

Demensindretning af alle nye plejeboliger – hvorfor?

Fordi¹:

- 70-100.000 danskere er demente
- Heraf lider 45.000 af Alzheimers sygdom
- Frem til 2030 skønnes antallet at stige med 2.500 – 3.000 personer
- 400.000 danskere er i nærmeste familie med et menneske, der lider af en demenssygdom

Alder er en risikofaktor for demens, og antallet af ældre med demenssygdomme må forventes at vokse i takt med, at vi bliver flere ældre.

Mennesker med moderat til svær demens har svært ved at klare sig i egen oprindelige bolig. Til de ca. 26.000 80+årige, som i dag har demens i moderat til svær grad er der kun 5.639 demensindrettede boliger ifølge kommunernes egne indberetninger til Danmarks Statistik.

Fordi: Kun 4 pct. af aldersgrupperne 50-54årige, 60-64årige, 70-74årige og 80-84årige ønsker at flytte i plejebolig. Dog 22 pct., når de forestiller sig, at deres helbred svækkes². Men flertallet foretrækker at blive boende i egen oprindelige bolig. Tendensen til at ønske at forblive i egen bolig er vokset, som også en undersøgelse fra Boligøkonomisk Videnscenter 2011 viser.

Fordi: I takt med at velfærdsteknologien bliver mere udbredt, vil flere med fysiske svækkelser lettere kunne klare sig i eget hjem, mens mennesker med demens og psykiske lidelser fremadrettet vil få fortrinsret til en plejebolig.

Hypotesen er derfor, at fremtidens plejeboliger især skal opfylde demente og psykisk syges behov.

Allerede i dag skønnes to tredjedele af plejehjemsbeboere at være demente³.

Hvad er demens?

Der er mange forskellige diagnoser, men den største diagnosegruppe er alzheimers demens. Dens sygdomsforløb strækker sig typisk over 10 år. Hvad enten man har alzheimer, frontallaps-demens eller blodpropdemens, er det karakteristisk for hele

¹ Kilde: Nationalt Videnscenter for demens, 2013

² Kilde: Ældre Sagens Fremtidsstudie 2011, kapitlet om boliger

³ Kilde: Ældrekommissionen "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem" 2012

sygdomskomplekset, at man er rum- og retningsforstyrret og har svært ved at orientere sig og finde omkring og hjem igen.

I sygdommens første faser, kan man klare sig i eget oprindelige hjem, men når sygdommen går ind i de næste faser – moderat til svær demens -, går det ikke længere.

Man glemmer at spise og drikke, bytter om på dag og nat, kan ikke finde toilettet, og hvor man har lagt sine ting. Man kan ikke finde hjem, når man går ud. Glemmer at slukke for komfuret og vandet og gribes – som en ekstra belastning - ofte af depression, afmagt og isolation.

Hvad er demensindretning?

Klar og enkel planløsning, der er nem at orientere sig i

Hele boligkomplekset er bygget op omkring en sansehøve

Klare farveforskelle på alle døre og vægge

Nemt at finde sin egen bolig. Fx et foto på døren

Gulvbelægning i ensartet lys farve uden mønstre, der forvirrer demente

God akustik og isolering, så man ikke forstyrrer sine medboere, hvis man er nattevandrer

Godt med lys, der ikke blænder

Godt med dagslys, så man sover bedre om natten

Sensorteknologi og GPS

FOMA-puljen

I 2008 udgav Socialstyrelsen publikationen: *Sådan kan du indrette dementes boliger – og begrænse anvendelsen af tvang*. Den rummer en række eksempler på ombygninger af eksisterende plejeboliger med støtte fra Puljen til forebyggelse af magtanvendelse ved ændringer af dementes boligindretning (FOMA-puljen). Alle de konkrete investeringer i renovering og ombygninger kostede under 200.000 kr.

Selvom projekterne har arbejdet med relativt få problemstillinger og aktiviteter, kan de dog grupperes:

- *Indretning* fx mere hjemlige møbler og udsmykning, skillerum og rumafskærmning, "sløring" af udgangsdøre med malerier
- *Genkendelige pejlemærker* fx navneskilte og billeder på egne døre
- *Lyse badeværelser*, da demente er utrygge ved mørke farver
- *Afskærmet havemiljø*.

Resultatet af disse forsøg er:

- Mindre magtanvendelse, mere livskvalitet
- Styrket dialog mellem personale og beboere
- Større faglig tilfredshed for personalet

De fem projekter fremhæver, at det er *de fysiske boligændringer*, som bærer en stor del af æren for den opnåede effekt. Det har ikke været nødvendigt at foretage større ændringer i den daglige rutine og opgaveløsning. *Det helt afgørende har været boligændringerne.*

Barrierer mod at gøre alle plejeboliger egnede for demente

Den største barriere:

Der mangler let tilgængelig og konkret viden – Best Practice - om demensindretning af plejeboliger. Ifølge direktør Allan Wright, arkitektfirmaet Hune & Elkjær, Risskov, som er et af de største arkitektfirmaer på det kommunale ældre- og plejeboligmarked, foregår starten på et plejeboligbyggeri ofte sådan, at kommunens repræsentanter siger: "Vi skal lige huske en særlig boligenhed til de "hårde" demente." Og derved bliver det. Resten af byggeriet tager ikke højde for, at skønsmæssigt to tredjedele af alle beboerne er demente.

