

Den goda vårdavdelningen 2019

Uppdatering 2019-09-19

CHALMERS | **CVA** Centrum för
VÄRDENS ARKITEKTUR

 **PROGRAM FÖR TEKNISK STANDARD**

Vad är Program för Teknisk Standard (PTS)?

PTS är ett IT-system som fokuserar på att stödja tidiga skeden och projektering i vårdbyggnadsprojekt och på så sätt bidra till att vårdlokaler med rätt funktion och kvalitet byggs, dvs en hjälp att göra rätt från början. Systemet anger tydligt beställarens/byggherrens krav i form av riktlinjer samt tekniska och funktionella krav som bygger på bästa erfarenhet och evidensbaserad kunskap över hur hälso- och sjukvårdslokaler ska byggas.

PTS Forum-nationellt nätverk

PTS Forum är ett nätverk för anslutna regioner med samverkan kring standarder för vårdbyggnader. Träffar anordnas för att utbyta erfarenheter, diskutera förbättringsområden och benchmarking kring olika fackområden. PTS Forum samverkar med forskningsrelaterade utvecklingsprojekt för att fånga de senaste trenderna och utveckla vårdbyggandet i Sverige.

Rätt funktion och rätt kvalitet

PTS vision är att alla vårdbyggnader i Sverige byggs med rätt funktion och kvalitet. Detta ska åstadkommas genom:

- Samverkan
Genom samverkan, kunskapsutbyte och erfarenhetsåterföring mellan regioner bidrar PTS till att utveckla vårdbyggandet i Sverige.
- Rätt från början
PTS anger tydligt beställarens/byggherrens krav och dessa finns tillgängliga via PTS för alla involverade i byggprocessen.
- Hållbarhet
PTS bidrar till att vårdlokaler är funktionella för brukarna och byggda på ett sätt som är långsiktigt hållbart.

Vem använder PTS?

Systemstödet används av lokalplanerare, utrustningsplanerare, byggprojektledare, ingenjörer, förvaltare, driftspersonal, utförande konsulter, entreprenörer, arkitekter med flera. 2019 använder 16 st. av Sveriges regioner PTS som ett stöd i sin lokalförsörjningsprocess.

PTS Konceptprogram

PTS forum har initierat fem tidigare konceptprogram – Den goda vårdavdelningen (2011), Högteknologiska vårdmiljöer för intensivvård och operation (2013), Administrativa arbetsplatser inom vården och dess förvaltningar (2015), Lokaler för öppenvård (2016) och Lokaler för psykiatri (2018). De har ambitionen att vara generella, nationellt förankrade och användas som kunskaps- och inspirationsmaterial i samverkansprocessen kring enskilda projekt. De finns tillgängliga under fliken FORSKNING FRAMTID på PTS webbsida.

<https://ptsforum.se>

INLEDNING

2011 publicerades konceptprogrammet "Den goda vårdavdelningen". Det var ett samarbetsprojekt mellan Program för Teknisk Standard (PTS) och Centrum för vårdens arkitektur (CVA) på Chalmers. "Den goda vårdavdelningen" var avsett som ett kunskaps- och forskningsbaserat planeringsunderlag för framtidens vårdavdelningar. Det var det första i en rad av konceptprogram för vårdlokaler som PTS har publicerats sedan dess.

Den goda vårdavdelningen 2011 har kommit till stor användning vid planering av vårdavdelningar runt om i Sverige. För att konceptprogrammet skulle kunna bibehålla sin aktualitet, beslöt PTS om en uppdatering. Denna har genomförts under hösten 2018 och våren 2019. Som förarbete till uppdateringen genomfördes en utvärdering av byggda enpatientrum i Sverige av CVA på uppdrag av Aktörsnätverket vårdens byggda miljöer: "Enpatientrum i Sverige- Förstudie om vårdavdelningar med fokus på nuläge" (Strid M., Schmitt K. 2017). Det är en kunskapssammanställning om enpatientrum som samlat in, sammanställt och reflekterat över befintliga erfarenheter och data.

Syftet med Den goda vårdavdelningen 2019 är att fortsatt tillhandahålla ett aktuellt planerings- och beslutsunderlag när vårdavdelningar planeras och byggs. Rapporten är avsedd att ersätta 2011 års version. Den skiljer sig dock på några punkter, se rutan nedan.

Rapporten omfattar beskrivning av genomförd arbetsprocess, teoretiskt material samt illustrationer. Den illustrativa delen består av exempel på lösningar av vådrum, RWC och funktionsenheter, kompletterade med förklarande texter. Framtagna exempel avser att visa konsekvenser av olika lösningar och på vilket sätt kunskap kan inarbetas.

UPPDATERING

2019 - Uppdatering av slutrapporten "Den goda vårdavdelningen" från 2011

Uppdateringen omfattar följande:

Kapitel 2 Forskning

Forskningskapitlet i Den goda vårdavdelningen från 2011 var omfattande. Det publicerades därför även separat som en rapport med namnet "Evidensbas för vårdens arkitektur 1.0. Under 2018–19 har en ny litteratursökning och revidering av denna rapport genomförts- "Evidensbas för vårdens arkitektur 2.0 (kommer att färdigställas 2019). I enlighet med detta utgår kapitlet om forskning här och ersätts med Evidensbas för vårdens arkitektur 1.0 och 2.0. Båda dessa finns tillgängliga på CVA:s webbsida: Evidensbas 1.0: <https://chalmers.se/sv/centrum/cva/nyheter/Sidor/evidensbas.aspx> (Evidensbas 2.0 publiceras januari 2020).

Kapitel 3 Utformning

3-1 Visioner

Efter enkätundersökning och genomgång av "Enpatientrum i Sverige" kompletteras 3–1 med slutsatser därifrån.

3-2 Typrum

Delar av text och bildmaterial aktualiseras och kompletteras med fler exempel. Rum från "Enpatientrum i Sverige" och andra relevanta projekt arbetas in.

3-3 RWC

Text och bild uppdateras utifrån gällande rekommendationer och lagstiftning. Lokala/ regionala riktlinjer eller bestämmelser beaktas ej i denna uppdatering. Kapitlet läggs i en bilaga.

3-5 Funktionsenhet - Vårdmodul

Text och bild uppdateras och kompletteras med slutsatser från enkät och workshop.

3-6 Verksamhet - Vårdavdelning

Text och bild kompletteras med ett nytt kapitel om "Stödenhet" Kapitlet uppdateras och kompletteras med nya principer för verksamhetsenheter-vårdavdelningar enl. "Enpatientrum i Sverige.

Avsnitt med principer för teamarbete i olika vårdavdelningar kompletteras och fördjupas med resultat från workshop (se nedan). Fokus på analys av hur arbetssätt kan styras av vilken utformningsprincip som använts.

3-7 Utformning och forskning

Uppdatering av text och bild.

Kapitel 4 Påverkande faktorer

Justeras med avseende på hänvisningar och språk. Fakta uppdateras ej.

Expertgrupp workshop

Syftet med workshop med en expertgrupp var att utveckla idéer utifrån materialet i avsnittet "Funktionsenhet- Vårdmodul". 25 personer deltog i workshopen, flera av de inbjudna hade erfarenhet från patientnära arbete och olika avdelningsstrukturer. Arbetet genomfördes med fokus på hur arbetssätt påverkas av vilken utformningsprincip som använts. Även ledord för utveckling av framtida av vårdlokaler togs fram. Workshopen bestod av en teoretisk del med inspirerande inspel och en praktisk del. I den teoretiska delen behandlades följande:

- Förändring av vårdavdelningars strukturer över tid
- Framtidens vårdavdelning- ett sätt att möta framtidens utmaningar
- "Framtidens rond- Hur stödjer avdelnings utformande ett interprofessionellt teamarbete?
- Betydelse av materiella förhållande och rumsutformning för lärande i
- Vårdpersonalens reflektioner av att arbeta i strukturer med enpatientrum

I den praktiska delen fick deltagarna som uppgift att ge konceptförslag på vårdavdelningsstrukturer som kan stödja vårdpersonalens arbete när vården förändras.

INNEHÅLL

KAPITEL 1

BAKGRUND

1.1 Syfte	10
1.2 Organisation och process	10
1.3 Användning	10
1.4 Vårdavdelningens historia och framtid	11

KAPITEL 2

FORSKNING

KAPITEL 3

UTFORMNING

3.1 Visioner	19
3.2 Rumstyp – vådrum	20
3.3 Typrum – andra rum inom avdelningen (PTS)	34
3.4 Funktionsenhet – vårdmodul	34
3.5 Stödenhet	46
3.6 Vårdavdelning	48
3.7 Utformning och forskning	58

KAPITEL 4

PÅVERKANDE FAKTORER

4.1 Anpassbarhet- generalitet och flexibilitet	64
4.2 Personcentrerad vård	67
4.3 Logistik	70
4.4 Akustikkrav i vårdlokaler (PTS)	71
4.5 Brand (PTS)	71
4.6 Vårdhygieniska aspekter (PTS)	71
4.7 Fysisk tillgänglighet (PTS)	71

BILAGA

RWC – utredning av mått i hygienrum	72
-------------------------------------	----

KAPITEL 1

BAKGRUND

- 1.1 Syfte
- 1.2 Organisation och process
- 1.3 Användning
- 1.4 Vårdavdelningens historia och framtid

1.

BAKGRUND

Vården möter idag stora samhälleliga krav på förändring och kostnadseffektivitet. Detta sätter ökat tryck på kvalitet, innovation och prestanda. Forskning har visat att rätt utformade vårdbyggnader kan bidra till att effektivisera vården, stödja läkandet och minska stress hos patienter, anhöriga och vårdpersonal. Sjukhus och andra vårdmiljöer utgör viktiga och långsiktiga samhällsinvesteringar och utformningen av dess lokaler bör vila på en solid kunskapsgrund. Evidensbaserad design som planeringsgrund ger vården trygghet när nyinvesteringar beslutas.

Just nu planeras och investeras för om- och nybyggnad av vårdavdelningar i många av Sveriges regioner. Nu är ett unikt tillfälle att bygga rätt och kunskapsbaserat. Dessa nya byggnader ska fungera när de står färdiga men också ha en livslängd, precis som sina föregångare, på 30–40 år.

1.1 Syfte

Vid planering av vårdens lokaler finns ett behov av att ge sjukvårdshuvudmännens planerare stöd utifrån bästa tillgängliga kunskap och forskning vid planeringsdiskussioner och vid upprättande av funktionsprogram. Syftet med "Den goda vårdavdelningen" är att tillhandahålla planerings- och beslutsunderlag när framtidens vårdavdelningar planeras och byggs. Vårdbyggnader utgör viktiga och långsiktiga samhällsinvesteringar och bör därför i största möjliga mån vila på bästa tillgängliga kunskap.

Idag finns också en ny medvetenhet om den avgörande betydelsen arkitektur har som en del av en god läkande miljö och ett nytt forskningsfält har etablerat sig internationellt – evidensbaserad design. Evidensbaserad design är en metod och en process för att integrera kunskap från olika forskningsdiscipliner för att skapa mätbara relationer mellan fysisk miljö och dess olika effekter. Syftet är att grunda beslut om utformning av den byggda miljön på bästa tillgängliga forskning och bästa exempel för att uppnå bästa möjliga resultat.

1.2 Organisation och process

Den goda vårdavdelningen 2019 har genomförts av PTS Forum i samarbete med Centrum för vårdens arkitektur på Chalmers. Styrgrupp för Den goda vårdavdelningen 2019 har varit PTS Forums styrelse representerad av Hans Sandqvist, Västra Götalandsregionen samt Charlotte Bruun, Region Jönköpings län. Från Chalmers har Peter Fröst varit ansvarig. Konsult har varit Tyréns AB genom Maria Berezecki Mårtensson (projektledare) och Olivia Malm samt Magnus Carlstrand från Arkitema. Som stöd för kunskapsutvecklingen har en workshop med en expertgrupp genomförts på Chalmers. Här har representanter från de ingående regionerna samverkat med forskare och arkitekter. Arbetssättet har varit tvärprofessionellt och man har gemensamt i dialogform utveckla idéer och förslag till lösningar. Det sammanställda materialet har remitterats till PTS- gruppen samt forskare. Inkomna synpunkter har inarbetats i slutrapporten.

1.3 Användning

När man påbörjar planeringen av nya lokaler är en huvuduppgift att utreda hur dessa på bästa sätt kan stödja vårdverksamhetens behov. I sammansatta verksamheter som vård är lokalfrågorna ofta mycket komplexa där lokaler, organisation, teknik, vårdprocessen, behandlingsformer, patientperspektiv, personalintressen mm ska sammanvägas till en helhet. Dessutom innebär ofta diskussioner om förändrade lokalbehov att man också börjar ifrågasätta och vilja förbättra sitt arbetssätt. Många genomgripande organisationsförändringar sker just i samband med skapandet av nya eller förändrade lokaler. Samtidigt måste byggherreintresset med långsiktiga mål och hållbart fastighetsperspektiv bevakas.

Det blir därigenom viktigt att stödja sig på en bra process i de tidiga skedena. En sådan process har tydlig styrning, ansvar och roller samtidigt som den möjliggör dialog, interaktivitet och innovation. Den är också indelad i avgränsade steg med aktiviteter och beslutspunkter. Se "Planerings- och utvecklingsmodell för vårdmiljöer" PTS och CVA 2018 finns tillgänglig under fliken Forskning och Framtid på PTS webbsida (<https://ptsforum.se/forskning>).

Med vårdens snabba förändringstakt och många intressenter involverade, använder vi samverkansinriktade metoder för att hantera nya vårdbehov. Vårdverksamheten är viktig i framarbetandet av kravspecifikationer och lösningar. Den goda vårdavdelningen 2019 består därför av såväl kunskaps- och faktadelar som visualiserade förslag på lösningar och utformning. Här finns också material där kunskap och lösningar är sammanvävda i en illustrativ helhet.

Tanken är att materialet ska användas som en generell kunskaps och inspirationsmaterial i samverkansprocessen kring i varje enskilt projekt. Visualiseringarna visar konsekvenser av olika lösningar och på vilket sätt kunskap kan inarbetas. Det är ett öppet material där exempel på rum och förslag till organisation av vårdavdelningen ska ses som belysande exempel snarare än som helt färdiga lösningar.

1.4 Vårdavdelningens historia och framtid

Sammanfattning av föreläsning av Åke Wiklund, bearbetat av Peter Fröst

VÅRDAVDELNINGENS HISTORIA

Grekland och Rom

Redan grekerna byggde för vård. Deras sjukhus, ASKLEPEION, var en öppen hall, 24 ggr 108 fot, utformad för stillhet så att patienten skulle drömma sig fram till diagnos och vårdinsats. Exempelvis kunde en cancersjuk patient föreslås en häftig ritt för att bli botad. Romarna prioriterade inom vården och kostade bara på sjukhusvård för de duktigaste soldaterna och för gladiatorerna, dvs. de som var för värdefulla för att kastas ut och dö.

Europa till 1800-talet

De första sjukhusen i västvärlden var sjukhus eller oftare isolerade "samhällen" för de spetälska för att skydda den friska befolkningen från kontakt med de "vanföra". När spetälskan avtog i västvärlden kom den att ersättas av institutioner för de sinnessjuka, också detta för att avskärma från det vanliga samhället. För vanlig vård etablerades de första sjukhusen inom klostervärlden. Planlösningen kunde jämföras med en kyrkobyggnad, ofta en korsform med altaret i centrum. Patienterna skulle alla kunna se altaret med krucifixet för bön, den "säkraste" boten. Med "altaret" blev också en central plats med de bästa förutsättningarna för övervakning av alla patienter.

I de stora städerna blev sjukhusen stora med patienter oftast inlagda i en blandning av medicinska och sociala skäl. Sjukhuset "Hotel Dieu" vid Notre Dame i Paris hade 5000 vårdplatser. Efter en brand i mitten på 1700-talet diskuterades att bygga ett nytt sjukhus där Eiffeltornet idag står. Arkitekter och läkare utarbetade många radikala förslag till nya byggnader. Det nya jättesjukhuset kom aldrig att utföras utan i stället fattade man beslutet att bygga ett flertal mindre sjukhus på olika platser i staden.

Mitten av 1800-talet

Med Florence Nightingale i mitten på 1800-talet kom den stora förändringen. Hon konstaterade att dödligheten för de som vårdades på sjukhus var avsevärt större än för dem som vårdades hemma med samma diagnos. Det blev därmed uppenbart med bakterien som smittspridare och därmed betydelsen av en renare miljö. Florence Nightingale utarbetade typplaner för sjukhus med noggranna måttangivelser för avstånd mellan sängar, för luftvolym per patient etc. Över hela världen byggdes de karaktäristiska stora vårdsalarna med sängar utmed långväggarna som finns kvar än idag på många håll i världen. Vila i säng var den viktiga behandlingsformen så sjukhusen kom att bestå av ett

antal friliggande "sänghallar" förbundna med oftast öppna förbindelsegångar. Detta det s.k. paviljongsjukhuset kom att vara den dominerande lösningen fram emot 1900-talet då olika korridorlösningar i samlade sjukhusbyggnader blev vanligare.

Det första sjukhuset för somatisk vård i Sverige brukar sägas vara sjukstugan vid Falu koppargruva från 1695. Sjukstugan hade 12 sängar med en normalbeläggning på 15 platser. Idag diskuterar vi hur många patienter som skall finnas på rummet, då var frågan hur många som kunde dela säng. 1772 byggdes Serafimersjukhuset i Stockholm med det övergripande uppdraget att svara för sjukvården i Sverige och Finland. Den första etappen med 8 sängar visade sig ganska snart för smått tilltagen.

Slutet av 1800-talet - 1930

I slutet av 1800-talet startar en omfattande byggnation av nya sjukhus i landet. Dessa byggnader kom att bli utgångspunkten för den moderna vården. På många sjukhus tex Akademiska sjukhuset i Uppsala och Universitetssjukhuset i Örebro finns dessa byggnader kvar. Denna utbyggnadsepok kom att med avbrott sträcka sig fram till 20-talet. Då det gällde den rent arkitektoniska gestaltningen var utgångspunkten för sjukhusbyggnaderna slott och herresäten. Så sent som på 20-talet, när det nya sjukhuset i Västerås invigdes sade landshövdingen i sitt invigningstal att "tidigare byggde vi våra slott och herresäten för de rika, idag bygger vi dem för de sjuka". I dessa byggnader föreskrevs en viss luftvolym per patient, ett krav som successivt ökades fram till 1920. Därefter minskade det när tekniska ventilationssystem infördes.

1930 - 50

På 30-talet kom funktionalismen, vilket för sjukhusbyggande betydde att verksamhetens krav kom i centrum. Noggranna och detaljerade funktionsstudier genomfördes inför projekten och framför allt kom planeringen och projekteringen av Södersjukhuset i Stockholm att få en stor betydelse. Inom vården började specialiseringen kring olika sjukdomar och klinik-begreppet etablerades. De tidigare s.k. odelade lasarett, där patienter med olika diagnoser var blandade ersattes av sjukhus med differentierat innehåll och uppbyggnad. Sängarna, och därmed vårdavdelningarna som dominerat sjukhusen kompletterades med stora enheter för diagnostik, behandling och mottagningar för öppen vård.

1960 - 70

På 1960-talet startade en omfattande utbyggnad av alla samhällets verksamheter och också för sjukvården. Landstingens byggnadsbestånd kom att mångdubblas under en 20-årsperiod.

Specialiseringen inom sjukvården medförde att sjukhusen blev mycket komplexa. Sjukhusens organisation hämtade förebilder från industrin och den då vanliga "löpandeband principen" och tilltron till teknikens möjligheter också inom vården var stor.

Sjukhusen byggdes nu med förebild från stadsplaneringen med dess indelning av staden i olika zoner för boende, arbete etc. Dispositionsplanerna visade olika zoner för vårdavdelningar, för behandling, för service etc. Ett sjukhus var inte längre en byggnad utan en "komplex struktur". I vården och i sjukhuset slussades patienten runt i kontakt med olika avdelningar och olika människor. Därmed blev lösningar baserade på separering av kommunikationsslag och logistik centrala. Samhället och också sjukvården trodde på en ständigt fortsatt tillväxt och sjukhusen byggdes med stora krav på möjligheter för tillväxt. Sjukhusen var inte längre enskilda byggnader utan komplexa strukturer – en stad i staden.

En byggnadsteknik förberedd för flexibilitet och ombyggnad utvecklades med stora spännvidder och ljudisolerande lättväggar med flera lager gipsskivor. De tekniska systemen blev mer och mer komplicerade vilket inte minst medförde att sjukhusen blev mycket dyra byggnader.

1980 - 90

Under 1980-talet etablerades begreppet "patient-focused care", en vård med utgångspunkt från patienten. En definition brukar vara att vården kommer till patienten var denne än befinner sig en annan är att patientmiljön i hela dess bemärkelse sätts i centrum. För sjukhusbyggnaderna medförde detta ett större intresse för den samlade vårdmiljön och miljöns betydelse för resultatet. Detta innebar vårdavdelningar som vetter mot grönskan och en strävan att förkorta transportavstånden. Under perioden manifesteras ett större engagemang och en tydligare vilja att också skapa upplevelsemässigt en varmare och tryggare sjukhusmiljö. Antroposofernas Vidarkliniken i Järna blir föregångare och inspirationskälla.

De stora sjukhusen får nya driftsformer. Centrumbildningar kring bestämda diagnosgrupper eller organ ersätter på många håll den strikta klinikuppdelningen och gör 60-talsmodellen med dess funktionellt betingade zonuppdelning mindre passande. Byggnadsmässigt blir det svårare att på ett fullödigt sätt inordna vårdavdelningar och operationsavdelning i samma byggnad.

Landstingens byggnadsbestånd nådde sin kulmen och minskade därefter huvudsakligen som en följd av att ansvaret för långtidssjukvården på sjukhemmen överfördes till kommunerna. Samtidigt förändrades den psykiatriska vården från institutionsvård i stora från samhället avskilda mentalsjukhus, till öppna vårdformer ute i samhället.

1990-talet kännetecknades av låg investeringstakt i vårdbyggnader. Den offentliga ekonomin och den medicinskt tekniska utvecklingen skapade en situation som karaktäriseras

av stora förändringar där bland annat den kvalificerade sjukvården koncentrerades till färre enheter och de mindre sjukhus fick förändrade uppdrag. Begreppet "närsjukhus" etablerades men med olika betydelse och innehåll runt om i landet.

2000 -

Dagens sjukhus är till största delen byggda med utgångspunkt ifrån en uppdelning i olika basverksamheter. Den slutna vårdens vårdavdelningar har sin speciella utformning och oftast lokaliserade tillsammans i speciellt utformade byggnader. Den öppna vårdens mottagningslokaler ligger för sig, diagnostikverksamheter – laboratorier, röntgenavdelning etc.– för sig, behandlingsavdelningar för operation etc. för sig och så vidare.

Under senare år har vi sett en förändring mot en större samverkan mellan dessa olika verksamhetsdelar vilket i sin tur skapar behov av samverkan också lokalmässigt. Detta har sin orsak i nya vårdfilosofier som exempelvis personcentrerad vård. En organisation kring diagnosen i form av centrumbildningar i stället för i kliniker är en annan pågående förändring som medför nya samverkansformer. De korta vårdtiderna medför ett större behov av kontinuitet mellan den slutna och den öppna vården och därmed ett behov också av lokalmässig närhet. Ambitionen att åstadkomma ett effektivare personalutnyttjande över tiden kan också medföra en strävan till samverkan mellan olika verksamhetsgrenar.

Idag - En sjukvård i ständig förändring

Den svenska sjukvården genomgår för närvarande snabba och dramatiska förändringar samtidigt med en period av stora investeringar i nya vårdbyggnader. Dessa förändringar är beroende av en rad faktorer såsom den medicinska och medicinskt tekniska utvecklingen, ökad insikt om omvårdnadens betydelse, befolkningsutveckling, förändrade värderingar och därmed förändrad efterfrågan, förändrad sjukdomsbild hos befolkningen p.g.a. åldersstruktur och levnadsmönster, förändrade ekonomiska förutsättningar etc. På grund av denna utveckling är vårdgivare tvingade att sätta press på att utveckla kvaliteten i hälso- och sjukvården. Vårdarkitektur är idag erkänd som en viktig faktor för att nå dessa mål.

