

Evaluering Nye Kirkenes sykehus



UTARBEIDET AV		
Navn	Organisasjon	Epostadresse
Unni Dahl og evalueringsteam	Sykehusbygg HF	unni.dahl@sykehusbygg.no

DOKUMENTSTATUS			
Versjon	Dato	Behandlet av	Status
1.0	17.12.2021	Marte Lauvsnes, Sykehusbygg HF	Godkjent

BEHANDLINGSPROSEDYRE				
Versjon	Oversendt for behandling	Instans	Behandling / status	Dato for behandling
0.1	31.05.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring tillitsvalgte og verneombud	03.06.2021
0.2	21.06.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring ledergruppe	23.06.2021
0.3	28.06.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring ledelse FIN HF	01.07.2021
Akuttmottak	15.10.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring tillitsvalgte og verneombud	20.10.2021
0.4	21.10.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring ledergruppe Kirkenes	27.10.2021
Akuttmottak	21.10.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring tillitsvalgte og verneombud	29.10.2021
Forbedringsforslag	20.10.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring ledelse FIN HF	01.11.2021
0.5	29.10.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring ledelse FIN HF	03.11.2021
Akuttmottak	10.11.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring ledelse, tillitsvalgte og verneombud	12.11.2021
0.6	15.11.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring ledelse FIN HF og ledergruppe Kirkenes	23.11.2021
1.0	21.12.2021	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring FIN HF	04.01.2022
1.0	11.01.2022	Sykehusbygg HF	Kvalitetssikring FIN HF	20.01.2022
1.0	24.01.2022	Sykehusbygg HF	Styrebehandling FIN HF	23.02.2022

Forsidefoto: Bernt Nilsen, Finnmarkssykehuset HF

Innhold

Forord	7
Sammendrag.....	8
1. Evalueringsoppdraget	16
1.1. Fase 1 – Planleggingsfasen i Nye Kirkenes sykehus	16
1.2. Fase 2 - Nye Kirkenes sykehus. Erfaringer med bygget	18
1.3. Organisering av evalueringen	22
1.4. Data og metode	22
1.5. Forkortelser og definisjoner	25
1.6. Presentasjon av kapitlene	26
2. Prosjektutløsende behov og mål for Nye Kirkenes sykehus.....	27
2.1. Mål for Nye Kirkenes sykehus	28
2.2. Konsept og organisasjonsutvikling	29
3. Kartlegging av byggets egnethet - Kirkenes sykehus	31
3.1. Spørreundersøkelse blant ansatte i kliniske avdelinger	31
3.1.1. Metode	31
3.1.2. Resultater	32
4. Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid	67
4.1. Innledning	67
4.2. RHF-enes framskrivingsmodell	68
4.2.1. Bakgrunnen for framskrivingsmodellen	68
4.2.2. Framskrivning gjennom modellen	69
4.3. Aktivitetsutvikling fra 2017 til 2019	77
4.3.1. Datagrunnlaget	77
4.3.2. Aktivitetsutvikling fra 2017 til 2019 somatisk sektor	78
4.3.3. Aktivitetsutvikling fra 2017 til 2019 PHV voksne	85
4.3.4. Aktivitetsutvikling fra 2017 til 2019 PHV-BU	87
4.4. Aktivitetsframskrivning og kapasitetsberegning 2019-2035	89
4.4.1. Framskrivning somatisk sektor	89
4.4.2. Framskrivning PHV for voksne og en alternativ kapasitetsberegning	96
4.4.3. Framskrivning PHV for barn og unge og en alternativ kapasitetsberegning	98
4.4.4. Ny framskrivning	99
4.5. Sammendrag	99
Vedlegg	103
5. Akuttmottaket	108
5.1. Mål og planforutsetninger	111
5.2. Aktivitetstall - akuttmottaket	112
5.2.1. Inn- og utskrivning i akuttmottaket for innlagte pasienter	112

5.2.2. Oppholdstid i akuttmottaket for innlagte pasienter	115
5.2.3. Inn- og utskriving i akuttmottaket for polikliniske pasienter	117
5.2.4. Oppholdstid i akuttmottaket for polikliniske pasienter	119
5.3. Arealnorm, arealfaktor og standardrom	119
5.4. Kartlegging av byggets egnethet - Akuttmottaket	121
5.4.1. Spørreundersøkelse blant ansatte	121
5.5. Driftskonsepter og løsninger	126
5.5.1. Organisering av virksomheten	126
5.5.2. Adkomst og ekspedisjonsområdet	128
5.5.3. Pasientforløp	130
5.5.4. Pasientforløp av grønn hastegrad	132
5.5.5. Pasientforløp av oransje hastegrad	134
5.5.6. Pasientforløp av rød hastegrad	136
5.5.7. Pasientforløp for smittepasient og ved CBRNE	137
5.5.8. utfordringer i pasientflyt	138
5.5.9. Traumerom (mottaksrom)	141
5.5.10. Isolat, kontaktsmitte	142
5.5.11. Undersøkelsesrom tilhørende Legevakten	143
5.5.12. Øvrige rom	143
5.5.13. Vareflyt og forsyning	146
5.5.14. Medisinsk teknisk utstyr og IKT	147
5.6. Hovedfunn og konklusjoner	148
5.7. Forbedringsforslag	150
Vedlegg	152
6. Sengeområder.....	153
6.1. Mål og planforutsetninger	155
6.1.1. Prosjektutløsende behov – utfordringer	155
6.1.2. Planlegging av sengeområdene	155
6.2. Arealfaktor, standardrom og kapasitet	157
6.2.1. Kapasitet	159
6.3. Kartlegging av byggets egnethet - Sengeområder	160
6.3.1. Spørreundersøkelse blant pasienter	160
6.3.2. Spørreundersøkelse blant ansatte	173
6.4. Driftskonsepter og løsninger	179
6.4.1. Pasientforløp	179
6.4.2. Sengetun som byggestein i sengeområder	185
6.4.3. Sengerom	191
6.4.4. Arbeidsstasjoner	193
6.4.5. Felles areal i sengeområdet	198
6.4.6. Inneklima og teknologi	201
6.5. Hovedfunn og konklusjoner	201
6.6. Forbedringsforslag	203
7. Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling.....	205

7.1. Mål og planforutsetninger	206
7.1.1. Prosjektutløsende behov – utfordringer	206
7.1.2. Planlegging av poliklinikkene og dagområdet	206
7.2. Arealnorm, arealfaktor og standardrom	207
7.2.1. Kapasitet	209
7.3. Kartlegging av byggets egnethet – Felles poliklinikk somatikk og dagområdet	209
7.3.1. Spørreundersøkelse blant pasienter	209
7.3.2. Spørreundersøkelse blant ansatte	223
7.4. Driftskonsepter og løsninger	227
7.4.1. Pasientforløp	228
7.4.2. Innsjekking og venteområde	231
7.4.3. Undersøkelles- og behandlingsrom (UB-rom) og dagplasser	233
7.4.4. Arbeidsplasser	243
7.4.5. Øvrige rom	243
7.4.6. Innemiljø	245
7.4.7. Vareflyt og forsyning	246
7.4.8. Renhold	247
7.5. Hovedfunn og konklusjoner	247
7.6. Forbedringsforslag	249
8. Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling.....	252
8.1. Mål og planforutsetninger	253
8.1.1. Prosjektutløsende behov – utfordringer	253
8.1.2. Planlegging av poliklinikkene	253
8.2. Areal behandlerkontor	254
8.2.1. Kapasitet	255
8.3. Kartlegging av byggets egnethet – VPP og BUP	255
8.3.1. Spørreundersøkelse blant pasienter	255
8.4. Driftskonsepter og løsninger	268
8.4.1. Pasientforløp	269
8.4.2. Ekspedisjon og venterom	272
8.4.3. Terapirom	273
8.4.4. Behandlerkontor	274
8.4.5. Øvrige rom	275
8.4.6. Innemiljø	276
8.4.7. Vareflyt og forsyning	277
8.5. Hovedfunn og konklusjoner VPP, BUP og TSB	277
8.6. Forbedringsforslag VPP, BUP TSB	278
8.7. Hovedfunn og konklusjoner HAVO, ART og HIA	280
8.8. Forbedringsforslag HAVO, ART og HIA	280
9. Kontor og kontorområder.....	282
9.1. Lokalisering av kontor og møterom	282
9.2. Mål og planforutsetninger	285
9.2.1. Prosjektutløsende behov – utfordringer	285

9.2.2. Samlokalisering og organisering av merkantile tjenester	285
9.2.3. Planlegging av kontor	286
9.3. Kontorareal og standardrom	288
9.4. Organisasjonsutvikling	288
9.5. Kartlegging av byggets egnethet - Kontor	290
9.5.1. Kontorløsninger	290
9.5.2. Spørreundersøkelse blant ansatte	295
9.6. Driftskonseppter og løsninger	310
9.6.1. Kontor for én og to personer	312
9.6.2. Kontorlandskap	312
9.6.3. Resepsjon og ekspedisjon	313
9.6.4. Erfaringer med ny organisering av merkantile tjenester	314
9.6.5. Kontor for leger og andre fagområder	315
9.6.6. Møte- og pauserom	317
9.7. Hovedfunn og konklusjoner	317
9.8. Forbedringsforslag	318
Vedlegg	320
10. Medvirkning i planleggingsprosessen.....	325
10.1. Medvirkning fra klinisk personell	325
10.2. Ledelsens medvirkning	326
11. Måloppnåelse	328
11.1. Kvalitetsindikatorer	328
11.2. Mål: Rask diagnostikk og utredning	329
11.2.1. Ventetider 2017 til 2019	329
11.2.2. Fristbrudd 2017 til 2019	332
11.3. Mål: Samhandling	333
11.3.1. Epikrisetid 2017 til 2019	333
11.3.2. Utskrivningsklare pasienter 2017 til 2019	335
11.3.3. Utvikling i øyeblikkelig hjelp 2017 til 2019	336
11.4. Mål: Sykefravær	338
11.5. Mål: God service	340
11.5.1. Spørreundersøkelser i sengeområder og i poliklinikk	340
11.6. Gevinstrealisering	342
11.6.1. Kostnad per DRG.	344
11.6.2. Planlagte tiltak 2017 til 2019	345
11.7. Måloppnåelse for akuttmottaket, sengeområdet, poliklinikker og kontor	349
11.7.1. Akuttmottak	349
11.7.2. Sengeområder	350
11.7.3. Felles poliklinikk somatikk	351
11.7.4. Poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling	352
11.7.5. HAVO, ART og HIA	353
11.7.6. Kontor og kontorområder	353
11.7.7. Generalitet, fleksibilitet og elastisitet	354

12. Forbedringsforslag - Kirkenes sykehus	356
12.1. Igangsatte forbedringer	356
12.2. Forbedringsforslag	359
12.2.1. Skilting og resepsjonsskanke	359
12.2.2. Akuttmottak	359
12.2.3. Sengeområdene	362
12.2.4. Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling	364
12.2.5. Psykisk helsevern - Poliklinikk VPP og BUP	366
12.2.6. Møte- og pauseareal	367
12.2.7. Kontor	367
12.2.8. Garderober	367
12.2.9. Parkeringsplasser	368
12.2.10. Samhandling	369
13. Læring fra evalueringen	371

Forord

På vegne av Sykehusbygg HF vil evalueringsteamet takke Finnmarkssykehuset HF for at vi fikk mulighet til å gjennomføre evalueringen av Nye Kirkenes sykehus.

Vi vil takke Kirkenes sykehus for at dere har lagt til rette for befaringer, spørreskjemaundersøkelser og gitt annen informasjon som vi har etterspurt. Dette har bidratt til at denne evalueringen har blitt gjennomført.

Det rettes spesielt en stor takk til alle deltakere i fokusgruppene som har satt av tid til å dele sine erfaringer og synspunkter med oss.

Takk til pasientene som har tatt seg tid til å fylle ut spørreskjemaene. Det er svært viktig å få tilbakemeldinger fra dere for å kunne bygge sykehus som legger best mulig til rette for god og framtidsrettet pasientbehandling.

Alle som har deltatt i evalueringen har bidratt til å øke kunnskap om samspillet mellom sykehusbygninger og virksomhet - hvordan lokaler og løsninger i sykehus fungerer for ledere, medarbeidere og pasienter etter innflytting. De gode løsningene og forbedringsforslagene som er kommet frem gjennom evalueringen, vil bli tatt med i planleggingen av nye sykehus.

For å gi leseren en oversikt over innholdet i evalueringen, innledes rapporten med et sammendrag. Deretter følger en detaljert gjennomgang av evalueringsoppdraget, metoder og resultater i kapittel 1 til 11. Anbefalinger til Kirkenes sykehus og nye sykehusprosjekt gis i kapittel 12 og 13.

Sammendrag

Sammendraget av evalueringen er bygd opp i fire hoveddeler. Disse er: Bakgrunn; Data og metode; Resultater og konklusjoner; Anbefalinger. Resultater og konklusjoner gjengir det mest sentrale innholdet i evalueringen av Nye Kirkenes sykehus.

Bakgrunn

Finnmarkssykehuset HF har bedt Sykehusbygg HF om å gjennomføre en evaluering av Nye Kirkenes sykehus. Evalueringen er todelt. Den første delen er tidligere gjennomført og omhandler evaluering av planleggings- og byggeprosessen (fase 1).

Denne rapporten er den andre delen av evalueringen (fase 2) som retter oppmerksomheten mot hvordan utformingen av Nye Kirkenes sykehus legger til rette for arbeidsprosesser og pasientbehandling ved sykehuset. Evalueringen belyser ansatte og pasienters erfaringer med det nye sykehuset rundt to år etter innflytting.

Data og metode

Det er benyttet både kvalitative og kvantitative metoder. Flere metodiske tilnærminger er brukt for å underbygge resultatene og styrke grunnlaget for konklusjonene som trekkes.

Data og informasjon er hentet fra planleggingsdokumenter, tegninger og litteratur. Videre er data fra Norsk pasientregister (NPR), Finnmarkssykehuset HF og Nasjonal database for klassifikasjonssystemet benyttet. Det er gjennomført spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte, samt befaringer og fokusgruppeintervju med ansatte og ledelsen i Kirkenes sykehus.

Resultater og konklusjoner

Nedenfor presenteres et sammendrag av resultater og konklusjoner fra områdene i evalueringen av Nye Kirkenes sykehus.

Generelt

Resultatene fra spørreundersøkelsene i Kirkenes sykehus viser at ansatte og pasienter har erfart at det nye sykehuset både har gode løsninger og løsninger som kan forbedres.

I undersøkelsene blant pasienter kommer det frem at de aller fleste er godt fornøyde med utformingen av lokalene i det nye sykehuset. Erfaringene blant de ansatte er mer varierte.

Ansatte fremhever at sykehuset har en god plassering og at inngangsparti og vestibyleområdet er tiltalende. Resultatene viser også at det kan være utfordrende for pasienter og pårørende å finne fram i sykehuset. Bedre skilting har derfor vært etterspurt. Det er etablert et skiltprosjekt ved Finnmarkssykehuset HF for at pasienter

skal få mer presis informasjon om veien til poliklinikker, laboratoriet, bildediagnostikk og sengeområder.

Videre er ansatte fornøyde med IKT og medisinsk teknisk utstyr, arbeidslys og leveranse av forbruksvarer. Samtidig viser resultatene at en god del er mindre tilfredse med planløsninger i det nye sykehuset og innemiljø.

Flere rom i Kirkenes sykehus har utfordringer med temperatur og dårlig luft. Dette gjelder blant annet UB-rom og kontor. Videre har himlingsplater løsnet og gulvbelegg sprukket opp flere steder. Det er også problemer med tilstrekkelig lydemping mellom rom.

1. Akuttmottaket

I samsvar med planleggingen av Nye Kirkenes sykehus holdes øyeblikkelig-hjelp og elektiv (planlagt) virksomhet adskilt. Nærhet mellom akuttmottak, bildediagnostikk, intensiv og operasjonsområdet (oppvåkning og dagkirurgisk enhet) fungerer godt. Som planlagt, tilrettelegger akuttmottakets nærhet til intensiv og operasjon for god ressursutnyttelse av kapasitet og kompetanse.

I evalueringen av akuttmottaket kom det frem at samlokalisering og samarbeid med legevakt oppleves som hensiktsmessig. Når legevakslegen er på utrykning, tar ansatte i akuttmottaket imot og ivaretar pasienter som kommer til legevakten.

Virksomheten i akuttmottaket er spredt, og selve utformingen av akuttmottaket kunne vært bedre tilrettelagt for driften. Begrunnelsen er mangel på dedikert traumerom, rom for triage og observasjonsplasser. I tillegg mangler gipserom og rom for småkirurgi i eller nært akuttmottaket.

Tall fra 2019 viser at det var flest opphold i akuttmottaket fra klokken 9 til 10 og frem til klokken 21. Beregninger viser ledig kapasitet i perioder av døgnet, men strømmen av innkomne pasienter varierer, og noen har lange opphold i akuttmottaket.

Gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottaket for pasienter som ble innlagt, var 3 timer og 33 minutter i 2019. For polikliniske opphold i akuttmottaket var gjennomsnittstiden 2 timer og 44 minutter.

I evalueringsperioden hadde sykehuset satt i gang et arbeid med sikte på forbedring av pasientflyt i akuttmottaket. Resultatene fra evalueringen tyder på at forbedring i pasientflyt både handler om organisering, bruk av bygget og ombygging. Det anbefales å kartlegge og arbeide videre med forbedring av arbeidsprosesser i akuttmottaket.

Konklusjon: Nærhet mellom akuttmottak, bildediagnostikk, intensiv og operasjonsområdet samt legevakt, legger til rette for samarbeid og ressursutnyttelse. Virksomheten i akuttmottaket er spredt og medfører lange gåavstander og manglende oversikt. Venterommet oppleves for lite og observasjonsplasser etterspørres.

Akuttmottaket presenteres mer utfyllende i kapittel 5.

2. Sengeområder

Ansatte i sengeområdene uttrykte at de var fornøyde med lokalisering av sengeområdene i det nye sykehuset, ensengsrom med bad og store desinfeksjonsrom.

Ensengsrommene og bad har en god størrelse og er generelt utformet. Rommene ivaretar konfidensialitet, privatliv og smittevern. Det er imidlertid ikke innsyn fra korridor til sengerommene, og det er manglende oversikt mellom sengetunene i sengeområdet, noe som er utfordrende for samarbeid og ressursutnyttelse.

Sengetunene i Nye Kirkenes sykehus framstår som mer selvstendige enheter enn i andre sykehus som det er naturlig å sammenligne seg med.

Det er mangel på plasser for skrive- og dokumentasjonsarbeid i sengeområdet. I sengetunene benyttes den indre og lukkede delen i arbeidsstasjonen til mange ulike oppgaver, mens den ytre og åpne delen blir lite brukt.

Møterom i sengetunene benyttes til møter, visitt og pauser. Det er ikke planlagt og bygd spiserom for ansatte i sengeområdene. Kantinen er tilrettelagt for besøkende, pasienter og ansatte. Det er dermed begrenset mulighet for ansatte til å trekke seg tilbake for å ha en skjermet spisepause.

Beregninger tyder på at det er tilstrekkelig antall senger i sengeområdet for aktiviteten som tilsvarende 2019-nivået. Forutsetningen er at fagområdene benytter sengene på tvers i sengeenhetene i plan 3. Framskrivning av aktivitet viser at behovet for senger i 2035 vil påvirkes av ressursutnyttelse, utnyttingsgrad og om ledig sengekapasitet tas i bruk.

Det anbefales å forsøke å oppnå bedre oversikt, samarbeid og ressursutnyttelse innenfor samme fagområde og på tvers av fagområder.

Konklusjon: Ensengsrom med bad fungerer godt. Mangel på innsyn til sengerom og oversikt mellom sengetun utfordrer samarbeid og ressursutnyttelse. Arbeidsstasjonen bør utbedres.

Aktivitets- og kapasitetsberegninger presenteres i kapittel 4, og en utfyllende evaluering av sengeområder følger i kapittel 6.

3. Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

I samsvar med planleggingen av Nye Kirkenes sykehus, er felles poliklinikk somatikk og dagbehandling samlokalisert på ett plan, med nærhet til bildediagnostikk, prøvetaking, operasjon og akuttmottak. Områdene til felles poliklinikk somatikk og dagbehandling er lokalisert slik at pasienter har enkel tilgang fra hovedinngang, vestibyle og resepsjon.

I evalueringen kom det blant annet frem at enheten er tiltalene utformet og at samlingen av poliklinikker på plan 2 legger til rette for samarbeid.

Manglende skilting i sykehuset gjør det utfordrende for pasienter å finne frem. Pasientene ga høye scorer på orientering og oversikt, men noen har opplevd at det kan være vanskelig å finne frem til riktig venteområde, til undersøkelses- og behandlingsrom, røntgen eller til prøvetaking. De oppga samtidig at de er svært fornøyde med muligheten til å spørre om hjelp til å finne frem i sykehuset.

Evalueringen viser at undersøkelses- og behandlingsrommene (UB-rom) for hud/lysbehandling og nevrologi fungerer godt. De ansatte er også fornøyde med tilgang til eget UB-rom for Flowmetri. Flere av UB-rommene i poliklinikken oppleves imidlertid for små og varme. Dette gjelder blant annet UB-rommene for gynekologiske undersøkelser, som også mangler direkte tilgang til toalett.

Ved vanlige konsultasjoner kan generelle UB-rom benyttes på tvers av fagområder, men evalueringen viser også at det er utfordrende å utnytte UB-rom fleksibelt (generelt). Dette gjelder i de rommene der undersøkelsene og behandling krever mye og eventuelt stedbundet utstyr.

Dagplassene for dialyse har en størrelse som er i samsvar med anbefalingene i Standardromskatalogen. Mens arealet for kjemoterapi og infusjoner har en mindre størrelse enn anbefalingene. I de åpne dagplassene er det problemer med å overholde konfidensialitet.

Et tema som er gjennomgående for evalueringen av sykehuset, er mangel på arbeids- og kontorplasser. Dette gjelder også for felles poliklinikk somatikk.

For poliklinikk og dagbehandling var det høyere aktivitet i 2019 (etter innflytting) enn i 2017 (før innflytting). Beregninger tyder på at det er tilstrekkelig antall rom i felles poliklinikk somatikk for aktiviteten som tilsvarende 2019-nivået. Framskrivning av aktivitet viser at behovet for rom i 2035 blant annet vil avhenge av utnyttingsgrader.

Det anbefales en kartlegging av UB-rommene til de ulike fagområdene for mulig omrokking av rom, eller gjennomføre en ombygging hvis mulig. Det anbefales videre å kartlegge muligheten for bedre forutsigbarhet i forhold til innleie av spesialister, samt elektronisk booking av rom for bedre utnyttelse av rom på tvers av fagområder. Det anbefales også å tilrettelegg for samtalerom ved dagplassene og flere arbeidsplasser.

Konklusjon: UB-rommene innen felles poliklinikk somatikk har varierende grad av funksjonalitet avhengig av fagområde. Tilgang til flere arbeidsplasser etterspørres.

Aktivitets- og kapasitetsberegninger presenteres i kapittel 4, og en utfyllende evaluering av felles poliklinikk somatikk og dagbehandling følger i kapittel 7.

4. Psykisk helsevern og rusbehandling (VPP, BUP og TSB)

Ansatte ved psykisk helsevern og rusbehandling formidlet at de er fornøyde med å være samlokalisert i samme fløy og at de nye lokalene er fine, men at det også er forbedringspotensialer i det nye sykehuset.

