

Vårdmiljöns betydelse inom den psykiatriska haldygnsvården

FÖRFATTARE Helena Andersson
PROGRAM/KURS Sjuksköterskeprogrammet
15 högskolepoäng/
OM5250
VT 2013
OMFATTNING 15 högskolepoäng
HANDLEDARE Bodil Augustsson
EXAMINATOR Sofie Jakobsson
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Vårdmiljöns betydelse inom den psykiatriska heldygnsvården
Titel (engelsk):	The importance of health facility environment in the institutional psychiatric care.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning: Sidantal:	15 Högskolepoäng 25 sidor
Författare:	Helena Andersson
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Sofie Jakobsson

SAMMANFATTNING (svenska)

Inledning Inom den psykiatriska vården blåser förändringens vindar. Det finns exempel på hur nytänkande kan skapa mer ändamålsenliga lokaler. Vårdmiljö innefattar både den fysiska miljön och den psykosociala miljön. Vårdmiljön påverkar hälsa och välbefinnande. En stor andel av befolkningen drabbas av psykisk ohälsa. Inom den psykiatriska vården bedrivs vården som frivillig vård och som tvångsvård, vilket kan påverka upplevelsen av god vårdmiljö. **Syfte** Syftet är att beskriva en god, fysisk och psykosocial, vårdmiljö inom den psykiatriska heldygnsvården och hur det kan främja hälsa och välbefinnande. **Metod** Metoden är en litteraturstudie baserat på 11 vetenskaplig artiklar. **Resultat** Det är många faktorer som bidrar till en bra vårdmiljö som i sin tur främjar hälsan. Det är bland annat viktigt för patienterna att ha någon att prata med. Aktivering och sysselsättning var komponenter som bidrog till en bra vårdmiljö för patienterna. Det var viktigt att personalen behandlade patienterna väl. Patienterna ansåg att det var bra att det fanns platser där det kunde vara, utan personal. Patienterna ville känna sig trygga på avdelningen. Patienterna kunde utarbeta olika strategier för att undkomma hot och våld. Ljus och värme var faktorer som skapade en bra fysisk miljö. Textilier och färger uppskattades också av patienterna. Personalen ansåg att det var viktigt att måna om patienternas integritet. Bekväma möbler, öppna ytor och ljusinsläpp ansåg personalen var en god fysisk miljö. Lugn och ro på avdelningen var också viktigt. Personalen var bekymrad över bristen på samtalsrum, arbetsstationer och ställen att umgås på. Teamarbete, utbildning och administrativa uppgifter kunde hindra dem från att göra ett bra jobb. Sjuksköterskorna försökte att behandla alla patienter väl, men misslyckades ibland. Det fanns både för- och nackdelar med låsta dörrar. **Slutsats** Vårdmiljö innefattar både fysiska aspekter som lokaler, färger, möbler, säkerhet, luft och ljus samt sociala aspekter så som relationer och kommunikation. För patienterna var det viktigt att ha någon att tala med. Aktivering och sysselsättning var också viktiga komponenter. Personalen skulle behandla patienterna väl. Det var viktigt att ha platser där patienterna fick vara själva, utan personal. Det var viktigt för patienterna att känna sig trygga på avdelningen. Patienterna hade olika strategier för att undkomma hot och våld från andra patienter. Lokalerna kan göras trevliga genom färger, mjuka möbler och fönster med utsikt. Bekväma möbler, öppna ytor och ljusinsläpp var faktorer som skapade en bra vårdmiljö enligt vårdpersonalen. Det saknades olika utrymmen för personalen. Sjuksköterskorna ville patienterna väl, men ansåg att de hade för lite tid med patienterna. Det fanns både fördelar och nackdelar med låsta dörrar.

Key words: Health facility environment, mental health services, Psychiatric care, Ward environment

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
INLEDNING.....	1
BAKGRUND	1
Psykiatriska vårdens organisationshistoria	1
Lagar	2
Prevalens för psykisk ohälsa	2
Omvårdnadsteoretisk referensram	3
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	5
Vald metod	5
Datainsamling och urval	5
Dataanalys	6
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	6
RESULTAT	7
Patientperspektiv	7
Tydliga regler och information	7
Någon att tala med	7
Något att göra.....	7
Personalens bemötande och förhållningssätt	8
Vikten av integritet- att ha ett eget revir	8
Vikten av att ha relationer till medpatienter och vårdpersonal	8
Att uppleva trygghet.....	9
Den fysiska miljöns betydelse.....	10
Personalperspektiv	10
Den fysiska miljöns betydelse för vårdarbetet	10
Relationens betydelse för vårdarbetet	11
Kommunikationens betydelse i vårdarbete	12
Att känna sig trygg- enligt personalen	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION.....	14
RESULTATDISKUSSION.....	15
Kommunikationens betydelse för patienterna och för vårdarbetet	15
Relationens påverkan på vården.....	16
Att uppleva trygghet.....	17
Slutsats	19

Fortsatt forskning	19
Kliniska implikationer.....	19
REFERENSER.....	21
Bilagor.....	24
Bilaga 1 artikelöversikt	24

Vårdmiljö

INTRODUKTION

INLEDNING

Inom den psykiatriska vården blåser förändringens vindar. Det finns exempel på hur nytänkande kan skapa mer ändamålsenliga lokaler. På ett sjukhus i Sverige har avdelningsstationen placeras mitt i centrum på den psykiatriska avdelningen. Arkitekterna har tänkt på ljus och rymd i de nya lokalerna. Det finns också fyra olika ljusgårdar som är i direkt anslutning till avdelningarna. I ljusgårdarna finns stenar, vatten och växter. På avdelningen finns också utrymme för social samvaro, aktiviteter samt kök och en matsal. Färgerna är starka och varierande, materialen likaså. Syftet med allt detta vara att forma en läkande vårdmiljö (1). Avdelningarna har plats för 14 platser med mestadels enkelrum (2).

Det finns även goda exempel på hur det satsats på miljön inom rättspsykiatri i Sverige. På ett ställe har byggnaden för rättspsykiatri utformad så att de olika avdelningarna finns runt en innergård eller snarare en park (3). På ett annat ställe har byggnaden också gjorts så att varje vårdavdelning angränsar till ett inre parkområde. Sjukhustomten innefattar gräsplan för t.ex. fotboll samt aktivitetsbyggnad med hunddagis (4). Under min verksamhetsförlagda utbildning i termin 4 var jag på en rättspsykiatrisk avdelning. Personalen pratade där mycket om den nya byggnaden som snart skulle stå klar. Den framställdes som ett ”paradis” med ett helt annat sätt att jobba. Mitt intresse för vårdmiljön och dess påverkan på patienterna förstärktes därmed. Det föll sig därför ganska naturligt att skriva ett fördjupningsarbete om vårdmiljön och dess betydelse inom psykiatrisk heldygnsvård.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa skapar lidande både för individen och för personer i dess närhet (5). Psykisk sjukdom innebär att individen har symtom som enligt olika diagnoskriterier klassificerar som psykisk sjukdom (6). Psykisk ohälsa är också enligt Socialstyrelsen psykisk störning med lindrigare karaktär. Att lida av olika symtom som t.ex. trötthet och oro är också psykisk ohälsa. Socialstyrelsen redogör för två olika synsätt av vad psykisk ohälsa är. Det ena synsättet sätter mer fokus på vad individen själv har för uppfattning om sitt tillstånd och sin situation. Miljön och personens val av levnadsätt är centralt. Psykisk ohälsa uppstår om en person inte kan balansera sitt stresstillstånd. Det andra synsättet fokuserar på vad som hänt inom kroppen och hjärnan som orsakat sjukdomen eller den psykiska störningen. Ansvar för uppkomsten sätts därför inte på individen. Inom detta synsätt läggs fokus på hereditet, samt att det finns konkreta sätt att förhindra uppkomsten till sjukdomen eller störningen (7). Vad psykisk ohälsa är kan variera från kultur till kultur (5).

Psykiatriska vårdens organisationshistoria

Merparten av de som låg inlagda på hospitalen fram till år 1823 hade psykiska åkommor. År 1823 beslutades det att hospitalen skulle bli helt inriktade på psykisk sjuka. Samma år hade de små ”länshospitalen” blivit till nio stora mentalsjukhus. Det kom sedermera att öppna ett antal psykiatriska avdelningar på de somatiska sjukhusen. Först ut var Malmö allmänna sjukhus som fick en sinnesjuksavdelning 1927. I och med sinnessjuklagen som antogs 1929 kom hospitalen att heta sinnessjukhus (8). På 1950- och 60-talet påbörjades en ny era inom psykiatri (9). Den nya eran kallades

avinstitutionaliseringen (10). Den innebar att de olika psykiatriska inrättningarna flyttade in till de somatiska sjukhusen. Detta gjordes bl.a. för att höja statusen på den oansedda psykiatriska vården (9) och det var också för att dra ner på kostnaderna för staten (10). Runt år 1952 kom de första medicinerna, s.k. psykofarmaka, för psykiskt sjuka patienter. Därmed fanns bättre möjligheter till behandling och mindre behov av institutionsvård. Pga. medicinerna kunde gallren för fönstren tas bort. De behövdes inte längre. Det medförde också färre låsta avdelningar (9). Fram till år 1967 hade staten ansvaret för sinnessjukhusen. Hädanefter var det landstingskommunerna som stod som ansvariga. Benämningen på de psykiatriska institutionerna hade ändrats till mentalsjukhus som sedermera, efter 1966, blev psykiatriska sjukhus (11). Från 1980 påbörjades den s.k. sektoriseringen. Det innebar att vården av psykiskt sjuka skulle omorganiseras både geografiskt och organisatoriskt. Det medförde att mycket av den psykiatriska vården övertogs av öppenvårdsteam. Syftet var att minska vårdtider och förhindra inläggningar (12). 1995 antogs den s.k. psykiatrireformen vilket gav den psykiskt sjuka mer rättigheter och möjligheter. Efter det skedde en förändring i den psykiatriska vården. Fram till 2005 hade slutenvårdsplatserna minskat med ca 50 procent. Satsningen blev istället på olika former av öppenvård (10). Idag ligger tyngdpunkten, av psykiatrisk vård på öppenvården, men även på primärvården (13).

Lagar

För vård på psykiatrisk vårdavdelning gäller hälso- och sjukvårdslagen, (HSL) (14). Den säger att all vård ska ges på lika villkor och den som är främst i behov av vård skall få det först. HSL säger också att vården skall utformas så att varje persons integritet och värdighet tas tillvara. Vården skall vara av god kvalitet. Det skall vara lätt att komma till en vårdande instans och få den hjälp individen behöver. HSL ställer krav på att varje individ har rätt till självbestämmande. Den betonar också vikten av att kontakten mellan den hjälpsökande individen och hälso- och vårdpersonalen skall vara god. Lagen om psykiatrisk tvångsvård, (LPT), (15) är en av alla lagar som är relevanta inom psykiatrisk vård. LPT kräver vissa kriterier för att godkännas. Ett av kriterierna är att patienten lider av en allvarligt psykisk störning. Ett annat kriterium är att patienten är i behov av specialistvård dygnet runt. LPT kan endast utföras om patienten nekar till vård. Lagen om rättspsykiatrisk vård, (LRV), gäller för den person som av domstol blivit dömd till brott och lider av allvarlig psykisk störning. Det gäller också för personer som är anhållna, häktade eller under rättspsykiatrisk undersökning (16).

