

Danderyds Akutvårdsmottagning

Examensarbete Chalmers Arkitektur

Att undersöka en akutvårdsmottagning ...



Skulle du känna dig trygg här?

Omtanke finns – syns den?





9

Du bör fråga
personalen innan
du äter och dricker

Blir du **frisk** här?

**SKÄRANDE
STICKANDE**

“Allt vi ser inverkar på vårt psyke.

Våra känslor är ständigt i intim kontakt med alla visuella fenomen. Det som är vackert fult, spännande, intressant, kul, tråkigt, pinsamt etc. uppfattas individuellt, men är fenomen som inverkar fördelaktigt eller menligt på våra sinnen. Tillsammans utgör de vår livsmiljö...”

UR: “Design = Ekonomi”. Olle Eksell

Innehållsförteckning:

Introduktion till arbetet	15
Att uppleva en akutmottagning	19
Platsen och sjukhuset	31
Förslaget	45
Slutkommentarer, funderingar & grubblerier	72
Litteraturlista	75



 DANDERYDS SJUKHUS

30

Gäller inom sjukhusområdet



Gäller från 0700 till 1900

Trafiköversiktning Max 1 min

30

Gäller inom sjukhusområdet

Introduktion till arbetet

Bilderna till introduktionen är mitt sätt att förmedla mina egna känslor och funderingar kring begreppet vård och vårdbyggnader.

Skribenten har en ganska gedigen erfarenhet att arbeta inom vårdsektorn både inom ren omsorg och en hel del inom akutsjukvård. I kontakten med dessa vårdmiljöer har jag upptäckt att det är mycket som utelämnats i dess tillkommande.

Detta gäller såväl i planeringen som i utformandet. I slutändan handlar det ju om människor. Människor som vårdas och människor som vårdar. Det är ju både en vårdmiljö och en arbetsmiljö som skall fungera ihop på ett så optimalt sätt som möjligt. Men det fattas alltid någonting. Vid en av de avdelningar där jag har arbetat ställde vi de avlidna

i soprummet där vi även slängde sopor och tvätt. Där stod ett lite bord med en duk, ljus och en bibel. Varför detta förekom var säkert för att det inte fanns någon annan plats och att det var en sluss där vaktmästarna sedan kunde komma och hämta kroppen. Ändå en märkligt upplevelse som jag funderat över under en längre tid.

Val av arbete

Med detta som bakgrund så föll valet av examensarbete ganska naturligt in på vårdmiljöns område. Jag har funderat både länge och väl på vad examensarbetet skulle resultera i.

Mina första tankar var att det inte skulle resultera i en fysisk ritning vilket ofta är resultatet av ett examensarbete på Chalmers Arkitektur.

Så jag startade ett arbete som handlade om att undersöka hur vi upplever en miljö och varför. Vad vet vi egentligen om den upplevda sjukvårdsmiljön? Detta arbete var förlagt till de tre akutvårdsmottagningarna i Göteborg; Mölndals sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset samt Östra sjukhusets Akutvårdsmottagning. Ni kan läsa mer om detta i kapitel 2.

Nu ville livet något annat under en tid vilket gjorde att det arbetet rann ut i sanden så jag startade om mitt arbete i november 2003. Min vilja var då att göra något annat men som rörde sig inom samma område som mitt tidigare arbete. Efter konsultation med Åke Wiklund (examinator) så föll valet på ett tilltänkt akutcenter vid Danderyds sjukhus i Stockolm. Detta projekt är planerat 5-10 år fram i tiden. Detta skulle vara ett intressant arbete som låg bra i tid och som gjorde att veckligheten låg nära examensarbetet. Vi tog kontakt med Danderyds sjukhus och Locum och de ställde sig mycket positiva till arbetet. Tanken var nu att använda tidigare kunskap om akutvårdsmottagningar och använda denna till att utforma den tilltänkta akutvårdsmottagningen.

Varför en akutvårdsmottagning?

En akutvårdsmottagning är en speciell vårdmiljö och kan upplevas som stressfull av dem som vistas där, både för personal och för patienter. Det är viktigt att den fysiska vårdmiljön upplevs som positiv för att minska känslan av utsatthet och stress. Mina egna funderingar är att det är en tuff arbetsmiljö där bilden av en akutvårdsmottagning oftast visar på hjälteinsatser där liv och död spelar en stor roll. Denna bild gestaltas ofta i tv-serier och filmer. Denna medicinska akutvårdsinsats är bara en mindre del av arbetet vid en akutvårdavdelning. Oftast handlar det om omvårdnad och lägre prioriterade patienter. Mina egna erfarenheter och funderingar är att miljön på en akutvårdsavdelning är lågt prioriterad; både vårdmiljö och arbetsmiljö.

Det är också så att arbetet inom vårdmiljö ofta handlar om vårdavdelningar och platser för längre vistelser och inte vistelser vid akuta enheter vilket gjorde att jag var lite nyfiken på detta.

Syfte/frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att undersöka en akutvårdsmottagning;

- hur den fungerar
- vilka patienter som kommer dit
- hur processen ser ut och hur den påverkar arkitekturen
- hur människor upplever en akutvårdsmottagning
- hur den skiljer sig från andra vårdinrättningar
- hur en sådan kan utformas på ett bättre sätt

En annan fråga som också tas upp är vad ett modernt akutcenter skall innehålla.

Avgränsning

Från början var det inte alldeles självklart hur avgränsningen skulle se ut, men efter en kortare tid bestämdes den till att utformas kring akutvårdsmottagningens problematik med hänsyn till omgivande bebyggelse och platsen. Funderingar har också rört akutcentret men mer i schematiska skisser som beskriver vad ett modernt akutcenter bör inrymma.

Tillvägagångssätt/arbetsprocess

Tillvägagångssättet var att formulera en arbetsplan som jag kunde arbete utifrån. Där formulerades mål för arbetet samt hur andra personer skulle involveras.

Detta dokument presenterades vid ett första arbetsmöte där representanter från Danderyds sjukhus, verksamheten dvs. akutvårdsmottagningen samt förvaltningsorganisationen dvs. ägarna deltog. Vid detta möte enades vi om ett antal möten där förslaget fortskidande skulle presenteras samt att jag skulle göra en kortare praktikperiod på avdelningen för att studera avdelningens processer och kultur. Personerna som medverkade vid detta första möte blev också den kommande arbetsgruppen som utgjorde ett bollplank för projektet.

Processen såg ungefär ut så här:

- Först handlade det om mitt första "hur en akutvårdsmottagning upplevs", ett arbete som egentligen ligger till grund för detta arbete.
- Litteraturstudier har också krävts för att förstå problematiken kring en akutvårdsmottagning. En bok som kan nämnas i sammanhanget är Maria Nyströms "Möten på en akutvårdsmottagning" som på ett mycket bra sätt visar på en del av den problematik som råder på en akutvårdsmottagning. Jag har också studerat de fastighetsplaner och förstudier som finns kring projektet.

Jag har tagit hänsyn till dem utan att de har varit styrande i projektet.

- Platsen och omgivande bebyggelse och natur har studerats.
- Praktik under en dag på avdelningen för att dels "insupa" kultur och även att studera processer och de teser jag hade om akutvårdsmottagningar.
- Jag har tittat på i princip alla nybyggda akutvårdsmottagningar i landet genom planskisser, intervjuer och relaterade texter.
- Gjort egna processtudier där jag tittat på hur patientflöden rör sig i rummet.
- Dessaovannämnda iakttagelser ledde fram till en första planskiss som diskuterades på ett av de första arbetsmötena.
- Sen har det varit en dialog mellan berörda parter om hur funktion och utformning bör ske.

Alltså en kort beskrivning av hur processen har sett ut. Naturligtvis har det varit mer invecklat än så.

Disposition

Detta arbete kan egentligen läsas som läsaren vill men jag vill i min struktur bidra och ge min egen process ett ansikte. Så dispositionen följer egentligen mitt eget handlande i detta projekt.

Arbetet är strukturerat enligt följande:

1. Inledning, bakgrund till arbetet.
2. Min första start till examensarbete. Hur patienter och personal upplever en akutvårdsmottagning? Denna presenteras lite kort men med mina och andras tankar som har påverkat detta arbete.
3. Problematik och analys av plats, akutmottagning och studier av andra akutmottagningar.
4. Förslaget presenteras med mer ingående detaljstudier på akutvårdsmottagningen samt mer övergripande funderingar kring kommunikationer, plats och vilka funktioner som skall inrymmas i ett akutcenter.

Arbetsgrupp:

Danderyds sjukhus
Akutvårdsmottagningen

Locum

Chalmers

Karin Johansson
John Grubbström
Ewa Gabrielsson
Eva Lenngren
Anna Bergström
Lars Ericsson
Sören Åkerblom
Anna Montgomery
Magnus Alfredsson
Åke Wiklund

Utvecklingschef
Verksamhetschef
Vårdlärare
Fastighetschef
Projektledare
Förvaltare
Förvaltare
Bitr Fastighetschef
Cad-mannen
Examinator



Centralink & Akutrettning

Att uppleva en akutmottagning

I detta kapitel kommer jag att beröra den undersökning som jag utförde på akutvårdsmottagningarna i Göteborg. Jag ville ta med detta arbete eftersom enkätstudien är genomförd och den har fungerat som ett underlag för detta arbete. Resultatet av undersökningen har också gett en hel del resultat som använts i projektet. Den skall dock ses som ett viktigt men separat inslag i projektet.

Bakgrund

En akutvårdsmottagning är en speciell vårdmiljö och kan upplevas som stressfull av dem som vistas där, både för personal och för patienter. Det är viktigt att den fysiska vårdmiljön upplevs som positiv för att minska känslan av utsatthet och

stress. Det är av betydelse att på ett strukturerat sätt få kunskap om hur individer som vistas där upplever vårdmiljön för att på så sätt nå kunskap om hur utformningen av miljön skall kunna bli optimal.

Som arkitekter och beställare går detta att påverka men då måste vi ha vetskap om hur vi reagerar på denna form av miljö som skiljer sig en del från andra miljöer.

Vårdmiljön definieras som hela den kontext där vård bedrivs dvs fysisk miljö såsom ljus, färg och rymd men även mer abstrakta ting som interaktioner mellan människor (von Koch 1998; WHO 2001). WHO (2001) betonar att miljöfaktorer som främjar hälsa inkluderar

såväl den fysiska som den sociala och kulturella miljön i individens närhet. Vikten av att skapa en god vårdmiljö har uppmärksammats under senare år beroende på en ökad kunskap om att arkitektur och design i samspel med kultur främjar såväl den fysiska som den psykiska hälsan (Ulrich 1991; Dilani 2000). Det har också skett ett paradigmskifte när det gäller synen på hälsa. Idag definieras hälsa inte som endast frånvaro av sjukdom utan inkluderar såväl fysiskt, psykiskt och kulturellt välbefinnande (WHO 1981). Detta innebär att andra behandlingsmetoder än medicinsk behandling kan bli aktuella såsom interventioner i vårdmiljön (Ulrich 1991; Wijk, Berg et al. 1999; Zeisel 2000; WHO 2001).

Det finns en rad studier som visar att en god miljö kan påverka hälsan genom att öka individens möjlighet att hantera stress (Ulrich 1991; Theorell et al 1996). Resultat visar att vårdmiljön kan ha en positiv inverkan på patientens blodtryck och depressionsgrad men även oros tillstånd (Ulrich). Det finns även studier som visar att opererade patienter som vistas i rum med en

liten trädunge i blickfånget behöver kortare vistelsetid på sjukhus, får bättre humör, färre postoperativa komplikationer och lägre doser av starka narkotiska smärtstillande medel än patienter med utsikt mot en tegelvägg (Ulrich). Wijk (1999) visar att dementa individer kan urskilja färger och visar preferens för självvalda färger.

Idag så vet forskarna att arkitektur och design i samspel med kultur främjar såväl den fysiska som den psykiska hälsan och ökar människors välbefinnande. Vi vet också att en god miljö ger sänkt blodtryck, lugnare hjärtrytm, lägre stressvärden, bättre sömn, mindre oro, färre depressioner och minskat behov av smärtstillande medel. Det har gjorts en hel del undersökningar om hur människor uppfattar olika miljöer och hur de påverkas av dem. Även sjukvårdsmiljöer har utforskats främst i USA där de hunnit en bit längre vad gäller utformning och design av sjukvårdsmiljöer.

Val av ämne

Med detta som bakgrund så föll valet av examensarbete ganska naturligt in på vårdmiljöns område.

Jag har funderat både länge och väl på vad examensarbetet skulle resultera i. I de allra flesta fall handlar det ju om att rita något. Resultatet skall vara en fysisk ritning men jag kände tidigt att detta inte var alternativet. Jag vill undersöka varför vi utelämnar saker. Vad vet vi egentligen om den upplevda sjukvårdsmiljön? Någonstans här skulle jag hamna.

Problembeskrivning & avgränsning

Examensarbetet skall handla om hur vi upplever sjukvårdsmiljöer både som patienter och som professionellt verksamma i sådana miljöer. Nu är ju vårdmiljön ett väldigt stort område med allt ifrån akutmottagningar till vård i livets slutskede. Min avgränsning och begränsning ligger i att jag undersöker akutmottagningar för vuxen somatisk sjukvård. För att få ett bra urval så beslöt jag mig för att undersöka de tre stora akutvårdsmottagningarna i Göteborg. Dessa är: akutvårdsmottagningen vid Möln-dals sjukhus, akutvårdsmottagningen vid Sahlgrenska sjukhuset samt akutvårdsmottagningen vid Östra sjukhuset.

Jag funderade länge på hur processen ser ut. Hur skulle jag undersöka denna? Hur upplever vi rörelsen i rummet? Det händer ju något under processen då man som patient förflyttar sig inåt i sjukhuset. Från det offentliga till det mer intima. Vad innebär detta för vår upplevelse? Alla personer som brukar en sådan här lokal befinner ju sig i någon slags process där vi någon gång möts i samma ögonblick i samma rum, såväl patienter, läkare, sjuksköterskor, präster, planerare, arkitekter, elektriker etc. Alla har vi någon upplevelse av denna enhet. Nu menar jag inte att alla dessa människors önskemål kan tillgodoses, men det är ändå intressant att vi möts på samma punkt med helt olika krav och upplevelser.

Kan vi på något sätt hitta ett sätt att undersöka detta? Min slutsats blev naturligtvis att detta är för komplext. Min fråga var då om det gick att hitta gemensamma beröringspunkter, några noder där alla möts? Dessa noder skulle i så fall vara noder som skulle kunna fungera som undersökningspunkter som man skulle kunna simulera ifrån. En liten utveckling kanske, men

tanken om simuleringen bestod i att använda få miljöer som skulle kunna karaktärisera hela avdelningen. På så vis skulle man kunna få fram information som gick att använda i flera olika miljöer. Så var tankegången.

Det jag kom fram till var att undersöka väntrummet och undersökningsrummet. Väntrummet är där människor anmäler sig/skriver in sig, ger sin anamnes och väntar på att bli uppropade. Detta är det första gränssnittet mellan patient och sjukhus, en första mötesnod. Här kan patienterna sitta och bläddra i tidningar, ta en kopp kaffe, samspråka mm. Ett ganska så offentligt rum där man som patient känner sig ganska fri. Detta kanske inte är fallet för dem som arbetar där. Detta är ju den yttersta noden för dem. Här är gränsen till ute väldigt kännbar. Min uppfattning är att man som personal känner sig mer hemma ju längre in i sjukhusystemet man kommer, innanför dörren så att säga. Undersökningsrummet däremot är för patienten den mest intima delen. Här skall patienten klä av sig både fysiskt och psykiskt. Blotta sig för någon ofta främmande person. Oftast

finns det inga fönster eller tidningar att bläddra i. Du sitter som patient fast i detta rum till doktorn kommer vilket ibland kan ta ganska lång tid. Du är knuten till din stol och känner dig ganska orörlig. Personalen däremot känner sig hemma i denna miljö. Detta undersökningsrum är ett av deras arbetsverktyg, därför är de bekväma med detta rum.

Dessa funderingar är mycket av mina egna med inslag av en del intervjuer. Men dessa funderingar gjorde att jag bestämde mig för att undersöka patienter och personal i väntrummet och undersökningsrummet.

Syfte

Syftet med studien är att studera hur den fysiska vårdmiljön på en akutvårdsmottagning upplevs av patienter och personal.

Frågeställningar

Hur upplever patienter och personal den fysiska vårdmiljön? Hur upplever patienter och personal väntrummet respektive undersökningsrummet? Finns det några skillnader i upplevelser mellan väntrummet och undersökningsrummet? Finns det

några skillnader mellan hur patienter och personal upplever detta rum? Finns det några skillnader mellan olika personalkategorier hur de upplever miljön? Jag har i denna undersökning valt att ta med tre grupper av personalen: läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Hur ser skillnaderna ut mellan olika akutvårdsmottagningar? Jag undersöker ju tre akutvårdsmottagningar (Mölndal, Sahlgrenska och Östra). Går det att hitta likheter dessa emellan som man i så fall skulle kunna tillskriva upplevelsen av en akutvårdsmottagning i stort?

Detta är några av de frågor som jag hoppas kunna få svar på i denna undersökning. Detta skulle isåfall kunna ligga till grund för planering och design av sådana här framtida enheter.

Metod

Studien är en beskrivande och jämförande studie där patienters och personalens upplevelser av vårdmiljön kommer att beskrivas och jämföras. Datainsamlingen kommer att ske under en dag då upplevelser av vårdmiljön kommer att mätas med hjälp av ett mätinstrument benämnt semantisk miljöbeskrivning (SMB).

Urval

30 patienter och 30 personal (10 sjuksköterskor, 10 läkare och 10 undersköterskor) kommer att få besvara enkäten.

Patienterna kommer att väljas konsekutivt under en dag enligt följande inklusionskriterier:

- patienterna ska vara i ett sådant mentalt och fysiskt tillstånd att de kan besvara en enkät
- vara i åldern 18-75 år
- kunna förstå svenska språket

Personalen kommer också att väljas konsekutivt under en dag enligt följande inklusionskriterier:

- professionen skall vara sjuksköterska, läkare eller undersköterska
- vara i åldern 18-65 år
- kunna förstå svenska språket

Tillvägagångssätt

Personalen på mottagningen där studien kommer att bedrivas informeras av projektledaren om studien. Sjuksköterskan i receptionen på mottagningen kommer att ge en kort information om studien samt lämna ut enkäten till patienten. Patienten skall besvara enkäten under vistelsen på akuten. Besvarad enkät lämnas på avi-

serad plats i undersökningsrummet. Under samma tidsperiod kommer personal att rekryteras till studien.

Instrument

Att hitta ett instrument för att mäta upplevelser av fysisk miljö var inte lätt. Jag sökte mig till ett antal undersökningsföretag, SIFO, Research International, Infratest Burke m fl för att titta på deras produkttester men fann inget som egentligen kunde hjälpa mig. Efter att ha letat på Internet fann jag av en slump Miljöpsykologiska institutionen i Lund. Där hade man tagit fram ett instrument som mätte upplevelsen av fysisk miljö så kallad semantisk miljö beskrivning (SMB).

Anledningen till att jag valde detta instrument var att det specifikt användes för att undersöka fysisk miljö. Det hade använts under en längre tid på en mängd olika miljöer och det skulle således finnas resultat av andra miljöer att jämföra med, vilket i sin tur gjorde att jag på ett bättre sätt skulle kunna tolka de data som jag fått fram genom undersökningen.

Instrumentet togs fram av Rikard Küller i början av 1970-talet.

Instrumentet är används främst för att undersöka hur en person eller en grupp av personer upplever den omgivning de befinner sig i.

Själva instrumentet är ett resultat av flera års försök att systematiskt mäta och beskriva upplevelser av den byggda miljön. Det har använts i ett flertal olika omgivning i allt från enskilda rum till stadsmiljöer, i simuleringar av stadsrum mm.

SMB är inget psykologiskt instrument i vanlig mening d v s det mäter ingen egenskap hos testpersonen utan den är en hjälp i att beskriva miljöer. I användning av SMB har det visat sig att bedömningarna av en miljö har en väldigt hög stabilitet redan vid 15-20 individer. I regel så är även bedömningarna motståndskraftiga mot förändringar i gruppens sammansättning, av väderlek och vid bedömningstillfället. Detta medför att det är relevant och meningsfullt att bedöma olika miljöer och ställa dem mot varandra.

Individen får ta ställning till ett antal adjektiv som kan tillskrivas en miljö såsom trivsamt, harmonisk eller livligt. Dessa adjektiv grupperas och utgör då 8 huvuddimensioner av den

fysiska miljön såsom trivsamhet, komplexitet, helhetsgrad, rumslighet, social status, affektion och originalitet. Själva testet omfattas således av åtta deltest, varav det första består av åtta och de övriga av fyra variabler. Huvuddimensionerna är helt oberoende av varandra. Respondenten får ta ställning till hur adjektiven stämmer överens med deras upplevelse av vårdmiljön genom att kryssa i en ruta på en sjugradig ordinal skala som sträcker sig från litet till mycket. Vid bearbetningen av data sorteras deltesten med hjälp av en särskild nyckel.

Miljön som skall bedömas behöver inte nödvändigtvis vara verklig. Det går att bedöma skisser, modeller, eller annat för att simulera en tilltänkt miljö. Det som är viktigt är att den miljö som skall bedömas måste utgöra en meningsfull gestalt d v s den måste vara avgränsad så att respondenten förstår var det är han/hon skall bedöma. Huvuddimensionerna innehåller alla flera begrepp som skall bedömas för att bilda den huvuddimensionens värde. En fråga som man kan ställa sig är hur förväntan på en omgivning påverkar vår upplevelse av en omgivning. Det borde ju vara så att när vi exempel-

vis besöker en akutmottagning så har vi en speciell föreställning om hur det kommer att vara vilket borde påverka upplevelsen. På samma sätt måste det vara liknande för dem som arbetar där. De har en föreställning om sin arbetsplats hur den är, de har vant sig vid sin miljö vilket kanske också påverkar upplevelsen. Detta är något som kanske visar sig i undersökningen, i tolkningen av de olika respondentgrupperna.

