

Erfaringer fra Intensivenheten NLSH Bodø

En kvalitativ studie

Godkjent av NLSH Bodø 23.11.2023

Utarbeidet av Sykehusbygg HF 02.11.2023

Innhold

- Bakgrunn og metode, side 3
- Beskrivelse av Nordlandssykehuset (NLSH) Bodø og Intensivenheten, side 4
- Erfaringer fra ansatte og ledere i Intensivenheten, side 12
 - Lokalisering
 - Kapasitet
 - Nærhet, oversikt og samarbeid
 - Ro og konfidensialitet
 - Avstander
 - Covid-19 pandemi
 - Fløy A overvåking - Erfaringer på romnivå
 - Fløy B intensiv - Erfaringer på romnivå
 - Rom for pårørende
 - Pauserom
- Mest og minst fornøyd med, side 31
- Læringspunkt, side 32

Bakgrunn og metode

Bakgrunn

Sykehusbygg HF har dokumentert ledere og ansattes erfaringer med utformingen av Intensivenheten i NLSH Bodø. Bakgrunnen er at avdelingen har en utforming som det er interessant for Sykehusbygg HF å undersøke nærmere, spesielt fordi NLSH Bodø er et ombyggings- og påbyggingsprosjekt. Resultatene fra arbeidet vil bli benyttet i utvikling av «Kunnskapsgrunnlag for intensiv og overvåking», som blir utarbeidet høsten 2023.

Dette er en kvalitativ studie som belyser erfaringer med den nye intensivenheten etter innflytting. Fokus har vært hvordan utforming legger til rette for arbeidsprosesser og pasientbehandling, herunder: Avstander og oversikt over pasienter og kolleger. Samarbeid, sambruk av areal og ressursutnyttelse. Konfidensialitet, ro og trygghet. Bemanning og endringer av areal etter innflytting.

Metode

- Gjennomgang av tegninger av Intensivenheten
- Fokusgruppeintervju med ledelse for sykepleie, lege, intensivsykepleier og assistent, totalt sju informanter 4.10.2023
- Befaring/observasjon 4.10.2023
- I vurderingen som er gjort av Sykehusbygg HF, er det benyttet kunnskap fra forskning, anbefalinger i Standardromkatalog (Sykehusbygg HF 2021), evalueringer av sykehusprosjekter mm.
- Tegninger i presentasjonen er hentet fra Ratio arkitekter AS, møbleringsplan 8. etasje 05.12.2014. Tegninger er bearbeidet av Sykehusbygg HF.
- Bilder er tatt av Sykehusbygg HF

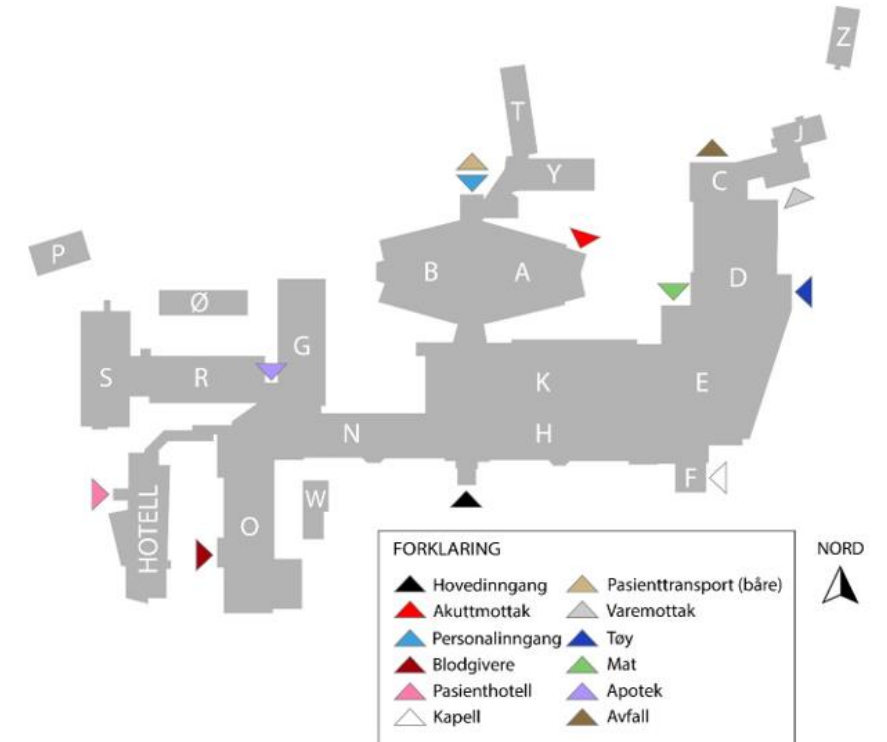
Nordlandssykehuset (NLSH) Bodø

Det første Hovedfunksjonsprogrammet for Nordlandssykehuset (NLSH) Bodø ble framlagt i 2001. Tyngdepunktet for utbyggingen var eksisterende høyblokk (AB) og tilbygg til denne. Fra byggestart i 2004 fram til 2021, ble det bygget nytt laboratoriebygg, pasienthotell og nytt sentrallager. Det ble bygd ny fløy K som stod ferdig i 2014. Med fløyene H, K, N og G ferdigstilt, åpnet sykehusets nye hovedinngang i sør i september 2016. Fløy A stod ferdig rehabilitert i juni 2018 og fløy B vinteren 2020. Det ble bygd ny akuttheis og nytt helikopterdekk på taket, som åpnet i september 2021. Unntatt pasienthotell, men inklusive nytt kontorbygg utgjør dette 72.770 kvadratmeter nybygg, utvidelser og ombygginger (Ferdigmelding, Byggetrinn 2 - fase 2. Helse Nord Styresak 154-2021. 24.11.21)

I «Medicinal-Indretningen. Nordlandssykehusets historie. 2021» beskrives erfaringer med å drifte sykehus over mange år på en byggeplass. Det nye sykehuset ble bygd over, rundt og inni det gamle, mens det var i full drift. Da fløy A og B skulle renoveres, ble først fløy A på den ene siden ferdigstilt. Etter innflytting i fløy A, startet arbeidet med den andre halvdel, fløy B. Fløyene A og B ble i tillegg bygd ut i hver ende.

Før renovering var intensiv og overvåking lokalisert i fløy B i 8. etasje, på henholdsvis nord- og sørsiden. Operasjonsavdelingen var lokalisert i fløy A. Da fløy B skulle renoveres, ble Intensivenheten flyttet til fløy A (8. etasje). Etter renovering, i februar 2020, flyttet intensiv inn i fløy B i 8. etasje, mens overvåking ble værende i fløy A. Den nye operasjonsavdelingen er plassert i fløy K i 8. etasje.

Intensivenheten flyttet fra drift i saler til i mindre sengerom i de renoverte fløyene A og B.



Figur: Oversikt over bygninger og innganger i NLSH Bodø.
Kilde: Nordlandssykehuset.no. Bearbejdet av Sykehusbygg HF

Intensivenheten NLSH Bodø

8. etasje fløy A og B

Intensivenheten i 8. etasje i AB blokka



Intensivenheten er lokalisert i fløy A og B og er nært koblet til fløy K. Det er to innganger til fløy A og B fra et felles trapp- og heisområde mellom fløyene. På nordsiden av området er et felles pauserom (36 m²) plassert. Bygget har en båtform med en spiss i hver ende og dobbeltkorridor. Fløy A og B speiler hverandre. Begge har støtteri i midtkjernen og sengerom mot yttervegg. Under planleggingen ble fløy A kalt tung overvåking (TOV) og oppvåking, mens fløy B er intensiv. I det videre arbeidet omtales fløy A som overvåking og fløy B som intensiv.

Overvåking (TOV og oppvåkning). Fløy A



Ett ensengsrom

Tre firesengsrom

Ett tosengsrom, barn/ECT

Åpningstid hverdager til kl. 18.00. De pasientene som ikke kan flyttes til sengepost, flyttes til Intensiv i fløy B etter kl. 18. I ferier inkluderes oppvåking av dagpasienter fra 2. etasje.

