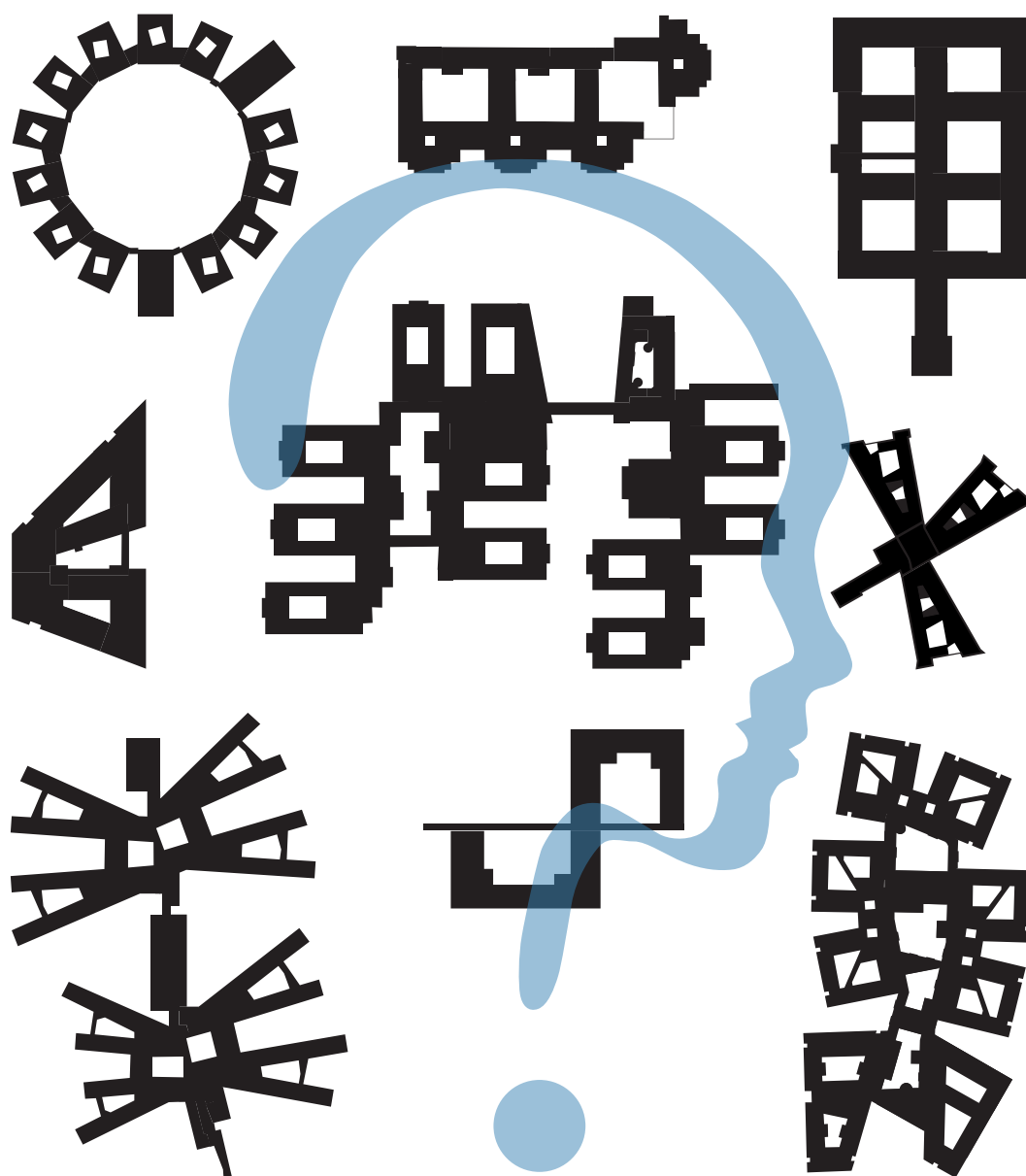


KONCEPTPROGRAM

LOKALER FÖR PSYKIATRI

kunskapsunderlag vid planering
2018-10-16



Vad är PTS?

Program för Teknisk Standard (PTS) är ett stöd i lokalförsörjningsprocessen i syfte att på ett effektivt sätt kvalitetssäkra och ständigt förbättra leveransen av ändamålsenliga och långsiktigt hållbara lokaler. Systemet innehåller riktlinjer och krav i form av bl. a. typrum som bygger på bästa erfarenhet och evidensbaserad kunskap över hur hälso- och sjukvårdslokaler ska byggas. PTS beskriver lägsta godtagbara standard på lokaler för att hälso- och sjukvårdshuvudmännen effektivt och hållbart ska kunna möta samhällets behov av vård för dagens och framtida vårdtagare.

PTS Forum - Kunskapsbildande nätverk

I nätverket PTS Forum tillämpar PTS-användarna ständigt lärande och kunskapsdelande kring byggande av sjukvårdslokaler. PTS Forum har sedan 2010 även samfinansierat vissa forskningsrelaterade utvecklingsprojekt inom intressanta byggrelaterade frågor, vars resultat har uppdaterat kraven i PTS-databasen med aktuell kunskap.

Vem använder PTS?

Systemstödet används av lokalplanerare, utrustningsplanerare, byggprojektledare, ingenjörer, förvaltare, driftspersonal, utförande konsulter, entreprenörer, arkitekter m.fl. 2018 använder 16 st av Sveriges landsting och regioner PTS som ett stöd i sin lokalförsörjningsprocess.

PTS Konceptprogram

PTS forum har initierat fyra tidigare konceptprogram – *Den goda vårdavdelningen* (2011), *Högteknologiska vårdmiljöer för intensivvård och operation* (2013), *Administrativa arbetsplatser inom vården och dess förvaltningar* (2015) och *Lokaler för öppenvård* (2016). 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 hemsida.

www.ptsforum.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

KAPITEL 1		
<u>INTRODUKTION</u>		<u>7</u>
KAPITEL 2		
<u>BAKGRUND</u>		<u>15</u>
2.1	Svensk psykiatri idag	16
2.2	Tendenser inför framtiden	19
2.3	Svenska psykiatribyggnader	21
2.4	Referenser kap. 2	23
KAPITEL 3		
<u>KUNSKAPSÖVERSIKT - FYSISK MILJÖ FÖR PSYKIATRISK VÅRD</u>		<u>25</u>
3.1	Evidensbaserad design och teorier kring "Läkande arkitektur"	27
3.2	Modell för att minska stress hos patienter inom psykiatrin	28
3.3	Några ytterligare kunskapsområden	31
3.4	Matris över rekommendationer	44
3.5	Perspektiv från patienter	47
3.6	Slutsatser	49
3.7	Referenser kap. 3	51
KAPITEL 4		
<u>EXEMPEL PÅ PSYKIATRISKA VÅRDMILJÖER</u>		<u>57</u>
4.1	Nio nybyggda psykiatriska enheter i Sverige, Norge och Danmark	58
4.2	Slutsatser och dilemman	78
4.3	USA och Kanada – en utblick	84
4.4	Referenser kap. 4	87
KAPITEL 5		
<u>FÖRSLAG TILL UTFORMNING</u>		<u>89</u>
5.1	Lokalisering	92
5.2	Öppenvård	94
	Mottagningar	96
	Mellanvård - Ett framtida scenario	108
5.3	Heldygnsvård	112
5.4	Andra typer av lokaler – Elektrokonvulsiv behandling, ECT	130
5.5	Referenser kap. 5	131
BILAGA – REFERENSEXEMPEL		
I separat dokument		

KAPITEL 1

INTRODUKTION

I detta korta introduktionskapitel presenteras förutsättningarna och utgångspunkterna som ligger till grund för denna rapport.

Syfte

Syftet med detta konceptprogram är att tillhandahålla ett planeringsunderlag för lokaler för psykiatrisk specialistvård. Arbetet ingår som en del av de evidensbaserade konceptprogram som tidigare utvecklats i samverkan mellan Program för Teknisk Standard, PTS och Centrum för vårdens arkitektur, CVA. Målet är att stödja planering genom att sammanställa relevant kunskap, baserat på forskning, goda exempel ("best-practice") och erfarenheter från såväl patienter, vårdpersonal och de som arbetar med att planera och bygga lokaler för psykiatri.

Bakgrund

Idag finns en ökad insikt om arkitekturens betydelse för en mer human och effektiv vård, också inom psykiatri. Forskningen inom fältet ökar internationellt och också svenska erfarenheter stödjer dessa rön.

Intresset har hitintills främst fokuserat kring lokaler för heldygnsvård. Inom dagens psykiatri kan vi dock se ett ökat behov av byggnader/lokaler som stöder olika typer av öppnare vårdformer, ofta benämnda som dag- eller mellanvård, varför dessa också behandlas i denna skrift.

En god vårdmiljö

En god vårdmiljö är särskilt viktig inom psykiatri. Inte minst för att psykiatri ibland vårdar patienter mot deras egen vilja om inget annat alternativ finns. För att patienter på bästa sätt ska kunna ta till sig vård och behandling behöver den fysiska miljön stödja läkning genom att bidra till upplevelser av trygghet och välbefinnande, och dessutom säkerställa att ingen kommer till fysisk skada. Genom att göra detta kan man säga att utformningen av den fysiska miljön är ett redskap för psykiatrisk vård.

“lämpliga vårdlokaler för psykiatri är lika viktigt som avancerad medicinsk-teknisk utrustning är för de somatiska specialiteterna.”¹

Arbetsmiljö

Den fysiska miljön utgör ram för alla de aktiviteter som sker och kan understödja eller hindra dessa omvårdnads- och behandlingsinsatser, exempelvis överblick och observation. Lokalerna kan utformas på ett sätt som stöttar och underlättar men personalen är den allra viktigaste resursen, både vad gäller omsorg, behandling och säkerhet. En god, trygg och säker arbetsmiljö ökar möjligheten att attrahera nya medarbetare, ger ökad arbetsglädje, kompetensutveckling och en kvalitativ, säker vård.² Därför krävs, utöver att lokalerna är ändamålsenliga och stödjer vårdens behandlingsmodeller, att de bidrar till upplevelsen av en attraktiv arbetsplats.

Huvudfrågan som detta konceptprogram avser att besvara är:

Vilka lokaler behöver den psykiatriska specialistvården och hur bör de utformas för att bidra till att patienter får så god vård som möjligt?

Beställare

Beställare av detta konceptprogram är Program för Teknisk Standard. PTS är en sammanslutning av 16 landsting och regioner och syftar till att stödja och förbättra lokalförsörjningsprocessen.

¹ Brenner, E. (2009) Recept för framtiden. I boken Arkitektur som medicin – arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatri, From, L. (Red.) & Lundin, S. (Red.). ARQ Stiftelsen för arkitekturforskning, rapport 2:2009.

² Locum (2015) Konceptprogram – Lokaler för god vård Psykiatrisk heldygnsvård. Strategiska fastighetsfrågor och investeringar, Stockholms läns landsting. Hämtad från: <https://www.locum.se/verktygen/styrdokument-fastigheter/konceptprogrammen/lokaler-for-god-vard---psykiatrisk-heldygnsvard/> [2018-10-10]

Utförare

Arbetet med att ta fram *Lokaler för psykiatri – kunskapsunderlag vid planering* har utförts av Centrum för vårdens arkitektur, CVA. Detta konceptprogram utgör det femte som tagits fram av PTS och CVA i samarbete. Sykehusbygg HF, som ansvarar för planering och byggande av vårdlokaler i Norge, har också ingått i samarbetet.

Arbetet har letts av en styrgrupp. Det praktiska genomförandet har sedan planerats av en projektgrupp. Det praktiska arbetet inklusive sammanställning av materialet har utförts av en mindre arbetsgrupp från CVA, se nästa sida. Lin Tan och Sofia Park har huvudsakligen utfört arbetet med stöd av och bidrag från övriga arbetsgruppen. Även Mike Apple, Ellen Boyd och Ahmad Nemati från CVA har bidragit till rapporten.

Arbetets genomförande

De ställningstaganden och illustrationer som presenteras i detta konceptprogram har tagits fram i en process med tre huvudsakliga steg: Kartläggning > Workshopar > Konzeptutveckling



Kartläggning

I kartlägningsarbetet har fokus legat på befintlig kunskap om lokaler för psykiatri. (1) Genom en sammanställning av kunskap från forskning och facklitteratur; (2) genom en serie studiebesök till och analyser av olika nybyggda psykiatriska sjukhus i Skandinavien; samt (3)

genom intervjuer med patientrepresentanter, verksamhetsrepresentanter och forskare.

Workshopar

Två workshopar har anordnats med patientrepresentanter, representanter från psykiatriska verksamheter och fastighetsavdelningar vid landstingen inom PTS samt forskare och arkitekter. På workshoparna presenterades resultat från kartläggningen tillsammans med inspirerande föreläsningar. I tvärprofessionella grupper fick deltagarna vid det första workshoptillfället arbeta med tre uppgifter: utveckla (1) visioner om hur platser där psykiatrisk vård ges ska fungera och upplevas samt vilka typer av lokaler den psykiatriska specialistvården behöver, (2) var de bör lokaliseras och (3) hur de bör utformas. Vid det andra tillfället utvärderades och vidareutvecklades det sammanställda och tolkade resultatet av den första workshopen med fokus på funktionsenheter för psykiatrisk vård.

Konzeptutveckling

Resultaten från workshoparna har värderats och bearbetats av projektgruppen och tillsammans med kunskap från kartläggningen utgör de basen för de förslag till utformning som presenteras i kapitel 5. Dessa har granskats och kommenterats av en remissgrupp med representanter från patientorganisationer, fastighetsorganisationer och vårdverksamheter inom landsting anslutna till PTS. Remissgruppens synpunkter har arbetats in i slutrapporten.

Hur rapporten är tänkt att användas

Moderna planeringsprocesser ska bygga på kunskap, men också på dialog och samverkan. Diskussioner om nya vårdbyggnader eller lokaler innebär en möjlighet att utveckla vårdverksamheten. I planeringsprocessen sker en kunskapsutveckling om förutsättningar och behov. Detta gäller såväl lokalutformning som organisation och arbetssätt. Ett beslut om specifik rumsanvändning påverkar i slutändan

hur både medarbetarna och organisationen kan agera. Därför måste verksamhetsutveckling ligga steget före och ställa rätt krav på de lokaler som planeras.

Den arena som skapas när planeringsprocessen inkluderar flera professioner och discipliner är en plattform för integration och skapande av ny kunskap. Innovationer och nya möjligheter måste därför fångas i samband med lokalutveckling.

Som stöd behövs kunskap som finns utanför den egna verksamheten och den lokala erfarenheten. Det handlar om att ta in andra goda exempel "beprovad erfarenhet". Men också evidensbaserad kunskap från forskningen. Den egna verksamhetens behov måste tillika vägas samman med byggherrentressets långsiktiga mål och ett hållbart fastighetsperspektiv. Här ingår energi- och kostnadseffektivitet, krav på föränderbarhet som generalitet och flexibilitet.

Konceptprogram som medel för kunskapsbyggande

Detta konceptprogram består av utrednings- och forskningsdelar samt visualiserade förslag till utformning. De olika kapitlen kan vara av intresse i olika skeden av planerings- och byggprocesser och rapporten är tänkt att kunna läsas i ett svep, eller att användas som ett smörgåsbord.

Kunskapsöversikten i kap. 3 ger en översikt över tillgänglig forskning kring lokaler för psykiatri och kan fungera som språngbräda för vidare fördjupad läsning.

Exemplen i kap. 4 visar vad som nyligen byggts, vilka resonemang som förts och vilka val som gjorts. Exemplen ger också en fingervisning om dimensionering av rum och funktioner.

Förslag till utformning i kap. 5 avser att visa konsekvenser av olika principlösningar. Det är ett öppet material där exempel och förslag till organisation av enheter m.m. ska ses som belysande av möjligheter snarare än som färdiga lösningar att kopiera rakt av.

Fokus och avgränsning

Inom psykiatri i hela Skandinavien sker en förflyttning av fokus från heldygnsvård till öppenvård. Den i särklass största delen av den psykiatriska vården sker utanför heldygnsvården. Trots det har denna rapport i vissa delar mer fokus på heldygnsvård. Detta för att heldygnsvården ställer avsevärt högre och svårare krav på den fysiska miljön.

I rapporten behandlas lokaler för specialistpsykiatri generellt – mottagningar, mellanvårdsenheter och heldygnsvårdsavdelningar. Lokaler anpassade för särskilda målgrupper eller behandlingar såsom barn- och ungdomspsykiatri, äldrepsykiatri, akutmottagningar och ECT-behandlingar samt rättspsykiatri beskrivs bara i korthet.

Styrgrupp

Charlotte Bruun, Utvecklingschef,
Region Jönköpings län

Åsa Norrby, Fastighetschef,
Landstinget Blekinge

Irene Brodell, Fastighetschef,
Landstinget i Kalmar län

Peter Fröst, Centrumföreståndare / Projektledare
CVA, Chalmers*

Projektgrupp

Birgitta Schlyter, Samordnare Psykiatri Halland,
Region Halland

Marie-Ann Jönsson, Funktionsplanerare
Regionservice, Region Halland

Stefan Persson, Verksamhetsutvecklare Psykiatri
och habiliteringsförvaltningen, Landstinget Blekinge

Ingrid Jacobson Nelson, Psykolog

Susann Holm, Verksamhetsutvecklare VO
Vuxenpsykiatri Malmö/Trelleborg, Region Skåne

Cecilia Ivarsson, Funktionsplanerare,
Landstinget i Kalmar Län

Silvan Haglund, Lokalplanerare,
Region Jönköpings län

Rune Reinaas, Sjukhusplanerare, Sykehusbygg HF

Pål Ingdal, Sjukhusplanerare, Sykehusbygg HF

Arbetsgrupp

Lin Tan, Projekthandläggare,
CVA, Chalmers / Liljewall*

Sofia Park, Projekthandläggare, CVA, Chalmers*

Peter Fröst, Centrumföreståndare / Projektledare
CVA, Chalmers*

Stefan Lundin, Industridoktorand,
CVA, Chalmers / White*

Roger Ulrich, Gästprofessor, CVA, Chalmers

* Ingår också i projektgruppen

Workshopdeltagare utöver projektgruppen:

Franz James, Forskare, GU. **Sophie Vrang**, Centrum för psykiatrforskning. **Jonas Pils**, Centrum för psykiatrforskning. **Maria Smithmanis Lyle**, Centrum för psykiatrforskning. **Cathrine Persson**, Psykiatri Borås, VGR. **Pernilla Jansson**, Psykiatri Borås, VGR. **Filippa Gagnér Jenneteg**, NSPHiG. **Elisabeth Hurtado Lundberg**, NSPHiG. **Mary-Anne Jakobsson**, NSPHiG. **Christian Francen**, Peer support, NSPHiG. **Krister Filipson**, Peer support, NSPHiG. **Julia Gomér Torp**, SHEDO. **Fredrik Thyberg**, Inflytandesamordnare, Region Skåne. **Peter A Karlsson**, Verksamhetsutvecklare, Region Skåne. **Claes Jonsson**, Skötare PIVA, Region Östergötland. **Mats Månsson**, Verksamhetsutvecklare Beroendekliniken, Region Östergötland. **Inga-Lill Lidberg**, Skötare Akutenheten, Region Östergötland. **Peter Göransson**, Psykiatrisköterska Avd 25, Region Östergötland. **Sanna Richter**, Planeringsledare Kungälv's sjukhus psykiatri, VGR. **Katarina Andersson**, Verksamhetschef Kungälv's sjukhus psykiatri, VGR. **Helen Runesund**, Kungälv's sjukhus psykiatri, VGR. **Lisa Schmidt**, Kungälv's sjukhus psykiatri, VGR. **Irene Dahl Andersen**, Verksamhetschef, Østfold Kalnes psykiatri. **Jackie Yates**, Projektledare verksamhet, Landstinget Blekinge. **Josefina Berntsson Brauer**, Skötare dagsjukvården, Region Skåne. **Monica Malmros**, Skötare dagsjukvården, Region Skåne. **Tomas Elisson**, Strategisk samordning, Region Örebro län. **Anna Larsson**, Säkerhetssamordnare, Region Örebro län. **Britt Nilsson**, Utvecklingsledare Vision 2020, Region Östergötland. **Mikael M Persson**, Säkerhet-Miljö-Fastighetsfrågor, Region Skåne. **Marcus Cederqvist**, Personalsäkerhetssamordnare, Region Jönköpings län. **Mats Frank**, Sektionschef, Region Jönköpings län. **Bodil Sundlöf**, Förvaltningschef psykiatri och habilitering, Landstinget Blekinge. **Anna Narving**, Lokalplanerare, Region Örebro län. **Åsa Norrby**, Fastighetschef, Landstinget Blekinge. **Irene Brodell**, Fastighetschef, Landstinget i Kalmar Län. **Peter Koffed**, Funktionsplanerare, Landstinget i Kalmar Län. **Kenneth Ström**, Landstinget i Kalmar Län. **Helge Havåg**, Sykehusplanlegger, Sykehusbygg HF. **Hanne Hemsén**, Arkitekt, Nordic Office of Architecture. **Christine Hammarling**, Arkitekt, Tengbom. **Jens Axelsson**, Arkitekt, White. **Peter Rung**, Arkitekt, Liljewall. **Filip Smiding**, Arkitekt, Uulas Arkitekter. **Christian Johannesson**, Arkitekt, Uulas Arkitekter. **Esmeralda Björnsdotter**, Arkitekt, Semrén+Månsson. **Li Liljeborg**, Arkitekt, LINK. **Anna Rolf**, Arkitekt, LINK. **Anna Landén**, Arkitekt, Tengbom. **Ida Sellstedt**, Arkitekt, Sweco.

Remissgruppsdeltagare utöver projektgruppen:

Julia Gomér Torp, SHEDO. **Christine Hammarling**, Tengbom. **Filippa Gagnér Jenneteg**, NSPHiG. **Elisabeth Hurtado Lundberg**, NSPHiG. **Ulrika Andersson**, Patientsäkerhetssamordnare, Lt Kalmar. **Josefina Brauer Berntsson**, Skötare dagsjukvården, Region Skåne. **Fredrik Thyberg**, Inflytandesamordnare, Region Skåne. **Cecilia Håkansson**, Enhetschef på psykos avd 88 i Malmö, Region Skåne. **Helen Larsson**, Utrustningsplanerare, Lt Kalmar. **Anna Holmström**, Byggprojektledare, Lt Kalmar. **Tommy Nielsen**, Fastighetskoordinator, Region Skåne. **Agneta Sjögren**, Affäsutvecklare, Locum, SLL. **Lise-Lotte Olofsson Hernström**, Specialist vårdlokaler, Locum, SLL. **Med kollegor.**

DEFINITIONER

Somatisk vård

öppen eller sluten vård av personer med kroppsliga sjukdomar

Psykiatrisk vård

öppen eller sluten vård av personer med psykiska sjukdomar

Öppenvård

hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas kunna avslutas inom ett begränsat antal timmar (Socialstyrelsens termbank)

Dagsjukvård

öppen vård som innebär mer omfattande och/eller resurskrävande insatser än vad ett öppenvårdsbesök normalt kräver (Socialstyrelsens termbank)

Mellanvård/Dagvård/Dagpsykiatri

begrepp som används om olika typer av psykiatrisk öppenvård som är mer omfattande än ett normalt öppenvårdsbesök. Begreppen har olika innebörd i olika landsting

Slutenvård

hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård (Socialstyrelsens termbank)

Psykiatrisk heldygnsvård

en vanlig benämning på slutenvård inom psykiatri

BUP

barn- och ungdomspsykiatri

Rättspsykiatri

öppen eller sluten vård av personer enligt LRV
- lagen om rättspsykiatrisk vård

PAM

psykiatrisk akutmottagning

PIVA

psykiatrisk intensivvårdsavdelning

POA

psykiatrisk observationsavdelning

ECT

elektrokonvulsiv behandling. Elbehandling kan hjälpa vid vissa psykiska sjukdomar. Behandlingen innebär att hjärnan stimuleras genom flera korta strömpulser. Patienter sövs alltid innan behandling

TMS

Transkraniell magnetstimulering är en ny metod för behandling av depression

Återhämtning

en process som innebär att patienten steg för steg tar makten över sin situation och skapar en fungerande och positiv vardag. Återhämtning är individuellt och hur processen går till varierar från person till person.

Landsting

i denna rapport avses såväl landsting som regioner

CVA

Centrum för vårdens arkitektur är en nationell arena för skapande, översättning, utbyte och spridning av kunskap om vårdarkitektur. CVA är lokaliserat på Chalmers tekniska högskola i Göteborg

LAGAR

HSL hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30)

innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivs. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt landsting och kommuner som huvudmän

Patientlagen (SFS 2014:821)

syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

LPT lagen (SFS 1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

kompletterar HSL och patientlagen med föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård).

LRV – lagen (SFS 1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

gäller tvång och frihetsberövande i annat fall än LPT för personer som är dömda till rättspsykiatrisk vård, genomgår rättspsykiatrisk undersökning eller är intagna på kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem till följd av ett domslut.

STYRANDE DOKUMENT

Hygien

Varje region/landsting har egna tolkningar av de riktlinjer och regler för hygien och smittskydd som finns. Hygienkraven påverkar materialval, bland annat förekomsten av textilier som klädda möbler och gardiner, ytskikt som plastmattor med uppvik eller träsocklar och glansvärde på väggar.

- PTS Riktlinjer för hygien
- Kunskapsunderlagen från Svensk Förening för Vårdhygien (SFVH)
- Bygghälsa och vårdhygien (BOV)
- Städning i vårdlokaler (SIV)
- Förrådshantering och transport av medicintekniska produkter med specificerad renhetsgrad till och inom hälso-, sjuk- och tandvård (FYFFE)

Brand

Brandceller och utrymningsvägar begränsar bl.a. möblering med flyttbara möbler i öppna allmänna ytor.

- Boverkets byggregler, BBR avsnitt 5 (bindande föreskrifter och allmänna råd)
- SS 876 00 01 Vårdbäddar – Brandkrav – Motstånd mot antändlighet

Tillgänglighet

I varje projekt görs bedömningar om samtliga eller bara ett visst antal patientrum med tillhörande hygienrum ska vara fullt tillgängliga. Tillgänglighetskrav regleras i Plan- och bygglagen, PBL, kapitel 8 och Plan- och byggförordningen, PBF, kapitel 3.

Säkerhet

Socialstyrelsens föfattningssamling reglerar säkerhetsnivån på sjukvårdsinrättningar för bl.a. psykiatrisk tvångsvård.

- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.
- Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet – Handbok med information och vägledning (2007)

KAPITEL 2

BAKGRUND

I detta kapitel ges en kortfattad överblick över psykiatrisk vård i Sverige. Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem och patienter inom den psykiatriska vården får stöd och behandling av såväl kommuner som primärvård och specialistvård.

Därutöver inkluderas en framtidsspaning, främst baserat på intervjuer med SKL:s psykiatrisamordnare Ing-Marie Wieselgren, samt två brukarrepresentanter.

Dessutom; sist en kort exposé över utvecklingen av byggnader för psykiatri i Sverige. En historisk tillbakablick som visar att många av de diskussioner som förs idag på intet sätt är nya.

2.1 SVENSK PSYKIATRI IDAG

Var femte person i Sverige drabbas varje år av besvär kopplade till psykisk ohälsa, vanligast är ångest- och depressionstillstånd.¹ Majoriteten av dessa får vård och stöd av kommun och primärvård. De svårast sjuka får vård inom specialistpsykiatrin, oftast i öppenvård men i vissa fall i heldygnsvård. Ibland ges vården under tvång. Landstingen driver också rättspsykiatriska sjukhus där de vårdas som dömts till rättspsykiatrisk vård för ett brott begånget under inflytande av psykisk sjukdom.

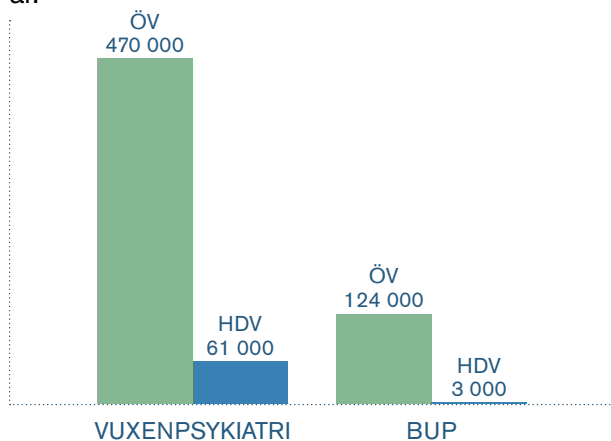
Primärvård utgör första linjens psykiatri. Det finns en gränstragning mellan specialistvård och primärvård gällande ansvar för olika sjukdomstillstånd. Exempelvis behandlas lätt till måttlig depression inom primärvård och svåra depressioner inom psykiatrisk specialistvård. Förenklat kan man säga att svårighetsgrad avgör tillhörighet.

Kommunen har genom socialtjänsten huvudansvaret för stödboende och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Kommunen ansvarar för insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Kommunala insatser ges även exempelvis i form av arbetsterapeutiska insatser, hjälpmedel och sjukgymnastik. En samordnad individuell plan (SIP) upprättas tillsammans med patienten om insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården behöver samordnas. Det underlättar för patient och anhöriga och tydliggör vem som gör vad kring patienten. Kravet på SIP finns inskrivet i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen sedan 2010.

Psykiatrisk specialistvård

Med psykiatrisk specialistvård avses stöd, insatser och behandling av svårare psykiatriska sjukdomstillstånd. Exempelvis akuta och planerade mottagningsbesök, konsultationer, vård i hemmet, dagsjukvård, sluten vård och psykiatrisk tvångsvård. Den

psykiatriska specialistvården delas in i barn- och ungdomspsykiatri (BUP) 0 -17 år och vuxenpsykiatri. Den i särklass största delen av vården är öppenvård med knappt 470 000 vuxna individer under 2017² och ca 124 000 individer 0-17 år.³ Inom heldygnsvården vårdades ca 61 000 vuxna individer⁴ och ca 3000 individer 0-17 år.⁵



Antal individer i psykiatrin 2017 som vårdades i öppenvård (ÖV) respektive heldygnsvård (HDV).

Öppenvård

Öppenvårdsmottagningar kan vara inriktade mot ett avgränsat geografiskt område eller en särskild diagnosgrupp. På mottagningar görs olika slags bedömningar och utredningar, samt behandlingar som samtalsbehandlingar (t.ex. stödsamtal och psykoterapier) och läkemedelsbehandling. Där görs även olika slags gruppbehandlingar och psykoedukativa insatser. Flera olika professioner ingår i team t.ex. läkare, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, skötare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Vårdplanering görs i samverkan med patienten och dennes närstående och nätverk. Teamarbete och vårdplanering samt samverkan med exempelvis kommun, primärvård, heldygnsvård, brukarorganisationer etc. kräver mötes- och konferenslokaler. Mobila team kan vara knutna till öppenvårdsmottagningar. Mottagningar kan vara lokaliserade på sjukhus men det är också vanligt att de finns i hyrda lokaler i stadsdelar och tätorter.

¹ Folkhälsomyndigheten, 2018

^{2,4} Uppdrag Psykisk Hälsa, 2018a

^{3,5} Uppdrag Psykisk Hälsa, 2018b

Mellanvård och dagvård

Under framtagandet av detta konceptprogram har det framkommit att flera olika typer av öppna vårdformer bedrivs, och att nya tillkommer. Motivet synes vara att dels försöka hindra att heldygnsvårdens resurser tas i anspråk och dels att kompletteringar till den individuella öppenvården behövs och ofta kan bedrivas i gruppform. Inom ramen för detta arbete har vi inte haft möjlighet att djupare undersöka lokalbehoven för dessa verksamheter. Vi vill dock lyfta fram behovet av sådana studier. Frågan är komplex att hantera och flera patienter har önskemål om samverkansformer mellan kandsting och kommuner. Erfarenheterna från liknande samarbeten varierar. Familjecentraler är dock framgångsrika exempel.

De mellanvårdsformer som idag existerar inom specialistpsykiatri bedriver mer individanpassad och intensifierad öppenvård, dagsjukvård enligt Socialstyrelsens definition. Formerna och begreppen skiljer sig dock åt mellan olika landsting. Nedan följer några exempel:

Inom BUP i Stockholm finns fyra mellanvårdsenheter med olika geografiska upptagningsområden. Denna är en mer intensiv vårdinstans som under en period kompletterar patientens mottagningskontakt. Med mobila team har mellanvården möjlighet att specialanpassa behandlingsinsatser då man kan arbeta både i hemmiljö, annan närmiljö eller på mottagningen. Man kan också ha en tätare kontakt än öppenvården med fler eller längre besök och telefonkontakter samt erbjuda gruppverksamhet. Insatserna är tidsbegränsade.

Blekinges mellanvård riktar sig till patienter som har behov av mer stöd och insatser än vad mottagningarna kan ge. Man arbetar med gruppbehandlingar men också mycket med nätverk och familjearbete. Mellanvårdens lokaler liknar en öppenvårdsmottagning men har fler samtalsrum anpassade för grupper. Det finns en avskild del med träningskök och dagrum som används till aktivitetsbedömningar. Mellanvården

arbetar även mobilt med hembesök. Blekinges mellanvård innehåller även en dagpsykiatri med det uttalade syftet att ge patienter sådant stöd och behandling att de inte behöver skrivas in på avdelningen. Ett annat syfte är att underlätta för patienter att kunna skrivas ut tidigare från avdelningen. På dagpsykiatri får patienten, utifrån en individuell behandlingsplan och under en begränsad period, mer stöd och behandlingsinsatser än vad som kan erbjudas på både mellanvården och på mottagningen.

I Vuxenpsykiatri Malmö-Trelleborg, Region Skåne, är dagvården organiserad under öppenvården. Det är en vårdform efter, eller istället för, slutenvård. Dagvården har öppet mån-fre mellan 8-17, och har nästan enbart gruppaktiviteter. Behandlingen inleds med ett inskrivningssamtal för att lägga upp en individuell plan. Fokus ligger på det friska hos patienterna, gruppsamtal med ett innehåll enligt ett program man arbetat fram, promenader, mindfulness, Basal Kroppskännet och andra aktiviteter. Patienterna ges också stöd och hjälp med god kosthållning. Patienterna har kvar sin kontakt och behandlare i öppenvården.

Tydligt är att dessa mellanvårdsformer kommer starkt. De möter ett behov av ökad vårdkvalitet och bättre stöd till dem som behöver mer vård än regelbundna samtal på en mottagning men inte behöver läggas in i heldygnsvård. De har också ofta ett starkt fokus på aktivering och samverkan.



Gruppterapi är vanligt inom mellanvård. Vårdinsatser planeras i en individuell behandlingsplan

Heldygnsvård

Inom heldygnsvård är patienter ineliggande på vårdavdelning. Vården regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) för patienter som frivilligt tar emot vård, medan de patienter som motsätter sig behandling vårdas under lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). För patienter som vårdas under lagen om psykiatrisk tvångsvård får tvång användas med syfte att patienten ska kunna medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som hen behöver. För att tvångsvård ska vara aktuellt måste tre förutsättningar vara uppfyllda:

1. Patienten ska lida av en allvarlig psykisk störning, till exempel psykos eller depression med suicidrisk;
2. Patienten ska vara i oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård;
3. Patienten motsätter sig vården eller det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke.¹

Det huvudsakliga bedömningskriteriet är patientens vårdbehov, inte skydd för omgivningen. Under tvångsvård har vårdpersonal befogenhet att under vissa förutsättningar utföra ett antal tvångsåtgärder som exempelvis kroppsvisitation, begränsa patientens rörelsefrihet till avdelningen eller del av avdelning avskild från andra patienter eller fixera patienten i en bältessäng. Omfattande satsningar har dock gjorts för att minska användningen av tvångsåtgärder och öka kvaliteten på den psykiatriska heldygnsvården. Bl.a. genom en nationell överenskommelse mellan regeringen och SKL som innebar en treårig satsning på kompetensutveckling och metodiskt förbättringsarbete: Bättre vård, mindre tvång.²

Även om majoriteten av patienterna i heldygnsvården vårdas frivilligt så anpassas ofta både arbetssätt och fysisk miljö för de fåtal mycket sjuka patienter som kan reagera på stress med aggressivitet.

Arbetssätt inom heldygnsvården präglas av insatser från flera olika professioner: medicinska, psykiatrisk omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi, socionom m.fl. Observation, behandling och omvårdnad är centralt. Lågaffektivt bemötande och minskad stimuli är också betydelsefullt för flera patientgrupper. Vardaglig struktur där man arbetar med dagsschema och beteendeaktivering är också vanligt förekommande. Läkande miljö är av stor betydelse. Vården bedrivs genom samtal och läkemedelsbehandling. ECT-behandling är vanlig för vissa patientgrupper. Planering inför hemgång och samordning förekommer också i stor utsträckning. Vårdtiderna varierar stort mellan olika patientgrupper men medelvårdtiden för vuxna är 10,5 dagar.³

Brukarstyrd inläggning riktar sig till patienter med självskadebeteende (patienter som ofta är på akuten). De har sin normala behandling inom öppenvården men när en kris uppstår så kan de ringa till avdelningen och läggas in under tre dygn, max tre gånger/månad. Inom vuxenpsykiatri i Malmö pågår en forskningsstudie om brukarstyrd inläggning. 20 patienter deltar i studien. Två platser finns alltid tillgängliga för dem, och utvärderingar visar att det fungerar utan att problem med trängsel uppstår. Vetskapen om att vården är tillgänglig jämt är en viktig del och det finns idag en önskan om att prova det för fler patientgrupper.⁴

Rättspsykiatrisk vård

Rättspsykiatrisk vård regleras av hälso- och sjukvårdslagen samt lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV. Sjukhus för rättspsykiatrisk vård är som regel separata från allmänpsykiatri och patienter vårdas under avsevärt längre tid, tills vårdbehovet inte längre kvarstår, ofta flera år. 2017 vårdades knappt 2000 patienter av rättspsykiatri på ca. 1200 vårdplatser.⁵ En majoritet är män och psykossjukdomar är de vanligaste diagnoserna.⁶

¹ SFS 1991:1128

² Socialstyrelsen, 2013

³ Uppdrag Psykisk Hälsa, 2018a

⁴ Liljedahl, Helleman, Daukantaité, & Westling, 2017

^{5,6} Uppdrag Psykisk Hälsa, 2018c

2.2 TENDENSER INFÖR FRAMTIDEN

Strategisk planering av vård i Sverige sker i stor utsträckning på regional nivå. Psykisk ohälsa är dock ett växande folkhälsoproblem och sedan 2008 har regeringen finansierat ett centralt utvecklingsarbete i form av en överenskommelse med Sveriges kommuner och landsting, SKL: Uppdrag Psykisk Hälsa. Dessutom tillsattes 2015 en nationell samordnare för psykisk hälsa.¹ I detta uppdrag pekades fem generella fokusområden ut som särskilt viktiga, bl.a. tidiga och tillgängliga insatser och ledarskap och organisering.² Det sistnämnda handlar dels om behovet att ta fram och implementera evidens och växla ut metoder och praktiker som inte har kunskapsstöd, något som görs i för liten utsträckning idag. Samt dels om behovet av samverkan mellan vårdgivare inom och mellan olika organisationer.

Ing-Marie Wieselgren leder arbetet på Uppdrag psykisk hälsa.³ Hon lyfter också förbättrad samverkan som viktigt för framtiden. Ett konkret exempel är ungdomar som pendlar mellan Statens institutionsstyrelse (SiS) ungdomshem och BUP. Här skulle ett ungdomshus som drivs av både socialtjänsten och landstinget behövas, då SiS inte är rustade för ungdomar med psykiatriska besvär och socialtjänsten inte får använda tvång på samma sätt som landstinget.

Wieselgren menar att den högspecialiserade vården behöver en viss centralisering för att hålla god kvalitet. Tillgängligheten till den kan dock förbättras genom digitala samtal och hjälpmedel administrerade av exempelvis primärvården. Där kan en behandling påbörjas på plats genom fysiska möten mellan läkare och patient, och sedan fortsätta från hemorten med stöd av mobila mottagningsteam eller kommunal omsorgspersonal och med regelbunden digital kontakt med läkaren på sjukhuset. Detta kräver bättre samverkan mellan de vårdgivare som arbetar långsiktigt, nära patientens vardag - kommun, primärvård och psykiatrisk öppenvård. Det ställer också andra krav på lokalerna i form av samtalsrum utformade för vård på distans,

både på sjukhusen och på lokala vårdcentraler och mottagningar. Det kan också innebära ett behov av patienthotell med viss omsorg i närheten av centraliserad psykiatrisk vård.

Wieselgrens resonemang ligger i linje med utredningen Effektiv vård SOU 2016:2. Utredaren Göran Stiernstedt föreslår här nya styrande principer för vården med avsikt att öka effektiviteten och vårdens kvalitet.⁴ Dels att vården ska ges nära befolkningen; och dels att vården ska ges som öppenvård i första hand. Närhetsbegreppet har flera betydelser utöver den rent geografiska; såväl möjlighet till digitala vårdbesök som en relationell betydelse som handlar om att steget att ta kontakt med vården ska vara psykologiskt och praktiskt lätt att ta.

Även om andelen öppenvård ökar kommer heldygnsvården alltjämt behövas som en viktig resurs. En kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården gjord av SKL konstaterar att en väl fungerande öppenvård med ett gott samarbete med heldygnsvården minskar behovet av heldygnsvård i allmänpsykiatri.⁵ Detsamma gör ett bra samarbete med kommunen, god tillgång på olika boendelösningar med möjlighet till individualiserat stöd samt välfungerande rutiner för vårdplanering. En slutsats är likväl att

”Det finns med nuvarande kunskap en nedre gräns för antalet platser i heldygnsvården som inte kan kompenseras med öppenvård eller kommunala insatser.”