Här följer en lite kortare beskrivning av huvuddimensionerna och dess begrepp. Efter varje begrepp så tillskrivs det om det är positivt eller negativt i instrumentet.

Trivsamhet:

- Ful -
- Stimulerande +
- Trygg +
- Tråkig -
- Idyllisk +
- Bra +
- Trivsamt +
- Brutalt -

Denna dimension handlar om vilken grad av trivsamhet och trygghet som omgivningen ger intryck av. Idag så vet man inte riktigt om det skiljer sig

mellan de personer som vistas där under en längre tid och de som bara är där på en tillfällig visit. Det kan vara så att de som vistas där tillfälligt har en annan upplevelse än de som vistas där under en längre tid. Med tanke på den typen av undersökning som jag gör så kan sådana resultat framkomma i undersökningen. Själva dimensionen torde ha en högre grad av viktighet i den här typen av miljö.

Komplexitet

- Brokig +
- Dämpad -
- Livlig +
- Sammansatt +

Denna dimension skall tolkas hur lätt det är att urskilja enheter i omgivningen, eller mera generellt den variationsrikedom man upplever omkring sig.

Helhetsgrad

- Funktionell +
- Stilren +
- Konsekvent +
- Helhetsbetonad +

Denna dimension handlar om hur väl olika enheter i omgivningen

synes passa ihop eller hur väl de fungerar tillsammans. Det har visat sig att störande inslag i en miljö starkt minskar intrycket av helhet.

Rumslighet

- Sluten +
- Öppen -
- Avgränsad +
- Luftig -

Denna dimension skall tolkas som graden av rumskänsla. Det finns olika saker som påverkar graden av rumskänsla t ex stora fönster, mörka eller ljusa färger, hur högt det är till tak o s v.

Kraftfullhet

- Maskulin +
- Ömtålig -
- Kraftfull +
- Feminin -

Denna skall tolkas som uttrycket av kraft hos miljön. Dimensionen kan ibland vara kopplad till hur vi ser på könsrollstraditionerna. Det har visat sig att mörka färger ger ett kraftfullt intryck.

Social status

- Dyrbar +
- Välvärdad +

- Enkel -
- Påkostad +

Denna är en ekonomisk och social värdemätare. Dimensionen sammanhänger med värderingar men också av material och färgsättning.

Affektion

- Modern -
- Tidlös +
- Ålderdomlig +
- Ny -

Denna dimension visar på en åldersaspekt hos miljön men kan också tolkas som en känsla för det genuina.

Originalitet

- Egendomlig +
- Vanlig -
- Överraskande +
- Speciell +

Denna dimension handlar om det ovanliga eller överraskande i en miljö. Det man inte sett förut får högt värde i originalitet. Allteftersom man vänjer sig vid en viss omgivning blir värdet sannolikt lägre, tills det når en viss nivå. Frågan är om man kan se det i denna här undersök-

ningen. Det borde ju vara så att det skiljer sig mellan patientkategorin och personalkategorin.

Etiska spörsmål

Tillstånd att genomföra studien efterfrågades. Respondenterna fick muntlig och skriftlig information om studien. I informationsbrevet som medföljde enkäten betonades frivilligheten samt information om att studien är helt anonym. Enkätfrågorna fokuserades på vårdmiljön. Det bedömdes att frågorna inte upplevdes som upprörande. Patienten fick avsätta ca 15 minuter av sin besökstid för att besvara frågorna. Detta var inte negativt utan uppfattades som ett bra tidsfördriv.

Resultat

Undersökningen på sjukhusen gick väldigt bra. Många av patienterna var mycket positivt inställda och såg det som ett bra tidsfördriv men också som en möjlighet att påverka och göra sig hörda. Som vanligt väckte detta ämne mycket debatt och ibland diskuterades det livligt ute i väntrummen. Personalen var dock mer återhållsam i sitt engagemang. En del nästan vägrade att fylla i och kom med kommentaren

att de inte alls var intresserade av arkitektur. Här fick jag dock inte möjlighet att diskutera med dessa personer och förklara lite mer ingående. Jag hade ju haft en presentation av arbetet inför respektive personalgrupp innan utförandet där frågor kunde diskuteras och där fått en väldigt positiv respons.

Jag hade som mål att få med läkare i undersökningen men där fick jag backa. Denna kategori av människor är svår att få tag på och eftersom de inte är anställda av akutvårdsmottagningen verkade de snabbt vilja komma därifrån. När man ser resultatet så här i efterhand så tror jag inte att det hade påverkat resultatet särskilt mycket. Det fanns en hel del kommentarer och frågor om själva instrumentet av mer eller mindre kunniga respondenter. Många hade svårt för begreppen och såg dessa som ålderdomliga. Vissa förstod inte begreppen framförallt bland yngre respondenter och invandrare. En spontan kommentar på detta är att instrumentet behöver ses över för att passa alla människor som besöker en sådan här avdelning också därför vi lever i en global värld med många olika

kulturer, vilket vi som arkitekter skall ta hänsyn till.

Jag delade ut ca 180 undersökningsformulär och 155 kunde samlas in. Alla var dock inte helt eller korrekt ifyllda. Det slutgiltiga antalet blev därför 130 stycken formulär som kunde användas, vilket skall ses som ett ganska bra underlag för hög validitet.

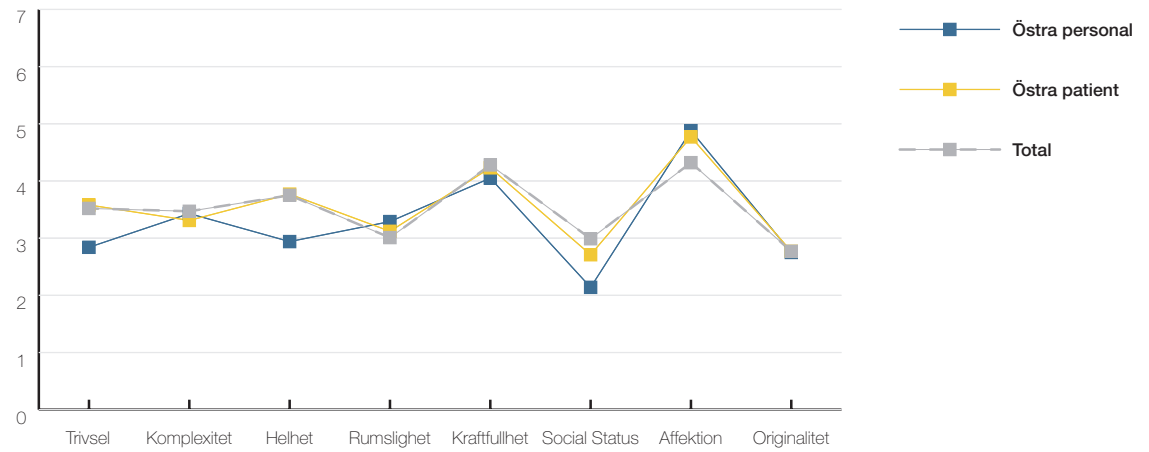
Personal vs patient

Mina hypoteser var att det skulle skilja ganska mycket mellan personal och patienter i upplevelsen av akutvårdsmottagningens olika rum. En kanske lite naiv inställning eftersom alla är människor oavsett vilken roll vi ikläder oss.

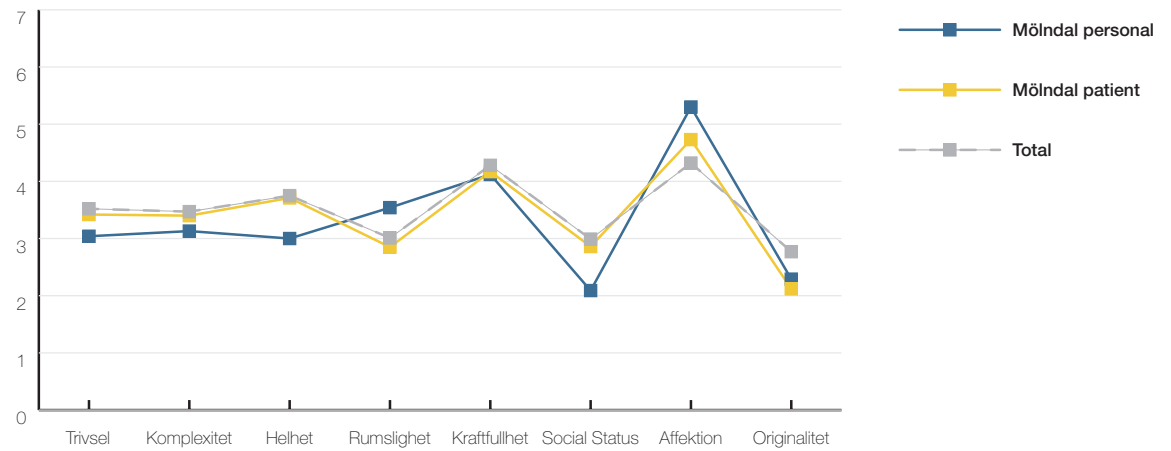
Personalen har visserligen starkare negativa upplevelser än patienterna som är mer positiv i sina upplevelser. Erfarenheten från användningen av instrumentet visar att människor som vistas under längre tid i samma rum dvs arbetsplats eller egen bostad vänder sig vid miljön. Det skulle tyda på att reaktionerna eller upplevelsen blir mindre starka, vilket kanske skulle visa på att personalen är än mer negativ än vad som framgår i diagrammen.



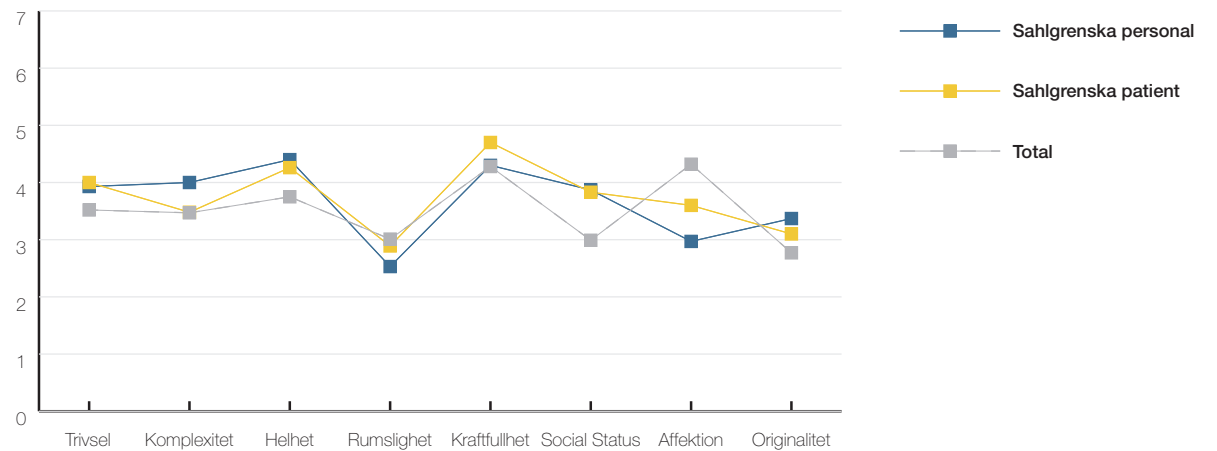
Östra sjukhuset - väntrum



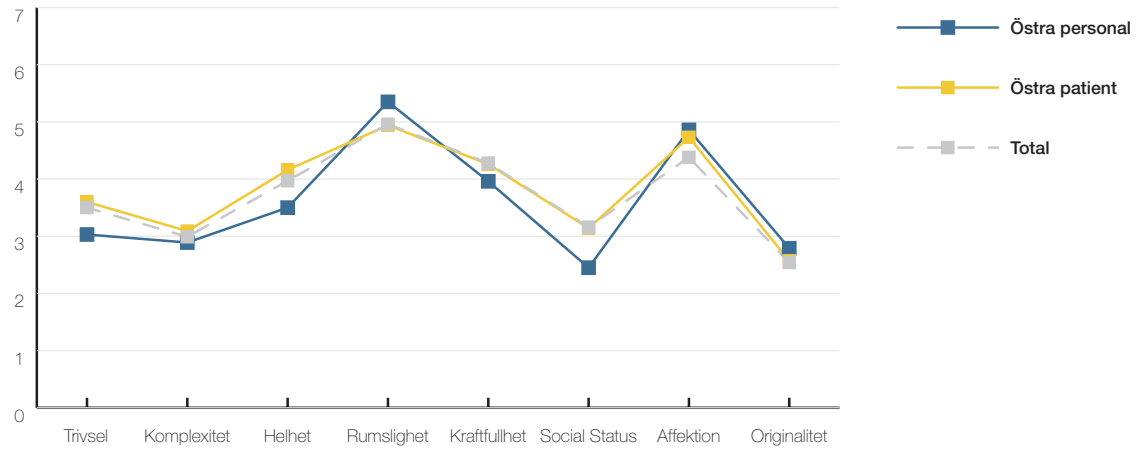
Mölndals sjukhus - väntrum



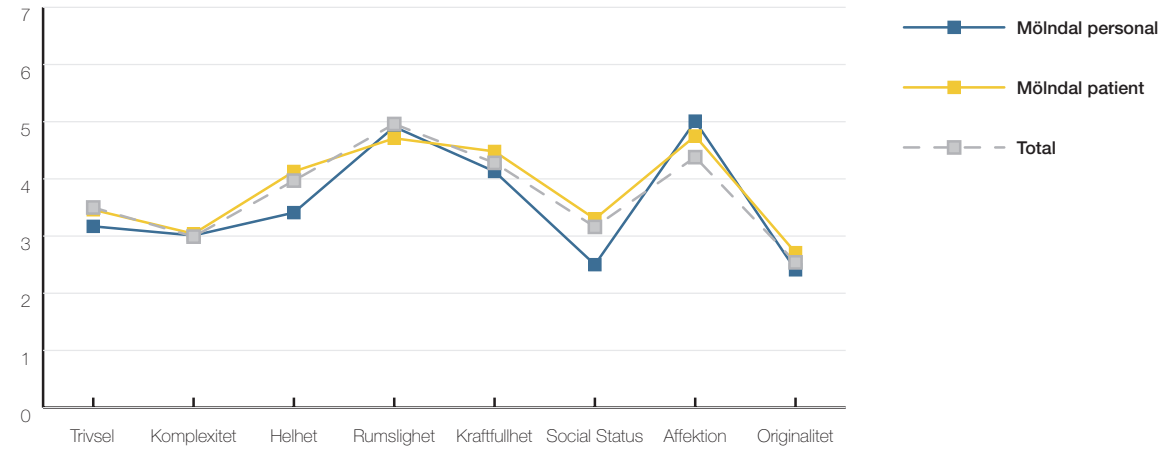
Sahlgrenska sjukhuset - väntrum



Östra sjukhuset - undersökningsrum



Mölnbalds sjukhus - undersökningsrum



Sahlgrenska sjukhuset - undersökningsrum



Personalen upplever en mycket lägre socialstatus än patienterna i samtliga fall. De upplever också en lägre grad av trivsel än patienterna. Detta verkar ju lite oroväckande eftersom sjukvården inte kan konkurrera med löner utan måste se till andra metoder vilket skulle kunna vara trivsel och ett högre mått av stolthet över sin avdelning och sitt arbete.

Väntrum vs undersökningsrum

En reflektion när man ser undersökningsrummen uppradade så här är; var finns utvecklingen? Det är ändå ca 40 år mellan undersökningsrummen i bilderna! Allt annat utvecklas. Nu kan man ju diskutera om det bör läggas pengar på undersökningsrum o s v. Det är ju en så kort tid patienterna tillbringar här. Jag tror själv att det krävs ett rejält funderande kring hur dessa rum skall se ut i framtiden. Det är ju där allting sker mellan personal och patient.

Trivsel och socialstatus skiljer sig egentligen inte så mycket mellan de båda platserna vilket kanske är lite konstigt. Min hypotes var ju att hemmaarenan för patienterna skulle vara just i väntrummet där de hade större frihet. Men det kan ju också vara så

att patienterna känner sig mer tillfreds när de har fått komma till ett undersökningsrum. Där är de själva och snart kommer doktorn. Den dimension som skiljer mest är rumslighet. Man upplever undersökningsrummet som mer instängt och rumsligt begränsat än väntrummet.

Plats vs plats

När jag nu studerar platserna i efterhand så reagerar jag på hur lika de är. De skiljer sig inte speciellt mycket. Jag kan i och för sig tycka att Sahlgrenskas väntrum och öppna områden är fina men resten upplevs ungefär på samma sätt. Ser vi till värdena på originaliteten och affektionen som ju lite beskriver samma sak är ju inte så stor i något hänseende, vare sig i nya eller gamla byggnader. Däremot är dessa bättre i den meningen att det känns modernare och nyare i Sahlgrenskas väntrum. Dock så har Sahlgrenska samma nivåer som övriga i undersökningsrummen. Trivseln är större hos både personal och patienter på Sahlgrenska jämfört med övriga platser.

Det som man dock kan konstatera är att det egentligen borde ha varit ännu lite högre utslag i Sahlgrenskas under-

sökning. Ser man till väntrummet så skiljer det sig ganska kraftigt ifrån de övriga. Men det kanske inte är det nya och moderna som påverkar vår upplevelse så kraftigt. Kanske är det helt enkelt ett systemfel där vi bör tänka om helt. Vi behöver fundera på hur dessa former av lokaler kan se ut i framtiden.

Kommentarer från arbetet

Här kommer en del kommentarer från arbetet. Kommentarererna är hämtade från undersökningen från Mölnbalds akutmottagning:

Patienter

- Väntrummet hanterande av information om och hur är näst intill obefintlig. Samt placering av nummerlappar och dess synlighet?
- Väntrummet livlöst ingen atmosfär.
- Mycket bra mottagande med snabbt omhändertagande i väntan på läkaren. Tråkig miljö i mottagningsrum. Kanske någon tidning, musik eller varför inte TV.
- För mycket spring i väntrummet. Kallt och tråkigt.
- Kanske skulle man göra miljön mer originell...
- Jag upplevde akuten och undersökningsrummet som väldigt tråkigt.

- Människor är sjuka och har ont. Kanske finns det behov av bekvämare sittmöbler, soffor och kanske möjlighet att ligga ner. I övrigt är väntrummet så typiskt offentligt inhandlat, opersonligt, samma skandinaviskt ljusa trämöbler som i alla offentliga miljöer, en trist och initierad färgsättning. Vad skulle jag vilja se i ett väntrum: inbjudande, bekvämt och personligt. Tänk om man kunde ana inredningsarkitektens personlighet i väntrumsmiljö... En skön och inbjudande soffa. Fundera på: Om det i alla publika, offentliga rum skulle sitta en skylt som talade om vem som gjort inredningen, en ursprungsdeklaration, som på livsmedel t ex skulle det se annorlunda ut då?

Personal:

- Sliten och ful
- Reparera hela avdelningen. Nermliten!
- Hela akutintaget skulle behöva en rejäl renovering. Inget är gjort sen -84.
- Arkitekten har glömt att patienten som söker kan även vara rörelsehindrade! Kräva större utrymme i toaletten! Det kan vara aktuellt att få in sängar i undersökningsrummen.
- Behövs helrenovering
- Mörka lokaler, flera rum utan fönster.

Receptarbetsplats utan fönster. Dålig luft! Hårda golv.

- Det hade varit trevligt med fler goa bekväma soffor, stolar. Porlande vatten, mysbelysning, glada färger och inspirerande föremål. Tillgång till bättre utrustning för mat och dryck.

Dessa kommentarer var både intressanta och roliga att läsa. Det gav mycket intressanta infallsvinklar som går att arbeta med i framtiden. Det visar också att människor på akuten har en hel del funderingar om vad som krävs för att skapa en bra och trivsamt arbets- och vårdmiljö.

Slutkommentarer

Nu är detta inte alls vetenskapligt kommenterat utan undersökningen är kommenterad utifrån egna iakttagelser och funderingar från arbetet. Så det gör alltså inget anspråk på att vara en vetenskaplig studie. Hade jag gjort om arbetet idag så hade jag inte valt detta instrument så som det ser ut idag. Jag hade läst på mer för att hitta ett instrument som passar situationen men också funderat mer kring frågeställningarna. Jag är helt övertygad om att vi som arkitekter behöver mer information när vi sätter oss ner och skissar, speciellt i större och mer kom-

plexa byggnader där fler människor är involverade. Men vi behöver då hitta instrument som är anpassade för detta. Vi behöver också få med samtliga grupper som skall nyttja de utrymmen vi skapar i en sådan process.

Ser vi till undersökningen så kan vi konstatera att det skiljer ungefär 40 år från den yngsta till den äldsta undersökta platsen. Undersökningen visar på ett ganska så likt resultat med något mer positiv bild av Sahlgrenska's väntrum. Utslaget borde dock ha varit större, varför jag är benägen att tro att det inte är det moderna och nya som ger utslag utan något annat. Vi kanske bör tänka om som arkitekter på hur sådana utrymmen kan utformas för någonstans gömmer sig ett systemfel.



Platsen och sjukhuset

I detta kapitel kommer problemen som rör projektet att diskuteras både vad gäller plats, tomt och akutvårdsmottagning. En kortare beskrivning av akuten som företeelse kommer också att ges.

Beskrivning av Danderyd

Danderyds sjukhus invigdes 1922 med namnet Stockholms läns centralasarett. Vid denna tid hade sjukhuset plats för 118 patienter. Antalet anställda uppgick till 75 personer. Personalen hade tillgång till badhus, tennis- och krocketplaner mm. Varje avdelning hade även sin egen blomsterodling och ner mot Edsviken låg en stor köksträdgård. Under 1950-talet utökades antalet patienter till 400. Som alla andra sjukhus expanderade sjukhuset kraftigt under 1960-

talet och många av de byggnader som berörs i detta projekt byggdes då. 1970 hade sjukhuset 1250 vårdplatser. Idag har sjukhuset 541 vårdplatser och man har ca 2500 anställda, alltså en minskning av antalet vårdplatser. Antalet besökare per år uppgår till ca 165 000 personer.

