

Møte:	Medvirkning hovedaktivitet C - Gruppe 3. akutfunksjoner Nye Rikshospitalet	Prosjekt:	Nye Aker og Nye Rikshospitalet
Saksnr:	80629	Dok.dato:	16.04.2021
Møtedato:	16.04.2021 kl. 08.30, møtet avsluttet kl. 11.37	Sted:	Digitalt møte - Teams
Referent:	Thea Ekren Koren	Neste møte:	21.05.21

Deltakere/mottakere


Navn	Funksjon	Organisasjon	Tilstede
Helle Midtgaard	Overlege	Gruppeleder OUS	x
Lars Wiik	Prehospital	Fagperson OUS	x
Anders Holtan	Overlege	Fagperson OUS	x
Siri Rostoft	Overlege	Fagperson OUS	x
Hedda Kolle Bøhmer	Akuttsykepleier	Fagperson OUS	x
Knut Magne Kolstadbråten	Sykepleier/traumekoord.	Fagperson OUS	x
Rajiv Advani	Overlege	Fagperson OUS	x
Peter Wiel Monrad-Hansen	Overlege	Fagperson OUS	x
Lisbeth Skipenes Andersen	Radiograf	Fagperson OUS	x
Christian Eek	Overlege	Fagperson OUS	x
Per Kristian Knudsen	Overlege	Fagperson OUS	x
Sam Priestley	Sykepleier	Verneombud OUS	x
Rolf-Andre Oxholm	Intensivsykepleier	Tillitsvalgt OUS	X
Thomas Renngård	Paramedic	Tillitsvalgt OUS	x


Benedicte Fadnes	Legespesialist	Tillitsvalgt OUS	x
Peter Monrad-Hansen	Overlege, KIT gastrokirurgi	Fagperson OUS	x
Anne Hauan Helle	Intensivsykepleier	Tillitsvalgt OUS	x
Per Gjertsen	Brukerrådet	Brukerrepresentant OUS	x
Martin Lieungh	Fagkoordinator	Nye OUS	x
Karina Lehm	Arkitekt	Prosjekteringsgruppen	x
Nina Kristiansen	Fasilitator	HSØ PO	x
Nina Linde	Arkitekt	Prosjekteringsgruppen	x
Annik Refvem objektleder utomhus/Cecilia Thoren	LARK	Prosjekteringsgruppen	x
Berit Haugan	Utstyrsrådgiver	Prosjekteringsgruppen	x
Thea Ekren Koren	Referent	HSØ PO	x

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
02.00		Agenda for medvirkningsmøte 2 ble redigert som innledning i møtet <ol style="list-style-type: none"> 1. Velkommen og agenda for dagens møte 2. Godkjenning av referat samt videre håndtering av tilbakemeldinger 3. Oppsummering fra forrige møte og arbeidet mellom møtene 4. Status funksjonsplassering 5. Status gjenstående aksjonspunkter fra møte 1 6. Oppsummering av dagens møte med aksjonspunkter 7. Eventuelt 			Info

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
02.01		Godkjenning av referat samt videre håndtering av tilbakemeldinger Referatet godkjent i møtet			Lukket
02.02		Oppsummerer fra forrige møte og arbeid mellom møtene Gruppeleder orientere om tilbakemelding fra gruppen er tilstrekkelig ivaretatt. Hovedtrekkene fra presentasjon gjengis her. <ul style="list-style-type: none"> • Inngang selvhenvendere – er bra, skal se videre på innkjøring, portløsning, parkering osv. senere i møtet • Må i den videre prosess avklare hvilke pasienter som skal inn via hovedinngang før de kommer til akuttmottaket eller annen avdeling. • Heiskapasitet – det etterspørres forutsetning for heiskapasitet, antall, flyt og nedetid. HSØ PO orienterte om det pågår en heisanalyse som vil ta opp i seg disse forholdene. Som en del av heisanalyse bør det lages en kartlegging – heis, funksjon, som Status heiser i J-bygget presentert i dagens møte <ul style="list-style-type: none"> ○ 2 akutteheiser (<i>etterskrift, de er to brannceller, separate heissjakter</i>) ○ 6 seng/person heiser (3 batterier av 2 heiser) ○ 4 vare/personal heiser (2 batteri av 2 heiser) ○ 1 heis utenfor akuttmottak (må sees på som helhet med resten av bygget) ○ Heisanalyse skal sikre behovet for antall heiser og unngå samtidighetskonflikt • Deling av rød/grønn sone, dette skal gruppen snakke mer om i dagens møte. Se på om gruppen skal anbefale å endre type/størrelse rom. OUS ønsker å se på størrelser og innplassering av rom for å bedre å forstå flyt og areal til ulike funksjoner. • Beredskap og massetilstrømning – skal håndtere alle flyter tilhørende nye NRH. Akuttmottaket må utformes for å ivareta dette perspektivet. 			Info

