

Tilbakemeldingsskjema

Møte	Møte 02 Akt. C – 05 Føde – FELLES	Prosjekt	Nye Aker og Nye Rikshospitalet
Saksnr	80635	Dok.dato	19.04.2021
Medvirkn.møtedato	14.04.2021 Kl. 12.30-16:00	Frist for tilbakemeld	27.04.2021
Medvirkn.gr.leder	Camilla M Friis		

Tilbakemelding på referatet

Bekymring rundt areal

Generelt har gruppen uttrykt ønske om å få innsikt i totalt areal som er beregnet til KVI, fordelt på føde, obs.post, barselpost og poliklinikk. Samtlige deltakere er dypt bekymret for at man bygger en altfor liten avdeling, uten tilstrekkelig plass til hverken kjerneaktiviteten eller helt nødvendige støttefunksjoner. Gruppen ønsker forståelse for at areal er helt avgjørende for å utføre gruppens sentrale oppdrag i denne delen av medvirkningsmøtene som dreier seg om funksjonsplassering. At vi kommer så sent inn i prosessen gjør det vanskelig å få den fulle oversikt over arealet, og i hvilken grad det er stort nok for de mange og sammensatte behovene man har ved en fødeavdeling. Dette kommer ikke tilstrekkelig frem i referat.

I dag har man beregnet 6500 fødsler på Føde A og B ved Ullevål, fordelt på til sammen 12 fødestuer og 2 mottak som benyttes til fødestuer når det er høy aktivitet. Det vil si at vi kan beregne 464 fødsler/stue/år. På Nye Aker skal man ha 5000 fødsler, hvorav kanskje 700 (maks) er tiltenkt ABC, som vel skal ha 3 fødestuer slik som i dag (?). Da sitter vi igjen med 4300 fødsler på 8 fødestuer, i tillegg til de som blir overflyttet fra ABC. Det blir i alle fall 537 fødsler/stue/år, altså nesten hundre mer enn i dag. Det er da ikke tatt hensyn til befolkningsveksten og nye bydeler som skal inn senere.

Fødeavdeling og populasjon

Ved planlegging av ny fødeavdeling på Haukland er det antydning at ca 20% er kompliserte/risiko fødsler, 40% krever mer intervensjon/oppfølging, men ca 40% er normale fødsler. Disse tallene vil være ytterligere forskjøvet i nye OUS, spesielt på NRH vil en større andel vil være i gruppen risikofødsler (Nasjonal funksjon, utvidet regional funksjon (alvorlige leverlidelser, blødningssykdommer, nevrologiske sykdommer eller andre sjeldne sykdommer der man er avhengig av samarbeid med anestesi eller andre spesialiteter med spisskompetanse) samt premature fødsler og fostre der det er funnet avvik (hjertesyke, diafragmahernie, gastrochise/omfalocoele, tvillingkomplikasjoner, arvelige sykdommer mm).

Det er også slik at mange fødende vil være vurdert å være lavrisiko ved innkomst kan endre status på minutter, f.eks ved dårlig fosterlyd, morkakeløsning og blødning etc. Dette har konsekvenser for hvordan vi må tenke rundt organisering av fødeavdelingen i nye OUS.

Det er allikevel slik at mange fødende er friske og får friske barn og trenger et godt føde- barseltilbud der far er en naturlig del av opplevelsen.

Organisering av fødeavdelingene som kohorter og behov for støtterom

Føden er utelukkende å regne som en akuttavdeling og kan ikke ta ned drift ved ekstraordinære hendelser som f.eks pandemi.

