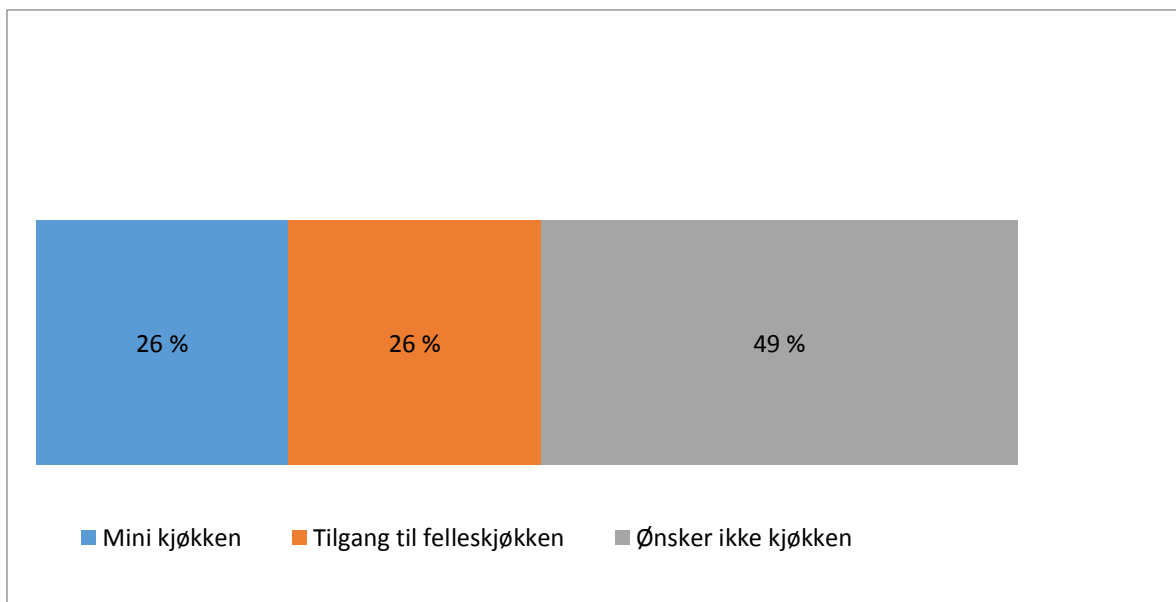
(du kan krysse av på inntil 6 alternativer)

- m) Fysioterapi
  - n) Frisør
  - o) Fotpleie
  - p) Basseng
  - q) SPA
  - r) Galleri
  - s) Bar
  - t) Café/møteplass
  - u) Trimrom
  - v) Kino
  - w) Dagligvarebutikk
  - x) Klubblokale for klubber som bridgeklubb, øl-klubb, syklubb ol.
- 5) Vil det være positivt at servicefunksjonene også benyttes av nærmiljøet?
- a) Ja
  - b) Nei
- 6) Vi du foretrekke at antall beboere/brukere på det sykehjemmet du skal bo på er:
- f) ca. 20
  - g) ca. 50
  - h) ca. 100
  - i) ca. 150
  - j) ca. 200
- 7) Hva er viktigst for deg?
- a) At sykehjemmet ligger i nærheten av der dine pårørende bor?
  - b) At sykehjemmet ligger ved naturen/sjøen/fjellet noen timer fra der du har hatt ditt hjemsted?
- 8) Ønsker du å ha mulighet til direkte utgang til:

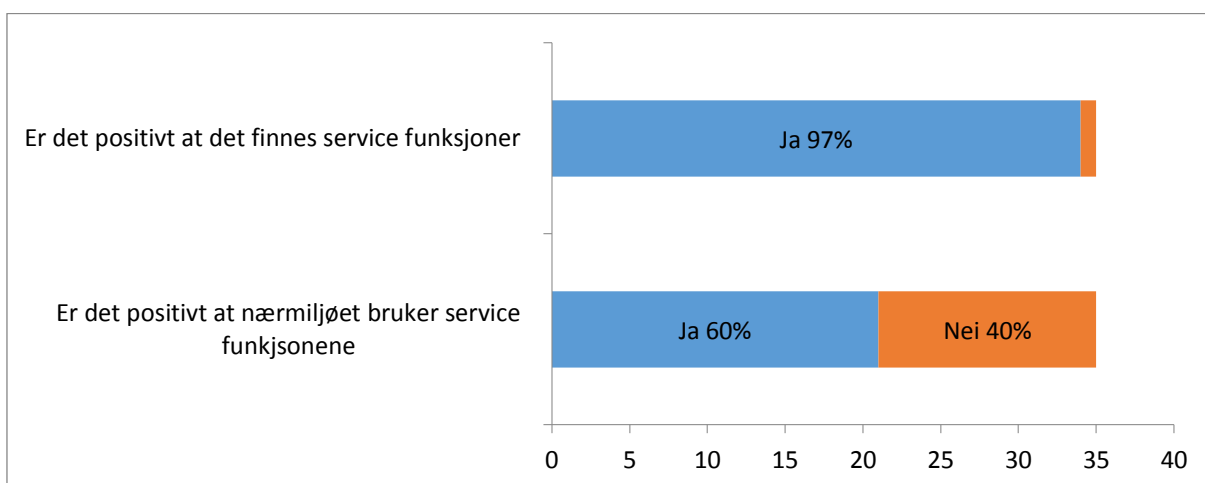
- a) Balkong/terrasse
  - b) Hage
  - c) Friområde
  - d) Ikke viktig
- 9) Er du opptatt av at et sykehjem skal tilrettelegges for dyr: hund eller katt?
- c) Ja
  - d) Nei
- 10) Hvilke av dine hverdagsaktiviteter/rutiner ønsker du at det skal tilrettelegges for at skal være på et sykehjem?
- f) Vaske klær
  - g) Lage mat
  - h) Å handle
  - i) Vanne blomster (eget fellesrom med blomster)
  - j) Ingen av dem
- 11) Kan det være en tanke at fremtidens sykehjem blir bygget slik at man kan flytte inn før man har behov for bistand og at sykehjemmet er bygget slik at beboerne kan bo der i alle faser frem til de har behov for 100% bistand?
- a) Ja
  - b) Nei



