

Tilbakemeldingsskjema

Møte	Møte 01 Akt C-03 Akutfunksjoner Nyre Rikshospitalet	Prosjekt	Nye Aker og Nye Rikshospitalet
Saksnr	76586	Dok.dato	19.03
Medvirkn.møtedato	05.03	Frist for tilbakemeld	19.03
Medvirkn.gr.leder	Helle Midtgaard		

Tilbakemelding på referatet

Referatet er ufullstendig skrevet, og saker diskutert og poengtert i møtet er ikke tydelig beskrevet i referatet. Det beskrives fortløpende i kommentarer/innsjill fra medvirkningsgruppen under.

Nr: (møtenr., punktnr.)	Beskrivelse – aksjon:	Kommentar/innsjill fra medvirkningsgruppen
01.02	Ankomst selvhenvendende pasienter	<ul style="list-style-type: none"> • Ankomst for selvhenvendende pasienter i 1. etasje: Det er riktig som skrevet i referatet at det fremstår som uklart hvordan man skal klare å lage godt pasientmottak og flyt for de som skal ankomme som selvhenvendende i plan 1. Men: Det ble poengtert i møtet, og gruppen som helhet understreker at det er en uakseptabel løsning at pasientene skal ankomme i en etasje over Akuttmottak uten en resepsjon å henvende seg til. Tall fra seksjonsleder, Akuttmottak, Ullevål, innhentet etter møtet tilsier at 30-50% av pasientene i dagens Akuttmottak Ullevål henvender seg direkte. Dette er m.a.o. en meget stor andel av pasientene og omfatter eldre pasienter med akutt forvirring eller demens (flertallet av pasienter som legges inn på medisin er eldre), pasienter med smittsomme sykdommer eller pårørende til hardt skadde barn eller voksen. Det er en forutsetning at de selvhenvendende pasientene blir møtt og registrert der de kommer og at dette må være ved akuttmottakets resepsjon. Gruppen er enig om at det er en uholdbar løsning at pasienter ankommer i etasjen over akuttmottaksresepsjon og det kan IKKE anbefales. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tilleggsmoment som nevnt i referatet:

	<p>Uteområdet</p> <p>Kritisk syke barn til Akuttmottak</p> <p>Traumeoperasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mange har behov for umiddelbart tilsyn/hjelp og evt en seng umiddelbart selv om de kommer som selvhenvendende. ▪ Moment 2 som også ble tatt opp i møtet mpt inngang: Ved massetilstrømning ankommer det pasienter både gående og liggende på bære fra en hendelse. De gående pasientene som kommer direkte til Akuttmottak skal triageres på lik linje med de andre pasientene, dvs ved et utvidet triageområdet rett innenfor hovedinngang mottak og i umiddelbar nærhet til resepsjonen. <ul style="list-style-type: none"> ○ Prosjektet må på neste møte (som vi sa i møtet) komme med et alternativt forslag til inngang for selvhenvendende pasienter. • Uteområdet: Gruppen påpeker at det er viktig at kryssende trafikk, inkl selvhenvendende pasienter og ambulansetransport blir godt ivaretatt. Det er ønsket at gruppen får innblikk i arbeidet til «gruppen som jobber med å se på flyt, trafikksituasjon og logistikk for dette området utomhus». • Barn: Det er nødvendig med en presisering av hva som defineres som kritisk syke medisinske og kirurgiske barn som skal til akuttmottaket. Alle øvrige barn skal til barnemottak. Det bør også presiseres i referatet hvor mye areal som er tenkt flyttet fra Akuttmottak til barnemottak. Det ble sagt at dette var areal tilsvarende antatt 2 akuttrom, dette må skriftliggjøres? • Hybridstue (= traumeoperasjon) : I vedlagte oversikt over rom klarer vi ikke å finne igjen traumeoperasjon. Dere skriver her at det er planlagt at hybridstue skal ligge sammen med traumestue og akutt CT, men det kommer ikke frem i vedlagt romoversikt. På neste møte må utsendt romoversikt gjennomgås, slik at vi får beskrevet hva som inngår og hva som da evt mangler. Viktig å presisere at intervensjon ikke er det samme
--	---	--