Det har så langt vært lite fokus på videre organisering av fødeavdelingene, men det er viktig å ivareta sentrale aspekter rundt dette før funksjonsplassering skal besluttes. Utforming av føden må ta hensyn til at det i en epidemisituasjon skal kunne fungere som en kohort på samme måte som døgnområdene barsel og obs.post. Vi mener det mest hensiktsmessige er at fødeavdelingene som hver skal ivareta 5000 fødsler organiseres som 2 avdelinger (lav og høy risiko) på NRH og 3 på NA (lav og høy risiko og ABC). Støtterom må plasseres deretter og det er nødvendig med egne støtterom for den enkelte kohort (desinfeksjonsrom, lager, personalrom, arbeidsrom, sluser med omkledding). Ventilasjonsanlegget må også utformes og dimensjoneres for dette og samtidig dimensjoneres for avtrekk for lystgass. Fellesfunksjoner for fødeavdelingen som møterom og kontorer kan plasseres i utkanten av fødeavdelingen med lett tilgang fra de enheter som skal benytte arealet.

Beskrevet i funksjonsplan

Føde	Fødemottak	Andre funksjoner/støtterom
<ul style="list-style-type: none"> • 11 Føderom, inkl. 2 kontaktsmitte • 1 Asfyksi • 2 arbeidsstasjoner, åpen • 2 arbeidsstasjoner, lukket • 2 arbeidsrom, tverrfaglig • Kontor • Lager, rent, tøy, utstyr (sentralt og desentralt) • 4 undersøkelse/samtale • 1 pause/møterom • 1 opphold/spis • 1 medisinerom • 2 desinfeksjonsrom • HC-WC 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Undersøkelse akutt • 2 undersøkelse mottak 	<ul style="list-style-type: none"> • Arealer til undervisning og forskning • Miljøstasjon • Renhold • PNA • Avdelingskjøkken

Poengene over innebærer blant annet at 1 asfyksirom ikke er tilstrekkelig på 11 fødestuer (i dag har vi ett til tvillinger på 2400 fødsler på RH og 2 på Ullevål på 7500 fødsler). Det vil videre være behov for asfyksirom på operasjon.

1 pause/møterom og 1 opphold/spis er ikke tilstrekkelig, det må være 1 per avdeling (dvs2 til sammen), ikke minst med tanke på smittevern og samtidig nok rom til både jordmødre og leger som ikke kan gå langt fra avdelingen for å innta lunsj eller dokumentere.

Kontorareal er viktig da ledere må være i nærheten av fødeavdeling for å kunne drifte avdelingen forsvarlig. Kontorareal til leger må også være i nærheten (utkanten av føden) og samtidig ivareta smittevern. Føden kan ikke nedbemanne ved pandemier.

Det samme gjelder vaktrom (nok vaktrom: sannsynligvis 4-5 leger med tilstedevakt). Det er også slik at enkelte jordmødre går lange vakter som tilsier at de skal kunne ha tilgang til hvilerom.

Dagens areal for mottak på føde/gyn på Ullevål er mer enn halvert i forhold til areal planlagt på nye Aker og gruppen er kritisk til en slik nedskalering, jfr også smittevernmessige hensyn skissert under.

Vi har mottatt tilbakemelding fra smittevern; Det fremheves viktigheten med å sikre nok arealer i mottak sone, der det er behov for å monitorere/ akutt behandle pasienter på samme rom slik at utstyr til pasientbehandling kan holdes adskilt og opprettholde anbefalte avstand mellom pasienter. Det er av betydning å tilpasse rett rom størrelse i forhold til den behandlingen som skal utføres med tanke på aseptiske prosedyrer, kalkulert behov for antall tilstede i rom, behov for medisinsk teknisk utstyr. Rom for Asfyksi bør sikres tilstrekkelig størrelse for mottak av beregnet antall pasienter slik at man kan holde utstyr og personale adskilt under behandling.

