

Tilbakemeldingsskjema

| | | | |
|--------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|
| Møte | Medvirkning forprosjekt – Møte 01 akt C 07 Intensiv, postoperativ og nyfødtintensiv – Nye Rikshospitalet | Prosjekt | Nye Aker og Nye Rikshospitalet |
| Saksnr | 76921 | Dok.dato | 17.03.2021 |
| Medvirkn.møtedato | 08.03.2021 | Frist for tilbakemeld | |
| Medvirkn.gr.leder | Søren Pischke, Sigbjørn Flatland | | |

Tilbakemelding på referatet

Referat er omfattende og generell god, bortsett fra punkt 01.01 hvor diskusjonen av funksjonsfordeling ble stoppet av gruppeleder og det dermed ikke kom frem andre synspunkter enn det fra en møtedeltaker. Det er derfor dette punktet som kommenteres mest utfyllende.

Under møtet etterspurte gruppen erfaringer og evalueringen fra tidligere prosjekter tilsvarende gruppens oppgave. Thomas Pryssing fra HSØ skulle følge dette opp.

Det er et feil i referatet: 01.01 «som for eksempel thoraxkirurgisk avdeling som ligger lengst mot nord i eksisterende RH» - riktig er at det er nevrokirurgisk avdeling som ligger lengst mot nord i eksisterende RH
Brukerrepresentant ønsker oppklaring om tilknytting til OUS er korrekt eller om det heller bør hete «Pasientforening – voksne med hjertefeil»

| Nr: (møtenr., punktnr.) | Beskrivelse – aksjon: | Kommentar/innspill fra medvirkningsgruppen |
|--------------------------------|---|---|
| 01.01 | Når det foreligger en programavklaring ønsker gruppen å få vite hvor stort dette området er for å kunne vurdere om det er plass til å samle barneintensiv i J5. | Beliggenheten av barneintensiv ble grundig diskutert i prosjektgruppen Barn og unge i Nye OUS i 2020, det var da bred enighet om konklusjonen at barneintensiv måtte ha en sentral beliggenhet pga. tidskriske hendelser. Sitat fra konklusjonen i rapporten: «Barneintensiv må ligge inntil intensivbehandling av hjerteopererte barn, i nær kontakt med operasjonstuer for ustabile pasienter og med direkte kommunikasjon (nærliggende i samme etasje eller nærliggende og kun en heistransport) til nyfødtintensiv, traumemottak og barnemottak. God kommunikasjon til kirurgiske og medisinske samarbeidende sengeposter og intermediærområder.» Flere gruppelemmer mener derfor at plassering av barneintensiv i J5 i 7. etasje ville ikke oppfylle nærhetskrav til operasjonstuer, barnemottak og barne sengeposter og anses derfor av flere i gruppen som ikke hensiktsmessig. |
| 01.02 | Gruppen bes om å komme med et spesifikt krav til maksimum transporttid for ustabile pasienter. | Dette har blitt undersøkt i nåværende arealer på RH av gruppelem med |

| | | |
|-------|---|---|
| | | <p>følgende resultat som anses som akseptable tider:</p> <p>A. Barneintensiv til thoraxkirurgisk operasjon (med tanke på transport av pasienter på ECMO), <u>20 sek.</u></p> <p>B. TKAls barnestue til thoraxkirurgisk operasjon, <u>36 sek.</u></p> <p>C. TKAls voksenstue til thoraxkirurgisk operasjon, <u>44 sek.</u></p> <p>Hovedmålet er altså å unngå heistransport og å holde tiden for forflytning horisontalt så lavt som mulig: Barneintensiv bør ligge nærmest operasjon, mens voksen thoraxintensiv kan ligge innen 1min gangavstand.</p> |
| 01.02 | Det er viktig med nærhet mellom thoraxintensiv og operasjon for eksempel akutte åpninger av hjertebarn. | Thoraxmiljøet ønsker å presisere at «cluster» av thoraxkirurgisk virksomhet generelt er foretrukket organisasjonsmåte fra deres side |
| 01.03 | Plassering av nyfødt intensiv vurderes som god, men det hadde vært ønskelig å ligge i samme etasje som føden fordi barnelegene løper til føden for mottak av syke nyfødte mange ganger i løpet av dagen. Dersom det ikke er mulig, må forbindelsen mellom de to avdelingene være god med trapper man kan løpe i, i tillegg til heisforbindelse. | <p>Gruppeleder har hatt kontakt med gruppeleder fra gruppe 5 (C. Friis). Samlet vurderes følgende prioritering av nærhet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Føde – operasjon 2. Føde – obs/induksjon 3. Føde – nyfødtintensiv <p>Nærhet Føde-operasjon er ikke optimalt på nåværende tidspunkt, men gruppe 5 har selv meldt dette inn og forflytning av føde nærmere akuttheis kan løse nærhetsproblemet til operasjon og vil samtidig knytter føden nærmere nyfødtintensiv (og voksenintensiv). Føde bør derfor flyttes nærmere akuttheis altså til J3.</p> |
| 01.05 | Intermediærsenger er integrert i døgnområdene på ca. 6 senger i klynger etter anbefaling fra fagrapport fra OUS. | OUS bør klargjøre hvordan rapporten fra «Oppgavebeskrivelse intermediærsenger i Nye OUS» skal forstås siden det har oppstått uklarhet internt i gruppe 7 om rapporten også beskriver felles intermediærenhet for generell kirurgi inkl. traume og generell indremedisin (pkt. 9 i rapporten). Gruppe 7 fremhever at det er et tverrfaglig behov for behandling av traume- og hjertepasienter som krever nærhet til intensivbehandling. Intermediæravdelinger for disse pasientgrupper bør altså ligge i nærhet til intensivarealer. |
| 01.06 | Ønskelig at det plasseres egne bildemodaliteter i intensivavdelingen for diagnostisering av ustabile pasienter. Eventuelt at det avsettes plass | Gruppeleder har hatt dialog med gruppeleder fra gruppe 9 (E. Dorenberg). Samlet vurderes det følgende prioritering: |