Evaluering Nye Kirkenes sykehus

Også i denne poliklinikken er manglende skilting og orienteringsmuligheter en utfordring for noen pasienter. I tillegg har pasientgruppen fått større avstand fra hovedinngangen enn de som skal til felles poliklinikk somatikk.

Venteområdet i poliklinikken ligger sentralt plassert, men gir ikke mulighet å kunne sitte skjermet.

Det er trangt i den bakre og lukkede delen av ekspedisjon, da man har økt antall arbeidsplasser fra to til tre.

Behandlerkontorene har en tilfredsstillende størrelse og er generelt utformet, noe som legger til rette for endringer over tid. Samtidig oppleves kontorene for smale, og det er lytt mellom rommene. Per 2021 har sykehuset ikke kunnet gi et tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), men et døgntilbud gis i Tana.

Terapirommet for ungdom og familieterapi fungerer godt, mens leketerapirommet har blitt mindre enn planlagt og fungerer derfor ikke optimalt.

Ved VPP og BUP var det en nedgang i aktivitet fra 2017 (før innflytting) til 2019 (etter innflytting). Det har vært en liten økning i aktivitet innen BUP fra 2018 til 2019. Kirkenes sykehus har valgt behandlerkontor som løsning i forhold til stillingshjemler. Med en slik driftsmodell vil det være behov for ytterligere to og tre behandlerkontor innen henholdsvis VPP og BUP dersom samtlige stillingshjemler besettes i 2022.

Det anbefales å utbedre venteområdet, gjennomgå bruken av terapirommene, samt undersøke annen plassering av ekspedisjonen, for mer hensiktsmessig deling av arealene til VPP og BUP. Det bør vurderes å tilrettelegge for behandlerkontor innen TSB i sykehuset. Ved etablering av alternative arealer til psykisk helsevern og rusbehandling, bør hensiktsmessig utforming av behandlerkontor og terapirom, samt lyddemping ivaretas.

Konklusjon: Behandlerkontorene fungerer ikke tilstrekkelig for pasientbehandling grunnet utformingen og manglende lyddemping mellom enkelte rom. Terapirommene har varierende grad av funksjonalitet, der leketerapirommet er for lite i areal til den planlagt aktiviteten. Venteområdet bør utbedres.

Da det er manglende kapasitet på behandlerkontor innen Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO), Ambulant rehabiliteringsteam (ART) og Helse I Arbeid (HIA), anbefales det å gjennomføre en kartlegging av behov ved etablering av nye kontorlokaler.

Aktivitets- og kapasitetsberegninger presenteres i kapittel 4, og en utfyllende evaluering av psykisk helsevern og rusbehandling følger i kapittel 8.

5. Kontor og kontorområder

Det er mangel på kontorplasser i Kirkenes sykehus, og flere av de som utfører merkantile tjenester har fått faste arbeidsplasser som opprinnelig var planlagt for andre

typer oppgaver. På grunn av manglende kontorer og arbeidsplasser, må blant annet to personer dele behandlerkontor. Dette gir utfordringer i pasientbehandlingen.

Den planlagte reduksjonen av merkantile stillinger (gevinstrealiseringen) ble ikke gjennomført. Begrunnelsene er blant annet at IKT-systemet ikke har de funksjonene som var planlagt og at talegjenkjenning ikke ble realisert.

Som planlagt, er kontor og kontorlandskap i det nye sykehuset generelt utformet. I samsvar med planleggingen av det nye sykehuset, har merkantilt ansatte blitt organisert i en enhet. En organisatorisk samling av de som utfører merkantile tjenester, som deler erfaringer, samarbeider og utvikler kompetanse, er oppfattet som positivt. Utfordringene er fysiske avstander mellom sekretærer og de kliniske enhetene, noe som oppleves som krevende for det tverrfaglige samarbeidet i klinikken.

Ansatte i Kirkenes sykehus har formidlet at kontorer for én og to personer, samt kontorlandskap fungerer forutsatt at rommene benyttes som planlagt.

Konklusjon: Manglende arbeidsplasser gir utfordringer for driften i Kirkenes sykehus.

Kontor og kontorområder presenteres mer utfyllende i kapittel 9.

6. Medvirkning i planleggingsprosessen

Ifølge sluttrapport NKS-OU (09.03.2017) ble det gjennomført organisasjonsutviklingsprosjekt i Kirkenes sykehus der ansattrepresentanter fra flere yrkesgrupper deltok. Det var 22 delprosjekt, men likevel var det en oppfatning blant klinisk personell at de ble involvert for sent i medvirkningsprosessen.

Evalueringen har også vist at graden av medvirkning endret seg i forbindelse med kuttprosessene i forprosjektet, da både ledere og ansatte i Kirkenes sykehus erfarte at medvirkningen var fraværende. De ble ikke informert om hvilke endringer eller kutt som var besluttet, og de fikk dermed heller ikke mulighet til å vurdere konsekvenser av endringene som ble gjort.

Gruppen av ansatte fra bildediagnostikk opplevde imidlertid at medvirkningen hadde vært god. Det hadde vært kontinuitet i planleggingen, og de var fornøyde med utformingen av området for bildediagnostikk.

Det var en generell oppfatning blant ansatte og ledere i Kirkenes sykehus at kontinuitet blant planleggere er viktig, og spesielt at kontinuitet i medvirkningen fra ansatte og ledere er nødvendig når nye sykehus skal planlegges og bygges.

Konklusjon: Informasjon, kontinuitet og forutsigbarhet i medvirkningen er nødvendig i alle faser i planlegging av nytt sykehus.

Medvirkning presenteres mer utfyllende i kapittel 10.

7. Måloppnåelse

Innen somatikk økte ventetiden samlet sett ved Kirkenes sykehus det første året etter innflytting (2019), men ble redusert fra 2. til 3. tertial i 2019. Innen PHV og TSB økte ventetiden samlet sett fra 2017 til 2018, og ventetiden i 2019 var tilnærmet lik 2018.

Andel fristbrudd ble samlet sett for Kirkenes sykehus redusert i 2019 sammenlignet med 2017 og 2018 innen somatikk. For PHV og TSB er det ikke mulig å ta ut tall over fristbrudd på lokasjonsnivå.

Andel epikriser sendt innen syv dager har samlet sett hatt en nedgang fra 90,4 prosent i 2017 til 83,5 prosent i 2019 ved Kirkenes sykehus. Dette er litt under landsgjennomsnittet i 2019, som var på 85,6 prosent.

Andel epikriser sendt innen en dag har samlet sett økt fra 45,8 prosent i 2018 til 48,8 prosent i 2019 ved Kirkenes sykehus. Imidlertid var dette var under landsgjennomsnittet i 2019, som var på 58,1 prosent.

Antall utskrivningsklare pasienter økte i de fleste kommuner, som sogner til Kirkenes sykehus, fra 2017 til 2019, med unntak av Lebesby og Nesseby som har hatt en nedgang, samt Tana som er uendret.

Evalueringen viser at antall øyeblikkelig hjelp innen polikliniske konsultasjoner somatikk ble redusert med 19,3 prosent fra 2017 til 2019, mens antallet øyeblikkelig hjelp i tilknytning til døgnopphold økte med 16,1 prosent i samme periode.

Når det gjelder utvikling innen korttidssykefraværet (1-16 dager), har det vært en nedgang for alle enheter, med unntak av sengeenhet for kirurgi og ortopedi fra 2017 til 2019. For langtidssykefraværet (17 dager eller mer) har det vært en økning ved alle enheter, med unntak av sengeenhet for medisin og dialyse, samt fysikalskmedisin og rehabilitering i samme periode.

Gevinstrealisering er et mål på om de gevinster man forventet av et prosjekt faktisk blir realisert. Evalueringen viser at underskuddet ved Klinikk Kirkenes økte fra 2017 til 2019, men er uendret fra 2019 til 2020 med en bedring i økonomien 3. tertial 2020.

Ved Kirkenes sykehus var det en negativ utvikling i kostnad per DRG, fra kr 69 000 per DRG i 2017 til kr 71 000 per DRG i 2019. Imidlertid var kostnad per DRG-poeng i 2020 (eksklusive Covid-19 kostnader), tilnærmet nivået i 2017.

Mange av planene som ble lagt for akuttmottak, sengeområder, poliklinikkene og kontor i Nye Kirkenes sykehus er blitt gjennomført. Videre er flere rom og områder generelt bygd slik at de kan benyttes til ulike funksjoner i fremtiden, mens ombygging der flere moduler berøres, er krevende. Kirkenes sykehus kan derfor ikke betraktes som et fleksibelt bygg.

Evaluering Nye Kirkenes sykehus

Konklusjon: De planlagte økonomiske gevinstene som ble satt for Nye Kirkens sykehus, er per 2019 ikke oppnådd, men man ser en positiv utvikling fra 2019 til 2020.

Noen av målene som ble satt for et fremtidig og kvalitetsmessig godt tilbud, ble oppnådd i løpet av første driftsår (2019).

Måloppnåelse presenteres mer utfyllende i kapittel 11.

Anbefalinger

Forslag til forbedringer i Kirkenes sykehus og læringspunkter rettet mot nye sykehusprosjekt følger i kapittel 12 og 13. Forslagene bygger på resultatene som er kommet frem i evalueringen og omhandler både organisatoriske og bygningsmessige endringer.

1. Evalueringsoppdraget

Finnmarkssykehuset HF har ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet i Finnmark, og er ett av fem foretak i Helse Nord. Finnmarkssykehuset HF har faste behandlingstilbud lokalisert i syv forskjellige kommuner i fylket, og har to lokalsykehus. Den administrative hovedbasen er i Hammerfest, hvor også det ene lokalsykehuset befinner seg. Det andre lokalsykehuset ligger i Kirkenes. Psykisk helsevern og rusbehandling har tilbud på alle behandlingsstedene.

Nye Kirkenes sykehus ligger ved Andrevann i Kirkenes og ble tatt i bruk 27. november 2018. Sykehuset har akuttfunksjon og er lokalsykehus for befolkningen i Øst-Finnmark. Fra 01.01.2020 ble Klinikk for Psykisk helsevern og rus lagt ned og DPS øst ble samtidig lagt under Nye Kirkenes sykehus.

Finnmarkssykehuset HF har bedt Sykehusbygg HF om å gjennomføre en evaluering av Nye Kirkenes sykehus. Evalueringen er todelt. Den første delen er gjennomført og omhandler evaluering av planleggings- og byggeprosessen (fase 1). Denne rapporten er den andre delen av evalueringen hvor hensikten er å identifisere sammenhenger mellom sykehusbygget og drift, få frem kunnskap om hva som er gode løsninger for eiere og brukere av bygget, samt å vurdere måloppnåelse etter innflytting (fase 2).

Evalueringsresultatene kan benyttes i kvalitetsforbedring, kvalitetssikring, prioritering og læring i Nye Kirkenes sykehus, og resultatene vil være grunnlag for kunnskapsdeling og læring i helseforetaket og mellom sykehusprosjekter i Norge.

1.1. Fase 1 – Planleggingsfasen i Nye Kirkenes sykehus

Fase 1, evaluering av Nye Kirkenes sykehus, er presentert i rapport: «Nye Kirkenes sykehus. Evaluering del 1 – Planleggings- og byggeprosessen», Sykehusbygg HF 2020. Evalueringen av fase 1 konkluderte med følgende forslag til læringspunkt i framtidige prosjekter:

Organisering

- *Vurdere om det bør innføres egnede tiltak for å beholde prosjektpersonell ut prosjektperioden*

Eierstyring

- *Etablering av en entydig økonomisk ramme og innføre rutiner for å verifisere at rammen blir etterlevd i prosjektet*
- *Ved gjennomføring av større endringer i prosjekter bør det stilles krav til at det gjennomføres dokumenterte risiko og usikkerhetsvurderinger*

Medvirkning

- *Frigivelse av tilstrekkelig ressurser til medvirkning, innhente erfaringstall*
- *God planlegging av medvirkning for å redusere belastningen for ansatte*
- *Helhetlig vurdering av ønsker og behov fra ansatte, spesielt mot økonomiske rammer*

Kapittel 1 Evalueringsoppdraget

- *Opplæring av ansatte som skal delta i medvirkning*
- *Egne prosesser for arealer som krever validering fra myndigheter*

Anskaffelse av medisinteknisk utstyr

- *En viktig suksessfaktor er god og tydelig organisering av anskaffelsesprosjektet, tydelige rolleavklaringer, samt bruk av erfarent anskaffelsespersonell i samarbeid med brukerkoordinator fra helseforetaket*
- *Frigivelse av tilstrekkelig ressurser til medvirkning*

Byggeprosessen og industrialisert bygging

- *Systematisk gjennomgang av alle krav i kontrakt med entreprenør*
- *Verifikasjon av rett kompetanse til byggeledelse som skal utføre kontroll av prosjektering og utførelse*

Ferdigstillelsesfasen

- *Tilstrekkelig kompetanse i prosjektorganisasjonen til å lage tverrgående planer*
- *Kompetanse innen ferdigstillelse og testing som del av evalueringskriteria i konkurransegrunnlag til entrepriser*
- *Tilstrekkelig ressurser fra ansatte til å delta i ferdigstillelsesfasen*
- *Tidlig involvering av driftsorganisasjonen.*
- *Opplæring av ansatte som skal delta i ferdigstillelsesfasen*
- *Det må defineres tydelige krav og forutsetninger for oppstart av klinisk prøvedrift*
- *Det må avsettes tilstrekkelig tid til klinisk prøvedrift*

Flytteprosess og OU-prosess

Det må avsettes tilstrekkelig tid til gjennomføring av innflytting

1.2. Fase 2 - Nye Kirkenes sykehus. Erfaringer med bygget

Fase 2-evalueringen av Nye Kirkenes sykehus omfatter plan 2 og 3 i sykehuset. Figur 1.1 viser en oversikt over plan 2, og Figur 1.2 viser en oversikt over plan 3. Som det framgår av figurene, er sykehuset inndelt i fløyer, fra A til D, sør og nord.

Evalueringen er en kartlegging av kliniske funksjoner og en dybdeevaluering av utvalgte områder. Dybdeevalueringen omfatter akuttmottaket, sengeområder, somatiske poliklinikker, poliklinikk i psykisk helsevern og rusbehandling, samt kontor for administrative stillinger.

Hovedproblemstillingen er: Hvordan legger bygget til rette for arbeidsprosesser og pasientbehandling?

Evalueringen skal også vurdere om de sentrale dimensjoneringsforutsetningene og kapasitetsberegningen er i samsvar med faktisk utvikling. Tidligere framskrevet aktivitet og kapasitetsberegning skal sammenlignes med den faktiske aktivitetsutviklingen som sykehuset har hatt etter innflytting i nytt sykehus. Det skal gjøres en vurdering av måloppnåelse, og utarbeides et forslag til forbedringer ved Nye Kirkenes sykehus i samarbeid med helseforetaket. På bakgrunn av evalueringresultatene vil det bli gitt anbefalinger til nye sykehusprosjekter i form av læringspunkter.

Evalueringsperioden ble noe forlenget på grunn av tiltak i forbindelse med Covid-19 pandemien, samt en tilleggsbestilling som gjaldt dybdeevaluering av akuttmottaket høsten 2021.

Plan 2

Det er en felles hovedinngang for besøkende til sykehuset i plan 2 sør, mellom fløy B og C, som leder inn til vestibylen. Vestibylen inneholder en resepsjon, venteplasser og innsjekkingsautomater. Resepsjonen fungerer som henvendelsespunkt for besøkende og betjener alle avdelingene. Kantine med møterom ligger nært vestibyleområdet. Fra vestibylen er det en hovedkorridor som strekker seg i begge retninger og knytter sammen fløyene.

Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling, bildediagnostikk og laboratorieområde ligger på plan 2. Venteområdene ligger i hovedkorridoren mellom fløy A og B og mellom fløy C og D. Det er i tillegg noen mindre venteplasser inne i avdelingene. Akuttmottak, operasjon, intensiv og sterilsentral er plassert i den nordlige delen av fløy B og C. I tillegg er det kontorområder i plan 2. Ved vestibylen er det en åpen trapp mellom plan 2 og 3. Det er etablert en egen personalinngang på plan 1.

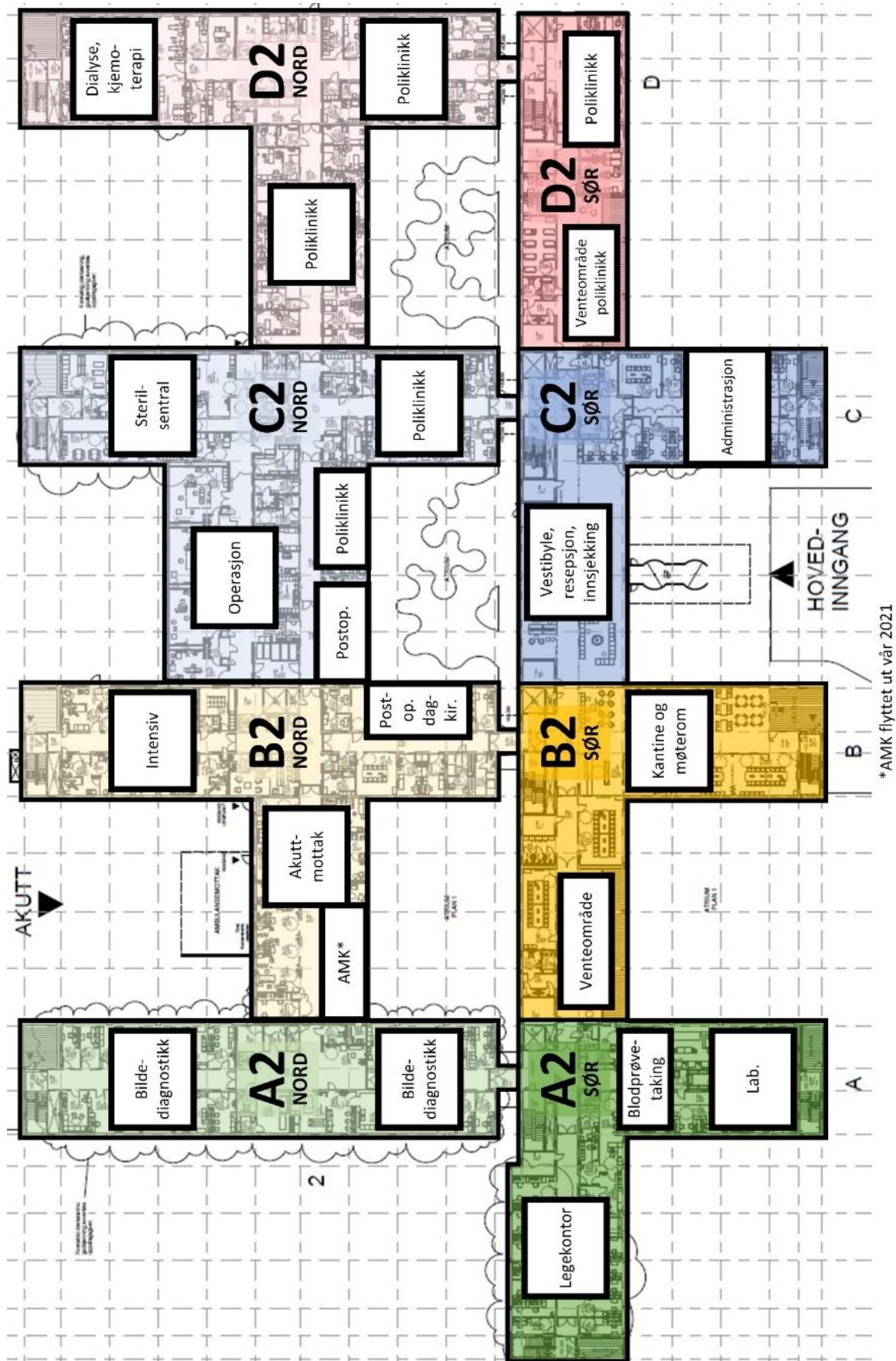
Plan 3

Sengeområdene er plassert på plan 3. Trappen fra vestibylen leder opp til en egen ekspedisjon på plan 3 som betjener sengeområdet (sengetun 1-6). På plan 3 er det også

Kapittel 1 Evalueringsoppdraget

områder for fysio- og ergoterapi, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, samt areal for habiliteringstjenesten for voksne (HAVO), ambulant rehabiliteringsteam (ART) og Helse I Arbeid (HIA).

Kapittel 1 Evalueringsoppdraget



Figur 1.1 Oversikt plan 2, Nye Kirkenes sykehus. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF.

1.3. Organisering av evalueringen

Evalueringen er gjennomført av evalueringsteamet i Sykehusbygg HF. Marte Lauvsnes har vært prosjekteier. Prosjektleder i Sykehusbygg HF har vært Unni Dahl. Evalueringen har vært gjennomført i samarbeid med følgende prosjektdeltakere: Lilian Leistad, Nathalie Madsen, Gunn Håberget, Rita Konstante, Kjell Solstad og Lisa Brodal.

Finnmarkssykehuset HF har bestilt evalueringsoppdraget, og kontaktperson og koordinator har vært prosjekt- og porteføljeleder Violet Karoliussen. Etter utarbeidelse av prosjektplanen, startet evalueringen i september 2020.

Fra september 2020 og frem til november 2021 har evalueringsteamet hatt jevnlig statusmøter med Finnmarkssykehuset HF. Det har også vært gjennomført telefonsamtaler og epostutvekslinger for å legge til rette for datainnsamling og sørge for at oppdraget er blitt gjennomført i henhold til prosjektplanen. Videre har teamet fra Sykehusbygg HF hatt samtaler (telefon og Teams), epostutvekslinger og møter med ledergruppen i Kirkenes sykehus.

Evalueringen har vært utført i en periode med smitteverntiltak på grunn av Covid-19 pandemien. Dette har medført noen forsinkelser i datainnsamlingen og utsettelse av møter mellom Kirkenes sykehus og Sykehusbygg HF. I tillegg fikk Sykehusbygg HF en ny bestilling om å evaluere akuttmottaket med oppstart september 2021.

1.4. Data og metode

Prosjektplanen for evaluering av Nye Kirkenes sykehus består av to hoveddeler. Del 1 omfatter evaluering av planleggings- og byggeprosessen, og ble ferdigstilt i mai 2020. Del 2 omfatter evaluering av Nye Kirkenes sykehus etter to års drift. Denne evalueringen ble fullført i desember 2021.

Prosjektplanen for evaluering av Nye Kirkenes sykehus ble godkjent av Finnmarkssykehuset HF i 2019. På grunn av Covid-19 pandemien og en tilleggsbestilling, ble prosjektplanen revidert i evalueringsperioden. Den siste revideringen ble gjort 18.08.2021.

Evalueringen etter to års drift er basert både på kvalitative og kvantitative metoder. Dette er i samsvar med anbefalinger i rapporten «Evaluering av sykehusbyggprosjekter» (29.11.2018). Flere metodiske tilnærminger er brukt for å underbygge resultatene og styrke grunnlaget for konklusjonene som trekkes.

Etter innledende planleggingsmøter med Finnmarkssykehuset HF, startet kartlegging av rom og areal i Kirkenes sykehus september 2020. Videre er det benyttet planleggingsdokumenter, litteraturgjennomgang samt tegninger av Nye Kirkenes sykehus i evalueringen. Data fra Norsk pasientregister (NPR) i Helsedirektoratet, Finnmarkssykehuset HF og Nasjonal database for klassifikasjonssystemet er også benyttet. I tillegg benyttes statistikk fra Samdata og SSB.

