

A grayscale electron micrograph of a cell, showing various organelles and membranes. The image is used as a background for the text. The cell has a large, irregularly shaped nucleus with dark, dense chromatin. There are several large, dark, electron-dense organelles, possibly mitochondria or lysosomes, scattered throughout the cytoplasm. The overall texture is granular and detailed.

AKUTSTUEN

En arkitektonisk membran

Herlev-Fælles Akutmodtagelse

AFGANGSPROGRAM 2016

VEJLEDER// NICHOLAS THOMAS LEE
Spatial Design, Perception & Detail

CHARLOTTE RAHR MORTENSEN // Stud1639
Master program // Den 18 Februar 2016

TAK

Under denne proces har jeg fået hjælp fra en række forskellige eksperter indenfor sundhedsfaget, som har bidraget med arkitektoniske og sundhedsfaglige perspektiver. Jeg er dybt taknemmelig for hver og én af disse input.

TAK TIL

-Sags-arkitekten Michael Brunbjerg, fra Henning Larsens architects, for at forklare og vejlede mig i deres konkurrenceprojekt FAM, Herlev Hospital.

-Akutsygeplejerskerne på FAM, Herlev Hospital, -især Charlotte & Nina som bistod som sundhedsfaglige vejleder.

-Lægerne og akutsygeplejerskerne på Akutklinikken, Amager Hospital, der alle deltog i en spørgeskemaundersøgelse af deres rumfunktioner.

-Forhenværende pårørende Mai Svanholm og hendes datter, som var patient, for at jeg måtte interviewe dem om deres oplevelser på en akutmodtagelse.

-Forhenværende pårørende til en traumepatient, Jens Overby, for at jeg måtte interview ham.

INDHOLDSFORTEGNELSE

INTENSIONEN	6
PROJEKT RAMME	7
HISTORISK PERSPEKTIV	7
AFGRÆNSNING	9
PROBLEMFOMULERING	11
PRÆSENTATION AF STEDET	13
TEORI	20
METODE	22
METODISKE OVERVEJELSER	22
HERMENEUTIK	22
SAMHØRRINGHEDEN MELLE	
SANSERNE OG ARKITEKTURPROCESSEN	25
INDSAMLINGSMETODE	26
LITTERATURSØGNING	26
INTERVIEWKONTAKTER	27
DATAANALYSE	28
AKUTMODTAGELSER I REGION HOVEDSTADEN	28
AKUTKLINIKKER I REGION HOVEDSTADEN	28
PATIENT OG PÅRØRENDE	30
MENNESKES OPLEVELSE AF AT VÆRE SYG	32
STRESS EFFEKT	33
AKUTJOURNAL	34
DET AKUTTE PATIENTFORLØB	36
FÆLLES AKUTMODTAGELSE HOVEDFUNKTION	38
KLINISK FORLØB SET FRA EN PATIENTS PERSPEKTIV	40
BRUGERNE PÅ AKUTSTUEN	42
HAPTIK	45
RUMFUNKTIONSOVERSIGT	46
RUMFUNKTIONSUNDERSØGELSE	48
UDVEKSLING AF OBJEKTER OG SUBJEKTER I MEMBRANEN	50
ADDITIV KONCEPT, -EN TEKNOLOGISK UDVIKLING	52
RUMPROGRAM	54
TEGNINGSLISTE	54
TIDSPLAN	54
DISPONERING AF PROCES	54
OPHÆNGSPLAN	59
LITTERATURLISTE	60

*Den hvæsende boblende lyd fra iltmasken er fastmonteret til mit ansigt.
Lygter, smager medicinen, der blæser ned i mine lunger.
Jeg kan ikke sige noget. Har ingen kræfter.
Smerterne forstærkes hver gang jeg trækker vejret....
Slinger og ledningerne er fastmonteret på mig.....
jeg er bange!nogen kommer ind, men jeg kan ikke se hvem.
Fornemmer bare lyset i loftet og skyggerne omkring mig.
Nogen snakker sammen i baggrund, mens en anden siger mit navn,
...fortæller mig, at jeg kæmper godt.... Kæmp videre!...
men min krop er ikke min egen mere.
De har overtaget den. De prøver at hjælpe mig.... men stopper det...
hvornår er det over...
mærker de har fast i min krop... jeg slipper kontrollen....*

(patientoplevelse på en akutmodtagelse)

*"Vi lever ikke i et tomt rum, men i et rum fyldt med kvaliteter.
Det grundlæggende ved rummet, både det naturskabte rum og det menneskeskabte rum, er, at man kan sanse i det, opleve glæde og sorg, håb og savn, og at det er der med sine lugte, sit lys, sine toner og sine farver.
Det vil sige, at mennesket har en sansende tilgang til rummet og er sansende til stede i det"*

af Kari Martinsen, sygeplejefilosof (Larsen, 2005)



INTENSIONEN

Med et spatail perspektiv, har jeg en stor fascination for behandlingsrummet, også kaldt "Akutstuen", på en Fælles Akutmodtagelse. En fascination for, hvordan rummet og dets detaljer opfattes af det enkelte individ, -samt hvilke indvirkning dette kan have på personens reaktioner og handlinger. Individet kan være den akut indlagte patient, som kan gennemleve en stressende livskrise, en pårørende til patienten eller den sundhedsfaglige personale.

Med en baggrund som sygeplejerske på en akutmodtagelse, -samt forhen-værende pårørende og patient, har jeg erfareret, at de sanselige indtryk på et hospital ofte er domineret af en kølig og klinisk fremtoning, med en materialitet der ofte prioriterer den effektive behandlingsmaskine. For at mennesket kan have en mere tryk og stressnedsættende oplevelse på en akutstue, mener jeg, at de fysiske rammer bør være en syntese af indbydende sanseoplevelser i en æstetisk udformning integreret med den højteknologiske medicinvidenskabelige behandling.

PROJEKT RAMME

HISTORISK PERSPEKTIV

Hospitalet organisationsstruktur og arkitektur har skiftet ideologisk perspektiv flere gange siden hospitalsinstitutionen blev grundlagt i 1700 tallet. Skiftene har været lange perioder og overgange, vekslende med pludselige ændringer. Nogen ændringer så dramatiske, at Cor Wagenaar kategoriserer det, som revolutioner for hospitalets fysiske struktur, organisation, ledelse og arkitektur. Den første hospitalsrevolution var udelukkende en sejr for videnskab, filosofi og teknologi. Hospitalet løsrev sig fra kirken, og historisk blev hospitalet den første typologi bestående kun af funktionalitet. Revolutionen fik blandt andet paradigmet, at helbredende egenskaber kom, ikke fra medicin, men fra at blive rensset af ren luft i et naturligt og behageligt miljø. ”Lys og luft” var mantraet. Hospitalet ansås som helbredelsesmaskiner, for datidens høje antal af lungesyge, arkitektonisk udformet som vind-maskiner og radiatorer. I takt med, at de medicinske specialer udviklede sig og krævede mere plads, forsvandt den tætte kontakt med naturen. Større rum til flere patienter blev prioriteret, så den videnskabelige behandlingsform kunne udførelse effektivt (Wagenaar, 2006) (Heslet & Dirckinck-Holmfeld, 2007). Smukt udført var mange af disse nye pavillonhospitaller repræsenteret fra Rokokoens. Med organisk svungne dekorative linjer, der hyppigt blev anvendt til maskering af rummenes grundform (Heslet & Dirckinck-Holmfeld, 2007).

I starten af 1900 tallet fandt opdagelsen af bakterier sted, samt dens spredningsform. Hygiejnen blev for alvor en vigtig faktor for hospitalets struktur og arkitektur. Pavillonerne blev typisk erstattet med ”stokke”-typologien forbundet af en central korridor, der skabte en ”kam” eller ”gade”-struktur. Den arkitektoniske udfordring var ikke mere skabelsen af en offentlig og repræsentativ monumental kompleks, men fordelingen af separate små bygninger.

Det nye Rigshospital, grundlagt 1910 - 1970 på Blegdamsvej blev symbol på, hvordan den moderne arkitektur imødekom de nye krav af hygiejne. Med det nyetablerede velfærdssamfund efter Anden Verdenskrig, blev hospitalet i sin størrelse og formsprog en vision for en arkitektur, som kunne opfylde det moderne menneskes og samfunds behov for sundhed.

Herlev hospital blev ligeledes en manifestation af 1960'ernes helbredelses-tankesæt, med fokus på en optimal imødekommende patientbehandling, samtidig med at være en gigantisk sygdomsbehandlingsmaskine.

Nutidens trend i sundhedsvæsenet, er at have 'patienten i centrum'. Nu er det ikke mere diagnosen som speciale, der skal være omdrejningspunkt, men patienten. De igangværende byggerier af nye superhospitaler, har blandt andet til mål at centralisere specialerne, så det sundhedsfaglige niveau kan højnes, og opnår større rutine ved hjælp af et stort patientflow. Fremtidens patienttyper vil bestå af en større mængde af ældre med krydsdiagnoser, hvilket kræver større samarbejde på tværs af de enkelte specialer. Fremtidens supersygehuse skal imødekomme denne udfordring, for at skabe et godt behandlingssammenhæng (Sundhedsministeriet, 2015).

Ovenstående viser, at hospitalet har et konstant udviklende arkitektonisk formsprog, der både er retningsgivende for behandlingen, men også, at den bestemmes ud fra den tilgængelige videnskab, ideologier, magtpositioner, politik og økonomi.



AFGRÆNSNING

Min oplevelse af 'nutidens hospital', anskuer jeg som en større organisme med mindre celler (rum) tildelt hver deres opgave og funktion, der arbejder sammen i en dynamisk proces, med konstante udvekslinger af utallige komponenter (udstyr, senge, personale, prøver, patienter m.m.). For den udefrakommende, patienten eller den pårørende, kan organismen virke kompleks og uoverskuelig. De kliniske flader, med deres høje hygiejnemålsætninger og de tætpakket rum med tekniske installationer, dominerer det arkitektoniske udtryk, -og påvirker patienten til at opfatte hospitalet som en maskine, der producerer helbredelse af diagnoser og ikke mennesker.