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:																								
02.02		<p>Status funksjonsplassering</p> <p>Siden sist – konsekvenser av endret opptaksområde</p> <p>Opptaksområde for Rikshospitalet (lokalsykehusfunksjoner) økes til 200.000 innbyggere med bakgrunn i styrevedtak. Det er sammen med Oslo universitetssykehus gjennomført en analyse av omfanget av utvidelsen på Nye Rikshospitalet og tilsvarende reduksjon ved Nye Aker. Vurderingen tar opp i seg justeringer som kommer frem i fag- og funksjonsfordelingsrapporten, spesielt for fagområdene infeksjonsmedisin og ortopedi (som innebærer overføring til Nye Aker fra Nye Rikshospitalet). Samlet gir dette en netto overføring av følgende kapasiteter fra Nye Aker til Nye Rikshospitalet:</p> <table border="1" data-bbox="840 715 1310 917"> <thead> <tr> <th>Type kapasitet ⁽¹⁾</th> <th>Kapasitet 2035 ⁽²⁾</th> <th>Netto m²</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normalsenger inkl. observasjon</td> <td>28</td> <td>840</td> </tr> <tr> <td>Dialyseplasser ⁽³⁾</td> <td>5</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Dagplasser</td> <td>3</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>Poliklinikkrom</td> <td>6</td> <td>180</td> </tr> <tr> <td>Poliklinikkrom, spesialrom</td> <td>3</td> <td>105</td> </tr> <tr> <td>Operasjonsstuer</td> <td>1</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td>Postoperative plasser</td> <td>2</td> <td>36</td> </tr> </tbody> </table> <p>I tillegg er 6 rom til videokonferanse/e-helse + et mindre areal for kontorarbeidsplasser/møterom og garderober tilført Nye Rikshospitalet. Samtidig som et areal til CBRNE (kontorer/møterom) er tilført Nye Aker.</p> <p>I sum overføres 1 800 m² (netto) fra Nye Aker til Nye Rikshospitalet.</p>	Type kapasitet ⁽¹⁾	Kapasitet 2035 ⁽²⁾	Netto m ²	Normalsenger inkl. observasjon	28	840	Dialyseplasser ⁽³⁾	5	100	Dagplasser	3	48	Poliklinikkrom	6	180	Poliklinikkrom, spesialrom	3	105	Operasjonsstuer	1	110	Postoperative plasser	2	36			Info
Type kapasitet ⁽¹⁾	Kapasitet 2035 ⁽²⁾	Netto m ²																											
Normalsenger inkl. observasjon	28	840																											
Dialyseplasser ⁽³⁾	5	100																											
Dagplasser	3	48																											
Poliklinikkrom	6	180																											
Poliklinikkrom, spesialrom	3	105																											
Operasjonsstuer	1	110																											
Postoperative plasser	2	36																											

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<p>Illustrasjon nedenfor redegjør for areal forflytting av CBRNE enheten til Aker, samt vilket areal som er overført til akuttmottaket.</p> <p style="text-align: center;">Tatt ut CBRNE fra Nye RH, overført Nye Aker</p> <p>★ Overført til akuttmottaket 03.01 – 55 kvm²</p>  <p style="text-align: center;">Totalt 102 kvm netto overføres til Aker.</p>			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<p>Illustrasjon nedenfor redegjør for areal overført til barnemottaket som en følge av beslutningen om felles barnemottak.</p> <p>Tatt ut fra akuttmottak J-bygg og overført akuttmottak barn M/N-bygg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Undersøkelsesrom 16 kvm • Undersøkelsesrom 20 kvm • Redusert observasjon med 20 kvm <p>Sum areal overført: 56 kvm</p>  <p>Det kommer med innspill til presentasjon om CBRNE. Det reises spørsmål i gruppen om hva som ligger vedtaket om overføring av CBRNE. Nye OUS må sammen med gruppen avklare beslutningsunderlaget ang. før neste medvirkningsmøte.</p> <p>Gruppen stiller spørsmål til til arealet til akuttmottaket ikke utvidet i forbindelse med fordeling av opptaksområdet. Gruppen ønsker dette forklart av Nye OUS før neste møte.</p> <p>Foreligger det noe endring i forhold til hvilke barn som skal til akuttmottaket nå jfr. tidligere vedtak?</p>			Åpen

