

Vårdmiljöns betydelse för hälsa och välbefinnande

Helle Wijk, Susanna Nordin

Helle Wijk, Leg. sjuksköterska, docent, Sahlgrenska Akademien, Institutionen för
Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Centrum för Vårdens Arkitektur E-post: helle.wijk@fhs.gu.se.

Susanna Nordin, Leg. sjuksköterska, med doktor, Karolinska Institutet,
Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle, Högskolan Dalarna,
Akademien Utbildning, Hälsa och Samhälle. E-post: snr@du.se.

Medvetenheten om vårdmiljöns betydelse för patientens hälsa ökar världen över. Det syns tydligt då vårdprogram, nationella riktlinjer och standarder inom vård och omsorg i ökad grad beaktar aspekter av den fysiska miljöns betydelse för god vård. Även ett stort antal forskningsartiklar har presenterats genom åren som illustrerar betydelsen av arkitektur och design. Exempel på nya rön är vikten av en tillgänglig vårdmiljö som är lätt att tolka och förstå, vikten av en vårdmiljö där det finns möjlighet till privathet, samt inte minst en estetiskt tilltalande miljö som visar respekt och värdighet för besökaren. För att nya forskningsrön ska komma patienter och vårdare till gagn krävs att dessa implementeras i praktiken. En viktig utgångspunkt är dialogen mellan företrädare för vård, arkitektur, design och kultur och att deras kunskapsbidrag samspelar utifrån en gemensam övertygelse om att detta främjar patientens hälsa och välbefinnande. I denna artikel diskuteras hur olika delar och innehåll i miljön påverkar varandra och måste ses i sitt sammanhang.

The importance of a supportive environment for good health and well-being is highly recognized worldwide. This can be seen as an increase of implemented evidence based facts from health-care architecture and design in caring-programs, national guidelines and standards in order to improve the quality of care. A large number of research papers have been presented over the years from the sectors of care, architecture and design related to the environment's content and design, and centers are established where research and education within health care and architecture has a strong focus. Examples of this knowledge is the importance of an accessible and easy-to-interpret health-care environment that promotes function and safety for the patients, as well as the significance of a health-care environment that gives the opportunity for privacy, and an esthetical environment indicating respect and dignity for its visitors. In order to establish evidence based health care environments, a dialogue has to be established about how new knowledge can be implemented into practice. This requires an interaction between care, architecture, design and culture based on a common belief that this kind of cooperation promotes health and well-being. This article discusses how factors in the environment can have an impact on each other and therefore must be seen in its context.

Varför är vårdmiljöns utformning viktig för hälsan?

Miljöns betydelse för patientens välbefinnande och tillfrisknande belystes redan på 1800-talet av sjuksköterskan Florence Nightingale¹ som menade att vackra och omväxlande miljöer med tillgång till solljus och utsikt över naturen stimulerar tillfrisknandet. Hennes systematiska arbete och noggranna dokumentation över miljöns effekter visade tydligt att utformningen var en del av vårdandet. Hon var tidig med att förstå och beskriva betydelsen av olika faktorer i patientens omgivning, som färg, ljus och hygien, men också vikten av sjuksköterskans närhet och interaktion med patienten som en social dimension av miljön. Hon visade även på kopplingen mellan vårdmiljö och patientsäkerhet genom att betona det nödvändiga i att varje patient fick frisk luft för att återställa sin hälsa. Vikten av hygieniska förhållanden och välventilerade miljöer har åter visat sig vara mycket aktuell, och skrämmande nog visar forskningsstudier på brister i dag även när det gäller de mest elementära principerna för en patientsäker miljö i form av smutsiga vårdlokaler.

Nya rön och kvalitetsutveckling inom medicin, omvårdnad och högteknologiska behandlingsmetoder har bidragit till en ökad överlevnad inom en rad sjukdomar. Det leder i sin tur till en ökad livslängd världen över. Medicinska framsteg har också bidragit till ökad funktionsförmåga och hälsorelaterad livsqualität inom många områden. En viktig del i detta arbete är en vårdmiljö som utformas så att den

ger förutsättningar för genomförande av vård, återhämtning, goda möten mellan patient, närstående och vårdare och som bidrar till en säker och hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det finns i dag en tydligare uttalad strävan att vårdmiljön på vårdavdelningar, mottagningar och vårdenheter ska utformas efter patientens och de anhörigas behov, och att miljön ska präglas av respekt för besökarens integritet och behov av information och omvårdnad. Men det saknas fortfarande kunskap om hur detta bäst sker.

