Husbanken

HB 8.F.7
Januar 2024

Veileder for lokalisering og utforming av omsorgsbygg

Innhold

1. Bakgrunn....3
   1.1 Om veilederen og overordnede føringer....3
   1.2 Tips til planprosessen....3
   1.3 Kartlegge brukernes ønsker og behov....3
   1.4 Søknadsprosessen og Husbankens involvering i prosjekteringsfasen....4
2. Krav til lokalisering og utforming....5
   2.1 Overordnede prinsipper ved planlegging....5
   2.2 Prinsipper for normalisering og integrering....6
   2.3 Tekniske krav ved planlegging av omsorgsbygg....9
3. Ulike beboeres bo- og aktivitetsbehov....10
   3.1 Eldre og personer med demens....10
   3.2 Personer med funksjonsnedsettelser....10
   3.3 Personer med rus- eller psykiske helseutfordringer....11
   3.4 Barn som ikke kan bo hjemme med behov for heldøgns omsorg og pleie....11
4. Utforming av omsorgsplasser og aktivitetstilbud....12
   4.1 Planprinsipper for botilbud med fellesareal....12
   4.2 Utforming av omsorgsboliger....13
   4.3 Utforming av institusjonsplasser....16
   4.4 Lokaler for dagaktivitetstilbud....21
5. Dimensjoneringsgrunnlag....22
   5.1 Rullestol....22
   5.2 Hjelpemidler for løft og pleie....24
   5.3 Betjeningsareal....26
   5.4 Atkomst og kommunikasjonsveier....27
   5.5 Dører og vinduer....29
   5.6 Bad....32
   5.7 Sjekkliste for viktigste dimensjoner for omsorgsplasser....38

1. Bakgrunn

1.1 Om veilederen og overordnede føringer

Denne veilederen er et supplement til Husbankens retningslinjer for investeringstilskudd (HB 8.C.8). Veilederen skal hjelpe kommuner og deres samarbeidspartnere i bransjen med å etablere gode løsninger.

Når Husbanken gir kommuner investeringstilskudd til institusjonsplasser, omsorgsboliger og andre tiltak som favnes av ordningen, skal det være med kvaliteter som gjør omsorgsbyggene til gode hjem og gode arbeidsplasser. Disse målsettingene er blant annet forankret i Verdighetsgarantien for eldreomsorg og Arbeidsmiljøloven. De overordnede prinsipper og grunnleggende krav som Husbanken stiller som basis for all prosjektering av omsorgstilbud er beskrevet i kapittel 2. Dimensjoneringsgrunnlaget ligger i siste kapittel.

Veilederen bygger på erfaringer fra de siste års utbygginger, norske og skandinaviske evalueringer og anbefalinger, samt Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). I tillegg finner vi føringer i disse politiske dokumenter:

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

1.2 Tips til planprosessen

Det å bygge, drifte og vedlikeholde bo- og tjenestetilbud til innbyggere med spesielle behov, er en kompleks oppgave som betyr store investeringer for kommunen. Gode løsninger kan bare oppnås ved hjelp av klare målsettinger, tverrfaglig kompetanse, samarbeid og en godt organisert planprosess.

- Invester tid og penger på planleggingen
- Kartlegg brukernes ønsker og behov, f.eks. gjennom den boligsosiale handlingsplanen eller intervjuer
- Vurder ulike boligtilbud og funksjonelle løsninger tilpasset brukerne og tjenestetilbudet på lang sikt
- Ta kontakt med Husbanken tidlig i prosessen
- Sett sammen en prosjektgruppe med ulik kompetanse, f.eks. beboere, tjenestetilbydere, prosjekterende, utbyggere og ergoterapeut (funksjonsvurdering/hjelpemidler)
- Vurder å lage en felles visjon for prosjektet, som handler om hverdagsliv og aktiviteter i boligene og nærmiljøet
- Dra på befaringer, se andre konsepter og løsninger, tenk kreativt og nytt sammen med gode erfaringer fra tidligere prosjekter

1.3 Kartlegge brukernes ønsker og behov

Involver bruker, brukerrepresentanter og/eller brukerorganisasjon gjennom hele prosjektet fra lokalisering til utforming. Kartlegg botilbud, aktivitets- og arbeidstilbud og sosial og kulturell deltagelse. Drøft befolkningsprognoser som sier noe om framtidig behov. Skaff en oversikt over disponible og aktuelle tomter.

For å drøfte aktuelle temaer samt evaluere kan det være nyttig å undersøke følgende:

- Hvordan legge til rette så beboerne kan føle seg trygge og mestre eget hverdagsliv?
- Hvordan kan og ønsker de pårørende å bidra i prosjektet?
- Hvilke løsninger er gunstige for beboerne sett fra et driftsøkonomisk perspektiv?

- Hvilke fleksible løsninger er aktuelle med tanke på ulike brukergrupper og deres behov?
- Legger løsningene til rette for at beboerne kan leve normalt og være en del av samfunnet? Hvordan kan beliggenhet og utforming bidra til at beboerne kan delta på aktiviteter, samt møte andre mennesker?

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

Se også kapittel 2.2.5 Brukermedvirkning.

1.4 Søknadsprosessen og Husbankens involvering i prosjekteringsfasen

Husbanken har en egen Veileder for søknadsprosess og bruk av investeringstilskudd.
Veilederen du leser nå tar dermed for seg hvordan kommunen kan planlegge og prosjektere gode omsorgsplasser, både med hensyn til lokalisering og utforming. For at veilederen skal kunne fungere til dette formålet, forutsetter det at kommunen involverer Husbanken gjennom hele byggeprosjektet, dvs. fra tidlig planleggingsfase av prosjektet.

Figuren nedenfor illustrerer hvordan dette samarbeidet best kan fungere:

I investeringstilskuddsordningen bruker Husbanken en totrinnsmodell, der fase 1 begynner med en forespørsel om tilskudd og fase 3 begynner med søknad om tilskudd.

Fase 1

I denne første delen av prosessen tar kommunen kontakt med Husbanken, enten i form av en forespørsel eller ved uformell dialog. Dette skal helst skje før tomt og premisser er valgt. Da kan Husbankens kommunekontakter eller saksbehandlere veilede kommunen i en tidlig fase av prosjektet. Hensikten er at prosjektene skal oppnå en bedre kvalitet, men også se til at kommunen beveger seg innenfor Husbankens retningslinjer. Både plankrav og dialogverktøy vil være god hjelp for kommunen i denne fasen.

Fase 2

Den andre delen av prosessen handler om utforming, nærmere bestemt arkitektur, funksjon og minimumskrav. Da er både målgruppe og tomt allerede valgt. Saksbehandleren vil åpne for kommunens søknad når

- Husbanken har godkjent lokalisering
- løsning/utforming er innenfor Husbankens krav
- kommunen har levert alle nødvendige dokumenter i saken

Fase 3 og 4

I byggefasen av prosjektet har Husbanken en mindre aktiv rolle. Men kommunen skal orientere Husbanken ved endringer i prosjektet for å sikre at det fremdeles er innenfor kravene. Er endringen i konflikt med kravene, skal kommunen søke om godkjenning før dette eventuelt gjennomføres. Husbanken vil også veilede i forbindelse med utbetalingssøknader og kan foreta befaringer når bygget er ferdig.

2. Krav til lokalisering og utforming

2.1 Overordnede prinsipper ved planlegging

Sammen med kommunen søker Husbanken å finne gode løsninger med høy kvalitet som ivaretar følgende overordnede prinsipper og føringer:

1. Velg kvaliteter som bidrar til at både omsorgsboliger og institusjonsplasser kan fungere som gode hjem og gi rammen for et verdig liv med mening.
2. Skaff innsikt om de ulike brukergruppenes behov som grunnlag for løsningene.
3. Legg til rette for mennesker med kognitiv svikt og demens.
4. Legg til rette for fleksibel bruk på lang sikt.
5. Omsett regjeringens ambisjoner om normalisering og integrering til praksis.

2.1.1 Gode hjem og rammer for et verdig liv med mening

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

I alle løsninger bør kommunen prioritere plass til ordinær boliginnredning. Selv de minste enhetene skal ha plass til seng, skap til klær og utstyr, noen lenestoler og et bord (til besøk), et oppbevaringsmøbel til TV, bilder og bøker. Dette for at man kan skape en trivelig og personlig atmosfære.

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

2.1.2 Innsikt om ulike bo- og aktivitetsbehov

Innsikt om de ulike behov er nærmere beskrevet i kapittel 4. Det skal også være tilrettelagt for rullestolbrukere i alle botilbud. Dette er beskrevet nærmere i kapittel 5.

2.1.3 Generell tilrettelegging for personer med kognitiv svikt

Det å legge til rette for personer med kognitiv svikt og demens er et generelt krav uansett hva slags omsorgsplasser det handler om. Med generell tilrettelegging for personer med kognitiv svikt og demens mener Husbanken følgende:

- Boenheter som er organisert i små bogrupper, med hjemlige og oversiktlige fellesrom.
- Ingen gjennomgangstrafikk via bogrupper.
- Enkel og trygg mulighet til å komme utendørs. Dette er viktig for at beboerne skal få tilstrekkelig med dags- og sollys, oppleve naturen, vind og vær.
- Tilstrekkelig med dagslys i varige oppholdsrom.
- Muligheter til å delta i, eller se på, aktiviteter ute og inne.
- Det skal være lett å orientere seg.

Det er en fordel at beboerne kan bo i områder og omgivelser som er kjent. Om de må flytte til et annet botilbud, er det en fordel at de kan fortsette å bo i samme nærmiljø.

Gjennomgangstrafikk via bogrupper kan føre til unødig stress og forstyrrelser. Det er også uheldig med tanke på smittevern, og bogrupper bør kunne skilles helt av ved behov.

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

Les mer om demens i kapittel 3.1 Eldre og personer med demens.

2.1.4 Tilrettelegge for fleksibel bruk

Når kommunen skal etablere nye omsorgsplasser, er det viktig å etterstrebe differensierte boformer og fleksible løsninger.

Med ulike personligheter og behov er det ikke noen løsninger som vil favne alle. Ved å ha et variert tilbud vil kommunen i større grad være i stand til å tilpasse tilbudet til den individuelle beboer. Det innebærer at kommuneporteføljen tas i med i betraktning ved valg av boformer i nybygg, slik at en både har fellesskapsløsninger og selvstendige omsorgsboliger tilgjengelig.

Ved å lage fleksible løsninger, kan omsorgsbyggene fungere godt for ulike målgrupper ved endret behov i kommunen på lang sikt. Oppdelt bygningsmasse, boenheter organisert i mindre grupper og boliger uten fellesskapsløsninger kan bidra til dette. Fleksibilitet handler også om at endrede hjelpe- og tjenestebehov for beboer ikke skal medføre utflytting. Vi anbefaler kommunen å rådføre seg med ergoterapeut og hjelpemiddelsentralen for å sørge for at byggets utforming ivaretar dette allerede i planleggingen.

2.2 Prinsipper for normalisering og integrering

Prinsippene for normalisering og integrering handler om å etablere boligtilbud som legger til rette et så meningsfullt liv som mulig. Blant annet ut fra den enkelte beboers ferdigheter, ønsker og muligheter for å delta i samfunnet.

Disse prinsippene skal ligge til grunn når kommunen velger lokalisering og for utforming av omsorgsbygg.

Når kommunen sender søknad om investeringstilskudd, må de legge ved ferdig utfylt dialogverktøy og plankravskjema. Dette er verktøy som Husbanken anbefaler kommunen å bruke aktivt gjennom planleggingen av prosjektene for å imøtekomme prinsippene om normalisering og integrering. Målene med plankravet er å oppnå en kunnskapsbasert tilnærming til behov og tiltak, samt bidra til et variert bo- og tjenestetilbud.