Även om patienter som behandlas i heldygnsvård är mycket sjuka ser Wieselgren en stor potential att använda tiden en patient är inlagd på ett mer konstruktivt sätt än som ofta sker idag. Exempelvis att koppla in krisbearbetning, genomgång av livssituationen, kroppsliga

¹ Nationell samordnare inom området psykisk hälsa: Om uppdraget

² Nationell samordnare inom området psykisk hälsa: Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016-2020 – Fem fokusområden fem år framåt

³ Wieselgren, I.-M., Intervju 2017-12-04

⁴ Stiernstedt, 2016

⁵ SKL, 2010

utredningar och friskvård, men också mer psykoterapeutisk behandling, psykoedukation (undervisning), arbetsterapibedömningar som underlag för boendestödsutredningar och anhörigutbildningar. Ofta finns en högre motivation till engagemang och förändring i hela patientens omgivning när något allvarligt har hänt. Helt enkelt samla fler resurser och aktörer runt patienten när denne ändå är i vårdens händer. En sådan utveckling skulle behöva stöd av nya riktlinjer från Socialstyrelsen kring verksamhet och behandlingsförlopp.

Personalbrist är ett faktum redan idag och med största sannolikhet en stor framtida utmaning. Stängda avdelningar skapar rubriker i press över hela landet och en del landsting rekryterar personal utanför Sverige.¹ Det ställer högre krav på en god och attraktiv arbetsmiljö och på att åstadkomma en attitydförändring gentemot psykiatrin.

Två brukarbilder

På frågan om framtiden svarar två brukarrepresentanter att de ser ett ökande

behov av psykiatrisk vård och omvårdnad, inte minst i form av ökat stöd och medmänsklighet i kriser, platser för reflektion och stöd att hantera existensiella frågor samt fler långsiktiga vårdboenden för högkonsumenter av psykiatriskvård. Detta kräver framförallt bättre och tätare samverkan mellan kommun och landsting men kanske också ett större fokus på förebyggande insatser.²

Framtidstrender:

- Ökat vårdbehov
- Ökad specialisering
- Ökad samverkan
- Fokus på nära vård
- E-hälsa
- Individualiserad behandling
- Personalbrist

¹ Widenheim, 2017

² Hurtado Lundberg, E. & Gagnér Jenneteg, F., NSPHiG. Intervju 2017-11-21

2.3 SVENSKA PSYKIATRYBYGGNADER

Under historien har flera olika reformer utvecklat den psykiatriska vården till den vi känner idag. Det har föranlett förändringar i den fysiska miljön och vårdens arkitektur.

Svensk vårdarkitektur utformad för människor med psykisk ohälsa började utvecklas under 1800-talets början.¹ En reform med syfte att förbättra vården för de sinnessjuka leddes då av läkaren C E von Weigel med inspiration från fransk vårdideologi. Den innebar en radikalt förändrad syn på människor drabbade av psykisk sjukdom. Från att ha betraktats som okontrollerbara dårar, förklarades de som människor som bär på behandlingsbara sjukdomar. Weigels arbete ledde till att nya sinnessjukhus utvecklades, med Danviken i Stockholm som föregångare. Dessa sjukhus baserades på ordning, dagliga rutiner, vardagsarbete, uppmuntran, straff och uppsikt. Från att ha förvarat de drabbade blev målinriktningen istället att kurera dem.²

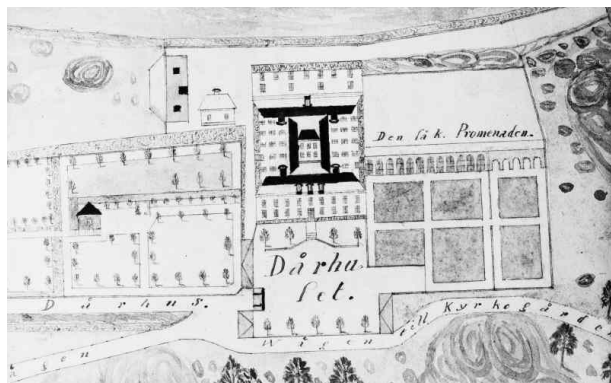
Stor vikt lades vid sinnessjukhusens utformning. De ideal som eftersträvades är aktuella än idag och finns formulerade i boken Utkast till lärobok i byggnadskonsten, 1834 av Carl Stål:

*"Man måste bemöda sig att gifwa byggnaden all den wärdighet, all den beqwämlighet, som den kan erhålla, på det fruktan för ett större elände än sjelfwa plågorna, icke måtte afskräcka de olycklige, som behofwet twingar att här söka sin tillflygt."*³

Dagliga rutiner och sysselsättning var centrala i patienternas vård. Trädgårdsodling var en del av behandlingen och det dagliga arbetet. Man ansåg att trädgårdsarbete kunde lindra ångest samtidigt som arbetets rytm och aktivitet över

tid hade positiv verkan på den sjuke. Flera av de stora mentalsjukhusen blev av den anledningen till stora delar självförsörjande.⁴

De stora hospitalen från mitten av 1800-talet fungerade avskilt från samhället i en sluten och låst värld. Urbaniseringen under efterkrigstiden bidrog till en vidare utveckling av den psykiatriska vården. Vården behövde byggas ut samtidigt som de slutna institutionerna började ifrågasättas. En öppnare syn och en strävan mot en toleranter hållning från samhället kring psykisk ohälsa bidrog till att delar av psykiatrin började utvecklas mot dagverksamheter och öppenvård.⁵ Under 1950-talet fick psykofarmaka sitt genomslag. Detta bidrog också till utvecklingen av öppenvården och möjligheten för patienter att delta i samhället på ett annat vis. Antalet slutna vårdplatser minskade och flera av de gamla institutionerna stängdes.⁶ Behandlingsformer med trädgårdsodlingar och natur som en primär del i den slutna vården hade då spelat ut sin roll. Den friare formen av vård exemplifierades i Gullberna sjukhus i Karlskrona, byggt 1959 som ett av de sista mentalsjukhusen i Sverige. Som istället för att ha jordbruket som ideal var utformat som ett litet lokalsamhälle. Det "terapeutiska samhället" imiterade alla de vardagsfunktioner som försiggår i det dagliga livet så som konsumtion och social service.



Plankarta över Danvikens dårhus med omgivningarna från 1848 Hämtad från: https://sv.wikipedia.org/wiki/Danviks_dårhus

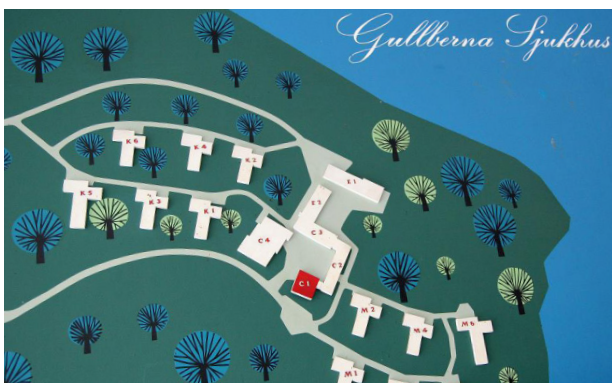
^{1,2} Åman, 1976

³ Stål, 1834 i Åman, 1976

^{4,6} Torgeson, 2016

⁵ Högström, 2012

1967 tog landstingen över den psykiatriska vården från staten. Vilket medförde att den likställdes med den somatiska vården. Under 1970-talet debatterades och utvecklades den psykiatriska vården. Det fanns en strävan att samlokalisera psykiatri med den somatiska vården på sjukhusen för att underlätta rekrytering av personal och ge effektivitetsvinster. Samtidigt fanns en annan strömning i form av förflyttning mot mer öppenvård och sektorisering. Syftet var att samla all psykiatri i samma geografiska område i en organisation för att förbättra tillgänglighet och närhet med lokalsamhället. Rumsligt kan man säga att dessa båda riktningar karakteriserades av det institutionella respektive det hemlika. Den auktoritära sjukhusmiljön som objektifierade patienten och framförallt tillämpade en biologisk förklaringsmodell respektive den lokala, småskaliga sektoriserade psykiatri som vid exempelvis Långbro i Stockholm huserade i ett par överblivna baracker och förespråkade en socialpsykiatrisk förklaringsmodell.¹ Kritiken mot den somatiska sjukhusmiljöns inverkan på psykiatri växte och den decentraliserade psykiatri som utvecklades under andra halvan av 1970-talet blev norm på 1980-talet. Delvis genom att Spri (Statens planerings- och rationaliseringsinstitut) publicerade tre rapporter om lokaler för psykiatri, varav två om Nackaprojektet som var först med att implementera och testa den sektoriserade,



Plankarta över Gullberna sjukhus Hämtad från:
<http://karlskrona-sweden.blogspot.com/2008/10/1958-stod-gullberna-sjukhus-klart-efter.html>

decentraliserade vårdorganisationen. Ytterligare försök gjordes under 80- och 90-talen med att avinstitutionalisera psykiatri genom att flytta ut i lokaler i bostadsområden och träffa patienter i deras hem. Ofta adresserades då också patienters sociala problem som bakomliggande orsaker till vårdbehovet.²

Under 1990-talet gjordes två stora reformer som förändrade kommunernas ansvar för personer med psykiska funktionsnedsättningar. Ädelreformen innebar ett kommunalt ansvar för sjukhem för långtidssjuka och serviceboenden för personer med funktionshinder.³ Psykiatrireformen gav kommunerna ansvar för "boende, arbete, daglig sysselsättning, sociala kontakter och fritid samt sjukvård upp till läkarnivå, för omkring 45 000 psykiskt funktionshindrade, sammantaget 0,6–0,7 % av den vuxna befolkningen".⁴ Tillägget kallades Psykiatrireformen och syftade till att förebygga hospitalisering av psykiskt funktionshindrade genom rehabilitering och integration i samhället.⁵ Detta fråntog också specialistpsykiatri de socialpsykiatriska dimensionerna av vården.

Diskussionerna om för- och nackdelar med samlokalisering respektive decentralisering som präglade psykiatri under 1900-talet är i hög grad närvarande än idag. Det finns all anledning att anta att de även i fortsättningen kommer att påverka hur vi utformar lokaler för framtidens psykiatri.

^{1, 2} Högröm, 2012

³ Nationalencyklopedin, 2018a

^{4, 5} Nationalencyklopedin, 2018b

2.4

REFERENSER KAP. 2

- Folkhälsomyndigheten (2018) Nedsatt psykiskt välbefinnande. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/> [2018-05-30]
- Gagnér Jenneberg, F., Utbildningsansvarig Peer Support, NSPHiG, Intervju 2017-11-21
- Hurtado Lundberg, E., Samordnare brukarinflytande i VG- regionen, NSPHiG, Intervju 2017-11-21
- Högström, E. (2012) Kalejdoskopiska rum - Diskurs, materialitet och praktik i den decentraliserade vården. Doktorsavhandling i planering och beslutsanalys med inriktning mot Urbana och regionala studier, KTH, Stockholm
- Liljedahl, S., Helleman, M., Daukantaité, D., & Westling, S. (2017). Brukarstyrd inläggning: Manual för utbildning och implementering, utvecklad för Brief Admission Skåne Randomized Controlled Trial (BASRCT). Lund: Vetenskapscentrum för klinisk psykiatri, Region Skåne.
- Nationalencyklopedin (2018a) Ädelreformen. Hämtad från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/adelreformen> [2018-09-06]
- Nationalencyklopedin (2018b) Psykiatrireformen. Hämtad från: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/psykiatrireformen> [2018-09-06]
- Nationell samordnare inom området psykisk hälsa (inget datum) Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016-2020 – Fem fokusområden fem år framåt. Hämtad från: http://samordnarepsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2016/08/psykisk_halsa_210x240_se_webb.pdf [2018-09-06]
- Nationell samordnare inom området psykisk hälsa (inget datum) Vårt uppdrag. Hämtad från: <http://samordnarepsykiskhalsa.se/uppdraget/> [2018-09-06]
- SFS 1991:1128 Lag om psykiatrisk tvångsvård. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911128-om-psykiatrisk-tvangsvard_sfs-1991-1128 [2018-09-06]
- SKL (2010) Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården, Avdelningen för Vård och Omsorg, Sektionen för Vård och Socialtjänst, Diariern: 08/3748
- Socialstyrelsen (2013) Bättre vård – mindre tvång? Utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-27> [2018-05-31]
- Stiernstedt, G. (2016) Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Statens offentliga utredningar SOU 2016:2
- Stål, C. (1834) Utkast till lärobok i byggnadskonsten. Citat ur Åman (1976)
- Torgerson, J. (2016) Trädgårdar och psykiatri – hjälp för kropp och själ. Kapitel ur Kultur och hälsa i praktiken, red. Sigurdson, O. & Sjölander, A. Institutionen för litteratur, idéhistoria och religion, Göteborgs Universitet
- Uppdrag Psykisk Hälsa (2018a) Psykiatrin i siffror: Vuxenpsykiatri - Kartläggning 2017
- Uppdrag Psykisk Hälsa (2018b) Psykiatrin i siffror: Barn- och ungdomspsykiatri - Kartläggning 2017
- Uppdrag Psykisk Hälsa (2018c) Psykiatrin i siffror: Rättspsykiatri - Kartläggning 2017
- Widenheim, C. (2017) Greker – lösningen inom psykiatrin. Hämtad från: <http://www.gp.se/nyheter/goteborg/greker-losningen-inom-psykiatrin-1.4797678> [2018-05-30]
- Wieselgren, I.-M., Projektchef Uppdrag Psykisk Hälsa. Intervju 2017-12-04
- Åman, A. (1976) Om den offentliga vården - byggnader och verksamheter vid svenska vårdinstitutioner under 1800- och 1900-talen. En arkitekturhistorisk undersökning. Sveriges arkitekturmuseum, Stockholm

KAPITEL 3

KUNSKAPS- ÖVERSIKT

Det finns relativt få kliniska forskningsstudier och teoribildning avseende relationen mellan fysisk miljö och dess påverkan på psykiatriska patienter, dock desto mer erfarenhetsbaserad kunskap.

Den forskning som finns visar att många miljöfaktorer kan kopplas till stress hos patienter. Att bidra till minskad stress är därför en viktig egenskap för en läkande miljö. Stress är också en väldokumenterad källa till aggressivt beteende.

INLEDNING

Syftet med denna kunskapsöversikt är att samla tillgänglig kunskap från såväl forskning som praktisk erfarenhet. Denna kan utgöra grund för dialog om val i olika projekt samt som startpunkt för en egen fördjupad kunskapssökning. Materialet som presenteras i kapitel 5 – Förslag till utformning är baserade på denna kunskap.

Frågan som kunskapsöversikten avser svara på är: Vilken kunskap finns om aspekter av den fysiska miljön som har direkt eller indirekt betydelse för patienters välbefinnande och återhämtning inom psykiatri?

Majoriteten av de källor som tas upp här har ett fokus på heldygnsvård. Det är den psykiatriska vårdform som är mest utmanande avseende tvång, säkerhet etc. Men mycket kunskap därifrån kan även informera val och inriktningsbeslut gällande lokaler för öppenvård.

I detta kapitel samlas kunskap från:

- En vetenskaplig artikel som med utgångspunkt från tillgänglig klinisk forskning presenterar och verifierar en modell för att minska stress hos patienter inom psykiatri.
- Fem andra vetenskapliga översikter som sammanställer forskning, erfarenheter och riktlinjer för utformning av psykiatriska enheter. Urvalet har gjorts av professor Roger Ulrich, som även kommenterat materialet. De fem artiklarna som redovisar både forskning och erfarenheter



har valts ut efter följande kriterier: 1) Ger bra överblick; 2) Grundligt fackgranskad (peer-review) och publicerad i en erkänd vetenskaplig tidskrift; 3) Ofta citerad, och 4) Samtida.

- En bredare litteratursökning kring fysisk miljö för psykiatri. Den bredare litteratursökningen har syftat till att fånga upp böcker, rapporter och andra texter som inte är publicerade i vetenskapliga tidskrifter, på såväl engelska som nordiska språk.¹

- Intervjuer gjorda med patientrepresentanter, forskare, arkitekter och vårdpersonal. En lista på genomförda intervjuer finns i källförteckningen.

Om forskning respektive beprövad erfarenhet

I rapportens kunskapsöversikt skiljer vi på designriktlinjer som bygger på forskning och de som bygger på beprövad erfarenhet. Med forskningsbaserad kunskap avser vi information som är hämtad från medicinska eller andra vetenskapliga publikationer och har genomgått ett "peer-review-förfarande" av erkända forskare inom området. Det borgar för att forskningsdesign, mät- och analysmetoder är gjorda på ett kvalificerat sätt. Erfarenhetsbaserade designriktlinjer är designåtgärder som ännu inte har beforskats - även om de anses lämpliga av vårdpersonal och erfarna arkitekter och har genomförts i flera sjukhusprojekt. Självklart kan designåtgärder som stöds av erfarenhet eller begränsad evidens också vara effektiva. Men det saknas en systematisk vetenskaplig utvärdering för att så är fallet.

- **Rekommendationer från forskning:**
- I anslutning till texterna i detta kapitel ges rekommendationer till lösningar, som har stöd av forskning i sådana här sammanfattande rutor.

¹ Sökningen har framförallt gjorts genom Googles sökmotor och genom Google Scholar med söktermer som: arkitektur+psykiatri, lokaler för psykiatrisk vård, psykiatrisk tvångsvård, psykiatri i utveckling, arkitektur+psykiatri+norge, psykiatri+utvikling+miljø, psykiatri+utvikling+arkitektur, arkitektur+psykiatri, architecture+psychiatric hospital, hospital design+psychiatry, design for mental and behavioural health, psychiatric hospital+innovative+design.

3.1

EVIDENSBASERAD DESIGN OCH TEORIER KRING “LÄKANDE ARKITEKTUR”

Hur arkitektur kan bidra till bättre vårdresultat inom såväl somatik som psykiatri är idag ett internationellt etablerat forskningsfält. Forskningens mål är att planering och utformning av nya vårdbyggnader ska baseras på vetenskapligt framtagna kunskap, så kallad evidensbaserad design. Ett stort antal vetenskapliga studier har hittills publicerats inom fältet. Dessa visar bland annat att en god vårdarkitektur kan minska stressen hos patienter, anhöriga och personal samt förbättra patientsäkerheten. Andra studier tyder också på att en utformning av vårdmiljön som stödjer teamarbete och personcentrerad vård leder till bättre arbetsmiljö för personal.

Om arkitektur och vård samverkar främjas hälsan och välbefinnandet – vilket gynnar vårdsektorns ekonomi och kvalitet i form av kortare vårdtider, färre fel och bättre utnyttjade resurser. Om man bygger evidens- och kunskapsbaserat kommer vården att utföras bättre.

Läkande arkitektur är ett designkoncept som bygger på idén om att arkitekturen, den byggda miljön, påverkar människors välbefinnande. Inte på så sätt att arkitekturen i sig har läkande egenskaper – utan genom att arkitektoniska kvaliteter, som ger en stämning, olika sinnesintryck och möjligheter, kan ge stöd till den läkning som sker, såväl fysiskt som psykiskt.¹ Konceptet utgår från patientens upplevelse av den fysiska miljön och läkningsprocess men inkluderar också personalens och anhörigas perspektiv.

I antologin *Arkitektur som medicin – arkitektens betydelse för vårdresultat inom psykiatri* beskrivs den färdiga psykiatriska byggnaden på Östra Sjukhuset i Göteborg och ambitionerna bakom. I den ställs den retoriska frågan om det alls är möjligt att skapa en läkande miljö för psykiatrisk vård.² Nästan tio år senare publiceras en studie som, baserat på en genomarbetad teoretisk modell, tillsammans med mätbara resultat, påvisar att den nya byggnadens arkitektur har bidragit till en minskning av tvångsåtgärder mot

patienter (beskrivs i nästa avsnitt om stress och aggression). Samtidigt pekar arkitekten Stefan Lundin på en risk med att isolera enskilda faktorer som betydelsefulla för läkande och återhämtning när alla faktorer samspelar i en komplex helhet.³

Den fysiska miljön är ett behandlingsredskap för psykiatrisk vård. Patienter inom psykiatri vårdas förhållandevis länge och är ofta fysiskt kapabla. Detta ställer särskilt höga krav på en miljö som både skapar välbefinnande och kan ge stimulans och lugn. Upplevelser av en vårdmiljö kan vara såväl direkt fysisk och sinnlig, som indirekt - som möjlighet till social interaktion, kommunikation och aktivitet.



Idrottshall på psykiatrisygehuset i Slagelse med mycket dagsljusinsläpp. Foto: Lars Mortensen



Innergård på Östra sjukhuset.

¹ Frandsen et al., 2009

^{2,3} Lundin, 2009

3.2

MODELL FÖR ATT MINSKA STRESS HOS PATIENTER I PSYKIATRIN

Många patienter inom psykiatrisk heldygnsvård är djupt nedstämda, kraftigt ångestfyllda, förtvivlade över sin situation, oroliga för hur det ska gå att återkomma till sitt arbete, längtar desperat efter sina barn m.m. Den stress detta innebär kan, i kombination med stressfaktorer som den fysiska miljön inom avdelningen kan utgöra, skapa en frustation och ett aggressivt beteende.

En artikel av Ulrich, Bogren, Gardiner och Lundin beskriver och testar empiriskt samband mellan utformning av den fysiska miljön, stress hos patienter och förekomst av aggressivt beteende.¹ Artikeln är unik i sitt slag och presenterar stark forskningsevidens i ett kunskapsfält som i övrigt domineras av erfarenhetsbaserad kunskap.

Nedan följer en kort sammanfattning av artikeln:

Bakgrund

Våldsamma incidenter inom psykiatrisk heldygnsvård är vanliga och orsakar såväl psykiska som fysiska skador på patienter och personal. En genomgång av 122 studier från 11 länder (bl.a. USA, Storbritannien, Australien, Sverige, Tyskland och Nederländerna) fann att 32.4% av patienter inlagda för psykiatrisk vård var aggressiva eller våldsamma.² Ett slumpvis urval visar att det i genomsnitt sker 224 våldsamma incidenter per 100 patienter, även om förekomsten varierar mellan olika diagnosgrupper och typer av avdelningar.³ Uppemot hälften av alla aggressiva incidenter som rapporteras involverar fysiskt våld och många anställda upplever och utsätts för våld i sin yrkesutövning.⁴ Problemet är omfattande och allvarligt och mycket forskning har fokuserat på patientkaraktistik (som diagnos eller historik) i metoder att förutse aggressivitet och på personalutbildning och vårdutveckling.⁵ Däremot har få studier undersökt den fysiska miljöns inverkan på aggressivt beteende.⁶ Det finns inte heller någon teoribildning kring design av lokaler för psykiatri kopplat till aggressivt beteende. Praxis för utformning har istället baserats på kliniska gissningar samt

anekdotisk och erfarenhetsbaserad kunskap. Tydliga rekommendationer för en minskning av aggression och våld har saknats.⁷ Denna kunskapslucka har medfört att de åtgärder som görs för att skydda patienter och personal ofta begränsas till säkerhetslösningar som lås, observationsluckor och vandalsäkra installationer. Sådana lösningar är också viktiga men den fortsatt höga förekomsten av aggression och våld visar att detta inte räcker och att dessa säkerhetslösningar kanske t.om. kan visa sig vara kontraproduktiva.

Modellens utformning

Ulrich, Bogren, Gardiner och Lundin har utvecklat en konceptuell modell, baserad på forskning framförallt inom miljöpsykologi, som beskriver hur avdelningsmiljön på psykiatriska avdelningar kan utformas för att minska patienters stress och därigenom aggression. Dels genom att reducera element som orsakar ökad stress och dels genom att introducera element som aktivt minskar stress, som exempelvis natur. Modellen består av tio designlösningar grupperade i fyra kategorier:

- Minskning av stress orsakad av "crowding" (trängsel);
- Minskning av stress orsakad av miljöfaktorer;
- Stressreducerande positiva distraktioner;
- Utformning som stödjer god observation och direkt patient-personalinteraktion.

Den sista kategorin har en indirekt inverkan på patienters stress genom att underlätta personalens proaktiva arbete med att förutse, avleda och förebygga aggressivt beteende. Stress och aggression minskas mer effektivt genom att inkludera ett flertal av dessa designlösningar i utformningen av lokaler för psykiatri. De tio designlösningarna exemplifieras i nästa avsnitt 3.3 *Några ytterligare kunskapsområden*.

¹ Ulrich et al, 2018

^{2,3} Bowers et al., 2011

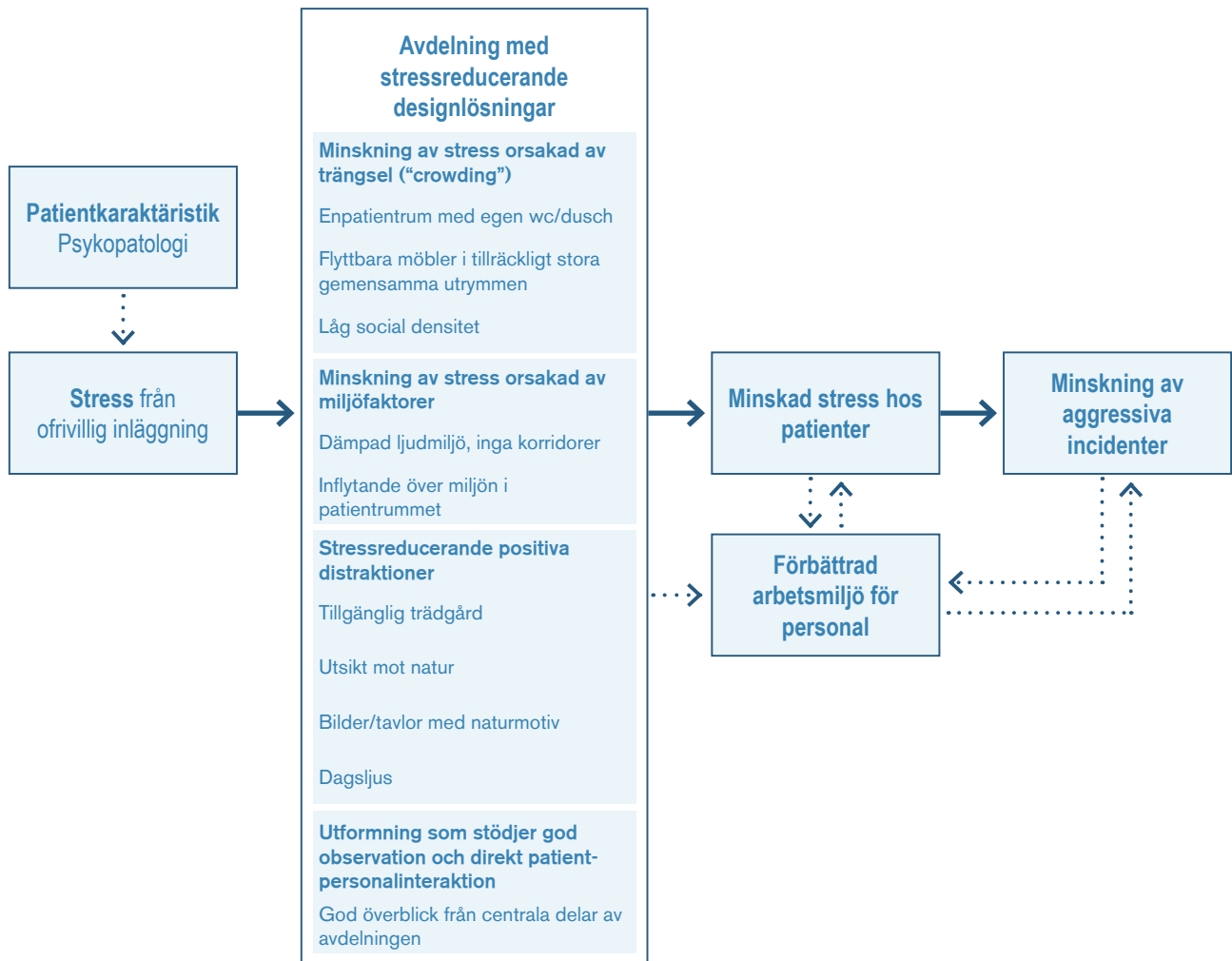
⁴ Bowers et al., 2011; Soares, Laoko & Nolan, 2000

⁵ Privitera, Weisman, Cerulli, Tu, & Groman, 2005; Dolan, Fullam, Logan, & Davies, 2008; Forster, Cavness, & Phelps,

1999; Daffern & Howells, 2002

⁶ Papoulias, Csipke, Rose, McKellar, & Wykes, 2014

⁷ Karlin & Zeiss, 2006; Connellan, Gaardboe, Riggs, Due, Reinschmidt, & Mustillo, 2013



Konceptuell modell för reduktion av stress och aggression på avdelningar för psykiatrisk heldygnsvård (Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018)

Modellen testad i praktiken

Denna modell har testats empiriskt i en studie av ett nybyggt psykiatriskt sjukhus där nio av modellens tio designlösningar fanns med i utformningen. Studien jämförde förekomsten av lugnande injektioner och bältesläggningar mellan det nya sjukhuset, och det gamla (som bara hade en av tio stressreducerande designlösningar). Ett tredje sjukhus som inte genomgick några förändringar användes som kontroll. Även detta hade bara en av tio stressreducerande designlösningar.

Andelen patienter som gavs lugnande injektioner minskade på det nya sjukhuset jämfört med det gamla. På kontrollsjukhuset skedde ingen förändring. De patienter som gavs injektioner fick i genomsnitt något färre injektioner på det nya sjukhuset jämfört med det gamla medan patienterna på kontrollsjukhuset fick 19% fler injektioner. Det genomsnittliga antalet bältningar minskade med 50 % på det nya sjukhuset jämfört med det gamla.

Det nya sjukhuset hade något mindre yta per patient än det gamla vilket antyder att utformningen av lokalerna spelar större roll för reducerad stress än bara mängden yta per patient.

Social densitet

Social densitet är en viktig faktor som tas upp i modellen för att minska stress hos patienter inom psykiatrin. Social densitet är ett mått använt för att uppskatta risken för upplevd trängsel ("crowding") och aggressiva incidenter.¹ Social densitet i lokaler för psykiatri indikerar hur den fysiska miljön hindrar eller underlättar

för patienter att röra sig mellan olika rum för att söka enskildhet, reglera förhållande till andra och undvika stressmoment som ljud eller konflikter.²

En avdelnings sociala densitet är antalet patienter vid full beläggning dividerat med det totala antalet rum som är tillgängliga för patienter, dvs. antal patienter per rum.

Rum som räknas i denna definition är patientrum, duschrum och toaletter, dagrum och andra gemensamma utrymmen som matrum och aktivitetsrum. En trädgård eller utemiljö räknas bara om den är olåst och fritt tillgänglig för patienter och har sittplatser. Korridorer och andra rena kommunikationsytor räknas inte som rum. Studier har snarare visat att korridorer är platser där intrång i andras personliga utrymme ofta sker.³ Evidens visar att korridorer sticker ut som en plats där många aggressiva incidenter sker.⁴

Social densitet ska inte förväxlas med rumslig densitet, dvs. yta per patient. Som studien som presenteras i föregående stycke visar kan en miljö med mindre yta per patient (högre rumslig densitet) genom en god utformning erbjuda fler olika platser att vistas på, och därmed ha lägre social densitet än en miljö med mer yta per patient (lägre rumslig densitet).

Rekommendationer från forskning:
Sträva efter låg social densitet.

¹ Cox et al., 1984; Baum & Paulus, 1987; Evans, 2003

^{2,3} Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018

⁴ Lanza et al., 1993; Chou et al., 2002; Vivian, Grimes, & Vasquez, 2007; Deitch, Madore, Vickery & Welch, 2013

3.3 NÅGRA YTTERLIGARE KUNSKAPSOMRÅDEN

I detta avsnitt beskrivs bl.a. kunskap kring de stressreducerande designlösningarna från avsnitt 3.2. I texten presenteras såväl forskning som kunskap baserad på beprövad erfarenhet från böcker och rapporter samt reflektioner från intervjuer. Kunskapsområdena är sammanställda i en översiktlig tabell i nästa avsnitt 3.4

Natur

Den i särklass vanligaste rekommendationen från forskning och erfarenhetsbaserade riktlinjer handlar om kontakt med natur. Betydelsen av natur i vårdmiljöer generellt har fått allt större uppmärksamhet, PTS har i samarbete med Statens lantbruksuniversitet, SLU, tagit fram en rapport som sammanställer forskning kring evidensbaserad design av utemiljö i vårdssammanhang.¹

Naturmiljö för patienter

Utsikt mot naturmiljöer eller trädgårdar kan fungera som en lugnande positiv distraktion och flera källor rekommenderar därför detta.² Minst lika viktigt är att patienter också obehindrat kan komma ut och vistas i natur- eller trädgårdsmiljö.³ Flera studier av personal, patienter och anhöriga i sjukhusmiljö visar att de som använder trädgårdsmiljöer upplever lägre stress och ökat välbefinnande.⁴

En utmaning är att planera inre och yttre miljöer efter hur verksamheten faktiskt arbetar. Situationer av underbemanning gör att utemiljöer som inte är säkra nog eller svårtillgängliga ofta stängs för patienter när utevistelse är beroende av personaleskort.⁵ Därför är det en stor fördel om akut psykiatrisk heldygnsvård ligger i markplan med lätt tillgänglig utemiljö.

Natur som terapiform

Terapiträdgårdar är ett behandlingsrum som utgår från naturens positiva inverkan på bland annat stress.⁶ Trädgårdsterapi som metod utvecklas och beforskas på SLU i Alnarp⁷ och exempel på terapiträdgårdar finns bland annat i Göteborg och Blekinge.

Naturmiljö för personal

Naturliga inslag som växter och trädgårdar uppskattas också av personal⁸ och en trädgårdsmiljö vilken fungerar som en samlingsplats för personal kan ha en positiv inverkan på såväl arbetstillfredsställelse som professionell kommunikation.⁹



Brinkåsens rättspsykiatriska sjukhus omsluter en stor park som patienterna kan vistas i. Foto: Patrik Signert

- **Rekommendationer**
- **från forskning:**
- Trädgårdsmiljöer som är fritt tillgängliga för patienter.
- Platser med utblickar mot naturmiljöer.

¹ Bengtsson, Oher, Lavesson & Grahn, under publikation

² Karlin & Zeiss, 2006; Shepley & Pasha, 2013; Shepley et al., 2016; Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018

³ Karlin & Zeiss, 2006; Dobrohotoff & Llewellyn-Jones, 2010; Connellan et al., 2013; Shepley & Pasha, 2013; Shepley et al., 2016

⁴ Marcus & Barnes, 1995; Whitehouse, Varni, Seid, Cooper-Marcus, Ensberg, Jacobs, & Mehlenbeck, 2001; Sherman, Varni, Ulrich, & Malcarne, 2005

⁵ Chrysiou, 2013

⁶ Annerstedt & Währborg, 2011; Währborg, Petersson, & Grahn, 2014

⁷ SLU, 2017

⁸ Karlin & Zeiss, 2006; Shepley & Pasha, 2013; Connellan et al., 2013; Shepley et al., 2016

⁹ Karlin & Zeiss, 2006

Ljus

Flera forskningsöversikter understryker vikten av ljusa miljöer genom ett samspel mellan dagsljus och artificiell belysning.¹

Dagsljus

Shepley skriver att man bör försöka maximera mängden dagsljus i lokaler för psykiatrisk vård.² I den intervjustudie som artikeln presenterar fanns konsensus kring betydelsen av dagsljus. Författarna refererar också till flera studier som visat på förkortade vårdtider kopplat till ljus – dagsljus om morgonen för patienter med bipolär depression och solljus för patienter på somatiska akutavdelningar.³ Solljus beskrivs också av Karlin & Zeiss som betydelsefullt för patienter med svår depression.⁴



I de gemensamma utrymmena på Aabenraa psykiatriska sjukhus kompletteras de stora dagsljusinsläppen med dynamisk belysning som patienterna själva kan reglera.

Artificiellt ljus

I ovan nämnda artikel rekommenderas, utöver naturligt ljus, en jämn, mjuk och indirekt belysning.⁵ Författarna avråder också från att använda ljuskällor som kan ge ett riktat ljus direkt mot en person, exempelvis spotlights.⁶ Ljus kan ge många olika effekter. En rapport från Syddansk Sundhedsinnovation, *Lys i psykiatri*, delar in ljusets påverkan i biologiska, kommunikativa och emotionella effekter.⁷ Rapporten ger exempel på dessa effekter och understryker också vikten av att ta med den artificiella ljussättningen tidigt i projekteringen för att uppnå bättre resultat.

En dansk studie visade att depression bland strokepatienter inlagda i mer än 14 dagar minskade markant med cirkadisk belysning⁸

Cirkadisk belysning innebär dynamisk belysning som ökar mängden blått ljus dagtid och reducerar mängden blått ljus på kvällen och natten.⁹ Cirkadisk belysning används på flera psykiatriska sjukhus i Skandinavien, bl.a. Aabenraa Psykiatri i Danmark (se kap. 4 sid. 72), Norrlands universitetssjukhus i Umeå¹⁰ och på St. Olavs hospital i Trondheim, Norge.¹¹

- **Rekommendationer**
- **från forskning:**
- Miljöer med god dagsljusstillgång.
- Belysning som ger stöd för god sömn.

¹ Shepley & Pasha, 2013; Connellan, Gaardboe, Riggs, Due, Reinschmidt & Mustillo, 2013;

^{2,3} Shepley, 2016

^{4,5,6} Karlin & Zeiss, 2006

^{7,8} Dalkjær, 2012

⁹ West et al., 2017

¹⁰ Björkman, 2017

¹¹ Sliper Midling, 2017

Hemlik miljö

En vanligt förekommande rekommendation är den om en hemlik och icke-institutionell miljö.¹ Hemlik likställs ofta med ombonad, trygg och med viss möjlighet för patienter att påverka sin närmiljö. En hemlik miljö beskrivs uppmuntra sociala interaktioner.²

Institutionell och hemlik är två polariserade begrepp som innehåller olika uppfattningar om bl.a. symbolik. Arkitekten och forskaren Evangelia Chrysikou har fördjupat diskussionen och presenterar en modell för att definiera och utvärdera den terapeutiska miljön bortom förenklingar som hemlighet.³ Modellen bygger på tre huvudaspekter av psykiatrisk vård som påverkar miljön vården utförs i:

- Säkerhet och trygghet – skydd från faran att skadas av sig själv eller andra
- Kompetens – nivån av självständighet och funktionshinder som ett resultat av sjukdomen eller som en effekt av institutionalisering



Dagrummen på Östra sjukhusets psykiatriska klinik är ombonade och valet av möbler och andra interiörelement gör att miljön inte känns "institutionell"

- Personalisering och val – social återintegrering och möjlighet att påverka

Forskaren och designern Franz James framhåller också att olika patienter har olika tolkningar, associationer och olika kulturellt kapital.⁴ "Hemlighet" som begrepp blir därför oanvändbart. Det är istället viktigare att fråga sig vad vårdmiljön ska utföra (som exempelvis underlätta god sömn, lugn och avslappning, goda samtal etc.) än att som formgivare utgå från symbolik och rumsliga kvaliteter som man själv upplever som positiva.

Möbler, möblering och sittplatser

Hemlighet som begrepp går igen även i rekommendationerna för möblering. Icke-institutionell möblering rekommenderas av Shepley & Pasha,⁵ och stoppade möbler av Karlin & Zeiss.⁶ Shepley & Pasha förordar tåliga möbler som är lätta att laga och byta ut⁷ och Shepley et al utvecklar säkerhetsaspekten vidare och rekommenderar möbler som inte kan tas sönder och användas som vapen.⁸

Det finns också en potentiell konflikt mellan säkerhet och lösa möbler. De bör vara svåra att lyfta och kasta, men lätta att flytta.⁹

Flyttbara möbler i gemensamma utrymmen är en av aspekterna i Ulrichs et al modell för minskad stress och aggression.¹⁰ Flyttbara möbler kan underlätta för patienter att reglera avstånd till andra och värna sitt personliga utrymme, stödja positiva interaktioner personer emellan och minska aggressivt beteende.¹¹

¹ Karlin & Zeiss, 2006; Shepley & Pasha, 2013; Shepley et al., 2016

² Dobrohotoff & Llewellyn-Jones, 2010

³ Chrysikou, 2014

⁴ James, F., Intervju 2017-12-20

^{5,7} Shepley & Pasha, 2013

⁶ Karlin & Zeiss, 2006

⁸ Shepley et al, 2016

⁹ Karlin & Zeiss, 2006; Shepley & Pasha, 2013

¹⁰ Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018

¹¹ Sommer & Ross, 1958; Holahan, 1972; Baldwin, 1985

¹² Tartaro & Levy, 2007; Nelson, 1988; Wener, 2012



Väntytan på öppenvårdsmottagningen i Slagelse med en variation av sittmöjligheter gör det möjligt att reglera grad av social interaktion. Soffmöbler är svåra att lyfta och kasta, men lätta att flytta.

Flera studier av amerikanska kriminalvårdsmiljöer har undersökt antagandet att vanliga, flyttbara stolar skulle användas som vapen, men ingen har visat på sådana samband.¹² Däremot har forskning som undersökt andra typer av "vandalsäkra" installationer (som dörrar, karmar, väggar och lås) indikerat att sådana åtgärder kan kopplas till markant ökade nivåer av aggressiva incidenter.¹

Möbleringen av de gemensamma ytorna bör göras som ett flertal olika typer av små sittgrupper som både underlättar social interaktion² och självald avskildhet.

- **Rekommendationer**
- **från forskning:**
- Flera olika grupperingar av flyttbara
- "normala" sittmöbler.

