

Att översätta och anpassa ett engelskt instrument för bedömning av fysisk miljö på särskilt boende till svenska förhållanden -utmaningar och erfarenheter

Susanna Nordin¹, Marie Elf¹, Kevin McKee¹, Helle Wijk²

¹ Högskolan Dalarna, Hälsa och samhälle, Falun, Sverige

² Sahlgrenska Akademin, Vårdvetenskap och hälsa, Göteborg, Sverige

Korresponderande författare: Susanna Nordin snr@du.se

Abstrakt

Äldre tillbringar mycket tid i sin bostad varför kvalitet på den fysiska miljön har stor påverkan på deras livskvalitet. Det finns dock fortfarande en brist på giltiga instrument som kan utvärdera kvaliteten på byggnadsdesign. I denna artikel presenterar vi resultaten från den första fasen av ett projekt, som syftar till att utveckla ett instrument för att utvärdera kvaliteten på utformningen av fysisk miljö. I denna fas har vi översatt och anpassat ett engelskt instrument till svenska förhållanden. Inledningsvis genomfördes en systematisk litteraturstudie över instrument för att utvärdera den fysiska vårdmiljön. Resultatet visade att Sheffield Care Environment Assessment Matrix (SCEAM) var ett instrument med potential för användning inom särskilt boende för äldre och för svenska förhållanden. Först översattes instrumentet till svenska och därefter genomfördes validitets- och reliabilitetstester. I artikeln rapporteras utmaningar och erfarenheter av proceduren med att översätta och anpassa ett instrument till svenska vårdförhållanden.

Nyckelord: Fram- och tillbaka översättning, mätinstrument, fysisk miljö, särskilt boende för äldre

Introduktion

I denna artikel presenterar vi den översättnings- och anpassningsprocess som är nödvändig för att kunna använda instrument som är utvecklade i andra länder. I takt med att kraven ökar på evidensbaserade metoder och instrument för verksamhetsutveckling krävs det valida och reliabla metoder och instrument. Detta saknas dock fortfarande när det gäller svenska instrument som kan användas för att utvärdera den fysiska vårdmiljön av särskilt boende för

äldre. Det är idag allt vanligare att arbeta i tvärvetenskapliga projekt globalt. Det innebär att tillgången till kunskap, instrument och metoder kan utbytas och utvecklas. Samtidigt kräver det att överföring av instrument mellan länder sker efter en noggrann översättning och anpassning av de instrument som används i internationella projekt.

En systematisk litteraturoversikt över publicerade instrument som mäter kvalitet på fysisk vårdmiljö resulterade i 22 instrument där majoriteten var avsedda för användning inom äldreomsorg och demensvård, endast ett instrument var utvecklat för användning inom akutsjukvård. Instrumenten hade varierande kvalitet när det gäller validitet, reliabilitet och användbarhet (Elf et al., 2012).

De instrument som finns är utvecklade främst under 1980 och 1990-talen och har i de flesta fall inte använts frekvent av andra forskare än utvecklaren av instrumentet. Det är svårt att finna de publicerade instrumenten eller studier som använt instrumenten i databaser för arkitektur och designprocessen. De instrument som är skapade inom bygg- och arkitektur samt design är generellt mycket tekniska och inriktade på hållbarhet vad gäller energi- och materialanvändning. Dessa instrument är inte heller fokuserade på att mäta funktion i byggnaden från ett användarperspektiv. Sheffield Care Environment Assessment Matrix (SCEAM) var ett instrument som motsvarade behovet av att förena både kvalitet på fysisk vårdmiljö och livskvalitet. SCEAM valdes för att det är ett mångfacetterat instrument som utgår ifrån tanken att den fysiska miljön inom en byggnad kan stödja livskvaliteten hos äldre personer. Kärnan är ett personcentrerat förhållningssätt vilket genomsyrar instrumentets olika delar, såväl specifika som mer övergripande aspekter (Parker et al., 2004). Ett grundantagande för en personcentrerad vård är att alla människor kan drabbas av ohälsa i form av sjukdom eller annan nedsättning, men att individen inte blir sin sjukdom eller sina symtom. Ett personcentrerat förhållningssätt förutsätter kunskap om vårdtagaren och att särskilt beakta de behov som har betydelse för personens livskvalitet (Kitwood, 1997).