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<ul style="list-style-type: none"> • Det er forutsatt i fagrapport Barn og unge Nye OUS (november 2020) at akutt kritisk syke og traume skal til hovedmottaket. Justeringen av areal er en oppfølging er fagrapporten. • Barnemottaket blir planlagt for også ivareta kirurgiske barn. Det vil etter det man forstår måtte følge med ressurser for å ivareta pasienter i nytt barnemottak. Gruppen ønsker å synliggjøre at dette kan være utfordring for bemanning – dette vil medføre ekstra vaktpersonell med to mottak (barn og voksne). <p>Gruppen er opptatt av at deltakere i medvirkningsprosess ser beslutninger som det henvises til, sammen med underlaget for beslutningene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fagkoordinator skal dele med gruppen, rapportene som viser grunnlaget for beslutninger om å samle barn. Dette ble i møtet delt med gruppen i Teams-chat, Prosjektrapport barn- og ungdom i Nye OUS. <p>Presentasjon av arkitekt:</p> <div data-bbox="517 906 1137 1331" style="background-color: #ffffcc; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Bygg J Teknikkarealer omdisponert Døgnområde somatikk voksne normalsenger er flyttet en etasje ned Føde flyttet til etasje 03 Prøvetaking flyttet fra M til J</p> <p>Bygg M/N - Laboratorier flyttet til etasje 05-06 - Døgnområde somatikk voksne normalsenger i M/N er flyttet til eksisterende Barnesengeområdet flyttet fra eksisterende til M/N Forskning Uddannelse flyttet op i bygget</p> </div>			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<p>Presentasjon utomhus av landskapsarkitekt inklusiv veier og transport til/fra akuttmottaket.</p> <p>Diskusjon etter presentasjonen er punktvis oppsummert her:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er planlagt for at ambulansene kjører samme veier fra avkjøringer mot sykehuset som alle andre biler. • Gruppen er veldig bekymret for å ha innkjøring for ambulanser, som benytter samme trase og risiko for felles avkjøringsvei og transport vei for ambulansene inn til mottaket. • Økt lokalsykehusfunksjon vil gi økt trafikk med ambulansetransport. • Trafikkanalyse – må bearbeides og det må fremskaffes underlag tall og volum som skal inngå i analysene. Gruppen får bekreftet at trafikksituasjon (TS)-inspeksjon bør inngå som del av trafikkanalyse. Tallunderlaget må kvalitetssikres. • Gruppen ønsker å få avklart flyt for slagpasienter, fordeling mellom akuttmottak Nye Rikshospitalet jfr. andre akuttmottak, pasientunderlaget må kvalitetssikres. Nye OUS ser på dette sammen med gruppen. <p>Presentasjon akuttmottaket plan U1, ved arkitekt</p> <p>Akuttfunksjon-funksjonsdiagram blir gjennomgått og det presenteres to forslag til løsning i møtet.</p> <p>Forslag 1: Traume mot vest og undersøkelsesrom mot nordøst</p> <p>Forslag 2: Undersøkelsesrom mot vest og traumerom mot nordøst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det blir svart ut at det er rom, søyler, vegger, heiser/trapper og atrier som ligger fast, jfr at det er gjennomgående konstruksjoner som ligger opp gjennom alle etasjer i bygget. 			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<ul style="list-style-type: none"> • Helipad fordelt på to plasseringer på toppen og begge har transportvei mot samme område der det ligger to akutteiser. • Prehospital, ønsker at det ivaretas ren og uren sone i forbindelse med vask biler, påfyll materiell og dusj/skift ansatte, ambulanseshall. Dette er et krav fra arbeidstilsynet. • Størrelse akuttrom, funksjon, krav til rommene skal gruppen gjennomgå og komme med innspill om. Det er planlagt for tre akuttrom med lik funksjon, i tillegg et akuttrom/undersøkelsesrom som skal ha forrom og adkomst fra utsiden. • Vernetjenesten er opptatt av hvordan ivareta de ansatte, sikre at det er personal- og støtterom, samt sikre at areal som skal ha dagslys får dette. I tillegg må det sees på rom som eks. overnatting/hvile ansatte, kontor osv. • Hvordan ivareta pårørende i forbindelse med traume osv. det må ivaretas samtale/pårørende rom og hvor bør dette ligge, eller hvordan kan dette ivaretas. • I forbindelse med planlegging og fordeling rom – hva med teknisk etasje og teknikkrom til bildemodaliteter, arkitekt presenterer at det er planlagt i bakkant av rommet og over rommet. Det gis innspill fra noen at det er sterkt ønske at teknikk blir plassert i egen etasje. • Fagkoordinator presiserer at det er areal avsatt til overnattingsrom for personale og gruppen kan samle innspill og oversende til gruppen som håndterer overnattingsrom. • Forslag 2 her presenteres forslag som viser at det er mulighet for å samle både mottak av pasienter fra ambulanseshall og selvhenvendende inn i plan U1 • Gruppen ønsker at arkitektene ser på om det er noe mulighet for å kunne få inn lager og flyt i ambulanseshall og skille for ren/uren side. 			