2.2.1 Skal ikke ha institusjonslignende preg

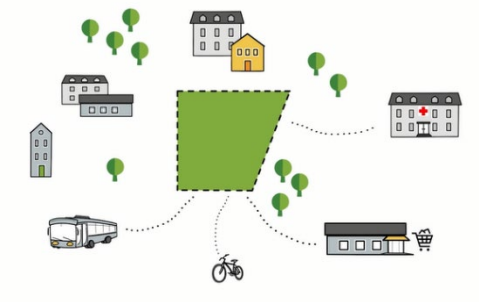
Prosjekter med institusjonslignende preg framstår mer som en arbeidsplass enn et hjem. Dette handler for eksempel om forholdet mellom driftsarealer og beboerarealer. Institusjonslignende preg dreier seg også om

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

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

2.2.2 Lokalisering i ordinære bomiljøer

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



Boligen bør ligge i et nærområde hvor man kan møte andre mennesker, se og ta del i et hverdagsliv utover det som foregår i selve botilbudet. I institusjoner, som for eksempel sykehjem og helsehus, bør det være fellesrom og funksjoner som er innbydende.

Skoggata bo- og servicesenter ligger i Moss sentrum med kafeteria åpen for alle. Prosjektet er integrert i et vanlig bomiljø. Utearealene er attraktive og brukes også av folk fra nabolaget. Mer om prosjektet på arkitektkontorets nettside via denne lenken. Foto: Norlandia.no

2.2.3 Uheldig samlokalisering

Boliger betraktes som samlokaliserte (lokaliserte sammen med andre boliger eller funksjoner) når de er så nær hverandre at de har visuelle, fysiske eller organisatoriske relasjoner med hverandre.

En uheldig samlokalisering handler om negative konsekvenser for beboerne og nærområdet ved

- for stort antall omsorgsboliger og/eller institusjoner på ett sted
- for tett mellom botilbud for personer som ikke fungerer godt sammen
- beboere med ulik botid (det er uheldig med midlertidighet i stabile bomiljøer.)

Når kommunen vurderer å samlokalisere, må man se det aktuelle prosjektet i sammenheng med eksisterende og eventuelle framtidige planlagte prosjekter i området.

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

2.2.4 Inviterende funksjoner i sykehjem

For omsorgsplasser der beboerne har lite mulighet til å bevege seg, er det viktig at daglige aktiviteter skjer i nærheten. En gjennomtenkt lokalisering og utformingen av selve bygget bidrar til dette. En skal etterstrebe at også personer på sykehjem opplever å være en del av samfunnet og samtidig bidra til mindre stigmatisering av personer med denne typen hjelpebehov.

Eksempelvis kan man plassere sykehjemmet i nærheten av kollektivknutepunkt eller butikker. Da kan beboerne observere livet som foregår utenfor. Det stimulerer de kognitive evnene og kan gi en følelse av tilhørighet og deltagelse.

Kommunen kan også planlegge for at aktiviteter kan finne sted i eller rett utenfor det prosjekterte bygget. Det kan være arealer satt av til innbyggerkafé, utstillingsarealer for kunst, bibliotek, amfi eller andre funksjoner som vil trekke en bredere del av befolkningen til området. Dette kan også i stor grad være med på å berike kommunens innbyggertilbud.

Noen kommuner inngår avtaler med barnehager eller bondegårder med dyr for å skape aktivitet omkring og i sykehjem. Dette kan Husbanken anbefale for de fleste sykehjem, uavhengig av lokalisering og utforming.

Julie Næss-tunet ligger i Åfjord kommune og inneholder både sykehjemsplasser, bibliotek, NAV-kontor, legekontor, helsestasjon og servicefunksjoner. Les mer om prosjektet via denne lenken. Foto: Husbanken.

2.2.5 Brukermedvirkning

Ifølge Lov om planlegging og byggesaksbehandling skal kommunen ta fremtidige beboere eller representanter for disse, med på råd når kommunen planlegger nye tilbud. Ta kontakt med organisasjoner som representerer de ulike brukergruppene i kommunen. Disse har erfaring om behov og løsninger som er samlet opp over tid. Det finnes også en del forskningsbasert kunnskap som sier noe om viktige kvaliteter for de ulike brukergrupper. Men selv om noen har samme diagnose, trenger de nødvendigvis ikke å ha samme boligpreferanser.

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

2.3 Tekniske krav ved planlegging av omsorgsbygg

Lov om planlegging og byggesaksbehandling (PBL)

En forutsetning for å få byggetillatelse er å følge Lov om planlegging og byggesaksbehandling. Dette er kommunens saksbehandlere innenfor plan- og byggesaksbehandling sitt ansvar å følge opp. Husbanken kan også komme med innvendinger i prosjekter der lovgivningen ikke følges.

Byggeforskriftene

Krav i gjeldende byggteknisk forskrift (TEK) ligger til grunn for all prosjektering av bygninger. Omsorgsboliger går under regelverket for bolig, mens sykehjem går under krav til lovverk for arbeids- og publikumsbygg. Forskjellene gjelder spesielt krav til universell utforming. Dersom kommunene ønsker å omgjøre omsorgsboliger til sykehjem, er det viktig å være klar over at byggeforskriftene stiller strengere krav til institusjonsplasser.

Arbeidsmiljøloven

Arbeidstilsynets beskriver sine krav på temasiden Arbeidsmiljø i helseinstitusjoner.

Universell utforming

Omsorgsboliger og institusjonsplasser skal være universelt utformet etter Norsk Standard NS 11001. Se mer om krav knyttet til universell utforming i kapittel 5.

Sikkerhet ved brann

Alle omsorgstilbud som får finansiering fra Husbanken må oppfylle kravene som stilles til risikoklasse 6 i henhold til branntekniske krav.

Tilrettelegging for bruk av teknologi og hjelpemidler

Bygningen skal være tilrettelagt for tilkobling og montering av hjelpemidler, kommunikasjons- og varslingssystem og annen velferdsteknologi. Det finnes mye tilgjengelig informasjon om velferdsteknologi. Noen nyttige sider kan være:

- Digital hjemmeoppfølging, hjemmesykehus og velferdsteknologi - Helsedirektoratet
- Velferdsteknologi - KS (se spesielt kommunenettverk)

3. Ulike beboeres bo- og aktivitetsbehov

Dette kapitlet er Husbankens anbefalinger om hva slags bolig ulike grupper trenger og ønsker, basert på mange års erfaring fra kommune-Norge og forskning innenfor det boligsosiale feltet.

Følgende forutsetninger ligger til grunn for våre anbefalinger:

- De aller fleste ønsker selv å bestemme over eget liv, også hvordan de bor.
- Alle mennesker ønsker et trygt, stabilt og varig sted å bo, med hjemlig atmosfære og med mulighet for å bevege seg, delta i lokalmiljøet og være sosial etter eget ønske. Slik som alle andre normalt kan.
- Kommunen skal vurdere hvert tilfelle individuelt ut fra brukerens livssituasjon og behov for bistand.

Alle boligløsningene som blir nevnt her er beskrevet i kapittel 4 og i retningslinjene for investeringstilskuddet (HB 8.C.8).

Husbanken har også laget en egen samleside for informasjon om hvordan planlegge heldøgns omsorgsplasser: Plankrav ved søknad om investeringstilskudd - Husbanken

3.1 Eldre og personer med demens

De fleste eldre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig, etter hvert med hjemmehjelp og hjelpemidler etter behov. Dagaktivitetstilbud kan motivere eldre til å bo hjemme lengre og bidra til livsglede og mestring.

Eldre med og uten kognitiv svikt bør ha muligheter til å delta på aktiviteter som ikke krever personalressurser. Ulike aktiviteter som gjerne går igjen i samtaler med beboere og kommuner handler ofte om å stimulere sansene, observere andre mennesker og dyr, oppleve kjente ting og steder, musikkopplevelser og liknende.

Det er viktig at kommunen ikke ser eldre med og uten demens som en samlet gruppe. Det å plassere personer som ikke har kognitiv svikt sammen med personer med langt utviklet demens kan oppleves som utrygt og redusere livskvaliteten.

Kommunen plikter å legge til rette for mennesker med demens når de etablerer omsorgsboliger og sykehjem (se kapittel 2.1.3 Generell tilrettelegging for personer med kognitiv svikt). Det vil si å prioritere små grupper, hjemlig atmosfære, kjente og avgrensede omgivelser, frihet til å bevege seg utendørs uten å gå seg bort (for eksempel sansehage) og bidra med så normale hverdager som mulig.

3.2 Personer med funksjonsnedsettelser

Ønsket om å bo hjemlig og ha så normale hverdager som mulig gjelder denne gruppen også. Uansett om funksjonsnedsettelsen er medfødt eller kommet senere i livet.

Personer som har fått funksjonsnedsettelser i løpet av livet etter sykdom eller ulykke og har et stort hjelpebehov, ønsker som oftest en egen tilrettelagt, selvstendig bolig i et vanlig bomiljø. Noen ønsker en tettere boform sammen med andre og nærmere hjelpeapparatet, for eksempel bofellesskap.

Bofellesskap med fellesarealer står høyt på ønskelista hos personer med utviklingshemming også. En måte å organisere dette på er at kommunen fremskaffer boligene, og får investeringstilskudd og momskompensasjon. Etterpå organiserer kommunen prosjektet som et borettslag og selger boligene til den enkelte beboer. Boligenes utforming, beliggenhet og rammene rundt borettslaget bør de kommende beboerne og deres pårørende være med på å bestemme.

Alle med utviklingshemming skal ha et dagtilbud utenfor sin egen bolig. For de som ikke kan gå på skole, jobbe eller delta i andre aktivitetstilbud, er dagaktivitetssenter en løsning.

Husbanken har laget en egen side om boliger til personer med utviklingshemming. Denne omhandler blant annet prosessverktøy, økonomiske muligheter og praktiske råd. Informasjonen på siden kan hjelpe kommuner og foreldre med å gjøre disse personene i stand til å eie egen bolig.

Les om Smibakken borettslag i Lindesnes

3.3 Personer med rus- eller psykiske helseutfordringer

Dette er mennesker med svært ulike behov, både når det gjelder bolig og tjenester. Ofte må kommunen se begge behovene i en sammenheng.

Behov for normalitet, trygghet og det å høre til finnes i alle mennesker, uansett plager og sykdom. Å bo spredt for å unngå negativ påvirkning fra andre i samme situasjon er viktig for de fleste rusavhengige. Husbanken anbefaler selvstendige boliger. Noen ønsker å bo helt alene, mens andre er mer sosiale og fungerer best i et ordinært nabolag. Her må kommunen legge den enkeltes behov til grunn og se etter individuelle løsninger så langt som mulig.

Noen kommuner har god erfaring med to og to små eneboliger på samme tun og med egne innganger, mens andre kommuner har lykkes med firemannsboliger. Selvstendige boliger bør være minst 40 kvadratmeter og ha alle vanlige boligfunksjoner. Dersom beboeren har omsorg eller besøksrett for egne barn, må de også ha et gjesterom.

Når kommunen skal bygge ordinære sykehjem, bør de samtidig vurdere behovet for en egen avdeling for rusavhengige med tilpassede helse- og omsorgstjenester.

Personer med psykiske helseutfordringer og ROP-pasienter (rus- og psykiske helseutfordringer samtidig) ønsker også et mest mulig normalt liv ved å bo i selvstendige boliger i ordinære nabolag eller bofellesskap med tjenester og aktiviteter. Noen ROP-pasienter trenger døgnbemanning. For tverrfaglige team som ACT og FACT, vil boligen være en viktig arena for behandling og oppfølging.

Dagaktivitetssenter kan være til god hjelp med blant annet sosiale aktiviteter, forebygge ensomhet og hjelp med praktiske ting. For rusavhengige bør det være et lavterskeltilbud med mat og klær, rom for samtaler, søvn og dusje- og vaskemuligheter.

3.4 Barn som ikke kan bo hjemme med behov for heldøgns omsorg og pleie

Barn og unge med behov for omfattende omsorg som de nærmeste ikke klarer å gi, kan få tilbud om plass i barneboliger på permanent basis, eller avlastningsboliger på midlertidig basis. Husbanken anbefaler små bogrupper på fire til seks beboere. Botilbudet skal være mest mulig likt et vanlig hjem med faste og kjente voksenpersoner rundt seg. Oppholdsareal og uteområder må være egnet til lek, læring og sansestimulering tilpasset barnas/ungdommenes alder og ferdigheter.

Dette er to ulike grupper som har ulike boligbehov og som ikke kan samlokaliseres:

1. Barn med utagerende adferd som trenger hjelp til å være sammen med andre
2. Barn med store og sammensatte fysiske/kognitive funksjonsnedsettelser som bruker mye hjelpemidler.

