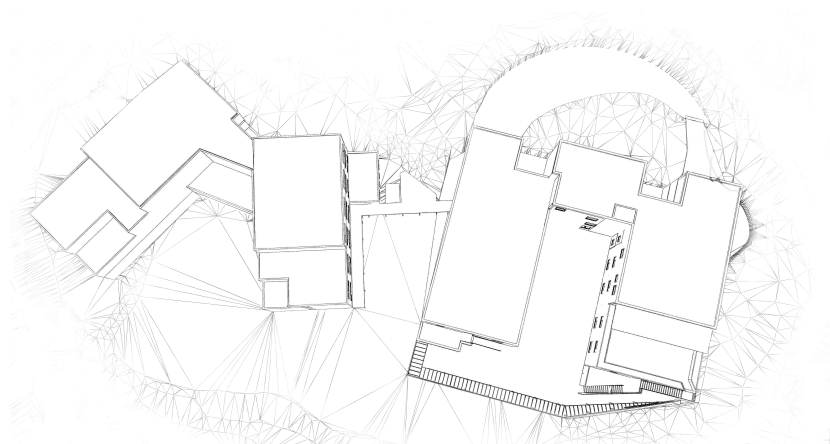


LØVENSTAD DEMENSSENTER

BOP3101

Bachelor i interiør

ved Norges Kreative Høyskole



Oslo 25.05.2016

”Denne oppgaven er gjennomført som en del av utdannelsen ved Høyskolen Kristiania. Høyskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.”

Sammendrag

Denne besvarelsen tar for seg problemstillingen "Hvordan kan omgivelsene stimulere evner og sanser hos beboerne ved Løvenstad Demenssenter?"

I innledningen presenteres Løvenstad Demenssenter, et bygg som er under oppføring på Løvenstadtunet i Rælingen Kommune i skrivende dato. Som vinner av kommunens anbudskonkurranse står ACK Arkitekter AS bak designet. Gjennom dette bachelorprosjektet presenteres et løsningsforslag for byggets 1. etasje med 15 langtidsplasser. Hovedfokuset vil ligge på fellesarealer som stue, kjøkken, spesialrom for terapi og aktiviteter, samt sansehage. Isolat, storkjøkken og personalgarderober utelates fra besvarelsen.

Det strides om hva som er det optimale designet for demente, og svaret på dette får vi kanskje aldri. Her presenterer jeg noen løsninger som er utprøvd i virkeligheten med gode resultater. Demenssykdom er kompleks og krever at det tas spesielle hensyn med tanke på design. Å finne gode løsninger i krysningen mellom institusjon og hjem er en spennende utfordring. Et fokusområde er hvordan forskjellige rom kan tilrettelegge for ulike typer aktiviteter som beboere og pleiere kan gjennomføre sammen. Et annet fokusområde er hvordan beboeren kan bevare sin identitet og verdighet på tross av kognitiv svikt.

Hoved metoden som brukes til å finne svar er gjennomgang av rapporter som omhandler ulike tema innen eldreomsorg, spesielt for demente, i tillegg til egne observasjoner og erfaringer med demente og demenssenter.

Konseptet Bakvendtland handler blant annet om hvordan tilværelse og tid snus på hodet som følge av demens. Navnet spiller på det barnslige og lekne, og er lånt fra Alf Prøysen sin folkekjære vise I Bakvendtland.

Forord

Tema for min bacheloroppgave står nært hjertet. Det er inspirert av mitt personlige forhold til en beboer ved et Demenssenter utenfor Oslo, som har preget meg fra jeg var førsteklasing på dette studiet. I gjennomførelsen av denne oppgaven har jeg likevel forsøkt å stille meg på utsiden, og se inn på situasjonen med objektive øyne fra et designperspektiv, for å skape gode omgivelser for alle berørte - ikke kun for de personene som står mitt eget hjerte nærmest.

Jeg ønsker å rette en takk til ACK Arkitekter for tilgangen til et spennende uferdig bygg, til medstudenter for selskap under hele perioden, til veilederen min David Coates for nyttige innspill underveis, og en hjertelig takk til mormor, min superheltinne og største inspirasjonskilde.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	5
1.1 Problemstilling	5
1.2 Prosjektforklaring	5
2.0 Avgrensninger	6
3.0 Brukergruppe	7
3.1 Hva er egentlig demens?	7
3.2 Hvorfor er design for demente så aktuelt	8
3.3 Fokusområder innen design for demente	8
4.0 Veien mot målet	10
4.1 Startfase	10
4.2 Metodebruk	10
5.0 Konseptforklaring	12
6.0 Arkitektoniske grep	13
6.1 Kort om planløsning	13
6.2 Adkomst og adgang	13
6.3 Universell utforming	13
6.4 Lydforhold	15
6.5 Fargevalg	16
7.0 Beboerrom	18
8.0 Fellesarealer og inndeling	20
9.0 Sanschage	22
10. Materialbruk og bærekraft	24
11. Konklusjon	25
12. Litteraturliste	26

UTVALGTE VEDLEGG

2. Observasjon

3. Still Alice og egne notater

4. Oldemors hage

1.0 Innledning

1.1 Problemstilling

"Hvordan kan omgivelsene stimulere evner og sanser hos beboerne ved Løvenstad Demenssenter?"

1.2 Prosjektforklaring

På Løvenstadtunet, i Rælingen kommune, ligger det allerede et omsorgssenter. I 2012 tok kommunen en beslutning om at det skulle etableres et demenssenter tilknyttet det eksisterende omsorgssenteret, med totalt 32 boenheter og dagsenter for inntil 30 personer. Oppdraget om Løvenstad Demenssenter ble tildelt ACK Arkitekter i 2013 etter at kommunen hadde kåret arkitektkontoret som vinner av en anbudskonkurranse. Bygget er under oppføring og forventes ferdigstilt høsten 2016.

I denne besvarelsen presenteres det et løsningsforslag for Demenssenterets første etasje med 15 langtidsplasser, samt tilhørende uteområder. Under senteret, på bakkeplan, bygges det et stort parkeringsanlegg over fire plan. Byggets 5. etasje blir dermed senterets 1. etasje. Fokuset vil ligge på å skape trygge og trivelige omgivelser for beboere, pleiere og pårørende. Dette skal oppnås gjennom farge- og materialbruk, rom for kontakt og grep både innen -og utendørs som stimulerer sansene.

Arealene som skal løses er beboerrom, gang, felles stuer og aktivitetsrom, te-kjøkken tilhørende hver avdeling, hage og uteområder tilknyttet etasjen, samt planløsning for personalrom.

