

# **Boliger for ældre mennesker med demens**

*Dorte Høeg*

## **Resumé**

Dette kapitel omhandler de særlige muligheder som en god udformning af boligen giver for mennesker med demens. Det sanseapparat, der bearbejder og tolker sanseindtrykkene, bliver efterhånden i et demensforløb kraftigt beskadiget. Derfor bliver ældre demente efterhånden meget sårbare overfor påvirkninger fra det omgivende miljø. En stor del af den adfærd, man tidligere var tilbøjelig til at betragte som en del af en demenssygdoms forløb har vist sig at være en reaktion på overstimulerende miljøer. Et godt tilpasset miljø viser sig at have en betydelig effekt på sådanne adfærdssymptomer. Og her det vigtigt at understrege, at det gode miljø især udgøres af et veluddannet personale med særlig indsigt i demens, men at den fysiske udformning af boligen i væsentlig grad kan understøtte et godt miljø.

## **Introduktion**

Mennesker med demens er langt fra ens: der optræder forskellige behov i forskellige stadier af demensudviklingen og alt efter hvilken demensform, der er tale om, og endelig og ikke mindst er den konkrete udvikling af demens et resultat af et samspil mellem aktuel demenssygdom, den personlige historie, personlighed og samspil med omgivelserne. Så der er fysiske udformninger, der er til større gavn for nogle end for andre, men næppe nogen af de nedenstående anvisninger, der kan være til skade for nogen overhovedet, herunder ikke-demente. Dog kan der også være demente, som har et mindre behov for kontinuerligt socialt samvær end der lægges op til i nedenstående.

Betydningen af de bygningsmæssige omgivelser for livskvaliteten for mennesker med demens skal ses i lyset af en miljøterapeutisk tilgang til omsorg og pleje. Den dementes trivsel ses som et resultat af et samspil mellem det fysiske miljø, organisering af omsorg og pleje, samt det sociale miljø og endelig personlige karakteristika ved personen med demens (Bull & Magnus 1996, Calkins et al. 2002, Weisman et al 1996).

På grundlag af et stort antal studier af kvaliteten af fysiske miljøer for demente er det muligt at opstille en række hensyn, som det byggede miljø bør understøtte, hvis det især tiltænkes demente beboere (Calkins 1998, Cohen & Weisman 1991, Cohen & Day 1993, Day et al. 2000, Judd et al 1998). Der er tale om:

- Orientering og opmærksomhed
- Sikkerhed mod tilskadekomst
- Privathed
- Stimulation
- Bevarelse af færdigheder
- Autonomi og kontrol
- Fortsættelse af livsstil og vaner
- Social kontakt

At gøre miljøet imødekommende og trygt kan betragtes som et led i behandlingen for at give den demente bedre muligheder for at klare sit liv. Mennesker med demens bliver let distraherede af ydre stimuli, som på grund af de fremadskridende neurologiske skader bliver sværere at tolke. Ved at begrænse de ydre stimuli og ved gøre omgivelserne overskuelige og let genkendelige kan mennesker med demens opnå en tryggere tilværelse og dermed blive mindre tilbøjelige til at reagere med problematisk adfærd.

Et tilpasset bomiljø kan bidrage til at mennesker med demens får mulighed for at bevare deres vaner og færdigheder i hverdagslivet ved at fungere optimalt indenfor de begrænsninger som hjerneskaden sætter. Nye hverdagsgøremål bliver vanskelige for mange demente at indlære, fordi de hele tiden vil blive opfattet som nye, når de ikke er indlagrede i langtidshukommelsen. Derfor bliver et genkendelige omgivelser meget væsentlige. Ved den fysiske indretning er det væsentligt at forebygge tilbagevendende nederlag og sikre den størst mulige selvhjulpenhed for den demente. Hvis indretningen og funktionerne ikke genkendes, bliver beboeren meget nemt for tidligt afhængig af personalehjælp (Day et al 2000).

Det er væsentligt at påpege, at den dementes omgivelser formes i et samspil mellem den fysiske udformning, aktivitetsmuligheder - og ikke mindst det tilknyttede personale. Det rette personale med en god uddannelsesmæssig baggrund for at forstå og tackle de problemer, der opstår for mennesker med demenssygdomme, vil være den primære forudsætning for en god pleje til mennesker med demens. Der kan ikke ske mirakler for den demente alene med baggrund i den fysiske udformning af boligen.

Alderen medfører generelt synsforandringer som f.eks. at det bliver vanskeligere at skelne kontraster, øget behov for lys og øget tendens til blænding. Det bør der generelt tages hensyn til ved indretning af ældreboliger, men det bliver endnu vigtigere for demente fordi de ydermere har problemer med at tolke og forstå deres sanseindtryk. Derfor er der behov for at sikre kontraster og at undgå blænding. Herudover er der hos demente mennesker en særlig tilbøjelighed til at tolke mørke partier i gulvflader som huller. Af samme grund bør de undgås med mindre det bruges bevidst som advarsel f.eks. om niveauforskelle.