Les om Røedtunet avlastningshjem i Arendal

4. Utforming av omsorgsplasser og aktivitetstilbud

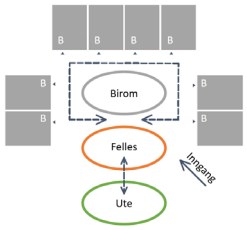
Det er den enkeltes individuelle behov som skal bestemme tjenestetilbudets innhold og omfang, og ikke boformen. Se kapittel 3 som beskriver ulike beboeres behov.

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

4.1 Planprinsipper for botilbud med fellesareal

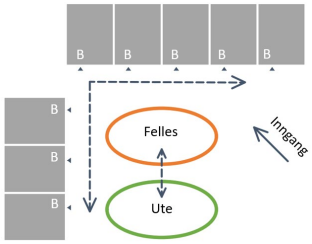
Vi viser i skissene nedenfor en del ulike planprinsipper for sykehjem og omsorgsboliger. De varierer blant annet med plassering av boenheter, fellesrom, inngang og tilgang til uteareal. Valg av konsept har dermed tydelig sammenheng med flere ulike hensyn som drift, orientering i bygget, solforhold, terrengtilpasning og hvilke brukergrupper man planlegger for.

Klynge



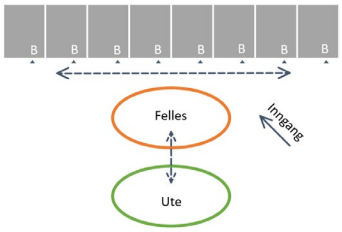
Boenheter i hestesko rundt birom, atrium eller lignende. Fellesrom som tangent langs vandrerute. Denne organiseringen øker korridorlengden, men skaper samtidig en god vandrerute som kan inkludere fellesrommene. Fellesrommet har også godt dagslys og kobling mot utearealer.

Vinkelløsning



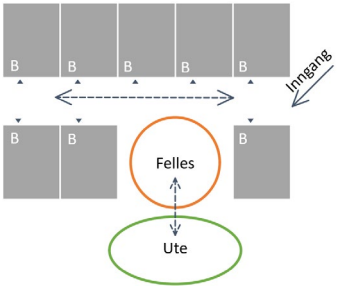
Sentralt plassert fellesrom på én side. Kompakt løsning som gir lite korridorareal. Vandreruter kan eventuelt organiseres ved sammenstilling av flere grupper.

Midtkorridor med boenheter på én side



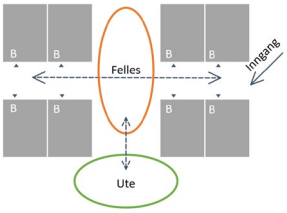
Fellesrom på den andre siden. En fordel med denne løsningen er at fellesrom, personalrom og birom kan plasseres sentralt i gruppen. Ulempen er lang korridor og institusjonspreg.

Midtkorridor med boenheter på begge sider



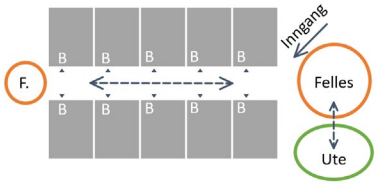
Sentralt fellesrom som ligger på én av sidene. Løsningen er veldig lik de andre løsningene med midtkorridor og boenheter på begge sider, men her har man større mulighet til å skjerme fellesrommet mot forstyrrende gjennomgangstrafikk.

Midtkorridor med boenheter på begge sider



Sentralt fellesrom som er gjennomgående. Dette planprinsippet gir korte forbindelseslinjer og effektiv arealbruk. Beboerne inviteres inn i det sentrale fellesrommet, men gjennomgangstrafikk kan virke forstyrrende. Løsningen er ikke optimal med tanke på personer med demens og deres behov for vandreruter. Problemer knyttet til orientering og lysforhold er de samme som for siste figur.

Midtkorridor med boenheter på begge sider



Fellesrom i enden av korridor. Dette planprinsippet gir korte avstander og arealeffektive løsninger, men medfører fare for institusjonspreg. Med fellesområde i begge ender av midtkorridor gir dette en viss fleksibilitet, men små, stille fellesområder der «ingenting skjer» blir lite benyttet. Løsningen er ikke optimal for personer med demens og behovet for vandreruter. En annen ulempe er at mange boenheter kan føre til for dårlig orientering.

4.2 Utforming av omsorgsboliger

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

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

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

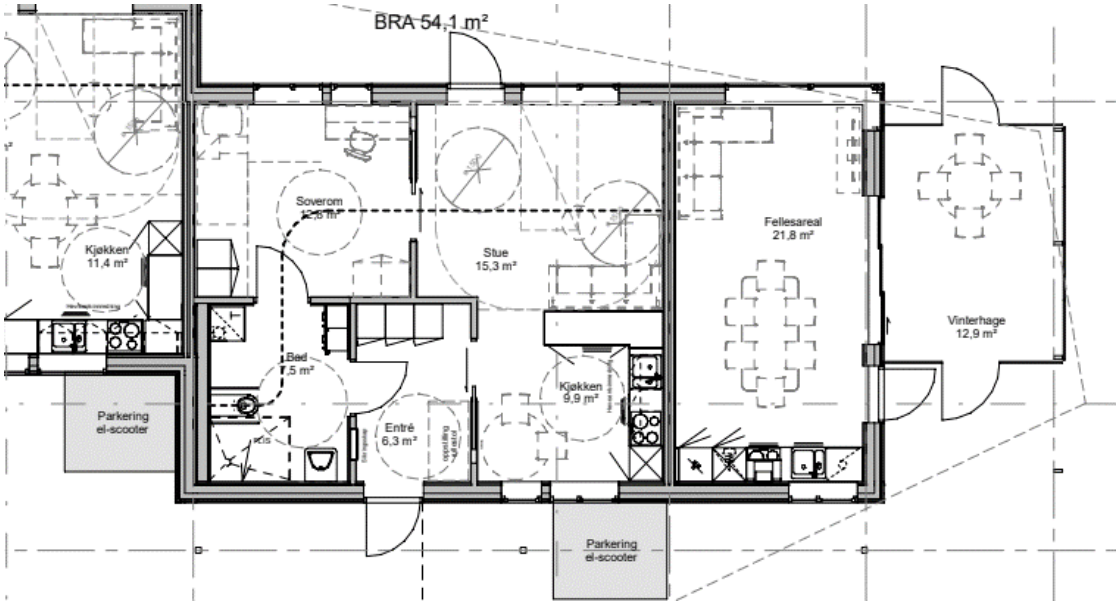
4.2.1 Selvstendige omsorgsboliger

Selvstendige omsorgsboliger er boliger med alle boligfunksjoner inne i boligen. De består av kjøkken/stue, soverom, bad og areal til oppbevaring. De kan bygges spredt og i ordinær boligmasse, eller som samlokaliserte boliger.

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

Designprinsipper:

- Bolig med plass til hjelpemidler
- Privat boenhet bør være 55 kvadratmeter eller større, med plass til alle boligfunksjoner
- Bør ha adskilt soverom med plass til dobbeltseng
- Plass til nødvendige møbler, hjelpere, hjelpemidler og normal bofunksjon
- Bad med plass for hjelpere ved alle baderomsfunksjoner, samt plass for vaskemaskin, se kapittel 5
- Plass for seng i pleiestilling enten i soverom eller i stua
- Private utearealer
- Areal tilrettelagt for å kunne lagre og lade hjelpemidler



Eksempel: Utklipp av plantegning for Bekkjarvik bufellesskap, Austevoll kommune. Selvstendige omsorgsboliger med tilgang til fellesrom og vinterhage. Illustrasjon: Holon arkitekter.

4.2.2 Omsorgsboliger i bofellesskap

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

Designprinsipper for bofellesskap:

- Seks til ti boenheter i bogruppe avhengig av brukergruppen.
- Husbanken anbefaler at hver privat boenhet er over 40 kvadratmeter med plass til kjøkken.
- Fellesareal for samvær og aktiviteter
- Felles utearealer i direkte tilknytning til felles oppholdsrom enten på bakken eller på terrasse
- Lett adkomst til utearealer som kan være private og/eller felles
- Unngå gjennomgang via bogruppe
- Boenhetene er tilrettelagt for bruk av hjelpemidler
- Atskilt soverom anbefales
- Noen enheter planlagt for parsengssoverom bør vurderes
- Plass for seng i pleiestilling enten i soverom eller i stua
- Plass til nødvendige møbler, hjelpere og betjene bofunksjoner
- Bad med plass for hjelpere ved alle funksjoner, se kapittel 5
- For enkelte bogrupper er det også viktig med privat uteoppholdsareal/balkong.
- Det bør være plass til privat vaskemaskin i boenheten, ellers skal det være felles vaskerom.
- Privat oppbevaringsplass enten i boenheten eller i fellesområde.
- Areal tilrettelagt for å kunne lagre og lade hjelpemidler.

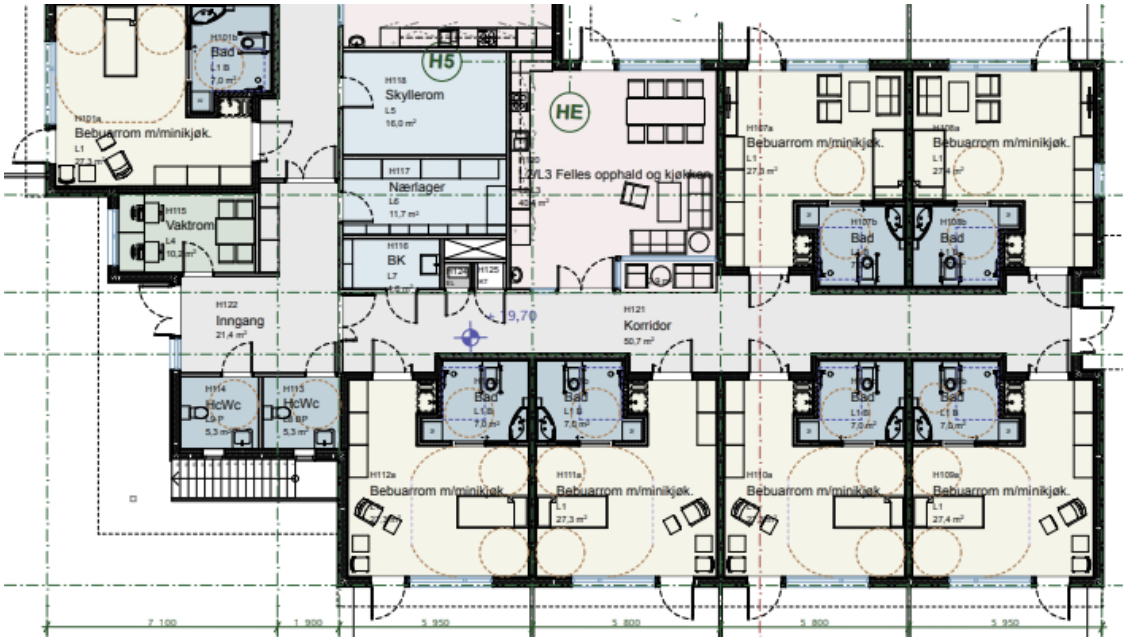
Eksempel planløsning for første etasje i Solborg borettslag, Stavanger kommune. Omsorgsboliger i bofellesskap med personalbase og fellesarealer. Illustrasjon: Asplan Viak. Foto: Husbanken.

4.2.3 Omsorgsboliger i bokollektiv

Bokollektiv er en gruppe boliger som er organisert med stor grad av fellesskap med for eksempel felles matlaging og måltider. Privat boenhet består av soverom/oppholdsrom samt bad. Bokollektiv er et tett fellesskap og anbefales kun for personer som er sosiale og/eller trenger mye omsorg og tilsyn. Det er naturlig å planlegge for fast tilknyttet personale.