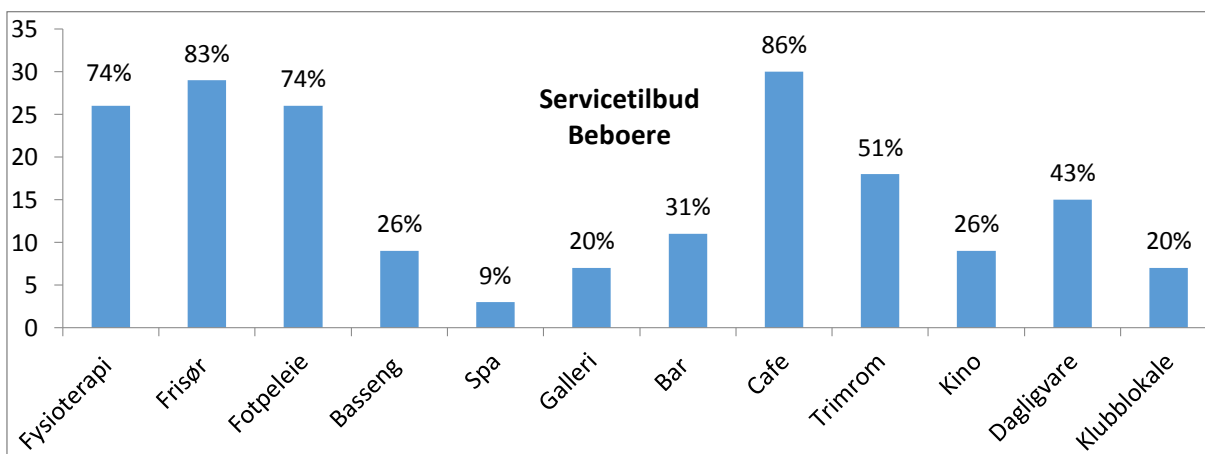
**Svar på spørsmål 1, 2, 7, 9 og 11**



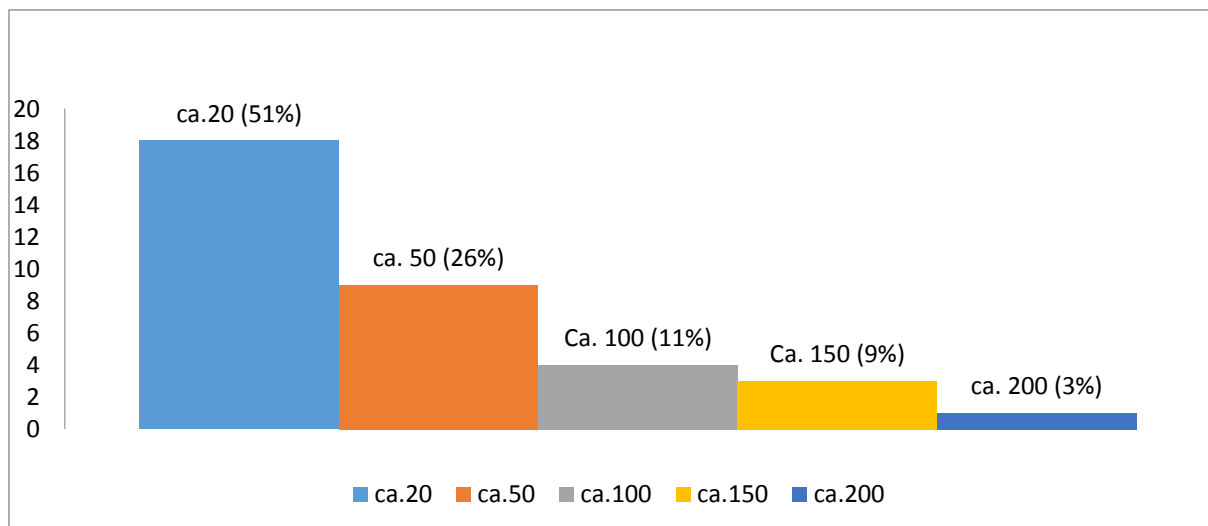
**Svar på spørsmål 3**



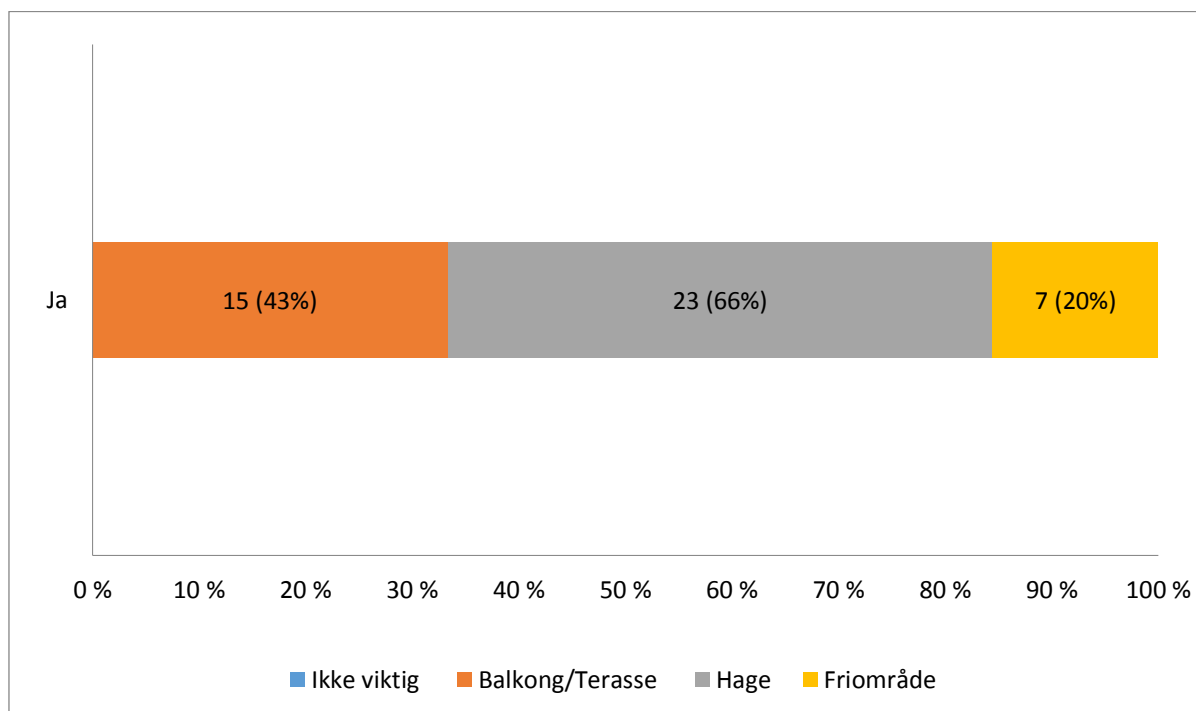
**Svar på spørsmål 4 og 5**



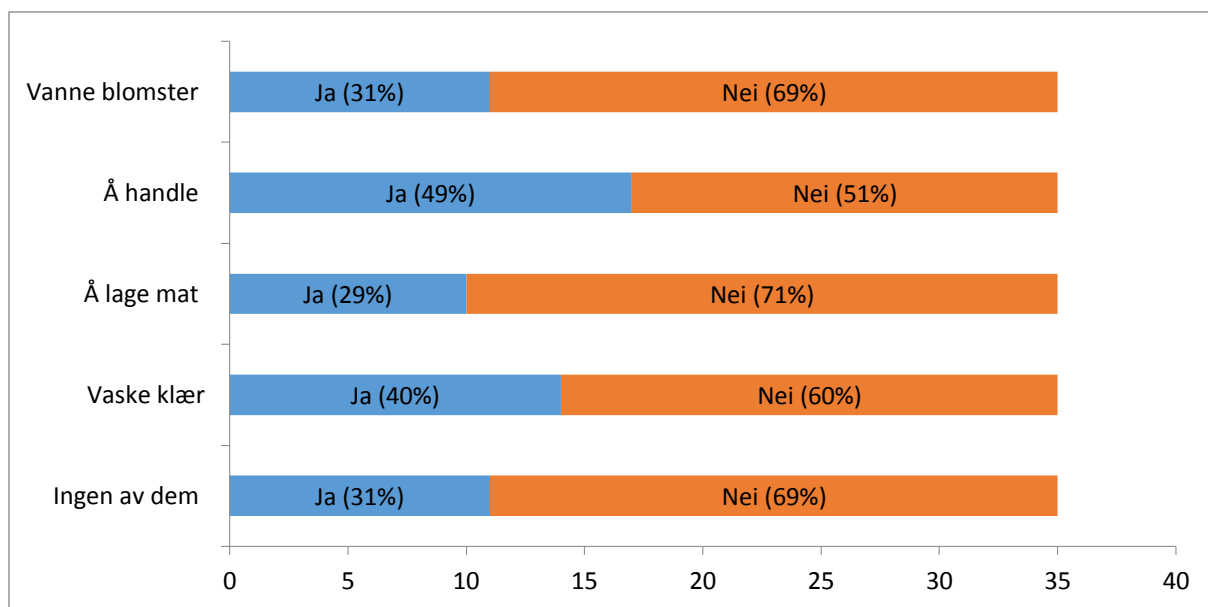
**Utdypende svar på spørsmål 4**



### Svar på spørsmål 6



### Svar på spørsmål 8



## Svar på spørsmål 10

### Spørreundersøkelse 3



Om undersøkelsen

Ipsos Loyalty



Ipsos har gjennomført en undersøkelse for Meyer Eiendom AS. Feltarbeidet for undersøkelsen er gjennomført på web i perioden: Uke 10 – 11 2017

Totalt er det gjennomført 769 komplette intervjuer. Datasettet er vektet på populasjonsvekt i aldersgruppen "40-65". Base er komplett med 769 respondenter, der ikke annet er notert i grafikken.

Det er ikke meldt om feil eller mangler i gjennomføringen av denne undersøkelsen

Paal Melbye  
 Senior Research Manager  
 Ipsos Norway AS  
 + 47 909 87 616 / paal.melbye@ipsos.com