2.0 Avgrensninger

Storkjøkken, vaskeri og personalgarderober sambrukes med eksisterende omsorgssenter og havner utenfor besvarelsen. Eksteriøret løses ikke på nytt, kun visuelt der materialer ikke allerede er kjent. Dagsenter vises ikke på planløsning, eller andre steder i besvarelsen, men det er naturlig å tenke at felles rom og hage kan brukes til dette formålet også. På den opprinnelige plantegningen er det vist et isolat som jeg har valgt å fjerne fra valgt etasje til fordel for en stue.

I teknisk beskrivelse er det tatt et valg om å følge skolens mal på dette, fremfor å lage separat rombehandlingsskjema og produktbeskrivelse, da det kun beskrives to materialer. I virkeligheten ville det vært naturlig å lage disse separat.

Plantegningen jeg først fikk tilgang til via ifc-fil og endelig plantegning (som det bygges etter i dag) avviker. Dette ble først oppdaget et stykke ut i prosessen, og fordi arbeidet med archicad-filen allerede var godt i gang, blir det tatt utgangspunkt i det første utkastet av plantegning.

3.0 Brukergruppe

3.1 Hva er egentlig demens?

Demens er en hjernesykdom. Begrepet demens brukes som en fellesbetegnelse på en rekke symptomer som følge av forandringer i hjernen. Herunder Alzheimers, som er en av de vanligste årsakene til demens. Tap av nerveceller i hjernebarken gir blant annet symptomer som dårlig hukommelse, humørsvingninger, vanskeligheter med å orientere seg, personlighetsendringer og senere fysiske vansker. Demens deles gjerne inn i tre stadier - tidlig, moderat og alvorlig. Sykdommen forverres over tid, og kan være vanskelig å oppdage i det tidlige stadiet. Når den demente har utviklet en alvorlig grad av demens vil vedkommende være så svekket at han eller hun har behov for konstant tilsyn, og dermed vil eneste alternativ for mange være å flytte fra hjemmet sitt til en institusjon.

Fra tidlig på 1900-tallet til slutten av 1950-tallet ble personer med demenssykdom som regel innlosjert på mentalsykehus. På den tiden fantes det liten eller ingen kunnskap om hva demens var, og den syke ble regnet for å være gal. På 1960-tallet startet overgangen fra psykiatriske sykehus til sykehjem. Personer med en kognitiv svikt ble endelig tatt på alvor. Et tiår senere, på 1970-tallet, ble det innført aktiv bruk av terapi for å fokusere på å bevare gjenværende evner hos den demente. I tillegg begynte familiemedlemmer å tilrettelegge omgivelsene selv, for å kompensere for deres kjære sitt funksjonelle og kognitive tap. På 1970-tallet var det en stor vekst i sykehjemssektoren for å imøtekomme behovene til mennesker med demens. Likevel var det selv på 1980- og 1990-tallet få spesialiserte sykehjem for personer med demens. Demente personer ble ansett for å være problematiske å ha med å gjøre ved ordinære sykehjem, fordi atferden deres ikke var "normal". Derfor ble det etterhvert bygget egne demenssentre, hvor tiden til pleierne ikke ble dratt mellom kognitivt friske og syke beboere. I dag eksisterer det til og med egne landsbyer for demente, som for eksempel nederlandske De Hogeweyk som ligger i Wesp. Om få år står Norges første demenslandsby klar på Lille Tøyen i Oslo.

3.2 Hvorfor er design for demente så aktuelt?

Nasjonalforeningen for folkehelsen opplyser på sine nettsider at det er 70 000 nordmenn som lever med en demensdiagnose i dag. Antallet vil trolig fordoble seg innen 2040. Det er ikke bare eldre mennesker som får demens, sykdommen kan også ramme personer under 65 år. Nasjonalforeningen for folkehelsen anslår i tillegg at over 350 000 personer er nær pårørende til en med sykdommen. Det finnes foreløpig ingen kur, og antallet vil fortsette å stige i takt med den aldrende befolkningen. Behovet for institusjoner som demenssentre er dermed økende. Kapasiteten er allerede sprengt i flertallet av norske kommuner. Demens er ikke en naturlig del av det å bli gammel, men en sykdom som er umulig å reversere med dagens medisiner. Sykdommen krever at det tas spesielle hensyn ved pleiehjemmet. Ordinære aldershjem er lite egnet for demente, da disse pasientene har en kognitiv svikt og behøver pleie døgnet rundt, i tillegg til utfordringer knyttet til det å bli gammel.

3.3 Fokusområder innen design for demente

Det bør være fokus på å adressere de kognitive vanskelighetene som mennesker med demens opplever gjennom å skape miljøer som bygger på de gjenværende styrkene og mulighetene som beboerne har. Dette gjøres ved å inkludere beboerne i dagligdagse oppgaver som matlaging, påkledning, hagearbeid, håndverksarbeid og så videre. Beboerne kan få gode opplevelser gjennom å lytte til musikk, delta i allsang, se på film eller bilder på storskjerm. Videre skal det skapes et sosialt miljø som tillater beboere og pleiere å delta i og gjennomføre oppgaver sammen. Gjennom for eksempel tilbudet i Storstua kan beboere og pleiere samarbeide om å lage musikk, strikke, tegne på papir eller tavle, se på bilder og film, eller lese i en bok. Et annet eksempel på rom hvor ansatte og beboer kan møtes er Prøysenstua, som i realiteten er et rom for avslapning og sanseterapi.

I tillegg skal de fysiske omgivelsene ved Demenssenteret ta hensyn til de mange forandringene som beboerne gjennomgår under sykdomsforløpet. Dette innebærer blant annet å velge farger og materialer med omhu, for å skape behagelige omgivelser som ikke fremmedgjør den syke i unødvendig grad. Ved for eksempel å unngå for

skarpe kanter, bruke fargekontraster på en god måte og fjerne unødvendige hindre kan omgivelsene føles tryggere og enklere å navigere. Uavhengighet for beboere betyr mer tid for pleierne, som igjen resulterer i at den sosiale interaksjonen mellom beboer og pleier bedres.

4.0 Veien mot målet

4.1 Startfase

Idéen om å lage løsningsforslag til et demenssenter som bacheloroppgave kom tidlig i prosessen. Samtidig var det skummelt å velge et tema som krevde at det ble tatt ekstra hensyn, fordi det begrenset den kunstneriske friheten, og fallgruvene var (og er) mange. Første steg ble å undersøke bygg som kunne være aktuelle, gjerne eksisterende eller planlagte sentre for demens i Norge. Valget falt til slutt på Løvenstad av flere grunner. Hovedsakelig fordi det er et spennende bygg tilpasset riktig målgruppe. Men, ikke minst fordi interiørløsningen ikke er kjent for meg, og det planlagte resultatet derfor ikke får ubevisst innflytelse på resultatet av mitt prosjekt. For å designe en så god løsning som mulig i løpet av en viss tid, var undersøkelser rundt brukeren spesielt viktig. Tiden de første tre ukene ble brukt på biblioteket, på internett, på besøk hos Skytta demenssenter, observering, og på samtaler med pårørende og pleiere. Spesielt viktig ble besøkene mine ved Skytta hvor jeg fikk nyttige innspill og egne opplevelser som inspirerte.