På grund af manglende planlægningsformåen og manglende evne til abstrakt tænkning hos den sværere demente, bliver det vanskeligt at forholde sig til det, der ikke er umiddelbart synligt. Det kan være vanskeligt at finde hen til steder, der eksempelvis ligger rundt om hjørnet på en gang. Samtidig har den demente måske problemer med at huske, hvor hun er på vej hen og hvorfor. Derfor er god oversigtlighed og den umiddelbare tilgængelighed meget vigtige.

Mange af de mennesker, der får demenssygdomme, rammes af funktionsnedsættelser, der enten kan hænge direkte sammen med deres hjernesygdom eller andre aldersrelaterede funktionsnedsættelser. Det medfører, at en række af de hensyn, der bør tages ved indretning af boliger for plejekrævende og fysisk handicappede ældre ligeledes bør tages ved indretning af boliger specielt for mennesker med demens. De pladskrav, som indretning med henblik på hjælpemidler og hjælpere indebærer, bør indgå i planlægningen.

Selve demenssygdommen kan sammen med andre evt. tilstødende funktionsnedsættelser ofte betyde at der vil blive behov for en eller flere hjælpere omkring den demenslidende. Det indebærer at en

række arbejdsmiljømæssige betragtninger, også vil være gyldige for boliger specielt til demente beboere.

Også i forhold til demente kan der, ganske som ved fysiske handicap, blive tale om en individuel tilpasning af boligen, alt efter funktionsniveau og ressourcer. Ideelt set bør indretningen kunne tage hensyn til og støtte op om intakte funktioner, således at hjælpeløsheden ikke ligefrem fremmes af indretningen.

Det er ligeledes væsentligt at fremhæve, at denne artikel indebærer almene råd og generaliseringer om mennesker med demens. Mennesker med demens er ligeså forskellige fra hinanden, som alle andre mennesker med hensyn til baggrund, livshistorie, temperament og menneskelige relationer. Derfor er der også mennesker med demens, som behøver andre, individuelle tilpasninger af deres bomiljø end de der nævnes i dette kapitel. Og derfor er der også mennesker med demens, som ikke nødvendigvis passer ind i det helt overordnede indretningsprincip for dette kapitel, nemlig de små hjemligt indrettede bomiljøer.

### **Demenssymptomer medfører særlige krav**

Demens er den fælles betegnelse for en række forskellige sygdomme og sygelige tilstande. Overordnet er der tale om et hjerneorganisk, neurologisk syndrom, der karakteriseres ved mentale svigt som reduceret hukommelse, reduceret opmærksomhed, svigtende funktionsevne i forhold til dagligdagens gøremål og intellektuelle svigt.

Demens optræder langt hyppigere med stigende alder. Undersøgelser viser, at 4-6 % af de over 65-årige er demente og blandt de over 80-årige er andelen af demente 25-30%. I de tidlige stadier af sygdommen forbliver langt størstedelen i eget hjem, mens det i sygdommens senere stadier oftest bliver nødvendigt med flytning til en bolig med tilknyttet personale.

Der er flere forskellige sygdomme og skader, der fører til demens. Demenssymptomerne kan være lidt forskellige for de forskellige sygdomme, specielt i de tidlige stadier, hvor også den demenslidendes personlighed og ressourcer har stor betydning for hvordan symptomerne

manifesterer sig. I denne korte gennemgang lægges især vægt på de symptomer, som har særlig betydning ved tilrettelæggelsen af det fysiske miljø (Melin & Bang Olsen 1997, Solheim 1999).

Proceduralhukommelsen er den del af hukommelsen, der bevirker, at man gør, hvad man plejer at gøre på netop den måde, man plejer at gøre det: 'det man husker på ryggraden'.

Proceduralhukommelsen kan have stor betydning langt hen i et demensforløb, men for at kunne udnytte den har udformningen af det fysiske miljø stor betydning. Det bør også af denne grund udformes så hjemlignende og så velkendt for den enkelte som muligt. Redskaber, greb og funktioner bør være tilvante, lette at genkende og bruge for de demente beboere.

Fælles træk er reduceret hukommelse specielt for nyere data. Den demente får store problemer med at huske både noget, der er sket for helt nyligt og for relativt kort tid tilbage. Oplevelser, der ligger langt tilbage, huskes dog som regel bedre. Det er især genkaldelseevnen, hvilket vil evnen til selv uden ydre stimuli at hente ting frem fra hukommelsen, der svækkes hurtigt. Derimod er genkendelseevnen oftest bevaret længere, hvilket yderligere kan styrkes gennem boligindretningen. Desuden er opmærksomheden reduceret, hvilket har betydning for både evnen til at holde opmærksomheden rettet mod noget gennem et stykke tid og evnen til delt opmærksomhed, hvilket vil sige evnen til at holde opmærksomheden rettet mod flere ting på samme tid. Som følge af at både hukommelses- og koncentrationsevnen er svækket, er mulighederne for indlæring af ny viden stærkt reducerede. Derfor bør boligindretningen bygge på noget allerede kendt og indlært.