Kapittel 1 Evalueringsoppdraget

I evalueringen er det gjennomført spørreskjemaundersøkelser blant ansatte og pasienter for å få informasjon fra et større utvalg. På den måten gir spørreundersøkelsene en bred kartlegging av erfaringer med Nye Kirkenes sykehus. Undersøkelsen blant ansatte ble utført i oktober 2020 og undersøkelsen blant pasienter foregikk i november og desember 2020, og i februar 2021. Besvarelsene ble importert til SPSS (statistisk verktøy). Gjennomsnittscorer og fordelingen av scorer er beregnet.

Befaringer og fokusgruppeintervju med ansatte ble gjennomført i fem fagområder for å få utfyllende kunnskap i tillegg til spørreundersøkelsene. Disse fem områdene er: akuttmottaket, sengeområdene, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling, poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling samt kontor og kontorområder. Befaring og fokusgruppeintervju med ansatte i Kirkenes sykehus foregikk i perioden 28. - 30. april 2021, med unntak av akuttmottaket hvor fokusgruppeintervju ble gjennomført høsten 2021.

Befaring og fokusgruppeintervju er benyttet for å få dybdekunnskap om hvordan sentrale driftskonsepter og løsninger har fungert i nytt sykehus to år etter innflytting, og om utformingen av sykehusbygget har innvirket på arbeidsprosesser og pasientflyt.

Det ble arrangert fokusgruppeintervju med to typer utvalg. Den ene typen er med ansatte (inkludert tillitsvalgte og verneombud). Disse intervjuene ble gjennomført i lokalene til Kirkenes sykehus. Den andre typen er fokusgruppeintervju med ledergruppen ved Kirkenes sykehus, hvor det har vært gjennomført to digitale intervjuer i juni 2021. Når det gjelder akuttmottaket, ble det gjennomført tilsvarende to typer fokusgruppeintervju, med ansatte og med ledergruppen. Intervjuene ble gjennomført digitalt i september og oktober 2021. De sistnevnte intervjuene ble gjort senere på grunn av at dybdeevalueringen av akuttmottaket kom som en tilleggsbestilling.

I fokusgruppene er det benyttet et strategisk utvalg. Koordinator i Finnmarkssykehus HF og kontaktpersoner i Kirkenes sykehus rekrutterte fokusgruppedeltakere fra de utvalgte fagområdene i sykehuset. I hver fokusgruppe deltok et utvalg av ansatte som representerte de områdene som ble undersøkt. Dette er nærmere beskrevet i kapitlene 5 til 9.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført etter en forhåndsdefinert semistrukturert intervjuguide for å være sikker på at sentrale og viktige områder ble dekket. I tillegg ble deltakerne oppfordret til å ta opp andre tema dersom de ønsket dette. Det ble gjort lydopptak av alle fokusgruppeintervjuene, som i ettertid ble analysert etter K. Malteruds metode, systematisk tekstkondensering (2012). Sitater er benyttet for å fremheve og illustrere temaene som kom frem gjennom analysen. Sitatene i rapporten er skrevet i kursiv.

Etter at intervjuene og spørreskjemaundersøkelsene var gjennomført og analysert, ble foreløpige resultater og utkast til rapport flere ganger oversendt tillitsvalgte,

Kapittel 1 Evalueringsoppdraget

verneombud og ledergruppen i Kirkenes sykehus for å kontrollere at evalueringsteamet hadde forstått det som deltakerne formidlet under intervjuene. Tilbakemeldingene ble gitt i digitale møter i perioden 3. juni til 27. oktober 2021. I tillegg ble det oversendt skriftlige kommentarer til evalueringsteamet fram til november 2021. Utkast til rapport er også kommentert av ledelsen i Finnmarkssykehuset HF i juli og i november 2021, samt i januar 2022.

Fokusgruppeintervju og befaringer ble kombinert med dokumentstudier, gjennomgang av tegninger, statistikk og litteratur for å få et mer utfyllende bilde av hvordan bygget legger til rette for arbeidsprosesser og pasientbehandling.

Aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) i Helsedirektoratet og fra Finnmarkssykehuset HF er benyttet for å beregne og vurdere kapasitetsbehov i sengeområder, poliklinikker, operasjon og akuttmottak.

Nasjonal database for klassifikasjonssystemet er benyttet for å sammenligne areal og rom med andre sykehus og anbefalinger i Standardromskatalogen.

Tegninger av Nye Kirkenes sykehus er oversendt fra Finnmarkssykehuset HF (utarbeidet av Momentum arkitekter 27.03.2015). Sykehusbygg HF har bearbeidet tegninger for å vise plassering av rom og tydeliggjøre logistikk. Når annet ikke er oppgitt, er bildene i rapporten tatt av Sykehusbygg HF.

Sentrale planleggingsdokumenter som er benyttet:

- Idéfasedokument – B2. Renoveringsprosjekt ved Kirkenes sykehus 01.12.2008
- Hovedfunksjonsprogram. Nye Kirkenes Sykehus 01.11.2010
- Konseptrapport Nye Kirkenes Sykehus 12.11.2010
- Forprosjekt. Nye Kirkenes Sykehus 27.06.2013
- Addendum til forprosjekt 21.11.2013
- Sluttrapport NKS-OU 09.03.2017
- Rapport DP 16 – 12. Kontor og fellesareal 31.03.2017

1.5. Forkortelser og definisjoner

ART: Ambulant rehabiliteringsteam.

Behandlerkontor: PHV (psykiske helsevern) og TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser) benytter behandlerkontor, dvs. polikliniske konsultasjoner skjer i behandlerens kontor.

BUP/PHV-BU: Barne- og ungdomspsykiatri.

DKI: Dagkirurgisk enhet.

HAVO: Habiliteringstjenesten for voksne.

HFP: Hovedfunksjonsprogram.

HIA: Helse I Arbeid

PHV-V/VPP: Psykisk helsevern voksne.

PO: Postoperativ.

Programmert areal: Areal som er programmert (planlagt) for rom i hovedprogrammet. Dette arealet kan forandre seg i løpet av planleggingsprosessen.

Prosjektert areal: Uttegnet areal for et rom.

Standardromskatalogen: En samling standardiserte funksjonsbeskrivelser med bygningsmessige og tekniske krav til de vanligste rommene i sykehus. Dokumentet er utarbeidet av Sykehusbygg HF, og er basert på den samlede kunnskapen som er erfart gjennom avsluttede og pågående prosjekter.

TSB: Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser.

UB-rom: Undersøkelses- og behandlingsrom.

1.6. Presentasjon av kapitlene

Evalueringsoppdraget inneholder flere områder. Evalueringsrapporten er derfor bygd opp slik at områdene i hovedsak kan leses uavhengige av hverandre i egne kapitler.

Innledningsvis er de mest sentrale evalueringsresultatene og konklusjonene presentert i et sammendrag, og i kapittel 1 er evalueringsoppdraget beskrevet. Videre i rapporten følger kapittel 2 til 13.

Kapittel 2 presenterer prosjektutløsende behov og mål for Nye Kirkens sykehus.

Kapittel 3 omfatter en spørreundersøkelse blant ansatte i kliniske avdelinger, og er en kartlegging av sykehusbyggets egnethet.

Kapittel 4 viser aktiviteten i Kirkens sykehus for perioden 2017 til 2019, og en framskriving av aktivitet fra 2019 til 2035 med tilhørende beregning av kapasitet.

Kapitlene 5 til 9 presenterer evaluering av akuttmottaket, sengeområder, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, samt kontor og kontorområder i Kirkens sykehus.

Hvert kapittel har den samme oppbyggingen. Først kommer en beskrivelse av mål og planforutsetninger, deretter følger spørreundersøkelser. Så følger dybdeundersøkelser, som i hovedsak er basert på befaring og fokusgruppeintervju. Kapitlene avsluttes med en oppsummering av hovedfunn, konklusjoner og forbedringsforslag.

Kapittel 10 omhandler medvirkning i planleggingsprosessen.

Kapittel 11 vurderer måloppnåelse for Nye Kirkenes sykehus.

Kapittel 12 presenterer forbedringsforslag for Kirkenes sykehus.

Kapittel 13 oppsummerer læring for nye sykehusprosjekt basert på evalueringen av Nye Kirkens sykehus.

2. Prosjektutløsende behov og mål for Nye Kirkenes sykehus

Det gamle sykehuset lå på Prestøya i Kirkenes og var ferdigstilt i 1955. Sykehuset hadde blitt påbygd flere ganger for å gi rom for aktivitetsøkning og utvidelse av tjenestetilbudet. Dette resulterte i uhensiktsmessig logistikk og ressursutnyttelse. I tillegg hadde sykehuset siden 1980-tallet behov for omfattende vedlikehold og ombygginger.

Idéfasedokument – B2, datert 01.12.2008, beskriver blant annet at det gamle sykehuset i Kirkenes hadde trange lokaler og rigide byggtekniske løsninger som hindret effektiv drift. Blant begrensningene var blant annet trafikkerte arealer som hindret skjerming av pasienten, lav takhøyde i operasjonsavdelingen samt at manglende ventilasjon og solavskjerming ga dårlig inneklime. Det var flere pågående HMS-saker knyttet til fysisk arbeidsmiljø, ikke forskriftsmessig brannseksjonering av bygget, svekket isolasjon i yttervegger og trekkfulle vinduer. Dårlig drenering hadde ført til fuktskader i to fløyer og det var setningsskader i deler av østfløyen. Den tekniske levetiden på sanitæranleggene var utgått, og det var problemer med lekkasje og korrosjon på avløpsledninger. Den tekniske standarden ble beskrevet som til dels svært dårlig og preget av bygningens alder og manglende oppgradering.

I mars 2009 så styret i Helse Finnmark HF nødvendigheten av to nye sykehusbygninger i Finnmark på sikt for å gi et godt pasienttilbud, forbedret arbeidsmiljø og effektiv drift (Hovedfunksjonsprogram 01.11.2010, HFP).

I sak 45/2009 «Helse Finnmark Kirkenes – plan for konseptfase» vedtok styret i Helse Nord RHF at prosjektet «Nye Kirkenes Sykehus» skulle videreføres i konseptfase. Oppdraget var å kvalitetssikre et renoveringsalternativ og videreutvikle et nybyggalternativ.

HFP ga føringer for planleggingen av det nye sykehuset (s. 18):

«Nye Kirkenes Sykehus skal være tilrettelagt for en best mulig pasientbehandling og en best mulig utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Det skal legges opp til et godt møte mellom pasienter, pårørende og helsearbeidere. Alle pasienter skal tas imot på en effektiv og målrettet måte. Målet er god service, tidlig utredning og at oppholdet på sykehuset ikke blir unødvendig langt.»

Planprosessen gikk videre, og 08.12.2011 vedtok styret i Helse Finnmark HF å starte et forprosjekt for nybygg, Nye Kirkenes sykehus.

2.1. Mål for Nye Kirkenes sykehus

Forprosjektrapport (27.06.2013) presiserer målene som ble satt for prosjektet Nye Kirkenes sykehus. Målhierarkiet består av samfunnsmål, effektmål og resultatmål. Disse gjengis nedenfor (s. 41-42):

«**Samfunnsmålet** er å sikre langsiktige løsninger for å oppnå et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehusstilbud til befolkningen i opptaksområdet samlet sett. Samfunnsmålet i denne fasen av prosjektet er å legge grunnlag for riktig vegvalg i løsning av nybygget for å oppnå den langsiktige samfunnsmessige målsettingen. Prosjektet skal basere løsninger på de føringer som fremkommer som følge av Helse Nord sin utvikling av helsetjenester sett i et langsiktig perspektiv. De totale løsningene skal sikre at dimensjonering, driftskonsept samt oppgave og funksjonsfordelinger blir ivarettatt i dette fremtidige helseperspektivet. Dette inkluderer også et Barentsperspektiv der sykehuset på lang sikt kan stå overfor nye utfordringer både befolkningsmessig og epidemiologisk.

Effektmålene er knyttet til at Helse Finnmark HF i perspektivet mot 2020-2030 skal kunne betjene befolkningen med et tidsmessig spesialisthelsetjenestetilbud, og i tillegg hvilke gevinster i samfunnsøkonomisk perspektiv dette vil gi. Effektmålene realiseres først når nytt bygg er tatt i bruk (jf. "gevinstrealisering").

Resultatmål for prosjektet i denne fasen er at det i forprosjektfasen er at det er framkommet en "forprosjektrapport" som gir tilstrekkelig beslutningsgrunnlag, slik at styrene for Helse Finnmark HF og Helse Nord RHF kan ta stilling til igangsetting av neste fase, og dermed reelt beslutte byggestart.

Prosjektet har sikret at man bygger på bærende elementer for et fremtidsrettet og kvalitetsmessig godt tilbud innen spesialisthelsetjenesten, med vekt på bærende ideer som bygget skal bidra til å realisere som vist i tabell under.»

Tabellen som omtales i resultatmålene, står i forprosjektrapporten (tabell 5, side 42 «Element for et fremtidig og kvalitetsmessig godt tilbud») og presenteres nedenfor:

Tabell 5. Element for et fremtidig og kvalitetsmessig godt tilbud

Område	Forklaring
Rask diagnostikk og utredning	Rask diagnostikk og utredning målt som redusert liggetid/behandlingstid, redusert ventetid og ingen fristbrudd.
Nivå på tilbud	Pasientene skal få et tilbud på det nivå de har behov for målt ved "normal" fordeling mellom lokalsykehus og region/landssykehus innenfor de ulike funksjonsområder.
God service	God service – sammenheng mellom informasjon utredning, og behandling, hvor det tas utgangspunkt i den enkelte pasient sine behov – målt gjennom bedre resultater i PasOpp undersøkelser og nasjonale kvalitetsindikatorer.
Samhandling	Godt samarbeid med primær-/kommunehelsetjeneste – samhandlingstiltak er etablert og reduserer bruken av sykehustjenester.
OH – planlagt virksomhet	Skille øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet for å øke effektiviteten målt i reduserte kostnader per DRG.
Elektiv virksomhet	Størst mulig grad av planlagt virksomhet målt ved at andel elektiv virksomhet har økt.
Integrering	Integrering av Psykisk helsevern og rus, rus og somatikk gjennom konkret samarbeid i pasientbehandlingen, samlokalisering, felles arealbruk og "en dør inn".
Behandling i samme enhet	Mest mulig behandling innenfor en organisatorisk enhet målt ved at antall interne overflyttinger reduseres.
Rekruttering	Sykehuset rekrutterer og beholder personell bedre målt ved mindre vikarbruk og lavere turn-over.
Sykefravær	Sykefraværet er redusert til å være likt med eller bedre enn landsgjennomsnittet for tilsvarende virksomhet.

Innholdet i denne tabellen blir vurdert under måloppnåelse i kapittel 11.

2.2. Konsept og organisasjonsutvikling

Forprosjektet beskriver at det er søkt å etablere et sykehus med vekt på hensiktsmessig drift som kan ta opp i seg endringer og fremtidig utvikling. Følgende begrep benyttes:

Generalitet: Bygningens og strukturens evne til å benyttes til ulike funksjoner uten endring eller ombygging.

Fleksibilitet: Bygningens endringsdyktighet og tilpasning til andre funksjoner uten å endre basisinstallasjonene eller konstruksjonen.

Kapittel 2 Prosjektutløsende behov og mål for Nye Kirkenes sykehus

Elastisitet: Bygningens utvidelsesmuligheter, som blant annet mulighet til å bygge til nye fløyer eller etasjer når det oppstår nye arealbehov eller nye funksjoner som må plasseres i nybygg.

Både HFP og Forprosjektrapport framhever at samling av enheter skulle legge til rette for å fremme samarbeid mellom fagområder. Dag- og poliklinisk behandling, inkludert laboratorium og røntgen, skulle ligge i samme etasje for å gi lett tilgjengelighet for et stort antall pasienter og gi god utnyttelse av arealene.

Det ble også framhevet at integrering av psykisk helsevern, rus og somatikk gjennom konkret samarbeid i pasientbehandlingen, samlokalisering, felles arealbruk og «en dør inn», skulle gi et framtidig og kvalitetsmessig godt tilbud.

Akutteneheten ble planlagt på plan 2 for å ivareta nærhetsbehovet mellom operasjon, røntgen og laboratoriet. I tilknytning til akuttmottaket ble arealet for kommunal legevakt plassert. Akuttmottaket skulle ta imot alle øyeblikkelig-hjelp pasienter og pasienter som overflyttes fra andre sykehus.

Videre ble sengeområdene plassert samlet på plan 3, hvor det ble vektlagt generalitet i utformingen. Dette skulle muliggjøre sambruk og samarbeid på tvers av de tidligere avdelingsgrensene, og gjøre utnyttelse av det totale sengetallet lettere. Sengeområdet skulle bygges opp av sengetun. Hensikten var at samling av senger ville gi fleksibilitet og samhandling mellom tunene, færre varelager og kortere transporttid. Det ble vektlagt et optimalt samspill mellom akutt og vanlige senger, spesielt ble nærhetsbehovet mellom operasjon og fødestuer hensyntatt.

Det ble vektlagt standardiserte lagersystem for medikamenter og annet forbruksmateriell; Aktiv forsyning og bare to lagernivå som grunnprinsipp.

Organisasjonsutviklingen i Kirkenes sykehus startet som eget prosjekt i 2015, tre år før innflytting i nytt sykehus¹. Endringer i sykehusbygningen, nye løsninger og ny teknologi var forutsetninger for endringer i administrasjon og ledelse, arbeidsprosesser, pasientbehandling og logistikk.

Ifølge sluttrapport NKS-OU skulle sykehuset tas i bruk forsommeren 2017, men innflyttingen ble utsatt til november 2018.

¹ Nye Kirkenes Sykehus. Organisasjonsutvikling. Sluttrapport NKS-OU. 09.03.2017

3. Kartlegging av byggets egnethet - Kirkenes sykehus

I dette kapittelet presenteres en kartlegging av byggets egnethet. Kartleggingen består av en spørreundersøkelse utført i kliniske avdelinger i Kirkenes sykehus.

3.1. Spørreundersøkelse blant ansatte i kliniske avdelinger

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte i kliniske avdelinger i Kirkenes sykehus for å kartlegge byggets egnethet etter innflytting. Formålet har vært å få kunnskap fra mange ansatte om hvordan sykehuset fungerer, og undersøke i hvor stor grad utformingen legger til rette for arbeidsprosesser, pasientforløp og behandling.

3.1.1. Metode

En nettbasert spørreundersøkelse ble oversendt fra Sykehusbygg HF til Finnmarkssykehuset HF og deretter videresendt per epost til 237 ansatte i kliniske avdelinger i Kirkenes sykehus. Tilgang til spørreskjemaet ble gitt ved å skanne en QR-kode eller ved å åpne en lenke til skjemaet. Undersøkelsen pågikk i perioden 12. oktober til 25. oktober 2020. Av 237 ansatte i kliniske avdelinger besvarte 153 undersøkelsen (64,6 prosent). Sykehusbygg HF mottok anonyme besvarelser og benyttet Excel og SPSS i analysene.

Spørreskjemaet er utarbeidet av Sykehusbygg HF med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler og sjekklister for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI).

Undersøkelsen har 60 utsagn inndelt i seks temaområder. Respondentene ble bedt om å svare på om hvor godt enheten/avdelingen, der de i hovedsak har sitt arbeidsområde, er tilrettelagt for virksomheten. Et eksempel er «Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø». Det skulle oppgis i hvor stor grad respondentene er enige i utsagnet på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelverdien på skalaen er 3.

Det bør bemerkes at leger eller andre som jobber i flere steder (poliklinikk, sengeområde, akuttmottak eller operasjon), har valgt ett arbeidssted og ikke besvart flere områder. Nedenfor beskrives innholdet i de seks temaområdene:

Tema 1: Understøtte arbeidsprosesser

Utsagnene i dette temaet handler om å vurdere hvor godt utformingen av avdelingen understøtter arbeidsmiljø, samarbeid og effektivitet.

Tema 2: Planløsning - generell

Temaet handler om orientering i bygget, lokalisering av avdelingen og ulike romtyper.

Tema 3: Planløsning - knyttet til pasientbehandling

Dette temaet besvares av de som har pasientkontakt/behandling. Respondentene blir blant annet bedt om å uttrykke sin mening om hvor godt utformingen av avdelingen legger til rette for observasjon, kommunikasjon og arbeid knyttet til pasientbehandling.

Tema 4: Innemiljø

Temaet handler om inneklima, dagslys på arbeidsplasser og om det er lett å holde orden og ivareta renhold i avdelingen.

Tema 5: Øvrige arealer og støttefunksjoner

Temaet handler om å vurdere fellesområder som vestibyle og garderober, kantine og uteområder. Det omhandler også å vurdere leveranser av forbruksvarer og avfallshåndtering.

Tema 6: IKT (informasjons- og kommunikasjonsteknologi) og utstyr

Dette temaet omhandler å vurdere IKT-systemer, hjelpemidler, medisinteknisk utstyr, møbler og inventar.

Avslutningsvis i spørreundersøkelsen ble det stilt tre spørsmål om nye arbeidsprosesser og ombygging i Nye Kirkenes sykehus. Til slutt fulgte et felt der ansatte selv kunne skrive inn sine kommentarer. Utsagn eller spørsmål som ikke var relevante kunne stå ubesvart. Totalt 138 personer besvarte spørsmålene i tema 3. Spørsmålene i de øvrige temaene ble besvart av mellom 118 og 153 personer.

3.1.2. Resultater

Nedenfor presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen samlet for alle ansatte som besvarte undersøkelsen og for utvalgte avdelinger. Tabell 3.1 viser antall og andel mottatte besvarelser fra de ulike avdelingene.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Tabell 3.1 Mottatte spørreskjema. Kliniske avdelinger, Kirkenes sykehus

Avdeling	Ant. mottatte besvarelser	Prosent
Akuttmottak, intensiv	16	10,5
Bilediagnostikk	8	5,2
Fysio-/ergoterapi	11	7,2
HAVO/ART	11	7,2
Laboratoriemedisin	10	6,5
Operasjon, sterilsentral, anestesi	14	9,2
Poliklinikk (somatikk, PHV) og dagbehandl.	24	15,7
Sengeområde	57	37,3
Annet	2	1,3
Totalt besvaret skjema	153	100

Resultatene presenteres i fire figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de seks temaene. Deretter følger en figur som presenterer fordelingen av scorer fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) per tema. Den tredje figuren framstiller utsagnene som flest ansatte har gitt de høyeste scorene (4 eller 5). Den fjerde figuren viser utsagn som flest ansatte har gitt de laveste scorene (1 eller 2). Deretter presenteres en tabell med gjennomsnittlig score for alle utsagnene.

Spørreundersøkelsen er også delt opp i grupper. I de fleste gruppene er det et lavt antall besvarelser, og resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet. Det er likevel valgt å presentere resultatene for å synliggjøre likheter og ulikheter mellom enhetene, dvs. hvordan ansatte opplever området der de utfører oppgavene sine.

Når det gjelder områdene der det er gjennomført en dybdeundersøkelse (akuttmottak, sengeområder, poliklinikker og kontor), presenteres spørreundersøkelsene i et eget kapittel for hvert av områdene.