2

GAME CHANGERS



\*\* Q.alder \*\* Hva er din alder? snitt

Ipsos Loyalty



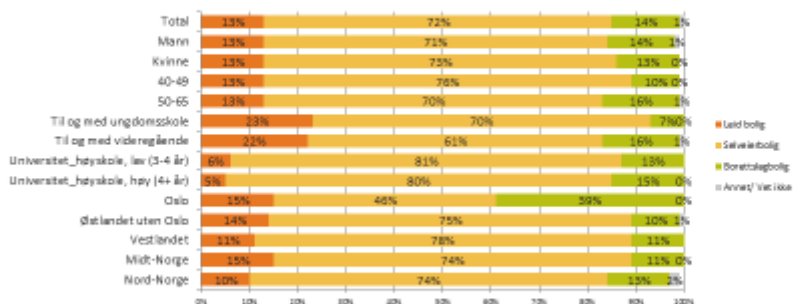
4 © 2015 Ipsos

GAME CHANGERS



**\*\* Q.eieform \*\* Bor du i...?**

Ipsos Loyalty



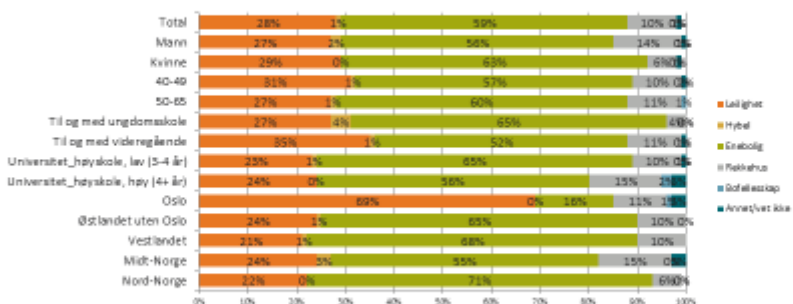
© 2015 Ipsos

GAME CHANGERS

Ipsos

**\*\* Q.boligtype \*\* Hvilken type bolig bor du i?**

Ipsos Loyalty



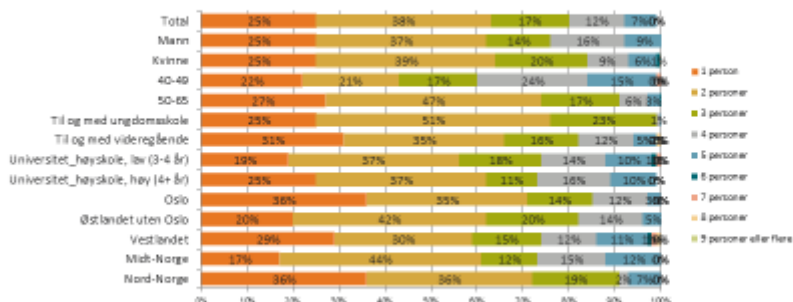
© 2015 Ipsos

GAME CHANGERS

Ipsos



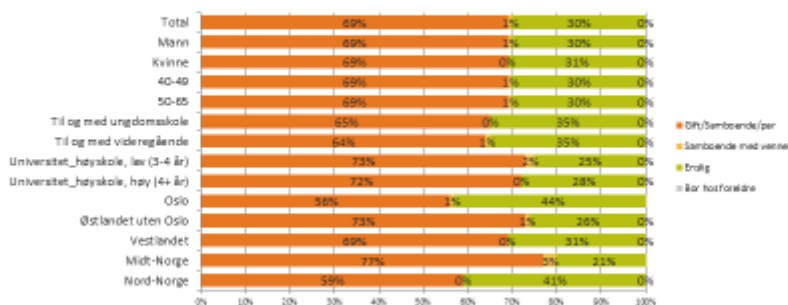
**\*\* Q.personer \*\*** Hvor mange personer bor det i husstanden? Ipsos Loyalty



7 © 2015 Ipsos

GAME CHANGERS Ipsos

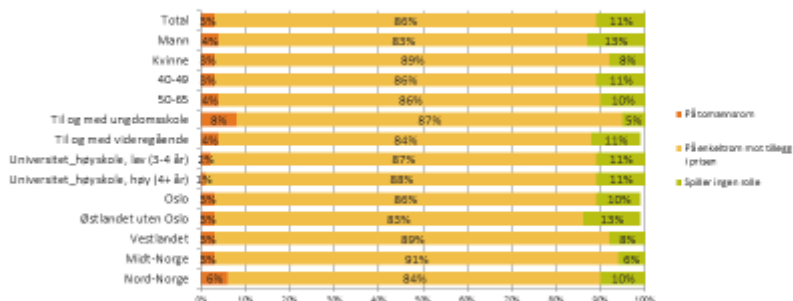
**\*\* Q.sivilstand \*\*** Hva er din sivilstand? Ipsos Loyalty



8 © 2015 Ipsos

GAME CHANGERS Ipsos

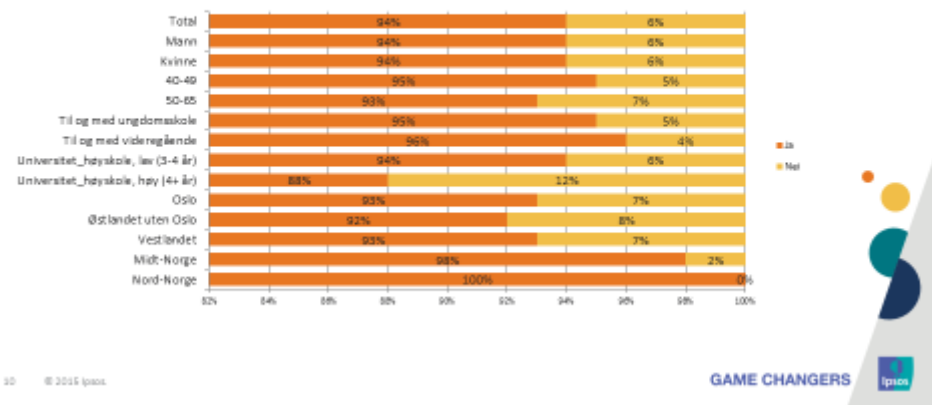
**\*\* Q.q1 \*\*** Hvis du kommer på et sykehjem, ville du da ønsket å bo på ...?



9 © 2015 Ipsos

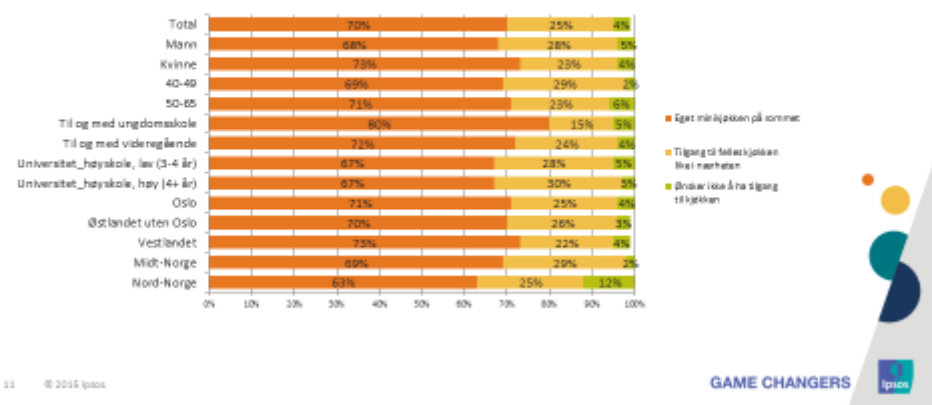
GAME CHANGERS Ipsos

**\*\* Q.q2 \*\*** Dersom du ender opp på sykehjem med ektefellen, Ipsos Loyalty  
 ønsker du at dere skal bo på samme rom?