Beskrivelse av Intensivenheten, fløy A overvåking

Området for overvåking i fløy A har 15 sengeplasser for postoperativ og overvåking (se side 7). Et rom med 8 senger er plassert på nordsiden midt i fløy A. Området er todelt slik at 4 og 4 senger (29 + 29 m²) delvis er adskilt av en vegg. Fire arbeidsplasser er plassert inne i rommet. Tosengsrommet (26 m²) ved siden av og 8-sengsrommet inngår i overvåkingsområdet. Det er en skyvedør mellom de to rommene. Tosengsrommet brukes vanligvis til ECT-behandling og av og til for barn. Forberedelser til og overvåking etter ECT skjer i 8-sengsrommet. Ved siden av tosengsrommet, på østsiden, er to kontor for ledere plassert. På den andre siden av 8-sengsrommet, mot vest, er det et firesengsrom (29 m²) som har skyvedør inn til et ensengsrom (21 m²). Dette arealet, med totalt 5 sengeplasser, skulle benyttes til «overliggere*», men rommet er ikke i bruk i dag (området ble kalt TOV under planleggingen og på tegning). Utenfor ensengsrommet er et desinfeksjonsrom som opprinnelig ble planlagt postkjøkken (7 m²). Denne endringen skjedde rundt innflytting for å tilrettelegge for at Intensivenheten skulle få hensiktsmessige lokaler i fløy A mens fløy B ble renoveret.

I midtkjernen, lengst inn i fløy A mot øst, er et samtalerom tatt i bruk som kontor for assistenter. Videre i midtkjernen (i rekkefølge fra kontor) er det to personaltoalett, desinfeksjonsrom (12 m²) med inngang dør fra begge korridorene, utstyrslager (11 m²), tøyager (4 m²), HCWC med dusj, medisinerom (12 m²), et avfallsrom som er endret til tekjøkken (6 m²). Det er avfallsjakt i begge korridorene og tøysjakt på desinfeksjonsrommet, samt rørpost i enden av korridor mot nordsida.

Midtkjernen har et verksted på sørsiden med inngang fra korridor. Verkstedet tilhører operasjonsavdelingen (operasjonsentralen).

Innerst i fløy A på sørsiden, er det plassert et møterom som kan deles i to av en skillevegg (19+19 m²). Ved siden av er det er operasjonsstue (skiftestue) for fagområdet urologi. Operasjonsstuen har inngang fra samme korridor som overvåkingen i fløy A, dvs. fra motsatt side av de øvrige operasjonsstuene. Videre på sørsiden er et kontorområde for fagutviklingssykepleiere (26 m²). En dør som kun er for personell, fører inn til den øvrige delen av korridoren på sørsiden. Dette området er benyttes som garderobe for operasjonspersonell.

*Overliggere: Pasienter som ikke er klar for flytting fra overvåking (fløy A) kl. 18 hverdager, og som flyttes til fløy B.

Intensiv 10 plasser. Fløy B



Ett 1-2-sengsrom

Tre 2-sengsrom

To kontaktsmitteisolat

Ett luftmitteisolat

To pårørenderom

Beskrivelse av Intensivenheten, fløy B intensiv

Intensiv har 10 sengeplasser for intensivbehandling (mulighet for 11 plasser). Det er ett en-tosengsrom (37 m²), tre tosenngsrom (37-42 m²), to kontaktsmitteisolat (23,5 m²), ett luftsmitteisolat (23 m²), samt to rom for pårørende (15-16 m²). Tegning av fløy B er vist på side 9.

Nærmest inngangen på nordsiden er et lager for medisin teknisk utstyr (21 m²) og et lager for tøy plassert foran et arbeidsrom (55 m²). I arbeidsrommet er en skapseksjon plassert mellom arbeidsplassene og et møteområde. Møteområdet, med stor veggehengt skjerm, benyttes til previsitt.

Videre følger et kontaktsmitteisolat, et tosenngsrom med skyvedør inn til et en-tosengsrom. I korridoren er det en oppstillingsplass for varmeskap og laboratorieutstyr. Innerst i fløyen, der de to korridorene samles til én, er to tosenngsrom plassert på hver side av korridoren.

På sørsiden, ved siden av tosenngsrommet, er et luftsmitteisolat og et kontaktsmitteisolat plassert. Deretter kommer et kontor for leder og et hvile/overnattingsrom for leger i vakt. To overnattingsrom for pårørende med felles bad og tekjøkken er plassert utenfor inngangen til Intensiv B. Et samtalerom (8 m²) ved siden av brukes til inkomstsamtaler før operasjon og av personalet, bl.a. ved kompetansedager.

I midtkjernen nærmest inngangen, er det et hovedlager for forbruksvarer og et stort bad med dusj. Dette badet planlegges ombygd til kjøkken. Videre følger et desinfeksjonsrom (14 m²) og medisinrom (9 m²). Disse to rommene har dør mot begge korridorene. Innerst i midtkjernen er en arbeidsstasjon med en ytre, åpen sone (15 m²) og en indre, lukket sone (15 m²) plassert. Den lukkede delen av arbeidsstasjonen har glass i vegger og skyvedør mot begge korridorene.

Som i fløy A, er det avfallsjakt i begge korridorene og tøysjakt på desinfeksjonsrommet, samt rørpost i enden av korridor mot nordsida.

Sengerom i A og B Overvåking og intensiv



Sengerom i fløy A, overvåking



Sengerom i fløy A, overvåking. Pasientløfter på tvers av sengeplassene

Sengerommene er plassert mot yttervegg med store vinduer som gir mye dagslys.

Alle sengerommene i fløy B har takhengte pasientløftere over hver seng. Fløy A har pasientløftere på tvers over sengeplassene i de fleste rommene. Unntaket er firesengerrommet som ligger vegg i vegg med tosenngrom (ECT). Årsaken til at det ble etablert takhengte pasientløftere i fløy A, for overvåking, var tilrettelegging for intensivpasienter i fløy A under renovering av fløy B.

Sengerommene har arbeidsplasser for sykepleiere og mobile kommoder for forbruksvarer i fløy B, mens det er stasjonære kommoder i fløy A.

Det er skyvedører med glass mot korridor i fløy B og vindu i skyvedørene i fløy A.

I fløy A og B har pasientene et felles bad i midtkjernen.



Sengerom i fløy B, intensiv

Erfaringer - Intensivenheten

Nedenfor presenteres erfaringer fra fokusgruppeintervju med ledere og ansatte i Intensivenheten.

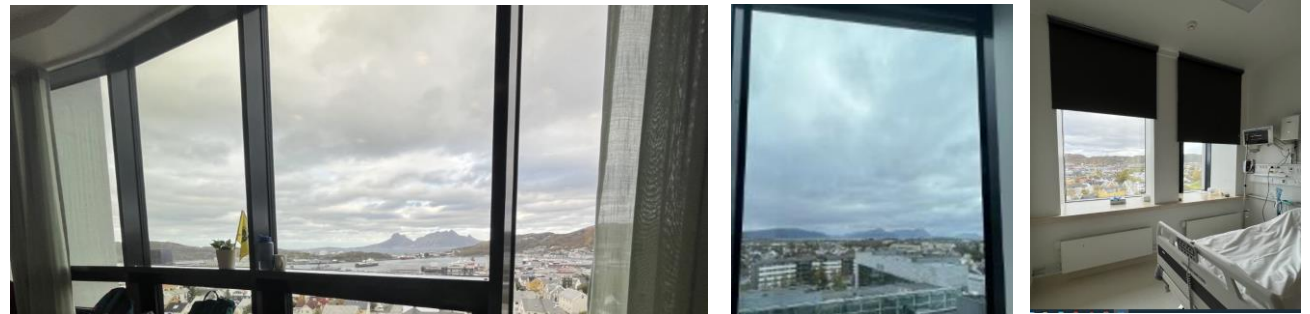
Lokalisering

Plassering i 8. etasje fungerer godt. Det er nærhet mellom intensiv, overvåking, operasjon og anestesi i samme etasje. Intensivenheten har en vertikal nærhet til de kirurgiske sengepostene i 7. og 9. etasje. Avstanden til akuttmottak og observasjonspost i 1. etasje og bildediagnostikk i 2. etasje er større, men to akuttheiser gir tilstrekkelig kapasitet og bidrar til en velfungerende akuttlinje. En ny stor akuttheis sørger for rask transport mellom helikopterlandingsplass på taket, Intensivenheten, operasjon, føden (5. etasje), bildediagnostikk og akuttmottak med observasjonspost. Den store akuttheisen benyttes i hovedsak til intensivpasienter som trenger stor plass (de som er intubert eller har mye utstyr). Den vertikale avstanden og logistikken oppleves som god. Erfaringene til ansatte og ledere er at nærhet mellom enheter i samme etasje og vertikal forbindelse via heis bidrar til effektiv ressursutnyttelse.