Der hersker en opfattelse af, at:

- det er dyrt at bygge demensindrettet
- det er kun nødvendigt i forhold til de udadreagerende demente (frontallapsdemente)
- demente skal bo i egen bolig-enhed. Ikke sammen med ikke-demente.

Konklusionen af den sidste - i og for sig rigtige tankegang - er, at kommunerne kun tænker på demensindretning i forhold til beboere med en demensdiagnose – især frontallapsdemens, fordi den ofte giver en generende adfærd i forhold til de øvrige beboere. Behovet for at denne gruppe bor i en særlig boligenhed vil fortsat være til stede.

Er det dyrt at bygge demensindrettet?

I eksemplerne fra FOMA-puljen var omkostningerne ved at ændre plejehjem med demensindretning lave, jf. afsnittet ovenfor. Hvis bygninger gøres demensindrettede fra starten, er det ikke dyrere end andet plejehjemsbyggeri. Det afgørende er, at indtænke farver, lys, akustik, haveindretning og demenssikring mm. fra byggeriets start.

Demenssikring – hvordan?

Demenssikring med positionsmeldere (fx sladremåtter) og GPS-teknologi er en nødvendig udgift, når plejecentre skal demenssikres. Vi har bedt Tunstall Nordic, som er Skandinaviens største udbyder af teknologiske løsninger til sikring af plejecentre for

demente om at give et bud. De har fx sikret Rosenlund i Gladsaxe, Hørgården på Amager og Prinsesse Benedikte Centret i Frederiksberg Kommune.

Installation af demenssikring i et nyt byggeri til fx 70 – 100 beboere vil typisk omfatte 10 positioner. Nogle positioner installeres udvendigt i terræn, så beboerne har størst mulig frihed til at færdes udendørs på centerområdet. Andre positioner installeres ved alle døre samt på relevante steder inde i bygningen. Et stort plejecenter i to etager med fx 20 indendørs positioner samt positioner ved alle udgange fra huset og grunden vil ligge på 350.000 kr.

Til demente, der vandrer, er GPS et genialt system: den forsvundne kan findes overalt. Hvad enten de bor hjemme eller på plejecentre. Koblet op på en vagtcentral, hvor der kun kan logges sig ind med en kode, så uvedkommende ikke kan gå ind i systemet og misbruge det.

Fordele ved at gøre alle nye plejeboliger demensindrettede

Plejebolig-byggeriet fremtidssikres til mange af de kommende ældres behov.

Hvis en beboer kun er let dement ved indflytningen, men sygdommen udvikler sig, behøver man ikke at forsøge at flytte beboeren over i en demensafdeling eller til et andet demensindrettet plejecenter, hvilket er en vanskelig juridisk og menneskelig proces.

Plejeboligen er allerede demensindrettet, og som eksemplerne i FOMA-puljen viste, er den fysiske indretning det allervigtigste for både beboerens og personalets trivsel og dialog.

Best Practice

Litteratursøgning viser, at Modelprogram for plejeboliger, som er udgivet af Erhvervs- og Byggestyrelsen i 2010 med støtte fra RealdaniaFonden, indeholder beskrivelser af demensindretning. Disse beskrivelser er imidlertid spredt rundt omkring i modelprogrammet. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens⁴ indeholder en anbefaling af boligmiljøer til demente, der er overskuelige og enkle og støtter muligheden for orientering ved hjælp af tydelig skiltning, gennemtænkt brug af farver mm.

Der mangler imidlertid en praktisk, konkret og klar vejledning i plejeboligbyggeri med demensindretning til brug for kommuner, boligorganisationer, arkitekter m.fl. Fx som et tillæg til modelprogrammet, der vil kunne bruges som fælleseje, best practice, som alle anvender fremover.

⁴ Sundhedsstyrelsen, oktober 2013

Sådan en best practice bør indeholde konkret viden om:

- Lys
- Farver
- Indretning
- Elektroniske hjælpemidler og GPS
- Hegn
- Udearealer

Disse pinde favner både udfordringerne ved indretning til borgere med demenssygdomme og vil også kunne stimulere sindet på en måde, hvor vi kan inddrage *helbredende arkitektur* som en måde at anskue plejeboligerne på. Helbredende arkitektur⁵ er på ingen måde forbehold hospitaler.

Konklusion

Demensindretning af plejecentre mindsker uro og forvirring for de demente, øger deres livskvalitet, sparer mange arbejdstimer og giver større arbejdsglæde for personalet.

Demenssikring og GPS er forskellen på liv og død for demente. Det er økonomisk overkommeligt og kommunerne kan selv beslutte at udruste demente, der ikke er i stand til at give samtykke, med disse hjælpemidler: chip (minisender) og GPS.

Alle plejecentre bør demenssikres, fordi de fleste beboere er demente. I de kommende år må endnu flere plejehjemsbeboere forventes at være demente.

Ref. Margrethe Kähler, august 2014