Forskningsfrågan

Den fysiska vårdmiljön är viktig för såväl patientens hälsa och vårdens utförande. Det saknas ett svenskt instrument för att mäta kvalitet på den fysiska vårdmiljön inom särskilt boende för äldre, däremot finns det ett instrument utvecklat och testat i England. Det är rimligt att anta att instrumentet är användbart även i en svensk kontext men det behöver först översättas,

anpassas och testas. En litteraturöversikt över instrument för skattning av fysisk vårdmiljö visar att det finns många instrument i omlopp men kvaliteten är varierande och det är därför angeläget att diskutera följande:

- Vad är typiskt för den kontext där instrumentet skall användas?
- Hur kan en systematisk och rigorös process vid översättning och anpassning av ett instrument genomföras?
- Vilka steg krävs för att uppnå kravet på ett instrument som inte avviker alltför mycket från originalinversionen när det gäller begrepp, kultur och psykometrisk tillförlitlighet?

Definitioner

Med särskilt boende avses individuellt behovsprövat boende, men det finns ett flertal olika benämningar vilka varierar mellan olika kommuner (Socialstyrelsen., 2010). Särskilt boende för äldre innebär de särskilda boendeformer för äldre enligt 5 kap. 5 § i Socialtjänstlagen, SoL (Socialstyrelsen, 2011). Särskilt boende för personer med demens betyder att boendet skall vara anpassat efter problem och behov hos personer med demenssjukdom, och att personalgruppen som arbetar på boendet ha specifik kunskap om demensvård (Socialstyrelsen., 2009).

Bakgrund

Den fysiska vårdmiljön har betydelse för individens hälsa och välbefinnande och för vårdens utförande (Dijkstra et al., 2006). För att kunna skapa stödjande vård- och omsorgsmiljöer krävs att kunskap från olika kunskapsområden integreras och baseras på evidens och erfarenhet. En personcentrerad vård- och omsorgsmiljö förutsätter att patientperspektivet finns representerat genom hela processen.

Målet är att utforma en personcentrerad vårdmiljö där patienter, anhöriga och vårdpersonal känner sig välkomna, bekräftade och delaktiga. Miljöns utformning är central när det gäller att stödja patientens integritet, resurser och läkeprocesser och bidrar till att stimulera hälsa och välbefinnande (Dijkstra et al., 2006, Ulrich et al., 2008). Vårdmiljön innefattar allmänna aspekter, men behöver också utgå från varje individs specifika behov, resurser och önskemål. Hur vårdmiljön är utformad inverkar även på anhörigas upplevelse av miljön som trygg och

säker, och om de känner att deras familjemedlem erhåller en god och professionell vård. För vårdpersonalen kan vårdmiljöns utformning påverka omvårdnaden av patienter samt bidra till känslan av arbetstillfredsställelse. En förutsättning för detta är att vårdpersonalen utgår från sin professionella erfarenhet och bedömning av vilka aktuella behov och önskemål som behöver tillgodoses, och utifrån detta kan se till att miljön anpassas efter vårdens behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2001).