Dagrum och gemensamma utrymmen

Dagrum och gemensamma utrymmen är viktiga platser för patienter inom psykiatri som inte som inom somatisk vård är fysiskt begränsade till en sjukbädd. Shepley & Pasha förordar gemensamma utrymmen som underlättar sociala interaktioner och skapar en känsla av gemenskap.³

Både Karlin & Zeiss och Shepley & Pasha varnar för att utforma gemensamma utrymmen som riskerar att skapa trängsel.⁴ Trängsel eller stress orsakad av upplevd trängsel ("crowding") är kopplat till aggressivt beteende. Mycket evidens pekar på orsaker i den fysiska miljön, som att den begränsar möjligheten att söka enskildhet, reglera förhållande till andra och undvika stressmoment som ljud eller konflikter.⁵ Ett viktigt mått för att bedöma risken för stress orsakad av upplevd trängsel (crowding) är social densitet, se sid. 30.

Ett annat stressmoment kan vara dålig luft eller alltför höga temperaturer särskilt under sommarhalvåret och särskilt för patienter som inte är fria att gå utomhus när de vill, Shepley & Pasha rekommenderar att dagrum är väl ventilerade.⁶

I flera av intervjuerna lyfts vikten av flera olika gemensamma rum, exempelvis två matrum.⁷ Det underlättar för patienter att välja sitt sällskap och möjliggör också sektionering av en större avdelning i mindre delar som fortfarande har tillräckliga gemensamma ytor.

I den nya psykiatribyggnaden i Slagelse, Danmark, uppskattar patienter den

¹ Van der Schaaf et al., 2013

^{2,3,6} Shepley & Pasha, 2013

⁴ Karlin & Zeiss, 2006; Shepley & Pasha, 2013

⁵ Baum & Valins, 1977; Cox, Paulus, & McCain, 1984; Baum & Paulus, 1987

⁷ Dahl, P., Persson, M., Karlsson, P. & Block Philipsen, P., Intervju 2017-11-17; Törnkvist, Å. & Jordeby Jönsson, A., Intervju 2017-11-20

gemensamma ytan som finns i direkt i anslutning till teamstationens administrativa arbetsplatser. Där finns pentry och direkt närhet till personal (se kap. 4 sid. 74). Även Shepley & Pasha uppmuntrar samlingsplatser nära teamstationen.¹

Rekommendationer
från forskning:
Tillräckligt stora utrymmen med låg social densitet.

Teamstationer

Arbetsätt och vårdmodell styr utformning och lokalisering av teamstationer inom heldygnsvården. Teamstationen är det nav personalen återkommer till under arbetsdagen och den bör planeras nära såväl avskiljningsrum som samlingsytor.²

Karlin & Zeiss, Shepley & Pasha och Shepley et al. utgår från en amerikansk kontext när de rekommenderar öppna teamstationer.³ De förutsätter att det alltid finns någon typ av fysisk barriär mellan personal och patienter och rekommenderar då en som medger så mycket kontakt som möjligt samtidigt som ett visst fysiskt skydd och sekretess bibehålls.⁴ En studie som följde och utvärderade ett antal innovativa designgrepp i ett psykiatriskt sjukhus i Kanada utvärderade just en variant av en "öppen teamstation".⁵ I intervjuer med personal gavs blandade svar - två tredjedelar av de svarande upplevde att utformningen gav en positiv effekt i fråga om interaktion mellan personal och patienter och normalisering. Många

reserverade sig dock i fråga om utformningens säkerhetsaspekter på lång sikt, även om inga särskilda problem pekades ut.

I Skandinavien är teamstationen oftast ett rum avsett för personalen med plats för teammöten och dokumentation för sjuksköterskor och skötare som tjänstgör på avdelningen. De ligger ofta centralt placerade och är delvis uppglasade. Detta innebär att personal som samlas för ett kort möte fortfarande ska se vad som sker på avdelningen och att patienter kan veta var personalen befinner sig. I Slagelse, Danmark, (se kap. 4, sid. 74) ligger teamstationen nära entrén och är ett stort rum med arbetsplatser med en hel glasad vägg mot avdelningen. Där diskuterar man på vissa avdelningar att ta bort glasväggen för att patienter och personal alltid ska ha en direkt kontakt med varandra.⁶ I Vejle, Danmark, (se kap. 4, sid. 76) uttrycker personalen att det är en utmaning att inte "fastna" inne på teamstationen då den ligger centralt placerad med fria siktlinjer över hela avdelningen.⁷



Teamstationernas utformning på avdelningarna i Østfold, skapar god visuell kontakt och ger möjlighet till överblick utan att ge intryck av övervakning.

^{1, 2, 4} Shepley & Pasha, 2013

³ Karlin & Zeiss, 2006; Shepley & Pasha, 2013, Shepley et al., 2016

⁵ Kalantari & Snell, 2017

⁶ Johansen, T., Intervju 2018-03-09

⁷ Frost, G., Intervju 2017-11-23

Att kunna se och synas är viktigt, men Roger Ulrich understryker¹ att indirekt observation bör undvikas i så hög grad som möjligt och att utformning av uppehållsytor inte placerar patienter i situationer som upplevs "övervakade".

Anna Björkdahl arbetar som utvecklingschef på psykiatri södra Stockholm i Stockholms läns sjukvårdsområde. I en intervju² berättar hon om ett gott exempel från Storbritannien där en psykiatrisk avdelning utöver administrativa arbetsplatser också hade en extern arbetsstation i form av en bardiskliknande mötesplats där patienter alltid kunde hitta personal, ställa frågor om dagen eller sin behandling eller ta en kopp kaffe och småprata.

Överblick

En miljö som är lätt att överblicka underlättar personalens proaktiva arbete med att förutse och förhindra incidenter.³

I samklang med detta rekommenderar Dobrohotoff & Llewellyn-Jones en utformning av lokalerna som underlättar observation av patienter.⁴ Karlin & Zeiss rekommenderar att man undviker dolda hörn och nämner också glaspartier som ett sätt att öppna upp inomhusmiljön och skapa visuell kontakt med utemiljön.⁵

Flera källor rekommenderar att avdelningar för heldygnsvård organiseras så att personal inifrån teamstationen har överblick över de



Vy från teamstationen mot en gemensam yta på en avdelning i Slagelse. Laminerade glaspartier som ett sätt att öppna upp inomhusmiljön och skapa visuell kontakt.

gemensamma patientytorna genom fria siktlinjer.⁶ Flertalet av de studier som sammanfattas är dock gjorda i en amerikansk kontext. Arbetssätt i USA skiljer sig mot de som används i Sverige och Skandinavien där personalen ägnar mer tid utanför de administrativa arbetsplatserna och interagerar med patienterna direkt – inte över en disk, eller genom en glasruta. I denna situation blir det viktigare att de gemensamma ytorna är lätt överblickbara för personal som vistas och rör sig bland patienterna.

- **Rekommendationer**
- **från forskning:**
- God överblick från centrala delar av avdelningen över de gemensamma ytorna och patientrumsdörrarna.

¹ Ulrich, R., intervju 2018-08-15

² Björkdahl, A., intervju 2018-01-23

³ Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018

⁴ Dobrohotoff & Llewellyn-Jones, 2010

⁵ Karlin & Zeiss, 2006

⁶ Dobrohotoff & Llewellyn-Jones, 2010; Shepley & Pasha, 2013

Kulörer och material

Olika personer med olika bakgrund och sjukdomsproblematik reagerar olika på kulörer och annan typ av visuell stimulans.¹ Det är därför svårt att generalisera och hitta evidens för och emot olika kulörer. En översikt av runt tvåhundra studier kring kulörers inverkan på människor fann inga direkta kopplingar mellan kulörer i den omgivande miljön och människors sinnestämningar.²

Kulör kan ge kortvariga fysiska effekter, påverka ljusnivåer och underlätta orientering. Dessutom kan en medveten färgsättning skapa en mer varierad och stimulerande fysisk miljö.³

En studie som följde och utvärderade ett antal innovativa designgrepp i planeringen av ett



I Vejle är färgsättningen en del av den konstnärliga utsmyckningen och rum i olika väderstreck i byggnaden har olika färgtema.

psykiatriskt sjukhus i Kanada utvärderade bland annat ett färgsättningsprogram. Greppet var att genom kulör understryka olika aktivitetszoner, exempelvis "stadscentrum" – starka mättade kulörer, "kvarter" och "hus" – varma, lugna kulörer. Intervjuer med personal visade en övervägande positiv upplevelse, framförallt av de starka kulörerna i zonen refererad till som "stadscentrum". Såväl personal som patienter och besökare kommenterade färgsättningen positivt och en uppfattning var att den hjälpte till att bryta den monotoni som sjukhusmiljöer ibland kan uppvisa.⁴

För att skapa lugn, som i avskiljningsrum, rekommenderas lugna kulörer, som exempelvis blå nyanser, men inte vitt eller grått.⁵ Flera källor avråder från dekorativa, trendiga färgsättningar⁶ och rekommenderar istället välbekanta, lokalt förankrade stilar.⁷

Patientsäkerhet och skydd mot självskada

Säkerhetsaspekten är central inom psykiatri där många patienter kan utgöra en fara för sig själva och i vissa fall för andra. Socialstyrelsen nämner vårdmiljön i sin handbok för tillämpning av Socialstyrelsens säkerhetsföreskrifter 2006:9:

"Den hälso- och sjukvård som ges till patienten hör även ihop med frågor om vårdmiljön vid de berörda verksamheterna. Vid en avdelning är den fysiska och emotionella vårdmiljön en förutsättning för säkerheten och för att tvång kan utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Viktiga faktorer för vårdmiljön är t.ex. en avdelnings interiör och

^{1,4} Kalantari & Snell, 2017

² Wise & Wise, 1988

³ Dalke et al., 2006

^{5,7} Shepley & Pasha, 2013

⁶ Karlin & Zeiss, 2006; Shepley & Pasha, 2013

emotionella klimat, samt patienternas möjlighet till struktur på dagen med bl.a. en meningsfull sysselsättning och tillfälle till frisk luft och motion.”¹

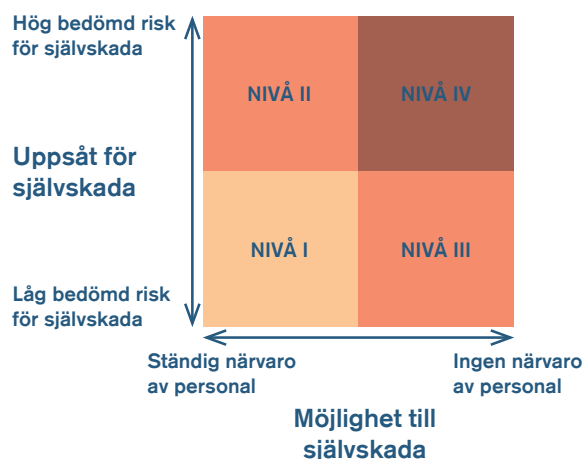
Begreppet dynamisk säkerhet kommer från kriminalvården och bygger på en helhetssyn på säkerhet.² Den viktigaste delen är personalen, deras kännedom om och interaktion med patienterna, deras arbetssätt och rutiner som riskbedömningar och observation och inte minst deras utbildning, attityd och förhållningssätt. Den fysiska miljön kan understödja det dynamiska säkerhetsarbetet på flera sätt. Bl.a. planlösning, materialval och tekniska installationer.

I en omfattande designguide för psykiatriska vårdmiljöer utgiven av amerikanska Facility Guidelines Institute presenteras en modell för att utvärdera vilka typer av miljöer som bör ha högre eller lägre säkerhetsnivå.³ Ett liknande dokument



I wc/duschrum i Slagelse är installationer och reglage integrerade och utformade för att undvika fästpunkter som ett sätt att minska risken för självskada.

har tagits fram av norska Sykehusbygg, ett Säkerhets- och robusthetsprogram. Det anger krav för olika material och utrustning i olika robusthetszoner.⁴



Nivå I: Områden där inga patienter vistas, eller där patienter alltid vistas i sällskap med personal, exempelvis personal- och serviceområden.

Nivå II: Områden där patienter i mycket hög grad vistas tillsammans med personal, exempelvis samtalsrum, behandlingsrum och aktivitetsrum.

Nivå III: Områden där patienter kan vistas utan personal i direkt närhet, exempelvis dagrum.

Nivå IV: Områden där patienter framförallt vistas ensamma, exempelvis patientrum och hygienrum.

(Nivå V: Områden där personal interagerar med patienter som är nyligen inlagda, stressade och mycket sjuka, exempelvis intag, avskiljningsrum, akutmottagning och -avdelning. Denna nivå kräver särskilda överväganden.)

Risikanalys för patientsäkerhet
Hunt & Sine, 2017

¹ Socialstyrelsen, 2007

² Kriminalvården, i.d.

³ Hunt & Sine, 2017

⁴ Sykehusbygg, i.d.

Praktiska säkerhetsrisker inkluderar bland annat: fästpunkter i badrum såsom krok och duschfästen, byggnadsdetaljer och inventarier som kan användas som vapen¹ samt knoppar och dörrhandtag.² Shepley & Pasha förordar säkerhetsglas, elektriska installationer som inte kan manipuleras och låsbara vattenkranar.³

I många sjukhusprojekt har fullstora provrum varit ett lyckat sätt att testa såväl planlösningar som installationer ur ett säkerhetsperspektiv.⁴

Patientrum

Enpatientrum

Enpatientrum är den viktigaste miljöfaktorn för att skapa avskildhet och minska stress orsakad av upplevd trängsel ("crowding") och aggressiva incidenter.⁵ Enpatientrum ökar patienters autonomi och kan öka patienters deltagande i behandlingsaktiviteter.⁶

En omfattande brittisk litteraturstudie med fokus på patientrummet inom psykiatrisk heldygnsvård konstaterar att evidens kring utformning av patientrum inom psykiatri är liten. Men att det trots detta råder konsensus kring att det personliga utrymme och möjlighet till personalisering som patientrummet utgör, kan bidra till färre incidenter och ökad tillfredsställelse hos patienter.⁷

Dobrohotoff & Llewellyn-Jones förordar enpatientrum med observationspaneler av persienntyp.⁸ På Brinkåsens psykiatriska anläggning (se kap. 4, sid. 62) har en observationslucka installerats bredvid dörren. Då kan patient och personal komma överens om hur

patienten vill att tillsyn ska ske nattetid, och det finns möjlighet att slippa vakna av att personal öppnar och stänger dörren under natten.

En studie som mätt patienters sömnkvalitet kopplat till den fysiska miljön visar att enpatientrum har stor betydelse för patienters sömnkvalitet, ett viktigt resultat med tanke på att sömnstörningar är ett vanligt problem hos patienter inom psykiatri.⁹



Exempel på ett patientrum i Brinkåsen med ett burspråk mot parken och gardiner för integritet. Sängens trästomme bidrar till en varm känsla.
Foto: Patrik Signert

^{1,3} Shepley & Pasha, 2013

² Shepley et al. 2016

⁴ Frost, G. Intervju 2017-11-23; Törnkvist, Å. & Jordeby Jönsson, A., Intervju 2017-11-20; Dahl Andersen, I. & Jenssen, E., Intervju 2017-12-14

⁵ Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018

⁶ Karlin & Zeiss, 2006

⁷ Procure21+/MARU, 2013

⁸ Dobrohotoff & Llewellyn-Jones, 2010

⁹ Pyrke et al., 2017

Tvåpatientrum

Ett fåtal (amerikanska) källor förespråkar att ett litet antal tvåpatientrum inkluderas i planeringen.¹ Motivet som anges är ökad säkerhet genom att patienter kan övervaka varandra.

Relevansen för en svensk vårdpraxis kan här starkt ifrågasättas. I Sverige sätter personalen in extravak om en patient bedöms ha en ökad suicidrisk. I intervjuer som genomförts i samband med studiebesöken i detta projekt, har personal vid några tillfällen framhållit att vissa patienter önskar att dela rum, för att inte känna sig ensamma.² De konstaterar dock samtidigt att det är en svår utmaning att hitta två patienter som vill dela med varandra, särskilt när omsättningen av patienter och beläggningen på avdelningarna är hög. Forskning på psykiatriska vårdavdelningar visar dock att flerpatientrum kan leda till ökad social tillbakadragenhet.³

Personalisering och kontroll

En känsla av kontroll över den fysiska miljön är viktigt för att minska patienters stress.⁴ Kanske särskilt för patienter som tvångsvårdas. Shepley & Pasha citerar Devlin och förordar möjlighet att kontrollera temperaturen i patientrummet.⁵ De rekommenderar också att möjligheter ges att göra rummet personligt.⁶ Ulrich et al. inkluderar möjlighet till kontroll i patientrummet som en av de tio stressreducerande aspekterna och exemplifierar med vädringsfönster, styrbar belysning och möjlighet att sätta upp bilder på väggarna.⁷ Men alltför många alternativ och komplicerade styrsystem kan erodera upplevelsen av kontroll, som exempelvis fjärrkontroller för temperatur och belysning.⁸

Att det är väldigt olika hur mycket patienter väljer att "bo in sig" att göra patientrummet

till sitt framgång i en intervju med forskaren och designern Franz James.⁹ Dels vill man kanske inte "kontaminera" vissa personliga ägodelar med den påtvingade miljön, det kan också vara så att man med kort varsel får byta rum eller avdelning, eller skrivas ut. Det kan skapa en osäkerhet och gör patientrummet tillfälligt.

Rekommendationer

från forskning:

Enpatientrum med egen wc/dusch.

Möjlighet för patienter att ha inflytande över olika faktorer i patientrummet som värme, ljus, öppna fönster etc.

Ljud och akustik

Oljud och buller är en källa till stress som nämns i den konceptuella modellen kring stress och aggression.¹⁰ Där konstateras dock att det finns förvånansvärt lite forskning kring buller i miljöer för psykiatri när mycket evidens visat på kopplingar mellan buller och stress hos både patienter och personal i somatiska vårdmiljöer.¹¹ Studier har också visat att okontrollerbara och oförutsägbara ljud dessutom kan trigga aggression och öka vedergällande aggression.¹² En återkommande rekommendation avråder från långa ekande korridorer.¹³

På Lunds universitet finns The Sound Environment Centre som 2013 publicerade en sammanställning av ett symposium kring ljudmiljö i vårdsammanhang.¹⁴ Där pekar man bland annat på att ljud inte bara kan upplevas störande och stressande utan ljud också kan

¹ Shepley & Pasha, 2013; Shepley et al., 2016

² Dahl, P., Persson, M., Karlsson, P. & Block Philipsen, P. Intervju 2017-11-17; Rosén, R. Intervju 2017-11-13

³ Ittelson, Proshansky, & Rivlin, 1972

⁴ Ulrich, 1991; Andrade & Devlin, 2015

⁵ Devlin, 1992

⁶ Shepley & Pasha, 2013

^{7,10} Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018

⁸ Andrade & Devlin, 2015

⁹ James, F. Intervju 2017-12-20

¹¹ Hagerman, Rasmanis, Blomkvist, Ulrich, Eriksen, & Theorell, 2005; Hsu, Ryherd, Wayne, & Ackerman, 2012; Blomkvist, Eriksen, Theorell, Ulrich, & Rasmanis, 2005; Topf & Dillon, 1988; Ryherd, Okcu, Ackerman, Zimring, & Wayne, 2012

¹² Geen, 1978; Geen & McCown, 1984; O'Neal & McDonald, 1976; Donnerstein & Wilson, 1976 (JEP)

¹³ Karlin & Zeiss, 2006; Shepley & Pasha, 2013

¹⁴ Grahn, van der Berg, Persson Wayne, Theorell, Thorgaard & Quinn, 2013.

användas för att skapa lugn och välbefinnande. I Aalborg, Danmark testade man att spela lugn musik i ambulanser för att inte ytterligare stressa skadade och chockade patienter.¹ En majoritet av patienterna (42 av 53) upplevde musikinterventionen som positiv.

Rekommendationer från forskning:

Dämpad ljudmiljö utan ekon eller oförutsägbara ljud.

kan också ha en lugnande effekt³ medan viss konst med abstrakta, surrealistiska eller negativt laddade motiv kan ha en motsatt verkan.⁴

En färsk dansk forskningsstudie av konst inom den somatiska vården visade dock att bildkonst generellt, abstrakt såväl som föreställande, hade flera positiva effekter.⁵

Rekommendationer från forskning:

Bildkonst, gärna med naturmotiv.

Konst

Konst är till stor del en fråga om personliga preferenser. Shepley & Pasha rekommenderar lugna och välbekanta motiv.² Vilket talar för en möjlighet för patienten att själv kunna välja vilka bilder hen vill hänga i patientrummet. Naturmotiv



Exempel på konst på Östra sjukhuset i Göteborg.

Underhåll

En välskött, omsorgsfullt utformad miljö har en positiv inverkan. Miljön speglar den omsorg som organisationen visar patienten. En väl underhållen miljö med möbler, material och utformning av hög kvalitet, även i fråga om utemiljön rekommenderas av flera källor.⁶ Detta kan upplevs självklart, men succesivt slitage och ibland oklar ansvarsfördelning kan leda till en negativ "vardagsförslumning".

Aktiviteter / Faciliteter / Behandlingsutrymmen

Avdelningsmiljön inom heldygnsvården bör ge stöd åt patienters autonomi och spontanitet.⁷ Även om de patienter som vårdas i heldygnsvården är sjukare i allt högre utsträckning⁸ är det viktigt att ge möjlighet till och

¹ Grahn, vad der Berg, Persson Waye, Theorell, Thorgaard & Quinn, 2013.

² Shepley & Pasha, 2013

³ Karlin & Zeiss, 2006; Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018

⁴ Ulrich, Bogren, Gardiner & Lundin, 2018

⁵ Nielsen & Mullins, 2017

^{6,7} Shepley & Pasha, 2013; Shepley et al., 2016

⁸ En konsekvens av att fler patienter ska vårdas i öppenvården är att de som vårdas inom heldygnsvården är de allra sjukaste.



Sportområde i parken på Brinkåsen uppmuntrar fysisk aktivitet i en naturmiljö.



Pusslande som en aktivitet på en avdelning i Lund.

uppmuntra såväl fysiska som kreativa och sociala aktiviteter i de stunder patienten orkar. Det är något som framförallt patientrepresentanter lyfter som viktigt.¹ På de flesta avdelningar finns också en tvättstuga där patienter får träna sig att tvätta sina egna kläder.

“Lugna rummet”

Lugna rummet är ett koncept för sensorisk modulation utvecklat av centrum för psykiatriforskning inom Stockholms läns landsting.² “Sensory modulation” är en metod utvecklad för att hjälpa patienter att ta kontroll över sina känslor genom olika typer av sinnesstimulans, det handlar då inte om att reducera stimulans utan att låta patienten aktivt välja lugnande sådan. Rum för sensorisk modulation inkluderar ofta en vil- eller massagefåtölj, val av musik eller naturljud, boll- eller kedjetäcken, aromaterapi etc. Lugna rummet utvecklades och drevs som ett projekt mellan 2011 och 2014, resultaten är övervägande mycket positiva och på många håll provas nu lugna rum.

En dansk forskningsstudie har studerat effekterna av “sensory modulation” i psykiatrisk heldygnsvård och kunde bl.a. visa en minskning av bältesläggningar på 38%, och en minskning av lugnande injektioner på 46%.³

Utrymme för besökare

Den fysiska miljön bör underlätta för anhöriga och andra att besöka patienter och vara delaktiga i vården.⁴ Till exempel genom särskilda besöksutrymmen som är anpassade för samvaro med såväl vuxna besökare som barn.

¹ Gagnér Jenneteg, F. och Hurtado Lundberg, H. intervju 2017-11-21

² Björkdahl, 2015

³ Andersen, Kolmos, Andersen, Sippel & Stenager, 2017

⁴ Shepley & Pasha, 2013

Andrum för personal

I en intervjustudie som presenteras av Shepley et al¹ framhölls vikten av en lugn plats dit personal kan dra sig tillbaka för återhämtning.

Plats för rökning

En hög andel av psykiatrins patienter är rökare och en ofta förekommande diskussion är den om rökning eller rökförbud. Många sjukhusområden är rökfria och ett nationellt mål om ett rökfritt Sverige 2025 stöds av 184 organisationer, bl.a. SKL och samtliga Sveriges regioner och landsting.² Samtidigt menar många att fokus för patienter i heldygnsvården som är i en akut kris inte bör vara att sluta röka.

Shepley & Pasha³ rekommenderar att man planerar in rökrum i lokaler för heldygnsvård och om rökning tillåts inom tvångsvården måste självklart en plats anvisas för detta. En rapport om rådgivning och tobaksavvänjning i psykiatri, beroendevård och socialtjänst⁴ pekar dock på att rökrum inomhus kan tolkas som ett tecken på en tillåtande attityd till rökning och att de utgör ett arbetsmiljöproblem i och med att även mycket låga nivåer av passiv rökning är skadliga. Istället bör rökning, om det tillåts, ske utomhus. Samma rapport ger också exempel från Sverige och England där införda rökförbud haft positiva effekter som att patienterna blev lugnare, fick bättre sömn och interagerade mer med personalen när rökrummen försvann.⁵

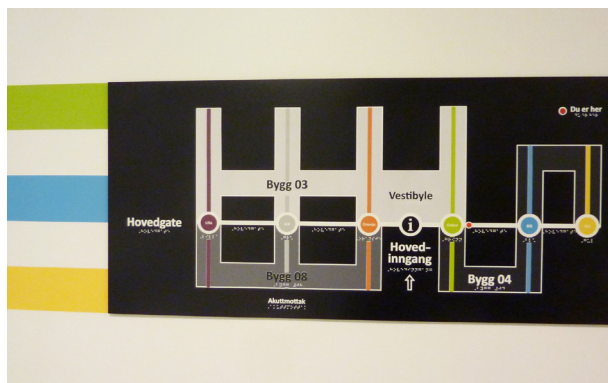
Tydlighet

Tydlighet är paradoxalt nog ett svårtytt begrepp i förhållande till lokalutformning. Flera källor

rekommenderar en ordnad och väl organiserad miljö.⁶ Det kan handla om att det ska vara lätt att hitta rätt, lätt att förstå hur miljön kan användas och lätt att förstå vad som är privat och allmänt.

Den tidigare nämnda kanadensiska studien som utvärderat tre innovativa lösningar i ett nybyggt psykiatriskt sjukhus fann att det system för orientering som implementerats mycket effektivt hjälpte patienter och besökare att hitta rätt. Systemet inkluderade färgkodning för olika enheter, grafiska pictogram och symboler samt fria siktlinjer längs rörelsevägar.⁷

Kalnes sjukhus i Sarpsborg, Norge, har arbetat in en färgkodning där linjer leder vägen från entrén till de olika enheterna. Där har man också utformat en gemensam tydlig entré för alla besökare och patienter utom de akuta (se kap. 4, sid. 68).



Målade linjer på väggarna visar vägen till olika delar av sjukhuset i Østfold, Kalnes.

¹ Shepley et al, 2016

² Tobaksfakta, 2018

³ Shepley & Pasha, 2013

⁴,⁵ Holm & Ivarsson, 2015

⁶ Shepley & Pasha, 2013; Shepley et al 2016

⁷ Kalantari & Snell, 2017

3.4 MATRIS ÖVER REKOMMENDATIONER

Matrisen sammanställer de rekommendationer från forskning och beprövad erfarenhet som ges av de sex artiklar som valts ut av Roger Ulrich.

	EVIDENSBASERAD	
	Ulrich, R. S., Bogren, L., Gardiner, S. K., & Lundin, S. (2018) Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior.	Shepley, M. M. et al. (2016) Mental and behavioral health environments: Critical considerations for facility design.
Naturmiljö för patienter (sid. 31)	Tillgänglig trädgård, utsikt mot natur	Visuell och fysisk kontakt med naturmiljö
Naturmiljö för personal (sid. 31)		Personalrum med naturkontakt
Dagsljus (sid. 32)	Dagsljus	Maximera dagsljuset
Artificiellt ljus (sid. 32)		
Hemlik miljö (sid. 33)		Av-institutionaliserad och hemlik miljö
Möbler, möblering och sittplatser (sid. 33)	Flyttbara möbler i gemensamma utrymmen	Tåligena, attraktiva möbler. Variation av sittplatser
Dagrum och gemensamma utrymmen (sid. 34)	Låg social densitet	
Teamstationer (sid. 35)		Öppna teamstationer ökar pat-pers interaktion*
Överblick (sid. 36)	God överblick från centrala delar av avd.	
Kulörer och material (sid. 37)		
Patientsäkerhet och skydd mot självskada (sid. 37)		Säkra möbler, installationer & utrustning
Enpatientrum (sid. 39)	Enpatientrum med egen wc/dusch	
Tvåpatientrum (sid. 40)		Inkludera ett fåtal rum för två patienter*
Personalisering och kontroll (sid. 40)	Inflytande över miljön i patientrummet	
Ljud och akustik (sid. 40)	Dämpad ljudmiljö, inga korridorer	
Konst (sid. 41)	Naturmotiv	
Underhåll (sid. 41)		Väl underhållen miljö
Utrymme för besökare (sid. 42)		
Andrum för personal (sid. 42)		Lugn pausyta för personal
Plats för rökning (sid. 43)		

Shepley, M. M. & Pasha, S. (2013) Design research and behavioral health facilities.	Connellan, K., Gaardboe, M., Riggs, D., Due, C., Reinschmidt, A. & Mustillo, L. (2013) Stressed spaces: Mental health and architecture.	Dobrohotoff, J. T., & Llewellyn-Jones, R. H. (2010) Psychogeriatric inpatient unit design: A literature review.	Karlin, B. E., & Zeiss, R. A. (2006) Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: Toward best practice.
Visuell och fysisk kontakt med naturmiljö	Direktkontakt med utemiljö, natur & trädgård	Trädgård	Utsikt mot naturmiljöer, trädgårdar
Personalrum och personalträdgård	Trädgårdar & naturkontakt för personal		Trädgårdar & naturliga växter för personal
Mycket dagsljus, väl upplyst, solljus i pat.rum	Naturligt ljus		Mycket solljus
	Bra belysning		Jämn, mjuk och indirekt belysning
Av-institutionaliserad och hemlik miljö		Av-institutionalisering för att öka sociala interakt.	Minska institutionell känsla, skapa hemligheten
Tåliga, flyttbara, tunga möbler. Gruppvis plac.			Säkra men flyttbara möbler, stoppade möbler
Undvik trängsel. Samlingsplats nära teamst.			Möjlighet att kontrollera nivå av social kontakt
Teamst. med minsta möjliga barriär mot pat.*			Öppna teamstationer*
Överblick från teamstation		Överblick från teamstation & underlätta observ.	Överblick genom glaspartier & inga dolda hörn
Undvik brokiga mönster, starka kulörer, blanka yt.			Undvik trendiga kulörer
Undvik fästpunkter i WC/D. Låsbara kranar			
Enpatientrum		Enpat.rum med observationsfönster	Enpat.rum för avskildhet och autonomi
Inkludera ett fåtal rum för två patienter*			
Möjl. att personalisera pat.rum. Temp. kontroll			
Undvik långa korridorer och återklang			Undvik långa, ekande korridorer
Lugnande och bekanta motiv			Lugnande, inte upphetsande. Naturmotiv
Hög kvalitet på underhåll, möbler & utemiljö			
Besöksytor som stöder deltagande av anhöriga			
Tillhandahåll rökrum*			

* Dessa rekommendationer är framtagna i en nordamerikansk kontext med ett vårdssystem som väsentligt skiljer sig från de skandinaviska. Därför är vissa rekommendationer inte möjliga att direkt överföra till en svensk kontext. Läs mer om skillnaderna i kap. 4 sid. 86.

Roger Ulrichs kommentarer till de fem vetenskapliga översiktsartiklarna

Det finns inget övergripande teoretiskt eller konceptuellt perspektiv på relationen mellan fysisk miljö/arkitektur och dess påverkan på patienter inom psykiatri.

Det saknas en diskussion om hur olika typer av planlösningar påverkar möjligheten till god överblick. Exempelvis är problemet med korridorbaserade planlösningar, där överblicken är god längs korridoren medan alla gemensamma rum som ansluter till korridoren är dolda, väl dokumenterat i studier av miljöer för kriminalvård.

Rekommendationerna problematiserar inte brister eller fördelar med en-vånings respektive flervånings psykiatriska byggnader. Det förefaller vara ett implicit antagande som löper genom dessa (amerikanska) artiklar att psykiatriska faciliteter är flervåningsbyggnader med korridorbaserade planlösningar. En förklaring kan vara att psykiatriska sjukhus tenderar att vara större

i Nordamerika än de i Skandinavien (> 150 bäddar jämfört med 70-85 i Skandinavien).

Även om öppna teamstationer accepteras i åtminstone tre av artiklarna, så finns ingen trovärdiga forskning som stöder öppna stationer. Tvärtom har vissa publicerade studier kopplat öppna teamstationer till minskad personaltillfredsställelse och ökad risk för aggression riktad mot personal.

Social densitet (antal personer/rum) berörs inte. Detta visar på en ibland svag koppling mellan litteratur om goda exempel och årtionden av forskning.

Som kan förväntas, finns det ett mönster där de nyare eller senaste artiklarna repeterar rekommendationer som visades i tidigare artiklar. Dessa har i flera fall lånats praktiskt taget ord för ord. Risken är att vissa rekommendationer är "invalde" genom att traderas om och om igen, och tenderar att sakna nytänkande. Trots dessa invändningar lyfter de sammantaget fram klokskap från praktiker med lång, gedigen erfarenhet, och är därför motiverade att ta med här.

3.5 PERSPEKTIV FRÅN PATIENTER

Några särskilt viktiga punkter för patienter som presenterades av NSPHiG¹ på en av projektets workshopar:

- Låsbara enkelrum med egen wc/dusch
- Fysisk aktivitet
- Aktiviteter som låter en vara något annat än "bara" en patient för en stund
- Sensory modulation²
- Utevistelse
- Inga skramlande nycklar eller ekande korridorer
- Fast personal, ute på avdelningen

I arbetet med denna rapport har tre patientrepresentanter intervjuats djupare. De arbetar alla för patientorganisationer och har egna erfarenheter av psykiatrin.

De tre intervjupersonerna framhåller att det finns många saker som inte kan generaliseras, alla individer är olika och olika sjukdomstillstånd och faser innebär olika behov. Därför behöver det finnas alternativ och olika sätt att göra saker beroende på patientens individuella behov. De pekar också på skillnaderna mellan patienter inom psykiatrin och inom somatisk vård. Exempelvis att patienter i psykiatrin ofta vårdas längre tid, sällan får lämna avdelningen och inte är bundna vid sängar eller fysiskt begränsade som somatiska patienter ofta är.

Det finns en tydlig strävan idag att avstigmatisera psykiatrin genom att göra den likställd med somatisk vård och placera den på sjukhuset bland andra vårdiscipliner. Det kan då vara viktigt att entrén till psykiatrin bara är en av många sjukhusentréer, framhåller en av intervjupersonerna. Men hon menar också att en lokalisering av heldygnsvård på ett sjukhusområde kan vara kontraproduktivt för dem

som framförallt behöver stillhet och närhet till omgivande natur. En intervjuperson återberättar ett citat hon ofta hört från brukare:

"Skönt att det inte känns som en sjukhusmiljö".

En intervjuperson menar att lokalisera öppenvården utanför sjukhusområdet är bra, och att kopplingen mellan öppen- och slutenvård inte uppnås i första hand genom samlokalisering, utan genom arbetsstrukturer. Patienter som besöker öppenvården ser heller inte sig själva som "sjuka" på samma sätt som om man är inlagd på en avdelning.

Öppenvård

Tillgänglighet är ett nyckelord när det kommer till öppenvården. För många patienter kan det vara besvärligt att resa långt, både kognitivt och praktiskt, och det kan vara svårt att hitta på en främmande plats. Det gör det också svårare för anhöriga att följa med till läkarbesök om resan tar mycket tid i anspråk. Mobila team är därför en väldigt viktig komponent i det psykiatriska behandlingsutbudet.

Säkerhetsåtgärder kan vara provocerande

En intervjuperson pekar på att man idag oftare utformar öppenvårdsmottagningar med en högre säkerhetsnivå, med pansarglas och låsta dörrar. Hen menar att detta riskerar att skrämman unga nya patienter, skapa spänningar och en förväntan om incidenter eller våld som kan provocera.

Det första intrycket när du kommer till en mottagning är jätteviktigt och påverkar patientens sinnesstämning. Exempelvis kan publika centrala receptioner vara skrämmande för patienter som inte vill skylta med sitt ärende till vem som helst. Bättre då med en lokal reception i anslutning till mottagningen med en vänlig person som välkomnar en.

¹ NSPHiG står för Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland, och är ett nätverk av 16 patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området.

² "Sensory modulation" är en metod för att kontrollera starka negativa känslor genom egenadministrerad sinnesstimulans. Sutton & Nicholson, 2011

Heldygnsvård

När det gäller heldygnsvården finns det ett antal punkter som alla tre intervjupersonerna är överens om:

Ett eget patientrum med wc och dusch är mycket viktigt. Patientrummet behöver inte vara stort, det behöver bara gå att stänga om sig, låsa sin dörr, och vara i fred. Och att kunna styra saker själv, som ljus och bilder på väggarna. Ett eget rum ökar också möjligheten för informella samtal med personal, exempelvis om man bäddar tillsammans. Som patient kan man då bjuda in till ett samtal på ett annat sätt.

Det är viktigt att kunna dela avdelningen i mindre sektioner och att de gemensamma ytorna är öppna och tillräckligt stora. Det är viktigt för att kunna kontrollera sin egen stimulansnivå, välja plats att vistas och värna sitt personliga utrymme, exempelvis genom att det finns flera olika platser att sitta på, mer eller mindre sociala samt genom möbler med höga ryggar.

Viktigt är också sensoriska intryck som lugnt ljus, digitala nycklar så att det inte blir något skrammel, tysta larm och dämpat ljud, sådana små saker. "Sensory modulation", som "Lugna rummet" är ett exempel på (se sid. 42), nämns också. Utemiljöer beskrivs som ett viktigt andrum. Och som en källa till sensoriska och sinnliga intryck.

"Det finns en stark koppling mellan psyke och natur. Det är viktigt att få landa och "jordas" känna regn, vind, sol och gräs".

En intervjuperson beskriver också vikten av att kunna dela erfarenheter med andra patienter och stötta varandra. Eftersom många patienter är rökare sker många samtal i samband med rökning. I en kris är inte rökstopp första prioritet, därför bör alternativ erbjudas men rökning inte motarbetas anser en av intervjupersonerna.

En annan viktig aspekt är aktiviteter. Ofta är medicindelning och måltider det enda som

händer under dagen och många patienter upplever en kroppslig frustration. Detta ökar betydelsen av att det ges möjlighet till fysisk aktivitet. Vissa patienter behöver helt kravlös återhämtning, men de flesta mår bättre av att erbjudas skapande och fysisk aktivitet, möjlighet att byta miljö, etc. En intervjuperson framhåller att det ska vara lätt att kunna ta sig för olika saker och att öva på att vara aktiv och social, medan en annan framhåller att även om det sociala är viktigt så är alla patienter också väldigt upptagna med sig själva och sin egen återhämtning. Inom BUP finns ett större fokus på aktiviteter och på en omhuldande miljö, därför kan steget bli stort och traumatiskt mellan BUP och vuxenpsykiatri. Men i själva verket behöver vuxna också aktiviteter och omhuldning, om vuxenpsykiatri var mer lik BUP skulle steget mellan också bli kortare.

En av intervjupersonerna tycker att det är sorgligt att man fortfarande idag planerar för tvångsåtgärder när det finns arbetsätt som gör att man kan undvika det i hög utsträckning, som exempelvis på Island. Nya byggnader kan bidra till att minska incidenterna som leder till tvång, framförallt genom att värna det personliga utrymmet och minska patienternas känsla av instängdhet. Det är ofta trånga passager, ytterdörrar och medicinutdelning som är känsliga punkter där incidenter sker.

"Ju mer bemötandet gestaltas i miljön desto mindre bältesrum behövs".

Personalens betydelse framhålls också av alla tre intervjupersoner. En säger att personalen skapar stämningen på avdelningen, och att en god stämning skapar en känsla av "hemmamiljö". En annan att det blir vad personalen gör det till, arbetsätt och fysisk miljö hänger ihop hand i hand. En otrygghet som patienter kan uppleva är känslan av att vara ensamma på avdelningen med bara andra patienter. Därför är det särskilt viktigt att personalen har möjlighet att utföra så mycket av sitt arbete som möjligt ute på avdelningen bland patienterna.

3.6 SLUTSATSER

Texten nedan avser sammanfatta vad forskning och beprövad erfarenhet säger om vilka lokaler den psykiatriska specialistvården behöver och hur de bör utformas. Några ambitioner kan hamna i konflikt med varandra. Några av de dilemman som kan uppstå exemplifieras av de referensprojekt som presenteras i kapitel 4 och beskrivs i avsnitt 4.2 Slutsatser och dilemman sid. 78.

Skapa en läkande miljö

En läkande miljö ger stöd till fysisk och psykisk läkning, både direkt till en patient men också indirekt genom att stötta personalens arbete och mående. För patienter inom psykiatri är lugn och återhämtning på egna villkor särskilt viktigt.

Hemlighet är ett begrepp som ofta förekommer i diskussioner om miljöer för psykiatrisk vård. Hemlighet anspelar på en symbolik som står i motsats till det rationella, hygieniska och institutionella. Något som underströks i intervjuer med forskare och patientrepresentanter är dock att alla människor har olika tolkningar och upplevelser av symboler och hem. Det som i forskning och goda exempel lyfts fram som

viktigt är istället målsättningar för vad miljön ska åstadkomma, som att minska patienters stress, värna patienters sömn och integritet. Särskilt viktigt är:

- fri tillgång till en trädgårdsmiljö med sittplatser,
- enpatientrum med egen wc/dusch samt
- låg social densitet vilket uppnås genom just enpatientrum och flera olika gemensamma utrymmen som patienter har fri tillgång till.

Mer individualiserad vård med fokus på varje patients behov och förmågor kräver lokaler som medger olika sätt att göra saker, olika platser för samtal, variation i tillgängliga aktiviteter etc.