I januar i år avholdt Kunsthøgskolen i Oslo utstillingen "Kjøkkenhåndkle med hæl" på Rådhuset. Etersom denne utstillingen var relevant for min problemstilling, tok jeg turen innom. Selv om utstillingen var nokså liten i størrelse og det ikke ble presentert mer enn en liten smakebit fra hvert prosjekt, var det spennende å se ulike problemområder og løsninger som andre studenter har tatt tak i og presentert.

Etter kommunikasjon med ACK Arkitekter fikk jeg tilsendt planer for bygget via ifc-fil. Etter at form og planløsning var kjent lå alt til rette for å starte byggearbeidet i Archicad. Forprosjekt med endelig plantegning er tilgjengelig på nettsidene til Rælingen Kommune.

4.2 Metodebruk

I Erik Lerdahl sin bok Slagkraft utgitt i 2007 finnes det eksempler på utallige kreative metoder som kan tas i bruk, for eksempel som et hjelpemiddel til å finne konsept.

En mye brukt metode under arbeidet med denne oppgaven har vært kryssmetoden. Kryssmetoden går ut på å lage to lister med tilfeldige ord, hvorav en liste er nummerert med tall. Deretter skrives de samme tallene tilfeldig ved siden av listen som kun har ord. For å skape kryssninger mellom de to listene, drar streker mellom ord som har like tall. Dette genererer mange kreative og usannsynlige sammensetninger. Formålet er å sparke i gang den kreative tankeprosessen og assosiere videre fra resultatet. Det var ikke denne metoden som ga liv til konseptet i dette prosjektet, men en godt brukt metode likevel. Tankekartet, den ofte typiske, nesten ordinære idégeneratoren ble også tatt i bruk. Tankekartet først og fremst brukt til å samle idéer fortløpende på ett sted. Lerdahl tar også for seg en metode i sin bok som går ut på å se en situasjon fra et annet perspektiv. Å se omgivelsene fra perspektivet til en dement kan være spennende, men dessverre vanskelig å sette seg fullstendig inn i eller forstå, så derfor er man kanskje inne på å forstå noe likevel?

I denne besvarelsen er det lagt liten vekt på å samle inn empiri fra kvantitative. Gode samtaler, spesielt med pårørende, har vært viktige. Dette har skjedd som en naturlig del av besøk ved demenssentre. Ved en institusjon, spesielt der det potensielle intervjuobjektet enten er pårørende til, eller selv, kognitiv svak, vil et kvalitativt intervju fortsatt kunne bli gjennomført under riktige omstendigheter. Det er viktig å ta hensyn til at dette er en følsom arena og et sårt tema å snakke om for mange. Pleiere kan ytre seg om interiør- og designløsninger, men ikke fortelle noe konkret om beboere, da de er underlagt taushetsplikten. Den viktigste oppdagelsen som ble gjort gjennom besøkene var de pårørendes ønske om at deres kjære skulle bli inkludert ved senteret. Dette gjaldt spesielt pårørende til passive demente, det vil si beboere ute av stand til å fungere normalt fysisk. Ved samlingsstunder, spisebordet eller besøk fra for eksempel barnehager, ble disse beboerne "trillet vekk" til siden og dermed ekskludert. Selv om oppførselen var rolig. En annen oppdagelse har vært at flere ønsker seg rom for kontakt med beboerne, deriblant sittegrupper og områder hvor det er plass til å være sammen. Både små og større grupper. Ved Skytta demenssenter, hvor observasjonen og samtalene fant sted, ble det etter en runde med oppussing fjernet flere store sittegrupper til fordel for 2-setere plassert alene. Flere av de som ytret seg fortalte om savnet etter å kunne samles en større gjeng, uten å fysisk måtte anstrenge seg for å flytte møbler.

5.0 Konseptforklaring

*For i Bakvendtland, der kan alt gå an,
der er de like tøysete og rare alle mann - Alf Prøysen*

I Bakvendtland er alle like tullete. I Bakvendtland er alt mulig. Konseptnavnet er en uhøytidelig og leken fremstilling av en svært alvorlig sykdom. Uttrykket "å gå i barndommen" kobles ofte til hukommelsessvikt og demens, fordi nyere hendelser går tapt før det eldste erindringsstoffet. Ordet dement betyr gal på latin. Før demens ble anerkjent som sykdom, ble demente ansett for å være tullete og mindre intelligente som en konsekvens av høy alder. Samfunnet tok dem sjeldent på alvor. I Norge i dag har vi fått en bred forståelse for sykdommen. Å være dement blir ikke lenger likestilt med å være gal. Derimot kan vi velge å sette pris på den dementes til tider barnlige oppførsel, nysgjerrighet og (for oss) usammenhengende replikker. Tekstene til Prøysen er kjent for nordmenn flest, Prøysen som artist og låtskriver har skapt mange minner hos den norske befolkningen, og spesielt populær var han hos dagens eldre og deres barn.

Som barn lærer vi at vi må se, ikke røre. I Bakvendtland hvor alt er lov faller denne regelen bort. Ofte blir det visuelle prioritert foran det taktile. I denne løsningen snus dette på hodet, og innredningen skal tåle å bli berørt av nysgjerrige menneskehender. Sanselige minner sitter dypt i oss. Spesielt fordi huden er vårt største organ, og berøring er noe av det første vi føler når vi kommer til verden. De fleste som kjenner en som er dement har opplevd at vedkommende søker berøring og fysisk kontakt med mennesker og gjenstander. Det kan være så enkelt som å stryke på et papirark eller å dra fingrene gjennom hår.

6.0 Arkitektoniske grep

6.1 Kort om planløsning

Demenssenteret er delt inn i to fløyer, med korridor, trappeoppgang, heis og personalrom som binder dem sammen. Personalområdet har et vaktrom med direkte utsyn mot heis, trappeoppgang og hoveddør mot hage. I venstre fløy er det 7 beboerrom og i høyre fløy er antallet 8. Kjøkken og bad beholder nåværende posisjoner i bygget. Hver beboer disponerer eget bad med inngang fra innsiden av beboerrommet. Hver fløy har et eget kjøkken med spise plass, adgang til hagen og flere oppholdsrom til felles bruk. Ved å dele etasjen inn i to fløyer vil stue og kjøkken føles mer privat fordi færre oppholder seg der samtidig. I tillegg til beboerrom, kjøkken og stue ligger Storstua i høyre fløy og Prøysenstua i venstre fløy. I hjertet av bygget ligger hagen. Hagen fungerer som et knutepunkt og binder hele bygget sammen.