Avdelingen bør sikre at det er areal for pårørende til smittepasienter

Ved vurdering av hvor føden plasseres bør avdelingen sikre god analyse av areal for anbefalinger i forhold rom med eget bad og dekontaminert forgang og slik at arealet som planlegges er dimensjonert for forventet pasient trykk i fremtiden

Det bør tilstrebes at avdelingene i størst mulig grad har egne vaktrom, pauserom, oppholdsrom slik at det i en smittesituasjon er mulighet for å isolere hele avdelingen (eks: Norovirus)

Barsel

Barselkvinner bør differensieres. Mange vil kunne overføres en lettpost, tilsvarende barselhotell relativt snarlig etter fødsel. En slik post kan ligge lenger unna en fødeavdeling (f.eks i E1), men slik at den er tilgjengelig for nyfødttundersøkelse (samt enkel transport av nyfødte) og enkel transport av mor dersom det skulle oppstå akutte hendelser som blødning.

Det er nasjonale føringer i forhold til enkeltrom på barsel og tilrettelegging for at begge foreldre kan være tilstede med den nyfødte.

Barsel har behov for undersøkelsesrom til nyfødttundersøkelse og herunder må også smittevern ivaretas.

Barsel har behov for undersøkelsesrom for mor.

Begge barselavdelingene må organiseres med mulighet for kohorter.

Intermediær

Det er i utgangspunktet planlagt for desentralisert intermediær på NRH. Føde/obs/barsel vil ha behov for intermediærrom. Intermediærrom må ligge tett på fødeavdelingen. Dette kan deles mellom oppgraderte fødestuer, 2 observasjonsplasser og 2 barselplasser, med mulighet for fleksibilitet. Dette vil være egnede plasser for kvinner med hjertesykdom (Nasjonalt ansvar), alvorlige blødninger og infeksjoner, kvinner med preeklampsi – både før, under og etter forløsning, premature fødsler der kvinnen behandles med Mg for nevroproteksjon av foster.

Nr: (møtenr., punkt nr.)	Beskrivelse – aksjon:	Kommentar/innspill fra medvirkningsgruppen
02.01	Godkjenning av referat Referat fra møte 01 Akt. C – 02 Føde felles NA og NRH - godkjent i møtet.	
02.04	<p>Aksjoner, Nye Aker Ligger fødeområdet riktig plassert i bygget (11 fødestuer med støtteareal) med tanke på vektet nærhet til operasjon og obs-senger? Gruppen gir en felles tilbakemelding som gir føring for hvor føde skal innplasseres Gruppen gir innspill på innplassering av fødeområdet i forhold til de andre tverrgående funksjonene som føde trenger nærhet til, f.eks. flyt pasienter, ansatte og varer. Gruppen gir tilbakemelding på om det er ønskelig å vise en intern rocade av funksjonene i fødeområdet for å skape mulighet for å dele føde i to enheter (Viktige hensyn er nærhet til akuttheis, innganger, dagslys, skjerming) Ligger føde/gyn-mottak riktig plassert i bygget? Gruppen og Nye OUS gir en felles tilbakemelding som gir føringer om hvor føde/gynmottak skal innplasseres. «Vegg i vegg» med fødeområdet eller med nærhet til akuttmottaket? Gruppen og Nye OUS angir antall OBS-senger som må ligge på samme plan som fødeområdet (nå plan 3), og tar stilling til om</p> <ul style="list-style-type: none"> · føde/gyn mottaket eller observasjonsrom kan brukes som sectiostue i en nødsituasjon? · føde/gyn poliklinikk og fødestuer skal bytte plass for kortere avstand mellom fødestuer og akuttheis, og til nyfødtintensiv? 	<p>Fødestuer: Plassering av KVI funksjoner i 3 etg er fint, og sikrer nærhet til operasjon/intensiv, NI, samt beskrevne avhengigheter mellom fød-obs. Det er nødvendig å planlegge for 3 fødeavdelinger (2 +ABC). Se utfyllende kommentarer til referat (samme prinsipp gjelder både NRH & NA). Max tid til operasjon fra fødestue (bortsett fra ABC) til operasjon er 1min. Det kan være en tanke å plassere fødestuene nærmest Sinsenaksen (som ikke er ABC) nærmere akutt heiser og fødeheis (i dagens poliklinikkområde) og samtidig nærmere nyfødt intensiv. Støtterom må også plasseres deretter. Det er nødvendig med egne støtterom for den enkelte avdeling (3 fødeavd) (desinfeksjonsrom, lager, personalrom, arbeidsrom, sluser med omkledding, møterom, kontorer, spiserom). Det er godt mulig dette vil innebære en viss intern rocade. ABC trenger ikke ligge like nærme akuttheis. Ventilasjonsanlegget må også utformes og dimensjoneres for dette og samtidig dimensjoneres for avtrekk for lystgass. Fellesfunksjoner for fødeavdelingen som møterom og kontorer kan plasseres i utkanten av fødeavdelingen med lett tilgang fra de enheter som skal benytte arealet. Behov for luftsmitte må avklares. Obs senger; Pasienter som ligger på obsposten kan ha umiddelbart behov for overføring til fødestue og evt til operasjon</p>