Bidra till trygghet och säkerhet

Trygghet och säkerhet är inte synonyma. Begreppet säkerhet tar inte hänsyn till individens upplevelse. Däremot uppnås en högre säkerhet genom att se till att patienter känner sig trygga. Otrygghet orsakar stress som kan leda till incidenter. Forskning indikerar att utformning vars uttryck kommunicerar misstro eller fara riskerar att trigga skadegörelse. Detta understryks



Även möjlighet till olika aktiviteter och utblickar mot naturmiljöer bidrar till en läkande miljö. Bilden är från Aabenraa psykiatri.



Enpatientrummen i Vejle har hög takhöjd vilket släpper in mycket dagsljus och minskar risken för manipulation av installationer i taket.

också av intervjuade patientrepresentanter. Flera beskrivningar från verksamheter vittnar om att exempelvis armaturer och akvarier som är sköra men omsorgsfullt valda får vara orörda. Därför är det viktigt att undvika säkerhetslösningar som innebär en kompromiss med vårdande kvaliteter och istället hitta lösningar som är både säkra och vårdande. En bra metod som tas upp vid åtskilliga intervjutillfällen är provrum som gör det möjligt att testa material, inventarier och installationer innan de byggs in, både ur ett säkerhets- och välbefinnandeperspektiv.

Stöd vårdens behandlingsmodeller

Många källor diskuterar interaktionen mellan patienter och personal. Lokalerna kan ses som ett arbetsredskap för personalen. Kliniska bedömningar kan göras genom att observera hur patienterna agerar och interagerar med miljön. Lokalerna måste då dels ge stöd för de aktiviteter som är del av patienters behandling eller återhämtning, och dels vara utformade för att erbjuda god överblick för personal som rör sig på avdelningen. Teamstationer bör möjliggöra

uppsikt och överblick för personal vid möten och dokumentation med krav på sekretess. Det bör dock finnas stöd för administrativt arbete även på avdelningen, nära patienterna, som en öppen arbetsstation eller mötesplats.

Ett synsätt som utgår från den fysiska miljön som en aktiv del av patientens helhetsupplevelse av vistelse och vård innebär att verksamhetens professionalitet, omsorg om patienterna och bemötande också gestaltas i den fysiska miljön.



Teamstationen på avdelningarna på Brinkåsens psykiatriska sjukhus är avskilda med möjlighet till confidentialitet. Men de ligger samtidigt intill patienternas dagrum och matrum vilket ger personalen god överblick.

3.7

REFERENSER OCH ANDRA LÄSTIPS KAP. 3

Referenser:

- Andersen, C., Kolmos, A., Andersen, K., Sippel, V. & Stenager, E. (2017) Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study, *Nordic Journal of Psychiatry*, 71:7, 525-528, DOI: 10.1080/08039488.2017.1346142
- Andrade, C. C., & Devlin, A. S. (2015) Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of Environmental Psychology*, 41, 125-134.
- Annerstedt, M. & Währborg, P. (2011) Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011; 39: 371-388
- Baldwin, S. (1985) Effects of furniture rearrangement on the atmosphere of wards in a maximum-security hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(5), 525-528.
- Baum, A., & Paulus, P. (1987) Crowding. In D. Stokols & I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology* (pp. 533-570). New York: Wiley.
- Baum, A., & Valins, S. (1977) *Architecture and social behavior: Psychological studies of social density*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bengtsson, A., Oher, N., Lavesson, L. & Grahn, P. (under publikation) Evidensbaserad design av utemiljö i vårdsammanhang – En forsknings-sammanställning. Sveriges lantbruksuniversitet, SLU
- Björkdahl, A. (2015). Projekt Lugna rummet 2011–2014, Slutrapport. Centrum för psykiatriforskning, Stockholms läns sjukvårdsområde, Stockholm. Hämtad från: <http://psykiatriforskning.se/utveckling/modulstod-verksamhetsutveckling-psykiatri/lugna-rummet/> [2018-09-06]
- Björkman, S. (2017) Nu testas ljusets betydelse i psykiatri. *Vårdfokus - Tidning för vårdförbundet*. Hämtad från: <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/maj/nu-testas-ljusets-betydelse-i-psykiatri/> [2018-09-06]
- Brenner, E. (2009) *Recept för framtiden. I boken Arkitektur som medicin – arkitektens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatri*, From, L. (Red.) & Lundin, S. (Red.). ARQ Stiftelsen för arkitekturforskning, rapport 2:2009.
- Bowers, I., Stewart, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., Khanom, H., & Jeffery, D. (2011) *Inpatient violence and aggression: A literature review*. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme, Institute of Psychiatry, Kings College London.
- Bowers, L. (2014) Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(6) sid. 499-508
- Chou, K. R., Lu, R. B., & Mao, W. C. (2002) Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(4), 187-195.
- Chrysikou, E. (2013) *Accessibility for mental healthcare, Facilities, Vol. 31 Issue: 9/10*, pp. 418-426, <https://doi.org/10.1108/02632771311324972>
- Chrysikou, E. (2014) *Architecture for Psychiatric Environments and Therapeutic landscapes*. IOS Press, Amsterdam
- Connellan, K., Gaardboe, M., Riggs, D., Due, C., Reinschmidt, A., & Mustillo, L. (2013) Stressed spaces: Mental health and architecture. *Health Environments Research & Design*, 6(4), 127-168.
- Cox, V. C., Paulus, P. B., & McCain, G. (1984) Prison crowding research: The relevance for prison housing standards and a general approach regarding crowding phenomena. *American Psychologist*, 39(10), 1148-1160.
- Daffern, M., & Howells, K. (2002) Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 477-497.
- Dalke, H., Little, J., Niemann, E., Camgoz, N., Steadman, G., Hill, S. & Stott, L. (2006) Colour and lighting in hospital design. *Optics & Laser Technology* 38 (2006) 343-365

- Dalkjær, D. (2012) Lys i Psykiatrien. Syddansk sundhedsinnovation, Region Syddanmark. Hämtad från: https://www.syddansksundhedsinnovation.dk/media/704953/lys-i-psykiatrien_final-2-.pdf [2018-09-06]
- Deitch, M., Madore, A., Vickery, K., & Welch, A. (2013) Understanding and addressing youth violence in the Texas Juvenile Justice Department. Report to the Office of the Independent Ombudsman, Texas Juvenile Justice Department. Austin, TX: Lyndon B. Johnson School of Public Affairs.
- Devlin, A. (1992). Psychiatric ward renovation. *Environment and Behavior*, 24(1), 66–84.
- Dobrohotoff, J. T., & Llewellyn-Jones, R. H. (2010) Psychogeriatric inpatient unit design: A literature review. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 174–189. doi:10.1017/S1041610210002097
- Dolan, M., Fullam, R. Logan, C., & Davies, G. (2008). The Violence Risk Scale Second Edition (VRS-2) as a predictor of institutional violence in a British forensic inpatient sample. *Psychiatry Research*, 158(1), 55-56.
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 536-555.
- Forster, P. L., Cavness, C., & Phelps, M. A. (1999). Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(5), 269- 271.
- Frandsen, A. K., Mullins, M., Ryhl, C., Blicher Folmer, M., Brorson Fich, L., Borgestrånd Øien, T. & Lykke Sørensen, N. (2009) Helende Arkitektur. Institut for Arkitektur og Design Skriftserie nr. 29. Institut for Arkitektur og Medieteknologi, Aalborg Hämtad från: [http://vbn.aau.dk/en/publications/helende-arkitektur\(1a7cee30-5f24-11de-b5d6-000ea68e967b\).html](http://vbn.aau.dk/en/publications/helende-arkitektur(1a7cee30-5f24-11de-b5d6-000ea68e967b).html) [2018-09-06]
- Geen, R. G. (1978) Effects of attack and uncontrollable noise on aggression. *Journal of Research in Personality*, 12, 15-29.
- Geen, R. G., & McCown, E. J. (1984) Effects of noise and attack on aggression and physiological arousal. *Motivation and Emotion*, 8, 231-241.
- Grahn, vad der Berg, Persson Waye, Theorell, Thorgaard & Quinn (2013) Care for sound – Sound environment Healing & Healthcare, Publications from Sound Environment Center at Lund University No. 12 Hämtad från: <http://lup.lub.lu.se/record/5141466> [2018-09-06]
- Hagerman, I., Rasmanis, G., Blomkvist, V., Ulrich, R., Eriksen, C. A., & Theorell, T. (2005) Influence of intensive coronary care acoustics on the quality of care and physiological state of patients. *International Journal of Cardiology*, 98(2), 267-270.
- Holm Ivarsson, B. (2015) Rådgivning och tobaksavvänjning i psykiatri, beroendevård och socialtjänst. Utgiven av Psykologer, socionomer och folkhälsovetare mot Tobak i samarbete med Läkare mot Tobak, Sjuksköterskor mot Tobak och Tandvård mot Tobak. Hämtad från: http://www.hfsnatverket.se/static/files/1040/tobakaksavv_psykiatri_2015.pdf [2018-09-06]
- Holahan, C. J. (1972) Seating patterns and patient behavior in an experimental dayroom. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 115-124.
- Hunt, J. M. & Sine, D. M. (2017). Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities, Edition 7.2. Facility Guidelines Institute. Hämtad från: <http://www.bhfcillc.com> [2018-09-06]
- Ittelson, W. H., Proshansky, H. M., & Rivlin, L. G. (1972) Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward. In J. Wohlwill & D. Carson (Eds.), *Environment and the social sciences*. Washington, DC: American Psychological Association, 95-104.
- Kalantari, S. & Snell, R. (2017) Post-Occupancy Evaluation of a Mental Healthcare Facility Based on Staff Perceptions of Design Innovations. *Health Environments Research & Design Journal* 2017, Vol. 10(4) 121-135. DOI: 10.1177/1937586716687714

- Karlin, B. E., & Zeiss, R. A. (2006) Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: Toward best practice. *Psychiatric Services*, 57(10), 1376-1378.
- Kriminalvården (i.d.) Säkerhet. Hämtad från: <https://www.kriminalvarden.se/fangelse-frivard-och-hakte/fangelse/sakerhet/> [2018-08-22]
- Lanza, M. L., Kayne, H. L. Hicks, C., & Milner, J. (1993) Environmental characteristics related to patient assault. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 319-335.
- Lundin, S. (2009). Rent vetenskapligt alltså. I boken *Arkitektur som medicin – arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatri*, From, L. (Red.) & Lundin, S. (Red.). ARQ Stiftelsen för arkitekturforskning, rapport 2:2009.
- Marcus, C.C., & Barnes, M. (1995) Gardens in healthcare facilities: Therapeutic benefits and design recommendations. Concord, CA: The Center for Health Design.
- Nelson, W. R. (1988). Cost savings in new generation jails: The Direct Supervision Approach. Washington, DC: U. S. Department of justice, National Institute of Justice.
- Nielsen, S. M. L. & Mullins, M. F. (2017) Beyond the dichotomy of figurative and abstract art in hospitals, Arch17: 3rd International Conference on Architecture, Research, Care and Health, 2017 [Hämtad 2018-05-20] http://vbn.aau.dk/files/256579972/Beyond_the_dichotomy_of_figurative_and_abstract_art_in_hospitals.pdf
- O'Neal, E. C., & McDonald, P. J. (1976). The environmental psychology of aggression. In R. G. Geen & E. C. O'Neal (Eds.), *Perspectives on aggression*. New York: Academic Press, 169-192.
- Papoulias, C., Csipke, E., Rose, D., McKellar, S., & Wykes, T. (2014). The psychiatric ward as a therapeutic space: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 205, 171-176.
- Privitera, M., Weisman, R., Cerulli, C., Tu, X., & Groman, A. (2005). Violence towards mental health staff and safety in the work environment. *Occupational Medicine*, 55, 480-486.
- Procure21+/MARU (2013) Repeatable Room Literature Review Report – Mental Health Bedroom. Procure21+ rg/10.1108/02632771311324972 Hämtad från: http://www1.lsbu.ac.uk/maru/docs/Single_ensuite_patient_bedroom.pdf [2018-09-06]
- Pyrke, R. J. L., McKinnon, M. C., McNeely, H. E., Ahern, C., Langstaff, K. L. & Bieling, P. J. (2017) Evidence-Based Design Features Improve Sleep Quality Among Psychiatric Inpatients. *Health Environments Research & Design Journal* 2017, Vol. 10(5) 52-63 DOI: 10.1177/1937586716684758
- Shepley, M. M. & Pasha, S. (2013) Design research and behavioral health facilities. Report from The Center for Health Design. (77 pp.) Hämtad från: https://www.healthdesign.org/system/files/chd428_researchreport_behavioralhealth_1013-final_0.pdf [2018-09-06]
- Shepley, M. M., Watson, A., Pitts, F., Garrity, A., Spelman, E., Kelkar, J., & Fronsman, A. (2016) Mental and behavioral health environments: Critical considerations for facility design. *General Hospital Psychiatry*, 42, 15-21.
- Shepley, M. M. & Pasha, S. (2017) Design for mental and behavioral health. Routledge, New York
- Sherman, S. A., Varni, J. W., Ulrich, R. S., & Malcarne, V. L. (2005). Post-occupancy evaluation of healing gardens in a pediatric cancer center. *Landscape and Urban Planning*, 73, 167-183.
- Sliper Midling, A. (2017) Kan oransje lys hjelpe psykisk syke? *Forskning.no* Hämtad från: <https://forskning.no/2017/11/vil-teste-om-oransje-lys-kan-hjelpe-psykisk-syke/produsert-og-finansiert-av/ntnu> [2018-09-06]
- SLU (2017) Forskning och publikationer. Hämtad från: <https://www.slu.se/institutioner/arbetsvetenskap-ekonomi-miljopsykologi/alnarps-rehabiliteringstradgard1/forskning/> [2018-05-17]

- Soares, J. J. F., Laoko, S. & Nolan, P. (2000) The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *Work & Stress*, 14(2), 105-120.
- Sommer, R., & Ross, H. (1958) Social interaction on a geriatrics ward. *International Journal of Social Psychiatry*, 4, 128-133.
- Socialstyrelsen (2007) Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2006-9> [2018-09-06]
- Sykehusbygg (i.d.) SNR-STY-E-02 Sikkerhets- og robusthetsprogram - SNR
- Tobaksfakta (2018) 186 organisationer stöder ett rökfritt Sverige 2025. Hämtad från: <http://www.tobaksfakta.se/organisationerna-som-stoder-ett-rokfritt-sverige-2025/> [2018-05-17]
- Tartaro, C., & Levy, M. P. (2007) Density, inmate assaults, and direct supervision jails. *Criminal Justice Policy Review*, vol. 18, pp. 395-417.
- Ulrich, R. S. (1991) Effects of health facility interior design on wellness: Theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Design*, 3, 97-109.
- Ulrich, R. S., Bogren, L., Gardiner, S. K., & Lundin, S. (2018) Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*. Volume 57, 2018, sid. 53-66, Hämtad från: <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2018.05.002> [2018-09-06]
- van der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., & Noorthoorn, E. O. (2013) Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*, 1-10.
- Vivian, J. P., Grimes, J. N., & Vasquez, S. (2007) Assaults in juvenile correctional facilities: An exploratory study. *Journal of Crime & Justice*, 30(1), 17-34.
- Wener, R. E. (2012). *The environmental psychology of prisons and jails*. New York: Cambridge University Press.
- West, A., Jennum, P., Simonsen, S. A., Sander, B., Pavlova, M. & Iversen, H. K. (2017) Impact of naturalistic lighting on hospitalized stroke patients in a rehabilitation unit: Design and measurement, *Chronobiology International*, 34:6, 687-697, DOI: 10.1080/07420528.2017.1314300
- Wise B. K, Wise J. A. (1988) The human factors of colour in environmental design: a critical review. Washington: Department of Psychology, The University of Washington; 1988.
- Whitehouse, S., Varni, J. W., Seid, M., Cooper-Marcus, C., Ensberg, M. J., Jacobs, J. R., & Mehlenbeck, R. S. (2001). Evaluating a children's hospital garden environment: Utilization and consumer satisfaction. *Journal of Environmental Psychology*, 21(3), 301-314.
- Währborg, P., Petersson, I. F., & Grahn, P. (2014) Nature-assisted rehabilitation for reactions to severe stress and/or depression in a rehabilitation garden: long-term follow-up including comparisons with a matched population-based reference cohort. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2014 Mar; 46(3):271-6. doi: 10.2340/16501977-1259

Lästips:

- Blomkvist, V., Eriksen, C. A., Theorell, T. Ulrich, R. S., & Rasmanis, G. (2005) Acoustics and psychosocial environment in intensive coronary care. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 132-139.
- Donnerstein, E., & Wilson, D. W. (1976) Effects of noise and perceived control on ongoing and subsequent aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 774-781.
- Hsu, T., Ryherd, E., Waye, K. P., & Ackerman, J. (2012) Noise pollution in hospitals: Impact on patients. *Journal of Clinical Outcomes Management (JCOM)*, 19(7), 301-309.

Ryherd, E. E., Okcu, S., Ackerman, J., Zimring, C., & Waye, K. P. (2012). Noise pollution in hospitals: Impacts on staff. *Journal of Clinical Outcomes Management (JCOM)*, 19(11), 491-500.

Sutton, D., & Nicholson, E. (2011) Sensory modulation in acute mental health wards: A qualitative study of staff and service user perspectives. Auckland, New Zealand: Te Pou o Te Whakaaro Nui.

Topf, M., & Dillon, E. (1988) Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. *Heart Lung*, 17(5), 567-574.

Intervjuer:

Björkdahl, A., Utvecklingschef på Psykiatri södra Stockholm i SLSO, tidigare projektledare för "Lugna rummet", Intervju 2018-01-23

Block Philipsen, P., Arkitekt (Vuxenpsykiatri Lund), White arkitekter, Intervju 2017-11-17

Bogren, L., Tidigare docent, överläkare och studierektor vis SU/Psykiatri östra i Göteborg, Intervju 2017-12-01

Dahl Andersen, I., Konstituerad administrerande direktör, Sygehuset Østfold, Intervju 2017-12-14

Dahl, P., Områdeschef VO vuxenpsykiatri Lund, Intervju 2017-11-17

Frost, G., Chefkonsulent, Projektorganisation for byggeri, Region Syddanmark, Intervju 2017-11-23

Gagnér Jenneteg, F., Utbildningsansvarig Peer Support, NSPHiG, Intervju 2017-11-21

Hammarling, C., Arkitekt (Psykiatrins hus, Uppsala), Tengbom arkitekter, Intervju 2017-11-17

Hurtado Lundberg, E., Samordnare brukarinflytande i VG- regionen, NSPHiG, Intervju 2017-11-21

James, F., Lektor och doktorand, HDK - Högskolan för design och konsthantverk, Intervju 2017-12-20

Jenssen, E., Seksjonsleder v/seksjon for psykosebehandling (Avdelningschef Psykos), Sygehuset, Østfold, Intervju 2017-12-14

Johansen, T., Kvalitetschef, Psykiatrisygehuset i Slagelse, Intervju 2018-03-09

Jordeby Jönsson, A., Bitr. verksamhetschef Psykiatri, Verksamhetsområde psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala, Intervju 2017-11-20

Karlsson, P., Verksamhetsutvecklare Arbetsmiljö, Lokaler, Säkerhet, Verksamhetsområde Vuxenpsykiatri Kristianstad, Intervju 2017-11-17

Rosén, R., Vårdenhetschef Avd 362, Sahlgrenska universitetssjukhuset Psykiatri Affektiva, Östra sjukhuset, Intervju 2017-11-13

Persson, M., Säkerhet-Brand-Fastighetsfrågor VO Vuxenpsykiatri Lund, Eslöv, Arlöf, Intervju 2017-11-17

Pettersson, L., Projektledare verksamhet, Brinkåsens rättspsykiatri, Intervju 2017-11-02

Schaumburg, E., Klinikchef, Psykiatrisk center Nordsjælland, Intervju 2017-11-22

Sjögren, S. M., Arkitekt (Brinkåsen), Sjögren arkitekter, Intervju 2017-11-02

Tell, S., Folkhälsovetare, Suicidprevention Väst. Intervju 2017-11-15

Thomsen, L., Funktionsleder, Psykiatrisk Afdeling Aabenraa, Sengeafsnitt 55, Intervju 2017-11-24

Törnkvist, Å., Bitr. verksamhetschef Tema/ Utveckling, Verksamhetsområde psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala, Intervju 2017-11-20

Ulrich, R., Gästprofessor, Chalmers, Intervju 2018-08-15

Wieselgren, I.-M., Projektchef Uppdrag Psykisk Hälsa, Intervju 2017-12-04

KAPITEL 4

EXEMPEL PÅ

PSYKIATRISKA

VÅRDMILJÖER

Hur utformas och byggs lokaler för psykiatrisk vård idag? I detta kapitel presenteras nio nordiska exempel på psykiatribyggnader för heldygnsvård. Mer detaljerad information samt tre exempel på öppenvårdsmottagningar finns i bilaga.

I avsnitt 4.2 slutsatser och dilemman diskuteras aspekter som tagits upp som viktiga under intervjuer samt dilemman som måste diskuteras i varje enskilt projekt.

4.1

NIO NYBYGGDA PSYKIATRISKA ENHETER I SVERIGE, NORGE OCH DANMARK

I detta avsnitt redovisas erfarenheter från och analyser av nio nyligen färdigställda (2006-2017) psykiatriska anläggningar. Informationen i presentationerna kommer från studiebesök, intervjuer med representanter från verksamheten eller fastighetsorganisationen samt i vissa fall med arkitekten. Intervjupersoner för respektive anläggning finns angivna i källförteckningen.

Till grund för illustrationer, sambandsbeskrivningar och ytuppskattningar ligger de genomförda studiebesöken, intervjuer samt ritningsunderlag och andra dokument. Verksamheter förändras ständigt, materialet i denna rapport bör därför användas som en översikt och guide till vidare kontakt med respektive sjukhus för aktuell information.

Varje projekt presenteras översiktligt i detta kapitel. Mer detaljerad information finns i *Konceptprogram: Lokaler för psykiatri – bilagor*. Några av de parametrar som inkluderas i den översiktliga jämförelsen är:

- Total yta som projektet omfattade.
- Antal vårdplatser inom heldygnsvården.
- Antal patientrum/avdelning avseende en typisk avdelning, i vissa fall har avdelningar för exempelvis äldre och unga färre patientrum.
- Ca. yta typisk avdelning, avrundad till närmaste tiotal.
- Ca. yta typiskt vådrum exkl. hygienrum, avrundad till närmaste heltal.
- Social densitet, dvs. antal patienter per rum på en typisk avdelning för heldygnsvård. Endast rum som patienter har fri tillgång till räknas. I större öppna rum har varje separat, med möblering definierad, rumslighet räknats. Kommunikationsytor som korridorer räknas inte.
- Rumslig densitet, dvs. antal kvadratmeter per patient. Avdelningens samtliga ytor inkluderas, även stödfunktioner och personalytor.

Innehåll avsnitt 4.1:

Östra sjukhuset, Göteborg, Sverige	60
Brinkåsen, Vänersborg, Sverige	62
Vuxenpsykiatri, Lund, Sverige	64
Psykiatrins hus, Uppsala, Sverige	66
Sykehuset Østfold, Kalnes, Norge	68
Psykiatrisk center Nordsjælland, Helsingør, Danmark	70
Aabenraa psykiatri, Danmark	72
Psykiatrisygehuset i Slagelse, Danmark	74
Vejle psykiatri, Danmark	76



Några skillnader mellan Sverige och Norge och Danmark

I ett internationellt perspektiv är psykiatrisk vård och psykiatriska vårdbyggnader i Skandinavien förhållandevis lika. Det finns dock skillnader i såväl lagar, organisation som praxis. Nedan beskrivs några av de skillnader som påverkat utformningen av de sjukhus som inkluderats i denna studie.

Norge

I Norge sker den mesta specialistsjukvården på distriktspsykiatriska center, DPS:er. Det är ett nationellt beslut och på så sätt sker merparten av den psykiatriska specialistvården ute i distrikten. Det är bara den akuta och låsta heldygnsvården för de sjukaste patienterna samt rättspsykiatri som finns på sjukhusen. Sjukhusvården sker både frivilligt och med tvång och avdelningarna är som regel låsta. Både DPS:erna och sjukhusen ligger i samma organisation och de har samma dokumentationssystem. DPS:erna har öppen heldygnsvård, öppenvård och ambulerande tjänster, mycket behandling sker i grupp. I Østfold, där Kalnes ingår, finns tre

DPS:er och de har sammanlagt ca 100 öppna vårdplatser.

Danmark

I Danmark sker också det mesta av den psykiatriska specialistvården som öppenvård, i "lokalpsykiatri" eller "psykiatriska ambulatorier" utlokaliserade i olika delar av regionerna. Var och en av de danska regionerna har egna organisationer och strategier för psykiatrisk vård. I region Syddanmark, där Aabenraa och Vejle ligger, finns en övergripande strategi kring integrerade avdelningar. I Danmark får inte patienter som vårdas frivilligt vårdas tillsammans med tvångsvårdade. Det innebär att varje avdelning för heldygnsvård ska vara öppen samtidigt som det finns möjlighet till avskiljning av några patientrum med dagrum och uteplats. Bakgrunden är att patienter som har ett varierande mående kan stanna på samma avdelning, ibland av fri vilja och ibland med tvång. Detta innebär också att fler patienter har fri tillgång till funktioner som är placerade utanför den egna avdelningen. I den mån bältesläggning sker, sker det i patientrummet.



Foto: Hans Wretling

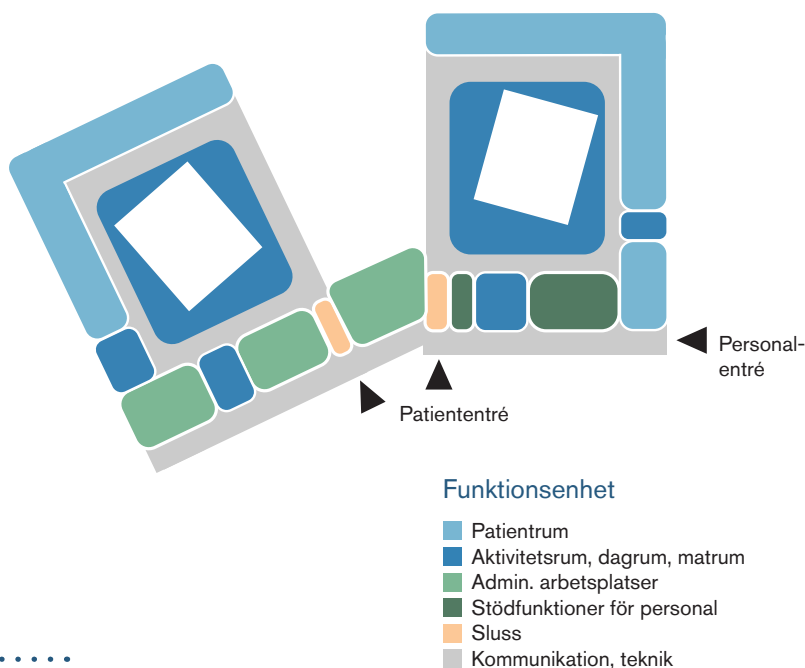
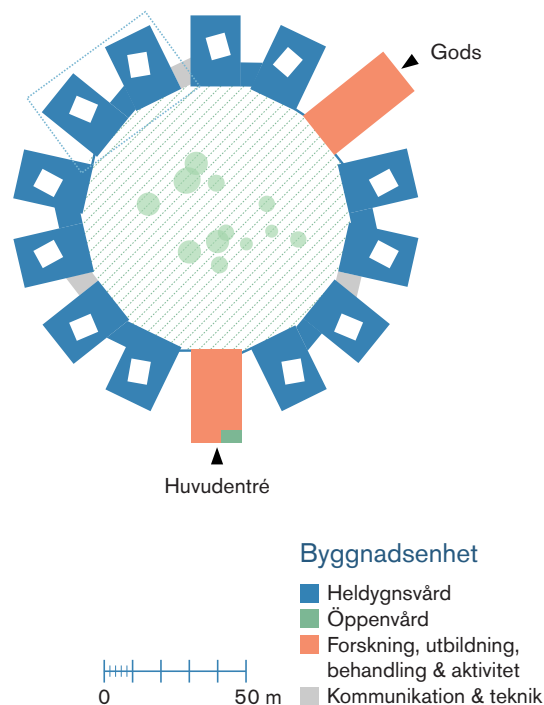
BRINKÅSEN, VÄNERSBORG

Färdigtställt: 2011
Arkitekt: **Sjögren Arkitekter**
Antal våningar (avd): 1
Total yta: **18 600 kvm BTA**
Antal vårdplatser: **84**
Antal vårdplatser (avd): **14**
Yta avdelning: **1300 kvm**
Yta vådrum exkl. wc/d: **13 kvm**
Social densitet (avd): **0,35 pers/rum**
Rumslig densitet (avd): **93 kvm/vårdplats**

Brinkåsens rättspsykiatriska anläggning stod färdigt 2011. Sjukhuset är byggt för rättspsykiatri men innehåller också två avdelningar för psykospatienter. Anläggningen består av 14 sammankopplade byggnader som innehåller en serie avdelningsbyggnader, en administrationsbyggnad med huvudentré samt ett aktivitetshus. Samtliga byggnader är också sammankopplade genom en cirkulär kulvert.

Några för- och nackdelar från intervjuer i samband med besöket:

- + Fri tillgång till atriumgårdar för patienter
- + Utformningen underlättar effektiv bemanning
- + Personal möts och utbyter erfarenheter i administrationsbyggnaden
- Borde varit avskiljningsbar enhet med uteplats istället för bältesrum



Läs mer:

Detaljerad beskrivning finns i:
Konceptprogram: Lokaler för psykiatri – bilagor



Foto: Sjögren Arkitekter



Foto: Agneta Ljungberg Arkitekter



Foto: Åke E:son Lindman

SYKEHUSET ØSTFOLD, KALNES

Färdigtställt: 2015

Arkitekt: Arkitema/AART/ELN

Antal våningar (avd): 3

Total yta: ingen oppg.

Antal vårdplatser: 100

Antal vårdplatser (avd): 11

Yta avdelning: 900 kvm

Yta vådrum exkl. wc/d: 13 kvm

Social densitet (avd): 0,41 pers/rom

Rumslig densitet (avd): 75 kvm/vårdplats

Det nye sjukehuset Østfold i Kalnes stod ferdigt 2015. Byggnaden rymmer såväl somatiske spesialiteter som områdets sjukehuspsykiatri i form av heldøgnsvård inklusive eldrepsykiatri, ungdomspsykiatri og sikkerhetsavdelninger for rettspsykiatri, samt psykiatrisk akuttmottagning.

Några för- och nackdelar från intervjuer i samband med besöket:

- + Samlokalisering og samme tekniske systemer for psykiatri og somatik underletter samverkan rundt pasienten og underletter pasienters tilgang til hele vardspektrat
- + Samlokalisering og økad samverkan har bidragit til å minske fordomar og høje psykiatrins status
- + Aktivitetsrom med pentry på varje avdelning for pyssel og fika
- Gårdsmiljøen er oinspirerende og balkongerna er helt inhägnade med galler
- For låg hållfasthet hos bl.a. väggar, dörrar og fönster

Läs mer:

Detaljerad beskrivning finns i:
Konseptprogram: Lokaler for psykiatri – bilagor

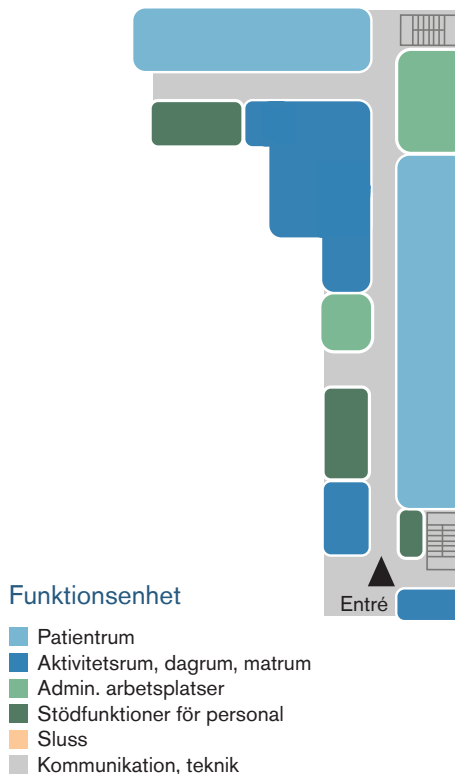
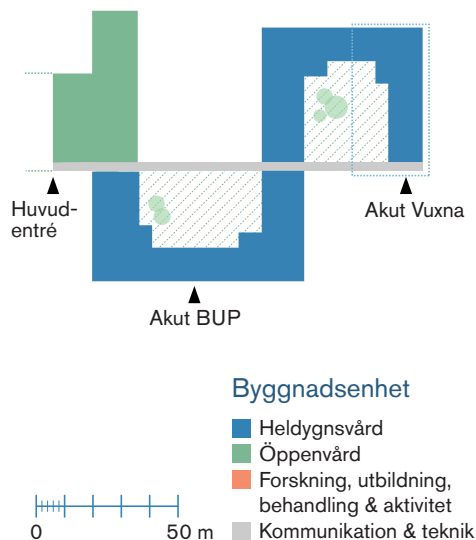




Foto: Arkitema



Foto: Esben Bruun, BIG

AABENRAA PSYKIATRI

Färdigt ställt: 2015

Arkitekt: **White Arkitekter**

Antal våningar (avd): 1

Total yta: **20 000 kvm BTA**

Antal vårdplatser: 111

Antal vårdplatser (avd): 16

Yta avdelning: **1320 kvm**

Yta vådrum exkl. wc/d: **17 kvm**

Social densitet (avd): **0,36 pers/rum**

Rumslig densitet (avd): **82 kvm/vårdplats**

2015 invigdes det psykiatriska sjukhuset i Aabenraa. Sjukhuset ligger i suterräng med tre nivåer i markplan och rymmer avdelningar för heldygnsvård, för vuxna, BUP och äldre. Dessutom gemensamma aktivitetslokaler och ECT-mottagning. Sjukhuset är byggt i direkt anslutning till Aabenraas somatiska sjukhus.

Några för- och nackdelar från intervjuer i samband med besöket:

- + Dynamisk belysning möjlig för patienter att styra
- + Rymd, ljus och takhöjd
- Många glasytor skapar obehagliga reflektioner och alltför mycket insyn
- Dörrlarm tjuvar om en dörr inte stängs fort nog

Läs mer:

.....
 .. Detaljerad beskrivning finns i:
 .. Konceptprogram: Lokaler för psykiatri – bilagor
 ..

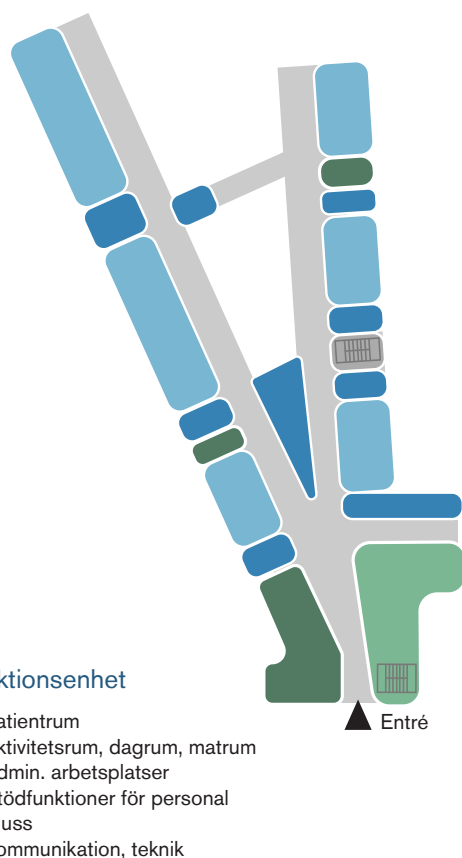
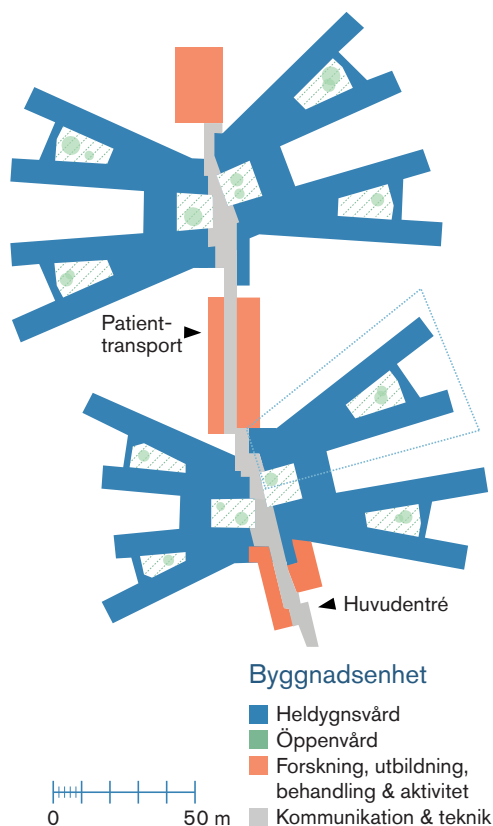




Foto: White Arkitekter

PSYKIATRISYGEHUSET I SLAGELSE

Färdigt ställt: 2015

Arkitekt: Karlsson Arkitekter/VLA

Antal våningar (avd): 1

Total yta: 44 000 kvm BTA

Antal vårdplatser: 194

Antal vådrum (avd): 11,5

Yta avdelning: 1200 kvm

Yta vådrum exkl. wc/d: 16 kvm

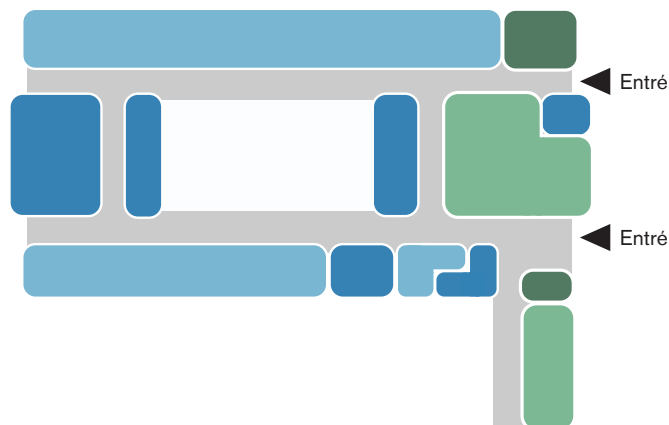
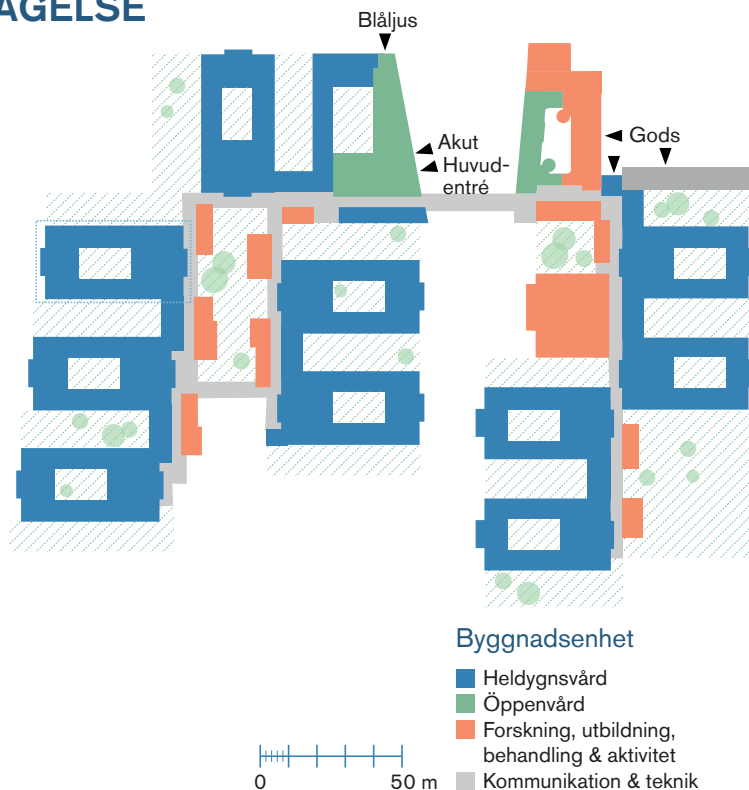
Social densitet (avd): 0,41 pers/rum

Rumslig densitet (avd): 70 kvm/vårdplats

Psykiatrisjukhuset i Slagelse öppnade 2015. Det beskrivs som ett professionellt fyrtorn som samlar psykiatrisk kompetens och resurser för hela region Sjælland. Utöver heldygnsvård för allmänpsykiatri och rättspsykiatri finns en högsäkerhetsenhet med ett nationellt uppdrag, öppenvårdsmottagningar, akutmottagning, forskning och utbildning.

Några för- och nackdelar från intervjuer i samband med besöket:

- + Lugn park utan trafik direkt framför entrén
- + Tillgängliga gårdar med tillåtande utformning (möjligt att odla etc.)
- + Mycket lite synliga säkerhetsanordningar
- Öppenhet och transparens ger för mycket solinstrålning och för mycket insyn
- Planlösning gör det svårt för personal att överblicka avdelningens gemensamma ytor



Läs mer:

.....
 Detaljerad beskrivning finns i:
 Konceptprogram: Lokaler för psykiatri – bilagor



Foto: Karlsson Arkitekter



Foto: Niels Nygaard, Arkitema

4.2 SLUTSATSER OCH DILEMMAN

De sjukhus som inkluderats i denna genomgång är byggda mellan 2006 och 2017. Det är tydligt att samtliga planerats med ambitioner att skapa en läkande miljö. Praktiska begränsningar och konflikter mellan olika ambitioner har dock lett till olika ställningstaganden i de olika projekten.

