

Masteroppgave 2018

Birgit Øye

Wayfinding/Veifinning – Fysisk utforming av sykehjemsavdelinger for demente

14.01.19

Abstract	4
1.0 Intro	6
1.0.1 Prevalens av demenssykdom i Norge	6
1.0.2 Hva er demens?	7
1.0.3 Alzheimers	7
2.0 Teori	9
2.1 Dementes persepsjon og opplevelse av det fysiske miljøet	10
2.2 Veifinning	12
2.3 Brukermedvirkning – Hvordan kan vi sikre best mulig kvalitet i sykehjem	13
2.4 Post-occupancy evaluation (POE)	14
3.0 Empiri - Tidligere forskning på pasienter med demens	14
3.2 Viktige faktorer for å sikre god livskvalitet i sykehjem for demente	16
3.3 Hvor oversiktlig og hvor store burde sykehjemsavdelinger for demente?	18
3.4 Hvor viktig er det å ha tilgang til natur?	21
3.5 Formål og problemstilling	21
4.0 Metode	23
4.1.0 Studie 1	23
4.1.1 Sted.	23
4.1.2 Utvalg	25
4.1.3 Instrument	26
4.1.4 Analysemetode	27
4.2.0 Etikk	28
5.0 Analyse	29
5.1.0	29
5.2.0 De ansattes vurdering av beboernes evne til å finne frem på avdelingen.	31
5.2.1 Interpretativ fenomenologisk analyse	33
5.3.0 Analyse av spørreskjema	38
<u>6.0 Diskusjon</u>	40
6.1 Resultat fra dybdeintervju med prosjektleder Mette L'Orange	40
6.2 Resultat fra intervjuene med de ansatte på Gulstølstunet sykehjem	41
6.3 Resultatet fra spørreskjemaet	45
6.1 Fremtidig forskning	46
7.0 Konklusjon	47

<i>Vedlegg 1. Samtykkeskjema</i>	54
<i>Vedlegg 2</i>	55
<i>Vedlegg 3</i>	56
<i>Vedlegg 4. Intervju guide til dybdeintervju</i>	57
<i>Vedlegg 5. Planløsning</i>	58
<i>Vedlegg 6. Godkjenning av prosjekt fra NSD</i>	60

Abstract

The following paper investigated how the physical environment can support and help patients with dementia living in health institutions to easier find their way through the department. The study also explored if there are any elements in the physical environment can be helpful or harmful for patients with dementia? Gulstølstunet, a health institution for elderly, have painted the different departments in three different colours to make it easier for the residents to differentiate the areas. The colours of the wall in each corridor have also been painted so the colour becomes brighter as you get closer to the communal living room. A mixed-method was applied with a main focus on the qualitative data collection. 11 employees and the designer were interviewed, a short questionnaire to measure the residents ability to find their way through the environment rated by the employees was also included based on (Marquardt, 2009). Results indicate that painting the walls had no effect on the patients' wayfinding ability. However, many of the participants expressed it was hard to measure whether or not the residents exhibit any difference in behaviour, but the new colour of the walls had a positive effect on the employees themselves.

Forord

Jeg vil gjerne takke Bergen Kommune og Rune Eidset for muligheten til å bidra til dette prosjektet. I tillegg vil jeg takke lederen Eva Maria Lim og avdelingslederne Marit Ostensen og Kjersti Lien ved Gulstølstunet sykehjem som hjalp meg i datainnsamlingsperioden med rekruttering og tilrettelegging av intervjuene.

Veileder Åshild Lappegard Hauge ved Høgskolen i Innlandet, fortjener en stor takk som har gitt gode råd og tips og oppmuntring gjennom skriveprosessen.

Min første veileder Katinka Horgen Evensen, fortjener også en stor takk som hjalp meg å komme i gang med prosjektet og datainnsamlingen.

I tillegg vil jeg takke min familie, venner og samboer Frederik Økland som har heiet på meg. En spesiell takk til mine foreldre Elen og Erik Øye som gitt meg ekstra mye støtte.

1.0 Intro

Å kunne navigere seg frem til et mål er en viktig kognitiv evne hos mennesket. Målet kan være et hverdagslig gjøremål som for eksempel å finne frem til kjøkkenet for å sette på kaffen i hjemmet sitt, finne frem til toalettet på jobb, eller finne frem til en ny restaurant i byen. I alt fra hjemmet, nærmiljøet og ukjente steder har vi bruk for vår kognitive orienteringsevner til å finne frem. Et begrep som har blitt tatt i bruk for å beskrive dette fenomenet av miljøpsykologer er veifinning. Dette begrepet blir definert som kognitive prosesser mennesket går igjennom for å finne frem til målet. Det finnes ulike teorier for hvilke prosesser vi tar i bruk for å finne frem, blant annet er hukommelsen en viktig del av dette. Hva skjer når vår kognitive evne er svekket og vi ikke lenger kan ta i bruk hukommelsen som verktøy for å finne frem? Fysiske hint i miljøet kan være et nyttig verktøy for å hjelpe mennesker med svekket kognitiv evne, som for eksempel demente, til å finne frem til målet. Dette kan igjen føre til mindre frustrasjon og en evne av å mestre miljøet. Sykehjemsavdelinger for demente er et sted hvor det fysiske miljøet bør tilrettelegges for brukergruppen med tanke på veifinning.

1.0.1 Prevalens av demenssykdom i Norge

Som følge av økt levealder og flere eldre i Norge vil antall personer med demens sannsynligvis fordobles de neste 30-40 årene. I 2015 var det 17 473 personer registrert med demens i IPLOS-registeret, imens var det 23 613 pasienter med demens hos fastleger fra HELFO. Demens og Alzheimers var årsak til 3020 dødsfall i 2014 (Helsedirektoratet 2017).

I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal § 1-1 punkt 3 sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. I punkt 5 står det at tilbudet skal tilpasses den enkeltes behov. Personer som mottar pleie- og omsorgstjenester fra kommunen skal få sine grunnleggende behov ivaretatt i følge forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). Med grunnleggende behov menes blant annet:

- Selvstendighet og styring i eget liv.
- Sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.
- Mulighet for ro og skjermet privatliv.
- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

Forskning har vist at fysiske trekk i miljøet i sykehjemmet kan ha en innvirkning på beboerens velvære, medikamentforbruk, antall infeksjoner, sosiale relasjoner og opplevelsen av kjedsomhet, ensomhet og hjelpeløshet. Personalet blir også mer stabilt. Dette betyr at det er viktig at når nye sykehjem bygges eller eksisterende blir oppusset legges det vekt på evidens basert design for å få ned økonomiske utgifter som medisin og få med antall sykemeldinger (Aslaksen et al., 2012; Clayton 2012)

1.0.2 Hva er demens?

Demens kan defineres som tap av kognitive evner som hukommelse, persepsjon, verbale evner, og evnen til å vurdere. Ifølge Bear et al. (2016) er det estimert at rundt 18% av befolkningen på 85 år og eldre har demens. Tidligere var det antatt at denne tilstanden var et unngåelig resultat av alderdom, men i dag er det anerkjent som et tegn på en hjerne som er syk. Vanlige årsaker til denne tilstanden er flere slag eller Alzheimers sykdom (Carson, 2010, s. 543). Flere nevrologiske lidelser kan føre til demens og er dermed et resultat av en organisk hjerne sykdom. Forvirrete tilstanden er forårsaket av en svekket evne til å ta til seg ny informasjon og minnes tidligere tilegnet kunnskap og informasjon (Bear et al., 2016, s. 19).

Frontal- temporal demens er en tilstand som involverer degenerering av den frontale hjernelappen og deler av den temporale hjernelappen. Personer med denne formen av demens er ofte dårligere til å planlegge og utføre handlinger i riktig sekvens som når man skal kaste og slippe snøret når man fisker...

1.0.3 Alzheimers

Demens kan være et resultat av Alzheimers. Alzheimers er en sykdom som er en progressiv degenerering av spesifikke nevroner i hjernen. Individuer med denne sykdommen vil først miste sitt sinn, og senere miste evnen til å kontrollere grunnleggende funksjoner til kroppen og til slutt dø (Bear et al. 2016). Rundt 10% av befolkningen over alderen 65 og nesten 50 prosent av folk over 85 år blir rammet av denne sykdommen. Individuer preget av denne sykdommen vil oppleve progressivt tap av hukommelse og andre mentale funksjoner. I det første stadiet kan det være vanskelig å huske avtaler, minnes enkelte ord eller navn til kjente

personer. Med tiden vil de også vise tegn på økt forvirring og oppleve vanskeligheter med oppgaver som å balansere inntekt og utgifter. Hukommelsestap gjelder i størst grad nylige hendelser. Dersom personer med Alzheimers skulle bevege seg ute alene er sannsynlighet stor for at de vil gå seg vill. Mange ender til slutt opp som sengeliggende og blir totalt hjelpeløse til slutt før de dør (Carson, 2010).

På tross av at studier har vist at i enkelte tilfeller kan årsaken til Alzheimers være genetisk, er de fleste utgaver av sykdommen ikke arvelig. En av de sterkeste ikke-genetiske faktorene som er kjent til å forårsake Alzheimers er traumatisk hjerneskade. Utdannelses nivå har også vist seg å være en viktig faktor. Et studie av Bennet et al. (2003) viste en positiv relasjon mellom antall år med formell utdanning og kognitiv ytelse.

Mange av de som utvikler demens ender opp på sykehjem, hvordan kan man tilrettelegge for et godt miljø for denne brukergruppen? I fagmiljøene er det bred støtte om at de store sykehjemmene er dårlig tilpasset langtidsbeboere med demens (Haugan et al., 2015). Oppgaven vil gjennom det miljøpsykologisk perspektivet undersøke hvordan det bygde miljøet kan understøtte demente pasienters behov.

2.0 Teori

Et miljøpsykologisk perspektiv innebærer å fokusere på faktorer i de fysiske omgivelsene som kan redusere stress og negative opplevelser, og som kan fremme trivsel og velvære. En miljøpsykologisk tilnærming til helseinstitusjoner for demente fokuserer på hvordan det fysiske miljøet kan påvirke brukeren og hvordan det kan best utformes slik at det understøtter alles behov, dette gjelder pasienter, ansatte og pårørende. For å begrense litteraturdelen har oppgaven fokusert på demente pasienters opplevelse av det fysiske miljøet i helseinstitusjoner. Dette er også passende i forhold til oppgavens problemstilling.

Evidens-basert forskning utforsker hvordan det fysiske miljøet kan være til støtte, hjelpe og gjøre hverdagen bedre for brukerne. Dette inkluderer blant annet hvordan sykehjem for eldre og institusjoner for mennesker med mentale lidelser burde utformes. Evidens-basert design er en fremgangsmåte der designet av det bygde miljøet er basert på de mest relevante og troverdige forskningsfunnene. Denne tilnæringsmåten har blitt tilpasset hvordan helseinstitusjoner burde utformes. Ulrich med flere utviklet begrepet som fokuserer på kvaliteten ved de fysiske omgivelsene basert på helseinstitusjoner skal planlegges og utformes på et vitenskapelig grunnlag. Dette er viktig for å skape fysiske miljøer som støtter psykososiale behov og individets velvære. De identifiserte fire utfallsområder som kan påvirkes av institusjonens arkitektoniske design: 1. Personalets effektivitet, stress og trøtthet. 2. Pasientens sikkerhet, 3. Pasienter og pårørendes stress og velvære, og til slutt 4. Overordnede kliniske resultater. Det neste innen EBD er å integrere brukerens persepsjon og opplevelse av miljøet (Clayton 2012; Aslaksen et al., 2012; Marcheschi, 2015).

For å få en full forståelse for hvordan miljøet påvirker oss er det nødvendig med et holistisk rammeverk som inkluderer en evaluering av privatliv, offentlig og naturlig settinger av miljøet (Wright & Kloos, 2007). Ved et sykehjem er det nødvendig å gjøre en vurdering av hele institusjonen for å få en fullstendig vurdering av hvordan det fysiske miljøet påvirker de som bor der. Dette holistiske perspektivet er blitt brukt i tidligere studier av helsefasiliteter for eldre (Aslaksen et al., 2012; Marcheschi, 2015).

Men hva viser forskning om hvordan det fysiske miljøet kan best utformes for demente? Flere helseinstitusjoner har tatt i bruk EBD i forbedring og utbygging av nye avdelinger og institusjoner. Pasientperspektivet er svært sentralt og de arkitektoniske virkemidlene skal

tilføre ro, hvile og avskjerming. Dette perspektivet innebærer: 1. At pasientene skal få en følelse av kontroll. 2. Tilrettelegging av kontakt med natur og andre faktorer som kan gi en positiv opplevelse eller positiv distraksjon (Aslaksen et al., 2012). Pasientperspektivet burde også stå sentralt i utformingen av helseinstitusjoner for demente pasienter, men må spesial tilpasses brukergruppen med tanke på deres svekkede kognitive evner. Av den grunn er det viktig å utforske hvordan de dementes persepsjon og opplever det fysiske miljøet.

2.1 Dementes persepsjon og opplevelse av det fysiske miljøet

Et byggs brukskvalitet må vurderes i forhold til brukeren. Hvordan opplever og bruker den demente det fysiske miljøet? Et godt utformet sykehjem kan understøtte livskvalitet hos beboerne (Haugan et al., 2015; Aslaksen et al., 2012). Det er derfor viktig at man tilrettelegger et fysisk miljø som understøtter dementes behov.

Farger kan gjøre design mer visuelt interessant og estetisk, men de kan også brukes til å forsterke organisering og mening av elementer i et design eller miljø. Ifølge Lidwell et al. (2003) burde man være konservativ i fargebruken og ikke ta i bruk for mange forskjellige farger. Farger kan fremme deteksjon, diskriminasjon, og kan brukes til å svekke deteksjon. Eksempler på dette er å male en dør i samme fargesom veggen for å svekke deteksjon, men å male døren og veggen i to kontrastfarger kan fremme deteksjon (Lidwell 2003; Bear et al., 2016).

Aldring av øyet er ofte assosiert med svekket synsevne, med alderen bli øyelinsen mer gul og det er også en endring i bølgelengden som når retina. Som et resultat adapterer hjernen seg og tilpasser informasjonen den får fra øyet. Dermed tyder forskning på at det er lite forandring i fargepersepsjon med alderen, men fargesynet blir svekket. Retina til en person i 60-årene mottar en tredjedel av det lyset som en retina til en 20-åring gjør, dette kan gjøre det vanskeligere å se i dårlig eller svak belysning. Eldre mennesker blir også lettere blendet. Skarpheten i synet blir også svekket med alderen og blir spesielt dårlig når det er liten kontrast og dårlig lys. Dette medfører også dårligere skarphet i periferien og gjør det vanskeligere å se objekter i sidesynet. Eldre har dermed et mindre synsfelt de kan bruke til informasjonsprosessering. Noe forskning tyder også på at dybdesynet blir svekket med alderen, dette kan igjen føre til fall (Foley & Martin, 2010).