Fælles træk er desuden apraksi, hvilket vil sige manglende evne til at udføre praktiske handlinger, og agnosi, som er manglende evne til at genkende og forstå det, man sanser. Svækkede visuo-spatiale evner er endnu et almindeligt symptom. Det giver sig udtryk bl.a. i manglende evne til at orientere sig både i kendte og ukendte omgivelser og vanskeligheder med at genkende den samme genstand fra forskellige vinkler. Svækket tidsorientering er almindelig og endelig reduceres evnen til at tænke logisk, fleksibelt og abstrakt. Disse træk peger i retning af stor oversigtlighed i indretningen, herunder lettelse af orienteringen.

### ***Miljøterapeutisk tilgang***

Det er alment anerkendt - baseret på mange erfaringer og opfølgning af miljøændringer - at demente trives bedst i miljøer, der minder om deres tidligere tilværelse. Dertil kommer at miljø-psykologiske studier fra svenske bofællesskaber for demente og de danske erfaringer både med bofællesskaber og skærmede afsnit for demente - peger i retning af at demente personer bliver mere socialt aktive i mindre boenheder og tilsvarende grupper end i mere traditionelle plejehjemsafdelinger. I en lille boenhed kan den demente bruge sine erfaringer fra det tidligere liv. Den lille gruppe og den hjemlige indretning, hverdagsaktiviteterne og de overskuelige lokaler giver ledetråde til et normalt socialt adfærdsmønster. Samtidig er det også en erfaring at det bliver lettere at skabe en hverdag tilpasset den enkeltes vaner og mønstre i en mindre enhed end i store afdelinger, hvor institutionspræget let får overtaget (Calkins et al 2002, Day et al 2000, Ericsson 1991, Holthe et al 1997, Kampmann & Esbech 1996, Paulsson, 1997)).

At være sammen med andre er et grundlæggende behov, for mennesker med (med mere fremskreden) demens kan andres tilstedeværelse samtidig give rollemodeller og dermed handleanvisninger for, forstærke identitetsfølelsen og modvirke forvirringstilstande. En udformning af ældreboligen, der muligheden for samvær i små grupper er derfor at betragte som en del af en handicaptilpasning til demenshandicappet.

Derimod har (i hvert fald langt fremskredent) demente som regel mindre glæde af store private boligarealer. Større fællesarealer (evt.) på bekostning af de private rum imødekommer derfor bedst den dementes behov. Dog således at fællesarealerne er en del af mindre enheder med et overskueligt antal medbeboere og tilknyttet personale.

Boligen bør tilrettelægges så beboerne selvhjulpethed stimuleres gennem deltagelse i dagligdags aktiviteter på et niveau, der modsvarer den enkeltes ressourcer. Aktiviteter knyttet til den daglige husholdning er umiddelbart meningsfyldte. Fælles køkken og vaskefaciliteter giver mulighed for at husholdningsarbejdet eller være med ved at se på at personalet arbejder.

Et tilpasset bomiljø kan bidrage til at mennesker med demens får mulighed for at bevare deres vaner og færdigheder i hverdagslivet ved at fungere optimalt indenfor de begrænsninger som hjerneskaden sætter.

### ***Hukommelsessvigt***

Senere hen i demensforløbet vil der opstå vanskeligheder med at opfatte omgivelserne tydeligt og den demente får vanskeligheder med at tolke sine sanseindtryk. Nye hverdagsgøremål bliver vanskelige for den demente at indlære at beherske, fordi de hele tiden vil blive opfattet som nye af den demente, der ikke har dem indlagrede i langtidshukommelsen. Det vil sige at f.eks. nyere armaturer og egentlige 'smart home' installationer kan være direkte umulige for den demente at klare.

Som eksempel kan nævnes, at demente kan gribes af panik over ikke at kunne håndtere et dørgreb, der er væsentligt anderledes end dørgreb, der har været i almindelig anvendelse tidligere i beboerens liv. Håndteringen af dørgrebet findes ikke lagret i den dementes langtidshukommelse og den demente kan derfor ikke åbne døren.

### ***Svækket syn og hørelse***

Synet ændres med alderen. Nogle af de største forskelle mellem ungt og gammelt syn er:

- Tendensen til blænding øges stærkt med alderen. En belysning, der ikke virker generende på en yngre person kan virke stærkt blændende på en ældre
- Synsevnen nedsættes generelt med alderen og ældre har derfor brug for mere lys end yngre. Man regner med, at mennesker efter 40-års alderen har brug for en gennemsnitlig øgning af lysstyrken på 10% pr for hvert tiår, der går. For personer med behov for ekstra meget lys bliver synshandicappet særlig mærkbart i skumringen og i mørke.
- Ældre har sværere ved at udskille kontraster end yngre
- Flere alvorlige øjensygdomme er aldersrelaterede, dvs. optræder hyppigere med stigende alder

Demente, der har særlige vanskeligheder med at tolke og forstå det set, påvirkes naturligvis i forstærket grad af synsproblemer.