Forskning visar att miljöer som är utformade med utgångspunkt i användarnas behov har positiv inverkan på hälsan². Det handlar både om den fysiska och den psykosociala miljön och hur de interagerar med varandra. Vid sjukdom eller skada är vi beroende av stöd, både av människor omkring oss och av själva omgivningen vi vistas i. Trots individuella behov finns också gemensamma faktorer som är viktiga för alla, som exempelvis möjlighet till lugn, ro och avskildhet. Samtidigt ska möjlighet och tillfälle till aktivitet finnas lättillgängligt.

Igenkänning bidrar till upplevelsen av trygghet, och trygghet är också tätt förknippat med känslan av att vara i en säker miljö. Detta ställer konkreta krav på miljön avseende planering, utformning, ljus- och färgsättning samt stimulans³. Exempelvis vet vi att vårdmiljöer som upplevs som välkomnande i termer av tydlig skyltning, närhet till personal, och en lättolkad logisk rumsutformning, stödjer igenkänning och genererar en känsla av trygghet och omtanke.

Likaså uppskattas en flexibilitet i vårdmiljön som både värnar om vårt behov av att kunna dra oss tillbaka för att vila och vara privata och samtidigt erbjuder möjlighet till social interaktion med medpatienter och personal.

Naturens läkande kraft är väl känd och praktiska exempel på detta är hur man i dag, på ett helt annat sätt än tidigare, värnar om utblickar mot naturen från patientrummet. Möjligheten att faktiskt ta del av naturen via balkonger, terrasser och trädgårdar i anslutning till vårdbyggnaden är också betydligt större. Men det räcker inte att trädgården eller uteplatsen etableras. Det måste vara lätt att sig ut, och om patienterna behöver hjälp måste vikten av sådan hjälp vara en del av vårdfilosofin inom enheten. Det ska vara lika självklart att få hjälp med detta som med övriga behov.

Däremot är det svårare att dra likhetstecken mellan en väldesignad miljö och förbättrad hälsa. Anledningen är att det är många faktorer som samspelar, det vill säga rummets storlek, färg, ljus och avstånd, men också variationen mellan oss människor när det gäller erfarenheter, förväntningar och förutsättningar att uppfatta miljön. Det är angeläget att miljön stimulerar patienterna att engagera sig i sin egen rehabilitering vid sjukdom och skada, något som allvarligt kan hämmas om det finns brister i miljön, liksom att en rehabiliterande vårdmiljö också tillvarar personalens kompetens och förmåga att motivera till hälsa.

Olika behov av en stödjande vårdmiljö

När vi drabbas av sjukdom eller ohälsa blir det tydligt hur beroende vi är av miljön omkring oss. Om vi exempelvis drabbas av nedsatt syn på grund av en ögoninfektion, skada eller ålder, blir konsekvensen att vardagen krymper på ett påtagligt och smärtsamt sätt, med direkt påverkan på välbefinnandet. Våra personliga förutsättningar och den omgivande miljön samspelar i detta och en obalans leder till obehag och beroende. Men det går också att ta de personliga förutsättningarna som utgångspunkt för en medveten planering av en miljö som kompenserar för förluster och stödjer kvarvarande resurser. Det förutsätter ett personcentrerat förhållningssätt med lyhördhet för varje persons kompetens och ett engagemang i vården att inkludera patienterna i utvecklingen av miljön.

