

Miljöer till stöd för hälsan

Helle Wijk

Legitimerad sjuksköterska, docent i omvårdnad. E-post: helle.wijk@gu.se

Med utgångspunkt i den enskilde personens behov och önskemål och de symtom och svårigheter som sjukdom och funktionsnedsättningar medför, kan man bemöta dessa med olika strategier i patientens omgivning. Såväl omfattande evidensbaserad som erfarenhetsbaserad kunskap finns idag tillgänglig som kan bidra till att miljön stödjer individens dagliga liv och välbefinnande.

By focusing on the individual persons' needs and resources together with the persons' specific problems and difficulties due to special diagnosis and decreasing functionality, different approaches can be accomplished in order to support the environmental fit. The amount of existing evidence –, and experienced based knowledge concerning the possibilities to adapt the environment in order to support the individuals daily life and wellbeing is huge.

En miljö till stöd för hälsan

Vård och omsorg skall baseras på respekt för individens integritet och självbestämmande (Socialdepartementet 1982, Socialdepartementet 2001). Detta betonas i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) i termer av personcentrerad vård som en av de fem nyckelkomponenterna inom god vård, med stark betoning på patientdelaktighet, och i Socialtjänstlagen genom betoning av att bistånd skall utformas och genomföras tillsammans med vårdtagaren. Personcentrerad vård är relations- snarare än uppgiftsorienterad och ser personen som det subjekt han/hon är. För att möta och förstå en annan människa kan livsberättelsen vara till hjälp. Kunskap om en annans livshistoria, vilka roller man haft inom yrkesliv och familj, ens värderingar, religion, kultur och

självbild kan på så sätt utgöra basen för en person centrerad omvårdnad (Kitwood 1997, Norman m.fl. 1999). Funktionsnedsättningar och symtom från sjukdomen kan generera illabefinnande med särskilda krav på miljön, men även tidigare erfarenheter eller förväntningar kan påverka vår uppfattning om miljön. Men det är inte bara särskilda sjukdomssymtom som skall tas hänsyn till, även personliga vanor och önskemål bör bemötas i utformningen av miljön. En personcentrerad omvårdnad betonar miljöns betydelse för hälsa med hänsynstagande till individuella behov, resurser, vilja och preferenser i skapandet av en läkande miljö. Detta kräver både generell kunskap om vilka hänsyn vi bör ta till patientens sjukdom eller funktionsnedsättning i planeringen av en personcentrerad omgivning, men

också specifik kunskap om vilka personliga preferenser den vi vårdar kan ha i relation till miljön, och att inbjuda till delaktighet i att utforma denna.

Miljö – ett centralt begrepp för vården

Miljö kan definieras som objektiv, det vill säga miljön som den ser ut runt omkring oss, och som subjektiv, som hur vi upplever att vara på en viss plats. Båda den objektiva och subjektiva miljöaspekten är angelägna att ta hänsyn till i planeringen av en personcentrerad miljö. Objektiva aspekter i miljön handlar om rummets storlek och form, temperatur, belysning, avstånd i miljön, eller annat som på något sätt är mätbart. Subjektiva aspekter handlar mer om förmågan att vara på en viss plats och är därmed beroende av hörsel, syn och känslan men också av personliga preferenser om vad som är behagligt i form av dofter, synintryck och exempelvis musik. Av det skälet är subjektiva miljöaspekter också svårare att mäta. Andra påverkansfaktorer är även det faktum att vi har olika bakgrund, kunskaper och erfarenheter av olika miljöer vilket har betydelse för vilka förväntningar vi kan ha på den miljö vi vistas i, liksom att skälet till att man behöver vistas i en viss miljö också kan förväntas påverka upplevelsen. Det är därför inte konstigt att människor kan uppleva samma rum och samma händelser på helt olika sätt.

En titt i backspegeln

Vårdmiljö som forskningsområde är relativt nytt inom vårdvetenskap, trots

att Florence Nightingale redan på mitten av 1800-talet visade på betydelsen av miljöns utformning för vårdandet (Nightingale 1860). Fysiska faktorer i patientens omgivning som ventilation, värme och ljus, eller sociala i termer av sjuksköterskans tillgänglighet betonades redan då av Nightingale som väsentliga för patientens tillfrisknande. Även inom patientsäkerhetsarbetet var hon en pionjär genom att påvisa relationen mellan vårdmiljöns utformning och risken att smittas av infektioner.

