

Trygga och säkra receptioner

Rapport från ett pilotprojekt

BENGT HANSSON
ELISABETH LUNDIN
CHARLOTTA THODELIUS

RAPPORT FRÅN CENTRUM FÖR VÅRDENS ARKITEKTUR

Trygga och säkra receptioner

Rapport från ett pilotprojekt

BENGT HANSSON
ELISABETH LUNDIN
CHARLOTTA THODELIUS

Arkitektur och samhällsbyggnadsteknik
CHALMERS TEKNISKA HÖGSKOLA
Göteborg, Sverige 2023

Trygga och säkra receptioner
Rapport från ett pilotprojekt

BENGT HANSSON
ELISABETH LUNDIN
CHARLOTTA THODELIUS

ISBN 978-91-984300-1-1
© Centrum för vårdens arkitektur

En rapport från Chalmers Centrum för vårdens arkitektur
Publikation 2023:1

Arkitektur och samhällsbyggnadsteknik
Chalmers tekniska högskola
412 96 Göteborg
Telefon +46 (0)31-772 1000

Tryck: Chalmers digitaltryck
Göteborg 2023

Bilderna i rapporten är tagna av Bengt Hansson och Elisabeth Lundin

Denna rapport är en del av Centrum för vårdens arkitekturs rapportserie. Centrum för vårdens arkitektur är en nationell arena för skapande, översättning, utbyte och spridning av kunskap om vådarkitektur. CVA bedriver forskning, genomför forskarutbildning samt bidrar till grund- och vidareutbildning. Forskningsfokus för CVA är arkitektur i relation till läkande, patientupplevelse och effektivitet.

För ytterligare information om CVA:s rapporter och aktiviteter, se vår hemsida:
<https://www.chalmers.se/cva>

Förord

Denna rapport sammanfattar resultaten av en pilotstudie om ”Trygga och säkra receptioner”. Pilotprojektet pågick under 2019–2020, med syfte att se vilka faktorer som är viktiga för att medarbetare med receptionstjänst ska känna sig trygga och säkra med sin arbetsmiljö. Avsikten är att rapporten ska bidra till en vidare diskussion kring receptioner och receptionsutformning, men även ge upphov till fler studier inom ämnet. Projektet är finansierat av Västra Götalandsregionen, VGR samt SäkraPlatser Väst och URBSEC.

Pilotprojektet genomfördes på fyra av Närhälsans vårdcentraler i Västra Götaland. Vi vill tacka alla som deltagit i projektet, er kunskap och erfarenhet har varit en viktig del för att skapa en förståelse för den nuvarande arbetssituationen samt vilka faktorer som måste undersökas vidare.

Rapporten ges ut i samverkan med Centrum för vårdens arkitektur, CVA. Avsikten är att genom detta understödja spridning till verksamhetsutvecklare, planerare med flera. Rapporten kompletterar också det konceptprogram CVA tagit fram för Program för teknisk standard (PTS), med fokus på *Lokaler för primärvård med fokus på vård- och hälsocentraler (2022)*.

Rapportens resultat visar att majoriteten av de som deltagit i studien upplever sin arbetssituation som trygg och säker. Samtidigt ser vi ett behov av fler fördjupade studier kring ämnena trygghet och säkerhet, främst gällande: utformning och placering av receptionen, organisations- och verksamhetsfrågor samt betydelsen av närområdet

Projektet har genomförts av en mindre projektgrupp, som bestod av:

Bengt Hansson, leg sjuksköterska, säkerhetschef i Närhälsan.

Elisabeth Lundin, distriktsköterska, planeringsledare i Närhälsan.

Charlotta Thodelius, FD i arkitektur, tidigare vid Centrum för Vårdens Arkitektur (CVA), Chalmers tekniska högskola samt som projektutvecklare i nätverket SäkraPlatser Väst. Numera vid Högskolan i Borås.

Göteborg, januari 2023

Göran Lindahl
Professor
Föreståndare CVA

Innehållsförteckning

1. Bakgrund till rapporten	1
1.1 Primärvårdens utmaningar	1
1.2 Reception, där vi möter vården fysiskt	1
1.3 Syfte och frågeställningar.....	2
1.4 Disposition av rapporten.....	2
1.5 Riktlinjer inom Närhälsan som berör receptioner och receptionsutformning.....	3
1.5.1 Program för teknisk standard (PTS).....	4
1.6 Tidigare forskning om risker, trygghet och säkerhet i vården	7
1.6.1 Verksamhetens riskfaktorer	7
1.6.2 Receptioner i vårdmiljöer	9
1.7 Nulägesbild och svårigheterna att undersöka risker, säkerhet och trygghet.....	10
2. Genomförandet av pilotstudien.....	12
2.1 Material.....	12
2.2 Analys av det insamlade materialet.....	13
3. Resultat.....	14
3.1 Upplevelsen av receptionslösningen: <i>chefperspektiv</i>	14
3.2 Upplevelse av receptionen: <i>medarbetarperspektiv</i>	17
3.3 Upplevelse av receptionen: observationer.....	20
3.4 Närområdesfaktorer betydelse för trygghet och säkerhet.....	22
3.5 Faktorer som potentiellt förklara otryggheten	23
4. Slutsatser av pilotstudien	26
4.1 Rekommendationer för vidare arbete med ”trygga och säkra receptioner”.....	27
4.2 Avslutande reflektioner	28
Referenser	29

1. Bakgrund till rapporten

1.1 Primärvårdens utmaningar

Primärvården är vår vardagliga vård, den många behöver för stort och smått. Det är vårdens första mötesplats, dess första linje, det är dit vi kommer för ett fysiskt möte efter en allt vanligare inledande digital kontakt. Samtidigt som primärvården har betydelse för oss på olika sätt så är den också i en utvecklingsprocess.

Primärvårdens utvecklingsarbete de kommande åren kommer att följa omställningen till Nära vård, och såväl lokalisering som lokaler kommer att påverkas. Nya former av lokalbehov, nya samband och förändrad användning av befintliga lokaler kan bli några konsekvenser av förändrad organisering och samlokalisering. För att möta vårdens utvecklingsarbete behövs kunskap om de lokaler som ska användas. Inte minst receptionen som är platsen där vården möter besökarna är av vikt att utforma tryggt, säkert och effektivt.

1.2 Reception, där vi möter vården fysiskt

Receptioner inom vårdcentraler har flera funktioner, för det första är den en symbol för ”välkommandet”, där besökare får sitt första intryck av verksamheten, för det andra ska den vara lätt att hitta och vara tillgänglig för besökaren och för det tredje är receptionen en arbetsplats, där den måste vara ergonomiskt utformande, samt skapa en trygg och säker arbetsituation för arbetstagaren.

Receptionen och receptionslösningen är därför inte bara en komplex plats, där besökare och receptionister möts. Receptionen utformas även utifrån olika krav och riktlinjer som ibland passar varandra, men ibland krockar med varandra. Några av dessa är bland annat kravet på tillgänglighet och arbetsmiljö, i termer av ergonomi, säkerhet och trygghet. Just att arbeta med utformningar som stöttar trygghet och säkerhet är även svårt, den tidigare forskningen gällande trygghet och säkerhet i receptioner är ytterst begränsad, nästintill obefintlig. Samtidigt som vård- och omsorgssektorn fortfarande har en hög utsatthet för hot- och våldssituationer (Wikman m.fl. 2010:22ff), så är alltså det aktuella kunskapsläget kring receptioner väldigt tunt.

Utifrån denna brist på forskning, är kommer rapportens fokus på att belysa några av de aspekter som kan vara viktiga vid utformning av receptioner på vårdcentraler, utifrån ett trygghets- och säkerhetsperspektiv. Rapporten kommer därför inte att presentera några direkta eller generella lösningar, utan i stället ringa vad som behöver undersökas vidare, för att kunna skapa en trygg och säker arbetsmiljö. Pilotstudien ska ses som ett första steg för att kartlägga medarbetares uppfattning om receptionsutformningen och deras erfarenheter av receptionsarbete.

Rapporten summerar resultatet av den pilotstudie, kallad ”Trygga och säkra receptioner”, som initierades av Närhälsan i Västra Götalandsregionen och som genomfördes under hösten 2019 och våren 2020. Vägledande för pilotstudien var att arbeta utifrån perspektiven *vad fungerar, vad fungerar inte och vad kan göras bättre*, för att på så sätt skapa ny kunskap och peka ut viktiga frågor som behöver studeras vidare.

1.3 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte var att i första hand, undersöka hur medarbetare på fyra olika enheter inom Närhälsan uppfattar arbetet i receptionen, i termer av att vara (o)-tryggt och/eller (o)-säkert. Och i andra hand, sammanställa vilka olika faktorer som verkar påverka uppfattningen och upplevelsen. Studien utgick i från följande två frågeställningar:

- (1) *På vilket sätt upplevs receptionslösningen av medarbetare och chefer?*
- (2) *Vilka faktorer kan potentiellt främja trygghetsupplevelsen på en närområdes-, enhets- och utformningsnivå?*

Den första frågeställningen besvarades genom att genomföra en mindre enkät med medarbetare i receptionen samt en intervju med vårdcentralschefen. Den andra frågeställningen besvarades genom att göra observationer samt statistisk bearbetning av enhets- och närområdes faktorer. Genom att kombinera olika former av material kan studien visa på vilka typer av problem som man kan möta i vardagen, vilka för- och nackdelar som finns med olika receptionsutformningar samt hur upplevelsen kan påverkas av andra faktorer i omgivningen.

1.4 Disposition av rapporten

Rapporten inleds med en kort presentation som ger en bakgrund och ett sammanhang till pilotstudien (avsnitt 1). Där återfinns en summering av riktlinjer och praktik runt dagens utformning av receptioner inom Närhälsan (avsnitt 1.5). De praktiska perspektiven följs sedan en mindre forskningsöversikt om trygghet i vårdmiljöer (avsnitt 1.6) samt en översikt av nuläget och de svårigheter som finns med att studera risker, trygghet och säkerhet (avsnitt 1.7).

