



Sveriges lantbruksuniversitet  
Swedish University of Agricultural Sciences

Fakulteten för landskapsarkitektur, trädgårds-  
och växtproduktionsvetenskap

## Hälsofrämjande vårdmiljöer, från insida till utsida

- En fallstudie av patienters användning och upplevelse på Strålbehandlingen i Lund, Skånes universitetssjukhus

*Författare Nina Oher*



Självständigt arbete • 30 hp  
Outdoor Environments for Health and Well-being  
Alnarp 2016

## **Hälsofrämjande vårdmiljöer, från insida till utsida**

- En fallstudie av patienters användning och upplevelse på Strålbehandlingen i Lund, Skånes universitetssjukhus

## **Health promoting healthcare environments, from inside to outside**

- A case study of patients' use and experience of the Radiotherapy department in Lund, Skåne University Hospital

*Nina Oher*

<b>Handledare:</b>	Anna Bengtsson, SLU, Institutionen för arbetsvetenskap, ekonomi och miljöpsykologi
<b>Examinator:</b>	Jesper Persson, SLU, Institutionen för landskapsarkitektur, planering och förvaltning
<b>Bitr. examinator:</b>	Karl Lövré, SLU, Institutionen för landskapsarkitektur, planering och förvaltning

**Omfattning:** 30 hp

**Nivå och fördjupning:** A2E

**Kurstitel:** Master Project in Landscape Architecture

**Kurskod:** EX0775

**Ämne:** Landskapsarkitektur

**Program:** Outdoor Environments for Health and Well-being

**Utgivningsort:** Alnarp

**Utgivningsår:** 2016

**Omslagsbild:** Nina Oher

**Elektronisk publicering:** <http://stud.epsilon.slu.se>

**Nyckelord:** Hälsofrämjande, vårdmiljö, strålbehandling, cancerpatienter, evidensbaserad, utemiljö, vårdarkitektur, fallstudie, design.

## SAMMANFATTNING

Utgångspunkten för denna studie var att undersöka den fysiska vårdmiljöns betydelse för patienters hälsa och välbefinnande. Dessutom fanns ett intresse av att se på vilket sätt en vårdmiljöns utformning kan påverka upplevelsen och användningen av den.

Studiens syfte var att undersöka patienters upplevelse och användning av den fysiska vårdmiljön på Strålbehandlingen i Lund. Detta gjordes *från insidan till utsidan* för att få ett helhetsgrepp om vårdmiljön, där både inomhus- och utomhusmiljön inkluderades. Undersökningen utfördes med hjälp av en evidensbaserad modell, *fyra zoner av kontakt med utemiljön* (Bengtsson, 2015). Denna principmodell syftar att undersöka och beskriva miljökväligheter i alla zoner av vårdmiljön där kontakt med utemiljön finns. Modellen är avsedd att användas i designprocesser för att belysa hur planering och utformning av vårdinrättningar kan påverka omfattningen samt kvaliteten av kontakten med utemiljön. Förståelsen för brukarnas behov i relation till den fysiska vårdmiljön är central. Vidare är modellen unik då den inkluderar inomhusmiljön, som del av ett utomhusperspektiv, något som var viktigt i den här studien. Modellen består av:

- Zon 1. Innemiljö i kontakt med utemiljö, genom fönster
- Zon 2. Övergångszon mellan inne- och utemiljö, t.ex. entréhallar, balkonger, terrasser
- Zon 3. Utemiljö i direkt anslutning till en byggnad, t.ex. tillhörande park eller trädgård
- Zon 4. Yttre omgivning, dvs. omgivande landskap

Frågeställningarna i arbetet bestod av följande: Kan alla *fyra zoner av kontakt med utemiljön* identifieras på Strålbehandlingen? Hur fungerar det att använda modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön* på Strålbehandlingen? Hur ser personalen att patienterna upplever samt använder Strålbehandlingens olika miljöer (zoner)? Hur upplever samt använder patienterna Strålbehandlingens olika miljöer (zoner)? Vilka är målgruppens specifika behov i varje zon, och hur ser sambandet mellan utformning, användning och upplevelse ut?

Datainsamlingen gjordes med hjälp av modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön* i en kombination med flera olika metoder. Insamlingen av det empiriska materialet inleddes med en *förundersökning* (muntlig korrespondens och rundvisning). Efter det användes *platsanalys*, *observation* samt semistrukturerade *intervjuer*, där både fokusgrupp med personal samt individuell intervju med patient ingick. Studien var *kvalitativ* i sin karaktär och utgick från ett *fenomenologiskt* perspektiv där utgångspunkten är teorineutral, förutsättningslös och där människors upplevelser är det centrala. Det var därför viktigt att deltagarna fick tala så fritt som möjligt, för att på så sätt öppna upp för möjligheten att generera ny kunskap. Stimulusmaterial i form av fotografier samt en övergripande intervjufråga användes för att tydliggöra studiens huvudsakliga fokus.

Initiala resultat visade att det fanns ett behov av att addera en extra zon till modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön*. Med Zon 0- innemiljö utan kontakt med utemiljö, kunde

Strålbehandlingens alla miljöer (inomhus och utomhus) inkluderas. I studiens resultatdel presenteras fem teman som kartlägger patienters behov av den fysiska vårdmiljön i relation till de olika zonerna: *Orientering och Tillgänglighet/Trygghet, Inbjudande och Behaglig/Bekväm miljö, Sysselsättning och Distraktion, Kontakt med utemiljön* samt *Sociala aspekter*. Dessa teman visar hur patienterna upplever och använder zonerna på ett varierande sätt samt att olika miljökvaliteter är viktiga i olika delar av vårdmiljön. Patienterna har således behov och önskemål som är direkt kopplade till specifika delar av den fysiska miljön. Denna kunskap kan vara värdefull i ett designsammanhang, där förståelsen för brukarnas behov är grundläggande för en god och hälsofrämjande miljö. Ett klart samband mellan platsens utformning och patienternas användning och upplevelse av den har därmed observerats i studien.

Studien visar vidare på betydelsen av att testa modeller för evidensbaserade designprocesser i olika typer av vårdmiljöer och med olika patientgrupper. Genom att använda *modellen fyra zoner av kontakt med utemiljön* i en ny typ av vårdmiljö (strålbehandlingsavdelning) har kunskap samlats in som kan bidra till utvecklingen av modellen och ge en fördjupad förståelse av zonerna. Dessutom kan förståelsen för patienternas behov i relation till vårdmiljöns skilda zoner gynna dialoger i designprocesser då nya vårdmiljöer planeras. Slutligen fokuserar studien på en väldigt specifik patientgrupp, cancerpatienter som genomgår strålbehandling, vilket gör att resultatet i synnerhet skulle kunna användas som underlag i designprocesser för vårdmiljöer inriktade på denna patientgrupp.

## ABSTRACT

The focus of this study was to investigate the physical healthcare environment and its significance for patients' health and wellbeing. Also important was whether a relationship between the design of a healthcare facility, and patients' use and experience of that facility, could be distinguished.

The aim of this study was to investigate patients' use and experience of the physical healthcare environment at the Radiotherapy department in Lund (Sweden). This was done *from the inside to the outside* to get an overall view of the environment, in which both the indoors and outdoors were included. Information was gathered using the evidence-based model *four zones of contact with the outdoors* (Bengtsson, 2015). This principal model aims holistically to include physical qualities in all areas (zones) of an environment where contact with the outdoors exists. The model is intended to be used in design processes to highlight how planning and design of healthcare facilities can affect the level and quality of contact with the outdoors. An important part is also to understand the users' needs in relation to their physical environment. Finally, the model is unique in that it includes the indoors, as part of studying the outdoors, which was important in this study. The model consists of the following zones of contact with the outdoors:

- Zone 1. From inside the building, through a window
- Zone 2. Transition zone between indoors and outdoors, e.g. entrance halls, balconies and terraces
- Zone 3. Immediate surroundings, e.g. associated garden or park
- Zone 4. The wider neighbourhood i.e. surrounding landscape

The research questions in this study thus consisted of the following: Can all four zones of contact with the outdoors be identified in the Radiotherapy department? How does it work to use the model four zones of contact at the Radiotherapy department? How would the staff describe patient's experience and use of the different spaces (zones) at the Radiotherapy department? How do the patients experience and use the different spaces (zones) at the Radiotherapy department? What are the patient group's specific needs in each zone, and what is the relationship between the design, use and experience like?

Data collection was done using the model *four zones of contact* in a combination with several different methods. The collection of empirical material began with a preliminary investigation (verbal correspondence and guided tour). After that the methods used were site analysis, observation and semi-structured interviews, both focus groups with staff and individual interview with a patient. The study is qualitative in its nature and had a phenomenological perspective- a neutral and unbiased approach where the human experience is central. It was crucial to view the participants as experts on the subject and let them speak freely in order to open up for the possibility of generating new knowledge. Stimulus material in the form of

photographs and one comprehensive interview question was used to clarify the study and the interviews principal focus.

Initial results showed that there was a need to add an extra zone to the model *four zones of contact*. With the addition of the new Zone 0- indoor environment *without* contact with the outdoors, the entire environment (indoors and outdoors) of the Radiotherapy department could be included in the study. In the result part of this study five themes were introduced. They represent patients' needs in relation to the different zones of the healthcare environment: *Orientation and Accessibility/Security, Inviting and Pleasant/Comfortable environment, Preoccupation and Distraction, Contact with the outdoor environment* and *Social aspects*. These themes show how patients use and experience the zones in different ways. Also, that distinct qualities of the physical environment are important in different parts of the healthcare environment. This means that patients have needs and preferences that are directly connected to specific parts of the physical environment. Knowledge like this can be valuable in a design context, where the understanding of users' needs are fundamental to good and supportive healthcare environment. A connection between the design of a healthcare facility and patients use and experience of it have thus been observed in this study.

The study furthermore highlights the importance of testing models for evidence-based design processes in different types of healthcare environments and with different patient groups. By using the model *four zones of contact with the outdoors* in a new type of healthcare setting (a radiotherapy department) knowledge has been gathered that could contribute to the development of the model and further understanding of the zones. Additionally, the study suggests that understanding patients' needs in relation to the different zones of a healthcare environment can be a way to promote dialogues in the design process when new facilities are being planned. Finally, the study focuses on a very specific group of patients, cancer patients undergoing radiotherapy, which suggests that the results could be used as a basis for discussion in design processes of healthcare environments focused on the same patient group.

## FÖRORD

Detta arbete är en del av mastersprogrammet *Outdoor Environments for Health and Well-being* vid SLU i Alnarp och har utförts under mitt sista år på utbildningen. Programmet har en *miljöpsykologisk* inriktning och fokuserar på samspelet mellan människan och miljöerna som omger henne, med betoning på hälsoeffekter och välbefinnande. Jag kom först i kontakt med ämnet miljöpsykologi efter en avslutad kandidatexamen i arkitektur. Det blev startskottet för min vidareutbildning till en masterexamen i landskapsarkitektur, vilket visade sig bli den mest inspirerande och utvecklande studieperioden för mig hittills.

Min fascination av vårdmiljöer började tidigt då jag som barn drömde om att bli läkare. Det som fascinerar och driver mig idag är att god arkitektur och design kan skapa miljöer som inte bara är funktionsdugliga men också stödjande och hälsofrämjande. Vårdarkitektur och hälsodesign innebär spännande och tvärvetenskapliga samspel där målet är att skapa ändamålsenliga miljöer för de människor som behöver det allra mest. Studier visar nämligen att det är de som är sjukast och svagast som också är känsligast för den omgivande miljön. I detta sammanhang är även de positiva effekterna av goda miljöer som störst. Vårdarkitektur handlar om att sätta människans behov i centrum och att på djupet förstå vem man designar för. Jag kan inte tänka mig något mer givande eller mer intressant än det!

Intentionen med arbetet var att kombinera min akademiska och yrkesmässiga bakgrund med mitt intresse för vårdarkitektur. Detta speglas i studien som behandlar designprocesser och utformning av vårdmiljöer både inomhus och utomhus, med utgångspunkt i patienters behov och önskemål.

*Tack* till personal och patient på Strålbehandlingen i Lund som på ett engagerat sätt deltagit i undersökningarna och gjort detta arbete möjligt.

*Tack* till min handledare Anna Bengtsson för all din hjälp, ovärderliga feedback och eviga tålamod.

*Tack* till min underbart söta familj som stöttat och skickat slängpussar till mig alla dagar i veckan.



Nina Oher

Alnarp, maj 2016

*Foto av författaren, där inget annat anges*

## Innehållsförteckning

<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>FÖRORD</b> .....	6
<b>1. INLEDNING</b> .....	1
1.1 Bakgrund .....	1
1.2 Kunskapsläge .....	2
1.3 Problembeskrivning.....	5
1.4 Syfte.....	6
1.5 Frågeställning .....	6
<b>2. METOD</b> .....	7
2.1 Platsen .....	7
2.2 Insamling av empiri .....	7
2.3 Bearbetning av empiriskt material.....	13
<b>5. AVGRÄNSNING</b> .....	14
5.1 Platsen .....	14
5.2 Observation .....	14
<b>6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	14
<b>7. RESULTAT</b> .....	15
7.1 Fallbeskrivning.....	15
7.2 Platsanalys och Observation .....	16
7.3 Analys av Intervjuer; fokusgrupp och individuell intervju.....	25
<b>8. DISKUSSION</b> .....	42
8.1 Metoddiskussion .....	42
8.2 Resultatdiskussion.....	45
<b>9. SLUTSATSER</b> .....	54
<b>10. REFERENSER</b> .....	56
<b>11. BILAGOR</b> .....	59



# 1. INLEDNING

Idag står medvetenheten om miljöns betydelse för hälsa och välbefinnande högt på agendan världen över (Wijk, 2014) och ett nytt forskningsfält har etablerat sig internationellt, *evidensbaserad design* (Chalmers PTS, 2011). Utifrån evidensbaserad kunskap finns förutsättningarna för god vårdarkitektur och samspelet mellan vård och arkitektur, samt även design och kultur, kan bidra till en positiv utveckling för framtidens patienter och deras vårdmiljöer (Chalmers, 2011; Wijk, 2014).

I den här fallstudien testas en evidensbaserad modell, utvecklad för användning i designprocesser av vårdmiljöer, på Strålbehandlingen i Lund, Skånes universitetssjukhus. Vidare undersöks möjligheten att behandla interiöra och exteriöra vårdmiljöer som en helhet, som en total vårdmiljö *från insidan till utsidan*. I bakgrunden beskrivs initialt de omfattande om- och nybyggnaderna som vårdmiljöerna i stora delar av Sverige idag står inför. Efter det följer en introduktion till evidensbaserad design och möjligheten att skapa hälsofrämjande vårdmiljöer för framtidens brukare. Avslutningsvis presenteras tre underlag och modeller utvecklade för att användas i evidensbaserade designprocesser.

## 1.1 Bakgrund

### 1.1.1 Omfattande om- och nybyggnader av svenska vårdmiljöer

Vårdinrättningar i många av Sveriges landsting/regioner är från de stora utbyggnaderna på 60- och 70-talet och dessa har idag nått sin tekniska och ekonomiska livslängd (Region Skåne, 2011). För att kunna anpassas till dagens krav, på bl.a. effektivisering, tillgänglighet, avancerade behandlingsmetoder och medicintekniska lösningar (Region Skåne, 2011), står många vårdavdelningar inför omfattande ombyggnader eller nybyggnader (Chalmers PTS, 2011). Vi befinner oss således i en period av stora investeringar i nya vårdmiljöer samtidigt som den svenska sjukvården genomgår snabba och dramatiska förändringar (ibid.).

Förändringarna och den snabba utvecklingen inom sjukvården beror på en rad faktorer såsom nya behandlingsmetoder, nya tekniska hjälpmedel, nya läkemedel och nya organisationsformer (Andrén, 2008). Utvecklingen drivs också av nya efterfrågemönster till följd av ökade livslängder, ökad andel äldre i befolkningen samt internationalisering (Andrén, 2008). Dessutom innebär tilltagande önskemål från patienterna på service, komfort och tillgänglighet (Region Skåne, 2009), i kombination med det politiska kravet på valfrihet för patienter att själva välja vårdgivare, att även den *miljö* vårdplatsen erbjuder kan komma att bli betydelsefull som konkurrensmedel (Andrén, 2008).

Även för rekrytering av personal kan den fysiska vårdmiljön spela en väsentlig roll. Stora pensionsavgångar i kombination med minskad attraktivitet för utbildning inom vårdområdet kommer att medföra brist på personal (Chalmers PTS, 2011). Detta leder sannolikt till konkurrens om utbildad personal mellan sjukhus och vårdinrättningar, samt med andra

aktörer och branscher (ibid.). Miljön kan därför vara en viktig faktor för att främja personalens trivsel och underlätta i rekryteringsprocessen (Region Skåne, 2011).

Eftersom sjukhusbyggnaders livslängder kan vara allt från några decennier till upp mot hundra år (Andrén, 2008; Chalmers PTS, 2011) innebär om- och nybyggnader både viktiga och långsiktiga samhällsinvesteringar (Chalmers PTS, 2011). Utformningen av dessa miljöer bör därför i största möjliga mån vila på en solid kunskapsgrund för bästa möjliga resultat (ibid.).

### 1.1.2 EBD – forskning och kunskap integrerad i designprocessen

Denna nya era av vårdbyggande innebär ett unikt tillfälle att bygga rätt och kunskapsbaserat (Chalmers PTS, 2011). Ett sätt att uppnå detta är att formge framtidens vårdmiljöer baserat på forskning gjord i ämnet. Ett nytt forskningsfält har etablerat sig internationellt-*evidensbaserad design* (EBD). Detta är resultat av en växande medvetenhet kring betydelsen av den fysiska miljön som del av en god läkande miljö (ibid.) Forskningsfältet inkluderar även utemiljöer i vårdsammanhang, där allt mer forskning visar på positiva hälsoeffekter för patienter och övriga brukare (Bengtsson & Grahn, 2014a). Evidensbaserad design integrerar kunskap från olika forskningsdiscipliner och stödjer sig på omfattande vetenskapliga studier som visar att god vårdarkitektur kan bidra till att förkorta vårdtider, förbättra patientsäkerhet, minska smittspridning och öka välbefinnande hos patienter, anhöriga och personal (Chalmers PTS, 2011). Forskningen visar alltså att rätt utformade vårdmiljöer kan bidra till att effektivisera vården, stödja läkandet och minska stress hos brukarna (ibid). Genom att använda EBD som planeringsgrund utformas vårdens byggnader och utomhusmiljöer, liksom vården själv, utifrån evidensbaserad kunskap. Evidensbaserad kunskap kan tillsammans med beprövad erfarenhet ge trygghet i stora och långsiktiga investeringar (Chalmers PTS, 2011).

Evidensbaserad design är idag en erkänd metod för att kvalitetssäkra vårdmiljöer, men beskrivs fortfarande vara mer teoretiskt etablerad än implementerad i praktiken (Elf, 2014). Hur kan då relevant forskning introduceras i praktiken, på ett lättillgängligt och användarvänligt sätt? Nedan presenteras tre underlag och modeller, utvecklade för att användas i evidensbaserade designprocesser av vårdmiljöer. Deras syfte är att bygga broar mellan teorin och praktiken för att på så sätt skapa förutsättningar för att framtida vårdmiljöer kan bli hälsofrämjande vårdmiljöer.

## 1.2 Kunskapsläge

### 1.2.1 Den goda vårdavdelningen

*Den goda vårdavdelningen* är ett kunskaps- och forskningsbaserat planeringsunderlag för framtidens vårdavdelningar, framtaget genom ett samarbete mellan Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers universitet och Program för Teknisk Standard (PTS) (Chalmers PTS, 2011). CVA fokuserar på forskning och kunskapsbygge inom vårdarkitektur, dvs. arkitektur i relation till läkande, patientupplevelse och effektivitet (Chalmers, u.å.). De bedriver forskning, genomför forskarutbildning, samarbetar med både nationella och internationella forskargrupper samt säkerställer att ny forskning kontinuerligt görs tillgänglig

i Sverige (ibid.) PTS är ett web baserat hjälpverktyg för att bygga rätt inom hälso- och sjukvården (PTS, u.å.). Verktöget är skapat utifrån såväl erfarenhet som evidens (t.ex. genom att samarbeta med Chalmers). Totalt 15 av Sveriges 21 landsting och regioner har i dagsläget anslutit sig till PTS, vilket gör PTS till det ledande nätverket för samordning av kunskap och stöd för planering av vårdmiljöer i Sverige (Fröst, 2014b.) Rapporten omfattar beskrivning av arbetsprocessen, framtaget teoretisk material (forskning som stödjer *enpatientrum, patientsäkerhet, dagsljus, personalskador, orientering, positiv avledning och natur, ljudmiljö* samt *attraktivitet*) samt illustrationer som visar möjliga utformningar av framtida vårdavdelningar. Tanken är att materialet ska användas som generellt kunskaps och inspirationsmaterial med goda exempel att samverka kring i varje enskilt projekt (Chalmers PTS, 2011).

Rapportens huvudsakliga fokus är den byggda vårdavdelningen med dess interiöra miljöer, men rapporten tar även upp forskning som stödjer kontakt med natur och utomhusmiljön till exempel genom att poängtera vikten av fönster som släpper in dagsljus (forskning visar bl.a. reducerad depression och minskad upplevd smärta), utsikt mot natur (forskning visar bl.a. reducerad smärta och minskad stress) och sjukhusträdgårdar (forskning visar stressreducerande och välbefinnande effekter) (Chalmers PTS, 2011). Utgångspunkten är främst naturens inverkan på patienter och övriga brukare från ett *inomhus* perspektiv. Ett samarbete mellan PTS och Sveriges Lantbruksuniversitet (SLU) inleddes därför år 2015 med intentionen att ta fram underlag för hur den *yttre* sjukhusmiljön bäst bör utformas (Bergström, 2014). En utgångspunkt för detta arbete är de 19 miljökvaliteter (ibid.) som ingår i verktöget QET- *Quality Evaluation Tool* (Bengtsson & Grahn, 2014b).

### 1.2.2 Quality Evaluation Tool (QET)

QET är ett verktyg avsett att användas i designprocesser av utemiljöer i vårdsammanhang, till exempel vid utformning av sjukhusträdgårdar (Bengtsson & Grahn, 2014b). Eftersom QET är avsedd att användas i evidensbaserade designprocesser, är miljöegenskaperna baserade på forskning gjord i ämnet (ibid.). Verktöget består av 19 miljökvaliteter, där de 6 första representerar *varsam design* (comfortable design), som handlar om att vara bekväm i utemiljön:

- Nära och tillgängligt
- Avgränsning
- Trygghet och säkerhet
- Välkänd
- Orientering
- Erbjudande vid olika väder

De sista 13 representerar *inspirerande design* (inspiring design) i utemiljön, som handlar om tillgång till natur och liv i omgivningen:

- Kontakt med omgivande liv
- Sociala möjligheter
- Meningsfulla aktiviteter
- Kultur och anknytning till det förflutna
- Symbolism
- Utsikt mot grönska

- Rymd
- Artrikedom
- Sinnlig njutning av natur
- Årstidsväxlingar
- Rofylldhet
- Vild natur
- Avskildhet

(Bengtsson & Grahn, 2014a, 2014b)

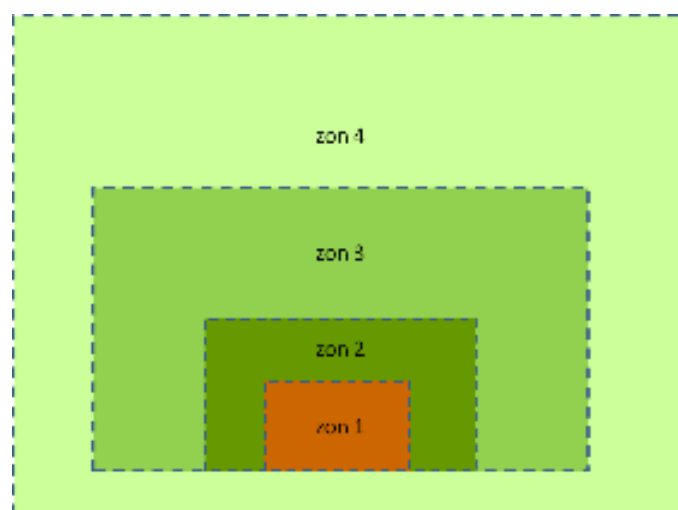
Verktyget omfattar ett brett spektrum av behov, från de grundläggande mänskliga behoven till de mer målgruppsspecifika behoven hos individer som vistas i vårdmiljöer (Bengtsson & Grahn, 2014b). Miljökvaliteterna ska därför alltid övervägas i förhållande till den specifika målgruppen. Denna medvetenhet om behoven hos den specifika målgruppen är väsentlig för QET (ibid.). Synpunkter från personal, patienter och anhöriga i den aktuella vårdmiljön, gällande den upplevda tillgängligheten på platsen samt vikten av varje miljökvalitet för användarna, sammanställs för att ge landskapsarkitekten den kunskap som krävs för att kunna ge förslag på åtgärder samt utforma ett designförslag (Bengtsson & Grahn, 2014b). Detta innebär att brukarna i hög grad är inkluderade i designprocessen. Fröst (2014a) menar att det idag finns ett stort behov av nya metoder för att stödja samverkansprocesser i designarbeten. Genom att inkludera både dialog och kunskap i designprocessen kan man förena utveckling och evidens i planeringen av nya vårdmiljöer (ibid.).