Slutsatser

Ett antal ställningstaganden och ambitioner kommer igen i ett flertal intervjuer. Dessa bygger i hög grad på de utmaningar vården står inför.

Skapa en läkande miljö

Social densitet¹ är ett mått som forskning pekar på som viktigt för att minska risken för stress och aggression till följd av upplevd trångboddhet, "Crowding". Vid en analys av de nio exemplen i detta kapitel visar det sig att samtliga avdelningar för heldygnsvård har en social densitet mellan 0,35 och 0,42 patienter per rum (detta kan jämföras med äldre psykiatriläggningar med en typisk social densitet på 0,7-1,0). De låga siffrorna är en konsekvens av att samtliga huvudsakligen har enpatientrum, öppna planlösningar med flera olika möbleringsgrupper, samt av tillgängliga möblerade utemiljöer. Låga densitetstal är mycket positivt för möjligheten att reducera patienters stress, även vid full beläggning.

Bidra till att höja psykiatrins status

Fortfarande finns fördomar om psykiatrisk vård och patienter inom psykiatri, hos både allmänhet och vårdpersonal. I flera fall har ambitionen att höja psykiatrins status understrukits. Genom samlokalisering med den somatiska vården eller genom försök till estetisk normalisering.

I Kalnes i Norge var samlokaliseringen med det somatiska sjukhuset viktig. Tidigare fanns psykiatri i gamla institutionsbyggnader på ett separat avsides område. Nu använder hela sjukhuset samma entré och personal möts, samarbetar och utbildas tillsammans.

På Östra sjukhuset var en uttalad ambition att psykiatri skulle vara en entré av många på sjukhusområdet. I Helsingør gestaltades den psykiatriska nybyggnaden på ett sätt som aktivt skulle bryta med negativa sjukhus- och institutionsassociationer.



Psykiatribyggnaden i Kalnes är den guldkladda till höger, de somatiska specialiteterna finns i den blå byggnadsdelen till vänster om huvudentrén.

Foto: Arkitema

Bidra till attraktiva arbetsplatser

Att sträva efter att höja psykiatrins status genom arkitektur handlar om avstigmatisering för att patienter inte ska uppleva sig dömda av samhället eller fördomsfullt behandlade. Men det handlar också om personalens upplevelse av sin arbetsplats. Personalbrist är ett problem inom



Akademiska sjukhusets psykiatriforskning är en integrerad del av den kliniska vården och har lokaler i direkt anslutning till avdelningar och mottagningar.

¹ Se avsnitt 3.2 Modell för att minska stress hos patienter inom psykiatri, sid 28.

vården i stort men psykiatri är särskilt drabbad. Att attrahera personal är därför ofta en uttalad ambition vid många psykiatriska vårdenheter.

Vid underbemanning sätts lokalerna på prov. En utemiljö som kräver eskort eller överinseende av personal blir otillgänglig för patienter, ett personalrum som ligger i andra änden av huset blir otillgängligt för personal och en avdelning med dålig överblick och långa avstånd sliter ner personalens skosulor.

I Göteborg finns två övernattningsrum för personal som önskar vila mellan två pass utan att åka hem. På Brinkåsen finns tränings- och relaxlokaler för personal. I både Lund och Uppsala är den kliniska forskningen integrerad i verksamheten och har lokaler i byggnaden. Detta nämns som en viktig faktor för att attrahera personal.

Stödja samverkan

För en framgångsrik vård och rehabilitering behöver flera resurser finnas tillgängliga. Utöver att göra patienten delaktig i sin egen behandling behöver plats finnas för familj och närstående, stödorganisationer och kommun. Det är därför viktigt att det finns plats för brukarföreningar och stödorganisationer. Och att samtalsrum har tillräcklig plats för medföljande närstående och fler professioner och aktörer.

Argument för samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård handlar framförallt om patient- och personaltransporter samt informationsutbyte. Patienter som vårdas inom psykiatrisk heldygnsvård har ofta även somatiska problem, ibland till följd av den psykiska sjukdomen. ECT-behandling kräver också somatisk anestesipersonal och psykiatrisk kompetens kan behövas även för somatiska patienter.

I Helsingør, Lund och Uppsala har öppenvård samlokaliseras med heldygnsvården. Argumentet är bättre informations- och kunskapsöverföring mellan personal och förbättrad kontinuitet för patienterna.

Utvärderingar av både Lund och Uppsala visar dock att samverkan inte sker av sig självt bara de fysiska avstånden är korta. Det är framförallt en organisatorisk och kulturell fråga. I Göteborg och i region Syddanmark (Vejle och Aabenraa) ligger öppenvården centralt i respektive ort, mer integrerad i samhället än i sjukhusvården. Detta beskrivs av patienter i Göteborg som viktigt,¹ dels ur en tillgänglighetssynpunkt men också ur en identitetssynpunkt – patienter i öppenvården ser inte sig själva som akut sjuka i samma mening som patienter i heldygnsvården.

Samverkan inom psykiatrisk heldygnsvård handlar om att dela vissa stödfunktioner som exempelvis förråd, diskrum och omklädningsrum, samt bistå andra avdelningar vid larmsituationer. Att personal från olika avdelningar kan rycka in och hjälpa varandra underlättas av korta avstånd och avdelningar som är identiskt organiserade. En strategi som används för att underlätta samverkan och kunskapsutbyte mellan personal är att centralisera personalfunktioner som matsal och konferensrum så att personal möter varandra i en informell miljö. I Brinkåsen beskrivs detta fungera mycket bra. I Uppsala, Lund, Göteborg och Aabenraa har man i efterhand utökat möjligheterna för avdelningspersonal att ta rast och lunch i direkt anslutning till vårdavdelningarna.



Delade administrationsrum mellan två avdelningar uppmuntrar samverkan och resursdelning. Bild från Vejle psykiatri i Danmark.

¹ Se avsnitt. 3.5 Perspektiv från patienter sid. 47.

Fungera väl i framtiden

Vårdverksamheter förändras snabbare än lokaler. Det är därför bra om lokaler inte är skraddarsyddade för en viss diagnosgrupp eller verksamhet, utan även fungerar om verksamheten omorganiserar. I Uppsala var det länge oklart vilka verksamheter som skulle använda vilka lokaler så avdelningarna och mottagningarna gjordes generella. På Östra sjukhuset har avdelningarnas målgrupper ändrats i omgångar i samband med organisatoriska förändringar. När man i Lund ställde om en avdelning för heldygnsvård till mellanvård var det i huvudsak en ommöblering – patientrummen blev samtals-, vil- och behandlingsrum. Med förflyttning av fokus till öppenvård i olika former kanske också lokalerna behöver kunna ställas om. I Uppsala är gränsen mellan heldygnsvård och öppenvård flyttbar så att patientrum kan göras till fler samtalsrum och vice versa. Avdelningarna i Uppsala och Lund har också tillräckliga rumsmått, våningshöjder och RWC/D till patientrummen som gör det möjligt att ställa om vårdavdelningar till somatisk vård i framtiden.

En god process

Olika faktorer i processen lyfts som betydelsefulla i projekten. I arbetet med Brinkåsen fick förstudie, visions- och verksamhetsbeskrivningsarbetet samt programskedet ta tid. Arkitekten var aktiv också i förstudiearbetet, vilket gav en ökad förståelse för verksamhetens behov och förutsättningar.

Även i Vejle beskrivs fördelen med att ha ett grundligt genomarbetat visionsprogram innan projekteringen tar vid. Där var också provrum i full skala där dimensioner och material kunde testas och utvärderas praktiskt viktigt. Även i Uppsala och Göteborg byggdes och utvärderades provrum i full skala, något som gjorde att flera misstag kunde undvikas.



Workshopar som ett verktyg för att skapa dialog mellan olika aktörer. Bilder från en workshop kring framtagandet av denna rapport.

Dilemman

Det finns ett antal dilemman som inte kan få ett standardiserat svar, utan som behöver diskuteras i varje projekt.

Natur eller somatik?

Ett dilemma som ofta uppstår vid önskan om samlokalisering är sjukhustomternas begränsningar. Inte alla somatiska sjukhus ligger naturnära med plats att bygga psykiatriska vårdavdelningar med markkontakt. I Uppsala prioriterade man närheten till Akademiska sjukhuset framför möjligheten att bygga vårdavdelningar med markkontakt. I Helsingør valde man att bygga i en ort som strategiskt sett hade ett sämre läge, men man fick både anslutningen till somatik och en naturnära och tillräckligt stor tomt. Man minskade dock patientrummens storlek med syfte att begränsa avdelningens markyta. I både Vejle, Slagelse och Aabenraa fanns möjligheten på respektive

sjukhusområde att bygga i ett våningsplan. Även med rätt tomtförutsättningar uppstår ett antal planlösningsspörsmål när naturmiljö på ett säkert sätt ska integreras i byggnaden. I Göteborg har man valt att göra små atrium/ljusschakt inne på avdelningen och låta gårdarna omslutas av byggnader. På samtliga danska anläggningar samt på Brinkåsen i Sverige har man haft möjlighet att bygga avdelningar som omsluter en eller flera små atriumgårdar. I Vejle har konsekvensen blivit att patientrummen är osedvanligt stora. Dessutom krävs omfattande glaspartier för att personal ska kunna överblicka både vad som sker på gården och vad som sker i patientytorna bortom gården.

Sjukhusmiljö eller läkande miljö?

Men hur påverkas byggnader för psykiatri av att likställas med somatiska sjukhus? I Lund och Uppsala är byggnaderna dimensionerade för att kunna husera somatisk vård i framtiden. Kommer det också innebära att man i framtiden



bör förbereda lokalerna för medicinsk teknik? Med en ökande risk för utbrott och spridning av resistent bakterier i sjukhusmiljöer ställs krav på att också personal inom psykiatri ska kunna tvätta händerna när de går in i ett patientrum. Inget av de besökta anläggningarna har tvättställ för personal inne i patientrummen. Dock förs diskussionen bl.a. i Lund angående tvättställ omedelbart utanför patientrummen. Psykiatriska patientrum som mer och mer liknar somatiska innebär dels fler säkerhetsrisker, men också att den lugna fristad som patientrummet ska utgöra kan upplevas mer tekniskt och institutionellt.

En konsekvens som blir tydlig i framförallt i Uppsala och Kalnes är inverkan av strikt tolkade hygienkrav för sjukhusvård. Avsaknaden av gardiner, krukväxter, textila möbler och andra inredningsdetaljer påverkar såväl fysiska upplevelser som akustik. Samt upplevelsen av miljön som "hemlik".

På Östra sjukhuset beskrivs materialvalen av personal som "hemlika" och varma, men svårunderhållna. För att hålla en miljö fräsch och hel behövs utformningsdetaljer som minskar slitage och skador och underlättar städning. Å andra sidan är det just plastmattor med uppvik och avtorkningsbara väggar med stötskydd som signalerar en institutionell "sjukhusmiljö".

För att skapa en miljö som signalerar omsorg måste städning och underhåll planeras och utföras väl samt material och produkter väljas som svarar mot både hygienkrav och patientens upplevelse av miljön.

Säkerhet och integritet

Säkerhet är en viktig fråga inom psykiatri och en fråga som får inverkan på inredning och lokalers utformning.

Bara i Helsingør är avdelningarna helt öppna och patienterna vårdas frivilligt. På övriga sjukhus blandas patienter som vårdas under tvång (i Sverige enligt LPT) med patienter som vårdas frivilligt (i Sverige enligt HSL).

Rörelsebegränsning i form av låsta dörrar mot utemiljön, till aktivitetsrum och ut från avdelningen kan vara nödvändigt i förhållande till patienter som är avvigningsbenägna eller utagerande men vara negativt och integritetskränkande för andra patienter. Andra säkerhetsåtgärder inkluderar robusta material och installationer som motstår vandalism och inredning som inte kan användas för självskada. Sådana lösningar och installationer kan signalera ett misstroende och en förväntan om incidenter som upplevs mycket negativt av vissa patienter och i vissa fall vara en bidragande orsak till utagerande beteende.

Vid incidenter är det vanligt med larm i form av en ljudsignal på avdelningen, men som visas tyst på personalens displayer på övriga avdelningar. Det audiella larmet kan upplevas skrämmande och stressande för såväl andra patienter som för personal. Vid incidenter kan personal på Östra sjukhuset i Göteborg och i Slagelse välja att



larma tyst, så att larmet når övrig personal men inte stressar övriga patienter.

Olika typer av samtalsrum och administrativa arbetsplatser

I planeringen av öppenvårdsmottagningar finns en viktig skillnad. I Uppsala har man valt att göra öppna behovsstyrda administrativa arbetsplatser. Neutrala samtalsrum med stöd för dokumentation ligger i fil och skiljer patienternas väntyta från personalens administrativa arbetsplatser. I Slagelse är också huvuddelen av de administrativa arbetsplatserna öppna och samtalsrummen är neutrala. Men där finns inga barriärer mellan de administrativa ytorna och patienterna.

I Lund används en mer traditionell modell med behandlarpersonliga kombinerade samtals- och administrationsrum. Den traditionella modellen upplevs ofta som tryggare av personal medan patienter enligt vissa källor föredrar att inte få behandling inne på en behandlares personliga kontor.¹ Neutrala samtalsrum är också mer flexibelt i förhållande till rörliga medarbetare som arbetar på flera geografiska platser och förändrad personalstyrka.

Verksamhetsutveckling genom lokalutveckling

Inför en lokalomvandling finns ett behov av att utvärdera och omvärdera rådande arbetssätt ur flera perspektiv för att kunna planera nya lokaler som fungerar på lång sikt. Lokalplaneringen leder i sig ofta till verksamhetsfrågor som kanske inte skulle uppenbarats i andra sammanhang. Det är dock en utmaning att ge processen den tid som behövs. Därför är det viktigt att arbeta med verksamhetsutveckling kopplat till den fysiska miljön, i god tid. Dvs. att låta verksamhetsutvecklingen ske före eller parallellt med lokalutvecklingen. I Kalnes påbörjades verksamhetsutveckling med nya lokaler i åtanke innan det nya sjukhuset började planeras och organisation och arbetssätt var redan etablerade när de nya lokalerna togs i bruk.



¹ Enligt en sammanställning av brukares önskemål och erfarenheter gjord 2014-12-01 av brukarorganisationen Mental Helse i Norge.

4.3 USA OCH KANADA - EN UTBLICK

För att sätta dessa skandinaviska trender i ett större sammanhang och underlätta tolkningen av den forskning och annan litteratur som ofta har ett amerikanskt perspektiv görs här en övergripande utblick till USA och Kanada och trender inom psykiatrisk vård där.

Översikt

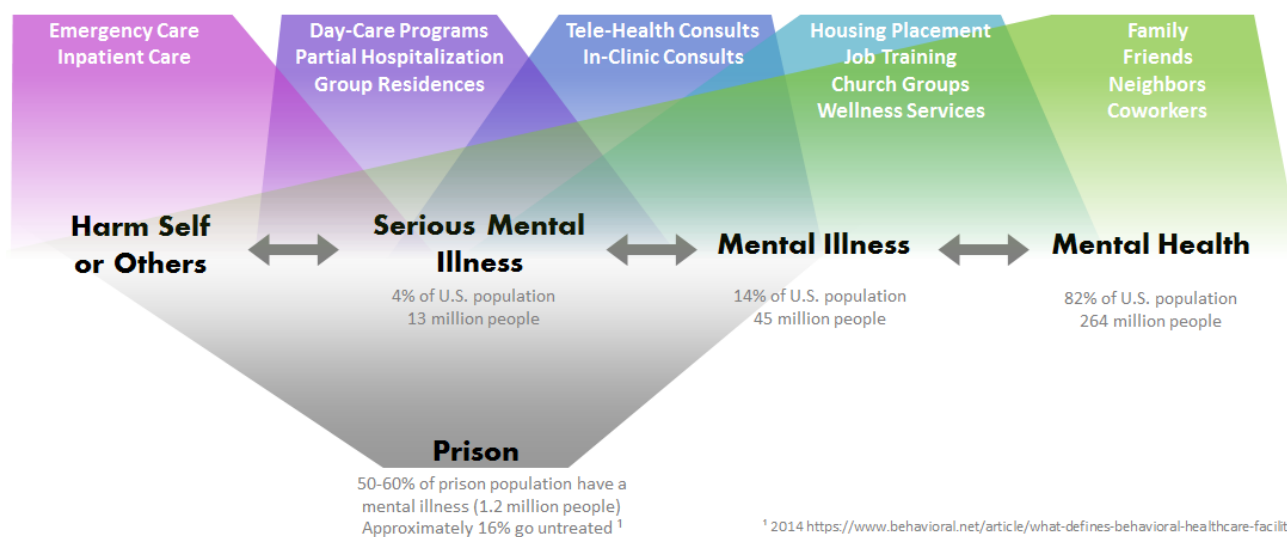
Det amerikanska hälso- och sjukvårdssystemet består av ett delvis samordnat nätverk av privata och offentliga vårdgivare. Kostnaden täcks av allmänna och privata sjukförsäkringar, eller betalas av patienten själv. Vissa försäkringar inkluderar inte all slags psykiatrisk vård vilket försämrar tillgängligheten för många patienter. Psykiatrisk vård ges på sjukhus (som heldygnsvård), på öppenvårdskliniker och i fängelser av såväl privata som offentliga huvudmän. Dessutom ökar också användandet av digitala vårdtjänster. I allmänpsykiatrisk heldygnsvård är medelvårdtiden 4-14 dygn och inom missbruksvården 3-6 dygn.¹ En del patienter vårdas dock i heldygnsvård i månader, ibland år.

Fokus på psykisk hälsa har ökat de senaste åren, såväl i media som hos vårdgivare och lagstiftare. Det finns en uttalad målsättning att minska det stigma som förknippas med psykisk sjukdom, öka vårdens tillgänglighet och öka möjligheten till rehabilitering i det egna lokalsamhället.

Amerikanska myndigheter har också en målsättning att se över kriminalvårdens roll i vården av psykiskt sjuka. Idag finns många människor med psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar på kriminalvårdsanstalter på grund av bristande förståelse för den psykiatriska sjukvården och brist på vårdplatser.

I Kanada måste ett vårdtillfälle klassas som "medicinskt nödvändigt" för att täckas av den nationella allmänna sjukförsäkringen, psykiatrisk vård faller ofta utanför den definitionen om den inte ges på ett sjukhus.² Lokala bestämmelser ger tillgång till ett mer heltäckande vårdutbud i vissa provinser.

USA och Kanada har olika vårdssystem men liknande vård- och behandlingsformer



Olika typer av vårdinstanser i USA. Många personer med psykisk sjukdom sitter dock i fängelse.

¹ AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality, 2011

² Canadian Civil Liberties Association, 2017

samt vårdkedjor. Designstrategier och vårdbyggnadsutformning är också liknande eftersom många arkitektkontor är verksamma i båda länderna.

Organisatoriska trender

- Många organisationer har börjat erbjuda psykiatrisk kompetens lokalt som en del av primärvårdens utbud, exempelvis Intermountain Healthcare.¹
- Allmänspecialister inom primärvården har i högre grad uppmärksamhet på psykiatriska problem och kan koppla in rätt resurser. Exempelvis kan en specialist konsulteras genom en e-hälsotjänst.
- 2017 öppnade barnsjukhuset i Philadelphia (CHOP) en vårdavdelning med 10 platser för barn med behov av både somatisk och psykiatrisk vård. Förhoppningen är att dessa patienter ska få en bättre vård samlade i en anpassad miljö än utspridda på olika somatiska vårdavdelningar.²
- Många organisationer utvecklar mer intensiva öppenvårdsinsatser, eller dagvårdsprogram, till exempel JPS Health Network i Texas. Där kan patienter delta tre timmar per dag, tre dagar i veckan.³
- Många somatiska akutmottagningar inrättar särskilda delar för patienter inom psykiatri som söker akut vård. Flera sjukhus har också specialiserade psykiatriska akutmottagningar. Ett exempel är krisenheten på sjukhuset Holy Cross i Chicago. Där stannar patienter i snitt 14-16 timmar och 62% av patienterna skrivs ut och skickas hem efter vistelsen på akuten.⁴
- Användningen av digitala vårdtjänster i olika former ökar snabbt:
 - Telefonappar, som stödjer personligt välbefinnande och innehåller chattfunktioner med vårdgivare.
 - Webbtjänster, exempelvis American Well och

Teledoc, som möjliggör videokonferenser med behandlare hemifrån.

– VR (virtual reality) används som terapeutiskt verktyg i behandling av patienter med post traumatiskt stressyndrom (PTSD).⁵

Utformningstrender

Traditionellt har utformning av lokaler för psykiatrisk vård huvudsakligen fokuserat på säkerhet för patienter och personal. Säkerhetsrisker har identifierats genom att klassificera patienter efter deras självskadebenägenhet och utvärdera vilka möjligheter till självskada lokalerna ger (grad av avskildhet).⁶ Men de senaste 10-15 åren har fokus vidgats och den fysiska miljön ses i högre grad som ett verktyg för att stödja patienters återhämtning. Vanliga utformningslösningar är exempelvis visuell kontakt med och tillträde till naturmiljöer, estetik som är icke-institutionell och "hemlik", positiva distraktioner, god akustik, samt utformning som stödjer social interaktion och patienters upplevelse av kontroll.

I många projekt har nya sätt att stödja patienters återhämtning och rehabilitering undersökts. Exempelvis genom att inkludera fler generella aktivitetsrum för gruppterapi, undervisning, sociala aktiviteter, trädgårdsarbete, fysisk aktivitet och spel. Dessa utrymmen är generella nog för att kunna fungera på olika sätt för olika patientgrupper och kunna hantera förändrade



Bilder från Vermonts psykiatriska sjukhus byggt 2014. Ritat av architecture+ och Black River Design.

¹ Reiss-Brennan, 2006

² DiNardo, 2017

³ Goodman, 2016

⁴ Chicago Tribune, inget datum

⁵ Parkin, 2017

⁶ Hunt & Sine, 2017

behov i takt med patienternas återhämtning. På vissa avdelningar får varje patient en elektronisk identitetstagg som ger dem tillträde till fler utrymmen allteftersom deras tillstånd förbättras. På vissa avdelningar är patientrummen medvetet små och enkelt utformade för att uppmuntra patienter att söka sig till aktivitetsutrymmen som bidrar till deras återhämtning. Det traditionella säkra avskiljningsrummet har tagits bort på flera sjukhus eftersom vissa kliniker menar att det förvärrar patienters mående.¹

Några diskussioner som pågår är de om en- eller flerpatientrum, öppna eller stängda teamstationer, decentraliserade teamstationer samt patientrum som kan anpassas för olika "akuthet" så att patienten kan stanna i samma rum under hela vårdtiden.

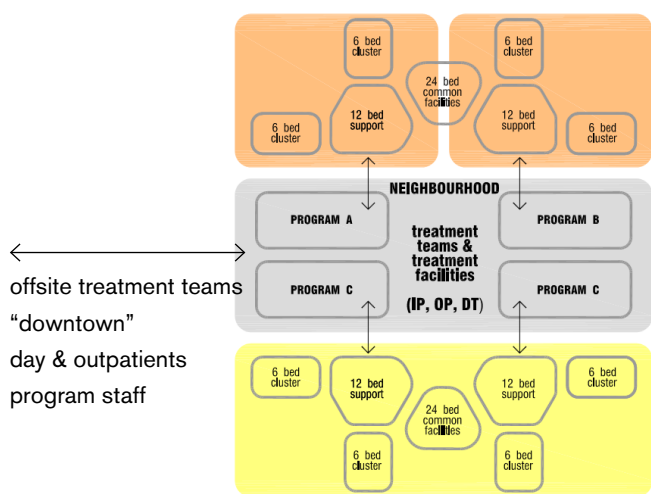


En öppen arbetsstation från Vermonts psykiatriska sjukhus byggt 2014. Ritat av architecture+ och Black River Design.

Väsentliga skillnader

En skillnad som präglar såväl den byggda miljön i en nordamerikansk kontext som diskussionen i källorna därifrån är olika modeller för observation. I Skandinavien används en direkt observationsmodell som innebär att personal i hög grad rör sig på avdelningen, observerar och interagerar med patienter direkt. I Nordamerika är det fortfarande vanligt med en indirekt observationsmodell där observation och interaktion i högre grad sker från positioner bakom glas eller från halvöppna arbetsstationer.

Argumentet för flerpatientrum, i den nordamerikanska diskussionen om en- eller flerpatientrum, är att patienter i flerpatientrum bättre kan stötta och hålla koll på varandras mående. I Skandinavien är detta etiskt otänkbart och ansvaret för att observera och bedöma patienters mående ligger uteslutande på personalen. Detta tillsammans med andra svårigheter som flerpatientrum medför (personkemi mellan patienter etc.) stärker ytterligare rekommendationen av enpatientrum i en skandinavisk kontext.



Psykiatriska vårdavdelningar är ofta organiserade som ett antal mindre patientrumsgrupper runt en central kärna. Diagram av Chefurka Consulting & Architecture

¹ Mental Health America, 2015

4.4 REFERENSER KAP. 4

Referenser:

- AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality (2011) State Variation in Inpatient Hospitalizations for Mental Health and Substance Abuse Conditions, 2002-2008
- Canadian Civil Liberties Association (2017) The current state of mental health in Canada. Hämtad från: <https://ccla.org/current-state-mental-health-canada/> [2018-09-04]
- Chicago Tribune (inget datum) Chicago's Holy Cross Hospital. Hämtad från: <http://www.chicagotribune.com/lifestyles/health/ct-holy-cross-mental-health-met-20160530-story.html> [Ej tillgänglig i Europa]
- DiNardo, A. (2017) Safe Haven: Children's Hospital of Philadelphia, Healthcare Design Magazine. Hämtad från: <https://www.healthcaredesignmagazine.com/projects/safe-haven/#slide-8> [2018-09-04]
- Goodman, M. (2016) JPS, MHMR Tarrant County Adds Behavioral Health To Stop Six Clinic. D CEO Healthcare. Hämtad från: <http://healthcare.dmagazine.com/2016/02/22/jps-mmhr-tarrant-county-adds-behavioral-health-to-stop-six-clinic/> [2018-09-04]
- Hunt, J. M. & Sine, D. M. (2017). Design Guide for the Built Environment of Behavioral Health Facilities, Edition 7.2. Facility Guidelines Institute.
- Mental Health America (2015) Position Statement 24: Seclusion and Restraints. Hämtad från: <http://www.mentalhealthamerica.net/positions/seclusion-restraints> [2018-09-04]
- Parkin, S. (2017) How Virtual Reality Is Helping Heal Soldiers With PTSD, NBC News. Hämtad från: <https://www.nbcnews.com/mach/innovation/how-virtual-reality-helping-heal-soldiers-ptsd-n733816> [2018-09-04]
- Reiss-Brennan, B. (2006) Can mental health integration in a primary care setting improve quality and lower costs? A case study. Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy

Intervjuer:

- Östra sjukhuset, Göteborg, Sverige**
Rosén, R., Vårdenhetschef Avd 362, Sahlgrenska universitetssjukhuset Psykiatri Affektiva, Östra sjukhuset, Intervju 2017-11-13
- Brinkåsen, Vänersborg, Sverige**
Pettersson, L., Projektledare verksamhet, Brinkåsens rättspsykiatri, Intervju 2017-11-02
Sjögren, S. M., Arkitekt (Brinkåsen), Sjögren arkitekter, Intervju 2017-11-02
- Vuxenpsykiatri, Lund, Sverige**
Block Philipsen, P., Arkitekt (Vuxenpsykiatri Lund), White arkitekter, Intervju 2017-11-17
Dahl, P., Områdeschef VO vuxenpsykiatri Lund, Intervju 2017-11-17
Karlsson, P., Verksamhetsutvecklare Arbetsmiljö, Lokaler, Säkerhet, Verksamhetsområde Vuxenpsykiatri Kristianstad, Intervju 2017-11-17
Persson, M., Säkerhet-Brand-Fastighetsfrågor VO Vuxenpsykiatri Lund, Eslöv, Arlöv, Int. 2017-11-17
- Psykiatrins hus, Uppsala, Sverige**
Hammarling, C., Arkitekt (Psykiatrins hus, Uppsala), Tengbom arkitekter, Intervju 2017-11-17
Jordeby Jönsson, A., Bitr. verksamhetschef Psykiatri, Verksamhetsområde psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala, Intervju 2017-11-20
Törnkvist, Å., Bitr. verksamhetschef Tema/Utveckling, Verksamhetsområde psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala, Intervju 2017-11-20
- Sykehuset Østfold, Kalnes, Norge**
Dahl Andersen, I., Konstituerad administrerande direktör, Sykehuset Østfold, Intervju 2017-12-14
Jenssen, E., Seksjonsleder v/seksjon for psykosebehandling (Avdelningschef Psykos), Sykehuset, Østfold, Intervju 2017-12-14
- Psykiatrisk center Nordsjælland, Helsingør, Danmark**
Schaumburg, E., Klinikchef, Psykiatrisk center Nordsjælland, Intervju 2017-11-22
- Aabenraa psykiatri, Danmark**
Thomsen, L., Funktionsleder, Psykiatrisk Afdeling Aabenraa, Sengenafsnitt 55, Intervju 2017-11-24
- Psykiatrisygehuset i Slagelse, Danmark**
Johansen, T., Kvalitetschef, Psykiatrisygehuset i Slagelse, Intervju 2018-03-09
- Vejle psykiatri, Danmark**
Frost, G., Chefkonsulent, Projektorganisation for byggeri, Region Syddanmark, Intervju 2017-11-23



Visionsord för framtidens psykiatrilokaler
 Ett resultat från en workshop med deltagare från såväl
 fastighets- och vårdverksamhet som arkitekter och
 patientrepresentanter.

KAPITEL 5

FÖRSLAG TILL UTFORMNING

Detta kapitel presenterar principiella rums- och funktionsenheter för olika former av öppenvård samt heldygnsvård. Materialet är avsett att användas som underlag för diskussioner i samband med planering av nya lokaler för psykiatrisk vård.

Vilken väg som är bäst att gå måste grunda sig på definierade behov, prioriteringar och resultat från samverkansprocessen i varje enskilt projekt.

INLEDNING

Illustrationer för verksamhets-, funktions- och rumsenheter som presenteras i detta kapitel har utvecklats inom detta konceptprogram. Några avsnitt refererar till tidigare arbeten. På funktionsenhetsskalan har sambandsdiagrammen arbetats fram av tvärdisciplinära grupper under två workshoppar (se kap 1 sid. 9). Dessa har därefter tolkats och visualiserats av arbetsgruppen. På rumsenhets- respektive verksamhetsenhetsnivån har projektgruppen arbetat direkt utifrån insamlad kunskap, forskning och egna erfarenheter.

Dessa illustrationer är tänkta som underlag för diskussioner inom olika typer av samverkansgrupper i lokalförsörjningsprocessen.

Innehåll kapitel 5:	sid.
5.1 Lokalisering	92
5.2 Öppenvård	94
Mottagning	98
Mellanvård - Ett framtida scenario	108
5.3 Heldygnsvård	112
5.4 Andra typer av lokaler	130
5.5 Referenser och andra lästips	131

Illustrationerna i rapporten är principiella och visar funktioner och samband. Vilken väg som är bäst att gå i varje enskilt projekt måste grunda sig på definierade behov, prioriteringar och resultat från samverkansprocessen.

Olika skalor

I detta kapitel redovisas visualiserade exempel på samband, funktioner och principer – koncept - för lokaler för framtidens psykiatri. Dessa redovisas; 1. på en rumsskala i form av disponering av funktioner och inventarier i rum; 2. på en funktionsenhetsskala i form av flöden och samband mellan rum och funktioner inom en mottagning eller avdelning samt på; 3. en verksamhetsskala i form av flöden och samband mellan flera funktionsenheter.

1. Rumsenhet – en avgränsad yta med en särskild funktion.

2. Funktionsenhet – minsta självständigt fungerande enhet med optimal gruppering av nära stödfunktioner (t.ex. läkemedelsrum, förråd)

3. Verksamhetsenhet – optimal gruppering av en verksamhets funktionsenheter och gemensamma stödfunktioner (t.ex. kök, personalrum, konferensrum, entré).

4. Byggnadsenhet – Den fysiska byggnaden som kan innehålla lokaler för hela eller delar av en eller flera verksamheter. Denna lösning kommer att se olika ut i varje fall beroende bl.a. på lokalförsörjning i övrigt. Här spelar också tomtens förutsättningar stor roll och det är det viktigt att fastslå vad som bör prioriteras

i en valsituation mellan optimal lokalisering och optimal tomt avseende disponering av funktions- och verksamhetsenheter.

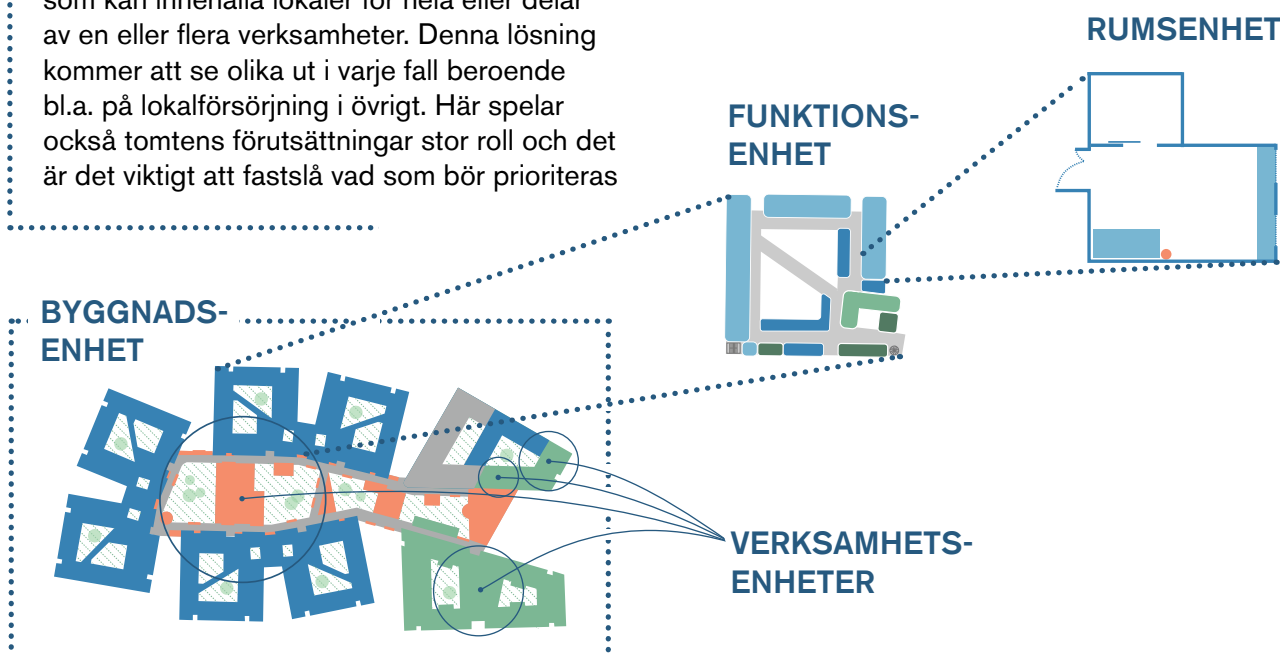
Illustrationer

Illustrationerna i detta kapitel är principiella och visar olika funktioner samt viktiga samband och principer.

Sambandsskisser avser visa flöden och funktioners relationer till varandra. Sambanden kan sedan utformas på många olika sätt. För att underlätta läsningen av dem visas också illustrerade exempel genom perspektivplaner.

För att visa rum och inre förhållanden som siktlinjer och andra kvaliteter används viperspektiv och planskisser.

Illustrationerna är ej måttriktiga. I varje enskilt fall måste hänsyn tas till gällande hygien-, brand- och tillgänglighetskrav och lösningar anpassas efter lokala förutsättningar och de måttkrav som finns i PTS typrum och andra riktlinjer.



5.1 LOKALISERING

Vid lokalisering av psykiatriska enheter behöver ett stort antal hänsyn tas. Vissa av dessa kan stå i konflikt med varandra. I varje sammanhang måste en samlad bedömning göras.

Vid ett workshoptillfälle diskuterades lokalisering av psykiatrisk vård. Resultatet var en beskrivning av ett antal platser med samlade funktioner för patienter med psykisk sjukdom. Exempel är:

1. Sjukhus: heldygnsvård + mottagning + mellanvård + forskning + somatiskt sjukhus

2. Centrum för psykisk hälsa: mottagning + mellanvård + kommunal aktivitet/sysselsättning + brukarorganisationer

3. Vårdcentral + mottagning + kommun

Samutnyttjande

I lokaler som nyttjas av flera olika verksamheter finns dock olika frågor som behöver hanteras. Exempelvis krävs tydliga överenskommelser och kontrakt för att reda ut ansvarsfrågor. Det gäller att tänka igenom vad de olika verksamheterna har för behov, vad som skulle kunna innebära en risk eller störning och komma överens om villkoren. För att på ett framgångsrikt sätt samnyttja och samförvalta behöver alla berörda aktörer involveras i skapandet av regler kring nyttjandet. Det måste också finnas tydliga sanktioner mot regelöverträdelser.

För att flera olika verksamheter ska kunna samutnyttja behandlingslokaler, mötesrum och administrativa arbetsplatser behövs individuella och tillräckliga förråd som gör att alla aktörer har en bas och kan packa ihop sina aktiviteter på ett tillfredställande sätt. Det underlättar med en infrastruktur och lokalservice som inte är särskilt knuten till en av aktörerna utan alla bör exempelvis kunna nå support, felanmäla och boka mötesrum.

1. SJUKHUS

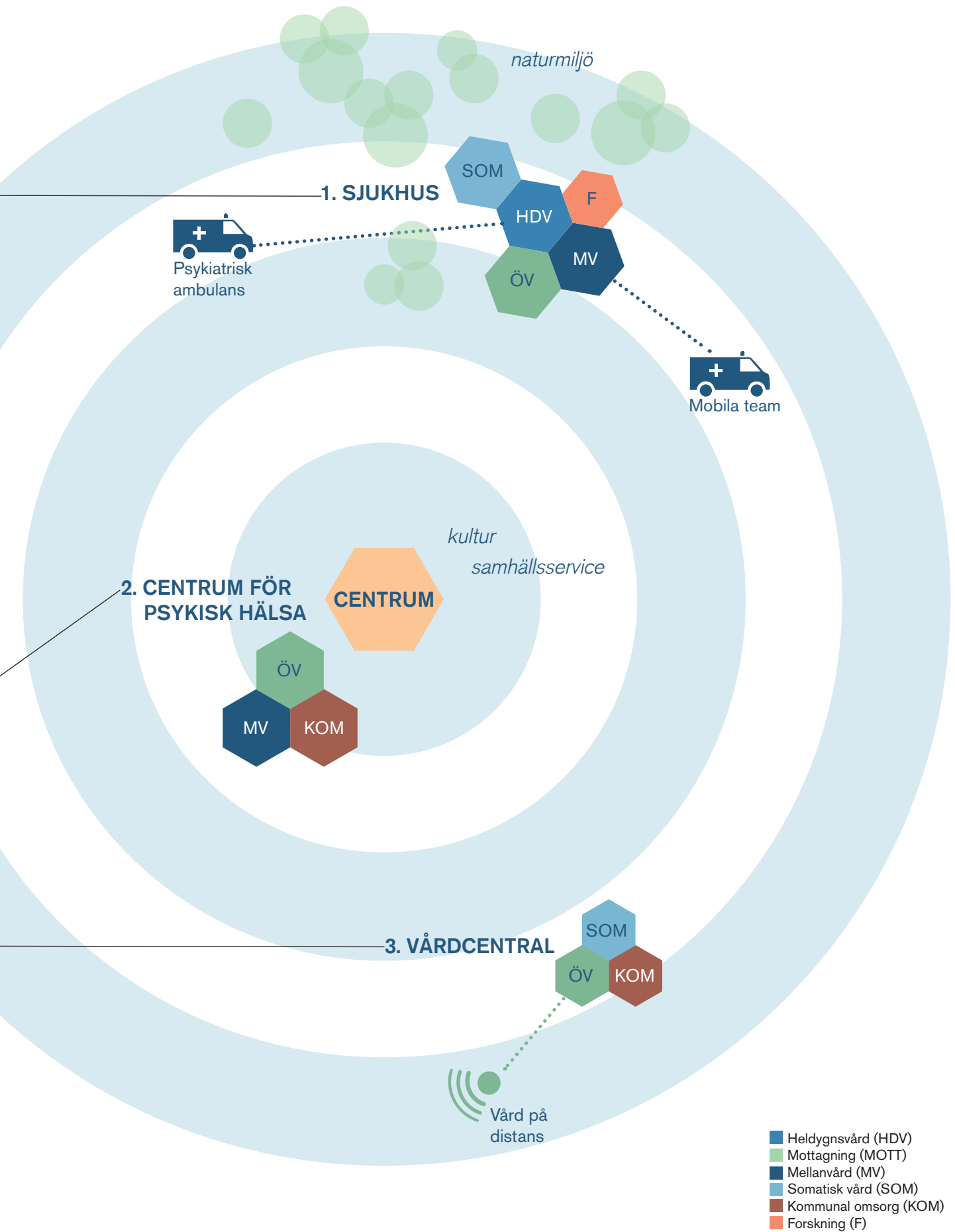
- Närhet till naturmiljöer ger lugnande utblickar och möjlighet att använda utemiljön som rum för behandling, fysisk aktivitet, samtal, trädgårdsterapi mm.
- Närhet mellan somatiskt sjukhus och psykiatriskt sjukhus kan underlätta för anestesipersonal att ta sig till ECT-mottagning, för transport av patienter som behöver somatisk vård och för personal från psykiatri som behövs som stöd eller konsultation på somatisk vårdavdelning. Att psykiatri är en del av sjukhuset som andra specialiteter kan bidra till att minska stigmatiseringen som fortfarande finns kring psykiatri.
- Närhet mellan psykiatrisk akutmottagning och somatisk akutmottagning kan underlätta för personalteamen att stötta varandra när patienter har flera akuta problem som är både psykiatriska och kroppsliga.
- Närhet mellan öppen och sluten psykiatrisk vård kan underlätta för personalsamverkan och kontinuerlig kontakt med öppenvårdsbehandlare under en inläggning.