Fra det miljøpsykologiske perspektivet kan støy defineres som en uønsket lyd. På et sykehjem for demente kan det være flere uønskede lydkilder som for eksempel støy fra kjøkkenet og roping fra medpasienter. Dette kan få til negative fysiologiske konsekvenser hos pasienter. Studier på sykehuspasienter har vist sammenhengen mellom støy og stress, når støynivået minimeres har dette en positiv innvirkning på pasientenes helbredelse (Ulrich, 1991; Clayton, 2012; Aslaksen et al., 2012). Hvordan er det så for demente pasienter? Demente pasienter kan reagere negativt på støy, det kan blant annet ha en negativ effekt på søvnkvalitet, øke frykt, og redusere sosial interaksjon (Wong et al. 2014).

Det kan være vanskelig for demente å diskriminere mellom hva som er relevant og hva som er ikke-relevant informasjon. Distraherende elementer i miljøet kan dermed vekke større frustrasjon hos demente, og elementer så lite som et askebeger kan være forstyrrende i informasjonsprosessering. Eldre har også en tendens til å se mot bakken. Dette kan være nyttig å ta i betraktning når man skal vurdere hvor informasjon skal plasseres. (Engedal og Haugen, 2009).

Nedsatt evne til å orientere seg og finne frem er vanlig blant demente (Marquadt, 2009). Et tidlig tegn på demens er at personen ikke finner frem og går seg bort i ukjente omgivelser. I det som kalles "Global Deterioration Scale" er denne formen for mild kognitiv svekkelse på nivå 3. Ved nivå 4 av dementia, kan individet bli desorientert i kjente omgivelser (Marquardt, 2009). Derfor er dette spesielt viktig å tenke på nå man skal tilrettelegge for denne brukergruppen ved sykehjem. Evnen til å finne sitt eget soverom er avhengig av hvilket stadiet av dementia beboer befinner seg i. Jo, sterkere de er preget av dementia, jo vanskeligere er det å finne ruten til sitt eget soverom (Marquadt, 2009).

Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg vil personen bli mer og mer avhengig av miljøet de befinner seg i, derfor er det viktig å tilrettelegge det fysiske miljøet slik at omgivelsene blir trygge, stabile og forutsigbart i forhold til hukommelsesproblemer og desorientering som følge av sykdommen (Engedal og Haugen, 2009).

2.2 Veifinning

Veifinning eller "wayfinding" som det heter på engelsk ble først tatt i bruk av byplanleggeren Kevin Lynch i boken "Image of the city" hvor han utforsker hvilke elementer i bybildet mennesker tar i bruk for å orientere seg. I miljøpsykologi blir begrepet definert som prosessen et mennesket går igjennom for å finne frem i omgivelsen (Clayton, 2012). Friske mennesker bruker tidligere erfaringer til å anta plasseringer av funksjoner og elementer i miljøet. Tidligere kunnskap og opplevelser er dermed viktig. Veifinning innebærer også å kunne ta i bruk "romlig" og annen informasjon i miljøet for å finne frem til et mål (Lidwell, 2003; Skorupka, 2013). Enten man skal finne frem til butikken eller toalettet på en sykehjems avdelingen inneholder prosessen å finne frem fire steg: 1. Orientering. 2. Rute-valg. 3. Rute-kontroll. 4. Gjenkjenning av mål.

1. Orientering stadiet innebærer at personen blir bevisst på hvor man er i forhold til nærliggende objekter og plassering i forhold til målet. For å forbedre orienteringsevnen kan man dele opp områder i små distinkte deler, og bruke landemerker og skilting til å skape unike områder. Landemerker er spesielt effektive og kan være visuelle hint til personen som navigerer seg i miljøet. Minneverdige lokaler kan også være nyttig. Skilting er den letteste metoden og gjør det mulig å vise personer hvor han/hun er og hvor de kan gå.
2. Rute-valg går ut på å velge hvilke rute man skal ta for å nå frem til målet. Å minimere alternative ruter og skilte godt kan gjøre det lettere å velge rute. Kart gir en mental representasjon av området, men disse kan være komplekse og vanskelig å lese. Spesielt er dette gjeldende når man er stresset eller har dårlig tid.
3. Rute-kontroll refererer til å kontrollere og bekrefte at man er på vei i riktig retning. For å gjøre dette lettere kan man knytte plasseringen til startpunktet og målet med veier som har en tydelig og klar start og visuelle veivisere som for eksempel piler på gulvet. Skilting kan også hjelpe på dette stadiet.
4. Gjenkjenning av mål referer til å kjenne igjen destinasjonen. For å gjøre dette lettere kan man gi destinasjonen en tydelig og konsistent identitet.

(Lidwell et al., 2003)

Når vi ikke finner frem i miljøet kan det medføre til stress. Demente pasienter kan ikke som friske mennesker bruke tidligere kunnskap til å orientere seg og har en redusert evne til å tilpasse seg nye forhold (van Hoof et al., 2010). Navigerings prosessen kan bli påvirket av dårlig arbeidshukommelse og den generelle orienteringsevnen er svekket hos denne pasientgruppen. I tillegg er det vanskelig for demente å lese kart og kan derfor ikke ta i bruk dette hjelpemiddelet (Carson, 2010; Bear et al. 2016). Å kunne finne frem på avdelingen er viktig for selvfølelsen og kan gi beboeren mestringfølelse. I tillegg gir det en bedre følelse av autonomi. Å tilrettelegge et fysisk miljø som gjør det lettere for demente pasienter å finne frem på helseinstitusjoner er vesentlig. Det er viktig å tenke på strukturen av bygget og avdelingene tidlig i utformingsprosessen med tanke på veifinning, allerede i startfasen burde designeren tenke på hvor lett det er for pasienter, ansatte og besøkende å finne frem. Spesielt med tanke på korridorer og avdelinger (Carpman & Grant 2016).

2.3 Brukermedvirkning – Hvordan kan vi sikre best mulig kvalitet i sykehjem

Det fysiske miljøet kan påvirke vår opplevelse av miljøet som igjen kan påvirke helse og livskvalitet. Dermed er det ingen direkte påvirkning mellom det fysiske miljøet og helse. Her kan miljøpsykologer være flinke til å kartlegge hvilke faktorer som understøtter et helsefremmende fysisk miljø. Hvordan kan vi sikre at utbedring og utbygging av sykehjemmene blir best tilpasse beboerne og de ansatte? Dette er særdeles viktig med tanke på at dette er dyre og viktige investeringer kommuner gjør. Dermed er det viktig å få det best mulige resultatet med siden dette påvirker arbeidshverdagen til de ansatte og pasientenes trivsel, som igjen kan påvirke antall sykemeldinger og medisinfbruk. Brukermedvirkning skal sikre at designeren får all informasjon som er viktig før man begynner å planlegge prosjektet. Ved å ta i bruk ulike metoder som å intervju brukerne, fokusgrupper, distribuere spørreskjema og observere atferd i miljøet man ønsker å samle informasjon om hvordan det blir brukt. Miljøpsykologer kan ved hjelp av brukermedvirkningsprosessen innhente informasjon fra brukeren som kan igjen gi nyttig informasjon og danne rammer for designeren. Dette gjør det lettere for arkitekten å designe det fysiske miljøet slik at det understøtter brukerens behov og bruk. Rehabiliteringsprosesser kan også dra nytte av å ta i bruk brukermedvirkning. Ansatte ved et botiltak opplevde at beboerne ble mer positive til å

motta hjelp og støtte som et resultat av medvirkningsprosessen (Clayton, 2012; Hauge og Magnus, 2012).

2.4 Post-occupancy evaluation (POE)

Post-occupancy evaluation er en evaluering av det fysiske miljøet etter at folk er tatt i bruk. Dette kan brukes for å undersøke om planleggingen i designprosessen stemmer overens med sluttproduktet, og om utformingen av miljøet har hatt ønsket effekt på brukeren. Denne evalueringsmetoden inkluderer kvantitative og kvalitative fremgangsmetoder og er et nyttig verktøy til å vurdere det fysiske miljøet i helseinstitusjoner. Ofte blir denne evalueringsmetoden tatt i bruk til å sammenligne dataene med kriterier som er teoretisk konstruert eller framsatt av brukere og designere (Gifford 2016).

Oppgaven har basert metoden på POE og tatt i bruk sentrale begreper i litteraturen om demens i helseinstitusjoner for å utforske hvordan det fysiske miljøet har påvirket beboerne ved Gulstølstunet sykehjem. Sentrale begreper som trivsel, vandring og uro ble tatt i bruk som mål på livskvalitet hos beboerne på avdelingene.

3.0 Empiri - Tidligere forskning på pasienter med demens

Til tross for at nesten 80% av de som bor i sykehjem har demens, er mange sykehjem ikke bygd og tilrettelagt for personer med denne sykdommen. (Haugan et al., 2015). Dårlig tilpasning mellom pasientens kognitive evne og signaler eller stimuli fra miljøet kan føre til negativ atferd og mestringssevne (van Hoof et al., 2010). Likevel er det viktig å poengtere at det ikke er det fysiske miljøet som er viktigst for personer med demens, men hvordan de ulike rommene tillater meningsfulle aktiviteter og understøtter omsorg og den dementes mestringssevne (Haugan, 2015).

Når demente flytter til sykehjem, klarer de ofte ikke å lokalisere steder innenfor det nye og ukjente hjemmet. Dette fører til tap av autonomi, og kan også påvirke effektiviteten til institusjoner og kvaliteten på omsorgen som blir gitt.

3.1 Fargepersepsjon og støy hos eldre pasienter med demens

Forskning har vist at det er uenighet i om demente opplever farge ulikt fra friske mennesker, men studier har tatt i bruk ulike metoder for å undersøke dette. I et studie ble maleriene av den tyske kunstneren Carolus Horn som fikk påvist Alzheimers analysert ved hjelp av kvalitative og kvantitative metoder viste resultatene hvordan hans visuelle verden ble forandret og påvirket av spatiale (romlige) feil og hvordan persepsjon av farge endret seg i løpet av sykdomsforløpet, (Maurer & Prvulovic, 2004). Dittmars (2001) sammenlignet fargepreferanse hos yngre og eldre deltakere. Resultatet tydet på at fargepreferanse endres med alderen som kan skyldes endringer i farge-diskriminering som følge av at øyelinsen blir gulere og nedsatt funksjon i de blå tappene.

Andre studier har vist at pasienter med Alzheimers ikke skiller seg fra friske personer i fargepersepsjon, men har vist aldersrelatert svekkelse av fargepersepsjon. Et studie viste at kontrast sensitivitet var det eneste som skilte personer med Alzheimers fra de friske i en rekke tester av synet (Bassi et al. 1993). Wijk og Sivik (1995) fant ingen signifikant forskjell mellom friske og pasienter med Alzheimers i farge-navngivning, farge-diskriminering og fargepreferanse. Pasientene med Alzheimers kunne få hjelp av visuelle fargehint og kan derfor brukes til å understøtte pasienters behov som veifinning i helseinstitusjoner.

Forskning har også vist at høye lydnivåer kan øke den forvirrede tilstanden og vekke frykt eller andre negative følelser hos demente pasienter. Høye lydkilder kan være alt fra lyd fra tv, telefoner og folkemengder (Garre-Olmo et al., 2012). Dette kan by på utfordring ettersom en åpen planløsning er mer oversiktlig og kan bidra til å gjøre det lettere for demente pasienter å finne frem, men dette kan igjen føre til mer støy på avdelingen. Lyddempende tiltak burde derfor vurderes (Marquardt og Schmieg, 2009; Aslaksen et al., 2012). For lite lyd kan også være problematisk. Cohen-Mansfield et al. (2012) undersøkte effekten av ulike stimuli i miljøet. Resultatet viste at mangel på lyd i et rom kunne forårsake uro, imens glede hadde høyere sjans for å oppstå hos beboerne når miljøet hadde moderat lydnivå.

3.2 Viktige faktorer for å sikre god livskvalitet i sykehjem for demente

Hvilke arkitektoniske rammer kan gi rom for samtaler, samvær, privatliv, veifinning og trivsel hos demente pasienter? Studier har vist at interiør design kan for eksempel svekke eller styrke sosial interaksjon ut ifra hvilke typer møbler (lette eller tunge), hvor rent det er, og rom layout. Dersom beboeren er stolt av sin egen bolig kan dette også være med på å øke sosial interaksjon (Ulrich, 1991; Evans, 2003; Clayton, 2012; Aslaksen et al., 2012; Haugen og Magnus, 2012). Demente beboere har større behov for forutsigbarhet, å bruke møbler og eiendeler til å pynte opp rommet sitt kan være med på å skape et trygt miljø og gjenkjennelige rammer (Engedal og Haugen, 2009). Å skape et gjenkjennelige miljø utenfor deres private værelser kan også være viktig for demente. Dette kan innebære at en avdeling tar i bruk møbler og skaper omgivelser som er kjente og minner om tidligere hverdagsliv (Haugan, 2015).

Forskning på andre pasientgrupper har vist at bruk av varme farger, natur elementer, komfortable møbler og varme materialer som tre kan være gunstig for pasienter. Kunst kan være distraherende og gi en positiv opplevelse for pasienten, men de fleste foretrekker natur og landskapskunst fremfor abstrakt. Fargen oransje kan virke opphissende på folk, imens grønn kan redusere stress (Ulrich, 2002; Aslaksen et al., 2012; Clayton, 2012).

Et vesentlig begrep i litteraturen om demente er ”hjemmet” eller ”hjemlig atmosfære”. Å skape et hjemlig fysisk miljø kan være essensielt for livskvaliteten til demente pasienter i sykehjem og øke følelsen av tilhørighet (van Dijck-Heinen et al., 2014). Ifølge Marquardt et al. (2014) antyder begrepet hjem et miljø som har både stue, kjøkken, spisestue og hjemlig innredning. Hjemmet er også et kjent, trygt og behagelig miljø som innehar meningsfulle og kjente aktiviteter (Zingmark, Sandman, Norberg, 2002).