6.2 Adkomst og adgang

Adkomst til senteret skjer fra parkeringsanlegget på bakkeplan. To inngangsdører leder inn i en trappeoppgang med heis, én hovedinngang direkte fra parkeringsanlegget, og én tilknyttet eksisterende omsorgssenter. Inngangspartiet har også en ringeklokke direkte opp til vaktrom i 1. etasje. I heis og ved inngang fra trappeoppgangen i 1. etasje er det en kodelås. Koden skal være 4-sifret og enkel å finne ut av for besøkende via et hint, som for eksempel "Grunnlovsåret". Denne minne-testen vil skille mellom beboere og andre som skal inn på jobb eller besøk. Det er utbredt praksis at dører som leder ut av demenssenteret har kodelås for å forhindre at beboere tar seg ut på egenhånd.

6.3 Universell utforming

Demenssenteret er gjennomgående universelt utformet. Bygget er under oppføring i

dag, og det er minimum tatt hensyn til gjeldende krav om universell utforming i TEK10. Dette kan vi merke ved at bygget er lett forståelig, utformet for å minske fysisk anstrengelse, fleksibelt og brukbart uansett individuelle ferdigheter.

Ved University of North Carolina i USA har man kommet frem til syv sentrale prinsipper for universell utforming. Disse syv prinsippene følges ved Løvenstad Demenssenter gjennom:

1. Like muligheter for bruk

Omgivelsene skal kunne brukes av og være tilgjengelige for alle. Romslige planløsninger, flatt og hardt underlag for rullestol/ rullator, fravær av hindre, solide møbler i ufarlige materialer, sikkerhet og adgangskontroll bidrar til at beboere og andre kan ferdes trygt i og utenfor bygget.

2. Fleksibel bruk

Designet skal kunne tjene ulike individuelle preferanser, venstre- og høyrehendte, og være tilpasset for eksempel svaksynte i like stor grad som hørselshemmede.

3. Enkel og intuitiv bruk

Utformingen skal være lett forståelig. Den skal kunne leses uten store språkferdigheter. Bildesymboler kan være en god og enkel måte å kommunisere informasjon på.

4. Forståelig informasjon

Informasjon bør presenteres visuelt, verbalt og taktilt. Ved Løvenstad brukes gjenkjennelige former for å kommunisere hva gjenstanden eller rommet skal brukes til, som at sammensetningen av møbler utgjør en naturlig sittegruppe. Sterke fargekontraster unngås for å minske forvirring, men overganger mellom rom markeres ved et skifte i veggfarge, og i ganger er håndløperen i mørkere farge enn resten av veggen. Dessuten velges det behagelige farger og gjentakelser i møblement for å minske usikkerhet hos beboeren.

5. Feiltoleranse

Utformingen skal advare om fare hvis nødvendig. Ved Løvenstad bør det tas spesielle

hensyn ved for eksempel kjøkken, og som et resultat av dette er det ingen platetopp tilhørende komfyr i kjøkken. Dette for å unngå brannskader. Skarpe gjenstander og annet som skal være utilgjengelig for beboere gjemmes bort i skap, låses inn eller oppbevares på personalrom.

6. Liten fysisk anstrengelse

Møbler velges med tanke på komfort og bekvemmelighet. Det velges justerbare lenestoler med høy rygg for å hjelpe brukeren med å opprettholde riktig kroppsstilling, og for å gjøre det lettere å sette seg ned i stoler og sofa.

7. Størrelse og plass for tilgang og bruk

Størrelse og plass skal tilpasses bruk uavhengig av kroppsstørrelse. Både sittende og stående/ gående skal ha oversikt i rommet og en klar synslinje å navigere etter. Rekkevidden mellom bruker og gjenstand skal føles bekvem.

6.4 Lydforhold

På oppdrag for Rælingen Kommune har André Bergan utarbeidet en gjennomgang av krav til lydforhold ved Løvenstad Demenssenter. Bergan skriver innledningsvis at grenseverdier i NS8175:2012 (gjeldende norsk standard for lydforhold) skal legges til grunn i prosjekteringen. Grenseverdiene i denne standarden anvendes for å kontrollere om bygninger oppfyller kravene til lydforhold i TEK10. Videre står det at beboerrom skal ha et enda strengere krav enn minstekravet i NS8175.

Dører inn til beboerrom skal være terskelfrie på grunn av kravet om universell utforming, men terskelfrie dører vil begrense lydreduksjonen mellom beboerrom og fellesarealer. Derfor må det velges gode løsninger for tettelister og tas hensyn til lyd ellers i rommet, også i interiøret. Møbler og overflater har betydelig innvirkning på lyden i et rom. Bløte materialer, som myke møbelstoffer, vil absorbere lyden, mens glatte vegger og gulv vil spre den. Det vil i tillegg være lurt å legge akustikkulv (typisk prosjektvinyl eller linoleum med trinnlydsdemping) i beboerrom for å begrense støy mellom etasjene, da det er tre etasjer i bygget med tilnærmet lik planløsning.

For å møte kravene i gjennomgangen må det velges lydabsorberende himling i hele bygget, og dette oppnås ved å bruke enten gips eller mineralull. Det er i tillegg et minimumskrav til trinnlydsforbedring på 19 dB. Dette kravet møtes her ved å velge akustikkvinyll (prosjektvinyll) fra gulvleverandøren Forbo.

Prøysenstua (multi-sensory room) skapes ved å sette opp en lydisolert vegg, og dermed dele en åpen stue for å skape to ulike rom. Prøysenstua skal brukes til å roe ned beboere ved hjelp av sanseterapi, og derfor er det viktig at lydnivået her er dempet. Den andre delen av stua er åpen mot korridoren og det vil derfor i perioder være en del støy i dette området.

Støy fra utendørs lydtkilder vil på grunn av byggets plassering være lavere enn anbefalt grenseverdi for pleiehjem. Med utendørs støytkilder menes her vegtrafikk, hvor nærmeste trafikkerte veier er Sandbekkveien og Per Oppegaards veg, som vist på vedlagt støysonekart. Altså vil det ikke være nødvendig med støyskjerming i uteområder.

6.5 Fargevalg

Til prosjektet er det valgt lyse farger med et nostalgisk preg. Duse pasteller er behagelige for øyet. Samtidig markerer fargene skille mellom gulv, vegg, tak og rom, og denne fargeinndelingen kan hjelpe svaksynte med å forstå rommet litt bedre.