2. CENTRUM FÖR PSYKISK HÄLSA

- Närhet till samhällsservice, kollektivtrafik och offentliga platser i centrumbebyggelse kan bidra till att göra öppenvårdsmottagningar mer tillgängliga och vardagliga. Mindre förknippade med akut sjukdom.

3. VÅRD-CENTRAL

- Närhet mellan öppenvård, primärvård, kommunal vård och omsorg och andra offentliga stödfunktioner kan underlätta för patienter som därigenom behöver besöka färre olika platser. Det kan också bidra till en bättre kontinuitet genom mer kontakt mellan de olika instanserna.
- Tillgänglighet till öppenvården kan förbättras genom att den kan nås via primärvården. Exempelvis genom att specialister finns på plats vissa dagar, eller att rum och utrustning för vård på distans finns på vissa lokala vårdcentraler. Tillgängligheten kan också förbättras genom ökade möjligheter till vård i hemmet genom mobila team och teknik för vård på distans.



5.2 ÖPPENVÅRD

Öppenvård definieras av Socialstyrelsen som "vård som ges till en patient vars tillstånd medger att vården avslutas inom ett begränsat antal timmar". Ofta handlar det om en tidsbestämd konsultation eller behandling. Med en generell fokusflyttning från sluten- till öppenvård har behovet av mer omfattande öppenvård ökat. Detta har lett till att olika mellanvårdsformer (dagsjukvård, som ett mellanting mellan enstaka konsultationer och heldygnsvård) har vuxit fram.

Öppenvårdsmottagningar

Öppenvårdsmottagningar riktar sig till patienter som har behov av specialistpsykiatri utifrån symtom och funktionsnivå. Verksamheten syftar till att hjälpa patienter till symtomlindring och till en bättre funktionsnivå genom att göra utredningar, bedömningar av exempelvis suicidrisk och aktivitetsförmåga samt behandlingar. En viktig del är nätverksarbete med anhöriga och andra närstående personer runt patienten samt kommunen.

Patienter besöker öppenvårdsmottagningen allt från flera gånger i veckan till mer sällan. Oftast varar ett besök mindre än en timme. Behandlingar kan ges både individuellt och i grupp. Lokalerna består huvudsakligen av samtalsrum av olika storlek, undersökningsrum och rum för administration. Lokaler är ofta generella och inte anpassade till specifika patientgrupper.

Särskilda behov för BUP

På öppenvårdsmottagningar för BUP bedrivs verksamhet för barn och ungdomar och deras föräldrar och familjer, vilket innebär vissa specifika lokalbehov.

Lokalerna behöver utformas för att fungera för både småbarn, skolbarn och ungdomar enskilt eller tillsammans med föräldrar. Ett exempel är väntrummens utformning som bör ske med hänsyn till dessa grupper.

När barn kommer till öppenvården för behandling möter man föräldrar och barn tillsammans. Ibland

kan man dock behöva dela upp sig under en del av samtalet, vilket kräver tillgång till två rum, nära varandra. Eller närhet till väntrum om förälder eller barn väntar in den andre. Det är viktigt med tillgång till kreativt material i resp. rum för att befrämja olika uttrycksformer och lek hos barn och ungdomar.

Vid olika specifika behandlingsmetoder, däribland samspeletsmetoder med barn och föräldrar tillsammans, behövs rum med utrymme, speciellt material och möjlighet till filmning, gruppbehandling kräver större rum; samt utredningsbesök som ofta sker i s.k. testrum som behöver ge begränsade intryck och vara tysta.

Mellanvårdsenheter

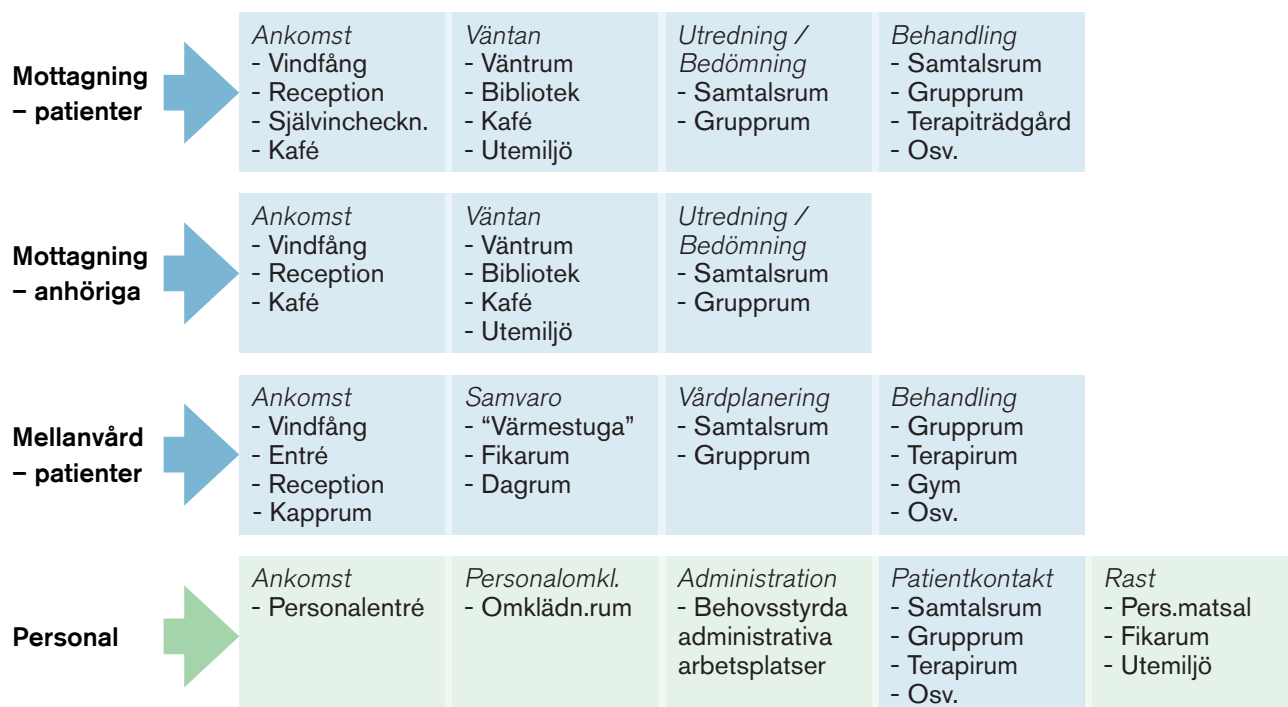
Mellanvårdsenheter finns på många håll i landet. Som beskrivs i kap. 2 sid. 108 finns dock ingen gemensam definition av vilken typ av vård som ges som mellanvård och följaktligen är det mycket svårt att säga något om generella lokalbehov.

Mellanvård beskrivs ofta rikta sig till patienter som under en period behöver mer öppenvårdsresurser än vad mottagningen kan ge, men som inte behöver heldygnsvård. Utöver de aktiviteter som också utförs på mottagningar kan ett större fokus finnas på psykiatrisk omvårdnad, ökad funktionsnivå, hälsa och livssituation. Även här är nätverksarbete och samverkan viktigt, inte minst med brukarorganisationer och öppenvården. Patienter kan besöka mellanvårdsenheter flera gånger i veckan, typiskt flera timmar per besök. Mobila team kan finnas kopplade till mellanvårdsenheter.

Behandlingar kan ges individuellt men sker ofta i grupp. Utöver de typer av rum som finns på mottagningar kan mellanvårdsenheter också använda fler, större grupprum och aktivitetsrum, kök, dagrum, vilrum och ibland terapiträdgård.

Flöden

- Patienttytor
- Personaltytor



Diagrammet ger exempel på vilka platser olika personer kan komma i kontakt med på en mottagning eller mellanvårdsenhet.

Funktionsenhet – Mottagning

Utformningen av en funktionsenhet för psykiatrisk öppenvård kommer att se olika ut beroende på lokala förutsättningar, tomt, arbetssätt etc. Vissa samband och funktioner är dock särskilt viktiga att beakta, dessa illustreras och beskrivs i detta avsnitt.

Läs mer om generella frågeställningar vid utformning av lokaler för öppenvårdsmottagningar i PTS Konceptprogram *Lokaler för öppenvård – kunskapsunderlag vid planering av vårdcentraler och mottagningar*.

Behandlingsmiljö

Behandlingsmiljön på mottagningen består framförallt av samtals- och undersökningsrum där patienten alltid vistas tillsammans med en behandlare. Samtalsrummen bör vara en lugnande omgivning för ett personligt samtal. Men också vara utformade för att fungera vid vård på distans med tekniska hjälpmedel. I en norsk brukarundersökning önskade patienter neutrala samtalsrum där man inte kommer "hem" till en behandlare utan vistas på lika villkor¹. Med bakgrund av detta bör samtalsrum, oavsett om de också fungerar som expeditioner (som i alt. B) eller ej, vara neutrala. Det förekommer att patienter har anhöriga, tolk eller andra stödpersoner med sig. Samtalsrummen måste vara dimensionerade för att rymma större och mindre grupper.

Inte bara samtalsrummet påverkar patientens behandling. Det behövs en repertoar av olika rum där patienten möter öppenvården - hemmet, det offentliga rummet, utemiljön, entrén, väntrummet och samtalsrummet.

Arbetsmiljö

En god arbetsmiljö är en viktig fråga. Sättet att organisera de administrativa arbetsplatserna måste utgå från varje organisations behov. Begreppet behovsstyrda administrativa arbetsplatser används genomgående i de följande exemplen och syftar på en utformning av arbetsplatser med utgångspunkt i de behov som finns i varje enskild organisation (de aktiviteter som utförs och deras natur). Det innebär en palett av olika utrymmen som kan innefatta såväl touch-downplatser som kontorsrum för en

person. Se PTS Konceptprogram *Administrativa arbetsplatser inom vården och dess förvaltningar* för vidare information.

Dokumentation tillsammans med patienten beskrivs som allt viktigare och behöver då stöd i de rum där samtal sker. Sekretess är en viktig aspekt och kräver ljudisolerad plats för känsliga samtal. Samtidigt underlättas informella kontakter och samverkan av gemensamma öppna ytor. Det kan därför också vara fördelaktigt att dela personalytor som fikarum och konferensrum med andra team och organisationer. (Se även PTS Konceptprogram *Administrativa arbetsplatser inom vården och dess förvaltningar*).

Säkerhet

Den fysiska miljön kan underlätta personalens säkerhetsarbete och både förebygga och förhindra incidenter. Exempelvis har forskning visat att det är viktigt med tillräckligt utrymme för att reglera avstånd och relation till andra, positiva och lugnande distraktioner som utblickar samt god överblick som gör det möjligt för personal att förhindra eventuella incidenter (Se även kapitel 3). En bemannad reception i entrén möjliggör för patienter att få en direkt personlig kontakt. Receptionspersonalen kan då också kontrollera vilka som släpps vidare in till ett inre väntutrymme. Samtalsrum bör utformas med reträttväg för personal. Reträttvägar bör ha en neutral utformning och inte signalera misstro gentemot patienter.

Patientrepresentanter har noterat ett allt högre fokus på fysiska säkerhetslösningar på psykiatriska mottagningar, se sid. 47. De uttrycker en oro för att dessa ofta i alltför hög grad signalerar misstro gentemot patienter och riskerar att bli kontraproduktiva genom att snarare trigga än förhindra aggressivt beteende.

¹ Enligt en sammanställning av brukares önskemål och erfarenheter gjord 2014-12-01 av brukarorganisationen Mental Helse i Norge.

1. Publik entré

Med personlig kontakt i en reception och plats för samtal, samverkan och samvaro genom exempelvis kafé, bibliotek och sittplatser. Entrén kan ha en slussfunktion och göra det möjligt för personal att hindra att oönskade personer släpps in till en inre väntyta.

2. Behovsstyrda administrativa arbetsplatser

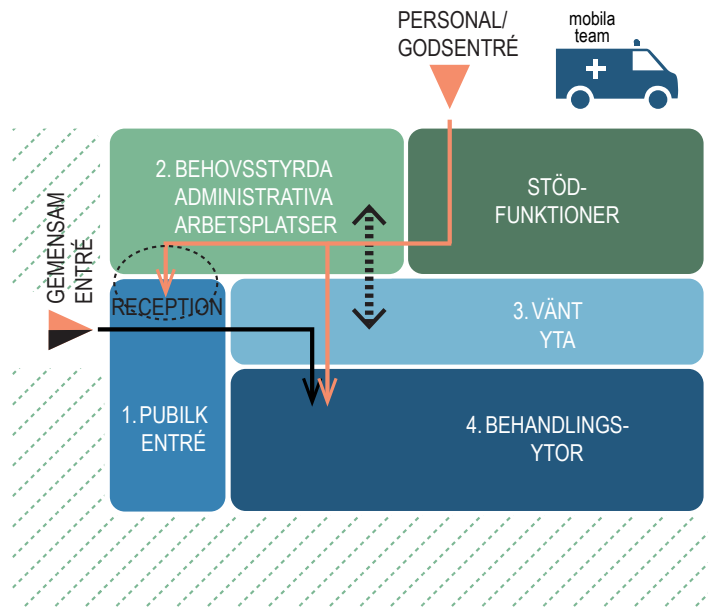
För att ge rätt stöd till alla de olika administrativa uppgifter som utförs på en mottagning och till de olika personalgrupper som arbetar där behöver de administrativa arbetsplatserna planeras omsorgsfullt. En viss del icke personbundna arbetsplatser ökar exempelvis flexibiliteten att ta in ytterligare personal. Eller att ha flexibla platser för personal i mobila team. För en fördjupning av diskussionerna vid planering för de administrativa arbetsplatserna hänvisas till PTS Konzeptprogram *Administrativa arbetsplatser inom vården och dess förvaltningar*.

3. Väntyta - flöde mellan personalytor och behandlingsytor via väntyta

Med väntytan placerad mellan behandlings- och administrationsytor finns visuell kontakt mellan personal och väntande patienter samt närhet till kollegor under pågående behandling. Personal möter upp patienter i väntområdet för att sedan gemensamt gå till behandlingsrummet.

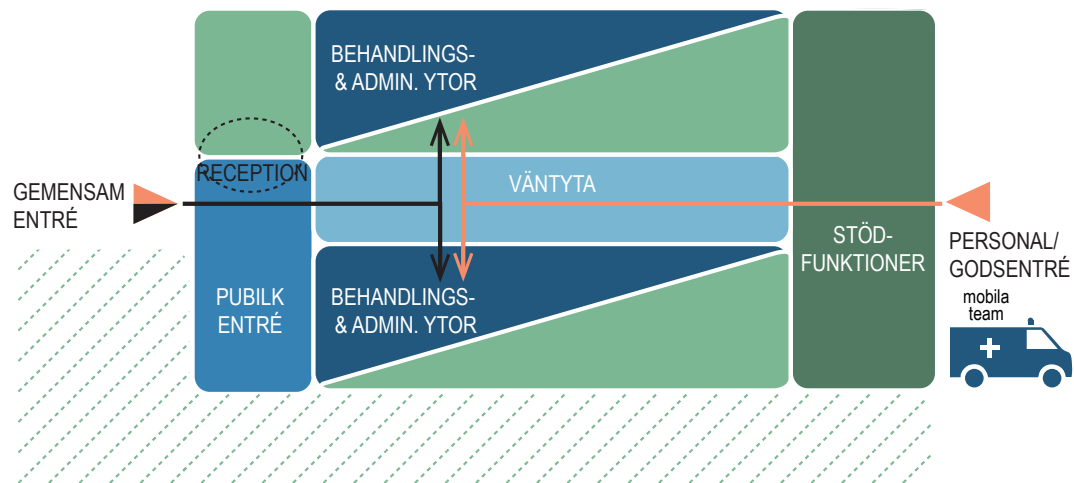
4. Behandlingsytor - neutrala samtals- och grupprum

Kan användas av fler vårdgivare och låter mötesdeltagare delta på lika villkor.



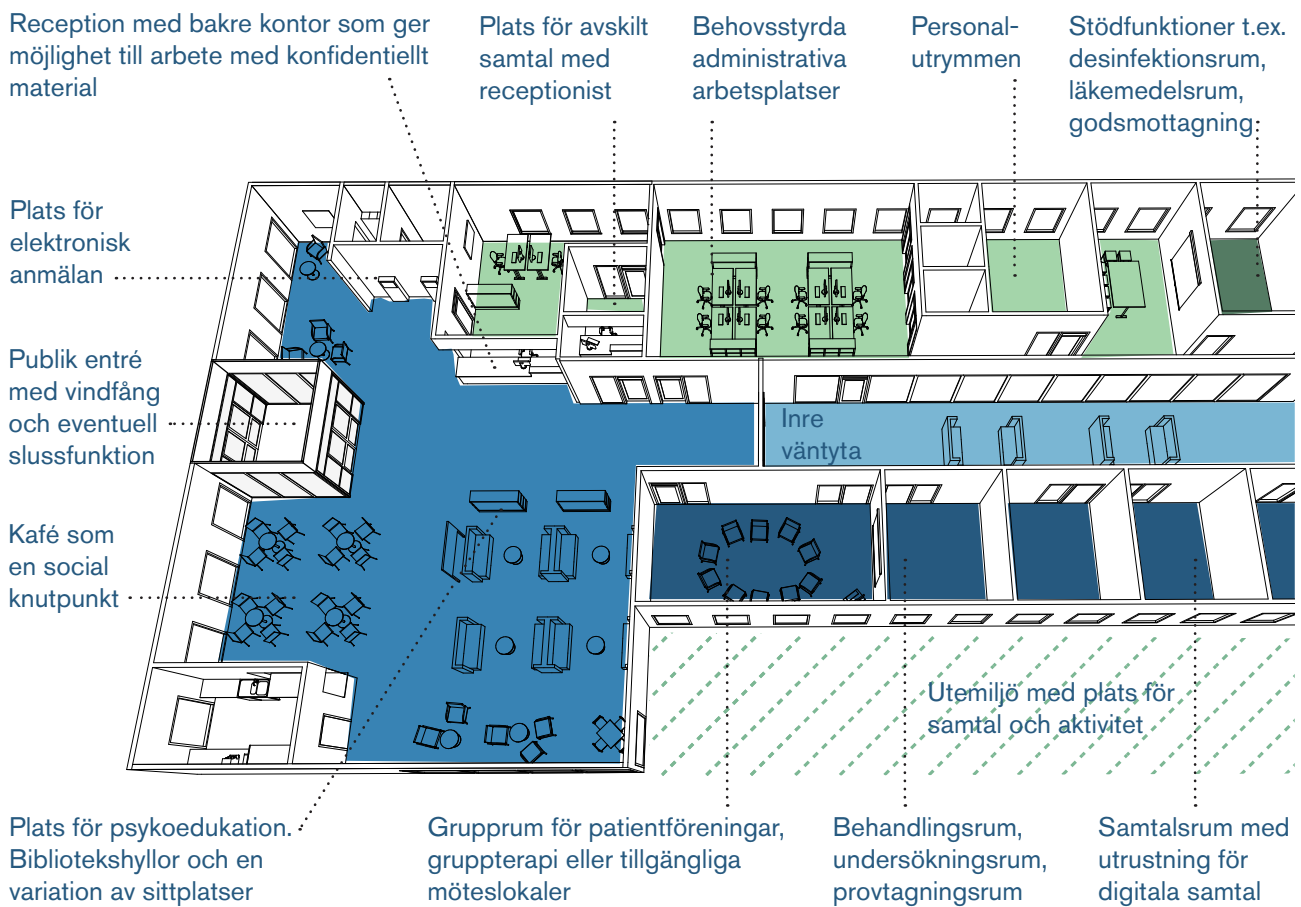
Alt. A. Sambandsskiss öppenvårdsmottagning Funktionsenhet - neutrala samtalsrum

Se lokallista på sid. 105 för exempel på rum i respektive kategori

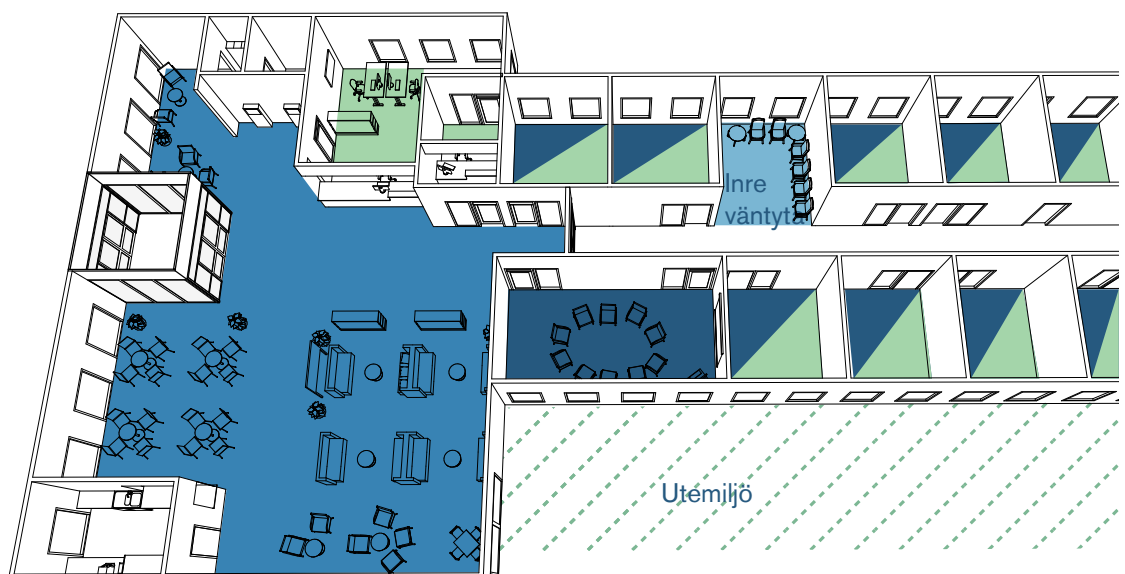


- Publik entré
- Väntyta
- Behandlingsytor
- Administrativa arbetsplatser
- Stödfunktioner
- Flöden - personal
- Flöden - patienter
- ⋮ Visuell kontakt

Alt. B. Sambandsskiss öppenvårdsmottagning Funktionsenhet - kombinerade samtals- och expeditjonsrum



Alt. A. Illustrerat exempel öppenvårdsmottagning
Funktionsenhet - neutrala samtalsrum



Alt B. Illustrerat exempel öppenvårdsmottagning
Funktionsenheter - kombinerade samtals- och expeditjonsrum
Exempel på ett traditionellt sätt att disponera behandlings- och administrationsplatser med kombinerade samtals- och expeditjonsrum.

Verksamhetsenhet – Mottagning

En mottagning serverar ofta en patientgrupp, definierad av diagnos, ålder eller bostadsort. Det finns dock fördelar med att samlokalisera flera mottagningar, exempelvis kunskapsutbyte mellan personal och ekonomiska vinster av samnyttjade lokaler. Som nämnts tidigare finns också fördelar med samlokalisering av olika verksamheter som alla ger stöd, vård och service till samma grupp patienter. Företrädevis kommunen, men också brukarföreningar och andra stödorganisationer.

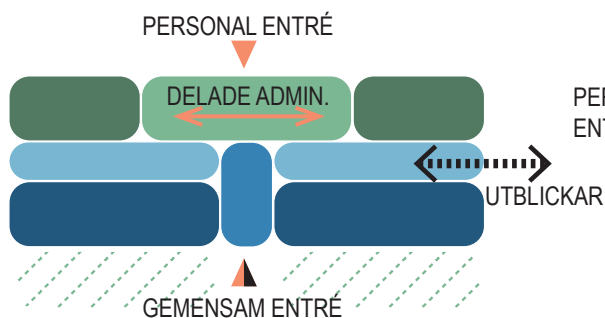
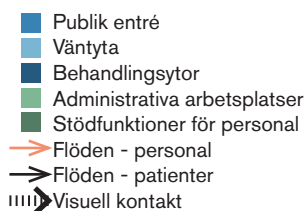
Delade funktioner och samverkan

Göran Stiernstedt¹ nämner fikarummet och de informella mötesplatserna som viktiga för en bättre kontinuitet inom vården. Där tas kontakter och byts erfarenheter och kunskap

mellan personal från olika personalgrupper. I Uppsala samlokaliseras i princip all psykiatrisk specialistvård till Psykiatrins hus. En effekt av detta är att medarbetare och patienter upplever psykiatrin som en organisation med flera undergrupper, istället för som ett antal små organisationer under ett vagt gemensamt paraply.²

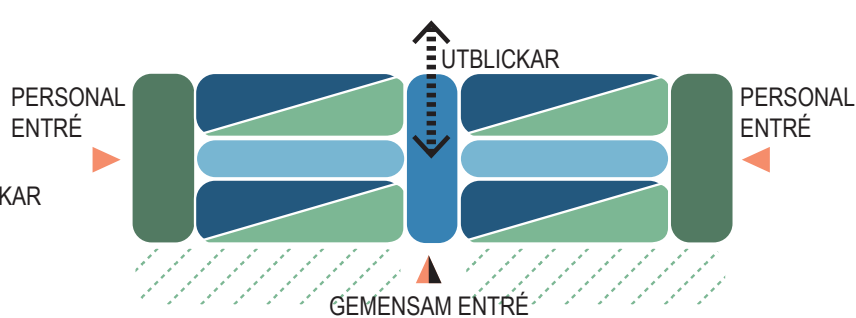
Flöden

En gemensam huvudentré och reception för alla patienter gör det lättare att hitta rätt. Det finns också ett större underlag för andra funktioner och service som bibliotekshylla och kafé. Det bör dock också finnas en separat personal- och godsentré för att personal ska kunna passera säkert in och ut vid hotfulla situationer, och för godsleveranser.



Exempel - neutrala samtalsrum

Ett exempel på en dubbel mottagning med neutrala samtalsrum och behovsstyrda administrativa arbetsplatser som skapar en gemensam entré och reception och samnyttjade administrativa arbetsplatser. Uppdelningen medför här tydlighet för patienterna och en möjlighet till sektionering, men inte en lika tydlig organisatorisk uppdelning.



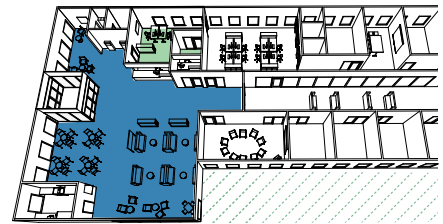
Exempel - kombinerade samtals- och expeditjonsrum

Ett exempel på en dubbel mottagning med kombinerade samtals- och expeditjonsrum och en gemensam entré. Här finns fortfarande tydligheten med en entré för patienterna men mottagningarna är två separerade enheter.

¹ Stiernstedt, 2018

² Törnkvist, Å., & Jordeby Jönsson, A., intervju 2017-11-20

Rumsheter – Reception & publik entré



Självincheckning nära huvudentrén men avskildes för viss avskildhet

Öppen reception med reträttväg till ett bakre kontor



Sittplatser nära entrén erbjuder ett skyddat väntområde för färdtjänst eller annan transport

Möjlighet till avskilt samtal med receptionist

Vy över huvudentré och reception från väntområdet

Informationsskylt bör placeras på en väl synlig plats. Taktill och visuellt ledstråk från entré till informationsskylt och reception

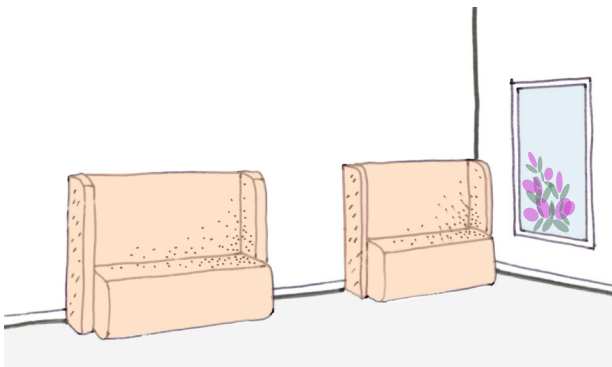
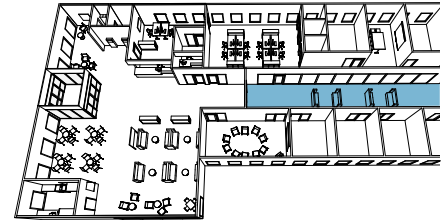
Målpunkter (t.ex. reception, kafé, dörrar till avdelning) kan göras tydliga med kontrast i ljushet, belysning eller kulör.



God överblick över hela entréområdet

Vy över entré, kafé och bibliotek från receptionen

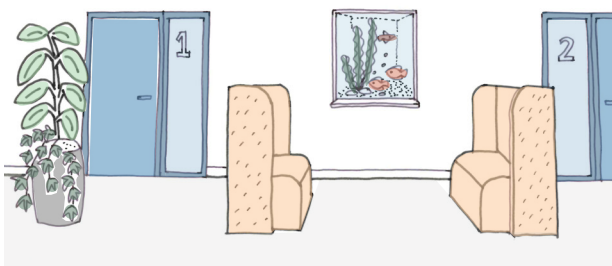
Rumsenheter – Före och efter behandling



Fasta sittplatser, avskärmade och med god uppsikt, möjlighet att välja mellan olika platser. Särskilt viktigt på akutmottagningar (där också annan lös inredning kan behöva fixeras, som t.ex. klockor, tavlor, bord)



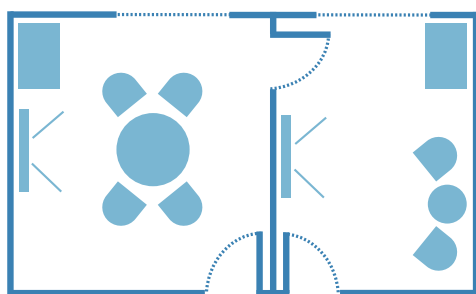
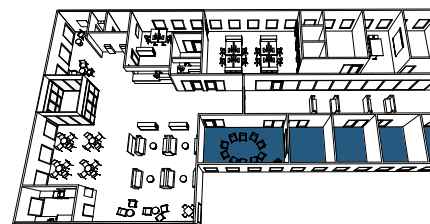
Flyttbara möbler och positiv distraktion. Sittplatser med möjlighet till lugn och viss avskildhet. Utblickar mot naturmiljö



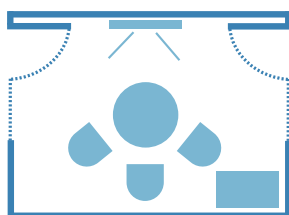
Platser för samtal och samvaro – med medföljande anhöriga, vårdpersonal eller andra stödpersoner. Tänk på att medföljande anhöriga kan vara såväl barn som vuxna



Rumsenheter – Samtalsrum



Samtalsrum med reträttväg mot nästa rum



Samtalsrum med reträttväg mot bakomliggande korridor

Planera samtalsrum i olika storlekar (från två till åtta/tio personer) med möjlighet för närstående eller andra personer runt patienten att medverka. Tänk på att personer som deltar i samtal kan ha olika behov: barn, funktionsnedsättningar etc.

Av sekretesskäl är det viktigt att överhörning inte kan ske och att glaspartier förses med insynsskydd. Samtalsrum kan också förses med fasta larm.

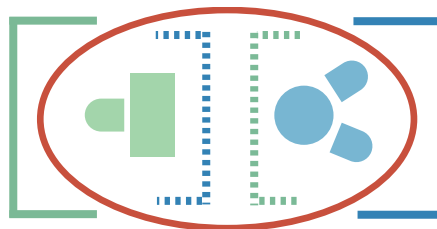
Samtalsrummens utformning ska ge stöd åt rådande arbetssätt. Med hänsyn till en utveckling där patienten alltmer involveras bör stöd för dokumentation finnas genom ex.vis. skärm som alla samtalsdeltagare kan se, laptopanslutning eller stationär dator.

Läs mer:

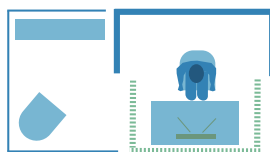
“Rum för vård på distans” koncept från:
Alrutz & Magnusson Boman (2017) Rum för vård på distans. Västerbottens läns landsting och Nyréns Arkitektkontor

Rum för vård på distans

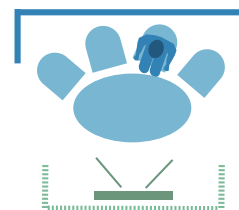
I ett virtuellt möte bör båda deltagarna uppleva att de är i en gemensam miljö som utgörs av de två rummen som öppnar sig mot varandra genom videolänken. Det gör att rummet bakom respektive samtalspart utgör den “fjärde väggen” i motpartens rum.



(1)



(2)

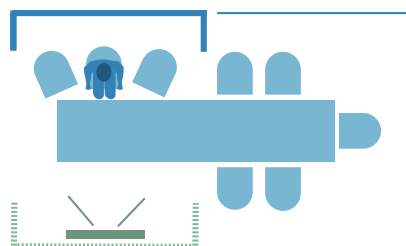


(1) Lägg vikt vid utformningen av den del av rummet som bildar bakgrund till det virtuella samtalet. Undvik störningar som glaspartier, dörrar, dolda hörn, buller och rörighet. Planera belysning som ger ett jämt ljus framifrån.

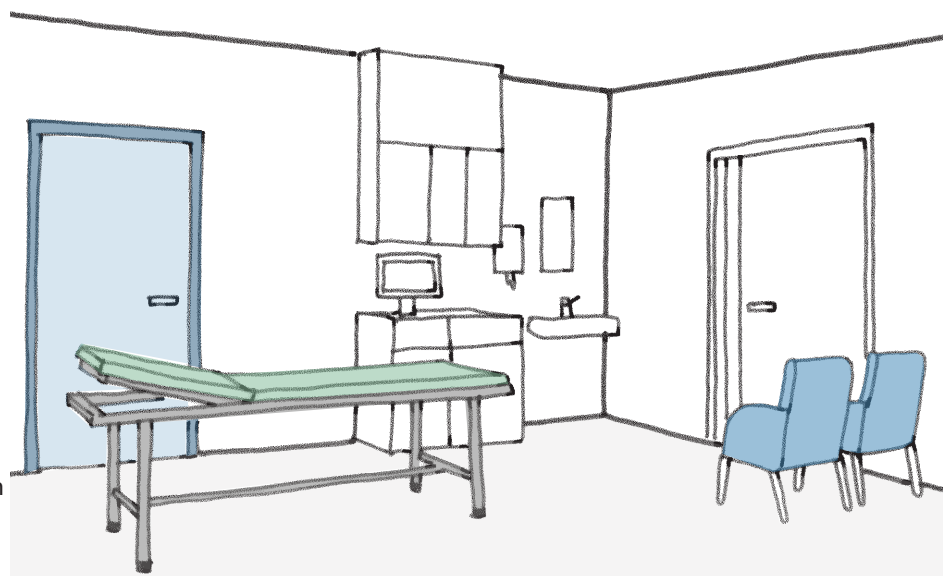
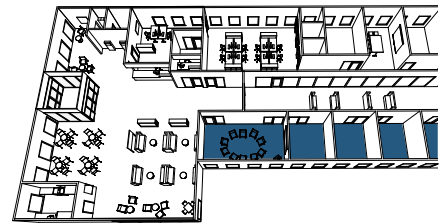
(2) Utforma rum för virtuella möten med plats för flera deltagare.

(3) Använd flyttbara monitorer och kameror för att kunna anpassa det virtuella samtalet efter antal deltagare. Eventuellt också mobila bakgrunder. Tillräcklig yta minskar risken för att tekniken upplevs ta över rummet.

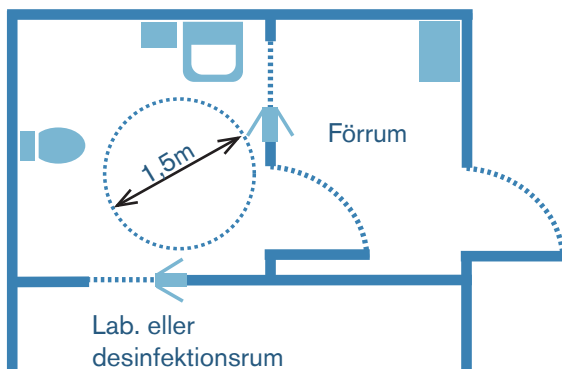
(3)



Rumsenheter – Undersökningsrum & provtagning



Undersökningsrum för somatisk undersökning och blodprovtagning. Viktigt med reträttväg, samt låst förvaring



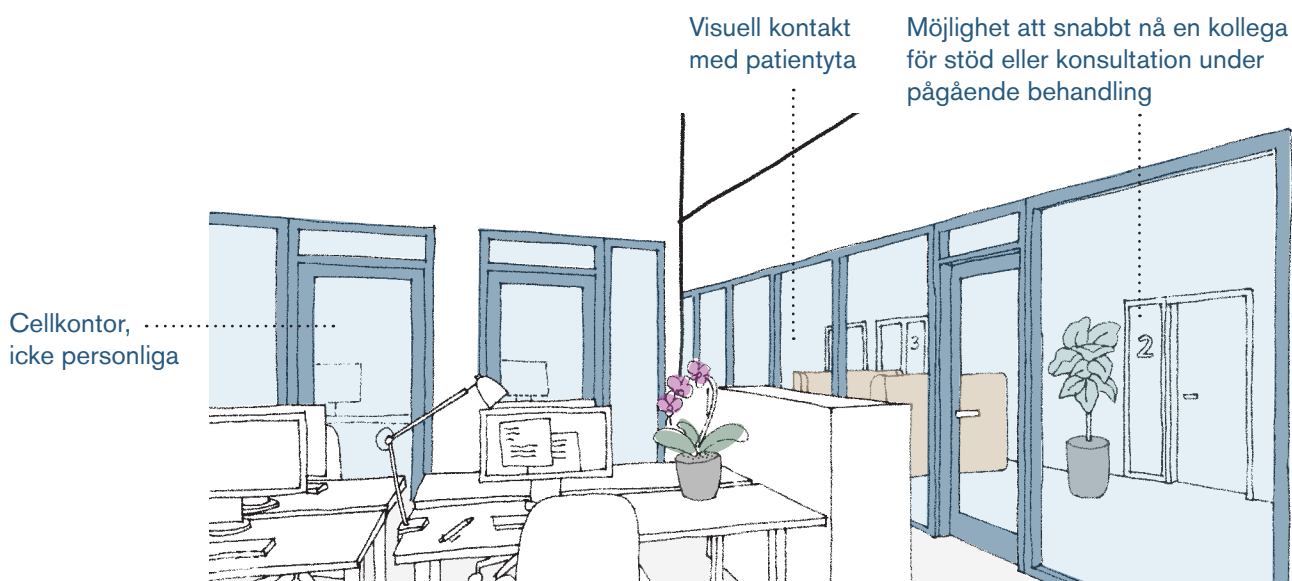
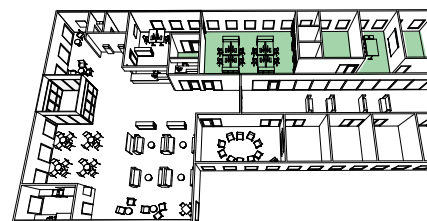
Provtagnings-WC

WC för urinprovtagning. Inspektionsfönster från förrum alternativt från intilliggande lab. Insynsskydd manövreras från utsidan. Överräckningslucka för urinprov mot förrum eller intilliggande desinfektionsrum.

Ev. tak- och väggspelar som omöjliggör manipulation av provet

Rumsenheter – Behovsstyrda administrativa arbetsplatser

Begreppet behovsstyrda administrativa arbetsplatser syftar på en utformning av arbetsplatser med utgångspunkt i de behov som finns i varje enskild organisation (de aktiviteter som utförs och deras natur). Det innebär en palett av olika utrymmen som kan innefatta såväl touch-downplatser som kontorsrum för en person.



Vy från administrativa arbetsplatser mot väntyta för patienter



Planperspektiv över några typer av utrymmen som kan krävas för behovsstyrda administrativa arbetsplatser

Läs mer:

PTS Konceptprogram Administrativa arbetsplatser inom vården och dess förvaltningar
Centrum för vårdens arkitektur, 2015

Rumsenhetslista – Mottagning

Exempel på de funktioner som kan behövas för en mottagnings verksamhet. Antal av respektive rumsfunktion anges inte. Listan kan användas som ett diskussionsunderlag vid funktionsplanering som komplement till PTS typrumsbeskrivningar.

- Publik entré
- Väntyta
- Behandlingsytor
- Administrativa arbetsplatser
- Stödfunktioner för personal

Patientytor

RUMSFUNKTION	BESKRIVNING	KOMMENTAR
■ Utemiljö	<ul style="list-style-type: none"> ▪ För återhämtning och behandlingssamtal 	
■ Entré	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vindfång ▪ Välkomnande ▪ Entrén kan ha en slussfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Värdeskåp för patienter
■ Reception	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Öppen men med plats för konfidentiella samtal ▪ Ev. plats för elektronisk anmälan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sekretess/integritet beaktas
■ Inre väntytor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tillträde ges manuellt från receptionen ▪ Plats för att kunna sitta för sig själv. ▪ Förströelse i form av tidskrifter. ▪ Plats för barnhöma? ▪ Musik? 	
■ Hygienrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ WC patient. ▪ RWC patient. Dörr riktas mot neutralt utrymme så att person inte blir exponerad vid hjälpsituation. ▪ RWC/dusch. Finns det behov för patientdusch? Var ska den vara placerad? 	
■ Bibliotek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ För mer informella behandlingssamtal ▪ För psykoedukation 	
■ Café	<ul style="list-style-type: none"> ▪ För mer informella behandlingssamtal ▪ En social knutpunkt 	
■ Grupprum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Större och mindre ▪ För enskilda samtal där anhöriga eller tolk deltar ▪ För gruppterapi ▪ För psykoedukation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Med utrustning för digitala samtal ▪ Reträttväg
■ Rum för patientföreningar Samtalsrum, neutralt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kan eventuellt vara samma som grupprum ▪ Lugn och trivsam inredning ▪ Ska dokumentation kunna ske här? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Med utrustning för digitala samtal ▪ Reträttväg ▪ Med utrustning för digitala samtal
■ Behandlingsrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ För massage, akupunktur mm. 	
■ Undersökningsrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viktigt för patienter med somatisk-psykiatrisk samsjuklighet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reträttväg
■ Provtagnings-RWC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provtagningslucka direkt till laboratorium, alt. förrum. ▪ Övervakningsglas från provtagningsrum eller förrum. Förse övervakningsglaset med någon form av insynsskydd i övervakningsrummet för att undvika ljusinsläpp vid dörröppning. Insynsskyddet ska hanteras av personal och inte vara placerat på WC-sidan. ▪ Spegel i tak och på vägg 	
■ Undersökning och behandling infekterade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rum för infekterade patienter med egen entré som kan avgränsas mot övrig verksamhet? 	