Därefter följer en kort metodöversikt, som tydliggör hur pilotstudien har genomförts (avsnitt 2), därefter presenteras pilotstudiens resultat i avsnitt tre. Rapportens avslutande avsnitt, avsnitt fyra, summerar och diskuterar pilotstudiens slutsatser och lyfter fram vilka frågor som det behöver arbetas vidare med.

Rapporten kommer även att ge visuella exempel på hur receptioner kan utformas, för att ge läsaren inspiration till kommande planering och projektering – eller som underlag till diskussioner på arbetsplatsträffar eller inom utbildning. Bilderna i rapporten är tagna av Bengt Hansson eller Elisabeth Lundin alternativt hämtade som exempel från Närhälsans lokal och miljöhälsa.

1.5 Riktlinjer inom Närhälsan som berör receptioner och receptionsutformning

För att kunna ge en bild av vilka riktlinjer som idag finns runt receptionsutformning, är det viktigt att först belysa att det inte finns en standard eller en typlösning, utan det handlar om att i hög grad utforma receptioner som kombinerar olika riktlinjer, vilket kan leda till olika värdekonflikter, att personer är tvungna att göra olika prioriteringar etcetera. En reception, ska dels utformas med hänsyn till riktlinjer gällande tillgänglighet, (*Tillgängliga och användbara miljöer* samt *Riktlinjer och standarder fysisk tillgänglighet*) dels riktlinjer gällande säkerhet (både teknisk och fysisk säkerhet, till exempel; *Checklista för säkerhetsgenomgång av verksamhet i Närhälsan* samt *Närhälsans riktlinje för fysisk säkerhet*).

Närhälsan arbetar med zonindelning, det vill säga att vårdcentraler består av tre zoner, som går från publika ytor (Zon 1) till ytor för direkt patientarbete (Zon 2) och ytor för personal (Zon 3). Receptionens placering, är relaterad till både zon 1, zon 2 eller zon 3. I den publika zonen (zon 1), är så att säga receptionens ”framsida”, där mötet med besökaren sker och receptionen har där direkt kontakt med väntrummet. Receptionens ingång (för personal) samt reträttvägar, är däremot länkade till zon 2 eller zon 3. Eftersom receptionen har kontakt med två olika zoner samtidigt (zon 1, 2 eller 3), så kommer först receptionens utformning i relation till den publika zonen att presenteras, och därefter utformningen i relation till zon 2 eller zon 3 i relation till backoffice, postsortering med mera.

Receptionens placering i den publika zonen, ska möjliggöra en god överblick över väntande besökare och samtidigt ge en känsla av att vara välkomnande. På så sätt skapas även de bästa förutsättningarna för ett gott bemötande. Receptionen ska vara lätt att hitta till, vara välskyldad (och tydligt visa att det är Närhälsans reception), ha könummersapparat och display placerade på en tydlig plats. Ledstråk ska finnas, från entrén till receptionen, där även receptionsdisken ska vara höj- och sänkbar, för att öka en tillgänglig kontakt mellan besökaren och receptionisten. Ljuset, ska vara gott i receptionen, men inte vara bländade. Möjlighet till hörslinga eller annan liknande teknisk lösning bör finnas för att underlätta kommunikationen med besökare som har svårt att höra. Receptionens arbetsplats ska utformas för att ge besökaren ett gott bemötande i första hand (där incheckning är centralt), men det övriga skrivarbetet eller annat arbete som receptionisten gör ska göras i backoffice.

Backoffice hänger på så sätt samman med receptionen, och är det ställe där ostört skrivarbete ska utföras. Backoffice ska även fungera som en reträttplats för receptionisten, och det är därför viktigt att backoffice har en dörr mot den övriga verksamheten (så att personer som retirerat inte behöver ta sig ut i väntrummet, där ”hotet” finns). Det är även önskvärt att backoffice kan ha viss uppsikt ut mot väntrummet genom till exempel ett glasparti eller en glassdörr. Rum för post och kopiering, placeras med fördel central, gärna i närheten till reception och backoffice,

för att vara tillgänglig för all personal. Utformning av disk i reception och de olika funktionerna i receptionen, backoffice samt i post och kopieringsrum, finns närmare beskrivet i *Riktlinje Typrum Rehab*.

1.5.1 Program för teknisk standard (PTS)

Program för teknisk standard (PTS)¹ är inte en riktlinje inom verksamheten, utan istället ett praktiskt verktyg vid planering. PTS dokument och rapporter utformas som kunskapsunderlag, där evidens - och erfarenhetsbaserade koncept presenteras.

Frågan om receptionsutformning för primärvården finns i konceptprogrammet Lokaler för öppenvård – kunskapsunderlag vid planering av vårdcentraler och mottagningar (2016) och i konceptprogram Lokaler för primärvård med fokus på vård- och hälsocentraler (2022).² I dessa rapporter adresseras bland annat frågor om arbetsmiljö, uppfyllandet av vårdhygienskrav samt trygghet och säkerhet. I korthet går det att sammanfatta att PTS-programmet (2016:60ff) beskriver att receptionen:

- Ska vara öppen och välkomnande
- Utformningen ska stötta en hög integritet genom att vara avskärmd från de ytor där människor samlas
- Det ska vara en god översikt från receptionen över lokalen

I *Lokaler för öppenvård* framkommer även att olika receptioner kommer ha olika förutsättningar för hur väl informationsutbytet vid receptionen skyddas. Vilket gör att en glasskärm eller glasvägg kan användas för att behålla den visuella kontakten, genom att denna placeras som en mellanvägg mellan reception och väntrum alternativt att receptionen placeras i ett avgränsat glaskomplex, vilket inte är samma sak som en inglasad expedition (2016:61).

I konceptprogrammet med fokus på Lokaler för primärvård med fokus på vård- och hälsocentraler (2022) noteras att:

”I entrén finns den säkerhetsgräns som hindrar obehöriga från att röra sig in i verksamhetslokalerna. En öppen reception förstärker kontakten med patienterna, men störs av ljud från väntrummet och kan inte erbjuda integritetsskydd fullt ut vid eventuell rådgivning och/eller triagering. Det är därför viktigt med ett back-office som erbjuder

¹ Program för teknisk standard (PTS) är både ett IT-system samt ett nätverk för att utbyta erfarenheter kring vårdbyggandet i Sverige. IT-systemet innehåller systemfunktioner som stödjer de tidiga skedena i projekt. Systemet ska hjälpa byggherren att göra rätt från början för att åstadkomma vårdlokaler med rätt funktion och kvalitet.

PTS Forum är ett nationellt nätverk där anslutna regioner samverkar kring standarder för vårdbyggnader. Träffar anordnas för att utbyta erfarenheter, diskutera förbättringsområden och benchmarking kring olika fackområden. PTS Forum samverkar med forskningsrelaterade utvecklingsprojekt för att fånga de senaste trenderna och utveckla vårdbyggandet i Sverige.

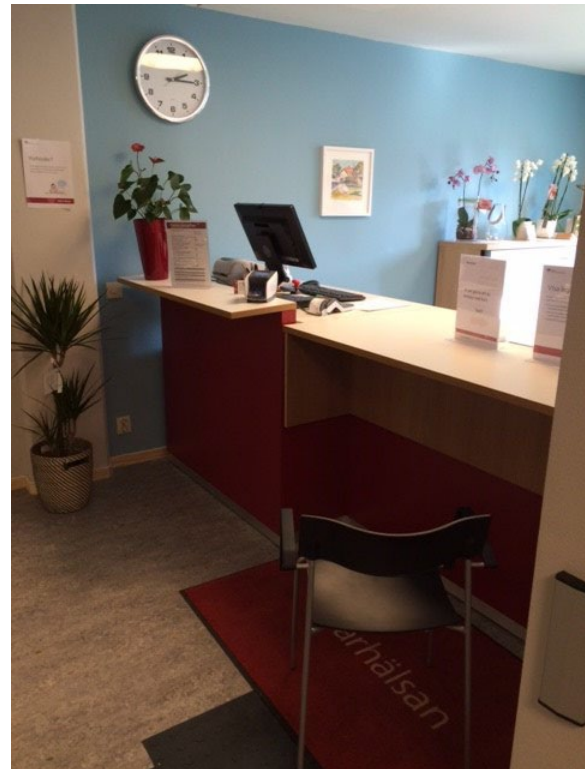
² <https://ptsforum.se/forskning/lokaler-foer-primaervaard/>

en ostörd arbetsplats i anslutning till receptionen och att ett avskilt rum för triagering och rådgivning finns nära. Ett back-office erbjuder också en flyktväg vid hotfulla situationer”

För ytterligare fördjupning rekommenderas båda konceptprogrammen som omnämns ovan samt den förstudie som gjordes inför konceptprogrammet *Lokaler för primärvård med fokus på vård- och hälsocentraler* (2022)³.

³ <https://ptsforum.se/media/3523/foerstudie-primaervaard-220520.pdf>

OLIKA EXEMPEL PÅ RECEPTIONSUTFORMNING OCH PLACERING:



Figur 1: Olika exempel på receptionsutformning och placering

1.6 Tidigare forskning om risker, trygghet och säkerhet i vården

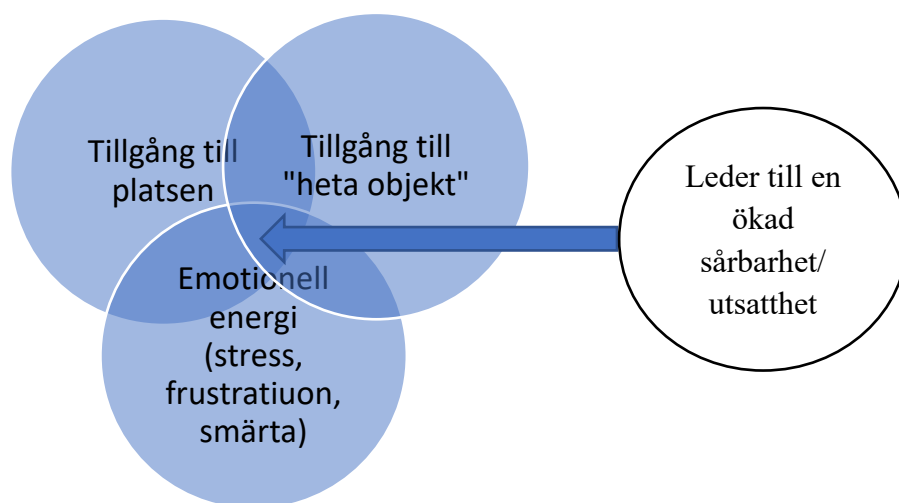
Den tidigare forskningen summeras här i tre olika teman, som alla indirekt eller direkt rör frågan om receptions- och väntrumsumformning. Med tanke på den brist av forskning som finns om vårdcentraler och receptioner, kommer flera av resonemangen grunda sig i den generella forskningen om trygghet och säkerhet i vården.