Miljöns betydelse för individuell omvårdnad

En stimulerande tillvaro har visat sig ha stor betydelse för upplevelsen av hälsa och välbefinnande vilket bl a har studerats av Lawton och medarbetare (1973). Lawton intresserar sig för hur miljön samverkar med människors kompetens och hur det i sin tur påverkar deras beteende och menar att vårt beteende är en konsekvens av relationen mellan vår personliga kompetens och de krav som den omgivande miljön ställer. Med personlig kompetens menar han vår individuella förmåga utifrån intelligens, sensorik, motorik, ålder och erfarenhet, och miljöns krav som både fysiska i form av arkitektur, ljud och ljus och psykosociala som stress, antal människor och igenkänningsfaktorer i miljön. Är det balans mellan den personliga kompetensen och omgivningens krav stödjer det vårt beteende och välbefinnande medan såväl för höga som för låga krav i relation till vår kompetens medför risk för förvirring, oro och illabefinnande.

Men miljöns utformning påverkar inte bara vårt beteende utan även upplevelsen av att vara där. Vi bör med andra ord sträva efter att skapa miljöer som både stödjer individuellt beteende och funktion och som bidrar till känslan av gemenskap och delaktighet (Edvardsson 2008).

Miljöer inom olika vårdformer

Sjukhusmiljöer utformas oftast utifrån medicinska specialiteter och dess diagnoser, och är ofta utformad efter specifika medicekniska behov och traditionella arbetssätt. Utrymme, teknik, hygien och ergonomi är angelägna aspekter att tillgodose liksom att ekologi på senare år har fått allt större tyngd. "Patienten i centrum" förs ofta fram som en bärande princip i utvecklingen av vården men har inte alltid varit synliggjord i planeringen av miljön.

Som ett exempel kräver intensivvård ett stort antal apparater, där personen ofta kommer i skymundan i rummet. Naturligtvis är det oerhört viktigt att bevaka säkerheten för patienter som är under intensivvårdsbehandling, men förutom att intensivvårdsrummets utformning har en direkt påverkan på säkerheten har det också en inverkan på personens välbefinnande. Sängens placering i rummet, möjlighet till utsikt, belysning eller dagsljus, möbler, inredning och plats runt sängen är styrande för vårdens utförande men också för hur vi upplever rummet. Även familjens och närståendes välbefinnande och möjlighet att vara

delaktiga i vården påverkas av miljöns utformning (Rashid 2006).

Sjukhuset är ofta avgränsat mot omvärlden och det omgivande samhället med risk för känslor av isolering och utanförskap. Inom sjukhuset delas vårdens rum upp mellan särskilda rum för vård och undersökningar, mat- och dagrum för patienternas måltider och personalrum för vårdarna att vila, äta och umgås i. Även vårdens professioner delas upp i form av särskilda expeditioner för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor (Gilmour 2005). Den fysiska sjukhusmiljön kännetecknas ofta av avidentifierade och sterila miljöer med få rum för gemensamma möten men med desto fler långa korridorer med ett stort antal dörrar till vårdens olika rum, vilket kan bidra till svårigheter i orientering och igenkänning med osäkerhets känsla och otrygghet som följd. Även vårdare och patienter avidentifieras i vården i och med patientskjortor och personalrockar, vi övergår från att vara subjekt till att bli objekt (Edvardsson m.fl.2005).

I takt med att allt mer slutenvård flyttas till öppna vårdformer stiger kraven på utformning av miljön inom primärvård och kommun. Vårdcentralen har blivit en viktig samlingsplats för som bör kännetecknas av en välkomnande miljö som lätt kan tolkas och förstås trots språkliga, kognitiva eller åldersrelaterade nedsättningar.

Avancerad slutenvård överförs till hemsjukvården och patientens sjukhus flyttar till det privata rummet som

transformeras till ett vådrum. Det finns en risk med att tekniska apparater, rutiner, och säkerhetskrav överförs till patientens hem som plötsligt blir en mötesplats för vårdens många professioner med varierande kompetens. Vårdare med otillräcklig kunskap och erfarenhet kanske plötsligt ska ansvara för avancerad teknisk utrustning och rutiner, vilket kan medföra att patienten upplever otrygghet och osäkerhet i sitt eget hem. Att se sitt hem förvandlat till ett sjukrum kan också upplevas traumatiskt varför det är angeläget att involvera patient och närstående i utformningen av miljön (Lindahl 2005).