Slutenvårdens miljöer är ofta utformade på basis av den medicinska specialitet som patienterna behandlas inom och de behov som specifika vårdprocesser kräver avseende medicinsk teknisk apparatur, behandlingar och personal. Ett exempel är intensivvårdens tekniktäta miljöer där det finns stor risk att psykosociala behov hos både den som är sjuk och dennes familj kommer i skymundan. Det påverkar välbefinnandet, men också de närståendes möjlighet att vara delaktiga i vården. Sjukhus är ofta placerade avskilt från det omgivande samhället, vilket innebär en risk att patienterna isoleras från det normala samhällslivet. Det försvårar dessutom för besökare att komma och hälsa på. På sjukhusets

vårdavdelningar är oftast patienternas och vårdarnas rum avskilda från varandra. Detta trots att vi vet att patienterna uppskattar närhet till personalen, både för social samvaro och för en känsla av säkerhet vid behov av hjälp. Dessutom existerar oftast en hierarkisk uppdelning mellan de olika professionernas expeditioner och undersökningsrum. Detta, tillsammans med en institutionell utformning av vårdenheter när det gäller färgsättning, korridorer och kulvertar med få platser för interaktion mellan människor, gör att miljön kan upplevas som torftig och ge en känsla av objektifierande av patienter och personal⁴.

Med detta inte sagt att vi ska designa sjukhusmiljöer med strävan att de ska bli hemlika. Däremot visar forskning⁵ på vikten av att designa vårdmiljöer så de ger en känsla av ett hem. Det handlar om att skapa en atmosfär av välkomnande genom en vacker entré där besökare och patienter möts av en omtanke i både design och interaktion med personalen. Vidare att miljön visar en känsla av gästfrihet genom ett erbjuda ett bord med rykande gott kaffe i vackra koppar att njuta av när andan faller på och inte bara när det är kaffe på schemat. Slutligen att miljön ger möjlighet till valfrihet när det gäller lust och ork att vara social eller att sitta ensam i stillhet.

Under senare år har ekologiska frågor i allt större utsträckning kommit i fokus för hur man ska bygga för långsiktig hållbarhet. Som ett led i detta utvecklas exempelvis integrerade vårdformer mellan slutenvård, dagvård och öppenvårdplatser för att främja flexibilitet, teamsamverkan och

vårdkvalitet, värden i vården som kräver stöd av den fysiska miljön⁶.

Forskning om vårdmiljön inom de öppna vårdformerna såsom vårdcentraler har fått en allt mer central betydelse, med krav på en välkomnande miljö som lätt kan tolkas och förstås trots patienters olika förutsättningar. I linje med det etableras nu även i snabb takt så kallade akademiska vårdcentraler med plats för både vård och lärande. Där tränar studenter från de akademiska vårdutbildningarna i team under den verksamhetsförlagda utbildningen för att utveckla det interprofessionella samarbetet. Förutom att detta förutsätter en ökad öppenhet och dialog mellan akademi och vård, kräver det även fysiska hänsynstaganden i form av plats och yta för att miljön ska vara pedagogisk och stimulera lärandet.

Likaså har det privata hemmet blivit en mer betydelsefull arena där många av hemsjukvårdens patienter kräver avancerade vårdinsatser. Det privata hemmet har därmed blivit en del av vårdsvksamheten med samma krav på teamarbete och patientsäkerhet som i slutenvården. Detta kräver en hög grad av hänsynstagande i två led. Dels att hemmet fortfarande respekteras som den plats för social samvaro och privathet som det faktiskt är, dels att det samtidigt utgör arbetsmiljö för det professionella vårdteamet med behov av en allt högre grad av medicinsk teknisk apparatur som vården i dag kräver.

Inom den kommunala vården och omsorgen förespråkas småskaliga boenden till stöd för kontinuitet, relation, möten och hemkänsla. Möten

kan då inträffa i ett sammanhang där fysisk och psykisk miljö skapar trivsel och välbefinnande och ger den boende möjlighet att känna sig som hemma, med sig själv eller med andra.

Vad är en personcentrerad utformning av vårdmiljön och varför är det en viktig del av hälso- och sjukvården?

Personcentrerad omvårdnad kännetecknas av relationer mellan människor och ett genuint intresse av att lära känna den andra⁷. Utgångspunkten i planeringen av en personcentrerad miljö är de delar av livet, identiteten och värderingarna som personen själv bedömer som betydelsefulla och delar med sig av. Det förutsätter att det finns en intresserad mottagare som tar del av information om de symtom och hinder i miljön som upplevs på grund av funktionsnedsättning, och som har mandat och vilja att bemöta detta genom anpassningar i miljön.