Det första temat belyser de riskfaktorer för hot-, vålds- och brottsutsatthet. Det andra temat, summerar den forskning som gjorts kring receptioner i vårdmiljöer på en generell nivå och det avslutande temat lyfter fram de generella svårigheter som finns med att undersöka risker, trygghet och säkerhet.

1.6.1 Verksamhetens riskfaktorer

Vårdmiljön har enligt tidigare forskning en särskild sårbarhet för brott, både för så kallade expressiva brott (hot- och våldsbrott) och för så kallade instrumentella brott (stöldbrott, skadegörelse eller sabotage). Sårbarheten visar sig bland annat i Arbetsmiljöverkets statistik, där hot- och våld år 2017 stod för 17% av det totala antalet arbetsolyckor inom vård- och omsorgssektorn. I statistiken framkom även att kvinnor är överrepresenterade (63% av de drabbade är kvinnor). Därtill kommer även ett stort mörkertal, eftersom ytterst få incidenter anmäls av olika anledningar (BRÅ 2015).

Även om omfattningen av hot- och våldssituationen är oklar, så går det att förklara varför vårdverksamheter är särskilt sårbara och utsatta för den här typen av händelser. Främst handlar det om att verksamheten kombinerar tre brottsattraherande eller brottsgenererande faktorer (så kallade kriminogena faktorer) som tillsammans ökar sannolikheten för att olika typer av brottsituationer ska uppstå. Dessa kriminogena faktorer rör främst tre aspekter: *tillgång till plats och lämpliga objekt samt förekomst av en hög emotionell energi* (figur 2).



Figur 2: Hur de tre kriminogena faktorerna samvarierar och skapar en ökad sårbarhet/utsatthet för brott

Tillgången till platsen, det vill säga att den är lätt att få tillträde till (utan att behöva passera lås, vakter eller liknande) kan förstås utifrån verksamhetens egna grundförutsättningar – att ge vård kräver att vården är tillgänglig rent tidsmässigt. Vilket gör att vårdcentraler är öppna 8.00 till 17.00 på vardagar, jourcentraler 17–22 samt att akutmottagningar och sjukhus har sin verksamhet igång 24 timmar om dygnet – så att besökare kan komma när de behöver vård. Lokalerna, eller i alla fall entréerna, är därför öppna stora delar på dygnet eftersom verksamheterna har ytterst få möjligheter att kunna sektionera eller låsa sina verksamheter om inget extraordinärt skett (Potter & Atlas 2013:373ff.).

Mottagningar och sjukhus innehar även flera så kallade heta objekt, det vill säga stöldbegärliga ting, såsom mediciner, obevakade handväskor eller liknande (Clarke 1999). Vissa objekt är även mer exponerade eller tillgängliga inom vårdsektorn, eftersom patienter ibland lämnar saker på rummet när de ska gå till dagrummet. De heta objekten, skulle kunna sägas bli mer attraktiva eller ”hetare” inom vården med, eftersom det är svårt att särskilja gärningspersoner från patienter och besökare, vården har en hög grad av anonymitet inbyggt i sina flöden av både ting och människor. Vilket gör att det enda sättet att öka upptäcktsrisken av obehöriga och minska anonymiteten är att (våga) fråga personer om deras ärenden på vårdcentralen.

Till sist, det som kallas för emotionell energi, uppstår när personer försöker hantera inre konflikter rörande rädsla och anspänning av olika slag (Collins 2008). Och där en urladdning, kan leda till hot- eller våldsbrott, utlöst av att personer upplever trauman, stress, frustration, oklarheter i kommunikationen eller reagerar negativt på vårdens spelregler i form av sekretess och liknande (jfr. Clarke 1999; Collins 2008; Felson & Boba 2010).

Tillsammans skapar således dessa tre kriminogena faktorer en risk för utsatthet, samtidigt som de speglar vårdens förutsättningar – vården är öppen, vården har flera heta objekt och är till för dem som upplever trauman, smärta, stress etcetera – vilket gör att det förebyggande arbetet måste riktas mot att motverka de negativa konsekvenserna – samtidigt som verksamhetens kärnuppdrag är orört.

Majoriteten av tidigare forskning om hot- och våldssituationer har gjorts inom den medicinska och psykiatriska slutenvården (Gates m.fl. 2006; Kowalenko m.fl. 2012; d’Ettore m.fl. 2018), men en del av dessa resultat går att generalisera till flera vård- och omsorgs sammanhang. I första hand det som rör det systematiska säkerhetsarbetet och de som rör identifierade risksituationer och riskplatser.

Det systematiska förebyggande arbetet, kan förenklat sägas bestå av tre steg (figur 3):

Figur 3: Grundläggande process för systematiskt säkerhetsarbete.

För det första måste det implementeras ett systematiskt arbete mot hot och våld, eller med andra ord lyfta fram att hot och våld är ett arbetsmiljöproblem. Genom att prata om hot- och våld, rapportera incidenter med mera kan situationerna kartläggas på ett systematiskt vis. Kartläggningen kommer därefter att ligga till grund för nästa steg, nämligen att analysera i vilka situationer som våld och hot uppstår – och vilka orsaker som finns. Dessa orsaksanalyser, ska vara så specifika som möjligt (vem, vad, när och hur), för att kunna se vilka faktorer som har samspelat i den aktuella situationen.

I det tredje steget, ska ett proaktivt arbete initieras inom verksamheten, med fokus på att förebygga orsakerna till hot- och våld (det vill säga att skapa åtgärder som direkt påverkar orsakerna till problemen, se Clarke & Eck 2005). Modellen går även att tillämpa på stöldbrott, skadegörelsebrott eller andra brottsproblem.

I orsaksanalyserna och det förebyggande arbetet är det även viktigt att ha med sig hur olika faktorer även påverkar utfallet eller situationen. McPhaul och Lipscomb (2004) lyfter fram att även organisatoriska, psykosociala och fysiska miljön är centrala att analysera. Vilket tydligt framkommer om man studerar de situationer som är extra riskfyllda inom vården, nämligen direkt arbete med labila patienter, underbemanning, ensamarbete, transporter, långa väntetider, överfyllda eller obekväma väntrum samt dålig fysisk utformning av lokaler (inklusive belysning, interiör, säkerhetslösningar). Utifrån ovanstående, går det att dra slutsatsen att receptioner och väntrum därför ses som särskilt sårbara platser inom vården, eftersom dessa i hög utsträckning inkluderar situationer av ensamarbete, väntetider och kanske inte alltid har optimalt utformade lokaler som minskar stressen för patienter och/eller anhöriga (se även d’Ettorre m.fl. 2018; Hutton m.fl. 2017).

1.6.2 Receptioner i vårdmiljöer

I den tidigare forskningen har receptioner inom vårdmiljöer främst fokuserat på sjukhus och sjukhusmottagningar, där tre aspekter varit i fokus: *kostnads- och tidseffektivitet, orientering samt säkerhetsperspektivet.*

Kostnads- och tidseffektiva aspekter tillskrivs främst införandet av gemensamma receptioner, där besökaren direkt i sjukhusentrén möts av en reception som tar emot betalning, vilket dels minskar kontanthantering på de separata mottagningarna, dels omfördelar resurser från kassahantering till vårdrelaterat arbete på mottagningsnivå (Region Västerbotten 2012; Region Kronoberg 2018). Gemensamma receptioner, det vill säga där två eller flera receptionister arbetar samtidigt, från olika verksamheter, kan dock få hantera en del etiska svårigheter, som främst rör frågor om integritet och sekretess. Vilket har lett till att vissa regioner anser att en inglasad reception är att

föredra framför en öppen "hotellreception" när det kommer till samlokalisering (Region Jönköpings län 2018). I fråga om sekretess och integritetsfrågor, tillkommer även frågan om hur möbleringen i receptionsområdet och placeringen av receptionen i rummet bör utformas, för att inte patientssamtal och telefonsamtal ska kunna överhöras eller riskera att besökare ska se information på dataskärmar.

Dessutom måste utformningen av receptionen ta hänsyn till arbetstagarnas ergonomi och anpassas till de arbetsuppgifter som ska utföras (Ekermann & Åberg 2008), samtidigt som den måste vara anpassad för besökarna ur ett tillgänglighetsperspektiv (SOU 2003:118: 147). Tillgängligheten är inte enbart kopplad till den fysiska tillgängligheten utan även till förmågan att kunna "läsa" vårdmiljön, där receptionen kan vara ett sätt att reducera den komplexitet och anspänning som ett besök ofta innebär (Irvine 1979; Iedema, Long & Carol 2010).

Orientering i rummet är av yttersta vikt för att kunna hantera situationen praktiskt genom att få ett externt stöd genom skyltning, information och symboler (jfr Gärling, Bök & Lindberg 1986; Wijk, 2014:48f.;70). Underlättandet av orienteringen reducerar även patienternas stress, ökar deras välbefinnande och i förlängningen kan ekonomiska kostnader som uppstår när vårdpersonal måste lägga extratid på att vägleda besökare och anhöriga minskas (Fröst 2014:285f.).

Gällande *säkerhetsaspekterna* har forskningen främst fokuserat på receptionens roll som tillträdeskontroll inom akutvård och akutpsykiatri (se Casteel m.fl. 2008;), där det framkommer att receptionen således bör ligga i direkt anslutning till entrén så alla besökare som kommer på egen hand måste passera den. För att underlätta tillträdeskontrollen förordas även att sjukhus har minst två, helst tre entréer: en för transporter av patienter av ambulans/polis som inte passerar receptionen eller liknande, en för patienter och besökare som kommer på egen hand och alltså måste passera via receptionen, samt en tredje separat entré för personal för att minska flödet och underlätta kontrollen/inpasseringar till själva avdelningen (Potter & Atlas, 2013).

