

## Tilbakemeldingsskjema

Møte		Prosjekt	Nye Aker og Nye Rikshospitalet
Saksnr	80637	Dok.dato	16.04.21
Medvirkn.møtedato	14.04.21	Frist for tilbakemeld	27.04.21
Medvirkn.gr.leder	Sturla Solheim		

### Tilbakemelding på referatet

#### **Punkt 02.03a:**

Mtp fremtidig utvidelse av opptaksområdet (Stovner/Grorud i etappe 2) lurert vi også på hvordan dette er ivaretatt mtp planleggingen av akuttmottak i etappe 1. Det må legges til rette for at man kan utvide akuttmottaket i etappe to.

Det bes også om at gruppen gir en tydelig tilbakemelding på hva man ser som det beste alternativet når det gjelder hovedinngang. **Gruppen er overens med at en hovedinngang i N-bygget er best** og at dette vil bygge opp om identiteten 'Barnesykehus' på en god måte. Ute-arealene rundt N-bygget vil på denne måten også komme mer til sin rett. I den forbindelse minner vi om at gruppen ber om at nedkjørselen til Parkeringshuset bør flyttes på grunn av støy og trafikkfarlig utemiljø. Det å få poliklinisk virksomhet i 2. etasje (bakkeplan) i N-bygget vil også være en fordel mtp smittevern. Det vil dog også være behov for noe poliklinikk og dag-behandling oppover i N-bygget. For å ivareta flyt inn mot D og J er det helt essensielt å ha en overgang i 2. etasje (OG i 4. etasje, kommer tilbake til det) mellom N og D (f.eks. mellom C2 og C3). Overgangen man har skissert i alternativ 1 mellom N og M ser vi ikke på som gunstig. Antagelig er det også ett problem med brannvern, men hovedproblemet vil bli at man ikke får akuttmottaket i M1 noe som vil være nærmest barneintensiv og hovedakuttmottaket.

#### **Punkt 02.03b:**

**Gruppen anbefaler sterkt å få til en god forbindelse mellom N1/2 i retning D (f.eks. mellom C2 og C3).** Dette vil gjøre N1/2 til ett betydelig mer anvendelig bygg. Det er essensielt at en slik gangbro finnes i 2. etasje (for rask og god flyt i retning av barneradiologi og andre service-funksjoner), men like viktig er det å få en slik bro i 4. etasje for rask og god flyt i retning operasjon, post-op og arealer i C der kirurgene har sine voksenposter.

#### **Punkt 02.03c:**

1. Det er bedt om tilbakemelding hvor mange isolater som trenger inngang fra utsiden i henholdsvis akuttmottaket og infeksjonsposten. Etter anbefalinger fra Barnelege Per Kristian Knudsen og leder av akuttmottaket Kristian Kjærnes er vi kommet frem til at man som et minimum ønsker inngang fra utsiden til 2 isolater på infeksjonsposten og to isolater i akuttmottaket i tillegg til akutt-rommet (altså til sammen tre i akuttmottaket og to i infeksjonsposten, totalt 5). Men dersom det er arkitektonisk mulig er det bra med enda flere innganger utenfra direkte til isolatene. Det skrives f.ø. noe kryptisk i referatet, men vi ønsker å poengtere at det er planlagt 6 luftsmitte-isolater i akuttmottaket (i referatet ser det ut som det er 3 slike rom). Det har vært en egen prosess ved siden av

medvirkningsgruppene som har sett på antall isolater på hele nye RH. Fra denne prosessen er det bestemt 6 slike isolater i akuttmottaket (og 10 luftsmitte og 5 kontaktsmitte på infeksjonsposten).

2. Størrelsen på akuttmottaket har også blitt diskutert i etterkant av møtet. Som følge av beregninger og framskrivninger fra Ullevål har man omfordelt 56m<sup>2</sup> fra hovedakuttmottaket til barnemottaket for mottak av kirurgiske barn. Noe som har blitt problematisert er hvor pasienter som skal observeres noe tid, f.eks grunnet commotio, skal være. Ved en rask gjennomgang ser det ut som disse har vært observert på barneintensiv eller PO (og noen på sengeposter i sluttfasen av observasjonstiden). Det må utredes om det er naturlig at disse også observeres i et barnemottak (en barneovervåking knyttet til mottak). Man bør se på muligheten for å få flyttet noe areal for overvåking av disse pasientene.