Tankar kring personcentrerad lyftes redan i början på 1960-talet av Carl Rogers, filosof och forskare, som menade att personen som söker hjälp är expert på sig själv, och terapeuten en befrämjare av personens självinsikt⁸. Dessa tankegångar vidareutvecklades inom äldre- och demensvården av Kitwood⁹, psykolog och forskare, som betonade att personcentrerad bygger på det värde som ges en människa, av andra, i ett socialt sammanhang och via relationer. Det förutsätter erkänsla, respekt och tillit.

En föregångare när det gäller att försöka förstå betydelsen av att miljön möter och stödjer varje persons unika

förutsättningar var Powell Lawton. Han var forskare inom samhällsmedicin och tog fram *The Ecological Model of Aging*¹⁰ i början av 1970-talet. Lawton menade att möjligheten att använda sin mentala förmåga, utföra dagliga aktiviteter och känna engagemang att delta i olika sysselsättningar, ensam eller tillsammans med andra, är en del av var och ens personliga kompetens och har stor betydelse för upplevelsen av hälsa och välbefinnande. Lawton menade vidare att det finns en direkt relation mellan möjligheten att utnyttja sin personliga kompetens och det stöd eller hinder som omgivningen erbjuder. Hur väl omgivningen är anpassad till personliga förutsättningar kommer till uttryck antingen i välbefinnande och självständigt beteende, eller illabefinnande och beroende.

Förutsättningar i miljön med betydelse för välbefinnandet

Fysiska förutsättningar i miljön kan ha stor betydelse för välbefinnandet genom att de ger bekräftelse och respekt för patientens behov. Att den morgontrötta får lov att vila en stund till är enkelt tillgodosett i ett enkelrum, liksom att den som har svårt att sova kan ha lampan tänd trots att timman är sen. Likaså skapar enkelrum förutsättningar att tillgodose lugna perioder på vårdavdelningen med tillfälle till vila, möjlighet att lyssna till lugnande musik, enskilda samtal och dokumentation nära patienten.

Måltidsmiljön är ett annat område med betydelse för återhämtning och rehabilitering. Att slippa äta med andra kan vara en befrielse om funk-

tionsnedsättningar leder till fumlighet med risk att spilla. Likaså kan illamåendet i samband med cytotstatikabehandling förvärras om måltiden innebär matos och starka dofter. Å andra sidan kan nedstämdhet, med minskad aptit som följd, motverkas genom att man erbjuds en stimulerande miljö där sällskapet tillfälligt kan skingra dystra tankar och bidra till att maten plötsligt smakar riktigt gott.

När man är sjuk är man sårbar för det som händer omkring en och många upplever ett underläge på grund av beroendet av andras hjälp. Att då vistas i en fragmentarisk förvirrande miljö kan upplevas respektlöst och nonchalant. Tidigare vårderfarenheter kan generera positiva eller negativa förväntningar och upplevelser av miljön. Om förra besöket på vårdcentralen präglades av snygga fräscha lokaler med ett varmt och professionellt bemötande, blir det måttstocken för liknande situationer. Är orsaken till sjukhusbesöket akut i en livshotande situation har rummets utformning troligen mindre betydelse än om det gäller att hjälpa en nära anhörig att flytta in på äldreboende.