Danderyds sjukhus tillhör SLL (Stockholms läns landsting) Nordöstra sjukvårdsområde. Verksamhetsområdet utgörs av kommunerna Danderyd, Lidingö, Täby, Österåker, Vallentuna, Vaxholm och Norrtälje. 1990 bodde det ca 250 000 invånare i detta område vilket motsvarar ca 14 % av Stockholmsregionens totala befolkning. Danderyd försörjer också ca 100 000 invånare från andra delar av regionen med vård.



- 01
- 02
- 03
- 04
- 05
- 06
- 07
- 08
- 09
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51

I framtiden så kommer det att ske en befolkningstillväxt, antalet äldre ökar med allt vad det innebär. Det sker förändringar inom sjukvården i regionen vilket kommer att påverka Danderyds sjukhus så tillvida att akutsjukvården inom bassjukvård kommer att öka markant.

Man pratar också om att det successivt kommer att ske en större specialisering av sjukvården vilket gör att många av de verksamheter som finns inom Danderyd idag kommer att flytta ut i hemsjukvård mm.

Plats, arkitektur, stadsbild.

Danderyd ligger väldigt vackert med närhet till parkområde och sjö med strandnära områden och stora landskapsmässiga mervärden. Från sjukhusbyggnader och promenadstråk kan man ta del av detta landskap. Topografin är växelvis svagt böljande gräsytor till naturmarksbeklädda kullar. Tyvärr ses inte mycket av detta från sjukhusets entré. Där är ofta promenadstråken trånga, tätt mot husfasaderna och rumsliga värden saknas helt. Ett ganska lågt vistelsevärde helt enkelt. Områdets ytskikt kring huvudentrén utgörs av asfalt och ljussättningen är hård och

föga rumsskapande vilket uttrycks i fastighetsplanen.

Stora delar av byggnaderna uppfördes under 50-60-talet. Sjukhusets ansikte mot motorvägen präglas av den då internationella stilen med Seagrambuilding och Lever house som några av förebilderna. Sjukhusområdet i de centrala och södra delarna har idag i stort en enhetlig karaktär med olika höjder men med fasader av tydligt släktskap. Taken är platta och osynliga från marknivån. Den centrala delen domineras av höghuset med sina 14 våningar. Byggnaderna som ligger mer västerut bryter av mot denna repetitiva karaktär. De norra delarna skiljer sig från de centrala delarna både stilmässigt och topografiskt.

Kommunikationer

Sjukhuset är strategiskt beläget nära flera av regionens större kommunikationsleder och kollektivtrafikstråk. Danderyds sjukhus utgör ett kollektivtrafiknav för den nordöstra regionen. Den har väl utbyggda kommunikationer med t-bana, Roslagsbanan, motorväg mm. E18 passerar precis utanför vilket medför en hel del buller.

Helikoptertransporter är hänvisade till Edsvikens Strand ca 400m västerut från centralkomplexet. Läget är avskilt och otillgängligt. Sjukhuset tog 2002 emot 125 sådana transporter. I framtiden så kommer dessa troligtvis att öka en hel del.

Vid landning måste helikoptern mötas upp av en SOS-beställd ambulans. Landningsplatsen har endast en inflygningsväg och är inte godkänd utan verksamheten sker på dispens.

Tomt

Tomten ligger i anslutning till byggnad 22 och 49 vilka idag inrymmer akutmottagning, operation och röntgen. Byggnad 22 byggdes 1963. Tomten är belägen i den centrala delen vilket utgör sjukhusets kärna. Denna placering är ypperlig för en sådan här verksamhet. Tomten är ganska begränsad med tanke på byggnadens storlek. Med den senare byggda delen, en expeditionsflygel från 1980 på byggnad 22, skapar ett slutet rum inåt istället för att vända sig utåt. Genom att ta bort denna del skulle man öppna upp för den nya byggnaden mot T-banestationen, huvudentrén och parkeringsplatsen.

Byggnader

De byggnader som påverkas av förslaget är som tidigare nämnts 22 och 49 samt omkringliggande byggnader som; 20, 40 och 23. Idag så inrymmer 22:an de verksamheter som skall vara placerade i den nya byggnaden. Problemet med denna byggnad är att våningshöjden är för låg. Idag så krävs ca 4,4 m istället för 3,8 i sektionshöjd för att inrymma dessa tekniskt tunga verksamheter.

Byggnad 49 inrymmer ambulanshall och jourrum. Denna byggnad är dåligt anpassad till verksamheten eftersom den förutom ambulanshall också tar emot alla patienter som kommer med bil och taxi. Detta medför att larm och ”vanliga” patienter blandas vilket är olyckligt. Den stoppar också upp flödet av ambulanser. Inom de teknikintensiva klinikerna som röntgen och operation sker en snabb utveckling som ställer stora krav på flexibla lokaler med expensionsmöjligheter.

Våningshöjder

Våningshöjderna är som redan nämnts ett problem särskilt med tanke på vilka teknikintensiva verksamheter som ligger inom ett

akutcenter. Därför är det av stor vikt att man inte snålar med höjd eller möjlighet till att förändra efter tidens gång. I och med att den nya byggnaden kräver ganska höga sektionshöjder ställer det till med en del problem med sammanlänkningen mellan de södra och centrala delarna samt mellan den nya byggnaden och byggnad 22. Ramper och annat får anpassas och så många våningsplan som möjlighet bör ha förbindelser utan ”rampning”.

Akutvårdsmottagning

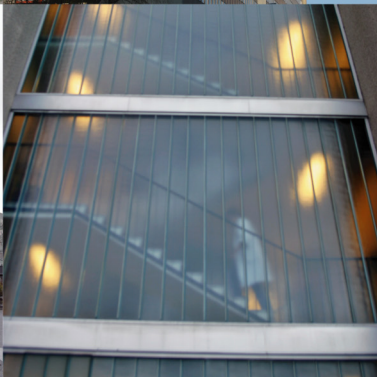
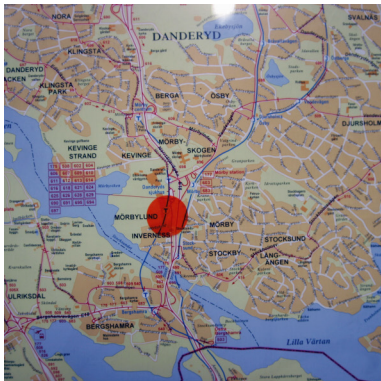
Akutmottagningen är den delen av sjukhuset som tar emot akuta sjukvårdsfall. Själva ordet har inte alls funnits speciellt länge, det är från 1963. Själva enheten är öppen dygnet runt alla dagar om året. Min undersökning rör de akutmottagningar med somatisk inriktning. Ibland så är psyk och somatik tillgängliga på samma mottagning, men i de flesta fall så är de separerade helt. Det handlar tydligen om två skolor om hur det skall vara. Även barn och vuxenenheter separeras ofta beroende på var i landet enheterna finns.

Till akuten kommer patienter med

alla typer av skador och sjukdomar. Kirurger, ortopedier, medicinare, hjärtläkare, gynekologer, narkosläkare och röntgenläkare m fl finns ständigt på sjukhuset, beredda att rycka in omedelbart när patienten kommer.

Man brukar säga att varje patient som kommer till akuten är i kris vilket gör att man behöver agera därefter. Det innebär också att besöka akutmottagningen oftast är en mycket stor händelse i varje patients liv. Det beror naturligtvis på vad patienten söker för, det finns ju en hel del som söker för lindrigare åkommor som enligt många skulle söka till en vårdcentral istället.

Verksamheten på mottagningen organiseras efter tre vårdlinjer: kirurgi, medicin och ortopedi. Ett vanligt sätt att organisera sådana typer av verksamheter bakåt i tiden. Patienten slussas efter ankomst till respektive vårdlinje. Akutmottagningen har inga läkare anställda utan läkare från respektive enhet tjänstgör på akutvårdsmottagningen enligt jourschema. I framtiden kommer troligen andra organisationssätt att bli aktuella.





Personalfokus?

Ett sätt är en triagemodell. Triage är ett franskt ord och betyder sortering eller prioritering. På en akutmottagning innebär det att en särskilt utbildad sjuksköterska bedömer vilken vårdnivå patienten behöver och hänvisar rätt. Den funktion som Vårdförbundet benämner ”lots” i sin skrift ”Närvård – en vårdpolitisk idé”.

Ett annat sätt är ”streaming” med olika vårdlinjer efter sjukdomsfall exempelvis hjärtlinjen, frakturlinjen o s v. Andra utvecklingsmöjligheter är lättakut för att frigöra resurser för tyngre fall. Dessa senare organisationsformer är nya trender inom sjukvårdsbyggandet. Det har byggts en hel del akutvårdsmottagningar runt om i landet med olika former av fokus. Man börjar titta på om man kan utveckla en disciplin inom medicinen som bara rör akutsjukvård. Denna form har man exempelvis i USA.

Södersjukhuset har börjat ett testprojekt men ingenting är klart om hur det blir. Detta innebär då att akutsjukvården omorganiseras med mindre tydliga vårdlinjer. Istället ”avköns” undersökningsrummen och man hämtar fallen från ett och

samma ställe. Lite av detta kan man se vid Linköpings- och Lunds akutvårdsmottagningar. I Lund har man t ex vagnar med utrustning som kan förflyttas mellan rummen. I Linköping har man en station som man utgår ifrån, alltså inte uppdelningen ortopedi, kirurgi och medicin.

Detta gör akuten mer flexibel vad gäller utformningen av rum och organisation men det kräver också kanske att de lindrigast sjuka hänvisas till jourmottagningar. Denna företeelse är ganska vanlig d v s att man placerar en jourmottagning med allmänläkare alldeles i anslutning till akutvårdsmottagningen.

Dimensionerande fakta för Danderyds akutvårdsmottagning är:

- Antal ambulanser 11 000.
- Antal helårsanställda 83 + 10 timanställda + 27 jourhavande läkare från andra kliniker.
- 104 personer som klär om.
- Antal besök 48 500 varav medicin 20 500, kirurgi 14 000, ortopedi 14 000. 1/3-del läggs in.

Målgrupper/användare

På ett av mina studiebesök där jag utförde min undersökning frågade

en städerska vad jag gjorde där. Jag berättade om mitt arbete och vad det syftade till. Hon stirrade stint på mig och sa att ”det är ingen som tar någon hänsyn till oss... och vi får aldrig vara med i de mötena!” Vidare så berättade hon om de arbetsskador de nya golven hade gjort upphov till. De medförde skador på axlar och leder till följd av att de var tungt att föra golvmoppen över dessa golv. Hon städade hellre en dubbelt så stor yta med de ”gamla” golven. Denna person och hennes berättelse var en ”tankeväckare” för mig. Alla brukare har samma rättigheter till en väl fungerande miljö.

Akutmottagningen är en plats för flera olika människor där alla brukar miljöerna på ett eller annat sätt. Jag har försökt göra en grov indelning av de som befinner sig på en akutmottagning:

- Sjukvårdspersonal
- Patienter
- Anhöriga
- Servicepersonal

Alla dessa grupper har olika syften/anledningar till att vara där, vilket också betyder att de också använder gränssnitten och rummet på helt olika sätt.

Sjukvårdspersonal är de som befinner sig på en akutmottagning och tar hand om dem som kommer in på akuten. Det är företrädesvis läkare och sjuksköterskor men även undersköterskor, kuratorer, präster, psykologer etc. Läkare, kuratorer, läkarsekreterare mm mera sporadiskt medan sjuksköterskor och undersköterskor tillbringar hela sin arbetstid på denna enhet. Detta är intressant på hur de ser på rummet och använder rummet.

Mina erfarenheter och iakttagelser är att det satsas ganska lite på personalen. Det pratas mycket utifrån patientens perspektiv inom sjukvården men sällan nämns att det är en jättestor arbetsplats så även på Danderyds sjukhus. Personalen är ju vårdens största framgångsfaktor och en förutsättning för att vård skall bedrivas. Sjukvårdens största problem är ju att den inte kan höja lönerna. Därför måste personalen lockas på annat sätt. Man kan då höja statusen genom att satsa på personalen både vad gäller personalutrymme, personalvård samt att höja statusen genom att förknippa yrket med mode och design. Det måste ju vara viktigt att höja kon-

kurrenskraften för att få bra personal som stannar kvar vilket i sin tur resulterar i en bättre och mer kontinuerlig vård.

Patienter är de som på något sätt kommer till akuten och behöver någon form av vård eller omhändertagande. En akutmottagning är speciell i det fallet att den riktar sig till personer som behöver någon form av akut vård. Meningen är i varje fall att det skall vara så, vilket det inte är idag. Många säger att det i allt för stor utsträckning söker sig personer till akuten som inte alls är i behov av den sortens vård. Detta mönster kan man finna i såväl Australien som USA. Men faktum kvarstår att det fortfarande är så att personer söker sig hit då det inte finner annan hjälp.

”Patient (av lat. *pa'tiens*, genitiv *patie'ntis*, 'tålig', 'lidande', av *pa'tior* 'uthärda', 'lida'), en person som p.g.a. sjukdom eller jämförbart tillstånd har kontakt med hälso- och sjukvården i avsikt att få någon form av råd, behandling eller omvårdnad. Begreppet bygger på en relation till någon eller något: man är patient hos en läkare, sjukgymnast etc. eller på

ett sjukhus, en klinik eller mottagning. Ibland används termen felaktigt om personer inom äldreomsorg eller handikappområdet”. Ur nationalencyklopedin på Internet

Tittar vi på definitionen patient så betyder det tålig, lidande, att uthärda. Detta kan väl liknas vid en äldre definition av patient då man egentligen var ett objekt som likställt med en bil som skulle repareras. Idag är det annorlunda, i varje fall i lagen och litteraturen:

”Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven för god vård. Detta innebär att den skall särskilt:

- vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen
- vara lätt tillgänglig
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonalen.”

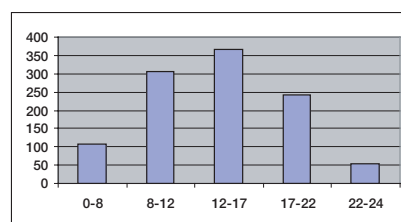
I lagen står det också att "vården och behandlingen skall så långt det är möjligt genomföras i samråd med patienten". Detta är viktigt att notera eftersom det ställer krav på akutmottagningen som gränssnitt.

Anhöriga är även det en viktig grupp att ta hänsyn till. Ibland är de ledsagare eller kompis, ibland är det bara de som kommer in. Ofta är det en glömd kategori men faktum är att de många gånger är sämre utrustade än patienten. Det finns till och med studier som visar att anhöriga mår psykiskt sämre än den sjuke gör. "Att vara anhörig är att vara med men också utanför. Man är med eftersom man delar miljön och ser det svåra hos den sjuke, men samtidigt utanför eftersom man bara kan läsa sig till hur det svåra är utan att ha tillgång till mentala överlevnadsstrategier som bara sjukdomen kan ge."

Servicepersonal är de som serverar akutmottagningen med olika saker. Det kan vara städpersonal, medicintekniker, vaktmästare etc. De har egentligen till uppgift att se till att lokalerna fungerar så bra som möjligt men också de är brukare av lokalerna.

När på dygnet Besöks akuten

Besökssnitt fördelat på dygnet. Snittet är baserat på undersökning från två sjukhus i Stockholm.



Könsfördelning

Könsfördelningen ser ut på följande vis. Detta är i stort sätt i relation till de demografiska förhållandena, dvs en något högre andel kvinnliga patienter med en större representation i de högre åldersskikten. Mannliga patienter är något mer representerade vid de kirurgiska mottagningarna medan de kvinnliga når en något högre representation vid de internmedicinska och de ortopediska mottagningarna.

Åldersfördelning

Det som kan sägas här är att det ganska väl motsvarar förväntningarna på en akutmottagning fast med ett undantag. Man brukar alltid prata om att det bara är äldre människor som besöker mottagningarna bara för att ha någon att

prata med. Det är egentligen fel i båda fallen. Ser vi till besökare så är det åldergrupperna 16-35 (25 %) och 36-64 (34 %) som är de största åldersgrupperna. Ser vi till patienter som skrivs in för slutenvård så är de högre åldersgrupperna överrepresenterade.

Ankomstsätt

Transporten till akutmottagningen sker med 70 % egna transportmedel och 30 % med ambulans. Med egna transportsätt avses gående, cykel, egen bil, taxi, kollektivt etc. Var tredje som kommer in med ambulans är 80 år eller äldre. 37 % av dem som kommer in med ambulans kan återvända hem efter besöket. Vissa som kommer till akutmottagningen har haft någon kontakt med en sjukvårdsinstans innan.

Undersökning visar att drygt 30 % av sökande vid akuten blir röntgenundersökta varav hälften utgörs av skelettundersökningar.

- 45 % skrivs in
- 55 % ej inskrivna
- 13 % akutoperationer
- 6,2 % av de inskrivna går till intensivvårdsavdelning.

Besöksorsaker:

Skador mm	29 %
Cirkulation	14 %
Mage-tarm	12 %
Odefinierade symtom	10 %
Allmän sjukvårdskontakt	7 %

Flödesproblem/trånga sektioner.

Alla har vi upplevelser och åsikter om en akutvårdsmottagning. Många av våra kvällstidningar har återkommande löpsedlar om akutmottagningar. De flesta av dessa rör begreppet tid, dvs väntan. ”Min mamma fick vänta 13 timmar på akuten – fick sedan akutopereras”; Ett löp som vi känner igen. Problemet ligger i vad en akutvårdsmottagning är för något. En akutvårdsmottagning är en avdelning avsedd för svårt sjuka och skadade patienter. Resten skall hänvisas och behandlas i närsjukvården. Så står det och så sägs det vid alla typer av sjukvårdens instanser - men så är det inte. Många fall på akutvårdsmottagningen hamnar alltså utanför denna prioritering och bidrar till flödesproblem eller så kallade trånga sektioner.

Vid akutvårdsmottagningarna i Göteborg vill avdelningscheferna åtgärda detta genom att lägga en jourmottagning eller liknande i direkt anslutning till akutvårdsmottagningarna. Så att

patienter som egentligen inte ”platsar” på en akutvårdsmottagning kan hänvisas dit direkt och inte behöver åka omkring halva stan för att hitta rätt.

Hur ser då prioriteringarna ut? Här nedan följer en prioriteringslista för Danderyds akutvårdsmottagning. Prioriteringen ser ungefär likadan ut vid alla akutvårdsmottagningar.

Prioritering

Prio 1: Är livshotande tillstånd och skall tas om hand inom 5 min.

Prio 2: Är inte livshotande men dåliga patient som skall tas om hand inom 30 min.

Prio 3: Har kommit rätt men är inte så dåliga att de måste tas om hand akut utan kan vänta.

Prio 4: Är patient som kommit fel, husläkarfall, som vi försöker slussa vidare med hjälp av distriktssköterskan eller annan sjuksköterska.

Problemen vid Danderyds akutvårdsmottagning är inte unika. Samma typer av problem tas upp i artiklar både i Australien, USA, England osv.

Problemen är av följande karaktär:

- Prio-4 patienter som tar kommer till

akutvårdsmottagningen. Denna typ av patient blir alltid nedprioriterad till förmån för mer sjuka patienter. Likväl tar dessa patienter upp tid, resurser och rum.

- Röntgen/lab utgör en begränsning för flödet. Ofta är det stora väntetider, speciellt för dem som är lågt prioriterade.

- Inläggning på avdelning. Idag är det ofta fullt eller överfullt på avdelningarna. Man har svårt att ta emot nya patienter vilket gör att nya patienter kan få vänta ganska länge för en plats. En iakttagelse är också att avdelningarna specialiserar sig, vilket medför att allmänna medicinpatienter inte riktigt är lika välkomna.

Dessa tre faktorer utgör de största ”propparna” i systemet. De resulterar i ett ”flipperflöde” i rummet. Patient får vänta i väntrum, undersökningsrum, röntgen, väntrum, undersökningsrum och eftersom de är lågt prioriterade hamnar de alltid längst ner på listan.

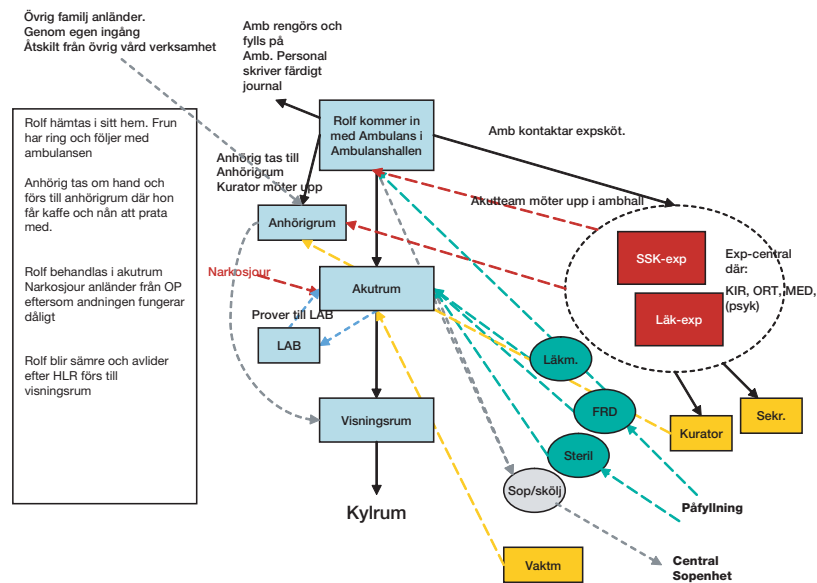
Process

Jag funderade länge på hur processen ser ut. Hur skulle jag undersöka denna? Hur upplever vi rörelsen i rummet? Det

händer ju något under processen på en akutvårdsmottagning då man som patient förflyttas sig inåt i sjukhuset. Från det offentliga till det mer intima vad innebär detta för arkitekturen. Alla personer som brukar en sådan här lokal befinner ju sig i någon slags process där vi någon gång möts i samma ögonblick i samma rum, såväl patienter, läkare, sjuksköterskor, präster, planerare, arkitekter, elektriker etc. Vilka krav medför dessa processer? Funderingarna ledde till att jag gjorde processstudier som syftade till att förstå vårdprocessen i förhållande till rummet. Jag valde att göra 10 sådana processer som beskrev personer med olika typer av tillstånd som besökte akutvårdsmottagningen. Även flödet av materiel utgjorde en av processerna.