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<ul style="list-style-type: none"> Inn og utkjøring i ambulansehall er gjennom samme «port». Det må presenteres hvordan kjøremønster er planlagt, søyler og andre utfordringer som ligger i uteområdet utenfor akuttmottaket. 			
		<p>Gruppen presenterer pasientflyt og sløyfer:</p> <p>Traume</p> <ul style="list-style-type: none"> Kortest mulig vei fra helipad til traumestue Traumestue 5 plasser og den må ha tilkomst på langsiden Hybrid/operasjon må ha kvalitet som opr.stue Akuttrom må ligge tett på traumerom slik at det fra korridor kan være oversikt over både inngang akuttrom og traumerom CT må ligge ved siden av traume og må ha dør direkte mellom traume og CT i tillegg til fra korridor. Tilkomst fra traume – til operasjonsstuene og til sengepost traumekirurgi må ivaretas med egen pasientflyt. <p>Gastrokirurgi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dette er stor pasientgruppe Hastepasienter mottas av eget team, deles i rene og urene team 30 % av pasientene kan håndteres poliklinisk og de bør ligge litt isolert fra resten for å sikre rask sløyfe. Pasientene som ikke er regionsfunksjon, men skal tilbake til annet lokalsykehus, behov for avklarings/vente-areal, antall plasser må spesifiseres etter møtet. Det er kort liggetid for pasienter i obs.plassene 			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<ul style="list-style-type: none"> • Noen veldig få pasienter trenger nød-kirurgi i mottak, regner med at da traumestue kan benyttes. Skal det være dedikert sløyfe til operasjonsavdelingene eller få plass i mottaket, gruppen avklarer? • Tett på akuttmottaket ligger observasjonspost, alternativ bruk må vurderes. I akuttmottaket ligger observasjonsrom, ca. 100 kvm, disse kan ivareta ca 10 senger for akuttmottak i tillegg til observasjonsposten. • Gruppen må følge opp bruk av obs.post. Er den planlagt for både med. og kir. pasienter. <p>Medisin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisinsk team, akutt blødning, overdose, coma, trenger akuttstue • Sepsisteam trenger eget rom ikke så stort som akuttrom, men for mange personer. • Rom for dråpesmitte, er det ivaretatt i området. • Pasienter som blir poliklinisert i mottak, avvente, tid, ultralyd, trenger noe plass og denne gruppen vil øke, anslagsvis 10 % vekst. • I tillegg spørsmål om bruk obs-post også fra medisin. <p>Mottaket</p> <ul style="list-style-type: none"> • skal det være senger eller bårer, eller begge deler? – ønsker flest mulig bårer, men noen må ligge i seng. <p>STEMI- sløyfene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikke komplisert sløyfe går bare gjennom mottaket og videre til behandling utenfor akuttmottaket. 			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<ul style="list-style-type: none"> • Det største volum ikke avklarte er brystmertepasienter med behov for EKG, EKKO må inn i mottak. Har behov for ca. 10 senger. Stor medisinsk pasientgruppe. • Akutt indremedisinske pasienter er det desidert største faget inn i mottaket, jfr. volum av pasienter. • Akuttrommene må være store nok, rommene må kunne ligge ved siden av hverandre Det anbefales å se på flyt fra traumerom, i tillegg fly fra akuttrom og videre til bilde og re-triage. Mange pasienter i denne sløyfen. <p>Aorta-aneurisme, intervensjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • hvor skal aorta-aneurisme pasienter håndteres - RH eller Aker? • Intervensjonsbehandling, for disse pasientene som ikke kommer i stort volum? <p>Det er ikke forgang og WC til alle vanlige undersøkelsesrom Det er kun forgang til de to kontaktsmitterommene og til ett akuttrom</p> <p>Mange av rommene har ulike navn og benevnelser, kan gruppen enes om de varianter av romnavn, rombeskrivelse, og størrelseskrav så vil det være lettere å forstå hvordan innplassering kan gjøres?