

Tilbakemeldingsskjema

Møte	Medvirkning hovedaktivitet C - Gruppe 4.1 Poliklinikk og 4.2. Dagbehandling Nye Rikshospitalet	Prosjekt	Nye Aker og Nye Rikshospitalet
Saksnr	80633	Dok.dato	26.04.2021
Medvirkn.møtedato	13.04.2021	Frist for tilbakemeld	26.04.2021
Medvirkn.gr.leder	Marianne Hægh Martinussen 4.1 og Eva Margrete Sjøholm 4.2		

Tilbakemelding på referatet
<p>Marie Holmseth var tilstede</p> <p>Status funksjonsplassering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan det stå barne- og ungdomsområdet er samlet i M- og N-byggene. Eventuelt barn og ungdom opp til 18 år.. - Spørsmål fra brukerrepresentanten til referatet: Hva betyr at hvileplassene skal ligge samlet? Hvor mange hvileplasser totalt er det snakk om? Hvileplasser: Hva er det vi trenger i dagens hvileplass rom? Hva brukes de til? Er det en stol, seng? Er pårørende med inn? Kanskje for enkelte unge voksne trengs det egne områder og mulighet for å ha med pårørende? Burde det være noen enkelt rom? Og noen med plass til flere i? <p>Flyt i funksjonsområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Burde det stå «...god pasient, pårørende, ansatte og vareflyt i funksjonsområdet». <p>Innspill fra gruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. Hva med å dele infusjonsplassene utfra aldersgrupper? Eventuelt dele inn i ulike dager innenfor hvert enkelt fag. Kan det være noen steder hvor klyngene er fagfordelt og andre steder hvor flere fag ligger sammen? Må det være enten eller? Jeg tenker at uansett hvordan det blir burde det være nok antall personalet til å kunne hjelpe hver pasient. Kompetansen til helsepersonell kan ikke være ikke tilstrekkelig bare fordi vi eventuelt samler flere pasientgrupper sammen. Kanskje flere spesialiteter kan jobbe sammen? - Jeg er helt enig i punkt 2. Utenfor vanlig arbeidstid samt helger. Dette burde også vært mulig i dagens sykehus. - Er det behov for samtalerom? Hvis ja- som jeg håper på, tenker jeg de burde brukes til opplæring av injeksjoner, sykepleier konsultasjoner, konsensusmøter eventuelt tverrfaglig samarbeid. - Punkt 10: Vil jeg også legge til at fra pasienten og pårørende sitt standpunkt variere også «effekten» av digitale konsultasjoner ut fra hvor i behandlingsopplegget/fasen pasienten er.

Forslag til endring innen gjeldende aktivitet (3-5 punkter)

- Klyngemodell – kom gjerne med innspill på inndeling av poliklinikk og dag- /infusjonsplasser som bør inngå i en klynge – infusjonsplasser samlet i en klynge eller delt i to? Flere har gitt innspill på klyngemodell med utgangspunkt i fagområder, eventuelt muligheter for å samle for eksempel medisinske og kirurgisk pasienter, innenfor samme fagområder i et område.
- Dagplasser/infusjonsplasser – fortsatt ikke avklart etter møte 1. Sak 01-03. Gruppen presiserer funksjon for disse plassene til HSØ-PO før neste møte: Dagbehandling og infusjon foregår i flere fagområder, og det beste for pasienten og personalet er å ha dedikerte sykepleiere til dedikerte fagområder innenfor poliklinikk/dagbehandling/infusjoner, for eksempel i Nevrologisk poliklinikk har infusjonsbehandlinger i forlengelsen av poliklinikk.
-Noen områder kan være rene infusjon/dagbehandlingsområder, innenfor medisin/kreft der man gir behandling over tid.-I områder med medikamentell behandling/infusjoner, bør det være medisinrom i nær tilknytning. Det bør være dedikerte rom for ulike yrkesgrupper, for eksempel sykepleiepoliklinikk, arealer for fysioterapi. Dagbehandling pasientene som kommer langveis fra trenger et sted å oppbevare tingene sine dersom de kommer rett fra flyet/toget til første time første dag. Klesrom + safe. I tillegg trenger de parkeringsplass over flere dager dersom de kommer kjørende.

Eksempel på dag/ infusjonspasient fra Gastro:

Den typiske dagenhetspasienten

- Alle pasienter som planlegges med sedasjon går via dagenheten.
- Spesielt pasienter skal ERCP og EUS, skal ha utført terapi, og de som ikke tolererer undersøkelser usedert.
- I det siste har dagenheten avlastet sengeposten sporadisk ved at pasienter med behov for anestesi, observeres før hjemreise etter PO.

Arbeidsoppgaver rundt dagenhetspasienten

- Mottak og forberedelser.
- Sjekkliste gjennomgang (sikkerhet)
- Logistikk til undersøkelsesrom.
- Mottak etter undersøkelsen.
- I noen tilfeller er det behov for væsketerapi, AB og smertelindring etter undersøkelsen.
- Observasjoner før hjemreise, og ofte samtale med endoskopør.