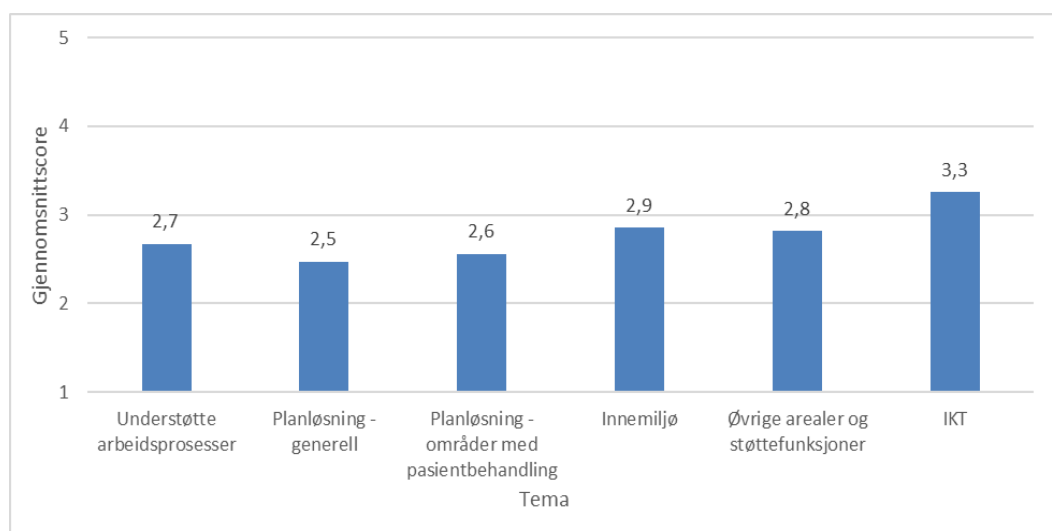
Avslutningsvis i dette kapittelet presenteres resultater som omhandler nye arbeidsprosesser og ombygging.

Samlede besvarelser fra ansatte

Nedenfor presenteres resultatene for alle de 153 ansatte i kliniske avdelinger som deltok i undersøkelsen. Figur 3.1 viser gjennomsnittlig score for de seks temaområdene. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser, Planløsning - generell, Planløsning – områder med pasientbehandling, Innemiljø, Øvrige arealer og støttefunksjoner, IKT og utstyr.*

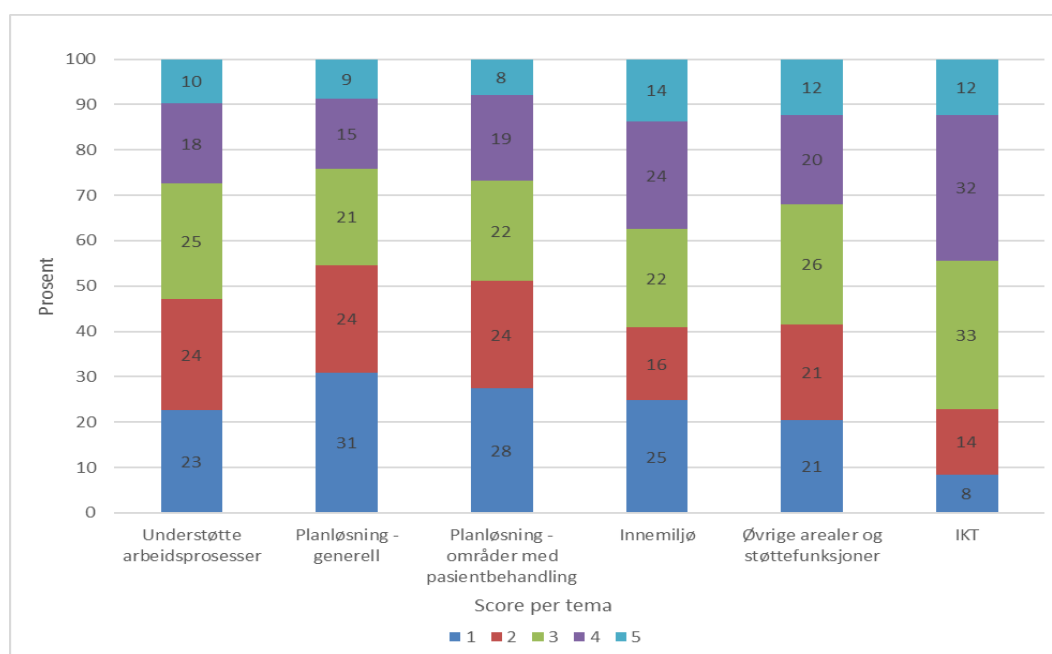
På en skala fra 1 til 5 ligger den gjennomsnittlige scoren for fem av temaene litt under middelveiden (3). Temaet IKT og utstyr fikk høyeste score (3,3).

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus



Figur 3.1 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Alle ansatte, klinikk

Figur 3.2 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår av figuren at 44 prosent av de ansatte ga scorene 4 eller 5 til *IKT utstyr*, og 33 prosent ga middelverdien (score 3). Videre ga 38 prosent av de ansatte scorene 4 eller 5 til *Innemiljø*, og 22 prosent ga score 3. *Øvrige arealer og støttefunksjoner* fikk liknende scorere som *Innemiljø*. Dette tyder på at de mange av de ansatte som deltok i undersøkelsen, er fornøyde med disse områdene i Kirkenes sykehus, spesielt *IKT og utstyr*. En god del av de ansatte er imidlertid mindre fornøyde. Dette gjelder spesielt om temaene som handler om å *Understøtte arbeidsprosesser og Planløsning*, da mellom 47 og 55 prosent av besvarelsene har fått scorene 1 eller 2.

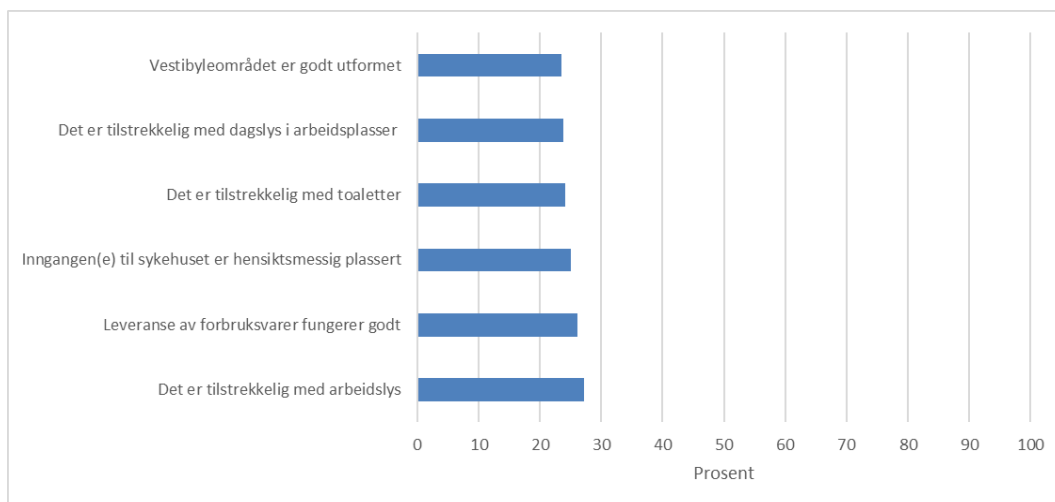


Figur 3.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Alle ansatte, klinikk

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 3.3 presenterer seks utsagn som flest

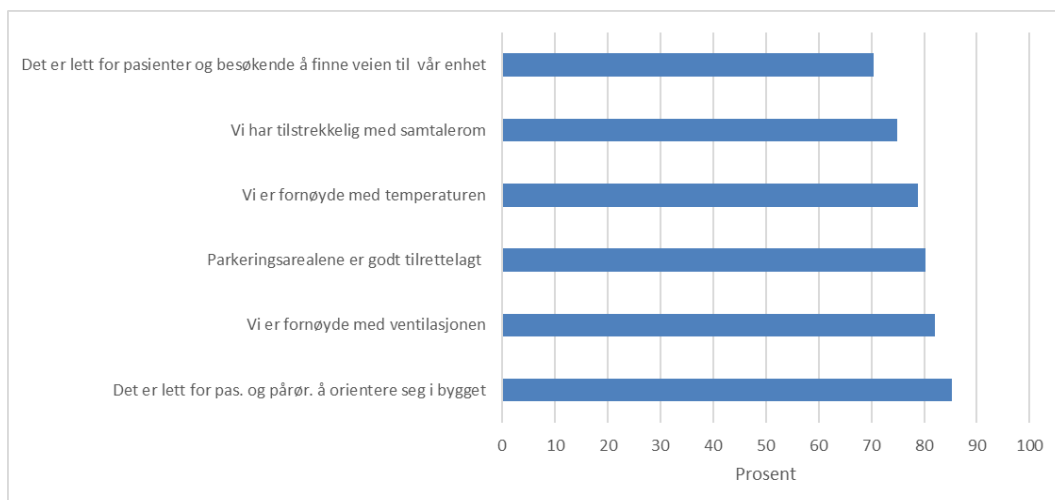
Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

ansatte ga høyeste score. Som det kommer frem av figuren, fikk utsagnet «Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling» flest høye scorere. 27 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5. Videre fikk utsagnene som omhandler leveranser av forbruksvarer, plassering av inngang og utforming av vestibyleområdet, antall toaletter og dagslys i arbeidsplasser scorer på nesten samme nivå, da 26-23 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5.



Figur 3.3 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Alle ansatte, klinikk

Dersom man ser på de laveste scorene, 1 og 2, vises utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 3.4 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at utsagnet «Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget» fikk flest lave scorere blant alle ansatte som deltok i spørreundersøkelsen, da 85 prosent av besvarelsene ga 1 eller 2 i score. Videre ga mellom 82 og 70 prosent av de ansatte de laveste scorene (1 eller 2) til ventilasjon og temperatur, parkeringsarealer, antall samtalerom og utsagnet «Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet».



Figur 3.4 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Alle ansatte, klinikk

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Tabell 3.2 gir en oversikt over tema og alle de 60 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Videre i dette kapitlet deles spørreundersøkelsen opp i enheter/avdelinger, for å vise variasjoner i besvarelsene.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Tabell 3.2 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3. Alle ansatte, klinikk

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Utformingen av vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	2,8
2	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,6
3	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	2,7
4	1	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	2,5
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	2,6
6	2	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	1,7
7	2	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/ avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,0
8	2	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,4
9	2	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	2,8
10	2	Vi har de romtypene vi trenger	2,2
11	2	Vi har tilstrekkelig antall rom	2,0
12	2	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	2,2
13	2	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	1,9
14	2	Møtearealene er lett tilgjengelig	2,8
15	2	Kontorarealene er lett tilgjengelig	2,8
16	2	Det er tilrettelagt arealer for undervisning og kompetanse-utvikling	2,4
17	2	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,2
18	2	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	2,7
19	2	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,4
20	2	Ekspedisjonene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,4
21	2	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	2,7
22	2	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt (likt) utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	2,6
23	2	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	2,5
24	2	Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling	3,1
25	3	Vår enhet/avdeling er tilgjengelig og enkel å bruke for alle brukergrupper (bl.a. barn, eldre, bevegelses- og synshemmede)	3,0
26	3	Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling	2,0
27	3	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	2,1
28	3	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/ avdeling	2,8
29	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,7
30	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	2,5
31	3	Ventesoner/ venteområder er godt tilrettelagt	2,1
32	3	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	2,6
33	3	Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling	3,1
34	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	2,8
35	3	Det er tilrettelagt for servering av mat til pasientene	2,2
36	3	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	2,9
37	4	Det er tilstrekkelig med lydemping i vår enhet/avdeling	2,9

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

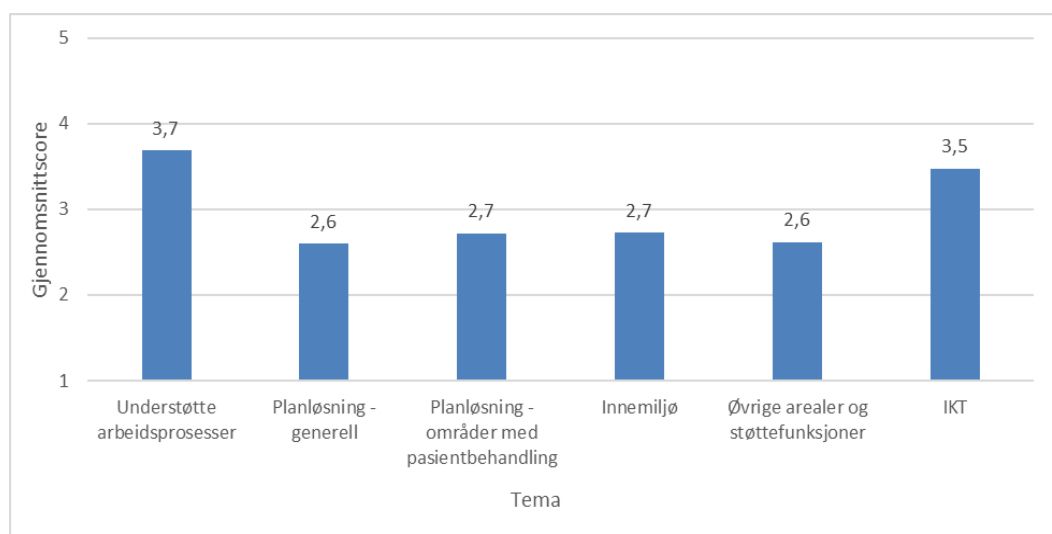
38	4	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling	3,7
39	4	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/ arbeidsplasser	3,4
40	4	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	1,7
41	4	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	1,6
42	4	Det er lett å holde orden i vår enhet/ avdeling	3,2
43	4	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/ avdeling	3,3
44	5	Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert	3,6
45	5	Vestibyleområdet er godt utformet	3,6
46	5	Garderobene for ansatte fungerer godt	2,2
47	5	Kantine og kaffestasjoner fungerer godt	2,1
48	5	Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med utstyr	2,7
49	5	Leveranse av forbruksvarer fungerer godt	3,8
50	5	Avfallshåndtering fungerer godt	3,3
51	5	Uteområdet legger til rette for pause og bidrar til rekreasjon	2,5
52	5	Parkeringsarealene er godt tilrettelagt	1,7
53	6	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet	3,7
54	6	Våre IKT-systemer bidrar til at vi jobber effektivt	2,8
55	6	Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer	3,2
56	6	Vi utnytter løsningene/mulighetene i våre IKT-systemer	3,0
57	6	Vi har lett tilgang på de hjelpemidler vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	3,0
58	6	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,4
59	6	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,6
60	6	Møbler og inventar fungerer godt	3,2

Bilediagnostikk

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte innen bildediagnostikkområdet i plan 2. Av de totalt 153 besvarelsene, utgjorde ansatte i bildediagnostikk 5,2 prosent (n=8) av besvarelsene. Som nevnt tidligere, er 8 et lavt antall besvarelser. Resultatene for bildediagnostikk er noe forskjellig fra besvarelsen for alle ansatte og derfor er det likevel valgt å presentere bildediagnostikk som egen gruppe.

Figur 3.5 viser gjennomsnittlig score for seks temaområder. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning - generell*, *Planløsning - områder med pasientbehandling*, *Innemiljø*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, *IKT og utstyr*.

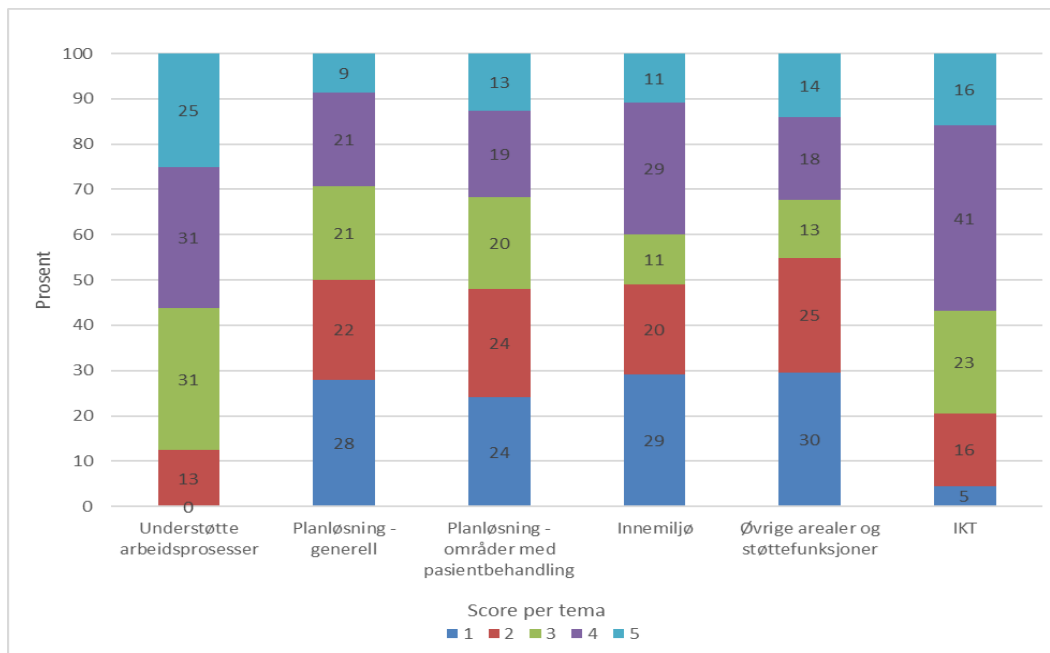
På en skala fra 1 til 5 ligger scorene for *Understøtte arbeidsprosesser* og for *IKT og utstyr* på henholdsvis 3,7 og 3,5. Dette er høyere gjennomsnittlig scorer enn for alle ansatte samlet (hhv. 2,7 og 3,3). Ansatte i bildediagnostikk har samtidig gitt noe lavere score for *Innemiljø* (2,7) sammenlignet med resultatene for alle ansatte (2,9).



Figur 3.5 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Bilediagnostikk

Figur 3.6 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår av også av denne figuren at mange var fornøyd med temaene *IKT og utstyr* og *Understøtte arbeidsprosesser*. Over halvparten av de ansatte ga scorene 4 eller 5. Bare 21 prosent av besvarelsene ga score 1 eller 2 til *IKT og utstyr*. Ingen ga score 1 til *Understøtte arbeidsprosesser*, 13 prosent ga score 2. Når det gjelder *Planløsning*, *Innemiljø* og *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, ga flere ansatte uttrykk for at de var mindre fornøyd. Omtrent halvparten av besvarelsene har gitt score 1 eller 2.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

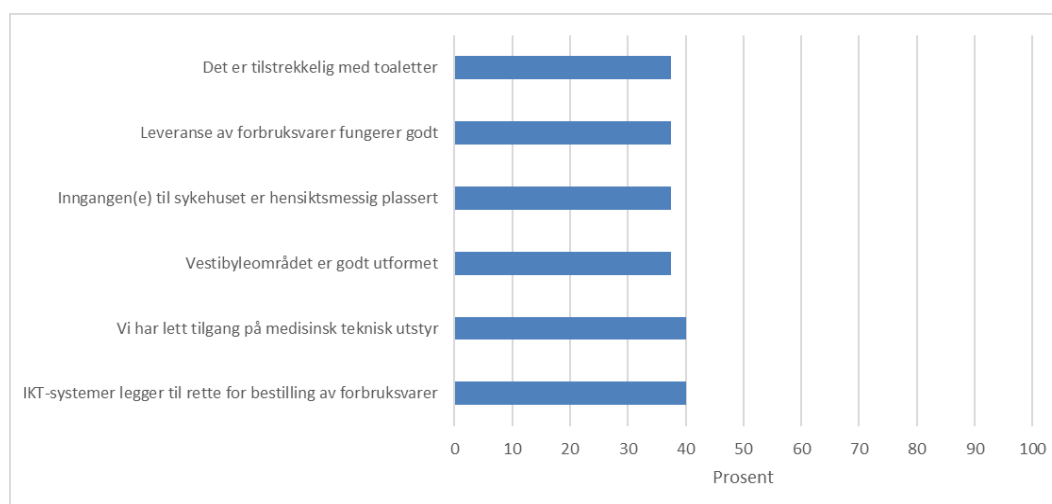


Figur 3.6 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, bildediagnostikk

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 3.7 presenterer seks utsagn som flest ansatte innen bildediagnostikk ga høyeste score. Som det kommer frem av figuren, ga 40 prosent av de ansatte høyeste score til «Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer» og «Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr». Videre ga 38 prosent av besvarelsene høyeste score til vestibyleområdet, plassering av sykehusinngang, leveranse av forbruksvarer og at det tilstrekkelig med toaletter.

I undersøkelsen ble det også presisert at området for bildediagnostikk har en god beliggenhet i forhold til akuttmottaket.

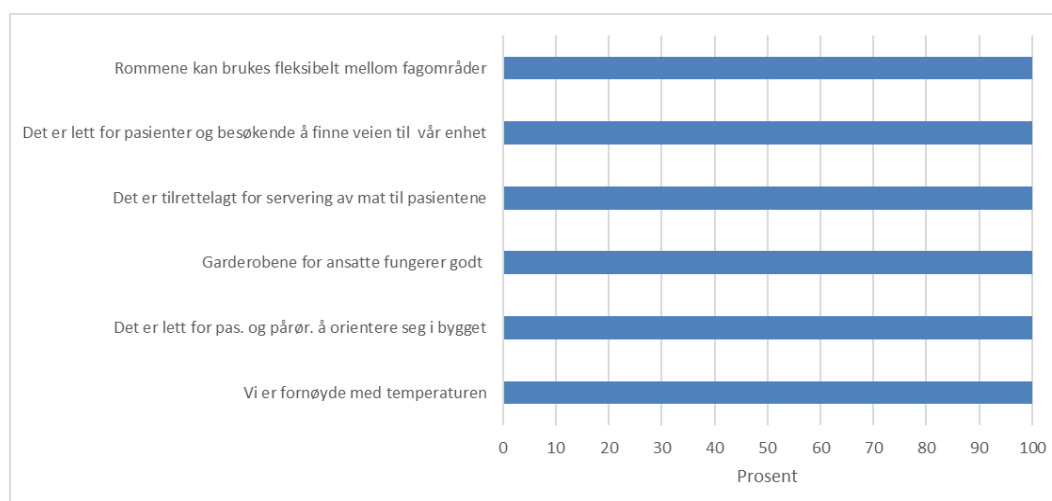
Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus



Figur 3.7 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, bildediagnostikk

Dersom man ser på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 3.8 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at alle ansatte i bildediagnostikk ga laveste score til utsagnene som omhandlet temperatur, garderober for ansatte, samt om det er lett for pasienter å orientere seg i bygget og finne veien til enheten.

Både temperatur og skilting i sykehuset ble kommentert og utdypet i spørreundersøkelsen. Det ble bemerket at ventilasjon og temperatur er blitt noe utbedret, men at det fortsatt er kaldt i området. Videre ble det tilføyd at pasientene ikke forstår henvisningene til nord og sør i bygget, at flere venterom gjør det vanskelig å forstå hvilket som skal benyttes og at det er langt å gå mellom poliklinikker og røntgen. Det ble også presisert at det er for trangt i garderoberne og lite parkeringsplasser for ansatte.



Figur 3.8 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, bildediagnostikk

Laveste score ble også gitt til utsagn som handler om rommene kan brukes fleksibelt mellom fagområder og tilrettelegging for servering av mat til pasienter. Når det gjelder

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

de to siste utsagnene, antas det at disse er mindre relevante i området for bildediagnostikk enn for eksempel i et sengeområde eller i en poliklinikk.

Det ble videre kommentert at det med fordel kunne vært mer lagringsplass for utstyr, som transportable røntgenapparat, C-bue, oppdekkingsvogner og lignende.

I undersøkelsen fra bildediagnostikk ble det påpekt forhold som gjelder for flere områder i sykehuset, som blant annet løse takplater og gulvbelegg som sprekker opp.