Det er ikke innsyn fra andre bygg til sengerommene i fløy A og B i 8. etasje. Plasseringen i 8. etasje med utsikt til fjell og hav gir en «terapeutisk utsikt», noe som oppleves positivt både for personell og pasienter.



Bilde fra venstre: Fire sengeheiser der den "gamle akuttheisen" brukes som akuttheis nr. 2. Ny akuttheis nr. 1 (til høyre i bildet) ligger i skjermet korridor i operasjonsavdelingen (se side 6)



Utsikt fra 8. etasje. Fra venstre: Pauserom, kontaktsmitterom og sengerom

Erfaringer - Intensivenheten

Kapasitet

Per i dag er det god sengekapasitet for intensiv- og overvåkingspasienter. I fløy A (overvåking) er det i dag fem sengeplasser som ikke er i bruk. I fløy B (intensiv) er det bemannet for 6 senger (fire for intensiv og to for overvåking).

Personalets erfaringene er at det burde vært flere senger for overvåking (intermediærsenger) i sykehuset, spesielt for kirurgiske pasienter. Det finnes noen medisinsk- og nevrologiske overvåkingsplasser, samt to plasser for barn. Mangel på overvåkingsenger på behandlingsnivå mellom intensiv og sengepost, medfører at noen pasienter blir liggende for lenge på Intensivenheten eller flyttes for tidlig til sengepost. En del av fløy A kunne derfor vært brukt som overvåkingsplasser, blant annet de fem plassene som ikke benyttes i dag.

Bemanningen i dag er slik: På dagvakter er det 7 sykepleiere i fløy B, og 3 sykepleiere i fløy A. På kveldsvakt er det totalt 9, og på natt er 6-7 sykepleiere på vakt.

Det bemannes vanligvis med en sykepleier per «respiratorpasient», og en sykepleier som «er løs» og bistår i enheten. I tillegg bistår assistent i avdelingen.

Videre er erfaringene at det er tilstrekkelig kontor, arbeidsplasser og møteromskapasitet både for personell og ledere i fløy A og B. Det er en fordel for tilgjengeligheten at møterommet i fløy A ikke kan bestilles (bookes) av personell utenfor Intensivenheten. Lagerareal burde likevel vært større, spesielt framheves det at dialysevesker må oppbevares i korridor og at thoraxdren-utstyr har en uhensiktsmessig lagringsplass.

Nærhet, oversikt og samarbeid

Etter ombygging er betydningen av sammenhengen mellom nærhet, oversikt og samarbeid tydelig. Deltakerne i fokusgruppen framhevet at nærhet til kolleger i flersengsrom skaper samarbeid og trygghet, forenkler kompetanseoverføring og reduserer behovet for personellressurser sammenlignet med ensengsrom.

Intensivenheten har en felles turnus slik at sykepleierne veksler på å jobbe i fløy A og B. Både ledere og sykepleiere har god erfaring med at sykepleiere jobber fleksibelt mellom intensiv og overvåking. Det medfører at alle får oppretthold kompetanse og mulighet for kunnskapsutvikling. Nærhet mellom intensiv og overvåking gir muligheter for samarbeid om pasienter og god ressursutnyttelse. Overvåking og intensiv har hver sin leder med tilsammen i overkant av 50 årsverk. Bemanningen er blitt redusert fra ca. 57 årsverk. I dag er alle sykepleierne utdannet intensivsykepleiere.

Erfaringer - Intensivenheten

Deltakerne i fokusgruppen fortalte om overgangen og utfordringer med å omstille drift fra store saler til arbeid i en-tosengsrom. Erfaringene er at store sengerom, saler, slik som bygget var utformet før renovering, krevde mindre bemanning enn den nyrenoverte Intensivenheten gjør i dag. Store saler ga sykepleierne nærhet til flere pasienter og kolleger. Det var god oversikt i rommene, og ved akutte situasjoner var det lett å få hjelp og samarbeide med kolleger. Tidligere var intensivpasienter plassert ved siden av overvåkning (postoperativ) og sykepleierne kunne samarbeide ved å åpne en dør som skilte områdene. Til tross for fordelene med nærhet er erfaringene fra arbeid i sal også at pasientene var utsatt for mye støy; mye trafikk og alarmer.

I den renoverte Intensivenheten er det god oversikt fra døråpning i sengerom til korridor. For å få bistand fra andre, må sykepleier enten kikke ut fra sengeromsdør, benytte en alarmknapp eller en hjelpetelefon. I fokusgruppen ble det kommentert at personalet kanskje burde benytte seg mer av alarmen og telefonen når det er behov for assistanse fra andre sykepleiere.

Etter renoveringen foretrekker sykepleierne å samarbeide i tosengsrom framfor ensengsrom, og dersom mulig, gjennomføres forsvarlig smitteregime i tosengsrom. Begrunnelsen er at nærhet til kollegaer reduserer følelsen av å være alene og gir trygghet for å få rask bistand. Erfaringene er også at det tar noe mer tid å overføre kompetanse i mindre sengerom enn i store saler med mange pasienter.

Det ble også framhevet at nærhet og samarbeid er nødvendig på grunn av at bemanningsnøkkelen ikke tar høyde for drift i ensengsrom. Flersengsrom oppleves som ressurseffektivt, men utfordringen er ivaretagelse av konfidensialitet og ro. Det ble påpekt at «avstengte» ensengsrom, uten mulighet for kommunikasjon med naborom, kan være slitsomt for sykepleiere, redusere mulighet for faglig utvikling, fellesskap og godt arbeidsmiljø.

Ro og konfidensialitet

Deltakerne i fokusgruppen opplever at det er mye mer ro rundt pasientene etter innflytting i nytt område sammenlignet med arbeid i sal. Under intervjuet kom det likevel fram utfordringer knyttet til ro, hvile og konfidensialitet i flersengsrommene. I fløy A, i 8-sengsrommet, er det lett for pasienter å overhøre personalets samtaler fra de åpne arbeidsplassene i rommet. I alle rom der flere pasienter har opphold, er det bare mobile skjerm Brett fra vegg som skjermer pasientene og deres pårørende fra hverandre. Det er derfor vanskelig å skjerme for støy og uro fra medpasienter, blant annet når en pasient er våken mens den andre stelles. Pårørende må gå ut av rommet i slike situasjoner.

Erfaringer - Intensivenheten

Det ble stilt spørsmål om synspunkt på hvor godt egnet ensengsrom er for pasienter som får intensivbehandling. Det vil si dersom to ensengsrom plasseres ved siden av hverandre med glass i skyvedør og i vegg (vindu) slik at sykepleier i det ene rommet kan observere pasient i naborommet. I en slik løsning reguleres innsyn av innebygd (innglasset/integrert) persienne eller frosting. I fokusgruppen kom det fram at en slik utforming ville bidratt til mer ro og hvile for pasientene og understøtte konfidensialitet, samt bedre tilrettelegging for besøk av pårørende. Når sykepleier i det ene rommet kan observere nabopasienten, vil det kunne legge til rette for at to sykepleiere kan samarbeide og avløse hverandre.

Arbeidsrommet i fløy B benyttes i hovedsak av anestesileger. I fokusgruppeintervju kom det tydelig fram at previsit og andre samtaler som foregår i møteområdet, overhøres av de som oppholder seg på arbeidsplassene. Dette gjør det vanskelig å overholde taushetsplikten, i tillegg til at samtaler virker forstyrrende på de som oppholder seg på arbeidsplassene. Det var enighet om at det burde vært en hel vegg mellom arbeidsrom og møteplass, ikke bare en skapseksjon med åpning mot taket.

Avstander

Som nevnt har større rom i det nyrenoverte bygget medført større avstander, noe som oppleves som mer sårbart for samarbeid enn arbeid i store saler. Fordelene er at det er mindre trafikk og pasientene får mer ro.