#### **Punkt 02-03d:**

Gruppen mener at poliklinikk vil være utmerket i N1/2 i 2. etasje dersom inngangspartiet blir her. Spørsmålet deretter er hvor resten av poliklinikk og dag-enhet bør være.

#### **Innplassering av dag-enhet:**

Tre varianter pol/dag har blitt vurdert:

- 1) Poliklinikk i 2. etg N1/2 (bakkeplan) og dag/pol i 5. etg N1/2 (som skisse viser i alternativ 2)
  - a. Fordeler:
    - i. Man holder hele 3. og 4. etasje intakt for sengepostdrift.
  - b. Ulemper:
    - i. En dagenhet kan ikke vokse inn i en sengepost dersom nødvendig.
    - ii. Det ligger noe mer usentralt mtp dagenhet
    - iii. Det ligger lenger unna poliklinikk i 2. etasje. Selv om det fortsatt 'bare' er en heistur unna, vil man i mindre grad bruke trapp for å komme seg dit. Dette vil føre til at avstanden føles større.
- 2) Poliklinikk i 2. etg N1/2 (bakkeplan) og dag/pol i 3. etg N1/2
  - a. Fordeler:
    - i. Poliklinikken blir mer en helhetlig enhetene ligger rett over/under hverandre.
    - ii. Den 'sydligste' delen av N1 (overgang mot M) kan brukes som dagpost.
      1. Den vil da kunne vokse inn i sengeområder om nødvendig.
      2. Denne delen vil ligge relativt sentralt i forhold til J / D
      3. En annen mulig fordel av drift man kan tenke seg med denne modellen er at sengepostene i 3. etasje kan ha sin barne-overvåking i nærheten av oppvåkningsstuer for dag-enheten
  - b. Ulemper:
    - i. Dagenhet kan alltid ligge enda mer sentralt
- 3) Poliklinikk i 2. etasje N1/2 (bakkeplan) og dag/pol i 3. etg M1 – M2
  - a. Fordeler:

- i. En dagenhet vil på denne måten ligge veldig sentralt.
- b. Ulemper:
  - i. Igjen noe lenger unna poliklinikk i N1/2 / helhets-følelsen forsvinner
  - ii. Dagenheten blir en slags barriere for resten av sengepostene inn mot J / D
  - iii. Mange sengeposter vil også ha behov for sentrale arealer inn mot J

Både fra barnekirurgisk og barnemedisinsk side har man sett på de forskjellige mulighetene, og kommet til at **man ønsker å gå videre med alternativ 2** (se eget punkt om dette fra kirurgisk side litt lenger ned i teksten for forutsetninger de kommer med). MVG6 stiller seg bak denne beslutningen. Det er viktig å ha en helhetlig poliklinikk og dag-enhet i forlengelsen av denne. Dette ivaretas best med at de ligger nære hverandre uten at man må ta heis. Ved å legge dag-enhet i overgang mellom N og M vil man oppnå tilfredsstillende nærhet for dag-enheten til J og D uten at man tar opp areal sentralt i M som sengepostene bør ha. Man har også en naturlig utvidelsesmulighet av dag-enhet innover i sengepostområdet om det skulle vise seg å være nødvendig.

