

# *Oppgavebeskrivelse intermediærsenger i Nye OUS*

*Rapport mai 2020*

# Intermediærsenger i Nye OUS, rapport

## Innhold

1	Forankring og representasjon .....	1
2	Oppgavebeskrivelse.....	2
3	Definisjoner .....	2
4	Prinsipper for inndeling av intermediærsenger i nye OUS.....	3
5	Størrelse på intermediærenheter .....	4
6	Hvilke fagområder trenger tilgang til intermediærsenger .....	4
7	Nærhetsbehov for intermediær .....	4
8	Organisering av intermediærsenger på nye Aker .....	5
9	Organisering av intermediærsenger på nye Rikshospitalet .....	6
10	Intermediærsenger og beredskap ved pandemi .....	6
11	Andel intermediærsenger i nye OUS.....	6
12	Anbefalinger .....	7
	Vedlegg.....	7

## 1 Forankring og representasjon

Bakgrunnen for arbeidet er vedtak i HSØ styresakene 115-2018, 050-2019 og påfølgende bevilgning av midler til oppstart forprosjekt for Aker og Rikshospitalet i St. prop. 1-2020. OUS går nå inn i en mer omfattende fase for å planlegge, utvikle og ta i bruk nye bygg. Det planlegges oppstart av forprosjektet for både Aker og Rikshospitalet høsten 2020. I forkant av forprosjektet er det behov for å klargjøre problemstillinger som involverer flere funksjonsområder i sykehuset. Utarbeidelse av forslag til konsept for intermediærsenger er en del av dette arbeidet.

Mandat for oppgavebeskrivelse intermediærsenger ble sammen med øvrige prosjekter og oppgaver sendt ut som vedlegg til møte i porteføljestyre for Nye OUS 25. februar 2020.

I etterkant av dette har gruppen blitt forsterket med en bred representasjon fra relevante faggrupper. Gruppen har følgende sammensetning.

Navn	Funksjon	Arbeidssted
<i>Arne Myklebust</i>	Leder av arbeidsgruppen	Nye OUS
<i>Bjørn Feet</i>	Klinisk prosjektkoordinator	Nye OUS
<i>Elise Emilsen Bakke</i>	Rådgiver	Nye OUS
<i>Christina Schøndorf</i>	Overlege	AKU
<i>Øystein Fahre</i>	Ass. Avdelingsleder PO/INT	AKU
<i>Gabrielle Aafos</i>	Seksjonsleder sengepost	BAR
<i>Kjersti Langmoen</i>	Avdelingsleder KAB	HHA

Marianne Martinussen	Rådgiver	HHA
Bjørn Bendz	Klinikkleder HLK	HLK
Randi Marie Sjøhol	Sykepleier	KIT
Trine Braaten	Seksjonsleder føde/barsel	KK
Anne Hilde Hagen	Seksjonsleder gyn PO, dagkir.	KK
Hilde Lomås	Intensivsykepleier, blodsykdommer	Kreft
Eivind Galteland	Overlege, blodsykdommer	Kreft
Hilde Braserud Wangen	Seksjonsleder hjerteavd.	MK
Geir Øystein Andersen	Fagansvarlig overlege hjerteavd.	MK
Vibeke Graarud	Ass. Avd. leder akuttmed	MK
Berit Ege	Avd. leder lungeavd.	MK
Trond Bjørge	Seksjonsleder, lungeavd.	MK
Angelika Sorteberg	Overlege, nevrokir avd.	NK
Lene Dugstad	Seksjonsleder, nevrokir avd.	NK
Øystein Helland	Spesialrådgiver	DST
Rolf-Andre Oxholm	Tillitsvalgt NSF	OUS
Hege Lundesgaard Trippestad	Klinikkverneombud	KIT
Elisabeth Grannes	Samhandling	HSØ Prosjektorg.
Hilde Tradin	Samhandling	HSØ Prosjektorg

## 2 Oppgavebeskrivelse

Hensikten med arbeidet er å komme med anbefalinger for hvordan enheter med intermediærsenger bør løses i nye Aker og Nye Rikshospitalet. Dette vil gi grunnlag for videre arbeid i forprosjektet.