QET är tänkt att användas av landskapsarkitekter som del av en designprocess, i följande tre steg: 1. undersökning av de 19 miljökvaliteterna i en specifik utemiljö, 2. utvärdering av de egenskaper som är viktiga för potentiella användare, 3. föreslagna åtgärderna (designförslag) (Bengtsson & Grahn, 2014b). Vikten av att landskapsarkitekten överväger *hela* miljön och inte bara den specifika trädgården poängteras. Vissa egenskaper kanske till exempel endast är tillgängliga i det omkringliggande området eller landskapet runt trädgården. Forskning har visat på fyra viktiga zoner att undersöka när det gäller kontakt med naturen (ibid.). Därför bör tillgängligheten av varje miljökvalitet undersökas i relation till dessa *fyra zoner* (Bengtsson & Grahn, 2014b).

### 1.2.3 Fyra zoner av kontakt med utemiljön

Principmodellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön* (Figur 1) syftar att med en helhetssyn se miljöegenskaper i en vårdmiljöns alla zoner där kontakt med utemiljön finns (Bengtsson, 2015). Denna evidensbaserade modell kan användas i designprocesser för att undersöka samt belysa hur planering, utformning och innehåll kan påverka omfattningen och kvaliteten av kontakten med utemiljön i ett vårdssammanhang (Bengtsson, 2015). De fyra zonerna motsvarar följande:

- **Zon 1.** Innemiljö i kontakt med utemiljö, genom fönster
- **Zon 2.** Övergångszon mellan inne- och utemiljö, t.ex. på balkonger och terrasser
- **Zon 3.** Utemiljö i direkt anslutning till byggnaden, t.ex. tillhörande park eller trädgård
- **Zon 4.** Yttre omgivning, dvs. omgivande landskap



**Figur 1.** Principmodell för fyra zoner av kontakt med utemiljön (Bengtsson, 2015)

Enligt Bengtsson (2015) finns ett behov av forskning som beskriver miljöegenskaper med ett *holistiskt* synsätt för att täcka ett brett spektrum av *behov* och *preferenser* hos olika användare, samt för att täcka in den *totala fysiska miljön* (dvs. fyra zoner kontakt av kontakt utemiljön).

### 1.3 Problembeskrivning

Betydelsen av den fysiska miljön och hur den påverkar patienters upplevelse av vården, patienters välmående samt tillfrisknande uppmärksammas allt mer (Region Skåne, 2011). Begrepp som *helande arkitektur* (Chalmers PTS, 2011), *stödjande miljöer* (Bengtsson & Grahn, 2014a) och *hälsofrämjande sjukvård* (Region Skåne, 2011) vittnar om just detta. Trots att begreppen innefattar både vårdmiljöns interiöra miljöer och exteriöra miljöer, så bearbetas ofta inne- och utemiljön separat i gestaltungsprocesser. *Den goda vårdavdelningen* samt *fyra zoner av kontakt med utemiljön* är exempel på underlag och modeller som visar att det inte är representativt för verkligheten att helt skilja dessa miljöer åt, då innemiljön påverkas av utemiljön och vice versa (t.ex. utsikten genom ett fönster inifrån en byggnad) (Chalmers PTS, 2011; Bengtsson, 2015). Vidare finns zoner i vårdmiljön som ligger i gränslandet mellan ute och inne (t.ex. entréer och balkonger) (Bengtsson, 2015).

Den evidensbaserade modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön* har använts för att undersöka vårdboenden och kontakt med utemiljön för äldre personer med vårdbehov (Bengtsson, 2015). Det finns därför behov av att utveckla modellen i vårdmiljöer som har andra förutsättningar när det gäller brukare, verksamhet och fysik miljö (ibid.)

## 1.4 Syfte

Syftet med arbetet är att undersöka *patienternas användning och upplevelse* av vårdmiljön på Strålbehandlingen i Lund *från insida till utsida*, för att få ett helhetsgrepp om miljön där både inomhus- och utomhusmiljön inkluderas.

## 1.5 Frågeställning

- ❖ Kan alla *fyra zoner av kontakt med utemiljön* identifieras på Strålbehandlingen?
- ❖ Hur fungerar det att använda modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön* på Strålbehandlingen?
- ❖ Hur ser personalen att patienterna upplever samt använder Strålbehandlingens olika miljöer (zoner)?
- ❖ Hur upplever samt använder patienterna Strålbehandlingens olika miljöer (zoner)?
- ❖ Vilka är målgruppens specifika behov i varje zon, och hur ser sambandet mellan utformning, användning och upplevelse ut?

## 2. METOD

Eftersom studien ämnar att svara både på frågeställningar relaterade till modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön* samt patienters användning och upplevelse av vårdmiljön, har flera olika metoder kombinerats. Denna fallstudie utgår ifrån ett helhetsperspektiv med avsikten att erhålla så täckande information som möjligt (Patel & Davidsson, 2003). Genom att kombinera olika metoder, s.k. *triangulering*, är förhoppningen att få en mer mångfasetterad beskrivning av det fenomen ska undersökas (Malterud, 2009). Insamlingen av det empiriska materialet börjar med en *förundersökning*. Efter det används metoderna: 1.) *platsanalys*, 2.) *observation*, 3.) *intervjuer*: a. fokusgrupp samt b. individuell intervju.

Studien är *kvalitativ* i sin karaktär, där fokus ligger på mening och innebörd för en ökad förståelse för fenomenen (Alvehus, 2013). Vidare kommer studien utgå från ett *fenomenologiskt* perspektiv, vilket öppnar upp för ökad förståelse då utgångspunkten är teorineutral och förutsättningslös, med ett centralt fokus på människors upplevelser (Kvale & Brinkmann, 2014).

### 2.1 Platsen

För att testa modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön*, dess generalitet och användbarhet, är det viktigt att vald vårdmiljö skiljer sig från den typ av vårdmiljö där modellen tidigare använts, dvs. äldreboenden (Bengtsson, 2015). Strålbehandlingen i Lund skiljer sig från vårdboenden på flera punkter; det är en dagvårdsverksamhet och alltså inte ett boende, både yngre och äldre patienter behandlas här, patienterna befinner sig inom ett stort "mående"- spann (vissa är i stort sätt friska, andra är obotligt sjuka), det råder en stor omsättning av patienter, med många människor som kommer och går samt som rör sig på platsen. Dessutom är behandlingsperioden på Strålbehandlingen väldigt intensiv. Patienterna spenderar relativt kort tid per dag där (ca 30 min – 3 h), men under en väldigt koncentrerad period; vanligtvis ca 5 dagar per vecka under 5 veckors tid (Muntlig korrespondens, 2015).

### 2.2 Insamling av empiri

#### 2.2.1 Förundersökning

För att få en förståelse för Strålbehandlingen, inför kommande empiriska undersökningar, utfördes en förundersökning i form av ett samtal (muntlig korrespondens) samt rundvisning med en ansvarig sjuksköterska på avdelningen. Samtalet gav användbar information om miljön, verksamheten och den specifika patientgruppen. I sköterskans sällskap blev det även möjligt att se behandlingsrum, samtalsrum samt förberedelserum, rum som utomstående annars inte får tillträde till. Ett tidsbegränsat fototillstånd utfärdades vid detta tillfälle, vilket möjliggjorde fotografering av hela Strålbehandlingen. Dokumentation fick endast göras av den fysiska miljön, inga brukare fick förekomma på fotografierna, enligt sjukhusets bestämmelser. En förundersökning kan ligga till grund för arbetets övriga undersökningar skriver Patel & Davidsson (2003). I den här studien var förundersökningen viktig för det fortsatta arbetet då

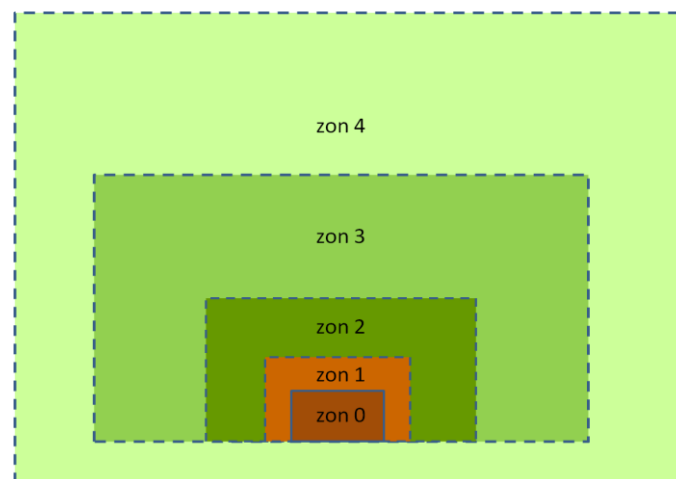
den bidrog med information kring plats, patientgrupp och verksamhet. Resultatet av förundersökningen är integrerat i fallbeskrivningen (se Resultat sid. 16).

### 2.2.2 Platsanalys

Analysen utfördes enligt principmodellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön* (Bengtsson, 2015). Med utgångspunkten att undersöka den totala vårdmiljön med relevans för patienterna, blev det tydligt att en zon saknades i relation till den specifika platsen. För att möjliggöra en heltäckande platsanalys adderades därför en femte zon, se Figur 2. Denna nya zon kallad *zon 0* representerar *innemiljö utan kontakt med utemiljö*, alltså insidan av byggnaden där kontakt med utemiljön saknas. Under förundersökningen skapades en förståelse för platsens olika zoner. Med hjälp av en planritning av Strålbehandling markerades platsens olika zoner ut, antingen som zon 0, zon 1, zon 2, zon 3 eller zon 4, enligt de kriterier som utgör de olika zonerna (se Tidigare forskning sid. 3). Zonerna dokumenterades också med hjälp av fotografier. Dessa skulle användas som presentationsmaterial i examensarbetet samt som stimulusmaterial under kommande intervjuer. Slutligen har platsens zoner beskrivits med text för att ge en djupare förståelse av de olika miljöerna.

Inför intervjuerna delades fotografierna in under respektive zon. För att tydliggöra för deltagarna vilka miljöer som var i fokus, gavs zonerna följande namn:

- *Privata rummen* (zon 0)
- *Väntrummen* (zon 1)
- *Entréhallen* (zon 2)
- *Utemiljön* (zon 3)
- *Omgivningen* (zon 4)



**Figur 2.** Principmodellen för fyra zoner av kontakt med utemiljön + zon 0 - innemiljö utan kontakt till utemiljö

### 2.2.3 Observation

Observationerna utfördes för att undersöka vilka zoner som användes, hur de användes samt vem de användes av. Avsikten var att inhämta så mycket information som möjligt och i så stor



mån som möjligt registrera "allting" med relevans för arbetets syfte, vilket är utmärkande för *ostrukturerade observationer* (Patel & Davidsson, 2003). Det var ändå viktigt att ta ställning till följande: var observationerna skulle ske, hur observationerna skulle registreras samt hur jag som observatör skulle förhålla mig. Var observationerna skulle ske blev tydligt efter förundersökningen där det framgick var på avdelningen som patienterna rörde sig samt var de spenderade mest tid. Observationerna registrerades genom att rörelse- och användningsmönster märktes ut på en planritning av avdelningen. Anteckningar fördes också under hela observationstiden. Observationerna utfördes vid två tillfällen, under två olika tidpunkter på året (vår och höst), för en mer täckande och nyanserad bild av verksamheten och användningen av platsen. Med avdelningens godkännande utförde jag observationerna i rollen som *okänd deltagande observatör*, vilket innebär att patienterna som observerades varken var informerade om min närvaro eller syftet med observationerna (Patel & Davidsson, 2003). Jag satt ner bredvid patienter och anhöriga, och använde mig av miljöerna på samma sätt som de gjorde. Patienternas ovisshet möjliggjorde observationer av "naturligt förekommande händelser", vilket är poängen med observationer (ibid.).

Platserna där observationerna utfördes var:

- Väntrummen i båda husen (zon 1)
- Entréhallen (zon 2)
- Utemiljöerna närmast avdelningen (zon 3)

(Se anledning till utebliven observation i zon 0 samt zon 4 i Avgränsning sid. 15)

#### 2.2.4 Intervjuer

Två typer av intervjuer utfördes: en fokusgrupp med personal från Strålbehandlingen samt en individuell intervju med en patient, tidigare behandlad på Strålbehandlingen. Gemensamt för de båda intervjuerna var informationsbrevet som skickades ut i samband med inbjudan till studien, att intervjuerna spelades in samt att samma intervjuunderlag och stimulusmaterial användes vid båda intervjutillfällena. Först redovisas intervjuernas semistrukturerade form samt information om deltagarna. Sedan presenteras stimulusmaterial samt inspelningen och anteckningar, vilka var de dokumentationsmetoderna som användes under intervjuerna.

##### Semistrukturerade intervjuer

*a.) Fokusgrupp.* En fokusgrupp består av en grupp människor som under en begränsad tid får diskutera ett givet ämne med varandra (Wibeck, 2010) med syftet är att få fram en rik samling synpunkter på det som är i fokus för gruppen (Kvale & Brinkmann, 2014). Fokusgruppen leds av en moderator vars roll skiljer sig från en traditionell intervjuare då moderatören endast initierar diskussionen samt står beredd att introducera nya aspekter av ämnet i den mån det skulle behövas (Wibeck, 2010). I enlighet med Wibeck (2010), samt studiens fenomenologiska utgångspunkt, var intentionen att hålla mig så passiv som möjligt och samtidigt sträva efter att agera god lyssnare. Vidare talas det i litteraturen om strukturerade samt ostrukturerade former av fokusgrupper (Wibeck, 2010). Fokusgruppen i denna studie anses dock var

*semistrukturerad* och alltså vara en kombination av strukturerad och ostrukturerad. I en strukturerad fokusgrupp styr nämligen moderatorn frågorna genom att utöva stark kontroll över vilka ämnen som diskuteras. Även gruppdynamiken styrs av moderatorn för att kunna kontrollera interaktionen i gruppen (ibid.). I en ostrukturerad fokusgrupp å andra sidan är huvudsakliga syftet är att lyssna till vad gruppmedlemmarna själva tycker är viktiga aspekter av ett visst ämne. Målet är en helt fri diskussion (Wibeck, 2010). I denna studie var intentionen att presentera en intervjufråga för fokusgruppen och be dem diskutera den i förhållande till olika delar av vårdmiljön. Deltagarna ombads att så stor utsträckning som möjligt tala med varandra och inte med moderatorn. Deltagarna (personalen) var experterna i den här situationen och det ansågs därför viktigt att låta dem tala fritt och i så stor utsträckning som möjligt undvika att styra dem.

*b.) Individuell intervju.* Med utgångspunkten att försöka få en bättre och mer fullständig bild av patienters användning och upplevelse av Strålbehandlingen, ansågs det viktigt att även utföra en individuell intervju med en patient. Den individuella intervjun var semistrukturerad i sin karaktär. I en semistrukturerad intervju finns endast ett fåtal öppna frågor eller bredare teman som samtalet centreras kring. Här har deltagaren större möjlighet att påverka intervjuens innehåll och intervjuaren måste vara mer aktiv i sitt lyssnande och i att arbeta med följdfrågor (Alvehus, 2013). Intervjuguiden bestod, precis som i fokusgruppen, endast av en övergripande intervjufråga, för att på så sätt inte styra samtalet för mycket och för att öppna upp för ny kunskap. Malterud (2009) förklarar: "När syftet är att få veta något vi inte visste tidigare eller att ha ett samtal som ska öppna för nya frågor om problemställningen, är det viktigt att inte göra intervjuguiden för detaljerad eller att följa den för slaviskt." Samtidigt som det var viktigt att ha en teorineutral och förutsättningslös utgångspunkt, var det också viktigt att förmedla vilken slags kunskap som var intressant för studien, för att samtalen skulle stanna inom det relevanta ämnet. Intervjufrågan och stimulusmaterialets uppgift var att tydliggöra studiens fokus, utan att riskera att begränsa deltagaren allt för mycket.

### Deltagarna

*a.) Fokusgrupp (personal).* Gruppintervjun utfördes med ett patientperspektiv som utgångspunkt. Deltagarurvalet bestod av god spridning i åldrar och arbetserfarenhet samt arbetsplats i huset, det ansågs viktigt att personalen representerade både det gamla och det nya huset för ett heltäckande perspektiv. För att en fokusgrupp ska fungera så bra som möjligt menar Wibeck (2010) att en lämplig blandning av personer födras. Vidare skriver hon att ett lämpligt deltagarantal i en fokusgrupp är mellan fyra och sex personer, vilket var anledningen till att en grupp på cirka fem deltagare upplevdes passande. En mindre grupp bestående av exempelvis tre personer kan nämligen resultera i "inbyggda spänningar" – risken finns att en av deltagare fungerar som medlare mellan de två andra (ibid.). I en fokusgrupp bestående av fler än sex deltagare finns istället risken för subgrupper, som endast talar med varandra, eller att mer tillbakadragna personer överhuvudtaget inte kommer till tals (Wibeck, 2010).

För att skapa en fokusgrupp kontaktades personalen, via verksamhetschefen, och bjöds in att delta i studien (se inbjudan i Bilaga 1). Utifrån visat intresse och verksamhetens logistiska möjligheter att släppa delar av personalen, valdes fem deltagare ut. Detta stämde även väl med det önskade antalet deltagare. Tabellen nedan redovisar relevant information om

deltagarna i fokusgruppen; antal deltagare, födelseår, kön, position, arbetserfarenhet, tid på Strålbehandlingen, var på avdelningen de arbetar för tillfället samt om de har arbetat i båda husen eller inte.

Deltagare (5 st.)	1	2	3	4	5
<b>Födelseår (ålder)</b> (Ålder M= 45 år)	1974 (41 år)	1979 (36 år)	1976 (39 år)	1961 (54 år)	1962 (53år)
<b>Kön</b>	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna	Kvinna
<b>Profession</b>	"Sjuk- sköterska"	"Leg. sjuk- sköterska"	"Sjuk- sköterska"	"Specialist sjuk- sköterska, chefsstöd och bemanning"	"Onkolog sjuk- sköterska"
<b>Arbetat inom vården (antal år)</b> Genomsnitt: 17 år	22 år	10 år	15 år	18 år	20 år
<b>Arbetat på Strål- behandlingen</b> (antal år) Genomsnitt: 9 år	2år	9 år	4 år	15 år	15 år
<b>Arbetar i NYA huset just nu</b> (3 st.)	X	X		X	
<b>Arbetar i GAMLA huset just nu</b> (3 st.)			X	X	X
<b>Erfarenhet av att arbeta i BÅDA husen (3st.)</b>		X	X	X	

**Tabell 1.** Deltagare fokusgrupp

b.) *Individuell intervju (patient)*. För att komma i kontakt med patienter kontaktades tio olika patientorganisationer och stödföreningar med medlemmar i Skåne-regionen (se inbjudan i Bilaga 2). Förhoppningen var att finna patienter som hade behandlats på Strålbehandlingen och som var intresserade av att delta i studien (tillstånd gavs inte att kontakta patienter direkt på avdelningen, se Forskningsetiska överväganden sid. 15). Via en av patientföreningarna uppstod kontakt med en kvinna som hade genomgått behandling på Strålbehandlingen under hösten 2014, och som önskade att delta i studien. Det ansågs viktigt att patienten hade behandlats under sommaren 2013 eller senare, alltså efter invigningen av det nya huset, för möjligheten att samtala kring både den nya och den gamla delen av Strålbehandlingen. Den intervjuade patienten är en kvinna (född år 1958) och kommer i det här arbetet fortsättningsvis kallas för *Caroline*. Hon behandlades under en period på 5 veckor, hösten 2014. Hennes behandlingsrum låg i Strålbehandlingens nya hus

### Stimulusmaterial

Ett stimulusmaterial med fotografier av Strålbehandlingen användes både för fokusgruppen och för den individuella intervjun (se Bilaga 5). Wibeck (2010) menar att ett stimulusmaterial med fördel kan användas för att få en givande diskussion under en fokusgruppsintervju. Speciellt relevant är det när deltagarna inbördes inte befinner sig på samma kunskapsnivå eller tidigare har bekantat sig med ämnet (ibid.). Eftersom personalen på Strålbehandlingen är uppdelad och antingen arbetar i det nya eller i det gamla huset var det relevant att använda ett sådant material här. Viss rotation av personalen existerar, men eftersom all personal i dagsläget inte hade erfarenhet av att arbeta i båda husen ansågs det viktigt att producera ett stimulusmaterial som visade fotografier av hela Strålbehandlingen. Det samma gällde för den individuella intervjun eftersom patienten endast hade behandlats i det nya huset. Förhoppningen var att det skulle underlätta för personalen och patienten att ha fotografier att diskutera kring samt att dessa bilder skulle trigga igång minnen och iakttagelser.

Att varje område på avdelningen som presenterades (*privata rummen, väntrummen, entréhallen, utemiljön, omgivningen*) representerade en specifik zon (se Platsanalys sid. 9), förklaras inte för deltagarna. Ett område i taget visades för dem och utifrån intervjufrågan *Diskutera betydelsen av miljön för patienterna* (fokusgrupp personal) alternativt *Diskutera betydelsen av miljön för dig* (intervju patient) samtalande deltagarna fritt. När upplevelsen var att det inte fanns mer att säga om ett visst område, eller av tidsmässiga skäl, visades fotografier av nästa område och samma intervjufråga diskuterades i förhållande till dem.

### Inspelning och anteckningar

Båda intervjuerna spelades in med utgångspunkten att fånga in allt som sades under intervjuerna. Anteckningar fördes också genomgående och bestod av vem av deltagarna det var som talade samt de första orden i varje yttrande (Wibeck, 2010). Även den icke-verbala kommunikationen var viktig att notera (ibid.). Detta gjordes för att underlätta efterarbetet och analysen av intervjuerna, där det annars skulle bli mycket svårt att hålla isär deltagarnas röster utan möjlighet att se eller komma ihåg vem det var som talade. Speciellt i enkönad fokusgrupp, kan det bli svårt att hålla isär deltagarna när samtalen ska skrivas ut - *transkriberas* (Wibeck, 2010).