Personalytor

RUMSFUNKTION	BESKRIVNING	KOMMENTAR
■ Administrativa arbetsplatser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skrivbordsplatser, personliga eller flexibla? ▪ Administrativa arbetsplatser även för mobila team samt för studenter? ▪ Förvaring av personligt material ▪ Plats för större och mindre möten samt telefonsamtal ▪ Plats för personal från andra organisationer som samverkar kring patienten, ex. kommun, patientföreningar etc.? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sekretess, hur sker telefonsamtal och ev. diktering utan att äventyra patienters integritet. ▪ Arbetsmiljö, hur lättillgänglig är förvaring? hur är ljusförhållandena? hur är ljudnivån?
■ Reception	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientens första möte med personal ▪ Information och incheckning ▪ En social funktion? ▪ Stor omsorg avseende akustik och integritet. ▪ Ska utformningen vara helt eller delvis avskild från väntande? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reträttväg ▪ Larm ▪ I anslutning till entrén ▪ Sekretess
■ Personalutrymmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personalrum med pentry. ▪ Personalomklädning med wc och dusch samt förvaring av ytterplagg och väskor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separat personalentré
■ Förråd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sterilförråd. ▪ Högradigt rent gods. ▪ Pappersförråd. ▪ Övrigt rent förråd. ▪ Övrigt förråd. 	
■ Desinfektionsrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kan med fördel delas upp i orent och rent rum. ▪ Behövs diskdesinfektor med genomräkningsfunktion? 	
■ Läkemedelsrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vilken typ av läkemedel ska hanteras och hur mycket? ▪ Ska det vara öppna läkemedelshyllor med enbart access för sjuksköterskor? ▪ Ska rummet vara tillgängligt för övrig personal och ha separat läkemedelskåp? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kan kräva en slussfunktion som kan vara ett annat personalutrymme
■ Godsmottagning	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Separat entré eller kombinerat med någon annan? ▪ Plats för inkommande och utgående godsvagnar. ▪ Plats för avemballering av transportförpackningar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nära miljörum
■ Provtagning och lab	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyser, förvaring. ▪ Laboratorium ▪ Fördel med provtagningsrum med direkt ingång från väntplats för patient, ingång för personal från laboratoriesidan. ▪ Vid analys av urinprov ska luckan från wc vara placerad så att provet kan sättas ner direkt på provtagningsbänken som ska vara i rostfritt material och utrustad med randspolningsfunktion. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I anslutning till provtagningsrum och -wc
■ Miljörum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Är det åtkomst inifrån eller utifrån? ▪ Ev. mellanförvaring av avfall? 	

Personalytor

RUMSFUNKTION	BESKRIVNING	KOMMENTAR
■ Post och kopiering	▪ Centralskrivare och papper, återvinning och förvaring/hantering av konfidentiellt pappersavfall.	
■ Städ	▪ Städcentral inom verksamheten eller delas den av flera enheter? Förbered för tvättmaskin. Plats för förråd av rengöringsmedel, moppar, wc-papper etc. Utslagsvask med randspolning. Plats för städvagn, plats för städmaskin. Om städmaskin används behövs golvbrunn med skvalpskydd när denna töms. ▪ Om städcentral ligger utanför verksamheten behövs ett mindre städförråd inom verksamheten.	
■ Teknikrum	▪ Tele/datarum inom verksamheten. ▪ El-nischer inom verksamheten. ▪ Ventilationsutrymme fastighet. ▪ VS-teknik fastighet. ▪ El-rum fastighet.	
■ Parkering	▪ För mobila team	

Mellanvård - Ett framtida scenario

En officiell definition av mellanvård saknas i Sverige. Mellanvård kan exempelvis innebära olika varianter av mer individanpassad och intensifierad öppenvård, dvs. dagsjukvård enligt Socialstyrelsens definition. Formerna och begreppen skiljer sig åt mellan olika landsting. Mellanvårdsformer beskrivs som viktiga för många patienter genom att underlätta kontinuitet och individanpassad vård.

Den högre intensiteten, eller förtätningen, kan yttra sig genom ett större fokus på psykiatrisk omvårdnad och vistelse under en längre tid, och/eller fler och tätare besök, ibland med hembesök. Mellanvård skiljer sig från heldygnsvård så tillvida att inga övernattningar sker.

För att kunna exemplifiera möjliga lokallösningar för mellanvårdsformer har olika aspekter och yttringar diskuterats (se kap. 1). Vikten av integration och nätverksarbete mellan olika organisationer har lett fram till en scenariomodell för ett öppet och lätt tillgängligt psykiatrihus som samlar kommunal dagverksamhet, primärvård, specialistpsykiatri och brukarorganisationer runt patienten. Ett hus med en samlad entré och en välkomnande gemenskap istället för en traditionell reception, som en värmestuga. Huset kan ge stöd för både rutiner i vardagslivet och behandling och knyta an till andra viktiga externa funktioner som träningslokaler etc.

Ett sådant psykiatrihus skulle verkligen placera patienten i centrum. Men det finns fortfarande många organisatoriska hinder för en sådan sömlös integration av vård. Det finns dock exempel att snegla på, vårdbolaget TioHundra i Norrtälje samägs av kommunen och regionen driver "Fokushuset" som samlar psykiatri, beroendevård och socialpsykiatri under samma tak.¹

Inom andra vårddiscipliner kan familjecentraler och Maggies centers fungera som referenser. Maggies centers är resurscentra för cancerdrabbade. Stort fokus ligger på den fysiska miljön som ska förmedla det ovillkorade

och icke-institutionella stöd som erbjuds. Stöd i form av såväl praktiska råd, emotionellt stöd, mötesplatser, lugn och ro och en kopp te.²

Exempel på samutnyttjande i vårdsammanhang är familjecentraler.³ Dessa är samverkansplattformar med ett större folkhälsoinriktat och psykosocialt förebyggande perspektiv än traditionella somatiska vårdkliniker.

Familjecentraler innehåller som minst mödra- och barnhälsovård, öppen förskola och socialtjänst. Samverkan på huvudmann- och teamnivå kräver både tid och tydliga samverkansavtal men resultatet innebär en ökad närhet, tillgänglighet och delaktighet.



Maggie's Charring Cross Hospital, UK
Av: Rogers Stirk Harbour + Partners
Foto: Richard Bryant



Maggie's Gartnavel, UK
Av: Rem Koolhaas Foto: Nick Turner

¹ 10100, inget datum

² Maggie's, inget datum

³ Rikshandboken Barnhälsovård, 2014

Funktionsenhet - Mellanvård Framtida scenario

I detta scenario består behandlingsmiljön till lika stor del av de terapeutiska lokalerna som av lokaler för samvaro och avslappning. Här finns ett större fokus på gruppterapi och fler grupprum i olika storlek behövs än på traditionella öppenvårdsmottagningar. Plats för vardagliga aktiviteter som fika, avslappning och vila är viktiga men också plats för information, kunskapssökande och psykoedukation, exempelvis genom ett litet bibliotek.

1. Behovsstyrda administrativa arbetsplatser

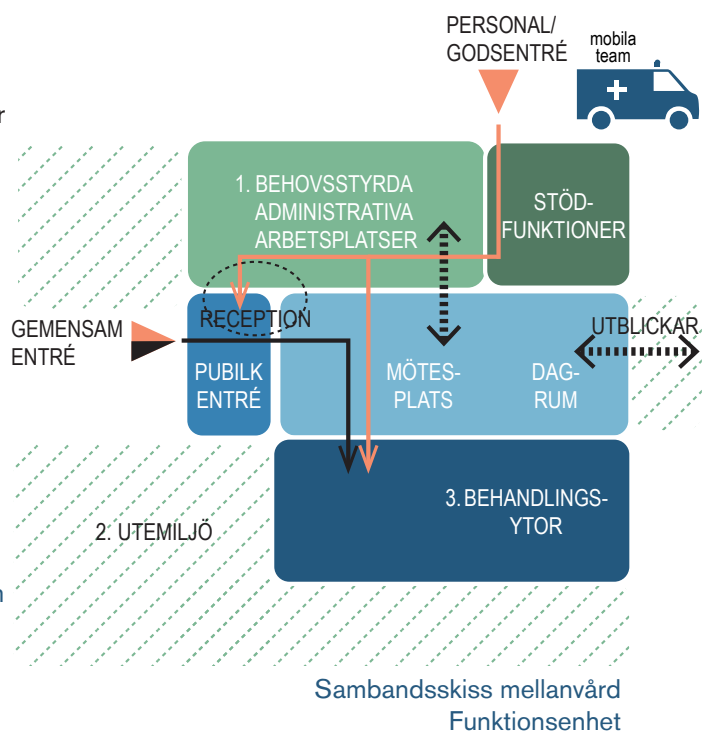
För att ge rätt stöd till alla de olika administrativa uppgifter som utförs och till de olika personalgrupper som arbetar där behöver de administrativa arbetsplatserna planeras omsorgsfullt. En viss del opersonliga arbetsplatser ökar exempelvis flexibiliteten att ta in ytterligare personal. Eller att ha flexibla platser för personal i mobila team. God tillgång till förråd underlättar samnyttjande av lokaler.

2. Utemiljö

Koppling till utemiljön både visuellt och som en ytterligare plats för terapi och aktivitet.

3. Behandlingsytor - neutrala samtals- och grupprum

Kan användas av fler vårdgivare och låter mötesdeltagare delta på lika villkor. En variation av olika stora grupprum behövs för olika slags gruppterapi/aktivitet.



Se lokallista på sid. 105 för exempel på rum i respektive kategori

- Publik entré
- Mötesplats/Dagrum
- Behandlingsytor
- Administrativa arbetsplatser
- Stödfunktioner för personal
- Flöden - personal
- Flöden - patienter
- ⋮ Visuell kontakt

Mellanvård - Ett framtida scenario

Entré

Med kapprum, möjlighet att förvara väskor och personliga saker samt ev. reception. Entrén fungerar som en välkomnande sluss och personal släpper in patienten vidare på enheten.

Dagrum som samlingspunkt

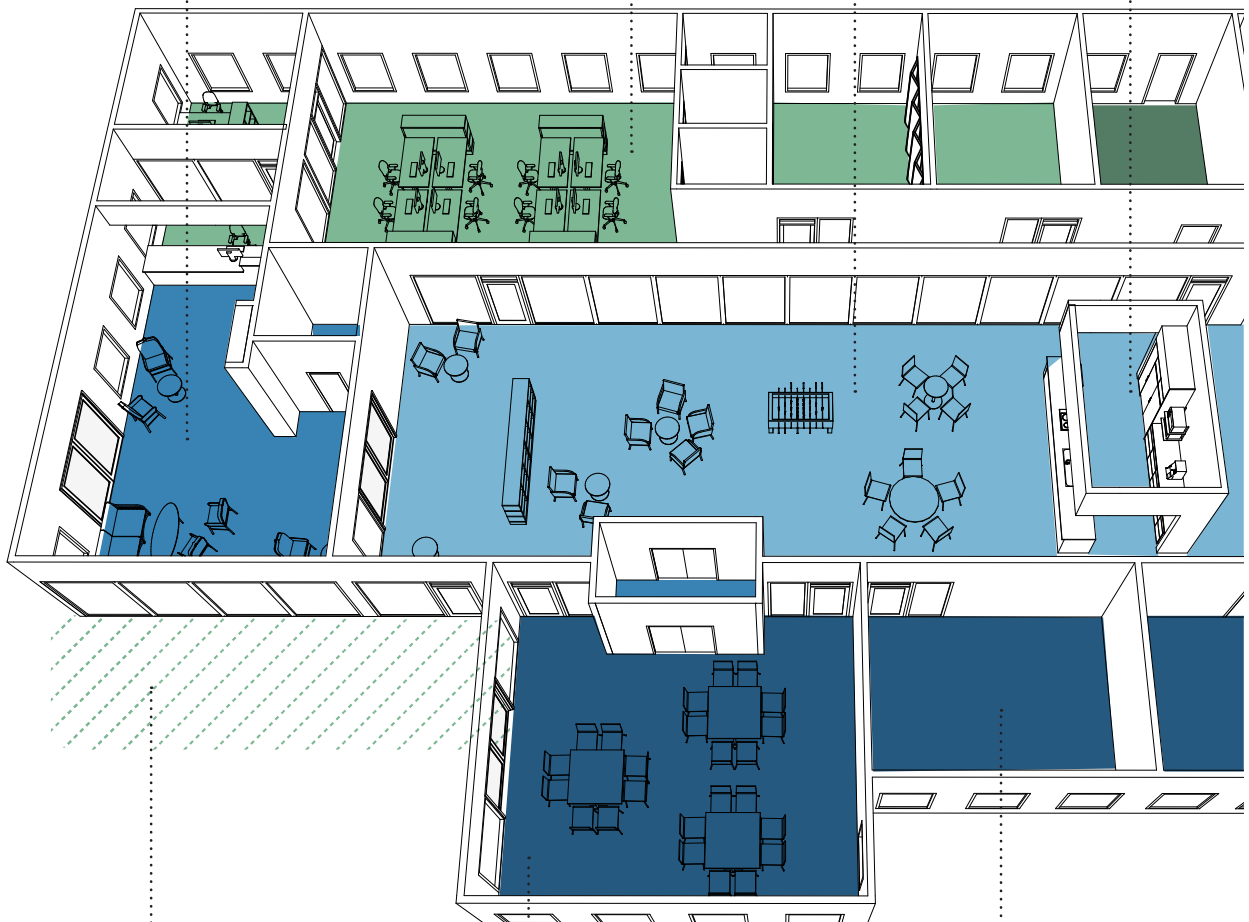
För samvaro, fika, avslappning, informations- sökning mm. Som en "värmestuga". Olika sittplatser och aktiviteter att samlas runt. Exempelvis läs- och arbetsplats för patienter som har medhvd dator.

Behovsstyrda administrativa arbetsplatser

Se sid. 104.

Träningskök

Kök för behandlingsaktiviteter samt för att värma medhvd lunch och ordna fika.



Utemiljö

Ev. med terapiträdgård.
Ev. möjlig att använda i anslutning till multisal.

Multisal

Större grupprum med plats för exempelvis yogamattor på golv, grupparbete och undervisning.

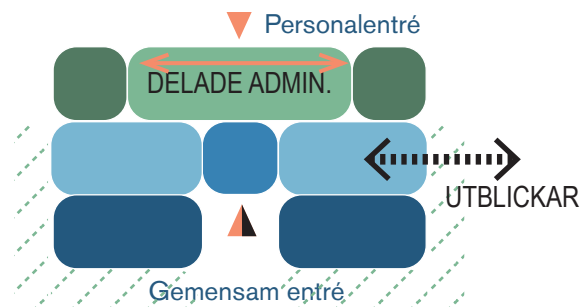
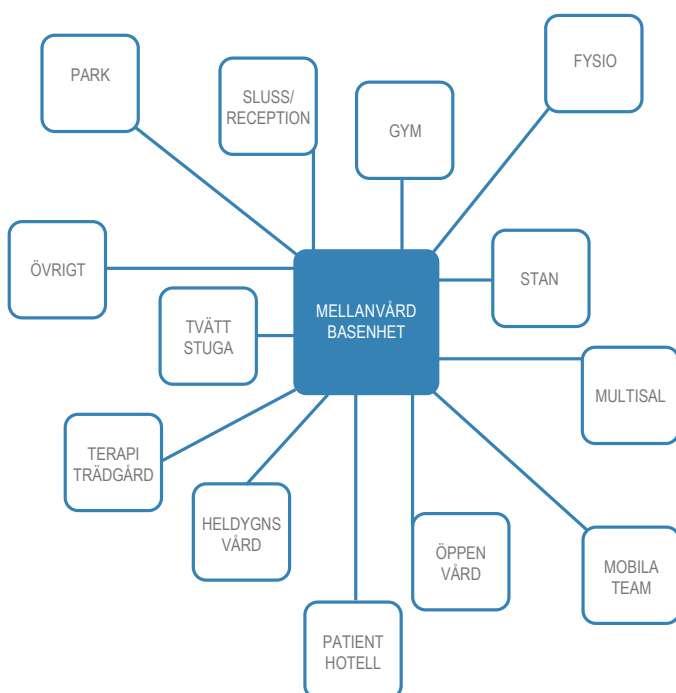
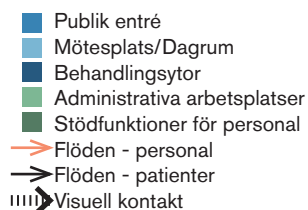
Rum i olika storlekar

Generella rum som kan användas för mindre grupper, samtal, vila, behandlingar osv.

Illustrerat exempel mellanvård
Funktionsenhet

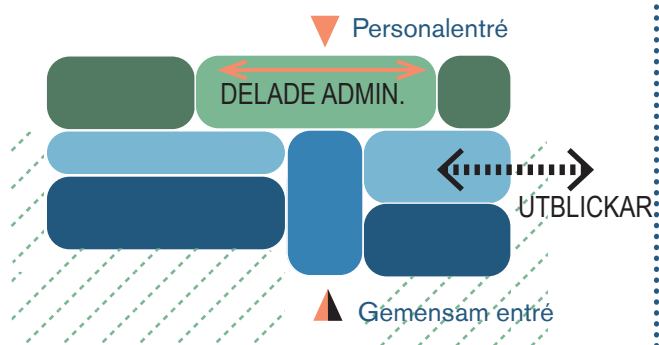
Verksamhetsenhet – Mellanvård Framtida scenario

Mellanvårdsenheter som finns idag är ofta kopplade till heldygnsvården eller till öppenvården och ligger verksamhetsmässigt närmare det ena eller det andra. Beroende på lokalisering finns olika möjligheter till samnyttjande av funktioner och lokaler. Klart är att mellanvårdsenheter bör ha en tydlig, lugn och trivsamt entré och ha närhet till utemiljö för fysiska och andra terapeutiska aktiviteter. Eventuellt kan en terapiträdgård finnas i anslutning till enheten. Uppsökande verksamhet i form av mobila team kan ha mellanvårdsenheter som bas och de administrativa utrymmena måste då anpassas till detta.



Exempel dubbel mellanvårdsenhet

En mellanvårdsenhet med gemensam entré och plats för två grupper samtidigt genom två dagrum med tillhörande behandlingsrum.



Exempel mellanvård och mottagning

En mellanvårdsenhet i anslutning till en öppenvårdsmottagning. Innebär kontinuitet genom samverkan mellan personalgrupperna.

Samverkan

Utöver de basfunktioner som utgör den minsta gemensamma nämnaren för olika varianter av mellanvård, kan mellanvården samnyttja fysiska resurser med andra verksamheter samt aktivt dra nytta av det serviceutbud som samhället erbjuder. Beroende på patientens behov och verksamhetens natur.

5.3 HELDYGNSVÅRD

Heldygnsvård, eller slutenvård som det formellt benämns, definieras av Socialstyrelsen som "hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård". Heldygnsvården organiseras i avdelningar, ofta med en specifik målgrupp som kan definieras av exempelvis diagnos eller vårdtyngd. Patienter som vårdas inom heldygnsvården har så nedsatt funktionsnivå att tillsyn och omvårdnad behövs dygnet runt, t.ex. vid suicidrisk, dåligt näringsintag, hög ångestnivå, kraftig sömnstörning eller uppvarning.

Patienter kan vårdas frivilligt eller under tvång enligt LPT. Tvångsvård innebär att man hindrar patienten i fråga från att lämna avdelningen, genom låsta dörrar och utemiljöer som inte möjliggör rymning. Tvångsvård innebär också att lokalerna ska ge stöd för ett antal tvångsåtgärder som kan förekomma, exempelvis: fastspänning (kräver plats för bältessäng och manövrering vid fastspänning), avskiljning från andra patienter (kräver en avskiljbar del av avdelningen), kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning (kräver plats för detta i anslutning till avdelningens entré).

Under vårdtiden görs specialistpsykiatriska bedömningar och behandlingar och i förekommande fall avgiftningsbehandlingar. Mycket fokus ligger på psykiatrisk omvårdnad och aktivt arbete för att förhindra självskada och utagerande beteende. En vårdplan tas fram tillsammans med patienten. Nätverksarbete som sker med andra vårdkontakter inom öppenvård och kommun är viktigt för att skapa kontinuitet.

En avdelnings lokaler är ofta generellt utformade och består huvudsakligen av patientrum, dagrum, aktivitetsrum, trädgård, undersökningsrum, rum för tvångsåtgärder samt administrativa rum. Ibland är alla rum tillgänglighetsanpassade och ibland finns ett eller två större rum med tillgänglig WC/D. Psykoedukation, att få ökad kunskap om den egna sjukdomen, är ett inslag i vården och plats för grupper och undervisning behöver

finnas i anslutning till avdelningen. Även rum för besökare är viktigt, besökare kan vara både barn och vuxna. Även om utformningen är generell har vissa typer av avdelningar en del specifika krav.

BUP

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) heldygnsvård utgör en förhållandevis liten del av den psykiatriska vården för barn och unga. Det är aktuellt när omfattande behandlingsinsatser behövs under en period som barn, ungdomar och deras föräldrar kan ges stöd dygnet runt.

Vårdavdelningar för barn och unga behöver vara flexibla i förhållande till målgruppens heterogenitet. Yngre barn har helt andra behov än äldre. Generellt är familjen och anhöriga mer delaktiga och möjlighet bör finnas för anhöriga att övernatta hos barnet på avdelningen, som generellt utgör mindre enheter än inom vuxenpsykiatri. Barn är skolpliktiga och det bör finnas tillgång till skola under vårdtiden.

I anslutning till vård vid en heldygnsavdelning finns ofta en dagvårdsenhet, för ungdomar som är inskrivna eller har haft vård på avdelning. De bor ofta hemma men kommer till dagvården varje vardag för att återhämta sig, träna upp förmågan till vidare behandling, träna dagliga rutiner och förbereda sig för att börja i den vanliga skolan igen.



Bild på pusselbord och konstutställning från den barn- och ungdomspsykiatriska avdelningen i Aabenraa.

Äldrepsykiatri

På vissa sjukhus väljer man att inrätta särskilda äldrepsykiatriska avdelningar. Här finns, utöver kraven som ställs på psykiatriska vårdavdelningar, högre krav på tillgänglighet och möbler som är lätta att resa sig ur. De äldre patienterna också har extra svårt med stora glaspartier och de speglingar som uppstår under kvällstid.¹

Missbruksvård

En patientgrupp inom psykiatrin är de som har ett missbruk i kombination med psykiaska besvär. Ofta finns särskilda avdelningar för patienter med missbruksproblematik. Där blir det särskilt viktigt att det inte är möjligt att gömma förbjudna substanser någonstans i patientrummet samt att det inte är möjligt för utomstående att ta med eller på annat sätt föra in substanser på avdelningen.

Akutmottagning

Till en psykiatrisk akutmottagning söker sig akut sjuka patienter för bedömning och eventuell inläggning i heldygnsvård. Många kan ha anhöriga med sig eller behöva tolk. Entrén bör ha en slussfunktion med värdeskåp för tillhörigheter som måste lämnas utanför mottagningen, det kan röra sig om narkotika och i extremfall vapen. Mottagningens väntrum måste vara dimensionerat för att många patienter är

mycket stressade och uppvarvade och har ett stort behov av personligt utrymme. Personalen behöver ha god överblick över väntrummet. Tillgänglig utemiljö är viktig som ventil. Väntan på akutmottagningen kan bli lång och det är inte alltid möjligt att lämna mottagningen tillfälligt. För olika typer av sittplatser i väntområden, se avsnitt om öppenvård sid. 101.

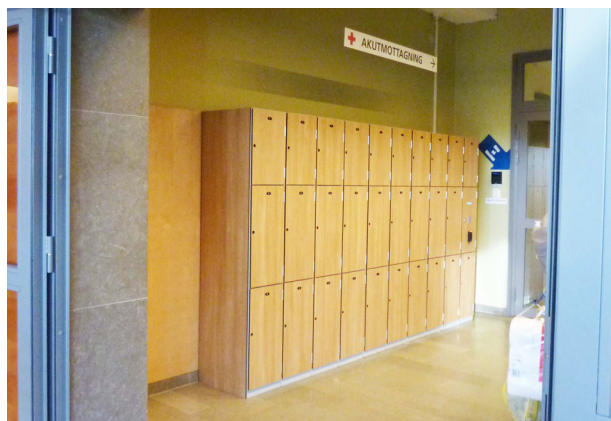
I anslutning till akutmottagningar förekommer ibland s.k. observationsavdelningar, POA, där patienter kan kvarstanna för observation under en kortare tidsrymd. I samband med denna observation kan man välja att låta patienten gå hem, eller vid behov läggas in.

Akutavdelning

På vissa större psykiatriska enheter väljer man att utforma en speciell akutavdelning, PIVA. Akutavdelningen är den med högst beredskap för utagerande patienter och patienter med hög risk för självskada eller suicid. Den skiljer sig från övriga avdelningar genom att miljön bör innehålla mindre stimulans och vara utformad med högre robusthet. Här kan viktade (tung) eller fasta möbler övervägas. Men med en bibehållen möjlighet för patienter att välja var, hur och med vem de vill vistas. Här är också en lätt tillgänglig utemiljö extra viktig, det är svårt att ta med en mycket sjuk patient genom trappor och passager för att komma ut.



Aabenraa äldrepsykiatriska avdelning har högre stolar med armstöd anpassade för äldre.



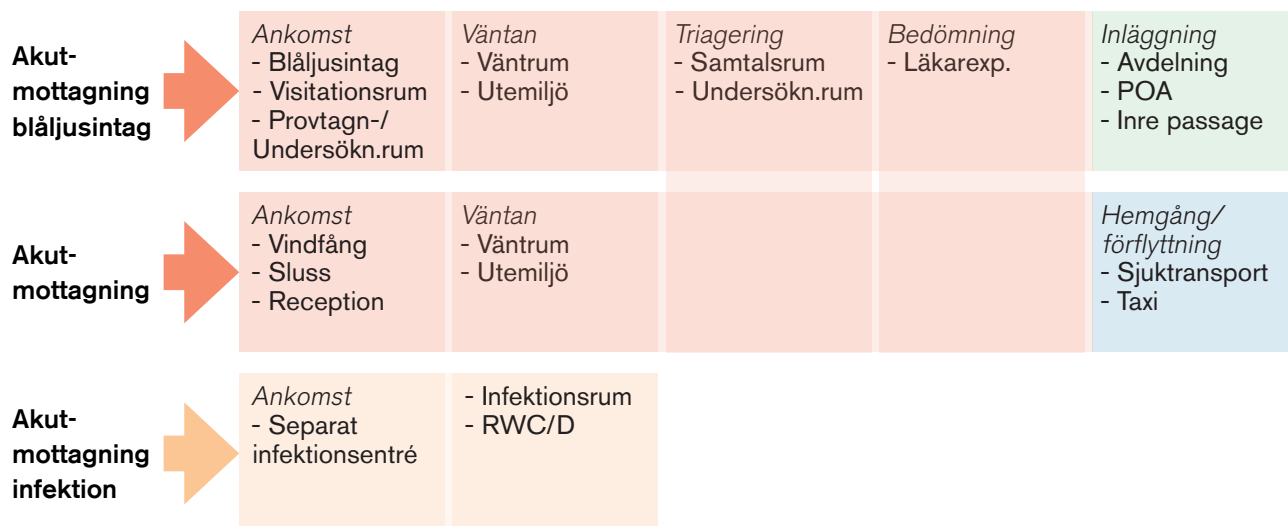
Skåp för patienters tillhörigheter vid akutmottagningens entré på Östra sjukhuset i Göteborg.

¹ Thomsen, L., intervju 2017-11-24

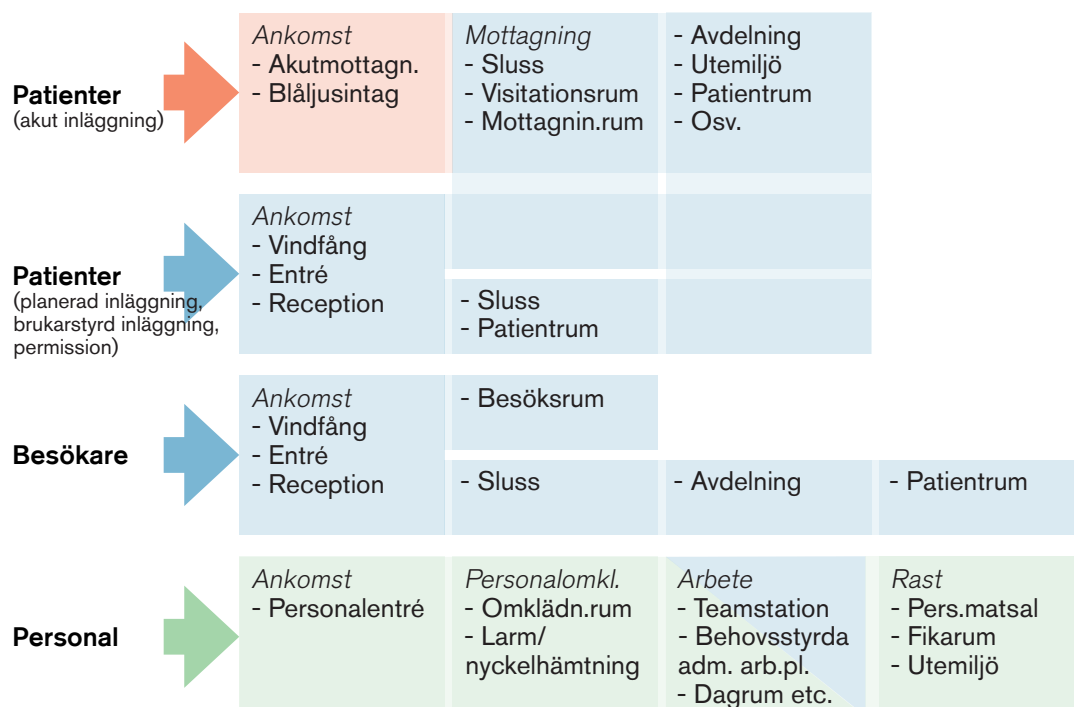
Flöden

- Patienttor
- Personalytor
- Akut
- Infektion

Akut



Heldygnsvård



Funktionsenhet – Avdelning

Utformningen av en funktionsenhet kommer att se olika ut beroende på lokala förutsättningar, tomt, arbetssätt etc. Vissa samband är dock särskilt viktiga att beakta, dessa illustreras och beskrivs i detta avsnitt.

Behandlingsmiljö

Behandlingsmiljön utgörs av hela den miljö patienterna har tillgång till på avdelningen. Eftersom en stor del av vistelsen består av omvårdnad och observation av patientens funktionsnivå, blir vardagliga aktiviteter viktiga. Exempelvis sociala interaktioner, måltider, sömn och enklare hushållssysslor som tvätt. Platserna där detta sker behöver vara omsorgsfullt utformade för att minimera störning och stress. Många patienter har också ett stort behov av lugn och trygghet. Det egna patientrummet med en låsbar dörr är en viktig fristad. Lugna platser i de allmänna ytorna är också viktiga.

Behandlande samtal, nätverksmöten och psykoedukation behöver samtals- och grupprum i anslutning till avdelningen. Även informella samtal mellan patienter och omvårdnadspersonal är viktiga. Platser där patienter och personal kan mötas ostört för samtal och kravlösa aktiviteter behövs.

Avdelningar på svenska psykiatriska sjukhus är som regel låsta, både för att vissa patienter vårdas under tvång och hindras från att lämna avdelningen, men också för att hindra att obehöriga kommer in på avdelningen. Den fysiskt begränsade situationen gör det än viktigare att erbjuda platser för fysisk aktivitet och fria utevistelser. Små patientgrupper är viktiga för att skapa en lugn miljö och möjlighet att dela avdelningens patienter i mindre grupper behövs ofta. Det kan innebära flera olika platser att äta mat och uppehålla sig på, men också möjlighet att sektionera avdelningen i mindre delar. Det är då viktigt att varje del har tillgång till dagrum, aktiviteter och utemiljö.

Arbetsmiljö

Avdelningens omvårdnadspersonal arbetar till största delen ute på avdelningen med patienterna. Genom observation, interaktion och löpande riskbedömningar kan de förebygga och avleda incidenter. Det ställer krav på att miljön ska vara lätt att överblicka. Detta gäller även utemiljön och patientrummen, och att de stödfunktioner som behövs i det löpande arbetet ligger nära och inte tvingar personal att lämna avdelningen. Även pausrum bör ligga nära, så att personal ska kunna agera om något händer på avdelningen. Planerade samtal och dokumentation med behandlare sker företrädesvis i dedikerade samtalsrum men samtal kan också ske i dagrum, patientens rum, i trädgården etc.

Säkerhet

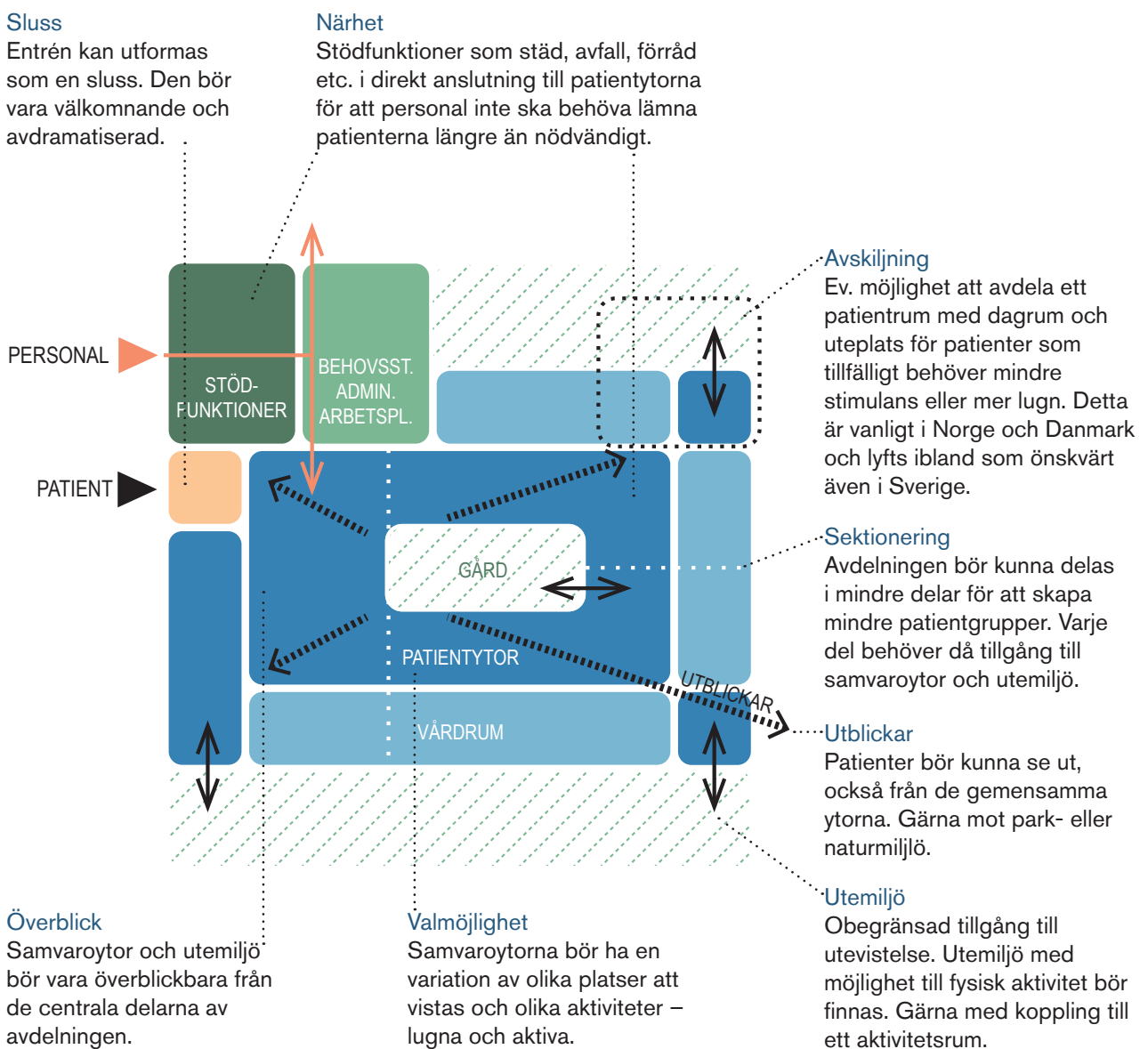
Om inte samspelet mellan personalens arbete, rutiner och den fysiska miljöns utformning planerats noggrant riskerar förändringar i exempelvis personaltäthet att leda till inskränkningar i patienters rörelsefrihet eller möjlighet till aktivitet. En stor del av säkerhetstänkandet bör handla om att förebygga riskfyllda situationer, genom god överblick och minimerade stressfaktorer som intrång i andras personliga utrymme eller för lite eller för mycket sinnesstimulans. Men den fysiska miljön bör också utformas så att den inte kan användas för att åsamka skada. Rum där patienter vistas själva bör vara utformade utan möjliga fästen för ligaturer, även på låg höjd. Inga byggnadselement eller möbler bör kunna användas som tillhyggen. Här är det lätt att underskatta kraften hos en person i affekt. Vid flera av studiebesöken i detta projekt har byggnadsdelars tålighet, som testats i förväg ändå inte hållit, exempelvis karmar och möbler.

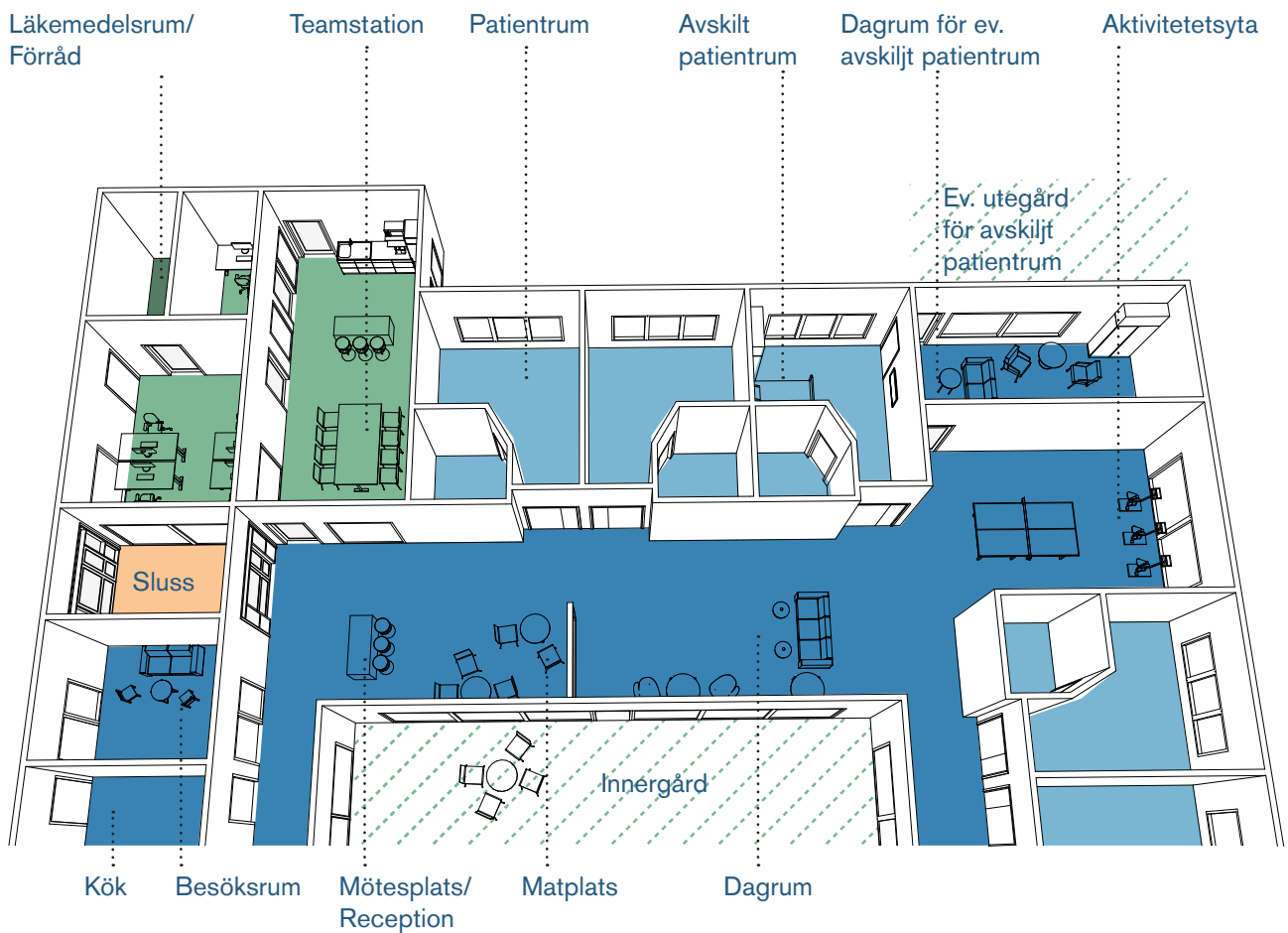
Hygien

Även om patienter inom psykiatri inte i första hand vårdas för fysiska problem är risken för smittspridning hög i sjukhusmiljöer. Det är viktigt att lokaler för psykiatri följer gällande krav för god hygien, utan att för den sakens skull kompromissa med vare sig upplevelse eller säkerhet.