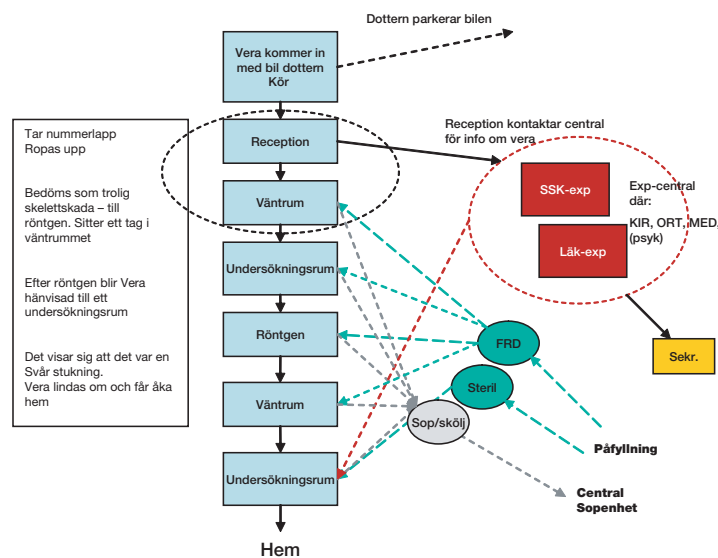
I bilden till höger kan ni se två av dessa processer av olika karaktär. Jag har försökt att förenkla bilden så mycket som det går för att lättare kunna förstå bilden. Processbilderna har sedan använts i skapandeprocessen, både som förlaga och som facit, dvs jag har lagt dessa processbilder som är godkända av avdelningen på planslösningen. Processen har då ställt direkta krav på utförandet vilket resulterat i ändringar i efterhand.

Rolf 58år, hjärtinfarkt, avlider



- Hur många samtidiga ambulanser?
- Hur många bärar skall få plats
- Måste amb enheten vara placerad i huvudbyggnad byggnad
- Skall det finnas en separat exp för akut/katastrofenheten
- Skall det finnas flera platser i ett akutrum
- Hur många akuthissar bör det finnas? Storlek?
- Sekreterare vad sitter de?
- Finns vaktmästare på avdelningen och i så fall var skall de vara placerade? Vid väntrum?
- Var finns kylrummet?
- Hur ser visningsrummet ut?
- Skall det finnas en egen ingång för anhöriga

Vera 75år, ramlat och slagit i armen



- Var ligger parkeringsplatsen?
- Finns det fika och underhållning för dottern
- Reception hur många patientplatser
- Skall Triage vara i direkt anslutning till reception och hur fungerar den?
- Vilka använder röntgen mest. Var är den bäst placerad.
- Akutdelen eller vid UR?
- Går det att ha ett och samma UR för alla rum jfr Linköping.
- Går det att ha en central för alla enheter.
- Hur kan processen kortas ner för lägprioriterade?
- Tiden för ett sådant fall kan ju sträcka sig upp till 10 timmar

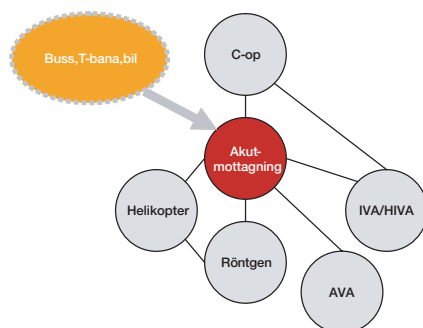
Bilden visar två flöden som beskriver olika patienttypers flöde i rummet. Arbetet resulterat i 10 olika typfall. Detta var ett sätt att strukturera kunskap och flöden i rummet för att få fram en planlösning som fungerar.

Förhållandet till andra enheter

En akutmottagning är tvungen att ligga i närheten av en mängd andra system för att fungera på ett riktigt sätt och följa dess syfte att vara akut. Därför är det extremt viktigt att det finns snabb tillgång till lab och röntgen 24 timmar om dygnet för att få snabba svar. Det är också viktigt att det finns tillgång till intensivvårdsavdelningar för såväl allmän som hjärtpatienter för att patienterna snabbt skall kunna få den vård de behöver. Även operation behöver ligga i dess absoluta närhet. I anslutning till de flesta akutsjukhusen så ligger det en korttidsvårdsavdelning. På denna vårdavdelning kan patienter ligga 1-3 dagar för att inte belasta de övriga avdelningarna.

Prioriterade samband:

1. Röntgen, C-OP
2. IVA, HIA och AVA



Viktiga samband mellan akutvårds-mottagningen och andra enheter

Verksamhetens krav

Här nedan följer en listning av olika krav på verksamheten.

- Akutrum i direkt anslutning till ambulanshall
- Avliden skall inte behöva exponeras för den övriga avdelningen
- Anhöriga till avliden skall kunna ha åtkomst till anhörig- och visningsrum utan att behöva gå igenom väntrum
- Snabbare undersökningsrum med bra överblicksfunktion
- Tydlig triage-prioritering
- Intern jourmottagning (prio 4-pat)
- Läkarexpeditioner (fasta) med möjlighet till återbesök
- Egen röntgen och ultraljud
- Eget litet LAB med direkt rörpostfunktion
- Undersökningsblock med central överblicksfunktion (Australien exempel)
- Nära till AVA-avd
- Ambulansinfart separerad från gåendeingång
- Det skall finnas saneringslokaler
- Speciell ingång för infekterade patienter med sluss
- Uteplatser för personal och patienter separerade från varandra
- Akutmottagningens yta skall kunna minskas nattetid
- Akutmottagningen skall kunna "låsas" vid behov av större säkerhet

Dessa krav är uttalade krav. Sen finns det en mängd andra krav som inte är nämnda ovan.

Verksamhetens vision

John som är verksamhetschef på Danderyds akutvårdsmottagning har funderat en hel del kring hur han ser på framtiden i visionär form. Tanken med denna vision är att komma närmare patienten, bedriva en bättre vård samtidigt som man blir en attraktiv arbetsplats.

- Helt integrerat med primärvården
- "Doktorn kan komma"
- Återbesök på akuten
- Läkare arbetar både på akuten, primärvården samt sjukhem i närområdet
- Egen ambulansstation
- Intern jourmottagning med möjlighet till direktinläggning (AVA)
- Man "känner" sina patienter
- Arbetar efter devisen "bäst på det vanliga"
- Man skall se och uppleva att Danderyd är ett modernt, framåtriktat och professionellt sjukhus
- Helt patient och personalfokuserat med multietnicitet
- Låg personalomsättning där man är stolt över sitt arbete
- Korta väntetider och utvecklad processorientering

Johns förebild är ett femstjärnigt hotell där en vaktmästare tar emot, kör bilen till parkeringen medan du checkar in. Du blir hänvisad till ett rum där du kan beställa en kopp kaffe och macka samtidigt som du tittar på tv eller film. Hela tiden får du uppdatering på vad du befinner dig i kedjan, hur lång tid det dröjer samt att du får information vilken läkare som du skall träffa och vilket vårdteam som hjälper dig. Efter det att du fått hjälp av läkare och fått den omvårdnad och medicin du behöver körs bilden fram och du kan köra hem.

Akutcenter

Det har redan gjorts en förstudie vad gäller det nya akutcentret. Då har man redovisat krav på att byggnaden skall innehålla:

- Akutmottagning
- Centraloperation
- Röntgen
- Helikopterlandningsplats
- Förbindelsegång mellan den centrala och den södra delen
- Lastintag med nedfart och förråd
- Tekniska utrymmen

Men i ett optimalt modernt akutcenter som inte tar hänsyn till ekonomi och politik skulle även kunna inrymma:

- IVA Intensivvårdsavdelning
- HIVA Hjärtintensiv
- AVA En akutavdelning med möjlighet till inläggning under 12 -36 tim
- UVA Uppvakningsavdelning efter operation

Detta skulle jag vilja göra för att placera alla akuta enheter i ett hus med direkt närhet mellan dessa avdelningar.

Kort om operation

För att förstå lite mer av akutcentrets krav har jag valt att kommentera lite av operationskrav.

Modern operationsverksamhet kräver fler och större apparater vilket kräver större operationssalar och större förådsytor per operationssal. Fler expeditioner skulle förbättra arbetet på avdelningen. Dagsljus på operationssalarna eftersträvas. Viktigt är också överblick och korta avstånd för personalen. I framtiden väntas också mer dagkirurgi utfärdas vilket ställer krav på en bra pre- och postoperativ avdelning.

Prioriterande samband:

1. Akutmottagning
2. IVA, sterilcentral
3. KK-op, förlossning, neonatal, barnakut.

Dimensionerande fakta:

- Antal anställda 97 varav 52 på kirurg och 45 på anestesi
- Operationer per år 7 300

Kort om röntgen

Idag så är lokalerna för operation dåligt anpassade till verksamheten. Den snabba teknikutvecklingen ställer krav på våningshöjder och ytor. Exempelvis så tror man att bjälklaget inte är dimensionerat för en ny MR-kamera. Röntgenavdelningen är också i behov av fler läkarrum. Inom avdelningen skall avstånden vara korta. Det skall finnas ett CT- och ett PCI-lab nära akuthiss.

Prioriterade samband:

1. Akutmottagning, huvudentré, ortopedmottagning
2. C-op, IVA, barnakut, neonatal
3. Vårdavdelningar

Dimensionerande fakta:

- Antal anställda ca 140
- Undersökningar per år: ca 90 000, 1/3 av undersökningarna görs utanför kontorstid.
- Flöden: ca 50 % av patienter kommer från huvudentré

Sammanfattning – facit?

Danderydssjukhus

- Från 1922
- Byggnationen som störst under 50 och 60-talet
- Idag plats för 541 patienter
- Ca 2500 arbetar vid sjukhuset

Framtiden

- Större del högspecialiserad sjukvård
- De teknikintensiva verksamheterna i ett akutcenter kräver flexibilitet
- Danderyds sjukhus väntas ta en större del av patienter när Karolinska sjukhuset specialiseras allt mer.

Platsen

- Otydlig entré – både till sjukhus och framförallt till akutmottagningen
- Låg orienterbarhet inget välkomnande
- Var tar man vägen med cykel, bil, gång?
- Kommunikation mellan södra delen, centrala och norra byggnaderna
- Vacker omgivande natur
- Bra kommunikationer med bil och kollektivtrafik

Byggnader

- Byggnader hålls samman med ett repetitivt mönster i fasaden med varierande höjder
- Byggnaderna är inte anpassade efter dessa teknikintensiva verksamheter
- Helikopterplattan är placerad alldeles för långt från akutvårdsmottagningen
- Våningshöjder med den nya byggnaden och sambandet mellan de centrala och södra delarna

Akutmottagningen

- Lokalerna inte anpassade efter vårdprocessen
- Långa väntetider
- ”Trånga sektioner”
- ”Gamla” och utslitna lokaler
- Lite utrymme
- Låg takhöjd
- Ingen bra arbets- eller vårdmiljö
- Få rum med dagsljus
- Patient i fokus?
- Personal i fokus?

Flödesproblem

- Röntgen/LAB
- Prio-4 Patienter
- Dessa båda ovan resulterar i ett ”flipper” flöde vilket involverar fler personer och mer tid än nödvändigt
- Ofta problem med inläggning på vårdavdelning (få platser)
- Människor i samma ”line” som papper

Verksamhetskrav

- Akutrum i direkt anslutning till ambulanshall
- Avliden skall inte behöva exponeras för den övriga avdelningen
- Anhöriga till avliden skall kunna ha åtkomst till anhörigrum och visningsrum utan att behöva gå genom väntrum
- Snabbare undersökningsrum med bra överblicksfunktion
- Tydlig triage-prioritering
- Intern jourmottagning (prio 4-pat)
- Läkarexpeditioner (fasta) med möjlighet till återbesök
- Egen röntgen och ultraljud
- Eget litet LAB med direkt rörpostfunktion
- Undersökningsblock med central-överblicksfunktion (Australien exempel)
- Nära till AVA-avd
- Ambulansinfart separerad från gåendeingång
- Det skall finnas saneringslokaler
- Speciell ingång för infekterade patienter med sluss
- Uteplatser för personal och patienter separerade från varandra
- Akutmottagningens yta skall kunna minskas nattetid
- Akutmottagningen skall kunna ”låsas” vid behov av större säkerhet

Verksamhetens vision

- Helt integrerat med primärvården
- ”Doktorn kan komma”
- Återbesök på akuten
- Läkare arbetar både på akuten, primärvården samt sjukhem i närområdet
- Egen ambulansstation
- Intern jourmottagning med möjlighet till direktinläggning (AVA)
- Man ”känner” sina patienter

- Arbetar efter devisen ”bäst på det vanliga”
- Man skall se och uppleva att Danderyd är ett modernt, framåtriktat och professionellt sjukhus
- Helt patient och personalfokuserat med multietnicitet
- Låg personalomsättning där man är stolt över sitt arbete
- Korta väntetider och utvecklad processorientering

Upplevelse av akutmottagning

- Undersökning om upplevelse av en akutvårdsmottagning (väntrummet och undersökningsrummet) vid de tre akutsjukhusen i Göteborg byggda under 60-talet, 80-talet och 2000-talet
- Egentligen inga större skillnader mellan de olika sjukhusen
- Personalen har mycket starkare negativa åsikter än patienterna

Akutcenter

- Det har redan gjorts en förstudie vad gäller det nya akutcentret. Då har man redovisat krav på att byggnaden skall innehålla:
- Akutmottagning
- Centraloperation
- Röntgen
- Helikopterlandningsplats
- Förbindelsegång mellan den centrala och den södra delen
- Lastintag med nedfart och förråd
- Tekniska utrymmen

Ett optimalt modernt akutcenter skulle även kunna inrymma:

- Intensivvårdsavdelning
- Hjärtintensiv
- En akutavdelning med möjlighet till inläggning under 12 -36 tim
- Uppvakningsavdelning efter operation.

Detta skulle jag vilja göra för att placera alla akuta enheter i ett hus med direkt närhet mellan dessa avdelningar.

Förslaget

Min absoluta övertygelse vid projektstarten var att jag skulle presentera ett projekt som handlar om en vision av akutvårdsmottagningen i framtiden. Verkligheten hann ikapp mig och jag presenterar nu ett förslag som ligger närmare realiteten. Varför det har blivit så vet jag inte riktigt. Det är nog ett antal samverkande faktorer, men framförallt att det är svårt att rita en akutvårdsmottagning. Det är nog den mest komplexa uppgift jag ställts inför. Många samverkande element, kommunikation och logistik samt att det skall vara en plats för människan såväl patienter, personal, elektriker, städare som för anhöriga.

Förslaget är väl heller inte så arkitektoniskt i den mening att det

inte innehåller så mycket form. Det handlar mer om funktion och logistik. Svårigheten ligger också i att transformera den information man skaffat sig till arkitektur. Detta har gjort mig mycket ödmjuk inför framtida uppgifter.

Själva tyngdpunkten på förslaget ligger på akutmottagningen vilket jag nämnt tidigare. Jag har försökt att på ett mer övergripande plan försökt förstå vad det nya akutcentret skall användas till och min syn på detta. Detta presenteras i mer schematiska skisser. Ett akutcenter har delar som kräver stor närvaro av varandra. Dessa är ju som tidigare nämnts; akutmottagning, helikopterplatta, operation, röntgen IVA mm.

Ledord för arbetet

- människan
- flexibilitet
- öppenhet – integritet

Ledorden skall ses som övergripande ord. Det sista ordparet öppenhet – integritet är inte ett motsatspar men de ställer krav på varandra. Integriteten får inte stiga åt sidan för öppenhet, snabbhet och flexibilitet. Integriteten skall alltid stå i första rummet.

Danderyd har sin verksamhet beskrivit sin syn på människan som jag tycker är ett bra underlag för detta:

”Med det menar vi att varje enskild individ har unika behov som tillfredsställs genom ett personligt bemötande

- Vi vill vara uppmärksamma
- Vi vill visa respekt och medkänsla
- Vi vill informera och vara lyhörda
- Vi vill bemöta andra människor på det sätt vi själva vill bli bemötta

Och detta gäller inte bara i kontakten med patienter utan lika mycket i kontakten medarbetare emellan.”

Materialval/färgsättning/ljussättning/konst

Färg och material har syftat till att skapa hemvister och definiera rum för både patienter och personal. Dessa rumsligheter skall också skapa förutsättningar för bättre orienterbarhet. Förslagets val av material och färgval skall till en viss del ta bort den gamla ”sjukvårdstämpeln” och höja den arkitektoniska upplevelsen. Skisserna som medföljer arbetet skall inte ses som några exakta sådana utan just bara uppfattas som skisser. Jag har inte kommit ner på den detaljnivån att detta skulle kunna presenteras på ett mer ingående sätt. På samma sätt så är ljussättningen presenterad. Bara egentligen som en markering av något mer annorlunda och mer modernt samt att genom belysningen skapa mer eller mindre rumsliga områden.

Konsten är bara markerad som bilder på väggarna. Vi vet dock genom undersökningar att konst påverkar. Dessa undersökningar har visat att konst som visar natur har en positiv inverkan på vår mentala och fysiska hälsa. Ett exempel på detta är ett företag som efter undersökningar

tagit fram draperier med naturmotiv likt de tapeter med björkskogar som var modernt på sjuttioalet. Mer abstrakt konst kan ibland ha en direkt negativ inverkan.

Tomten/byggnader

Tomten är förlagd söder om hus 22 där hus 49 ligger. En ganska så liten tomt med tanke på det kommande akutcentrets storlek. I detta projekt har vi diskuterat hur vi skall göra med den omgivande bebyggelsen, d v s hus 22 samt kommunikationerna mellan de centrala och södra delarna av sjukhusområdet. Diskussioner har pendlat mellan att behålla byggnad 22 till att riva den helt till förmån för nya byggnader.

Min absoluta övertygelse är att hus 22 går att bibehålla med vissa modifieringar. Det går att använda denna byggnad till personal, administration, tekniska avdelningar osv. Det går också att integrera den med operationsdelen av det nya sjukhuset, vilket jag kommer att visa senare. Framsidan på sjukhuset upplevs som en stor parkeringsplats utan större hänsyn till människan. Min tanke är att öppna upp denna och integrera huvudentrén med



Tomten

Delar av byggnad 22 behålls

Tillbyggnaden från 1980 av 22:an rivs för att öppna upp platsen mot huvudentrén och T-banan.

Kommunikationer upprättas mellan centrala och södra delarna av sjukhuset

Åtgärder i förslaget för befintliga byggnader

Byggnad 49 rivs

Väg flyttas mot byggnad 40 & 38

Skala 1:2000

akutentrén. Det skall kännas som en helhet där människor fritt kan promenera mellan dessa men också kunna erbjuda platser med ett högre vistelsevärde. Detta medför att jag vill ta bort delar av byggnad 22, närmare bestämt den expeditionsflygel som byggdes till 1980.

Min vilja kring detta är att öppna upp för platsen framför och göra det mer tillgängligt för människor som kommer från t-banan och huvudentrén. Det finns då möjligheter för skapa små rum med högt vistelsevärde framför dessa byggnader. Byggnad 49 dvs ambulanshallen rivs helt. Den fyller ingen funktion för framtida byggnader. Trafikmässigt så kräver förslaget en del förändringar. Vägen söder om byggnad 22 skall flyttas närmare byggnad 40 och 38 för att bereda plats åt den nya byggnaden.

Kommunikationer

Kommunikationer är a och o inom sjukvården. Speciellt inom ett akutcenter så är snabbhet mycket viktigt. Även kommunikationen till övriga enheter inom sjukhuset är viktig. De centrala och södra delarna har haft ganska dåliga kommunikationer mellan sig. I projektet

är det därför av vikt att dessa kommunikationer förbättras.