Fargeinspirasjonen kommer først og fremst fra 50-tallet. Personer født i 1950 er 66 år eller yngre i 2016. Det vil si at eldre beboere også har et forhold til 50-tallet. Målet har vært å velge lekne, rolige og gjenkjennelige fargepaletter som passer sitt bruksområde. Til korridor er det valgt en lys, dus turkis for å skape følelsen av ro og luft. Hvit er kanskje den veggfargen nordmenn bruker mest, men kan oppfattes som en kald og steril farge. På sykehjem ser vi ofte langstrakte, hvite korridorer, og nettopp derfor er denne fargen utelatt på vegg. Tanken er at fargene som er valgt til prosjektet skal gi assosiasjoner tilbake i tid, og samtidig til blomsterbuketter fra sansehagen.

Storstua og beboerrom har fått en dyp, rolig blåfarge. Johann Wolfgang von Goethe, mannen bak Goethes fargelære, sier blant annet dette om fargen blå:

"Den gjør et merkelig, nesten uutsigelig inntrykk på øyet. Som farge er den en energi. I sin høyeste renhet er den som et henrivende intet. Som vi ser den høye himmelen og de fjerne blå fjellene, synes en blå flate å vike tilbake fra oss."

I tillegg til å velge passende farger, bør det unngås å bruke sterke mønstre eller figurer på store flater. Disse mønstrene eller figurene vil kunne bli oppfattet som noe som ligger "oppå" veggen eller gulvet, og forsøkt pillet vekk. Dette gjelder for eksempel sirkelformer på gulv, som gjennom øynene til en som er dement kan bli oppfattet som søl eller hull på/i gulvet, og dermed unngått.

7.0 Beboerrom

Døren inn til rommet tilpasses transport av seng og det tilrettelegges for rømning ved for eksempel brann etter TEK10 11-13. På tre steder i soverom og på bad er det beregnet snuareal med diameter på minst 1,5 m for rullestol. Rommet utformes på en måte som oppfyller kravene i TEK10 12-7 som blant annet sier at rullestolbruker skal kunne betjene nødvendige funksjoner på en tilfredsstillende måte. Ved Løvenstad Demenssenter vil beboere i rullestol likevel behøve hjelp fra pleiere til toalettbesøk, dusjing og annet, så det tilrettelegges for dette i planløsningen.

Garderobeløsningen består av to garderobeskap med ulik innredning. I det ene vil det være skuffer og hyller, og i det andre vil det være rikelig med hengeplass. Store håndtak, samt et lettlest og gjenkjennelig design vil gjøre det mulig for beboere å delta i prosessen med påkledning, og noen beboere kan ha riktige forutsetninger for å kle på seg selv. I løpet av dagen er kanskje påkledning den viktigste aktiviteten beboeren ønsker å ta del i, nettopp fordi den representerer en selvstendighet. Fysisk friske demente kan føle at verdigheten deres svekkes når de blir påtvunget hjelp til dagligdagse oppgaver, for de har tross alt vært vant med å kle på seg selv hver morgen. Skrift og bildesymboler på skuffer og hyller vil gjøre navigeringen lettere. Å drive med såkalt "idiotforklaring"

Når en person med demens flytter inn på et demenssenter, vil beboerrommet være det eneste private oppholdsstedet vedkommende har. Derfor er det viktig å la den som flytter inn sette sitt eget personlige preg på rommet. Dette kan for eksempel gjøres gjennom å ta med en favorittstol, et kjært bilde, et nattbord, en figur som stod i vinduskarmen hjemme eller noe annet som beboeren har hatt i hjemmet sitt. Gjerne en kombinasjon av møbler og dekor som gjør omgivelsene mer gjenkjennelige og hjemmekoselige. For pårørende vil dette trolig også ha en positiv innvirkning på besøksopplevelsen, fordi de ser at den de er glad i blir tatt hensyn til i innredningen. Det er vanlig praksis ved norske demenssentre at pårørende får dekorere soverommet med bilder og gjenstander som tilhører den demente.

En erindringskasse er en hylle eller kasse som inneholder historiske gjenstander som

representerer beboeren eller samfunnet gjennom tidene. Kassen er beregnet å inneholde ulike figurer eller bilder som de pårørende kan ta med fra pasientens hjem, eller som besøksvenner og ansatte kan legge til. Dersom det ikke er mulig å skaffe personlige minner for beboeren, kan det være like flott å kunne se tilbake på bilder fra historiske hendelser, gamle helter eller annet som beboeren kanskje kan kjenne igjen. Bilder kan for eksempel skrives ut fra printeren på personalets kontor. Tanken er at den demente kan sitte alene, eller sammen med pårørende eller ansatte, og oppdage innholdet i kassen. Gamle, historiske gjenstander kan vekke og stimulere minner hos den eldre, i følge Dansk Center for Reminiscens, en institusjon som primært jobber innen demensområdet. Demente personer vil oppleve vanskeligheter med å fortelle om sitt liv, og bruken av gjenkjennelige gjenstander kan dermed være et godt redskap fordi det vekker assosiasjoner til fortiden. Erindringskasser brukes allerede flere steder innen demens- og eldreomsorg, og i Danmark finnes det en håndfull organisasjoner og museer som leier ut erindringskasser til eldrecentre, både i fysisk og digital form.

8.0 Fellesarealer og inndeling

Demente kan lett bli overveldet, distraheret og forvirret i møte med store folkemengder. Dette gjelder også for gjennomføringen av aktiviteter, rundt matbordet, og ved livet på institusjoner generelt. Ofte kan beboere fungere bedre og opptre roligere i mindre grupper. Derfor er det fornuftig å dele etasjen, med 15 langtidsplasser, inn i to fløyer med 7 og 8 beboere i hver. Dette vil minimere eventuelt kaos ved måltider og trolig minske forvirring i andre oppholdsrom. Færre mennesker betyr som oftest også et lavere støynivå. For pleiere vil det være lettere å ha oversikt over mindre grupper, og kanskje til og med bedre tid til hver enkelt beboer. Målet er at hver fløy skal bli en egen husholdning, noe byggets utforming vitner om at arkitektkontoret allerede har tenkt på.

Kjøkkenet er ofte et samlingspunkt i norske hjem. Mat og måltider er en sentral del av livet og hverdagen. Et demenssenter er ikke bare en institusjon, det er et hjem, der beboerne skal innta alle sine måltider. Derfor bør kjøkkenet oppleves som et hjemmekoselig samlingspunkt også her.