Prevalens för psykisk ohälsa

Av Sveriges befolkning beräknas 20-40 procent lida av s.k. psykisk ohälsa. 10-15 procent av personer med psykisk ohälsa anses vara i behov av mer omfattande psykiatrisk behandling (7). Antal vårdtillfällen på psykiatriska vårdinrättningar, d.v.s. inom slutenvården, var 2010, 94 348 stycken. 50 055 personer stod för alla dessa vårdtillfällen. I ålderskategorin 0-24 år är kvinnorna överrepresenterade. I åldern 25 år och uppåt svarar istället männen för den större andelen. Från 2000 till 2007 har antalet kvinnor mellan 18 och 24 år som vårdas på psykiatrisk vårdavdelning ökat betydligt. Den framträdande diagnosen för dessa kvinnor är personlighetsstörningar. De senaste åren ses inte en sådan ökning. För flickor mellan 0 och 17 år har antalet ineliggande patienter ökat. För män mellan 18 och 24 år gäller det en markant ökning av antal personer som är ineliggande på psykiatrisk vårdavdelning. Den framträdande diagnosen för dessa rör missbruk. För både män och kvinnor som är över 24 år har antalet som läggs in på psykiatrisk vårdavdelning minskat (17). Antal vårdplatser inom den psykiatriska heldygnsvården var totalt 4 514 år 2010. I detta antal ingår förutom allmänpsykiatri också barn- och ungdomspsykiatri och rättspsykiatri.

År 2008 vårdades 80 procent av patienterna inom allmänpsykiatri enligt hälso- och sjukvårdslagen, (HSL) (14). Andelen som vårdades enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, (LPT), (15) var 20 procent och enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, (LRV), 0 procent inom psykiatrisk heldygnsvård. Inom rättspsykiatri vårdades 14 procent enligt HSL, 15 procent enligt LRV och 71 procent enligt LPT. För män som vårdas inom allmänpsykiatri är den största gruppen beroende- och missbruksdiagnoser. Drygt 10 procent av männen vårdas för depression, mani och bipolär sjukdom. Schizofreni och liknande psykoser är en annan stor grupp, ca 10 procent av männen vårdas för det. Andelen män som vårdas för ångeststörningar är drygt 5 procent. För kvinnor är det vanligast att vårdas för depressioner, manier och bipolär sjukdom. Därefter kommer beroende- och missbruksdiagnoser med en förekomst på drygt 10 procent. Hos kvinnor är det knappt 10 procent som vårdas för schizofreni och andra psykoser. Ungefär lika många vårdas för ångeststörningar. För övrigt är det ett mindre antal män och kvinnor som vårdas för utvecklingsstörning, beteendestörning och personlighetsstörningar. Ett mindre antal vårdas också för ätstörningar och sömnstörningar, störningar av specifika utvecklingsområden samt demens och hjärnskador (18).

Inom rättspsykiatri vårdas största andelen för schizofreni och andra psykoser, drygt 35 procent för män och 5 procent för kvinnor. Några få procent vårdas för sömnstörningar, demenser och hjärnskador. Mellan 5 och 10 procent av männen vårdas för de olika diagnosgrupperna; missbruk och beroendesjukdomar, depression, mani och bipolär sjukdom och ångeststörningar. Utvecklingsstörning, störning av specifika utvecklingsområden, beteendestörningar är också diagnosgrupper med en prevalens på mellan 5 och 10 procent hos män. Hos kvinnorna är det ett fåtal procent som vårdas för personlighetsstörningar, utvecklingsstörningar och beteendestörningar. En liten andel vårdas för missbruk och beroendesjukdomar, depressioner, manier och bipolär sjukdom samt ångeststörningar (18).

Omvårdnadsteoretisk referensram

I detta fördjupningsarbete kommer vårdmiljö, hälsa och välbefinnande att presenteras som teoretiska utgångspunkter.

Vårdmiljö

Vårdmiljö kan både vara den rent fysiska och den psykosociala. Den psykosociala vårdmiljön innebär hur personal talar och bemöter varandra och patienterna. Det handlar om hur vårdinrättningen är organiserad rent administrativt. Den fysiska vårdmiljön handlar hur rummet är utformat, t.ex. vilken inredning det är och hur den är placerad, vilken färg på väggarna det är och hur luften är (13).

Redan Nightingale (19) påpekade vikten av att ha en god miljö för att upprätthålla hälsa. En miljö som i hennes perspektiv innefattade både fysiska aspekter och psykosociala aspekter som ett klokt och medmänskligt förhållningssätt till patienten. Mest ihågkommen är Nightingale för sitt arbete för att förbättra den fysiska miljön. Det innefattade frisk luft, hygien, rent vatten och värme. Hon satte också fokus på ljudet i en sjuksal. Ljud i form av fotsteg och prat skulle minimeras, framförallt nattetid. Plötsliga ljud, knackningar och buller var av ondo. Hon påpekade också att ingen viskande konversation bör förbjudas i en sjuksal. Nightingale satte också fokus på ljuset. Det var viktigt att patienten fick ordentligt med direkt solljus.

Orlando (20) nämner indirekt vikten av bra vårdmiljö. Hon hävdar att allt yttre som kan orsaka lidande skall elimineras. Detta bör göras för att patienten har fullt upp med att bemästra sin sjukdom och dess konsekvenser. Orlando menar också att det är sjuksköterskans uppgift att måna om patientens fysiska och psykiska välbefinnande så länge patienten är under vård.

Roy (21) beskriver miljön som en yttre och inre miljö som är i ständig växelverkan. Varje individ handlar och reagerar utifrån sina erfarenheter och intryck. Erfarenheterna och intrycken delar Roy upp i det omedelbara intrycket, omgivningens effekt på det direkta intrycket och det kvarstående intrycket. Det kvarstående intrycket kan både vara medvetet och omedvetet för individen. Både den yttre och inre miljön är under ständig förändring. En individ har möjlighet att aktivt påverka både sin inre och yttre miljö. Ansvar ligger hos varje individ att förändras och anpassa sig till miljön. Detta medför att människan kan utvecklas och mogna. Om inte individen kan anpassa sig kan det leda till ohälsa. Ett svar på stimuli är konstruktivt om det gynnar individens möjlighet till överlevnad, utveckling, reproduktion eller makt.

Erikson (22) beskriver det s.k. livsrummet. Livsrummet innefattar tre komponenter; fysiska rummet, sociala rummet och det andliga rummet. De olika rummen kan påverka individen, både i positiv mening, genom att främja hälsa, och i negativ mening att hota hälsan. Det fysiska rummet sätter fokus på den konkreta fysiska miljön. I detta rum inräknas också växter, djur och mikroorganismer. Det sociala rummet fokuserar på relationen mellan den enskilde individen och samhället. Det sociala livsrummet innefattar också arbets- och bostadsförhållanden. Utbildning och hälsoservice tillhör också det sociala rummet. Slutligen är det andliga rummet relationen mellan individen och Gud. Det är också i det andliga rummet som relationen till sig själv formuleras och utvecklas. Individen försöker att förstå vad som gör livet värt att leva.

Hälsa

World health organization, (WHO), definierar hälsa som ett tillstånd av fullständig fysiskt, själsligt och socialt välmående. WHO poängterar alltså att hälsa inte bara är avsaknad av sjukdom och symtom (23). En annan definition av hälsa är frånvaro av sjukdom. Hälsa kan också vara meningsfullhet, känsla av sammanhang och välbefinnande. En modern tolkning av begreppet hälsa är att det är som en process. Individen, omgivningen och samhälle är med i denna process. WHO menar att hälsa ger möjlighet för den enskilde människan att kunna utvecklas och uppnå livskvalité. Hälsa ger också möjlighet till ekonomisk tillväxt och social utveckling (24). Eriksson (25) definierar hälsa som en pågående process hos varje enskild individ. Det är bara individen själv som kan säga om hon eller han upplever hälsa. Hälsa är enligt Eriksson sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundhet definieras som psykisk klokhet och samt att personen är hälsosam, dvs. reagerar rationellt och medvetet på stimuli. Friskhet är frånvaro av sjukdom och symtom i kroppen. Kroppen fysiska funktion håller sig därmed inom normalläget. Synen på vad hälsa är skiljer sig inte bara för varje individ utan också från varje kultur. Hälsan består av olika komponenter men det är helheten som är hälsa (22). Watson (26) anser att hälsa är summan av andlig, kroppslig och själsligt välmående. Hon skriver vidare att hälsa innebär också att det objektiva jaget överensstämmer med det subjektiva jaget.

Välbefinnande

Det finns olika syn på vad välbefinnande är. Orem (27) menar att välbefinnande är ett inre tillstånd hos varje individ. Välbefinnande innehåller glädje, tillfredställelse och

belåtenhet. Välbefinnande är också att uppfylla individens egen bild av sig själv och att fortsätta att individanpassas. Även om personen har drabbats av sjukdom och motgång kan hon eller han känna välbefinnande. Att individen kan uppfylla det han eller hon kan och vill göra och uppleva skapar välbefinnande. Välbefinnande är kopplat till hälsa skriver Eriksson. Hon menar att välbefinnande är högst personlig. Eriksson skriver vidare att välbefinnande är ett tillstånd av välbehag. (25)

Problemformulering

Psykiatrisk vård har länge varit eftersatt och marginaliserad. Individerna som drabbats av psykisk ohälsa har länge varit nervärderade av samhället och fått känna skam (5). Därför är det ännu viktigare att det satsas på psykiatrisk vård och vårdmiljön. Vårdmiljön är viktig för att ge patienterna bättre möjlighet till att känna välbefinnande och att lättare kunna uppnå hälsa. Det blir inte bara en vinst för den enskilde patienten utan också förhoppningsvis, i längden, en vinst för samhället, genom att vårdtiderna blir kortare och därmed minskade kostnaderna (28). Därför är det nödvändigt att få en samlad bild av hur en god vårdmiljö ser ut och hur det påverkar patienten.

SYFTE

Syftet är att beskriva vad en god, fysisk och psykosocial, vårdmiljö inom den psykiatriska heldygnsvården innebär och hur den kan främja hälsa och välbefinnande.

METOD

Vald metod

Metoden är en litteraturstudie. Det innebär en sammanställning av aktuell forskning inom ett avgränsat område. En litteraturstudie är lämpligt som examensarbete på kandidatnivå (29).