## 2.3 Bearbetning av empiriskt material

### 2.3.1 Transkribering

För att kunna analysera intervjuerna skrevs de inspelade samtalen ut. Att skriva ut-*transkribera*- intervjuerna gav ett bra underlag och var en förutsättning för att kunna utföra en systematisk och noggrann analys av det insamlade materialet (Wibeck, 2010). Transkriptionen blev ett första steg i analysen där tal förvandlades till text, vilket i sig kan ses som ett tolkningssteg (Alvehus, 2013). Utskriften gjordes ordagrant med alla identifierbara ordförekomster och även pauser, skratt och liknande skrevs ut (Wibeck, 2010). Detta gjordes för att i så lång utsträckning som möjligt lyckas fånga så mycket som möjligt av det som kom fram under intervjuerna.

### 2.3.2 Analys av material - intervjuanalys med fokus på meningen

De utskrivna intervjuerna analyserades vidare för att ringa in det som hade relevans för studiens syfte. Först urskildes *meningsenheter* (meningar innehållande information relevanta för frågeställningarna) och teman utvecklades från dessa, i linje med metoden *meningskoncentrering* (Kvale & Brinkmann, 2014). Meningsenheterna kodades med hjälp av olika färger och olika trender och mönster växte fram. Detta resulterade i sin tur till teman, redovisade i arbetes resultat-del. Strävan har varit att arbeta systematiskt, vilket är förutsättningen för verifierbara resultat - alltså resultat som även andra forskare med samma empiri skulle kunna komma fram till (Wibeck, 2010). Analysen av intervjuerna beskrivs detaljerat nedan:

- 1) *Få känsla för helheten*: Båda intervjuerna lästes igenom flera gånger för att få en känsla för helheten (Alvehus, 2013; Kvale & Brinkmann, 2014).
- 2) *Urskilja meningsenheter*: Meningen och fraser som innehöll information som var relevant för frågeställningarna - s.k. meningsenheter - markerades och färgkodades (Kvale & Brinkmann, 2014)
- 3) *Formulera teman*: Teman formulerades (kopplade till de olika färgerna) och meningsenheterna sorterades in under de olika kategorierna – s.k. tematisering (Alvehus, 2013)
- 4) *Kondensering*: Materialet reducerades samt komprimerades för ett mer lätthanterligt material, utan att förlora essensen av innehållet och det centrala budskapet (Alvehus, 2013).
- 5) *Beskriva/sammanfatta teman*: Varje tema summerades kortfattat för ett mer lättöverskådligt resultat (Wibeck, 2010)
- 6) *Skapa överskådlig tabell*: En tabell av Strålbehandlingens zoner konstruerades, där alla teman redovisades under respektive zon.

## 5. AVGRÄNSNING

### 5.1 Platsen

Studien avgränsas genom att endast fokusera på Strålbehandlingens entréplan, med de miljöer som finns och används av patienterna där. Det är på avdelningens entréplan som patienterna spenderar majoriteten av sin behandlingstid och eftersom studien utgår ifrån ett patientperspektiv har fokus valts att läggas där.

### 5.2 Observation

Det var inte möjligt att observera inne i behandlingsrummen under pågående behandling (zon 0) då detta hade inkräktat på patienternas integritet. Däremot var det möjligt att observera i de mer allmänna miljöerna: väntrummen, entréhallen samt utemiljöerna. Omgivningen (zon 4), som här innefattar övriga sjukhusområdet, observerades inte heller på grund av svårigheterna i att veta vem på området som var på väg till vilken avdelning, alltså vilka av brukarna på området som var Strålbehandlingens patienter.

## 6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Den initiala tanken var att endast intervjua patienter, med förhoppning att utföra ett flertal individuella intervjuer. Tyvärr gavs inte tillstånd att kontakta och bjuda in patienter (direkt eller via personalen) till studien. Enligt sjukhusets policy krävdes granskning av en etikprövningsnämnd, för säkerställandet av patienternas integritet, vilket visade sig för kostsamt och tidsmässigt orealistiskt i det här arbetet.

I enlighet med individskyddskravet (Vetenskapsrådet, 2002) informerades alla deltagare (i fokusgrupp och individuell intervju) om studiens syfte samt studiens planerade tillvägagångssätt i ett s.k. missivbrev, som mailades ut före intervjutillfällena (se Bilaga 1 och 2). Brevet tydliggjorde att deltagandet var helt frivilligt och att deltagarna hade rätt att när som helst avsluta intervjun eller avbryta deltagandet, om så skulle önskas. Vidare garanterades personlig konfidentialitet. Ett skriftligt samtycke till att delta i studien skrevs på av alla deltagare och samlades in före intervjuerna (se sista sidan på Bilaga 1 och 2). Dessutom samlades information in om deltagarna i både fokusgruppen och den individuella intervjun i början av intervjuerna (Bilaga 3 och 4). Namn, födelseår, arbetsplats (gamla/nya huset) osv. ansåg kunna vara relevanta faktorer att ta hänsyn till vid analysen (Wibeck, 2010).

## 7. RESULTAT

Denna del inleds med resultatet av förundersökningen, redovisad som en integrerad del av fallbeskrivningen. Efter det presenteras resultatet av *platsanalysen*, vilket även inkluderar *observationerna*. Avslutningsvis kommer resultatet av *intervjuerna*; fokusgruppen och den individuella intervjun.

### 7.1 Fallbeskrivning

#### 7.1.1 Plats

År 2013 byggdes ett nytt strålbehandlingshus i Lund för att möta de ökade behoven av strålbehandling samt för att kunna erbjuda nya behandlingstekniker (Skånes universitetssjukhus & Regionservice, 2013). I och med denna utbyggnad koncentrerades verksamheten vid Skånes universitetssjukhus till Lund och verksamheten i Malmö kunde avvecklas. Upptagningsområdet för Strålbehandlingen i Lund består idag av hela södra Sveriges sjukvårdsregion (Skåne, Blekinge, Kronoberg, södra delarna av Halland)- ett upptagningsområde med cirka 1,7 miljoner invånare (Ibid.)

#### 7.1.2 Patientgrupp och verksamhet

##### Cancerpatienter

På Strålbehandlingen behandlas patienter med olika former av cancerdiagnoser. Strålbehandling är tillsammans med kirurgi och cytostatikabehandling (kemoterapi) den vanligaste behandlingsmetoden vid cancersjukdom (Skånes universitetssjukhus & Regionservice, 2013). En del av patienterna på avdelningen mår så pass bra att de klarar av att arbeta hel- eller deltid under sin behandlingsperiod. Andra patienter är obotligt sjuka och får palliativa behandlingar, dvs. strålbehandlingen endast i lindrande syfte (Muntlig korrespondens, 2015).

##### Biverkningar

Eftersom strålningen i viss mån även påverkar frisk vävnad finns det risk för biverkningar och då människor tål olika mycket strålning blir också biverkningarna olika starka (Hedefalk, 2015). Det är vanligt att biverkningar kommer mot slutet av, eller till och med efter, behandlingsperioden (Muntlig korrespondens, 2015). Biverkningarna beror på vilken del av kroppen som strålas; strålning på bröstet kan resultera i rodnader (lätt brännskada) på bröstet, strålning mot mage kan ge "bubblig" mage och diarré, strålning mot urinblåsa gör att patienter behöver kissa oftare, strålning mot lunga gör att patienter får mer slem och hostar mer, strålning mot huvud gör att patienter tappar hår, osv. (ibid.). Trötthet och utmattning infinner sig hos alla och är ett resultat av den fysiska påverkan som strålbehandlingen har på kroppen (Muntlig korrespondens, 2015.). Dessutom upplever patienter ofta anspänning, stress, oro, ledsamhet samt nedstämdhet i samband med sin sjukdom och sin behandling (Ibid.).

##### Behandling

Behandlingen tar ca 15 minuter per tillfälle (Muntlig korrespondens, 2015; Hedefalk, 2015). Medan patienten ligger på ett behandlingsbord rör sig en förinställd behandlingsapparat runt patienten och skickar ut strålning mot de delarna av kroppen där tumörcellerna finns

(Hedefalk, 2015). Strålningen varken känns eller syns. För att strålningen ska träffa rätt är det viktigt att patienten ligger helt stilla och är så avslappnad som möjligt (ibid.). När strålningen är påkopplad får ingen annan än patienten befinna sig i behandlingsrummet. Däremot håller personalen hela tiden kontakt med patienten via tv-kamera och mikrofon (Hedefalk, 2015).

På Strålbehandlingen i Lund är patientens behandling knuten till en och samma strålbehandlingsapparat, antingen i det nya eller i gamla huset. Patienten går alltså alltid till samma apparat och samma behandlingsrum (Muntlig korrespondens, 2015). Dessutom är patienten garanterad att träffa samma personal, eftersom alla som arbetar med behandlingar arbetar vid en och samma maskin. Cirka en gång per år roterar personalen mellan hus och behandlingsrum, för att säkra avdelningens kompetens (ibid.). I början av varje behandlingsperiod får alla patienter en CT-undersökning (datortomografi, s.k. skiktröntgen) i det nya huset samt ett möte med en onkologläkare där. Detta betyder att alla patienter kommer att ha vistats i det nya huset, om än bara precis i början, men det samma gäller inte för det gamla huset (Muntlig korrespondens, 2015).

#### Tid spenderad på avdelningen

Behandlingsperioden är individuell och stäcker sig från engångsbehandlingar (i smärtlindrande syfte) till maximalt 39 gånger (Muntlig korrespondens, 2015). Behandlingarna sker vanligtvis löpande varje vardag (dvs. 5 dagar i veckan) tills alla behandlingar är slutförda. Det allra vanligaste är *25 stålningstillfällen*, vilket innebär behandling *5 dagar i veckan under 5 veckors* tid (ibid.).

Patienter som själva kör till och från Strålbehandlingen, alternativt bor på det närliggande patienthotellet, spenderar i genomsnitt ca 30 minuter på avdelningen per behandlingstillfälle (Muntlig korrespondens, 2015). De patienter som på grund av hälsoskäl åker med "sjukresor"-serviceresor i form av taxifordon (Skånetrafiken, u.å.) spenderar å andra sidan ofta minst 3 timmar per besök, eftersom de måste vänta på transport (Muntlig korrespondens, 2015). Vid akutvård kan patienten behöva stanna hela dagen, för att alla uträkningar samt behandlingar ska hinna utföras (ibid.).

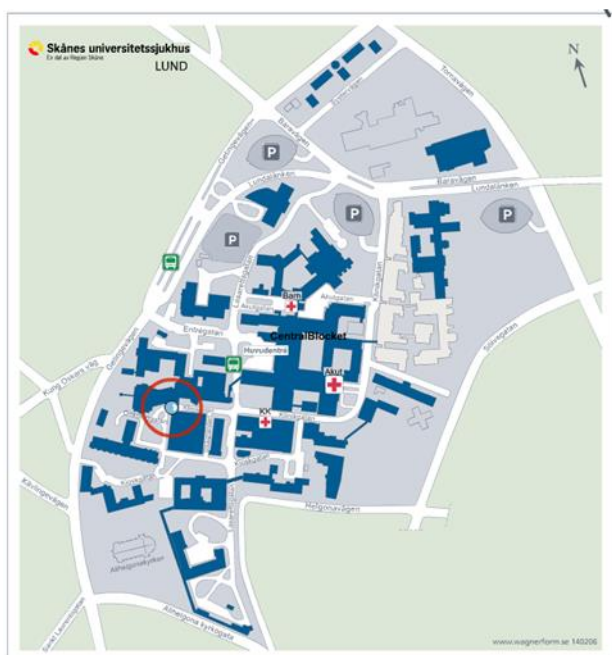
#### Antal patienter och behandlingstillfällen på Strålbehandlingen

*Upp mot 350 patienter besöker avdelningen varje dag* (Muntlig korrespondens, 2015). Totalt beräknas 5500 patienter få behandling på Strålbehandlingen varje år, vilket motsvarar 75 000 behandlingstillfällen per år (Region Skåne, 2013).

## 7.2 Platsanalys och Observation

Resultatet från platsanalysen redovisas under respektive zon, med start i zon 4 och med avslut i zon 0. Ordningföljden representerar den väg som patienterna färdas varje dag: från det offentliga sjukhusområdet som utgör Strålbehandlingens omgivning, till de privata behandlingsrummen längst inne på avdelningen. Observationerna redovisas direkt efter platsanalysen, under respektive zon, dock endast under zon 3, zon 2 samt zon 1 (se Avgränsning sid. 15).





**Figur 3.** Strålbehandlingen är placerad i utkanten av sjukhusområdets nordvästra del (se röd cirkel), med sin huvudentré orienterat in mot områdets mitt (Skånes universitetssjukhus, 2015).



**Figur 4.** Trädridå. Strålbehandlings placering är markerad med en röd cirkel. Observera att det nya huset ännu inte är byggt i detta foto. (Google Kartdata, 2016)

#### 7.2.1 Platsanalys av Zon 4 (yttre omgivning)

Zon 4 representerar *Lunds sjukhusområde* – den miljö som patienterna ser och färdas igenom på väg till och från avdelningen. Zonen inkluderar även den frodiga *ridå av träd* (norr om sjukhusområdet) som är synlig från det gamla väntrummet (se övre vänstra hörnet i Figur 4). Se bild 1-7, Figur 9, sid. 28.

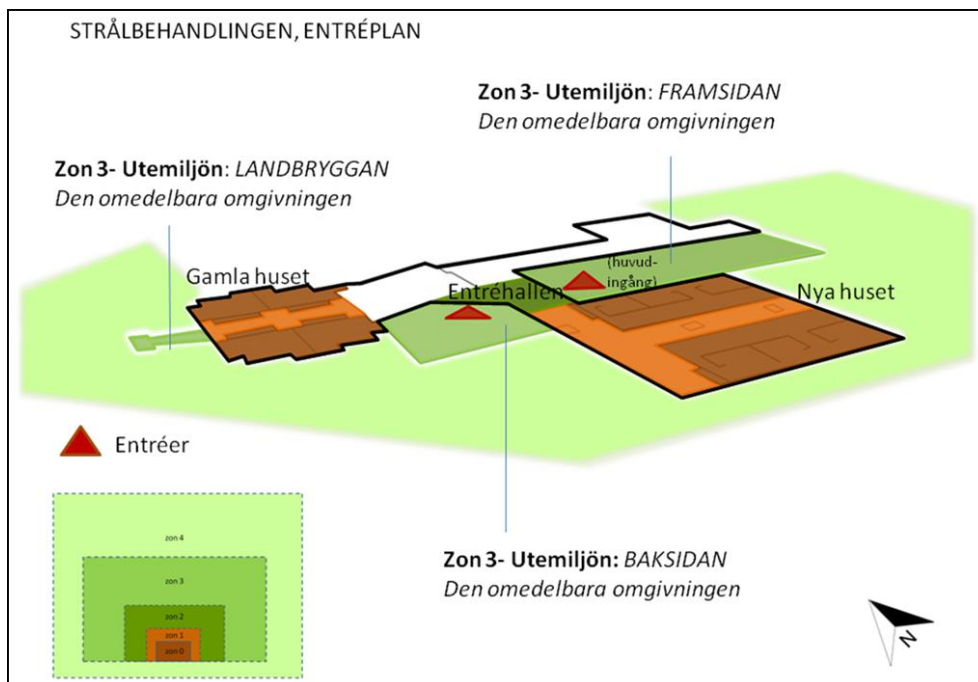
#### 7.2.2 Platsanalys av Zon 3 (utemiljö i direkt anslutning till byggnaden)

Utemiljöerna i direkt anslutning till Strålbehandlingen har helt skilda karaktärer från varandra. Runt det nya huset har sidorna i syd och väst en parklik karaktär med träd, klippta häckar och marktäckande växter. Den norra och den östra sidan av det nya huset har en mer gatulik karaktär med markmaterial i form av betongplattor (Skånes universitetssjukhus & Regionservice, 2013). På baksidan av det gamla huset sträcker sig en trädgård som skiljer sig från resten av sjukhusområdet med dess frodiga vegetation samt inslag av vatten i form av två dammar. Zon 3 består i det här arbetet således av följande tre platser: utemiljön på entréhallens *framsida* (sydöstra sidan), utemiljön på entréhallens *baksida* (nordvästra sidan) samt *landbryggan* (i anslutning till gamla väntrummet). Se Figur 5, sid. 19.

*Entréhallens framsida* består främst av parkeringsplatser samt en större yta för bilar att stanna till vid, för avlämning och upphämtning av patienter. Här finns även tre enkla bänkar under ett glastak. Rabatter har planterats längst med det nya huset. Det färgstarka glasmosaikklädda huset, som tillsammans med glasentrén utgör den nya delen av avdelningen, har potential att utgöra ett landmärke på området. Se bild 1-4, Figur 10, sid. 30.

*Entréhallens baksida* är lite grönare och lummigare än framsidan. Sittplatser finns i form av tre bänkar, som alla nås av solens strålar under fina dagar. Varken vanliga bilar eller särskilda transporter kör generellt hela vägen fram till huset på den här sidan. Se bild 1-4, Figur 11, sid. 31.

*Landbryggan* stäcker sig ut från det gamla väntrummet och högt över två dammar, i en för sjukhusområdet unik trädgård. Bryggan är omgiven av höga träd, miljön är lummig och grön stora delar av året. Den totala miljöupplevelsen skiljer sig mycket från den på huset framsida. Här är det inte lika uppenbart att man befinner sig på ett sjukhusområde. Se bild 5-7, Figur 11, sid. 31.



**Figur 5.** Planlösning Zon 3

### OBSERVATION ZON 3

*Under observationstillfällena användes Strålbehandlingens utemiljöer sparsamt. De användes endast av ett fåtal personer och endast under kortare stunder.*

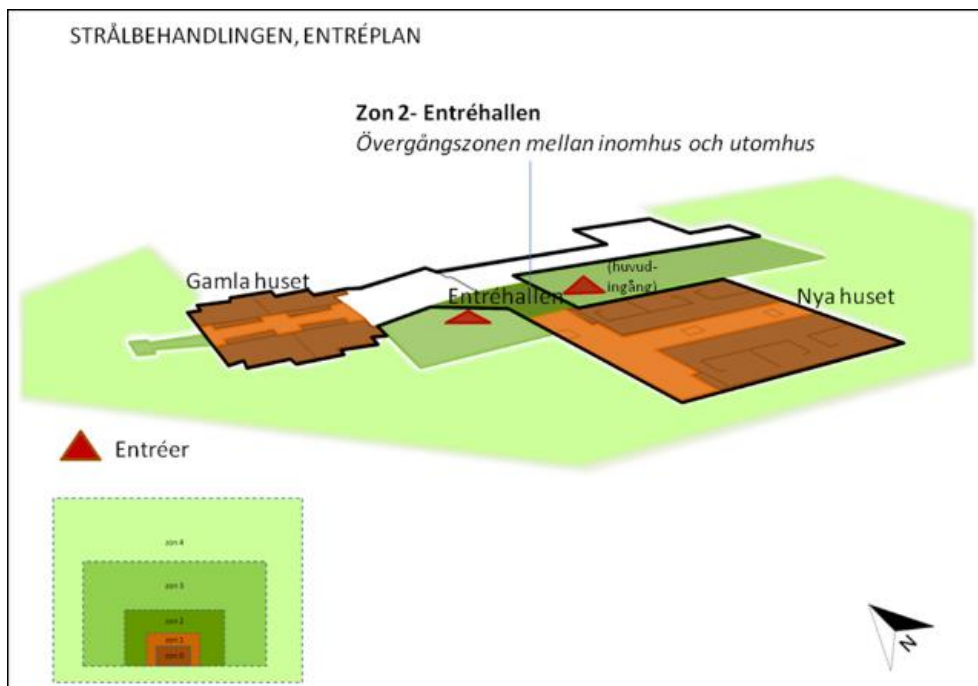
- *Framsidan* användes av några få personer och på de befintliga bänkarna satt enstaka patienter i väntan på transport eller för att ta en cigarett. Någon valde att stå upp och vänta under det befintliga glastaket.
- *Baksidan* användes aningen mer och de personer som satt ner på bänkarna där verkade inte vänta på transport som på framsidan. Istället användes bänkarna för att sitta ner och äta sin lunchmacka, prata med en vän/anhörig/kollega eller för att vila en liten stund. Det var inte uppenbart om brukarna var patienter eller personal från Strålbehandling, eller om de kom från andra delar av sjukhusområdet.
- *Landbryggan* var avstängd av säkerhetsskäl (pga. ruttna plankor), så inga patienter hade möjlighet att vistas där. Inte heller i trädgården syntes någon till. Landbryggan och trädgården fyllde fortfarande sin funktion som värdefull utsikt från det gamla väntrummet

#### 7.2.3 Platsanalys av Zon 2 (övergångszon mellan inne- och utemiljö)

Zon 2 representerar *entréhallen*. Se Figur 6, sid. 21.

Strålbehandling i Lund består av två hus med två helt olika karaktärer: det "gamla huset", som renoverades med start år 1991 (Diedrich, 2012) samt det "nya huset" som öppnade sina dörrar år 2013 (White, u.å.). I samband med det nya huset byggdes även en glashall, som binder samman det gamla huset med det nya. Från båda sidor av glashallen finns entréer som nås till fots eller med bil (Skånes universitetssjukhus & Regionservice, 2013).

Denna *entréhall* av glas är stor, ljus, transparent och fylld av rymd. Endast glas skiljer inomhus- och utomhusmiljön åt, vilket innebär att kontakten däremellan är mycket hög. Här finns förutom sittplatser även avdelningens reception. Högt i taket svävar ett skulpturalt konstverk av järn (Region Skåne, 2013). Hallen leder in till väntrummen i både det nya och det gamla huset samt till hissarna upp till husets övriga våningar. Glasbyggnaden har två ingångar, från husets sydöstra (framsidan) samt nordvästra sida (baksidan). Entréhallen erbjuder god utsikt mot parkeringen på husets framsida samt utemiljön på husets baksida. Möblerna står för färgtillskotten i den annars färgmässigt mycket neutrala entrén. Se bild 1-7, Figur 12, sid. 35.



**Figur 6.** Planlösning Zon 2

## OBSERVATION ZON 2

*Entréhallen användes, förutom som avdelningen huvudentré, som vänthall, länk mellan det gamla och nya huset samt genomfartsled för människor på väg in till eller från övriga sjukhusområdet.*

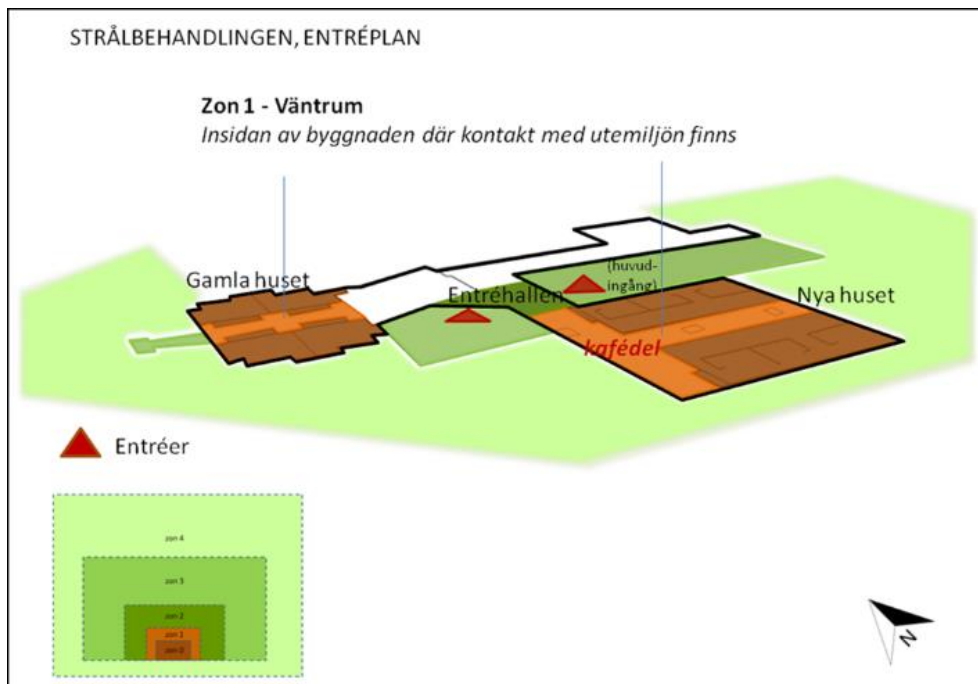
- Den påtagliga tystnaden i entréhallen bröts när människor gick förbi och när taxi-chaufförer kom in för att hämta patienter. Det ekade lätt när personalen promenerade fram och tillbaka över den öppna gångbron på andra våningen, synlig från entréhallen på bottenplan.
- Utanför den ljudisolerade och glasklädda receptionen ställde sig patienter för att vänta. Trots nummerlapparna stod många hellre utanför och tittade in till receptionen istället för att slå sig ner på de tillgängliga sittplatserna i hallen.
- Vid observationstillfällena befanns sig endast ett fåtal patienter i entréhallen. Hallen användes desto mer av personalen, ibland i sällskap med patienter, på väg från det nya huset till det gamla och vice versa.
- Hallen användes också som en genomfartsled av personer, utan koppling till Strålbehandlingen, för att ta sig vidare in på eller från sjukhusområdet. I närheten av entréhallens baksida finns en parkeringsplats, som kan vara förklaringen till att Strålbehandlingen blir en smidig genväg för dem som ställt sina bilar där.