I hovedsak mener fokusgruppen at det er korte avstander mellom rommene som personalet bruker hyppig. De er fornøyde med dobbeltkorridorløsningen, rommene er bra plassert. De erfarer at til tross fra begrensninger som ligger i å renovere et bygg, har fløy A og B blitt et godt område for både pasienter og personell.

Det er imidlertid noe avstand mellom sengerom i fløy B og kjøkken som er plassert i sørdelen av fløy A. I tillegg må personalet fra sørsiden i fløy B passere dører som krever nøkkelkort. Dette oppleves som tungvint, og er bakgrunnen for forslaget om å endre bad i fløy B til kjøkken. For å redusere gåing er det plassert traller med drikke i korridor i begge fløyene.

Erfaringer - Intensivenheten

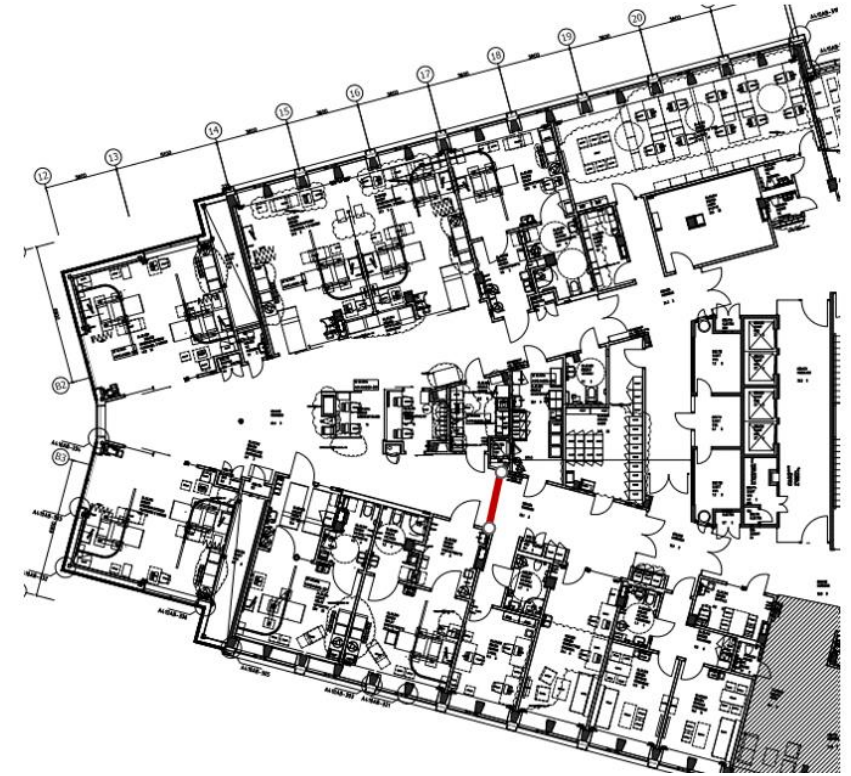
Covid-19 pandemi

Under Covid-19 pandemien ble det opprettet grupper/kohort i 8. etasje. Pasienter med smitte ble plassert i fløy B (med tre isolat), mens de uten smitte fikk opphold i fløy A. Ved bruk av luftsmitteisolatet, var to sykepleiere til stede i den mest kritiske behandlingsfasen. En av grunnene er at det tar tid å åpne/lukke dør i sluse, samt behov for samarbeid i den mest kritiske fasen for pasienten.

Under pandemien ble et av de to sengerommene for pårørende benyttet som pauserom for sykepleiere som ivaretok pasienter med smitte. I fløy B ble det satt inn en dør i korridoren (markert med rød strek i tegning) i sør mellom overgang fra isolat til kontor. Dette ble gjort for å skape en fysisk barriere og lage en «sluse» foran området med pasienter som hadde Covid-smitte.

Dersom det skulle bli behov for flere sengeplasser for pasienter med Covid-smitte, var det planlagt at et firesengsrom med skyvedør inn til ensengsrom i fløy A skulle benyttes. Utenfor disse rommene er det hensiktsmessig at det er plassert et desinfeksjonsrom. I tillegg kunne flere pasienter med smitte plasseres i fløy K i 2. etasje (dagkirurgi) dersom antallet pasienter med smitte skulle øke.

Det ble også understreket at det er viktig å legge planer, både organisatorisk og i sykehusbygninger, som tar høyde for pandemier i framtida. I tillegg ble det nevnt at dagens planer i NLSH Bodø sannsynligvis kan bli endret med tiden. Det ble kommentert at kanskje sykehus burde hatt en treningssal med luft og oksygen i veggene, med mulighet for å benytte arealet dersom det oppstår en katastrofe eller pandemi.



Fløy B. Markert dør i korridor (sør)

Overvåking

Fløy A. 15 sengeplasser



Tosengsrom (ECT) med skyvedør til to firesengsrom



Arbeidsstasjon mellom to firesengsrom



Firesengsrom

Fløy A overvåking - Erfaringer på romnivå

Sengerom

Tosengsrommet som i hovedsak benyttes til ECT-behandling, fungerer godt. Dette gjelder også forberedelser og oppfølging etter ECT som gjøres i 8-sengsrommet ved siden av. Skyvedør mellom rommene er tilstrekkelig lydtett, og pasientene skjermes for lyd (se side 7).

Totalt tre sykepleiere er tilstede i overvåkingsarealet i fløy A på dagtid. Fra to arbeidsplasser har sykepleier oversikt til fire pasienter som har sengeplass på samme side i rommet. Fra de to andre arbeidsplassene er det oversikt til de øvrige fire sengeplassene på den andre siden av vegg. Sykepleierne kommenterte at dersom det hadde vært en skyvedør mellom alle de tre firesengsrommene som er plassert ved siden av hverandre, kunne kanskje sengeplassene i firesengsrommet, som er plassert mot vest, tatt i mot pasienter med bistand fra én ekstra sykepleier. De mente at dette ville gitt god ressursutnyttelse.

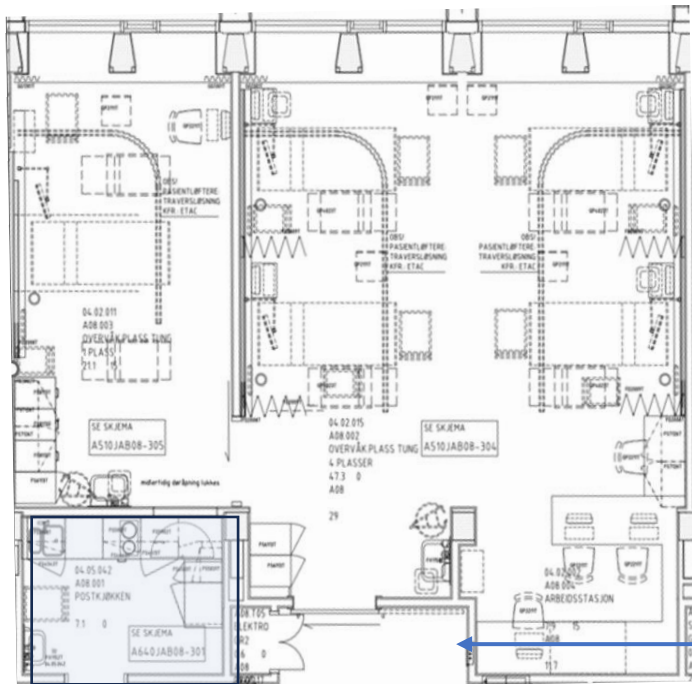
Erfaringene er at det er god plass i sengerommene, spesielt sammenlignet med rommene før renovering. Det kan bli litt trangt for de pasientene som har behov for en stor stol, vanligvis etter gastric bypass operasjon.

De fire arbeidsplassene skjermes av en liten vegg som hindrer innsyn til dokumenter. I tillegg er det mobile skjerm Brett mellom sengene. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig skjerming for å ivareta taushetsplikten. Sykepleiere fortalte om pasienter som har gitt tilbakemelding om at de hører samtaler som foregår på arbeidsplassen.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at det varierer hvor mye ro pasientene får i det åpne sengeområdet. Det er mest uro under sommerferieavvikling når også dagpasienter har opphold i området. Der det er skyvedører, gir det mulighet for å stenge mellom sengerommene, noe som gir pasientene mer ro.

