



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Patientens upplevelse av vårdmiljön i enkelsal kontra flersal

En litteraturstudie

Författare: Cajsa Andersson & Maria Boe Werneström

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats

Juni 2017

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Patientens upplevelse av vårdmiljön i enkelsal kontra flersal

## En litteraturstudie

Författare: Cajsa Andersson & Maria Boe Werneström

Handledare: Jan-Åke Hansson

Kandidatuppsats

Juni 2017

## Abstrakt

**Bakgrund:** sjukvården genomgår ett paradigmskifte där dagens sjukvårdsinrättningar har svårt att möta patienternas komplexa behov. Nya riktlinjer ska hjälpa till att stärka bevisen för evidensbaserad design (EBD) och mycket tyder för att enbart enkelsalar bör rekommenderas. Trots detta saknas omvårdnadsforskning inom området utifrån ett patientperspektiv. **Syfte:** studiens syfte var att undersöka patientens upplevelse av vårdmiljön i enkelsal kontra flersal. **Metod:** en litteraturstudie utfördes med hjälp av en integrerad analys. Nio artiklar valdes ut och inkluderades i resultatet. **Resultat:** en tematisering ledde till huvudkategorierna *enkelsal* och *flersal*, med de oförändrade underkategorierna *fördelar* samt *nackdelar*. Upplevelsen i enkelsal präglades av komfort med risk för ensamhet medan flersal erbjöd stöd av medpatienter men minskad integritet. **Slutsats/kliniska implikationer:** att vårdas är inte ett statistiskt tillstånd utan föränderligt beroende på sjukdomstillstånd, tidigare vårderfarenhet samt sjukhusvistelsens längd. Därför bör både enkelsal och flersal finnas till hands inom framtida vårdinrättningar.

## Nyckelord

upplevelse, enkelsal, flersal, patient, vårdmiljö, rumspreferens

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Problembeskrivning.....	3
Bakgrund.....	4
Perspektiv och utgångspunkter.....	4
Vårdmiljöns historia.....	5
Vårdmiljöns betydelse.....	6
Syfte.....	7
Metod.....	7
Urval av databaser.....	7
Genomförande av datainsamling.....	8
Tabell 1.....	8
Tabell 2.....	9
Tabell 3.....	9
Genomförande av databearbetning.....	10
Forskningsetiska avvägningar.....	10
Resultat.....	11
Upplevelse av enkelsal.....	12
Upplevda fördelar.....	12
Upplevda nackdelar.....	16
Upplevelse av flersal.....	18
Upplevda fördelar.....	18
Upplevda nackdelar.....	22
Diskussion.....	24
Diskussion av vald metod.....	24
Diskussion av framtaget resultat.....	26
Slutsats och kliniska implikationer.....	29
Författarnas arbetsfördelning.....	30
Referenser.....	31
Bilaga 1 (2).....	36
Bilaga 2 (2).....	37

## Problembeskrivning

Sjukvårdssystemet genomgår ett paradigmskifte där flertal sjukvårdsinrättningar har stort behov av ombyggnation (Ulrich et al., 2008). Detta till följd av den medicintekniska utrustningens utveckling och betydelse inom vården samt populationsskiftet med ett ökat antal äldre. Sjukvården ställs idag inför helt andra krav än vad vårdinrättningarna klarar av (Ulrich et al., 2008; Detsky & Etchells, 2008). Dåligt utformad sjukhusdesign har likställts med att inte tillfredsställa behoven hos patienten och anhöriga vilket kan resultera i negativa hälsoeffekter, däribland ökad ångest hos patienten, sömnlöshet och ökat behov av lugnande medicin (Douglas & Douglas, 2005).

Globalt sett finns det en ökad trend för enkelsalar där vårdmiljön tidigare främst bestått av flersalar (Howard, Gleeson & Higgins, 2014). Både i USA och Storbritannien rekommenderas det att vårdmiljön utformas med enbart enkelsal samtidigt som de franska sjukhusen de senaste 20 åren byggts mot att främst bestå av enkelsalar (Howard et al., 2014; Ulrich et al., 2008; Ehrlander, Ali & Chretien, 2009). På sjukhusen i såväl Holland, Kanada som Norge går utvecklingen mot enkelsalar vid såväl renovering som nybyggen. Följaktligen förespråkas även enkelsal av vårdpersonalen i syfte att öka patientsäkerheten och sekretessen (Detsky & Etchells, 2008).

Trots nya riktlinjer i den västerländska kulturfären vilket allt mer inriktar sig på att bedriva vård i enkelsalar, saknas det en sammanställning av bevis för hur detta påverkar patienterna (Ehrlander, Ali & Chretien, 2009). Tidigare forskning inom området har fokuserat på kostnadseffektiviteten och den mest lönsamma sjukhusdesignen utifrån vårdresultat (Ulrich et al., 2008). Den aktuella kunskapen som finns inom området idag beskriver hur sjuksköterskan resonerar kring beslutsfattandet om vilken typ av vårdsal patienten tilldelas (Bloomer, Lee, Lewis, Biro & Moss, 2016). Få studier inom omvårdnadsforskningen har fokuserat på patienternas perspektiv. Denna ringa forskning behöver därför sammanställas inför framtida reformer inom sjukvårdsinrättningar som idag alltmer sätter patienten i fokus.

## Bakgrund

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Komplexiteten i vårdmiljöns utformning och påverkan berör patienterna på olika sätt vilket kräver ett synsätt där hela patienten beaktas. För att förstå hur patienten fungerar i relation till sin omgivning har Betty Neumans (2011) systemmodell valts ut som teoretiskt ramverk för litteraturstudien. Systemmodellen utvecklades under 70-talet med en holistisk människosyn som grund. Teorin tillämpas i syfte att se patienten som ett föränderligt system och hur patienten konstant påverkas av s.k. *stressorer*. Neuman (2011) menar att systemet kontinuerligt måste anpassa sig till sin föränderliga miljö, vilket ger teorin dess dynamiska ansats. Dessa stressorer har potential att stärka, skada eller stressa systemet. Ytterligare består systemet även av flera olika starka och tånjbara s.k. *försvarslinjer*. Enligt Neuman (2011) är försvarslinjernas uppgift att skydda systemets kärna vilket både är känslan av att ha hälsan, likväl som att uppleva respekt och gemenskap. Stressorerens påverkan på försvarslinjerna är individuellt varierande samt beroende av förutsättningarna att hantera dem vid det givna tillfället. Omvårdnaden som tillämpas ska underlätta för systemet att uppnå eller underhålla välbefinnandet, vilket alltid är eftersträvansvärt. Stressorerna och reaktionen de framkallar likställs som basala påverkningsmekanismer på försvarslinjerna. Det finns fem variabler av stressorer - fysiologiska, psykologiska, sociokulturella, utvecklande samt spirituella - vilka interagerar med varandra för att uppnå välbefinnande (Tarko & Helewka, 2011).

Utifrån Neumans holistiska teori antas det att människan betraktas som en helhet där flera delar måste samverka för att uppnå välbefinnande. Helheten är den variabel som är beroende av stressorerna, de oberoende variablerna. Stressorerna kan vara både positiva och negativa, och det avgörande är patientens egen subjektiva upplevelse. Detta kan innebära att två människor kan besitta två olika tolkningar av samma situation. Tolkningen av situationen kan vara beroende av den omgivande miljön. Positiva stressorer i vårdmiljön kan antas att inte stärka försvarslinjerna som de vanligtvis kanske skulle ha gjort, eftersom patienten påverkas starkare av de negativa stressorerna i vårdmiljön; en ny omgivning och ett sjukdomstillstånd. Stressorerna i vårdmiljön kan således hota det holistiska välbefinnandet.

Vårdandet idag bedrivs i olika typer av vårdssalar och skapar följaktligen olika förutsättningar för patienten att hantera de stressorer som påverkar upplevelsen. I föreliggande studie kommer Neumans (2011) systemmodell att appliceras i hur patienten ses som ett föränderligt

system där fokus framförallt föreligger på hur patienten upplever att vårdmiljön förändras i enkelsal kontra flersal.

### *Vårdmiljöns historia*

För att förstå utformningen av vår nutida vårdmiljö behövs en introduktion av utvecklingen ur ett historiskt perspektiv. Patientens upplevelse av vårdmiljön saknade tidigare betydelse vilket bevisas av att patienterna vårdades i samma sal oberoende av sjukdomstillstånd (Hæger, 1978). Vad som troddes främja hälsa skiftade. Redan 1859 myntade Florence Nightingale (1859/1989) att ren luft, rent vatten, effektivt avloppssystem, renlighet och tillgången till ljus var faktorer i vårdmiljön som var gynnsamma för hälsan. Idag räknas dessa faktorer som basala inom den svenska sjukvården, problematiken har snarare skiftat till hur vårdmiljön kan öka patientsäkerheten, minska personalens stress, öka effektiviteten samt den övergripande vårdkvaliteten (Skärsäter, 2014).

Före 1930 var byggnadsuppgifterna för vårdinrättningar prestigefulla men det goda ryktet började därefter försvinna då designen skulle bli mer rationell och strukturen industriell. Fokus låg på byggnaden snarare än människan och betydelsen av patientens upplevelse saknades (Fröst, 2014). Under 1940-talet utformades vårdmiljön enbart för att underlätta för personalen (Fridell, 1998) och från denna grund växte många av dagens vårdinrättningar fram; tråkiga och stereotypa (Fröst, 2014).

Under 60- och 70-talet skedde en snabb teknisk utveckling och medlen för att bota sjukdomar expanderades. Vården fick en löpandebandsprincip som var effektiv men upplevdes avpersonifierad. Sjukhusen byggdes med avdelningar som vanligen rymde 64 vårdplatser; fyra patienter i varje rum (Fridell, 1998). I slutet av 70-talet uppmärksammades den negativa arbetsmiljön vilket medförde förslag på hur hälso- och sjukvårdslagen skulle förbättras. Där skrevs det för första gången om vårdtagarens behov och trygghet vilket tidigare saknades (Hälso- och sjukvårdsutredningen, 1979). Betydelsen av förändringen blev således att patientens upplevelse blev central för en god arbetsmiljö. Inriktningen strävade mot att förbättra upplevelsen av den fysiska vårdmiljön vilket resulterade i en mer varierad färgsättning och pengar lades på konstutsmyckningar (Fridell, 1998). Forskningen har idag lett fram till olika metoder för att kvalitetssäkra vårdmiljön, däribland evidensbaserad design (EBD) (Elf, 2014). EBD innebär evidens som inkluderar beprövade metoder i syfte att kunna

utvärdera vilken fysisk sjukvårdsmiljö som främjar sjukvårdsresultatet. Detta för att garantera att framtida sjukvårdsinrättningar är effektiva och säkra för såväl patienter som personal (Ulrich et al., 2008).