#### **Beskrivelse av dagenhet fra et barnemedisinsk ståsted:**

- 1) Dette er for pasienter som kommer til sykehuset for prosedyrer som krever narkose. De vil da tas i mot på dag-enheten og gjøres klare før undersøkelsen. Enten skjer prosedyren på eget narkoserom på dag-enheten, ellers fraktes pasienten til annet sted på sykehuset for prosedyren, f.eks. MR, endoskopi, hjerte-kateteriseringer, kirurgi osv. Etter endt prosedyre fraktes pasienten tilbake til dag-enheten for oppvåkning i tilrettelagt rom for det. Noen pasienter vil ha oppvåkning på barneintensiv grunnet grunntilstand. For narkoser og oppvåkning i dag-enhet vil det være behov for
  - a. Narkose-rom
  - b. Oppvåkningsplasser
- 2) De som kommer for infusjoner og behandlinger som tar litt tid. Behov for
  - a. Infusjonsstuer med stoler
- 3) De som skal ha andre typer prosedyrer som tar noe tid, men som ikke trenger narkose. Eksempler på dette er spinalpunksjoner, spinraza-behandling, botulinumtoxin-a-behandling, artrocenteser. Behov for:
  - a. Behandlingsrom tilrettelagt for dette med bl.a. Livopan/lystgass
  - b. Sengerom for observasjon etter spinalpunksjoner eller sedasjon med f.eks. Midazolam

Vi ønsker at kirurgisk og medisinsk dag-enhet samlokaliseres, slik at oppvåkningsarealer kan brukes mest mulig effektivt. Det er ønskelig at sengeposter som legges inn mot dagenheten utformes slik at noe areal derfra kan endres og brukes av en dagenhet.

F.ø. har barnemedisin flere pasienter som har et lengre 'dag-opphold' opphold på sykehuset, men disse kan likevel håndteres bedre i de respektive poliklinikkene. F.eks. kan de fleste dag-pasientene med lunge og allergi-problemer med fordel bli fulgt opp i nærheten av spesialrommene som er tilknyttet poliklinikken. Det samme gjelder mange hjerte-pasienter.

**Beskrivelse av dagenhet fra et barnekirurgisk ståsted (notatet som er utarbeidet av denne faggruppen vedlegges i sin helehet, men her besvarelsen på relevant det relevantet referat-punktet):**

**Fagrådet for kirurgiske barn** mener dagbehandling til kirurgiske barn i nye OUS er satsningsområde og en økende virksomhet. Det er en målsetting at innleggelser på sykehuset unngås i størst mulig grad, og erstattes med «opphold på en dagavdeling».

Ved opphold på en sengepost tilhørende et spesifikt kirurgisk fagfelt vil personalet ha kunnskap om prosedyrer og forventet forløp innen de ulike sykdomsgrupper/fagfelt.

I en dagavdeling for barn må denne grunnkunnskapen også være tilstede og ivaretatt av personalet (leger og sykepleiere) for å ivareta denne delen av oppholdet- (trygghet, kjennskap til de ulike tilstander etc.)

Vi definerer **dagbehandling** som prosedyrer og undersøkelser som må utføres med barnet i narkose eller annen sedasjon, samt pasienter som har et helt dagsforløp med flere faggrupper involvert. Det innebærer pasienter med mer komplekse tilstander som gjerne skal til flere undersøkelser (herunder MR), ha tilsyn av andre faggrupper(lungemedisiner, gastromedisiner, ØNH, stomisykepleier, uroterapeut, BUP, fysioterapeut) og ha samtale med kirurg. **Poliklinisk virksomhet** er enklere undersøkelser, kontroll og oppfølging av pasienter som skal til/har vært til kirurgi. **Dagkirurgi** er kirurgisk behandling hvor pasienten reiser hjem samme dag som operasjonen blir utført.

**Dagbehandling må holdes atskilt fra annen virksomhet i sykehuset.** Den dagkirurgiske sløyfen for barn fra dagens virksomhet på Ullevål, må ivaretas i nye OUS. Det må arealberegnes at virksomhet fra US skal smelte sammen med virksomhet på RH.