Tabell 3.3 gir en oversikt over tema og alle de 60 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Tabell 3.3 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlige score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveidien er 3. Ansatte, bildediagnostikk

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Utformingen av vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	3,9
2	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	3,6
3	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	3,6
4	1	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	3,6
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	2,4
6	2	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	1,3
7	2	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/ avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,3
8	2	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	3,8
9	2	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	3,5
10	2	Vi har de romtypene vi trenger	3,1
11	2	Vi har tilstrekkelig antall rom	2,3
12	2	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	3,3
13	2	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	2,0
14	2	Møtearealene er lett tilgjengelig	3,0
15	2	Kontorarealene er lett tilgjengelig	3,6
16	2	Det er tilrettelagt arealer for undervisning og kompetanseutvikling	2,5
17	2	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	1,4
18	2	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	2,0
19	2	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,6
20	2	Ekspedisjonene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	1,5
21	2	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	3,0
22	2	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt (likt) utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	1,6
23	2	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	1,3
24	2	Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling	4,0
25	3	Vår enhet/avdeling er tilgjengelig og enkel å bruke for alle brukergrupper (bl.a. barn, eldre, bevegelses- og synshemmede)	3,4
26	3	Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling	1,1
27	3	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	3,4
28	3	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/ avdeling	2,7
29	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	3,0
30	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	2,1
31	3	Ventesoner/ venteområder er godt tilrettelagt	2,4
32	3	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	3,4
33	3	Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling	3,5
34	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	3,5
35	3	Det er tilrettelagt for servering av mat til pasientene	1,0
36	3	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	2,7
37	4	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	2,9

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

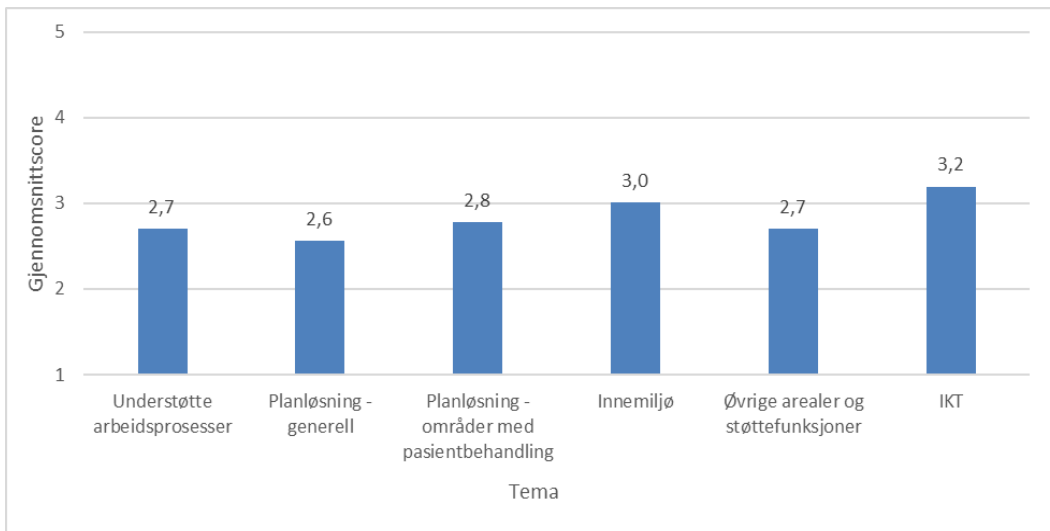
38	4	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling	3,9
39	4	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/ arbeidsplasser	3,5
40	4	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	1,3
41	4	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	1,5
42	4	Det er lett å holde orden i vår enhet/ avdeling	2,8
43	4	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/ avdeling	3,4
44	5	Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert	3,3
45	5	Vestibyleområdet er godt utformet	3,8
46	5	Garderobene for ansatte fungerer godt	1,5
47	5	Kantine og kaffestasjoner fungerer godt	1,6
48	5	Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med utstyr	2,8
49	5	Leveranse av forbruksvarer fungerer godt	4,3
50	5	Avfallshåndtering fungerer godt	3,3
51	5	Uteområdet legger til rette for pause og bidrar til rekreasjon	1,9
52	5	Parkeringsarealene er godt tilrettelagt	1,4
53	6	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet	4,2
54	6	Våre IKT-systemer bidrar til at vi jobber effektivt	2,5
55	6	Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer	4,2
56	6	Vi utnytter løsningene/mulighetene i våre IKT-systemer	3,0
57	6	Vi har lett tilgang på de hjelpemidler vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	2,6
58	6	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	4,2
59	6	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	4,0
60	6	Møbler og inventar fungerer godt	3,1

Fysio- og ergoterapi

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte innen fysio- og ergoterapi. Av de totalt 153 besvarelsene, utgjorde disse 7,2 prosent (n=11) av besvarelsene. Som tidligere nevnt, er 11 et lavt antall besvarelser. Det er likevel valg å fremstille figurer som illustrerer hvordan de fysio- og ergoterapeutene, som har besvart undersøkelsen, oppfatter området de jobber i til daglig.

Figur 3.9 viser gjennomsnittlig score for seks temaområder. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning - generell*, *Planløsning - områder med pasientbehandling*, *Innemiljø*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, *IKT og utstyr*. Scorene er sammenlignbare med resultatene for alle ansatte.

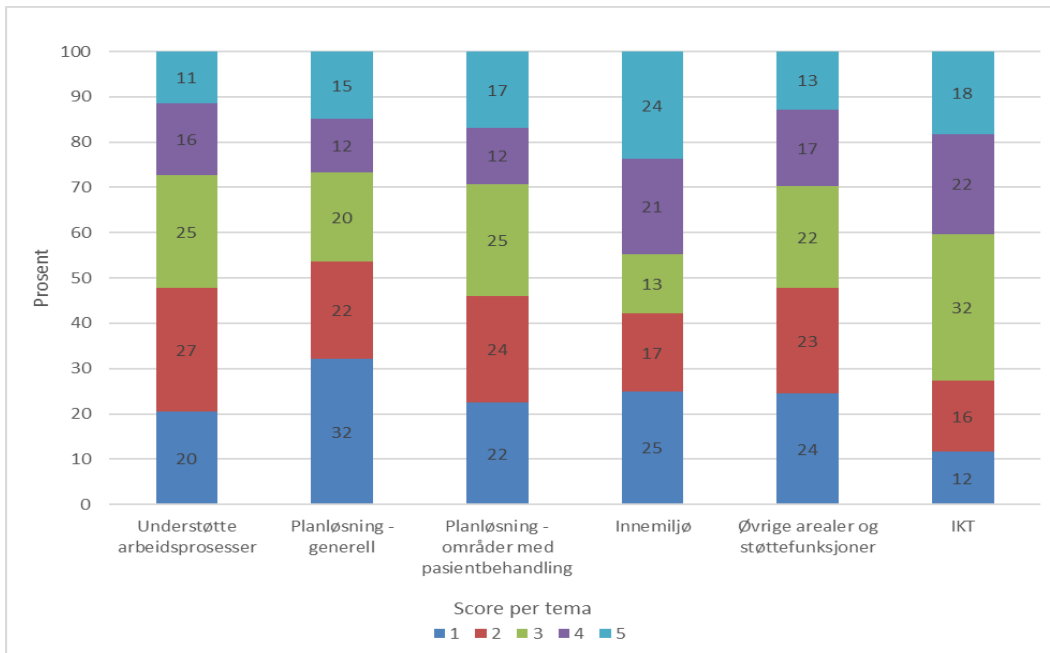
På en skala fra 1 til 5 ligger gjennomsnittlig score for *IKT og utstyr* samt *Innemiljø* rundt middelveien (3), mens de øvrige scorene ligger litt under. *Planløsning - generell* har fått laveste score (2,6).



Figur 3.9 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, fysio- og ergoterapi

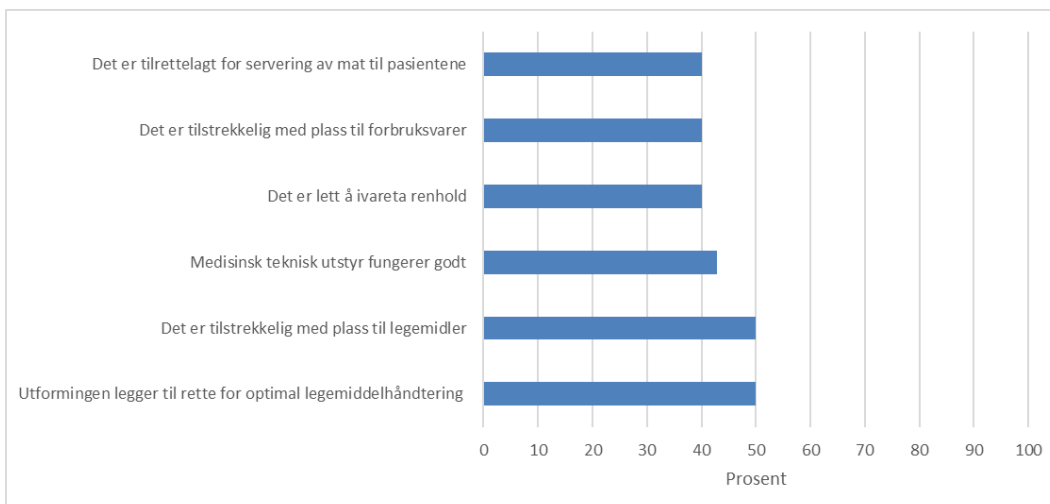
Figur 3.10 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår av figuren at mange var fornøyde med *Innemiljø* og *IKT og utstyr*. Mellom 40 og 45 prosent av besvarelsene ga scorene 4 og 5. Det kommer også frem at med unntak av *IKT og utstyr*, ga mellom 42 og 54 prosent av ansatte innen fysio- og ergoterapi scorene 1 eller 2 til de øvrige temaene.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus



Figur 3.10 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, fysio- og ergoterapi

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 3.11 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Det framkommer av figuren at halvparten av de som deltok i undersøkelsen, ga høye scorer til «Utformingen av vår enhet/avdeling ligger til rette for optimal legemiddelhåndtering» og «Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling». Videre fikk utsagnene som handler om medisinsk teknisk utstyr, ivaretagelse av renhold, plass til forbruksvarer og tilrettelegging for servering av mat til pasientene rundt 40 prosent høyeste score, 4 eller 5.

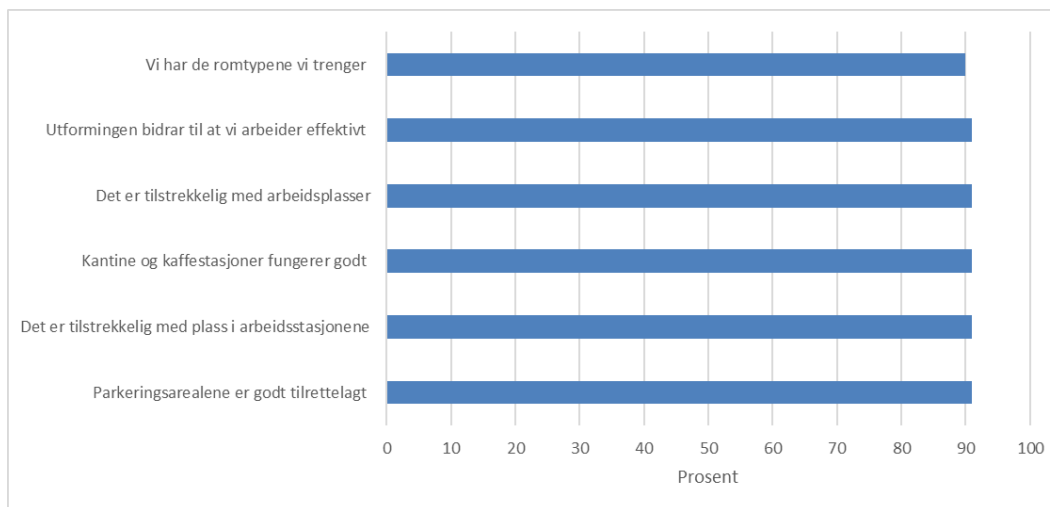


Figur 3.11 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, fysio- og ergoterapi

Ser man på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 3.12 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at rundt 90 prosent av de som deltok i undersøkelsen fra

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

fysio- og ergoterapi, ga laveste scorer til utsagnene som handlet om parkeringsarealer, plass i arbeidsstasjoner, kantine og kaffestasjoner, om det er tilstrekkelig arbeidsplasser, om utformingen bidrar til effektivitet og om man har de romtypene som man trenger.



Figur 3.12 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, fysio- og ergoterapi

I kommentarene fra fysio- og ergoterapi ble de lave scorene forklart nærmere. Det kom frem at behandlingsrom også benyttes som arbeidsplass for dokumentasjon. Flere påpekte at de ønsket dedikerte kontorplasser, og de bemerket at denne kombinasjonen av arbeidsoppgaver ikke legger til rette for effektivitet. Det kom også frem et ønske om flere møterom.

Det ble bemerket at dårlig inneklima fører til at både pasienter og behandlere blir slitne. Generelt ble det uttrykt, som i andre enheter, at det er kaldt i sykehuset, spesielt i møterom, kantine, fellesarealer og behandlingsrom.

Tabell 3.4 gir en oversikt over tema og alle de 60 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Tabell 3.4 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3. Ansatte, fysio- og ergoterapi

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Utformingen av vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	3,5
2	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,7
3	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	3,0
4	1	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	1,6
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,0
6	2	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	1,7
7	2	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/ avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	2,6
8	2	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	3,0
9	2	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	3,4
10	2	Vi har de romtypene vi trenger	1,5
11	2	Vi har tilstrekkelig antall rom	1,7
12	2	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	1,4
13	2	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	2,8
14	2	Møtearealene er lett tilgjengelig	2,4
15	2	Kontorarealene er lett tilgjengelig	1,9
16	2	Det er tilrettelagt arealer for undervisning og kompetanseutvikling	2,4
17	2	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	3,0
18	2	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	3,5
19	2	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,5
20	2	Ekspedisjonene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,8
21	2	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	3,0
22	2	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt (likt) utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	2,9
23	2	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	2,9
24	2	Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling	3,0
25	3	Vår enhet/avdeling er tilgjengelig og enkel å bruke for alle brukergrupper (bl.a. barn, eldre, bevegelses- og synshemmede)	2,9
26	3	Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling	2,4
27	3	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	1,5
28	3	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/ avdeling	3,3
29	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,6
30	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	2,5
31	3	Ventesoner/ venteområder er godt tilrettelagt	2,8
32	3	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	3,4
33	3	Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling	3,0
34	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	3,0
35	3	Det er tilrettelagt for servering av mat til pasientene	3,4
36	3	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,8
37	4	Det er tilstrekkelig med lydemping i vår enhet/avdeling	2,6

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

38	4	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling	3,7
39	4	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/ arbeidsplasser	3,5
40	4	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	1,7
41	4	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	1,6
42	4	Det er lett å holde orden i vår enhet/ avdeling	4,0
43	4	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/ avdeling	3,9
44	5	Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert	3,5
45	5	Vestibyleområdet er godt utformet	3,3
46	5	Garderobene for ansatte fungerer godt	2,3
47	5	Kantine og kaffestasjoner fungerer godt	1,9
48	5	Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med utstyr	2,6
49	5	Leveranse av forbruksvarer fungerer godt	3,6
50	5	Avfallshåndtering fungerer godt	3,0
51	5	Uteområdet legger til rette for pause og bidrar til rekreasjon	3,0
52	5	Parkeringsarealene er godt tilrettelagt	1,3
53	6	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet	3,9
54	6	Våre IKT-systemer bidrar til at vi jobber effektivt	2,5
55	6	Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer	3,5
56	6	Vi utnytter løsningene/mulighetene i våre IKT-systemer	3,3
57	6	Vi har lett tilgang på de hjelpemidler vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	2,2
58	6	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,3
59	6	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	4,0
60	6	Møbler og inventar fungerer godt	3,0

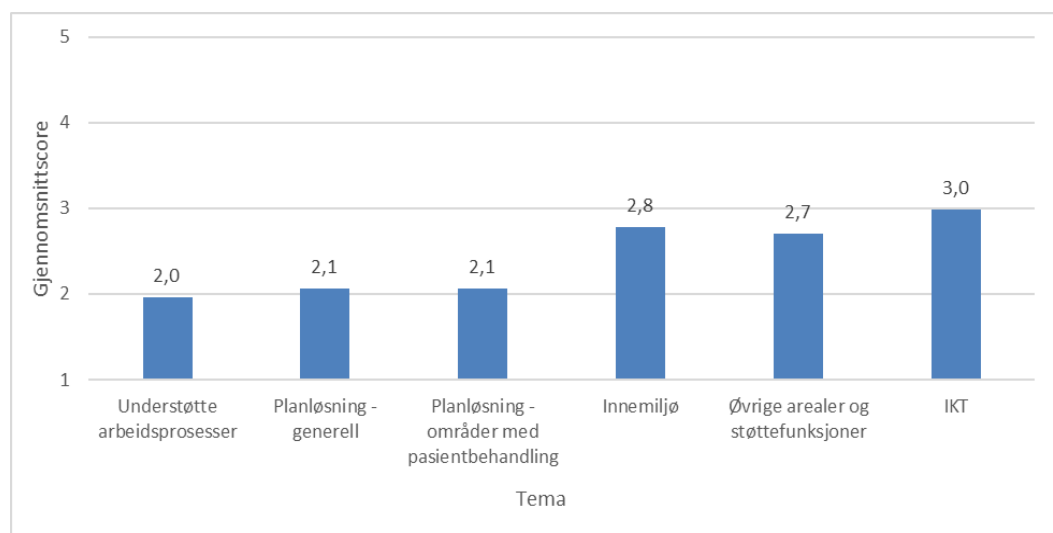
Habiliteringstjenesten for voksne og Ambulant rehabiliteringsteam

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte innen Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) og Ambulant rehabiliteringsteam (ART).

Av de totalt 153 besvarelsene, utgjorde disse områdene 7,2 prosent (n=11) av besvarelsene. Dette er det samme antallet som i gruppen som er beskrevet ovenfor, fysio- og ergoterapi.

Figur 3.13 viser gjennomsnittlig score for seks temaområder. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning - generell*, *Planløsning - områder med pasientbehandling*, *Innemiljø*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, *IKT og utstyr*. I denne gruppen liggere scorene lavere enn resultatene for alle ansatte.

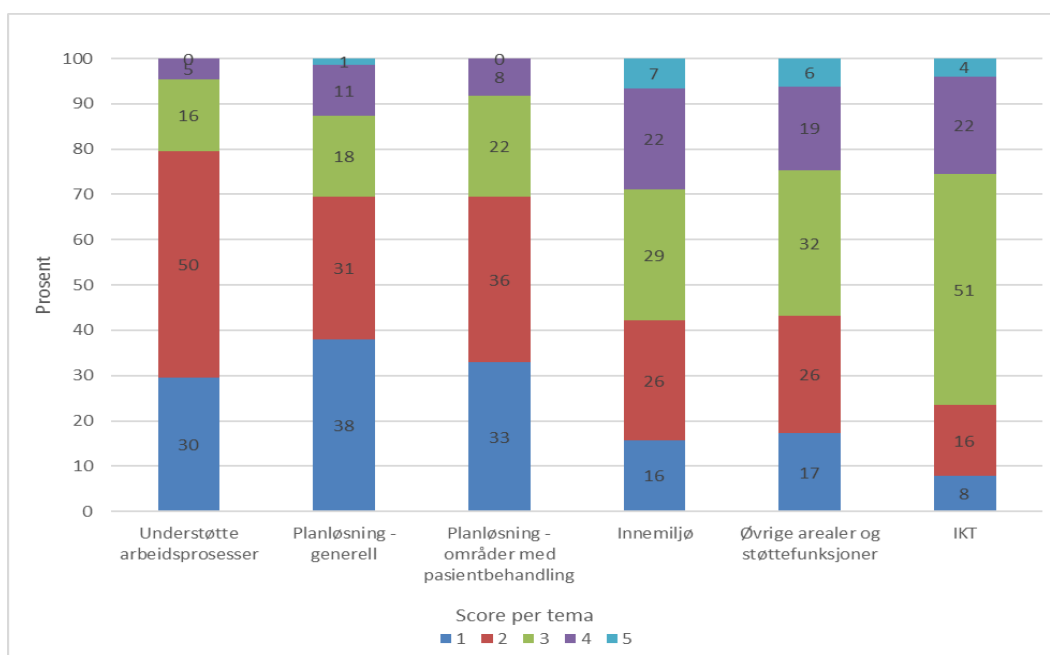
På en skala fra 1 til 5 har *IKT og utstyr* fått høyeste gjennomsnittlige score (middelverdien 3). Temaområdene *Understøtte arbeidsprosesser* og *Planløsning* har fått de laveste scorene (2,0 og 2,1).



Figur 3.13 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, HAVO, ART

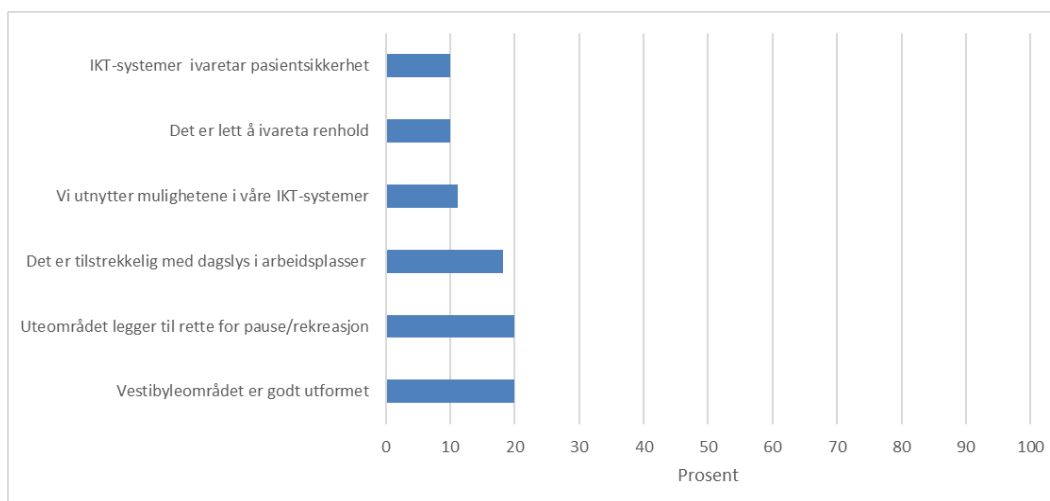
Figur 3.14 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår av figuren at de fleste var fornøyde eller middels fornøyd med *IKT og utstyr*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner* og *Innemiljø*. Mellom 57 og 77 prosent av de ansatte ga disse temaene scorene 3, 4 eller 5. Svært mange oppga at de ikke var tilfredse med temaene *Understøtte arbeidsprosesser* og *Planløsning*, da mellom 69 og 80 har gitt scorene 1 eller 2.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus



Figur 3.14 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, HAVO, ART

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 3.15 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Som det kommer frem av figuren, fikk utsagnene som omhandlet vestibyleområdet, uteområdet, dagslys i arbeidsplasser, ivaretagelse av renhold og IKT flest høye scorere. Mellom 10 og 20 prosent av de ansatte ga disse utsagnene scorene 4 eller 5.



Figur 3.15 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte HAVO, ART

Ser man på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyd med i undersøkelsen. Figur 3.16 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score.