#### 7.2.4 Platsanalys av Zon 1 (innemiljö i kontakt med utemiljö)

Zon 1 representerar *väntrum*, i nya huset och i gamla huset. Se Figur 7, sid. 23.

*Väntrummet i det nya huset* är betydligt större än i det gamla huset. Här sker kontakten med utemiljön via fönsterpartier på rummets ena kortsida, vid väntrummet kafédél. Precis som i det gamla väntrummet får patienterna ta för sig av fika här. De stora fönsterpartierna vetter ut mot entréhallens baksida och ger möjlighet att se ut mot parkering, hus och lite grönska. Rummet är uppdelat i två delar: kafédelen med små runda bord och tillhörande stolar, samt en större del med färgstarka, tygklädda soffor och fåtöljer. Utmärkande för de flesta av dessa soffor och fåtöljer är deras höga ryggar som tillsammans skapar olika små ytor med rumskänsla. Flyttbara stolar och små bord finns också här, liksom tidningar av olika slag. Ljus släpps in via glasmosaikbäklädda ljustunnlar i taket. I det nya huset består det interiöra gestaltningskonceptet av en ljus, lätt, skir och neutral bas (White, 2010). Färgsättningen på bland annat ljusgårdar, glasade väggpartier och möbler ämnar att spegla husets exteriöra färgspel (White, 2010). Konsten i väntrummet är modern, abstrakt och färgstark. I väntrummet finns tv-apparater som hänger ner från taket. Längst ner finns även två datorer som patienterna kan använda. Se bild 1-8, Figur 13, sid. 38.

*Väntrummet i det gamla huset* består av ett långsmalt rum med högt i tak. Träd är planterade inomhus och fyller nästan hela rummets längd och höjd. Väggarna består av exponerat ljust tegel och taket täcks uteslutande av takfönster. Rummets ena kortsida består av en glasfasad med utsikt över en trädgård, dammar samt landbrygga. Kontakten med utemiljön sker således genom takfönstren och glasfasaden på rummets kortsida. Vidare finns här en liten kaféhörna med kaffe och fika till patienterna. Konsten består till största del av naturinspirerande motiv med mild färgsättning. Vid ingången till väntrummet finns ett bord dedikerat till att lägga stora pussel på. Bänkar är placerade under trädkronorna. Det finns även flyttbara stolar och mindre bord här. En större tygklädd soffa samt en vilstol är placerade vid glasfasaden. Här nere finns även en barnhörna med tillhörande bord, stolar, leksaker och böcker. Tidningsställ finns på flera platser i väntrummet. I trädkronorna sitter, hänger och klättrar små mjukisdjursapor, som nyfiket tittar ner på patienterna. Se bild 1-7, Figur 14, sid. 39.



**Figur 7.** Planlösning Zon 1

## OBSERVATION ZON 1

*I båda väntrummen råder en tyst och lugn atmosfär. Patienter verkar komma i god tid. De sitter gärna utspridda och talar lågmält, främst om de har en anhörig med sig. I kafédelen i det nya väntrummet och kaféhörnan i det gamla väntrummet verkar patienter känna att de kan prata lättare samt vara mer sociala. Det är också här som små möten och samtal (mellan patient och personal alt. mellan servicepersonal) äger rum. Var man sätter sig verkar bero på: a.) vilket behandlingsrum man ska till, b.) var man kan se tv:n bäst, c.) om man har någon med sig, d.) om man önskar dra sig undan (vara privat) eller prata med någon (vara social). Kaffebaren i båda väntrummen verkar fungera som en första anhalt, därifrån finns möjligheten att identifiera tillgängliga sittplatser samt välkända ansikten.*

### Nya väntrummet

- De två tv-apparaterna som hängde ner från taket drog till sig många blickar och många patienter verkade välja sittplatser där de lätt kunde se tv-skärmen.
- Flera patienter som kom in i väntrummet började med att ta för sig av fikan. Under tiden de försåg sig med kaffe m.m. tittade de ofta ut över rummet.
- Alla patienterna satt med ryggen vända mot fönstren i kafédelen och med ansiktena vända in mot väntrummet (och tv-apparaten)



- Mest män satt i kafédelen. Samtal mellan patienter som satt vid olika bord inleddes vid några tillfällen. Borden närmast kaffebaren (och tv:n) var populärast.
- Samtal mellan föreståndare och servicepersonal ägde rum vid ett av de små borden.
- Fler patienterna satte sig i soffgrupperna och fåtöjljerna än i kafédelen.
- Patienterna verkade inte gärna sitta för nära varandra i soffgrupperna utan satt hellre utspridda. I den här delen av väntrummet verkade det mest som att man pratade med varandra om man hade en anhörig med sig.
- Det "hejades" på varandra, det var tydligt att patienterna kände igen varandra.
- Flera patienter gick rakt in i väntrummet och satte sig ner, till synes utan att tveka eller fundera över vilken plats de skulle ta. Dessa patienter blev senare inkallade till behandlingsrum i närheten av deras valda sittplats.
- Atmosfären upplevdes mycket lugn.

#### Gamla väntrummet

- I väntrummet var det väldigt lugn, tyst och stilla. Patienterna var helt tysta alternativt pratade lågmält. Endast enstaka samtal ägde rum, mellan patienter och anhöriga. En man som vid ett tillfälle pratade högt med en person som satt bredvid hördes av alla.
- Det hördes aningen mer här- ett svagt surrande ljud. Inte knäpptyst som i entréhallen.
- Patienterna satt utspridda på bänkar, stolar och soffa.
- Kaffe dracks, tidningar och böcker lästes.
- Samtal mellan personal, patient och anhörig ägde rum vid bordet intill "pusselbordet", nära kaffebaren.

#### 7.2.5 Platsanalys av Zon 0 (innemiljö utan kontakt med utemiljö)

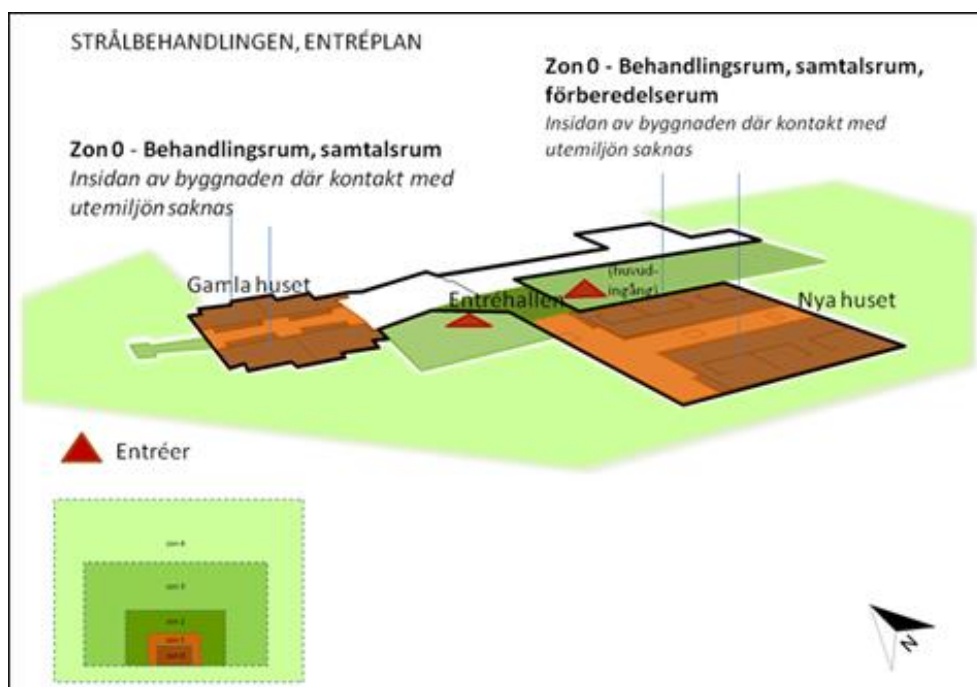
Zon 0 representerar *behandlingsrum* (i det nya och gamla huset), *samtalsrum* (i det nya och gamla huset) och *förberedelserum* (enbart i det nya huset). Se Figur 8, sid. 25.

I *behandlingsrummen* ställer strålningsmaskinerna stora krav på strålskydd och byggnadsteknik och därför saknar rummen fönster (Skånes universitetssjukhus & Regionservice, 2013). Det finns således ingen kontakt med utemiljön här. Taken i de flesta behandlingsrummen är dekorerade på något sätt, både i nya och i det gamla huset. I det gamla huset har ett av taken målats likt en ljusblå himmel med vita moln. I ett annat har virtuella takfönster satts in med i syfte att skapa en fotografisk illusion av en verklig himmel. I det nya huset täcker ljuspunkter behandlingsrummens tak. Dessa ljuspunkter tänds och släcks samt skiftar färg under behandlingens gång. Så här beskriver Region Skåne (2013) ljusverket: "*Inne i strålbbehandlingsrummen glimmar det färgglada och samtidigt kontemplativa ljusverket Kalejdoskop... Intentionen med ljusverket är att tillföra de kliniska rummen ett lekfullt, oväntat,*

*lugnande och hoppfullt inslag. En upplevelse som för ögonblicket kan vända oroliga tankar någon annanstans... Ljuspunkterna är spridda i taket i en regelbunden symmetrisk form som påminner om kalejdoskopiska fraktaler... Ljusspelet är ständigt vid liv, alltid annorlunda, men aldrig krävande.”. Se bild: 1,2,4,6 & 8, Figur 15, sid. 42.*

*Samtalsrummen (i gamla och nya huset) ligger i anslutning till väntrum och behandlingsrum. De är helt fönsterlösa i det gamla huset. I det nya huset har samtalsrummen en stor frostad glasvägg ut mot väntrummet, för att på så sätt indirekt släppa in dagsljus. I dessa rum sker ankomstsamtalen mellan patient och personal. Se bild 3 & 5, Figur 15, sid. 42.*

*Förberedelserummen (endast i nya huset) ligger, precis som samtalsrummen, i anslutning till väntrum och behandlingsrum. Även här finns frostade glasrutor som släpper in ljus, men som inte erbjuder kontakt med miljön utanför. Här har personalen möjlighet att ta in patienter för att till exempel lägga om ett sår eller på annat sätt förbereda patienter inför behandling. Se bild 7, Figur 15, sid. 42.*



**Figur 8.** Planlösning Zon 0



### 7.3 Analys av Intervjuer; fokusgrupp och individuell intervju

Resultatet av intervjuerna presenteras under respektive zon, med start i zon 4 och med avslut i zon 0. Under varje zon presenteras ett antal teman som växt fram under analysen av intervjuerna. Varje zon har mellan två och fem teman, se tabell nedan.

Zon 4	Zon 3	Zon 2	Zon 1	Zon 0
Orientering och Tillgänglighet	Orientering och Tillgänglighet	Orientering och Trygghet *	Orientering och Trygghet *	Orientering och Trygghet *
Inbjudande och Behaglig miljö	Inbjudande och Bekväm miljö *	Inbjudande och Bekväm miljö *	Inbjudande och Bekväm miljö *	Inbjudande och Bekväm miljö *
		Sysselsättning och Distraction	Sysselsättning och Distraction	Sysselsättning och Distraction
		Kontakt med utemiljön	Kontakt med utemiljön	
		Sociala aspekter	Sociala aspekter	

**Tabell 2.** Zoner med underliggande teman.

\* Temat *Orientering och Tillgänglighet* övergår till *Orientering och Trygghet*

\* Temat *Inbjudande och Behaglig miljö* övergår till *Inbjudande och Bekväm miljö*

Varje tema inkluderar perspektiv från både personal och patient. I delar av texten där flera citat från personalgruppen finns med, görs förtydligande genom användning av P1, P2, P3, P4 alternativt P5, där varje nummer representerar en specifik deltagare i fokusgruppen.

#### 7.3.1 zon 4 – yttre omgivning

##### Orientering och Tillgänglighet

*Orientering och tillgänglighet är något som beskrivs som betydelsefullt för patienterna enligt personalen. Det måste dels vara lätt att hitta till själva avdelningen och dels måste det vara enkelt och smidigt att ta sig dit, oavsett om man som patient kommer till fots, med bil eller*

*med buss. Att avdelningen saknar en "Strålbehandlingen"- skylt vid entrén försvårar inte för patienterna att hitta dit utan erbjuder istället uppskattad anonymitet, menar personalen.*

Den sluttande backen som leder ner till Strålbehandlingens huvudentré kan vara besvärlig för patienterna, berättar personalen. Speciellt för de som har svårt att gå. Trots att det ofta är ont om parkeringsplatser här finns det fördelar med avdelningens placering på området, menar de. "Men tillgängligheten på själva huset är ju ändå bra. Man kan ändå gå in från båda hållen." Just tillgängligheten är mycket viktig berättar personalen. Patienterna kan idag gå ut ur bilen och komma direkt in på avdelningen. Det upplevs smidigt och effektivt. Vid ingången till Strålbehandlingen finns en skylt med husets adress på, men ingenstans står det "Strålbehandlingen". Personalen tycker det är bra och har aldrig hört att patienter skulle ha haft svårt att hitta hit. P4: "Och jag kan tycka att det är rätt bra att det bara finns en adress, för säg att man vistas på ett område och så kommer det en bekant och så säger de "Jaha, du ska in på strålbehandlingen?" Det är rätt bra att kanske inte... är någon skylt." P1: "Det är mer anonymt"

Caroline hade lätt att hitta till avdelningen, delvis tack vare det färgglada huset. Det nya Strålbehandlingshuset är jättefint tycker hon och berättar att hon lade märke till det redan innan hon visste att det var där hon skulle genomgå sin behandling. "Och då tänkte jag, varenda gång jag gick förbi det, "Vilket fräsigt hus!" Och sedan visade ju det sig att det var dit jag skulle.

#### **Inbjudande och Behaglig miljö**

*Både personalen och Caroline poängterar vikten av en inbjudande och behaglig miljö där grönska och vatten spelar en väsentlig roll. Carolines erfarenhet är att en positiv upplevelse av den fysiska miljön kan leda till en positiv upplevelse av vården.*

Personalen ser en fördel med att husen ligger på utkanten av sjukhusområdet med närheten till den omgivande grönskan. P4: "Sedan är det ju förmånen att det ligger så långt ut att vi har, liksom grönskan... alltså mot kyrkogården till och där... Ja, att vi inte är inklämda mitt i området, utan där är faktiskt natur, även om den är anlagd, så..." P2: "Och på vägen hit är det ju fint."

Caroline sökte sig dagligen till en plats på sjukhusområdet som ligger mellan Strålbehandlingen och det patienthotell som hon bodde på. Hon satt där en stund varje dag, både innan och efter behandlingen. Där finns grönska och framförallt finns där porlande vatten, något som Caroline uppskattade väldigt mycket. "Det är egentligen det som är min behållning av hela Lund... för skulle jag på undersökning, eller vad jag än skulle på, ja, jag satt varje dag vid det här springvattnet... vatten är viktigt... porlande vatten. Och det är väldigt roligande." Caroline tror att Strålbehandlingens omgivning, den miljö som hon passerade varje dag, kan ha påverkat henne. "Ja, då är det här polande vattnet viktigt, för det påverkade nog att jag upplevde att strålningen var väldigt positiv." Även det nya strålbehandlingshuset hade en positiv effekt på Caroline. "Så ja, det fångade mig med alla de färgerna, det måste jag säga. Det var roligt." Caroline berättar att just det "häftiga" husets färger, personalen och taket i behandlingsrummet är det som hon främst kommer ihåg från sin tid på avdelningen.

Hon tror att miljön, både inomhus och utomhus, kan vara extra viktig för de patienter som mår sämre än vad hon själv gjorde, då de inte hade möjligheten att gå ut på samma sätt.



**Figur 9.** 1. På väg mot huvudentrén. Nya huset & glashallen syns. 2. Baksidan av nya huset. 3. Vy ut från huvudentrén som skymtar andra byggnader på sjukhusområdet. 4. Springvattnet som Caroline satt vid varje dag (avstängt vid fototillfället). 5. Ridån av träd i horisonten, från landbryggan/ gamla väntrummet 6. Omgivande arkitektur på baksidan av husen. 7. Allhelgonakyrkan sticker upp ovanför hustaken, synligt från entréhallens baksida.

### 7.3.2 Zon 3 – utemiljö i direkt anslutning till byggnaden

#### Orientering och Tillgänglighet

*Personalen uttrycker vikten av att göra det fysiskt möjligt för patienterna att använda utemiljöerna som finns tillgängliga på platsen. Men först måste patienterna känna till vilka utemiljöer som finns där samt själva kunna hitta till dem.*

Personalen berättar att sittmöjligheter saknas på landbryggan och dessutom så går dörren i lås när man väl gått ut. "Man kommer ju inte in, när man har gått ut, utan att sätta något emellan." De menar att det är viktigt att göra det enkelt för patienterna att använda avdelningens utemiljöer. "Om man har en fin utemiljö, så är det synd att den inte utnyttjas på rätt sätt."

Caroline var aldrig ute på varken husets baksida eller ute på landbryggan (eller trädgården under). Hon berättar att hon helt missade att det fanns dörrar från entréhallen ut mot baksidan, hon såg dem helt enkelt inte. Hon menar att det hade varit trevligt att bli visad runt på avdelningen under hennes första dag där. På så vis hade hon kanske hittat till både utemiljön på entréhallens baksida samt till väntrummet i gamla huset, med utemiljön som finns där. "För det hade man ju kunnat tänka sig att vi skulle kunnat gå ut här och han visat mig att ja "på den här sidan finns det möjlighet att sitta om du vill någon dag." Jag skulle dock vara där i fem veckor."

#### Inbjudande och Bekväm miljö

*Att utemiljön är inbjudande och att det är bekvämt för patienterna att vistas där, beskrivs som viktig av personalen. En attraktiv miljö med genomtänkt möblemang, inkl. bekväma sittplatser samt tydliga tecken på hög skötsel poängteras också.*

Patienterna skulle säkert uppskatta en trevlig utemiljö direkt utanför det nya väntrummet, menar personalen och diskuterar möjligheterna till bord utomhus där man kan äta lunch sommartid med riktigt bekväma sittplatser, speciellt viktigt för de patienter som måste vänta länge. "... kunna lägga sig bekvämt i en vilfåtölj där liksom och ändå känna vinden och solskenet. Det hade jag som patient uppskattat." Framsidan upplevs som tråkig enligt personalen, speciellt gamla Onkologhuset som ligger precis intill och som ger ett slitet intryck i jämförelse med Strålbehandlingens nya hus. Sittplatserna här utanför är kala och tråkiga, menar de. Skyltar på bänkarna visar att det är förbjudet att röka här. "Alltså, den där sidan, framsidan, känns väldigt tråkig. Det finns ju ingenting, bara parkering." Personalen förklarar att det däremot är många som utnyttjar bänkarna på husets baksida när det är soligt. De diskuterar om det hade varit trevligt med en liten paviljong på "den lilla fyrkanten med växterna", eller om den är tillräckligt fin som den är. Personalen inser under samtalets gång att patienterna som genomgår strålbehandling faktiskt rekommenderas att undvika solen. Därför är ju är synd att de flesta bänkarna utanför avdelningen befinner sig just i solen, menar de.

Deltagarna är eniga om att miljön utanför det gamla väntrummet är en fantastisk tillgång med utsikten som den erbjuder, men menar att det är ovanligt att se någon där ute. "Det hade varit bra om den (dörren ut till landbryggan) var inbjudande och om det hade stått något på dörren att... det står väl bara "Nödutgång"?" Det är viktigt att utemiljön är inbjudande och välskött,



menar de. Bryggan har stängts av för tillfället på grund av murkna brädor och dammen är full med alger. "... vill man att man ska kunna använda den (bryggan) så hade man ju fått underhålla den, och sedan inbjuda till att öppna dörren där."

Caroline använde själv aldrig någon av avdelningens utemiljöer. "Jag forsade ner för backen (som leder ner till avdelningens huvudentré) och in och sedan forsade jag upp igen. Men jag stannade till där tvärt över gatan". Hon kommer dock ihåg hur hon kände när hon gick ner för backen mot avdelningen och såg det nya huset. "Och när jag gick ner så var det nog detta som fångade mig, med färgerna. Det gjorde att jag var väldigt positiv, tyckte det var jättefint." Vid bänkarna på framsidan minns hon att andra patienter satt och väntade på transport. Ibland passade hon på att stanna till och byta några ord med dem.



**Figur 10.** Framsidan av Strålbehandlingen: 1. Glashallen & huvudentrén. 2. Den stenlagda framsidan där all transport kan stanna. 3. En bänk att vänta/vila på. 4. Ett glastak täcker bänkarna och erbjuder skydd mot regn.



**Figur 11.** Baksidan av Strålbehandlingen: 1. Utgången mot baksidan från entréhallen. 2. Blommande träd. 3. Sittplatser i form av bänkar på rad. 4. Den "gröna plätten" 5-7. Landbryggan, dammar och trädgård.



### 7.3.3 Zon 2- övergångszon mellan inne- och utemiljö

#### Orientering och Trygghet

*Att förstå var man ska ta vägen, kunna orientera sig i en ny miljö och känna sig välkommen kan leda till en ökad känsla av trygghet, menar personalen. Vidare uttrycker de att känslan av tryggheten även kan komma från det förtroendet man som patient känner inför sin behandling. Den känslan kan förstärkas av den fysiska miljön.*

Personalen ser att patienterna ofta känner sig vilsna när de kommer in i entréhallen för första gången och att de har svårt att förstå var de ska ta vägen. De inser att en mer informativ orienteringskarta borde sättas upp i hallen tillsammans med en stor skylt som önskar välkommen. Personalen tror sig veta hur patienterna känner inför det nya huset och hur det påverkar deras känsla av trygghet. P1: "Men tror ni inte att patienterna, nu när man ser det här nya huset, och det är en högteknologisk miljö, att man känner att "Här är nytt, fräscht och då bör de ju ha de bästa teknologiska behandlingarna också"? Alltså, även om vi har det kallt och sterilt, så hade jag känt "Ja men om man satsar så mycket på miljön så måste man ju satsa väldigt mycket på sina maskiner... Alltså behandlingsmässigt tror jag man känner sig trygg..." P2: "Precis... "Nytt är lika med bra. Det bästa som finns just nu."

Caroline har svårt att minnas vad hon tyckte och hur hon upplevde entrén för första gången. Hon kommer dock ihåg att det kunde vara svårt att hitta och att det kändes lite "smårörigt" när hon skulle någon annanstans än till just sitt eget behandlingsrum.