Prøysenstua er et rom for sanseterapi. Rommet har en nøytral, hvit veggfarge og duse farger på møbler. På langveggen henges det akustikkplater. Rommet inneholder blant annet:

- Puter i hvitt eller nøytrale, lyse farger
- Lyslenker
- Fiberoptiske elementer
- Objekter med forskjellig tekstur (gjemt i et skap for ordens skyld)
- Sanseteppe
- Sittebenk med avrundede kanter
- Myke tekstilstoler

I tillegg kan det være stemningsfullt å spille rolig, klassisk musikk i rommet for å stimulere hørsel. Demenssykdom fører med seg en rekke utfordringer, som gir utslag humør og oppførsel i mer eller mindre negativ grad. Dersom det ikke tilbys aktiviteter ved senteret risikerer man at den demente blir isolert, ulykkelig og frustrert i hjemmet. Å gå rundt i gangene på leting, komme med uhyggelige kommentarer eller vise andre uttrykk for frustrasjon kan være tegn på kjedsomhet. Beroligende medisiner er den raskeste utveien dersom en beboer utagerer. Sanserom har vist seg å ha en beroligende virkning på beboeren, og dermed minke behovet for spesielle medikamenter på sikt, fordi det aktiviserer og stimulerer sansene.

Storstua er et samlingssted og aktivitetsrom for hele etasjen. Hovedelementet er en storskjerm for bilde- og filmvisning. For å bedre akustikk benyttes fargerike akustikkplater på vegg. I rommet finnes også en krittavle, sysaker, tegneutstyr, bøker

og annet som aktiviserer beboerne. Samlingsstunder med for eksempel allsang og konserter avholdes her. Her er det godt med sitteplass til hele etasjen.

9.0 Sansehagen

«Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review» (Gonzales, Kirkevold 2012) er en gjennomgang, publisert på sykepleien.no, som inkluderer resultater fra femten forskjellige studier. Funnene tyder på at en sansehage har flere positive effekter. Blant annet ble atferdsproblemer redusert, behovet for dempende medikamenter minket, søvn og sosial kontakt bedret seg, og det ble rapportert større nytteverdi på atferd blant brukerne som besøkte hagen mest. Ved Løvenstad vil hagen ha en terapeutisk virkning og være med på å fremme helse og velvære. Terapeutisk hagebruk går ut på å ta i bruk planter og planterelaterte aktiviteter gjennom passiv eller aktiv deltakelse. Deltakelsen vil variere etter beboernes fysiske forutsetninger. Passiv bruk innebærer å engasjere sansene gjennom eksponering for omgivelsene. En pleier kan for eksempel ta med en rullestolbruker ut i hagen, og la vedkommende se, lukte, høre og føle teksturen til plantene mot huden.

Forskning ledet av professor Aron Buschman ved Rush University i USA viser at fysisk aktivitet kan forebygge demens. Dermed er det sannsynlig at fysisk aktivitet også kan påvirke sykdomsforløpet og motvirke en rask forverring av demenssykdom. Hagearbeid er et godt eksempel på en fysisk aktivitet som øker blodgjennomstrømmingen i kroppen og stimulerer hjernen. Aktiviteter kan blant annet være å plante frukttrær, høste inn fra en grønnsakhage, lage urtebed, luke i et blomsterbed, eller bevege seg rundt i hagen.

Terapeutiske hager for demente blir også beskrevet i boken *Universell utforming* av Sigmund Asmervik hvor det undersøkes hvorfor en sansehage ved institusjonen er en viktig del av den daglige miljøbehandlingen. Dette er bakgrunnen for samarbeidsprosjektet "Sansehager - som en del av boligen for personer med demens" mellom Nasjonalt Kompetansesenter for demens, Hageselskapet og Husbanken som beskrives i boken. Effektene av sansehagen ble hovedsakelig evaluert i forhold til medisinbruk og uro. Oppfatningen har vært at sansehager har en positiv effekt, om ikke direkte på sykdomsforløpet, så i det minste på humøret. Sommerfrydhagen på Tøyen i Oslo er et eksempel på universelt utformet hage hvor rullestolbrukere og svaksynte er tatt spesielt hensyn til. Utformingen av dekket har likheter med

utformingen av gangveiene ved Løvenstad, med god bredde, form og materiale tilpasset rullestolbrukere, samt fargekontrast mellom dekker og plen.

10. Materialer og bærekraft

Sofa trekkes i ull, som er en fornybar fiber. Ullfiberen er biologisk nedbrytbar, slitesterk og varm. Dessuten har den brannhemmende egenskaper. Martindale på 125 000 betyr at materialet er svært slitesterkt og det er dermed godt egnet til sittemøblement.

Til sofaputer er det valgt bomull, et materiale som kan være både positivt og negativt sett fra et miljøperspektiv, alt avhengig av produksjonsmåte. Der det er mulig bør det velges økologisk bomull. I verden i dag brukes det enorme mengder vann og kjemikalier i bomullsproduksjonen. I følge organisasjonen WWF (World Wildlife Fund) kreves det mellom 7000 og 29 000 liter vann for ett kilo bomull. Behandlingen som skjer etterpå krever ytterligere ressursbruk. Økologisk bomull dyrkes uten farlige kjemikalier, kunstgjødsel eller plantevernmidler, og er derfor et godt valg.

Tavlen som henges i dagligstue, bulletin-board fra Forbo, består av oksidert linolje, finmalt kork og harpiks. Det er en type linoleum produsert av fornybare og naturlige råvarer. Resultatet av dette er god holdbarhet og et bærekraftig fotavtrykk, som beskrevet på Forbo sine hjemmesider.

Gulv fra Forbo legges i hele etasjen. Det er valgt en type prosjektvinyl (hvorav 50% er resirkulert) som er spesielt slitesterk, og godt egnet til bruk i blant annet demenssentre. I møte med en representant fra Forbo ble det opplyst om at denne type prosjektvinyl ble mye brukt til lignende formål. Gulvet er en del av serien Eternal Wood, som gir en hjemmekoselig følelse, da utseendet etterligner tregulv som mange er vant til å se hjemme. Se vedlagt EPD for produktet.

Eik, som brukes til bord og rammeverk til møbler, er en fornybar ressurs, som kan utvinnes i Norge. Det kan i tillegg gjenvinnes og er nedbrytbart. Dermed kan eik og norsk treverk generelt anses for å være bærekraftig dersom utvinningen skjer på riktig måte.

11. Konklusjon

Gjennom løsningene som presenteres i dette prosjektet har jeg forsøkt å besvare spørsmålet "Hvordan kan omgivelsene stimulere evner og sanser hos beboerne ved Løvenstad Demenssenter?"