Dører mellom korridor og sengerom er vanligvis lukket. Det er et lite vindu i dørene som gir mulighet for utsyn/innsyn til og fra korridor.

Fløy A overvåking - Erfaringer på romnivå



Desinfeksjonsrom på 7 m² er plassert foran ensengsrom som har skyvedør til firesengsrom. (Rommet var opprinnelig planlagt som postkjøkken)



Lab.krok med blodgassapparat

Støtterom

Kontoret for assistenter som er i midtkjernen i fløy A, benyttes til bestilling av mat, tøy og forbruksvarer. Sykehuset har ordningen «Aktiv forsyning». Assistenter bestiller (henger opp brikker) og «Aktiv forsyning» leser av på morgen, leverer og legger på plass varene senere på dagen.

Det er vanskelig å skille ren og uren side i desinfeksjonsrommet på 7 m². Dette desinfeksjonsrommet er mindre enn anbefalingen (12 m²) i Standardromkatalogen. Desinfeksjonsrommet i midtkjernen er imidlertid 12 m².

Medisinrommet (12 m²) er i samsvar med anbefalingen i Standardromkatalogen, mens medisinrommet i fløy B er 9 m². Standardromkatalogen bemerker imidlertid at størrelsen på medisinrom må tilpasses legemiddelkonsept, antall og kategori pasienter.

Det er planlagt at avfallsrommet som i dag brukes som kjøkken, skal endres tilbake til avfallsrom i framtida. Forutsetningen er at bad i midtkjernen i fløy B blir ombygget til kjøkken.

Både ansatte og ledere mener at det er tilstrekkelig møteromskapasitet for Intensivenheten. Det er ofte mange tilstede i møtene, og derfor benyttes skilleveggen sjelden. I de tilfeller skilleveggen har vært benyttet, er erfaringene at den er tilstrekkelig lydtett (se side 7).

Intensiv

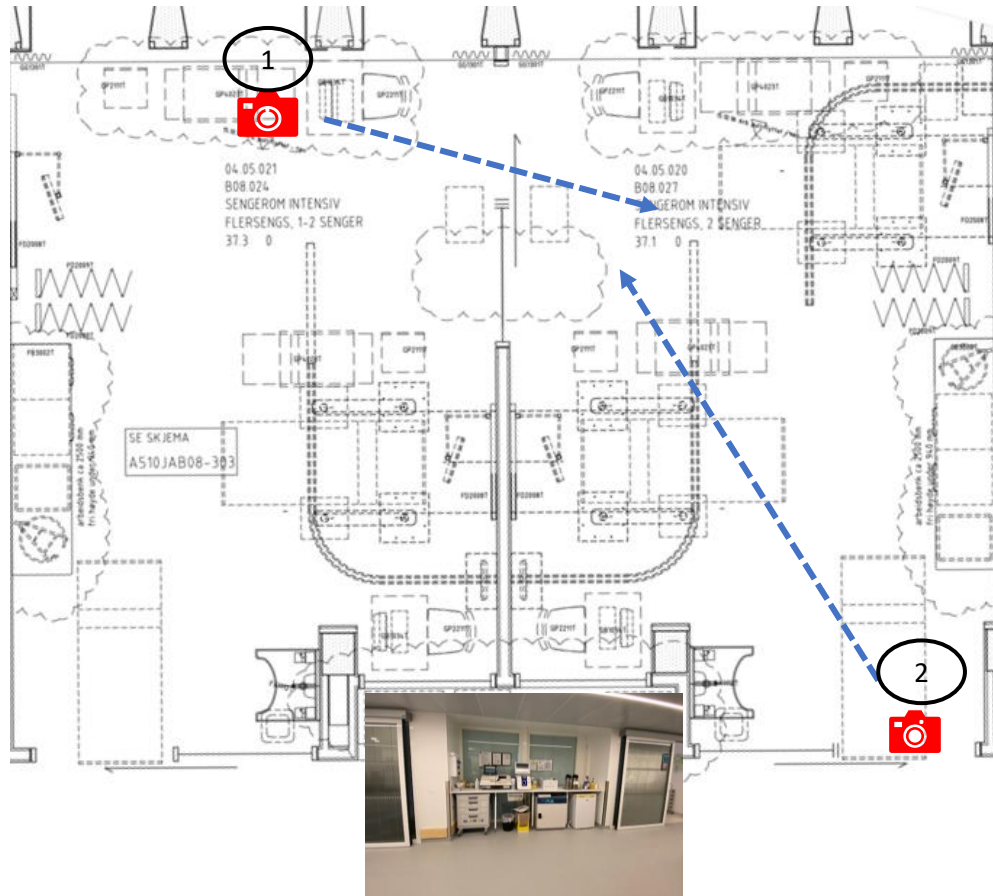
Fløy B. 10 sengeplasser

Fløy B intensiv. Tosengsrom med skyvedør til en-tosengsrom



1. Oversikt fra arbeidsplass til kollega og seng i naborom.

 Dørbredde 127 cm



Varmeskap og laboratorieutstyr i korridor



2. Oversikt fra skyvedør inn til sengerom

Fløy B intensiv. Tosengsrom

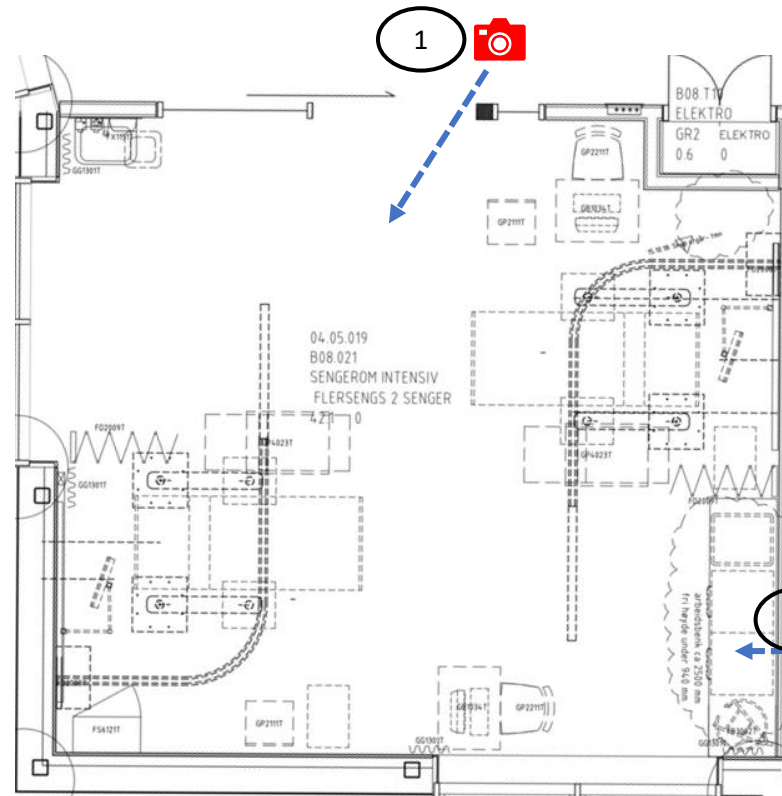
Sykepleierne foretrekker å jobbe i tosengsrommene, sengene i de to rommene innerst i fløy B, mot vest, «fylles opp» først. Rommene legger til rette for nærhet, god kontakt og trygget mellom de to sykepleierne i sengerommet. Ensengsrom/isolat oppleves som mer utrygt og mer ressurskrevende.

Sykepleierne i fløy B må ofte gå ut av sengerommene for å fylle på varer og utstyr i de mobile kommodene. Dette oppleves som unødvendig ressursbruk. De forklarer at det er dårlig utnyttelse av plassen i kommodene og ønsker stasjonære kommoder med mer plass, slik som i fløy A.

Utsikten fra sengerommene ble framhevet, spesielt fra sengerommene og korridoren mot vest.