Miljön i särskilda boendeformer motsvarar oftast det sista hemmet med krav på lättillgänglighet, bekvämlighet, säkerhet, trygghet och att kunna bidra till känsla av lugn, trygghet och självbestämmande i den grad man vill och kan. Med särskilt boende avses hyresbelagda bostäder som ger särskild service och omvårdnad för äldre i behov av särskilt stöd, och förutsätter att det finns personal dygnet runt, att den boende är biståndsbedömd och att kommunen är kvalitetsansvarig. Dock saknas en definierad standard om hur fysisk utformning och service ska vara utformad med stora individuella skillnader mellan olika boenden och kommuner (Westlund 2007). Det finns en strävan i samhället mot småskalighet som stöd för goda relationer, familjär stämning och betydelsefulla möten. Men mötet inträffar alltid i en fysisk omgivning med såväl fysisk som psykisk påverkan. Äldre personer på särskilda boenden berättar

om faktorer i miljön av stor betydelse för trivsel och välbefinnande i termer av ”att känna sig som hemma”, ”att kunna vara med sig själv”, ”att vara med andra” och ”måltiden som dagens höjdpunkt” som alla styrs av omgivningens utformning och innehåll (Westlund 2007).

Svårigheter relaterat till miljöns utformning

Våra olika förutsättningar att ta del av rummets form, egenskaper och det som äger rum där samt tidigare erfarenheter påverkar upplevelsen av rummet. Beroende på individuella förutsättningar eller den aktuella situationen kan förmågan att bearbeta och väga samman intrycken i sig vara olika. Att vårdas inom intensivvård är oftast en traumatisk och stressfylld upplevelse, som kan förstärkas av starkt ljus, höga ljudnivåer och larm från övervakningsutrustning med stressreaktioner som följd (Hewitt 2002). Människor med utvecklingsstörning kan pga nedsatt möjlighet att tolka sinnesintryck leda till stress och kaos (Paulsson och Ringsby-Jansson 2008). Även äldres normala funktionsnedsättningar påverkar hur man tolkar och klarar sina dagliga aktiviteter i den miljö man befinner sig. För högt tempo, för stora grupper av människor eller abstrakt information, kan vara tillräckligt höga krav från den omgivande miljön för att det ska påverka den äldre personen negativt.

Personcentrerad utformning av miljö

Vårdmiljö kan avse själva byggnad

den, där vård och omsorg bedrivs. Det kan omfatta både sjukhusmiljöer, vårdcentraler, dagvårdsverksamheter, särskilda boenden och, i allt större omfattning nu för tiden, även hemmiljön. Enligt Förenta Nationernas (FN) World Programme of Action Concerning Disabled Persons (United Nations 1997) är nyckelorden att alla människor ska ha samma möjligheter, villkor och känsla av delaktighet, *Equal Opportunities and Participation*, oberoende av ålder, etniskt ursprung, kulturell eller religiös tillhörighet. Om det kopplas till vårdmiljön kan det förstås som att vårdens rum ska utformas så att även de bidrar till lika möjligheter och delaktighet. Detta har varit tydliga utgångspunkter i svensk lagstiftning, där kravet på tillgänglighet och användbarhet för besökare med nedsatt rörelse- och orienteringsförmåga är tydligt formulerat (Boverket 2003).

Vikten av att skapa en känsla av hemlighet i slutenvårdsmiljöer är visad i flera studier och omfattas både av den fysiska och känslomässiga miljön (Gilmour 2005). Hemlika och familjära miljöer kännetecknas av goda relationer mellan vårdare och patient, relationer präglade av värme och kontinuitet och som patienterna själva kan vara med och skapa och påverka. Såväl vårdare som patienter har beskrivit stödjande miljöer i termer av miljöer där man känner sig välkommen och sedd, miljöer som präglas av generositet och flexibilitet och där man kan följa sin egen rytm och umgås med andra (Edvardsson m.fl. 2005).