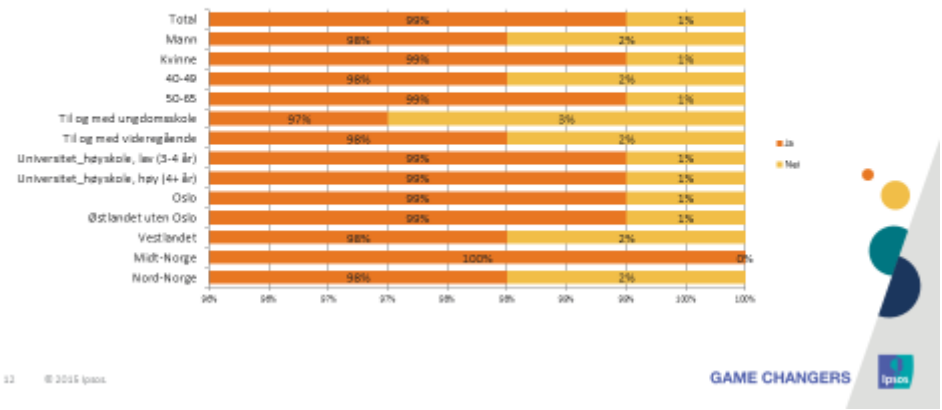


**\*\* Q.q3 \*\*** Når det gjelder tilgang til kjøkken  
 hva ville du ha foretrukket?

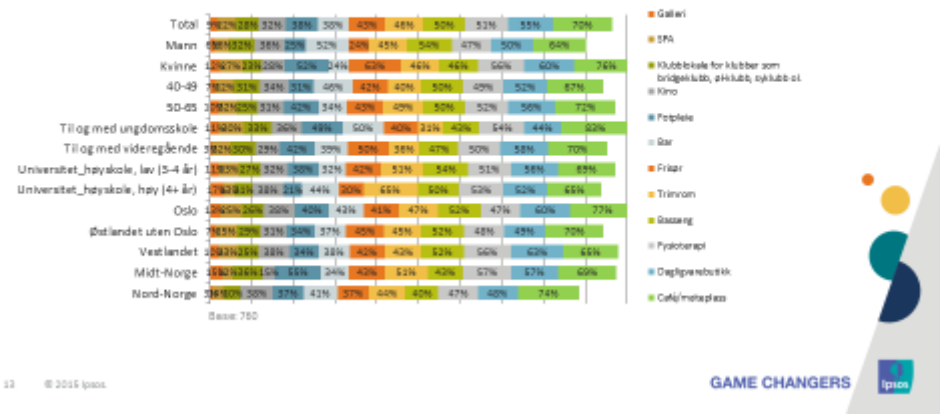
Ipsos Loyalty



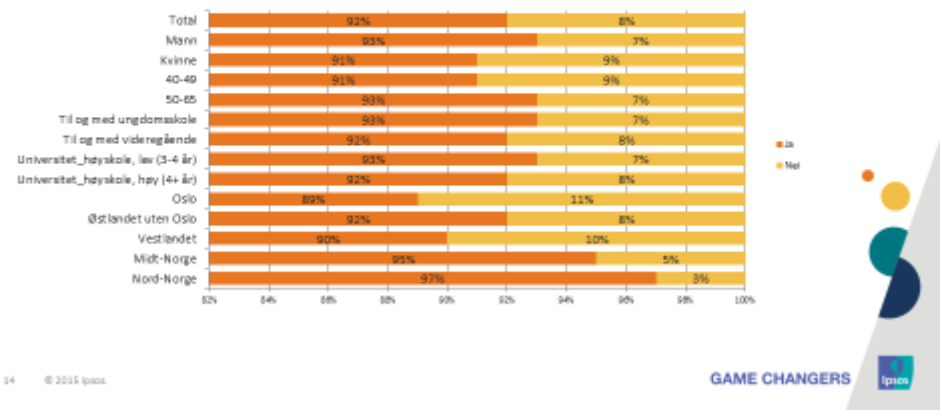
**\*\* Q.q4 \*\* Ser du det som positivt at det er servicefunksjoner (fysioterapi, frisør, fotpleie, basseng, SPA, galleri, bar, café, trimrom, kino, dagligvarebutikk eller klubblokaler) i sykehjemmet?** Ipsos Loyalty