Vårdavdelningens utformning och användning är i fokus i många av dessa förändringsprocesser. Sedan 1980-talet har många länder i Västeuropa försökt att minska antalet ineliggande vårdplatser på sjukhus för att flytta vården till andra vårdinrättningar och hemmen. Samtidigt har sjukhusvistelser blivit kortare och mer specialiserade, de som vårdas på vårdavdelningarna tenderar att vara mer allvarligt sjuka och kräver mer avancerad vård. Dessa förändringar har resulterat i en minskning av antalet vårdplatser och en minskande genomsnittlig vårdtid. Sverige har därför förändrats från att internationellt ha haft en av de högsta antalet vårdplatser/1000 invånare till en av de lägsta. Denna omställning har dock inte skett smärtfritt. Brist på vårdplatser beskrivs idag som ett problem på många sjukhus.

Många fler patienter passerar vårdavdelningen under en mycket kortare tid. Ökningen av kroniska sjukdomar och många sköra äldre människor, som behandlas utanför sjukhus i stället för i långvarig sjukhusvård, innebär att ett ökande antal av dessa har många upprepade inskrivningar under året. Många fler patienter passerar vårdavdelningen under en mycket kortare tid. Idag är också enpatientrummet standard i nya och ombyggda lokaler. Detta ställer ibland nya krav på bemanning och nya organisationer som motverkar fragmentering av vård och som kan stödja personer till egenvård.

Detta medför i sin tur ständiga krav på förändringar inom byggnader och lokaler. Ombyggnader måste kunna genomföras utan att störa pågående vårdverksamhet. Vårdbyggnader med generella planlösningar och flexibla tekniska byggnadssystem och installationer är förutsättningar för att klara detta. En helhetsstruktur som möjliggör att avskilja byggnader och byggnadsdelar under ombyggnad från sådana med pågående vårdverksamhet är en annan förutsättning.

En hälso- och sjukvård med krav på kostnadseffektivitet

Det ekonomiska utrymmet kommer också inom överskådlig framtid att vara begränsat inom den offentliga sektorn och därmed inom den del av vården som betalas av denna. Sjukhus och planlösningar med en logistik som möjliggör en rationell och personalbesparande organisation kommer att vara viktigt liksom planlösningar med god överblick och som möjliggör lägre bemanning utan att åsidosätta patientens säkerhet och trygghet.

En hälso- och sjukvård med konkurrens om en begränsad tillgång på personal

Stora pensionsavgångar i kombination av en minskad attraktivitet för utbildning inom vårdområdet kommer att medföra oroväckande brist på personal och därmed en konkurrens om utbildad personal med andra sjukhus och vårdinrättningar men också med andra aktörer och andra branscher. En för hälsa och arbetsskador men också attraktiv och stimulerande fysisk arbetsmiljö blir mycket viktig för att attrahera den bästa personalen – en lärande miljö för utveckling av kunskap och kompetens.

En hälso- och sjukvård för ett energisnålt och uthålligt samhälle

Sjukvårdens del av ansvaret för en helhetsmiljö som befrämjar ett energisnålt och uthålligt samhälle i det långa tidsperspektivet är självklart. Byggnader som i alla avseenden uppfyller kraven ett uthålligt samhälle och en hälsosam livsmiljö är ett givet krav för våra sjukhus.

En hälso- och sjukvård med krav på en stödjande vårdmiljö

Framtidens patienter kommer att ställa helt andra krav också på den fysiska miljön, en miljö som skall präglas av trygghet och omtanke. En ökad medvetenhet om miljöns betydelse för vårdens resultat blir allt tydligare genom resultat inom forskningen. Viktigt för våra sjukhus och vårdbyggnader är att de kan erbjuda förutsättningar för goda ljusförhållanden, med kontakt och utblickar mot natur och grönska och utan negativa miljöaspekter såsom buller och luftföroreningar. En disposition som är lättorienterad vad avser tillgänglighet och kommunikationer är viktig.

En hälso- och sjukvård i samverkan med samhället i övrigt

Tidigare var våra sjukhus ofta avskärmade från samhället i övrigt, omgärdat av höga staket etc. Idag och än mer i framtiden är sjukhuset en viktig del i samhällets dagliga liv och också ett centrum inte bara för sjukvård utan också för den förebyggande hälsovården. Genom IT- samhällets utveckling av telemedicin, digital informationshantering etc. kommer stora delar av vården att flytta från sjukhuset till vårdcentraler och patientens hem. Lokaliseringen i samhället i förhållande till kultur-, utbildnings- och centrumaktiviteter och också tillgängligheten med transportmedel såväl kollektiva som individuella är viktig. En attraktiv byggnadsutformning befrämjar detta.

En hälso- och sjukvård i samverkan med forskning, utveckling och undervisning

Den kliniska forskningen pågår ständigt inte enbart vid universitetssjukhusen utan också ute i den patientnära "vardagssjukvården". Likaså utvecklas nya metoder och nya verktyg inom behandling och omvårdnad. På sjukhuset finns en miljö för innovationer som kan omsättas i industriell tillverkning. Lokaler som befrämjar utbyte med universitet, högskola och andra forsknings- och utvecklingscentra har betydelse. Byggnadslösningar med möjligheter till utrymme för utveckling och utbildning i anslutning till den kliniska verksamheten är en viktig kvalitet.

En vårdavdelning där tekniken möjliggör en friare användning av rummet

Hela samhällets förändring mot det s.k. informationssamhället påverkar i högsta grad också sjukvårdens och därmed sjukhusens byggnader idag och inför framtiden. IT-tekniken, digital bildöverföring, telemedicinens utveckling etc. möjliggör att verksamhet, såväl diagnostik som behandling, vård och rehabilitering kan flyttas närmare patienten, till decentraliserade "närsjukhus", till vårdcentraler och till patientens hem. Sjukhusets avdelningar får rollen som centrala nav för en decentraliserad vård. Det blir viktigt för våra sjukhus och vårdavdelningar att klara förändringen mot en integration mellan verksamheter på den fysiska platsen, byggnaden, och IT- teknikens möjligheter till en decentralisering.

Vårdbyggnader i en post-antibiotika värld

Idag är multiresistenta bakterier ett allt större hot, både överförda ute i samhället och på sjukhus. Fler vårdbyggnader förses med separata entréer för infekterade patienter och är förberedda för separat flöde med rum utrustade för att hantera infektioner. Större sjukhus förses med särskilda byggnader eller lokaler för infektionskliniker som är försedda med isoleringsrum, ingång utifrån och avancerad ventilation. Även om nya vårdavdelningar byggs med enpatientrum kommer det största samlade antal vårdtrum länge framöver att vara flerpatientrum. Fler rum behöver utrustas med eller förbereds för förtrum eller sluss och reglerbar ventilation för olika tryckförhållanden

Framtiden?

Framtidens vårdbyggnader kommer att lokaliseras och utformas för att bäst kunna stödja medskapande och samproduktion av hälsa och sjukvård mellan patienter, deras anhöriga, vårdpersonal och andra aktörer i samhället. Konsekvenserna av förhållningssättet "personcentrerad vård" innebär ett nytt sätt att betrakta vårdbyggnader – från professionernas till medborgarnas perspektiv. Det är en utmaning att förändra bilden av sjukhuset som en "läkande maskin" till sjukhuset som en vårdande institution som inte bara erbjuder behandling, komfort och stöd, men också uppmanar patienterna att ta ansvar.

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. Även om betydande resurser avsätts för förebyggande av sjukdomar, tenderar sjukvård fortfarande till att främst fokusera på att behandla sjukdom när den inträffar. I framtiden behöver det hälsofrämjande byggas in i alla politiska och samhällsbyggnadsmässiga åtgärder. Samtidigt ger medicinska framsteg och förändrad demografi ökad efterfrågan på vård som ska finansieras med minskade intäkter. Detta ställer allt högre krav på vården att vara effektiv, utveckla sina processer och möta patienternas behov på nya sätt och platser.

Ett socialt hållbarhetsperspektiv på hälso- och sjukvården innebär att mer resurser läggs på en sammanhängande vårdkedja för patienten, i förebyggande vård- och omsorgsprocesser, behandling och rehabilitering. Det innebär alltmer information- internt och med patienter. Samtidigt har informationshanteringen till innehåll, form och var det äger rum genomgått dramatiska förändringar under de senaste decennierna. I framtiden kommer den bärbara informations- och kommunikationsteknologi (IKT) som revolutionerat vår vardag och arbetsliv även vara implementerad i vården på samma sätt som i övriga verksamheter i samhället och i våra hem.

KAPITEL 3

UTFORMNING

Detta kapitel är ett underlag för diskussioner, det anges inga mått, för- eller nackdelar med olika lösningar. Istället försöker vi belysa konsekvenser med olika utformning.

3.1 Visioner

3.2 Rumstyper - vårdrum

3.3 Typrum – andra rum inom avdelningen (PTS)

3.4 Funktionsenhet – vårdmodul

3.5 Stödenhet

3.6 Vårdavdelning

3.7 Utformning och forskning

3.1 Visioner

Utgångspunkt för Den goda vårdavdelningen 2019 är att god vårdarkitektur är en viktig del av vården. God vårdarkitektur kan stödja patienter, närstående och personal på flera sätt. Genom att erbjuda funktionella och ändamålsenliga lokaler som gör att verksamheten kan bli mer effektiv. Den kan bidra till en bättre patientsäkerhet. Arkitekturen kan också underlätta för möten, samtal och god omvårdnad liksom erbjuda rum som möjliggör avskildhet, integritet och närståendenärvaro. Samt inte minst utgöra en vacker miljö som ger positiv avledning och skapar en avstressande atmosfär.

Vision – Den goda vårdavdelningen ska bidra till en vårdmiljö som stödjer läkande processer.

Byggnadens utformning har i forskningsstudier visat sig kunna bidra till att minska den stress som upplevs av patienter och deras familjer. Därigenom kan den stödja läkande och tillfrisknande och samt påverka tiden för behandling och minska medicinering. Detta kan påverka tillfrisknande och vårdtider positivt.

Vision – Den goda vårdavdelningen ska stödja patientsäkerhet.

Det finns idag tillgänglig forskningsbaserad kunskap om hur nya vårdavdelningar ska planeras för att reducera risker för smittspridning, infektioner, fallolyckor och medicinska fel. Enpatientrum samt rätt utformning och placering av handtvätt och desinfektion är ett viktigt exempel på detta.

Vision – Den goda vårdavdelningen ska främja en god arbetsmiljö.

Buller, tunga lyft, obekväma arbetsställningar, upprättstående arbete och mycket "spring" är några av de arbetsmiljöproblem som finns för vårdpersonal. Många av dessa problem är förorsakade av fel utformade och utrustade vårdavdelningar.

Vision - Den goda vårdavdelningen ska underlätta moderna och rationella arbetsätt.

Flera svenska sjukhus visar idag upp stora effektiviseringar till följd av förbättringsarbete. Rätt utformade lokaler, där organisatorisk, medicinsk och byggnadsrelaterad kunskap integreras kan stödja nya arbetsätt och möjliggöra rationella flöden. Även rätt användning av IT-stöd och varulogistik innefattas här.

Vision - "Den goda vårdavdelningen" ska ge underlag för resonemang kring vårdavdelningens struktur som kan stödja vårdpersonalens arbete när vården förändras.

Hur förutsättningar och behov kan tänkas förändras över tid och vilken grad av flexibilitet som önskas för att möta dessa förändringar?

Hur arbetsmetoder kan styras av vilken utformningsprincip som använts?

Hur kan avdelningen bemannas beroende vilken typ av utformning man väljer?

3.2 Rumstyp – vårdrum

UPPDATERING 2019

- Bildmaterialet i kapitel 3.2 har aktualiserats och kompletterats med fler exempel. Rumstabellen har reviderats utifrån inarbetade erfarenheter från rapporten "Enpatientrum i Sverige" och nya aspekter på tillgänglighet.
- I DGV 2019 har vi fortsatt valt att redovisa exempel på RWC med möjlighet för spoldesinfektor men utan text. En spoldesinfektor som inte används frekvent är erfarenhetsmässigt en belastning när det gäller hygien, plats och ekonomi. Det är dock viktigt att redan vid planeringen bestämma storleken på RWC utifrån framtida behov.

I en sammanvägd bedömning mellan forskningsresultat och bästa praktisk erfarenhet rekommenderar Den goda vårdavdelningen 2019 att i första hand bygga enpatientrum med egen WC med dusch som standard. Vid ombyggnadsprojekt kan tvåpatientrum också förekomma.

Utredningen "Enpatientrum i Sverige" från 2017 (<https://ptsforum.se>; <https://chalmers.se/sv/centrum/cva>) visar att det positiva överväger när det gäller arbetsmiljö, möjlighet att bedriva personcentrerad vård, vårdrelaterade infektioner, fallolyckor, medikamentintag, integritet/ sekretess, sömn, behov av patientomflyttningar, närhet till patienter och teamarbete.

Forskningen är dock inte entydig när det gäller effekterna av enpatientrum, se litteratursökningen i "Enpatientrum i Sverige" samt "Evidensbas för vårdens arkitektur 2.0". En majoritet av patienter uttrycker en preferens för enkelrum genom upplevd ökad komfort, kommunikation, ljudreducering, sömnkvalitet och kontroll. Detta övervägde eventuella nackdelar (känsla av isolering) som vissa kände. Patienter uppskattar integritet, konfidentialitet och flexibilitet för besökare som enkelrum kan erbjuda. Personal upplever förbättringar när det gäller patientkomfort och konfidentialitet. Men enkelrum var sämre för synlighet, övervakning, teamarbete. Personalens gångavstånd ökar efter införande av enkelrum. När det gäller huruvida enpatientrum minskar infektioner och smittspridning ger forskningen inte heller något klart svar. Det finns studier och forskningsöversikter som visar olika resultat. Både utvärderingar och forskningsstudier visar att vid felaktig utformning av enpatientrummet, riskerar patienten att isoleras visuellt och därmed aktivitetsmässigt.

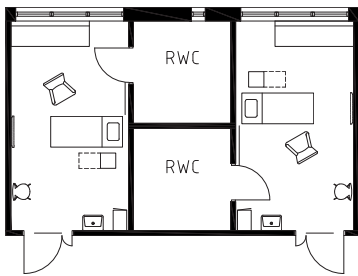
Det är omsorg om patienter som bör vara styrande vid utformning av vårdlokaler. Det är huvudsakligen vårdplatsen i patientrummet som har direkt påverkan på patienten. Detta är även vårdpersonalens arbetsplats. Vårdrummets utformning bör ligga i fokus under projektering av vårdavdelningar. På grund av de stora variationerna av patienttyper, sjukdomar mm. är det just patientrummet som behöver vara så generellt att dessa kan hanteras.

Vårdplatsen måste vara dimensionerad för patientutrymme, plats för närstående, plats för teknisk utrustning och möjlighet för flera personer vistas i rummet på samma gång, samtidigt som vård kan bedrivas utan hinder samt att det finns tillräckligt med plats för att kunna aktivera patienten när den tillfrisknar.

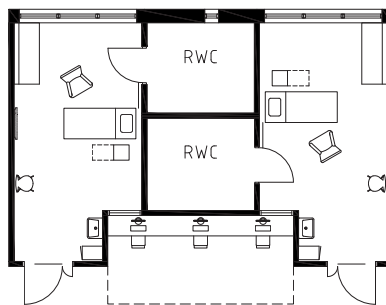
Framtagen rumstabell (Tabell 1) illustrerar tre olika rumstyper. Två av rumstyperna illustreras med flera varianter. Varje rum för sig illustreras närmare med perspektivbilder utifrån patientsängen samt från korridoren mot rummet. Olika kvalitéer, som de olika rumstyperna har, beskrivs för varje rum.

RUMSTYP A

RWC mellan rum



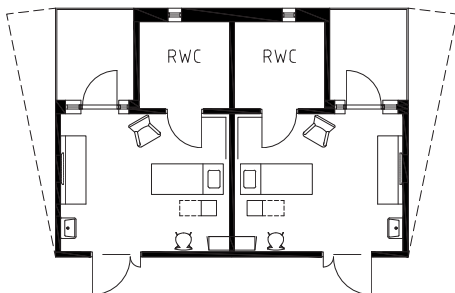
Rumstyp A1



Rumstyp A2

RUMSTYP B

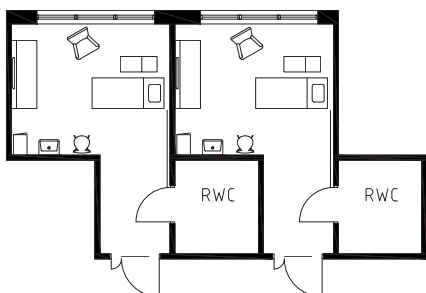
RWC mot fasad



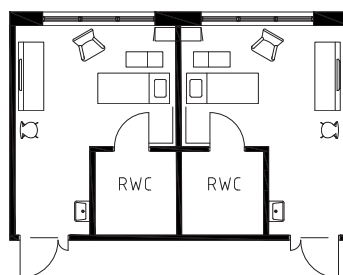
Rumstyp B1

RUMSTYP C

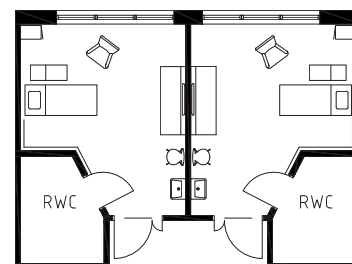
RWC mot korridor



Rumstyp C1

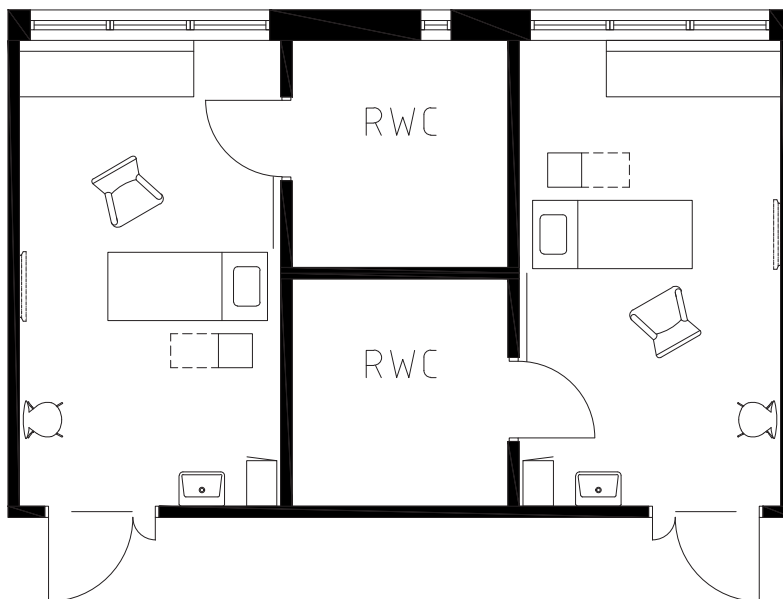


Rumstyp C2



Rumstyp C3

1. Tabell 1 - rumstyper



2. Planritning

RUMSTYP A1

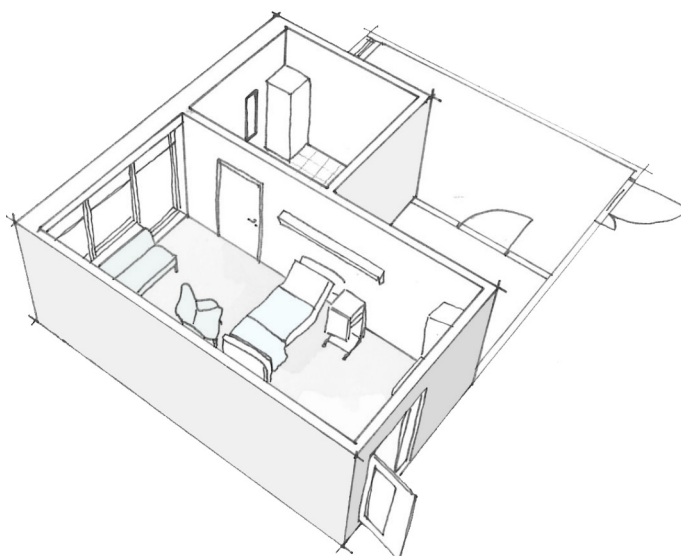
*Enpatientrum med RWC placerad mellan rummen.
Rummen kan utföras med eller utan uteplats/balkong.*

Rummet är rektangulärt och därför lättöverskådlig. Sängen är placerad nära ingången till hygienrummet. Det gör det möjligt att ha ledstång från vårdplatsen ändå till toalettstolen och underlättar därmed för patienten.

Patientsängen är synlig från korridoren även med stängda dörrar. Dörrar är glasade. Insynen kan begränsas med persienner som kan justeras från rummet efter behov.

Patienten har visuell kontakt med korridoren och se aktiviteter utanför. På natten, eller om så önskas, kan man dra ner persienner för att begränsa insynen. Vid en sådan sängplacering ser patienten vem som kommer in eller går ut ur rummet. Detta ökar känslan av kontroll över den närmaste omgivningen.

Klockan på väggen är synlig från sängen och hjälper till att behålla tidsuppfattningen. Väggen mitt emot patienten kan användas för magnetavla med datum, bild med naturmotiv om utsikten mot naturen saknas eller bildskärm.



3. Planritning i 3D



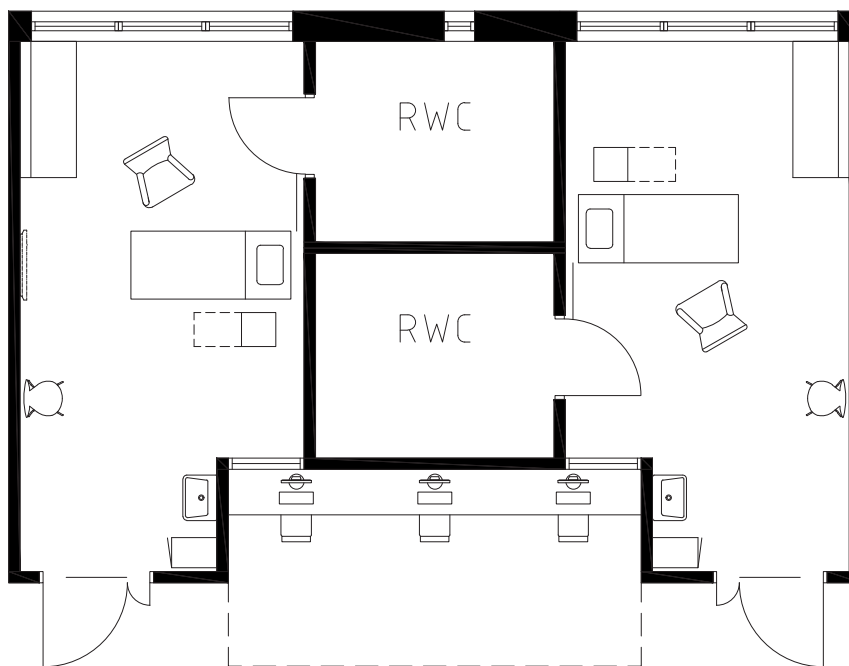
4. Vy från korridor

Fönsterstorlek och placering är viktiga för att patienten ska kunna se ut genom fönstret från sin säng. Naturutblick kan verka lugnande och fungera som positiv avledning. Stora fönster och rätt placering av sängen ger bra tillgång till dagsljus. Ljusinsläpp samt insyn utifrån kan justeras med t.ex. persienner.

Handfatet i rummet är placerat synligt vid ingången. Syftet är att påminna om att tvätta/sprita händerna. I närheten finns det också plats för saker som man gärna vill ha till hands. På rummet kan även finnas en arbetsstol med skrivsiva vid anteckningar för vårdpersonalen. För patientens personliga tillhörigheter finns det både högskåp och patientbord med lådor.



