

Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg

Innholdsfortegnelse:

1. Bakgrunn

- 1.1 De siste 15 års utvikling og morgendagens utfordringer
- 1.2 Om planprosessen

2. Kvaliteter ved løsningen - prinsipper og krav

- 2.1 Overordnede prinsipper ved planlegging
- 2.2 Grunnleggende krav ved planlegging

3. Boformer og aktivitetstilbud

- 3.1 Omsorgsboliger
- 3.2 Institusjonsplasser
- 3.3 Lokaler for dagaktivitetstilbud
- 3.4 Lokale produksjonskjøkken

4. Ulike brukeres bo- og aktivitetsbehov

- 4.1 Eldre
- 4.2 Personer med demens
- 4.3 Personer med funksjonsnedsettelse og stort hjelpebehov
- 4.4 Personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykiske helse
- 4.5 Personer med utviklingshemming
- 4.6 Barn og ungdom med store kognitive og/eller fysiske funksjonsnedsettelse
- 4.7 Personer med akutt behov for medisinsk hjelp og pleie

5. Dimensjoneringsgrunnlag

- 5.1 Rullestol
- 5.2 Hjelpemidler for løft og pleie
- 5.3 Betjeningsareal
- 5.4 Atkomst og kommunikasjonsveier
- 5.5 Dører og vinduer
- 5.6 Bad
- 5.7 Sjekkliste for viktigste dimensjoner

Denne veilederen skal hjelpe kommunene og andre aktører i bransjen med å etablere gode løsninger.

I Husbankens retningslinjer for tildeling av investeringstilskudd står det at tilskudd skal gis til institusjonsplasser og omsorgsboliger der det legges vekt på kvaliteter som gjør omsorgsbyggene til gode hjem og gode arbeidsplasser. Disse målsettingene er forankret i Verdishetsgarantien for eldreomsorg og Arbeidsmiljøloven. De overordnede prinsipper og grunnleggende krav som Husbanken stiller som basis for all prosjektering av omsorgstilbud er beskrevet i kapittel 2. Dimensjoneringsgrunnlaget ligger i siste kapittel.

Veilederen må sees i sammenheng med arbeidsprosessene [Framskaffe sykehjem og omsorgsboliger for eldre](#) og [Framskaffe omsorgsboliger for mennesker med oppfølgingsbehov](#).

1. Bakgrunn

Intensjonen med denne veilederen er at den skal hjelpe kommuner og andre aktører i bransjen med å etablere gode løsninger.

Behov for økt nærhet til tjenestene

De fleste som mottar helse- og omsorgstjenester bor hjemme. Døgnbaserte hjemmetjenester i kommunene gjør dette mulig selv med store funksjonsnedsettelse. For enkelte kan det å bo hjemme være uegnet, og tjenestebehovet bli så stort at andre boformer er nødvendig og gir en bedre løsning. Noen opplever det som ensomt eller utrygt å bo alene. Andre kan trenge hjelp til å lage struktur og innhold i hverdagen. Det er derfor nødvendig å etablere tilrettelagte boformer som kan møte disse behovene. Slike boformer kan være i institusjon eller i omsorgsbolig med fellesareal. Det må også etableres plasser for avlastningstilbud for korttidsopphold, rehabilitering og dagopphold.

Om veilederen

Intensjonen med veilederen er å hjelpe kommuner og andre aktører i bransjen med å etablere gode løsninger. Veilederen bygger på erfaringer fra de siste års utbygginger, norske og skandinaviske evalueringer og anbefalinger, samt Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). I tillegg finner vi føringer i disse politiske dokumenter:

- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- NOU 2016:17 På lik linje
- Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg
- Omsorg 2020
- Demensplan 2020
- Demensplan 2025

I disse dokumentene tydeliggjøres også framtidens omsorgsutfordringer og det pekes på behovet for nytenking og utvikling av innovative løsninger. Framtidens brukere vil bestå av flere yngre

tjenestemottakere samtidig som det forventes en økende andel eldre i befolkningen. Les mer om ulike tilrettelagte botilbud i et historisk perspektiv og utfordringene framover i kapittel 1.1 og om planprosessen i kapittel 1.2.

Veilederen skal:

- Sikre god kvalitet i prosjekter som finansieres med investeringstilskudd, slik at omsorgstilbudene blir gode hjem og gode arbeidsplasser.
- Bidra til bedre kommunikasjon mellom ulike etater og politikere i kommunen, og i kommunikasjon med Husbanken, om hvilke krav og kvaliteter som må legges til grunn i prosjekter.
- Være et verktøy når kommunen skal gjøre bestilling hos arkitekter og i prosjektering.
- Formidle statlige føringer til kommunene.
- Sikre likebehandling mellom ulike regioner og prosjekter ved saksbehandling av investeringstilskuddet.

Målgruppene for investeringstilskuddet

Målgruppene for botilbud finansiert av investeringstilskuddet er personer med demens, kognitiv svikt, langvarig somatiske sykdommer og store sammensatte funksjonsnedsettelse. Det inkluderer også personer med utviklingshemming, utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse jf. Husbankens retningslinjer HB 8.B.18 «Retningslinjer for investeringstilskudd fra Husbanken til sykehjemsplasser og omsorgsboliger.»

Denne veilederen må sees i sammenheng med arbeidsprosessene [Framskaffe sykehjem og omsorgsboliger for eldre](#) og [Framskaffe omsorgsboliger for mennesker med omfattende oppfølgingsbehov](#).

1.1 De siste 15 års utvikling og morgendagens utfordringer

Bo- og tjenestetilbudet for mennesker med behov for helse- og sosialtjenester har endret seg mye de siste 15 årene. Og nye utfordringer venter.

Ulike tilrettelagte botilbud i et historisk perspektiv

Botilbud og omsorg for mennesker med behov for helse- og sosialtjenester har vært i stor forandring de siste 15 år. Tilrettelagte boliger med hjemmetjenester har for mange tatt institusjonenes plass. Reformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede (Ansvarsreformen i 1991) la grunnlaget for utflytting fra institusjon til bolig og bygging av tilpassede boliger.

I løpet av det første tiåret etter reformen etablerte kommunene mange små botilbud til sine innbyggere med utviklingshemming.

Regjeringens NOU 2016:17 "På lik linje – åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for mennesker med utviklingshemming" fokuserer blant annet på boligsituasjonen til personer med psykisk utviklingshemming. Det foreslås et tak på antall boliger i bofellesskap, og det vektlegges individuelle løsninger og økt brukermedvirkning overfor denne målgruppen.

Gjærevollutvalgets innstilling fra 1992 (NOU 1992: 1 Trygghet – Verdighet – Omsorg) fikk stor betydning for bo- og tjenestetilbud for eldre. Utvalget la stor vekt på at framtidens omsorgstjenester i størst mulig grad skulle foregå i hjemmet og styres av individuelle behov. Dette er bakgrunnen for satsing på omsorgsboliger, enerom og bedre bokvalitet på sykehjemmene.

Psykiatriske institusjoners tilbud har i stor grad endret seg fra langtidstilbud til korttidstilbud og poliklinikk. Liggetiden på sykehus er kortet ned, og flere sykdommer behandles poliklinisk. Også innen rusomsorgen har utviklingen gått i retning av kommunale tiltak. Dette er forhold som har bidratt til å endre forventningene til det kommunale helsetilbudet.

Omsorgsboliger og sykehjem

Den store utbyggingen av omsorgsboliger under Handlingsplan for eldreomsorgen (1998–2003) og Opptrappingsplan for psykisk helse (1999–2006) ga kommuner og statlige myndigheter nyttige erfaringer om hvordan vi kan tilpasse nye boformer til personer med til

dels store helse- og trygghetsbehov. I en del kommuner er grensene mellom sykehjem og omsorgsboliger mindre tydelig, som for eksempel ved at omsorgsboliger kan ha stasjonær bemanning. Fremdeles er det klare forskjeller mellom institusjon og bolig når det gjelder betalingsformer og lovverk.

I de siste årenes utbedring og bygging av nye sykehjem er det lagt vekt på enerom. I tillegg er det lagt vekt på å organisere boenheter i mindre grupper, og å bedre tilgjengeligheten til utearealer. Dette anses som gode kvaliteter for alle, og spesielt viktig for personer med demens. Omsorgsboliger som bygges i dag er tiltenkt de som trenger mest tjenester. Dette vil i mange tilfeller kreve spesiell tilrettelegging, både av hensyn til brukernes behov og til de som skal yte tjenester.

Morgendagens utfordringer

Utfordringene fremover er godt beskrevet i «NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg.» De demografiske endringene vil i de nærmeste tiårene trolig føre til større etterspørsel etter omsorgstjenester både fra yngre og eldre brukergrupper. Samtidig vet vi at både de som skal gi denne omsorgen og finansiere dette tjenestetilbudet blir færre. Dette utfordrer den nordiske velferdsmodellen, og presser fram et behov for nye svar og løsninger. Dette er ambisjoner som også må gjenspeiles i utforming og lokalisering av nye typer tilbud.

Det understrekes i «NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg» at omsorgsutfordringene ikke kan løses av omsorgssektoren alene, men må utvikles sammen med andre. Det etterlyses nye samarbeidsrelasjoner der både næringsliv, frivillig sektor og pårørende skal bidra til utvikling av nye løsninger og svar.

Bruker og pasient i sentrum

Regjeringen har også understreket betydningen av at fremtidens omsorgssektor skal sette bruker og pasient i sentrum (Pasientens helsetjeneste). Dette krever nye metoder å jobbe på og et tydeligere brukerfokus i alt utviklingsarbeid. Løsningen må ta utgangspunkt i brukerens totale livssituasjon.

Framtidige utfordringer vil sette kommuneøkonomien under hardt press. Kostnadsoptimale løsninger bør tilstrebes. Ut i fra erfaringer handler dette i stor grad om å støtte personer så de kan bli boende hjemme lengst mulig. Dette betyr styrking av hjemmetjenester, dagtilbud, aktivitetstilbud, korttidsplasser og avlastningstilbud. I tillegg må det etableres ulike nye boligtilbud i nærheten av service-, rekreasjons- og møteplasser, hvor det legges vekt på forebygging, egenmestring og hverdagsrehabilitering.

Teknologi og nytenkning

Bruk av ny teknologi til støtte og tilsyn i hjemmet er under utvikling, men bare i startfasen. Morgendagens omsorgsløsninger krever en helhetlig tilnærming der bygg/fysiske strukturer, ny teknologi og nye tjenestemodeller ses i sammenheng. Kontakt med nærmiljø og naboskap er en viktig del av løsningene. En forutsetning for å realisere innovasjoner er kunnskap om hvilke utfordringer som skal løses, og god kjennskap til brukernes ulike opplevelse av situasjonen. Det er viktig å åpne opp for nytenkning i en tidlig fase av planleggingen. Slike innovasjonsprosesser styrkes av et omfattende innsiktsarbeid som deles mellom de ulike aktørene. Dette danner grunnlag for utviklingsarbeid og idégenerering for å finne nye svar.

1.2 Om planprosessen

Bygging, drift, og vedlikehold av bo- og tjenestetilbud til innbyggere med spesielle behov, er en kompleks oppgave og betyr store investeringer for kommunen. Gode løsninger kan bare lykkes ved hjelp av klare målsettinger, tverrfaglig kompetanse, samarbeid og en godt organisert planprosess. Det er derfor viktig å bruke tid og penger til planleggingen.

Det er driftsutgifter til tjenestetilbudet som utgjør den største økonomiske utgiften for kommunen over tid. Men driftsløsninger kan bare bli gode hvis de samtidig kombineres med hensynet til beboernes trivsel.

Kartlegging av ulike behov

Innbyggernes behov må fanges opp og registreres av kommunen. En boligsosial handlingsplan kan være et hjelpemiddel for å utvikle de ulike boligtilbudene. En beskrivelse av situasjonen i dag, supplert med en analyse av hvordan behovene trolig vil utvikle seg de nærmeste år, er et viktig utgangspunkt. Dette kan gjøres på individnivå eller for grupper av personer. For å innfri bo- og aktivitetsbehovene kan ulike tiltak vurderes. Løsningen kan være ombygging, tilbygg eller å etablere nye bygg. Trengs det et differensiert tilbud, må det tenkes innovativt.

Innsikt om ulike brukeres ønsker og behov

En diagnosegruppe kan ha flere ulike perspektiver. Innsikt kan bygge på intervju med brukere, pårørende og ansatte, samt relatert forskning på temaet. Se for øvrig anbefalinger og erfaringer beskrevet i veiledningsmateriell om boligløsninger for de ulike brukergrupper.

Mange undersøkelser bekrefter også at det innenfor den samme brukergruppe, sett i lys av hjelpebehov eller diagnose, ikke betyr ensartet oppfatning av boligpreferansen. Økt oppmerksomhet på brukernes egne og ulike boligpreferanser, betyr derfor også kommunene må forsøke å tilby ulike typer boligtilbud. Det kan for eksempel være ordinære boliger eller boliger i nærheten av fellesrom og fellesaktiviteter.

Prosjektgruppe som innehar og ivaretar ulik kompetanse

Det bør etableres en tverrfaglig prosjektgruppe satt sammen av personer med ulik kompetanse. Gruppen bør inneha kompetanse om:

- byggets ulike beboergrupper
- tjenestetilbudet og forhold knyttet til stedet som arbeidsplass
- planlegging, prosjektering og framdrift av en byggesak
- funksjonsvurdering, tilrettelegging og tekniske hjelpemiddelløsninger

Arkitekt, utbygger, beboer, personale og pårørende vil ofte ha ulikt syn på hva som er viktige kvaliteter. Organisasjoner av funksjonshemmede eller andre brukergrupper har også kompetanse om ulike beboergrupper. I en prosess hvor mange ulike aktører deltar, forenkler det hvis man etablerer en felles forståelse og språk for å drøfte ulike kvaliteter i det som skal bygges. Det er derfor viktig at ulik type innsikt deles tidlig i prosessen.

Om å fastsette visjon og program

Det bør tidlig i prosessen drøftes og settes ned en felles visjon (mål) for prosjektet. Med dette menes målsettinger knyttet til hva slags hverdagsliv og hvilke aktiviteter bygget skal tilrettelegge for.

Utfordringen videre blir så å drøfte hvilke fysiske rammer og hva slags tjenesteorganisering som kan støtte disse målsettingene. Hverdagslivet i en omsorgsbolig eller institusjon påvirkes av tjenesteapparatets omsorgsfilosofi, og organisering av tjenesteapparatet, ansattes holdninger og adferd samt utformingen av de fysiske omgivelsene og boligen og omgivelsene rundt, det vil si nærmiljøet. Disse faktorene påvirker hverandre og må derfor drøftes i sammenheng og klargjøres tidlig i prosessen.

I praksis kan omsorgsboliger og sykehjem se identiske ut, men det er viktige forskjeller. For mange kan omsorgsbolig være en livslang bosituasjon der de er leieboer med de rettighetene dette innebærer. Dette i motsetning til sykehjem, som er en institusjon. Det er viktig å være klar over at omsorgsbolig og sykehjem er hjemlet under ulike lovverk, både i forhold til gjeldende TEK, betalingsformer og ulike andre regelverk. Avklaring om dette bør derfor gjøres allerede i planprosessen.

I grove trekk kan vi si at fremdriftsplan av et byggeprosjekt er den første beskrivelsen av idé, mål, rammer, krav, behov, ønsker osv. For å få til dette er en av de viktigste oppgavene å identifisere hvilken informasjon som behøves, samt skaffe denne informasjonen og systematisere den. Med andre ord kan vi si at det viktigste i programmeringen ikke er å finne løsninger, men utfordringene og målsettingen. Det er viktig å prøve å beskrive hva slags hverdagsliv som skal foregå slik at bygget danner rammer rundt disse på en hensiktsmessig måte.

Det er i denne fasen vi bevisst må åpne opp for å lete etter nye svar. Som et verktøy i dette arbeidet kan det også være lurt å skaffe seg større forståelse av hvilke ulike muligheter som finnes. Hva har andre prøvd ut, Husbankens eksempelsamling kan vise til ulike forsøk i inn og utland og være en kilde til inspirasjon og drøftinger.

Et program er et resultat av en programmeringsprosess, og kan ifølge Gjestland grovt deles inn i tre hovedtyper: masterplan (visjoner), byggeprogram og detaljprogram. Valg av program er avhengig av bruksområdet og formålet med planen. Programmet skal beskrive hovedhensikten med prosjektet. I tillegg må det beskrive ønsket kvalitet og definere rammene på prosjektet. Et slikt program vil kunne brukes som grunnlag for videre prosjektering (Gjestland, 2000).

Et byggeprogram kan bestå av:

- visjonen og formålet med prosjektet
- konkrete kravspesifikasjoner (målbare antall og størrelse)
- føringer og prioriteringer knyttet til trivsel, trygghet, utfoldelse, nærhet til uteareal osv. (ikke så enkelt å måle, men kan beskrives)
- driftsøkonomiske perspektiver

Arbeid med Byggeprogrammet er viktig og bør prioriteres fordi det legger føringer for det hverdagsliv som skal leves i mange år etterpå. Arkitekten spiller en avgjørende rolle i oversettelsen fra program til konkrete løsninger. Dette arbeidet kan styrkes ved at man starter med å systematisere erfaringer med eksisterende løsninger og samtidig jobber bevisst med å tenke nytt, se framover og lete etter nye mulige svar.

Identifisere mulighetsrommet

Man blir fort fastlåst i gamle måter å løse oppgavene på. For å åpne opp og se andre muligheter kan det være nyttig å dra på befaringer for å se på helt andre konsepter eller måter å løse utfordringene på. Om dere ikke finner akkurat den løsningen dere selv ser for dere, kan det legge grunnlag for nyttige tverrfaglige drøftinger og ny felles innsikt. Drøft gjerne ut ifra overordnede mål som beskriver utfordringene. Det kan være å tolke abstrakte begreper som normalisering eller hjemliggjøring. Det kan også være å drøfte beboernes tilgang til uteområder eller muligheter for å delta på andre aktiviteter.

Gjennom å beskrive hvordan man ønsker å jobbe eller å bo kan det åpne opp for nye måter å tenke konsepter på. I konseptfasen bør dere også ta dere tid til å skissere flere mulige og ulike løsninger, da dette kan bidra til å åpne opp og se helt nye muligheter. Det å jobbe med mulige fremtidsscenario kan også være en metode for å forsøke å se fremover. Hvilke teknologier kan bistå oss, hvilke nye driftsformer kan påvirke utviklingen av nye løsninger? Konkrete eksempler på nye måter å jobbe på, som kan endre fremtidige boligløsninger er fokus på hverdagsrehabilitering og mulighet for digitalt tilsyn på natt. Dette er muligheter som i dag er i støpeskjeen, men som kan påvirke løsningene i nye retninger.

Systematisere egne erfaringer

Det er i liten grad gjort evalueringer av det som er bygd av omsorgsbygg de senere år. Denne veilederen viser til noen forskningsarbeider som er gjort i Norge, Sverige og Danmark. Kommunen kan også ha stor nytte av å systematisere egne erfaringer fra egne bygninger i bruk. Let frem egne suksesser og utvikle disse videre i neste prosjekt. I denne typen botilbud henger bygg og tjenestetilbud tett sammen. Det er derfor viktig å se på disse to ulike aspektene samtidig.

Det anbefales å systematisk reflektere over løsningen man har, ut i fra ulike perspektiver. Sett sammen en gruppe og drøft ulike temaer.

Kartlegging

Kartlegg aktuelle tilbud til den aktuelle målgruppen, botilbud, aktivitets- og arbeidstilbud og sosial og kulturell deltagelse. Drøft befolkningsprognoser som sier noe om framtidig behov. Kartlegg disponible og aktuelle tomter.

Det er mange faktorer som vil påvirke behovet for fremtidige heldøgns omsorgsplasser. F.eks. hvilke bo- og tjenestetilbud kommunen satser på, innovasjon i helse og omsorg, tidlig innsats knyttet til folkehelsearbeid, "aldersvennlig by", tilpasning av egne boliger etc.

Ved å drøfte aktuelle temaer kan det være nyttig å undersøke:

- Hva støtter beboernes opplevelse av trygghet?
- Hva bidrar til å bedre ansattes arbeidssituasjon?
- Hva kan tilrettelegges for mestring av eget hverdagsliv (beboerne)?
- Hvordan er pårørendes muligheter for å bidra i omsorgen?
- Hvilke løsninger er gunstige sett fra et driftsøkonomisk perspektiv?

- Hvilke løsninger er fleksible i forhold til å bruke botilbudet til ulike brukergrupper med ulike behov?
- I hvilken grad støtter løsningen "Normalisering og integrering".
- Hvordan legger bygningsmessige forhold til rette for at beboerne har muligheter for å kunne delta på andre aktiviteter, møte andre mennesker.

Ved evaluering av brukskvalitet i egne bygg kan det være nyttig å spørre:

- Hva slags hverdagsliv skal støttes?
- Hvilke aktiviteter og arbeidsprosesser skal gjennomføres der?
- Hvilke målsetninger skal oppnås?
- Definere nærmere "For hvem"?

Brukskvalitet må ses fra ulike brukerperspektiv; fra ansatte i pleien, rengjøringspersonalet eller fra beboernes perspektiv? Beboernes perspektiv kan videre drøftes ut ifra ulike forutsetninger for bruk, er de svaksynt eller for eksempel rullestolbruker vil erfaringene med bygget oppleves ulikt.

I en evaluering kan dere benytte dere av ulike metoder; Intervjuer med beboere, ansatte og pårørende, observasjoner, analyse av tegninger og kart, gåtur, workshop for å drøfte erfaringer etc.

2. Kvaliteter ved løsningen - prinsipper og krav

I Husbankens retningslinjer for tildeling av investeringstilskudd understrekes det at tilskudd gis til institusjonsplasser og omsorgsboliger som har funksjonell og god standard.

Fra lokalisering til detaljer

Det er en forutsetning at prosjektet er funksjonelt og har god standard, slik at det både blir et godt sted å bo og en god arbeidsplass. Det betyr at det skal legges vekt på kvaliteter som bidrar til at omsorgsboliger og institusjonsplasser skal være gode hjem som gir rammer for et verdig liv, og fungere som en hensiktsmessig arbeidsplass.

Dette er målsettinger som er forankret i Verdishetsgarantien for eldreomsorg, Arbeidsmiljøloven og [Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie](#).

Å vurdere et byggs ulike kvaliteter

Utforming av bygget har stor betydning for å tilrettelegge for et godt bo- og arbeidsmiljø. En bygnings kvaliteter kan deles i inn tre typer:

- **Brukskvaliteter** handler om hvordan bygningen og omgivelsene er tilrettelagt for ulike aktiviteter og ønsket hverdagsliv.
- **Tekniske kvaliteter** handler om bygningen som klimaskjerm, selve byggverket, veggene isolasjonsevne og luftkvaliteten som produseres.
- **Estetiske kvaliteter** i et bygg er det vi opplever med sansene våre. Er rommene inviterende og med en god atmosfære, eller virker de kalde og ekskluderende?

Husbanken ønsker å bidra til gode kvaliteter på alle disse tre områdene. Husbanken har primært ansvar for at bokvaliteter for beboerne blir ivaretatt.

Som basis for all prosjektering av omsorgsbygg som skal finansieres av Husbanken, legger Husbanken derfor noen prinsipper og krav til grunn. Disse kan du lese om i kapittel 2.1 og 2.2.

2.1 Overordnede prinsipper ved planlegging



2.2 Grunnleggende krav ved planlegging



2.1 Overordnede prinsipper ved planlegging

I dette legger Husbanken prinsipper som skal forsøke å ivareta overordnede målsettinger, som ikke enkelt kan fastsettes i konkrete mål eller telles.

Sammen med kommunen søker Husbanken å finne gode løsninger som ivaretar overordnede prinsipper og føringer. Husbanken forutsetter at kommunen etablerer dialog med Husbanken tidlig i planleggingsfasen av prosjekter.

Her er de overordnede prinsipper ved planlegging av omsorgsboliger og institusjonsplasser:

- Det skal legges vekt på kvaliteter som bidrar til at både omsorgsboliger og institusjonsplasser kan fungere som gode hjem og gi rammen for et verdig liv med mening.
- Innsikt om de ulike brukergruppenes behov skal ligge til grunn for de løsninger som velges.
- Omsette til praksis, regjeringens ambisjoner om normalisering og integrering, jf. [strategien Bolig for velferd \(2014–2020\)](#).
- Generell tilrettelegging for mennesker med kognitiv svikt.
- Tilrettelegge for fleksibel og generell bruk.

Gode hjem og rammer for et verdig liv med mening

Boligens størrelse og utforming er grunnleggende for å gi følelsen av et hjem. Størrelsen på private boenheter kan variere avhengig av beboergruppes behov og boforholdets varighet – fra korttidsplasser i institusjon hvor beboerne bor i kortere perioder til mer permanente, fullverdige boliger.

I alle løsninger bør det planlegges for plass til ordinær boliginnredning. Selv de minste enhetene skal ha plass til seng, skap til klær og utstyr, noen lenestoler og et bord (til besøk), et oppbevaringsmøbel til TV, bilder og bøker slik at man kan lage et hjem med en hyggelig og personlig atmosfære.

Hjemmefølelsen er stort sett ivaretatt når man bor i sin egen leilighet. Det er mer utfordrende når man bor i bogrupper med noen man ikke kjenner og det samtidig skal fungere som en arbeidsplass. Dette stiller derfor krav om at alle aktører bevisst forsøker å skape følelsen av et hjem

Helsefremmende omgivelser

Helsefremmende arbeid defineres ifølge WHO som "den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse". Ifølge WHO er ikke helse definert som fravær av sykdom, det er et spørsmål om trivsel og livskvalitet. Det må tas utgangspunkt i dette brede helsebegrepet når man skal forsøke å legge til rette for helsefremmende botilbud. Dette handler om lokalisering av boligtilbudet, at det finnes aktivitetsmuligheter, rekreasjonsareal og møteplasser som er tilgjengelige og attraktive for de aktuelle målgruppene.