Med adskillige studiebesøg på hospitaler, litteraturstudie, samt min egen sundhedsfaglige og private erfaringer med hospitalsvæsenet, har jeg oplevet et vekslende æstetisk udtryk og sanselighed i hospitalsarkitektur. Ofte er det

kunstneriske og æstetiske afgrænset til områder med større folkemasser som fx. ankomstfoyeren, hospitalets facade eller de omkringliggende udearealer. Fremtidens enmandsstuer på specialeafsnittene, illustreres i smukke renderinger med arkitektoniske fortolkninger af "Helende arkitektur", hvor både lys, indretning og materialitet prioriteres. Operationsstuer og andre teknisk prestigefyldte rum får samme æstetiske sanselighed. Men når jeg ser de nye skitser af de mange behandlingsrum på FAM, også kaldet akutstuer, bliver de fremstillet som tekniske rum uden æstetisk karakter. Akutstuerne, mener jeg, har samme sanselige udtryk som fra 1960'erne, dvs. uden æstetiske virkemidler. Rummet domineres af den høje funktionelle ingeniørkunst, hvor behandlings-effektiviteten er opmålt, tilpasset i kasser til de enkelte formål; -hvilke er, at rede og behandle mennesker. Forskningsprojektet "Helende arkitektur" er et videnskabeligt litteraturstudie, som påpeger, at de arkitektoniske virkemidler har en betydning for patienters heling, stressniveau og velvære, samt for pårørende og personale. De fysiske rammer er vigtige for de forskellige brugere, og bør derfor prioriteres højere (Frandsen, et al., 2009).

Baseret på dette, mener jeg, at akutstuen har et potentiale for forbedring både arkitektonisk, sanseligt og behandlingsmæssigt. Min baggrundspræmis er, at syntese er bedre end adskillelse. Syntese af det smukke og sanselige i arkitekturen med det livsvigtige medicinvidenskabelige og tekniske. Når det æstetiske og funktionelle kan syntetiseres, vil det også påvirke patient, pårørende og personale til syntetisering. Altså, at hver en del skal ses i en samlet helhed og syntetiseres. Derved tror jeg, at der kan opnås en bedre behandling for patienten.

På baggrund af dette, vil jeg udlede min problemformulering.

PROBLEMFORMULERING

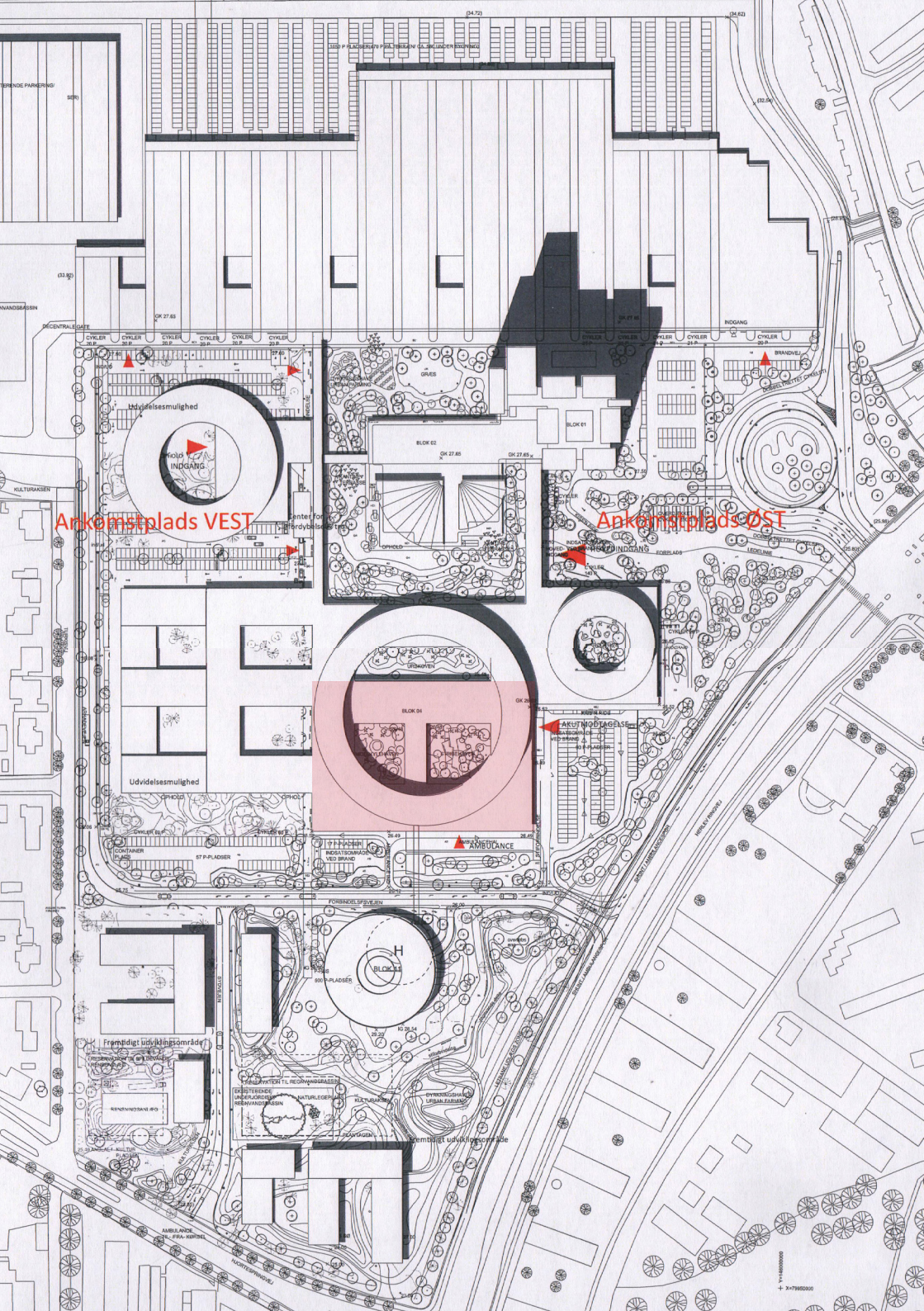
*Hvordan kan jeg udforme akutstuen med et arkitektonisk æstetisk og sanselig oplevelse for de forskellige bruger?
Hvordan kan arkitekturen integrere de højteknologiske funktioner, samt lede den store udveksling af genstande og mennesker?*

Jeg opdeler min problemformuleringen i tre dele, som samlet skal danne én helhed i et arkitektonisk udtryk:

***Del 1: RUM** - Den fysiske ramme i form af den sanselige æstetiske arkitektur.*

***Del 2: OBJEKTER** - Genstande i rummets forløb.*

***Del 3: SUBJEKTER** - De tre forskellige brugergrupper (patienter, pårørende og sundhedspersonale), der skal kunne fungere sammen i rummet - både relationelt og behandlingsmæssigt.*



Ankomstplads VEST

Ankomstplads ØST

Udviklingsmulighed

Udviklingsmulighed

Frømtidigt udviklingsområde

RENNESKANSI 100

AMBULANCE
PÅ KØRSEL

NØSTREDEVEJ

FORBUDSPLADSEN

BILPLADSER

BLOK H

ERHVERVSDAG
REKONSTRUKTION

REKONSTRUKTION

REKONSTRUKTION

REKONSTRUKTION

REKONSTRUKTION

REKONSTRUKTION

ARLUTNINGSPLADSEN

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

VEJ-TRAFIK

1:1000000
+ 547985000

PRÆSENTATION AF STEDET

Konteksten, af min opgave, er konkurrenceprojektet den nye ”Fælles Akutmodtagelse / FAM”, Herlev Hospital, vundet af Henning Larsen Architects. Projektet skal stå færdigbygget år 2017. Jeg har modtaget plantegninger af projektets nyeste forslag for FAM, samt gennemgået disse med sags-arkitekten, Michael Brundbjerg. Jeg er blevet informeret om, at det er en arkitektonisk udvikling, hvor planløsning og indretning løbende vil ændres inden afslutning af projektet.

Den eksisterende del af Herlev Hospital er opført i perioden 1965-1976, med et interiør der først og fremmest er domineret af dagslys; den dobbelthøje foyer, auditorierne, patienttårnets sengestuer og arbejdsrum, den ovenlysbelyste enetages behandlingsbygning, servicebygningen og kapellet. Det næste dominerende, gennemgående tema er den arkitektonisk og kunstnerisk styrede anvendelse af farver. Billedkunstneren Poul Gernes' palet er allestedsnærværende med den klare hensigt at anvende kunsten i den helende proces.

PLANTEGNING// Oversigts-
plantegning af det nye Fælles
Akutmodtagelse, Herlev Hospital.
Tegnet af Henning Larsen.
Skala 1:500

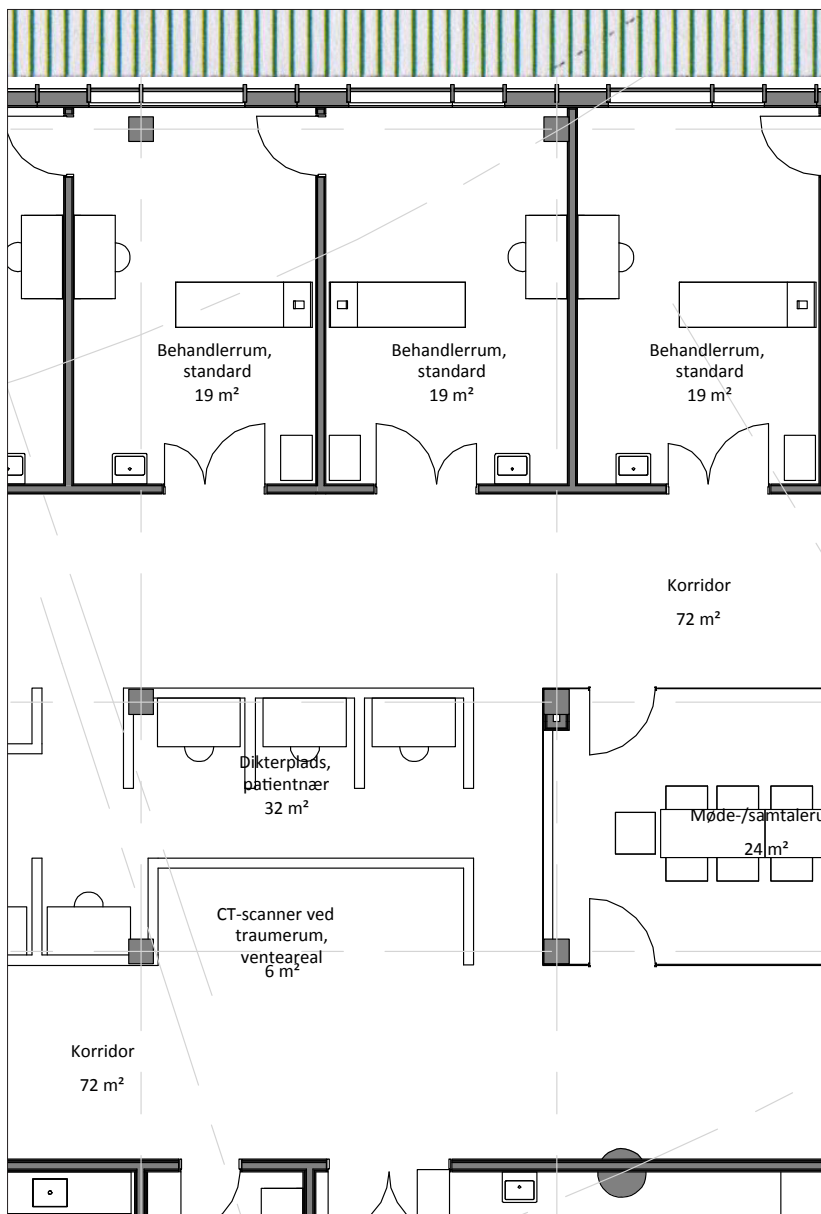




Henning Larsens nye udbygninger skal rumme en FAM, placeret i den større sydvendte bygningsdel, som består af en cirkulære bygning ovenpå en rektangulære base. Det eksisterende hospitals 120 meter høje retvinklede geometri, får dermed en nedskaleret og fortættet udbygning.