Trots att viss forskning har gjorts, finns det inga konkreta riktlinjer skapade utifrån resultaten, det finns ingen tydlighet om det ska vara en gemensam reception eller en på varje mottagning inom sjukhus, om receptionen ska vara glasad eller öppen, om medarbetare ska vara privat eller arbetsklädd vid receptionsarbete och så vidare. Istället visar de tre olika perspektiven på gynnsamma aspekter i utformningen, men ger ingen helhetsbild.

1.7 Nulägesbild och svårigheterna att undersöka risker, säkerhet och trygghet

Utifrån den tidigare forskningen och litteraturen går det att se att det finns en "inbyggd sårbarhet" i vården, vilket i kombination med en brist på forskning gällande receptioner inom öppenvården skapar en osäkerhet kring frågan om receptionsutformningen.

En annan fråga som väcks, är kanske hur det ser ut inom Närhälsan i Västragötalandsregionen när det kommer till hot och våld. Genom att sammanställa de avvikelser gällande hot och våld rapporterats i Medcontrol samt antalet avvikelser som rapporterats till säkerhetsfunktionen 2018 till december 2020 - så går det att se att (tabell 1):

- i snitt rapporteras in fem avvikelser gällande hot och våld per månad i Medcontrol
- i snitt rapporteras in 4,7 avvikelser per månad till säkerhetsfunktionen

Tabell 1: Sammanställning av avvikelser (2018-december 2020)

	Avvikelser gällande hot och våld Medcontrol	Avvikelser rapporterade till säkerhetsfunktionen
2018	56	60
2019	51	40
T.o.m. december 2020	63	60

Antalet varierar mellan de olika åren och det är svårt att avgöra om den ökningen som skett mellan 2019 och december 2020 är tecken på en uppåtgående trend eller är orsakad av att avvikelserrapporteringen har förbättrats. Under 2019 genomfördes ett stort antal utbildningar i personsäkerhet som också kan vara en faktor att höja benägenheten att rapportera.

Oavsett vad som förklarar variationen, så är det trots allt viktigt att försöka förstå hur antalet hot- och vålds händelser kan minskas genom ett aktivt förebyggande arbete. Däremot, är det inte helt oproblematiskt att undersöka risker, säkerhet och trygghet, eftersom främst uppfattningar mellan vad som är en risk eller vad som är tryggt är väldigt subjektivt (Green 1997:140). En *risk* kan uppfattas till exempel olika beroende på vem som utsätts för den – eftersom händelsen tolkas utifrån dennes tidigare erfarenhet av liknande situationer samt hur denne bedömer sin kapacitet att undanröja eller skydda sig från risken.

Studier av risker, trygghet och säkerhet måste därför utgå från både ett intersektionellt och ett situationsbaserat perspektiv. Där intersektionalitet brukar användas för att förklara hur upplevelser inte är endimensionella, utan en samverkan av flera faktorer (Davis 2008). Det situationsbaserade perspektivet i sin tur, försöker fånga samvariationen mellan tid, plats och person(er) som påverkade händelseförloppet (Thodelius 2018). Studier av risker, säkerhet och trygghet måste därför integrera olika perspektiv, olika typer av kunskap men även olika typer av material, för att kunna säga något om vad som är en risk eller vad som skapar otrygghet.

2. Genomförandet av pilotstudien

För att kunna besvara studiens två frågeställningar, gjordes ett riktat urval av fyra enheter som skulle ingå i studien. Dessa valdes medvetet att vara så olika som möjligt, för att skapa en variation av enheter som kan sägas spegla den variation som finns inom Västra Götalandsregionen (jfr. Yin 2014). Detta gör det även möjligt att jämföra, inte bara olika typer av receptionsutformning utan även en variation av geografiska förhållanden (Tabell 2).

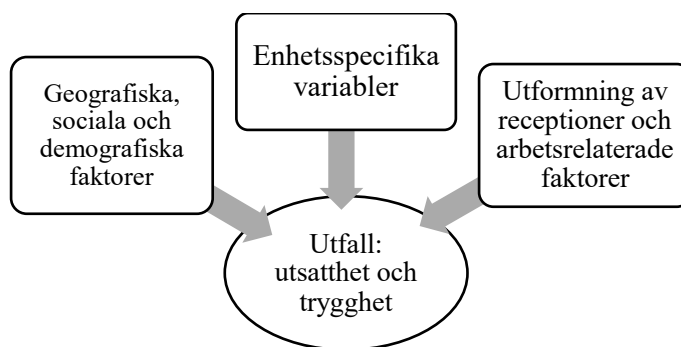
Tabell 2: Urval av enheter

	Geografisk nivå	Receptions Utformning
Enhet 1	Storstad	Ej inglasad
Enhet 2	Småstad	Inglasad
Enhet 3	Tätort	Ej inglasad
Enhet 4	Tätort	Ej inglasad

Att den geografiska nivån har valts som en variation som är viktig att ta hänsyn till, är att det går att anta att den är av betydelse för utfallet (i form av otrygghet och utsatthet för hot och våld). Dels, för att ohälsan ofta är sämre i större städer jämfört med mindre städer, vilket ger ett ökat tryck på vårdcentralerna och i förlängningen en ökad risk för konfrontationer. Dels, för att forskning visat att brott i närområdet ”flyttar” in i vården över tid, och eftersom den generella nivån av brottsligheten är mer koncentrerad i de urbana miljöerna (kan det leda till en högre risk (Potter & Atlas 2013; Nolbeck & Thodelius 2018)).

2.1 Material

I avsnitt 1.7, där svårigheterna med att undersöka risker, trygghet och säkerhet diskuteras, togs det upp vikten av att kombinera olika perspektiv. Insamlingen av material till studien har därför skett från flera olika källor. Datainsamlingen, kan så att säga gå från det generella genom att samla in områdesdata till det specifika, genom enhetsspecifikt material, då vi tror att en kombination av olika material tillsammans kan ge en förståelse för utfallet som helhet. I figur 4 visas hur de tre olika faktorer, område, enhet och receptionsutformning, som vi fokuserat på i pilotstudien, tillsammans kan påverka upplevelsen av trygghet och säkerhet i samband med receptionsarbetet.



Figur 4: Konceptuell modell, datainsamling.

De *geografiska, sociala och demografiska variabler* är insamlade från Statistiska centralbyrån (SCB), Försäkringskassan, Brottsförebyggande rådet samt Polisen i Region Väst, vilka har standardiserats på kommunnivå⁴. Följande variabler har samlats in för år 2018: medelålder, medelinkomst, utbildningsnivå, ohälsotal, brott på kommunnivå samt brott på gatunivå.

Enhetsspecifika, utformning specifika om arbetsrelaterade faktorer är insamlade på de olika vårdenheterna genom en medarbetarenkät, intervjuer med vårdenhetschefer samt strukturerade observationer där faktorer relaterade till receptionen såsom väntrummens yta, placering av receptionen samt översikt från receptionen samlats in.

2.2 Analys av det insamlade materialet

Analysen av det materialet skedde i tre steg, där det första steget kan sägas beskriva *hur* det ser ut i dagsläget, det andra i *vilket sammanhang* enheten finns och det tredje steget beskriver *några av de faktorer som potentiellt påverkar nuläget*.

Det första steget, att analysera upplevelsen och erfarenheten av receptionsutformningen och receptionsarbetet, gjordes genom att analysera intervjuerna och observationsprotokollen med en kvalitativ innehållsanalys (jfr. Bergström & Boréus 2005:43–88). Medarbetarenkäten analyserades deskriptivt genom att summera enkätsvaren och beräkna medelvärden (Nolan & Heinzen 2014:3). Det andra steget, att beskriva närområdet, gjordes även det genom att deskriptivt sammanställa områdesstatistiken och se på vilka risk- och skyddsfaktorer som finns i området. Den sista analysen var en jämförande analys, som syftade till att se vilka faktorer, antingen utformningsrelaterade, enhetsspecifika eller närområdesrelaterade, som påverkade upplevelsen, genom att jämföra otrygga och trygga respondenter i medarbetarenkäten. I den avslutande analysen användes ett urval av allt material som samlats in.

Vi läsning av resultatet är det viktigt att komma ihåg att pilotstudien är explorativ och grundar sig på ett riktat urval av enheter. Det går därför inte att generalisera resultaten, utan istället ska det ses som ett första steg inför vidare studier inom ämnet – där

⁴ För enheten i storstad är det beräknat på stadsdelsnivå.

pilotstudien kan ge stöd till att utforma frågor för kommande enkäter, vara ett underlag för workshops eller diskussioner. Samtidigt är pilotstudien en beskrivning av hur ett urval av medarbetare och chefer upplever sin vardag, vilket är viktigt att lyfta upp för att få en mer nyanserad diskussion om risker trygghet, och säkerhet.

3. Resultat

Först kommer resultaten från intervjuerna, enkäterna och observationerna kommer att lyfta fram hur receptionslösningen upplevs från olika perspektiv. Därefter presenteras en analys av närområdesfaktorerna och sist en mindre statistisk analys där potentiella faktorer som främjar tryggheten försöker identifieras.

3.1 Upplevelsen av receptionslösningen: *chefperspektiv*

I intervjumaterialet framkom att arbetsuppgifterna i receptionen bestod främst av att registrera besökare, ropa upp, sköta betalning och svara på frågor både av besökare och via telefon. Vid lugnare perioder arbetade receptionisten även med att skriva, scanna, sortera post eller liknande. De flesta arbetade även genom att ha ett roterande schema.