Vårdmiljöforskning

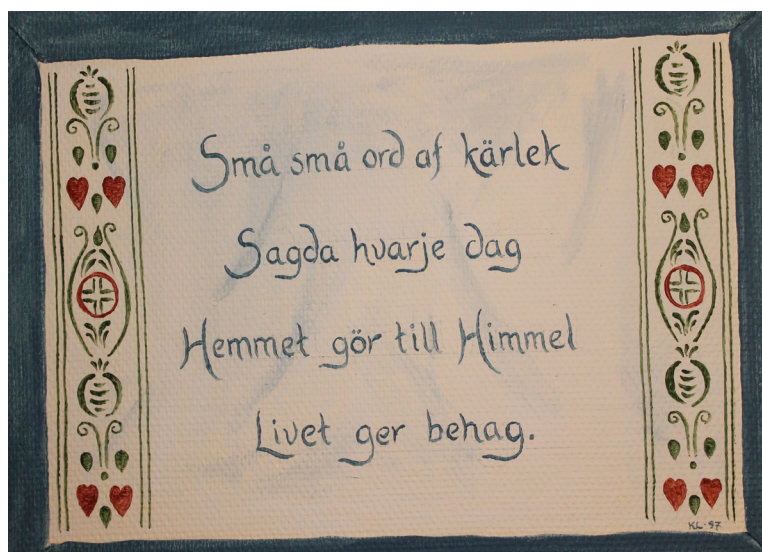
Vårdmiljöforskning genomgår en expansiv utveckling och är i fokus inom vård och arkitektur såväl nationellt som internationellt. Miljön är en central del i vård och behandling oavsett om det handlar om intensivvårdens högteknologiska miljöer, den psykiatriska slutenvården eller skapandet av hemkänsla inom äldre vårdens särskilda boenden. Vi talar om miljön ur

två kompletterande perspektiv, det fysiska och det psykosociala, där forskningen omfattar båda dimensionerna – både rummet där vi vistas och de förväntningar, relationer, aktiviteter och det bemötande vi erfar där. Färg, ljus, ljud, symboler och estetikens betydelse i miljön liksom natur, utsikt, djur och konstnärlig utsmyckning är områden som studeras i relation till upplevelsen av en personcentrerad vård och arbetstillfredsställelse. Andra områden är samplanering mellan vård och arkitektur i tidiga skeden, och ledarskapets betydelse för implementering av ny kunskap för utveckling av vårdmiljön³. Medvetenheten om de svårigheter som kan följa i samband med skada och sjukdom är utgångspunkten vid ny- och ombyggnationer av vårdmiljöer.

Men nya forskningsrön behöver prövas, utvärderas och implementeras. Genom att utvärdera effekten av en medveten design av den inre och yttre arkitekturen, färg- och ljussättning kan vi lägga ytterligare en pusselbit till kunskapen om vilka strategier som balanserar mellan patienters behov och krav. För att lyckas krävs det tvärvetenskapligt och gränsöverskridande samarbete med ett gemensamt synsätt som grund.

Hur går det till – ett exempel på hur stödjande miljöer kan utvecklas för äldre personer

Skapandet av stödjande vårdmiljöer för äldre har rönt allt större intresse och även det området innefattar både fysiska och psykosociala aspekter¹¹. Den fysiska miljön handlar exempelvis



Fotografi nr 1

om storleken på rummet, möblemang och färgsättning och även om faktorer som ljud, ljus och temperatur¹². Den psykosociala miljön rör människors upplevelser av att vara i miljön och kan variera från person till person beroende på tidigare upplevelser och värderingar¹³. Bekanta föremål som blommor eller konst kan exempelvis bidra till en känsla av kontroll och främja hemkänsla¹¹, se fotografi nr 1.

I takt med åldrandet är det vanligt att människor blir skörare och drabbas av fysiska och kognitiva funktionsnedsättningar samt kroniska sjukdomstillstånd som nedsatt syn och hörsel eller restillstånd efter stroke och demens¹⁴. Skör hälsa och försämrade förmåga att klara basala vardagsaktiviteter är den främsta orsaken till att äldre personer flyttar till äldreboenden¹⁵. En flytt till äldreboende sker inte sällan efter akut sjukhusvård¹⁶. Således är det många personer som bor på äldreboenden i dag som har flera funktionsnedsättningar och sjukdomstillstånd

samtidigt, vilket påverkar vardagen i stor utsträckning¹⁶⁻¹⁷. Det är en stor utmaning att skapa vårdmiljöer som är stödjande för personer med olika slags funktionsnedsättningar och varierande behov. Eftersom personer med skör hälsa tillbringar huvuddelen av sin tid på äldreboendet har vårdmiljöns utformning särskilt stor betydelse för dem¹⁸.