1. Tosengsrom sett fra skyvedør inn til sengerom



2. Arbeidsbenk med mobile kommoder

Fløy B intensiv - Erfaringer på romnivå

Tosengsrom med skyvedør til en-tosengsrom

Tosengsrommet og en-tosengsrommet er likt oppbygd, rommene speiler hverandre (side 21). Rommene har en bra størrelse for pasientbehandling og arbeidsoppgaver, spesielt dersom det er en pasient i rommet, og sammenlignet med forholdene før ombygging. Sengerommene har en takhengt pasientløfter som fungerer god. Disse to sengerommene benyttes i hovedsak til «overliggere».

Det er god oversikt fra arbeidsplass til senger i begge rommene. I tosengsrommet har sykepleier siktlinje til de to sengene i samme rom. I tillegg gir glass i skyvedør og i vegg oversikt over sengeplassen nærmest yttervegg i en-tosengsrommet ved siden av. Tilsvarende har sykepleier i en-tosengsrommet oversikt fra arbeidsplass til pasient(er) i samme rom og til en av pasientene i tosengsrommet. På denne måten kan sykepleierne bistå og avløse hverandre. Sykepleier i det ene rommet kan også overvåke pasienter i naborom på sin egen skjerm.

Det er glass i skyvedører og i vindu mot korridor. Vindu og skyvedør mot korridor er vanligvis skjermet med integrerte persiennner. Dette gjøres for å unngå at pårørende i området skal ha innsyn til sengeplassene. Personalet har erfart at det har vært litt problemer med elektronikken som styrer persiennene. Teknikere har rapportert at det er vanskelig å «komme til» for å reparere persiennene.

De mobile skjermveggene mellom sengeplassene hindrer pasienter og deres pårørende i å se pasienten i nabosengen, men skjermer ikke lyd.

Dørene til sengerommene er ofte litt åpne, men dette medfører at taklys og lyd fra korridor kan forstyrre pasientene.

Alle sengeplassene i fløy B har intensivsøyle, med unntak av en sengeplass mot yttervegg i en-tosengsrommet.

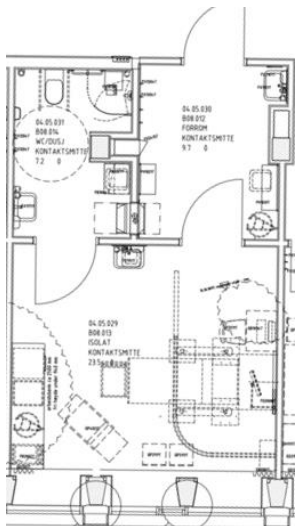
Arbeidsplassene for sykepleiere har små bord, og det er vanskelig å få plass til papir-kurve i A3-format, med dokumentasjon av medikamenter og kliniske målinger. Det er imidlertid planlagt for elektronisk løsning i nærmeste framtid.

Fløy B intensiv. Isolat

De to kontaktsmitteisolatene og luftsmitteisolatet på rundt 23 m² har en hensiktsmessig og god størrelse. Dette gjelder både sengerom, forrom/sluse og bad. Isolatene har bad med en størrelse fra 6-9 m². Forrom og sluse er fra 9-11 m². Spesielt framheves den store slusen for luftsmitte på 11 m².

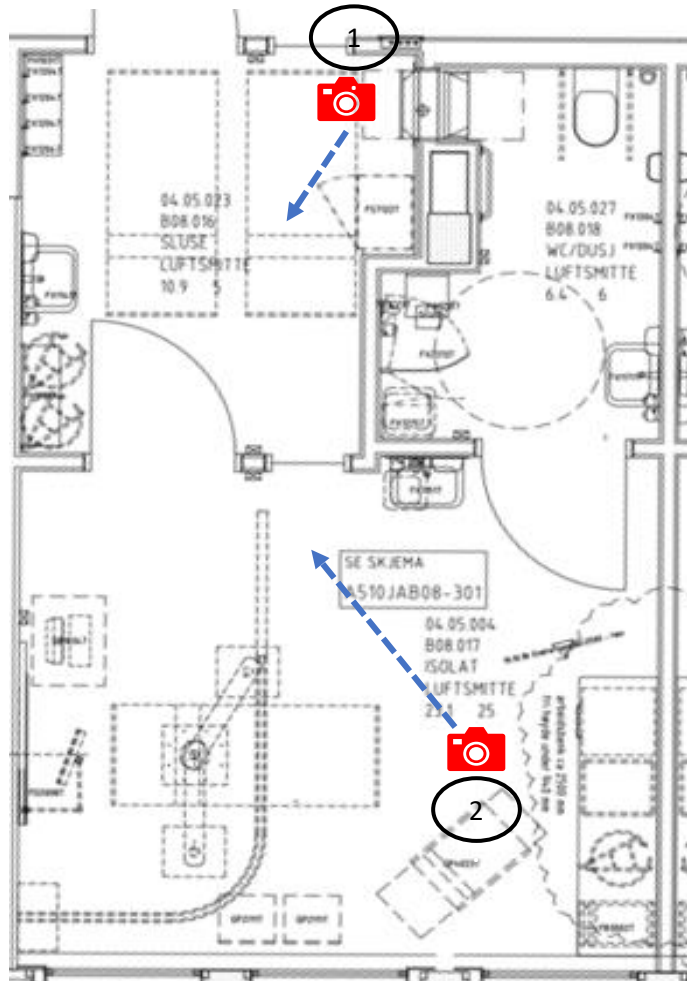
Til sammenligning anbefaler Standardromkatalogen at kontaktsmitteisolat har et sengeromsareal på 16 m², 6 m² i bad og 4 m² i forrom. For luftsmitteisolat anbefales 18 m² i sengerom, 6 m² i bad og 8 m² i sluse. Standardromkatalogen anbefaler imidlertid at arealet i sengerom økes i luftsmitterom i intensiveneheter.

Kontaktsmitterom har glassfelt i dør mot korridor og mot sengerom. Luftsmitteisolatet har vindu ved siden av sengeromsdør inn til sluse og vindu fra sluse til sengerom (se side 25). Dette bidrar til kontakt og letter kommunikasjon med sykepleiere som jobber i isolatet. Det er innsyn til sluse og til sengerom fra korridor, men ikke til sengeplassen. I tillegg er det mulig å kommunisere via intercom fra sluse til sengerom. Erfaringene er at rommene fungerer godt, og at det er god plass i sengerom, i bad og til seng i slusen. Det er også mulig å ha visuell kontakt med luftsmitterom fra åpen arbeidsstasjon i midtkjernen. Dette bidrar til kontakt mellom personell i sengerom og utenfor.



Tegning og bilde av kontaktsmitteisolat, sengerom, bad og forrom.