Plassering av observasjon/hvileplass i Nye RH

I Nye RH vil pasientgrunnet for endoskopi 3 dobles. I saksgrunnet er endoskopi plassert J1, 2. etg.

I etasjen under er det tegnet inn polikliniskområde 1. etg

Det hadde vært fornuftig om en observasjon/hvilenhet kunne plasseres i polikliniskområde og trukket så nært J1 i 1.etg som mulig.

Og på en sånn måte at pasienter som ikke trenger observasjon/hvile sendes opp på venterom i etasjen over.

Og pasienter med behov for observasjon/ hvile tas inn og forberedes i 1. etg.

- Vurdere å konkretisere hvordan smittevern aspektet kan ivaretas videre i arealene? F. eks størrelse av venteområder: Flere fagområder gir uttrykk for i sine tilbakemeldinger behovet for nok arealer i polikliniskområde til å motta smittepasienter. Det sees en økning på antall smitteopptak, og det forventes ikke at dette skal avta i de kommende årene. Enkelte polikliniske rom bør ha direkte adgang utenfra, for å redusere risiko for smitte. Store ventesoner bør unngås. Ventesoner bør heller etableres som flere og mindre enheter med nærliggende vask og toalett. I tillegg bør det være god nok ventilasjon i de polikliniske

rommene som ikke er smitte-isolat, slik at det blir mindre risiko for kryss-smitte av eventuelle mikrober ved at det blir bedre utlufting mellom hver pasient. En del av smittepasientene må håndteres som isolatpasienter. For fysioterapilokaler for enkelte fagområder bør P.g.a de spesielle hensynene til hygiene og smittevern, ikke være sambruk av fysioterapibehandlingslokaler med andre diagnosegrupper, dette gjelder bla. For CF og PCD, der bør det være egne egnede lokaler.

- Arealene i sin helhet virker ikke store nok til å motta den aktiviteten som skal innplasseres på RH. Flere av fagene melder bekymring i forhold til fagfordeling i arealene. Det er problematisk å gi tilbakemeldinger, da en ikke vet hvor de ulike fagene skal ligge i arealene. Flere gir uttrykk for at det bør være nærhet mellom sengepostarealer og polikliniske arealer, slik at for lange avstander unngås. Det meldes også fra ulike faggrupper et arealbehov utover «vanlige poliklinikkrom» grunnet mange pasienter med problemstillinger som krever «plass». Ex. smittepasienter, tverrfaglige vurderinger, NIV/respiratorpasienter, bronkoskopi, respirasjonsfysiologiske undersøkelser/lab mfl. Det burde være god flyt mellom poliklinikk voksne og til barnesenteret (M/N) i poliklinikkområdet.
- Multidisciplinære rom – eksempler og konkretisering – hva er dette og hvordan brukes dette i poliklinikk og dagbehandlingsområder? Dette er rom som er i størrelse store nok til å motta både pasient, pårørende og flere fagområder. Flere jobber teambasert med behovet for både store nok behandlingsrom, samt med mulighet for eksempel røntgendemostrasjoner eller utvidede tester. I teamet er det flere yrkesgrupper som deltar, fra fagspesialister, sykepleiere, fysioterapeuter, pedagoger, radiologer etc. Dette gjelder både for barnepasienter og voksenpasienter.
Et eksempel hentet fra BAR: Eksempel fra SickChildren's hospital i Toronto. Fagpersoner fra hele sykehuset jobber tett sammen i integrerte team. Pasienter med Cystisk Fibrose blir undersøkt i flere separate rom, der fagpersonene kommer rundt til pasienten. Pasientene møter i en ventesone, stiller seg opp på en strek, og sekretær viser umiddelbart pasienten inn på pasientrommet. (Flere pasienter møter med kun 10 min mellomrom). På rommene blir pasientene først tatt i mot av sykepleier. Deretter blir de tilsett av en assistentlege. Etterpå legger vedkommende assistentlege pasientens problemstillinger frem for overlegen evt. også det som behøves av tverrfaglig team (sykepleier, klinisk ernæringsfysiolog, fysioterapeut, sosionom, psykolog). Det tverrfaglige teamet befinner seg på et felles "vaktrom" sentralt, med mulighet for å se på røntgen- og lab. svar samt tverrfaglige diskusjoner.
Det er viktig å ha møterom i nærheten av de polikliniske rommene når alle skal komme til pasienten. Man skal diskutere pasienten, men man må også ha mulighet til å skrive notater og rekvirere tester. Det kan være planlagte konsultasjoner med andre fra det tverrfaglige temaet eller dette blir bestemt spontant i løpet av dagen (etter behov).
Rommene pasienten sitter på er standard pasientrom, men det bør være god ventilasjon på rommet og vask. Pasienten kan sitte på dette rommet i opp til en halv dag, og man unngår at pasienten blander seg med andre pasienter og oppholder seg unødvendig i ventearer slik de ville gjøre på en ordinær poliklinikk mens de ventet på å komme inn til forskjellige spesialister.
- Hjemmesykehus – digital avstandsoppfølging – gruppen gir ev. oppdatert status/presentasjon på arbeidet som pågår for prosjektet «OUS hjemme». Dette er et nylig påbegynt arbeid, og omfanget av hjemmesykehus utdypes i disse dager. Dette areal bør kobles til poliklinikk og det vil trenge arbeidsrom, møterom, parkeringsplasser etc. I tillegg vil det være behov for lagring av utstyr. Det er spilt inn fra flere faggrupper nærheten til poliklinikk og utstyrsbehovet, når

