

THE PALLIATIVE RETIREMENT HOME AND DAY OFFER

A strategic proposal for the future of hospice care in Denmark

Lærke Bertram
Paulina Torres Esquivel
Emma Strøm Jensen

MASTER THESIS

2025

THE PALLIATIVE RETIREMENT HOME AND DAY OFFER

A strategic proposal for the future of hospice care in Denmark.

Lærke Bertram
Paulina Torres Esquivel
Emma Strøm Jensen

Aalborg University
Master of Science (MSc) in Engineering, Architecture
Semester: MSc04 - Master Thesis
Group 11

Project Title: The Palliative Retirement Home and Day Offer: A strategic proposal for the future of Hospice care in Denmark.

Main supervisor: Lars Brorson Finch
Technical Supervisor: Per Kvols Heiselberg
Project period: 03.02.2025 – 02.06.2025
Number of pages: 312
Number of Appendix: 38

Lærke Bertram
Paulina Torres Esquivel
Emma Strøm Jensen

AKNOWLEDGEMENTS

This project would not have been possible without the generous support of several skilled professionals. We would like to express our deepest appreciation to our main supervisor, Lars Brorson Fich, Architect and Associate Professor, as well as our technical supervisor, Per Kvols Heiselberg, Vice Head of Research and Professor, for their patient guidance, expertise, and continuous encouragement throughout this project.

We also extend our sincere gratitude to Kristoffer Marså, Specialist in Respiratory and Palliative Medicine, for sharing his expert insights into the field of palliative care, as well as for his inspiring ideas and generous, welcoming attitude.

Lastly, we would like to extend our gratitude to Nicolaj Thunbo, Architect at AART; Pernille M. Laugesen, Head Nurse at Hospice Vangen; Lisbeth Malene Nielsen, Clinical Nurse Specialist at Sankt Lukas Hospice and the Outpatient Hospice Team; Adrianna Karnaszewska, Junior Architect at BIG – Bjarke Ingels Group; Mai McLeod Winther, Executive Director at DemensCentrum; Dorit Wium-Andersen, Hospice Priest at Hospice Djursland; Begitte at Fremtidens Plejehjem; Tina Olsen, Nursing Home Director and Nina Sørensen, Assistant Nursing Home Director at Markusgården; and Carina Rosenbech Thybo, Creative Leader at SWECO for their time, as well as welcoming us for visits and interviews.

”How can we construct buildings that take into account their impact on human physiology – affecting the whole person – while also being symbolic and scalable?”
- Kristoffer Marså

READING GUIDE

The master thesis is divided into 10 chapters. This is initiated with chapter one; palliation in context, which contains theory, history and analysis of current organizational structures, that sets the foundation for chapter two; patient groups – this chapter analyzes past, current and future prognosis of death casualties in Denmark, that is finalized with a project scope and a strategic framework for the project. Chapter three; functional relations, studies of current and past functional models between different users, ultimately resulting in a room program that is further explored. Chapter four is concerned with the site exploration, redefined problem statement and initial volume-, and programmatic studies on site. Chapter five; resident room, focuses solely on developing a unit, including all technical explorations, resulting in a final proposal of a resident unit. Chapter six; building development, continues on the whole building, explores different circulation principles, massing- and roof studies. Chapter seven; detail, details facades and windows, where chapter eight presents the final design proposal with relevant drawing material. The report is finalized with chapter nine; epilogue, which contains conclusion and a reflection on the project theme, and with chapter ten; appendix, with background and assisting subjects that provides more information on the different phases of the report.

ABSTRACT

This master's thesis rethinks architectural and organizational framework for palliative care in Denmark. In response to a growing gap between the limited scope of current hospice services – which primarily serve cancer patients – and the insufficient care provided to patients with life-limiting, long-term, chronic and terminal illnesses, the project seeks to explore how an architectural intervention can broaden the patient group.

Through demographic analysis, case studies, and interdisciplinary inquiry, the project identifies part of the answer as an extension of the philosophy beyond that of the hospice typology. Here, residents of nursing homes were identified as a broad group suffering from a variety of illnesses, that die without specialized end-of-life care, and with little to no contact to specialized palliative efforts in the last period of life. By embedding palliative care services onto this setting, care has the potential to become more accessible and continuous, within familiar settings – ultimately reducing the need for stressful transitions between facilities. The palliative retirement home and day offer proposes a hybrid typology, which merges nursing homes, hospices and a palliative day offer. The aim of such a building is to offer relief, rehabilitation and social opportunities to residents, outpatients and their families.

The architectural strategy is tested on a site in Hinnerup, a small town near Aarhus, where natural surroundings and a strong sense of community create the base for the building proposal.

TABLE OF CONTENT

AKNOWLEDGEMENTS 2
READING GUIDE 4
ABSTRACT 5
TABLE OF CONTENT 6
MOTIVATION 8
METHODOLOGY 10

PALLIATION IN CONTEXT 12
CICELY SAUNDERS 14
SAUNDERS MODERN HOSPICE PHYLOSOPHY 15
THE ESTABLISHMENT OF ST. CHRISOPHER'S HOSPICE 16
HOSPICE AS AN INSTITUTION IN DENMARK 18
TOTAL PAIN CASE STUDY 20
ORGANIZATIONAL CONDITIONS IN DENMARK 22
THE EVOLUTION OF PALLIATIVE EFFORTS 24
THE EVOLUTION OF PALLIATIVE EFFORTS 26
PALLIATIVE DAY SERVICES 30
PROBLEM DISCUSSION 34

PATIENT GROUPS 36
PATIENT GROUP ANALYSIS 38
CAUSE OF DEATH 40
PLACE OF DEATH 42
TAKEAWAYS 44
NURSING HOME ANALYSIS 46
CAUSE OF DEATH 48
DEMOGRAPHIC PROGNOSIS 50
TAKEAWAYS 52
NURSING HOME CASE STUDIE 54
PROJECT SCOPE OF PATIENT GROUPS 56
STRATEGIC FRAMEWORK 58

ANALYSIS 60
PRINCIPLES FOR COMBINING HOSPICE, NURSING HOME AND PALLIATIVE DAY OFFERS 62
HOMEY AND HEALING ENVIROMENT 66
CANCER COUNSELING 67
WARM WATER/WELLNESS EFFECT ON THE BODY 68
TECHNICAL FOCUS 70
ROOM PROGRAM 72
FUNCTION DIAGRAM 74
ATMOSPHERE 76
CIRCULATION RESIDENT ROOM 82
CIRCULATION STAFF 84
CIRCULATION AMBULANT 86
CIRCULATION IN FUNCTION DIAGRAM 90

CONTEXT 92
QUALITY OF LIFE 94
SITE SPECIFICATION 96
HINNERUP SITE CONDITIONS 99
THE TOWN 102
AROUND THE SITE 103
REDEFINED PROBLEM STATEMENT 105
VISION 107
PROGRAMMATIC RELATIONS 108
MASSING PRINCIPLES 110
PROGRAMMING ON SITE 113

RESIDENT ROOM 114
PRINCIPLES FOR THE RESIDENT ROOM 116
CASE STUDY FOR RESIDENT ROOMS 118
ITERATIONS OF RESIDENT ROOM 120
ITERATIONS OF RESIDENT ROOM 122
BASE MODEL 124
IT1- ADD TERRACE AND OVERHANG 130

HERNING HØJSKOLE 131
IT3 – FIVE SEPARATE WINDOWS 132
ACOUSTIC ANALYSIS 134
IT4 – LIGHT ACOUSTIC MATERIAL 136
FINAL MODEL 136
BSim 139
AUTONOMY OVER INTERIOR DESIGN 140

BUILDING DEVELOPMENT 142
VALS SPA 145
HOME FOR SENIOR CITIZENS 147
BAGSVÆRD CHURCH 149
CIRCULATION CONCEPT 150
FUNCTIONAL RELATION 151
VOLUME EXTRACTED TOWARDS THE EAST 152
VOLUME EXTRACTED TOWARDS THE WEST 153
MASSING DEVELOPMENT 154
ROOF DEVELOPMENT 157

DETAIL 158
RESIDENT MODULE 160
WINDOW & FUNCTIONS 162
FACADE 164
FIRE ESCAPES 166

DESIGN 168

EPILOUGE 198
CONCLUSION 200
REFLECTION 201
LIST OF ILLUSTRATIONS 202
LIST OF REFERENCES 204
BIBLIOGRAPHY 212
APPENDIX 214

MOTIVATION

In recent decades, palliative care has gained an increasing amount of recognition in Denmark as a crucial component in end-of-life care for patients with long-term and terminal illnesses. Especially hospices have gained support and have become unanimous with the care provided to patients in their final moments of life. Even so, the current hospice care in Denmark primarily serve cancer patients, even if it is widely recognized that more will benefit from its relieving approach to holistic care. (Skårhøj, Hygum and Danbjørg, 2024) This has posted concern on the question of whether it ought to serve a broader range of patients and how this could be achieved (Skårhøj, Hygum and Danbjørg, 2024) (Hospice Forum Danmark, 2024). In 2024 a new health reform from the Danish Health Ministry announced greater initiatives in terms of strengthening both basic- and specialized palliation, which has since motivated future oriented Hospice projects. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024) With new political ambitions, an ageing population and an increase in chronic illnesses (Ældrekommissionen, 2012; Ældre Sagen, 2025), the need for flexible and future proof palliative care is greater than ever. The answer may not only lie in building more hospices but rather rethinking the way palliative care exists in the Danish health care system.

How can hospice design be revised to include a broader range of patients in need of palliative care? With demographic changes, an increase in chronic illnesses, and the current exclusion of non-cancer patients, how can a new architectural strategy expand hospice typology while preserving its specialized care and core philosophy?

Initial problem statement.

METHODOLOGY

The purpose of this project has been to develop a new design strategy for palliative care in Denmark, while also providing an example of how this strategy can be applied in practice. The method for this project is based on Bryan Lawson's approach from the book How Designers Think (2005), where he describes the designer's thought process throughout a project. Lawson identifies three distinct phases: analysis, synthesis, and evaluation, where the order is irrelevant, as the designer naturally alternates between the phases in a harmonious process. Problems and solutions arise in parallel throughout.

The analysis phase is characterized by the designer seeking information. Here, relationships and patterns in existing data are examined. In this phase, it is important for the designer to be critical of the analysis, which requires identifying and mapping the structure of the problem. (Lawson, 2005)
The synthesis phase is where the designer attempts to formulate a response to the current problem. This is done by gathering all the knowledge from the analysis phase and using this to propose a solution. (Lawson, 2005)
The evaluation phase is marked by the designer reflecting on a previously proposed solution and assessing whether it adequately aligns with the identified goals and problems from the analysis phase. Simultaneously, new problems may arise, bringing the designer into a continuous cycle of analysis, synthesis, and evaluation. (Lawson, 2005)

The project group has worked in a highly structured way, setting up schedules and lists for each week to investigate and understand the various problems and questions that arise throughout the process. Illustration 01 shows and an excerpt of the topics that have been explored, where the three distinct phases – analysis, synthesis, and evaluation – have been applied, and where new problems and solutions have emerged, leading the project group to jump between the different phases outlined by Lawson. The first half of the project focused on the development of the new strategy, using analysis tools such as interviews, research of relevant literature, case studies and theory to understand topics like current conditions, future possibilities, predictions and challenges, as well as definition of specific, achievable, relevant, and time-bound goals.

The outlined strategy created the framework, which posed a range of questions and became a guideline for the entirety of the design process, which also fed back to the strategy. The information collected from the strategy was tested in a variety of design studies, ranging from volume and circulation studies to site selection and programming. Parts of the design process were systemized in order to cut down on variables, which in turn allowed the project focus on a few select aspects. One such focus was the technical aspect, exclusively applied to the most critical space of the proposed design, delving into acoustics using hand calculations, daylight simulations through ClimateStudio and thermal comfort using BSim. AI tools have been used in limited capacity, to assist in report writing and translation.

AN OVERARCHING PLAN THAT SETS DIRECTION AND PRIORITIES. IT EXISTS TO GUIDE ACTIONS AND DECISIONS. A METHOD FOR ACHIEVING LONG TERM GOALS.

METHOD FOR THE STRATEGY

ANALYSES OF CURRENT SITUATIONS

STATEMENT

CASE VISITS

DATA

THEORY

INTERVIEWS

CASE STUDIES

PREDICTIONS ABOUT FUTURE POSSIBILITIES AND CHALLENGES

CASE STUDIES

INTERVIEWS

DATA

THEORY

DEFINITION OF SPECIFIC GOALS

ROOM PROGRAM

FUNCTION DIAGRAMS

DESIGN CRITERIA



METHOD FOR THE DESIGN

SITE ANALYSES

DATA RESEARCH

STATEMENT

SITE VISITS

PROGRAMMING

CIRCULATION

MASSING

TECHNICAL ASPECTS

CONCEPT DEVELOPMENT

DESIGN PROPOSAL

PALLIATION IN CONTEXT

PATIENT GROUPS

FUNCTIONAL RELATIONS

CONTEXT

RESIDENT ROOM

BUILDING DEVELOPMENT

DETAIL

DESIGN

EPILOUGE

1.

AND HEALING ENVIROMENTCANCER COUNSELING WARM WATER/WELLNESS EFFECT ON THE BODY TECHNICAL FOCUS ROOM PROGRAM FUNCTION DIAGRAM

CIPLES FOR COMBINING HOSPICE; NURSI

ITERATIONS OF RESIDENT ROOM BASE MODEL IT1- ADD TERRACE AND OVERHANG HERNING HØJSKOLE IT3 – FIVE

ITERATIONS OF RESIDENT ROOM CASE STUDY FOR RESIDENT ROOMS

QUALITY OF LIFESITE SPECIFICATION HINNERUP SITE CONDITIONS REDEFINED PROBLEM STATEMENT VISION PROGRAMMATIC RELATIONS MASSING PRINCIPLES PROGRAMMING ON SITE PRINCIPLES FOR THE RESIDENT ROOM

IDENT ROOM CIRCULATION STAFF CIRCULATION AMBULANT CIRCULATION IN FUNCTION DIAGRAM

CICELY SAUNDERS



Ill. 02: Dame Cicely Saunders. (Photo: History of Modern Biomedicine Research Group)

Dame Cicely Mary Saunders founded the modern hospice movement with the establishment of St. Christopher's Hospice in London in 1967. Her work was driven by a deep understanding of the needs of dying patients and a desire to improve palliative care. (Steenfeldt and Hansen, 2017; Ilkjær and Kragh, 2021)

Cicely Mary Saunders was born on June 22nd, 1918, in London. In 1938, she began studying economics, politics, and philosophy. However, during World War II, she changed direction and completed a first aid course with the Red Cross organization. Inspired by this, she enrolled in nursing school but had to abandon her studies due to back pain.
She then trained as a social worker and simultaneously solidified her christian faith, which remained with her throughout her life. She became deeply engaged in working with cancer patients, where she met David Tasma, a terminally ill Polish refugee. His reflections on the end of life inspired her to improve care for the dying. Through their many conversations, which she documented in her diary, they explored the needs of a dying person. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

It became clear that it was essential to have close companions in one's final moments, but also professionals with expertise in proper pain management and relief:

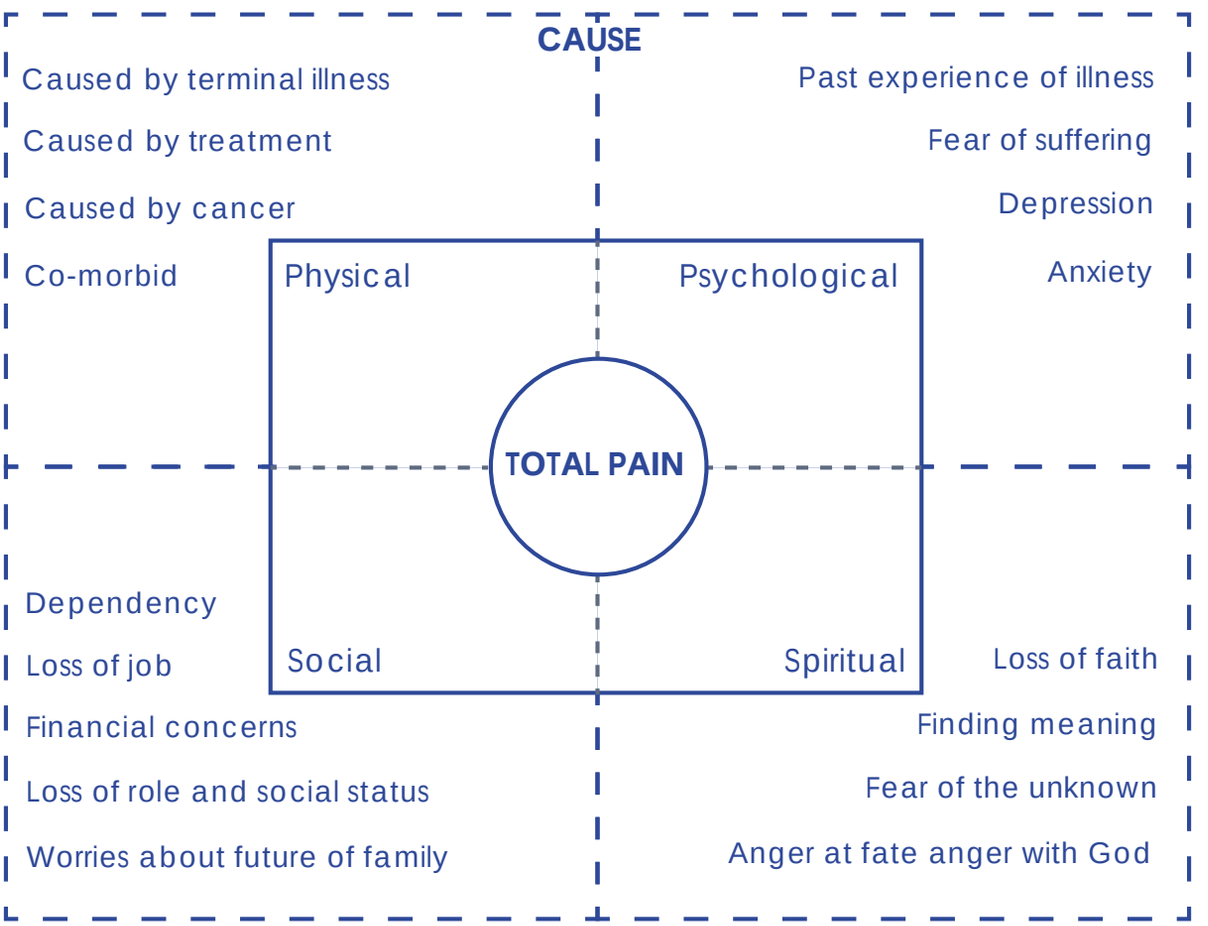
"There were other needs too, spiritual, emotional and social; if they were met in a context of real concern for the individual person; it might become possible to die peacefully, even happily." (Du Boulay and Rankin, 2007, p. 36)

Shortly before his death, Tasma left her £500, saying: "I will be a window in your new home," which laid the foundation for her life's mission.
Through her work at a home for poor dying patients, Saunders observed the importance of systematic pain relief and how regular medication administration significantly improved patients' quality of life. Her desire to make a difference was reinforced by a leader, who encouraged her to become a doctor to develop better pain treatment methods. Three years later, she had qualified as a doctor – a decision that became crucial for the development of modern palliative care and the hospice movement. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

SAUNDERS´ MODERN HOSPICE PHILOSOPHY

Saunders' philosophy came from her experiences as a nurse, social worker, and doctor, where she observed deficiencies in pain relief and holistic care for dying patients. Her approach was radical as she combined medical pain management with psychological, social, and spiritual support, which she conceptualized as "total pain".
Total pain refers to the comprehensive experience of suffering, which is not only physical but also includes psychological, social, and existential aspects, see illustration 03. She argued that effective palliative care requires an understanding of the patient's life story and needs, rather than solely focusing on physical pain relief.
Nurses made Cicely Saunders realize the importance of interdisciplinary collaboration between doctors, nurses, priests, social workers, and psychologists (Steenfeldt and Hansen, 2017).

Therefore, the core idea behind "total pain" is a holistic perspective, where each profession contributes its expertise, focusing on both the dying patient and their relatives.
This became the starting point for her work in developing a definitive hospice concept, where care and dignity were central (Steenfeldt & Hansen, 2017).



Ill. 03: Total Pain diagram. (Based on Figure 0.1, 'The Management of Terminal Malignant Disease', Ilkjær and Kragh, 2021)

THE ESTABLISHMENT OF ST. CHRISOPHER'S HOSPICE

Many within the healthcare system regarded palliative care as secondary to curative treatment. Saunders therefore decided to take matters into her own hands and, with support from funds and donations, raised the necessary resources for the construction of St. Christopher's Hospice, nearly 20 years after she had received the first £500 from David Tasma. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

The hospice was groundbreaking in offering a holistic approach, where patients were treated with a focus on pain relief, psychological support, and spiritual care. Methods such as continuous pain management with fixed medication doses were used instead of a wait-and-see approach, where medication was only administered when pain became unbearable. Additionally, hospice care was expanded to include support for relatives, both during the illness and after the patient's death. St. Christopher's Hospice was intended to function as a hospital, but with a homely atmosphere. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

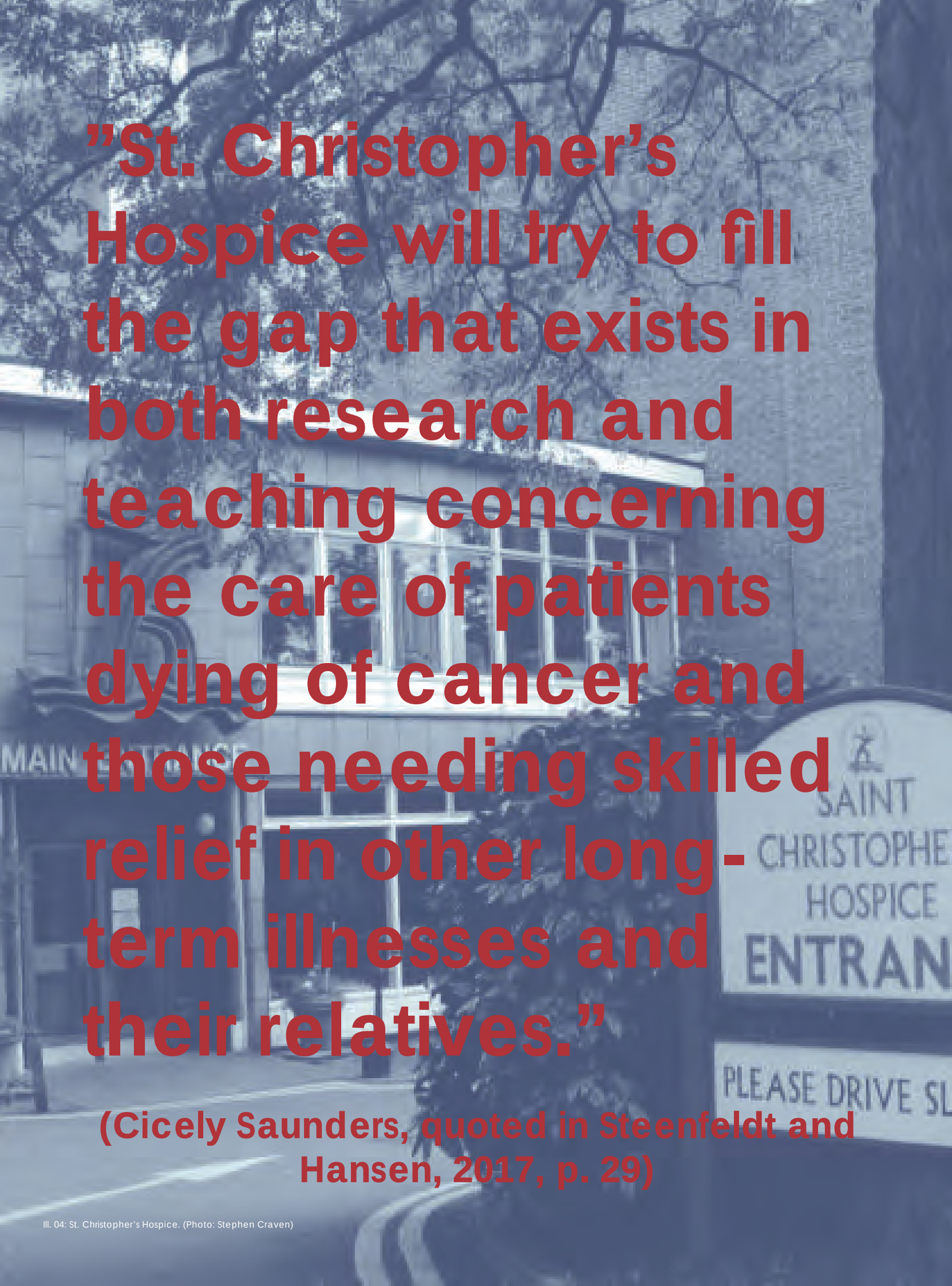
Cicely Saunders insisted on a multidisciplinary approach, where doctors, nurses, therapists, social workers, and priests worked together to ensure the best possible care. The core principles of St. Christopher's included the following components:

- Care for the seriously ill and dying
- Support for relatives throughout the process and in bereavement care
- Research and systematic knowledge collection
- Education and support for healthcare professionals, both within the hospice and in the local community

(Steenfeldt and Hansen, 2017)

Shortly after its opening, the need for home-based hospice care became apparent, leading to its integration into the ongoing work with dying patients. Expanding hospice care beyond cancer patients also became a possibility, as it was recognized that patients with other terminal illnesses had the same needs. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

Saunders played a central role in the international spread of the hospice philosophy and encouraged adapting hospice models to local contexts. She was knighted as Dame in 1980 and received "The Order of Merit" in 1987 for her work and remained actively engaged in the hospice movement until her death in 2005 at St. Christopher's Hospice. (Steenfeldt and Hansen, 2017)



”St. Christopher’s Hospice will try to fill the gap that exists in both research and teaching concerning the care of patients dying of cancer and those needing skilled relief in other long-term illnesses and their relatives.”

(Cicely Saunders, quoted in Steenfeldt and Hansen, 2017, p. 29)

Ill. 04: St. Christopher’s Hospice. (Photo: Stephen Craven)

HOSPICE AS AN INSTITUTION IN DENMARK

PALLIATION AS AN EFFORT TO RELIEF

Palliative care has its roots in the Latin word pallium, meaning ”cloak” or ”to cover.” Today, the term describes a holistic approach to care, aimed at preventing and relieving suffering both for patients with life-threatening illnesses and for those who are dying, as well as supporting their relatives through the challenging process. (Ilkjær and Kragh, 2021)

Palliative care encompasses a wide range of treatments, including pain relief, psychological support, spiritual guidance, and social work, all aimed at improving the quality of life for patients in the final stages of life. Palliative care can also include rehabilitation, nutritional counselling, and support in handling daily challenges. (Ilkjær and Kragh, 2021)

WHO's definition has significantly influenced the values and goals that form the foundation of the hospice movement (Steenfeldt and Hansen, 2017). Denmark’s national palliative care strategy was established in 1999 and later revised in 2011 and 2017. The goal is to ensure equal access to palliative care for all patients with life-threatening illnesses, rather than focusing solely on cancer patients as in earlier recommendations. Additionally, there is a strong emphasis on supporting relatives after the patient’s death. (Ilkjær and Kragh, 2021)

FRAMEWORK AND ORGANIZATION

As shown in illustration 05, each hospice has a board of directors and a management team (Steenfeldt and Hansen, 2017). In addition to the multidisciplinary team that handles complex situations that require specialized knowledge. This multidisciplinary team encompasses nurses, doctors, physiotherapists, psychomotor therapists, occupational therapists, music therapists, priests, psychologists and social workers. (Ilkjær and Kragh, 2021)

The staff operates based on principles of continuity and relational care. This is crucial to ensure a positive experience of the final stages of life, while also providing a sense of security for the patient and their family. (Steenfeldt and Hansen, 2017)
Several national organizations support the development of palliative care:

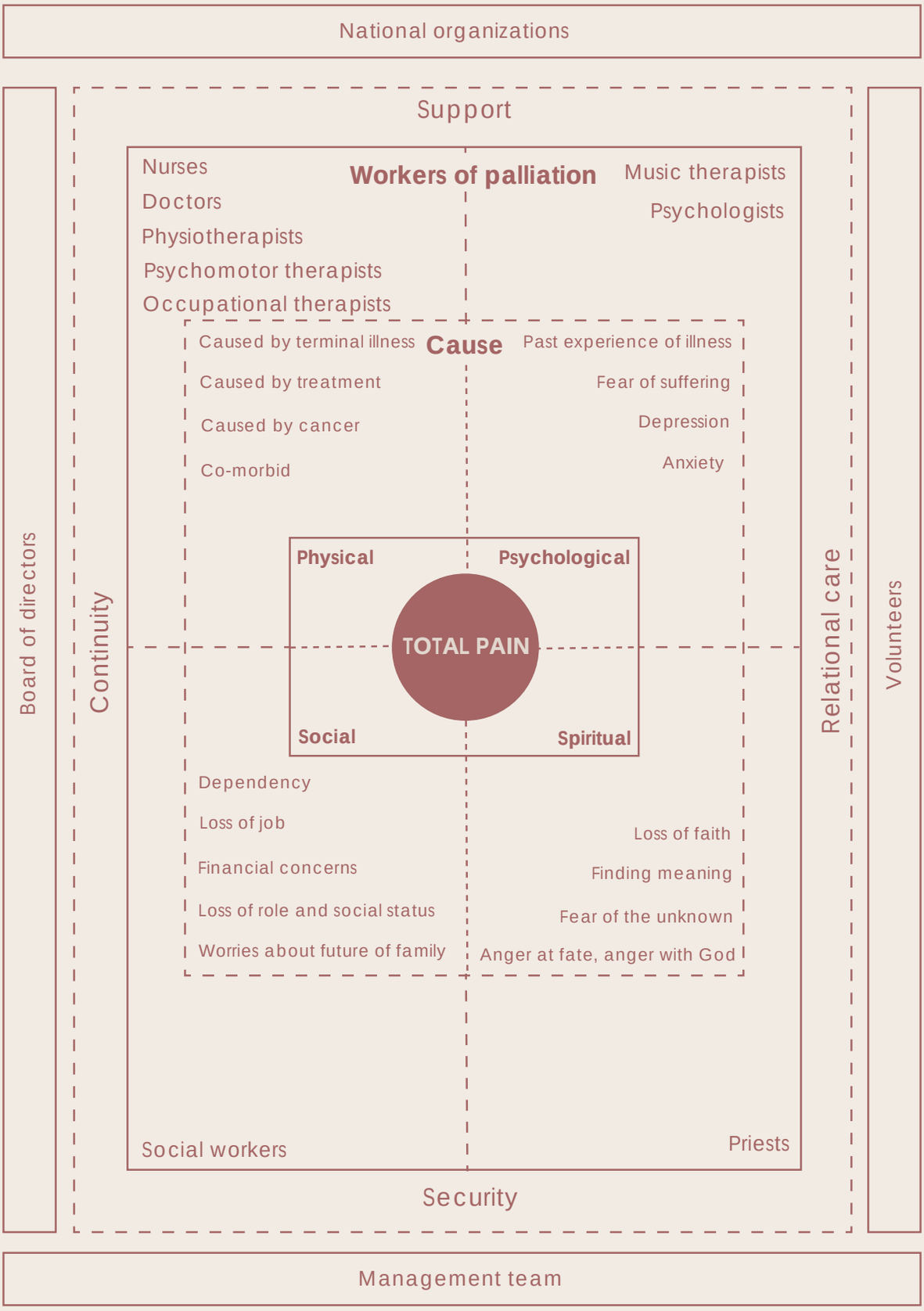
- REPHA formerly known as PAVI (2009) – Knowledge Center for Rehabilitation and Palliative Care. REPHA is a collaboration between six parties: TRYG Foundation, Danish Society for Palliative Medicine, Association for Palliative Effort, Hospice Forum Denmark, Danish Cancer Society, and the Leadership Group for Hospices. In 2013, PAVI became part of SDU and was renamed REPHA.
- DNCG-PAL (2006) – Interdisciplinary group in the palliative field that develops national clinical guidelines for palliative care.
- Danish Palliative Database (2016) – Collects data on patients in palliative functions such as hospices, palliative teams, -units, and -departments in Denmark.

(Ilkjær and Kragh, 2021)

These organizations support through research and knowledge internally in Denmark but also from outside of Denmark and is an important pillar in terms of the future development of the hospice and palliative needs. These have since their rise influenced the development and continue to do so. (Ilkjær and Kragh, 2021)

THE ROLE OF VOLUNTEERS

Volunteers play an important role in hospices, providing practical support, conversations, and social interaction. They assist with meals, events, and aesthetic tasks, such as flower arrangements. Additionally, some volunteers serve as companions for discharged patients and support families at home. (Steenfeldt and Hansen, 2017)



Ill. 05: Hospice Concept diagram. Based on hospice as a complex and multidisciplinary institution, building on the concept of total pain.

TOTAL PAIN CASE STUDY

In order to translate the concept of relief of total pain spatially, a range of existing hospice cases were examined. As seen in illustration 06, an overview of examples of different relief-oriented rooms are highlighted. Conversation- and reflection spaces provide safe spaces for psychological and spiritual retreat, and with the guidance from a psychologist or a priest, a patient or their relatives can partake in needed exercises.

"(...) certain physical problems can arise regarding pain management, shortness of breath, different things – symptoms regarding that part – which is a problem, we can solve. We can make a plan, we can increase the medicine, etc. But then there is the existential aspect, it is everything that regards fundamental conditions. That is everything regarding life and death, and it is the things regarding suffering etc. where you can't put a solution in place, you have to be companionship. And here a priest can be really great at handling the existential side of things." - Lisbeth, St. Lukas Hospice (appendix 1b,)

Music is a large part of daily life in a hospice. At Hospice Vangen instruments could be found in every corner, and at Hospice Djursland communal singing was hosted by staff and residents every morning, in the main hallway.

"People have discovered that music can help settle the nervous system. She has conversations where she combines it with music – like, if you imagine mindfulness-type music, but adapted for each person's music, taste and needs. This can take place in a person's individual room or sometimes in the common spaces. It can also be for the relative, if they need it – maybe in the conversation rooms – it can also be together with the patient. Some relatives can also benefit from having a moment alone." - Pernille, Hospice Vangen (appendix 2b)

The social aspect of total pain concerns itself with economic anxiety and problems regarding the time after passing. Such aspects are addressed through conversations with social workers and priests.

Through the communal areas people can socialize at different levels – examples include an open-plan kitchen, living room, outdoor spaces or orangery. This can be appealing when seeking a community with equals in the same situation, and providing relief regarding feelings of loneliness, depression etc. Niches of different sizes create semi-private zones for more intimate, conversations or for contemplation. To provide physical relief, initiatives such as wellness or spa can be found at within most hospices. This investigation provides insight into key treatment facilities that can assist in ensuring that the hospice philosophy is present.

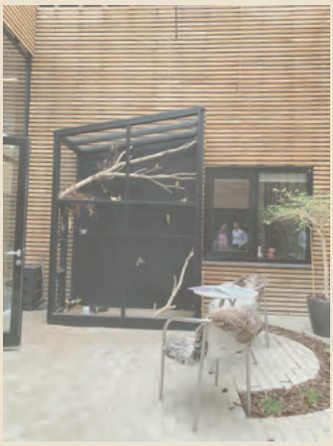
OUTDOOR ORANGERY



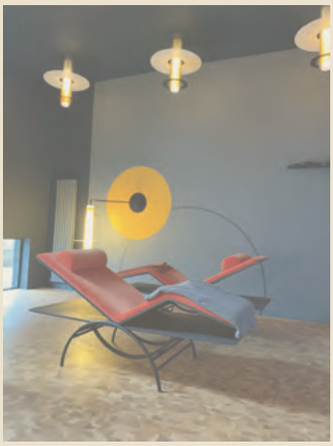
INDOOR ORANGERY



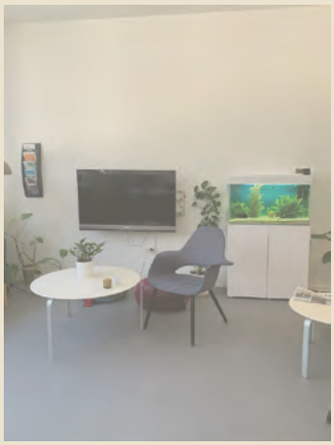
COURTYARD



REFLECTIONROOM



LIVING ROOM



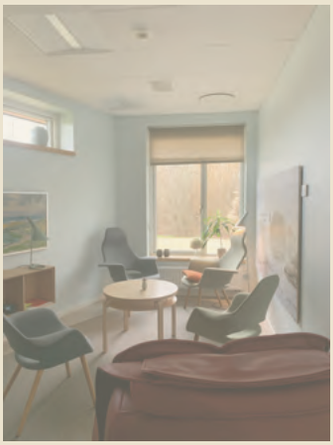
WELLNESS



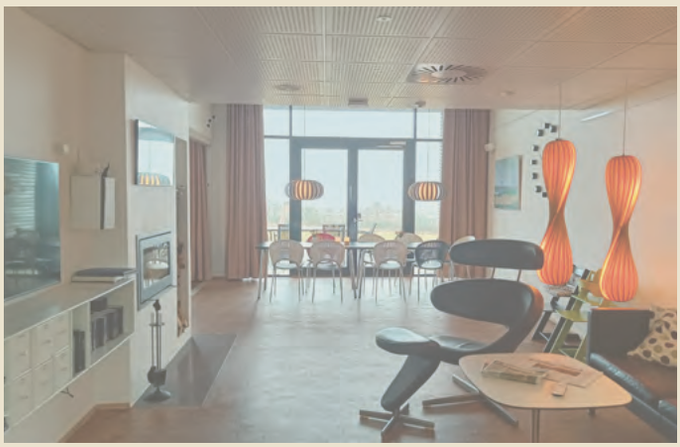
NICHE



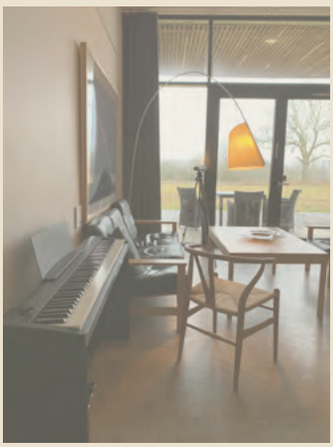
CONVERSATION ROOM



LIVING ROOM



LIVING ROOM



HALLWAY



Ill. 06: Common areas, Hospice Djursland, Hospice Vangen, St. Lukas Hospice

ORGANIZATIONAL CONDITIONS IN DENMARK

AUTHORITIES AND SERVICES

Hospices operate as independent institutions, while receiving public funding through the regions, see illustration 07. Thus follows operational agreements with the regions, as shown in the top part of the diagram. These agreements contain economic support, as well as ensuring that standards for care and facilities are maintained. All hospices fall under the Danish board of health, Sundhedsstyrelsen, and regions therefore make sure that hospices comply with national palliative care guidelines. (Ilkjær and Kragh, 2021)

Palliative care is divided into basic and specialized palliative care.
Basic palliative care: Provided by healthcare professionals without specialized palliative training in at-home care, hospitals, nursing homes, and general practice. It is provided by all municipalities, in homes and nursing homes where the general practitioner is responsible for medical palliative treatment in collaboration with the nursing homes and at home care services. Who in turn are responsible for nursing and interdisciplinary collaboration. (Ilkjær and Kragh, 2021)
Specialized palliative care: Delivered by specially trained professionals in hospices, palliative teams, and hospital departments. Palliative care can be provided to outpatients at home, or in hospitals through referrals from patients own doctors , and may also involve specialized professionals such as psychologists. It is the responsibility of the regions to handle the patient, when admitted to a hospital or hospice, where interdisciplinary collaboration is crucial to ensure a coherent effort. (Ilkjær and Kragh, 2021)
The distribution and management of palliative care units is left up to each region. (Ilkjær and Kragh, 2021)

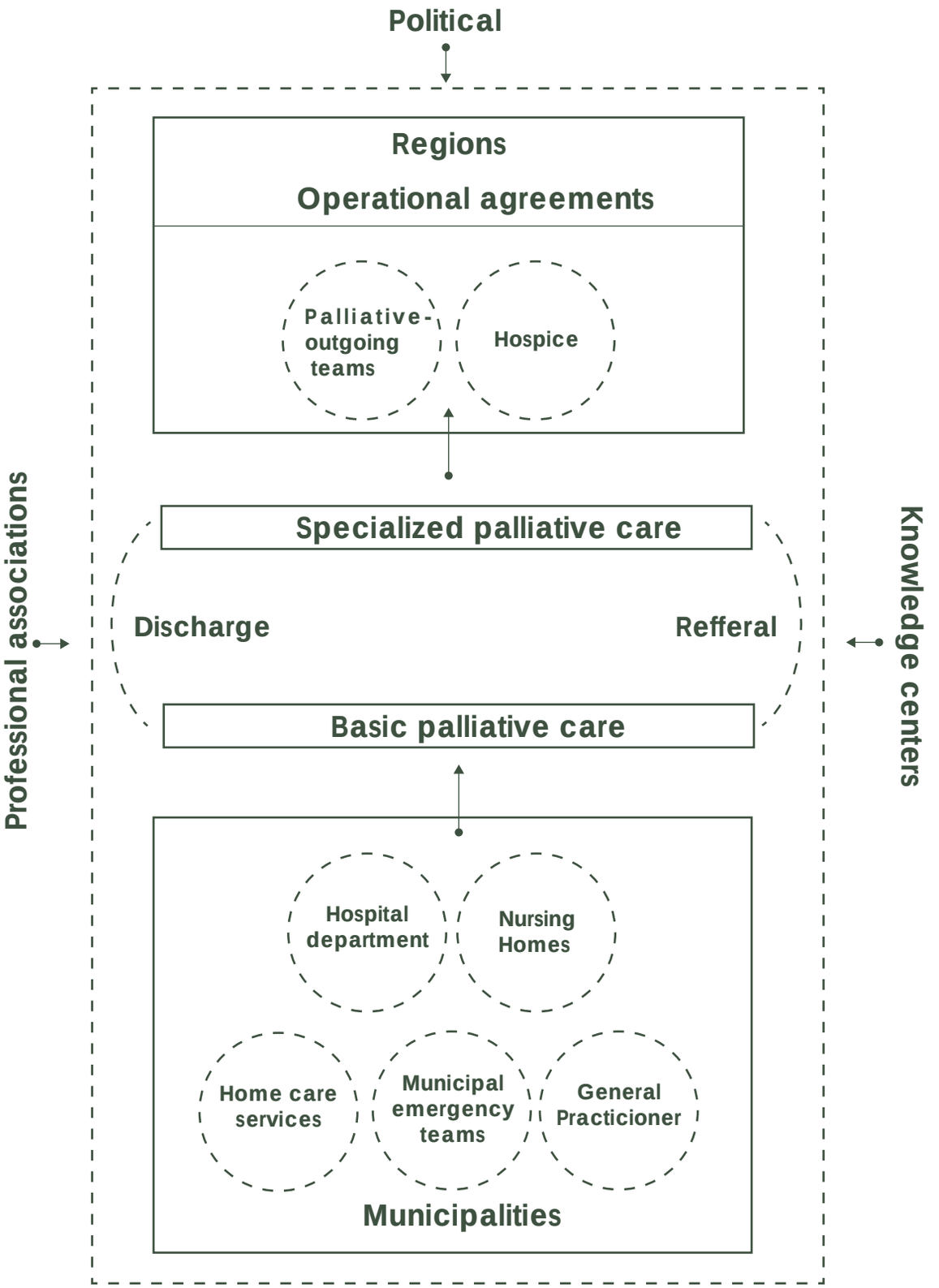
Some regions have Outgoing Hospice Teams. These units are organized through hospices and often work in close contact with the in-house units, doing work concerning patients that live at home, until the end of life, or before being transferred to hospice. Similar to hospice, these units include nurses, doctors, physiotherapists, as well as social workers. Outgoing Hospice Teams supplement the care provided by general practitioners and the municipal efforts. If a patient responds positively to hospice care, leading to discharge rather than the end-of-life, the Outgoing Hospice Team can continue to provide support. (Ilkjær and Kragh, 2021)

The illustration shows the need for palliative care, and how it is discussed, both on a political level, across different professional associations, knowledge centers within Denmark and internationally (Ilkjær and Kragh, 2021). Working in the hospice field requires a high level of professional expertise and compassionate understanding. Fortunately, educational opportunities have significantly expanded with the introduction of diploma, graduate, and master's degrees, as well as courses in areas such as communication and therapeutic methods. Such knowledge expansion, can be found through internal training, supervision-, and mentorship programs, all in an aim to pursue a process of dynamic learning within the staff. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

ACCESS TO HOSPICE

Access to hospice care varies, but the general criteria is that the patient must have a life-threatening illness with complex symptoms – whether physical, psychological, or spiritual – that require specialized palliative care. Referral is made through the patient's own doctor, hospital physician, or palliative team. Some hospices conduct home visits to create a life story assessment, which can serve as a basis for the palliative care plan. Hospices admit patients for both short-term symptom relief – 2-3 weeks stay, with the possibility of discharge – as well as end-of-life care. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

When patients have been referred, the free-choice principle found in Denmark, ensures that patients are allowed to freely choose which hospice they wish to stay in, regardless of location or region (Steenfeldt and Hansen, 2017). This highlights the segregation present in the Danish health system, which forces patients to jump from one part of the system to the next. This can also be the reason as to why specialized palliative efforts have such difficulty reaching out to the wider range of patient groups, due to them having to pass through several layers of the system.



Ill. 07: Diagram on complex organizational conditions, within the health-and welfare system in Denmark.

THE EVOLUTION OF PALLIATIVE EFFORTS

Dying people are nursed at home by family members. Deaconesses start offering at-home care

1800-

1859

The establishment of the first nursing home in Denmark, Holmegårdsparken, Charlottenlund

First hospice opens in France, similar initiatives followed in England and Ireland

1883

1875

The sisters of St. Joseph founded the first hospital in Denmark



Entrance to St. Joseph Hospital, Copenhagen. (Hede2000)



Entrance to St. Christophers Hospice. London, UK. (Craven)

Cicely Saunders opens St. Chistophers Hospice, the first modern hospice

1967

1980

"The Wilkes Report" suggests the creation of Palliative Day Services

Cicely Saunders knighted as Dame, receives "Order of Merit"

1980-1987

1980-1990

Danish Hospital system management was transferred to the state

1989

Establishment of interdisciplinary association for palliative care. Denmark

First definition of palliative care, published by WHO

1990

1992

First hospice in Denmark opens



St. Lukas Hopsice, Hellerup. (Ramblersen)

Ill. 08: Timeline

"Creating a sturdy and balanced healthcare system, located closer to the citizens, (...) increased uniformity within the health services, through better national coordination, (...) advance quality and continuity for citizens, while ensuring local and coherent efforts are available for a significantly larger amount of elderly citizens, (...) creating better incentives for early and preventive efforts, (...) strengthening of basic palliation and (...) specialized palliation efforts. " (Indenrings- og Sundhedsministeriet, 2024, pp. 4, 6, 20, 21, 58, 59; Appendix 3)



Entrance to Diakonissestiftelsen Hospice, Copenhagen.

St. Maria hospice and Diakonissestiftelsens hospice opens. Vejle and Copenhagen.

1995-1997

1997-1998

Counties and hospices enter operation agreements. Denmark

1999

First national recommendations for palliative care strategies

2000

New Danish health law, permitting the state to finance hospice care through counties

WHO redefines definition of palliative care

2002

2007

Establishment of professional agreements for doctors and nurses

Municipal reform, Denmark: Regions adopt the financing of hospices

2007

2009

"Program for Det Gode Hospice in Denmark" is published by Realdania

Revision of national guidelines

2011

Palliative medicine is recognized as a medical master's programe

2013

2015

First hospice for children opens in Denmark

2016

Dagmarsminde, nursing home for dementia patients.

Latest revision of national guidelines for palliation

2017

New health reform

2024

2025

BIG wins competition, containing first day hospice in Denmark



Rendering of the entrance to the New St. Lukas Hospice, Hellerup. (BIG – Bjarke Ingels Group)



Ill. 09: Evolution of palliative efforts

THE EVOLUTION OF PALLIATIVE EFFORTS

The following supports the historical timeline, and explain some of the key historical events that have been influential in relation to the palliative care development in Denmark.

EARLY DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE

In the 19th and early 20th centuries, the first hospice movements emerged in European cities in response to social distress. Before these social initiatives, sick or dying individuals were either cared for by female family members or left to their own devices. Death was a natural part of everyday life, and families were accustomed to the rituals surrounding the final stages of life.
Towards the end of the 19th century, deaconesses began providing at-home care, particularly in poor areas. These institutions had a long tradition of helping society's most vulnerable; for example, in 1875, the Sisters of St. Joseph founded the first hospital, and have since 1926 contributed to education in the healthcare sector. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

While the first hospice opened in France in 1883, followed by similar initiatives in Ireland and England, the modern hospice movement was founded by Cicely Saunders, who established St. Christopher's Hospice in London in 1967. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

In Denmark, St. Lukas Stiftelsen in Hellerup and Diakonissestiftelsen in Frederiksberg were the first to organize at-home nursing and later established some of the first hospices in Denmark. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

With the advancement of medical science, the focus shifted from relief to cure, leading to healthcare becoming institutionalized in hospitals. This led to families becoming less involved in the care of the dying, while hospitals deprioritized palliative care in favor of treatment. (Ilkjær and Kragh, 2021)



PALLIATIVE EFFORTS IN MODERN TIMES

In 1992, St. Lukas Hospice, the first hospice in Denmark opened its doors, followed by Sct. Maria Hospice in 1995 and Diakonissestiftelsens Hospice in 1997 (Steenfeldt and Hansen, 2017).

The following years were characterized by the publication of several national recommendations calling attention to the need for palliative strategies to extend to a broader group of patients, rather than focusing solely on patients with cancer. Research and universities have since then also established connections with palliative work and hospices. One example is the creation of a professorship in palliative care, at Rigshospitalet in 2012. Another example is the organization Palliativt Videnscenter, PAVI, which was founded in 2009. In 2014, PAVI merged with Rehabilitation Center Dallund, and was renamed Videncenter for Rehabilitering og Palliation, REPHA. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

Palliative medicine was first recognized as a medical specialty in 2013, which means Denmark still has a backlog in covering the need for palliative treatment, especially at the basic level. (Ilkjær and Kragh, 2021)

The second rendition of Program for Det Gode Hospice (2009) states that the natural next step for "the good hospice" is to incorporate day offers, options for evening and overnight stays, as well an outpatient clinic (Realdania, 2009). Such day offers or outpatient functions have, to this day, yet to be incorporated in a hospice. However, the February 6th 2025, BIG was announced as the winner of the architectural competition for the new St. Lukas Hospice, which also includes the first day offer in Denmark (Sankt Lukas Stiftelsen, 2025b). The new St. Lukas hospice is set to be finished in 2029 (Sankt Lukas Stiftelsen, 2024), where the first day offer in Denmark is expected to open, 20 years after the initial recommendation.








1. VENDSYSSEL 2. VANGEN 3. LIMFJORD 4. DJURSLAND 5. SØHOLM

ECONOMIC AND INSTITUTIONAL DEVELOPMENT

Since the 1990s the palliative care efforts in Denmark has been significantly expanded. Today there is a total of 19 hospices and 29 palliative teams found across the country, all of which provide specialized support during hospitalization or at home (REHPA, 2019). See appendix 4 , for an analysis of functions found within the 19 hospices in Denmark.

Initially, St. Lukas Hospice was funded privately, but Sct. Maria Hospice introduced a model in which Vejle County and local municipalities covered two-thirds of the operating costs. This set a precedent for a new financing model, which was later widely adopted. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

In 2000, a new health law was passed, allowing the state to finance hospice care through the counties. After the 2007 structural reform, this responsibility was transferred to the regions, which now approve funding and the development of new functions. Today, hospice care is part of the health law, fully state-funded and free for citizens. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

The professional management of palliative care has also evolved. These organizations have contributed to influencing political decisions, improving patient conditions, and strengthening professional knowledge in the field of palliative care. (Steenfeldt and Hansen, 2017)

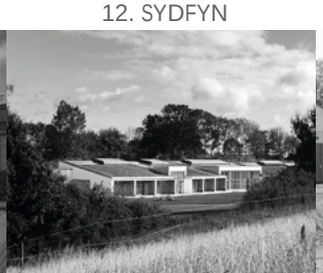
In November of 2024, 'Indenrigs- og Sundhedsministeriet' announced a new health reform, see appendix 5 . This reform aims to provide a more balanced healthcare system in Denmark, which includes; More focus on both basic and specialized palliative care as an effort to ensure a dignified end of life care; More health care services available close to citizens through increased local treatment; Greater equality in healthcare services with a better geographical distribution of resources; Improved coordination between authorities to optimize task distribution between regions and municipalities; A more sustainable healthcare system capable of handling an aging population; Improved quality of healthcare services. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024)

Photo 1: Hospice Vendsyssel
Photo 2: Stoklund Medieproduktion
Photo 3: Hospice Limfjord
Photo 4: Own prod.
Photo 5 : Skråfoto
Photo 6: Gudenå Hospice
Photo 7: Anker Fjord Hospice
Photo 8: Sct. Maria Hospice, by CASA Arkitekter
Photo 9: Hospice Sydvestjylland
Photo 10: Hospice Sønderjylland
Photo 11: Hospice Fyn
Photo 12: PLH Arkitekter
Photo 13: Arresødal Hospice
Photo 14: Dragør Luftfoto ApS
Photo 15: Own prod.
Photo 16: Own prod.
Photo 17 : Skråfoto
Photo 18: Marie-Louise Baes
Photo 19: Svanevig Hospice

Ill. 10: Hospices in Denmark

10. SØNDERJYLLAND 11. FYN 12. SYDFYN 13. ARRESØDAL 14. SØNDERGÅRD 15. SA










6. GUDENÅ



7. ANKERFJORD



8. SCT. MARIA



9. SYDVESTJYLLAND



Ill. 11: Placement of hospices in Denmark

ANKT LUKAS



16. DIAKONISSESTIFTELSEN



17. SJÆLLAND



18. FIADELFIA



19. SVANEVIG



PALLIATIVE DAY SERVICES

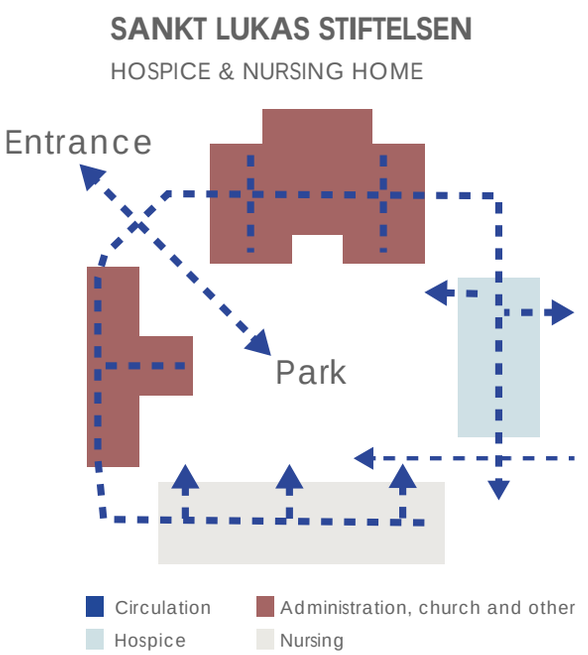
A palliative day offer is a service provided for non-residents or otherwise outpatients or guests, often offering spaces for palliative treatments, palliative rehabilitation, as well as recreational and social activities. (Doyle, 2021)

"The Wilkes report" (Wilkes et al., 1980) is believed to be the catalyst for the creation of numerous palliative day offers, in the United Kingdom (Stevens, Martin and White, 2011). The study informs that the United Kingdom alone has 282 Hospice day care services, at the time of publication (Hospice Information, 2009 cited in; Stevens, Martin and White, 2011). Other countries with palliative day offers include, but are not limited to United Kingdom (St John's Hospice, no date), Germany (Ricam Hospiz Stiftnung, 2016), Canada (Hospice Niagara, no date), and Australia (Western Health, no date).

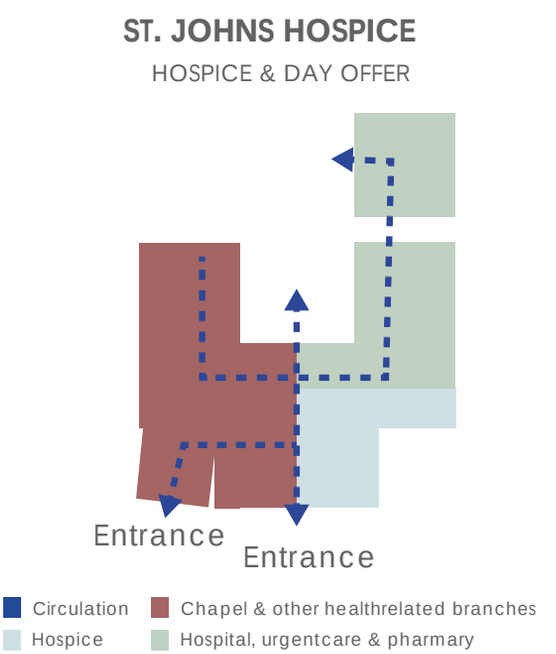
In an article by Elaine Stevens Colin R. Matin and Craig A. White (2011), 31 scientific studies explore the outcomes of palliative day offers for patients, relatives and staff. They conclude that palliative day offers are of value for dying patients, because it "allows them to engage with others and to be supported in a restorative environment". (Stevens, Martin and White, 2011)

Palliative day offers provide therapies that promote relaxation, concentration, and energy while reducing anxiety, depression and pain. Patients also report increased positive feelings, such as enthusiasm, excitement, pride, hope, self-esteem, and self-worth, as well as a greater sense of control and security. It provides attendees with a place for them to talk about their feelings and illness, with staff and other people in a similar situation to their own and therefore allows them to create meaningful relationships. Such places also offer attendees the opportunity to access information and participate in decision-making, ultimately improving the quality of life for ambulant patients by fostering a sense of community and enabling them to take control of their own lives. It is also a retreat for relatives, who view palliative day offers as safe space and a means to momentarily step out of their caretaker role. (Stevens, Martin and White, 2011)

Four examples are examined below to understand their constellation and the various ways day offers are integrated with hospices or nursing facilities.



Ill. 12:Diagram of St. Lukas Stiftelsens entire facility, including hospice and nursing home.



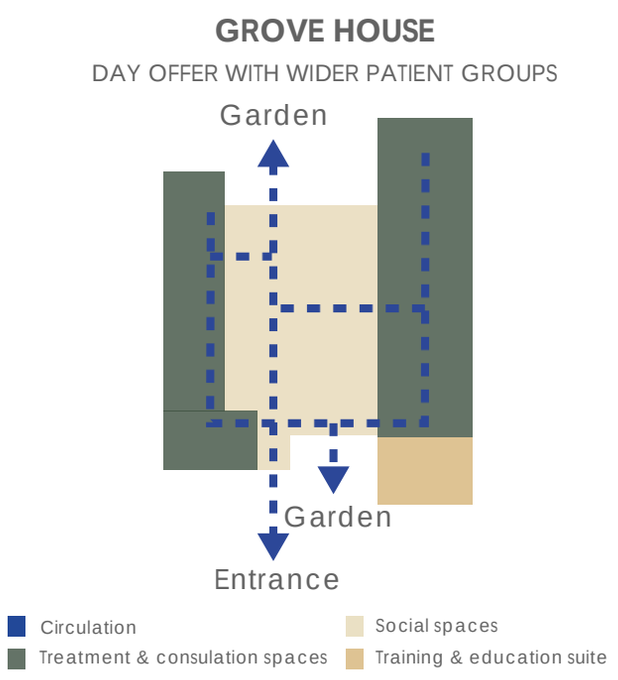
Ill. 13: Diagram of St. John and St. Elizabeth Hopsital in the UK. Day Hospice is located within the hospice.

1. St. Lukas Stiftelsen in Hellerup is an example of a facility that includes a hospice for adults, a hospice for children and their families, a nursing home, childcare facilities, crisis services for women and children, a church, administration and space rented to other healthcare related business. The buildings are connected through a series of indoor or underground hallways, otherwise they are separated into each building. See appendix 1a for further information.

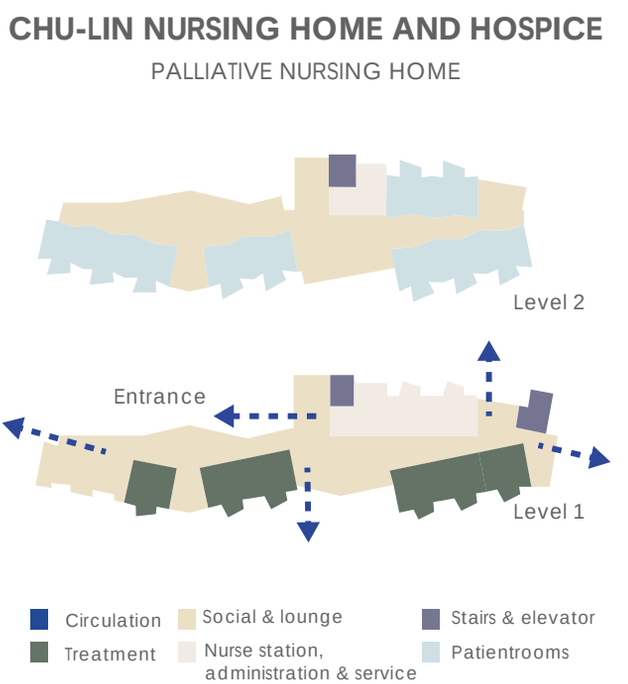
2. St. John and St. Elizabeth hospital is located in London, UK, is a world-renowned medical facility whose profits support the on-site St. John's Hospice (St John & St Elizabeth Hospital, 2025). The day offer, named the 'Wellbeing Centre,' is located on the ground floor of St. John's Hospice and welcome anyone with a life-limiting illness who requires nursing and medical care (St John's Hospice, no date). Lastly, the building also houses an inpatient unit as part of the hospice as well as a chapel (St John & Lizzies, 2024). In other words, the functions share the building but are separated into different zones.

3. Grove house, located in London is a day offer located next to a hospital and provides pain management and social support to local residents as well as their families and caretakers (Child, 2018). It includes treatment spaces, a training- and education suite located in the wings, as well as social- and community spaces in the center of the building (Ben Adams Architects, 2020).

4. Chu-lin Nursing Home and Hospice, located in Taiwan, is a nursing home with 64 long-term beds and a hospice with 8 beds. It also handles inpatient hospice care. The circulation separates the patient rooms and treatment areas from the practical rooms and creating spaces for social interactions in between. (Verderber and Refuerzo, 2006)



Ill. 14:Diagram of Groove House, a day hospice in the UK.



Ill. 15:Diagram of the first and second floors of Chun-in Nursing home and hospice, in Taiwan.

”JOURNAL OF THE DANISH MEDICAL ASSOCIATION

3. march 2025

...Cancer patients today make up a larger proportion of palliative care in Denmark than other patient groups, as you can also read elsewhere in this feature. At least in specialized palliative care. This strong focus on cancer is something Patrik Wallin also recognizes.

But they are not the difficult group. Because we can more or less outline their course. They are admitted to oncology departments close to the end. Then things decline slowly and steadily, then rapidly, and then it's over. The difficult ones are, for example, COPD patients, patients with terminal heart failure, and all those with non-malignant conditions, where the courses can be very, very different. But also patients with Parkinson's and dementia, whom I see a lot of as a nursing home doctor. They're not talked about very much in relation to palliative care, but in a different way, they are also terminal," says Patrik Wallin, who believes that as a general practitioner, it is his task to always be ready to talk about the final phase of life."

”Ældre sagen 14. june 2024

Many Older People Do Not Receive palliative Care

The extent of specialized palliative care is lower for older people than for other age groups.

There are significant differences in which groups in society receive professional support and care when facing life-threatening illness – known as specialized palliative care.

This is shown in annual reports from the Danish Palliative Database."



19 december 2024

”ONCOLOGY JOURNAL

Professor of Palliative Care Mogens Grønvold No Longer Believes That Expanding Palliative Teams and Hospices Alone Will Solve the Longstanding and Severe Challenges of Limited Access to Specialized Palliative Care

Instead, he believes that the expansion of palliative care should take place to a much greater extent within the broader healthcare system – including in cardiology, nephrology, neurology, and pulmonary hospital departments."

12. may 2025

”Terminally ill patients wait too long for palliative care”

Ill. 16: Assortment of paper clippings proving relevance and actuality for project subject. (Appendix 7; Bühler, 2022; Hospice Forum Danmark, 2024; Skårhøj, Hygum and Danbjørg, 2024; Ældre Sagen, 2024b; Pedersen, 2025a; Sankt Lukas Stiftelsen, 2025a). (Bühler, 2022; Hospice Forum Danmark, 2024; Skårhøj, Hygum and Danbjørg, 2024; Ældre Sagen, 2024b; Pedersen, 2025a; Sankt Lukas Stiftelsen, 2025a)

”Debate 15. january 2024

PROFESSIONAL COUNCIL: More Hospice Beds Alone Cannot Solve the Problem of Too Many Dying Without Proper Relief

The Danish Health Authority has an ambition that all patients in need should be offered palliative care. As we have seen, there is still a long way to go before this becomes a reality for patients other than those with cancer.”

”Sankt Lukas Stiftelsen Welcomes New Palliative Care Recommendations”

15. januar 2024

”THE DANISH MEDICAL ASSOCIATION

Strengthened Palliative Care to Ensure Support and Relief for Patients with Life-Threatening Illness – National Plan for Palliative Treatment”

”Debate 15. january 2024

PROFESSIONAL COUNCIL: More Hospice Beds Alone Cannot Solve the Problem of Too Many Dying Without Proper Relief

Patients die while on the waiting list for hospice, and access to hospice is unequal.”



”HOSPICE FORUM DENMARK

23. april 2024

.....The central focus of the hearing was how we can further improve the development of the palliative care field in the future, and that there is a shortage of hospice beds, as one-third of referred patients do not receive a hospice placement in time.

Hospice Must Reach the Primary Sector

“Another important focus area concerned how hospice can and should play a larger and more central role in the future for even more patients than those currently benefiting from hospice services. A common theme in most of the day’s presentations was the proposal that the extensive knowledge and practical experience found in the hospice field should be more widely shared with the primary sector, so that care homes, home care services, and others can also benefit from the expertise available in hospice care.””

PROBLEM DISCUSSION

"However, it also regards a quality standard for what we should offer, across the healthcare system, in order to ensure uniformity and giving every patient the right to discuss their care plan."

– Camilla Ratche, Chair of the Danish Medical Association (quoted in Pedersen, 2025, see appendix 8 for original danish quote).

"We are lacking a focus on other conditions as well, for example, our patients with neurodegenerative diseases such as sclerosis, where we know that this is something we cannot cure, and at some point, the condition becomes so severe that it will result in an untimely death. These patients have a palliative need, much earlier in fact, as part of their life with a severe chronic illness."

– Camilla Ratche, Chair of the Danish Medical Association (quoted in Pedersen, 2025, see appendix 8 for original danish quote).

Palliative care in Denmark has been insufficiently prioritized, leaving many patients with life-threatening illnesses without timely support. Both basic and specialized palliative care suffer from limited access and inconsistent quality. (Lægeforeningen, 2025)

According to Lægeforeningen (2025) The National Audit agency of The Kingdom of Denmark has repeatedly criticized the lack of specialized palliative services, e.g. in 2020 and 2023, resulting in many patients missing essential care and highlighting that regions fail to meet the goal of treating 90% of referred patients within 10 days. The Danish Palliative Database shows that 20% of referred patients pass away before receiving the needed specialized palliative care (Pedersen, 2025b).

It is expected that Municipalities will experience difficulties when ensuring timely, high-quality palliative care due to resource and competency gaps. With significant regional disparities, a stronger, unified approach is needed. (Lægeforeningen, 2025)

In January 2025, Lægeforeningen proposed a national strategy, see appendix 6 , as a follow-up on the new health reform. Their concrete political action aims to ensure equal access to palliative care for all patients, regardless of illness, age, or location, while also emphasizing greater support for relatives and improved coordination between regions and municipalities. (Lægeforeningen, 2025)

The plan also involves expanding services beyond cancer patients and calls for legal patient rights, national quality standards, more beds and medical staff, and regional action plans (Pedersen, 2025b). The proposal aims to provide early and end-of-life relief, including palliative care for chronic patients alongside their treatment. Denmark has historically prioritized curative approaches, but palliative care must extend beyond terminal cancer. In 2023, 46% of cancer patients received specialized palliation, compared to only 3% of other patient groups. Many palliative initiatives remain tied to cancer plans, limiting access for others. (Pedersen, 2025b)

Camilla Ratche proposes an early effort as part of the individual patient's curative treatment, not concerned whether it plays off in the secondary- or primary sector. She also criticizes the rigid division between basic (general practice) and specialized (hospital/hospice) palliative care, suggesting a more integrated approach for the continuum

of palliative care (Pedersen, 2025b). Perhaps this should be reflected in the physical manifestation of future healthcare centers?
Rehabilitating palliation is a relatively new concept, which consists of two parts; rehabilitation work which focuses on functional ability, and palliation which focuses on relief. Combining these two parts creates a setting where an individual works towards strengthening their functional ability to an extend that allows for them to live on their terms, up until death (Ilkjær and Kragh, 2021). It becomes clear that many processes inside the healthcare system are fluent and complex at the same time and approaches such as prevention, rehabilitative or palliative work changes according to the needs of the patient, the character of the disease and society. As people live longer with chronic conditions, this can negatively impact their functional ability. Therefore part of the early and ongoing palliative initiatives have evolved into rehabilitation efforts, which may offer part of the solution. (Ilkjær and Kragh, 2021)
This ongoing complexity of what the future looks like, must be addressed in the architecture, through flexible solutions and wise spatial configurations.

Professor Mogens Grønvold, chairman of the Danish Palliative Database and head of the palliative research unit at Bispebjerg Hospital and Frederiksberg Hospital highlights that the problem has roots in the insufficient specialized capacity while at the same time expecting the same people to do more. According to him, we stand with an 'under-dimensioned specialized sector' and suggests that the only solution is to upgrade the capacity and competencies in the entire healthcare system. Grønvold elaborates by saying that the upscale in capacity and competencies will allow for specialized staff to work as consultants within the basic palliation, not only in terms of end-of-life care but also the early palliation (Nielsen, 2025).

Whether or not the future means more specialists entering the primary sector or the basic palliation getting larger competencies, the architecture must still encompass these activities, regardless of their source – and even promote these activities.
It is further emphasized that Denmark currently lacks a structured organization for the complex palliative effort between basic and specialized care, with the most common approach being referrals and phone communication (Nielsen,

"(...) there may be some areas where we need to focus our attention on the fact, that sometimes relief is just as important of a focus as healing. We should all be able to master this at a basic level (...) [as to not] always need a specialist of the field."

– Camilla Ratche, Chair of the Danish Medical Association (quoted in Pedersen, 2025, see appendix 8 for original danish quote).

2025). As highlighted in a study by Wang, Zhang and Zhou (2024) other countries such as The United States, The United Kingdom, The Netherlands and Japan have extensive and mature architectural and theoretical experience and research related to elderly facilities. Additionally, their expertise in hospice care architecture is significantly more advanced compared to countries like Denmark. Their four international classifications of hospice care facilities, see appendix 9 , give an idea of different existing case-constellations, where palliative efforts can co-exist in mixed-use or hybrid versions (Wang, Zhang and Zhou, 2024). Verderber and Refuerzo (2006) also examine international cases, including several hybrid hospice cases such as Chu-lin Nursing Home and Hospice which share the same building.

By architecturally combining functions related to both basic and specialized palliative care with outpatient day offers, there is potential to strengthen collaboration, communication, and research in the field of palliation. This approach aims to provide dignified relief and end-of-life care while simultaneously learning from experience to improve future efforts. It also suggests a flexible approach to organizing spaces and layouts, accommodating the needs of all parties involved while ensuring the ability to meet current requirements and adapt to future demands.

PALLIATION IN CONTEXT

PATIENT GROUPS

FUNCTIONAL RELATIONS

CONTEXT

RESIDENT ROOM

BUILDING DEVELOPMENT

DETAIL

DESIGN

EPILOUGE

2.

PATIENT GROUP ANALYSIS

The following chapter presents an in-depth analysis of ”cause of death”, ”place of death” and ”demographic distribution” to understand the evolution and current trends in death rates, to identify patient groups for targeted future palliative efforts, investigate potential typologies, and explore potential correlations between these three topics.
The analysis will be conducted as a data analysis using Danish databases, combined with current reports on the subject. The analysis will conclude with additional problem statements that the project aims to address as part of the overall problem domain.

Cause of death

Besides cancer, which other diagnosis groups are the reason for most death casualties in Denmark?

Demographic distribution

How do demographic trends affect current healthcare facilities?

Place of death

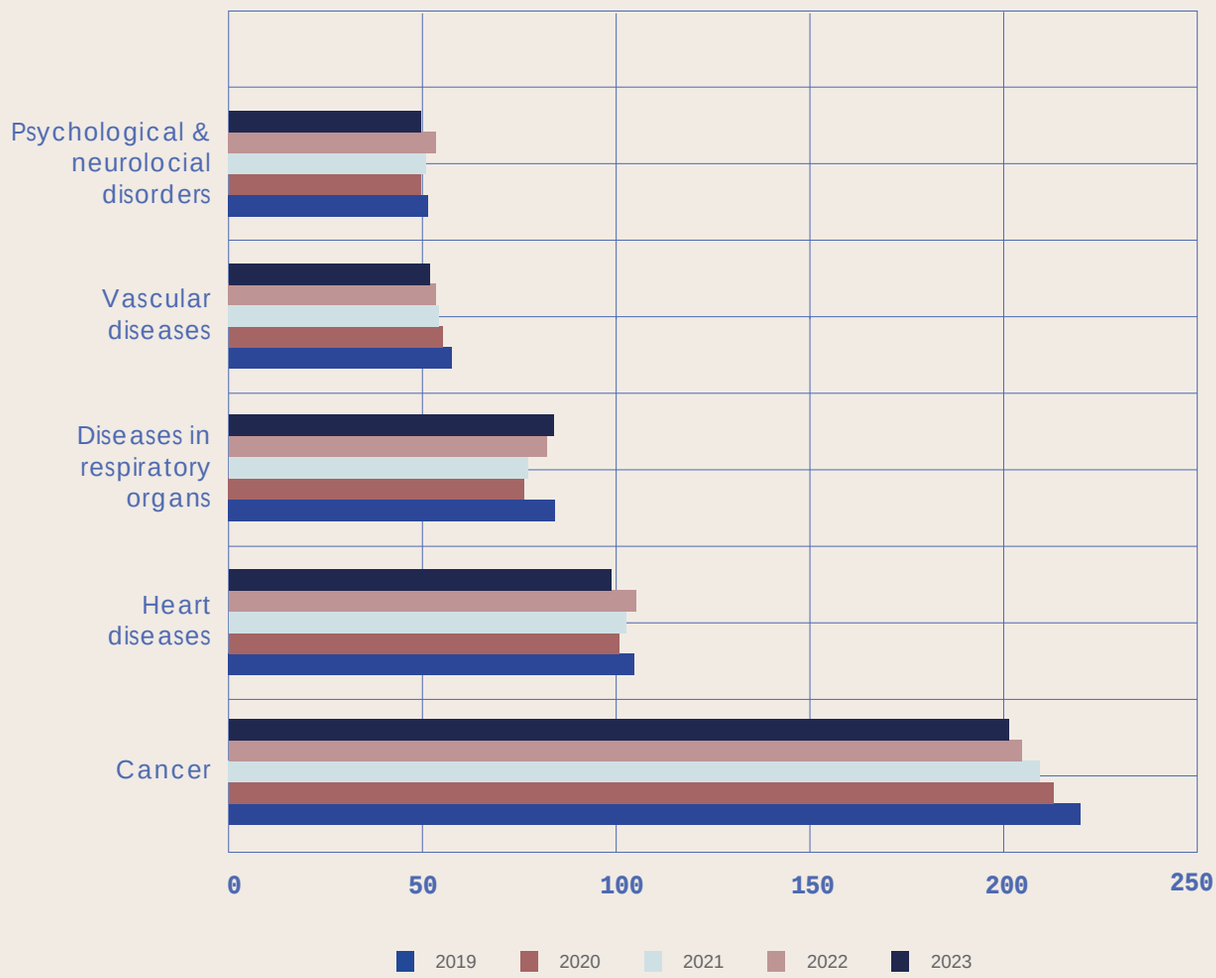
In which typologies do people die in Denmark?

CAUSE OF DEATH

In 2023, 57.991 people passed away in Denmark. When looking at the total mortality from 2013 to 2023, see appendix 10, mortality has generally fallen by approx. 4,5%. The cause of death statistics are divided into two main diagnostic groups – group (A) and group B – group (B) consists of possible subgroups of the diagnostic categories from group (A). Based on appendix 10, the six largest diagnosis groups (A) in 2023 are presented, where the total frequent cause of death was cancer (20,1%), heart diseases (9,9%), diseases in respiratory organs (8,4%), Vascular diseases (5,2%) and psychological and neurological disorders (4,9%) (Sundhedsdatastyrelsen, 2024), which are put together as one – moving forward in the report, these will be split up, resulting in the six largest causes of death, as seen in illustration 18. Note that even though mortality has been decreasing, when looking at 2019 to 2023 as seen in illustration 17, cancer is still the largest cause of death in Denmark.

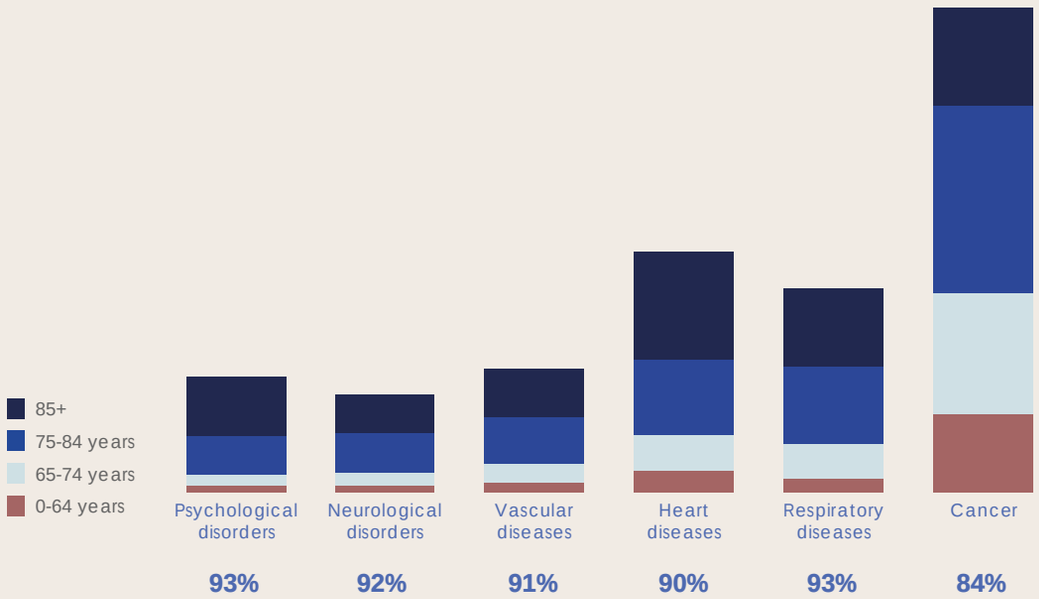
Each diagnosis group include several sub-diagnosis groups (B), where deathrates are not only different from men and women but also draws a different picture of the causes of death (appendix 11-13). Sub-diagnosis groups of cancer becomes the third largest cause of death in both genders, where chronical diseases in the lower respiratory tract (KOL) or ischemic heart diseases becomes the largest cause of death. (Sundhedsdatastyrelsen, 2024), This highlights the importance for the project to serve a broader patient group than cancer.

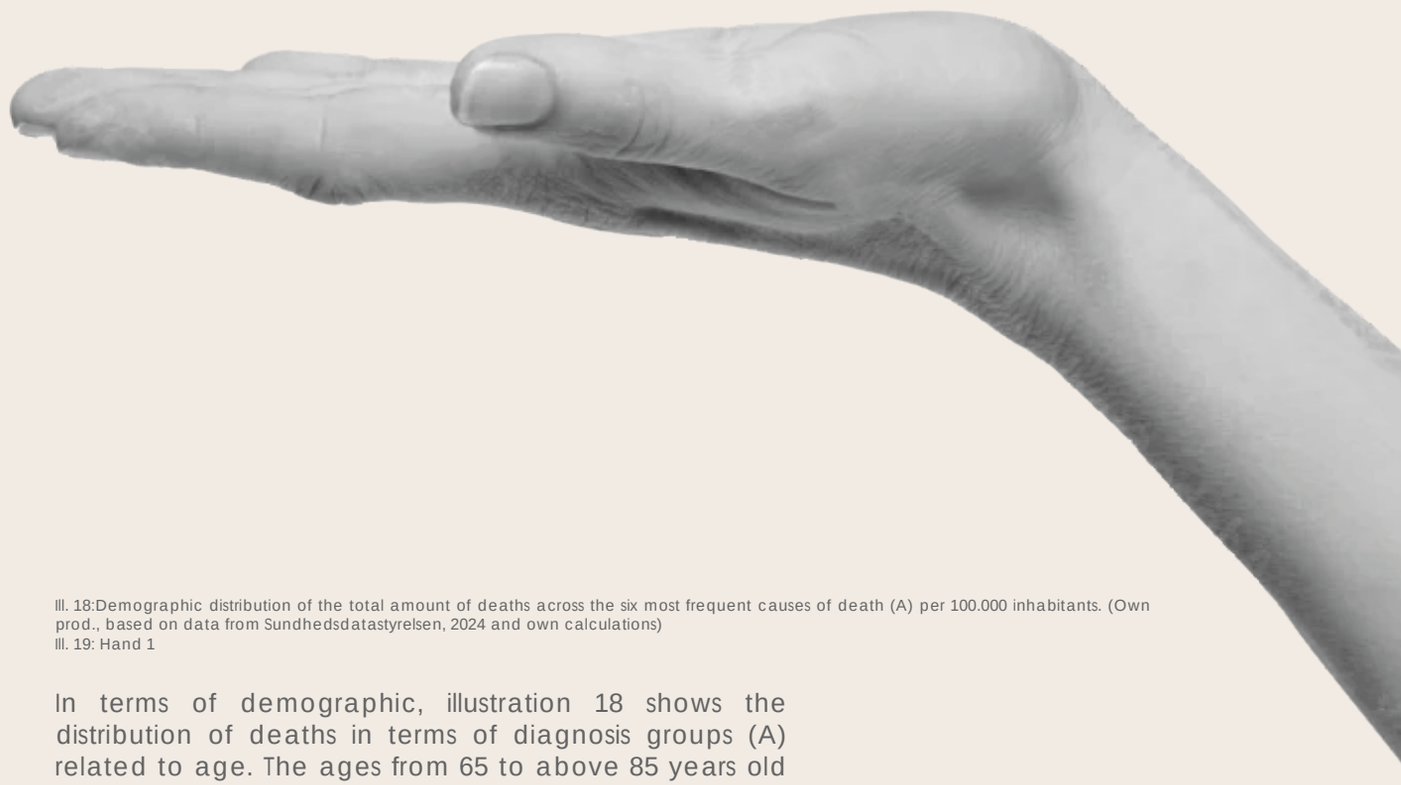
WHAT ARE THE MOST FREQUENT CAUSES OF DEATH IN DENMARK?



Ill. 17:The total amount of deaths and the five most frequent causes of death (A) per 100.000 inhabitants. (Own prod. based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024 and own calculations)

HOW ARE THE CAUSES AF DEATH DISTRIBUTED IN RELATION TO THE DEMOGRAPHIC?





Ill. 18:Demographic distribution of the total amount of deaths across the six most frequent causes of death (A) per 100.000 inhabitants. (Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024 and own calculations)
Ill. 19: Hand 1

In terms of demographic, illustration 18 shows the distribution of deaths in terms of diagnosis groups (A) related to age. The ages from 65 to above 85 years old have been highlighted in percentage underlining how the elderly population above 64 years old make up for the majority of deaths across all six diagnosis groups in Denmark, suggesting that a potential focus group could be the elderly population, see appendix 14-15 for in depth calculations.

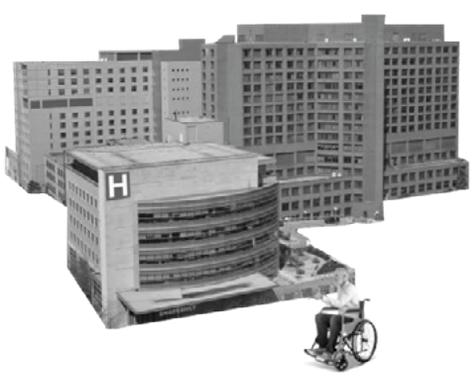
PLACE OF DEATH

According to a report from REHPA by Jarlbæk et al. (2024), which maps the place and cause of death in Denmark from 2012 to 2020, the six largest causes of death, including their sub-diagnosis groups, account for 80% of all deaths. Understanding the place of death is crucial when planning end-of-life care, as it helps identify where and when to allocate palliative efforts based on both needs and actual conditions. The report categorizes the places of death as; death at home (one's own home or a nursery home) death at a hospital (which also includes the data from death incidents in hospices) and death elsewhere (Jarlbæk et al., 2024). Important to state is that around half of the deaths registered as the home address is a nursery home (Jarlbæk et al., 2024).

Illustration 21 highlights two of the categorized locations for death from 2013 to 2023 (see appendix 16 for elaboration on the other places of death). It is evident that more people prefer to die at home, and this preference is being increasingly fulfilled. Similarly, the number of hospital deaths is decreasing. Expanding on the parameter "the home address" (see appendix 17) more people die at the home address rather than nursing home, since more people continue to live at home. When analyzing places of death in relation to diagnosis groups (Appendix 18), it becomes apparent that those with heart diseases, neurological disorders, and psychological conditions are more likely to die at home. In contrast, patients with respiratory diseases, cancer, and vascular diseases are more likely to die in a hospital or hospice. (Jarlbæk et al., 2024) This underlines the facts, that hospices take in more cancer patients, whilst other large diagnosis groups die elsewhere – either at home or in a nursing facility.

To connect death incidents to places of death, illustration 20 presents an analysis of the typologies in which people die, showing that the three most common places of death - hospital, home, and nursing home – account for 84.2% of all cases. The remaining 15.8% are divided among unknown locations, places without a registered address, and hospices (see appendix 19 for elaboration). Notably, only 3.9% of deaths occurred in hospices in 2023, highlighting the relatively limited role of hospice care. (Sundhedsdatastyrelsen, 2024)

The latest mapping of causes and places of death in Denmark reveals a clear correlation between age and place of death – 55% of deaths occur at home, predominantly among the elderly population (see appendix 20 for more information). (REHPA, 2024)

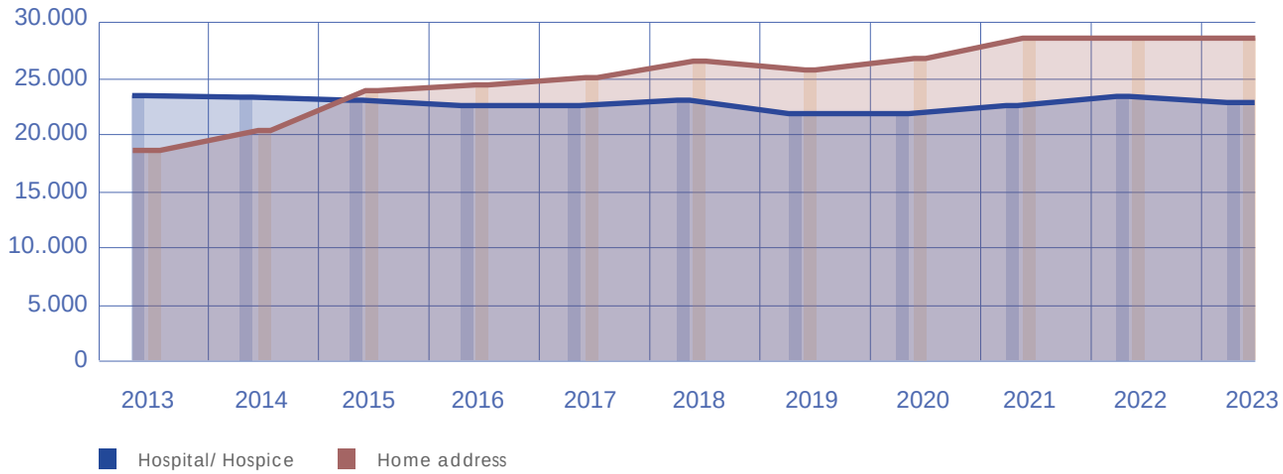






Hospital	At home	Nursing
35,4 %	27,2 %	21,6 %

Ill. 20:Overview of death incidents in 2023 in percentage distributed in place of death. (Own prod. based on data from Sundhedsdatastyrelsen, no date, and own calculations)



Ill. 21:Annual distribution of place of death, shown with 2 categories for place of death, in the period 2013-2023. (Own prod. based on data from Sundhedsdatastyrelsen, no date, and own calculations)



Other

11,2%

Hospice

3,9 %

Unknown

0,7 %

TAKEAWAYS

Based on the previous analysis, four takeaways were identified.

1. To facilitate an opportunity for a larger group of people with varied diagnosis to receive palliative care, rather than to solely focus on patients with cancer, the solution might be to physically connect other patient groups with specialized palliative units.
2. Demographic trends require facilities to expand in size and offer increased relief over longer periods of time to meet future needs – one potential solution could be to provide day services.
3. The current system that provides specialized end-of-life palliative care can only serve a very limited number of people – the solution might be to insert specialized efforts into basic palliative health care facilities.

Since the elderly population represents the largest group of deaths across all diagnosis groups, the following dives into nursing facilities more closely.

The majority of dying people are of the elderly population and this trend is increasing

Most referrals to hospices are cancer

People live longer with diseases

Only 3,9% of the entire population receive specialized palliative end-of-life care in a hospice

NURSING HOME ANALYSIS

Based on the previous take-outs, it can be seen that a large part of the problems are found within the elderly population. Therefore, this chapter will dive into an in-depth analysis, focusing on nursing facilities in relation to" cause & place of death"," demographic prospects" and" contact to specialized palliation".

The work will be performed with data from Danish databases, combined with current reports on the subject. The analysis will conclude with additional problem statements that the project aims to address as part of the overall problem field.

Cause & place of death

Within nursing homes, what are the most common causes of death and where do elderly typically die?

Contact to specialized palliation

How many have contact to specialized palliative units before dying?

Demographic prospects

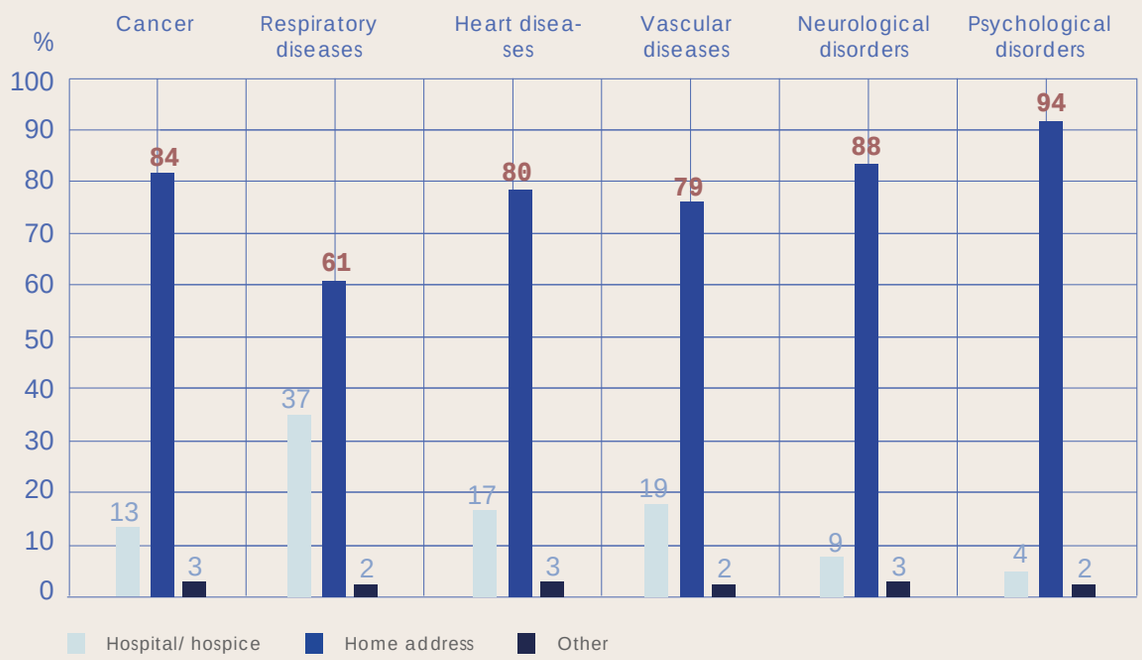
How do demographic trends challenge current facilities, and what are the future prospects?

CAUSE OF DEATH

As part of the report by Jarlbæk et al. (2024), it was noted that approximately 90% of people who died in nursing homes were 75 years of age or older. This finding is based on a cohort of 80.495 individuals over the period from 2015 to 2020.
The research shows that ≥80% of people who move into a nursing home also die within the nursing home regardless of the diagnosis as shown in illustration 22. Respiratory diseases is the only cause of death not following this rule. Here 61% of all deaths occur at the nursing home, and 37% of these happen at the hospital. Meanwhile, the vast majority of people who die with psychological disorders, die at the nursing home, with only 6% dying elsewhere. (Jarlbæk et al., 2024; REHPA, 2024)
Illustration 23 shows the average amount of time people live in nursing homes before passing away. The data is divided into three intervals: 0-1 year, 1-2 years and 2+ years. The illustration clearly shows that almost one third of all people who move into a nursing home die within the first year. The average residency in nursing homes is 32 months. (see appendix 22 for calculations) (Ældrekommissionen, 2012; Sundheds- og Ældreministeriet, 2016)
This reveals a grey zone in referrals between hospices and nursing homes.

”81% of death casualties in nursing homes happen without any contact to any specialized palliative units in the end of life stage.” (Jarlbæk et al., 2024, p. 61) See appendix 24 for analysis on contact to specialized units.

WHEN MOVING INTO A NURSING HOME, WHERE DOES ONE DIE?



Ill. 22: The distribution of place of death for the most common causes of death among nursing home residents in the period 2015-2020. (Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024)



Ill. 23: Average length of stay in nursing facility in percent, divided in three intervals, from 2011 to 2013. (Based on data from Ældrekommissionen, 2012; Sundheds- og Ældreministeriet, 2016)

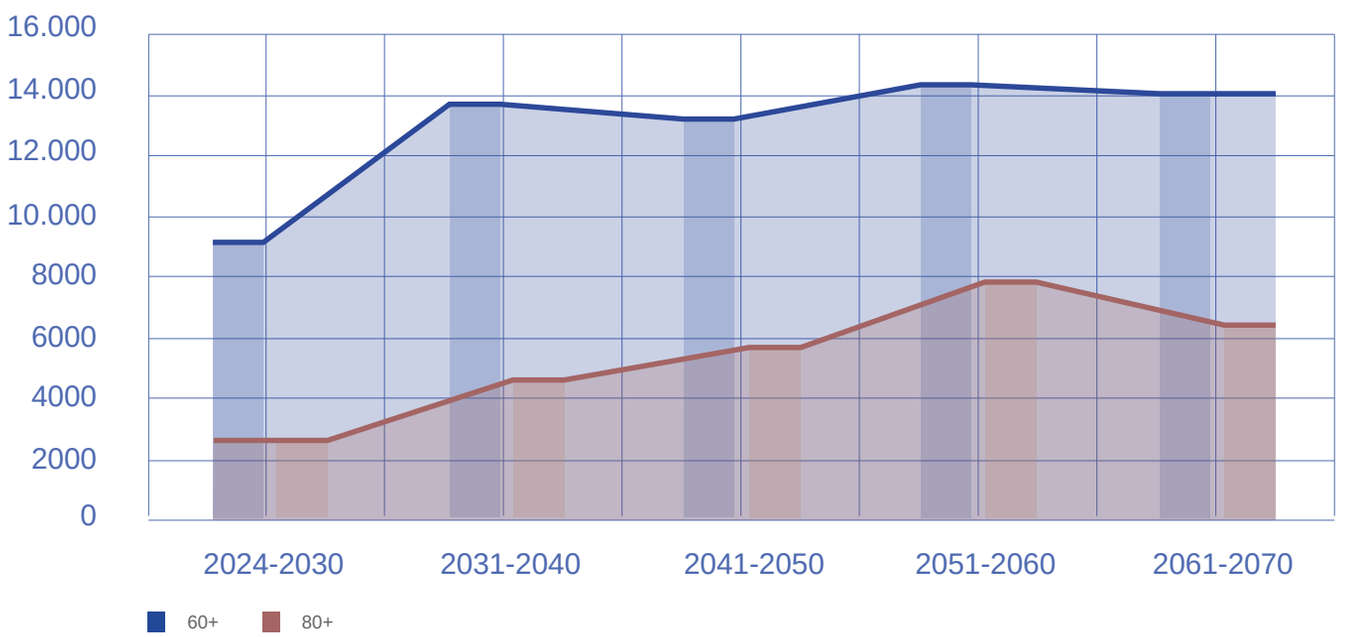


Ill. 24: Hand 2

DEMOGRAPHIC PROGNOSIS

Most residents of nursing homes are weakened significantly, either physically or mentally, and rely heavily on care. Two-thirds suffer from dementia along with other diseases, requiring specialized staff and facilities, and results in a medical consumption that is larger than the average (Ældrekommissionen, 2012). As their disease progresses, their need for care increases. Ældresagen recommend expanding current facilities by 14,000 beds before 2030 to meet demographic demands and recommend that all new nursing homes are designed for dementia care (Ældre Sagen, 2025).

A 2024 report from the Ministry of Social Affairs, Housing, and Elderly Care proposes a comprehensive reform for elderly care, highlighting the growing elderly population. As seen in illustration 25. By 2070, the number of elderly requiring care will rise significantly (see appendix 23 for calculations). (Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2024)



Ill. 25: Population projection from 2024 to 2070 per 1000 inhabitant. (Own prod. based on data from Statistikbanken, no date, and own calculations)

TAKEAWAYS

Based on the previous analysis on nursing homes, two additional problem statements are added.

4. It would be impossible to divide the nursing home into several separate units, in an effort to segregate the residents who are likely to pass away shortly after moving in. Instead, a more effective solution could be to implement comprehensive pain-oriented care within nursing homes to enhance end-of-life care for elderly residents.
5. To improve access to specialized palliative care before death, one solution could be to physically locate specialized units near or within nursing homes.
6. Simply increasing the size of facilities will not be enough to provide care for the overwhelming number of elderly people – the solution might be to share more resources, by combining health care facilities.

Based on all analysis conducted, the following will discuss the project scope and narrow it down, leading to the strategic framework for the project.

A demographic future increase will strain on existing facilities, requiring a bigger capacity

81% of people who die in nursing homes never come in contact with specialized palliative units

21,6% of all deaths happen in nursing homes, 30% die within a year moving in

NURSING HOME CASE STUDIE

As part of the research conducted, several nursing home facilities were visited, to gather an understanding of the programming and of efforts towards relief and rehabilitation. As seen in illustration 26, an overview of examples illustrates a range of spaces found in nursing homes. As for Markusgården nursing home, their residents are separated into six smaller groups, as a means to facilitate a closer knit community, social bonding between residents of each unit and for residents to better overcome the common spaces. As manifested in both Hospice Djursland and Hospice Vangen, is how the common areas have been furnished to feel homely and lived in, see appendix 2a and 35a. On the contrary, the only common room found in St. Lukas Hospice, is a combined living room and lounge – which, according to the interview, was described to be insufficient.

"(...) that is also why we have a narrative, that patients prefer to stay in their rooms.
This is in broad terms, but the thing with – in the new [building] we would like [to have] these heart-rooms, where you have – you can do some shared activities, but also to invite [users] out [of the patient rooms] – so patients and relatives can meet each other, and they can eat together, and there can be social interaction in a different way than here. However, this has also challenged our narratives, concerning – we also don't have showers in the patient rooms. " - Lisbeth, St. Lukas Hospice (appendix 1b,)

Similarly, the residents of Fremtidens Plejehjem are primarily contained to their rooms, with long hallways connecting to the sparingly located common and social spaces, see appendix 37. To relief patients who have trouble walking far distances in a row, furnishing and seating spots are places along these halls. Experienced in both nursing facilities and hospices, hallways were not only for circulation, but also for shorter stays – here they use plants and such to create semi private areas. There are also examples of rooms being repurposed for music, salons or small fitness, suggesting that the architecture should also allow for flexibility within the layout.

KITCHEN



HALLWAY



HALLWAY



LIVINGROOM



FITNESS



MUSIC WALL



Ill. 26: Nursing home case studie

PROJECT SCOPE OF PATIENT GROUPS

In general, there is a strong correlation between place of death and age. The elderly - who also account for the majority of deaths - were most often recorded as dying at home.
A report from Nørregård-Nielsen and Rådgivende Sociologer (2018) shows how 34% of participants desire to die at home, 11% want to die in a hospice and 33% state that they do not know – especially in the elder population, most wanted to die either at home or in a hospice. Based on the results from the report by Jarlbæk et al. (2024) it seems that the wish to die at home was granted for many elderly. 11% of the deaths taking place in nursing homes, are caused by cancer – the other 89% were caused by psychological- and neurological disorders, heart diseases and respiratory sickness (Jarlbæk et al., 2024). This indicates the importance of improved communication and outreach to other patient groups.

From a palliative point of view, most death casualties in Denmark are caused by life threatening and chronical and progressive diseases, where it can be fair to assume that most people therefore could benefit from palliative efforts before passing away – to relieve physical, psychological, social and / or existential / spiritual illness (Jarlbæk et al., 2024). A study conducted on 30 European countries further underlines, that strong palliative efforts funded by the state, can help move a number of deaths from hospitals and to patients homes (incl. nursing homes) as patients express a desire for (Jiang et al. (2021) cited in Jarlbæk et al., 2024) .
Altogether, there is reason to believe that by facilitating a stronger connection in the principles of specialized palliative efforts, between hospices and nursing homes, it could promote not only better end-of-life quality but also lower the number of deaths in hospitals. Furthermore, by defining the patient group for the project, as elderly with a life-limiting-illness, the project will automatically engage with a variety of diagnosis groups.

It is important for the project to consider the needs of the family caregivers who are crucial to the caregiving process. These caregivers often experience significant stress, health issues, and lifestyle changes as they manage both emotional and physical burdens associated with caring for people with life-limiting-illnesses. As caregivers witness the decline in their relatives' quality of life, they also experience shifts in their relationship dynamics. Future architectural consideration regarding designs should, therefore, also address the needs of caregivers by providing spaces for respite, facilitating social interaction, and promoting support-seeking behaviors. This would not only enhance the well-being of the patients but also support the burden on family caregivers, ensuring that both patients and caregivers are supported in these challenging circumstances. (Schlag and Vangelisti, 2024)

Day offers have been proven to have positive effects on patients and relatives, as seen in the several studies found in the scientific study from Kaiser et al. (2024). Making specialized palliative care available to outpatients, promoting quality of life through " social interaction (group offerings, artistic offerings, café, and so on), rehabilitation, physiotherapy, occupational therapy, artistic therapies (art therapy, music therapy, etc.), and/ or medical care for symptom control" (Kaiser et al., 2024, p. 2).

"Another focus of day hospices is respite care. The hourly or daily care of palliative patients by a day hospice allows family caregivers to meet their own needs and stabilizes the family environment, thereby ensuring care of family members at home [2,3,4]."
(Kaiser et al., 2024, p. 2)

Opportunities and challenges of integrating the hospice philosophy and outpatient offers and principles with a nursing home structure

Challenges:

- Professional Differences: Palliative care requires specialized staff who may not be present in a nursing home setting.
- Cultural challenges: Hospices have a different approach to care compared to traditional nursing homes.
- Space and Design Considerations: Architectural integration must ensure tranquility, privacy, and a dignified end-of-life experience while maintaining the efficiency of daily care.
- Sustainability: With limited future resources for elderly care, we must find new ways to share efforts. This requires the project to find balance between ambulant patients and residents.