#### Inbjudande och Bekväm miljö

*Personalen beskriver att ett ordentligt ljusinsläpp, behaglig temperatur och bekväma möbler är viktiga aspekter i en entréhall, där patienter sitter och väntar under längre stunder. Konstverk har möjlighet att locka fram nyfikna blickar och kommentarer och kan därför utgöra ett positivt inslag. Caroline utökar listan med önskemål om växter, porlande vatten, varma färger och naturliga materialval för att uppnå en inbjudande atmosfär.*

Ljuset i entréhallen gör ett stort intryck på både patienter och personal, framkommer det under intervjuerna. En av sköterskorna berättar att hon ofta andas in djupt och försöker njuta riktigt ordentligt av ljuset varje gång hon går igenom entrén. Speciellt på våren är det fantastiskt ljus här, menar hon. Miljön i hallen är dock känslig för just årstid och väder. På vintern upplevs rummet mycket kallt och patienterna sitter ofta och fryser, berättar personalen. "De sätter ju sig precis där innanför, de sitter och fryser för dörrarna går ju upp på båda hållen." Alla är överens om att soffor och stolar behöver vara bekväma samt se inbjudande ut. Möblerna här upplevs mer praktiska än mysiga. Personalen menar också att det finns en risk att patienterna känner sig små i den "överdimensionerad" hallen, men tycker samtidigt att entrén lyckas sammanfläta de båda husen väl. Konstverket i taket är en positiv detalj som genererar många nyfikna blickar och kommentarer, berättar de.

Caroline spenderade aldrig speciellt mycket tid här, entréhallen fungerade enbart som en "transportsträcka" för henne. "... det var ju inget här som fångade mig heller eller som fick mig att stanna upp." Samtidigt så uppskattar hon det stora ljusinsläppet och tycker om att entréhallen känns ny och fräsch. Caroline saknar någon form av porlande vatten, växter av

olika slag och "något levande eller mer levande än detta blanka." i entrén. Hon menar att andra färg- och materialval hade kunnat göra miljön varmare och mer inbjudande.

### Sysselsättning och Distraction

*På en plats där vissa patienter sitter och vänta på transport i flera timmar, är möjlighet till sysselsättning och/eller distraction extra viktig, menar personalen.*

Möjlighet till sysselsättning hade med största sannolikhet uppskattats här, uttrycker personalen. Tidningar och pussel nämns men också någon form av dryck- och matautomat. Inget av detta finns i entréhallen idag och personalen är övertygad om att det hade uppskattats, speciellt av de patienter som väntar på transport i flera timmar.

### Kontakt med utemiljön

*Kontakten med miljön utanför samt det stora ljusinsläppet, är det som gör entréhallen så speciell och fin. Här känns det nästan som att man är utomhus, förklarar personalen.*

Personalen menar att eftersom entréhallen till allra största del består av stor glaspartier så upplevs det nästan som att man är utomhus här. Det är väldigt positivt upplever de och förklarar att just kontakten med miljön utanför, inklusive ljusinsläppet, gör hallen så speciell och fin. Många patienter är beroende av sjuktaxi och stannar därför kvar efter behandlingen, i vad som ofta kan vara flera timmar, i väntan på sin transport. Vanligast är att de väntar i entréhallen, eftersom den erbjuder god utsikt till och kontakt med parkeringen på husets framsida. Där är det bestämt att all form av transport ska stanna, berättar personalen.

### Sociala aspekter

*Att vilja vara eller inte vilja vara social skiljer sig från patient till patient, förklarar personalen. Möblernas placering i entréhallen har möjlighet att påverka graden av avskildhet kontra öppenhet, som i förlängning kan påverka den sociala atmosfären.*

Personalen funderar på om man som patient känner sig uttittad i entréhallen när andra går förbi. En mer ombonad känsla, med fler möbler och där patienter inte behöver sitta på rad utmed kanterna hade varit en förbättring, menar de.

Caroline uppskattar den öppna ytan i entrén, vilket hon menar leder till sociala tillfällen. Hon stannade själv till vid ett flertal tillfällen och pratade med andra patienter som satt här och väntade på sina transporter.





**Figur 12.** Entréhallen: 1. Vy mot ingången till nya väntrummet. 2. Konstverk hängandes ner från taket. 3. Höga fönster som släpper in mycket dagsljus. 4. Möbler och kontakten med utemiljön. 5. Vy mot ingången till gamla huset. 6. Receptionen och kontakten ut mot framsidan (där transporten stannar). 7. Möbler och kontakt med utemiljön.

### 7.3.4 Zon 1- innemiljö i kontakt med utemiljö

#### Orientering och Trygghet

*Enkelhet att orientera sig och hitta på platsen kan leda till trygghet för patienterna, uttrycker personalen. Vidare leder god kännedom av platsen till bättre möjligheter att utnyttja det som erbjuds i de olika miljöerna. Dessutom är kontakten med personalen ytterst viktig i väntrummen för att patienterna ska kunna känna sig trygga i att inte missa sin behandling. Det är viktigt att bli sedd, menar personalen.*

God överblick i väntrummet är viktigt för att kunna se och få kontakt, patienter och personal emellan, berättar personalen. Många patienter sätter sig direkt utanför "sitt" behandlingsrum, risken att missa sin tur minimeras på det sättet. Det finns med största sannolikhet en trygghet i att alltid gå till samma rum, att veta var man ska, menar personalen. Har man väl hittat dit en gång brukar det inte vara något problem i fortsättningen, förklarar de. Däremot tycker både personalen och Caroline att det hade varit mycket positivt med en rundvisning vid första besökstillfället, för att visa båda väntrummen för patienterna. Patienterna kan därefter själva bestämma om de har lust att sitta en stund under trädkronorna i det gamla väntrummet och njuta av utsikten mot trädgården, eller använda mikron i det nya väntrummet, titta på tv en stund eller använda datorerna som finns tillgängliga där.

#### Inbjudande och Bekväm miljö

*Ett inbjudande väntrum och en bekväm miljö beskrivs av personalen som betydelsefullt för patienterna. Detta visar sig till exempel genom den positiva respons som det gamla väntrummet får från patienter och andra besökare. Färg, konst, växter och bekväma möbler påverkar helhetsintrycket, bekräftar både personalen och Caroline.*

Personalen menar att det är viktigt att väntrum känns välkomnande, inbjudande, varma och mysiga, så att patienterna får en känsla av "hemma". Färg är en väsentlig del av en trivsamt miljö uttrycker de och menar att lugna och varma färger tilltalar de flesta patienter. Sittplatserna diskuteras mycket av personalen och det är tydligt att möblerna är avgörande för ett välfungerande och trivsamt väntrum. Det måste vara lätt för patienter att sätta sig ner och lätt för dem att resa sig upp. Det bör också vara bekvämt för dem att sitta ner en längre stund. Att ha soffor som i det nya väntrummet där man sjunker ner, i kombination med avsaknad av armstöd, fungerar mycket dåligt speciellt för äldre patienter, berättar personalen. Det blir alldeles för svårt för dem att resa sig upp själva. Dessutom är det viktigt för patienterna att ha god överblick i väntrummet. Höga skärmar på soffor och fåtöljer kan leda till oro inför att missa sin behandling, förklarar personalen. "De skärmarna där är väl för att det ska vara lite anonymt eller sekretess eller så, men många kikar ju fram när man kommer ut, för att se, för de är rädda att vi inte ska se dem." Personalen uttrycker dessutom att det är viktigt att möblerna håller sig snygga i längden samt att de är lätta att hålla hygieniska. Förståelsen för patientgruppen (vissa av patienterna här kan till exempel ha problem med läckande katetrar) är viktigt när valet av möbler görs, menar personalen. Dessutom upplevs flexibla möbler, som är lätta att flytta runt, som positivt. Vidare tror personalen att den traditionella och naturinspirerade konsten som finns i det gamla huset tilltalar de flesta patienter. "... mer sådant som allmänheten, de flesta förstår, eller vad ska man säga... känner igen. Alltså blommor och blad och sådant, det uppskattas väl någonstans av de flesta ändå." Åsikterna går

isär lite inom gruppen här, då en av sköterskorna tycker mycket om den moderna stilen och menar att det nya huset erbjuder fantastisk offentlig konst. De är dock alla överens om att den moderna konsten kanske inte bidrar med en lika ombonad eller välkomnande känsla, jämfört med konsten i det gamla huset.

Caroline upplevde de intensiva färgerna i det nya huset som mycket positivt. Hon gillar färg och skulle gärna se att ännu mer färg användes här och även gärna i behandlingsrummen. Hon uppskattar även den moderna och abstrakta konsten i det nya huset. Men avsaknaden av naturelement och växter i det nya huset är tydligt, speciellt när både husen jämförs, tycker Caroline. "... men där är ju verkligen inte en enda växt, det är det ju inte." kommenterade hon och menar att det hade varit ett trevligt inslag i det nya väntrummet. Även bilder på naturen hade varit positivt här uttrycker Caroline. Hon har själv aldrig varit inne i det gamla väntrummet, men menar att rummet ser varmt och inbjudande ut på fotografierna samt mer avslappnande och energigivande ut. "... man kan nästan se hur det gnistrar om det."

### Sysselsättning och Distraction

*Personalen upplever att patienterna som befinner sig i väntrummet kan behöva någon att sysselsätta sig med, något som kan distrahera dem en stund. De berättar att både pusselbordet, tv-apparaterna samt kafédelen är mycket populära bland patienterna.*

De två tv-apparaterna som hänger ner från taket i det nya väntrummet är alltid igång, berättar personalen. De menar att framförallt den ena av apparaterna "står på hela tiden" och "vrålar." De går gärna och sänker ljudet när de får möjlighet, förklarar de. Personalen hade hellre sett att det fanns ett pusselbord i det nya väntrummet, precis som i det gamla. Pusslet är väldigt populärt berättar de. Men personalen vet också att tv-apparaterna är uppskattade och att det finns patienter som kommer in från det gamla väntrummet, specifikt för att kolla på tv en stund i det nya väntrummet. Patienterna erbjuds kaffe, saft och skorpor eller kex i båda väntrummen. Personalen berättar att många patienter uppskattar att kunna få ta en kopp kaffe. I det nya väntrummet kafédelen kan patienter slå sig ner, prata med varandra och fika en stund, vilket många gärna gör.

I väntrummet satt Caroline alltid på en av stolarna direkt utanför behandlingsrummet. Där fanns ett bord med några tidningar som hon kunde bläddra i. Eftersom hon bodde på patienthotellet alldeles i närheten kom hon ofta endast fem minuter innan sin behandling. Hon upplevde aldrig att hon behövde vänta länge. "Satt man där i en kvart så var det liksom rekord." I kafédelen satt hon aldrig och hon tittade inte heller på tv. På vägen ut från avdelningen brukade hon passa på att ta lite vatten i kafédelen. Caroline kan inte komma ihåg att det satt så mycket folk och fikade där, men antar att det är ett bra ställe att sitta på om man har en anhörig med sig eller om man ska vänta en längre stund. Eftersom hon aldrig var i det gamla väntrummet, visste hon inte om att det fanns ett pusselbord där.

### Kontakt med utemiljön

*Kontakt med naturen utanför kan ge patienter en bra känsla och i bästa fall ha en lugnande effekt, speciellt för dem som känner oro, menar personalen. Utsikten mot trädgården och dammarna i det gamla väntrummet är mycket uppskattad.*

Utsikten mot dammen i det gamla väntrummet uppskattas av många, berättar personalen. "Bara att sitta där och titta ut över dammen, det gör ju en lugn varje dag, själv att gå ut i väntrummet, tycker jag." berättar en av sköterskorna. Hon tror att träden och grönskan har en lugnande effekt, vilket kan ha vara positivt för oroliga patienter. "Jag tror det gör skillnad. Jag tror träden har en lugnande effekt ... ja, jag tror alltså, att man är orolig oavsett, men jag tror att grönskan har en lugnande effekt..." Patienter kommer ibland extra tidigt för att njuta av det gamla väntrummet med dess träd och utsikt mot dammen och trädgården, berättar personalen "Gud vad fint det är här!" hör de ofta patienterna säga. Generellt blir besökare, inklusive kollegor från andra delar av landet, mer "tagna" av trädgården än av det nya väntrummet, berättar en annan sköterska. Personalen uttrycker vidare att stora fönster som generellt leder till kontakt med utemiljön ger en bra känsla för de flesta. De menar att det nog är därför som de allt oftare får hämta in patienterna i kafédelen, som i och med sina stora fönster är "det trevligaste stället på det nya (väntrummet)".

Caroline upplevde ingen kontakt med utemiljön i det nya väntrummet och lade därför heller inte märke till utsikten som fanns där, de stora glaspartierna till trots. "Det var inget som har fångat mig alls", berättar hon.

### Sociala aspekter

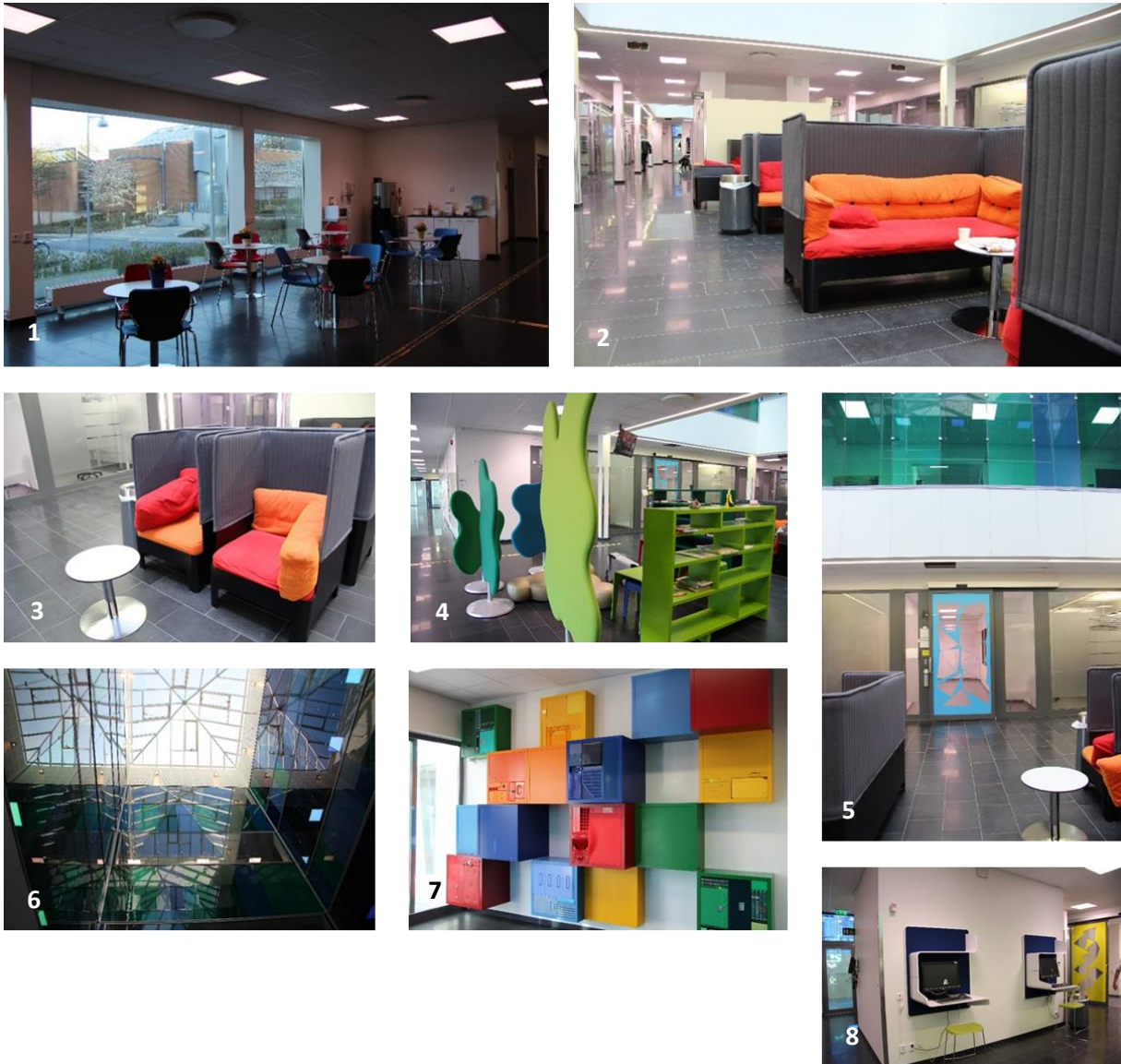
*Väntrummet utformning samt valet av möbler och deras placering påverkar patienternas möjligheter att vara privata alternativt sociala, förklara personalen. Caroline föredrar ett stort och öppet väntrum där patienter kan se varandra och få möjlighet att känna samhörighet.*

Önskan att vara privat alternativt social varierar från patient till patient, berättar personalen. De menar att eftersom det nya väntrummet erbjuder mycket plats och rymd ger det patienterna ökade möjligheter att dra sig undan och vara för sig själva, att vara privata. Det ser personalen som positivt. Möjligheten att vara social erbjuds också, speciellt i kafédelen av det nya väntrummet, där det är lätt att ta en kopp kaffe, sätta sig ner och prata med någon. Många uppskattar det, menar personalen. Vidare innebär besöken på Strålbehandlingen i sig en social möjlighet för vissa patienter, speciellt för de som känner sig ensamma. Därför är det positivt med platser i huset där det är lätt för patienterna att dröja sig kvar, förklarar personalen. I gamla väntrummet kan det tidvis upplevas lite ont om plats, till följd av "drop-in"-tider som erbjuds här. Man kan "tvingas" sitta närmare varandra här då, berättar personalen.

Caroline föredrar öppenheten i det gamla väntrummet. Hon tycker i och för sig att det är härligt att väntrummet är så stort i det nya huset men gillar inte sofforna och fåtöljernas höga ryggar här. Hon menar att dessa gör det svårt för patienterna att vara sociala och dessutom kommunicerar möblerna att man som cancerpatient bör gömma sig, anser hon. "Överhuvudtaget, det här med cancern, tycker jag var lite att... cancer är nästan som en sjukdom som... alltså de här båsen (sofforna med de höga gavlarna), nu tänker jag på de här båsen igen, att man inte vill prata om det, man vill inte att någon ska... man sätter på sig en peruk och man ska inte visa att man tappat hår och man gömmer mycket. Och detta (sofforna med de höga gavlarna) tycker jag också är att gömma sig. Ungefär som att man skäms." Hon tycker att det är viktigt att man som patient ser andra i samma situation och ges möjligheten att känna samhörighet med varandra. Att befinna sig i väntrummet är ett bra tillfälle att prata



eller åtminstone hälsa på varandra. Caroline berättar att det ofta var samma människor på plats varje dag när hon var där. Eftersom det var vanligast att sitta i anslutning till det behandlingsrum man skulle bli inkallad till så tog det inte lång till innan man började känna igen varandra. Hon menar att det är viktigt med någon form av feedback patienter emellan. Den behöver inte vara muntlig men att det är viktigt att känna av varandra. Soffornas höga gavlar försvårar detta tycker Caroline.



**Figur 13.** Nya väntrummet: 1. Kafédelen. 2. Soffor med höga ryggar. 3. Fåtöljer med höga ryggar. 4. "Grönska". 5. Dörr som leder in mot behandlingsrum. 6. Glasmosaikbeklädda ljusstunlar i taket. 7. Färgstarkt konstverk. 8. Datorer tillgängliga för patienterna





**Figur 14.** Gamla väntrummet: 1. Glastak. 2, 3 & 6. Inomhusplanterade träd med apor som dinglar i grenarna. 4. Pusselbordet. 5. Glasfasad med utsikt med landbrygga, dammar och trädgård. 7. Växlighet.

### 7.3.5 Zon 0- innemiljö utan kontakt med utemiljö

#### Orientering och Trygghet

*Att som patient veta var man ska ta vägen samt vem från personalen man kommer att träffa, gör det inte bara lätt att hitta utan bidrar också till en känsla av trygghet, förklarar personalen. Det finns dock en risk att den högteknologiska utrustningen påverkar patienternas känsla av trygghet i behandlingsrummen.*

Det finns med största sannolikhet en trygghet i att alltid gå till samma behandlingsrum, att veta var man ska, menar personalen. Dessutom är man garanterad att träffa samma sjuksköterskor vilket brukar upplevas som positivt. Personalen ser utmaningen i att få patienterna att slappna av och känna sig så trygga som möjligt, speciellt i en sådan teknisk vårdmiljö som Strålbehandlingen. "Nu när man pratar om det så här så är det ju lite absurt, för vi säger ju till patienten att "Du ska ligga där tungt och slappa av" och det är ju kanske inte helt enkelt när man, alltså, kommer in i den miljön."

Caroline bekräftar det som personalen berättar och menar att man som patient känner sig mer hemma genom att alltid få gå till samma rum och träffa samma personal.

#### Inbjudande och Bekväm miljö

*För att minska patienters rädsla och oro bör miljön var varm och välkomnande menar personalen. Att den tekniska utrustningen riskerar att skrämma patienter, bör tas hänsyn till i utformningen av denna typ av vårdmiljö. Det gäller även den akustiska kvaliteten på platsen.*

Många patienter som kommer till Strålbehandlingen för första gången är rädda och oroliga, berättar personalen. Det kan bidra till att patienterna inte kan ta in den fysiska miljön, att det tar dem ett tag att "se" vad som finns runt omkring dem. Efter ett tag, då patienternas nervositet och rädsla lagt sig och de har större möjlighet att slappna av, har de också större chans att se den fysiska omgivning, förklarar personalen. De menar att det är viktigt att miljön är välkomnande, ombonad, varm och mysig. Vidare är det viktigt att rummen som patienterna vistas i ser ut som att de används, att det hänger något tilltalande på väggarna, att tidningsställena är fyllda och att skåpen i rummen inte gapar tomt. Dessa aspekter räknas upp när samtalsrummen i det nya huset diskuteras. Dessa rum beskrivs speciellt problematiska på grund av akustiken i rummen. P3: "Det är bara så vitt och det ekar... Oftast är de (patienterna) väldigt spända då första gången också." Personalen berättar att de själva påverkas av den dåliga akustiken. P2: "Ja, jag tycker det är ett märkligt rum. Jag känner mig obekväm inne i det rummet.... Ja, det bjuder inte in till ett samtal, och jag tror att patienten känner samma faktiskt... Jag skulle bli påverkad. Ja, jag BLIR påverkad, fast som sjuksköterska."

Behandlingsrummen upplevs ofta väldigt stora och skrämmande för patienterna, speciellt i början, har personalen märkt. De förklarar att det finns mycket teknisk utrustning som de flesta patienter aldrig sett förut. Rummet är fullt med kameror och strålbehandlingsmaskinen är stor och rör sig runt patienten under behandlingen. Första intrycket av rummet riskerar därför att bli obehagligt. Personalen kan tydligt se detta. P5: "Där är så mycket utrustning som man aldrig sett innan. Nej, jag tror man känner sig väldigt liten på britsen." De är överens om att det är en väldigt speciell miljö för patienten att befinna sig i. P3: "Nej, men det är just det

att de ska klä av sig där och att det är lite stort och fullt med kameror överallt och de vet att vi ser. Det är en utsatt (situation)... det är ju det ju.”

Caroline liknar strålbehandlingsmaskinen vid en rymdfarkost och beskriver ”Besten” som obehaglig. ”... det var ju lite obehagligt med den där stora maskinen. Hur den liksom, riktigt omslöt mig nästan. Den snurrade runt mig ju... Bara känslan att veta att det är en stråle som går in i kroppen som dödar allt i dess väg, vilket de förklarade, är ju ganska panik... alltså man får ju lite så där: ”Nej, nu vill jag inte mer!!” Men jag måste.”