</p> <p>Nevrofag, både medisin og kirurgi:</p> <p>Slag og nevrokirurgi, mange blir polikliniske pasienter, ca 40%. Gruppen mener at det må vurderes om oppsummeringen av denne flytpresentasjonen kan oppsummere med om de 10</p>			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<p>sengene i obs.rom er for lite. Disse pasientene trenger ikke akuttrom, de skal til bildediagnostikk</p> <p>Det er tre ulike pasientsløyfer for regions-pasientene, tromboectomipasienter og nevrokirurgiske pasienter.</p> <p>Barn og ungdom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barnetraumer blir håndtert i traumesløyfer, det samme for de barn som skal i medisinske team • Flyt fra akuttromtak til barnesykehuset. Barna blir stabilisert før de kan transporteres til barneintensiv eller til barn i M/N-bygget, det skal ikke være stor utfordring. <p>SIM-lab:</p> <p>Det kommer innspill om det skal være SIM-lan i akuttromtaket, eller ikke. Gruppen diskuterer fordeler og ulemper og de skal samle seg om felles tilbakemelding.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er benyttet traumestue, viktig å simulere i mottakets reelle arealer og rom. Man simulerer helst i de miljøer der man skal jobbe, ikke i andre typer rom. <p>Gruppen oppfatter at akuttromtakets utfordring er begrenset areal, alle har nå presentert sløyfer for sine faggrupper, gruppen må avklare hvordan de skal samle seg om den prioriteringen gruppen ønsker å gi. OUS må samle seg om å gi råd – avklare hvordan dette skal besluttes. Målet er at det blir så stor enighet som mulig internt i gruppen.</p> <p>Referansegruppe neste uke som også skal gi innspill. Gruppen slik den er rigget skal ikke og</p>			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<p>kan ikke sette ulike fagønsker opp mot hverandre. Det må gis innspill i faglinje og evt. løfte opp det som er kritisk/risiko.</p> <p>Andre funksjonsavklaringer som underlag diskutert i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ønsker to innganger så tett på hverandre som mulig, må sikre å ha oversikt fra ett sted til disse to inngangene som bør ligge tett, men litt avstand. • Ingen av de som kommer med bil som selvhenvendere skal kunne bli kjørt av noen som skal parkere bilen i uteområdet plan U1, det trenger kun være få plasser for midlertidig stopp ved avlevering av pasienter. Må reduseres antall biler for de som kommer som selvhenvendere. • Flyten inn i akuttmottaket må skilles fra innsiden av inngangssonen. • Bildediagnostikk i akuttmottak har flere funksjoner, som har dagslyskrav til heldagsplasser. Bildediagnostikk er avhengig av ventesone og toalett. De gir tilbakemelding å logistikken – fint at modaliteter ligger samlet, en radiograf kan håndtere flere lab. • Det kan være svakhet og flaskehals å ta to helipad inn i samme heisområde. Det er ønsket at det skal være – to heiser – ønsker to løp – • Smittevern og mottak - hva/hvordan kan evt. pandemi håndteres og planlegges for i fremtiden. Gruppen samler seg og gir råd om dette tema før neste møte, Smittevern anbefaler eget bad/toalett til noen av undersøkelsesrommene. Det ligger ikke anbefalt sluse, da dette tar areal, og det gjør adkomst mindre praktisk. Viktig at arealet kan inndeles i ulike soner for å kunne ivareta rene/urene pasienter. Det er ikke mulighet å lage kohorter i førstelinje mottak, ikke avklar hvilke pasienter som ankommer med ulik type smitte. 			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<ul style="list-style-type: none"> • CBRNE ønsker noen flere rom med forgang, det er generelt uheldig å henge fra seg smittefrakker i en korridor/gang utenfor undersøkelsesrom. Noen rom i eget område må ha krav til luftutskiftninger for rommene. <p>Når man lager nødløsninger for spesielle område Redusere trafikk, ikke kohorter, bør ikke bruke smitterom til dette, men bruke de enkleste rommene for å håndtere flere smittepasienter samtidig.</p> <p>Beredskap/hendelser med massetilstrømning: Massetilstrømning – det må etableres robuste sløyfer, som kan sikre at hverdagen håndteres godt, da kan det også løse drift i spesielle situasjoner.</p>			
01.04		<p>Status gjenstående aksjonspunkter fra møte 1 Punktene fra forrige møte ble også gjennomgått i dette møtet, og nye innspill og momenter blir tatt med i videre arbeid med å presentere nytt forslag.</p>			Lukket