**\*\* Q.q4b \*\* Hvilke tilbud tror du at du ville benyttet mest?** Ipsos Loyalty

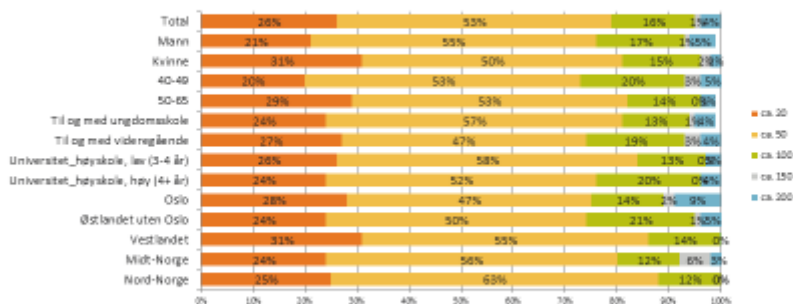


**\*\* Q.q5 \*\* Vil det være positivt at servicefunksjonene også benyttes av andre i nærmiljøet?** Ipsos Loyalty



**\*\* Q.q6 \*\* Vil du foretrekke at antall beboere/brukere på det sykehjemmet du skal bo på er:**

Ipsos Loyalty

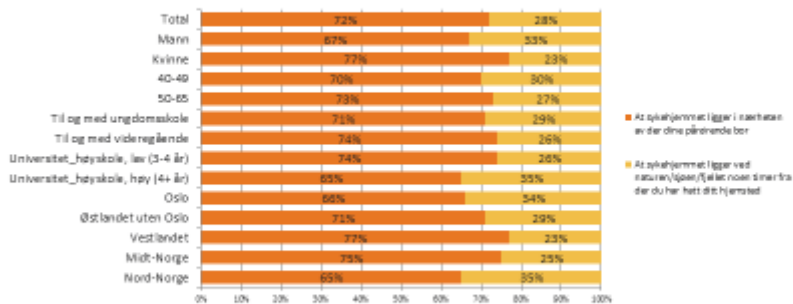


15 © 2015 Ipsos

GAME CHANGERS Ipsos

**\*\* Q.q7 \*\* Hva er viktigst for deg?**

Ipsos Loyalty

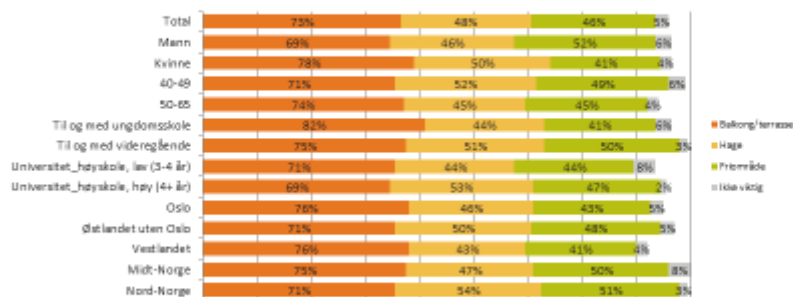


16 © 2015 Ipsos

GAME CHANGERS Ipsos

**\*\* Q.q8 \*\*** Ønsker du å ha mulighet til direkte utgang til:

Ipsos Loyalty



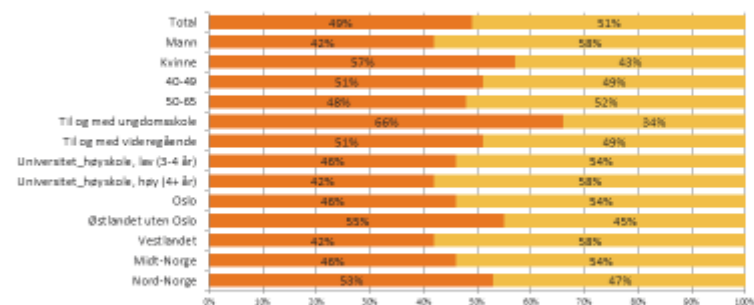
17 © 2015 Ipsos

GAME CHANGERS

Ipsos

**\*\* Q.q9 \*\*** Er du opptatt av at et sykehjem skal tilrettelegges for dyr; hund eller katt?

Ipsos Loyalty



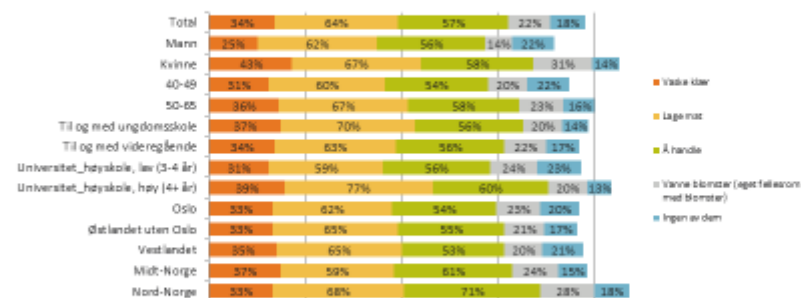
18 © 2015 Ipsos

GAME CHANGERS

Ipsos

**\*\* Q.q10 \*\*** Om du bor på aldershjem, hvilke av følgende hverdagsrutiner ønsker du å kunne beholde?

Ipsos Loyalty



19 © 2015 Ipsos

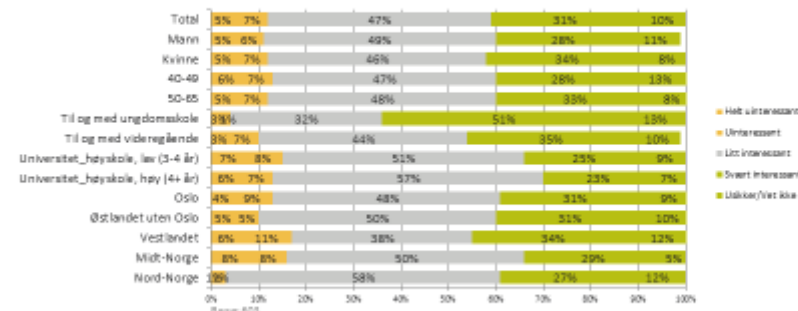
GAME CHANGERS

Ipsos

**\*\* Q.q0\_1 \*\* Det vurderes å bygge enkelte av fremtidens sykehjem slik at beboere kan flytte inn før man har et reelt behov for bistand.**

Man kan bo der frem til alder/sykdom fører til at man etter hvert trenger mer og mer (opp mot 100%) bistand. Hvor interessant eller uinteressant synes du en slik løsning hadde vært for deg?

Ipsos Loyalty



20 © 2015 Ipsos

GAME CHANGERS Ipsos



**ABOUT IPSOS**

Ipsos ranks third in the global research industry. With a strong presence in 87 countries, Ipsos employs more than 16,000 people and has the ability to conduct research programs in more than 100 countries. Founded in France in 1975, Ipsos is controlled and managed by research professionals. They have built a solid Group around a multi-specialist positioning – Media and advertising research; Marketing research; Client and employee relationship management; Opinion & social research; Mobile, Online, Offline data collection and delivery.

Ipsos is listed on Eurolist - NYSE-Euronext. The company is part of the SBF 120 and the Mid-60 index and is eligible for the Deferred Settlement Service (SRD).

ISIN code FR0000073298, Reuters ISOS.PA, Bloomberg IPS:FP  
 www.ipsos.com

**GAME CHANGERS**

At Ipsos we are passionately curious about people, markets, brands and society. We deliver information and analysis that makes our complex world easier and faster to navigate and inspires our clients to make smarter decisions.

We believe that our work is important. Security, simplicity, speed and substance applies to everything we do.

Through specialisation, we offer our clients a unique depth of knowledge and expertise. Learning from different experiences gives us perspective and inspires us to boldly call things into question, to be creative.

By nurturing a culture of collaboration and curiosity, we attract the highest calibre of people who have the ability and desire to influence and shape the future.

"GAME CHANGERS" - our tagline - summarises our ambition.

GAME CHANGERS Ipsos



## Vedlegg 3 – Kravspesifikasjon gitt av Oslo kommune med arealskjema

### **Oslo kommune har utarbeidet en egen «Standard Kravspesifikasjon 2015».**

#### Det er spesifiserte krav til:

**Gjenvinning:** Minimum 85 vektprosent av avfallet som oppstår i tiltak som har krav om avfallsplan i henhold til byggeteknisk forskrift skal sorteres i ulike avfallstyper og leveres til godkjent avfallsmottak eller direkte til gjenvinning.

**Dokumentasjon:**      Prosjekter over 250 m<sup>2</sup> har et miljøprogram.

**Møbleringsplan:**      Det skal utarbeides en møbleringsplan som viser hvordan de ulike arealene tenkes innredet.

**Utomhusplan:**          Utomhusplanen skal også vise plassering av sluk og retning for avrenning av overvann og deponering av snø.

**Belysningsplan:**      Det skal utarbeides en belysningsplan med angivelse av lux.

**Klimaregnskap:**      Det skal utarbeides klimagassregnskap for bygget. Materialer med lave utslippsverdier skal tilstrebes.

**Energimerking:**      Det skal beregnes og leveres energimerke iht. til Forskrift om energimerking av bygninger og energivurderinger av tekniske anlegg.

**Byggetegninger «as built»:** Det skal leveres komplette tegninger over bygget as built for registrering i ORRA brann. Dette kravet gjelder for prosjekter som skal utføres, forvaltes og driftes av andre enn kommunale foretak.