	<p>Pasientflyt fra helipad/akuttheis</p> <p>Pasientflyt smittepasienter</p>	<p>som traume-operasjon. Traume-operasjon må ha angiomulighet og være dedikert til traume- pasienter. (Dagens traume-op er ca 80kvm, og det er for lite).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mange av de alvorlig skadde og syke pasientene kommer med helikopter. Det ble understreket på møtet at derfor er flyten fra helipad med heis til akuttsone avgjørende. Arkitektene må presentere en løsning for best mulig flyt fra helipad , via akuttheis til akuttsone uten å bli hindret av annen trafikk i sykehuset. Det ble kanskje ikke presisert tydelig nok på møtet, men det er viktig og nødvendig å skifte gående/sengeliggende (grønn og gul) flyt med rød akuttflyt (dvs skifte av de 2 gangene). • Smitte (luft/dråpe og kontaktsmitte): Det ble sagt at flyt for smittepasienter skal beskrives til neste møte av arkitektene. Smittepasienter vil ankomme med andre tilstander enn infeksjonssykdommer og må kunne håndteres på RH.
01.06	<p>Innspillsfrist</p> <p>Slag/nevrologi</p> <p>Akuttheiser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppeleder var ikke informert om frist 10.3 for innspill til referatet.. (som skissert i møtereferatet). • Fra slag/nevrologi: Vedrørende angio-/nevrolab: Angio/nevrolab i akuttmottaket i tillegg til angiolab i andre etg kan gi oss mulighet for 2 'sløyfer'. En for lokale pasienter med behov for nevrovaskulær intervensjon og den andre for regionspasienter som ankommer med helikopter. Lokale pasienter kan da behandles i akuttmottaket med en bedre flyt fra innkomst til behandling, og pasienter som ankommer med helikopter vil kunne få direkte intervensjon uten å gå via akuttmottak. Det er avtalt eget møte vedrørende intervensjonslab i Akuttmottaket og flyt for de pasientene som trenger akutt intervensjon (slag/PCI mm). • Akuttheis: Det må defineres tydelig hva som menes med Akuttheis. Hvilken aktivitet skal akuttheisen brukes til? Inngår all aktivitet til og fra helipad., operasjon, p.o./intensiv? Akuttheisen ble definert som en heissjakt med flere heiser (usikkert hvor mange, muligens 2). Mtp risiko for nedetid og adekvat pasientflyt (dersom alt dette skal dekkes) er det nødvendig med en

	<p>Billeddiagnostikk i Akuttmottak</p> <p>Trykktank</p> <p>Beredskap</p> <p>CBRNE</p> <p>Observasjonspost</p>	<p>beskrivelse av hvilken utredning som er gjort mtp antall heiser. Dersom dette ikke er gjort, må det gjøres. En akuttheis må være forbeholdt transport fra helipad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Billeddiagnostikk: Det er nødvendig å legge billeddiagnostikk inn i sløyfene på best mulig måte. Dvs Akutt CT må ligge med god flyt til akuttrom, og traumestue må ligge vegg i vegg med traume CT. Billeddiagnostikk for pasienter som ikke inngår i akuttsløyfene kan ligge lengre unna Akuttsonen, men fornuftig plassert ifht de vanlige undersøkelsesrommene/retriage og avklaringszone i Akuttmottak (minst mulig kryssende trafikk med Akutt/kritisk pasienten). • Trykktank: beskrevet godt. • Beredskap: Det fremkommer i referatet at «Beredskap er besluttet delt mellom nye Aker og nye Rikshospitalet». Dette må klargjøres. Vi er ikke kjent med at det foreligger en beslutning om at beredskapsfunksjonen skal deles imellom Aker og RH. Ved en massetilstrømningshendelse vil det være umulig å utelukke kombinerte skader. Pasientene vil bli triagert til RH ved massetilstrømning fordi man ikke kan utelukke traume. Dvs RH må være rigget for å håndtere medisinske og kirurgiske massetilstrømningshendelser uten deling med Aker. • CBRNE: Det understrekes at det ved massetilstrømning av pasienter vil komme usorterte CBRNE/medisin/traume - pasienter til RH. Deling av beredskap med Aker vil føre til at CBRNE pasientene ikke vil bli adekvat ivaretatt på RH. Det er dokumentert i referatet at gruppen skal underrettes om Risikoanalyse mtp CBRNE av Nye OUS. • Observasjonspost: Martin Lieung har opplyst gruppeleder at observasjonsposten er tiltenkt både kirurgiske og medisinske pasienter. Det er nødvendig å samarbeide med Medvirkningsgruppen Døgnområde som har ansvar for observasjonsposten. Flyt og plassbehov i akuttmottaket avhenger av hvor raskt pasientene kan flyttes videre til feks en observasjonspost.
--	---	--