5. Vy från patientsäng



6. Planritning

RUMSTYP A2

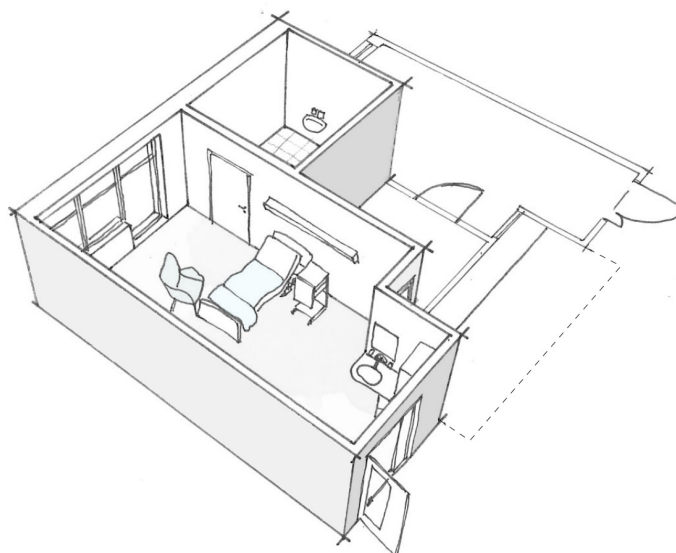
*Enpatientrum med RWC & övervakning placerad mellan rummen
Rummen kan utföras med eller utan uteplats/balkong.*

Arbetsstation har insyn in i rummet och är tillgänglig från korridoren. Sängen är placerad i närheten av ingången till hygienrummet. Det gör det möjligt att ha ledstång från vårdplatsen ändå till toalettstolen och underlättar därmed för patienten.

Patientsängen är synlig från korridoren även vid stängda dörrar. Dörrar är glasade. Insikten kan begränsas med persienner som kan justeras från rummet efter behov. Handfatet är placerat vid ingången "på väg" till patienten. Handfatets synlighet påminner om att tvätta/sprita händer.

Patienten har visuell kontakt med korridoren. På natten eller om så önskas kan man dra ner persienner för att begränsa kontakten. Vid en sådan sängplacering ser patienten vem som kommer in eller går ut ur rummet. Detta ökar känslan av kontroll över den närmaste omgivningen. Patienten kan även se vårdpersonalen vid arbetsstationen. Det är viktigt att

värna patientens integritet patienten när övervakning/arbetsstation är kopplad till rummet med fönster. Belysning från arbetsstationen kan vara störande för patienten på natten. Fönsterstorlek och placering är viktiga för att patienten ska kunna se ut genom fönstret från sin säng. Naturutsikt kan verka lugnande och fungera som positiv avledning.



7. Planritning i 3D



8. Vy från korridor

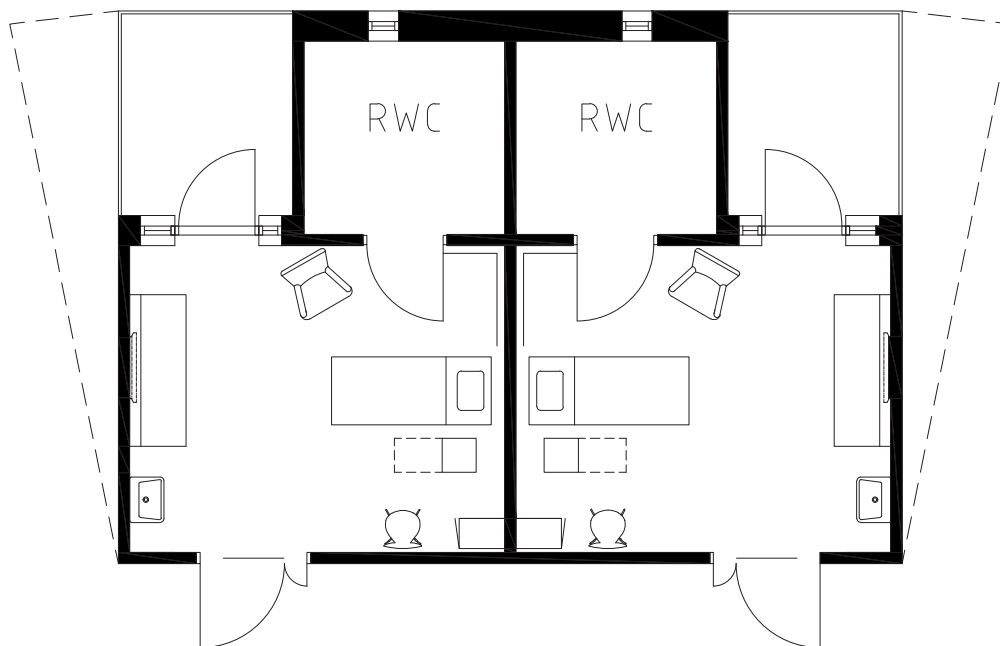
Stora fönster och rätt placering av sängen ger bra tillgång till dagsljus. Ljusinsläpp samt insyn utifrån kan justeras med t.ex. persienner.

Personalen kan se in i rummet från arbetsstationen och observera patienten om det behövs. Utrymmet kan fungera som övervakningsstation eller som ordinarie arbetsstation (den är inte direkt kopplad med dörrar till patientrummet). Det är då viktigt att tänka på bra ljudisolering så att patienter inte störs av samtal eller andra pågående aktiviteter.

Det finns övernattningsmöjlighet för patientens närstående på rummet. En lämplig variant av bäddsoffa kan även utnyttjas som sittplats när patienter får flera besökare eller vid vård/planeringsmöte med patienten. Det finns även ett mindre bord och karmstol för patienten. Den kan användas för att aktivera patienten på rummet till exempel vid måltider.



9. Vy från patientsäng



10. Planritning

RUMSTYP B1

Enpatientrum med RWC placerad mot fasad.

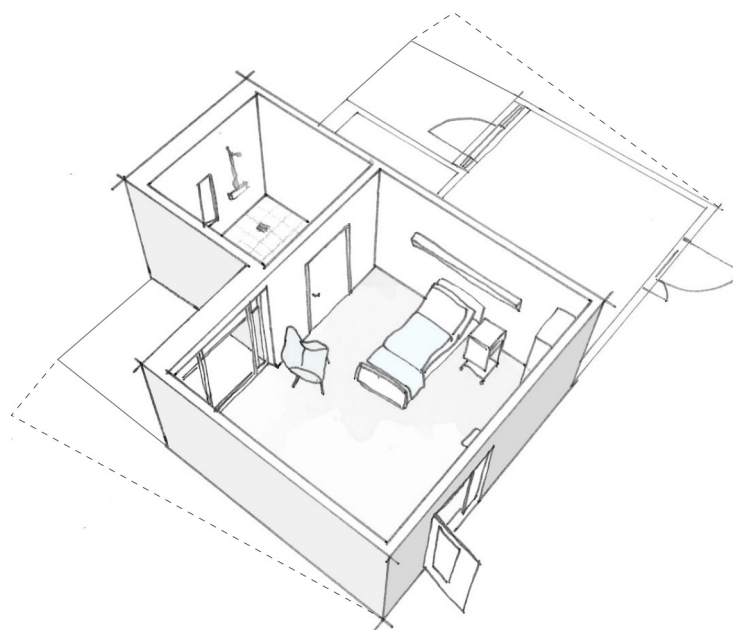
Rummet kan utföras med eller utan uteplats/balkong. De streckade linjerna markerar rumstypens lämplighet för runda eller konvext krökta byggnadskroppar.

Sängen är placerad i närheten, men i vinkel i relation till hygienrummet. Det gör det svårare att ha ledstång fram till toaletten.

Patientsängen är synlig från korridoren även vid stängda dörrar. Dörrar är glasade. Insynen kan begränsas med persienner som kan justeras från rummet efter behov.

Patienten har visuell kontakt med korridoren. På natten eller om så önskas kan man dra ner persienner för att begränsa kontakten. Vid en sådan sängplacering kan patienten lätt se från vem som kommer in eller går ut ur rummet. Detta ökar känslan av kontroll över den närmsta omgivningen.

Säng är placerad med avstånd från fönster. Dock kan fönsterstorleken möjliggöra god tillgång till dagsljus. Utsikten är däremot begränsad. Dagsljusinsläpp samt insyn utifrån kan justeras med t.ex. persienner.



11. Planritning i 3D



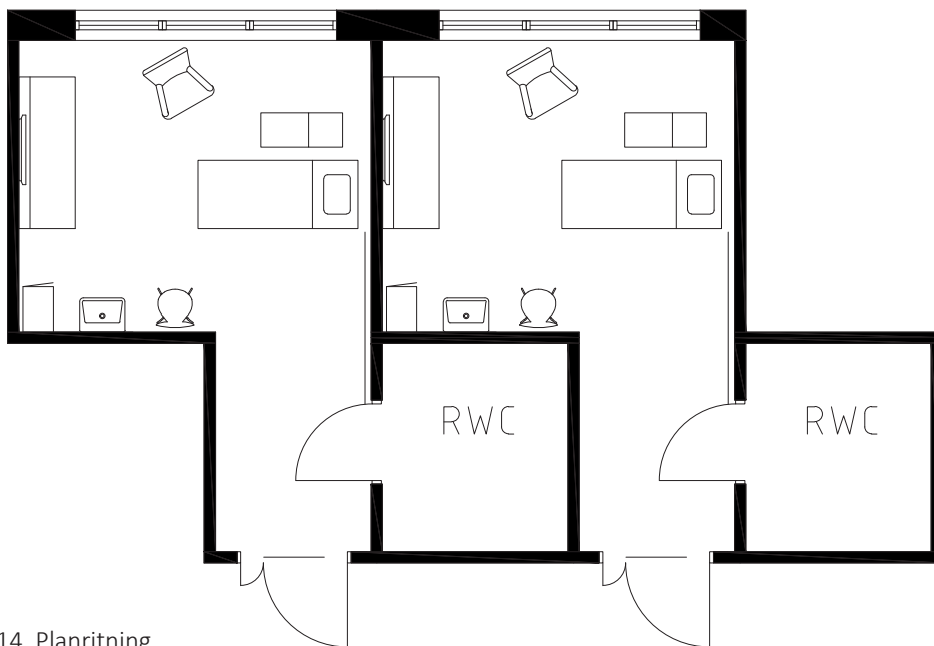
12. Vy från korridor

Det finns övernattningsmöjlighet för patientens närstående på rummet. En lämplig variant av bäddsoffa kan även utnyttjas som sittplats när patienter får flera besökare eller vid vård/planeringsmöte med patienten. Det finns även plats för ett mindre bord och karmstol för patienten. Den kan användas för att aktivera patienten på rummet till exempel vid måltider.

Tillgång till en stor balkong kan ge patienten en möjlighet att vistas ute i friska luften och även köras ut med sängen.



13. Vy från patientsäng



14. Planritning

RUMSTYP C1

*Enpatientrum med RWC placerad saxat mot korridor.
Rummet kan utföras med eller utan uteplats/balkong.*

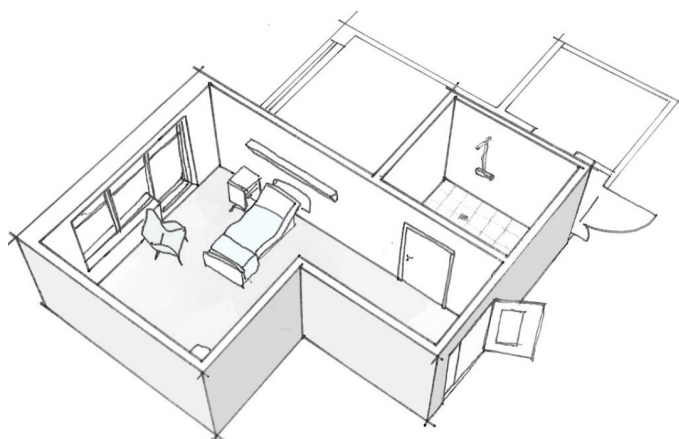
Denna utformning skapar ett förrum innan man kommer in i rummet. Man kommer in rakt på sängen vilket kan upplevas utsatt. Sängen är placerad så att det är möjligt att ha ledstång från vårdplatsen ändå till toalettstolen och underlätta förflyttning för patienten.

Patientsängen är synlig från korridoren även vid stängda dörrar. Dörrar är glasade. Innsynen kan begränsas med persienner som kan justeras inifrån rummet efter behov. Handfatet är placerat synligt men inte "på väg" till patienten. Däremot spritdispenser placeras alltid synligt i närheten av vårdplatsen på fotändan av sängen

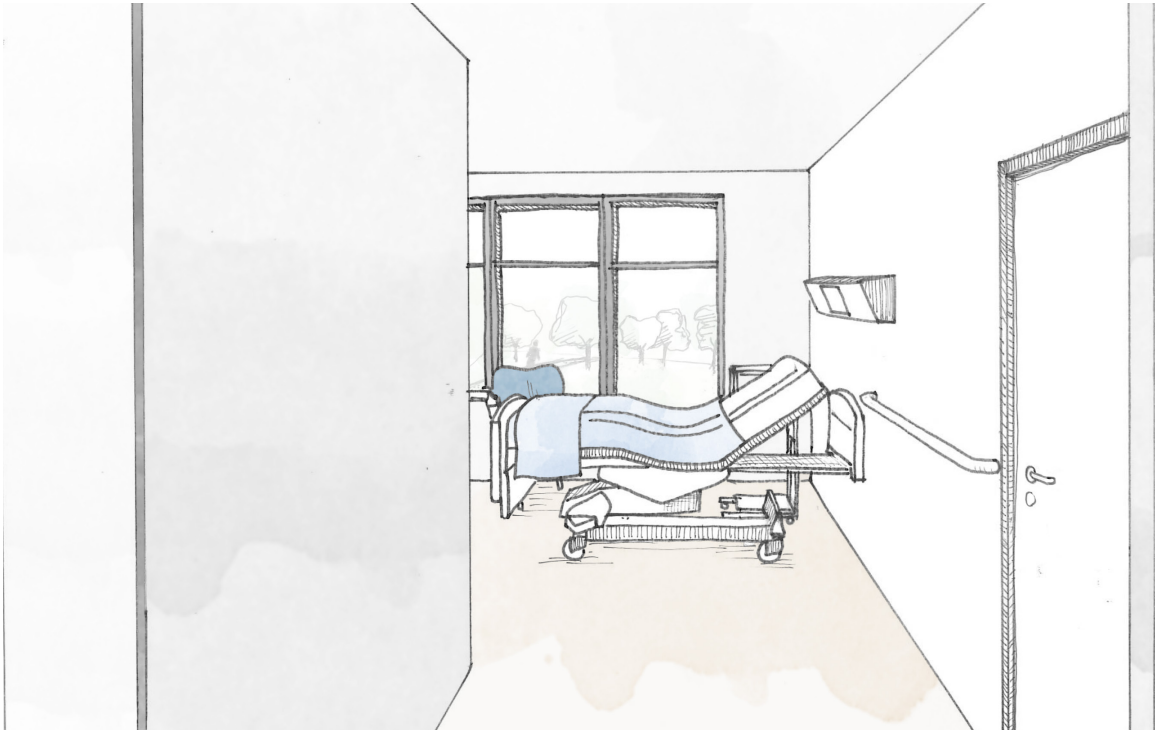
Handfatets/dispensers synlighet påminner om att tvätta/sprita händer.

Patienten har visuell kontakt med korridoren. På natten eller om så önskas kan man dra ner persienner för att begränsa kontakten.

Fönsterstorlek och placering är viktiga för att patienten ska kunna se ut genom fönstret



15. Planritning i 3D



16. Vy från korridor

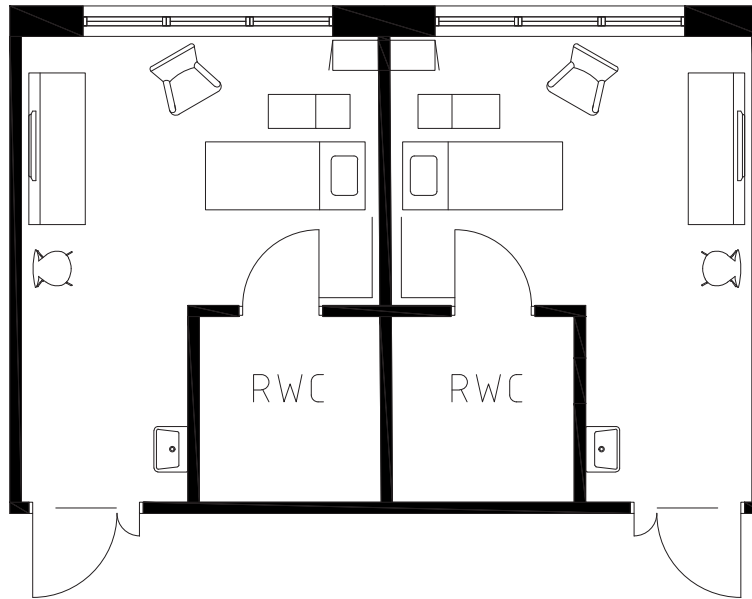
från sin säng. Naturutsikt har en lugnande effekt och fungerar även som positiv avledning vilket kan ge patienten "paus" i tankarna om sin sjukdom/situation.

Stora fönster och rätt placering av sängen ger bra tillgång till dagsljus. Ljusinsläpp samt insyn utifrån kan justeras med t.ex. persienner.

Klockan på väggen är synlig från sängen och hjälper till att behålla tidsuppfattningen. Väggen mitt emot patienten kan även användas för magnetavla med datum eller bild med naturmotiv om utsikten mot naturen saknas.



17. Vy från patientsäng



18. Planritning

RUMSTYP C2

*Enpatientrum med RWC placerad samlad mot korridor
Rummet kan utföras med eller utan uteplats/balkong.*

Enpatientrum med RWC placerade mot korridoren ger ett L format rum. En sådan utformning skapar ett förrum innan man kommer in i det egentliga vådrummet.

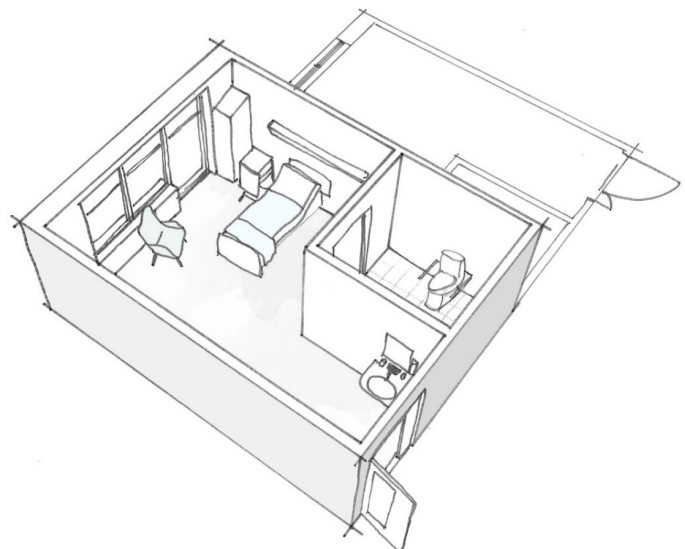
Stora fönster och rätt placering av sängen ger bra tillgång till dagsljus. Ljusinsläpp samt insyn utifrån kan justeras med t.ex. persienner.

Man kan inte se patientsängen från korridoren. Detta innebär sämre visuell kontakt mellan patient och vårdpersonal. Handfatet är placerat vid ingången "på väg" till patienten. Handfatets synlighet påminner om att tvätta/sprita händer.

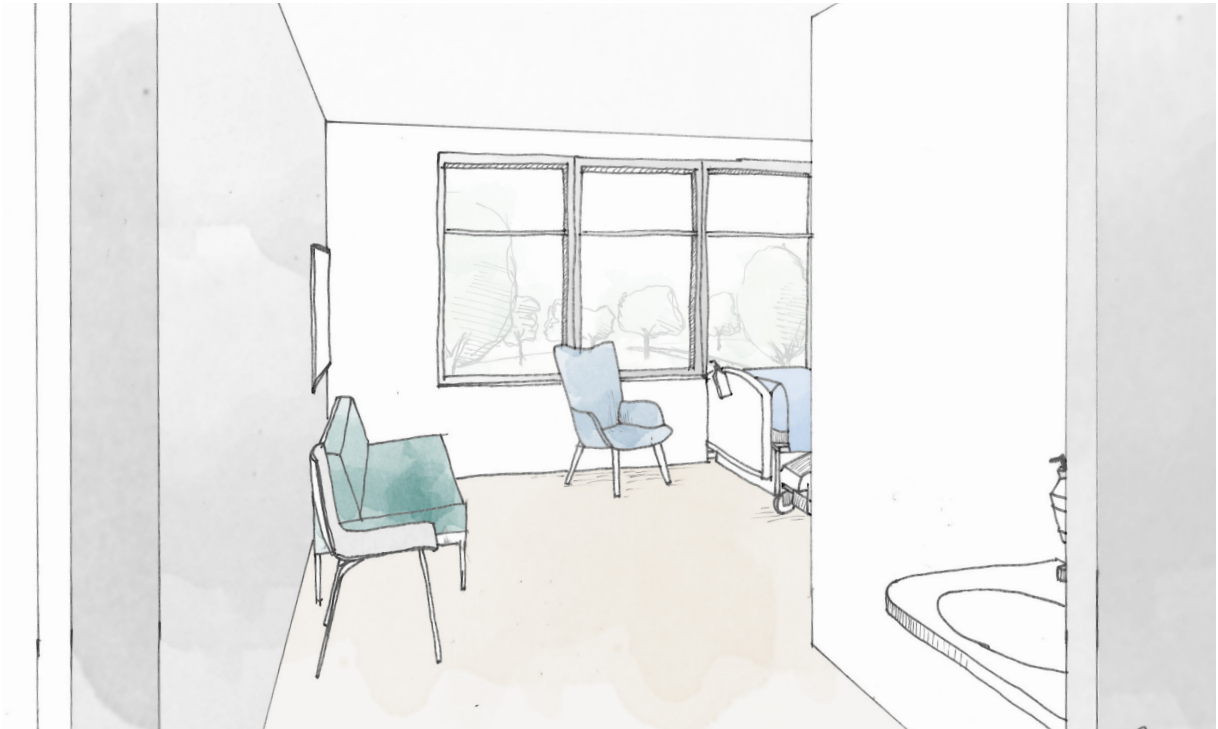
Patientsängen ser man först efter det man har passerat passageutrymmet.

Patienten har inte visuell kontakt med korridoren. Vid en sådan sängplacering kan patienten inte se från sängen vem som kommer in eller går ut genom dörren och vad som pågår i passageutrymmet.