Følgende punkter skal vurderes

- Størrelse på intermediærenheter – hvor store må de være for å være hensiktsmessige for drift og økonomi.
- Hvilke fagområder trenger tilgang til intermediærsenger og hvilke nærhetsbehov skal ivaretas
- Organisering av intermediærområder
  - Hvert fagområde sin intermediærenhet
  - Kun de fagområder med størst behov for intermediærsenger får egne områder
  - Intermediærsenger fordeles på store fagområder av typen kirurgi, indremedisin, føde/gynekologi, nevrologi, hjerte/lunge

Basert på det ovenstående skal gruppen skissere omfanget av intermediærsenger som det bør tilrettelegges for på Nye Aker og Nye Rikshospitalet.

## 3 Definisjoner

intermediærsenger har et høyere overvåknings og behandlingsnivå enn for et vanlig døgnområde, men lavere enn for en intensivseng. Intermediærsenger er beskrevet på følgende måte i dokumentet «Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge» utarbeidet av Norsk anestesilogisk forening og Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere i 2014.

*«En intermediærenhet kan behandle pasienter med organsvikt i ett organsystem (f.eks. en hjerteovervåkingsavdeling eller en lungeenhet for maske-ventilasjon (Non-invasiv ventilasjon; NIV)). Enheten kan tilby bedre og mer avansert overvåking, pleie og behandling enn en vanlig sengeavdeling men lavere enn en intensivsenhet. Enheten kan tjene som observasjonspost for pasienter med akutte,*

*alvorlige tilstander. Slike enheter kan også lette utskrivning og sikre oppfølging av intensivpasienter før de overføres til rehabilitering eller sengepost («step-down units»). Den viktigste forskjellen i forhold til en intensivsenhet er at en intermediærenhet ikke tilbyr endotrakeal intubasjon og respiratorbehandling, men f.eks. kan tilby NIV.»*

Ved flere avdelinger i OUS benyttes en ytterligere inndeling av intermediærsenger, kategori 1 og kategori 2 senger. Kategori 1 senger benevnes ofte som forsterket sengepost/intermediær og kategori 2 som overvåkning/organsvikt i henhold til OUS sin egen definisjon. Overvåkningssenger har ofte dårligere pasienter og en høyere bemanningsfaktor enn intermediærsenger. I denne rapporten brukes intermediærsenger som en fellesbetegnelse for disse to kategoriene senger.

Antall intermediærsenger inngår i det totale antall døgnplasser slik det er beskrevet i konseptrapporten Aker og Gaustad høst 2018 med tillegget av konseptrapporten for føde, gynekologi og barn/nyfødt vår 2019. Det er da viktig å finne den riktige fordelingen mellom intermediærsenger og senger på døgnområder med tanke på pasientsikkerhet, drift og arbeidsmiljø. Det tilstrebes en fleksibel bruk mellom intermediær- og sengeområder. Dette bearbeides i forprosjektet. Arealrammen hentes fra døgnområder.

Verken observasjonsenhetene eller de postoperative enhetene ved nye Aker og nye Rikshospitalet omtales i dette dokumentet.

#### **4 Prinsipper for inndeling av intermediærsenger i nye OUS**

Gruppen er enig om at følgende prinsipper anbefales lagt til grunn for inndeling av intermediærsenger i nye OUS:

- I. Enheten bør ha et pasientgrunnlag med et avgrenset omfang av faglige problemstillinger og en kompetanse til å overvåke de fleste sentrale organ parametere
- II. Enheten bør ha et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å opprettholde drift tilnærmet 24/7. Enheter som benyttes til ø-hjelp skal ha drift 24/7
- III. Enheten bør ha en størrelse som gir en robust drift med hensyn til personale og økonomi.
- IV. Enheten bør ha en størrelse som gir et robust faglig miljø.

I punkt I vektlegges det at pasientgrunnlaget bør ha et omfang slik at personalet jevnlig møter de fleste problemstillinger enheten håndterer. Kirurgiske, medisinske og føde pasienter bør således rutes til separate enheter. Det er imidlertid viktig at slike enheter har en tilstrekkelig faglig bredde til å overvåke de fleste sentrale organparametere hos pasienter. Slike enheter vil ha en sentral rolle i å dirigere pasienter til riktig behandlingsnivå i sykehuset. Pasienter i forverring skal evt. til intensiv eller operasjonsstuen, pasienter i bedring skal til sengepost.