Fløy B intensiv. Luftsmitteisolat



Luftsmitteisolat, sengerom, sluse og bad



Sengerom i luftsmitteisolat



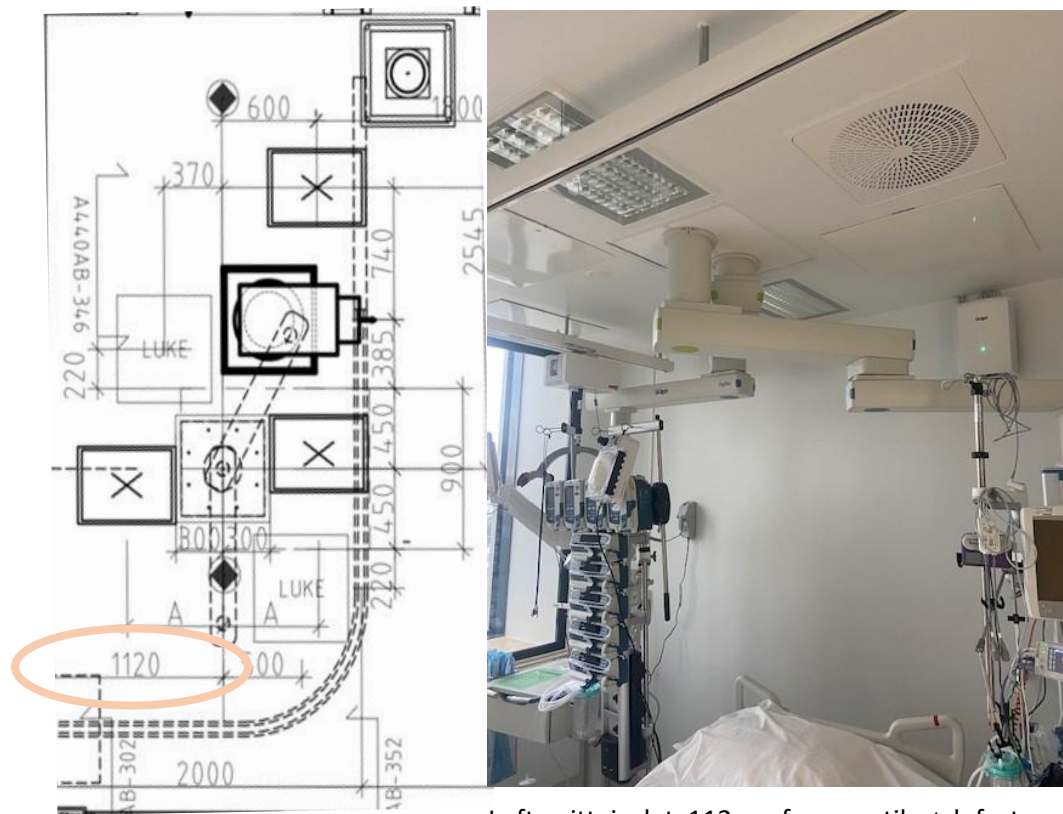
1. Innsyn fra sluse til sengerom



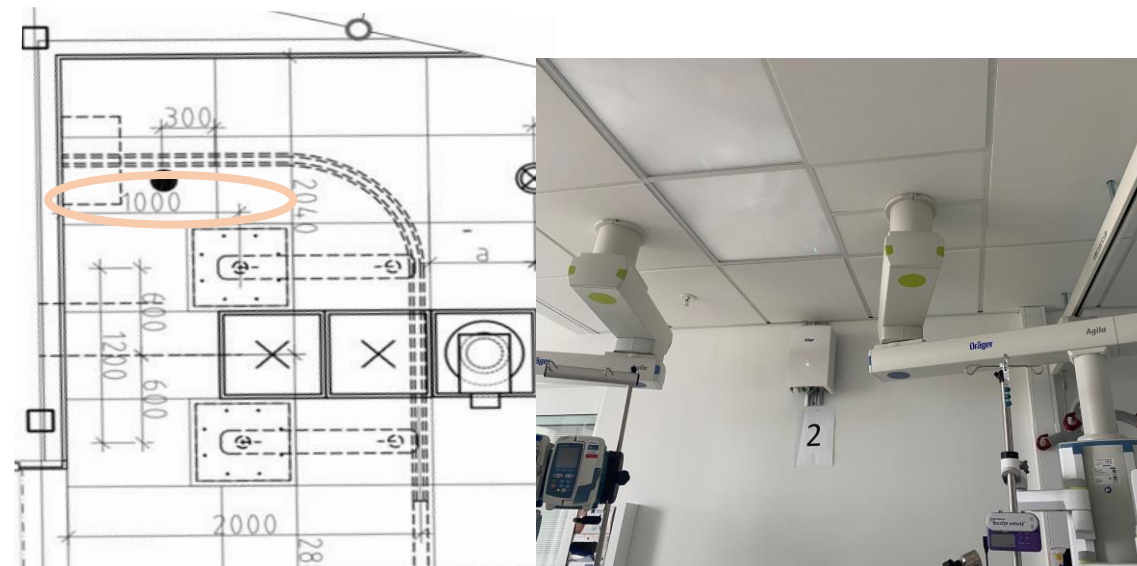
2. Utsyn fra sengerom til sluse

Fløy B intensiv. Intensivsøyler i luftsmitteisolat og sengerom

Erfaringene er at intensivsøyler (uttakssentraler) er godt plassert i sengerommene, og at dette gir gode ergonomiske forhold rundt sengen. Læring fra andre evalueringer er at det er viktig å planlegge plassering i tak tidlig i planleggingsprosessen (Evaluering av UNN: Pasienthotell, A-fløy og PET-senteret. 2022).



Luftsmitteisolat. 112 cm fra vegg til søylefeste



Sengerom intensiv. 100 cm fra vegg til søylefeste, og 120 cm mellom feste til søyler i taket.

Fløy B intensiv - Erfaringer på romnivå

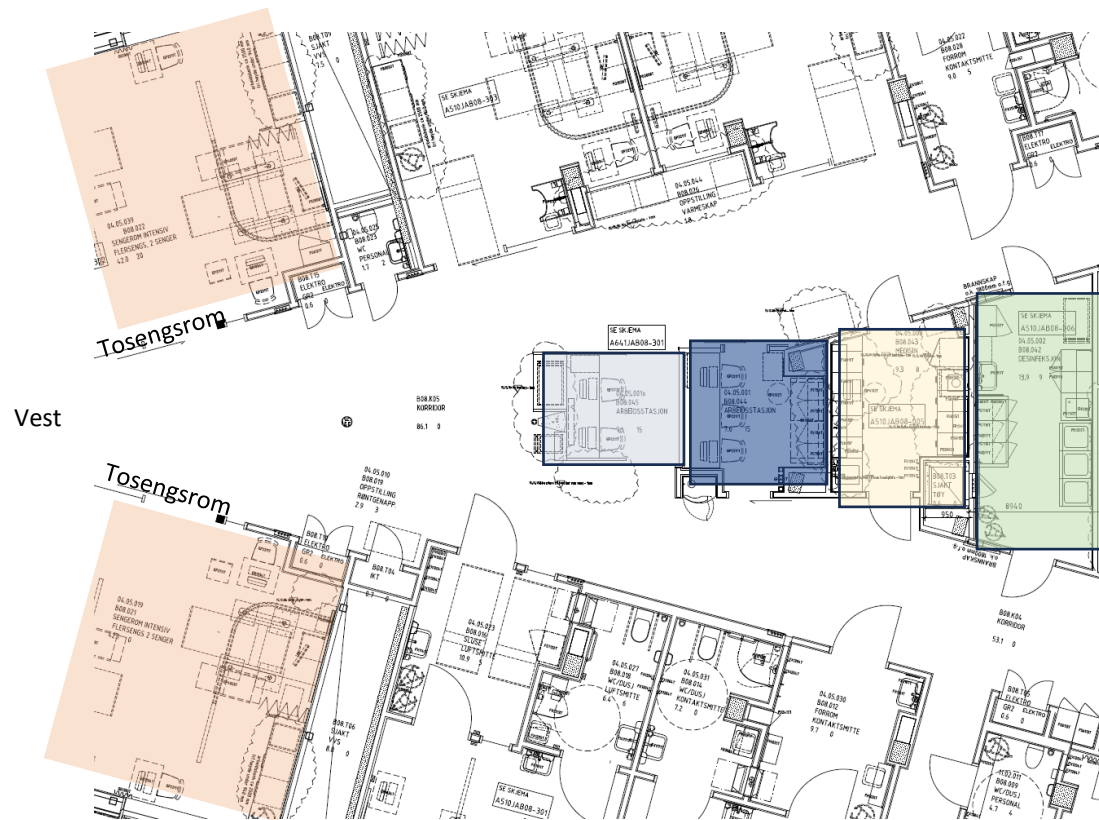
Støtterom

I arbeidsstasjonens ytre og åpne sone er det plassert slaveskjermer. Det er utsyn fra den indre og lukkede sonen av arbeidsstasjonen til ytre sone, til korridor og nærmeste sengerom. Den indre sonen er bygd opp av glassvegger og skyvedører i glass. Det oppleves spesielt hensiktsmessig at skjermene i ytre sone er synlige fra den indre sonen. På denne måten kan sykepleiere gå ut av sengerom når pasientene er stabile, og ha rapport og vitsett i arbeidsstasjonen. Erfaringene er at arbeidsstasjonen fungerer godt og at det er god lyddemping i skyvedører i indre sone. Både ytre og indre sone er 15 m². Dette er noe større enn anbefalingene i Standardromkatalogen, som er hhv. 9 og 10 m² (Sykehusbygg HF 2021). Imidlertid varierer størrelsen på arbeidsstasjoner i dagens sykehus, og flere er større enn anbefalingene.