Datainsamling och urval

Databaserna Cinahl och Pubmed används för att eftersöka relevanta artiklar. Cinahl är en databas med medicin- och vårdvetenskapliga artiklar. Pubmed är en databas med artiklar inom medicin, omvårdnad, odontologi, veterinärmedicin och hälso- och sjukvård. Exklusion skedde med hjälp av rubriker och abstract. Många artiklar fokuserade på sjuksköterskan och hennes/hans upplevelser av miljön. Artiklar som bara rörde personalen som t.ex. hur de uppfattar stress, eller hur de påverkades av den administrativa organisationen, valdes bort då fokuset inte var på hur patienternas miljö kunde förbättras. Andra artiklar som valdes bort var de artiklar som behandlade psykiatrisk vård av barn. Artiklar som handlade om hemvård och dagvård var inte heller relevanta för ämnet. Behandlingsmetoder och arkitektur exkluderades också. Artiklar äldre än tio år togs inte heller med eftersom de inte speglar ny forskning. Svenska, engelska och norska var det språkbegränsningar som användes. Ett krav var att artiklarna skulle finnas i fulltext och vara gratis. Med hjälp av SvenskMesh framkom sökorden Health facility environment, (vårdmiljö), och mental health services, (psykiatrisk vård). Då det var svårt att hitta lämpliga artiklar fick olika sökord användas. Från relevanta artiklar kunde även nya sökord hittas. De sökord som användes var psychiatric care (psykiatrisk vård), psychiatric (psykiatrisk), environment (omgivning), design (design), ward environment (vårdmiljö), health facility environment (vårdmiljö), mental health services (psykiatrisk vård). För att försöka få med hur den fysiska miljön

påverkar patienterna togs ordet architecture, (arkitektur) med. Utifrån relevanta artiklar kunde artiklar inom samma område hittas under rubriken ”Related citations in PubMed”. Totalt användes 11 vetenskapliga artiklar, 10 med kvalitativ ansats och 1 med kvantitativ och kvalitativ ansats. För presentation se sökschema.

Databas	Sökning	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar
Cinahl 5/10-2012	Psychiatric care and environment And design	Peer reviewed Researched article Språk, engelska, norska, svenska	30	2 (34, 44)
Cinahl 3/3-2013	Psychiatric care and environment	Peer revied Researched article Språk, engelska, norska, svenska	129	2 (37, 40)
Cinahl 5/10-2012	ward environment and Psychiatric	Peer Reviewed Research Article	24	1 (38)
Cinahl 15/10-2012	Health facility environment and Architecture	Peer Reviewed Research Article	4	1 (39)
Pubmed 17/1- 2013	Psychiatric care and health facility environment	Last ten years	59	1 (41)
Pubmed 17/1- 2013	Psychiatric care and health facility environment and design		31	2, (35, 36)
Pubmed 12/10- 2012	Ward environment and psychiatric		44	1 (43)
Pubmed 17/1-2013	Health facility environment And mental health services	Last ten years	90	1 (42)

Dataanalys

För att granska kvalitativa och kvantitativa studier har ett analysprotokoll av Willman, (30) använts, samt Fribergs (29) frågor för att granska kvalitén. Kvalitén sammanfattas i låg, medel och hög kvalité. Hög kvalité innebär att alla aspekter från analysprotokollet beskrevs tydligt. Medelgod innebar att exempelvis urvalet var ottydligt formulerat. Låg kvalité valdes bort. Först lästes varje artikel förutsättningslöst. Därefter analyserades varje artikel utifrån syftet. För att underlätta analysen färgglades olika framträdande teman för att se likheter och olikheter. Till en början indelades artiklar ur ett patientperspektiv och ur ett personalperspektiv. Efterhand utkristalliserades det åtta teman till patientperspektivet. Dessa teman var tydliga regler och information, någon att tala med, något att göra, personalens bemötande och förhållningsätt, vikten av integritet- att ha ett eget revir, vikten av att ha relationer till medpatienter och vårdpersonal, att uppleva trygghet och den fysiska miljöns betydelse. Inom personalperspektivet kunde fyra teman identifieras efter att likheter och olikheter analyserats. Dessa teman var, den fysiska miljöns betydelse för vårdarbete, relationens betydelse för vårdarbetet, kommunikationens betydelse i vårbete, och att känna sig trygg- enligt personalen.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Flera av studierna beskrev att de var etiskt godkända (34- 39, 41, 42, 44). I två av studierna var detta inte beskrivet (40,43). Men eftersom de var vetenskapliga förutsätts

en etisk godkännande. Min uppfattning är att det är etiskt försvarbart att göra studier på hur vårdmiljön påverkar patienter eftersom det kommer att gagna patienterna i form av förbättrad vårdmiljö.

RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras ur ett patientperspektiv med teman, tydliga regler och information, någon att tala med, något att göra, personalens bemötande och förhållningsätt, vikten av integritet- att ha ett eget revir, vikten av att ha relationer till medpatienter och vårdpersonal, att uppleva trygghet och den fysiska miljöns betydelse. Resultatet innefattar också ett personalperspektiv med teman, den fysiska miljöns betydelse för vårdarbete, relationens betydelse för vårdarbetet, kommunikationens betydelse i vårarbete, och att känna sig trygg- enligt personalen.

Patientperspektiv

Tydliga regler och information

Information om avdelningens regler och förhållningssätt samt om vården är frivillig eller av tvång är mycket viktigt ansåg patienterna (31). I en studie framkom det, att när inte en patient följde avdelningens regler blev han eller hon bestraffad. Patienterna berättade att dessa bestraffningar kunde vara medicinering, övermanning eller skrämsel (32). Några patienter var negativt inställda till vårdmiljön. Det kunde bero på bristen av information, när patienten inte visste vem som var patientansvarig sjuksköterska (33). I en studie var 57 procent av patienterna nöjda med vården. En större andel av de som var nöjda ansåg att de hade fått information om sin sjukdom och sina mediciner från sjuksköterskorna. En större andel av de som var nöjda kände sig mer delaktiga i vården. De upplevde i högre grad att sjuksköterskan pratade med dem om hur vården fortgick. Uppmärksamheten från sjuksköterskorna var de också mer nöjda med, liksom med informationen om den vård som skulle ske efter utskrivning (34).

Någon att tala med

I en studie var 57 procent av patienterna nöjda med vården. Fler som var nöjda hade någon gång haft ett möte med sjuksköterska, anhörig och sig själv. Patienterna som var missnöjda med vården var i större utsträckning nöjda med att sjuksköterskorna lyssnade på dem, än de 57 procent som var nöjda med vården (34). I en studie, tyckte patienterna att det på avdelningen fanns både andra patienter, kompisar, familj och vårdpersonal att prata med (33). I studien framkom det att patienterna upplevde att den bästa hjälpen fås av andra patienter. De stöttade och pratade om sina egna erfarenheter. Att vårdpersonalen pratade med den enskilde uppfattades som viktigt av patienterna (32). Att prata om självmordtankar inför anhöriga skapade ett dåligt förhållande mellan sjuksköterska och patient (33). I en svensk studie påpekade patienterna att det var viktigt med närvarande personal som fanns tillgängliga om patienten behövde prata eller bli lyssnad på. Personalen måste förmedla tilltro och ansvarstagande gentemot patienten. Den vårdande personalen bör tänka på att patienten måste få säga sitt om vårdplanen. Det förutsätter att patienten har kunskap om sin sjukdom och sitt tillstånd. Kunskap gör det också lättare att bemästra sjukdomen (31).

Något att göra

I en studie framkom att nöjda patienter i högre grad deltog i olika aktiviteter på avdelningen. De hade också möjlighet till att utöva fritidsaktiviteter (34). Det uppskattades också att personalen var med i den dagliga verksamheten tillsammans med patienterna (31). Dagrummet var en bra plats att vistas i för patienterna om de önskade

sällskap. Här skedde också en del aktiviteter som t.ex. pyssel och uppträdande (35). Att inte kunna gå ut själv var något negativt upplevde patienternas i en studie (33). I en amerikansk studie framkom det att tiden tycktes stå stilla för patienterna p.g.a. att de inte hade något att sysselsätta sig med (32). Patienter som inte kunde gällande språk hade svårt att vara med på sociala aktiviteter (35).

Personalens bemötande och förhållningssätt

Personalen ska vara bra på att lyssna och ha lätt för att prata med, ansåg patienterna. Personalen ska också vara snälla och trevliga (35). Det var viktigt att personalen var empatisk och social framkom i en studie. De borde också ha humor och vara personliga utan att vara privata. Studien visade på att patienterna även uppskattade att personalen satte gränser. Patienterna ville tas på allvar och betraktades som unika individer. Patienterna kände skam över sjukdomen och över att söka hjälp. Därför var det extra viktigt att personalen inte betraktade dem som en "sjukdom", utan som en individ. Med det menade de att personalen inte skulle döma dem eller betrakta dem som konstiga (31). Några patienter var negativt inställda till vårdmiljön. Det kunde röra sig om sjuksköterskornas bemötande, när de var okänsliga och när de inte var empatiska (33). Det hände att relationen med patienten och anhöriga inte var så bra. Det skedde när personalen inte visade dem respekt och när de bröt mot tystnadsplikten på olika sätt. Patienterna upplevde det som negativt när någon ur personalen blev för personlig och när de inte tog patienten på allvar (35).

Vikten av integritet- att ha ett eget revir

En norsk studie påvisar vikten av rökrum på psykiatrisk avdelning. Rökrummet var en plats där personerna inte var sin sjukdom utan självständiga individer. Rökrummet var placerat så att patienterna som satt i rökrummet hade full insyn i vad som hände på avdelningen och vad vårdpersonalen gjorde. Personalen hade insyn i rökrummet. Men det var delar av rummet som var skymda för dem. På det viset kunde patienterna få avskildhet om de önskade. I rökrummet fick patienterna möjlighet att prata med andra patienter om det som bekymrade dem. De utbytte också information om personalen. Patienterna kunde också prata fritt om religion, politik och annat som annars var förbjudet på avdelningen. De pratade om roliga saker och om saker som skedde i samhället. Samtalen mellan patienterna kunde också handla om behandling och personliga problem. De gav varandra råd och stöd. Men när det såg att någon var väldigt illa därän kontaktades personalen. I rökrummet avhandlades också praktiska problem. De hjälpte varandra att få kontakt med omvärlden. Dessa kontakter kunde t.ex. vara att möta personer som sålde knark och alkohol eller att personerna överlämnade för patienten värdefulla saker (36). I en studie framkom det att patienterna upplevde det som positivt att kunna ha sitt eget rum på avdelningen (31). Något som däremot upplevdes som negativt var att använda blöja, pga. frekventa toalettbesök. Dessutom förbjöds patienten att dricka te pga. toalettbesöken (33).

Vikten av att ha relationer till medpatienter och vårdpersonal

Att lösa andras problem gjorde att individen kunde fokusera på något annat än sina egna problem. (35) Patienterna umgicks mest med andra patienter (32) Relationerna patienter emellan var väldigt viktiga. De stöttade och lyssnade på varandra. De diskuterade behandling och mediciner, de tröstade och pratade (35). Att ha någon som stöttade var positivt tyckte patienterna. En studie belyser betydelsen av kontinuitet, att patienten får träffa samma personal. De tyckte också det var bra om det ficks välja kontaktperson på avdelningen. Patientens frustration kunde ibland riktas mot vårdpersonalen. En

upplevelse av att personalen överreagerade på vissa händelser fanns också (32). Konflikter mellan personal och patienter påverkade de andra inneliggande patienterna negativt (35). Några patienter ansåg att andlighet och tro på en religion kunde hjälpa individen att överkomma svårigheter. Andra patienter ansåg att det var den egna kraften och de egna resurserna som hjälpte individen att komma över svårigheter (33).