Men även den fysiska utformningen av miljön kan stärka känslan av hemlighet liksom att vårdmiljöns utformning i hög grad påverkar det som händer och sker. En vårdmiljö med långa korridorer bidrar till risk för desorientering, vilshenhet, oro och vandringsbeteende till skillnad från vårdmiljöer utan korridorer, där man i stället har skapat gemensamma samlingsplatser för möte och social samvaro. Enkelrum bidrar till förutsättningar för en personcentrerad omvårdnad med möjlighet till enskilda samtal och dokumentation nära patienten (Inde 2006). Närhet till naturen och möjligheter att själv välja mellan att vara ute eller inne, bidrar till känslan av frihet och valmöjlighet. Att kunna ta med saker man tycker om och känner igen hemifrån, att omges av vackra föremål, bilder och blommor och att personal och patienter bär privata kläder har också visat sig upplevas som stödjande och underlättande (Edvardsson m.fl. 2005).

Hur ett rum är ljussatt påverkar konkreta och känslomässiga uppfattning av rummet, som man ofta inte tänker på förrän man befinner sig i en omgivning med otillräckligt ljus. Konkret påverkar ljuset vardagliga aktiviteter såsom att äta, läsa, uppfatta föremål och rummet, förmågor där individuell synförmåga och kognitiv förmåga bildar utgångspunkt för en personcentrerad ljusmiljö. Vanliga ögonsjukdomar som grå och grön starr och försämring av syncellerna i gula fläcken kräver alla individuella strategier avseende ljussättning. Det kan handla om lampor som är avbländande, bra och

välriktat allmänljus som ger tydliga kontraster och ökad belysningsstyrka (Wijk 2004). Ljussättningen har även betydelse för den känslomässiga uppfattningen av rummet därför att ljuset påverkar uppfattningen av färgsättning, form och material och värdering av rummet som harmoniskt, tydligt och säkert (Brunnström m.fl. 2004).

Hur ljud uppfattas i vårdmiljön är individuellt och beroende på tidigare erfarenheter och preferenser. I en personcentrerad miljö är det därför angeläget att fundera över hur ljudmiljön kan stödja eller hindra vården. Stödja om den upplevs som behaglig, igenkännande och lugnande, hindra om den upplevs som störande, främmande eller obehaglig. Generellt visar studier att såväl vårdare som patienter beskriver en lugn miljö som frånvaro av oönskat brus i form av alarm, telefonsignaler, höga röster och spring (Edvardsson m.fl. 2005), där dämpning av oljud genom användning av draperier och skärmar samt tysta ringsignaler med information på displayer, har visat sig leda till minskad oro (Day m.fl. 2000).

Att bidra till att omgivningen är lätt att tolka och förstå har betydelse för patientens dagliga funktionsförmåga, sociala samvaro med andra och välbefinnande. Genom en personcentrerad miljö, där man hjälper patienten att använda olika strategier och ledtrådar, kan vardagen underlättas och risken för desorientering minskas. Exempel på detta är att uppmärksamma personer med olika former av syn- och perceptionsnedsättningar på att kon-

trasterande färgsättning kan kompensera för svårigheter att se och uppfatta saker och ting i sin omgivning på rätt sätt. En färgad bordstablett som bildar kontrast mot porslinet, en färgad skål som bildar kontrast mot krämen där i, kan kompensera för nedsättning av syn och/eller kognition och i stället bidra till ökad självständighet och välbefinnande. Även personer med avancerad form av demenssjukdom kan ha stöd i att hitta i sin omgivning med hjälp av färgsignaler och storskaliga, konkreta skyltar eller pilar, och genom att ha korta avstånd mellan hållpunkter i miljön som leder den rätt. Att uppmärksamma ingångar genom kontrasterande dörrfoder kring patienternas dörrar, eller på gånghjälpmedel genom färgsatta handtag, har visat på igenkänning och ökad användning (Wijk 2004).

Hur lukter uppfattas är också det en individuell upplevelse påverkad av tidigare erfarenheter och händelser som kan väcka positiva och negativa minnesbilder. I utformningen av en personcentrerad miljö är det därför viktigt att komma ihåg att miljöer som upplevs som illaluktande av individen, kan leda till illabefinnande och negativ stress. Vidare så kan en miljö som upplevs som väldoftande och där man aktivt dämpat dålig lukt bidra till minskad oro och välbefinnande (McCloskey 2004).