Punkt II omhandler fordelene med et pasientgrunnlag som gir en så jevn drift som mulig gjennom uken. Alle intermediærenheter trenger nødvendigvis ikke være åpne i helgene. Det vil imidlertid være uheldig hvis enheten kun har tilbud et fåtall av ukedagene. Dette vil gi en mindre robust drift både økonomisk, faglig og personalmessig. Det er viktig med forutsigbarhet i tilbudet. Enheten kan ikke være åpen «ved behov» eller stenge hvis det er vanskelig å få dekket vakter. Størrelsen på disse enhetene skal være et forutsigbart tilbud i nye OUS. I perioder med få intermediærpasienter må det være mulig å benytte sengeplassene til pasienter med overvåkningsbehov tilsvarende sengepost.

I punkt III legges det vekt på at enheten må ha en størrelse som gir tilstrekkelig mange ansatte med riktig kompetanse til å dekke de aktuelle turnuser. Enheten må også ha et pasientgrunnlag med en fordeling gjennom uken som gir en god økonomisk drift.

I punkt IV påpekes det viktigheten av at enheten gir grunnlag for et robust og godt faglig miljø. Det krever bl.a. at punkt I, II og III svares ut på en god måte.

## **5 Størrelse på intermediærenheter**

Det anbefales en minstestørrelse på 6 intermediærsenger. Større enheter vil lettere håndtere mer ustabile pasienter og utstyrskrevene prosedyrer enn mindre enheter. Mindre enheter får lettere utfordringer med å opprettholde tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter enn større enheter. Større enheter vil være mindre sårbare for sykdom og annet fravær blant personalet. For intensiv blir det mer krevende å overflytte pasienter til rett overvåkningsnivå hvis det er stor variasjon på behandlingsnivået til de ulike intermediærenhetene. Det er enighet om at en intermediærenhet bør bestå av minst 6 senger. Dette vil svare ut prinsippene, listet opp i kapittel 4, på en tilfredsstillende måte.

## **6 Hvilke fagområder trenger tilgang til intermediærsenger**

Alle fagområder vil i prinsippet trenge denne typen senger. Det er imidlertid stor forskjell på hyppigheten av bruk. Noen fagområder vil ha flere pasienter til enhver tid liggende på slike enheter, mens andre kun vil ha sporadisk bruk.

Legger man prinsippene for inndeling av slike enheter til grunn, listet opp i kapittel 4, samt nedre anbefalte grense for størrelse på 6 senger, vil det være retningsgivende for inndeling av enhetene. Dette sammenholdt med forskjellene i virksomhet i et regionssykehus med lokalsykehusfunksjoner og et lokalsykehus, tilsier noe forskjellig inndeling av intermediærenheter i disse to sykehusene. De førende prinsipper er imidlertid like. I kapittel 7 og 8 vil det bli drøftet organisering av enhetene for henholdsvis Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Dette vil gi grunnlag for anbefaling av inndeling av enheter. Dette vil bli ytterligere detaljert ut i forprosjektet.

## **7 Nærhetsbehov for intermediær**

Intermediærenheter har nærhetsbehov både til sengepost og til intensiv. Ved å legge intermediærenhetene nær døgnområder, oppnås en økt faglig kompetanse av sykepleie og legetjenesten. Dette vil komme alle pasienter i sengeområdet til gode. Sengeområdene vil bli bedre rustet til å håndtere pasienter med varierende grad av faglige utfordringer. Intermediærenhetene har også et nærhetsbehov til intensiv, men det vurderes som svakere. Pasientflyten forventes i større grad å gå mellom sengepost og intermediær enn mellom intermediære og intensiv. Nærhet til intensiv gir mulighet for faglig støtte fra intensivmiljøet. Dette kan imidlertid også bli et hinder for ikke å utvikle den faglige kompetansen i enheten til det nivå som pasientene krever.

Intermediærenheter med høyest overvåkningsnivå og størst grad av organsvikt vil imidlertid ha et større nærhetsbehov til intensivheter enn til døgnområder. Eksempelvis vil det være mest hensiktsmessig å lokalisere en hjerteovervåkning med avansert sirkulasjonsstøtte med nærhet til en intensivhet, eventuelt organisert som en kombinert intensiv og overvåkingsenhet. Dette vil bli bearbeidet videre i forprosjektet.

## 8 Organisering av intermediærsenger på nye Aker

I forprosjektet vil en ytterligere detaljering av utformingen av intermediærealene gjøres. En intermediærenhet for hjerte vil kreve en annen utforming enn en intermediærenhet for ortopedi.