Att uppleva trygghet

I en svensk studie framkom det att patienterna inte tyckte det var bra att blanda patienter med olika psykiatriska diagnoser (31, 37). Det var också viktigt att vårdmiljön inte kändes hotfull eller att det fanns hot om våld. Studien framhåller att patienterna tycker det är bra med låsta dörrar eftersom det skapar en säker och trygg miljö. Att fönstren inte gick att krossa gav också en känsla av att vara i säkerhet eftersom det inte fanns möjlighet för självskadan. (31) Patienter kunde känna sig otrygga på en psykiatrisk heldygnsavdelning. Det berodde på att det fanns patienter som kunde vara våldsamma (37). I en amerikansk studie kunde patienterna känna sig instängda på avdelningen. De kände sig kontrollerade och maktlösa. En känsla av hot och trakasserier kunde uppkomma (32).

Det fanns flera sätt för patienterna att hantera hotfulla situationer. Det fanns en önskan om att personalen ska informera om potentiellt aggressiva patienter till nya patienter så de kunde förbereda sig. Det fanns ett missnöje med att vissa patienter tilläts av personalen att fortsätta provocera sina medpatienter. Det framkom också att andra patienterna påverkades mycket av svårt sjuka patienter. Att patienterna får ha larm kan vara ett sätt att undvika våldsamma incidenter. Patienterna hade olika strategier för att undvika hotfulla och våldsamma situationer. Ett sätt var att lämna rummet eller undvika speciella rum som den hotfulle brukade vara i. Patienterna kunde även bli tvungna att lämna avdelningen för en stund för att undgå hot och våld. Det kunde även vara så att en patient varnade för sig själv, då visste medpatienterna att de skulle hålla sig undan. Ett annat sätt att undkomma hot och våld var att hitta ett rum eller ställe som var lugnare och säkrare som sitt eget rum eller tv-rummet. Det var under förutsättning att patienterna fick vistas i sitt rum dagtid och att det fanns ett eget rum att tillgå. Patienterna varnade personalen när de såg att någon medpatient höll på att bli våldsam. Ytterligare sätt att undvika våld var att alliera sig med den patient som var högst i rang. Då fanns det alltid skydd att hämta. Att få bli utskrivet var ytterligare ett sätt att undkomma hot och våld. Nedtrappning var en metod som personalen använde sig av för att lugna ner en medpatient som höll på att bli aggressiv. Patienterna informerade varandra om det var någon medpatient som var våldsam. Patienterna gjorde också egna observationer av de andra för att se om de var aggressiva (37).

En studie framhåller vikten av att patienterna kände sig trygga på avdelningen. Det var också bra att det inte fanns några farliga föremål som de kunde skada sig själva med. De upplevde det också positivt att vårdvistelsen gav möjlighet till sociala kontakter. Många patienter ansåg att det fanns en hel del negativa aspekter kring vårdmiljön. En aspekt var att det fanns farliga platser på avdelningen som kunde leda till självmordsförsök. Dessa platser var t.ex. badrummet och garderoben. Patienter kände sig kränkta när rummen blev genomsökta, efter farliga föremål, av vårdpersonalen. Patienterna ansåg att sjuksköterskorna inte gjorde sitt jobb när det inte övervakade patienterna som var bestämt. Patienterna beskrev att detta ledde till fler tillfällen för självmordsförsök. Vissa patienter blev också skrämde av patienter med psykotiska symtom. Några patienter saknade vissa saker som t.ex. klädhängare. Läkemedelsbiverkan tyckte många patienter var besvärligt (33).

Den fysiska miljöns betydelse

I en afrikansk studie framkom det att patienterna ville ha träbord och trästolar istället för i betong i kök och matsal. Ordentligt med ljus på rummen önskades också. Patienterna ansåg att den låsta avdelningen fick dem att känna att de inte var en del av sjukhuset. I vissa sovsalar fanns det trasiga fönster vilket ledde till att patienterna kände sig frusna (34). Patienterna uttryckte att fina färger och textilier gjorde det mysigt och hemligt och det gjorde att de kände sig mer avslappnade (31). De uppskattade fönster som de kunde titta ut genom, på naturen och världen i stort. Att få känna frisk luft skapade en känsla av frihet. Patienterna kände sig stressade av att de behövde äta upp sina måltider snabbt (32). Patienter med självskadebeteende tyckte de kände sig bättre när de kom in på avdelningen där det var lugnt och skönt, till skillnad från omvärldens stress. Det var negativt att det var så mycket och högt ljud som gjorde det svårare att sova och läsa (33). I en svensk studie beskrivs patienters önskan om en lugn och tyst miljö (31).

Personalperspektiv

Den fysiska miljöns betydelse för vårdarbetet

I en studie framkom det att patienten bör ha rätt till ett eget rum. Särskilda samtalsrum är viktiga. Fina färger på möbler och väggar skapade en god vårdmiljö. Långa korridorer påverkade patienterna negativt trodde personalen. Lugn och säker miljö, helst i små enheter där patienterna hade liknande diagnoser, var positivt för patienten (38).

I en annan studie framkom att personalen tyckte det var bra med enskilda sovrum för patienten. Det stärkte patienternas förmåga att tillfriskna. Att patienterna fick mera frihet och självständighet sågs också som något positivt. De fick bl.a. en egen nyckel till rummet och möjlighet att laga egen mat. Fräscha och nyrenoverade lokaler avdramatiserade själva byggnaden och gjorde att både omgivning och anhöriga såg byggnaden och verksamheten på ett nytt positivare sätt. Bekväma möbler, öppna ytor och ljusinsläpp var faktorer som skapade en bra vårdmiljö. Personalen upplevde det som oerhört bra att lokalerna gjorde det möjligt för patienterna att själva kunna bestämma om de ville vara för sig själva eller med andra. Personalen saknade rum för gruppbaserad terapi och individsamtal. Personal fick spendera mycket tid till att hitta lämpliga lokaler. Ofta slutade det med att samtalet fick ske i patientrummen (39).

Att varje patient behövde få frisk luft var välbekant hos vårdpersonalen. De förstod dock inte att detta skapade en känsla av frihet och kontakt med omvärlden (32). En annan studie framhäver att det är viktigt att personalen har någonstans att sitta för att prata i lugn och ro med patienterna. Det är också viktigt att avdelningen inte är för stor. Är avdelningen för stor kan sjuksköterskorna ha svårt att hitta patienter som de behövde komma i kontakt med eller som var under kontinuerlig övervakning. Detta tog tid och skapade frustration (40).

I en studie framkom det att det saknades olika medicintekniska saker på avdelningen. Det fanns också en brist på vanligt förekommande mediciner (32).

På ett sjukhus i Canada hade lokalerna ordnats så att patienten både kunde vara för sig själv och med andra. Det möjliggjorde också socialt stöd från andra medpatienter. Att ha ställen där patienterna kunde vara ifred skapade risken för användande av narkotika. Att personalen hade egna specifika områden där bara de hade tillträde upplevdes också som positivt. Vissa problem fanns med de nya designade avdelningarna. Personal påpekade att de fanns för få och för små arbetsstationer för sjuksköterskor och att det

ledde till att personal inte hade tillräcklig uppsikt över patienterna och avdelningarna. Det fanns inte heller tillräckligt med utrymmen för vårdpersonalen att umgås på. Det påverkade samarbetet negativt. Ur säkerhetssynpunkt var det inte bra med så öppna ytor, eftersom det inte fanns någon dörr att stänga som skydd. Det fanns inte heller larmknappar på patienternas rum och toaletter. Det kunde upplevas negativt av patienterna att hela tiden ha personal runt sig (39).

Relationens betydelse för vårdarbetet

I en studie som påvisade vikten av att ha ett rökrum fanns det regler på avdelningen om vad som var lämpligt att tala om. Reglerna fanns för att skydda patienterna från mer oro och bekymmer. Personalen tyckte inte det var lämpligt att patienterna hade nära kontakt med varandra, eftersom det kunde påverka dem negativt. Vissa ur personalen ansåg att det måste ha kontroll över vad som försiggick inne i rökrummet och därför besökte det rummet. Andra ur personalen visste vad som pågick i rummet men valde att inte gå in där med hänvisning till att patienterna måste ha ett privatliv. De ville heller inte gå in i rökrummet pga. att det utsattes för passiv rökning och för att följa norsk lag. Att gå in i rökrummet kunde upplevas som obehagligt (36).

Att veta vad patienterna gjorde och hur de mädde var viktigt för att kunna bibehålla säkerheten. För många patienter ledde enligt vårdpersonalen till att det fanns för lite tid för varje patient. Det påverkade relationen mellan sjuksköterskan och patienten negativt. Sjuksköterskorna ansåg att, för att skapa en bra vårdmiljö, så var det viktigt att vara medveten om sin attityd. Dels innebar det att inte vara dömande och dels innebar det att starta varje arbetspass med en ny positiv energi. Att socialisera med kollegor var något som både sågs som negativt och positivt. Den negativa aspekten var att det tog tid från patienterna. Den positiva aspekten var att vårdpersonalen såg det som ett sätt att diskutera problem och det i sin tur ledde till minskad stress. Sjuksköterskorna medgav att de ibland undvek kontakt med patienterna. Det berodde på att det kände sig osäkra. Stöd och råd från kollegor kunde motverka osäkerheten. Patienter som var väldigt sjuka och patienter som var nya ansågs behöva mer omtanke och vård. Det var viktigt att patienterna hade en sjuksköterska som var ansvarig för dess vård och fortsatta rehabilitering. Sjuksköterskorna uppgav att det hade ett behov av att utbilda sig. Att gå på utbildning medförde att tiden med patienterna minskade och därmed försämrades möjligheten till att utveckla en bra relation. (40) Andra saker som kunde stjäla tid från patienterna var alla de praktiska saker som sjuksköterskor måste göra som t.ex. dokumentera och svara i telefon (32, 40). I ytterligare en studie ansåg sjuksköterskorna att för mycket tid gick åt till andra arbetsuppgifter än just det patientnära arbetet (33).

En studie visar på att personalen känner sig instängda på avdelningen. Sjuksköterskorna umgicks mest med andra sjuksköterskor. De hade mycket att göra så de kände att tiden gick fort. Men de visste samtidigt att patienterna hade det långtråkigt. De ville kunna lägga ner mer tid på patienterna. Sjuksköterskorna beklagade sig över att de inte fanns tillräckligt med personal som kunde gå ut med patienterna. Det fanns ett dekret om att personalen skulle undvika att arbeta övertid. Därför försökte vårdpersonalen skynda på patienterna när de åt så att de kunde sluta i tid. Den bestraffande och skrämmande miljön som patienterna beskrev överensstämde med sjuksköterskornas uppfattning. De ur personalen som försökte förändra detta förhållningssätt och attityd fick känna av kritik från ledningen. Personalen såg likväl som patienterna att vårdtiden bestämdes ofta av hur länge försäkringen täckte patienternas kostnad. Sjuksköterskorna tyckte de hade alldeles för lite tid med patienterna och att de aldrig hann prata med dem. Sjuksköterskorna upplevde det som negativt att deras arbetsrum var inglasat med låsta

dörrar. Då fick de inte möjlighet att komma i kontakt med patienterna. Att patienterna fick hjälp och stöd från andra medpatienter såg vårdpersonalen som något positivt. Det gjorde så att de kunde fokusera på andra uppgifter. Samtidigt önskade sjuksköterskorna att de hade mer tid att fokusera på patienten och dess vård. Sjuksköterskorna uppskattade sitt team och fick stöttning från det (32).