Alla medarbetare som arbetar i receptionerna på de olika enheterna har genomgått Serviceguiden (utbildning i service och bemötande samt Närhälsans kärnvärden) och nästan alla hot-och våldsutbildningen samt andra modulutbildningar som ges inom Västragötalandsregionen för medarbetare. Flera medarbetare har även deltagit i andra kompetenshöjande utbildningar via fackliga kurser, konferenser och APT. Vilket gör att medarbetarna har en stor kunskap om bemötande och hantering av hot-och våld. Vilken även förstärkas av att det finns flera olika rutiner att falla tillbaka på i det dagliga arbetet, bland annat rutiner för hot- och våldshändelser eller andra oväntade händelser.

Däremot, så kanske inte alltid receptionsutformningen stöttade/underlättade det dagliga arbetet i receptionen. I intervjuerna framkom att nuvarande receptionsutformningarna hade både för och nackdelar. Fördelarna kopplades i huvudsak till tre begrepp *fysisk säkerhet*, genom att vara inglasade eller en möjlighet att stängas helt (Enhet 2), *hög integritet* (Enhet 2 och 4) eller att receptionen var placerad för optimal *tillgänglighet* genom att vara synlig och lätt att ta sig till (Enhet 1 och 3).

Nackdelarna, däremot med receptionen i nuläget rör frågan om *integritet*, där besökare vill berätta sina ärenden, risk för att samtal kan överhöras samt att möblering i väntrummet gör att besökare hamnar ”för nära” receptionen (Enhet 2 och 3). Andra nackdelar rör till exempel problem med *planlösningen* i form av zoner och backoffice, att dessa inte fungerar optimalt utan riskerar att isolera receptionisten, eller att medarbetare går genom backoffice och ställer sig bakom receptionisten, vilket upplevs som störande (Enhet 1, 2 och 4). Det finns även problem med *arbetsmiljön* som

avsaknad av dagsljusinsläpp, bristfällig ventilation eller att receptionen blir varm (Enhet 2).

I tabell 3 summeras upplevelsen av receptionerna från chefsperspektivet där det går att se att de positiva faktorerna rör hög tillgänglighet och hög integritet, det vill säga att utformningen gynnar mötet med patienten och har en hög patientsäkerhet. De negativa faktorerna rör planlösningen, genom till exempel receptionens placering i lokalen, översyn över väntrum eller andra ytor samt ventilation, dagsljusinsläpp eller liknande. När det kommer till säkerhetsfrågor, går det att se att alla receptioner har interna och externa larm och att två även uppger att de har bärbara larm, men de arbetar även med att implementera rutiner (både för hot och våldssituationer samt skapat egna rutiner för att öka säkerheten för medarbetare i receptionen).

Tabell 3: Beskrivning av receptionerna utifrån chefsintervjuerna.

	Typ av reception	Larm	Positivt med utformning	Negativt med utformning	Säkerhetsbrister/ aktuella problem
Enhet 1	Ej inglasad	Internt och externt	Hög tillgänglighet	Planlösningen	Flyttar in problem (utifrån)
Enhet 2	Inglasad	Internt och externt Bärbart	Hög fysisk säkerhet Hög integritet	Planlösning	Inbrott i närliggande verksamheter
Enhet 3	Ej inglasad	Intern och externt	Hög tillgänglighet	Låg integritet	Diskbredd (går att sträcka sig över) Knappar för dörröppning sitter fel
Enhet 4	Ej inglasad	Internt och externt Bärbart	Hög integritet	Planlösning	Tar emot frustration från besökare Risk för smittspridning

Det som lyfts fram som trygghetsskapande är att förutom arbetet med rutiner, att möjliggöra dialog med medarbetare och minimera antalet riskfyllda situationer. Det kan handla om att ta upp frågan om hot och våld på yrkesgruppsträffar och APT (enhet 2), på morgonmötet (enhet 1), undvika ensamarbete (enhet 4) eller att arbeta ed bemötandefrågor kontinuerligt (enhet 3).

I flera av intervjuerna framkommer att säkerhetsarbetet ofta handlar om ett gott bemötande. Det är därför viktigt att ha en ständigt pågående dialog kring både bemötandet samt kring vilka situationer som kan uppstå i arbetet. Utbildning och dialog, får därför inte bli något som medarbetaren bara checkar av eller som bara görs vid enstaka tillfällen, utan det måste vara ett kontinuerligt arbete, där både medarbetare och chefer kan de varandra återföring på vad som händer inom enheten och vilket bemötande som förväntas. Som en av cheferna beskriver det, så får medarbetarna i receptionen ofta ta emot den frustration som besökare upplever och dialogen är därför viktig. Den här typen av obehagliga eller potentiellt hotfulla situationer får inte normaliseras och bli en del av det vardagliga arbetet (enhet 3).

Antalet incidenter som skett i receptionerna, som togs upp i intervjuerna, är väldigt få. Det handlar om några enstaka incidenter som lett till våld, enstaka hot eller inbrott på vårdcentralen som lett till en otrygghet. Däremot verkar frustration vara det största problemet, att besökare uttrycker missnöje, blir aggressiva eller påträngande. Däremot, verkar det finnas ett antal identifierade riskfaktorer, där det kan handla om dels om medarbetare som gör arbetsuppgifter ”på fel ställe”, vilket kan minska patientsäkerheten eller på annat sätt öka risken för incidenter. Dels handlar det om receptionens utformning, där knappar för dörröppning sitter fel och kan vara lätta att nå av besökare, diskbredder som besökare kan nå över samt svårt att se och synas i receptionen.

3.2 Upplevelse av receptionen: *medarbetarperspektiv*

I samband med att chefsintervjuerna genomfördes så fick medarbetarna som arbetade i receptionen genomföra en enkät, där de fick beskriva sin upplevelse av receptionen och sina erfarenheter av att arbeta i receptionen. Totalt 20 personer genomförde enkäten.

Ytterst få av de som arbetar i receptionen är anställda som receptionister, utan majoriteten har en annan profession (85%), främst medicinsk sekreterare. De arbetsuppgifter som utförs i receptionen är främst kassa funktion, hänvisning samt posthantering och scanning och receptionslösningen uppfattas i hög grad vara funktionell för arbetsuppgifterna (85%). Receptionslösningen verkar, enligt enkäten även fungera bra för besökare, den är lätt att hitta till (100%), den upplevs uppfylla kraven på tillgänglighet för besökaren (80%) och för medarbetaren (90%) och receptionsdisken har en del som är höj- och sänkbar (95%).

Även om den huvudsakliga uppfattningen är att receptionslösningen är funktionell, lyfter en del av respondenterna fram de brister som finns, vilket dels handlar om

placeringen i lokalen där en av respondenterna skriver att *”det saknas sekretess för patienten då receptionen ligger i direkt anslutning till patientingången, det är dit patienten direkt hamnar. Patienter, som inte blivit uppropade till receptionen står nästan bakom patienten som talar med receptionisten”*. En annan respondent lyfter fram ett liknande problem, *”man ser inte receptionen när man kommer in då den är vänd bort från entrén. Mycket konstig placering och inte särskilt välkomnande. Denna placering gör även att patienterna stannar nära receptionen och väntar på sin tur vilket inte främjar sekretessen alls.”*

På frågan om utformningen av receptionen underlättar en god kommunikation med besökarna svarar 65% av respondenterna nej. Det vill säga att det finns problem att kommunicera med besökare och att det är svårt att tillämpa en hög sekretess. Detta beroende på receptionens placering i lokalen, den ligger nära väntrummet så samtal lätt överhörs, men det är även svårt att ha en god kommunikation eftersom besökare gärna vill tala om orsakerna till sitt besök.

Det verkar inte heller finnas någon rutin i dagsläget att meddela förseningar, enbart 40% svarar att de har en rutin, vilket dels kan leda till att besökare vill röra sig/sitta nära receptionen för att ha en möjlighet att fråga om sin tid om receptionen bemannad. Dels kan det leda till en ökad frustration hos besökare, att inte veta varför hen inte har kommit in. I enkäten framkom även att medarbetare på samma enhet, ibland hade olika uppfattningar om rutiner fanns eller inte, vilket indikerar att förmedlingen av rutiner brister inom verksamheten.

På frågan om arbetsplatsen uppfattas som trygg svarar en majoritet att den är det (85%), även om det är en hög andel som arbetar ensamma i receptionen hela eller delar av arbetspasset (80% anger att de arbetar ensamma hela eller delar av arbetspasset) och majoriteten av respondenterna arbetade även i öppna receptionslösningar (70%). Svårigheten här är att tolka svaret, eftersom den innehöll båda alternativen samtidigt (hela arbetspasset samt delar av), vilket gör att den troligen mer visar på att arbetet i receptionen stundtals (vid till exempel raster) utförs som ensamarbete,

Alla respondenter anger även att de upplever att de kan få stöd av en kollega när det behövs (100%), vilket visar att det finns en hög tillit mellan medarbetarna i receptionen. Alla uppger även att det finns tillgång till ett fast larm i receptionen/backoffice som de kan använda om något skulle hända och 15% av de tillfrågade har använt larmet någon gång. Dock finns det ingen respondent som använder bärbart larm under sitt arbete.


Situationer som skapar otrygghet på arbetsplatsen är relaterade till situationer med besökare som uppfattas som högljudda, otrevliga eller instabila. Till exempel kan det handla om *”när patienten blir frustrerade när vi inte har t.ex. drop-in”, ”när patienten får reda på att det kan ta upp till 10 arbetsdagar innan de får sina mediciner. Om vi inte kan tillfredsställa patienten blir de arga”, ”påverkade patienter som kommer ofta på eftermiddag, när jag är nästan helt själv. Det känns otryggt”, ”otrygg eller osäker när det gäller patienter som är påverkade eller med stark psykisk ohälsa som mer eller mindre*

hotar att ta livet av sig om de inte får vad de önskar” eller ”när det kommer högljudda och otrevliga patienter i receptionen.”