Ut fra resultatene fra flere ulike studier (Ervers- og byggestyrelsen 2010, Wågø og Høyland 2009 og Møller og Knudstrup 2008) skal botilbud og institusjoner forsøke å støtte opp om:

- hjem og hjemmefølelse
- å være en del av samfunnet
- kontinuitet i livet
- trygghet

- velvære og mening
- rekreasjon og omgivelser som innbyr til å delta i aktivitet ute og inne • tilstrekkelig med dagslys

Innsikt om ulike bo- og aktivitetsbehov

Innsikt om de ulike behov er nærmere beskrevet i kapittel 4 Ulike brukergruppers bo- og aktivitetsbehov. Det skal være tilrettelagt for rullestolbrukere i alle botilbud. Dette er beskrevet nærmere i kapittel 5 Dimensjoneringsgrunnlag.

I veilederen er ulike bo-, behandling og aktivitetstilbud beskrevet under disse overskriftene:

- Eldre
- Personer med demens
- Personer med funksjonsnedsettelse og stort hjelpebehov
- Personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse
- Personer med utviklingshemming
- Barn og ungdom med store kognitive og/eller fysiske funksjonsnedsettelse
- Personer med akutt behov for medisinsk hjelp og pleie

Prinsipper for normalisering og integrering

Prinsippene for likestilling og inkludering i FN-konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne ligger til grunn for prinsippene om normalisering og integrering. Konvensjonen trekker fram blant annet respekt for menneskers boende verdighet, individuell selvstendighet med rett til å treffe egne valg og uavhengighet, ikke diskriminering, fullgod og effektiv deltakelse i samfunnet og respekt for forskjeller.

Konvensjonen understreker betydningen av å akseptere mennesker med nedsatt funksjonsevne som en del av det menneskelige mangfold og den menneskelige natur.

Prinsippene for normalisering og integrering er begrunnet i ønsket om å etablere boligtilbud som, så langt som mulig, legger til rette et så meningsfullt liv som mulig. Blant annet ut i fra den enkeltes ferdigheter, ønsker og muligheter for å delta i samfunnet.

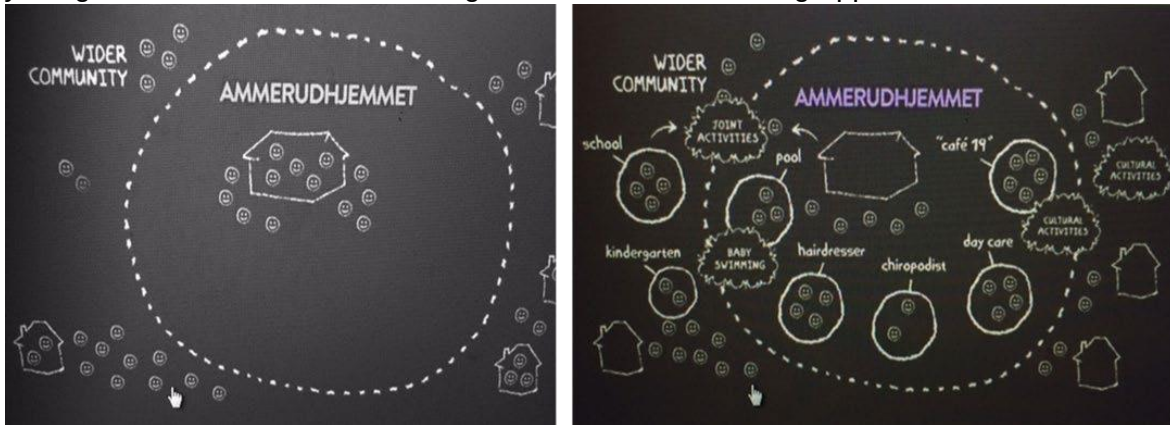
Prinsippene for normalisering og integrering skal ligge til grunn ved lokalisering og utforming av bygg. Dette betyr at:

- Boligene skal ikke ha institusjonslignende preg.
- Boligene bør lokaliseres i ordinære bomiljøer, og på steder som gjør det mulig å møte andre, ta i bruk offentlige rekreasjonsarealer og benytte servicetilbud.
- Ulike brukergrupper skal ikke samlokaliseres på en uheldig måte. Det er en målsetting å unngå at tilbudene oppleves som en "omsorgsgetto" eller virker stigmatiserende.
- Fellesfunksjoner knyttet til sykehjem som for eksempel kafe og treningsrom skal "invitere andre inn" eller samlokaliseres med andre tilbud for befolkningen. På denne

måten kan det som tidligere var forbeholdt beboerne på institusjon bidra til å etablere møteplasser, funksjoner og aktiviteter som flere i et lokalmiljø trenger.

- I etablering av boliger skal brukerne selv eller deres representanter delta og medvirke i planleggingen. Planprosesser må gjennomføres på en måte som setter sluttbrukernes behov i fokus.

Prinsippene er viktigst for boliger som betraktes som varige botilbud, temaet utdypes ytterligere under beskrivelse av boligtilbud for de ulike brukergrupper.



Institusjonslignende preg

Prosjekter med institusjonslignende preg framstår like mye eller mer, som en arbeidsplass enn et hjem.

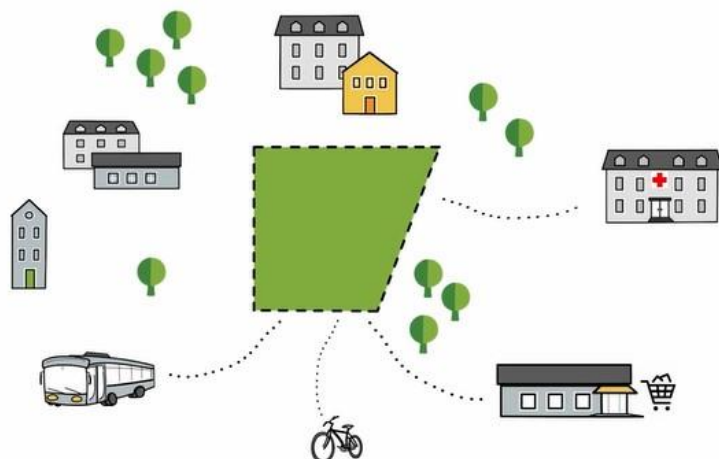
Dette handler for eksempel om forholdet mellom arealer brukt til drift sett opp mot arealer tilhørende beboerne. Institusjonslignende preg dreier seg også om:

- den arkitektoniske utformingen
- utearealer i tilknytning til boligen
- atkomstforhold eller parkeringsfasiliteter som tydelig er utformet og dimensjonert for noe annet enn en ordinær bolig

I tillegg til de fysiske omgivelser omfatter institusjonslignende preg også hvordan man yter og organiserer tjenester i boligene. Faren for institusjonslignende preg øker med antall samlokaliserte boliger og størrelsen på prosjektet.

Lokalisering

Lokalisering er en viktig premiss for å få til løsninger som støtter normalisering. Det inkludere hvordan bygget er plassert på tomten, i landskap og i forhold til eksisterende bygg, transportmuligheter, rekreasjonsmuligheter og -fasiliteter som brukes i dagliglivet.



Boligen bør ligge i et nærområde hvor man kan møte andre mennesker, se og ta del i et hverdagsliv utover det som foregår i selve botilbudet. I institusjoner, som for eksempel sykehjem og helsehus, bør det tilstrebe at felles rom og funksjoner er innbydende. På den måten blir tilbudet tilgjengelig og en ressurs for et så bredt spekter av befolkningen som mulig.

Ordinære bomiljø

Omsorgsboliger bør etableres i ordinære boligområder. Mange "vanlige" boligområder mangler noen av kvalitetene som er etterspurt, for eksempel lett tilgang til viktige service- og møtesteder uten bil. Synet på normalisering er nyansert. Det handler ikke bare om at boligene skal se "normale" ut, men det er også viktig at botilbud blir etablert på steder som gjør det mulig å møte andre, ta i bruk offentlige rekreasjonsarealer og benytte service tilbud.



Skoggata bo- og servicesenter ligger i Moss sentrum med kafeteria åpen for alle. Prosjektet er integrert i et vanlig bomiljø. Utearealene er attraktive og brukes også av folk fra nabolaget. Foto: Norlandia.no

Uheldig samlokalisering



En uheldig samlokalisering handler om negative konsekvenser for beboerne og nærområdet på grunn av:

- For stort antall omsorgsboliger og/eller institusjoner på et sted. Det vil kunne oppleves som at det kun er personer med samme behov som en selv som bor i nærheten.
- For tett mellom botilbud for personer som ikke fungerer godt sammen. Denne vurderingen er basert på forskning, erfaring og dialog mellom de ulike aktørene.
- Samlokalisering av boliger hvor beboerne har ulik botid (det er uheldig med midlertidighet i stabile bomiljøer.)

Når samlokalisering vurderes, må man vurdere det aktuelle prosjektet, og se dette i sammenheng med eksisterende og eventuelle framtidige planlagte prosjekter i området.

Samlokalisering av nye omsorgsboliger eller institusjonsplasser i nærheten av eksisterende omsorgsboliger, helse- og omsorgsinstitusjoner og/eller andre typer kommunalt disponerte boliger for vanskeligstilte, kan bidra til stigmatisering. Dette kan få negative konsekvenser for levekår og bomiljø.

Tilpasning til lokale forhold

Prinsippene som er beskrevet over har ulik betydning ut fra den lokale konteksten. Én boligtype kan fungere godt et sted, og mindre godt et annet sted. Beliggenhet og antall boenheter vurderes ut ifra en lokal kontekst. Dette kan for eksempel være kommunenes geografi, beliggenhet på service- og tjenestetilbud og bebyggelsesstrukturen i kommunen.

Vi ser også at offentlige tilbud på institusjoner som kafe og treningsrom kan "invitere andre inn" og på den måten oppnå en form for normalisering. På denne måten kan tilbud som tidligere var forbeholdt spesielle målgrupper bli til offentlige tilbud og etablerte møteplasser, funksjoner og aktiviteter som hele lokalmiljøet kan ta del i.

Dette setter søkelyset på at det å planlegge for spesielle målgrupper, også handler om områdeutvikling og å se flere typer tilbud i sammenheng.

Brukermedvirkning

I følge Lov om planlegging og byggesaksbehandling skal fremtidige beboere, eller representanter for disse, tas med på råd i planlegging av nye tilbud. Ikke alle brukergrupper som denne veilederen gjelder, er i stand til å delta i en planprosess. Det finnes mange ulike metoder for å finne fram til brukernes boligpreferanser og erfaringer. Det er viktig å kontakte organisasjoner som representerer de ulike brukergruppene i kommunen. Disse har erfaring og kunnskap om behov og løsninger som er samlet oppover tid. Det finnes også en del forskningsbasert kunnskap som sier noe om viktige kvaliteter for de ulike brukergrupper. Det er samtidig viktig å understreke at om noen har samme diagnose trenger de nødvendigvis ikke å ha samme boligpreferanser.

I en planprosess der mange ulike perspektiver spiller inn, kan det være nyttig å ha med en representant for beboerne som har ansvar for å ivareta beboerperspektivet. Det er viktig at denne talspersonen har fått fullmakt til å representere alle beboere. Kommunen må ta hensyn til å beboernes ønsker i planleggingsprosessen og at ønsker og behov dokumenteres skriftlig.

Plankrav ved søknad om investeringstilskudd

Fra 01.01.2022 innføres krav om helhetlig planlegging ved søknad om investeringstilskudd. Målet med plankravet er å oppnå en kunnskapsbasert tilnærming til behov og tiltak. Kommunen skal vise hvordan de gjennom helhetlig planlegging skal møte målgruppens fremtidige behov for tjenester og bolig. På husbanken.no finnes informasjon og utfyllingsskjema for de ulike målgruppene [Plankrav ved søknad om investeringstilskudd - Husbanken](#).

Dialogverktøy

Husbanken har utviklet dialogverktøy for ulike overordnede målgrupper. Målet med verktøyene er å sikre et variert bo- og tjenestetilbud samt normalisering og integrering. Dialogverktøyet er knyttet til det konkrete prosjektet, og fylles ut for hvert prosjekt som omhandler boliger og institusjonsplasser.

Generell tilrettelegging for personer med kognitiv svikt

Tilrettelegging for personer med kognitiv svikt og demens er et generelt krav ved bygging av alle omsorgsplasser som omtales i denne veilederen. Men når det planlegges for personer med kognitiv svikt og demens må bygget tilpasses spesielt for denne gruppen. Mange personer som bor i omsorgsboliger og på sykehjem kan ha svikt i hukommelse, steds- og tidsorientering, og/eller svekket forståelse for rom og retning.

Desorientering kan være årsak til inaktivitet og tap av kontroll, og med følgende stress og ubehag. Det er særlig evnen til å bearbeide informasjon som svikter. Det betraktes som en samfunnsutfordring å tilrettelegge samfunnet bedre for personer med demens og med lignende funksjonsnedsettelse (Demensplan 2020). Det er samtidig viktig å presisere at kognitiv svikt oftest er en tiltagende funksjonsnedsettelse som kan ramme med ulikt omfang.

Omsorgsplasser for personer med kognitiv svikt og demens bør inneholde:

- Boenheter som er organisert i små bogrupper, med hjemlige og oversiktlige fellesrom.
- Ingen gjennomgangstrafikk via bogrupper.

- Enkel og trygg mulighet til å komme ut. Dette er viktig for at beboerne skal få tilstrekkelig med dags- og sollys, oppleve naturen, planter, vind og vær.
- Tilstrekkelig med dagslys i varige oppholdsrom.
- Muligheter til å delta, eller og se på, aktiviteter ute og inne.
- Det skal være lett å orientere seg.

Det er en fordel at beboerne kan bo i områder og omgivelser som er kjent. Om de må flytte til et annet botilbud er det en fordel at de kan fortsette å bo i samme nærmiljø. Dette er grunnen til at det er viktig å etablere omsorgsboliger i vanlig bomiljø.

Det er spesielt med tanke på personer med lett og moderat demens at vi snakker om denne generelle tilrettelegging av omsorgsboliger og sykehjem. For personer med omfattende demens vil det være behov for spesielt tilrettelagte botilbud. Dette er nærmere beskrevet i et eget kapittel.

Gjennomgang mellom bogrupper

Det bør ikke være gjennomgang via bogrupper, dette kan føre til unødig stress og kan forstyrre beboere. Gjennomgangstrafikk mellom bogrupper er også uheldig med tanke på smittevern, og bogrupper bør kunne skilles helt av ved behov.

God visuell oppfattelse og orientering i bygget

Det fysiske miljøet må tilrettelegges for best mulig mestring og mulighet for å orientere seg. Dette gjøres gjennom forenkling, reduksjon av informasjon, samt tilrettelegges for at det er lett å finne frem. Da må kommunikasjonslinjer være så korte som mulig, og bygget må ha få retningsforandringer og det må gis informasjon om klart synlige mål. Tell gjerne antall veivalg, desto flere valg, jo vanskeligere blir det å finne frem. Holdepunkter som landemerker, utsikt, gjenstander eller farger, kan være nyttige hjelpemidler for å finne frem. Ved lokalisering av flere boliger sammen, anbefaler vi mindre bogrupper, da dette gir mer oversiktlige hjemmeomgivelser og færre personer å forholde seg til av ansatte og naboer.

Tilrettelegge for fleksibel og generell bruk av bygg

Fleksibel og generell bruk av bygg er prinsipper som de fleste synes er viktige når vi etablerer nye bygg. Men hva betyr dette egentlig i praksis? Mener vi at vegger skal kunne skyves bort? At bygget skal være lett å bygges om? Eller at boligene skal kunne brukes av ulike brukergrupper med løsninger som tar høyde for ulike hjelpebehov over tid? Dette er ofte uklart.

Hvordan bygge fleksible og generelle boliger?

Når man skal tilrettelegge for fleksibilitet, anbefaler vi derfor å beskrive hvem løsningen skal fungere for og hvilke fremtidsscenarier kommunen ønsker å planlegge for. Vi har her valgt å belyse tre ulike perspektiver på fleksibilitet:

1. Fleksibilitet sett i lys av kommunen som eiendomsbesitter.
2. Fleksibilitet med tanke på endrede tjenestebehov eller bruk av flere hjelpemidler.
3. Fleksibilitet ut i fra ønske om å bo for seg selv eller i tettere bofelleskap.

1. Fleksibilitet sett i lys av kommunen som eiendomsbestiller

For kommunen som eiendomsbesitter er det et poeng å kunne bygge slik at noen boligtilbud kan tilpasses ulike målgrupper. Hvilke boligløsninger som etterspørres kan variere. Dette er spesielt viktig i små kommuner. Generelt kan vi si at vanlige selvstendige boliger er det enklest å benytte til ulike beboergrupper. Men også boenheter organisert i mindre grupper er lettere å ta i bruk for ulike brukergrupper enn når tilbudet framstår som ett stort anlegg. Å øke fleksibiliteten kan derfor også handle om å bryte ned et anlegg til flere mindre bygg. På denne måten kan et boligtilbud for en gruppe yngre personer med demens tilpasses en gruppe barn med spesielle behov i en annen tidsperiode.

2. Fleksibilitet med tanke endrede tjenestebehov eller bruk av flere hjelpemidler

Tjenester skal alltid vurderes ut ifra den enkeltes individuelle behov for bistand. Det er kostnadseffektivt for en kommune å kunne tilpasse bo- og tjenestetilbud etter de enkeltes endrete behov. Dette krever fleksibilitet i tjenestetilbud, men også at boligløsninger kan brukes på flere måter. Det kan bety løsninger hvor beboerne kan velge å spise middag inne hos seg selv, eller hvor det er mulig å samle beboerne til felles måltider.

Fleksibilitet kan derfor bety at fellesarealer kan brukes til andre formål i enkelte perioder. Ved behov kan kommunen bemanne opp å drive botilbudet mer som et "sykehjem light". Med tanke på de totale driftsutgiftene til de forskjellige tjenestene vil dette fremstå fleksibelt, ettersom kommunen kan ha ulike driftsmodeller knyttet til det samme boligtilbudet.

3. Fleksibilitet ut ifra ønsket om å bo for seg selv

Beboeren skal kunne bli boende i samme bolig også ved endrede tjenestebehov.

Tilrettelegging for dette er ofte et uttalt ønske fra beboeren selv. Å tilrettelegge for endrede hjelpebehov kan for eksempel bety å tilrettelegge for løfteskinne i tak, eller å lage plass til lagring av ekstra hjelpemidler.

Det kan også bety at det er mulig å demontere en vegg ved behov for større areal på rommet. En mer personsrettet omsorgstjeneste betyr også å legge til rette for ulike kombinasjoner av tjeneste- og boligtilbud. Noen ønsker selvstendige boliger for å være for seg selv, mens andre kan føle seg utrygg og ønsker tettere boformer. Det bør finnes ulike boligtilbud som ivaretar brukernes ønsker og deres individuelle behov for tjenester.

2.2 Grunnleggende krav ved planlegging

I dette legger Husbanken krav i egne retningslinjer samt krav som er fastsatt av andre og må anses som basis for bygging av denne type bygninger som TEK, Arbeidsmiljøloven etc.

Tekniske standarder og lovverk

- **Lov om planlegging og byggesaksbehandling (PBL) og byggforskriftene**
Krav i gjeldende byggt teknisk forskrift (TEK) ligger til grunn for all prosjektering av bygninger. Omsorgsboliger går under regelverket for bolig, mens sykehjem går under krav til lovverk for arbeids- og publikumsbygg. Forskjellene gjelder spesielt krav til universell utforming. Der kommunene vil ha fleksibilitet for å omgjøre omsorgsboliger til sykehjem er det viktig å være klar over at byggeforskriftene stiller strengere krav til institusjonsplasser.
- **Arbeidsmiljøloven**
Arbeidstilsynets krav er beskrevet på temasiden [Arbeidsmiljø i helseinstitusjoner](#).

Husbankens retningslinjer stiller krav om:

- **universell utforming**
Omsorgsboliger og institusjonsplasser skal være universelt utformet etter Norsk Standard NS 11001. Se mer om krav knyttet til universell utforming i [kapitel 5 Dimensjoneringsgrunnlag](#).
- **Sikkerhet ved brann**
Alle omsorgstilbud som får finansiering fra Husbanken må oppfylle kravene som stilles til [risikoklasse 6](#) i henhold til branntekniske krav.
- **Tilrettelegging for bruk av teknologi og hjelpemidler**
Bygningen skal være tilrettelagt for tilkobling og montering av hjelpemidler, kommunikasjons- og varslingssystem og annen velferdsteknologi.

Teknisk standard (TEK)

Husbanken forutsetter at byggverk som finansieres med investeringstilskudd er i tråd med gjeldende TEK. Prosjekter med institusjonsplasser faller inn under delen om arbeids- og publikumsbygg i gjeldende TEK, mens omsorgsboliger går under regelverket for bolig. Det er spesielt i forhold til krav om universell utforming at disse regelverkene er forskjellige.

Eksempel:

TEK 17 for arbeids- og publikumsbygg krever blant annet at minst ett av ti bad ved institusjon må ha dusjsone på 1,6 m x 1,3 m. Dette kravet er strengere enn det Husbanken krever, men vi forutsetter at det blir ivarettatt. For de øvrige badene i beboerrom ved institusjonen/sykehjem gjelder som et minimum at baderommene utformes i samsvar med Husbankens krav (blant annet dusjsone på 1,4 m x 1,1 m).

Kommunen/prosjekterende har ansvar for at kriterier i gjeldende TEK blir tilfredsstilt.

Universell utforming

Norsk standard for universell utforming er et verktøy som spesifiserer kriterier til bygninger, omgivelser, tjenester og produkter i henhold til samfunnets behov og ønsker.

Standarden inneholder også en del grunnlagsinformasjon for å bidra til økt forståelse for temaene:

- bevegelse
- syn
- hørsel
- orientering
- miljø og overfølsomhet

Standardene er spesielt egnet for prosjekterende og oppdragsorganisasjoner som har ansvar for nybygging, men er også relevant for eiendomsforvaltere.

Husbanken vurderer den delen av byggverket som er planlagt for beboere. I disse delene må gjeldende [NS 11001- del 2](#) og Husbankens egne definerte krav tilfredsstilles hvis disse ikke er dekket innen gjeldende TEK. Se kapittel 5 Dimensjoneringsgrunnlag.

Eksempel:

Universell utforming i TEK 17 for arbeids- og publikumsbygg (sykehjem) krever blant annet at minst ett av 10 rom m/bad er universell utformet. Dette kravet dekker også krav fra Arbeidstilsynet. TEK sier ingenting om øvrige 9 rom m/bad. For disse krever Husbanken at de er universell utformet etter NS 1001-2 pluss krav fra arbeidstilsynet.

Tilrettelegge for godt arbeidsmiljø

Arbeidsmiljølovens krav skal ivaretas i omsorgsbygg. Arbeidsmiljøloven gjelder både i sykehjem, pleie- og rehabiliteringsinstitusjoner og i omsorgsbolig med stasjonær bemanning eller hjemmetjeneste.

Arbeidsmiljøloven slår fast at alle arbeidstakere skal ha sunne og trygge arbeidsforhold uansett hvor arbeidet utføres. [Arbeidstilsynet har en egen temaside om arbeidsmiljø i helseinstitusjoner](#), som blant annet beskriver hvilke krav som gjelder bygg som skal brukes til pleie- og omsorgsformål. Dette gjelder også for bygg det er gitt tilskudd fra Husbanken til og som er klausulert til omsorgsformål. Arbeidstilsynet må videre gi samtykke til løsninger i sykehjem, omsorgsboliger og andre pleie- og rehabiliteringsinstitusjoner. Arbeidstilsynets samtykke skal alltid innhentes på forhånd, se [arbeidsmiljøloven § 18–9](#).

Både hjem og arbeidsplass

Omsorgsboliger og sykehjem er tilbud til beboere og pasienter med omfattende behov for bistand. Byggene skal derfor fungere som et hjem for beboeren, og samtidig være en arbeidsplass for arbeidstakerne som utfører tjenester, gir hjelp, omsorg og/eller pleie. Beboere med stadig dårligere funksjonsnivå og økende behov for hjelp skal kunne bli boende livet ut i sin omsorgsbolig eller på sykehjem. Begge boformer må derfor sørge for at all hjelp skal kunne gis under forsvarlige arbeidsvilkår. Hvis pleiebehovet øker eller endres, og det blir behov for mer hjelp, er kommunene eller institusjonseier ansvarlig for at nødvendig pleie kan foregå i lokaler som er tilrettelagt for formålet.

Målgruppen det bygges for er avgjørende for planløsningen. Tiltakshaver har ansvar for å kartlegge både nåværende og fremtidige behov allerede når det planlegges nybygg eller ombygging.

Kommunen eller annen arbeidsgiver plikter å tilrettelegge for gode arbeidsforhold og lokaler i henhold til arbeidsmiljøloven med forskrifter. Dette betyr at plassbehov, innredning og støttefunksjoner er nøye gjennomtenkt. Videre må det tilrettelegges med tilfredsstillende personalrom, kontor etc. I den enkelte byggesak må både bygningsmessige forhold og bemannings- og kompetansebehov være avklart, og tilrettelagt på tilfredsstillende måte, jamfør arbeidsmiljøloven.

Helhetlig kartlegging og risikovurdering

Arbeidstilsynet krever at det er gjennomført helhetlig kartlegging og risikovurdering i alle byggesaker. Deres temaside om [Arbeidsmiljø i helseinstitusjoner](#) beskriver ulike arbeidsmiljøfaktorer i helse- og omsorgsarbeid. Den utdyper funksjonskrav, arealkrav, avstander etc., knyttet til pleiesituasjoner. [Forskrift om arbeidsplasser og arbeidslokaler](#) (arbeidsplassforskriften) stiller også konkrete krav til tilrettelegging av arbeidsplassen.