Opportunities:

- Holistic Care: The possibility of combining care and palliative treatment, ensuring continuity in patient care.
- Efficient Resource Utilization: Merging facilities can optimize operations and improve the distribution of staff and resources.
- Increased Accessibility: Citizens will have easier access to palliative care services closer to their homes.
- Collaborative work: Merging facilities will enhance communication and collaboration between basic- and specialized efforts, ensuring timely interventions, education and knowledge-sharing

STRATEGIC FRAMEWORK

The strategic proposal integrates the hospice philosophy with nursing homes, creating a palliative retirement home and day offer. This approach merges basic and specialized care, improving communication between departments and knowledge-sharing while ensuring timely interventions for patients. Additionally, a palliative day offer will allow ambulant patients to receive relief earlier in their disease.

The palliaitive retirement home and day-offer is for all who suffer from a life-threatening disease, where residents are for those that are no longer able to live at home and instead are in need of constant help and relief. The palliative nursing home is a new typology, mixing the elderly patient group, with a variety of diseases, from nursing homes, with the principles of palliative- and end-of-life care from hospices.

The project takes on the assumption that the residents inevitably will pass away because of their disease, and instead of having to move into a hospice, which can be stressful to the patients, or risking that outgoing palliative efforts aren't offered to the patients before death, the hospice philosophy is brought to them.
The day offer is an ambulant offer to all patients with a life limiting-, -threatening-, or long-term chronic disease, who chose- or are well enough to live at home, and their next of kin. In an effort to strengthen the relief efforts in Denmark and strengthen communication between long-term patient and palliative efforts.
Since the basic- and specialized care process is often interconnected, the project will contain both, enhancing the opportunity to evaluate what efforts are needed and when.
However, this framework also presents challenges, which we will address moving forward.



Photo: pixabay.com

Nursing home



Photo: PickPik

Hospice philosophy

The palliative retirement home & dayoffer

For all with life threatening disease

Residents

Ambulant



Photo: Kampus Production on Pexels

Residents of both short-term & long-term



Photo: Çağrı Beşli on Pexels

Long-term chronic disease (No stay, in-and-out)

Ill. 27: Framework and project scope

PALLIATION IN CONTEXT

PATIENT GROUPS

FUNTIONAL RELATIONS

CONTEXT

RESIDENT ROOM

BUILDING DEVELOPMENT

DETAIL

DESIGN

EPILOUGE

3.

AND HEALING ENVIROMENT CANCER COUNSELING WARM WATER/WELLNESS EFFECT ON THE BODY
CIPLES FOR COMBINING HOSPICE, NURSI
TECHNICAL FOCUS ROOM PROGRAM FUNCTION DIAGRAM
IDENT ROOM CIRCULATION STAFF CIRCULATION AMBULANT CIRCULATION IN FUNCTION DIAGRAM QUALITY OF LIFE SITE SPECIFICATION
BASE MODEL IT1- ADD TERRACE AND OVERHANG
ITERATIONS OF RESIDENT ROOM
ITERATIONS OF RESIDENT ROOM HERNING HØJSKOLE IT3 – FIVE
CASE STUDY FOR RESIDENT ROOMS
H ERUP SITE CONDITIONS REDEFINED PROBLEM STATEMENT
VISION PROGRAMMATIC RELATIONS MASSING PRINCIPLES
PROGRAMMING ON SITE PRINCIPLES FOR THE RESIDENT ROOM

PRINCIPLES FOR COMBINING HOSPICE, NURSING HOME AND PALLIATIVE DAY OFFERS

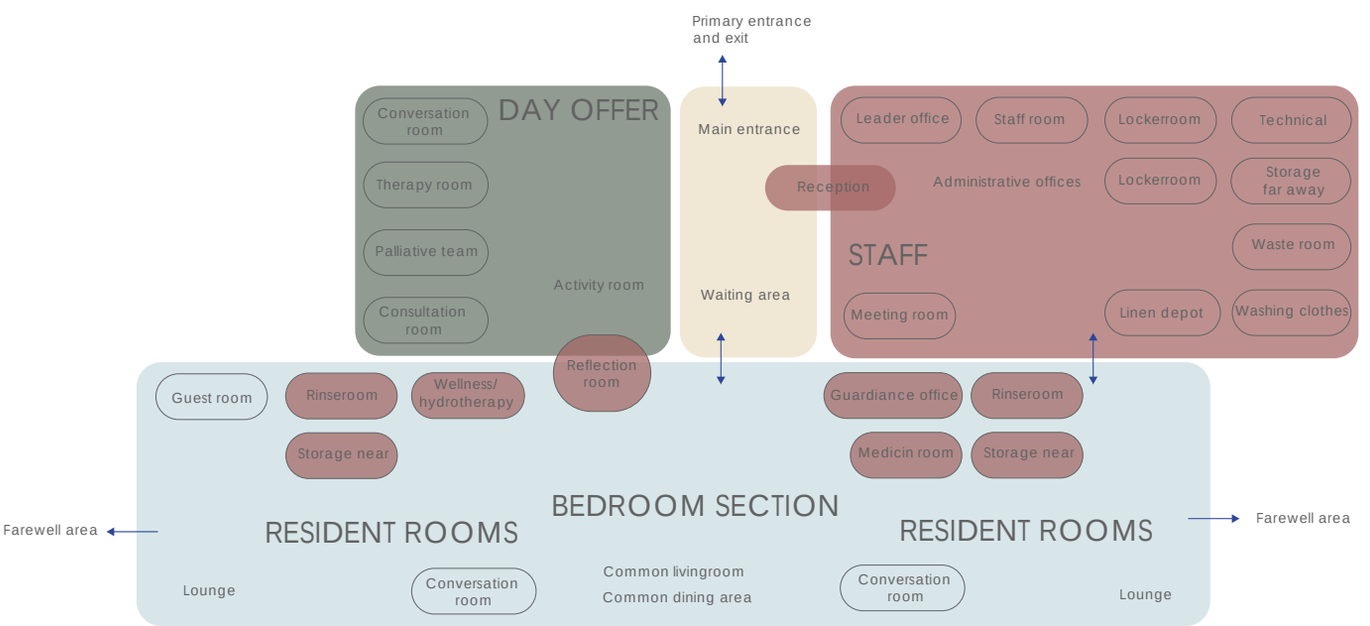
Combining the concept of hospice and palliative day offeres in a Danish context – while still not realized – is not a new idea, as it was introduced to the Danish context with "Program for Det Gode Hospice I Danmark" (2009), as well as in the function- and room diagrams found in REPHA's "Arkitektur og lindring" (2017a). These include hospices mixed with other healthcare typologies such as hospitals, nursing homes and palliative day offers.

In the functional diagram for hospice with a day offer, illustration 28, it can be seen how the bedroom- and daycare sections are separated, connected through the arrival and waiting area. Each section has the necessary service and treatment spaces, while overlap is found through wellness and reflection room, which is accessible to all. This means that the hospitalized patients, for the most part, have no need to enter the other section, while the ambulant patient only enters in case of need for wellness. (REHPA, 2017a)

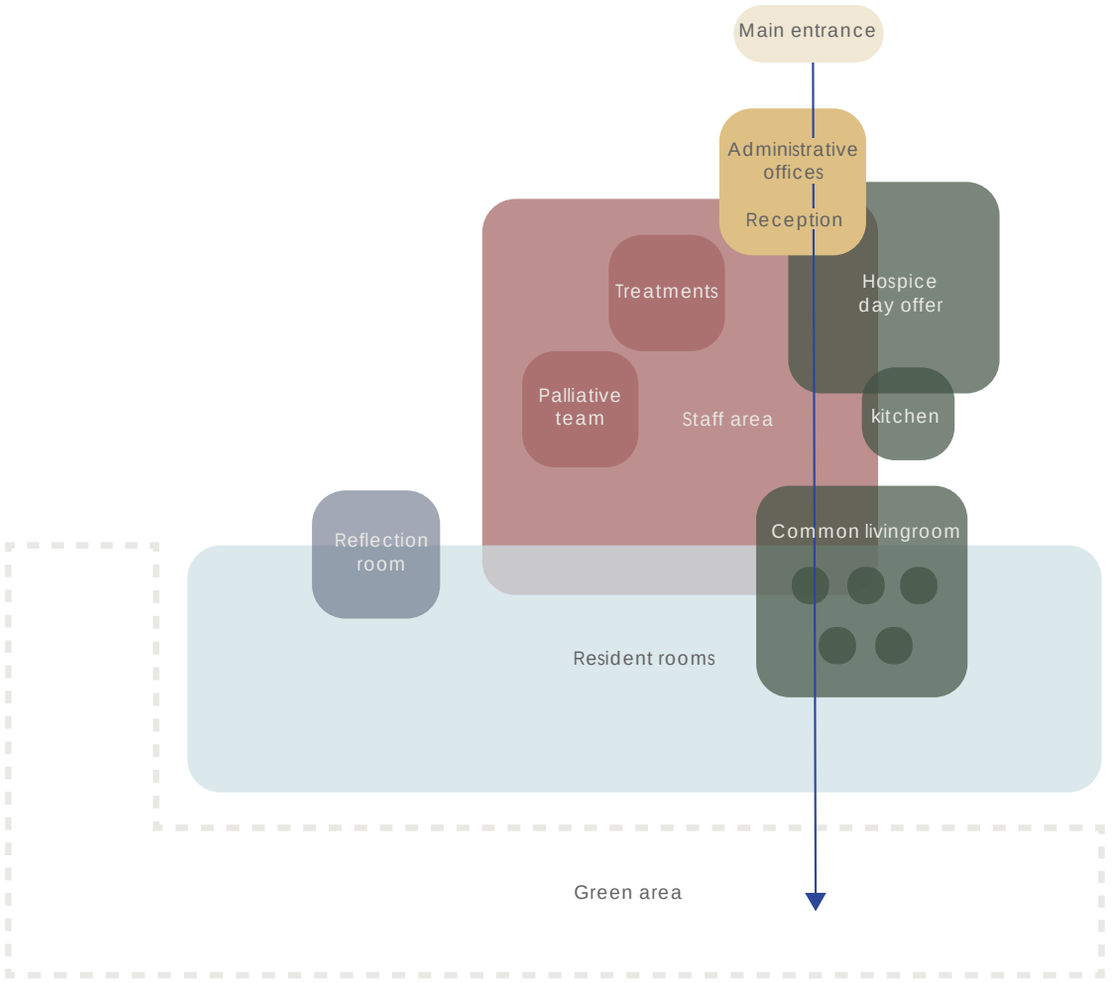
The functional diagram proposed in" Program for Det Gode Hospice i Danmark", illustration 30, operates around a central core, from which all functions are placed and flows from the main entrance of the building (Realdania, 2009).

Similarly, in "Arkitektur og linding", illustration 29, functions for administrational and greeting staff are placed in close proximity to the entrance, while the assisting staff acts as the backbone of the building, enabling the multi-disciplinary team to work across the residential-, day center- and treatment zone. The day center is also situated near the entrance and treatment facilities, while at the complete opposite end of the residential area, as this is the space where larger arrangements and conferences take place. In this case the outpatients and residents are connected through shared social areas, staff- and treatment spaces. (REHPA, 2017a)

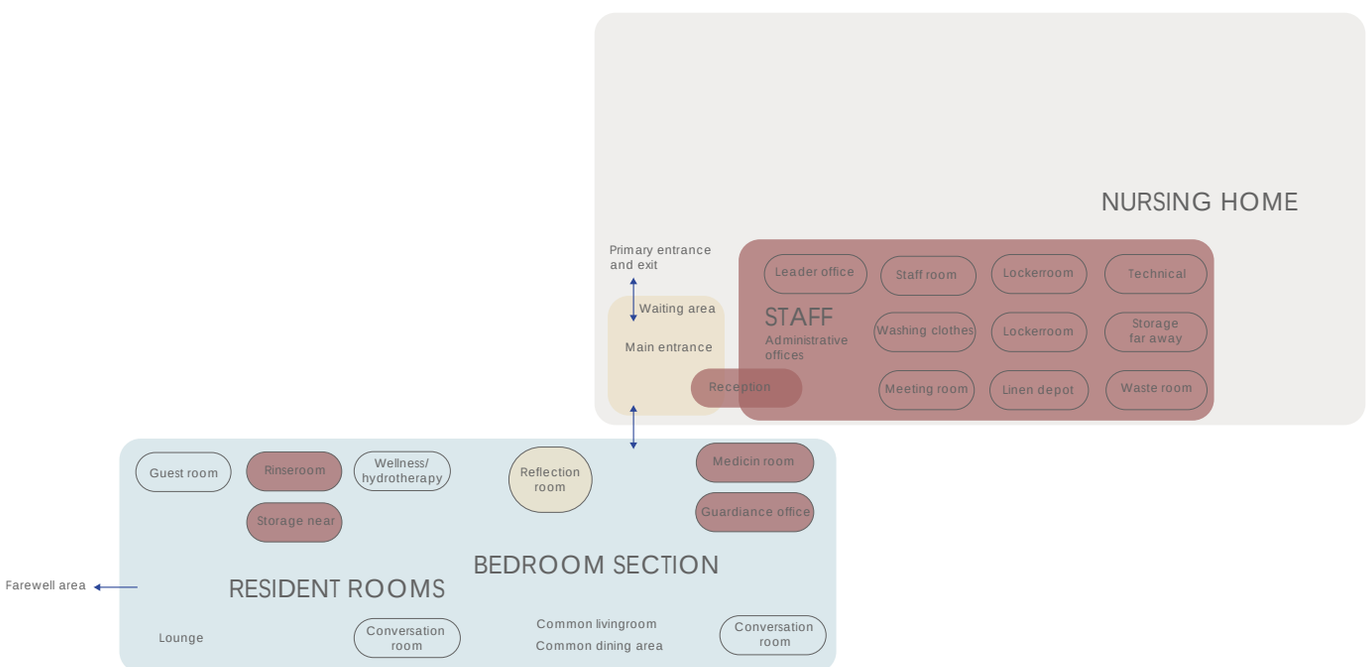
In the functional diagram for a hospice mixed with a nursing home, illustration it is similarly separated, connected through an arrival zone. With no overlapping functions, and only the reflection rooms are used by both parties, placement is prioritized in the hospice section. (REHPA, 2017a)



Ill. 28:Function diagram proposed by "Arkitektur og linding", for hospice with integrated day offer.



Ill. 30: Function diagram proposed by "Program for Det Gode Hospice i Danmark", for hospice with integrated day offer.



Ill. 29: Function diagram proposed by "Program for Det Gode Hospice i Danmark", for nursing home with integrated hospice.

TAKEAWAYS

Even though the proposals separate nursing home and hospice residents and showcase how they can be combined, also with a day offer, this project assumes the needs of both types of residents to be the same, need for calmness, peace, daily routine and accessibility to treatments. Therefore, based on this analysis of existing functional proposals, it is clear that there are more ways to combine palliative residents and ambulatory patients. The main programmatic takeaways are the need to ensure a tranquil environment for the residents by separating their rooms from public functions, that can otherwise cause high level of noise and activity. Additionally, staff functions must be near the entrance, the treatments and the residents, in order to ensure efficient workflows and visibility. Lastly, balancing the relationship between ambulant patients and residents comes down to which functions they share, which will be investigated moving forward.

HOMEY AND HEALING ENVIROMENT

As a means to create a homely and supporting environment, the project dives into design principles that can support the design process.

Healing architecture is a design concept based on the idea that the built environment has significant impact on human well-being. Architectural design can play a supportive role in promoting or enhancing the healing process for patients. The core idea is not that architecture alone can cure illness, but rather that elements such as the quality of natural light, the atmosphere of the space, color schemes, acoustics, and the opportunity for privacy and a sense of safety can contribute to both physical and psychological healing, which is relevant in a palliative house (Frandsen et al., 2009).
Dividing the residents ward into several smaller units can mitigate an institutional atmosphere and facilitate a 'local community' for the residents to engage in and a space for them to get familiar with, essentially creating a "home team" for the residents. This creates a safe space for them to return to, in turn enabling them to 'take on' the other and less known spaces and people. (Realdania, 2009; Mahncke and Wiking, 2025; Appendix 38)

Another factor of making the physical spaces more homely and safe, is having patients bring their private items into the facilities – furniture, memorabilia, decorative items – which instantly transforms the space, reflecting their individual personalities. Warm material choices, use of textiles and decorative elements can enhance an intimate and personal feeling, while hiding technical installations further contributes to a less institutional atmosphere, as exemplified earlier in Hospice Djursland. (Realdania, 2009; Ældrekommissionen, 2012; Steenfeldt and Hansen, 2017; Appendix 35)

Utilizing the gross floor area properly – hallways, stairs and elevators – can contribute to a more intimate sense of the building geometry, by also using the hallways for multi-functional purposes, for example incorporating lounge areas. (Realdania, 2009)
Research consistently shows that access to green environments – like views of nature, hospital gardens, and natural imagery – has a positive impact on patients' physical and psychological well-being. Visual contact with trees, vegetation, and outdoor spaces can significantly reduce stress, improve mood, aid in pain management, and even shorten hospital stays.
Studies show that natural environments have a calming effect on the body and mind, compared to urban settings. Indicators such as heart rate, blood pressure, brainwave activity, and self-reported stress levels show marked improvement when individuals are exposed to nature. Notably, even images or videos of nature help people recover faster from stress, improve focus, and cope better with pain. (Ulrich, 2001; Frandsen et al., 2009)

As an example, hospital gardens play a crucial role as restorative spaces for patients, visitors, and staff. These gardens support mental recovery, emotional regulation, and offer social and private spaces for reflection or interaction. The most effective gardens are centrally located, easily accessible, and feature elements like trees, flowers, water, shade, and seating areas. Accessibility is vital, particularly for those with limited mobility.
Furthermore, patients with views of greenery from their hospital rooms have been shown to need less pain medication, exhibit fewer negative emotional behaviours, and experience shorter recovery periods. Windows with views and access to daylight also improve orientation and reduce postoperative delirium. (Ulrich, 2001; Frandsen et al., 2009)

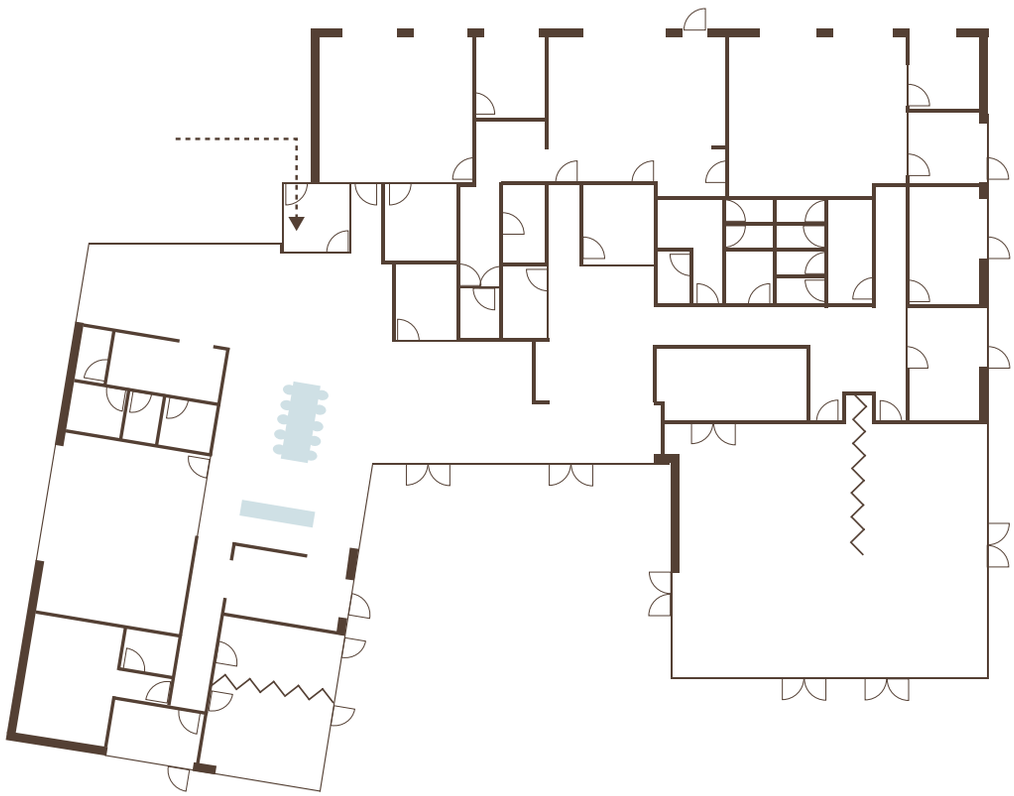
Designing homelike environments, incorporating nature, and fostering smaller community units – can significantly enhance the physical and psychological well-being of palliative patients. Access to natural light, greenery, and personalized, safe spaces not only reduces stress and pain but also supports recovery, orientation and emotional comfort – these are principles the design will include. (Frandsen et al., 2009)

CANCER COUNSELING

Below is a plan of Kræftrådgiving by Claus Pryds Architects, from 2021. The facility is shaped similar to a three-winged farm structure, that frames the surroundings as well as expressing the familiarity through the geometry. Located in close relation to Skejby hospital, the building erects itself into the landscape, while being angled in such a way that the interior framed views display the surrounding meadows and woodlands, rather than the proximity to the hospital. Nature flows into the building through the floor to ceiling windows lining the quality views. The main social spaces are located along these windows, with further zoning and niches integrated into the building volumes, these facilitate more intimate and private spaces for visitors to retreat to. The building also evokes a sense of home, using the layout – the first thing visitors see is the kitchen – rather than a reception, like in a hospital. The building utilizes natural materials to facilitate the homey atmosphere, by using concrete flooring, wood details and acoustic paneling in the ceiling. (Pryds, 2022)(appendix 39)



Ill. 31:Common room. (Photo: Laura Stamer, 2021)



Ill. 32: Plan of cancer counseling

WARM WATER/WELLNESS EFFECT ON THE BODY

As seen in the programmatic examples of hospice and hospice visits, a spa or wellness area is part of the relief-oriented care, both for hospice patients and outpatients. This presents numerous opportunities within the project scope, enriching the facility's capacity to deliver relieving care.

The majority of the benefits identified through hydrotherapy and warm water baths, are a result of heat therapy, a process where a patient's core temperature is temporarily increased – in this case through extended stay in warm waters (Pizzey et al., 2021). Other studies also provide heat therapy through sauna, warm mud or localized heat (Eröksüz et al., 2020; Kim et al., 2020; Katsuyama et al., 2022; Chang et al., 2023).

Patients with musculoskeletal pain and/or rheumatoid arthritis have reported experiencing a positive effect from regularly participating in heat therapy and is generally proven to decrease pain intensity and muscle soreness (Eröksüz et al., 2020; Kim et al., 2020; Gebretsadik et al., 2021; Katsuyama et al., 2022), have positive effects on blood pressure management, lowers blood pressure and reduces the risk of cardiovascular diseases (Ukai et al., 2020; Katsuyama et al., 2022; Lamothe, 2024), while accelerating recovery or relief (Eröksüz et al., 2020; Kim et al., 2020; Gebretsadik et al., 2021; Katsuyama et al., 2022). However, the effect is not only physical, but also shown positive effect on mental health, supports improvement in depression, lowers stress and improves patient satisfaction (Naumann et al., 2020; Gebretsadik et al., 2021; Takeda et al., 2023). While many of the conditions throughout the above-mentioned studies were different, they all support the notion that warm water and hydrotherapy have a positive effect on the human body and mind. This is especially true if patients continue regular exposure. Several of the studies include therapy sessions of 20–90-minute duration, with two to five sessions, over a two-week to eight-week period of time, or a total of 10-36 sessions (Eröksüz et al., 2020; Pizzey et al., 2021). With water temperatures around 38-43 °C (Eröksüz et al., 2020; Ukai et al., 2020; Ohko et al., 2021).

Ultimately, hydrotherapy is an easily accessible treatment method and can be a way for patients, who are otherwise unable to participate in physical activities, to partake in low-impact exercise for muscles and joints (Naumann et al., 2020; Takeda et al., 2023).

"Stress causes the muscles of the body to contract," said Dr. Mark Khorsandi, a migraine surgeon in Houston, Texas. "A hot bath can relieve those symptoms and keep the muscles loose. Stretching and moving in the water also provides a low impact workout for discomfort in muscles, joints, and bones."

(As quoted in Lamothe, 2024)

“ “Your skin releases endorphins in response to the soothing warm water the same way that endorphins are released when you feel the sun on your skin,” said Dr. Bobby Buka, a dermatologist based in New York. “Submerging ourselves in hot water can be both therapeutic and reinvigorating because blood flow increases to the skin.” “

(As quoted in Lamothe, 2024)

TECHNICAL FOCUS

To ensure the wellbeing of the project's users, who are all unwell in some way, the main technical focus of the project is indoor climate. In order to ensure that architecture plays a role in the relief-oriented environment, a mixture of sources – like the Danish building regulations, REPHA and "Arkitektur og lindring" – will be used to set the base for the indoor requirements.

ACOUSTICS

A pleasant sound or a disturbing noise can have a significant impact on the users. Noise can increase stress levels and cause staff to make more errors when in contact with patients or when handling medication. Additionally, noise and disrupting sounds can have major impact in people with a weakened mental state, potentially causing aggressive and disruptive behavior. (Frandsen et al., 2009; REHPA, 2017b)

By actively designing for good indoor acoustics, patient recovery can be promoted, through higher sleep quality. Furthermore, good acoustics create a more private atmosphere, by ensuring that users' conversations are not unintentionally eavesdropped upon. Certain sounds – music, running water, rustling trees and birds singing – can positively affect users, why it is important to create spaces that cater to these experiences. (Frandsen et al., 2009; REHPA, 2017b)

DAYLIGHT

Light can have a significant impact on a person's mind and health, and can help create a specific atmosphere in a room. For the residents, it is important to be exposed to bright light, especially in the morning and throughout the day, in order to support their circadian rhythm. It is similarly important to maintain darkness during the night and obtain high contrast between the lighting conditions of night and day. Facilitating a good circadian rhythm is important as it improves sleep, heart rate, cognition, verbal skills, functional status and reduces symptoms of depression. For the staff the intensity and color can support their work, efficiency and accuracy, and thereby better assess a patient's condition. (Frandsen et al., 2009; REHPA, 2017b)
Lighting throughout the building should be adjusted in order to facilitate the right atmospheres, as many different needs and emotions must be considered in a palliative care setting. For example, dim lighting and candlelight may be used during exit rituals for a patient who has passed away, or in a conversation room, where a difficult conversation is taking place, whereas bright lighting is more necessary for staff meetings or handling medicine. (Frandsen et al., 2009; REHPA, 2017b)

THERMAL COMFORT

In general, good air quality and proper ventilation are an essential part of a good thermal environment. The temperature and air quality in a room is often linked to the amount of direct daylight it receives and is an important factor in a room, as it can be uncomfortable for patients and visitors if the room becomes too hot or too cold (Frandsen et al., 2009). Patients, perhaps with cancer, can experience nausea after a treatment and certain smells can enhance the sensation, promoting a negative response in the body. Smells can also be used as a distraction or calming effect, since it can evoke memories or anticipation, when food is being prepared. When a patient dies, lowering the temperature in the room can give relatives more time to say goodbye and avoid unpleasant smells (REHPA, 2017b). In conclusion, it is necessary to create different options for adjusting the temperature, such as the ability to open a window or pull the curtains.

QUALITY VIEW

The views available to users from a given room are important, as they have a proven impact on users' physical and phycological health. The study by Kent and Schiavon (2020), explains how quality views are composed of three layers – ground, city or landscape, and sky – and how the distance to these layers dictate whether the view is sufficient, good or excellent – with respective distances of 6, 20 and 50 meters. The LEED standard introduces requirements for quality views, stating that 75% of the regularly occupied floor area should have access to a quality view. These views should be clearly visible, and should include object at least 7,5m from the exterior side of the glazing. Studies show that, when patients have access to a view to the outdoors, they experience less negative side effects after an operation, heal faster, use less pain killers and are of a more positive state of mind. Studies also indicate how views to some objects are more effective than other – views that contain nature aspects prove to be more effective than ones of urban elements. This effect from nature elements also apply when applied to illustrations, like pictures or paintings on walls. (Ulrich, 1984, 2001; Frandsen et al., 2009; Kent and Schiavon, 2020; USGBC, 2025)

In an effort to focus the project scope on the most critical and sensitive spaces, it was determined that all technical calculations would be conducted exclusively for the resident unit, which will be presented later in the report. The building in general will be designed with principles of daylight- and view quality and materials to ensure good acoustic environments.

Based on the previous research and analysis, a room program has been developed, see illustration 33 on the following page, combining the program seen in nursing homes and hospices. The following dives into the programmatic- and functional relationship between the users, before designing on site.

ROOM PROGRAM

Room	Quantity	Area range	Height	Total area	Private/ Public
Unit		[m^2]	[m]	[m^2]	
RESIDENT + RELATIVES					
Resident room (bedroom + bathroom)	12	35 to 50	2,7	43,7	Private
Guest room (bedroom + bathroom)	2	15 to 25	2,7	21	Private

STAFF					
Guardiance office	1	25 to 30	2,7	28	Semi private to public
Meeting room	2	15 to 30	2,7	21	Semi private
Dining/ Break/ Staffroom	1	20 to 40	2,7	21	Semi private to semi public
Shared office	1	25 to 30	2,7	28	Private
Lockerroom incl. bathroom	2	20 to 40	2,7	28,5	Private
Industry kitchen	1	100 to 120	2,7	112	Semi private
Volunteers office	1	10 to 15	2,7	14	Semi private
Leader office	1	10 to 15	2,7	14	Semi private
Medicin room	1	15 to 20	2,7	17,5	Private
Workshop	1	20 to 30	2,7	28	Semi private
Delivery	2	15 to 20	2,7	17,5	Semi private
Copy room	1	3 to 6	2,7	5	Semi private
Cleaning room	1	6 to 10	2,7	7	Semi private
Washing clothes	1	10 to 15	2,7	10,5	Semi private
Storage far away	1	50 to 70	2,7	56	Semi private
Storage near	2	20 to 25	2,7	21	Semi private
Rinse room	1	10 to 15	2,7	14	Private

TREATMENTS					
Fitness	1	20 to 40	2,7	28	Public
Physiotherapy	2	10 to 15	2,7	14	Private
Conversation room	6	10 to 15	2,7	14	Private
Music therapy	1	10 to 15	2,7	14	Private
Group therapy	1	15 to 30	2,7	21	Private
Wellness/ hydrotherapy	1	20 to 25	2,7	21	Private
Reflection room	1	20 to 25	2,7	21	Private

COMMON AREAS					
Conference room	1	60 to 120	4,9	84	Public
Toilets	4	7 to 10	2,7	7,5	Private
Common livingroom	1	10 to 15	2,7	17,5	Semi private to public
Common diningroom/ café	1	40 to 50	2,7	42	Semi private to public
Kids room	1	8 to 10	2,7	7,5	Public
Niches	4	5 to 8	2,7	7,5	Private to public
Outdoor sensory space	2	15 to 20		17,5	Semi private to semi public
Indoor sensory space	2	50 to 70	2,7	63	Semi private to semi public

ENTRACE + EXIT					
Main entrance	1	10 to 20	2,7	17,5	Public
Waiting area	1	5 to 10	2,7	7,5	Public
Reception	1	5 to 10	2,7	9	Public
Farewell area	1	10 to 20	2,7	17,5	Private to semi public

Ill. 33: Room program

Atmosphere	View	Activity level	Exits	Groundlevel	Orientation
Warm, relaxed, practical, functional	High	Low to medium	Yes	No	E,S,W
Warm, relaxed	Medium	Low	No	No	E,S,W

Practical, functional, welcoming, visible	Medium	High	No	No	All
Practical, functional	Medium	Low to high	No	Both	N
Relaxed, practical, functional	Medium	High	No	Both	All
Warm, relaxed, introvert	High	Low to medium	No	Both	N
Practical, functional	Low	Low to medium	No	Yes	All
Practical, functional	Low	High	No	Yes	All
Practical, functional, welcoming	Medium	Low	No	Both	N
Practical, functional, welcoming	Medium	Low	No	Both	N
Practical, functional	Low	Low to medium	No	No	All
Practical, functional	Low	Low to medium	Yes	Yes	All
Practical, functional	Low	Low	Yes	Yes	All
Practical, functional	Low	Low	No	Both	All
Practical, functional	Low	Low	No	Both	All
Practical, functional	Low	Low	No	No	All
Practical, functional	Low	Low	No	Both	All
Practical, functional	Low	Low	No	Both	All
Practical, functional	Low	Low to medium	aYes	No	All

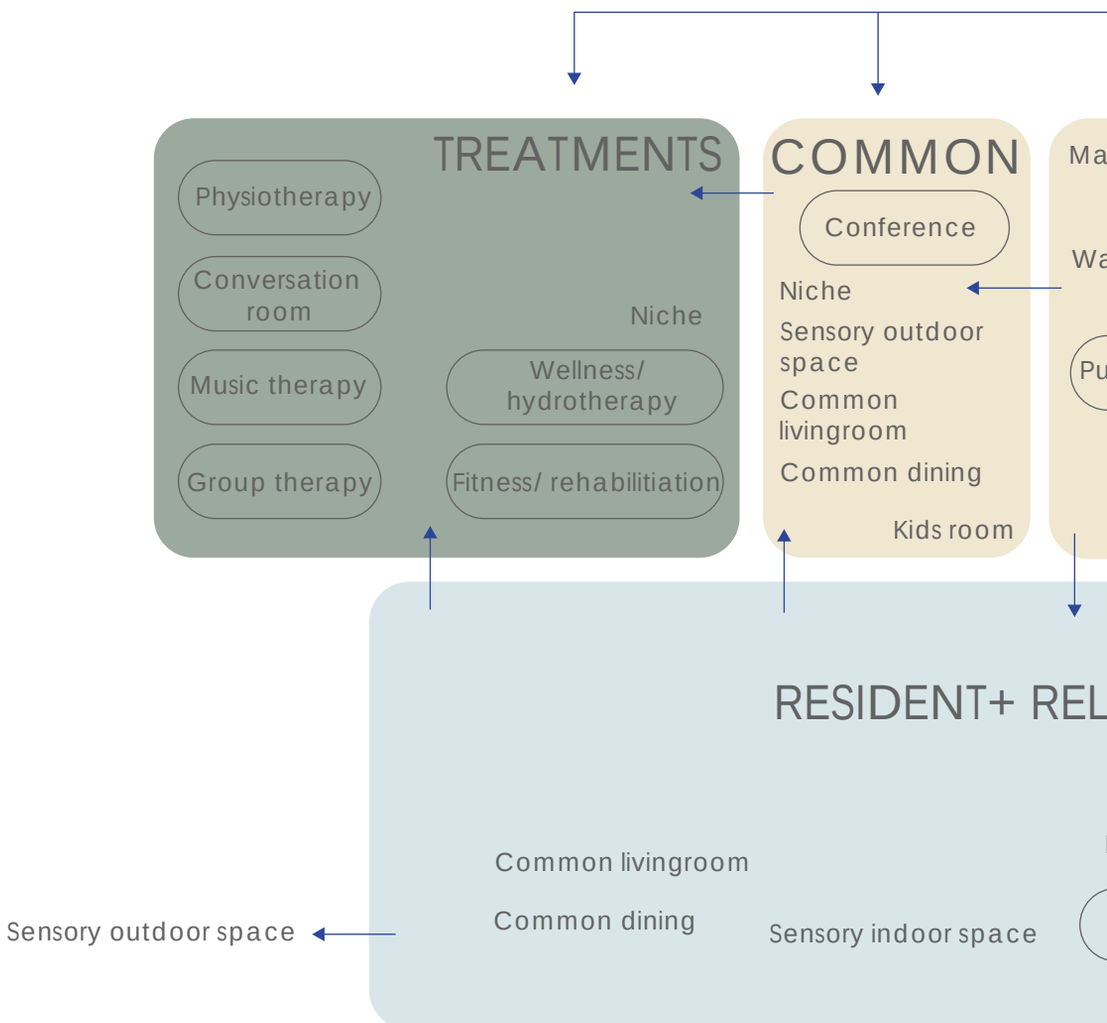
Practical, functional, welcoming	Medium	High	Yes	Both	W,N,E
Warm, relaxed, introvert	Medium	Medium	No	Both	All
Warm, relaxed, introvert	Medium	Low to medium	No	Both	All
Warm, relaxed, introvert	Medium	Medium	No	Both	All
Warm, relaxed, introvert	Medium	Medium	No	Both	All
Practical, functional, warm, relaxed	Low	Low	No	No	All
Warm, relaxed, introvert	Medium	Low	No	Both	All

Practical, functional, welcoming	Medium to high	High	No	Yes	All
Practical, functional	Low	Low	No	Both	All
Warm, relaxed, welcoming	High	High	Yes	Both	E,S,W
Warm, relaxed, welcoming	High	High	Yes	Both	E,S,W
Warm, playfull	Medium	High	No	Both	All
Warm, relaxed, welcoming	Low to high	Low	No	Both	All
Warm, relaxed, welcoming	High	Medium	Yes	Both	E,S,W
Warm, relaxed, welcoming	Low to high	Medium	No	Both	All

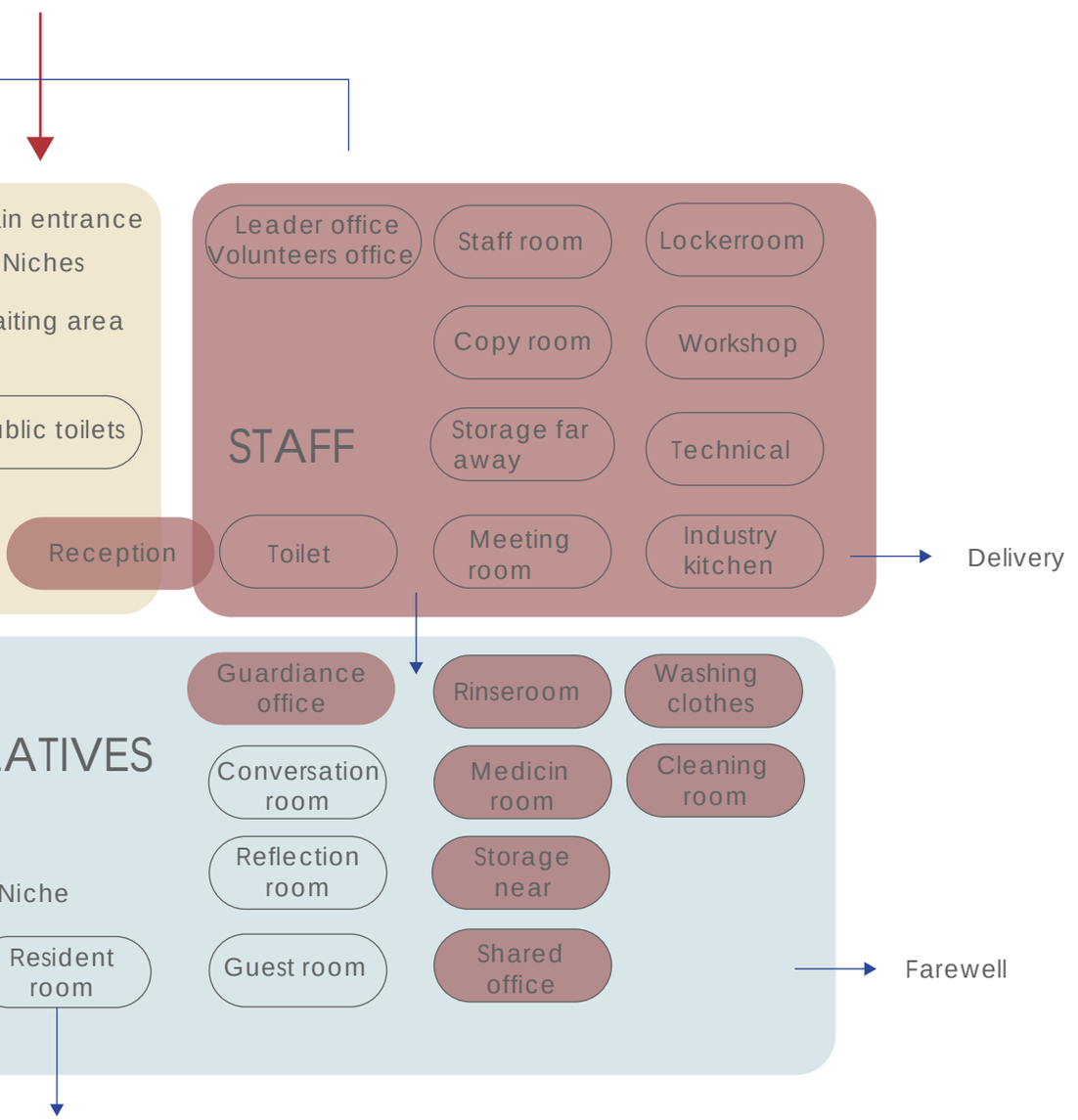
Warm, relaxed, welcoming	Low	High	Yes	Yes	All
Warm, relaxed, welcoming	Medium to high	Medium	No	Yes	All
Welcoming, practical, functional	Medium	High	No	Yes	All
Warm, relaxed, introvert	Medium	Medium	Yes	Yes	All

FUNCTION DIAGRAM

This function diagram has been made from an offset in the room program, with functions separated into the categories: Resident + relatives, Staff, Treatments, Common areas, Entrance + Exit. The arrows indicate movements of different users between the categories. For example, staff must be able to access all functions, whereas outpatients only use the entrance + exit, common areas and treatments. Residents will be able to access the entrance + exit, common areas, treatments and rooms.
Furthermore, the diagram illustrates how some staff functions must be located in close proximity to the residents' rooms, because some functions are used in the daily care for residents.



Ill. 34:Function program for the building


in entrance
Niches
aiting area
ublic toilets
Reception
Leader office
Volunteers office
Staff room
Lockerroom
Copy room
Workshop
STAFF
Storage far away
Technical
Toilet
Meeting room
Industry kitchen
Delivery
ATIVES
Niche
Resident room
Guardiance office
Rinseroom
Washing clothes
Conversation room
Medicin room
Cleaning room
Reflection room
Storage near
Guest room
Shared office
Farewell

ATMOSPHERE

These collages have been created to visualize a selection of the functions from the room program and the function diagram. In this way, one can quickly get a sense of the mood and atmosphere of each space.

WELLNESS AREA

The wellness area should feel special, with an atmosphere of calm and intimacy.



Ill. 35: Collage wellness

CONVERSATION ROOM

The conversation room should be designed on a smaller scale to create a sense of intimacy and privacy.



Ill. 36: Collage conversation room

CONFERENCE ROOM

The conference room can be used for larger or smaller gatherings, where presentations can be held for relatives or professionals.



Ill. 37: Collage conference room

CONFERENCE ROOM (CHRISMAS EVE)

The conference room can also be used by patients for larger gatherings such as Christmas Eve.



Ill. 38: Collage conference room, chrismas eve

SHARED OFFICE

The shared office should provide space for meetings between different professional groups.



Ill. 39: Collage shared office

FAREWELL AREA

There should be a designated area for patient transport that offers a sense of privacy and intimacy.



Ill. 40: Collage farewell area

RESIDENT ROOM

The resident room should allow for personal choice in interior design, visits from relatives, and a view of nature.



Ill. 41: Collage resident room

SENSORY ROOM

The sensory room should be something different from the dining and living room, but a place where one can retreat to, which is not their own room.



Ill. 42: Collage sensory room

MORNING SONG IN THE HALLWAY

The hallways should be wide enough to allow these areas to be used for activities such as morning song.



Ill. 43: Collage morning song in the hallway

SINGING FAREWELL

The hallways should be wide enough to allow these areas to be used for activities such as singing farewell.

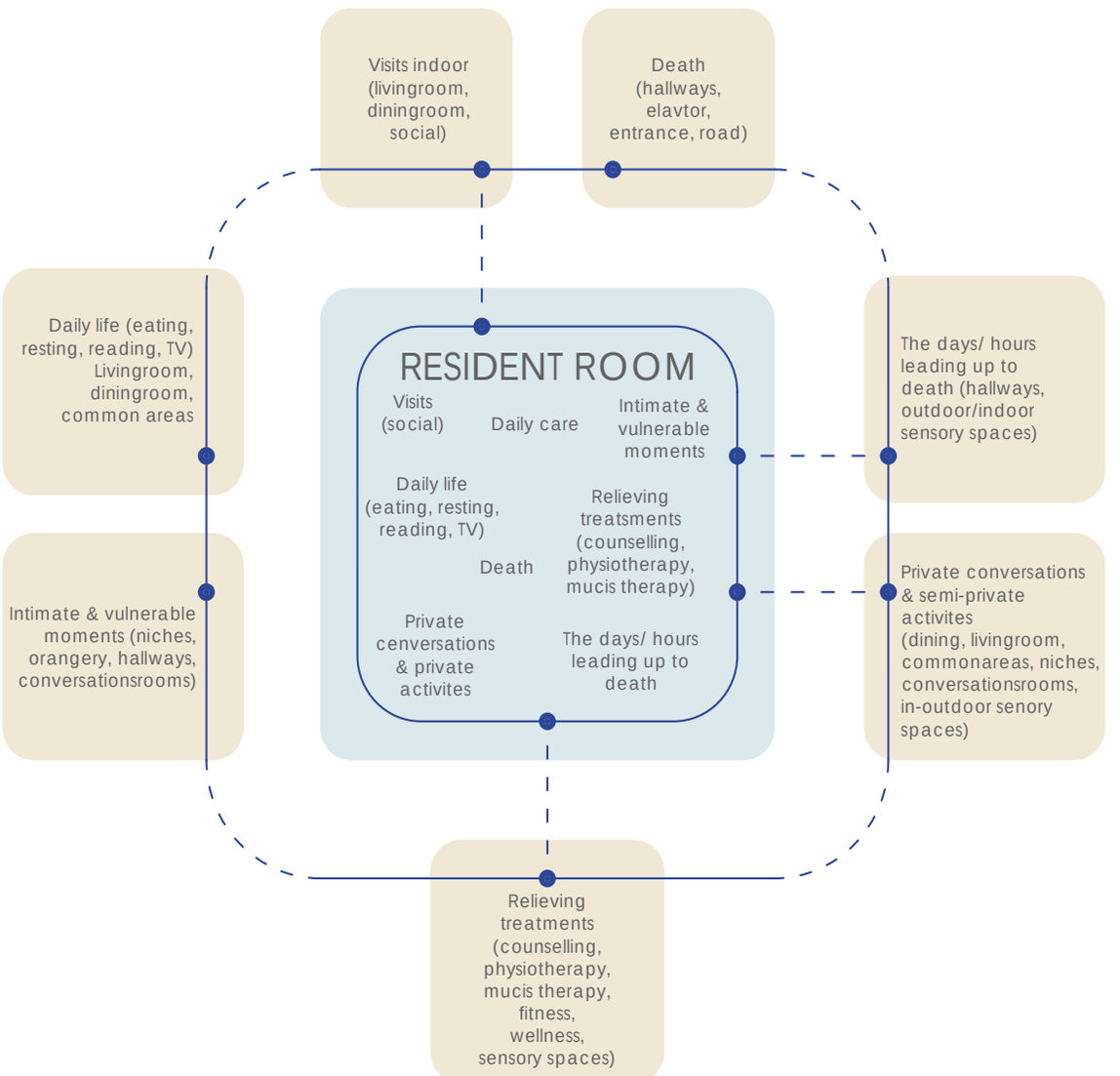


Ill. 44: Collage singing farewell

CIRCULATION RESIDENT ROOM

This exercise explores what functions the residents will be using during their daily tasks. Illustration 45 shows what functions are executed within the room itself (blue), in relation to the functions located outside the room (yellow). Generally, many activities in- and outside of the resident room area alike, though the exposure to the public, a staff member or a social interaction can be offers outside the resident room. What becomes important, is to both consider the resident who is well enough to be out and the resident who is close to death – and ensuring both feel safe, relaxed and comfortable outside of their resident room.

DIAGRAM RESIDENT ROOM

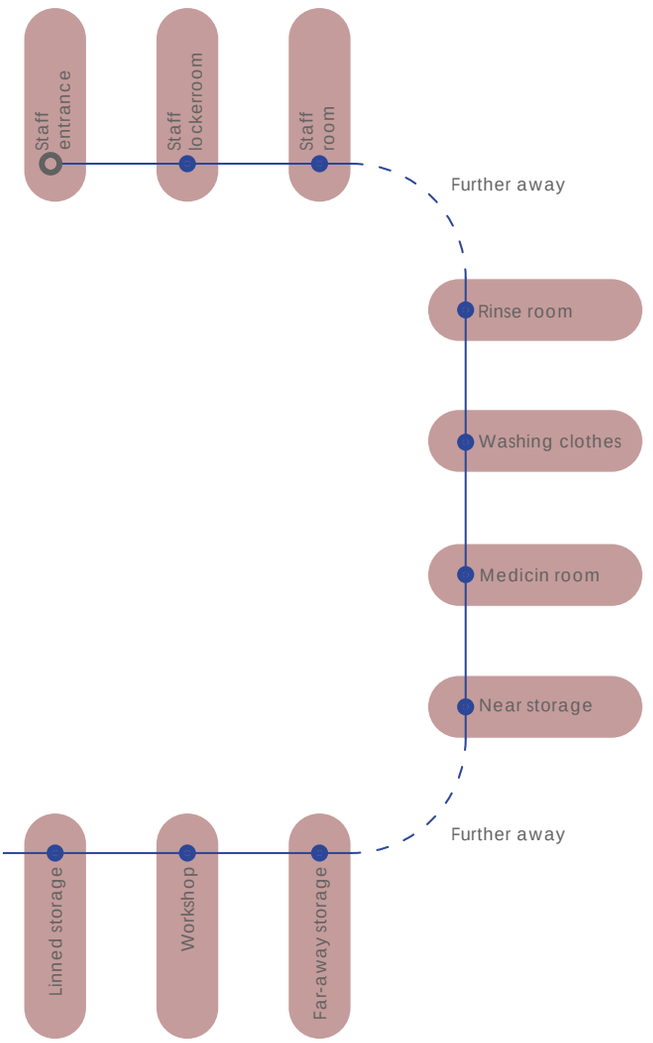


Ill. 45: Diagram resident room

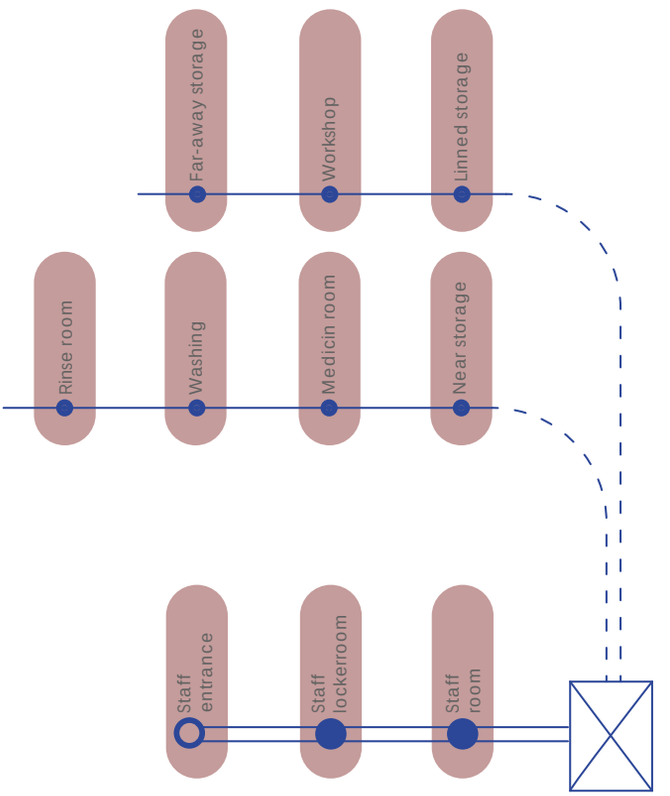
CIRCULATION STAFF

The same exercise has been conducted for the staff's functions. Illustration 46 shows how staff use certain functions just as they arrive at the facility. Functions like medicine room or rinse room are used in relation to the daily tasks regarding the patients. Lastly, some functions can be located further from the building center, as they are used less frequently, for example the far away storage or lined depot. Different functions can be grouped and can be placed in the circulation in different constellations. Illustration 46 shows one way to arrange the functions in plan, whereas Illustration 47 shows an arrangement with several levels.

DIAGRAM STAFF



Ill. 46:Diagram of functions associatld with staff tasks in plan.

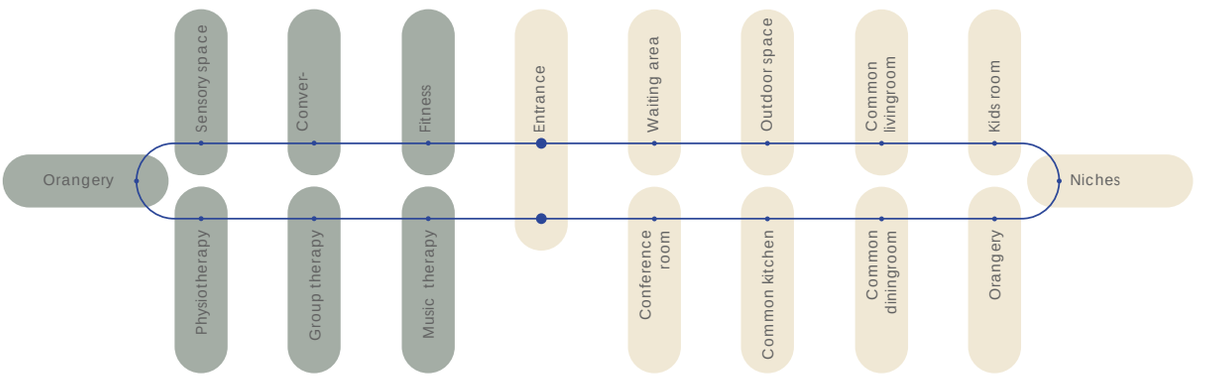


Ill. 47:Diagram of functions associatld with staff tasks in levels.

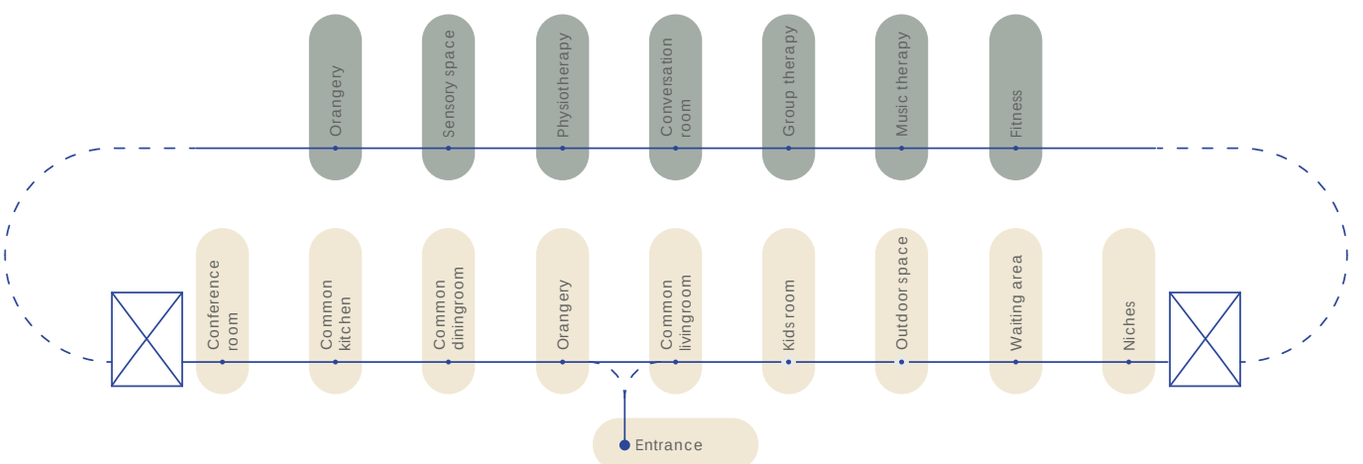
CIRCULATION AMBULANT

The exercise has also been done for the functions regarding the ambulant patients. This group of people use two types of functions – social functions and treatment functions. Illustration 49 show a composition in plan, and Illustration 48 shows one in section. The main reason for the separations between the types are the patients need for a more private atmosphere amongst the treatments, so they should not be located right next to the public functions.

DIAGRAM AMBULANT



Ill. 49:Diagram of functions associatld with Ambulant activities in plan



Ill. 48:Diagram of functions associatld with Ambulant activities in levels

MORNING

RELATIVES

Relatives have no restricted visitation times and can come and go as they please.

Morning nursing tasks - wake up or sleep in - happens in the room.

Offer of breakfast can be eaten in the room or in the dining area.

STAFF

Nursing tasks happens thoughout the day.

Arrival, change clothes in lockerroom and hand-over in meeting / staff room (overview of the shift before and plan the following shift). The ones leaving go to lockerroom and out.

Serve breakfast in dining room or in patients rooms.

AMBULANT

Restricted visitation times.

Arrival after breakfast at own home.

RELATIVES

Appointments and therapies, time to be social and / or daily life.

STAFF

Usual work - apointments and therapies in the house and office hours admin.

AMBULANT

Spend time with appointments, therapies or social interaction with staff or other visitors / patients and lectures and social events.

LUNCH

RELATIVES

Warm lunch, in room or dining room.

STAFF

Serve lunch in dining room or patient rooms or in staff room.

AMBULANT

Lunch.

RELATIVES

Appointments and therapies, time to be social and / or daily life.

STAFF

Usual work - apointments and therapies in the house and office hours admin.

Arrival, change clothes in lockerroom and hand-over in meeting/ staff room (overview of the shift before and plan the following shift). The ones leaving go to lockerroom and out.

AFTERNOON

AMBULANT

Appointments, therapies or social interaction with staff or other visitors / patients. Unrestricted acess to coffee and snacks and lectures and social event.

RELATIVES

Afternoon snack, with sweets for the coffee, in room or dining room.

Appointments and therapies, time to be social and / or daily life.

STAFF

Serve afternoon snack and social time with patients.

Usual work - apointments and therapies in the house and office hours admin.

Ill. 50: Daily rhythm

The daily rhythm of patients, staff and ambulant has been mapped, based on the interview with Vangen Hospice, see appendix 2a , and information from Groove house (Child, 2018).

RELATIVES

Appointments and therapies, time to be social and / or daily life.

STAFF

Usual work - apointments and therapies in the house and office hours admin.

DINNER

RELATIVES

Dinner and medicine rounds, in room or dining room.

STAFF

Serve dinner at dining room or in patient rooms, also give medicine as needed.

RELATIVES

Appointments and therapies, time to be social and / or daily life.

STAFF

Usual work - apointments and therapies in the house and office hours admin.

AMBULANT

Departue to own home.

EVENING

RELATIVES

Evening nursing tasks, wind down for the night.

Sleep and time in own room.

STAFF

Final rounds and good night.

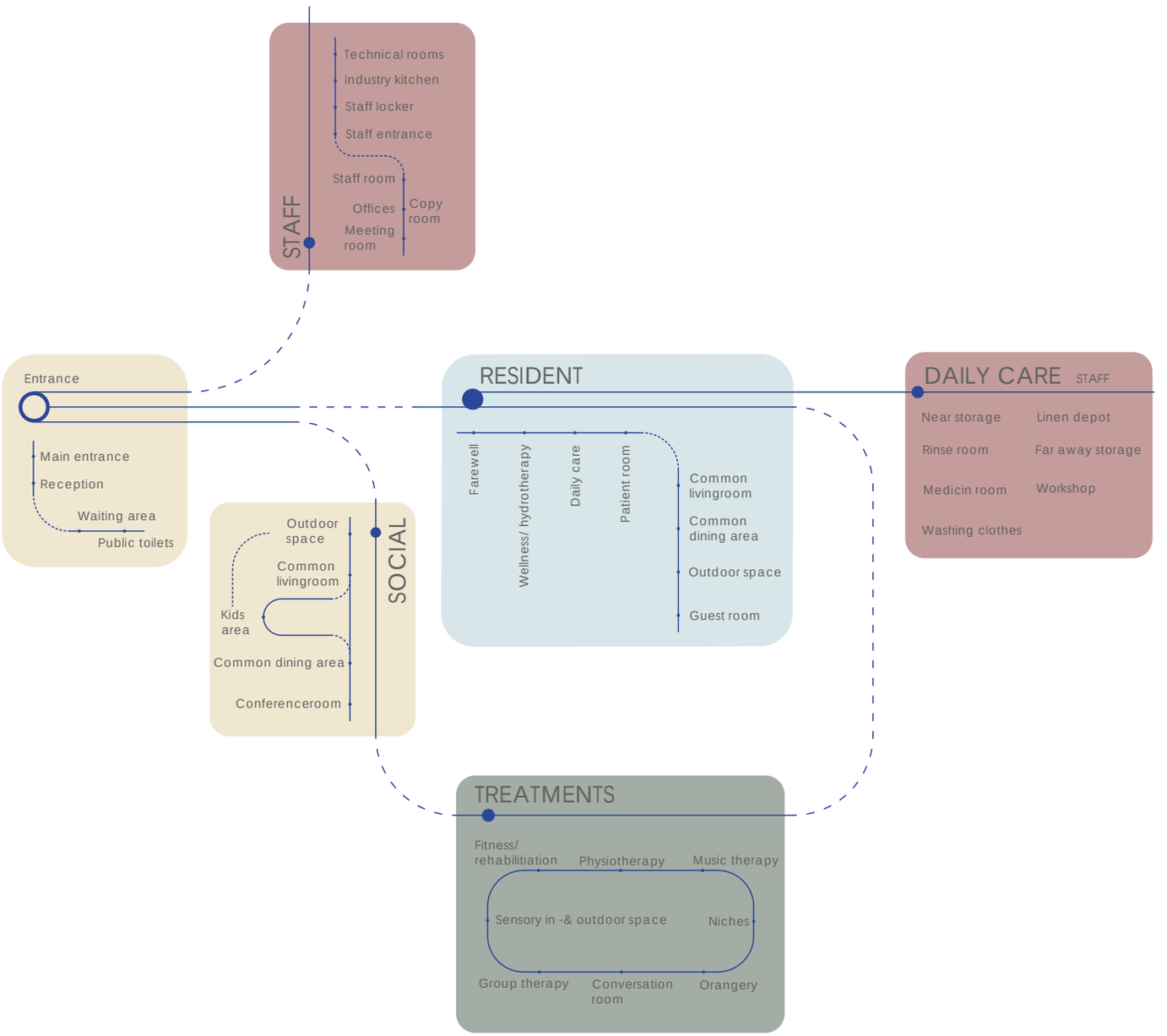
Arrival, change clothes in lockerroom and hand-over in meeting / staff room (overview of the shift before and plan the following shift). The ones leaving go to lockerroom and out.

NIGHT

CIRCULATION IN FUNCTION DIAGRAM

The following function diagram illustrates the different allocated areas within the proposed building design. Full lines illustrate a direct or closely related placement of functions. Whereas a dashed line illustrates a more distant placement or relation. Each node marks a room or a function within the overall plot.

The overall diagram includes five groups, four of which do not require immediate and direct placement alongside each other: Entrance spaces must connect to Residents spaces and Social spaces for the ambulatory patients and visitors. These – Resident and Social – must in turn connect to treatment spaces. Spaces for Daily care must be closely connected to the Residents' spaces, in order to accommodate the staff workflows. Lastly the main staff spaces must connect to the entrance, from where they can greet new arrivals, or continue to other parts of the building. See appendix 34 , for individual illustrations showing what different users should have access to within the building.



Ill. 51: Diagram illustrating spaces within the building proposal and how the different areas and spaces are closely connected – full line – and more distantly connected – dashed line.

PALLIATION IN CONTEXT

PATIENT GROUPS

FUNCTIONAL RELATIONS

CONTEXT

RESIDENT ROOM

BUILDING DEVELOPMENT

DETAIL

DESIGN

EPILOUGE

4.

AND HEALING ENVIROMENTCANCER COUNSELING WARM WATER/WELLNESS EFFECT ON THE BODY TECHNICAL FOCUS ROOM PROGRAM FUNCTION DIAGRAM AT
NCIPLES FOR COMBINING HOSPICE/NURSING
BASE MODEL IT1- ADD TERRACE AND OVERHANG HERNING HØJSKOLE IT3 – FIVE
ITERATIONS OF RESIDENT ROOM ITERATIONS OF RESIDENT ROOM CASE STUDY FOR RESIDENT ROOMS
HINNERUP SITE CONDITIONS REDEFINED PROBLEM STATEMENT VISION PROGRAMMATIC RELATIONS MASSING PRINCIPLES PROGRAMMING ON SITE PRINCIPLES FOR THE RESIDENT ROOM
QUALITY OF LIFE SITE SPECIFICATION CIRCULATION IN FUNCTION DIAGRAM CIRCULATION AMBULANT CIRCULATION STAFF CIRCULATION RESIDENT ROOM

QUALITY OF LIFE

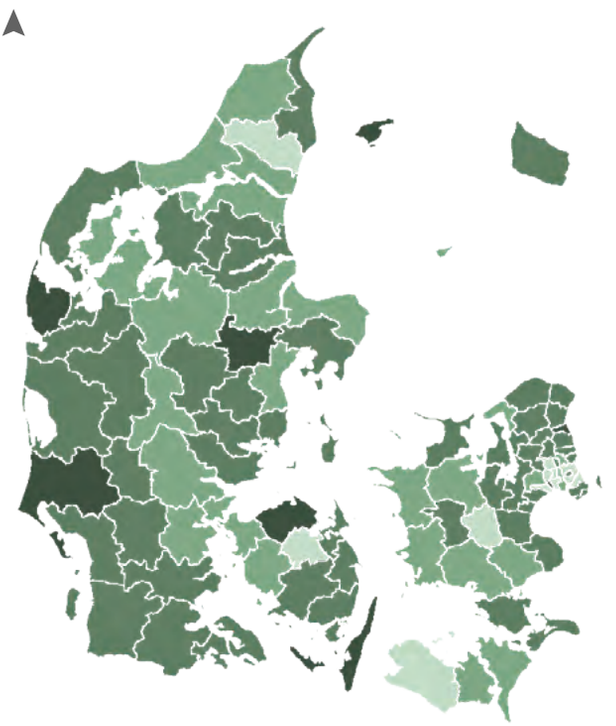
The project is to be investigated through a concrete design proposal and as a means to choose a site with qualities that meets the user's needs in terms of location. It is important to understand what brings life quality and how that is connected to the context.

The recent publication "Vores Livskvalitet" by Mahncke and Wiking and Realdania (2025), explores the notion of life quality and sets the base for the choice of site. It is based on the investigation of more than 122.000 questionnaire answers from Danes, making it the largest investigation of its kind, in all of Danish history (Mahncke and Wiking, 2025,).

The book emphasizes that quality of life isn't static, but rather something that can evolve over time – that the collective can redefine what constitutes a high quality of life. Furthermore, quality of life should not be confused with the absence of problems or challenges. Science shows that crisis are an important part of life and that people who have faced certain challenges often times are more happy than those who haven't. (Mahncke and Wiking, 2025)

It is not possible to define one action or event that automatically creates a high quality of life, but rather it is made from many small actions and events. Quality of life is found in the local community, the feeling of knowing and belonging to an area, close relations – neighbours, surface level connections – the people met on the morning walk, the satisfaction with one's home and having access to outdoor area. Quality of life can be decreased from extensive noise – from roads, neighbours or nearby construction. A correlation between age and quality of life indicates that Danish people in their mid-70's are the happiest. The study states that social relations are perhaps the most important component when studying quality of life, social relations increase our life quality, and they help us when we one is met with adversity and perhaps most of all is contagious. Lastly, the books findings reveal that people with a high quality of life are more invested in the local community and the people around themselves. (Mahncke and Wiking, 2025)

The book also identifies a correlation between quality of life and architecture. People tend to view neighbourly relations more positively whe living on a cul-de-sac – a dead-end street – as such areas are experienced as more cohesive and semi-private compared to through-streets with regular traffic. A similar pattern is observed at the building scale: a few rooms grouped around a semi-private space tend to foster a better experience than many rooms connected by a single long corridor. Similar studies indicate that when a building or area facilitate common spaces – indoor or outdoor – it makes the community flourish, increasing interactions between residents. (Mahncke and Wiking, 2025



Ill. 52:Quality of life by municipality, the darker the green, the higher the quality of life. (As seen in Mahncke and Wiking, 2025, p. 59)

QUALITY OF LIFE IN NURSING HOMES

As part of the 2011 Finance Act, a commission examined how nursing homes could enhance residents' quality of life and autonomy. It also reviewed unnecessary regulations affecting daily life. The report outlines four core values, as recommendations for improving care at care facilities. (Ældrekommissionen, 2012)

1. INFLUENCE ON ONE´S LIFE

Some residents value independence, while others require support or simple support in decision-making, this is especially true for patients with severe dementia. Despite physical or mental decline, they should retain a certain level of autonomy over their lives, as it fosters dignity and respect. The care given to residents should compensate for limitations while maintaining individuality. For example, by allowing residents to decorate private spaces supports autonomy. (Ældrekommissionen, 2012)

2. GOOD EVERYDAY EXPERIENCES

Daily social interaction is essential for residents' well-being. While some eagerly participate in activities, others might need encouragement, but all residents should be supported and motivated to engage in meaningful experiences. For example, offering and encouraging small woodworking projects can provide a sense of purpose. Volunteers play a vital role in supporting an engaging and stimulating environment for residents. Meals are a central part of daily life and should be enjoyable, taking place in a homely and comfortable atmosphere. Maintaining residents' physical abilities is also a crucial aspect of care, as illness and aging can lead to decline in mobility and strength. Therefore, movement should be naturally integrated into everyday routines. Close relationships – including romantic ones – should be welcomed and supported among all residents. (Ældrekommissionen, 2012)

3. RESPECTING DIVERSITY AND INDIVIDUALITY

Nursing homes and staff must accommodate diversity by tailoring care to the personal needs of their residents. Residents should be able to maintain their lifestyle, preferences and routines. However, positive change can come from moving into a nursing home, as new friendships and experiences can be initiated. When staff are open to the wishes of residents, even the unconventional ones can improve the quality of life amongst all residents. It is important to facilitate meaningful activities and support a homely atmosphere – while staff must acknowledge that they work in people's private spaces. (Ældrekommissionen, 2012)

4. A WORTHY END OF LIFE

Residents may find comfort in knowing they will pass away with dignity in familiar surroundings. Open conversations about death can prepare and make aware of when someone is approaching the last time before passing, allowing for proper goodbyes.

Pain management and proper medical care must be prioritized, and hospitalization should only be considered if absolutely necessary, as most residents prefer to remain in a familiar environment. End-of-life wishes should be respected to ensure a pain-free and dignified passing. In the absence of family, staff or volunteers should offer companionship during the final hours. (Ældrekommissionen, 2012)

SITE SPECIFICATION

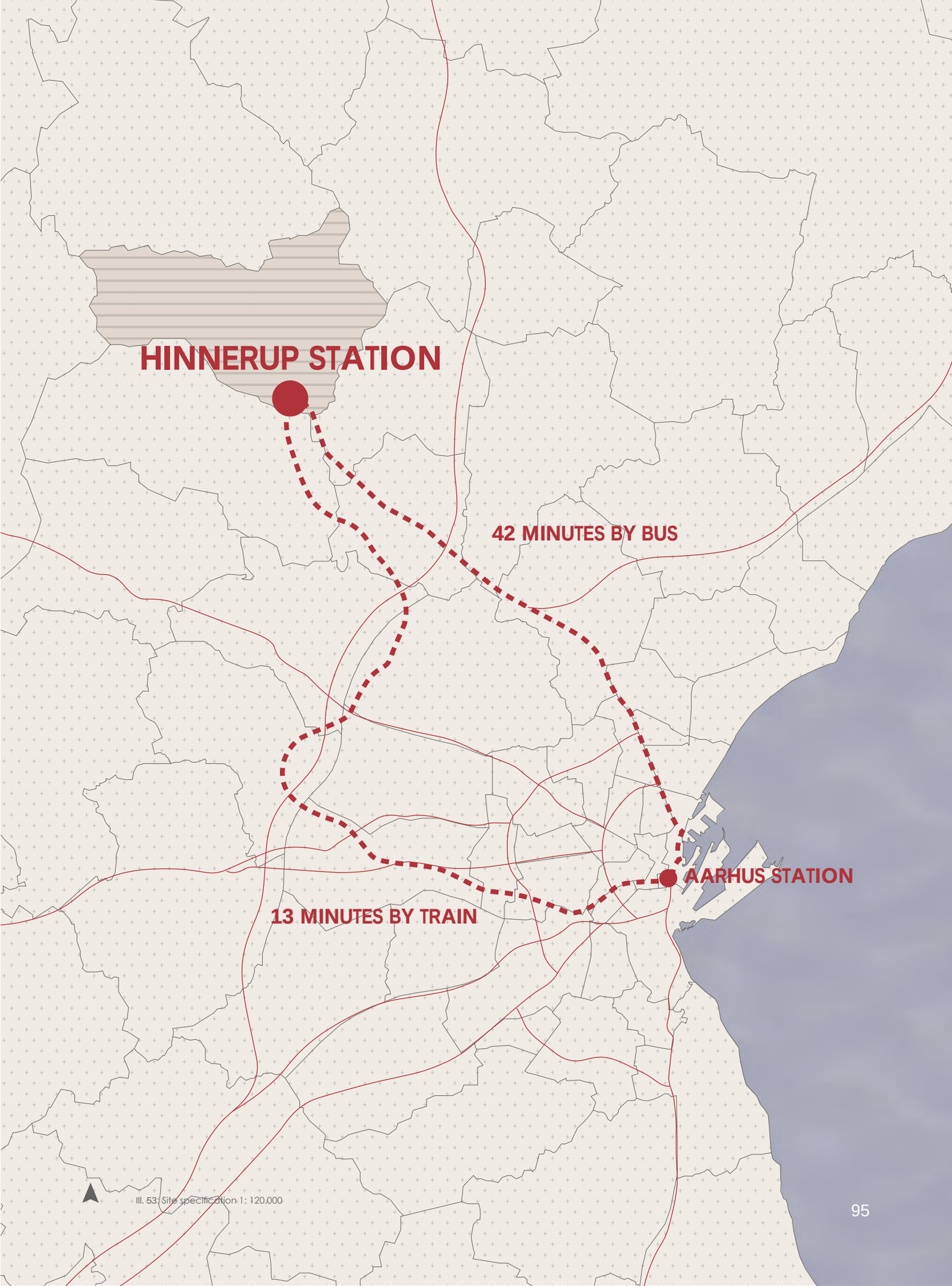
The data shows that the highest amount of experienced life quality is found in rural- and peri-urban municipalities. Especially municipalities in south and west Jutland, and surrounding Copenhagen and Aarhus, report a high amount of experienced satisfaction in life. (Mahncke and Wiking, 2025)

Studies from around the world indicate that while life quality in the cities are generally higher, it can be brought down to a point where rural life surpasses life quality. This phenomenon occurs when the cities are not able to counterweigh negative aspects like crime, noise pollution, increasing housing prices, polluted air and inadequate access to nature. In turn, the peop The data shows that the highest amount of experienced life quality is found in rural- and peri-urban municipalities. Especially municipalities in south and west Jutland, and surrounding Copenhagen and Aarhus, report a high amount of experienced satisfaction in life. (Mahncke and Wiking, 2025)
Studies from around the world indicate that while life quality in the cities are generally higher, it can be brought down to a point where rural life surpasses life quality. This phenomenon occurs when the cities are not able to counterweigh negative aspects like crime, noise pollution, increasing housing prices, polluted air and inadequate access to nature. In turn, the people who live just outside the major cities are able to take advantage of the positives of the cities, while being protected from much of the negative. Such positives could be access to work, culture and infrastructure. (Mahncke and Wiking, 2025)
This concept of “just outside the major cities” is what helped guide the project’s choice of site. In the book by Mahncke and Wiking (2025), the municipality with the 6th highest ranking of self-reported quality of life, is Farskov municipality, with a score of 7,79 . Hinnerup is the largest town in Favrskov Municipaliy, with almost 8.500 citizens (Favrskov Kommune, 2024). Hinnerup is a former station town is located 12 km northwest of Aarhus, the well-known E45 highway runs past the town two kilometers to the east, Frijsenborgskovene (the Frijsenborg forests) can be found just to the west of town, and the southmost part of town is a developing commercial district (Frandsen and Stelzner, 2017).

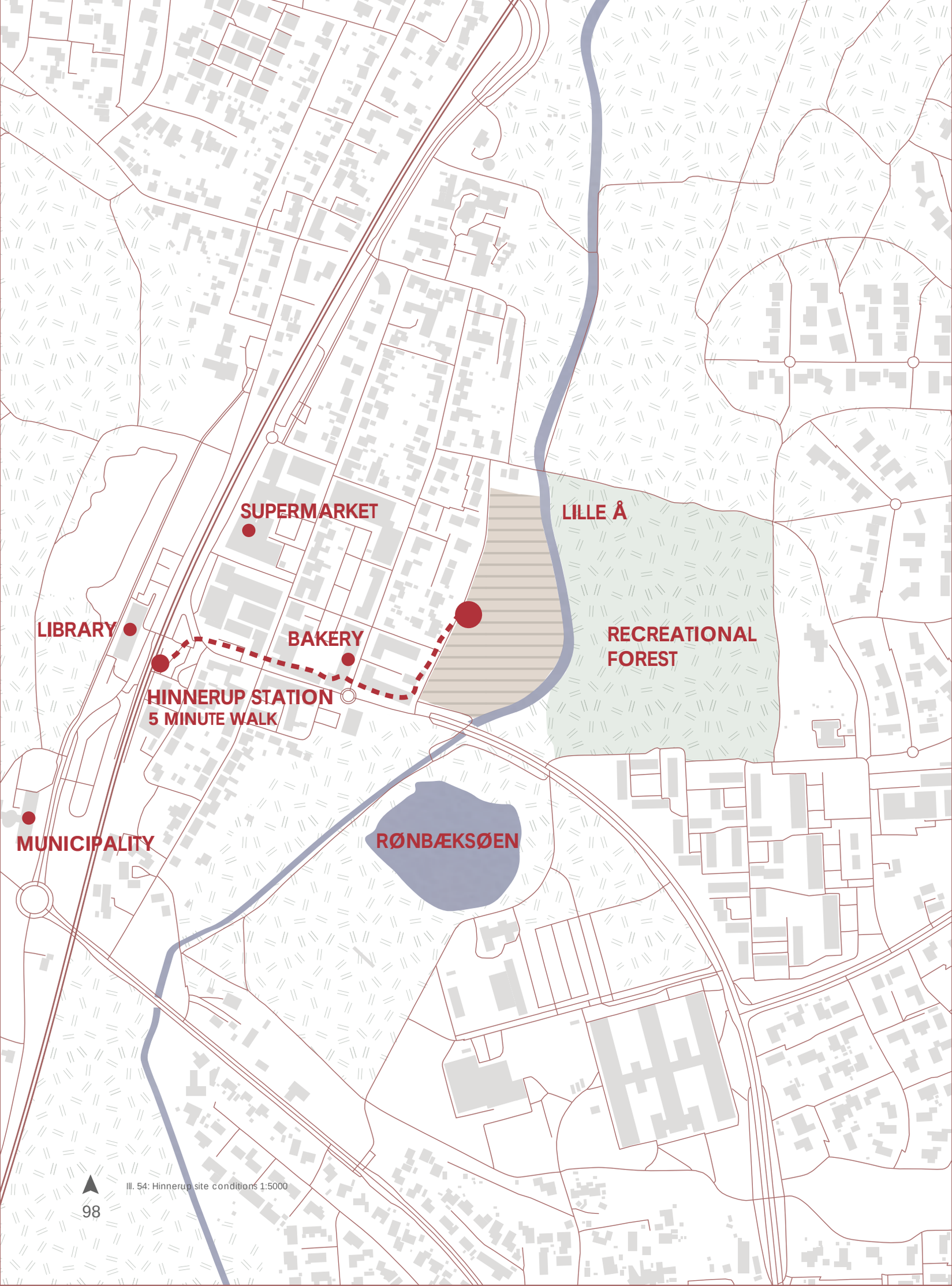
In other words, the proximity to Aarhus, train station, easy access to highways, and residents self-reported high quality of life, indicates that the town of Hinnerup has the potential to facilitate a great local community and foundation to a palliative retirement home and day offer.
le who live just outside the major cities are able to take advantage of the positives of the cities, while being protected from much of the negative. Such positives could be access to work, culture and infrastructure. (Mahncke and Wiking, 2025)

This concept of “just outside the major cities” is what helped guide the project’s choice of site. In the book by Mahncke and Wiking (2025,), the municipality with the 6th highest ranking of self-reported quality of life, is Farskov municipality, with a score of 7,79 . Hinnerup is the largest town in Favrskov Municipaliy, with almost 8.500 citizens (Favrskov Kommune, 2024). Hinnerup is a former station town is located 12 km northwest of Aarhus, the well-known E45 motorway runs past the town two kilometers to the east, Frijsenborgskovene (the Frijsenborg forests) can be found just to the west of town, and the southmost part of town is a developing commercial district (Frandsen and Stelzner, 2017).

In other words, the proximity to Aarhus, train station, easy access to motorways, and residents self-reported high quality of life, indicates that the town of Hinnerup has the potential to facilitate a great local community and foundation to a palliative retirement home and day service.



Ill. 53: Site specification 1: 120.000



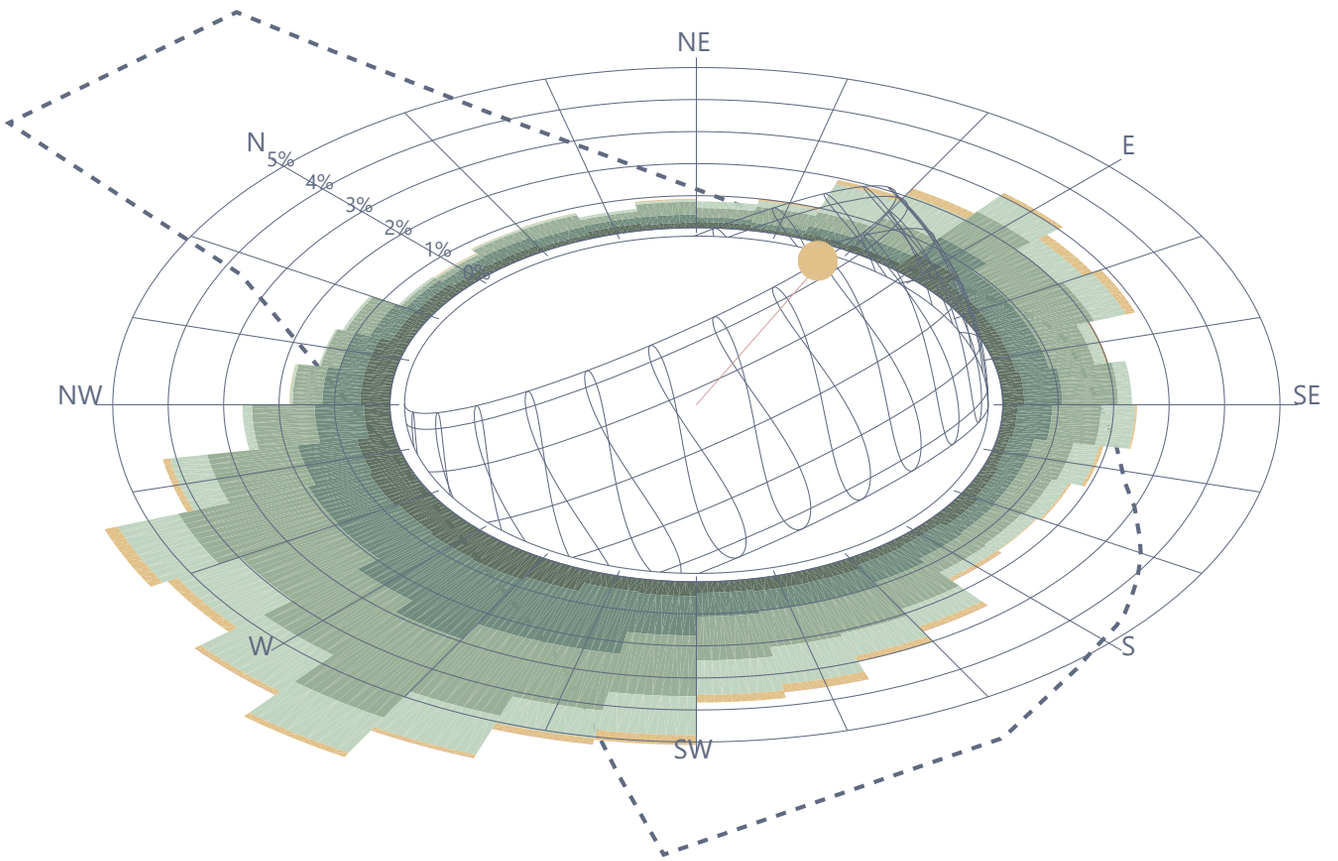
Ill. 54: Hinnerup site conditions 1:5000

HINNERUP SITE CONDITIONS

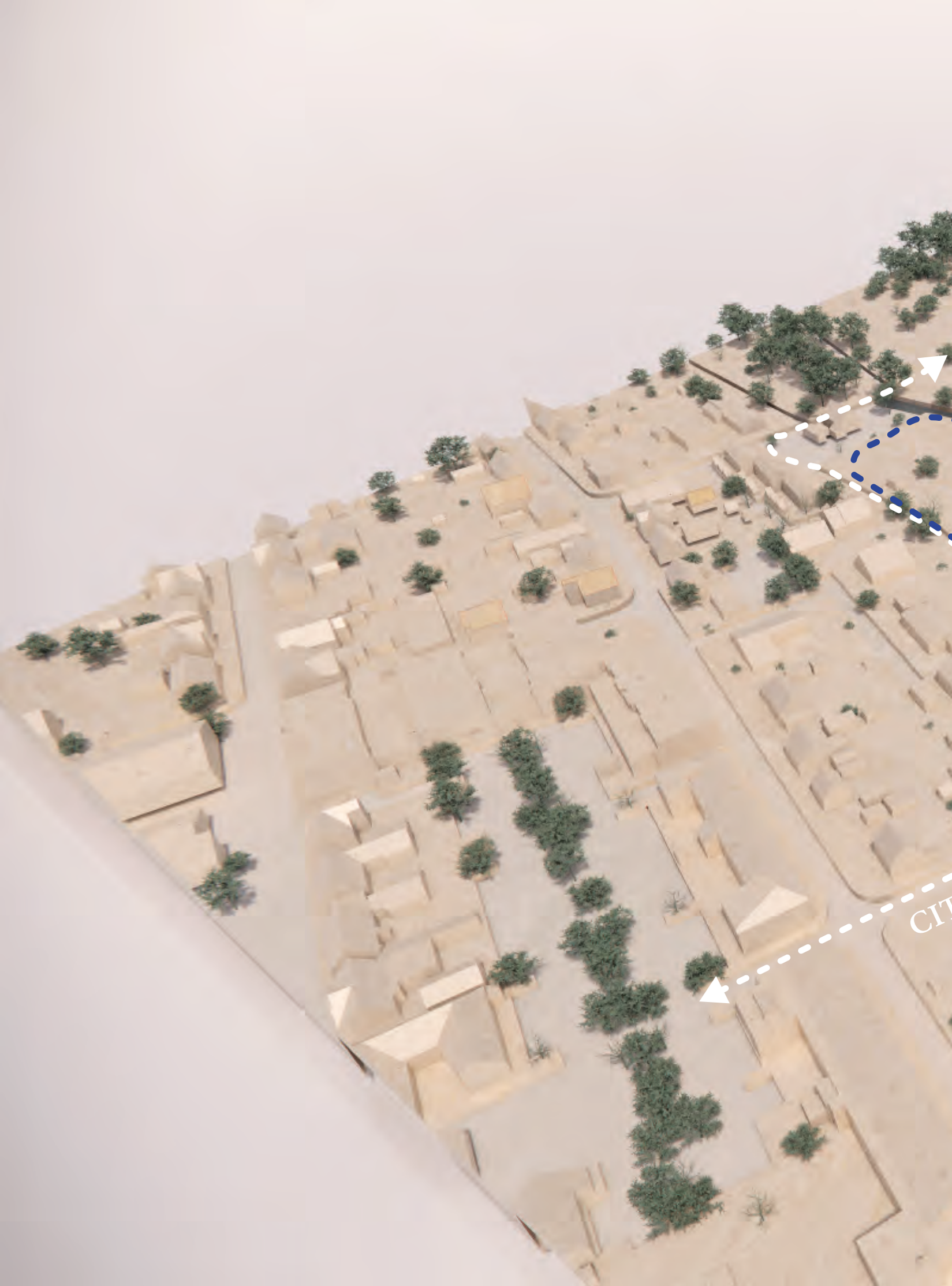
The chosen site is located just a 5-minute walk from the train station, making it easily accessible for patients traveling from larger cities such as Aarhus. To the east, the plot borders a protected forest, offering potential for green views. To the west lies the town, providing various shopping options, parking facilities, and cultural amenities. To the south, a cluster of trees shields the site from the main road, where current traffic levels are low, resulting in an acceptable noise level. Therefore, the site's location enables close contact with the local community while also offering beautiful natural surroundings for residents, staff, and outpatients alike.

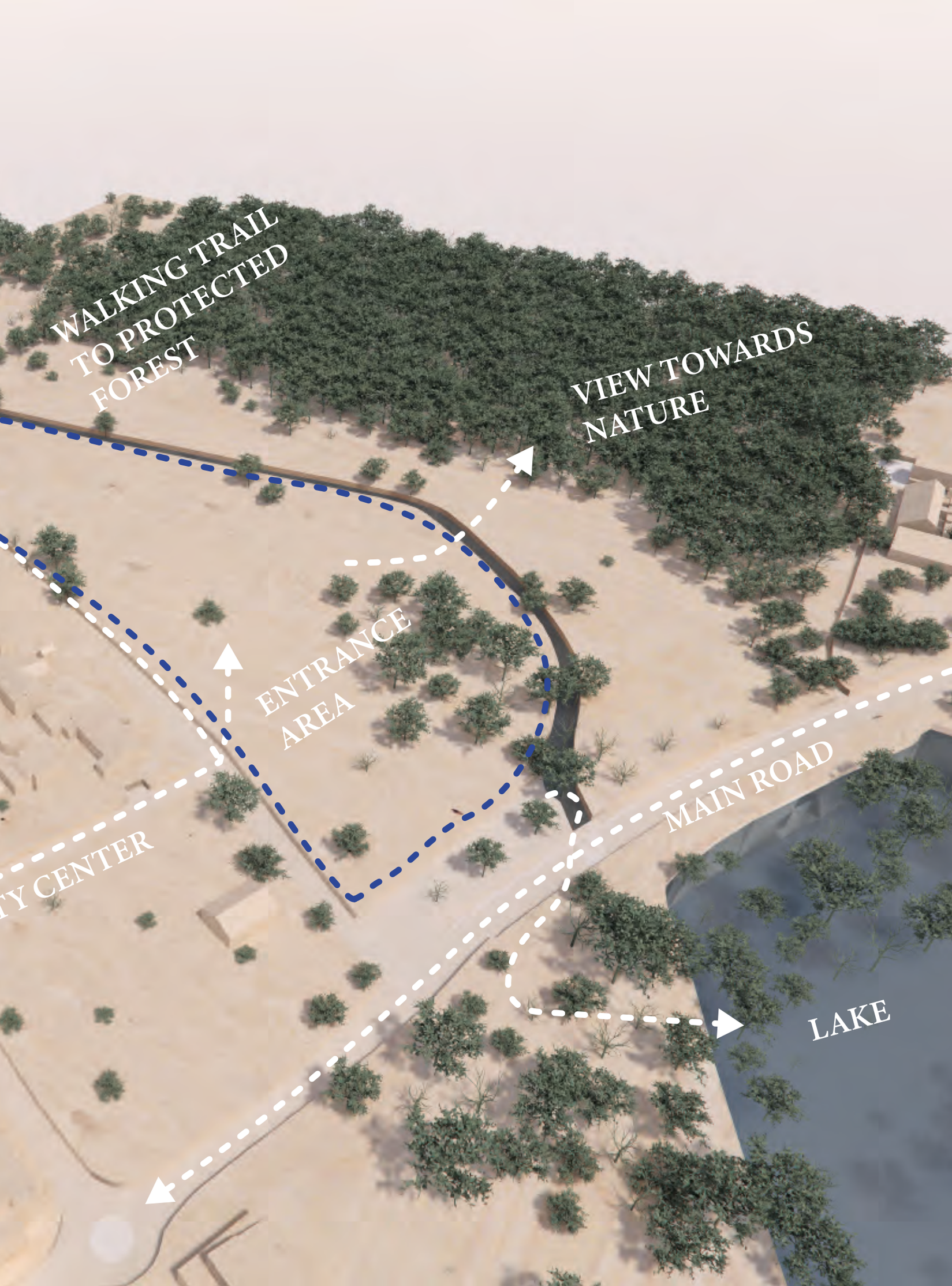
The illustration below shows the sun path on the site. As the surrounding buildings and trees are located at a distance from the site, they will not cast shadows over the building. Additionally, the wind rose indicates that the prevailing winds come from the west, making it advantageous to avoid placing zones intended for longer stays in that direction.

SOLAR ANALYSIS AND WIND ROSE



Ill. 55:Solar analysis and wind rose


CIT


WALKING TRAIL
TO PROTECTED
FOREST
VIEW TOWARDS
NATURE
ENTRANCE
AREA
MAIN ROAD
TY CENTER
LAKE

THE TOWN









HINNERUP QUALITIES AND POTENTIALS

Hinnerup's building scale ranges from one to two stories and can be characterized as relatively low-rise, with only a few buildings exceeding three stories. The façades are primarily made of brick and feature pitched roofs, while newer constructions introduce red steel elements as a way to adapt to the urban context. The main entrance and arrival have the largest potential towards the west as the receiving function, naturally placed towards the city and the main roads and entrance points.
On the opposite side, the surroundings are natural and wild, with steep terrain and dense vegetation marking the beginning of the forest. Along the Lilleå stream, there is a tradition of fishing, walking, and birdwatching. The site provides a range of quality views towards both the north, east and south. Within the boundaries of the site, the terrain is mostly flat with low vegetation. Given the diverse surrounding context, the project aims to blend naturally into the landscape through its choice of materials, orientations, and atmosphere – creating a sense of calm from the moment of arrival.

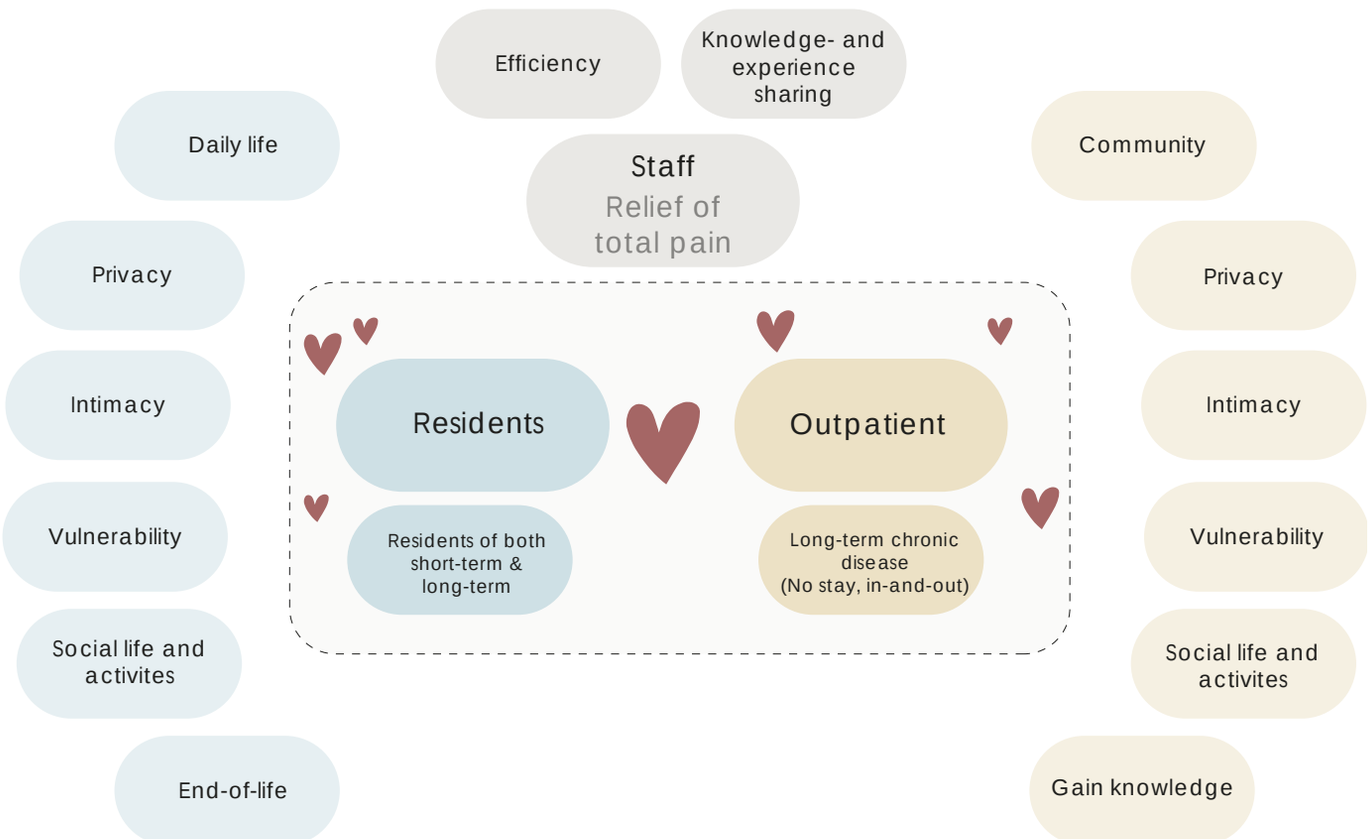
AROUND THE SITE



Ill. 57: Photos from site

REDEFINED PROBLEM STATEMENT

How can architectural design integrate hospice philosophy into a palliative retirement home and day offer, and how can long-term residential care and outpatient palliative day offers coexist? How can it balance private, intimate, and soothing treatments with end-of-life care, while also accommodating the daily life of residents, the dynamic flow of the day hospice and social activities? Additionally, how can the design foster a therapeutic and dignified environment that integrates individualized care, community, and education without compromising functionality and workflow?



Ill. 58:Users and needs

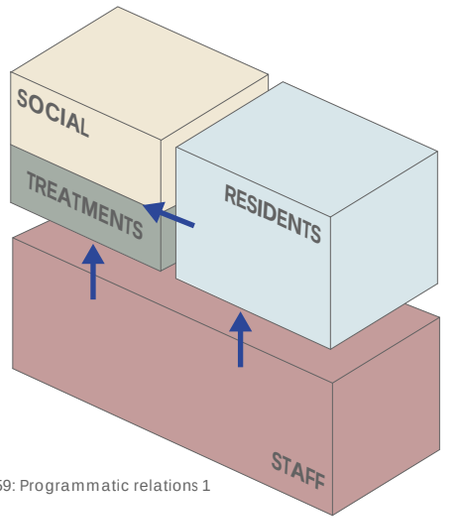
VISION

The palliative retirement home and day offer is going to be located in Hinnerup, with Lilleå and protected forest to the east and downtown Hinnerup to the west, bordering between town and nature. The critique has long been insufficient palliative efforts towards a broader patient group, why the vision of the master thesis is to create a building typology that encompasses current challenges and brings Denmark up to speed with the ongoing developments in the palliative care field, where we have been lagging behind for many years.

The project will translate hospice philosophy and its core architectural principles into a program proposal, ensuring a program with relief as its focus for both residents and ambulant patients. To extend the current hospice typology, the project will integrate it with the users from nursing homes, whose diagnosis' range from chronic- and life-threatening diseases to those with a longer lifespan, but with no less need of relief. A successful project will showcase the potential in which the hospice philosophy can exist as part of and should encompass the complexity of the users, individuality, community and dignity.

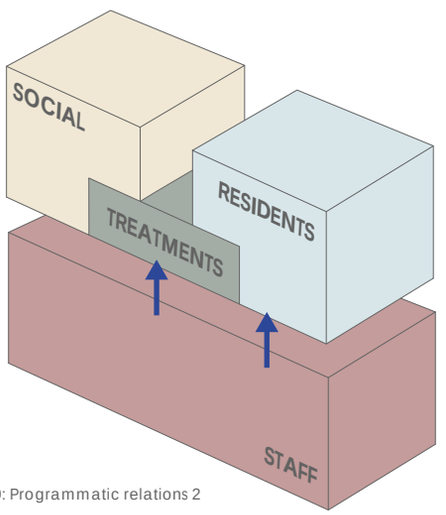
PROGRAMMATIC RELATIONS

To understand the relationship between residents and outpatient users, and their respective interactions with treatments, six diagrams have been developed to explore different constellations – including how staff should approach each type of user. These relationships influence circulation patterns, which later form the basis for program and circulation studies.



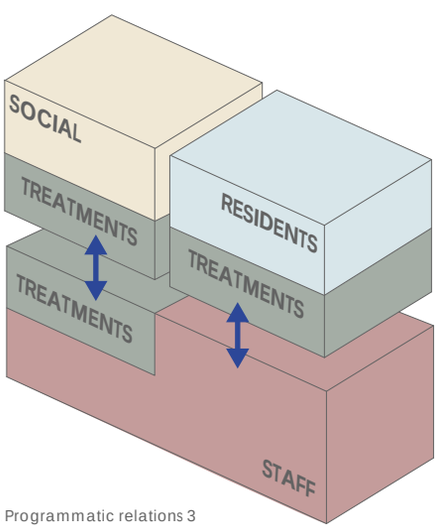
Ill. 59: Programmatic relations 1

- Treatments are easily accessible for outpatients, minimizing their movement within the building.
- Residents must travel into the public zone for treatment, exposing vulnerable individuals to more activity and visibility.
- Treatments lack privacy when located in shared or public areas.
- The configuration favors outpatients at the expense of residents' comfort and dignity.



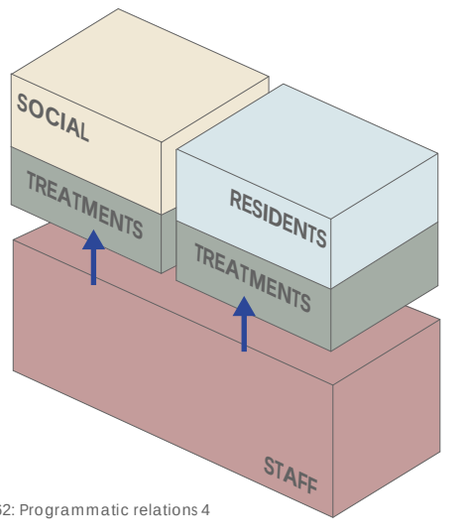
Ill. 60: Programmatic relations 2

- Both user groups have relatively easy access to treatments with minimal movement required.
- A shared but separate treatment zone allows each group to maintain privacy while still offering the option to meet.
- Residents and outpatients walk equal distances, creating a sense of balance.
- However, outpatient treatments remain slightly less private than those of residents.



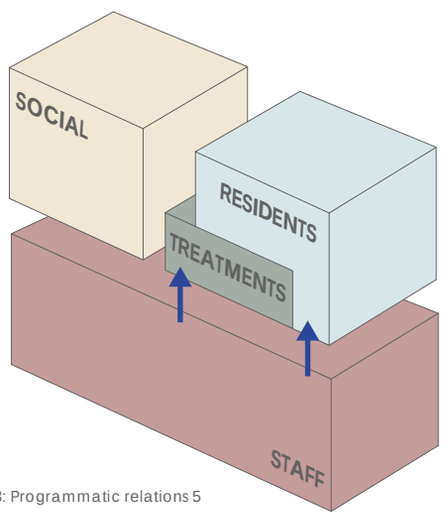
Ill. 61: Programmatic relations 3

- Both user groups are exposed to functions they do not use (e.g., delivery zones, industrial kitchen), by having to receive treatments within the staff zone.
- Treatment privacy for outpatients is still lower than for residents.
- Some treatments are located closer to staff work areas, benefiting staff efficiency.
- Residents and outpatients share some spaces, encouraging informal social interaction.
- Each group can remain in their own zone if preferred, but they also interact with staff within those zones.