Lukt har betydelse för aptit och välbefinnande, vilket alla nog har upplevt när lukten av nybakat bröd registreras. Doften väcker minnen men även erfarenheter av vad lukten innebär,

som i sin tur kan leda till lust att äta. Om en person har förlorat eller har ett nedsatt luktsinne, exempelvis vid tilltagande ålder, behövs starkare sinnesstimulering för att goda lukter ska stimulera aptit och smak, och för att motverka det motsatta med risk för undernäring och nedsatt livskvalitet som följd. Luktminnet är ett av de starkaste minnena, vilket man bland annat därför har prövat att utnyttja som ledtråd till svåråtkomliga minnen för personer med demenssjukdom. För personer med sömnsvårigheter på grund av oro har också sömnen kunnat förbättras efter att personen har fått lukta på olika dofter (Larsson och Willander 2004).

Slutsats

God omvårdnad omfattar den miljö personen vistas i, en miljö där alla har såväl möjlighet som ansvar för att skapa en personcentrerad miljö som värnar om integritet, välbefinnande och som ger stöd för bästa möjliga hälsa. En personcentrerad miljö är baserad på evidens, erfarenhet och delaktighet där den sjuke personen involveras både i form av sin livsberättelse avseende tidigare upplevelser och förväntningar på miljön. I denna miljö bidrar vårdare med sin professionella erfarenhet och grundade bedömning av vilka behov och önskemål det aktuella sjukdomstillståndet och funktionsnedsättningen kräver.

Referenser

- Andrews, G. (2003). Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing Philosophy*, 4, 231–248.
- Boverket. (2003). Boverkets föreskrifter och allmänna råd om undanröjande av enkelt avhjälpbara hinder till och i lokaler dit allmänheten har tillträde och på allmänna platser. Boverkets författningssamling BFS 2003:19 HIN 1.
- Brunnström, G., Sörensen, S., Alsterstad, K. & Sjöstrand, J. (2004). **Quality of Light and Quality of Life – The effect of lighting adaptation among people with low vision.** *Ophthalmic and Physiological Optics*, 24, 274–280.
- Day, K., Carreon, D. & Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: A review of the empirical research. *The Gerontologist*, 40(4), 397–416.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O. & Rasmussen, B. (2005). Sensing an atmosphere of ease: a tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 344–353.
- Edvardsson, D. (2008). Therapeutic environments for older people – a descriptive and interpretative study. *Journal of Gerontological Nursing*, 34, 32–40.
- Gilmour, J. (2005). Hybrid space: constituting the hospital as a home space for patients. *Nursing Inquiry*, 13, 16–22.
- Hewitt, J. (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 575–584.
- Inde, M. (2006). Framtidens vårdmodell, patient-närmre vård - hur gör man? **Karlstad: Landstinget Värmland.**
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered – The person comes first.* London: Open University Press.
- Larsson, A. & Willander, J. (2004). Luktsinnet i vårdmiljön. I: H. Wijk (red.), *Goda miljöer och aktiviteter för äldre.* Lund: Studentlitteratur.
- Lawton, M. P. (1973). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. I:

tema

- Lawton M. P. et al. (red.). Aging and the environment. Theoretical approaches. Springer Publishing Company, London.
- Lindahl, B. (2005). The meeting between people and technology; interpretations of narratives of ICU nurses and people using ventilators in their own homes. Umeå universitet.
- McCloskey, R. (2004). Caring for patients with dementia in an acute care environment. *Geriatric Nurse*, 25, 139–44.
- Nightingale, F. (1860). Notes on nursing. New York: D. Appleton and Company.
- Normann, H.K., Asplund, K. & Norberg, A. (1999). Attitudes of Registered Nurses towards Patients with Severe Dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 353–359.
- Paulsson, J. & Ringsby-Jansson, B. (2008). Boende och sociala sammanhang – för människor med funktionshinder. Lund; Studentlitteratur.
- Rashid, M. (2006). A decade of adult intensive care unit design- a study of the physical design features of the best-practise examples. *Critical care nursing quarterly*, 29(4), 282–311.
- Socialdepartementet. (1982). Hälso- och sjukvårdslag. (1982:763).
- Socialdepartementet. (2001). Socialtjänstlag. (2001:453).
- Socialstyrelsen. (2005). Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12 (M).
- United Nations. (1997). Resolution 1997/19. Tillgänglig på Internet: www.un.org/documents/ecosoc/res/1997/eres1997-19.htm. [Hämtad 09.02.25]
- Westlund, P. (2007). Boningar för äldre. Fokus rapport 2007:1. Regionförbundet Kalmar län.
- Wijk, H. (red.) (2004). Goda miljöer och aktiviteter för äldre. Lund: Studentlitteratur.