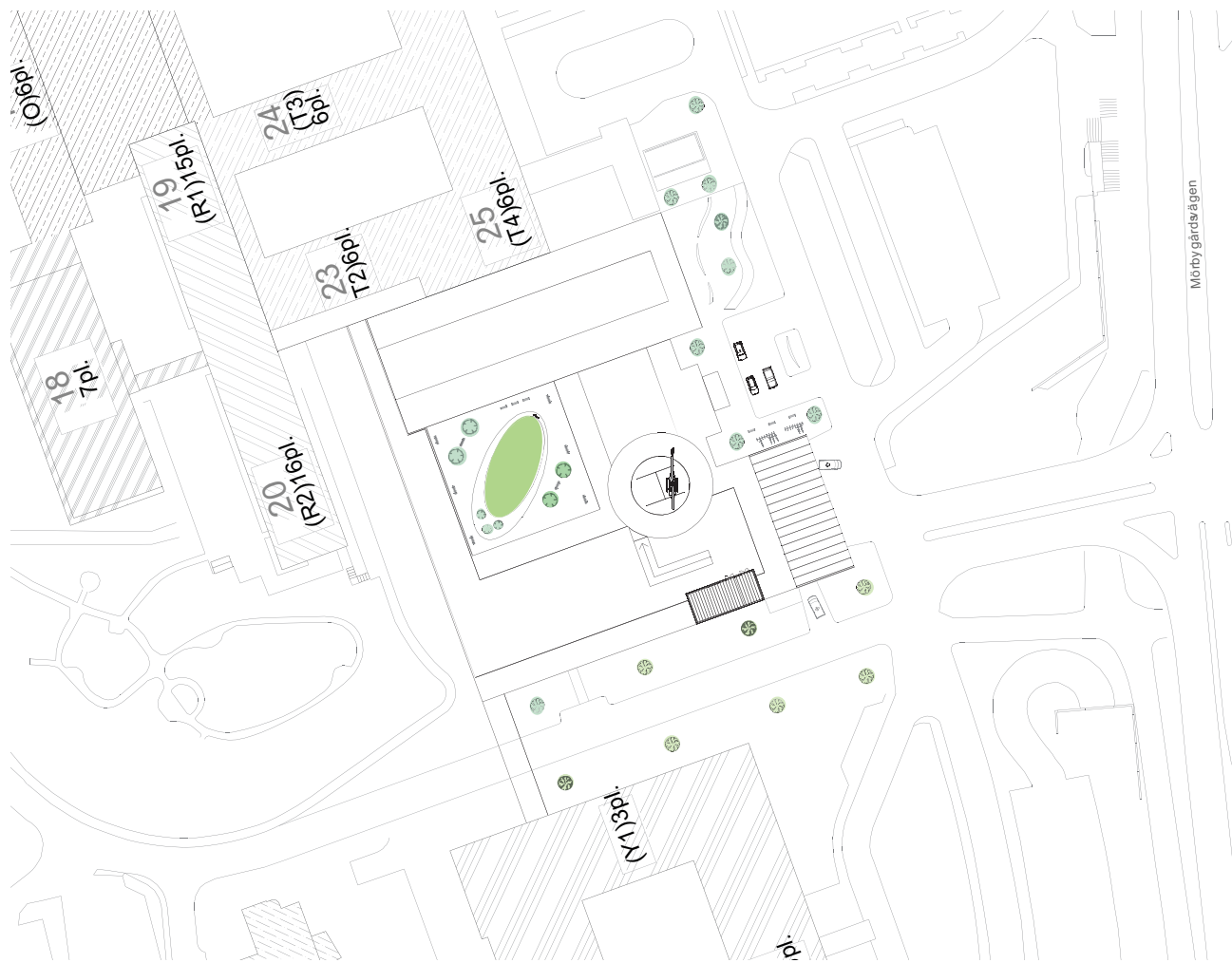
I förslaget så sker kommunikationerna mellan centrala delen hus 23, nya akutcentret och södra delen hus 40 genom ett stråk likt de man kan betrakta vid Sahlgrenska sjukhuset. De centrala delarna sammanbinds i alla våningar och med ramper där det behövs. Kommunikationen mellan den nya byggnaden och de södra delarna sker i två våningar i operations- och röntgenplanet. Stråket hamnar i de södra delarna i hiss/kommunikationshallen i byggnad 40. Ett annat kommunikationsstråk är det mellan operationsplanet (nya byggnaden och 22:an) beläget i nya byggnaden och byggnad 20 hiss/kommunikationshallen.

Situationsplanen

I bilden bredvid presenteras situationsplanen med ovan nämnda förändringar. Tanken med arbetet utanför byggnaderna är att öka orienterbarheten och att bidra till behagligare miljöer för speciellt gående och de personer som använder cykel. I förslaget bör man också satsa på mer "gröna" områden framför huvudentrén och framför det nya akutcentret då det

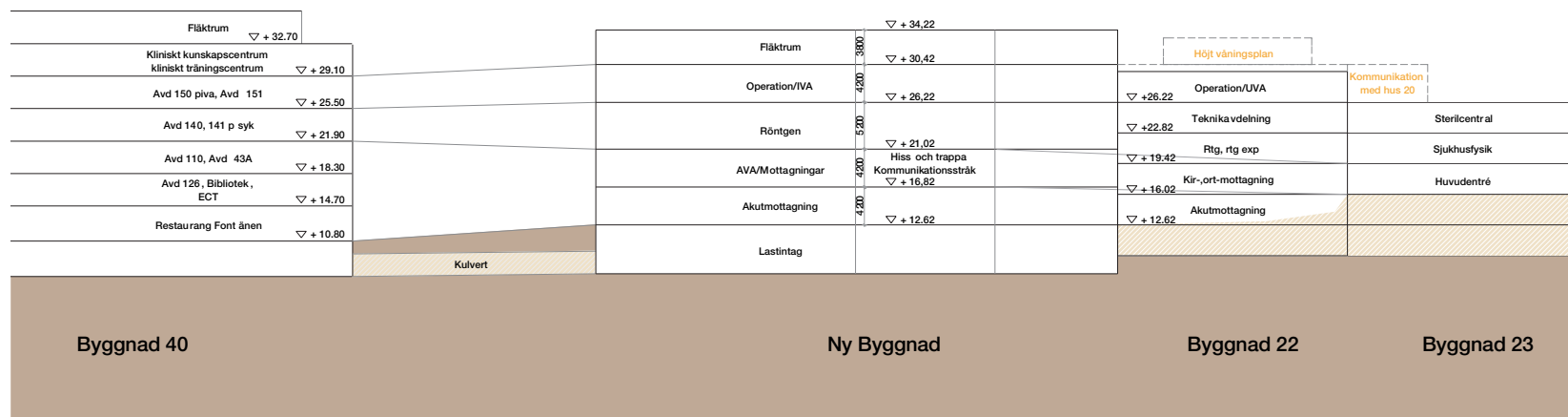
idag upplevs som en enda stor parkeringsplats. Använd dessa grönstrukturer för att skapa rum för transport och för att bara sitta och ta det lugnt då det finns möjlighet att vänta utomhus. Detta ställer krav på en sympatisk och tillgänglig utomhusmiljö. Jag har skapat rum framför byggnaden och inne i byggnaden som en innergård. Innergården och det arbetet framför den nya byggnaden skall ses som schematiska och arkitektoniska markeringar för att det skall "hända" något där. De skall beredas plats för människor såväl patienter som personal. Dessa kategorier skall kunna vistas åtskilda eller i varje fall så skall det kännas att respektive grupp har sina egna privata sfärer. Du ser också i situationsplanen de kommunikationsstråk som föreslagits mellan de centrala och södra delarna samt den nya byggnaden.

Trafiksituationen är förmodligen av sådan karaktär att den bör förändras. Jag har dock behållit vägar och leder som de är i stort. Den enda förändringen är att jag flyttat vägen sydöst om byggnaden mot byggnad 38 och 40 för att skapa plats åt sjukhuset och angöringen, med ambulans.



Situationsplan som visar förslaget med kommunikationer mellan de centrala och södra delarna samt kommunikationen med byggnad 20

Skala 1:1500



Höjds-kiss som visar reaktionen mellan ny och äldre bebyggelse. Den visar också förslaget med det höjda planet i byggnad 22 som på så vis bidrar till ett stort och flexibelt operationsplan. Skala 1:1500

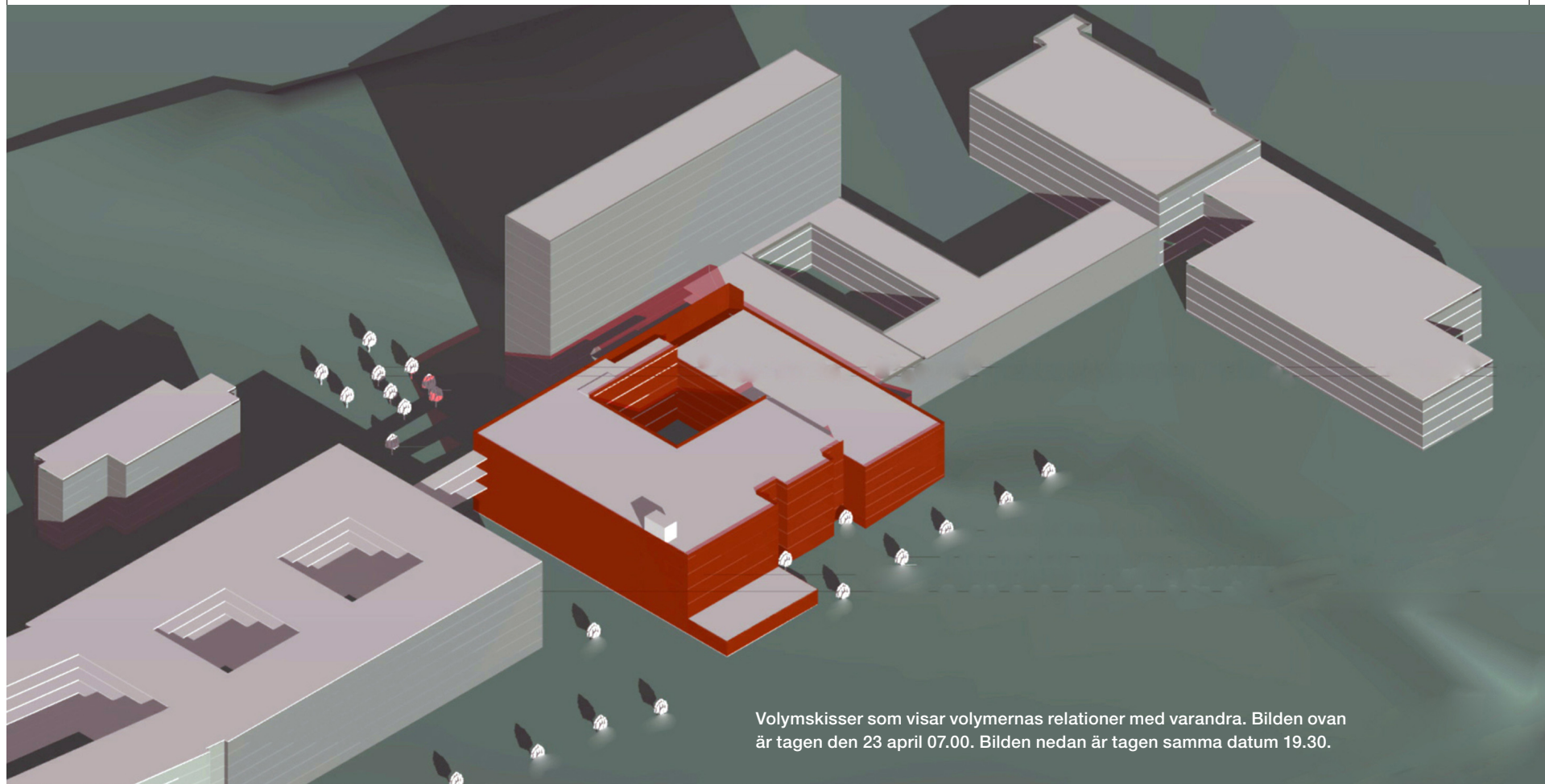
Höjder

Det är en hel del höjdskillnader som måste tas i beaktande. Den äldre bebyggelsen har sektionshöjder som inte kan användas i nya tekniskt intensiva verksamheter. Den äldre bebyggelsen har ca 3,6m i sektionshöjd mot de 4-4,5 som behövs till akutcentrets verksamheter. Det ger alltså en skillnad på 0,4 till 0,9 m per våningsplan vilket innebär en hel del problem. Jag har valt att lägga sektionshöjden till 4,2m vilket ses som ett bra mått för dessa verksamheter nu och i framtiden. Framförallt så gäller det dockningen mellan akutcentret och byggnad 22. Som ni ser i bild xx så har jag valt att lägga ursprungsplanet, dvs akutvårdsmottagningen i den nya bygg-

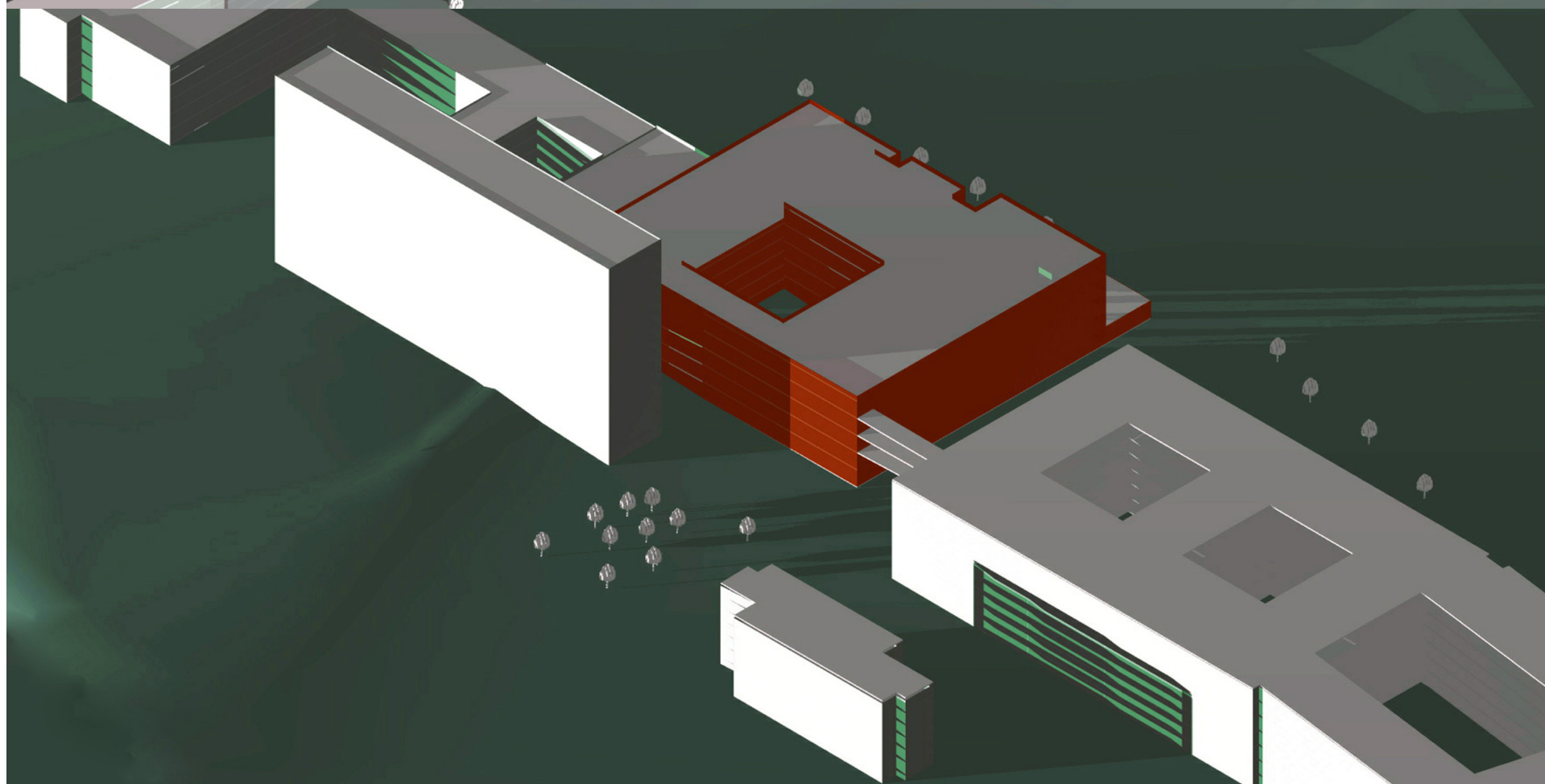
naden i samma nivå som akutvårdsmottagningen ligger idag i byggnad 22. Detta medför att vi för följande våning får skiftande våningsplan med 0,6m/våning. I våning 2 löses detta genom en internramp mellan byggnaderna. Dessa våningar innehåller mottagningar och en AVA-avdelning. Det går också att ta sig mellan byggnaderna i det yttre gångstråket.

I våning tre, röntgenplanet, blir skillnaderna mer problematiska med en skillnad på 1,2m. Min idé är att man förlägger personal, omklädnings och administrativa utrymmen till denna del. Då kan skillnaden lösas med en interntappa samt att alla andra kommunikationer sker

i det yttre gångstråket med ramp intill byggnad 23. Här är också det första kommunikationsstråket förlagt till de södra delarna. I våning fyra så ligger operationsplanet. Här blir det ganska stora skillnader i höjd vilket knappt går att åtgärda genom ramp i det yttre kommunikationsstråket. Förslaget är då att höja upp operationsplanet i den nya byggnaden så att det kommer i nivå med planet i byggnad 22 som idag utgörs av fläktrum och jourrum. På så sätt skulle man kunna få ett sammanhängande plan i operationsplanet. För att kunna ha denna tekniskt intensiva verksamhet i ett helt plan föreslås en höjning av 22:ans våning så att sektionshöjden blir 4,2 m, vilket också gör den mer flexibel.



Volymskisser som visar volymernas relationer med varandra. Bilden ovan är tagen den 23 april 07.00. Bilden nedan är tagen samma datum 19.30.



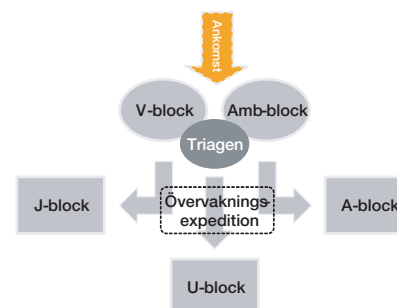
Detta underlättar också transporten mellan vårdavdelningarna och operation genom att man slipper en ramp som skulle vara ganska svår. Genom att underlätta förbindelserna ännu mer så föreslås också en kommunikation mellan hus 22 hiss/kommunikationshall med hus 20:s hiss/kommunikationshall. Även i operationsplanet finns ett sammanlänkande stråk med hus 40 i de södra delarna. Höjningen av operationsplanet gör att en våning blir ”hängande” i hus 22. Ett förslag var då att lokalisera en teknikavdelning till denna våning, vilket skulle passa bra med tanke på husets och verksamhetens karaktär. Det finns också en del problem med markhöjderna, speciellt mellan huvudentrén och entrén till akutvårdsmottagningen. Dessa problem löses genom ramp för gående personer.

Volymerskisser

Jag gjorde en del volymerskisser för att förstå hur relationerna var med övriga byggnader. Volymerskisserna är schematiska.

Flöden/processen

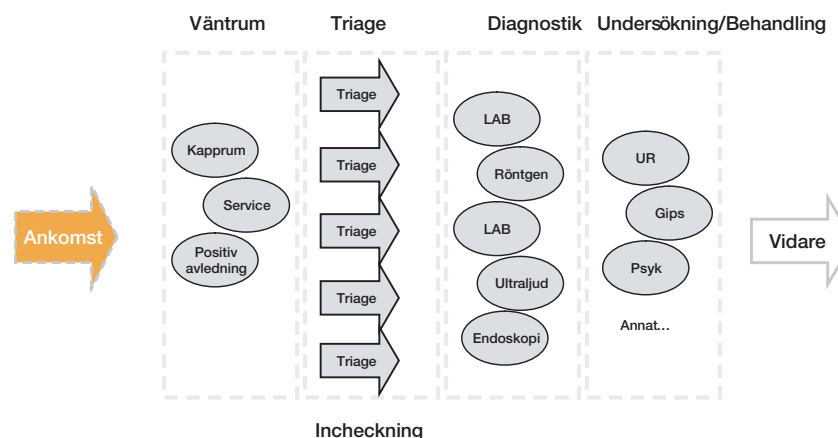
En akutvårdsmottagning är i mångt och mycket en avdelning fylld av logistik, vilket medför logistikens alla problem. Det måste finnas ett jämt flöde oavsett tillströmning av patienter. Kommunikationen mellan andra avdelningar, röntgen osv måste flöda lika fritt. När jag studerade problematiken kring Danderyds akutvårdsmottagning så var problematiken inte ny. Den går att läsa om i internationella och nationella artiklar. Problemet rör lågt prioriterade patienter, röntgen/lab samt inläggning av patienter. Dessa problem utgör så kallade ”trånga sektioner”. Ett annat problem var också flödet i rummet som jag studerade (se bild på sid xx). Hur hängde allt ihop?



Första modellen för triagen som kan ses i den slutgiltiga planlösningen

Triagen

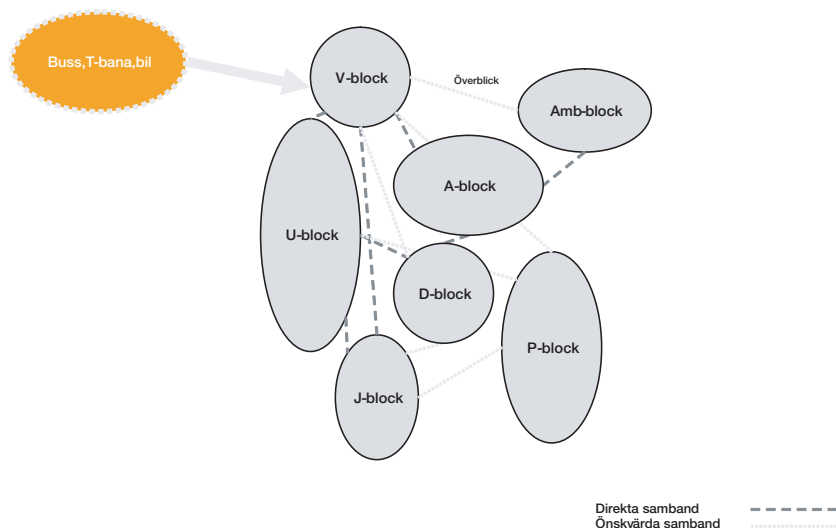
När jag tittade på andra akutvårdsmottagningar runt om i landet så dök ett begrepp upp nämligen triage. Triage kommer av franskan och betyder sortera. Jag trodde först att detta var ett organisatoriskt vedertaget begrepp men så visade det sig inte vara. Begreppet användes i sin rätta bemärkelse men graden av sortering varierade.



Utvecklad modell av triagen. Den fungerade som tankemodell i projektet

Det användes också vid de olika bryggorna på avdelningen. Min syn på begreppet är att triagen är ett ganska strikt organisatoriskt verktyg som kan användas för att maximera flödet och minimera de trånga sektionerna.

Triagen används som en avancerad sorteringsfunktion redan vid "incheckningen". Där kan en erfaren sjuksköterska avgöra var patienten skall ta vägen samt i vilket flöde. Denna funktion skall också fungera så att rätt patient hamnar på rätt plats i kedjan. Mitt scenario ser ut enligt följande. Patient kommer in bedöms vara en prio 3 patient med access att komma in på akutvårdsmottagningen. Patienten för alla typer av lab-undersökningar innan han träffar en läkare på undersökningsrummet. Läkaren har nu alla fakta och kan göra en mer korrekt bedömning direkt och patienten kan snabbare åtgärdas och skickas hem eller vidare in i systemet. Detta resonemang kan ni följa i bilden xx Skulle det vara en patient som är prioriterad till 4:a eller lätt 3:a som inte hänvisas vidare kommer inte in på avdelningen utan



Skiss på blockens inbördes relationer. Detta gjorde jag för att förstå och gradera vikten av blockens inbördes samband

Strukturer/block

När jag studerade flödena i olika patientgrupper upptäckte jag att det finns ett mönster och att dessa mönster kunde kategoriseras i olika block. Jag började laborera med dessa block för att hitta ett optimalt system för flödena. I bilden ovan kan ni följa mina resonemang med direkta samband och önskvärda samband. Bilden nedan visar blocksambanden så som det ser ut i förslaget.