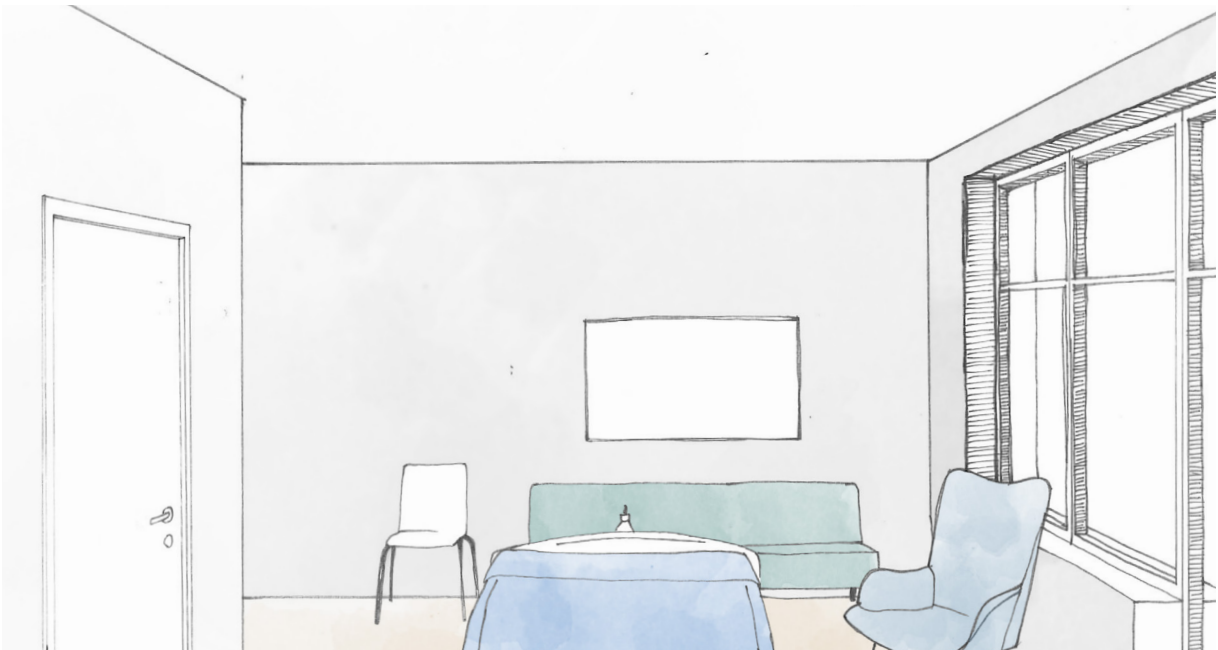
Fönsterstorlek och placering är viktiga för att patienten ska kunna se ut genom fönstret från sin säng. Naturutsikt kan verka lugnande och fungera som positiv avledning.



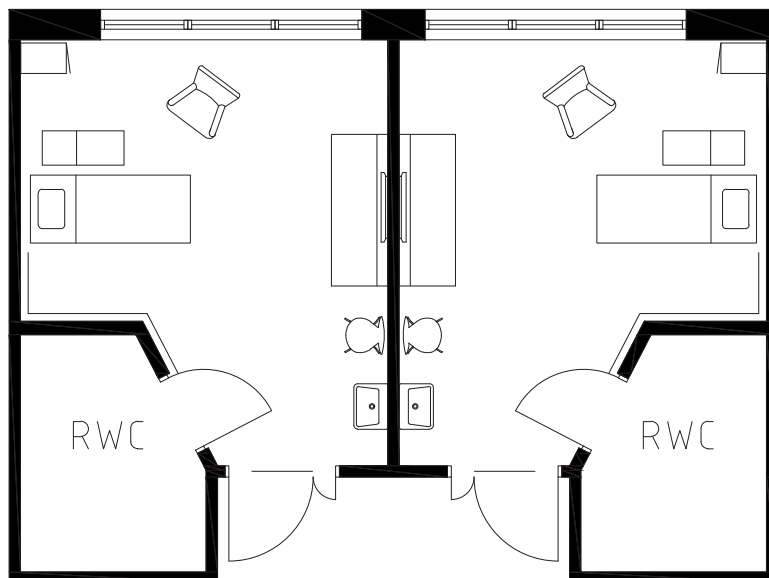
19. Planritning i 3D



20. Vy från korridor



21. Vy från patientsäng



22. Planritning

RUMSTYP C3

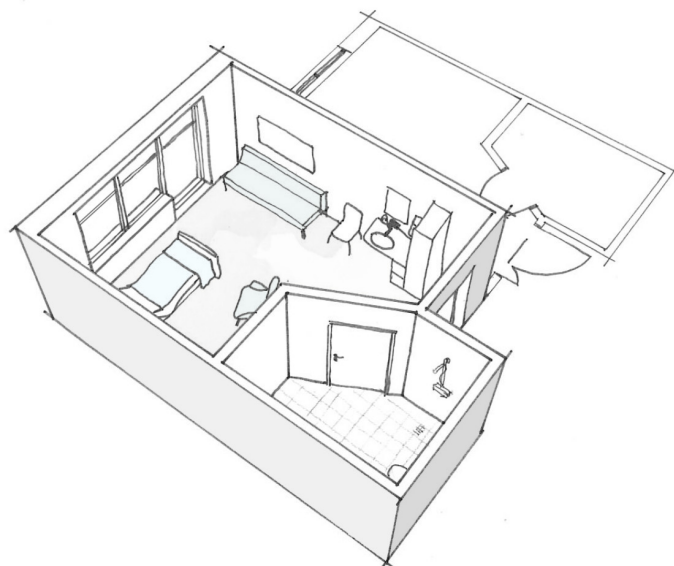
*Enpatientrum med RWC placerad separerade mot korridor
Rummet kan utföras med eller utan uteplats/balkong.*

En sådan utformning skapar ett förрум innan man kommer in i rummet. Sängen är placerad så att det är möjligt att ha ledstång från vårdplatsen ändå till toalettstolen och underlätta förflyttning för patienten.

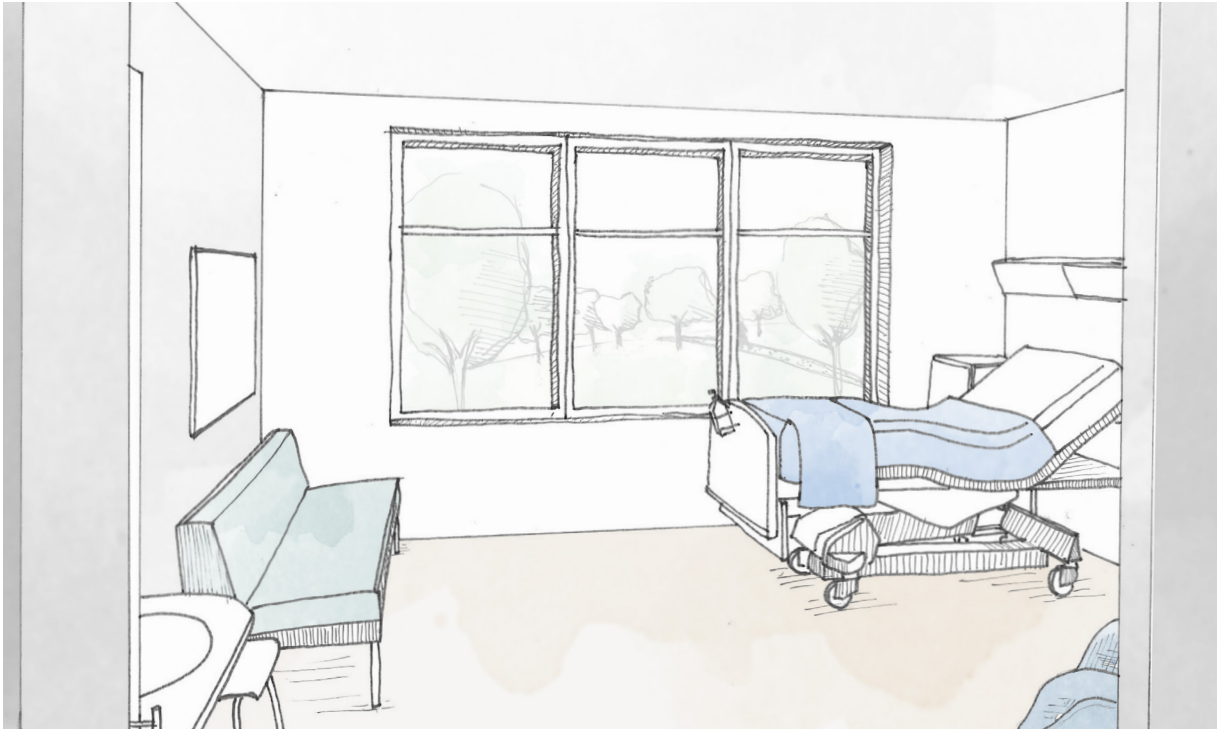
Genom att vägg till RWC vinklas är patientsängen synlig från korridoren även vid stängda dörrar. Dörrar är glasade. Insynen kan begränsas med persienner som kan justeras från rummet efter behov. Handfatet är placerat vid ingången "på väg" till patienten. Handfatets/dispensers synlighet påminner om att tvätta/sprita händer.

Nischen gör att dörrslagningen sker inte direkt ut i korridoren. Patienten har dock fortfarande visuell kontakt med korridoren samtidigt som patientsängen står något skyddat. På natten eller om så önskas kan man dra ner persienner för att begränsa kontakten. Vid en sådan sängplacering kan patienten lätt se från vem som kommer in eller går ut ur rummet. Detta ökar känslan av kontroll över näromgivningen.

Fönsterstorlek och placering är viktiga för att patienten ska kunna se ut genom fönstret från sin säng. Naturutsikt kan verka lugnande och fungera som positiv avledning. Stora fönster och rätt placering av sängen ger bra tillgång till dagsljus. Ljusinsläpp samt insyn utifrån kan justeras med t.ex. persienner.



23. Planritning i 3D



24. Vy från korridor

Klockan på väggen är synlig från sängen och hjälper till att behålla tidsuppfattningen.
Väggen mitt emot patienten kan även användas för magnetavla med datum eller bild med naturmotiv om utsikten mot naturen saknas.



25. Vy från patientsäng

3.3 Typrum – andra rum inom avdelningen (PTS)

När det gäller övriga rum inom en vårdavdelning refereras till typrum inom PTS. Denna omfattar de allmänt förekommande rumstyperna inom hälso- och sjukvård.

3.4 Funktionsenhet – vårdmodul

UPPDATERING 2019

- Text och bild har uppdaterats och kompletterats baserat på bland annat inspel från workshop med expertgrupp genomfört i samband med uppdateringen.

FUNKTIONSENHETEN

Funktionsenheten utgörs av en grupp vårdrum med tillhörande stödfunktioner.

I funktionsenheten placeras de stödfunktioner som används ofta och då bör ligga nära vårdrummet. Närheten mellan de nödvändiga stödfunktioner och vårdplatser har många fördelar.

- För patienten:
att mobilisera, sitta, vila, utanför patientrummet (närdagrum, sittmöjlighet i korridor etc.).
- För personal, patienter och närstående:
att mötas och vid behov tala ostört (enpatientrum, grupprum, samtalsrum, närdagrum)
- För personal:
att finna material för det dagliga arbetet. (närförråd, genomräkningsskåp, läkemedelsvagn, beredningsplats för läkemedel etc.)
att hämta dryck etc. (pentry eller liknande)
att dokumentera och utföra annat administrativt arbete eller utöva kunskapsöverföring, yrkesintroduktion (arbetsstation, grupprum etc.)
att spoldesinficera gods som använts på vårdrummet (
att möta förändrade behov. (vårdrum, -ett alternativt specialrum)

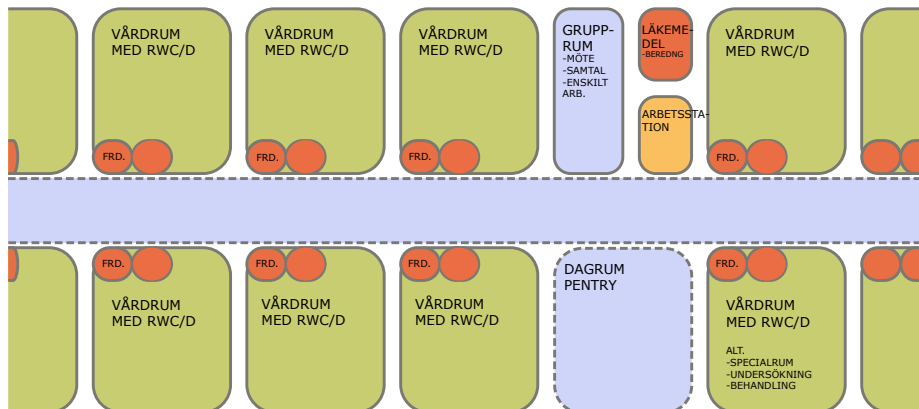
Övriga stödfunktioner beskrivs under vårdavdelningen och då som kompletterande stödfunktioner.

Den goda vårdavdelningen visar funktionsenheter med mellan 5–8 vårdplatser. En funktionsenhet inte är synonymt med ett team. En funktionsenhet kan användas av olika teammedlemmar. Antal patienter per funktionsenhet kan variera beroende på specialitet, arbetsmetod, vårdtyngt eller vad som i det specifika fallet är möjligt .

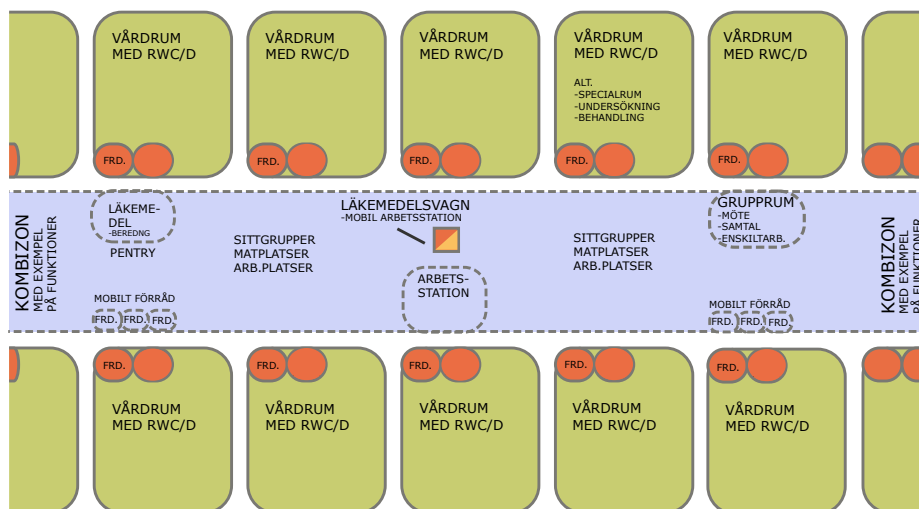
Konceptprogrammet visar två olika principlösningar för en funktionsenhet- Modulmodellen och Kombimodellen.

FUNKTIONSENHET





26. Blocklayout funktionsenhet modulmodell



27. Blocklayout funktionsenhet kombimodell

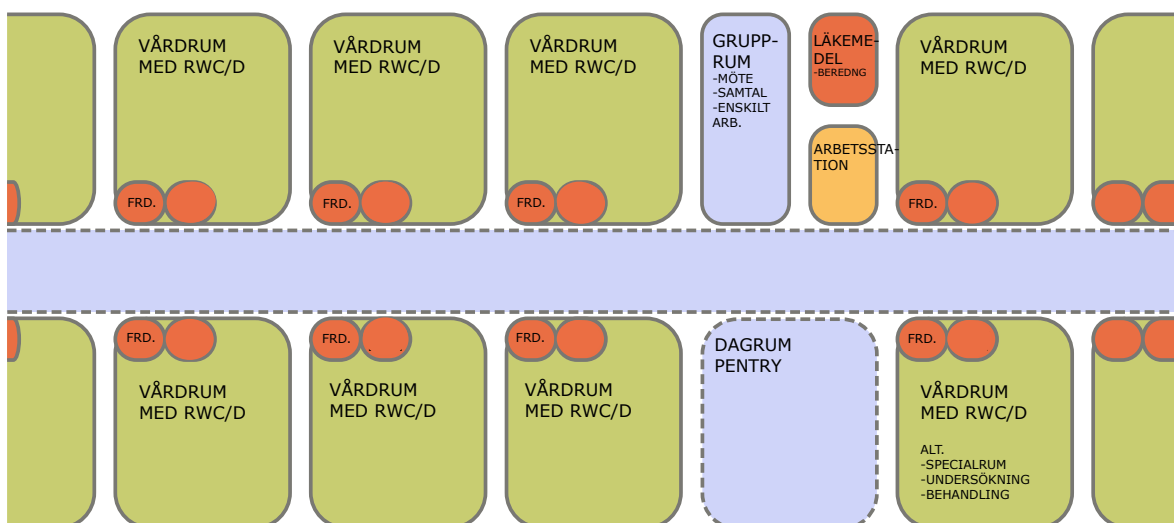
FUNKTIONSENHET

MODULMODELLEN

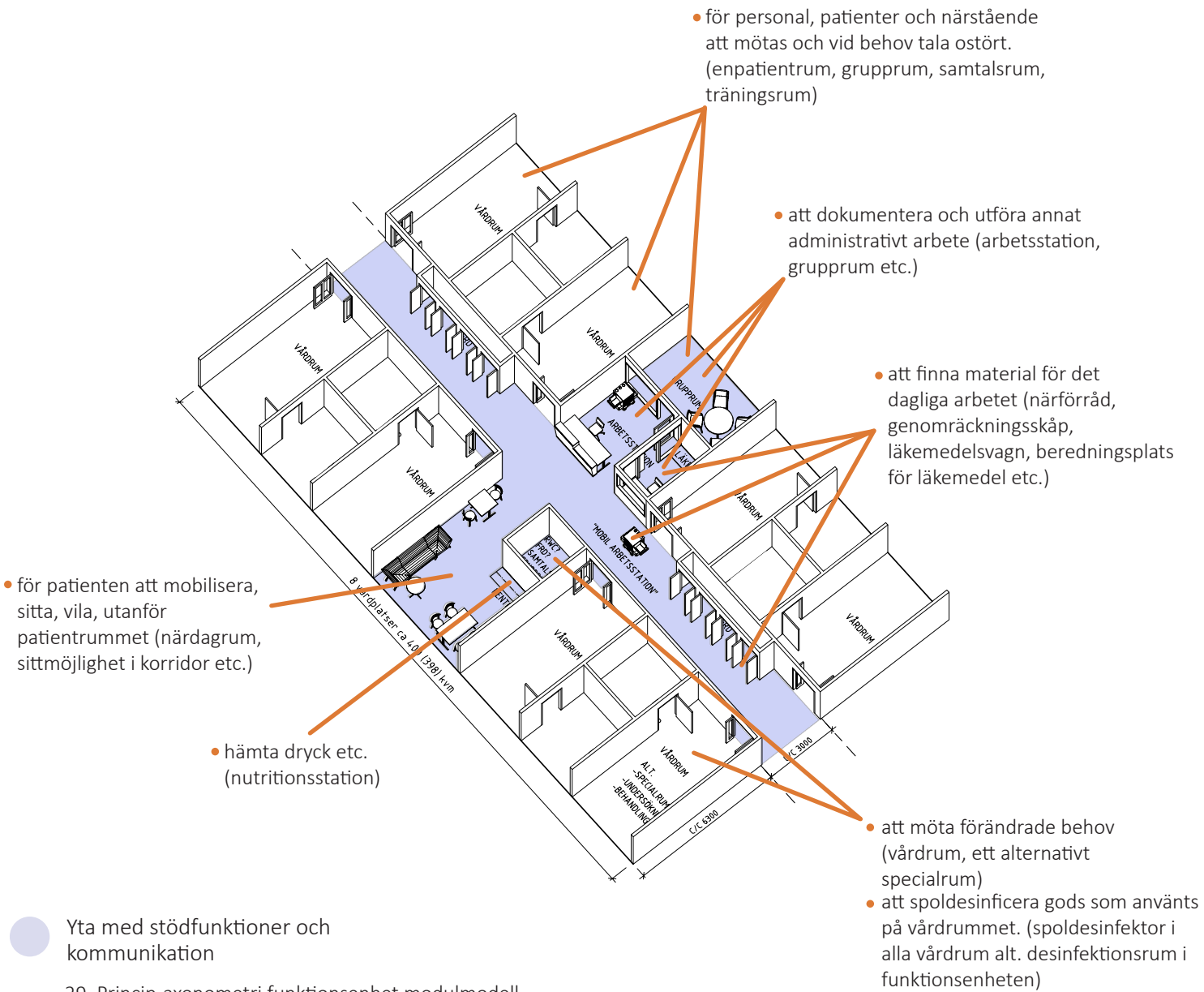
FUNKTIONSENHET



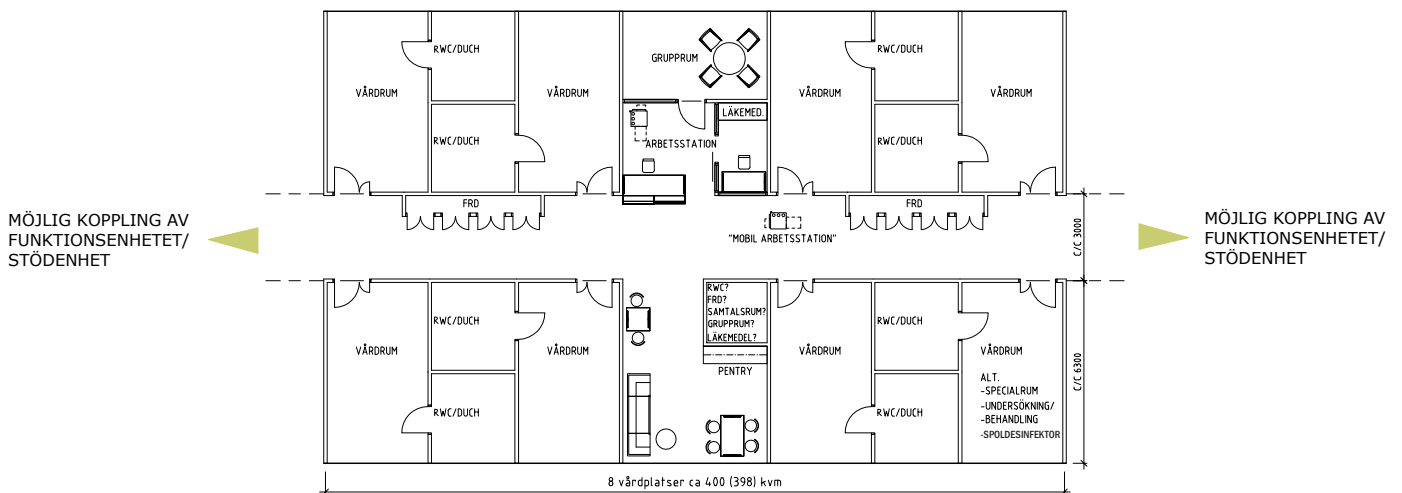
I modulmodellen är vådrummen grupperade omkring personalens arbetsstation och övriga stödfunktioner. Denna funktionsyta delar även upp funktionsenheten och ger möjlighet till direkt dagsljus. Förändras behoven av stödfunktioner kan modulmodellen vara begränsande då yta och placering av funktioner är relativt fast.