Begreppet vårdmiljö innefattar både den fysiska miljön och den psykosociala miljön. Den fysiska miljön, rummet, handlar om exempelvis rumsstorlek, avstånd, temperatur, färgsättning, ljus, möbler och textilier, medan den psykosociala miljön rör människors upplevelser av att vara i olika miljöer. Den psykosociala miljön är av mer subjektiv art och kan variera från person till person. Såväl fysisk som psykosocial miljö och deras inbördes påverkan är viktiga att beakta i skapandet av stödjande vårdmiljöer. Olika slags funktionsnedsättningar som nedsatt syn, försämrat luktsinne, hörselnedsättning eller försämrad känslighet som en följd av kognitiv eller neurologisk skada, har betydelse för hur vi uppfattar vår omgivning. Tidigare erfarenheter av olika situationer inom vården, perspektiv och värderingar kan också variera mellan individer och påverka upplevelsen av vårdmiljöer (Dijkstra et al., 2006, Edvardsson, 2008, Ulrich et al., 2008).

Äldre och vårdmiljö

Den svenska befolkningen blir allt äldre och medellivslängden förväntas öka till följd av bättre levnadsvillkor och minskande antal dödsfall. I dag finns ungefär 1700 personer som är 100 år eller äldre, och denna siffra beräknas uppgå till 6 000 personer om cirka 40 år (Socialstyrelsen., 2009). Många äldre klarar inte längre av att bo kvar i det egna hemmet utan hänvisas till den kommunala äldreomsorgen (Socialstyrelsen., 2009). Idag bor 89 000 personer som är 65 år eller äldre i permanent särskilt boende, varav 64 500 utgörs av personer med demenssjukdomar (Socialstyrelsen, 2011). Trots att stora populationsstudier tydligt visar att vi är allt vitalare högt upp i åren, har vi samtidigt en mycket stor grupp äldre-äldre personer, det vill säga 85+, som drabbas av olika former av multisjuklighet. Det kan röra sig om åldersrelaterade nedsättningar såsom nedsatt syn, besvär av bländning, behov av mer tid för att klara sina dagliga aktiviteter och ökad känslighet för tidspress och störande miljöer. Dessutom kan de olika formerna av sjukdomar som ofta följer med åldrandet påverka rörlighet, tänkande, minne, perception (varseblivning) och psykisk jämvikt (Zeisel, 2000).

Tätt förknippat med åldrandet är risken att drabbas av en demenssjukdom där dagens siffra om cirka 150 000 svenskar med en demenssjukdom redan år 2050 förväntas ha stigit till 240 000. Samhällets kostnader för vården av personer med demenssjukdom ligger idag på cirka 50 miljarder varav kommunerna står för 85 procent, landstingen 5 procent och anhöriga 10 procent. När det gäller specifika behov avseende vård- och omsorgsmiljöns utformning vet vi att personer med demenssjukdomar ofta har svårigheter att tolka sinnesintryck samt problem med att orientera sig i sin omgivning. Det är därför troligt att dessa patienter i synnerhet skulle vara behjälpta av en tydlig miljö (Socialstyrelsen, 2010).

Det finns naturligtvis en lång rad faktorer som påverkar hur vi uppfattar och fungerar i vår boendemiljö, exempelvis är känslan av säkerhet och trygghet viktig, men svår att planera för i äldres miljöer. Det finns olika tillvägagångssätt för att öka förståelsen för hur vård och boendemiljöns utformning påverkar äldre personer. I allmänhet försöker man väga de sammanlagda kraven från miljön mot hur de kan tänkas påverka den äldre personens agerande och välbefinnande, utan att för den skull negligera våra individuella olikheter i form av anpassningsförmåga, kompetens och personlighet. Medvetenheten om de särskilda svårigheter som kan följa i samband med åldrandet och med en eventuell utveckling av en demenssjukdom, måste vara utgångspunkten vid ny- och ombyggnationer av vård- och boendemiljöer för äldre. Likaså måste nya rön som forskningen presenterar kring anpassning av miljön prövas och utvärderas. Utvärderar vi effekten av en medveten anpassning av den inre och yttre arkitekturen, färg- och ljussättning samt stimulerande aktiviteter kan vi lägga ytterligare en pusselbit till kunskapen om vilka strategier som ger en bättre balans mellan åldrandets behov och krav. För att lyckas krävs det att vi samarbetar både tvärvetenskapligt och gränsöverskridande med ett gemensamt synsätt som grund (Zeisel, 2000).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att vård- och omsorgsmiljöers utformning är av väsentlig betydelse för rehabilitering, välbefinnande, livskvalitet och vårdens utförande. Utgångspunkten i föreliggande studie är ett större projekt vars övergripande syfte är att studera förhållandena mellan den fysiska miljöns kvalitet, de boendes livskvalitet, vårdkvalitet och säkerhet inom boendemiljöer för äldre. För att öka kunskapen inom detta komplexa fält behöver vi tillförlitliga mätinstrument både när det gäller den fysiska miljöns kvaliteter, de boendes livskvalitet och vårdarnas arbetstillfredsställelse. Avseende de två sistnämnda