I omsorgsboliger og sykehjem er det særlig viktig å vurdere om det er plass til både helper(e) og hjelpemidler rundt sengen og ved toalett- og dusjsituasjon. Det er dette Husbanken følger opp i disse prosjektene. Kriteriene er implementert i denne veilederen, les om dette i kapittelet 5

Dimensjoneringsgrunnlag. Øvrige kriterier har kommunen selv ansvar for å følge opp. Arbeidstakerne skal videre ha tilgang til tilfredsstillende garderobe- og sanitærforhold, HC-toalett samt spiserom og mulighet til å avvikle pauser atskilt fra pasienter/tjenestemottakere. Ved døgnbemanning må hvilerom/soverom vurderes. Arbeidstilsynets temaside arbeidsmiljø i helseinstitusjoner tar også opp andre temaer som for eksempel smittevern og ventilasjon.

Tilrettelegge for bruk av teknologi og hjelpemidler

Kapittel 1.1 beskriver utfordringer den nordiske velferdsmodellen står ovenfor. Det er nødvendig å jobbe systematisk for å møte disse utfordringene på flere områder og med nye typer tiltak.

I NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg framgår det at dette omhandler både utvikling av nye tjenestemodeller, bruk av ny teknologi og mer fokus på nærmiljø og nye boligløsninger. Dette er tiltak som på ulike måter kan legge til rette for aktivitet, sosiale møter og effektiv drift av tjenesteapparat. Disse tre ulike strategier henger imidlertid tett sammen og må drøftes i sammenheng.

Ny teknologi kan for eksempel kompensere for fysisk nærhet til tjenesteapparatet og på denne måten bidra til at man slipper å flytte for å oppleve tilstrekkelig oppfølging eller trygghet. Teknologi kan gi mulighet for å beholde kontakt med nærmiljø og nettverk. Teknologi kan organisere og støtte de som skal gi tjenester, selv om det er fysisk avstand mellom tjenesteyter og beboer. Teknologi kan lette samarbeide med andre omsorgspersoner som pårørende og venner, og gi bedre mestring av eget hverdagsliv. Det handler om både pilledispensar for hjelp til å huske, robotstøvsuger til rengjøring eller spyl/tørk toaletter.

Denne veilederen omhandler først og fremst bygningsmessige tiltak for å tilrettelegge for bruk av teknologi.

Definisjon velferdsteknologi

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til:

- økt trygghet
- sikkerhet
- sosial deltakelse
- mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet
- å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.

Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon (Hagen-utvalget 2011).

Forutsetninger for å få investeringstilskudd

Det forutsettes at omsorgsboliger og sykehjem som finansieres med Husbankens investeringstilskudd skal være tilrettelagt for:

- tilkobling og montering av elektroniske hjelpemidler
- kommunikasjons- og varslingssystem
- annen velferdsteknologi

Teknologiske hjelpemidler kan sorteres etter formål og inndeles i 4 kategorier:

- **Trygghets- og sikkerhetsteknologi:** Teknologien skaper trygge rammer omkring enkeltindivids liv og mestring av egen helse. Trygghetsalarmer er den mest brukte løsningen. Men det omfatter også varslings- og lokaliseringsteknologi og ulike former for sensorer.
- **Kompensasjons- og velværeteknologi:** Teknologien bistår når for eksempel hukommelsen blir dårligere, eller ved fysisk funksjonssvikt. Den kan også bistå med forflytningshjelpemidler, hjelpemidler som kompenserer for sansetap eller reduserte kroppsfunksjoner, omgivelseskontroll, teknologisk assistanse i boligen, teknologi for fysisk og kognitiv trening, huskehjelp etc.
- **Teknologi for sosial kontakt:** Teknologien bistår mennesker med å komme i kontakt med andre, som for eksempel ved bruk av videokommunikasjonsteknologi.
- **Teknologi som støtter omsorgsarbeideren i behandling og pleie:** Teknologien bidrar til at mennesker gis mulighet til å bedre mestre egen helse ved for eksempel kronisk lidelse. Automatisk måling av blodsukker eller blodtrykk er eksempler på slike tekniske hjelpemidler. Tiltak som bidrar til mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunene og som støtter god informasjonsflyt.

Ved planlegging og prosjektering av omsorgsboliger og sykehjem må man tenke på det tas hensyn til plass for hjelpemidler og festemuligheter i vegg og tak, tilknytning til strøm, vann osv. Spyl /tørk toalett, hev/senkbar vask eller hev/senkbare senger er eksempler på dette. Se også kapittel 5 Dimensjoneringsgrunnlag.

Den teknologiske utviklingen går så raskt at det kan være vanskelig å se for seg fremtidens muligheter. Vi må derfor legge til rette for etterinstallering av løsninger.



Smarthusteknologi i omsorgsboliger/sykehjem

Smarthusteknologi er en samlebetegnelse for informasjons og kommunikasjonsteknologi som brukes i boliger/institusjoner. Teknologien kan brukes til å overvåke, varsle og utføre handlinger etter valgte kriterier. Omsorgsboliger må planlegges for optimal trygghet, sikkerhet og mestring for brukeren, samt mål om optimalisering av personalets arbeidssituasjon, velferdsteknologi kan støtte dette. Mange funksjoner kan integreres i ett felles system, eksempelvis varsling ved tilstedemarkering, automatiske alarmer for dører, vindu, seng, bad, komfyr og vann. Slike systemer kan også leveres med vandrealarm og funksjoner for samtale mellom pleier og beboer, eksempelvis etter utløst alarm. I tillegg kan energiøkonomisering oppnås gjennom styring av lys, varme, inneklime og andre tekniske funksjoner. Det er viktig at omsorgsboliger og sykehjem planlegges med hensyn til god trådløs bredbåndsdekning innendørs, enten via offentlige mobilnett eller via wifi. Funksjoner i en basispakke for installasjon i en bolig kan være:

- Røykdeteksjon på kjøkken, i soverom, stue og felles oppholdsrom.
- Komfyrvakt i alle kjøkken.
- Dørvakt (felles utgangsdører eller fra egen leilighet).
- Tilgangskontroll for å unngå at beboer åpner feil dører og elektroniske dørlåser (eLås).
- Behovsstyring av lys, varme og inneklime som for eksempel tidsstyring, tilstedeværelse etc.
- Pasientvarslingssystem (aktiv og passiv varsling i ulike soner både i og utenfor bygg).
- Digitalt tilsyn (mulighet til å fange opp kritiske situasjoner på natt).

Digitalt tilsyn, eller passiv varslingsteknologi, innebærer en eller flere sensorer som utløser varsler til tjenesten ved for eksempel bevegelse, passering, fravær fra seng, fall og lignende. Digitalt tilsyn kan også innebære bruk av kamera-løsninger (inkludert IR, ultralyd eller lignende) etter avtale med bruker/pårørende, der det er hensiktsmessig for å gi en tilstrekkelig trygg tjeneste. Digitalt tilsyn synes særlig aktuelt som tilbud til personer med

kognitiv svikt, for å begrense konsekvensene av uønsket vandring på natt, både i institusjonsbasert omsorg og hjemmebaserte tjenester.

[SINTEF-rapporten Velferdsteknologi i boliger \(2012\)](#) gir en rekke eksempler på aktuelle løsninger og hvilke behov de kan møte hos brukerne.

Mulige tilleggsfunksjoner

Vanndeteksjon på bad, vindusvakt, fallalarm, utendørs solavskjerming eller gardinstyring, motoriserte dører, flere bevegelsesdetektorer for livstegn, lokaliseringsteknologi som gir økt bevegelsesfrihet.

Det må altså tas hensyn til at teknologiutviklingen går raskt på flere av disse områdene, så vi må tilstrebe løsninger hvor det er enkelt å skifte ut komponenter. Dette omhandler både strømpunkter, bredbåndsnettverk og mobildekning.

Krav til tekniske installasjoner i nye omsorgsboliger/sykehjem

Direktoratet for e-helse har gitt ut anbefalinger om tekniske krav til trygghetsteknologi. Rapporten gir blant annet anbefalinger knyttet til tekniske løsninger hos beboer, krav til pålitelig kommunikasjon og teknisk driftsløsning for digitalt mottak av alarmer og varsler. Boligens tekniske sentral skal ha avsatt god plass til smarthuskomponenter (elektrisitet alarm, styring, kommunikasjon), også med tanke på utvidelse. Innfelte bokser for fastmontert utstyr som er naturlig å styre lokalt, må være dimensjonert for å montere smarthuskomponenter.

Prosess for anskaffelse av teknologi

Å bygge nytt kan gi mulighet for å tenke nytt og innovativt. NHO, KS og Difi samarbeider i [Leverandørutviklingsprogrammet](#) om å øke innovasjonseffekten av offentlige anskaffelser.

Programmet tilrettelegger for en tidlig dialog med markedet og en rekke kommuner har allerede fulgt metodikken i programmet i forbindelse med bygging av nye sykehjem og omsorgsboliger. Her er det mye nyttig kunnskap og inspirasjon tilgjengelig.

Noen eksempler på gjennomførte anskaffelser relatert til omsorgsboliger og sykehjem:

- [Lervig sykehjem, Stavanger, 2017](#)
- [Lyngbakken sykehjem, Skien, 2014](#)
- [Omsorgsboliger Lyngdal, 2015](#)
- [Omsorgsboliger Lindås, 2016](#)

Bruk av ny teknologi i forbindelse med bygging av omsorgsboliger og sykehjem innebærer som regel også endringer i tjenestene, det vil si hvordan ansatte jobber og leverer tjenester til beboerne. KS har i samarbeid med Helsedirektoratet utviklet et [veikart for tjenesteinnovasjon](#) for å hjelpe kommunene med å ta i bruk nye løsninger og endre måten de jobber på.

"Veikartet" er en praktisk metodikk som setter kommunene i stand til å endre tjenestene for å møte fremtiden, og beskriver blant annet hvordan kommunene kan gå fram for å planlegge en anskaffelsesprosess og implementere løsninger. Her ligger det også flere eksempler knyttet til trygghetsløsninger i boliger og på sykehjem.

Ved planlegging av boligene må byggherre og tilbyder involvere omsorgspersonalet i en gjennomgang for å bli enige om hvilke funksjoner som skal legges inn som basisinstallasjon, og hvilke funksjoner boligen skal være tilpasset for. Noen installasjoner er en naturlig del av

boligen, mens annet utstyr følger naturlig tjenestemottakeren som for eksempel mobile trygghetsalarmer. Dette er utstyr som vanligvis blir levert i henhold til kommunens gjeldende leverandøravtaler, som kan endre seg med tiden. Det meste av velferdsteknologi vil ha behov for elektronisk kommunikasjon med sentrale system i kommunen eller hos andre aktører i helsesektoren.

3. Boformer og aktivitetstilbud

Det er den enkeltes individuelle behov som skal bestemme tjenestetilbudets innhold og omfang, og ikke boformen.

Etter at tjenestetilbudet er fastlagt og vedtak om tjenester gjort, kan spørsmålet om boform vurderes. Retten til forsvarlige helse- og omsorgstjenester gjelder uavhengig av om en bor i sykehjem, helsehus, omsorgsbolig eller eget hjem. Omsorgsbolig og sykehjem har ulike betalingsformer og ulikt regelverk. For mange kan omsorgsbolig være en livslang bosituasjon der man leier en kommunal bolig. Sykehjem er en institusjon. Man må utforme, bygge og behandle disse boformene på ulike måter.

Planprinsipper for botilbud med fellesareal



3.1 Omsorgsboliger



3.2 Institusjonsplasser



3.3 Lokaler for dagaktivitetstilbud



3.4 Lokale produksjonskjøkken

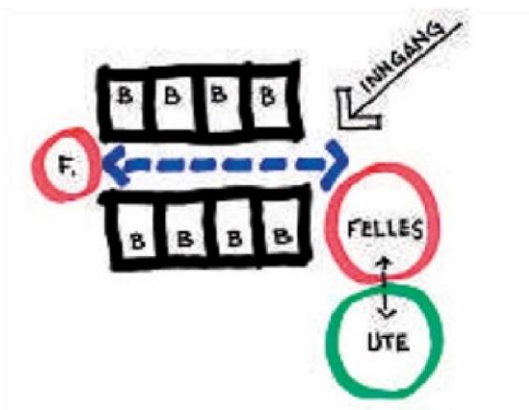


Planprinsipper for botilbud med fellesareal

Vi viser her en del ulike planprinsipper for sykehjem og omsorgsboliger. Valg av konsept har sammenheng med flere ulike hensyn som drift, orientering i bygge, terreng og hvilke brukergrupper man planlegger for.

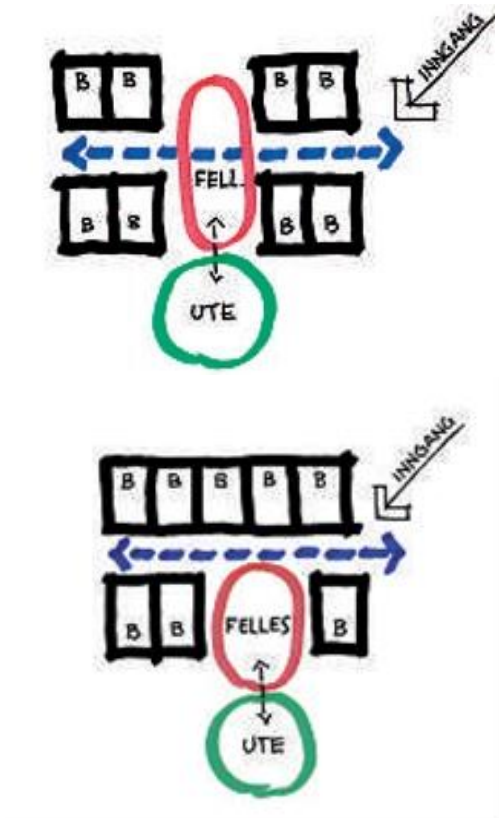
1. Midtkorridor med boenheter på begge sider

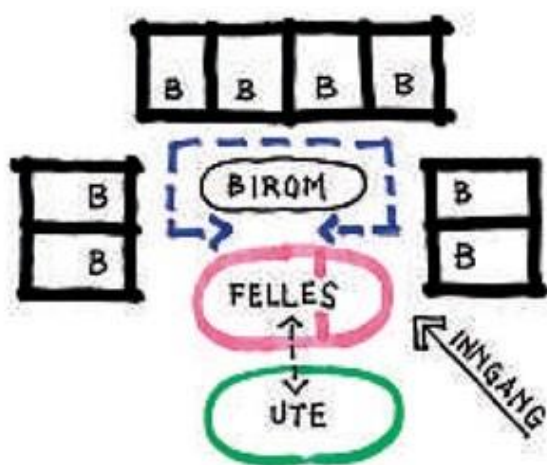
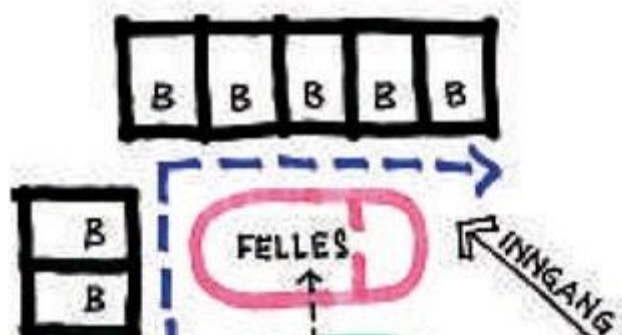
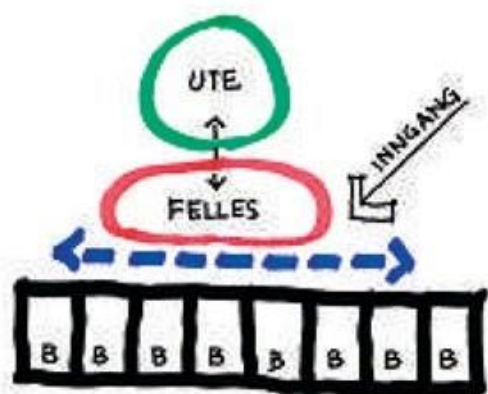
Midtkorridor med boenheter på begge sider. Fellesrom i enden av korridor. Dette planprinsippet gir korte avstander og arealeffektive løsninger, men medfører fare for institusjonspreg. Dersom det etableres fellesområde i begge ender av midtkorridor gir dette en viss fleksibilitet, men små, stille fellesområder der «ingenting skjer» blir lite benyttet. Løsningen er ikke optimal for personer med 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 som er 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 med tanke på personer med demens og deres behov for vandreruter. Problemer knyttet til orientering og lysforhold er de samme som for figur 1.





3.1 Omsorgsboliger

Omsorgsboliger er ikke en lovregulert boform, og det er beboerens private hjem.

Tjenestene er lovregulert og gis etter behov. I en omsorgsbolig betaler beboerne for kost, boutgifter og eventuelt egenandel på de tjenestene som mottas. Beboere i omsorgsboliger kan få bostøtte, og de kan tildeles individuelle hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen. Flere får i dag omfattende bistand også i omsorgsboliger. Tjenester gis av fast tilknyttet personale eller flere besøk fra hjemmetjenesten.

En omsorgsbolig er en boform utformet med tanke på at brukerne kan bli boende, selv med omfattende pleie- og omsorgsbehov. De må derfor utformes også med tanke på arbeidsforholdene for pleie- og omsorgsansatte. Beboerne i omsorgsboliger må ha kommunalt vedtak om omsorgs- og helsetjenester, vurdert ut ifra behov.

Selvstendige omsorgsboliger

Selvstendige omsorgsboliger er boliger som er utformet slik at alle boligfunksjoner er oppfylt inne i boligen. De består av kjøkken/stue, soverom, bad og areal til oppbevaring. De kan bygges spredte, integrerte i ordinær boligmasse eller som samlokaliserte boliger.

Omsorgsboliger som bygges med investeringstilskudd skal primært være boliger med fellesareal, da disse skal forbeholdes personer med omfattende hjelpebehov og kognitiv svikt. Unntaksvis kan omsorgsboliger også bygges uten fellesareal. Dette kan være til spesifikke beboergrupper der fellesskapsløsninger anses som uheldig, som for eksempel for personer med utfordringer knyttet til rus.

Designprinsipper:

- bolig tilrettelagt for plass og bruk av hjelpemidler
- privat boenhet bør være 55 m² eller større, med plass til alle boligfunksjoner
- atskilt soverom
- parsengsrom anbefales
- plass til nødvendige møbler, plass for hjelpere og plass for betjening av bofunksjoner
- bad med plass for hjelpere ved alle bad funksjoner, samt plass for vaskemaskin – se kapittel 5 Dimensjoneringsgrunnlag
- plass for seng i pleiestilling enten i soverom eller i stua
- private utearealer
- areal tilrettelagt for lagring og lading av hjelpemidler



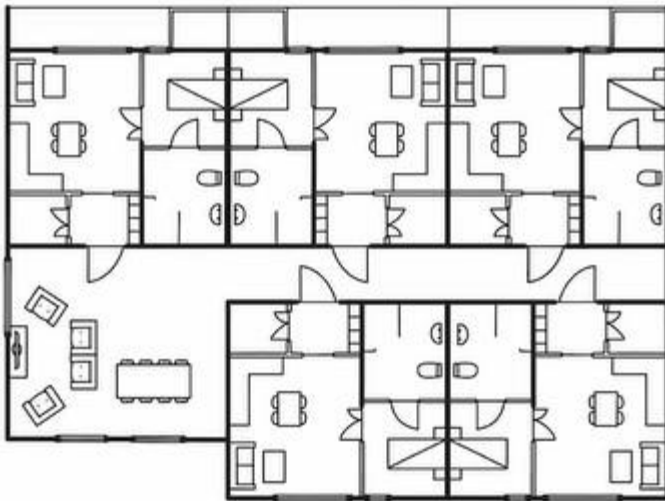
Spredte boliger: Disse har alle funksjoner inne i boligen og er ikke samlokaliserte.

Felleskapsboliger

Felleskapsboliger er grupper av boenheter som inneholder reduserte boligfunksjoner. Her er fellesareal nødvendig for å kompensere for dette. Vi bruker betegnelsen bogrupper om den klyngen av boenheter som deler et fellesareal. Boenhet er betegnelsen på det som kan betraktes som beboerens private arena. Dette må minimum være et soverom/oppholdsrom og bad.

Bofelleskap

Med bofelleskap forstås en gruppe boliger hvor privatenheten inneholder reduserte boligfunksjoner og som i tillegg har tilgang til et kompletterende fellesareal. Dette gir beboeren valgfrihet om man vil delta i fellesskapet eller ikke. Dette gir beboeren valgfrihet om man vil delta i fellesskapet eller ikke.



Illustrasjon viser bofellesskap med boenheter på ca. 40 m² BRA-K.

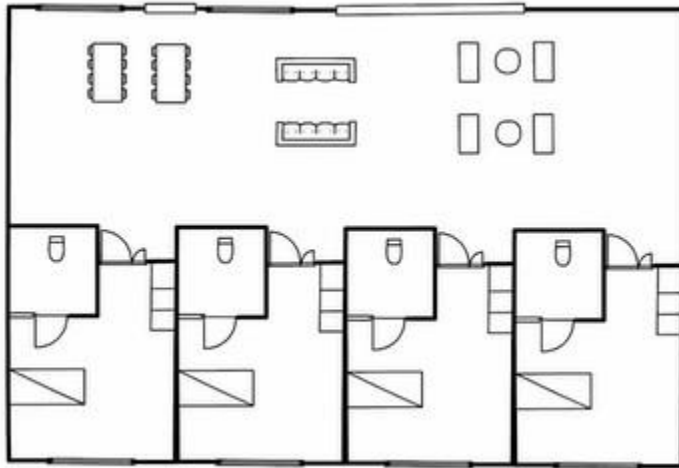
Designprinsipper for bofellesskap:

- Antallet boenheter i bogruppe 6 –10, avhengig av brukergruppen.
- Fellesareal for samvær og aktiviteter. Felles kjøkken anbefales.
- Felles utearealer i direkte tilknytning til felles oppholdsrom enten på bakken eller på terrasse.
- Lett adkomst til utearealer som kan være private og/eller felles.
- Unngå gjennomgang via bogruppe.
- Boenhet tilrettelagt for bruk av hjelpemidler.
- Privat boenhet bør minimum være 40 m² med plass til kjøkken.
- Atskilt soverom anbefales.
- Noen enheter planlagt for parsengssoverom bør vurderes.
- Plass for seng i pleiestilling enten i soverom eller i stua.
- Plass til nødvendige møbler, plass for hjelpere og plass for betjening av bofunksjoner.
- Bad med plass for hjelpere ved alle bad funksjoner – se kapittel 5
- Dimensjoneringsgrunnlag.
- For enkelte bogrupper er det også viktig med privat uteoppholdsareal/ balkong.
- Felles vaskerom der ikke er planlagt for private vaskemaskiner.
- Privat bod enten i boenheten eller i fellesområde.
- Areal tilrettelagt for lagring og lading av hjelpemidler.



Bokollektiv (omsorgsboliger)

Med bokollektiv forstås en gruppe boliger som er organisert med tanke på stor grad av fellesskap med for eksempel felles matlaging og måltider. Privat boenhet består av soverom/oppholdsrom samt bad. Bokollektiv er et tett fellesskap og anbefales bare til personer som trenger mye omsorg og tilsyn. Der man også planlegger for fast tilknyttet personale.



Illustrasjon viser bokollektiv med boenheter på ca. 30 m² BRA-K.

Designprinsipper for bokollektiv:

- Antallet boenheter i en bogruppe kan variere mellom 4-10, avhengig av brukergruppen.
- Fellesarealer for felles opphold og aktiviteter, samt kjøkken med spiseplass dimensjoneres for felles opphold av samtlige beboere + minimum 2 ansatte.
- Fellesareal må være i direkte tilknytning til bogruppe og sentralt plassert i forhold til de private boenhetene.
- Unngå gjennomgang via bogruppe.
- Det må tas hensyn til at minst halvparten av beboerne kan være rullestolbrukere. Størrelsen på fellesarealer bør være cirka 7- 10 m² per beboer.
- Enkelte boenheter bør være større, eller det bør være mulighet for å slå sammen to enheter, for at ektefeller/samboere eller andre som ønsker det kan bo sammen.
- Felles utearealer på bakken eller på terrasse bør være i direkte tilknytning til felles oppholdsrom.
- Areal for uteopphold møbleres med spisebord for alle beboere og minimum 2 ansatte, og gjerne ha delvis overbygd tak. Det må tas hensyn til at en del beboerne kan være rullestolbrukere.
- Det anbefales mulighet for å trille ut en seng for personer som er sengeliggende i tilfeller der dette er aktuelt.
- Soverom/oppholdsrom må minimum ha plass for seng i pleiestilling og sittegruppe, skap og hyller til personlige ting.
- Bad skal ha plass for hjelpere ved alle funksjoner på badet – se [kapittel 5 Dimensjoneringsgrunnlag](#).
- Oppbevaringsareal kan ligge enten i boenheten eller i fellesområde.
- Det skal planlegges areal tilrettelagt for lagring og lading av hjelpemidler.



Gullhella bo- og aktivitetssenter i Asker kommune med 60 små omsorgsboliger på cirka 30 m² organisert i bogrupper med 8-10 boenheter. Åpen korridor mot fellesareal gjør at man ser fellesarealene når man kommer ut av boligen sin. Tilbudet er derfor godt egnet for personer med demens. Bildene viser fra venstre byggeskikk, felles oppholdsrom i tilknytning med bogruppe og privat boenhet med private møbler. Foto t.v: Husbanken, foto t.h: Asker kommune. Se eget eksempel om Gullhella i Veiviseren.

Samboergaranti

Flere kommuner har fattet vedtak om samboergaranti, for eksempel Oslo kommune: «Ektepar eller samboere skal få mulighet til å bo sammen på institusjon selv om bare en har fått vedtak om langtidsopphold.»