Erfaringene er at det er noe lang avstand fra tosengsrom innerst i fløy B, mot vest, til desinfeksjonsrom. Videre er utstyrslager og hovedlager for forbruksvarer noe trangt. Side 28 viser bilder av desinfeksjonsrom og lager.

Når det gjelder medisnrom, forstyrrer støy fra døren pasientene i de nærmeste sengerommene, spesielt på natt. En lang skinne med taklys i korridor forstyrrer også pasientene i sengerommene når sengeromsdøren står litt åpen. Det ble fortalt at lyspunkter i taket ville vært mer hensiktsmessig.

Hvilerom/overnatting for leger i vakt fungerer godt. Det ble kommentert at det ville vært mer hensiktsmessig dersom kontor for ledere, som ligger ved siden av, bytter plass med hvilerom. Et slikt bytte kunne gitt større areal i kontoret og en enklere tilgang til bad fra hvilerom.



Fra vest: Tegning viser tosengsrom, arbeidsstasjon, medisnrom og desinfeksjonsrom

- Arbeidsstasjon ytre sone
- Arbeidsstasjon indre sone
- Medisnrom
- Desinfeksjonsrom

Fløy B intensiv – desinfeksjonsrom og lager

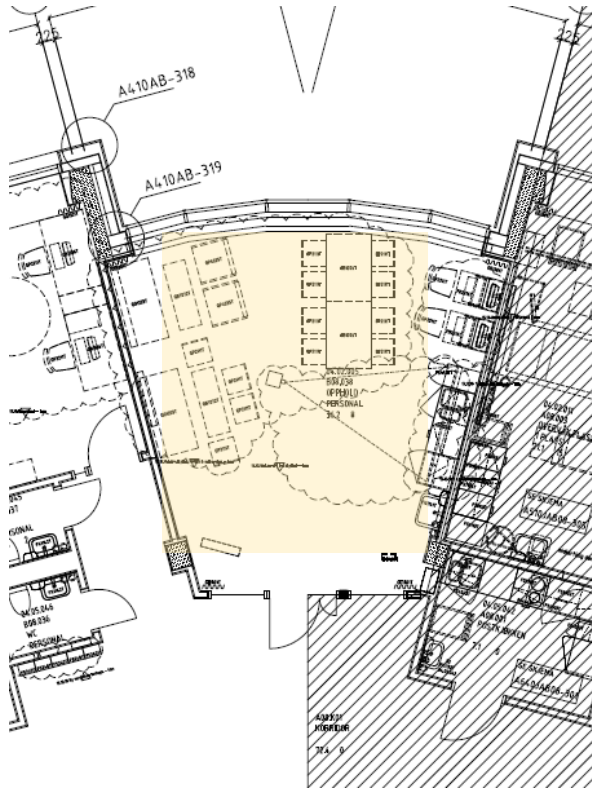
Størrelsen på desinfeksjonsrom i midtkjernen i fløy B (14 m²) er litt større enn anbefalingen i Standardromkatalogen, som er 12 m². Når det gjelder utstyrslager i fløy B (21 m²) er størrelsen i samsvar med anbefalingen i Standardromkatalogen (20 m²). I fløy A er utstyrslageret mindre (11 m²).



Fra venstre: Desinfeksjonsrom, utstyrslager, lager for forbruksvarer og tøylager i fløy B

Pauserom

Pauserommet på 36 m² mellom fløy A og B er felles for Intensivenheten. Her er det plassert slaveskjermer som gjør at sykepleiere opplever å ha god oversikt og kontroll over pasientene. Dette legger til rette for kollegasamarbeid. Både ledere og ansatte er godt fornøyde med rommet.



Pauserom med utsikt til indre havn og Landegode

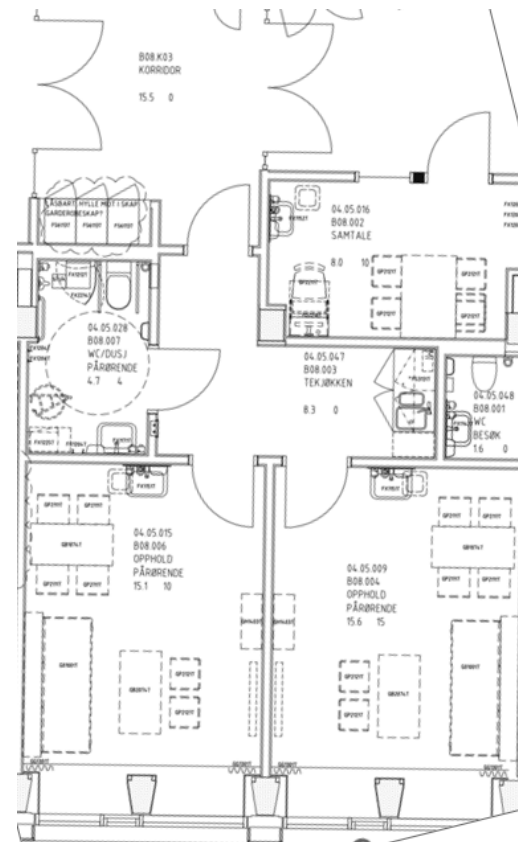
Rom for pårørende

To rom for pårørende (to familier) med felles tekjøkken og bad benyttes i hovedsak av pårørende til pasienter som er svært dårlige/i akutte situasjoner. Både ledere og ansatte er fornøyde med disse rommene.

Elles benyttes pasienthotell (Zefyr). Ansatte erfarer at det er svært nyttig og nødvendig med to rom tilknyttet enheten.



Bilde av rom for pårørende



Tegning: To rom for pårørende. Felles tekjøkken og bad

Mest og minst fornøyd med i Intensivenheten

Ansatte og ledere er mest fornøyd med:

- Større plass, bedre rom og mer skjerming av pasienter sammenlignet med gammelt bygg
- Plassering av Intensivenheten
 - Horisontal og vertikal nærhet. Akuttheis mellom helikopterlandingsplass til akuttmottak, bildediagnostikk, føde, operasjon, intensiv og overvåking
 - Vindu gir lys, luft og «terapeutisk utsikt». Det er ikke behov for å skjerme innsyn
- Åpent og lyst areal
- Tosengsrom fungerer godt. Rommene bidrar til nærhet og understøtter samarbeid mellom sykepleiere. Ro og konfidensialitet er imidlertid en utfordring
- Skyvedører som gir tilstrekkelig lyddemping
- To rom for pårørende i Intensivenheten

Ansatte og ledere er minst fornøyd med:

- Bemanning. Det er ikke bemanning til drift av ensengsrom (til mer skjerming av pasienter)
- Plassering av kjøkken i fløy A medfører avstander for personell i fløy B
- Mobile kommoder under arbeidsbenker i sengerom i fløy B har for lite plass for varer og utstyr (dårlig utnyttning av plass). Det er også litt dårlig lys over arbeidsbenkene.
- Behov for mer lagringsplass

Læringspunkt Intensivenheten

- Tosengsrom og større flersengsrom legger til rette for nærhet mellom sykepleiere, samarbeid, trygghet og er ressursbesparende
- Tosengsrom og større flersengsrom utfordrer ivaretagelse av konfidensialitet, ro og hvile for pasientene
- Oversikt via skyvedør og glass mellom sengerom fra arbeidsplass er ressursbesparende
- Unngå at pasientene ser hverandre i og mellom sengerom
- Dobbeltkorridor med støtterom i midtkjernen gir nærhet og korte avstander
- Planlegge tilstrekkelig lagerareal for forbruksvarer og utstyr
- Planlegge tilstrekkelig møterom, kontorplasser og arbeidsplasser for ledere i intensivområdet
- Det er hensiktsmessig for vedlikehold og utvikling av kompetanse å jobbe på tvers av overvåking og intensivområder
- Tilgang til dagslys, luft og utsikt til natur understøtter trivsel både hos pasienter og personell, og kan motivere pasienter til mobilisering
- Dersom det er mulig, bør innsyn til sengerom og behov for skjerming av vinduer unngås under plasseringen av intensivenheter (ivaretas i planprosessen)
- Tilrettelegge for pårørendeopphold i intensivenheter
- Sørge for tilstrekkelig lyddemping i skyvedører
- Utforme ensengsrom slik at sykepleiere har oversikt over hverandre og pasient i naborommet