Designprinsipper for bokollektiv:

- Mellom fire og ti boenheter i bogruppe, avhengig av brukergruppen
- Fellesarealer for felles opphold og aktiviteter, samt kjøkken med spiseplass dimensjoneres for felles opphold av samtlige beboere + minimum to ansatte
- Ta hensyn til at minst halvparten av beboerne kan være rullestolbrukere. Størrelsen på fellesarealer bør være på cirka syv til ti kvadratmeter per beboer
- Fellesareal må være i direkte tilknytning til bogruppe og sentralt plassert ved boenhetene
- Unngå gjennomgang via bogruppe
- Husbanken anbefaler at hver boenhet er over 30 kvadratmeter for at det blir mulig å skille oppholdssone og sovesone. Behov for kjøkkenkrok i private enheter bør vurderes nøye, og i tilfeller der eget kjøkken ikke etableres bør det være mulig å installere et mindre kjøkken i etterkant. Minimumskravet er 28 kvadratmeter.
- Enkelte boenheter bør være større, eller det bør være mulig å slå sammen to enheter, for at ektefeller/samboere eller andre som ønsker det kan bo sammen.
- Felles utearealer på bakken eller på terrasse bør være i direkte tilknytning til felles oppholdsrom.
- Areal for uteopphold møbleres med spisebord for alle beboere + minimum to ansatte, og gjerne ha delvis overbygd tak. Ta hensyn til at en del beboere kan være rullestolbrukere.
- Sørg for at det er mulig å trille ut en seng for personer som er sengeliggende i tilfeller der dette er aktuelt
- Soverom/oppholdsrom må minimum ha plass for seng i pleiestilling og sittegruppe, skap og hyller til personlige ting.
- Bad skal ha plass for hjelpere ved alle baderomsfunksjoner, se kapittel 5.6 Bad.
- Oppbevaringsareal kan ligge enten i boenheten eller i fellesområde.
- Det skal være areal tilrettelagt for å kunne lagre og lade hjelpemidler.



Eksempel: Utklipp av plantegning for Vik helse- og omsorgssenter, Vik kommune. Omsorgsboliger i bokollektiv. Vik kommune. Illustrasjon: Arkitektfirma Jon Vikøren AS.

4.3 Utforming av institusjonsplasser

Husbanken kan gi investeringstilskudd til følgende typer institusjonsplasser:

- Sykehjem
- Avlastningsboliger, barneboliger og andre boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet
- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- Kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp
- Aldershjem

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

Ulike typer langtidsopphold

Et langtidsopphold er et ubegrenset tilbud om opphold med oppfølging og tilsyn hele døgnet.

- Ordinær plass for personer med helse- og funksjonssvikt som har behov for pleie og omsorg hele døgnet
- Skjermet plass for personer med demens og behov for tett oppfølging
- Enhet for yngre personer som har demenssykdom
- Forsterket plass psykiatri for personer som har en psykisk sykdom som krever oppfølging av ansatte med kompetanse i psykiatri
- Enhet for personer med fysisk funksjonshemming eller alvorlig nevrologisk sykdom som har et stort pleie- og omsorgsbehov
- Plass for personer som har behov for oppfølging av ansatte med spesiell kompetanse, for eksempel døve
- Forsterket plass for personer med rusavhengighet med behov for pleie og omsorg

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

Ulike typer korttidsopphold

- Opphold i helsehus, se avsnitt om helsehus under
- Avlastningsopphold for å gi eldre muligheten til å bo hjemme lengst mulig
- Opphold for personer med utfordringer knyttet til smitte
- Opphold i lindrende enheter
- Opphold for personer med rusavhengighet
- Opphold for yngre personer med demens
- Dagopphold

4.3.1 Sykehjem

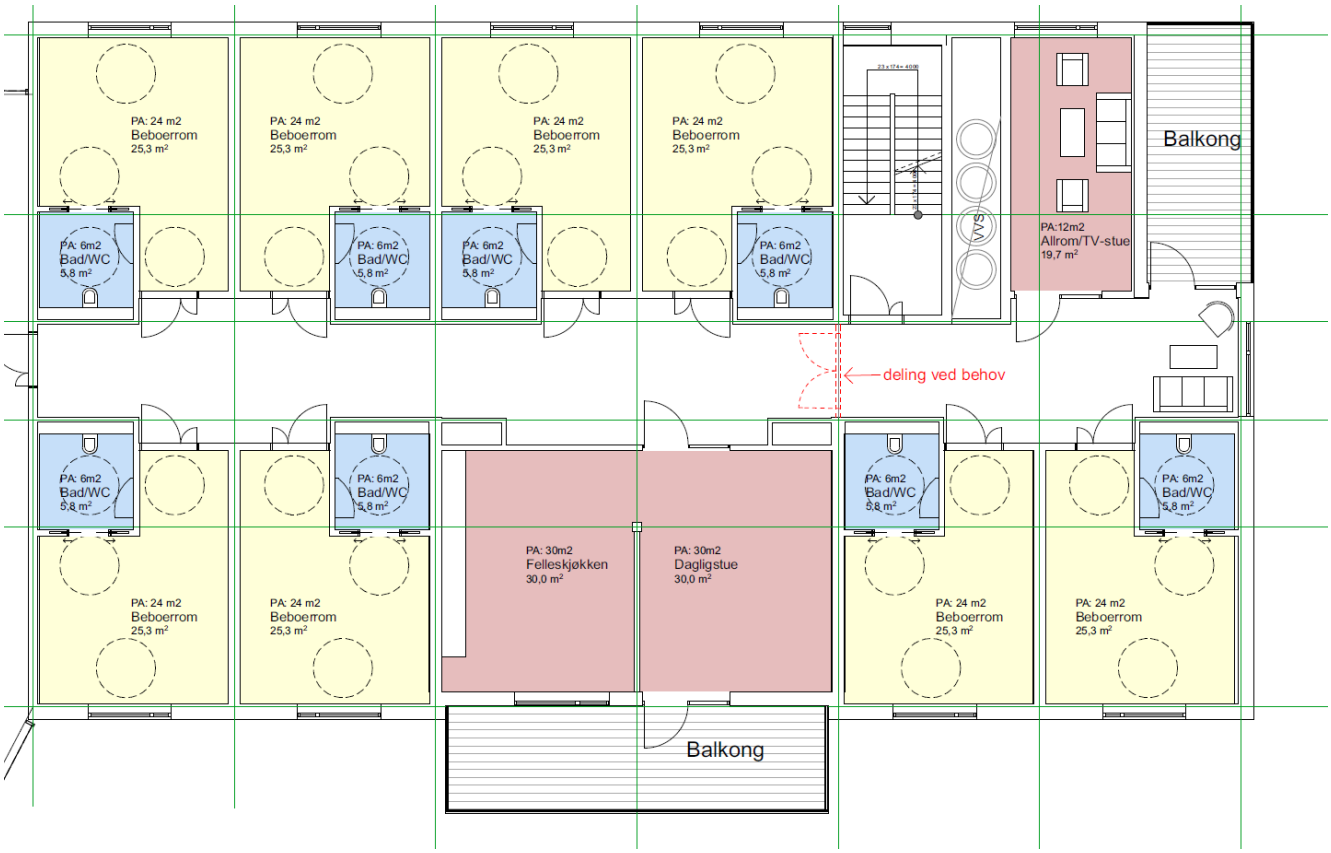
Sykehjem er en lovregulert boform. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 11-2 og Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder for beboere i institusjon. Til forskjell fra omsorgsboliger regnes kostnaden for oppholdet som prosenter av inntekten (trygd). Vederlaget dekker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

De fleste sykehjem i dag bygges som flere bokollektiv organisert i nærheten av hverandre. Når kommunen planlegger bogrupper i sykehjem, må de sørge for hjemlig preg og ha tilstrekkelige utearealer som er universelt utformede.

Mange sykehjem benytter samme designprinsipper som for omsorgsboliger i bokollektiv, men det er enkelte forskjeller mellom de to boformene som bør hensyntas i utformingen av boligene.

Designprinsipper for bokollektiv / bogruppe:

- Mellom fire og ti boenheter i bogruppe, avhengig av brukergruppen
- Fellesarealer for felles opphold og aktiviteter, samt kjøkken med spiseplass dimensjoneres for felles opphold av samtlige beboere + minimum to ansatte
- Ta hensyn til at minst halvparten av beboerne kan være rullestolbrukere. Størrelsen på fellesarealer bør være på cirka syv til ti kvadratmeter per beboer
- Fellesareal må være i direkte tilknytning til bogruppe og sentralt plassert ved boenhetene
- Unngå gjennomgang via bogruppe
- Minimumskravet per private boenhet er 28 kvadratmeter. For korttidsplasser aksepteres 25 kvadratmeter.
- Enkelte boenheter bør være større, eller det bør være mulig å slå sammen to enheter, for at ektefeller/samboere eller andre som ønsker det kan bo sammen.
- Felles utearealer på bakken eller på terrasse bør være i direkte tilknytning til felles oppholdsrom.
- Areal for uteopphold møbleres med spisebord for alle beboere + minimum to ansatte, og gjerne ha delvis overbygd tak. Ta hensyn til at en del beboere kan være rullestolbrukere.
- Sørg for at det er mulig å trille ut en seng for personer som er sengeliggende i tilfeller der dette er aktuelt
- Soverom/oppholdsrom må minimum ha plass for seng i pleiestilling og sittegruppe, skap og hyller til personlige ting.
- Bad skal ha plass for hjelpere ved alle baderomsfunksjoner, se kapittel 5.6 Bad.
- Oppbevaringsareal kan ligge enten i boenheten eller i fellesområde.
- Det skal være areal tilrettelagt for å kunne lagre og lade hjelpemidler.



Eksempel: Utklipp av plantegning for Lindeberg sykehjem, Oslo kommune. Illustrasjon: ACK Arkitekter.

4.3.2 Helsehus

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

Helsehus er ikke et entydig definert begrep. Innholdet i et helsehus kan derfor være forskjellig fra kommune til kommune. Et opphold i helsehus skal være kortvarig fra noen dager til noen uker, og behandlingen skal være målrettet. Målet med oppholdet er å kartlegge helsetilstand, hjelpebehov og opptrening med utgangspunkt i pasientens ressurser og behov, slik at pasienten kan komme tilbake til eget hjem.

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

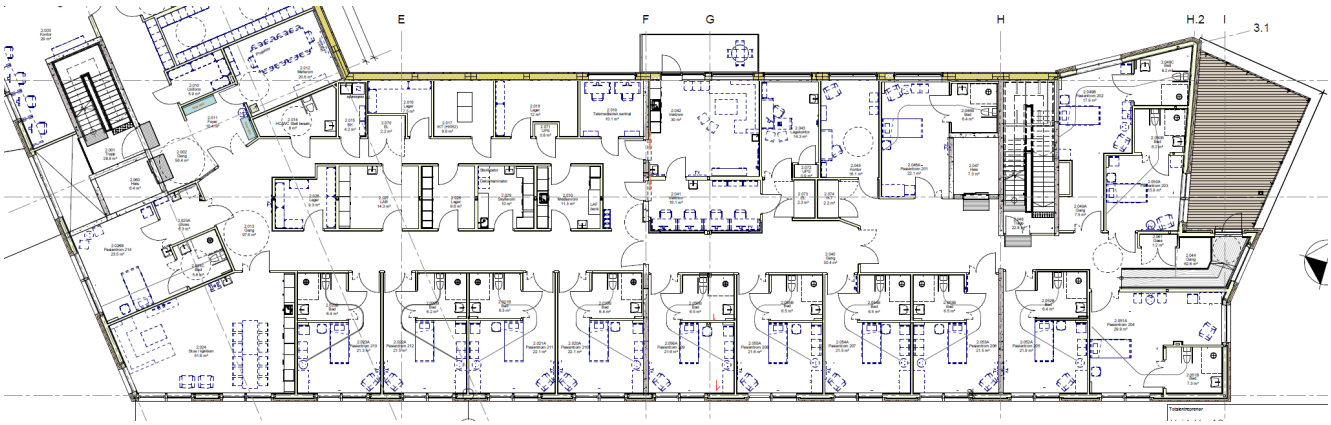
Tilbudet skal ha areal til

- plasser til rehabilitering og overgangspleie etter sykehusbehandling
- kommunale akutt døgnplasser (KAD)
- døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (ØHD)
- aktivitetssenter, dagtilbud, rehabiliteringstjenester etc.

En del helsehus har også egen avdeling med plasser for palliativ pleie og omsorg.