For mange presenterer hjemmet og tilhørende gjenstander hva man har oppnådd og realisert gjennom livet (van Hoof et al., 2010). Demente pasienters private værelser representerer noe personen kan være stolt av og har muligheten til å innrede med personlige gjenstander. Deres egne værelser gir også beboerne og pårørende muligheten til å trekke seg tilbake og være alene (Haugan et al. 2015). Privatliv gir pasienten frihet, verdighet og mulighet for mental restitusjon (Carpman & Grant, 2016). Situasjoner der personen med demens prøver å ivareta sitt privatliv, sin identitet, autonomi og sikkerhet kan føre til utfordrende atferd. Dette kan

knyttet opp mot utagerende og aggressiv atferd som oppstår i situasjoner der den demente føler at den private sfæren blir invadert, som for eksempel ved morgenstell (Graneheim, Norberg og Jansson, 2001). Demente som går rundt og plukker og flytter på gjenstander, kan være et tegn på at de strever og kjemper for å ha en ordinær hverdag og et ønske om å ha kontroll over situasjonen (Graneheim og Jansson, 2006). Muligheten for privatliv er altså en vesentlig faktor i det fysiske miljøet som understøtter følelsen av å være hjemme. Denne faktoren har også vist å ha en positiv påvirkning på pasienters atferd, demente beboere som har mer privatliv viser mindre aggresjon og angst (Haugan et al. 2015).

Å føle seg hjemme krever mer enn at de fysiske miljøfaktorene er dekket. Kvaliteten på relasjoner og interaksjoner er like viktig (Van Dijck-Heinen et al. 2014). I følge Haugan et al. 2015 kan følelsen av hjem utvikles kun når det er en balansen mellom sosiale og miljømessige faktorer er oppnådd. Å skape et fysisk miljø som understøtter sosial interaksjon er dermed vesentlig.

Funaki og kollegaer fant i en longitudinell studie av livskvalitet at deltakelse i aktiviteter relatert til husarbeid som matlaging og handling var relatert til forbedring i livskvalitet hos personer med demens (Funaki et al., 2005). Demente pasienter burde selv bestemme over sitt eget liv og gjøre som de vil med hjelp av faktorer det fysiske miljøet (van Hoof et al. 2009). Popham og Orrel (2012) utførte fokusgruppeintervjuer med pårørende til personer med demens i sykehjem i London fra fem ulike institusjoner. Her kom det frem at pårørende og pasienter vedsetter autonomi og muligheten for å kunne stå opp, gå ut eller ta seg en kopp te når de selv ønsker. Ledelsen og de ansatte prioritert helse og trygghet/sikkerhet. Hvordan kan man tilrettelegge et fysisk miljø som understøtter autonomi i fellesrommene hvor beboerne ofte må ta hensyn til hverandre?

Det fysiske miljøet burde understøtte kontroll som er en vesentlig faktor assosiert med negative helseutfall som økt stressnivå og svekket livskvalitet. Dette inkluderer lyd, lys, lukt, temperatur og privatliv. Ved å gi demente pasienter muligheten til privatliv, tilgjengelig tv-apparat som kan kontrolleres, tilgjengelig hage kan forbedre opplevelsen av kontroll (Ulrich, 1991; Clayton, 2012; Aslaksen et al., 2012). Ofte kan demente beboere føle seg overbeskyttet og behandlet som et barn når de bor på avdelinger hvor dørene blir låst. Dette oppleves som friheten frarøves og at de ikke kan komme og gå som de vil (Graneheim og Jansson, 2006).

Det fysiske miljøet burde derfor legge til rette og finne kreative løsninger til hvordan man kan unngå dette.

I et studie av Granheim og Jansson (2006) ble demente beboere ved et sykehjem intervjuet. Resultatene viste at de ønsket å delta i aktiviteter der de selv er aktive. Muligheten for å kunne bevege seg og trene kan være gunstig for pasienter med demens. Studier har funnet at fysisk trening har vist god effekt på kognitiv evne, god livskvalitet og kan ha positiv effekt på depresjon (Haugan et al. 2015). Demente pasienter som er urolig eller har behov for å bevege seg kan derfor dra nytte av vandreløyper på sykehjem.

Institusjoner er ofte preget av like korridorer og rom, ved å gjøre omgivelsene mer særpregede kan man også legge bedre til rette for at beboerne klarer å skille mellom etasjer og rom (Aslaksen et al., 2012; Clayton, 2012).

Noen pasienter er avhengig av lys for å orientere seg. Eldre finner det ofte vanskelig å identifisere grensene til objekter, og trenger mer lys for å lese visuelle kontraster i miljøet. Tilstrekkelig lys er dermed viktige for at ikke orienteringsevnen skal bli redusert, men det burde heller ikke være for skarpt og blendende. Kontraster mellom vegg og rekkverk kan også være viktig (Engeland og Haugen, 2009; van Hoof et al. 2009). Forskning har også vist at pasienter med Alzheimer's som blir eksponert for blått-hvitt lys (dagslys) på dagtid sover bedre om natten og blir mer aktive på dagtid (Wallace, 2003).

For at den demente skal trives og oppleve en hjemlig atmosfære på sykehjemmet må de fysiske aspektene i miljøet være utformet og basert på et arketypisk hus. En avdeling bør ha et kjøkken, felles stue og separate soverom som gir mulighet for privatliv. Designløsninger bær støtte demente pasienters behov for sosial interaksjon, opplevd kontroll, være oversiktlig og ha en hjemlig atmosfære.

3.3 Hvor oversiktlig og hvor store burde sykehjemsavdelinger for demente?

Hvordan kan et sykehjem skape denne hjemlige atmosfæren med alle de nødvendige rom for privatliv og fellesrom uten at den demente mister oversikten over miljøet. Studier nevnt til nå har tatt for seg viktigheten ved en hjemligatmosfære og at den demente har kontroll over

privatliv. Men for at den demente beboeren skal kunne ha et utbytte av dette er det også viktig at individet har oversikt over avdelingen. For å kunne trekke seg tilbake fra fellesrommet når man vil være alene er det viktig å vite hvor sitt eget private værelse er. Er det lett å finne frem til kjøkkenet når man er sulten? Som tidligere nevnt har demente begrensede kognitive evner og blir lett distraheret av andre elementer i rommet. Et rom-kart blir ofte for avansert for dem å prosessere. Et oversiktlig fysisk miljø kan gjøre det lettere for beboer å finne frem, noe som igjen kan gi mestringsfølelse og en sterkere følelse av kontroll. Kan dette føre til at det oppstår færre utagerende episoder blant beboere?

Både de ansatte og beboerne burde ha en viss oversikt og muligheten for å holde kontakten med hverandre. Dette behovet kan møtes ved å ha en åpen planløsning og redusere visuelle hindringer som vegger. Enkelte beboere kan ha problemer med å lokalisere toalettet, det er antatt at det er lettere for beboerne å finne frem til toalettet når dette er synlig fra fellesstuen og godt markert (van Hoof, 2009). Dersom omgivelsene er oversiktlige kan man også unngå at pasientene mister kontroll (Engedal og Haugen, 2009).

Størrelsen og formen på korridorer påvirker hvor lett det er å finne frem på avdelingen. Å finne frem gir en mestringsfølelse som igjen gir en følelse av glede. Dersom korridoren er organisert slik at den kan sees fra dagligstuen vil det være lettere for den demente å orientere seg (Marquardt og Schmiege, 2009; Mansfield og Werner, 1998).

Småskala-institusjoner har ofte et mer oversiktlig og mindre miljø som passer bedre for personer med demens, og har et større potensiale for å ivareta pasientens behov. Mindre omsorgsboliger og sykehjem har gjerne færre ansatte og dermed er det færre ansatte tilknyttet beboerne. Dette kan igjen medføre at de ansatte blir bedre kjent med beboerne og kan lettere se deres behov. I følge Haugan et al. (2015) indikerer forskning at det er liten forskjell i omsorgskvalitet i småskala-institusjoner i forhold til tradisjonelle sykehjem. Forskningsfeltet har også kritisert studier av småskala-institusjoner i mangel på grundige effektstudier av ulik fysisk utforming og organiseringsformers virkning på omsorg for eldre med demens. Studier har også tatt i bruk ulike kliniske mål (trivsel, sosiale evner og omsorgskvalitet), dermed er det utfordrende å sammenligne utfallet av studiene. I tillegg kan det være vanskelig å sammenligne småskala omsorgsboliger med tradisjonelle sykehjem på grunn av strukturelle og organisatoriske forskjeller. Et Nederlandsk studie undersøkte prediktorer av nevropsykiatriske symptomer i sykehjem pasienter, resultatet viste ingen sammenheng

mellom nevropsykiatriske symptomer og antall beboere per omsorgsenhet eller per stue (Zuidema et al., 2009).

Enkelte studier har utforsket hvor oversiktlig en avdeling for demente er, eller hvordan tegn og symboler kan vise beboer veien på sykehjemmet. Disse har tatt utgangspunkt i hvordan avdelingen er arkitektonisk bygd opp, og har sammenlignet ulike avdelinger. Marquardt (2009) studerte hvordan ”rutene” på ulike avdelinger var utformet og hvordan dette påvirket beboers evne til å finne frem. For å vurdere hvordan ruten bidrar til mer selvstendighet må ruten inkludere daglige aktiviteter som er en del av hverdagen. Dette inkluderer å kunne gå til kjøkkenet, identifisere og gå til individets private værelse, gå til toalettet (dette inkluderer deres eget og fellestolett), å gå ut (balkong eller hage), og til slutt gå til fellesarealer. Beboers evne til å finne frem til de ulike destinasjonene nevnt ble vurdert av ansatte på en skala fra 0-2. Resultatene viste at antall beboere og størrelsen på området de kan bevege seg på var de viktigste faktorene som bidro til beboers orientering. Hvordan avdelingen var arkitektonisk bygd opp var viktig for orienteringsevnen, dette gjaldt både størrelsen og formen på korridorer. I rette sirkulære korridorer var det lettere for beboer å finne frem, det vil si korridoren har rom på begge sider. Andre korridorer som ble inkluderte var L-formede korridorer, sirkelformet korridor, rett korridor med ende (bare rom på den ene siden), korridorer med mellomliggende elementer (det vil si korridorene var delt inn). Dersom det var flere endringer i retning forstyrret beboers veifinning. Orienteringsevnen ble også styrket dersom man har mulighet til å få oversikt over hele området fra hvilket som helst utsiktspunkt i korridoren. Kjøkkenet ble på alle avdelingene i studiet ofte brukt som anker-punkt for beboeren. Dette var rommet som var lettest for de demente å finne ifølge personalets vurderinger. Å bare inkludere et kjøkken hvor beboer kunne spise var også en viktig faktor for om de fant fram til dette rommet, den totale orienteringsevnen økte også. Å ha toaletter på fellesarealer påvirket ikke beboers evne til å finne frem til toalettet. Evnen til å finne frem til hage eller balkong var også påvirket av antall beboere som befant seg på fellesarealet. Hvor uteområdet er plassert virker å ha en påvirkning også, dersom uteområdet er tilgjengelig via kjøkkenet var det lettere å finne frem (Marquardt & Schmiege, 2009).

Det er flere faktorer som bør tas i betraktning når man skal vurdere hvor stor en avdeling for demente beboere skal være. Avdelingen må ha god nok plass til at beboerne kan ta i bruk rullestoler eller andre lignende hjelpemidler (universalt utformet), men avdelingen må ikke være for stor slik at de demente mister oversikten over avdelingen. Å ha en trang avdeling

hvor beboerne må sitte oppi hverandre på fellesområdene er ikke ønskelig, spesielt med tanke på at dette er mennesker med ulike bakgrunn og interesser som ikke kan velge selv hvem de bor med. Dette øker gjerne behovet for personlig rom, (Clayton, 2012). I tillegg er det flere demente som kan være utagerende og rastløse. Ved å ha fellesrom med en åpen løsning for kjøkken og stue, kan støy fra oppvaskmaskiner og andre lyder være forstyrrende for beboerne. Er det viktig med ulike fellesrom slik at man kan trekke seg tilbake på avdelingen fra støy eller andre beboere uten at man går inn på sitt private værelse. Mange er avhengige av konstant tilsyn, dette kan være problematisk dersom flere beboere ønsker å oppholde seg på sitt private værelse grunnet mangel på fred og ro i fellesområdene.

3.4 Hvor viktig er det å ha tilgang til natur?

Grønt områder og natur kan ha en positiv effekt på helse for friske og pasienter, men hvor sterk sammenhengen mellom natur og helse varierer mellom studier (Van den Berg et al., 2015). Studier har blant annet vist hvordan korte gåturer i grøntområder i byparker kan være restituerende og stresslindrende (Berman et al., 2008; Tyrvaainen et al., 2014). Beboere i områder med mer grøntareal er mindre påvirket av stressende livshendelser (Van den Berg et al., 2010). Eksponering for naturscener kan også utløse positive emosjoner, blokkere ut negative tanker og bidra positivt til mental helse (Clayton, 2012). Muligheten for å bli eksponert for dagslys, tilgang til grøntarealer og muligheten til vandre i en hagen kan øke livskvaliteten til demente beboere (van Hoof et al., 2009).

3.5 Formål og problemstilling

Gulstølstunet sykehjem har innført tiltak for å gjøre det lettere for de demente beboerne å orientere seg på avdelingen. Studiet ønsker å undersøke hvor godt disse tiltakene har fungert og hvilke andre tiltak som kan hjelpe demente beboere til å finne lettere frem på helseinstitusjoner

Hovedproblemstilling: Har det fysiske tiltaket på Gulstølstunet sykehjem fungert?

Kan enkelte elementer i det fysiske miljøet være hjelpende eller forstyrrende for demente beboere?

Studiet undersøker også prosessen bak valg og design av de fysiske tiltakene innført ved Gulstølstunet sykehjem og hvordan de har fungert. Et fysisk miljø som gir mulighet for den demente å finne frem på egenhånd kan være viktig for trivsel og mestringsfølelse.

Problemstilling: Hva var intensjonen til designeren bak de spesifikke tiltakene som ble gjennomført ved Gulstølstunet sykehjem og hvordan har tiltakene fungert?

Ble de fysiske tiltakene på Gulstølstunet sykehjem utført som planlagt?

Har de ansatte ved sykehjemmet merket en endring i atferd hos beboerne?