| | | |
|-------|--|---|
| | <p>til mobil CT. Dersom det ikke er mulig å plassere CT/MR i samme etasje som intensiv, må modalitetene i etasje for bildediagnostikk ligge rett ved heis.</p> <p>- Transport av smittepasienter mellom intensiv og bildediagnostikk må ivaretas i transportlinje mellom intensiv og bildediagnostikk.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Intensiv ser behov for nærhet til CT, mens radiologi ønsker «clustering» av flere CT maskiner 2. Det er forskjellig behov for pasienter med smitte og uten smitte og det bør etableres forskjellige veier og CT-rom for disse 3. MR er en spesialfunksjon som har både drifts- og fagfordel ved å ligge nær annet bildediagnostikk <p>Gruppe 7 vurderer derfor følgende alternativer som aktuelle:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CT og MR i akuttmottak som enkelt og rask kan nås fra intensivene med ikke-smittepasienter 2. Det bør etableres CT på operasjonsstue i tilknytning PO med «CT på skinner» (jmf. CT på IVS), slik at CT kan brukes på operasjon og PO. Denne CTen kunne brukes til smittepasienter og ekstremt ustabile pasienter fra intensiv for å minimere transportavstand. En slik oppbygging ville være særlig gunstig i krisesituasjoner (pandemi) hvor PO blir intensivareal og tilgang til egen CT er dermed sikret. Driftsansvar for denne CTen (operasjon eller PO/Intensiv) må vurderes på et senere tidspunkt |
| 01.06 | <p>For barneintensiv, er det ofte behov for anestesi i forkant av CT/MR og plassering modaliteter desentralt kunne spart areal for anestesi i bildediagnostisk etasje.</p> | <p>Gruppe 7 bemerker at det er i dag for få PO plasser for oppvåkning av barn etter diagnostikkrelatert narkose. Det bør derfor settes av dedikert plass på PO til disse barn og/eller opprettes PO arealer i nærhet av radiologisk diagnostikk for barn. Det burde også settes inn «av» mellom «plassering» og «modaliteter».</p> |
| 01.08 | <p>Gruppen ønsker tilbakemelding på hvor mange akuttheiser som er planlagt.</p> | <p>Gruppen påpeker at også areal (nettostørrelse) av hver akuttheis er av fremragende betydning for å kunne vurdere om heisene er tilstrekkelige planlagt. Transport av intensivpasienter er arealkrevende med flere maskiner (ECMO, respirator, sirkulasjonsstøtte, nyfødtkuvøser) og mye personal som følger (3-6 personer).</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Tilbakemelding fra Nye OUS

Nye OUS mener at plasseringen av intensiv over to plan i nær tilknytting til operasjon er god og hensiktsmessig.

Areal til intermediærsenger tas fra døgnområder. Disse utformes i gruppen 01 Døgnområdet Nye Rikshospitalet. Det blir viktig med samarbeid mellom denne gruppen og gruppe 01 for å sikre gode og driftseffektive intermediærområder.

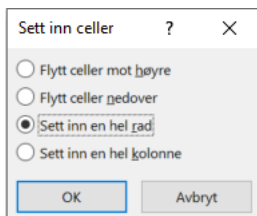
Veileder

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.

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.
- Nr: (møtenr., punktnr.)
 - Benytt her de samme numrene som er benyttet i referatet fra HSØ PO
- Beskrivelse – aksjon
 - Kopier her inn teksten fra referatet fra HSØ PO
 - Er det behov for flere linjer så høyreklikk i tabellen -> Sett inn -> Sett inn celler



- Tilbakemelding fra Nye OUS
 - Denne rubrikken er forbeholdt Nye OUS for kommentarer på referatet og tilbakemeldingen fra medvirkningsgruppen. Evnt annen tekst i denne rubrikken vil bli fjernet før tilbakemeldingen oversendes HSØ PO.