Gjennom rom for aktivitet, som sanseterapi i Prøysenstua og utendørs i sansehagen, og gjennom et sammenhengende og gjenkjennelig design, ønsker jeg å legge til rette for at beboere skal få delta i egen hverdag. Trivsel, trygghet og verdighet er noen av ordene jeg ønsker at skal forbindes med nye Løvenstad Demenssenter.

Forhåpentligvis har dette bachelorprosjektet gitt leseren dypere innsikt i design for denne sektoren, og satt i gang en tankeprosess.

Å påstå at jeg sitter på et fasitsvar til egen problemstilling vil være usant. Det finnes flere gode løsninger der ute som venter på å bli oppdaget, eller som har blitt presentert av noen andre enn meg. Likevel vil jeg tørre å påstå at mine designløsninger bygger på gode poeng, og at resultatet kunne blitt brukt til å aktivisere beboere ved Løvenstad både fysisk og sanselig med stort hell.

Litteraturliste

Bøker

Asmervik, Sigmund. *Universell utforming. Byer, hus, parker og transport for alle*. Tapir Akademisk forlag, 2009.

Berentsen, Vigdis Drivdal. *Sansehager for personer med demens*. Forlaget Aldring og Helse, 2007.

Brown, Rachael and Lorraine Farrelly. *Materials and Interior Design*. Laurence King Publishing, 2012.

Boëtius, Henrik og Marie Louise Lauridsen, Marie Louise Lefèvre. *Lyset, mørket og fargene. Goethes fargelære - et innblikk*. Multivers Aps Forlag, 1998.

Csikszentmihalyi, Mihaly, and Eugene Halton. *The meaning of things: Domestic symbols and the self*. Cambridge University Press, 1981.

Hjelde, Gunnar. *Stil og interiør: Vår stilhistorie fra oldtid til nåtid*. Novus Forlag, 2004.

Jacobsen, Dag Ingvar. *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* 3. utgave, 1. opplag. Cappelen Damm, 2015.

Lerdahl, Erik. *Slagkraft: Håndbok i idéutvikling*. Gyldendal Norsk Forlag, 1. utgave, 2007.

McDonough, William. Michael Braungart. *Cradle to cradle: Remaking the way we make things*. Vintage Books, 2009.

Norberg-Schulz, Christian. *Mellom himmel og jord: En bok om steder og hus*. Pax Forlag, 1992.

Nettsider

Aldring og helse sine hjemmesider. Lesedato 15.02.2016.

<http://www.aldringoghelse.no/demens>

Anke, Jakob. Leslie, Collier. How to make a Sensory Room for people living with dementia. Lesedato 15.04.2016.

http://fada.kingston.ac.uk/de/MSE_design_in_dementia_care/doc/How%20to%20make%20a%20Sensory%20Room%20for%20people%20with%20dementia.pdf

Bergan, André. Rælingen Kommune. Lydforhold m/ kommentar. Lesedato 04.04.2016.

<http://peabanbud-web.sharepoint.com/Byggost/dkromerike/lovenstaddemenssenter/Delte%20dokumenter/02%20Dokumenter%20fra%20BH/1.6%20Lydforhold%20-%20med%20kommentar.pdf>

Byggforsk.no (NB! Krever innlogging) Lesedato 21.03.2016.

<http://bks.byggforsk.no/DocumentView.aspx?documentId=2997§ionId=2>

Blindeforbundes hjemmesider. Lesedato 15.04.2016.

<https://www.blindeforbundet.no/universell-utforming/norges-blindeforbunds-krav-til-publikumsbygg/#Belysning>

Chmielewski, Emily. EDAC, Perkins Eastman. Lesedato 27.02.2016.

http://www.alzfdn.org/documents/ExcellenceinDesign_Report.pdf

Padgett, Gunn-May Koppen. En kvalitativ studie om demens og brukervedvirkning. Lesedato 01.05.2016.

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/184163/padgett,%20gunn%20may.pdf?sequence=1>

Pohl, Ingrid Maria. University of Sydney. Lesedato 16.03.2016.

http://www.academia.edu/2330681/Engaging_the_sense_of_touch_in_interactive_architecture

Plantegning tilgjengelig på nett (endelig utkast). Rettigheter Rælingen Kommune,
ACK Arkitekter.

[\[web.sharepoint.com/Byggost/dkromerike/lovenstaddemenssenter/Delte%20dokumenter/02%20Dokumenter%20fra%20BH/1.2.8%20A-103%20Plan%201ET.pdf\]\(http://peabanbud-web.sharepoint.com/Byggost/dkromerike/lovenstaddemenssenter/Delte%20dokumenter/02%20Dokumenter%20fra%20BH/1.2.8%20A-103%20Plan%201ET.pdf\)*](http://peabanbud-</i></p></div><div data-bbox=)*

oldemors hage

Inspirasjonstur til botaniske hage på Tøyen 09.03.2016

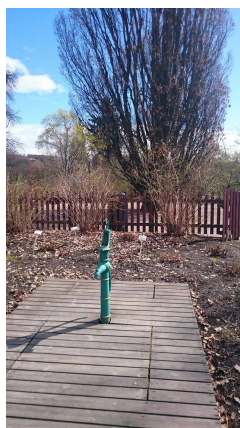
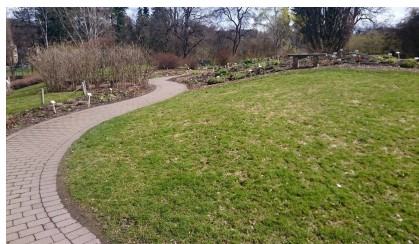
Turen har gått til Oldemors hage, en sanselig hage beliggende midt i Oslo som en del av erverdige botaniske hage. Denne delen er tilpasset eldre personer, også med demens.

Brosteinen er lagt jevn og bred og snirkler seg rundt den inngjerdede hagen i en organisk form. Det er lett å skaffe seg oversikt her. Lave busker og sparsomt med trær forstyrrer ikke synslinjen.

Noen sittebenker er spredt rundt på området. Ulike typer busker og blomster er nylig plantet, men dette er nok feil tid på året for å se dem i sin fulle prakt.

Trapper (bildet under) kan umulig være spesielt egnet for rullestolbrukere?

Vakker utsikt fra hagen, flotte, gamle bygninger. Dette er et koselig sted å være!



"Still Alice" og litt personlig rabbling

Filmopplevelse, 28.02.2016

Filmen Still Alice, av regissørene Richard Glatzer og Wash Westmoreland, handler om Alzheimers sykdom (den vanligste formen for demens).