faktorerna finns det idag valida och reliabla instrument framtagna medan det saknas för den fysiska miljön.

Teoretisk referensram

Utvärdering av byggnadsutformning

Objektiva mätningar är en av grundstenarna i systematiskt kvalitetsarbete och forskning. Mätningar syftar till att få en bild av verkligheten för att kunna göra jämförelser av företeelser över tid och/eller mellan olika platser. Enligt Donabedian (1988) kan kvalitetsbedömningar inom vården genomföras utifrån struktur, process och resultat. Vårdens struktur innefattar fysiska och organisatoriska kvaliteter som fysisk miljö, vårdpersonal och rutiner, medan process utgörs av de vårdhandlingar som äger rum mellan personal och patienter, exempelvis användande av evidensbaserade riktlinjer. Resultatet handlar om vad hälso- och sjukvården vill uppnå för patienten såsom exempelvis hälsa och välbefinnande (Donabedian, 1988).

Mätningar är även viktigt när det gäller att få en uppfattning om kvaliteten på utformningen av byggnader (Preiser and Vischer, 2005, Steinke et al., 2010). Mätningar kan ge värdefull kunskap om funktion, användning eller upplevelser som kan användas vid nybyggnation eller renoveringar. Mätningar är en självklar del i ”post-occupancy evaluation” (POE) vilket innebär utvärdering av byggnaden när den har tagits i bruk (Baird, 2001). POE har länge varit fokuserat på användarnas upplevelser av byggnaden här och nu och har därför kritiserats eftersom lite hänsyn har tagits till användarnas behov mer generellt och utifrån evidensbaserade kriterier. Idag används begreppet ”building performance evaluation” (BPE) som inkluderar förbestämda evidensbaserade kriterier som bestäms redan i tidiga skeden av en planeringsprocess (Preiser and Vischer, 2005). För att kunna utföra mätningar av en byggnads kvalitet krävs objektiva, valida och reliabla mätinstrument.

Att kunna mäta är också viktigt i tillämpningen av en evidensbaserad design (EBD). Med EBD menas att beslut om design ska baseras på bästa tillgängliga kunskap från forskning samt från erfarenhet och utvärdering av befintliga byggprojekt (Stankos & Schwartz, 2007).

Instrumentet

The Sheffield Care Environment Assessment Matrix (SCEAM) är ett engelskt instrument som mäter i vilken utsträckning miljön inom äldreboenden stödjer livskvalitet för äldre personer.