4.0 Metode

Studiet er har to deler og er et kombinasjonsstudie. Dermed tar studiet i bruk både kvalitative og kvantitative metoder for å samle inn data. Styrken i kvalitative forskning er muligheten for en induktiv tilnærming, fokus på situasjoner og personer, og fokus på ord istedenfor tall. Muligheten til å kunne utforske enkelte tema og fenomener mer i dybden dersom man ønsker er også en fordel. I tillegg kan intervjueren forklare spørsmål dersom det skulle oppstå forvirring (Maxwell, 2005; Gifford, 2016). Kvantitative metoder befatter seg med tall og det som er målbart, funnene kan ofte generaliseres i motsetning til kvalitativ forskning (Howitt & Cramer, 2008).

4.1.0 Studie 1

3xxx Semi-strukt og strukturert intervju.

Studiet inkluderte et dybdeintervju av prosjektlederen for å utforske intensjonen og prosessen bak valget og utformingen av de fysiske tiltakene. For å undersøke hvor godt de fysiske tiltakene har fungert på avdelingen ble de ansatte intervjuet en og en, det vil ble også gjort en muntlig gjennomgang av et kort spørreskjema. Spørreskjemaet og intervjuguiden undersøker hvordan de ansatte opplever de fysiske tiltakene, hvor godt de har fungert for beboerne ved avdelingen og hva som kunne vært gjort annerledes. I tillegg inkluderte det spørsmål om brukermedvirkning og om de ansatte hadde blitt inkludert i prosjektet underveis.

4.1.1 Sted.

Datainnsamlingen ble utført ved Gulstølstunet sykehjem lokalisert utenfor Bergen sentrum i bakken ned til en liten dal. Intervjuene ble utført ved tre avdelinger for demente hvor de har malt korridorene i tre forskjellige farger. De tre avdelingene ligger i samme etasje og har et åpent fellesareal fra trappeoppgangen. Dette fellesområdet har en sittegruppe, to heiser og døren til trappeoppgangen er låst. Alle avdelingene har samme planløsning med en rett korridor innenfor inngangen hvor alle de personlig rommene med toalett er plassert, i enden av korridoren er fellesrommet plassert med åpen løsning for stue og kjøkken, se vedlegg 5 for plantegning. Innenfor fellesrommet er det plassert en balkong. Hver korridor har blitt malt slik at fargen blir lysere jo nærmere man kommer fellesrommet. Den ønskede effekten av fargen er å ”trekke” beboerne innover mot fellesrommet. De tre ulike fargene på korridorene

gjøre det lettere for beboere som besøker andre avdelinger å finne frem til sin egen avdeling. I tillegg har de malt veggene og dørene med farger som har stor kontrast. Dette tiltaket ble innført våren 2017. På to av avdelingene har dørene til de personlige rommene blitt skiltet med bilder som er av personlig betydning for beboerne slik at de lettere skal finne frem til sitt eget rom. Intervjuene av de ansatte ble avholdt på et av kontorene hvor ingen kunne forstyrre. Dette var for å sikre konsentrasjonen til den intervjuede og for å sikre konfidensialiteten. På bildene nedenfor kan man se de tre korridorene på de tre avdelingene i ulike retninger.



Bilde 1. Korridoren på terrakotta, vendt mot fellesrommet.



Bilde 2. Korridoren på den blå avdelingen, vendt mot utgangen til avdelingen.



Bilde 3. Korridoren på den grønne avdelingen, vendt mot fellesrommet.

4.1.2 Utvalg

Ansatte ved Gulstølstunet sykehjem og personen som var ansvarlig for det fysiske tiltaket deltok i studiet. Dette inkluderte en leder, og de resterende ti var sykepleiere, assistenter og helsefagarbeidere fra de tre avdelingene som deltok i fargeprosjektet. I tillegg var det viktig at intervjuobjektene kjente beboerne godt og hadde jobbet på avdelingen både før og etter vedtaket ble innført. Denne grensen ble satt med hensyn til at ansatte må kjenne beboerne godt nok til å kunne se små endringer i atferd og kunne sammenligne hvordan beboerne var før og etter det fysiske vedtaket ble innført. Deltakerne i studiet ble rekruttert gjennom avdelingslederen som spurte de ansatte som var på vakt om de ville la seg intervju på de vaktene intervjueren var til stedet, totalt takket fem ansatte nei til å delta. Alle som deltok i studiet var kvinner. Seks av deltakerne kom fra den blå avdelingen, tre kom fra terrakotta avdelingen, og de to siste deltakerne kom fra den grønne avdelingen.

4.1.3 Instrument

Intervjuguiden for de ansatte er basert på studier av Pigot og Rainville (2000), Marquardt og Schmiege (2009), og Andrade et al (2012). Spørsmålene har blitt formulert av forfatter basert på hva de overnevnte studiene har undersøkt ved veifinring i sykehjem. Disse studiene har fokusert på strukturen til avdelingen, hvorvidt de ansatte opplever at beboerne finner frem til diverse destinasjoner på avdelingen og til slutt spørsmål om atferd hos beboer som kan være tegn på at de er frustrerte eller ikke mestrer sine omgivelser. For å kunne studere om tiltaket ved sykehjemmet har fungert har flere spørsmål blitt formulert for å undersøke om det har vært en endring i atferd blant beboeren etter at vedtaket ble innført. Spørsmål 1- 8 måler hvor godt de ansatte opplever at beboerne har oversikt og finner frem til spesifikke destinasjoner. Videre målte spørsmål 9-10 uønsket atferd hos beboerne. Spørsmål 11-17 målte ”effekten” av det fysiske tiltaket. Til slutt målte spørsmål 18-20 hvilke fysiske tiltak som kan utføres for å gjøre det lettere for beboerne å finne frem. I tillegg ble det spurt om hvilke elementer i det fysiske miljøet som kunne være forstyrrende for demente beboer som følge av innholdet i et tidlig intervju. Se vedlegg 2.

Spørsmål som måler medisinforbruk har blitt tatt i bruk i tidligere studier for å måle endringer i trivsel, atferd, osv. Dette ble ikke inkludert i studiet ettersom Gulstølstunet sykehjem har lenge hatt et fokus på å ikke ta i bruk medisin i unødvendige situasjoner og heller ta i bruk en til en kontakt (Aslaksen et al., 2012).

Spørreskjemaet tatt i bruk i dette studiet er tidligere utviklet av Marquardt og Schmiege (2009) oversatt til norsk av forfatter. Deretter ble spørsmålene testet på psykologistudenter for å sikre at spørsmålene hadde samme betydning på norsk og engelsk. Deltakerne skal svare på en poengskala fra 0-2 om hvorvidt beboerne på avdelingen klarer å finne frem til ulike mål som er aktuelle for beboerne. Se vedlegg 3.

Intervjuguide for dybdeintervjuet med professor Mette L’Orange ønsket å undersøke prosessen bak og hvordan de valgte de spesifikke fysiske vedtakene som ble innført på sykehjemmet. Dette intervjuet var mer utforskende og var ikke like strukturert som intervjuene med de ansatte på Gulstølstunet. Se vedlegg 4.

4.1.4 Analysemetode

Studiet har tatt i bruk en interpretativ fenomenologisk analyse for å utforske de kvalitative dataene. Fenomenologisk defineres av Gifford (2016) som ”en forsknings tradisjon som beskriver og tolker menneskets erfaringer og bevissthet. Forskerens mål er å utforske menneskelige handlinger, meninger, situasjoner og hendelser for å gjøre rede for bredere erfarings mønstre og strukturer”. Med interpretativt perspektiv ønsker forskeren å forstå ikke bare situasjoner og hendelser, men også hvordan deltakerne opplevde det og hvordan deres forståelse påvirket deres atferd (Maxwell, 2005). Denne analysemetoden brukes med tanke på at studiet ikke tester en gitt hypotese, men er en eklektisk tilnærming som passer studiets forskningsspørsmål som ønsker å forstå de ansattes opplevelse og erfaringer av hvordan det fysiske miljøet på sykehjem påvirker de demente beboerne. Denne fortolkende fenomenologiske analysen gir forskeren mulighet til å konstruere mening på en induktiv måte basert på deltakernes meningskonstruksjon. Analysen tar ikke i bruk tidligere teori, men generer koder ut ifra dataene. Resultatet vil benyttes til å videreutvikle allerede etablerte teorier, (Howitt & Cramer, 2008).

4.2.0 Etikk

Dersom man skal intervju demente beboere krever dette samtykke fra pårørende siden de selv ikke er i stand til å gjøre bevisst valg om de ønsker å delta i studiet eller ei. I tillegg er det stor forskjell i hvor sterkt preget de er av sykdommen, mange av beboerne på de tre avdelingene er sterkt demente og man vil derfor ikke få så mye nyttig informasjon ut av intervjuet. Disse vurderingene førte til at de ansatte på avdelingen ble valgt som intervjuobjekter. Oppgaven inkluderte ikke observasjonsstudier siden dette kan igjen kan være problematisk med tanke på samtykke (Cozby, 2005; Gifford, 2016).

Lederen for de tre avdelingene hjalp til med rekrutteringsprosessen og tok kontakt med ansatte som var på jobb og forhørte seg med dem om de ville delta i studiet. Dette førte til at noen av de ansatte fikk inntrykk av at de måtte delta i studiet. Alle deltakerne fikk vite at deltakelsen var frivillig og de kunne trekke seg fra studiet når som helst, dermed var det noen få som trakk seg. Lederen var til stor hjelp i rekrutteringsprosessen, men med tanke på at noen opplevde det som tvang kan det være problematisk at lederen selv forhører seg med de ansatte med tanke på ulik maktposisjon.

Det er viktig å tenke på hvilken effekt studie har på deltakerne, kan det få negative konsekvenser for deltakeren? På grunn av studiets natur og fenomenet som ble utforsket hadde studiet lav risiko for å at studiet skulle ha en innvirkning på deltakerne. Ingen informasjon ble tilbakeholdt og de kunne stille spørsmål underveis (Neuman, 2009).

Studiet ble meldt inn til NSD 15.02.18 og fikk godkjent 16.03.18, se vedlegg 6.

5.0 Analyse

Rådataene ble transkribert av forfatter ved hjelp av programmet Word og en avspillingstjenesten for mp3-filer. Deretter ble dataene inkludert og analysert i programvaren Nvivo 12. Intervjuet med prosjektlederen for vedtaket er presentert først og deretter følger resultatet fra datainnsamlingen ved Gulstølstunet sykehjem.

5.1.0 Interpretativ fenomenologisk analyse av dybdeintervju med prosjektleder.

Hovedtemaene som kom frem i analysen av dybdeintervjuet med prosjektlederen Mette L'Orange var følgende: "Masterprosjekt", "Fagutvalg", "Fargevalg", "Teoretisk tilnærming", "Samarbeid", og "Synergieffekt". Prosjektet kom i gang da en doktorgradsstudent som hadde kontakt med Gulstølstunet sykehjem videreformidlet et mulig masterprosjekt på sykehjemmet og deretter tok universitetet selv kontakt med institusjonen. Målet var å lage et masterprosjekt som faktisk kunne utføres. Studentene skulle ha et reelt oppdrag og prøve farger i et virkelig scenarium. "Masterprosjekt" er det første hovedtemaet fra analysen. "Skolen definerte oppdraget selv og læringspotensialet. Hva var oppgaven for studentene? Da ble veifinning, identitet og sanselige omgivelser, hjemlige omgivelser som er viktig på et sykehjem. Studentene hadde veldig stor frihet til å utforme ting og det ble opptil tre eller fire prosjekter, grupper", Mette L'Orange. Studentene hadde dermed stor frihet da de skulle designe og planlegge prosjektet.

"Fagutvalg" er det andre hovedtemaet. En stab med lærere og lederen ved Gulstølstunet sykehjem gikk gjennom bidragene fra fire forskjellige grupper. Lederen fra sykehjemmet satte noen grenser og parametere og var veldig aktiv i prosessen. "Av de fire forslagene valgte staben ut hva de ville ha fra de ulike prosjektene og satte sammen et endeprosjekt. Vi brukte litt fra hvert prosjekt", Mette L'Orange. Prosjektet hadde altså ingen begrensninger under selve designprosessen, men ble satt da man skulle velge hvilke ideer som skulle brukes. Staben formidlet hvilke ideer de hadde inkludert og fikk studentenes samtykke. Videre var det Mette L'Orange og lederen fra Gulstølstunet som fortsatte arbeidet, og studentene var ferdig med prosjektet.

Prosjektet hadde ingen systematisk spørreundersøkelse, men noen av beboerne ble intervjuet om fargene så godt det lot seg gjøre, og fikk ingen negative tilbakemeldinger.. Personalet pratet mest med beboerne og refererte dette videre til L'Orange og studentene.

”Fargevalg” er det tredje temaet som kom frem i analysen. Mette L'Orange hadde på tidspunktet da masterprosjektet ble satt i gang allerede sitt eget fargeprosjekt. ”Poenget var at jeg akkurat da studerte corbusier fargepalett, jeg var interessert i å teste ut noen av de fargene og diskuterte med ledelsen om de kunne prøve å få malt opp veggene i corbusier farger, sånn ekte corbusier farge fra sveits, disse fargene er sammensatt på en måte som ikke har svart i seg og er veldig rene flotte fargen”, Mette L'Orange. Fargene skulle ikke være moderne og gråaktig som gjerne mange pårørende og ansatte liker, men kraftfulle og mettede farger som passer til målgruppen for prosjektet som var de demente beboerne. Prosjektet ble med dette valget en del av et pilotprosjekt til Mette L'Orange som de fikk bevilget penger til, og hadde ingen økonomiske begrensinger.

Prosjektet hadde en ”teoretisk tilnærming” til valg av farger som er det fjerde hovedtemaet. Ifølge Helle Wijks teori skal eldre ikke ha lyse pastellfarger ettersom de ikke opplever farger på samme måten. Fargene må være sterke. ”At eldre ikke skal ha for mye stimuli, noen mener at de bare skal ha svart, grått og hvitt for å ikke bli så stimulert og det er jo helt forferdelig teori. Det er ingen som har noe grunnlag til å si noe sånt. Helle Wijk hadde mye bra underlags materiale som hun har forsket på i forhold til at både fargene er synbar for demente og de klarer å skjelne farger fra hverandre, sånn at en farge kontrast er mulig å se med 80-90% sikkerhet, og at de. Hun var hoved vitenskapelig kilde”, Mette L'Orange. Tre farger som skilte seg mest fra hverandre ble valgt ut ifra 63 farger i corbusier paletten produsert i Sveits.

I tillegg til fargene skulle hver av korridorene være en presentasjon fra forskjellige deler av Bergen. ”Studentene regnet med at folk kom stort sett fra Bergen som bor der, sånn apropos identitet. Ene skule være Fløyen, andre Vågen og den tredje husker jeg ikke. Hver korridor skulle bli veldig forskjellig som konsept, men har ikke klart å følge opp det”, Mette L'Orange. Prosjekter ble dermed ikke gjennomført som først planlagt.