Designprinsipper helsehus:

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



Plantegning for Legevakt, KØH og avklaringsavdeling, Arendal kommune. Illustrasjon: Arendal eiendom KF og Alpha arkitekter

Lokalmedisinske senter

Lokalmedisinske senter er ofte interkommunale tilbud som eies av flere kommuner. Det kan romme vaktsentral, legevakt og døgnposter for akutt syke pasienter. Noen store kommuner har også etablert såkalt kommunalt akuttmedisinsk senter. I tillegg til korttidsplasser har dette også legevakt, ambulansetilbud og vaktsentral for ambulerende tjenester. Vaktsentralen er kommunens system for å motta og følge opp varsler fra trygghetsalarm og annen digital avstandsoppfølging.

4.3.3 Barne- og avlastningsboliger

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

Fordi barn ikke har behov for egne fullverdige boliger, er det naturlig å legge til rette for tettere boformer. Nærhet til voksne kan gi trygghet og støtte. Det må tas hensyn til både barnet, familien og de som skal yte omsorg. Fordi noen av barna kan være høylytte, mens andre kan ha utfordringer med at de lett lar seg distrahere. Man bør søke løsninger der måltider og aktiviteter skal kunne foregå uten store forstyrrelser.

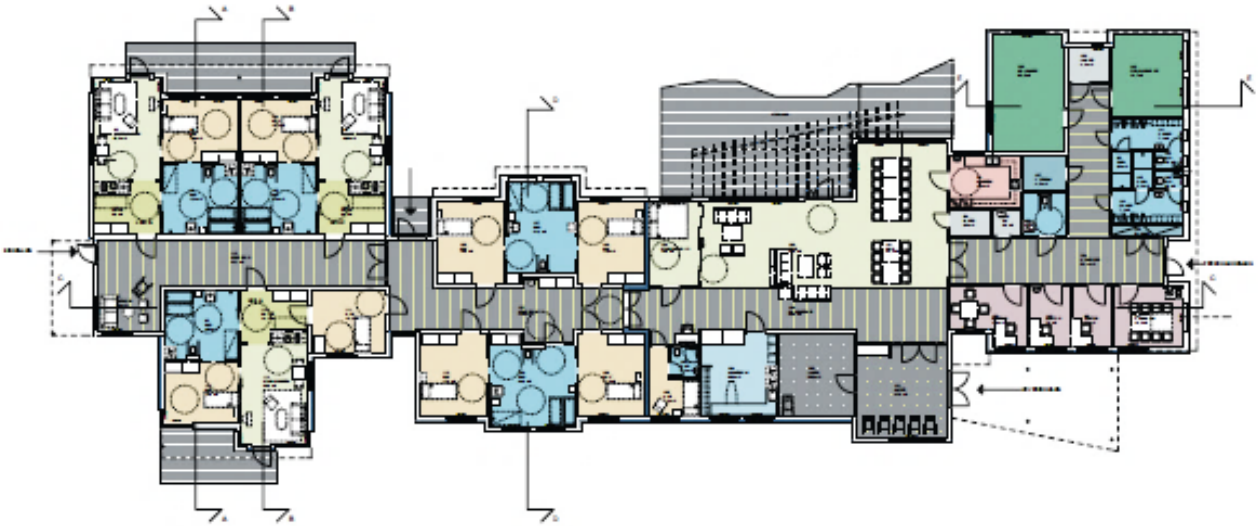
Tilbudet omfatter

- permanente botilbud for barn og ungdom
- avlastningsboliger

Mer om denne beboergruppen finnes i kapittelet 3.4 Barn som ikke kan bo hjemme.

Designprinsipper:

- Anbefales små bogrupper med 4-6 beboere. Ved større bogrupper skal fellesareal tilrettelegges for deling av gruppen.
- Privat rom skal ha plass til seng i pleiestilling, klesskap, skrivebord og mulighet for oppbevaring av private leker og bøker.
- Badet bør dimensjoneres for ulike hjelpebehov: Hev- og senkbart badekar, stellebenk, vask og toalettstol. Dette innebærer også tilstrekkelig plass til hjelpere.
- To boenheter kan om nødvendig dele et stort bad. Badet bør da legges mellom de private rommene, med adkomst fra hvert rom. Ved en slik løsning skal man ved bygningsmessige grep kunne dele det opp.
- Det bør være plass til dagseng i fellesareal og det anbefales dørbredder som gjør det mulig å trille seng mellom soverom og stue.
- Ved entré bør det være plass til rengjøring av rullestol, stellebord for av- og påkledning av yttertøy og tilstrekkelige oppbevaringsmuligheter.
- Ekstra tiltak for hindring av støy mellom rommene.



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

4.3.4 Hospice - omsorg ved livets slutt

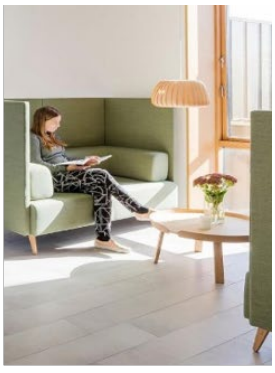
Hospice er et tilbud for siste fase i livet. Denne typen tilbud kan brukes både for eldre og yngre. I Norge finnes det få slike spesialbygde tilbud, de fleste finnes i sykehjem eller på sykehus.

Tjenestetilbudet er omfattende og skal gi lindrende pleie til pasienter. Personalet fungerer ofte som kompetansesenter, slik at de kan bistå andre i å gi god hjelp og støtte i siste fase av livet. Andre kan være både ansatte på pleiehjem, hjemmetjeneste og pårørende for de som ønsker å avslutte livet i eget hjem.

Anbefalinger for å bygge palliative enheter/hospice:

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

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



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

4.4 Lokaler for dagaktivitetstilbud

Formålet er å stimulere og motivere mennesker til å opprettholde egenomsorgen, slik at man kan bo lengre hjemme og gi pårørende avlastning i omsorgssituasjonen. Et dagaktivitetstilbud kan gi mulighet for å delta på ulike aktiviteter, tilby måltider og sosial kontakt samt helseforebyggende og rehabiliterende tiltak.

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

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

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

Når kommunen skal søke om investeringstilskudd til dagaktivitetssenter, har Husbanken laget et skjema for dagaktivitetssenter. Dette kan brukes av kommunen som en sjekkliste.

Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler følgende utforming av arealer:

- Entré med garderobe (plasskrevende når brukerne ofte kommer med buss og alle skal kle av seg samtidig)
- Kjøkken med spiseplass
- Stue/oppholdsrom, grupperom, samtalerom/aktivitetsrom
- Toaletter og dusj/bad
- Hvilerom
- Kontor til personalet
- Lager
- Lett tilgang til utearealer, gjerne tursti etc.
- Uteplass/terrasse med mulighet for sol og skygge

Lokaler for dagaktivitetstilbud for andre målgrupper enn eldre

Et dagaktivitetstilbud kan også etableres for andre personer som på grunn av somatisk eller psykisk sykdom, funksjonsnedsettelse eller utfordringer knyttet til rus har behov for dagaktivitetstilbud (se punkt 6.3 i retningslinjen for investeringstilskudd).

Formålet er det samme som for eldre. Innholdet i tilbudet vil derimot kunne variere ut fra hvilket bistandsbehov de som skal motta tilbudet har. For mennesker med behov for større hjelpemidler og mer fysiske aktiviteter, bør arealet være større. Arealet og aktivitetene må være i samsvar med behovet for den planlagte målgruppen.

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

5. Dimensjoneringsgrunnlag

Overordnede krav: Se kapittel 2.1.

Dimensjoneringsgrunnlaget angir Husbankens minimumsmål (omsorgsstandard) som legges til grunn når kommunen skal prosjektere omsorgsboliger, sykehjem og dagaktivitetssenter. Løsninger som skal finansieres med investeringstilskudd skal som hovedregel tilfredsstille disse kravene.

Husbankens minimumsmål er summen av følgende krav:

- Byggteknisk forskrift (TEK)
- Arbeidstilsynets krav til helseinstitusjoner
- Norsk standard for universell utforming (NS 11001). Disse kravene gjelder for alle områder der beboere ferdes.
- Risikoklasse 6 i henhold til branntekniske krav
- Trinnfrie terskler
- Tilrettelegging for tilkobling og montering av velferdsteknologi

Se kapittel 5.7 Sjekkliste for viktigste dimensjoner.

Dimensjoneringsgrunnlaget tar utgangspunkt i kriteriene som er definert i disse dokumentene. Kravene skal være oppfylt hvis prosjektet skal kvalifisere for Husbankens investeringstilskudd.

Husbanken vil presisere: Minimumsmål ikke er å betrakte som anbefalte løsninger. Til det er arealbehovet for de ulike brukergruppene for forskjellig. I de fleste tilfeller anbefaler Husbanken arealer utover dette. Det er gjort ut fra kunnskap om at beboere i disse omsorgsplassene kan ha omfattende hjelpebehov med arealkrevende hjelpemidler. Tett dialog med de som kjenner brukergruppene er derfor viktig.

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

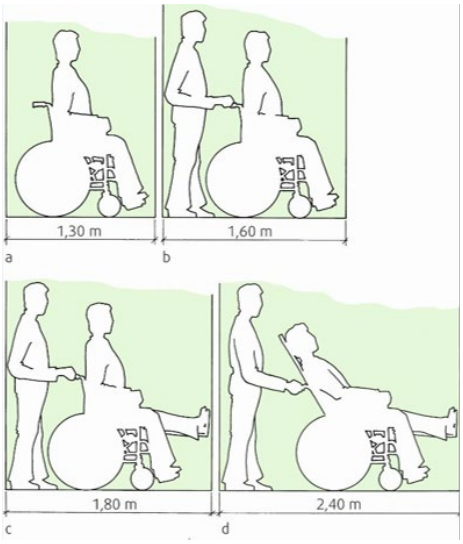
5.1 Rullestol

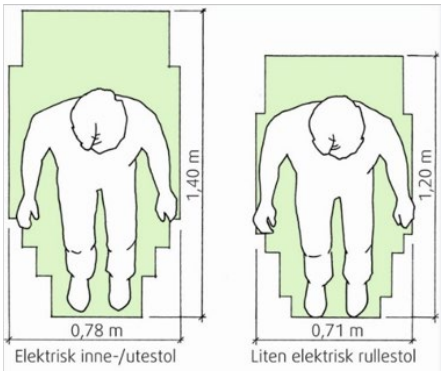
5.1.1 Typer rullestoler

Rullestoler kan være elektrisk eller manuelt drevet. Vi bør skille mellom boenheter hvor det bare skal legges til rette for mulig rullestolbruk, og boenheter hvor det skal tilrettelegges for brukere med omfattende hjelpebehov med store rullestoler.

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

Elektriske rullestoler brukes både inne og ute og krever mer areal. Det vil være unaturlig å dimensjonere for de største utestolene inne. Det må imidlertid være plass til å lagre, lade og vaske rullestoler inne eller ute. I tillegg mulighet for å kunne flytte over fra utestol til innestol innendørs, eller under tak.





Grunnleggende dimensjoner for rullestoler med plassbehov for rullestolbruker og hjelper. Illustrasjon er fra Byggforskserien, SINTEF Byggforsk.

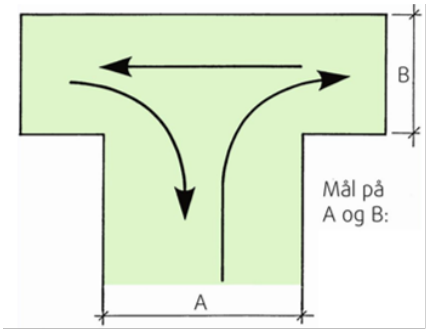
5.1.2 Snuareal for rullestol

Byggeforskriftenes snusirkel på 150 cm er også Husbankens minstekrav. Men snurektangel er ikke tilstrekkelig for Husbanken i omsorgsboliger og sykehjem. Husbanken anbefaler derfor et manøvreringsareal (snuareal) på minst 160 cm for brukere med redusert førlighet eller brukere av elektrisk rullestol.