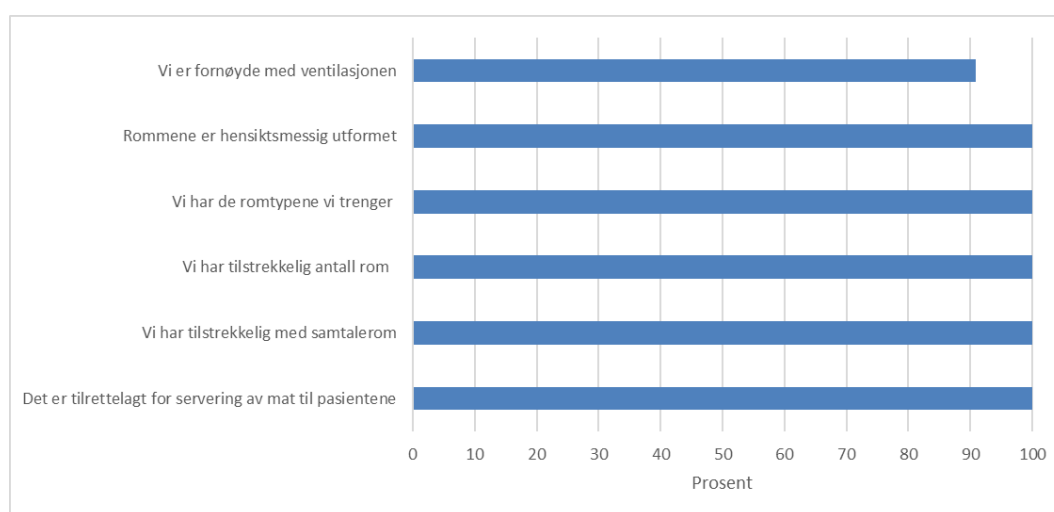
Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Figuren viser at alle ansatte som deltok i undersøkelsen, ga laveste scorer til fem utsagn. Fire av utsagnene handler om antall rom, antall samtalerom, romtyper og om rommene er hensiktsmessig utformet. Videre ga 91 prosent av ansatte score 1 eller 2 til ventilasjon. Dette kan forstås som at ansatte ikke er tilfredse med området de arbeider i til daglig. Kommentarene til spørreundersøkelsen utdypet dette.

Flere bemerket at når to fagkonsulenter eller rådgivere deler kontor, gir det en utfordring for pasientbehandlingen og veiledning. Dette ble uttrykt slik:

Når den ene ansatte skal ha et møte, telefonsamtale, skypemøte, må den andre gå ut og lete etter en kontor plass å kunne være i mellomtiden. Det er i utgangspunktet for trangt å være to ansatte på samme rom og det er for dårlig ventilasjon.

Det ble også gitt tilbakemelding om at HAVO og ART savner en areal for samarbeid med kolleger.



Figur 3.16 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, HAVO, ART

Et av utsagnene gjelder servering av mat til pasienter, noe som antakelig ikke er like aktuelt for Habiliteringstjenesten for voksne og Ambulant rehabiliteringsteam som for noen andre områder.

Tabell 3.5 gir en oversikt over tema og alle de 60 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Tabell 3.5 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlige score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3. Ansatte HAVO, ART

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Utformingen av vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	2,0
2	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	1,9
3	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	2,2
4	1	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	1,7
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,1
6	2	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	2,2
7	2	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/ avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,8
8	2	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	1,3
9	2	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	2,0
10	2	Vi har de romtypene vi trenger	1,1
11	2	Vi har tilstrekkelig antall rom	1,0
12	2	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	1,6
13	2	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	1,0
14	2	Møtearealene er lett tilgjengelig	2,2
15	2	Kontorarealene er lett tilgjengelig	2,6
16	2	Det er tilrettelagt arealer for undervisning og kompetanseutvikling	1,9
17	2	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	1,7
18	2	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	1,9
19	2	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	3,1
20	2	Ekspedisjonene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,0
21	2	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	1,8
22	2	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt (likt) utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	1,7
23	2	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	2,2
24	2	Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling	3,1
25	3	Vår enhet/avdeling er tilgjengelig og enkel å bruke for alle brukergrupper (bl.a. barn, eldre, bevegelses- og synshemmede)	2,7
26	3	Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling	2,3
27	3	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	1,5
28	3	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/ avdeling	1,9
29	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,1
30	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	2,1
31	3	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	1,5
32	3	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	1,8
33	3	Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling	3,0
34	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	3,0
35	3	Det er tilrettelagt for servering av mat til pasientene	1,0
36	3	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,7
37	4	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	2,5

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

38	4	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling	3,6
39	4	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/ arbeidsplasser	3,5
40	4	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	2,2
41	4	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	1,5
42	4	Det er lett å holde orden i vår enhet/ avdeling	2,8
43	4	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/ avdeling	3,2
44	5	Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert	3,5
45	5	Vestibyleområdet er godt utformet	3,2
46	5	Garderobene for ansatte fungerer godt	1,7
47	5	Kantine og kaffestasjoner fungerer godt	2,0
48	5	Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med utstyr	2,5
49	5	Leveranse av forbruksvarer fungerer godt	3,2
50	5	Avfallshåndtering fungerer godt	2,7
51	5	Uteområdet legger til rette for pause og bidrar til rekreasjon	3,5
52	5	Parkeringsarealene er godt tilrettelagt	1,9
53	6	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet	3,1
54	6	Våre IKT-systemer bidrar til at vi jobber effektivt	2,6
55	6	Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer	3,0
56	6	Vi utnytter løsningene/ mulighetene i våre IKT-systemer	3,2
57	6	Vi har lett tilgang på de hjelpemidler vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	2,3
58	6	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,0
59	6	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,0
60	6	Møbler og inventar fungerer godt	3,2

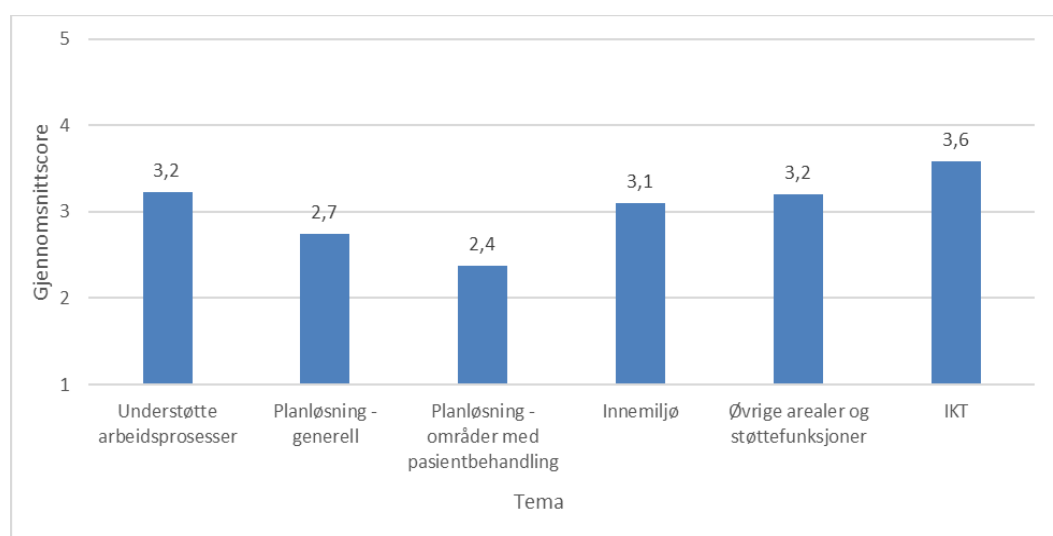
Laboratoriemedisin

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte innen laboratoriemedisin.

Av de totalt 153 besvarelsene, utgjorde laboratoriemedisin 6,5 prosent (n=10) av besvarelsene. Som i flere andre grupper, bør disse resultatene tolkes med forsiktighet på grunn av det lave antallet besvarelser.

Figur 3.17 viser gjennomsnittlig score for seks temaområder. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning - generell*, *Planløsning – områder med pasientbehandling*, *Innemiljø*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, *IKT og utstyr*. Med unntak av *Planløsning – områder med pasientbehandling*, ligger scorene i denne gruppen høyere enn for alle ansatte samlet.

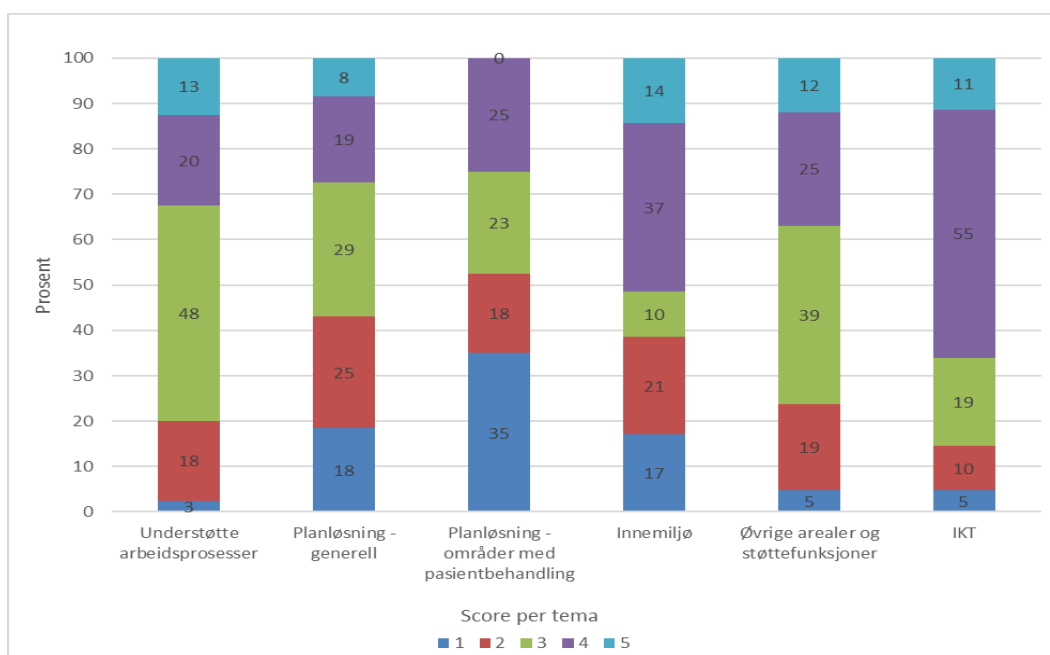
På en skala fra 1 til 5 ligger fire av temaområdene over middelveiden. *IKT og utstyr* fikk høyeste gjennomsnittlige score (3,6) blant ansatte i laboratoriemedisin, mens planløsningen for områder med pasientbehandling fikk laveste score (2,4).



Figur 3.17 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, laboratoriemedisin

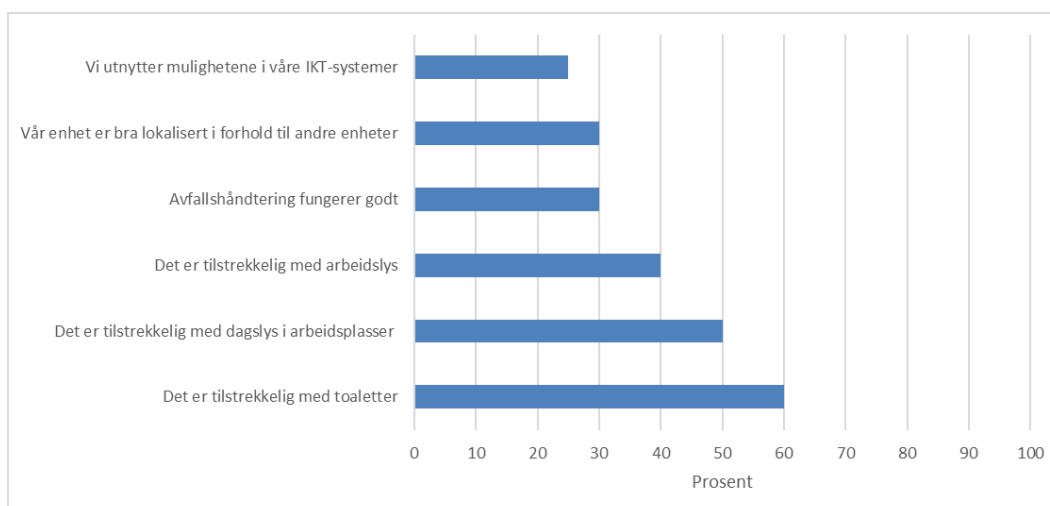
Figur 3.18 presenterer fordelingen av score for de ulike temaene. Som i besvarelsen fra alle ansatte, viser figuren at *IKT og utstyr* fikk flest høye scorere. 66 prosent av de ansatte i laboratoriemedisin ga dette temaet 4 eller 5, og *Innemiljø* fikk 51 prosent. Det kommer frem at flere ikke er fornøyde med *Planløsning – områder med pasientbehandling*, da 53 prosent av ansatte har gitt scorene 1 eller 2.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus



Figur 3.18 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, laboratoriemedisin

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 3.19 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Det kommer frem av figuren at utsagnet «Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling» fikk flest høye scorere (60 prosent). Mellom 25 og 50 prosent av de ansatte ga utsagnene om dagslys i arbeidsplasser, arbeidslys og avfallshåndtering samt lokalisering i forhold til andre enheter og utnytting av mulighetene i IKT-systemer høyeste score, 4 eller 5.



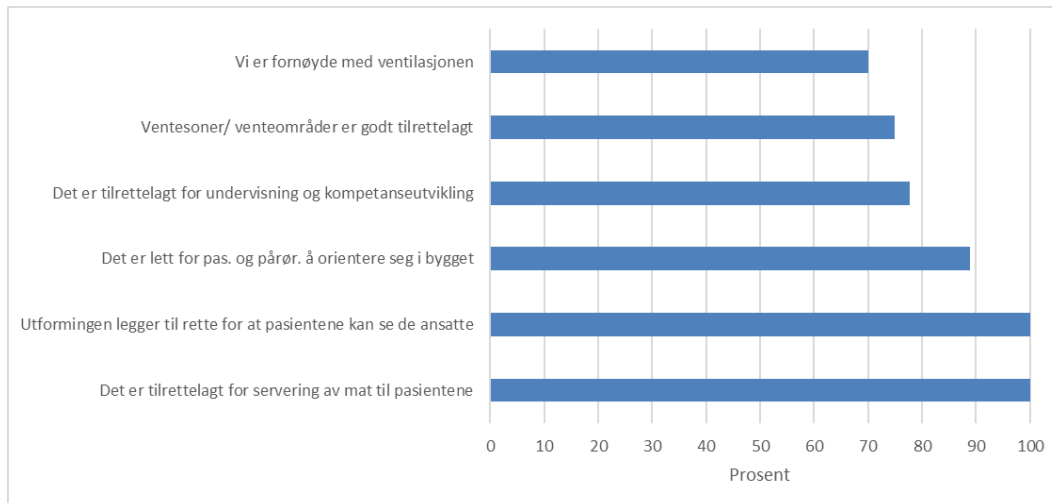
Figur 3.19 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, laboratoriemedisin

Ser man på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyd med i undersøkelsen. Figur 3.20 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Figuren viser at alle ansatte som deltok i undersøkelsen, ga laveste scorer til to utsagn. Disse utsagnene er imidlertid knyttet til områder med pasientbehandling og omhandler servering av mat til pasienter og om utformingen legger til rette for at pasienter kan se de ansatte, noe som er spesielt viktig i sengeområdene.

De øvrige utsagnene som ansatte i laboratoriemedisin var minst fornøyde med i undersøkelsen, handler om orientering i bygget, tilrettelegging for undervisning og kompetanseutvikling, venteområder og ventilasjon. Mellom 70 og 89 prosent av besvarelsene ga score 1 eller 2 til disse utsagnene.



Figur 3.20 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, laboratoriemedisin

I spørreundersøkelsen ble det gitt en kommentar om at laboratorieområdet ikke ble planlagt for framtidig bruk og at lokalene er for små.

Tabell 3.6 gir en oversikt over tema og alle de 60 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Tabell 3.6 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3. Ansatte, laboratoriemedisin

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Utformingen av vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	3,1
2	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	3,0
3	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	3,2
4	1	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	3,6
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,4
6	2	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	1,8
7	2	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/ avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,9
8	2	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,8
9	2	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	2,8
10	2	Vi har de romtypene vi trenger	2,8
11	2	Vi har tilstrekkelig antall rom	2,3
12	2	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	2,5
13	2	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	2,1
14	2	Møtearealene er lett tilgjengelig	2,4
15	2	Kontorarealene er lett tilgjengelig	3,6
16	2	Det er tilrettelagt arealer for undervisning og kompetanseutvikling	1,9
17	2	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,1
18	2	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	2,4
19	2	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,7
20	2	Ekspedisjonene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,6
21	2	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	3,3
22	2	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt (likt) utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	2,3
23	2	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	2,4
24	2	Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling	4,2
25	3	Vår enhet/avdeling er tilgjengelig og enkel å bruke for alle brukergrupper (bl.a. barn, eldre, bevegelses- og synshemmede)	3,5
26	3	Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling	3,0
27	3	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	2,8
28	3	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/ avdeling	2,3
29	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,5
30	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	1,3
31	3	Ventesoner/ venteområder er godt tilrettelagt	1,8
32	3	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	2,0
33	3	Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling	2,3
34	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	3,0
35	3	Det er tilrettelagt for servering av mat til pasientene	1,0
36	3	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	2,5
37	4	Det er tilstrekkelig med lydemping i vår enhet/avdeling	2,8

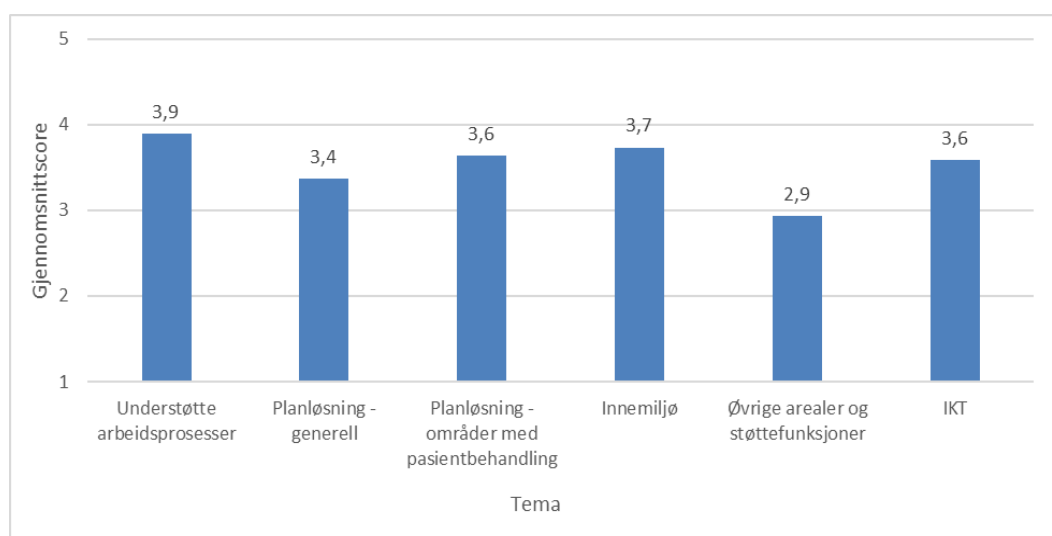
Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

38	4	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling	3,9
39	4	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/ arbeidsplasser	4,2
40	4	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	2,1
41	4	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	1,9
42	4	Det er lett å holde orden i vår enhet/ avdeling	3,3
43	4	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/ avdeling	3,5
44	5	Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert	3,7
45	5	Vestibyleområdet er godt utformet	3,6
46	5	Garderobene for ansatte fungerer godt	3,0
47	5	Kantine og kaffestasjoner fungerer godt	2,4
48	5	Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med utstyr	2,8
49	5	Leveranse av forbruksvarer fungerer godt	3,8
50	5	Avfallshåndtering fungerer godt	3,6
51	5	Uteområdet legger til rette for pause og bidrar til rekreasjon	3,1
52	5	Parkeringsarealene er godt tilrettelagt	2,7
53	6	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet	4,0
54	6	Våre IKT-systemer bidrar til at vi jobber effektivt	3,6
55	6	Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer	3,4
56	6	Vi utnytter løsningene/mulighetene i våre IKT-systemer	3,5
57	6	Vi har lett tilgang på de hjelpemidler vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	3,5
58	6	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,8
59	6	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,9
60	6	Møbler og inventar fungerer godt	3,1

Operasjon, sterilsentral og anestesi

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte som arbeider i operasjonsområdet, sterilsentral og innen anestesi. Av de totalt 153 besvarelsene, utgjorde disse tre enhetene 9,2 prosent (n=14) av besvarelsene.

Figur 3.21 viser gjennomsnittlig score for seks temaområder. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning - generell*, *Planløsning - områder med pasientbehandling*, *Innemiljø*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, *IKT og utstyr*. I denne gruppen ligger scorene høyere enn resultatene for alle ansatte, og alle scorene med unntak av *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, er godt over middelverdien (3). *Understøtte arbeidsprosesser* fikk den høyeste scoren (3,9).



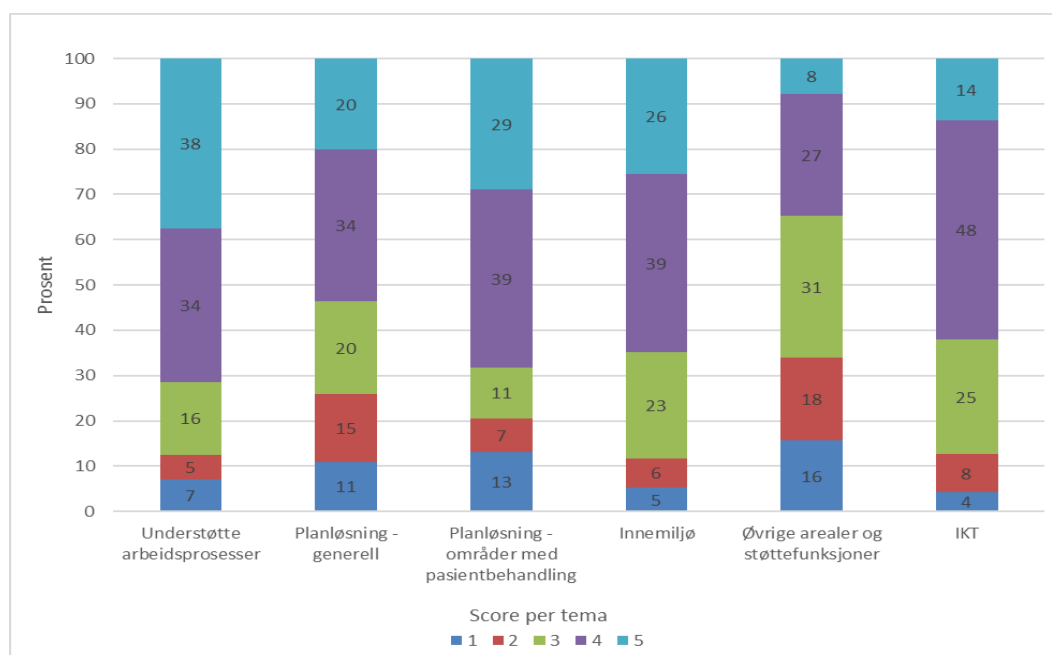
Figur 3.21 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte operasjon, sterilsentral og anestesi

Figur 3.22 presenterer fordelingen av score for de ulike temaene. Mange av de ansatte i denne gruppen er fornøyd med området der de arbeider. Med unntak av *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, har mellom 54 og 72 prosent av besvarelsene gitt score 4 eller 5.