Andre boformer - mellomløsninger

Flere kommuner hatt etablert en mellomløsning mellom selvstendig boliger og felleskapsboliger. Dette er gjerne en boform som er egnet for personer som bor i dårlig tilrettelagte hjem, og som av den grunn blir isolerte og psykisk dårlige. For å hindre at disse eldre havner på sykehjem alt for tidlig, har enkelte kommuner valg å tilby til de eldre en boform hvor de bor i selvstendige boliger, med aktiviteter i bygget (ikke i bogruppen). Her kan kommunen etablere uformelle sittegrupper per etasje (ev. mulighet for å etablere fellesareal

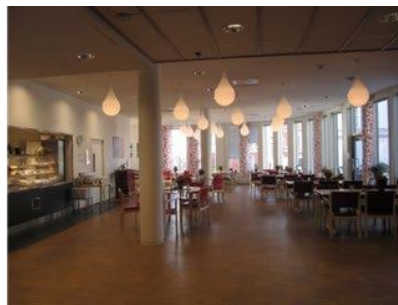
per etasje/bogruppe etter behov) slik at den kan benyttes som bogruppe, og ha felles måltider etc. Denne boformen er ikke tilpasset personer med demens.

Om Omsorg+

Oslo kommune har et eksempel på et slikt botilbud, og de kaller denne type boliger «Omsorg+» (det vil si omsorg og aktiviteter). Disse omsorgsboliger er tiltenkt personer som ikke har behov for sykehjemsplass, men som heller ikke klarer seg i egen bolig. Omsorg+ er bemannet hele døgnet, med husvert. Helsetjenester gis via hjemmetjenesten. Samtlige beboerne har vedtak om heldøgns omsorgstjeneste.

Kjennetegn ved Omsorg+:

- Mye aktivitet og muligheter for sosialt fellesskap
- Tilpassede leiligheter
- Bemanning hele døgnet med husvert
- Aktivitetssenter og fellesrom
- Tilbud om middagsservering
- I noen tilfeller frisør, fotpleie og trimrom



Kampen Omsorg+ i Oslo kommune er et bo- og aktivitetshus med 90 selvstendige omsorgsboliger. Aktivitets- og serviceavdelingen er plassert i 1. etasje. Bildet venstre til venstre viser byggeskikk og integrering i byen, bildet i midten viser felles åpen kantine. Bildet til høyre viser en leilighet med stue, kjøkkenkrok og soverom. Foto: Husbanken

3.2 Institusjonsplasser

Som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c og institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten i [pasientskadeloven §1](#) regnes:

- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger
- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- Aldershjem
- Sykehjem
- Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp

Institusjonsplasser kan være planlagt for langtidsopphold, korttidsopphold, avlastning og rehabilitering. Disse institusjonene kan benevnes som sykehjem, helsehus, lokalmedisinske senter. Aldershjem er tilbud som ikke etableres lengre, men det fremdeles finnes noen få i landet.

Ulike typer langtidsopphold

Et langtidsopphold er et tidsubegrenset tilbud om opphold med oppfølging og tilsyn hele døgnet:

- ordinær plass for personer med helse- og funksjonssvikt som medfører behov for pleie og omsorg hele døgnet
- skjermet plass for personer med demens og behov for tettere oppfølging
- enhet for yngre personer som har demenssykdom
- forsterket plass psykiatri for personer som har en psykisk sykdom som krever oppfølging av ansatte med kompetanse i psykiatri
- enhet for personer med fysisk funksjonshemming eller alvorlig nevrologisk sykdom som har et stort pleie- og omsorgsbehov
- plass for personer som har behov for oppfølging av ansatte med spesiell kompetanse for eksempel døve
- forsterket plass for personer med rusavhengighet med behov for pleie og omsorg

Ulike typer korttidsopphold

- opphold i helsehus, se avsnitt om helsehus under
- avlastningsopphold for å gi eldre muligheten til å bo hjemme lengst mulig
- opphold for personer med utfordringer knyttet til smitte
- opphold i lindrende enheter
- opphold for personer med rusavhengighet
- opphold for yngre personer med demens
- dagopphold, se kapittel 3.3 Dagaktivitetstilbud

Sykehjem

Sykehjem er en lovregulert boform. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 11-2](#) og i [Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester](#) gjelder for beboere i institusjon og regnes som prosenter av inntekten (trygd). Vederlaget dekker opphold og alle tjenester.

Moderne sykehjem bygges som flere bokollektiv organisert i nærheten av hverandre. Ved planlegging av bogrupper i sykehjem må det tas hensyn til fasiliteter som kontor, vaktrom, skyllerom, medisinerom og diverse felles lager.



Designprinsipper for bokollektiv / bogruppe:

- Antallet boenheter i bogruppe kan variere mellom 4 –10, avhengig av brukergruppen.
- Fellesarealer for felles opphold og aktiviteter, samt kjøkken med spiseplass dimensjoneres for felles opphold av samtlige beboere + minimum 2 ansatte.
- Det må tas hensyn til at minst halvparten av beboerne kan være rullestolbrukere. Størrelsen på fellesarealer bør være **cirka** 7- 10 m2 per beboer.
- Fellesareal må være i direkte tilknytning til bogruppe og sentralt plassert i forhold til de private boenhetene.
- Privat boenhet skal være på minst 28 m2. Det anbefales at de er over 30 kvm for at det blir mulig å skille oppholdssone og sovesone. Behov for kjøkkenkrok i private enheter bør vurderes utover målgruppe og fleksibilitet i forhold til fremtidens behovsendring. I tilfeller det ikke er behov for kjøkken fra dag en, bør det være mulig å installere et mini kjøkken i etterkant. Kjøkken i boenheter for personer med demens anbefales normalt ikke. For korttidsplasser kan det aksepteres min. 25 m2.
- Enkelte boenheter bør være større eller det bør være mulighet for å slå sammen to enheter for at ektefeller/samboere eller andre som ønsker det kan bo sammen på institusjon.
- Felles utearealer på bakken eller på terrasse bør være i direkte tilknytning til felles oppholdsrom.
- Areal for uteopphold møbleres med spisebord for alle beboere + minimum 2 ansatte, og gjerne ha delvis overbygd tak. Det må tas hensyn til at en del beboerne kan være rullestolbrukere. Det anbefales mulighet for å trille ut en seng for personer som er sengeliggende i tilfeller der dette er aktuelt.
- Soverom/oppholdsrom må minimum ha plass for seng i pleiestilling og sittegruppe, skap og hyller til personlige ting.
- Bad skal ha plass for hjelpere ved alle bad funksjoner – se kapittel 5 Dimensjoneringsgrunnlag
- Oppbevaringsareal kan ligge enten i boenheten eller i fellesområde.
- Det skal planlegges areal for å lagre og lade hjelpemidler.

Helsehus

Ved å bruke begrepet helsehus ønsker man å formidle at huset skal gi rom for ulike omsorgstjenester til kommunens ulike brukergrupper. Dette er også en oppfølging av samhandlingsreformen, hvor man har som mål at flere typer tjenester skal ytes nær brukeren ute i kommunene.

Helsehus er ikke et entydig definert begrep. Innholdet i et helsehus kan derfor være forskjellig fra kommune til kommune. Oppholdet på helsehus skal være kortvarig fra noen dager til noen

uker, og behandlingen skal være målrettet. Målet med oppholdet er å kartlegge helsetilstand, hjelpebehov og opptrening med utgangspunkt i pasientens ressurser og behov, slik at pasienten kan komme tilbake til eget hjem.

Etablering av helsehus er en del av den overordnede strategien om at personer skal kunne bo i eget hjem hele livet, eller så lenge det er mulig. Innhold og løsning er under utprøving i flere kommuner, men det finnes så langt ikke noe systematisk erfaringsinnhenting om hvilke funksjoner og aktiviteter som et helsehus bør inneholde.

Tilbudet kan ha areal til:

- Plasser til rehabilitering og overgangspleie etter sykehusbehandling.
- Kommunale akutt døgnplasser (KAD).
- Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (HØD).
- En del helsehus har også egen avdeling med plasser for palliativ pleie og omsorg.
- Aktivitetssenter, dagtilbud, rehabiliteringstjenester etc.



Designprinsipper:

- Prinsippene for utforming av boenheter er i hovedtrekk som beskrevet under bokollektiv, men de kan generelt ha litt mindre areal, fordi man ikke har med seg møbler og utsyr.
- Arealet for boenheter (korttidsplasser) skal ikke være mindre enn 25 m². Det gir lagringsmuligheter og plass til sittegruppe, slik at pårørende og andre ressurspersoner kan bistå i motivasjon og opptrening.
- Boenheten organiseres i bogrupper på 8-10 beboere med fellesareal i direkte tilknytning til bogrupper.
- Areal til fysioterapi og egentrening inne. Dette kan være trapp tilrettelagt for trening, muligheter for turrunde etc.
- Uteareal i direkte tilknytning til bogrupper bør tilrettelegges for aktivitets-, sanse- og treningsmuligheter.
- Tilrettelegge for lagerplass av treningsutstyr, medisinsk teknisk utstyr.
- Større fokus på håndtering av smitte enn i andre tilbud.
- Tilrettelegge for kontorfasiliteter for avdelingssykepleier og møte-/undervisningsrom.
- Helsehuset kan ha et livssynsnøytralt seremonirom.

Lokalmedisinske senter

Lokalmedisinske senter er ofte interkommunale tilbud som eies av flere kommuner. Det kan romme vaktsentral, legevakt og døgnposter for akutt syke pasienter. Noen store kommuner har også etablert noe de kaller kommunalt akuttmedisinsk senter. Dette har i tillegg til korttidsplasser også legevakt, ambulansetilbud og vaktsentral for ambulerende tjenester. Vaktsentralen er kommunens system for mottak og oppfølging av varsler fra trygghetsalarm og annen digital avstandsoppfølging.

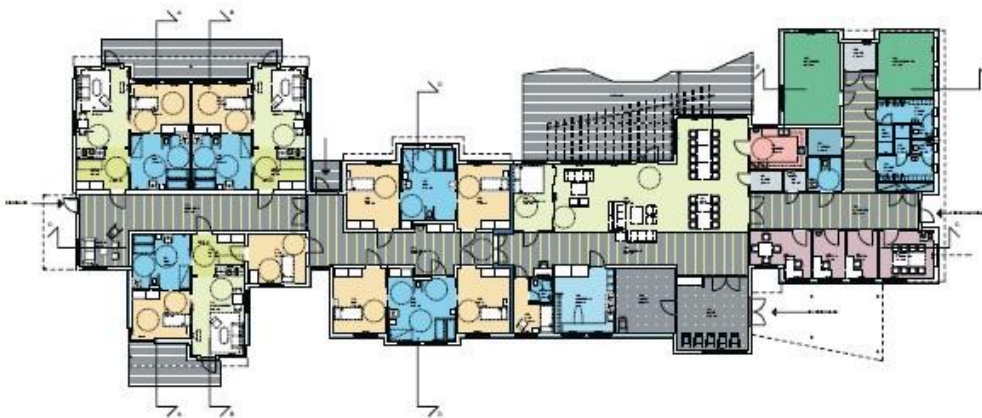
Barne- og avlastningsboliger

Dette er et tilbud som er definert i [Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon](#) som «Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester». Derfor regnes og finansieres disse som institusjonsplasser til tross de er omsorgsboliger.

Tilbudet omfatter:

- Permanente botilbud for barn og ungdom
- Avlastningsboliger

Mer om denne boformen finnes i kapittelet 4.6.



Årfulgveien ressurscenter i Tønsberg kommune er for barn med store og sammensatte funksjonsnedsettelse. Ressurscenteret består av to leiligheter på cirka 64 m² til et barn hver, en leilighet for to barn som deler bad og oppholdsrom, samt fire avlastningsplasser hvor to og to barn deler et stort bad. Sanserom og felles oppholdsrom er sentralt plassert og inviterende. Det finnes også gode uteareal tilrettelagt for barn. Plantegning: Spir Arkitekter

Hospice - omsorg ved livets slutt

Hospice er et tilbud for siste fase i livet. Denne typen tilbud kan brukes både for eldre og yngre. I Norge finnes det få spesialbygde tilbud for omsorg ved livets slutt (hospice). Tilbudene finnes oftest i sykehjem eller på sykehus.

Tjenestetilbudet er omfattende og skal gi lindrende pleie til pasienter. Personalet fungerer ofte også som kompetansesenter slik at de kan bistå andre til å gi god hjelp og støtte i siste

fase i livet. Andre kan være både ansatte på pleiehjem, hjemmetjeneste og pårørende for de som ønsker å avslutte livet i eget hjem.

Anbefalinger for bygging av palliative enheter/hospice:

- Gode luftige private rom med plass til familie/besøk.
- Sovesofa på rommet og gode lenestoler.
- Møblering og utforming preget av hjemlighet.
- Romslige fellesarealer med plass til å trille senger.
- Plass til hjelpemidler og utstyr.
- Velværetilbud som bad og sanse-rom med mulighet for musikk og ro.
- Rom som innbyr til ettertanke og spiritualitet.
- Tilgang og utsikt til natur og muligheter for å oppleve naturens kvaliteter gjennom alle årstider.

For øvrig tilrettelegging for bruk av hjelpemidler som beskrevet i avsnittet om sykehjem.



Diakonissestiftelsens Hospice i København. Bilder fra venstre viser gode, skjermede utearealer og deretter fellesrom med plass til familiebesøk i en hyggelig atmosfære. Foto: Adam Mørk

3.3 Lokaler for dagaktivitetstilbud

Et dagaktivitetstilbud kan gi mulighet for å delta på ulike aktiviteter, tilby måltider og sosial kontakt samt helseforebyggende og rehabiliterende tiltak mm. Dette kan gi en aktiv og meningsfull tilværelse og utsette eller forhindre behov for døgnopphold på institusjon.

Lokaler for dagaktivitetstilbud for eldre

Overordnet mål for denne tjenesten er å gi bruker stimulering og motivasjon til å opprettholde egenomsorgen, slik at man kan bo lengre hjemme og gi pårørende avlastning i omsorgssituasjonen.

Målgruppe for dagaktivitetssenteret er både hjemmeboende eldre, personer med demens og eldre/demente som bor i omsorgsboliger. Av og til kan også enkelte beboere på sykehjem benytte dagaktivitetssenteret.

Dagaktivitetssenter som regel i tilknytning til institusjon. Lokaler som dagaktivitetstilbudet disponerer bør være lett å finne når du kommer utenfra. God belysning og bruk av kontrastfarger er viktig. Man bør tilstrebe at rom kan brukes til ulike aktiviteter (flerbruksrom) og tillate fleksibel bruk (grupperom, stillerom, hjelpemiddelutprøving).

I programmet dagaktivitetstilbud ledet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (2007/2010) viste gjennomsnittlig areal i dagaktivitetstilbudene seg å være drøyt 90 m² med gjennomsnittlig 7,8 brukere per dag. Det vil si cirka 10 m² per bruker. Dagaktivitetstilbud for et mindre antall brukere (2 - 4) krever noe større areal per bruker for at dagaktivitetstilbudet skal fungere tilfredsstillende.

Helse- og omsorgsdepartementet har følgende anbefalinger til utforming av arealer:

- entré med garderobe (plasskrevende da brukerne ofte kommer med buss og alle skal kle av seg samtidig)
- kjøkken med spiseplass
- stue/oppholdsrom, grupperom, samtalerom/aktivitetsrom
- toaletter og dusj/bad
- hvilerom
- kontor til personalet
- lager
- lett tilgang til utearealer, gjerne tursti etc.
- uteplass/terrasse med mulighet for sol og skygge



Lokaler for dagaktivitetstilbud for andre målgrupper enn eldre

Et dagaktivitetstilbud kan også etableres for andre personer som på grunn av somatisk eller psykisk sykdom, funksjonsnedsettelse eller utfordringer knyttet til rus har behov for dagaktivitetstilbud, jf. pkt. 6.3 i retningslinjen. Formålet med slike sentre er blant annet å bidra til en aktiv og meningsfull tilværelse.

Innhold og formål i tilbudet vil kunne variere, både ut fra hvilket bistandsnivå de som skal motta tilbudet har og lokale forhold. Kommunen bør unngå uheldige blandinger av målgrupper ved etablering av dagaktivitetstilbudet.

Lokaler for dagaktivitetstilbud bør ikke samlokaliseres med omsorgsboliger der det legges opp til at man lever livet «med tøflene på». Dette vil ikke være i tråd med prinsipper for normalisering og integrering.

De overnevnte veiledende dimensjoneringskriteriene gjelder i utgangspunktet for dagaktivitetssentra for eldre. For målgrupper som har behov for store hjelpemidler og mer

fysiske aktiviteter, kan det aksepteres større areal. Arealet og aktivitetene må være i samsvar med behovet for den planlagte målgruppen.

Dagaktivitetstilbud til personer med omfattende behov for helse- og/ eller omsorgstjenester kan finansieres med investeringstilskudd. Målgruppen begrenses til personer som pga. somatisk eller psykisk sykdom, funksjonsnedsettelse eller rusavhengighet har behov for dagaktivitetstilbud.



3.4 Lokale produksjonskjøkken

Her presenteres eksempler på løsninger for lokalt produksjonskjøkken og hensyn som bør tas i planleggingen.

Intensjonene med lokalt produksjonskjøkken er forankret i Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre i kapittel 6 Mat og måltider.

Reformen fremmer matglede og trekker frem god mat som grunnleggende for god helse og livskvalitet hele livet. Intensjonen er at maten skal produseres tett på brukerne og være tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Lokale produksjonskjøkken skal stimulere til gode matopplevelser og et godt ernæringsmessig tilbud.

Det vises til retningslinjen for investeringstilskuddet (HB 8.B.18) og veileder for søknad og bruk av investeringstilskudd til sykehjemsplasser og omsorgsboliger (HB 8.C.8) for føringer om lokale produksjonskjøkken i forbindelse med søknad om investeringstilskudd.

Plassering av kjøkken i nærheten av brukerne

Plassering av det lokale produksjonskjøkkenet nær boenhetene er sentralt for å oppfylle intensjonene i Leve hele livet. Nærhet til boenhetene er definert i veilederen for investeringstilskuddet (HB 8.C.8).

Et lokalt produksjonskjøkken med tilhørende spiseområde kan fungere som et møtepunkt for lokalsamfunnet og besøkende. Husbanken anbefaler derfor at kjøkkenløsningen oppleves som åpent og tilgjengelig fra utsiden av bygget, i tillegg til å være lett tilgjengelig for beboerne i bygget. Plassering og utforming av kjøkkenet vil være sentralt for å oppnå dette.

Åpne kjøkkenløsninger

For å skape kontakt mellom matlagingen og beboerne anbefaler Husbanken at kjøkkenløsningen er åpen fra minst en side ut mot fellesareal eller spiseplass. Løsningen gjør det mulig for beboerne å følge med på kjøkkenaktivitetene og at matduft kan spres i lokalet. Det er opp til kommunen å vurdere om en åpen løsning er egnet og forsvarlig, og hvordan løsningen bør utformes. Ifølge Mattilsynet kan dette blant annet avhenge av:

- Kjøkkenets størrelse
- Hvem som skal lage mat
- Hvem det skal lages mat til (til eget bruk eller til andre)
- Hva slags mat som skal bli tilberedt

Andre hensyn kommunen bør vurdere (listen er ikke uttømmende):

- Mulighet for å kunne skjerme kjøkken med farlig redskap og utstyr fra beboere eller andre av hensyn til sikkerhet.
- Avskjerming fra matlukt og luftspredning av stoffer i mat av hensyn til personer som på grunn av allergier eller annet ikke tåler dette. Tilstrekkelig ventilasjon og avskjerming for de som ønsker det, blir viktig, jamfør blant annet kapittel 13 i TEK17, §§ 13-1, 13-2, 13-3. Utover ventilasjon kan kommunen vurdere en sonedeling av kjøkkenet eller mulighet for å stenge av åpningen inn mot kjøkkenet i gitte situasjoner.
- Smittevern

Kommunen kan for eksempel legge til rette for nærhet til matlagingen gjennom:

- Skyvedører. Det gjør det mulig å åpne opp kjøkkenet helt.
- Åpning i vegg inn mot kjøkkenet, men som stopper omtrent ved hofte høyde. Løsningen vil skape kontakt med aktivitetene i kjøkkenet og spre matlukt, men samtidig hindre andre enn kjøkkenpersonalet i å komme inn på kjøkkenet.
- Benkeløsning som avgrenser en kjøkkensone i et større rom. Det kan innebære at kjøkkenet er åpent mot spiseplass og fellesareal, og at all aktivitet er synlig. Adgangen inn i kjøkkensonen kan samtidig begrenses.
- At beboere kan delta i matlagingen i produksjonskjøkkenet. Alternativt i en egen sone som er mer tilgjengelig for beboerne og hvor krav til hygiene ikke er fullt så strenge. Kommunen må vurdere om en slik løsning er forsvarlig og egnet, i tråd med føringer fra Mattilsynet.

Mattilsynet anbefaler generelt å planlegge for et tilstrekkelig antall håndvasker, også i områder som legger til rette for kjøkkenaktiviteter for beboerne. Kjøkkenet bør ha oppvaskmulighet og god kjøle- og frysekapasitet. Videre anbefaler Mattilsynet at kjøkkenet blir bygd med materialer som tåler slitasje og bidrar til enkelt vedlikehold og renhold.

Husbanken oppfordrer samtidig til at kjøkkenløsningen får et hjemlig preg eller gir en restaurantopplevelse. En åpen løsning og ekstra arbeidsbenker kan legge rette for å delta i enkelte kjøkkenaktiviteter. Løsninger som på bildet under gir en fysisk avgrensning mellom kjøkken og spiseområde, men kan spre matlukt og invitere til å observere matlagingen. Det kan være en god løsning dersom kun kjøkkenpersonalet skal ha tilgang til kjøkkenet.

Forhold som akustikk i rommet, belysning og høyde på bordflater bør også nøye vurderes for å skape en best mulig ramme for måltidet.



Eksempel på en halvåpen løsning som gir en restaurantopplevelse.

Eablering og drift av lokale produksjonskjøkken

Husbanken forutsetter at kommunen etablerer og drifter det lokale produksjonskjøkken i tråd med offentlige krav og føringene om mat og måltider i stortingsmeldingen Leve hele livet. Det gjelder også krav og hensyn knyttet til kjøkkenet som en arbeidsplass.

Ofte vil det være nyttig at kommunen engasjerer en konsulent med kompetanse innen planlegging av kjøkken. Husbanken oppfordrer til å involvere kokk eller person med ernæringsfaglig kompetanse i planleggingen. Det kan for eksempel være fremtidige ansatte ved produksjonskjøkkenet.

Kommunen må sette seg inn i krav og anbefalinger om institusjonskjøkken hos Mattilsynet. Anbefalinger i denne veilederen erstatter ikke de krav og anbefalinger Mattilsynet selv definerer. Se mattilsynet.no og matportalen.no.

Nyttige veiledere

Arbeidstilsynet har utarbeidet en [veileder om luftkvalitet på arbeidsplassen](#) og [Sjekkliste for krav til fysisk arbeidsmiljø](#).

4. Ulike brukeres bo- og aktivitetsbehov

Innsikt om de ulike spesifikke brukergruppenes behov er nærmere beskrevet i dette kapittelet. Generelt skal det tilrettelegges for rullestolbrukere i alle botilbud. Dette er beskrevet nærmere i kapittel 5.

4.1 Eldre



4.2 Personer med demens



4.3 Personer med funksjonsnedsettelse og stort hjelpebehov



4.4 Personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykiske helse



4.5 Personer med utviklingshemming



4.6 Barn og ungdom med store kognitive og/eller fysiske funksjonsnedsettelse



4.7 Personer med akutt behov for medisinsk hjelp og pleie



4.1 Eldre

Antallet eldre over 80 år vil øke betydelig fra rundt år 2020. Selv om de fleste eldre mottar nødvendige tjenester i eget hjem, vil trolig antallet eldre med behov for tilrettelagte tilbud med heldøgns helse- og sosialtjenester også øke.

Den største økningen ventes i gruppen som har en demenssykdom. Nasjonale føringer i St. meld. nr. 25 Framtidas omsorgsutfordringer (2005–2006) og Demensplan 2020 sier at tilrettelegging for personer med demens må være et grunnleggende prinsipp ved bygging av alle omsorgsboliger og sykehjem.

De politiske føringene tilsier at de aller fleste skal bli gamle i egen bolig. Denne politikken kan virkeliggjøres gjennom at det:

- etableres tilrettelagte boliger på det ordinære markedet
- tilrettelegges for boligtilbud til de som trenger ekstra støtte i hverdagen
- tas i bruk ny teknologi

Ekstra støtte i hverdagen kan bety at det finnes fellesrom i tilknytning til boliganlegg eller nærmiljø, som gir mulighet for sosial kontakt med andre, felles måltider eller mulighet for andre aktiviteter. Dette vil kreve videre satsing på hjemmetjenester, dagtilbud og korttidsplasser til rehabilitering og avlastning. Samhandlingsreformen stiller nye krav til

kommunene når det gjelder å ta imot og behandle pasienter som skrives stadig tidligere ut fra sykehuset. Dette krever økt kompetanse i kommunene og nye type korttidstilbud i form av institusjonsplasser.

Omsorgsbolig for eldre eller institusjonsplass?

Dette valget gjelder bare eldre fordi de er de eneste som kan bo både i omsorgsboliger og på institusjon. Norske kommuner har ulike strategier på om de skal satse på institusjonsplasser eller omsorgsboliger. Husbanken lar det være opp til kommunene å velge. Det er ikke noe i veien for å bemanne omsorgsboliger på samme nivå som et sykehjem. Det kan være fordeler og ulemper med begge organisasjonsformer. Generelt kan vi si at omsorgsboliger er mer fleksible med hensyn til å endre målgruppe og tjenestetilbud, og de er derfor enklere å tilpasse til endrede behov over tid. Korttidsplasser og midlertidige tilbud gis enklest i en institusjon. I dette tilfelle beholder pasientene boligene sin, mens de har et midlertidig opphold på institusjon.