Det anbefales følgende inndeling av intermediærsenger på nye Aker.

1. Kardiologisk intermediær
2. Generell indremedisinsk intermediær
3. Intermediær for lungesykdommer
4. Kirurgisk intermediær
5. Ortopedisk intermediær, eventuelt slått sammen med kirurgisk intermediær
6. Føde/gynekologi intermediær

Det anbefales en intermediærenhet for kardiologi og en enhet for generell indremedisin. Generell indremedisinske intermediær vil også dekke behovet for intermediær for nevrologisk avdeling på nye Aker. Dette vil bli to store robuste enheter som vil ha gode forutsetninger for å bli velfungerende enheter.

Det er drøftet om lunge skal ha egne intermediærsenger. Behovet er om lag fire senger. Dette er under den anbefalte minstestørrelsen for intermediærenheter på seks senger. Sykepleierne på avdelingen har imidlertid god kompetanse på NIV-behandling (non-invasiv ventilasjon) med tilhørende overvåkingsbehov. Det vil derfor kunne opprettholdes et robust faglig miljø på en mindre enhet.

Det drøftes om kirurgisk og ortopedisk intermediær bør være to separate enheter eller samles. Ved å ha to separate enheter vil det bli mindre «kamp» om plassene ved at det blir færre fagmiljøer som ønsker plass i samme enhet. Det er imidlertid viktig å sikre disse enhetene et pasientgrunnlag som gir grunnlag for drift 24/7.

Inndelingen skissert ovenfor, vil gi robuste enheter med et pasientgrunnlag som kan forsvare en størrelse på minst seks senger for alle enheter bortsett fra for lungemedisin. Det vil gi enheter med et avgrenset faglig omfang, men samtidig en tilstrekkelig faglig bredde til å kunne overvåke alle sentrale organfunksjoner på en forsvarlig måte. Enhetene vil få en størrelse som gir grunnlag for en robust drift både faglig, personalmessig og økonomisk. Pasientgrunnlaget til disse enhetene vil forventes å gi drift 24/7 for samtlige enheter.

## 9 Organisering av intermediærsenger på nye Rikshospitalet

Det anbefales at det bygges videre på den strukturen man har for intermediærsenger på dagens Rikshospital. Den har vist seg å være hensiktsmessig for nåværende drift som skal videreføres inn i nye Rikshospitalet. Det blir viktig å ivareta behovene for intermediærsenger til de funksjoner som flytter inn i nye Rikshospitalet.

Det anbefales følgende inndeling av intermediærsenger ved nye Rikshospitalet.

1. Nevrokirurgisk og neurologisk intermediær, samlet eller i to enheter
2. Thoraxkirurgisk intermediær
3. Kardiologisk intermediær
4. Intermediær for transplantasjon
5. Intermediær for lungesykdommer
6. Intermediær for blodsykdommer
7. Intermediær for ortopedi
8. Generell kirurgisk intermediær inkludert traume
9. Generell indremedisinsk intermediær
10. Medisinsk intermediær for barn
11. Kirurgisk intermediær for barn
12. Intermediær for føde

Det drøftes om dagens nevrokirurgiske og neurologiske intermediær på Rikshospitalet bør slås sammen til en enhet i det nye Rikshospitalet. Det er fagfelt som framstår som enhetlig og hvor et nært samarbeid ville være naturlig. Det vil gi en robust drift og et godt faglig miljø. Framtidig organisering utredes for tiden i egen klinikk. Nevrokirurgisk intermediær vil få innlemmet pasientgrupper fra Ullevål. Det vil være betydelig innslag av ø-hjelp og følgelig viktig med 24/7 drift

Intermediærenhetene 2 til 7 samt 11 og 12 er en videreføring av dagens enheter. Det fungerer godt og denne driften bør videreføres. Flere av disse vil få innlemmet pasientgrupper som kommer fra Ullevål.

For generell kirurgisk intermediær og generell indremedisinsk intermediær er det viktig å sikre drift 24/7. Dette vil være enheter med et betydelig innslag av ø-hjelp.

## 10 Intermediærsenger og beredskap ved pandemi

Noen intermediærenheter bør ha en infrastruktur som gjør det mulig å etablere respiratorbehandling i en beredskapssituasjon. Større intermediærenhetene bør også kunne isoleres som en kohort.