Lederen på sykehjemmet var engasjert og deltok i prosjektet på universitetet. Avdelingslederne der det ble malt var også veldig hyggelige. Dette leder til det neste hovedtemaet som er ”Samarbeid.” ”Det skal mye til å få til et så godt samarbeid igjen, det var

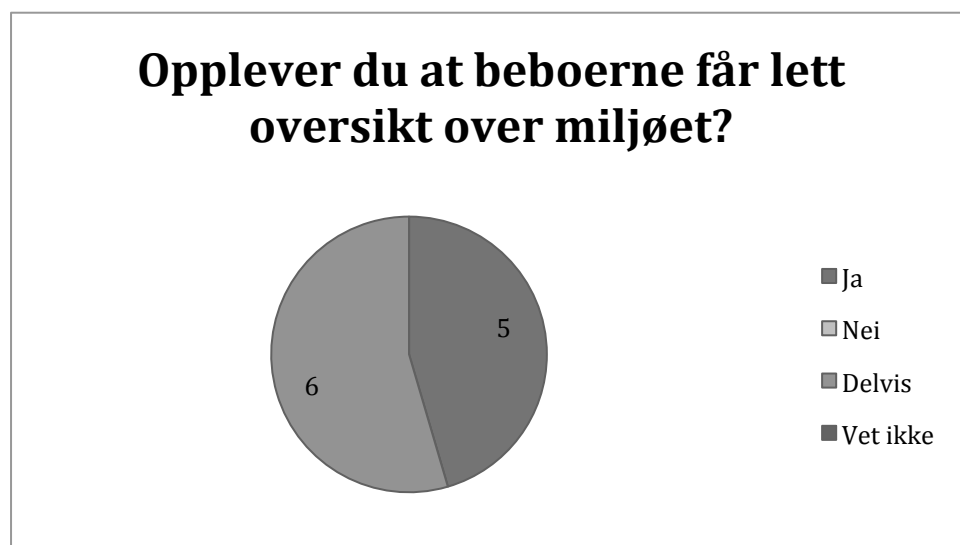
et helt unikt samarbeid med en engasjert ledelse”, Mette L’Orange. Videre poengterte hun at det er nødvendig med et godt samarbeid i slike prosjekter.

Fargeprosjektet ved Gulstølstunet sykehjem har ført til at de har malt og pusset opp på flere avdelinger. Prosjektet har derfor hatt en ”Synergieffekt” som er det siste hovedtemaet. ”De har fortsatt å pusse opp og ordne på sykehjemmet etterpå”, Mette L’Orange.

5.2.0 De ansattes vurdering av beboernes evne til å finne frem på avdelingen.

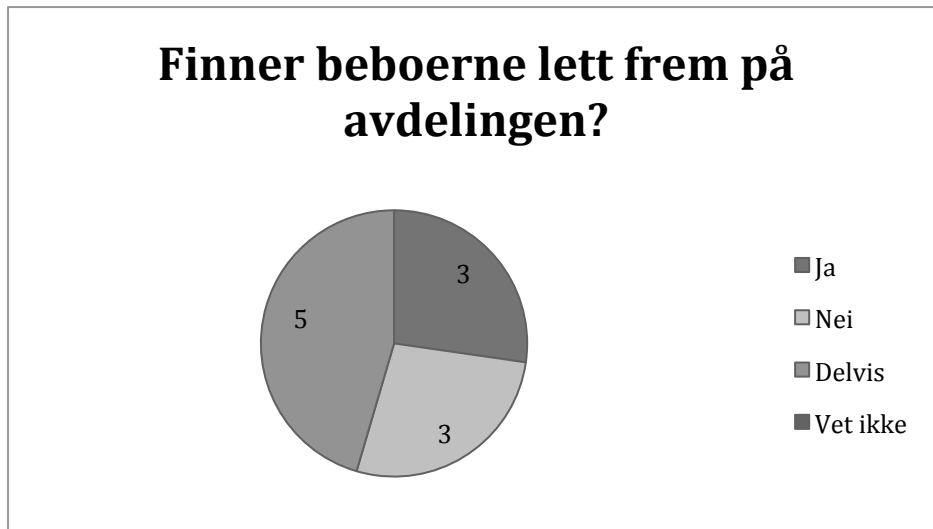
Dataene fra spørsmål en til og med fire ble lagt til i Excel for å undersøke nærmere hva deltakerne svarte, (se vedlegg 2), dette var for å få en helhetlig oversikt over de ansattes oppfatning av hvor lett og oversiktlig avdelingen er for beboerne.

Alle deltakerne rapporterte at de opplevde at beboerne trives på avdelingen.



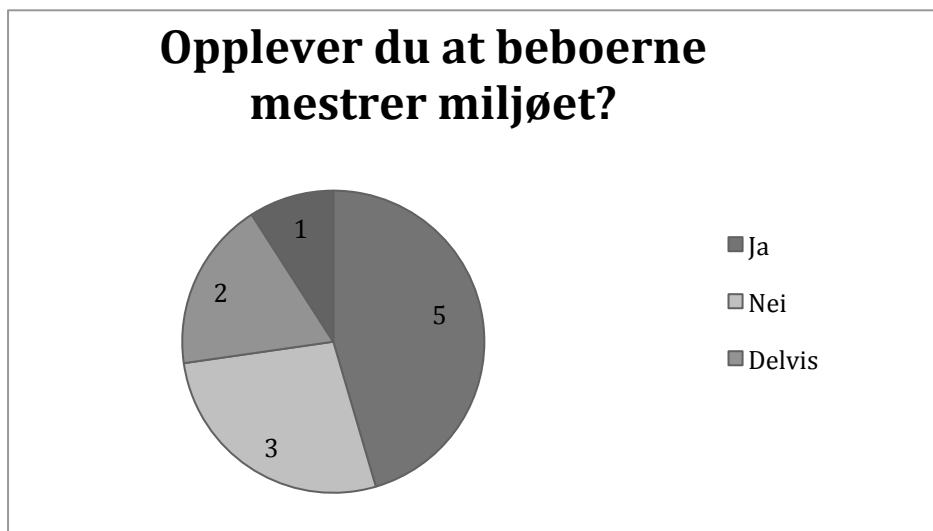
Figur 1. Kakediagram over ansattes respons til spørsmål to.

Figur en viser at de ansatte har delt oppfatning i hvor god oversikt beboerne har på avdelingen.



Figur 2. Kakediagram over ansattes respons til spørsmål tre.

Figur 2 viser at de ansatte har ulik mening i hvor lett beboerne finner frem på avdelingen.



Figur 3. Kakediagram over ansattes respons til spørsmål fire.

Figur 3 viser hvor mange av deltakerne som opplever at beboerne mestrer miljøet, ifølge resultatet er deltakerne uenig i om beboerne faktisk mestrer miljøet.

Alle de ansatte rapporterte at de daglig måtte hjelpe beboerne flere ganger med å finne frem på avdelingen.

5.2.1 Interpretativ fenomenologisk analyse av intervjuene med de ansatte.

Som tidligere nevnt ble denne analysen utført i Nvivo 12, resultatet viste at det oppstod åtte hovedtemaer med tilhørende subtemaer. Hovedtemaene er presentert i en tilfeldig rekkefølge.

(A) Trivsel	(B) Orienteringsevne	(C) Plan og bygning
<p>(a) Vandring</p> <p><i>”Noen er forvirret og går litt rundt, men noen synes det er deilig å bevege seg litt og går og beveger seg.” –Deltaker 3</i></p> <p><i>”De vandrer frem og tilbake. Vi har en beboer som hele tiden, innpå rommet, innpå stuen og litt sånn.” – Deltaker 7</i></p> <p><i>”Det skjer daglig og mest på ettermiddagen”, Deltaker 5</i></p>	<p>(a) Fysisk form</p> <p><i>”Beboerne blir gradvis dårligere både fysisk og psykisk. Ikke alle bryr seg om miljøet. Noen er deprimerte og gjerne isolerer seg. De fleste har svekket orientasjonsevne.” – Deltaker 4</i></p> <p><i>”De demente klarer i liten grad å organisere tilværelse sin selv” - Deltaker 9</i></p>	<p>(a) Beliggenhet</p> <p><i>”Sykehjemmene får de dårligste tomtene. Nå har vi fått en fin sykkel, men da må du opp eller ned bakkene. Det er jo det samme når vi skal gå tur. Så det hemmer jo oss” – Deltaker 1</i></p> <p><i>”Demensavdelinger burde ligge i første etasje med tilgang på utearealer” – Deltaker 9</i></p>
<p>(b) Urolig</p> <p><i>”Ja, noen av beboerne er ofte urolig. Også er det noen som er alltid rolig.” – Deltaker 5</i></p> <p><i>”Av og til så er det det at de ikke bor her, navnet skal ikke være på den døren. Dette er ikke hjemme.” – Deltaker 6</i></p>	<p>(b) Tid på døgnet</p> <p><i>”Det føler jeg med mange av de er når tid på døgnet det er sant. Noen ganger går det greit” – Deltaker 11</i></p>	<p>(b) Struktur</p> <p><i>”Kanskje det skulle vært et vandreamråder så man kunne gått en runde” – Deltaker 9</i></p> <p><i>”Jeg synes f. Eks. gangen burde vært rund, slik at de som har vandringsbehov kan gå og gå” – Deltaker 6</i></p> <p><i>”Nå er jo her ganske greie lokaler for de, for det at når du har stuen så går du rett i korridoren sant, så har du jo fem rom på hver side altså”- Deltaker 11</i></p>
<p>(c) Stedsforvirring</p> <p><i>”Noen ganger blir de jo forvirret og spør om hvor de er, lokasjonsforvirring.” – Deltaker 4</i></p> <p><i>”Mange blir jo lett forvirret,</i></p>	<p>(c) Startpunkt/destinasjon</p> <p><i>”Kommer de fra korridoren og skal på toalettet er det kjempevanskelig. Men er de på rommet sitt og skal finne toalett, da er det ikke så verst. Men skal de finne det</i></p>	<p>(c) Areal</p> <p><i>”De blir jo stuet inn på et lite området. Ti personer som skal måtte tåle hverandre, det kan det bli gnisninga”- Deltaker 1</i></p> <p><i>”Det blir så fryktelig trangt, og</i></p>

og tror de er annen plass. På ferie og båt og sånn av den gangen.” - Deltaker 6

fra fellesstue eller korridor, da snakker vi noe annet” – Deltaker 2

da kan det bli kamp om plassen for alle vil ha rullatoren ved siden av seg.” – Deltaker 2

”Inne på avdelingen er det jo relativt greit å orientere seg, for en del av de. Men når de kommer seg ut av avdelingen så blir det vanskelig.” - Deltaker 9

(d) Trygghet

”De liker å sitte f. Eks. I stuen eller på rommet sitt der de er tryggest. De liker seg bedre der de er mest kjent, der føler de seg mest trygg.” – Deltaker 5

(D) Interiør

(a) Hjemmekoselig

”Det er jo lett for at det blir litt sånn institusjonspreg, mange liker på sykehjem at det skal være hjemmekoselig. Det er jo liksom denne generasjonen sant, sånn som de var vant til å ha litt blonder på gardinene og sånt.” – Deltaker 10

”Jeg synes ikke den belysningen alltid er så festlig, selv om man kan dimme den så blir det liksom, det er jo litt koseligere når det er lamper.” – Deltaker 11

(E) Kontroll

(a) Overvåkning

”Vi legger merke til når det er noen som nærmer seg en heis. Også har dem alarmer på seg” – Deltaker 1

(F) Vedtak

(a) Fargeeffekt

”Vi merker faktisk ingen forskjell. Men vi syntes jo det er veldig koselig at det kommer farger på veggene” – Deltaker 1

” Det jeg synes er at for oss personalet så har det blitt mye koseligere, for det var ikke fint i det hele tatt”, (Deltaker 10).

”Går beboerne litt in på de andre avdelingene, så er de kanskje forvirret når de skal tilbake igjen, men da sier vi inne med den grønne sant, vi henviser til fargene og da finner de fortene tilbake.” – Deltaker 10

(b) Konversasjonsskaper

”Bildene vi hadde var veldig koselig, de var av Bergen, Fløibanen og de brukte vi veldig aktivt. Mye å snakke om nedover gangen.” – Deltaker 3

(b) Autonomi i fellesarealer

”Det er jo en politikk her på huset at tv-en er en uting.. før var tven på veggen, nå rulles den inn på et stativ, men det synes vi er en dårlig løsning. Det er ikke alle som får plass.” – Deltaker 10

”Da spør de, det er ingen som skal gå og forsyne seg selv.” – Deltaker 8

”De skal ikke ha egne stoler i stuen, men nå er det sånn nei, beboer skal ikke sove i stuen, de skal sitte der, aktiviseres og hvile på rommene hvis de skal sove, men det er det ingen som gjør.” – Deltaker 7

(b) Kontrasteffekt

”Jeg vet ikke, de blir egentlig verken trukket her eller der, de kommer ut også går de en av veiene. Det er litt tilfeldig.” – Deltaker 8

”Tror de trives bedre. Fargen gir jo glede og leder mot fellesrommet. Så vil jeg tro tiltakene har fungert.” – Deltaker 4

(c) Personlige gjenstander

”Ting hjemmefra er veldig viktig” – Deltaker 1

(c) Tvang

”Men her har vi jo låste dører og sånn at vi risikerer jo at pårørende åpner dører for beboerne.” – Deltaker 1

(G) Elementer i det fysiske miljøet

(a) Hjelpende elementer

”Bildene hjelper og fungerer mye bedre. Beboerne leter fremdeles etter rommet sitt, men finner det bestandig til slutt. Det er viktig at bildene betyr noe for beboeren, det kan jo potensielt skape forvirring, misforstå hvem som er på bilde.” – Deltaker 4

(H) Brukermedvirkning

(a) Ekskludering

”Vi fikk ikke si noe ting da de skulle pusse opp. Lamper som dem bestilte inn skulle være moderne, men det blir jo ikke lys.” – Deltaker 1

”Blir nå aldri spurt om noen ting. Ting blir bare satt i gang og er i grunn ferdig bestemt før de begynner.” – Deltaker 11

(c) Forstyrrende elementer

”Det var jo de feltene i gulvet, de blå geometriske feltene i gulvet er absolutt forstyrrende. De føler at det er hull i gulvet, at det er vann der, de trækker over og stopper helt opp.” – Deltaker 9

”På et annet sykehjem for demente har de prikker på gulvet som del av brannvern, sånne prikker. Og alle sammen, skulle plukke det opp eller sparke borti det. De trodde det var penger.” – Deltaker 2

”Det er jo forstyrrende på en måte å ha kjøkkenet og dagligstue sammen sånn at du får bråk fra oppvaskmaskinen og kjøkken i oppholdsrommet, så det burde være adskilt.” – Deltaker 9

(b) Inkludering

”De som skulle bygge kunne hatt samtaler med de ansatte og høre hva som fungerer og ikke fungerer så man ikke gjør samme feilen om igjen.” – Deltaker 9

Tabell 1. Hovedtema med tilhørende subtema og sitater.