01.05		<p>Oppsummering av dagens møte med aksjonspunkter Referenten oppsummerte kort aksjonspunkter fra møtet. Det ble orientert om at oppsummering med aksjonspunkter som gruppen kan begynne å jobbe med sendes til gruppeleder i løpet av helgen.</p> <p>Etterskrift, her er hva som ble oversendt gruppeleder av aksjonspunkter lørdag 17.04.21:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Gruppen skal avklare hvilke pasienter som ankommer akuttmottaket via hovedinngangen/vestibylene 1. etasje?</i> 			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Gruppen mener at heiskapasitet er risikomoment i prosjektet, HSØ PO/prosjekteringsgruppen må beskrive og vise heiskapasitetsanalyser (tallunderlag, forventet heisbruk, ulike tider gjennom døgnet og uken basert på tallmateriale som evt. foreligger, samtidigetskonflikt må belyses) 3. Gruppen ønsker å se vedtak om at CBRNE skal flyttes til Nye Aker. Det ble i møtet skrevet en del om dette i Teams-chat der det ble vist til vedtak HSØ 26/11.20 som er fattet på bakgrunn av styremøte OUS 20/10. Noen kommenterer at det ikke er CBRNE, men høysmitteisolat som er vedtatt flyttet til Aker. Nye OUS må sammen med gruppen avklare beslutningsunderlaget slik at dette er kjent for gruppen før neste medvirkningsmøte. 4. Det gis en orientering om tallgrunnlaget for trafikkanalyse, tallmaterialet bør i forkant av neste medvirkningsmøte kvalitetssikres med OUS, slik at dette kan gjennomgås i neste medvirkningsmøte i mai 2021. 5. Beskrive funksjon og kvalitetssikre størrelse av de tre akuttrommene som hver er planlagt med 36 kvm og et fjerde på 36 kvm med sluse og inngang direkte fra uteområdet, som ligger i akuttmottakets romprogram. I tillegg er det programmert to luftsmitteisolat på hver 18 kvm som også gruppen bør tenke på hvor de anbefaler innplassering jfr. flyt og funksjonsplassering som helhet. - 6. Gi innspill om antall biler det skal være plass til for de som kommer som selvhenvendere og skal kjøre ned til akuttmottaket? 7. Gruppen bør gjennomgå og kvalitetssikre tall med hensyn på hvilke fag som har hvilket volum inn i mottak fordelt fra selvhenvendere, ambulanse og helikopter? – jfr. diskusjonen i møtet der ulike faggrupper beskrev ønsker for ulike flytsituasjoner, her fremkom det fra flere også innspill om volum (antall pasienter inn fordelt på fag og tidspunkt på døgnet) som vil være til hjelp for oss alle å forstå. Dette også sett opp mot diskusjonen som var i møtet om å ta utgangspunkt i hverdagens drift for å forstå også hvordan det jobbes i beredskapssituasjoner (viktigheten av å ha et akuttmottak som fungerer basert på ordinær drift for å håndtere evt. beredskap, massetilstrømning osv.) Dette underlaget vil være til hjelp for 			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		<p><i>prosjekteringsgruppen når de skal prosjektere og utvikle modellen (tegninger) for akuttmottaket videre i samarbeid med gruppen.</i></p> <p>8. <i>Avklare sløyfe for aortaaneurisme pasienter (og evt. andre pasientgrupper som ikke ble gjennomgått i dagens møte), få bekreftet om de skal til NRH, til NA eller begge steder?</i></p> <p>9. <i>Akuttmottak OUS må gi en samlet tilbakemelding, gruppen må samle seg om å gi råd og få avklart hvordan de skal forankre rådene internt i OUS. Martin og Helle gjennomgå dette og klargjøre hvordan man tenker å jobbe med dette videre i gruppen. Målet er at det blir så stor enighet som mulig internt i gruppen. Det gis informasjon om at det er viktig å diskutere dette også med referansegruppe neste uke som også skal gi innspill. Gruppen slik den er rigget skal ikke og kan ikke sette ulike fagønsker opp mot hverandre. Innspillene fra gruppen må gå i faglinje og evt. løfte opp det som er kritisk/risiko i styringslinjen. OUS må avklare hvilken prosess de ønsker å ha for dette.</i></p> <p>10. <i>Fagrappport smittevern har ikke inne anbefaling om sluser til undersøkelsesrommene i akuttmottaket, men gir anbefaling om at noen av undersøkelsesrommene i akuttmottak har eget bad/toalett. Hvor mange og hvilken fordeling jfr. flyt -rød og grønn?</i></p> <p><i>Til slutt i møtet gav gruppen innspill om to viktige punkter som må jobbes frem mot neste møte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a. Ankomst pasienter i ambulanse til akuttmottak, gjennomgang av trafikkdata fra avkjøring hovedvei og inn til akuttmottak</i> <i>b. Flyt fra helikopterlandingsplassene på taket av J-bygget og flyten til akuttmottaket via heis.</i> <p><i>Gruppen ved Helle oversender sine samlede tilbakemeldinger senest 29.04.21 kl. 12.00 til fagkoordinator Martin (Nye OUS) som videresender til HSØ PO.</i></p>			