Instrumentet har använts i England för att mäta kvaliteten på vårdmiljöns utformning inom äldreboenden (Parker, Barnes & McKee, 2004), men är inte tidigare översatt och testat i svenska vårdmiljöer. Instrumentet utgår ifrån olika aspekter i miljön både när det gäller utformning och användning av byggnaden och är indelat i tre grupper:

- Utformning för äldre personer i allmänhet
- Utformning för fysisk bekvämlighet
- Utformning för sköra multisjuka äldre

Instrumentet består av flera domäner som kan relateras till den äldres livskvalitet, och till varje domän hör ett flertal frågor. De olika domänerna är följande:

- **Avskildhet** anger i vilken utsträckning byggnaden gör det möjligt för de boende att vara privata. Exempel på detta att enskilda lägenheter är insynsskyddade.
- **Personalisering** anger på vilket sätt byggnaden gör det möjligt för de boende att utforma olika delar av boendet så att det blir mer personligt. Hit hör privata rum, allmänna utrymmen och kommunikationsutrymmen, och ett exempel kan vara att det finns plats i vardagsrummet där de boende kan placera personliga föremål om de så önskar.
- **Val och kontroll** anger i vilken utsträckning byggnaden gör det möjligt för de boende att vara självständiga. Ett exempel på detta kan vara att det finns valfrihet av flera trädgårdsområden.
- **Samhälle** anger på vilket sätt byggnaden är en del av samhället i övrigt, exempelvis att det finns serviceinrättningar och butiker i närheten.
- **Säkerhet och hälsa** anger i vilken utsträckning byggnaden erbjuder en säker miljö för de boende såsom exempelvis halksäkra golv.
- **Fysiskt stöd** anger på vilket sätt byggnaden gör det möjligt för personer med funktionsnedsättningar att använda boendet på ett bra sätt. Exempel på detta är att sittplatserna är säkra och stödjande för sköra äldre.

- **Trivsel** innefattar boendets fysiska inomhusmiljö, och kan handla om god ventilation i exempelvis vardagsrummet.
- **Kognitivt stöd** anger på vilket sätt byggnaden gör det möjligt för personer med kognitiva nedsättningar att använda vårdhemmet på ett bra sätt. Ett exempel är om det är lätt för den boende att hitta till hygienutrymmet från sängen.
- **Medvetenhet om yttervärlden** anger på vilket sätt byggnaden gör det möjligt för de boende att uppfatta förändringar i utomhusmiljön. Ett exempel kan vara om den boende kan se ut genom fönstret från sängen.
- **Normalitet och äkthet** anger på vilket sätt byggnaden har en miljö som påminner om ett vanligt hem. Detta kan exempelvis handla om att trygghets/säkerhetsanordningar är integrerade i miljön så att de inte upplevs störande.

Metod och urval

En fram- och tillbaka översättning valdes för projektet (Maneesriwongul and Dixon, 2004). Det finns olika översättningsmetoder beskrivna i litteraturen vilka innebär olika grader av komplexitet. De vanligaste metoderna är s.k. fram- och tillbaka översättning (forward – backward translation, FT) samt panelöversättning (dual panel), (Hagell et al., 2010). I en fram- och tillbaka översättning så översätts original instrumentet till användningsspråk och efter en analys görs en tillbaka översättning som efterföljs med en förnyad analys (Hagell et al., 2010). Översättningen skall göras av en tvåspråkig översättare. I en mindre komplex metod översätts instrumentet endast till användningsspråket. I en panelöversättning utförs alla steg i översättningsprocessen av en tvåspråkig grupp (Hagell et al., 2010).

Trots ett antal beskrivna metoder kan en kärnprocess identifieras i de olika metoderna som innebär att man gör en konceptuell analys av innehållet i instrumentet följt av en översättning samt en psykometrisk testning. Ett instrument skapat i en kontext innebär säkerligen att det finns en kulturell prägel på innehållet i instrumentet som inte fullt ut är överförbart till den nya kontexten. Det kan röra sig om kulturella faktorer såsom skillnader i syn på den äldre människan, hemlighet och familjeförhållanden som gör att delar av innehållet inte är relevanta för den nya kontexten.

Efter den konceptuella analysen görs en översättning av hela instrumentet från originalspråk till användningsspråk av en bilingual översättare som efterföljs av en kvalitativ utvärdering av forskargruppen men det kan även involvera en bedömning av instrumentet av experter. Det sista steget i en översättningsprocess innebär en psykometrisk utvärdering av instrumentet. Det är då viktigt att en upprepning av psykometriska tester som utfördes på originalspråket utförs (Hagell et al., 2010).