Det er derfor af betydning, at sikre tilstrækkeligt lys i form af lamper med gammeldags, velkendte kontakttyper, som den demente forstår at betjene, og at sikre mod blænding/blændende materialer, herunder være opmærksom på virkningen af spejle og store glaspartier, samt at sikre tilstrækkelige kontraster, både i farver og i lysstyrke. Rumopfattelsen kan bedres hvis farverne udnyttes til at tydeliggøre rummet, f.eks. ved at gulvet er mørkere end væggene og at døre og vægge har forskellig farve, således at døren træder tydeligt frem i forhold til væggen.

Forstyrret dybdeperception ses som et særligt træk ved mange demente. Hjerneskaden gør, at synsindtrykkene ikke længere tolkes korrekt, hvilket betyder, at der f.eks. opstår tendens til at opfatte mørke partier i gulvfladen som huller eller niveauforskelle.

En meget stor del af alle ældre rammes af hørenedsættelser. Det gælder også ældre, der er demente. Ekkovirkninger er et særligt problem for hørehæmmede. Indretning, der tager hensyn til god akustik, er derfor væsentlig i alle ældreboliger. Men særlig vigtigt for boliger til demente, der oveni høreproblemet, har problemer med at forstå og tolke det hørte. Den svækkede hørelse er ofte især et problem i større lokaler eller når flere personer er forsamlede. Fællesrum, mødelokaler o.lign. bør derfor udstyres med teleslynge (Sloane et al 2000).

Dårlig lydisolering mellem de enkelte boliger i en bebyggelse eller et bofællesskab og mellem boliger og fællesarealer kan ligeledes skabe særlige problemer for demente, der på grund af forskellige døgnrytmer - og måske endda forskudte døgnrytmer kan forstyrre hinanden.

### ***Problemer med orienteringsevnen***

Demens er i høj grad et orienteringshandicap. Ved andre handicap med sansetab, vil man ofte være i stand til at kompensere gennem hjælpemidler eller gennem egne kropslige erfaringer og brug af andre sanser. Den mulighed findes ikke for demente i de senere stadier af sygdomsforløbet.

Tværtimod vil netop den egne kropsfornemmelse og bearbejdningen af sanseindtrykkene generelt være svækket. Hovedproblemet ligger i bearbejdningen af sanseindtrykkene, derfor er det vigtigt at sænke kravene fra det ydre fysiske miljø ved at skabe gode orienteringsmuligheder, herunder er oversigtlighed og skiltning/kendetegn væsentlige. Samtidig er det væsentligt at undgå forstyrrende stimuli.

Demente har brug for hjælp med at identificere hvor de befinder sig og hvordan de finder til det sted, hvor de ønsker at komme til. Klare kendetegn mindsker risikoen for formålsløs vandren på grund af desorientering. Desorientering kan også have den modsatte virkning, nemlig inaktivitet og dermed tab af funktioner, pga. personens oplevelse af manglende muligheder for kontrollere sine omgivelser.

Nogle demente kan vandre meget omkring, for nogle demente en naturlig energiudladning, for andre et resultat af en desorientering, som en optimal indretning såvel ude som inde kan minimere. Udsigt (også fra fællesarealer) til udearealer giver oplevelser og en naturlig realitetsorientering vedrørende tid på dagen, årstid og vejr.

Tydelig skiltning (både for- og efternavn) ved den enkeltes dør kan lette orienteringen. Der kan også bruges anden markering af beboeren, f.eks. et billede eller en lampe eller en anden genstand, som beboeren kan genkende. Dobbeltskiltning (dvs. både ord og piktogram) ved andre funktioner, der befinder sig bag lukkede døre, letter orienteringen. Dog er det væsentligt at være opmærksom på, at piktogrammer kan være for stiliserede og abstrakte - og måske for moderne - til at de vil have en betydning for demente beboere.

### ***Planløsning***

Oversigtlighed er det allervæsentligste i planløsningen. De private rum bør placeres i nær tilknytning til fællesarealer, så det er let at finde til fra disse. Ideelt bør de private rum placeres, så man fra flertallet af dem, træder direkte ud i fællesarealer og umiddelbart har mulighed for at komme i kontakt med personale og medbeboere.

Hvor der er gange, bør de være korte og fællesrummet bør være centralt placeret. Det er ligeledes vigtigt, at der er en disponering, der giver god oversigt og orientering straks man træder ind ad bebyggelsens hoveddør.

Samtidig har beboeren måske også problemer med at huske hvor han/hun er på vej hen og hvorfor. Derfor er oversigtligheden og den umiddelbare tilgængelighed så vigtige. Interessen kan fastholdes hos den demente for medbeboere og aktiviteter i fællesrummet. Samtidig giver det personalet gode muligheder for at holde øje med for der foregår i boenheden.

Indretningen bør give hjælp med at identificere aktuelt opholdssted og klare veje til den ønskede endestation. Opbygning af vandrestier, der ikke leder ud af området eller ender blindt, men i stedet forsætter 'uendeligt' f.eks. i cirkler eller sløjfer, kan modvirke at demente forvilder sig ud i områder, hvor vedkommende ikke kan finde tilbage. Det gælder både ude og inde.