Nr. (møtenr. punktnr)	Evt. romfnr.	Beskrivelse – aksjon:	Ansvar:	Frist:	Status:
		Trykketank – er OK innplassert i J1, plan 1.			
01.06		Eventuelt			

Tilbakemeldingsskjema

Møte	Medvirkning hovedaktivitet C - Gruppe 3. akutfunksjoner Nye Rikshospitalet	Prosjekt	Nye Aker og Nye Rikshospitalet
Saksnr	80629	Dok.dato	30. april
Medvirkn.møtedato	16.04.21	Frist for tilbakemeld	30. april
Medvirkn.gr.leder	Helle Midtgaard		

Tilbakemelding på referatet

Tilbakemeldingene er sortert under ansvarsområder, men representerer gruppen samlet:

Akuttmottak:

Det er nødvendig at det blir en praktisk én-veis flyt av pasienter (gående og liggende) igjennom akuttmottaket, slik det allerede er i akuttmottaket i dag. Dette pga høyt pasientvolum/samtidighet igjennom triage på dagtid. Alle andre pasienter enn teampasienter kommer inn i akuttmottaket slik:
Inngang → Triage → Retriage → us-rom, deretter ofte til avklaring. Denne veien bør være kort og effektiv, og må også beskrives med piler.
Vedrørende spørsmålsstillingen om bærer /senger: Det er i prosjektet lagt opp til senger, med en direkte heis fra sengevask (heislevering) og tilgang på senger fortløpende). Det viktigste for akuttmottak må være at man til en hver tid har tilgang på bærer eller senger i akuttmottak. Dvs tilgjengelig uten forsinkelse til enhver tid.
Det er fordeler og ulemper med begge løsninger, gruppen ønsker å diskutere dette når analyse fra HSØ mtp sengekapasitet er ferdigstilt.
Flere tilbakemeldinger om at det kan være for lite med 4 akuttrom (3 vanlige og ett for dråpesmitte). Gruppen kommer tilbake med en samlet tilbakemelding på dette.
Et ekstra triagerom må tegnes inn i skissene.

Smitte / rom: I Rapporten som ivaretok smittevern står det: Alle u.s. rom i Akuttmottaket bør ha eget toalett og vask. I referatet står det at det ikke er forgang (likt), men at det er wc til alle u.s. rom er anbefalt i rapporten, men det er ikke tatt med nå. Her trenger vi en avklaring både fra prosjektet på om rapport om smittevern i nye sykehusbygg er ivaretatt. Og hvis det stemmer at den ikke er det og at det feks ikke foreligger wc på alle u.s. rom må dette tas på nytt med smittevern. GL initierer et sær møte mtp smittevern og ivaretagelse av krav/anbefalinger som ble diskutert frem i rapporten, og dette må diskuteres som eget punkt på neste medvirkningsgruppemøte.

Prehospital/transport:

Ambulansetransporter: Det er avgjørende å få klarhet i hvor andre ambulansetransporter enn de akutte skal leveres.

Prosjektet bør se på muligheter for å eventuelt legge til rette for andre hensiktsmessige "pickup og drop of" punkter for pasienter av elektiv karakter dersom dette ikke er gjort. Prosjektet må gjøre rede for hva som er tenkt her.

Ambulanseshallen: Flyt og logistikk i ambulanseshallen må gås opp. Det er ønskelig med en ambulanseshall hvor ambulanser har separat innkjøring og utkjøring fra hallen. Det er avtalt et særmøte for ambulanseshallen på Aker, representanter fra denne gruppen skal delta der. Dette må tas opp på neste møte. Volumet på forelagte skisser anses som altfor lite. Det må tas høyde for plass til pasientuttak av bærer bak ambulansene og uten en gjennomkjøring vil det bli en arealkrevende utfordring å skulle snu trafikken inne i selve hallen.

Innkjøring/traffikksituasjon:

I oppsummeringen er hovedpunktet angitt: «Ankomst pasienter i ambulanse til akuttmottak, gjennomgang av trafikkdata fra avklaring hovedvei og inn til akuttmottak.» Det avholdes særmøter på dette. Det skal/må redegjøres for totalt antall transporter som er forventet å skulle benytte veien, inkludert risikovurdering av trafikkavvikling ved nedkjøringen, og bruk av alternativ innkjøringsvei for ambulansetransport. Dette skal tas opp på neste medvirkningsgruppemøte, og tilbakemelding fra GL til prosjektet foreligger før dette møtet.

CBRNE/Dekontaminering

Dekontaminering av pasienter i ambulanseshall eller annet tilstøtende område må diskuteres. Det planlegges særmøte på dette. GL kommer tilbake med samlet anbefaling fra gruppen (innspill fra CBRNE og prehospitalt miljø).

SIM rom: Det bør legges til rette for at simulering kan gjennomføres i Akuttmottak. Et akuttmottaksrom og en plass på traumestua bør rigges med kamera for å kunne gjennomføre SIM in situ. Det må finnes et møterom i akuttmottaket som kan benyttes til gjennomgang av simulering. Behov for simuleringsfasiliteter skal tas videre opp med gruppen som ivaretar simulering, og må tas inn i totalvurderingen av antall akuttrom.