		<p>via akuttheiser. Det er viktig å tenke på at disse pasientene ikke kan kjøres i seng i stor fart gjennom poliklinikkområde eller føde/gyn mottak. Antall obs senger er noe vanskelig å anslå. Generelt kan man si at det er hensiktsmessig med enkelte barselsenger i tillegg til alle obs sengene, da fleksible løsninger avhengig av hvor behovet er størst er lettere å ivareta. Barsel bør differensieres og de mest ressurskrevende bør således ligge i 3 etg. De andre kan like godt ivaretas i 4.etg ved siden av nyfødt.</p> <p>Nærhetsbehov mellom føde/operasjon og føde (gyn) poliklinikk er mindre uttalt, og det kan være hensiktsmessig å tenke denne nærmere fød/gyn mottak.</p> <p>Om en fødestue kan benyttes som sectiostue avhenger av personell og utstyr. Generelt er det avgjørende at det alltid går en heis og at det finnes helt sikre løsninger på vertikal transport.</p> <p>Vaktrom er fint plassert</p> <p>Intermediær Det er ønskelig med to enerom med mulighet til bad/toalett og beliggende helt i utkanten av intensivområdet slik at de er enkle å komme til for vårt personale og for evt ledsagere m nyfødte</p> <p>Føde/gyn-mottak. Det er ikke avgjørende at mottaket er samlokalisert med føden. Det er ønskelig at mottaket har lett tilgang til akuttheiser, transport til føden, og lett tilgang utenfra. Det er argumenter for at denne bør ligge skjermet i forholdt til fødeavd. Pasienter med (sen-)aborter, intrauterin fosterdød og infeksjoner er det hensiktsmessig at skjermes for fødende (og vice versa). Det er argumenter for at det kan være hensiktsmessig å legge mottaket nærmere poliklinikk for både gyn og føde (personellflyt og pasientforløp). På den annen side kan det være visse fordeler ved å ligge nærme akuttmottak (sepsispasienter, blødningssjokk) selv om det er mer sjeldne hendelser.</p> <p>Dersom løsningen blir akuttmottak i 3 etg</p>
--	--	--