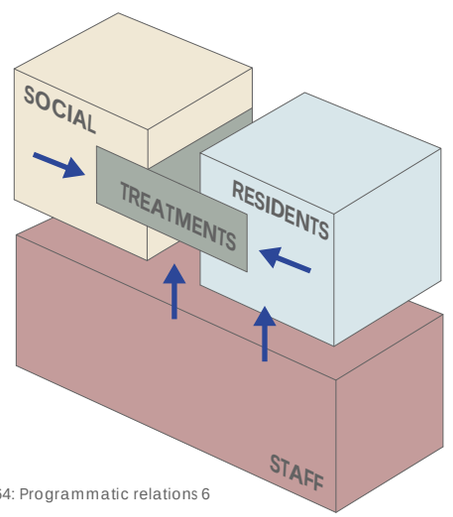
Ill. 62: Programmatic relations 4

- As in Diagram 3, users pass through unrelated functional areas (e.g., delivery, kitchen), which can disrupt the experience.
- Clear separation between resident and outpatient treatment spaces – no shared treatment facilities.
- No encouragement for interaction between user groups.
- Staff are assigned to each user group's respective zone, minimizing cross-contact.



Ill. 63: Programmatic relations 5

- All users access treatment in a shared, centralized location with full privacy ensured.
- Equal travel distances for all users.
- Residents also have access to localized treatments near their zones in case they are less mobile.
- Encourages meeting and social interaction while recognizing residents' more vulnerable condition.



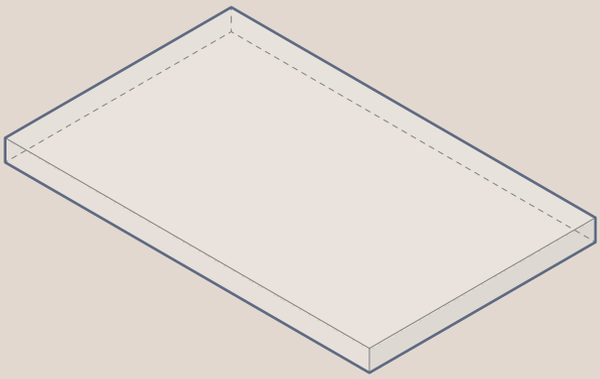
Ill. 64: Programmatic relations 6

- All users meet at the same centralized treatment area with complete privacy.
- Equal distance for everyone, promoting fairness.
- However, this centralized approach may reduce spontaneous or informal use of smaller treatment spaces (e.g., conversation rooms), as accessing them feels like a formal task.
- Internal zoning or gradients within the treatment area should reflect varying treatment types and degrees of formality.
- All users gather in the same treatment zone.

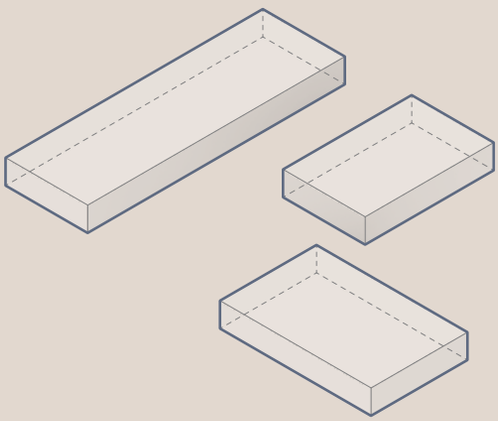
MASSING PRINCIPLES

The initial questions regarding the programming focused on whether a better balance could be achieved through a single, one-floor volume, multiple separate volumes, or several floors within a single volume. Further considerations involve how different staging configurations affect circulation, and thereby the balance between residents and outpatients.

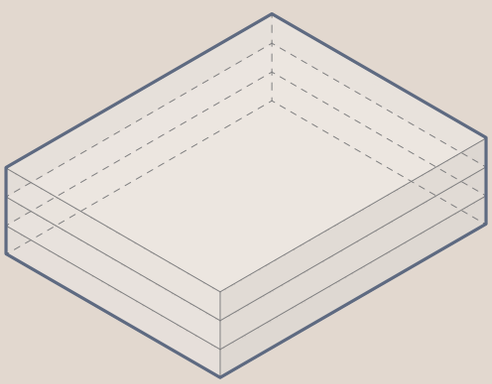
ONE FLOOR, ONE VOLUME



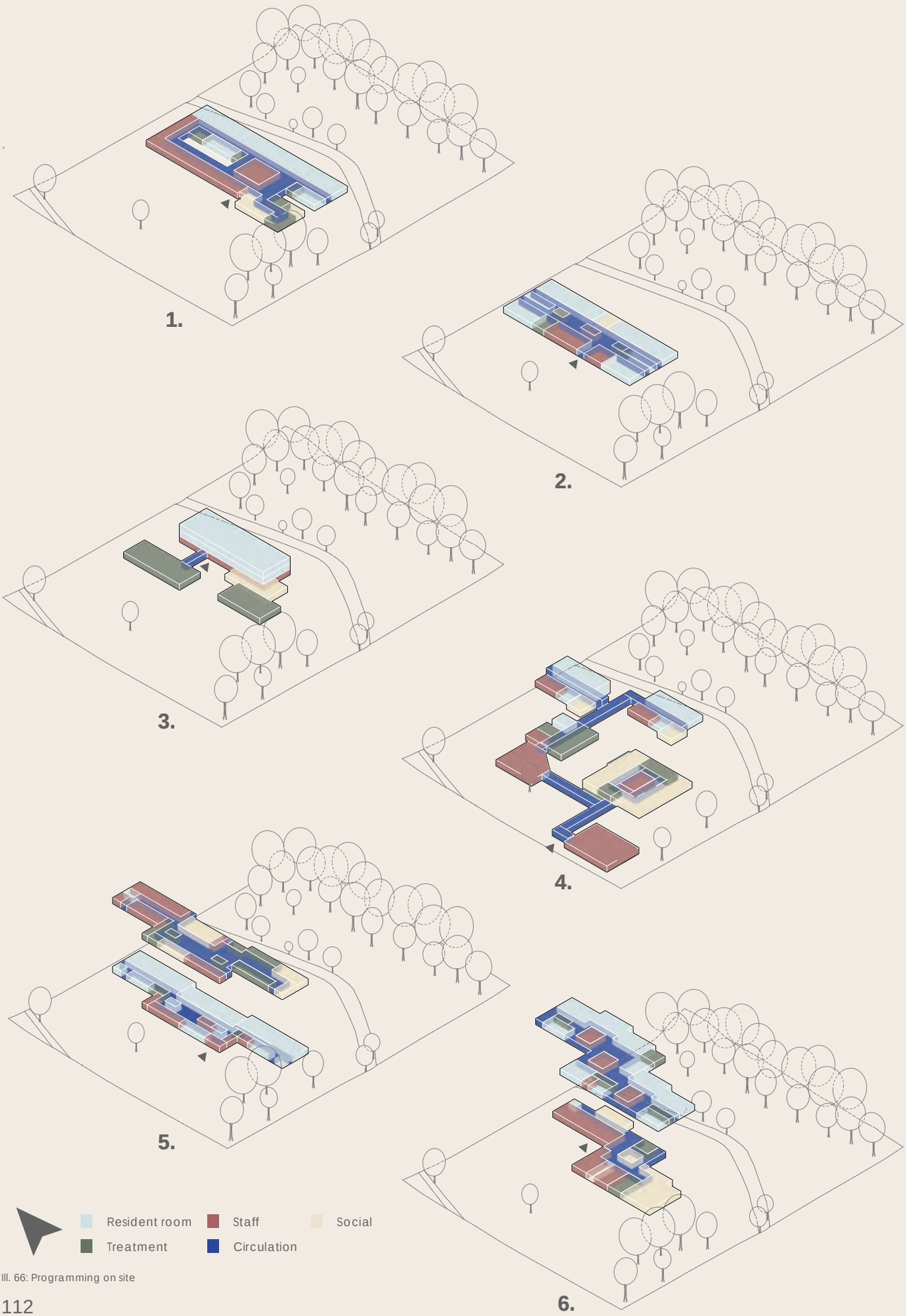
SEPERATED VOLUMES



SEVERAL FLOORS, ONE VOLUME



Ill. 65: Massing principles



Ill. 66: Programming on site

PROGRAMMING ON SITE

In Volume Studies 1 and 2, the program is explored as a single-story, unified volume. The resident areas are oriented toward the forest, ensuring a high-quality view, with adjacent staff support functions placed nearby for easy access.
To counteract the compact layout and avoid long, monotonous corridors, circulation is organized in an H-shaped configuration, where the central zone offers outdoor spaces, social functions, or treatment areas. In both studies, a central staff core is placed at the intersection of the layout to remain visually accessible to residents, while also being located near the main entrance. Additional staff functions are positioned to the north and west, close to the entry area.
In Study 1, public functions are placed in a separate wing, enhancing the privacy of the resident zones. In contrast, Study 2 integrates the public functions between two residential clusters, which compromises the sense of privacy for the residents.

In Volume Studies 3 and 4, the program is explored by dividing it into several separate volumes. The residents are still prioritized with an orientation toward the eastern forest, while the treatment areas are handled differently in the two studies: in Study 3, treatments are placed in a detached volume, whereas in Study 4, they are located centrally between staff functions and the resident units.
These configurations offer a high degree of privacy for both residents and treatment spaces. However, they also result in longer travel distances within the facility. This can be a disadvantage for staff, who must move across the entire building and may experience reduced efficiency due to extended circulation routes.
During the development of these iterations, the treatment program expanded – particularly the wellness and spa facilities – which were given more space than initially planned. Nevertheless, separation also poses a challenge for frail residents, who may struggle with the physical effort required to reach distant treatment areas. As a result, this level of spatial separation is not considered a sustainable solution.

In Volume Studies 5 and 6, the program is once again explored as a unified volume – this time across multiple floors. In both cases, the residents are oriented toward the east, and different strategies are applied to break up long corridor circulation: Study 5 introduces an offset circulation axis, while Study 6 uses the H-shaped principle.
The compactness made possible by building upwards has led to closer proximity between functions on the same floor. Staff-related functions are split into two categories – those directly supporting the residents are placed on the same floor, while operational functions are located on another level.
These solutions require vertical circulation, such as stairs, elevators, and fire escapes. However, the separation of resident and public functions has allowed for maintaining consistent qualities in terms of orientation and views – something seen as a valuable design potential.
Overall, the project continues to develop in the direction of a multi-story building, as this approach shows the greatest promise.

PALLIATION IN CONTEXT

PATIENT GROUPS

FUNCTIONAL RELATIONS CONTEXT

RESIDENT ROOM

BUILDING DEVELOPMENT

DETAIL

DESIGN

EPILOUGE

5.

As the resident is the user who both arrives, lives and dies in the building, the design process initiated with the design of a resident room as a unit. Based on data, the residents spend most of their time in their apartments and most likely dying also happens inside those walls. Therefore, the project aimed at the resident unit to be designed with functionality and quality, in a way that could influence the rest of the building. The following dives into the resident room and its iterations, both in terms of functionality, aesthetics and technical parameters.

PRINCIPLES FOR THE RESIDENT ROOM

01/

Create frameworks that support various medical treatments and enable the use of different technical equipment that aids patient care.

- For daily care, a clearance area of 900 mm around the bed is required.
- The bed should be able to be placed in multiple positions, allowing for personal choice.
- There must be enough space for staff to provide care in the bathroom, while also accommodating assistive devices.
- A 1500 x 1500 mm maneuvering clearance is required around the patient in the bathroom.
- The shower area must be 1200 x 1200 mm, with space for storing assistive devices when not in use.
- The bathroom must include a cabinet for personal belongings.

02/

The resident room must be furnished with storage cabinets for both staff and the patient´s personal belongings and must include a safebox.

- Care items, medical equipment, and assistive devices must have a storage space out of sight when not in use.
- Oxygen and suction systems must be installed discreetly, meaning no large visible panels with oxygen outlets in the resident room.
- The patient must be able to contact staff from bed.

05/

It must be possible for the patient to be in different positions, for various purposes.

- To walk.
- To sit.
- To eat.
- To lie down.
- To sleep.
- To be bedridden.

06/

A homely atmosphere must be created, allowing for personal choice and involvement.

- There should be an option to hang pictures that are visible from the bed.
- A homelike expression should be achieved through wooden floors, curtains, and lighting.
- There must be free space available for furnishing with personal furniture and other items.

09/

Practical Control.

- There must be internet access and electrical outlets for both medical equipment and personal electronics.
- Lighting, sound, air quality, and temperature must be individually controllable in each resident room.
- The lighting must be adjustable to suit both practical needs and different moods. It should be operable from the bed, either through the placement of switches or another control system.
- Sound from adjacent rooms must be shielded, while sounds from common areas should be able to enter when the door to the room is open.

10/

Access to and within Resident Rooms.

- Main door width: 1300 mm.
- Access to the resident room must be unobstructed for bedridden patients.
- It must be possible to transport a coffin out without problem.
- Bathroom door width: 1090 mm.
- Door to outside width: 1090 mm.
- The patient must be able to go outside while remaining in bed.

03/

Ceiling lifts must be installed in resident rooms and in other facilities where patients need to be lifted.

- The ceiling lift must be easily accessible for staff during daily use and should be stored away when not in use.

04/

Quality view.

- A quality view of nature must be visible from the resident room and the view should be accessible from the bed.

07/

Relatives in the Resident Room.

- Possibility for accommodating relatives and visitors through flexible furnishing.
- Space for a bed in the resident room for a relative.

08/

Outdoor Area for the Resident Room.

- There must be access to a private outdoor area directly from the resident room, such as a terrace, balcony, courtyard, or garden.
- It must be at least 4 m².

11/

Connection with Other Rooms.

- Resident rooms must be arranged in groups that can be separated by shared/common areas.
- Resident rooms must be in connection with staff workflows.

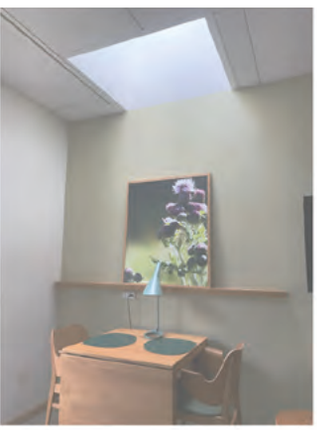
12/

Resident Room Entrance.

- A minimum setback of 500 mm for the entrance is required to create a more private atmosphere and reduce visibility from the corridor.

CASE STUDY FOR RESIDENT ROOMS

SKYLIGHT



SPACE AROUND THE BED AND VIEW FROM THE BED



BED CAN COME OUTSITE AND MORE LAYER





DIVISION WITH CABINETS



EQUIPMENT CAN BE PACKED AWAY



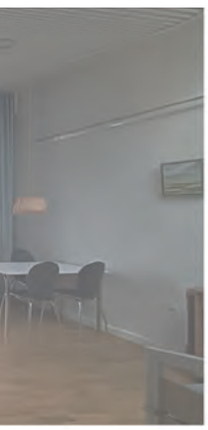
SPACI

Ill. 67: Case study for resident room, Hospice Djursland, Hospice Vangen, Nursing home

RS OF CURTTAINS

HIDE THE CEILLING LIFT AND ACCESSIBLE TO STAFF

WIDE DOOR





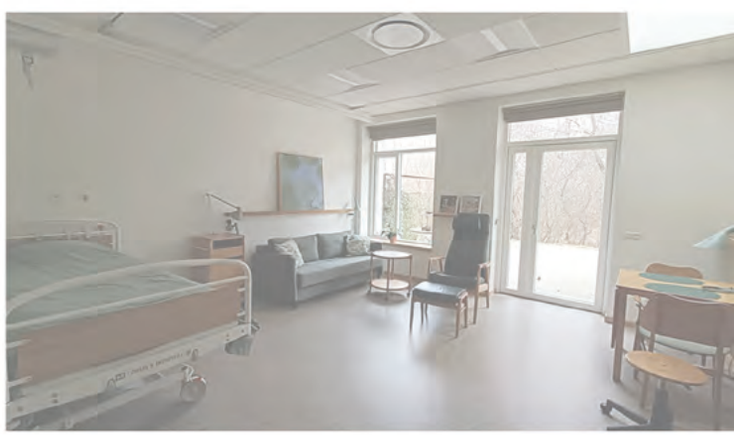












OUS BATHROOM

KITCHENETTE

SOFABED

SPACE FOR SELFARRANGEMENT

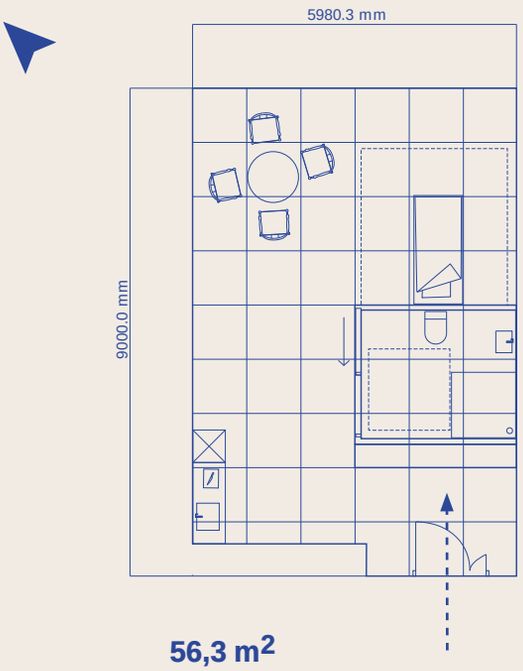
To gain an understanding of the resident room, a case study has been conducted comparing patient rooms from both a hospice and a nursing home. The main differences are the room sizes and furnishings – nursing home rooms are typically slightly larger, and unlike hospices, nursing home rooms are usually unfurnished. Additionally, hospices often feature architectural details and aesthetic and quality-conscious materials. For further investigation, the focus will be on the room's volume and an unfurnished state, based on the nursing home, while drawing on the materials and detailing found in the hospice. See more in appendix 36,2a,37a,38)

ITERATIONS OF RESIDENT ROOM

This analysis will explore the layout of the resident room, keeping the previously mentioned principles in mind. In the first iteration, the bathroom divides the apartment into natural zones. Furthermore, the size (56. 3 m²) provides a significant opportunity for personal furnishing, while maintaining enough space for staff workflows and storage. However, due to the large size and the placement of the bathroom, some square meters may end up un-utilized.

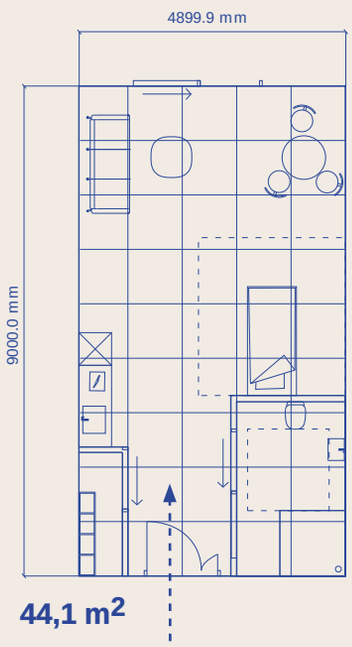
Therefore, the next iteration will experiment with a narrower design. In this version, the bathroom has been moved down and aligned with the corridor wall, creating a large open space with flexibility for furnishing. This iteration results in a relatively deep and narrow apartment, which limits the number of windows and makes it difficult for natural light to penetrate deep into the space.

In the final iteration, the apartment has been rotated to allow for more windows. Additionally, it has been designed as a two-room unit, providing the option for a separate bedroom. However, as previous studies have shown that residents should have the freedom to decide how to arrange their space. Further development will be based on the third iteration, without a fixed division between the living area and the bedroom.



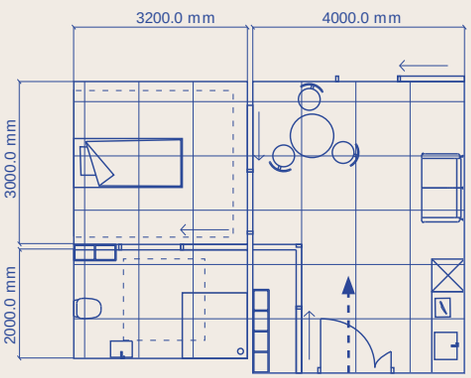
56,3 m²

Ill. 68: Iteration of resident room 1



44,1 m²

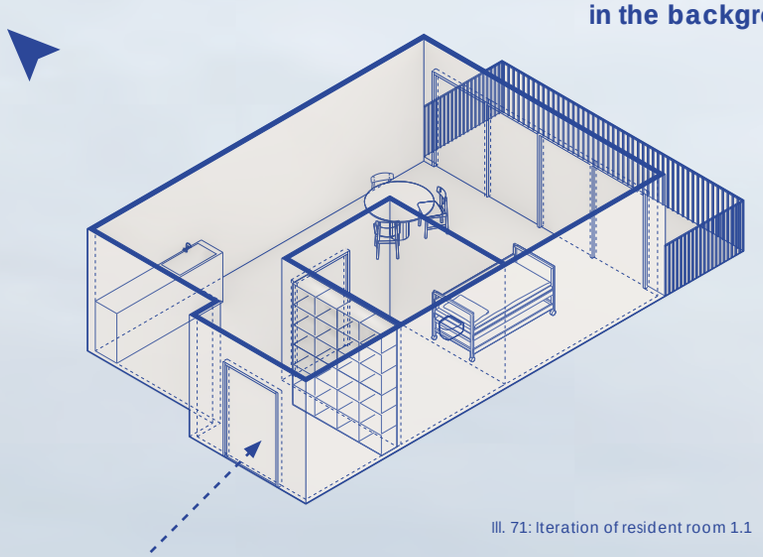
Ill. 69: Iteration of resident room 2



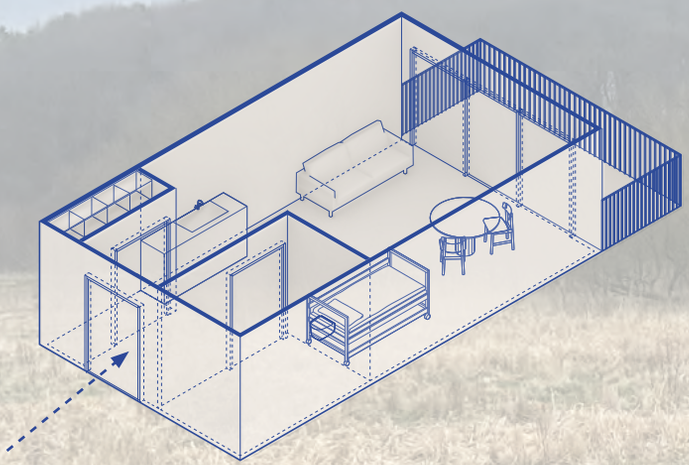
37,8 m²

Ill. 70: Iteration of resident room 3

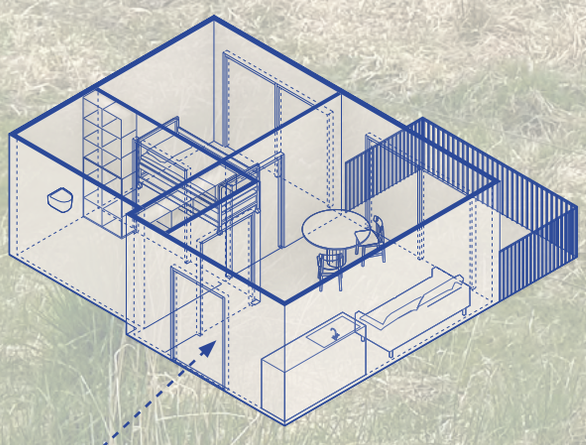
It has been chosen to orient the windows towards the east to take advantage of the quality view, visible in the background.



Ill. 71: Iteration of resident room 1.1



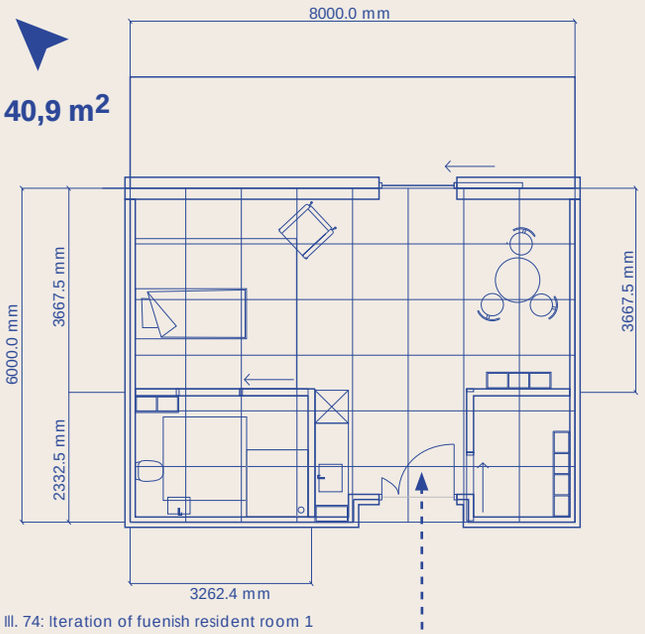
Ill. 72: Iteration of resident room 2.1



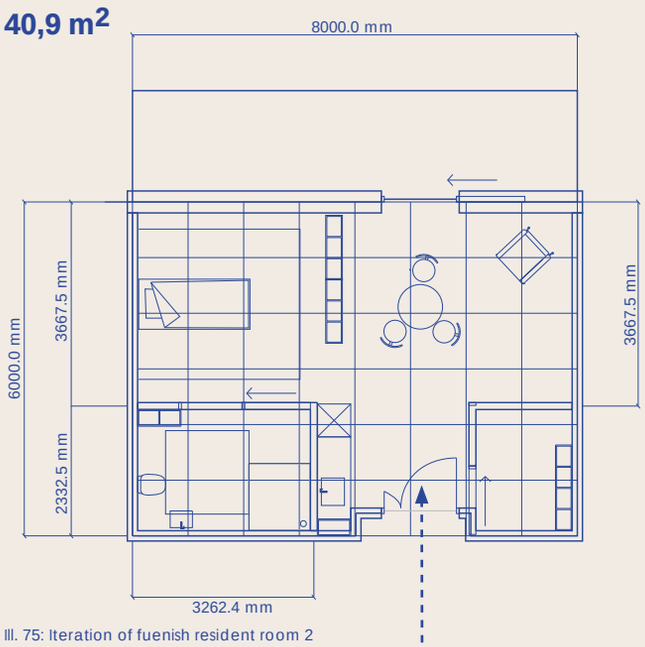
Ill. 73: Iteration of resident room 3.1

ITERATIONS OF RESIDENT ROOM

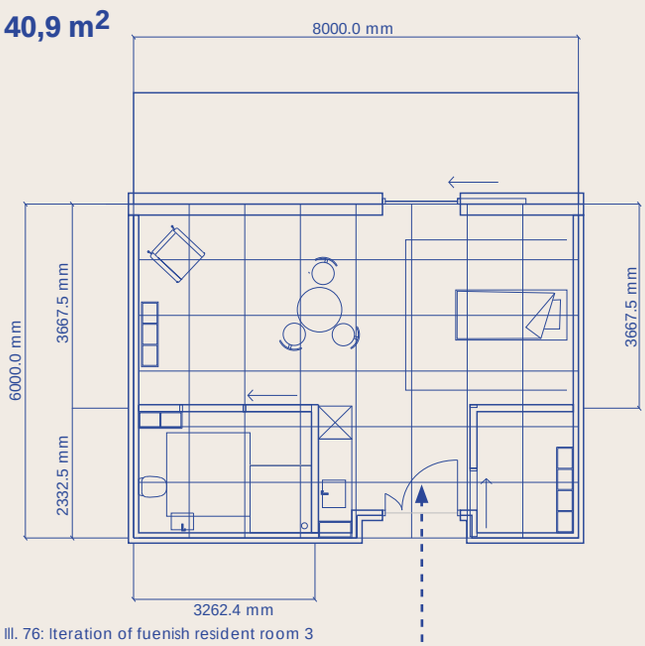
These iterations show different ways to furnish the same apartment. The first illustration shows an open layout. The middle illustration features a partitioned configuration, achieved by inserting modular storage units, resulting in a more defined living and sleeping space. The last illustration shows the option to place the bed closer to the exit to the terrasse.



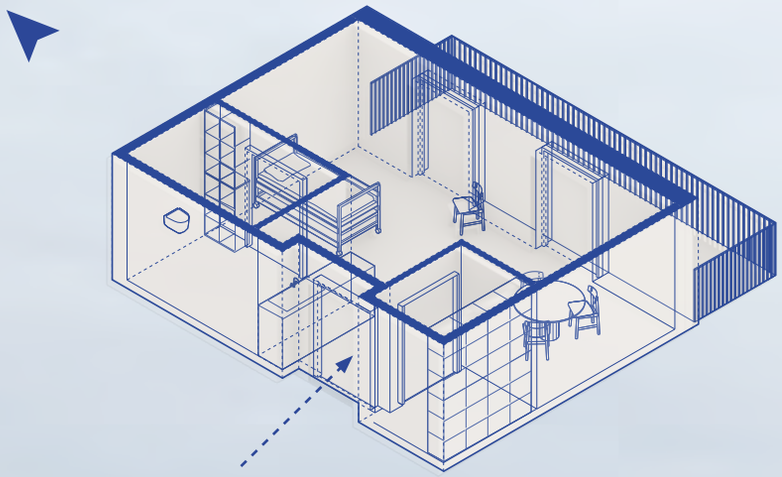
Ill. 74: Iteration of fuenish resident room 1



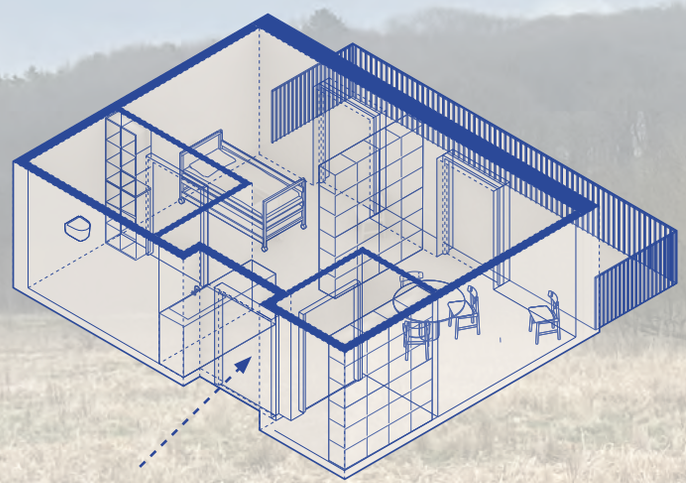
Ill. 75: Iteration of fuenish resident room 2



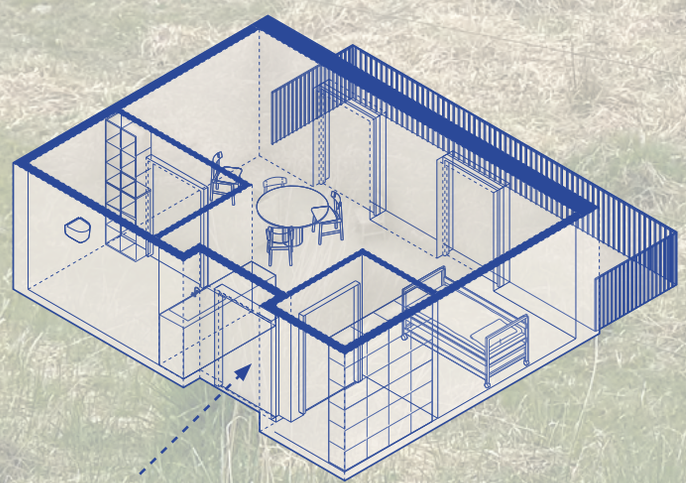
Ill. 76: Iteration of fuenish resident room 3



Ill. 77: Iteration of fuenish resident room 1.1



Ill. 78: Iteration of fuenish resident room 2.1



Ill. 79: Iteration of fuenish resident room 3.1

BASE MODEL

Special attention has been given to the quality of light, sound and temperature, as these factors can significantly affect a person's well-being. Therefore, it is essential that the building contributes positively to the indoor environment and does not cause further strain or discomfort to residents or visitors. The light and sound factors, has the potential to influence the perception of the atmosphere within a space, create agitation, restlessness, and disturb sleep for patients and their relatives. Furthermore, they can also affect the staff, making them feel uncomfortable and stressed, which may lead to an increase in errors. Ensuring thermal comfort for users has also been an important aspect of the design, as the user group is particularly vulnerable.

The technical calculations will be applied to the resident's unit, as it is the most critical space within the building – due to the fact that residents are expected to spend the majority of their time within this space. All technical analyses will be based on Danish requirements and regulations. A base model has been developed to serve as the foundation for all the technical investigations. The model has been analyzed with regard to orientation towards the east, south, and west, as these directions offer the best opportunities for direct daylight. Due to the possibility of early morning sunlight, which supports the circadian rhythm, it was decided to proceed with an east-facing orientation.

In terms of daylight requirements, it was decided that the project will calculate for Spatial Daylight Autonomy, sDA, and with a goal of at least 55%, as found in LEED standard v4.1 (USGBC, 2025), see appendix 43 for all iterations of daylight calculations. For indoor temperatures, the goal was set at 24±2°C (Dansk Standard, 2026), which is a few degrees stricter than what is described in the Danish building regulations, but is considered appropriate for the project due to the sensitive user group, see appendix 44b (Bygningsreglementet, 2025b). For reverberation time, the goal has been set at 0.6 seconds, as found in the Danish building regulations (Bygningsreglementet, 2025a).

Due to the requirement for noise insulation between units, initial interior wall constructions include I-joists as they help prevent noise pollution, and because the construction includes an air gap between the gypsum board and insulation, on both sides of the wall.
In the base model the surfaces for the walls and ceilings have been clad with white painted gypsum board, and the floor is made from wood. This results in a calculated reverberation time of between 1.19 – 1.99 seconds, therefore exceeding the set goal. See appendix 42 for a closer look at the structural sections.

STRUCTURE

ACOUSTIC, MATERIALS



Ill. 80: Base model structure and acoustic

CONSTRUCTIONS

EXTERIOR WALL:

Inside (20C) to Outside (-12C)

Gypsum board	-	12,5 mm
Installation level	-	40 mm
Spruce	-	40 mm
OSB/3	-	12 mm
Mineral wool	-	200 mm
Spruce	-	200 mm
Wood fiber insulation boards	-	80 mm
Rear ventilated level (outside air)	-	30 mm
Spruce	-	20 mm

FLOOR SLAB:

Inside (20C) to Inside (20C)

Gypsum board	-	12,5 mm
Gypsum board	-	12,5 mm
Installation level	-	24 mm
Spruce	-	24 mm
Vapor retarder sd=5m	-	0,5 mm
Mineral wool	-	180 mm
Spruce	-	220 mm
Stationary air	-	40 mm
Spruce	-	22 mm

INTERNAL WALL:

Inside (20C) to inside (20C)

Gypsum board	-	12,5 mm
Stationary air	-	30 mm
Mineral wool	-	100 mm
I-Joist	-	160 mm
Stationary air	-	30 mm
Gypsum board	-	12,5 mm

ROOF:

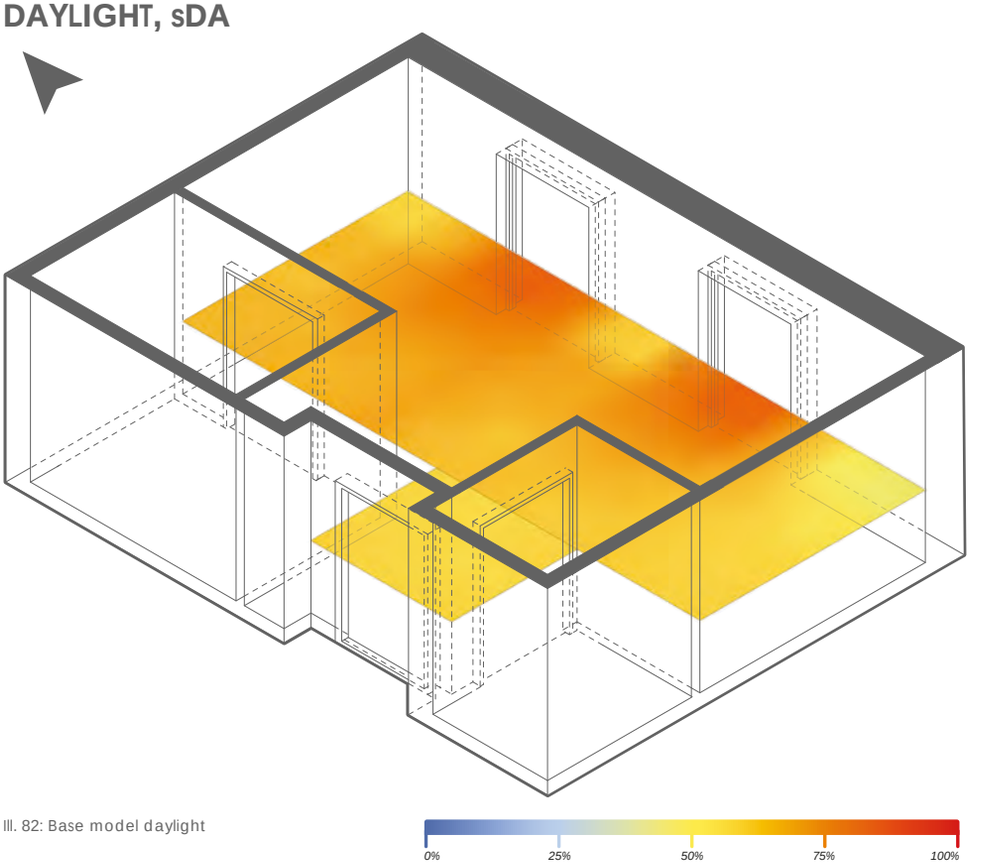
Inside (20C) to Outside (-12C)

Gypsum board	-	12,5 mm
Stationary air	-	24 mm
Spruce	-	24 mm
Vapor retarder sd=5m	-	0,25 mm
Mineral wool	-	200 mm
Spruce	-	200 mm
Spruce	-	22 mm
Bitumen membranes	-	5 mm
Extruded polystyrene	-	80 mm
Soil	-	50 mm

The base model includes 10% window surface in relation to the relevant floor area, which equals 4.3 m², separated into two large windows. The sDA calculation shows how light floods into the space, focused in the windows, and slightly darker in the corners along he façade. The total sDA value is 97.8%, which surpasses the goal of 55%, and an average lux of 858.

In order to calculate the indoor temperature for the base model, it was built in Bsim as seen in illustration 82. For this first iteration, heating was included, resulting in no temperatures below 22°C. The simulation showed 1258 hours above 25°C, 26 hours above 26°C, and 24 hours above 27°C, this is possibly caused by the heating being constantly on. The base model does not comply with the set goals.

DAYLIGHT, sDA

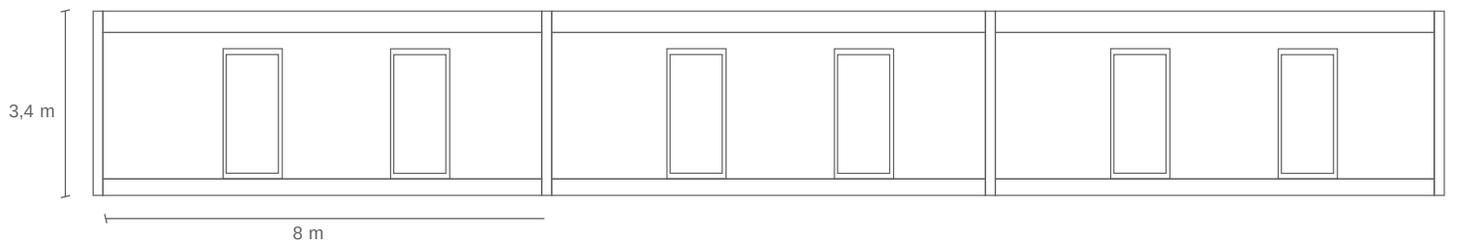


Ill. 82: Base model daylight

Daylight KEYNUMBERS

sDA - 97.8%
Average lux of 858

FACADE



Ill. 81: Base model facade

BSim

ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10(31 days)	11(30 days)	12(31 days)
qHeating	2750,23	448,12	399,08	462,77	240,51	120,75	59,24	0,1	0,5	50,2	184,32	345,99	438,66
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2168,3	-267,13	-243,19	-282,54	-187,66	-143,3	-111,6	-86,24	-85,91	-106,93	-161,75	-226,56	-265,5
qVenting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qSunRad	145,49	2,28	4,82	10,64	16,63	21,43	24,84	22,83	18,06	12,12	7,21	2,84	1,79
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-1573,85	-212,63	-186,26	-212,38	-136,35	-94,62	-78,88	-52,79	-47,51	-62,72	-116,22	-168	-205,49
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-984,42	-126,13	-114,9	-133,99	-83,61	-59,76	-44,08	-39,41	-40,65	-43,14	-69,06	-104,76	-124,95
Sum	-0,01	0	0	0	0	0	0	0	-0,01	0	0	0	0
tOutdoor mean (°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean (°C)	24,3	24	24	24	24	24,1	24,4	25,4	25,5	24,2	24	24	24
AirChange (/h)	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
Rel. Moisture (%)	32,1	20,2	20,3	18,3	26,6	34,3	43,3	48,3	46,3	43,4	36,9	25,3	21,4
Co2(ppm)	469,8	470,1	470	469,9	470,3	470	470	469,3	469,6	470,1	469,7	469,5	469,7
PAQ(-)	0,3	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	1258	0	0	0	0	5	101	539	573	40	0	0	0
Hours > 26	379	0	0	0	0	0	16	170	185	8	0	0	0
Hours > 27	24	0	0	0	0	0	0	13	11	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4784,56	590,91	538,01	625,81	415,68	317,97	247,76	183,2	181,06	235,97	358,93	501,47	587,77

Ill. 83: Base model BSim

BSim KEYNUMBERS

SUM

Hours > 25 - 1258
Hours > 26 - 379
Hours > 27 - 24
Hours < 22 - 0

SYSTEMS

VENTILATION: Always
Input:

Supply (m3/s)	-	0,05
Pressure Rise (Pa)	-	500
Total Eff. (-)	-	0,7
Part to Air	-	0,55

Output:

Return (m3/s)	-	0,05
Pressure Rise (Pa)	-	500
Total Eff. (-)	-	0,7
Part to Air	-	0,55

EQUIPMENT: Always

Heat load (kW)	-	0,159
Part to Air (-)	-	0,5

HEATING: Always

MaxPow (kW)	-	2
Fixed Part (-)	-	0
Part To Air (-)	-	0,55

Floorheat

Factor (-)	-	1
Set Point (C)	-	24
Max. Surf. Tmp. (C)	-	30
Design Temp (C)	-	-12
MinPow (kW)	-	0
Te Min (C)	-	18

INFILTRATION: Always

Basic AirChange (/h)	-	0,5
TmpFactor (/h/K)	-	0
TmpPower	-	0
WindFactor (s/m/h)	-	0

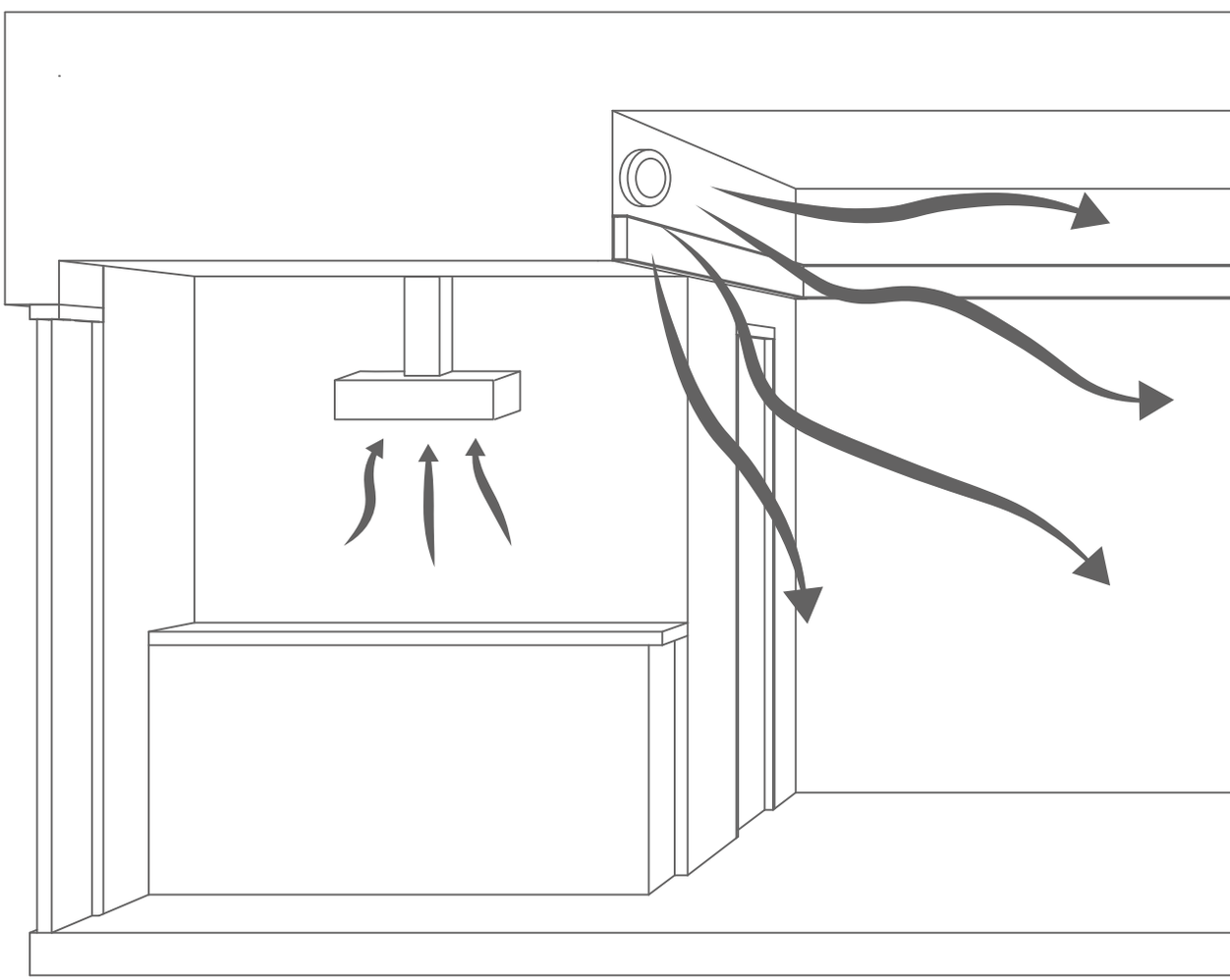
PEOPLELOAD: Sitting, Always

Heat Gen. (kW)	-	0,1
Moist. Gen (kg/h)	-	0,06
Profile	-	50% 1-24

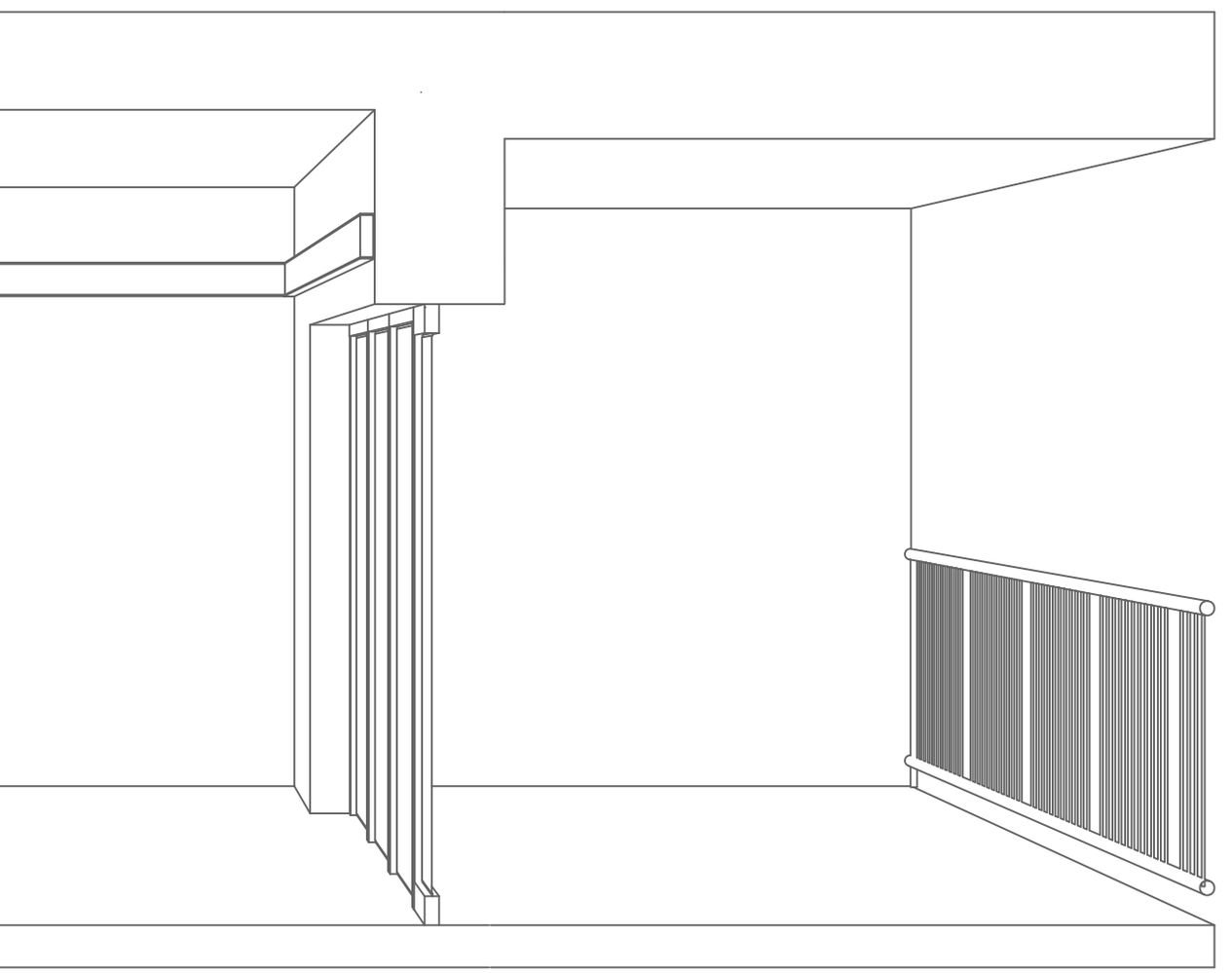
See appendix 44a

VENTILATION

Ventilation calculations have not been included in this project, as that would fall outside of the technical focus – the resident room. However, considerations have been made for locations for in- and outlet for air within the resident room.
The ceiling has been lowered in the bathroom, storage room, and kitchen. This facilitates ventilation outlets in the bathroom and kitchen, while also allowing for air inlets above the kitchen, blowing air into the main living space, as seen on illustration 84. This placement should supply fresh air to the main living space, and not just circulate the air in the kitchen. This design remains constant throughout the coming iterations.



Ill. 84: Ventilation



IT1- ADD TERRACE AND OVERHANG

As specified earlier, the design must include an access to a private outdoor terrace, therefore this iteration exchanges one of the two windows with a door. The terrace is covered on the sides and above, it is 2,5 meters deep and as wide as the unit itself— allowing even bedridden residents to use the terrace.

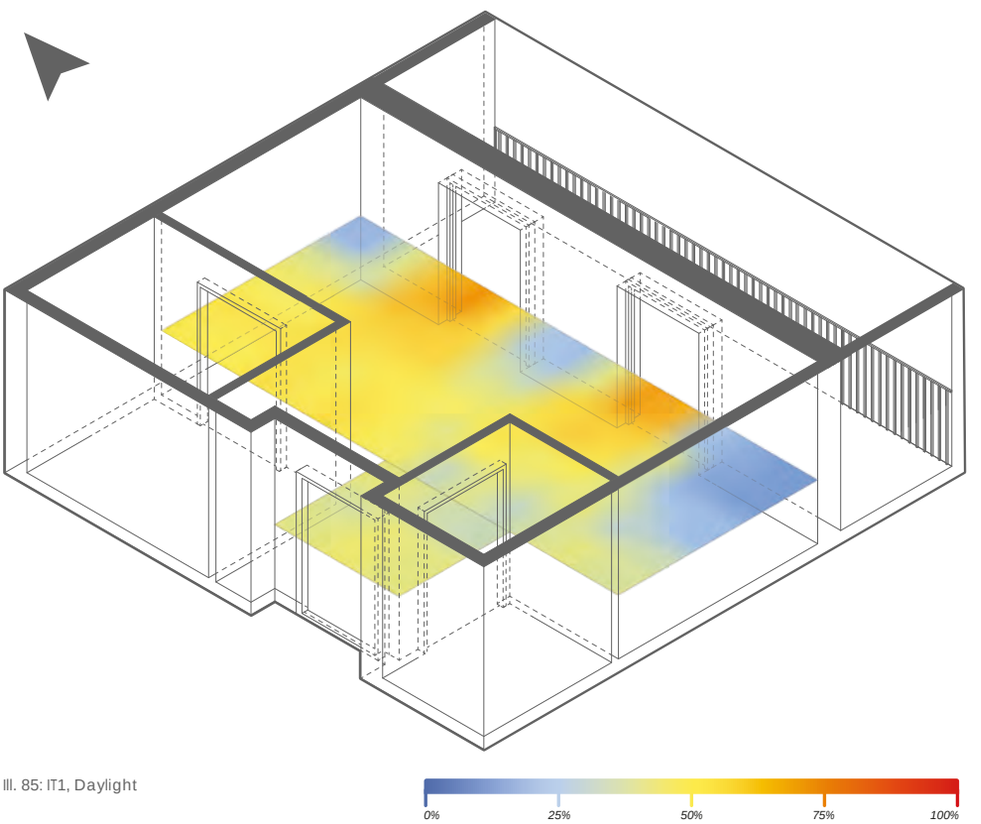
The daylight calculation shows a total value of 35,6%, which is below the set goal. However, this is to be expected due to the deep overhang. In the Bsim calculations venting has been turned on, which automatically ventilates the air in summertime, adjusting for the goal indoor temperature. By adding the terrace and overhang, results in 185 hours above 25°C, 23 hours above 26°C, 0 hours above 27°C, and no hours bellow 22°C.

BSim KEYNUMBERS

SUM

Hours > 25 - 185
Hours > 26 - 23
Hours > 27 - 0
Hours < 22 - 0

DAYLIGHT, sDA



Ill. 85: IT1, Daylight

Daylight KEYNUMBERS

sDA - 35,6%

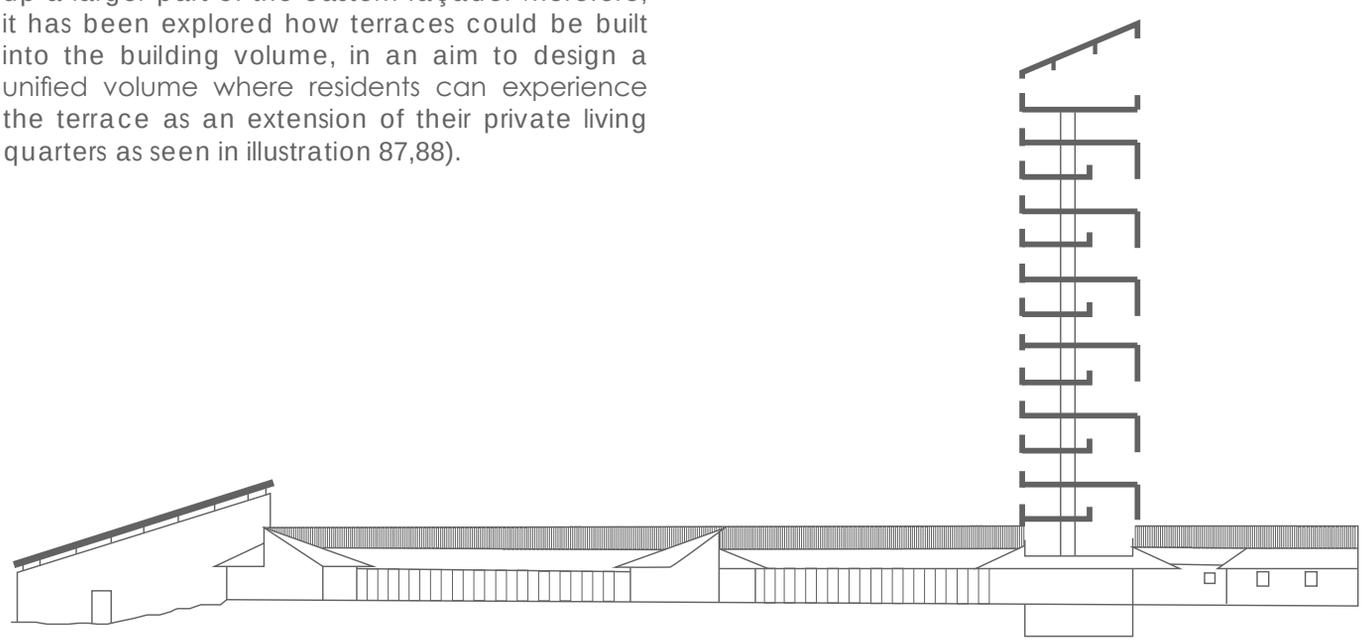


Ill. 88:Herning Højskole. (Det Kongelige Akademi - Bibliotek, no date)

HERNING HØJSKOLE

DRAW BY VIGGO MØLLER-JENSEN

Herning Højskole, built in 1961 (Arkitekturbilleder, no date), has terrasses built into the building volume, found on the top floor. The project requires balconies along the residents' rooms, which takes up a larger part of the eastern façade. Therefore, it has been explored how terraces could be built into the building volume, in an aim to design a unified volume where residents can experience the terrace as an extension of their private living quarters as seen in illustration 87,88).



Ill. 87:Section. (Det Kongelige Akademi - Bibliotek, no date)

IT3 – FIVE SEPARATE WINDOWS

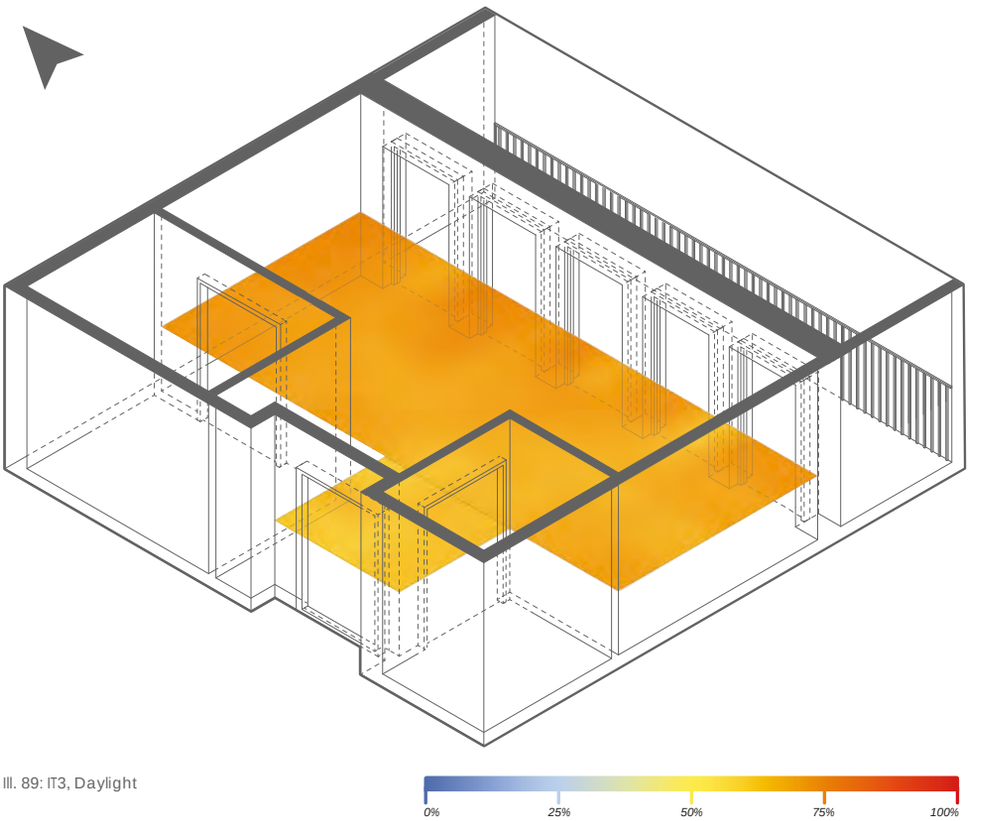
As a result of the large overhang on the terrace, the current windows are not large enough to let in enough daylight in order to meet the set daylight goals. Therefore, this iteration increases the glazed area from 4.3 m², to 10.7 m², separated into five evenly spaced windows. This instantly brings the sDA to 100%. As more light is let into the resident's room, so is more heat. The Bsim calculations now conclude 260 hours above 25°C, 70 hours above 26°C, 3 hours above 27°C, and still no hour's bellow 22°C.
Iteration 3, with five windows and a balcony, results in a sDA score of 100%, an average lux of 762 and no blinds applied.

BSim KEYNUMBERS

SUM

Hours > 25 - 260
Hours > 26 - 70
Hours > 27 - 3
Hours < 22 - 0

DAYLIGHT, sDA

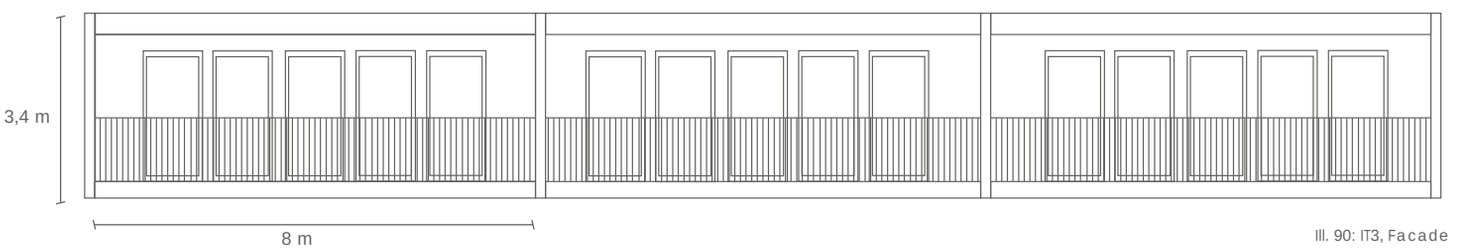


Ill. 89: IT3, Daylight

Daylight KEYNUMBERS

sDA - 100%
Average lux - 762

FACADE



Ill. 90: IT3, Facade

ACOUSTIC ANALYSIS

In this study, the focus is on the interaction between acoustic panels and how they affect daylight. The absorption coefficient of a material surface relates to the sound energy absorbed versus the sound energy that hits the material. The absorption coefficient is a factor between 0 and 1, where 0 means the material absorbs no sound energy, and 1 means the material absorbs all sound energy. According to building regulations, the reverberation time in a bedroom must not exceed 0.6 seconds (Bygningsreglementet, 2025a). This study is based on Søuld's Acoustic Mats, where the material's equivalent absorption area, A, is shown in appendix 45a (Søuld, no date). Calculations for the following four iterations can be found in appendix 45b.

The first experiment was conducted using the dark color called Green Winter, as seen in illustration 92. Initially, the reverberation time was calculated with Søuld covering the entire ceiling. The material performed very well, staying under the 0.6-second limit for all sound frequencies above 250 Hz. The reason it is still approved despite reaching 0.84 seconds at 125 Hz is that very low frequencies take longer to dissipate and are more difficult to absorb effectively. Next, this acoustic ceiling setup was imported into the daylight simulation, where it was observed that the sDA value was 33.4%, while the requirement for this project is 55%. This suggests that further investigation is needed into whether the issue lies in the amount, placement, or color of the material.

In the next experiment, Søuld acoustic panels were placed on one of the end walls as seen in illustration 91. This means both the amount and placement of the panels were adjusted. However, this resulted in a reverberation time above 0.6 seconds for all frequencies, indicating that the amount of material was not sufficient to absorb the sound. On the other hand, the daylight simulation showed that 91.1% of the room received daylight at 300 lux, which is well above the 55% requirement. Because both placement and quantity were adjusted, the same amount of Søuld was then placed on the ceiling. This slightly improved the daylight result (92.2%), indicating that placement has some effect, but that the amount of absorbing material is the key factor. Therefore, the next step is to find a balance where both acoustic and daylight performance meet the required levels.

The study then focused on calculating the minimum amount of absorbing material needed to meet the acoustic requirement. It was found that 17 m² of Søuld would be the minimum amount needed to stay below the 0.6-second reverberation limit as seen in illustration 93. However, this setup still does not meet the requirement at 125 Hz and 250 Hz, which could potentially be improved with the addition of curtains and furniture. This model was then tested in the daylight simulation with the dark color and ceiling placement, and it achieved a result of 67.5%, which meets the requirement. Therefore, this configuration is considered a viable solution to be used in BSim.

As the color of the Søuld panels had not yet been adjusted for the daylight simulation, the color was initially a darker color, as seen in illustration 94. But this darker color would have a significant effect on the daylight conditions of he room, making it darker than desired. Therefore, the color was changed to a white, glossy finish. This color adjustment significantly improved the daylight performance, allowing it to reach 100%. There may be a slight error due to the glossiness, but the only options for acoustic materials available in ClimateStudio, was a dark or light glossy material.

Finally, other materials were considered. The only material for which data could be found was Troldtekt. Troldtekt provides its own calculator on their website, which also accounts for the underlying construction behind the absorbing material. This allows it to perform better than Søuld in the simulations. Results for Troldtekt showed that it meets the 0.6-second requirement across all sound frequencies. (Troldtekt, no date)

The study concludes that a sound-absorbing material can be installed across the entire ceiling, as long as it is light in color. If a darker color is desired, the maximum allowable amount is 17 m².

DARK ACOUSTIC PANELS ON THE ENTIRE CEILING



Ill. 92:Iteration with dark Søuld covering the entirety of the ceiling, 31.9 m².

17 M² DARK ACOUSTIC PANELS ON THE CEILING



Ill. 93:Iteration with dark Søuld covering 17 m² of the ceiling.

DARK ACOUSTIC PANELS ON WALL



Ill. 91:Iteration with dark Søuld covering the entirety of the end wall in the main living space 9.2 m².

LIGHT ACOUSTIC PANELS ON THE ENTIRE CEILING



Ill. 94:Iteration with light Søuld covering the entirety of the ceiling 31.9 m².

IT4 – LIGHT ACOUSTIC MATERIAL

Iteration four includes the addition of acoustic paneling. These have previously been determined to be necessary for the entire area of the ceiling. Due to daylight, they need to have light coloring. Due to the insulating properties of acoustic panels, this has led to a further increase in the indoor temperature. This is, however, mitigated when curtains are inserted into the equation.

BSim KEYNUMBERS

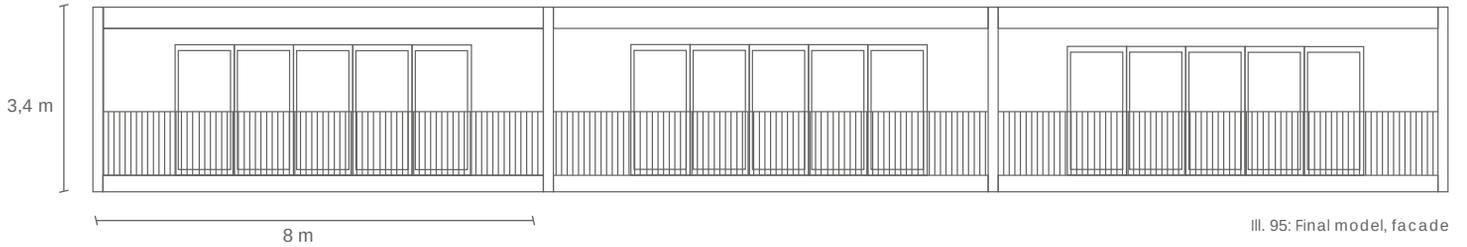
SUM

Hours > 25 - 275
Hours > 26 - 102
Hours > 27 - 11
Hours < 22 - 0

FINAL MODEL

These indoor calculations conclude that the residents' room need light wood flooring, white gypsum walls, and acoustic paneling in the ceiling with a light color. The façade will include five windows with a total of 10.7 m² glazing, and a terrasse that is 8 meters by 2.5 meters.

FACADE



Ill. 95: Final model, facade

STRUCTURE

ACOSTICS, MATERIALS



Ill. 96: Final model structure and acoustic

CONSTRUCTIONS

EXTERIOR WALL:
Inside (20C) to Outside (-12C)

Gypsum board	-	12,5 mm
Installation level	-	40 mm
Spruce	-	40 mm
OSB/3	-	12 mm
Mineral wool	-	200 mm
Spruce	-	200 mm
Wood fiber insulation boards	-	80 mm
Rear ventilated level (outside air)	-	30 mm
Spruce	-	20 mm

FLOOR SLAB:
Inside (20C) to Inside (20C)

Gypsum board	-	12,5 mm
Gypsum board	-	12,5 mm
Installation level	-	24 mm
Spruce	-	24 mm
Vapor retarder sd=5m	-	0,5 mm
Mineral wool	-	180 mm
Spruce	-	220 mm
Stationary air	-	40 mm
Spruce	-	22 mm

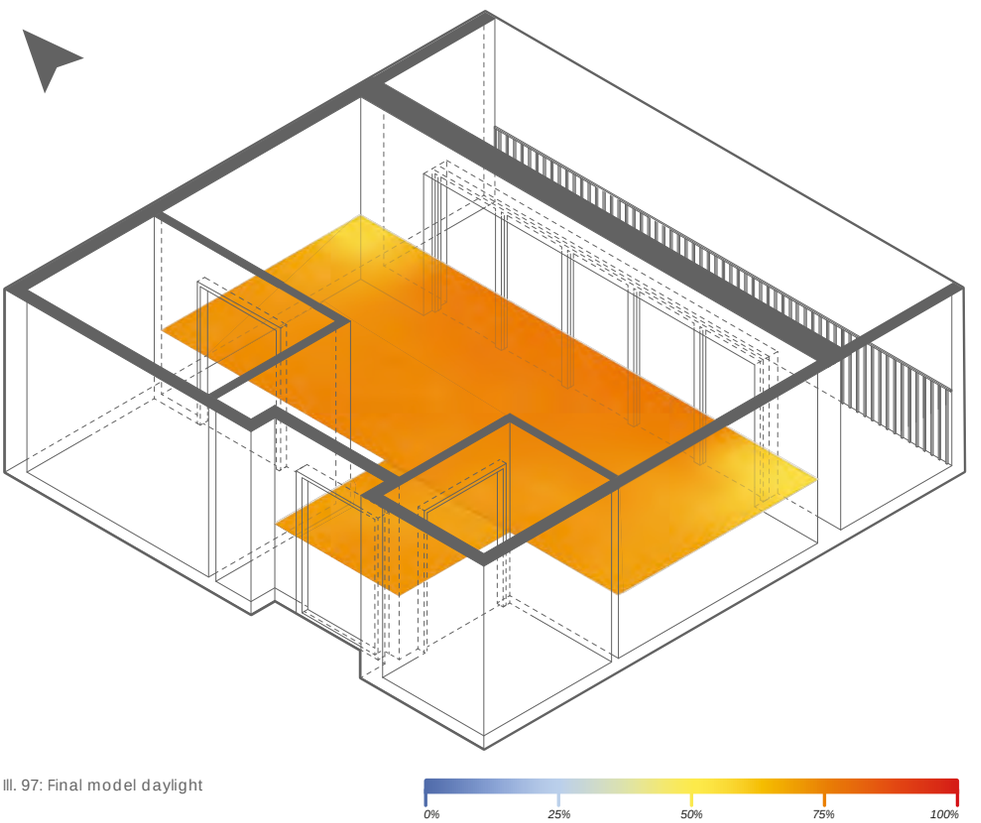
INTERNAL WALL:
Inside (20C) to inside (20C)

Gypsum board	-	12,5 mm
Stationary air	-	30 mm
Mineral wool	-	100 mm
I-Joist	-	160 mm
Stationary air	-	30 mm
Gypsum board	-	12,5 mm

ROOF:
Inside (20C) to Outside (-12C)

Acoustic material	-	40 mm
Stationary air	-	24 mm
Spruce	-	24 mm
Vapor retarder sd=5m	-	0,25 mm
Mineral wool	-	200 mm
Spruce	-	200 mm
Spruce	-	22 mm
Bitumen membranes	-	5 mm
Extruded polystyrene	-	80 mm
Soil	-	50 mm

DAYLIGHT, sDA



Ill. 97: Final model daylight

The final model with analyzed daylight. When the five windows are pushed together, results in a sDA score of 100%, an average lux of 989 and no blinds applied.

BSim

ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10(31 days)	11(30 days)	12(31 days)
qHeating	4084,20	599,58	549,20	635,94	355,81	220,60	140,37	49,75	48,08	122,47	278,81	483,32	600,29
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2242,50	-280,28	-255,19	-296,49	-197,11	-149,52	-113,98	-77,22	-76,36	-110,20	-169,83	-237,74	-278,57
qVenting	- 133,10	0	0	0	- 1,20	- 8,95	- 16,75	- 46,41	- 47,49	- 11,61	- 0,71	0	0
qSunRad	189,78	0,73	4,33	13,88	28,44	27,37	22,50	31,82	29,21	17,77	11,47	1,81	0,45
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-2783,70	-349,33	-323,81	-374,71	-252,64	-185,72	-141,17	-90,48	-86,82	-127,34	-206,06	-293,03	-352,60
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-945,71	-126,23	-115,01	-134,14	-83,80	-59,28	-41,45	-22,96	-22,12	-41,57	-69,19	-104,86	-125,09
Sum	-0,19	-0,03	-0,03	-0,03	-0,01	-0,01	0	0	0	0	-0,01	-0,03	-0,03
tOutdoor mean (°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean (°C)	24	24	24	24	24	24	24	24,3	24,3	24	24	24	24
AirChange (/h)	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,3	2,3	1,9	1,8	1,8	1,8
Rel. Moisture (%)	32,7	20,3	20,4	18,3	26,6	34,4	44,1	51,5	49,6	43,9	36,9	25,4	21,5
Co2(ppm)	466,3	469,2	469	469	469,3	467,3	464,8	456,9	456,7	466,8	468,8	468,6	468,8
PAQ(-)	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	218	0	0	0	0	0	20	98	91	9	0	0	0
Hours > 26	66	0	0	0	0	0	0	37	24	5	0	0	0
Hours > 27	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4746,64	591,79	538,88	625,86	416,66	316,74	242,70	165,60	164,18	232,69	359,63	502,26	588,64

Ill. 98: Final model BSim

BSim KEYNUMBERS

SUM

Hours > 25 - 218
Hours > 26 - 66
Hours > 27 - 5
Hours < 22 - 0

SYSTEMS

VENTILATION: Always
Input:
Supply (m3/s) - 0,05
Pressure Rise (Pa) - 500
Total Eff. (-) - 0,7
Part to Air - 0,55
Output:
Return (m3/s) - 0,05
Pressure Rise (Pa) - 500
Total Eff. (-) - 0,7
Part to Air - 0,55

EQUIPMENT: Always
Heat load (kW) - 0,159
Part to Air (-) - 0,5

HEATING: Always
MaxPow (kW) - 2
Fixed Part (-) - 0
Part To Air (-) - 0,55
Floorheat
Factor (-) - 1
Set Point (C) - 24
Max. Surf. Tmp. (C) - 30
Design Temp (C) - -12
MinPow (kW) - 0
Te Min (C) - 18

INFILTRATION: Always
Basic AirChange (/h) - 0,5
TmpFactor (/h/K) - 0
TmpPower - 0
WindFactor (s/m/h) - 0

PEOPLELOAD: Sitting, Always
Heat Gen. (kW) - 0,1
Moist. Gen (kg/h) - 0,06
Profile - 50% 1-24

VENTING:
Basic AirChange (/h) - 0,4632
TmpFactor (/h/K) - 0,1
TmpPower - 0,5
WindFactor (s/m/h) - 0,2
Max AirChange (/h) - 3
Control
SetPoint (C) - 24
SetP Co2 (ppm) - 0
Factor (-) - 1

AUTONOMY OVER INTERIOR DESIGN

All 12 residents' rooms are designed to be the same base for residents to move into. This means that residents move into the facility and bring their own furniture, with the only caveat being the need to meet the previously mentioned requirements – for example, staff needs access around the bed, in order to complete tasks associated with care. In other words, residents have the autonomy to furnish the unit as one open space, or as two separate spaces, as long as the layout is not a hindrance for the staff – in that case, obstacles might have to be moved out of the way.
The space has been designed to be a blank canvas for the residents to paint and make their own.



Ill. 99: Interior design 1



Ill. 100:Interiordesign2



Ill. 101:Interiordesign3

PALLIATION IN CONTEXT

PATIENT GROUPS

FUNCTIONAL RELATIONS

CONTEXT

RESIDENT ROOM

BUILDING DEVELOPMENT

DETAIL

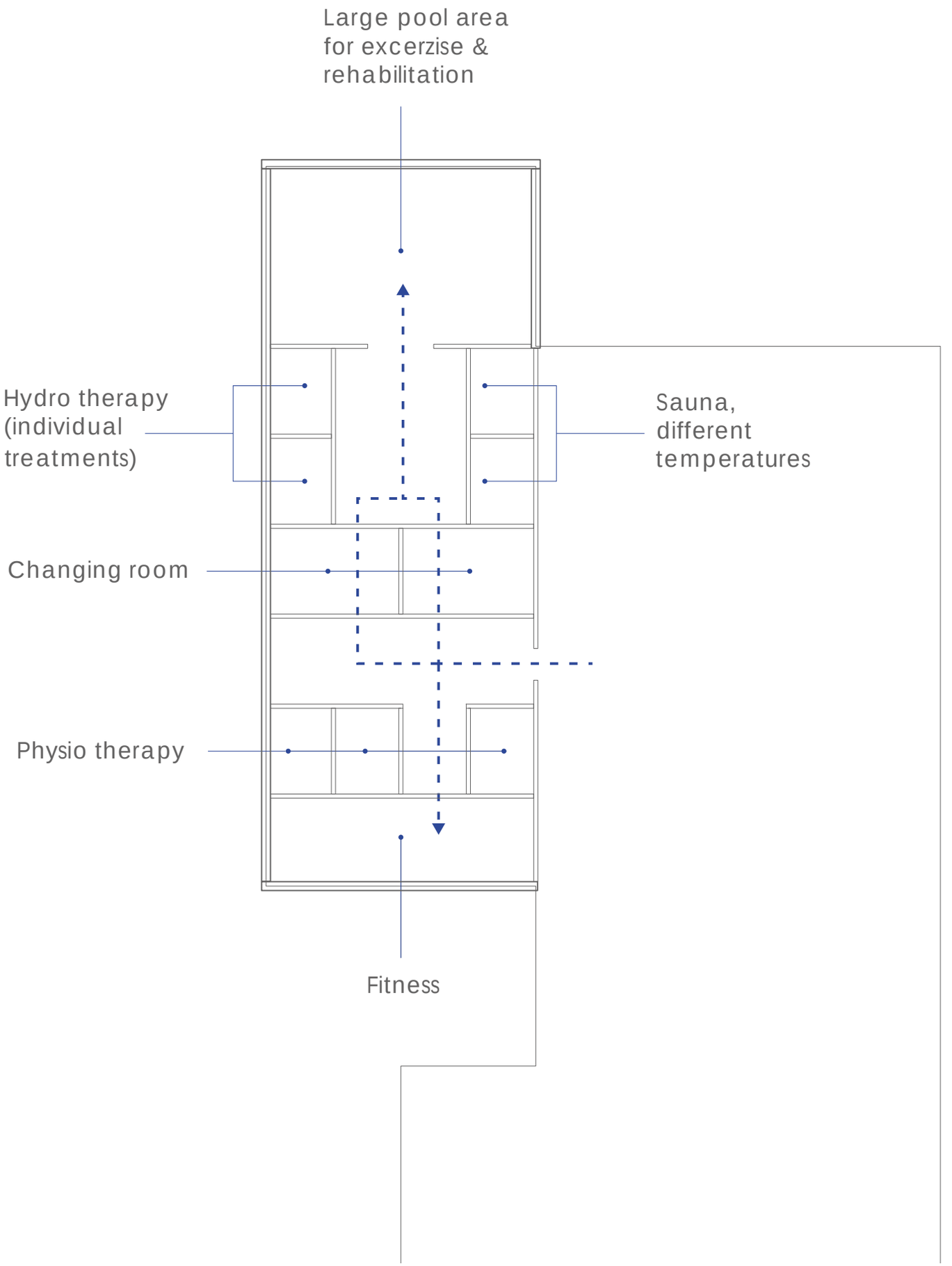
DESIGN

EPILOUGE

6.

BUILDING WITH RESIDENT UNIT

Based on the resident room as a unit defined by a module measuring 6x8 meters, the building is designed using this grid. This allows the study to focus on exploring possibilities in volume, layout, façade and balance within the defined framework. It also incorporates a realistic scale for the space a resident room occupies and provides an opportunity to investigate how many beds the building can accommodate. Based on previous analyses and knowledge, the work is carried out within an overall multi-story volume. In the following chapter, the design process for the entire building continues, initiated by highlighting three iterations, each with inherent qualities, accompanied by a case study.



SECTION OF PLAN ITERATION

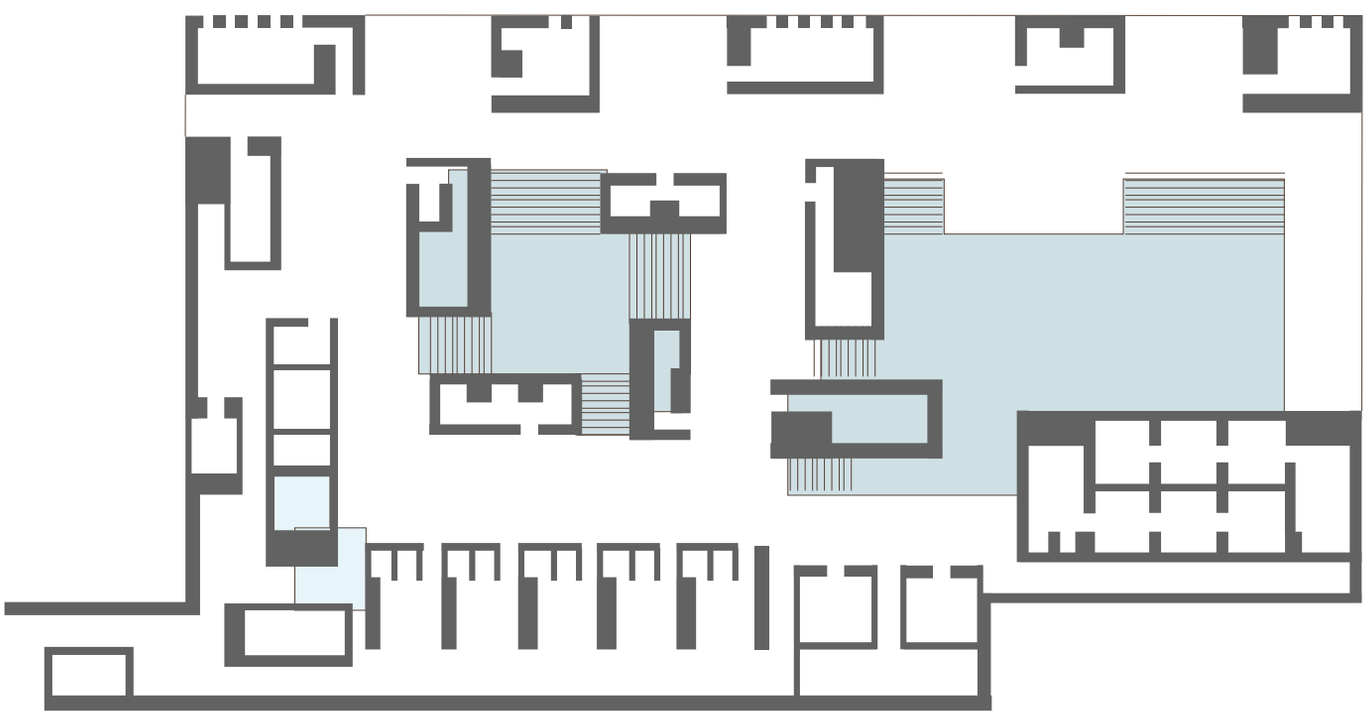
Ill. 102:Planiteration1

VALS SPA

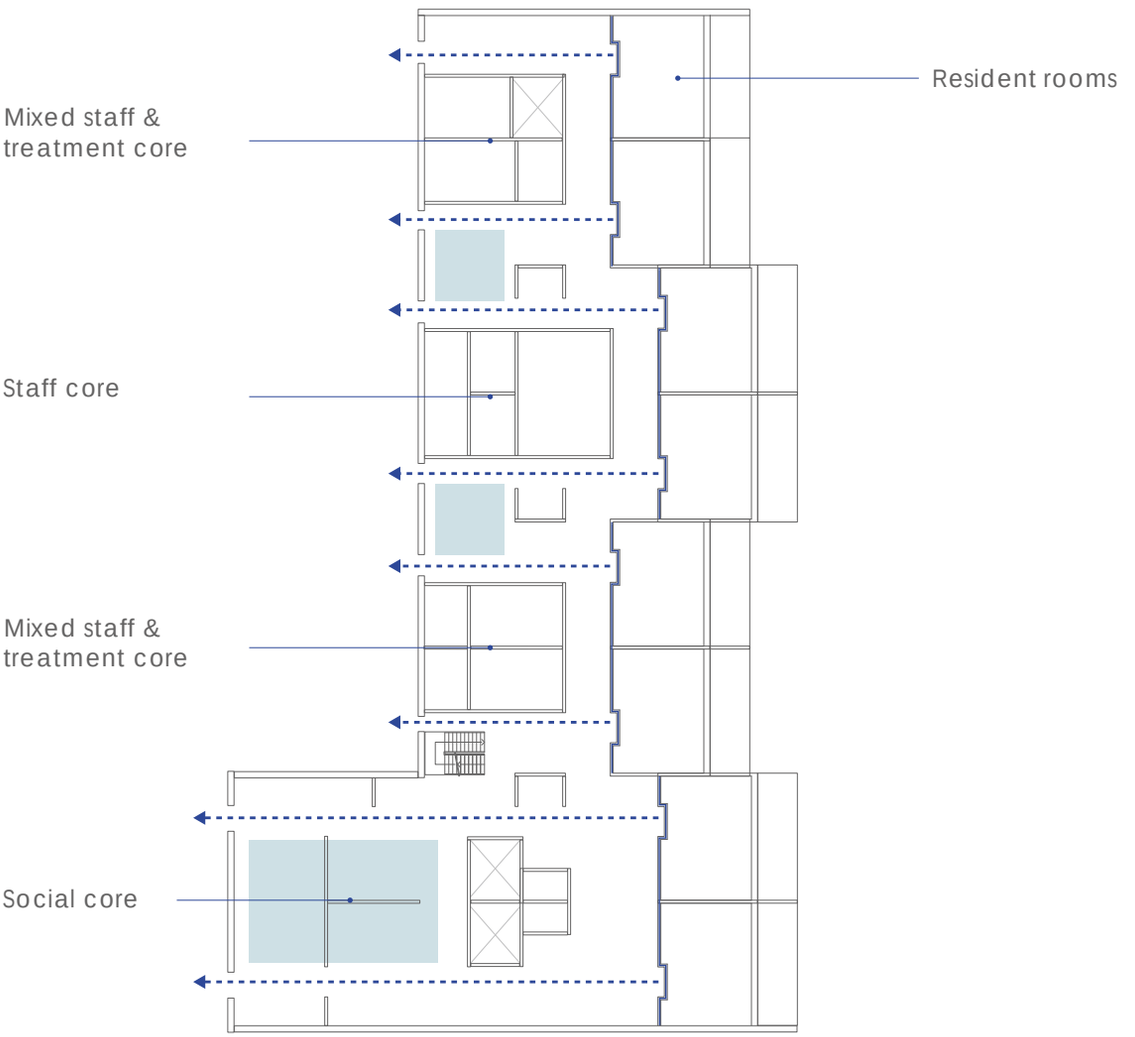
in illustration 102, an iteration is shown where the spa and wellness area is significantly larger than in previous versions. The program here includes both large and small pools, and for the continued design development, Peter Zumthor's hotel and spa shown in illustration in 103-104 in Therme Vals, Switzerland, is highlighted as a reference. Built in 1996, the spa combines various sensory experiences around the thermal springs. Based on the idea of a cave as the fundamental structure, the spa is composed of small and large groups of walls that not only create space within themselves but also define the surrounding spaces (ArchDaily, 2009). By pulling these volumes away from the façade, light is drawn into different areas while other parts remain darker. This principle also allows for different kinds of social, semi-private and private spaces. These spatial design principles will inspire the wellness section of the project but also influence the rest of the building.



Ill. 104:Therme, Vals. (trevor.patt, 2014)



Ill. 103:Valsplan



A RESIDENT FLOOR

Ill. 105: Plan iteration 2

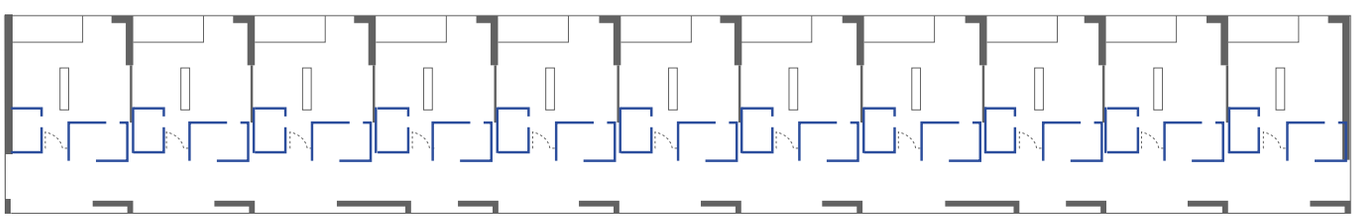


Ill. 107:Home for senior citizens. (Photo: fcamusd, 2012)

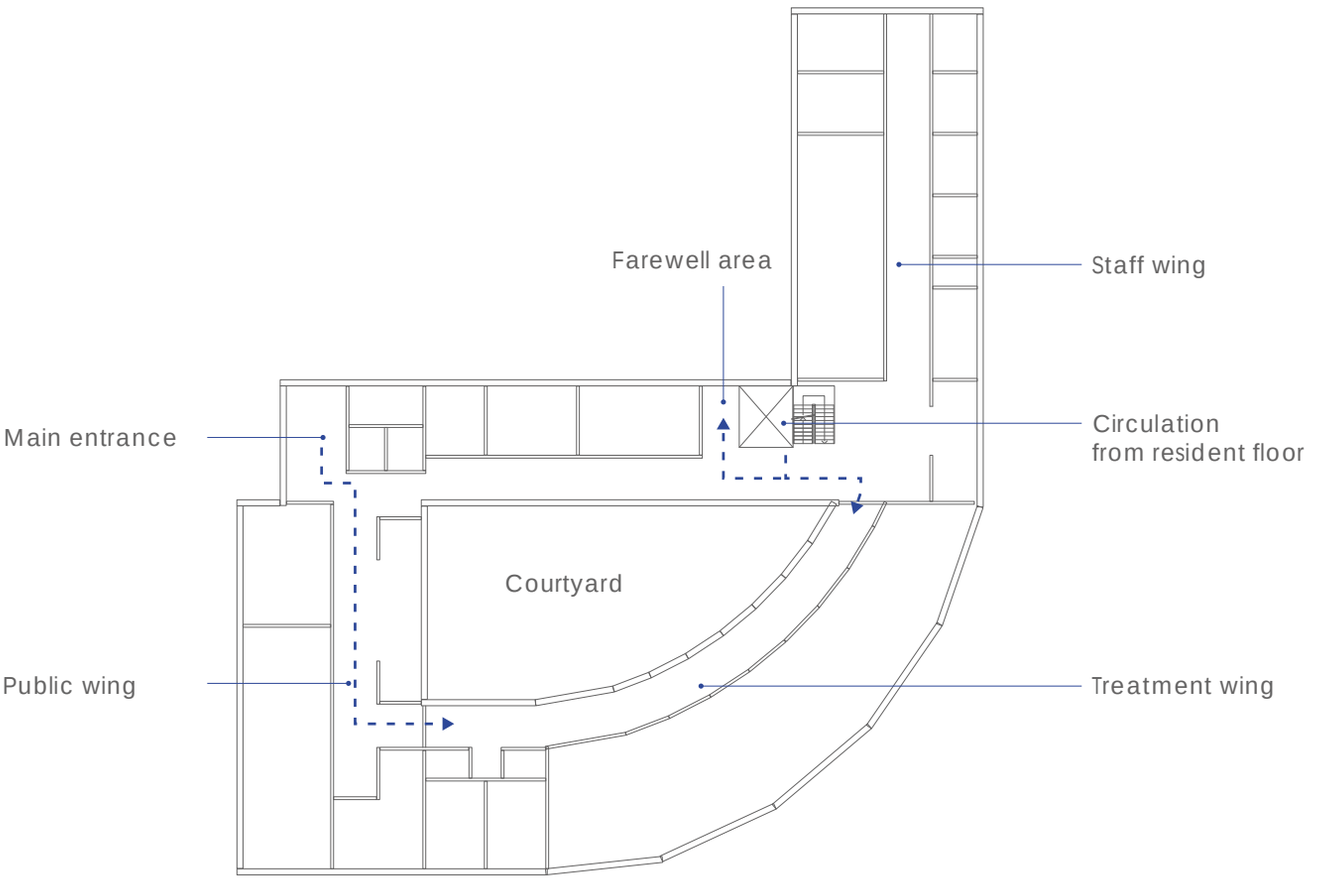
HOME FOR SENIOR CITIZENS

in illustration 105, is a resident floor plan based on the previous concept of clusters, meant to create rooms both within and around shared spaces. In this iteration, each resident room is mirrored to form larger areas, allowing for a more enclosed staff core. When a resident exits their room, they are always met with a view and an opening in the façade, aligned along the yellow axis through the open communal space. The offset arrangement of the resident rooms also creates a staggered façade, which is unique to this section. However, this configuration partially limits sunlight to some rooms, which will be further refined in future iterations.

As inspiration, another project by Peter Zumthor is referenced – his senior citizens' home built in 1993 in Chur, Graubünden, Switzerland (Orthos logos, 2019). In this design, the offset is not expressed in the façade but rather toward the hallway. Either the bathroom or a storage unit is pushed outward, creating a small entry zone for each resident and helping to break up the institutional corridor into a rhythmic sequence of volumes. This concept of offsets in the hallways and creating locked viewpoints towards an opening to the outside, as seen in illustration 106, will be implemented moving forward.



Ill. 106: Home for senior citizens plan



AN ENTRANCE, PUBLIC, STAFF DRIVEN AND TREATMENT FLOOR

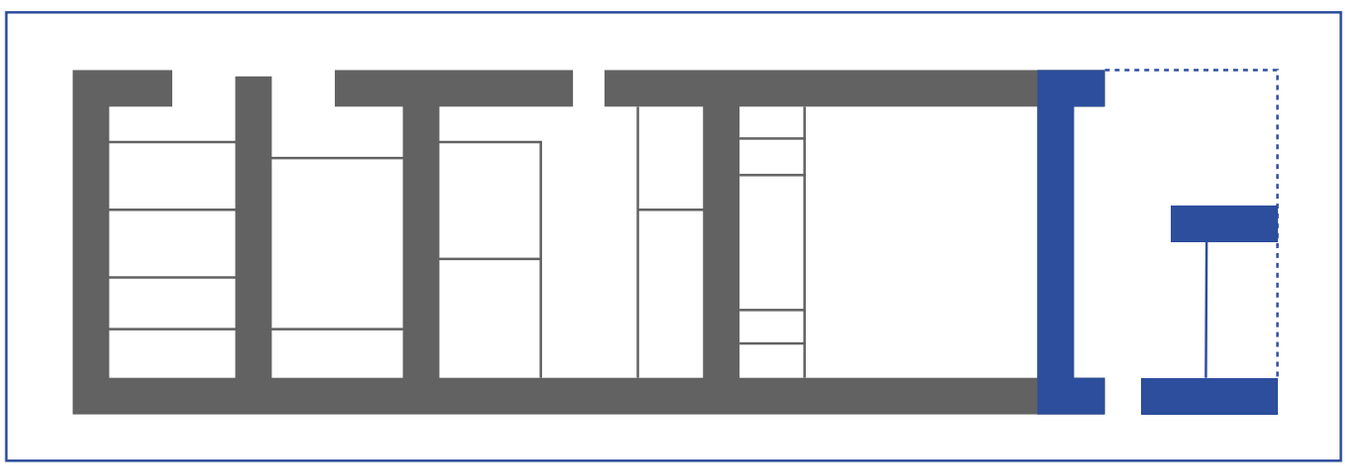
Ill. 108: Plan iteration 3



Ill. 109: Bagsværd church, entrance photo



Ill. 110: Bagsværd church, photo

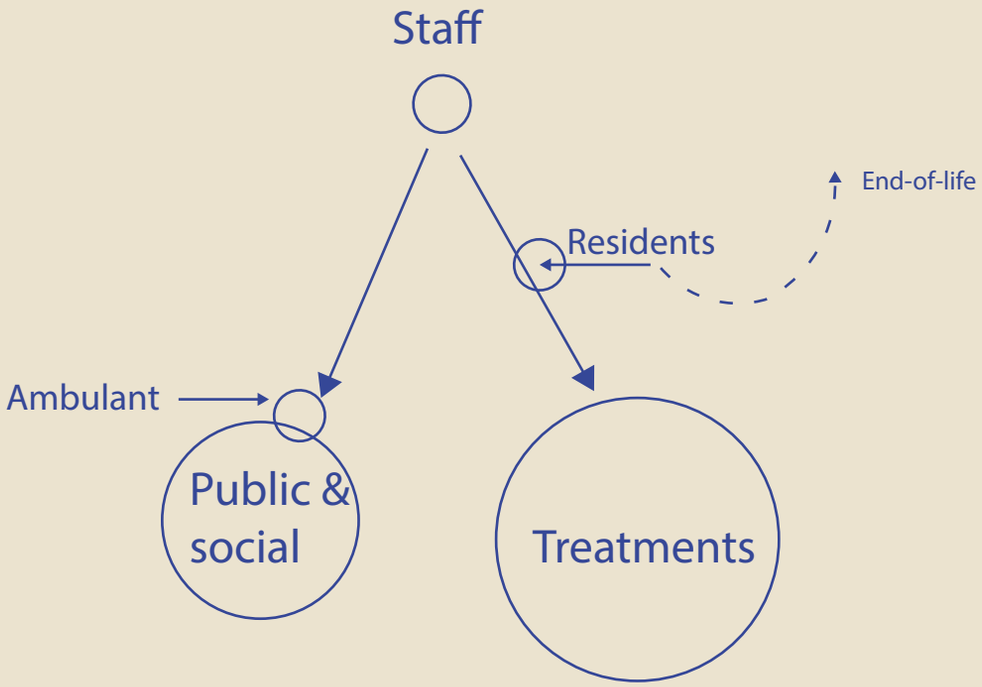


Ill. 111: Bagsværd church, plan

BAGSVÆRD CHURCH

In the final highlighted illustration 108, a circulation concept emerges where outpatients and residents are separated but meet in the treatment zone from opposite ends. Courtyards are used as spatial dividers, placing public functions to the west and treatment areas to the east. From the residents' perspective, public spaces become a choice rather than a requirement. Staff areas are located along the entire northern side of the building, allowing easy access to residents, treatments, and public zones. They are also closely connected to the entrance, where the farewell space is integrated into the building's volume.

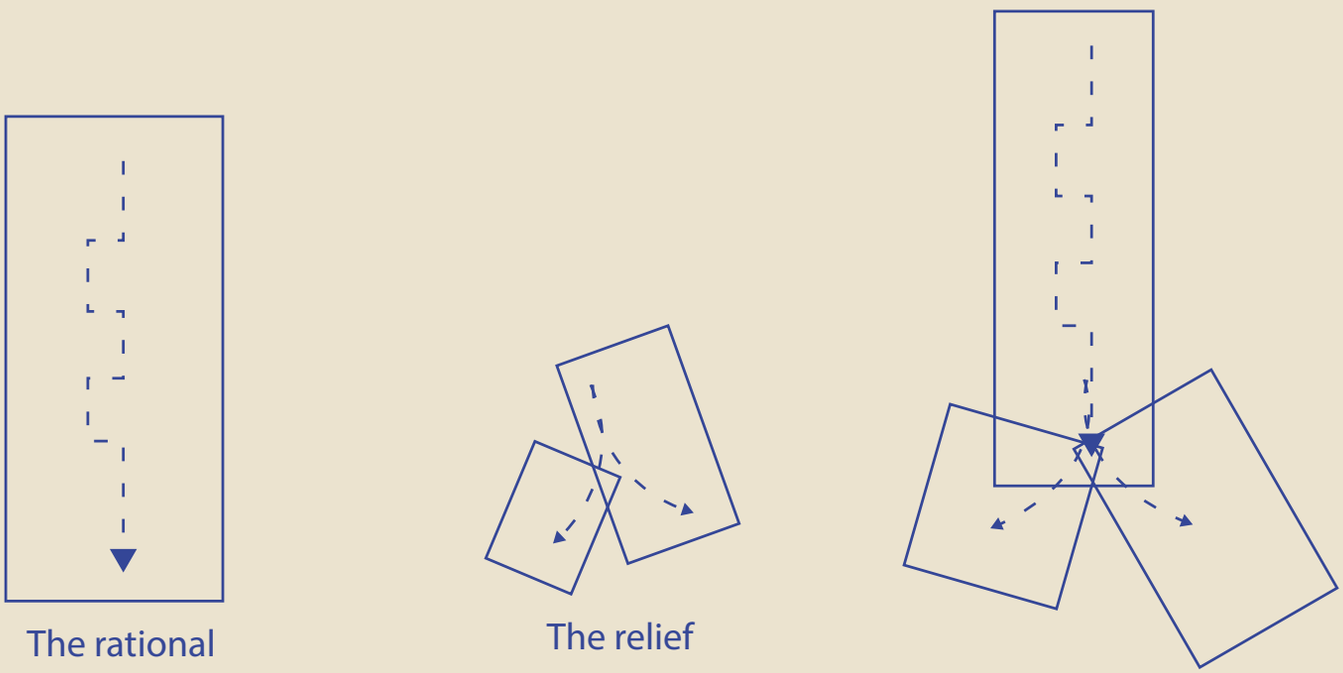
As a reference, Jørn Utzon's Bagsværd Church from 1976 is highlighted in illustration 111. The church represents an unconventional approach, constructed in white concrete and illuminated by natural daylight (Thede and Møller, 2024). In a section of the floor plan, seen above, the volume opens up while the roof continues overhead, creating a transitional zone between inside and outside. This project seeks to integrate the moment of farewell as part of the spatial volume and overall plan layout. It is to be situated away from public functions, enabling a calm and intimate atmosphere for this sensitive moment.



Ill. 112: Circulation concept

CIRCULATION CONCEPT

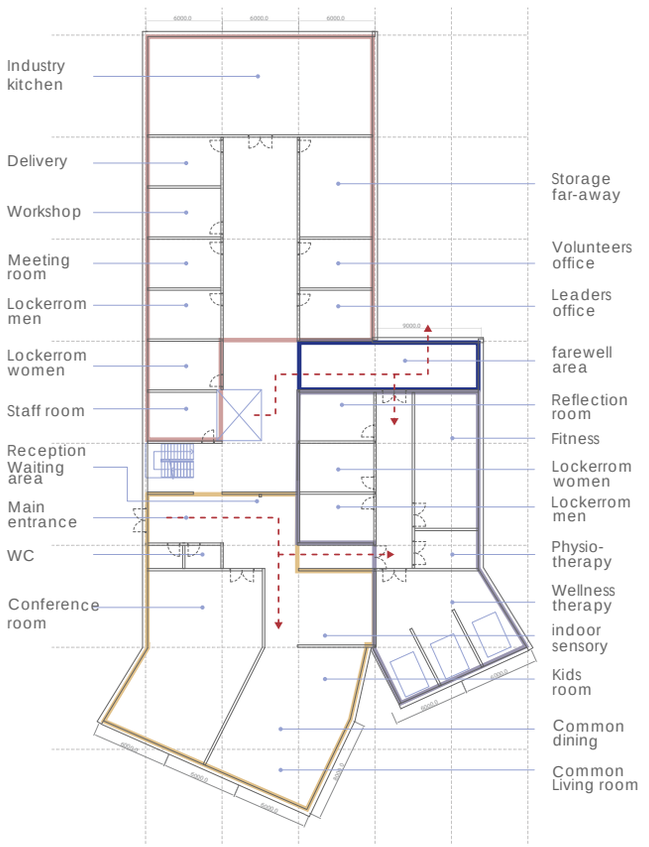
Building on illustration 112, the chosen circulation principle, which will be developed moving forward is based on a separation of movement between residents and outpatients – they are divided and meet in the treatment zone, each arriving from their respective entrance areas. This arrangement offers ill and vulnerable residents' greater privacy when accessing treatment. Additionally, at the same end of the circulation where residents access the treatment area, there will be a separate exit reserved for the final farewell when death has occurred. Staff must be present and visible from the entrance, near the treatment areas, and close to the residents.