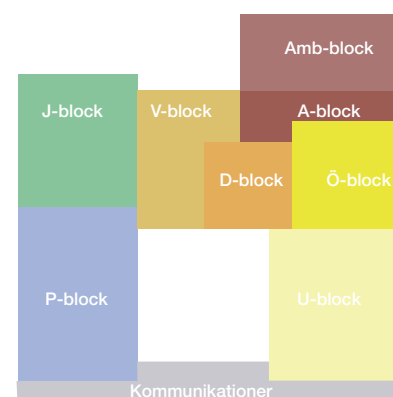
Benämning av block:

V-block

Väntblock där inre och yttre väntrum, kapprum, reception/triagen mm ingår.

A-block

Akutblock där även amb-block räknas in. Denna innehåller akutrum, block för anhöriga samt akuthiss med relationer till helikopterplatta, operation, röntgen och IVA/HIVA.



Skiss på hur blocken ser ut i plan.

Amb-block

Ambulansblock med ambulanshall, saneringslokaler mm.

D-block

Diagnosblock som inrymmer patientnära röntgen, litet lab med direkt rörpostfunktion, ultraljud och labtoalett.

U-block

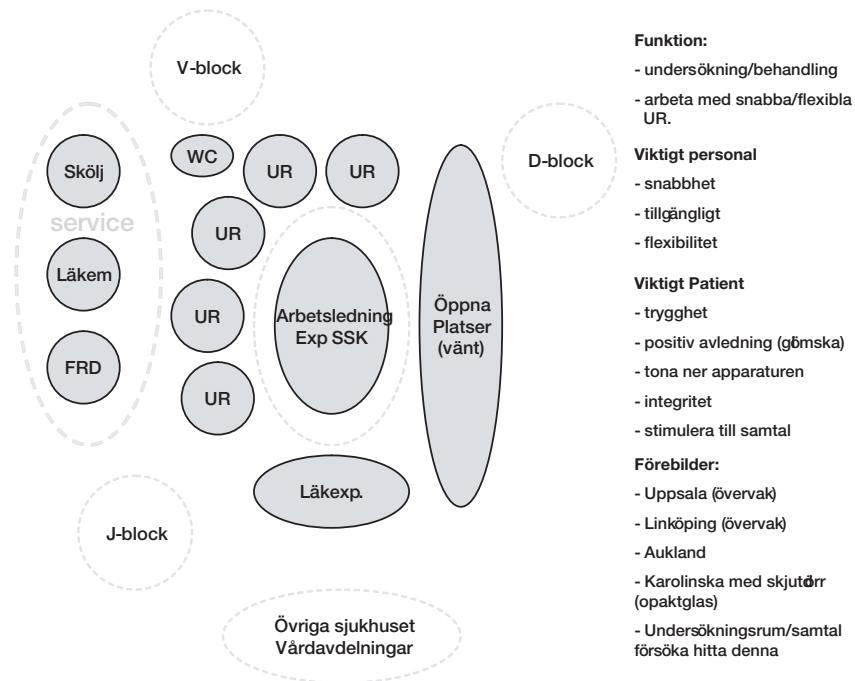
Undersökningsblock där undersökningsrum, servicefunktioner, små väntzoner för anhöriga och patienter, övervakningsblock och arbetsledning samt läkarexpeditioner ingår.

Ö-block

Ingår egentligen i undersökningsblocket som den centrala punkten. Här fördelas allt arbete. Personalen har överblick över vilka patienter som kommer in etc.

J-block

Jourblock är en så kallad intern jourmottagning som kan ta emot de patienter som är lågt prioriterade. Detta block kan delas upp för att även inrymma en ortopeddel eftersom personalen ofta vill separera dessa från akutvårdsmottagningen.



Denna bild visar på relationerna inom ett block samt vilken funktion och vad som är viktigt för personal och patient. Varje block fick sin egen skiss över detta som sedan användes i designprocessen.

P-block

Personalblock med funktioner som personalrum, omklädning, administration, bibliotek med små rum för inläring osv.

När jag hade kommit fram till ovanstående block ville jag ta fram karaktär på respektive block. Denna karaktär och information skulle sedan ligga till grund för utformningen av respektive block. Ett exempel på detta visas i bilden

ovanför. Jag har gjort en indelning av vilken funktion de har, vilka viktiga faktorer som spelar in för patient och personal samt vilka förebilder som finns. Förebilderna är hämtade från goda exempel i artiklar och liknande.



Situationsplan. Skala 1:500



Väntblock. Utdrag från plan. Skala 1:200

Väntblock

Väntblocket är det första som patienten kommer i kontakt med. Här finns ett yttre väntrum som man först kommer till. Patienten får då möta en erfaren triage-sköterska. Ett återkommande problem här är situationen vid anmälan/ankomst. Skyddet är oftast dåligt, närmast obefintligt, särskilt vid akuta besvär, då man får tala inför väntande patienter om vad man söker för. Nästan överallt får patienten stå vid

en hög disk vilket innebär att personalen bokstavligen tittar ned på den som sitter i rullstol. Dessutom skall en gammal människa handskas med patientbricka, pengar, handväska etc. samtidigt som man skall stödja sig på käpp eller rullator. Därför är det utformat så att patienten kan vara sittande och i samma höjd som personal vid inskrivning med ett skyddande vägg av blåstrat mönster i glas för att patienten skall kännas sig mer trygg och skyddad.

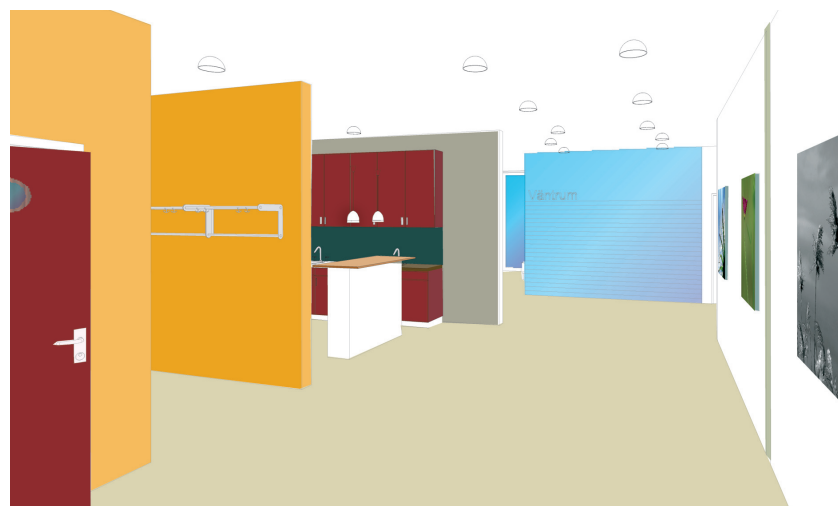
Här finns möjligheterna att antingen hänvisas vidare till: närsjukvården, jourblocket eller att bedömas såpass påverkad att patienten får tillgång till akutvårdsmottagningen. Skulle man vilja ha lite mer djupgående samtal eller är samtalet av sådan art att integriteten hotas så kan dessa utföras i intervjurummen där läkare också skulle kunna medverka. Intervjurummen är enkla rum som skall stimulera till samtal med ändå ge ro och trygghet.

När patienten har checkat in så får han tillgång till det inre väntrummet. Här finns kapprum, pentry med varuautomater och möjlighet att hämta sig en kopp kaffe mm. Det kanske är lite naivt utformat, men utformningen skall mer ses som en diskussion än som något klart och bestämt.

Det inre väntrummet är utformat så att det skall kännas lite mer privat i förhållande till övriga avdelningen. Väntrummet bör således kunna erbjuda både lugn och ro, enskildhet och "isolation" samtidigt med möjlighet till aktivitet och mötesplatser. Det finns möjlighet till än mer privata väntrum i undersökningsblocket för dem som vill. Det kan vara anhöriga, större familjesällskap eller patienter som vill vara lite mer ifred. Det inre väntrummet skall också vara gestaltat med mer värme och omtanke. Det finns även en utgång till innergården för de patienter som vill ha lite frisk luft. Här finns möjlighet att sitta i en parkliknande gård med en gräskulle som skapar privata platser och hindrar en viss del av insyn. Det vill säga att man inte sitter och tittar på varandra. Det

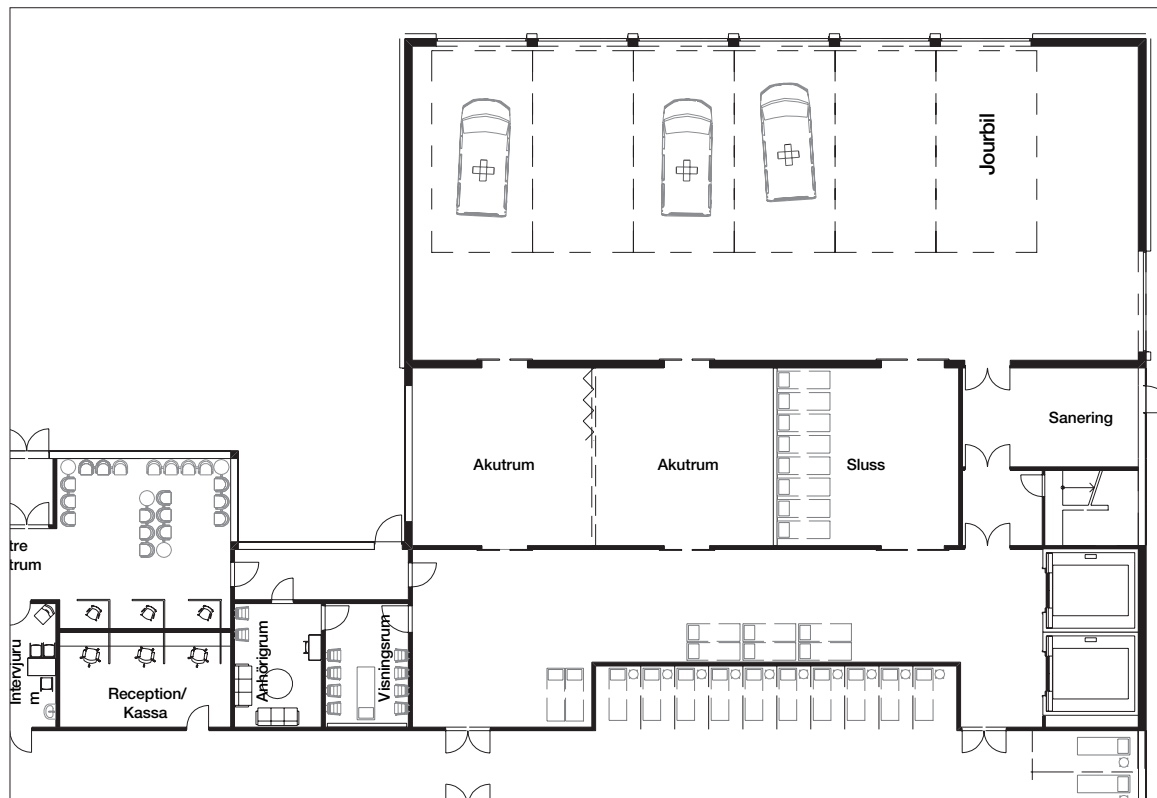


Skiss på yttre väntrum.



Skiss kapprum och inre väntrum.

inre väntrummet betjänar också diagnosblocket och de tillfällen där patienten skall vänta på läkare mm. Tanken med ett inre och ett yttre väntrum är upplevelsen att vara inne eller ute. Det är också ett sätt att höja säkerheten för avdelningen och patienterna.



Akutblock. Utdrag från plan. Skala 1:200

Akutblock med ambulansblock

Akutblocket och ambulansblocket är väl egentligen en akutvårdsmottagnings hjärta. Ambulanshallen är placerad i en egen byggnad i direktanslutning till den nya byggnaden, vilket ger möjlighet till en högre hall. Dagens ambulanser tenderar att bli högre och högre allteftersom tekniken utvecklas. Ambulanshallen har en ingång och

fler utgångar. Detta har gjorts med vetskapen om att det ofta är problem när ambulanser skall iväg från en akutmottagning. Längst in är reserverat för akutambulanser med direktkontakt till akutrummen som kan bli ett stort akutrum. Den har också en sluss för övriga transporter samt en saneringsavdelning för de patientfall där det krävs. Blocket är separerat från övriga avdelningen med direkt anslutning till övervak-

ning/arbetsledningen. I detta block ingår också en anhörigdel och visningsrum. Denna avdelning har egen privat ingång med relationer till både yttre väntrummet och hallen i akutblocket. Akuthissarna är i direkt anslutning till röntgen, operation, IVA och helikopterplattan.



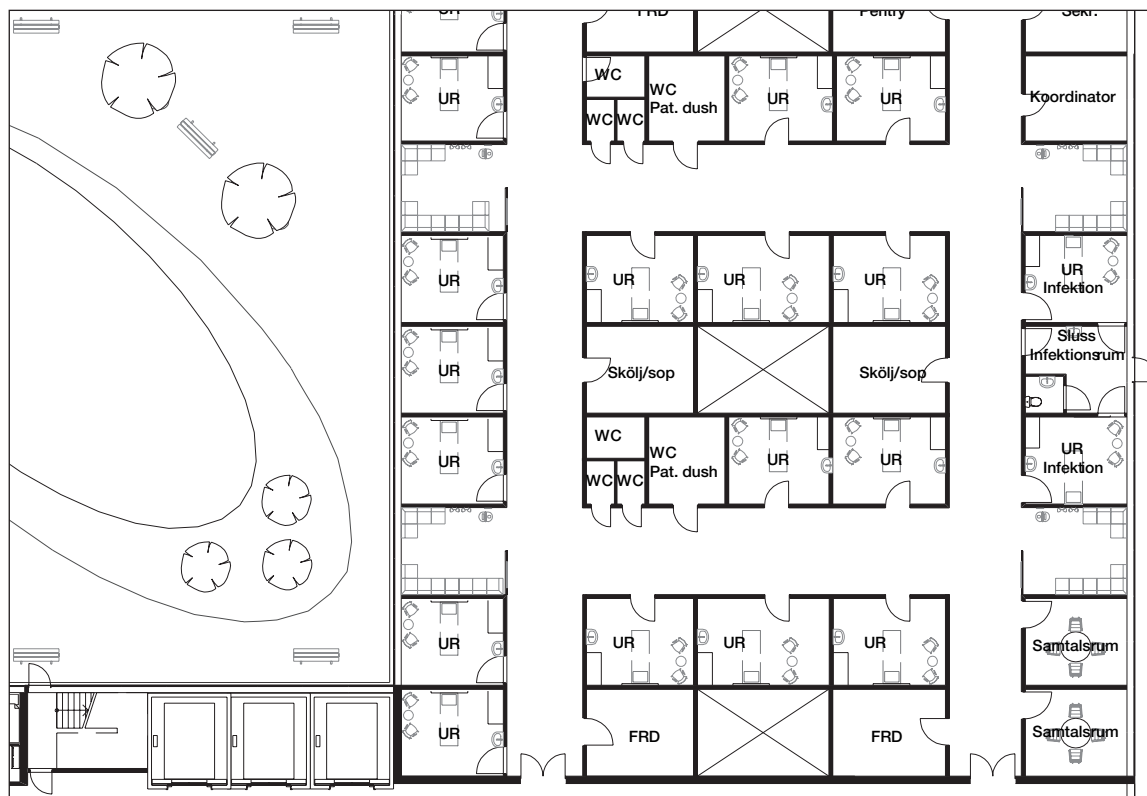
Jourblock. Utdrag från plan. Skala 1:200

Jourblock

Jourblocket finns inte med i någon kravspecifikation men är ett tillkommande under diskussionernas gång. Min egen erfarenhet och många andras åsikter har bidragit till att det vore bra med en intern jourcentral där lägre prioriterade fall kan tas emot. På så sätt skall ett av de flödesproblem som finns kunna minskas. John Grubbström, verksamhetschef, har dock påta-

lat att det skall ses som en intern jouravdelning och ingenting annat. Alltså en avlastning så att dessa patienter inte tar plats och resurser från den verkliga verksamheten. I detta block finns plats för sjuksköterske- och läkarexpeditioner med ett litet LAB anslutet till kundtoalett. Små väntytter av privat karaktär med möjlighet för läsning och en kopp kaffe. Det finns också ett lite operations- och behandlingsrum för

enklare operationer och åtgärder. Avdelningen är stängd mot den övriga akutvårdsavdelningen och bildar en egen enhet. Denna avdelning kan också delas upp i jourdel och en ortopeddel eller annan typ av verksamhet beroende vad som önskas. Läkarexpeditioner är av mer fast karaktär med möjlighet till återbesök och plats för de läkare som är stationerade på avdelningen.



Undersökningsblock. Utdrag från plan. Skala 1:200

Undersökningsblock, diagnosblock och övervakningsblock

Undersökningsblocket är där personal och patienter möts. Hjärtat i undersökningsblocket utgörs av övervaknings-/arbetsledningsdelen. Här sker personalens arbete. Jag har samlat ihop de olika vårdlinjerna till en enhet. Tanken är likt exemplet i Lund att göra rummen mer "avkönade", d v s låta dem vara öppna för kirurgi, medicin, ortopedi mm. Nu

vet jag att detta väcker debatt bland personalen men det är något som jag tror på. Man får, enligt min mening, en bättre koll på patienter. Jag har också valt att lägga läkarexpeditionerna i direkt anslutning till detta arbetsledningscenter för att på så sätt skapa bättre kommunikationer mellan sjuksköterskor och läkare. I korridoren mellan kommer heller inte vara plats för patienter utan det är avsett endast för personal. Detta

kan man tydliggöra genom färgsättning och annat materialval för golvet i denna avdelning. Personalen har också från denna enhet bra koll på de väntplatser som finns för amulanstransporterna samt de platser som är till för telemetriuppkoppling. De har också överblick över korridorerna samt en direktkontakt med läkarexpeditionerna. Dessutom har de också en egen korridor med relationer till diagnosblocket

och triagen. Också detta är till frö att förbättra kommunikationen och överblicken över avdelningen.

Patienterna kommer hit efter triagen och diagnosen. De kommer till det kombinerade samtals- och undersökningsrummet. Det finns små väntytor av mer privat karaktär som är till för patienter och anhöriga. De är utformade för att ge en mer privat och omfamnande känsla. Det finns också samtalsrum som är till för lite fler människor eller för samtal av lite mer privat karaktär med kurator eller läkare. Dessutom finns det en ingång för infekterade patienter med sluss och egen toalett. Dessa rum kan användas i den dagliga verksamheten då de inte används för sitt specifika ändamål. Här finns också de servicefunktioner som krävs med förråd, sköljrum mm.

Kombinerat undersöknings- och samtalsrum.

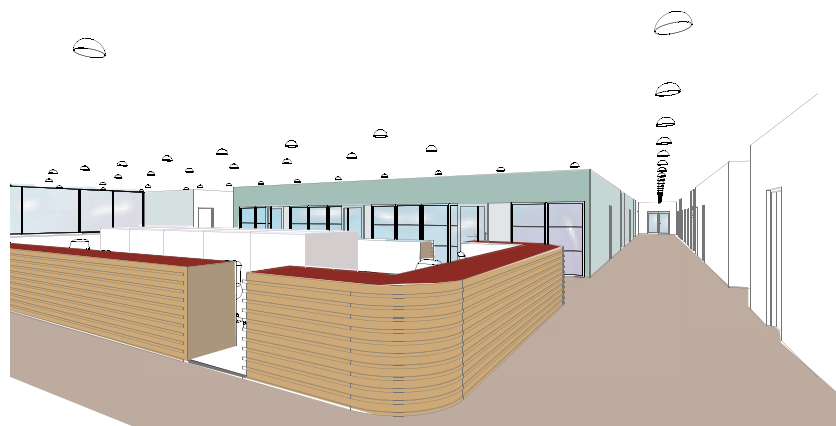
Det kombinerade rummet är till för patienten. Tyngdpunkten på rummet ligger på trygghet och professionalism. Idag så är ju undersökningsrummen kliniska och stimulerar inte i så hög grad till samtal. Idén är att avdramatisera besöket.



Skiss på litet väntrum. Lite mer privat och omfamnande



Skiss på undersökningsrum.



Skiss på övervaknings/arbetsledningsdelen med läkarexpeditionerna mitt emot.