Vi mener kirurgisk dagbehandling i barnesykehuset skal legges i en egen seksjon for dagbehandling til barn som ivaretar dagbehandling, poliklinikk og dagkirurgi. Den må ha følgende funksjoner (som må detaljeres senere):

- Poliklinikk med konsultasjonsrom for alle fagområder
- Et luftsmitteisolat
- Operasjonsstuer, evt tilknytning til dagkirurgiske operasjonsstuer på f. eks gang 2
- Skiftestuer,- 2 stk med narkose mulighet- gjennomlysningsmulighet, 1 til endoskopier, 1 med badekar og oppvarmingsmulighet
- Cystometrirom (felles med barneklubben(?))
- Konsultasjonsrom for barn til dagbehandling ,- 8 stk
- Sykepleiekonsultasjonsrom/flexirom
- Stomirom med wc
- Flowmetrirom med ultralyd

- Overvåkingsenhet til 10 dagpas (både dagbehandlingspasienter og dagkirurgiske). Viktig med fleksibilitet mot oppvåkningsenheter / sengepostareal for barn
- Skyllerom
- Ekspedisjon
- Lagerareal
- Lekeareal/venterom barn og ungdom
- Oppholdsrom ansatte/kjøkken pasienter

#### **Forslag til innplassering og henting av areal for dagbehandling kirurgiske barn:**

Det er krevende å rådgi prosjektet med konkrete tilbakemeldinger når skisser fra arkitektene og mulighetsrommet/premisser ennå ikke er klarlagt. Når vi likevel er bedt om dette, kan vi antyde følgende muligheter:

- Poliklinikk i poliklinikk i 2. etg N1/2 (bakkeplan) og en kirurgisk dag/pol i 3. i N2. Vi ønsker å legge en kirurgisk dagseksjon i tilknytning til vår skisserte 14 sengs-post fra forprosjektrapporten da vi kan dra veksler på det arealet, samt åpne for fleksible løsninger uten å forpurre sengepostarealet helt. Videre ser vi at det kan vurderes å hentes areal fra ØNH-poliklinikk (voksen) hvor vi i dag allerede har en fleksibel samdrift. Romnummer må undersøkes nærmere.
- Det kan også være hensiktsmessig at skiftestue 11 fra operasjonsgang 1, D2 4.et, skiftestuer 11 og 14 fra operasjonsgang 3, D4, 4.et og skiftestue 10 fra operasjonsgang 3, D3 4.et fra dagens Rikshospital kan hentes inn i ny dagseksjon – dette er stuer som benyttes til barn i dag- men dette må avklares med AKU som eier arealet i dag.

Vi kan se for oss plassering i N2 under forutsetning at det er nærhet til fagområder og annen kirurgisk virksomhet. Det må være god infrastruktur til operasjonsganger, særlig med tanke på en egen dagkirurgisk barnesløyfe med oppvåkningsareal i dagseksjonen. Igjen understrekes nødvendigheten av pasienttransport mellom N2 og C3 for tilgang til operasjonsstuer i D2-4, samt muligheten til å se på PO arealer i 4 etg C3.

Vi kan dele oppvåkningsareal med BAR og ha tilknytning til hverandre. Men vi ønsker å skille driften og eierskapet til kirurgiske og medisinske dagpasienter og senger på bakgrunn av at de er svært forskjellige pasientgrupper og vil følge ulike sløyfer i sykehuset.

#### **Punkt 02.03e:**

Optimalt bør det være sammenhengende områder for sengeposter. På den måten kan de spille bedre på hverandre, bl.a. ved sammenslåinger. Sengeposter bør ikke være mindre enn 16-18 senger, da det blir ineffektivt. Grunnet ønske om poliklinikk/dagenhet i deler av 3. etasje er vi klar over at antall senger blir redusert her. Likevel er området mer enn stort nok for en god drift, og mulighet for samspill med posten ved siden av. Litt mer utfordrende er det med N1/2 i 5 etasje, men med ca

19 senger (omregnet fra 25 poliklinikkrom) bør det være greit. Men dette sengeområdet bør ha tilgang til bro over mot D i 4 etasje for å ha en akseptabel avstand til areal i D/J. Til slutt er det tegnet inn en sengepost i 6. etasje M1 med mulighet for 16 senger. Dette er i minste laget, men grunnet den svært sentrale beliggenheten er det likevel tilfredsstillende.