Specielt hvor en boenhed er bygget sammen eller indrettet i forbindelse med flere enheder eller (pleje)boliger er det væsentligt at der er klare fysiske grænser, som er lette at opfatte. Døre og låger, der fører væk fra boenheden bør være diskrete - det opmærksomhedsfangende skal findes **inden for** boenhedens rammer (Passini et al, 2000, Schwarz et al 2004).

I ældreboliger og plejehjem er der ikke umiddelbar lovhjemmel til at tilbageholde en person mod sin egen vilje. Dog giver Serviceloven mulighed for at tilbageholde en person under særlige omstændigheder. Men i hvert fald er en indretning, der ikke ligefrem inviterer til at forvilde sig væk pga. desorientering mest formålstjenlig i boliger specielt indrettet til mennesker med demens uanset mulighed for tilbageholdelse. Nogle demente er pga. deres desorientering og i deres søgen efter steder og mennesker fra tidligere livsfaser tilbøjelige til at forvilde sig ud på gader og veje eller andre dele eller afdelinger af bebyggelsen. På den baggrund vil kun én ind- og udgangsdør være mest hensigtsmæssig. Supplerende adgangsøre, der evt. etableres af brandhensyn bør ikke fremtræde som udgange.

Den optimale størrelse af et bofællesskab, én skærmet enhed eller en bo- og levegruppe er ikke entydigt belyst. Erfaringerne tyder på mellem 6-8 og op til 12 beboere. Det giver mulighed for en vis underopdeling af gruppen og samtidig en vis personalemæssig fleksibilitet.

Det kan overvejes at placere flere bofællesskaber tæt sammen af hensyn til mulighederne for at indrette fælles personalefaciliteter og i ydertimerne at benytte fælles personale.

For at give optimale betingelser for oversigtlighed er det væsentligt kun at placere rum, som beboerne har adgang til indenfor selve boenheden. Kun hvis beboerne skal have adgang til køkken og vaskerum bør de placeres indenfor. Særskilte personalerum placeres ligeledes mest hensigtsmæssigt uden for selve boenheden.

Placering af boligerne i jordniveau er det optimale, da elevatorer virker skræmmende på mange demente.

### ***Farver***

Der er flere opfattelser af farvers indvirkning generelt på mennesker, men meget få undersøgelser, heraf specielt for gamle mennesker og specielt for mennesker med demens.

Af hensyn til demenshandicappet vides det dog med stor sikkerhed er, at det er væsentligt at sikre tilstrækkelige kontraster, både i farver og i lysstyrke. Farverne kan udnyttes til at tydeliggøre rummet, således at der kan kompenseres for den dementes reducerede rumopfattelse. Det kan gøres ved, at gulvet er mørkere end væggene, og at døre og vægge har forskellig farve og lysstyrke, således at døren træder tydeligt frem i forhold til væggen. Det er også vigtigt at der er tilstrækkelig kontrast mellem en dør og et dørgræb ellers fremtræder dørgræbet ikke tydeligt for den demente - og der kan blive problemer med at åbne døren. Dermed bliver den demente hjælpeløs og hjælptrængende i forhold til funktioner, som personen vedkommende kunne klare selv ved en tydeligere indretning. At tænke i tilstrækkeligt tydelige kontraster kan have betydning i en lang række situationer, f.eks. kan det være svært at finde det oftest hvide toiletpapir på baggrund af en (oftest) hvid eller meget lys (flise)væg i badeværelset eller at finde ud af at trække ud på toilettet, hvis 'knappen' er hvis og falder i ét med toilettet.

Som et særligt træk ved mange demente ses en forstyrret dybdeperception, der f.eks., giver tendens til at opfatte mørke partier i gulvfladen som huller eller niveauforskelle. Hjerneskaden gør at signalerne (synsindtrykkene) ikke længere tolkes korrekt.

Det betyder, at gulvbelægninger med mørkere indlæg bør undgås med mindre det bruges bevidst til at advare om niveauforskelle. Der er også grund til at gøre opmærksom på at stænkmonster eller marmorering kan virke forvirrende for demente, f.eks. på en bordplade, som den demente så ofte vil have tendens til konstant at ville tørre af.

En svensk undersøgelse har vist, at det er lettere for ældre og for demente at skelne farverne indenfor de røde og gule farvefelter. Blå og grønne farver er sværere at skelne med alderen. Det er - for alle farver - de klare farver som er lettest at skelne i mellem, det er sværere for demente at skelne mellem svagere nuancer af farverne. Primærfarverne, rød, blå, gul, grøn, sort og hvid, kan genkendes og benævnes selv af moderat og svært demente. Også andre erfaringer tyder på, at hvis man skal bruge farver som 'koder' i indretningen, er virkningen bedst ved klare farver, helst fra den rød-gule skala. Det kan have betydning, hvis man f.eks. ønsker at fremhæve en bestemt dør (Wijk 2001).