		<p>er det hensiktsmessig med rokade av funksjoner på dette planet. Vi foreslår at føde/gyn mottak flyttes til føde/gyn pol området og poliklinikkområdet forskyves med klokken - og dermed en forskyvning av obspost. Det ville være hensiktsmessig at føden da blir liggende som 2 poster mot hvert sitt atrium for å sikre drift av to poster som kan fungere som kohorter ved smitte.</p>
02.05	<p>Plassering av føde, Nye Rikshospitalet Nytt forslag til plassering av føde ble presentert og følgende punkter ble tatt opp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppen diskuterte mulig innplassering i etasje 3, 6 og 8. Alle disse etasjene har ulike muligheter med hensyn til hva som er mulig å få plass til av funksjoner i samme området og alle etasjene har ulike avstander til operasjon og nyfødtintensiv - 6. og 3. etg. har tekniske rom som sperrer for funksjoner som har nærhetsbehov til føde (døgnsenger) - Gruppen ønsker å samle fagmiljøet på én etg. f.eks. i 8. etg. med føde i midten, nær akuttheis, og med OBS og barsel på hver side? Eventuelt samlokalisere Fødemottak og Barsel i 6. etg.? - Gruppemedlemmer uttrykte bekymring for at arealene er for små, og for at Føde og Operasjon kan bli plassert på ulike etasjer <p>Momenter fra diskusjonen (viktig prosjektutvikling):</p> <ul style="list-style-type: none"> · Føde og fostermedisin har drøftet behovet for å samle virksomhet for å oppnå fleksibilitet. Gruppen ønsker at det ses på muligheten for å flytte føde til 8. etg. for nærhet med nyfødtintensiv · Føde i 3. etg. med nyfødtintensiv i 7 etg. er alt for langt unna. (Det fødes mange syke barn på fødeavdelingen – ikke kun på sectiostuen i operasjon) · Ønsker å samle føde og barsel i nytt bygg, samtidig ønskes nærhet til operasjon · Ønsker nærhet mellom fødemottak, føde, obs-plasser og operasjon · Føde i 8. etg. gir for stor avstand til operasjon ved hastesectio · Fødemottak sammen med OBS-senger og 	<p>Anestesi mener at fullstendig rehabilitering og oppgradering av eksisterende lokale med tilsvarende utvidelse utvidelser hadde vært å foretrekke. De mener det blir for lang avstand til sectio og akutt assistanse til dårlig mor. NRH vil ha en stor andel syke møde/risikosvangerskap og beredskap bør planlegges deretter.</p>

	<p>barselsenger vil gi fleksibilitet</p> <ul style="list-style-type: none"> · OBS senger og føde må ligge sammen, 13 OBS-senger vurderes som for lite · Dedikerte vs. prioriterte heiser. Gruppen må sette krav til tilgjengelighet på akuttheis (antall sek.), og prosjektet må gi svar på om- og hvordan funksjonelle krav kan løses · Mottak kan ligge i fødeområdet ved heis, men håndtering av smitteproblematikk er ikke avklart, gruppen bør gi råd og innspill · Plassering av intensiv og intermedieærplasser for føde- og barselkvinner må avklares og gruppen bør gi råd og innspill <p>Det ble stilt spørsmål om hvorfor man kun ser på nytt bygg. Prosjektets oppdrag er nybygg, og ikke rehabilitering av eksisterende sykehus.</p>	
02.06	<p>Aksjoner, Nye Rikshospitalet Ligger fødeområdet riktig plassert i bygget (11 fødestuer med støtteareal og fødemottaket)? Gruppen er i møtet ikke omforent om prioritering av nærhet, og hva som skal gis som anbefaling for plassering. Gruppen bes om å:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Gi en felles tilbakemelding som gir føring for hvor føde ønskes innplassert · Vurdere fremtidig fleksibilitet og elastisitet med hensyn til innplassering av fødeområdet og fødemottaket i J-bygget · Gi innspill på innplassering av fødeområdet i forhold til de andre tverrgående funksjonene som føden trenger nærhet til, f.eks. flyt pasienter, ansatte og varer <p>Angi antall OBS-senger som må ligge på samme plan som fødeområdet (inkl. fødemottak)</p>	<p>Det er nødvendig å planlegge for 2 fødeavdelinger som kan driftes separat ved f.eks. kohortisolering. Se utfyllende kommentarer til referat (samme prinsipp gjelder både NRH & NA). Flertallet i gruppen ønsker å samle størstedelen av fagmiljøet på én etg. f.eks. i 8. etg. med føde i midten, nær akuttheiser. Dette forutsetter at avhengighet til operasjon ivaretas med rask og sikker vertikal transport av fødende innen 1min. Dette innebærer lokalisasjon av fødestuer i lamell J3 og 4.</p> <p>Anestesileger i gruppen er bekymret for vertikal transport og ønsker at føde og operasjon blir plassert i samme etasje. Grupper er omforent om tidsaspektet, at ingenting haster mer enn grad 1 sectio og at transporttid fra føde til operasjon er kritisk. Vi mener det planlegges for få heiser slik det er skissert i dag, også sammenlignet med NA. Det er også viktig å ivareta behovet for rask anestesilogisk assistanse ved akutte hendelser på fødegangen og 3 etg unna operasjon/intensiv kan således være lang. I så fall vil det trenges pauserom/hvilerom for anestesi nærmere føden. Det er ikke klarlagt hvordan vaktlinjene blir i nye OUS (avstand føde- anestesimiljø). Gruppen anser det ikke som hensiktsmessig å ha operasjonsstue på</p>