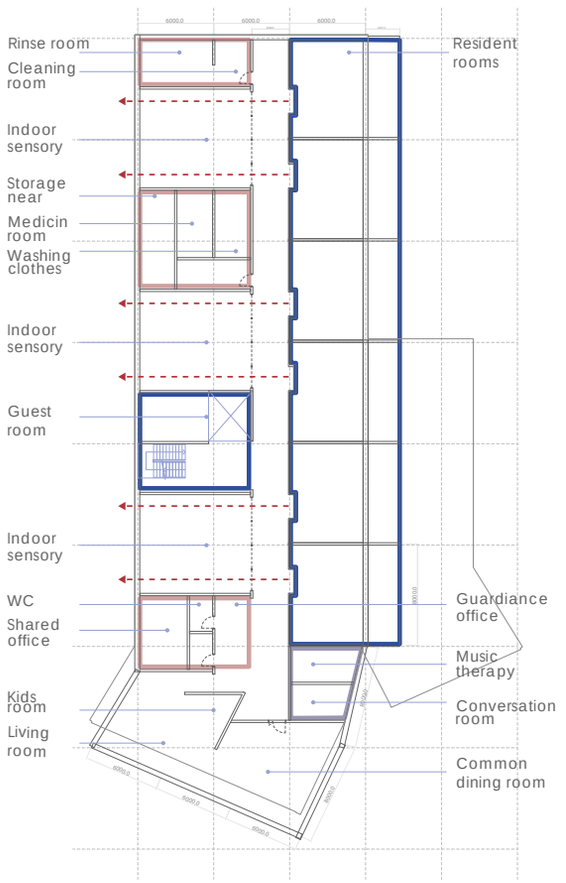
Ill. 113: Functional relation

FUNCTIONAL RELATION

The building concept unites a rational, structured volume – housing staff functions and resident floors – with a softer, more humane end, where the circulation shifts to accommodate treatment areas and public functions. This transition embodies both the rhythms of daily life and the sensitivities of end-of-life care. In the following, the concept will be further explored through plan drawings and volumetric studies to clarify and strengthen the architectural narrative.



Ill. 114: Volume extracted toward the east, ground floor



Ill. 115: Volume extracted toward the east, first and second floor

VOLUME EXTRACTED TOWARDS THE EAST

In illustration 114 and 115, the treatment zone is extended eastward toward the forest, deliberately breaking the rational geometry of the main volume. The entrance is positioned within the public zone, providing direct access for outpatient visitors to the treatment area. Circulation is located to the north of the entrance, allowing residents to access either the treatment zone or the farewell space.

However, the two wings extending in opposite directions do not create a sufficiently defined separation, nor do they establish a meaningful or functional outdoor space between them.

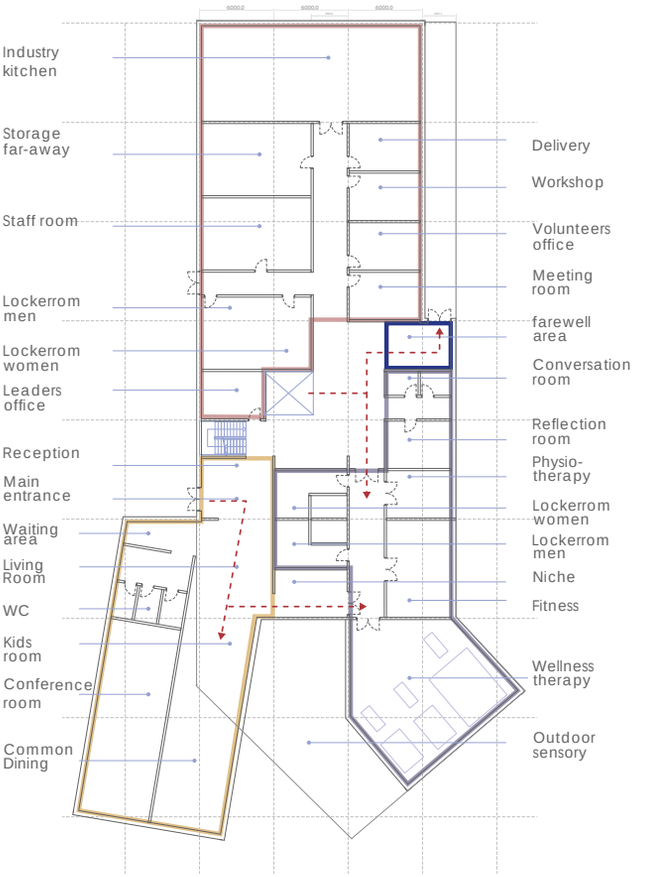
On the first and second floors, residents are arranged in a rational layout facing east. Enclosed or semi-enclosed cores – housing either staff functions or vertical circulation – define open common areas in between, offering residents views toward the west. The social wing, oriented in the opposite direction of the treatment zone on the ground floor, weakens the cohesion of the overall concept.

VOLUME EXTRACTED TOWARDS THE WEST

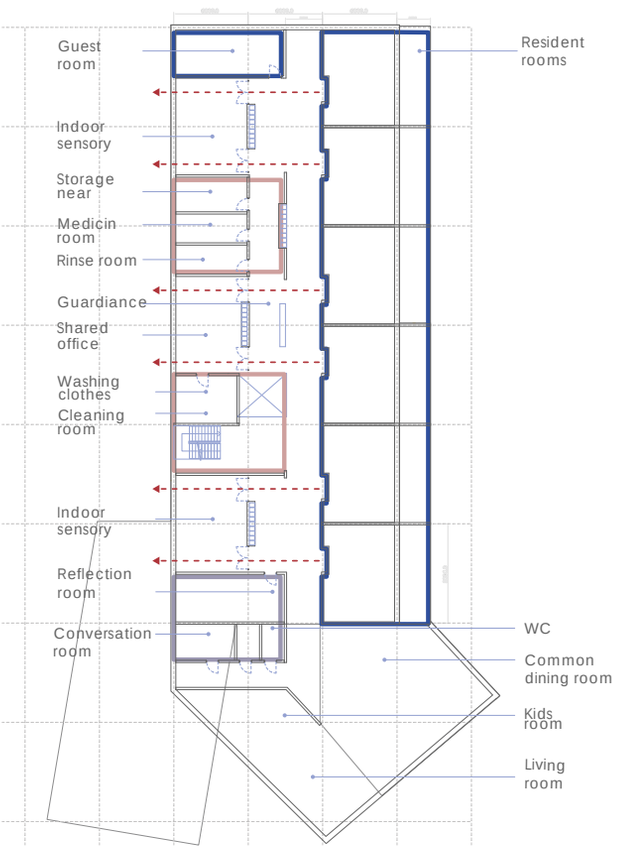
In illustration 116 and 117, the courtyard between the two southern wings has been expanded, increasing the separation between the public zone and the treatment zone. This spatial shift creates opportunities for small niches around the courtyard, forming semi-private in- and outdoor areas.

On the first floor, the southern wing is reoriented to face the surrounding nature, enhancing its connection to the landscape. Additionally, the resident floors now align with the eastern section of the ground floor, allowing for an overhang that shelters the outdoor portion of the farewell area, integrating it more fully into the building's overall volume.

Here, it is the public zone and entrance that are pushed outward from the main structure, clearly articulating the arrival point. In contrast, the treatment zone is absorbed into the overall mass, with its offsets appearing more deliberate and cohesive. This iteration will serve as the basis for further development of the project.



Ill. 116: Volume extracted toward the west, ground floor



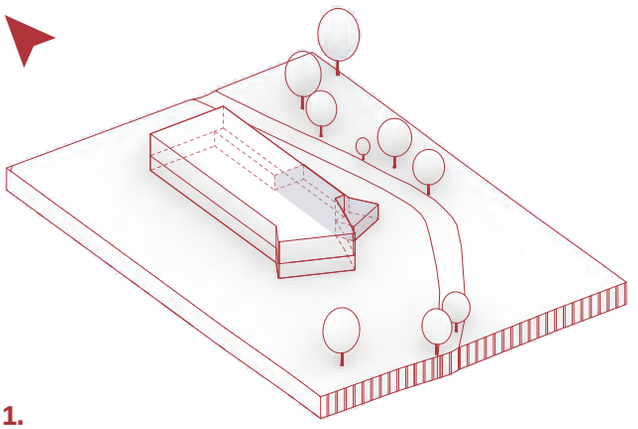
Ill. 117: Volume extracted toward the west, first and second floor

MASSING DEVELOPMENT

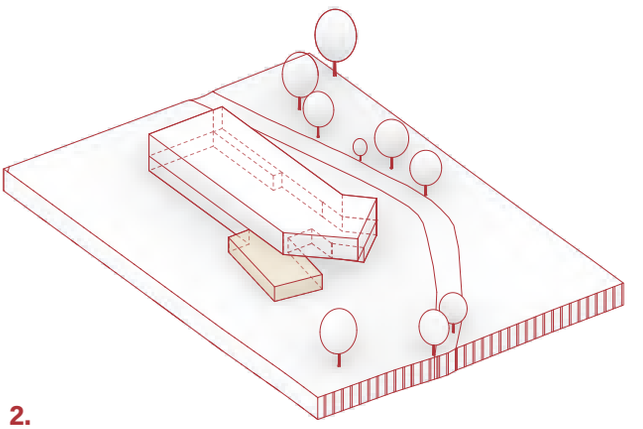
As part of strengthening the overall concept, the volumes have undergone further development. As seen in the previous example, the building mass was initially broken where the treatment zone extended toward the forest, while the rest of the structure asserted itself toward the city and the entrance. By allowing the public zone to project outward, greater spatial cohesion is achieved, and the combined mass of the treatment and resident areas is once again oriented toward nature.

To continue the same pattern of recesses and projections from the ground floor, the volume is pulled inward on the first and second floors, and the southern wing is extended. This opens the courtyard further without entirely removing the overhang. As a result, the treatment zone on the ground floor also becomes longer.

As a final gesture in the massing, the southern end of the first and second floors is pushed upward, giving residents on the second-floor increased ceiling height in the dining and living areas. This move also reinforces the southern shift as a key part of the overall concept.

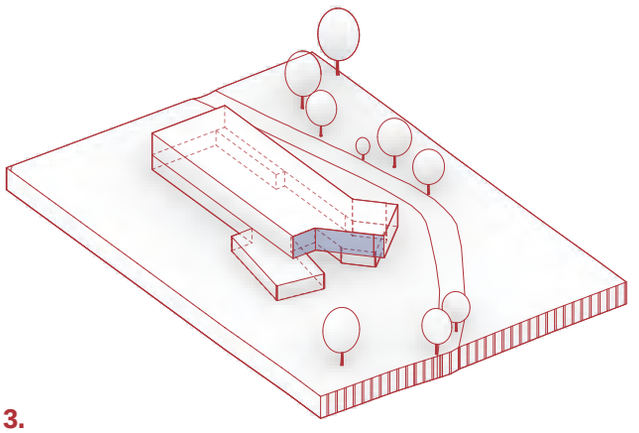


1.

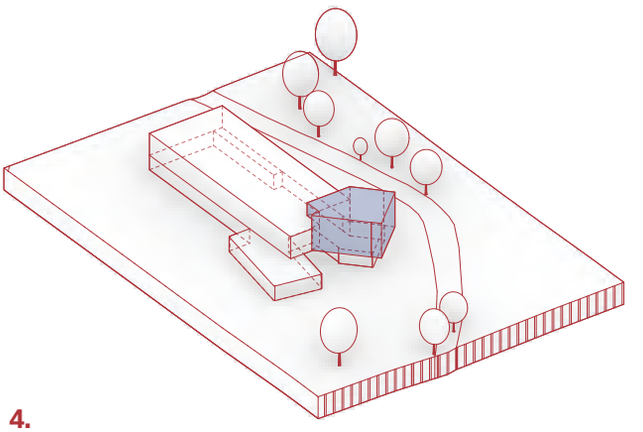


2.

1.

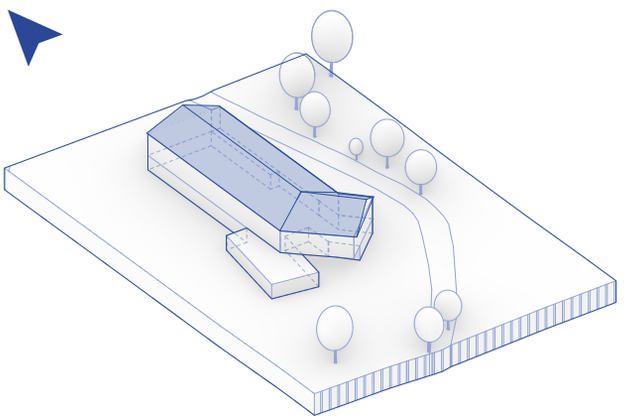


3.

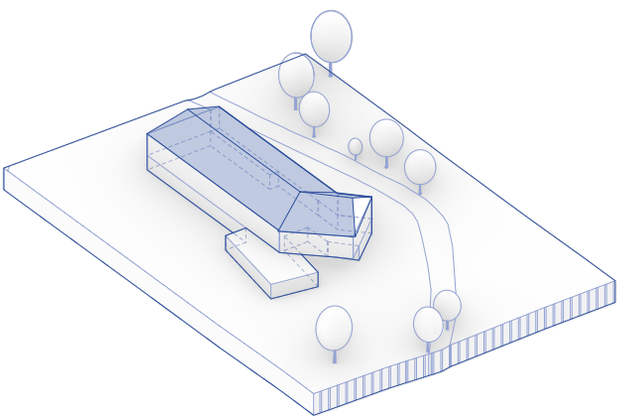


4.

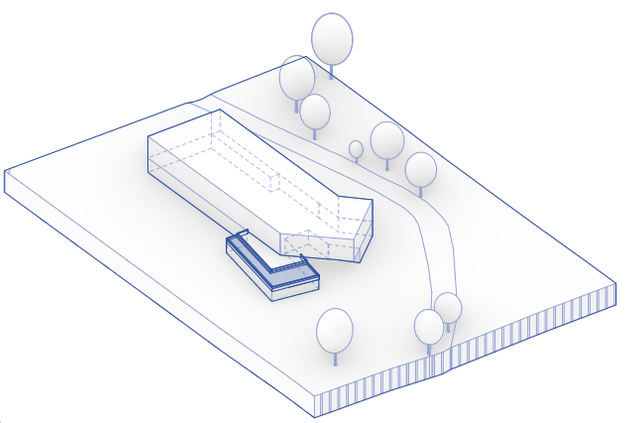
Ill. 118: Massing development



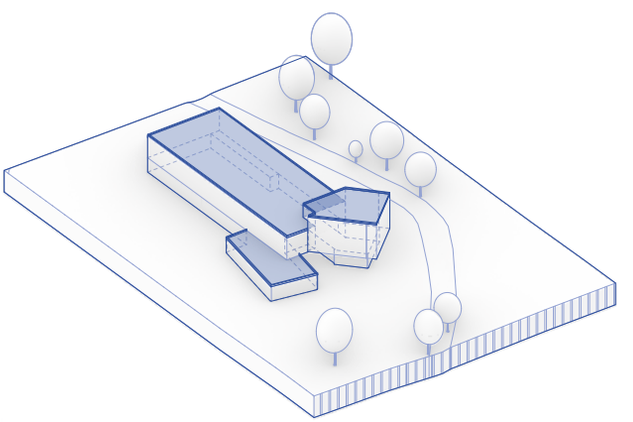
1.



2.



3.



4.

Ill. 119: Roof development

ROOF DEVELOPMENT

As part of the concept development, various roof solutions were also explored. Initially, a pitched roof was considered to emphasize the orientation of the volume – this was also tested with a recessed profile. The roof over the ground floor was examined as a combination of a green roof and a terrace, which could be directly accessed by residents on the first floor. However, as the volume was extended upward and was offset, it became more natural to maintain a flat roof. To further blend the building into its surroundings, all roof surfaces were designed as green roofs. This design choice benefits residents on the first and second floors, who will be able to look out and see the grassy roof continuing seamlessly into the natural landscape.
The following section explores the façade design in more detail and how the development of the building volume has influenced it.

PALLIATION IN CONTEXT

PATIENT GROUPS

FUNCTIONAL RELATIONS

CONTEXT

RESIDENT ROOM

BUILDING DEVELOPMENT

DETAIL

DESIGN

EPILOUGE

7.

AND HEALING ENVIROMENTCANCER COUNSELING WARM WATER/WELLNESS EFFECT ON THE BODY TECHNICAL FOCUS ROOM PROGRAM FUNCTION DIAGRAM

CIPLES FOR COMBINING HOSPICE, NURSI

ITERATIONS OF RESIDENT ROOM BASE MODEL IT1- ADD TERRACE AND OVERHANG HERNING HØJSKOLE IT3 – FIVE

ITERATIONS OF RESIDENT ROOM CASE STUDY FOR RESIDENT ROOMS

QUALITY OF LIFESITE SPECIFICATION HINNERUP SITE CONDITIONS REDEFINED PROBLEM STATEMENT VISION PROGRAMMATIC RELATIONS MASSING PRINCIPLES PROGRAMMING ON SITE PRINCIPLES FOR THE RESIDENT ROOM

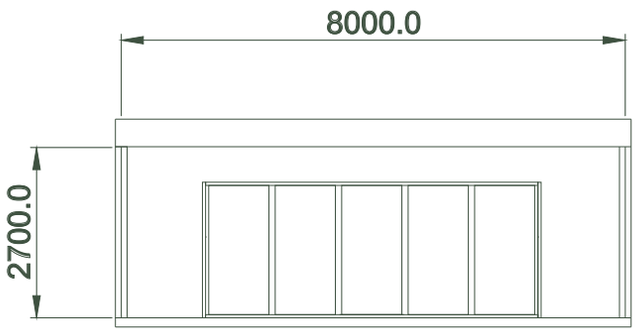
IDENT ROOM CIRCULATION STAFF CIRCULATION AMBULANT CIRCULATION IN FUNCTION DIAGRAM

RESIDENT MODULE

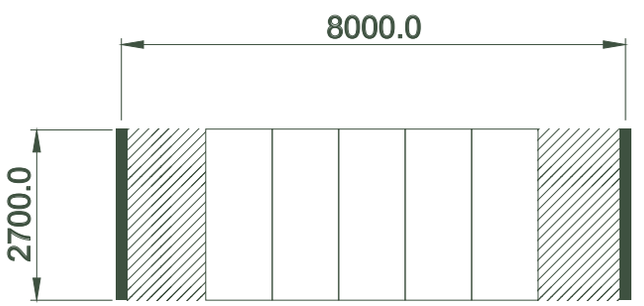
Based on the resident module, which consists of two large surfaces and five window surfaces, this principle was extended to the rest of the building as a modular façade system. The key question was what surfaces should be solid and which should be glazed, depending on the functions behind them. Since the building typology is sensitive, intimate, functional, sensuous, and at times lively, the overall façade expression is also intended to reflect the calm and activity that the building should provide its users in a harmonious way.

As seen in the references, wood is the desired cladding for the façade, and different possibilities are explored to create large open and bright spaces, as well as more enclosed, intimate rooms. Lamellas in the façade can help partially block views in and out, while creating a more private atmosphere inside. They can also function as railings, as the building includes several balconies and shared terraces.

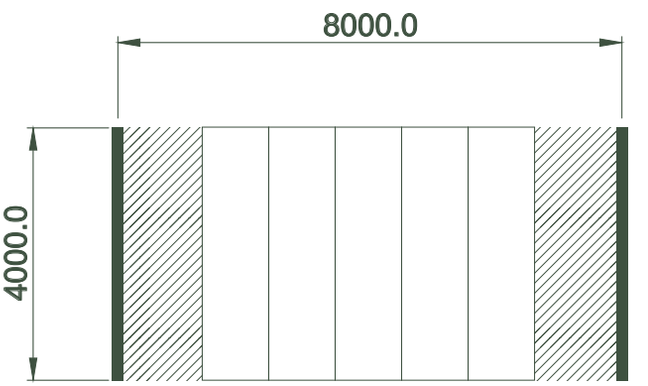
The character of the building's various atmospheres has previously been presented in the report, and the following section summarizes them with a focus on how windows and façades can support the atmosphere of each function.



LONG FACADE

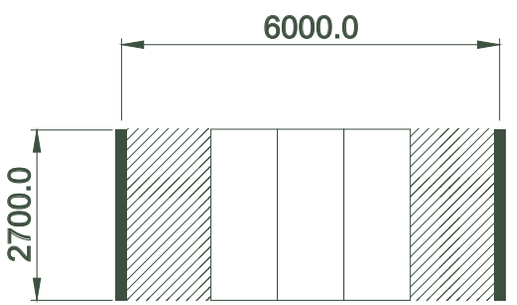


FIRST & SECOND FLOOR

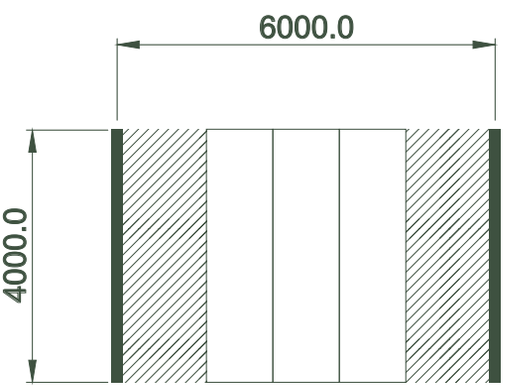


GROUND FLOOR

SHORT FACADE



FIRST & SECOND FLOOR



GROUND FLOOR

Ill. 120: Resident facade module

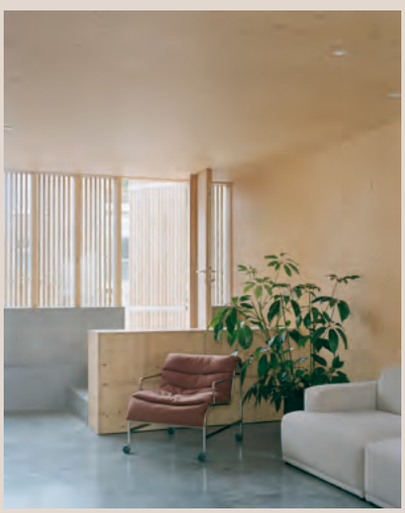


Ill. 121:Villa Åkerberg by DinellJohansson. (Photo: DinellJohansson, 2014)



Ill. 122: Civic center by ACAU Architectes. (Photo: Nicolas da Silva Lucas, 2024)



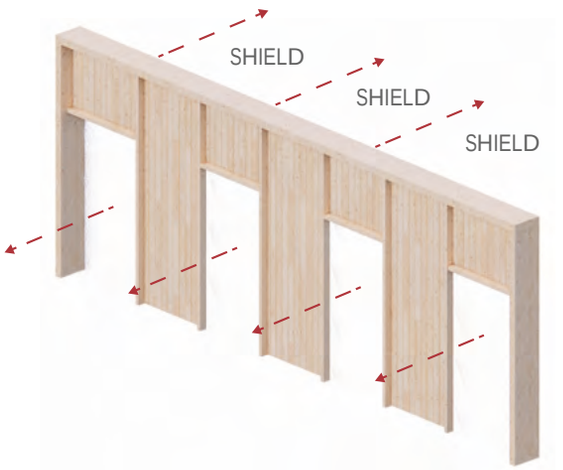




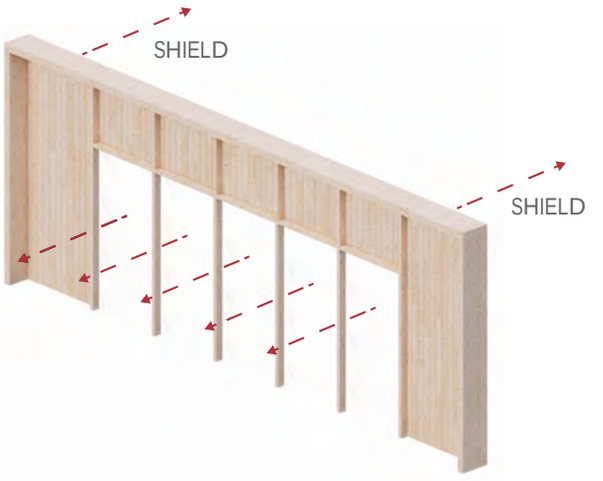
Ill. 123:Spruce huse by ao-ft. (Photo: Rory Gardiner, 2023)

WINDOW & FUNCTIONS

Based on the module, various configurations within the module have been explored to support different functions. Conference areas, common spaces, and associated public functions desire broad views of the surrounding nature, with little need for fixed screening – unlike the wellness area, where the focus is on shielding from view while optimizing outward visibility. For office spaces and other staff-related functions, the design considers maintaining wall areas to allow for shelving and other furnishings, while still providing natural light to the workstations.



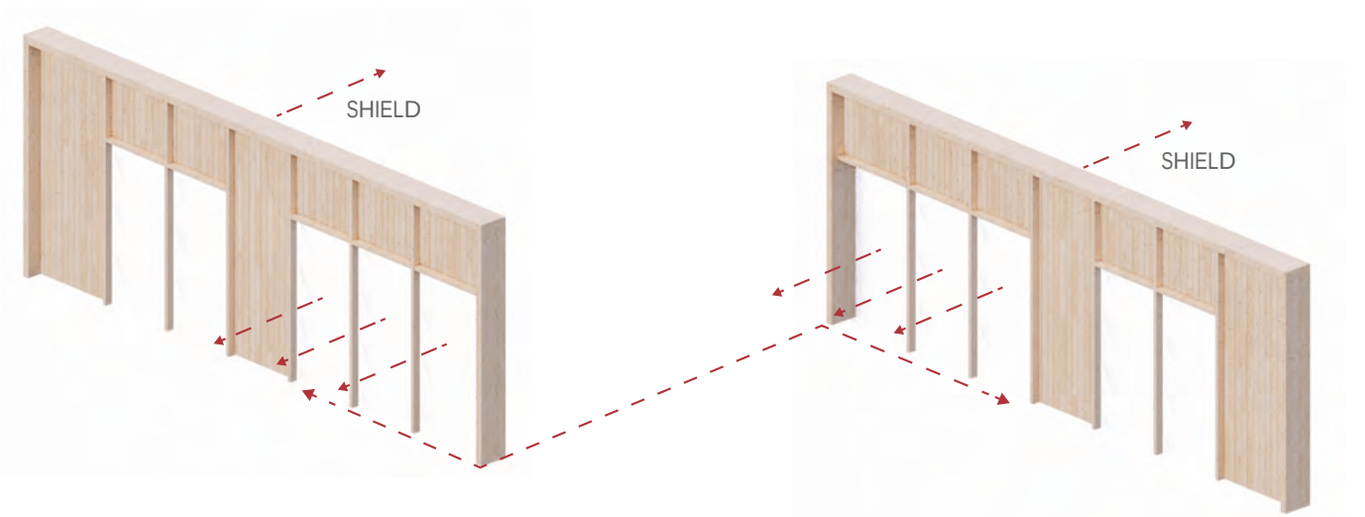
STAFF & TREATMENTS



RESIDENT ROOM



CONFERENCE, SOCIAL & WELLNESS



INDOOR SENORY ROOM

Ill. 124: Placement of the window opening

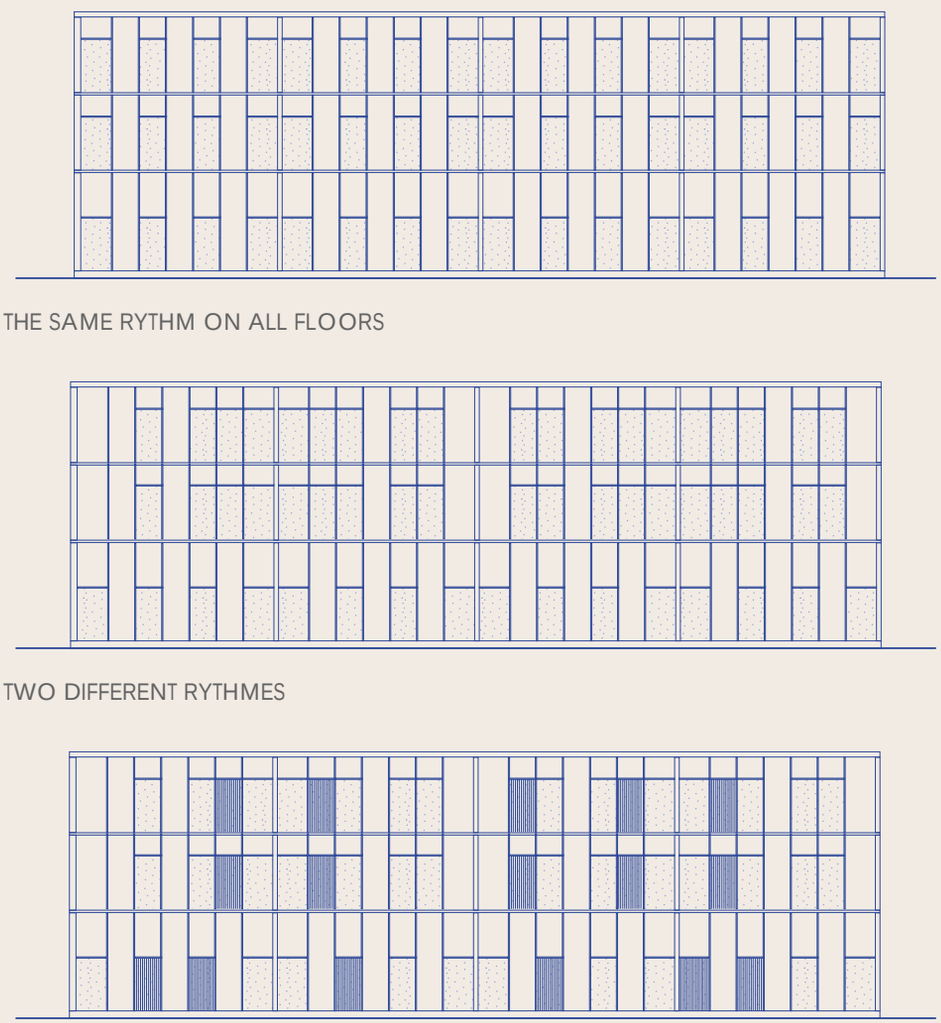
FACADE

Based on functions and the associated window principles, three variations of the façade as a whole have been developed. The following presents excerpt from a long façade and a short façade, respectively.

For the first long façade, the same rhythm has been applied across all floors. In this version, several closed surfaces appear in rooms such as the sensory room on the first and second floors. Therefore, in the subsequent iteration, two different systems are developed for the ground floor and the upper floors, respectively. The upper floors are opened up more in areas with functions like sensory rooms that require more light for plants, compared to staff functions such as medicine rooms, which can tolerate a fully or partially closed façade. Finally, an additional layer of louvers has been added to the windows on both the ground and first floors, which ties the building together and creates varied views in and out.

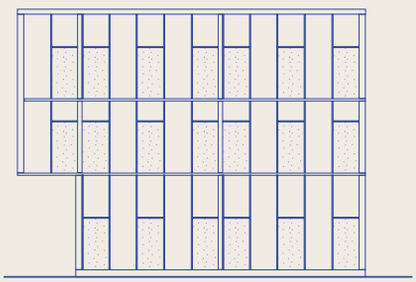
For the short south-facing façade, where the building is oriented toward the view, the first iteration continues with the same rhythm as the long façade. However, as this side includes functions such as the living room, dining room, and wellness area, it is intended to be significantly more open. Therefore, in the subsequent iteration, the façade is opened up so that all five surfaces are glazed. As the ground floor has extra ceiling height and an overhang, the window area is increased by 50%.

LONG FACADE

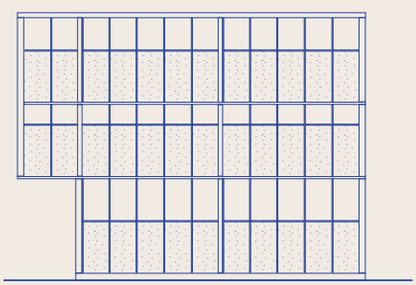


Ill. 125: Long facade

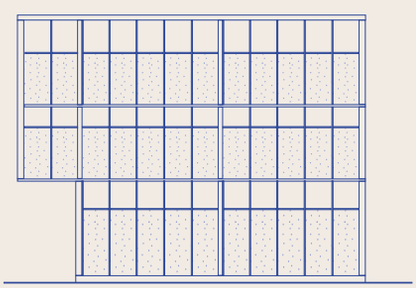
SHORT FACADE



CONTINUE RYTHM FROM LONG FACADE



FULLY GLAZED



RAISING PART OF GLASS ON GROUND FLOOR

Ill. 126: Short facade



Ill. 127:(Photo: LeonL, 2011)



Ill. 128: (Photo: tsouk.yannis, 2010)

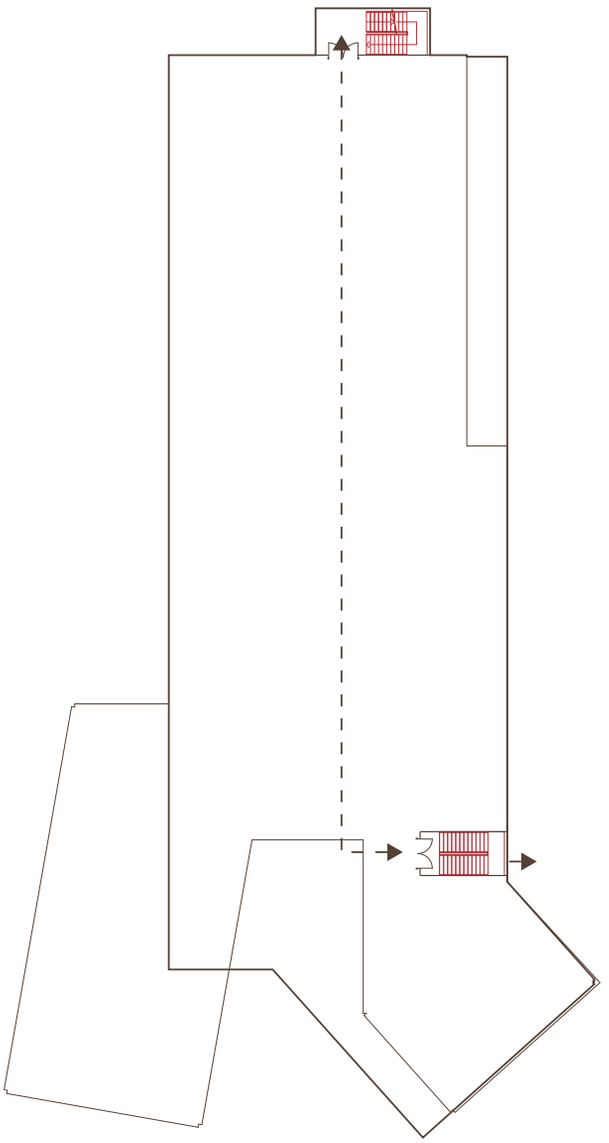


Ill. 129: (Photo: A333, 2011)

FIRE ESCAPES

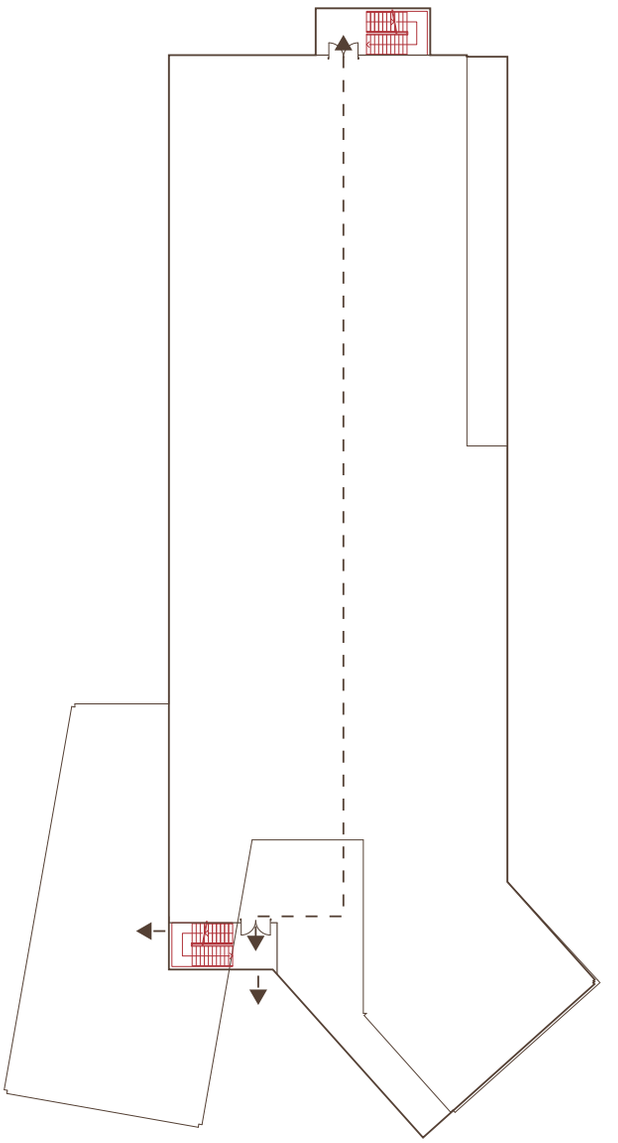
The Paimio Sanatorium by Alvar Aalto, located in Paimio, Finland, from 1932 (Alvar Aalto Foundation, no date), is an example of integrating the fire escape as part of the building's volume, positioned at the edge of each section, thereby supporting circulation and extending it further. As inspiration, there has been an effort to integrate the fire escape on both the north and south sides as an extension of the volume.

In the variation with the fire escape facing west, this would require the staircase to continue down on either the roof and then further down or into the courtyard and generally become part of the viewpoints. Therefore, further work was done to integrate it on the east side, where, on the first floor, it is part of the common dining area and arrives directly on the ground floor.



Ill. 130: Iteration of placement of fire escapes 1

STRAIRS IN THE NORTH AND THE SOUTH WEST



Ill. 131: Iteration of placement of fire escapes 2

STRAIRS IN THE NORTH AND THE SOUTH EAST

PALLIATION IN CONTEXT

PATIENT GROUPS

FUNCTIONAL RELATIONS

CONTEXT

RESIDENT ROOM

BUILDING DEVELOPMENT

DETAIL

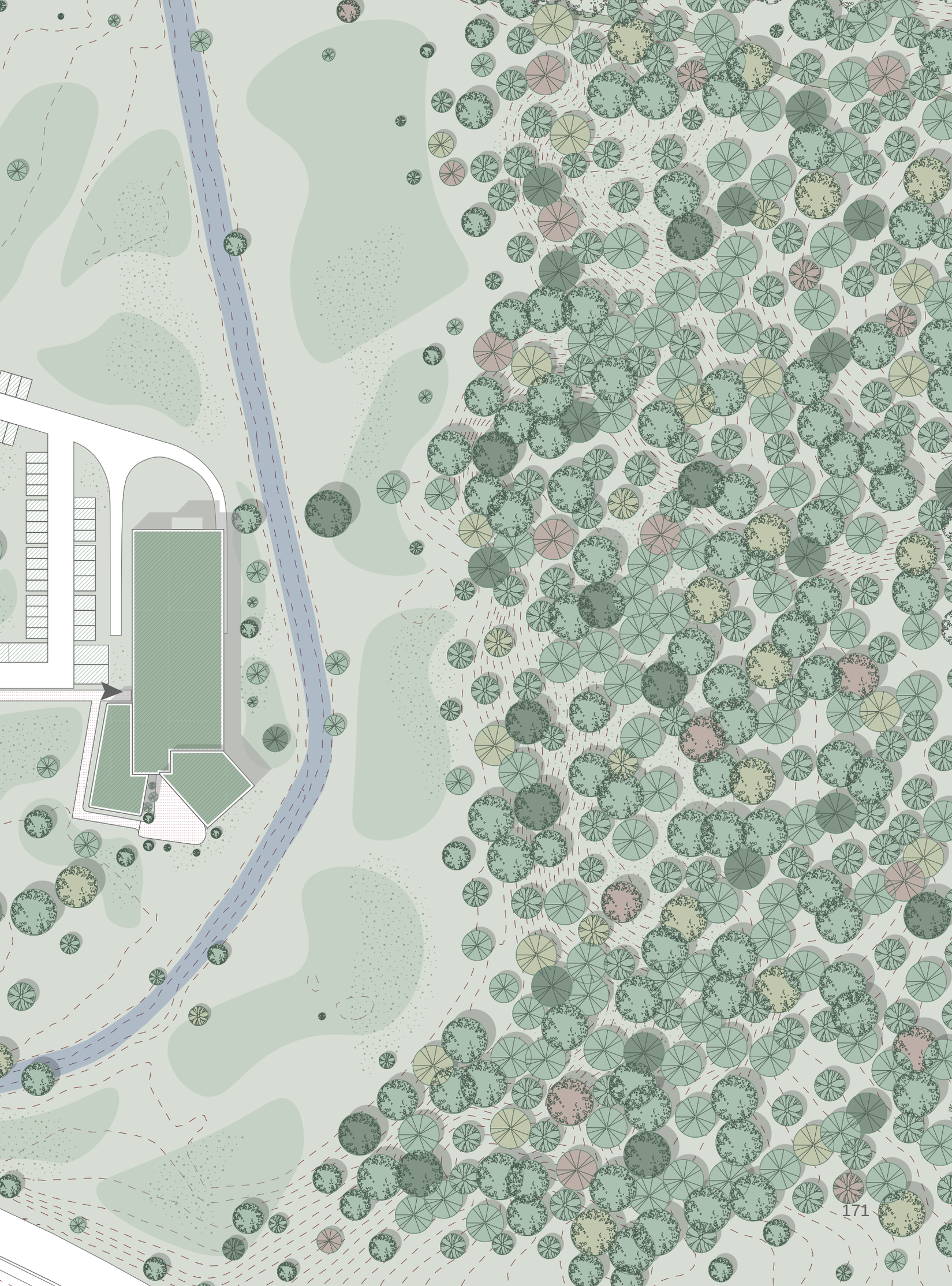
DESIGN

EPILOUGE

8.



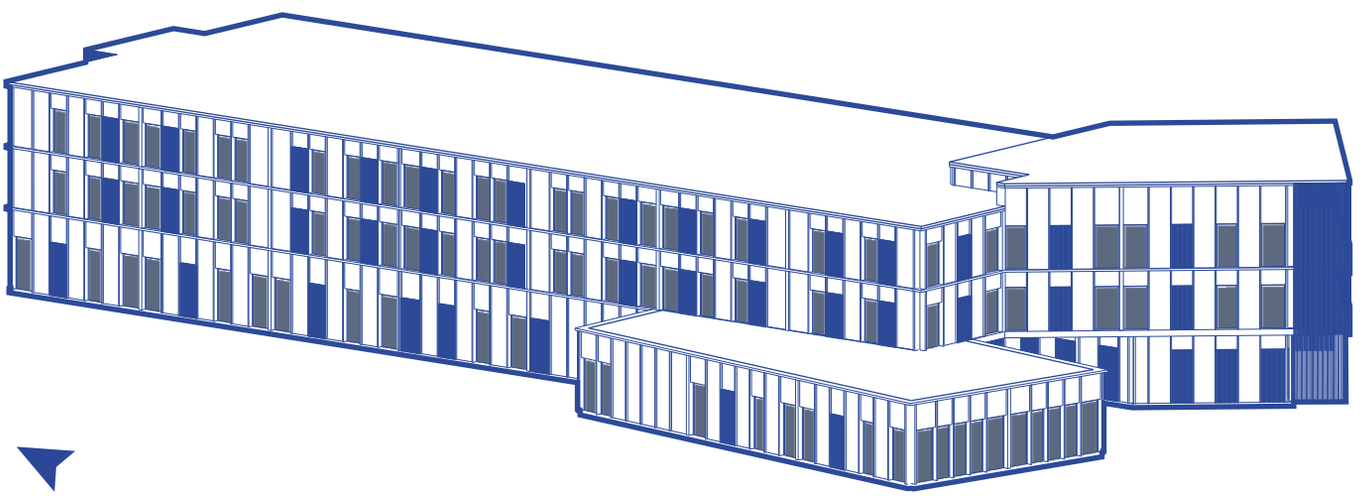
Ill. 132: Masterplan





Ill. 133: Entrance





Ill. 134: The final proposal, isometric

The palliative care home has been developed in accordance with the vision, by creating a strategy and a design proposal with relief of sick and dying is the focus. Synergies between residents and their relatives, outgoing patients, and staff are embedded in the circulation, where the interaction between these individuals and the created environment generates a sense of both community and privacy.
The total gross area is 4,091.6 m², and the net area is 3,719.9 m².



Ill. 135: The final proposal, ground floor plan



Ill. 136: Spa & wellness

1. Industry kitchen
2. Delivery
3. Far-away storage
4. Workshop
5. Staff room
6. Volunteers office
7. Meeting room
8. Lockerroom men
9. Lockerroom women
10. Leaders office
11. Main circulation core
12. Farewell area
13. Conversation room
14. Conversation room
15. Reflection room
16. Physiotherapy
17. Fitness
18. Lockerroom men
19. Lockerroom women
20. Main entrance & reception
21. Waiting area
22. Wardrope & WC
23. Livingroom & kids room
24. Dining area
25. Conference room
26. Seating niche
27. Spa & wellness
28. Fireescape
29. Fireescape
30. Courtyard
31. Parking

The wellness area is designed with a warm and embracing color, creating an atmosphere of calm and security. Additionally, smaller baths and a sauna form rooms within the room, offering a sense of privacy. These spaces also create zones, allowing individuals to retreat within the larger, open area. The wellness area is located towards the southeast, facing a row of trees that provide a natural cover extending from the building's volume, adding a quality to the view.

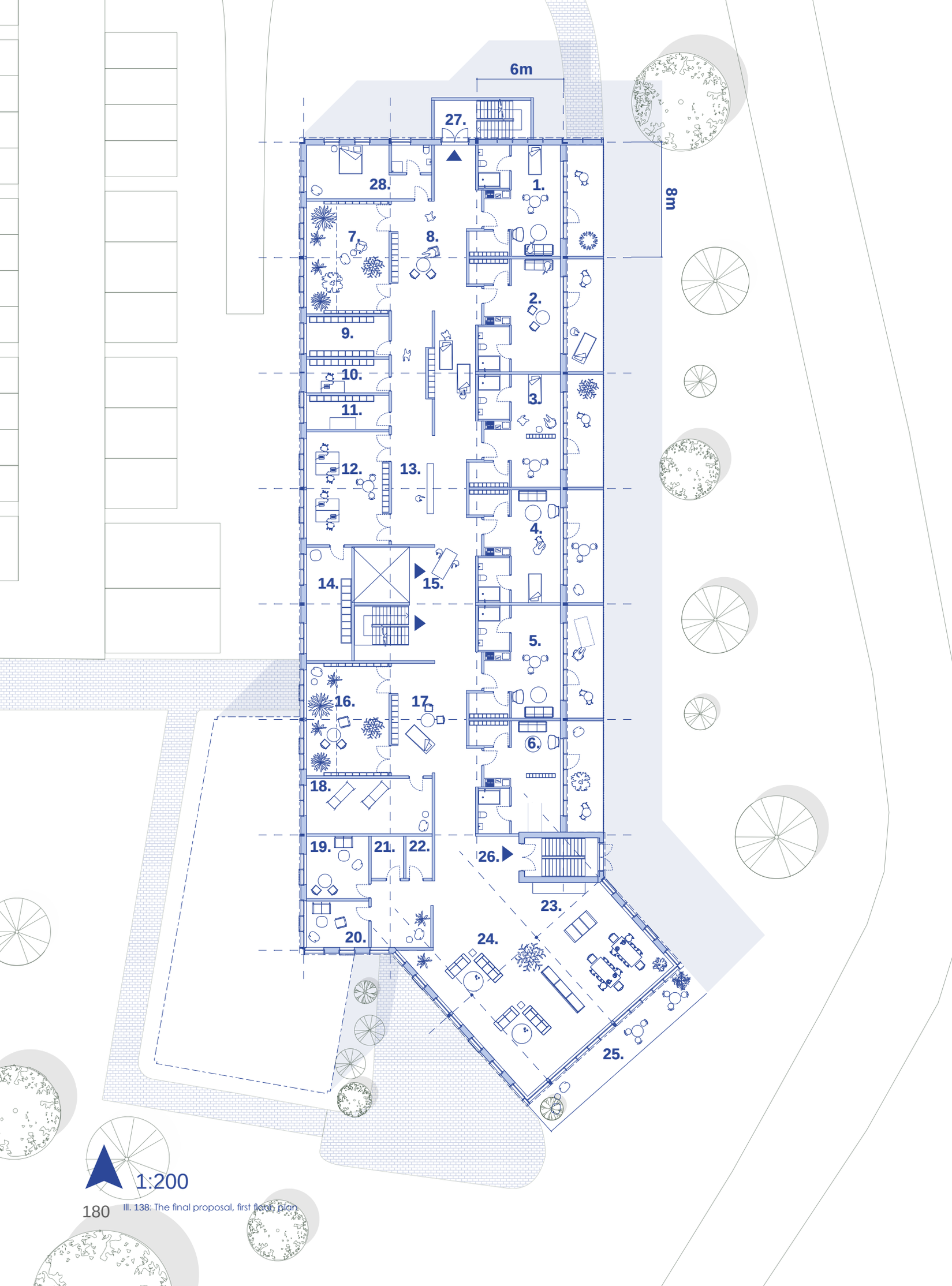


Ill. 137: Ground floor, common area



The common area is divided into zones consisting of a dining area, living room, and kids area, offering space to be part of the community while also providing the opportunity to withdraw. The room is designed with natural materials to move away from the industrial atmosphere typically associated with hospitals.

Behind the glass wall is the conference room, which can accommodate associations hosting presentations or other social events. As a result, one can experience a dynamic atmosphere from within the common area.



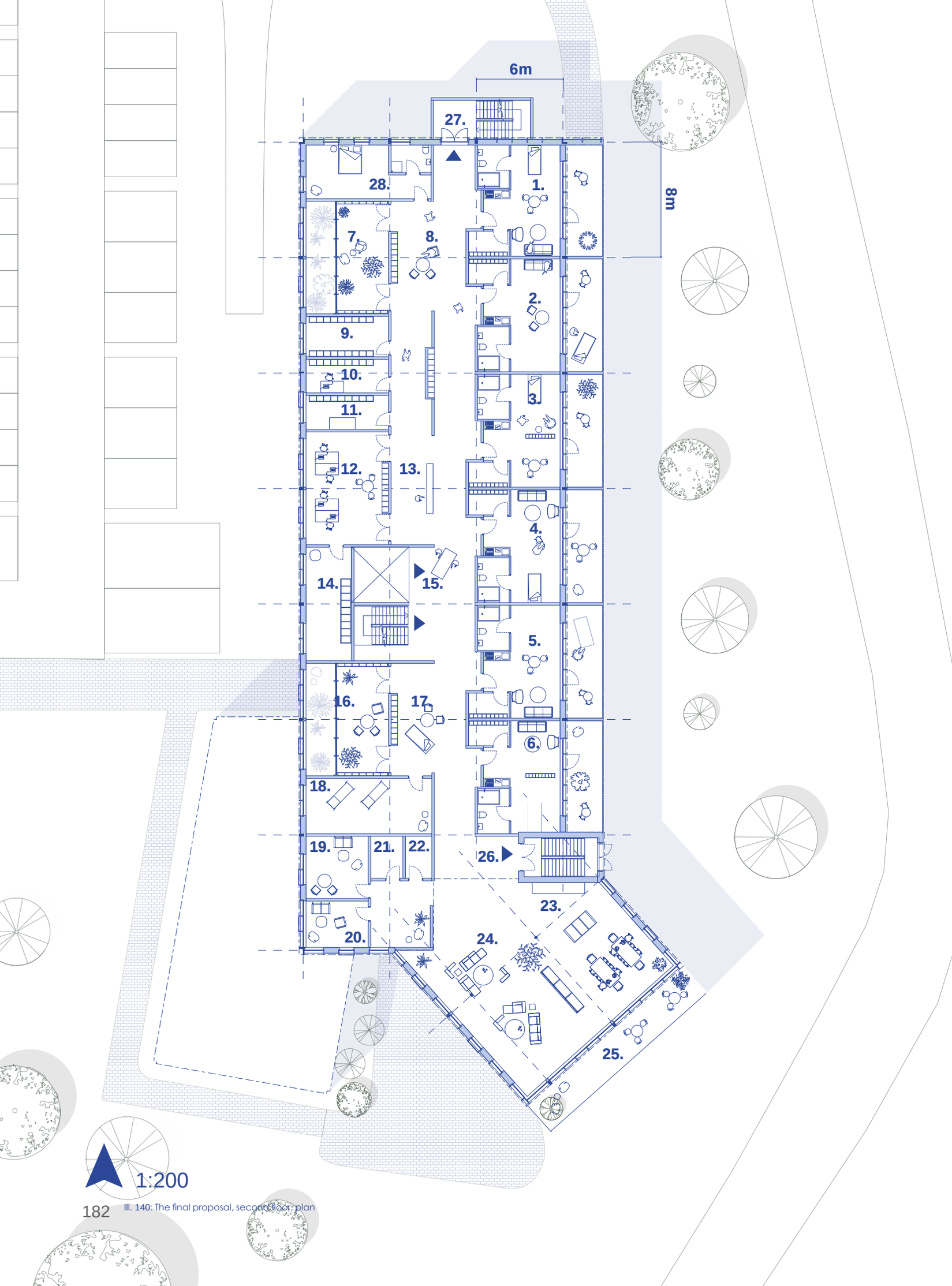
Ill. 138: The final proposal, first floor, plan



Ill. 139: Resident room

On each floor there are six resident rooms towards the east, to enhance quality views towards the forest, with social and semi-public spaces are towards the west and south. In the building, the corridor width has been designed to be a minimum of 2.5 meters, allowing two beds to pass each other. Additionally, all door widths have been made to accommodate the passage of a bed. In the image above, it is shown how one can access their balcony while remaining in bed.

1.-6. Resident room
7. Indoor sensory room
8. Common niche
9. Near-by storage
10. Medicin room
11. Utility room
12. Shared office
13. Guardiance office
14. Cleaning room
15. Circulation core
16. Indoor sensory room
17. Common niche
18. Reflection room
19. Conversation room
20. Conversation room
21. Toilet
22. Toilet
23. Shared dining area
24. Shared livingroom
25. Shared balcony
26. Fireescape
27. Fireescape
28. Guest room



Ill. 140: The final proposal, second floor, plan



Ill. 141: Dining area for residents



Ill. 142: Hallways between resident rooms

1.-6. Resident room
7. Indoor sensory room
8. Common niche
9. Near-by storage
10. Medicin room
11. Utility room
12. Shared office
13. Guardiance office
14. Cleaning room
15. Circulation core
16. Indoor sensory room
17. Common niche
18. Reflection room
19. Conversation room
20. Conversation room
21. Toilet
22. Toilet
23. Shared dining area
24. Shared livingroom
25. Shared balcony
26. Fireescape
27. Fireescape
28. Guest room

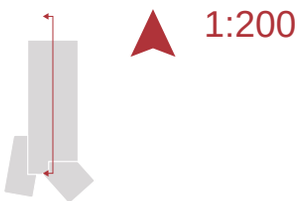
Along the corridors between the resident rooms, small niches have been created where various activities can take place—for example, the image above shows a morning song session. Additionally, the corridor has been intentionally broken up by offsetting the wall where the rooms are located. This creates the experience of entering new spaces as one moves down the corridor. The design aims to move away from an industrial atmosphere.



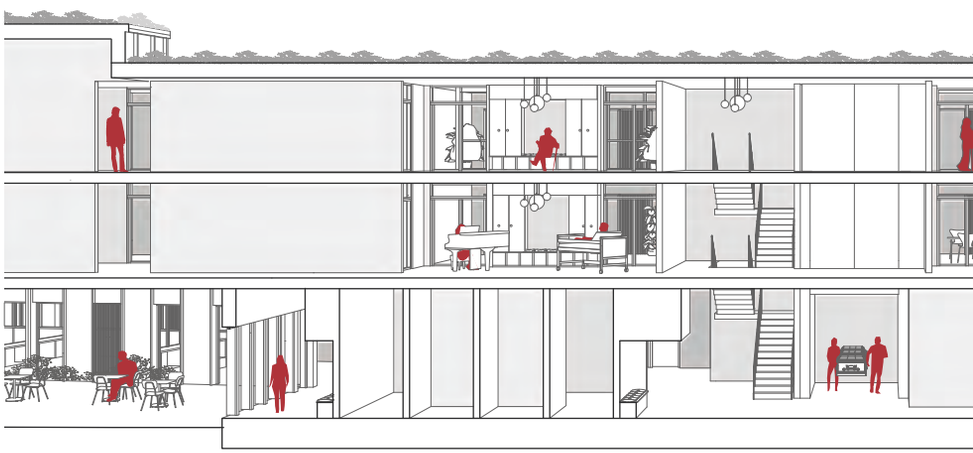
Ill. 143: Elevation, east 1:200



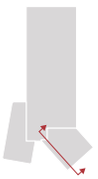
In the longitudinal section, the ground floor shows how the northern part consists of a staff area, and as one moves further south, user-related functions appear, ending with a courtyard, splitting up the volumes.
On the first and second floors, the corridor opens up and features three key nodes. At the ends are sensory rooms, and in the middle is an open guardian area. These points are strategically placed in relation to the door openings of the resident rooms, so when stepping out of one's room, you will not meet an empty hallway or a blank wall, but instead can look through these spaces toward a window, as a buffer zone for the rest.
As the building volume splits towards the south, a section has been made that cut through the wellness area and the residents' common area. In this section, it can be seen how the balconies create an overhang above the wellness area, helping to support the intimate atmosphere.



1:200



Ill. 144: Section



1:200



Ill. 145: Section





Ill. 146: Elevation, west 1:200



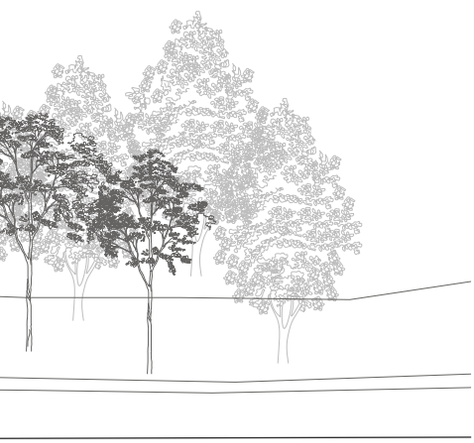


Ill. 147: Section



Ill. 148: Courtyard

With the different volumes facing south, a courtyard is created, which is partially covered. This courtyard can be accessed from the common area, encouraging outdoor activity and life. Since more privacy is desired in the wellness area, vertical lamella and frosted glass have been used, along with planters placed in front of the windows, creating a natural sense of distance.



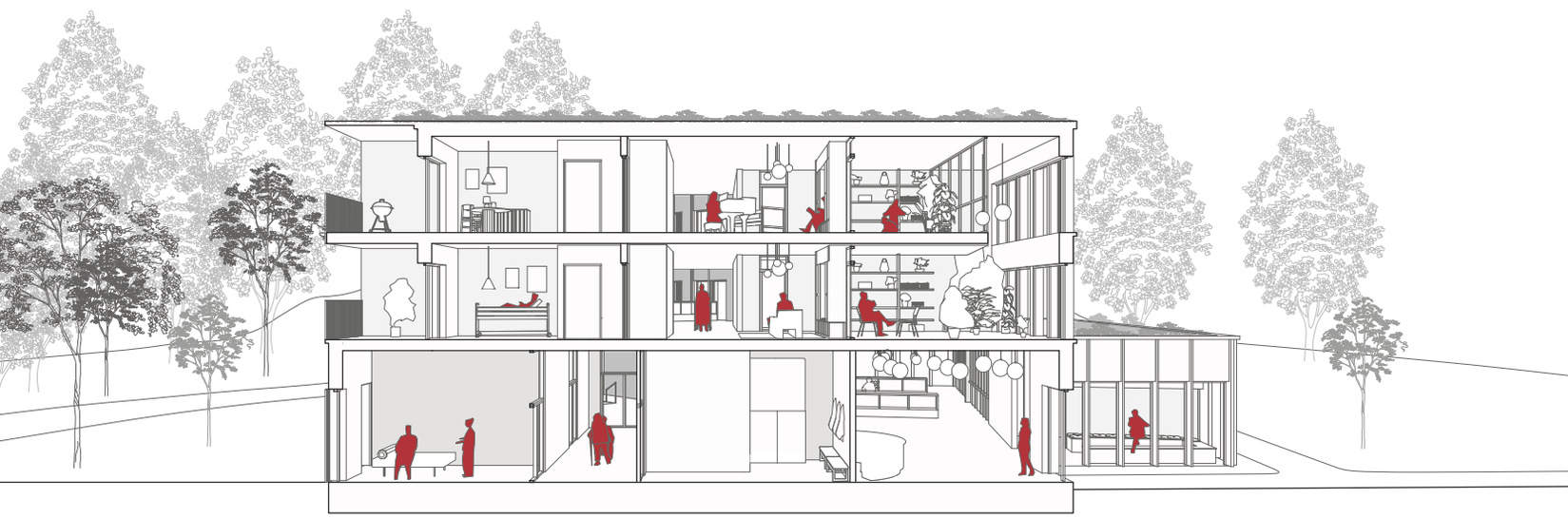


Ill. 149: Sensory room

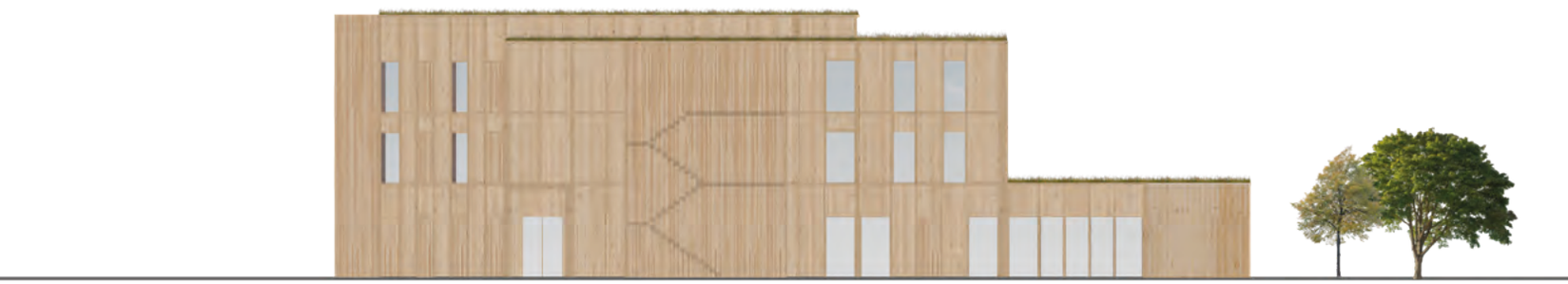
Sensory rooms are designed to create a space where one can retreat if they need to step out of their private resident room without having to enter the large common area.
These rooms can be designed in various ways, this example features a room filled with plants and an aquarium, creating a calm and natural atmosphere. The double-height ceiling establishes a connection between the two floors and makes the space stand out from the other rooms.



1:200



Ill. 150: Section



Ill. 151: Elevation, north 1:300



Ill. 152: Elevation, south 1:300



Ill. 153: Courtyard



Ill. 154: farewell



When saying goodbye to a resident who has passed away, it would normally be necessary to pass through the building to reach the exit. To protect other users and to create a private, intimate, and dignified atmosphere for the bereaved, a separate exit has been designed for this purpose. The overhang from the balconies of the resident rooms has been used to support this intimate atmosphere. Additionally, the exit is located near the elevator, ensuring privacy and shortening the distance to outside.

PALLIATION IN CONTEXT

PATIENT GROUPS

FUNCTIONAL RELATIONS

CONTEXT

RESIDENT ROOM

BUILDING DEVELOPMENT

DETAIL

DESIGN

EPILOUGE

9.

ND HEALING ENVIROMENTCANCER COUNSELING WARM WATER/WELLNESS EFFECT ON THE BODY TECHNICAL FOCUS ROOM PROGRAM FUNCTION DIAGRAM
CIPLES FOR COMBINING HOSPICE, NURS
BASE MODEL IT1- ADD TERRACE AND OVERHANG HERNING HØJSKOLE IT3 – FIVE
ITERATIONS OF RESIDENT ROOM ITERATIONS OF RESIDENT ROOM CASE STUDY FOR RESIDENT ROOMS
HINNERUP SITE CONDITIONS REDEFINED PROBLEM STATEMENT VISION PROGRAMMATIC RELATIONS MASSING PRINCIPLES PROGRAMMING ON SITE PRINCIPLES FOR THE RESIDENT ROOM
QUALITY OF LIFE SITE SPECIFICATION
CIRCULATION IN FUNCTION DIAGRAM CIRCULATION AMBULANT CIRCULATION STAFF
IDENT ROOM

CONCLUSION

This master thesis seeks to explore how an architectural redefinition of the classical hospice typology in Denmark can be expanded to include a broader patient group, beyond the cancer patients it already serves.

The initial aim was to find a strategy that encompasses current challenges in the lack of palliative efforts, for those who need it. Through an in-depth analysis of demographics, causes of death, international hospice-hybrid models and the organizational structures of the Danish healthcare system, it became clear that the future palliative care strategy must reach further than initially assumed - both in terms of diagnosis and accessibility.
The project's first major conclusion is that an effective way to expand the reach of hospice philosophy is through a strategic integration with nursing homes, an institution where many elderly Danes spend their final days, often without contact with specialized palliative care. By embedding specialized palliative services directly into the structure of a nursing home, a new typology emerges: the palliative nursing home. Here, holistic relief can be offered in familiar, homelike surroundings, without the need for stressful and consuming transitions to other facilities. As part of the strategy, the thesis introduces a day offer in connection with the palliative nursing home, that can ensure that early and more accessible palliative care is provided – also for those still living at home.

The project was then extended by a new question: how can the needs of nursing home residents and outgoing patients, who share access to hospice-inspired treatments under the same roof, be balanced? This part of the project was investigated in the city of Hinnerup, with the town and natural environment surrounding the site. The analysis and design studies conducted shows that flexibility, differentiated access- and departure points, and clearly defined yet interconnected zones are essential. At the same time, closeness, community, and continuity of care are preserved - three key principles of a modern approach to palliation in Denmark.

Overall, this project proposes a paradigm shift: that specialized palliation does not need to be in a separate institution, but rather a core philosophy that can be integrated into existing care structures, allowing it to be offered more widely, timelier, and with greater dignity.

REFLECTION

This project has explored the interconnections between architecture, aging, illness, life and death. It has been an attempt to rethink the hospice typology, not by replacing it, but by allowing its philosophy to take root in a new context. The design process was faced with the complexity of balancing opposing needs: Stability versus flexibility, Privacy versus community, Care versus autonomy. The ambition was not to solve these tensions, but to make space for them, by designing an environment that acknowledges these nuances without unnecessary display or erasing individuality. Working with a hybrid typology also revealed logistical and ethical dilemmas. Integrating outpatients and residents in one setting raises questions about visibility, social dynamics, and care hierarchies. The answer may lie less in a balance between design solutions and more in the willingness to continuously adapt and question our assumptions. Methodologically, the iterative process proved vital – interviews, case studies, and critical theory were not merely references but co-creators in shaping the project's direction. This approach also revealed how architecture, as a discipline, benefits from being open to interdisciplinary thinking, user integration, and lived experiences.

By proposing a hybrid model that merges hospice principles with nursing home structures and a palliative day offer, the master thesis engages with a growing reality; that more people are living longer with chronic, life-limiting illnesses, and many are dying in settings that are not adequately equipped to support that final stage of life.
Throughout the process, it became clear that the hospice philosophy is deeply valuable, but as a building typology, it remains niche. Only a small percentage of Danes die in hospice settings, and even fewer non-cancer patients receive specialized palliative care. This is not a critique of the hospice model itself, which offers profound and dignified care in architecturally tailored environments. Rather, it poses the question of how the system can preserve the qualities from hospice, while extending its reach?
This leads to reflections on the future of palliation in Denmark. If Denmark must meet the growing needs of an aging population – many who will live in nursing homes – then perhaps the biggest potential are not from building more hospices, but in rethinking what already exists. Can transformative interventions within existing nursing homes be the next initiative? Can architecture become a tool not only in new buildings and building types, but for strategic upgrades that allow relief of total-pain, meaningful rituals, and specialized palliative practices to enter ordinary care settings? This also introduces new questions about hybridity, not only between hospice and nursing homes, but also between other programmatic types. Could one imagine palliative environments that overlap with cultural spaces, rehabilitation centres, or community health hubs? Could palliative care be embedded even deeper into the fabric of everyday life, rather than remaining isolated to the end stages of life?
Such a shift require mindfulness of what hospice already is. This project does not argue for the removal of the hospice typology. On the contrary, dedicated hospices remain vital for patients with complex symptoms, for families in crisis, for children, and for environments where silence, space, and expertise can operate at the highest level. Rather than competing typologies, the future may require a spectrum of palliative environments, each suited to different needs, intensities, and life circumstances. If palliation continues to expand, both politically and in practice, it will inevitably demand a corresponding architectural response. This includes the ethical distribution of care, the dignity of agency, and the subtle but powerful role of space, to shape our experiences of live before death. Architecture in Denmark must evolve to better handle subjects of death, not through monumental gestures, but through spaces that allow for privacy, connection, grief, celebration, and rest.
Finally, the project is not without its limitations. The implementation of the proposal would depend on political will, new funding structures, and systemic change within the healthcare system in Denmark. However, the intention has not been to present a fully resolved solution, but to initiate a conversation about relief and care in Denmark. It is not a simple question of where we die, but how we are allowed to die – with what support and relief, in whose company, and in what kind of environment. What kind of spaces do we, as a society, consider appropriate for the final stages of life? This project suggests an answer, not in a single building type, but in a more generous and inclusive compassionate architecture.

LIST OF ILLUSTRATIONS

Ill. 01: Methodology
Ill. 02: Dame Cicely Saunders. (Photo: History of Modern Biomedicine Research Group)
Ill. 03: Total Pain diagram. (Based on Figure 0.1, 'The Management of Terminal Malignant Disease', Ilkjær and Kragh, 2021)
Ill. 04: St. Christopher's Hospice. (Photo: Stephen Craven)
Ill. 05: Hospice Concept diagram. Based on hospice as a complex and multidisciplinary institution, building on the concept of total pain.
Ill. 06: Common areas, Hospice Djursland, Hospice Vangen, St. Lukas Hospice
Ill. 07: Diagram on complex organizational conditions, within the health-and welfare system in Denmark.
Ill. 08: Timeline
Ill. 09: Evolution of palliative efforts
Ill. 10: Hospices in Denmark
Ill. 11: Placement of hospices in Denmark
Ill. 12:Diagram of St. Lukas Stiftelsens entire facility, including hospice and nursing home.
Ill. 13: Diagram of St. John and St. Elizabeth Hopsital in the UK. Day Hospice is located within the hospice.
Ill. 14:Diagram of Groove House, a day hospice in the UK.
Ill. 15:Diagram of the first and second floors of Chun-in Nursing home and hospice, in Taiwan.
Ill. 16:Assortment of paper clippings proving relevance and actuality for project subject. (Appendix 10; Bühler, 2022; Hospice Forum Danmark, 2024; Skårhøj, Hygum and Danbjørg, 2024; Ældre Sagen, 2024b; Pedersen, 2025a; Sankt Lukas Stiftelsen, 2025a). (Bühler, 2022; Hospice Forum Danmark, 2024; Skårhøj, Hygum and Danbjørg, 2024; Ældre Sagen, 2024b; Pedersen, 2025a; Sankt Lukas Stiftelsen, 2025a)
Ill. 17:The total amount of deaths and the five most frequent causes of death (A) per 100.000 inhabitants. (Own prod. based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024 and own calculations)
Ill. 18:Demographic distribution of the total amount of deaths across the six most frequent causes of death (A) per 100.000 inhabitants. (Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024 and own calculations)
Ill. 19: Hand 1
Ill. 20:Overview of death incidents in 2023 in percentage distributed in place of death. (Own prod. based on data from Sundhedsdatastyrelsen, no date, and own calculations)
Ill. 21:Annual distribution of place of death, shown with 2 categories for place of death, in the period 2013-2023. (Own prod. based on data from Sundhedsdatastyrelsen, no date, and own calculations)
Ill. 22: The distribution of place of death for the most common causes of death among nursing home residents in the period 2015-2020. (Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024)
Ill. 23: Average length of stay in nursing facility in percent, divided in three intervals, from 2011 to 2013. (Based on data from Ældrekommissionen, 2012; Sundheds- og Ældreministeriet, 2016)
Ill. 24: Hand 2
Ill. 25: Population projection from 2024 to 2070 per 1000 inhabitant. (Own prod. based on data from Statistikbanken, no date, and own calculations)
Ill. 26: Framework and project scope
Ill. 27:Function diagram proposed by "Arkitektur og linding", for hospice with integrated day offer.
Ill. 28: Function diagram proposed by "Program for Det Gode Hospice i Danmark", for nursing home with integrated hospice.
Ill. 29: Function diagram proposed by "Program for Det Gode Hospice i Danmark", for hospice with integrated day offer.
Ill. 31: Plan of cancer counseling
Ill. 30:Common room. (Photo: Laura Stamer, 2021)
Ill. 32: Room program
Ill. 33:Function program for the building
Ill. 35: Collage conversation room
Ill. 34: Collage wellness
Ill. 37: Collage conference room, chrismas eve
Ill. 36: Collage conference room
Ill. 38: Collage shared office
Ill. 39: Collage farewell area
Ill. 40: Collage resident room
Ill. 41: Collage sensory room
Ill. 42: Collage morning song in the hallway
Ill. 43: Collage singing farewell
Ill. 44: Diagram resident room
Ill. 45:Diagram of functions associaltd with staff tasks in plan.
Ill. 46:Diagram of functions associaltd with staff tasks in levels.
Ill. 48:Diagram of functions associaltd with Ambulant activities in plan
Ill. 47:Diagram of functions associaltd with Ambulant activities in levels
Ill. 49: Daily rhythm
Ill. 50: Diagram illustrating spaces within the building proposal and how the different areas and spaces are closely connected – full line – and more distantly connected – dashed line.
Ill. 51:Quality of life by municipality, the darker the green, the higher the quality of life. (As seen in Mahncke and Wiking, 2025, p. 59)
Ill. 52: Site specification 1: 120.000
Ill. 53: Hinnerup site conditions 1:5000
Ill. 54:Solar analysis and wind rose
Ill. 55: Site
Ill. 56: Photos from site
Ill. 57:Users and needs
Ill. 58: Programmatic relations 1
Ill. 59: Programmatic relations 2
Ill. 60: Programmatic relations 3
Ill. 61: Programmatic relations 4
Ill. 62: Programmatic relations 5
Ill. 63: Programmatic relations 6
Ill. 64: Massing principles
Ill. 65: Programming on site
Ill. 66: Case study for resident room, Hospice Djursland, Hospice Vangen, Nursing home
Ill. 69: Iteration of resident room 3
Ill. 67: Iteration of resident room 1
Ill. 68: Iteration of resident room 2
Ill. 70: Iteration of resident room 1.1
Ill. 71: Iteration of resident room 2.1
Ill. 72: Iteration of resident room 3.1
Ill. 73: Iteration of fuenish resident room 1
Ill. 74: Iteration of fuenish resident room 2
Ill. 75: Iteration of fuenish resident room 3
Ill. 76: Iteration of fuenish resident room 1.1
Ill. 77: Iteration of fuenish resident room 2.1
Ill. 78: Iteration of fuenish resident room 3.1
Ill. 79: Base model structure and acoustic
Ill. 80: Base model facade
Ill. 81: Base model daylight
Ill. 82: Base model BSim
Ill. 83: Ventilation
Ill. 84: IT1, Daylight
Ill. 86:Section. (Det Kongelige Akademi - Bibliotek, no date)
Ill. 87:Herning Højskole. (Det Kongelige Akademi - Bibliotek, no date)
Ill. 85:https://www.arkitekturbilleder.dk/bygning/herning-hoejskole

Ill. 88: IT3, Daylight
Ill. 89: IT3, Facade
Ill. 91:Iteration with dark Søuld covering the entirety of the ceiling, 31.9 m².
Ill. 90:Iteration with dark Søuld covering the entirety of the end wall in the main living space 9.2 m².
Ill. 92:Iteration with dark Søuld covering 17 m² of the ceiling.
Ill. 93:Iteration with light Søuld covering the entirety of the ceiling 31.9 m².
Ill. 95: Final model structure and acoustic
Ill. 94: Final model, facade
Ill. 96: Final model daylight
Ill. 97: Final model BSim
Ill. 98: Interior design 1
Ill. 99: Interior design 2
Ill. 100: Interior design 3
Ill. 101: Plan iteration 1
Ill. 102: Vals plan
Ill. 103:Therme, Vals. (trevor.patt, 2014)
Ill. 104: Plan iteration 2
Ill. 105: Home for senior citizens plan
Ill. 106:Home for senior citizens. (Photo: fcamusd, 2012)
Ill. 107: Plan iteration 3
Ill. 108: Bagsværd church, entrance photo
Ill. 110: Bagsværd church, plan
Ill. 109: Bagsværd church, photo
Ill. 111: Circulation concept
Ill. 112: Functional relation
Ill. 113: Volume extracted toward the east, ground floor
Ill. 114: Volume extracted toward the east, first and second floor
Ill. 116: Volume extracted toward the west, first and second floor
Ill. 115: Volume extracted toward the west, ground floor
Ill. 117: Massing development
Ill. 118: Roof development
Ill. 119: Resident facade module
Ill. 120:Villa Åkerberg by DinellJohansson. (Photo: DinellJohansson, 2014)
Ill. 122:Spruce huse by ao-ft. (Photo: Rory Gardiner, 2023)
Ill. 121: Civic center by ACAU Architectes. (Photo: Nicolas da Silva Lucas, 2024)
Ill. 123: Placement of the window opening
Ill. 124: Long facade
Ill. 125: Short facade
Ill. 126:(Photo: LeonL, 2011)
Ill. 127: (Photo: tsouk.yannis, 2010)
Ill. 128: (Photo: A333, 2011)
Ill. 129: Iteration of placement of fire escapes 1
Ill. 130: Iteration of placement of fire escapes 2
Ill. 131: Masterplan
Ill. 132: Entrance
Ill. 133: The final proposal, isometric
Ill. 134: The final proposal, ground floor, plan
Ill. 135: Spa & wellness
Ill. 136: Ground floor, common area
Ill. 137: The final proposal, first floor, plan
Ill. 138: Resident room
Ill. 139: The final proposal, second floor, plan
Ill. 141: Hallways between resident rooms
Ill. 140: Dining area for residents
Ill. 142: Elevation, east
Ill. 143: Section
Ill. 144: Section
Ill. 145: Elevation, west
Ill. 146: Section
Ill. 147: Courtyard
Ill. 148: Sensory room
Ill. 149: Section
Ill. 150: Elevation, north
Ill. 151: Elevation, south
Ill. 152: Courtyard
Ill. 153: farewell

LIST OF REFERENCES

A333 (2011) Paimio Sanatorium2 [Photo]. Available at: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paimio_Sanatorium2.jpg (Accessed: 14 May 2025).

Ældre Sagen (2024a) Fakta om beboere på plejehjem, Ældre Sagen. Available at: https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/maerkesager/plejehjem/fakta/beboere-paa-plejehjem (Accessed: 16 May 2025).

Ældre Sagen (2024b) Mange ældre får ikke palliativ pleje og omsorg, Ældre Sagen. Available at: https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/maerkesager/doeden/fakta/mange-aeldre-faar-ikke-palliativ-pleje (Accessed: 15 May 2025).

Ældre Sagen (2025) Et godt og meningsfyldt liv på plejehjem, Ældre Sagen. Available at: https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/maerkesager/plejehjem (Accessed: 4 May 2025).

Ældrekommissionen (2012) Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem. Copenhagen: Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem. Available at: https://www.ism.dk/Media/3/7/Livskvalitet-og-selvbestemmelse-paa-plejehjem-aeldrekommissionen-feb-2012.pdf.

Alvar Aalto Foundation (no date) 'Paimio Sanatorium', Alvar Aalto Foundation | Alvar Aalto -säätiö EN. Available at: https://www.alvaraalto.fi/en/architecture/paimio-sanatorium/ (Accessed: 15 May 2025).
Anker Fjord Hospice (no date a) Forside, Anker Fjord Hospice. Available at: https://www.ankerfjordhospice.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Anker Fjord Hospice (no date b) Information til patienter og pårørende, Anker Fjord Hospice. Available at: https://www.ankerfjordhospice.dk/app/webroot/uploads/information-til-patienter-og-parorende.pdf (Accessed: 16 May 2025).
ArchDaily (2009) The Therme Vals / Peter Zumthor, ArchDaily. Available at: https://www.archdaily.com/13358/the-therme-vals (Accessed: 15 May 2025).

Arkitekturbilleder (no date) Herning Højskole, Arkitekturbilleder. Available at: https://www.arkitekturbilleder.dk/bygning/herning-hoejskole (Accessed: 15 May 2025).

Arresødal Hospice (no date a) Forside, Arresødal Hospice. Available at: https://arresoedal-hospice.dk/ (Accessed: 16 May 2025).
Arresødal Hospice (no date b) Galleri [Photo]. Available at: https://arresoedal-hospice.dk/om-hospice/galleri (Accessed: 21 May 2025).
Arresødal Hospice (no date c) Rammer på hospice, Arresødal Hospice. Available at: https://arresoedal-hospice.dk/patienter-og-paaroerende/rammer-paa-hospice (Accessed: 16 May 2025).

Ben Adams Architects (2020) Grove House, Ben Adams Architects. Available at: https://www.benadamsarchitects.co.uk/project/grove-house/ (Accessed: 13 March 2025).

BIG - Bjarke Ingels Group (2025) Sankt Lukas Hospice and Lukashuset [Rendering]. Available at: https://big.dk/projects/sankt-lukas-hospice-and-lukashuset-20434 (Accessed: 14 May 2025).

Bühler, K. (2022) Hospicesygeplejerske: Mange patienter frygter ikke selve døden, men tiden op til - Altinget. Available at: https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/sygeplejerske-debat-giver-mig-haab-vi-maa-goere-doeden-naturlig-igen (Accessed: 15 May 2025).

Bygningsreglementet (2025a) BR18 - Lydforhold (§ 368 - § 376), Bygningsreglementet. Available at: https://www.bygningsreglementet.dk/tekniske-bestemmelser/17/vejledninger/hospitaler-laegehuse-og-klinikker/ (Accessed: 7 May 2025).

Bygningsreglementet (2025b) BR18 - Termisk indeklima og installationer til varme- og køleanlæg (§ 385 - § 392), Bygningsreglementet. Available at: https://www.bygningsreglementet.dk/tekniske-bestemmelser/19/vejledninger/version-2-termisk-indeklima/ (Accessed: 8 May 2025).

Çağrı Beşli on Pexels (2021) Woman Walking near University Entrance [Photo]. Available at: https://www.pexels.com/photo/woman-walking-near-university-entrance-15363550/ (Accessed: 4 May 2025).

CASA Arkitekter (2019) Sct. Maria, Hospice [Photo]. Available at: https://casa.dk/sct-maria-hospice/ (Accessed: 21 May 2025).
C.F. Møller (no date) Hospice Djursland, C.F. Møller. Available at: https://www.cfmoller.com/p/-da/Hospice-Djursland-i2176.html (Accessed: 17 May 2025).

Chang, M. et al. (2023) 'A study on neural changes induced by sauna bathing: Neural basis of the "totonou" state', PloS One, 18(11), p. e0294137. Available at: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294137.

Child, R. (2018) Grove House is the heart of local day hospice care, The Herts Advertiser. Available at: https://www.hertsad.co.uk/news/21873740.grove-house-heart-local-day-hospice-care/ (Accessed: 12 March 2025).

Claus Pryds (no date) Ny Kræftrådgivnng i Aarhus, Claus Pryds. Available at: https://www.clauspryds.dk/#/konkurrence-om-den-nye-krftrdgivning-i-skejby/ (Accessed: 23 May 2025).

Dagmarsminde (no date a) Dagligstue, Dagmarsminde. Available at: https://www.dagmarsminde.dk/dagligstue (Accessed: 17 May 2025).

Dagmarsminde (no date b) Dagmarsminde, Dagmarsminde. Available at: https://www.dagmarsminde.dk (Accessed: 17 May 2025).

Dagmarsminde (no date c) Effekt, Dagmarsminde. Available at: https://www.dagmarsminde.dk/effekt (Accessed: 17 May 2025).

Dagmarsminde (no date d) Haven, Dagmarsminde. Available at: https://www.dagmarsminde.dk/haven (Accessed: 17 May 2025).

Dagmarsminde (no date e) Hverdagen, Dagmarsminde. Available at: https://www.dagmarsminde.dk/hverdagen (Accessed: 17 May 2025).

Dagmarsminde (no date f) Værelser, Dagmarsminde. Available at: https://www.dagmarsminde.dk/vaerelser (Accessed: 17 May 2025).
Dansk Standard (2006) DS/EN ISO 7730. Second ed. Charlottenlund: Dansk Standard (Dansk Standard).

Det Kongelige Akademi - Bibliotek (no date) Herning Højskole. Available at: https://www.arkitekturbilleder.dk/bygning/herning-hoejskole.

Diakonisse Stiftelsen (2023) 'Diakonisse Stiftelsens Hospice'. Available at: https://www.diakonissestiftelsen.dk/media/dzmjmer4/diakonissestiftelsens-hospice-sep-2023.pdf.

Diakonisse Stiftelsen (no date) Hospice, Diakonisse Stiftelsen. Available at: https://www.diakonissestiftelsen.dk/hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

DinellJohansson (2014) Villa Åkerberg [Photo]. Available at: https://architizer.com/projects/villa-akerberg/ (Accessed: 12 May 2025).

Doyle, D. (2021) Hospice/Palliative Day Care Unit, Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice/Palliative Care Service, IAHPC - International Association for Hospice & Palliative Care. Available at: https://iahpc.org/resources/publications/getting-started/hospice-palliative-day-care-unit/ (Accessed: 2 May 2025).

Dragør Luftfoto ApS (no date) Hospice Søndergård [Photo]. Available at: https://realdania.dk/projekter/hospice-søndergård/nyheder/hospicesoendergaard181010 (Accessed: 21 May 2025).

DRTV - Indefra med Anders Agger: Plejehjemmet Dagmarsminde [TV program] (2019). Aarhus: Danmarks Radio. Available at: https://www.dr.dk/drtv/episode/indefra-med-anders-agger_-plejehjemmet-dagmarsminde_140310 (Accessed: 7 May 2025).

Du Boulay, S. and Rankin, M. (2007) Cicely Saunders: the founder of the modern hospice movement. Updated ed. London: SPCK.

Eiby, M.B. (no date a) May Bjerre Eiby, May Bjerre Eiby. Available at: https://www.maybjerreeiby.dk (Accessed: 17 May 2025).

Eiby, M.B. (no date b) Metoder, May Bjerre Eiby. Available at: https://www.maybjerreeiby.dk/metoder (Accessed: 17 May 2025).

Eröksüz, R. et al. (2020) 'Comparison of intermittent and consecutive balneological outpatient treatment (hydrotherapy and peloidotherapy) in fibromyalgia syndrome: a randomized, single-blind, pilot study', International Journal of Biometeorology, 64(3), pp. 513–520. Available at: https://doi.org/10.1007/s00484-019-01838-3.

Favrskov Kommune (2024) Fakta om Favrskov Kommune | Favrskov.dk, Favrskov Kommune. Available at: https://favrskov.dk/fakta-om-favrskov-kommune (Accessed: 6 May 2025).

fcamusd (2012) Residential home for the elderly (Wohnhaus für Betagte), Masans, Chur, Switzerland. Peter Zumthor, 1993. [Photo]. Available at: https://www.flickr.com/photos/_freelance/6883731922/ (Accessed: 15 May 2025).

Frandsen, A.K. et al. (2009) Helende arkitektur. Aalborg: Aalborg Universitet, Institut for Arkitektur og Medieteknologi (Institut for Arkitektur og Design Skriftserie, No. 29). Available at: https://vbn.aau.dk/da/publications/helende-arkitektur-2 (Accessed: 22 October 2024).

Frandsen, K.-E. and Stelzner, K. (2017) Hinnerup, Lex - Danmarks Nationalleksikon. Available at: https://lex.dk/Hinnerup (Accessed: 6 May 2025).

FRIIS & MOLTKE Architects (no date) Hospice Vangen, Aalborg, FRIIS & MOLTKE Architects. Available at: https://friis-moltke.dk/arkitektur/sundhed-pleje/hospice-vangen-aalborg/ (Accessed: 18 May 2025).

Gebretsadik, A. et al. (2021) 'Balneotherapy for Musculoskeletal Pain Management of Hot Spring Water in Southern Ethiopia: Perceived Improvements', Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing, 58, p. 469580211049063. Available at: https://doi.org/10.1177/00469580211049063.

Gudenå Hospice (no date a) Gudenå Hospice [Photo]. Available at: https://www.facebook.com/photo/?fbid=508041654657032&set=a.508041611323703 (Accessed: 21 May 2025).

Gudenå Hospice (no date b) 'Gudenå Hospice – Brædstrup', Gudenå Hospice. Available at: https://gudenaahospice.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Gudenå Hospice (no date c) 'Praktisk information', Gudenå Hospice. Available at: https://gudenaahospice.dk/patienter-og-paaroerende/praktisk-information/ (Accessed: 16 May 2025).

HarperCollins Publishers (no date) The American Heritage Dictionary entry: cul-de-sac, The American Heritage Dictionary of the English Language. Available at: https://www.ahdictionary.com/word/search.html?q=cul-de-sac (Accessed: 7 May 2025).

Hede2000 (2011) Sankt Josephs Hospital [Photo]. Available at: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sankt_Josephs_Hospital.jpg.

History of Modern Biomedicine Research Group (2002) Dame Cicely Saunders [Photo. Taken at the Witness Seminar "Innovation in Pain Management" held by the History of Twentieth Century Medicine Group.]. Available at: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:EWS21.11.jpg.

Hospice Djursland (no date a) Hospice Djursland, Hospice Djursland. Available at: https://www.hospicedjursland.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Djursland (no date b) Om Hospice Djurslands arkitektur, beliggenhed og tilblivelse, Hospice Djursland. Available at: https://www.hospicedjursland.dk/hospice/rammer (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (2024) Hvordan ser fremtidens hospice ud? Available at: https://www.hospiceforum.dk/nyheder/hvordan-ser-fremtidens-hospice-ud/ (Accessed: 7 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date a) Anker Fjord Hospice, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/anker-fjord-hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date b) Arresødal Hospice, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/arresoedal-hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date c) Diakonissestiftelsens Hospice, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/diakonissestiftelsens-hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date d) Gudenå Hospice. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/gudenaa-hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date e) Hospice Djursland, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-djursland/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date f) Hospice Fyn, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-fyn/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date g) Hospice Limfjord, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-limfjord/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date h) Hospice Sjælland, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-sjaelland/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date i) Hospice Søholm, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-soeholm/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date j) Hospice Søndergård, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-soendergaard/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date k) Hospice Sønderjylland, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-soenderjylland/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date l) Hospice Sydfyn, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-sydfyn/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date m) Hospice Sydvestjylland, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-sydvestjylland/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date n) Hospice Vangen, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-vangen/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date o) Hospice Vendsyssel, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospice-vendsyssel/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date p) Hospicegården Filadelfia, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/hospicegaarden-filadelfia/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date q) Sankt Lukas Stiftelsens Hospice, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/sankt-lukas-stiftelsens-hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date r) Sct. Maria Hospice, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/sct-maria-hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Forum Danmark (no date s) Svanevig Hospice, Hospice Forum Danmark. Available at: https://www.hospiceforum.dk/hospiceguiden/hospicer/svanevig-hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Fyn (no date a) Forside, Hospice Fyn. Available at: https://hospicefyn.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Fyn (no date b) Ophold, Hospice Fyn. Available at: https://hospicefyn.dk/ophold (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Information (2009) Hospice and palliative care directory United Kingdom and Ireland 2009-2010. London: Help the Hospices.

Hospice Limfjord (no date a) 'For patienter og pårørende', Hospice Limfjord. Available at: https://hospicelimfjord.dk/for-patienter-og-paaroerende/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Limfjord (no date b) Hospice Limfjord, Hospice Limfjord. Available at: https://hospicelimfjord.dk (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Niagara (no date) Day Hospice, Hospice Niagara. Available at: https://www.hospiceniagara.ca/day-hospice/ (Accessed: 3 May 2025).

Hospice Sjælland (no date a) Hospice Sjælland – hvor livet leves, Hospice Sjælland. Available at: https://hospice-sjaelland.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Sjælland (no date b) Ophold på hospice i Sjælland | Få ro og støtte, Hospice Sjælland. Available at: https://hospice-sjaelland.dk/ophold-paa-hospice/boligen-paa-hospice.aspx (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Søndergård (no date) Forside, Hospice Søndergård. Available at: https://ok-fonden.dk/hsg/ (Accessed: 16 May 2025).
Hospice Sønderjylland (no date a) Billedgalleri [Photo]. Available at: https://hospicesoenderjylland.dk/billedgalleri/ (Accessed: 21 May 2025).

Hospice Sønderjylland (no date b) Forside, Hospice Sønderjylland. Available at: https://hospicesoenderjylland.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Sønderjylland (no date c) Om hospice, Hospice Sønderjylland. Available at: https://hospicesoenderjylland.dk/om-hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Sydfyn (no date a) Hospice Sydfyn, Hospice Sydfyn. Available at: https://hospicesydfyn.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Sydfyn (no date b) Hverdagen på Hospice, Hospice Sydfyn. Available at: https://hospicesydfyn.dk/patienter-og-parorende/hverdagen-pa-hospice (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Sydvestjylland (no date a) Hospice Sydvestjylland, Hospice Sydvestjylland. Available at: https://hospicesydvestjylland.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Sydvestjylland (no date b) Ophold, Hospice Sydvestjylland. Available at: https://hospicesydvestjylland.dk/ophold (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Vangen (no date a) Forside, Hospice Vangen. Available at: https://hospice-aalborg.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Vangen (no date b) 'Fysiske rammer', Hospice Vangen. Available at: https://hospice-aalborg.dk/fysiske-rammer/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Vendsyssel (no date a) Billeder fra Hospice [Photo]. Available at: https://hospice-vendsyssel.dk/om-hospice-vendsyssel/billeder-fra-hospice/ (Accessed: 21 May 2025).

Hospice Vendsyssel (no date b) 'Faciliteter på hospice', Hospice Vendsyssel. Available at: https://hospice-vendsyssel.dk/opholdet/faciliteter-paa-hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospice Vendsyssel (no date c) Hospice Vendsyssel - Hospice i Nordjylland, Hospice Vendsyssel. Available at: https://hospice-vendsyssel.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospicegården Filadelfia (no date a) 'Faciliteter', Hospicegården Filadelfia. Available at: https://hospicegaarden.dk/opholdet/faciliteter/ (Accessed: 16 May 2025).

Hospicegården Filadelfia (no date b) Forside, Hospicegården Filadelfia. Available at: https://hospicegaarden.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Ilkjær, I. and Kragh, C.F. (eds) (2021) Palliation og rehabiliterende palliation. First ed. Copenhagen: Gad.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024) 'Aftale om sundhedsreform 2024'. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Available at: https://www.ism.dk/Media/638743383915480390/Aftale%20om%20sundhedsreform%202024%20%20vers.%202-04.02.2025.pdf.

Jarlbæk, L. et al. (2024) Dødssted og dødsårsager blandt voksne i Danmark - i perioden 2012-2020. Second ed. REHPA. Available at: https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2024/10/Doedssted-og-doedsaarsager-blandt-voksne-i-Danmark-OKT2024.pdf.

Kaiser, U. et al. (2024) 'The complex intervention day hospice — a quality-assured study on the implementation, realization, and benefits with model character for Germany (IMPULS) using the example of "Day hospice Adiuvantes"', BMC Palliative Care, 23(1), p. 18. Available at: https://doi.org/10.1186/s12904-024-01346-1.

Kampus Production on Pexels (2021) Volunteers helping elderly person [Photo]. Available at: https://www.pexels.com/da-dk/foto/traemand-haender-folk-7551685/ (Accessed: 23 May 2025).

Katsuyama, H. et al. (2022) 'Habitual Hot-Tub Bathing and Cardiovascular Risk Factors in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study', Cardiology Research, 13(3), pp. 144–153. Available at: https://doi.org/10.14740/cr1371.

Kent, M. and Schiavon, S. (2020) 'Evaluation of the effect of landscape distance seen in window views on visual satisfaction', Building and Environment, 183, p. 107160. Available at: https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2020.107160.

Kim, K. et al. (2020) 'Local Heat Therapy to Accelerate Recovery After Exercise-Induced Muscle Damage', Exercise and Sport Sciences Reviews, 48(4), pp. 163–169. Available at: https://doi.org/10.1249/JES.0000000000000230.

Lægeforeningen (2025) 'Lægeforeningens holdningspapir: Forslag til styrket palliation'. Lægeforeningen. Available at: https://laeger.dk/media/nxpow5e5/laegeforeningens-holdningspapir-forslag-til-styrket-palliation.pdf (Accessed: 28 April 2025).

Lamothe, C. (2024) What Are the Health Benefits of a Hot Bath?, Healthline. Available at: https://www.healthline.com/health/chronic-pain/hot-bath-benefits-sento-furo-japanese-bathing (Accessed: 9 May 2025).

Laura Stamer (2021) Kræftrådgivning [Photo].

Lawson, B. (2005) How designers think: the design process demystified. Fourth ed. Amsterdam Heidelberg: Elsevier Architectural Press.
LeonL (2011) Paimio Sanatorium [Photo]. Available at: https://www.flickr.com/photos/leonl/5687588867 (Accessed: 14 May 2025).

Mahncke, H. and Wiking, M. (2025) Vores Livskvalitet - Hvad kan vi lære af de lykkeligste danskere? First Ed. Copenhagen: Realdania. Available at: https://realdania.dk/publikationer/faglige-publikationer/vores-livskvalitet (Accessed: 6 May 2025).

Marie-Louise Baes (no date) Hospicegården Filadelfia [Photo]. Available at: https://hospicegaarden.dk/ (Accessed: 21 May 2025).

Mohr, G. (2019) Teknisk ståbi. 25. udgave. Edited by B.C. Jensen. Kbh.: Praxis - Nyt Teknisk Forlag.

Naumann, J. et al. (2020) 'Effects and feasibility of hyperthermic baths in comparison to exercise as add-on treatment to usual care in depression: a randomised, controlled pilot study', BMC Psychiatry, 20(1), p. 536. Available at: https://doi.org/10.1186/s12888-020-02941-1.

Nicolas da Silva Lucas (2024) Civic center by ACAU Architectes [Photo]. Available at: https://divisare.com/projects/500286-acau-architectes-nicolas-da-silva-lucas-civic-center (Accessed: 12 May 2025).

Nielsen, J. (2025) Slut med datatomhed og manglende organisering, Ugeskrift for læger. Available at: https://ugeskriftet.dk/nyhed/slut-med-datatomhed-og-manglende-organisering (Accessed: 30 April 2025).

Nørregård-Nielsen, E. and Rådgivende Sociologer (2018) Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død. Rådgivende Sociologer and Ældre Sagen.

Ohko, H. et al. (2021) 'The effects of endurance exercise combined with high-temperature head-out water immersion on serum concentration of brain-derived neurotrophic factor in healthy young men', International Journal of Hyperthermia, 38(1), pp. 1077–1085. Available at: https://doi.org/10.1080/02656736.2021.1922761.

Orthos logos (2019) Atelier Peter Zumthor & Partner AG: Homes for Senior Citizens, orthoslogos.fr. Available at: https://orthoslogos.fr/architecture/homes-for-senior-citizens/ (Accessed: 15 May 2025).

Pedersen, J. (2025a) Palliation: De fleste forløb handler mere om nærhed end om specialistviden, Ugeskriftet.dk. Available at: https://ugeskriftet.dk/nyhed/palliation-de-fleste-forloeb-handler-mere-om-naerhed-end-om-specialistviden (Accessed: 15 May 2025).

Pedersen, J. (2025b) Vi skal styrke palliationen – også til flere patientgrupper, Ugeskrift for læger. Available at: https://ugeskriftet.dk/nyhed/vi-skal-styrke-palliationen-ogsaa-til-flere-patientgrupper (Accessed: 28 April 2025).

PickPik (no date) Person holding hand [Photo]. Available at: https://www.pickpik.com/human-holding-old-man-hand-hand-in-hand-hospice-55171 (Accessed: 23 May 2025).

pixabay.com (2016) A woman in a wheelchair talking to a nurse. Hospital assistance care for, emotions. Available at: https://picryl.com/media/hospital-assistance-care-for-emotions-ed4364 (Accessed: 23 May 2025).

Pizzey, F.K. et al. (2021) 'The effect of heat therapy on blood pressure and peripheral vascular function: A systematic review and meta□ analysis', Experimental Physiology, 106(6), pp. 1317–1334. Available at: https://doi.org/10.1113/EP089424.

PLH Arkitekter (no date) Hospice Sydfyn [Photo]. Available at: https://www.plh.dk/projects/hospice-sydfyn (Accessed: 21 May 2025).
Pryds, C. (2022) 'Indefra og ud'. Available at: https://arkitektforeningen.dk/arkitekten/indefra-og-ud/ (Accessed: 14 May 2025).

Ramblersen (2017) Sankt Lukas Stiftelsen 03 [Photo]. Available at: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sankt_Lukas_Stiftelsen_03.jpg.
Realdania (2009) Program for Det Gode Hospice i Danmark. Second ed. Realdania. Available at: https://realdania.dk/publikationer/faglige-publikationer/program-for-det-gode-hospice.

REHPA (2017a) 'Funktionsdiagrammer og rumprogram', Arkitektur & Lindring. Available at: https://arkitektur-lindring.dk/designprincipper/funktionsdiagrammer-og-rumprogram/ (Accessed: 7 May 2025).

REHPA (2017b) 'Lys - lyd - luft - temperatur', Arkitektur & Lindring. Available at: https://arkitektur-lindring.dk/designprincipper/lys-lyd-luft-temperatur/ (Accessed: 7 May 2025).

REHPA (2019) Palliativguiden, REHPA. Available at: https://www.rehpa.dk/vi-tilbyder/palliativguide/ (Accessed: 3 May 2025).

REHPA (2024) Ny viden om danskernes dødssteder og dødsårsager, REHPA. Available at: https://www.rehpa.dk/nyheder/ny-viden-om-danskernes-doedssteder-og-doedsaarsager/ (Accessed: 3 May 2025).

Ricam Hospiz Stiftnung (2016) Tageshospiz, Ricam Hospiz Stiftnung. Available at: https://www.ricam-hospiz.de/was-wir-tun/tageshospiz/ (Accessed: 10 March 2025).

Rory Gardiner (2023) Spruce House by ao-ft [Photo]. Available at: https://www.rory-gardiner.com/projects/spruce-house#0 (Accessed: 12 May 2025).

Sankt Lukas Hospice (no date a) 'Faciliteter og omgivelser', Sankt Lukas Hospice. Available at: https://sanktlukas.dk/hospice/indlaeggelse/faciliteter-og-omgivelser/ (Accessed: 17 May 2025).

Sankt Lukas Hospice (no date b) Sankt Lukas Hospice, Sankt Lukas Hospice. Available at: https://sanktlukas.dk/hospice/ (Accessed: 16 May 2025).