Utmaningar och erfarenheter av överföringsprocessen

En iterativ fram- och tillbaka (FT) översättning användes som metod för att få SCEAM språkligt och kulturellt anpassat till svenska förhållanden. En första översättning från originalspråket till svenska gjordes av forskargruppen där frågorna i instrumentet analyserades och anpassades efter svenska förhållanden. Därefter tillbaka översattes instrumentet av en tvåspråkig översättare. Efter detta skedde en harmonisering mellan de båda språkliga versionerna av instrumentet. Vid tveksamheter om olika begrepps betydelse fördes en diskussion tillsammans med översättaren. I tabell 1 visas exempel på översättningsprocessen. För att få ytterligare kunskap om översättningens kvalitet och öka tillförlitligheten utfördes en kognitiv intervju med en expertgrupp. Instrumentet har även bedömts vad gäller relevans av en expertgrupp. Det sista steget i processen innan instrumentet blir tillgängligt för en svensk kontext är en professionell korrekturläsning.

Trots likheter mellan de båda kulturerna blev processen komplex. Målet var att nå en samstämmighet både när det gäller lingvistik och kultur mellan originalversionen och den översatta versionen som möjliggör att data som genereras från användning av instrumentet kan jämföras internationellt (Maneesriwongul and Dixon, 2004). Kvaliteten på data som genereras från det översatta instrumentet bygger på noggrannheten i översättningsproceduren.

Under processen med att översätta instrumentet utifrån svenska förhållanden uppstod svårigheter av olika slag kring innebörden av ord och begrepp samt dess praktiska betydelse och flera av frågorna krävde flera modifikationer. Det var nödvändigt att anpassa innebörden av de olika begreppen i originalversionen till svenskt språkbruk. SCEAM är ett omfattande instrument och inkluderar många aspekter av vårdmiljön som man vet är av vikt för äldre personer. Det är positivt att instrumentet är allomfattande när det skall användas empiriskt

men det har samtidigt inneburit att anpassningsprocessen har varit problematisk och tagit lång tid.

Det har rapporterats att FT kan vara problematisk för att få ett enkelt och förståeligt språk (Maneesriwongul and Dixon, 2004). Det kan bero på att man i denna metod använder en professionell bilingual översättare som oftast är högutbildad som tenderar att använda ett språk som skiljer sig från ett vardagligt språk. Det kan därför påverka hur användarna av instrumentet uppfattar det. Det kan givetvis inverka på tillförlitligheten och användbarheten av det översatta instrumentet. Det var många begreppsliga uttryck i det översatta instrumentet som gav upphov till diskussioner i forskargruppen. Begrepp kan uttryckas på många olika sätt och när vi var tvingade att välja mellan att ligga nära originalversionen eller uttrycka oss enkelt valdes det senare alternativet.

Processen har även inneburit att en del av begreppen i SCEAM har fått ändras radikalt eftersom de inte passar en svensk kontext. Det är vanligt vid översättning av instrument att ett flertal delar får ändra eller strykas eftersom det som är naturligt i en kultur inte förekommer i andra kulturer. Den kulturella anpassningen kan ha försvårats därför att kultur och dess attribut är en viktig del av vårdmiljön och därför finns det en hel del av dessa aspekter med i instrumentet.