28. Blocklayout funktionsenhet modulmodell



29. Princip-axonometri funktionsenhet modulmodell



30. Principplan funktionsenhet modulmodell

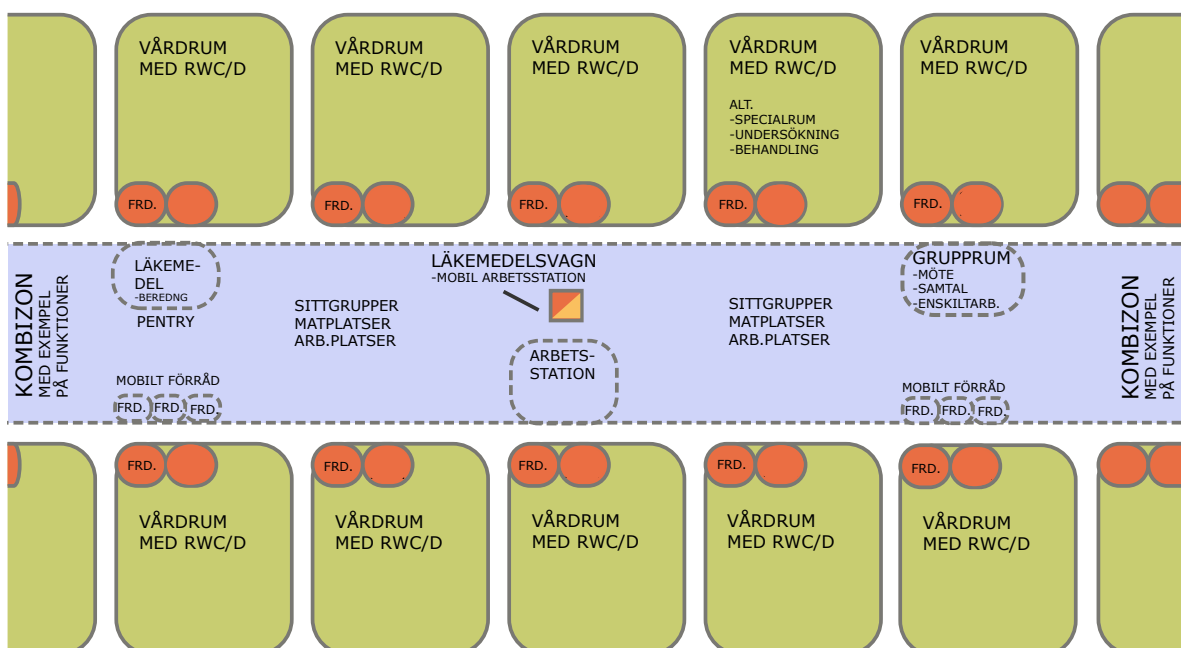
FUNKTIONSENHET

KOMBIMODELLEN

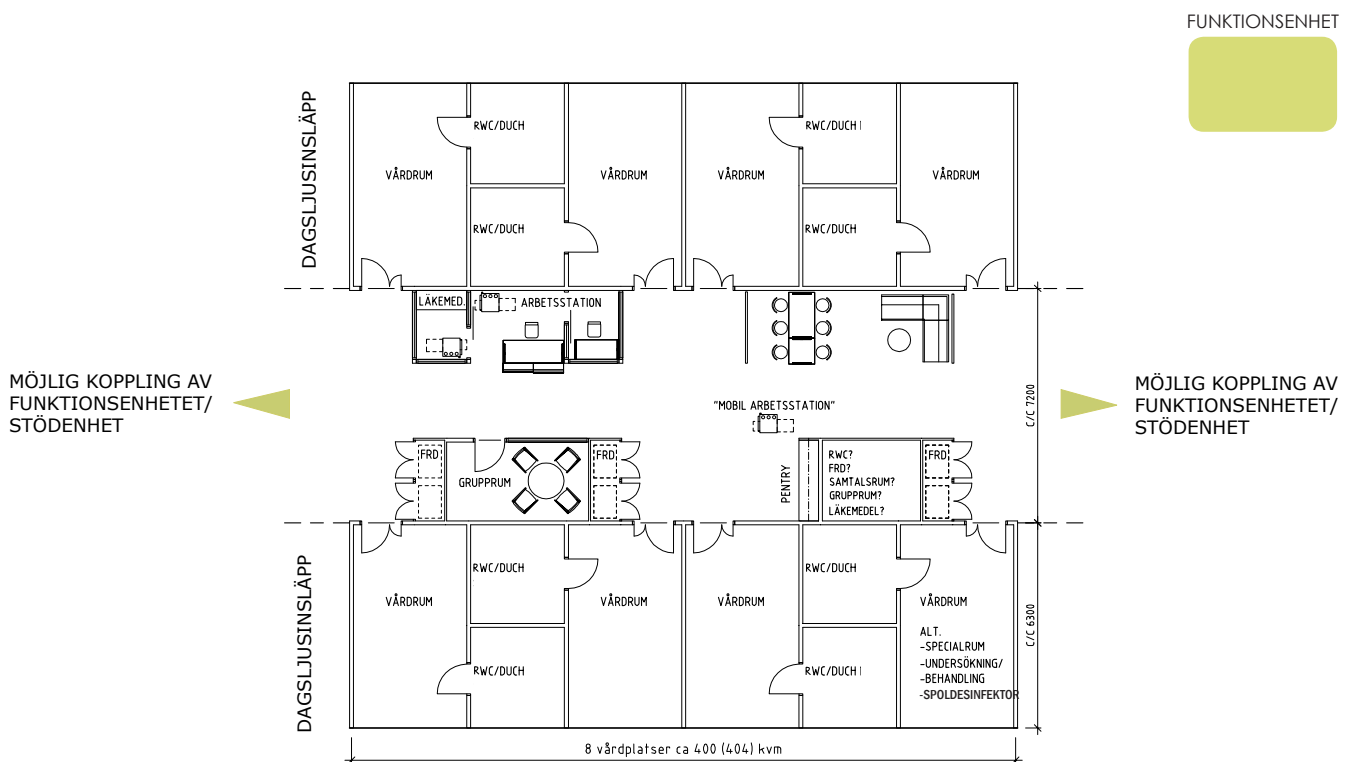
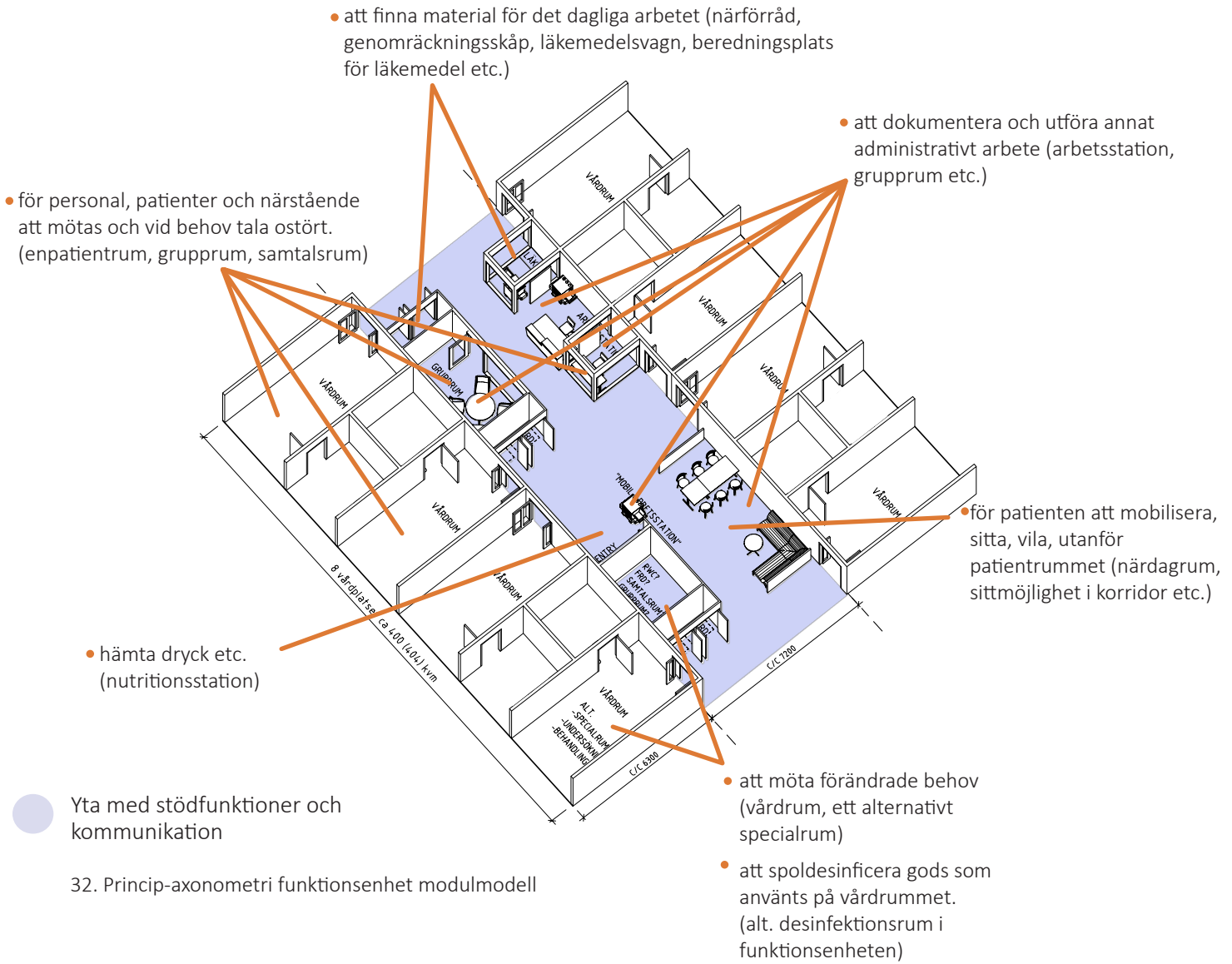
FUNKTIONSENHET



Vårdrummen i kombimodellen är grupperade runt en "kombizon". I kombizonen placeras stödfunktioner. Hela denna funktionsyta ska vara lätt att förändra. Vid nya arbetssätt, eller andra förändrade behov kan antal och placering av stödfunktioner på ett ganska enkelt sätt förändras.



31. Blocklayout funktionsenhet kombimodell



33. Principplan funktionsenhet kombimodell

ERFARENHETER OCH FRAMTIDSSPANING

FUNKTIONSENHET

Som del av arbetet med Den goda vårdavdelningen 2019 genomfördes en workshop med en expertgrupp (se inledningen). Här diskuterade en rumsligt mer upplöst och mindre uppdelad funktionsenhet jämfört med de tidigare framtagna (kombi- och modulmodell Den Goda Vårdavdelningen 2011). En sådan typ av funktionsenhet ansågs ha bättre möjlighet att kunna befrämja samarbete och personcentrerat arbete i team.

Lokalerna ska ge möjlighet till att arbeta med olika bemanning och arbetsmetoder.

Möjligheten till överblickbarhet och kommunikation är en grundläggande förutsättning för flexibilitet i arbetet. För att skapa mer yteffektiva enheter är leveranser "just in time" för hjälpmedel, extra sängar mm bra. Detta för att förkorta avstånd och spara utrymme som annars tas upp av förråd. Ett sätt att uppnå yteffektivitet är också att samutnyttja utrymmen för patienterna/vårdpersonalen. För att skapa flexibilitet över tid är "extra rum" en resurs när verksamheten förändras och en möjlighet att göra funktionsenheter mer anpassningsbara.

Utformning som ger möjlighet till kontinuitet i patientvården

Arbetsstationer inte bör vara bestämt kopplade till ett visst antal vådrum. Samma arbetsstation kan användas av flera olika team och teammedlemmar måste kunna röra sig fritt mellan sina patienter oavsett var på avdelningen de är placerade. Om patienten återkommer till vårdavdelningen under vårdtiden bör patienten ha möjlighet att omhändertas av samma vårdpersonal oavsett var patienten läggs in. Detta skapar trygghet för patienter och underlättar för personalen. Patienter kan uppleva trygghet i att man träffar samma personer och man inte behöver berätta sin sjukdomshistoria till ny vårdpersonal varje gång. Personalen som känner till patienter har lättare följa upp och ta till sig information om patienten. Kontinuitet som bygger på god relation mellan patienten och vårdaren kan ha betydelse för tillfredställelse med vården och skapa säkrare vård.

Utformning som ger möjlighet till mobilisering av patienten på vådrummet och/eller avdelningen.

Vad som prioriteras angående patientmobilisering kan vara olika mellan avdelningar och bero på hur sjukvården utvecklas. Så kan risken med att smitta i form av resistenta bakterier kan spridas när patienter lämnar rummet och vistas på avdelningen i framtiden bedömas som möjlig. Ställningstagande avseende mobilisering av patienter påverkar utformningen av funktionsenheten. Utformning som underlättar och uppmuntrar till mobilisering kan påverka vårdresultatet positivt och förkorta vårdtider. Det kräver generositet i disposition av ytan så att plats för rondrum, mötesrum eller dagrum finns. Två huvudsakliga principer kan urskiljas:

- Mobiliseringen av patienten och rondan kan ske på vådrummet. Vådrummet ska då vara utrustat så att möjlighet till mobilisering skapas. Detta leder till att man skulle kunna spara utrymme som annars reserveras för dagrum, rondrum mm.
- Utrymme för mobilisering bör också skapas utanför vådrummet. Nischer med varierande och inbjudande karaktär samt andra mindre platser kan utgöra delmål på väg mot tex. dagrummet. De mindre utrymmena kan förslagsvis ligga i närheten av vådrummet och de större utrymmena på avstånd så att mobiliseringen kan ske i flera steg, beroende på patientens tillstånd och möjligheter.
Ett annat exempel på mobilisering av patienten kan vara möjlighet till delaktighet i rondan utanför patientrummet. Genom att flytta rondan till rondrummet kan patienten ges bättre känsla av kontroll och förståelse för sjukdomsbilden. Patienten kan då uppfatta sig själv som en fullvärdig medlem i vårdteamet, jämfört med när rondan sker i vådrummet när patienten ligger i sängen. En aktiv patient återhämtar sig bättre än en sängliggande patient. Mobilisering är många gånger en central del av återhämtningsfasen vid postoperativ vård men även i andra sammanhang. Mobilisering förebygger flera sjukdomstillstånd och påskyndar återhämtning.

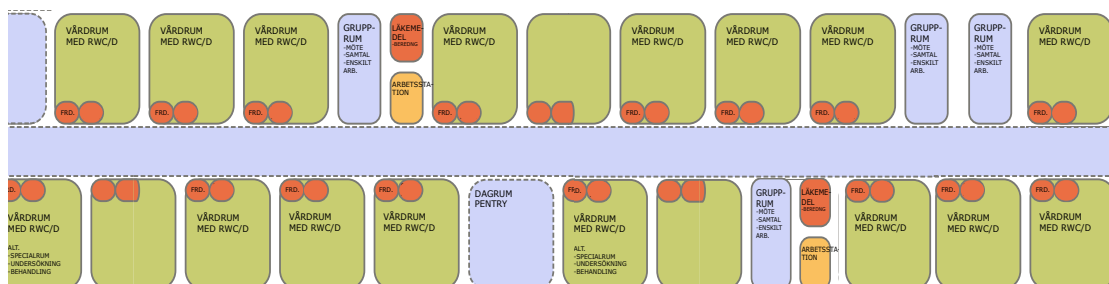
Den "framtida patienten" och dess behov.

Oavsett sjukdomsbilden, ålder, patientens kunskap om sin situation mm- patientens grundläggande behov för omvårdnad kommer att förbli de samma. Oavsett diagnoser och utveckling av behandlingsmetoder kommer troligen patientens behov av hjälp, tröst, smärtlindring, näring etc. att vara oförändrade. Idag framförs ofta att den "framtida patienten" är äldre och multisjuk. Detta är självklart en växande grupp av patienter. Men den ordinarie gruppen av patienter kommer också att finnas kvar. Den "framtida patienten" är ofta expert på sin egen sjukdom, kan hämta och söka information. Framtiden får visa hur deras krav och behov har betydelse för vårdlokalers utveckling.

FUNKTIONSENHET

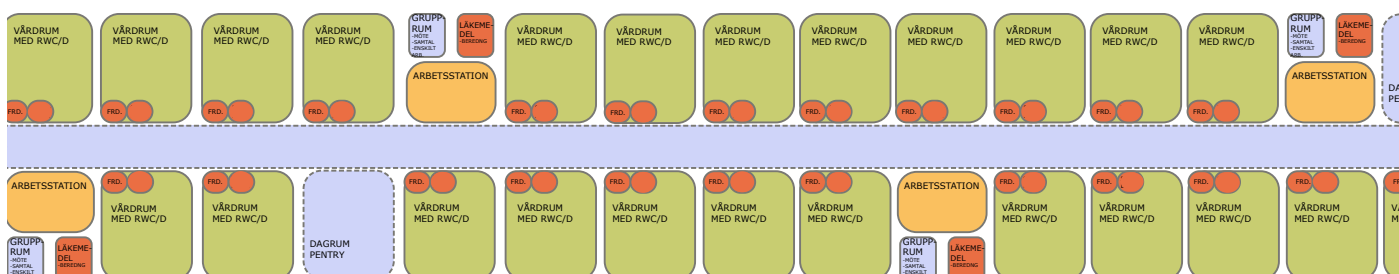
KONSEKVENSER AV ERFARENHETER OCH FRAMTIDSSPANING

När materialet till "Den goda vårdavdelningen" togs fram 2011, var arbetsstationer där ett antal vårdpersonal hade sin hemvist i fokus. Till varje arbetsstation hörde ett bestämt antal vådrum – en vårdmodul. Denna fasta konfiguration har utmanats av arbetsfördelning, bemanning och vårdtyngd. Baserat på samlad erfarenhet kan mer upplösta funktionsenheter övervägas, där rumslig utformning skapar förutsättningar till bättre flexibilitet, samarbete, och möjlighet till friare arbetsfördelning.



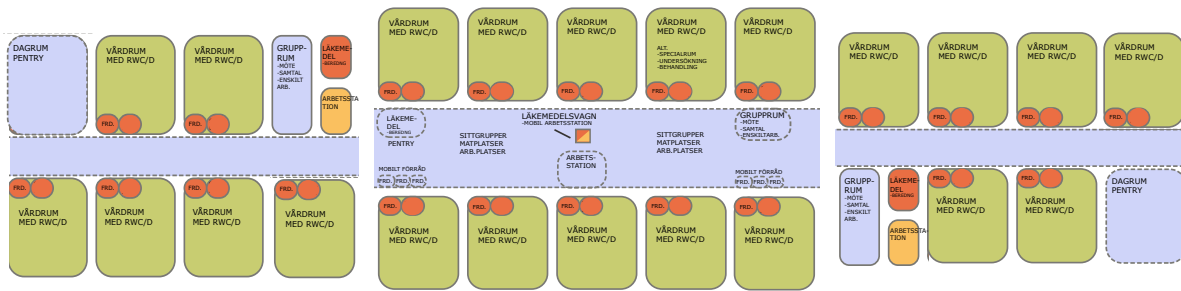
34. Funktionsenhet med utspridda stödfunktioner

Att sprida ut stödfunktioner inom funktionsenheten kan ge större flexibilitet. Vissa funktioner behövs kanske var åttonde vådrum medan andra var femte.



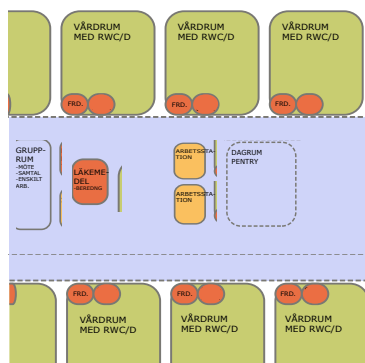
35. Funktionsenhet med arbetsstationer placerade i "sicksack"

Att placera arbetsstationer i "sicksack" i förhållande till varandra kan skapa bättre överblickbarhet på avdelningen och bättre förutsättningar för kommunikation och arbetsfördelning.



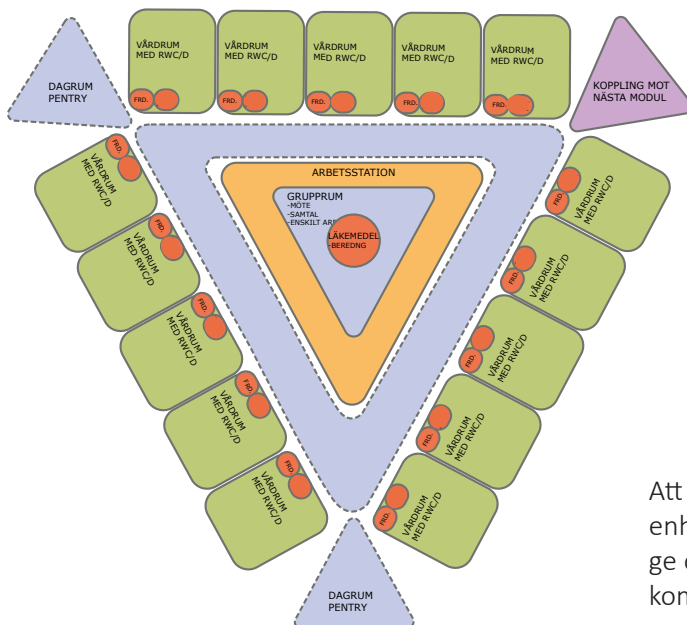
36. Sammankopplade funktionsenheter

Att koppla ihop olika typer av enheter kan skapa nya förutsättningar för arbete med patienten. Variation i miljöer uppmanar till olika sätt att arbeta med patienten och ger större möjlighet att anpassa vården till patienters behov och möjligheter.



Arbeta "rygg i rygg" i en dubbelkorridor i en funktionsenhet kan ge större möjlighet till samarbete. Inte bara visuell koppling men också geografisk närhet skapar förutsättningar för samarbete.

37. Funktionsenhet med arbetsstationer placerade "rygg i rygg"



Att placera arbetsstationer i mitten av enheten kan minska avstånd till vådrum, ge överblickbarhet och underlättar kommunikation.

38. Triangulär funktionsenhet

VÅRDAVDELNINGAR MED ENPATIENTRUM

I rapporten "Enpatientrum i Sverige" framgår att det som upplevs negativt av vårdpersonalen som arbetar på vårdavdelningar med huvudsakligen enpatientrum är:

- Sämre överblick över hela avdelningen
- Mindre kontakt mellan medarbetarna
- Längre avstånd

Sämre överblickbarhet och långa avstånd i förlängningen orsakar andra svårigheter som till exempel problem med bemanning på natten, under semesterperioden eller vid allmän brist på personal. Mindre kontakt mellan medarbetarna kan försämra möjligheten till effektivt samarbete och informations utbyte. Detta i sin tur kan påverka patienten.

Det som i samma rapport upplevs som positiv av vårdpersonalen är:

- Tystare och lugnare miljö
- Arbetsro-mer fokuserat
- Personalen mår kroppsligt bättre-lättjobbat
- Mindre antal av infektion- och smittspridning
- Nära patienter
- Bättre teamarbete

När det gäller bemanningsbehov och enpatientrum visar rapporten inte en entydig bild. Av 23 kartlagda nya vårdavdelningar där enpatientrum införts har nio (9) avdelningar ökad, 13 avdelningar oförändrad och en (1) avdelning minskat antal vårdpersonal jämfört med tidigare. Av de som ökat sin bemanning har fyra (4) gjort detta beroende på nya bemanningsmål (+35% usk/vpl), två (2) har en mindre ökning och tre (3) en ökning av nattpersonal. I utredningen visas också att hur planeringsprocessen, från tidiga skeden till inflyttning, har genomförts påverkar både nya arbetssätt och bemanning samt hur nöjda verksamheten är med de nya vårdavdelningarna.

För säkrare kunskap om effekterna av vårdavdelningar med enpatientrum krävs att man djupare undersöker den komplexa relationen mellan utformningen av avdelningen, avdelningens storlek samt typ av verksamheten och sättet att arbeta med patienter. Baserat på den kunskap som finns i rapporten är det dock viktigt att vid planeringen/projekteringen ta hänsyn till och sträva efter att motverka det som vårdpersonalen upplever negativt.

Rapporten "Enpatientrum i Sverige-Förstudie om vårdavdelningar med fokus på nuläge" i sin helhet är tillgänglig på Centrum för vårdens arkitektur webbsida <http://chalmers.se/sv/centrum/cva> samt via PTS webbsida (<https://ptsforum.se/forskning>).





3.5 Stödenhet

UPPDATERING

- Delar av tidigare avsnitt 3.6. "Verksamhetsenhet" har lyfts ut till ett nytt kapitel om "Stödenhet".

KOMPLETTERANDE STÖDFUNKTIONER

Stödfunktioner som inte används ofta kan ligga utanför funktionsenheten. Dessa kompletterande stödfunktioner kan delas av flera funktionsenheter eller flera vårdavdelningar.

Vissa stödfunktioner behöver ligga i nära anslutning till funktionsenheten och andra kan ligga helt frikopplade, utanför vårdavdelningen. Flera funktioner kan samordnas i samma rum.