Se lokallista på sid. 126 för exempel på rum i respektive kategorisering

- Patientytor
- Patientrum
- Sluss
- Administrativa arbetsplatser
- Stödfunktioner för personal
- Flöden - personal
- Flöden - patienter
- ⋮ Visuell kontakt





Illustrerat exempel heldygnsvård Funktionsenhet

Verksamhetsenhet - Avdelning

När det gäller disposition av flera funktionsenheter med gemensamma stödfunktioner (en verksamhetsenhet) finns ett dilemma. Den mest fördelaktiga byggnadstypen ur verksamhets- och patientperspektiv är avdelningar i markplan med omgärdade gårdar – samtidigt som erfarenhet vittnar om att en allt högre samsjuklighet gör att patienter inom psykiatrin har ett större behov också av somatisk vård. De tomter som finns på befintliga sjukhusområden är dock ofta begränsade och kan kräva att man bygger i flera våningar. Det är en stor utmaning att utforma en byggnad med avdelningar i flera våningar som medger fri utevistelse på mer än en inbyggd balkong. Därför är avdelningar i markplan med tillgängliga utegårdar att föredra.

Delade funktioner och samverkan

Det finns ett antal samband mellan intilliggande avdelningar som är viktiga att ta hänsyn till. Vid allvarigare incidenter och larm ansluter personal från andra avdelningar för att hjälpa till att hantera situationen. Det gör att avstånden behöver vara korta mellan avdelningarna och att passagen för personal inte främst bör ske genom publika ytor. Det finns också ett antal stödfunktioner som kan delas mellan två avdelningar, exempelvis läkemedelsrum, sköljrum, personalomklädning etc. Hänsyn måste då tas till avståndet för personal att ta sig från respektive avdelnings patientytor. Det är också viktigt att särskilja funktioner som är gemensamma. Om en gemensam funktion planmässigt "tillhör" en avdelnings område kan det försvåra tillgängligheten för de andra som ska nyttja den.

Utöver verksamhetsenhetens avdelningar och gemensamma stödfunktioner innehåller en psykiatribyggnad för heldygnsvård ofta också exempelvis huvudentré, akutmottagning, blåljusintag, ECT-enhet och andra behandlingslokaler, administration, kanske forskningslokaler, kafé och personalytor. Ibland också viss öppenvård.

Det är viktigt att ha i åtanke att funktioner utanför avdelningen i liten grad är tillgängliga för patienter utan eskort av personal, anhöriga eller andra stödpersoner. Därför är det viktigt att ha möjlighet att erbjuda en variation av aktiviteter inom varje avdelning.

Det finns vinster med att personal från olika avdelningar möter och lär känna varandra. Ett litet pausrum på avdelningen bör därför inte utesluta gemensamma personalytor som friskvårdslokaler, konferenslokaler och personalmatsal.

Flöden

Patientflödena genom byggnaden kräver närhet mellan olika funktioner. Patienter kommer till heldygnsvården på olika sätt. Dels genom huvudentrén, kanske tillsammans med anhöriga. De kommer också genom akutmottagningen, ibland med ambulans eller polistransport till ett särskilt blåljusintag med anslutande undersökningsrum. Det är särskilt viktigt med direkt anslutning mellan akutmottagning, eventuella observationsplatser och akutavdelning. Här finns ofta en hög grad av samverkan mellan personal. Patienter som är mycket sjuka förflyttas mellan dessa enheter. Personal bör ha en egen entré och flöden från gods- och personalentréer bör inte korsa passagen mellan akutmottagning och -avdelning.

Flexibilitet

Avdelningar bör vara utformade för små patientgrupper, vanligt är 10-16 patienter och ofta finns möjligheten att dela av ett eller flera rum i mindre sektioner. Särskilt akut sjuka patienter och barn- och unga behöver mindre grupper. Generella avdelningar med en flyttbar gräns som gör att några patientrum kan tillhöra den ena eller den andra avdelningen ökar flexibiliteten att anpassa avdelningarnas storlek. Behovet av heldygnsvård kommer att kvarstå inom en överskådlig framtid, men fokus flyttas mot öppenvården. Avdelningar som också kan fungera för dagsjukvård ökar möjligheten att ställa om efter framtida behov.

Exempel verksamhetsenhet heldygnsvård

Ett exempel på multiplicerade funktionsenheter på ett sätt som ger en stor gemensam omgärdad innergård.

Försörjning och personalförflyttning sker lämpligt skilt från patient- och besökarflödena, i kulvert eller en ovanpåliggande passage.

En verksamhetsenhet kan också innehålla centrala administrations- och personalytor, huvudentré, gemensamma aktivitetslokaler, akutmottagning och ECT-enhet.

Samverkan

Möjliggör direkt samverkan mellan två funktionsenheter med möjlighet att dela olika stödfunktioner.

Insyn och utblick

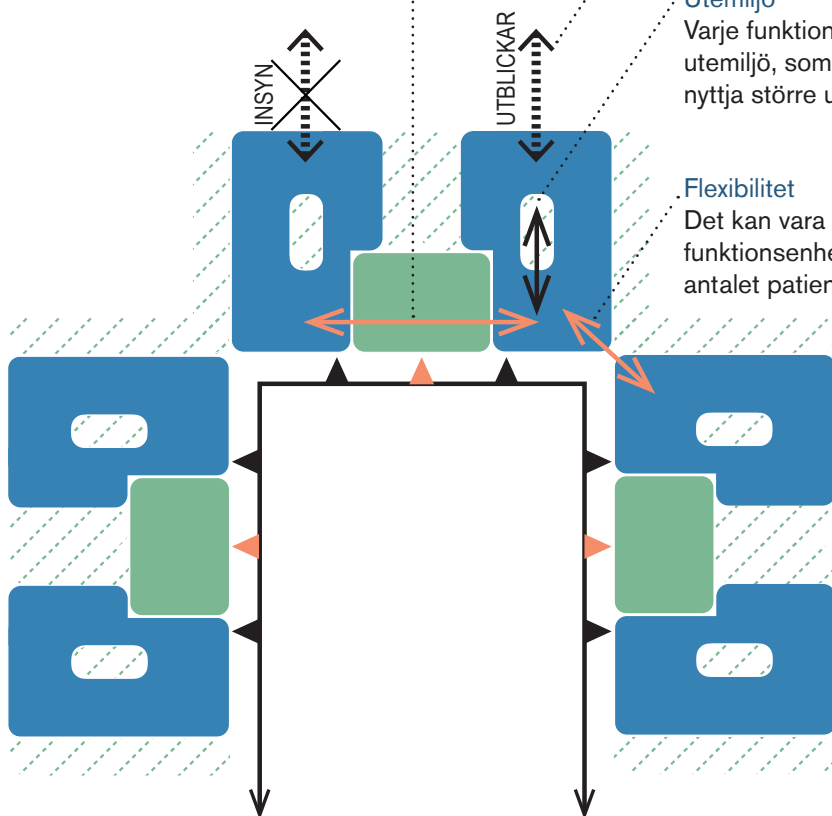
Undvik direkt insyn från offentliga områden till patientrum och gårdar där patienter vistas. Men möjliggör utblickar gärna mot park- eller naturmiljöer.

Utemiljö

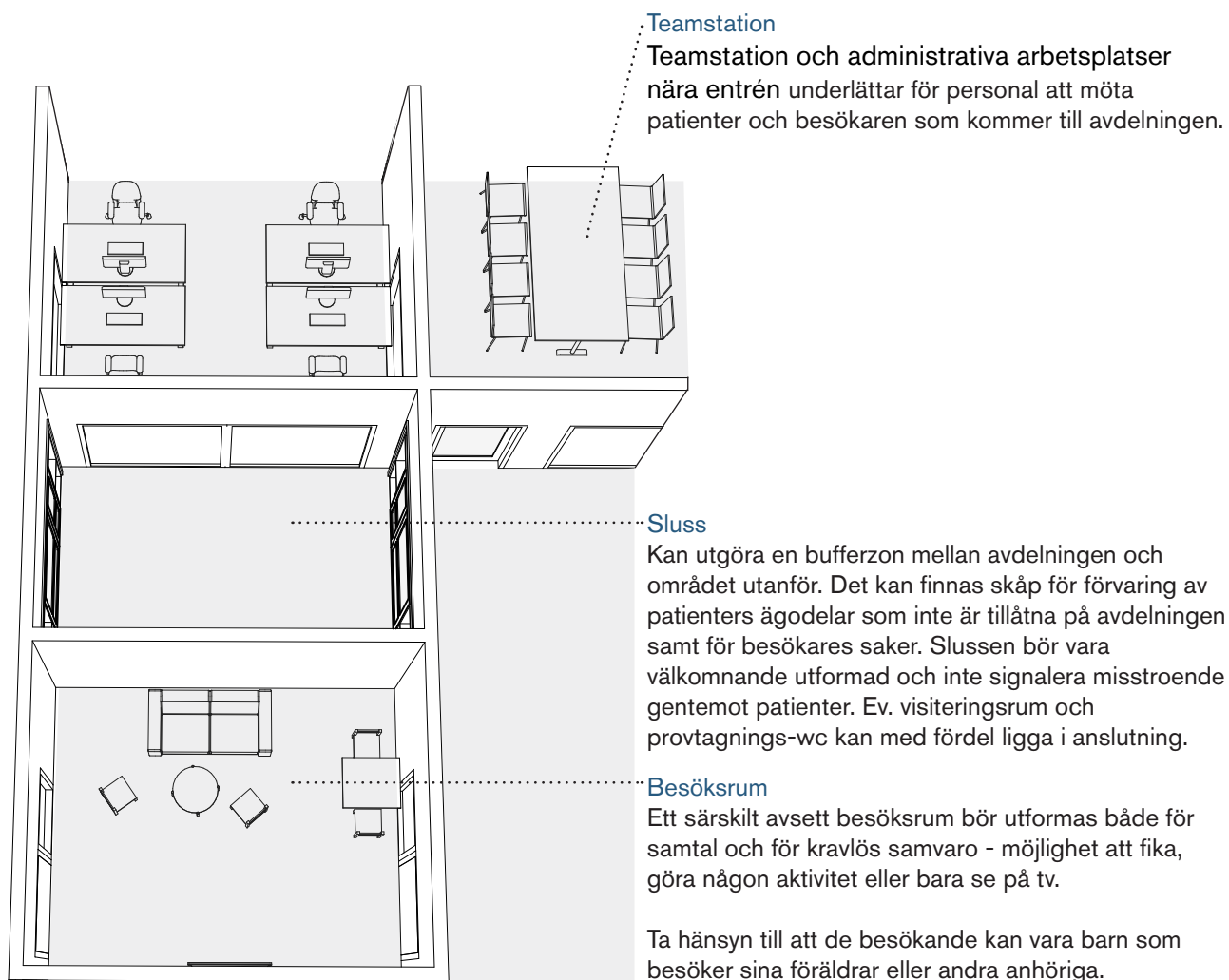
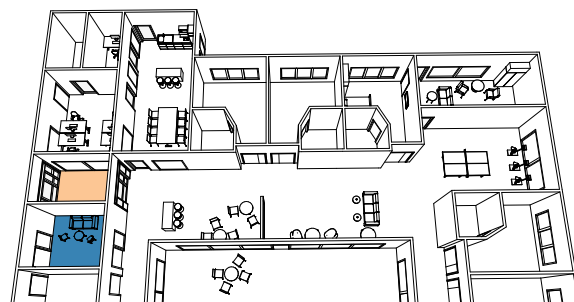
Varje funktionsenhet bör ha en egen avgränsad utemiljö, som en innergård, men också möjlighet att nyttja större utearealer.

Flexibilitet

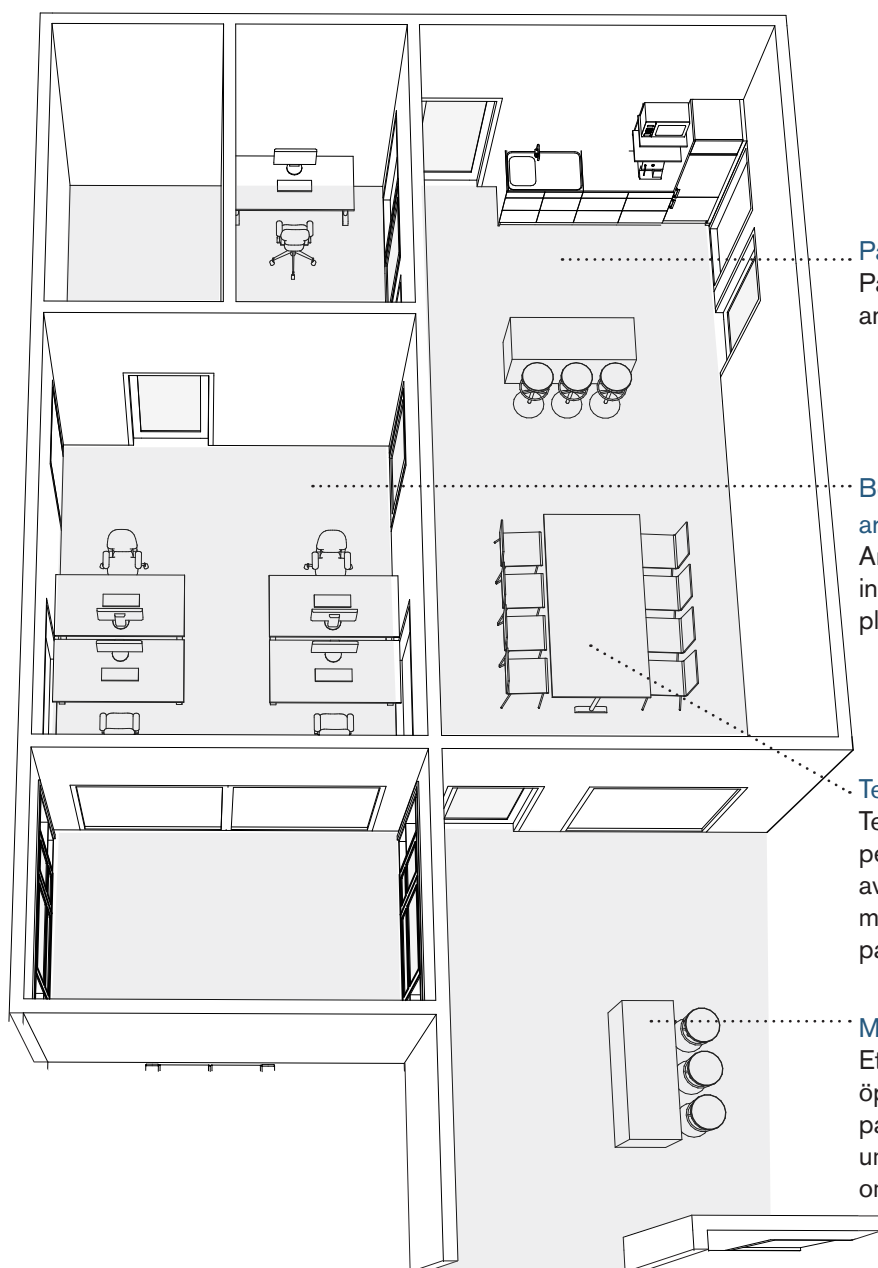
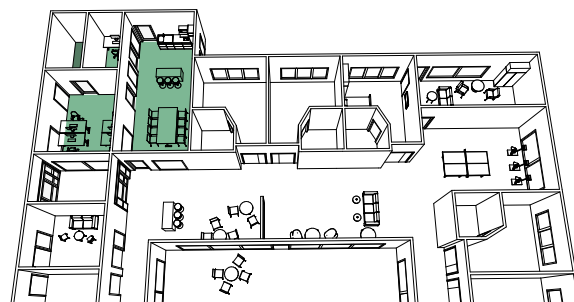
Det kan vara positivt att kunna flytta gränsen mellan funktionsenheter, för att kunna minska respektive öka antalet patienter per funktionsenhet.



Rumsenheter – Entréfunktioner



Rumsenheter – Personalytor



Pausrum

Pausrum för personal ev. i direkt anslutning till avdelningen.

Behovsstyrd administrativa arbetsplatser

Arbetsplatser på avdelningen innefattar ostört skrivbordsarbete, plats för samtal och dokumentation.

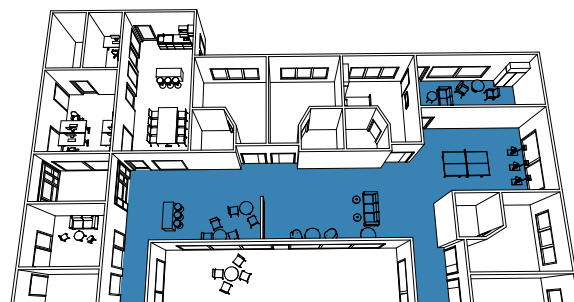
Teamstation

Teamstation med plats för personalmöten. Visuell kontakt med avdelningen är viktigt. Det bör finnas möjlighet för dokumentation med patienter även ute på avdelningen.

Mötesplats/Reception

Ett förslag från en workshop är en öppen personalarbetsplats där patienter alltid kan möta personal, umgås och prata och få information om sin behandling etc.

Rumsheter – Patientytor



Aktivitetsrum

Möjlighet till olika former av distraktion

Exempelvis kreativ och fysisk aktivitet som pussel, pingis, gåband, boxbollar etc

Utblickar och dagsljus

Visuell koppling till utemiljön, som distraktion och som förankring till dygnsrytm och årstid

Insyn

Undvik insyn från publika platser



Konst

Lugna och välbekanta motiv
t.ex. naturmotiv, bildkonst

Möblering

Möbler som inte kan tas sönder och användas som tillhygge

Möbler som är svåra att lyfta och kasta men lätta att flytta

Gardinstänger och gardiner

Gardinstångsfästen som släpper vid belastning

Textilier måste uppfylla gällande hygien- och brandkrav

Atriumgårdar och utemiljö

Fri tillgång till utemiljö med sittplatser

Plats för trädgårdsterapi

Öppningsbar dörr för frisk luft

Lämplig solavskärming

Ljud och akustik

Oljud och buller är en källa till stress

Använd lämpligt akustikundertak och ljudisolering i väggar för att undervika oljud

Kulör

Kulör kan ge kortvariga fysiska effekter, påverka ljusnivåer och underlätta orientering

För att skapa lugn rekommenderas lugna kulörer, exempelvis, blå nyanser



Gemensamma ytor

Flera olika rumsligheter med flyttbara möbler i gemensamma utrymmen

Patienter ska kunna välja; sällskap eller avskildhet, lugn eller aktivitet för att undvika stress

Överblick

Lätt överblickbara ytor underlättar observation av patienter

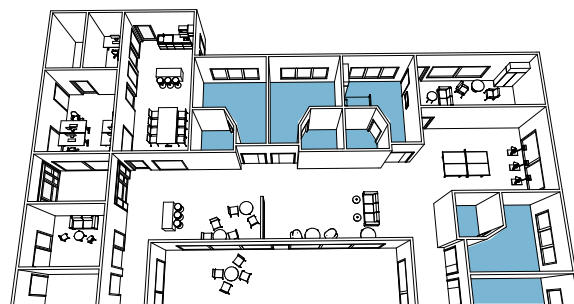
Patienter vet var personal och andra patienter befinner sig

Undvik dolda hörn

Rumsheter – Patientrum

En viktig del av patienters återhämtning är god sömn, patientrummet bör därför vara möjligt att mörklägga. Det bör också vara lätt överblickbart för personal och vara utformat utan fästpunkter för något som kan användas som en snara.

Det bör vara möjligt för patienten att välja var sängen ska stå placerad, nivå av belysning och bilder på väggarna. Det bör vara möjligt för patienten att låsa dörren och att låsa in värdesaker i ett förvaringsskåp i rummet. Säkerhetsaspekter är särskilt viktiga eftersom patienter vistas ensamma i rummet. Krokar och andra fästpunkter bör ge vika vid belastning. Ta hänsyn till risker förknippade med dörrhandtag



och dörrspringor för att minska risken för suicidförsök. Ett närförråd med linne och hygienartiklar är viktigt nära varje patientrum.

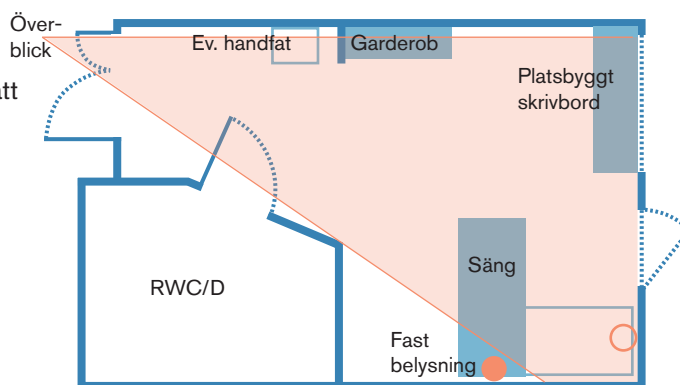
Nedan presenteras några principiellt olika utföranden av patientrum med tillhörande wc/ dusch.

Patientrum A

- Fullt tillgängligt patientrum med RWC/D med en utformning och dimensionering som gör det möjligt att använda rummet för somatisk vård i framtiden.

- Placeringen av hygienrummet gör rumsheten djupare och smalare än alternativ B och C. Det indragna hygienrummet gör att djupa nischer i passagen utanför rummet undviks.

- Det avskurna hörnet på hygienrummet ger bättre siktlinjer för personal. Det finns två möjliga lägen för patientsängen.



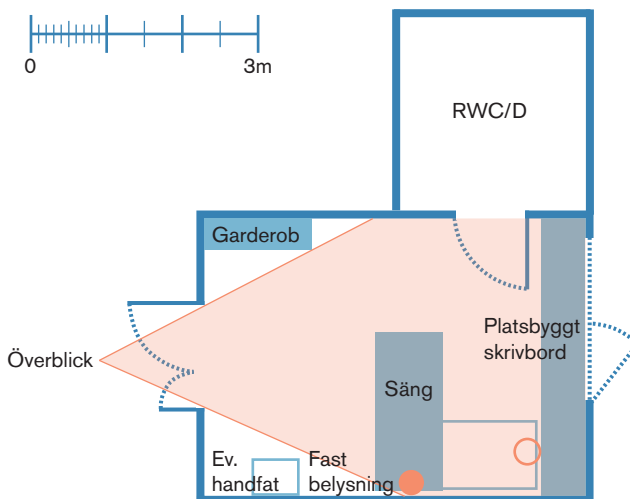
Patientrum A

Patientrum B

- Fullt tillgängligt patientrum med RWC/D med en utformning och dimensionering som gör det möjligt att använda rummet för somatisk vård i framtiden.

- Placeringen av hygienrummet gör rumsheten bredare än alternativ A och C, men grundare än alternativ A.

- Placeringen av hygienrummet ger helt fria siktlinjer för personal samtidigt som nischer utanför rummet undviks. Det finns två möjliga lägen för patientsängen.



Patientrum B

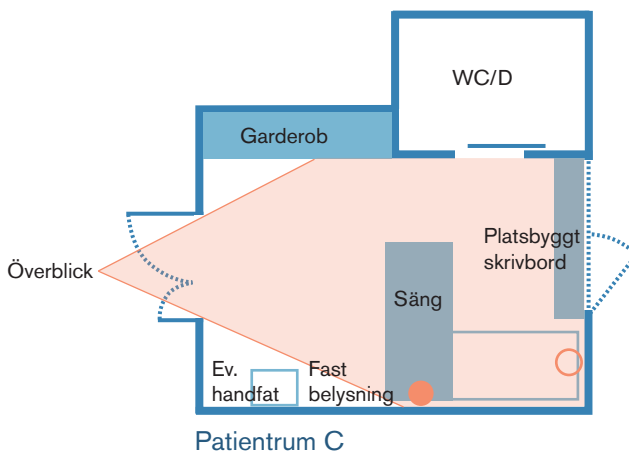
Patientrum C

- Ett patientrum med mindre WC/D som kan kompletteras med ett eller flera fullt tillgängliga rum för patienter med nedsatt rörelseförmåga. Rummets utformning och dimensionering som gör det möjligt att använda rummet för somatisk vård i framtiden.

- Placeringen och utformningen av hygienrummet gör rumsenheten bredare än alternativ A men smalare än alternativ B.

- Placeringen av hygienrummet ger helt fria siktlinjer för personal samtidigt som nischer utanför rummet undviks. Det finns två möjliga lägen för patientsängens.

- En skjutdörr till hygienrummet ökar platseffektiviteten.

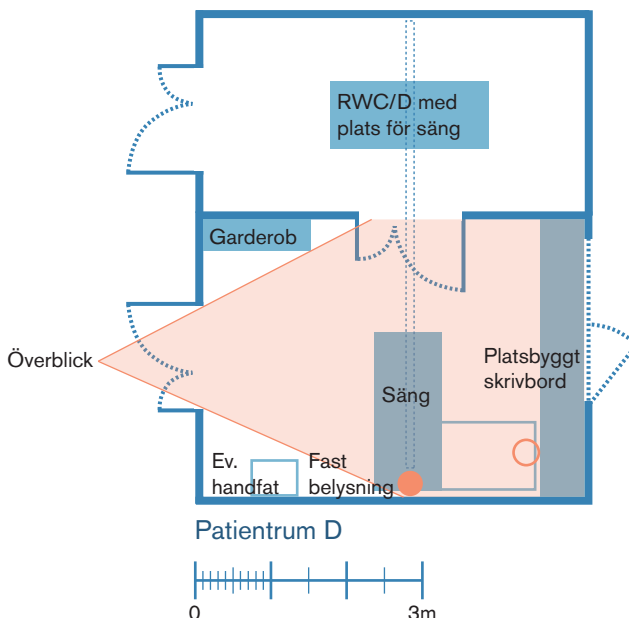


Patientrum D

- Fullt tillgängligt patientrum med RWC/D med en utformning och dimensionering som gör det möjligt att använda rummet för somatisk vård i framtiden.

- Placeringen och utformningen av hygienrummet gör det möjligt att använda taklyft för att flytta tunga patienter samt att rulla in en säng i hygienrummet.

- Placeringen av hygienrummet ger helt fria siktlinjer för personal samtidigt som nischer utanför rummet undviks. Det finns två möjliga lägen för patientsängens.



Avskiljningsrum

Ett patientrum på avdelningen kan ha direkt tillgång till ett litet aktivitets- eller samvarorum och en uteplats. Detta kan då avskiljas från resten av avdelningen för patienter som behöver mindre stimuli eller av andra skäl inte klarar att vistas i en större grupp. Detta är vanligt i Norge och Danmark och lyfts ibland som önskvärt även i Sverige.

Läs mer:

NHS (2015) ProCure21+ Repeatable Rooms Catalogue

Architecture+DesignScotland (inget datum)
Personal Space: Interior design approaches to bedrooms in mental health developments



Rumsenhetslista – Heldygnsvård

Exempel på de funktioner som kan behövas för heldygnsvårdens verksamhet. Antal av respektive rumsfunktion anges inte. Listan kan användas som ett diskussionsunderlag vid funktionsplanering som komplement till PTS typrumsbeskrivningar. Listan bygger på den lokallista som tagits fram av Locum till deras *Konceptprogram: Lokaler för god vård – psykiatrisk heldygnsvård*.

- Patientytor
- Patientrum
- Sluss
- Administrativa arbetsplatser
- Stödfunktioner för personal

Patientytor

RUMSFUNKTION	BESKRIVNING	KOMMENTAR
■ Enpatientrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ För en patient 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Med anslutande WC/Dusch ▪ Suicidsäker utformning
■ Enpatientrum, modell större	<ul style="list-style-type: none"> ▪ För en patient med behov av assistans, hjälpmedel eller mer svängrum. ▪ Ev. möjl. med övernattande anhöriga? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Med anslutande RWC/Dusch ▪ Suicidsäker utformning
■ Rum för avskiljning	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientrum med anslutande litet dagrum och tillgång till utemiljö 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Med anslutande RWC/D. ▪ Suicidsäker utformning
■ WC/Dusch		<ul style="list-style-type: none"> ▪ I anslutning till varje pat.rum ▪ Suicidsäker utformning
■ RWC/Dusch		<ul style="list-style-type: none"> ▪ I anslutning till varje patientrum, modell större ▪ Suicidsäker utformning
■ RWC (med skötbord)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ I de allmänna ytorna, för besökande 	
■ Utemiljö	<ul style="list-style-type: none"> ▪ För återhämtning, samtal, fysisk aktivitet, rökning etc. 	
■ Dagrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plats för samvaro med tv ▪ Plats för enskildhet nära andra 	
■ Mindre dagrum Lugnt rum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plats för samvaro utan tv ▪ Rum för sinnesmodulering motsvarande "Lugna rummet" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behöver inte fönster
■ Aktivitetsrum - kreativt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rum med plats för kreativt skapande, färg och form 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kan behöva diskho
■ Aktivitetsrum – fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Med gymrustning t.ex. löpband, motionscykel, boxningssäck ▪ Kan ev. delas mellan flera avdelningar 	
■ Badrum Tvättstuga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rum för bad och avslappning ▪ Kan ev. delas mellan flera avdelningar ▪ Där patienter kan boka tid för att tvätta egna textilier 	
■ Matplats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Med fördel två åtskilda platser på avdelningen 	
■ Träningskök/pentry	<ul style="list-style-type: none"> ▪ För terapeutiska aktiviteter ▪ Ev. med förvaringsmöjlighet för patienters egna matvaror ▪ Kaffe- och testation ▪ Kan ev. delas mellan flera avdelningar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hantering av livsmedel enl. kommunens miljö- och hälsoförvaltning

Patientytor forts.

RUMSFUNKTION	BESKRIVNING	KOMMENTAR
■ Rum för brukarorganisationer och patientföreningar	<ul style="list-style-type: none">▪ Plats för föreläsning, möte etc.▪ Kan eventuellt vara samma som aktivitetsrum▪ För psykoedukation	<ul style="list-style-type: none">▪ Med utrustning för digitala samtal▪ Utanför avdelning
■ Rum för anhöriga och besökare	<ul style="list-style-type: none">▪ Ett ombonat, trivsamt rum för samvaro▪ Ta särskild hänsyn till barn▪ Inkludera distraktion och möjlighet till aktivitet, utsikt, pentry, spel, etc.	<ul style="list-style-type: none">▪ Ingång från sluss eller från passage utanför avdelning▪ Med anslutande RWC med skötbord
■ Plats för djur	<ul style="list-style-type: none">▪ Plats för terapihundar?▪ Plats för besök av patienters egna husdjur?	
■ Samtalsrum, neutralt	<ul style="list-style-type: none">▪ Lugn och trivsam inredning	<ul style="list-style-type: none">▪ Reträttväg
■ Undersökningsrum	<ul style="list-style-type: none">▪ Viktigt för patienter med somatisk-psykiatrisk samsjuklighet	<ul style="list-style-type: none">▪ Reträttväg

- Patientytor
- Patientrum
- Sluss
- Administrativa arbetsplatser
- Stödfunktioner för personal

Personalytor inom avdelning

RUMSFUNKTION	BESKRIVNING	KOMMENTAR
■ Behovsstyrda administrativa arbetsplatser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skrivbordsplatser/arbetsstationer, flexibla eller personliga? Aktivitetsbaserade utrymmen och/eller enskilda rum/expeditioner? - Skötare och sjuksköterskor - Chef (plats för medarbetarsamtal) - Läkare - Bemanningsassistent - Studenter ▪ Plats för större och mindre möten samt telefonsamtal (medarbetarsamtal, teammöten) ▪ Rondrum 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sekretess, hur sker telefonsamtal och ev. diktering utan att äventyra patienters integritet. ▪ Arbetsmiljö, hur lättillgänglig är förvaring? hur är ljusförhållandena? hur är ljudnivån? ▪ Omedelbar närhet till patientytor från teamrum och teamarbetsstationer
■ Reception/ decentraliserad arbetsstation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decentraliserad, alltid bemannad arbetsstation nära entrén. ▪ För information ▪ En social trygghetsskapande funktion ▪ Bistår vid in- och utpassage av anhöriga, patienter etc. 	
■ Personalutrymmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pausrum med pentry (ev. utanför avd samnyttjad med andra avd.) ▪ RWC/WC-personal 	
■ Förråd	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Linne ▪ Förbrukningsartiklar ▪ Närförråd ▪ Förråd för patienters privata ägodelar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Närförråd i anslutning till vådrum
■ Miljörum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mellanförvaring av avfall 	
■ Läkemedelsrum		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kräver en slussfunktion som kan vara ett annat personalutrymme
■ Desinfektionsrum		
■ Förvaring av bältessäng/Bältesrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inom alla avdelningar, eller bara på PIVA? 	
■ Kök och diskrum	<ul style="list-style-type: none"> ▪ För uppvärmning samt beredning av enklare mat 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hantering av livsmedel enl. kommunens miljö- och hälsöförvaltning

Personalytor utanför avdelning (kan samnyttjas med andra avdelningar)

RUMSFUNKTION	BESKRIVNING	KOMMENTAR
■ Sluss	▪ Förrum till avdelningen med låsbara skåp för besökares ytterkläder och patienters tillhörigheter	
■ Visiteringsrum		▪ I anslutning till sluss och provtagnings-WC
■ Provtagnings-WC		▪ I anslutning till visiteringsrum
■ Administrativa arbetsplatser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skrivbordsplatser/arbetsstationer, personliga eller flexibla? Enskilda rum/expeditioner eller aktivitetsbaserade utrymmen? - Läkare - Sekreterare - Psykolog - Paramedicinare - Studenter? ▪ Plats för större och mindre möten samt telefonsamtal (medarbetarsamtal, teammöten) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sekretess, hur sker telefonsamtal och ev. diktering utan att äventyra patienters integritet. ▪ Arbetsmiljö, hur lättillgänglig är förvaring? hur är ljusförhållandena? hur är ljudnivån?
■ Post och kopiering	▪ Centralskrivare och papper, återvinning och förvaring/hantering av konfidentiellt pappersavfall.	
■ Vilrum	▪ För personal	
■ WC	▪ För personal	
■ RWC	▪ För personal	
■ Personalrum med pentry		
■ Omklädningsrum	▪ Med avskild del och dusch	
■ Miljörum		
■ Städtrum		
■ Parkering	▪ För mobila team	

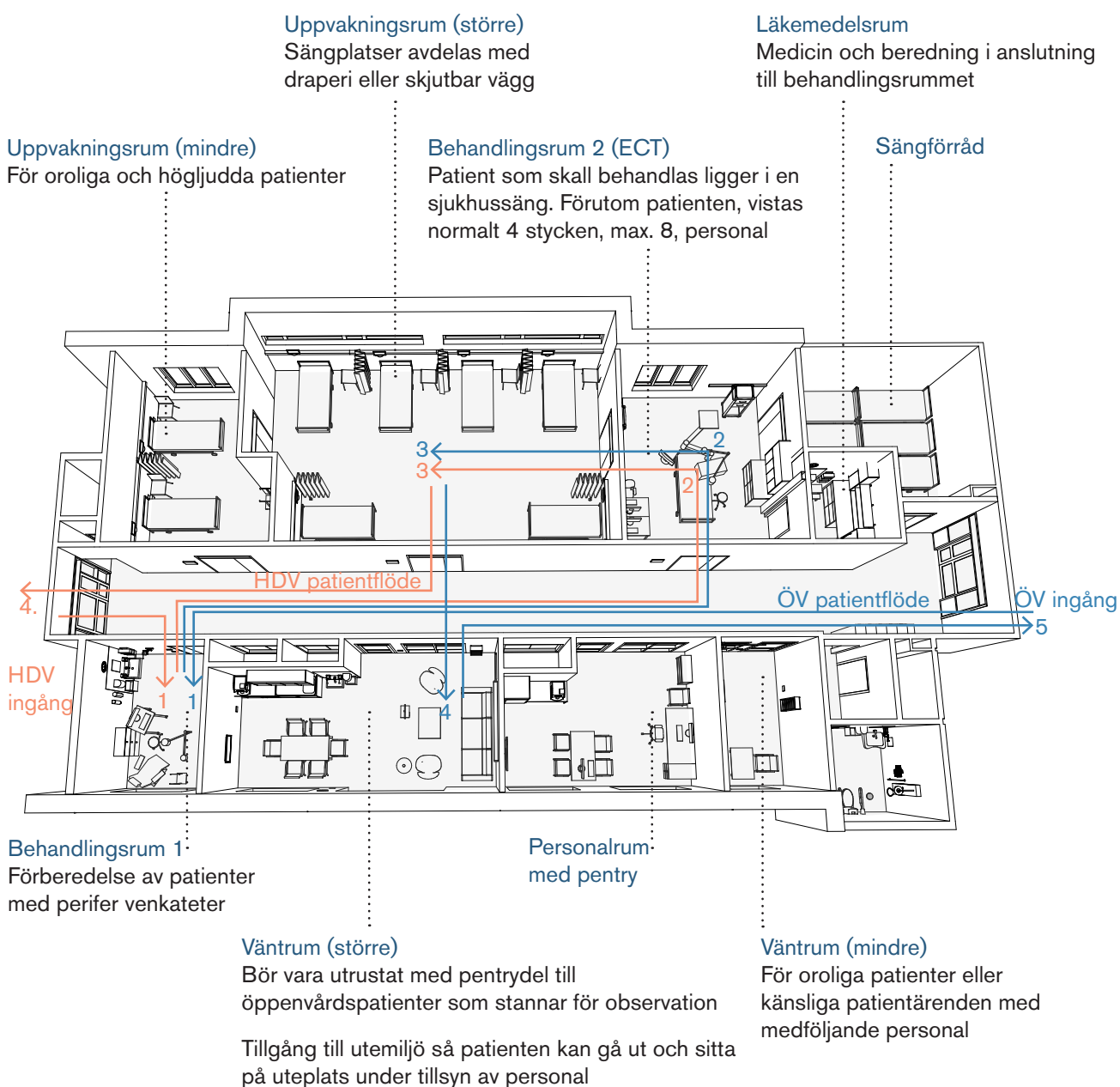
5.4 ANDRA TYPER AV LOKALER

ECT

Elbehandling, eller elektrokonvulsiv behandling, är en behandling som ges till patienter inom både öppenvård och heldygnsvård. Patienterna som ges behandlingen är alltid sövda och det är anestesipersonal med hemvist på ett somatiskt sjukhus som utför narkosen. Patienter kommer till ECT-enheten utifrån eller från avdelningarna, till fots eller via en sängtransport. Enheten har ofta ett flöde från ett väntrum till ett

behandlingsrum (med anslutande sängförråd) och vidare till ett uppvakningsrum. Storleken på uppvakningsrummet begränsar antalet behandlingar som kan ges under en viss tidsperiod.

ECT är en vanlig behandling idag, men nya typer av behandlingar utvecklas ständigt. En alltmer förekommande behandling är repetitiv transkranieell magnetstimulering, rTMS. En behandling som ställer andra krav på lokalerna.



Exempel av ECT enhet från Region Kronoberg
Vuxenpsykiatri Sigfridsområdet, Växjö

5.5 REFERENSER KAP. 5

Referenser:

10100 (inget datum) Fokushuset. Hämtad från: <http://www.tiohundra.se/fokushuset> [2018-06-09]

Alrutz & Magnusson Boman (2017) Rum för vård på distans. Västerbottens läns landsting och Nyréns Arkitektkontor

Architecture+DesignScotland (inget datum) Personal Space: Interior design approaches to bedrooms in mental health developments. Hämtad från: <https://www.ads.org.uk/personal-space-interior-design-approaches-to-mental-health-bedrooms/> [2018-09-06]

Locum (2015) Konceptprogram: Lokaler för god vård – psykiatrisk heldygnsvård. Strategiska fastighetsfrågor och investeringar, Stockholms läns landsting. Hämtad från: <https://www.locum.se/verktygen/styrdokument-fastigheter/konceptprogrammen/lokaler-for-god-vard---psykiatrisk-heldygnsvard/> [2018-10-10]

Maggie's (inget datum) About Maggie's. Hämtad från: <https://www.maggiescentres.org/about-maggies/> [2018-06-09]

Procure21+/MARU (2013) Repeatable Room Literature Review Report – Mental Health Bedroom. Procure21+ rg/10.1108/02632771311324972 Hämtad från: http://www1.lsbu.ac.uk/maru/docs/Single_ensuite_patient_bedroom.pdf [2018-09-06]

PTS (2015) Konceptprogram Administrativa arbetsplatser inom vården och dess förvaltningar, Centrum för vårdens arkitektur

PTS (2016) Konceptprogram Lokaler för öppenvård, Centrum för vårdens arkitektur

Rikshandboken Barnhälsovård (2014) Familjecentraler. Hämtad från: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Arbetsatt-i-barnhalsovarden/Vad-ar-en-familjecentral/> [2018-09-03]

Stiernstedt, G. (2018) Presentation forum vårdbyggnads konferens, 2018-05-16 Stockholm

Intervjuer:

Jordeby Jönsson, A., Bitr. verksamhetschef Psykiatri, Verksamhetsområde psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala, Intervju 2017-11-20

Thomsen, L., Funktionsleder, Psykiatrisk Afdelning Aabenraa, Sengeafsnitt 55, Intervju 2017-11-24

Törnkvist, Å., Bitr. verksamhetschef Tema/ Utveckling, Verksamhetsområde psykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala, Intervju 2017-11-20