I spørreundersøkelsen ble følgende kommentert:

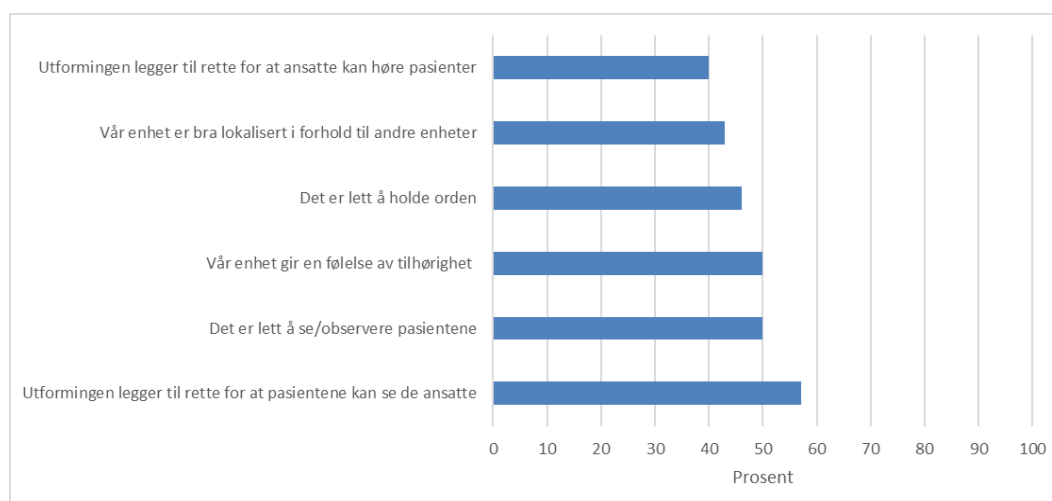
Er fornøyd med operasjonsavdelingen. Gode operasjonsstuer og god plass. Mangler lagringsplass.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus



Figur 3.22 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte operasjon, sterilsentral og anestesi

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 3.23 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Utsagnet «Utformingen legger til rette for at pasientene kan se ansatte og «Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/avdeling» fikk henholdsvis 57 og 50 prosent score 4 eller 5. Videre ga 40 prosent av de ansatte høyeste score til utsagnet «Utformingen legger til rette for at ansatte kan høre pasienter». Halvparten av de ansatte ga utsagnet «Vår enhet gir en følelse av tilhørighet» scorene 4 eller 5. Utsagnene som handler om å holde orden og lokalisering i forhold til andre enheter, har henholdsvis 46 og 43 prosent score 4 eller 5.



Figur 3.23 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte operasjon, sterilsentral og anestesi

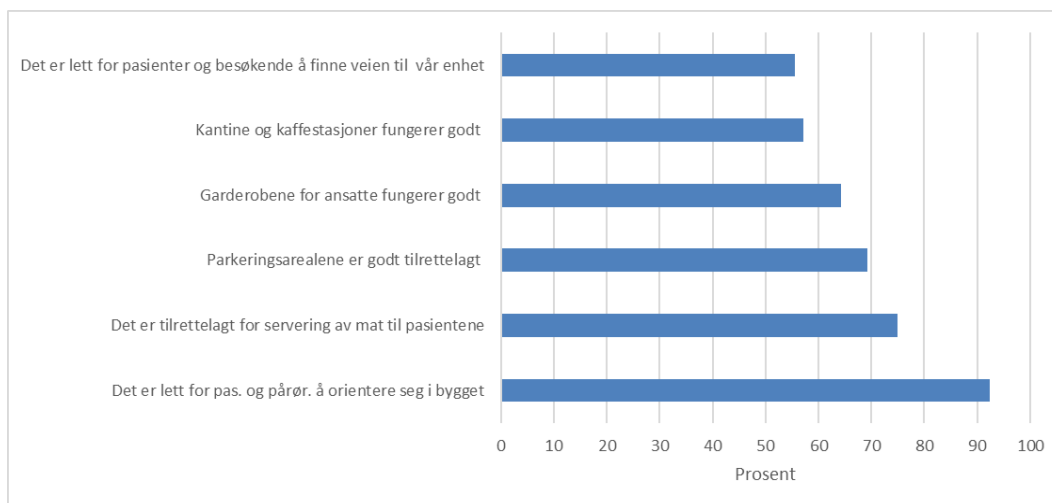
Ser man på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyd med i undersøkelsen. Figur 3.24 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Figuren viser at ansatte som deltok i undersøkelsen, ga flest lave scorer til utsagnet som handler om orientering i bygget (92 prosent), og 56 prosent av besvarelene ga score 1 eller 2 til «Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling». Videre fikk parkeringsarealer, garderober for ansatte og kantine/kaffestasjoner mellom 57 og 69 prosent lavest score.

I tilbakemelding fra Legeforeningen kommer det frem at garderoben for operasjonsområdet er for liten og smal. Det oppleves også som upraktisk å bytte tøy to ganger, til hvitt i garderoben i plan 1 og til grønt i plan 2.

I undersøkelsen ble det også kommentert at det savnes vaktrom for vakthavende overleger innen anestesi og intensiv ettersom disse legene er mye tilstede.



Figur 3.24 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte operasjon, sterilsentral og anestesi

Servering av mat til pasienter er nok ikke like aktuelt for operasjon, sterilsentral og anestesi som for andre områder, og derfor bør ikke lave scorer for dette utsagnet vektlegges her.

Tabell 3.7 gir en oversikt over tema og alle de 60 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

Tabell 3.7 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveidien er 3. Ansatte operasjon, sterilsentral og anestesi

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Utformingen av vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	4,1
2	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	4,0
3	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	3,9
4	1	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	3,6
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	2,6
6	2	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	1,7
7	2	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/ avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	4,4
8	2	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	3,9
9	2	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	3,9
10	2	Vi har de romtypene vi trenger	3,6
11	2	Vi har tilstrekkelig antall rom	3,4
12	2	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	3,3
13	2	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	3,1
14	2	Møtearealene er lett tilgjengelig	3,6
15	2	Kontorarealene er lett tilgjengelig	3,8
16	2	Det er tilrettelagt arealer for undervisning og kompetanseutvikling	3,4
17	2	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,8
18	2	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	3,0
19	2	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	3,6
20	2	Ekspedisjonene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	3,9
21	2	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	3,7
22	2	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt (likt) utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	3,4
23	2	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	3,5
24	2	Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling	2,9
25	3	Vår enhet/avdeling er tilgjengelig og enkel å bruke for alle brukergrupper (bl.a. barn, eldre, bevegelses- og synshemmede)	3,8
26	3	Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling	2,6
27	3	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	3,4
28	3	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/ avdeling	4,5
29	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	3,7
30	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	4,1
31	3	Ventesoner/ venteområder er godt tilrettelagt	3,5
32	3	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	3,0
33	3	Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling	4,2
34	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	4,2
35	3	Det er tilrettelagt for servering av mat til pasientene	1,5
36	3	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,6
37	4	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	3,1

Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus

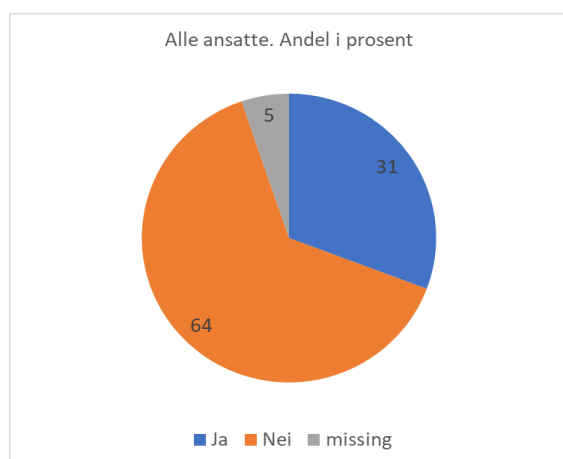
38	4	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling	4,4
39	4	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/ arbeidsplasser	3,9
40	4	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	3,3
41	4	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	3,2
42	4	Det er lett å holde orden i vår enhet/ avdeling	4,4
43	4	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/ avdeling	3,9
44	5	Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert	3,8
45	5	Vestibyleområdet er godt utformet	3,7
46	5	Garderobene for ansatte fungerer godt	2,3
47	5	Kantine og kaffestasjoner fungerer godt	2,1
48	5	Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med utstyr	2,8
49	5	Leveranse av forbruksvarer fungerer godt	3,7
50	5	Avfallshåndtering fungerer godt	3,4
51	5	Uteområdet legger til rette for pause og bidrar til rekreasjon	2,8
52	5	Parkeringsarealene er godt tilrettelagt	1,9
53	6	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet	3,6
54	6	Våre IKT-systemer bidrar til at vi jobber effektivt	2,9
55	6	Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer	3,7
56	6	Vi utnytter løsningene/mulighetene i våre IKT-systemer	3,1
57	6	Vi har lett tilgang på de hjelpemidler vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	3,6
58	6	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	4,0
59	6	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	4,2
60	6	Møbler og inventar fungerer godt	3,6

Nye arbeidsprosesser og ombygging i Kirkenes sykehus

Tre spørsmål i undersøkelsen handlet om nye arbeidsprosesser og ombygging. Besvarelsene for alle ansatte i kliniske avdelinger som har besvart undersøkelsen er vist i figurene nedenfor.

Figur 3.25 viser alle besvarelsene for spørsmålet «Har du fått tilstrekkelig informasjon om de planlagte arbeidsprosessene knyttet til nytt bygg?». Bare 31 prosent av alle ansatte som besvarte undersøkelsen, svarte at de har fått tilstrekkelig informasjon, 64 prosent svarte nei og 5 prosent besvarte ikke spørsmålet.

I spørreundersøkelsen ble det kommentert at fagpersoner og personell i liten grad ble involvert i planleggingen av det nye sykehuset. Dersom man deler besvarelsene inn i mindre grupper, kommer det frem at de fleste ansatte i felles poliklinikk somatikk, dagbehandling og i laboratoriemedisin ga uttrykk for at de hadde fått tilstrekkelig informasjon. Henholdsvis 52 og 60 prosent svarte ja på spørsmålet.

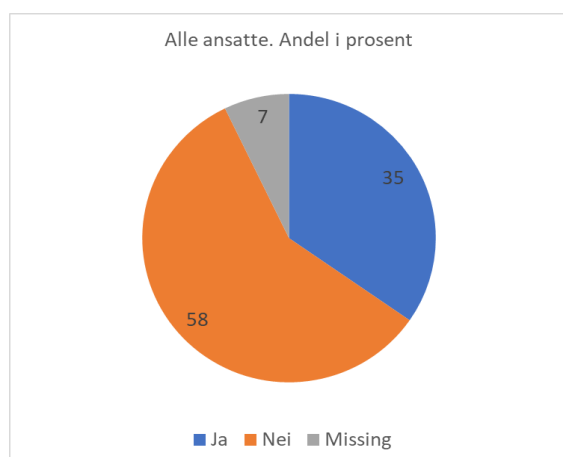


Figur 3.25 Har du fått tilstrekkelig informasjon om de planlagte arbeidsprosessene knyttet til nytt bygg? Alle ansatte, klinikk

Figur 3.26 presenterer besvarelsene for alle ansatte på spørsmålet «Bidrar utformingen av enheten/avdelingen til at dere jobber slik som det var planlagt ved innflytting?». Her svarte 35 prosent at enheten jobber slik som det var planlagt ved innflytting, 58 prosent svarte nei, mens 7 prosent besvarte ikke spørsmålet.

Her kom det også frem noen ulikheter mellom avdelingene. For operasjon, sterilsentral og anestesi svarte 79 prosent ja på spørsmålet. 63 prosent av ansatte fra bildediagnostikk og 50 prosent fra laboratoriemedisin svarte også at de jobber som planlagt.

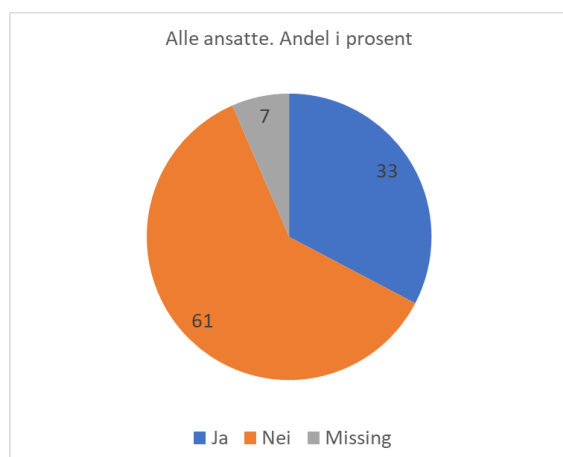
Kapittel 3 Kartlegging av byggets egnethet – Kirkenes sykehus



Figur 3.26 Bidrar utformingen av enheten/avdelingen til at dere jobber slik som det var planlagt ved innflytting? Alle ansatte, klinikk

Forklaringen på at flere har svart at de ikke jobber som planlagt, kan blant annet være endringer sengeområdene, hvor det opprinnelig var planlagt at et sengetun skulle være pasienthotell. Pasienthotell-tunet har senere blitt endret til sengetun for kirurgi og ortopedi. Dette blir nærmere utdypet i kapittelet om sengeområder. En annen endring er behandlerkontor som var planlagt for én person, blir benyttet av to personer i HAVO og ART.

Figur 3.27 viser alle besvarelsene på spørsmålet «Er det gjennomført ombygginger i enheten etter innflytting?». Blant alle ansatte som besvarte spørsmålet, svarte 61 prosent nei, mens 33 prosent svarte ja.



Figur 3.27 Er det gjennomført ombygginger i enheten etter innflytting? Alle ansatte, klinikk

Undersøkelsen viste at det ble gitt ulike svar i avdelingene. Ansatte fra bildediagnostikk, og ansatte fra operasjon, sterilsentral og anestesi svarte at det ikke var gjennomført ombygginger. I akuttmottak og HAVO og ART, poliklinikk, dagbehandling og sengeområder ga imidlertid en større andel uttrykk for at det har vært gjennomført ombygging etter innflytting i det nye sykehuset.

4. Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

4.1. Innledning

Dette kapittelet viser aktivitetsutviklingen ved Kirkenes sykehus i perioden 2017 til 2019 og en framskriving av aktivitet fra 2019 til 2035 med tilhørende beregning av kapasitet. Oppbygging og innhold i kapittelet beskrives før delkapitlene som viser aktivitetsutvikling og framskriving presenteres.

To forhold undersøkes:

1. Har aktiviteten ved Finnmarkssykehuset Kirkenes sykehus (Kirkenes sykehus) endret seg fra 2017 til 2019 da det var innflytting i 2018?
2. Hvordan er beregnet kapasitet 2019 framskrevet til 2035 i forhold til hva som var planlagt eller i forhold til eksisterende kapasitet 2020?

I punkt 1 ser vi for somatisk sektor på utviklingen i behandlingsnivåene per hoveddiagnosegruppe i DRG-systemet fra 2017 til 2019 ved sykehuset.

Behandlingsnivåene defineres nærmere i kapittel 4.2

I psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) gjøres det samme som i somatisk sektor, men her viser vi aktiviteten i 2017 og 2019 for ICD10-gruppene i den nasjonale framskrivingsmodellen som eies av RHF-ene, og forvaltes av Sykehusbygg HF.² Ved Kirkenes sykehus er kun poliklinisk aktivitet for PHV og TSB, og i hovedsak aktivitet innen førstnevnte sektor. Aktiviteten som i NPR er registrert innen TSB er liten volummessig, slik at kun antallet presenteres for 2017 og 2019 i oversiktene³. Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU) presenteres også etter ICD10-gruppene i framskrivingsmodellen.

I punkt 2 framskrives aktiviteten for 2019 ved Kirkenes sykehus til 2035 gjennom endringsfaktorene i den nasjonale framskrivingsmodellen. Det gjøres imidlertid noen tilpasninger i endringsfaktorene som passer med lokale forhold i Kirkenes. Det tas utgangspunkt i aktiviteten ved Kirkenes sykehus i 2019, basert på pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR), når aktiviteten framskrives. Videre benyttes det demografiske data fra bostedskommunene for pasientene som blir behandlet i sykehuset.

Demografiske data inneholder kjønn, ettårig alder og bostedskommune for pasientene som behandles ved sykehuset. Dette betyr at det er de lokale forholdene ved sykehuset i Kirkenes som framskrives gjennom den nasjonale modellen.

² En beskrivelse av RHF-enes framskrivingsmodell finnes på internettsidene til Sykehusbygg HF med følgende lenke:

https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf

³ Beskrivelse av aktivitet innen TSB er gitt i kapittel 4.2.2

Videre undersøkes det i punkt. 2 om beregnet kapasitet basert på aktiviteten for 2019 framskrevet til 2035, avviker fra den kapasiteten som er i Kirkenes sykehus i dag, eventuelt i forhold til det som var planlagt dersom det er tilgjengelig informasjon. Hvilke utnyttingsgrader og behandlingstider som benyttes i disse beregningene presiseres for hver beregning.

Kapittelet er organisert som følger: I kapittel 4.2 gis en kortfattet beskrivelse av den nasjonale framskrivingsmodellen som eies av de regionale helseforetakene (RHF-ene). I kapittel 4.3 presenteres oversikt over utviklingen i aktivitet fra 2017 til 2019 og i delkapittel 4.4 gjøres framskrivningen av aktiviteten fra 2019 til 2035 og en kapasitetsberegning basert på framskrevet aktivitet. Beregnet kapasitet sammenliknes med eksisterende kapasitet i 2020.

4.2. RHF-enes framskrivingsmodell

4.2.1. Bakgrunnen for framskrivingsmodellen

Kompetansenettverk for sykehusplanlegging (KNS), som var eid av de fire RHF-ene og Helsedirektoratet, med sekretariat organisert fra SINTEF, tok initiativ til utvikling og etablering av en metode for framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov for sykehus i 2011. I Nasjonal helseplan (2007-2010) ble det pekt på behovet for å:

”– utvikle bedre metoder for framskrivning av behov og utvikle modeller som knytter sammen data om behov, kapasitet og arealer, som gjør det mulig å beregne konsekvenser av forventede endringer i behov og teknologi.”⁴

På bakgrunn av dette ble det startet et forprosjekt i regi av KNS fra 2009 til 2011, og framskrivingsmodellen ble utviklet i perioden 2011-2013. Representanter fra RHF-ene og helseforetakene (HF-ene) deltok i dette arbeidet. Alternative metoder for framskrivning ble vurdert.

Ved etablering av Sykehusbygg HF ble oppgaven knyttet til forvaltning av modellen overført fra KNS til Sykehusbygg. Sykehusbygg har siden etableringen benyttet modellen i flere framskrivingsprosjekter i alle RHF-ene. Typiske prosjekter har vært framskrivning til utviklingsplaner for regionene og for enkelte HF. Ellers er modellen benyttet i enkeltprosjekter i ulike faser av sykehusplanlegging.

Det er etablert en prosjektgruppe som skal ha ansvaret for utvikling av framskrivingsmodellen. Prosjektgruppen ledes av Helse Sør-Øst RHF og består av representanter fra alle RHF-ene, KS, Statistisk sentralbyrå (SSB), Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet (FHI), brukerrepresentanter og Sykehusbygg. Konserntillitsvalgte og -verneombud fra RHF-ene er også invitert inn i gruppen. I det følgende gis en

⁴ Nasjonal helseplan 2007-2010, St.prp. nr. 1 (2006-2007), kapittel 6.

kortfattet presentasjon av prinsippene i modellen. Det er utarbeidet en detaljert beskrivelse av modellen som finnes på følgende internettsider:

https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf

4.2.2. Framskriving gjennom modellen

Prinsippene i modellen kan illustreres som en tre-trinnsmodell der det tas utgangspunkt i pasientdata fra NPR (Figur 4.1).



Figur 4.1 Trinnene i framskrivingsmodellen

Trinn 1 består av en demografisk framskriving. Her tas det utgangspunkt i befolkningsframskrivingene som SSB står for. SSB lager jevnlig befolkningsframskrivinger basert på fire faktorer:

- Fruktbarhet
- Levealder
- Innenlandsk flytting
- Innvandring

I pasientdata er det opplysninger om alder, kjønn og bosted for hver pasientkontakt med spesialisthelsetjenesten, og vekter for vekst basert på bostedskommune alder og kjønn fra befolkningsframskrivingene, kobles på hver enkelt kontakt med

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at det er demografisk utvikling for pasientene som behandles ved Kirkenes sykehus som framskrives demografisk fra 2019 til 2035.

I trinn 2 korrigeres den demografiske framskrivingen med endringsfaktorer knyttet til utvikling i sykkelighet og medisinsk tilbud samt diverse omstillinger i dagens drift som er skjønnsmessig fastsatt. Faktorene omtales som standardfaktorene i modellen, og gir faste årlige prosentvise endringer over tid i en tidsperiode. Disse faktorene bør justeres med jevne mellomrom og det er etablert et utviklingsprosjekt som har som oppgave å gjøre dette. Prosjektet ledes som nevnt innledningsvis av HSØ og har representanter fra alle RHF-ene, KS, Statistisk sentralbyrå (SSB), HelseDirektoratet, Folkehelseinstituttet (FHI), brukerrepresentanter og Sykehusbygg. Konserntillitsvalgte og -verneombud fra RHF-ene er også deltakere i gruppen.

I enkelte prosjekter er det behov for å justere disse endringsfaktorene dersom de ikke passer til lokale forhold. Justeringen av endringsfaktorer for bruk i Kirkenes sykehus beskrives nærmere i kapittelet som viser resultater av framskrivingene.

Endringsfaktorer i standardmodellen utover demografi for somatisk sektor er:

- Døgnopphold og liggedøgn
 - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
 - Samhandling med kommune og/eller pasient eller pårørende
 - Bruk av pasienthotell
 - Overføring av døgnopphold og liggedøgn til dagbehandling og poliklinikk
 - Bruk av observasjonsenheter
 - Intern effektivisering (kortere liggetid)
- Dagopphold og poliklinikk
 - Epidemiologi/medisinsk utvikling i tilbudet
 - Samhandling med kommune og/eller pasient eller pårørende
 - For dagopphold og polikliniske konsultasjoner kommer overførte fra døgn
 - For poliklinikk er det lagt inn en generell årlig vekst på 1%

Disse endringsfaktorene er ulike mellom pasientgruppene som framskrives i somatikkmodellen. I vedlegg 1 til kapittelet er det vist en oversikt over diagnosegruppene som framskrives og hvor stor årlig prosentvis vekst hver endringsfaktor gir framover i tid for diagnosegruppene.