Før kommunen velger boform, er det viktig å tenke nøye gjennom aktuelle lovverk knyttet til de ulike boformene (Husleieloven, Lov om pasient- og brukerrettigheter o.l.). Konvertering fra omsorgsbolig til institusjonsplasser i etterkant kan aksepteres av Husbanken, men enkelte byggetekniske krav kan stå i veien for overgangen. Kommunen får ikke utbetalt differansen mellom tilskuddssatsen for sykehjem og omsorgsboliger. Ved konvertering fra sykehjem til omsorgsboliger må kommunen betale tilbake deler av investeringstilskuddet fra Husbanken.

Forskjellene i finansiering av tjenester gitt i institusjon kontra omsorgsbolig

Pleie- og omsorgstjenester kan bli gitt:

- hjemme
- i omsorgsbolig
- på sykehjem
- på helsehus

Tjenestene blir gitt av personale som er tilknyttet boligene, eller de organiseres via hjemmetjenesten. Forskrift for vederlag gjelder for beboere i institusjon. Betalingen er en viss prosentandel av inntekten (trygden) til den enkelte bruker den dekker opphold og andre tjenester.

I en omsorgsbolig betaler beboerne for kost, boutgifter og eventuelt egenandel på de tjenestene som de mottar. Beboere kan søke bostøtte og motta hjelpemidler fra hjelpemiddelsentralen. Spesielle boligtilbud for eldre med omfattende hjelpebehov (for eksempel hagebyer for personer med demens) kan bygges både som institusjon og som grupper av omsorgsboliger som bokollektiver.



48 serviceboliger for eldre kombinert med 60 sykehjemsplasser i Fantoft omsorgssenter i Bergen. Beboerne hadde ifølge kommunen et ønske om fellesskapsbolig. Hele anlegget ligger i et vanlig boligområde med nærbutikk og et stopp for bybanen. Foto: Karin Høyland

Inviterende prosjekter

Målet med å planlegg for normalisering og integrering er at prosjekter for eldre lokaliseres slik at de kan brukes til flere formål. Det kan bli et møtepunkt for alle som bor i området og fungere som arena for lokale kulturaktiviteter. Beboerne kan på denne måten følge med og ta del i det som skjer i nærmiljøet. Kafé og kantine, aktivitetsrom, scene og treningsrom bør være åpne for flere, slik at det kan det fungere som et velferdssenter i lokalmiljøet. På denne måten kan det også være et støttende tiltak for de som bor i egen bolig. Det er et mål å etablere sammensatte bomiljøer hvor ulike mennesker i ulike aldre kan bo sammen. Flere undersøkelser viser at mange rives bedre i sammensatte bomiljøer.

Å unngå isolering har vært sentralt i kampen for likestilling og deltakelse for mennesker med ulike funksjonsnedsettelse. Deltagelse og integrering er grunnleggende politiske mål, også for eldre mennesker. Dette kommer tydelig fram i Demensplan 2020. Denne strategien gjør at vi må tenke på nye løsninger i sambruk med nye funksjoner, men kanskje i enda større grad hvor vi lokaliserer denne typen tilbud. Kanskje kan biblioteket bli etablert i det lokale omsorgssenteret, eller dagtilbud bli etablert i tilknytning til et treningssenter? Det åpner opp for nye muligheter ved å dele fellesarealer, slik at de kan utnyttes til mange ulike formål og fungere som møteplasser i lokalmiljøet.



Skoleveien går gjennom områder med pleieboliger i Kolding i Danmark. Foto: Karin Høyland

Forskjellige boformer dekker forskjellige bo- og omsorgsbehov for eldre

Eldre som trenger bistand

For eldre (ikke med demens) som trenger mye hjelp, men likevel har mulighet for egen husholdning anbefaler vi selvstendige omsorgsboliger eller omsorgsboliger i bofellesskap uten fast tilsatt personale. Med hensyn til mulige aktiviteter, endringer i behov og fleksibilitet anbefaler vi at disse boligene blir lokalisert i nærheten av hverandre. Her velger beboerne selv om de ønsker å delta i fellesskapet eller ikke.

Eldre med omfattende hjelpebehov

Langtidssyke eldre som trenger mye omsorg kan tilbys omsorgsboliger i bokollektiv med fast tilsatt personale. Dette er et alternativ til sykehjem, og det er opp til kommunene om de velger å tilby sykehjemsplass eller omsorgsbolig i bokollektiv til en person som trenger mye hjelp.

For eldre som trenger mye pleie er også institusjonsplass i en bogrupper på sykehjem en egnet boform, på lik linje som en omsorgsbolig i bokollektiv.

Eldre med behov for midlertidig opphold

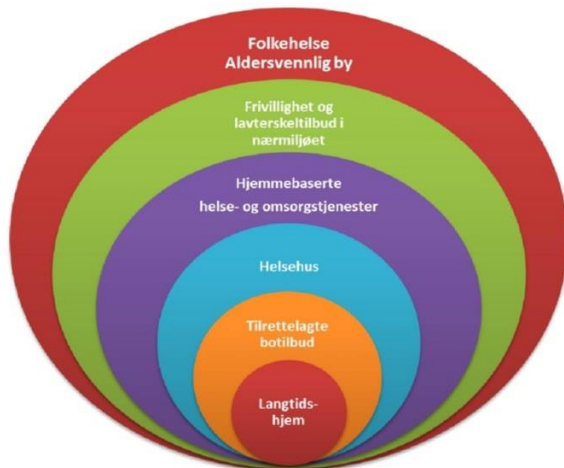
Ved behov for kartlegging av helsetilstand, rehabilitering, overgangspleie etter sykehusbehandling, utredning, behandling eller pleie ved livets slutt, trenger en del eldre midlertidig opphold i institusjon. For å gi eldre mulighet for å bo hjemme lengst mulig, kan kommuner tilby avlastning for pårørende (avlastningsplasser).

Flere kommuner har samlet slike tilbud i institusjoner, for eksempel i helsehus eller lokalmedisinske sentre. Slike plasser er egnet for eldre, hvor målet er at de skal returnere hjem etter endt opphold på institusjonen.

Eldre personer med behov for ytterligere tilpasninger/tilleggsbehov

Ved etablering av «ordinære» sykehjemsplasser bør kommunen vurdere om enkelte eldre har behov for særlige tilpasninger som for eksempel knytter seg til rus, utviklingshemming m.m. Hvis en kommune planlegger sykehjemsplasser for én konkret målgruppe må både generelle kriterier for sykehjem legges til grunn, i tillegg til de særlige behovene for målgruppen. Husbanken anbefaler fleksible planløsninger som gjør tilpasninger for konkrete målgrupper mulig med enkle grep.

Ved å organisere botilbud i mindre grupper er det mulig å tilpasse tilbudene med relativt små endringer. For eksempel kan dette gjelde eldre personer med utfordringer knyttet til psykiatri/rus, utviklingshemming, døve og blinde personer eller personer med annen kulturell bakgrunn.



Ulike behov for ulike tilbud. Figuren er hentet fra Oslo kommunes Strategisk boligplan for eldre med hjelpebehov (2018-2028).

Aktivitetsbehov for eldre og personer med demens

Overføring til sykehjem fører ofte til passivisering av eldre. Det er derfor viktig at eldre stimuleres til å utføre de daglige rutiner og oppgaver som de gjorde i eget hjem, slik at egenmestringen, så langt som mulig, opprettholdes. Aktiviteter i sykehjem kan omfatte både hverdagsaktiviteter, kulturelle og fysiske aktiviteter, samt forskjellige sanseopplevelser.

En undersøkelse viser at beboerne på sykehjem i stor grad ønsker aktiviteter der de selv er aktive og deltar. De ansatte trodde derimot at beboerne var interessert i aktiviteter der de ansatte var aktive og beboerne ble underholdt. Funnene kan tyde på at de ansatte ikke kjenner beboernes ønsker og behov godt nok, og at de undervurderer beboernes evne og vilje til å være aktive selv. Les mer om dette i artikkelen «Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet». Flere sykehjem har god erfaring med i større grad å tilpasse aktivitetstilbud til de ulike beboernes interesser, aktiviteter som de kjenner fra tidligere.

Hjemmeboende eldre kan også ha behov for støtte til å meningsfulle aktiviteter. Slike dagtilbud kan bidra til sosiale møter og gi avlastning for pårørende.

Dagaktivitetssenter og aktivitetstilbud kan være åpne tilbud av forebyggende art, eller et tilbud en eller flere dager i uka. Myndighetenes målsetting er at ved å benytte seg av disse, kan enkelte bli boende lengre hjemme. Se utformingskriterier ved planlegging av dagaktivitetssentret i kapittel 3.

Det er behov for å prøve ut flere ulike typer interessebaserte dagaktivitetstilbud lokalisert i ulike lokaler og nærmiljø. Dette kan gjøres i samarbeid med idrettslag, kulturtilbud eller andre. "Inn på tunet" - satsingen med dagaktivitetstilbud på gård er ett eksempel på denne type spesialtilbud.



4.2 Personer med demens

Tilrettelegging for personer med kognitiv svikt er et generelt krav ved planlegging av omsorgsboliger og sykehjem, og er beskrevet tidligere i veilederen.

Teksten har denne inndelingen:

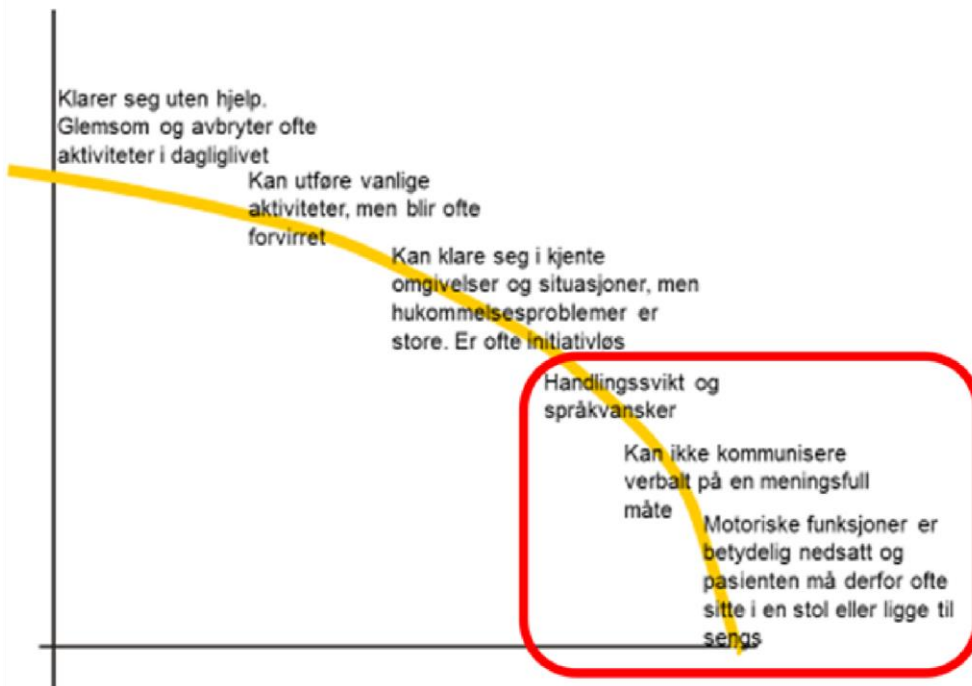
- [om demens](#)
- [bokollektiv eller sykehjem tilrettelagt for personer med omfattende demens](#)
- [nytt konsept for personer med demens - demenslandsby eller hageby](#)

De generelle kriteriene for omsorgsplasser til eldre, inkludert generell tilpasning til kognitiv svikt er beskrevet i kapittel 4.1.

Om demens

I de tidlige fasene av sykdommen kan mange personer med demens bli boende der de er kjent, enten i egen bolig eller ordinære omsorgsboliger. Det finnes en rekke tekniske hjelpemidler for støtte i hverdagen.

Utvikling av demens ved Alzheimers sykdom – Berger-skalaer (Tilpasset fra Engedal og Haugen 2004)



Figur: Kurven viser utvikling av demens ved Alzheimer sykdom. Den illustrerer hvorfor man må tilrettelegge for demens generelt, men også at det kan være behov for spesielt tilrettelagte tilbud i siste fase (i rød ramme).

I de siste fasene av sykdommen kan det være behov for omsorgsboliger i kollektiv eller i institusjon. Det er da behov for omfattende hjelp og tilsyn hele døgnet. Normalisering og integrering er et overordnet mål også ved planlegging av tilbud til personer med demens. Dette kan bety bokollektiv integrert i ordinære bomiljø, eller botilbud lokalisert i nærheten av knutepunkt som gir mulighet for å kunne delta eller se på andre aktiviteter sammen med ansatte eller pårørende. Normalisering ligger også til grunn for utforming av selve botilbudet, fordi det er en overordnet målsetting at eldre skal kunne opprettholde et så normalt liv som mulig. Dette vil i praksis si at det legges vekt på å kunne se på og delta i hverdagslige gjøremål, mest mulig likt det de har vært vant til i tidligere liv.

«Svært mange med demens forteller om en økende opplevelse av å føle seg utenfor. De føler at de på grunn av sin sykdom gradvis mister tilhørigheten til folk rundt seg og til samfunnet. Utviklingen av demens har gitt dem en følelse av å ikke lenger være normale.» Demensplan 2020

Bokollektiv eller sykehjem tilrettelagt for personer med omfattende demens

I de siste fasene av sykdommen kan det være behov for spesielt tilrettelagte botilbud eller institusjonsplasser. Vi snakker da om personer med omfattende hjelpebehov og behov for tilsyn hele døgnet.

Det er mange norske kommuner som har lang og god erfaring med små bokollektiver for personer med demens. Bruk de generelle kriterier for utforming av bokollektiv/bofelleskap og tilrettelegg for tiltak som bidrar til økt trygghet.



Botilbud for denne gruppen skal organiseres som tette bokollektiver med nærhet til fellesareal hvor det er personale. Forskning viser at færre personer og avgrensede omgivelser kan øke opplevelsen av kontroll og trygghet. Omgivelsene og tjenesteorganisering skal legge til rette for et hverdagsliv og omgivelser som, så langt som mulig, minner om det liv de har levd tidligere. Dette betyr fysiske omgivelser med en hjemlig atmosfære og med tilrettelagte og attraktive uteområder, helst i kjente omgivelser i nærmiljøet. Erfaringene viser at frihet til å komme ut og bevege seg ute kan redusere uro og stress.

Det har stor betydning at det er en hjemlig atmosfære både i forhold til interiør og eksteriør. Dette omfatter også størrelser og volum av rom samt tilgang på dagslys og kunstig belysning. Når flere

bogrunder blir organisert i tilknytning til hverandre, gir det mulighet for aktivitetsrom og fellesfunksjoner som kan brukes av flere bogrunder.

Personalet skal enkelt kunne gå mellom de ulike bogrunderne i hele anlegget. Eventuelle utvendige forbindelser skal så langt det er mulig tilrettelegges for å gå under overbygd tak.



Planlegging av bogruppe:

- Vi anbefaler på det sterkeste at det ikke er mer enn 6 beboere i én gruppe.
- Hvis kommunen ut fra helhetlig vurdering og ressursbruk vil ha 8 beboere i gruppen, bør det være mulighet for deling av gruppen. I tilfeller hvor det kun er planlagt ett felles oppholdsrom
bør det være mulighet til å dele rommet, eller å ha en liten ekstra stue slik at noen beboere kan skjermes ved behov.
- Ved «åpne» løsninger i fellesareal bør det også planlegges for et oppholdsrom som kan lukkes ved behov. Dette rommet bør utformes slik at det kan brukes til flere ulike funksjoner (samtaler, kriseplass etc.)
- Fellesrommene skal være store nok til at beboerne kan delta i, eller se på, daglige aktiviteter som å lage mat eller å rydde opp etter et måltid.
- Det bør planlegges vandringsmulighet inne i bogrupper, slik at beboerne på en naturlig måte alltid kommer tilbake til fellesrom når han eller hun er på vandring.
- Det anbefales å ha et felles toalett i nærheten av oppholdsrom, selv om mange foretrekker å benytte toalettet i egen boenhet.
- Unngå korridorpreg.
- Beboerne bør kunne se fellesrom og personale når de kommer ut av boligen sin.
- Det skal være tilrettelagt uteareal (sansehage eller eventuelt terrasse) med direkte utgang fra stue/kjøkken. Dette gir frihet til å bevege seg inn og ut, og det gir personalet mulighet til å holde et øye med de som er ute.
- En boenhet på 30-35 m2 gir gode muligheter for møblering med egne møbler og plass til besøk inne i boligen. Dette er av spesiell betydning for personer med demens (erindring).
- Lys i korridorer bør kunne dempes for å gi mulighet til å forstå forskjell på natt og dag. Det finnes tekniske løsninger som kan simulere dagslys innendørs til bruk i mørketid. Dagslys er spesielt viktig for personer med demens da det stimulerer hormonproduksjonen i hjernen som støtter døgnrytmen. Det er derfor viktig å legge til rette for gode dagslysforhold.
- Lysmengden som slippes inn i rommet bør kunne reguleres (også manuelt).
- Dører som brukes av beboerne bør markeres med kontrastfarger. Øvrige dører bør ha samme farge som vegger.
- Unngå gjenskin, mønstre, striper og store fargeforskjeller i gulv. Dette gjelder også store glassflater som lager speilbilder.
- Unngå vindusløsning med glassvegg fra gulv til tak. Denne løsningen kan skape utrygghet. Løsningen krever mulighet for skjerming eller andre tiltak (frosted eller mønstret glass eller lignende) for å kunne fungere. Heisene skal kunne gå uten at beboer må trykke på en spesiell etasje. Det er eventuelt mulig å finne nye løsninger med teknologisk støtte.



Planlegging av uteareal:

- I tilknytning til felles oppholdsrom må det etableres et godt tilrettelagt uteareal, gjerne i form av en hage hvor beboerne kan gå ut uten følge uten fare for å gå seg bort.
- Det er god erfaring med å etablere "sansehager" for personer med demens. En sansehage er et uteareal som har til hensikt å stimulere alle sanser og vekke tidligere gode minner. Hagen kan gi mulighet for både å høre, se, føle, lukte og smake. Gjerder, hekk eller atrium kan gi nødvendig avgrensning.
- På grunn av orienteringsvanskene er det best å legge gangveier i sløyfe slik at man kommer tilbake der man startet. Mange har erfart at nettopp turmuligheter ute, bidrar til at beboerne blir roligere og mer fornøyde.
- Det finnes også gode eksempler på at store takterrasser med vegetasjon kan gi ruslemulighet og frisk luft. Som et minimum skal beboerne ha tilgang til en romslig terrasse med plass til alle.
- En felles terrasse bør kunne møbleres med spisebord for alle beboere og minimum to ansatte. Terrassen bør være delvis takoverbygd. Det må tas hensyn til at minst halvparten av beboerne kan være rullestolbrukere. Det bør også være plass til minst en sengeliggende person.



Forsterkede, skjermede enheter

For personer med atferdsproblemer som motorisk uro, vandring eller roping, kan det etableres forsterkede skjermede enheter. Dette krever noe mer areal til fellesrom, god lydisolering og robuste løsninger på materialer og installasjoner. Bogruppene bør kunne deles i enda mindre grupper fra to til fire personer. En løsning kan være at en større bogruppe har mulighet for å skille ut noen få rom til en mindre spesialenhet.

Kontorplass/arbeidsnisje

Erfaringsmessig ønsker mange personer med demens å oppholde seg i nærheten av personale. I praksis vil det si minst mulig korridorareal, og at også arbeidsrom som vaskerom, kontor eller personalrom bør ligge så nært felles oppholdsrom som mulig. Dette gir trygghet

for beboerne, og gir personalet mulighet for oversikt med tanke på bistand. Kontorarbeidsplasser kan organiseres på ulike måter. Mange har erfart at en kontor plass i nærheten av kjøkken er en fordel, fordi ansatte oppleves å være i nærheten også om de må gjøre dokumentasjonsarbeid.

Nytt konsept for personer med demens - demenslandsby eller hageby

Bogruppene som beskrevet over kan organiseres som en "demenslandsby"/hageby, som enkeltstående bofellesskap eller bli knyttet opp imot et helse- og velferdssenter.

Demenslandsby eller hageby er et relativt nytt begrep som kommer fra det nederlandske prosjektet Hogeweyk. Det er en betegnelse på et anlegg som samler flere bogrupper, og gir de tilgang til attraktive og skjermede uteareal. Hjemlige omgivelser for beboerne er sterkt prioritert. Løsningen gir trygge og attraktive områder å bevege seg både ute og inne. Det er etablert fellesfunksjoner som kan brukes til ulike aktiviteter.

Flere slike prosjekter under utvikling i Norge. Konseptet krever endring både i forhold til driftsfilosofi og de bygningsløsninger som blir valgt. Det er avgjørende at disse elementene blir sett i sammenheng.



4.3 Personer med funksjonsnedsettelse og stort hjelpebehov

Dette kan gjelde personer under 67 som blir utsatt for en ulykke eller utvikler funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom som gir store hjelpebehov.

Mange personer med funksjonsnedsettelse ønsker å bo i egen tilrettelagt bolig i et vanlig bomiljø. Hjelp blir gitt av hjemmetjenesten til faste tider eller fra en personlig assistent.

Det finnes også noen som ønsker tettere boformer med mulighet for å delta på fellesaktiviteter sammen med andre. Dette kan gi variasjon, innhold og andre opplevelser i hverdagen enn det man kan få ved å bo alene. Andre opplever at nærhet til tjenesteapparatet gir flere muligheter og større grad av integritet og valgfrihet, nettopp fordi de da ikke må ha en ansatt på besøk i sitt eget hjem. Nærheten til tjenesteapparatet kan gi trygghet og mulighet

for selv å tilkalle hjelp når det måtte behøves. Denne typen bolig kan både være en opptreningsleilighet i en rehabiliteringsfase eller en permanent bolig.

En del personer har både store fysiske skader og omfattende kognitiv svikt, og dette krever spesiell tilrettelegging. Primært anbefaler vi at boenheten blir bygd som en selvstendig bolig der fellesrom kommer i tillegg. God plass til bruk og lagring av hjelpemidler er en selvfølge og svært viktig både for beboeren selv og for den som skal hjelpe. Dette stiller spesielt krav til areal og forsterkning av vegger/tak på bad, soverom, tilstrekkelig dørbredder, samt rikelig med bodareal til lagring av utstyr. Å etablere fleksible løsninger i boligen fra starten er rimeligere og enklere enn å bytte hjelpemiddelinstallasjoner ved endrede behov.

Nærhet og sosial kontakt med andre er en viktig del av hverdagslivet, spesielt hvis man ikke selv har kapasitet til å oppsøke andre arenaer. Tilgang til fellesareal og et attraktivt nærområde er derfor av stor betydning. Det bør være lett tilgang til uteområder med ulike sansestimuli (lukt, smak og så videre).

Med attraktive nærområde, mener vi steder der beboerne kan møte folk, se og ta del i et hverdagsliv utover det som foregår i botilbudet. I rapporten "En bydel for alle" fra Sintef blir erfaringer med ulike boligløsninger for denne målgruppen belyst. Rapporten viser at ønsker og preferanser er svært ulike. Mens noen synes at nærhet til, eller det å bo på, et velferdssenter byr på flere mulige og tilbud, synes andre at dette er "klamt" og ikke å anse som normalisering.

4.4 Personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykiske helse

Personer med utfordringer knyttet til rus

De fleste personer med utfordringer knyttet til rus eier eller leier ordinære boliger i vanlige bomiljø. For enkelte fører rusmiddelproblemene til vanskeligheter med å skaffe seg og/eller beholde en bolig. I 2016 utgjorde de rusavhengige 57 prosent av de som var bostedsløse (NIBR: Bostedsløse i Norge 2016 – en kartlegging.) De fleste personer med utfordringer knyttet til rus klarer å organisere livet sitt i boliger der tjenesteapparatet bistår uten å være fast til stede. Noen trenger imidlertid tilbud om bolig med fast bemanning.

[Opptappingsplanen for rusfeltet \(2016-2020\)](#) har et eget kapittel om boligtilbud. Her nevnes det blant annet:

- Ambulante team som ROP, ACT/FACT eller Housing First, i kombinasjon med tilgjengelige universelt utformede boliger, kan redusere behovet for omsorgsboliger og sykehjemsplasser.
- Investeringsstilskudd som forvaltes av Husbanken skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet til sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjeneste. Dette ønskes i større grad brukt til personer med utfordringer knyttet til rus

Det er stor usikkerhet rundt hva som er den beste løsningen for denne gruppen, om det er samlokalisering eller spredte løsninger. Personer i målgruppen kan ha svært ulike bolig- og tjenestebehov og det må vurderes individuelt i hvert enkelt tilfelle. Det samme gjelder på psykisk helsefeltet.

Samlokalisering er utfordrende fordi erfaringene viser at de som klarer å slutte å bruke rusmidler kan bli uheldig påvirket ved å bo sammen med andre som ikke klarer det. Flere kommuner forsøker derfor nå å etablere spredte botilbud, for eksempel 2 boliger for seg selv for å unngå negativ påvirkning fra andre i samme målgruppe. Vi anbefaler, så langt det er mulig, individuelle løsninger både når det gjelder boligtyper og bo-oppfølgning. Enkelte kommuner velger å bygge 2 og 2 små eneboliger sammen. Noen kommuner har god erfaring med å bygge firemannsboliger der hver leilighet har egen inngang. De fleste rusavhengige som opplever bostedsløshet er en-person husholdninger. Ved valg av samlokaliserte boliger anbefaler vi ikke mer enn 6 boenheter.

Boenheter bør være på minst 40 m² og inneholde vanlige boligfunksjoner. Dersom de har omsorg eller besøksrett for egne barn, må dette tas hensyn til. Noen personer trenger også botilbud med stasjonær bemanning i en periode, for så senere å flytte til mer permanente boliger.