		<p>fødegang da behovet for anestesikompetanse og operasjonskompetanse vil være for dårlig dekket opp for. Et annet alternativ hadde vært om man kunne samlet virksomheten i 6etg dersom arealet var tilsvarende 8etg. En slik løsning hadde sikret nærhet til operasjon, NI, anestesi i tillegg til nærhetsbehov innad i klinikken. Gruppen mener det mest hensiktsmessige er at fødeavdelingene som hver skal ivareta 5000 fødsler organiseres som 2 seksjoner/poster (lav og høy risiko). Støtterom må plasseres deretter og det er nødvendig med egne støtterom for den enkelte kohort (desinfeksjonsrom, lager, personalrom, arbeidsrom, sluser med omkledding). Ventilasjonsanlegget må også utformes og dimensjoneres for dette og samtidig dimensjoneres for avtrekk for lystgass. Fellesfunksjoner for fødeavdelingen som møterom og kontorer kan plasseres i utkanten av fødeavdelingen med lett tilgang fra de enheter som skal benytte arealet.</p> <p>1 asfyksirom ikke er tilstrekkelig på 11 fødestuer.</p> <p>1 pause/møterom og 1 opphold/spis er ikke tilstrekkelig, det må være 1 per avdeling (dvs2 til sammen), ikke minst med tanke på smittevern og samtidig nok rom til både jordmødre og leger som ikke kan gå langt fra avdelingen for å innta lunsj eller dokumentere.</p> <p>Kontorareal er viktig da ledere må være i nærheten av fødeavdeling for å kunne drifte avdelingen forsvarlig.</p> <p>Kontorareal til leger må også være i nærheten (utkanten av føden) og samtidig ivareta smittevern. Føden kan ikke nedbemanne ved pandemier.</p> <p>Det samme gjelder vaktrom (sannsynligvis 4 leger med tilstedevakt). Det er også slik at enkelte jordmødre går lange vakter som tilsier at de skal kunne ha tilgang til hvilerom.</p> <p>Det er også viktig å ivareta behov for forskningsarealer inkludert kontorer (klinikknær) i J-bygg.</p> <p>Intermediær Det er i utgangspunktet planlagt for</p>
--	--	---