Sankt Lukas Stiftelsen (2024) 'Konkurrenceprogram_Hospicebyggeri_Sankt Lukas Stiftelsen.pdf'. Available at: https://drive.google.com/file/d/1hZv-PXHu1_WqUVcUlFLA6KxFjlSR1th7/view?usp=drive_link&usp=embed_facebook (Accessed: 30 September 2024).

Sankt Lukas Stiftelsen (2025a) 'Sankt Lukas Stiftelsen hilser nye palliative anbefalinger velkommen', Sankt Lukas Stiftelsen, 15 January. Available at: https://sanktlukas.dk/sankt-lukas-stiftelsen-hilser-nye-palliative-anbefalinger-velkommen/ (Accessed: 15 May 2025).

Sankt Lukas Stiftelsen (2025b) Vinder af arkitektkonkurrence om nyt hospice på Sankt Lukas Stiftelsen er fundet, Sankt Lukas Stiftelsen. Available at: https://sanktlukas.dk/vinder-af-arkitektkonkurrence-om-nyt-hospice-paa-sankt-lukas-stiftelsen-er-fundet/ (Accessed: 2 May 2025).

Schlag, K.E. and Vangelisti, A.L. (2024) 'Reflections on Dementia-Related Stigma and Direct Support Seeking by Family Caregivers as Mediating Associations Between Caregiver Stress, Burden, and Well-Being', Health Communication, 39(12), pp. 2474–2485. Available at: https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2270248.

Sct. Maria Hospice (no date a) Forside, Sct. Maria Hospice. Available at: https://www.sctmariahospice.dk/ (Accessed: 16 May 2025).
Sct. Maria Hospice (no date b) Praktisk information ved indlæggelse, Sct. Maria Hospice. Available at: https://www.sctmariahospice.dk/dk/patienter-og-paaroerende/praktisk-information-ved-indlaeggelse/ (Accessed: 16 May 2025).

Skårhøj, M.G., Hygum, A. and Danbjørg, D.B. (2024) Fagråd: Flere hospicepladser kan ikke alene løse, at for mange dør uden den rette lindring - Altinget, Altinget. Available at: https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/fagraad-flere-hospicepladser-loeser-ikke-alene-at-for-mange-doer-uden-den-rette-lindring (Accessed: 15 May 2025).

Skråfoto (2023) Skråfoto, Skråfoto. Available at: https://skraafoto.dataforsyningen.dk/ (Accessed: 17 May 2025).

Social-, Bolig- og Ældreministeriet (2024) Redegørelse om ældreområdet 2024. Copenhagen: Social-, Bolig- og Ældreministeriet. Available at: https://aeldremin.dk/Media/638537093174757235/Redeg%c3%b8relse_om_%c3%a6ldreomr%c3%a5det_2024_UA.pdf.

Søuld (no date) Acoustic Mats, Søuld. Available at: https://www.sould.dk/acoustic-mats (Accessed: 15 May 2025).

St John & Lizzies (2024). Available at: https://www.youtube.com/watch?v=-yzUezpLYv4 (Accessed: 14 March 2025).

St John & St Elizabeth Hospital (2025) Our Charity, St John & St Elizabeth Hospital. Available at: https://hje.org.uk/our-charity/ (Accessed: 7 March 2025).

St John's Hospice (no date) Day services - Our care, St John's Hospice. Available at: https://www.stjohnshospice.org.uk/our-care/day-services (Accessed: 6 March 2025).

Statistikbanken (no date) FRDK124: Befolkningsfremskrivning 2024 for hele landet efter herkomst, køn og alder, Statistikbanken. Available at: https://www.statistikbanken.dk/FRDK124 (Accessed: 5 March 2025).

Steenfeldt, V.Ø. and Hansen, F.T. (2017) Hospice - æstetik, eksistens, omsorg. First ed. Copenhagen: Munksgaard.

Stephen Craven (2005) Christopher's Hospice [Photo]. Available at: https://www.geograph.org.uk/photo/195249.

Stevens, E., Martin, C.R. and White, C.A. (2011) 'The outcomes of palliative care day services: A systematic review', Palliative Medicine, 25(2), pp. 153–169. Available at: https://doi.org/10.1177/0269216310381796.

Stoklund Medieproduktion (no date) Hospice vangen [Photo]. Available at: https://www.stoklund.net/.

Sundhed - Region Midtjylland (no date a) Hospice Søholm, Sundhed - Region Midtjylland. Available at: https://www.sundhed.rm.dk/behandlingssteder/hospice-soholm/ (Accessed: 16 May 2025).

Sundhed - Region Midtjylland (no date b) Hospice Søholm - Praktiske oplysninger, Sundhed - Region Midtjylland. Available at: https://www.sundhed.rm.dk/behandlingssteder/hospice-soholm/praktiske-oplysninger/ (Accessed: 16 May 2025).

Sundheds- og Ældreministeriet (2016) National undersøgelse af forholdene på plejecentre. Copenhagen: Sundheds- og Ældreministeriet. Available at: https://aeldremin.dk/Media/637666138042332421/AE_National_undersoegelse_af_forholdene_paa_plejecentre_2016.pdf.

Sundhedsdatastyrelsen (2018) Plejehjemsoversigten, Plejehjemsoversigten. Available at: https://plejehjemsoversigten.dk/da/Artikler/Artikel-1 (Accessed: 16 May 2025).

Sundhedsdatastyrelsen (2024) Dødsårsagsregisteret. Sundhedsdatastyrelsen. Available at: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638695013418674104/Doedsaarsagsregisteret_2023.pdf.

Sundhedsdatastyrelsen (no date) Dødsårsager, esundhed. Available at: https://www.esundhed.dk/Emner/Hvad-doer-vi-af/Doedsaarsager (Accessed: 22 May 2025).

Svanevig Hospice (no date a) 'Faciliteter | Svanevig Hospice | Refleksionsrum, bibliotek, spabad mm.', Svanevig Hospice. Available at: https://svanevighospice.dk/opholdet/faciliteter/ (Accessed: 16 May 2025).

Svanevig Hospice (no date b) Forside, Svanevig Hospice. Available at: http://www.svanevighospice.dk/ (Accessed: 16 May 2025).

Sweco Denmark (no date) DemensCentrum, Sweco Denmark. Available at: https://www.sweco.dk/showroom/demens-centrum/ (Accessed: 17 May 2025).

Takeda, M. et al. (2023) 'Hot spring bathing practices have a positive effect on mental health in Japan', Heliyon, 9(9), p. e19631. Available at: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19631.

Thede, F. and Møller, V.A. (2024) Bagsværd Kirke, Lex. Available at: https://lex.dk/Bagsv%C3%A6rd_Kirke (Accessed: 15 May 2025).

trevor.patt (2014) IMG_0550 [photo]. Available at: https://www.flickr.com/photos/trevorpatt/14644513330/ (Accessed: 15 May 2025).

Troldtekt (no date) Akustikberegner, Troldtekt. Available at: https://www.troldtekt.dk/web-tools-og-downloads/akustikberegner/ (Accessed: 15 May 2025).

tsouk.yannis (2010) Sanatorium in Paimio [Photo]. Available at: https://www.flickr.com/photos/11804197@N07/5265502895 (Accessed: 14 May 2025).

ubakus.de (no date) U-value calculator, ubakus.de. Available at: https://www.ubakus.de/en/r-value-calculator/index.php? (Accessed: 19 May 2025).

Ukai, T. et al. (2020) 'Habitual tub bathing and risks of incident coronary heart disease and stroke', Heart, 106(10), pp. 732–737. Available at: https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315752.

Ulrich, R. (1984) 'View Through a Window May Influence Recovery from Surgery', Science (New York, N.Y.), 224, pp. 420–1. Available at: https://doi.org/10.1126/science.6143402.

Ulrich, R. (2001) 'Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes', Design and Health: Proceedings of the Second … [Preprint].

USGBC (2025) LEED v4.1 Building Design and Construction. U.S. Green Building Council.

Verderber, S. and Refuerzo, B.J. (2006) Innovations in hospice architecture. First ed. London; New York: Taylor & Francis.

Wang, H., Zhang, L. and Zhou, Y. (2024) 'Rest-in-Peace: Research on the Architectural Types and Design Ideas to Guide Design of Hospice Care Building', Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing, 61, p. 469580241249435. Available at: https://doi.org/10.1177/00469580241249435.

Western Health (no date) Wellcare Program, Western Health. Available at: https://www.westernhealth.org.au/Services/Wellcare_Program/Pages/default.aspx (Accessed: 10 March 2025).

WHO (2020) Palliative care, World Health Organization. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care (Accessed: 1 May 2025).

Wilkes, E. et al. (1980) 'National terminal care policy. Report of the Working Group on Terminal Care', The Journal of the Royal College of General Practitioners, 30(217), pp. 466–471. Available at: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2159671/?page=5.

BIBLIOGRAPHY

A333 (2011) Paimio Sanatorium4 [Photo]. Available at: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paimio_Sanatorium4.jpg (Accessed: 14 May 2025).

After Words with Dr. Atul Gawande [Video] (2014). Available at: https://www.c-span.org/program/book-tv/after-words-with-dr-atul-gawande/367612 (Accessed: 9 May 2025).

Aitor Estevez (2023) Girona Funeral Home by Plasencia Arquitectura [Photo]. Available at: https://divisare.com/projects/479998-ao-ft-rory-gardiner-spruce-house-studio (Accessed: 12 May 2025).

Davies, N. et al. (2024) 'Co□Designing a Palliative Dementia Care Framework to Support Holistic Assessment and Decision Making: The EMBED□Care Framework', Health Expectations, 27(5), p. e70011. Available at: https://doi.org/10.1111/hex.70011.

DRTV - Indefra med Anders Agger - Børnehospice [TV program] (2023). Danmarks Radio. Available at: https://www.dr.dk/drtv/serie/indefra-med-anders-agger-_-boernehospice_489178 (Accessed: 7 May 2025).

DRTV - Sømanden & Juristen - historier fra et hospice [TV program] (2011). Danmarks Radio. Available at: https://www.dr.dk/drtv/saeson/soemanden-and-juristen-_-historier-fra-et-hospice_387621 (Accessed: 7 May 2025).

Gawande, A. (2014) Being Mortal: Medicine and what matters in the end. New York: Doubleday Canada.

Hain, R. et al. (eds) (2021) Oxford textbook of palliative care for children. Third edition. Oxford: Oxford University Press (Oxford textbooks in palliative medicine).

Hospice UK (no date) Young Adult Service, Hospice UK. Available at: https://www.hospiceuk.org/innovations/young-adult-service (Accessed: 7 May 2025).

King's College London (no date) Dame Cicely Saunders: A palliative care pioneer | Cicely Saunders Institute of Palliative Care, Policy & Rehabilitation | King's College London. Available at: https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/about-us/cicely-saunders (Accessed: 7 May 2025).

Kübler-Ross, E. (1969) On death and dying. London: Tavistock / Routledge.

Kübler-Ross, E. (2019) On death & dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy & their own families. 50th anniversary edition. Scribner trade paperback edition. New York, NY: Scribner.

Nedergaard, H. (2023) Hospicedirektør: Anders Agger-dokumentar viser, hvorfor vi ikke skal spare på børnehospice - Altinget, Altinget. Available at: https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/hospicedirektoer-anders-agger-dokumentar-viser-hvorfor-vi-ikke-skal-spare-paa-boernehospice (Accessed: 7 May 2025).

REHPA (2017a) 'Baggrund', Arkitektur & Lindring. Available at: https://arkitektur-lindring.dk/designprincipper/baggrund/ (Accessed: 7 May 2025).

REHPA (2017b) 'Funktionalitet', Arkitektur & Lindring. Available at: https://arkitektur-lindring.dk/designprincipper/funktionalitet/ (Accessed: 7 May 2025).

REHPA (2017c) 'Natur', Arkitektur & Lindring. Available at: https://arkitektur-lindring.dk/designprincipper/natur/ (Accessed: 7 May 2025).
REHPA (2017d) 'Privatliv - relationer', Arkitektur & Lindring. Available at: https://arkitektur-lindring.dk/designprincipper/privatliv-relationer/ (Accessed: 7 May 2025).

REHPA (2017e) 'Rammebetingelser', Arkitektur & Lindring. Available at: https://arkitektur-lindring.dk/designprincipper/rammebetingelser/ (Accessed: 7 May 2025).

REHPA (2017f) 'Stemning', Arkitektur og Lindring. Available at: https://arkitektur-lindring.dk/designprincipper/stemning/ (Accessed: 7 May 2025).

Sct. Maria Hospice (no date) Tankerne bag hospice og palliation. Available at: https://www.sctmariahospice.dk/dk/om-os/tankerne-bag-hospice-og-palliation/ (Accessed: 7 May 2025).

Sundhedsdatastyrelsen (2024) Stigning i kræfttilfælde. Available at: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/nyheder/2024/kraefttilfaelde-300924 (Accessed: 22 May 2025).

Sundhedsstyrelsen (no date) Anbefalinger for den palliative indsats, Sundhedsstyrelsen. Available at: http://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/Anbefalinger-for-den-palliative-indsats (Accessed: 22 May 2025).

Transition From Children To Adult Research Proposal - 2320 Words (2015) Paperdue. Available at: https://www.paperdue.com/essay/transition-from-children-to-adult-hospice-2157707 (Accessed: 7 May 2025).

Van Wijngaarden, E. et al. (2021) 'Still ready to give up on life? A longitudinal phenomenological study into wishes to die among older

adults', Social Science & Medicine, 284, p. 114180. Available at: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114180.

Van Wijngaarden, E., Leget, C. and Goossensen, A. (2015) 'Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living', Social Science & Medicine, 138, pp. 257–264. Available at: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.015.

Wright, K. (2003) 'Relationships with death: The terminally ill talk about dying', Journal of Marital and Family Therapy, 29(4), pp. 439–454. Available at: https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01687.x.

APPENDIX

THESIS TITLE PAGE

This form must be submitted for all theses written in programs under the Study Board of Architecture and Design, and it should be placed at the beginning of the appendix section of the assignment.

A printed copy of the form must be submitted along with the printed copy of the thesis.

The information given in this form must also be available in PURE.

(All fields must be filled out)

Program: **Architecture** ☒ **Industrial Design** ☐ **Urban Design** ☐
This thesis was written by (full name):
Lærke Bertram
Paulina Torres Esquivel
Emma Strøm Jensen
Title of the thesis: The Palliative Retirement Home and Day Offer
Supervisor´s name: Lars Brorson Finch
Submission date/year: 30-05-2025
Is the project confidential? **Yes** ☐ **No** ☒
External collaboration* **Yes** ☐ **No** ☒
External collaboration partner (name of company/organization):
Contact at external collaboration partner (title, name og email):

What is an external collaboration? Read more here.

APPENDIX 1a
ST. LUKAS HOSPICE

Sankt Lukas Hospice is located in Hellerup, where the site was purchased in 1918 by the Sankt Lukas Foundation. It initially started as children's institutions, and the sisters also had premises in Nørrebro. In 1925, funds were raised for new facilities, as they were outgrowing the premises in Nørrebro. By 1932, they were able to move into the site in Hellerup. At that time, the site included a deaconess house, a church, and, by the standards of the time, a modern hospital with over 100 beds. (Sankt Lukas Hospice, no date)
Over the years, the buildings have been home to various organizations, but their primary function—providing care during the final stages of life—has remained constant. Today, the site houses both Sankt Lukas Hospice and Lukashuset, which serve as hospices for adults and children and young people, respectively. These functions are distributed across two separate buildings on the premises.

The building where the hospice is located consists of three floors. The top two floors are used for hospice care, while the basement accommodates the outreach team. The hospice features 24 single rooms, four of which have private bathrooms, distributed across two floors. The floors are designed with a long, narrow corridor running from one end of the building to the other, where the staircase is also located. The patient rooms are positioned along this corridor. In the center of the building, there is a small living room, a kitchenette, staff rooms, and rooms for medication and bed linen. The elevator is also centrally located. The corridor serves as the central hub of the building, where sofas and plants have been strategically placed to create small niches. These niches provide semi-private spaces, as there is limited space for patients and visitors outside of their rooms.

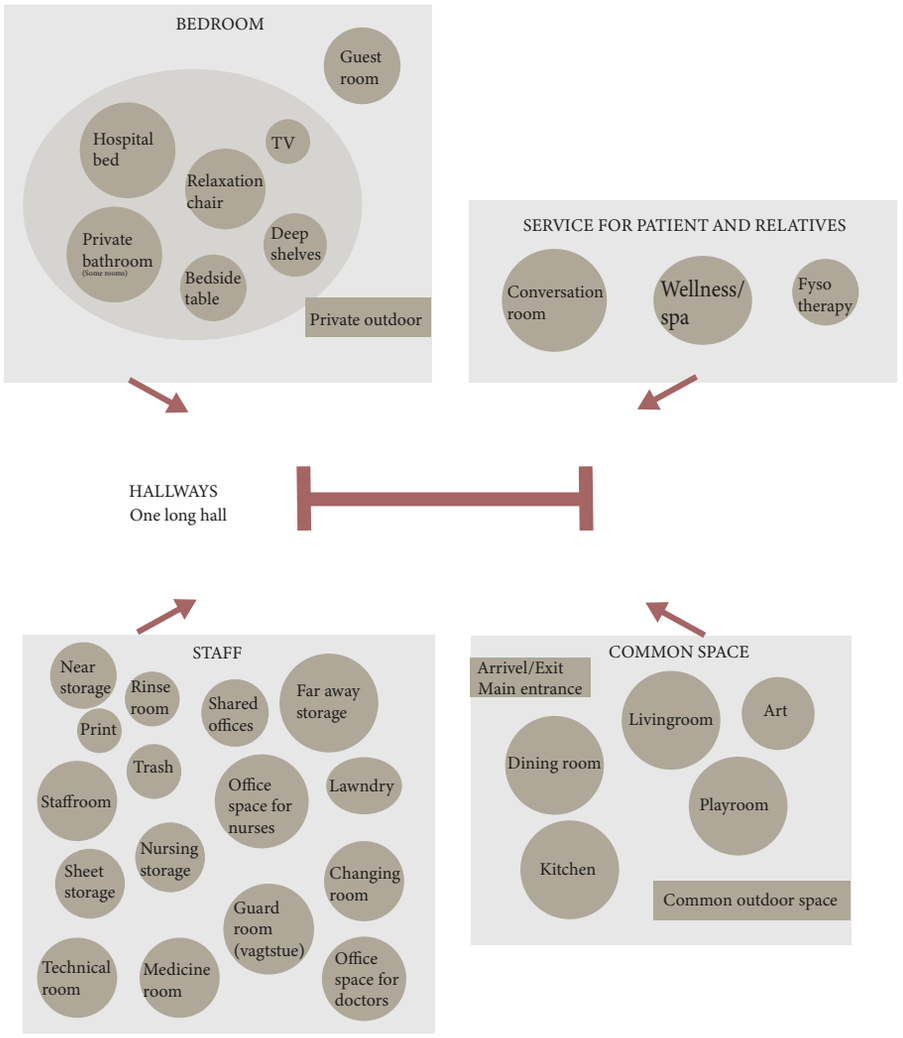
"Narratives emerge about patients and relatives preferring to stay in their own rooms." — Lisbeth Malene Nielsen (appendix 1b)

Sankt Lukas has been an example of how a hospice has been integrated into an already existing building. There was a particular lack of patient accommodation, which led to the development of a narrative among the staff. Additionally, the smallest rooms had no bathrooms, which is seen as a necessity for the future. The circulation in the building took place along a central corridor, making it easy to find staff, but there were often many people in the hallway, which made the pace quite high and the atmosphere felt very public as soon as one stepped outside of their room.

Facts:
Sankt Lukas Hospice
Built: 1932



Ill. 155: Arial photo of St. Lukas Hospice and surrounding facility, view looking north. (Skråfoto, 2023)



Ill. 160: Room diagram for St. Lukas Hospice. (Own prod.)



Ill. 159: Hallway. (Own prod.)



Ill. 158: Livingroom and lounge. (Own prod.)



Ill. 156: Front entrance to St. Lukas Foundation, on the corner between Bernstorffsvej and Tuborgvej. (Own prod.)



Ill. 157: Kitchen. (Own prod.)

APPENDIX 1b
INTERVIEW AT ST. LUKAS HOSPICE

Date: February 18th 2025
Place: Sankt Lukas Hospice, Hellerup, Copenhagen
Interview with: Lisbeth Malene Nielsen, Clinical Nurse Specialist at Sankt Lukas Hospice and the Outpatient Hospice Team
Interviewed by: Emma Strøm Jensen, Lærke Bertram, Paulina Torres Esquivel
Language: Danish

TRANSCRIPTION:

Lisbeth:
Vi går rundt, altså det der med hvor kan vi få plads til hjælpemidlerne, og hvordan får vi plads til de pårørende? Fordi det er jo også en rigtig vigtig del. Og lige nu der har vi... Ja, jeg kom egentlig fra det der med... Det er fordi jeg snakker rigtig meget om mit arbejde. I skal bare stoppe mig.

Paulina:
Nej, det er virkelig godt.

[Fælles grin]

Lisbeth:
Man kan sige, at Dronning Alexandrines Hus har bare været der, hvor man rigtig har lavet det hospice. Og derfor, da man så udvidede, så var det ligesom det. Og så kan man sige, at så...

Dengang jeg startede her, der var det forstanderskab, der ligesom var leder her på stiftelsen. Og så gik vi over til at lave noget vedtægt om i bestyrelsen, eller på stiftelsen her, det blev lavet om til en fond for ca. 10 år siden. Der fik vi en sådan direktør, der hed Søren Bøndeløkke, der havde været sundhedsformester her i Gentofte Kommune. Han blev vores første direktør hernede.

Og han havde nogle visioner, som ikke handlede specielt meget om palliation. Vi er jo en del af stiftelsen her. Der var palliation, der var en børnehave, der var et plejehjem, der var et krisecenter for kvinder af anden etnisk baggrund.

Der er udlejning til sprogeskole, der er udlejning til noget genoptræning. Forskellige ting. Rigtig mange aktiviteter der er her.

Så stoppede Søren Bøndeløkke, så fik vi en ny direktør, Henrik Nedergaard, som vi også har nu. Og det han havde sat sig for, det var egentlig at lave en undersøgelse af, hvad er det stiftelsen er stærkest i? Og for at gøre en lang historie kort, så lavede han sådan en, han havde et firma ude, der ligesom interviewede en hel masse medarbejdere,

omkring det her. Og det, der kom frem, det var, at det var palliation. Så det blev det store, strategiske mål for stiftelsen dengang. Og så kan man sige, at det var ligesom startskuddet til, at hvis man gerne vil være førende, fortsat, fordi vi jo også er pionerer på området, så er der rigtig mange, der kender St. Lukas. Så hvis man stadig gerne vil være førende inden for det her område, så skulle der ligesom nytænkes, og man skulle ligesom tænke det fremad i fremtiden, og fremtidens palliation. Så det var egentlig startskuddet til det.
Så derfra, der er det jo ligesom bare, altså det har jo, det er jo også noget, vi skulle vende os lidt til det der med, at lige pludselig, så er vi ikke bare et hospice med, hvor mange ting forgår over i den her enhed. Men nu er vi en strategisk mål for stiftelsen, og det gør også, at noget af kommunikationen ligesom skulle, ligesom du siger måske, det der med, at det kan virke lukket. Vi var jo nok meget vores egen enhed, så på en eller anden måde, så skulle vi også åbne lidt mere op, for at nogen kiggede ind i os, og vi skulle ligesom også lære at kommunikere udad.

Blandt andet i forhold til presse, og når man bliver, nu, når I kommer, altså jeg har altid været meget åben for, for alle mulige slags studerende, og så videre, ikke? Men også det, at jeg er også den, der har opgaven i at være stemmen, hvis der kommer nogle journalister, der gerne vil have noget viden, eller nogen, der gerne vil intervjue nogle patienter, eller sådan noget, der er jeg også ligesom den der gatekeeper, og ligesom, der er en masse ting, der man skal, tænke over, i forhold til det, fordi det er mere komplekst, end bare lige at lukke nogen ind, og sige noget, og hvordan man får det sagt, fordi, det kan jeg bare sige, jeg har prøvet lidt af hvert, men det der med, det er jo også en måde, at ligesom, tage ud af, af vores enhed, ikke? Det er en tag i forskellige podcast, og radioudsendelser, og titler i den ene eller anden avis, og så er det der, ikke? Det tror jeg faktisk også er meget godt. Jamen, det er jo en del af opgaven, og så kan man tænke sig rigtig godt om, og som man kan sige specielt nu her, nu har der været en rigtig, en meget intens, i et års tid, hvor et aktivt dødshjælp, har været rigtig meget i debatten, ikke? Og der, der får vi jo også en rolle.

(. . .)
Så nu må I tage til mig tilbage, der hvor i vil, ja.

Emma:
Ja, vi har jo forberedt nogle spørgsmål, indenfor nogle sådanne emner. Vores første emne er sådan dagligdagen og daglig rutine, hvor vi godt kunne tænke os sådan at høre. Du har lidt været inde på det, så forskællige faggrupper. Der skulle fire til. I havde sygeplejersker og læger.

Lisbeth:
Og så har vi en socialrådgiver, som vi deler både med Lukashuset, som er vores børne-unge hospice og det udgående team, og en præst, der også er i alle tre enheder.

Emma:
Hvordan fungerer det så, når I deler? Er det så en dag derovre og en dag herovre, eller hvordan samarbejder I med de forskellige team?

Lisbeth:
Man kan sige, at voksen-delen, altså de to enheder herovre, vi arbejder rigtig meget sammen. Hvor vi har fire overlæger, som vi deler, i de her to enheder her. Lægerne er ikke i børne-unge, som hedder Lukashuset.

Så vi arbejder jo rigtig meget sammen her, vi har vores egen visitation af patienter, det har de også dernede, men de arbejder jo også sammen, fordi nogle gange, så får man jo en henvisning, som, giver rigtig god mening, at det er indlæggelseskrævende behov, og nogle gange, er det nogen, der skal være i eget hjem, så vi har sådan et samarbejde, læger og sygepladsker arbejder sammen, sygeplejerskene er ansat i hver sin enhed, her har vi 42 sygepladsker, dernede har vi 5.

Så, så kan man sige, at der, hvor snitfladerne er, i forhold til de tværfaglige samarbejde, der er det rigtig meget på tværfaglige konferencer, men jo også i dagligdagen, men det bliver nok kvalificeret på de tværfaglige konferencer, for eksempel, hvor skal præsten, hvad rolle har præsten, socialrådgiver, fysioterapeuterne, men der er også noget daglig koordinering, og selvfølgelig, hele tiden, hvis en sygepladsker, der siger, her er der brug for en socialrådgiver, så finder man ud af det, men vi har jo ugentlige tværfaglige konferencer, hvor man ligesom kvalificerer indsatsen, kan man sige.

Emma:
Okay. Ja, hvor man så også spare med hinanden.

Lisbeth:
Det gør vi sådanset hele dagen. Men man kan se på en tværfaglig konference, at der går man lidt mere i dybden. Altså, der er lidt mere sådan dybtegående reflektioner og beslutningsprocesser, der foregår inde på en konference.
Der er man ligesom mere forberedt på, at her er nogle problemstillinger. Hvad for nogle nye patienter har vi? Dem, der er indlagt med status på dem?
Og er der et eller andet her, vi skal drøfte, hvor vi skal tage en samlet beslutning? Og dem, der er døde, er der noget her, vi skal være særlig opmærksomme på? Vi har jo en praksis, hvor vi følger op på de efterlag, men er der noget særligt her, der er brug for?

Emma:
Ja. Så har vi skrevet om den typiske arbejdsdag. Der er nok ikke så mange dage, der ligesom minder totalt om hinanden, men der er nogle daglige rutiner.

Lisbeth:
Man kan sige, at der er jo helt klart en grundstruktur i det. Altså, man kan sige, at vi er jo i tre vagtlag, og vi dækker jo alle årets dage. Så sygeplejerskerne arbejder jo i otte timers vagter.

Og man kan sige, at det eneste sted, vi har overlap mellem vagtlagene, det er
nattevagten. Overlapper med aftenvagten og med dagvagten.

Dagvagten og aftenvagten overlapper ikke. Men man kan sige, at det er jo der, hvor der er en struktur med treholdskift for sygeplejersker, lægerne og de andre små faggrupper, de er her på hverdag mellem 8 og 16. Og så har lægerne vagtdækning over telefonen.

Aften og nat og weekender og hele dagen af ferie osv.

Emma:
Så lægerne, de er her i hverdagen?

Lisbeth:
Det er der, hvor de tværfaglige konferencer og ligesom, der er mere den tværfaglige indsats jo mere synlig, kan man sige. Men sygeplejerskerne står ikke alene i de andre vagtlag, men der skal man jo have en over telefonen. Så det kræver jo en høj grad af faglighed for sygeplejerskerne.

Det er også derfor, at det er den faggruppe, der er ude i den plejemæssige og den der tætte relationære kontakt til patienter og pårørende. Der skal man have en vis faglighed for at kunne det.

Paulina:
Med sådan kontakter til f.eks. noget som hospital eller plejehjem, hvis det der folk kommer fra, er det så sygeplejerskerne, der...

Lisbeth:
Det kan både være sygeplejersker og læger. Det kan også være socialrådgiver. Det kommer lidt an på, hvad det er for en problematik.

F.eks. har vi... Vi har jævnligt patienter, der måske ikke har pårørende. Og det kan være...

Der havde vi en kvinde, der skulle på plejehjem, og hun havde så en advokat indover alle
hendes økonomiske og finansielle og avemæssige ting. Men hun brugte også vores
socialrådgiver rigtig meget i forhold til at have kontakten til plejehjemmet og hjælpe med en flygtning og alle de der ting, som får os... Men socialrådgiver kan også være inde omkring unge patienter med mindre børn.

Måske skal der laves en underretning i forhold til, at der er en bekymring på den måde, at vi vil gerne have, at kommunen går ind og støtter den her familie. I kender I til underretning?

Paulina:
Nej.

Lisbeth:
Det er jo ikke fordi, at der er nogen, der gør noget forkert. En underretning... Vi har skærpet underretningspligt i vores felt. Men det er jo egentlig bare en omsorg for en familie.
Hvor der kan være nogen mindre børn. Hvor her gør vi kommunen opmærksom på, at der er en familie, der har brug for hjælp og støtte. Det er ikke for at indberette forældrene, at de gør noget dårligt.

Det er tværtimod en hjælp til, at de får noget støtte.

Emma:
Det er ikke for, at man ikke skal ud og tvangsfjerne...

Lisbeth:
Nej, overhovedet slet ikke. Men vi har en skærpet underretningspligt, fordi når man er børn og ung, i forhold til at skulle miste en forælder, så er der bare nogle ting, man har brug for hjælp til. Og dem har vi en del af.

Paulina:
Okay. For eksempel helt lavpraktisk også præstens rolle. Hvordan, det ved jeg ikke, om du kan komme et eksempel på hvordan...

Lisbeth:
Præsten har jo selvfølgelig den åndelige del. Men man kan sige i det hele taget, for at forklare det, I har også læst inde i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der er I også, hvis I har stødt på begrebet, der hedder total pain. Man kan sige, at det er jo faktisk hospicefilosofien, som vi arbejder efter. Det er jo total pain. Og der kan man sige, at der har vi de her fire dimensioner, som jo handler både om den fysiske del og den psykiske, åndelige, eksistentielle og den sociale del. Men man kan sige, at den åndelige, eksistentielle del, det kan man sige, der er... Vi går jo alle... Alle faggrupper går jo egentlig ind om alle dimensioner. Men der er jo så... Og nogen af os, der har en særlig faglighed ind i de forskellige områder. Og der er præsten jo den åndelige, eksistentielle. Og man kan sige, at den eksistentielle del fylder rigtig meget her.

Og det, der kan være godt i forhold til at præsentere den del, det er jo, at der kan være nogle fysiske problematikker omkring smertebehandling, åndenød, forskellige ting, symptomer inden for den del, som er et problem, vi kan løse. Vi kan lave en plan, vi kan skrue op for noget medicin osv. Men så er den eksistentielle del, det er jo alt det, der handler om grundvilkår. Det er det, der handler om liv og død, og det er det, der handler om lidelse osv., hvor du ikke kan sætte en løsning op, hvor man skal være følgeskab. Og der kan en præst jo være sindssygt god til at kvalificere den eksistentielle del. Så det er bare for at sige, at vi jo, det er jo også noget, det vil jeg have lagt væk på, i forhold til, når vi skal noget nyt. Fordi ja, vi er på en stiftelse, som har et protestantisk-kristent grundlag. Det kan man jo også se. Vi har jo nogle forskellige ting, som går igen her.

Og det er jo også noget, der taler ind i vores værdier. Men samtidig så har vi jo også alle religioner. Vi er jo, altså alle kan jo komme her. Der er heller ikke nogen specielle krav til os som personale. At vi skal have en speciel tro. Eller at vi skal tro på noget bestemt, men heller ikke, at vi skal ytre os om, hvad vi er. Men vi skal kunne formidle noget. Og det kan man sige, det er lidt det samme. Vores præst går jo også rundt i sit eget private tøj. Men har navneskilt på selvfølgelig. Men hun kan jo tage en samtale på en anden måde, end vi kan.

Også f.eks. med børn og unge. Hun har nogle andre redskaber, og hun har en anden rolle, end den, der er den tætteste plejeperson. Så der har vi også forskellige roller og forskellige forcer.

Det er den ene del, hun kan. Og så f.eks. nu her, det er også mig, der har ansvaret for at planlægge al undervisning og supervision for personalet. Og nu her i det her halve år, der har jeg aftalt med vores præst Mette, at hun har noget eksistentiel refleksion med personalet. Fordi det er jo også vigtigt, at man... Fordi en dimension i Total Pain, som jo ikke er af billet i Sundhedsstyrelsen, det er, at der er en lille en, der hedder Staff Pain.

Og det giver jo god mening, når man siger det, det der med, at når man arbejder med sådan nogle høje følelsesmæssige krav, som vi gør, så hvis vi ikke får nogle redskaber,
grundopvisning, supervision, reflektion, og ligesom hele tiden, ja, har en rigtig vigtig
arbejdskultur, så når vi bliver ramt af den her lidelse, som vi hele tiden bevidner, og som vi skal kunne på en eller anden måde gå i møde, så kan vi jo øge patientens lidelse ved, at hvis vi ikke har noget, der ligesom hjælper vores del. Så det er jo også en del af præstens arbejde, men det er også en del af socialrådgiverens arbejde. Fordi hun har også nogle gange undervist os, netop omkring det der med underretning, børnetestamente, hvad er det for nogle ting, der på spil rent socialt?

Den sociale palliation fylder meget mere. Dengang jeg startede der, der havde vi slet ikke en socialrådgiver. Jeg kan slet ikke forstå i dag, hvordan vi kan undvære en.
Hun er ansat 32 timer om ugen. I de tre enheder fordeler hun så. Hun er mest i udgående team og hospice, men har også en kæmpe rolle over i børnehospice, fordi der er en sociale palliation endnu større end her.

Så de små faggrupper er sindssygt vigtige, selvom det jo er af én person.

Paulina:
Det er virkelig rart at få det eksemplificeret, og få en idé omkring det lidt nærmere.

Emma:
Man kunne også godt sætte sig i, at som patient eller påhørende, at nu er der en med hatten på, som går ind af døren. Det er også lidt nemmere, og man er måske mere villig til at lægge nogle opgaver eller ting over på hende.

Lisbeth:
Det kan jo også være, at vi har nogle unge patienter, vi har en ovenpå, der er i 40'erne.

Det er jo tit nogle, der stadig får arbejde, eller nogle, der er på førtidspension. Der kan være alle mulige sociale ting, men når man er så syg, så har man jo ikke overskud. Man kan slet ikke gennemskue det. Så det der med at få en, der lige kan hjælpe en med at se, hvad er det, eller plejeoverlover for pårørende, hvor patienten bliver indlagt, og de bliver nervøse, fordi de mister deres plejeoverlov osv. Så der er nogle, der kan ligesom hjælpe med at kvalifisere det.

Emma:
Når vi går rundt i bygningen og får grundvisning, så kunne vi godt tænke os at høre lidt om især nogle mangler, eller nogle fejl, noget der kunne forbedres, men også hvis du udpeger, hvad der fungerer rigtig, rigtig godt.

Så er det noget, vi gerne kunne tænke os et billede af. Og så også i forhold til, hvor opholder personalet sig rigtig meget, og hvor er det, man måske er meget synlig som personale, og hvor er det, patienterne er henne, eller om det overhovedet ikke er sådan delt op, det er nok lidt omkring flowet og cirkuleringen, hvor det kommer. Det var lige forhold til arbejdsgange og sådan noget. Det kunne vi godt tænke os at få peget ud for at måske at mappe jeres arbejdsgange.

Lisbeth:
Man kan sige noget af det, vi sætter pris på her, og det der er interessant, nu har jeg jo været med i det her ar

bejde bagom, med også at skulle, altså det der med, der er jo også en udfordring for os, der har været her og arbejder i den her bygning, og vi er vant til det, altså de præmisser, vi har her. På den måde opstår der også nogle narrativer om det, man laver. Fordi man kan sige, at nu har I været på hospice vangen, og der kan man sige, der har de jo, jeg har også været på hospice vangen, for jeg kender nogen, der arbejder der overe og har lavet et projekt, men man kan sige, de har jo, når man kommer ind, så har de jo også sådan en spisedaglig stue, hvor de ligesom inviterer til noget samvær med patienter og pårørende. Det har vi ikke her på samme måde. Så derfor har vi også et narrativ om, at patienterne helst vil være på stuen.

Nu er det meget groft sat op, men det der med, vi ønsker jo os i det nye, de her hjerterum, hvor man ligesom har, man kan lave noget fælles aktivitet, men at man også ligesom inviterer ud, at patienter og pårørende kan møde hinanden, og de kan spise sammen, og der kan være noget socialt samvær på en anden måde end her. Men det har også udfordret vores narrativer i forhold til, at vi måske siger, vi har heller ikke bad på stuerne her. Jo, der er ud af de 24, der er der tre senge, hvor der er brusebade på stuen. Ellers er det, så er det toilet og håndvask, så har vi nogle baderum, spabad, på gangen og brusebade hver til.

Men vi siger jo også, at patienterne, nogle af dem er jo så dårlige, de ligger i sengen, de skal have i sengebad. Men hvis nu vi havde nogle andre faciliteter, kunne det godt være, vores narrativ var anderledes. Så det er bare for at sige, at det er i hvert fald noget, vi har snakket rigtig meget om, det der med, at vi skal have en ny fortælling ind i en ny bygning.

Emma:
Men det er faktisk også meget godt, at man også godt kan se lidt ud over, ja, det man måske mangler. Fordi, det vi også lidt oplevede ved Vangen, det var, at alt fungerede.

Det kunne godt være sådan, men gør det så egentlig det? Men det er jo bare fordi, de virkelig godt kan lide, der hvor de arbejder. Så er det jo meget godt, at der også kommer lidt ønsker, og se nogle alternativer, hvor det ikke måske fungerer. For så kan det måske også bakke lidt mere op om, måske fungerer alt bare ved Vangen, tænker jeg.

Paulina:
Ja, det er jo også det, altså de rammer, du har i et eller andet sted, det er det, man arbejder ind over. Ja, og hvis det er, som det er, så får man det jo også til -

Lisbeth:
Jamen, vi har jo mange, og det er helt enig med. Og hvis du går ud og spørger personalet her, så er jeg sikker på, at 100% af dem vil sige, vi savner at have vores eget køkken, der laver mad til patienterne. Fordi det er en kæmpe udfordring for os. Vi har haft et centralt køkken herovre på Stiftelsen, der har lavet mad til plejehjemmet. Og plejehjemmet er i den her proces jo blevet solgt fra Stiftelsen til Gentofte Kommune, for at skabe noget kapital hertil. Så de er heller ikke en del af Stiftelsen mere. Og da de ikke var det, så var der heller ikke grundlag på samme måde for køkkenet til at være her, så vores centralkøkken er lukket, så vi får mad udefra. Noget, der hedder det Danske Madhus, der kommer og bringer mad her. Fordi der skal man jo have nogen, der kan levere mad 365 dage om året på alle dage, og det skal være en stabil levering osv.

Og der kan man sige, det er nok det, vi synes, vi indgår det største kompromis. Også i forhold til hemmelighed. Det der med at man kan dufte maden, og der er nogen, der laver ens livret og sådan noget. Det er en kæmpe kvalitet, som vi virkelig savner. Men i virkeligheden har vi jo aldrig nogensinde her haft vores eget køkken. Vi har hele tiden haft det centralkøkken, men det har over de år, der har været her, været virkelig forskellige versioner af, hvad et centralkøkken er. Det er noget, vi glæder os sind sygt meget til at få vores eget køkken. Fordi det også på den måde kan skabe det fællesskab, som vi ikke har mulighed for at lave her med fælles spisning. Fordi det er bare nogle andre udfordringer, vi er i. Og fordi, i vil også se, nu er der lidt forskel på første og anden sal her, i forhold til, hvor stort køkkenet er. Det er jo et lillebitte køkken.

Emma:
Det er sådan et tekøkken?

Lisbeth:
Ja, altså det er, men man kan sige, at her, der er det jo personalet, altså sygehuskerne og de frivillige hjælpere. Og vi har noget, vi har også, ud over de her faggrupper, så har vi også servicepersonale, men det er ikke, det er noget, vi køber af stiftelsen. Eller hvad skal man sige, de er organiseret i stiftelsen, men er jo også vores kollegaer på den her måde. De hjælper jo også med at gøre rent på stuerne, og de laver – hjælper også med at anrette mad og sådan noget ude i køkkenet. Og rydde op og sørge for, at opvaskemaskinen kører osv.

Men sygehuskerne laver og forbereder jo morgenmaden. Der er varm mad til frokost, der er kold mad til aftenen. Og der er, sygehuskerne har jo også en rolle inde i det der. Og det er bare, altså det er bare et lillebitte køkken her ude. Og ovenpå er det lidt større.

Emma:
Hvor mange frivillige har I?

Lisbeth:
Jeg tror måske, vi har 15 frivillige i hospice, og så er der 5-6 stykker i det udgående team. Og så har Lukashus, der har deres eget hold. Jeg ved ikke, hvor mange de har.

De har måske også 10 frivillige derovre. Så det er noget, vi gør meget ud af. Der har vi to etageansvarlige sygehusker. En, der er på hver etage, som har sådan lidt mere den der overblik over flowet i løbet af ugen. Altså sørger for, at der er kontinuitet i patientpleje. Men de har også de frivillige. Så det er dem, der ligesom rekrutterer nye frivillige og sørger for oplæring.

Emma:
De frivilliges arbejde er det sådan en værts rolle, de har alle sammen. Eller går de også ind og...

Lisbeth:
Vi kalder dem ikke det der værter og værtinder. Det ved jeg godt, at der er nogen, der gør.

Det kalder vi dem ikke rigtigt. De har lidt forskellige... Man kan sige, at Gitte og Carina, som er de der etageansvarlige sygehusker, de har virkelig fornyet det her. Og det har også været en del af deres opgave, det her frivilligområde. At ligesom forny tænkningen ind i hvad er det de frivillige skal? De har jo forskellige forcer, de frivillige. Så nogen har også ansvaret for at arrangere sådan nogle sociale arrangementer. Nogen sørger for, at planterne bliver passet. Nogen sørger for, at... Ja, altså der er nogen, der rigtig gerne vil hjælpe patienterne ud på en tur i haven. Eller sidde og læse avisen. Det kan være lidt forskelligt, hvad de laver.

Emma:
Er det alle aldersgrupper, der er repræsenteret i de frivillige?

Lisbeth:
Ja, det synes jeg. Det er mest måske den lidt ældre generation, men vi har også fået en del unge, faktisk. Og det er super godt. Det er meget fint at have sådan lidt forskelligt, hvad de byder ind.

Emma:
Ja, det er også fordi, de har forskellige kompetencer.

Lisbeth:
Ja, så er der nogle, der bærer kager og sådan noget. Netop også for at lave den der hjemlige, dufte og hygge...

Emma:
Jeg skal lige følge med i hvor jeg er kommet til.
Jo, måske noget i forhold til det der, det er måske også lidt arkitektet, men man har jo den private stue, så overgangen til hvor man kommer mere og mere ud i offentligheden, og måske også til at alle kan bruge parken, er der nogle nemme vej om, altså lidt forskellige muligheder til at man gradvis kommer længere ud til noget der er mere og mere offentligt, eller hvor går grænsen mellem ens privat zone, og ja, måske både rumligt, men også kommer folk brasende ind på deres stue, og kan man kigge lige ind og sådan nogle ting, kan du fortælle lidt om det?

Lisbeth:
Ja, jeg er helt med på hvad du mener, fordi det er jo noget vi går meget op i omkring vores værdier, det der med at man har den der hjemmelighed, og den handler jo i høj grad om, den kan handle om alt lige fra indretning i stuen, om man har sit eget tøj på, og så også respekten for at det her det er patientens rum, så man banker altid på og siger, det er Lisbeth der kommer, eller man laver en aftale med patienten, der er også nogen der helst ikke vil have at man banker på, men man bare kommer stille ind ad døren,

men der er faktisk lavet en der hedder Dorte Viftrup, jeg glemmer ikke hvad hun hedder til efternavn helt, hun har lavet en phd netop, hvor hun også har været ude og undersøge, og hun er også fulgt med nogen på hospice, og hun beskriver, hun er psykolog, hun beskriver meget det der med, at der sker et eller andet når man nærmer sig døren, altså så skal man ned i gear, og skal man lige, altså man kan godt have travlt når man går på gang, og i det øjeblik man nærmer sig døren, så sker der noget i ens adfærd, at så skal man ned i gear, og så kommer man ind på stuen med en rolig energi, og ligesom,

Emma:
Men hvad hvis man så som patient går ud af døren, hvad bliver man så mødt af?

Lisbeth:
Det er meget sjovt at du siger det, for nu mødte jeg en patient her til morgen, hvor jeg var nede i køkkenet og skulle hente noget fløde til min kaffe, og jeg passer jo ikke patienter, så jeg kommer ned og forbi hernede ved køkkenet, og så står der en patient i døren på den stue, der ligger overfor køkkenet, og det er der klokken lidt i otte, der er sygeplejerskerne, de er mødt halv otte, så de er i gang med at læse, og nogen hælder medicin op, og han står lige til mig og spejder, og så spørger han, har du brug for noget? Og så siger han, jamen, jeg vil gerne snart have noget morgenmad, og så jeg står bare og ser hvad der sker, ikke? Han var ligesom lige ude og se, jamen nu, han vidste jo godt, der var vagtskifte, og nu skal han lige se, hvem er på arbejde, og ligesom, hvad sker der herude? Og så siger jeg, men de er i gang med at læse, og de kommer lige om lidt, og hvis du ikke kan vente, så skal du bare ringe på klokken.

Fordi det er også noget, vi siger til de pårørende, for eksempel, når de kommer, I skal ikke lede efter os ude på gangen, I skal ringe, fordi de kan jo også være i en situation, hvor patienten bliver dårlig, og så kan de lige pludselig gå ud af stuen, og så kan der ske noget, mens de ikke er der, og de skal i hvert fald ikke bruge tid på at lede efter os, vi kan jo være på alle mulige stuer, og så videre, ikke? Så den tryghed i, at vi kommer, når de ringer, den er også rigtig vigtig, og det er noget, vi formidler meget hurtigt, fordi nogen har måske været hjemme, eller på et plejehjem, eller på et hospital, hvor de har siddet og ventet rigtig længe, når de har ringet på klokken. Så den tryghed i, at I skal bare ringe, når I har brug for hjælp, vi kommer til jer, og vi kommer, når I ringer, den er rigtig vigtig. For selvfølgelig må de gerne gå ud på gangen og kigge efter os, men vi vil hellere have, at de bliver sammen med patienten, og er derinde, og så kommer vi.

De må gerne gå ud, men det er mere det der med, at vi bliver også afbrudt i vores arbejde, hvis der er, at der kommer nogen ud, der har brug for hjælp, fordi man kan jo være på vej til en, der også har brug for hjælp. Så det der med måske også at lære dem, at vi vil gerne komme og hjælpe, når de har brug for hjælp, og de skal bare ringe, fra stuen for vi kommer når de ringer.

De må også gerne gå ud og være ude på gangen og sådan noget. Fordi man kan sige, at det der også er, at det er en af fordelene her, det er i hvert fald det vi siger, selv, det er det der med, at vi har den her lange gang. Altså når jeg går ud her, så kan jeg meget hurtigt danne mig et overblik over, hvad foregår der her egentlig i afdelingen. Fordi jeg kan se.

Noget vi jo også bruger rigtig meget, det er jo ritualer og symboler, det vil jeg også se, når vi går ud. Fordi nu er der en, der er død her til morgen her, så har vi et lys på klaveret med et lille navne-, sådan en lille erindrings kort. Så nu er jeg jo ikke i plejen, så når jeg går ud og ned ad gangen, så kan jeg jo allerede observere, at jeg kan for det første se, er der lys ude på stuerne, er der nogen, der er i gang med at lave noget, er der en rød klokke, der ringer, er der en, der har brug for hjælp. Jeg kan danne

mig sådan et overblik over, at der foregår noget. Jeg kan godt se på mine kollegaer, om de har travlt, eller en er måske ude og lede efter en hjælpende hånd.

Emma:
Ja, så der er noget, ved at man kan stikke hovedet ud.

Lisbeth:
Jamen det er det, jeg tænker, man kan hurtigt danne sig et overblik over her, er der noget, der sker et eller andet her, og hvad er det, der er i gang.

Paulina:
Jeg har egentlig i forhold til patienter eller patienttyper og det de nu engang kommer med. Kan du fortælle lidt om, har I et overvæld af nogle typer? Og er der nogen, der er lidt sværere at lade gå sammen? Det ved jeg ikke, om det er sådan kraft versus et eller andet?

Lisbeth:
Man kan sige den største gruppe af patienter, det er vores kræftpatienter. Det er der noget historisk i, men der er også noget i forhold til, at det er dem, der får rigtig meget behandling. At nogle af dem, der har de sværeste symptomer. Vi har også ALS-patienter og patienter med KOL, som ikke har nogen konkurrerende kræftsygdomme. Vi har også nyresvigt og hjertesvigtpatienter osv. Almindelige kroniske sygdomme egentlig.

Det er jo mange forskellige slags patienter. Man kan sige, at nogle af dem, som jo kommer meget ud af stuen, som er lidt drevet, det er dem, der ryger. Da jeg startede, må man jo ryge på stuerne. Det må man jo ikke er mere. Men patienterne må godt ryge op. Vi har jo en tagterrasse, som vi er rigtig glade for.

Hvor patienterne også kan komme op og ud i seng osv. Og den bruger vi sådan set året rundt. Men dem, der ryger, de går jo derop. Så der har de jo også nogle gange noget samvær deroppe.

Emma.
Der er noget fællesskab i det.

Lisbeth:
Ja, det er der helt klart. Og det er jo der, hvor vi måske bliver udfordret på det narrativ, vi tror, at der ikke er så meget behov. Men de synes jo, at det er rigtig hyggeligt. Og de mødes det op og sidder og ryger.

Så man kan sige, at det er jo meget blandet, hvad det er for nogle patienter, vi har. Men så er der jo selvfølgelig nogle kategorier på den måde, at der kan være nogle forældre, der er syge, hvor der er børn som pårørende. De har jo en anden måde at fylde på. Børn og unge. Dem, der har børn og unge som pårørende. Hvor det er deres forældre, der er syge. Det er jo en måde. Og så er der dem, der bor lige de ældre. Hvor måske ægtefælden er her rigtig meget og har brug for at sove på stuen. Lige nu har vi også en ukrainsk familie her. Der er jo også noget andet, der kommer på spil i forhold til, at der kan også være nogle andre kulturer. Der kan også være nogle muslimske, hvor når en muslimsk patient dør, så kommer der rigtig mange pårørende. Der kan komme 50-100 pårørende. Og det kan godt være højlydte at have en anden kultur at være på.

Der skal man også skærme nogle af de andre, men de skal også have lov at have deres. Og nu her den ukrainske familie, der kan også være nogle sprogudfordringer i forhold til, hvordan man får kommunikeret også, at når de ser, at der kører jo kister her i afdelingen. Nu ved de nok, så er der igen et lys tæt, eller to lys, eller tre lys. Hvor det repræsenterer jo nogen, der er døde. Så der er nu også nogle konfrontationer i at være her, som kræver noget kommunikation og samtale.

Paulina:
Så det er også rigtig meget typen af sådan, aldersmæssigt og hvis pårørende man har, der ligesom også fylder i rummet eller afgør hvordan det er.

Lisbeth:
Det kan helt klart være. Vi har jo også indrettet et børnefamilierum ovenpå, hvor der er nogle særlige ting, der taler til den kategori.

Emma:
Løser I det med kommunikation udelukkende, nu? Eller kunne I måske også se noget i, når der skal bygges noget nyt, at der er noget rummeligt, der måske... Altså sådan hvis man siger, at alle dem med kraft er en ene eller alle dem med alt andet i den anden?

Lisbeth:
Nej, det vil vi aldrig. Og det vil også være umuligt at administrere. Fordi der skal jo også nogen ind på en tom stue. Vi kan jo ikke flytte dem rundt der bor der allerede. Altså der er nogle etiske ting. Der er jo rigtig meget etik i vores arbejde.
Så der er jo også noget i forhold til den del, som man jo... Der er noget man kan styre og noget man ikke kan styre. Man kan sige, at de tre stuer vi har ud af de 24, hvor der også er brusebad på stuen, det er også dem vi bruger til isolationspatienter. Det er jo også en kategori af patienter. De har jo stadigvæk en livstruende sygdom, men de har måske en multiresistent bakterie. Eller dengang der var corona, hvor man skal være i isolation. Og der skal man have sit eget bad. Og der skal være lidt mere plads på stuen. Så det er jo også en kategori af patienter.
Det kan jo være alle diagnoser, der har en.

Emma:
Men du siger jo også, at I har ikke alle de her fælles stuer og sådan noget.

Lisbeth:
Vi har en daglig stue.

Emma:
Der er en daglig stue. Men måske noget med nogle nicher man kunne trække i.

Lisbeth:
Ja, man kan sige, at det er jo også noget af det vi har ønsket os. Fordi, når man kigger ud her, så kan man kan sige, at vores nicher, det er jo sofaer, der står ned ad gangen. Vi har også et stillerum herovre på den anden side, som I også kommer til at se, hvor vi har. Det er også noget, vi bruger til samtalerum. Det er noget, vi bruger, når der er mindfulness på personalet. Eller eksistentiel refleksion. Eller lige nu, der kan jeg se, der er en pårørende der overnatter derhenne. Så man kan sige, at nogle af vores birum bliver også brugt til mange forskellige ting.

Altså, vi har et personalerum herinde, som jo, hvor personalet mødes og drikker morgenkaffe. De spiser deres frokost. Men vi har også tværfaglige konferencer derinde. Fordi vi har et konferencerum ovenpå, som også repræsenterer arbejdsstationer. Der er tre computer. Det er også vores lille bibliotek. Men det er også et konferencerum, og det er også der, hvor anden side spiser frokost og drikker morgenkaffe. Og så oppe på tredje side har vi et større undervisningslokale. Hvor vi også holder personalemøder og sådan noget. Så vi prøver jo at være kreative omkring de rum, vi har.

Så de har mange forskellige funktioner. Men vi savner nok både de der sådan lidt, hvor man kan trække sig lidt mere tilbage. Og som pårørende, at man ikke sidder meget udstillet ude på gangen. Så vi har også prøvet at sætte lidt større planter op, så man også laver lidt rumdeling. Men det er jo ikke det samme. Vi går jo meget frem og tilbage. Personale på gangen.

Paulina:
Er der sådan noget, som... Altså nu kommer jeg bare til at tænke på. Sådan noget som f.eks. kommer der også patienter med, jeg ved ikke, svær demens f.eks., eller-

Lisbeth:
Vi har nogle, der har dement ind imellem. Men det, man kan sige, det er vi ikke gearet til.

Paulina:
Nej. Okay.

Lisbeth:
Det er jo det der med, at når jeg skal sige noget generelt, så kan jeg sige det på en måde. Og så vil det være noget specifikt, fordi vi har haft demente patienter. Det der er udfordringen, det er, at når man er dement, så kan det være svært at komme ind i sådan et miljø som her. Hvor man heller ikke er så skærmet. Og man kan jo gå ud af afdelingen, vi kan jo ikke mandsopdække en patient. Men samtidig har vi jo haft nogen, som har været demente, og hvor det også har gået fint. Men man kan sige, at det tror jeg er en del af fremtidens palliation. Fordi dement er jo en livstruende sygdom.

Paulina:
Jamen det er det.

Lisbeth:
Så der er bare nogle særlige behov i forhold til demente, hvor de kræver noget helt særligt.

Paulina:
Ja, fordi det har vi nemlig også været ind over, som en mulig et eller andet, der prøver at indtænke det, som vi godt ved er noget andet. Men også fordi deres forløb, også måske strækker sig over rigtig, rigtig lang tid, og pårørende. Altså sådan, er jo også måske et rigtig belastende forløb og være i, som ligesom kunne have gavn af det her miljø.

Lisbeth:
Men det er der, hvor jeg tænker, at fremtiden også taler ind i det der med, at ja, specialiserede. Altså det, nu har jeg været med at lave de der sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der har jeg været med i den arbejdsgruppe, ikke?

Og der har vi også diskuteret rigtig meget det der med, for jeg synes, der er noget problematisk i, at man kun har to niveauer. Og det er ikke tidssvarende, synes jeg. Fordi, ja, man kan godt definere niveauerne, fordi vi laver udelukkende palliation som hovedopgave, og det basale har det som en del af deres opgave. Det dertil kan vi godt være enige. Men der er bare også noget, der går ind imellem det. For jeg tænker, de demente, de skal være på et plejehjem, hvor man er uddannet og gearet til at tage sig af dem. Men man kan sagtens have specialiserede og palliationsbehov der. Men der tænker jeg, at det skal være det udgående team. Der skal være dem, der kommer, og konsulenter for dem, der er uddannet. Vi kommer også steder, hvor der er socialpædagoger, det kan være multihandikappede. Der har vi også nogle i teamet, men de kan jo godt, personalet kan jo godt have brug for, at de står i en specialistopgave, hvor de ikke har kompetencerne. Men de har til gengæld også nogle kompetencer, som vi ikke har i forhold til de basale behov, den patient har. Så der tænker jeg, at man skal have nødt til at tænke lidt ud af boksen der.

Emma:
Ja, altså vi kan jo, nu har vi fået sådan lidt din overordnede, men sådan det, vi har dykket lidt ned i, det er jo sådan patientgrupper, hvor vi har kigget rigtig meget på, demens, fordi alle har jo en ret til palliativ pleje, men størstedelen, der er her, er kraftpatienter. Så der er noget, altså sådan, vi ser i hvert fald lidt med, at man godt kan udvide feltet.

Lisbeth:
Helt klart, det har vi arbejdet rigtig meget på, at få andre patientgrupper ind. Så det synes vi selv, vi er ret gode til. Der er lidt forskel på, hvor man er i landet.

Vi har udvidet fra 24 til 36 plader, altså indlæggelsesplader, og så i daghospice, der har vi ikke fået defineret, hvor mange vi skal have. Men det udgående team skal også udvide rigtig meget. Så det taler jo også ind i, at vi skal jo også ind i meget tidligere palliation, end det er nu. Og det taler også ind i det, jeg siger, altså man er nødt til at være med at lave det så opdelt. Og jeg tror også, der er noget historisk i det der med, at hospice, det er der, hvor man kommer hen for at dø. Og det er jo en modificeret sandhed nu, fordi vi udskriver faktisk hver fjerde af vores patient. Og det er jo ikke ens betydning, at de er helbredt. De er jo stadigvæk livstruende syge, og de har måske en forventet kort rask levetid. Men man kan ikke bo her. Man kan ikke flytte ind her. Jeg ved godt, der er nogle hospice, der kalder det beboer. Det er misvisende, synes jeg. Patient, det betyder den lidende, og det giver god mening. Så vi har patienter indlagt her.

Jeg tænker, at vi er nødt til at tænke palliation tidligere i forløbet. Også en specialiseret palliation. For jeg synes faktisk, vi har en opgave. Men det er jo også noget i samfundet, man skal se anderledes på.

Emma:
Der er vel også noget i forhold til folk, der har en kort sygdomsperiode, og nogle, der har årrække sygdomsfri perioder. Hvor de ligesom kommer herind som en patient i nogle uger.
Der må være nogle forskellige redskaber og noget forskel i forhold til, at man griber dem.
Nogle kommer vel for aflastningsskyld, eller det gør det måske alle sammen.

Lisbeth:
Jamen, der er ikke nogen, der kommer her på et aflastnings... Jo, men det er fordi, jeg tænker, når du siger aflastning, så... Man kan sige, dem, der skal komme herind, skal have nogle specialiserede behov.

Så der skal være indlæggelseskrævende. Så det er ikke nok i sig selv, kun at den sociale dimension er den, hvor patienten ikke kan være derhjemme, fordi hustruen ikke kan klare opgaven. Så er det en basal opgave. Så er det en kommunal opgave. Hvor så skal man over på en aflastningsplads, og måske på et plejehjem, eller man skal lave noget om derhjemme. Man skal have noget mere hjælp. Det er ikke et specialiseret behov.

Men det er jo altid svært, fordi det er jo ikke meget firkantet. Fordi der kan godt være nogle ting, hvor man siger, den her patient har også en smerteproblematik, så det giver god mening med et tre ugers palliationsophold. Med henblik på at komme videre herfra. Og man kan sige, at liggetiden herinde hos os er jo ikke meget mere end 14 dage. 14 dage til tre uger måske. Gennemsnitsligge tid. Så er der nogle, der ligger og har længere tid, og der er nogle, der ligger og har kortere tid.

Men du kan godt se, at det flow, vi har af patienter, er jo ret stort. Vi har 400 dødsfald om året på de her 24 pladser. Men vi har jo mange flere patientforløb, fordi nogen bliver udskrevet igen, og nogen kommer også ind igen. De 25% vi udskiver igen, så er der også nogen der kommer tilbage, måske to eller tre gange. Og så dør han til sidst.

Det er svært, men. Jeg tror, vi kommer helt klart til at have fokus på mere tidlig palliation. Jeg tror, vi kommer til at flytte blikket lidt, og være med at lave det så opdelt. Men det tror jeg, det er en udviklingsproces.

Lærke:
Når du nævner det her med tidlig palliation, så tænker jeg på dagshospice. Altså hvad er det, det skal?

Lisbeth:
Jamen man kan sige, det skal man jo også ud og undersøge. Man har jo dagshospice i England for eksempel, og man har det også i Tyskland. Og i Tyskland, hvor man jo også er ude og lave nogle undersøgelser først, hvad er det egentlig, det skal? Jeg forestiller mig lidt, at det vil være sådan, at man kommer i... Nu må du også ikke citere mig for, men jeg forestiller mig, fordi der er ikke nogen, det er min tanke, men jeg forestiller mig, at man får nogle pakkeagtige forløb, hvor man måske får... En indsats, der hedder 12 uger, hvor man kommer ind til noget, måske noget rehabilitering, noget genoptræning, det kan være, man kan have noget, måske noget omkring kost, det kan være, man skal have nogle psykologsamtaler, det kan være, at de pårørende skal ind i noget pårørende café, det kan være, at der kan være forskellige ting, man kan gøre, som giver mening i forhold til at udvikle noget, der tager 12 uger, 6 uger, hvad ved jeg. Det kan være, altså jeg tænker, det bliver sådan nogle forløb, hvor man ligesom laver en indsats, over tid, hvor det her giver mening i forhold til det her forløb, og hvad for en diagnose, man nu har.

Emma:
Jeg tror meget af det sidste handler om det hjemlige og tryghed.
Vi har lidt været inde på måden det er bygget op nu her, om det måske også skaber noget tryghed, at der er en gang, hvor man får et øjeblik for patienten.

Lisbeth:
Ja, det gør det i hvert fald for personalet. Prøv lige at fortælle mig, hvad indtryk havde I da I kom ind her? Hvad tænkte I da I kom ind i hospice? Hvad blev I mødt af?

Emma:
Jeg ved ikke helt, hvad jeg synes om den lange gang. Stuerne ligger lige ude til gangen. Jeg synes, det bliver måske meget hospitals agtigt.

Lisbeth:
Men det er jo også en gammel hospital.

Paulina:
Ja, men jeg kan godt følge den der, for jeg havde også den der. Fordi nu kom vi selvfølgelig med det specifikke henblik om, at vi skulle finde, hvem er det lige, vi skal snakke med. Så på den måde, der var det jo selvfølgelig rart, at hele gangen, at vi kunne se og blive mødt med en, var sådan, hvor skal vi hen, og kan du hjælpe os med at finde? Så det billeder er der.

Emma:
Der, hvor vi ventede, var det dagligstuen?

Lisbeth:
Ja. Men det er jo interessant, ikke? Men nu ved jeg ikke, om...

Lærke:
Det er jo bare for at sige, at i efteråret i forbindelse med konkurrencen, så gik vi bare lige igennem. Altså nedefra og op. Og så kunne vi kigge ned ad gangen, hvor der var sådan en, måske lidt, ikke skræmmende, men sådan en, daunting-agtig, sådan den her går nok langt. Det er noget af, at måske et projekt, der skulle gå ind i, også fordi det var ikke lige den indstilling, man kom med. Hvor nu vidste vi, at vi skal have ind. Okay, så finder vi døren. Og så var det jo også rart, at det var sådan en lang gang, at enten så er vi her, eller så er vi nede. Men vi starter jo bare et sted fra.

Lisbeth:
Jeg tænker, at... Det synes jeg, det er sindssygt interessant, jeres beskrives, ikke? For jeg tror, at formålet med at komme, har ret afgørende betydning for ens oplevelse.

Fordi hvis nu, at der kommer en patient, og så siger de, "ej, hvor er her roligt. Der er virkelig roligt og rart at være." Fordi der er ro på. Og man kan se, at der er grønne planter. Der er også lys forskellige steder. Øh... Der er bare en rigtig god atmosfære. Og jeg tænker, at de kommer med nogle andre briller, end i gør, ikke? Og det er jo sindssygt interessant. Det er også derfor, jeg tænkte, at jeg ville godt lige høre jer først.

For jeg tænkte nok, at I havde... I kommer jo med jeres arkitektbriller på, eller noget. Og ligesom screener, hvad er det her. Og ligesom I har nogle fordomme, inden I kommer. Det tænker jeg også kan være en god idé, når I skriver noget. Altså den der forforståelse, man har

fra det, man går ind i. Det er jo sindssygt vigtigt for ens opfattelse af det, man ser.

Emma:
Ja. De kommer nok også et andet sted fra, hvis de kommer fra hospitalet af og kommer herhen.

Lisbeth:
Ja. Men de kan også være nogen, der kommer... Jeg har for eksempel også nogle gange niendeklasser, der kommer, fordi de vil altid gerne snakke om arkiv dødshjælp. Og de tænker, at vi er et hospice, der kan vi lige få fat i nogen. Og når de kommer, så siger de, ej, men der er jo lyst. De troede, der var sådan dystert, og der er mørkt, og måske var der også lidt blod nogle steder, ikke? Altså, de har nogle ene eller andre forestillinger. Så det er bare det der med, ens forforståelse og ens fordomme farver rigtig meget det syn, man har, når man kommer ind. Jeg har også sygeplejestuderende, der kommer og skal være her i praktik, hvor de bare siger, ej, det er bare... Altså, man bliver bare mødt med det samme. Kan jeg hjælpe dig med noget? Og kigger en i øjnene og sådan noget. Og har tid til at tage sig af en, hvor de har oplevet, når de kom ind på hospitalet og skulle være i praktik, så slog folk blikket ned, for de skulle i hvert fald ikke have en ekstra opgave. Altså, det er bare at sige, ens forforståelse og ens ærne farver rigtig meget, hvad det er, man oplever.

Paulina:
Ja, det gør det virkelig også.

Lige som en sidste ting, for så tror jeg faktisk, vi er ved at være der. I forbindelse med det her med aktuelt dødshjælp, faktisk. Altså, hvordan... Det var ikke, den debat, den dialog. Altså, hvad tænker du i forhold til sådan et hospice-koncept? Eller hvordan det kommer til, eller influerer det? Ja.

Lisbeth:
Jamen, altså... Noget, jeg har altid tænkt i den tid, jeg har været her, på et eller andet tidspunkt, så skal vi jo bygge noget nyt. Og jeg kender jo... Jeg har stort set været på alle landts hospice i den tid, jeg har været i den her verden. Men ude på Diagonisen, for eksempel, da de fik det, der tænkte jeg... Altså, har I været derude?

Paulina:
Nej.

Lisbeth:
Nå, men det er jo ikke så gammelt. Og det er jo sådan rigtigt. De er jo også... Det er jo også det der med, hvad er det, man ligesom slår sig på, eller slår sig an på, eller hvad? Jeg ved ikke, hvad det rigtige ord er. Men det er det der med, at de kalder sig jo et byhospice, ikke? Fordi de ligger jo sådan inde i kernen der ved Frederiksberg, og der er villaer rundt omkring, og de ligger jo sådan... De har jo ikke den her store park, som vi har her. Men de har nogle meget store rum. Og det har jeg altid... Fordi der er rigtig meget, når man kommer rundt på hospice, der er det rigtig storslået med kunst og alt sådan noget. Og det er jo også... Det æstetiske har en kæmpe betydning.

Jeg synes også nogle gange, at døden godt kan blive sat lidt i scene. Altså, hvor jeg er meget tilhænger af det funktionelle. Altså, vi skal fungere der. Vi skal have... Jeg tror på, at den måde arbejdsmiljøet er på. Altså, når vi kan kigge ud som personale. Vi skal gå her hver eneste dag. Vi går her døgnet rundt. Altså, bliver vi ladet godt op? Vi skal jo gå dig ud, når du kommer, og patienter og pårørende. Så det er sindssygt vigtigt, det der med, at vi har noget, der fungerer rigtig godt, og noget, der er rart at være i.

Og der synes jeg nogle gange, at nogle hospicer kan blive lidt for stort, synes jeg. Og der synes jeg lidt, at det hjemlige kan gå af. For mig, i min optik.

Emma:
Det bliver lidt museums agtigt.

Lisbeth:
Ja, eller det bliver sådan lidt iscenesat. Det bliver lidt for voluminøst. Det er også noget af det, kritikken nogle gange har været på. At hospice der dør man på første klasse. Og det er der, hvor jeg tænker, at vi skal kunne rumme alle. Vi har også nogle gange haft nogle indlagt her, der har været hjemløse osv. Vi prøver virkelig at kigge hele vejen rundt. Og det tror jeg måske er noget af det, vi kan her, fordi vi er den her gamle bygning. Så er vi ikke så skræmmende. Ja. Der kan være nogle kontraster der, der kan mødes. Vi skal kunne rumme alle.

Regioner, kultur, samfundslag. Det skal man virkelig tænke sig om, når man indretter noget. Fordi det kan godt være, at det er stort og flot, og arkitekturen er smuk og alt det der. Men man skal ligesom tænke, det er jo, hvem er det, der skal gå ind ad den dør? Det er jo alle, der har en livstruende sygdom. Uanset hvorfra de kommer. Det er sindssygt vigtigt.

Så ja, det må godt. Vi savner noget plads og sådan noget, men der skal også være noget intimitet om det. Og ja, det æstetiske skal være i orden, men det skal også være anvendeligt, brugbart. Og det skal kunne også tale lidt til vores fantasi, fordi der er også noget fedt i det der med, at man tænker kreativt, og hvordan kan vi udnytte det her rum, og hvordan kan vi inde på en stue, vi har jo hjul på sengene, vi har hjul på sengebordet, og vi kan lave noget herinde. Jeg kan altså godt lide, at det ikke er fordi, at det skal være småt, men der er også noget, der skal være overladt til det kreative, og det der, at man kan lave noget innovation på en eller anden måde.

Fordi det inspirerer også dem, der arbejder i det til, at [ellers] så bliver det sgu lidt rutinepræget, så tror man bliver blind for det smukke, hvis man ikke selv kan have en indflydelse på det. Og det er noget, det vi også har talt rigtig meget om i det nye. Altså det der med, jamen det kan godt være, at det her vil vi også gerne have på stuen, men måske kunne man have det på en vogn, hvor man kunne køre det ind, og så kunne man skabe det på stuen, hvis det var det, der var brug for i den her familie. Eller hvis der kommer en, der er hjemløs, så kan man ligesom køre noget ud, så det, altså, hvordan kan man gøre et eller andet, så det kan formes til den person. Fordi vi vil jo rigtig,

Emma:
Fleksibelt?

Lisbeth:
Ja, det fleksible, men også det individuelle. Altså den individuelle familie, den individuelle patient, hvad er det?

Hvad er det for et menneske? Vi går rigtig meget op i livsfortællingen, livshistorien, hvad er det for en historie, de kommer med? Det enkle menneske. Det er jo også noget af det hjemmeligheden, vi går ud på, det er, hvis stationen har kontor lige herinde, og jeg hører jo hver eneste dag, hvordan mine kollegaer siger, at det er en god idé, at man har sit eget tøj med, og man må godt have nogle billeder, og nogle forskellige ting med ind på stuen, der kan gøre det hjemligt og hyggeligt for en. Så det er der med, at man kan tage nogle personlige ting med, og skabe sit eget rum inde på stuen. Fordi når jeg for eksempel går ind og passer en patient, så går jeg ind, så scanner jeg jo lige, hvad er det, hvad er der herinde? Det åbner jo en samtale, at sige, "nej, er det dine børn", eller "er det dine børnebørn?". "Ej, er det dig som ung", eller "nej, hvor er det smuk maleri, hvor kommer det fra?", eller "Ej, jeg kan se, du kan lide lyserød, alt er lyserødt herinde", eller et eller andet, ikke?

Emma:
Jeg har også lige et spørgsmål. Både her og på Djursland, der er det jo delt op med børn/unge og voksne. Er det bare noget, man har valgt, at sådan skal det være, eller er der nogle analyser, eller kunne det godt være noget blandet?

Lisbeth:
Nej. Børnepalliation og voksenpalliation er to helt forskellige børn. Det vil jeg sige.
Det skal jeg da ikke kunne sige, men umiddelbart vil jeg vil sige nej.

Der har de brug for meget mere skærmning. Men det er jo også derfor, vi har valgt, at Lukashuset skal have sin egen bygning. Men skal ligge i sammenhæng med det andre, ikke? Fordi der er jo også noget liv, der gør, at man har brug for at være tæt på hinanden. Men det er to vidt forskellige verdener.

Lærke:
Men hvordan er den verden så, når man går over og snakker om en ung familie med små børn? Hvor en af forældrene ligger inde. Skal de børn så også have den samme skærmning? For de er jo her, på voksenhospice, kan man sige.

Lisbeth:
Jo, men det er jo ikke dem, der er syge.

Lærke:
Okay. Så det er fordi børn er syge, at de skal have det?

Lisbeth:
Jeg tænker, at børn og unge som pårørende har også et behov for at blive set. Det er også noget vi har diskuteret meget i den nye bygning. Vi har været på sådan en runde for at besøge forskællige hospicer, i forhold til at se hvordan de har løst tingene med de briller på. Men rigtig mange har det her børne-unge område.

Det er også fint, at man har noget til unge, hvor de kan trække sig. Men de bliver også lidt usynlige. Man skal passe lidt på, at vi ikke opfinder et behov, som de ikke har. Fordi når vi snakker med de unge pårørende, og vi har også haft nogen fra "børn, unge og sorg" ude og undervise os, nogen, der har været pårørende, som arbejder som frivillige, og som kan fortælle deres fortælling, hvad var det, de havde brug for? De havde brug for, at der var nogen, der så dem og hørte dem. Nogen, der kunne stille sig til rådighed.

Så skal man jo heller ikke gøre dem usynlige og lade dem gemme sig på et eller andet sted. De gemmer dig nok bag den der skærm og en hætte eller et eller andet. Så det gør med, at... Men det er jo hele tiden det her modspil, som vi også har sat ind i vores ankomst og afsked. Der er jo de der kontraster, som du siger, at de skal have lov til at blive skærmet, og samtidig skal vi også være synlige, så de bliver set.

Paulina:
Det er lige med at facilitere nogle muligheder, man kan have.

Emma:
Der er nogle søskende, eller der er nogle børn. Om der var en fælles legeplads lige udenfor, så alle kunne se den? Eller et eller andet?

Lisbeth:
Jamen, vi har en legeplads lige hernede fra enden af bygningen her, som egentlig er Lukashusets, men som vores børn og unge også gerne må bruge. Sådan et sanseområde, ikke?

Lærke:
Okay. Er der ikke også gæster, der bruger den? Altså sådan udefrakommende?

Lisbeth:
Det kan godt være. Men det er ikke en offentlig legeplads på den måde. Men man må godt gå ind i parken. Det kan godt være. Og vi har jo børnehaver. De går jo også, altså det er jo også det, der er hyggeligt, ikke? De går Lucia her, for eksempel, så kommer de igennem, altså det elsker vi jo, når de kommer igennem her. Eller går ud i haven, hvor de skal ud og lave et eller andet ude på græsplænen, eller hænger lanternefest, hænger lanterne op ude i det store træ herude, osv. Så det der liv, det er jo også noget, der er rigtig vigtigt, at det der, at man stadigvæk kan se årstiderne, det er jo noget, vi fokuserer rigtig meget på, hvor man ligesom er en del af livet stadigvæk på forskellige måder. Men det skal jo også være afstemt den enkelte.

Paulina:
Ja, der er mange ting.

Lisbeth:
Fordi vi har jo en del rødsel patienter, der skal skærmes, hvor det skal være lidt mere mørkt, og man skal kunne lukke lidt ned for sanserne.

Emma:
Jeg tænker hvis vi skal nå rundvisning så – [Afslutning på interview]

APPENDIX 2a
HOSPICE VANGEN

Hospice Vangen is located in Nørresundby and the new building was completed in 2019, with Region Nordjylland as the client and Friis & Moltke as the architects. The vision for the 2500 m² building on one floor, revolves around the architectural core idea of a house that welcomes and protects. The building is designed in the shape of a figure-eight, creating two inner courtyards. (FRIIS & MOLTKE Architects, no date)
All patient rooms are oriented towards the garden, ensuring that each room has a view. The garden has been designed with a gradual transition from private to public spaces, starting from the terrace doors and extending outward. The main entrance is centrally located along the parking area and aligned with the heart of the house—the kitchen and dining area. All administrative offices are positioned with views toward the parking lot. From this heart space, essential rooms such as the medication room are easily accessible, ensuring quick access from the patient rooms. Functions that are used less frequently, such as staff changing rooms, are placed at the outermost parts of the building.

Hospice Vangen was created basted on the notion that death should be a natural part of life. This is evident through the location, as there is a high school on the other side of the road. This benefits both parties; the hospice enjoys the noise and music from the high school, and they have also visited to give presentations about the hospice.

The building contains 15 private rooms, each designed as a unified space featuring a care bed, bedside table, and recliner (Hopsice Vangen, u.d.). Additionally, hooks are installed on the walls so that patients and relatives can personalize the room, making it feel more homely. Each room also includes a windowsill and closet space for personal belongings. The staff place great emphasis on storing assistive devices in the bathroom behind closed doors when not in use.

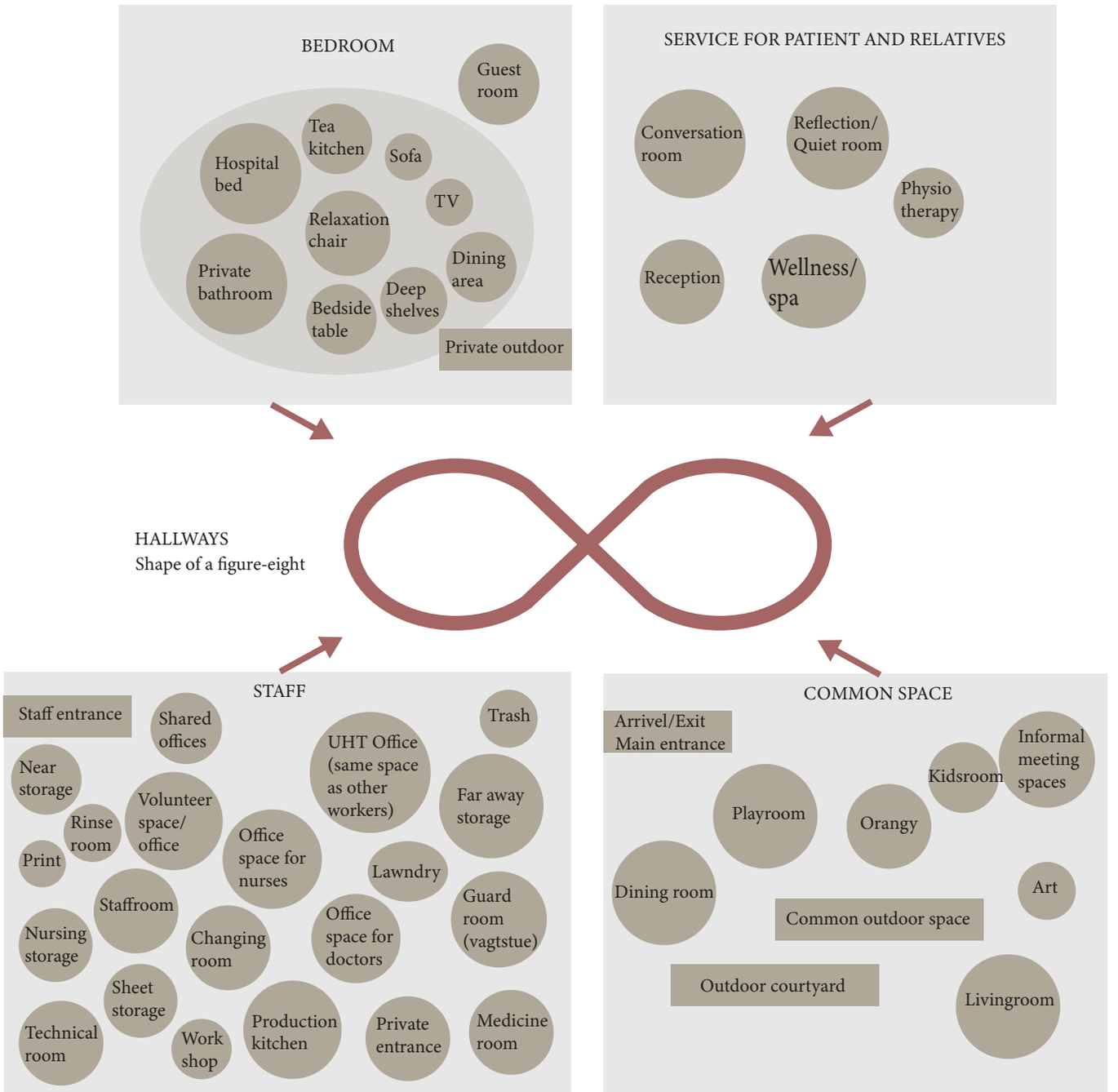
The bathrooms are spacious, allowing staff to maneuver when using assistive equipment, and feature height-adjustable toilets and sinks to reduce strain on the staff during care tasks. All rooms are equipped with a double sofa bed, allowing relatives to stay overnight. If overnight accommodation in the patient room is not possible, two guest rooms are available elsewhere in the building. There is an adjacent terrace to all the rooms, with a wide door, allowing the bed to be wheeled outside so that patients can enjoy the weather.
A unique feature of Hospice Vangen is that the palliative care outreach team from Aalborg University Hospital is also housed within the building. They share certain facilities with the hospice unit, fostering close collaboration between these services.

By analyzing Hospice Vangen, knowledge has been gained regarding functions, spatiality, and circulation. The circulation is clearly evident in the design, as the entire layout is built around the figure of an 8, which also represents the circulation in the building. Additionally, there is a division of functions and users, such as patient rooms, common areas, and staff rooms. This creates a gradation between the public and private spaces. Furthermore, Hospice Vangen also provides inspiration for the location of the palliative care home, as it shows that such a typology is important for being visible in order to remain open to society, so that death becomes a part of life.

Facts:
Hospice Vangen
Architect: Friis & Moltke
Client: Region Nordjylland
Completed: 2019
Area: 2500 m²



Ill. 161: Arial photo of Vangen Hospice, view looking east. (Skråfoto, 2023)



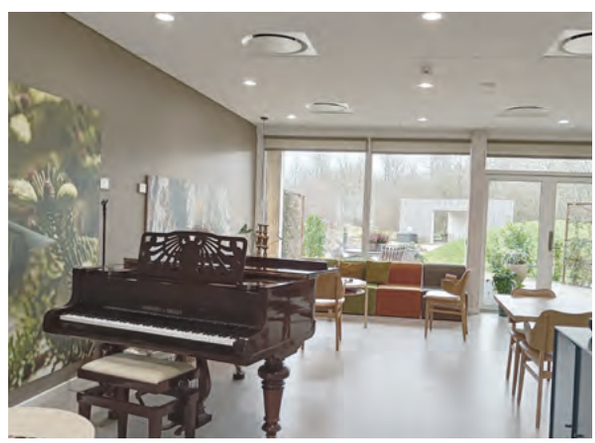
Ill. 164: Room diagram for Vangen Hospice. (Own prod.)



Ill. 163: Patient room. (Own prod.)



Ill. 165: Hallway. (Own prod.)



Ill. 162: Livingroom. (Own prod.)

APPENDIX 2b
INTERVIEW AT HOSPICE VANGEN

Date: February 11th 2025
Place: Hospice Vangen, Nørresundby
Interview with: Pernille M. Laugesen, Head Nurse at Hospice Vangen
Interviewed by: Emma Strøm Jensen, Lærke Bertram, Paulina Torres Esquivel
Language: Danish

TRANSCRIPTION:

Emma:
Til en start vil vi gerne høre lidt om arbejdsgangen og den daglige rutine.
Så første spørgsmål er hvor mange forskellige faggrupper er der ansat her og hvilke?

Pernille:
Altså der sygeplejersker ansat til et udfører den lindrende behandling, derudover er der ansat en psykolog, socialrådgiver, musikterapeut, rengøring og køkkenpersonale, kan ikke lige huske deres titel, men vi har også nogle der er uddannet indenfor ernæring. Nogle faggrupper deler vi med det udekørerne team, som også har kontoer her i huset. De udekørende tager ud til [patenternes] eget hjem og hospitalerne.
For at fortsætte, har vi også en masse frivillige, hvor der lige nu er omkring 70 personer. Som er med til at forsøde tilværelsen.

Paulina:
De frivillige, er fagpersoner og hvad er aldersgruppen?

Pernille:
Nej de er ikke fagpersoner og det er også pga. noget lovgivning. Og ja, faktisk har aldersgruppen ændret sig hen over årene. Typisk var det jo pensionister. Men de seneste år har vi faktisk også fået unge, helt ned til slut 20erne, som af en eller anden grund vælger at blive frivillige. Og den ældste er 71 år, så det er et stort spænd. Som frivillig får man et kort instruktionskursus og så er det op til de frivillige, som byder ind med hvad kompetencer de har, men intet fagligt.
Vi har også cykler, og vi har også et par kokke eller tidligere slagtere, der kommer og afholder grill aftener.
Det er sådan typisk at man har en eller 2 nicher eller særligt kendskab til noget, som man er frivillige indenfor eller så kommer man med ren medmenneskelighed og omsorg.

Emma:
Dem, der så kører ud til hospitalerne. Er det for at [ptaienterne] allerede er tilkoblet stedet eller er det med henblik på at de bliver patienter hos jer?

Pernille:
Det udekørende team tager ud på hospitalerne, når der er kommet en henvisning. Systemet fungerer sådan, at de udekørende team allerede har kontakt [til patienten] inden man flytter ind på stedet, der er meget sjældent at man kommer direkte ind.

Emma:
Så har vi skrevet et spørgsmål omkring den typisk arbejdsdag, og det kunne måske godt være både fra forskellige vinkler af arbejdsgrupper, men måske også patientenernes og pårørendes typiske dag

Pernille:
Det jeg kan starte med at sige, at er der findes ikke en typisk dag, fordi udgangspunktet, er den enkelte patient og dem der er omkring patienten.

Men der er nogle faste strukturer i døgnet. Som sygeplejerske når man møder ind i dagplejen er det typisk at man orienterer sig sammen med sine kollegaer. Hvad er der på spil i dag? Hvilke patienter har jeg og hvilke opgaver er der?
Så er der morgen medicin og godmorgen til patienterne. Så får man fornemmelsen af, hvem der er vågen og er der nogen der er klar til at komme op, eller om nogen vil sove videre, så får de selvfølgelig lov til det. Så får de tilbudt morgenmad mellem [klokken] 8 og 9.
Der kan man komme med op i spisestuen eller få serveret nede på stuen.
Og der er det sådan et typisk morgenmads set-up, men er der nogle særlige ønsker, så laver vi det.
Så er der er almindeligt dagligdags gang om formiddagen. Det kan være en læge, [fysioterapeut] og samtaler. Det kan være forskellige faglige opgaver omkring, for eksempel, eksistentielle rum, hvor man har brug for at arbejde omkring patienten.
Så er der middagsmad hvor der et tilbud om varm middagsmad mellem 12 og 13, og der er det jo igen – samme set-up som om morgenen – dem der har lyst til at deltage kommer op og spiser [i spisestuen] ellers kan man også få det ned på egen stue, hvilket er frivilligt.
Om eftermiddagen kan der være forskellige tilbud, for at skabe en hyggelig ramme omkring [patienterne] hvor de kan, for eksempel sidde, og spille spil.
Alt maden er hjemmelavet mad – med et økologisk tilgang til det.
Så er der eftermiddagsmad, hvor der er noget sødt til kaffen.
I løbet af dagen kan der også være behov for plejeopgaver på den enkelte stue, men også samtaler og nærvær.
Dette gentages som i dagtimerne om aften, hvor der er den samme rytme med aftensmad mellem 17 og 18 og medicin runder.
Om natten er der 2 sygeplejersker på arbejde, til de 15 patienter.
7 sygeplejersker i hverdagen og så er der 5 om aften.
Og i weekenden Der er der 6 sygeplejersker om dagen.
Og 4-5 om aften.
Og hvis man skal kigge i patienternes perspektiv, så skal man også kigge på den enkelte person.
Der er mange af dem der jo kommer fra det konventionelle system og er været fuldstændig styret af kalenderstyring, som er klokkeslættet, tidspunkter, instrumenter, hvor man vender det hele på hovedet her. De har haft et meget strengt styret forhold til hvor

man nu er henne. Selvfølgelig, skal de lige vænne sig til at være her. Så det der med at udgangspunktet ikke [er] alt det omkring dem, men at det bliver faktisk den enkelte og deres familie.
At komme her hvor pårørende gerne må overnatte på stuerne eller inde på en af gæsteværelserne og at der ikke er nogle besøgstider, kan betyde meget. Det er kun hvis patientens tilstand kræver en bestemt ramme, og er i en tilstand der kan man ikke tåle for meget uro og støj, at man sætter en retning for besøg – så man gør hvad der er bedst for personen.
Så det er to helt forskellige tilgange man har på hospitalet og her.

Paulina:
De udekørende har de samme dagsordner som jer?

Pernille:
Selve sygeplejerskerne har. Og vores køkkenpersonale arbejder også om aften. Men de andre faggrupper arbejder i dagstiden i hverdagen.

Paulina:
Hvad laver en musikterapeut? Jeg kender ikke lige til det.

Pernille:
Hun er meget vigtig. Man har fundet ud af at musik kan hjælpe med at få ro i nervesystemet. Hun har samtaler hvor hun kombinere dem med musik – det er blandt andet sådan – hvis i forestiller jer mindfulness musik, men afpasset til den enkeltes musiksmag og behov. Det kan forgå på den enkeltes stue eller i nogle af fællesrummene. Det kan også være for den pårørende, som har brug for det, hvor det kan være i samtalerummende, her kan det også være sammen med patienten.
Nogle pårørende kan også bruge en stund alene.

Emma:
I forhold til samarbejdet mellem de forskellige faggrupper der er ansat på stedet, er det noget bygningen afspejler?

Pernille:
Det tror jeg, når man bevæger sig rundt, går man jo rundt i evighedstegnet. Det er bygget med en tanke om at være tilgængelig for hinanden, hvor grænserne er flydende. Nu ved i jo meget mere om arkitektur end mig, men det her med at man simpelthen forsøgte at tænke ind at personalet er meget tilgængelig og nærværende. Vi deler mange kontorfaciliteter internt men også med det udekørende team og måske på denne måde også er synlige.
Ja og så alligevel er man gemt. Da alle kontorer er på den ene side og patient forholdende på den anden. Man har virkelig tænkt nogle gode tanker, så er vi det eneste hus der har det udekørende team i Danmark på hospicet. Ved andre [hospicer] sidder de for eksempel på sygehuse.

Emma:
Hvordan kan det være at i er det eneste hospice der deler på denne måde, når det fungerer så godt?

Pernille:
Det er noget man tog med, fra da hospicet lå i Aalborg. Jeg startede i 18' og da det lå i Aalborg, havde man også noget der hed 'Kultur', hvor de udekørende hørte til. Det var lidt længere væk, men i samme bygning, så vi har været tætte fra start af. Her er der også blevet lavet undersøgelse omkring samarbejdet og pensionstillæg osv. Så har man bevidst lavet en aftale, da det nye skulle bygges.
Vi har så skulle kæmpe økonomisk for det. Da [det udekørende team] er ansat på en anden måde end jeg er. Men her har der været en bestyrelse som er sammensat bredt af regionsrådspolitikkere, kommunale repræsentanter og andre interessegrupper. Det kan være fra kræftens bekæmpelse, handicaporganisationen. Hvor de politisk besluttede at det kunne lade sig gøre at vi kunne dele lokaler. Altså, det er jo noget med at de udekørende er ansat af kommunen, som på hospitaler, hvor jeg er ansat af stedet. Så der er noget med hvem der har lokalerne, når vi deler dem. Det var også derfor der skulle denne bestyrelse til. Samarbejdet kommer i spil, nu når det er de udekørende der har den første kontakt med patienterne. Men også fælles sparring.

Paulina:
Hvordan fungerede alt det med bestyrelsen, altså, hvordan kunne det lade sig gøre for jer?

Pernille:
Ja, det er jo spændende når man begynder at blande det på den måde, også nu når vi er de eneste der gør det. Men når man nu skal samarbejde med kommunen og regionen, handler det om at være meget personlig i sin henvendelse, og der havde jeg nogle kollager der også har været meget vedværende, og så kræver det også en ildsjæl, og det har vi haft. Det er vi også i gang med nu, da vi gerne vil have en tilbygning. Det er også et godt tidspunkt at kigge på hospiceorganisationen, da der er meget røre i tiden, man snakker jo også om aktiv dødshjælp.

Emma:
I forhold til bygningen, er der så nogle logistiske udfordringer i dagligdagen, med den måde i bruger den på. Man kan jo godt have haft nogle tanker om det, da man tegnede den, men hvordan fungere det i praktisk?

Pernille:
Nej, det synes jeg ikke. Men vi er jo i gang med at få tilladelse til at få en tilbygning. Da vi efterhånden har opbygget en ret stor kursusaktivitet og undervisningsaktivitet, hvor vi drømmer om at få en tilbygning der matcher huset. Det fylder ret meget i vores hus og det kan godt blive ret presset. I disse dage har vi tre-dags kursus, hvor de optager alle konference og mødelokaler. Det betyder altså også at man kan mærke det i huset, så derfor vil man flytte det ud i en tilbygning, ude ved parkeringspladsen, så det stadig er tæt på og man har mulighed for at lukke nogle døre. Vi ville gerne at det kunne bygges sammen, men det kan man vist ikke, pga. brandveje.

Emma:
Er kursuserne faglige, sådan for sygeplejersker?

Pernille:
Ja, de er 100% faglige. Hvor overskriften er palliation. I rundvisningen vil i komme til at se hvordan lokalerne er organiseret i forhold til hinanden, altså de private stuer, kontorer, køkken og fællesrum osv. Og fordi det er bygget op som dette evighedstegn har man tænkt fællesrum eller hjerterum inde i centrum af bygningen. Hvor

køkken alrummet er, hvor maden også bliver serveret, men også gudstjeneste og andre forskellige aktiviteter. Hvor patientstuerne er i den ene side med udsigt og terrasser til haven. Og omkring dem er der så placeret de lokaler de skal bruge. Og på den side af huset vi er i nu, ud mod parkeringspladsen, er vores kontorer, mødelokaler og omklædningsrum. Og i midten er vores medicin lokale også, så man hurtigt kan komme fra den til stuerne. Ved denne opbygning har patienterne deres privatliv og så har vi alle aktiviteterne på den anden side, så det er faktisk ret godt tænkt med det her evighedstegn. Man kommer aldrig til en blind ende eller gang – hvis man forsætter rundt, ender man altid det samme sted som man startede. Og selvfølgelig har man tænkt at de ting vi bruger mindst, er dem der ligger længst ude og dem vi bruger i dagligdagen, er tættes på [midten].

Emma:
Her i oplevet at nogle rum har været unødvendige efter at i er flyttet ind og er der nogle rum i mangler? Du snakker lidt om plads til konferencer?

Pernille:
Nej, altså, det er egentlig fordi vi har fået flere funktioner, efter det er blevet bygget. Det startede cirka et år efter at det blev bygget, så da huset var færdig, havde vi fået nye og flere behov.
Selvfølgelig er nogle rum der bliver brugt lidt mindre end andre, men ellers så synes jeg faktisk at det er i fuld drift.

Emma:
Du snakkede lidt om opdelingen i bygningen, om de private værelser, kan du måske fortælle lidt mere om graderne af privathed, måske også ud af bygningen.

Pernille:
Der er en privat terrasse til alle stuerne, som bliver adskilt af et levende hegn, så man har mulighed for at være alene. Sengene kan også komme ud på disse terrasser. Så er der bygget en græshøj som skærmer af for dem der går i haven. Og hvis man træder ud over græsvolden, er der fælleshave, hvor der er mulighed for at gå ture og hvor børn kan lege, da der er en legeplads nede i enden, og så er der haven tænkt som en sansehave, så man har tænkt naturen igennem. Og for enden af haven er der en skov, det hedder en fredskov, så der er også en offentlig sti, som alle kan bruge. Med den opbygning af haven, kan man selv bestemme hvor offentlig man vil være.

Og ude foran er der en urtehave, som ligger op ad køkkenet, som de benytter rigtig meget. Og i den gårdhave vi sidder ved her, bliver om sommeren brugt rigtig meget af personalet og den anden gårdhave bruger beboerne, det er også i den vi holder grillaftner osv.

Paulina:
Ved du hvad der er tænkt med placeringen af hospicet, i forhold til at på den anden side af vejen ligger gymnasiet?

Pernille:
Det har der faktisk været en del overvejelser omkring, forstået på den måde at hospicet skulle integreres som en naturlig del af livet. Så det skulle ikke gemmes væk og pakkes ned, så på den ende side er ungdommen og på den anden side er vi. Og vi elsker for eksempel når studenterne springer ud og her er der også nogle af vores beboer der er ude og kigge på dem. Også i forhold til fester, så nyder vi musikken og livet de giver. De bringer masser af positivitet. Vi har også haft vores udviklingssygeplejerske ovre og holde et oplæg. De har også haft en personlig grund til at de trak på os. Så vi har hjulpet og givet hinanden rigtig meget. I foråret havde vi også en idrætsefterskole her, som skulle have et oplæg, der brugte vi også [gymnasiets] lokaler.
Om sommeren er der også grønkoncert lige omkring hjørnet, det betyder jo liv og glade dage omkring ørerne på os. Og her har vi også haft vores patienter med ude. Så der er også klart fordele ved at ligge et hospice tæt på byen.

Paulina:
Jeg har lige et spørgsmål om noget du sagde til at starte med i forhold til patientgrupper. Hvorfor tror du den største patientgruppe er cancerpatienter?

Pernille:
Jeg tror først og fremmest at det er noget historisk. At det er sådan det startede og man ved hvad der skal til for den type patienter. Så ja, jeg tror en af de helt store grunde er organisatorisk. Og så er det jo også den største gruppe af patienter der findes. Og hvor man pr definition ofte står i den situation, hvor man stopper behandlingen og siger nu kan vi ikke gøre mere. Når vi kommer ud til andre patientgrupper, er det ikke så kategorisk, for eksempel med en lungepatient, stopper man ikke behandlingen på samme måde og siger nu kan vi ikke gøre mere. Det er mere patientens musik, der går vejen hen mod døren. Så jeg tror der ligger noget i den tradition i sygdommen kræft og måden den udvikler sig. Hvor man har fået øjnene op for at lindring ikke kun er for når man skal til at dø. Vi udskriver faktisk 30% af vores patienter. Hvor nogle kommer igen og andre ser vi slet ikke igen. Så hospice har også udviklet sig, og vi er blevet dygtigere til at gå ind i rehabiliteringen selvom man også lindre, så vi kobler faktisk de to ting sammen i dag. Det er jo også noget nyt og der er rigtig meget faglig udvikling og hvordan man udfører filosofien og tankegangen, der er faktisk rigtig rigtig meget fagligudvikling. Gruppen – de kroniske patienter – deres behandlingsforløb er ikke så definerbart som for eksempel en kræftpatients. Man kan mere inden for kræftpatienter og man behandler meget længere tid og har mange muligheder. Et sygdomsforløb kan godt tage en årrække, så det er et felt med stor faglig udvikling. Så et felt som rehabiliterende palliation er noget der er kommet for at blive. Ja, at få øjnene op for at palliation ikke er i lig med at man skal dø. Palliation handler om lindring, hvor man skaber noget godt med blik for udgangen, altså rehabilitering er som udgangspunkt i den enkelte patients ressourcer og så gøre noget godt for dem.

Emma:
Nu kommer der et spørgsmål til det rummelige og bygningens karakter. Kan du fortælle lidt om æstetikken og hvordan der er arbejdet med følelsen af hjem, nu når det samtidigt er en arbejdsplads.

Pernille:
Altså det er jo meget forskelligt hvad folk oplever som hjem. Her er der gjort plads på de enkelte stuer til billeder og andre ting i vindueskarmene. Det kan også være en stol, som folk forbinder med hjem og det er der også

plads til. Derudover er der lavet studier og undersøgelser på hvilke farver der favner bredest, og der betyder noget for roen i nervesystemet og for roen i relationen med de mennesker der er omkring en. Og det har man taget som udgangspunkt til valg af materialer og farver her i huset. Man har haft et ønske om et naturhus med en økologisk tankegang. Derudover har vi selvfølgelig blik for at det er en arbejdsplads, så der er plejesenge, med plads omkring sig, så personalet kan komme til, da vi har nogle arbejds sikre stillinger. Derudover er der loftlifte på alle stuer og det er lavet sådan at alle hjælpemidler kan komme ind og rundt om i lejlighederne. Så på den måde kommer personalet først. Det er også meget forskelligt hvad vi ser at patienterne tager med, ofte er det billeder, men det kan også være et bestemt ur og så opfordrer vi alle vores patienter [til] at de tager deres eget tøj med. Vi har tøj som på hospitalerne, men i det omfang det giver mening, er det bedst at have eget tøj på. Så meget normalitet ind i det unormale, og så støtter vi dem i forhold til hjælpemidler og opbevaring.

Emma:
Hvordan fungerer det med hjælpemidlerne? Nu har jeg jo ikke set stuerne, men tænker at det er et stort rum med badeværelse, hvor står hjælpemidlerne så, tænker at det kan gøre noget i forhold til hjemligheden?

Pernille:
Vi bruger badeværelserne, når hjælpemidlet ikke er i brug. Det er jo typisk et hjælpemiddel, hvor vi kan flytte patienter. Vi bruger for eksempel noget der hedder en sarastedi, som fylder ret meget. Den flytter vi ind på badeværelset. Derudover står der en bækkenstol derinde. Så vi ikke har den inde ved sengen. Så vi fjerner hjælpemidlerne i takt med at vi bruger dem. Vores loftlifte hænger i hjørnet på værelserne og er ret diskrete og så kører den i skinner i loftet. Vi bruger også én-gangs bækkener og kolber, så de er ikke inde på stuerne. Men jeg tror også at det handler om hvor de kommer fra i forhold til hjemligheden. Hvis de kommer fra et hospital, skal der ikke så meget til for at gøre det hjemligt her. Der er også noget i forhold til tryghed og her har vi klokker der går på vores telefoner, så de ikke skal gå ud og lede efter os. Og her har mange jo tidligere oplevet at de kunne vente i langtid på at nogle kom på hospitalerne. Dette fjerner også meget støj fra gangene. Her oplever vi at folk kommer ud på gangene for at få muligheden for at være med i et fællesskab. I fællesarealerne er der arbejdet men lys, farver og materialer, som står i stor kontrast til det konventionelle system. Dog er alt opbygget så det kan rengøres og sprittes af. Hvis vi for eksempel har en patient med en form for multiresistente bakterier, bliver stofmøblerne skiftet ud med møbler der kan sprittes af. Og vasketøjet bliver håndteres af et vaskeri. Der er også zoner hvor patienter og pårørende ikke kommer, som for eksempel i vores køkken, der er det kun personalet, hvor de så udlevere maden. Men så kan [patienter og pårørende] bage en kage i fælles-køkkenet.