hjemmesykehus. Det er opprettet kontakt med logistikk, Behandlingshjelpemidler og steril/ væskesentral og Legemiddelkomiteen for å kunne utdype behovet ytterligere.

Eksempler fra Lungeavdelingen: Gode eksempel på dette er behandling av pasienter med hjemmerespirator/NIV med alt utstyret de må ha med seg (ved pol. Kontroll), en større andel smittepasienter som CF, PCD, Tbc etc., aktiviteter som krever mye utstyr (og også lagerkapasitet); eksempel på dette er gjennomlysning, anestesiuutstyr ifb. med EBUS, bronkoskopiutstyr, ultralydutstyr, respirasjonsfysiologiske lab'er etc. etc., Vi har også behov for relativt stort område for overvåkning jf. prosedyrer og tester som gjøres samt rom der tverrfaglig behandling (ex. Fysioterapi) og lungerehabilitering kan utføres. Nesten samtlige av pasientene utfører en test eller fysisk undersøkelse ved pol. oppmøte, det vil derfor være kun en minimal andel som kan benytte f.eks. videokonsultasjon – mange av disse har ev. blitt kontaktet på tlf. tidligere.

-

Tilbakemelding fra Nye OUS

I skissene til møterunde 2 ble arealer til poliklinikk for voksne foreslått samlet i J-bygget 1. etasje. Endoskopier er foreslått samlet i J1 2. etasje. Medvirkningsgruppen er fornøyd med plasseringen i nye sykehusbygg.

Det bør legges til rette for en sambruk av observasjonsplasser mellom endoskopi og øvrig poliklinikk. Gruppen foreslår at observasjonsplasser bør legges i et område tett inntil endoskopi (i etasjen under) for å få til et sambruk mellom poliklinikk og endoskopi.

Poliklinisk aktivitet som flyttes fra Ullevål til Nye Rikshospitalet er fremskrevet til 2035 i etappe 1. Eksisterende aktivitet ved Rikshospitalet blir først fremskrevet i etappe 2. Nærmere innflyttingstidspunkt bør OUS gjennomføre en samlet vurdering av det polikliniske arealet som sykehuset vil disponere ved Nye Rikshospitalet fra etappe 1 av. En generisk utforming av poliklinikkarealet i nye sykehusbygg vil lette en evt. omrokking av poliklinisk aktivitet i sykehuset.

Veileder

Generelt

- Det er kun de feltene med gul merking som kan redigeres.
- Dokumentet vil bli konvertert til .pdf før innsending til HSØ PO.
- Hold språket konsist og så nøyaktig som mulig.
- Ved anbefalinger så bruk **bør** fremfor **skal**. Medvirkningen er rådgivende.
- Alle aksjonspunkter bør resultere i en prioriteringsliste, og der hvor det er nødvendig i samråd med aktuelle medvirkningsgrupper.
- Ved flere alternativer vær tydelig i prioriteringene som gjøres. List opp prioriteringene i synkende rekkefølge.
- Spørsmål som ikke er en del av oppdraget har ikke prosjektet kapasitet til å svare ut.

De forskjellige cellene i skjemaet

- «Møte», «Prosjekt» og «Saksnr.»
 - Her fyller du inn de samme dataene som er oppgitt i selve referatet.
- Tilbakemelding på referat
 - Innspill gruppen har for på referatets innhold. Er det mangler, unøyaktigheter, feil etc.
- Forslag til endring innen gjeldende aktivitet
 - Innspill til HSØ PO som det må jobbes med videre innenfor aktivitetens funksjon.
 - Kan tas utgangspunkt i oppgitte oppgaver fra referat/medvirkningsgruppemøte.
 - Gjøres så konkrete som mulig.
 - Skal være omforente tiltak for hele gruppen.
- Tilbakemelding fra Nye OUS
 - Denne rubrikken er forbeholdt Nye OUS for kommentarer på referatet og tilbakemeldingen fra medvirkningsgruppen. Evt annen tekst i denne rubrikken vil bli fjernet før tilbakemeldingen oversendes HSØ PO.