- Tilpasningsdyktighet: Bygget skal ha den nødvendige fleksibilitet, generalitet og elastisitet for å ivareta fremtidig endret bruk og utvidelse.
- Passivhusstandard: Bygget skal tilfredsstillе krav til passivhus som definert i NS3701:2012 Kriterier for passivhus og lavenergibygninger - Yrkesbygninger ved nybygg og ved totalrehabilitering der tilsvarende krav fra teknisk forskrift som ved nybygg skal følges.
- Energikrav Rehabilitering: Ved hovedombygging eller rehabilitering som ikke omfattes av teknisk forskrift slik som nybygg skal bygget eller bygningsdelen som rehabiliteres/bygges om tilfredsstillе minimum energikarakter B for den aktuelle typen bygg i energimerkeordningen.

- Energiforsyning: Nye bygg og totalrehabiliteringsprosjekter over 250 m<sup>2</sup> skal bygges med system for vannbåren varme og søkes tilkoblet fjernvarmenettet der dette er mulig. Dersom fjernvarme ikke kan benyttes skal det gjøres en kost/nytte vurdering av andre relevante energisystemer som hovedkilde, for eksempel:
  - o Bruk av overflødig energi fra kilder i nærliggende bygg
  - o Fornybar energi basert på væske/vann varmepumpe
  - o Fornybar energi basert på luft/vann varmepumpe
  - o Fornybar energi basert på sol
- Sanitær og våtrom: Våtromsnormen skal følges for alle rom som defineres som våtrom i kravspesifikasjonen. Dersom det er avvik fra krav i Våtromsnormen, vil dette være spesifisert for det enkelte areal. Noen arealer er definert som delvis våtrom, og da legges våtromsnormen til grunn for gulv og i eventuelle våte soner på vegg.
- Elektro: Relevante NEK standarder følges, med de krav som defineres for det aktuelle formålsbygg.
- Styringssystemer: Det skal være mulig å koble alle tekniske anlegg opp mot et sentralt driftsanlegg. Det skal tilrettelegges for overvåkning og fjernstyring av ulike driftsanlegg for å kunne følge opp energiforbruk, alarmer, osv.
- Brannalarmanlegg: Bygget skal overvåkes av et automatisk, adresserbart brannalarmanlegg (kategori 2) med trådløs overføring til 110-sentralen. Overvåkbar utvendig nøkkelsafe skal sikre brannvesenets adkomst til bygget. Det skal være urbryter for utkobling av alarmoverføring fra 1 - 12 timer.
- Slukkeanlegg: Det skal installeres heldekkende automatisk slukkeanlegg.
- Innvendige overflater: Alle overflater innendørs skal ha mekanisk styrke tilpasset forventet belastning for rommets bruk (støt og last). Materialer og utførelse skal være robust og tåle hard bruk. Dette gjelder gjennomgående for hele bygget og alle bestanddeler.
  - o Himlinger skal være støvavvisende. Himlingsplater skal ikke avgi fiber.
  - o Vegger skal være tilrettelagt for fleksibelt oppheng av ting som bilder, enkelthyller og dekorasjoner, i alle rom for varig opphold samt i fellesarealer og eventuelle personalarealer. Det vil si at man skal kunne henge opp på hele veggen, ikke bare der det er stendere. Veggen skal tåle 30 kg per skrue. Vegger og hjørner skal være sikret mot slitasje fra mekanisk påkjenning på utsatte steder.



- På gulv skal det være sklisikre, slitesterke og rengjøringsvennlige materialer tilpasset funksjonene i de enkelte rom. Gulvene skal være jevne og behagelige å gå på. Teppegulv skal ikke benyttes.
- Dørbredde: Dører hvor beboere skal kunne transporteres skal være tilpasset standard sykehusseng.
- Solavskjerming:      Vinduer som er utsatt for direkte sollys skal ha utvendig solskjerming. Solskjermingen skal ha robust utførelse, og gi dagslys og utsyn også når den er i bruk.
- Kjøkkeninnredning: Kjøkkeninnredningen skal være vegghengt og skal gå til tak, eventuelt med foring av hensyn til renhold. Benkeplaten til kjøkkenet skal være enkel å rengjøre. Det skal være kontrastfarge på kjøkkenbenken til skap / vegg.
  - Det skal være minimum halvannen oppvaskkum (oppvaskkum og grønnsakskum) heldekkende og i rustfritt stål. Oppvaskkum leveres med løs propp. Det skal leveres svingbar kran som ikke kan svinge utenfor kummen med blande batteri av ettgreps type.
  - Det skal settes av plass i kjøkkeninnredning til hvitevarer (hvilke er beskrevet under det spesifikke areal som skal ha kjøkkeninnredning), slik at disse kan monteres og skiftes ut uten å måtte rive eller bygge om kjøkkeninnredningen.
- Beboerrom: Boareal for en beboer. Det skal være siktlinje mellom seng og toalett. Det skal monteres gjennomgående skinne mellom sengen og badet, med tilpasning for å forflytte beboer direkte fra seng til toalett og dusj. Plasseres med utgang til fellesareal for bogrupperen.
  - Følgende fast inventar skal leveres:
    - 2 løpemeter garderobeskap
    - list til bildeoppheng på vegger
  - Det skal være ledelys mellom soverom og bad på natt, styrt ved bevegelsessensor. Det skal være gulvvarme.
  - Boenheten skal ha vindu som kan åpnes, være innadslående, kunne settes i sikker lufteposisjon og ha barnesikring.
  - Tilførsel og terminering av tekniske løsninger skal ha et ”hovedpanel” m/kanal i vegg eller på vegg som samsvarer med bruksmønster, som plassering av seng. Rommet skal utstyres med stikk slik at det ikke er behov for skjøteledninger for naturlig plassering av for eksempel TV. Det skal være nattlys innfelt i vegg. Det skal monteres nødvendig switch for å kunne håndtere datatrafikk. Det skal

monteres 4 stikk ved sengen og lampefeste med 2 stikk og 1 datauttak. Det skal installeres frittstående 4 stikk, hvorav en med tidsbryter, nattlys og lyssensor. Det skal være lysbrytere med endevender ved dør og seng. Det skal installeres 2 frittstående datauttak.