Paulina:
Er der nogle særlige arkitektoniske løsninger, som du synes bidrager rigtig positivt til stedet?

Pernille:
Nu er jeg jo ikke arkitekt, men jeg synes at vores sted har mange gode kvaliteter. Som at det er i et plan og det her evighedstegn, som giver mening i forhold til den måde vi arbejder på, med mulighed for adskillende. Og at der er én indgang og udgang, så alle kommer forbi hinanden der. Også det er der kisten kommer ud, så den ikke gemmes væk, [men] er del af huset og livet.

Paulina:
Nu nævner du også lige rustvognen, har i noget – hvad hedder det – tradition for – altså det her forløb kisten går igennem?

Pernille:
Ja og nej traditionen er, at det er de pårørende, der bestemmer. Men vi har en tradition, for når der er dødsfald, så har vi en mindetavle, den er herude som vi også går forbi, hvor der bliver sat et blad med patientens navn. Det bliver de spurgt om inden de kommer, men der er samtykke med deres navn på, og så tænder vi stearinlys, som bliver ved med at brænde til at patienten er kørt ud. Og så står personalet ved døren og siger et sidste farvel til patienten. Nogle gange er der også andre patienter og pårørende med, da de også kan danne en relation. Her på stedet, får folk lov til at blive på deres stue i længere tid efter at døden er indtrådt, vi har ikke et kølerum eller en regel om at efter 6 timer skal man være ude, men har godt et døgn.

Emma:
Hvad så i forhold til tiden efterfølgende? Altså i forhold til de pårørende, kommer de stadig i huset og hvornår skal de være ude?

Pernille:
De bliver alle inviteret til pårørende aften. Denne bliver afholdt fire gange om året. Har kommer rigtig mange af dem og det er ofte nok. Og så er der nogle ganske få, som måske har haft et særligt forløb, som så kommer til samtaler efterfølgende. Men det er faktisk mest til pårørende-aften hvor de kommer igen og sådan markere afslutningen. Til sådan en aften snakker vi og mindes, derudover er der en præst og noget musik. Virkelig en respektfuld aften. Vi har en enkelt familie for børnene nogle gange kommer og mindes deres mor, fordi de forbinder afskeden med dette sted.

Paulina:
Hvad hvis man som pårørende er en ven og ikke har noget familie og man har boet alene. Hvordan håndteres dette?

Pernille:
Som oftest er det familien der kommer her, men vi har da tilfælde hvor man har boet alene og ingen familie har. Der er så noget i forhold til lovgivningen og GPR regler, om hvem man må udlevere oplysninger til, så det kan godt være lidt svære at være en nær ven end familie.

Paulina:
Ja det er nemlig det. Der er jo rigtig mange i Danmark der lever alene og der kommer formentlig flere af disse. Så måske også på lovgivnings basis, vil det potentielt også kunne influere steder som disse i fremtiden.

Pernille:
Måske ja, sådan er det ja. Ofte så giver det egentlig meget god mening. Ja… ja, det er i hvert fald nødvendigt at tænke ind, selvom der er mulighed for overnatning på stuerne, er der to gæstesoveværelser, dette kunne godt være at det i fremtiden bliver for lidt.

Emma:

Nu er vi ved at have været igennem vores spørgsmål. Men er der et eller andet du synes vi mangler at vide eller noget du synes der er vigtigt at vi tager med videre og kigge ind i?

Pernille:
Jeg synes i skal kigge på Djursland hospice, hvor der både er voksne og børn. For det er jo lidt specielt. Og der er virkelig mange tanker om dette sted. Derudover er der Sankt Lukas på Sjælland, som også har dette, hvor de skal til at bygge nyt.

Emma:
Ja, dem har vi faktisk også aftaler med.

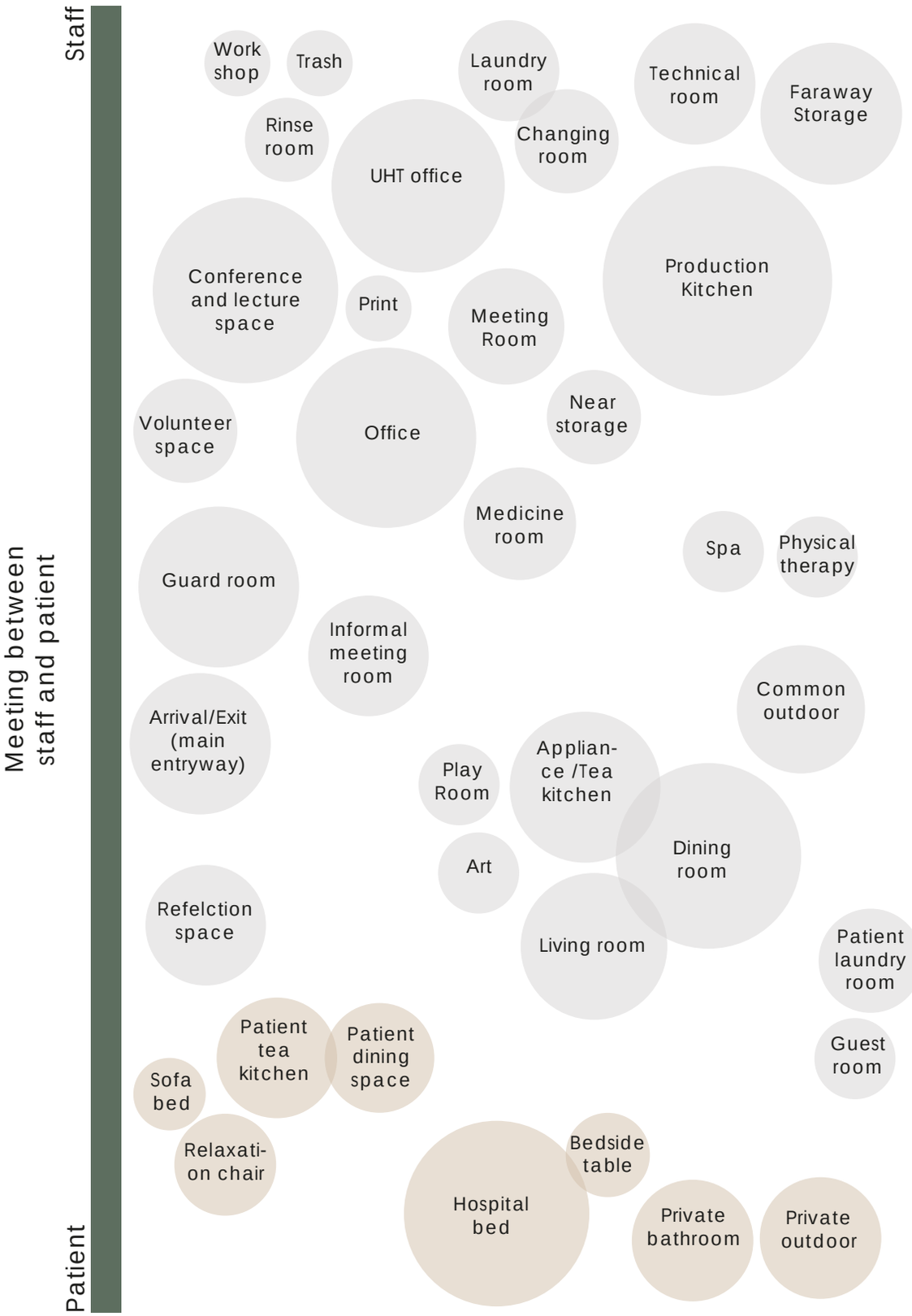
Pernille:
Ellers er der også det med tilgængelighed. Vi ligger jo tæt på motorvejen, og det høre vi fra de pårørende at det er dejligt. Ja og eller meget det her evighedstegn, som gør det let at finde rundt. Og så synes jeg vi skal gå ud på rundvisningen, og her har vi en enkelt tom stue, så i også kan komme ind og se denne.

Emma:
Jamen, tak for dette.

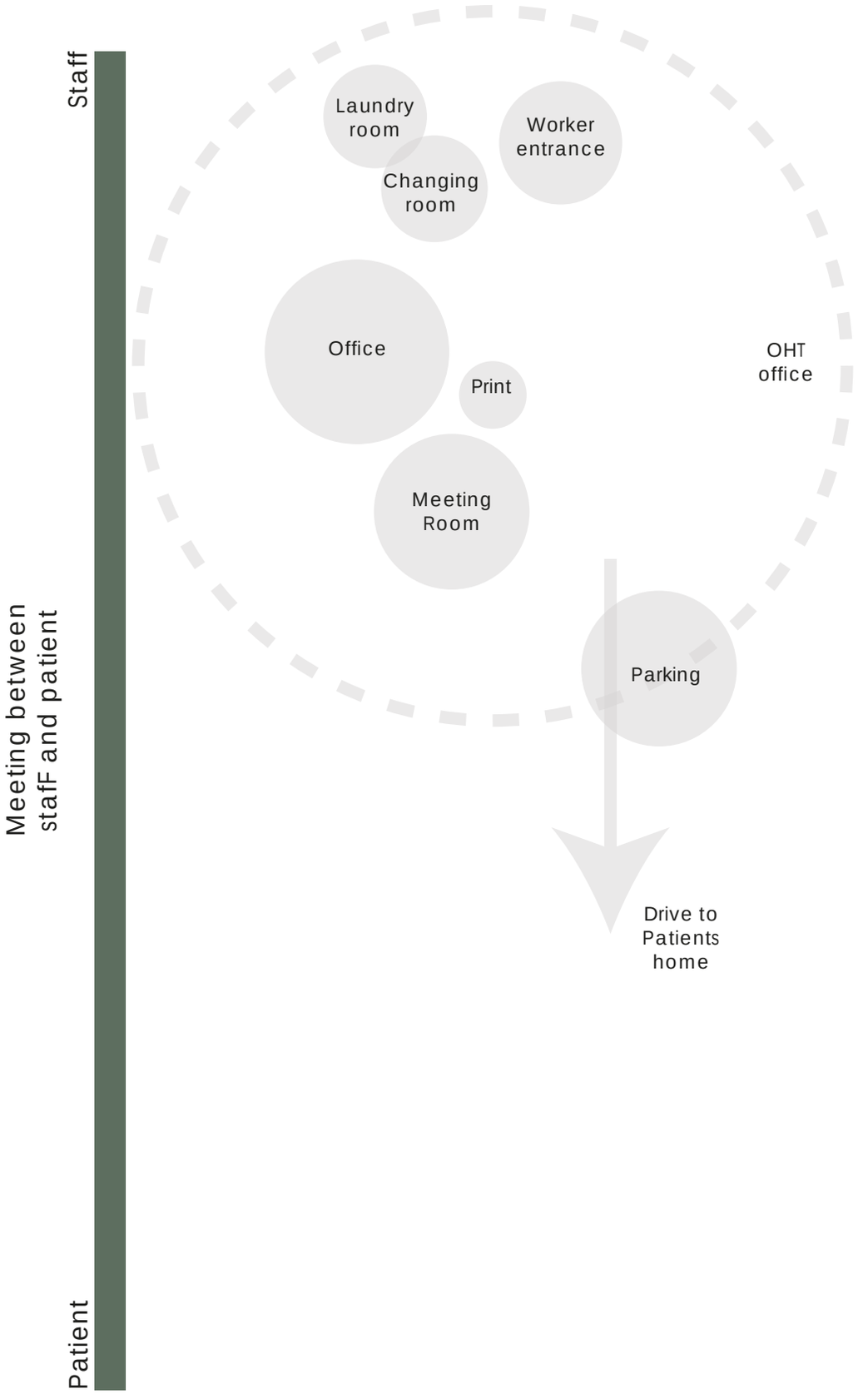
APPENDIX 3
Timeline quote

"Skabe et stærkt og balanceret sundhedsvæsen, der er tættere på borgerne, (...) mere ensartethed i sundhedstilbuddene gennem en styrket national koordinering, (...) fremme kvalitet og kontinuitet for borgerne samt sikre, at langt flere ældre oplever en tidlig, nær og sammenhængende indsats (...) sikrer bedre incitamenter til tidlige, forebyggende indsatser (...) styrkelse af den basale palliation og (...) specialiseret palliativ indsats." (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024, pp. 4, 6, 20, 21, 58, 59)

APPENDIX 4a
FUNCTIONS FOUND IN HOSPICES IN DENMARK



Ill. 166: Compiled analysis for every hospice in Denmark. Based on appendix XX - XX.



Ill. 167: Compiled analysis for every outgoing hospice team in Denmark. Based on appendix XX - XX.

APPENDIX 4b
FUNCTIONS FOUND IN HOSPICES IN DENMARK, excel

	Hospice name	adress	establishment year	build year	beds	UHT
Hovedstaden					**68**	
1	Arresødal Hospice	Arresødalsvej 100, 3300 Frederiksværk	2005		12	X
2	Diakonissestiftelsens Hospice	Dronningensvej 24, 2000 Frederiksberg	1997		16	22
3	Hospice Søndergård	Tueholmen 6, 2760 Måløv	2010		16	X
4	Sankt Lukas Stiftelsens Hospice	Bernstorffsvej 20, 2900 Hellerup	**1992**	**2029**	24	X
Midtjylland					**63**	
5	Anker Fjord Hospice	Fjordengen 25, 6960 Hvide Sande	2006		12	
6	Gudenå Hospice	Sygehusvej 18, 8740 Brædstrup	2015		11	
7	Hospice Djursland	Strandbakken 1, 8410 Rønde	2007		15	
8	Hospice Limfjord	Kompagnigade 11, 7800 Skive	2007	1918	12	
9	Hospice Søholm	Bispevej 68, Stavtrup, 8260 Viby J	1999		13	
Nordjylland					**24**	
10	Hospice Vangen	Studievej 25, 9400 Nørresundby	1999	2019	15	X
11	Hospice Vendsyssel	Suderbovej 85, 9900 Frederikshavn	2008	2013	9	
Sjælland					**42**	
12	Hospice Sjælland	Tønsbergvej 61, 4000 Roskilde	2006		16	
13	Hospicegården Filadelfia	Elmevej 7, 4293 Dianalund	2010		12	
14	Svanevig Hospice	Lindstrømsvej 2, 4941 Bandholm	2010		14	
Syddanmark					**60**	
15	Hospice Fyn	Sanderumvej 130, 5250 Odense SV	2004		12	
16	Hospice Sønderjylland	Ribe Landevej 130, 6100 Haderslev	2006		12	
17	Hospice Sydfyn	Skovsbovej 100, 5700 Svendborg	2012		12	
18	Hospice Sydvestjylland	Finsensgade 25, 6700 Esbjerg	2006	19XX	12	
19	Sct. Maria Hospice	Karl Bjarnhofs vej 2, 7120 Vejle Ø	1995		12	
					257	
				AVG:	13,526	

In room															common					
Bed + bedside table	Toilet	Bath	TV	Radio / Musik	Internet	Terasse	Tea kichen	fridge	DINING TABLE	relaxation chair	sofabed or other	Smoking	Størelse:		Dining room	Living room *	TV room	Quiet Room	Jacuzzi / Spa	Fysoterapi
													kvm							
X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	OUT	25		X	X	X		X	
X	X	X	X	X	X					X	X	OUT	23		X					
X	X	X	X			X				X	X				X	X	X			
X	X	X	X		X					X					X	X		X	X	
X	X	X	X	X	X	X				X	X	OUT	60		X	X	X		X	
X	X	X	X	X	X	X				X	X	OUT			X	3			X	X
X	X	X				X	X	X		X			30		X	X		X	X	X
X	X	X	X							X	X		35		X	X	X	X	X	X
X	X	X	X		X	X			X	X	X	OUT	44		X	X			X	
X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	OUT			X	X			X	X
X	X	X	X			X				X	X				X	X		X	X	X
X	X	X			X	X			X	X	X	OUT	36		X	X			X	X
	X	X				X		X			X					X		X	X	
X	X	X	X	X	X	X		X		X	X				X	X		X	X	X
X	X	X	X			X				X	X	RYGERUM			X	X				
X	X	X	X			X			X	X	X				X	X		X		
X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	OUT	40		X	X			X	X
X	X	X	X	X	X				X	X	X				X	X	X	X		
X	X	X									X	Ryge områder.			X	X		X		

Ill. 168:(Diakonisse Stiftelsen, 2023, no date; Anker Fjord Hospice, no date a, no date b; Arresødal Hospice, no date a, no date c; Gudenå Hospice, no date b, no date c; Hospice Djursland, no date a, no date b; Hospice Forum Danmark, no date a, no date b, no date c, no date d, no date e, no date f, no date g, no date h, no date i, no date j, no date k, no date m, no date n, no date l, no date o, no date p, no date q, no date r, no date s; Hospice Fyn, no date a, no date b; Hospicegården Filadelfia, no date a, no date b; Hospice Limfjord, no date a, no date b; Hospice Sjælland, no date a, no date b; Hospice Søndergård, no date; Hospice Sønderjylland, no date b, no date c; Hospice Sydfyn, no date a, no date b; Hospice Sydvestjylland, no date a, no date b; Hospice Vangen, no date a, no date b; Hospice Vendsyssel, no date b, no date c; Sankt Lukas Hospice, no date b; Sct. Maria Hospice, no date b, no date a; Sundhed - Region Midtjylland, no date a, no date b; Svanevig Hospice, no date a, no date b)

APPENDIX 5
HEALTHCARE REFORM FROM 2024

In November of 2024, the Indenrings- og Sundhedsministerie published the new health reform, containing the 10 points within the reform. (Indenrings- og Sundhedsministeriet, 2024, pp. 9, 34, 40, 46, 52, 56, 60, 61, 63, 74)

1. New organization of the healthcare system
2. Increased doctors and better distribution of the regular-medicine healthcare offers across the entire country
3. The healthcare system must be strengthened where the need is the highest
4. Better course of illness for citizens with chronic illness
5. Free choice and strengthened patient rights
6. Increased treatment in or close to patients own home
7. Public health act
8. Modern hospitals, better facilities for local heath interventions and digital solutions
9. Implementation
10. Economics

APPENDIX 6
LÆGEFORENINGEN'S STATEMENT OF POSITION

In March 2025, Lægeforeningen proposed 12 initiatives to ensure palliative care and relief for patient and their relatives. The two groupings contain seven initiatives on a national scale, and five initiatives for regions and health councils. (Lægeforeningen, 2025, pp. 2–4)

National initiatives:

1. Right for patients, with a need for palliative treatment, to be added to the health law.
2. Establish a national standard of quality for palliation
3. Increased basic palliation in the local health-care system
4. Increase doctor and specialized care staff
5. Establish inpatient beds for specialized palliation
6. Strengthened research and knowledge about palliative efforts
7. Palliation support for children and their families

Regions and health council:

1. Regional intervention plans
2. Systematic and surveillance to ensure quality and development
3. Strengthening of outgoing palliative teams
4. Right to palliative care in home
5. Focus on relatives

APPENDIX 7
NEWSPAPER AND ACTUALITY

In the time just before and during the project period, many articles have been published regarding the currently insufficient palliative efforts in Denmark. Some of these have been included below. In illustration XX, on page XX, the articles have been translated to English, but are found in their original phrasings.

Ill. 169: Collection of newspaper and article titles and quotes. (Bühler, 2022; Hospice Forum, 2024; Skårhøj, Hygum and Danbjørg, 2024; Ældre Sagen, 2024a; Pedersen, 2025a; Sankt Lukas Stiftelsen, 2025)

Ældre sagen 14. juni 2024

Mange ældre får ikke palliativ pleje

”Omfanget af specialiseret palliation er mindre for ældre end for andre aldersgrupper.

Der er stor forskel på, hvilke grupper i samfundet, der modtager professionel indsats og støtte ved livstruende sygdom – såkaldt specialiseret palliation.

Det viser årsrapporter fra Dansk Palliativ Database.”

Debat 15. januar 2024

FAGRÅD: Flere hospicepladser kan ikke alene løse, at for mange dør uden den rette lindring

”Patienter dør, mens de er på venteliste til hospice, og adgangen til hospice er ulige.”

UGESKRIFT FOR LÆGER

3. marts 2025

....Kræftpatienter fylder i dag mere i palliationen i Danmark end andre patientgrupper, som du også kan læse andetsteds i dette tema. I hvert fald i den specialiserede palliation. Den store fokus på kræft kan Patrik Wallin også godt genkende.

»Men det er ikke den svære gruppe. For deres forløb kan vi skitsere nogenlunde præcist. De kommer på de onkologiske afdelinger tæt på til det sidste. Herefter går det stille og roligt nedad, så går det hurtigt nedad, og så er det slut. Dem, som er svære, er f.eks. KOL-patienter, patienter med terminale hjertesvigt og alle dem med nonmaligne tilstande, hvor forløbene kan være meget, meget forskellige. Men sådan set også patienter med Parkinsons og demens, som jeg ser en del af som plejehjemslæge. Dem bliver der ikke talt særlig meget om i forhold til palliation, men de er jo på en anden måde også terminale«, siger Patrik Wallin, der mener, at det er hans opgave som praktiserende læge hele tiden at være klar til at tale om den sidste tid.

19 december 2024

ONKOLOGISK TIDSSKRIFT

Palliationsprofessor Mogens Grønvold tror ikke længere på, at en oprustning og udbygning af palliative teams og hospicer vil løse de massive og årelange udfordringer med manglende adgang til specialiseret palliation. I stedet mener han, at udbygningen af palliationen i langt højere grad skal foregå i det øvrige sundhedsvæsen – blandt andet på de kardiologiske, nefrologiske, neurologiske og lungemedicinske hospitalsafdelinger.

Debat 15. januar 2024

FAGRÅD: Flere hospicepladser kan ikke alene løse, at for mange dør uden den rette lindring

”

Sundhedsstyrelsen har en ambition om, at alle patienter med behov, tilbydes en palliativ indsats. Som vi har set, der er endnu et stykke vej, hvis dette skal gælde andre end kræftpatienter

Sankt Lukas Stiftelsen hilser nye palliative anbefalinger velkommen

15. januar 2024

LÆGEFORENINGEN

Styrket palliation skal sikre pleje og lindring for patienter med livstruende sygdom – national plan for palliativ behandling

12. maj 2025

Dødeligt syge patienter venter for længe på lindrende behandling

HOSPICE FORUM DANMARK

23. april 2024

”.....Høringens omdrejningspunkt var, hvordan vi i fremtiden bliver endnu bedre til at udvikle palliationsområdet, og at der er mangel på hospicepladser, da 1/3 af de visiterede patienter ikke når at få en hospiceplads.”

Hospice skal ud i den primære sektor

”Et andet vigtigt fokusområde handlede om, hvordan hospice kan og bør få en større og mere central rolle i fremtiden for endnu flere patienter end de, der i dag får glæde af et hospicetilbud. Fælles for de fleste af dagens oplæg var derfor et forslag om, at den store viden og praksiserfaring, der findes på hospiceområdet, i højere grad skal bredes ud til den primære sektor, så også plejecentre, hjemmeplejen og andre kan få glæde af den viden, der er på hospice.”

APPENDIX 8
CAMILLA RATCHE

“(...) Men det handler også om en kvalitetsstandard for, hvad vi skal tilbyde på tværs af sundhedsvæsenet, så vi sikrer ensartethed og en rettighed til at få drøftet sin palliative plan” – Camilla Ratche, Chair of the Danish Medical Association (quoted in Pedersen, 2025b).

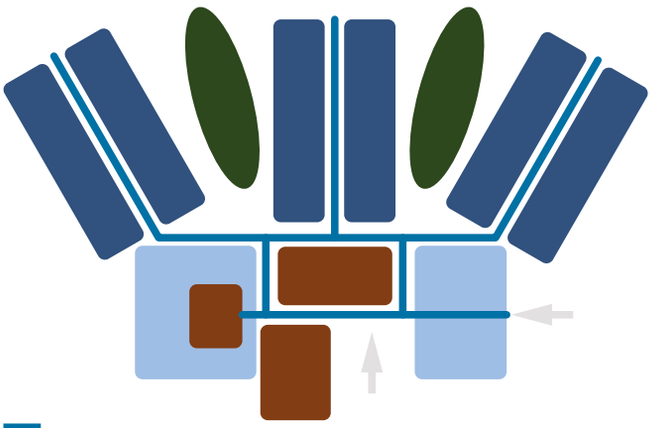
“Vi mangler et fokus på andre lidelser også, f.eks. vores patienter med neurodegenerative lidelser som sklerose, hvor vi jo godt ved, at det her kan vi ikke helbrede, og på et eller andet tidspunkt bliver tilstanden så slem, at det vil betyde tidligere død. De patienter har et lindrende behov, langt tidligere endda, som en del af deres liv med en svær kronisk sygdom” – Camilla Ratche, Chair of the Danish Medical Association (quoted in Pedersen, 2025b).

”(...) der er måske nogle steder behov for, at vi skærper vores opmærksomhed på, at lindring nogle gange er lige så vigtigt et fokus som at helbrede. Det skal vi kunne mestre på basalt niveau alle sammen (...) [så det ikke] altid kræver en fagområdespecialist (...)” – Camilla Ratche, Chair of the Danish Medical Association (quoted in Pedersen, 2025b).

APPENDIX 9
RESEARCH ON IDEAS TO GUIDE DESIGN OF HOSPICE CARE BUILDING

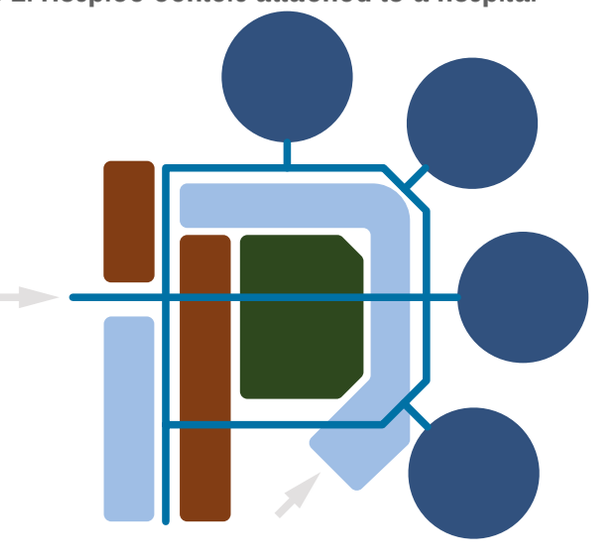
Based on illustrations from Table 1, showing "plan layout and perspective view of building space for four types of hospice care building design cases". (Wang, Zhang and Zhou, 2024, p. 5)

Type 1: Independent hospice institutions



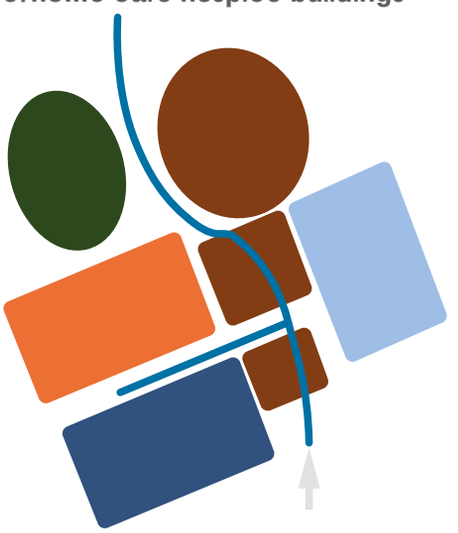
- Wards space
- Office and ancillary space
- Corridor space
- Public space
- Outdoor garden space

Type 2: Hospice centers attached to a hospital



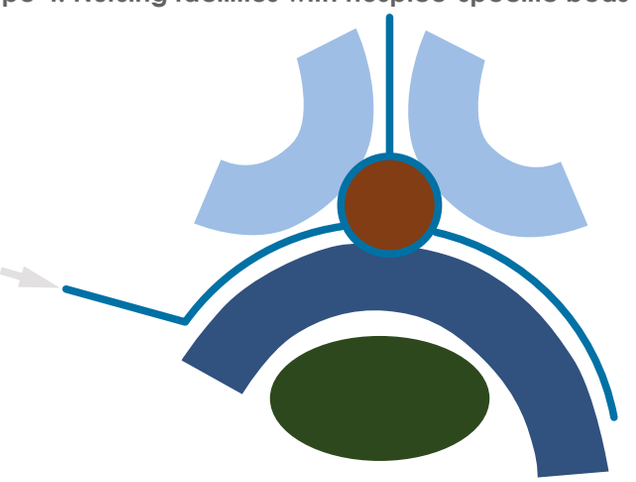
- Wards space
- Office and ancillary space
- Corridor space
- Public space
- Outdoor garden space

Type 3: Day care/home care hospice buildings



- Daytime rest space
- Office and ancillary space
- Public transportation space
- Public space
- Outdoor garden space
- Restaurant and Kitchen

Type 4: Nursing facilities with hospice-specific beds



- Wards space
- Office and ancillary space
- Corridor space
- Public space
- Outdoor garden space

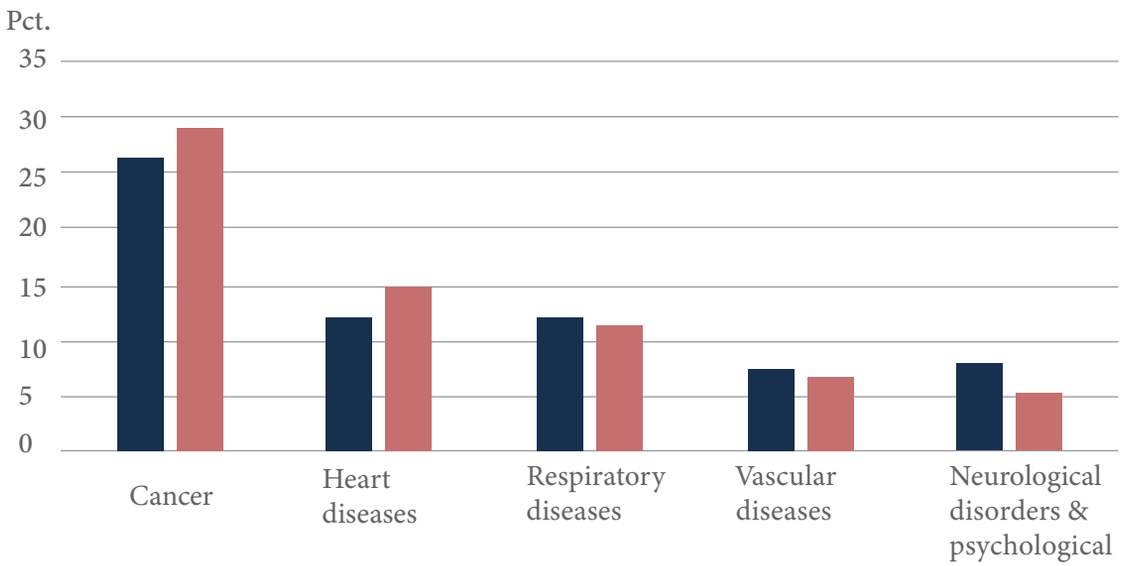
APPENDIX 10
Amount of deaths on five most frequent causes of death (Group A) per 100.000 citizents

	2019	2020	2021	2022	2023
Total	753,6	745,2	758,7	770,2	735,4
Cancer	220,3	212,5	209,3	204,9	201,3
Heart diseases	105,8	101,6	102,8	105,8	99,1
Diseases in respiratory organs	84,9	76,9	78,2	82,7	84,6
Other circular diseases	57,9	55,9	55,1	54,6	52,7
Mental disorders and behavioural disorders	52,7	50,0	52,1	54,0	49,9

Ill. 170: Number of deaths, caused by the five most frequent illnesses (group a) per 100.000 citizents. (Table from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own total calculations)

Generally, the amount of deaths fluctuate over the years. However, the total has been falling from 2022 to 2023, but this does not account for looking at the diagnosis groups individually, as these are varying.

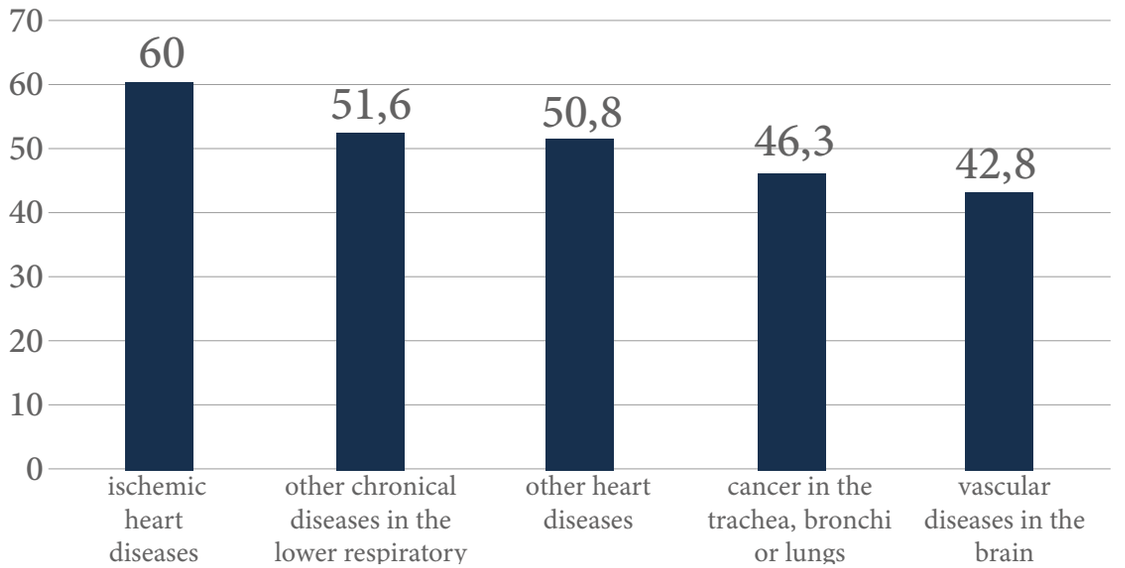
APPENDIX 11
Death incidence distributed on the five most common causes of death (group A), gender related, 2023



Ill. 171: Death incidence distributed on the five most common causes of death (group a), gender related, 2023. (Table from Sundhedsdatastyrelsen, 2024)

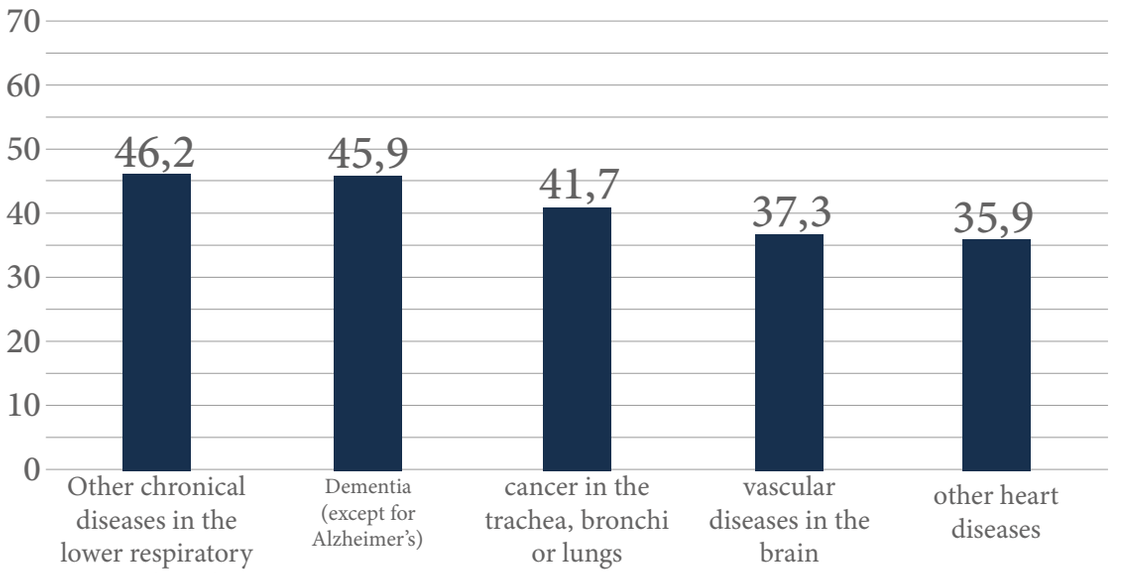
When distributing deaths caused by cancer were 26,5% for women and 29,3% for men.

APPENDIX 12
Death incidence distributed on the five most common causes of death (group B), men, 2023, per 100.000 citizens



Ill. 172:Death incidence distributed on the five most common causes of death (group B), men, 2023, per 100.000 citizens. (Table from Sundhedsdatastyrelsen, 2024)

APPENDIX 13
Death incidence distributed on the five most common causes of death (group B), women, 2023, per 100.000 citizens



Ill. 173: Death incidence distributed on the five most common causes of death (group B), men, 2023, per 100.000 citizens. (Table from Sundhedsdatastyrelsen, 2024)

Under each diagnosis group there are several sub-diagnosis groups (B), and when looking into these they are different from men and women.

For men, the most frequent cause of death was ischemic heart diseases (6%), other chronical diseases in the lower respiratory tract (KOL) (5,1%), followed by other heart diseases (5,0%), cancer in the trachea, bronchi or lungs (4,6%) and vascular diseases in the brain (4,2%), (Sundhedsdatastyrelsen, 2024) Figure 1.

For women, the most frequent cause of death was other chronical diseases in the lower respiratory tract (KOL) (4,6%), followed by dementia (except for Alzheimer's) (4,5%), cancer in the trachea, bronchi or lungs (4,1%), vascular diseases in the brain (3,7%) and other heart diseases (3,5%) (Sundhedsdatastyrelsen, 2024), Figure 2. When subdivided into genders, dementia (except for Alzerimer's) is the second largest cause of death for women and would be relevant to look further into.

APPENDIX 14
Demographic distribution of the total amount of deaths across the six (five) most frequent causes of death (A) per 100.000 inhabitants

	0-64 years	65-74 years	75-84	85+	Total
Cancer	5225	7930	12.255	6460	31.870
Respiratory diseases	995	2340	4970	5130	13.435
Heart diseases	1535	2340	4935	7055	15.865
Vascular diseases	725	1245	3020	3200	8190
Neurological disorders	505	865	2565	2475	6410
Psychological disorders	525	720	2325	4060	7630

Ill. 174: Demographic distribution of the total amount of deaths across the six (five) most frequent causes of death (A) per 100.000 inhabitants. (Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

APPENDIX 15
Demographic distribution of the total amount of deaths across the six (five) most frequent causes of death (A) per 100.000 inhabitants In percent.

	0-64 years	65-74 years	75-84	85+
Cancer	16%	25%	38%	20%
Respiratory diseases	7%	17%	37%	38%
Heart diseases	10%	15%	31%	44%
Vascular diseases	9%	15%	37%	39%
Neurological disorders	8%	13%	40%	39%
Psychological disorders	7%	9%	30%	53%

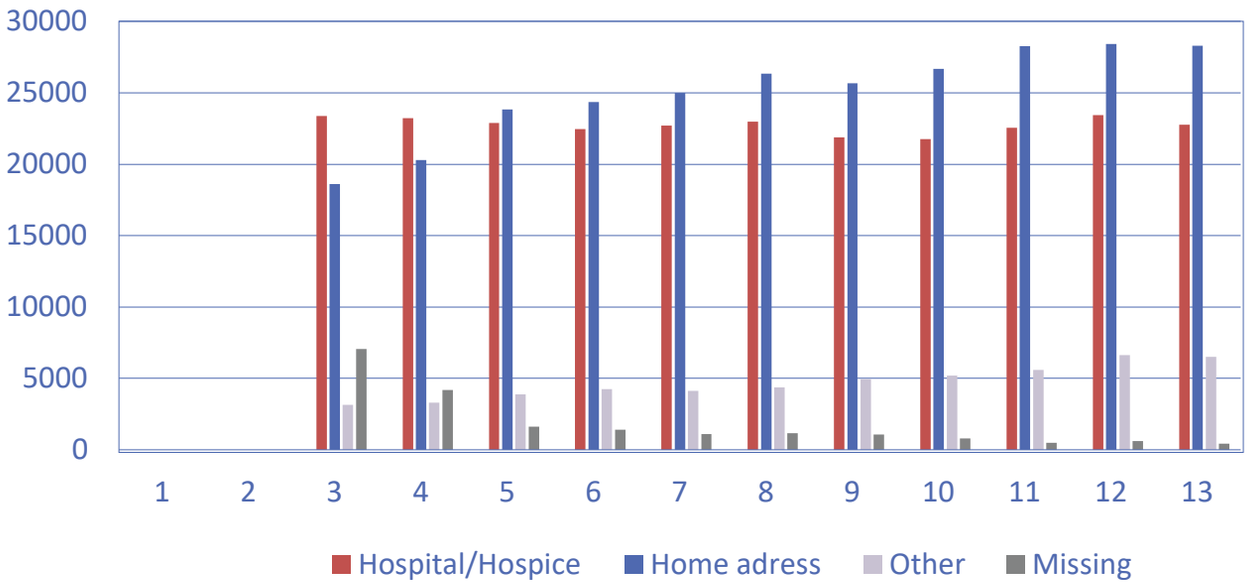
Ill. 175: Demographic distribution of the total amount of deaths across the six (five) most frequent causes of death (A) per 100.000 inhabitants In percent. (Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

Looking into the six largest diagnosis groups in Denmark, it can be seen that the amount of people who die, significantly increases after the age of 64 years. Until the age of 84 years, cancer is the largest cause of death, whereas in the age above 85 it becomes heart disease. In total cancer is still the largest cause of death.

APPENDIX 16
Yearly distribution of place of death shown with 4 categories of places of death in the period 2013 to 2023

Place of death	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Hospital/Hospice	23.383	23.212	22.901	22.476	22.707	22.990	21.880	21.745	22.540	23.447	22.764
Home adress	18.603	20.286	23.829	24.349	25.002	26.337	25.661	26.672	28.259	28.429	28.297
Other	3.146	3.310	3.886	4.255	4.135	4.375	4.948	5.197	5.580	6.630	6.504
Missing	7.047	4.184	1.610	1.408	1.098	1.170	1.075	785	490	615	426

Ill. 176: Data for yearly distribution of place of death shown with 4 categories of places of death in the period 2013 to 2023.
(Own prod., basen on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)



Ill. 177: Graphic showing yearly distribution of place of death shown with 4 categories of places of death in the period 2013 to 2023.
(Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

More people die at the home adress, likewise less people die at the hospital/hospice. The missing and other are part of the data that was lsot in the transistion to one system to another. (Sundheds-datastyrelsen, 2024)

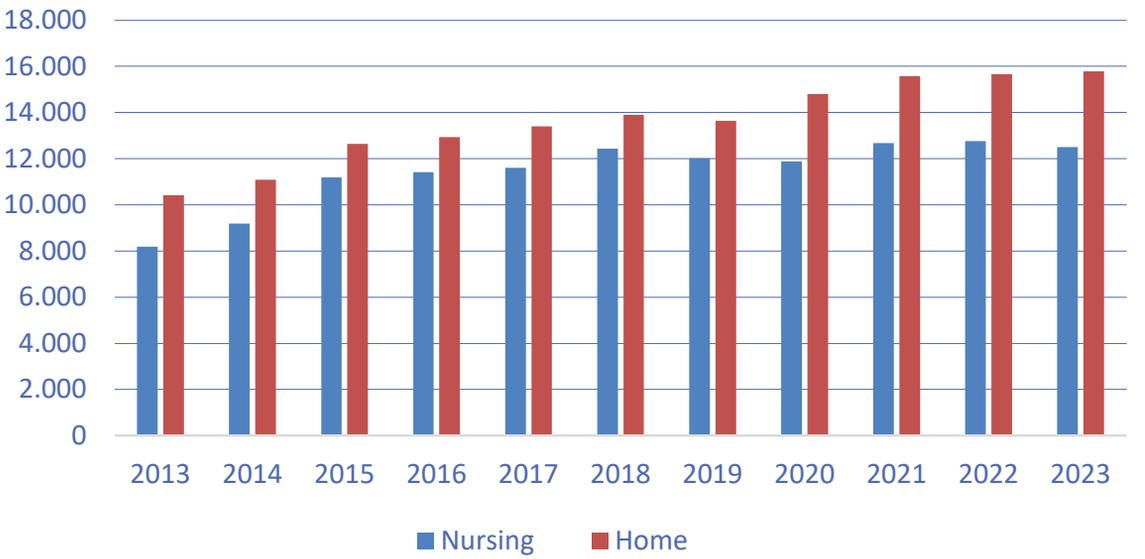
APPENDIX 17
Yearly distribution of place of death shown with 4 categories of places of death in the period 2013 to 2023

Age	Place of death	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Total	52.179	50.992	52.226	52.488	52.942	54.872	53.564	54.399	56.869	59.121	57.991
	Hospital/Hospice	23.383	23.212	22.901	22.476	22.707	22.990	21.880	21.745	22.540	23.447	22.764
	Nursing	8.190	9.190	11.192	11.420	11.606	12.428	12.022	11.881	12.681	12.764	12.505
	Home	10.413	11.096	12.637	12.929	13.396	13.909	13.639	14.791	15.578	15.665	15.792
	Other	3.146	3.310	3.886	4.255	4.135	4.375	4.948	5.197	5.580	6.630	6.504
Total	Unspecified	7.047	4.184	1.610	1.408	1.098	1.170	1.075	785	490	615	426
	Total	19.213	19.109	19.176	19.254	18.798	19.054	18.525	18.126	18.226	18.243	17.445
	Hospital/Hospice	10.279	10.333	10.134	10.068	9.775	9.794	9.238	8.884	8.925	8.810	8.318
	Nursing	843	1.056	1.269	1.351	1.396	1.506	1.479	1.353	1.479	1.317	1.394
	Home	4.967	5.251	5.702	5.721	5.694	5.760	5.647	5.791	5.849	5.872	5.690
	Other	1.381	1.445	1.654	1.745	1.671	1.682	1.840	1.900	1.868	2.116	1.968
0-74 år	Unspecified	1.743	1.024	417	369	262	312	321	198	105	128	75
	Total	14.904	14.351	14.677	14.883	15.275	16.248	16.172	16.964	18.160	19.682	19.742
	Hospital/Hospice	7.154	7.038	6.902	6.777	7.099	7.326	7.059	7.352	7.769	8.533	8.410
	Nursing	2.186	2.366	2.832	2.949	3.061	3.383	3.276	3.371	3.549	3.722	3.683
	Home	2.767	2.951	3.440	3.582	3.697	3.973	4.025	4.443	4.934	5.101	5.318
	Other	813	837	1.039	1.200	1.111	1.221	1.494	1.542	1.756	2.125	2.200
75-84 år	Unspecified	1.984	1.159	464	375	307	345	318	256	152	201	131
	Total	18.062	17.532	18.373	18.351	18.869	19.570	18.867	19.309	20.483	21.196	20.804
	Hospital/Hospice	5.950	5.841	5.865	5.631	5.833	5.870	5.583	5.509	5.846	6.104	6.036
	Nursing	5.161	5.768	7.091	7.120	7.149	7.539	7.267	7.157	7.653	7.725	7.428
	Home	2.679	2.894	3.495	3.626	4.005	4.176	3.967	4.557	4.795	4.692	4.784
	Other	952	1.028	1.193	1.310	1.353	1.472	1.614	1.755	1.956	2.389	2.336
85+ år	Unspecified	3.320	2.001	729	664	529	513	436	331	233	286	220

Ill. 178: Yearly distribution of place of death shown with 4 categories of places of death in the period 2013 to 2023.
(Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

Place of death	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nursing	8.190	9.190	11.192	11.420	11.606	12.428	12.022	11.881	12.681	12.764	12.505
Home adress	10.413	11.096	12.637	12.929	13.396	13.909	13.639	14.791	15.578	15.665	15.792

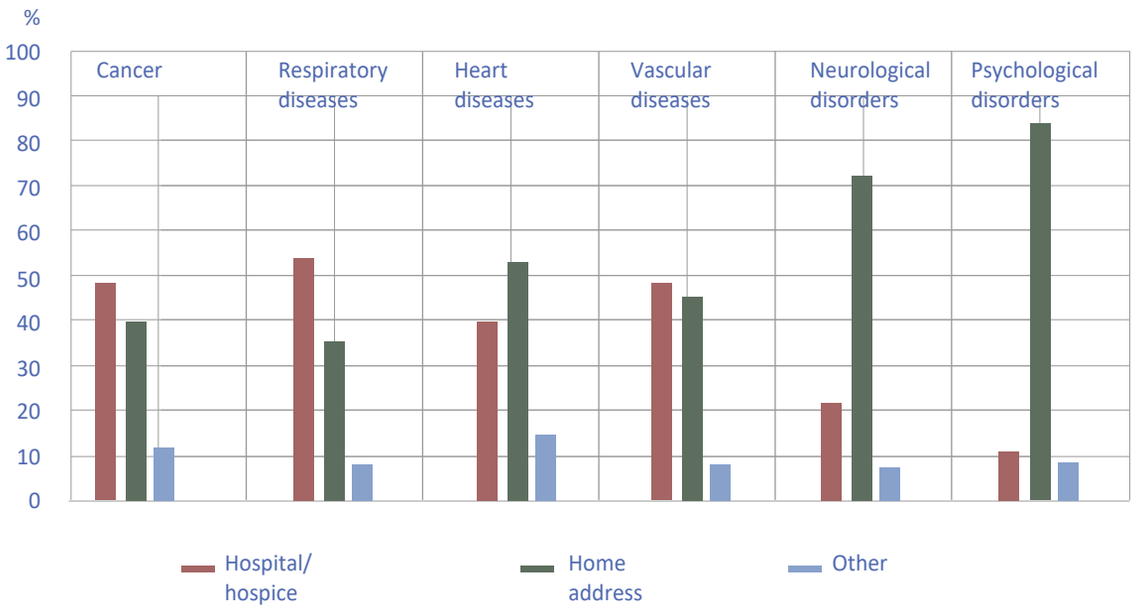
Ill. 179:SUM for Yearly distribution of place of death, for Nursing homes and homes, in the period 2013 to 2023.
(Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)



Ill. 180:SUM for Yearly distribution of place of death, for Nursing homes and homes, in the period 2013 to 2023.
(Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

Data of where people die in Denmark from 2013 to 2023. More people die at home than in a nursing facility, and this tendency has not changed over the years. What becomes clear is that both are rising, and this can be explained by the rise in demographics.

APPENDIX 18
Places of death distributed on the 6 causes of death in three periods 2012-2014, 2015-2017, 2018-2020.



Ill. 181: Places of death distributed on the 6 causes of death in three periods 2012-2014, 2015-2017, 2018-2020..
(Own prod., based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

The table illustrates how patients with heart diseases, neuro- and psychological disorders mostly die at their home address, compared to patients with respiratory diseases, cancer and vascular diseases die who mostly in a hospital or hospice (Jarlbæk et al., 2024, p. 33).

APPENDIX 19

Place of death, pct.	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Other	6,5	7,4	8,1	7,8	8,0	9,2	9,6	9,8	11,2	11,2
Home adress	21,8	24,2	24,6	25,3	25,3	25,5	27,2	27,4	26,5	27,2
Hospice	4,4	4,4	4,6	4,6	4,6	4,9	4,6	4,2	3,8	3,9
Nursing home	18,0	21,4	21,8	21,9	22,6	22,4	21,8	22,3	21,6	21,6
Hospital	41,1	39,5	38,2	38,3	37,3	35,9	35,4	35,4	35,9	35,4
Missing	8,2	3,1	2,7	2,1	2,1	2,0	1,4	0,9	1,0	0,7

APPENDIX 20
Gender & demographic - Correlation; age, death cause and place of death

The correlation between place of death and age varies across the different death causes, but for most of them it seems that the younger age groups most often die at the hospital or hospice. More than half of elderly population above 85 years die at home or in a nursing home (60%), while 30% die in a hospital or hospice. In the (Jarlbæk et al., 2024, p. 42). In the following the six most frequent death causes (A) are analysed in relation to age and place.

Cancer
Most people with cancer die in the hospital (hospice included) across all age groups, except above 85 years, who die mostly at home. (Jarlbæk et al., 2024, p. 44)

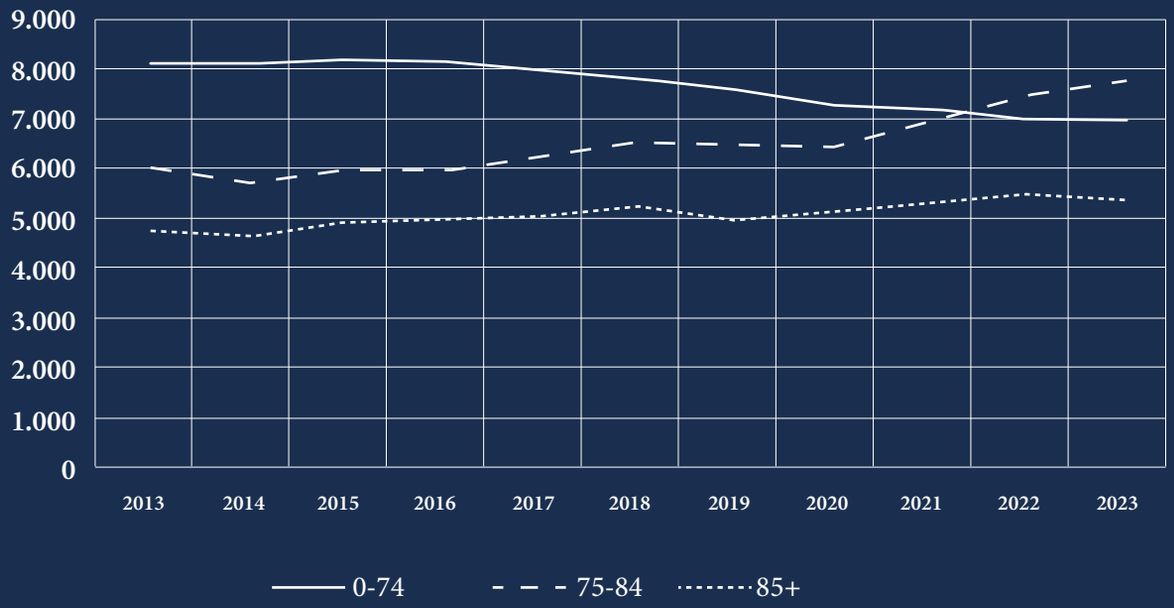
Respiratory diseases
Most people die at the hospital across all age groups, where more die at home the older one gets. (Jarlbæk et al., 2024, p. 45)

Heart diseases
In the elder population most people with heart diseases die at home, where in the rest of the population is rather equal between hospital and home. (Jarlbæk et al., 2024, p. 46)

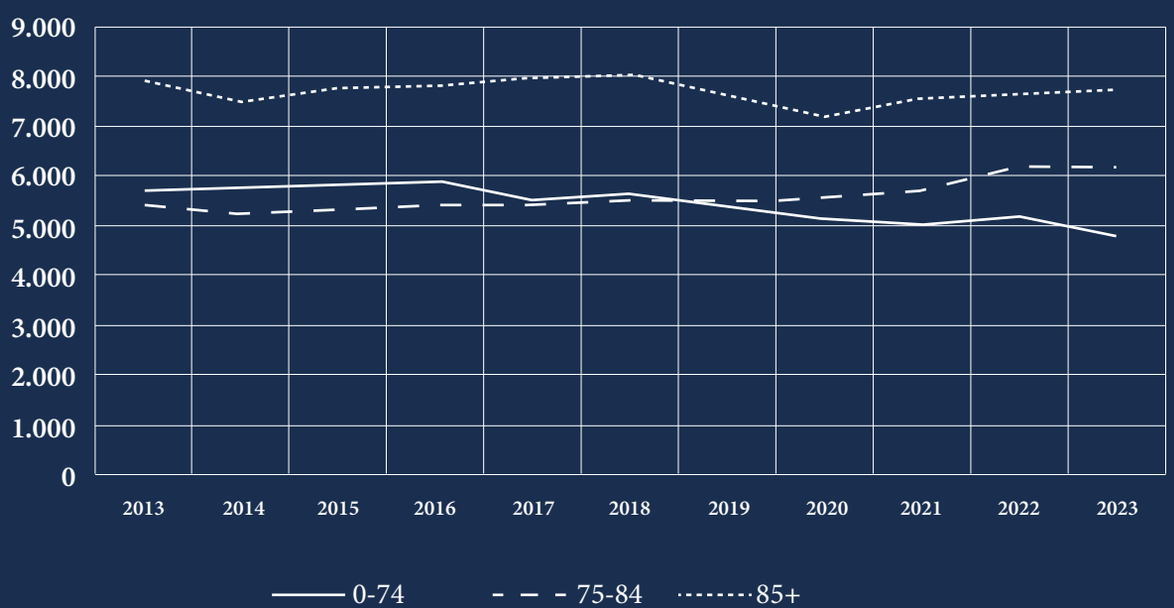
Vascular diseases
Overall most people die in the hospital, except for people above 85, who die mostly at home. (Jarlbæk et al., 2024, p. 47)

Psychological disorders
Across all age groups home is where most die, while in the younger population an increase towards hospital. Dementia is 78% of this group. (Jarlbæk et al., 2024, p. 48)

Neurological diseases
Across all age groups most die at home, without any significant increase in the hospital in the younger population. (Jarlbæk et al., 2024, p. 49)



Ill. 182: : Age at the time of death, for men. (Based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)



Ill. 183: : Age at the time of death, for women. (Based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

Looking into death rates from figure XX and figure XX, with a focus on age and gender, it can be seen for both men and women in the period from 2013 to 2023, that in the age group 0 to 74 the death rate is decreasing. For both genders it is increasing in the age group 75 to 84 and somewhat steady for women in the age group 85 and above while a slight increase for men.
Even though women generally live longer than men, the main take out can be that the general population is getting older and live longer with diseases.
(Based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

APPENDIX 21
Gender & demographic

Men				
	0-74	75-84	85+	total
2023	7.015	7790	5.420	20.225
2022	7.045	7510	5.475	20.030
2021	7.200	6955	5.355	19.510
2020	7.260	6475	5.135	18.870
2019	7.620	6540	5.000	19.160
2018	7.810	6565	5.300	19.675
2017	7.990	6225	5.090	19.305
2016	8.180	5990	4.995	19.165
2015	8.230	5995	4.975	19.200
2014	8.105	5785	4.695	18.585
2013	8.107	6010	4.753	18.870

Ill. 184: Data behind Illu XX. Age at the time of death, for men. (Based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

Women				
	0-74	75-84	85+	total
2023	4.810	6.205	7.715	18.730
2022	5.145	6210	7.660	19.015
2021	5.025	5740	7.530	18.295
2020	5.130	5550	7.170	17.850
2019	5.345	5465	7.545	18.355
2018	5.610	5490	7.975	19.075
2017	5.560	5415	7.940	18.915
2016	5.905	5420	7.775	19.100
2015	5.820	5310	7.785	18.915
2014	5.765	5250	7.490	18.505
2013	5.710	5380	7.870	18.960

Ill. 185: Data behind Illu XX. Age at the time of death, for women. (Based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

APPENDIX 22
Length of stay in nursing homes

	0-1 year	1-2 years	>2 years
Women	29,3	17,9	52,9
Men	37,1	18,2	44,7
All	32,0	18,0	50,0

Ill. 186: Amount of time people live in nursing homes. (Based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

APPENDIX 23
Population projection data from 2024 to 2070

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
60-69 år	695105	709466	721786	738568	750050	755785	759142	760115	764006	767073	762669
70-79 år	584566	581186	574940	569413	565715	566256	569450	575348	583242	592357	604562
80-89 år	274047	291434	310168	329396	345153	356351	364012	370653	374732	377310	379675
90-99 år	44649	45881	47477	49826	52838	56045	59129	62532	65999	71002	76440
100 år og derover	1178	1173	1120	1108	1097	1129	1151	1188	1236	1299	1373

	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
60-69 år	756966	750458	735770	723681	716783	710453	702566	688061	672693	659143	646522
70-79 år	619220	634723	651874	663878	670436	674649	676833	681681	685837	683365	679803
80-89 år	379678	379684	380042	381329	384957	389742	396692	404615	413637	425355	438579
90-99 år	82752	89489	96230	101375	104412	105906	107310	107852	108763	110181	111259
100 år og derover	1477	1588	1727	1899	2058	2206	2371	2534	2806	3092	3418

	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056
60-69 år	635158	630649	629606	631003	636553	645292	657962	673320	689440	706760	721618
70-79 år	675666	664111	654547	649461	644623	638318	626027	613042	601547	591040	581863
80-89 år	452617	468018	478678	484628	488279	490832	495632	500295	500349	500045	499950
90-99 år	112916	115093	117305	119949	122571	126252	129973	134300	140062	146135	152568
100 år og derover	3750	4065	4257	4313	4297	4341	4345	4431	4569	4681	4835

	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067
60-69 år	732620	742585	748385	751784	754094	754036	750227	747667	742996	738475	737121
70-79 år	578864	578995	581501	587893	597270	610173	625653	641704	658901	673818	685029
80-89 år	494372	489388	487197	484631	480945	473007	465030	457831	451900	447779	448049
90-99 år	159583	163664	165226	165637	166248	168401	171101	172178	173619	175725	175291
100 år og derover	5017	5176	5349	5509	5762	5995	6272	6668	7043	7440	7865

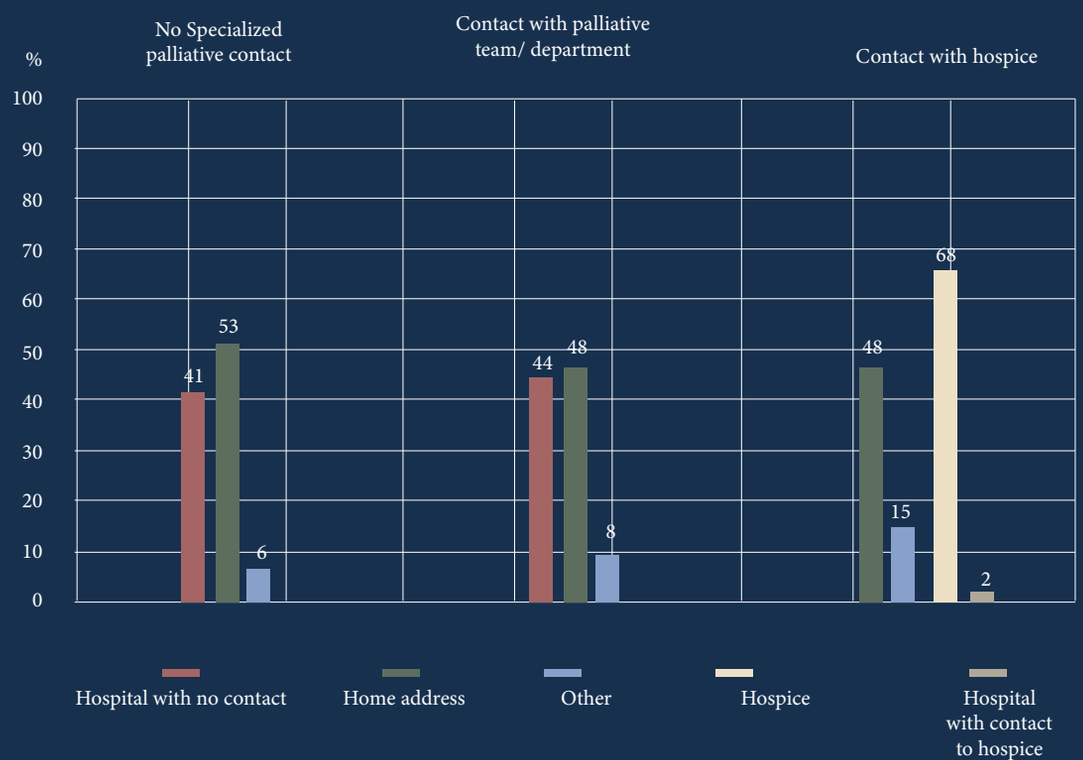
	2068	2069	2070
60-69 år	735281	735681	733992
70-79 år	695228	701503	705541
80-89 år	450561	455421	463345
90-99 år	174243	174021	173312
100 år og derover	7989	7928	7844

Ill. 187: Distributed population projection data for 2024-2070. (Based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

	2024-2030	2031-2040	2041-2050	2051-2060	2061-2070
60 and above	9141	13718	13228	14360	14024
80 and above	2634	4670	5619	7792	6389

Ill. 188: Sum for population projection data for 2024-2070. (Based on data from Sundhedsdatastyrelsen, 2024, and own calculations)

APPENDIX 24
Contact to specialized paliative units



Ill. 189: Percentages of people who, before death, have gained contact with a palliative team or hospice, and where they passed away. (Jarlbæk et al., 2024, p. 61)

81% of people die without any contact to specialized palliative units. Of these, 53% die at home and 41% at the hospital. Of the part that has been in contact with specialized palliative units (19%) before death occurred, 12% was in contact with a specialized palliative team or department, while 7% was in contact with a hospice. (Jarlbæk et al., 2024, p. 61)

After contact with a hospice, 68% die in a hospice while 15% die "at home" (Jarlbæk et al., 2024, p. 7). This means that when in contact with a hospice, and thereby given the opportunity, over half choose to die in a hospice. On the other hand, when in contact with a palliative team or palliative department in the hospital, 48% die at home and 44% die in the hospital.

To sum up, due to natural death (meaning a known disease leading to death) half of the death casualties happen at home, when in or no contact with a palliative team or department, while when in contact with a hospice, most die at a hospice (Jarlbæk et al., 2024, p. 13). Data is very unsure when it comes to other diagnosis groups than cancer, since very few of the death casualties has been anything else, when it comes to contact with a palliative unit before death – this speaks into that most referrals to hospice or palliative units happen for people with cancer (Jarlbæk et al., 2024, p. 61).

APPENDIX 25
Types of nursing homes

In March of 2025, there are currently 938 nursing facilites in Denmark and the municipal as the operator stands for the largest amounts of nursing homes, and thereby also the most ”beds” and residents. The average age at which people enter a nursing home has increased (Ældrekommissionen, 2012, p. 18), and today the average age when moving into a nursing facility is 81,4 years old (Ældre Sagen, 2024).

A study by the National Research Center for Welfare (SFI) found that most residents experience an improved quality of life after moving into a nursing home. Key factors include safety, proper personal care, pain management, social interaction, and meaningful activities. (Ældrekommissionen, 2012, p. 11)



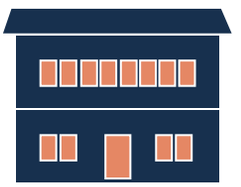
Independent care homes

Since 2007, self-governing institutions and private actors have been allowed to establish and operate independent care homes, competing with municipal facilities. They must meet municipal service standards and be certified by health authorities. The municipality may negotiate the right to allocate housing (anvisningsret). (Ældrekommissionen, 2012, p. 11; Sundheds- og Ældreministeriet, 2016)



Nursing home

Most nursing homes today are called ”plejecentre,” where residents live in rental units under the almenboligloven (Public Housing Act). These homes cater to individuals with reduced physical or mental abilities and are part of the municipal housing system. They can be operated by the municipality, a self-governing institutions “almen ældrebolig institution”, a “almen boligorganisation” or other housing organizations. (Sundhedsdatastyrelsen, 2018)



Nursing homes under the service law §**192**

These facilities have not been established since 1988, and existing ones are being phased out. Unlike plejeboliger, residents are not covered by standard tenancy laws but still have residency rights. These homes are part of the municipal housing supply and can be municipally operated or run by self-governing institutions or private actors. (Sundhedsministeriet, 2018)

APPENDIX 26
Distibrution of nursing homes

	Amount of housing	Amount of residents	Operative distribution
Municipal	34.562	31.471	755
Self governing	5.566	3.613	96
Independent care home	2.098	1.976	47
Private	990	1.017	15
Total	43.216	38.077	938

APPENDIX 27
HOSPICE DJURSLAND

Hospice Djursland is located in Rønde and was built in 2011, designed by the architects C. F. Møller. The vision for the 1,990 m² building is to create a house situated within a landscape. The goal is to establish a close connection between the indoors and outdoors, with the entire building oriented towards nature and the surrounding views. No matter where you are in the house, the view and the beautiful landscape are always present. Alongside this, it was also important to create a homey atmosphere. The vision was to design a humane building that does not feel institutional—offering both physical and mental space for patients, relatives, and staff. (C.F. Møller, no date)

The building is designed, with a curved form. This curvature allows all rooms to have views down towards Aarhus Bay. Inside the building, this curve is experienced in the hallways, as it is not possible to see from one end of the house to the other—only to hear - ensuring that only a small section of the corridor needs to be navigated at a time. The corridor is divided into two parallel sections running alongside each other, separated by courtyards, closed rooms for medication, consultation rooms, and other practical spaces. By dividing the corridor in this way, the two hallways serve different functions and have distinct rhythms. Physically, this is evident as the corridor running along the patient rooms is slightly wider, while the one along the offices is narrower. The wider corridor is used by everyone, providing space for informal conversations between users of the house and for morning singing sessions, while the narrower corridor is primarily used by staff.
Hospice Djursland is beautifully located in nature, and they manage to fully take advantage of the view from all the rooms. In addition to the building's design creating great opportunities for views, it also makes it easier to overlook the corridor, as it doesn't seem as long since you can't see from one end to the other. The division of the corridor, with two parallel hallways each serving a different function, creates two distinct atmospheres, which increases the distance between the public and private areas. Another aspect that is taken into consideration for further design is how they have paid great attention to detail at Hospice Djursland. For example, there are no high door thresholds that a wheelchair user could get stuck on, the ceiling lift in the patient rooms is hidden inside a cabinet when not in use, making the room feel more homely. Additionally, there is a wide door leading to all the terraces, allowing a bed to be wheeled outside so the user can enjoy the weather on their terrace.

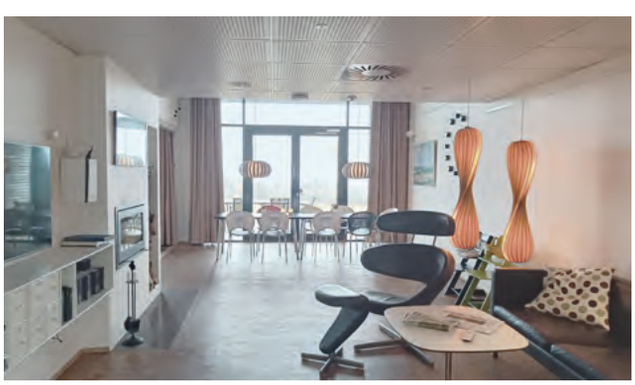
Facts:
Hospice Djursland
Architect: C. F. Møller
Client: The Self-Governing Institution Property Hospice Djursland
Built: 2011
Area: 1,900 m² plus an extension of 90 m² with an orangery and garage



Ill. 194: Ceiling lift in cupboard. (Own prod.)



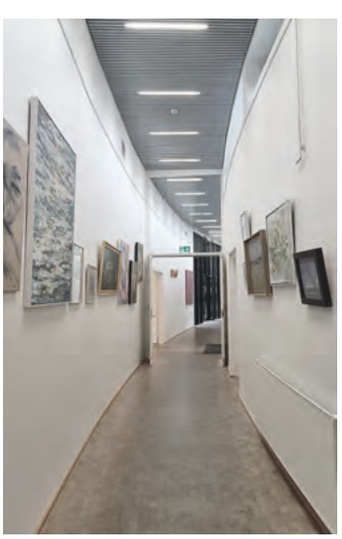
Ill. 191: Indoor courtyard. (Own prod.)



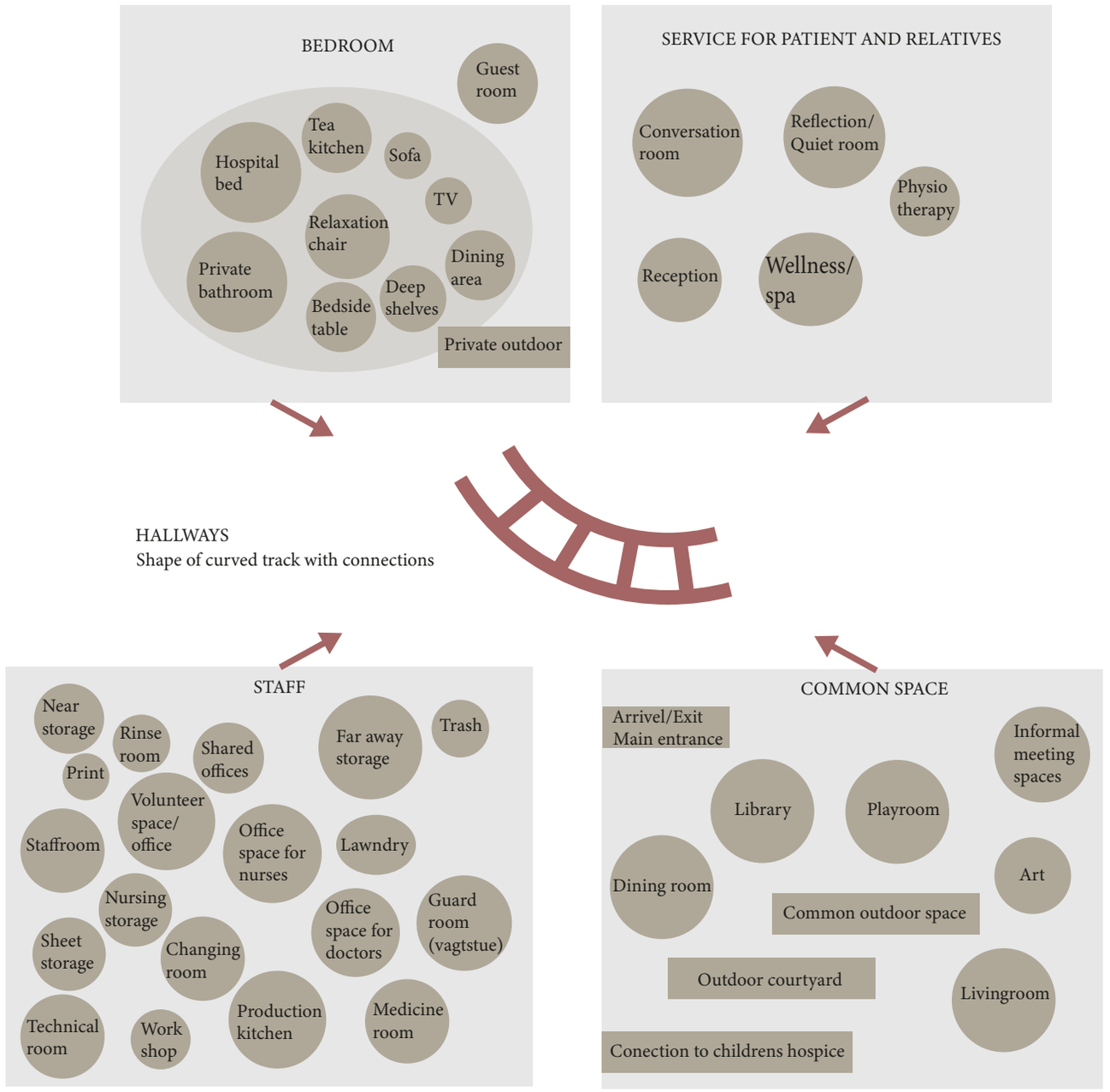
Ill. 190: Livingroom. (Own prod.)



Ill. 192: Patient room with skylight. (Own prod.)



Ill. 193: Curved hallway. (Own prod.)



Ill. 196: Room diagram for Djursland Hospice. (Own prod.)



Ill. 195: Arial photo of Djursland Hospice, view looking north. (Skråfoto, 2023)

APPENDIX 28
INTERVIEW AT HOSPICE DJURSLAND

Date: February 25th 2025
Place: Hospice Djursland, Rønde
Interview with: Dorit Wium-Andersen, Hospice priest at Hospice Djursland
Interviewed by: Emma Strøm Jensen, Lærke Bertram, Paulina Torres Esquivel
Language: Danish

TRANSCRIPTION:

Emma:
Der er nogle ting, der går igen. Nogle takter, der går igen. Der er mange ting, der er virkelig forskellige. Og egentlig i forhold til det, så kunne man måske snakke om, jeg ved ikke, om du er så meget inde i det, men arbejdsgangen. Hvis man har et værelse helt nede i den ende. Så er det mest, alle de ting, man skal til, det er, hvordan man går rundt i bygningen, måske sådan, jeg ved ikke, hvordan jeg skal formulere spørgsmålet.

Paulina:
Jo, du tænker på, i forhold til, nu nævnte du lige, så ligger der nogle praktiske rum i midten, for eksempel, og nogle af værelserne og sådan noget. Så for en, der skal arbejde ind på stuerne og sådan ting, om det fungerer ret godt, eller hvordan, hvordan man skal gå hen og frem og tilbage.

Dorit:
Det er et meget godt spørgsmål. Altså, jeg tror, det, der er i det, det er, at... Altså, der er selvfølgelig noget gåen rundt, men jeg tror... Det har jeg heller ikke vist jer, at det er jo den trappe nede der, en kælder, hvor der er omklædning og...

Paulina:
Nå, så det ligger nedenunder?

Dorit:
Ja, det ligger nedenunder. Og der er også, der er også bade- og fitnessrum og sådan noget. Men det er personaledelen der nede. Men det var egentlig et godt spørgsmål. Så skal jo nærmest spørge Birgitte, der en af dem, der også gør rent og sådan noget.

Emma:
Det virkede i hvert fald til, på grundvisning af mange af tingene, de var lidt centreret, altså sådan noget som medicin, som skal ud til alle stuer i midten.

Dorit:
Ja, helt klart.

Emma:
Så kan det godt være, at der er nogle af de ting, man ikke bruger, i dagligdagen, som nogle af hjælpemidlerne.

Dorit:
Og der er skylderum der, og der er også skylderum oppe i den anden ende. Så der er sådan... Det er fordelt. Det er der ikke fordelt. Det er sådan noget som lindedrum, som... Det er også, hvor vi har plads til. Og maskine, hvad hedder det? Kørestolene, jeg tror er rigtig fin. Det skal jeg også tænke over igen, at det er også placeret bevidst, helt dernede, fordi... Hvad ellers skal du hver gang, du skal hente noget, så kommer du til at gå igennem hele huset. Altså på sådan... Altså du kan bedre stå i den ene ende, og sådan diskutere med en sygeplejerske, hvad skal vi... Hvad for en seng skal vi have kørt ned og så videre, så videre?

Her har du meget trafik? Så hvis du også skulle, det kommer i karambolage med hinanden, ikke også? Sådan nogle ting, synes jeg også er vigtige at tænke igennem.

Spabad, læg mærke til det. Også i den ende, hvor der er mere ro, og hvor man ikke skal udstilles for meget, ikke? Jeg har meget tilhænger af, at man måske også skulle lave flere af de her, som I så ind til lægen. Altså det synes jeg bare, altså det er min holdning, altså jeg tror også, vi er ved at sådan noget, gentænke nogle ting igen, ikke? Det synes jeg vi skal, fordi så meget transparens, synes jeg faktisk ikke behøves at være der. For jeg er enig med Line i, og jeg er også patient privatperson, jeg synes også, det kan være hårdt. Og det er jo ikke, fordi man ikke ved, der er massere af sorg i huset.

Paulina:
Men det er rigtigt nok, det der med lige at sidde og føle, at man også godt kan være i det,

Dorit:
Ja, man lige kan lov at snakke med bedemanden.

Emma:
Ja, uden at man føler man har publikum.

Dorit:
Også det. Her er det noget andet, fordi der har du også sådan lidt indgang, og sådan der, sådan lidt alligevel lidt flow og gang i den, ikke? Men det der med, og så synes jeg også, at det er godt at respektere også for os personale, at vi skal nogle gange også tage os selv i at gå lidt mere på baggangene, fordi så er det ikke alt for meget ramt her, men det er også, altså det er jo det, så siger man hej, altså det er også mærkeligt, ikke? Så møder man, der må man lige stoppe op, og lige komme og catche op på noget, ikke? Så der er også rigtig gode fordele. Altså jeg er mest forelsket i den bue, og i at alle har sådan nogle, altså det er faktisk kun nummer 15, vi var oppe i, der ikke har den. Altså direkte ud. Så er det alle, der har udsigt. Og de der dejlige terrasser.

Nå, i havde nogle spørgsmål. Prøv at fyr dem af, så går jeg op og henter kaffe.

Emma:
Øhm.

Paulina:

Jeg tænker umiddelbart, lige mens du så lige leder, altså sådan for din funktion her, for eksempel, hvordan kommer den til udtryk i forhold til måske noget kontakt med patienter, eller hvad?

Dorit:
Jamen, det er jo fuldstændig ligesom mine kollega, altså jeg går jo ind på stuer og sammentaler. Øhm. Jeg, min, det jeg sådan kun gør, som jammer ikke gør, men ellers gør vi noget af det samme, det er jo ritualerne. Det er jo lynvielser, det er nogen, der gerne vil meldes in i folkekirken alligevel, og det er musikandagter. Det er stueandagt. Altså det er sådan min sådan udsyngning, hvis jeg har haft langt forløb, så er jeg også til udsyngning. Tilkald, der er noget præsserende, af en eller anden årsag. Det er meget pårørende snak.

Paulina:
Okay, godt nok. Fordi, altså man kan sige, at i vores projekt, der er det jo også sådan, vi kikker jo selvfølgelig på arkitekturen, og meget af det fysiske, kan man sige, men vi vil jo også gerne ind og berøre på en eller anden måde noget af det her lidt mere sådan eksistentielle. Og der tænker vi måske, at du også var en lidt god kilde måske at snakke lige på det punkt. Ja. Altså sådan noget som pårørende, for eksempel.

Dorit:
Absolut. Altså det er også en del af mit job. Altså det gør jeg, men jeg synes også nogle gange, at man skal passe på med ikke at fortabe sig sig. Øhm. At få meget om i de der kontorområder, fordi jeg anser mig selv som en, der skal gå rundt på gangene, og der er jeg glad for, at der er nogle der gang, for så møder man lige måde, ligesom vi gør nu, og sådan ligesom er lidt en del af huset. Uden at det er sådan noget med at tilkalde præsten, og løbe med sine præstekjole. Jeg har også præstekjole. Som hænger nede i kælderen. Den har jeg også på.

Emma:
Hvad motiverer dig egentlig til at blive hospice præst?

Dorit:
Øhm. Det var jo egentlig mange ting. Altså, det er jo faktisk grundlæggende, fordi jeg er uddannet sent som præst. Jeg har taget den der marit-uddannelse, og så ville jeg gerne være funktionspræst. Det viste jeg, at der kunne bruges mere af de ting, jeg havde med mig. Det er sovnepræst delen, som jeg også har. Jeg har jo 40 procent her, og 60 på den anden. Det er jo et kæmpe håndværk, man skal lære ind, som, hvor det her, det er jo mere naturligt for mig, med psykoterapi, og samtale teknikker, og kunst og kultur har jeg arbejdet meget med det.

Emma:
Hvad er det, hvis man vil spørge, hvad det er?

Dorit:
Ja, det kunne du gerne.
Jamen det er, altså jeg er projektmenneske på den måde, og jeg har været, f.eks. lige da jeg kom herned, da jeg her, tog min første præsteuddannelse, der var jeg inde og var med i det der maltfabrikken, ude i Ebeltoft.

Med teamet derinde, hvor jeg arbejdede meget med kulturdelen og de frivillige og børnekultur først og fremmest. Det var sådan en mellemstation. Og derefter var jeg jo i Aalborg, jeg har boet i Skørborg i mange, mange år. Så der arbejdede jeg i Aalborg Øst som projektchef for sådan en meget stor helhedsplan, en social helhedsplan ude i Aalborg Øst.

Ja, jo, og så har jeg været i meget teater.
Jeg plejer faktisk at kalde det, at jeg har arbejdet med kulturgreb i det sociale. Altså socialt arbejde med unge, talentudvikling, hvor jeg hele tiden har brugt kultur og kunst som løftestang. Socialt løftestang, hvis jeg sådan skal være helt. Med æstetiske processer. Så det er det, jeg har med før i tiden i en masse afskygninger.

Emma:
Det er faktisk, vi har snakket lidt om at placere vores hospice i Skørping. At der er noget Rold skov og der er noget tet adgang til.

Dorit:
Altså jeg har boet i Skørping i over 20 år. Det er my home. Altså jeg elsker Skørping.

Paulina:
Har du nogle steder lige på stående fod? Fordi vi skal faktisk lige have valgt et lige hurtigt, på fredag, lige hurtigt til sådan vejledning på fredag.

Dorit:
Altså der er jo i forvejen et børnehjem, der ligger derude i et ret roligt område. Det kunne være et af stederne. I forlængelse af det. Fordi det er også godt nok at have den der synergi mellem, at der er sådan noget institutionelt uden at det...

Paulina:
Ja, det fik vi fornemmelsen af på Vangen også.

Emma:
Vangen ligger lige op af et gymnasium. Det sagde de, det var de glade for, det fungerede godt.

Dorit:
Ja, lige præcis. Altså det kunne være derude. Jeg tror ikke, man kan få tilladelse til det, men ellers er det også ude i Øksø, ikke også? Altså, og Pavillon derude.

Emma:
Heldigvis skal vi jo ikke, det er hypotetisk.

Dorit:
Ja, lige ved det her, det er jo sådan et område, folk fra byen tager ud og bader i. I Øst- og Øksø og vinterbadeklubben, som jeg tror ikke, man kan få lov. Altså, det er jo egentlig igen en vidunderlig skov. Men det vil være lige præcis midt i...

Men altså, der er jo et gammelt... Nu leger vi bare. Altså, det er jo helt klart også hospitalet. Det gamle hospital. I Skørping, det ligger helt centralt overfor skolen, inde bag ved en park. Det er det gamle sanatorium. Okay. Altså, hvor de lå på... Det er meget smukt. Det er jo et gammelt, nærmest slot-agtigt. Okay. Det er jo også lækkert. Nu vil de bare lege. Det vil være helt, helt, helt oplagt.

Paulina:
Ja. Okay. Men vi leger nemlig.

Dorit:

Og ellers så kan man lege med... Altså, der er det, der hedder det hospital. Gamle hospital ude i Skørping. Det er meget sådan... Det er vores centrum på mange områder. Så inden... Altså, hvis vi nu kører ind i Skørping fra Støvring-siden, så er der på venstre hånd faktisk en lidt åben mark, der er lige før plejehjemmet. Der kunne det også godt ligge.

Emma:
Det er godt lige at have lidt inside.

Paulina:
Det er nemlig... Altså, vi skulle jo til sådan at kigge på Skørping fra maps og se...

Dorit:
Ja, og der er jo alt det der. Så skal jo... Men det er jo typisk. Det skal man til at kigge på infrastruktur og sådan noget. Hvor meget vej og hvor meget trafik vil vi til at drage til.

Paulina:
Ja. Men have et godt sted at starte i hvert fald med nogle af dem.

Emma:
Men grunden til Skørping, det er en ting. Det er naturen, der er ved Skørping. En anden ting, det er... Altså, der er noget tog, og der er noget motorvej, der er tæt på, så man kan nemt komme hertil.

Dorit:
Det er supergodt. Det er supergodt.

Emma:
Også i forhold til, at det er Nørresundby, og så er det nærmest hernede. Der er i hvert fald lige et fint hul, hvor vi tænkte her er der i hvert fald ikke noget.

Dorit:
Skørbing er jo kendt for det rigtige. Det er et lækkert sted. Det kan så godt være svært at få byggetilladelse til. Men der kunne også være helt nede i... Det kunne også godt ligge nede omkring... Men det er nok også... Nu siger jeg det alligevel. Kalkminerne og... Der er også sådan et besøgscenter.

Jeg tror ikke, det kan ligge rent strukturmæssigt derude ved... Altså, inden porten ind til Rigelig Bakker, der ligger jo også noget besøgssenter. Men jeg tror ikke, det kan ligge... Jamen, det kan det jo ikke, for jeg sidder jo, så vi tænker byggetilladelser og sådan noget.

Og så hader jeg jo selv, at der er nogen, der kommer og ødelægger vores by. Men et hospice der er pænt, så er det jo godt. Og det har så en anden form. Jeg synes, at det er en ny byggeri. Det er også derfor, jeg sender jer ikke den vej ud. Nej, men gammel Skørping. Der er jo også gammel Skørping. Det kan man også, men det er så lige lidt længere ud for til motorvej og sådan noget. Der er masser af det. Det er skønt.

Godt. Har I flere spørgsmål?

Emma:
Ja, sådan noget i forhold til sådan noget med... Hvor meget... Altså, er det nogle helt andre teknikker, du bruger som præst her, kontra i... Dit andet præstejob.

Dorit:
Ja, altså det her, det er jo helt klart mobilt. Altså, det er jo også at forsøge at skabe kirkeånd, eller hvad hedder det? Ånderum. Altså, og det har der også været noget af en opgave. I starten var jeg dernede i caféen. Det var bare for stort. Det var ikke hyggeligt. Og det har jeg selvfølgelig til jul og sådan noget. Og nogle lidt større ting, så kan det være dernede. Det er fint nok. Jeg ad hocer hele tiden. Altså, jeg har ikke noget fast rum. Ligesom jeg har på Skejby, der har man sådan nogle lækre...

Emma:
Er der nogle andre samtaler, du måske har med de pårørende og patienterne kontra, hvis de kommer til din kirke?

Dorit:
Nej. Det synes jeg faktisk ikke, det er.

Emma:
Jeg har ikke været til sådan en samtale før.

Dorit:
Det er meget vigtigt, jeg har ikke samtaler. Det er ikke sådan noget, at man booker mig, så kommer jeg ikke til en samtale. Jeg vader bare ind. Og så kan jeg så sige, at jeg er rød, slikvind eller grøn. Stop, jeg er ikke overbrækket. Det er dagsformen dårlig, eller jeg er ikke troende. Så kan de bare sige det. Og ellers er det meget lejende ind. Det er ikke sådan noget, at nu kommer jeg bare. Det gider de folk ikke.

Emma:
Men jeg tror også, det er vigtigt for os at få den.

Dorit:
Men det er også personligt. Men det er forskelligt, tror jeg også, hvem man er som præst. Meget endda. Jeg har sjældent ind i mellem, jeg skal jo også ind i, det er en del af mit job også, hvis der er nogen af mine kollegaer, der ryger i noget. Jeg er jo lige så meget kollega, så jeg ryger jo også i noget. Men jeg synes, vi er et meget godt team her ude. Men det er forskelligt for os. I vil få en anden historie, hvis vi snakker med Line ned i Bødstrup eller... Altså, det er bare for sige. Det er baren, og det kommer også an på huset, hvordan det fungerer i alt almindelighed. Og hvem man er, det tror jeg også.

Men jeg er god til at ad hoce. Altså, jeg bliver ikke frustreret over. Nå, nu er der nogen derinde, der skal lige være. Altså, jeg er god til at omstille mig. Men jeg har jo også frivillige med. Og det er nogle gange mere... Hvad kan man sige?

Altså, der har man jo også ansvaret for, at de ligesom ikke hele tiden bliver kastet rundt og ad hoc. Så den er nogle gange lidt udfordrende. Det er fordi, jeg er som jeg er.

Der er selvfølgelig ting, jeg gør, som de andre ikke gør. Det med biblen under armen, det er med ord meget mere end de andre. Fordi jeg har det redskab. Og salmer og den slags. Men Nana er også i den familie. Altså, vi er så lidt i familie med hinanden, ikke? Og psykolog.

Paulina:
Ja. Og så... Jeg skulle til at spørge sådan, hvis du så skulle

sætte lidt rum på, for eksempel. Og laver nogle af de her ting. Eller hvis det er, altså sådan...

Dorit:
Så er det jo inde på stuen. Sammen med de pårørende. Så er det nede i atrium gården, hvor vi har de der andagter. Så er det... Øhm... Øhm... Nogle gange også på gangen. Når de sætter sig ned, ikke? Øhm... Også nogle gange har jeg samtalerum. Decideret går ind og snakker. Det er typisk pårørende, der har brug for at komme ind. Øhm... Jeg har også gået ture. Dernede. Med folk. Ja. Øhm... Så har jeg jo også mindegudstjenester og sådan noget nede i kirken. Hvor det er jo så for pårørende, der er kommet ned, de har, de har jo mistet.

Så har jeg... Ikke mulighed for at begrave. Ret meget. Det er meget, meget sjældent. Altså, med mindre det har været et langt forløb eller et eller andet. Men det er fordi, jeg har jo også mit sovn. Så jeg har ikke, så for jeg for meget. Så tilkalder jeg også nogle andre præster. Hvis det er nogle, de er mere knyttet til.

Emma:
Er der nogle af rummene her, eller noget, der gør, at... I rummene. Der gør det særligt godt for dig. Eller noget, du virkelig godt kan lide.
Eller du mærker det måske endda på dem du snakker med.

Dorit:
Ja. Altså, jeg tror helt klart, det jeg holder af her. Og som jeg kan se, hvor andre steder, jeg har været. Det er jo helt klart, det her med at komme ind i sådan en nærmest lejlighed. Kommer nærmest hjem til folk. Men den hjemmelighed, der er. Når jeg kommer ind på stuen. Og det her med, at man kan se... Jeg kan se, hvem de er tit. På nogle, ikke alt. Jeg kan ikke se igennem dem. Men når man snakker med dem, et stykke tid. Der er meget historik. Og hjælp i en samtale. Ved at folk, at have deres ting med.

Og ligefrem kan have hund og kat med, hvis det er. Det kan man altså kun have, hvis der er nogen, der kan sørge for dem. Sygeplejersker kan ikke gå rundt og lufte dem og sådan noget. Eller jeg kan heller ikke.

Emma:
Hvad så med i forhold til... Skalaen af rummene. Altså nu snakker vi om det her rum, der var lidt for stort.

Dorit:
Ja, det er helt klart. I forhold til mit arbejde. Det er det så alligevel heller ikke. For når der er lidt større for samlings ting, så er det supergodt det er derinde. Ellers vil jeg jo ikke kunne. Der er også noget med job. Jeg er svært ved at udføre. Hvis jeg ikke fx kunne bruge caféen en gang imellem, til de her større gudstjenester.

Emma:
Men så hvis du... Altså en ting er at komme ind i lejligheden. Ind i lejligheden, der laver man jo også zoner, her er der sofagruppen. Og her er der... Øh... Bord og stole. Der er måske også noget... Hvis man bare skal have en hurtig samtale. At man måske kan sætte sig...

Dorit:
Ja. Og det er den, der har Line nok ret i. Der kan jeg nogle gange godt føle mig sådan lidt, "hvor skal jeg lige gå hen?". I forhold til den der lidt mere intime snak. Og der har jeg så også mulighed for... Nej, det blev også lavet om. Det er fordi jeg har været på ferie og er lige kommet tilbage. Og det er nok udfordrende. Det er, at vi mangler... Og det ved vi godt i huset. Vi mangler en lille smule flere... Intime private rum. I forhold til samtale.

Emma:
Så er der jo de her rum, som nogle der måske også godt kan være åbne.

Dorit:
Øh... Altså tænker du med døren er åben her?

Emma:
Ja, sådan at... Ligesom den gruppe sofaer, der var helt nede ad bunden. Hvor man kunne måske... Altså sådan... Ikke at det skal være en... Måske samtale med bedemanden. Men måske at man godt kunne have en... En okay intim samtale.

Dorit:
Ja, ja. Men Jeg bruger meget biblioteket. Dernede, og har samtale.

Emma:
Men også den helt nede for enden af gangen, der var der... Der var de der kunstværker.

Dorit:
Ja. Der sidder der også nogle gange. Men det er altså tæt på stuer. Men igen. Altså hvis det er folk, der ligger der på de stuer, og deres pårørende, så er det jo oplagt. Så sidder man der tit. Det synes jeg faktisk. Det gør jeg også. Der sidder jeg også. Ja. Det gør jeg.

Jeg sidder også ude. Men... Det er nok den eneste rumlige udfordring, jeg har. Det er det der med, at ind i mellem godt kunne have lyst til at kunne sige... Men der bruger jeg altså også meget af biblioteket. Men igen. Det her rum kunne måske også... Eller det andet. Det dernede kunne også godt være dejligt at få lavet til sådan et... Kom, vi sætter os lige her ind-agtigt. Og det er også noget, vi kan jo se. Man kan jo lave sådan en nærmest myre... Altså hvis man laver sådan en... Ja, i kender godt de der myre-undersøgelser, så man kan se, at der er trafik derovre. Hvis man kunne lave sådan en, så tror jeg ikke, der var... Så er der ikke meget trafik nede i det der rum. Altså det kunne godt bruges.

Men altså der er jo en gruppe, der arbejder med det lige nu. Og jeg ved ikke om... Jeg tror ikke, det er nogle af de samme tanker, jeg siger, som de vil sige, det er ikke fordi jeg ikke vil finde det, men folk har travlt.

Paulina:
Ja, fordi nu var det bare, da vi lige gik en lille runde hurtigt hen ved børneafdelingen derhenne, altså der var der jo de her små sofa-grupper, eller stol helt ovre i et hjørne med lille vindue.

Dorit:
Ja, men de har en helt anden, hvad skal man sige, spirit, altså på den måde, det er mere familieorienteret også, og det er også mere lukket rum, hvis i lagde mærke til det. Og jeg kender ikke arkitekternes bagtanker, eller for-tanker, eller hvad man nu skal kalde sådan noget, på det, men jeg synes, det er ikke nemme, der har familier

ne også, det er en anden smerte. På den måde, ved at der har de, ja, jeg tror egentlig meget godt, jeg tror, jeg kan fornemme det, med dem jeg har snakket med, men nu er der en anden præst der. Altså at det er ikke dumt, at de har de der lidt lukkede, og så kan de komme ud i fællesrum, og så mødes de typisk nede i køkken delen, ikke også? Det er også større hus, altså der er færre til, eller mere plads til.

Paulina:
Ja, til færre.

Dorit:
Ja, ikke også.

Emma:
Mangler, kunne der godt være flere sådan en type rum, som biblioteket i den her, eller er det en passende mængde?

Dorit:
Ja, lige, jeg tror, jeg synes, det er passende, altså i forhold til, men vi er jo en stor, vi har jo 15 pladser. Det her rum kunne også godt have været sådan et, synes jeg, men der skal altså også være noget for unge, jeg har tit været hernede og spille fodbold med nogle af de der, især unge mennesker, ikke rigtigt, eller børn, det synes de jo er sjovt, så jeg synes også, der skal være det her. Ja.

Og så er det også igen det der, og så kan vi også gå over på børnehospice, fordi der har de også mange aktivitetsting, men man kan jo ikke bare komme over. På samme måde, der skal man altså være lidt sådan forsigtig, synes jeg, ikke.

Emma:
Altså der kommer man måske på et andet hjem, nærmest.

Dorit:
Ja, idéen er jo, at det skal hænge lidt sammen efterhånden, det er ikke helt sådan, det har været sådan, synes jeg, men det er noget med, man skal også passe på med, ikke at få lavet for meget trafik. Det skal i hvert fald være godt samarbejdet med, med dem derovre. Eller de derovre… De er lige så meget her efterhånden, men det er her med, at man kan. Jeg skal i hvert fald også passe på med det hele, ikke bare bliver sådan "ja, vi går lige derover". Det skal cleares, synes jeg. Også have respekt for, at folk er der, hvor de er. Men jeg synes, det er vigtigt, at der er liv her, altså liv, fordi vi lever helt til vi dør.

Og nu synes jeg, det var så fedt, at I lige fik lov at boome ind i vores morgensang.

Paulina:
Nej, det synes vi også.

Dorit:
Jeg er jo bare så glad for, at det var fedt, fordi det er jo sådan, det er, men jeg er jo tit først ved 11-tiden, fordi at patienter, der er meget hyggelige om morgenen plejen, som gør, at det er svært for mig at komme ind, faktisk, sådan rigtigt at snakke før over middag og eftermiddag. Men jeg nyder, når jeg kan komme. I dag var der faktisk en del patienter også med.

Paulina:
Ja, ej, det var vi altså også virkelig glade for at lige sådan... Altså, den oplevelse, den giver lige en anden forståelse, i hvert fald, både for rummet, men også bare lige for den stemning, eller de der små øjeblikke, der er.

Emma:
Ja, også fordi, at jeg synes faktisk, lige så snart klaveret, det var pakket væk, så kunne man ikke fornemme, at det var her der var morgen sang.

Dorit:
Vi har i lang, lang, lang tid haft det ude i selve køkkenet, hvor man så sidder ved bordene, der ved morgenmadstid. Det her, det er et forsøg. Nu ser vi, at det virker da sådan set meget godt i dag. Men det kan også blokere hele gangen, hvis nu der kommer nogen. Altså, vi skal jo også, altså det er jo også noget med aftaler i huse. Hvornår er der udsyngning? Hvornår kører kisten ud? Ikke, fordi det er jo også noget, der...

Paulina:
Hvordan fungerer det egentlig her? Altså, så når der er noget udsyngning, altså sådan...

Dorit:
Ja, det er jo inde på stuen, der er udsyngning. Og så kommer folk med kisten, og bliver kørt ud lige så fint. Og så kommer rustvognen og holder herude. Altså, det er sådan, ja. Og det fungerer jo sådan, at vi ikke kan... Vi kan ikke skjule det, skal sige. Så det, at man prøver også sådan, ikke at gå. Alt for vildt. Og så rejser folk sig op. Vi får æret dem døde. Og der er lige sådan en stille, når de kører forbi. Nogle af os, der har været med i forløbet, går med ud og står ind til rustvognen og kører. Og der er tændt lys, ikke?

Emma:
Men det er heller ikke noget, der bliver skjult.

Dorit:
Ej, det kan man ikke sige. Ej, det er meget tydeligt. Og det er hårdt for nogen, ind i mellem. Det er ikke sjovt. Og der har også været en stor diskussion, som er spændende, men som.. Jeg er jo som præst, så jeg holder på ritualerne. Men der har der været diskuteret en del om flaget. Altså, det er jo på halv hver gang, der er nogen, der kører. Og så bliver det jo hejst, når de kører. Vi har jo nogen haft, på en vild, vild, vild dag, det er heldigvis ikke ret tit det sker, men vi har haft delt op til tre til fire dødsfald på én dag. Og det er hårdt. Det er virkelig hårdt. For hele huset. Samtidig med, at fx, at have det der bryllup, så er det jo også til glæde for hele huset. "Nej, der sker... Nej, altså...". Det var jo, alle var jo oppe… Ikke at kører, men i hvert fald opmærksomme. Og smiler og synes, det er jo dejligt, at der også kan ske sådan noget. Børn går jo også rundt her ude og...
Ja, jeg synes, det er sjældent, vi har det der med... Shhh, er der et eller andet? Jeg tror faktisk aldrig det er noget vi gør. Men husets arkitektur gør også, at man... Kommer ikke til at være klemt inde. På samme måde som nogle steder, altså, med de der stankes børn, der er med. Hvor de skal gå hen. Og vi har haft masser af unge mennesker, på jeres alder har været i forløb med deres forældre. Og så flytter ind hernede nærmest, og får skrevet opgaver og... Andre folk, der arbejder og... Så får... Ja. Altså, kunne have en, lidt en hverdag også. Men det er der også plads til.

Skal jeg lige gå ned og hente en kaffe til jer?

Emma:
Ja, men jeg tror faktisk også, vi er ved at...

Dorit:
Og jeg ved ikke lige om... Altså, jeg tror, det vigtigste for mig, det er jo, at... Og se sådan en, der er meget ked af det, som jeg også kender. Så nu skal vi se, hvordan vi gør. I hvert fald... Så synes jeg virkelig, I kan prøve, se om I kan finde den der beskrivelse af hospicefilosofien, hospice Djurslandland. For det står alt muligt. Og så endnu, der var, jeg ved ikke om han har tid, men ellers er han her, ham der havde været med til at tegne huset.

Paulina:
Ja, det var det. Det var det også.

Dorit:
Jeg kan lige... Høre ham ad.
Godt. Ja, jeg henter kaffen.

[Pause i lydfil]

Emma:
Lige nu, der ser vi lidt, at rigtig mange i patientgruppen, der kommer på et hospice, er kraft patienter. Og det hospice er skide gode, til den, der har kraft.