Med tilbud som har tettere oppfølging og stasjonær bemanning kreves det samlokalisering av flere boliger på samme sted. Erfaringen er at fellesrom i boliger for rusavhengige krever bemanning for at det skal fungere. Tjenester og boligtilbud må derfor blitt sett i sammenheng. Det er erfaringsmessig høy slitasje på denne typen boliger. Det bør benyttes materialer og detaljer som er lett å holde rent og tåler omfattende rengjøring, men likevel tilstrebe at boligene ser så ordinære ut som mulig.

Egen rusavdeling på sykehjem

I de fleste kommuner er eldre rusavhengige henvist til det ordinære tilbudet, inkludert ordinære sykehjem. De mest velfungerende av de eldre personene med utfordringer knyttet til rus vil kunne benytte seg av dette tilbudet. Likevel nevner Opptappingsplanen at det trengs økt kunnskap i det ordinære tilbudet for å dekke behovene til personer med rus og/eller psykiske utfordringer.

Imidlertid ser det ut til at det i en del tilfeller vil være behov for en egen sykehjemsavdeling for personer med rus og eventuelt psykiske utfordringer. Dersom kommunen oppretter en egen rusavdeling på et sykehjem, får pasientene et tilpasset helse- og omsorgsbehov der rusfrihet ikke er et krav.

En rusavdeling på sykehjem må sees i sammenheng med de andre tilbud kommunen har. Et godt og riktig oppfølgingstilbud i hjemmet og tilpassede boliger vil trolig redusere behovet for sykehjem for denne gruppen, som for alle andre. Det er viktig å ha et bredt spekter av tilbud innenfor et helhetlig boligsosialt arbeid.

Ved etablering av «ordinære» sykehjemsplasser bør det vurderes om rusavhengige skal få en egen avdeling med tilpasset helse- og omsorgsbehov. Hvis en kommune planlegger sykehjemsplasser spesifikt for en konkret målgruppe, må både generelle kriterier for sykehjem og særlige behov for målgruppen ligge til grunn. Husbanken anbefaler fleksible planløsninger som gjør det mulig å tilpasse for konkrete målgrupper med enkle grep. Ved å

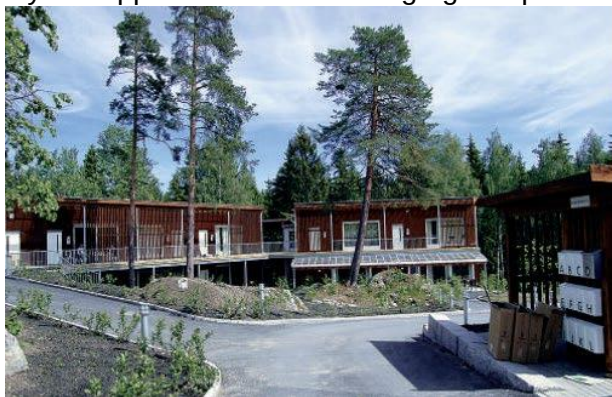
organisere botilbud i mindre grupper er det mulig å tilpasse tilbudene med relativt små endringer.

Se eksempel [fra rusavdelingen på Stokka sykehjem i Stavanger](#) i Veiviseren.

Personer med utfordringer knyttet til psykisk helse

Det er delte meninger om hvilke boligløsninger som anses som gode for denne målgruppen. Personer blir vurdert individuelt, og de blir tilbudt kommunale tjenester tilpasset sitt behov.

Vanligvis blir de fleste tilbudt bolig i bofellesskap med tjenester. Trondheim kommune har god erfaring med å tilby kommunal korttids etterbehandlingsopphold på inntil 4 uker. Etter dette oppholdet blir personen tilbudt å flytte tilbake til egen leilighet, eller de får tilbud om annen ordinær leilighet i ordinære borettslag. Korttidstilbudet blir gitt for å kunne vurdere situasjonen og tilby individuelle kommunale tjenester tilpasset den enkelte. Tjenestetilbudet kan så bli videreført når vedkommende har flyttet tilbake i egen bolig. Studier kan tyde på at også personer med alvorlige psykiske lidelser foretrekker å bo i ordinære boliger og bomiljø. Tryggheten som blir skapt i en ordinær bosituasjon gir mulighet for daglige aktiviteter, dette styrker opplevelsen av mestring og kan på sikt føre til en reduksjon i behovet for tjenester.



Personer med samtidige utfordringer knyttet til rus og psykisk helse (ROP)

ROP-pasienter kjennetegnes ved at de har utfordringer knyttet til rus og samtidig utfordringer med den psykiske helsen. Tilbud om oppfølging i selvstendig bolig eller gjennom bofellesskap, bør være tilgjengelig for alle som trenger det. Selv om en bolig i utgangspunktet ikke er definert som en behandlingsarena, vil en bolig med oppfølging kunne føre til bedret funksjon og livskvalitet.

Enkelte grupper av ROP-pasienter vil ha behov for bofellesskap med dag- eller døgnbemanning. For tverrfaglige oppsøkende team, som for eksempel ACT- og FACT-team, vil boligen være en viktig arena for kontaktetablering og ulike behandlingsmetoder.

For ROP-pasienter kan det være nødvendig å bygge boliger som tar hensyn til at mange av dem er svært sårbare. Utformingen av boligen, antall boenheter, planlegging av fellesarealer

og hvilken funksjon de skal ha er viktig for å skape gode bomiljøer. Det er et større behov for individuelt baserte botilbud enn store botiltak.

Noen personer vil ha dårlig kontaktevne, da vil en selvstendig bolig kunne forsterke ensomhet. I disse tilfellene vil samlokaliserte boliger, eventuelt med fellesarealer og personalbase, kunne være et godt tilbud. Men samlokalisering med fellesarealer kan også øke konfliktnivået. Derfor er det viktig å ta beboerne med på råd.

I Veiviseren er det laget egne veiledningssider om bo- og tjenestetilbud for personer med ROPlidelser. På en egen side er det samlet over 30 eksempler fra kommunene på ulike bo- og tjenestetilbud til denne gruppen. Eksempelene er delt inn i tre kategorier; arbeid og aktivitetstilbud, ambulante tjenester og døgnbemannede tilbud.



Personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse som har behov for akutt hjelp

Kommunal akutt døgnplass (KAD) er et kommunalt tiltak (institusjonsplass) som skal bidra til at sykehussenger brukes riktig og effektivt. Det er et tilbud til pasienter som trenger døgnkontinuerlig omsorg, behandling og oppfølging, men som ikke trenger å ligge på sykehus.

Pasienten er i en tilstand eller situasjon der behandling og/eller døgnkontinuerlig helsehjelp er nødvendig, uten unødvendig venting. Kommunene velger selv hvordan de organiserer KAD-plasser, men lovkrav om faglig forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet skal oppfylles, jmfør [Helse- og Omsorgstjenesteloven § 4-1](#).

Disse KAD-plassene tilbys personer som har:

- Avklart tilstand og/eller diagnose, hvor hovedproblemet er forverring av kjent psykisk lidelse og/eller utfordringer knyttet til rus, ofte med akutt funksjonsnedsettelse på ulike livsområder.
- Funksjonstap som kan skyldes utenforliggende forhold: konflikter, stress eller psykososiale krisesituasjoner.
- Hjelpebehov fordi omsorgspersonen er indisponert.
- Behov for hjelp til å ivareta egenomsorg og trenger støtte og hjelp til å mobilisere egne ressurser i en vanskelig livssituasjon.
- Behov for hjelp til å opprettholde nære relasjoner til pårørende/andre i en psykisk krise eller ved tilbakefall til skadelig rusmiddelmisbruk.
- Behov for kortvarig innleggelse i et trygt miljø.

Aktivitetsbehov for personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse

Dagaktivitetssenteret for personer med psykiske lidelser er et aktivitets- og fritidstilbud. Her legges det blant annet vekt på nettverksbygging og sosiale relasjoner. Hensikten er å gi bedre livskvalitet og forebygge isolasjon og ensomhet. Det bør legges det stor vekt på brukermedvirkning. Det vil si at brukerne er med på å utforme og ta ansvar for de aktivitetene som iverksettes.

Aktivitetsgruppene bygger på brukernes egne ressurser og er med på å gi en positiv opplevelse av mestring og samhørighet. Aktivitetssenteret bør være åpent hver dag og har som målsetning å bedre brukernes psykiske helse ved å tilby hverdager med et meningsfylt innhold.

Dagaktivitetssenter for rusmiddelavhengige bør være et lavterskeltilbud der brukere kan få mat, klær, veiledning og rådgivning.

Enkelte kommune tilbyr gruppeaktiviteter, arbeidstrening, motiverende samtaler og generell oppfølging av helseutfordringer. Målet med gruppene er at de skal være en sosial arena for mennesker som trenger det i trygge rammer. Har man behov for å være deltaker på grupper med Psykisk helse- og rusteam, bør det være enkelt å søke om deltakelse. Lokaler for dagaktivitetstilbud kan finansieres med Husbankens investeringstilskudd. Se kriterier for utforming av dagaktivitetsentre i kapittel 4.

I tillegg til de spesifiserte arealene/aktiviteter bør et dagsenter for rusavhengige ha:

- rom hvor brukere kan hvile/sove
- et samtalerom med mulighet for skjermet samtale tilbys
- dusj- og vaskemuligheter, tilbud om enkel fotpleie og hud- og hårstell

4.5 Personer med utviklingshemming

Husbankens anbefalinger om boligløsninger for personer med utviklingshemming tar utgangspunkt i

«Reformen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede» (Ansvarsreformen) som ble gjennomført i

1991. En av de viktigste visjonene for utvikling av nye boligløsninger for personer med utviklingshemming, var at boliger skulle gi den enkelte mulighet til privatliv og tjenester på egne premisser tross hjelpeavhengighet.

Normalisering og integrering var viktige stikkord. Det at hjelperne yter tjenester i brukerens eget hjem i hjemlige omgivelser, tror man gir større mulighet for å tilpasse seg hver enkelt behov, enn når tjenestene ytes i institusjon.

Ansvarsreformen ga klare føringer for bygging av boliger. Det skulle bygges selvstendige boliger, og kun et begrenset antall boliger skulle samlokaliseres. Areal til tjenesteapparatet skulle også begrenses for å unngå at det ble bygd nye mini-institusjoner. Denne ideologien ligger i hovedsak fast i dag. De fleste er imidlertid enige om at personer med utviklingshemming er en sammensatt beboergruppe med svært ulik grad av hjelpebehov og boligpreferanser, og det trengs ulike løsninger for å møte behovene.

Noen trenger:

- hjelp til å skape en struktur og innhold i hverdagen for eksempel gjennom felles måltider
- støtte til praktiske gjøremål
- tilsyn fordi de har sykdommer/diagnoser som gjør at de kan bli dårlige, eller av hensyn til trygghet for ikke å skade seg selv eller andre
- mulighet for å selv oppsøke tjenesteapparatet hvis de trenger støtte, hjelp eller kontakt med noen

Det viktige er å finne ut hvilken bolig som gir en god ramme for livet den enkelte ønsker å leve.

Selvstendige boliger integrerte i bomiljø, samlokaliserte boliger eller fellesskapsboliger?

Selvstendige boliger i integrerte bomiljø

For personer med utviklingshemming som primært trenger en varig bolig, men som ikke ønsker et tett bofellesskap, anbefales det å finne en bolig i det ordinære boligmarkedet. Mange med utviklingshemming bor uten annen hjelp enn det hjemmetjenesten gir ved besøk til avtalte tider.

Fellesskapsboliger og samlokaliserte boliger

Det kan være ulike behov og ønsker som ligger til grunn for valg av samlokalisering eller fellesskapsløsninger. Ønskene kan være knyttet til behov for tjenester, opplevelse av trygghet eller begrunnet i ønske om å bo sammen med andre man kjenner. Disse hensynene gir klare føringer for utformingen.

Ved å etablere fellesskapsløsninger finnes alltid en fare for å bygge nye mini-institusjoner. Dette påvirkes også av andre aspekter som ansattes holdninger, måten tjenestene blir organisert på, utforming og lokalisering av boligene. Erfaring viser at tette bokollektiver kan fungere godt for noen, men de er kompliserte og kan bidra til konflikter og frustrasjon hvis de ikke fungerer. Husbanken anbefaler derfor små bogrupper fra fire til maksimum åtte boliger sammen. Å planlegge for flere bogrupper i nærheten av hverandre kan være i strid med prinsippene om normalisering og integrering.

Å legge til rette for gode arbeidsforhold for den som skal hjelpe trenger ikke å gå på bekostning av boligkvaliteten for beboeren. Der det er mange ansatte, er det nødvendig med kontorarbeidsplass tilrettelagt for datautstyr, samt tilfredsstillende sanitærrom og spiserom. Hvor man plasserer slike arealer er viktig. Det er boligen som er den primære funksjonen, og man skal ikke måtte få opplevelsen av å gå gjennom en arbeidsplass for å komme til boligene.

Kommuner gir uttrykk for at noen ønsker fellesskapsboliger, i følge "Utviklingshemmedes bo- og tjenestesituasjon 10 år etter HVPU-reformen" av Brevik og Høyland, 2007. En del foreldre tar selv initiativ og bygger bofellesskap organisert som borettslag i privat regi. Det finnes også gode erfaringer med at foreldre har samarbeidet med private utbyggere for å kjøpe flere leiligheter sammen. Se [Veileder for utviklingshemmede og deres pårørende for å etablere borettslag/sameie eller kjøpe enkeltbolig](#).

Hvordan oppnå fleksibilitet

Det vil alltid være et dilemma hvor mye vekt det skal legges på fleksibilitet i forhold til ulike behov, eller skreddersøm for enkeltindivider. Husbanken anbefaler at det etableres egne selvstendige boliger, eventuelt med fellesareal i tillegg. Dette øker fleksibiliteten, og gjør det mulig å tilpasse bruken til den enkeltes ønsker om fellesskap. Personalbase eller fellesarealer kan utformes slik at det kan endres og brukes som egne boenheter. For personer som også har store fysiske funksjonsnedsettelse er det behov for areal ut over dette. Det trengs areal til manøvrering av store elektriske rullestoler, bruk av personløftere, takheis, stellebenk og annet spesialutstyr (se kapittel 5 Dimensjoneringsgrunnlag). I tillegg må det være plass til både til bruk og oppbevaring av hjelpemidler. Vi anbefaler å utrede arealbehovet sammen med en ergoterapeut.

Hvilke hensyn blir tatt i valg av boligløsning

Den enkelte beboers ferdigheter, interesser og ønsker bør danne utgangspunkt for å finne fram til en best mulig boligløsning. En vurdering av bo- og aktivitetsbehov bør ta stilling til både lokalisering (i forhold til service, kollektivtransport etc.), organisering av boligene (sammen med andre/ alene) og detaljer i utformingen (feste til takheis, uknuselig glass etc.).

Behov for integrering i samfunnet

Prinsippene om normalisering og integrering er viktig ved etablering av botilbud for personer med utviklingshemming, spesielt viktig for de som fungerer relativt godt. Dette er som oftest varige bosituasjoner hvor man bor over lang tid. Boliger for denne målgruppen skal lokaliseres i ordinære boligområder og gjerne med god tilgang til offentlig transport og servicefunksjoner.

For personer med utviklingshemming med store funksjonsnedsettelse, store hjelpebehov, uten talespråk, der sansing er det viktigste, bør den enkeltes behov bli prioritert selv om skulle være i strid med de generelle prinsippene for normalisering og integrering.

Erfaring tilsier at mange med utviklingshemming har tillit til sine naboer, det er derfor spesielt uheldig med naboer som er utagerende eller rusmisbrukere. Dette kan skape stor frykt eller den utviklingshemmede kan bli lurt eller utnyttet. Dette er eksempel på samlokalisering som bør unngås.

En leder for bofellesskap på 5 personer sier:

- *Hva er annerledes enn tidligere liv på institusjon: Beliggenheten på disse boligene her er helt annerledes, de ligger i et vanlig boligområde. Dette gjør hverdagen forskjellig. Her går vi i butikken, vi har bil som vi bruker til turer. Vi drar gjerne alle sammen på tur, det er jo hyggelig å oppleve noe sammen. Det at det også er små forhold, gjør at vi kjenner beboerne så godt, det er helt klart en kvalitet. Det er jo også en utfordring på godt og vondt, men mest på godt, tror jeg. Spesielt for han som ikke har språk, han har jo også mye å formidle. Det er jo svært viktig at de ansatte forstår hva han ønsker å formidle og det er åpenbart at dette er et samspill som utvikles over tid. Jeg tror det oppleves som trygt og forutsigbart for alle at vi kjenner hverandre.*

En ansatt i bofellesskap sier:

- Grensegangen mellom selvstendige boliger og institusjoner er sårbar. Det skal lite til for å få tilbake regimetenkingen. Samle folk, på grunn av lite fagfolk osv. Man kan komme til å samle boliger for å spare penger. Lage felles kjøkken, lage mat til alle der og så videre. Vi mener det er viktig at brukerne ikke skal skille seg ut i samfunnet. De skal kunne ha det som folk flest. Det skal ikke lyse HVPU boliger lang vei.

Aktivitetsbehov

Dagaktivitetssenter er et aktivitetstilbud til personer med utviklingshemming som har behov for:

- å komme ut av en isolert tilværelse hjemme
- aktivisering og rehabilitering
- avlastning for pårørende

Det er en målsetning at alle med utviklingshemming skal ha et dagtilbud utenfor sin egen bolig. Plass på dagsenter blir gitt til dem som ikke går på skole, har arbeid eller andre aktivitetstilbud.

Aktivitetene kan foregå inne og/eller ute. Hvor det er mange fysiske aktiviteter, kan den veiledende størrelsen for planlegging av dagaktivitetssentret i kapittelet "Boformer og aktivitetstilbud" (10 m² per bruker) bli for liten for denne målgruppen. Arealet og aktivitetene må være i samsvar med behovet for den planlagte målgruppen. Husbanken kan finansiere lokaler for dagaktivitetstilbud, jf. retningslinjen pkt. 6.3 samt pkt. 3.3. i denne veilederen.



4.6 Barn og ungdom med store kognitive og/eller fysiske funksjonsnedsettelse

Det er et overordnet mål at alle barn med nedsatt funksjonsevne skal bo hjemme hos sine foreldre i så stor grad som mulig med eventuelle boligtilpasninger og tjenester.

Barnekonvensjonen, FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne ligger til grunn i vurderinger at løsninger som velges. NIBR-rapport 2012:28
Når skal jeg flytte hjemmefra?

formidler erfaringer med boliganskaffelse for ungdom med utviklingshemming.

Av og til må likevel kommunen etablere avlastnings- eller permanent botilbud og for barn og ungdommer.

Det er ofte en lang og vanskelig prosess for en familie å beslutte at et barn må flytte. Når avgjørelse er tatt, er det derfor viktig at det nye tilbudet representerer et kvalitativt godt tilbud, og at det legges til rette for samarbeid mellom foreldrene og de som gir tjenester. I veilederen til Lov om sosiale tjenester sies det at barna og ungdommene skal gis gode oppvekst vilkår med muligheter for å bevare integritet og utvikle selvstendighet.

Barnebolig og avlastningsbolig

Barn og unge med behov for omfattende omsorg kan få tilbud om plass i barneboliger. I disse boligene får de den daglige omsorgen på vegne av foreldrene på permanent basis.

Avlastningsbolig er tilbud om avlastning til familier med hjemmeboende barn. Opphold i disse boligene kan vare fra noen dager til flere uker. Noen kommuner gir også tilbud om palliativ omsorg for barn i spesielle barneboliger.

I arbeidet med å utvikle både permanente og avlastningsboliger for barn og ungdom er det et overordnet mål at bo-tilbudet skal være mest mulig likt et vanlig hjem. Oppholdsareal og uteområder må være egnet til lek, læring og sansestimulering tilpasset barnas/ungdommenes alder og ferdigheter.

Barn og unge som trenger boligtilbud kan enten ha store kognitive eller fysiske funksjonsnedsettelse, eller begge deler. For disse gruppene anbefaler vi ikke felles løsninger.

Dette er to ulike grupper som har ulike behov:

- Barn med store og sammensatte fysiske/kognitive funksjonsnedsettelse bruker mye hjelpemidler. Det må tas høyde for at barna vokser, og at behovene endrer seg over tid. Prosjekterende må tilrettelegge for mobile og/eller stasjonære løftehjelpemidler. Selv om det ikke er nødvendig for en 3-åring, blir det svært viktig når barnet blir tenåring.
- Barn med utagerende adferd har behov for et botilbud der de får hjelp til å være sammen med andre. Trening og mestring av hverdagslige gjøremål er en viktig del av omsorgstilbudet. Privat boenhet må kunne brukes både til å sove i og til å leke alene. Eget bad til hvert rom er anbefalt. Unngå løse eller harde gjenstander som gjør at barnet kan skade seg selv eller andre. I fellesarealene er det viktig med nok areal til at det kan foregå flere aktiviteter samtidig. Dette kan hindre konflikter.

Planlegging av bogruppe

Fordi barn ikke har behov for egne fullverdige boliger, er det naturlig å legge til rette for tettere boformer. Nærhet til voksne kan gi trygghet og støtte. Det må tas hensyn til både barnet, familien og de som skal yte omsorg.

Det anbefales at det etableres små bogrunder på 4 - 6 beboere, fordi barn trenger nærhet til faste og kjente personer rundt seg i hverdagen. Velger man større grupper, bør fellesareal tilrettelegges slik at gruppen kan deles.

Fordi noen av barna kan være høylytte, mens andre kan ha utfordringer med at de lett lar seg distrahere. Man bør søke løsninger der måltider og aktiviteter skal kunne foregå uten store forstyrrelser. Dette skjer best i små grupper. Det kan også være en fordel at oppholdsrom kan deles i flere rom, for å gi tilstrekkelig skjerming.

Utforming av private rom

Det private rommet må ha plass til seng (voksen sykehusseng) i pleiestilling, klesskap, skrivebord/ arbeidsbord med mulighet for pc og oppbevaring av private leker og bøker.

Utforming av bad

Barna har behov for store bad med plass til hev- og senkbart badekar (eventuelt med svingbart sete og tilbehør), stellebenk (eventuelt kombinasjon), vask, toalettstol og toalett. Det bør være plass til to hjelpere ved stell og hjelp ved toalett. Det må også være plass for å manøvrere en elektrisk rullestol.

To boenheter kan om nødvendig dele et stort bad. Badet bør da legges mellom de private enhetene, med atkomst fra hver boenhet. Det bør legges til rette for skinner i taket for bruk av takheis. Badet bør også kunne være et sted for avslapping og velvære, og det bør derfor være mulig å dempe lyset og ha karbad etc.

Utforming av fellesareal

Stue eller kjøkken bør i tillegg til vanlige møbleringsmuligheter gi plass til dagseng. Det vil gjøre det mulig å ligge og samtidig være en del av det sosiale livet. Det må også være nok areal til lek på gulvet. Vi anbefaler dørbredden som gjør det mulig å trille seng mellom soverom og stue.

Inngang/entré

Det bør være plass til rengjøring av rullestol for utebruk, samt stellebenk for av- og påkledning av yttertøy. Plass til oppbevaring av sko og klær må dimensjoneres for det antall personer som bor og arbeider der (en voksen hjelper per barn). Innvendig atkomst fra biloppstillingsplass, eventuelt adkomst under tak, kan være praktisk.

Utforming av andre rom:

- Areal for bruk og lagring av hjelpemidler og spesialutstyr er nødvendig.
- Avlastningsboliger må også ha lett tilgjengelig boder o.l. for lagring av dyne, leker og personlige eiendeler i de periodene barna er hjemme hos foreldrene.
- Behov for egne sanserom og rom for aktiviteter må vurderes i forhold til fellesarealenes størrelse og muligheter for avskjerming.
- Noen av enhetene bør dimensjoneres slik at foreldre og søsken kan være på besøk i den private boenheten.
- Ansatte vil ha behov for kontorplass tilrettelagt for datautstyr, og med soveplass til nattevakt.

Uteareal

Vi anbefaler at blir etablert uteareal med leker tilpasset barnas og ungdommenes funksjonsevne som kan stimulere ulike sanser. Fuglehuske, hengekøye og luktsterke blomster er eksempler på det.



Årfuglveien ressurscenter i Tønsberg kommune. Foto: Karin Høyland

4.7 Personer med akutt behov for medisinsk hjelp og pleie

Behovet for korttidsopphold i institusjon for eldre er beskrevet under kapittel 4.1. Men som oppfølging av samhandlingsreformen har kommuner også behov for å etablere institusjonsplasser for andre korttidsbrukere. Det kan være:

- Pasienter innlagt fra sykehus som trenger opptrening før hjemkomst. Opptrening ofte etter slag eller brudd.
- Vurdering før innleggelse til sykehus. Pasienten har redusert funksjoner av ulike årsaker, men man ønsker å finne årsaken for å kunne vurdere riktig omsorgsnivå. Disse kan bo i større grupper med 8-10 beboere.
- Ordinært korttidsopphold, innlagt for å «komme seg», gjerne ernæres opp. Disse kan bo i større grupper med 8-10 beboere.
- Palliativ pleie, pasienten trenger pleie og omsorg i sin siste fase. Dette er stort sett kreftpasienter som også trenger mye smertestillende. De må bo i mindre bogrupper med lite støy.
- Videreføring av behandling ved utskrivelse fra sykehus, men ikke klar til å komme hjem. De kan bo i større grupper med 8-10 beboere.
- Stabilisering av komplisert behandling før langtids plass på sykehjem., for eksempel respirator- eller dialysepatient. De må bo i mindre bogrupper med lite støy.
- Tilpassing til bruk av avansert hjelpemiddel. Disse kan bo i større grupper med 8-10 beboere.
- Smittepasienter.

For disse plassene er det behov for at bygget er spesielt tilrettelagt, for eksempel med ekstra strøm, oksygenuttak i vegg, avtrekk på medisinerom og så videre.