Engelska byggnormer stämmer inte överens med de svenska och några av delfrågorna kunde därför inte appliceras på särskilda boenden för äldre i Sverige. Ett exempel på detta är bredden på korridorerna där svenska byggnormer anger ett annat mått jämfört med de engelska. Ett annat exempel är frågor om tvättställ i bad- och toalettutrymmen, något som är standard i Sverige, men inte i England. Också lagstiftningen har betydelse för boendets utformning och i Sverige lyder särskilt boende för äldre under hyreslagen vilket innebär att boendet jämföras med en vanlig hyresbostad. Frågor kring äldre personers möjligheter att själva välja inredning, gardiner och möbler i det privata rummet eller lägenheten ansågs därför inte helt relevanta enligt svenska förhållanden. Den engelska kulturen skiljer sig i många avseenden från den svenska vilket avspeglar sig i flera delfrågor såsom frågor kring förekomst av heltäckningsmattor eller öppen spis i gemensamma lokaler. Delfrågor kring personalutrymmen kunde ej heller alltid appliceras på svenska vårdmiljöer då personalens

miljö styrs av särskilda stadgar och riktlinjer för arbetsmiljö. Också brandsäkerheten regleras av olika lagar vilket inverkar på val av material i den fysiska miljön inom särskilda boenden.

Tabell 1. Exempel på översättningsprocessen

Originalversion (engelska)	Översättning till svenska	Förnyad översättning efter analys	Justering från negativt till positivt formulerad fråga
<i>Are there any intrusive safety/security devices? (alarms or locks)</i>	<i>Är placeringen av trygghets/säkerhetsanordningar störande? (larm eller lås)</i>	<i>Är trygghets/säkerhetsanordningar störande? (larm eller lås)</i>	<i>Är trygghets/säkerhetsanordningar integrerade i miljön så att de inte upplevs störande? (larm eller lås)</i>

Konklusion

Det finns få instrument som mäter kvaliteten på den fysiska miljön inom boenden för äldre och det är därför viktigt att utveckla valida och reliabla instrument. Det är samtidigt nödvändigt att studera vilka instrument som finns tillgängliga för att använda redan utvecklade instrument som tillåter jämförelser av resultat. Samtidigt går det inte att direkt överföra instrument från en kontext till en annan utan att anpassa instrument med tillförlitliga metoder vilket denna studie tydligt visar. SCEAM är snart tillgängligt för att användas i en svensk kontext. Nästa steg blir att testa instrumentet psykometriskt genom empiriska studier inom särskilt boende för äldre. Flera studier visar att den fysiska vårdmiljön påverkar livskvaliteten och det är därför viktigt att använda valida instrument för att mäta vårdmiljöns kvalitet (Dijkstra et al., 2006, Ulrich et al., 2008, Edvardsson, 2008). Med valida instrument kan man identifiera brister i utformning av miljön och hur miljön borde utformas för att stödja sköra äldre personer. Det är nu viktigt att forskare studerar kvaliteten på vårdmiljön och dess betydelse för livskvalitet för att öka medvetenheten i samhället om miljöns betydelse.

Systematiskt användande av instrument kan göra att personer som använder instrumentet blir mer medvetna/får ökad förståelse för styrkor och svagheter i byggnader utformade för äldre. Det kan vara viktigt att personer engagerade i planering av boende för äldre använder instrumentet som en guide för utformningen av vårdmiljön. Instrument kan användas för att föra en dialog mellan professioner inblandade i planering av nya vårdmiljöer.

SCEAM är snart tillgängligt för empiriska studier av vårdmiljön inom särskilt boende för äldre. Det finns ett fåtal instrument som är så allomfattande som SCEAM för att mäta kvaliteten på vårdmiljön. Instrumentet försöker fånga komplexiteten i vårdmiljön och mäter således många aspekter som är viktiga för äldre såsom säkerhet och tillgänglighet (Parker et al., 2004). Ansatsen i SCEAM ligger nära den helhetsyn och förhållningssätt som finns inom omvårdnadsprofessionen och omvårdnad (Sjuksköterskeförening, 2001). Instrumentet är i även i linje med personcentrerad vård eftersom det mäter vårdmiljöns kvalitet i förhållande till livskvalitet.