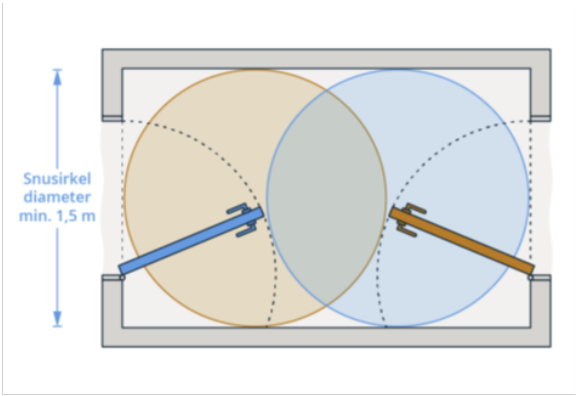
Manøvreringsarealet skal være inntegnet i alle rom. Arealet skal ikke overlappe møbler, fast innredning eller dørslag. Er brukeren avhengig av hjelp til å trille stolen, krever dette ytterligere areal. I boenheter hvor beboerne er sterkt bevegelseshemmet, kan det være behov for snuareal opp mot 210 cm, for eksempel ved bakoverlent elektrisk rullestol med ledsagerstyring.

For å kunne svinge 90 grader må passasjebredden være større enn minstemålet for rettlinjet kjøring. Dette gjelder ikke bare i korridor og lignende svinger, men også når en rullestolbruker skal svinge fra en korridor og gjennom en dør til et rom.

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



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



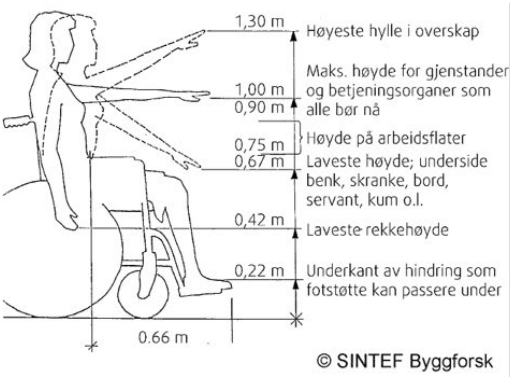
Illustrasjon til venstre: Kombinasjon av passasjemål og snuplass gir minstemål for rettvinklet sving. Til høyre: Snuarealet må ikke overlappe slagarealet til den døren som skal betjenes. Begge illustrasjoner er fra Byggforskserien til SINTEF Byggforsk

5.1.3 Krav til passasjerplass for rullestol
Passasjebredde for rullestolbrukere skal være minst 90 cm.

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

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

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



Illustrasjon og bilde viser betydningen av nåhøyde og sikthøyde for sittende personer, både i en rullestol og i en lenestol. Det er viktig at alle får oppleve hva som skjer ute. Illustrasjon: Byggforskserien, SINTEF Byggforsk. Foto: Karin Høyland

5.2 Hjelpemidler for løft og pleie

Husbanken krever at bygningen er forberedt for å montere velferdsteknologi. Det skal være tilrettelagt for bruk av hjelpemidler. Å etterinnstallere takheis er krevende. Derfor anbefaler vi at kommunen planlegger for dette når bygget settes opp. NAV Hjelpemiddelsentralen kan gi nyttige innspill.

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

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

Viktig å tenke på:

- Drøft løsning sammen med ergoterapeut, arkitekt og heisleverandør så tidlig som mulig.
- Å installere takskinner krever solid feste i dekket. Takkonstruksjon må dimensjoneres og tilrettelegges for dette.
- Takskinnens plassering må gi mulighet for tilstrekkelig løftehøyde avhengig av heistype.
- Husbanken anbefaler lik takhøyde i alle rommene takheisen skal gå igjennom. Det finnes imidlertid skinnesystemer som kan brukes dersom takhøyden er forskjellig mellom ulike rom.
- Skinnene må ikke komme i konflikt med døråpninger, vindusåpninger, skap, ventilasjonskanaler eller lysarmaturer.
- Skal det være takskinne mellom bad og beboerrom, er det viktig å velge mest passende dørtype.

Det finnes løsninger hvor skinnen kan felles inn i takhimlingen. Skinnene blir da svært diskre når de ikke er i bruk. Foto: Karin Høyland

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

5.2.3 Stellebenk, dusjtralle, dusjvogn

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

5.2.4 Pleieseng

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

Sengen kan trilles og lett reguleres i ulike posisjoner. Hvis sengen blir brukt til å flytte beboeren mellom flere rom, krever dette plass til å manøvrere i korridor og frie dørbredder på 120 cm. Husbanken anbefaler dør med sidefelt. En pleieseng har for øvrig elektrisk høyderegulering og trenger stikkontakt.

5.3 Betjeningsareal

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

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

5.3.1 Betjeningsareal til medhjelper

Det er spesielt ved seng, toalett, stellebenk, dusj og vask at det er viktig med ekstra plass til hjelper. Minstekravet for plass til rullestol og én hjelper er 140 cm. For personer med omfattende hjelpebehov som for eksempel må løftes, er det ofte behov for to hjelpere. Det bør kommunen planlegge for.

5.3.2 Betjeningsareal ved pleieseng (pleiestilling)

Dimensjonene for en pleieseng er satt til 100 x 220 cm. Pleiesengen står på hjul og er flyttbar. Sengen kan derfor plasseres med langsiden inntil en vegg, men ved behov skal sengen kunne settes i pleiestilling. Når sengen blir satt i pleiestilling skal det være 150 cm fri plass på begge langsider for å kunne manøvrere rullestol og plass for hjelper. Det skal være en passasje på 140 cm ved sengeenden, for at beboer og medhjelper kan passere. Dette utgjør et areal på 400 x 360 cm.

Husbanken anbefaler at noen pasientrom får fri plass på minst 200 cm på en av sidene. Det er viktig å presisere at dette skal være fri plass. Det skal med andre ord ikke skal være møbler eller annen innredning som kommer i veien for pleiepersonalets arbeid. En løsning med dobbel skyvedør som er i veien for arealet som utgjør seng i pleiestilling, tilfredsstiller ikke kravet.

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

Betjeningsareal: Mål på tilstrekkelig areal på minimumsenhet i sykehjem og toromsbolig. I boligen må seng flyttes til stua når det er behov for pleiesituasjon. Illustrasjon: Husbanken.

5.4 Atkomst og kommunikasjonsveier

5.4.1 Stigningsforhold

Uteplasser, atkomster og gangveier skal ha en maksimal stigning på 1:20. Unntaksvis, for avstander mindre enn 3,0 meter kan det verre inntil 1:12.
Det skal være et horisontalt hvilerepos med snuareal for hver 60 cm i nivåforskjell. Er stigningen brattere enn 1:20 skal rampen ha håndlist på begge sider. Mange beboere i disse boliganleggene bruker rullestol og har ofte dårlig førlighet i armer. Unngå derfor større innvendige skråplan og bratte rampepartier hvis det er mulig. Slike hellinger kan føre til at noen triller utfor.

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

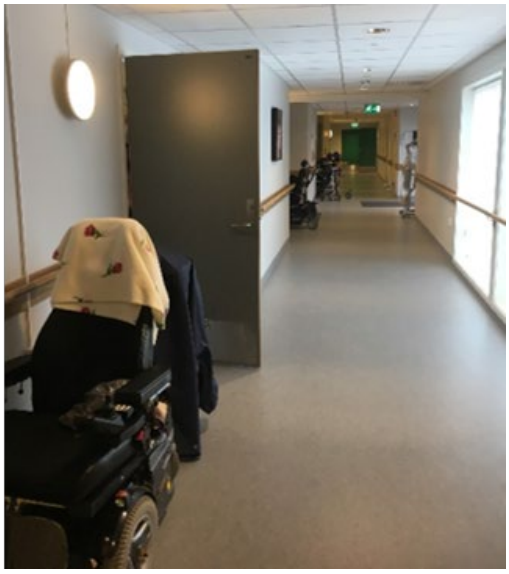
Foran alle inngangsdører skal det være et horisontalt plan med snusirkel for rullestol og tilstrekkelig sideplass ved dørene, for å at en rullestolbruker skal kunne åpne dem. Se kapittel 5.7 Sjekkliste for viktigste dimensjoner.

5.4.2 Avstander

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

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

Gang- og transportveier (korridorer)
Passasjebredde for en medhjelper som støtter en person som går er cirka 140 cm. Korridor og svalgang skal ha fri bredde på minimum 150 cm. I lange korridorer skal det være minst 180 cm bredt, slik at to rullestoler kan passere hverandre. Strekninger under fem meter der det ikke er dør, kan den frie bredden være minimum 120 cm.



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

5.4.3 Heis

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

Betjeningsareal foran heisdør må være minst 150 x 220 cm.

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

Alle omsorgsbygg med flere enn to etasjer skal ha heis. Når heisen betjener flere enn seks boenheter, stilles det krav om båreheis som har heisstol og innvendig gulvareal på minimum 1100 bredde x 2100 mm dybde. I spesielle tilfeller kan Husbanken akseptere løfteplattform i stedet for heis i boligbygg med to etasjer, der heisen skal betjene seks eller færre omsorgsboliger. Løfteplattformen skal være helt innelukket og skal ha innvendig størrelse på minimum 1100 x 1400 mm. Heis og løfteplattform skal være universelt utformet i henhold til krav satt i NS11001-2.

Heis evt. løfteplattform skal være installert før omsorgsplassene tas i bruk.

5.4.4 Trapper

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

5.5 Dører og vinduer

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

5.5.1 Dører

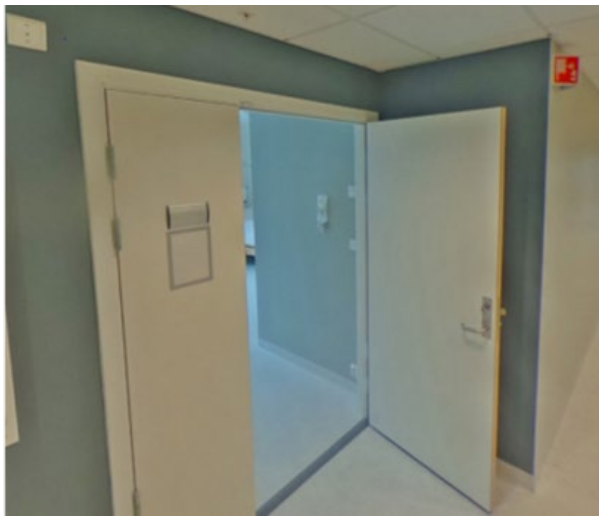
Generelt om dører:

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

Inngangsdører og dører til uteplasser

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

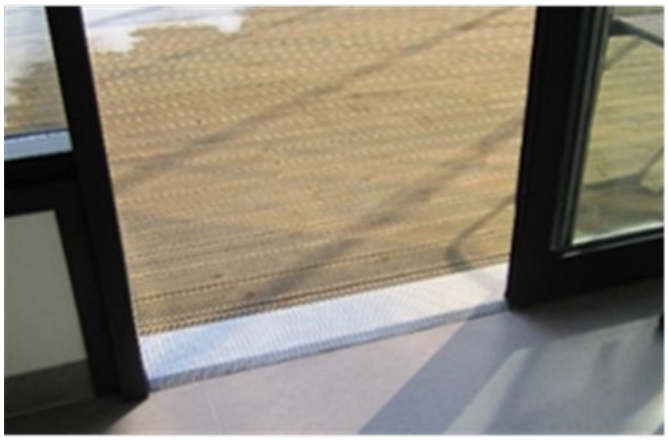
Inngangsdører til boenheter kommer i veien for passerende i korridor. Foto: Husbanken



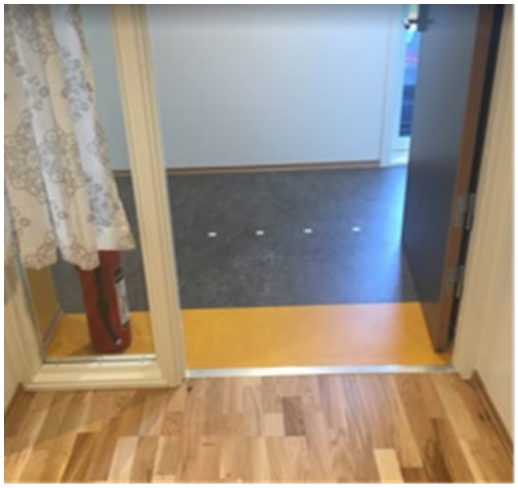
Inngangsdør åpnes mot en dyp nisje slik at den ikke kommer i veien for passerende i korridor. Foto: Husbanken

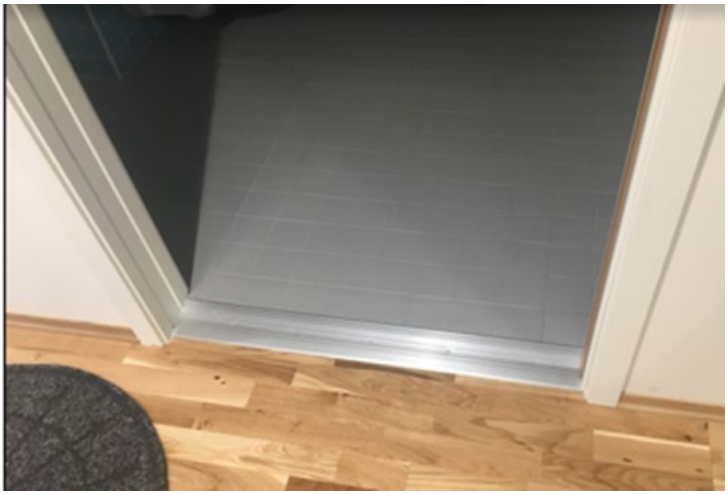
Dørterskel

Samtlige dører skal i utgangspunktet ha helt flate terskler (lister).
Husbanken kan akseptere en lav, avfaset terskel på inntil 15 mm til inngangsdører og ytterdører (se foto ovenfor). Nivåforskjeller mellom toppen av terskel og gulvbelegg både inne og ute sal ikke være mer enn 15 mm. Terskel- og kant rampe og broer vil ikke kompensere høyre terskel.