Väl utformade fysiska miljöer kan stödja äldre personer med skör hälsa och påverka deras hälsa och välbefinnande¹⁹. Studier har visat att aspekter i miljön som exempelvis adekvat belysning och säkra ledstänger kan underlätta äldres möjligheter att ta sig fram²⁰, medan ”ledtrådar” och referenspunkter i miljön har betydelse för orienteringsförmågan genom att förmedla värdefull information och vägledning kring vad miljön är tänkt att användas till och var den äldre befinner sig²¹. Ett exempel på hur man med hjälp av ledtrådar kan stödja äldres möjligheter att ta sig fram och

hitta inom ett äldreboende är att använda färger och symboler i allmänna utrymmen, se fotografi nr 2.



Fotografi nr 2

Tillgång till utomhusområden och kontakt med naturen har en positiv inverkan på äldres upplevelse av välbefinnande²²⁻²⁵. Andra exempel är studier som har visat att småskaliga enheter som ger en känsla av bostad och hem kan öka socialt umgänge och aktiviteter hos personer med demens²⁶⁻²⁷.

Trots att det i dag finns en del kunskap om den fysiska miljöns betydelse för äldre personer vet man inte så mycket om kvaliteten på miljöns utformning inom äldreboenden, delvis på grund av att dessa boenden sällan utvärderas när de väl har tagits i bruk. Följaktligen sker ingen återkoppling till professioner som är involverade i planering och byggnation av äldreboenden. Det saknas därför kunskap om hur den fysiska miljön fungerar i praktiken och hur faktorer i miljön kan möta behoven hos de äldre som bor där. En orsak till denna kunskapslucka kan vara en begränsning av tillförlitliga metoder för att bedöma kvaliteten på fysisk miljö inom äldreboenden och det har inte funnits några sådana metoder anpassade för svensk vårdkontext²⁸.

Ett svenskt forskningsprojekt har nyligen genomförts där syftet var att öka kunskapen om kvaliteten på den fysiska miljön inom äldreboenden i förhållande till äldres välbefinnande och aktiviteter. Inledningsvis genomfördes en översättning och anpassning av ett engelskt instrument, the Sheffield Care Environment Assessment Matrix (SCEAM)²⁹ för bedömning av den fysiska miljöns kvalitet inom äldreboenden. Processen resulterade i ett validerat och reliabilitetstestat instrument för svenska äldreboenden³⁰.

Instrumentet, the Swedish version of the Sheffield Care Environment Assessment Matrix (S-SCEAM) utgår från ett personcentrerat förhållningsätt och innehåller aspekter av fysisk miljö av stor vikt för äldre personer med skör hälsa. Några exempel är i vilken utsträckning äldreboendet stödjer de äldres trygghet, säkerhet, trivsel och privatliv. Aspekter i miljön som stödjer personer med kognitiva funktionsnedsättningar är ett annat exempel. Det kan handla om att miljön är enkel att förstå i form av tydliga skyltar, färgkontraster eller andra referenspunkter.

I projektet har data samlats in på tjugo svenska äldreboenden med varierande byggnadsutformning, byggnadsår, organisationsform samt geografiskt läge. Flera olika datainsamlingsmetoder användes som exempelvis frågeformulär, intervjuer och observationer, och S-SCEAM användes för att bedöma fysiska miljöaspekter. Resultaten visade att det fanns stora variationer vad gäller kvaliteten på den fysiska miljön enligt skattningar med S-SCEAM, dels mellan äldreboendena, dels inom ett och samma boende³¹.



Fotografi nr 3.

På de flesta äldreboenden var de privata lägenheterna väl anpassade till de äldres behov med exempelvis halksäkra golv, ledstänger och handtag i hygienutrymmen samt möjligheter att ha personliga möbler och tillhörigheter. Däremot fanns det en del brister i utformningen av utomhusområden. Flera äldreboenden hade varken trädgård eller uteplats för de äldre. Många av äldreboendena i studien höll en god kvalitet i form av säkerhet och trygghet i miljön, och många utrymmen var utformade för att få in maximalt med dagsljus, se fotografi nr 3. Däremot visade resultaten att det fanns begränsningar vad gäller de äldres möjligheter att vara privata i gemensamma utrymmen. Ett exempel var att vardagsrum och matrum var utformade så att personal eller besökare behövde passera igenom för att nå andra utrymmen på äldreboendet.