Vilka stödfunktioner, placering av dessa och rumsstorlek varierar beroende på till exempel:

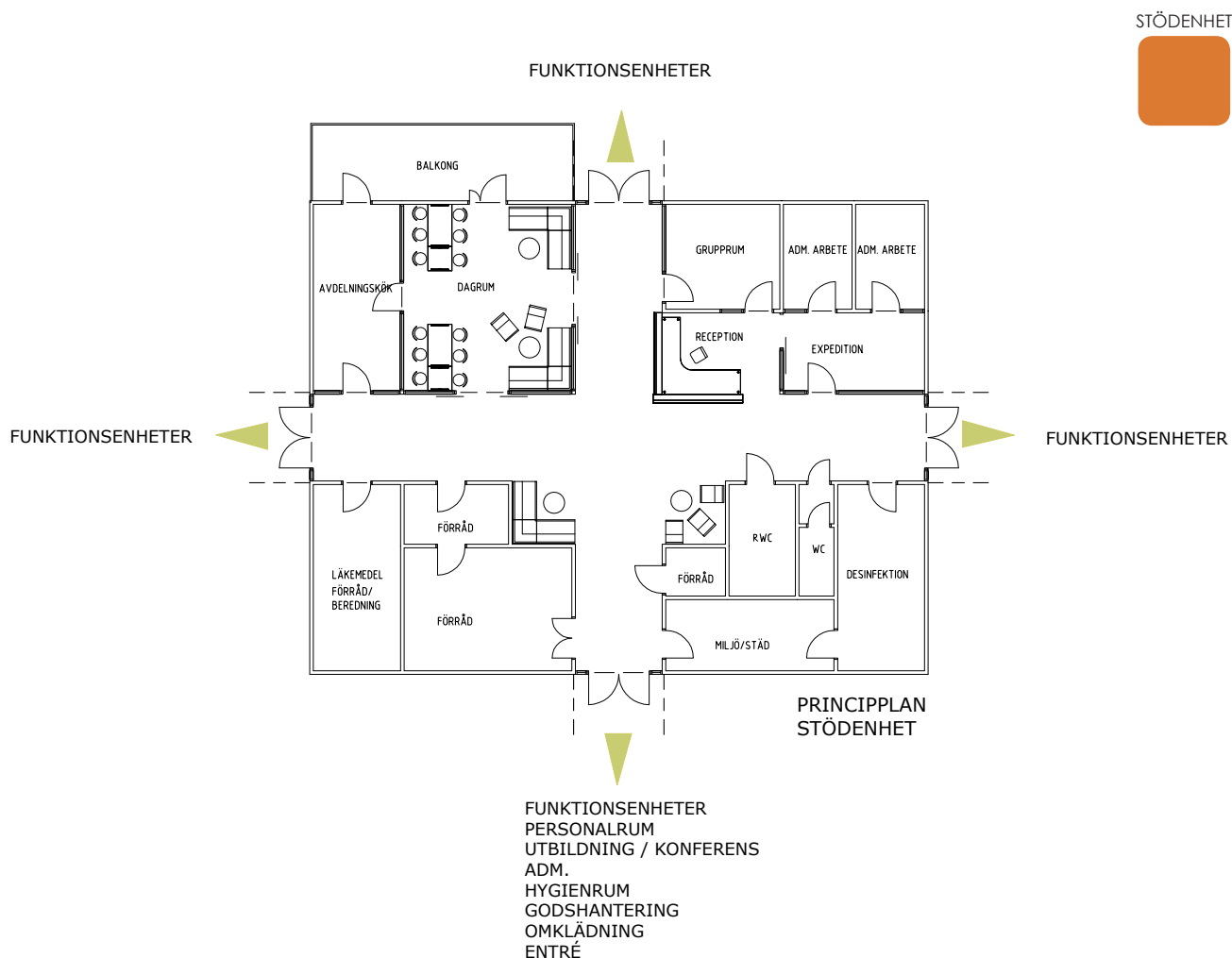
- sjukhusets och vårdbyggnadens struktur
- förråd och materialhantering
- antal vårdplatser
- enpatientrum/flerpatientrum
- antal personal och kompetens hos personalen

Exempel på rum och stödfunktioner som kan placeras utanför funktionsenheten och serva flera funktionsenheter eller ibland flera vårdavdelningar.

- reception
- arbetsplatser för administrativt arbete.
- grupprum/rondrum
- samtalsrum
- avdelningskök
- dagrum, matsal
- närståenderum
- balkong
- hygienrum
- desinfektionsrum, miljörum, lab.
- läkemedelsrum med förråd, läkemedelsautomat
- förråd, linne, rent och sterilt material, papper etc.
- undersökning/behandling
- inkommande gods, förråd
- avfallshantering/miljörum.
- personalrum/pentry/wc
- omklädningsrum
- undervisningsrum
- konferensrum

Kompletterande stödenheter kan placeras tillsammans i sammanhållna stödenheter men även fördelas mellan funktionsenheter.

Behov av undersökning, behandlingsrum eller andra rum för specialändamål kan variera stort mellan olika specialiteter och över tid. Ibland kan "specialrum" få låg nyttjandegrad och om alla vådrum är enpatientrum kan vissa t.ex. undersökningar ske där. I varje funktionsenhet finns ett vådrum / "specialrum" som är tänkt att tillgodose de speciella behov vårdavdelningen har eller kan få.



39. Kompletterande stödenheter

3.6 Vårdavdelning

UPPDATERING

I uppdateringen ersätts ordet verksamhetsenhet med vårdavdelning. Denna uppdateras och kompletteras med nya principer enligt rapporten "Enpatientrum i Sverige 2017". Avsnitt med principer för teamarbete i olika avdelningstyper kompletteras och fördjupas. Fokus på beskrivning av hur arbetssätt kan styras av vilken typ som använts och hur vårdavdelningsstrukturen kan stödja vårdpersonalens arbete när vården förändras.

VÅRDAVDELNINGEN

Funktionsenheter kopplas på olika sätt samman med kompletterande stödenheter och utgör tillsammans en vårdavdelning.

Här visas två olika principlösningar för vårdavdelningar. En med uppdelade funktionsenheter och en med sammankopplade funktionsenheter. Även hybridmodeller där båda principerna framträder samtidigt visas.



UPPDELADE FUNKTIONSENHETER

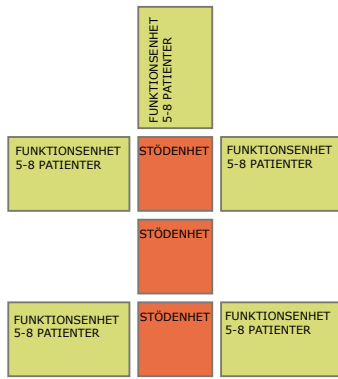
Den uppdelade principen bygger på en tydlig geografisk uppdelning mellan funktionsenheterna. Kompletterande stödfunktioner placeras som knutpunkter, nav som delar upp och separerar funktionsenheterna ifrån varandra.

Funktionsenheten kan i denna modell upplevas som lättöverskådlig, lättbegriplig och trygg av patienter, närstående och personal.

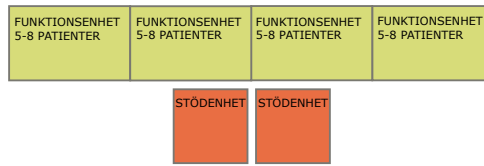
Översikten över vårdavdelningen som helhet, kan minska med starkt separerade funktionsenheter. Samarbete mellan funktionsenheter och fördelning av arbetet mellan olika funktionsenheter kan försvåras beroende på hur funktionsenheterna grupperas.

SAMMANKOPPLADE FUNKTIONSENHETER

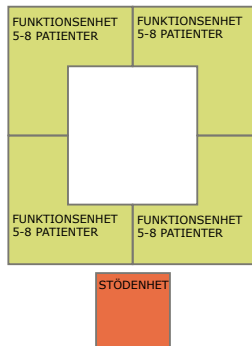
Den sammankopplade principen bygger på närhet mellan funktionsenheter. Kontaktytan mellan funktionsenheterna i denna modell ökar, vilket kan ge överblick över flera funktionsenheter. Tätare sammankoppling av funktionsenheter kan ge möjlighet att hantera förändrade behov, förändrad bemanning etc. Antal vådrum per funktionsenhet kan gå att omfördela i den sammankopplade modellen. En vårdavdelning med sammankopplade funktionsenheter kan i vissa avseenden bli mer flexibel och överskådlig. Beroende på utformning kan en vårdavdelning med sammankopplade funktionsenheter upplevas som stor, otrygg och svårgripbar.



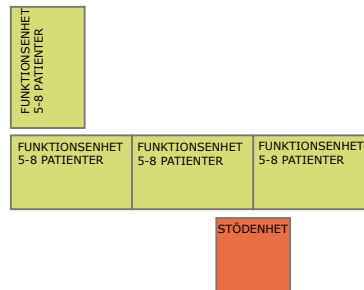
PRINCIPFIGUR VÅRDAVDDELNING MED
UPPDELADE FUNKTIONSENHETER



PRINCIPFIGUR VÅRDAVDDELNING MED
SAMMANKOPPLADE FUNKTIONSENHETER



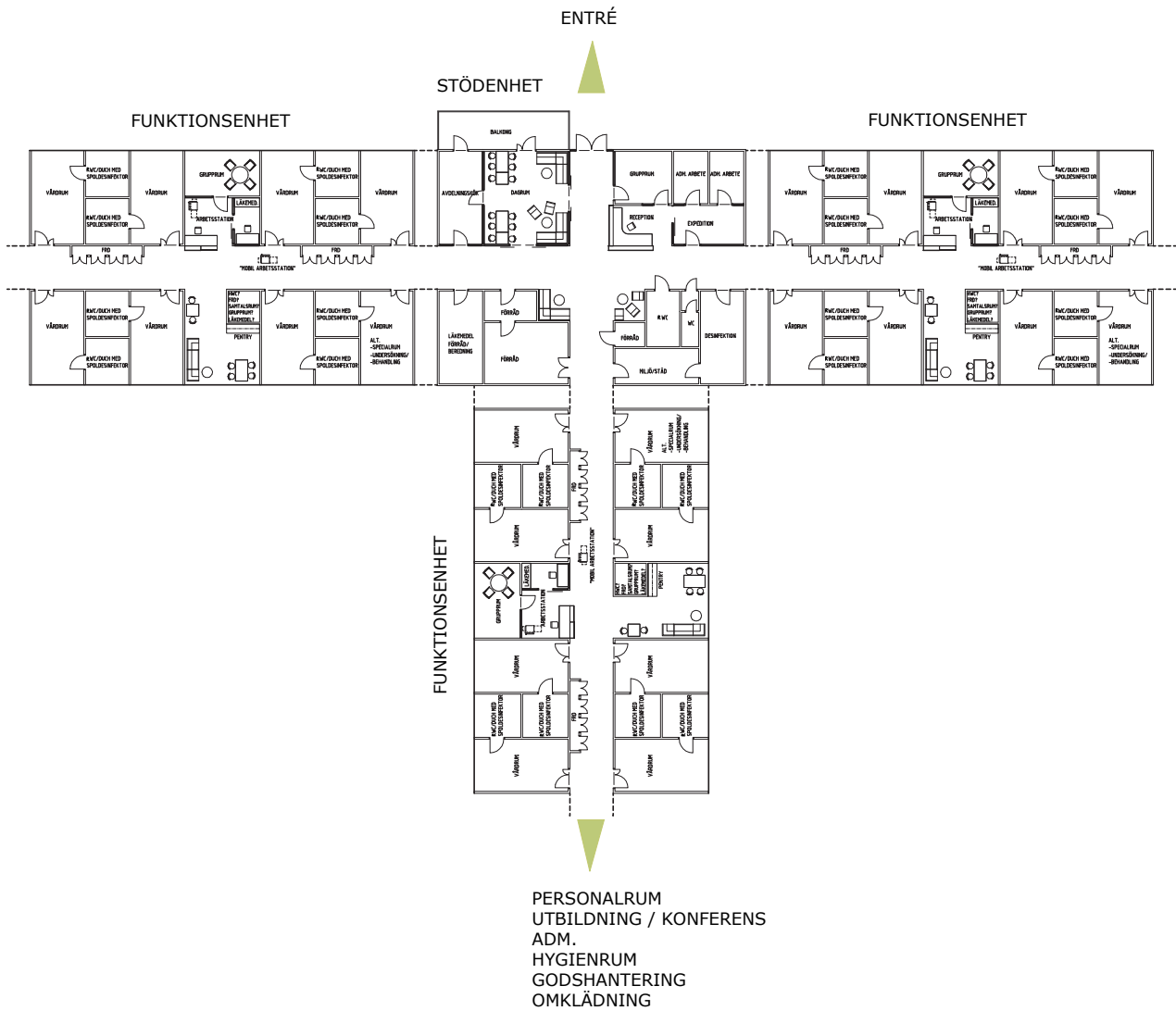
PRINCIPFIGURER VÅRDAVDDELNINGAR MED UPPDELAD OCH SAMMANKOPPLAD
PRINCIP I SAMMA STRUKTUR



40. Principlösningar vårdavdelningar, uppdelade eller sammankopplade funktionsenheter

MODULMODELLEN

SEPARERADE FUNKTIONSENHETER

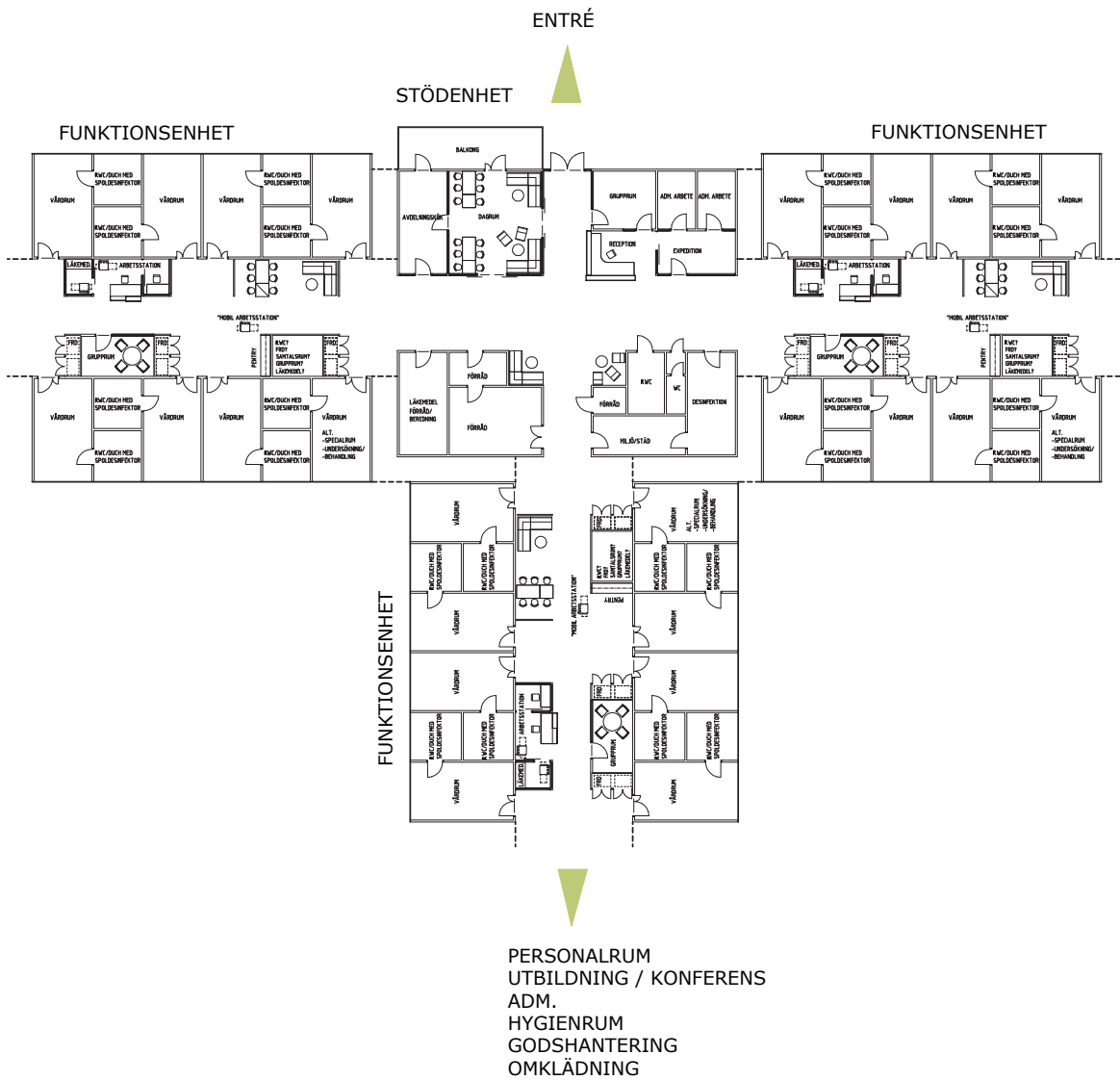


41. Modulmodellen- Principiplan vårdavdelning med separerade funktionsenheter



KOMBIMODELLEN

SEPARERADE FUNKTIONSENHETER

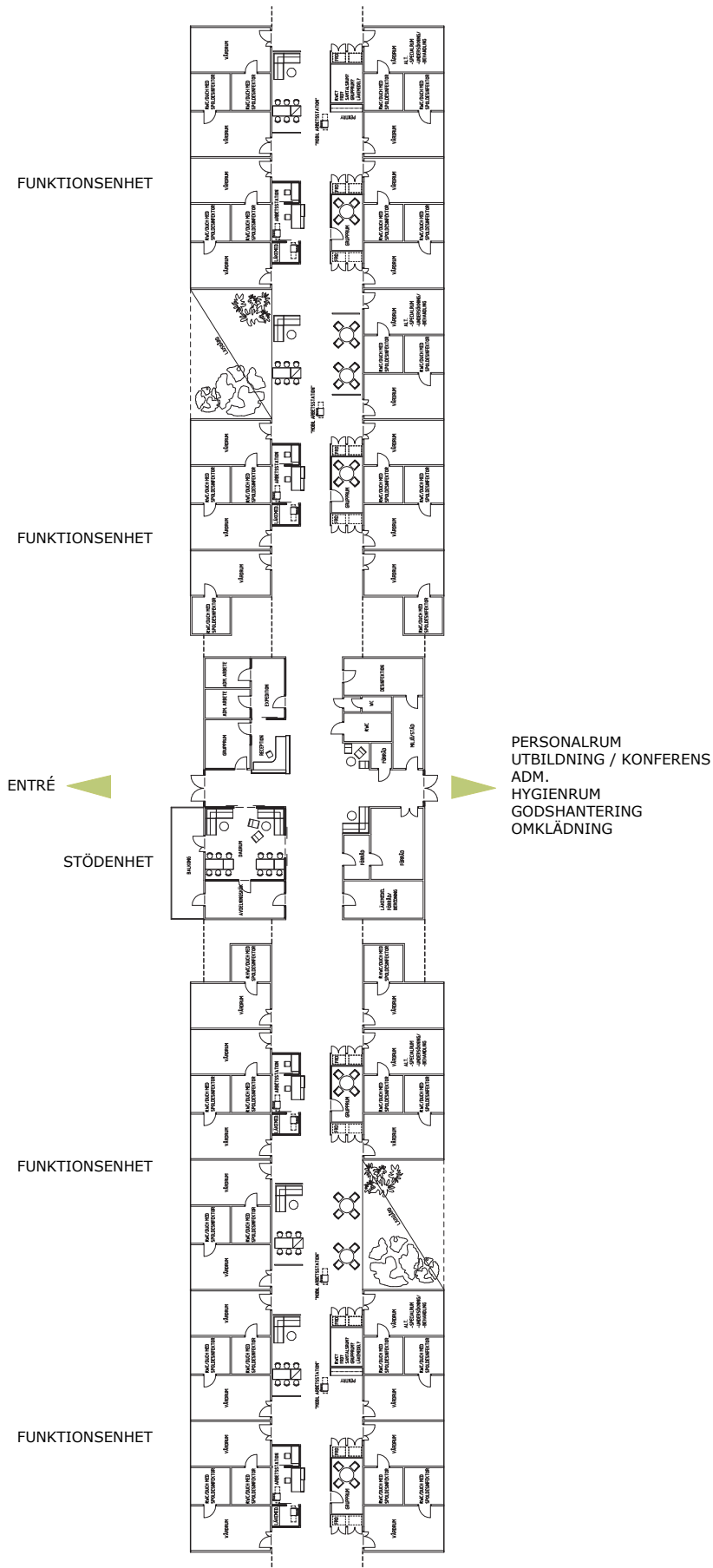


42. Kombimodellen - Principplan vårdavdelning med separerade funktionsenheter



KOMBIMODELLEN

SAMMANKOPPLADE FUNKTIONSENHETER



44. Kombimodellen - Principplan vårdavdelning med sammankopplade funktionsenheter



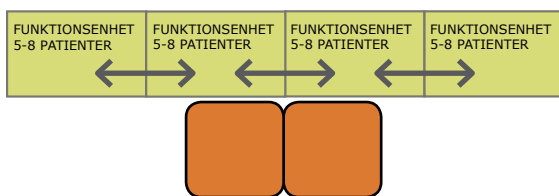
VÅRDAVDDELNINGSTRUKTUR SOM KAN STÖDJA VÅRDPERSONALENS ARBETE NÄR VÅRDEN FÖRÄNDRAS

Samlad erfarenhet pekar på att en viktig förutsättning för samarbete och kommunikation är geografisk närhet och överblickbarhet. Flytande gränser mellan enheter kan skapa möjlighet till flexibilitet över tid och bättre samverkan mellan enheterna.



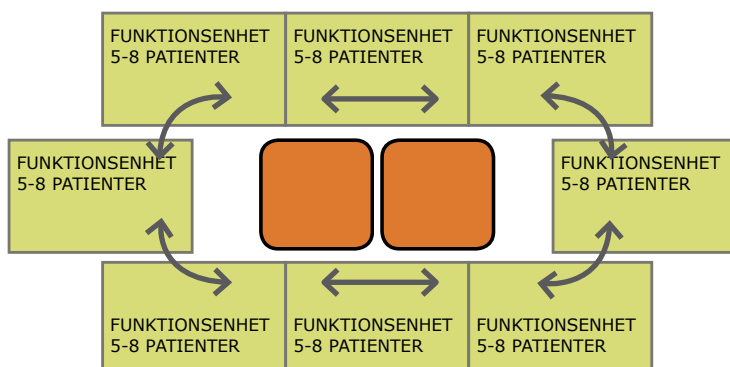
45. Sammanlagda funktionsenheter

Att koppla funktionsenheter så att stödenheter placeras i båda ändar, kan ge möjlighet till "dragspel". Vårdrummen i mittenplacerad funktionsenhet kan användas mellan angränsande enheter efter förändrade behov.

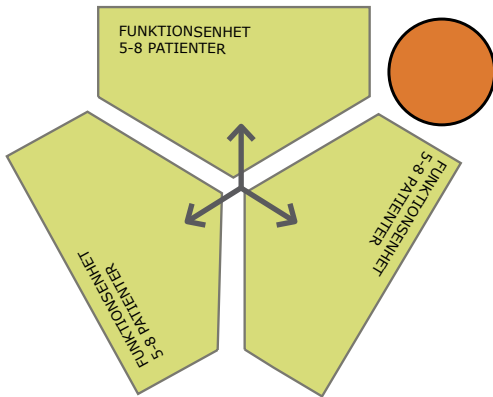


46. Sammanlagda funktionsenheter med stödenheter placerade i mitten

Sammanlagda funktionsenheter med stödenheter placerade i mitten utanför funktionsenheternas stråk ger möjlighet till överblickbarhet och samarbete mellan närmast liggande enheter. Samtidigt kan närhet till stödenheten behållas.



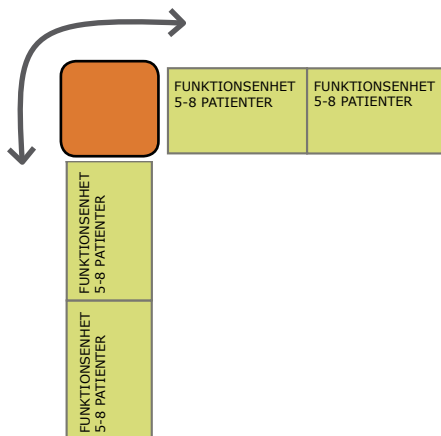
47. Sammanlagda funktionsenheter med stödenheter placerade i mitten



Sammankopplade triangulära funktionsenheter kan ge bra överblickbarhet, underlätta kommunikation och skapa möjligheter för samarbete mellan enheterna

48. Sammankopplade triangulära funktionsenhet

- ! Det finns en problematik med starkt uppdelade vårdavdelningar som begränsar möjligheter till effektivt samarbete mellan vårdpersonal. Byggda exempel, där tanken var att man skulle arbeta eller samarbeta "över hörn" har på flera platser upplevts som separerade och tenderar att fungera som enskilda vårdenheter. En starkt uppdelad struktur kan på så sätt påverka flexibiliteten negativt.