### ***Møbler og inventar***

Ved valg af farver, tapeter, møbler, materialer, gardiner, tekstiler, redskaber m.v. til fællesrummene bør der tages hensyn til minder og associationer for beboerne. Også gerne med enkelte ting, der associeres til barndomshjemmets tryghed. Det dog også væsentligt at understrege, at mennesker med demens har ligeså forskellig baggrund og ligeså forskellige erfaringer, som alle andre ældre. Hjemligheden er et ideal for indretningen, men det må ikke føre til en overfladisk kopiering af boligarkitektur eller indretning fra en bestemt periode. Hvert individ vil have sin historie, og sin opfattelse af hjemlighed er. Derfor er det først og fremmest vigtigt at man til de private rum har mulighed for at tage egne møbler og andre minder fra ens liv med sig. I fællesrummene er det væsentligt fortsat at have for øje, at der ikke bør være et institutionspræg, men samtidig at der ikke er en bestemt stilart eller periodepræg, der er det eneste rigtige.

### ***Lys og vinduer***

Som nævnt under afsnittet særligt om synsproblemer er der brug for meget lys i boliger for demente. Derfor bør vinduer skal placeres, så de giver rigeligt med dagslys, men uden at blænde. Et for lavt lysniveau kan give anledning til desorientering. Derfor er lamper, der giver et godt lys, er rigtigt placerede og lette at betjene, ligeledes særdeles vigtige.

Blænding er en hyppigere forekommende tendens med alderen, og sammen med dementes problemer med at tolke det sansede skaber det særlige problemer. Samspelet af lysvirkningen fra vinduer og de øvrige materialer i rummet kan ligeledes give uheldige virkninger. Lysflimmer, modlys og reflekser fra et vindue ind på en blank gulvoverflade kan f.eks. tolkes som vand, som demente kan blive angst for at træde på. Lysstofrør kan ligeledes i samspil med blanke materialer give anledning til reflekser.

Hukommelsesproblemerne kan give vanskeligheder med at huske hvilken tid på dagen, det er, og hvilken årstid, vi befinder os i. Vinduer, der vender mod det omgivende landskab kan give naturlig adgang til at følge årets og dagens gang og dermed en bedre realitetsorientering hos den demente.

Vinduerne bør ikke gå helt ned til gulvet, for dermed skabes der ikke en tilstrækkelig tydelig afgrænsning af rummet. Store glasflader kan i det hele taget virke lidt forvirrende på grund af den manglende afgrænsning af det, der befinder sig indenfor og udenfor glasvæggen. Store vinduesflader kan desuden give risiko for spejlinger om i efterårs- og vinteraftnerne, således at den demente tror at spejlbilledet er en fremmed, der kigger ind. Her kan gardiner, der trækkes for, eller net-undergardiner være til hjælp (Sloane et al 2000).

Store glasflader omkring udgangsdøren kan have den uheldige virkning, at de tiltrækker den dementes opmærksomhed og dermed giver øget risiko for at utilsigtet vandren.

### ***Skiltning***

En god skiltning kan bidrage til, at omgivelserne bliver mere overskuelige og den demente beboer bedre bliver i stand til at finde ud af både hvor hun/han aktuelt befinder sig og hvordan man finder vejen videre frem.

For at skiltningen faktisk skal være informativ for demente beboere er der visse krav. Det er vigtigt, at der kun skiltes med det nødvendige. For megen skiltning kan let blive uoverskuelig for demente. Skiltene skal placeres rigtigt, dvs. omkring øjenhøjde og der skal tænkes i, at f.eks. skilte på døre ikke kan ses, når dørene står åbne.

Der skal være god kontrast mellem bogstaver og baggrund og mellem skilt og væg/dør, hvor skiltet placeres. Skiltet må ikke give genspejlinger eller reflekser og det er vigtigt at sikre sig tilstrækkelig belysning af skiltet. Skiltets bogstaver bør have en god størrelse, der giver mulighed for (for de fleste beboere) at læse det også uden synshjælpemidler. Store bogstaver (ikke kapitæler, men skriftstørrelse) bør også anvendes ved opslag på opslagstavler m.v. (Bell 1992).

### ***Køkken***

Et stort køkken i boenheden, hvorfra duften af nylavet mad strømmer ud i boligen og hvor beboerne kan være med ved tilberedelsen af måltidet, vil erfaringsmæssigt give bedre appetit og øget tendens til selv at klare måltidet. Modsningsvist vil en situation hvor den demenslidende pludseligt og uden forberedelse præsenteres for et færdiglavet måltid ofte resultere i manglende appetit og motivation for selv at klare måltidet.

I et stort køkken med arbejdsplads til flere kan personalet have en funktion som rollemodel for beboere, der deltager i dagligdags aktiviteter. Et køkkenbord, som er tilgængeligt fra begge sider og dermed giver beboerne mulighed for at spejle personalets bevægelser giver optimale muligheder for beboernes aktive deltagelse (Marsden,P.2002).

Der bør være direkte adgang til det fælles opholdskøkken. Fælles spiseplads bør indrettes i direkte forbindelse med køkkenet, således at også de beboere, der ikke direkte arbejder med, kan følge med i aktiviteterne .

Køkkenmaskiner, installationer, køkkengrej bør ikke være for fremmedartede og "moderne" for beboerne. Der kan overvejes enkelte foranstaltninger til at opnå et vist minimalt sikkerhedsniveau, f.eks. enkle låsbare skuffer til farligt værktøj, børnesikring på ovn og selvslukkende kogeplader.