Julianne Moore spiller Alice Howland, en fremgangsrik og populær professor i lingvistikk, som rammes av Alzheimers så tidlig som i 50-årene. Diagnosen kommer helt uventet på familien. Alice og hennes pårørende må forbedere seg på at sykdommen sakte men sikkert stjeler henne vekk. Filmen skildrer forholdene innad i familien, men først og fremst vises Alice sin kamp for å bevare sin egen identitet og verdighet.

Jeg så denne filmen fordi den ble anbefalt til meg av en bekjent. Den har forresten stått på listen min lenge, men ble stadig glemt bort. Jeg velger å skrive denne korte notisen i etterkant nettopp fordi jeg ble minnet på noe. Nemlig at demente ikke "er" demens. De er individer med sin egen historie, akkurat som alle oss friske heldiggriser. Dette vet vi så godt, men glemmer å vise, fordi sykdommen kamuflerer personene bak den. Dette inspirerte meg til å fokusere på å hente frem den som gjemmer seg i skallet, det som var, og det som fortsatt prøver å være. Selvstendighet og verdighet skal bli en del av mitt fokusområde under arbeidet med denne oppgaven.

På et personlig plan berører denne filmen meg dypt. Og, etter å ha sett den, måtte jeg ta en telefonsamtale hjem til mor. Den kuleste dama jeg kjenner, hun som var der hver dag under oppveksten, hun som kunne alt og lærte meg om livet. Det er min mamma. Men, det er også min mamma sin mamma. Mormor var og er fortsatt mitt store forbilde. Jeg savner henne hver dag, selv når jeg er der og holder henne i hånda. Hun smiler til meg, klemmer hånden min og ser på meg. Men hun *ser* ikke på meg. Når jeg tenker på båndet vi hadde er det umulig å holde tårene tilbake. Jeg var der hver bidige dag etter skolen. Og hun var hos meg hver morgen før, når mamma dro tidlig på jobb, og jeg var overbevist om at det bodde spøkelser under trappa. Min mormor er borte, men i skrivende stund ligger det en dame i en seng på Skytta Demenssenter. Jeg besøker henne stadig, og minnene vi skaper fra en benk på tunet, tar en av oss med seg videre.

Jeg befinner meg på Skytta Demenssenter i Nittedal. Her skal jeg bevege meg rundt i bygget og presentere et sammendrag av mine observasjoner og tanker, både objektivt og subjektivt.

Objektiv analyse

Ved senteret er det 30 langtidsplasser fordelt på fire avdelinger. Alle i samme etasje, på bakkeplan, med egen utgang til hagen fra hvert beboerrom. Takhøyden anslås å være 240 cm. Hvit systemhimling i gangsoner og stue, ellers hvitmalt himling. Bygget har mange rette vinkler, lange strake veggflater og ganger, men avdelingene har fått hver sin "side" av en firkant, med identiske kjøkken og oppholdsrom. I midten av senteret er en stue og vaktentral, samt hovedinngang med kodelås. Døren har store glassflater, er godt synlig fra stue og gangsoner, og sentralt plassert langs en vindusrekke. Hovedinngangen er også godt synlig fra vaktrom/ personalrom. Naturlig lys slipper inn gjennom store vinduer i inngangspartiet, ved felles stuer og i beboerrom. I gangene mellom avdelingene er lyset for det meste kunstig. Generelt mange vinduer i etasjen. Det ligger en liten gårds plass midt i bygget som kan nås både fra området med langtidsplasser og dagsenteret. Denne er dekket med steinheller. Senteret oppleves som rolig, men det er vanskelig å si noe konkret om akustikk ettersom få personer oppholder seg i fellesarealene på dette tidspunktet. Samtlige vegger er hvitmalt. Alle vinduskarmer har en burgunderrød farge. Gardiner er enten turkisblå eller gjennomsiktige, hvite. Gulvet ser ut til å være en oransje eller sandfarget vinyl med en del gjenskin. Møblene er for det meste laget av lyst treverk, furu er mye brukt på sittemøbler. Ellers er det et utvalg av lenestoler i typisk 90-talls stil, og nyere, nøytrale sofaer i fargene blått og brunt/ beige. Møblene er satt sammen i sittegrupper på 2-4 personer. Bordene er dekorert med hvite duker, og en potte med blomster pryder de fleste bord. Samtlige lamper er runde i formen (men ellers varierende i uttrykket).

Subjektiv analyse

Mitt førsteinntrykk av stedet er at det er varmt, litt 90-talls, lyst og dessverre ganske kjedelig. Selv om innredningen og gangene har et sykehus-preg over seg, føles dette som et godt sted å være med mye vennlighet i veggene. Møblementet inviterer meg til å sitte, men dette er ikke omgivelser hvor jeg ville valgt å legge meg henslengt ned i en sofa på lik linje med hjemme. Jeg sitter rett og smiler pent til beboere og pleiere som går forbi. Dessuten prøver jeg å bråke minst mulig, fordi jeg ikke ønsker å forstyrre de rolige omgivelsene. Innimellom kommer det høye utbrudd fra en beboer som skjærer gjennom stillheten. Ellers brytes den kun av traller som dyttes rundt eller beboere som tusler i gangene. Jeg liker meg best ved vinduene hvor det er mest naturlig lys. Gangene føles trange. Selv om bygget har mange rette vinkler og lange rette ganger, føles det som om jeg går i sirkel mellom avdelingene. Jeg opplever faktisk å bli retningsforvirret, da avdelingene virker identiske og det er vanskelig å orientere seg i bygget uten å få hele oversiktsbildet. Når jeg kommer ut til en fellesstue ved hovedinngangen åpner bygget seg opp på nytt. Jeg synes interiøret er noe kjedelig, med litt for spredt møblement enkelte steder. De hvite veggene kombinert med det oransje-aktige gulvet forsterker sykehusfølelsen. Dette ser helt klart ut som en institusjon. Et stort pluss i trivselsboka er adgangen til stedets grøntområder, og det er spesielt flott at hver beboer har direkte tilgang til hagen fra rommet sitt. Likevel stusser jeg over at de demente ikke har tilgang til den store hagen som er tilknyttet serviceleilighetene (med pleietrengende eldre uten kognitiv svikt) som også ligger på området. I denne hagen har de nemlig bed og noe som ligner en grønnsakhage, noe de ikke har i hagen som de demente beboerne har tilgang til. Jeg får heller ikke beveget meg ut i denne hagen da jeg ikke kan koden (og det er adgang forbudt for andre.) Etter besøket mitt ved Skytta er det tydelig at stedet har en god atmosfære, men i mine øyne er det for tydelig at dette er et sykehjem i valg av materialer, og jeg har også ved tidligere besøk ofte opplevd at beboere slår seg vrang og ønsker å gå ut hovedinngangen da denne er svært synlig fra fellesstue og gangsoner.