49. Att arbeta "över ett hörn"

ATT ARBETA I OLIKA TYPER AV VÅRDAVDELNINGAR

Idag arbetar man på många vårdavdelningar i team. Hur ett team ser ut och vilka yrkeskategorier som ingår, varierar mellan olika vårdavdelningar och sjukhus. För patienten och personalen kan teamarbete skapa en större kontinuitet under vårdtillfället. Patienten kan känna större trygghet i att vårdas av en mindre grupp av personalen, kunna utveckla en relation och inte behöva se ny personal vid varje arbetsskiftsbyte.

Det talas idag ofta om korta vårdtider och att en stor del av vården sker utanför sjukhuset. Inom de flesta specialiteter finns ändå en grupp patienter som stannar längre och/eller återkommer vid upprepade tillfällen till vårdavdelningen.

När patienten behöver byta vårdrum på avdelningen (oavsett orsak) kan det, beroende på hur arbetet organiseras, även betyda att patienten måste byta vårdare/team. Detta kan motverkas genom att sammankopplade funktionsenheter stödjer flexibilitet i indelningen av vilket team som ska vårda respektive patient och på så sätt öka kontinuiteten för personal och patient.

Oavsett vilken typ av vårdavdelning man utgår ifrån finns flera variabler som påverkar vilken layout som är lämplig. Hur förutsättningar och behov kan tänkas förändras över tid och vilken grad av flexibilitet som önskas för att möta dessa förändringar, är viktiga frågor.

Variabler som styr kan vara:

- specialitet, typ av patienter
- kompetens hos personalen, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare etc.
- hur man arbetar och fördelar det dagliga arbetet, metod.

Team

Ett vårdteam INTE är en geografisk enhet. Med Team eller Vårdteam menas den grupp av personal som, oavsett yrke, under ett visst arbetspass arbetar med patienten. Medlemmarna i gruppen kan ingå i flera olika team. Ett vårdteam är ett sätt att arbeta med patienten. Antal medlemmar i teamet och teamets utformning avgörs av uppgiften och utifrån patientens individuella behov.

Både antal medlemmar och uppgiften kan därför variera över tid då patientens tillstånd förändras. Idag är det också vanligt att både patienten och närstående ingår i teamet. Vårdteamet är "ansluten" till den särskilda patienten och behöver ha tillgång till arbetsstation/teamstation på avdelningen- nära patienten.

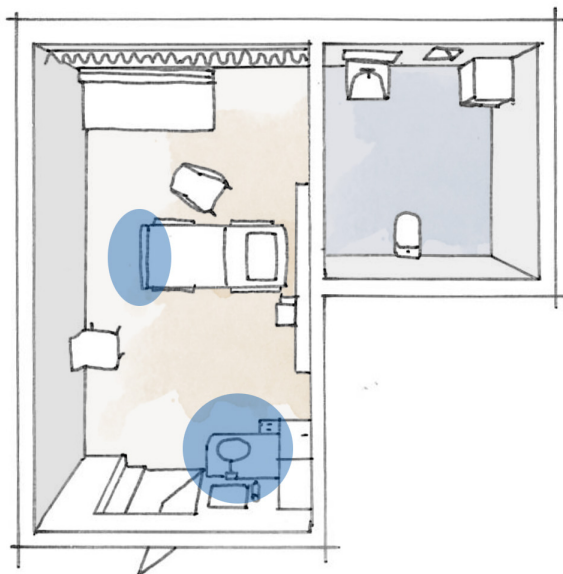
3.7 Utformning och forskning

UPPDATERING

- Uppdatering av text och bild. Ny tillkommande forskning refereras till
- Evidensbas 1.0 och 2.0

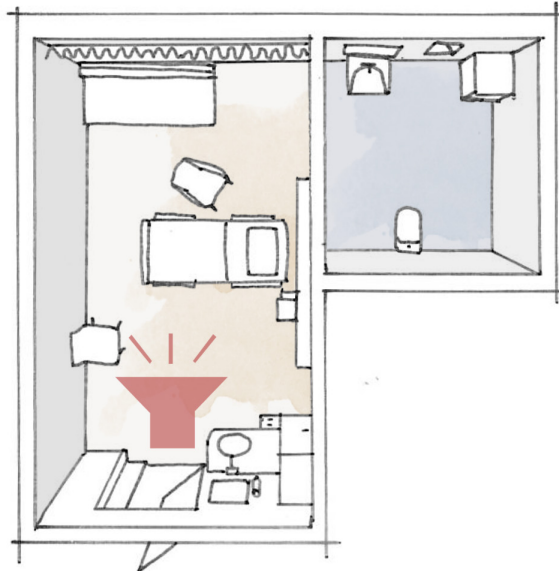
Det är viktigt att tillämpa forskningsresultat i praktiken för att medvetet gestalta rum med kvaliteter som gynnar patienter, vårdpersonalen samt närstående.

Patientrummet är den viktigaste miljön för patienten och det är även vårdpersonalens arbetsområde. Därför är det viktigt att skapa en stödjande fysisk miljö runt patienten. Detta skapar förutsättningar för önskad effekt.



52. Hygien

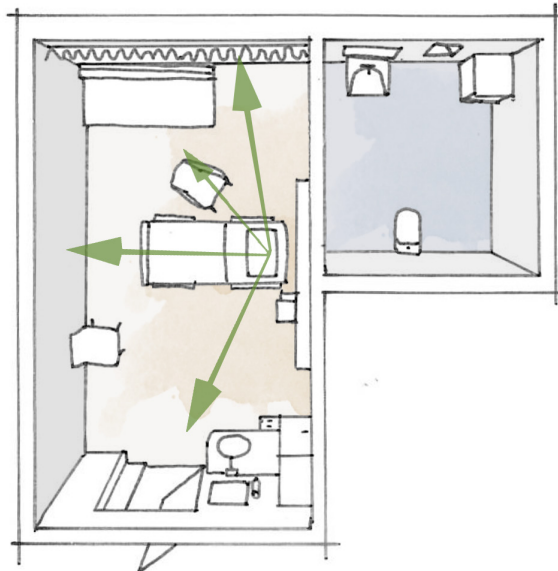
Hygien har avgörande påverkan på behandlingstidens längd, patientens välbefinnande och rehabilitering. Studier visar att genom placering av handfat och desinfektionssprit kan man bidra till ökad handhygien. Handfat och desinfektionssprit bör placeras vid personalens rörelsestråk, nära patientsängen, vara lätt tillgängliga och väl synliga. Det är viktigt att personalen och patienten har separata handfat. Dessutom bör de placeras så att stänken vid handtvätt inte når vårdplatsen vilken har uppmätts till två meter.



53. Ljudmiljö

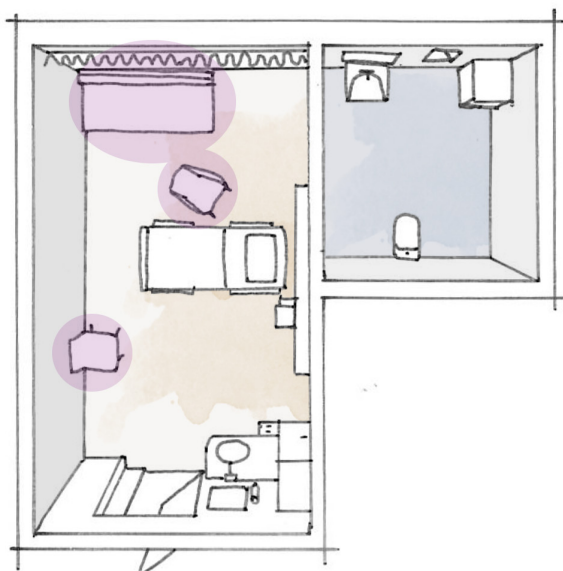
Ljudmiljö är också en miljöaspekt som kan påverkas genom utformning. Enpatientrum i sig minskar ljudnivån för patienten. I enpatientrum är antalet ljudkällor färre än i flerpatientrum och ljudnivå lägre, dessutom störs inte patienten av vårdaktiviteter kring medpatienter, ljud från teknisk utrustning, larmsignaler och samtal.

Upplevelse av ljudnivån kan minimeras genom användning av ljudabsorberande material eller material som kan sprida ljudet.



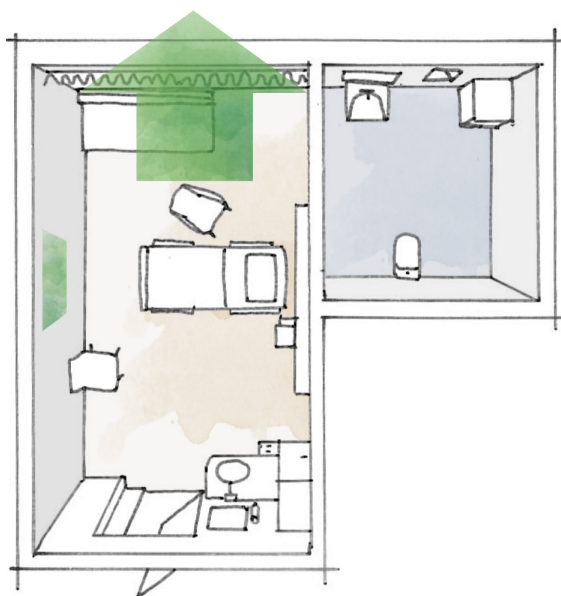
54. Kontroll

Utformning kan skapa förutsättningar för patienten att **kontrollera** sin egen omgivning. Svårt sjuka patienter är helt beroende av andra, därför är det viktigt att öka deras känsla av kontroll. Enkla åtgärder som placering av sängen så att patienten lätt kan se dörren och vem som kommer in, utblick mot fönster, möjlighet att justera ljusinsläpp, påverka belysning och att använda dator, telefon/surfplatta, tv, mm.



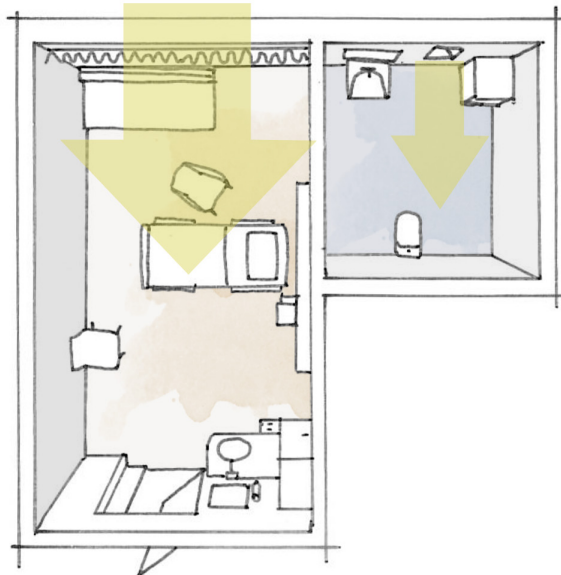
55. Plats för närstående

Enpatientrum med plats för **närstående** ger dem möjlighet att stanna längre hos patienten utan att känna att de stör. Dessutom kan de vara delaktiga i vården och på så sätt känna att de hjälper patienten. Deras närvaro minskar inte bara patientens lidande, utan underlättar även ofta kommunikation mellan patienten och vårdpersonalen. En särskild grupp bland närstående utgör barn. Plats för närstående på rummet ger även barnen bättre möjlighet till besök samt deltagande och förståelse för situationen.



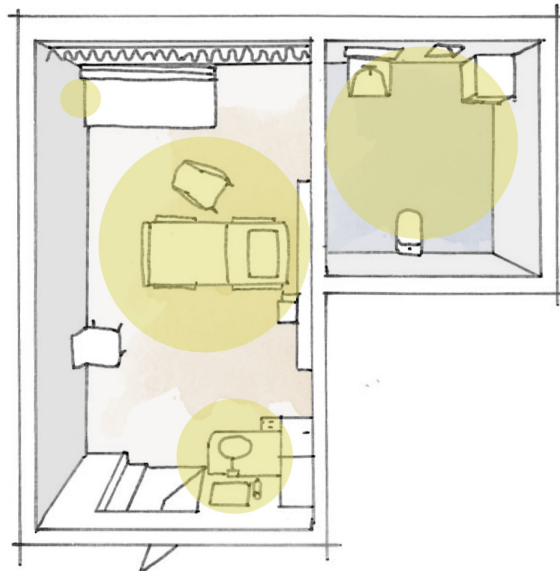
56. Utsikt mot natur

Utsikt mot **natur** genom fönster är viktiga för patientens tillfrisknande. Placering av sängen i förhållande till fönster, fönsterstorlek och form, men även naturbilder är några exempel av utformning som gynnar kontakt med naturen.



57. Tillgång till dagsljuset

Tillgång till **dagsljuset** är betydelsefullt för både patienter och personal. I vådrummet bör sängen placeras så att patienten lätt kan se ut genom ett fönster och uppleva dagsljusets skiftningar. Fönster bör vara utformat så att det är möjligt att se ut från sängen.



58. Belysning

Bra och varierande **belysning** med både direkt ljus och allmänt ljus. Särskilt personalens arbetsområde bör vara bra belyst med ljuskällor placerade så att man reducerar eller undviker skarpa skuggor.

Luftfuktighet och temperatur samt statisk elektricitet i luften har betydelse för upplevelse av miljön på avdelningen och påverkar därigenom patienter. Obekanta eller obehagliga lukter kan öka upplevd stress. Detta kan minskas genom god ventilation och/eller tillgång till frisk luft utifrån.

Vårdrummet och avdelningens utformning har betydelse för upplevelse av miljön. Olika kulörinslag i miljö kan underlätta orientering. Materialval kan understryka och förstärka stämningar (avkoppling, trygghet mm) och skapa en attraktiv vårdmiljö. Genomtänkt möblering kan understödja positiva beteenden.

En oundviklig utmaning i alla högteknologiska vårdmiljöer är mängden av tekniskutrustning som måste vara synlig för personalen samt lättillgänglig och enkel att flytta tillsammans med patienten och patientsängen. Det är svårt att hitta en bra lösning på frågan hur man kan "gömma" apparater med bibehållen trygg funktionalitet.

KAPITEL 4

PÅVERKANDE FAKTORER

- 4.1** Anpassbarhet - generalitet och flexibilitet
- 4.2** Personcentrerad vård
- 4.3** Logistik
- 4.4** Akustikkrav i vårdlokaler (PTS)
- 4.5** Brand (PTS)
- 4.6** Vårdhygieniska aspekter (PTS)
- 4.7** Fysisk tillgänglighet (PTS)

4.1 Anpassbarhet - generalitet och flexibilitet

Vårdens snabba förändringstakt ställer krav på flexibilitet i planering och byggande. Lokalerna ska medge verksamhetsutveckling och flexibel användning över tid. Generella lösningar med möjlighet till flexibilitet bör eftersträvas för att om möjligt erbjuda enklare anpassning och omställningsarbeten när vårdavdelningar vidareutvecklas. Standardisering av vård- och stödprocesser med sina rum och lokaler, medför effektivare och säkrare vård samt mer långsiktigt hållbara byggnader. Samtidigt måste vi kunna skapa en god och läkande vårdmiljö.

Olika sätt att hantera frågan om anpassbarhet

En lösning är att bygga generella byggnader som fungerar för i stort sett alla typer av vårdlokaler. Inom stomkonstruktion och de installationstekniska områdena skapas då en överkapacitet för att kunna täcka de olika kraven. Detta innebär att byggnaderna kan lättare anpassas för nya användningar utan omfattande ombyggnader. Detta var den förhärskande planeringsideologin under 60- och 70-talens vårdbyggande med systemtänkande, moduler, rationalitet. Man skapade generella byggnader för många olika funktioner. Huddinge sjukhus är ett exempel på denna planeringsideologi från 70-talet. Nya Karolinska sjukhuset Solna (NKS) exemplifierar samma ideologi idag.

Sedan några decennier har medvetenheten om den goda vårdarkitekturens roll att skapa en helande och läkande miljö vuxit sig stark. Det är inte enkelt att utforma en stödjande och vacker vårdmiljö i repetitiva och standardiserade byggnader. Under 90-talet utvecklades därför andra lösningar där man utformade olika byggnader för olika grundläggande funktioner. Resonemanget utgår från att vårdavdelningar och mottagningar är tekniskt enklare. Här är också dagsljusbehov, tillgång till natur och utblickar, småskalighet mm lättare att tillfredsställa. De högteknologiska funktionerna som tex operation, diagnostik kan då placeras i mer teknikintensiva och måttmässigt djupare byggnader. Sunderbyn Sjukhus från 90-talet är ett svenskt exempel. I Norge är Rikshospitalet och A-hus i Oslo andra exempel.

I Norge har St. Olavs sjukhus i Trondheim byggts enligt principen att dela upp sjukhuset i olika byggnader, eller centra efter diagnoser. I varje byggnad finns såväl vårdplatser som möjligheter för diagnostik, behandling, rehabilitering och eftervård. Byggnaden har sin egen entré som är lätt att hitta. Varje byggnad rymmer i sig lokaler för de olika funktionerna med de tekniska och måttmässiga krav som det innebär.

Standardvårdavdelning för slutenvård

Anpassbarhet på vårdavdelningsnivån innebär i första hand att utforma en "standardvårdavdelning" som är en generell avdelning med få specialanpassade lösningar. Detta kommer att underlätta senare omflyttningar och begränsa ombyggnadsbehoven. Till vissa specialiteter kan ev specialanpassning dock behövas som t ex barnverksamhet, geriatrik, viss typ av integrerad intensivvård osv. Dessutom finns självklart behov som vi idag inte kan överblicka. Att definiera en standardvårdavdelning innebär att avgränsningen mot andra näraliggande enheter måste göras. Frågor som påverkar den enskilda avdelningen, måste besvaras för sjukhuset som helhet. Svaren kan skilja sig mellan olika specialiteter.

- Akut och/eller elektiv vård?
- Den högspecialiserade sjukvårdens förhållande till rehabilitering, bassjukvård och primärvård?
- Standardvårdavdelningens relation till intensivvård/intermediärvård å ena sidan och till dagvård, akut eftervård mm å den andra?
- Standardmottagningens relation till akutmottagningen å ena sidan och till dagvård, akut eftervård mm å den andra?
- Standardavdelningens utformning i förhållande till kliniker med särskilda behov, exempelvis avdelningar för barn och gamla?
- Standardavdelningens behov av isolering och gräns mot infektionsklinik?
- Standardavdelningens förhållande till diagnostik och behandling som utförs utanför avdelningen?
- Standardavdelningens relation till forsknings- och undervisningslokaler utanför avdelningen?
- Tillgången till patienthotell?
- Princip för reception/ kassa/ information centralt och inom avdelningar?
- Principer för administrativt arbete?

Utformningskoncept

I lösningarna för "Den goda vårdavdelningen" har vi arbetat med en kombination av generalitet och flexibilitet. Som utformningskoncept har en modell med tre nivåer använts – typrum, funktionsenhet och verksamhetsenhet/vårdavdelning.

Typrum

Tre olika rumstyper i sex variationer är illustrerade. Dessa har graderats med för- respektive nackdelar. Rumstyperna väljs bland annat utifrån de givna förutsättningarna vid en ombyggnad eller byggnadsutformning och mått vid en nybyggnad.

Funktionsenhet

Ett antal vårdrum beskrivna som typrum grupperas tillsammans med stödfunktioner. En sådan funktionsenhet kan bestå av 6-8 typrum. Om antalet vårdplatser är bestämt till exempelvis 24 finns då 3 eller 4 funktionsenheter. Med stödfunktioner som t.ex. närförråd, desinfektionsrum, expedition för team kan enheten vara "självförsörjande". Vid exempelvis risk för smittspridning kan en funktionsenhet avgränsas gentemot andra sk "kohortvård".

Verksamhetsenhet

Vårdavdelningen som helhet kan beskrivas som en verksamhetsenhet inom vilken ett antal funktionsenheter finns. Inom verksamhetsenheten finns lokaler som är gemensamma för hela avdelningen, t.ex. personalrum och läkemedelsrum.

Vårdekonomi

Vårdekonomi i dess totala mening är allt mer viktigt att belysa inte minst med tanke på att det i framtiden kan bli fler vårdaktörer som kommer att ha delansvar eller driftansvar

av vårdavdelningar. Det finns inget exakt svar på vilken storlek på en vårdavdelning som är bäst ur värdeekonomisk synpunkt och lämplig storlek på en vårdavdelning är därför svårt att ange generellt. "Den goda vårdavdelningen" utgår från en vårdavdelning med 16-32 vårdplatser. Olika omvårdnadsteorier påverkar arbetssätt och organisering av lokaler.

Optimal storlek avgörs av flera faktorer och vid planering kan följande checklista beaktas:

- Sammanhang, typ av vård och hur sjuka patienterna är
- Slutenvård – öppenvård
- Typ av sjukhus, plats i vårdsystemet och geografisk placering
- Antal patienter/personal
- Smittskyddsbehov
- Närståendemedverkan
- Överordnat sortering/styrssystem)

4.2 Personcentrerad vård

Av *Helle Wijk*

Personcentrerad vård har fokus i personen och inte i sjukdomen och har sin utgångspunkt i patientens upplevelse av sin situation. Syftet är att göra vård och behandling mer personligt utformad i partnerskap med patienten och dennes anhöriga och att förstå beteenden och symtom ur den enskilde patientens perspektiv. För att kunna göra det behöver man utgå från kunskap om patientens livsmönster och prioriteringar.

Exempel på vad som kännetecknar personcentrerad vård:

- Utgår från en person med en sjukdom och inte sjukdomen i en person.
- Har sin utgångspunkt i personens upplevelse av sin verklighet.
- Strävar efter att förstå beteenden och symtom utifrån personens perspektiv.
- Vård och vårdmiljö anpassas efter den enskilde personen.
- Både främjar självbestämmande och ger möjlighet till medbestämmande.
- Patienten görs till en aktiv samarbetspartner.
- Strävar efter att involvera personens sociala nätverk i vården.

Vården ska genomföras i samråd med patienten

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är personcentrerad vård en av de fem nyckelkomponenterna inom god vård och man betonar att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall genomföras i samråd med patienten. Även de förväntningar personen kan ha på den miljö han vistas i grundat på egna och andras erfarenheter och föreställningar ska vägas in. På samma sätt behöver hänsyn tas till hur särskilda vanor och önskemål kan tillgodoses i anpassningen av miljön. Är personen morgonpigga eller nattuggla, vill man inta sin måltid ensam eller tillsammans med andra, vad behöver man för stöd i att tolka och förstå sin omgivning etc., är alla faktorer som är högst individuella men som kan tillgodoses i planeringen av miljön om man är medveten om det och efterfrågar denna typ av information i livsberättelsen från patienter och anhöriga.

Vårdmiljöns betydelse

Den medicinska utvecklingen har lett till förbättrade behandlingsstrategier och en utveckling från tidigare slutna mot mer öppenvårdsinriktade vårdformer. Vårdmiljön har rönt allt större betydelse som stöd för vården, patientlogistik, kreativitet, utveckling och utbildning men också som stimulans för flexibilitet och samverkan mellan verksamheter. Det finns idag en stor mängd evidensbaserad och erfarenhetsbaserad kunskap tillgänglig om hur man kan medverka till att miljön blir till stöd och inte till hinder för den som vistas där. Ett angeläget område under utveckling är hur patienten skall involveras i denna utveckling.

En betydelsefull princip i skapandet av en personcentrerad vård är att synliggöra och betona vikten av miljöns betydelse som en av huvudkomponenterna i personens läkeprocess, och att både beakta personens behov, resurser, vilja och preferenser i anpassningen av miljön. Mot bakgrund av detta krävs både generell kunskap om vad en sjukdom och funktionsnedsättning kan antas innebära för hänsynstagande i planeringen av en personcentrerad omgivning och specifik kunskap om vad det kan innebära för just den person som vårdas och att han/hon tillåts vara aktiv i utformningen av denna.