	<p>Fødepasienter</p> <p>Slag/nevrologi/polikliniske pasienter generelt</p>	<p>Øvrige kommentarer fra gruppen som ikke fremkom tydelig i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none">• Føde: Flyt av føde pasienter problematiseres. Det er lang avstand til føde- avdelingen. Det er nødvendig at det beskrives i hvor stor grad akutt obstetriske pasienter skal stoppes i Akuttmottaket. Det er sendt henvendelse fra Gruppeleder til GL føde/gyn, men det er pr nå ikke avklart. Pasientflyt/avstand for føde- pasienter som kommer inn via Akuttmottak og skal til føde i 8. etg, er for lang. Selv ved en perfekt flyt via heis tar forflytning i seg selv for lang tid for denne pasientgruppen. Plassering av føde i bygget må derfor revurderes.• Slag/nevrologi/polikliniske pasienter generelt: Det vil være en relativt stor andel pasienter som kommer inn via slagsløyfen men som viser seg å ikke ha slag og derfor skal overflyttes til nevrologisk sengepost på lokalsykehus, dvs Aker/Lovisenber/Diakonhjemmet. Disse pasientene (som utgjør 25-30% av slagpasientene til Ullevål i dag) har behov for plass/ rom i Akuttmottaket. Det må klargjøres hvor det er tenkt at disse pasientene skal ligge. I Akuttrapporten (2020) beskrives det behov for et «cerebrovaskulært observasjonsrom» i Akuttmottak. Inngår dette i planen for akuttmottaket, og er dette i tilfelle dekkende for slag-pasientene? Dette gjelder for øvrig også medisinske og kirurgiske pasienter som kan omgjøres til polikliniske i mottak (viser seg å ikke trenge innleggelse likevel).<ul style="list-style-type: none">○ Tall fra Diakonhjemmet (lokalsykehusfunksjon for ca 180 000) viser at av 10 800 medisinske innleggelser i akuttmottaket ble 18% poliklinisert i mottak.○ AGK håndterer ca 30% av alle akutthenvendelsene poliklinisk på Ullevål i dag: dvs ca 1800 pol vurderinger og 4100 innleggelser per år på Ullevål med opptaksområde på 410.000. Således behov for «grønnsone» for rask håndtering av potensielle pol pasienter evt. bruk av obspost inntil avklart tilstand.
--	--	---

	<p>Akuttzone</p> <p>Brannskadepasienter</p> <p>Flyt av traumepasienter</p> <p>Simuleringsfasiliteter</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pasienter som trenger sekundærtransport til annen lokalisasjon (eks.lokalsykehus) trenger også dedikert obs.plass i påvente av transport. Volum her er ukjent foreløpig. ● Fra konseptfasen er det beskrevet at de 3 Akuttrommene i Akuttmottak skal ligge rett overfor traumestuen slik at man kan dra fordel av nærhet mellom disse rommene. Det er viktig at det ivaretas. ● Brannskade: På hvilken måte skal brannskadepasienter ivaretas i sykehuset? Det må beskrives hvordan disse pasientene skal ivaretas. ● Traumekirurgisk sengepost (TKS) med minst 30 senger må lokaliseres i samme bygg (en heis fra mottak) som akuttmottaket for å sikre god pasientflyt både fra akuttmottak og intensiv/operasjon. Det er behov for nært samarbeid med gruppe for døgnareal mtp plassering av TKS. ● Det er kommet innspill fra Medisinsk klinikk / Akuttmottak om at det bør planlegges inn SIM rom i Akuttmottak som legger opp til god simuleringstrening. Gruppen må diskutere dette på neste møte.
1.07	Risikomomenter oppsummert	<p>De viktigste risikomomentene etter første møte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heiskapasitet spesielt for akutte/kritiske pasienter - Beredskap / massetilstrømning: deling av pasienter mellom RH og Aker er ikke mulig - Deling rød/grønn sone i akuttmottaket og sikring av alle nødvendige rom og størrelser - Inngang av selvhenvendende pasienter i etasjen over Akuttmottak er ikke en akseptabel løsning, verken i hverdagen eller ved en situasjon med massetilstrømning av pasienter

Nye OUS har mener at plasseringen av akuttmottaket i etasjen er god, forutsatt at man finner gode løsninger for gående/selvhenvendende pasienter.

Nye OUS ber HSØ om å se ytterligere på flyt fra de tre hovedkilder av pasienter; fra helikopter via heis, selvhenvendende/gående og fra ambulanse. Nye OUS støtter gruppen i at man bør vurdere å bytte flyten i korridor fra slik gruppen selv foreslår.

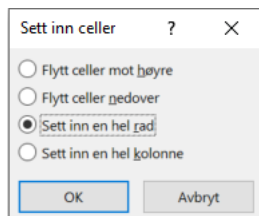
Veileder

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. Evtnt annen tekst i denne rubrikken vil bli fjernet før tilbakemeldingen oversendes HSØ PO.