Projektet har också gett mer kunskap om förhållandet mellan fysisk miljö och äldres aktiviteter. På två äldreboenden studerades dessa faktorer med hjälp av flera metoder och resultaten visade att de äldre tillbringade en stor del av dagen på egen hand i den privata lägenheten. Flera faktorer i miljön visade sig ha betydelse för de äldres användande av byggnaden. Trösklar och stängda dörrar är några exempel som tycktes begränsa deras möjligheter att röra sig mellan olika platser på äldreboendet³².

Forskningsprojektet har genererat ett nytt instrument som gör det möjligt att bedöma kvaliteten på den fysiska miljön inom svenska äldreboenden. Instrumentet kan användas i forskning för att öka kunskapen om den fysiska miljös betydelse inom äldreboenden, men tanken är att instrumentet också kan vara en utgångspunkt i kontakten mellan olika professioner som är involverade i boendemiljöer för äldre. Det kan handla om befintliga äldreboenden i behov av renovering eller nybyggnation. Genom att koppla ihop resultatet av kvalitetsbedömningen av den fysiska miljön med data om de äldres funktion och hälsa, kan vi lära oss något om miljös betydelse för deras välbefinnande och aktiviteter. Sådan kunskap är nödvändig för att bättre kunna stödja äldre personer med olika behov och förmågor. Kunskapen har betydelse även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv eftersom nybyggnation och renovering av äldreboenden innebär stora kostnader. Det är därför av största vikt att de fungerar som det är förväntat och håller för lång tid framöver.

Sammanfattningsvis ser vi ett ökat intresse, en stigande medvetenhet och en expansiv kunskapsgenerering inom området vårdmiljö. Både inom vård- och arkitekturutbildningen ökar inslagen av det som kallas för evidensbaserad design, det vill säga forskningsbaserad kunskap om effekten av att bygga rätt. Fler och fler forskningsprojekt startar nu med en tvärvetenskaplig design där vårdforskare och forskare från arkitektur arbetar tillsammans. Det är angeläget att forskning bedrivs inom området vårdmiljö, likaså att nya forskningsrön ger avtryck i utbildningen av vårdens professioner. Men allra störst nytta gör den först när den blir ett naturligt inslag i designdialogen och planeringen av nya vårdmiljöer samt när nya vårdmiljöer utvärderas utifrån frågeställningen ”på vilket sätt har vårdmiljöns utformning bidragit till vårdens resultat?”. Det är först då vi kan lära oss mer om vilken nytta vårdmiljön kan ha för att bidra till hälsa och välbefinnande samt för att undvika skador och illabefinnande.

Referenser

1. Nightingale, F. (1969). Notes on nursing. New York: Dover publications. (Original 1860). 1969.
2. Ulrich, R.S., Zimring, C., Joseph, A., Quan, X., & Choudhary, R. (2004). The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A once-in-a-lifetime opportunity. Concord, CA: The Centre for Health Design.
3. Wijk, H. (Red). (2014) Vårdmiljöns betydelse, Lund, Studentlitteratur.
4. Ulrich, R. S. (2012). Evidence for healthcare architecture 1.0 Research as support the design of the physical care environment (Evidens för vårdens arkitektur 1.0 Forskning som stöd för utformning av den fysiska vårdmiljön). Göteborg: Institutionen för arkitektur Centrum för vårdens arkitektur Chalmers tekniska högskola.
5. Edvardsson, D. (2005). Atmosphere in care settings : towards a broader understanding of the phenomenon: Umeå : Institutionen för omvårdnad, Univ., 2005.
6. Brovall M., Koinberg I., Falk H., Wijk H. (2013) Patients' experience of important factors in the healthcare environment in oncology care. Studies on Health and Well-being., 8, Published online Aug 6, 2013.
7. Ekman I. (Red) Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. (2014). Stockholm, Liber.
8. Rogers, Carl (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. London: Constable.
9. Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered – The person comes first. London: Open University Press.
10. Lawton, M. P. (1973). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. I: Lawton M. P. et al. (red.). Aging and the environment. Theoretical approaches. Springer Publishing Company, London.
11. 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, 19, 344-353.
12. Harris, P.B., McBride, G., Ross, C. & Curtis, L. (2002). A place to heal: Environmental sources of satisfaction among hospital patients. Journal of Applied Social Psychology, 32, 1276-1299.
13. Williams, A. M., Dawson, S., & Kristjanson, L. J. (2008). Exploring the relationship between personal control and the hospital environment. Journal of Clinical Nursing, 17(12), 1601-1609 1609p. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02188.x
14. World Health Organization. (2012). Good health adds life to years. Global brief for World Health Day.
15. Socialstyrelsen (2011). Bostad i särskilt boende är den enskildes hem. Stockholm: Socialstyrelsen.