### *Vårdmiljöns betydelse*

Vårdmiljön innefattar inte enbart den fysiska miljön utan inbegriper även hur den psykiska och sociala omgivningen uppfattas. Det definieras både objektivt som en konkret avgränsande plats, exempelvis ett rum, men också subjektivt likt en atmosfär eller den psykosociala miljön individen tillfälligt befinner sig i (Skärsäter, 2014; Wijk, 2004). Vårdmiljön styrs av miljöfaktorer i egenskap av förutsättningarna att vårdas på enkelsal respektive flersal, men även hur den fysiska miljön inbjuder dessa faktorer att ha betydelse. Det är ett faktum att välskötta sjukhusomgivningar bidrar till en ökad självkänsla hos patienterna samt att en hälsofrämjande omgivning stimulerar umgänge och aktivitet, vilket kan förkorta vårdtiden (Skärsäter, 2014; Wijk, 2004).

Först på 70-talet ställdes det nya krav på vården i form av att sätta patientens upplevelse i fokus (Lassen, 2012). Då började sjukvården praktisera moderna begrepp som *egenvård* och att framhäva ett *holistiskt* synsätt med människan i balans med den omgivande miljön där det var nödvändigt att se förbi sjukdomen. Fridell (1998) skriver att “god vårdmiljö skall *fungera* och *passa* för *både* medicinska insatser *och* sjukskötsel och stödja att dessa uppgifter kan utföras med omsorg“ (s.90). För att vårdmiljön ska upplevas som god bör den präglas av trygghet, trivsel och vara hälsofrämjande. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) fann att trygghet kan vara kopplat till en känsla som baseras på yttre faktorer som goda relationer, god miljö och kontroll. För att uppnå det behöver vårdmiljön vara utformad så att den ger patienten kontroll, en ökad autonomi och respekt för integriteten. Detta brukar summeras i begreppet *empowerment* som handlar om att stärka patientens delaktighet i sin vård och möjlighet att kunna påverka sin miljö (Wijk, 2004). Här är faktorerna för både möjlighet till samvaro och privatliv i patientens revir viktiga (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996).

Idag utformas vårdmiljön efter vad som anses hälsofrämjande för patienten, utan att egentligen tillfråga patienten själv (Ulrich et al., 2008). Omvårdnadsforskningen som finns tyder på att när patientens behov inte tillgodoses, vilket kan vara relaterat till en understimulerad vårdmiljö, utgör det en hälsofara (Douglas & Douglas, 2005). Sammantaget

har existerande forskning hittills fokuserat på hur sjuksköterskan förhåller sig till patienten i respektive vårdsal (Bloomer et al., 2016), men förutsättningarna idag sätter patientens upplevelse mer i centrum. Likväl bör vårdmiljön spegla detta på samma sätt genom att vara en plats patienten själv önskat. För att kunna bemöta patientens förväntningar på vårdmiljön krävs därför en djupare förståelse för hur denne upplever såväl enkelsal som flersal (Ehrlander, Ali & Chretien, 2009).

## **Syfte**

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av vårdmiljön i enkelsal kontra flersal.

## **Metod**

Metoden var en litteraturstudie där avsikten var att sammanställa forskning inom det aktuella området (Kristensson, 2014). En granskning genomfördes av aktuell forskning i syfte att presentera en forskningsöversikt över hur patienten upplever att vårdas på enkelsal kontra flersal.

## **Urval av databaser**

Litteraturstudien baserades på vetenskapliga artiklar sökta i tre olika databaser. Den största och mest väletablerade av de tre är PubMed; en databas där medicinska studier publiceras. PubMed inkluderar verktyg, som exempelvis MeSH Database, vilket kan hjälpa till att specificera sökningen. CINAHL samlar studier inom omvårdnad, vårdvetenskap samt arbetsterapi. Som tredje och sista databas användes PsycINFO där studier behandlar området psykologi med inkludering av psykiatri, medicin, omvårdnad och sociologi.

Inkluderingskriterier för de vetenskapliga artiklarna var att de skulle vara publicerade inom de senaste tio åren (2007-2017) i en vetenskaplig tidskrift, vara skrivna på svenska eller engelska samt vara peer reviewed. Studier som var gjorda på barn exkluderades på grund av att det saknade relevans i studiens avseende, då deras behov och upplevelser skiljer sig från vuxnas, samt att det är en utsatt grupp. Studier av kvalitativ ansats inkluderades för en djupgående förståelse av upplevelsen, men också mixed method för att komplettera denna med mätbara data.



## Genomförande av datainsamling

Söktermerna som har använts relaterade till ämnet och bestod av både fritext- samt indexordsökning för att specificera sökningen utan att tappa sökningens känslighet (Kristensson, 2014). Indexorden var Medical Subject Headings (MeSH) vilket användes i PubMed. MeSH-termer delas in i 19 olika MeSH-kategorier som är hierarkiskt ordnade i ett så kallade MeSH-träd. Det gjorde att sökningen med en specifik MeSH-term i PubMed också gav resultat på relaterade termer (Kristensson, 2014). Sökningarna i CINAHL och PsycINFO bestod däremot enbart av fritext. De sökord som användes var *single room*, *single capacity*, *patients experience*, *patients safety*, *patients' rooms (MeSH-term)*, *shared room*, *perception*, *perception (MeSH-term)*, *“privacy”*, *“patients”*, *room*, *room preference*, *privacy (MeSH-term)*, *effect of ward design*, *inpatients room experience* och *single-bed hospital room*. Orden kombinerades tillsammans med den booleska sökoperanden *AND* för att utöka och specificera sökningarna. Sökningarna presenteras i ett sökschema, se *tabell 1*, *2* och *3* (Kristensson, 2014). Sökningarna fortsatte tills nya fynd avtog och träffarna bestod av dubletter. Utifrån resultatet av sökträffarna har abstract granskats av båda författarna var för sig. En första grundläggande selektion baserad på relevans gjordes varpå resultatet jämfördes mellan författarna. Därefter selekterades de artiklar av betydelse som lästs i fulltext och slutligen valde författarna vilka som av relevans skulle kvalitetsgranskas (Kristensson, 2014).

Tabell 1

#	Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
1	CINAHL	(perception) AND single room	27	1	0	0	0
2	CINAHL	(single room) AND shared room	15	5	2	1	1
3	CINAHL	("single room") AND Patients experience	8	3	2	2	1
4	CINAHL	("single room") AND Patients safety	7	4	2(1)	0	0

Filter som använts: publicerat de senaste tio åren (2007-2017), skrivna på engelska eller svenska, peer reviewed. (n) = dubletter

Tabell 2

#	Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
1	PsycINFO	(single room) AND shared room	9	1	1	0	0
2	PsycINFO	(single room) AND "patient experience"	2	1	0	0	0

Filter som använts: publicerat de senaste tio åren (2007-2017), skrivna på engelska eller svenska, peer reviewed.

Tabell 3

#	Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Granskade	Inkluderade i resultatet
1	PubMed	("single room") AND "shared room"	3	2	1(1)	1	1
2	PubMed	("Perception"[MeSH]) AND "Patients' Rooms" [MeSH]	19	1	0	0	0
3	PubMed	("single room") AND Patients safety	14	6	2(2)	1	0
4	PubMed	"Patients' Rooms" [MeSH] AND shared room	11	7	2(4)	2	1
5	PubMed	("Patients' Rooms"[MeSH]) AND "patient experience"	8	3	0(1)	0	0
6	PubMed	("Patients' Rooms"[MeSH]) AND single capacity	2	2	0	0	0
7	PubMed	("privacy") AND "patients" AND room	96	11	4(4)	4	3
8	PubMed	(room preference) AND privacy [MeSH]	11	7	0(7)	0	0
9	PubMed	(effect of ward design) AND rooms	22	2	1	1	1
10	PubMed	inpatients room experience	42	2	0	0	0
11	PubMed	single-bed hospital rooms	21	3	1(1)	1	1

Filter som använts: publicerat de senaste tio åren (2007-2017), skrivna på engelska eller svenska, peer reviewed. (n) = dubletter

## **Genomförande av databearbetning**

De artiklar som lästs i fulltext och ansågs vara relevanta har kvalitetsgranskats efter Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2014) kvalitetsgranskningsmall av kvalitativa studier samt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) kvalitetsgranskningsmall av kvantitativa studier. Båda granskningsmallarna modifierades när författarna ansåg att vissa bedömningskriterier icke var tillämpliga för granskningen av berörd artikel. Granskningarna genomfördes var för sig av författarna, vilka sedan jämfördes och de artiklar som uppnått medelhög till hög kvalitet inkluderades i studien. Medelhög kvalitet räknades från 60 % överensstämmelse av de uppsatta kvalitetskriterierna, och kvalitetsgraden hög motsvarade 80 %. Dessa procentsatser bestämdes utifrån antal poäng en kvalitetsbedömning av respektive studie gav. Dock gjordes undantag för en kvalitativ studie av låg kvalitet där artikeln saknade beskrivning av förfarandet men populationen ansågs speciellt intressant och resultatet användbart.

Datan som påträffades analyserades med hjälp av integrerad analys som enligt Kristensson (2014) gjorde det möjligt att sammanföra resultaten på ett överskådligt vis. I den integrerade analysen granskades de artiklar som valts ut var för sig och jämfördes sedan för att urskilja övergripande likheter och skillnader. Utifrån de likheter som påträffades identifierades två huvudkategorier med vardera två subkategorier. För att identifiera kategorierna lästes artiklarna ett flertal gånger och en artikelmatris skapades för att överskådligt kunna kategorisera resultatet.

## **Forskningsetiska avvägningar**

Traditionella forskningsetiska principer baseras på respekt för personer genom informerat samtycke och konfidentialitet, samt att göra gott och inte skada (Sandman & Kjellström, 2013). I vetenskapliga studier försäkras detta genom granskning av en etisk nämnd eller etisk kommitté som godkänner att studien har en etisk värdegrund. Således har författarna undersökt att de artiklar som valts ut i litteraturstudien har blivit granskade och godkända utifrån det förfarandet.

Utöver detta har det under kvalitetsgranskningen även undersökts om studierna är etiskt motiverade, vilket de blir enligt Sandman och Kjellström (2013) om följande tre krav

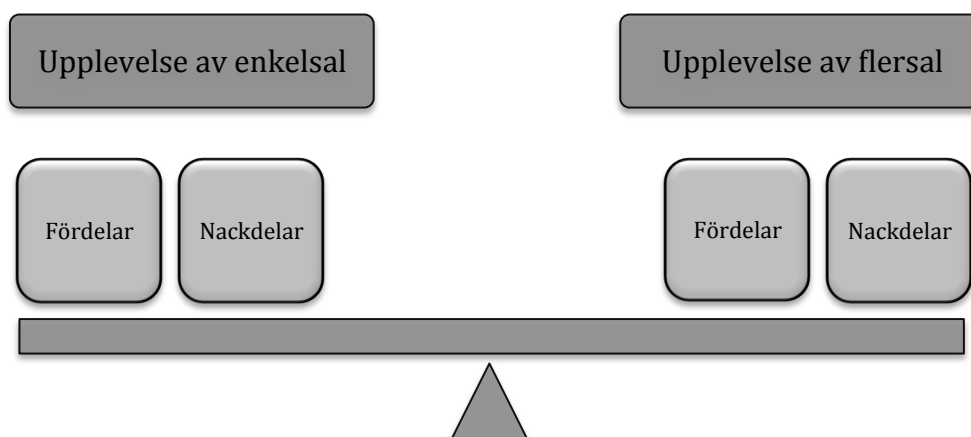
uppfylls; “den handlar om väsentliga frågor, den har god vetenskaplig kvalitet och genomförs på ett etiskt sätt” (s. 319).

Det har även beaktat ifall studierna var utförda på en sårbar grupp och om det fanns en motivering till varför det var etiskt försvarbart att inkludera det eventuella urvalet i studien. De sårbara grupperna författarna stötte på var kognitivt nedsatta eller palliativa patienter, och för varje enskild studie gjordes ett etiskt övervägande för att säkerställa etisk försvarbarhet.

## Resultat

I resultatet av den integrerade analysen behandlades totalt nio stycken vetenskapliga artiklar där sju stycken var kvalitativa, samt två bestående av både kvalitativ och kvantitativ forskning. Dessa föranledde huvudkategorierna *upplevelse av enkelsal* och *upplevelse av flersal* med de strukturellt oförändrade subkategorierna *fördelar* och *nackdelar*.

Subkategorierna är till för att skapa ett djup i varje uppfattning om respektive vårdsal ur ett patientperspektiv. Upplevelsen kan liknas vid en vågskål där fördelarna och nackdelarna kan väga olika tungt för varje enskild patient (se figur 1). Likaså kan samma patient ändra uppfattning om rumspreferens under en och samma vårdvistelse på grund av den rådande vårdmiljön i relation till sjukdomstillståndet, vilket kan få vågskålen att tippa över.



Figur 1. En vågskål över hur upplevda fördelar och nackdelar balanseras och avgör patientens rådande upplevelse.

## Upplevelse av enkelsal

Oavsett sjukdom eller ålder finns det utifrån ett patientperspektiv åtskilliga positiva upplevelser av vårdmiljön i enkelsal. Att tilldelas ett enkelrum innebär inte enbart att berättigas en plats för sig själv, utan också få tillgång till de faciliteter en enkelsal utgörs av. Det upplevdes däremot som en balansgång mellan bekvämlighet och risk för känslan av isolering. En mängd olika faktorer har påvisats spela en avgörande roll för patientens rumspreferens i egenskap av tidigare erfarenheter av vårdsal, sjukdomstillstånd och rummets fysiska attribut (Florey, Flynn & Isles, 2009; Maben et al., 2016; Persson, Anderberg & Kristensson Ekwall, 2015; Williams & Gardiner, 2015).

### *Upplevda fördelar*

Ökad värdighet och avskildhet var två framträdande anledningar till varför patienter önskade att vårdas i enkelsal (Florey et al., 2009; Maben et al., 2016; Williams & Gardiner, 2015). Preferensen bestäms av patientens känsla av frihet att kunna göra vad denne behagar och således undgå att påverkas av vad en främling gör i sängen bredvid (Maben et al., 2016; Persson et al., 2015).

Maben et al. (2016) undersökte patienters upplevelse av enkelsalens utformning vid flytt från ett sjukhus med mestadels flersalar till ett med enbart enkelsalar. Designen var en jämförelsestudie där data från ett sjukhus i England med majoriteten öppna vårdavdelningar jämfördes med data från det ersättande sjukhuset med 100 % enkelsalar. Datainsamlingen skedde på fyra olika avdelningar (medical assessment unit (MAU), surgical, medical (older people) and maternity) och bestod av 32 patientintervjuer. Före flytten intervjuades 21 kvinnor och 11 män, efter flytten 19 kvinnor och 13 män. Resultatet visade två övergripande teman som beskrev fördelarna; komforten och kontrollen. Denna standard upplevdes nästan vara hotellaktig (Maben et al., 2016). En 45-årig kvinna på kirurgavdelningen beskriver komforten med ett eget badrum:

I only just made it into my bathroom in time [...] I would have been so embarrassed, if I'd had to go out of my [room] and across the corridor and feel sick, and wet myself, I would just die of embarrassment [...] but there it was absolutely fine (Maben et al., 2016, s. 244-245).

Williams och Gardiner (2015) vars fynd också fokuserar på patientens önskan om enkelsal, visar att flera polikliniska patienter som besöker ett hospice i England skulle vilja tilldelas en enkelsal vid inläggning. Av de 15 intervjuade dagpatienterna som alla var mellan 48 och 89 år och till majoriteten kvinnor, hade 14 av dem ingen erfarenhet av att vara inneliggande på hospice. Polikliniska patienters tro om en ökad avskildhet och ökat lugn i enkelsal var huvudanledningarna till valet. Skillnader i sömnrutiner med risk att bli störd av medpatienter som snarkar eller stannar uppe sent om natten angavs som anledning att inte välja en flersal (Williams & Gardiner, 2015; Maben et al., 2016).

I resultatet av Maben et al. (2016) stod det klart att en högre grad av avskildhet resulterade i mer flexibilitet, och på så vis ökade inneliggande patienters chans att oftare och längre stunder ha besök. Liknande resultat påvisades av Persson et al. (2015) där besöken ökade patienternas välmående och känsla av hemtrevnad. Metoden Persson et al. (2015) valde hade induktiv ansats med 16 patientintervjuer som utfördes på ett nybyggt svenskt sjukhus bestående av enbart enkelsalar. Tio kvinnor och sex män i åldrarna 36 till 79 år intervjuades om upplevelsen av att vårdas i enkelsal. Samtliga deltagare hade legat på sjukhus minst tre dagar vid undersökningstillfället. Resultatet visade att utförandet av sjukhusdesignen ledde till att patienterna vistades på sina rum majoriteten av tiden och därav ökade betydelsen av besök (Persson et al., 2015). Många uppvisade också lätnad att de tillsammans med sina besökare besparades oron för att bli upprörda inför andra. En enkelsal möjliggör flera besökare samtidigt men även för familj och anhöriga att stanna över natten (Williams & Gardiner, 2015).

Ronden betraktas i studien av Persson et al. (2015) vara en av dagens viktigaste moment där patienterna fick tillfälle att lyssna och ställa frågor direkt till vårdpersonalen. Emellertid var det svåra och blottande samtal som enklare kunde föras i enkelsal tack vare den naturliga avskildheten. Avskildheten kunde upplevas isolerande och långtråkig men var ultimata i fråga om sekretess (Williams & Gardiner, 2015) då inga medpatienter kunde överhöra samtalet. Patienterna blev mer bekväma att ställa frågor till vårdpersonalen i enkelsal. Ytterligare upplevdes ensamheten vara främjande för patientens hälsa eftersom miljön tillät patienten att fokusera på sig själv (Persson et al., 2015).

Enkelsalen betyder tillgång till privata faciliteter för patienterna. Faciliteter som upplevdes höja kvaliteten på sjukhusvistelsen var egen toalett, frånvaro av oljud, ett fönster med utsikt

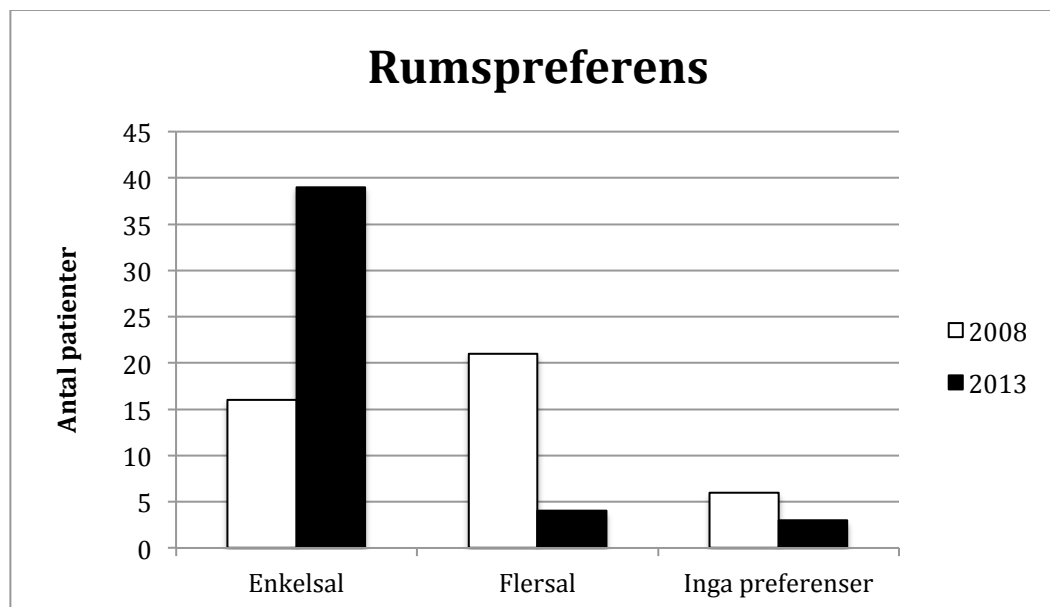
samt god ventilation och ljusinsläpp (Maben et al., 2016). En egen toalett och dusch värderades högt av patienterna, speciellt vid svårighet att mobiliseras eftersom det innebar allt från fri tillgång utan dröjsmål, till möjlighet att kunna lämna kvar hygienartiklar över natten (Reid, Wilson, Anderson & Maguire, 2015; Persson et al., 2015). Det uppskattades även att kunna bestämma över TV:n eftersom denna fungerade som sällskap samt det faktum att inte behöva bekymra sig över att störa någon annan. Upplevelsen att inte vara observerad av en medpatient lugnade många och förhöjde känslan av kontroll vilket tillsammans med komforten gav en känsla av hemtrevnad (Maben et al., 2016). En 70-årig manlig patient intervjuad av Maben et al. (2016) på en kirurgisk avdelning beskriver: “You had a shower, toilet, and washing facilities. Got your own TV [...]. I would rate it really as probably on a par with a three star hotel [...]. That’s how good it was” (s. 244).

Florey et al. (2009) lät 80 patienter (36 män, 44 kvinnor, ålder 40-100 år, vårdtid 1-53 dagar) på Dumfries sjukhus, Skottland, besvara enkäter angående rumspreferens. I likhet med Maben et al. (2016) och Williams och Gardiner (2015) fann Florey et al. (2009) att samtliga patienter i enkelsal upplevde att det var accepterat att ha besök större delen av dygnet eftersom besökstiderna förlängdes vid ökat antal enkelsalar. Ingen av de tillfrågade patienterna kände att det var svårt att få uppmärksamhet av sjuksköterskan. Resultatet visade även att yngre personer (median 58 år) och de med kortare vårdtid i högre omfattning föredrog enkelsal.

Rowlands och Noble (2008) genomförde semistrukturerade intervjuer med patienter med framskriden cancer för att undersöka hur vårdmiljön påverkade deras generella välbefinnande. Studien genomfördes i England och totalt deltog 12 patienter, 4 män och 8 kvinnor (<25 år). Resultatet strukturerades i fyra huvudteman; personalens beteende, den omedelbara miljön, enkelsal kontra flersal och kontakt med omvärlden. Oberoende av vårdmiljöns utförande, påverkades patienterna av personalens attityd, kompetens och hjälpsamhet. I enlighet med fynden i studien av Maben et al. (2016) fann Rowlands och Noble (2008) att hygien och renlighet i miljön var viktigt enligt patienterna, i likhet med dagsljusinsläpp och känslan av luftighet. Kontakt med omvärlden var även väsentlig, så som ett fönster att titta ut genom eller möjligheten att gå ut till trädgården om hälsan tillät. En majoritet av patienterna diagnostiserade med cancer uttryckte en preferens för enkelsal om de var väldigt sjuka eller döende (Rowlands & Noble, 2008; Williams & Gardiner, 2015; Maben et al., 2016). Anledningen var framförallt avskildheten, dels för patienten och anhöriga, men även för att undvika att skämmas inför medpatienter (Maben et al., 2016). Ytterligare en anledning till

preferens för enkelsal var rädslan för att upplevas störande för medpatienter, exempelvis vid sömnproblematik.

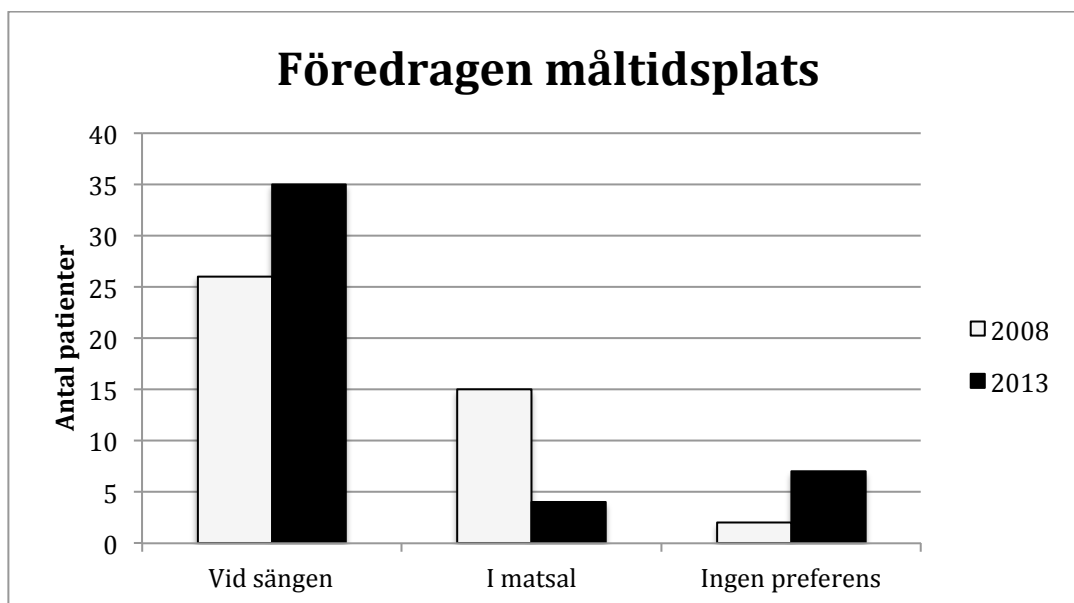
För att undersöka äldre inneliggande patienters rumspreferens genomförde Reid et al. (2015) en studie med kvalitativ ansats på ett sjukhus i Skottland. Undersökningen påbörjades 2008, där 87 % av sängarna fanns i sexbäddssal och deltog gjorde 43 patienter med en medelålder på 78 år. Datan sattes i jämförelse med en ny mätning 2013. Då hade sjukhuset byggts om till att bestå av 100 % enkelsalar, och med ett deltagande på 46 patienter var medelålder 83 år. Resultatet visade att vid första undersökningen föredrog 37,2 % enkelsal vilket fem år senare hade ökat till 84,8 % (se figur 2).



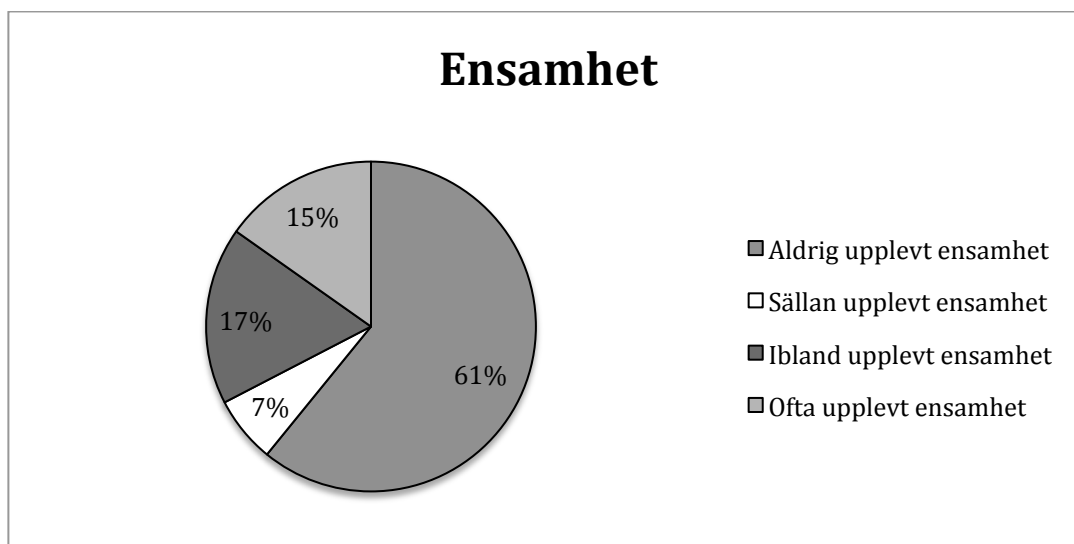
Figur 2. Preferens för rumstyp utifrån antalet patienter studerat 2008 samt 2013 (Reid et al., 2015).

Reid et al. (2015) tillfrågade dessutom preferens av matplats för att se om rummets utförande påverkade valet. Svaret på båda undersökningarna blev att majoriteten föredrog att maten skulle intas vid sängen, med en ökning av 16 procentenheter fem år senare där utbudet endast var enkelsalar (se figur 3) (Reid et al., 2015). I undersökningen 2013 tillfrågades även patienterna en tredje sak; om de någonsin känt sig ensamma i sin enkelsal. Av de tillfrågade 46 patienterna ansåg 60,9 % att de aldrig kände sig ensamma i enkelsal (se figur 4). Snarlikt resultat fann Florey et al. (2009) vars studie visade att 62 % av de 40 deltagande patienterna uppgav att de aldrig kände sig ensamma.





Figur 3. Antal patienter och deras önskade måltidsplats undersökt 2008 samt 2013 (Reid et al., 2015).



Figur 4. Procentsats av upplevd ensamhet hos patienterna i enkelsal undersökt 2013 (Reid et al., 2015).

#### *Upplevda nackdelar*

Enkelsalen beskrivs som en vårdmiljö där patienten kan uppleva en trygg och hemtrevlig känsla tack vare avskildheten, men med detta tillkommer nackdelar som känslan av isolering och ensamhet (Persson et al., 2015). Det finns ett behov hos patienterna att kunna välja mellan vilken sal de vill vårdas i beroende på sjukdomstillstånd (Rowlands & Noble, 2008).

Patientens känsla att vårdas i enkelsal kan ses som en balansgång mellan att känna sig trygg och otrygg (Persson et al., 2015).

I och med att en enkelsal erbjuder det patienten behöver i ett och samma rum upplevde många patienter att de inte rör sig utanför sin sal (Maben et al., 2016). Persson et al. (2015) fann att de istället spenderade tiden i sina rum med att titta på TV eller dator. Det var emellertid mycket väntan och tiden räknades inte i timmar utan i antalet vårdrelaterade händelser och rutiner; måltider, undersökningar och möten med personal. Patienterna kände sig endast orienterade till sina rum och vistades sällan på öppna, gemensamma ytor på avdelningen. Fyndet från Maben et al. (2016) redovisar att det fanns patienter som var osäkra på om det var tillåtet att lämna sitt rum. Följden blev att väldigt få patienter i enkelsal träffade och interagerade med medpatienter på avdelningen, och för vissa gav det en stark känsla av isolering (Williams & Gardiner, 2015). Av de 32 tillfrågade ansåg 11 att den största nackdelen med enkelsal var just avsaknaden av interaktion med andra patienter (Maben et al., 2016).

Patienterna uppfattade enkelsalar som mer lämpligt om de själva eller en medpatient blev allvarligt försämrade, var döende eller hade ett extra stort behov av avskildhet (Williams & Gardiner, 2015; Rowlands & Noble, 2008; Reid et al., 2015). Om syftet med flytten från en flersal till en enkelsal för en patient inte nödvändigtvis framgick tydligt kunde det leda till att patienten antog någon av ovanstående anledningar och en stark oro växte fram. En dotter till en patient berättar om en sådan förflyttning: "she assumed it must mean that she was dying, and she was the sort of person who didn't like to think about death" (Williams & Gardiner, 2015, s. 172).

En nackdel med enkelsal enligt patienterna var färre spontana besök av sjuksköterskorna (Williams & Gardiner, 2015). Placeringen av enkelsalen på avdelningen visade sig ofta vara i slutet av korridoren och med färre förbipasserande och en sämre utblick (Reid et al., 2015) kunde det vara avgörande för hur ofta personalen tittade till patienten (Williams & Gardiner, 2015). Enkelsalens placering kunde minska kontakten med vårdpersonalen eftersom patienten blev mindre synlig (Maben et al., 2016). Minskade antal besök av vårdpersonalen likställdes med otrygghet, isolering och sänkt välmående (Williams & Gardiner, 2015). De patienter i enkelsal intervjuade av Persson et al. (2015) uttryckte att det vara oroväckande eftersom det kunde dröja länge innan personalen svarade på larm, speciellt om nätterna. Otryggheten gjorde det svårare för patienterna att fokusera på att återställa sig själva, som annars upplevdes vara enklare i enkelsal:

you get scared when you're lying here because I've pressed the alarm and nobody comes, I don't press the alarm if I don't feel bad, so I lay there twenty minutes and then I called my partner at home . . . So that was the worst experience I've had here. When the night personnel come and tell you who's working the night shift and close the door, then it feels a bit like a prison, yes, when the door shuts I have an empty feeling. Here there's very good soundproofing so there's peace and quiet at night. You often feel a bit sorry for yourself and feel that here am I and well, and then they've closed the door around me, it's a bit. . . mm a bit difficult (Persson et al., 2015, s. 343).

Det hände att patienterna bad om hjälp av vårdpersonalen enbart för att känna sig trygga av sällskapet (Persson et al., 2015). Personalen kunde då exempelvis hjälpa dem med att duscha trots att patienterna klarade det själva.

## **Upplevelse av flersal**

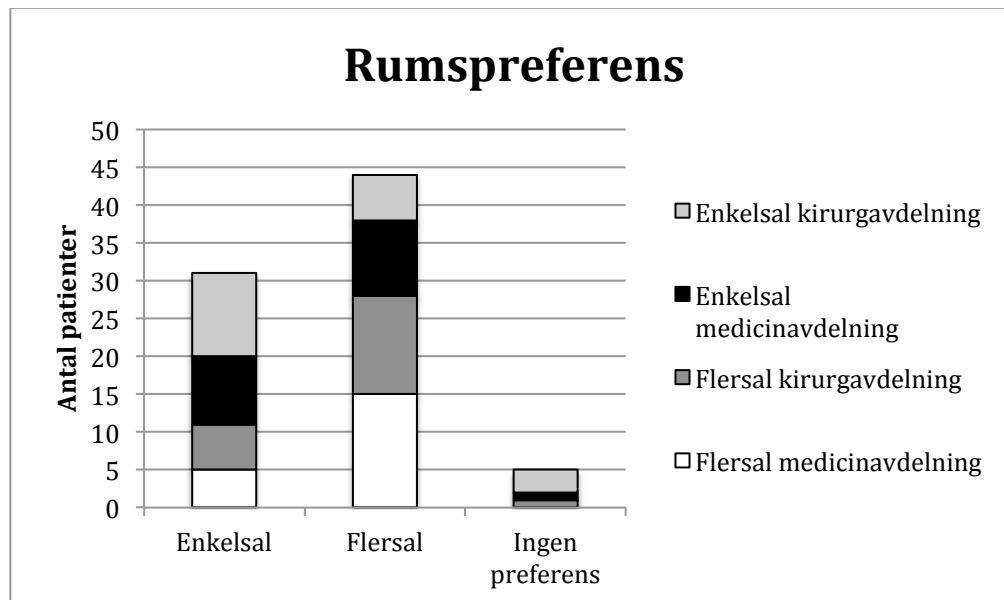
Vårdmiljön i flersal är komplex enligt patienterna då det dels erbjuds möjlighet att samtala och dela erfarenheter med medpatienter, men samtidigt kan samma medpatienter störa och avsaknaden av avskildhet upplevas svår (Maben et al., 2016; Persson & Määttä, 2012; Rowlands & Noble, 2008; Williams & Gardiner, 2015). Att försöka visa respekt för medpatienter och viljan att hjälpa varandra skapade en känsla av kamratskap i flersal (Søndergård Larsen, Hedegaard Larsen & Birkelund, 2014; Rowlands & Noble, 2008).

## *Upplevda fördelar*

I studien gjord av Søndergård Larsen et al. (2014) undersöktes hur vårdmiljön påverkade interaktionen mellan patienter. Det observerade urvalet på 85 patienter med cancer var inlagda på två olika sjukhus i Danmark. Därifrån valdes 10 män och 10 kvinnor ut för semistrukturerade intervjuer där åldersspannet varierade från 40 till 79 år. Studiens resultat påvisade att patienterna mestadels upplevde vård i flersal som positivt. Av de 20 intervjuade uppgav 18 en preferens för flersal så länge sjukdomen inte stod i vägen för möjligheten att interagera med medpatienterna. Detta står i likhet med resultatet från Williams & Gardiner (2015) studie där patienter på ett hospice i England uttryckte identisk åsikt i relation till sjukdomstillstånd. Även en majoritet av de 12 patienterna i studien av Rowlands och Noble (2008) angav att det var hälsan som styrde vilken sal som föredrogs, men däremot svarade samtliga inläggande patienter i flersal att det var deras föredragna preferens. Vid tillfrågan

om rumspreferens i studien av Florey et al. (2009) svarade 70 % av patienterna i flersal och 40 % i enkelsal att de vid framtida inläggning på sjukhus föredrog flersal (se figur 5).

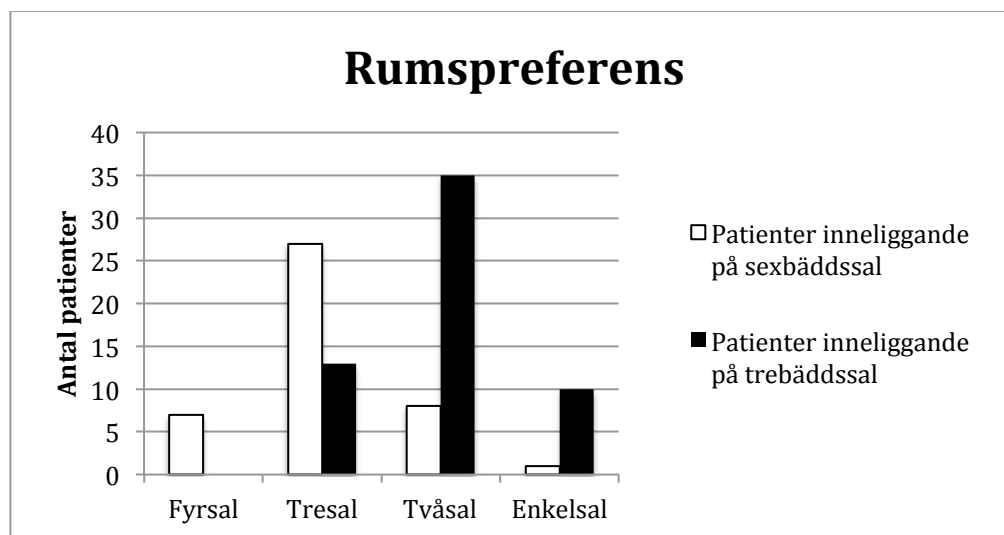
Studien visade också att av det var framförallt äldre och patienter som varit inlagda längre som föredrog flersal. I studien av Maben et al. (2016) uppgav 20 % en preferens till flersal. Emellertid var det hälften av alla tillfrågade män som föredrog flerbäddssal.



Figur 5. Rumspreferens för patienter från respektive vårdavdelning (Florey et al., 2009).

Patienter på kirurgiska sjukhusavdelningar i Turkiet studerades av Yildirim och Yalcin (2016). De 101 deltagande fick besvara ett formulär med frågor om upplevelsen av vårdmiljön på flersal. Av deltagarna var 52 män och 49 kvinnor där samtliga var mellan 18 och 55 år gamla. Patienterna vårdades på antingen trebäddssal eller sexbäddssal med liknande planlösning. Rummens utförande erbjöd samma mängd dagsljus och lufttemperatur i syfte att kunna mäta patienternas upplevelse av inredningselementen. Resultatet visade att patienterna i trebäddssal upplevde rummet mer positivt i avseende av storlek på rummet och fönster samt möjlighet till förvaring, än vad patienter i sexbäddssalar gjorde. Skillnader kunde även påvisas i avseende av avskildhet och funktionalitet där trebäddssalen upplevdes bättre. De patienter i sexbäddssal uppfattade sitt rum mer trångt än de i trebäddssal trots deras identiska utformning. Det visade sig även att yngre patienter (18-35 år) var mer positivt inställda till rummen, oberoende storlek, än vad äldre patienter (36-55 år) var, men också att män var mer positivt inställda än kvinnor. Av de 58 patienterna som låg på trebäddssal ville 22,5 % stanna på trebäddssalen medan 60,3 % föredrog tvåbäddssal och 17,2 % föredrog enkelsal. Av de 43 patienterna som låg på sexbäddssal föredrog 16,3 % fyrbäddssal, 62,8 % föredrog trebäddssal,

18,6 % föredrog tvåbäddssal och 2,3 % föredrog enkelsal (se figur 6) (Yildirim & Yalcin, 2016). Liknande resultat påträffades i studien av Søndergård Larsen et al. (2014) där deltagarna uppgav att tvåbäddssal var att föredra framför trebäddssal eller fyrbäddssal. Angivna anledningar var att det förmodades vara enklare och mer personligt att interagera med en medpatient åt gången, samt en förmodad lägre ljudnivå.



Figur 6. Rumspreferens för patienter i sexbäddssal respektive trebäddssal (Yildirim & Yalcin, 2016).

Persson och Määttä (2012) genomförde semistrukturerade intervjuer på patienter i flersalar. Det var 16 patienter som deltog, sju från en kirurgavdelning och nio från en ortopedavdelning. Av deltagarna var hälften män och hälften kvinnor, alla mellan 60 och 85 år. Patienterna tillfrågades om upplevelsen av att vårdas på flersal och det uppgavs att sällskapet i en flersal gjorde att tiden upplevdes gå snabbare. Att ha någon att prata och spendera tid med ansåg patienterna minskade lidandet. Liknande argument för flersal har presenterats i studien av Søndergård Larsen et al. (2014) men även av Williams och Gardiner (2015). Att ha en medpatient att samtala med minskade känslan av ensamhet och isolering men gav också en känsla av att vara till nytta för någon annan.

Vissa patienter hade utvecklat en vänskap under vårdtiden i flersal (Williams & Gardiner, 2015). Det upplevdes viktigt att interagera med medpatienter för ömsesidigt emotionellt stöd (Maben et al., 2016). Samma upplevelse delades av deltagarna i studierna av Rowlands och Noble (2008) och Williams och Gardiner (2015). Emellertid var det mycket väntan för patienterna under sjukhusvistelsen och när provsvar dröjde anförtrödde patienterna sig till sina medpatienter för att ta del av erfarenheter och diskutera alternativ (Søndergård Larsen et al., 2014). Det gav en trygghet att vara omgiven av människor i liknande situation även om

medpatienterna vid första mötet var främlingar. Av den anledningen fanns det både kunskap och erfarenhet att dela. Dessa fynd stärks av Rowlands och Noble (2008) där exponeringen av medpatienters cancerresa gav en känsla av att vara mindre ensam i sin sjukdom. För vissa patienter gav det ett bättre perspektiv på deras eget liv. Stödet och empatin patienterna erhöll sinsemellan upplevdes starkare än vad någon besökare kunde ge.

Patienterna i studien av Søndergård Larsen et al. (2014) upplevde att de tvingades lyssna när medpatienter samtalande med vårdpersonalen, men vilket gav möjlighet att erhålla kunskap om såväl cancer som sjukhuslivet generellt, vilket upplevdes positivt. En patient som var inlagd för första gången berättade: "I'm all ears when they talk. Maybe I'll get some essential knowledge" (Søndergård Larsen et al., 2014, s. 399). De flesta patienter i studien av Persson och Määttä (2012) uppgav att de inte hade några problem med att bli överhörda: "Most have nothing to hide. I think this talk about integrity is often exaggerated" (Persson & Määttä, 2012, s. 665). Av de 40 patienter vilka vårdades i flersal och som intervjuades av Florey et al. (2009) uppgav 28 (70 %) att det var möjligt att diskutera personliga frågor i förtroende och 33 patienter (83 %) upplevde tillräcklig avskildhet. I Perssons och Määttas (2012) fall framkom det att patienterna använde flera strategier för att undvika att överhöra medpatienternas samtal eftersom det ansågs respektlöst att vara nyfiken. Strategierna som användes visade sig bland annat vara att stänga av hörapparaten under tiden som personalen vårdade en medpatient, lyssna på radion för distraktion eller att låtsas sova. Søndergård Larsen et al. (2014) presenterade liknande strategier där patienterna sökte avskildhet genom att placera sängborden mellan sängarna, använda hörlurar, vända ryggen till medpatienterna eller dra för draperierna, men endast halvvägs för att inte verka oförsämd.

Patienterna som intervjuades i flersal i studien av Maben et al. (2016) uppgav att de uppskattade tryggheten i att vara synlig både för personal och varandra. Vid vård av medpatienter gavs möjlighet att observera personalen vilket gav en uppfattning av deras kompetens som betryggade patienterna. Liknande upplevelser framkom i Persson och Määttas (2012) undersökning där resultatet tydde på att känslan av trygghet och säkerhet var en viktig aspekt i flersal. Det uppskattades att personalen spenderade tid i rummet eftersom patienterna både såg och blev sedda. En generell uppfattning om flersal var tryggheten i att medpatienterna skulle tillkalla hjälp om något inträffade. Det framkom även att de själva tog ansvar för att hålla uppsikt över medpatienter som var väldigt sjuka eller förvirrade då det föll sig naturligt att hjälpa varandra. Denna typ av sammanhållning kunde även innefattas av att

hjälpa varandra med rehabilitering i strävan att inspirera. Viljan att hjälpa varandra fyllde flersalen med en känsla av solidaritet vilket ökade när vänner och familj kom på besök (Persson & Määttä, 2012). Det upplevdes accepterat att ha anhöriga på besök av 31 stycken (78 %) av deltagarna i studien av Florey et al. (2009) och ingen av de tillfrågade upplevde ensamhet eller svårighet att tillkalla sjuksköterskan.

### *Upplevda nackdelar*

En nackdel med flersal var avsaknaden av fysisk komfort så som oförmåga att kontrollera belysning och temperaturen samt att det i flersal fanns en brist på personligt utrymme runt sängen. Patienterna upplevde att ljud från såväl medpatienter som personal kunde vara störande, framförallt när medpatienterna var konfusoriska (Maben et al., 2016; Williams & Gardiner, 2015; Persson & Määttä, 2012). En patient beskrev en upplevelse: "The old lady is senile and I couldn't sleep at night, the staff was here almost all night. I was so tired before I went for my operation" (Persson & Määttä, 2012, s. 666). Samtidigt upplevde patienterna en minskad säkerhet och välbefinnande när vårdpersonalen blev uppbundna med förvirrade medpatienter (Maben et al., 2016). Vid denna typ av exponering uppvisade patienterna både en sårbarhet relaterat till utsatthet samt orolighet inför sin egen säkerhet. En äldre manlig patient beskriver:

The man who was opposite...he'd got dementia and he was in the shouting stage...shouting out 'Help' all the time...they tried everything to help him; they were terribly, terribly patient... most of us, well I think all of us, understood, but it was a nuisance, because in the end it took over, you couldn't do anything else but listen, and see how they were getting on with him. (Maben et al., 2016, s. 244).

Enligt fynden från Williams och Gardiner (2015) kunde samma slutsats dras: den huvudsakliga nackdelen som beskrevs av patienterna i flersal var oljud som störde, både från medpatienter och personal. En patient i studien berättade: "One man often got out of bed in the night and this felt eerie because it was dark... I was also woken up by the noise" (s. 171). Patienterna hävdade att upplevelsen var beroende av vilka och hur sjuka medpatienterna var (Persson & Määttä, 2012). Det upplevdes även besvära sömnen när nya patienter lades in på flersalen under natten.

Avsaknaden av konfidentialitet och avskildhet i flersal accepterades av somliga som en oundviklig aspekt av vårdmiljön (Maben et al., 2016). Men för andra ansågs draperierna runt

sängen inte bidra till önskad avskärmning, speciellt om vederbörande patient var sängbunden (Williams & Gardiner, 2015). Främst uppstod problematik på rondan, då medpatienterna delgavs allt: sjukdomstillstånd, personnummer, undersökningar och provsvar, eftersom det krävdes i samtal med personalen (Søndergård Larsen et al., 2014). Resultatet visade att vissa patienter undanhöll information från personalen: "You don't always get to say all you need during rounds, because you know fellow patients are listening" (Søndergård Larsen et al., 2014, s. 399). Det gjordes försök med att inte lyssna, men det upplevdes emellanåt omöjligt (Søndergård Larsen et al., 2014).

Som tidigare beskrivet undersökte Søndergård Larsen et al. (2014) cancerpatienters upplevelser av flersal och där var arkitekturen utformad så att patienterna konstant kunde se varandra. Det gjorde att patienternas integritet minskade till följd av reducerad avskildhet varpå vissa patienter lättare upplevde en känsla av sårbarhet och genans (Maben et al., 2016; Søndergård Larsen et al., 2014). Patienter som inte tidigare varit inlagda uppgav mindre oro för bristen på avskildhet medan det var mer påtagligt för patienter med tidigare sjukhuserfarenhet. Patienterna i fyrsal upplevde större problematik med avskildhet än patienterna i tvåsal och tresal. Vissa patienter i studien av Søndergård Larsen et al. (2014) uppgav att vårdmiljön i flersal gav en osäkerhet och känsla av stress eftersom det upplevdes besvärligt att hitta tillflykt från medpatienterna. En patient påtalade denna känsla: "I'm surrounded by her negativity 24 hours a day and I just have to put up with it" (Søndergård Larsen et al., 2014, s. 399). Att dela rum med en medpatient som inte önskade att interagera upplevdes som störande.

Att vara döende eller rentav dö i flersal förekom vilket skapade starka reaktioner hos medpatienterna som ökad oro och ångest (Williams & Gardiner, 2015; Persson & Määttä, 2012). En patient delgav erfarenheten av att vårdas bland andra som var döende: "My fellow patients all knew they were dying this time. It's devastating for me to listen to" (Søndergård Larsen et al., 2014, s. 399). En annan patient uttalade följande: "[In the shared room] the two very ill patients died... I found this eye-opening and upsetting. It made me realise that I might be in the same position one day" (Williams & Gardiner, 2015, s. 171). Erfarenheten resulterade i tankar om sin egen död. En patient i studien av Williams och Gardiner (2015) upplevde en annan patients död särskilt svår då relationen dem emellan hade utvecklats till en vänskap.



För patienter som inte kunde lämna sängen var det besvärande när närstående till medpatienter kom på besök, speciellt om medpatienten hade hörselproblem (Persson & Määttä, 2012). Många valde att ta emot anhöriga utanför rummet för att bli lämnade ifred och inte störa (Søndergård Larsen et al., 2014). Enligt Yildirim och Yalcin (2016) fastställdes det att en ökning av inredningselement, patienter eller besökande i en flersal negativt påverkade avskildheten hos samtliga patienter på salen, och att det därmed upplevdes mer trångt i sexbäddssal än i trebäddssal. Det uppfattades enklare att dra sig undan en medpatient än flera (Søndergård Larsen et al., 2014). Något så enkelt som en extra tom säng i flersalen ansågs öka patienternas stress visade samma författare.

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie. En empirisk studie hade varit genomförbar eftersom syftet fokuserade på patienters upplevelser, men det bedömdes att behovet av en litteratursammanställning var mer betydelsefullt. Beslutet baserades på att ett tillfredsställande antal empiriska studier i ämnet redan var utförda på olika patientgrupper men att det saknades en överskådlig jämförelse.

De relevanta studierna som inkluderades bestod främst av kvalitativ forskning men ett fåtal studier var mixed-method med både kvantitativ och kvalitativ ansats med avsikten att erhålla ett mer kompletterande resultat. Kvantitativ forskning är fördelaktigt vid generalisering av resultatet vilket ansågs värdefullt i denna typ av studie. För att resultatet ska vara möjligt att generalisera krävs däremot en större mängd kvantitativ data än vad som användes.

Majoriteten av resultatet består av kvalitativ forskning vilket ansågs kunna besvara syftet och samtidigt åstadkomma en djupare förståelse för frågans komplexitet. Nackdelen med en kvalitativ ansats är begränsningarna i att kunna framföra en slutsats baserad på orsak-verkanförhållande. Däremot anses fördelarna överväga då kvalitativ forskning kan tränga ner på djupet i människors upplevelser. Det kvalitativa resultatet kan presenteras utifrån tematisering med hjälp av integrerad analys (Kristensson, 2014). Detta föranledde en tydlig struktur vilket eliminerade möjligheten för tvetydighet. Information som inte gick att tolka till en fördel eller nackdel under vardera huvudkategori inkluderades således ej.

Urvalet av bibliografiska databaser baserades på hur väl fynden som skulle svara på syftet skulle kunna påträffas. De tre mest lämpliga databaserna som användes var PubMed, CINAHL och PsycINFO. LUBsearch valdes bort eftersom relevanta fynd och datamättnad påträffades efter sökningarna i tidigare nämnda databaser. Sökningarna baserades på både fritext och indexord i syfte att specificera utan att tappa känslighet (Kristensson, 2014) vilket sökningarna lyckades med. Hade endast fritextord använts skulle sökningen troligtvis påträffa en stor mängd irrelevant data. Det utfördes flera sökningar med få antal kombinationer istället för att utgå från enbart en strukturerad fråga, så kallad PICO (Population, Intervention, Control, Outcome) (SBU, 2009). Söktermerna kombinerades för att snäva av sökningen med den booleska sökoperanden *AND*. Den sökoperanden var lämplig eftersom sökresultatet efterhand påvisade dubletter. Ifall fler booleska termer använts kunde resultatet minskat i omfattning utan att ha tappat relevans, men ändå generera dubletter. De tre sista sökningarna baserades på nyckelord funna i redan påträffat material, vilket gav nya sökträffar varefter två stycken inkluderades i resultatet. Metoden är rimlig men tidskrävande och därför ansågs det att sökningarna fick avslutas då aktuella artiklar bedömdes kunna besvara syftet.

Det avgränsande filtret *publicerad inom de senaste tio åren* syftade till att fånga den senaste forskningen inom området vårdmiljö. Av de nio artiklarna presenterade i resultatet var sju publicerade de senaste fem åren vilket anses fördelaktigt då forskningsresultat bör vara aktuella. Forskning äldre än tio år bedömdes irrelevant eftersom det hade kunnat ge motstridigt resultat då fokus på patientperspektivet tidigare saknats. Filtret *publicerat på svenska eller engelska* valdes då båda författarna behärskar språken väl vilket minskade risken för misstolkningar av texten. Antalet resultatartiklar kan ses som delvis begränsande med anledning av det ringa urvalet i varje enskild studie. Författarna ansåg däremot att resultatet hade fått marginella skillnader om fler artiklar inkluderats eftersom likheten i delfynden var påfallande.

Granskning av studierna gjordes med granskningsmallar från SBU (2014) och Willman et al. (2011). De bedömningskriterier som ej ansågs relevanta till respektive artikel exkluderades. En studie inkluderades eftersom urvalspopulationen ansågs särskilt intressant trots att bedömningen visade låg kvalitet. Aspekterna som studerades skilde sig inte mot tidigare och således framkom ingen signifikant skillnad i resultatet vid denna inkludering.

## Diskussion av framtaget resultat

Syftet med denna studie var att beskriva patientens upplevelse av vårdmiljön i enkelsal och flersal. Den integrerade analysen resulterade i tematisering av fördelar och nackdelar som respektive underrubrik till vardera sal. Urvalet i de nio studierna var likartade; patienter på onkolog-, kirurg-, medicin-, ortopedavdelningar samt hospice har intervjuats. Omfattningen på urvalet var varierande från 12 deltagare till 101 där samtliga bortfall sällan beskrevs. Färre deltagare och ringa beskrivning kring bortfallet skulle kunna riskera att sänka studiens trovärdighet eftersom graden av applicerbarhet till undersökningspopulationen sjunker. Antalet deltagare är å andra sidan endast en variabel som bestämmer kvaliteten i en undersökning där även djupet på intervjun kan vara av yttersta vikt.

Resultatet visade att i fyra av de nio studierna föredrog majoriteten av tillfrågade patienter flersal (Florey et al., 2009; Rowlands & Noble, 2008; Søndergård Larsen et al., 2014; Yildirim & Yalcin, 2016). Två andra studier påvisade däremot motsatsen där majoriteten av patienterna föredrog enkelsal (Maben et al., 2016; Reid et al., 2015). I resterande tre studier framkom ingen tydlig data för vad patienterna föredrog och därför saknas möjligheten för att dra mer långtgående slutsatser av resultatet. Resultatet visade ändå tydligt att enligt patienterna själva var det sjukdomstillståndet som styrde behovet av vårdsalen. Av det påvisade resultatet verkar det inte finnas någon grund att utifrån patientperspektivet förkasta varken enkelsalar eller flersalar i den framtida vårdmiljön, trots riktlinjer för 100 % enkelsalar enligt Ulrich et. al. (2008). Det framkom tydliga fördelar för respektive vårdsal och därav bör en varierad vårdmiljö erbjudas.

Litteratursammanställningen visade att fördelarna och nackdelarna med enkelsal kontra flersal var åtskilliga vilket påvisar komplexiteten i frågan. Den övervägande anledningen för enkelsal var avskildheten med ökad flexibilitet för patienterna att fritt nyttja faciliteterna utan att bekymra sig om medpatienter (Maben et al., 2016; Persson et al., 2015). Det medförde även möjlighet för besök när det än önskades, vilket var essentiellt för att undvika känslan av ensamhet och isolering (Maben et al., 2016; Williams & Gardiner, 2015). Stödet från medpatienter var viktigt och de kunde fungera som informella vårdgivare och stötta emotionellt (Persson & Määttä, 2012; Søndergård Larsen et al., 2014; Williams & Gardiner, 2015). Medpatienterna kunde liknas vid experter på sjukhuslivet men även sjukdomen och

därför komplettera det stöd patienten var i behov av (Søndergård Larsen, Hedegaard Larsen & Birkelund, 2013).

Maben et al. (2016) påvisade att vårdmiljön i enkelsal kunde upplevas hotellaktig med fri tillgång till privata faciliteter. Flexibiliteten och komforten upplevdes även ge en hemtrevlig känsla enligt Persson et al. (2015). Utifrån Neumans (2011) systemmodell påverkas patientens välbefinnande av stressorer i den yttre vårdmiljön. Stressorerna förstärker eller försvagar de försvarslinjer patienten har för att kunna bibehålla välbefinnandet. Det kan därför förmodas att försvarslinjerna förstärks om vårdmiljön upplevs hemtrevlig eller hotellaktig, vilken således gör vårdmiljön gynnsam för patienten. Å andra sidan kan det skapa en skev bild av vilka krav som kan ställas på vården och framför allt på personalen, vars syfte i grunden är att vårda patienten. Balansgången mellan att skapa en behaglig vårdmiljö och personcentrerad vård utan uppässning och att serva patienterna kan således bli svår att avväga. I framtiden kan det antas behövas fler vårdnivåer av sjukhus så kallade *medicinska hotell* med fler faciliteter till den icke akut, men kanske äldre eller kroniskt, sjuka patienten. Utvecklingen av denna typ av vårdinrättningar finns redan framtagna i USA där vården bygger på privata försäkringar med mer kapital (Wu, Robson & Hollis, 2013).

Resultatet av Persson et al. (2015) visade att patienter som vårdades på enkelsal tillbringade majoriteten av tiden i salen. Anledningen var att allt som patienten behövde fanns där inne. Besök av närstående och personal kunde tas emot avskilt inne på rummet men när patienterna var ensamma upplevdes en känsla av isolering som dövades med TV eller dator (Maben et al., 2016; Williams & Gardiner, 2015). Sett utifrån Neumans (2011) systemmodell kan argumentationen mot enkelsal föras i avseende att känslan av isolering är en stressor som negativt påverkar försvarslinjen, även om patienten använder strategin distraktion. Frågan blir således om vårdmiljön bör underlätta distraktionen genom fler möjligheter till aktivering inne på salen eller omvänt; erbjuda umgängesmöjligheter på de allmänna ytorna på avdelningen. Måltiderna serverades nämligen oftast inne i enkelsalen, och det påvisades att desto fler enkelsalar desto mer sällan lämnade patienten salen (Reid et al., 2015). Resultatet blev således ytterligare minskad interaktion patienterna sinsemellan, vilket skulle kunna undvikas om umgänge i matsalen blev en del av patienternas vardag. Det framkom att patienterna var osäkra på om det var tillåtet att lämna salen och därför tillbringades ingen tid med medpatienter (Maben et al., 2016; Persson et al., 2015). Därför kan det antas att tydligare

kommunikation mellan patient och personal kring möjligheten att interagera ute på avdelningen i själva verket kan minska känslan av isolering.

Sekretessnivån och möjlighet att diskutera privat med personalen förekom i flera studier. I enkelsal kunde patienterna samtala i konfidentialitet med personalen och benägenheten att ställa frågor ökade (Persson et al., 2015; Williams & Gardiner, 2015). I flersal däremot överhörde medpatienterna sekretessbelagd information, exempelvis personnummer, sjukdomstillstånd, undersökningar och provsvar. Resultatet blev således att patienter undanhöll information för personalen, för att medpatienter inte skulle få kännedom om privat information (Søndergård Larsen et al., 2014). För att bättre anpassa flersalen för sekretessbelagda samtal behövs nya strategier. Det kan till exempel innebära hårda och ljudisolerade, utdragbara avskiljningsväggar mellan sängarna eller att förflytta samtalet till ett enskilt rum.

Enligt patienterna angavs främsta anledningarna för flytt till enkelsal vid tid av svår sjukdom eller vård i livets slutskede (Persson & Määttä, 2012; Søndergård Larsen et al., 2014; Williams & Gardiner, 2015). Däremot är god vård i livets slutskede nödvändigtvis inte beroende av vårdsal, utan uppfyllelsen av de faktorer som anses utgöra ett värdigt döende, exempelvis smärtlindring, insikt och närståendestöd (Edmonds & Rogers, 2003).

Sjuksköterskans faktiska fördelning av patientsalar påverkades inte av sjukdomstillståndet, då den främsta anledningen att flytta patienter från flersal var infektionsrisken (Bloomer et al., 2016). Därmed respekterades ej patientens önskemål. Det kan antas att om patienten själv hade varit delaktig i beslutet av vårdsal kan det stärka försvarslinjerna som annars försvagas i samband med slutenvård (Neuman, 2011; Williams & Irurita, 2005). Ökad delaktighet ger fler positiva upplevelser, som ökad kontroll och välbefinnande.

I sammanställningen har endast studier från västerländska länder inkluderats då ingen påträffad data fanns att tillgå från exempelvis Asien, Afrika eller Sydamerika. Orsakerna till detta är oklart, men bevekelsegrunden kan vara att det i stora delar av världen fortfarande saknas omvårdnadsforskning (Sun et al., 2016). Den ringa forskningen på vårdmiljöns påverkan kan även bero på homogena vårdmiljöer med endast flersalar, och en jämförelse blir således omöjlig. Det kan antas att i vissa av dessa världsdelar brister fortfarande den basala vården på de grunder som utgör en god vård vilket enligt Nightingale (1859/1989) var rent vatten, ren luft, effektivt avloppssystem, renlighet och tillgången till ljus.

## Slutsats och kliniska implikationer

Föreliggande litteraturstudie påvisar komplexiteten i den rådande vårdmiljön och inte minst patientens uppfattning av denna. Även om resultatet tyder på en preferens för flersal, finns det starka argument som talar för enkelsal så som reducerad infektionsrisk, ökad sekretess samt ett upplevt behov av avskildhet vid livets slut (Maben et al., 2016; Rowlands & Noble, 2008; Williams & Gardiner, 2015). Den avgörande faktorn för patienternas rumspreferens var det aktuella sjukdomstillståndet och huruvida vårdmiljön skulle påverka detta. Av denna anledning bör vårdinrättningar vara anpassningsbara för att tillfredsställa patientens aktuella behov av omvårdnad. Sjukvården har lärt sig att arbeta personcentrerat i byggnader som inte sätter patienten i fokus. Kanske kan framtiden tillämpas mer utifrån detta, d.v.s. ha ett bredare utbud av vårdssalar och anpassa vården i takt med sjukdomsutveckling och tillfrisknande. Det finns en önskan hos patienterna att kunna välja vårdssal beroende på sjukdomstillståndet, eftersom det med båda typerna av vårdssal finns fördelar och nackdelar. Att vårdas på sjukhus är långt ifrån statistiskt, och denna föränderliga miljö tyder på behovet av omprioriteringar.

Fördelarna med enkelsal betyder nödvändigtvis inte detsamma som nackdelarna med flersal och vice versa, utan de är förknippade med just respektive vårdssal. Att bygga framtida sjukvårdsinrättningar med enbart enkelsalar styr till viss del patienternas vård, eftersom mycket mer än vårdpersonalens faktiska handlande betyder vård för patienten. Medpatienter har setts fungera både tidsfördrivande men också stöttande i frågan om vårdmiljö. Vårdpersonalen bör ha detta i åtanke vid vård av patienter i enkelsal kontra flersal. Utifrån denna förståelse möjliggörs en mer personcentrerad vård där patientens försvarslinjer stärks och främjar välbefinnande.

Den evidensbaserade designen (EBD) tyder på fördelar med enkelsalar vilket sätts i kontrast till det stöd medpatienter utgör. En fördelaktig vårdmiljö kan ses ur många perspektiv och frågan är vilket framtidens sjukvårdsinrättningar ska fokusera på. Det kan uppfattas lättare att bygga enbart enkelsalar än att lära den mångfacetterade vårdpersonalen att uppmärksamma behovet av avskildhet i flersal och arbeta utefter det. Vården bör ses flerdimensionellt och utifrån multiprofessionellt teamarbete. Endast då kan vården fungera oberoende av vårdssal, men med kunskap om dem. Slutsatsen blir att båda typerna av vårdssalar bör finnas för att omvårdnaden ska ha en rimlig möjlighet att möta patientens föränderliga behov.

## **Författarnas arbetsfördelning**

Författarna av litteraturstudien har samarbetat under hela bearbetningen och arbetsfördelningen har varit jämn. Sökningarna och urval av relevanta artiklar genomfördes tillsammans, varefter artiklarna lästes i fulltext och kvalitetsgranskades enskilt för att senare jämföras mellan författarna. Diskussion har kontinuerligt förts mellan författarna för att säkerställa en gemensam förståelse och ett unisont synsätt. Texten har under processen redigerats tillsammans för att skapa en enhetlig, överskådlig sammanställning.

## Referenser

Bloomer, M. J., Lee, S. F., Lewis, D. P., Biro, M. A., & Moss, C. (2016). Single-room usage patterns and allocation decision-making in an Australian public hospital: A sequential exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2200-2210.  
doi:10.1111/jocn.13264

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Detsky, M. E., & Etchells, E. (2008). Single-patient rooms for safe patient-centered hospitals. *Jama*, 300(8), 954-956. doi:10.1001/jama.300.8.954

Douglas, C. H., & Douglas, M. R. (2005). Patient-centred improvements in health-care built environments: Perspectives and design indicators. *Health Expectations*, 8(3), 264-276.  
doi:10.1111/j.1369-7625.2005.00336.x

Edmonds, P., & Rogers, A. (2003). 'If only someone had told me...': A review of the care of patients dying in hospital. *Royal College of Physicians*, 3(2), 149-152. doi:  
10.7861/clinmedicine.3-2-149

Ehrlander, W., Ali, F., & Chretien, K. C. (2009). Multioccupancy hospital rooms: Veterans' experiences and preferences. *Journal of Hospital Medicine*, 4(8), 22-27. doi:10.1002/jhm.491

Elf, M. (2014). Att ligga steget före - vikten av planering i tidiga skeden för att säkra en god vårdmiljö. I H. Wijk (Red.), *Vårdmiljöns betydelse* (s. 293-310). Lund: Studentlitteratur.

\*Florey, L., Flynn, R., & Isles, C. (2009). Patient preferences for single rooms or shared accommodation in a district general hospital. *Scottish Medical Journal*, 54(2), 5-8.  
doi:10.1258/rsmsmj.54.2.5



Fridell, S. (1998). *Rum för vårdens möten: om utformning av fysisk vårdmiljö för god vård* (Teknologisk doktorsavhandling, Kungliga Tekniska Högskolan, Institutionen för arkitektur och stadsbyggnad).

Fröst, P. (2014). Design av framtidens vårdmiljöer. I H. Wijk (Red.), *Vårdmiljöns betydelse* (s. 275-291). Lund: Studentlitteratur.

Hæger, K. (1978). *Sjukhus och sjuksköterskor*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Hälso- och sjukvårdsutredningen. (1979). *Mål och medel för hälso- och sjukvården: förslag till hälso- och sjukvårdsplan: betänkande*. Stockholm: Liber.

Howard, M. B., Gleeson, A., & Higgins, S. (2014). Hospice patients' and families' preference for shared versus single rooms. *Palliative Medicine*, 28(1), 94-95.

doi:10.1177/0269216313490437

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lassen, T. (2012). Patientkultur i ett historiskt perspektiv. I A. Graubæk (Red.), *Patientologi: Personcentrerad vård i teori och praktik* (s. 27-48). Stockholm: Natur & Kultur.

\*Maben, J., Griffiths, P., Penfold, C., Simon, M., Anderson, J. E., Robert, G., ... Barlow, J. (2016). One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs. *BMJ Quality & Safety*, 25(4), 241-256. doi:10.1136/bmjqs-2015-004265

Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman Systems Model* (pp. 3-33). Upper Saddle River, N. J.: Pearson.

Nightingale, F. (1989). *Anteckningar om sjukvård: ...ur vårt tidsperspektiv*. (E. Krey-Halldin, övers.). Skellefteå: Artemis. (Originalarbete publicerat 1859).

\*Persson, E., Anderberg, P., & Kristensson Ekwall, A. (2015). A room of one's own--being cared for in a hospital with a single-bed room design. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 340. doi:10.1111/scs.12168

\*Persson, E., & Määttä, S. (2012). To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 663-670. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00976.x

\*Reid, J., Wilson, K., Anderson, K. E., & Maguire, C. P. J. (2015). Older inpatients' room preference: Single versus shared accommodation. *Age and Ageing*, 44(2), 331-333. doi:10.1093/ageing/afu158

\*Rowlands, J., & Noble, S. (2008). How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design. *Palliative Medicine*, 22(6), 768-774. doi:10.1177/0269216308093839

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård: Ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.

Skärsäter, I. (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Ställ tydligare frågor så får du bättre svar*. Hämtad 10 maj, 2017, från Statens beredning för medicinsk utvärdering, <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/stall-tydligare-fragor-sa-far-du-battre-svar/>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 20 oktober, 2016, från [http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)

Sun, C., Dohrn, J., Omoni, G., Malata, A., Klopper, H., & Larson, E. (2016). Clinical nursing and midwifery research: Grey literature in african countries. *International Nursing Review*, 63(1), 104-110. doi:10.1111/inr.12231

Søndergård Larsen, L., Hedegaard Larsen, B., & Birkelund, R. (2013). An ambiguous relationship – a qualitative meta-synthesis of hospitalized somatic patients' experience of interaction with fellow patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 495-505. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01054.x

\*Søndergård Larsen, L., Hedegaard Larsen, B., & Birkelund, R. (2014). A companionship between strangers – the hospital environment as a challenge in patient–patient interaction in oncology wards. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 395-404. doi:10.1111/jan.12204

Tarko, A. M., & Helewka, M. A. (2011). The client system as an individual. In B. Neuman, & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman Systems Model* (pp. 37-69). Upper Saddle River, N. J.: Pearson.

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H., Choi, Y., ... Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Herd*, 1(3), 61-125. doi:10.1177/193758670800100306

Wijk, H. (2004). *Goda miljöer och aktiviteter för äldre*. Lund: Studentlitteratur.

Williams, A. M., & Irurita, V. F. (2005). Enhancing the therapeutic potential of hospital environments by increasing the personal control and emotional comfort of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*, 18(1), 22-28. doi:10.1016/j.apnr.2004.11.001

\*Williams, C., & Gardiner, C. (2015). Preference for a single or shared room in a UK inpatient hospice: Patient, family and staff perspectives. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(2), 169-174. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000514

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wu, Z., Robson, S., & Hollis, B. (2013). The application of hospitality elements in hospitals. *Journal of Healthcare Management / American College of Healthcare Executives*, 58(1), 47-62.

\*Yildirim, K., & Yalcin, M. (2016). An exploratory and comparative evaluation on the spatial perception of two densities of multioccupancy hospital rooms. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(3), 212-227. doi:10.1177/1937586715599651

\* Studier inkluderade i resultatet

## Bilaga 1 (2)

### Kvantitativ granskningsmall (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011)

Beskrivning av studien

Forskningsmetod

- RCT       CCT (ej randomiserad)  
 Multicenter, antal center .....  
 Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika

- Antal.....  
Ålder.....  
Man/Kvinna.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner

- Ja       Nej

Interventioner.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....

Urvalsförfarandet beskrivet?

- Ja       Nej

Representativt urval?

- Ja       Nej

Randomiseringsförfarandet beskrivet?

- Ja       Nej       Vet ej

Likvärdiga grupper vid start?

- Ja       Nej       Vet ej

Analyserade i den grupp de randomiserades till?

- Ja       Nej       Vet ej

Blindning av patienter?

- Ja       Nej       Vet ej

Blindning av vårdare?

- Ja       Nej       Vet ej

Blindning av forskare?

- Ja       Nej       Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven?

- Ja       Nej

Bortfallsstorleken beskriven?

- Ja       Nej

Adekvat statistisk metod?

- Ja       Nej

Etiskt resonemang?

- Ja       Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida?

- Ja       Nej

Är instrumenten reliabla?

- Ja       Nej

Är resultatet generaliserbart?

- Ja       Nej

Huvudfynd (Hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet

- Bra       Medel       Dålig

Kommentar



<b>3. Datainsamling</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
-------------------------	-----------	------------	---------------	--------------------

a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?

b) Är datainsamlingen relevant?

c) Råder datamättnad?

d) Har forskaren hanterat sin egen  
förförståelse i relation till datainsamlingen?

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

<b>4. Analys</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
------------------	-----------	------------	---------------	--------------------

a) Är analysen tydligt beskriven?

b) Är analysförfarandet relevant i relation till  
datainsamlingsmetoden?

c) Råder analysmättnad?

d) Har forskaren hanterat sin egen  
förförståelse i relation till analysen?

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

<b>5. Resultat</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Oklart</b>	<b>Ej tillämpl</b>
--------------------	-----------	------------	---------------	--------------------

a) Är resultatet logiskt?

b) Är resultatet begripligt?

c) Är resultatet tydligt beskrivet?

d) Redovisas resultatet i förhållande till en  
teoretisk referensram?

e) Genereras hypotes/teori/modell?

f) Är resultatet överförbart till ett liknande  
sammanhang (kontext)?

g) Är resultatet överförbart till ett annat  
sammanhang (kontext)?

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):