Det samlede kompleks ændres fra at være et 'stort hus' på en flade uden uderum, til at blive en 'bebyggelse' med en vifte af enheder og et forløb af uderum. Hospitalsstrukturen er en organisering af en stor mængde mindre rum, som i dette projekt finder et rumligt modspil i de nære uderum, de indre haver og gårdrum. Landskabsarkitekturen SLA, -Urbanity / Strategy / Landskab står bag tankerne, om de frodige gårdrum, grønne taghaver og et centralt grønt hjerte, som skal give naturens rekreative og helende betydning for mennesket. Ideen er, at Hospitalets uderum er formgivet og sammensæt, så de taler til alle sanser. Vand er et vigtigt element for SLA, -og optræder som vandstøv, vandspejl eller simple vandpytter. Da mange af hospitalets brugere opholder sig bag vinduesglas, er landskabet også tilrettelagt som en række 'skilderier', der skifter karakter i takt med hospitalets rytme og årstiderne.

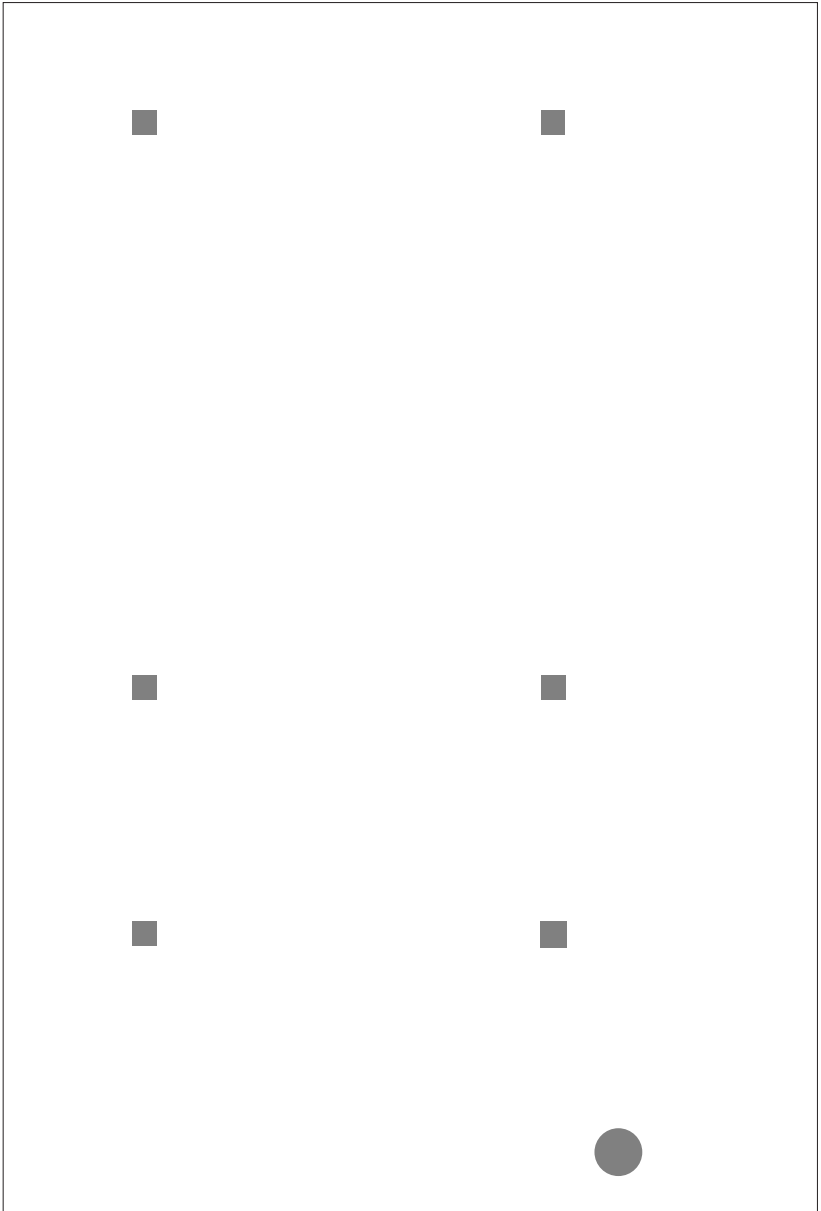
På de næste 2 sider, vises et udsnit af det nye FAM, Herlev Hospital. Den første plantegning illustrer en detaljering af ruminddeling og indretning. Næste plantegning er samme placering, og viser den bærende søjlekonstruktion. Konstruktionen giver mig en fleksibilitet til at ændre vægge og indretning.



PLANTEGNING 1//

Plantegning af et udsnit af den nye FAM, Herlev Hospital.

Viser behandlingsstuer, også kaldt akutstuer. Tegnet af Henning Larsen.



PLANTEGNING 2//
Samme placering som forrige plantegning.
Viser den bærende søljkonstruktion omkring akutstuerne.

TEORI

Begrebet arkitektur er ikke entydigt defineret, men afhænger af det teoretiske perspektiv. Jeg vælger en fænomenologisk tilgang, idet jeg mener, at mennesket oplever og relaterer sig til verden via sine sanser.

Den finske arkitekt, professor Juhani Pallasmaa (født 1936) har skrevet ”The Eyes of the Skin, Architecture and the Senses” (Pallasmaa, 2015). Han beskriver en fænomenologisk arkitekturfilosofi, som jeg vil benytte mig af som teori og i min arbejdsproces til udviklingen af arkitekturen på akutstuen. Pallasmaas vision er, at skabe en sanselig arkitektur, der taler til alle sanser og ikke kun det visuelle. Hans fokus er, at sætte alle sanser i spil, således at de forstærker hinanden gennem en indirekte og kropslig sansning. Pallasmaa dokumenterer ikke sine antagelser, men anfører at de understøttes af ”den nyeste hjerneforskning og forskellige filosofiske studier af vores kropslige fundering” (Pallasmaa, 2015).

Det evidensbaserede videnskabelig forskningsprojekt ”Helende arkitektur” medinddrager jeg derfor, så min opgave har dokumenteret begrundelser for de æstetisk sanselige virkemidler i arkitekturen.

Jeg mener dog, at æstetikens sanselighed ikke kan stå alene i forhold til min vision om at give alle brugerne af akutstuen en mere fuldendt oplevelse. Arkitekturens formsprog bør inkorporeres og integreres med de sociale og funktionelle strukturer og processer. Hvis behandlingsideologien skal ændres fra ’diagnosen’ til ’det hele menneske’, mener jeg, at hele rummet og dets indhold; mennesker og genstande, subjekter og objekter, bør medindtænkes i en arkitektonisk ligeværdigt, forstået på den måde, at alt hænger sammen i én helhed. Derfor inddrager jeg teoretikeren Bruno Latour, der med hans Aktør netværksteori, som repræsenterer det modsatte af fænomenologien. Latours overordnede idé er, at vi mennesker er en del af et stort system, hvor objekter og subjekter er lige vigtige, og at genstanden er en for-

længelse af mennesket lemmer. Han opstiller ikke naturvidenskaben op mod humanvidenskaben i en tvekamp, men stiller derimod spørgsmålet ”Hvad er vigtigt for dig lige nu?”. Det menneskelige eller det naturvidenskabelige? Eller er det en syntese af begge?

Jeg mener, at denne tænkning kan skabe en sammenhæng mellem æstetik, menneskelige relationer, udstyr, teknik, behandling og rum. Alle dele i en ligeværdig helhed.



METODE

METODISKE OVERVEJELSER

Nogle temaer, fænomener og spørgsmål, som jeg mener er væsentlige, kan være det modsatte for teoretikerne. Derfor inddrager jeg forskellige synsvinkler, og ikke kun dem som understøtter min egen forståelse. Jeg har valgt litteraturmaterialet ud fra en række kriterier, der ikke udelukkende er baseret på et logisk ræsonnement, idet mit faglige værdimæssige ståsted også vil påvirke valget.

HERMENEUTIK

Dette projektet bygger på en kvalitativ hermeneutisk metode, idét den tager afsæt i empiri, der bygger på brugernes oplevelser og erfaringer med en FAM. I mine efterfølgende analyser, vil jeg som analytisk værktøj, benytte mig af den hermeneutiske cirkel, da denne kan bidrage til en ny forståelse af, hvordan brugerne oplever er de fysiske rammer på en akutstue.

Centralt for hermeneutikken er den grundantagelse, at alt hvad vi siger eller gør, er en fortolkning. Fortolkningen finder sted på det fundamentale niveau, og er et grundvilkår for at mennesket kan orientere sig og skabe mening i dets omverden.

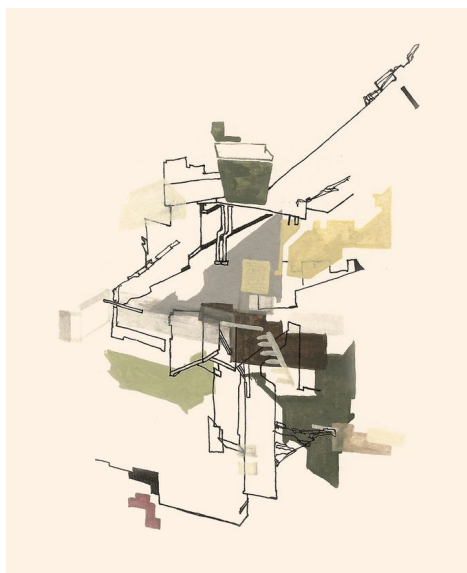
En anden grundantagelse indenfor hermeneutikken er idéen om, at vores fortolkning af verden allerede et produkt af, hvad andre har forstået og fortolket, da vi som individer aldrig står udenfor verden som udeltagende tænkere. At være menneske betyder derfor, indenfor hermeneutikken, at deltage i en livslang forståelses- og fortolkningsproces, som aldrig finder hvile – den hermeneutiske cirkel.

DEN HERMENEUTISKE CIRKEL
en forforståelse (fordomme), en forståelse og en efter-forståelse.