Ved akutte behov for medisinsk hjelp er helsehus den beste bo- og behandlingsformen. Se mer om helsehus i [kapittel 3.2.](#)

5. Dimensjoneringsgrunnlag

Dimensjoneringsgrunnlaget angir Husbankens minimumsmål (omsorgsstandard) som legges til grunn for prosjektering av omsorgsboliger og sykehjem. Løsninger som skal finansieres med investeringstilskudd skal som hovedregel tilfredsstille disse kravene.

Dimensjoneringsgrunnlaget tar utgangspunkt i å tilrettelegge for mennesker med ulike funksjonsnedsettelse. Omsorgsboliger og sykehjemsplasser er boformer hvor beboerne har behov for mye hjelp og omsorg, de må derfor utformes slik at de gir mulighet for bruk av hjelpemidler og utstyr. Dette kan øke egen mestring for beboeren og legge til rette for gode arbeidsforhold for den som skal gi tjenester.

Husbanken har ansvar for at bokvaliteter for beboerne blir ivaretatt. Størrelsen på en privat boenhet kan variere for de ulike beboergruppene og varigheten i boforholdet, fra korttidsplasser i institusjon til mer permanente fullverdige boliger. Også ved bygging av små enheter må prosjekterende dimensjonere for innredning av skap til klær og utstyr, noen lenestoler og bord (til besøk) samt et oppbevaringsmøbel til TV, bilder og bøker, da kan beboerne skape seg et rom med en hyggelig og personlig atmosfære.

For varige botilbud, som for eksempel for yngre personer med store funksjonsnedsettelse, bør det bli planlagt boliger (helst toromsboliger) som har plass for vanlig møblering i tillegg til areal for bruk av hjelpemidler og utstyr. Små private enheter krever at noen av boligfunksjoner (som kjøkken/stue) blir etablert i det tilhørende fellesarealet.

Husbankens overordnede prinsipper og krav, legges til grunn for godkjenning av løsningene i all prosjektering. Les mer under veiledning knyttet til de ulike beboergruppene i kapittel 4.

Sykehjem og omsorgsboliger skal være tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt i tråd

med Omsorg 2020 og Demensplan 2020. Dette innebærer blant annet små avdelinger og bofellesskap med rom for aktiviteter og tilgang til tilpasset uteareal.

Prinsippene om normalisering og integrering skal bli tatt hensyn til ved lokalisering og planlegging. Boenhetene skal ikke ha institusjonsliknende preg, og disse bør bli plassert i ordinære og gode bomiljøer. Det er en forutsetning at ulike brukergrupper ikke blir samlokalisert på en uheldig måte.

Husbankens minimumsmål er summen av følgende:

- Krav i byggeteknisk forskrift (TEK) gjelder for all prosjektering. Husbanken forutsetter at alle prosjekter tilfredsstiller disse kravene. Kommunen har ansvar for at regelverk følges inkludert eventuelle dispensasjoner.
- Krav i "Norsk standard for universell utforming for boliger" (NS 11001 – del 2) gjelder for prosjektering av den delen av bygget som er planlagt for beboere. For boliger er NS 11001 – del 2 strengere enn TEK og NS råder over TEK. For institusjonsplasser råder den mest restriktive blant NS 11001- del 2 og TEK. I områder der beboerne ikke har tilgang, stiller ikke Husbanken ytterligere krav enn TEK.
- Krav fra Arbeidstilsynet gjelder helseinstitusjoner. Med helseinstitusjon mener Arbeidstilsynet sykehus, sykehjem, omsorgsboliger og andre pleie- og rehabiliteringsinstitusjoner. Omsorgsboliger og sykehjem er en blanding av private boliger og arbeidsplasser for arbeidstakere som utfører tjenester, hjelp, omsorg eller

pleie. Se [Arbeidsmiljø i helseinstitusjon](#). Husbankens dimensjoneringsgrunnlag er basert på Arbeidstilsynets krav.

- Krav til risikoklasse 6 i henhold til branntekniske krav i alle omsorgstilbud inkludert dagaktivitetssenter.
- Tilrettelegging for tilkobling og montering av velferdsteknologi.

Dimensjoneringsgrunnlag, slik det er beskrevet her, tar utgangspunkt i kriteriene som er definert i disse dokumentene. Disse kravene skal være oppfylt hvis prosjektet skal kvalifisere for tilskudd.

Husbanken vil presisere at minimumsmål ikke er å betrakte som anbefalte løsninger. Til det er arealbehovet for de ulike brukergruppene for forskjellig. I enkelte tilfeller anbefaler Husbanken arealer utover dette., Det er gjort ut i fra kunnskap om at beboere i disse boligene kan ha omfattende hjelpebehov og behov for svært arealkrevende hjelpemidler. Tett dialog med de som kjenner brukergruppene er derfor viktig. I denne veilederen blir det gitt en utfyllende anbefalinger knyttet til kunnskap om behov hos hver enkelt brukergruppe.

5.1 Rullestol



5.2 Hjelpemidler for løft og pleie



5.3 Betjeningsareal

5.4 Atkomst og kommunikasjonsveier



5.5 Dører og vinduer



5.6 Bad



5.7 Sjekkliste for viktigste dimensjoner



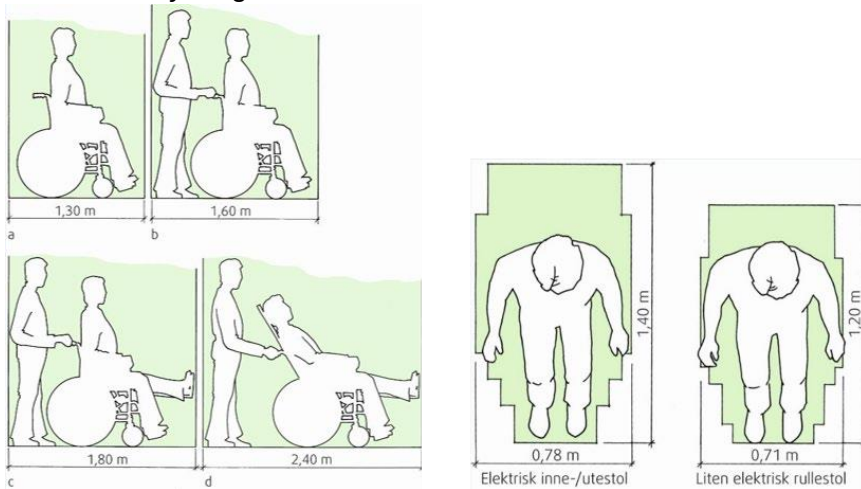
5.1 Rullestol

Typer rullestoler

Rullestoler kan være elektrisk eller manuelt drevet. Noen brukere manøvrere rullestolen selv, mens andre må ha hjelp til dette. I boliganlegg bør vi skille mellom boliger hvor det bare skal legges til rette for mulig rullestolbruk, og tilrettelegging for brukere med omfattende hjelpebehov med store rullestoler.

Størrelse på en ordinær rullestol er 120 cm x 70 cm, i tillegg kommer plass til føtter og hender for den som skal manøvrere stolen. Vi regner derfor funksjonelle mål til å være 130 cm x 80 cm.

Elektriske rullestoler brukes både inne og ute og krever mer areal. Det vil være unaturlig å dimensjonere for de største utestolene inne. Det må imidlertid være plass til lagring, lading og vasking av slike hjelpemidler enten inne eller ute. Det bør planlegges for hjelpemidler og areal for forflytning fra utestol til innestol inne, eller under tak.



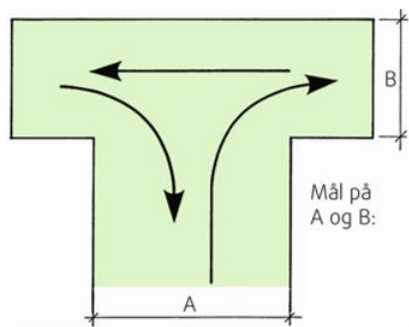
Manøvreringsareal for rullestol

Byggeforskriftene stiller generelle krav til manøvrering av manuell rullestol med en snusirkel med diameter 150 cm. I gjeldende TEK godtas også et snu-rektangel på minimum 130 cm x 180 cm, men dette er ikke tilstrekkelig i omsorgsboliger og sykehjem. For brukere med redusert førlighet eller brukere av elektrisk rullestol er det anbefalt at manøvreringsareal på snusirkel med diameter er minst 160 cm.

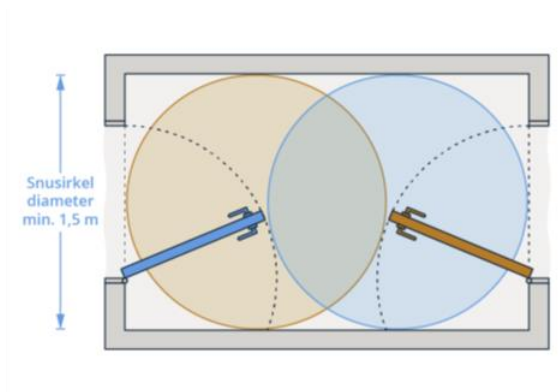
Manøvreringsareal (snuareal) skal være inntegnet i alle rom. Arealet skal ikke overlappe møbler, fast innredning eller dørslag. Er brukeren avhengig av hjelp til å trille stolen, krever dette mer areal. I boliger hvor beboerne er sterkt bevegelseshemmede personer kan det være behov for enda større snuareal, opp mot 210 cm, når beboeren for eksempel bruker bakoverlent elektrisk rullestol med ledsagerstyring.

For å foreta en rettvisklet sving må passasjebredden være større enn minstemålet for rettlinjert kjøring. Dette gjelder ikke bare når en korridor og lignende svinger, men også når en rullestolbruker skal svinge fra en korridor og gjennom en dør til et rom.

NB! Dør fra korridor til rom eller leilighet må ha en bredde (lysåpning) som minst svarer til B på figuren, og korridoren må stemme overens med bredden A. Ved dimensjonering av kritiske punkter i offentlige lokaler og lignende, må summen $A + B$ økes til minst 2,3 meter. Manøvreringssonen på begge sider av dørene skal ha en diameter på minst 150 cm, utenfor dørens eventuelle slagradius.



A	1,40 m	1,30 m	1,20 m	1,10 m
B	0,80 m	0,90 m	1,00 m	1,10 m
Sum	2,20 m	2,20 m	2,20 m	2,20 m



Krav til passasjerplass for rullestol

Passasjer for rullestolbrukere skal være minst 90 cm.

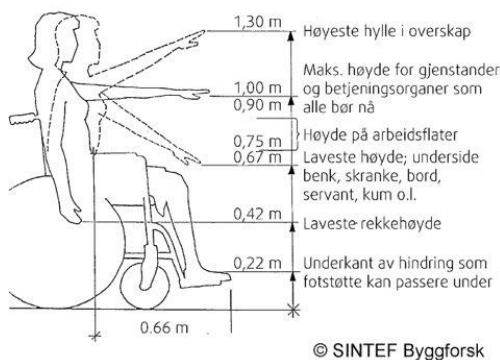
Krav til rekkehøyde for rullestolbruker

Gjennomsnittlig rekkehøyde for en voksen i rullestol er mellom 40 cm og 135 cm over gulv. Dette bør dere ta hensyn til i utformingen. For barn er rekkehøyden lavere. Brytere, støpsler etc. som skal nås av personer som sitter, bør derfor bli montert mellom 80 cm og 100 cm over gulv. Når det blir montert bryter på en automatisk døråpner må den plasseres slik at bruker kan trykke på den uten at rullestolen er i veien, når dørbladet slår opp.

Der det er vanskelig å få nok lagerplass i riktig rekkehøyde, kan kommunen legge til rette for hev/senkbare skap, hyller etc.

Sikthøyder

Sikthøyde for en voksen rullestolbruker er cirka 125 cm over gulv. For å kunne se ut og gjerne ned på omgivelsene utenfor er det viktig at vinduene har lave brystningshøyder.



5.2 Hjelpemidler for løft og pleie

Husbanken krever at bygningen er forberedt for montering av velferdsteknologi.

Det skal være tilrettelagt for bruk av hjelpemidler. Etterinstallering av takheis er krevende, derfor anbefaler vi at det blir planlagt for dette når bygget settes opp. NAV Hjelpemiddelsentralen kan gi nyttige innspill.

Mobil personløfter

En mobil personløfter måler cirka 130 cm x 70 cm. Til den er det behov for et manøvreringsareal som en snusirkel med en diameter på 210 cm. En såkalt «ståheiser» som kan brukes av personer som kan stå med støtte er også noe som kan brukes. Fordelen med å bruke «ståheiser» er at beboeren slipper å bli heist opp i et løfteseil, og vedkommende får brukt muskulaturen i beina. Legg derfor til rette for mobil heis, også når det blir installert skinne til takheis. Mobile personløftere krever plass til manøvrering og oppbevaring. Dersom disse lagres i korridorer og oppholdsrom bidrar det til institusjonspreg. Vi anbefaler derfor at det blir etablert små nisjer til oppbevaring av personløfter. Hjulene er relativt små, så kanter og terskler bør unngås.

Takheis

Takheiser blir brukt til å løfte beboeren over i stol, til toalett eller til stellebenk/dusjtralle.

Det er ulike syn på hvor det er gunstig å installere takheis. Noen blir installert slik at beboeren kan bli løftet fra seng til toalett. Andre bruker en skinne ved sengen, slik at ansatte kan løfte brukeren over i en dusjstol og så bruke denne til å kjøre til toalett/bad.

Viktig å tenke på:

- Valg av løsning bør drøftes så tidlig som mulig med ergoterapeut, arkitekt og heisleverandør.
- Installasjon av takskinner krever solid feste i dekket. Takkonstruksjon må dimensjoneres og tilrettelegges for dette.

- Plassering av takskinne må gi mulighet for tilstrekkelig løftehøyde avhengig av heistype.
- Det anbefales lik takhøyde i alle rommene takheisen skal gå igjennom. Det finnes skinneresystemer som kan brukes om takhøyden er forskjellig mellom ulike rom.
- Plassering av skinner må ikke komme i konflikt med døråpninger, vindusåpninger, skap, ventilasjonskanaler eller lysarmaturer.
- Ved planlegging av takskinne mellom bad og beboerrom er det viktig å velge mest passende dørtype.



Foto: Karin Høyland

Det finnes løsninger hvor skinnen kan felles inn i takhimlingene. Skinnene blir da svært diskre når de ikke er i bruk.



Foto: Husbanken

Eksempel for takskinne kombinert med tofeltsskyvedør. Hvis det er ønskelig at døren åpnes med et grep må det være trinser og wire i toppen av karmen.

Stellebenk, dusjtralle, dusjvogn

Stellebenk blir brukt på badet for omklodning og stell. De kan monteres på veggen eller stå fritt på hjul. Størrelse er ca 200 x 80 cm. Stellebenk på hjul også brukes til dusjing for personer som har vanskelig for å sitte eller stå. Det krever areal til plass og oppbevaring.



Pleieseng

Standard mål for en pleieseng er opp til 100 cm x 220 cm. Sengen kan ha en variabel høyde fra 45 cm til 95 cm inkludert madrass. I de perioden en bruker trenger å bli vasket eller kledd på i sengen, skal arbeidshøyden for hjelperen være mellom 85–95 cm.

Sengen kan trilles og lett reguleres i ulike posisjoner. Hvis sengen blir brukt til å flytte beboer mellom flere rom, krever dette plass til manøvrering i korridor og fri dørbredder på 120 cm (det anbefales dør med sidefelt.) En pleieseng har elektrisk høyderegulering og trenger stikkontakt.

5.3 Betjeningsareal

Betjeningsareal er det areal som skal til for å gjennomføre ulike aktiviteter i en bolig.

Beboeren må kunne komme til toalettet, legge inn i vaskemaskinen etc. Størrelsen på betjeningsarealet vil være avhengig av om beboeren går ved egen hjelp, bruker rullator eller rullestol. Betjeningsareal skal ikke overlape møbler og fast innredning. I sykehjem og omsorgsboliger skal betjeningsareal for manuell rullestolbruk ligge til grunn for prosjekteringen.

Betjeningsareal til hjelper

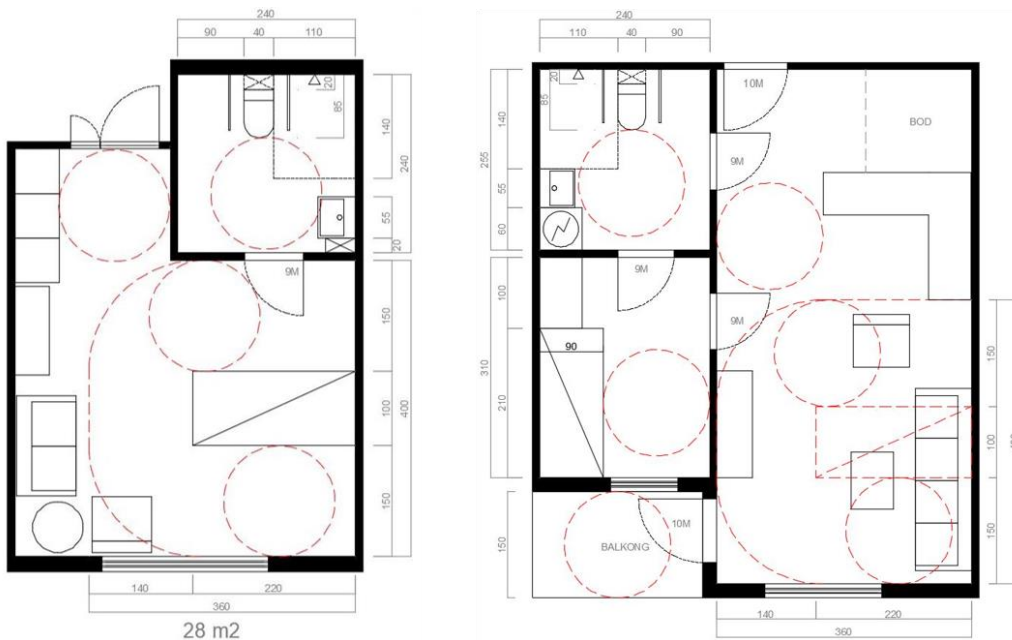
Det er spesielt ved seng, toalett, stellebenk, dusj og vask at det er viktig med ekstra plass til hjelper. For personer med omfattende hjelpebehov som for eksempel må løftes, er det ofte behov for to hjelpere, derfor anbefaler vi at dere planlegger for dette.

Generelt plassbehov for vi står eller går er 90 cm, dette er derfor et absolutt minstemål for at hjelper skal komme til. Ved beregning av plass for rullestol og hjelper er minstekravet 140 cm.

Betjeningsareal ved pleieseng (pleiestilling)

Når sengen blir satt i pleiestilling skal det være 150 cm fri plass på begge langsider for manøvrering av rullestol og plass for hjelper. Det skal være en passasje på 140 cm ved sengeenden for at beboeren med hjelper kan passere. Dette utgjør et areal på 400 x 360 cm. Vi anbefaler at noen pasientrom får fri plass på ha minst 200 cm. Det er viktig å presisere at dette skal være fri plass; det ikke skal være møbler eller annen innredning som kommer i veien for pleiepersonalets arbeid. En løsning med dobbel skyvedør som er i veien for arealet som utgjør seng i pleiestilling tilfredsstiller ikke kravet. Dimensjonene for en pleieseng er satt til 100 x 220 cm. Pleiesengen står på hjul og er flyttbar. Sengen kan derfor plasseres med langsiden inntil en vegg, men ved behov skal sengen kunne posisjoneres i pleiestilling.

I boliger med soverom og stue kan det planlegges plass for seng i pleiestilling i stua (det skal vises som stiplet løsning på tegning). Det forutsettes at pleiestillingen ikke forringer boligens planløsning. Det vil si at alle boligfunksjoner som er tenkt i den opprinnelige planløsningen skal kunne ivaretas i pleiesituasjonen. Soverommet må likevel ha plass til enkeltseng og snusirkel på 150 cm på den ene langsiden av sengen, en passasjebredde på minst 90 cm frem til vindu, og nok betjeningsareal foran skap.



5.4 Atkomst og kommunikasjonsveier

Stigningsforhold

Uteplasser, atkomster og gangveier skal ha en maksimal stigning på 1:20. Unntaksvis, for avstander mindre enn 3,0 meter kan det være brattere, men ikke brattere enn 1:12.

Det skal være et horisontalt hvilerepos med snuareal for hver 60 cm i nivåforskjell. Er stigningen brattere enn 1:20 skal rampen ha håndlist på begge sider. Mange beboere i disse boliganleggene bruker rullestol og har ofte dårlig førlighet i armer. Unngå derfor større innvendige skråplan og bratte rampepartier hvis det er mulig. Slike hellinger kan føre til at noen trille utfor og med det blir en fare for seg selv og andre, hvis de ikke greier å stoppe.

Valgfrie tursløyper ute kan med fordel være brattere, ha trappetrinn, støttehåndtak og på den måten legge til rette for treningsmuligheter.

Foran alle inngangsdører skal det være et horisontalt plan med snusirkel for rullestol og tilstrekkelig sideplass ved dørene for å at en rullestolbruker skal kunne åpne dem.

Avstander

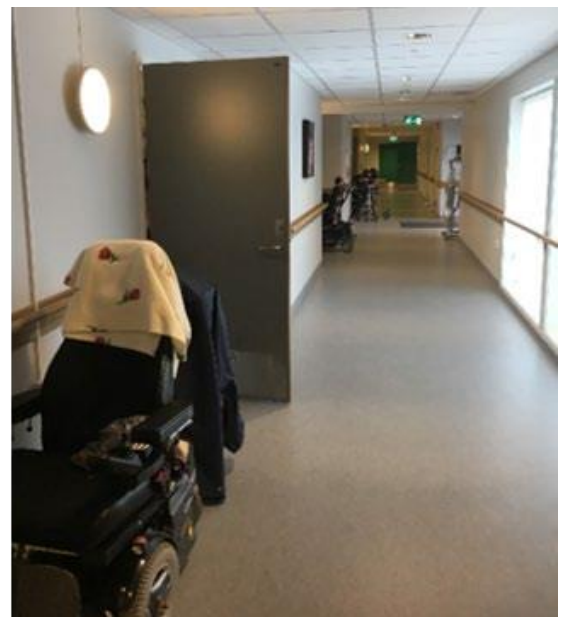
Større anlegg gir ofte lange avstander til utgangsdør. Det er viktig å ha så kort vei som mulig, og eventuelt ha hvilemuligheter underveis for den som er dårlig til beins.



Hvileplasser underveis og godt materialvalg gjør transportveiene behagelige og hyggelige. Foto: Husbanken

Gang- og transportveier (korridorer)

Passasjebredde for en hjelper som støtter en person som går er ca. 140 cm. Korridor og svalgang skal ha fri bredde på minimum 1,5 m. I lange korridorer skal det avsettes tilstrekkelig areal til at to rullestoler kan passere hverandre. Der det er behov for at to rullestoler skal kunne passere hverandre, anbefaler vi en bredde på minst 180 cm. Strekninger under 5 m der det ikke er dør, kan ha fri bredde på minimum 1,2 m.



Bildet til venstre viser en bra korridorløsning med rom for møbler som gir mer hjemlig atmosfære. Foto: Husbanken. Bildet til høyre viser en dårlig korridorløsning med minste bredde og lange avstander. Materialbruk og arealbruk til parkeringsplass for rullestoler gir et institusjonspreg. Foto: Husbanken

Heis

Heisen skal være lett å finne og sentralt passert. I omsorgsbygg der forskrifter ikke krever sengeheis, men beboere har omfattende hjelpebehov, anbefaler vi sengeheisen uansett (minimum 140 cm x 240 cm).

Betjeningsareal foran heisdør må være minst 150 cm x 220 cm.

Døråpning må plasseres på heisens kortsider, vi anbefaler også et klappsete med sittehøyde 50 cm over gulv. Gulvet skal være sklisikkert. Vegger, tak og gulv skal stå i kontrast til hverandre. Unngå blanke overflater. Håndlist må monteres 90 cm over gulv, den skal ha rundt tverrsnitt med diameter 4,5 cm og ha en kontrastfarge til vegg. Heiser bør ha selvåpnende dører. Heisknapper må være logisk plassert og være merket med blindeskrift eller taleanvisning.

I spesielle tilfeller kan Husbanken akseptere løfteplattform i stedet for heis i boligbygg med to etasjer, der heisen skal betjene 6 eller færre omsorgsboliger. Løfteplattformen skal være helt innelukket og skal ha innvendig størrelse på minimum 110 cm x 140 cm. Heis og løfteplattform skal være universelt utformet i henhold til krav satt i NS11001-2. I bygg på tre eller flere etasjer med omsorgsboliger må det installeres bæreheis som har heisstol med innvendig gulvareal på minimum 110 cm x 210 cm (b x d).

Heis (ev. løfteplattform) skal være installert før boligene tas i bruk.

Trapper

I tillegg til krav fra NS 11001-2 anbefales sittemuligheter på reposet. Da får beboerne mulighet til å hvile underveis ved en trappetrening.

5.5 Dører og vinduer

I dette kapittelet beskrives dimensjonering knyttet til dører og vinduer i omsorgsboliger, institusjonsplasser og lokaler for dagaktivitetstilbud.

Dører

Generelt om dører:

- Ved plassering av døråpning og valg av slagretning må ~~kommunen~~ det sørges for at rommet kan innredes/møbleres hensiktsmessig.
- Manøvreringssonen på begge sider av døren skal ha en diameter på minst 150 cm og ligge utenfor dørens eventuelle slagradius.
- Dører som er så tunge at de trenger manuell kraft mer enn 20 N (2 kg) skal ha elektrisk døråpner.
- Dørhåndtak skal ha en utforming som gir godt grep og er lette å åpne.