Tabell 1 viser en oversikt over alle hovedtemaene og sub-temaene som kom frem i analysen. Det første hovedtemaet som kom frem av analysen var ”trivsel”. Alle som deltok i studiet opplevde at beboerne trives på avdelingen. Likevel er det noen av beboerne som er urolige og vandrer. Dette tyder på at ikke alle beboerne trives like godt på avdelingen, men at den helhetlige vurderingen de ansatte har gjort av beboerne som gruppe er at de trives. Enkelte av beboerne blir også stedsforvirret, den lange gangen som en ansatt nevner kan føre til at beboerne opplever at de er på en båt.

”Orienteringsevne” er det andre hovedtemaet og resultatet viste at det var stor variasjon blant beboerne i hvorvidt de klarer å finne frem på avdelingen på egenhånd. Evnen til å finne frem på avdelingen varierer også etter dagsform og døgnets tider. Startpunkt og destinasjon er også en avgjørende faktor om beboeren finner frem.

Hovedtemaet ”plan og bygning” viser at sykehjemmet er plassert i en bakke slik at det er vanskelig å benytte nærområdet til aktiviteter. Flere av de ansatte opplevde også at den enkle strukturen på avdelingene gjør det lettere for beboerne å få en oversikt over miljøet, men har erfart at det er altfor dårlig plass i fellesstuen til de ti beboerne og alle hjelpemidlene som de trenger.

”Interiør” er mange av de ansatte opptatt av og hvordan de kan gjøre det hjemmekoselig for beboerne på deres private værelser og fellesområdene. Å ha bilder i korridoren som kan være konversasjonsskaper er også gunstig for både beboerne og de ansatte. Dette gjaldt spesielt bilder av kjente steder.

Analysen viste at beboerne kan oppleve mangel på ”kontroll” som er det andre hovedtemaet presentert i tabell 1. Beboerne blir overvåket med en alarm som går av når de er på vei ut av etasjen. Vandrelystene beboere kan også oppleve tvang når de prøver å komme seg ut gjennom døren til trappeoppgangen som er låst på grunn av sikkerhet. I tillegg har ikke beboerne full autonomi i fellesstuen, her er det begrenset hva de har lov til. De får ikke sove på fellesområdet, forsyne seg med mat, og tven er bare tilgjengelig dersom de ansatte henter den. Hvilken effekt har dette på trivsel og tilhørighet? Autonomi er viktig,

”Det fysiske vedtaket” ble ett av hovedtemaene. Dette ble delt inn i to subtemaer ettersom fargen som ble malt i korridoren hadde ulike funksjoner. Fargeeffekt henviser til at de tre ulike korridorene er malt forskjellig og skal derfor gjøre det lettere for beboerne å skille mellom fargene, i tillegg skal fargen inneholde lite svart noe som designerne mener kan ha en god effekt. Kontrasteffekt referer til hvordan korridorene blir lysere i farge jo nærmere man kommer fellesområdet. De fleste ansatte rapporterte at de ikke så noen endring i atferd eller trivsel etter vedtaket, men en av de ansatte opplevde at fargen hadde gjort det lettere for beboerne å finne tilbake til sin egen avdeling når de har besøkt andre. Flere av de ansatte nevnte at de selv syntes det var blitt koseligere og at fargen var til glede.

Et annet hovedtema som kom frem var ”elementer i det fysiske miljøet” og hvordan de kan være hjelpende eller forstyrrende for beboerne. Den ene avdelingen hadde hatt stor nytte av å ha både bilde og navneskilt på døren. Flere av de ansatte hadde også opplevd hvordan mønsteret på gulvet kan skape en negativ reaksjon hos beboerne og føre til at de blir redde og stopper opp. To av de ansatte hadde også jobbet ved et annet sykehjem, og begge rapporterte at prikker på gulvet i korridorene som er plassert der grunnet brannvern kunne skape frustrasjon hos beboerne. Lyder fra kjøkkenet kunne også være forstyrrende for beboerne som oppholder seg i stuen hele dagen.

Brukermedvirkning er det siste hovedtemaet presentert i tabell 1. Flere av de ansatte uttalte at de aldri hadde blitt spurt om hva de mener i oppussingsprosjekter på sykehjemmet eller utbygging av nye sykehjem, men at noen av lederne hadde blitt spurt. De ansatte mente at det var viktig å forhøre seg med de ansatte og beboerne for å få best uttelling for prosjektet.

5.3.0 Analyse av spørreskjema

Dataene fra spørreskjemaet ble lagt til i programmet SPSS for å kunne undersøke nærmere om det var noen signifikant forskjell i hvor lett beboerne fant frem til de ulike destinasjonene på sykehjemmet. En normalitet test av dataene ble utført, Kolmogorov-Smirnov test indikerte at svarene for kun rute 4 (fellesrom) var normalt distribuert, $D(11) = .23$, $p = .12$. Videre viste også histogrammene at flere av spørsmålene besvart var positivt skeive. Dette skyldes gjerne det lave antallet deltakere i spørreundersøkelsen, og de lave ordinale verdiene.

	Mean	SD
Finne frem til kjøkkenet	1.36	.67
Finne frem til eget værelse	1.36	.67
Finne frem til toalettet	1.0	.0
Finne frem til terrassen	1.0	.78
Finne frem til fellesrom	1.45	.52
Riktig retning ut fra eget værelse	1.18	.60
Totale Skår	1.23	.08

Tabell 2. Gjennomsnittsskår for de ansatte vurdering av de ulike rutene

Tabell 2 viser gjennomsnittsskåren til de ansattes vurdering av hvor lett det er for beboerne å finne frem til de ulike destinasjonene på avdelingen. Her kan vi se at de ansatte syntes beboerne fant oftest frem til fellesrommet på egenhånd. Den totale skåren tyder på at beboerne trenger generelt litt hjelp til å finne frem på avdelingen.

Siden dataene ikke møter påstandene som kreves for å gjøre en parametrisk test, ble den ikke-parametriske Friedman testen utført. Med denne testen kan man sammenligne flere variabler med samme utvalg. Friedman testen indikerte at det ikke var en signifikant forskjell mellom rutene i sykehjemmet, $\chi^2(5) = 9.66$, $p = .09$. På tross av at det ikke var noen signifikant forskjell mellom destinasjonene tyder resultatene på at det er lettere for beboerne å finne frem til enkelte av destinasjonene som for eksempel fellesrom, kjøkkenet og private værelser.

6.0 Diskusjon

Fordelen med kvalitativ forskning er at metoden lar forskeren utforske fenomenet dypere. Deler av resultatet støtter tidligere funn i forskning, men noen av temaene er nye funn. Mange av de ansatte var stolte av å jobbe på Gulstølstunet sykehjem, flere nevnte deres fokus på å bruke lite medisin og fokusere på å roe ned beboerne med en til en kontakt som for eksempel realitetsoppdatering.

6.1 Resultat fra dybdeintervju med prosjektleder Mette L'Orange

Analysen av dybdeintervjuet med Mette L'Orange viste at prosjektet hadde ingen begrensninger og skolen kunne selv definere oppdraget. Studentene deltok i designprosessen som en del av et "masterprosjekt" og fikk dermed muligheten til å bidra til reelt prosjekt: *"Skolen definerte oppdraget selv og læringspotensialet"*, L'Orange. Masterprosjektet hadde en miljøpsykologisk tilnærming i designet av tiltaket, og tenkt på hvordan tiltakene kan være til støtte for beboerne i veifinning, identitet og hjemlige atmosfære: *"veifinning, identitet og sanselige omgivelser, hjemlige omgivelser som er viktig på et sykehjem"*, L'Orange. Hvilket design som skulle brukes ble avgjort av et "fagutvalg" som bestod av lærerne på instituttet: *"Av de fire forslagene valgte staben ut hva de ville ha"*, L'Orange. Sammen med studentene ble de enig om sluttproduktet. Det kan ha vært nyttig å være så mange som bidrar til designprosessen og kan skape en mer kreativ tilnærming til løsningen. Å til slutt ha faglærte til å bestemme hvilke ideer og design som skal velges er vesentlig. Prosjektet hadde "teoretiske røtter" og spesielt "fargevalget" hadde en sentral rolle: *"Helle Wijk var hoved vitenskapelig kilde"*, L'Orange. Som et pilotprosjekt til L'Orange sitt eget studie tok de i bruk maling innenfor fargepaletten corbusier: *"jeg var interessert i å teste ut noen av de fargene og diskuterte med ledelsen om de kunne prøve å få malt opp veggene i corbusier farger"*, L'Orange. Dette er spesielle farger som har lite svart i seg. Prosjektet ble ikke gjennomført helt som planlagt på grunn av mangel på tid og ressurser til å følge opp. Likevel ble den viktigste delen av prosjektet gjennomført som var nettopp å male korridorene som skulle gjøre det lettere for beboerne å skille mellom avdelingene ved bruk av farge. Ifølge L'Orange var det gode "samarbeidet" med lederen fra sykehjemmet vesentlig: *"det var et helt unikt samarbeid med en engasjert ledelse"*, L'Orange. Fargeprosjektet fikk en uventet effekt med tanke på at sykehjemmet har fortsatt oppussingen, man kan dermed si at prosjektet har

hatt en ”synergieffekt”. Slike prosjekter kan gjerne bidra til optimisme og inspirere til å fortsette forbedringen av det fysiske miljøet.

6.2 Resultat fra intervjuene med de ansatte på Gulstølstunet sykehjem

Resultatet viste at de ansatte var delt i deres opplevelse av hvor godt beboerne mestrer og finner frem på avdelingen. En mulig forklaring er at det er store variasjoner i hvor demente beboerne er, noen er mer oppegående enn andre. Enkelte av beboerne klarer å finne frem på egenhånd med litt veiledning, mens andre beboere må følges til hver aktivitet. I tillegg kan resultatet være påvirket av sosial ønskelig bias, noen av de ansatte kan ha besvart spørsmålene slik de tror arbeidsgiveren ønsker (Cozby, 2005; Howitt og Cramer 2008).

”Trivsel” er et veletablert tema innen forskning. På tross av at alle de ansatte var enige i at beboerne trives på avdelingen var det likevel flere som rapporterte at enkelte av beboerne er til tider urolige, vandrer og ommøblerer. *”De vandrer frem og tilbake. Vi har en beboer som hele tiden, innpå rommet, innpå stuen og litt sånn.”* – Deltaker 7. Forskning har allerede vist at slik atferd er relatert til dårligere livskvalitet, (Haugan et al. 2015).

Orienteringsevnen blir gradvis svekket hos beboerne, i tillegg kan dagsformen og døgnets tider påvirke orienteringsevnen. Avdelingene på sykehjemmet har en enkel og oversiktlig struktur, de ansatte mente også at det var greit for beboerne å finne frem på avdelingen: *”Inne på avdelingen er det jo relativt greit å orientere seg, for en del av de”* –Deltaker 9. Dette stemmer overens med tidligere forskning som har vist at en enkel og oversiktlig struktur på avdelingen er vesentlig for at demente pasienter skal kunne finne frem (Marquardt & Schmiege, 2009). Likevel tyder resultatene på at beboerne sliter å finne frem til spesifikke mål. Ifølge Marquardt og Schmiege (2009) kan antall personer på fellesområdene påvirke evnen til å finne frem til enkelte destinasjoner, dette kan være en mulig forklaring. Et av subtemaene var ”areal”, alle intervjuobjektene var enig i at fellesrommet var altfor trangt i forhold til hvor mange beboere som brukte området: *”Det blir så fryktelig trangt, og da kan det bli kamp om plassen for alle vil ha rullatoren ved siden av seg.”* – Deltaker 2. Flere av intervjuobjektene nevnte også at beboernes evne til å finne frem på egenhånd er bedre tidligere på døgnet, mens lengre utpå dagen trenger de gjerne mer hjelp: *”Det føler jeg med mange av de er når tid på døgnet det er sant. Noen ganger går det greit”* – Deltaker 11.

Tidligere på dagen er også beboerne mer rolig, men utover på dagen når de blir mer slitne er de gjerne mer urolig. I tillegg er evnen til å finne frem avhengig av hva som er startpunkt og destinasjon. Resultatet viste at toalettet er et av de vanskeligste stedene å finne frem til, dette støttes av de kvantitative funnene i studiet, men det var lettere å finne frem til dette målet dersom startpunktet er beboerens private værelse: *”Kommer de fra korridoren og skal på toalettet er det kjempevanskelig. Men er de på rommet sitt og skal finne toalett, da er det ikke så verst. Men skal de finne det fra fellesstue eller korridor, da snakker vi noe annet”* – Deltaker 2.

På Gulstølstunet sykehjem lå avdelingene som var med i undersøkelsen i andre etasje, administrasjonen lå i første. Noen av de ansatte mente at de demente hadde hatt større utbytte dersom avdelingen lå i første etasje og kunne ta i bruk hagen når de ville:

”Demensavdelinger burde ligge i første etasje med tilgang på utearealer” – Deltaker 9

Som analysen også viste er det flere av beboerne som ikke trives å oppholde seg i ukjente omgivelser. Enkelte føler seg utrygg når de beveger seg utenfor området de ellers pleier å bevege seg fritt i. Dermed kan det være gunstig for denne beboergruppen å være på samme nivå som en hage. Tilgang til natur kan bidra til økt livskvalitet (Berman et al., 2008; van Hoof et al., 2009; Van den Berg et al., 2010; Tyrvaainen et al., 2014). En hage kan også gi beboere med vandrebehov sjansen til å bevege seg mer fritt og kan gi dem muligheten til å gå så lenge de vil uten at de møter på en vegg.