Da køkkenet i det daglige ofte tjener som tilberedningskøkken for beboernes mad må faciliteter med hensyn til køleskab, fryser, opvaskemaskine og lagerplads dimensioneres i overensstemmelse hermed.

Et fælleskøkken, hvor beboerne spiser fast er omfattet af levnedsmiddeloven, herunder bekendtgørelse om levnedsmiddelhygiejne og egenkontrol mv. Godkendelse, tilsyn og kontrol af køkkenforhold påhviler kommunalbestyrelsen og den respektive levnedsmiddelkontrolenhed. Hvis der er 12 faste spisere eller derunder, skal køkkenet dog ikke godkendes.

Også aktiviteter i forbindelse med tøjvask o.lign. kan indgå som et led i aktiviteterne og omsorgen for beboere med demens. Det bør derfor overvejes at indrette et vaskerum/bryggers i tilknytning til boenhederne. Der bør være plads til flere beboere og personale og foruden vaskemaskine, strygeplads, tøjsnore og udslagsvask. Et sådant rum kan indgå i det fælles boligareal.

### ***Toilet og badeværelse***

Det er væsentligt, at beboeren kan se toiletdøren fra soveværelset. Hvis ikke er der større sandsynlighed for, at nødtørften forrettes andetsteds.

Det er væsentligt at være opmærksom på mulig utryghed ved ukendte installationer, som f.eks. benyttelse af en lofthængt lift. Demente er ikke længere (som psykisk raske ældre) i stand til at rationalisere sig ud af eller undertrykke frygten for det ukendte.

Udstyr i wc/bad bør være genkendeligt for den demente, som bør være i stand til umiddelbart at bruge armaturer o.a. Visse ét-grebsarmaturer og sæbeautomater vil være utilgængelige for den demente og dermed skabe nederlag og (ekstra) behov for personalestøtte.

Dørlåse bør kunne låses op udefra i tilfælde af, at beboeren ved et uheld låser sig inde og/eller ikke længere kan håndtere låsen.

I øvrigt bør wc/bad udføres med gulvafløb af hensyn til risiko for oversvømmelse, hvis den demente skulle glemme at lukke for vandhanen.

Udover de private toiletter er det væsentligt at der findes et let tilgængeligt toilet ved de fælles arealer. Det bør være tydeligt markeret f.eks. gennem farvekodning og skiltning.

### ***Beboerens eget værelse***

Det er vigtigt med tydelig skiltning (både for- og efternavn) ved den enkeltes dør. Måske anden markering af beboeren, f.eks. et billede eller en lampe, som beboeren kender.

De private rum bør placeres i nær tilknytning til fællesarealer, så det er let at finde til fra disse. Ideelt bør de private rum placeres, så man fra flertallet af dem, træder direkte ud i fællesarealer og umiddelbart har mulighed for at komme i kontakt med personale og medbeboere.

Ved indretningen af de private rum er det væsentligt, at det er velkendte, brugte ting, der medbringes. At der ikke købes pænt nyt ind til lejligheden. Det kan være væsentligt at medbringe genstande, hvormed der er forbundet minder og som signalerer noget om den dementes tidligere liv og interesser. Et besøg i hjemmet inden det fraflyttes kan give ideer til en indretning, der bevarer træk af den indretning, som den demente kender og har været vant til. Der kan være tale om indbyrdes placering af billeder, nips og møbler, samt farve/tekstil/tapetvalg.

Soveværelset indrettes helst med sengen placeret mod væggen, således at beboeren altid står ud af sengen til samme side og dermed bedre bevarer orienteringen i rummet.

### ***Haven***

Velegnede og afvekslende udearealer er af stor betydning og bør planlægges bevidst fra projektets start. Der bør være både sol og skygge og plads nok til at røre sig. Haven bør være afgrænset, så beboerne ikke forvilder sig ud.

Nogle demente kan vandre meget omkring, for nogle demente en naturlig energiudladning, for andre et resultat af en desorientering, som en optimal indretning såvel ude som inde kan minimere. Opbygning af vandrestier, der ikke leder ud af området eller ender blindt, men i stedet forsætter 'uendeligt' f.eks. i cirkler eller sløjfer, kan modvirke at demente forvilder sig ud i områder, hvor vedkommende ikke kan finde tilbage. Det gælder både ude og inde.

Hvis der er mulighed for at placere udearealerne så de er umiddelbart tilgængelige og synlige fra fællesrummet vil det være en stor fordel.

Havearealer og udearealer kan ligeledes indrettes, så de giver stof til stimulation af hukommelse og erindringer hos beboerne. Konkret kan det gøres i samarbejde med de aktuelle beboere og deres pårørende med udgangspunkt i beboernes tidligere have-erfaringer. Der kan skabes oplevelser og stimulation gennem valg af blomster og buske med tydelige farver og dufte - og skabes en klarere årstidsmarkering gennem karakteristiske planter. Anlæggelse af højbede vil give beboerne bedre muligheder for at være med ved have dyrkningen (Calman 2002, Lovering et al 2002).