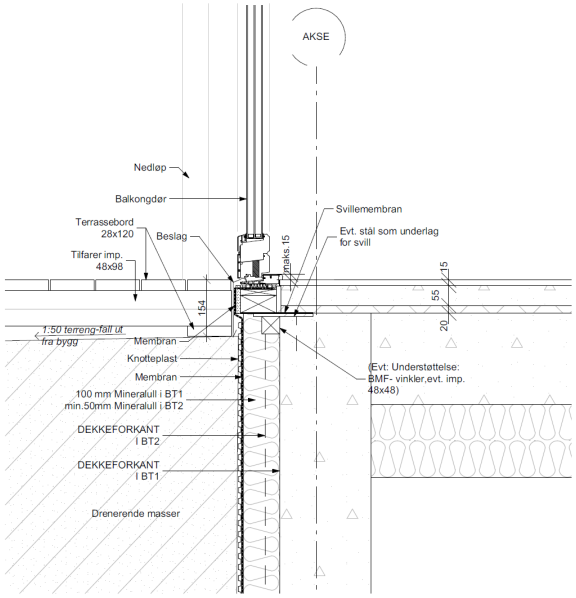


Dører til utearealer med lav (til venstre) og trinnfri terskel (til høyre). Foto: Husbanken





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

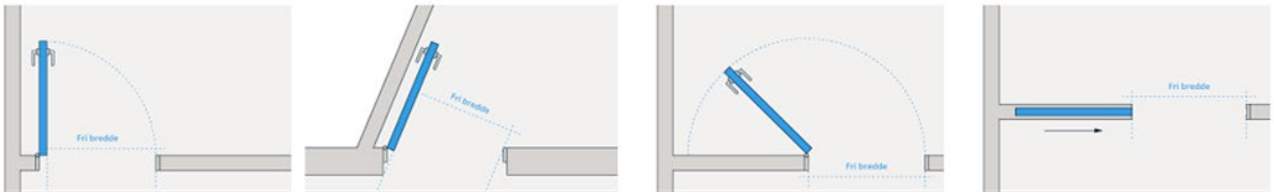


Illustrasjon av terskel terrassedør omsorgsbolig. Illustrasjon: Enerhaugen arkitektkontor.

<u>Dørbredde</u>

- Dører må ha en bredde og plassering slik at rullestolbrukere fritt kan komme inn og ut av rommet.

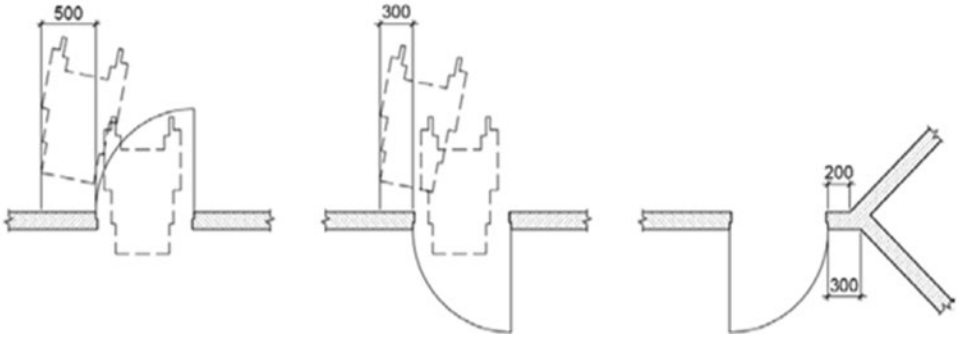
- Fri bredde i døråpninger i fellesområder og som fører til boenheter og utearealer, inkl. dør til privat uteplass (på bakken, balkong eller terrasse) skal være minimum 86 cm.
- Fri bredde i døråpninger på innvendige dører inne i boenheten skal være minimum 76 cm. Husk at disse dørene må ha trinnfri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



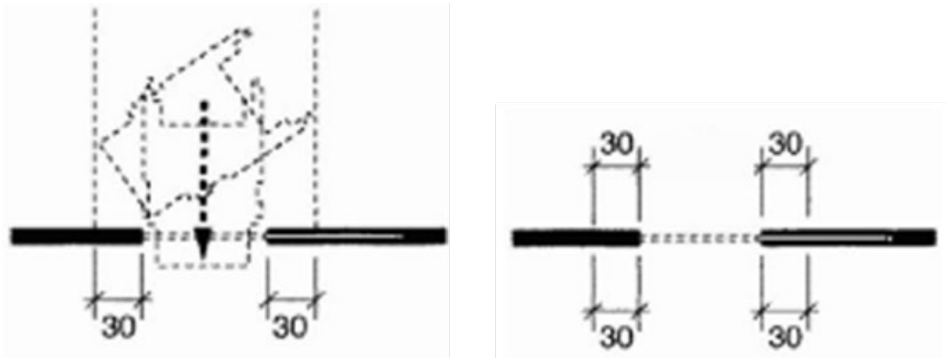
Slik måler man fri bredde i dør med ulike åpningsvinkler. Illustrasjoner: Byggteknisk forskrift.

Sideplass

- For at dører skal kunne åpnes og lukkes av rullestolbruker, skal det være tilstrekkelig fri sideplass ved døren.
- Sidehengslete dører skal ha 50 cm fri sideplass ved lås på hengselside og 30 cm på karmside, målt fra lysåpningen. Ved skråstilte vegger på omtrent 45 grader kan sideplassen reduseres til 30 cm fri sideplass ved lås på hengselside og 20 cm på karmside.
- Skyvedører skal ha 30 cm fri sideplass ved alle fire sidene av døra, målt fra lysåpning. Dette for at dørene skal kunne åpnes og lukkes av rullestolbruker, se bilder under.



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



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

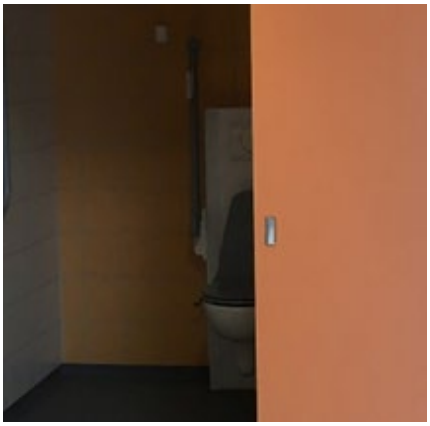
Håndtak

- For to felt skyvedør bør det være mulig å åpne begge dørfeltene samtidig med ett grep (én hånd).
- Skyvedører må ha kraftige håndtak, fordi dørblad går inn i vegg, og et bøylehåndtak som det er mulig å få tak i når døra står åpen.

- Plassering og utforming av håndtakene må gi tilstrekkelig passasje som tilsvarer minst tillatt fri bredde

Skyvedører med håndtak som tillater full lysåpning. Foto: Husbanken

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



Dårlig valg av håndtak. Foto: Husbanken

5.5.2 Vinduer, glassvegger

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

Ta hensyn til siktlinjer fra seng for personer som må tilbringe mye tid liggende.

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

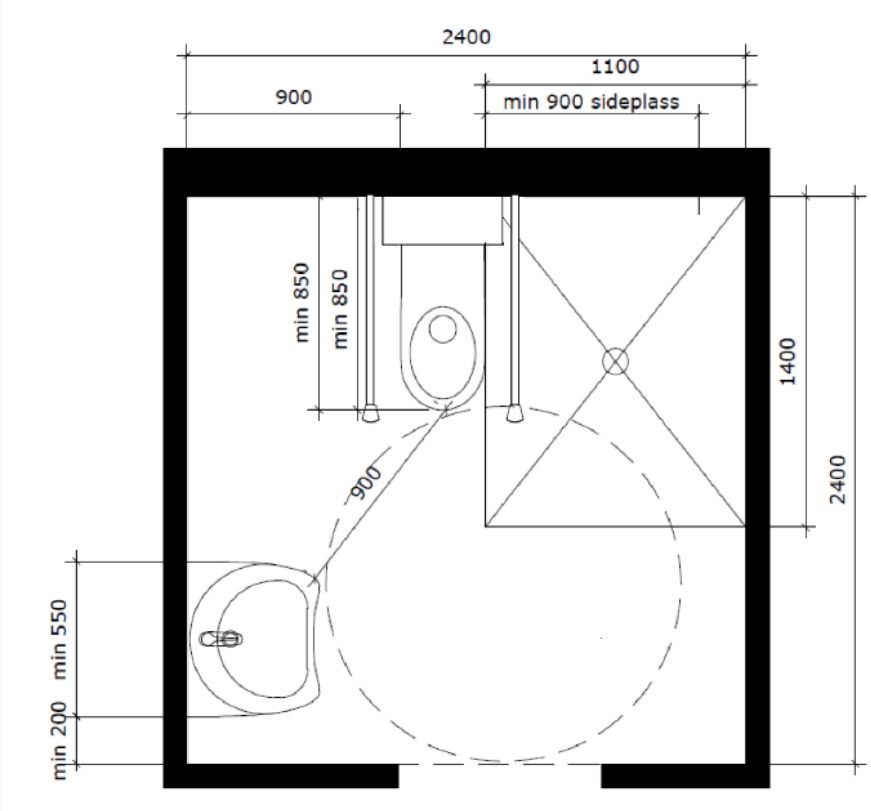
For personer med demens/kognitiv svikt er en løsning med glassvegg fra gulv til tak uheldig. Erfaringer viser at denne løsningen skaper utrygghet. Derfor fraråder vi dette. Løsningen krever mulighet for skjerming eller andre tiltak (frostet eller mønstret glass og lignende) for nederste delen av veggen for å kunne fungere.

5.6 Bad

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

Minimumskrav for baderomsløsninger

- Et gulvareal på minst 240 x 240 cm gir plass til hjelpere ved alle baderomsfunksjoner, samt betjeningsareal og snuareal. Hvordan baderommet er utformet og innredet er avgjørende for at krav og funksjonalitet blir ivaretatt.
- I omsorgsboliger bør det være plass til vaskemaskin og tilstrekkelig betjeningsareal. Vaskemaskinen, eventuelt kombinert vask/tørk, kan stå i privat boenhet eller i fellesarealet for flere beboere (vaskerom). Erfaringen med privat vaskemaskin på beboerrom er gode. Dette reduserer behovet for å sortere, gir mindre svinn og reduserer smitte. Det gjør det også lettere for pårørende å hjelpe til.
- Vurder om det er behov for stellebenk/dusjbenk på badet.



Minimumsreal for bad med tilstrekkelig betjeningsareal. Illustrasjon Husbanken.