Dorit:
Komplekse kræft, ja.
Men det vi så ser, sådan noget, vi har tænkt over, det er så sådan nogle, nogle af dem, der måske har haft langtidssygdomme, altså sådan en kol, kunne for eksempel være en af dem. Det er her også, men det er ikke sådan procentvist, dem, der faktisk går tilbudt pladserne.

Dorit:
Skal jeg fortælle lidt hvorfor?

Emma:
Ja, det må du gerne.

Dorit:
Altså, kolpatienter er, det er lange forløb. Og det kan se meget komplekst ud, når de kommer, men de retter sig. Og det betyder ikke, at de har det super godt overhovedet, men de kommer på et tidspunkt, det er nogle, hospice er jo til kortere forløb. I forhold til at sætte pladsen, der er nogle gange, altså, og det er jo ikke altid, at det lykkes, altså med visitering på den måde, men det vil sige, at altså, kolpatienter lever godt nok længe, når man tænker, "hold fast, hvordan man kan man leve, når man har det så trælls?".
Men kompleksitet bliver til, det er jo også det, der hedder, det har vi jo også midlertidigt, altså smertelindrene ophold. Så det kommer man typisk ind med, hvis man ikke er sådan helt helt døende. Og det betyder jo, altså her er der jo lagt ind, at vi kigger på, er der bedring? Retter man til? Så er det egentlig ikke her, man skal være, med mindre man ved, at man skal dø alligevel. Men så KOL er nogle svære patienter i forhold til hospice, fordi de virkelig, det er jo altid barskt og hårdt, at skulle udskive igen, men det er en del af hospice. Så man skal ikke tro, at det kun er til dødens afslutning. Der er nogle, der kommer for at rette nogle ting op, som gør, at de kan komme i eget hjem eller pleje hjem, plejepladser.

Emma:
Men der har vi snakket om sådan nogle dagtilbud, sådan at man faktisk fra sygdommens start af, ligesom fordi i den her palliative pleje kasse, der er der jo både noget psykologhjælp, og der er jo ret mange ting, som for eksempel ikke er på et plejehjem, i hverdagen i hvert fald, hvor vi godt kan, altså hvorfor er det kun dem med kræft? Det er det ikke, men nu skal det bare lige sådan lidt hårdt op.

Det er altså, også fordi der er noget med de pårørende, hvis de har været igennem et rigtig langt sygdomsforløb, er der jo også, altså der er noget andet i det, kontra hvis man har været i et tre måneders sygdomsforløb.

Dorit:
Men det er jo det, det er vigtigt at sige, vi har jo behandling på det hele. Det vil sige, der er jo folk, noget af en af grunden til, at nogle gange man er her, det er jo også pårørende, der simpelthen er så snadret, altså det er jo lange forløb. Altså folk kommer her i terminalfasen, og med kompleksiteter, og noget af kompleksiteten er jo også udmattet pårørende.

Så er der også dem, hvor det går hurtigt, men det er ligesom, hold da op, det er også krævende, fordi vi har fået et chock ikke også. Det er mega meget essentielt, fuld smerte, vi plejer at kalde at det hele, altså fuld smerte.

Men jeg kan godt forstå, og det er også en tanke, der bliver lavet rundt omkring, så du er inde på noget rigtigt, altså der er nogle steder, man også prøver at arbejde på, man skal have noget dags afsnit.

Emma:
Men det er i hvert fald bare sådan, hvad vi har kunne se på centrene. Hvem der dør på hospice.
Så har vi også været lidt inde og kigge på sådan, folk med for eksempel demens, og bor på et demensplejehjem, der er der jo egentlig, altså folk, der har brug for nogle skærpede rammer, mere end hvad der er på et hospice i dag, fordi de kan jo også godt få, især deres pårørende, har jo også brug for noget af den her palliativ pleje, der bliver tilbudt.

Dorit:
Ja, men det er, nu kom vi netop ud i nogle af de der patientgrupper, som jo måske ikke hører til alligevel, selvom det er barskt at sige det, men det er jo altså i den sidste tid, ikke? Altså for det meste, ikke for alle, men det er det jo. Så, og vi har jo også folk, vi har nemlig også meget hjernetumor, den slags, og de får jo også, de bliver jo også udfordret, deres funktioner, og deres, bliver demente nogle af dem, er jo meget kraftigt demente og sådan noget. Så det er jo ikke, altså det er, at huset på en måde også giver til, jeg synes, vi er gearet til rigtig mange ting, men ikke sådan, altså de, er der jo demenspleje, der passer af, hvis det er demens, ikke også? Og det er også mega hårdt for pårørende at have demens, men der synes jeg også, der er jo også, vi skal også huske, der er mange, der er jo også mange gruppe her, altså gruppe terapeutiske ting ude, altså også kraftbekæmpelser, der også tit har lavet et stykke arbejde, inden vi overhovedet kom her.
Jeg tror, man skal fokusere meget på det med det pal

liativ pleje, som jo er vanskeligt, eller hvad skal man sige, som er specialiseret, som gør det her. Og så er det også en palliativ lindring, altså den palliativ, den palliativ, palliationsgruppen også, og de kommer rundt i hjem og gør de her ting.

Emma:
Ja, der er nemlig også udkørende team.

Dorit:
Den er svær, jeg godt følge dig i det, men vi er jo fyldt op, skulle jeg sige, så det er ikke engang sådan, at vi kan sige, at så kan vi bruge, have nogle pladser, der er dags... Men jeg tror, det er en god tanke.

Paulina:
Men det er derfor, det vi leger lidt rundt med nu, i hvert fald, det er sådan en, okay, jamen, så kan det godt være, at det navn ikke skal hedde et hospice, det kan være, at det er et eller andet, hvor det trækker på nogle ting, af hospice-tankegangen, for det, der er lidt mere, lad os sige, akut nu og her, og noget, der er lidt mere langtidsorienteret, i et eller andet, lad os sige, blandet hus, eller sådan noget.

Dorit:
Ja, det kan jeg sagtens følge jer i.

Paulina:
Så vi leger lidt med tankene omkring, og så kan det være blandet på samme måde, som hospice og børnehospice er i dag. Hvor det egentlig er adskilt, men man måske godt kunne få noget.

Dorit:
Men man skal i hvert fald som arkitekt, være med på, eller det er jo egentlig ikke jeres job, altså det der med, at det er meget geografisk placering, er jo usandsynligt vigtigt.

Altså, altså et børne- og ungehospice, det er svært for folk, at få det til at passe, med at flytte en familie, for eksempel, langvejs fra. Det er altså virkelig vigtigt at tænke i. Og det er jo også, i kan jo også godt se, hvis det er et langt forløb, og så det ligger langt ud på landet, så vil de pårørende blive endnu mere belastet. Hvis de skal køre så meget frem og tilbage, i så lang tid. Så der er masser af spændende tanker i det her. Og så er det jo også plejebe-, så er det jo også forskellige faggrupper, som man også skal tænke ind i, så i den der model. Jeg synes den er godt, det skal de ikke det. Og så også tit ud for et plejehjem, altså, så er det også alder mæssigt, når man siger, åh, kom og kig på mit plejehjem.

Paulina:
Jamen, det er jo nemlig også, det vi er lidt ude i, at det er sådan en, okay, er det det nye plejehjem, er det det nye hospice, er det en blanding imellem de to, der bliver kaldt noget andet. Fordi ofte så associerer man jo også ting, når man siger hospice, eller når man siger plejehjem.

Dorit:
Et hospice, altså virkelig, altså det er ikke fordi, jeg synes, det skal være plejehjem, men det er noget andet.

Paulina:
Men det er mere bare for at sige, at hvis vi begynder at lave noget, der egentlig er noget andet, end det, der er på nuværende tidspunkt, så kommer det ned i samme kasse, sådan. Og så er det nemlig nemt at komme til at sige, uh, det er heller ikke helt det, der skal være, fordi, nej, nej, de her, de må gerne være det der stedvæk. Det her, det er sådan et eller andet.

Dorit:
Men det er lige der, det er ærgerligt vi ikke har Hanne i dag. Hanne kan mere de der ting. Hun er jo forskningssygepleje, og kan virkelig meget af det her snak. Så det kan være, I under alle steder måske kan skrive hende en mail eller ringe til hende igen. Men vi har altså, nogle af de andre har mega travlt. Så det er fordi jeg vil.
Hun vil mere, lige den her diskussion er hun mere skarp på.

Emma:
Fordi det er nemlig, vi skal ikke ind og lave et nyt hospice og rydde op i det der allerede fungerer rigtig godt, som der er i dag. Men det er ligesom at lave en ny boks.

Paulina:
I hvert fald, det kan være, at der er nogle tendenser, der går den anden vej. At man får øjnene op for, okay, måske vi gerne vil have lidt af det her, man kan gøre på hospice.

Dorit:
Det er altid rart at arbejde med behovsanalyser. Fordi det er altså også hårdt at skal lave nye tiltag, hvis personalet endnu engang skal i gang med noget nyt. Altså det er det, folk bliver skøre af hele tiden, når de skal lave noget nyt.

Paulina:
Ja, fordi det er jo også et led af det. Det er sådan, at systemet fungerer på en måde. Hvis man kan lave noget, der passer sig ind i noget, der ikke er så nyt.

Dorit:
Ja, det er en sundhedsreform, det er meget stort. Skal i skrive speciale, agtigt?

Paulina:
Jamen, det er vores speciale.

Dorit:
Okay, for det er jo en ting mere, ikke også? Der er jo den helt nye, splinternye sundhedsreform, der er kommet fra regeringen. Og der er et eller andet i den, der også skal begynde at... Eller i hvert fald, man har en bevidsthed om, som arkitekt, at man er nødt til at vide, hvad det er for nogle strømninger. Hvad er rammerne?

Emma:
Ja, fordi vi er jo selv allerede været inde og kigge på noget data om, at folk bliver ældre og ældre.

Dorit:
Ja, det gør de.

Emma:
Der er også noget med... Hvad var det, jeg ville sige?

Paulina:
Altså, vi lever længere og længere. Og det kommer der jo til bare mere af.

Dorit:
Og der bliver også mere af, måske, og det har vi også her med de vidunderlige frivillige, som jo faktisk også, mange af dem er helt vildt gamle selv. Der er også et eller andet i det der, der er også mange ældre, der er friske, og som gerne vil bruges... Vil bruge kræfter på nogle ting. Der synes jeg også, at der er et eller andet der, at man så kunne lave sådan et ældre kollektiv i nærheden. Altså, det er ikke så langt over på arbejde. Altså, en eller anden form for synergieffekt.

Emma:
Ja, sådan i stedet for, at man lægger det op ad et gymnasium, så kunne man lægge det op ad et ældre oldekolle fællesskab.

Dorit:
Ja. Fordi, at der er mange frivillige, eller ældre frivillige, folk, der gerne vil være frivillige, og som faktisk er friske, og vi står jo i en kæmpe byrde. Det er jo en byrde, altså en plejebyrde, vi får, fordi vi unge… Eller, I unge. Vi er... I er jo ikke nok.

Altså, her. Og der er heller ikke mange, der uddanner sig i den retning, så der er noget der.

Ja. Hvad var det mere, jeg tænkte? Den... Jeg vil lige sige... Jo, altså, vi har sådan en sød historie om en her for nyligt, som... Som... Efter at vedkomne, havde slugt, at han skulle hjem. Han er jo fremme nu. Han er nu færdig, ikke også? Var en af de ældste nogensinde, som blev udkrævet til eget hjem igen. Det var så cute. Det er fordi, vi snakker om... Folk bliver næsten 100 ikke også. Men vi har ikke mange 100-årige. Det har vi ikke. Det er folk, der er i den anden aldersgruppe. Og vi har jo også unge mennesker.

Emma:
Fordi der er jo også noget i sådan... Så kan det være, at plejehjemmet tager sådan over for din, sådan, ældreældregruppe, og så kommer... De bliver værre yngre og yngre på hospice, måske også. Altså, det kunne godt være, der kommer et eller andet... Det er rigtigt. En strøm i det.

Paulina:
Det er værd, at mange, de der lidt spørgsmål. Der er sådan en, okay, en ting, hvad det har været. Det ved jeg ikke, hvad det er.

Dorit:
Det er klart, det kvalitative, det er jo, det handler om mere komplekse ting. Fordi vi skal jo heller ikke glemme, at de er jo megadygtige, også på sygehusene og hjemmeplejen. Det er de altså. Man skal ikke... De har været skældt ud meget om det. Jeg synes godt nok også, man skal rose dem lidt. Altså, vi overleverer jo også rigtig flot og fint. Folk skal have på linder nok, når de kommer hjem. Eller videre.

Emma:
Men der er jo ikke noget med... Altså, der er jo ikke hospicepladser nok til alle døende i Danmark.

Dorit:
Det er der overhovedet ikke.

Emma:
Det er der overhovedet ikke. Men hvem er det så, der får lov til at komme på det?

Dorit:
Ja. Det er visitationsdelen. Det må i måske ind til nogle andre at få den snak. Og den er også svær.

Emma:
Og løsningen er måske ikke bare...

Dorit:
Men der er jo flere filtre inde. Der er jo det palliative læger, som jo på en måde også visiteres samtidig med det. En visitationsfagfolk herude. Men det er også rigtigt. Det er fuldstændig ret i den der kommende befolkningssammensætning, har også nogen at sige.

Emma:
Og også, at der måske er også flere, der vælger at bo alene. Og være alene. Hele deres liv. Hvem er det så, når de så kommer på hospice, hvem er det så, der skal gribe?

Dort:
Ja. Men det er jo også en del af det, vi gør. Nogle gange har de jo spinkelt netværk.

Det vi også snakkede om før med den brune væg. Det har alle grupper. Heldigvis da. Der er endnu mere mulighed. Men jeg synes... Det er bare det, fordi nogle gange bliver jeg så forbandet af at komme ud på genoptræningscentre. Nogle steder, hvor det er så grimt. Jeg kan slet ikke have det. Jeg bliver simpelthen… Det her øjeblik, man skal ligge i. Altså, åh, her er det med til. Det er godt nok svært. Så jeg er glad for, at der er gode aktiviteter på vej. Og så har I supersvært ved at få pengene til række. Når man kigger på, alt det nye byggeri og byplanlægning…

Emma:
Vi skal jo ikke tage hensyn til økonomien.

Dorit:
Nej, i må godt have fri fantasi. Så ønsketænkningen, det bedste af det bedste i verden.

Emma:
Det er jo også det, vi må placere os steder, det kan normalt ikke ville kunne lade sig gøre.

Dorit:
Ja, men det er bare… Der er noget der kalder på det.

Emma:
Paulina og jeg, vi har også begge to arbejdet på plejehjem.

Dorit:
Nå, hvor fint. Så ved I jo godt, hvad jeg snakker om.

Paulina:
Der er i hvert fald, som du snakkede om, at det kan godt være... Jeg synes ikke, det var personalet [der mangler eller skaber fejl]. Det er jo de ressourcer, der bliver givet og de rammer der sættes.

Dorit:

Det er altså også helende arkitektur der mangler nogle gange.

Paulina:
Vi snakkede i hvert fald om, at det er jo ikke fordi, at plejehjem har en historie for arkitekttegnet institutioner. Og det er jo et eller andet sted, fordi... Det er jo virkelig, virkelig sørgeligt, når det er folk, der faktisk kommer, potentielt i hvert fald, i rigtig lang tid i sådan nogle rammer, hvor...

Dorit:
Men det er jo også skrækkeligt. Den nye tendens er tre måneder. [beboere dør på et plejehjem hvor de har boet mindre end 3 måneder]

Emma:
Ja, det er også det. Jeg arbejder så på en senhjerneskade afdeling. Hvor den yngste [patient] er 43 [år], og den ældste er 81 - han har så også boet der i 20 år.

Dorit:
Ja, fordi det er jo ikke kroppen [der er noget galt med].

Emma:
Det er fordi, de [er] kørt galt, eller [har] haft et misbrug, eller [har fået] en hjerneskade, altså hjerneblødning, eller et eller andet. Der har vi fx lister, der [leder] op til køkkenet, [og er] fordelt på gangen. Hvor en [patient], der sidder i en kørestol, [som] er en lille mand med få kræfter, og når han skal [bevæge sig] frem, så kan en lille bitte liste gøre, at [han] ikke kan komme op i stuen. Derfor skal han altid have et puf for at komme op til det sociale.

Dorit:
Det er jo [netop derfor] også vigtigt at tænke [i den slags funktionelle baner].

Emma:
Så har vi også snakket om, at nogle af de hjælpemidler, fylder ekstremt meget med ståtårn, sara stedy og sådan noget.
Der hvor jeg [arbejder], er lejlighederne er lidt samme princip [som her], altså med et stort åbent rum og et stort badeværelse. Men hvis patienterne så har fem hjælpemidler, så [bliver] de parkeret langs vægen. Det er også derfor, vi har snakket om, at hvis man kunne lave et skab, hvor [hjælpemidler] kunne komme ind i.

Paulina:
Det var derfor, det var så fedt at se [loftsliften gemt i et højskab], fordi det er jo noget der fylder og gør at det ikke [føles] hjemligt.

Dorit:
Jamen, jeg føler mig mere syg [af at have hjælpemidler stående].

Paulina:
Jamen det gør det også, og man skal også tænke på de mennesker, der så er der - de får jo også nogen på besøg, og hvad gør det for selvbilledet?

Dorit:
Ja, værdighed først og fremmest – patientens værdighed – det er et vigtig ord at sige. Men hold da op, det er godt at have nogle arkitekter ude for at hjælpe lidt ved de der helt nedslidte plejehjem.

Emma:
Det er jo først i nyere tid, at man er begyndt at overveje arkitekturen på plejehjem. Det er ikke noget man har gjort – altså der er ikke noget historie i det.

Dorit:
Jeg ville også dø på tre måneder hvis jeg kom til de der grimme plejehjem. Det ville jeg. Jeg har set folk der er sociale og begavede – og gerne vil [være social], men der er ikke nogen at snakke med. Fordi det er nogle virkelig dårlige situationer folk sidder i – der er ingen legekammerater til dem der faktisk er friske, det er simpelthen så sørgeligt.

Emma:
Der var en tegnestue, der kom og spurgte universitetet om hjælp, omkring et nyt neuro-center de skulle tegne, og der var jeg med, tilfældigvis. [Patienter] fra det neuro-center er dem jeg kommer til at tage mig af på mit arbejde. [Til det møde] fortalte jeg hvordan; hver eneste gang jeg er nede i fællesstuerne, så kan jeg godt holde alle beboerne [i rummet], fordi jeg er der og underholder, og styrer samtalens gang, men lige så snart jeg er væk [så dør det ned]. Det er vildt svært [at holde det sociale i gang], især med normeringen.

Dorit:
Ja, det er jo klart, det er jo også normeringen der gør det hele. Der skal ligesom være nogle mennesker – til at være i huset. Jeg har en af de sødeste - jeg var med til [at passe], da jeg arbejdede i Aalborg Øst blev demensplejehjemmet bygget derude, som en del af vores plan. Og der var det store problem, at [patienterne] stak af. Jeg ved ikke om det er der stadigvæk, men det var også et projekt hvor vi arbejdede meget sammen med Aalborg Universitet, hvor et af projekterne – det var min kollega – der lavede sådan et vandfald – altså lyden af et vandfald – ved udgangen var der vandfald, både lyd og planter. Fordi så kørte [demente patienter] ikke igennem. Så det hjalp meget. Det syntes jeg – sådan noget er hærligt.

Emma:
Vi var på demens plejehjem i Aarhus (se Appendix XX), hvor de havde lavet malerier – altså malet over dørene, i et større fælt, hvor der var døre hvor som [patienter] ikke skulle gå ind af. Så de kunne ikke se dørene.

Dorit:
Det er en meget smuk måde at hjælpe hinanden på. Fordi de får også noget smukt at se på, og det er jo til beskyttelse for dem, det er jo ikke for at være streng-

Paulina:
Men der var det jo også fedt – deres udeareal var jo lavet sådan, at du i princippet aldrig forlod bygningen. Man kunne føle at man gik en lang tur – hvor du også godt kan være udenfor, uden at du havner ude i et eller andet.

Emma:
Og det var ikke fængselsagtigt. Det var sådan noget med at der var en tagterrasse oven på stueetagen, hvor der så var en lang sti hele vejen ned og rundt, og man kunne gå under den og op igen. Men det var også et ret nyt sted, som vi bevidst tog op og se, netop fordi der var

gjort tanker omkring det.

Dorit:
Arkitektur – det er bare så vigtigt. Det er en vigtig opgave i har påtaget jer.

Emma:
Vores vejleder har skrevet en ph.d. i helende arkitektur.

Dorit:
Så fint, så er i jo i gode hænder!

APPENDIX 29
MARKUSGÅRDEN – NURSING HOME

Markusgården is a nursing home located in the center of Aalborg, built in 2021 and designed by the architects Friis and Molkte and Rum Arkitekter in close collaboration with professional groups from the nursing home. Several requests from the staff were incorporated, such as staff facilities, spaces where residents could meet across departments, and a closed garden where people with dementia could go outside. The staff feels that their input has been heard.

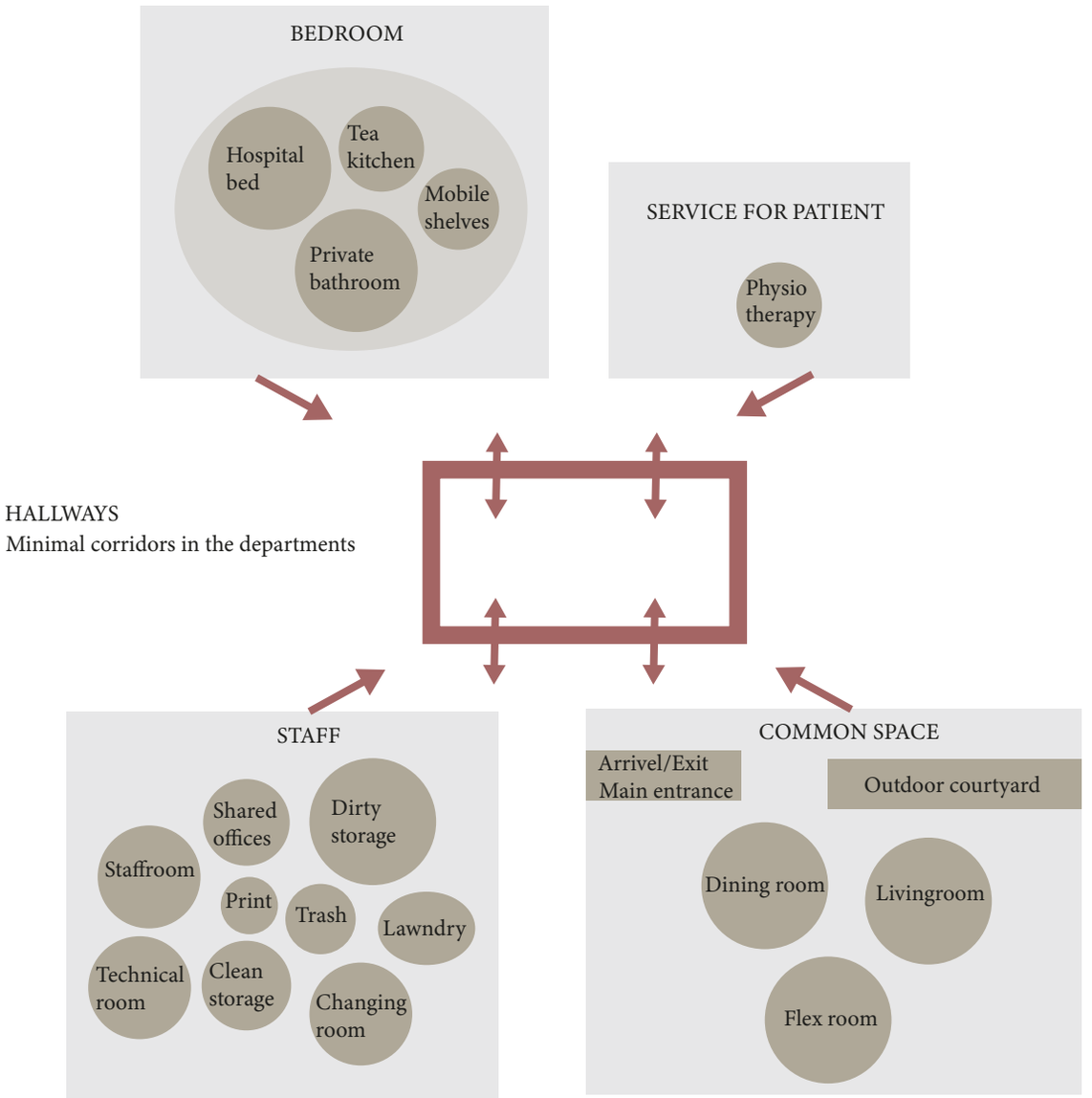
Since the nursing home is situated in the middle of the city on a plot already owned by the municipality, the design was adapted accordingly. The building consists of five floors, with practical functions, offices for staff, and two departments for Somali patients on the ground floor. Moving up to the other floors, you reach the dementia sections, where there are two sections per floor, each with space for 8-10 residents. All sections are designed to be dementia-friendly, with the living rooms adjacent to the communal living room, which is a large open space. The reason for this layout is to ensure that residents don't have to search for staff and that they don't get lost on their way to the communal areas.

The rooms are not oriented for views or according to the cardinal directions, due to the limitations of the available plot. Additionally, the rooms are spacious, with a kitchenette and a bathroom, and there is a movable wardrobe so the apartment can be divided into two, according to the wishes of the resident and the needs of the staff.

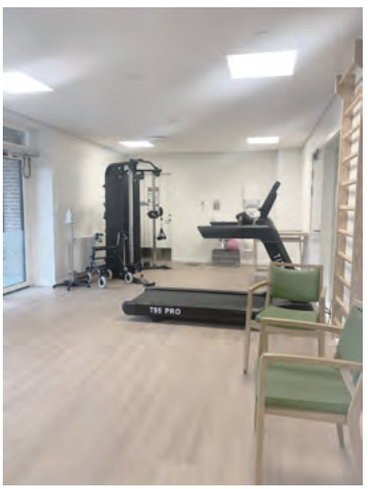
Facts:
Markusgården Plejehjem
Architect: Friis og Moltke, Rum architects
Built: 2021
Area: 6200 m2



Ill. 197: Arial photo of Markusgården nursing home, view looking north. (Skråfoto, 2023)



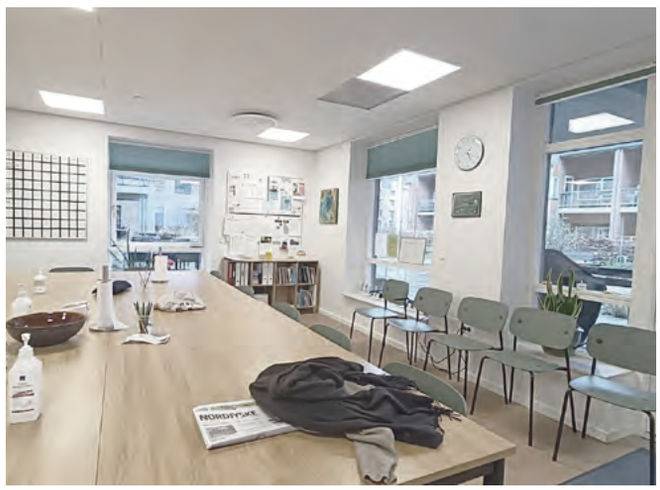
Ill. 198: Room diagram for Markusgården. (Own prod.)



Ill. 201:Workout space. (Own prod.)



Ill. 200: Garden area. (Own prod.)



Ill. 199: Staff room. (Own prod.)

APPENDIX 30
INTERVIEW AT MARKUSGÅRDEN

Date: March 11th 2025
Place: Markusgården, Aalborg
Interview with: Tina Olsen, Nursing Home Director and Nina Sørensen, Assistant Nursing Home Director at Markusgården
Interviewed by: Emma Strøm Jensen, Lærke Bertram, Paulina Torres Esquivel
Language: Danish

TRANSCRIPTION:

Emma:
Vi har lavet lidt nogle generelle spørgsmål til at starte med i forhold til hvem der er ansat, hvilke faggrupper der er ansat.

Tina Olsen:
Der er sociopersonale, socialhjælpere, socialassistenter, sygehjælpere og lige om lidt har vi også terapeuter og de terapeuter tænker vi bliver ergoterapeuter og fysioterapeuter. Det ved vi ikke helt endnu, vi har ikke ansat endnu, men det bliver den vej.

Emma:
I forhold til de faggrupper, der så er. Nu så jeg at der var et fysisk fitnessrum. Er der så bygget til de forskellige faggrupper, selvfølgelig rummeligt og funktionelt i strukturen.

Tina:
Altså vi har jo træningsrummet lige præcis, fordi der også kommer udefra, som benytter træningsrummet sammen med beboerne. Har her vi tilføjet et gangbare, da der har været et ønske om det. Så fik vi sådan en.

Paulina:
Når de kommer udefra, hvor kommer de så fra?

Tina:
Nogle benytter sig af privat praktiserende fysioterapeuter, og andre har simpelthen den hold på kommunen.

Emma:
Okay. I har selv været med til at opbygge Markusgården.

Tina:
Det har vi, ja.

Emma:
Er det så at sætte nogle krav til, hvad der skal være rummeligt, eller hvordan har det fungeret?

Tina:
Vi har været med i byggeprocessen fra den allerførste dag, og vi er blevet meget spurgt ind til, hvad vi har behov for.? Vi kommer fra et gammelt plejehjem, og kunne jo tænke ind, at alt det vi manglede der, det skulle vi have her. Og det var de meget lydhør overfor.

Paulina:
Ja, det var nemlig mit næste spørgsmål. Er de ting, der så er blevet sagt, er de blevet hørt?

Tina:
Fuldstændig.

Emma:
Alle sammen?

Tina:
Ja.

Emma:
Kan I nævne nogle af de krav, I har haft?

Tina:
Vi har haft krav om, at der skal være rent og urent depot af hensyn til hygiejnen. Vi har haft krav om, at der skal være personalfaciliteter. Vi har haft krav om, at der skulle være nogle rum, hvor beboerne kunne mødes på tværs af bo enhederne. Vi har haft krav om, at der skulle være en sal, hvor vi kunne holde nogle arrangementer. Altanerne. Vi har haft krav om, at der skulle være altan på, som kan bruges om sommeren. Vi har haft krav om, at der skulle være en lukket have, fordi vores plejehjem er bygget til demente. Vi har haft krav om nogle kontorfaciliteter til personale i den enkelte bo enhed, sådan de kan trække sig tilbage og få dokumenteret og hvad de ellers skal.

Paulina:
I forhold til, nu har det jo også stået lidt tid, ikke særlig lang tid, men har I allerede nogle nye krav, nogle nye ønsker, nogle ting, der måske ikke er lykkedes?

Tina:
Ja, mere depotplads.

Paulina:
Ja, så der er ikke logistiske udfordringer i opbygningen?

Tina:
Man kan sige, at vi godt kan blive udfordret på vores mødeplads, i forhold til at man har elever, som skal ha noget have vejledning. Og det er fordi, vi har valgt at have så mange vejledere, andre steder, har man kun én. Så vi låner egentlig multirummene. Det er reelt set borgernes rum, men dem låner vi til at have det meste af vores vejledning i. Eller også tager man et dokumentationsrum på afdeling, men der kan man godt blive forstyrret. Men sådan at ligefrem sige, at man skulle have haft plads til det, det vil jeg egentlig heller ikke gå så langt og sige. Det er nogle dyre kvadratmeter, det er det, så de skal også bruges. Lige nu har vi det her møderum herinde, fordi vi har valgt at sætte os sammen, men det var egentlig ikke det, der var på tegningen. Der skulle vi egentlig have haft to kontorer, men det har givet mening for os. Vi kunne se, at vi manglede et møderum. Og derfor er vi så flyttet sammen for at kunne skabe et møderum.

Emma:
Og det fungerer også fint så, at have kontorfaciliteter sammen?

Tina:
Ja, det gør vi.

Emma:
Så i forhold til bygningen, nu har vi ikke været på rundvisning, men hvordan er det bygget op, og i forhold til forskellige afsnit? Der er noget demensafsnit, er der nogle andre særlige?

Tina:
Vi har to bo enheder for somatiske beboere i stuen her, først til venstre. Og så har vi seks bo enheder for borgere med en demensdiagnose. Og det somatiske er hernede på stueplanen, og så resten er oppe af. Men huset er opbygget ens, så det er opbygget demensvenligt, lige meget om det er somatik eller demens. Så på den måde er det ens.

Emma:
Så der er lavet nogle specielle strukturer?

Tina:
Det er blandt andet det her med, at det er nogle store åbne rum, så når man kommer ud fra sin dør, så er det større, og sandsynligt får man set personale, end hvis man bor for langt ned ad en gang. Det har vi lidt på den ene gang, men det er jo sådan, at huset kunne blive. Men det er jo også noget, alle kan have gavn af.

Paulina:
Er der andre sådan designprincipper eller sådan principper?

Tina:
Så har det været i forhold til gulve. Vi vil ikke have for mørke gulve, fordi for demente, det kan betyde, at det er et mørkt hul, hvis ikke de kan se det. Så blandt andet vores måtter, hele området herude ved indgang, tog faktisk god tid for at beslutte, hvilken farve måtte det skal være, for at det ikke blev for mørkt. Så det er sådan nogle ting.

Paulina:
I forhold til placeringen af patienternes stuer og så fællesarealer og jeres arealer, er de placeret i forhold til, altså på en bestemt måde? Nu snakkede du lidt om, at man kunne se nogle personale hurtigt. Ja. Hvad er det placeret i forhold til?

Tina:
Altså fællesarealerne er placeret i umiddelbar nærhed af beboernes boliger. Og vores kontor er lige inden for døren, når man kommer ind i bo enheden. Så det er også meget centralt.

Emma:
Så når man kommer på besøg udefra, så kommer man forbi?

Tina:
Det vil man gøre, ja. De sidder ikke derinde så meget personalet. Det er egentlig der, hvor de skal gå ind, hvis de skal tage en lægesamtale eller dispensere medicin. Ellers er de mest alt i fællesarealer.

Emma:
Så det er ikke sådan, at man går forbi en ret privat stue, går man så direkte ud i offentligheden?

Tina:
Nej, de fleste går direkte ud i fællesarealerne. Og det er lige præcis det, man definerer som dementsegnet. Fordi demente kan ikke finde rundt på for store arealer og for mange kringelkrog, så det skal altid være så umiddelbart som overhovedet muligt.

Paulina:
Okay. I forhold til selve stuerne, hvad er der gjort i forhold til hjemme lighed og tryghed? Er det nogle ting, der har været med inden over? Når I har været med at vælge f.eks. materialer?

Tina:
Vi har gulve, der er vinyl, og det er simpelthen fordi det skal være rengøringsvenligt. Igen fordi vi har nogle demente beboere, som ikke lige helt ved, hvad et toilet er for noget. Og så har det skulle være nogle varmefarver. Ja, men omkring beboerstuerne har vi egentlig ikke noget, vi har ikke indrettet dem, vi har fået klædeskab med, som er mobilt, men så er det jo beboernes egne møbler dernede.
Fællesarealerne har vi lagt meget vægt på, at det skulle være forholdsvis moderne møbler, men ikke møbler, som står i et venteværelse på sygehus eller andre steder. Det skal være varme farver. Det skal være hyggeligt. Det skal være sådan, at man kan lægge sig ned og tage en middagslur i vores sofa. Så vores møbler er tidssvarende, men hyggelige.
Så har vi flere lænestole, end vi har sofaer. Vi har kun én sofa. Der er et par enkelte steder, som har fået en ekstra sofa op at stå, fordi vi har nogen, der gerne vil sovemiddagslur der, fordi de har brug for tryghed. Men ellers er der flest lænestole. Og det er det der med at kan afgrænse. Det er nemmere i en stol, end det er, når man sidder i sådan en sofa, der står. Hvor går jeg så til?

Emma:
Har der været tanker omkring orienteringen i forhold til verdenshjørnerne? I forhold til lysindfaldet og udsyn?

Tina:
Nej, det har der ikke. Vi fik den her grund, den har ikke kostet kommunen noget. Det var en, de ejede i forvejen. Så huset er bygget på den måde, det var muligt. Og nogen af vores beboers vinduer vender mod nord.

Emma:
Kan man så mærke forskel på de beboere, der har værelser mod nord? Fordi der kunne godt være et eller andet med dagsrytme.

Tina:
Nej, det kan vi ikke.

Paulina:
I de der fællesarealer, hvor mange beboere kan der være samlet? Eller kan bruge faciliteten på én gang?

Tina:
Der bor 8-9-10 i hver bo enhed, afhængig af hvor de er henne. Der er plads til alle. Og der er også plads til

personale.

Paulina:
Er der tænkt akustik ind?

Tina:
Ja, det skal jeg love dig for. I kommer rundt og ser det. Det har vi haft meget fokus på. Vi har akustikpaneler på nogle af væggene i alle bo enheder. Og det har netop været forlydende i forhold til dem, som er dårligt hørende.

Paulina:
Og det inde i fællesarealerne. Hvad med inde på stuerne i forhold til, hvad med mellem værelserne? Vil man kunne høre?

Tina:
Nej, det er så tæt et byggeri, så nej, det kan du ikke.

Emma:
Bruger I jeres lys, både elektrisk lys, måske stearinlys.

Tina:
Elektriske stearinlys bruger vi rigtig meget. Især i de mørke tider. Døgnlys det har vi ikke, desværre. Men vi bruger lyset til at skabe, nu bliver det nat, så aftenvagterne skruer ned for det. Nattevagterne har enten helt slukket eller skruet ned, så man ikke får for meget lys. Og så skruer de det op om dagen og sørger for, at der er roligt og få lys ind. På den måde bruger vi døgnet.

Emma:
Bruger I det også til at sætte en bestemt stemning? For eksempel hvis, nu ved jeg ikke, hvad der er arrangementet, men hvis der er en, der kommer og spiller klaver, for eksempel, at man så tænder nogle af de her elektriske stearinlys?

Tina:
De bruger dem i hvert fald til at skabe stemning. Især i vintermåneden har de brugt det rigtig meget til at skabe den her hygge stemning. Så når man møder en til om eftermiddagen, så får man sådan en hel ro og ved, okay nu begynder vi at køre ned i gear. Så på den måde bruger de lysene meget, altså en del. Ja. Vi holder ikke så mange store arrangementer, klaverer, koncerter eller andet, for de kan også være på et eller andet rum. De kan ikke være sammen med så mange mennesker i mere end maks. en halv time, tre kvarter. Så det foregår mest i bo enhederne eller i små grupper.

Paulina:
Ja. Okay. Er der noget sådan forbehold som udelukkende, pårørende, hvor man kan komme og snakke, hvis der er noget?

Tina:
Vi vil desværre ikke ressourcer til det. Vi ville rigtig gerne, men vi skal jo facilitere det. Det har vi simpelthen ikke ressourcer til. Der henviser vi til det tilbud, der er igennem Aalborg Kommune.

Emma:
I forhold til temperatur inde på stuer og fællesarealer, har de deres eget ventilationssystem på værelserne?

Tina:
Nej.

Emma:
Mulighed for at åbne et vindue?

Tina:
Ja, det har de.

Emma:
Kan de fysisk godt gøre det alle sammen?

Tina:
Nej, men så beder de om det. Ellers så gør personalet hele automatik.

Paulina:
Det var det i forhold til indeklima. Det er jo ret vigtigt for os, at det er noget, vi skal gå ind og kigge på. Cirkulationen i huset. Holder man sig på sin egen afsnit, eller bevæger man sig rundt?

Tina:
Det er både og, vil jeg sige.

Paulina:
Er der et bestemt knudepunkt, måske et stort et for hele huset, eller måske nogle små nogle? Altså for beboerne?

Tina:
Ja. Der har vi de der små multirum, som vi er i gang med at skabe lidt mere fælles på tværs af bo enhederne. Men langt de fleste af vores beboere er faktisk ikke i stand til selv at opsøge et netværk. Det er et netværk, vi skal hjælpe dem med at skabe.

Paulina:
Okay. Jo, i forhold til rummene. er der nogle bestemte zoner? Er der nogle zoner, hvor der måske er lidt mere stille rum, atmosfærisk, og nogle hvor der er lidt mere sådan... Nej, det ændrer sig alt efter, hvad der sker.

Tina:
Ja. Igen det afhænger af borgersammensætningen. Hvis vi laver for meget zoneinddelt, så vil vi også automatisk gøre det mere usynligt. Hvad er der derovre? Der kan være nogle enkelte forbehold vi tager. Der er nogle borgere, der kan reagere meget kraftigt på hinanden eller anden stimuli. Og der kan vi med fleksible vægge, lave et rum i rummet. Men som udgangspunkt gør vi det ikke. Vi gør det individuelt, der hvor behovene er.

Emma:
I forhold til, når der er nogen, der skal herfra. Hvor meget går I ind? Sidder I og holder I hånden? Og er der nogle ritualer i forhold til det?

Tina:
Det opfordrer vi primært, at de pårørende gør. Der er jo også noget ressource i forhold til det. Det er den ene ting, men også at det er dem, der skal tage afsked. Og hvis ikke der er nogen pårørende, så har man jo våge tjenesten, man kan kalde på. Men nogle gange er det det også personale her.

Emma:
Har I som personale nogle ritualer i forhold til noget lys, der bliver tændt? Noget vindue, der skal åbne?

Tina:
Ja, der kommer det til at stå i en blomst ved siden af dem. Der er altid lys tændt, og så åbner vi vinduet i hvert fald.

Emma:
Når de så skal fysisk ud i huset, skal man så kører igennem hele huset.

Tina:
Det er man nødt til. Man skal ud til elevatoren. Nogle ønsker at blive sunget ud, det betyder egentlig, at man finder nogle sange ofte i salmebogen, og så synger man undervejs. Nogle bliver sunget ud inde på stuen, inden man går ud, og nogle synger mens man går ud, og nogle ønsker det slet ikke. Men ofte, i det omfang det er muligt, så samler personalet sig og står og følger kisten på vej.

Emma:
Ja, okay. Forstyrrer det nogen af beboerne?

Tina:
Nej, det gør det ikke.

Paulina:
I forhold til palliation, har I så nogle gange det udekørende team inden over, også i forhold til de her patientgrupper. Fordi der er jo en basispalliation på plejehjemmet i forhold til lindrende medicin.

Tina.
Det får vi jo ved egen læge.

Paulina:
Men der er jo også nogle andre tiltag i forhold til psykologer og præster.

Tina:
Dem bruger vi ikke rigtigt. Nej, vores beboere kan ikke. Men vi har enkelte beboere engang imellem, som stadig kan tilknyttes det palliative team. Men så er det ofte, at det går igennem lægen, så lægen har kontakten omkring den medicinske behandling, og så får vi en ordination ud, som vi så varetager. Der er ikke nogen af vores borgere, der er i kategori til egentlig at få psykologisk samtaler.
Nogle gange, eller nogle af vores, oplever vi, at hvis den ægtefælde der står tilbage, så har vi en af vores kollegaer, som har fri dag, som egentlig har taget en uddannelse i sogn vejledning, som tilbyder en samtale, når der er gået et lille stykke tid, for at sikre, at den efterladte kommer godt videre.

Paulina:
Ja, fordi en stor del af palliationen er også den pårørende, der står tilbage.

Tina:
Præcis, og det gør vi så i eget regime. Men det tror jeg ikke er en normal praksis i Aalborg Kommune.

Emma:
Jo, har I nogle særlige arkitektoniske løsninger, I synes, vi skal tage med til vores opgave? Noget der fungerer mega godt?

Tina:
Altså vi tænker jo i hvert fald, at det der med fællesrum. Hos os fungerer det rigtig godt, at der også er et åbent køkken i forbindelse med fællesrummet. Fordi beboerne kan hele tiden se nogen. Det der, at vi har en drøm om, at de skulle hjælpe, det kan vi ikke glemme. De her skrællet de kartofler de skulle i deres liv. Så på den måde, det er fint nok. Men ellers det der med, at vi hele tiden kan se nogen. Vi har også husassistenter, og det glemte jeg først til at sige til start med. Og det betyder egentlig, at ofte kan de jo se husassistenten, der står og laver noget mad eller noget andet deroppe. Det er også en tryghed for dem selv.

Paulina:
Har I mange frivillige?

Tina:
Nej. Det har vi ikke. Vi har to.

Paulina:
Ønsker I flere?

Tina:
Ja, men det er meget, meget svært. Igen, klientellet gør, at hvis man kan vælge dem, der er mere friske og selvtalen, så gør man det. Man skal være interesseret i flettet for, at man ønsker at være frivillig.

Paulina:
Ja, okay.

Tina:
Det er jo det. Men hvis der var noget, vi skulle lave om, hvor jeg tænker, at det er en af de ting, vi virkelig kunne bruge, så var det faktisk det her med, at trappen skulle havde vendt om. I stedet for, at den vender ud til hoveddøren, at vores kontor havde vendt den vej, og så trappen havde vendt ud til haven. Det havde været fantastisk. Beboer søger automatisk derud, frem for at køre i føtex. Ja, det der med at komme ned, og så ser man udgangen, og nogle gange så ser man nogen, der går forbi derude, og så sidder der nogen der åbner døren. Det er bare ikke altid dem udefra, der skal åbne døren. Det er det eneste.

Emma:
Er der arbejdet med nogle særlige farver, og sådan noget på demensafsnittene, i forhold til at lede?

Tina:
Altså man kan sige, at vi har et stort vægmaleri på alle bo enheder, som kan være dragende. Og vi har faktisk lige fået malet hernede ad gangen og i motionsrummet. Det er et billede, vi er ikke helt tilfredse med, men det er andet billede, vi er rigtig tilfredse med. Men igen, det her med, at det kan være dragende, som vi har noget at snakke om, at det er vigtigt. Og de billeder, der er derude, er noget, der er genkendeligt. Vi havde rigtig mange billeder at vælge mellem, og vi sad virkelig og valgte i lang tid for at sige, hvad er det for nogle billeder, der kan være genkendelige for vores beboere?

Emma:
Jeg har gået igennem alle de spørgsmål, vi havde skrevet ned på forhånd nu.

Paulina:
Ja, men det tror jeg egentlig er meget fint. Altså jeg tror,

APPENDIX 31
FREMTIDENS PLEJEHJEM – NURSING HOME

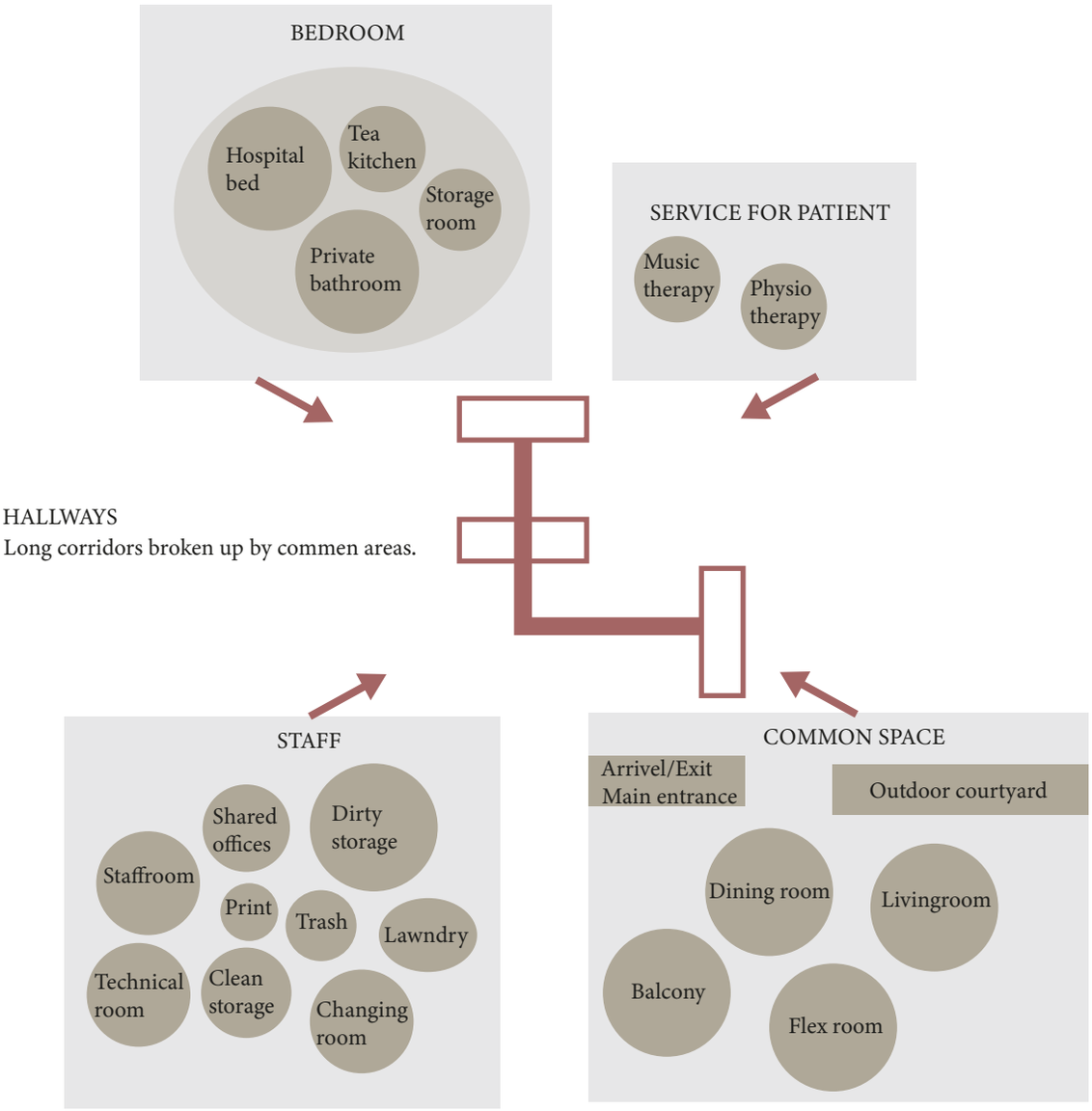
The nursing home of the future is located in the center of Nørresundby and was built in 2014, designed by the architects Østergaard Arkitekter. The nursing home is for Somali patients, and the foundational ideas were built with the consideration that many patients are able to care for themselves. The ground floor consists of several functions, where there was previously a restaurant, which served both people from outside and provided meals for the residents. However, they were unable to make it work, so it has since been closed. This has had a significant impact on the departments, as they needed to have kitchens with the capacity to heat and store the food they now receive from external sources. As a result, several facilities such as communal living rooms, smaller lounges, and an orangery have been repurposed into kitchens and dining areas.

This openness towards the public has also been a reason for its location on the waterfront, which also provides good views from the departments. There are two to three sections per floor, which are connected by a long corridor that follows the shape of the building. In addition, they are divided by fire doors. The corridor is also broken up a few times by smaller communal areas. (appendix XX, pp. XX)

Facts:
Fremtidens Plejehjem
Architect: Østergaard Arkitekter
Built: 2014
Area: 8000 m2



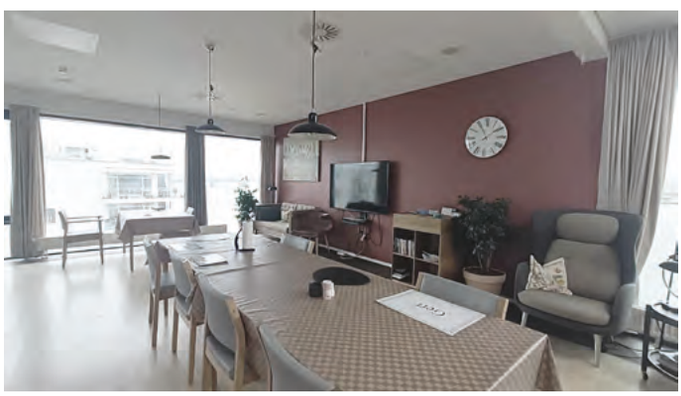
Ill. 202: Arial photo of Fremtidens Plejehjem nursing home, view looking north. (Skråfoto, 2023)



Ill. 203: Room diagram for Fremtidens Plejehjem. (Own prod.)



Ill. 205: View from Fremtidens Plejehjem to the Limfjord. (Own prod.)



Ill. 204: Living and dining space. (Own prod.)

APPENDIX 32
INTERVIEW WITH KRISTOFFER MARSÅ

Date: February 18th 2025
Place: Steno Diabetes Center Copenhagen, Copenhagen
Interview with: Kristoffer Marså, specialist in respiratory and palliative medicine
Interviewed by: Emma Strøm Jensen, Lærke Bertram, Paulina Torres Esquivel
Language: Danish

TRANSCRIPTION:

Kristoffer:
Jeg hedder Kristoffer og jeg er læge, og jeg er specialist i lungesygdomme i virkeligheden, og i det, der hedder palliativ medicin. Det vil sige behandling af uhelbredelig syge og døende. Men mine interesser de sidste par år i mit arbejdsliv har gået med at prøve at sige, kan vi blive bedre til at behandle mennesker med kroniske sygdomme, mennesker med begrænsning af sygdomme, og ikke kun de døende, men alle mulige og umulige begrænsninger af sygdommen. Og derfor er jeg også endt her på Diabetes Hospital, som er et vidunderligt sted, fordi der er alt fra børn til meget gamle, der er alt fra folk, som til synladende er raske, altså fra sætter de af diabetes, så klarer de godt på alle parametre, til folk, der er meget, meget også til synladende syge. Og det viser sig så interessant nok, at folk, der er til synladende raske, men har diabetes, også kan være belastet af det. Giver det mening? Ja. så det er det, jeg laver.

Emma:
Vi kan også lige starte med en præsentation. Jeg hedder Emma, og det er Paulina og Bertram.
Vi kommer fra Aalborg Universitet og er i gang med vores sidste opgave på kandidaten, hvor vi gerne vil undersøge hospice og måske kigge lidt strategisk på det og ikke kun rummeligt.
Vi kalder det fremtidens hospice, så vi er ude og få nogle forskellige informationer, hente noget empiri fra forskellige fagpersoner på emnet og se, hvad der er i dag, og måske se nogle fejl og mangler på et arkitektonisk niveau. Og det er også derfor, vi har skrevet til dig. Ja. Og vi har jo været ved Vangen i Aalborg og så har vi lige været ved St. Lukas. Og der har vi snakket med sygeplejersker begge steder. Afdeling sygeplejersker. Så har vi møde i næste uge på Djursland, hvor vi både har møde med en sygeplejerske og en præst.

Kristoffer:
Og nu vil I lige hjælpe mig, fordi jeg ikke har helt styr på alting. Specielt ikke med alle hospicerne. Er Djursland der, hvor de har et indbygget børnehospice?

Paulina:
Ja, det er det nemlig.

Kristoffer:
okay

Paulina:
Lige i forbindelse med det, du sagde, for nu nævnte du lige selv palliativ medicin. Hvad er det for noget?

Kristoffer:
Altså man kan sige lige i Danmark, kan man sige at det er det der hedder et fagområde. Livstruende sygdomme bruger vi stadig i danmark. Og det betyder, at i realiteten er dem, der kommer på hospice, de lever mediat 30-40 dage og gennemsnitlig 130 dage. Det vil sige, så er det i virkeligheden behandling af døende. Ja. Noget af det, vi kommer til at tale om i dag, synes jeg ikke er særlig smart. Jeg synes, det er mærkelige systemer, der putter utrolig mange ressourcer i noget, som altid kommer for sent. Fordi man er altid bagud på point. De kommer der og er mere eller mindre døende, og så skal de prøve at høvle noget god livskvalitet i dem, mindst indtil de er bevidste mere. Og så er de døde. Og det giver i mit hoved mindre og mindre mening. Og jeg har arbejdet men det længe, er at vi bruger så mange ressourcer i så lille et tidsrum. Hvis man ser en gennemsnitlig overlevelse på plejehjem, så er den jo på 2-3 år lidt forskelligt. Hvilken måde man regner på, hvor man så finder sine tal.

Emma:
2,6 står der i den rapport du har sent.
Kristoffer:
Jeg synes, der står forskellige ting alle steder, men det ligger derimellem. Og det er jo bare, der er forskel på to-tre år, og så et par måneder. Ja. I bedste fald. Og der er ingen, der lever et par måneder på hospice, så der bliver de strittet ud inden. Så der er et eller andet, både underligt på hospice, men også noget besynderligt på hospice. Tanken. Tanken er jo i virkeligheden opstået, fordi der var et menneske, der hed Cicely Saunders, der sagde, det kan simpelthen ikke være rigtigt, at vi ikke længere kan behandle de her mennesker med kraft, så opgiver vi dem. Så hun vil gerne gøre det bedre for dem. Og startede så det, som man internationalt kalder en holistisk tilgang. I Danmark er vi læger meget forsigtige med at sige holisme, fordi for nogle år tilbage, før jeres tid, I er så unge, men der var en, der hed Søren Ventegård, og han var en være klamret. Og han satte sig på det holistiske udtryk. Derfor hører i ingen danske lærere sige noget om holisme, fordi han var altså en være klamret. Det var noget værre end noget med ham. Og da han kørte sig meget hårdt frem på det holistiske, så har vi andre sådan paddel baglæns, der har sagt, at jeg ikke skal sætte mig i kurven med ham, hvilket jeg heller ikke skal, så derfor bruger vi ikke. Så i Danmark kalder vi det helhedsorienteret, at men i engelske tekster skriver vi holisme.
Men bare hvis I lægger mærke til, at læger i min generation, vi smyger os om at vække fra det ord. Som er et fint, fint ord, meningsfuldt ord. Det betyder alt det rigtige, men jeg kan ikke skrive det på dansk eller stå på en større scene og sige det på dansk.
Det korte og det lange er, at hospicebevægelsen startede egentlig med at ville noget holistisk, inklusivt arkitektur. Og det er jo det, de kom med, som i virkeligheden rystede verden og skabte en helt ny bevægelse inden for sundhedsvæsenet.

I 1967 åbner det første hospice af det moderne. St. Christopher hedder det i London. I 1990 kommer WHO med den første definition på, hvad palliativ medicin er. Så hun klarer det på nogle år, 20 år, og ændrer verden. Det er sådan inden for den lægefaglige verden, sådan helt vildt, jeg ved ikke, hvordan det er i jeres verden. Der tror jeg nok, at trans kan gå lidt hurtigere. Man fik i hver fald lov til at tegne storrumskontor relativt hurtigt igen. Men hos os er det helt vildt, hvis noget radikalt ændrer sig på 20 år. Altså sådan helt vildt. Det gjorde hun, og har jo gået sin sejrsgang med at sige, at vi bliver nødt til at have nogle omgivelser, som også arbejder ind i menneskelig fysiologi. Vi ved, at hvis du er stresset eller sørgende, eller at du er ked af det, så har du også fysiologiske manifestationer. Dagen før I skal til eksamen, vil I have fysiologisk manifestationer af jeres eventuelle nervøsitet bekymring, eller hvad man nu skulle kalde det, I har dagen før I skal til eksamen. Og den her samspil mellem hvad der egentlig er lidt simpel sagt kunne klassificeres meget emotionelt, altså i jeres eksamensbekymring, giver jer sandsynligvis både spise, søvn og andre former for at forstyrrelser, nogen har det et sted, om det er maven eller noget andet, som jo er klassisk fysiologi, så vi kan påvirke mennesker ved rammer. Det er jo ikke sådan en helt vildt revolutionerende i det, men det var hospicebevægelsen, den der for alvor genopfandt. Hvis I går ind på nogle af de gamle hospitaler, det gamle kommune hospital i Aarhus og det gamle Bispebjerg her, så vil I se, at det er jo ny vin på gamle flasker eller hvad det hedder. Det er jo noget, man vidste tidligere, men så er vi bare gået bort fra det på den anden side for at se, om det skal være effektivt at bygge beton. Så det korte med det lange bliver, at næste trin for alt det her bliver jo, vi har ikke mulighed for at lave hospice for alle. Det er en svært centreret lille bitte gruppe, der nyder godt af hospice. Og jeg synes, det er så godt, at der er hospice, og den her lille gruppe får det.
Unge børnefamilier, der skal dø, eller børnene skal dø, eller forældrene skal dø, skal have noget specielt for at kunne få det bedst mulige forløb i en rædselsfuld tid. Men det dur ikke. Det vi kigger ind i, det er, at der er piv mange gamle og piv mange sindssyge mennesker.
Og der er hospice løsning simpelthen ikke mulig. Så derfor er det rigtig godt, at I kigger på, hvad er så det næste, der kommer. Jeg tror, at vi vil blive ved med at have hospice, som vi har i dag, som er nogle hypere specialiserede, ressourcetunge, luksus ting, til nogen, der har brug for det.
For det er der virkelig nogen, der har brug for, og der kan løfte den vigtige opgave, men det var ikke særlig mange. Jamen. Hvis man kigger på plejehjem i dag, så går det jo for rædselsvægtene til spændende i byggeri ikke.
Ja. Men det er den vej, vi bliver nødt til at kigge, vi bliver nødt til at lave løsninger, som kan favne det store antal. Og det er jo det, som bliver jeres opgave. Hvordan kan vi bygge nogle byggerier, som tænker ind i, at de skal påvirke fysiologien, altså de skal påvirke mennesket, hele vejen rundt, der er symbolistisk på en gang og så skal det være muligt at gøre i stor skala

Paulina:
ja fordi det var også en af de spørgsmål vi sendte til dig, som ligesom var hele den her balance imellem at, jamen, ved at pille for meget ved hospice, så er det også ærgerligt at gå helt væk fra det den kan, at der ikke ender med at være den mulighed et eller andet sted, at det kunne brede sig ud til mere

Kristoffer:
jeg synes ikke man skal ændre hospice, jeg synes man skal blive ved med at være en perifer lille ting. Altså kvantitativ. Ikke kvalitativ for dem, der er der. Der er det super vigtigt og super godt. Men lad det blive, og så lad hver med bruge flere penge på det. Vi bruger det, vi har, og vi har det, vi har. Det er skide godt. Og så nu skal vi videre og finde ud af, hvad skal så det andet være?

Emma:
Det er en ny typologi, der måske tager noget fra hospice, tager noget fra plejehjem, tager nu, hvad der er rundt omkring, og så sætter det sammen.

Kristoffer:
Ja, og så vil vi have noget af det her hospice ved siden af, som lever sit stille, fine liv.
Men jeg tror, at det er noget helt nyt, der skal skabes. Jeg tror ikke, vi skal ændre hospice. Nej. Det troede jeg engang, men det tror jeg ikke er en god idé.

Emma:
Hvis vi måske skal dykke mere konkret ned i det. Nu har de lavet den der konkurrence, hvor der er noget dagtilbud, som de har hentet fra udlandet af? Er det så den vej, vi skal gå, hvor vi måske skal tilbyde mere, at der kommer nogen ud på plejehjemmet?

Kristoffer:
Jeg tror, vi skal lave noget helt nyt. Jeg synes ikke, det er klogt at lave et kæmpe hospice i Lukas. Jeg synes ikke, det er klogt at bruge en masse penge og tro, at der kommer noget helt nyt derfra. Der kommer mere af det gamle. Det er det gamle. Hele den tanke, der er i hospice i dag, er en konservativ tanke.
En status quo bevarende. Ja, så vil man lave er et dagshospice. Det er ikke det man skal gøre. Det er jo ikke til store. Hvad mener man med det, om hvem skal være velkommen der?
Jeg tror, at man skal i virkelighed sindsdreje i sandhed, eller på papiret, eller hvor man nu besætter sig, og sige, vi har noget, der hedder hospice, og tillykke med det. Det skal blive ved med at være der. På ingen måde anklager det mod hospicebevægelsen, men at sige, vi mangler noget helt andet, fordi der er piv mange mennesker, som mangler noget, som de ikke får i dag. Og noget af det, vi ved noget om de her mennesker, for det gør vi. Vi har jo forsket meget i mennesker, der er syge. I Holland er der lavet vidunderlige undersøgelser af gamle mennesker, som gerne vil dø, men som ikke er ved at dø. Hospice har oftest mennesker, som ikke vil dø, men er ved at dø. Der findes grov sagt tre typer mennesker, der er ved at dø. Nogle, der gerne vil dø, nej, nogen, der ikke vil dø, men er ved at dø. De har det ærgerligt. Og så er der dem fra Holland, som gerne ville dø, men ikke er ved at dø. De har det også ærgerligt. Og så er der de få, som gerne vil dø og er ved at dø. De har det heldigt. Hospice er oftest dem, som ikke vil dø.
Så undersøgte man nede i Holland nogle gamle mennesker, der gerne ville være døde, men ikke var døende. Og så spurgte man, det er fandme sjovt, at de har det sådan, og det er sandt. Så spurgte man, hvorfor det? Og de fandt en kvalitet, som er en vanvittig dygtig forsker, så jeg stoler på hans fund.

Paulina:
Hvad hedder han?

Kristoffer:
Han hedder Carlo Leget. L-E-G-E-T. Og med Carlo, det er C-A-R-L-O. Carlo. Carlo Leget. Han er mellemforfatter på det, men hvis du søger på ham, så finder du det. Ja, så kommer det op. Og jeg tror, den hedder Ready to Give Up Life, eller sådan noget i den stil. De finder fem hovedtemaer hos disse gamle mennesker, som gerne vil dø, men ikke er ved at dø. Jeg kan ikke huske dem alle sammen, men en multidimensionel træthed er en af dem. En frygt for at blive mere afhængig af en anden af dem. En oplevelse, og det er virkelig smukt, the pain of not mattering. De oplever simpelthen livet er passeret, men der er ingen, der interesserer sig for dem. Og de har også en ability to express themselves. Der er ikke nogen, der vil høre på deres perspektiv, for de unge mennesker, der passer, er bedøvende ligeglad med dem, og alle deres venner er døde. Og så er der en femte ting, jeg ikke lige kan huske i det her sekund. Det de gør, som er helt vildt, og hvorfor jeg snakker til jer om det, det er, at de laver en opfølgende longitudinal studie, hvor de finder gamle mennesker, der gerne vil være døde, og så følger de dem over tid, og så finder de ud af, at et sådan dødsønske er ikke en statisk størrelse. Det er ikke en konsekvens af at være gammel. Altså, så kan man sige, at alle gamle vil gerne dø, så tager vi jer til dødshjælp, så har vi lyst det. Men sådan er det ikke. Gamle mennesker, der dybt føler gerne vil dø, hvis man følger dem over tid, så kan de ændre meningen til at gerne videre i livet, og de finder svaret på i deres studie, hvad får gamle mennesker til at ændre et dybt følt ønske fra at dø til at ville være i live. Det er connecting or reconnecting to self to others and society. Bum. Ikke mere, ikke mindre. Der er ikke fem ting. Der er én ting. Relation. Så når vi skal lave fremtidens hus til syge, skrøbelige, multi syge og alle de her spændende mennesker, så skal vi tænke relationer og fællesskaber.
Et daghospital, jeg synes ikke det er spændende. Et åbent hus, et forsamlingshus, et sted hvor folk kan komme, når de har lyst. Det ville være spændende. Det ville være at tage ind i den viden, der ligger omkring mennesker. Også ungdommen, som mistrives, det er igen på grund af mange på mindes fulde relationer med andre mennesker.
Og så er der mange andre ting. Det ved jeg godt, men hvis man skal prøve at gå til kernen af det, som vi kan løse. I kan løse med byggerier. Så er det jo at lave byggerier, hvor man har lyst til at være. Og her dumper steno jo også.
Fordi hvem har lyst til at sidde og bare vente i det venteværelse? De fattige og de skrøbelige sårbare de vil ikke sidde i vores café, for der kan en kop kaffe koste 30 kroner altså, det kan godt være, hvis man bor på Østerbo og spiser meget speldt man synes, det er sjovt, at 30 kroner kaffe men det er jo ikke dem, jeg vil bygge huset til jeg vil bygge huset til de fattige, de sårbare de skrøbelige sårbare der skulle kaffen jo være gratis. hvorfor er der ikke et bord med legoklodser? hvorfor er der ikke et bord med strikketøj? Hvorfor er der ikke aviser derude? Det er fordi, at vi ikke vil have så meget rod. Nu har vi fået det her New Nordisk design med åbne flader og klare linjer, og der er orden på det. Jeg er helt sikker, at nu er der også sådan nogle saltspor fra de folk, der har beskidte sko. Så vi ender med at skulle tage blå sutter på, for at gå ind i vores hus. Og det er ikke fremmende for fællesskaber for syge. Det er fremmende for de raske. Pårørende til de syge, synes jeg, det er super dejligt at få en croissant til. Jeg ved ikke, hvad den koster, jeg nægter den. De er søde, dem der arbejder der, så er det ikke noget ondt om dem, der står bag disken. Men konceptet med, at man skal have penge ud af lommen, der er noget forkert i det. Konceptet med, at vi understreger, her er vi så fine, så det er New Nordic og alt sammen. Det er forkert, fordi det får folk til ikke at føle sig velkomne.

Emma:
Der er noget tryghed, hjemlighed i det, måske også noget omsorg.

Kristoffer:
Der er omsorg, vi har altså mange kroge, men det overordnede udtryk her er ikke det omsorgsfulde udtryk. Jeg tror, der er meget få mennesker, som vil føle sig trygge af at komme herind.

Paulina:
Ja, men det er sjovt, fordi vi snakker nemlig også om, og jeg tror altså også, at det har noget at gøre med den forventning, man måske også kommer til, når man kommer her, fordi vi tænker, det ved jeg ikke, hospital et eller andet sted, hvor man ligesom, og så bliver det her jo mere hen i den retning, man gerne vil i forhold til, og så bliver det jo pludselig en positiv.

Kristoffer:
Helt sikkert. Altså i forhold til, hvis man går på Stor Herlev, som vi kalder hospitaler, der ligger på samme matrinkel som vores, bare for at understrege, at vi ikke er det samme, så er det endnu mindre fanget på hyggen. Men når I består i jeres eksamen og skal til at redde den her verden, som virkelig trænger til at blive reddet, så bliver vi nødt til at tænke, at ja, vi skal bevare det åbne, lyse, overskuelige, og ja, vi skal bevare naturen. Super vigtige detaljer. Super godt her. Så jeg er ikke ude på, jeg ved ikke hvem der har tegnet det her hus, og jeg er ikke ude på at hælde dem under bussen, men vi skal gå længere ned af den vej, hvor huset byder velkommen. Det skal være sådan, når de kommer ind i jeres fremtidige hus, at de skal komme ind, og så skal de føle en emotionel, sanselig oplevelse af, at nu er jeg tryg, nu er jeg velkommen, nu er jeg på hjemmebane. Og det er den hjemmebaneoplevelse, jeg tror, vi ikke har her. Hvis I tager Tivoli, nu kommer vi jo fra det fjerde, fjerde i Jylland.
Jeg ved ikke om I har været i Tivoli. Herovre i Københavnske

Paulina:
jo

Kristoffer:
Tivoli har arbejdet med det sanselige indtryk. Så i det øjeblik man går ind i haven, ikke når man køber billetten udenfor haven. Når man kører billetten udenfor haven, så er de meget lykkelige over det. Det ligger lige oppe ad en befærdet vej, hvor der går helt vildt mange mennesker og skubber til dig, der er sure og alt sådan noget. I det oplæg du træder ind i haven, du passerer en, ikke en vagt, men en uniformeret person med hat og højpolerede knapper. Og i det øjeblik du træder ind, så får for at sige, at nu er du i eventyrhaven. Det er fuldstændig bevidst. Det er bare mega lækkert lavet. I det øjeblik, du træder ud, hvis de her personer, der står der med deres fine uniformer, følger deres drejebog, så skal de ønske dig god aften. For det sidste, du skal opleve i Tivoli, det er, at nogen tager afsked med dig. Og så går du direkte ud i trafik og kaos og sure mennesker.

Så din sanselige indtryk skal være maksimalt stort, også når du forlader haven. Så er du nødvendigvis lyst til at gå tilbage, det er jo deres indtryk. Men det her med at arbejde med sanser på flere niveauer, det har vi jo ikke særlig mange hospitalsbygninger, der gør. Hoteller gør det. Der er også nogle hoteller, der bruger parfume, så man også får en luftmæssig, sanselig indtryk. Men at arbejde med det sanselige indtryk i bygninger.
I bedste fald bliver det som hospicebyggeri, der minder lidt om det her. Som får det her meget blankpolerede gulv og de her ting. Og det virker rigtig godt på nogen. Det anerkender jeg. Men der er bare rigtig mange, det ikke virker godt på. Ja. Det ikke virker trygt. Og hvis vi skal bygge til at hjælpe mennesker, så bliver vi nødt til at anerkende, at man ikke kan lave en type bygninger, som virker alle steder. Hvis vi tager til Lolland, så vil de sandsynligvis have andre ting, der vil gøre dem sandsynligt trygge, end hvis vi tager til Nordsjælland. Hvis vi bare her i Nordsjælland tager til Birkerød og til Hundested, så er det igen forskellige indtryk. Så at man skal arbejde med sansede indtryk, det er 100% sikkert, men man kommer ikke til at lave sådan en skabelon, som bare virker i Danmark, fordi danskere er ikke ens.

Emma:
Nej, man kan lave en strategi.

Kristoffer:
Ja, man kan lave en strategi og en tilgang til det og sige, hvad er det for noget, vi skal tænke i, men vi kommer ikke til at få sådan en prototype, som virker på alle landsker.

Paulina:
Nej, det bliver nogle emneord et eller andet sted, så kan man gå efter dem i den kontekst, man nogle gange er i, og sige, hvordan overføres det så til det her specifikke sted?

Kristoffer:
Det her med at tænke i det øjeblik træder ind, og personen her, arkitekterne har gjort det lidt med lyset. Der er også nogle, der siger, at det her hus har et specielt duft. Det kan jeg ikke dufte, men min duftsans er bare ikke så raffineret. Men der er nogle af de kvindelige kollegaer, der siger, at det har sted har en spændende duft. Og det er jo genetisk, hvis man kan bruge materialer, som vækker noget tryghed. Altså arbejde med bygningsværker ind mod menneskets fysiologi.
Det er der, hvor fremtiden ligger.

Emma:
Hvad tænker du skalamæssigt? Hvis jeg tænker, at vores fremtidige hospice, som måske ikke engang rigtig gå ind under men tager dele af et hospice. Jeg tænker måske ikke lige, at sammenlignet med jeres bygning her er det. Tænker du, at det er så stort?

Kristoffer:
Jamen det kommer an på, om du tænker et hospice som et sted for udelukkende for døende. Eller du vil lave et sted, hvor syge føler sig velkomne. Altså fordi hvis vi går mere over i at sige, at i plejehjem bor man to år.
Jeg tror, altså det her hus synes jeg rent faktisk er genialt, fordi det er meget stort, men det føles ikke stort. Man vil ikke overvæltes af dens størrelse, fordi der er alle de her små kroge, som man har, jeg tænker bevidst, prøvet at arbejde med. Ja, det er et stort hus, men det skal ikke virke over vælgende. Altså det modsatte signal er det, hvis man går op mod Rigshospitalet, som er en kæmpe bygning der bare spiser en. Og det var også bevidst. Så sagde man, nu skal den ondtelymre have de her patienter til at føle, at de er et vigtigt sted, som de skal bare være underdannet i.
Det er nogle forkerte signaler at sende. Her har man jo bevidst arbejdet med, at det ikke skal føles som kæmpestort. Så det føles faktisk ikke særlig stort. Nej, ikke nogen søren. Vores café føles som sådan en lille krog, og vores reception føles også som en lille reception. Der er pænt mange mennesker inde i en reception, men det føles lille. Så jeg tror ikke, jeg tror godt på, at man kan lave store ting, som kan føles mindre store, hvis man gør det rigtigt. Hvis man arbejder med syge mennesker og arbejder med store ting, så skal man have kroge, hvor man kan gemme sig, men stadig have overblik, når man går ind i haven, er de her uniformerede Tivoli-vagter, som jo ikke er vagter. De virker ikke som farlige vagter. Det er ikke sådan, man tænker, at det er sådan nogle løsninger. Ja, det virker i virkeligheden som tjenere. Det virker som nogen, som er der to serve you. Og ikke til at intimidere eller skræmme eller stoppe ballade. Det er de sikkert også gode til, det er en af dem, vi er der. Men det er ikke det signal de sender.
Og der er det moderne sundhedsvæsen lidt ærgerligt, fordi vi vil gerne udskifte menneskene med skærme. Vi har da også de her kæmpe skærme, hvor man skal lukke sig ind. Fordi vi tænker, at det er smart. Men det er ikke smart. Det er ikke smart at fjerne receptionsdamerne. Det kommer aldrig til at ske på et hotel. Der ved de udmærket godt, at deres kunder vil have et ungt imødekommende menneske, der siger velkommen. Og det bliver vi nødt til at indtænke her også.
At de indgange, der er, må ikke være langt væk fra, hvor der er mennesker, der kan sige velkommen. Vi har jo prøvet at begrænse skaden ved at ansætte to, vi kalder floorwalkere, som bare går rundt og hjælper folk direkte i stedet. Det er deres opgave. Og det er en rigtig god ting. Det er et udtryk for, at nogen har været begavet. Det er ikke mig, der har ansat dem, så det kan jeg ikke tage rosen for. Det er et udtryk for, at nogen har været begavet og indtænkt en menneskelig relation i, hvordan vi arbejder. Giver det mening, eller snakker jeg lige forbi jeres pointer?

Paulina:
Nej, det er meget spændende, det du siger.

Kristoffer:
Det er jo sådan nogle tanker. Jeg er jo kliniker. Jeg er jo vant til at bruge kommunikation og berøring og sådan nogle ting til mit arbejde. Jeg begyndte først i høj alder at interessere mig lidt for, at rammer egentlig påvirker også meget mere, end jeg troede. Så jeg er ny i det her. Med at kigge på bygninger, man har brugt det på at blive klogere. Jeg arbejdede i et demensplejehjem oppe i Nordsjælland, der hedder Dagmarsminde, som er sådan et lille privatplejehjem. Kender I det?

Emma:
Ja, jeg har set et program derfra med Anders Agger.

Kristoffer:
Ja, de har en plejehjemsleder der hedder May Eiby, som har en meget skarp tunge, så der er mange, der ikke kan lide hende, fordi hun svirper med sin meget, meget store begavelse, så hun er klog og meget dygtig. Og der er nogen, der bliver meget provokeret af, at hun svirper,

og det gør jeg ikke. Jeg synes, at hun er meget klog og dygtig, og derfor vil jeg gerne høre på det. Hun startede stedet fordi hendes far var syg med alzheimers. Så som et modsvar til de andre plejehjem, som et kæmpe opråb til systemet. Hun har helt klart skabt det i trods. Det der er arkitektonisk interessant, der er mange ting der interessant ved Dagmarsminde, men arkitektonisk interessant det er, at livet på Dagmarsminde foregår i en fælles stor dagligstue. Stort set alt livet, undtagen at man sover om natten, foregår i dagligstuen. Når jeg siger om natten, det er fordi mange sover til middag i dagligstuen også. De har både store sofaer, men det er også nogle læggestole. Og man kan trænge sig lidt væk og være i dagligstuen, hvor livet er, uden at være i sofa-gruppen.
Det at bygge op som sådan en dagligstue, det er en anden ting, som dagmmarsminde gør meget ud af, det er autenticitet. At ting skal ligne det, det er. Altså vi skal ikke have robothunde. De har en hund. Der er også nogle katte, nogle kaniner, nogle geder og sådan nogle ting, og det er rigtig levende væsener. Der er ikke noget, der ligner noget, det ikke er. Så hvis du har en dagligstue, så har du selvfølgelig et sofa-arrangement, hvor store sofaer er. Du har et spisearrangement, hvor man spiser ved spisebordet. Så på den måde, man ligner det, er det nem genkendelse for, at de her mennesker er med demens. Det hun lykkes med, det er jo ved at have alt sit liv i dagligstuen.Så lykkes hun med nogle ufattelig simple tricks at gøre noget, som mange andre bøvler helt vildt meget med. Det er, hun behøver ikke have faste vagter, for de bliver ikke urolige, fordi selv demente mennesker spejler sig i andre mennesker. Så når de demente kommer der, så ser de alle de andre, der sidder her i dagligstue, jamen så må de også sidde her i dagligstue. Sådan er vi mennesker. Utrygge bliver vi, når vi bliver isoleret på vores respektive stuer. Men vi bliver mere trygge, når vi er i forsamlingen. Hun har bevidst fokus på, at der skal ikke lugte af tis. Så hun har luftrensere, og de er meget omhyggelige med at få skiftet de bleer og få holdt mennesker rene. Så der dufter af hus, af hjem, men ikke af plejehjem. De laver mad i køkkenet, som mad dufter også ud i stuen. Så hun arbejder med synet, at det ligner det, det er. Hun arbejder med lugten, at det ikke lugter af noget, som man bliver utryg af. Og med dufte fra mad og de her ting. Og så giver hun jo de her mennesker et fællesskab. Så det kan være, de ikke kan huske, hvem de andre er, men de på en eller anden måde vendes til at være i den her stue, hvor de så får et fællesskab.
Og det er jo det, jeg vender tilbage til hele tiden, som vores fremtidige bygninger skal kunne. De skal invitere meget mere til fællesskabet, end den her bygning gør. Fordi den inviterer til, at man kan putte sig hvis man er presset og det er godt. Der er en sansehave, en børnehave, og så lege, og det er godt. Der er naturen tæt på, og det er godt. Og den er ikke stor og frygtelig bygning, og det er godt. Den vil ikke tale til fællesskabet. Den stimulerer ikke på nogen måde til, at mennesker mødes. Det er det, der mangler her, og det er det, der kommer til at blive fremtidens sundhedsarkitektur. Det er, at vi genfinder fællesskabet. Lejrbålet.
Vi er jo som væsner sociale væsener. Det, der kendetegner mennesker, det er jo, at de børn, vi får, er nogle værre skvatmikkeler. Menneskebarnet kan jo ingenting, og det kan de til gengæld ikke i rigtig lang tid ingenting. Hvis man sammenligner med girafbørn og andre dyrebørn, så springer de andre dyrebørn jo relativt hurtigt op, og så er de afsted. Og det løber jo ikke så hurtigt, som deres mor, men de er med. Selvfølgelig er de spist lidt oftere, men de er afsted. Menneskebarnet tager jo årevis før de kan noget. Det har gjort, at vi som race har været afhængige af hinanden. Derfor er der, jeg ved ikke, om det er et ægte citat, eller bare en vandrehistorie, der hedder så, at der er et afrikansk citat, der skulle lyde sådan her, it takes a village to raise a child. Fordi, hvis vi nu siger man fik et barn, så kan I jo ikke samle nok mad, når I skal passe på det her. Fjollet lillevæsen, der ikke kan noget selv, som I årevis ikke kan noget selv. Derfor bliver stammen nød til at samarbejde om at få de her børn til at overleve. Så helt fra naturens hånd er vi tænkt til at samarbejde om at få de svageste til at overleve i vores flok. Og beviset er, at vi sidder her nu. For hvis vi ikke havde gjort det, så havde vi været uddøde. Sådan er det bare. Vores børn er nogle værre skvat. Og det har gjort, at vi fra starten af blev nødt til at samarbejde meget mere. Løver samarbejder om at jage med de deler ikke maden. De deler opgaven med at nedlægge byttet, men så æder de bare derudad et par dage efter. Menneskerne blev nødt til at dele mad.

Paulina:
Ja, det ligger sådan i urmennesket.

Kristoffer:
Ja. Og jeg tror på, at det i virkeligheden ligger i mennesket. Så jeg tror ikke, at det er noget, som vi har skilt fra os. Og jeg tror, at det er derfor, vi har det så dårligt i det moderne samfund. Fordi vi ikke lever op til vores urmenneskelighed, om man vil. At tage vare på de svageste. Og så er der undtagelser. Så ved jeg godt, der er indført, en der hedder Trump, og en der hedder Putin, som er bare nogle røvbananer og slet ikke er sådan. Men de er undtagelser. De er undtagelser, fordi de fleste mennesker har en intuitiv ønske om at være gode ved andre. Det ligger i os. Og så har vi så lavet nogle regler, der hedder religion og nationalitet og sådan en ting, så vi kan hise hinanden op, og så kan vi tæske hinanden alligevel. Men det er mod vores natur. Vi ved det fordi, når du sender soldater i krig, så kommer de tilbage med noget, der hedder Moral injury. Som er anderledes end stress Jeg kan godt give jer stress. Jeg skal bare give jer en masse arbejdsopgaver og fjerne jeres tid, så får I stress, og så får I fysiske symptomer. Det er relativt nemt at give. Hvis jeg skal til at give jer moral injury, som til synligt er noget andet ligner stress Men er helt andet. Så skal jeg få jer til at bevidne eller udføre handlinger, som strider imod jeres grundlæggende menneskelige værdier. Det fandt man hos soldater. Og så har man taget de samme måleinstrumenter på sundhedsprofessionelle, og det vi måler, vi bonger ud. Vi har moral injury, fordi vi bevidner og udfører handlinger, der strider imod vores grundlæggende menneskelige værdier, fordi vi ikke tager os godt nok af vores patienter. Det kan man måle. Altså, det er en for sundhedsperspektiv. Det er eksploderet under covid. Og der er masser af litteratur på det, der hedder moral injury. Det er mega spændende, fordi, og her kommer min pointe, som ikke er evidensbaseret. Jeg tror, at det er noget af det samme, der sker i det, man kan kalde normalbefolkningen. Blandt andet hos de unge. At der er sådan en indbygget medmenneskelig mod at være en del af et meningsfuldt fællesskab hvor man tager vare på hinanden hvis I kigger på Friends tv-serien så er det jo det der kendetegner om at der er en der er svag så tager de andre vare på den svage og så skifter det roller. et godt parforhold, hvis I er i et parforhold så kan I

prøve det derhjemme eller skal I vente til, så kommer I et parforhold, det er sådan et lille videnskabeligt forsøg, man kan lave. Hvis ens partner siger, at jeg er lidt træt i dag, eller jeg er lidt ked af det, og det har også svært. Hvis I så siger, at jeg er også ked af det og træt, så går der udu i parforholdet. For når den ene melder, at jeg er i en sårbar situation, så ligger det naturligt for den anden at sige, vil du ikke have en kop te? Fordi det er et spil, der er i et parforhold. Et naturligt godt parforhold. Ikke hvis man er gift med Trump. Men det ligger i vores medmenneskelighed. At når en er stærk, så vil jeg gerne tage vare på de svage. Og det skal vores hus afspejle. Vi skal stimulere til, at mennesker kan mødes og dele noget. Og det gør vi ikke endnu. Endnu. Endnu. Det er noget af det, jeg håber på at kunne være med til at bidrage og se, om vi kan lave nogle ting, som kan stimulere møder. For i møde med mennesker, ligger også omsorg. Så snart vi mødes, og har et ligeværdigt møde, så er det potentielt omsorgsfuldt møde. Det kan også være ubehageligt, men det er jo ikke det, vi vil lave. Og det skal man tænke på, hvordan kan bygninger stimulere det?

Emma:
Det tager mig til at tænke lidt, jeg bliver inspireret. Men lige nu er der jo mange ting, der er delt op. Det her er et diabeteshus, der er et hospice og der er et plejehjem. Men de er jo alle sammen syge. Om huset måske, i stedet for at det trækker fra plejehjem og hospice, man kunne måske godt have en endnu bredere vifte.

Kristoffer:
Det tror jeg. Altså lave et fælles hus. Sådan et fælles sygehus eller et eller andet. Ja, eller et område. Altså et mødested. Hvis man nu tog et større område og jævnede det med jorden, så byggede op sådan, at...
Fordi der er også nogle typer sygdomme, som har brug for at være lidt væk. Altså demente skal ikke vandre rundt blandt ikke kognitivt svækket, fordi det kan give nogle konflikter, som er unødvendige. Så det er fint nok at have et område, hvor de demente bor, og det er lidt det samme med psykisk syge. Altså hvis man er psykisk syg, så er det også en god idé at blive skærmet lidt fra hverdagslivet. Men man kunne godt tænke i at lave sundhedsfremmende områder. Ude i det, der hedder Nordhavn her i Københavnstrup. Det er en gammel havneområde, som de har gjort til vanvittigt dyre lejligheder, og det er så hvad det er. Men det, der er interessant, det er, at de har, da de gravede lortet op, så lavet kæmpe underjordiske parkeringspladser. Så når man går rundt i de bygninger, er der ingen biler. Det vil sige, at i teorien kunne der løbe børn og lege, det gør der så ikke, fordi de er så pisse dyre, så der ikke er kun ældre mennesker der har råd. Noget, man mener bare, er, at det er jo et eller andet med at tænke, at det er fandme smart at få bilerne væk. Fordi man kan ikke, altså i alle hospitaler på Sjælland, der har vi få parkeringspladser, fordi vi siger, vi håber ikke, der kommer så mange biler. Men det gør der altid. Så i stedet for at bygge for få parkeringspladser, så folk bliver sure og føler sig svigtet af, at der ikke er en parkeringsplads, eller de får en parkeringsbøde til 800 kr., så bare få bygget det lort nedenunder. Altså, det er jo det, jeg mener med, så ville man jo kunne lave, hvis nu der ikke var nogle biler inde på matriklen, både hospitalet og diabetescenteret, så ville vi jo godt kunne have en lille park, hvor man kunne lege, hvor de omkringliggende børnehaver kunne tage på udflugt, man ville kunne gøre nogle andre ting, som ville kunne stimulere til fællesskaber.

Paulina:
Ja, fordi det er jo det, der er hele kernen i folk, der er syge, det er jo det, de mangler i relationerne. Men også i folk, der ikke er syge. Men det ville også gøre godt for sådan, fordi nu var vi også inde ved den lukashuset, fordi så var vi tidligere, der kom vi også ind og snakkede om det her med, at der er også nogen, der kommer til nogle steder her, der fx ikke har noget familie, eller ikke har nogen pårørende eller venner f.eks. Så det er jo meget, ikke belastning, men lad os sige, det er meget, at personalet et eller andet sted skal gøre, for ligesom at varetage sådan noget, som man måske kan få det fra hinanden lige så meget.

Kristoffer:
Vi har jo lavet et sundhedsvæsen, hvor vi tror, at den eneste interaktion, der skal ske, er mellem personale og patienter. Vi udnytter slet ikke, at der er et savn blandt alle de her mennesker, der er. Langt de fleste af dem, der sidder i vores venteværelse lige nu, ville gerne have noget mere socialt. Så vi jo lagt nogle spillekort på et bord til at invitere til en samtale og snakke med din nabo og der er jo også nogen, der har lavet sådan nogle bænke rundt omkring i bymiljøet, hvis du er ensom sæt dig her. Der er jo ingen kat, der gider sætte sig på en bænk, hvor man bliver stigmatiseret. Jeg har ingen venner, så derfor sidder jeg her. Det er der jo ikke nogen, der gør. Så de der bænke vil jo aldrig blive en succes. Altså, det er bare dumt. Det er raske menneskers hovsa løsninger, for at kunne komme i tv-avisen. Det smarte er jo, hvis man kan lave nogle miljøer, hvor nothing, altså, hvor det er naturligt, at der kommer en eller anden form for interaktion. Og jeg ved ikke, hvordan, fordi jeg er ikke arkitekt. Det har jeg fortalt jer. Men jeg ved, at det bør kunne lade sig gøre. Når man kunne lave en telefon, der både er telefon og computer og bottom-tab på én gang, så kan vi også godt lave nogle miljøer, hvor folk bliver stimuleret til at være fælles. I en langt højere grad end her. Og vi ved, at det er det, de fleste vil. Og så er der nogen, der ikke vil. Og fred med dem. De kan da bare sætte sig i hjørnet og være ensomme. Det skal jeg ikke blande mig.

Paulina:
Ja, jeg tror, det handler om at give de muligheder, eller være i nogle situationer. Man ser det jo også nogle gange, sådan noget så simpelt som at sidde i samme togvogn, eller samme bås et eller andet sted, og nogen har nogle snacks, så har du nogle gange lyst til at dele det med en, du aldrig nogensinde har snakket med. Altså fordi du er placeret i en situation, hvor du bliver eksponeret fra et fremmede menneske, for eksempel.

Kristoffer:
Og her har du i virkeligheden sagt en del af løsningen. Vi danskere elsker at komme ting i vores mund. Jeg ved ikke om andre lande har det, men vi danskere, vi skal bare have noget i vores mund, så er vi tilfredse. Vi bliver først rigtig trygge, hvis vi er til et møde, hvor der er wienerbrød og kaffe. Og derfor er det en fejl ikke at lave en gratis café. Fordi så er man genereret, hvis du ikke har penge, så er det fint. Hvis du har penge, så kan du få dem. Og så er vi allerede nu begyndt stigmatiseringen ind i gruppen. Og igen, det er jo ikke nogen onde mennesker, der har tegnet det her, men det er bare gennemtænkt, hvad signalværdien er. Og det er det, I skal.

Emma:
Hvis man tager udgangspunkt i det plejehjem, Dagmars Minde. Måske man ikke nødvendigvis skalerer det op, men laver mange af dem i fællesskab og eller måske en fælles stor stue. Sådan at de demente der er skærmet af, og hvor folk de bor der. Hvor der så også er sådan en lille daglig stue for dem der er i området, men samtidig noget større. Ja, så man laver forskellige daglig stuer, til de forskellige mennesker, nogle små private og nogle større der er mere offentlige.

Kristoffer:
Men det er præcis det man skal tænke ind i, at man skal tænke ind i, altså der er en bog, der hedder At være dødelig. Han hedder Atul Gawanda, som er en vigtig bog. Fordi vi har sådan en tendens til at sige, hvor var det godt, hvis vi ligesom i gamle dage, hvor vi boede mange generationer sammen. Og helt ærligt er det jo ikke. I gider jo ikke bo med jeres forældre. Det gider I jo simpelhed ikke. Og det kan jeg godt forstå, jeg gider heller ikke. Så lad os nu lade være med at romantisere noget. Det fungerer ganske udmærket i gamle dage, hvor forældrene døde til ordentlig tid. Nu bliver de jo bare ved med at leve. Det er jo også derfor, at det her med den fædregård, den virker ikke mere. Vi kan bare kigge på det engelske kongehus. Man kan ikke have det, man kunne i gamle dage, fordi folk lever sammen for lang tid. Og I har brug for at tale med jævnaldrende eller andre om noget, der optager jer.
Det er ligesom de gamle i Holland sagde, at de manglede et sted at udtrykke, hvem de var. Fordi sådan en flok gamle tosser, synes ikke det samme er spændende, som I synes er spændende. I synes noget andet er spændende. Så på en gang skal vi indtænke, at man skal kunne lære nogle fællesskaber for dem, man er lige med. En grund til, at mange af de mænd, der har det dårligt, det er, at de tolker, vi føler sig stigmatiserede, fordi de godt forstår, at de er anderledes. Men de forstår ikke, hvorfor de er anderledes. Og det er jo, hvis man prøver at sætte sig selv i det billede, at man kommer ind og alle var anderledes end en, og man vidste ikke, hvordan man skulle opføre sig for at få en del. Altså hvor skræmmende det er.
Så på en eller anden måde skal vi facilitere, at der kan være fællesskaber på tværs. Det er en super god idé, når man har sådan nogle børnehave børn, der synger lucia hos de gamle, det kan godt være både børn og de gamle. Så vi skal lave fællesskaber tværs, men vi skal også kunne trække os ind i nogle fællesskaber, hvor vi føler os ultimativt hjemme. Så på en gang skal vi udfordres, og se livets mange facetter. Det er jo ligesom, at nu ved jeg ikke, hvordan kønsfordelingen er på en arkitektskole, men man ser tit sådan nogle grupper som jeres, hvor man ligner hinanden. Vi vil gerne arbejde sammen med nogen, der ligner os. Vi vil helst ikke arbejde sammen med nogen, som er helt andet end os, for det er sgu for svært. Hvis der er den tossede, som gerne arbejde om natten og kun om natten, og så siger jeg, jamen vi gider ikke arbejde om natten sammen med forladet. Så på en måde skal vi lave nogle fællesskaber, som vi nemt identificerer os med og føler os trygge i. Og samtidig skal vi lave nogle fællesskaber, som udfordrer os lidt, så vi også bliver stimuleret til at tænke nyt og se nyt. Så ja, vi skal kunne bygge, når vi snakker sundhedsfremmende fællesskaber, så skal vi kunne læse ind mellem dem. Der er en fyr, der hedder Michael West, som er en organisationspsykolog, som arbejder meget med ledelse. Og han siger, at i den moderne verden, altså vores verden, I kan jo ikke blive ansat på en arbejdsplads, uden at I hører noget om Teams. Vi er altid i Teams. Og i hvert fald, så snakker vi online i Teams. Alt handler om Teams. Det er egentlig fint nok, og det er fint at arbejde i grupper og alt sådan noget, men hvis du skal have mulighed for at opbygge en arbejdsplads, hvor I trives som mennesker, så skal man have et home team kalder han det, hvor han siger, her skal I føle jer trygge.
Det kan godt være, I indgår i mange Teams-relationer. Fint nok. Hvis I ikke har ét sted, hvor I siger, at her er mine venner, det er min hjemmebane. Det er den energi, man får ud af det, som gør, at man kan være god holdspiller i de andre, lidt mere løslige teams. Og det er det, som er vores udfordring, og det er det, som jeg godt kunne tænke mig. Og derfor er det ikke nogen dårlig idé, at nødvendigvis at have et diabeteshospital. Fordi så kunne folk med diabetes, de fejler jo også, mange af dem fejler også 10.000 andre ting. Og jeg er egentlig ikke klar over, hvad der bliver deres home team. Men de skal have et home team. Det kunne være her, fordi den her bygning har den rette størrelse til det. Tænk hvis de kom ind her og sagde, nu er jeg på hjemmebane.
Når jeg er over hos nyrer lægerne, hjertelægerne og de andre læger, så er jeg blandt læger, de er flinke, men her er jeg på hjemmebane, at her kan skuldrene falde, og bare være tryg. Og så i andre dele, der skal jeg mande mig lidt op. Det kan jeg i hvert fald også gøre.

Paulina:
Flere gange tror jeg, vi har snakket lidt om det her med hjemlighed, og forsøgt ligesom at oversætte det til sådan, hvad betyder det? Og der tænker jeg et eller andet sted, at det er sådan noget som, det at føle sig på hjemmebane. Jo, de fysiske rammer, der faciliterer vi, hvad der kan ske, men det er måske også dem, der indgår i de fysiske rammer et eller andet sted, der kan være med til at give dig følelsen af, at det her er hjemligt på en eller anden måde. Det er velkendt, det er ikke ukendt, om ikke andet.

Kristoffer:
Og derfor gør det ikke noget, at alt ikke er hjemligt, så længe der er noget, der er det.

Emma:
Der har også været flere tv-programmer inden for disse emner. Hvor man sætter børn sammen med de ældre på et plejehjem, hvor de skaber et fællesskab på tværs af generationer. Derudover har der lige kørt det med Puk Elgaard, om et demenskor. Hvor de først kommer og er meget udtrykke, fordi de kommer ud af deres vante rammer, med de ender med at få et fællesskab.

Kristoffer:
Og det er jo det, som fællesskaber kan. Jeg siger ikke altid, at vi skal være i fællesskaber med folk, der ligner os. Hvis man på en eller anden måde kan lave et home team med folk, der ikke ligner os, så er det genialt. Men vi er nødt til at tænke i, at fællesskaber, de sundhedsfremmende fællesskaber, skal være meget trygge, og man skal føle sig på hjemmebane. Men der så man jo også nogen, der var sådan, hvis du kan gøre det, så kan jeg også godt gøre det, fordi du har også demens, det har jeg også, så kan jeg også godt stå og synge. Og så var der nogen, der var skidedygtige til at synge. De kom

jo alle med forskellige baggrunde. Men de løftes jo i flok. Og det kunne man tydeligt se, Ja. Synes jeg. Men det er der ingen tvivl om. Og det er jo noget med, hvordan kan vi omsætte det? Hvordan kan vi i vores bygninger facilitere det? Om man kan sige, om Steno, diabetes copenhagen, skal jo ikke på den måde være et home team, fordi her er folk jo. I hvert fald indtil nu, hvor jeg nu får meget lidt. Jeg kunne godt tænke mig, at vi slår dørene op og inviterer folk.
Efter kl. 16, hvor der ikke er nogen andre. Men det er en anden historie. Men hvis vi går gennem hospiceplejehjem, bosteder og sådan nogle ting, så skal man jo gøre det hjemligt, gøre det fællesskabsfremmende og stigmatiseringsmenneskene. Når de små børn besøger plejehjemmene, så kan jeg da love for, at de små børn gør sig umage. Så de føler sig ikke på hjemmebane, men de føler, det er spændende, og det er interessant, at de gør sig umage. Ligesom første gang, man spiller skolekomedie, så er det også meget frygteligt, når man gør sig meget umage. Og de gamle gør sig også umage. Og det med at stimulere, at folk gør sig umage, er rigtig godt. Så nogle gange også at udfordre er rigtig godt. Fordi det er jo en god menneskelig læring, fordi små børn gør sig umage at opleve det lykkedes. Så det er godt. Så man skal jo tænke i begge ting. Det er lidt ligesom sådan et efterskoleophold. Ja. Når man lander i efterskolen, nu har jeg aldrig været på efterskole, men jeg har børn, der har været der, og derfor kigget nysgerrigt på den udvikling, der skal.
Da de lander, er de eddermame usikre på hinanden alle sammen. Og så går der sker der et eller andet, så er de ikke så usikre på hinanden mere i en periode. Og så holder de op, og så er det jo virkelig voldsomt, emotionelt at stoppe. Så det er jo en massivt interessant rejse på seks måneder. Nu skal vi bygge et sted, hvor folk skal leve og åbne. Så der er helt ned til detaljen, hvordan skal vi få de her kister ud af huset. Så de ikke nødvendigvis kører forbi alle. Men samtidig, at det ikke bliver tabubelagt, at folk dør. Så i dag vil vi også starte en tradition med det, at der er stearinlys. Der er nogle store og tunge lys. Når en er død, så er der store tunge lys. Så hele huset kan se, at der er en, der er død. Hvis de vil se det. Det står ikke i midten af stuen, det der stearinlys. Det står ved indgangen, så man kan se det, hvis man så rent faktisk lyst.

Paulina:
Ja, det er faktisk relativt sådan, altså de steder, vi i hvert fald har været, det er sådan lille, altså den er der for dem, der nu synes, de har lyst til at se det og være en del af det et eller andet sted. Men det er ikke fordi, du er tvunget til at se det.

Kristoffer:
Men det skal gerne være så stort, at man lægger mærke til det.

Emma:
Jeg har lidt lyst til at vise dig de der renderinger fra big af. Den der ene.

Paulina:
Ej, det er virkelig flot.

Kristoffer:
Så kan jeg nævne den anden detalje, mens I leder. Jeg vil meget gerne se det.
SER RENDERINGER
Her gør de jo det, som er ekstremt op i moderne sundhedsorganisatorer. Og jeg køber forsætning på det. Det her med at få naturen helt ind i byggeriet. Og det er dejligt, at det er der, og jeg køber helt ind på det. Her kan jeg se igen det samme, at de prøver at gøre det småt, selvom det er stort. Her synes jeg ikke, de lykkes helt med at gøre det småt, selvom det er stort. Men bagsiden er det der. Det ligner sådan lidt mere en kirke. Men fred vær med det.
Her har de jo... Alle moderne byggerier ligner det her, som ligner det her, som er det samme.
Vi skal have blankpoleret gulv, og vi skal have skandinavisk i designet. Og det kan godt være, at det er piv smart, men jeg tror nok, at der er nogen, som ikke synes det.. Hvis du er vant til at komme på et brunt værtshus, så føler du dig ikke hjemme. Nej. Og det er flot.

Paulina:
Det snakker de jo faktisk også om, da vi var på Lukashuset. Nogle gange kommer der også hjemløse ind. Det er jo lige pludselig en helt anden tilgang. Det er alle sociale lag. På tværs af religioner. Ja.