Problembeskrivelsen indeholder en forforståelse af, at akutstuen mangler en æstetisk sanselighed, men er derimod fysisk domineret af den teknisk tunge sundhedsfaglige behandling. Forforståelsen er den umiddelbare forståelse jeg har af problemet, inden jeg undersøger det nærmere, og forforståelsen er grundlæggende for mit perspektiv på problemstillingen.

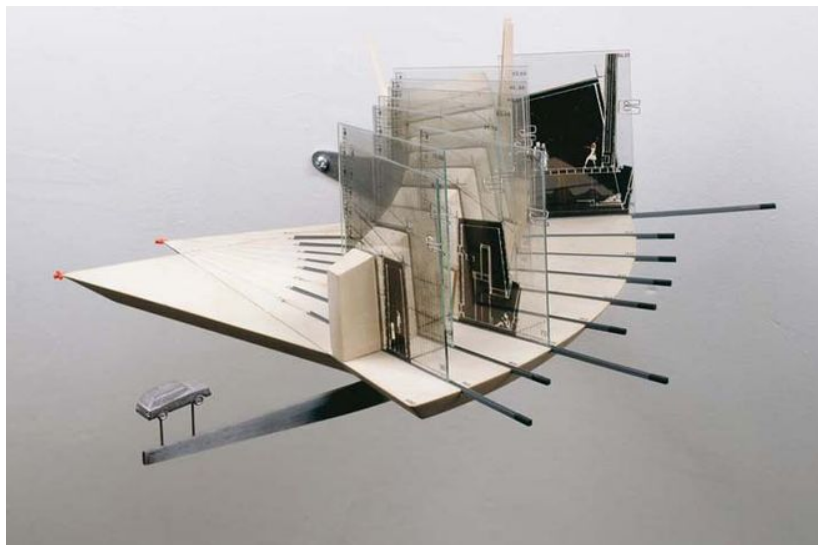
Forståelsen er den nye viden jeg tilegner mig under udarbejdelsen af projektet. Den nye viden udspringer af observationer på akutmodtagelser, litteraturstudie med relevans for problemformuleringen, semi-strukturerede interviews af sundhedspersonale samt forhenværende patienter på en FAM. Ligeledes vil jeg gennemføre en spørgeskema-undersøgelse henvendt til sundhedspersonale på en FAM med henblik på at klarlægge sundhedspersonalets brug af de fysiske rammer.

Efter-forståelsen vil være en bearbejdning af den nye viden jeg har tilegnet mig, hvormed mit horisontale vidensfelt vil blive bredere og en ny for-forståelse bliver skabt. Den hermeneutiske cirkel vil dermed gentages igen og igen i min arbejdsproces, ved at jeg undersøger problemstillingen løbende over den 14 ugers periode, som projektet strækker sig over.



ABSTRAKT TEGNING//
Billedet er taget fra websiden
pinterest fra ukendt kilde.

ABSTRAKT PROCESMODEL//
Kilde: *Slow house* af Diller Scofidio +
Renfro, 1991.



SAMHØRRINGHEDEN MELLE SANSERNE OG ARKITEKTURPROCESSEN

”I alt kreativt arbejde indgår der en stærk identifikation og projektion; den skabendes kropslige og mentale konstitution indgår i arbejdet.... Arbejdet med arkitektur er på mange måder – i virkeligheden snarere et arbejde med én selv. Med ens egen fortolkning. Med hvordan man ser på tingene..... Computeren skaber distance mellem skaberen og objektet, hvorimod håndtegnning eller modelbygning sætter arkitekten i direkte kropslig kontakt med objektet eller rummet”.

(Pallasmaa, Arkitekturen og sanserne, 2014)

Min kreative arbejdsproces med akutstuen, skal være baseret på den sanselige oplevelse af materialet, lys, rumlighed og form. Baseret på Juhani Pallasmaa filosofi for en arkitektonisk kreativ proces vil jeg prioritere arbejdet med håndskitser, der skal omdannes til abstrakte arbejdsmodeller. Dette skal hjælpe mig til indlevelse af lys, form og rumlighed. Skitserne og modellerne skal til slut transformeres til et rum med et æstetisk arkitektonisk udtryk sidestillet med en funktionel behandlingssystem af akutte patienter på en Fælles Akutmodtagelse.

INDSAMLINGSMETODE

LITTERATURSØGNING

Jeg har udført systematisk litteratursøgning, hvor jeg har søgt specifikt ud fra min problemformulering. Gennem adskillige søgedatabaser og tidsskifter har jeg fundet relevante artikler og litteratur. Interessante fund i min litteratursøgning er blandt de teoretiske perspektiver. Særligt har jeg fundet det interessant, at nutidens arkitektoniske syn hænger sammen med Danmarks velfærdsværdier, men at disse værdier har svært ved at blive realiseret i arkitekturen, idet sundhedsvæsnets styres af forskellige politiske, økonomiske og ideologiske interesser. Min opfattelse er, at der er et ønske om at lave arkitektur for helheden i sundhedsvæsnets, men at æstetikken nedprioriteres, da man er nødsaget til at udføre spareøvelser forud for beslutningerne for fremtidens hospitalsarkitekt.

De væsentlige søgemaskiner har været KADK, PubMed, PubMed Health, forskningsdatabase, google, Health Environments Research & Design (HERD) Journal, Journal of Nursingstudies og Scholar.google.dk.

INTERVIEWKONTAKTER

Jeg har skabt kontakt med FAM på Herlev Hospital og Akutklinikken på Amager Hospital. Ligeledes har jeg 2 forhenværende patienter, som jeg har interviewet i forhold til deres oplevelser på en FAM:

Sags-arkitekten Michael Brunbjerg, fra Henning Larsens architects, har jeg fået gennemgået og vejledning af angående tegninger fra deres konkurrenceprojekt FAM, Herlev Hospital.

Akutsygeplejerskerne på FAM, Herlev Hospital, især Charlotte & Nina som bistod som sundhedsfaglige vejleder.

Lægerne og akutsygeplejerskerne på Akutklinikken, Amager Hospital, der alle deltog i en spørgeskemaundersøgelse af stedets rumfunktioner.

Forhenværende patienter Mai Svanholm og datter, for at jeg måtte interview dem.

Forhenværende pårørende til en traumepatient, Jens Overby, for at jeg måtte interview ham.

DATAANALYSE

Under dette afsnit vil jeg redegøre for den data, som har relevans for min problemformulering. Jeg har fundet en del materiale, som jeg mener er relevant, men programmet har et maksimum for sideantal, hvorved jeg udvalgt det vigtigste, og laver efterfølgende analysehæfter af det resterende materiale, jeg har indsamlet.

Jeg anskuer problematikken fra to perspektiver, både som sygeplejerske og som arkitekt. Først vil jeg klarlægge de funktionelle behov på en FAM, og derved på en akutstue, brugerne af stedet, rummets indhold, hvilke haptiske virkemidler der kan benyttes i arkitekturen, og til sidst afrunde med et additiv funktionsmodelkoncept.

AKUTMODTAGELSER I REGION HOVEDSTADEN

Bispebjerg Hospital
Bornholms Hospital
Herlev Hospital
Hvidovre Hospital
Nordsjællands Hospital, Hillerød

AKUTKLINIKKER I REGION HOVEDSTADEN

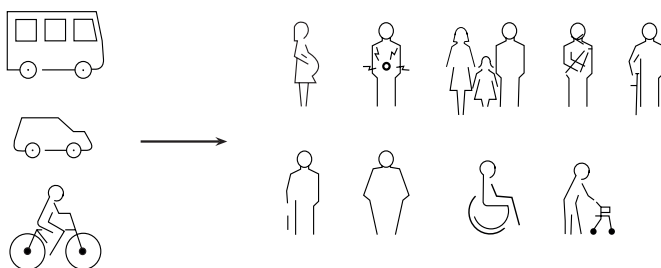
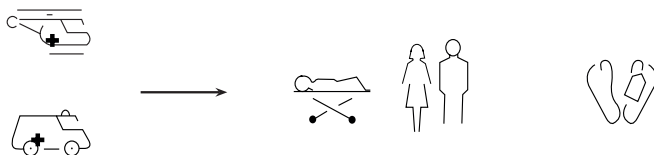
Amager Hospital
Frederiksberg Hospital
Nordsjællands Hospital - Frederikssund
Gentofte Hospital
Nordsjællands Hospital - Sundhedshuset Helsingør



PATIENT OG PÅRØRENDE

På en Fælles Akutmodtagelse ankommer der forskellige typer af mennesker, både som patient og som pårørende. De er i alle alder, forskellige i deres fysiske og psykiske tilstand, samt med forskellige personligheder. Oftest er patienten ledsaget af en pårørende, -og i nogen tilfælde en større gruppe pårørende. Noget gange modtages døde på akutmodtagelsen, som er fundet i eget hjem eller på gaden.

Denne store variationer af mennesker, bør akutstuen imødekomme i sin udformning.





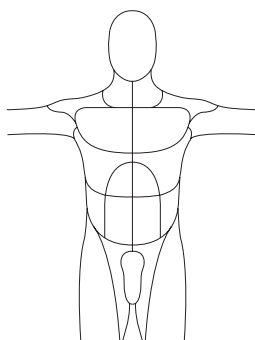
MENNESKES OPLEVELSE AF AT VÆRE SYG

”At være syg vil sige at være bange. Det vil sige at frygte det kendte og det ukendte, at frygte nutiden og fremtiden. Det vil sige, at opleve den dybe frygt for ikke at have en fremtid. Det vil sige at frygte, at man ikke vil være i stand til at klare nutiden og alle dens prøvelser.”

(Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje, 2008, s. 116)

STRESS EFFEKT

Citatet fra forrige side fortæller, at personen der indlægges kan have en frygt for nutiden og fremtiden. En frygt, som skaber et højt stress niveau, og definere personen i en krisetilstand. Dette høje stressniveau påvirker personens kropsfunktioner negativt, og kan forhindre en positiv behandlingsproces. Diagrammet nedenfor illustrer hvilke organer der påvirkes af stresshormonet.



humørsvingninger, angst, panikanfald, depression, irritation, lavt energi, koncentrationsproblem, nedsat søvn, hovedpine



lavere immunforsvar, tager længere tid om at blive rask



tab af libido, lavere sædproduktionen og øget menstrationsmerter



lavere knogle densitet



højere blodtryk og puls, højere kolesteroltal og øget risiko for hjertesvigt



mavekramper, reflux og kvalme




ømhed og smerter i led og muskler



AKUTJOURNAL

De 2 sider vist forneden er det umildbare skrevne redskab, akutsygeplejerskerne bruger til indsamle og registrere oplysninger fra patienten, samt hvilken behandling de udfører. Lægerne

AKUTJOURNAL


Behandlingsstart **Kl.** **Init.**

Indbringelsesmåde: Selv Ambulance 1813 CVI Behandlerspor Id-ambånd Ja, påsat Værdigstenstande opbevaret Ja

MRSA-screening: Ved indlæggelse / Formodet indlæggelse / Relevant klinik **Gastroenteritis** **Patienten skal isoleres**
 MRSA-risiko Nej Ja Opkast og /eller diarré indenfor de sidste 48 timer Ja Nej

Samtykke til udveksling af helbredsoplysninger: **Pårørende/værg:** Se Berne-vitalparameter ark
 Til polit Må ikke kontakte pårørende Pårørende til stede Kontakter selv pårørende Pårørende kontaktes kl. Forældre/værg/pårørende **Navn/relation** **Tlf**

Triagesygeplejerske:		Kl.	RF	Sat	Puls	BT	GCS	TP
VITALPARAMETRE	1 RØD Livstruende 0 min	2 ORANGE Haster 15 min	3 GUL Haster mindre 60 min	4 GRØN Haster ikke 180 min				
	A Ikke fine luftveje Inspiratorisk stidor <input type="checkbox"/>							
	B SpO ₂ < 90% med O ₂ SpO ₂ < 80% med O ₂ RF > 35 eller < 8 <input type="checkbox"/>	SpO ₂ < 85% med O ₂ SpO ₂ < 90% uden O ₂ RF > 30 <input type="checkbox"/>	SpO ₂ < 95% uden O ₂ RF > 25 <input type="checkbox"/>	SpO ₂ > 95% uden O ₂ RF 6-25 <input type="checkbox"/>				
	C Puls > 140 BT sys < 80 mmHg <input type="checkbox"/>	Puls > 120 eller < 40 BT sys < 90 mmHg <input type="checkbox"/>	Puls > 110 eller < 50 <input type="checkbox"/>	Puls 50-110 BT sys ≥ 90 mmHg <input type="checkbox"/>				
	D GCS ≤ 8 <input type="checkbox"/>	GCS 9-13 <input type="checkbox"/>	GCS = 14 <input type="checkbox"/>	GCS = 15 <input type="checkbox"/>				
E Tp < 32°C <input type="checkbox"/>	Tp > 40°C Tp 32-34°C <input type="checkbox"/>	Temp > 38°C Temp < 35°C <input type="checkbox"/>	Temp 35-38°C <input type="checkbox"/>					
For patienter med kendt KOL nedsættes saturationsgrænsen med 5%								
B SpO ₂ < 85% med O ₂ SpO ₂ < 75% uden O ₂ <input type="checkbox"/>	SpO ₂ < 90% med O ₂ SpO ₂ < 85% uden O ₂ <input type="checkbox"/>	SpO ₂ < 90% uden O ₂ <input type="checkbox"/>	SpO ₂ ≥ 90% uden O ₂ <input type="checkbox"/>					
Kontaktårsagskort / Triagekriterier nr. Samlet triageniveau:				 		BEHANDLER SPOR		
Supplerende symptombeskrivelser:								

Mistanke om infektion: **JAI** → Sepsiskriterier: RF over 20 Puls over 90 TP over 38° eller TP under 36° **Mindest 2 kriterier opfyldt -SEPSIS?**

Kendte sygdomme og evt. behandling herfor? Nej Ja, beskriv

Smerter Nej Ja, beskriv VAS/ @ / FLACC 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inhabil Nej Ja, beskriv

Selvmodrsrisiko Ikke relevant Ja Behov for faldudredning Nej Ja

Tryksårstruet Ikke relevant Ja

Læge tilkaldt **Kl.** **Init.** **Kl.** **Init.**

bruger elektronisk journalføring. Nedenstående akutjournal viser mig, hvilke funktioner rummet blandt andet skal rumme, som ex. samtale med patienten/pårørende, blodtryksmåling, blodprøvetagning, anlæggelse af drop (PVK), hjertediagram (EKG), forbindelse etc.

CAVE: <input type="checkbox"/> Ingen kendte <input type="checkbox"/> Ja, beskriv								
Ansigtslilla	VAS score i hvile		Medicin givet		Kl.	Ord. af	Init.	Effekt
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
Anden medicin					Kl.	Ord. af	Init.	
Væske	Opsat l.v. væske / blodtransf.				Kl.	Ord. af	Init.	
Vaccination: Di-Te? <input type="checkbox"/> Intakt immunitet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Di-Te-Booster Kl. Int. Batch-nr.								
Anden vaccination: Kl. Int. Batch-nr.								
Vitalparametre	Observationer: <input type="checkbox"/> Overgår til EWS/PEWS				Sygeplejestatus:			
	Kl.							
	RF							
	SAT							
	Puls							
	BT							
	TP							
	BS							
Undersøgelser / behandling: <input type="checkbox"/> Se ordinationsark								
Kl.	Init.			Kl.	Init.	Tilsyn bestilt kl. _____		
		<input type="checkbox"/> A-punktur				<input type="checkbox"/> RTG _____	<input type="checkbox"/> Urinstix	
		<input type="checkbox"/> Blodprøver _____				<input type="checkbox"/> EKG taget, set af _____	<input type="checkbox"/> U-HCG <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	
		<input type="checkbox"/> Venyler				<input type="checkbox"/> Peakflow	<input type="checkbox"/> Urin D + R	
		<input type="checkbox"/> HCG (blod) <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg				1 _____ 2 _____ 3 _____	<input type="checkbox"/> Blærescanning	
		<input type="checkbox"/> Podning _____				<input type="checkbox"/> Promille	<input type="checkbox"/> Kath anlagt str.	
		<input type="checkbox"/> Andet _____				<input type="checkbox"/> Ekspektorat/trakealsug	<input type="checkbox"/> SIK	
		<input type="checkbox"/> PVK				<input type="checkbox"/> Støttebind	<input type="checkbox"/> Skriftlig patientinformation udleveret, hvilken: _____	
		<input type="checkbox"/> Sonde				<input type="checkbox"/> Mitella		
		<input type="checkbox"/> Sårpleje				<input type="checkbox"/> Gips		
		<input type="checkbox"/> Forbinding				<input type="checkbox"/> Halskrave		
		<input type="checkbox"/> Lidokain gel				<input type="checkbox"/> Andet _____		
		<input type="checkbox"/> Ispose				<input type="checkbox"/> Andet _____		
Kl.	Init.	Sociale foranstaltninger ved udskrivelse:			Kl.	Init.	Transport:	
		<input type="checkbox"/> Hjemmesygeplejerske kontakttet	<input type="checkbox"/> Bor alene			<input type="checkbox"/> Taxi bestilt		
		<input type="checkbox"/> Hjemmehjælp				<input type="checkbox"/> Liggende, kørsel bestilt		
		<input type="checkbox"/> Aflastning eller plejehjem				<input type="checkbox"/> Siddende, kørsel bestilt		
		<input type="checkbox"/> Påørende informeret				<input type="checkbox"/> Sørger selv for transport		
		<input type="checkbox"/> Patienten forlader afdeling i stabil tilstand	<input type="checkbox"/> Suppl. vurdering, beskriv					
		<input type="checkbox"/> Patienten gået uden behandling	<input type="checkbox"/> Patienten gået mod givet råd					
 Videre plan: 								
Henvis til:		Afsluttes (hjem): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Indlægges af:		Overflyttes til:		Kl.	Init.	

DET AKUTTE PATIENTFORLØB

Patienten meldes via ambulance, visitation eller som selvhenvender.

Alle patienter Triageres, registreres og fordeles i ”hastegrupper”.

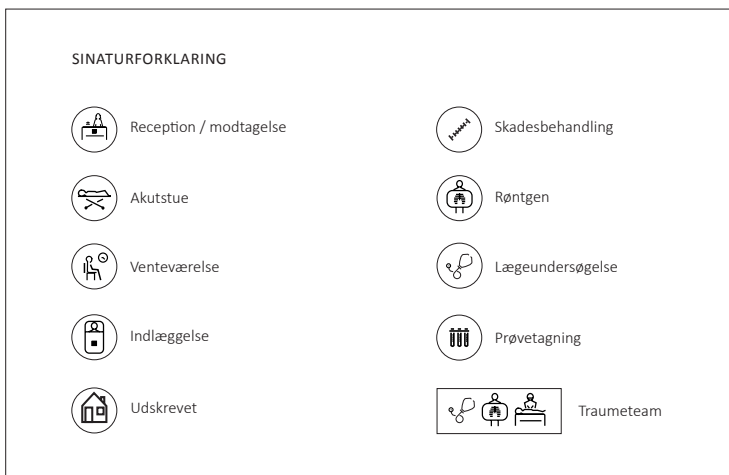
Afklarede stabile patienter går i nogle tilfælde direkte til specialeafdelingen (ex. STEMI, fødeafdelingen)

Der foretages initial klinisk vurdering og tentativ diagnose ved specialelæge.

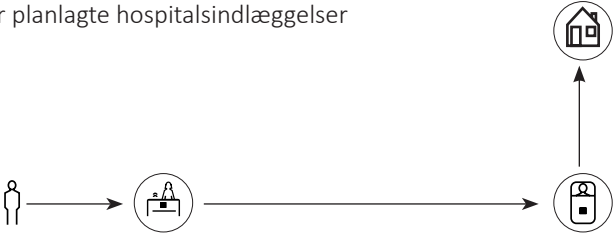
Afklarende undersøgelser som biokemi og billeddiagnostisk foretages.

Der lægges en behandlingsplan: Patienten enten udskrives, visiteres til en akutseng eller indlægges i specialeafdeling.