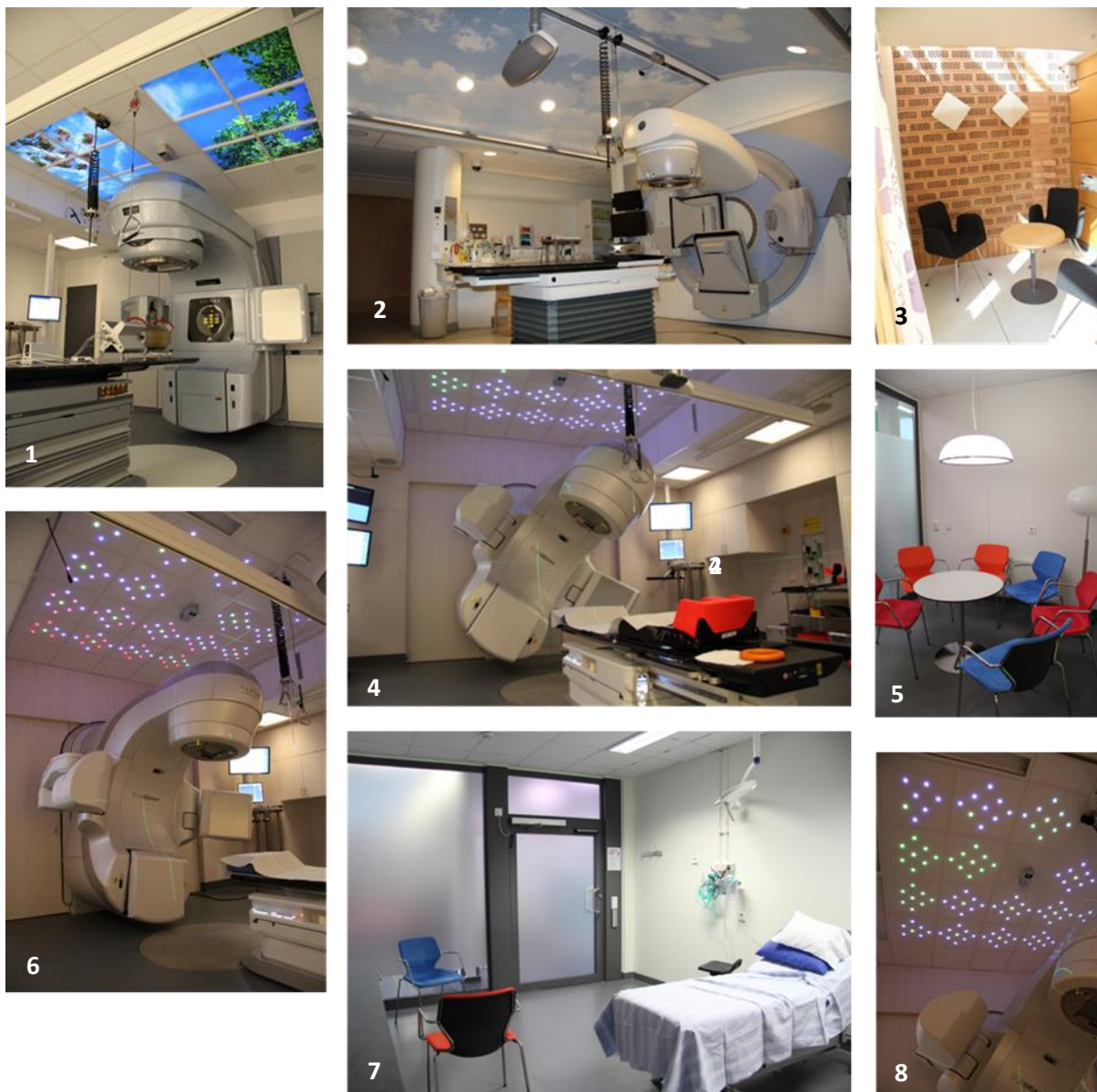
### Sysselsättning och Distraction

*Genom att fokusera på det som finns i behandlingsrummets tak; en målad himmel, takfönster med virtuella bilder eller skiftande ljuspunkter, blir patienterna distraherade, vilket i sin tur leder till att de slappnar av bättre, förklarar personalen. Caroline bekräftar detta och uttrycker att ljuspunkterna var oerhört viktiga för henne och påverkade hela hennes upplevelse av Strålbehandlingen.*

Enligt personalen har dekorativa och distraherande inslag i taket på behandlingsrummen visat sig fungera väl för att få patienterna att slappna av i miljön. Elementen lyckas oftast hålla patienternas uppmärksamhet under hela behandlingen och ger dem ett välbehövt lugn. Patienterna uttrycker uppskattning över de naturinspirerade takdekorationerna och många upplever dem som väldigt behagliga, berättar personalen. Ljuspunkterna är också uppskattade, men det tar längre tid för patienterna att förstå vad det är, förklarar de. ”... det är många som frågar efter några gånger vad det är, och vad det är för syfte, och sen när man säger att det är för att det är ett konstverk, att ni ska ha något att titta på, så tycker de att det är jättefint...” De små lamporna tänds och släcks i vad som kan upplevas som oändliga färg- och mönsterkombinationer. Enligt personalen fungerar dessa skiftningar avledande för patienterna. ”Alltså en del ligger och, ja, får tankarna på något annat, de så här att ”Nu gick en förbi... Åh, nu var det en blå där!” så försöker de se något mönster. Det är en liten utmaning, en liten lek, så det är lite distraherande.” Vidare menar personalen att det finns ytterligare en positiv aspekt till tak-konsten. Patienterna upplever att de får förståelse för vad de går igenom, genom att något utöver det vanliga, något extra, har gjorts för dem. Personalen förklarar, från ett patientperspektiv: ”Ja, de har i alla fall brytt sig, och försökt göra det bättre för mig som patient”... att det uppskattas även på det viset... att faktiskt någon har gjort något, att någon har förstått att det inte är så lätt, att vistas i den här miljön och försökt göra det lite trevligare.”

Caroline beskriver taket (i nya husets behandlingsrum) som ett ”himlavalv” med ”stjärnor” som tänds om vartannat. Hon poängterar att det var viktigt för henne att det hela tiden hände något, att det som befann sig i taket ovanför henne inte var statiskt. Hon minns att hon försökte få logik i hur det tändes och släcktes, vilket resulterade i att behandlingen kändes väldigt kort.” Det gick så himla fort! Så det var bra just att det hände saker hela tiden.” Caroline tror att takfönstren i det gamla huset hade fungerat bra för henne också, om det hade funnits rörelse i bilden, om till exempel löven rört sig i vinden eller om hon hade kunnat titta på molnen som åkt förbi.





**Figur 15.** 1 & 2. Behandlingsrum gamla huset (virtuellt takfönster och målad himmel med moln). 4, 6 & 8. Behandlingsrum nya huset (ljuspunkter som tänds, släcks samt ändrar färg och mönster). 3. Samtalsrum gamla huset. 5. Samtalsrum nya huset. 7. Förberedelserum nya huset.

## 8. DISKUSSION

### 8.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur patienterna på Strålbehandlingen upplever och använder sin vårdmiljö. För att komma närmare svaret kombinerade jag flera metoder med intentionen att erhålla en mer nyanserad bild och en bredare kunskapsbas (Malterud, 2009). Jag upplever att metoderna platsanalys, observation och intervjuer (fokusgrupp och individuell intervju) har kompletterat varandra väl och tillsammans bidragit till ett resultat baserat på olika infallsvinklar, upplevelser, observationer och åsikter kring det undersökta fenomenet. Vidare anser jag att metoderna har svarat väl mot syftet, då de möjliggjort undersökning av patienters användning och upplevelse i både inom- och utomhusmiljön. Att använda sig av flera olika metoder har varit intressant och lärorikt men även tidskrävande, både gällande förståelse, utförande, beskrivning och redovisning. Nedan diskuteras samtliga delmetoder samt förundersökningen som inledde insamlingen av det empiriska materialet.

#### 8.1.2 Förundersökning

Förundersökningen, i form av ett samtal samt rundvisning med en sjuksköterska från avdelningen, utfördes för att få en förståelse för Strålbehandlingen och för att samla in kunskap som inte gick att hämta från litteraturen, dvs. specifik information om verksamheten (Patel & Davidsson, 2003). Förståelsen och kunskapen gav det underlag som jag behövde för att kunna utforma intervjuguiden (som bestod av 1 intervjufråga) och bidrog även till bättre förståelse under själva intervjuerna så att jag fick möjlighet att ställa relevanta följdfrågor. Att få tillstånd att fotografera och få tillgång till alla miljöer på platsen, inklusive de privata behandlingsrummen, var dessutom en förutsättning för skapandet av stimulusmaterialet som användes i både fokusgruppen och individuella intervjun. Den muntliga korrespondensen spelades inte in, vilket jag i efterhand anser att den borde ha gjorts. Detta hade gett mig möjlighet att lyssna igenom samtalet efteråt och på så sätt kunna använda utmärkande yttranden som citat i arbetet.

#### 8.1.3 Platsanalys

Platsanalysen innebar en ökad förståelse för Strålbehandlingen som vårdmiljö och ett tydliggörande av platsens olika zoner. För att leva upp till syftet adderade jag i detta skede en femte zon (zon 0- innemiljö utan kontakt med utemiljö) för att på så sätt inkludera hela vårdmiljön (inom- och utomhusmiljön) i studien.

I platsanalysen är zon 4 (yttre omgivning) mindre tydligt definierad jämfört med de övriga zonerna. En större initial förståelse och tydligare beskrivning av zon 4 hade underlättat hanteringen av zonen i observationerna och intervjuerna. Zon 4 upplevdes svårdefinierad eftersom den inte har samma tydliga gränser som ett rum, en byggnad eller en trädgård. Otydlighet i beskrivningen av zon 4 i platsanalysen påverkade de övriga undersökningsmetoderna. Detta redovisas nedan under respektive delmetod.

#### 8.1.4 Observation

Observationerna utfördes med intentionen att undersöka patienternas användning av de olika zonerna på Strålbehandlingen. Min strävan var att hålla ett tillräckligt fysiskt avstånd under observationen och att inte iakttä patienterna för intensivt, bli för närgången eller för uppenbar i mitt agerande som observatör eller på annat sätt riskera att göra dem obekväma med min närvaro. Detta innebar att jag inte alltid kunde observera det som jag skulle behöva, vilket är ett av de praktiska problem som en *okänd deltagande observatör* kan uppleva (Patel & Davidsson, 2003). Exempelvis var det tidvis svårt att observera användandet av soffgrupperna (i zon 1). För att kunna observera detta hade jag behövt sätta mig inne i soffgrupperna, då de höga ryggarna gjorde det svårt att se in utifrån. Att sitta så nära patienter och anhöriga kändes inte befogat och undveks därför.

Det var inte heller möjligt att observera i zon 0 (behandlingsrummen) under pågående behandling, då detta hade inkräktat på patienternas integritet. Gedigna beskrivningar av patienternas användning och upplevelser av zon 0 anses dock ha erhållits genom fokusgruppen och den individuella intervjun.

Observation i zon 4 (yttre omgivning) utfördes inte på grund av svårigheterna i att veta vem på området som var på väg till vilken avdelning, alltså vilka av brukarna på området som var Strålbehandlingens patienter. Kanske hade detta varit möjligt om zonen tydligare definierats eller om det vid observationstillfällena funnit en större medvetenhet om den väg som Strålbehandlingens patienter färdas genom sjukhusområdet.

#### 8.1.5 Intervjuer

Båda intervjuerna (fokusgruppen samt den individuella intervjun) utgick från samma intervjuunderlag och stimulusmaterial. Fokusgruppsintervjun fick i större grad ett eget liv där deltagarna själva började ställa frågor till varandra och själva tog upp olika aspekter och funderingar kring miljöns betydelse för patienterna. Deltagarna pratade med varandra och inte med mig, jag kunde därför koncentrera mig på att lyssna och föra anteckningar. I den personliga intervjun upplevdes det naturligt att ställa följdfrågor eftersom situationen i större utsträckning påminde om ett vanligt samtal.

Eftersom diskussionerna kring zon 4 (omgivningen) utgick från stimulusmaterialet (dvs. fotografier) kan man anta att deltagarna till stor del begränsades av de fotografier som visades. Många av fotografierna i zon 4 påminde om fotografierna i zon 3, vilket innebar att en förklaring krävdes kring vad "omgivningen" var och vad som skulle diskuteras i relation till denna zon under intervjuerna. Detta hade möjligen avhjälpats om zonens gränser tydligare definierats under arbetet med platsanalysen.

Under intervjuerna diskuterades zonerna i ordningsföljden zon 0 till zon 4. I detta arbete presenteras zonerna istället i motsatt ordning; från zon 4 till zon 0. Orsaken till detta är att den senare ordningsföljden representerar patienternas väg från sjukhusområdet (zon 4) till behandlingsrummet (zon 0), vilket i sammanhanget upplevdes som det mest naturliga. Inga uppenbara felkällor på grund av denna omvända ordning har identifierats.

Möjligtvis har zon 4 diskuterats i mindre utsträckning under intervjuerna då zonen kom sist i turordning, vilket innebar det fanns mindre av både tid och koncentration kvar hos deltagarna vid det laget.

#### a) Fokusgrupp

Min upplevelse av fokusgruppen var att den fungerade väl både i antalet deltagare samt i den spridning av ålder, erfarenheter och personligheter som utgjorde gruppen. Deltagarna hade lätt för att diskutera ämnet och det var tydligt att de kände både miljön och patienterna väl. Gruppen framförde många åsikter och tankar och upplevelsen var att alla fick göra sin röst hörd. Deltagarna ställde själva frågor till varandra och utvecklade vid flera tillfällen gemensamma tankegångar. Detta utvecklades till idéer och olika förbättringsförslag för verksamheten. Denna interaktion gav mig en inblick i hur kunskap och idéer kan utvecklas i en grupp, vilket var mycket intressant att få ta del av. Pauser uppkom naturligt vid flera tillfällen under intervjun. Efter en kort period av tystnad kom diskussion dock ofta igång av sig själv igen. Det kan vara värt för moderatören att ha "is i magen" menar Wibeck (2010), eftersom det är just efter uppehåll och tystnader i diskussionen som nya intressanta ämne eller tankegångar dyker upp. Så var fallet även här. Det fanns stor samstämmighet inom gruppen men vid några tillfällen upplevde deltagarna ändå saker olika, vilket ledde till intressanta diskussioner.

För att lättare hålla isär vem som sa vad under avlyssningen av ljudinspelningen (i samband med transkriberingen) antecknade jag de första orden i varje yttrande tillsammans med deltagarens initialer under intervjun (Wibeck, 2010). Detta visade sig vara en väldigt tidkrävande och intensiv uppgift. Vid flera tillfällen under intervjun började deltagarna prata om den egna arbetsmiljön samt vårdmiljön ur eget perspektiv, trots att fokus för diskussionen var patienternas perspektiv på vårdmiljön. Jag fann det stundtals svårt att leda tillbaka deltagarna på rätt spår, samtidigt som jag skulle anteckna vem i gruppen som sa vad. Hade denna uppgift utföras av någon annan (t.ex. en assistent eller medforskare) hade jag som moderator kunnat fokusera bättre på vad som sagts under intervjun, fått möjlighet att styra tillbaka diskussionen snabbare samt eventuellt ställa fler följdfrågor. Dock var min intention från början, som moderator i en semistrukturerad fokusgrupp, att hålla mig så tyst och passiv som möjligt för att i så lång utsträckning låta deltagarna diskutera fritt med varandra (Wibeck, 2010). Jag anser därför att det trots allt fungerade relativt väl att själv föra anteckningar under fokusgruppen. Tillfälliga pauser och tystnader tilläts existera för att ge utrymme för uppkomsten av ytterligare tankar och kommentarer hos deltagarna. Detta gav mig möjlighet att hinna ikapp med mina anteckningar samt gjorde det möjligt för mig att ställa följdfrågor vid några tillfällen under intervjun.

#### b) Individuell intervju

Eftersom endast en patient intervjuades går det inte att dra några generella slutsatser för alla Strålbehandlingens patienter. Resultatet kan istället ses som en intressant jämförelse med fokusgruppens resultat, för att belysa eventuella skillnader i upplevelser hos personal och patient. Den individuella intervjun skulle även kunna bli en första intervju i en rad kompletterande intervjuer i framtida studier, där en högre generaliserbarhet gällande användning och upplevelse bland patienter eftersträvas.

Spontana följdfrågor tillkom naturligt under den individuella intervjun, som till stor del hade karaktären av ett samtal. Vissa frågor under intervjun ställdes till följd av information, tankar eller idéer som uppkommit i fokusgruppen och som ansågs intressanta att även höra patientens upplevelse eller åsikt kring.

## 8.2 Resultatdiskussion

### 8.2.1 Att undersöka patienters användning och upplevelse av vårdmiljön (från insida till utsida) med modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön*

I denna studie har patienternas användning och upplevelse av Strålbehandlingen i Lund undersökts. Ett helhetsgrepp har tagits på vårdmiljön som har undersökts hela vägen från insidan till utsidan för att på så sätt inkludera patienternas totala vårdmiljö. Detta har gjorts med en kombination av flera metoder, alla med utgångspunkt i modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön*. En tidig insikt i studien var behovet av att addera en femte zon till modellen för att på så sätt inkludera hela vårdmiljön. Den nya zonen kallad *zon 0*, representerar *innemiljö utan kontakt med utemiljö*. Zon 0 gav upphov till reflektioner kring zonen beskrivning och om den bör representera en fönsterlös miljö, eller om det handlar om en miljö där patienter och övriga brukare inte *upplever* någon kontakt med utemiljön. Är det upplevelsen eller den fysiska utformningen som styr vilken zon en miljö bör kategoriseras som? Frågan anser jag även vara relevant för modellens övriga zoner. Bör exempelvis zon 2 (övergångszon mellan inne- och utemiljö) identifieras som en miljö med en känsla av att befinna sig halvvägs inne och halvvägs ute? Eller bör det finnas en så pass bra och detaljerad beskrivning av miljöns fysiska komponenter, samt goda fotografiska exempel, så att kategoriseringen av miljön underlättas och tolkas så lika som möjligt? Det finns självklart en fördel med det sistnämnda anser jag, då en tydlig beskrivning av zonerna påverkar modellens användbarhet och validitet i evidensbaserade designprocesser. I denna studie har det gamla och det nya väntrummet beskrivits som zon 1. Detta är värt att diskutera då båda rummen har inslag (t.ex. stora glaspartier) som skulle kunna få dem att kategoriseras som zon 2. Speciellt gäller detta för det gamla väntrummet enligt min åsikt, eftersom rummet täcks av ett glastak som släpper in mycket naturligt ljus, har en glasfasad som täcker ena kortsidan av rummet och erbjuder en fantastisk utsikt samt stor kontakt med trädgården utanför. Dessutom har rummet en lång rad av träd planterade inomhus. Å ena sidan skulle man alltså kunna säga att rummet är en övergångszon mellan ute och inne, med tanke på all växlighet, naturligt ljus och kontakt med naturen utanför. Å andra sidan består större delen av rummet av "vanliga" väggar, möjligheten att komma ut (och tillbaka in) försvåras av att dörren ut mot landbryggan går i baklås (landbryggan var dessutom tillfälligt avstängd vid ett observationstillfälle) och kontakten med utemiljön är inte lika tydlig genom hela rummet (kontakten är mindre tydlig ju längre bort från glasfasaden man kommer). Detta är dock ingen självklarhet och skulle kunna diskuteras vidare samt prövas på olika sätt i framtida studier.

I metoddiskussionen beskrev jag zon 4 och dess gränser som särskilt problematiska att definiera. Det hade varit viktigt att förstå mer exakt var zonen började och var den slutade i förhållande till Strålbehandlingen, i ett tidigare skede av studien. En möjlighet hade varit att definiera zon 4 som det området som sträcker sig mellan busshållplatsen alternativt parkeringsplatsen (alltså där man som patient anländer till sjukhusområdet) fram till zon 3.



Dessutom borde den miljö (bortom zon 3) som kan ses och upplevas från de övriga zonerna också inkluderas i zon 4. Zonen skulle även kunna innefatta platser på området som används och upplevs som relevanta för Strålbehandlingens patienter.

Jag anser att *fyra zoner av kontakt med utemiljön* är en bra och intressant modell för användning i evidensbaserade designprocesser. I platsanalysen gav modellen mig en tydligare och mer strukturerad bild av vårdmiljön, med förståelse för verksamheten i relation till platsens olika zoner. Genom stimulusmaterialet, baserat på fotografier indelade i de olika zonerna, erhöll jag kunskap om patienternas användning och upplevelse, inte bara av Strålbehandlingens i stort, utan i alla de specifika delarna av vårdmiljön. Resultatet från intervjuerna visar att patienterna använder och upplever Strålbehandlingens zoner olika, samt att olika saker är viktiga i olika delar av vårdmiljön. Patienterna har alltså behov och önskemål som är direkt kopplade till olika delar av den fysiska vårdmiljön. Denna kunskap är ytterst värdefull i ett designsammanhang, där förståelsen för brukarnas behov är grundläggande för en god och hälsofrämjande miljö enligt min mening. Sambandet mellan utformning, användning och upplevelse är således tydligt och något som jag anser alltid bör övervägas i ett designsammanhang.

#### 8.2.2 Fem teman som beskriver patienternas behov i de olika zonerna

I resultat delen av detta arbete presenteras fem teman som beskriver patienternas behov på Strålbehandlingens i relation till respektive zon (se Analys av intervjuer, sid. 26). I följande text sammanfattas och diskuteras dessa fem teman, och relateras till forskning och evidensbaserade underlag och modeller med relevans för resultatet. Referensen "Bengtsson & Grahn (2014b)" relaterar till verktyget *QET* och "Chalmers PTS (2011)" till rapporten *Den goda vårdavdelningen* som beskrivs i bakgrunden.

##### Orientering och Tillgänglighet/ Orientering och Trygghet (zon 4, 3/ zon 2, 1, 0)

Det fanns en distinkt skillnad mellan de två första zonerna (4 och 3) och de sista tre (2, 1 och 0) i relation till detta tema samt utifrån det upplevda behovet av tillgänglighet och trygghet. Utanför huset (i omgivning och utemiljöer) låg vikten på tillgänglighet medan tryggheten blev det mest väsentliga inomhus (i entréhall, väntrum, samtalsrum, förberedelserum och behandlingsrum). Exempel på behovet av *tillgänglighet* är vikten av att lätt och smidigt kunna tas sig fram och in till avdelningen, oavsett om man kommer till fots eller med bil/transport. Vidare finns behovet av att utemiljöerna på platsen är tillgängliga och uppmuntrar till användning av dem. Behovet av *trygghet* på Strålbehandlingens innebär att kunna känna sig trygg i att hitta dit man ska, trygg med personalen man ska träffa, trygg i miljön samt trygg med sin behandling. Med anledning av detta byter temat namn från *Orientering och Tillgänglighet* till *Orientering och Trygghet* i zonerna 2, 1 och 0.

*Orientering och Tillgänglighet/ Orientering och Trygghet* handlar om att det måste vara lätt för patienter att hitta till avdelningen samt vara smidigt för dem att ta sig dit. Landmärken kan vara ett sätt att underlätta orienteringen för patienter (Bengtsson & Grahn, 2014a, 2014b). I den individuella intervjun framkom det att Strålbehandlingens nya hus fungerade som ett landmärke för patienten. Huset, som med sin multifärgade fasad står ut från resten av området, kommunicerade inte bara var Caroline skulle ta vägen utan gav henne också en

positiv upplevelse och inställning till platsen generellt. Forskningssammanställningar visar att orientering kan påverka patienters totala upplevelse av vårdmiljön har visats i studier där dålig vägvisning minskade patienters och besökares grad av nöjdhet med sin vårdmiljö (Ulrich et al., 2008; Chalmers PTS, 2011). Vidare beskrivs i en av sammanställningarna att särpräglade interiöra landmärken, inklusive större konstverk samt utblickar från fönster i korridorer, också kan stödja orienteringen för patienterna (Chalmers PTS, 2011). Detta anser jag vara speciellt lyckat i entréhallen på avdelningen, där både fönster och stora konstverk finns närvarande. En av aspekterna i QET beskriver vikten av en *trygg och säker* miljö, med betoning på bland annat miljöer med minimerad fallrisk och sittplatser anpassade efter patienternas behov (Bengtsson & Grahn, 2014a, 2014b). Detta stämmer väl överens med patienternas behov på Strålbehandlingen, där t.ex. den sluttande backen ner till avdelningens huvudentré upplevdes besvärlig för vissa patienter samt där de mjuka sofforna utan armstöd gjorde det omöjligt för vissa patienter att sitta bekvämt samt själva resa sig upp.