### ***Plads til pårørende***

De, som har aller mest at give til mennesker med demens, er deres pårørende, som har kendt dem længe, kender deres vaner, historie m.v.

Mange plejemiljøer virker fremmedgørende for pårørende. Planlægningen af bomiljøer for demente bør i stedet give mulighed for samvær mellem beboeren og de pårørende i naturlige dagligsituationer over en kop kaffe eller et måltid mad (Videnscenter på Ældreområdet 2005).

Det kan derfor overvejes at etablere køkkennicher i de enkelte boliger, især til brug for de pårørende. Demente i de senere stadier af et demensforløb vil ikke selv være i stand til at betjene et køkken på forsvarlig vis.

Der kan også være behov for at etablere overnatningsmuligheder for pårørende. Gæsteværelser kan indgå som en del af fællesarealerne i en ældre boligbebyggelse.

### **Konklusion**

Den fysiske indretning kan ikke alene sikre demente beboeres velbefindende. Men der er en række punkter, hvor en indretning, der benytter sig viden om demens, kan fremme demente beboeres selvhjulpethed og orienteringsevne, modvirke nederlag og afmagtsfølelse, samt give større tryghed og dermed stimulere til beboernes øgede velbefindende.

## **Litteratur**

Bell, N. (1992) Pink Doors and Door Knockers, University of Sterling, The Dementia Services Development Centre

Bull, G.e; Magnus, I. J. (1996) Aldersdemens. Omgivelser er terapi. Planlegging af boformer - eksempler og veiledning.INFO-bankens temabøker. INFO-banken : Oslo

Calkins, M. (1998) Design for Dementia. Planning Environments for the Elderly and the Confused. Maryland.National Health Publishing

Calkins, M et al (2002) The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes . The Journals of Gerontology Series B. Psychological Sciences and Social Sciences 57, 69-78

Carman, J (2002) Special needs for gardens for Alzheimer's residents. Nursing Homes Long term Care Management June 2002 vol 51 (6) pp 22-24

Cohen, U., Day, K.( 1993) Contemporary Environments for People with Dementia.Baltimore: The John Hopkins University Press

Cohen, U, Weisman, G (1991) Holding on to Home – Designing Environments for People with Dementia: Baltimore: The John Hopkins University Press

Day, K. et al (2000) The Therapeutic Design of Environments for for People with Dementia: A Review of the empirical Research. The gerontologist vol.40,no.4, 397-416

Ericsson, I-K.( 1991) Känna sig som hemma. Goda vårdmiljøer för demenssjuka. Värnamö : Natur och Kultur

Holthe,T. et al (red) (1997 )Ti fugler på taket Rapport fra konferanse om boliger for aldersdemente, Oslo: INFO-Banken

Judd, S. et al (1998) Design for Dementia. London. The Journal of Dementia Care,

Kampmann,L, Esbech, H.( 1996)

De gamles by. Forsøg med bo-grupper Projekt for svært senil demente. Københavns Kommune,

Lovering, M.J. et al (2002) Study of a secure garden in the care of people with Alzheimer's disease. Canadian Journal of Aging. Fall 2002, vol 21 (3) pp. 417-427

Marsden, P. et al (2002) Activity-based kitchens for residents with dementia: design that support group activities. Activities Directors Quarterly for Alzheimer's and Other Dementia Patients. Summer 2002; vol 3(3), pp.15-22

Melin, E., Olsen, R. B (1997) Håndbog i demens. København: Omsorgsorganisationernes Samråd.

Passini, R. et al (2000) Wayfinding in a nursing home for advanced dementia of the Alzheimer's type.Environment and Behavior September 2000, v32 (5), pp.684-710

Paulsson, J. (1997) Det nya äldreboendet. Ideer og begrepp,byggnader och rum. Göteborg: Avd. Bostadsplanering, Chalmers tekniska Högskola,

Sloane, P.D. et al (2000) Light and noise levels in Alzheimer's disease special care units I: Holmes, D et al (eds) Special care units. Paris; New York: Springer

Schwarz, B et al (2004) Effect of design interventions on a dementia care setting. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias May/June 2004 vol 19(3) pp.172 176

Wijk, H. (2001) Colour Perception in Old Age. Göteborgs Universitet

SOS-Rapport 1991:8

Svenskt gruppboende unikt i världen.

Allmänna Förlaget, Kundtjänst, Stockholm

Solheim, K. (1999) Demensguide. København: Hans Reitzels forlag

Videncenter på Ældreområdet (2005): Samarbejde mellem plejehjemsbeboere, pårørende og personale - en treklang med mislyde? Bind 2 Antologi. Hellerup

### **Forfatter**

Dorte Høeg cand.psych. fra Københavns Universitet. For indeværende leder af Videnscenter på Ældreområdet. Tidligere ansættelser på Socialforskningsinstituttet, i Socialstyrelsen, i Socialministeriet og på Gerontologisk Institut. Har i en årrække beskæftiget sig med forskning, udvikling og formidling inden for ældreområdet generelt, og især inden for demensområdet. Er forfatter, medforfatter og redaktør af en række bøger inden for området.