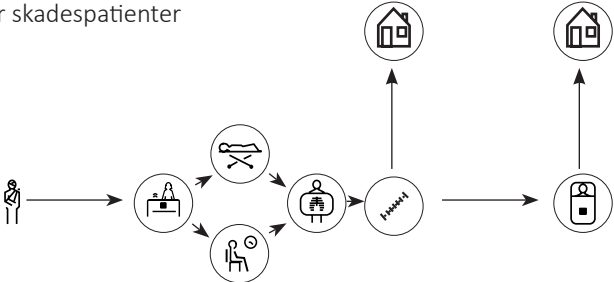
(Region Hovedstaden, maj 2012)



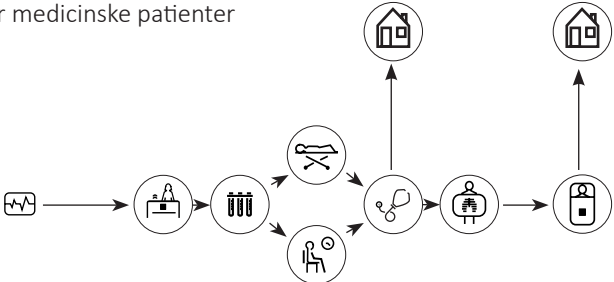
Behandlingsspor for planlagte hospitalsindlæggelser



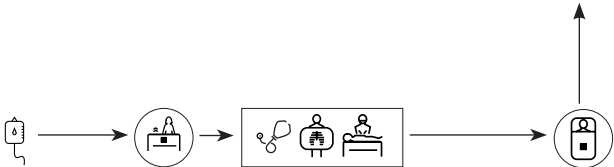
Behandlingsspor for skadespatienter



Behandlingsspor for medicinske patienter



Behandlingsspor for traume patienter



FÆLLES AKUTMODTAGELSESES HOVEDFUNKTION

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at grundlaget for den fælles akutmodtagelse er, at nedenstående specialer/faciliteter er repræsenteret på matriklen:

Intern medicin

Ortopædisk kirurgi

Kirurgi (parenkym)

Anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2

Diagnostisk radiologi

Klinisk biokemi

De fælles akutmodtagelser kan i øvrigt være forskellige, idet de kan have supplerende specialer med funktioner på såvel hoved -som specialiseret niveau. Anbefalinger vedrørende fødsler fastlægges i Sundhedsstyrelsens gennemgang af specialerne gynækologi/obstetrik og pædiatri. Ved modtagelse af børn, bortset fra børn med mindre skader, bør pædiatri være repræsenteret på matriklen.

DIAGNOSEOVERSIGT//
Diagnoseoversigt for hvad en
akutstue skal kunne
rumme og behandle.



KLINISK FORLØB SET FRA EN PATIENTS PERSPEKTIV

Illustrationen, vist til venstre, er et klinisk forløb af en 4 årig pige med hovedtraume. Jeg har interviewet moderen, som var pårørende og hendes datter, der var patienten. Deres fortælling starter i børnehaven, hvor datteren falder ned fra en gyng. Børnehaven kontakter moderen, der efterfølgende henter datteren, og kører i taxi ind på Akutklinikken, Amager hospital. Med det samme bliver de overført via ambulance til Hvidovre Hospital, Børnmodtagelsen, idet datteren eventuelt har et hovetraume. Datteren har heldigvis kun en mild form for hjernerystelse, og kan udskrives til eget hjem under observation fra forældre det første døgn.

Moderen og datterens beskrivelse af deres kliniske forløb, er med fokus på de sanselige oplevelser af lys, mørke, farver, tid, tryghed, angst, overfalder, kulde, varme, bevægelse, lyde og mellemmenneskelig kontakt. Jeg har registreret deres forløb, ved at tage ud på stederne og opleve det med mine egne sanser og dokumenter det med fotos, som jeg har indsat i illustrationen. Jeg ved, jeg ikke kan for en fuldendt registrering af deres oplevelser, idet jeg ikke oplever det igennem deres øjne, samt jeg er på lokaliteterne i en anden situation og på et andet tidspunkt.

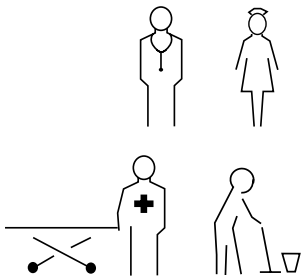
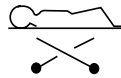
Registreringen af deres kliniske forløb, har jeg illustreret i en oplevelses-tidsdiagram vist til venstre. Billederne og den røde linjes vertikale placering skal symbolisere deres stressniveau. Des jo højere placeret des jo mere stress. Horisontalt skal den rød linje vise deres relative tidsoplevelse. At nogle få minutter kan føles som en time.



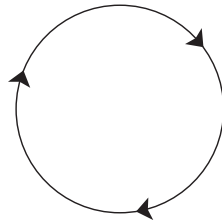
BRUGERNE PÅ AKUTSTUEN

Patienter, pårørende men også ansatte er lige vigtige at fokusere på i arkitekturen og designet af akutstuen, idet de indgår i en dynamisk interaktion mellem mennesker og i det tekniske behandlingssystem. De vil påvirke og blive påvirket af hinanden, og er derfor lige vigtige i strategien af arkitekturen, for at opnå et optimalt resultat.

PATIENTEN



ANSÆTTE



PÅRØRENDE

LYS



LUGTE



LYDE



VELKOMMENHED



KUNST



KONTROL



FARVER



HAPTİK

”Min krop husker, hvem jeg er, og hvor jeg befinder mig i verden. Min krop er virkelig min verdens navle, ikke i betydningen af centralperspektivets øjepunkt, men som referencepunkt for erindringen, forestillingsevnen og koordinationen. Alle sanserne, inklusive synssansen, er udvidelser af følesansen; sanserne er specialiseringer af hudvæv, og alle sanseindtryk er en form for berøring og derfor beslægtet med følesansen. Vores kontakt med omverdenen foregår langs selvets grænseflade via specialiserede dele af den membran, der omgiver os.”

(Pallasmaa, Arkitekturen og sanserne, 2014)

Som citatet ovenfor illustrerer, argumenterer Juhani Pallasmaa for, at taktilsansen er den sans som er direkte forbundet med de andre fire sanser. Når der derfor tales om haptisk design, forstår man ved dette begreb, at det er design, der henvender sig til alle sanserne og ikke kun berøringen. Interessen i den kropslige fornemmelse af en bygning er med tiden blevet større, hvilket underbygges af den franske filosof Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), som skriver følgende: ”sansningen er vor grundlæggende tilgang til verden”. Med sin fænomenologiske tilgang til arkitekturen har Merleau-Ponty gjort op med den traditionelle forestilling om at modstille bevidstheden og kroppen, og bevidstheden og verden. I Merleau-Pontys forståelse kan mennesket ikke adskilles fra sin krop. Mennesket er i verden med sin krop, og at mennesket sanser og erfarer verden via den. Inspirationen fra fænomenologien har i arkitekturen ført til en større interesse for forholdet til omgivelserne, til stedet og til sanserne.

Virkemidler, som påvirker vores sanser: Lys, Lugte, Lyde, Velkommenhed, Kunst, Kontrol, Farver.

RUMFUNKTIONSOVERSIGT AF FAM PÅ HERLEV

Rumfunktionsanalyse af Herlev Fælles Akutmodtagelse, hvor jeg har farvekodet rummene og undersøgt hvordan de ligger i forhold til hinanden.

FARVEINDELING AF RUMFUNKTIONSE R

PATIENTE R / PÅRØRENDE

- VENTE AREAL
- OPHOLDSSTUE
- VENTE AREAL FOR PÅRØRENDE
- MADUDLEVERING
- SAMTALERUM
- PATIENTTOILET

SERVICE

- RENT DEPOT
- URENT SKYLLERUM
- NÆRDEPOT
- APPARATUR DEPOT
- RENGØRING
- STORKØKKEN TIL PATIENTER

BEHANDLING

- RECEPTION
- TRIAGE RUM
- TRAUME RUM
- BEHANDLINGSRUM
- OBSERVATIONS RUM
- BRANDSÅRSRUM
- ISOLATIONS RUM
- MEDICINRUM
- GIPSRUM
- BLODPRØVERUM
- MORSRUM

DIAGNOSTISK

- RØNGTEN / CT / MR

TRANSPORT

- KORRIDOR
- TRAPPE
- ELEVATOR
- VARE ELEVATOR

TEKNIK

- EL
- TEKNIK

- BASE KONTOR
- PATIENTNÆR DIKTERING
- STILLE DIKTERING
- DIKTERINGS FÆLLES KONTOR
- FÆLLES KORTOR
- MØDERUM
- SEKRETARIAT
- PERSONALEKØKKE N
- PERSONALERUM
- PERSONALET OILE T



RUMFUNKTIONSUNDERSØGELSE

Jeg har udarbejdet et spørgeskema til formål, at afklare hvilke fysiske forhold sundhedspersonalet kan lide at arbejde i. Jeg har valgt Akutklinikken på Amager Hospital som emne, idet deres akutstuer er meget forskellige både i størrelse, lys, indretning osv. (rum nr. 1 til 10). På Herlevs nuværende akutmodtagelse, i den ældre del af hospitalet, er rummene ensartede og derfor svært at diskutere forskellige med.

Spørgeskemaerne uddelte jeg direkte til personalet over 5 dage undersøgelsen varede. Jeg informerede personalet hvad formålet af undersøgelsen var, samt gennemgik spørgsmålene med de fleste, som havde tid. Der var en del afbrydelser pga. patienter skulle tilses. Både læger og sygeplejersker besvarede skemaet.

Jeg lod spørgeskemaer blive på afsnittet og skrev på en informationstavle, at de gerne måtte udfylde det. Men dette blev ikke gjort. Jeg skulle være på afsnittet og opfordre personalet direkte til at gøre dette. Deres begrundelse er, at der er travlt og mange andre ting at gøre. Personalet var imødekommende og glade for interessen. Jeg har givet dem mine undersøgelsesresultater, så de kan få et overblik af deres fysiske ramme, og eventuelt ændre indretningen og anskaffe nyt udstyr.

11 sundhedspersonaler besvarede spørgeskemaet.

Materialet fra undersøgelsen er omfattende, derfor har jeg valgt at sammenholde det i en særskilt undersøgelsesrapport.

5/1-2016

EN ARKITEKTONISK BRUGERUNDERSØGELSE AF AKUTSTUER

Baggrund: Jeg er ved at lave min afgang på arkitekt skolen, hvor min opgave er at designe en akutstue. Akutklinikken er spændende at lave en rum-undersøgelse i, da deres akutstuer er meget forskellige både i størrelse, lys, indretning osv. (rum nr. 1 til 10), og kan derfor bruges som videre argumentationsgrundlag i min opgave. **Derfor vil jeg meget gerne høre dig ud,** hvordan du oplever de fysiske rammer i de enkelte rum.

Mit fokus i afgangssopgaven er at se vægge, loft og gulv som en membran, der skal give rummet et æstetisk arkitektonisk sanselig oplevelse for brugerne/erne, hvor igennem de højteknologiske funktioner samt udvekslinger af mennesker og genstande skal penetrerer.