		<p>desentralisert intermediær på NRH. Føde/obs/barsel vil ha behov for intermediærrom. Intermediærrom må ligge tett på fødeavdelingen. Dette kan deles mellom oppgraderte fødestuer, 2 observasjonsplasser og 2 barselplasser, med mulighet for fleksibilitet. Dette vil være egnede plasser for kvinner med hjertesykdom (Nasjonalt ansvar), alvorlige blødninger og infeksjoner, kvinner med preeklampsi – både før, under og etter forløsning, premature fødsler der kvinnen behandles med Mg for nevroproteksjon av foster. Disse bør ligge sentralt plassert i nærheten av akuttheiser.</p> <p>Observasjonspost Det er tidligere beskrevet avhengigheter mellom obs og føde. Pasienter som ligger på obsposten kan ha umiddelbart behov for overføring til fødestue og evt til operasjon via akuttheiser på lik linje med kvinner i fødsel (navlesnorsfremfall, placentaløsning, eklampsi etc). Antall obs senger er noe vanskelig å anslå, men i og med at NRH skal ivareta alle fødsler under 32 uker og fosteravvik vil obsposten være av en viss størrelse. Mange av disse kvinnene er langliggere (dager - ukesvis) og kanskje i størrelsesorden 30-35 senger (et par til observasjon i forbindelse med fødemottak der det ikke er satt av obsplasser). Det er viktig å planlegge for fleksibilitet med barselsengene.</p> <p>Barsel Barsel bør differensieres og de mest ressurskrevende bør således ligge i samme etg. som føde/obs og fødemottak. De syke mødrene, nyopererte eller mødre med syke barn bør ligge i J bygg, anslagvis 38- 40. Mange vil kunne overføres en lettpost, tilsvarende barselhotell relativt snarlig etter fødsel. En slik post kan ligge lenger unna en fødeavdeling (f.eks i E1), men slik at den er tilgjengelig for nyfødttundersøkelse (samt enkel transport av nyfødte) og enkel transport av mor dersom det skulle oppstå akutte hendelser som blødning. Det er nasjonale føringer i forhold til</p>
--	--	--

		<p>enkeltrom på barsel og tilrettelegging for at begge foreldre kan være tilstede med den nyfødte. Barsel har behov for undersøkelsesrom til nyfødtundersøkelse og herunder må også smittevern ivaretas. Begge barselavdelingene må organiseres med mulighet for kohorter. Besøkende via hovedinngang.</p> <p>Fødemottak (J5) Det anses viktig at fødemottak er samlokalisert med føden men organisert som en selvstendig enhet med støtterom, jfr vurderinger på fødeavd. Inngang er lett tilgjengelig utenfra via inngang sør i J-bygg akuttmottak gående og vil bedre ivareta smitte. Vi ser for oss at heis da går til 8etg der mottaket er plassert. Det er ikke lagt opp til observasjonssenger i planene og nærhet til døgnplasser i samme etg vil være viktig for pasienter som må observeres før avklaring.</p> <p>Elektiv poliklinikk Kan ligge i E2 som i dag og sikre lettere tilgang til føden via overgang til J-bygg direkte. Området må utvides da antall fødsler dobles (både fødepol og fostermed pol)</p> <p>8 etg ivaretar behovet for nærhet til obspost, nyfødt intensiv, mottak. Heiser må ivareta krav til tidsmessig nærhet til operasjon. Akuttakser i 8 etg bør ligge nærmest føden, varer og gående pasienter/besøkende på motsatt side. Tilgang til heis uten å måtte runde hjørner og tilstrekkelig kapasitet til å ivareta krav om max 1min transport fra fødestue til operasjon.</p>

Nye Aker

KVK kommer med endelig avgjørelse fredag 30.04 på hvor føde/gyn mottaket skal ligge. Alternativene er ved akuttmottaket eller i 3. etg.

Føde er fornøyd med beliggenhet i 3. etg av fødestuer. De ønsker primært 3 seksjoner med fødestuer, høyrisiko fødsler, lavrisiko fødsler og ABC enhet. Dette vil utfordre støttearealene og må sees på i lys av foreliggende romprogram.

De er fornøyd med beliggenhet av observasjonsenheten i 3 etg. Beliggenhet i forhold til akuttheiser ønsker de å se nærmere på i neste møte. De er mulig å omrokerer på funksjonene til KVK i plan 3. Dette må gjøres i neste møte for å få landet en endelig plassering av observasjon føde/gyn mottak og fødestuer.

Nye Rikshospitalet

Nye OUS er kjent med gruppens bekymring for avsatt areal. Gruppen etterlyser innsikt i totalt areal som er beregnet til KVI, fordelt på føde, obs.post, barselpost og poliklinikk. Nye OUS ber HSØ PO presentere en skjematisk oversikt over dette for gruppen i neste MVG, gjerne også romprogram for tilsvarende.