**Punkt 02.03f:**

Vi ønsker at rom for fysio/ergo på best mulig måte er integrert i sengepost-området M/N-området. På den måten vil avstanden fra både sengeposter, poliklinikk og dagbehandling være nære. Dette ønsket er videreformidlet til relevant MVG. Vi skjønner også at arealet i M/N er begrenset, så om ikke alt areal får plass, er det i hvert fall ønskelig at noe kan få plass.

*Innspill fra MVG 11 om plassering av Fysio/ergoterapiarealer fra E2 i M/N:*

*I tillegg til arealer på sengepostene som skal være tilgjengelig for flere faggrupper trenger vi klinikknære/sengepostnære behandlingsrom.*

- *I nærheten av sengeposter for barnemedisin, transplantasjon og barnehjerte har vi behov for et behandlingsrom/gymsal på ca 60 kvm med skillevegg og to inngangsdører. Felles bruk.*
- *I nærhet av sengepost for Barnekreft og blodsykdommer: Behandlingsrom på 30 kvm*
- *Gymsal (med skillevegg) på minimum 60 m<sup>2</sup> som gjerne kan ligge mellom sengeposter, minimum 3 m takhøyde, med lager i tilknytning for utstyr på ca 10 kvm. Felles bruk*
- *Barneortopedi – Nærheten av sengepost for barneorto + barnerevma – behov for et ergoterapirom på 50 kvm*
- *Barnenevrologi: Behandlingsrom på minimum 30 kvm (plassberegnet for behandlingsbenker, elektriske rullestoler, flere faggrupper/tverrfaglige konsultasjoner) - mye dagpasienter og poliklinikk. Trenger ikke være i tilknytning til sengepost, kan være ved poliklinikk.*
- *KEF: Regnes med i gruppen Klinisk service, men omfattes ikke av arealet som flyttes fra E2 til M/N. KEF trenger å samle seg i ett barne-KEF miljø, for bedre utnyttelse av ressurser og kompetanse. Tverrfaglig spiseteam fra Ullevål trenger 50 m<sup>2</sup> og ønsker plassering i nærheten av leketerapeuter. I tillegg har BNE også et tverrfaglig spiseteam som i dag holder til på foreldreovernattingen. Dette må det også beregnes arealer til.*
- *Generelt kan sies at Fysio- og ergoterapifagene har nærhetsbehov til Barnehabiliteringen som skal inn i Etappe 2.*

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

- 
- 
- 
-

- 

#### Tilbakemelding fra Nye OUS

Nye OUS ser det som viktig at arealene til Barn og ungdom i M og N knyttes tett til eksisterende sykehus. Det er behov for å knytte N-byggene sammen med D-områder med egne broer inn mot C i 2. og 4. etasje. Tredje etasje i D-området er hovedsakelig teknisk område, og det er følgelig ikke behov for noen bro i dette nivået. Vi er kjent med at høydeforskjeller mellom byggene kan gi utfordringer her.

Medvirkningsgruppen argumenterer for å ha en samlet inngang for både poliklinikk og døgnområder i N-området. Det bør også vises hvordan hovedinngang kan legges til M2 1. etasje – og poliklinikkinnngang i N-området (2. etasje).

Det planlegges nå bygget 24 operasjonsstuer ved Nye Rikshospitalet. I eget notat fra det kirurgiske miljøet foreslås det å legge aktiviteten fra flere eksisterende skiftestuer til M/N. Det er ikke planlagt med nye skiftestuer i nye sykehusbygg. I tillegg benyttes de fleste omtalte skiftestuer både til barn og voksne. Det bør planlegges med eget prosedyrerom med anesthesiutstyr i poliklinikkområdet. Areal hentes fra spesialrom i poliklinikkområdet.

Det bør vurderes om flere observasjonsplasser bør legges i tett tilknytning til barnemottak.

Observasjonsplassene til barn benyttes i stor grad til å overvåke barn før og etter prosedyrer / undersøkelser som krever anestesi. Dette er en virksomhet som i stor grad vil utføres i D- og J-bygget. En del av observasjonsplassene i M og N bør plasseres i nærhet til J og D.

## 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.