1. Hvilket rum kan du **bedst lide** at arbejde i (rum nr. 1-10)? 1
Hvilke fysiske kvaliteter har dette rum? - Er det størrelsen på rummet, pladsen, lyset, indretningen, afstanden til udstyr, osv.?
Stort rum, alt er i skufferne, lyset er godt, da der er skeder for vinduerne.
Er tæt på ~~spil~~ spil-kontor.
2. Hvilket rum kan du **mindst lide** at arbejde i (rum nr. 1-10)? 10
Hvad er det der ikke fungerer i dette rum? - Er det størrelsen på rummet, lyset, indretningen, afstanden til udstyr osv.?
Ligger langt fra spil-kontor.
Lille rum, svært at komme til, hus ptt blev dårlig
3. Hvordan er den visuelle kontakt mellem gangen/personalet og rummet/patienten?
Kunne godt ønske glas/inddug i dørene (~~som~~ hvor man har mulighed for at træde ud for, da man ikke kan observere gn. er lukket dør. Iso ptt rum.
4. Hvilke belysninger ønsker du på en stue i forskellige situationer, samt i forhold til dag og nat (døgnrytmen)?
loft + væg belysning er ok som nu.
Men bedre mulighed for at lave "spøt-belysning" ved f.eks. KAD anlægge, PVK, Jær mm.
5. Hvad er fordelene/ulempene ved skuffer og skabe på stuen?
Fordel: kan blive hos ptt. Skal ikke ud og løbe.
Ulempe: Hygiejne? - afhængig af at kollegaer fylder op.
6. Hvad er fordelene/ulempene ved et mobil akut-skuffeskab (som ex. børneskuffeskabet på stue 3 eller skadeskufferne på stue 9)?
Fordel + nemt som ovenstående!
7. Hvilke funktioner i rummet er visuelt forstyrrende?
this der røder, og fx hus lyset ikke virker

Tusinde tak for hjælpen!

Mange venlige hilsner, Charlotte Rahr Mortensen

UDVEKSLING AF OBJEKTER OG SUBJEKTER I MEMBRANEN

Jeg anskuer akutstuens vægge, gulv og loft som en membranhinde, hvor igennem der sker en udveksling af objekter og subjekter. Nogen af objekterne er faste på akutstuen og udveksles ikke igennem membranen. Andet har en konstant bevægelse ud og ind. Overgangen, hvor den største udveksling sker, er gennem døren. Det kan være subjekter som patienter, pårørende, rengøring, sygeplejersker, portør, læger, røntgen personale og servicemedarbejdere, men også objekter som senge, ambulancebåre, røntgenudstyr, borde, stole, vitalmålingsudstyr etc. Denne høje intensitet af gennemstrømning, stiller krav til udformningen af døren og materialet.

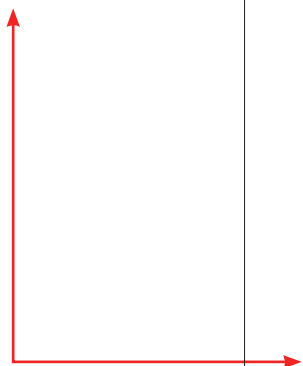
Jeg har ved hjælp af diagrammet vist til højre, skabt et overblik af objekter og subjekter der har kontakt med akutstuen. Diagrammet illustrer hvad er fastmonteret installationer i rummet, hvad er mobilt men kun i akutstuen, og hvad udveksles igennem membranen.

Ligeledes er akutstuen afhængig andre funktionsrum og personaler, som sygeplejerskekontoret, lægernes dikteringsrum, rent depot, medicinrum og urent skyllerum.

DIAGRAM//
En abstrakt illustration af
udvekslingen af objekter og
subjekter i membranen.

UDENFOR

Udveksling mellem akutstuen og udendørs



AKUTSTUEN

Fast monteret på akutstuen

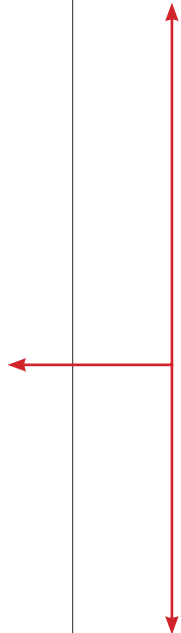
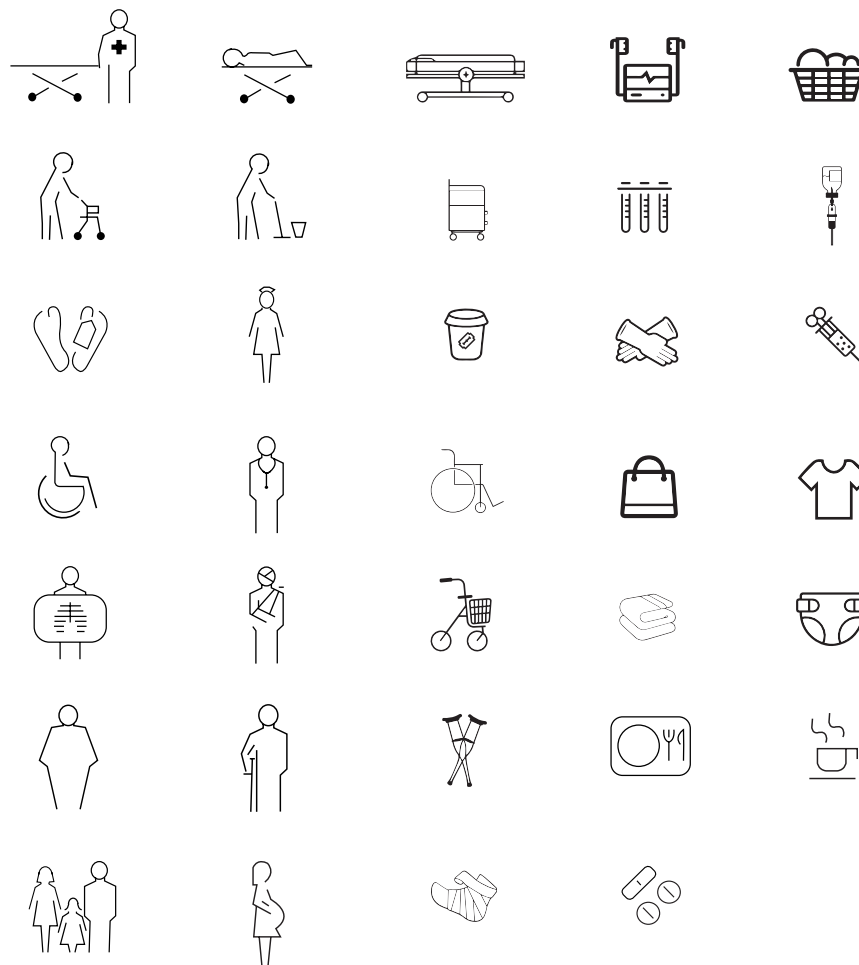


Mobilt på akutstuen blivende i rummet



GANG

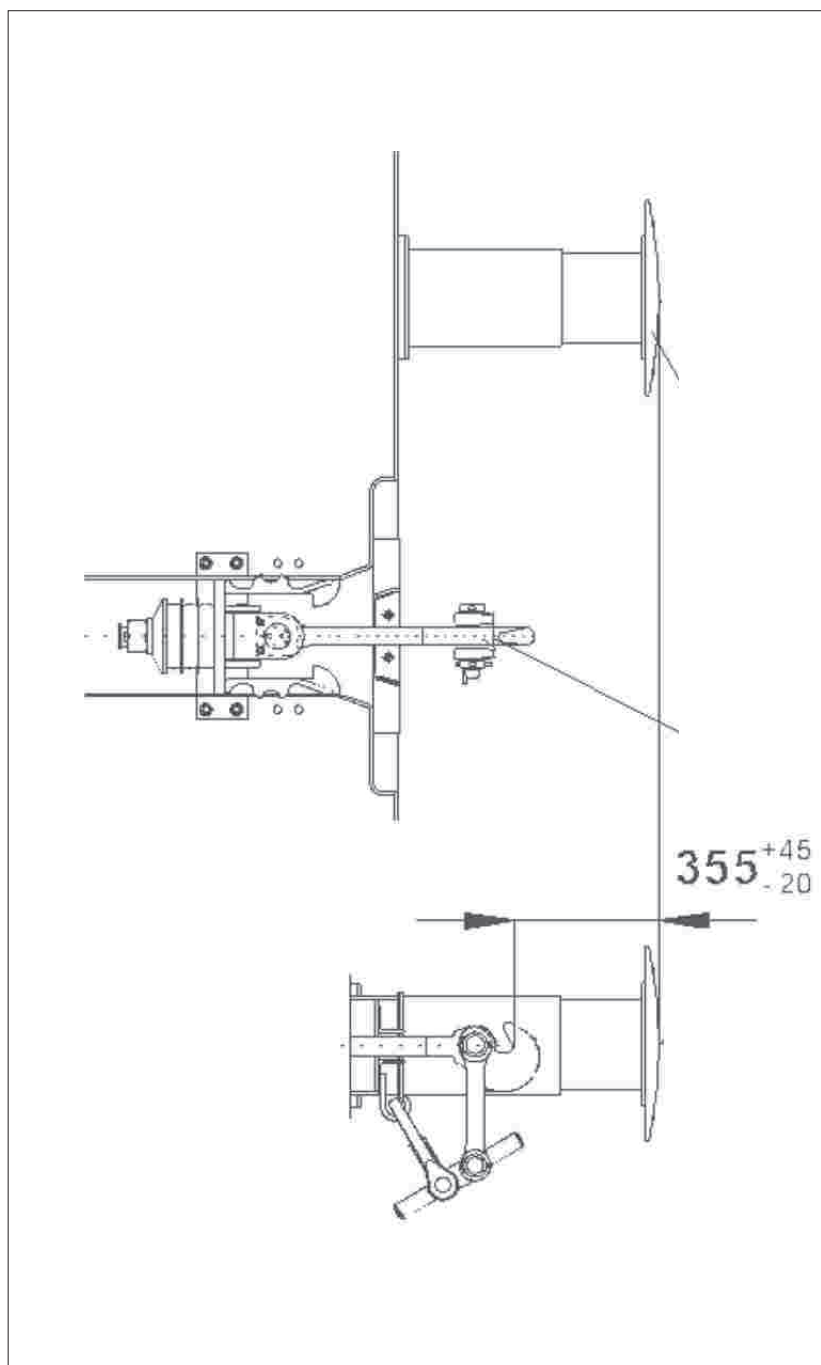
Udveksling mellem akutstuen og gang



ADDITIV KONCEPT, -EN TEKNOLOGISK UDVIKLING

Jeg vil i mit projekt undersøge om udskiftelige funktionsmoduler på akutstuen, kan være hensigtsmæssigt, i forhold til den teknologiens hastige udvikling. Et af argumenterne for at modulbaseret komponenter i rummet kan være funktionelle, er at vi på nuværende tidspunkt kun kender 5 % af den teknologik, som vi vil kende til om ca. 50 år.

REFERENCE//
Reference til udførelse af udskiftelige
modulkomponenter.
Vist til højre.



RUMPROGRAM

Min tidplan og procesforløb vil integrerer forskellige elementer, som materialestudie, lys, abstrakte rumstudie i en helhedsanskuelse af arkitekturen og hvad det påvirker.