16. Socialstyrelsen (2015). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015. Stockholm: Socialstyrelsen.
17. Schram, M. T., Frijters, D., van de Lisdonk, E. H., Ploemacher, J., de Craen, A. J., de Waal, M. W., & Schellevis, F. G. (2008). Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(11), 1104-1112. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.021
18. Rowles, G. D., & Bernard, M. (2013). *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age*. New York: Springer.
19. Joseph, A., Choi, Y. S., & Quan, X. (2015). Impact of the Physical Environment of Residential Health, Care, and Support Facilities (RHCSF) on Staff and Residents A Systematic Review of the Literature. *Environment and Behavior*, 0013916515597027.
20. Brawley, E. C. (2001). Environmental design for Alzheimer's disease: A quality of life issue. *Aging and Mental Health*, 5(2), 79-83. doi: 10.1080/13607860120044846.
21. Marquardt, G. (2011). Wayfinding for people with dementia: A review of the role of architectural design. *HERD: Health Environments Research and Design Journal*, 4(2), 75-90.
22. Bengtsson, A. (2015). From experiences of the outdoors to the design of healthcare environments: A phenomenological case study at nursing homes (Doctoral thesis). Swedish University of Agricultural Sciences, Alnarp, Sweden.
23. Rappe, E., & Kivelä, S. L. (2005). Effects of garden visits on long-term care residents as related to depression. *HortTechnology*, 15(2), 298-303.
24. Rappe, E., Kivelä, S. L., & Rita, H. (2006). Visiting outdoor green environments positively impacts self-rated health among older people in long-term care. *HortTechnology*, 16(1), 55-59.
25. Raske, M. (2010). Nursing home quality of life: study of an enabling garden. *Journal of Gerontology and Social Work*, 53(4), 336-351. doi: 10.1080/01634371003741482
26. Lee, S. Y., Chaudhury, H., & Lee, S. (2014). Effect of physical environment on the behaviors of residents with dementia: A comparison between a small-group unit and a traditional care unit. *Journal of Civil Engineering and Architecture*, 8(11 (Serial No 84)), 1353-1363.
27. Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: A quasi-experimental study. *International Psychogeriatrics*, 26(4), 657-668. doi: 10.1017/S1041610213002512
28. Elf, M., Nordin, S., Wijk, H., McKee, K. (2015). A systematic review of the psychometric properties of instruments for assessing the quality of the physical environment in healthcare. *Journal of Advanced Nursing*. Doi: 10.1111/jan.13281. [Epub ahead of print].
29. Parker, C., Barnes, S., McKee, K., Morgan, K., Torrington, J., & Tregenza, P. (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing and Society*, 24(6), 941-962. doi: 10.1017/s0144686x04002387
30. Nordin, S., Elf, M., McKee, K. & Wijk, H. (2015). Assessing the physical environment of older people's residential care facilities: development of the Swedish version of the Sheffield Care Environment Assessment Matrix (S-SCEAM). *BMC Geriatrics*, 15, 3.
31. Nordin, S., McKee, K., Wijk, H., Elf, M. (2016). Exploring environmental variation in residential care facilities for older people. *Health Environments Research & Design Journal* 2016. doi: 10.1177/1937586716648703.
32. Nordin, S., McKee, K., Wallinder, M., von Koch, L., Wijk, H. & Elf, M. (2016). The physical environment, activity and interaction in residential care facilities for older people: a comparative case study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12391. [Epub ahead of print].