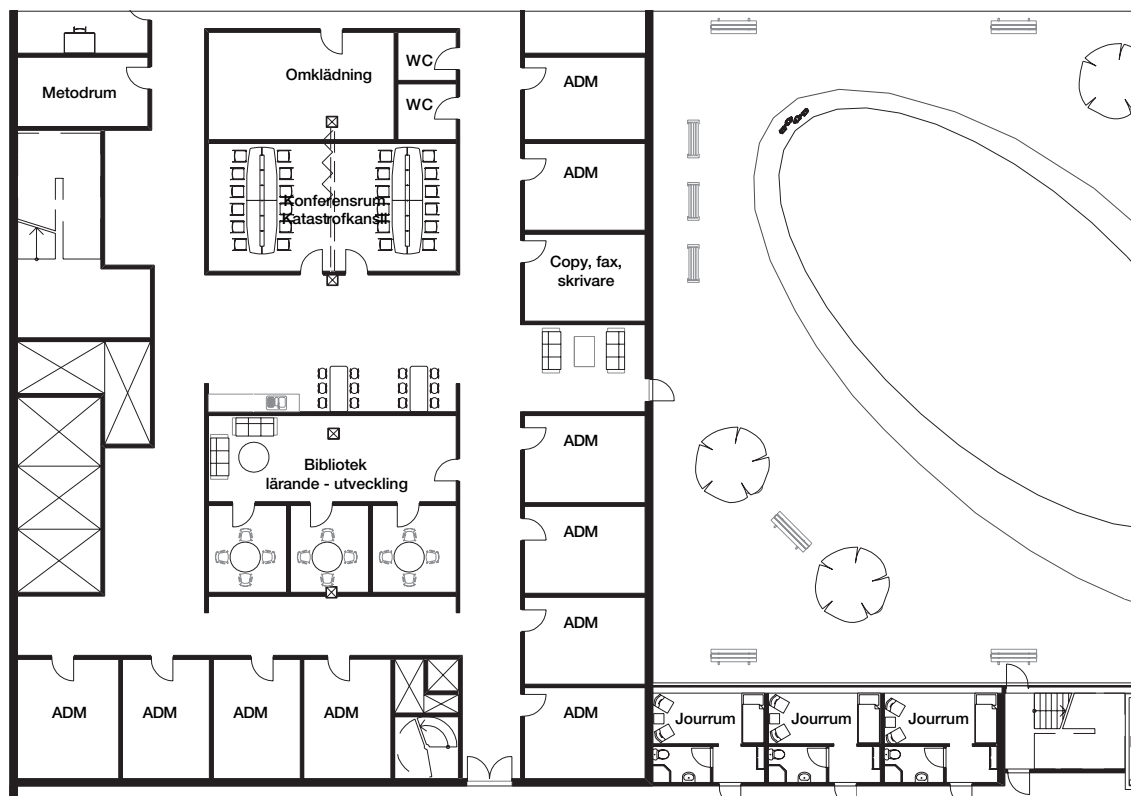


Övervaknings/arbetsledningsblock. Utdrag från plan. Skala 1:200

Undersökningen men också samtalet skall kännas som en naturlig del av besöket. Rummet är det rum där patienten samtalar med vårdgivarna, blir undersökt, behandlad och får ta emot diagnos, information om sitt hälsotillstånd, kunskap om metoder och lämpliga åtgärder samt att diskutera med sina vårdgivare. Rummet skall vara ljust med fönster både mot gården och mot korridoren. Det skall vara möj-

ligt för patienten att titta ut i korridoren när han/hon vill. Det skall även vara möjligt för patienten att sitta bekvämt och kunna läsa eller ägna sig åt annan positiv avledning. Även materialval skall vara av sådan karaktär att det ger trygghet och värme. Mer rena naturmaterial med enkla former skulle kunna stimulera till detta. Färgerna skall lugna ner men ändå kännas mer "fräscha". Även taket skulle kunna utgöras av

färg eller konst eller att på annat sätt skapa avledning för den som ligger ner.



Personalblock. Utdrag från plan. Skala 1:200

Personalblock

I personalblocket har jag i förlaget samlat alla ingående delar med personalrum, vilrum, administration, omklädning och möjlighet till förkovran. Tanken med detta är försöka samla personalen både före, under och efter en arbetsdag. Idén är också att skapa en större samhörighet mellan personalen samt att det "satsas" lite mer på personalen. Placeringen av personalblocket är medveten. Min

tanke är att den skall ligga lite mer avsides för att få mer ro kring avdelningen utan möjlighet för andra att springa genom avdelningen. Biblioteket och läsrummet skall ses som en markering att det skall finnas möjlighet för all personal att fortbilda sig och detta i en miljö som stimulerar till detta. Det finns tre jourrum som är placerade i det bakre kommunikationsstråket vid varje våning. Dessa är placerade för att lätt kunna ta sig

vidare vid behov. Det finns möjlighet att ta sig ut på gården och en liten yta för en mer "soft" samvaro. Blocket inrymmer också två väl tilltagna konferensrum för möten men skall också kunna användas som katastrofkanst skyddat från insyn. I fasad så har jag placerat rum för arbetsledning och annan administration. Mitt emot konferensrummen finns ett kök för fika, lunch och annat. Det kan också användas för snabbare möten.

Akutcentret

Akutcentret inrymmer alla de funktioner som är nödvändiga i ett modernt akutcenter. Dessa är:

- Akutvårdsmottagning
- AVA avdelning
- Röntgen
- Operation
- IVA
- UVA
- Helikopterplatta

Jag har valt och samla alla akutyksamheter för att det skall bli så korta vägar som möjligt. Det skall vara lätt att komma från operation till IVA och vice versa. Våningarna i akutcentret är endast schematiskt skissade och gör inget anspråk på att vara helt korrekta. Jag har bara försökt att förstå volymen, dess verksamhet samt vilka samband som finns. Den inrymmer också mottagningar och jourmottagning som tidigare nämnts. Det finns en hel del diskussioner om vad som skulle ingå i detta akutcenter. Dels så har man idag en fungerande UVA-avdelning och en nybyggd IVA-avdelning som man är stolt över. Så av politisk och ekonomisk hänsyn kanske inte det skulle vara politiskt korrekt att föreslå detta.



Skiss på köket i personalrummet och den mer "softa" delen.

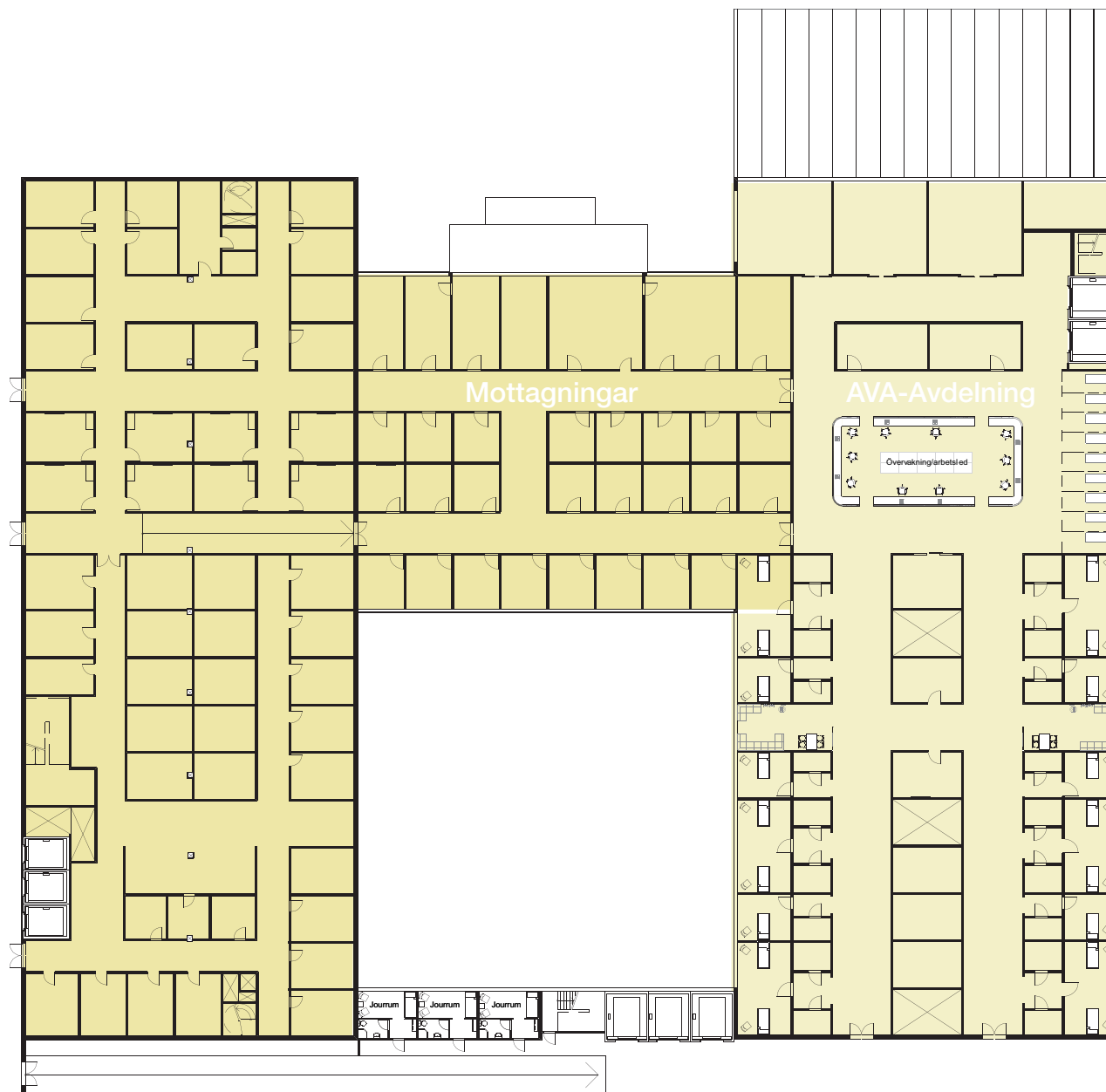
Nu sitter jag dock i den sitsen att jag kan bortse från dessa politiska argument. Jag tror nämligen att om man gör en sådan här stor satsning på ett akutcenter så bör man utan egentliga kompromisser försöka samla de verksamheter som hör till ett sådant akutcenter. Och det är dessa verksamheter som jag efter diskussioner med andra tror att ett akutcenter skall innehålla. Det finns två kommunikationsvägar inom centret. Den allmänna, som är förlagd till den yttre kommunikationsdelen men också den akuta, där alla verksamheter som är de mest akuta är förlagda till såsom akutrontgen, akutoperation, helikopterplatta o s v. På så vis kan alla brådskande fall ha högsta prioritet.

Akutcentret Innehåller:

- Vån1 Akut, jourcentral
- Vån 2 Mottagningar, AVA-avd
- Vån3 Röntgen
- Vån 4 Operation, UVA, IVA

Bygga akutcentret

Att bygga akutcentret ställer krav på byggnaden. Ett akutsjukhus måste alltid fungera 25tim/dygn 365 dagar om året. Därför ställer det stora krav på utformning. En ny- eller ombyggnad måste därför kunna ske utan att orsaka störningar i sjukhusarbetet. Problematiken ligger egentligen i angöring av ambulans. Hur skall transporter till och från den nuvarande akutvårdsmottagningen bedrivas när den nya byggnaden uppförs.



Schematisk skiss över plan 2 med mottagningar och AVA-avdelning. Skala 1:500

AVA/mottagningar

Plan två inrymmer mottagningar samt en AVA-avdelning. Mottagningarna är av varierande karaktär med plats i byggnad 22 och en del av den nya byggnaden. Det finns en möjlighet att direkt från huvud-

entrén ta sig till mottagningarna. Mellan hus 22 och nya byggnaden går en ramp. AVA avdelningen är en akutavdelning för enklare fall och för observation eller en mellanlandning innan patienten placeras på avdelning. En del av flödesproble-

met rör ju patientinläggning. Här kan patienten vara tills dessa att det finns avdelningar som kan ta emot. Speciellt bra vid helger och kvällar då detta kan vara ett än större problem. Annars så kan man se mottagningar som en disponibel yta.



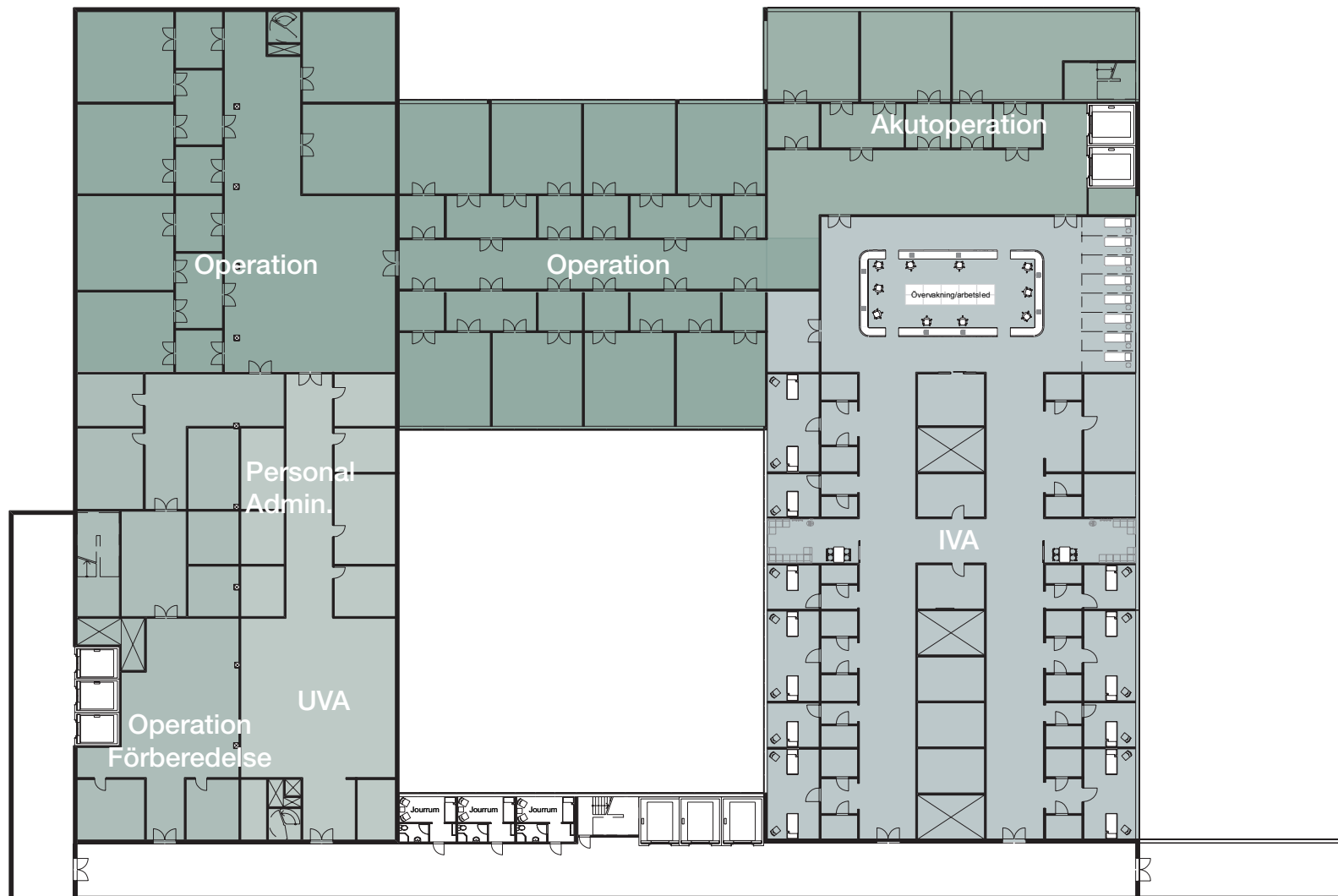
Schematisk skiss över plan 3 med röntgen. Skala 1:500

Röntgen

Röntgen inryms i plan 3. I förslaget finns en schematisk indelning för hur det skulle kunna se ut. Först kommer patienten in till en reception för att därefter få information om vart han/hon skall ta vägen.

Här finns vänta och omklädning. I mitten finns område för röntgen av varierande karaktär. Längst ut är avsett för personal och granskning. I anslutning till akuthissarna finns akutröntgen i form av CT och PCI-lab.

I hus 22 finns plats för personal, administration och omklädning.



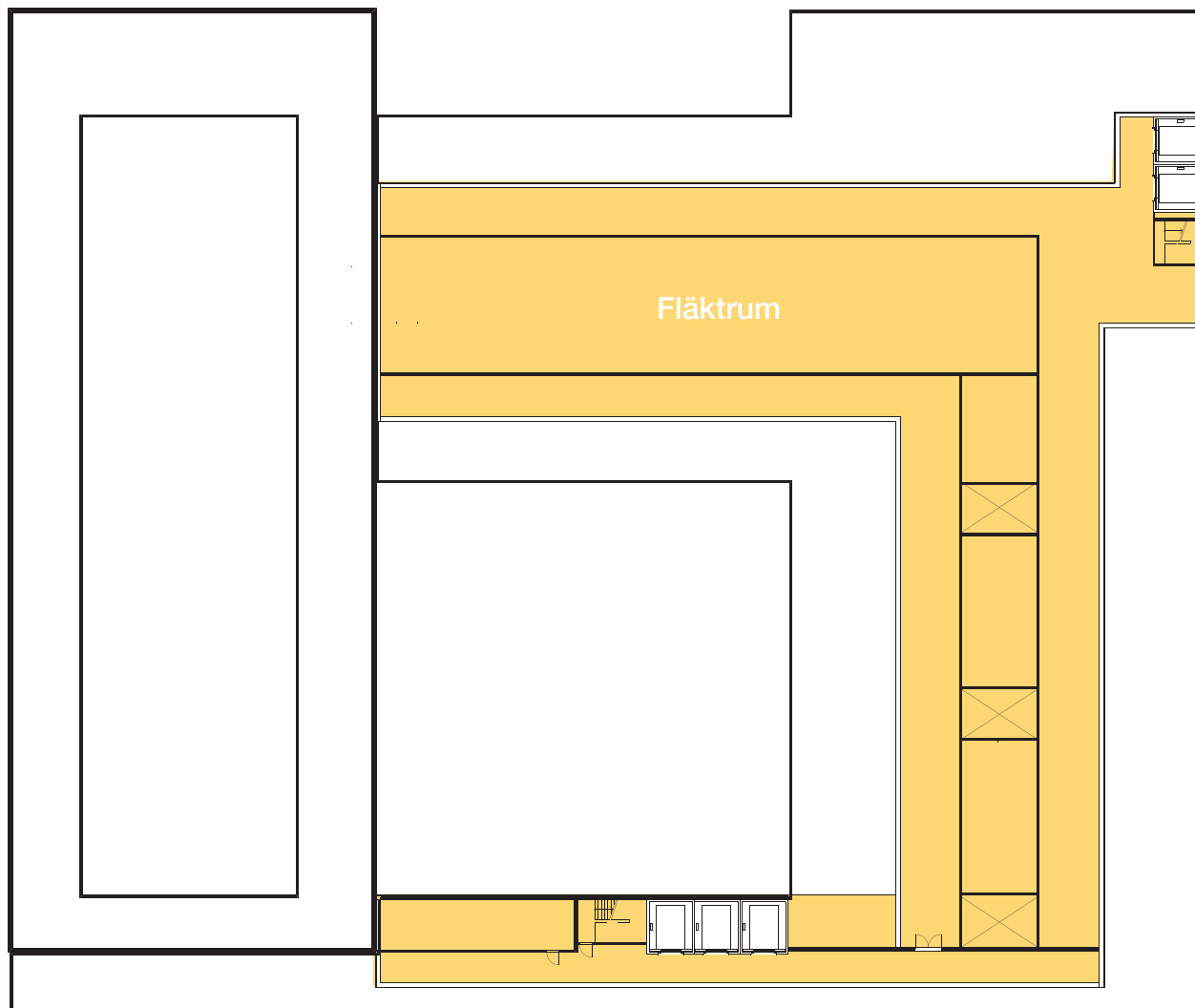
Schematisk skiss över plan 4 med operation, IVA och UVA-avdelning. Skala 1:500

Operation

Som redan nämnts så har operationsplanet höjts för att hamna i samma nivå som planet i hus 22. Sektionshöjden i operationsplanet i 22 höjs till samma sektionshöjd som i det nya huset. På så sätt får vi ett

operationsplan i ett plan utan ramper vilket underlättar transporter till och från avdelning. Patienten kommer till hus 22 för förberedelser innan operation och via slussen kommer han/hon till operation. När operationen är klar så förs patienten

antingen till IVA eller UVA beroende på vilken typ av operation han/hon genomgått. Det finns också yta för administration och personal.

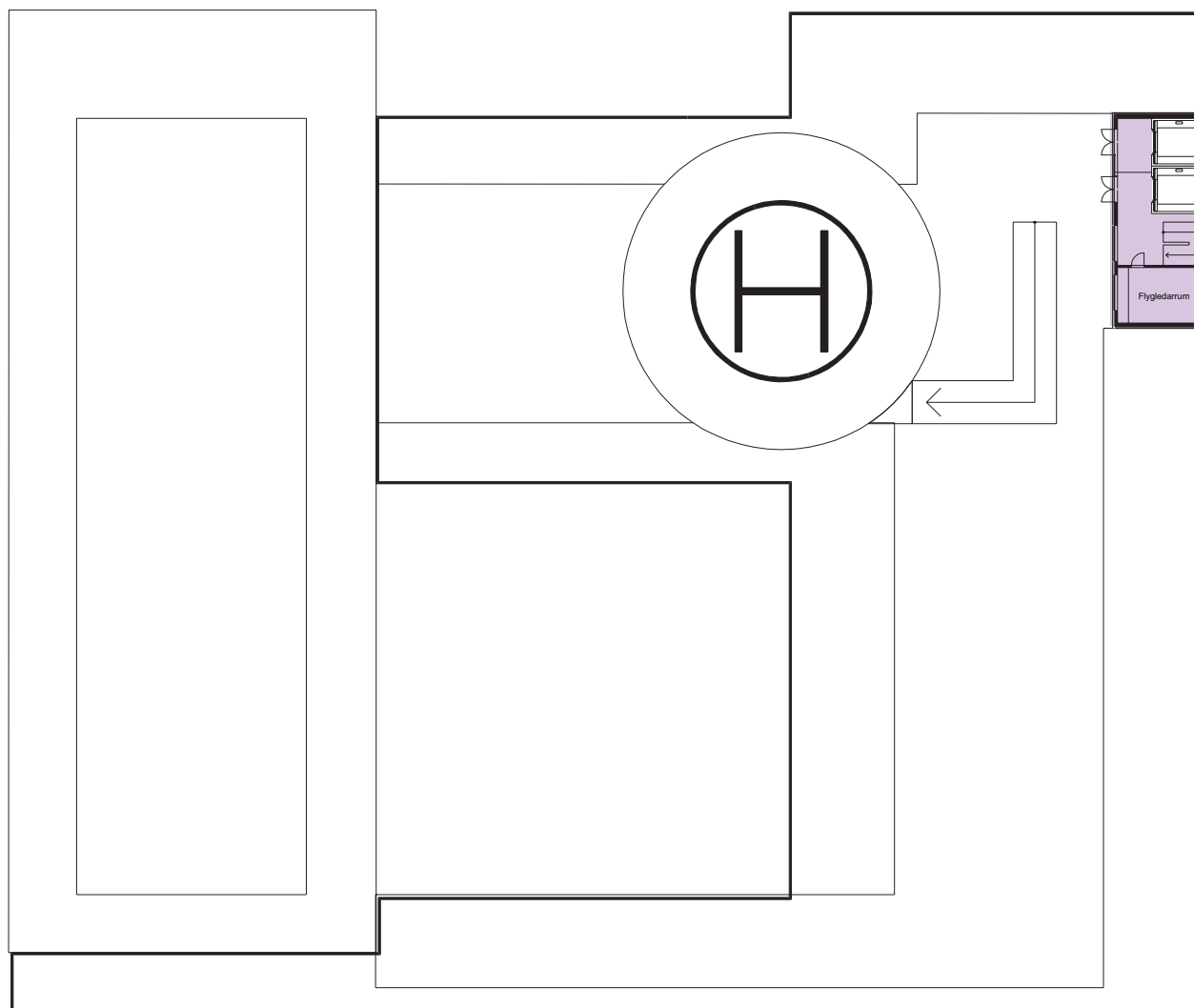


Schematisk skiss över plan 5 med fläktrum.