På frågan om respondenterna har upplevt hot- eller våldssituation, går det att se att 60% av de tillfrågade någon gång under sitt arbetsliv någon gång upplevt hot- eller våld, varav 25% under det senaste 12 månaderna. De situationer då medarbetare känner sig i hotade, rör även det besökare som är aggressiva eller som är påverkade, där det kan handla om situationer som personliga möten när *”patienten blir aggressiv i tonläget och ska ”brösta” upp sig”* eller via telefon, då *”patienten hotade både mig personligen och min arbetsplats”*. De hotfulla situationerna, länkas även samman till våldssituationer där respondenterna beskriver att våldsriskerna finns i situationer *”när patienten blir hotfull är man väldigt utsatt de kan bara luta sig över disken och klappa till en eller liknande”* eller när *”patienter är eller blir väldigt upprörda över att de inte får den hjälp de önskar. Vi kan inte alltid tillgodose önskemål om kontakt med t ex läkare. Händer då att patienter blir upprörda och agiterade. Pratar högt och gestikulerar.”*.

I enkätens frisvar om risken för våldsamma situationer pekar även på receptionen som en riskfylld plats, till exempel utifrån att risken för våldssituationer är *” (...) nog främst i kassan då vi som står där är lättillgängliga för patienter”*. Även arbetsuppgifter och organisering av arbetet påverkar risken för våld, genom att risken upplevs öka om *”man befinner sig helt ensam i receptionen och det inte finns någon kollega i närheten”* eller när *”patienter inte får de tabletter de vill ha. När patienter inte får de sjukintyg de vill ha”* eller *”om det skulle komma in någon person och vilja ha pengar. Dock har vi ju inte så mycket kontanter längre då de flesta betalar med kort.”*

Risken för våldssituationer, länkas även samman med placeringen av receptionen i lokalen, till exempel upplevs av vissa respondenter att risken för våld upplevs öka *”när personer kommer för nära hotfulla och det inte finns någon reträttmöjlighet. Det går inte att stänga om sig i receptionen. Receptionen ligger inne i vårdcentralen och inte i början som vore önskvärt”* samt att *”man inte ser vem som kommer in, vi har många ”kändisar” så att ha en reception där man tydligt ser vem som kommer betyder att man kan handla snabbare i situationen”*. Till sist sätts även risken för våld samman med närområdesfaktorer, där en respondent skriver att *”Tyvärr har vi en del patienter som är hotfulla när de blir missnöjda, en del av dessa patienter känner man till och vet är kriminella. De kan ha vapen eller vad som helst med sig, vi har ingen aning. Det finns en oro att dessa patienter ska komma tillbaka med ”kompisar” om de exempelvis blivit avvisade av väktare”*.



Receptionsutformningen stöttar/är funktionell för arbetsuppgifterna	Utformning och placering av reception stöttar inte god kommunikation eller hög integritet
Receptionen är tillgänglig för besökaren	Brist på rutiner samt brist på att förmedla rutiner om förseningar
Majoriteten trygga	Stökiga och högljudda besökare skapar otrygghet. Upplever risk för hot- eller våld när besökare nekas vård, medicin eller sjukskrivning
Alla upplevde möjligheten att få kollegialt stöd	

Figur 5: Summering av medarbetarnas upplevelse av receptionen och receptionsarbete.

3.3 Upplevelse av receptionen: observationer

Utifrån de strukturerade observationer som gjordes av projektgruppen, så framkom att på en generell nivå att se att *tillgänglighet* i form av gångstråk fanns i alla receptioner och väntrum, men enbart två av fyra enheter hade höj- och sänkbara diskar. Även förekomst av integritetsskydd varierade mellan de olika enheterna, där två av fyra enheter bedömdes ha god integritet utifrån placering i lokalen och i relation till utformningen.

När det kommer till möjlighet för receptionisten att *se besökare* komma in och/eller se väntrummet, så skattades detta på en fem gradig skala i observationen (1=ingen till 5= mycket god). Det var generellt sett få som såg entrédörrarna från receptionen (medelvärde 2) när besökaren kom in på enheten eller rörde sig på den (medelvärde 1.25). Det här kan vara en faktor som skapar oro, nämligen att inte kunna se om någon besökare kommer in och vad hen tar vägen. Översikten över väntrummet var dock högre (medelvärde 3.25), men vissa enheter hade trots det vissa delar som försvårade översynen genom att ha ”byggt in” döda zoner, med en förlust av siktlinjer, genom att till exempel möjliggöra att besökare kunde sitta vid sidan eller bakom receptionen.

EXEMPEL PÅ UTFORMNING DÄR MEDARBETARE I RECEPTIONEN INTE SER BESÖKARE EFTERSOM:

- Entrédörr öppnas inåt – mot receptionsdisken. Dörren står kvar i öppet läge under cirka 20 sek, vilket minskar möjlighet till uppsikt och gör det trångt vid disken.
- Det finns sittplatser efter väggen till höger i bilden där ingen uppsikt finns.
- Det är mycket trångt vid passage till behandlingsrummet bakom och till höger om receptionen.
- Flyktväg och back-office saknas.



Figur 6: Reception med golvmarkering för att markera avstånd mellan personer, dvs att bara en person ska vistas på ytan.

För att undvika den här typen av situationer, där det inte går att se vem som kommer in eller var besökare tar vägen i lokalen, lyfter betydelsen av att både se till rumssamband eller den spatiala interaktionen mellan entréer, väntrum och reception i planeringsfasen, men även hur möbler placeras (vilka platser tillgängliggörs) i den befintliga vårdcentralen (det vill säga kan besökaren "styras" i rummet på ett annat sätt?).

När det kommer till att kunna kontrollera besök, genom att kunna låsa dörrar från receptionen, så kunde bara en enhets sköta det helt från sin plats på receptionen. Backoffice, fanns bara på två av enheterna, de andra två enheterna använde ett annat rum som backoffice, men det var inte utformat för det från början (och saknade därför förutsättningar för att stötta arbetet optimalt).

Tre av fyra enheter tillgång till alternativa flyktvägar från receptionen, vilket gör att majoriteten av medarbetarna kan sätta sig i *säkerhet* vid eventuellt våldsamma situationer. Ofta kunde medarbetarna ta sig in i backoffice eller på mottagningen, men det är även här vikten att tänka i termer av *vad* flyr personen till – hur är den alternativa flyktvägen tänkt att fungera?

I observationerna noterades även att både väntrum och receptionsdisk ofta hade flera olika lösa föremål lättillgängliga, vilka skulle kunna användas som potentiella tillhyggen eller kastas mot receptionisten i en våldssituation och vilka skulle kunna beskrivas som en risk. Det handlade om allt från pennburkar, blomkrukor till prydnadsföremål. Det noterades även att i flera fall var inte möblering optimal, utan försvårade översyn över väntrummet, det kunde även upplevas som lite rörigt och svårorienterat eftersom det fanns mycket information och lappar uppsatta på väggar, dörrar och runt kölappsmaskinen.

3.4 Närområdesfaktorer betydelse för trygghet och säkerhet

I både chefsintervjun och i enkäterna framkommer att problem i närområdet ibland flyttar in på vårdcentralen, vilket gör att närområdet i sig själv är betydelsefullt för att förstå upplevelsen av trygghet och säkerhet. Det kan till exempel handla om ohälsotalet i området (vilket i sin tur hypotetiskt påverkar belastningen på vårdcentralen), andelen brott som sker i närområdet (som hypotetiskt påverkar medarbetarnas upplevelse av området, till exempel om mycket skadegörelse sker, kan det uppfattas som om att området är mer otryggt än ett välskött område etcetera). För att möjliggöra en analys av områdesfaktorer på ett så här litet antal enheter, har följande variabler använts på kommunnivå: ohälsotal, medelinkomst samt anmälda brott per 100 000 invånare. På gatunivå har följande variabler använts: andel våldsbrott i procent, andelen tillgreps- och skadegörelsebrott i procent, andelen narkotikabrott i procent samt andel brott som sker måndag till fredag i procent⁵.

⁵ Dessa har valts för att dels visa på vilka brottstyper som medarbetarna kan se/höra om i sitt vardagliga arbete, dels för att dessa brott ofta skapar otrygghet i ett område/gaturum. Däremot, så är det viktigt att även komma ihåg att en av enheterna är belägen i en galleria – vilket gör att det finns fler tillgrepsbrott där och en annan delar gatuadress med en polisstation vilket gör att den får en högre andel av narkotikabrott, så modellen speglar inte riktigt verkligheten eftersom närheten till andra personer/funktioner (polis och väktare) leder till fler brott, men även en ökad trygghet eftersom hjälpen kan vara nära.

I ett försök att kunna jämföra de olika områdena som finns mellan de olika enheterna (intern jämförelse) där områdena har kategoriserats mellan 0 (lägst andel risker) och 3 (högst andel risker), även om det inte är några statistiskt signifikanta skillnader mellan enheterna (tabell 4).

Enhet 1 (1.0)	Enhet 2 (1.04)	Enhet 3 (1.34)	Enhet 4 (2.63)
Lägst andel sociala riskfaktorer			Högst andel

Tabell 4: Sammanvägning av risk- och skyddsfaktorer på områdesnivå, jämförelse mellan enheterna.

I tabell 4 framkommer att en ganska stor variation mellan enheterna, där värdet varierar från 1.0 (enhet 1) till 2.63 (enhet 4), vilket kan indikera att enhet 4 är placerat i ett mer sårbart område jämfört med de andra enheterna. Vilket skulle kunna innebära att medarbetarna på enhet 4 upplever en påfrestning i arbetet som beror på områdets påverkan på arbetet. Ett högre ohälsotal leder till fler besök, synlighet/kännedom om brott och skadegörelse gör vägen till och från arbetsplatsen mer otrygg och så vidare.

3.5 Faktorer som potentiellt förklara otryggheten

Även om majoriteteten av respondenterna i enkäterna upplevde sig som trygga, så är det intressant att försöka förstå vilken skillnad som finns mellan de som är trygga och otrygga i materialet. Resultaten av den här jämförande analysen ska läsas med stor försiktighet, eftersom det rör sig om ett fåtal (3 stycken respondenter) som anser sig vara otrygga och det finns inga statistiskt säkerställda samband – men det kan ge en indikation om vilka faktorer det bör arbetas mer med i relation till arbetsmiljö-, arbetsorganisation och receptionsutformning för att främja tryggheten. De faktorer som har valts ut och analyserats jämförande är:

Respondentbaserade: respondenternas bakgrundsfaktorer (antal arbetsår och år på arbetsplatsen), respondenternas upplevelse av arbetsplatsen som funktionell för arbetet och om den stöttar en god kommunikation, om det på arbetsplatsen finns en rutin för att meddela förseningar (vilket kan minska frustration och irritation hos besökarna), samt erfarenhet av ensamarbete, hot- och våldssituationer.