Inngangsdører og dører til uteplasser

- Dører som fører til selvstendige boliger eller en bogruppe og dører til uteplasser skal ha trinnfri terskel. Husbanken akseptere en lav, avfaset terskel på inntil 15 mm til ytterdører. Når man etablerer fellesskapsløsninger, må man betrakte felles oppholdsrom som en nødvendig funksjon som kompletterer privat boenhet. Felles oppholdsrom skal derfor være tilgjengelig på samme måte som en privat stue.
- Atkomst og inngangsparti bør være overbygd og ha selvlukkende dører.
- Tenk smart – installer inngangsdører, hvor ettermontering av dørautomatikk er mulig. Husk strømkontakt til døråpner.
- I de tilfeller der døren fra en boenhet slår ut i felles korridor, er det en fordel at inngangspartiet til boenhet trekkes inn i en nisje, se bilder under:



*Inngangsdører til boenheter kommer i veien for passerende i korridor.
foto: Husbanken*



*Inngangsdør åpnes mot en dyp nisje slik at den ikke kommer i veien for passerende i korridor.
foto: Husbanken*

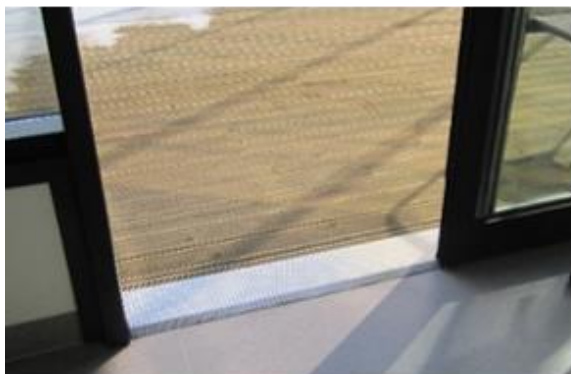
Dørterskel

Samtlige dører skal ha trinnfri terskel. Med trinnfritt menes at ingen nivåforskjeller er større enn 15 mm. Obs! Denne definisjonen er strengere enn det som er beskrevet i TEK og NS.

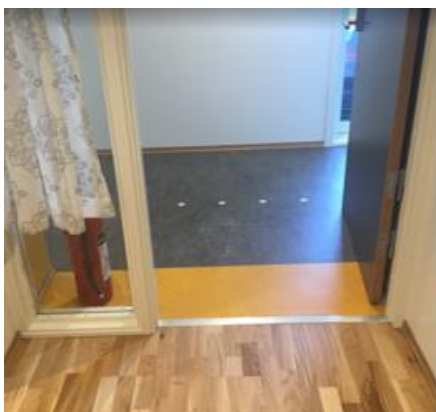
Husbanken kan akseptere en lav, avfaset terskel på inntil 15 mm til ytterdører.

Obs! Nivåforskjeller mellom toppen av terskel og gulvbelegg både inne og ute sal ikke være mer enn 15 mm. Terskel- og kant rampe og broer vil ikke kompensere høyre terskel.

Innerdør skal ha helt flate terskler (lister).



Dører til utearealer med lav (til venstre) og trinnfri terskel (til høyre). Foto: Husbanken



Trinnfrie terskler (lister) til boenhet og bad. Foto: Husbanken

Dørbredde

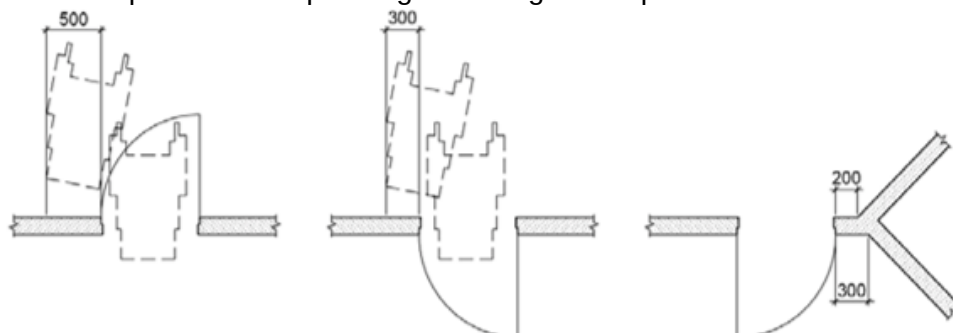
- Dører må ha en bredde og plassering slik at rullestolbrukere fritt kan komme inn og ut av rommet.
- Fri bredde i døråpninger i fellesområder og som fører til boenheter og utearealer, inkl. dør til privat uteplass (på bakken, balkong eller terrasse) skal minst være på 86 cm.
- Fri bredde i døråpninger på innvendige dører inne i boenheten skal minst være på 76 cm. Husk at disse dørene må ha trinnfri terskel. Husbanken anbefaler at samtlige dører i omsorgsboliger og sykehjem har fri bredde på minst 86 cm.
- Fri bredde på døråpning bør være 120 cm der senger enkelt skal trilles inn og ut. For å unngå at 120 cm brede dører blir for tunge, anbefaler vi to dørfelter.



Slik måler man fri bredde i dør med ulike åpningsvinkler. Kilde: Byggeteknisk forskrift

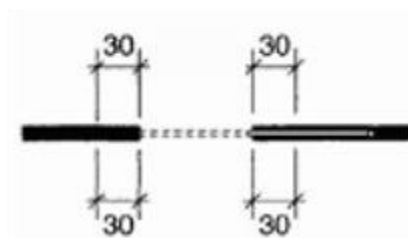
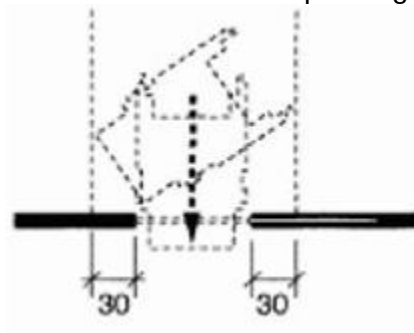
Sideplass

- For at dører skal kunne åpnes og lukkes av rullestolbruker skal det være tilstrekkelig fri sideplass ved døren.
- Sidehengslete dører skal ha 50 cm fri sideplass ved lås på hengselside og 30 cm på karmside, målt fra lysåpningen. Ved skråstilte vegger på omtrent 45 grader kan sideplassen reduseres til 30 cm fri sideplass ved lås på hengselside og 20 cm på karmside.



Sideplass ved sidehengslete dører. Kilde: NS 11001-del 2

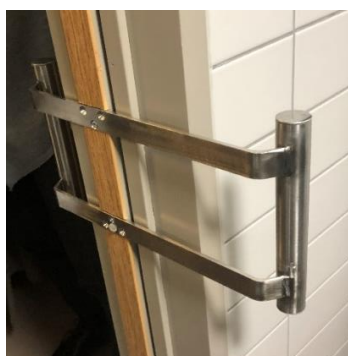
- Skyvedører skal ha 30 cm fri sideplass ved alle fire sidene av døra, målt fra lysåpning. Dette for at dørene skal kunne åpnes og lukkes av rullestolbruker, se bilder under.



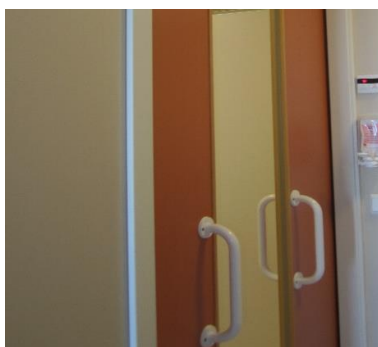
Sideplass ved skyvedør. Kilde: HB 7.B.1.9 Husbankens livsløpsstandard

Håndtak

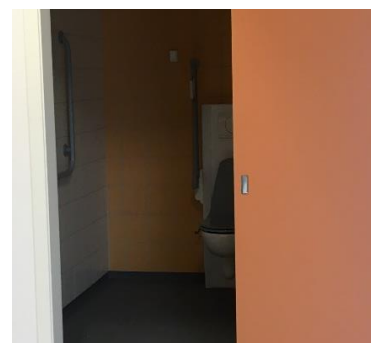
- For to felt skyvedør bør det være mulig å åpne begge dørfeltene samtidig med et grep (en hånd). Også for disse dørene skal det være 30 cm fri plass på alle fire sidene av døra.
- Skyvedører må ha kraftige håndtak fordi dørblad går inn i vegg, og et bøylehåndtak som det er mulig å få tak i når døra står åpen-
- Plassering og utforming av håndtakene må gi tilstrekkelig passasje som tilsvarer minst tillatt fri bredde



Skyvedører med håndtak som tillater full lysåpning.
foto: Husbanken



Håndtak vist på bildet vil kreve en større lysåpning for å få tilstrekkelig passasje. foto: Husbanken



Feil valg av håndtak
foto: Husbanken

Vinduer, glassvegger

Det skal være en passasjebredde på minst 90 cm frem til vindu.

Siktlinjer fra seng er være viktig å ta hensyn til for personer som må tilbringe mye tid liggende.

Ved bruk av fransk balkong eller balkong bør prosjekterende være oppmerksom på rekkverkets utforming slik at det ikke tar mye av sikten. Transparent rekkverk av glass e.l. kan brukes der det er viktig å kunne se ut på det som skjer. For personer som tilbringer mye tid liggende bør prosjekterende være oppmerksom på at siktlinjene også går i taket. Sterke lysspotter etc. kan gi blinding og ubehag.

For personer med demens/kognitiv svikt er en løsning med glassvegg fra gulv til tak uheldig. Erfaringer viser at denne løsningen skaper utrygghet, derfor fraråder vi denne. Løsningen

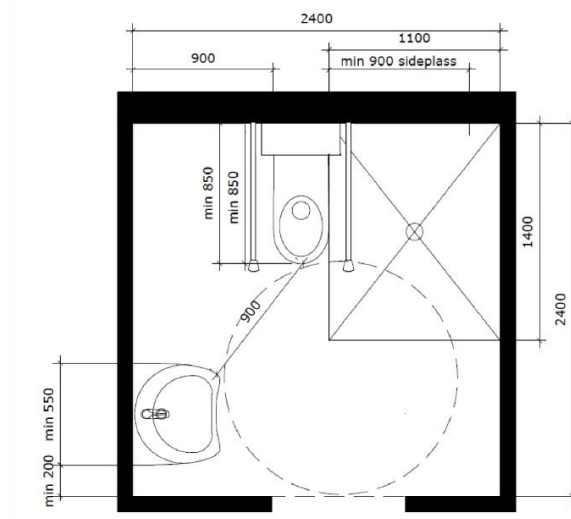
krever mulighet for skjerming eller andre tiltak (frosted eller mønstret glass og lignende) for nederste delen av vegg for å kunne fungere.

5.6 Bad

Alle boformer må ha et privat bad med toalett, dusj, servant og noe oppbevaringsplass. Det må være nok plass for beboer, pleiere og nødvendige tekniske hjelpemidler som for eksempel rullestol og/eller pasientløfter.

Minimumskrav for baderomsløsninger

- Et gulvareal på minst 240 x 240 cm sikrer plass til hjelpere ved alle baderomsfunksjoner, samt betjeningsareal og snuareal. Plassering av baderomsinnredning og baderommets utforming er avgjørende for om krav og funksjonalitet blir ivaretatt. Les mer om dette under punkter om toalett, servant, dusj og badekar nedenfor. Se også momenter under "Forhold i baderommet som gjelder uavhengig av baderomsløsning".



- I omsorgsboliger skal det være plass til vaskemaskin og betjeningsareal. Vaskemaskinen, eventuelt kombinert vask/tørk, kan stå i privat boenhet eller i fellesarealet for flere beboere. Erfaringen med privat vaskemaskin på beboerrom er gode. Dette reduserer behovet for sortering, gir mindre svinn og reduserer smitte. Det gjør det også lettere for pårørende å hjelpe til.
- Det bør vurderes om det er behov for stellebenk/dusjbenk på badet.

Forhold i baderommet som gjelder uavhengig av baderomsløsning

- Det skal være god kontrast mellom utstyr, vegg og gulv. NS11001 inneholder nyttige anvisninger.
- Det bør være plass til skap på badet for utstyr både til beboer og helper, for eksempel ved siden av servant.

- Det bør være spikerslag i vegg eller eventuelt møbelplate/ 22 mm vannfast finer fra gulv til tak for solid oppheng av skap og støttehåndtak.
- Det må være plass til en dusjsone på minst 140 x 110 cm.
- Det må være plass for snuareal som ikke overlapper innredning. Snusirkel kan gå 10 cm under servant.
- Beboere som er helt eller delvis selvhjulpne trenger nærhet til støttehåndtak på vegg og servant. Beboere som benytter store hjelpemidler og har behov for to hjelpere kan ha andre behov. Ulike brukerbehov bør søkes ivaretatt i ett og samme bad. I tilfeller hvor ulike behov er uforenelige, må kommunen sørge for at botilbudet samlet sett i kommunen og i selve prosjektet møter nåværende og framtidige brukerbehov.
- Det må legges til rette for fleksibilitet i baderommet ved at ulike innredninger, for eksempel servant og støttehåndtak, enkelt kan skiftes ut eller justeres i både høyde og avstand etter behov.
- I gjeldende byggeforskrift (TEK) blir sykehjem definert som arbeids- og publikumsbygg, hvor det er en forutsetning at ett av ti bad i sykehjem må være noe større. Dette er kommunens ansvar å ivareta.

Toalettløsning

- For å muliggjøre sideveis forflytning og for å lette arbeidet for hjelper, skal det være 90 cm fri plass i hele bredden på begge sider av toalettskålen. Når sideplass kombineres med dusjareal skal det være minst 110 cm.

Husbanken kan godkjenne unntak fra bredden på den ene sideplassen for å oppnå rekkeavstand til servant fra toalettet i baderom. Dette gjelder baderom hvor konseptet er at beboere er mest mulig selvhjulpne. Jf. veiledningen under «Kompakte bad og innovative løsninger» og retningslinjen pkt. 6.5.

- Fremre kant av både vegghengte og gulvmonterte toalett skal være 85 cm fra bakvegg. 85 centimeters dybde vil gi plass til hjelper(e) samt mulighet for sideveis forflytning fra rullestol. En rullestol er normalt dypere enn et toalett og sideveis forflytning blir enklere hvis stolen kan stå rett ved siden av toalettet. For veggmonterte toaletter kan det være behov for en kasse bak for å oppnå 85 cm avstand mellom fremre kant av toalettet og bakveggen. Gulvmonterte toaletter må monteres med tilsvarende lengde inn i rommet. Det finnes også løse ryggstøtter til bruk på dype vegghengte toalett, se bilder under:



Her vises ryggstøtte til bruk på dype vegghengte toalett. Det er bra kontrast mellom utstyr og vegg og mellom gulv og vegg. Foto: Husbanken

- Avstanden mellom bakvegg og fremre kant på gulvmonterte toaletter skal være 85 cm. For å oppnå 85 cm fra bakvegg ved gulvmonterte toaletter må fri gulvplass bak toalettet som regel måle minst 20 cm fra vegg til bakre susternekant. Mellomrommet gir plass til hjelpers fot og rengjøring.
- Hvilken type toalett som velges bør vurderes nøye. For eksempel bør en toalettstol kunne plasseres over toalettet, se foto under. Ved vegghengt toalett anbefales manuell høyderegulering slik at høyden kan tilpasses skiftende brukerbehov.



Toalettstol bør kunne flyttes på toalett. Foto: Husbanken

- Finn løsninger som gir minst mulig manøvrering ved bruk av toalettet. Helst bør toalettet plasseres vis-a-vis dør med snusirkel foran toalettet, det gir god mulighet for egenmestring på toalett. Fri gulvplass for snusirkel behøver ikke bli plassert sentrisk foran toalett. Snusirkel kan plasseres slik at rullestolbrukeren delvis kan snu under fast inventar som er plassert minimum 67 cm over gulv, eksempelvis en servant. Snusirkel kan gå 10 cm under servant.
- Det skal monteres støttehåndtak på begge sider av toalettet for hjelp til å reise seg. Avstand mellom håndtakene skal være om lag 60 cm, og håndtakene skal ikke være kortere enn toalettsskålen. Det skal være mulig å komme helt inntil toalettet med rullestol ved sideveis overflytting. Håndtakene monteres på bakvegg eller på sidene av susternekkasse.
Støttehåndtakene må kunne vippes opp mot bakveggen, slik at de ikke er i veien for rullestol.
- Støttehåndtak som er montert på toalettet kan aksepteres når det dokumenteres at plasseringen gir god funksjonalitet for brukerne og ikke er til hinder for sideforflytning.



Bilde til venstre: Veggmontert toalett med støttehåndtak montert på vegg. Kilde: Tilgjengelige bygg og uteområder, Norges Handikapforbund. Foto: Tore Fjell. Bilde til høyre: Veggmontert toalett med støttehåndtak montert på vegg og gulvplass på 20 cm fra vegg til bakre cisternekant, som gjør sideveis forflytning fra rullestol enklere og gir plass til hjelpers fot. Det kunne vært bedre kontrast mellom utstyr og vegg og mellom gulv og vegg. Kilde: Toalett og bad. Detaljer som teller. Norges Handikapforbund. Foto: Marit Hommeland

- Toalettspirholder skal monteres slik at den er mulig å nå fra toalettet.
- Moderne toalett med spyl og innebygget lufttørk kan bidra til økt egenmestring. Samtidig viser erfaringer at disse kan føles utrygge og forvirrende for personer med demens.

Servantløsning

- Servanter skal ha en bredde på minst 55 cm. Se foto under for eksempler.

- Servanten skal monteres minst 67 cm over gulv slik at det er mulig å trille rullestol under servanten. Vannlåsen må ikke være i veien for føttene til rullestolbrukeren. Se foto under til høyre.
- Snusirkel kan gå 10 cm under servant.
- Servantkanten skal være minst 20 cm fra den ene sideveggen slik at det er mulig å løfte armen uten å treffe vegg. Mellomrommet mellom servant og vegg kan for eksempel brukes til et lite skap eller avlastningsfelt for børste, barbermaskin og lignende. Dette forutsetter at dybden på skapet ikke påvirker armbevegelsen.
- Sideplassen på den andre siden skal være minst 60 cm for å gi plass til hjelper.
- Det er anbefalt å bruke hjelpehåndtak og brukertilpasset armatur for servanter.
- Vask med bøyle, eller som kan påmonteres bøyle, kan være et godt hjelpemiddel for de som trenger støtte når de reiser seg ved vasken.
- Manuell høyderegulerbar servant anbefales slik at den kan tilpasses skiftende brukerbehov.



Foto: Husbanken



Kilde: Toalett og bad. Detaljer som teller, Norges Handikapforbund. Foto: Marit Hommeland

Dusjløsning

- Dusjnisjer må være uten kanter og med fall mot sluk.
- Det må være muligheter for å montere håndtak på vegg for støtte i dusjen. Dusjarmatur skal monteres slik at det kan betjenes av beboer som dusjer (sittende eller stående) og hjelper. Dusjhodet skal være regulerbart i høyden. Unngå hvitt dusjforheng og hvite håndtak mot hvit vegg. Kontraster gir bedre funksjonalitet for den som ser dårlig.

- For å ha tilstrekkelig betjeningsareal til å manøvrere rullestolen og å gi plass for hjelpere ved dusjsituasjonen, skal areal til dusjing være minst 140 x 110 cm. I gjeldende TEK er sykehjem definert som arbeids- og publikumsbygg, og det er en forutsetning at 1/10 bad i sykehjem skal være noe større (dusjareal 130 cm x 160 cm),
- For å ivareta beboers sikkerhet, må gode løsninger hindre at dusjvann spres utover gulvet. Dusjen bør plasseres så langt unna døren som mulig for å hindre at vann renner under den terskelfrie døråpningen.
- I baderom som legger opp til at bruker i størst mulig grad skal stelle seg selv, bør dusj mellom servant og toalettskål unngås. Slik kan bruker gripe servanten for å reise seg fra toalettet uten å risikere å skli på vått underlag.
- En lang slange kan gi mulighet for å bruke dusjen til renhold både ved servant og toalett.

Badekar

- I tillegg til dusj kan det installeres badekar på den enkeltes bad.
- Badekar bør være hev- og senkbart. Enklere sitte- og liggebadekar med dør som gjør det enkelt å komme opp i karet er også et alternativ. Det å kjenne varmt vann rundt seg kan gi en velværeeffekt ut over det å bli ren. Spesielt for revmatikere og personer med spasmer kan dette være en viktig del av et terapeutisk tilbud.
- For å unngå tunge løft må tekniske hjelpemidler for å løfte pasienter ned i, og opp av, karet installeres. Pasientløfter og traversskinner i tak egner seg godt til bruk i slike baderom.
- Fri gulvplass ved badekar bør være 100 cm på den ene langsiden og 200 cm på den andre. Ved karets kortsider bør det være minst 110 cm fri gulvplass.
- Velger dere å bare ha badekar, er det viktig at det enkelt kan fjernes og at arealet kan brukes for dusj.

Kompakte bad og innovative løsninger

«For at det skal være mulig med sideveis forflytning, og for å lette arbeidet for hjelper, bør det være 90 cm eller mer fri plass i hele bredden på begge sider av toalettskålen. Dette er nødvendig for at rullestolen skal kunne kjøres inn på begge sider av toalettskålen. (...) Med fri plass på begge sider av toalettskålen kan pleieren gi hjelp på den siden hjelpen trengs.» (Arbeidstilsynet, kapittel 3, Arbeidsmiljø i helseinstitusjoner).

- Så lenge alle de overnevnte funksjonene er ivaretatt, kan Husbanken godkjenne løsninger hvor den ene sideplassen ved servanten reduseres inntil 50 cm i baderom som er planlagt for mest mulig selvhjulpne beboere. Det forutsettes at betjeningsareal ved servant og toalett er stort nok for både rullestolbruker og hjelper(e). På motsatt side av toalettet må fri sideplass være minst 90 cm.

- Løsninger der hjelper kan betjene begge sider av toalett, men forflytning fra rullestol kun er mulig fra en side, kan godkjennes etter vurdering. Det må ved slike løsninger både være høyre- og venstresidige baderom i prosjektet. Den andre siden av toalettet må ha fri sideplass på minst 90 cm.
- Husbanken kan godkjenne kompakte bad dersom det tas i bruk innovative løsninger som gir bedre funksjonalitet for beboere og hjelper(e). Beboere og hjelper(e) må kunne betjene innredningene i rommet på en forsvarlig og egnet måte. Det må fysisk være nok plass til manøvrering og opphold i rommet for hjelper(e) og beboere, inkludert hjelpemidler til forflytning
- Kommunen må redegjøre for hvordan de innovative løsningene ivaretar funksjonene. Dersom løsningen utfordrer krav som Husbanken i utgangspunktet stiller, må det gjøres en konkret vurdering i enkeltsaken. Det er derfor sentralt at kommunen etablerer tidlig dialog med Husbanken om de ønskede løsningene.
- Husbanken forutsetter at kompakte baderom med redusert areal er i tråd med krav som eventuelt stilles av andre, herunder Arbeidstilsynet, og byggeforskriftene. Kommunen har ansvar for at dette blir ivaretatt.
- Mange rullestolbrukere har behov for to medhjelpere. Dette må det tas hensyn til når romstørrelse beregnes. Det er også mulig å benytte kort avstand til servant i baderom med ordinær størrelse eller større iht. Husbankens krav. Denne løsningen legger også opp til at beboeren er mest mulig selvhjulpent.
- Husbanken kan godkjenne at kommunen etablerer prosjekt med kun kompaktbad (med unntak av krav om større bad iht. byggeforskriftene og eventuelle krav som stilles av andre). Det forutsetter at baderomsløsningene i kommunens prosjekter helhet møter det samlede behovet i kommunen, inkludert bad beregnet for tungt pleietrengende.

5.7 Sjekkliste for viktigste dimensjoner

	Krav	Anbefalinger
Passasjer og manøvrering		
Fri bredde ytterdører og i/til fellesområder	Minst 860 mm	Minst 1200 mm i lysåpning, to dørfelt
Fri bredde dører inne i boenhet	Minst 760 mm u/terskel	Minst 860 mm u/terskel
Trinnfrihet	Dører til bolig/bogruppe og utearealer: maksimalt 15 mm avfaset terskel. Dører inne i bolig/bogruppe: trinnfri terskel	Trinnfri terskel
Fri passasjebredde - felleskorridorer	1 500 mm (unntak 1200 mm uten dører, jf. NS 11001)	1 800 mm
Fri passasjebredde i boenhet	900 mm	1 200 mm
Snuareal	Snusirkel 1 500 mm	Snusirkel 1 600 mm
Maksimal åpningskraft dører	20 N	Elektromekaniske åpne-/lukkesystemer
Fri sideplass ved dør	300 mm på karmsiden, 500 mm på hengselsiden. 300 mm ved alle fire sidene av skyvedøra	
Bad/toalett		
Fri sideplass ved toalett	900 mm på begge sider. Husbanken kan godkjenne unntak fra sideplass ved servantsiden i kompakte baderomsløsninger dersom det gir bedre funksjonalitet for brukerne. Sideplass må være minst 1100 mm når den kombineres med dusjareal.	
Snuareal	Fri snuareal på 1500 mm foran toalett selv om ikke sentrisk.	Fri snusirkel på 1600 mm foran toalett selv om ikke sentrisk
Avstand mellom forkant toalettsete og bakvegg	850 mm	
Gulvplass bak toalett ved gulvmontert toalett	Avstanden mellom forkant toalettsete og bakvegg skal være 850 mm. Avstanden fra vegg til bakre cisternekant skal ivareta plass til hjelpers fot og plass for rengjøring og være rundt 200 mm.	

Avstand mellom armstøtter	Ca. 600 mm	
Dusjsone	Minst 1100 x 1400 mm	Hjelpehåndtak og tilpasset armatur
Servant	Bredde 550 mm, sideplass på 200 mm på den ene siden, 600 mm på den andre siden	Hjelpehåndtak og tilpasset armatur. Manuell høyderegulering.
Entre		
Størrelse på oppstillingsplass for rullestol	Minst 700 mm x 1 400 mm	1 000 mm x 2 000 mm
Soverom		
Pleieseng	1000 mm x 2200 mm	
Fri sideplass ved seng i pleiestilling	1500 mm på begge langsider, og passasje på 1400 mm ved sengeenden, 900 mm til vindu	