- Bad i boenhet: Bad/WC skal utformes iht krav til bad i Byggeteknisk forskrift, med toalett, universelt utformet servant og dusj og definerte krav til sanitærutstyr i denne kravspesifikasjon.
  - o I tillegg gjelder følgende som erstatter krav til universelt utformet bad i Byggeteknisk forskrift.:
    - åpen dusjløsning, ikke dusjkabinett, på 110 x140 cm
    - wc skal ha minimum 20 cm fra vegg til bakre cisternekant (toalett på kasse) og minimum 90 cm fri plass på begge sider
    - muggresistente fuger dersom fliser benyttes
  - o Følgende fast inventar skal leveres:
    - hyller ved siden av speil
    - 30 cm dypt skap (ikke under servant)
    - nedfellbart støttehåndtak på begge sider av wc med toalettppapirholder
    - montert skinne for dusjforheng
    - knagger og stang for håndklær
    - dopapirholder
  - o Fast inventar skal være robust og vannbestandig. Det skal være nattlys.
  - o Gulv skal være sklisikkert, slik at det ikke blir glatt med vann på gulv. Det skal være jevnt fall på gulv fra alle omsluttende vegger til sluk.
  - o Vegger skal være forberedt for fleksibelt oppheng av inventar og utstyr.
  - o Dette arealet er våtrom. Det skal være gulvvarme. Blandebatteri til dusj skal ha skoldesikring og være trykkstyrt med termostat. Det skal være løst dusjhode med veggfeste.
  - o Blandebatteri til servant skal ha skoldesperre og ettgrepets betjening.
  - o Det skal monteres 1 stikk ved siden av servant. Det skal være forberedt for datauttak og trekksnor for alarm.
  - o Servant monteres på skinne og skal ha hev/senkefunksjon med minst 20 cm sideplass på en side og 60 cm på den andre siden. Den skal i tillegg ha mulighet for sideveis forflytning.
  - o Det skal monteres hev/senk dusjsete i dusjareal på badet.

- Kafé/Kafékjøkken: Skal benyttes til servering av varm og kald mat med minimum 50 spiseplasser. Lokaliseres i direkte forbindelse med vestibyle og resepsjon.
  - o Tilrettelagt for at mat skal kunne lages fra bunnen av. Det skal være plass til en koke- og en stekelinje til varmmatproduksjon, samt kunne brukes til produksjon av kjølt mat. Arealet skal organiseres i ren og skitten sone.
  - o Det skal leveres storkjøkkeninnredning for å kunne benytte kjøkkenet som beskrevet.
  - o Det skal være servant ved inngang til kjøkkenet.
  - o Det skal være adgangskontroll.
  - o Det skal monteres tilstrekkelig stikk og datauttak for alle nødvendige funksjoner, samt minst 4 ekstra stikk.
  - o Det skal være plass til kjøleskap på 700 liter, samt nødvendige ovner, komfyrer osv. for å kunne produsere mat som beskrevet.
- Kjølerom/fryserom: Det skal være 2 kjølerom. Det skal være 1 fryserom.
- Behandlingsrom: Skal benyttes av fysio- / ergoterapeut tilknyttet sykehjemmet. Skal være godt lydisolert, R`W= 55 dB.
- Frisør / fotpleie –terapeut: Rom for samtidig behandling av 1-3 kunder / rom for behandling av 1 kunde.

**Areal skjema:**

Antall enheter må defineres i det enkelte prosjekt avhengig av størrelsen på sykehjemmet.

Arealgruppe	Beskrivelse	Kvm	Kommentar
Bogruppe	Beboerrom	24	
	Bad / WC	6	
	Felleskjøkken	30	
	Dagligstue	30	
	Allrom / TV-stue	12	
	Lager lintøy og pleierekvisita	8	
Avdeling	Nærlager for tekniske hjelpemidler	14	
	Desinfeksjons- / skyllerom	16	

	Medisinrom	10	Ett medisinrom skal være hovedmedisinrom på 14 kvm.
	Kontor avdelingsleder	12	
	Møterom / rapportering	18	Der to avdelinger er i samme etasje, er det tilstrekkelig med ett møterom på deling.
Dagsenter	Anretningskjøkken	25	
	Dagligstue / aktivitets- / spiserom	80	
	Hobbyverksted / arbeidsrom	25	
	Bibliotek / musikkrom	15	
	Møte- / grupperom	15	
	Hvilerom brukere	15	
	Kontor leder dagsenter(et)	12	
	Arbeidsrom ansatte	20	
	Stollager	12	
	HCWC m/dusj for brukere	8	
	Garderobe for brukere	15	
Skjermet dagsenter	Aktivitets- / spiserom	35	Kun aktuelt i prosjekter der det skal være eget skjermet dagsenter
	Dagligstue / aktivitetsrom	45	Kun aktuelt i prosjekter der det skal være eget skjermet dagsenter
	Hvilerom brukere	10	Kun aktuelt i prosjekter der det skal være eget skjermet dagsenter
	HCWC m/dusj for brukere	8	Kun aktuelt i prosjekter der det skal være eget skjermet dagsenter

	Garderobe for brukere	3	Kun aktuelt i prosjekter der det skal være eget skjermet dagsenter
Service-funksjoner	Trenings- og aktivitetsrom	30	
	Behandlingsrom	15	
	Lager utstyr og hjelpemidler	12	
	Kontor fysioterapeut og ergoterapeut	12	
	Kontor lege	15	
	Lite laboratorium	5	
	Frisør	20	
	Fotpleie	15	
Kjøkken (kantine)	Kafé	150	
	Mottakskjøkken	30	
	Rom for utpakking og returlager	20	
	Tørrvarelager	8	
	Rom for rekvisita / dekketøy	10	
	Kontor husøkonom	10	
	Lager husøkonom	20	
	WC / nærgarderobe ansatte	8	
Hovedinngang	Resepsjon / merkantil	24	
Administrasjon	Kontor institusjonssjef	18	
	Møterom / felles arbeidsrom avd. sykepleier	16	
	Kontor avdelingsleder fagavdeling	12	

	Arbeidsleder service / merkantilt	12	
	Kontor for fagutvikling sykepleier	12	
	Kopi, printer, rekvisita	8	
	Felles arkivrom (nærarkiv)	9	
	Felles møte- / gruppe- / undervisningsrom	40	
	Møterom	20	
	Nærlager kontorrekvisita	8	
Spesialrom	Røykerom for beboere	15	
	Seremonirom	60	
	Stellerom / kjølt oppbevaringsskap	30	
	Kontor / garderobe	10	
	Garderobe besøkende	5	
Garderobe	Garderobe- / toalettanlegg for damer og herrer	165	
Drift	Arbeidsrom / lite verksted vaktmester	12	

Dette kravet gjelder kun ved nybyggsprosjekter.

Hele kravspesifikasjonen er tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/for-leverandorer-til-oslo-kommune/standard-kravspesifikasjoner/>



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

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway