

# Sygehusbyggerierne medfører nye arbejdsrutiner, muligheder og udfordringer

Dennis Zetner<sup>1</sup>, Jannie Laursen<sup>2</sup> & Jacob Rosenberg<sup>1</sup>

Vi står i den nærmeste fremtid over for en række forandringer i det danske sundhedsvæsen. Vi bygger i øjeblikket sygehuse i hele landet, og de vil primært være med enestuer [1]. I 2007 blev der nedsat et ekspertpanel af regeringen og Danske Regioner til vurdering af, hvilke investeringer der skulle foretages i sygehusvæsenet [2]. På baggrund af dette ekspertpanels arbejde blev der udarbejdet en rapport, populært kendt som »Erik Juhl-rapporten« [3], som i høj grad er baseret på et systematisk review [4]. Man konkluderede, at der er mange fordele ved enestuer, f.eks. nedsat risiko for sygehusinfektioner, mulighed for at pårørende kan overnatte og bedre udnyttelse af sengepladserne [3, 4]. Der er dog også en række ulemper ved enestuer, ligesom der er både fordele og ulemper ved delestuer.

Ud over sygehusbyggerierne står vi over for forandringer i form af oprettelsen af det nye akutspecial, som vil medføre væsentlige ændringer i patientbehandlingen ved de akutte indlæggelser [5, 6]. På akutafdelingerne skal man fremover tage sig af mange af de kortere indlæggelser, så patientgruppen på de stationære afdelinger vil ændre sig [6]. Det tidsmæssige sammenfald af et nyt akutspecial og byggeri med primært enestuer kan potentielt give uohensigtsmæssige udfordringer, hvis de nødvendige ressourcer til akutafdelingerne tages fra sengeafsnittene, inden vi har et klart billede af behovet for personale i de nye sengeafsnit [6].

Formålet med denne artikel er at skabe overblik over evidensen for fordele og ulemper ved delestue og enestuer samt diskutere de kommende ændrede arbejdsgange ved overgangen til primært enestuer. Dernæst vil vi diskutere de ændringer, som akutspecialt medfører, hvordan vi kan øge patientinddragelsen i sygdomsforløb, samt undersøge hvilke positive aspekter fra delestuerne vi kan medtænke og inddrage i de nye afdelinger, hvor indretningen overvejende bliver med enestuer.

## FORDELE OG ULEMPER VED DELESTUER

Patienter, som deler stue, deler sygdomsoplevelser, og patienter, som har samme sygdom, kan være til stor gavn for hinanden [7]. Nogle patienter har fortalt, at medpatienter, som led af samme sygdom, kunne give en unik indsigt i sygdomsforløbet [7]. De har bedre kunnet dele tanker og følelser om sygdomsforløbet

med medpatienter end med pårørende [7]. Patienterne beretter, at de har fundet stor glæde ved at støtte hinanden gennem snak og praktisk hjælp. Det er vigtigt for de fleste patienter at kunne give støtte, især når en medpatient har modtaget dårlige nyheder [7]. Omvendt kan det også være en belastning, da det kan være svært at begrænse, hvor meget man har lyst til at lytte til eller hjælpe en medpatient. I nogle tilfælde udtrykte patienterne, at de oplevede deres medpatienter som en byrde, når disse ikke udviste hensyn [7].

Eksempler på manglende hensyn og respekt på delestuer kunne være uenigheder om passende tidspunkt for pårørendebesøg, passende tidspunkt at have tv tændt, volumen på tv, hvornår lyset skal være tændt, eller hvornår vinduer og døre skal åbnes eller lukkes. Alligevel har patienterne sjældent nævnt for hinanden, at de oplevede hinanden som en belastning [7].

Patienter, der har været indlagt i lang tid, kan også fungere som en informationskilde for nye patienter [7]. Nye patienter på en stue kan få information fra medpatienter om, hvordan sengeafsnittet fungerer, f.eks. hvor opholdsstuer, bad og toiletter er placerede, hvornår der er måltider, og i hvilke tidsrum der er stuegang [7].

Studier har vist, at kirurgiske patienter, der præoperativt deler stue med en postoperativ patient med samme sygdom, har kortere indlæggelse og mindre postoperativ angst [8-10]. Omvendt kan det være bekymrende for patienter, hvis der sker noget uforudsigeligt for en medpatient, f.eks. hvis en procedure tager længere tid end planlagt [7]. Patienterne spejler sig i

## STATUSARTIKEL

1) Center for Perioperativ Optimering, Gastroenheden, Kirurgisk Sektion, Herlev Hospital  
2) Klinisk Farmakologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital

Ugeskr Læger  
2019;181:V07180505

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ Hospitalsbyggerierne i Danmark medfører et skift fra primært delestuer til primært enestuer. Der er mange fordele ved enestuer, men også nogle fordele ved delestuer. For at udnytte nogle af de fordele, der er ved patient-patient-relationen, skal vi tænke i andre baner i plejen af patienter på afdelinger med enestuer.
- ▶ Enestuer vil nedsætte risikoen for nosokomielle krydsinfektioner.
- ▶ Vi får med enestuerne mulighed for bedre inddragelse af pårørende i behandlingen af patienter. Det vil forhåbentlig øge patienttilfredsheden og -sikkerheden.
- ▶ Enestuer giver øget tidsforbrug pr. patient for både læger og sygeplejersker.
- ▶ Samtidig med nybyggerierne med flere enestuer etableres de nye fælles akutmodtagelser, som også vil øge behovet for plejepersonale på de stationære sengeafsnit.

Hospitalsstue på det nye Aarhus Universitetshospital Skejby.



hinanden og kan blive bange for, at ting, som »går galt« for medpatienter, også vil gå galt for dem selv [7]. Derudover kan patienterne få en følelse af angst, hvis medpatienten på stuen pludselig bliver akut syg [11]. En akut situation på en stue kan være en belastende oplevelse for patienten. Ofte ligger medpatienterne på stuen, når der opstår en akut situation hos en patient [12]. Det kan give dem en følelse af at have været en del af den akutte situation uden efterfølgende at indgå i en debriefing, hvilket kan efterlade dem med et uforløst behov for at tale om situationen, og de mangler mulighed for at tale med personalet om deres følelser i forbindelse med det akutte forløb [12].

Patienter på delestuer oplever ofte privatlivet som ikkeeksisterende [7]. Alle samtaler mellem patienter og læger eller pårørende bliver overhørt af medpatienterne. Nogle patienter føler ikke, at det er et problem, da de ikke synes, at sygdommen er noget, de skal gemme [7]. For andre patienter er det problematisk, at medpatienterne overhører lægesamtaler, idet lægen har tavshedspligt, mens medpatienterne ikke har [7]. En undersøgelse fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed har vist, at 24% af patienterne oplever, at de har spørgsmål eller bekymringer, de ikke får talt med personalet om [13]. Af disse patienter har 33% angivet, at det, at »andre mennesker kunne høre samtalen«, i høj grad var årsag, og 19% har angivet, at det i nogen grad var årsag. Det vil sige, at det for en stor andel af de patienter, som ikke får stillet de spørgsmål de gerne vil, skyldes andre mennesker på stuen [13].

#### FORDELE OG ULEMPER VED ENESTUER

Patienternes privatliv, opretholdelse af diskretion og overholdelse af tavshedspligten øges på enestuer i forhold til på delestuer [4, 14]. Omvendt oplever patienter, som ikke selv kan gå ud i dagligstuen, en følelse af ensomhed ved at spise alene på stuen [11].

Enestuer er bedre til at facilitere støtte fra pårørende [15]. Involvering af pårørende har stor betyd-

ning for patienterne. Således mente 93% af patienterne, at pårørendestøtte var godt eller virkelig godt for deres forløb [16]. Involvering af pårørende i et patientforløb har den fordel, at patienterne oplever en emotionel støtte, og at de får et mere kontinuert behandlingsforløb, hvilket mindsker risikoen for utilsigtede hændelser og usammenhængende pleje [16].

Enestuer reducerer spredning af infektioner mellem patienterne [4, 14]. Både luftbåren smitte og kontaktsmitte er lavere på enestuer end på delestuer [4]. Derudover får man en højere udnyttelse af sengekapaaciteten ved enestuer [17]. Dette skyldes dels, at man ikke længere vil have delestuer med patienter af ét køn, hvor der er tomme sengepladser, og dels at man undgår at omdanne delestuer til isolationsstuer [18]. Derudover vil der ved enestuer blive foretaget færre flytninger af patienter fra en stue til en anden, hvilket vil medføre færre fejl i medicineringen [18, 19]. På enestuer er der et lavere støjniveau, hvilket medfører mindsket søvnmangel, færre søvnforstyrrelser og mindsket stressniveau [4, 14].

I to studier har man undersøgt effekten af et skift fra en afdeling med et åbent layout (centralt personaleområde omgivet af senge) til en afdeling med enestuer [20, 21]. Sygeplejerskerne oplevede, at de ikke kunne observere patienterne lige så godt, hvilket medførte mindre overblik. Sygeplejersken kan nemt komme til at isolere sig på en enestue og derved miste overblikket over de andre patienter og deres behov [20, 21]. Samarbejdet mellem sygeplejerskerne bliver besværliggjort ved mange enestuer. Når plejepersonalet er inde på en enestue, er de nødt til at ringe efter kolleger frem for blot at kunne kalde på dem [20, 21]. Derudover kan det påvirke det uformelle læringspotentiale personalet imellem, da de i mindre grad kan observere hinandens arbejde og derfor kan gå glip af spontane læringssituationer [20, 21].

#### ÆNDRINGER I ARBEJDSGANGE

En overgang til afdelinger primært med enestuer vil ændre en række arbejds gange for personalet. F.eks. observerede man i et studie, at stuegang tog signifikant længere tid på enestuer end på firesengsstuer, da patienterne stillede flere spørgsmål, og lægen tog sig længere tid til at svare [22]. Sygeplejersker fra en afdeling med enestuer har i et studie berettet, at de har været nødsaget til at foretage besøg på hver stue minimum en gang i timen for at undgå at forsømme patienterne [21]. Derudover viste studiet, at sygeplejerskerne gik signifikant flere skridt pr. time på en afdeling med enestuer [21]. Omvendt fører en mindre afdeling med et mere åbent layout ikke nødvendigvis til kortere gåafstande for plejepersonalet [23]. Det åbne layout medfører øget interaktion med kolleger, hvilket kan medføre, at plejepersonalet stopper den opgave, de er ved

at udføre, for at hjælpe en kollega med en anden opgave, for derefter at vende tilbage til den oprindelige opgave [23]. Enestuerne vil medføre mere rengøring, da der til hver stue er tilknyttet bad og toilet. Pga. de forskellige ændringer i arbejdsgange er det svært at vurdere normeringsbehovet på sengeafsnit med enestuer og sengeafsnit med delestuer.

Sundhedsstyrelsen har oprettet et nyt lægespeciale i akutmedicin [5]. Dette nye speciale vil betyde, at akutte patienter med kortere indlæggelser, som f.eks. patienter med appendicitis, kun vil være indlagt i akutmodtagelserne, hvorimod f.eks. terminale patienter eller postoperative patienter, der har gennemgået større kirurgi, vil være indlagt på sengeafsnittene, hvilket vil medføre en gennemsnitlig større plejetyngde her [6]. På sengeafsnittene vil man altså skulle behandle mere plejekrævende patienter, som er indlagt på enestuer. Begge disse forandringer, dvs. overgang til enestuer fra delestuer og samtidig etablering af akutspecialet, medfører, at vi er nødt til at undersøge, om normeringen af både læger og plejepersonale skal ændres.

## DISKUSSION

Omstrukturering af akutafdelingerne med det nye lægespeciale i akutmedicin vil givetvis føre til mere plejekrævende patienter på sengeafdelingerne [6]. Det er endvidere sandsynligt, at overgang til flere enestuer på de nye sygehuse vil øge behovet for både mere plejepersonale og flere læger pr. patient, hvilket er en vigtig betragtning, når man skal vurdere den fremtidige normering på de stationære sengeafsnit.

Enestuer kan have en negativ indvirkning på både patienter og arbejdsrutiner [20, 23, 24]. Mange patienter giver udtryk for, at de føler sig ensomme på enestuer, hvorfor de har et øget behov for at fastholde personalet, når det endelig er på stuen [20]. Endvidere ser man, at den uformelle læring plejepersonalet imellem udfordres af enestuer [20, 21]. Derudover er det påvist, at besværliggjort samarbejde medfører flere mediciningsfejl [24].

Enestuerne vil medføre øget privatliv for patienterne, plads til de pårørende og mulighed for overnatende pårørende [4, 14, 22]. En større inddragelse af pårørende vil mindske social isolation og føre til øget sammenhæng i behandlingsforløbene og kan derved være en mulig ressource for patienterne og personalet. Derudover vil enestuerne medføre fordele i form af mindsket risiko for nosokomial krydsinfektion og forbedret søvnkvalitet [4, 14]. Alt dette kan føre til højere patientsikkerhed og -tilfredshed.

Omvendt medfører enestuer risiko for isolation og ensomhed, hvis der ikke er pårørende til stede, og vi går glip af fordelene ved, at langtidsindlagte patienter kan informere de nye patienter om, hvordan afdelingen fungerer. Vi kan facilitere patient-patient-kommunikation

ved at hjælpe patienterne med at komme ud i fællesarealerne. Det vil mindske ensomheden, da patienterne her kan tale med hinanden og dele tanker om deres sygdomsforløb.

## KONKLUSION

Skiftet fra delestuer til enestuer vil medføre en række ændringer i arbejdsgangene, formentlig med et større behov for plejepersonale til de stationære sengeafsnit. Denne nye indretning af de stationære sengeafsnit falder sammen med etablering af det nye akutspeciale, som også vil øge behovet for plejepersonale på de stationære sengeafsnit pga. en øget plejetyngde. Enestuerne vil til gengæld medføre, at det bliver lettere at få patientcentreret pleje med patient- og pårørendeinddragelse i behandlingsplanerne, og det vil sandsynligvis medføre højere patienttilfredshed og -sikkerhed. Omvendt skal vi være opmærksomme på, at patienterne på enestuerne ikke føler sig oversete og ensomme, hvilket kan medføre mindsket patienttilfredshed.

**KORRESPONDANCE:** Dennis Zetner.

E-mail: dennis.zetner@gmail.com

**ANTAGET:** 15. januar 2019

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 18. marts 2019

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. REGIO – Danske Regioners Analysemagasin. Nye sygehuse tager udgangspunkt i patienten, 2014:12-13. [www.e-pages.dk/regioner/77/html5/](http://www.e-pages.dk/regioner/77/html5/) (10. maj 2018).
2. Sundheds- og Ældreministeriet. Ekspertindstilling om sygehusinvesteringer, 2008. [https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2008/November/Ekspertindstilling\\_om\\_nye\\_sygehusinvesteringer.aspx](https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2008/November/Ekspertindstilling_om_nye_sygehusinvesteringer.aspx) (3. maj 2018).
3. Regeringens ekspertpanel vedr. sygehusinvesteringer. Regionernes investerings- og sygehusplaner – screening og vurdering, 2008. [https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2008/November/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2008/Ekspertpanelet\\_screening\\_nov\\_2008.ashx](https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2008/November/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/Ekspertpanelet_screening_nov_2008.ashx) (3. maj 2018).
4. Ulrich RS, Quan X, Zimring C et al. The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity, 2004. [https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Role%20Physical%20Environ%20in%20the%2021st%20Century%20Hospital\\_0.pdf](https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Role%20Physical%20Environ%20in%20the%2021st%20Century%20Hospital_0.pdf) (3. maj 2018).
5. Sundhedsstyrelsen. Nyt lægespeciale i akutmedicin, 2017. <https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/nyt-laegespeciale-i-akutmedicin#> (3. maj 2018).
6. Rosenberg J. Nyt speciale i akutmedicin vil give kvalitetsløft for de samme penge, 2018:58-63. [www.regioner.dk/media/8640/tidsskrift-for-dansk-sundhedsvaesen-tema-vaerdibaseret-styring.pdf](http://www.regioner.dk/media/8640/tidsskrift-for-dansk-sundhedsvaesen-tema-vaerdibaseret-styring.pdf) (3. maj 2018).
7. Birkelund R, Larsen LS. Patient-patient interaction – caring and sharing. *Scand J Caring Sci* 2013;27:608-15.
8. Kulik JA, Mahler HI. Effects of preoperative roommate assignment on preoperative anxiety and recovery from coronary-bypass surgery. *Health Psychol* 1987;6:525-43.
9. Kulik JA, Moore PJ, Mahler HI. Stress and affiliation: hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction. *Health Psychol* 1993;12:118-24.
10. Kulik JA, Shelby D, Cooper RN. The effects of fellow patients on the emotional well-being and satisfaction with care of postoperative cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:1407-14, 1415-6.
11. Larsen LS, Larsen BH, Birkelund R. An ambiguous relationship – a qualitative meta-synthesis of hospitalized somatic patients' experience of interaction with fellow patients. *Scand J Caring Sci* 2013;27:495-505.
12. Laursen J, Danielsen AK, Lundby TB et al. Being a fellow patient to a

- critically ill patient leads to feelings of anxiety – an interview study. *Aust J Adv Nurs* 2016;34:37-44.
13. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. Patienters oplevede barrierer i kommunikationen med personalet – en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter, 2014. [https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/kvantitativ\\_rapport...patienters\\_oplevede\\_barrierer\\_i\\_kommunikationen\\_med\\_personalet.pdf](https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/12/kvantitativ_rapport...patienters_oplevede_barrierer_i_kommunikationen_med_personalet.pdf) (11. maj 2018).
  14. Taylor E, Card AJ, Piatkowski M. Single-occupancy patient rooms: a systematic review of the literature since 2006. *HERD* 2018;11:85-100.
  15. Choi YS, Bosch SJ. Environmental affordances: designing for family presence and involvement in patient care. *HERD* 2013;6:53-75.
  16. Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Trygfonden. Pårørendeinvolvering – fakta og evidens, 2014. <https://patientsikkerhed.dk/materialer/pa%CC%8Aroerendeinvolvering-fakta-og-evidens/> (3. maj 2018).
  17. Detsky ME, Etchells E. Single-patient rooms for safe patient-centered hospitals. *JAMA* 2008;300:954-6.
  18. Hendrich AL, Fay J, Sorrells AK. Effects of acuity-adaptable rooms on flow of patients and delivery of care. *Am J Crit Care* 2004;13:35-45.
  19. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000;320:791-4.
  20. Donetto S, Penfold C, Anderson J et al. Nursing work and sensory experiences of hospital design: a before and after qualitative study following a move to all-single room inpatient accommodation. *Health Place* 2017;46:121-9.
  21. Maben J, Griffiths P, Penfold C et al. One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs. *BMJ Qual Saf* 2016;25:241-56.
  22. van de Glind I, van Dulmen S, Goossensen A. Physician-patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Educ Couns* 2008;73:215-9.
  23. Seo HB, Choi YS, Zimring C. Impact of hospital unit design for patient-centered care on nurses' behavior. *Environ Behav* 2011;43:443-68.
  24. Mahmood A, Chaudhury H, Valente M. Nurses' perceptions of how physical environment affects medication errors in acute care settings. *Appl Nurs Res* 2011;24:229-37.