Kristoffer:
Det ser jo altid godt ud, når man laver reklametegninger. Ja, det er det.
En lille praktisk detalje, jeg har lært af en psykolog. I mange samtalerum, der er sådan nogle servietter, som er til at tårer øjnene i på bordet. Det er ikke godt. Så signalerer vi, at her skal man græde, og det er der nogle, der er vældig provokeret af. Mange sundhedsprofessionelle, når folk begynder at græde, hvis det ikke ligger på bordet, så pisker de rundt, og finder papir og giver det til dig. Det er heller ikke godt, så signalerer vi tør skat.
Ja. Og hvorfor skal man tørre øjnene, hvis man græder over noget der er værdifuldt og at man har mindst, så er det da et lidt forkert signal at starte med at sige, tør øjnede skat. Fordi ja. Så hvis man er dygtig i sin arkitektur, så er det lidt ligesom lysene, at der er en hylde, som man ikke tvinges til at se på, men man lægger mærke til alligevel, og der ligger servietten. Fordi så kan man som grædende syg kigge op mod hylden, og så kan jeg som sundhedsmedhjælper fange, nu begynder du at kigge efter det, og så henter jeg det. Indtil da, må snotten løbe, det er der meget få der er døde af. det her med at prøve at arbejde med at vise, at have noget, som set, uden at skulle ses. Uden at blive konfrontatorisk. Det vi lægger mærke til, men egentlig ikke er bevidste om, at vi lægger mærke til. Og de sanselige indtryk, det er det, som bliver, jeg tror, det bliver det næste store spændende. Lyde, dufte

Paulina:
Jeg kom egentlig til at tænke på, fordi nu nævnte du i forhold til Dagmars minde, det her med, at hun også havde sådan noget som luftrenser, fordi det også påvirker i forhold til lugt og indtryk og sådan noget. Vi skal også i vores opgave, der har vi skulle vælge et teknisk felt, og der bliver det så indeklima, fordi det giver god mening i forhold til det. Når man sådan tænker forskellige typer af sygdomme eller et eller andet, jeg ved godt, der er en lang liste af, men altså, hvad er nogen, fordi jeg kom til at tænke luftrenser, det er jo et aspekt af det faktisk.

Kristoffer:
Lugt er meget vigtigt. Ja. Der er decideret sygdomme, der lugter. Og det er ikke rart for nogen. Så man skal kunne rense luften relativt effektivt. Så kommer den aller største af alle opgaver, det er jo at have nogle mygler,

som på en gang er nemt at rengøre, men samtidig ikke ligner noget, som er skabt af en hygiejne sygeplejerske.
Vi har sådan nogle ting, der ligner døde mummitrolde, som helt sikkert er skabt til, at man kan spritte dem af. Det er jo ikke rigtig godt. Og så synes jeg, hvis vi taler om at bygge bygninger, hvor syge mennesker skal have det godt, det her med, at vi danskere putter noget i munden. Jeg tror os andre folkeslag gør det, men jeg ved ikke særlig meget om andre folk. Der er meget jeg ikke ved noget om, og det er blandet noget af det. Men jeg ved det med danskere. Vi elsker når der dufter hjemligt, og hvis der dufter hjemligt, så dufter der af kaffe, te eller en der har bagt boller. Vi går totalt amok, når der dufter af bagte boller, så bliver vi simpelthen så afslappet og rolige. Jeg arbejdede på et hospice hvor, de var kloge til det, så hun bagte boller hver dag om morgenen, så når folk skulle have morgenmad, så duftede hun af bagte boller. Og hele december måned havde hun kanelsukker ovenpå bollerne, inden hun bagte dem, så der duftede karamelliseret kanel hele december. Altså, der var ikke et øje tørt.
Og så indtænke, hvordan kan vi få nogle, altså hvordan kan vi fjerne de grimme dufte, og få nogle gode dufte af det. Og der er natur jo også godt.
Hvorfor har vi ikke et grantræ? Om vinteren, der kan dufte af gran? Det dufter jo ret kraftfuldt. Og jeg tror på, at det skal være ægte. Jeg tror ikke på, at de kemiske dufte er de så gode. Og jeg tror også, at de allergifremmende. Og så dyrt er gran og appelsiner ikke. Og et hus som det her, der kunne vi simpelthen, og jeg forstår ikke, at vi ikke gør det, vi kunne have et bord fuld af appelsiner og nelliker, og nogle røde bånd, og så kunne vi sige til alle børnene, der kommer, hey, vil du møde et barn i det her hus? Vil i ikke være med til at lave appelsiner og nelliker. Og så var børnene sige, jo. Og så kunne de vise deres mor og far, se, jeg har lavet den her appelsin, den hænger der.
Altså, på en eller anden måde, integrere nu vores ønsker og duft ind i vores møde med mennesker. Og så ved jeg godt, der er regler for, hvem der må være i køkken, og hvem der må fravær en arbejdsgivende. Men nogle gange bliver vi nødt til at droppe de regler og sige, det ville stimulere noget godt. Og jeg er sikker på, at man kunne arbejde med sanselige indtryk, på en måde, som ville gøre sundhedsfagene og værdighedens givende.
Og jeg er helt sikker på, at man skal gøre lidt anderledes hos de demente og de psykiske syge, end en kronisk syg som her i Stenoland, men linjerne er det samme. Og jeg tror også man skal arbejde lidt anderledes, hvis man skulle lave et hus til hjemløse, tidligere misbrugere og det vi hjemme hos os kalder hot and totter, fordi vi arbejder meget hjemme hos os med socialudsatte. Så skal man jo også tænke, det ene skal ikke ligne noget højfint, højpoleret, for der skal jo være en anden råhed i det, så det kan holde til noget andet.
Men det vi ved om mennesker, det er, at alle mennesker kun nogle få psykiske sygdomme, men resten af menneskerne vil gerne have fællesskaber. Jeg har endnu ikke mødt et menneske, som er ligeglad med deres helbred, men ikke alle formår at omsætte deres ønsker med bedre helbred til begavet adfærd.
Jeg spiser for meget selv og sådan en ting. Så man skal ikke lede længe, før man kan genkende lidt af det. Men alle vil gerne have et bedre helbred. Så på en eller anden måde har vi, når vi arbejder med sundhedsfarme, jo en fantastisk mulighed for at kunne påvirke alle. Hvis vi gjorde... Den fejl vi tit laver, det er, at vi laver det så specialiseret, og det er også lidt det, der er min anke mod hospice, det bliver så specialiseret, det til de få.
Jeg kan godt lave noget, som var så ligetil og imødekommende, at det var til alle, og så ved jeg godt, at der er nogen, der er specialiserede, og de skal så hen på det hospice. Og fint nok, men resten af banditterne kunne komme her.

Emma:
Man kunne godt se, selvfølgelig kan man godt lave en del i vores fremtidige bygning her, hvor det så i stedet for at skære det over med en kam, at det er det døende, så kan man lave en for kraftramte og en for KOL og en for...

Kristoffer:
Ja, virkelig skal man tænke sådan her. Man skal have et sted for folk, der har en sygdom, der går meget hurtigt, fordi de dør meget hurtigt, og de dør anderledes end folk, der har en sygdom, der går meget langsomt. Og så skal man lave noget for nogen, der er kognitivt, altså bevidsthedsmæssigt meget svært påvirket, som kan fare vildt og så lignende. Så der er nogle træk, man godt kunne klumpe folk sammen på. Ligesom lidt smart i Djurslands voksenhospital, børnehospital, det er jo, at der er en gang, der forbinder dem. Så det bliver til to huse, men det er tydeligt ét hus. Og det synes jeg er et godt knep.

Emma:
Vi har brugt lang tid på at finde ud af, hvem arkitekten var på det, fordi at Pau har været ved C.F. Møller, og de har lavet modellen for at de har lavet hospice i Djursland. Men så besøgte vi nogle fra Artt arkitekter, og de havde jo også noget hospice. Men er det ikke det samme? Det kan man så ikke forstå. Men det er jo så fordi, at den er todel, men den virker som en, når man ser den.

Kristoffer:
Og det er jo det, de lykkes med. Som jeg husker, så er det sådan, at voksent hospice blev bygget først, og så kommer børnene op lidt senere. Og så er det den her gang, der forbinder det. Og når man er der, er man ikke i tvivl om, at man er det ene eller det andet sted. Men det bliver ikke sådan, at det er anderledes. Det er bare sådan, at det er de her subtile ting, som gør det smart.
Jeg synes virkelig, det er godt lavet. Fordi det føles genkendeligt, som hvis børnene fik formuleret sig ind på voksen hospicet, så ville de ikke være skrækslagende, at det er helt forkert og helt andet sted, men de kunne også se det andet sted. Og så er der en vej hjem, og det er jo den vej. Sådan nogle ting er smarte, synes jeg.

Paulina:
Men det er jo også noget, der har kunne holde til, at der er kommet en fremtidig bygning, uden at den stikker. Det er ikke bare en lidt klodsetilbygning ved siden af. Det er rent faktisk en, der kan få mod til at... Jeg tror også, at deres nye har bygget ud fra den akse, der er lavet til det første hus.

Kristoffer:
Jo jo, og det kræver jo noget. Det kræver blandt andet plads og alt sådan noget, men det kræver også en respekt af, at der foregår nogle ting i et børnehospice, som bare vil virke mærkeligt i et voksenhospice, og visse vasse. Men jeg undrer mig... Jeg ved s... H hvis jeg var leder af det sted, ville jeg gerne lave mere synergi i personalegruppen og i festivitassen.
Jeg synes ikke i arkitekturen, men i indholdet er for delt

op. Men det er min holdning. Jeg ser, at der er meget synergi i at lede efter ligheder i stedet for at lede efter forskel. Og det er det samme her.
Jeg synes jo, og i mit fremtidige hus, der skal jeg have mig en stor skam, jeg synes jo, vi skulle slå døren op og sige til alle vores brugere, at hver gang der var landskamp i håndbold, så var de velkomne her og så døren op og se, hvor mange der kom. Det kunne være helt vildt hyggeligt og fællesskabsfremmende. Og det er så sjovt at se landskamp i håndbold, for vi plejer at vinde, og det kan jeg vel godt lide. Og så gør det til en fest. En fælles fest.
Der er ingen patienter efter kl. 16, fordi det er et daghospital. Vi kunne lave denne bygning til det mest vidunderlige skægge sted om eftermiddag og aften. Men det vil udføre den indbyggede finhed, der er i bygningen.

Emma:
Sådan i opdelingen. Hvis der er noget, man kunne opdele det i korttids sygdomme og nogen der lever længere tid med det. Hvad var den sidste? Kognitiv nødvendighed. Ja, men der er jo også noget med aldersgrupper. Diabetes er for alle aldersgrupper. Så der er også noget med børn, der er ramt af forskellige sygdomme, kunne måske også, i stedet for at de var...

Kristoffer:
Hvis jeg skulle bestemme, så skulle det være områder. Og så skulle der være meget fælles og noget, der var målrettet. Og gerne forbundet, så man ikke fik våde fødder, når man skulle gå fra denne eller den anden, hvis det regner. Men det her med, at vi bliver nødt til at kunne have et sted, hvor vi trækker os hen, og hvor vi ikke skal gøres umage, som børnene har skulle gøre, ved at gå på plejehjemmet. Men samtidig skal vi lave sådan, at børnene kommer på plejehjemmet.
På Hospice Søndergaard, der har de sådan noget legeområde til børn, som pårørende, kunne lege der. Men da Hospice Søndergaard ligger relativt tæt på en børnehave, altså en rigtig børnehave og der relativt tit kommer ambulancer med patienter og bedemænd der henter kister, så har man aftalt med børnehaven, at de kommer på eksklusion og lege på hospices legeplads. Så det bliver som et hyggeligt sted, men man bliver for børnene bare sådan...
En del af livet. Ja, en del af livet, og der kan man også godt lege. Og det er jo det, der er smart. Så kan børnene føle sig rigtig trygge i deres egen børnehave legeplads, og en gang imellem tage på besøg i hospicelegepladsen. Og så er det lidt festligt og lidt anderledes, og så får de vist også en sodavand og sådan noget. Og det er jo den her type fællesskaber, som er begavet, hvor man har en tryg base, men man har også en tryg ramme, hvor man bliver udfordret lidt. Det tror jeg, vi har brug for at blive udfordret lidt.
Men det skal stadigvæk være notchet, det skal være organiseret sådan, at det ikke kan blive rigtig slemt. Og det er det samme her. Jeg ville lave forskellige borde, jeg ville lave forskellige arrangementer, så dem, der kunne lide at strikke, skulle sidde sammen med de andre der kunne lide at strikke. Dem der kan ikke kan lide at strikke, skal jo ikke sidder der. Så på den måde skal man flytte strikklubben lidt væk fra at læse avisklubben. Men hvis man havde er strikkebord, et avisbord og et legobord, så ville vi se, at dem der var tiltaget af de tre ting, vi ville søge, de borde.
Skal det være, at der er et brunt værtshus eller fjerde hjørne? Præcis. Eller en bygning bag nogle træer, hvor man må ryge og drikke. Og der er vores brune værtshuse. Og vi gemmer det lige bag nogle træer, fordi at et rigtige socialt udsatte, det kan godt føle sig stigmatiseret, hvis det bliver for hårdt konfronteret med hvad andre og andre kan føle, og det ene og andet. Så der kan man jo bare lave naturlige adskillelser
Så alle ved, det er der, og der er ikke noget hemmeligt, og der er ikke noget... Men der er tilfældigvis nogle træer. I Holland har de lavet et vidunderligt sted, der hedder Ciro, som er et rehabiliterings- og palliationssted fra Lunders Ville. Så det handler både om rehabilitering, du skal have det bedre, og palliation, i hvor er det dårligt, du skal dø. Ciro ligger ude i en granskov, og det staves med C-I-R-O. Der har de nogle betonstiger, man kan gå, og de har farver på, som jeg husker det. Eller det ved man bare, så er der forskellige længder af betonstiger, man kan gå under den her granskov. Og så er der nogle sindssygt tunge bænke på de her stier, placeret med relativt lille interval. Og de er tunge betonbænke, fordi ligegyldigt hvor svækket du er, og du kaster dig ned på bænken for ikke at falde, så rykker bænken sig altså ingen steder. Så man har bevidst tænkt i, at her går meget svækkede mennesker, så der skal være bænke, og de må ikke være sådan noget, som det her, der kan falde, så bliver man udtryk. Så ville det her være en bænk, som er det sidste, der står på den her jordklode, det er Sigurds bænke.
Og det gør det bare enormt menneskeligt, fordi så kan man tage de ture uden at blive bange for, at man ikke kan gå langt nok, fordi der er altid en bænk i nærheden, hvor man hele tiden kan kaste sig ned og det er smart.
Hvordan kan vi notche folk til at få det godt? Og hvis man ligger i en granskov, så er det derfor at få folk ud i den granskov. Men så kræver det bare lige veje, hvor rollatorer kører, og ikke køre fast, og bænke, hvor man kan sætte sig. Og det kræver plads til at være forskellige, fordi vi har brug for at være trygge, og samtidig kræver det plads til at være fælles, også med dem, der anderledes end os.

Emma:
Det er bare fordi, at jeg kom til at tænke med din kommentar på billedet fra BIG af, at alle ikke bor den måde som renderringerne viser, det gør jeg heller ikke selv. Men vi bliver jo nød til at designe noget, er det så ting eller rum som kan være kendelige, som for eksempel et værtshus?

Kristoffer:
Ja, og det sagde jeg også derinde til det andet. Jeg synes jo, at det undrer mig at arkitekter til den her ting.
I kan lære mere af scenografer i teaterstykker. Hvorfor kan man ikke vende pladerne? Hvorfor er der ikke skjult... På hospice er der en seng, hvor der ligger en halv død, og så skal sygeplejerskerne have deres udstyr, og det er jeg med på. Det skal de have, og der skal den ligge. Men hvorfor er der ikke skjult rum i væggen, som man bare kan trykke? Så åbner sig en dør også, eller en lille låg, og så har man sine ting derinde, og så kan man lukke igen.
Altså hvorfor, når det kan lade sig gøre på en scene, at ændre udtryk sådan her? Hvordan kan det være, at man ikke kan bygge et hospice, hvor vi kan ændre udtrykket? Det eneste vi kan gøre, det er at skifte billedet med det. Man kunne godt forestille sig, at man kunne skifte væg. Hvorfor er det umuligt?
Hvorfor kan man ikke forestille sig, at man har nogle rulle

ting, man kan vælge om man vil have den her type væg eller den her type væg? Jeg ved ikke, hvordan man skal gøre det her. Men det bliver meget statisk, fordi der er nogle fine, raske arkitekter, der siger, at det godt med lyse trægulve. Det vil vi have. Og så er der bare ærgerligt til dem, der ikke vil have lyse trægulve. Tænk hvis man kunne gøre noget, så man kunne ændre udtryk. Så folk ville føle sig mere hjemme.

Paulina:
Ja, fordi det er rigtigt. De steder, det er jo også sådan, at så kan du hænge et billede. Eller stille noget i en vindueskarm. Ja, præcis. Nu ser jeg vel hvilken plante, du har i vindueskammen. Flot. Men du må ikke lave huller, fordi vi ved også godt, at så lang tid er du her heller ikke.

Kristoffer:
Og det er jo også fair nok. Det er jo ikke fordi, at nogen er onde i deres sammenhæng, men det er fordi, at på en eller anden måde, der ikke er noget magi, der ikke er noget illusion. Ja.
Og det tæller selvfølgelig lidt mod den her ægtestil, som jeg sagde før, at man kunne godt lave lidt magi og lidt illusion.

Emma:
Det kunne godt være, at jeg ikke kan vælge, at væggen skal være lyserød, men det kunne godt være, at man kunne forestille sig, at der er hang flere gardiner, så kunne man ligesom have tre muligheder, hvor man så selv har valgt. Jeg gider ikke at se på det her gardin, jeg vil kun se på det her. Jeg gider ikke se på det her. Ja, det handler jo faktisk mest af alt bare om at kunne tage lidt magt tilbage et eller andet sted.
Ja, fordi man har selv valgt. Så kan det godt være, at det er rød, gul, blå, men jeg vil helst have haft lyserød, men jeg kan selv vælge at have den gule.

Kristoffer:
Ja. Man kunne også med lys ændre farve på væggen. Hvis nu væggen er hvid, så kan man jo have nogle lamper, som kunne gøre væggen i andre farver.
Det er jo et eller andet med at ture og tænke ud af boksen og sige, vi vil gerne, at du som menneske, der skal være her i den tid, du nu skal være her i, har mulighed for at have magtkontrol i den essentielle psykologi vil man kalde det valg. Det er et tema i det essentielle, det her med, at hvis jeg fratager jer i jeres valg, så skader jeg jer. Det gør det pivhårdt. Jo færre valg I får, jo mindre lykkelige føler I jer. Jo mere jeg bestemmer, jo mere vil I få negative reaktioner over for mig. Det tror jeg ikke, der er nogen, der er uenige i. Og at vi ikke bruger det positive til at sige, når du er dødssyg eller pivsvækket, så er der relativt få valg, du har tilbage. Lad os nu finde nogle ting, du kan vælge. Lad os nu aktivt sige, vi vil give dig noget, du kan vælge for at styrke din fornemmelse af autonomi og frihed. Når nogle sygdomme har taget så meget fra dig, så kunne vi da godt på en eller anden måde gøre det lidt sjovt. Og man kan rigtig meget sjovt. I kan rigtig meget sjovt, som jeg ikke kan. Men det kan I godt, og det kunne man jo. for fanden må det være sjovt, hvis det var det? Det kan man selvfølgelig ikke gøre et sted som det her, fordi der er folk så kort tid.Men der kunne man jo gøre nogle andre ting. Der kunne man jo blive oppe og sige, så har vi en krog, man strikker, en krog, hvor man laver lego, og noget andet. Ligesom vi har lidt gjort. Altså nede i børnebutikken, der er det lidt mere børneting end i voksenbutikken. Men ikke meget. Og vores bioanalytikere, de hængte edderkopper op til Halloween, og det var godt. Men der er ikke meget af det. Vores julepynt er sådan noget industrialiseret firma, julepynt, som en eller anden firma kommer og sætter op. Og det synes jeg bare er røv og nøgler, når vi har en masse børn. At de ikke får lov til at lave noget til bygningen. Men det er jo holdning til æstetik.

Emma:
Men der er også noget arrangement i det. Hvor man kunne få æbleskiver og gløgg.

Kristoffer:
Præcis. Og så kunne man have 10.000 børn i nissehuer, der rendte rundt og lavede juleklip. Nej, ikke 10.000 børn, men alle de børn, der har tilknytning til vores hus. Ja, det er jo det, jeg synes ville være begavet at gøre.
Og så anerkender jeg, at man kan en æstetisk følelse af, at det er vigtigt at have blankt poleret gulvet.

Emma:
Men nu kan man også i fællesrummene, og det kan være én stor, eller man kan dele den op i to. Det kan være til 200-500 mennesker, eller til 100 mennesker. Ja, det er afhængigt af... Nogen til to mennesker?

Kristoffer:
Det kommer an på, hvis man skal lave noget til 500 mennesker, så skal man jo tænke i, at noget skal kunne være fælles, og noget skal kunne være privat. Eller i mindre grupper for at få den her home team og team. Men det er helt sikkert muligt. Det ved vi jo. Det skal jo ikke tage længere væk end Roskilde Festivalen. Det er sådan noget, unge mennesker tager på. Og så bor de i en teltlejr sammen med deres venner. Men de forklarer deres forældre, at det er fordi det er mega spændende at være blandt så mange mennesker. Men de har brug for at få en teltlejr med deres venner. Home team og så det store fællesskab i Roskilde Festival. Og det er jo den helt naturlige menneskelige drivkraft mod at sige, når jeg sove min brandert ud, så skal det være med mine gode venner, hvor jeg er tryg. Og når jeg er vågen og frisk, så vil jeg gerne være ude blandt de 90.000 andre mennesker, og det evige fællesskab med at være på Roskilde.

Paulina:
Så er det noget i overgangen, fra man er på sit eget værelse, til man er i sin dagligstue. Du skal i gangen, og så i sin lokale dagligstue, til man går ned et til store fællesrum.For det er rigtig vigtigt, når du har noget dårligt, det er særligt der, man er sådan... Jeg vil gerne ligge i min egen seng. Det er der, man har... Når du så har overskuddet, så kan man godt noget sammen eller noget nyt. Det har man overskuddet til.

Kristoffer:
Forskellen på Roskilde Festival og hospice, det er jo så, at folk generelt er mere overskudsagtige på Roskilde. Ikke hele tiden, men generelt. Men det er de samme principper.Ja, overgang er super vigtigt. Det er super vigtigt, at man får de her sandslige indtryk, der fortæller en, hvad gør man i det her rum? Hvad er code of conduct her? Så man intuitivt kan forstå det. Det kender jeg, hvis vi træder ind i, man skal fra et helt andet entitet, i et helt andet kulturkreds, og hvor usikker man kan blive. Og derfor er det mega rart lige at se, står der en masse sko, så skal

man til skoen af. Og så føler man allerede det, at man er lidt bedre kørende, fordi man har lov at få skoen af. Og hvis man ser japanere gå op på en dansk julebuffet, så går det helt galt for dem. Og derfor er de dygtigste steder, der har julebuffet, og mange turister har jo en tjener, der står og forklare. Vi starter her, og så er det en ny tallerken, og så skal vi holde der, og så en ny tallerken, og så skal vi holde der. Fordi Sild og risalamande er ikke godt sammen, synes vi danskere. Men det er jo den her, den her guidence hele tiden, hvordan kan vi lave et hus, så vi notches det og gør det i. Det skal I gøre. Det glæder jeg mig meget til.

Emma:
Ja, du er også meget inspirende? Ja, det synes jeg kommer til at tænke på mange ting. Jeg arbejder med senhjerneskadet afsnit på et plejehjem, hvor de er i en afdeling. Der havde vi en, der var i jobtræning fra et sted i Afrika, og han stod for at skulle smøre vores brød. Han havde aldrig fået sådan en mad, og alle de mennesker, der bor der, de er jo alle sammen rimelig jyske opdraget, så der var kun én måde at gøre det. Det var jo ikke hans måde. Vi fik altså nogle sjove madder i noget tid. Det kunne være lidt sjovt over det. Og det er jo igen den her forskel mellem at blive udfordret og være tryg.

Kristoffer:
Det er jo ikke et problem, hvis det bliver en fælles underholdsværdi i at være udfordret. Det kan vi godt lide som mennesker. Men arkitektonisk og organisatorisk, der skal vi styre til flest muligt forudsigelige succeser. Og færrest muligt forudsigelige fiaskoer. Der skal nok komme nogle fiaskoer, fordi så bliver det covid lige pludselig, eller hvad fanden der nu sker. Men vi kan jo godt det her notching, som jo vi tog op i ny og næ, som jo virker. Jeg har ikke været i eksamen om det, det ved i meget mere om end jeg, men de få gange jeg læser noget om det, der bliver altså overvældet over, hvor nemme vi mennesker er at styre. Ja, det er rigtigt. Og hvor let vi gør det, og hvor nemt det er at gøre. Og det har man heller ikke, udover at det her hus har de her små kroge, som er virkelig geniale, og havene, som er virkelig geniale, så er der ikke meget nutching til fællesskaber og sådan noget.

Emma:
Jeg synes, det jeg har sværest ved, når jeg er på arbejde, er, at når jeg er i fællesstuen, så er vi alle sammen i fællesstuen. Men hvis jeg skal ned og hjælpe en, så er vi ingen i fællesstuen mere, fordi nu er jeg altså gået. Det synes jeg, det kan godt være svært, at jeg er samlingspunktet.

Kristoffer:
Ved Dagmars minde skal man være to. Og hvis man skal være smart, så må man aldrig kun være én. Fordi det er vildt svært at styre. Det er umuligt, men man kan ikke styre det. For det meste er de to, fordi så kan man sikre, at når den ene ikke er der, så er den anden der. Og der vil altid være en grund til, at den ene ikke er der. Ja. Så observatories skal det ikke godt at have et sted, hvor personer skal omsorg og kun have én.
Dagmars minde er måske ikke helt så systematisk bygget op, som jeg ville. Men langt hen ad vejen ligger værelserne i direkte tilknytning til dagligstolen, så man kan gå ud i dagligstuen fra værelset.
Nogle få værelser, der ligger lidt forskudt. Men det er også en omtanke om at have, at man ligesom er overgangen. Man er på sit trygge sted, og så kan man stort set ikke for vilde sig ind, for man er der hvor fællesskabet er. Og så spreder dig sig ikke, og vi får notchet dem hen til der hvor vi gerne vil have dem.
Jo mere skadet din hjerne er, jo mere skal du hjælpes på vej.
I ville jo, hvis man skulle notche jer til Sundhedsfremlige Fællesskaber, så skulle man jo gøre det på en meget mere raffineret og subjektivere måde. Så vi gik i gang med at give jer en oplevelse af at fratage jeres valg. I vil jo gerne vælge selv. Og det må I også godt. Bare I ved rigtigt, ikke? Så der er nogle andre børn er nemme gamle er nemme. Det er jo svært, fordi der ligger i ungdommen et ønske om at lave oprør. Og derfor er det, at tobaksindustrien har lavet mange rygstopkampagner. For de ved, at hvis man laver rygstopkampagner med underrettede unge, så begynder unge at ryge. Og så har tobaksindustrien sagt, se nu laver vi et rygestopkampagne. Velviden, det fik flere unge til at begynde at ryge. Og unge som altid har den der lidt op- og set-tilgang. Og det skal man også tænke ind, hvis der er nogle unge mennesker, man arbejder med. Hvis det er et plejehjem eller hospice, der er ikke så mange unge, så der er ikke så meget rivaliserende. Men tanken om, at vi kan via bygninger og via begavelse, rent faktisk stimulere mennesker til at have det godt. Ja. Er ikke svært, og ikke langt væk, og meget velundersøgt, og utrolig let brugt. Det er nogle helt andre ting, der bliver brugt, og det kan man jo undre sig over.
Ja, det er lidt. For eksempel kirkeindgangen på det nye hospice. Ja. Kan vide, hvem der til et møde har tænkt, det signalerer noget, som er helt vildt smart at signalere.

Paulina:
Ja, det er lidt uheldigt.

Kristoffer:
Man må bare undre sig over, kan vide hvad det var ved det møde, der fik dem til at sige, det der er fandme smart.

Emma:
Vi snakkede om, da vi kom her, følte vi os virkelig inviteret ind. Allerede udefra. Ja, når man går ind, der er ligesom et forløb, der man går ind. Der er én indgang. Det er ret nemt at finde. Og at man nærmest allerede bliver taget ind i atriummet, som så gentager sig inden i bygningen. Det er vildt let at læse. Og overgangen er tydelig.

Kristoffer:
Og jeg er stor tilhænger af det, at man ved, hvor man er. Og det kan alle mennesker jo alligevel. Og her har man fornemmelse af, at nu træder vi ind i steno nu. Ja. Men du har sådan en wayfinding i det var nemt. Og det er jo pivsmart lavet. Det er smart at gribe folk ind med. Ja, inden de kommer ind faktisk. Hvor den der facade, det er jo en lukket facade. Der er jo ikke nogen invitation. Nej, der er ikke noget sanseligt over det. Stenoindgangen er jo også, at nu er det jo meget sne, fordi det er vinter, men ellers er der masser af små planter som ved et sommerhus. Og bevidst er det lidt småt. Det tror jeg helt sikkert er bevidst, at man har prøvet at sige, det skal ikke virke stort og intimiderende, det skal virke lidt hyggeligt. Og det virker på de fleste.

APPENDIX 33
Kræftrådgivning Aarhus

In Aarhus, Kræftrådgivning which is a daytime service was established in 2021 as a collaboration between Claus Pryds Architects and the Danish Cancer Society. The building, covering 1100 m², is a reinterpretation of the classic Danish longhouse. It serves as a contrast to the large superspecialized hospital in Skejby, where Claus Pryds aimed to create a retreat from the clinical and sterile environment in the building. The focus has been on creating a homely atmosphere where soft values prevail. (Pryds, 2022; Claus Pryds, no date)

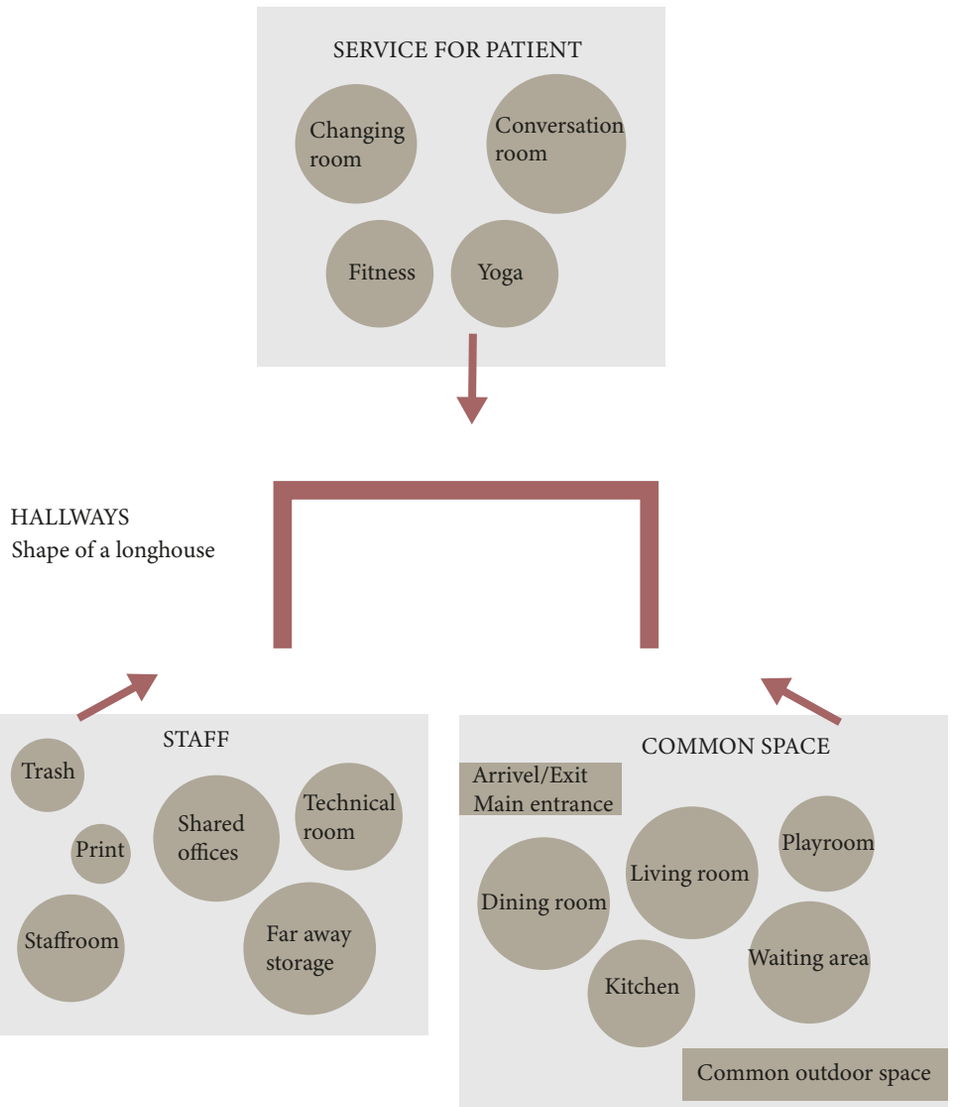
A place where there is also a strong reference to the typical home, and where one experiences this sense of closeness and homeliness, is when entering the building, where a classic kitchen-dining area, similar to what one would find in a private home, greets visitors. Inside the building, materials such as concrete floors, wooden walls, and Troldtekt ceilings have been used. Additionally, there is a detail with a trim placed at a consistent height above a door, which is repeated throughout the building. This gives the place a very grounded feel, even though the roof and ceiling are quite atypical for a regular home. Moreover, several niches are strategically placed throughout the building, offering people opportunities to withdraw while still remaining part of the community. The building's layout, inspired by the longhouse, encloses the surrounding nature, shielding occupants from views of the hospital, nearby roads, and the city. (Pryds, 2022; Claus Pryds, no date)

Kræftrådgivning provides great inspiration for the functions and atmosphere envisioned for the hospice, as there are similarities in the purpose of the counseling services. The intention is to maintain the homely atmosphere throughout the unit, where Kræftrådgivning offers valuable approaches that could serve as inspiration when we begin designing.

Facts:
Kræftrådgivning Aarhus
Architect: Claus Pryds Architects
Client: Danish Cancer Society
Completed: 2021
Area: 1100 m²



Ill. 206:Arial photo of Kræftrådgivning Aarhus, view looking east. (Skråfoto, 2023)


SERVICE FOR PATIENT
Changing room
Conversation room
Fitness
Yoga
HALLWAYS
Shape of a longhouse
STAFF
Trash
Print
Shared offices
Technical room
Staffroom
Far away storage
COMMON SPACE
Arrivel/Exit
Main entrance
Dining room
Living room
Playroom
Kitchen
Waiting area
Common outdoor space

APPENDIX 34
FUNCTION DIAGRAMS SHOWING DIFFERENT USERS ACCESS TO SPACES WITHIN THE PROPOSED BUIDLING

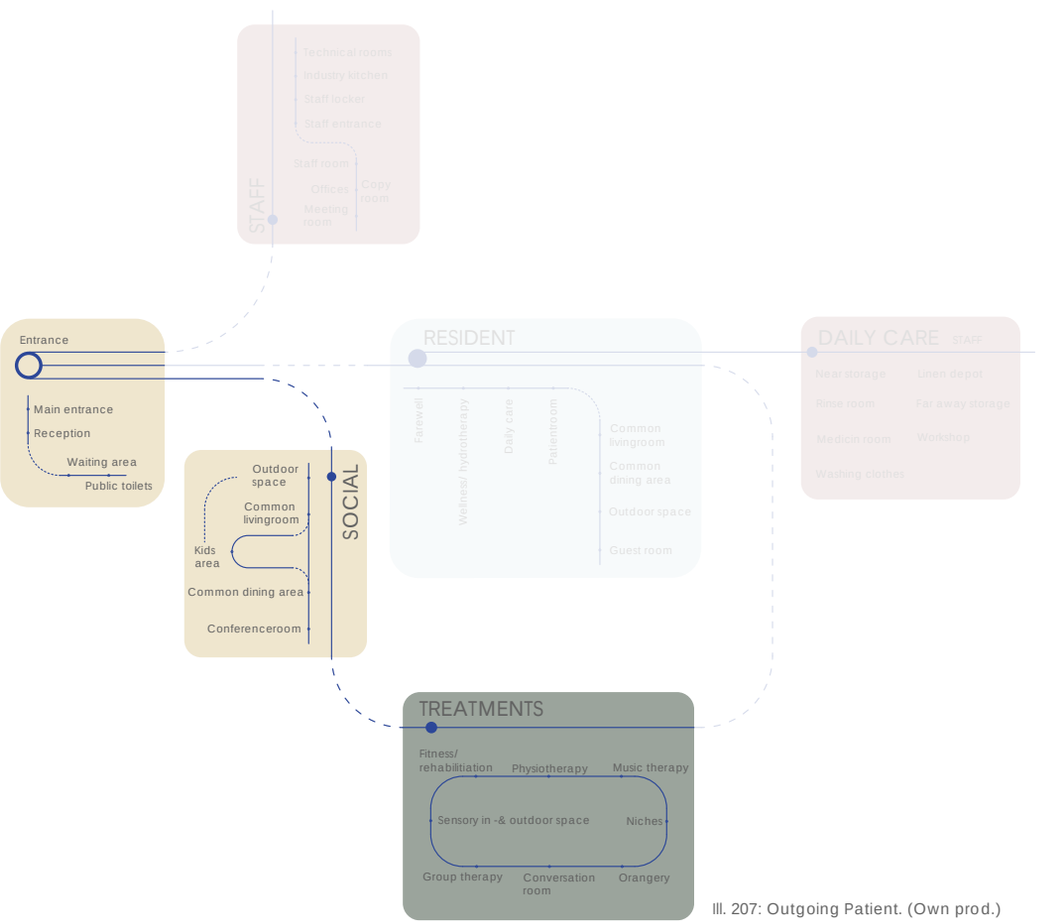
Based on illu. XX, pp. XX, this appendix explores what functions and spaces should be available to each of the main three user groups – outgoing patients, staff, and resident patients.

The outpatient unit, used by the outgoing patients and their relatives, should consist of the entrance, the social spaces allocated to the outpatients, as well as the treatment spaces.

The resident unit, used by the resident patients and their relatives, should consist of the entrance, resident rooms, social spaces allocated to the residents, and the treatment space.

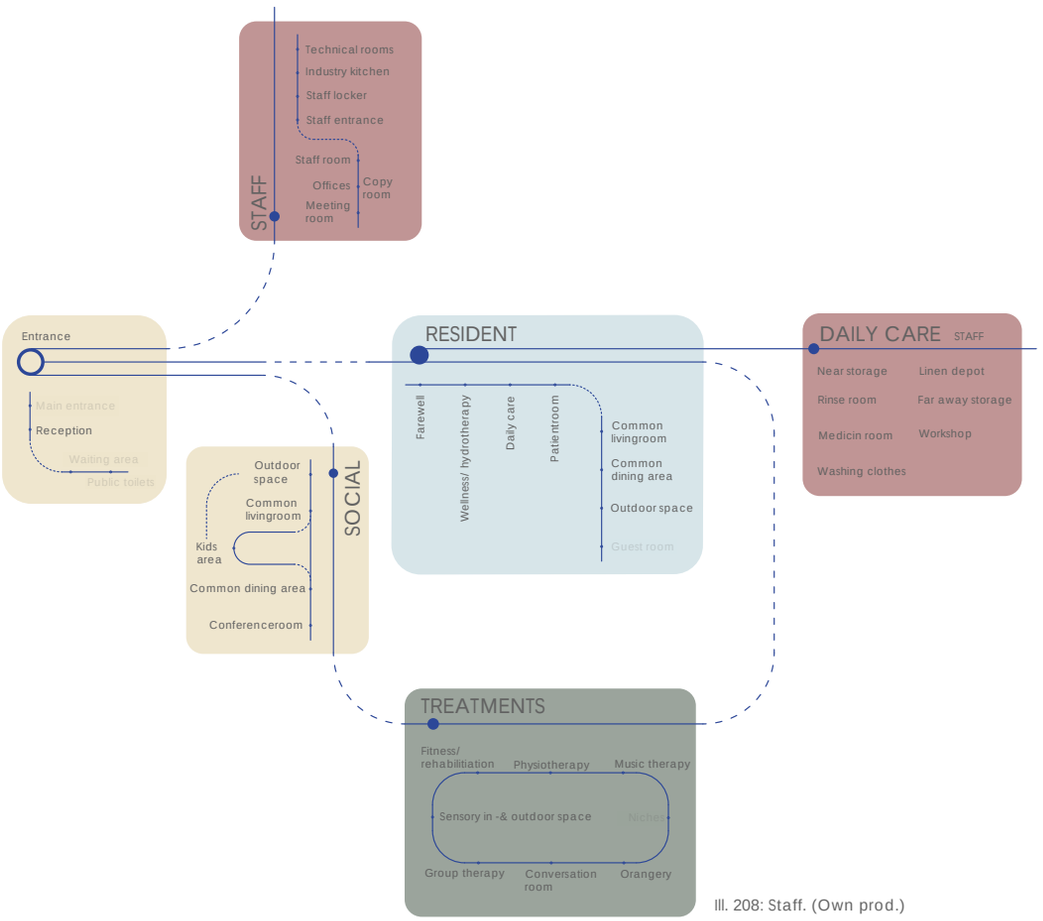
The staff unit, used by the staff of the building, should consist of the staff exclusive spaces – offices, meeting rooms, technical rooms, storage spaces, medicine rooms, and more – while also having access to all the patient related spaces.

Outgoing Patient



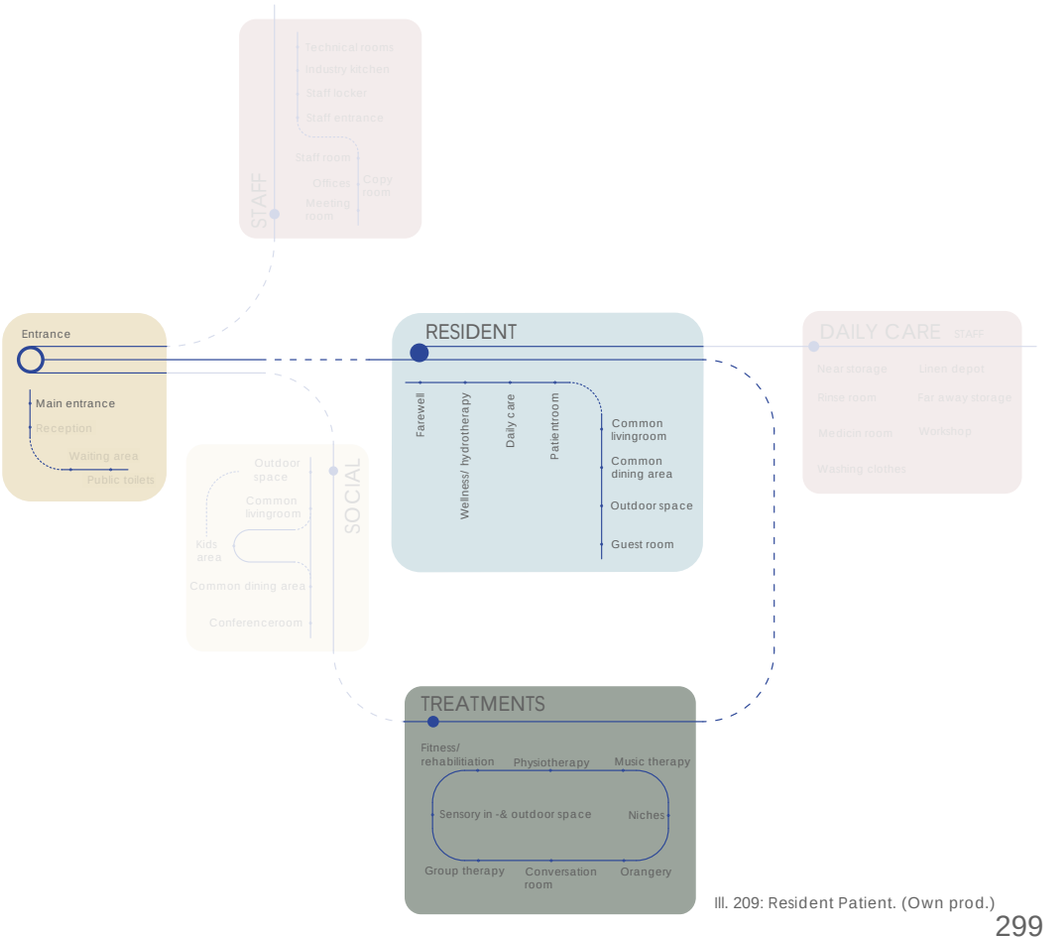
Ill. 207: Outgoing Patient. (Own prod.)

Staff



Ill. 208: Staff. (Own prod.)

Resident Patient

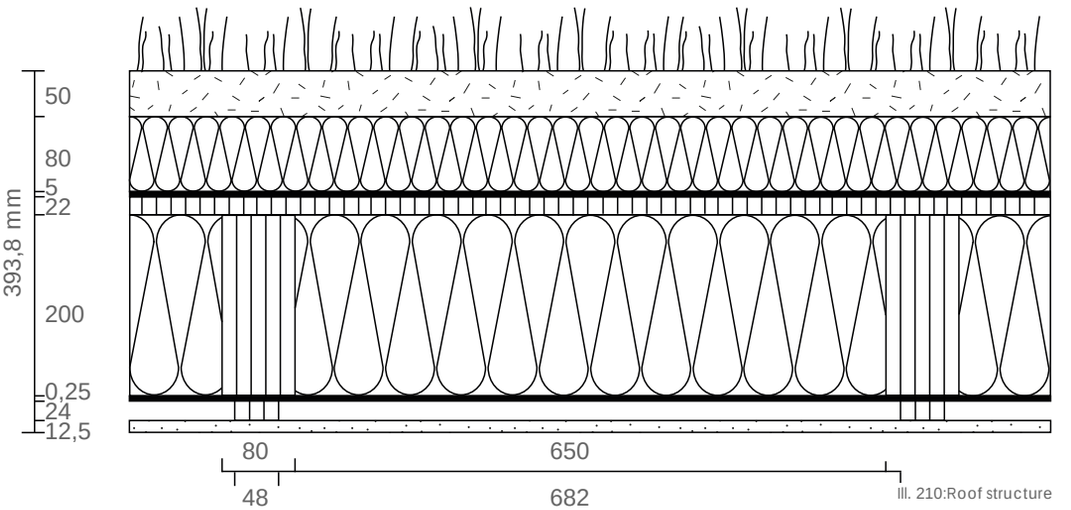


Ill. 209: Resident Patient. (Own prod.)

APPENDIX 35
CONSTRUCTION SPECIFICATIONS

Detail of two types of slabs and two types of walls, designes with the help from ubakus.de (no date).

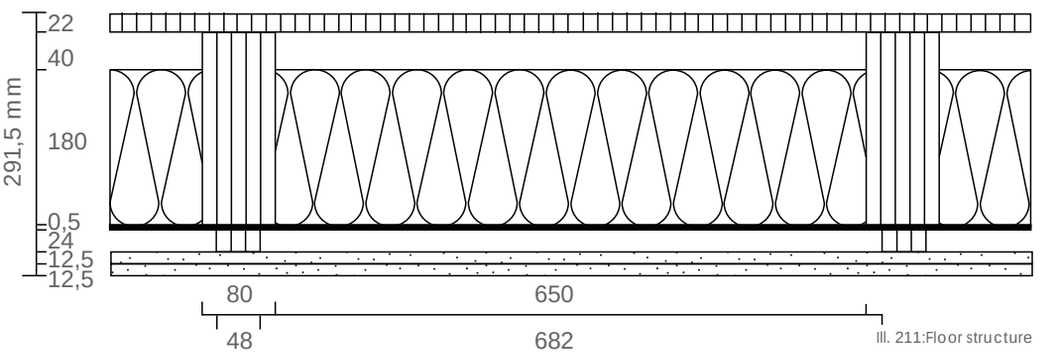
Roof structure



Ill. 210:Roof structure

	Outdoor air
	Sedum cover
50 mm	Soil
80 mm	Extruded polystyrene
5 mm	Bitumen membrane
22 mm	Wood joist
200 mm	Wood joist and Cellulose
0,25 mm	Pro clima INTELLO
24 mm	Wood joists & Unventilated air
12,5 mm	Gypsum board
	Indoor air

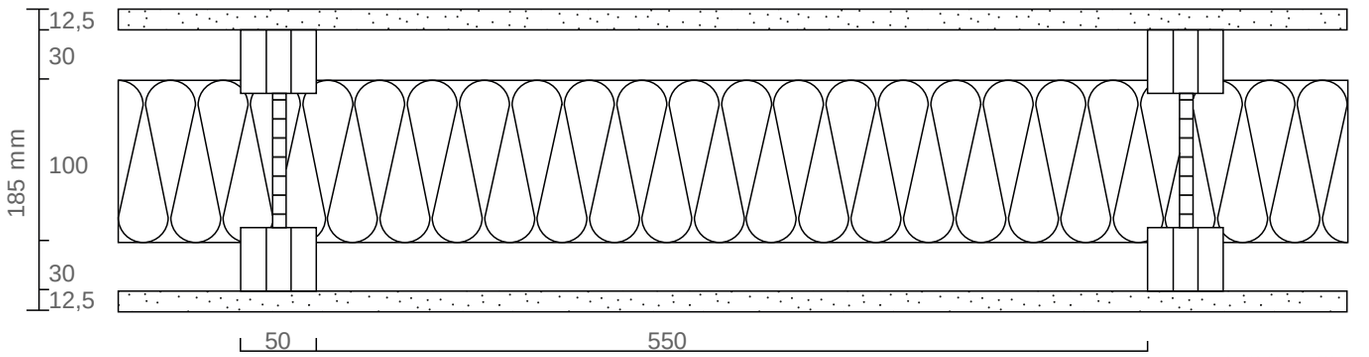
Floor structure



Ill. 211:Floor structure

	Upper floor
22 mm	Wood flooring
40 mm	Unventilated air
220 mm	Wood joist
180 mm	Mineral wool
0,5 mm	Vapor retarder
24 mm	Wood joist
12,5 mm	Gypsum board
12,5 mm	Gypsum board
	Lower floor

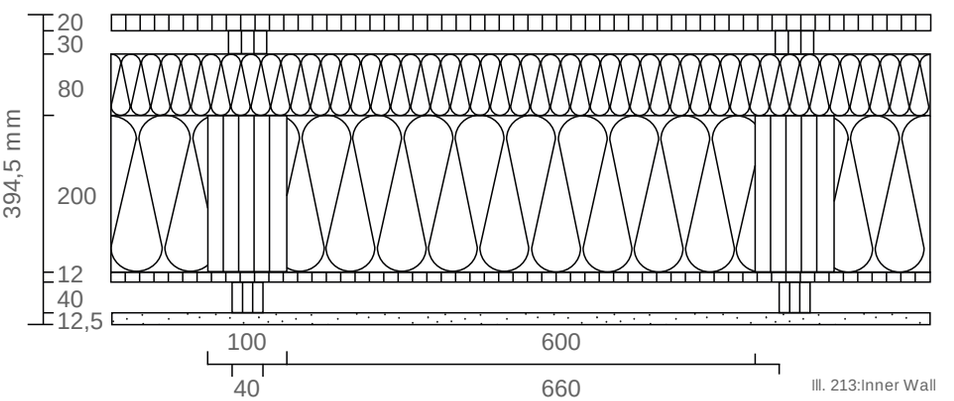
Inner Wall



Ill. 212:Inner Wall

	Indoor air
12,5 mm	Gybsum board
30 mm	Unventilated air
100 mm	Mineral wool
160 mm	Wood I-joist
30 mm	Unventilated air
12,5 mm	Gybsum board
	Indoor air

Exterior Wall



Ill. 213:Inner Wall

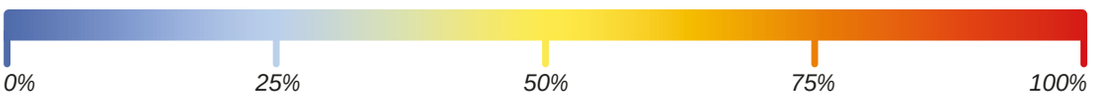
	Outdoor air
20 mm	Wood façade
30 mm	Rear ventilated level (outside air)
80 mm	Wood fiber insulation boards
200 mm	Glasswool 35 & Wood joist
12 mm	OSB/3
40 mm	Installation level & Wood joist
12,5 mm	Gypsum board
	Indoor air

APPENDIX 36
DAYLIGHT CALCULATIONS

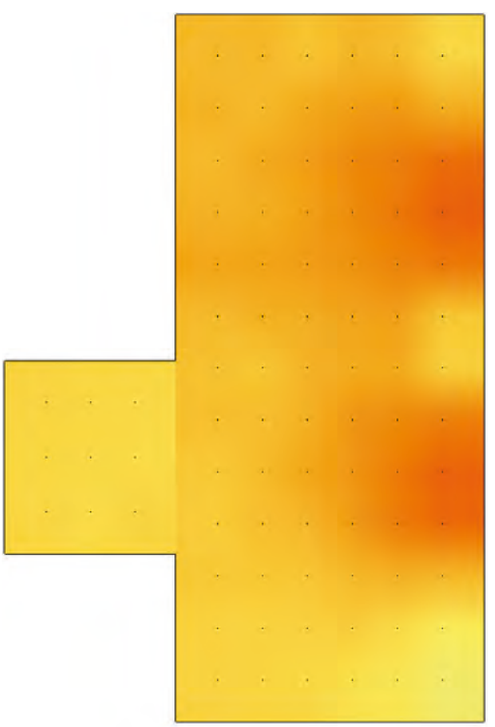
Daylight calculation results for all seven iterations where daylight was included. Calculated through ClimateStudio, plugin for Rhinoceros 3D, using the LEED v4.1 standards (USGBC, 2025), for Spatial Daylight Autonomy, sDA, calculations.

All the calculations found below are for an east-oriented resident unit, and they are all shown in plan view. The T-shaped analysis surface found in all the bellow analysis surfaces represent the relevant floor space, or in other words the main living space in the resident unit – the bedroom or living room (the big square), and the kitchen for entrance space (the small square). Meaning the door to the hallway is found to the left most part of the T-shape, the bathroom in the top left void, storage room in the bottom left void and façade to the right.
The two illustrations to the right of the calculation surfaces are ClimateStudio results banner and chart. The banner shows LEED v4.1 points, Spatial Daylight Autonomy 300/500% results for the entire analysis surface, Annual Sunlight exposure 1000,250 (ASE1000,250), and amount of time the blinds are calculated to be open across an entire year. Whereas the chart shows the amount of time where the surface experiences at least 300 lux – throughout the 24 hours of a day, and throughout the days of the year.

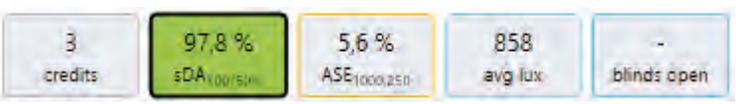
The legend below corresponds to all seven sDA calculations. The color indicates the amount of time where a point in space has experienced at least 300 lux, across an entire year.



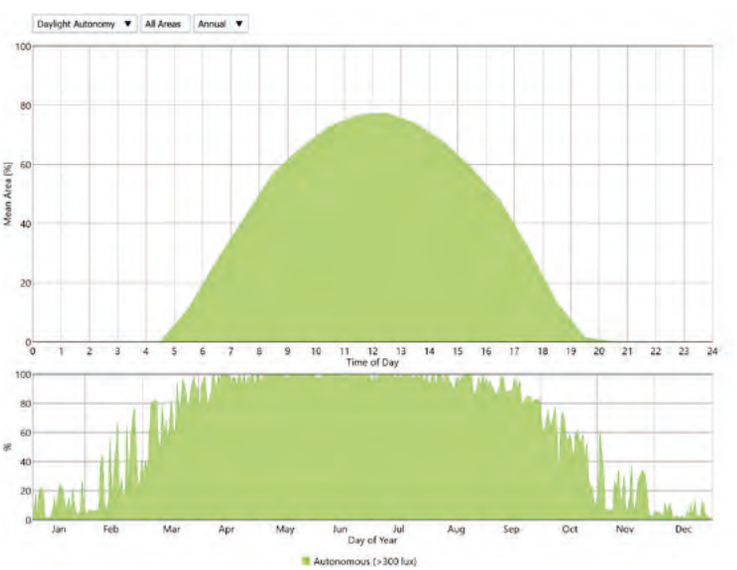
BASE



Ill. 214: BASE: sDA result. (Own prod.)

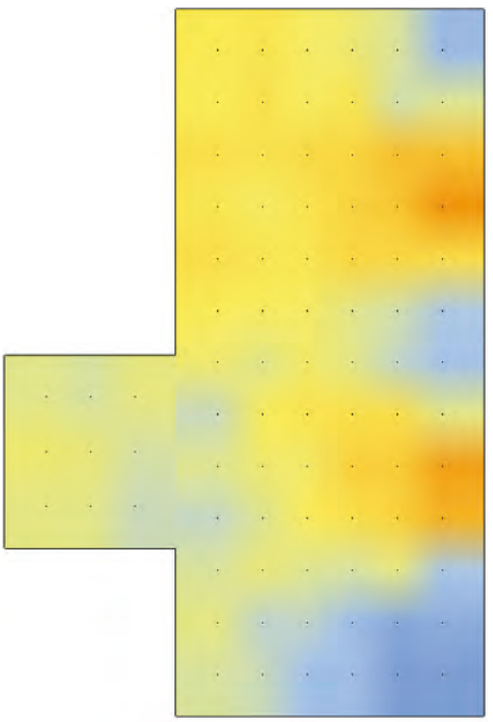


Ill. 216: BASE: total results. (Own prod.)

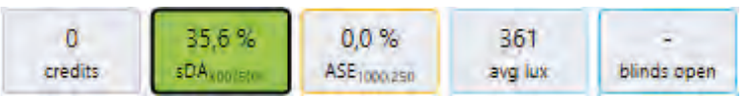


Ill. 215: BASE: DA chart per day and per year. (Own prod.)

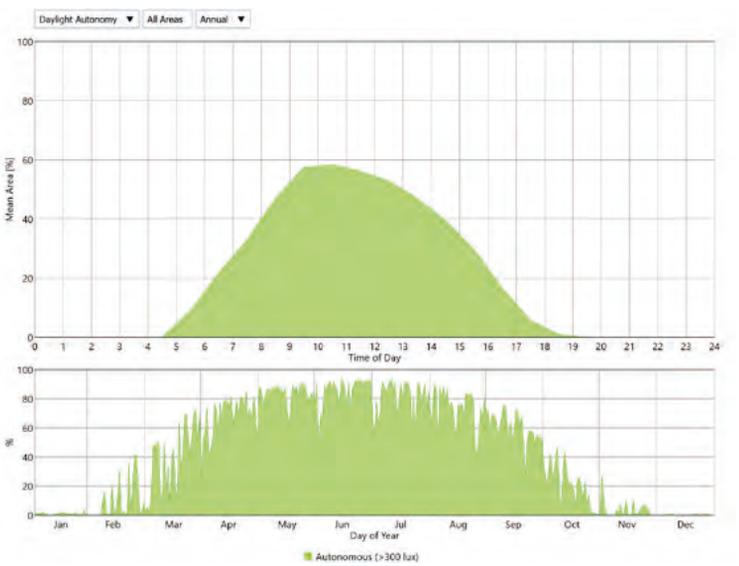
IT 01: Add 2,5m balcony with overang



Ill. 217: IT 01: sDA result. (Own prod.)

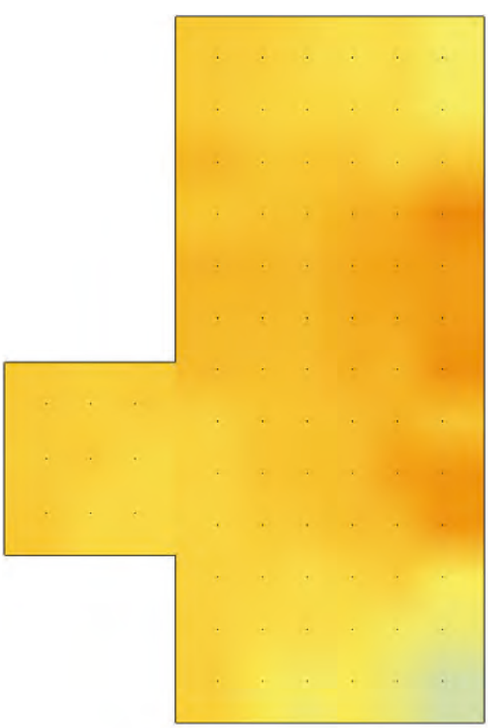


Ill. 219: IT 01: total results. (Own prod.)



Ill. 218: IT 01: DA chart per day and per year. (Own prod.)

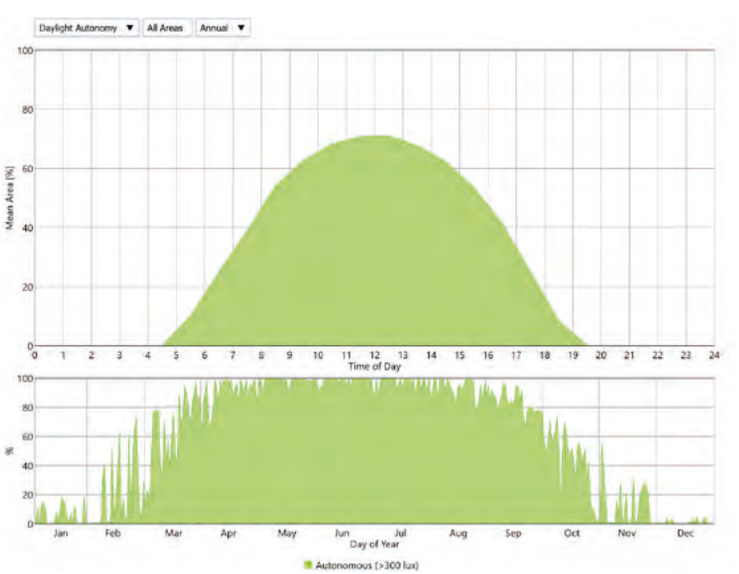
IT 02: Increase window area from 4,3 to 7,4 m²



Ill. 220: IT 02: sDA result. (Own prod.)

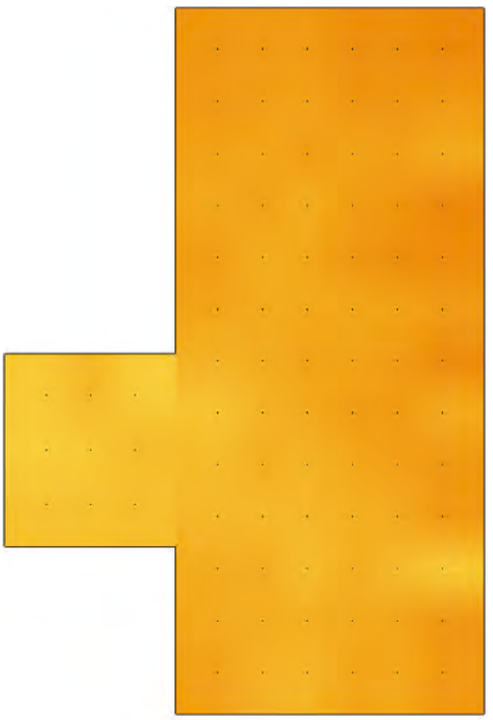


Ill. 222: IT 02: total results. (Own prod.)

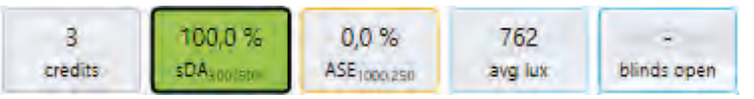


Ill. 221: IT 02: DA chart per day and per year. (Own prod.)

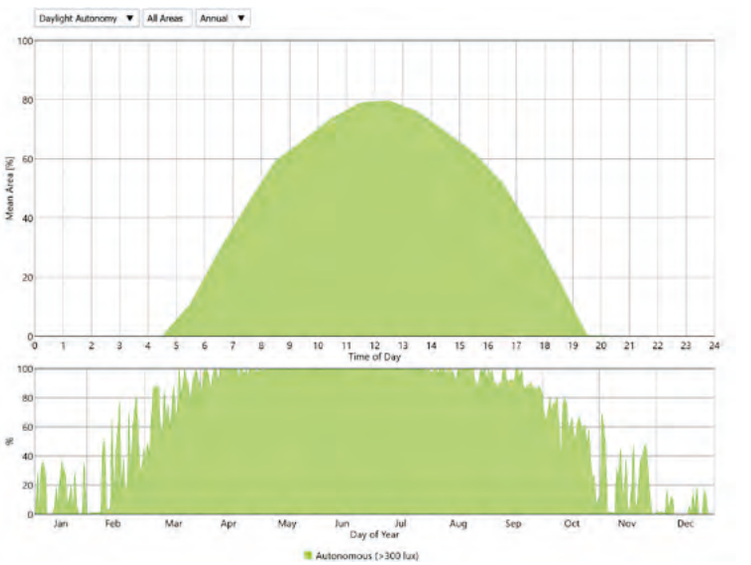
IT 03: Increase window area from 7,4 to 10,7 m²



Ill. 226: IT 03: sDA result. (Own prod.)

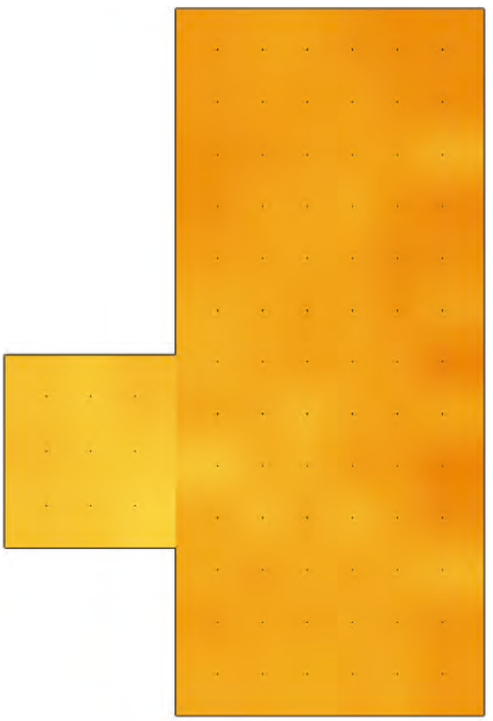


Ill. 228: IT 03: total results. (Own prod.)

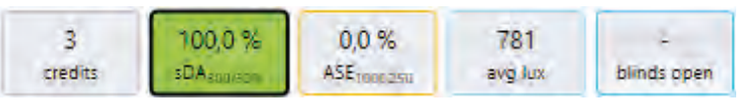


Ill. 227: IT 03: DA chart per day and per year. (Own prod.)

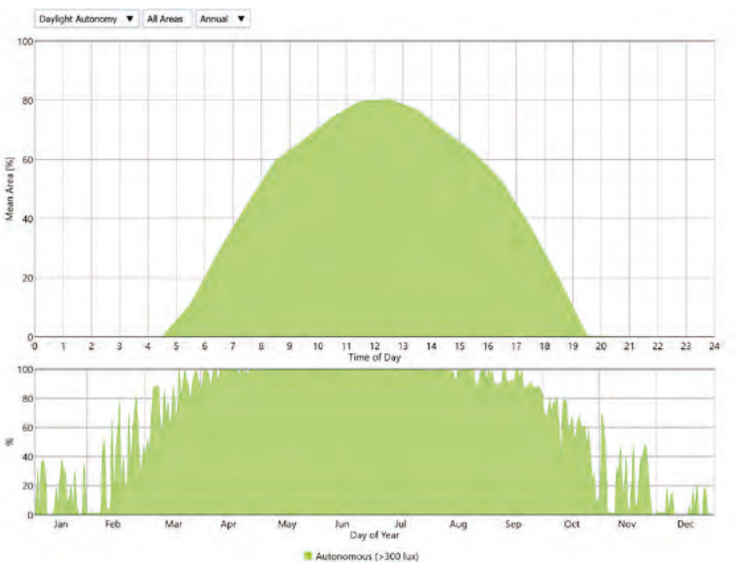
IT 04: Add light acoustic material to the ceiling



Ill. 223: IT 04: sDA result. (Own prod.)

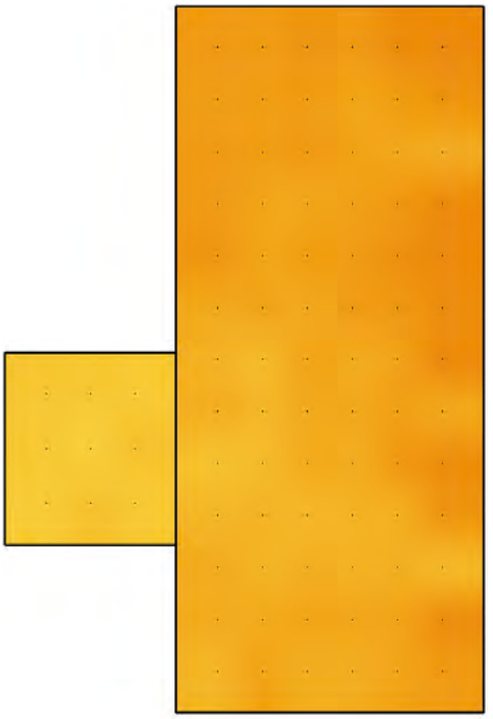


Ill. 225: IT 04: total results. (Own prod.)

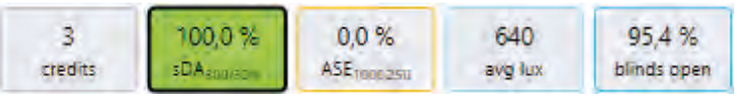


Ill. 224: IT 04: DA chart per day and per year. (Own prod.)

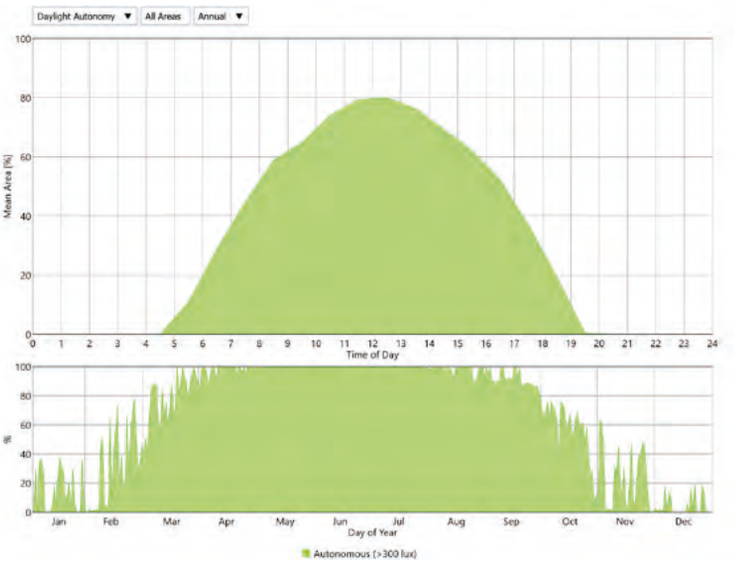
IT 06: Add curtains with light color and loose weave



Ill. 229: IT 06: sDA result. (Own prod.)

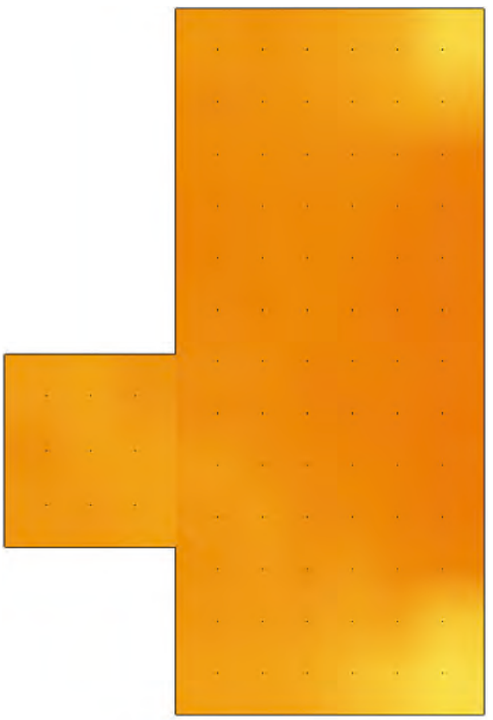


Ill. 231: IT 06: total results. (Own prod.)

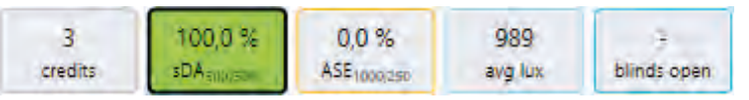


Ill. 230: IT 06: DA chart per day and per year. (Own prod.)

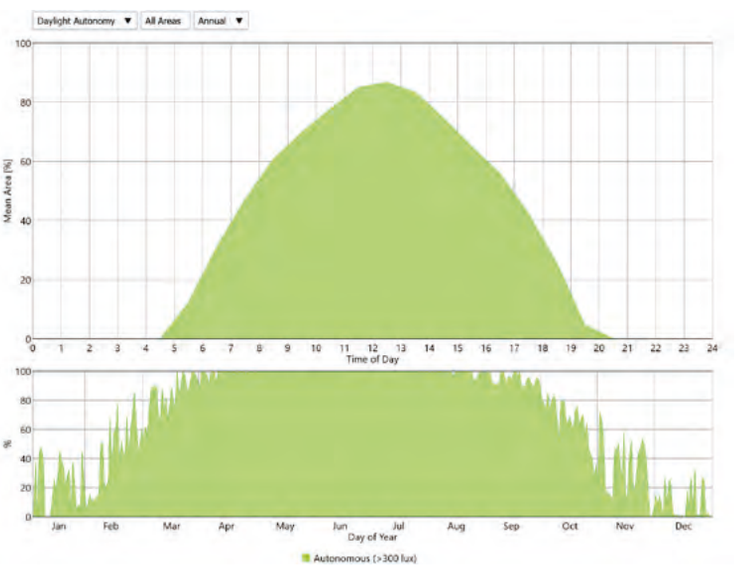
IT 06-1: Move windows together in center of façade



Ill. 232: IT 06-1: sDA result. (Own prod.)



Ill. 234: IT 06-1: total results. (Own prod.)



Ill. 233: IT 06-1: DA chart per day and per year. (Own prod.)

APPENDIX 37
THERMAL COMFORT CALCULATIONS

Thermal comfort simulation results for all eight iterations where thermal comfort was included. Calculated through BSim.

BSim calclation results - Base case

Year 2010, tstep=100, RadModel=Petersen, Options: optimized xsun longwsky latheat													
ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10 (31 day	11 (30 day	12 (31 days
qHeating	2750,23	448,12	399,08	462,77	240,51	120,75	59,24	0,1	0,5	50,2	184,32	345,99	438,66
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2168,3	-267,13	-243,19	-282,54	-187,66	-143,3	-111,6	-86,24	-85,91	-106,93	-161,75	-226,56	-265,5
qVenting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qSunRad	145,49	2,28	4,82	10,64	16,63	21,43	24,84	22,83	18,06	12,12	7,21	2,84	1,79
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-1573,85	-212,63	-186,26	-212,38	-136,35	-94,62	-78,88	-52,79	-47,51	-62,72	-116,22	-168	-205,49
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-984,42	-126,13	-114,9	-133,99	-83,61	-59,76	-44,08	-39,41	-40,65	-43,14	-69,06	-104,76	-124,95
Sum	-0,01	0	0	0	0	0	0	0	-0,01	0	0	0	0
tOutdoor mean(°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean(°C)	24,3	24	24	24	24	24,1	24,4	25,4	25,5	24,2	24	24	24
AirChange(/h)	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
Rel. Moisture(%)	32,1	20,2	20,3	18,3	26,6	34,3	43,3	48,3	46,3	43,4	36,9	25,3	21,4
Co2(ppm)	469,8	470,1	470	469,9	470,3	470	470	469,3	469,6	470,1	469,7	469,5	469,7
PAQ(-)	0,3	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	1258	0	0	0	0	5	101	539	573	40	0	0	0
Hours > 26	379	0	0	0	0	0	16	170	185	8	0	0	0
Hours > 27	24	0	0	0	0	0	0	13	11	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4784,56	590,91	538,01	625,81	415,68	317,97	247,76	183,2	181,06	235,97	358,93	501,47	587,77
ClRec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HtCoil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BSim calculation results – IT 001: Turn on venting

Year 2010, tstep=100, RadModel=Petersen, Options: optimized xsun longwsky latheat													
ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10 (31 day	11 (30 day	12 (31 days
qHeating	2813,48	448,12	399,08	462,77	240,96	128,33	71,02	15,55	15,26	63,24	184,51	345,99	438,66
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2136,13	-267,13	-243,19	-282,54	-187,6	-142,39	-108,56	-73,5	-72,36	-105,05	-161,75	-226,56	-265,5
qVenting	-160,38	0	0	0	-0,73	-9,58	-23,98	-59,16	-55,28	-11,65	0	0	0
qSunRad	145,49	2,28	4,82	10,64	16,63	21,43	24,84	22,83	18,06	12,12	7,21	2,84	1,79
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-1550,37	-212,63	-186,26	-212,38	-136,16	-94,08	-72,37	-39,1	-39,82	-67,68	-116,41	-168	-205,49
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-942,93	-126,13	-114,9	-133,99	-83,57	-59,22	-41,43	-22,12	-21,35	-41,47	-69,06	-104,76	-124,95
Sum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tOutdoor mean(°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean(°C)	24,1	24	24	24	24	24	24,1	24,3	24,3	24	24	24	24
AirChange(/h)	2	1,9	1,9	1,9	1,9	2	2,1	2,5	2,5	2	1,9	1,9	1,9
Rel. Moisture(%)	32,7	20,2	20,3	18,3	26,6	34,4	44,1	51,6	49,7	43,9	36,9	25,3	21,4
Co2(ppm)	466,4	470,1	470	469,9	470,2	467,3	463,6	454,7	455,6	467,1	469,7	469,5	469,7
PAQ(-)	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	213	0	0	0	0	0	26	96	82	9	0	0	0
Hours > 26	35	0	0	0	0	0	0	22	11	2	0	0	0
Hours > 27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4738,84	590,91	538,01	625,81	415,56	316,04	242,2	165,95	163,63	232,55	358,93	501,47	587,77
ClRec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HtCoil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BSim calculation results – IT 1: Add balcony with 2,5m overhang

Year 2010, tstep=100, RadModel=Petersen, Options: optimized xsun longwsky latheat													
ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10 (31 day	11 (30 day	12 (31 days
qHeating	2978,48	466,26	416,47	484,2	254,62	145,94	85,99	20,14	18,9	71,89	196,5	361,45	456,1
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2239,89	-280,01	-254,95	-296,28	-196,89	-149,52	-113,82	-76,85	-75,87	-110,26	-169,64	-237,5	-278,3
qVenting	-141,18	0	0	0	-0,36	-8,72	-16,77	-53,1	-51,57	-10,59	-0,07	0	0
qSunRad	104,67	0,31	2,36	7,35	16,37	14,34	11,23	18,43	17,47	10,22	5,6	0,77	0,21
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-1589,95	-215,92	-189,41	-216,7	-140,51	-98,17	-75,68	-42,43	-43,13	-70,22	-118,77	-170,44	-208,57
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-942,96	-126,13	-114,92	-134,06	-83,71	-59,36	-41,43	-21,69	-21,29	-41,53	-69,11	-104,77	-124,95
Sum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tOutdoor mean(°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean(°C)	24	24	24	24	24	24	24	24,3	24,2	24	24	24	24
AirChange(/h)	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2	2,3	2,3	1,9	1,8	1,8	1,8
Rel. Moisture(%)	32,7	20,2	20,3	18,3	26,5	34,3	44,1	51,6	49,7	43,9	36,9	25,3	21,4
Co2(ppm)	466	469,2	469,1	469	469,4	467	464,3	455,3	455,9	466,8	468,8	468,6	468,8
PAQ(-)	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	185	0	0	0	0	0	16	85	75	9	0	0	0
Hours > 26	23	0	0	0	0	0	0	15	8	0	0	0	0
Hours > 27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4741,14	590,93	538,12	626,1	416,11	316,63	242,28	165,91	163,74	232,87	359,15	501,52	587,79
ClRec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HtCoil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BSim calculation results – IT 3: Change window area from 4,3 to 10,7 m2, 5 windows

Year 2010, tstep=100, RadModel=Petersen, Options: optimized xsun longwsky latheat													
ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10 (31 day	11 (30 day	12 (31 days
qHeating	4178,46	630,26	562,34	648,41	353,22	219,51	139,65	44,37	43,8	126,63	290,53	500,77	618,97
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2245,31	-280,47	-255,36	-296,75	-197,17	-149,69	-114,08	-77,89	-77,02	-110,31	-169,93	-237,89	-278,75
qVenting	-161,31	0	0	0	-6,74	-14,92	-19,28	-53,79	-51,92	-13,9	-0,74	0	0
qSunRad	243,52	0,75	5,32	16,04	38,17	34,23	26,63	44,07	40,96	22,65	12,39	1,85	0,46
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-2898,17	-379,67	-337,6	-388,87	-254,1	-185,2	-141,84	-88,36	-88,92	-133,9	-218,48	-310,25	-370,98
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-948,04	-126,37	-115,15	-134,33	-83,86	-59,43	-41,55	-23,89	-22,4	-41,64	-69,26	-104,97	-125,2
Sum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tOutdoor mean(°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean(°C)	24,1	24	24	24	24	24	24,1	24,3	24,3	24	24	24	24
AirChange(/h)	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2	2,3	2,3	1,9	1,8	1,8	1,8
Rel. Moisture(%)	32,6	20,2	20,3	18,2	26,5	34,3	44	51,3	49,4	43,9	36,9	25,3	21,4
Co2(ppm)	466	469,2	469	469	468,9	466,7	464,5	455,9	456,4	466,7	468,7	468,6	468,8
PAQ(-)	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	260	0	0	0	0	0	22	110	116	12	0	0	0
Hours > 26	70	0	0	0	0	0	0	43	22	5	0	0	0
Hours > 27	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4750,19	591,91	538,99	627,08	416,69	317	242,83	166,39	165,59	232,89	359,74	502,35	588,73
ClRec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HtCoil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BSim calculation results – IT 3.1: Adjust max air change, from 1,3 to 3/h

Year 2010, tstep=100, RadModel=Petersen, Options: optimized xsun longwsky latheat													
ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10 (31 day	11 (30 day	12 (31 days
qHeating	4181	630,26	562,34	648,41	353,23	219,64	139,76	45,1	44,94	127,05	290,53	500,77	618,97
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2244,49	-280,47	-255,36	-296,75	-197,17	-149,66	-114,04	-77,62	-76,6	-110,24	-169,93	-237,89	-278,75
qVenting	-166,39	0	0	0	-6,75	-15,14	-19,57	-55,42	-54,4	-14,36	-0,74	0	0
qSunRad	243,52	0,75	5,32	16,04	38,17	34,23	26,63	44,07	40,96	22,65	12,39	1,85	0,46
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-2897,1	-379,67	-337,6	-388,87	-254,1	-185,16	-141,72	-87,95	-88,3	-134,01	-218,49	-310,25	-370,98
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-947,39	-126,37	-115,15	-134,33	-83,86	-59,41	-41,53	-23,66	-22,09	-41,56	-69,26	-104,97	-125,2
Sum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tOutdoor mean(°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean(°C)	24,1	24	24	24	24	24	24,1	24,3	24,3	24	24	24	24
AirChange(/h)	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2	2,3	2,4	1,9	1,8	1,8	1,8
Rel. Moisture(%)	32,6	20,2	20,3	18,2	26,5	34,3	44	51,4	49,5	43,9	36,9	25,3	21,4
Co2(ppm)	466	469,2	469	469	468,9	466,6	464,4	455,7	456	466,6	468,7	468,6	468,8
PAQ(-)	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	242	0	0	0	0	0	21	105	105	11	0	0	0
Hours > 26	65	0	0	0	0	0	0	41	20	4	0	0	0
Hours > 27	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4748,72	591,91	538,99	627,08	416,69	316,94	242,75	165,92	164,82	232,8	359,74	502,35	588,73
ClRec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HtCoil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BSim calculation results – IT 4: Add acoustic material to the ceiling

Year 2010, tstep=100, RadModel=Petersen, Options: optimized xsun longwsky latheat													
ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10 (31 day	11 (30 day	12 (31 days
qHeating	4074,77	599,56	548,24	633,88	353,07	220,17	139,98	49,04	47,16	121,75	278,39	483,26	600,27
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2244,29	-280,28	-255,19	-296,51	-197,06	-149,54	-114,1	-77,97	-77,16	-110,33	-169,83	-237,74	-278,57
qVenting	-168,75	0	0	-0,02	-8,28	-15,31	-20,03	-53,31	-54,99	-15,53	-1,28	0	0
qSunRad	243,52	0,75	5,32	16,04	38,17	34,23	26,62	44,07	40,96	22,65	12,39	1,85	0,46
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-2786,19	-349,33	-323,84	-374,76	-252,62	-185,75	-141,43	-91,59	-87,97	-127,31	-205,98	-293,02	-352,6
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-950,11	-126,23	-115,01	-134,16	-83,78	-59,3	-41,53	-25,74	-23,51	-41,72	-69,19	-104,86	-125,09
Sum	-0,19	-0,03	-0,03	-0,03	-0,01	-0,01	0	0	0	0	-0,01	-0,03	-0,03
tOutdoor mean(°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean(°C)	24,1	24	24	24	24	24	24,1	24,3	24,3	24	24	24	24
AirChange(/h)	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2	2,3	2,4	1,9	1,8	1,8	1,8
Rel. Moisture(%)	32,7	20,3	20,4	18,3	26,6	34,4	44	51,3	49,4	43,9	36,9	25,4	21,5
Co2(ppm)	466	469,2	469	469	468,9	466,7	464,5	456,1	456,1	466,5	468,7	468,6	468,8
PAQ(-)	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	275	0	0	0	0	0	23	118	122	12	0	0	0
Hours > 26	102	0	0	0	0	0	1	56	38	7	0	0	0
Hours > 27	11	0	0	0	0	0	0	9	2	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4746,87	591,79	538,88	626,89	416,57	316,78	242,92	164,77	164,86	232,88	359,63	502,26	588,64
ClRec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HtCoil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

BSim calculation results – IT 5: Add curtains with light color and loose weave

Year 2010, tstep=100, RadModel=Petersen, Options: optimized xsun longwsky latheat													
ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10 (31 day	11 (30 day	12 (31 days
qHeating	4079,94	599,58	549,1	634,96	354,12	220,41	140,21	49,36	47,71	122,19	278,7	483,31	600,29
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2243,41	-280,28	-255,18	-296,5	-197,09	-149,52	-114,04	-77,66	-76,72	-110,27	-169,83	-237,74	-278,57
qVenting	-151,22	0	0	0	-3,86	-12,3	-18,8	-50,08	-51,32	-13,77	-1,09	0	0
qSunRad	215,94	0,73	4,41	14,93	32,78	30,92	24,92	37,97	34,73	20,38	11,92	1,81	0,45
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-2784,96	-349,33	-323,8	-374,75	-252,64	-185,73	-141,29	-91,11	-87,32	-127,34	-206,02	-293,02	-352,6
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-947,32	-126,23	-115	-134,16	-83,79	-59,28	-41,49	-23,98	-22,59	-41,66	-69,19	-104,86	-125,09
Sum	-0,19	-0,03	-0,03	-0,03	-0,01	-0,01	0	0	0	0	-0,01	-0,03	-0,03
tOutdoor mean(°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean(°C)	24,1	24	24	24	24	24	24,1	24,3	24,3	24	24	24	24
AirChange(/h)	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2	2,3	2,4	1,9	1,8	1,8	1,8
Rel. Moisture(%)	32,7	20,3	20,4	18,3	26,6	34,4	44,1	51,4	49,5	43,9	36,9	25,4	21,5
Co2(ppm)	466,1	469,2	469	469	469,2	467	464,6	456,5	456,4	466,6	468,7	468,6	468,8
PAQ(-)	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	250	0	0	0	0	0	22	111	105	12	0	0	0
Hours > 26	86	0	0	0	0	0	0	48	32	6	0	0	0
Hours > 27	8	0	0	0	0	0	0	6	2	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4747,38	591,79	538,87	626,88	416,64	316,74	242,8	165,7	164,65	232,79	359,63	502,26	588,64
ClRec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HtCoil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

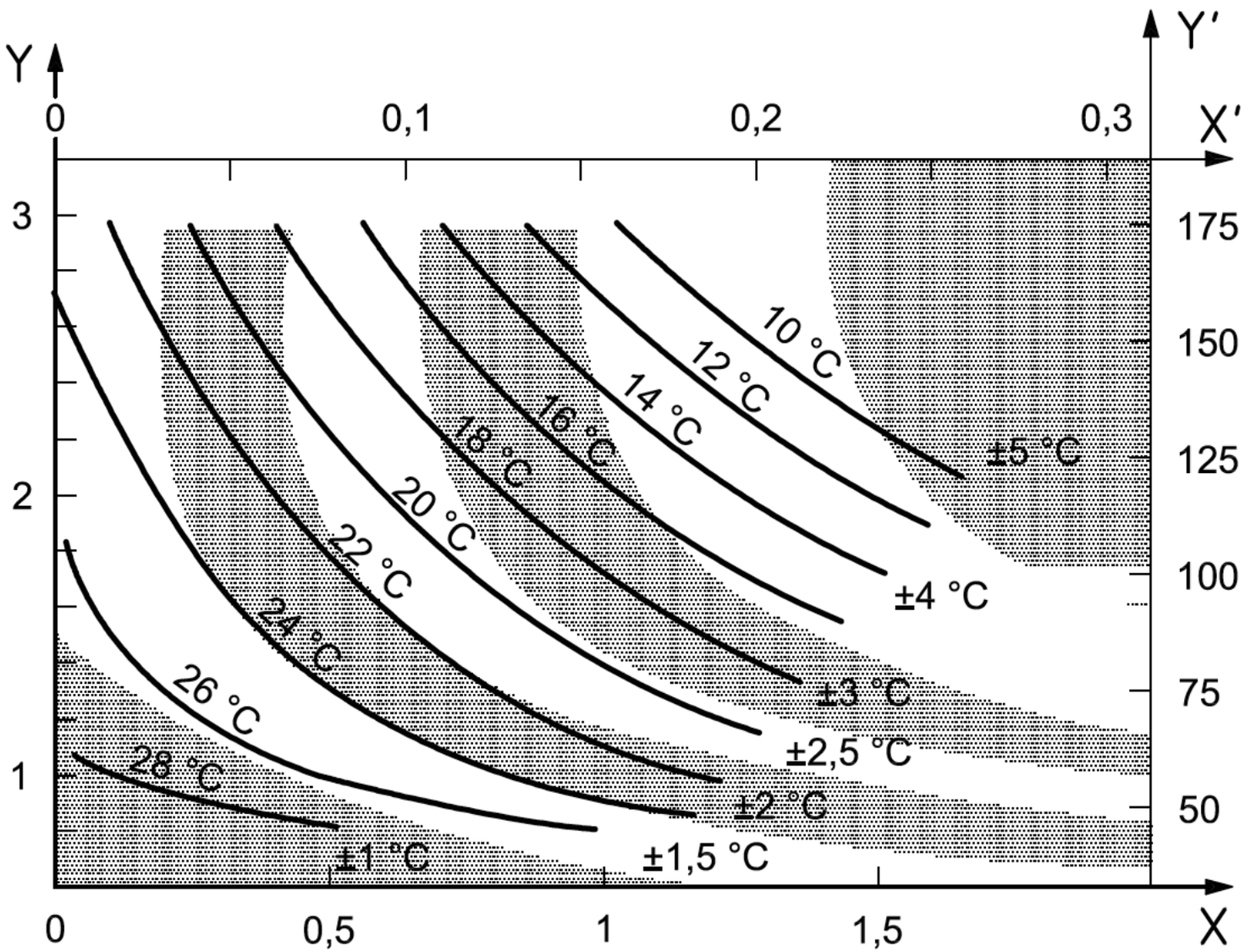
BSim calculation results – IT 6: Curtain setpoint, from 26°C to 24°C

Year 2010, tstep=100, RadModel=Petersen, Options: optimized xsun longwsky latheat													
ThermalZone2067	Sum/Mean	1 (31 days)	2 (28 days)	3 (31 days)	4 (30 days)	5 (31 days)	6 (30 days)	7 (31 days)	8 (31 days)	9 (30 days)	10 (31 day	11 (30 day	12 (31 days
qHeating	4084,2	599,58	549,2	635,94	355,81	220,6	140,37	49,75	48,08	122,47	278,81	483,32	600,29
qCooling	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qInfiltration	-2242,5	-280,28	-255,19	-296,49	-197,11	-149,52	-113,98	-77,22	-76,36	-110,2	-169,83	-237,74	-278,57
qVenting	-133,1	0	0	0	-1,2	-8,95	-16,75	-46,41	-47,49	-11,61	-0,71	0	0
qSunRad	189,78	0,73	4,33	13,88	28,44	27,37	22,5	31,82	29,21	17,77	11,47	1,81	0,45
qPeople	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
qEquipment	1392,84	118,3	106,85	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3	118,3	114,48	118,3	114,48	118,3
qLighting	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qTransmission	-2783,7	-349,33	-323,81	-374,71	-252,64	-185,72	-141,17	-90,48	-86,82	-127,34	-206,06	-293,03	-352,6
qMixing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
qVentilation	-945,71	-126,23	-115,01	-134,14	-83,8	-59,28	-41,45	-22,96	-22,12	-41,57	-69,19	-104,86	-125,09
Sum	-0,19	-0,03	-0,03	-0,03	-0,01	-0,01	0	0	0	0	-0,01	-0,03	-0,03
tOutdoor mean(°C)	8,1	0,7	0,4	-0,7	7,1	11,5	14,2	17,8	17,9	14,5	9,8	3,4	0,7
tOp mean(°C)	24	24	24	24	24	24	24	24,3	24,3	24	24	24	24
AirChange(/h)	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2	2,3	2,3	1,9	1,8	1,8	1,8
Rel. Moisture(%)	32,7	20,3	20,4	18,3	26,6	34,4	44,1	51,5	49,6	43,9	36,9	25,4	21,5
Co2(ppm)	466,3	469,2	469	469	469,3	467,3	464,8	456,9	456,7	466,8	468,8	468,6	468,8
PAQ(-)	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5
Hours > 25	218	0	0	0	0	0	20	98	91	9	0	0	0
Hours > 26	66	0	0	0	0	0	0	37	24	5	0	0	0
Hours > 27	5	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0
Hours < 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FanPow	438	37,2	33,6	37,2	36	37,2	36	37,2	37,2	36	37,2	36	37,2
HtRec	4746,64	591,79	538,88	626,86	416,66	316,74	242,7	165,6	164,18	232,69	359,63	502,26	588,64
ClRec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HtCoil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

APPENDIX 37a
HAND CALCULATION FOR AIRCHANGE IN BSim

Basic Airchange calculation:
BR18's minimum requirement for airchange, multiplied with resident room floor area. Then unit is converted from l/sec to l/h, by multiplying with 3600 (the amount of seconds in an hour). Before being divided by the room volume in liters.
0.3 l/sec*kvm * 40 kvm = 12 l/sec
12 l/sec * 3600 sec = 43200 l/h
43200 l/h / 93258.9 l = 0.4632 /h
Max airchange:
14 l/sec*kvm * 40 kvm = 35 l/sec
12 l/sec * 3600 sec = 126000 l/h
126000 l/h / 93258.9 l = 1.3511 /h

APPENDIX 37b
THERMAL COMFORT TEMPERATURE



Ill. 235:Illu. 67: Ranges for local thermal discomfort parameters for the given category. (Dansk Standard, 2026, p. 15, Category B: PPD < 10%)

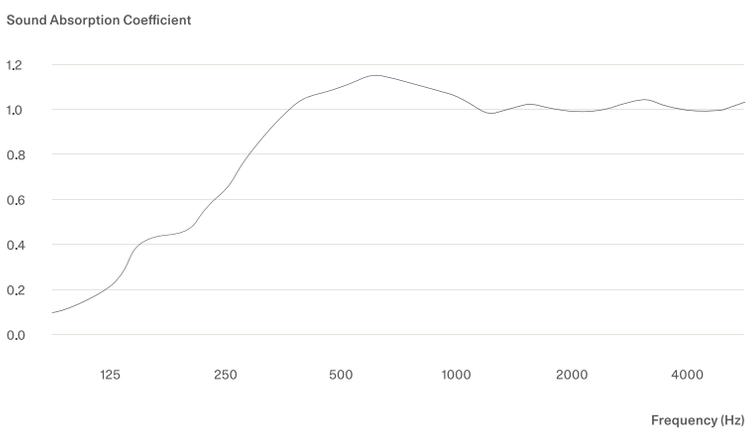
APPENDIX 38a
ACOUSTIC CALCULATIONS

The absorption coefficient of a surface of a material is the ratio between the sound energy that is absorbed and the sound energy that hits the material. The absorption coefficient is a factor between 0 and 1, where 0 means the material absorbs none of the sound energy, and 1 means the material absorbs all the sound energy. According to the building regulations, the reverberation time for a room must be less than 0.6 seconds.

The equivalent absorption area, A, indicates the number of absorbing surfaces, or more commonly, it is used for an entire room. The unit is one square meter of perfectly absorbing surface (m^2 – Sabine).

a_i is the absorption coefficient for the sub-area S_i, which can be found in Table 11.31 (Mohr, 2019, p. 421).

The reverberation time, T, is the time that passes from when a sound source is turned off until the sound pressure level has decreased by 60 dB. The reverberation time depends on the room volume, V in m^3, and the room's equivalent absorption area, A in (m^2 – Sabine).
Since the absorption coefficients, and therefore A, depend on frequency, the reverberation time also varies with frequency.



Ill. 237: Sound absorption coefficient for Søuld. (Søuld, no date)

												Total wall area without subtracting windows and doors.	71,55	
Resident room (basemodel)	**Materials**	**Area**	**125 Hz**		**250 Hz**		**500 Hz**		**1000 Hz**		**2000 Hz**		**4000 Hz**	
		S(m^2)	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa
Floor	Wooden floor	31,9	0,15	4,785	0,11	3,509	0,1	3,19	0,07	2,233	0,06	1,914	0,07	2,233
Ceiling	Plasterboard ceiling	31,9	0,05	1,595	0,02	0,638	0,06	1,914	0,04	1,276	0,04	1,276	0,05	1,595
Wall	Plaserboard wall	52,25	0,05	2,6125	0,02	1,045	0,06	3,135	0,04	2,09	0,04	2,09	0,05	2,6125
Windows	window with double glazing	4,3	0,1	0,43	0,07	0,301	0,05	0,215	0,05	0,215	0,02	0,086	0,02	0,086
Doors	Solid wood door	15	0,14	2,1	0,1	1,5	0,06	0,9	0,08	1,2	0,1	1,5	0,1	1,5
Curtain				0		0		0		0		0		0
People and furniture		**Number**	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa
People on chairs				0		0		0		0		0		0
Chairs				0		0		0		0		0		0
Table				0		0		0		0		0		0
Total absorption area of the room, A (m^2)	A= $\sum \alpha_i S_i$			11,523		6,993		9,354		7,014		6,866		8,0265
Reverberation time, T (sek)	T=0,16*V/A s			1,1914		1,9631		1,4676		1,9572		1,9994		1,7103
Volume	85,8													

Ill. 236: Acoustic calculation for BASE unit, no acoustic material, two windows, no furniture. (Own prod.)

APPENDIX 38b
ACOUSTIC CALCULATIONS

Resident room (Sea wool, Ceiling)	Materials	Area	125 Hz		250 Hz		500 Hz		1000 Hz		2000 Hz		4000 Hz	
		S(m^2)	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa
Floor	Wooden floor	31,9	0,15	4,785	0,11	3,509	0,1	3,19	0,07	2,233	0,06	1,914	0,07	2,233
Ceiling	Seawool ceiling	31,9	0,2	6,38	0,6	19,14	1,1	35,09	1	31,9	1	31,9	1	31,9
Wall	Plaserboard wall	52,25	0,05	2,6125	0,02	1,045	0,06	3,135	0,04	2,09	0,04	2,09	0,05	2,6125
Windows	window with double glazing	4,3	0,1	0,43	0,07	0,301	0,05	0,215	0,05	0,215	0,02	0,086	0,02	0,086
Doors	Solid wood door	15	0,14	2,1	0,1	1,5	0,06	0,9	0,08	1,2	0,1	1,5	0,1	1,5
Curtain				0		0		0		0		0		0
People and furniture		**Numbe**	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa
People on chairs				0		0		0		0		0		0
Chairs				0		0		0		0		0		0
Table				0		0		0		0		0		0
Total absorption area of the room, A (m^2)	A= $\sum \alpha_i S_i$			16,308		25,495		42,53		37,638		37,49		38,332
Reverberation time, T (sek)	T=0,16*V/A s			0,8418		0,5385		0,3228		0,3647		0,3662		0,3581
Volume	85,8													

Ill. 239: Acoustic calculation for iteration with sea wool on entire ceiling. (Own prod.)

Resident room (Sea wool, nord væg)	Materials	Area	125 Hz		250 Hz		500 Hz		1000 Hz		2000 Hz		4000 Hz	
		S(m^2)	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa
Floor	Wooden floor	31,9	0,15	4,785	0,11	3,509	0,1	3,19	0,07	2,233	0,06	1,914	0,07	2,233
Ceiling	Plasterboard ceiling	31,9	0,05	1,595	0,02	0,638	0,06	1,914	0,04	1,276	0,04	1,276	0,05	1,595
Wall	Plaserboard wall	43,07	0,05	2,1535	0,02	0,8614	0,06	2,5842	0,04	1,7228	0,04	1,7228	0,05	2,1535
Wall North	Seawool	9,18	0,2	1,836	0,6	5,508	1,1	10,098	1	9,18	1	9,18	1	9,18
Windows	window with double glazing	4,3	0,1	0,43	0,07	0,301	0,05	0,215	0,05	0,215	0,02	0,086	0,02	0,086
Doors	Solid wood door	15	0,14	2,1	0,1	1,5	0,06	0,9	0,08	1,2	0,1	1,5	0,1	1,5
Curtain				0		0		0		0		0		0
People and furniture		**Numbe**	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa
People on chairs				0		0		0		0		0		0
Chairs				0		0		0		0		0		0
Table				0		0		0		0		0		0
Total absorption area of the room, A (m^2)	A= $\sum \alpha_i S_i$			12,9		12,317		18,901		15,827		15,679		16,748
Reverberation time, T (sek)	T=0,16*V/A s			1,0642		1,1145		0,7263		0,8674		0,8756		0,8197
Volume	85,8													

Ill. 238: Acoustic calculation for iteration with sea wool on south wall in the main living space. (Own prod.)

Resident room (Sea wool, Ceiling)	Materials	Area	125 Hz		250 Hz		500 Hz		1000 Hz		2000 Hz		4000 Hz	
		S(m^2)	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa
Floor	Wooden floor	31,9	0,15	4,785	0,11	3,509	0,1	3,19	0,07	2,233	0,06	1,914	0,07	2,233
Ceiling	Plasterboard ceiling	14,9	0,05	0,745	0,02	0,298	0,06	0,894	0,04	0,596	0,04	0,596	0,05	0,745
Wall	Plaserboard wall	52,25	0,05	2,6125	0,02	1,045	0,06	3,135	0,04	2,09	0,04	2,09	0,05	2,6125
Ceiling Seawool	Seawool	17	0,2	3,4	0,6	10,2	1,1	18,7	1	17	1	17	1	17
Windows	window with double glazing	4,3	0,1	0,43	0,07	0,301	0,05	0,215	0,05	0,215	0,02	0,086	0,02	0,086
Doors	Solid wood door	15	0,14	2,1	0,1	1,5	0,06	0,9	0,08	1,2	0,1	1,5	0,1	1,5
Curtain				0		0		0		0		0		0
People and furniture		**Numbe**	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa	a	Sa
People on chairs				0		0		0		0		0		0
Chairs				0		0		0		0		0		0
Table				0		0		0		0		0		0
Total absorption area of the room, A (m^2)	A= $\sum \alpha_i S_i$			14,073		16,853		27,034		23,334		23,186		24,177
Reverberation time, T (sek)	T=0,16*V/A s			0,9755		0,8146		0,5078		0,5883		0,5921		0,5678
Volume	85,8													

Ill. 240: Acoustic calculation for iteration with sea wool on 17 m² of the ceiling, 31,9 m². (Own prod.)


Conversation room
Physiotherapy
Fitness
TREATMENTS
Rinse room
Storage far away
Storage near
Washing clothes
Cleaning room
Copy room
Delivery
Workshop
Medicin room
Leader office
Volunteers office
Guardiance
office
Guest room
STAFF
Resident room
Meeting room
Staff room
Industry kitchen
Lockerroom