Gastrokirurgi: Det er behov for rom tilpasset kirurgi både for «akutt pol» pasienter og pas som skal innlegges (sårhåndtering/sutur, abscessdrainasje, suprapubiskateter etc), og et som kan inneholde «gyn stol» for anorektoskopier og andre «urene prosedyrer» (kateter innleggesler). Dette må diskuteres videre mtp romstørrelser og behov.

Slagsløyfen: Vi venter på tilbakemelding på plassering av nevrointervensjonslab evt samlet sammen med øvrige intervensjonslab'er i D-bygget. Når det foreligger må vi se på flyt og tid for forflytning til intervensjonslabene. Dette må vurderes i sammenheng med heiskapasitet, og kan utgjøre et risikomoment.

Kardiologi/PCI: STEMI-pasienter – disse skal rett på angiolab, viktig at det foreligger transportmuligheter til lab som ikke går gjennom områder der det er andre pasienter (i dag gjennom venterommet til MR). Denne gruppen innbefatter også hjertestanspasienter. Medvirkningsgruppen må se på pasientflyten for disse pasientene når plassering av angiolab'er er besluttet. Akuttrommene må kunne ivareta brystsmertepasientene og det må være plass til å gjøre UL.

Massetilstrømning/beredskap:

1. Sykehuset vil være landets største og Oslo eneste traume og beredskapssykehus; av denne grunnen må det normlats tet alltid være tilgjengelig i hverdagen. Det betyr at vi må satse på reelt redundante løsninger for tilfartsveier, vi kan ikke ende opp med at tilkomst til Akuttmottaket er sperret pga villet eller tilfeldig /ulykkeshendelse.
2. Ved massetilstrømning må sykehuset kunne håndtere et stort antall «leveranser» av pasienter, og dersom løsningen i hverdagen medfører risiko for flaskehals er forsinkelser bør vi ha reserveløsning som eks sikrer en vei inn og en annen vei ut.

Med tilfartsveier menes både pasienttransport på bakken og i lufta / helikopter. For helikopter bør redundante løsninger innebære 2 plattformer og heise system. Slike opplegg vil ofte også kunne gi en gevinst i hverdagen; eks at man bruker den plattformen som er nærmest dit man skal.

Kommentarer til oppsummeringen:

- 1) Gruppen skal avklare hvilke pasienter som ankommer akuttmottaket via hovedinngangen/vestilbylen 1. etg. Prosjektet v/ HSØ må også si noe om hva som er tenkt. Hvor skal helse ekspresen og hvite ambulanser levere pasienter, og hva er tenkt vedrørende pickup/drop-of points for ikke-akutte ambulansetransporter og helseekspresen. (Som beskrevet over).
- 4) Innkjøring/trafikksituasjon:
I oppsummeringen er hovedpunktet angitt: «Ankomst pasienter i ambulanse til akuttmottak, gjennomgang av trafikkdata fra avklaring hovedvei og inn til akuttmottak.» Det avholdes særmmøter på dette. Det skal/må redegjøres for totalt antall transporter som er forventet å skulle benytte veien, inkludert risikovurdering av trafikkavvikling ved nedkjøringen, og bruk av alternativ innkjøringsvei for ambulansetransport. Dette skal tas opp på neste medvirkningsgruppemøte, og tilbakemelding fra GL til prosjektet foreligger før dette møtet.
- 5) Kvalitetssikring av romstørrelser i tillegg til funksjon er viktig videre i prosessen.
- 8) Nye OUS må si noe om aortaaneurisme funksjonsfordeling RH/Aker.

Hovedpunktene:

Innkjøring/trafikksituasjon:

- a. «Ankomst pasienter i ambulanse til akuttmottak, gjennomgang av trafikkdata fra avklaring hovedvei og inn til akuttmottak.» Det avholdes særmmøter på dette. Det skal/må redegjøres for totalt antall transporter som er forventet å skulle benytte veien, inkludert risikovurdering av trafikkavvikling ved nedkjøringen, og bruk av alternativ innkjøringsvei for ambulansetransport. Dette skal tas opp på neste medvirkningsgruppemøte, og tilbakemelding fra GL til prosjektet foreligger før dette møtet. Trafikkavviklingen slik den nå er skissert utgjør en betydelig risiko, og oppfattes av gruppen ikke som en adekvat løsning!
- b. Flyt fra helikopterlandingsplassene må beskrives av prosjektet. Det er i etterkant av dette møtet definert en heis som helipad dedikert heis. I tillegg er det nødvendig at det beskrives hvilke pasienter for øvrig som skal bruke «Akuttheiser» og medvirkningsgruppen må få innsyn i risikoanalyse av heiskapasitet.