En studie visar på att det är viktigt att återinlagda patienter får samma kontaktpersoner som de hade god kontakt med sedan innan. Personalen behandlade, för det mesta, patienterna med respekt. Varje tillfälle som gavs för informella eller formella samtal tog personalen tillvara på. Att respektera patienten var viktigt ansåg personalen. Det gjordes genom att stödja patienten och försöka tillgodose hans eller hennes behov. Det gjordes också genom att ta dem på allvar. Personalen uppskattade när patienterna visade tacksamhet. Vissa anhöriga var misstänksamma mot personalen. De ifrågasatte om patienten verkligen fick den bästa vården. Personalen upplevde det som påfrestande att få kritik från anhöriga (35).

I Schröder, Ahlströms studie, (38), framhävde vårdpersonalen vikten av att varje individ ska känna sig sedd och bekräftad som enskild individ. Det innebar att alla patienter ska bli lyssnade på och att de ska få känna sig som en person och inte som en sjukdom. Personalen beskrev att patienterna skall ha tillgång till vård dygnet runt. Det skall finnas personer ur personalen som kan ta sig an patienterna även då den ordinarie vårdaren inte har möjlighet till det. Om inte annat skall ordinarie vårdaren kontakta patienten så fort som möjligt. Personalen uttryckte att det var mycket viktigt att det sociala nätverket kartlades. Det sociala nätverket har en positiv påverkan på patientens vård och behandling (33).

Kommunikationens betydelse i vårdarbete

Vårdpersonalen ansåg att teamarbete var svårt och tidskrävande. För att få ett lyckat team gällde det att respektera varje teammedlem men också anta det kollektiva ansvaret för patienter och kollegor. Möten var viktiga för att varje teammedlem skulle få tillfälle att ge information och komma med råd och förslag. I slutändan var det viktigaste att vårdpersonalen var eniga om vård och behandling (33).

I en svensk studie framkom det att det är av betydelse att patienten har kunskap om sin sjukdom, så att hon eller han kan vara delaktig i såväl planering som i aktiv vård. Information om sjukdom och behandling skall ges till både patient och anhörig. Patienten har självbestämmanderätt om vilken vård och behandling hon eller han önskar. Personalen strävade efter att ge patienterna den bästa tänkbara vården. Det innebar att patientens problem måste identifieras och diagnostiseras för att sedan kunna veta vilken behandling som är bäst för patienten. I de fall där patienten var för sjuk för att delta i vård och behandling skall personalen göra sitt yttersta tills individen kunde tala för sig själv. Personalen måste vara enig om den vård som ges till patienterna. Personalen uttryckte att det var oerhört viktigt att patienter som inte hade någon sjukdomsinsikt fick se vilka alternativ som fanns innan tvångsåtgärder sattes in (38).

Det var svårt att ändra patientens idéer om självmord, och det blev ännu svårare när patienten förnekade självmordstankar eller planer. När samarbetet med anhöriga eller patient inte fungerade kunde det leda till att patienten utsattes för osäkra miljöer (33).

Vårdpersonalen såg fördelar med att inte ha så många arbetsrum för sjuksköterskor. Det gjorde så att det blev mer informella samtal mellan patient och vårdare och att patienterna inte behövde känna att hon eller han måste gå till ett arbetsrum för att prata med en vårdare. De nya lokalerna skapade också mer samarbete mellan olika yrkesfunktioner (39).

En studie från Taiwan tar upp sjuksköterskornas förmåga att vara icke dömande gentemot patienterna. Sjuksköterskorna ansåg att de på alla sätt värnade om patienten genom att inte diskriminera dem, vara empatiska, omvårdande och att tro på patienten. Enligt studien så fanns det sjuksköterskor som ändå var dömande gentemot patienterna. Dömande attityd formulerades genom uttalade att patienten skulle ta ansvar för sig själv och att patienterna som gjorde självmordsförsök bara ville ha uppmärksamhet. En del sjuksköterskor kunde vara arga på patienterna och till och med hata patienterna pga. det som det hade gjort. Dömande attityd kunde också uttryckas genom att sjuksköterskorna fördömde självmord och självmordsförsök med förklaringen att det var förbjudet inom deras religion. Sjuksköterskorna ansåg att en del psykiatriker motarbetade dem genom att ge patienterna andra direktiv vad gällde vård och behandling. Det i sin tur ledde till minskat förtroende för sjuksköterskorna. Det fanns en frustration bland några psykiatrisjuksköterskor gentemot regler och policys som sjukhuset hade (33).

Att känna sig trygg- enligt personalen

I en svensk studie beskrivs för- och nackdelar med låsta dörrar enligt sjuksköterskor och mentalvårdare. Det positiva med låsta dörrar är att personalen vet var patienterna är, ingen kan försvinna. Det skapar också en lugn och trygg vårdmiljö. Låsta dörrar skapar också bättre möjlighet att fokusera på vård och behandling av patienten. Fördelar är också att patienten skyddas från oönskade eller olämpliga besök. Att komma i kontakt med de som ska besöka avdelningen är också viktigt. Anhöriga kan känna sig lättade av att det är låsta dörrar, eftersom de vet att patienten finns inne på avdelningen i säkerhet. Låsta dörrar är också personalbesparande. D.v.s. mindre antal personal behövs för att upprätthålla lugn, säkerhet och en god vård. Det blir mindre diskussioner om dörren alltid är låst (41).

Tid till att reflektera över akuta händelser önskade personalen. Vissa tyckte också att poliser skulle i högre utsträckning vara behjälpliga. Låg bemanning skapade en otrygg miljö ansåg sjuksköterskorna. En hemlik miljö skulle reducera hot och våld menade vissa. Andra hävdade att det skulle öka riskerna. Information om våldsamma patienter och stöd från kollegor gjorde så att personalen kände sig säkrare på avdelningen. Det var viktigt att varje individ förstod vilken roll alla ur personalen hade så att vårdarna visste var och hur de kunde skaffa hjälp. Vårdarna ansåg att vissa patienter tyckte det var bra med övervakning eftersom de kunde lägga över kontrollen till någon annan och därmed minska risken för självskador. Dessutom kunde det vara ett sätt att skydda sig mot hotfulla och skrämmande situationer (37).

Det tar onödig tid för personalen att öppna den låsta dörren. Dessutom stör det patientkontakten. Personalen uppger att en låst dörr minskar patienternas ansvarstagande och tilltro till sig själv. Skrammel av nycklar samt proceduren att öppna skapade en hård och institutionaliserad atmosfär. Detta gäller också för besökare som ser den låsta dörren. Personalen själva kunde känna sig instängda och besvärade av den låsta dörren, speciellt när patienterna hade negativa synpunkter på det. En del ur personalen ansåg att den kunde göra patienterna mer aggressiva och frustrerad. De ansåg också att patienterna kunde känna sig nervösa, nedstämda och skrämnda.

Personalen var medveten om att dörren skapade en maktposition för dem. Den kunde orsaka att patienterna blev mer negativt inställda till behandlingen. Det krävdes både tid och ork för att förklara varför den var stängd. De kunde skapa ett obehag för patienten att vara tvungen att fråga om lov om någon kan öppna. Det i sin tur kunde leda till att patienterna valde att inte gå ut och blev mer passiva. Personalen ansåg att de låsta dörrarna bara behövdes för det mest sjuka patienterna. Nycklarna i sig skapade problem. Dels, för att personalen fick ha speciella kläder där nycklarna kunde få plats, dels för att nycklarna kunde samla bakterier. De låsta dörrarna kunde vara ett problem vid akuta situationer, där personal behövde komma snabbt in på avdelningen (41).

I en studie framkom det att sjuksköterskorna ansåg att de inte fick tillräcklig med utbildning kring självmord och hur omvårdnaden kring självmordsbenägna patienter skulle ske. Det gjorde så att de kände sig osäkra och stressade i omhändertagandet av patienterna. Sjuksköterskorna ansåg också att det var svårt att förhindra självmord eftersom det alltid fanns saker som kunde användas för att göra självmord (33).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Det var svårt att hitta artiklar därför fick olika sökord användas. Det uppkom ohanterligt många artiklar, lades det till begränsningar till sökorden. Många av sökningarna som gjordes var för specifika och gav inga eller få svar. Mer generella termer fick användas för att kunna hitta några artiklar. I litteraturstudien ingick i huvudsak studier gjorda i länder som har ekonomi att bedriva kvalificerad psykiatrisk vård. Dessa länder var Australien (40), Canada (39), Norge (36), Storbritannien (37), Sverige (34, 38,41,44), Taiwan (33) och USA (32). Resultatet kom därför att bli likvärdigt i alla studier, med få variationer. I jämförelsevis kan nämnas en Kenyansk studie (34), som ingick i litteraturstudien där andra värden tas upp som ses som en självklarhet för västerländska länder, därför valdes denna studie. Vid uppstarten av fördjupningsarbetet var tanken att fokuset skulle ligga mer på färger och interiörens betydelse för patienten. Detta ämne togs bara delvis upp i några få artiklar, därför utvidgades syftet till att innefatta både fysisk och psykosocial miljö. Flera artiklar handlade om säkerhet och hur det påverkar vårdmiljön (34, 36, 40, 44). Det var även svårt att hitta artiklar som bara belyste patienternas syn på vårdmiljön. Därmed fick det ingå artiklar där vårdpersonalens framlade sin syn på vårdmiljö och hur den påverkade patienterna. Det är lättare att göra studier där personalen ingår eftersom forskningsledarna då inte behöver ta ställning till patienternas psykiska sjukdom och om det är lämpligt att de ingår i studien. Willmans bedömningskriterier gav ett bra stöd men vissa frågor var svåra att utreda som t.ex. analysmättnad och resultatmättnad (30). Av de analyserade 11 artiklarna är 10 kvalitativa och en både kvalitativ och kvantitativ. Urvalet av dessa är beroende på att detta fördjupningsarbete har fokus på hur vårdmiljön påverkar hälsa och välbefinnande, för att undersöka detta används oftast kvalitativ ansats. Sökorden caring, (omsorg) eller nursing, (omvårdnad) har inte använts och det kan ses som en begränsning, Flera artiklar är från Nursingtidskrifter så att dessa perspektiv har ändå belyst. Det är etiskt korrekt att studera patienters upplevelse av vårdmiljön efter som det kommer att öka förståelsen för vad god vårdmiljö är och i längden skapa en bättre vårdmiljö för patienterna. I och med att patienterna får möjlighet att uttrycka åsikter om vårdmiljön, synliggörs denna grupp. Det i sin tur kan leda till minskad skam över sin sjukdom hos patienterna. Endast ett fåtal studier (35, 36, 41) anger hur många män respektive

kvinnor som deltagit. I detta arbete finns en begränsning i val av sökord. Sökorden borde fokuserat mer på omvårdnad som i t.ex. nursing och caring. Ord som architectur, arkitektur, skulle därmed valts bort. Andra sökord hade kanske gett ett annat svar men med denna begränsade tid valdes ovanstående.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet gäller för vårdpersonal och vårdutvecklare som ett led i att förbättra vårdmiljön inom den psykiatriska heldygnsvården. Resultatet kan också ligga till grund för utvecklande av vårdmiljön på de somatiska vårdavdelningarna.