En personcentrerad vårdmiljö som stödjer vårdens genomförande och mötet mellan patient och vårdens personal är den viktigaste ingrediensen för framgång. Många faktorer i vårdmiljön (sängens placering, utsikt, belysning, möbler, inredning, eget revir) är styrande för vårdens utförande och upplevelsen av rummet och påverkar även familjens och närståendes välbefinnande och delaktiga i vården (Rashid, 2006, LaVela, S., Etingen, B., Hill, J., Miskevics, S., 2016). Designen av vårdavdelningar skall baseras på patienternas resurser och behov samt med integrering av nya forskningsrön från området hälsa och miljö.

Eget revir

Den miljö man tillfälligt vistas i skall vara ett stöd, en plats där det finns förutsättningar att må bra. God vård är personcentrerad och strävar efter att den sjuke personen ska uppleva känsla av sammanhang, förståelse och trygghet. Men även den fysiska utformningen av miljön kan stärka känslan av hemlighet liksom att vårdmiljöns utformning i hög grad påverkar det som händer och sker. En vårdmiljö med långa korridorer bidrar till risk för desorientering, vilsenhet, oro och vandringsbeteende till skillnad från vårdmiljöer utan korridorer där man istället har skapat gemensamma samlingsplatser för möte och social samvaro. Enpatientrum bidrar till förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad med möjlighet till enskilda samtal och dokumentation nära patienten (Inde 2006). Närhet till naturen och möjligheter att själv välja mellan att vara ute eller inne bidrar till känslan av frihet och valmöjlighet. Att kunna ta med saker man tycker om och känner igen hemifrån, att omges av vackra föremål, bilder och blommor och att personal och patienter bär privata kläder har också visat sig upplevs som stödjande och underlättande (Edvardsson m fl 2005).

Plats för möten

Sjukhusmiljön upplevs ofta som aidentifierade och sterila miljöer med brist på rum för möten. Det är önskvärt med en större öppenhet och överblickbarhet inom vårdavdelningarna till stöd för såväl spontana som planerade möten mellan patienter, patient och personal och mellan olika personalkategorier (Gilmour 2005, Joseph, A., Choi, Y-S., Quan, X. 2016).

Underlätta orientering och igenkänning

Vårdmiljöns utformning riskerar att bidra till svårigheter i orientering och igenkänning med osäkerhetskänsla och otrygghet som följd samt en förstärkning av att patienten betraktas som en bland alla andra, från subjekt till objekt. (Edvardsson m.fl.2005).

Stödjande vårdmiljöer

Läkande vårdmiljöer syftar till en utformning specifikt designad till stöd för patienter, närstående och personal i olika omvårdnadssituationer och vårdsammanhang (Dijkstra et al. 2006, Lorenz, 2007, Ulrich 2001, 2006). Vikten av att skapa en känsla av hemlighet i slutenvårdsmiljöer är visad i flera studier och omfattas både av den fysiska och känslomässiga miljön (Gilmour 2005). Hemlika och familjära miljöer kännetecknas av goda relationer mellan vårdare och patient, relationer präglade av värme och kontinuitet och som patienterna själva kan vara med och skapa och påverka. Såväl vårdare som patienter har beskrivit stödjande miljöer i termer av miljöer där man känner sig välkommen och sedd, miljöer som präglas av generositet och flexibilitet och där man kan följa sin egen rytm och umgås med andra (Edvardsson m fl 2005).

Sammanfattningsvis

Sjukhus förknippas vanligen med olika medicinska specialiteter och diagnoser och miljön är oftast också utformad efter medicintekniska behov och traditionella arbetssätt. Verksamheten och dess medarbetare skall få tillräckligt utrymme, tekniken skall fungera och hygieniska och ergonomiska aspekter skall tillgodoses. Under senare år har även ekologiska frågor i allt större utsträckning kommit i fokus för hur man skall bygga för långsiktig hållbarhet. Devisen "Patienten i centrum" som ofta förs fram som en bärande princip i utvecklingen av vården har inte alltid varit synliggjord i planeringen av miljön. Det är dags nu.

Källor:

LaVela, S., Etingen, B., Hill, J., Miskevics, S. Patient Perceptions of the Environment of Care in Which Their Healthcare is Delivered (2016) Health Environments Research & Design Journal, Vol. 9(3) 31-46.

Joseph, A., Choi, Y-S., Quan, X. Impact of the Physical Environment of Residential Health, Care, and Support Facilities (RHCSF) on Staff and Residents: A Systematic Review of the Literature. (2016). Environment and Behavior, Vol. 48(10) 1203–1241.

4.3 Logistik

Av Nina Modig

På en vårdavdelning är samspelet mellan vårdpersonal och servicepersonal av stor vikt för ett effektivt vård- och logistikarbete som inte stör patienterna. Det är därför viktigt att säkerställa att försörjning av varor samt bortforsling av avfall kan ske på ett sätt så att det både blir korta avstånd för vårdpersonalen och att servicepersonalen kan hantera dessa flöden på ett effektivt sätt.

Förråd av varor bör minimeras genom standardisering av produkter och utbud. Placering av förråd och uppsamlingsplatser för avfall och återvinning bör också ta hänsyn till var varorna förbrukas samt hur ofta de används för att minimera spring. För förvaring av artiklar krävs nischer där vagnar eller skåp kan placeras. Vid planering av förvaring behöver hänsyn också tas till speciella krav för det material som hanteras, exempelvis temperaturkrav, krav på steril miljö, smittsamt gods och säkerhetskrav.

Generellt sett är flöden av mat och textilier stora på många vårdavdelningar. Omfattningen på övriga flöden varierar med vårdavdelningens inriktning. Flöden kan exempelvis skilja sig markant mellan en geriatrisk vårdavdelning och en vårdavdelning för akutpatienter och detta behöver beaktas när vårdavdelningar utformas. Flöden som bör inkluderas i planeringen av vårdavdelningar är exempelvis flöden av:

- Patienter
- Vårdpersonal
- Besökande
- Servicepersonal och lokalvård
- Förrådsvaror – hygienprodukter, engångsmaterial, förband etc.
- Medicin/apoteksvaror
- Prover
- Mat och dryck
- Textilier – både ren och smutsig
- Avfall/återvinning
- Medicinsk utrustning och apparatur
- Hjälpmedel- bårar, rullstolar, rullatorer, kryckor etc.

För att uppnå bra flöden bör hanteringar av material och beställningar automatiseras och standardiseras så gott det går och material förvaras så att det är lätt att få en överblick och hitta rätt saker. Det är också viktigt att separera rena och smutsiga flöden från varandra. Väl genomtänkta placeringar av anslutningar till tekniska system som sop- och tvättnedkast samt rörpostsystem bidrar också betydligt till bra flöden som stödjer vårdarbetet optimalt.

Följande rubriker 4.4. till 4.10 hänvisas till PTS- riktlinjer.

4.4 AkustikkraV i vårdlokaler (PTS)

4.5 Brand (PTS)

4.6 Vårdhygieniska aspekter (PTS)

4.7 Fysisk tillgänglighet (PTS)

BILAGA

RWC – utredning av mått i hygienrum

UPPDATERING 2019

- Text och bild uppdateras utifrån gällande rekommendationer och lagstiftning.
- Lokala/regionala regleringar beaktas ej i detta utgåvan.

Varje patientrum har eget hygienutrymme med toalett och dusch tillgänglig från rummet. Utredningen är avsedd att tjäna som underlag för diskussioner i samband med planering och projektering av hygienutrymme kopplad till enpatientrum. I dokumentet är krav och, riktlinjer från Boverket samt Arbetsmiljöverket sammanställda i och illustrerade i ett sammanhang. I utredningen har dimensionerande rullstoldiameter 1500. Utredningen i sig är inte normerande. Den omfattar endast mått i plan (golvyta), inga inredningsdetaljer eller snitt med angivna höjder har tagits med i dokumentet. Alla mått angivna i dokumentet är i millimeter. Angivna fria passagemått i dörrar gäller för uppställt dörrblad (90°).

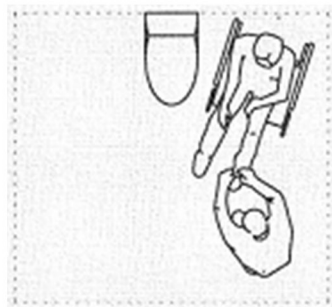
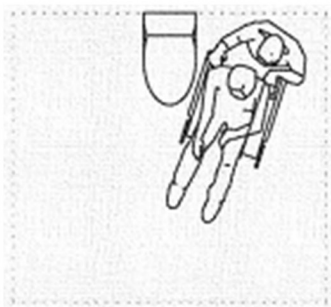
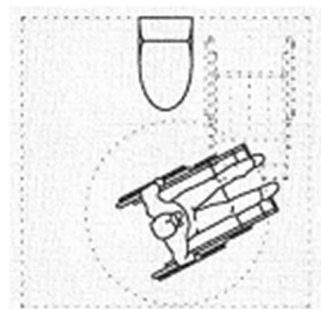
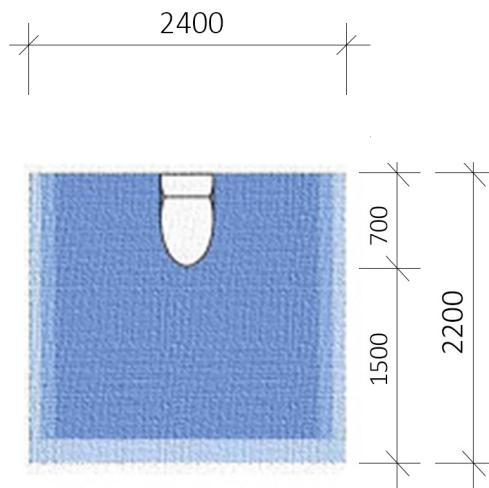
KÄLLOR

- BBR
- Boverkets byggregler BBR 18 (BFS 2011:6) <http://boverket.se>
- AFS
- Arbetsmiljöverket AFS 2018:5 Arbetsplatsens utformning;
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (2009:2) om arbetsplatsens utformning; från webbsida. <http://av.se>

MÅTT VID TOALETSTOLEN

(alla mått i millimeter)

Arbetsmiljöverket kräver 80 cm fritt utrymme för arbetstagaren, dock när assistans och hjälpmedel används på avdelningen krävs det större mått. För en hjälpare och en person i rullstol krävs måttet på 100 cm på bägge sidor av toalettstolen. Utrymmen ska dimensioneras utifrån vad arbetet kräver.



90 cm krävs enligt Arbetsmiljöverket för att en rullstolsburen person ska kunna själv köra in rullstolen vid sidan av toalettstolen och flytta över till toaletten.

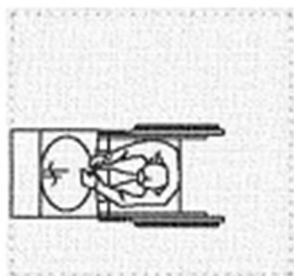
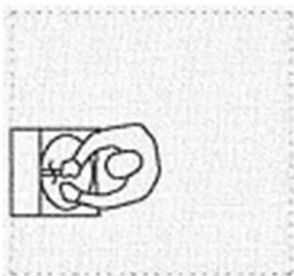
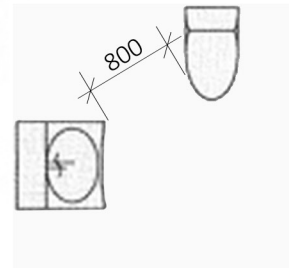
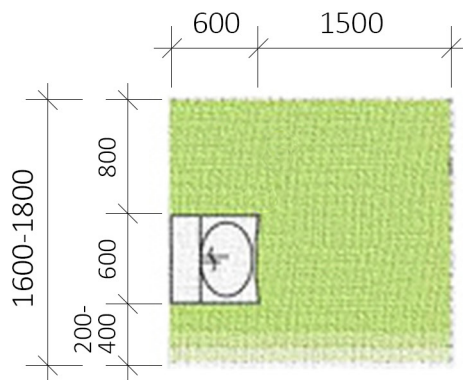
100 cm är måttet som ger utrymme för hjälpare att dra in en rullstol vid sidan av toalettstolen och sedan kunna passera förbi.

59. Tillgänglighet vid toalettstolen

Vid toalettstolen bör det finnas tillräckligt med plats för att en person som är beroende av hjälpmedel ska kunna använda den. I vårdmiljö, förutom utrymme för hjälpmedel behövs det även utrymme som ger möjligheten att utföra vårdarbete.

MÅTT VID HANDFATET

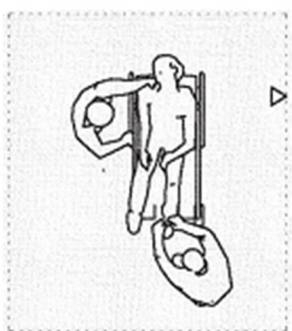
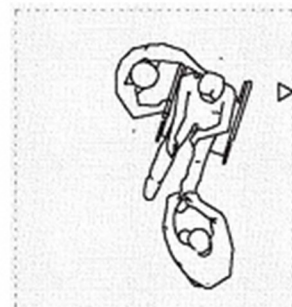
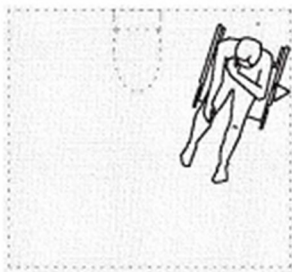
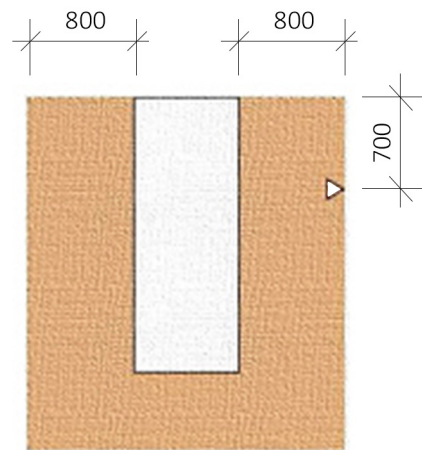
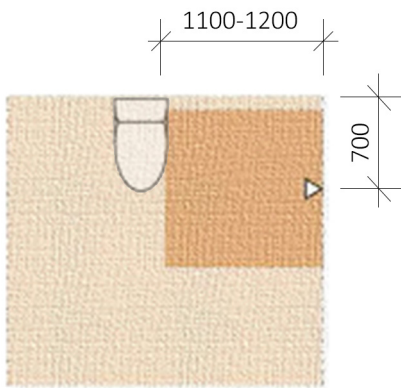
(alla mått i millimeter)



60. Tillgänglighet vid handfatet

MÅTT I DUSCHUTRYMME

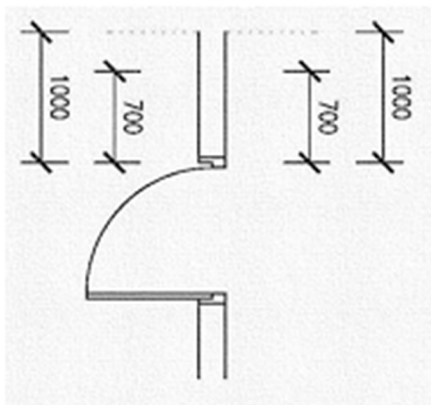
(alla mått i millimeter)



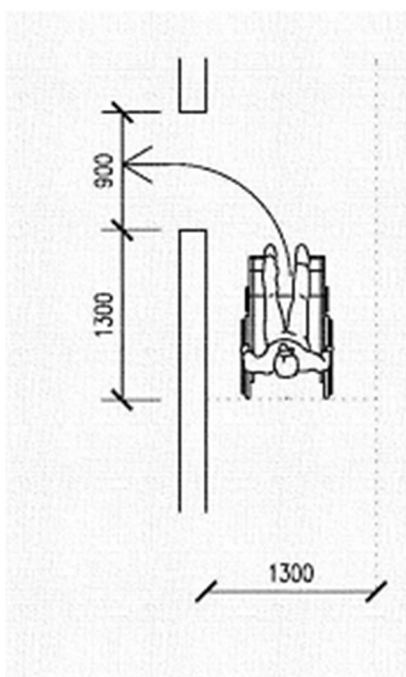
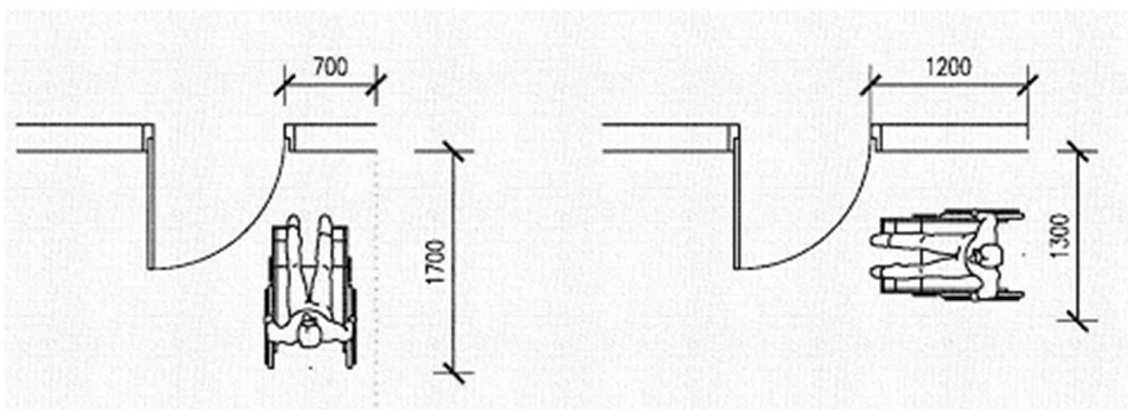
61. Tillgänglighet vid duschutrymme (rullstol, duschstol, brits)

MÅTT VID DÖRRAR

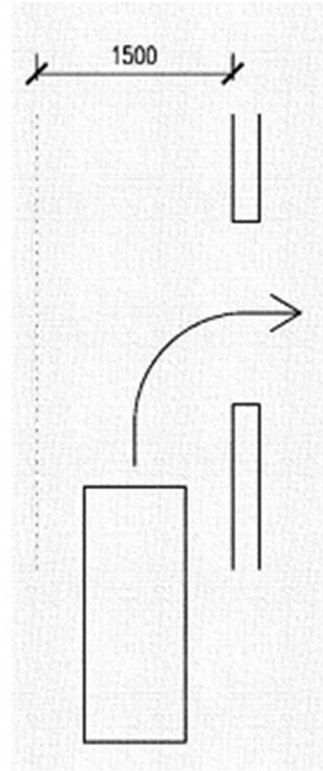
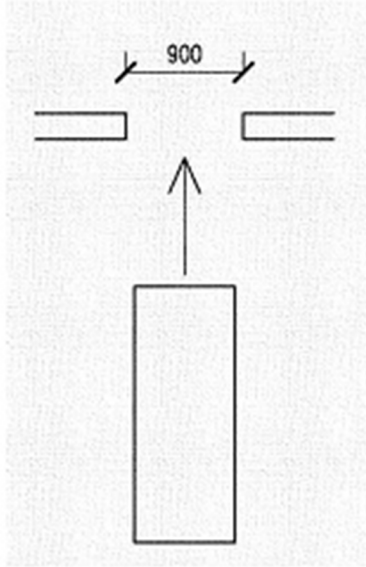
(alla mått i millimeter)



62. Tillgänglighet vid dörrar



63. Tillgänglighet vid dörrar



64. Tillgänglighet vid dörrar (för brits)

SAMMANSTÄLLNING AV FUNKTIONSYTOR

Exempel:

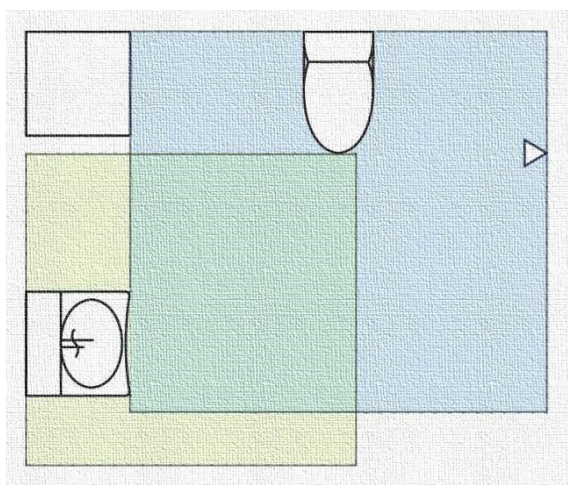
För att säkerställa tillgängligheten och illustrera hur de olika funktions-ytorna kan förhålla sig till varandra har vi i följande exempel valt att använda de största angivna minimum måtten.

Dörrar och väggar i exempel är inte markerade.

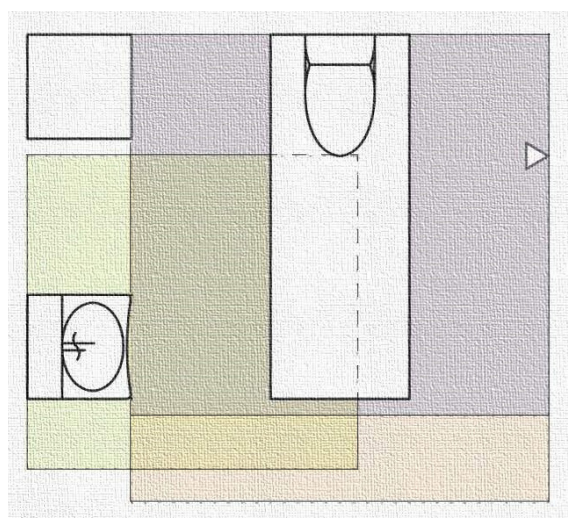
Spoldesinfektor rekommenderas av BOV i hygienrum tillhörande enpatientrum. Ytan för spoldesinfektor läggs till (här 600 x 600 mm).

Spoldesinfektor samt duschvagn finns i olika storlekar vilket kan påverka den sammanlagda ytan.

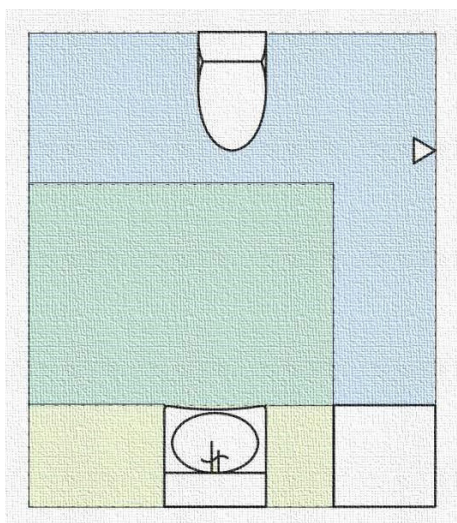
Tillkommande inredning och/eller utrustning kan påverka och ställa andra krav på större yta för att tillgodose god tillgänglighet.



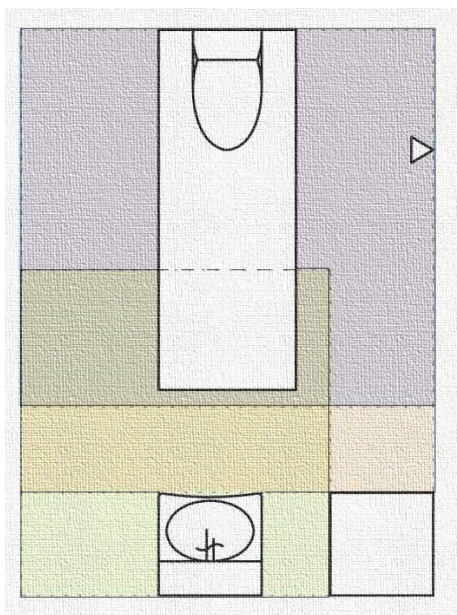
65. Exempel på sammanställning av ytor utan plats för duschvagn



66. Exempel på sammanställning av ytor med plats för duschvagn



67. Exempel på sammanställning av ytor utan plats för duschvagn



68. Exempel på sammanställning av ytor med plats för duschvagn