”Hjemmekoselig” var et av sub-temaene som kom frem i analysen, dette er allerede et veletablert fenomen i tidligere forskning. Et hjemmekoselig miljø eller atmosfære i sykehjem kan være viktig for trivsel. Flere av de ansatte var opptatt av at beboerne skulle ha et hjemmekoselig miljø: *”Det er jo lett for at det blir litt sånn institusjonspreg, mange liker på sykehjem at det skal være hjemmekoselig. Det er jo liksom denne generasjonen sant, sånn som de var vant til å ha litt blonder på gardinene og sånt.”* – Deltaker 10 En hjemlig atmosfære har vist seg å være en vesentlig faktor for livskvalitet og gi en økt følelse av tilhørighet hos demente pasienter i helseinstitusjoner (van Hoof et al., 2010; van Dijck-Heinen et al., 2014; Marquardt et al. 2014).

Et annet sub-tema som tilhørte interiør var ”konversasjonsskaper”, dette kan være gjenstander som oppmuntrer folk til å konversere: *”Bildene vi hadde var veldig koselig, de var av Bergen, Fløibanen og de brukte vi veldig aktivt. Mye å snakke om nedover gangen.”* –

Deltaker 3. Noen av de ansatte uttalte hvilke miljøterapeutiske egenskaper enkelte gjenstander i det fysiske miljøet kan ha.

”Personlige gjenstander” hjemmefra er viktig for at beboeren skal føle seg mer hjemme:

”*Ting hjemmefra er veldig viktig*” – Deltaker 1. Dette støtter tidligere forskning som har vist at gjenkjennelige miljøer er viktig (van Hoof et al., 2010; Haugan et al. 2015) En av deltakerne nevnte at en beboer hadde vært urolig en periode, de ansatte konkluderte med at personen burde få flere ting hjemmefra til å innrede rommet, etterpå roet personen seg. Kvalitativ forskning lar oss ikke trekke konklusjoner om årsak og virkning, i dette tilfellet kan vi ikke sikkert si at det var de personlige gjenstandene som roet beboeren ned. Men påstandene fra de ansatte støtter tidligere forskning.

Beboerne på avdelingene blir konstant overvåket og kan oppleve tvang når de møter den låste døren til trappeoppgangen, dette underbygger hovedtemaet ”kontroll”. Forskning har vist hvor vesentlig kontroll, privatliv og autonomi er for demente beboere. Dette kan påvirke beboeren negativt og knyttes opp mot utagerende og aggressiv atferd (Graneheim, Norberg og Jansson, 2001; Haugan et al. 2015). Mangel på full autonomi i fellesarealene er et av subtemaene. De demente på avdelingene får blant annet ikke lov til å sove i fellesarealene og får ikke forsyne seg selv med mat, regler som er satt av ledelse og personalet: ”*Da spør de, det er ingen som skal gå og forsyne seg selv.*” –Deltaker 8. Popham og Orell (2012) har vist at ledere og personal prioriterer helse og trygghet, imens pårørende og pasienter vektlegger autonomi. Å ha muligheten til å kunne forsyne seg selv med en kopp te, eller en liten matbit er derfor viktig for pasienten. Hvordan påvirker mangel på full autonomi livskvaliteten til beboerne? Funn fra et annet studiet har vist at muligheten for å ta del i hverdagslige aktiviteter som handle og lage mat kan være relatert til forbedret livskvalitet (Funaki et al., 2005).

Flere av de intervjuede syntes det var vanskelig å vurdere om vedtaket hadde hatt en effekt på beboerne. Dette skyldes som tidligere nevnt stor variasjon i psykisk og fysisk form blant beboerne. I tillegg er det ikke alle beboerne som har bodd på avdelingen siden før tiltaket ble innført. Når beboerne blir for dårlig til å være på avdelingen blir de flyttet til en annen. Likevel uttalte majoriteten at de ikke hadde sett noen endring i trivsel eller atferd hos beboerne etter at vedtaket ble innført: ”*Vi merker faktisk ingen forskjell. Men vi syntes jo det er veldig koselig at det kommer farger på veggene*” – Deltaker 1. Men fargen hadde hatt en

positivt effekt for de ansatte og gjorde korridoren ”koseligere” på tross av at ikke alle var enige i fargevalget. Tidligere var korridoren malt hvit og hadde et mer institusjonspreg. Det var likevel ansatt som påstod at beboerne fant tilbake til avdelingen de tilhørte når de hadde vært ute og vandret: *„vi henviser til fargene og da finner de fortene tilbake.”* –Deltaker 10. Resultatet viste heller ingen effekt av at korridoren var malt lysere for å trekke beboerne inn mot fellesrommet: *”Jeg vet ikke, de blir egentlig verken trukket her eller der, de kommer ut også går de en av veiene. Det er litt tilfeldig.”* – Deltaker 8. En mulig forklaring på dette kan være at lyskontrasten i fargen er ikke tydelig nok, kanskje beboerne ikke klarer å se at malingen blir lysere. Ifølge Foley og Martin (2010) blir skarpheten i sidesynet svekket med alderen, dette kan være en mulig forklaring.

Et vesentlig sub-tema var ”forstyrrende elementer i det fysiske miljøet”, her kom det frem at enkelte av beboerne reagerer negativt på mønster og merker på gulvet. Dette inkluderte et stort geometrisk mønster som er plassert på gulvet på avdelingen på Gulstølstunet som skaper forvirring og redsel hos enkelte av beboerne: *”Det var jo de feltene i gulvet, de blå geometriske feltene i gulvet er absolutt forstyrrende. De føler at det er hull i gulvet, at det er vann der, de trekker over og stopper helt opp.”* – Deltaker 9. Ved et nytt demenssenter i Bergen er det plassert prikker på gulvet som del av brannreglement, flere beboere har her også reagert på merkene og prøver å få det opp fra gulvet. Dette tyder på at man burde unngå å ha mønster og merker på gulvet på avdelinger for demente. Et alternativ kan være å plassere merkene som skal vise veien til nødutganger langs veggen. Impuls- og spontanlyder fra kjøkkenet ble også nevnt som en forstyrrende faktor i miljøet. Å måtte konstant høre lyder fra kjøkkenet gjennom hele dagen kan oppleves som slitsomt for beboerne. Dette tyder på at det kan være en fordel å skille kjøkken og stue ifra hverandre, men dette kan igjen føre til at man må øke bemanningen på avdelingen. Dersom dette kan føre til økt trivsel og roligere beboere er dette en fordel, kan det likevel være en økonomisk fordel.

Brukermedvirkning var et sentralt og viktig hovedtema som kom frem i analysen. De ansatte hadde kjennskap til andre som hadde vært med i utbedring eller utbygging av nye sykehjem, men dette var få og det var kun ledere som hadde fått mulighet til å bli med på dette: *”Blir nå aldri spurt om noen ting. Ting blir bare satt i gang og er i grunn ferdig bestemt før de begynner.”* –Deltaker 11. Majoriteten av de ansatte uttalte et ønske om å bli hørt. Enkelte av de ansatte fremstod som frustrerte da de gikk gjennom tidligere oppussings-prosjekter de ikke hadde fått uttalt seg om, og være vitne til feil og mangler som kunne vært unngått. Arkitekter

og designere vet gjerne ikke om alle behov som bør dekkes og hva som er praktisk. Hvorfor blir ikke de ansatte hørt når man utarbeider slike prosjekter. De samme feilene gjøres gjentatte ganger, dette kunne vært unngått dersom man hadde intervjuet denne kilden. Dette kan være økonomisk gunstig, og føre til et bedre utformet fysisk miljø og arbeidsmiljø, dette kan igjen føre til bedre trivsel hos beboerne som igjen kan føre til mindre bruk av beroligende og andre typer medisiner.

Hvordan kan man inkludere de ansatte i fremtidige prosjekter? Under arbeidet med datainnsamlingen kunne avdelingene bare avse en ansatt om gangen til å bli intervjuet. Derfor kan det være vanskelig å samle inn informasjon fra de ansatte i fokusgrupper uten at det skal gå utover arbeidshverdagen. Dette kan gjøre datainnsamlingen mer tidkrevende ettersom man må intervjuer objektene en etter en.

6.3 Resultatet fra spørreskjemaet

Den kvantitative analysen viste ingen signifikant forskjell i de ansattes vurdering i hvor lett det var for beboerne å finne frem til de ulike destinasjonene på avdelingen. Dette resultatet kan skyldes det lave antallet deltakere i studiet og de lave ordinale svar-verdiene som er fastsatt av undersøkelsen. Kanskje fremtidige studier som ønsker å ta i bruk dette spørreskjemaet burde inkludere flere svar alternativer. I tillegg syntes flere av de ansatte det var vanskelig å gjøre en generell vurdering av de demente beboerne på grunn av stor forskjell i kognitiv evne. Likevel kan resultatene tyde på at destinasjonene: fellesrom, kjøkkenet og beboernes private værelse er lettere å finne frem til. Gjennomsnittsskåren til disse målene var høyere enn de andre destinasjonene. Dette støtter funnene i den kvalitative analysen som viste at de ansatte mente at det var lettere for beboerne å finne frem til fellesrom og soveværelse, imens toalett var vanskeligere: *Kommer de fra korridoren og skal på toalettet er det kjempevanskelig. Men er de på rommet sitt og skal finne toalett, da er det ikke så verst. Men skal de finne det fra fellesstue eller korridor, da snakker vi noe annet* (Deltaker 2). Den kvalitative undersøkelsen tyder på at spørreskjemaet burde definert rutene mer spesifikt som for eksempel spurt hvor lett det er for beboerne å finne frem til toalettet fra fellesrommet vs. å finne frem til toalettet fra eget værelse, osv.

6.1 Fremtidig forskning

Fremtidig forskning bør videreutvikle spørreskjemaet som ble tatt i bruk i gjeldende studiet. Spørreskjemaet burde inkludere spesifikke ruter i det bygde miljøet istedenfor å bare måle hvor lett det er å nå spesifikke mål. For eksempel burde man spørre hvor lett det er å finne frem til badet dersom man begynner i fellesstuen eller på soverommet.. Dette kan potensielt gjøre det lettere for de ansatte å gjøre en vurdering og styrke reliabiliteten til instrumentet. På denne måten kan man grundigere undersøke hvordan strukturen av avdelingen påvirker beboernes orienteringsevne.

Studiet viste også at demente beboere har mindre autonomi på grunn av regler, fremtidig forskning burde utforske hvilken effekt det har på de demente beboernes livskvalitet. Hvor viktig er det at beboerne får selv bestemme hva de har lov til å gjøre på fellesområdene? Utsagnet ” borte bra, men hjemme best ” er vel kjent i den norske samfunnet. Hva er det som gjør at vi trives best i vårt eget hjem. Er det stedsvalg, selvet bygget, personlige gjenstander, privatliv eller er det autonomi og selvbestemmelse som er avgjørende for at vi liker oss best hjemme? Flere sykehjem er bevisste på å skape en hjemmekoselig atmosfære ved hjelp av gjenkjennelige og personlige gjenstander, men hva om dette ikke er nok for å sikre trivsel?

På tross av at resultatene tydet på at det fysiske tiltaket ikke hadde hatt noen effekt burde man forske videre på hvordan farge kan brukes til å understøtte veifinning i det fysiske miljøet. Kanskje det kan være nyttig å intervjuer ansatte og utføre et observasjon-studie av bevegelsesmønsteret til de demente beboerne før og etter tiltaket er innført for å kunne bedre sammenligne resultatene før og etter tiltaket ble innført.

Forskning burde også undersøke nærmere hvordan mønster og merker på gulv kan ha en negativ effekt på demente beboere ettersom dette er et nytt funn. Opplever beboere på andre institusjoner det samme?

7.0 Konklusjon

Resultatet fra studiet tyder på at det fysiske tiltaket innført ved Gulstølstunet sykehjem har hatt liten effekt på veifinning og trivsel hos beboerne. Men studiet har ikke direkte målt effekten av fargene. Tiltaket kan likevel ha hatt en ubevisst effekt som de ansatte ikke har observert. Studiet viste også at enkelte elementer i det fysiske miljøet som for eksempel mønster og merker på gulvet kan ha en negativ innvirkning på demente beboere, dette burde det tas hensyn til når man rehabiliterer eller utformer nye helseinstitusjoner. I tillegg er det flere faktorer i det fysiske miljøet som er viktig for å øke livskvaliteten hos demente pasienter, hjemlig atmosfære, privatliv, og autonomi. Dette kan igjen påvirke økonomiske utgifter som medisin og antall sykemeldinger. Brukermedvirkning og EBD er vesentlig for å skape et fysisk miljø som understøtter demente pasienters behov.

Litteraturliste:

- Aslaksen, R., Bringslimark, T. Og Nyrud, A. Q. (2012). Norsk miljøpsykologi. Oslo: *SINTEF akademisk forlag*. Kap 8
- Bassi, C. J., Solomon, K., og Young, D. (1993). Vision in aging and dementia. *Optometry and vision science: official publication of the American Academy of Optometry*, 70(10), 809-813.
- Bear, M.F.H., Connors, B.W., Paradiso, M.A. (2016). Neuroscience. Exploring the Brain (4th. ed.). *Wolters Kluwer*: Kap. 1. Side
- Berman, M. G., Jonides, J., & Kaplan, S. (2008). The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychological science*, 19(12), 1207-1212.
- Carpman, J. R, and Grant, M. A. (2016). Design That Cares: Planning Health Facilities for Patients and Visitors. *Jossey-Bass*: 2nd ed.
- Carson, Neil R. (2010). Physiology of Behavior (10th ed.) *Pearson International Edition*: Kap. 15.
- Clayton, S., (2012): The Oxford Handbook of Environmental and Conservation Psychology. *New York: Oxford University press*. (kap. 13, 16 og 24. s. 25 og 233-239).
- Cohen-Mansfield, J., & Werner, P. (1998). The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *The Gerontologist*, 38(2), 199-208.
- Cozby, P. C. (2005). *Methods in Behavioral Research* (9)
- Dittmar, M. (2001). Changing colour preferences with ageing: A comparative study on younger and older native Germans aged 19–90 years. *Gerontology*, 47(4), 219-226.
- Dragaland, A. (2015). Slik fungerer demens-landsbyer i Norge. SINTEF. Publisert av: forskning.no. Tilgjengelig fra:

<https://forskning.no/aldring-sykdommer-samfunn/2015/07/vurderer-demenslandsbyer-i-norge>

Engeland, K. og Haugen, P. K. (2009) Lærebok demens. Fakta og utfordringer. 5 utgave.

Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Foley, H. J. og Matlin, M. W. (2010). Sensation and Perception (5), kap 7 og 14.

Funaki, Y., Kaneko, F., og Okamura, H. (2005). Study on factors associated with changes in quality of life demented elderly persons in group homes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12(1), 4-9.

Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinyà, D., Ballester, D., & Vilalta-Franch, J. (2012). Environmental determinants of quality of life in nursing home residents with severe dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(7), 1230-1236.

Gifford, R. (2016). Research Methods for Environmental Psychology. *Wiley Blackwell*. Kap 7 og 13.

Graneheim, U. H., Norberg, A., & Jansson, L. (2001). Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and 'behavioural disturbances', and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 256-265.

Graneheim, U. H., & Jansson, L. (2006). The meaning of living with dementia and disturbing behaviour as narrated by three persons admitted to a residential home. *Journal of clinical nursing*, 15(11), 1397-1403.

Haugan, G., Woods, R., Høyland, K., og Kirkevold, Ø. (2015). Er smått alltid godt I demensomsorgen? *SINTEF akademisk forlag 2015*.

Hauge, Å. L., og Magnus, E. . (2012). Norsk miljøpsykologi. Oslo: *SINTEF akademisk forlag*. Kap 7

Helsedirektoratet (2017) Diagnosestatistikk for kommunal helse- og omsorgstjenester. Tema: Demenssykdom. *Data fra IPLOS-registeret*. Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/diagnosestatistikk-for-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-data-fra-iplos-registeret>

Howitt, D., Cramer, D. (2008). Introduction to Research Methods in Psychology. *Pearson education limited* (2), 373-384.

Korpela, K. M., Ylén, M., Tyrväinen, L., & Silvennoinen, H. (2009). Stability of self-reported favourite places and place attachment over a 10-month period. *Journal of Environmental Psychology*, 29(1), 95-100.

Lidwell, W., Holden, K. og Butler, J. (2003) Universal Principles of Design. *RockportPublishers*.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Freedman, L. S., Murad, H., Thein, K., og Dakheel-Ali, M. (2012). What affects pleasure in persons with advanced stage dementia? *Journal of Psychiatric Research* 46(3), 402-406.

Maurer, K., and Prvulovic D. (2004). Paintings of an artist with Alzheimer's disease: visuoconstructural deficits during dementia. *Journal of Neural Transmission*, 111: 235-245.

Marcheschi, E. (2015) (Doctoral Dissertation). The housing environment of people with severe mental illness. A study of supported housing facilities in Sweden. *Lund University*.

Marquardt, G., & Schmiege, P. (2009). Dementia-friendly architecture: environments that facilitate wayfinding in nursing homes. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 24(4), 333-340.

Marquardt, G., Bueter, K. M. A., og Motzek, T. M. (2014). Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: An Evidence-Based Review.

Neuman, W. L. (2009). *Understanding Research*. Pearson Education, Inc.

Popham, C. og Orrell, M. (2012). What matters for people with dementia in care homes? *Aging mental health* 16(2), 181-188).

Skorupka, Aga (2013) Walkplace: On affordances for mobility experiences in the indoor environment. *PhD-avhandling, e City University of New York*.

Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-slaar-lenger-inn-over-europa-enn-norge>

<https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning>

Tretteteig, S., & Thorsen, K. (2012). Livskvalitet for personer med demenssykdom–sett i et livsløpsperspektiv-En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. *Nordisk tidsskrift for helseforskning* 7(2), 39-61.

Tyrväinen, L., Ojala, A., Korpela, K., Lanki, T., Tsunetsugu, Y., & Kagawa, T. (2014). The influence of urban green environments on stress relief measures: A field experiment. *Journal of Environmental Psychology*, 38, 1-9.

Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., og Zelson, M. (1991). Stress Recovery During Exposure to Natural and Urban Environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11, 201-230.

Ulrich, R. S. (2002). Health Benefits of Gardens in Hospitals. Paper for conference, Plants for People. International Exhibition Floriade.

Van den Berg, M., Wendel-Vos, W., van Poppel, M., Kemper, H., van Mechelen, W., & Maas, J. (2015). Health benefits of green spaces in the living environment: A systematic review of epidemiological studies. *Urban Forestry & Urban Greening*, 14(4), 806-816.

- van Hoof, J., Kort, H. S. M., Duijnste, M. S. H., Rutten, P. G. S, og Hensen, J. L. (2010). The indoor environment and the integrated design of homes for older people with dementia. *Building and environment* 45(5), 1244-1261.
- van Hoof, J., Kort, H. S. M, van Waarde, H., og Blom, M. M. (2010) Environmental Interventions and the Design of Homes for Older Adults With Dementia: An overview. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 25(3), 202-232.
- Van Dijk-Heinen, C. J.M. L, Wouters, E. J. M., Janssen, B. M., van Hoof, J. (2014). A sende of home through the eyes of nursing home residents. *International Journal for Scientific Research and Development* 1(4), 57-69.
- Wallace, J. (2003). Blue light helps Alzheimer's patients sleep. *Laser Focus World*, 39(1), 18-20.
- Weber, C. F. M. (2013). Exploring physical facilitators of place attachment and place identity while monitoring the effect of social dimension of place. *Guildford, England: University of Surrey*.
- Wijk, H., & Sivik, L. (1995). Some aspects of colour perception among patients with Alzheimer's disease. *Scandinavian journal of caring sciences*, 9(1), 3-9.
- Wong, J. K. W., Skitmore, M., Buys, L. og Wang, K. (2014). The effects of the indoor environment of residential care homes on dementia suffer in Hong Kong: a critical incident technique approach. *Building and Environment* 73, 32-39.
- Wright, P. A., & Kloos, B. (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology* 27(1), 79-89.
- Zingmar, K, Sandman, P. O., og Norberg, A. (2002) Promoting a good life among people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing* 38(1), 50-58

Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R., og Koopmans, R. T. Predictors of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: Influence of gender and dementia severity. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24(10), 1079-1086.

Vedlegg 1. Samtykkeskjema

Deltakelse i miljøpsykologisk studie på sykehjem

Bakgrunn og formål

Denne studien er en del av et masterprosjekt i miljøpsykologi ved Høgskolen i Innlandet, avdeling Lillehammer.

Hva innebærer deltakelse?

Intervjustudie gjennomføres på sykehjemmet på tomannshånd og det vil bli gjort lydopptak. Dette tar mellom 30-60 minutter. Studiet vil be om informasjon om er beboers evne til å finne frem på avdelingen og hvor oversiktlig den ansatte opplever det fysiske miljøet er for beboer.

Det vil også bli utdelt et kort spørreskjema hvor du vil bli bedt om å vurdere på en poengskala fra 0-2 hvor ofte beboer finner frem til spesifikke mål på avdelingen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Personidentifiserende informasjonen som blir gitt vil bli anonymisert. Dersom du ønsker å trekke deg fra studiet vil dataene bli slettet.

Hensikten

Hensikten med studiet er å se hvor godt de fysiske tiltakene innført på avdelingen har fungert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du skulle ha noen spørsmål angående studiet kontakt:

Masterstudent i miljøpsykologi, Birgit Øye: birgitoye@gmail.com

Veileder, Katinka Horgen Evensen: katinka.evensen@hil.no

Sluttdato for prosjekt: 20.10.2018

Samtykke til deltakelse i miljøpsykologisk studie

Jeg har mottatt informasjon om studien både muntlig og skriftlig og er villig til å delta

(Signert av deltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

1. Opplever du at beboer trives på avdelingen?
2. Får beboer lett oversikt over miljøet?
3. Opplever du at beboer finner lett frem på avdelingen?
4. Opplever du at beboer mestrer miljøet?
5. Hvor ofte må du hjelpe beboer å finne frem?
6. Blir fellesrommene ofte tatt i bruk?
7. Klarer beboer å skille mellom rommene?
8. Hender det at beboere forviller seg ut av avdelingen eller bygningen?
9. Vandrer beboerne formålsløst?
10. Er beboerne urolige?
11. Hvilke tiltak har blitt gjort for å gjøre det lettere for beboer å finne frem i miljøet?
12. Trives beboer bedre etter at tiltakene ble innført?
13. Blir disse tiltakene tatt i bruk av beboer? Fungerer de?
14. Opplever du at beboer har endret atferd etter at tiltakene ble innført? Utdyp
15. Har beboerne blitt roligere?
16. Opplever de noen av tiltakene som forstyrrende? Eller er de kun til hjelp for alle?
17. Klarer beboer å finne informasjonen? Tar den i bruk? Har de forståelse for den?
18. Finnes det distraherende elementer i rommene?
19. Er plassering av informasjonen viktig?
20. Er det noe jeg ikke har spurt om som du mener er viktig?

Vedlegg 3

Spørreskjema

Oversatt fra Marquardt og Schmieg (2009).

På en poengskala fra 0-2, hvor mange poeng vil du gi følgende utsagn om hvorvidt beboerne på avdelingen klarer å finne frem til ønsket mål.

0 poeng = Beboer klarer ikke finne veien til målet.

1 poeng = Beboer trenger en påminnelse eller at noen viser retningen til målet for å finne frem.

2 poeng = Beboer klarer å nå målet på egenhånd uten hjelp.

1. Å gå til kjøkkenet.
2. Identifisere og finne frem til sitt eget soverom.
3. Finne frem til toalettet (privat toalett/ toalett på fellesarealet)
4. Finne frem til hage/balkong.
5. Finne frem til fellesrom.
6. Å gå i riktig retning når de kommer ut fra deres eget værelse mot fellesarealet.

Vedlegg 4. Intervju guide til dybdeintervju

Hvem tok først kontakt i forbindelse med dette prosjektet?

Hva gikk oppdraget ut på?

Hva fikk dere vite? Hvor stor frihet hadde dere?

Har du jobbet med lignende prosjekter tidligere i samarbeid med kommunen?

Hvordan fungerte samarbeidet mellom oppdragsgiver og designerne?

Hvilke oppgaver fikk elevene i prosjektet?

Ble de ansatte eller beboerne på sykehjemmet intervjuet underveis?

Var det begrensninger til hva dere fikk lov til å gjøre? For eksempel økonomiske?

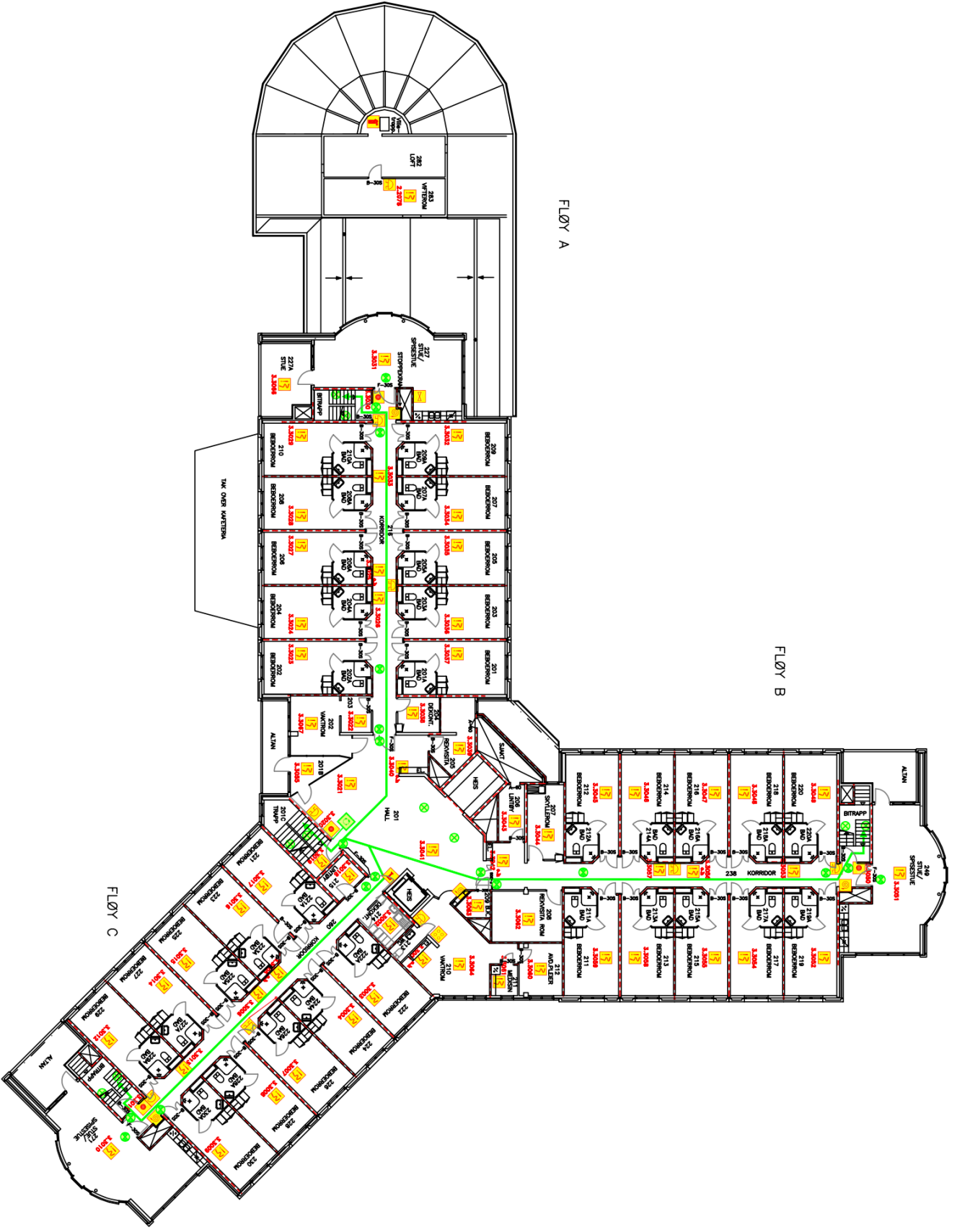
Er de spesifikke fargene valgt knyttet til teori eller forskning, har du noen referanser?

Hvilken effekt skal fargene ha på de ansatte og beboerne?

Hvem sin ide var det å male gangen lysere for å trekke beboerne inn mot fellesområdet?

Hvordan ble denne ideen utviklet?

Er det noe annet jeg ikke har spurt om som du tenker er viktig?



Vedlegg 6. Godkjenning av prosjekt fra NSD



Katinka Evensen
Postboks 400
2418 ELVERUM

Vår dato: 16.03.2018

Vår ref: 59160 / 3 / OASR

Deres dato:

Deres ref:

Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 12.02.2018 for prosjektet:

59160	<i>Wayfinding/Veifinning - Fysisk utforming av sykehjemsavdelinger for demente.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Innlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Katinka Evensen</i>
<i>Student</i>	<i>Birgit Øye</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.