Kommunikationens betydelse för patienterna och för vårdarbetet

Patienterna kunde, i rökrummet, prata fritt om religion, politik och annat som annars var förbjudet på avdelningen. De pratade om roliga saker och om saker som skedde i samhället. De gav varandra råd och stöd. De såg också till att kontakta personalen när de såg att någon var väldigt illa där. I rökrummet avhandlades också praktiska problem. De hjälpte varandra att få kontakt med omvärlden (36). Flera studier tar upp vikten av information. Information kan innebära uppgifter om vård och behandling, regler och förhållningssätt, om personal och patienter (34, 36, 37, 39) Även vårdpersonalen tyckte det var viktigt att patienten har kunskap om sin sjukdom, så att hon eller han kan vara delaktig i såväl planering som i aktiv vård. Information om sjukdom och behandling skall ges till både patient och anhörig ansåg vårdpersonalen (38). Information undanröjer således ovissheten och kan leda till att både patient och anhörig förhindras att känna sjukdomslidande (42). Enligt HSL, (14), skall patienten få information om sitt hälsotillstånd, undersökningar, vård och behandling. Informationen skall anpassas till varje patient. När inte patienten har möjlighet att ta emot information skall detta ges till anhöriga.

Vårdpersonalen ansåg att teamwork var svårt och tidskrävande. Men det ansågs ändå viktigt med teamsamverkan, då alla fick möjlighet att få information och komma med råd och förslag. Viktigast var ändå att vårdpersonalen var enig om vård och behandling (33). Enligt kompetensbeskrivning för svensk legitimerad sjuksköterska är det sjuksköterskans uppgift att samla all vårdpersonals synpunkter och förslag för att åstadkomma en bättre vård för patienten. Det är också sjuksköterskans uppgift att åstadkomma en positiv utveckling i teamarbetet (43). Patienten har självbestämmande rätt om vilken vård och behandling hon eller han önskar (38). Därför är det av största vikt att sjuksköterskan följer sina skyldigheter och informerar patienter och dess anhöriga om vård och behandling (43). Personalen strävade efter att ge patienterna den bästa tänkbara vården. Det innebär att patientens problem måste identifieras och diagnoseras för att sedan kunna veta vilken behandling som är bäst för patienten. I det fall där patienten var för sjuk för att delta i vård och behandling skall personalen göra sitt yttersta tills individen kunde tala för sig själv. Personalen uttryckte att det var oerhört viktigt att patienter som inte hade någon sjukdomsinsikt fick se vilka alternativ som fanns innan tvångsåtgärder sattes in (38). Genom att erbjuda valfrihet, begränsas risken av att patienten upplever vårdlidande (42). Detta kan ses som betydelsefullt för att främja hälsa och välbefinnande

Sjuksköterskorna ansåg att de på alla sätt värnade om patienten genom att inte diskriminera dem, vara empatisk, omvårdande och genom att tro på patienten. Det fanns ändå ett fåtal sjuksköterskor som var dömande gentemot patienterna. Dömande attityd

kunde t.ex. formuleras genom uttalanden att patienten skulle ta ansvar för sig själv och att patienterna som gjorde självmordsförsök bara ville ha uppmärksamhet. Självmord och självmordsförsök väckte starka känslor hos sjuksköterskorna (33). Dömande sjuksköterskor strider mot vad socialstyrelsen skriver i kompetensbeskrivning för sjuksköterska. Svenska sjuksköterskor har skyldighet att kommunicera på ett respektfullt, lyhört och empatisk sätt (43). HSL, (14), framhåller att vården skall utformas så att patientens integritet värnas samt att kontakten mellan patient och sjukvårdspersonal är god. Varje patient, oavsett om det rör sig om en somatisk eller psykiatrisk sjukdom, borde få känna sig trygg med att få ett vänligt och bra bemötande när hon eller han blir inneliggande på vårdavdelning. Tyvärr är det inte så överallt. Patienter med psykiska sjukdomar är i en mer utsatt position och därmed är det ännu viktigare med ett bra och respektfullt bemötande. Psykisk sjukdom kan göra det svårt för vissa individer att förmedla kritik och önskemål gentemot personalen.

Relationens påverkan på vården

Patienterna upplevde det som negativt när personalen blev för personliga och när de inte tog patienten på allvar (35). Att inte bli tagen på allvar är en form av kränkande beteende som utförs av sjukvårdspersonalen. Genom att inte ge patienten den vård som hon eller han behöver uppkommer vårdlidande menar Eriksson (42). I en svensk studie framkom det att vårdpersonalen också tyckte det var viktigt att varje individ ska känna sig sedd och bekräftad som enskild individ (38). Att respektera patienterna och ta dem på allvar var också viktigt ansåg personalen (35). Svenska sjuksköterskor har en skyldighet att ta patienten på allvar och i möjligaste mån lindra det lidande som kan uppstå av sjukdom och behandling (43). Ett respektfullt förhållningsätt främjar en psykosocial vårdmiljö vilket främjar hälsa och välbefinnande.

Personalen ska vara bra på att lyssna och ha lätt för att prata med, ansåg patienterna. Personalen skulle också vara snälla och trevliga (35). Det var även viktigt att personalen var empatisk och social tyckte patienterna i en svensk studie. De borde också ha humor och vara personliga utan att vara privata. Det uppskattades också att personalen var med i den dagliga verksamheten tillsammans med patienterna. En studie visade på att patienterna även uppskattade att personalen satte gränser (31). I en australiensisk studie medgav sjuksköterskorna dock att de ibland undvek kontakt med patienterna. Det berodde på att det kände sig osäkra. Stöd och råd från kollegor kunde motverka osäkerheten (40). Att undvika kontakt med patienterna är en kränkande handling som kan orsaka vårdlidande (42). Vårdpersonalen ansåg att det hade för lite tid för patienterna, både för samtal och aktivering samt annan vård och behandling (35, 43). Det kunde bl.a. bero på alla de praktiska saker som sjuksköterskor måste göra (35, 36, 43) Genom att patienterna inte får sina behov tillgodosedda kan vårdlidande skapas för patienten (42).

Patienter som inte kunde språket hade svårt att vara med på sociala aktiviteter. Relationerna patienter emellan var väldigt viktiga. De stöttade och lyssnade på varandra. De diskuterade behandling och mediciner, de tröstade och pratade (35). En amerikansk studie visade på att vårdpersonalen såg det som något positivt när patienterna fick hjälp och stöd från andra medpatienter. Det gjorde så att de kunde fokusera på andra uppgifter (32). Sociala kontakter ingår i det s.k. livsrummet. Eriksson menar att positiva sociala kontakter kan påverka hälsan positivt (22). I en norsk studie framkom det att personalen å sin sida inte tyckte det var lämpligt att patienterna hade nära kontakt med varandra, eftersom det kunde påverka dem negativt (36). Ur

personalens synvinkel kunde alltså kontakten mellan patienterna orsaka sämre hälsa. Hälsa som WHO definiera som fysisk, själsligt och socialt välmående (23).

Patienterna kände skam över sjukdomen och över att söka hjälp. Därför var det extra viktigt att personalen, inte betraktade dem som en "sjukdom", utan som en individ. Det innebar att personalen inte skulle döma dem eller betrakta dem som konstiga (31). Att som patient känna skam över sin sjukdom och dess konsekvenser är enligt Eriksson sjukdomslidande (42). Psykisk ohälsa drabbar många men trots det känner många människor skam över sin sjukdom. Mellan 20-40 av Sveriges befolkning beräknas lida av s.k. psykisk ohälsa. 10-15procent av personer med psykisk ohälsa anses vara behov av mer omfattande psykiatrisk behandling (7).

Att veta vad patienterna gjorde och hur de mådde var viktigt för att kunna bibehålla säkerheten. Sjuksköterskorna ansåg att, för att skapa en vårdmiljö, var det viktigt att vara medveten om sin attityd. Att socialisera med kollegor var ett sätt för att kunna diskutera olika problem och därmed minska stressen. Det tog dock vårdtid från patienterna (40).

Att uppleva trygghet

Det var också viktigt att vårdmiljön inte kändes hotfull eller att det fanns hot om våld. Studien framhåller att patienterna tycker det är bra med låsta dörrar eftersom det skapar en säker och trygg miljö (31). Fokusering på säkerhet inom rättspsykiatri kan leda till sämre vårdmiljö pga. begränsat tillgång till utrymme och lokaler (18). Att försöka reducera potentiella saker och sanera platser som kan användas i suicid syfte var viktigt tyckte patienterna (34, 35). Det överensstämmer med vad Orlando, (20), anser om bra vårdmiljö. För att förhindra lidande skall alla yttre saker elimineras. Detta görs för att patienten har fullt upp med att bemästra sin sjukdom.

Patienter kunde känna sig otrygga på en psykiatrisk heldygnsavdelning pga. hot och våld (35, 40). Det fanns en önskan om att personalen ska informera om potentiellt aggressiva patienter till nya patienter så de kunde förbereda sig. Att patienterna också får ha larm kan vara ett sätt att undvika våldsamma incidenter. Patienterna hade olika strategier för att undvika hotfulla och våldsamma situationer (37). En studie från Taiwan framhåller vikten av att patienterna kände sig trygga på avdelningen. Patienter kände sig kränkta när rummen blev genomsökta, efter farliga föremål, av vårdpersonalen (33). Enligt kompetensbeskrivningen för svenska sjuksköterskor skall Svenska sjuksköterskor kunna hantera hotfulla och våldsamma situationer. De ska agera enligt rutiner och föreskrifter vid bränder och andra katastrofer (43).

Haglund et al (41), beskriver fördelar och nackdelar med låsta dörrar. Det positiva med låsta dörrar är att både personal och anhöriga vet var patienterna är och att de är i säkerhet. Det skapar också en lugn och trygg vårdmiljö. Låsta dörrar skapar också bättre möjlighet att fokusera på vård och behandling av patienten. Fördelar är också att patienten skyddas från oönskade eller olämpliga besök. Låsta dörrar är också personalbesparande (41). Att ha låst dörr kunde innebära många negativa aspekter tyckte personalen. Tidskrävande, skrämmande och en känsla av att vara instängd var några av synpunkterna på den låsta dörren. Skrammel av nycklar samt proceduren att öppna skapade en hård och institutionaliserad atmosfär. I förlängningen orsakade de låsta dörrarna sämre patientkontakt och mer passiva och ansvarslösa patienter (41). En del av vården bedrivs enligt LPT (15) i Sverige. Det innebär att patienten inte är

frivilligt inlagd och är i behov av vård dygnet runt. Det krävs därmed låsta dörrar för att undanröja risken för att inte patienten skall försvinna från avdelningen. En konsekvens av detta blir att andra patienter som inte vårdas enligt LPT kan påverkas negativt av den låsta dörren.