Krav til baderom uavhengig av baderomsløsning

- Det skal være god kontrast mellom utstyr, vegg og gulv. Se NS11001 for nyttige anvisninger på dette punktet.
- Det skal være plass til en dusjsone på minst 1400 x 1100 mm.
- Det skal være plass for snuareal som ikke hindres av innredning. Snusirkel kan gå ti cm under servant.
- Det bør være plass til skap på badet for utstyr både til beboer og hjelper, for eksempel ved siden av servant.
- Det bør være spikerslag i vegg eller eventuelt møbelplate/ 22 mm vannfast finér fra gulv til tak for solid oppheng av skap og støttehåndtak.
- Beboere som er helt eller delvis selvhjulpne trenger nærhet til støttehåndtak på vegg og servant. Beboere som benytter store hjelpemidler og har behov for to hjelpere kan ha andre behov. Ulike brukerbehov bør kunne ivaretas i ett og samme bad. I tilfeller hvor ulike behov er uforenelige, må kommunen sørge for at botilbudet samlet sett i kommunen og i selve prosjektet møter nåværende og framtidige brukerbehov.
- Legg til rette for fleksibilitet i baderommet, ved at ulike innredninger enkelt kan skiftes ut eller justeres i både høyde og avstand etter behov, for eksempel servant og støttehåndtak.
- I gjeldende byggeforskrift (TEK) blir sykehjem definert som arbeids- og publikumsbygg, hvor det er en forutsetning at ett av ti bad i sykehjem må være noe større. Dette er kommunens ansvar å ivareta.

5.6.1 Toalettløsning

- Det skal være 90 cm fri plass i hele bredden på begge sider av toalettskålen. Dette for å muliggjøre sideveis forflytning og for å lette arbeidet for medhjelper. Når sideplassen kombineres med dusjareal skal det være minst 110 cm.

  Husbanken kan godkjenne unntak fra bredden på den ene sideplassen for å oppnå rekkeavstand til servant fra toalettet i baderom. Dette gjelder baderom hvor konseptet er at

beboere er mest mulig selvhjulpne. Jf. veiledningen under «Kompakte bad og innovative løsninger» og retningslinjen pkt. 6.5.

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

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

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

Toalettstol bør kunne flyttes over toalettet. Foto: Husbanken

- Finn løsninger som gir minst mulig manøvrering når toalettet brukes. Helst bør toalettet plasseres vis-a-vis dør med snusirkel foran toalettet. Det gir god mulighet for egenmestring på toalett. Fri gulvplass for snusirkel behøver ikke bli plassert sentrisk foran toalett. Snusirkel kan plasseres slik at rullestolbrukeren delvis kan snu under fast inventar som er plassert minimum 67 cm over gulv, eksempelvis en servant. Snusirkel kan gå ti cm under servant.
- Monter støttehåndtak på begge sider av toalettet for hjelp til å reise seg. Avstand mellom håndtakene skal være om lag 60 cm, og håndtakene skal ikke være kortere enn toalettskålen. Det skal være mulig å komme helt inntil toalettet med rullestol ved sideveis overflytting. Håndtakene monteres på bakvegg eller på sidene av sisternekasse. Støttehåndtakene må kunne vippes opp mot bakveggen, slik at de ikke er i veien for rullestol.
- Husbanken kan akseptere støttehåndtak som er montert på toalettet, dersom det dokumenteres at plasseringen gir god funksjonalitet for brukerne og ikke er til hinder for sideforflytning.
- Toalettpapirholder skal monteres slik at den er mulig å nå fra toalettet.
- Moderne toalett med spyl og innebygget lufttørk kan bidra til økt egenmestring. Samtidig viser erfaringer at disse kan føles utrygge og forvirrende for personer med demens.

Veggmontert toalett med støttehåndtak montert på vegg. Kilde: Tilgjengelige bygg og uteområder, Norges Handikapforbund. Foto: Tore Fjell.

Veggmontert toalett med støttehåndtak montert på vegg og gulvplass på 20 cm fra vegg til bakre cisternekant, som gjør sideveis forflytning fra rullestol enklere og gir plass til hjelpers fot. Det mangler kontrast mellom utstyr og vegg og mellom gulv og vegg. Kilde: Toalett og bad. Detaljer som teller. Norges Handikapforbund. Foto: Marit Hommeland

5.6.2 Servantløsning

- Servanter skal ha en bredde på minst 55 cm. Se foto under for eksempler.
- Servanten skal monteres minst 67 cm over gulv, slik at det er mulig å trille rullestol under servanten. Vannlåsen må ikke være i veien for føttene til rullestolbrukeren. Se foto under til høyre.
- Snusirkel kan gå ti cm under servant.
- Servantkanten skal være minst 20 cm fra den ene sideveggen, slik at det er mulig å løfte armen uten å treffe veggen. Mellomrommet mellom servant og vegg kan for eksempel brukes til et lite skap eller avlastningsfelt for børste, barbermaskin og lignende. Dette forutsetter at dybden på skapet ikke påvirker armbevegelsen.
- Sideplassen på den andre siden skal være minst 60 cm for å gi plass til medhjelper.
- Det er anbefalt å bruke hjelpehåndtak og brukertilpasset armatur for servanter.

- Vask med bøyle, eller som kan påmonteres bøyle, kan være et godt hjelpemiddel for de som trenger støtte når de reiser seg ved vasken.
- Manuell høyderegulerbar servant anbefales slik at den kan tilpasses skiftende brukerbehov.

Servant med god dimensjonering. Foto: Husbanken

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

5.6.3 Dusjløsning

- Dusjnisjer må være uten kanter og med fall mot sluk.
- Det må være muligheter for å montere håndtak på vegg for støtte i dusjen. Dusjarmatur skal kunne betjenes av beboer som dusjer (sittende eller stående) samt medhjelper. Dusjhodet skal være regulerbart i høyden. Kontraster gir bedre funksjonalitet for den som ser dårlig. Unngå hvitt dusjforheng og hvite håndtak mot hvit vegg.
- For å ha tilstrekkelig betjeningsareal til å manøvrere rullestolen og å gi plass for medhjelpere ved dusjing, skal areal til dusjing være minst 140 x 110 cm. I gjeldende TEK er sykehjem definert som arbeids- og publikumsbygg, og det er en forutsetning at 1/10 bad i sykehjem skal være noe større (dusjareal 130 cm x 160 cm)
- For å ivareta beboers sikkerhet, må gode løsninger hindre at dusjvann spres utover gulvet. Dusjen bør plasseres så langt unna døren som mulig for å hindre at vann renner under den terskelfrie døråpningen.
- I baderom som legger opp til at bruker i størst mulig grad skal stelle seg selv, unngå dusj mellom servant og toalettskål. Slik kan bruker gripe servanten for å reise seg fra toalettet uten å risikere å skli på vått underlag.
- En lang slange kan gi mulighet for å bruke dusjen til renhold både ved servant og toalett.

5.6.4 Badekar

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

5.6.5 Unntak ved kompakte bad og innovative løsninger

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

- Så lenge alle de overnevnte funksjonene er ivaretatt, kan Husbanken godkjenne løsninger hvor den ene sideplassen ved servanten reduseres inntil 50 cm i baderom som er planlagt for mest mulig selvhjulpne beboere. Forutsetningen er at betjeningsareal ved servant og toalett er stort nok for både rullestolbruker og medhjelper(e). På motsatt side av toalettet må fri sideplass være minst 90 cm.
- Løsninger der medhjelper kan betjene begge sider av toalett, men forflytning fra rullestol kun er mulig fra én side, kan Husbanken godkjenne etter vurdering. Da må det være både høyre- og venstresidige baderom i prosjektet. Den andre siden av toalettet må ha fri sideplass på minst 90 cm.
- Husbanken kan godkjenne kompakte bad med innovative løsninger som gir bedre funksjonalitet for beboere og medhjelper(e). Begge må kunne betjene innredningene i rommet på en forsvarlig og egnet måte. Det må være nok fysisk plass til å oppholde og manøvrere seg i rommet, inkludert hjelpemidler til forflytning.
- Kommunen må redegjøre for hvordan de innovative løsningene ivaretar funksjonene. Dersom løsningen utfordrer krav som Husbanken i utgangspunktet stiller, blir saken vurdert ekstra grundig. Det er derfor viktig at kommunen etablererer dialog med Husbanken tidlig om de ønskede løsningene.
- Husbanken forutsetter at kompakte baderom med redusert areal er i tråd med krav som eventuelt stilles av andre, herunder Arbeidstilsynet og byggeforskriftene. Kommunen har ansvar for at dette blir ivaretatt.
- Mange rullestolbrukere har behov for to medhjelpere. Dette må kommunen ta hensyn til når romstørrelsene skal beregnes. Det er også mulig å benytte kort avstand til servant i baderom med ordinær størrelse eller større iht. Husbankens krav. Denne løsningen legger også opp til at beboeren er mest mulig selvhjulpen.
- Husbanken kan godkjenne at kommunen etablerer prosjekt med kun kompaktbad (med unntak av krav om større bad iht. byggeforskriftene og eventuelle krav som stilles av andre). Det forutsetter at baderomsløsningene i kommunens prosjekter i sin helhet møter det samlede behovet i kommunen, inkludert bad beregnet for tungt pleietrengende.

5.7 Sjekkliste for viktigste dimensjoner for omsorgsplasser

	Krav	Anbefaling
Passasje og manøvrering		
Trinnfrihet	Alle dører der beboere ferdes skal være terskelfrie. Inngangsdør til bogruppe, ytterdører og dører til personalrom kan ha en avfaset terskel på 15 mm.	
Dører inne i boenhet	Minst 760 mm bredde uten terskel.[2]	Samme som under.
Inngangsdør til bogruppe, ytterdører og dører til personalrom	Minst 860 mm bredde og fri høyde på 2010 mm.[1]	Minst 1200 mm i lysåpning, to dørfelter.
Passasjebredde korridorer og svalgang	Minst 1500 mm fri passasjebredde og 2100 mm fri netto høyde (unntak for strekning uten dører under 5 meter: 1200 mm).[2]	1800 mm fri passasjebredde.
Passasjebredde i boenhet	900 mm fri passasjebredde.[4]	1200 mm fri passasjebredde.
Snuareal	Snusirkel på 1500 mm.[2]	Snusirkel på 1600 mm.[1]
Maksimal åpningskraft dører	20 N.	Elektromekaniske åpne-/lukkesystemer.
Sideplass ved sidehengslede dører	300 mm fri sideplass på hengselside, 500 mm fri sideplass på lås-side. Ved skråstilte vegger kan sideplassen reduseres.[2]	
Sideplass ved skyvedører	300 mm fri sideplass på alle fire sider, målt fra karm i åpningen.[2]	
Bad/toalett		
Fri sideplass ved toalett	900 mm fritt areal rundt toalettsete.[3] Husbanken kan godkjenne unntak fra sideplass ved servantsiden i kompakte baderomsløsninger, dersom det gir bedre funksjonalitet for brukerne. Sideplass må være minst 1100 mm når den kombineres med dusjareal.	
Snuareal	Manøvreringsareal (snusirkel) på minst 1500 mm utenfor møbleringssonen.[2]	Fri snusirkel på 1600 mm foran toalett.[1]
Avstand forkant toalettsete og bakvegg	Forkant på toalettsete skal være 850 mm ut fra bakvegg.[1]	
Gulvmontert toalett	Minst 200 mm avstand mellom vegg og bakre cisternekant.[3]	

Veggmontert toalett	Trukket frem minst 200 mm inn i rommet for å tilsvare kravet over.[3]	
Armstøtter ved toalett	Skal ha en avstand på ca. 600 mm og i en høyde på 300 mm over klosettet.[1]	
Dusjsone	Minst 1100 x 1400 mm.	Hjelpehåndtak og tilpasset armatur.
Servant	Minimumsbredde 550 mm, fri sideplass på 200 mm på den ene siden, 900 mm på den andre siden.[3]	Hjelpehåndtak og tilpasset armatur. Manuell høyderegulering.
Entré		
Størrelse på oppstillingsplass for rullestol	Minst 700 x 1400 mm.	1000 x 2000 mm
Soverom		
Pleieseng	1000 x 2200 mm.[3]	
Fri sideplass ved seng i pleiestilling	1500 mm på begge langsider og 1400 mm ved sengeenden.[3] 900 mm fri passasjebredde til vindu.[2]	

[1] *NS 11001:1:2018 Universell utforming av byggverk Del 1: Arbeids- og publikumsbygninger*
[2] *NS 11001-2:2018 Universell utforming av byggverk Del 2: Boliger*
[3] *Arbeidstilsynet: Arbeidsmiljø i helseinstitusjoner*
[4] *Byggteknisk forskrift (TEK 17)*