## 11 Andel intermediærsenger i nye OUS

Eksisterende andel intermediærsenger av totalt antall sengepostsenger på Rikshospitalet og Ullevål er henholdsvis omlag 0,14 og 0,05. Andelen intermediærsenger i nye Aker og Nye Rikshospitalet er vanskelig å estimere nå, men arbeidsgruppen forventer et økende behov for intermediærsenger i nye OUS. Andelen intermediærsenger vil bli vurdert i forprosjektet.

## 12 Anbefalinger

Følgende anbefalinger legges til grunn.

- En intermediærenhet bør ha en minstestørrelse på 6 senger.
- De fleste intermediærenheter behandler pasienter med et lavere overvåkningsbehov og bør plasseres i nærheten av døgnområder.
- Intermediærenheter som behandler pasienter med et høyere overvåkningsbehov og større grad av organsvikt, bør plasseres i nærheten av intensivområder.
- Forslag til inndeling av intermediærenheter for Nye Aker:
  - Kardiologisk intermediær
  - Generell indremedisinsk intermediær
  - Intermediær for lungesykdommer
  - Kirurgisk intermediær
  - Ortopedisk intermediær
  - Føde/gynekologi intermediær
- Forslag til inndeling av intermediærenheter for Nye Rikshospitalet:
  - Nevrokirurgisk og nevrologisk intermediær, samlet eller i to enheter
  - Thoraxkirurgisk intermediær
  - Kardiologisk intermediær
  - Intermediær for transplantasjon
  - Intermediær for lungesykdommer
  - Intermediær for blodsykdommer
  - Intermediær for ortopedi
  - Generell kirurgisk intermediær inkludert traume
  - Generell indremedisinsk intermediær
  - Medisinsk intermediær for barn
  - Kirurgisk intermediær for barn
  - Intermediær for føde
- Det forventes et økende behov for intermediærsenger i nye OUS. Andelen intermediærsenger vil bli vurdert i forprosjektet.

## Vedlegg



Dato: 28.05.20

## Innspill til intermediær i Nye OUS

Intermediærenhetene vil ha forskjellige behov, men flere av intermediærenhetene vil ha nytte av å ligge i tilknytning til sengeposten de faglig tilhører. Det er viktig for de ansatte på intermediær å ha nærhet til egen faggruppe. Det kan oppleves tryggere å rådføre seg med egne kollegaer innad i egen faggruppe, men også enklere å be om hjelp. En intermediærenhet vil normalt ha mindre tilgang på anestesio- og legestøtte enn intensiv/PO og det vil derfor også være av stor betydning å ha god støtte av egne kollegaer som kjenner fagfeltet.

Det er en risiko for arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten å slå sammen intermediærenheter som skal samarbeide. De ansatte vil komme fra forskjellig arbeidsmiljø med ulike kulturer og forskjellige måter å jobbe på. Det kan skape utrygghet. Teamarbeid og psykologisk trygghet er viktig for arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten. Det er viktig for de ansatte å være trygg på kollegaer, arbeidsoppgaver og fagfelt. Dersom intermediærenheter slås sammen er det det viktig med et godt arbeidsmiljøarbeid før oppstart, men også jevnlig. En felles intermediærenhet vil kreve god opplæring og kompetanseheving. Det bør legges opp til en felles kultur, en tydelig organisering av driften, tydelige ansvarsområder og god opplæring i intermediærenhetens rutiner og oppgaver.

En intermediærplass krever større plass til areal enn en vanlig sengepostplass. Det krever mer plass til overvåkningsutstyr, men også plass til opptrening, som for eksempel en lenestol og plass til å gå på gulvet med prekestol eller annen støtte.

Det må tas stilling til økt ventilasjon og egen temperaturregulering på en intermediærstue på grunn av medisinskteknisk utstyr og en økt andel ansatte som vil oppholde seg i rommet.

Vernetjenesten forventer at intermediærområdene blir risikovurdert med tanke på HMS og arbeidsmiljø før områdene opprettes og at tiltak som reduserer risiko blir iverksatt.

For vernetjenesten OUS

Med vennlig hilsen

**Hege Trippestad**

Klinikkhovedverneombud

Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon

Mobil: 959 26 860



Denne meldingen inneholder ikke sensitiv informasjon som bryter med Rikshospitalets krav til informasjonssikkerhet.  
(In compliance with the Security Policy of Rikshospitalet the content of this message (including any attachments) is of a non-sensitive nature)