Temat handlar vidare om vikten att som patient känna sig välkommen i vårdmiljön samt trygg i vetskapen om vart man ska ta vägen och vem man ska träffa. Att bli personligt välkomnad och visad runt, speciellt vid första besöket på en ny vårdavdelning, kan öka upplevelsen av trygghet och bidra med en känsla av att *det kommer att vara OK att vara där* (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2005). På Strålbehandlingen blir patienterna i dagsläget inte erbjudna en rundvisning, något som både personal och patient upplevde var en brist. Därför kände inte Caroline till att det fanns ett gammalt väntrum där hon skulle kunnat spendera tid om hon ville, eller att det fanns en utemiljö på husets baksida till hennes förfogande. Utöver möjligheten att själv hitta på platsen, är tillgängligheten av de befintliga miljöerna en förutsättning för att patienterna ska kunna använda dem. Bengtsson & Grahn (2014a, 2014b) menar att tekniska egenskaper som låsanordningar, dörrar osv. kan påverka tillgängligheten och patienternas möjlighet att både komma ut och tillbaka in. Detta blev tydligt i det gamla väntrummet där glasdörren ut till landbryggan gick i lås varje gång dörrrens stängdes, och därför riskerade att låsa ute patienterna. Detta hindrar både tillgängligheten och den tryggheten som krävs för att patienter ska vilja använda utemiljön.

Att känna förtroende för sin behandling betyder också mycket för den totala känslan av trygghet. Patienternas upplevelse av sambandet mellan den fysiska miljön, vården och känslan av trygghet beskrevs av deltagarna i fokusgruppen: "Ja men om man satsar så mycket på miljön så måste man ju satsa väldigt mycket på sina maskiner... Alltså behandlingsmässigt tror jag man känner sig trygg..." "Här är nytt och fräscht och då bör de ju ha de bästa teknologiska behandlingarna också." Även tidigare studier har visat att patienters uppfattning av den fysiska miljön påverkar den totala upplevelsen av erhållen vård (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2005).

Kontakten mellan patient och personal visade sig vara mycket viktig i väntrummet och kan sannolikt kopplas till känslan av trygghet och möjligheten att slappna av. För många patienter var det nämligen viktigt att bli sedd av personalen för att på så sätt minska oron över att missa sin behandling. Väntrummet och möblernas utformning har potential att antingen underlätta eller försvåra den kontakten. Ett exempel på det är sofforna med de höga ryggarna som

upplevdes försvåra kontakten, då patienterna ständigt fick böja sig ut för att se och kunna få kontakt med personalen och på så sätt försäkra sig om inte blir bortglömda.

I en högteknologisk miljö som Strålbehandlingen, speciellt med strålbehandlingsmaskinen och den övrig teknisk utrustning i behandlingsrummen, kan det vara speciellt svårt att uppnå den önskade känslan av trygghet. Här kan rummets utformning och distraherande vara en del i att åstadkomma en tryggare och mer behaglig miljö för patienten.

Inbjudande och Behaglig/ Inbjudande och Bekväm miljö (zon 4/ zon 3, 2, 1, 0)

Även i detta tema fanns det en upplevd skillnad gällande behoven i de olika zonerna. I omgivningen runt Strålbehandlingen (zon 4) var det viktigt att miljön var behaglig, men väl vid och inne på avdelningen (zon 3, 2, 1, 0) tog vikten av bekvämlighet över. Zon 4 fungerar till största del som transportsträcka för patienterna, men står även för det första intrycket av miljön med potential att sätta tonen för det kommande besöket på avdelningen. Det är därför viktigt att zonen är både inbjudande och *behaglig* och ger ett gott första intryck. Väl framme vid Strålbehandlingen har patienterna behov av en inbjudande och *bekväm* miljö, då de spenderar mer tid på avdelningen än i omgivningen. Det finns således behov av bekväma och funktionsvänliga möbler (både inom- och utomhus) där patienterna kan sitta ner under längre stunder. Dessutom innebär en bekväm miljö bl.a. tillfredsställande akustik, god inomhustemperatur och väderskydd (speciellt viktigt för Strålbehandlingens solkänsliga patienter), som påverkar upplevelsen av miljön och användarvänligheten på platsen. Med anledning av detta byter temat namn från *Inbjudande och Behaglig miljö* till *Inbjudande och Bekväm miljö* i zon 3, 2, 1 och 0.

*Inbjudande och Behaglig miljö/ Inbjudande och Bekväm miljö* handlar om behovet av en positiv och hälsofrämjande miljö för patienterna, där förutsättningarna för att kunna slappna av är så stora som möjligt. I studien framkom bl.a. att följande aspekter kan bidra till en inbjudande, behaglig och bekväm miljö: växter ("grönska"), porlande vatten, varma färger, naturliga materialval, bekväma och estetisk tilltalande möbler (som är lätta att hålla rena, samt lätt att sätta sig i och resa sig ur) både inom- och utomhus, attraktiv konst, behagliga inomhustemperaturer, ordentligt ljusinsläpp, kontakt ut samt väderskydd som möjliggör utomhusvistelse. Forskningssammanställningar visar att många av dessa aspekter har en stor påverkan på patienters välmående. T.ex. så påverkar dagsljuset patienter genom att bland annat reducerar depression samt minska upplevd smärta (Ulrich et al., 2008; Chalmers PTS, 2011). Vidare visar en sammanställning att interiörer genomgående skattas högre när det finns invändiga växter eller fönster som ger utblick mot naturen (Chalmers PTS, 2011). Dessutom ökar patienters nöjdhet med både personal och vårdkvalitet då patienter vistas i attraktiva vårdmiljöer (ibid.). Enligt Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2005) förmedlar fysiska vårdmiljöer olika budskap och han menar att *bry sig om miljön symboliserar att bry sig om människor*. Intressant att nämna är att avsaknaden av "levande material" och vatten i entréhallen som gjorde att Caroline inte kände att hon ville spendera tid där. Jag vill påstå att hon såg en symbolik i materialvalen som gjorts där. Se mer om symbolik och vårdmiljöer under *Social aspekter* längre ned i texten.



Genom intervjuer och observationer framkom det att Strålbehandlingens utemiljöer inte används i speciellt stor utsträckning. Anledningen till detta anses vara avsaknaden av bekväma sittplatser, bord som gör det möjligt att äta ute, en trivsamt miljö, tillgänglighet samt väderskydd. Patienterna på Strålbehandlingen rekommenderas undvika att sitta i solen, så just solskydd är speciellt viktigt här. Caroline berättade att hon spenderade mycket tid utomhus varje dag, både innan och efter varje behandlingstillfälle. Dock valde hon att sitta längre bort på sjukhusområdet vid ett springvatten- en plats som gav henne ett stort lugn. Detta kan ses som en indikation på avsaknad av element nära Strålbehandlingen som attraherar patienter och som skulle kunna bidra till att utemiljöerna används i större utsträckning. Forskning visar att just vatten är en viktig variabel för vår preferens i utemiljöer (Hägerhäll, 2005). Säkert hade förekomsten av vatten av något slag (både utomhus och inomhus) varit uppskattat av patienterna på Strålbehandlingen.

Att miljön är "ny och fräsch" samt välskött uppskattas och framhålls som viktigt av både personal och patient. Det finns ett tydligt förhållande mellan investeringar och social status (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2006). Studier visar att nyinvesteringar inom teknik, utrustning och inredning inom vården påverkar brukarna som känner sig viktiga och bekräftade. Investeringarna signalerade att sjukvården som ges på platsen är viktig och prioriterad och att även brukarna är det (ibid).

Den akustiska kvaliteten på platsen påverkar också upplevelsen av miljön. I nya husets samtalsrum upplevde personalen akustiken så pass obehaglig att de ibland valde att ha samtal med patienter i andra rum istället. En ansevärd mängd forskningsstudier visar att höga ljudnivåer (inkl. eko och efterklang) i vårdmiljöer påverkar patienter negativt, t.ex. gällande deras stressnivå och tillfredsställelse (Chalmers PTS, 2011). I entréhallen, å andra sidan, var min personliga uppfattning att det var på gränsen till *för* tyst. En studie av Annerstedt et al. (2013) visar att människor återhämtar sig bättre från stress i en naturmiljö med naturljud än i en naturmiljö utan ljud. I studien upplevdes den totala tystnaden inte avslappnande utan tvärt emot skrämmande. Kanske kan detta indikera att mer ljud i entréhallen skulle behövas, förslagsvis i form av naturljud eller andra ljud som upplevs behagliga (t.ex. musik). Detta hade möjligtvis kunnat ha en god inverkan på patienterna som spenderar flera timmar per dag i entrén. Intressant vore att undersöka effekten av helt tysta eller mycket tysta vårdmiljöer, hur det påverkar patienternas möjlighet att slappna av och vara bekväm i vårdmiljön.

Den stora strålbehandlingsmaskinen och den tekniska utrustningen i behandlingsrummet upplevs enligt personalen ofta som obehagliga av patienterna, som redan kommer till avdelningen rädda och oroliga. Patienter förknippar ofta närvaron av medicinsk-tekniska apparater med känslor av ohälsa skriver även Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2005). Deltagarna menar att det med stor sannolikhet hade underlättat för patienterna på Strålbehandlingen om den tekniska utrustningen på något sätt hade kunnat gömmas eller kamoufleras.

Sysselsättning och Distraktion (zon 2, 1, 0)

Temat *Sysselsättning och Distraktion* poängterar vikten av att en vårdmiljö som Strålbehandlingen innehåller föremål som lockade på uppmärksamhet och som har möjlighet

att avleda patienters tankar. I entréhallen (zon 2) upplevs behovet av sysselsättning stort då många patienter ofta sitter och väntar på transport i flera timmar, varje vardag under fem veckors tid. I väntrummen (zon 1) kan sysselsättning eller distraherande inslag i miljön (t.ex. utsikt mot natur eller konst) fungera avledande, vilket är viktigt för patienter som upplever anspänning, stress och oro. I behandlingsrummen (zon 0) måste patienten ligga helt stilla och vara så avslappnade som möjligt för att strålningen ska träffa rätt. Det kan vara speciellt svårt för patienter att slappna av i en så pass högteknologisk miljö som behandlingsrummen på Strålbehandlingen är (rummen innehåller en stor strålningsapparat, kameror, skärmar osv.). Distraction innebär möjligheten för patienterna att fokusera på något annat än själva strålningen. Detta kan dämpa deras rädsla och oro, vilket i sin tur leder till att de kan slappna av bättre.

*Positiv distraction* är ett begrepp som innebär att vissa typer av miljöegenskaper är särskilt effektiva för att minska patienters stress och främja välbefinnandet (Ulrich, 1992). Det är element som ger positiva känslor, enkelt håller brukarens uppmärksamhet och intresse, och därför kan blockera eller minska personens oroande tankar (ibid). Enligt flera studier visar positiva distractioner även önskvärda fysiologiska förändringar såsom sänkt blodtryck (Ulrich, 1992). De mest effektiva positiva distractionerna är huvudsakligen element som har varit viktiga för människor under miljoner år av evolution. Exempelvis träd, växter och vatten (ibid.). I en vårdmiljö som innehåller positiva distractioner kan patienters fokus tillfälligt flyttas från dem själva och från cancer, med chans att för en stund glömma den rädsla och ångest som ofta är kopplad till behandlingen och sjukdomen (Edvardsson, Sandman & Rasmussen 2005). I väntrummen kan doften av kaffe, intressanta tidningar, eller spännande tv-program distrahera patienterna en stund och få dem att känna sig mer hemma i miljön (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2006). Platser som möjliggör sociala tillfällen, t.ex. kafédelen, där samtal och möten kan uppstå har också en distraherande potential. Detsamma gäller för konstverken på Strålbehandlingen, som enligt personalen ofta väcker nyfikna blickar och kommentarer. Konsten som tidigare beskrivits som en del av en inbjudande miljö, kan även fungera distraherande för patienterna. Värt att nämna är risken med att placera konst i en vårdmiljö, speciellt när det gäller abstrakt konst. Tvetydiga eller svårförstådda motiv riskerar nämligen att tolkas annorlunda av patienterna än av personalen och konstnären själv, menar Ulrich (1999). Många studier visar att personers emotionella tillstånd i stort sätt påverkar alla aspekter av deras tankeverksamhet och minnen (ibid.). Patienter som mår dåligt upplever och associationer således ofta abstrakt konst på ett negativt sätt, i enlighet med det självupplevda känslotillståndet (Ulrich, 1999). På Strålbehandlingen fanns inga indikationer på att den abstrakta konsten framkallade negativa känslor eller associationer hos patienterna, enligt denna studie. Dock menade personalen att konst med naturmotiv ("blommor och blad") är den mest populära (se Inbjudande och bekväm miljö sid. 34). Enligt Ulrich (1999) visar studier att patienter föredrar just bilder som domineras av naturen (t.ex. ett landskap eller en vas med blommor) samt att stressåterhämtning kan främjas genom att se natur (verklig och simulerad). Kanske är detta anledningen till att de natur-lika takdekorationerna och installationerna i behandlingsrummen är så omtyckta. Här är det tydligt att naturen (om än i simulerad form) verkar avslappnade och distraherande för patienterna.

I entréhallen finns idag få upplevda distraherade element. Min misstanke är att det inte var tänkt att patienterna skulle spendera så mycket tid i entréhallen som de faktiskt gör (kan vara flera timmar per dag), och att det är därför miljön innehåller väldigt få möjligheter till positiv distraktion.

I behandlingsrummen, där kontakten med utemiljön helt saknas, har distraherade element av andra slag adderats. I taken (som patient ligger man på rygg och tittar upp i taket) på de olika behandlingsrummen går följande att hitta: en blå himmel med vita moln, virtuella takfönster (som visar en sommarhimmel med blomstrande trädgrenar) samt ljuspunkter som skiftar färg. Ljuspunkterna upplevs enligt deltagarna i intervjuerna som ett himlavalv med stjärnor som tänds och släckts om vartannat och skapar olika mönster och färgkombinationer. Personalen menar att detta ofta fångar patienternas uppmärksamhet och gör att de kan slappna i större grad. Caroline berättade att det var tack vare ljuspunkterna som behandlingen upplevdes gå väldigt snabbt. Hon poängterade också värdet i att konstverket var levande, i rörelse, och att en statisk bild sannolikt inte hade kunnat distrahera henne på samma sätt. Gemensamt för alla takdekorationer är att naturen har fått komma in i rummen, för att skapa en mer behaglig miljö för patienterna. Forskningsammansättningar visar i enlighet med detta att inte bara verklig utan också simulerad natur (inkl. konst med naturmotiv) har möjlighet att reducera patienters smärta och stress (Ulrich et al., 2008; Chalmers PTS, 2011). Ytterligare en intressant sak är att ljuspunkterna i taket är spridda i en regelbunden symmetrisk form som av konstnären beskrivs som kalejdoskopiska *fraktaler*, (Region Skåne, 2013). En fraktal är ett mönster som upprepar sig när man tittar på det i allt större förstoring. Fraktalen är skaloberoende och denna egenskap återfinns i många mönster i naturen (Hägerhäll, 2005). Några exempel på det är en snöflinga eller ormbunke, där en liten del av mönstret liknar en större del. Det verkar finnas ett samband mellan fraktala dimensioner (det mönster som naturen verkar byggas av), preferens och återhämtning (ibid). Detta kan vara en del av förklaringen till varför ljusverket har en sådan positivt avledande effekt på patienterna.

#### Kontakt med utemiljön (zon 1, 2)

Temat handlar om behovet av *kontakt med utemiljön* och de positiva effekter som patienter kan uppleva därigenom. På vissa platser av Strålbehandlingen är kontakten med utemiljön och naturen speciellt stor; entréhallen samt det gamla väntrummet. Intressant att anmärka är att även om behandlingsrummen är fönsterlösa så existerar ändå kontakt med naturen där, om än i simulerad form.

Entrén har stor kontakt med utemiljön, tack vare sin glaskonstruktion. Forskningsammansättningar visar att just kontakt med naturen har visat sig vara både distraherande samt smärt- och stressreducerande för patienter (Ulrich et al., 2008; Chalmers PTS, 2011). Det stora ljusinsläppet ger dessutom ett stort och positivt intryck på patienterna visade det sig under intervjuerna. Även dagsljus har som tidigare nämnt visats goda effekter på patienter genom bl.a. minska smärta och reducera depression (ibid.)

I det gamla väntrummet är kontakten med naturen stor tack vare glasfasaden, glastaket och de inomhusplanterade träden. Att titta ut mot trädgården och dammarna utanför samt att sitta och vänta under trädskronorna inomhus har en lugnande effekt på patienterna (som ofta

upplever oro), enligt personalen. Tanken med både en yttre och inre trädgård var att frisk luft, sol, träd och grönska var bra för patienternas hälsa och återhämtning (Diedrich, 2012). Ombyggnadsprojektet (från år 1991) då trädgårdarna adderades till avdelningen, fick det underbara namnet *The house in the forest and the forest in the house*. Intentionen var att skapa en human och trevlig miljö för patienterna genom två trädgårdar som var "frodiga och bubblade av liv" (ibid.). Kanske kan patienterna även se symbolismen i detta och uppleva miljön som betydelsefull för dem. Aspekten *symbolism/reflektion* i QET, beskriver behovet av kontakt med naturen och omgivande liv samt hur vissa inslag runt om kring oss kan generera tankar kring symbolismen mellan ens eget liv och det i naturen (Bengtsson & Grahn, 2014a, 2014b). Vidare visar forsknings-sammanställningar att bara genom att titta på naturen så kan patienters stress reduceras (Ulrich et al., 2008; Chalmers PTS, 2011). Fysiologisk återhämtning i form av en sänkning av blodtryck, andning och förändrade hjärtaktiviteter är några exempel på goda effekter som kan komma av att se natur (ibid.) Dessutom visar sammanställningar att välutformade trädgårdar kan reducerar stress, ökar patienters tillfredsställelse, lindra smärta och förbättra andra hälsofaktorer (Ulrich et al., 2008; Chalmers PTS, 2011.) Med detta i åtanke får vi hoppas att landbryggan snart är åtgärdad så att den frodiga trädgården kan åtnjutas igen.

Intressant att lyfta i detta sammanhang är skillnaden i upplevelse mellan patient och personal, gällande de stora glaspartierna och kontakten med utemiljön i det nya väntrummet. Personalens upplevelse är att patienterna allt oftare sätter sig i kafédelen (där stora glaspartier finns) eftersom det är "det trevligaste stället på det nya (väntrummet)". Anledningen till detta menar de vara de stora fönstren som "ger en bra känsla för de flesta" i och med kontakten med utemiljön. Caroline å andra sidan lade inte alls märke till glaspartierna eller utsikten som fanns där och såg kafédelen endast som en plats att möjligtvis sitta på om man hade en anhörig med sig. Vidare observerade jag att alla som satt i kafédelen av det nya väntrummet satt med ryggen vända mot glaspartierna. Min uppfattning är att patienterna var fokuserade på att få kontakt med personalen och ville undvika att missa sin behandlingstid, vilket gav dem mindre utrymme att ta in den omgivande fysiska miljön. Tv:n pockade också på utmärksamhet och den var placerad så att patienterna fick sitta med ryggen mot glaspartierna för att kunna se den. Frågan är om miljöaspekterna, i det här fallet dagsljuset och kontakten med utemiljön, ändå har hälsofrämjande effekter trots att patienterna inte verkar uppmärksamma dem? Detta hade varit intressant att undersöka vidare.

#### Sociala aspekter (zon 1, 2)

Två aspekter blev tydliga i detta tema; att patienter har olika behov när det gäller att vara *sociala alternativt privata* i en vårdmiljö, samt att vårdmiljöns utformning, val av möbler och möblering påverkar patienternas möjlighet att vara sociala alternativt privata. En öppen och ljus kafédel med många små bord visade sig vara en miljö där samtal lätt kom igång. Här såg patienterna varandra och de kunde "mötas" över en kopp kaffe eller något som visades på tv:n. En ensam fåtölj med hög rygg och gavlar verkade å andra sidan tydligt kommunicera att personen som satt där inte önskade kontakt med någon annan. Caroline upplevde att möblerna med de höga ryggarna och gavlarna kommunicerade att man som cancerpatient borde gömma sig. Hon menade att det är viktigt att som patient kunna se andra i samma

situation, få möjlighet att ge varandra någon form av feedback (som inte behöver vara muntlig) samt en chans att känna samhörighet sinsemellan. Caroline upplevde således, precis som en av aspekterna i QET beskriver, att det fanns faktorer i vårdmiljön som genererade tankar om *symbolik* (Bengtsson & Grahn, 2014a, 2014b). Förståelsen för detta anser jag vara viktigt, speciellt i utformning av vårdmiljöer där brukarna sannolikt redan i hög grad kämpar med existentiella tankar och funderingar.

Patienternas individuella behov av att vara sociala alternativt privata kan sannolikt delvis förklaras med att de helt enkelt är människor med olika behov av kontakt med andra. Men det skulle även kunna förklaras genom *Teorin om stödjande miljöer* (Grahn et al., 2010; Bengtsson & Grahn, 2014a, 2014b). Teorin förklarar en persons relation med den fysiska och sociala miljön som beroende av hans subjektiva upplevelse av välbefinnande (ibid.). I denna studie skulle man genom att använda teorin kunna tolka att ett lågt välmående innebär en hög känslighet för kontakt med miljön och andra människor. Men då patienten mår allt bättre ökar också dennes mottaglighet för kontakt. Eftersom det både finns patienter på Strålbehandlingen som upplever mycket lågt välmående till patienter med ganska högt välmående (från patienter med endast palliativ vård till i stort sätt "friska" patienter), finns således också behovet av olika typer miljöer, både privata och sociala.

## 9. SLUTSATSER

Sammanfattningsvis har det varit oerhört intressant och lärorikt att på djupet få undersöka en specifik patientgrupps upplevelse och användning av en så speciell plats som Strålbehandlingen. Förståelsen för sambandet mellan vårdmiljöers utformning och patienters behov anser jag vara a och o i designprocesser där syftet är att skapa hälsofrämjande miljöer. I denna studie ämnade jag att undersöka vårdmiljön från insidan till utsidan för att på så sätt täcka in hela patientens vårdmiljö. Intentionen var att inkludera inomhusmiljön och utomhusmiljön och behandla dem som en helhet, då min åsikt är att miljöerna dels påverkar varandra och dels påverkar patienternas totala upplevelse av vårdmiljön. Modellen *fyra zoner av kontakt med utemiljön* har varit mycket användbar i detta syfte, den tillät mig att systematiskt undersöka Strålbehandlingens alla olika zoner med samma fokus. En femte zon adderades till modellen för att på så sätt få med hela avdelningen. Genom att använda mig av modellen anser jag mig ha samlat in kunskap som skulle kunna bidra till utveckling av modellen och vidare förståelse för zonerna. Dels genom att jag har adderat en femte zon för att på så sätt inkludera inomhusmiljöer utan kontakt med utemiljön, dels genom att lyfta frågor kring zonernas beskrivning och kategorisering för ökad tydlighet i framtida studier.