Låg bemanning skapade en otrygg miljö ansåg sjuksköterskorna. En hemlik miljö skulle reducera hot och våld menade vissa. Andra hävdade att det skulle öka riskerna (37). Sveriges kommuner och landsting, SKL, menar på att nya eller renoverade lokaler leder till mindre våldsincidenter och skadegörelser (18). Information om våldsamma patienter och stöd från kollegor gjorde så att personalen kände sig säkrare på avdelningen (37).

Fysisk miljö

Redan Nightingale konstaterade att det var viktigt med solljus och luft för patienterna (19). Att det är viktigt med ljus, även artificiellt ljus, poängterar patienterna (34). Det framkom att patienterna uppskattade fönster som de kunde titta ut på naturen och världen i stort. Att få känna frisk luft skapade en känsla av frihet (32). Fönster fick inte vara sönder, då det fick patienterna att frysa (34). Nightingale påpekade också vikten av att dämpa ljudnivåerna (19). Det framkom att vissa patienter upplevde det som besvärande med höga ljud och det ledde till att det blev svårare att sova och läsa (33). Att patienterna föredrog en lugn och tyst miljö framkom i ytterligare en studie (31). Behov av lugn och ro kan också förmedlas genom att inte behöva stressa i matsituationer. Att behöva stressa upplevde patienterna som negativt (32). Stressen kan påverka hälsan. Roy menar att om inte varje individ kan eller får möjlighet att anpassa sig till rådande omständigheter kan det leda till ohälsa (21).

Även inredningen på en psykiatrisk vårdavdelning är viktig för att skapa en god vårdmiljö. I en afrikansk studie framkom det att patienterna ville ha träbord och trästolar istället för i betong i kök och matsal (34). Patienterna uttryckte att fina färger och textilier gjorde det mysigt och hemligt och det gjorde att de kände sig mer avslappnade (31). Därmed kunde ett ökat välbefinnande infinna sig. Välbefinnande som i sin tur är kopplat till hälsa (25). Vikten av att själv kunna bestämma om avskildhet var positivt ansåg patienterna (36). Att kunna ha sitt eget rum på avdelningen kändes positivt för patienterna (31). Även personalen tyckte att patienten skall ha rätt till ett eget rum så att de kan välja när de vill vara för sig själva (41, 42). SKL menar på att det är exempel på bra vårdmiljö när patienterna har tillgång till egna rum och egna toaletter med dusch (18). Jag anser att det borde vara en självklarhet att få ha tillgång till ett eget rum när en patient vistas på en vårdavdelning. För patienter som p.g.a. sin sjukdom kan vara extra känsliga för andra individer och deras beteende är det ännu viktigare att få möjlighet till eget rum. Att som patient få ha en egen toalett och dusch borde också vara en rättighet. I första hand för en ökad integritet men också pga. hygienaspekter.

Fina färger på möbler och väggar skapade en god vårdmiljö (38). Bekväma möbler, öppna ytor och ljusinsläpp var faktorer som också skapade en bra vårdmiljö (39). Långa korridorer påverkade patienterna negativt trodde personalen. Lugn och säker miljö, helst i små enheter där patienterna hade liknande diagnoser, var positivt för patienten (38). Var avdelningen för stor kunde det leda till att sjuksköterskorna hade svårt att hitta patienterna (40). Att ha ställen där patienterna kunde vara ifred skapade en risk för användande av narkotika (39). Att personalen hade egna specifika område där bara de hade tillträde upplevdes också som positivt. Personal påpekade att de fanns för få och för små arbetsstationer för sjuksköterskor och att det ledde till att personal inte hade tillräcklig uppsikt över patienterna och avdelningarna. Ur säkerhetssynpunkt var det inte

bra med så öppna ytor, eftersom det inte fanns någon dörr att stänga som skydd. Det fanns inte heller larmknappar på patienternas rum och toaletter (39). SKL menar att det är positivt om vårdavdelningen är utformad så att personalen ser patienterna och vad de gör, och kan vara i patientens närhet utan att det känns onaturligt. Det skall finnas möjlighet att stänga till områden eller lokaler för att kunna anpassa sig till olika händelser och patienter (18). Personalen såg det som viktigt att ha samtalsrum vilket många vårdenheter saknar (41-43). Däremot framkom i detta fördjupningsarbete inga skillnader i beskrivningen av vårdmiljöns betydelse om patienten var under tvångsvård eller ej, vilket kan vara förvånande.

Slutsats

Vårdmiljö innefattar både fysiska aspekter som lokaler, färger, möbler, säkerhet, luft och ljus samt och sociala aspekter som relationer och kommunikation. Bra vårdmiljö kan bidra till ökad hälsa och välbefinnande hos patienter såväl som personal.

För patienterna var det viktigt att ha någon att tala med. Det kunde vara både personal och anhöriga. Det bästa stödet kom dock från andra patienter. Aktivering och sysselsättning var viktiga komponenter för att åstadkomma en god vårdmiljö. Patienterna ansåg att personalen skall vara snälla, empatiska och roliga. Det skulle respektera patienten och ta henne/honom på allvar. De ville bli betraktade som individer inte som sin sjukdom. Det var viktigt att ha platser där patienterna fick vara själva, utan personal. Det var viktigt för patienterna att känna sig trygga på avdelningen. Patienterna kunde utarbeta olika strategier för att undkomma hot och våld från andra patienter. Lokalerna kan göras positiva genom färger, mjuka möbler och fönster med utsikt. Lugn och ro hade en positiv inverkan på patienterna.

Att patienterna hade eget rum, ansåg personalen vara bra. Bekväma möbler, öppna ytor och ljusinsläpp var faktorer som skapade en bra vårdmiljö enligt vårdpersonalen. Det var viktigt med lugn och ro på avdelningen, ansåg de också. En del av vårdpersonalen ansåg att det inte fanns tillräckligt med samtalsrum, arbetsstationer och utrymmen för personalen att umgås på.

Skillnaden mellan vad patienterna och sjuksköterskorna tyckte om vårdmiljön var inte så stor i många fall. Sjuksköterskorna ville patienterna väl, men ansåg att de hade för lite tid med patienterna. Vårdpersonalen ansåg det viktigt med sjukdomsinsikt. Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att behandla alla patienter med respekt och lyhördhet. Det fanns både fördelar och nackdelar med låsta dörrar.

Fortsatt forskning

Patientperspektivet kring vårdmiljö är dåligt undersökt och därför krävs mera studier på det. Den fysiska miljöns, d.v.s. färger, ljus, textilier mm, påverkan på patienter är ett delområde som verkar vara mycket dåligt täckt och kräver därför mer forskning. Det skulle vara intressant att se om det var någon skillnad på vad män och kvinnor anser om vårdmiljön.

Kliniska implikationer

Bra vårdmiljö kan bidra till ökad hälsa och kan uppnås t.ex. genom att patienter har ställen där de kan dra sig undan. Därför är det viktigt att patienterna har ett eget rum.

Det är även viktigt att patienten aktiveras samt att hon eller han kan få hjälp med att hitta en sysselsättning. Likaså är det viktigt att patienterna får möjlighet att prata med varandra och med personalen. Patienterna måste få vara med i vårdplanering och få fortlöpande information om hur hans/hennes tillstånd och behandling. Vårdpersonal bör informera patienterna om hotfulla patienter. Vårdpersonalen måste sanera farliga miljöer som kan orsaka självskadan. För att skapa en god vårdmiljö bör lokalerna vara fräscha med fina färger och bra möbler. Patienterna ska få ha möjlighet till frisk luft och ljus. För att personalen ska kunna göra ett bra jobb krävs ändamålsenliga lokaler och tid för omvårdnad.

REFERENSER

1. **Lundin, S.** Byggnaden i fokus. Lundin S. From L. *Arkitektur som medicin-arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatrin*. Uppsala : ARQ-Stiftelsen för arkitekturforskning; 2009.
2. **Bogren, L.** Rakt på sak. Lundin S. From L. *Arkitektur som medicin-arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatrin*. Uppsala : ARQ-stiftelsen för arkitekturforskning; 2009.
3. **Björklund, D.** Västra Götalandsregionen. *En god cirkel för rättspsykiatrin*. Tillgänglig: 31 08 2011. Hämtat: 10 09 2012. <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Aktuellt/En-god-cirkel-for-rattspsykiatrin/>.
4. **Hellström, M.** Västfastigheter. *Rågården – ny vårdbyggnad för rättspsykiatriska vårdkedjan*. Västra Götalandregionen. Tillgänglig: 27 08 2012. Hämtat: 16 09 2012. <http://vastfast.vgregion.se/sv/Vastfastigheter2/Vastfastigheter/Vastfastigheter-Projekt---Sok/Vastfastigheter-Projekt---Sok/Platshallare---Distrikt-Goteborg/Ragarden/>.
5. **Nilunger Mannheimer L, Wasserman D.** Prevention av psykisk ohälsa. Perski A. Orth-Gomér K. *Preventiv medicin. Teori och praktik*. Lund : Studentlitteratur; 2008.
6. **Skärsäter, I.** Inledning. *Omvårdnad vid psykisk ohälsa- på grundläggande nivå*. Lund : Studentlitteratur; 2010.
7. **Socialstyrelsen.** Folkhälsorapport 2005. *Psykisk ohälsa*. Tillgänglig: 12 11 2005. Hämtat: 03 10 2012. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9967/2005-111-2_20051113.pdf.
8. **Sjöström, B.** *Kliniken tar över dårskapen. Om den moderna svenska psykiatris framväxt*. Göteborg : Daidalos; 1992.
9. **Tydén, U.** *Att skapa miljö för vård. Fysisk utformning av psykiatriska vårdmiljöer, miljöpsykologiska och praktiska aspekter*. Falun : Dalarnas forskningsråd; 1993.
10. Statens offentliga utredningar 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. Tillgänglig: 2006. Hämtat: 19 09 2012. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utredningar/Statens-offentliga-utredningar/Ambition-och-ansvar-Nationell-_GUB3100/.
11. **Ottoson, J-O.** *Psykiatri i Sverige*. Stockholm : Natur och Kultur; 2003.
12. **Lennestig M, Schön U.K.** *Mot nordliga vindar skyddad. Psykiatrisk vård, patienter och Sätters sjukhus under 100 år*. Stockholm : Carlsson Bokförlag; 2005.
13. **Johansson, I.** Kapitel 15. *Vårdmiljön- spelar det någon roll? Skärsäter I. Omvårdnad vid psykisk ohälsa- på grundläggande nivå*. Lund : Studentlitteratur; 2010.
14. **Raadu, G.** *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. Gunnel Raadu. *Författningshandboken 2005. För personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm : Liber; 2005.
15. *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård*. Hämtat: 16 09 2012. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911128-om-psykiatrisk_sfs-1991-1128/?bet=1991:1128.
16. *Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård*. Hämtat: 16 09 2012. http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-19911129-om-rattspsykia_sfs-1991-1129/?bet=1991:1129.
17. **Socialstyrelsen.** *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa. Nulägesbeskrivning. Rapportering av uppgifter från psykiatrin till patientregistret. Slutenvård*. Tillgänglig: 04 2012. Hämtat: 23 09 2012. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18639/2012-3-14.pdf>.