Fläktrum

Fläktråningen är indragen en del från fasaden för att volymen inte skall kännas så "tung". Den skiljer sig också i fasadens materialval för att vara än mindre markerad. Det som man skulle kunna diskutera är

att använda delar av fläktrummet till personalutrymmen av friskvårdskaraktär. Detta för att skapa en bättre arbetsplats för personalen. En samvaroplatz för de som arbetar i akutcentret.



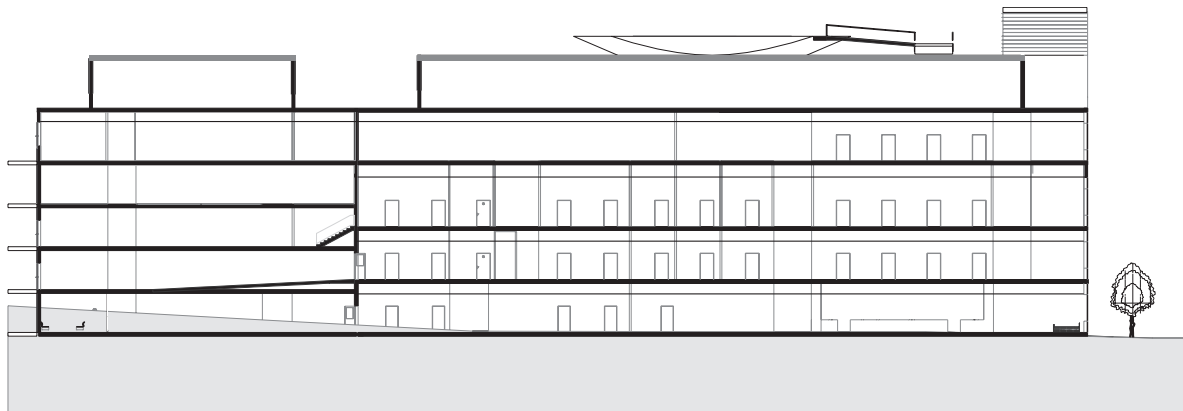
Schematisk skiss över plan 6 med helikopterplatta och tillhörande mottagningsdel och flygledarrum.

Helikopterplatta

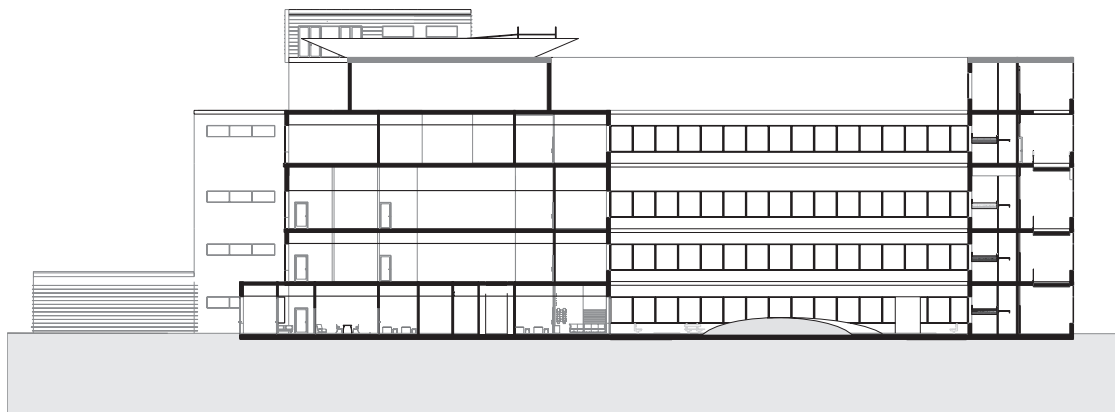
Eftersom helikopterplattan är placerad alldeles för långt ifrån akutmottagningen är det naturligt att den skall inrymmas i akutcentret. Placeringen blir på taket där enligt en tidigare förstudie två inflygnings-

vägar är möjliga. En helikopterplatta ställer stora krav på byggnaden och dess omgivning beroende på bullerkrav och säkerhetskrav. Helikopterplattan är dimensionerad för den idag största helikoptern som används för flygtransporter. Vid helikopter-

plattan finns ett rum för flygledning samt kommunikationer ner i byggnaden via akuthissar som leder till operation, röntgen, akutmottagning o s v.



Sektion A-A skala 1:500

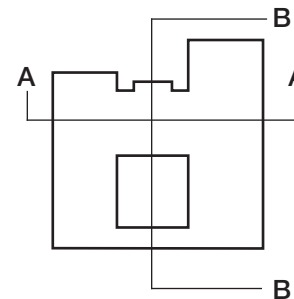


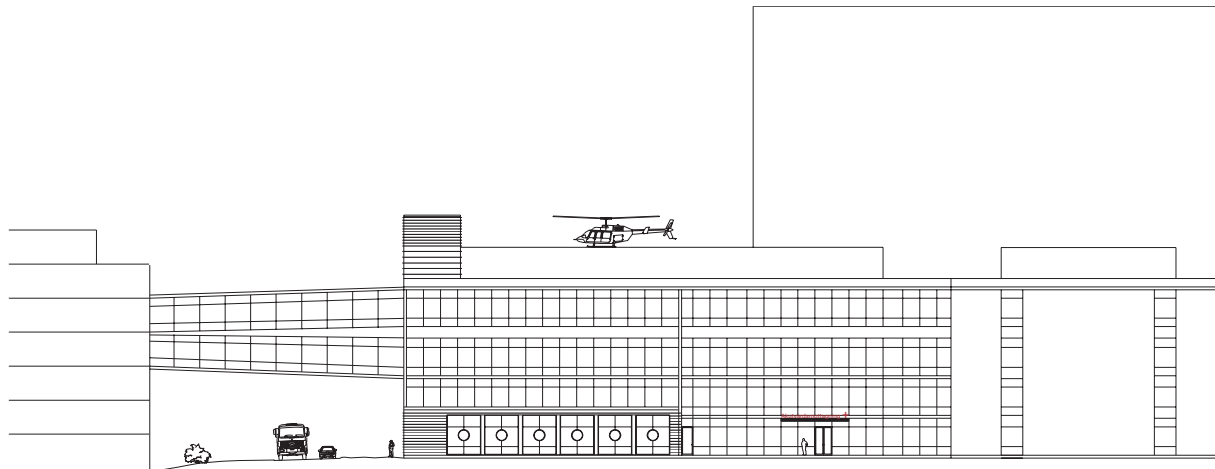
Sektion B-B skala 1:500

Sektioner

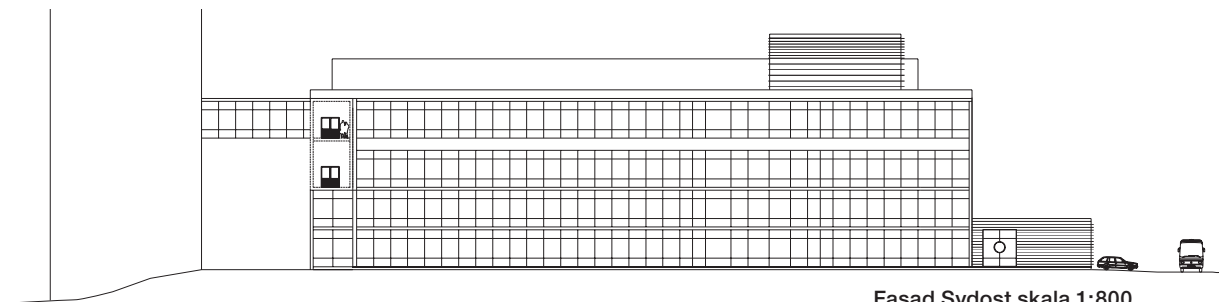
Sektionerna är tagna för att visa hur byggnaden är uppbyggd samt relationen med byggnad 22. Ni ser det höjda våningsplanet som gör möjlighet för ett gemensamt

operationsplan i våning 4. Ni ser även konsekvensen av detta i det "hängande" planet i byggnad 22 som skulle kunna inrymma den tekniska avdelningen. Sektionen skall ses som en skiss.

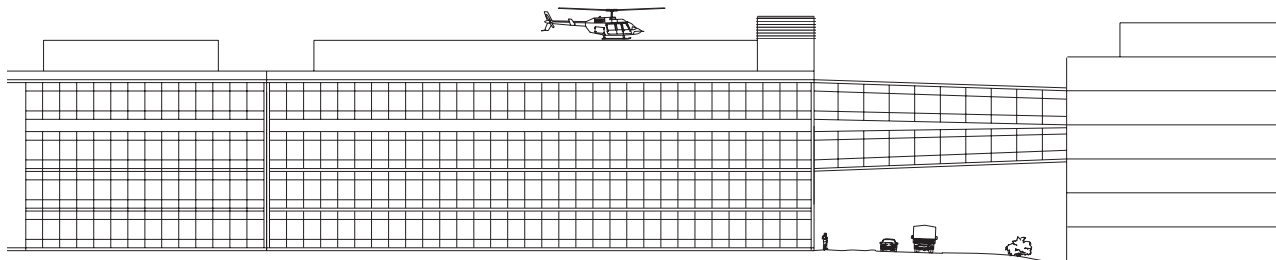




Fasad Nordost skala 1:800



Fasad Sydost skala 1:800



Fasad Sydväst skala 1:800

Fasader

Här ser ni fasaderna som de ser ut idag. Fasaderna är av skisskaraktär för att få en förståelse av byggnadens volym och hur den samspelar med övriga byggnader. Kan tycka att det upprepade fasadmönstret i byggnaderna gör att det blir lite monotont. Området skulle behöva

lite mer variation för att skapa en mer stadskaraktär. Därför vill jag att denna byggnad skall bryta av lite mot övriga byggnader varför jag valt att byggnaden skall vara av betong alternativt med fibercementplattor av mörkare karaktär. Har dragit in fläktrummet då byggnaden kändes lite stor i skala.

Ni ser i fasad sydväst övergången till byggnad 20. I fasad sydost ser ni entrén till byggnaden med hus 22 till höger om den nya byggnaden. Byggnad 22 avslutas med en betongfasad putsad likt de övriga fasaderna med två slitsar i fasaden. Dessa slitsar glasas med färgat varierat med vanligt glas.

Slutkommentarer, funderingar & grubblerier

Arbetet med detta examensarbete ha syftat till att undersöka hur en akutvårdsmottagning fungerar, upplevs och vilken arkitektonisk problematik som finns. Nu så här i slutet, när jag börjat förstå detta så vill jag ha ännu mera tid för att ha möjlighet att gå ner mer i detaljutformning, material och alla de områden som jag missat eller inte haft tid att studera. Jag har så mycket som jag skulle vilja formulera i tankar och idéer men det är ju inte ett sådant arbete där tiden är oändlig. Det viktiga för mig är att jag har gjort och att jag har lärt, vilket är en enorm erfarenhet i mitt fortsatta arbete. Det har varit ett väldigt stimulerande och komplext arbete men jag har haft mycket god hjälp

av den arbetsgrupp som funnits till hand samt diskussioner med vänner och examinator. Det är ett ämne som ständigt är uppe för diskussion. Alla har en åsikt, alla har varit där och alla vill se en förändring av något slag. Det händer också en hel del inom detta område vad gäller arkitektur, design och miljöns påverkan. Vi vet idag ganska mycket om vad som händer i vårdmiljöer. Landsting, sjukhus, fastighetsägare och personal har också idag en större medvetenhet och vilja att skapa dessa bättre miljöer. Men det tar tid.

Man blir förvånad av hur länge den industrialiserade sjukvårdsarkitekturen har fått härska. Det är ju bara

att titta på undersökningsrummens utveckling mellan sextiotalet och år tvåtusen dvs ingen utveckling. Men det finns hopp och mycket håller redan på att hända. Nedan följer en mina kommentarer och funderingar kring arbetet.

Undersökning

Från början ville jag bara ägna mig åt denna undersökning. Prestera något annat än bara en ritning. Jag tyckte, och jag tycker att vi som arkitekter har alldeles för lätt att skissa med vår egen intuition innan vi har all den information som krävs. Jag tror att vi har mycket att lära av andra yrkesgrupper – att samla information. Jag ser paralleller med produktutvecklare och annat.

När jag studerat litteraturen så är det få undersökningar och erfarenheter som beskriver problematiken kring akutvårdsmottagningar. Då talar vi mer om arkitektur, upplevelser och design. Det finns en hel del beskrivet kring människan i sjukvårdsmiljöer men främst gäller det vårdavdelningar. Akutvårdsmottagningen faller inte riktigt in under dessa. Patienten tillbringar ett väldigt kort tag här vilket kanske ställer lite andra krav på arkitekturen.

Mitt val av undersökningsinstrument kanske inte var det allra bästa. Instrumentet kändes föråldrat framförallt vad gäller begrepp. Jag skulle spetsa till frågeställningen samt att fundera vilka frågor som kan vara intressanta i tillblivandet av arkitektur. Problem finns men det finns lösningar. På så sätt skulle jag få ett mer användbart undersökningsresultat som skulle ge bättre svar på vilka problem som finns och därigenom få lättare att skapa arkitektur.

Undersökningen som sådan var dock positiv. Personal och patienter var mestadels positivt inställda och det resulterade i många diskussioner och frågor som jag bär med mig. Jag hade ju valt att ta med en fråga där de kunde tillföra egna funderingar och kommentarer. Detta var både intressant och rolig läsning. Personalen hade oftast de starkast negativa åsikterna vilket inte är så konstigt eftersom detta är deras arbetsplats. Det är viktigt att komma ihåg att alla som brukar arkitekturen räknas och inte bara patienterna. Jag glömmer aldrig städerskans berättelse, den lärde mig mycket.

Förslag

Nu tycker jag att det var bra att det inte bara blev en undersökning som visade på problemen för det är ju transformationen av dessa problem till arkitektur som är den verkliga nöten. Mer tid. Jag skulle vilja fortsätta med detta arbete och gå ner mer i detaljnivå för det finns mycket kvar att göra. Nu tillåter dock inte tiden detta.

Akutvårdsmottagningen är ett logistiskt problem. Det har jag lärt mig nu. Det finns också en mängd krav på funktion och teknik vilket gör att jag som arkitekt tvingas ner i detalj. En iakttagelse är att vårdmiljö och arbetsmiljö på en akutmottagning alltid kommer i andra hand, mer än andra typer av vårdmiljöer. Jag hade ju som mål när jag satte upp ramarna för examensarbetet att det skulle hamna i en vision snarare än i en realitet som nu är fallet. Och då kan jag förstå att alla dessa krav degenererar arkitekturen och även bidrar till att vårdmiljön och arbetsmiljön kommer i efterhand. På en akutvårdsmottagning är det det medicinska omhändertagandet oerhört viktigt men resten av arbetet ses inte som något högstatusarbete skriver Maria Nyström i sin bok ”Akutmottagningen som mötesplats”.

Omvårdnaden kommer i andra hand medan personalen väntar på nästa larm. Nu är det ingenting som jag bara läst utan jag talar från egen erfarenhet och jag har själv upplevt och agerat därefter. Det är mycket mer spännande att ta emot en trafikolycka än det är att knacka på och fråga hur någon mår och om denna vill ha en kopp kaffe som ju var min uppgift. Detta präglar vården och syns i arkitekturen. Nu visar ju en rad studier att god arkitektur och miljö bidrar till ett snabbare tillfrisknande och människor känner en bland annat en större trygghet.

Men det gäller ju att vara stark i detta som arkitekt att aldrig tillåta sig själv att falla efter för alla krav. Det går att skapa god arkitektur utifrån dessa förutsättningar, det kräver bara lite mer eftertanke. Själva förslaget fokus har rört logistik och funktion på en akutvårdsmottagning samt vilka typer av verksamheter som skall ingå i ett akutcenter på ett mer schematiskt plan. Detta har medfört att den arkitektoniska formen och uttrycket har kommit i andra hand. En ganska besvärande iakttagelse. Det var ju inte riktigt så det var tänkt men det bidrar ju ändå till en lärdom.

Arbetsgrupp

Jag har i mitt examensarbete fått en arbetsgrupp som agerat som bollplank. Representanter från verksamheten, sjukhuset och ägarna har varit representanter vid varje mötestillfälle.

Jag har som examensarbetare fått all den hjälp och resurser som krävts. Det har helt enkelt inte kunnat vara bättre. Ett stort TACK till er!

I mitt arbete både under undersökningen och nu akutcentret på Danderyd har jag mött personal som varit villiga att diskutera och kommentera arbetet. En observation i dessa samtal är att nästan samtliga har svårt att lyfta blicken och fundera på hur en vision av deras arbetsplats skulle kunna se ut. De är inte nöjda med sin arbetsplats men har svårt att se hur detta skulle kunna förändras. Ser vi till patienterna så har de bidragit till mycket mer idéer om hur detta skulle kunna förändras. Det kan man fundera på varför det ser ut så. Arbetsmiljön är ju något som gör att personalen skulle kunna känna sig stolta över sitt arbete vilket skulle bidra till en lägre personalomsättning.

Det har varit en av de roligaste perioderna i mitt liv. Framförallt så har jag med detta arbete lärt mig fokusera på

en enda sak vilket givit mig mycket tillbaka. Ju mer man tränger in i problemen desto mer intressant och roligare blir det. Detta är definitivt ett område som jag vill syssla med i framtiden.

Litteraturlista

Effektiv lokalanvändning inom akutsjukvården.

Förstudie April 1997. White arkitekter AB Stellan Axelsson, Jan-Erik Högstedt, Dick Lindberg. Forskningsstiftelsen för samhällsplanering, byggnadsplanering och Projektering. Rapport 1.99

Rum for vårdens möten.

Om utformning av vårdmiljö för god vård. Solvej Fridell. Institutionen för Arkitektur och stadsbyggnad, Kungliga Tekniska Högskolan. Stockholm 1998

Design och omsorg i sjukhusplaneringen.

Alan Dilani. Institutionen for Arkitektur och stadsbyggnad
Projekteringsmetodik, Kungliga Tekniska Högskolan. Stockholm 1998

Funktion och ekonomi i ett Långsiktigt brukarperspektiv.

Alan Dilani. Institutionen for Arkitektur och stadsbyggnad
Projekteringsmetodik, Kungliga Tekniska Högskolan. Stockholm 1998.

Vårdens rum. Att forma rum for människan i vården.

Olle Andersson. Bohuslandstinget Fastighetsförvaltningen.

Att se sig själv i andra. Om solidaritet.

Sven-Eric Liedman. Bonnier pocket 1999.

Det är människor det handlar om.

Jerzy Einhorn. Bonnier Pocket 1999.

Erik Asmussen Architect.

Gary J. Coates Byggförlaget. Stockholm 1997.

Se Staden.

Kompendie för stadsbyggnad i första årkursen på arkitektur Chalmers i Göteborg

Sjuksköterskans Utsatthet.

Huub Buijssen. Bokförlaget Natur och Kultur. Stockholm 1998

När livet bryts.

Pär Slander m fl. Liber AB. Stockholm 1999.

Kvalitativa metoder I medicinsk forskning.

Kirsti Malterud. Studentlitteratur. Lund 1998.

Kvalitativa metoder för vårdvetare.

Karin Dahlberg. Studentlitteratur Lund 1993.

”Möten på en akutmottagning – om effektivitetens vårdkultur”.

Nyström, Maria. (2003). Studentlitteratur.

Design är bra for hälsan.

Gunnel Åhlander. GP 9 jan 2001 . Färgen hjälper dementa hitta rätt. Sven Ullgren

Hus som helar.

Pia Hintze. Aktuell Forskning & Utveckling 1/200 1.

Social navigation.

Techniques for building more usable systems. Interactions nov-dec 2000.

Framtidens Arbetsliv – lust till förändring.

Fem scenarier inför framtida personalstrategier.

Architecture and Design, Healthcare Buildings as Supportative Environments.

- World Hospitals and Health Services, IHF 36(1). Dilani, A. (2000).

Beyond semantic measurement.

In R. Küller (ed.): Architectural Psychology, Proceedings of the Lund Conferences, Studentlitteratur, Lund.

Effects of health facility interior design on wellness: theory and scientific research.

Ulrich, R. S. (1991). Journal of Health Care Design 3: 97-109.

Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes.

Ulrich, R.S. (IADH) International Academy for Design and Health.

Global Strategy for Health for All by the year 2000. Geneva, WHO.

WHO (2001). ICIDH-2: International Classification of Functioning and Disability and Health. Full version. Geneva, World Health Organisation.

Color discrimination, color naming and color preferences in 80-year olds.

Wijk, H., S. Berg, et al. (1999). Aging (Milano) 11(3): 176-85.

Rehabilitation in the home versus the hospital: the importance of context.

von Koch, L., Wohlin Wottrich A, Widén Holmqvist L (1998). Disabil Rehabil(20): 367-372.

Environmental design effects on Alzheimer symptoms in long-term care residences.

Zeisel, J. (2000). World Hospitals & Health Services 36(3): 27-31.