Observationsbaserade: i relation till översikt av väntrum och entrédörrar, möjlighet att se besökare, lösa föremål i receptionsdisken samt i väntrummet samt tillgången till flyktvägar.

Närområdesbaserade: Områdets ohälsotal (vilket kan indikera graden av vårdkonsumtion/besök), områdets medelinkomst samt procent av antal brott på gatunivå som sker på vardagar (vilket kan indikera exponeringen för otrygghet på väg till- och från arbetet).

I tabell 5, som ska tolkas med försiktighet, till följd av det låga antalet som uppger sig vara otrygga, framkommer tentativa indikationer på två saker som kan påverka

otryggheten: *respondentens ålder* samt *tidigare utsatthet för hot- eller våld*. De som uppgett sig vara otrygga på sin arbetsplats har en generellt högre medelålder än de som angett sig vara trygga, det är ett mönster som framkommer även i andra trygghetsundersökningar, där ålder är en viktig faktor för upplevelsen av trygghet/otrygghet. Att åldern påverkar tryggheten, både i arbetslivet och utanför, kan förklaras av att vår reella eller föreställda förmåga att hantera hot och risker förändras med åldern, ju äldre än person blir så minskar våra förmågor (Sandstig jfr. 2010).

Även den direkta och indirekta erfarenheten av hot och risker påverkar trygghetsupplevelsen (jfr. Sandstig 2010) och i analysen framkommer att både trygga och otrygga respondenter har upplevt hot- och våldssituationer. Eventuellt kan det vara så att händelsen har hanterats på olika sätt av personen och/eller i verksamheten, vilket ger olika konsekvenser för individen i förlängningen. Att hantera utsatthet för hot-/våld, kan antingen göras på ett positivt eller negativt sätt, där det positiva handlar om att ge socialt stöd och insatser som är problemorienterade, medan de negativa strategierna fokuserar istället på personen eller hur personen agerat (skuld, skam, negligering), vilket leder till en förstärkt otrygghet eller självkritik (Boccellari m.fl. 2007).

Även om dessa faktorer som potentiellt förklarar otryggheten, berör individ- och verksamhetsfrågor, så är det ändå viktigt att ta hänsyn till frågor som rör receptionens utformning och placering i lokalen, så att dessa kan stötta trygghetsupplevelsen. Det handlar bland annat om att skapa en översikt/siktlinjer över väntrum och entrén samt erbjuda alternativa flyktvägar vid en eventuell incident.

Tabell 5: Jämförelse mellan trygga och otrygga respondenter (n=20).

Faktorer	Trygg på arbetsplatsen (n=17)	Otrygg på arbetsplatsen (n=3)
Antal arbetsår (medelvärde)	18.1 (std. 12.3)	28.7 (std. 16.3)
Antal år på arbetsplatsen (medelvärde)	8.3 (std. 8.2)	13.8 (std. 9.8)
Upplever du din arbetsplats som funktionell för dina arbetsuppgifter? (andel samt antal som svarat ja)	94% (16)	33% (1)
Upplever du att receptionens utformning gynnar en god kommunikation med besökaren (andel och antal som svarat ja)	35% (6)	33% (1)
Finns det någon rutin att meddela förseningar? (andel och antal som svarat ja)	47% (8)	0% (3)
Arbetar du ensam hela eller delar av ditt arbetspass? (andel och antal som svarat ja)	82% (14)	67% (2)
Har du använt larmet någon gång? (andel och antal som svarat ja)	12% (2)	33% (1)
Har du upplevt någon hot/våldssituation någon gång? (andel och antal som svarat ja)	59% (10)	66% (2)
Grad av översikt över väntrum från receptionen (stigande skala, 1–5, medelvärde)	3.1	3
Grad av översikt entrédörren från receptionen (stigande skala, 1–5, medelvärde)	3	3
Möjlighet att se besökaren från receptionen (stigande skala, 0–2, medelvärde)	1.1	1
Lösa föremål på disken (andel och antal av respondenter som har det)	29% (5)	33% (1)
Lösa föremål i väntrummet (andel och antal av respondenter som har det)	29% (5)	33% (1)
Tillgång till alternativa flyktvägar (andel och antal av respondenter som har det)	82% (14)	66% (2)
Ohälsotal (medelvärde)	24.8 (std. 1.8)	24.6 (std. 1.3)
Medelinkomst (medelvärde)	325 754 (std. 22 050)	326 925 (std. 26 143)
Brott på gatunivå som sker på vardagar (i procent)	77.6 (std. 2.4)	77.13 (std. 1.3)

4. Slutsatser av pilotstudien

Syftet med pilotstudien ”Trygga och säkra receptioner” var därför att undersöka hur olika typer av receptionsutformning påverkar upplevelsen av att arbeta i receptionen, med ett särskilt fokus på trygghet och säkerhet. Målet med studien var inte att bidra med generella eller heltäckande svar på vad som ska göras – utan istället bidra med viss kunskap inom ämnet och generera nya frågor till kommande studier.

Att arbeta med utformningen av receptionister är komplext, eftersom det handlar om att skapa förutsättningar för tillgänglighet, en god arbetsmiljö och hitta utformningar som stöttar trygghet och säkerhet. Men även arbetet i receptionen är komplext, det ställer krav på medarbetare att vara närvarande, att upprätthålla ett gott bemötande och en god kommunikation – men även att kunna hantera flera oväntade och ibland obehagliga situationer. Samtidigt är forskningen kring hur en reception ska utformas eller placeras i lokalen sparsamt förekommande, vilket gör att vi i dagsläget vet väldigt lite om hur olika receptionslösningar fungerar utifrån ett medarbetarperspektiv.

Utifrån pilotstudiens resultat framkommer att majoriteten av respondenterna upplever sig som trygga på sin arbetsplats, oavsett om receptionen är inglasad eller öppen. Majoriteten av medarbetarna i studien arbetar i öppna receptioner, där ytterst få gav uttryck till att det skapade en otrygghet i sig. Det framkom även att det fanns ett gott kollegialt stöd på alla enheterna, då alla respondenter uppgav att de kände att en kollega skulle hjälpa dem i fall det behövs i en situation.

Nuvarande receptionslösningarna uppfattas även som tillgängliga för besökare, tillgängliga för medarbetare och funktionella för arbetsuppgifterna enligt medarbetarenkäten. Däremot, i observationerna som gjordes på plats, bedömdes tillgängligheten vara något lägre, främst för att två enheter saknade höj- och sänkbara diskar. Det som främst lyfts fram som *negativa aspekter* i pilotstudien är att receptions utformningen och receptionens placering inte stödjer en god kommunikation och hög integritet för besökaren, arbetsmiljöfrågor (avsaknad av dagsljusinsläpp, bristfällig ventilation eller att receptionen blir varm) samt att receptionens placering inte skapar översikt och att zonerings inte är optimalt anpassad. I observationerna framkom, förut avsaknad av en hög översikt av väntrum och entréer, även att det i reception och väntrum ofta fanns lättillgängliga, lösa föremål (potentiella tillhyggen), var svårt att orientera sig samt att det ibland kunde upplevas rörigt på grund av att det fanns för många föremål på en för liten yta (allt från möbler till informationslappar).

De två indikationer på två faktorer som verkar kunna påverka otryggheten i den här rapporten var: *respondentens ålder* samt *tidigare utsatthet för hot- eller våld*. Vilket direkt pekar på betydelsen av att arbeta med organisatoriska och verksamhetsrelaterade frågor, för att stötta medarbetare som utsatts för hot- eller våld. Indirekt, handlar det även om att utforma receptioner och väntrum som stöttar trygghetsupplevelsen, så att medarbetaren trots sin erfarenhet ska känna sig trygg i

miljön. I pilotstudien gav inte heller närområdesfaktorerna något utslag, även om både medarbetare och chefer uppgav att händelser inom närområdet påverkar det dagliga arbetet. Anledningen till att dessa faktorer just här inte spelar någon roll, kan eventuellt bero på att de enheter som ingick redan har hittat goda strategier för att arbeta med riskfaktorer i närområdet. Bland annat finns det en trygghet i att vissa enheter har kontakter med väktare i närområdet som stöttar upp i risksituationer eller har etablerat samarbeten med andra aktörer i närområdet.

4.1 Rekommendationer för vidare arbete med ”trygga och säkra receptioner”

Med tanke på att pilotstudien enbart har utgått från medarbetare och chefers upplevelser och erfarenheter från fyra enheter, så bör det ske fler studier rörande vad som skapar ett tryggt och säkert arbete i receptionerna samt hur utformningen kan bidra till en trygg och säker arbetsmiljö.

Utifrån resultaten går det att se att fyra övergripande teman bör studeras vidare i större studier:

Utformning och placering av receptionen: studera vidare *hur* receptionen bör placeras i förhållande till väntrum, entréer och andra ytor för att skapa optimala förhållanden för integritet, kommunikation, tillgänglighet, översyn samt trygghet och fysisk säkerhet hos medarbetaren (zonerings/sektionering, andel lösa föremål på disk/i väntrum samt möjlighet till alternativa flyktvägar och låsning av dörrar kan hanteras). Hur ska dessa planeras och utformas i relation till framtidens väntrum i relation till Nära vård, med självcheckning, digifysiska rum för självscreening etcetera?

Arbetet i receptionen: studera vidare hur det dagliga arbetet genomförs, vilka situationer möter medarbetaren, hur stöttar receptionsutformningen kommunikation och bemötande, hur påverkas dialogen av olika typer av kläder vid receptionsarbete (privata, kavaj eller sjukvårdsklädsel)? Vilka arbetsuppgifter är det tänkt ska genomföras där och vilka genomförs i praktiken? Finns det skillnader eller likheter mellan enheter där enbart en person arbetar som receptionist och de enheter där receptionisttjänst är en del i ett större arbetsansvar?