Verktyget *QET* (med fokus på utemiljön) (Bengtsson & Grahn, 2014b) samt rapporten *Den goda vårdavdelningen* (med fokus på inomhusmiljön) (Chalmers PTS, 2011), som båda har refererats flitigt i diskussionen, har varit inspirerande och värdefulla i denna studie. Mina resultat (både inomhus och utomhus) har till stor del blivit bekräftade genom dessa underlag och de har gett mig möjlighet att bättre diskutera mina resultat. I likhet med *QET* (Bengtsson & Grahn, 2014b) visar denna studie (och dess fem teman) vikten av att den fysiska vårdmiljön utformas både för att stödja patienternas behov av en bekväm, trygg och säker miljö (i *QET* kallad *varsam design*) samt att miljön innehåller faktorer med salutogena egenskaper (i *QET* kallad *inspirerande design*), d.v.s. inslag som är attraktiva och som dessutom kan vara gynnsamma för hälsa och välbefinnande (ibid.) *Orientering och Tillgänglighet/Trygghet* samt *Inbjudande och Behaglig/bekväm miljö* kan relateras till *varsam design*, då det finns många motsvarande kvaliteter däremellan. Det samma gäller för *Sysselsättning och distraktion*, *Sociala aspekter* och *Kontakt med utemiljön* som överensstämmer med *inspirerande design* på många punkter. Men det finns även skillnader som upplevs relevanta att lyfta här. Begreppen *varsam design* och *inspirerande design* är utvecklade för vårdmiljöer till äldre, exempelvis äldreboenden och innefattar några kvaliteter som inte är relevant för patientgruppen i denna studie (t.ex. *avgränsning*, se Bengtsson & Grahn, 2014a sid. 239). Patienterna på Strålbehandlingen rör sig fritt mellan alla zonerna (inklusive zon 4) och kommer och går själva till avdelningen på daglig basis. Förutsättningarna och behoven är således annorlunda och kvaliteter i *Orientering och tillgänglighet* samt *Inbjudande och Behaglig* blir därför i högre grad väsentliga även i zon 4 (yttre omgivning). Vidare har ordet *trygghet* en annan innebörd för patienterna på Strålbehandlingen. Trygghet handlar inte huvudsakligen om minimerad risk att falla, gå vilse eller råka komma bort från avdelningen (kvaliteter i

*varsam design*). Istället betyder trygghet främst att veta vem man ska träffa, var man ska gå samt att känna förtroende för behandlingen. Temat *Orientering och Trygghet* skulle på Strålbehandlingen därför kunna påstås vara viktigare inomhus än utomhus. Strålbehandlingen är en speciell avdelning i och med sin högteknologiska miljö. Det upplevda förtroendet och tryggheten kan kopplas till behandlingen och den medicin-tekniska utrustningen, visar studien. Vidare innebär den rädsla och oro som patienterna ofta bär med sig att positiv distraktion och avledning får speciellt stor betydelse här. Behovet av *Distraktion och Syssetsättning* existerar i zon 2, 1 och 0 på Strålbehandlingen. Det har visats sig att kvaliteterna blir allt viktigare ju längre in i huset och ju närmare behandlingsrummet (zon 0) patienten kommer, eftersom behovet av att kunna slappna av är som allra störst där.

Rapporten *Den goda vårdavdelningen* exemplifierar designfaktorer och resultat som i forskningsstudier har visat sig ha signifikanta samband gällande brukares välmående (Chalmers PTS, 2011). I denna fallstudie på Strålbehandlingen har aspekter relevanta för patienters välmående satts i relation till alla olika delarna (zoner) av vårdmiljön. Resultaten visar att patienters behov inte är oförändrade hela vårdmiljön igenom, utan faktiskt varierar mellan olika zoner (se exempel ovan). Att sätta patienters behov, av såväl bekväma, trygga och säkra miljöer som attraktiva miljöer som gynnar hälsa och välbefinnande, i relation till en vårdmiljös skilda zoner kan vara ett sätt att ytterligare gynna dialoger i designprocesser då nya vårdmiljöer planeras.

Vidare fokuserar studien på en väldigt specifik patientgrupps behov, *cancerpatienter som genomgår strålbehandling*, vilket gör att resultatet skulle kunna användas som diskussionsunderlag vid utformning av liknande vårdmiljöer. Avslutningsvis menar jag att detta arbete har adderat en ny aspekt att överväga vid utformning av vårdmiljöer. Tidigare studier har fokuserat på kontakten med utemiljön i vårdsammanhang men inte på *avsaknaden* av den. Genom att inkludera miljöer utan kontakt med utemiljön (zon 0) i framtida studier kan vi således bredda vår kunskap och förståelse för olika typer av vårdmiljöer och brukarnas specifika behov kopplade till dem.



## 10. REFERENSER

- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: En handbok*. Stockholm: Liber.
- Andrén, Y. (2008). *Fullt flexibelt. Flexibilitet och generalitet i sjukhusbyggnader*. Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgänglig: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-400-8.pdf> [2016-02-02]
- Annerstedt, M., Jönsson, P., Wallergård, M., Johansson, G., Karlson, B., Grahn, P., Hansen, AM. & Währborg, P. (2013). Inducing physiological stress recovery with sounds of nature in a virtual reality forest — Results from a pilot study. *Physiology & Behavior*, vol. 118, ss. 240–250.
- Bengtsson, A. (2015). *From experiences of the outdoors to the design of healthcare environments*. Diss. Alnarp: Sveriges lantbruksuniversitet.
- Bengtsson, A. & Grahn, P. (2014a). Natur och trädgård i vårdsammanhang. I: Wijk, H. (red.), *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur, ss. 229-254.
- Bengtsson, A. & Grahn, P. (2014b). Outdoor environments in healthcare settings: A quality evaluation toll for use in designing healthcare gardens. *Urban Forestry & Urban Greening*, vol. 13 (4), ss. 878-891.
- Bergström, M. (2014). Bättre vårdmiljö utomhus. *Pulsen. Personaltidning för oss i Landstinget i Jönköpings län*, nr 4, december 2014.
- Chalmers PTS. (2011). *Den goda vårdavdelningen*. Göteborg: Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers Tekniska Högskola (Slutrapport 2011-12-31). Tillgänglig: <https://www.ptsforum.se/media/1186/rapport-den-goda-vaardavdelningen.pdf> [2016-05-23]
- CVA. (u.å.). Tillgänglig: <https://www.chalmers.se/sv/centrum/cva/Sidor/default.aspx> [2016-03-27]
- Diedrich, L. (2012). *Light Volumes. Art and Landscape by Monika Gora*. Basel: Birkhäuser.
- Edvardsson, D., Sandman, P. O. & Holriz Rasmussen, B. (2005). Sensing an atmosphere of ease: a tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 19 (4), ss. 344-353.
- Edvardsson, D., Sandman, P. O. & Rasmussen, B. (2006). Caring or uncaring- meanings of being in an oncology environment. *Journal of Advanced Nursing*, vol.55 (2), ss. 188-197.
- Elf, M. (2014). Att ligga steget före – vikten av planering i tidiga skeden för att säkra en god vårdmiljö. I: Wijk, H. (red.), *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur, ss. 293-310.
- Fröst, P. (2014a). Design av framtidens vårdmiljöer. I: Wijk, H. (red.), *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur, ss. 275-291.



Fröst, P. (2014b). *Evidence-based Concept Programs for Healthcare Architecture*. International Conference ARCH 14 on research on Health Care Architecture.

Google Kartdata (2016) Tillgänglig:

<https://www.google.se/maps/@55.7111073,13.1939528,225m/data=!3m1!1e3> [2016-05-04]

Grahn, P., Tenngart Ivarsson, C., Stigsdotter, U. & Bengtsson, I.-L. (2010). Using affordances as a health-promoting tool in a therapeutic garden. I: Ward Thompson, C., Aspinall, P. & Bell, S. (red.), *Innovative Approaches to Researching Landscape and Health: Open Space: People Space 2*. New York: Routledge, ss. 116-154.

Hedefalk, B. (2015). *Strålbehandling*. Tillgänglig: <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/stralbehandling> [2016-04-04]

PTS, hemsida (u.å.). Tillgänglig: <https://www.ptsforum.se/> [2016-04-06]

Hägerhäll, C. (2005). Naturen i landskapsupplevelsen och landskapsupplevelsen i naturen. I: Johansson, M. & Küller, M. (red.), *Svensk miljöpsykologi*. Lund: Studentlitteratur, ss. 209-226.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

PTS (u.å.). Tillgänglig: <https://www.ptsforum.se/> [2016-04-06]

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Region Skåne (2009). *Sjukvårdens lokalbehov i ständig förändring. Byggplan Hälso- och sjukvården. Regionservice*. Tillgänglig:

[https://www.skane.se/upload/Webbplatser/Regionservice/dokument\\_externt/vara\\_kunder/utvecklings-och\\_byggplaner/05\\_byggplan\\_sjukvardens\\_lokalbehov\\_i\\_standig\\_forandring.pdf](https://www.skane.se/upload/Webbplatser/Regionservice/dokument_externt/vara_kunder/utvecklings-och_byggplaner/05_byggplan_sjukvardens_lokalbehov_i_standig_forandring.pdf) [2016-04-03]

Region Skåne (2011). *Fastighetsutvecklingsplan för Sjukhusområdena i Malmö och Lund*.

Tillgänglig: [https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/PolitikPaverkan/Sammantraden/Regionstyrelsen/Foredragningslista/dokument/Fastighetsplan\\_bilaga.pdf](https://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/PolitikPaverkan/Sammantraden/Regionstyrelsen/Foredragningslista/dokument/Fastighetsplan_bilaga.pdf) [2016-02-05]

Region Skåne. (2013). *Konstnärliga gestaltningar. Nya Strålbehandlingshuset. Skånes universitetssjukhus i Lund*. Opublicerat manuskript. Konstservice & Regionservice [Broschyr] Tryck: Holmbergs.

Skånes universitetssjukhus (2015). *Hitta till sjukhuset i Lund. Karta över sjukhusområdet*.

Tillgänglig: <http://web.wagnerguide.com/suslundhospital.aspx> [2016-04-29]

Skånes universitetssjukhus & Regionservice. (2013). *Strålbehandling vid Skånes universitetssjukhus. Optimala behandlingsflöden och moderna strålbehandlingstekniker*. Opublicerat manuskript. [Broschyr] Tryck: Holmbergs.

Skånetrafiken (u.å.). *Sjukresa- så fungerar det*. Tillgänglig: <https://www.skanetrafiken.se/sa-reser-du-med-oss/resenarer-med-sjukresor/> [2016-04-04]

Stadsbyggnadskontoret (2012). *Ramprogram För Sjukhusområdet Och Södra Universitetsområdet*. Lund. Tillgänglig: [http://www.lund.se/Global/F%C3%B6rvaltningar/Stadsbyggnadskontoret/PDF-filer/Eskil%2020%20\(ramprogram\)/Programsamr%C3%A5d/Ramprogram.pdf](http://www.lund.se/Global/F%C3%B6rvaltningar/Stadsbyggnadskontoret/PDF-filer/Eskil%2020%20(ramprogram)/Programsamr%C3%A5d/Ramprogram.pdf) [2016-04-10]

Ulrich, R. (1992). How Design Impacts Wellness. *The healthcare forum Journal*, vol.35 (5), ss. 20-25.

Ulrich, R. (1999). Effects of gardens in health outcomes: Theory and research. I: Cooper Marcus, C. & Barnes, M. (red.), *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*. New York: John Wiley & Sons, ss. 27-86.

Ulrich, R., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H., Choi, Y., Quan, X. & Joseph, A. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Healthcare Leadership White Paper Series 5*. Georgia Tech College of Architecture and The centre for Health Design.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2016-04-11]

White (2010). *Skånes Universitetssjukhus Lund. Onkologisk klinik strålbehandling. Byggnad 13. Interiörkoncept*. Opublicerat manuskript. Regionservice.

White (u.å.). *Strålbehandlingsbyggnaden, Skånes Universitetssjukhus*. Tillgänglig: <http://www.white.se/projects/stralbehandlingsbyggnaden-skanes-universitetssjukhus/> [2016-04-27]

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Wijk, H. (2014) Förord. I: Wijk, H. (red.), *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur, ss. 9-11.

Icke publicerat material

Muntlig korrespondens: Specialistsjuksköterska, Strålbehandlingen, SUS Lund. 2015. Samtal 22 april.

## 11. BILAGOR

**Bilaga 1.** Inbjudan att delta i studie (inkl. samtycke) - personal

**Bilaga 2.** Inbjudan att delta i studie (inkl. samtycke) - patient

**Bilaga 3.** Informationsblankett- fokusgrupp/personal

**Bilaga 4.** Informationsblankett- individuell intervju/patient

**Bilaga 5.** Stimulusmaterial

2015-03-12

## Inbjudan att delta i en studie om vårdmiljöns utformning och betydelsen av kontakten med utemiljön för patienters välbefinnande

Syftet med undersökningen är att förstå vilken betydelse den fysiska miljöns utformning har för patienters välmående. Det finns ett intresse i att undersöka hur patienter upplever sin vårdmiljö och kontakten med utemiljön på platsen. Förhoppningen är att kunna bidra med kunskap om vårdmiljöns innehåll och utformning för att skapa hälsofrämjande och behagliga platser för patienter i framtiden.

Jag är intresserad av hur *Du* anser att patienterna upplever vårdmiljön och hur den påverkar dem enligt dig.

Mitt namn är Nina Oher. Jag har en bakgrund i arkitektur, och vidareutbildar mig nu inom miljöpsykologi med fokus på vårdande miljöer. Denna studie kommer att utgöra mitt examensarbete i ämnet Landskapsarkitekturens Miljöpsykologi och magisterprogrammet Natur, Hälsa och Trädgård vid SLU i Alnarp. Jag har sedan tidigare en kandidatexamen i Arkitektur från University College i Dublin (UCD), Irland.

En eller flera gruppintervjuer kommer att genomföras med deltagare från personalen. Vi kommer att sitta i ett privat rum på avdelningen där vi har möjlighet att samtala fritt. Intervjun kommer att behandla din upplevelse av hur patienter använder sig av vårdmiljön. Vi kommer att samtala kring vilka platser i miljön som patienterna använder, vad de gör där och vilka möjligheter de har att använda olika platser. Jag är intresserad av hur du upplever att vårdmiljön påverkar patienterna och på vilket sätt du upplever att det sker. Intervjun kommer att spelas in. Endast min handledare samt jag själv kommer att ta del av det inspelade materialet. Efter avslutat projekt kommer materialet att raderas. Deltagandet är helt frivilligt och du har rätt att när som helst avsluta intervjun eller avbryta ditt deltagande om du så önskar. Ditt namn kommer att ersättas med ett annat i studien, för att garantera din konfidentialitet. Resultaten av den här studien kommer att ingå i mitt examensarbete och presenteras skriftligt och muntligt vid mitt universitet senare i år.

Om du har några frågor eller funderingar så kan du nå mig via mail: [ninaoher@hotmail.com](mailto:ninaoher@hotmail.com) eller på telefon: 073-568 86 00

Med vänlig hälsning  
Nina



## Övriga kontaktuppgifter

Kursansvarig: *Fredrika Mårtensson*, Docent och Lektor.

Arbetar på institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi.

Nås på 040-41 54 53, 072-740 22 62 eller via [fredrika.martensson@slu.se](mailto:fredrika.martensson@slu.se)

Huvudhandledare: *Anna Bengtsson*, Universitetsadjunkt.

Arbetar på institutionen Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi.

Nås på 040-41 51 70 eller via [anna.bengtsson@slu.se](mailto:anna.bengtsson@slu.se)

Biträdande handledare: *Mats Gyllin*, Forskare FLK.

Arbetar på institutionen Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi.

Nås på 040-41 55 37, 0727-25 20 06, eller via [mats.gyllin@slu.se](mailto:mats.gyllin@slu.se)

## Samtycke från uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare, i samband med forskningsprojekt

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in och behandlas. Jag har även informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie som handlar om vårdmiljöns utformning och betydelsen av kontakten med utemiljön för patienters välbefinnande.

Ort/Datum/År

---

Namnunderskrift

---

Namnförtydligande

---

Forskarens underskrift

Namnförtydligande

Handledarens namn

Namnförtydligande



2015-03-30

## Inbjudan att delta i en studie om vårdmiljöns utformning och betydelsen av kontakten med utemiljön för patienters välbefinnande

Syftet med undersökningen är att förstå vilken betydelse den fysiska miljöns utformning har för patienters välmående. Det finns ett intresse i att undersöka hur patienter upplever sin vårdmiljö och kontakten med utemiljön på platsen. Förhoppningen är att kunna bidra med kunskap om vårdmiljöns innehåll och utformning för att skapa hälsofrämjande och behagliga platser för patienter i framtiden.

Jag önskar att höra vad *din* upplevelse av miljön är, vad du har för önskemål och behov i din vårdmiljö och i kontakten med utemiljön på platsen.

Mitt namn är Nina Oher. Jag har en bakgrund i arkitektur, och vidareutbildar mig nu inom miljöpsykologi med fokus på vårdande miljöer. Denna studie kommer att utgöra mitt examensarbete i ämnet Landskapsarkitekturens Miljöpsykologi och magisterprogrammet Natur, Hälsa och Trädgård vid SLU i Alnarp. Jag har sedan tidigare en kandidatexamen i Arkitektur från University College i Dublin (UCD), Irland.

Ett deltagande i denna studie innebär samtal med mig samt en gå-tur i Strålbehandlingens lokaler, som görs individuellt eller i grupp. Jag kommer att markera på en karta hur vi rör oss i lokalerna och vår konversation kommer att spelas in. Endast min handledare samt jag själv kommer att ta del av det inspelade materialet. Efter avslutat projekt kommer materialet att raderas. Deltagandet är helt frivilligt och du har rätt att när som helst avsluta intervjun eller avbryta ditt deltagande om du så önskar. Ditt namn kommer att ersättas med ett annat i studien, för att garantera din konfidentialitet. Resultaten av den här studien kommer att ingå i mitt examensarbete och presenteras skriftligt och muntligt vid mitt universitet senare i år.

Om du har några frågor eller funderingar så kan du nå mig via mail: [ninaoher@hotmail.com](mailto:ninaoher@hotmail.com) eller på telefon: 073-568 86 00

Med vänlig hälsning

Nina



## Övriga kontaktuppgifter

Kursansvarig: *Fredrika Mårtensson*, Docent och Lektor.

Arbetar på institutionen för Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi.

Nås på 040-41 54 53, 072-740 22 62 eller via [fredrika.martensson@slu.se](mailto:fredrika.martensson@slu.se)

Huvudhandledare: *Anna Bengtsson*, Universitetsadjunkt.

Arbetar på institutionen Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi.

Nås på 040-41 51 70 eller via [anna.bengtsson@slu.se](mailto:anna.bengtsson@slu.se)

Biträdande handledare: *Mats Gyllin*, Forskare FLK.

Arbetar på institutionen Arbetsvetenskap, Ekonomi och Miljöpsykologi.

Nås på 040-41 55 37, 0727-25 20 06, eller via [mats.gyllin@slu.se](mailto:mats.gyllin@slu.se)

## Samtycke från uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare, i samband med forskningsprojekt

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in och behandlas. Jag har även informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie som handlar om vårdmiljöns utformning och betydelsen av kontakten med utemiljön för patienters välbefinnande.

Ort/Datum/År

---

Namnunderskrift

---

Namnförtydligande

---

Forskarens underskrift

Namnförtydligande

Handledarens namn

Namnförtydligande



Välkommen till en studie om vårdmiljöns betydelse för patienter!

Vänligen svara på följande frågor:

1. Namn (förnamn räcker)

---

2. Födelseår

---

3. Vad är din position och roll på avdelningen?

---

4. Hur länge har du arbetat inom vården?

---

5. Hur länge har du arbetat på Strålbehandlingen?

---

6. a. Arbetar du i det äldre eller det nya huset, just nu?    ÄLDRE    NYA

b. Har du erfarenhet av att arbeta i båda husen?    JA    NEJ

c. Om JA, i vilket hus har du arbetat mest?    ÄLDRE    NYA    BÅDA

(vänligen ringa in korrekt svar)

---

TACK!



Välkommen till en studie om vårdmiljöns betydelse för patienter!

Vänligen svara på följande frågor:

1. Namn (förnamn räcker)

---

2. Födelseår

---

3. När fick du din behandling på Strålbehandlingen i Lund?  
(Vilket år samt månader/årstid)

---

4. Under hur lång tid (antal veckor) gick du på behandling där?

---

5. Fick du din behandling i den nya delen eller i den äldre delen av avdelningen?

---

6. I vilket rum fick du din behandling?  
(Rumsnummer/takdekoration)

---

TACK!



VÄLKOMMEN

till studie om

vårdmiljöns

betydelse för patienter



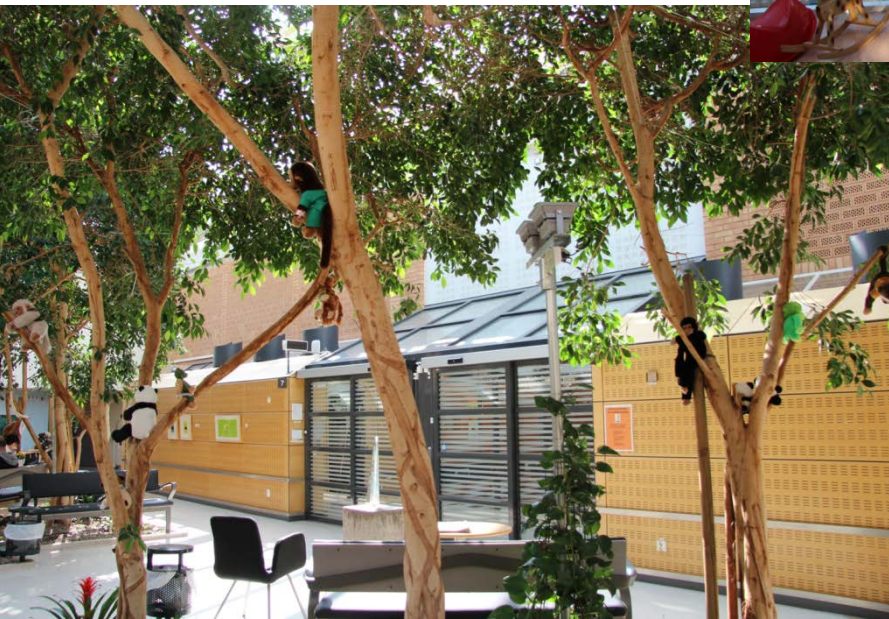


PRIVATA RUMMEN



VÄNTRUMMEN





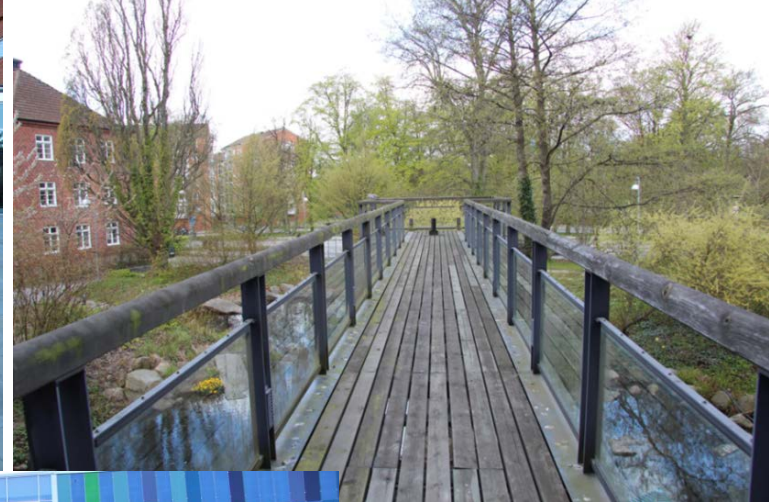
ENTRÉHALLEN





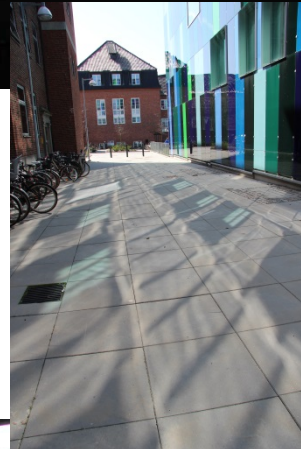


UTEMILJÖN



# OMGIVNINGEN





Stort TACK  
för din medverkan!