Nye OUS ber gruppeleder frem til møte 3 å orientere gruppen om nasjonal modell for framskriving og oppfordre gruppedlemmer til å sette seg inn i dokument: « 2019 Konseptrapport Barn, føde og gynekologi», dette for å kunne ha fokus på oppgavene i møte 3 og unngå diskusjon og innspill på areal og annet som er beskrevet i nevnte dokument.

MVG ønsker å planlegge for 2 fødeavdelinger som organiseres som 2 seksjoner/poster (lav og høy risiko), som kan driftes separat ved for eksempel. kohortisolering. Nye OUS anmerker at dette vil utfordre støttearealene og må sees på i lys av foreliggende romprogram.

MVG påpeker at 1 asfyksirom programmert inn ikke er tilstrekkelig. Nye OUS mener dette må diskuteres på neste MVG-møte og en evt. omfordeling av annet areal til dette må gruppen ta stilling til.

MVG ønsker en desentralisert intermedier i tilknytning til føde, obs/barsel. Nye OUS mener dette bør diskuteres i neste møteserie.

MVG estimerer behovet for antall obs.senger til å være 30-35 senger, der to senger foreslås lagt til fødemottak. (Obs.senger har nærhetsbehov til føde og operasjon via akuttheis.) Nye OUS mener tallet er estimert noe høyt, og må diskuteres i neste møte. Det totale antall senger satt av til barselsenger er 79, hvori obs.senger ligger i denne potten. Nye OUS presiserer at klinikkleder KVI har bedt om at det gjøres en omfordeling av senger mellom Nye Aker og Nye RH ved at det overføres tre senger fra Nye RH til Nye Aker. Dette er så langt ikke behandlet i sykehusets ledermøte – eller videresendt til HSØ PO. Dette medfører at det totale antall senger vil følgelig bli redusert til 76 ved Nye RH.

MVG mener barsel bør differensieres og der de mest ressurskrevende bør ligge i samme plan som føde/obs/fødemottak, anslagsvis 38-40 barselsenger. Resterende barselsenger kan legges til lettpost lengre unna fødeavdelingen og i gammel bygningsmasse i E. Nye OUS ber ARK til neste møte vise hvor mange senger det vil være plass til i samme etasje som føde og mottak. Det vil gi en øvre grense for hvor mange senger som går i den etasjen.

MVG ønsker oppsummert å samle størstedelen av fagmiljøet på én etg. med føde i midten, nær akuttheiser, forutsatt at avhengighet til operasjon ivaretas med rask og sikker vertikal transport av fødende innen 1min. Videre ønskes fødestuer lagt i lamell J3 og 4. Videre at fødemottak er samlokalisert med føden og med heis direkte opp fra akuttinngang i J 1, bakkeplan.

Nye OUS foreslår at føde og tilhørende mottak og obs.senger legges til etasjen over nyfødttintensiv, 8 etg. Videre at det antall barselsenger som det er mulig å få inn på samme plan legges til 8 etg.

Nye OUS mener at plassering av resterende barselsenger som det ikke er plass til i den definerte etasjen, bør det tas endelig stilling til på et senere tidspunkt, men en fortsatt bruk av eksisterende areal i E er den mest åpenbare plasseringen. Dette området vil dog ikke omfattes av oppgradering til 2030 standard med enerom, barselsengene i E vil fortsatt være slik rommene fremstår i dag.

Nye OUS foreslår på lik linje med MVG at poliklinikk bør legges til eksisterende poliklinikkområde i E for føde/barsel og utvides tilsvarende framskrivning i dette området.

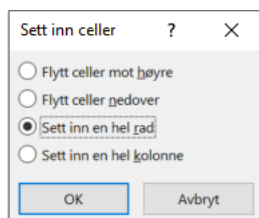
Veileder

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
 - Innsjill 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.