TEGNINGSLISTE

Kontekst // 1:200 (10 -20 % af tegningerne)

Rummet // 1:20 (60 % af tegningerne)

Detaljer // 1:1 materialer og 1:5 tegninger (20% af tegningerne)

TIDSPLAN

DISPONERING AF PROCES

Før start af specialeperioden, har jeg interviewede forhenværende patienter og pårørende, samt nuværende sundhedspersonale på en FAM. Ligeledes har jeg udført feltarbejde på Herlev Fælles Akutmodtagelse og Amager Akutklinik. Disse sygeplejersker vil være min kontakt personer resten af specialet. Fotografier fra observationerne på FAM og Akutklinikken, vil jeg samle i en fotorapport, sidestillet med illustrationer af de fysiske rammer.

Konteksten på FAM, Herlev Hospital har Michael Brunbjerg, sags-arkitekt i Henning Larsen hjulpet mig med at få og har gennemgået med mig. Brunbjerg vil være min kontaktperson i specialeperioden, hvis jeg har spørgsmål til procedurer og fysiske rammer.

I specialeperioden vil jeg i en cirkulær veksling have en arbejdsproces, som skal indeholde nedestående punkter. Dette, skal hjælpe mig til at holde en kontinuerende arbejdsproces, der er metodisk. Punkterne er sat ind i en tidsplan, som kommer i et næste afsnit:

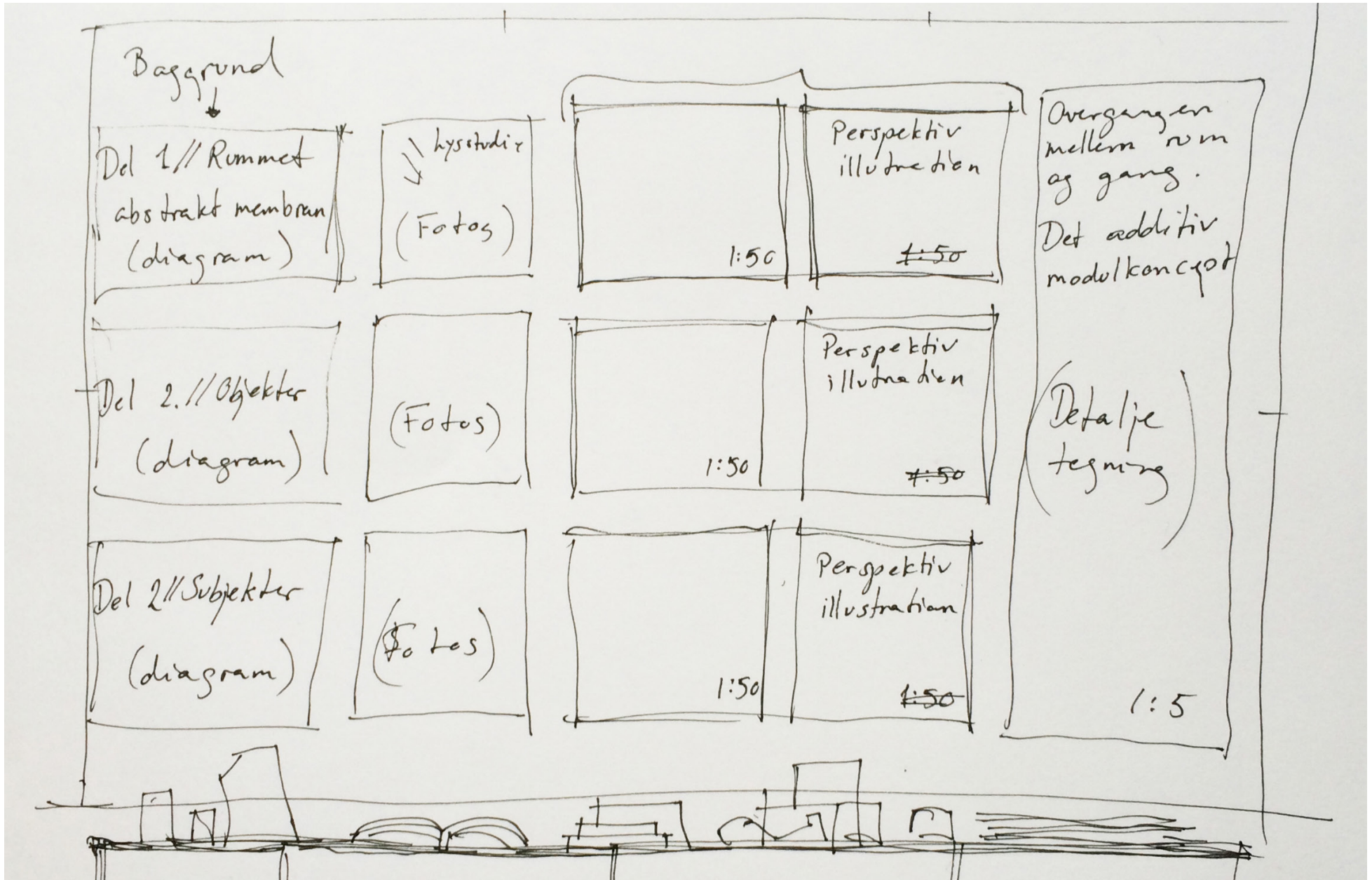
- Teoretiske og videnskabelige litteraturstudier.
- Udføre analytiske tegninger & modeller. Målet er at lave en model ugeligt eller registrer med foto ændringer i min arbejdsmodel.
- Bruge skitsebog i forhold til design af akutstuen sideløbende med litteraturstudie.
- Lave et materialekatalog, som skal opdateres hver torsdag eftermiddag.
- Ophængningsplan skal opdateres afslutningsvist hver fredag. Print i skalaen 1:10 til sammenligning og reflektering af forløbet.
- Skrive logbog/procesbog afslutningsvist hver dag, hvor jeg skriver/tegner mine fund for dagen, og hvad jeg ønsker at lave fremadrettet. Bruges til reflektering af forløbet.
- Sidde på skolen hver dag og bruge alle vejledningerne.
- Have opfyldt afleveringskravende for hver kritik.

	FEBUAR							uge 6	
	8 M	9 T	10 O	11 T	12 F	13 L	14 S		
Studie af FAM / Herlev Hospital	○	○	○	○	○				
Rumundersøgelse af Akutklinikken / Amager Hospital	○	○	○	○	○				
Interviews									
Litteraturstudie	●	●	●						
Abstrakt form model									
Detalje model									
Tegning									
Materialekatolog									
Skitsering / Male / Foto									
Lys studie									
Overgangen mellem rum og gang									
Overgangen mellem rum og indergård									
Additiv model									
Præsentationsplan									
Model									
Vejledning									
Workshops									
Delmål									
Kritik									
Afleveringer /Eksamen					○				

○ Aflevering 6 stk. printet af den endelige udgave af programmet

OPHÆNGSPLAN

Formatet af ophængingsplanen skal være 3 x 2 meter.



LITTERATURLISTE

Benner, P., & Wrubel, J. (2006). Omsorgen betydning i sygepleje, -stress og mestring ved sundhed og sygdom. København: Gyldensdals bogklubber.

Bertram, P. (2011). Frembringelse, -den arkitektoniske proces. Vojens: Kunstakademiets Arkitektskoles Forlag.

Bertram, P. (2012). The Making of an Architectural Model. Skive: KADK.

Birkler, J. (2005). Videnskabsteori, en grundbog. København: Munksgaard Danmark.

Brøcker, A., Christensen, I. E., Bro, L. L., Glent-Madsen, M., & Tovgaard, S. L. (2013). Kvalitet og mål i akutmodtagelser. København: Det Nationale Institut for kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Bua, M., & Goldfarb, M. (2012). Architectural inventions, visionary drawings (1 udg.). London: Laurence King Publishing LTD.

Callesen, T., & Antonsen, K. (2010). Den akutte patient. København: Munksgaard Danmark.

Engelmann, M., Godtfredsen, N., Kruuse, C. R., Petersen, A. M., & Vilsbøll, T. (2009). Akutte medicinske tilstande. København: FADL 's forlag.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. (2015). Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. København: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden.

Forberg, J. L. (2013). Organisering af FAM PERSPEKTIVER OG ERFARINGER. Region H / Nordsjællands Hospital.

Frandsen, A. K., Ryhl, C., Folmer, M. B., Fich, L. B., Øien, T. B., Sørensen, N. L., et al. (2009). Helende arkitektur. København, Danmark: Danske regioner.

Hagerup, A. (1. 4 2013). Medinddragelse og rolig proces giver FAM succes GIVER FAM SUCCES. Sygeplejersken , s. 21.

Hansen, A. R., & Navne, I. E. (2001). Patienters perpektiver på akutmodtagelser, -litteraturstudie. København: dansk Sundhedsinstitut.

Heslet, L., & Dirckinck-Holmfeld, K. (2007). Sansernes Hospital. København: Arkitektens Forlag.

Holen, M., & Winther, B. (2009). Akut, kritisk og kompleks sygepleje, -samfunds- og humanvidenskabelige perpektiver. København: Munksgaard Danmark.

Johannsen, F., Bøgeskov, M., & Gustafsson, A. (2009). Praktisk procedure- og diagnose guide (1 udg.). (B. Østergaard, Red.) København: Munksgaard Danmark.

KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2015). Indblik i sundhedsvæsenets resultater 2015. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Koch, L., & Vallgård, S. (2004). Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. København: Munksgaard Danmark.

- Larsen, K. (2005). *Arkitektur, krop og læring*. København: Hans Reitzels forlag.
- Lauritzen, M., Dahlin, J., & Skriver, C. (2009). *Triage-Manual*. Hillerød: Region Hovedstaden, -Hillerød-Herlev.
- LUP;. (2014). *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser*. København: Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.
- Meuser, P., & Schrimmer, C. (2011). *New Hospital Buildings in Germany* (Årg. 1). Berlin: A dom publishers.
- Nickl-Weller, C., & Nickl, H. (2011). *Hospital, architecture + design*. Braun.
- Nielsen, B. (1. 3 2014). *Brugerinddragelse i Fælles akutmodel*. *Sygeplejersken*, s. 54-55.
- Pallasmaa, J. (2014). *Arkitekturen og sanserne*. København: Arkitekternes forlag.
- Pallasmaa, J. (2015). *The eyes of the skin - Architecture and the senses* (Tredje udg.). United Kingdom: John Wiley and Sons.
- Rosenberg, Jacob;. (2010). *Kliniske procedurer. En opslagsbog* (1 udg.). København: FADL's forlag.
- Schulze, Svend; Schroeder, Torben V.;. (2011). *Basisbog i Sygdomslære* (2 udg.). København: Munksgaard Danmark.
- Stoner, J. (2012). *Toward a minor architecture*. Cambridge: MIT press books.



Det Kongelige Danske Kunstakademis
Skoler for Arkitektur, Design
og Konservering Arkitektskolen