Summary

As frail older people spend a lot of time in their place of residence, the design quality of the building in which they live will significantly influence their quality of life. However, there is still a lack of valid instruments that can evaluate the quality of building design. In this paper we present the results from the first phase of a project, seeking to develop a building design evaluation tool appropriate for Swedish nursing home facilities. First, a systematic literature review was performed on literature published between 1990 to 2011, to document environmental or building design evaluation tools appropriate for use in nursing home facilities. Databases searched including PubMed, Cinahl, PsycINFO, Scopus, Cochrane and the Avery Index to Architectural Periodical. Search keywords were: tool, instrument, assessment, measurement, audit, scale, screening, space, facilities, environment, setting, building and healthcare. The findings of the systematic review are reported, in which the Sheffield Care Environment Assessment Matrix (SCEAM) was determined as the tool with the potential for use in Swedish nursing homes. Second, SCEAM was double back-translated into Swedish, and the face/content validity of the translated tool was determined via a scoping study of the expert opinion of stakeholders. Five categories of stakeholders were identified: building planners/project leaders; nursing home managers; nursing home staff; architects; older people advocates. Three to four representatives of each stakeholder category were tasked with examining the tool to rate the relevance of each item for the Swedish nursing home environment, using a structured questionnaire format. Findings are reported relating to item translation issues and on the cultural appropriateness for Sweden of design features of U.K. nursing homes, using quantitative and qualitative data drawn from the structured questionnaire completed by the stakeholder expert group.

Referenser

- BAIRD, G. 2001. Post occupancy evaluation and Probe: a New Zealand perspective. *Building Research & Information*, 29, 469-472.
- DIJKSTRA, K., PIETERSE, M. & PRUYN, A. 2006. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 166-181.
- DONABEDIAN, A. 1988. Quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, Vol. 12, pp. 1743-8.
- EDVARDSSON, D. 2008. Therapeutic environments for older adults: constitutes and meanings. *Journal of Gerontological Nursing*., 34, 32-40.
- ELF, M., NORDIN, S., MCKEE, K. & WIJK, H. Assessing the quality of the physical healthcare environment – a comparative and critical analysis of published tools. In manuscript.
- HAGELL, P., HEDIN, P.-J., MEADS, D., NYBERG, L. & MCKENNA, S. 2010. Effects of Method of Translation of Patient-Reported Health Outcome Questionnaires: A Randomized Study of the Translation of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) Instrument for Sweden.
- KITWOOD, T. 1997. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Berkshire: Open University Press.
- MANEESRIWONGUL, W. & DIXON, J. K. 2004. Instrument translation process: a methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 175-186.
- PARKER, C., BARNES, S., MCKEE, K. J., MORGAN, K., TORRINGTON, J. M. & TREGENZA, P. R. 2004. Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing and Society*, 24, 941-962.
- PREISER, W. F. E. & VISCHER, J. C. 2005. *Assessing Building Performance*, London, Elsevier Butterworth-Heinemann.
- SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING, S. 2001. Omvårdnad som akademiskt ämne I *In: ÖSTLINDER, G. (ed.)*. Stockholm.
- SOCIALSTYRELSEN. 2009. *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOCIALSTYRELSEN. 2010. *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 - stöd för styrning och ledning*. . Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOCIALSTYRELSEN 2011. *Bostad i särskilt boende är den enskildes hem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

STEINKE, C., WEBSTER, L. & FONTAINE, M. 2010. Evaluating Building Performance in Healthcare Facilities: An Organizational Perspective. *HERD : Health Environments Research & Design Journal*, 3, 63-83.

ULRICH, R. S., ZIMRING, C., BARCH, X. Z., DUBOSE, J., SEO, H.-B., CHOI, Y.-S., QUAN, X. & JOSEPH, A. 2008. A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD*, 1, 61-125.

ZEISEL, J. 2000. Environmental design effects on Alzheimer symptoms in long-term care residences. *World Hospitals & Health Services*, 36, 27-31.