18. **Sveriges kommuner och landsting.** Sveriges kommuner och landsting. *Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården*. Tillgänglig: 18 06 2010. Hämtat: 29 09 2012. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/heldygnsvard/heldygnsvard_kartlaggning.
19. **Skeet, M.** *Notes on Nursing. The science and the art*. London : Churchill Livingstone; 1980.
20. **Orlando, I.J.** *The Dynamic Nurse-Patient Relationship*. New York : G.P. Putnam's sons; 1961.
21. **Andrews H.A, Roy C.** Chapter one. Essentials of the Roy adaption model. *The Roy adaptation model. The definitive statement*. Norwalk : Appleton & Lange; 1991.
22. **Eriksson, K.** *Vårdprocesen*. Stockholm : Liber AB; 2000.
23. **World Health Organization.** Constitution of the world health organization. *Programmes and projects. WHO Constitution*. Tillgänglig: 22 07 1946. Hämtat: 26 09 2012. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>.
24. **World health organization.** The Ottawa Charter for Health Promotion. *Programmes and projects. Health promotion*. Tillgänglig: 21 11 1986. Hämtat 16 10 2012. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
25. **Eriksson, K.** *Hälsans idé*. Stockholm : Liber utbildning AB; 1993.
26. **Watson, J.** Det mänskliga livets natur- omvårdnadens ämnesområde. *En teori för omvårdnad. Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund : Studentlitteratur; 1993.
27. **Orem, D. E.** *Nursing: concepts of practise*. St.Louis : Mosby Year Book; 1991.
28. **Walter, L.** Sex små hus. Lundin S. From L. *Arkitektur som medicin- arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatrin*. Uppsala : ARQ- Stiftelsen för Arkitekturforskning; 2009.
29. **Friberg, F.** *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund : Studentlitteratur AB; 2012.
30. **Willman A, Bahtsevani C, Stoltz P.** *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund : Studentlitteratur; 2011.
31. **Schröder A, Ahlström G, Wilde Larsson B.** Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:93-102.
32. **Shattell MM, Andes M, Thomas SP.** How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing Inquiry*. 2008;15:242-50.
33. **Sun F-K, Long A, Boore J, Tsao L-I.** Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *Journal of Clinical nursing*. 2006;15:83-92.
34. **Wagoro M.C.A, Othieno C.J, Karani A.** Structure and process factors that influence patients' perception of inpatient psychiatric nursing care at Mathari hospital, Nairobi. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008;15:246-52.
35. **Johansson M, Skärsäter I, Danielsson E.** Encounters in a locked psychiatric ward environment. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2007;14:336-72.
36. **Skorpen A, Anderssin N, Oeye C, Bjelland A.K.** The smoking-room as psychiatric patient's sanctuary. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008;15:728-36.
37. **Quirk A, Lelliott P, Seale C.** Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social science & medicine*. 2004;59: 2573-83.

38. **Schröder A, Ahlström G.** Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2004;18:204-12.
39. **Novotná G, Urbanoski K.A, Rush B.R.** Client-centred design of residential addiction and mental health care facilities: staff perceptions of their work environment. *Quality health research.* 2011;21:1527-38.
40. **Cleary M, Edwards C, Meehan T.** Factors influencing nurse-patient interaction in the acute psychiatric setting: An exploratory investigation. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing.* 1999;8:109-16.
41. **Haglund K, von Knorring L, von Essen L.** Psychiatric wards with locked doors-advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of Clinical Nursing.* 2006;15: 387-94.
42. **Eriksson, K.** *Den lidande människan.* Stockholm : Liber AB; 1994.
43. **Socialstyrelsen.** Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. . *Socialstyrelsen.* Tillgänglig: 01 02 2005. Hämtat: 14 02 2012.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf.

Bilagor

Bilaga 1 artikelöversikt

Ref nr.	Artikel	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsbedömning
34.	A. Schröder, G. Ahlström, B. Wilde Larsson. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . 15, 2006, Vol. 93-102.	Kvalitativ Studie Patient perspektiv	Beskriva hur patienterna uppfattar vårdkvaliteten inom psykiatrisk vård	Intervju med 20 patienter i åldern 24-64 år.	Patienter uppfattar vårdkvaliteten som något positivt och bra. Vikten av interpersonella relationer mellan patient och personal	medel
35.	MM Shattell, M Andes, SP Thomas. How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. <i>Nursing Inquiry</i> . 15, 2008, Vol. 3, 242-50.	Kvalitativ studie patientens perspektiv och ssk perspektiv	Förstå faktorer inom slutenvårdsavdelning så att ssk prioritera saker som bättre tillgodoser personalens och patienternas behov.	Fenomenologisk intervju. 10 patienter; 6 kvinnor och fyra män. 9 ssk, alla kvinnor	Tre teman uppkom; Inspärrade och begränsande, som ett plåster på ett öppet sår och här, bryr vi oss om varandra	Hög
36.	F-K. Sun, A. Long, J. Boore, L-I Tsao. Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. <i>Journal of Clinical nursing</i> . 2006, Vol. 83-92, 15.	Kvalitativ Studie patientens perspektiv och ssk perspektiv	Presentera ssk och patienters syn på akutupsykiatriska avdelningen och typen av vård som ges.	Observationer och semi-strukturerade intervjuer. 15 psykiatri ssk (alla kvinnor) 15 patienter (9 kvinnor och 6 män)	Två kategorier framkom i ena studien: team- samarbete och psykiatriska vårdmiljön. 4 kategorier framkom i andra studien: ssk attityder och övertygelse påverkar omvårdnaden, hinder för omvårdnad, patienters negativa tankar och känslor om Hämtat vård, stöd system.	Hög
37.	M.C.A Wagoro, C.J. Othieno, A. Karani. Structure and process factors that influence patients' perception of inpatient psychiatric nursing care at Mathari hospital, Nairobi. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> . 2008, Vol. 246-52, 15	Kvalitativ och kvantitativ studie Patient perspektiv	Upptäcka strukturer och process-faktorer som påverkar patientens uppfattning om kvalitén på psykiatrisk vård	236 patienter mellan 24 och 49 år ingick i studien	Fysiska miljön och positiva interpersonella relationer med ssk var de strukturer och processfaktorer som påverkade patientens uppfattning om psykiatrisk vård.	Medel
38.	M.Johansson, I. Skärsäter, E. Danielsson. Encounters in a locked psychiatric ward environment. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> . 2007, Vol. 14, 336-72.	Kvalitativ studie personal perspektiv patient perspektiv	Beskriva möten på vårdmiljön på psykiatrisk avdelning.	Observation av patienter och personal. Informella intervjuer och insamlande av dokument.	Vårdmiljön gav både utrymme och möjlighet till möten. Tre teman om relationer: vårdande relation, negativa relationer, informella relationer.	Medel
39.	A. Skorpen, N. Andersson, C.Oeye, A.K. Bjelland. The smoking-room as psychiatric patient's sanctuary. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> . April, 2008, Vol. 15, 728-36.	Kvalitativ Studie Personal perspektiv Patient perspektiv	Undersöka betydelsen av rökrummet för psykiatriska patienter.	Observationer, formella intervjuer och informella samtal mellan patienter och personal. 23 personer ur personalen deltog 15 patienter deltog.	Fem teman framkom; rökrummet som patientens panoptikon, rökrummet som patientens fristad, rökrummet som patientledd behandling och rökrummet som en arena för strategiskt motstånd	medel

40.	A. Quirk, P. Lelliott, C. Seale. Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. <i>Social science & medicine</i> . 59, 2004, 2573-83.	Kvalitativ Studie Vård-personal perspektiv Patient-perspektiv Anhörig-perspektiv	Undersöka vårdtagares strategier för att kunna hantera risker i en hotfull miljö på psykiatrisk akutvårdavdelning	Observations studier. Frågeformulär med två delar till patienter, besökare och personal.	Patienter känner sig Användandet av 10 olika strategier för att undkomma hot och våld på avdelningen.	Medel
41.	A.Schröder, G. Ahlström. Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: a qualitative study. <i>Scand J Caring Sci</i> . 2004, Vol. 18, 204-12.	Kvalitativ studie	Beskriva hur psykiatrisk vårdpersonal och övriga vårdarbetare uppfattar vårdkvalité inom psykiatrisk vård	Semi- strukturerade intervjuer. Psykiatrisk vårdpersonal 4 män och 6 kvinnor. Övrig vårdpersonal: 3män och 7 kvinnor	Fyra kategorier om vad vårdkvaliten är framkom: Patienten värdighet respekteras, patientens deltagande i vården, patientens återhämtning och patientens vårdmiljö	Hög
42.	G. Novotná, K.A. Urbanoski, B.R. Rush. Client-centred design of residential addiction and mental health care facilities: staff perceptions of their work environment. <i>Quality health research</i> . 21, 2011, Vol. 11, 1527-38.	Kvalitativ studie personal perspektiv	Undersökning av personalens uppfattning om den fysiska designen i en ny behandlings-enhet och dess påverka på vård och arbetsmiljö.	7 fokusgrupper med 5-6 personer i varje fokusgrupp, totalt 40 personer. En diskussionsledare i varje grupp.	Nya avdelningen påverkar patienternas tillfrisknande positivt och reducerar stigma. Brist på terapi- rum och arbetsplatser framkom liksom att det är svårt att övervaka patienterna. Lokalernas utformning påverkade kommunikationen och relationen mellan vårdare och patient positivt.	medel
43.	M. Cleary, C. Edwards, T. Meehan. Factors influencing nurse-patient interaction in the acute psychiatric setting: An exploratory investigation. <i>Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing</i> . 8, 1999, Vol. 109-116.	Kvalitativ Studie Ssk perspektiv	Undersöka faktorer som underlättar och/eller hindrar kontakt mellan ssk och patient.	Semistrukturerade intervjuer med 10 sjuksköterskor	Faktorer som påverkade kontakten mellan ssk och patient var: vårdmiljön, alltid något att göra, ssk egenskaper, patientfaktorer, hjälpligt stöd och fokusering på omvårdnad	medel
44.	K. Haglund, L. von Knorring, L. von Essen. Psychiatric wards with locked doors- advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . 2006, Vol. 387-394, 15.	Kvalitativ Studie Ssk perspektiv Mentalskötare perspektiv	Beskriva ssk och mental-skötarens uppfattning om fördelar och nackdelar med att arbeta på en psykiatrisk vårdavdelning med låst entredörr.	Semi- strukturerade intervjuer med öppna frågor. 20 ssk och 20 mentalskötare.	Ssk och mentalskötare upplever ett antal för- och nackdelar med låsta dörrar. Dessa för och nackdelar är riktade mot personalen, patienterna och anhöriga.	Hög