Organisations- och verksamhetsfrågor: studera vidare hur rutiner förmedlas, vilka rutiner som bör utvecklas, hur incidenter hanteras och vilket stöd verksamheten kan ge till medarbetare som upplever hot- och våld. Även om det idag finns policys och riktlinjer, så kan graden av implementering skilja sig åt mellan enheterna, liksom möjligheten att skapa lokala riktlinjer för speciella situationer.

Närområdets betydelse: även om närområdesfaktorerna inte gav något utslag i pilotstudien, så är dessa intressanta att studera vidare-, främst eftersom områdets betydelse lyftes fram av både i chefsintervjun och i enkäten som något centralt för arbetet. Eventuellt kan det vara så att receptioner och väntrum ska ha lite olika

utformning/placering i relation till närområdesfaktorer – både i form av var i lokalsamhället vårdcentralen är placerad – men även i relation till sociodemografiska faktorer. Detta ställer dock krav på en viss flexibilitet i rumsutformningen, eftersom ett närområde kan förändras över tid.

I samband med pilotstudiens genomförande planerades även att göra delstudie kring en enhet som hade flyttat till nya lokaler i ett närliggande, för att kunna jämföra upplevelsen av receptionsutformningen och receptionsarbetet före och efter flytten. Av olika anledningar blev den delstudien inte av, men den borde göras längre fram – eftersom det kan skapa en förståelse av det rumsligas betydelse för risker, trygghet och säkerhet.

4.2 Avslutande reflektioner

Pilotstudien är en småskalig studie som bara skrapar på ytan av frågan kring trygga och säkra receptioner, men samtidigt visar den på behovet av att jobba med frågan på en regional nivå. Ett systematiskt och övergripande arbete, där frågan kartläggs och analyseras, minskar risken för att åtgärder eller förändringar riktas mot fel saker och blir kontraproduktiva eller skapar en falsk trygghet.

Till exempel att glasa in alla receptioner kan leda till att medarbetare vaggas in en falsk trygghet och tappar riskhanteringsförmågan som bygger på en god kommunikation och ett gott bemötande. Eller att inglasning skapar en större osäkerhet och signalerar att arbetet är farligt eller riskfyllt?

Kanske finns det också andra saker som har en mer trygghetsskapande effekt, såsom receptionsplacering, utformning av backoffice, möblering av väntrummet eller stötta sambanden mellan entré, väntrum och reception.

Och slutligen, med mer mobil vår, hemsjukvård, Nära vård och nya arbetssätt kommer såväl primärvård som helhet som dess olika rumsliga funktioner utvecklas. Nya verksamhetskrav och därmed säkerhetskrav kommer att utvecklas de kommande åren.

Referenser

- Arbetsmiljöverket (2018). *Arbetsskador 2017. Arbetsmiljöstatistik*. Rapport 2018:1. Nedladdad via: <https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljostatistik-arbetsskador-2017-rapport-2018-1.pdf> [2019-02-05].
- Bergström, G. & Boréus, K. (2005). *Textens mening och makt*. Lund: Studentlitteratur.
- Boccellari, A., Alvidrez, J., Shumway, M., Kelly, V. m.fl. (2007). Characteristics and psychosocial needs of victims of violent crime identified at a public-sector hospital: data from a large clinical trial. *General Hospital Psychiatry*, 29(3): 236-243.
- BRÅ (2015). *Hot och våld. Om utsatthet i yrkesgrupper som är viktiga i det demokratiska samhället*. Rapport 2015:12. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Casteel, C. Peek-Asa, C., Noceram M., Smith, J.B., GoldMacher, S., O'Hagan, E., Valiante, D. & Harrison, R. (2008). Hospital Employee Assault Rate Before and After Enactment of the California Hospital Safety and Security Act. *Ann Epidemiol* 19:125–133.
- Clarke, R.V. (1999). *Hot products: Understanding, anticipating and reducing demands for stolen goods* (Paper No. 112, Police Research Series). London: British Home Office Research Publications.
- Clarke R. V. & Eck J. E. (2005). *Bli en problemlösande brottsanalytiker i 55 steg*. Solna: Polishögskolan, Vidareutbildningen
- Collins, R. (2008). *Violence, A micro-sociological. Theory*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Davis, K. (2008). Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. *Feminist Theory* 9:67-85.
- d’Ettorre, G., Mazzota, M., Pallicani, V. & Vullo, A. (2018). Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Biomed for Health Professions* 89(4):28-36.
- Ekermann, P., Åberg, I. (2008). *Reception counters for health care environments*. KTH Teknik och Hälsa, Campus Telge.
- Felson, M., Boba, R. (2010). *Crime and everyday life*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.
- Fröst, P. (2014). Design av framtidens vårdmiljöer. Ur: Wijk, H. (red). *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur. s. 275-292.
- Gates, D.M., Ross, C.S. & McQueen, L. (2006). Violence against Emergency Departments workers. *Journal of Emergency Medicine* 31(3):331-337.
- Green, J. (1997). *Risk and misfortune: Social construction of accidents*. London: UCL Press.
- Gärling, T., Böök, A., Lindberg, E. (1986). Spatial Orientation and Wayfinding in the Designed Environment. *Journal of Architectural and Planning Research* 3:55-64.

- Hutton, S.A., Vance, K., Burgard, J., Grace, S. van Male, L. (2018). Workplace violence prevention standardization using lean principles across a healthcare network. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 31(6):464-473.
- Iedema, R., Long, D. & Carrol, K. (2010). Corridor communication, spatial design and patient safety: enacting and managing complexities. Ur: van Merrewijk, A., Yanow, D. (eds.). *Organizational Space. Rematerializing the Workday world*. Massachusetts, USA: Edward Elgae Publishing Inc. s. 41-57.
- Irvine, J.T. (1979). Formality and Informality in Communicative Events. *American Anthropologist* 81(4):773-790.
- Kowalenko; T., Cunningham, R., Sachs, C.J. m.fl. (2012). Workplace violence in emergency medicine: Current knowledge and future directions. *The Journal of Emergency Medicine* 43(3):523-531.
- McPhaul, K.M. & Lipscomb, J.A. (2004). Workplace violence in Health Care: Recognized but not Regulated. *Online Journal of Issues in Nursing* 9(3), manuscript 6.
- Nolan, S.A. & Heinzen, T.E. (2014). *Statistics for the Behavioral Sciences*. New York, U.S.: Worth Publisher.
- Nolbeck, K. & Thodelius, C. (2018). Sambandet mellan bostaden, bostadsområdet och hälsan. In Carlander, A., Rönnerstrand, B. (red.). *Hemma Väst. Den Västsvenska SOM-undersökningen 2017*. Rapport nummer 73. s. 89–100. Bohus: Ale Tryckteam.
- Potter, A. & Atlas, R.I. (2013). Designing Safe Healthcare Facilities: Hospitals and Medical Facilities. Ur. Atlas, R.I. (red). *21:st Century Security and CPTED. Designing for Critical Infrastructure Protection and Crime Prevention*. Boca Raton FL: CRC Press. s. 373-400.
- PTS (2016). *Lokaler för öppenvård – kunskapsunderlag vid planering av vårdcentraler och mottagningar*.
https://www.chalmers.se/SiteCollectionDocuments/Centrum/CVA%20Centrum%20f%C3%B6r%20V%C3%A5rden%20Arkitektur/utvecklingsprojekt/lokaler-for-framtidens-oppenvard/pts-rapport_lokaler-foer-oeppenvaard.pdf [2020-12-08]
- PTS (2022) Förstudie till Konceptprogram – Lokaler för primärvård med fokus på vård- och hälsocentraler, 2022-05-20. (Samverkan PTS, CVA, Forum Vårdbyggnad, Fastighetsrådet)
- PTS (2022) Konceptprogram – Lokaler för primärvård med fokus på vård- och hälsocentraler, 2022-05-20. (Samverkan PTS, CVA)
- Region Jönköpings län (2018). *Mötet med patienter i receptionslokaler och väntrum*.
<https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=42265&childId=24567> [2019-01-08]
- Region Kronoberg (2018). *Nu öppnar en ny gemensam sjukhusreception för Centrallasarettet i Växjö*. [Pressmeddelande]. <http://www.regionkronoberg.se/nyhetsarkiv/nu-oppnar-en-gemensam-sjukhusreception-for-centrallasarettet-i-vaxjo/> [2019-01-08]

- Region Västerbotten (2012). *Gemensam reception spar både tid och pengar* [Pressmeddelande].
http://www.mynewsdesk.com/se/vasterbottens_lans_landsting/pressreleases/gemensam-reception-spar-baade-tid-och-pengar-732399 [2019-01-08]
- Sandstig, G. (2010). *Otrygghetens landskap en kartläggning av otryggheten i stadsrummet och en analys av bakomliggande orsaker, med fokus på mediernas roll*. Göteborg: Institutionen för journalistik, medier och kommunikation, Göteborgs universitet.
- SOU 2003:118. *Allmänna samlingslokaler – demokrati, kultur och utveckling*. Stockholm: Edita Nordstedt Tryckeri AB.
- Thodelius, C. (2018). *Rethinking Injury Events. Exploration in Spatial Aspects and Situational Prevention Strategies*. Göteborg: Chalmers University of Technology.
- Wijk, H. (2014). *Vårdmiljöns betydelse*. Lund: Studentlitteratur.
- Wikman, S., Estrada, F., Nilsson, A. (2010). *Våld i arbetslivet – en kriminologisk kunskapsöversikt*. Rapport 2010:4. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Yin, R.K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods*. Los Angeles: Sage.

Denna rapport är en del av Centrum för vårdens arkitekturs rapportserie. Centrum för vårdens arkitektur är en nationell arena för skapande, översättning, utbyte och spridning av kunskap om vårdarkitektur. CVA bedriver forskning, genomför forskarutbildning samt bidrar till grund- och vidareutbildning. Forskningsfokus för CVA är arkitektur i relation till läkande, patientupplevelse och effektivitet.

Rapporterna utgår från antingen forskning och/eller ämnen relevanta för FoU avseende fysiska vårdmiljöer.

För mer information om CVA:s rapporter och aktiviteter, besök vår hemsida <https://www.chalmers.se/cva>