Endringsfaktorer utover demografi for PHV og TSB:

For PHV og TSB er det færre faktorer enn i somatikkmodellen og faktorene er ikke differensiert i verdi mellom ICD10-gruppene. Dette betyr at det er den demografiske utviklingen som gir prosentvise forskjeller i vekst mellom ICD10-gruppene for en endringsfaktor. Følgende endringsfaktorer utover demografi gjelder:

- Døgnopphold og oppholdsdøgn
 - Epidemiologi/ medisinsk utvikling i tilbudet

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

- Samhandling med kommune og/eller pasient eller pårørende
- Reduksjon i oppholdstider

- Dagopphold og poliklinikk
 - Epidemiologi/ medisinsk utvikling i tilbudet
 - Samhandling med kommune og/eller pasient eller pårørende

Endringsfaktorene utover demografisk utvikling er færre og mindre spesifikke i PHV og TSB enn i modellen for somatisk sektor. Faktoren epidemiologi og tilbudsutvikling har en relativt kraftig vekst for dagbehandling og poliklinikk slik at det har ikke vært nødvendig å legge inn en generell vekstfaktor for poliklinikk. Diagnosegruppene som framskrives med tilhørende årlig prosentvis vekst er vist i vedlegg 1 til kapittelet. I trinn 3 beregnes framtidig kapasitetsbehov basert på framskrevet aktivitet. Som nevnt er det pasientdata som framskrives slik at det er primært områder knyttet til utredning og behandling av pasientene som det kan beregnes kapasitetsbehov for. I datagrunnlaget fra NPR lager vi følgende inndeling av aktiviteten:

- Somatisk sektor:
 - Døgnopphold med antall liggedøgn: Alle opphold med minst en overnatting
 - Dagopphold: Omfatter alle opphold som er inn og ut samme dag og som enten er i en kirurgisk DRG⁵ eller DRG for rutinemessig dialysebehandling
 - Poliklinisk konsultasjon: Resterende opphold som er inn og ut samme dag. Den største gruppen her er de vanlige polikliniske konsultasjonene som grupperes i 900-DRG-ene. Medisinsk dagbehandling utover dialyse klassifiseres også som poliklinikk. Store grupper her er kjemoterapi og strålebehandling, som begge er en del av 800-DRG-ene samt alle poliklinisk utførte endoskopier som grupperes til 700-DRG-ene.
 - Operasjoner: Antall operasjoner estimeres ved hjelp av antall døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG
- Psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser (TSB):
 - Døgnopphold med oppholdsdøgn: registrert omsorgsnivå med verdi 1 døgnopphold

⁵ DRG-systemet grupperer alle kontakter i somatisk spesialisthelsetjeneste i om lag 1 000 ulike DRG-er basert på hva som er pasientens hovedtilstand (lidelse), kjønn og alder. Ulike kirurgiske og medisinske prosedyrer som utføres på pasientene, har også betydning for hvilken DRG som pasientene grupperes til. Dersom pasienten får utført en kirurgisk prosedyre som krever operasjonsstue, grupperes den til samlebetegnelsen (type DRG) kirurgisk DRG, ellers i en medisinsk DRG. Polikliniske konsultasjoner klassifiseres ikke i type DRG. DRG for rutinemessig dialysebehandling er DRG 3170 «Dialyse dagmedisinsk behandling».

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

- Dagopphold: Opphold inn og ut samme dag med registrert omsorgsnivå verdi 2 dagopphold
- Poliklinisk konsultasjon: Opphold inn og ut samme dag med registrert omsorgsnivå verdi 3 poliklinisk konsultasjon

For PHV og TSB har det tradisjonelt vært mangelfull registrering av dagopphold som i stor grad har blitt registrert som polikliniske konsultasjoner i stedet. I framskrivningssammenheng slås derfor dagopphold og konsultasjoner sammen til en felles aktivitetsgruppe som framskrives.

Kapasitetsbehovet beregnes ut fra framskrevne verdier på de overordnede pasientgruppene som er beskrevet over. Ved å fastsette verdier på beleggspresenter for døgnaktiviteten og utnyttingsgrader tidsmessig på dagaktivitetene, er det mulig å beregne framtidig kapasiteter for senger/plasser for døgnaktiviteten⁶ og antall plasser/rom for dagaktivitet og poliklinikk. Videre beregnes framtidig behov for operasjonsrom. Hvilke beleggspresenter og utnyttingsgrader som velges har relativt stor effekt på volumet av framtidig kapasitet.

Beregningen av framtidig kapasitetsbehov baseres som nevnt på den framskrevne aktiviteten fra trinn 2. Framtidig kapasitetsbehov er relativt følsomt for hvilke utnyttingsgrader som legges inn i beregningen. Dersom det ikke er spesielle ønsker og ambisjoner om dette i prosjektene, benyttes middels utnyttingsgrad i beregningene. Ledergruppen i Kirkenes sykehus har besluttet at det beregnes kapasiteter med samme utnyttingsgrader som ble brukt i planleggingen av sykehuset for somatisk sektor. Samtidig ønskes det at forskjellene i kapasitet i forhold til middels utnyttingsgrad presenteres.

For PHV er det etablert et poliklinisk tilbud i Kirkenes sykehus, mens døgntilbudet for PHV-V ligger i Tana i samme bygg som Tana helsesenter. Opprinnelig var det planlagt med tre stillinger innen TSB ved Kirkenes sykehus, men Kirkenes sykehus har informert om at det per i dag (2021) kun er besatt en stilling innen TSB. Denne stillingen er lagt til døgnenheten i Tana. Videre informeres det om at det også er tatt bort seks stillinger til ambulante akutteam. Da TSB er planlagt å være en del av aktiviteten ved Kirkenes sykehus, er denne sektoren omtalt i dette kapitlet.

I poliklinikk ble det planlagt å etablere behandlerkontor, dvs. at behandlere har eget kontor der pasienter behandles i kontoret. Antallet behandlerkontor er basert på budsjetterte stillinger.

Planlagte utnyttingsgrader for somatisk sektor er presentert i «Idéfasedokument-B2 Renoveringsprosjekt ved Kirkenes sykehus» og gjentatt i «Hovedfunksjonsprogram- Nye Kirkenes sykehus B3». Utnyttingsgrader for PHV og TSB er ikke omtalt i disse

⁶ I data mottatt fra NPR er det ikke mulig å identifisere liggedøgn for pasienter i intensivenheter. Liggedøgnene i intensivenheter er inkludert i det totale antallet liggedøgn.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

dokumentene, men det understrekes i HFP at eventuelle døgnpasienter innenfor PHV og TSB legges inn på medisinsk avdeling og at det etableres poliklinisk tilbud.

I Tabell 4.1 presenteres middels utnyttingsgrader for somatisk sektor sammen med de planlagte utnyttingsgradene for Kirkenes sykehus. Det understrekes at hvordan aktiviteten avgrenses i forhold til døgn- og dagbehandling samt poliklinikk har endret seg noe over tid, slik at det ikke er helt samsvar mellom dagens avgrensning av behandlingsnivåer og det som ble planlagt i Kirkenes sykehus. Pasienthotellsenger var planlagt, men ble ikke gjennomført ettersom de 8 hotellsengene ble endret til 5-døgnsenhet for kirurgi og ortopedi.

Tabell 4.1 *Middels utnyttingsgrad i standardmodellen og planlagt utnyttingsgrad for Nye Kirkenes sykehus somatisk sektor*

Sengekapasiteter somatisk sektor	Middels utnyttingsgrad	Utnyttingsgrad Kirkenes planlagt
Normalsenger belegg	85 %	80-85% (82,5%)
Senger i observasjonsenhet belegg	75 %	ikke planlagt
Senger i pasienthotell belegg	75 %	75 %
Dagkapasiteter dialyse	Middels utnyttingsgrad	Utnyttingsgrad Kirkenes planlagt
Åpent antall dager i året	313	261
Bruktid effektiv per dag i timer	5	5
Dagbehandlingskapasitet eksklusive dialyse	Middels utnyttingsgrad	Utnyttingsgrad Kirkenes planlagt
Åpent antall dager i året	230	200
Bruktid effektiv per dag i timer	8	6
Poliklinisk kapasitet	Middels utnyttingsgrad	Utnyttingsgrad Kirkenes planlagt
Åpent antall dager i året	230	220
Bruktid effektiv per dag i timer	8	6
Operasjonskapasitet	Middels utnyttingsgrad	Utnyttingsgrad Kirkenes planlagt
Åpent dager i året 95% av operasjonstimen	230	200
Åpent dager i året 5% av operasjonstimen	365	200
Bruktid effektivt per dag i timer(95%)	8	6
Bruktid effektivt per dag i timer(5%)	24	6

Tabellen viser at det ikke er veldig stort avvik på beleggprosent for senger på den planlagte utnyttingsgraden ved Kirkenes sykehus i forhold til middels utnyttingsgrad. På dagaktivitetene vil det imidlertid bli avvik. For operasjon er den planlagte utnyttingsgraden lavere enn middels. I Tabell 4.2 vises behandlingstider som ligger i standardmodellen for dagaktiviteten i somatisk sektor. For operasjonsaktiviteten er det differensiert i varighet for tid i operasjonsenhet for døgnkirurgien mellom ICD10 gruppene som framskrives. Variasjonen innenfor døgnkirurgi er fra 1,5 til 2,5 timer i gjennomsnittlig varighet i operasjonsenhet, når det er inkludert 30 minutter mellom

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

inngrepene. For dagkirurgi er det satt av 1,5 timer i gjennomsnitt for alle dagkirurgiske inngrep. Her er det lagt inn 20 minutter mellom inngrepene. En oversikt over tidene per diagnosegruppe er presentert i vedlegg 2 til kapittelet.

Tabell 4.2 Behandlingstider for polikliniske konsultasjoner og dagaktiviteter somatisk sektor

Type aktivitet somatisk sektor	Behandlingstid i timer standardmodell	Behandlingstid timer Kirkenes sykehus framskriving
Dialyse	5,00	5,00
Kjemoterapi	4,00	4,00 og 5,00
Infusjoner	4,00	4,00
Poliklinikk (inkl endosk. og småpros.)	0,75	0,75 og 1,00
Herav endoskopier ekskl ØNH (700-DRG-ene ekskl ØNH)	0,75	0,75
Herav endoskopier ØNH (DRG701O)	0,50	0,5
Herav småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl stråle og kjemo)	0,33	0,33

For dialyse er det lagt inn en behandlingstid på 5 timer per dialysebehandling. Dette betyr at det kan gjennomføres bare en dialysebehandling per plass per dag dersom brukstiden på plassene per dag er mindre enn 10 timer.

For kjemoterapien er det et gjennomsnittstall som er benyttet slik at her er det antakelig mulig å gjennomføre flere enn én behandling når brukstid per dag er 6 timer. Det samme gjelder infusjoner. Kirkenes sykehus ønsker også å vise effekten av 5 timer behandlingstid for kjemoterapi i tillegg til standardtida i modellen.

Polikliniske konsultasjoner består av de vanlige konsultasjonene i undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom), men inneholder også alle endoskopiene og småprosedyrerne (unntatt kjemoterapi og infusjoner). Det antas imidlertid at alle disse undersøkelsene/behandlingene krever et besøk i et UB-rom. Det antas at gjennomsnittlig behandlingstid for poliklinikk er 45 minutter eller 0,75 timer. Dersom man ønsker å spesifisere kapasitet til småprosedyrer og endoskopier i tillegg, er behandlingstidene spesifisert i det grønne feltet i tabellen. Det er signalisert fra Kirkenes sykehus at de ønsker å vise kapasitetsberegningen med 1 time i behandlingstid i tillegg til standard i modellen.

I tilbakemelding fra Kirkenes sykehus kommenteres det at pasienter som kommer til rehabilitering kan være innom flere fagområde og har behov for tverrfaglige vurderinger som medfører at behandlingstiden kan vare lengre enn 1 time.

I Tabell 4.3 presenteres utnyttingsgrader for PHV og TSB. Dette vises for at det skal være mulig også å beregne antall behandlingsplasser på antall dagopphold og konsultasjoner i poliklinikk med middels utnyttingsgrader der rommene samtidig ikke benyttes som kontor. Tabellen viser at med middels utnyttingsgrad og brukstid per rom på 6 timer er det mulig å gjennomføre 1 dagbehandling eller 4 konsultasjoner dersom rommene benyttes kun til behandlingsaktivitet. Behandlingstidene for dagbehandling og polikliniske konsultasjoner er da henholdsvis 5 og 1,5 time per dagbehandling og

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

konsultasjon. Som nevnt er det ikke denne måten å organisere behandlingsaktiviteten på som er gjennomført i Kirkenes sykehus, der det er behandlerkontor som er konseptet.

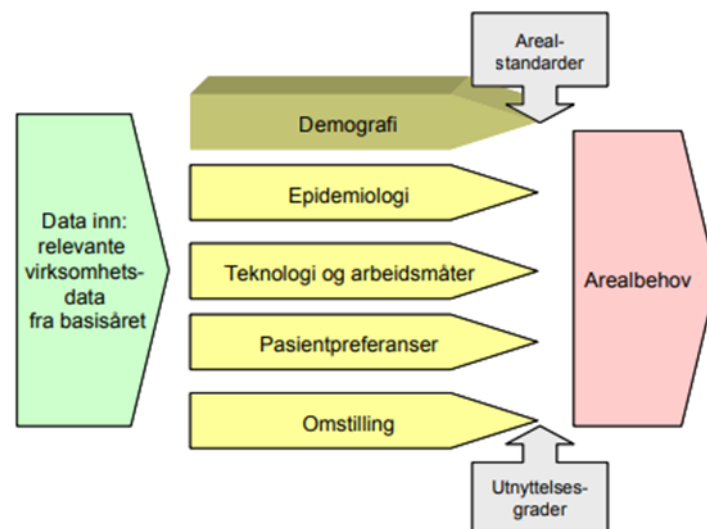
Tabell 4.3 Utnyttingsgrader og behandlingstider i PHV og TSB med egne behandlingsrom

Døgnplasser PHV og TSB	Middels utnyttingsgrad	Utnyttingsgrad Kirkenes planlagt
Belegg senger	85 %	Ikke aktuelt
Dagplasser PHV og TSB	Middels utnyttingsgrad	Utnyttingsgrad Kirkenes planlagt
Åpent dager i året	230	Beh.kontor basert på budsj stillinger
Brukstid timer per dag	5	
Konsultasjonstid timer	5	
Poliklinikkrom PHV og TSB	Middels utnyttingsgrad	Utnyttingsgrad Kirkenes planlagt
Åpent dager i året	230	Beh.kontr basert på budsj stillinger
Brukstid timer per dag	6	
Konsultasjonstid timer	1,5	

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegninger fra 2007 til 2025 i planleggingen av Nye Kirkenes sykehus

Som beskrevet i kapittel 4.2.1, ble arbeidet med utvikling av RHF-enes framskrivingsmodell etablert først i 2011. I planleggingsprosessen av Nye Kirkenes sykehus ble det derfor benyttet en annen metodisk tilnærming i framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegninger. I HFP 10.12.2009 presenteres en skjematisk framstilling av den metodiske tilnærmingen som ble benyttet i framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegninger. Denne er presentert nedenfor med henvisning til opprinnelig figurnummer.

Figur 7.3 Samlet metodisk tilnærming



Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Som utgangspunkt for framskriving til 2025 ble det benyttet aktivitetsdata for 2007. Utnyttingsgradene brukt i planleggingsprosessen er beskrevet i Tabell 4.1 og Tabell 4.3.

I beregningen av framtidig kapasitetsbehov for *heldøgnsopphold* (HFP, kapittel 7.2.12), ble det foretatt en framskriving litt i overkant av den demografiske utviklingen for heldøgnsopphold og liggedager på 20 prosent fra 2007 til 2025. Det ble i tillegg lagt til aktivitet for spesielle områder.

For framskriving av *dagopphold* (HFP, kapittel 7.2.13), ble effektivisering/omstilling og endring med hensyn til nye aktiviteter hensyntatt, samt et tillegg for demografisk framskriving på samme nivå som for heldøgnsopphold.

Det ble blant annet overført 150 heldøgns innleggelseser til dagopphold fra 2007 til 2025. Dette gjaldt dagkirurgi og utredningspasienter. Videre ble det for 50 prosent av disse pasientene lagt inn kapasitet i pasienthotellet tilsvarende ett døgn med overnatting.

Når det gjelder nye aktiviteter, ble det estimert en økning på 100 dagopphold innen medisinsk dagbehandling for å ivareta en eventuell økning iblant annet medikamentell dagbehandling (cytostatika med mer) og dialyse, utover den demografiske endringen.

Den *polikliniske aktiviteten* (HFP, kapittel 7.2.14) innen somatikk var omtrent 19 500 konsultasjonene i 2007. I tillegg til demografisk framskriving, ble det beregnet en økning på 20 prosent for alle grupper unntatt gynekologi, føde og barn som forble uendret.

Innenfor psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og barn og unge (PHV-BU), var det henholdsvis 2 627 og 3 138 polikliniske konsultasjoner i 2007. I framskrivingen ble det lagt til en økning i aktivitet på 20 prosent, som ble lagt til grunn for beregning av framtidig kapasitet innen psykisk helsevern.

I HFP ble det også vurdert at førstegangskonsultasjoner utført i Kirkenes sykehus kunne økes ved bruk av ambulerende spesialister fra UNN eller annet sykehus. Dette skulle i første omgang gjelde de fagområder med stort volum av pasienter. Begrunnelsen var å redusere antall reiser for pasienter til behandling for å gi en besparelse for foretakene samlet sett. Imidlertid ble det ikke gjort spesifikke beregninger i forhold til dette i HFP.

Det kan også nevnes at det i HFP ble vist til et prosjekt i Helse Nord "Desentralisering av polikliniske kontroller". Dette prosjektet skulle se på muligheten for å redusere antall polikliniske kontroller i sykehusene ved å overføre flere til primærhelsetjenesten. I tillegg skulle man se på muligheten for å redusere antall kontroller ved sentralsykehusene, blant annet UNN, ved å utføre disse ved lokalsykehusene. Imidlertid ble disse endringene ikke inkludert i framskrivingen.

4.3. Aktivitetsutvikling fra 2017 til 2019

4.3.1. Datagrunnlaget

Ifølge Kirkenes sykehus var det utfordringer med å komme i gang med ordinær drift våren 2019 ved det nye sykehuset. I perioden fra 2017 til 2019 var det mange og lange perioder med redusert drift ved sykehuset. Dette var knyttet til OU-prosessen ved Nye Kirkenes sykehus, flere utsatte flyttedatoer (2018) og manglende tid til prøvedrift for avdelingene (første halvdel av 2019). Aktiviteten i samme periode er preget av dette og representerer derfor ikke en normalaktivitet i perioden. I tillegg ble det informert om at ubesatte stillinger, innleie av spesialister og sykefravær har medvirket til en lavere aktivitet enn planlagt.

Finnmarkssykehuset HF har derfor bedt Sykehusbygg HF om å sammenligne aktiviteten våren og høsten 2018 med tilsvarende periode i 2019. Dette for å undersøke om aktiviteten våren 2018 var høyere enn aktiviteten våren 2019. I Tabell 4.4 presenteres tertialvise aktivitetstall 2018 og 2019 etter behandlingsnivåer for Kirkenes sykehus somatisk sektor. Endringstallene presenteres i Tabell 4.5.

Tabell 4.4 Tertialvis oversikt over aktiviteten ved Kirkenes sykehus somatisk sektor 2018 og 2019 etter behandlingsnivå. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

Behandlingsnivå	Kirkenes sykehus somatisk sektor							
	2019				2018			
	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Sum 2019	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Sum 2018
Døgnopphold	1 361	1 267	1 314	3 942	1 183	1 231	1 174	3 588
Dagbehandling	523	553	616	1 692	472	423	387	1 282
Poliklinisk konsultasjon	9 922	8 672	9 718	28 312	8 588	8 452	8 186	25 226
Sum	11 806	10 492	11 648	33 946	10 243	10 106	9 747	30 096

Tabell 4.5 Endringstall tertialvis i aktivitet fra 2018-2019 ved Kirkenes sykehus somatisk sektor etter behandlingsnivå

Behandlingsnivå	Endring somatikk 2018-2019	Endring somatikk 2018-2019	Endring somatikk 2018-2019	Endring somatikk 2018-2019	Pst-endr. somatikk 2018-2019	Pst-endr. somatikk 2018-2019	Pst-endr. somatikk 2018-2019	Pst-endr. somatikk 2018-2019
	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Samlet	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Samlet
	Døgnopphold	178	36	140	354	15,0	2,9	11,9
Dagbehandling	51	130	229	410	10,8	30,7	59,2	32,0
Poliklinisk konsultasjon	1 334	220	1 532	3 086	15,5	2,6	18,7	12,2
Sum	1 563	386	1 901	3 850	15,3	3,8	19,5	12,8

Tabellen viser at det var en økning i aktivitet fra 2018 til 2019 for alle tertialene og for alle behandlingsnivåene. For døgnoppholdene var den prosentvise økningen fra 2018 til 2019 størst i første tertial. For poliklinikk var prosentøkningen størst i tredje tertial. Dagbehandlingen, som her er dagkirurgi og dialyse, hadde en spesiell utvikling med størst prosentvis vekst i tredje tertial. Det understrekes at her er det små volumer i utgangspunktet og dialysepasientene påvirker disse tallene mye. En dialysepasient vil ha mange konsultasjoner i året med 3-4 konsultasjoner per uke, slik at en vekst på i underkant av 230 konsultasjoner kan være knyttet til en eller to nye dialysepasienter.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

I Tabell 4.6 og Tabell 4.7 presenteres tilsvarende tall for PHV-V, og i Tabell 4.8 og Tabell 4.9 for PHV-BU. Her er det kun poliklinisk aktivitet.

Tabell 4.6 Tertialvis oversikt over aktiviteten ved Kirkenes sykehus PHV-V 2018 og 2019⁷. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

Behandlingsnivå	Kirkenes sykehus PHV-voksne							
	2019				2018			
	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Sum 2019	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Sum 2018
Poliklinisk konsultasjon	1 523	1 352	1 326	4 201	1 580	1 434	1 426	4 440

Tabell 4.7 Endringstall tertialvis i aktivitet fra 2018 til 2019 ved Kirkenes sykehus PHV-V

Behandlingsnivå	Endring PHV-V 2018-2019 1. tertial	Endring PHV-V 2018-2019 2. tertial	Endring PHV-V 2018-2019 3. tertial	Endring PHV-V 2018-2019 samlet	Pst-endring PHV-V 2018-2019 1. tertial	Pst-endring PHV-V 2018-2019 2. tertial	Pst-endring PHV-V 2018-2019 3. tertial	Pst-endring PHV-V 2018-2019 samlet	
	Poliklinisk konsultasjon	-57	-82	-100	-239	-3,6	-5,7	-7,0	-5,4

Tabellene viser at i PHV-V var det en reduksjon i aktivitet fra 2018 til 2019 i alle tre tertialene. Prosentvis størst nedgang i 3. tertial.

Tabell 4.8 Tertialvis oversikt over aktiviteten ved Kirkenes sykehus PHV-BU 2018 og 2019. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

Behandlingsnivå	Kirkenes sykehus PHV-barn og unge							
	2019				2018			
	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Sum 2019	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Sum 2018
Poliklinisk konsultasjon	1 211	946	1 099	3 256	1 178	927	1 084	3 189

Tabell 4.9 Endringstall tertialvis i aktivitet fra 2018 til 2019 ved Kirkenes sykehus PHV-BU

Behandlingsnivå	Endring PHV-BU 2018-2019 1. tertial	Endring PHV-BU 2018-2019 2. tertial	Endring PHV-BU 2018-2019 3. tertial	Endring PHV-BU 2018-2019 samlet	Pst-endring PHV-BU 2018-2019 1. tertial	Pst-endring PHV-BU 2018-2019 2. tertial	Pst-endring PHV-BU 2018-2019 3. tertial	Pst-endring PHV-BU 2018-2019 samlet	
	Poliklinisk konsultasjon	33	19	15	67	2,8	2,0	1,4	2,1

For PHV-BU var det en økning fra 2018 til 2019 i alle tre tertialene. Her var det størst prosentvis økning i tertial 1.

Med basis i oversiktene fra alle sektorer benyttes aktivitetstall for hele året i sammenligning av aktiviteten fra de tre årene 2017-2019.

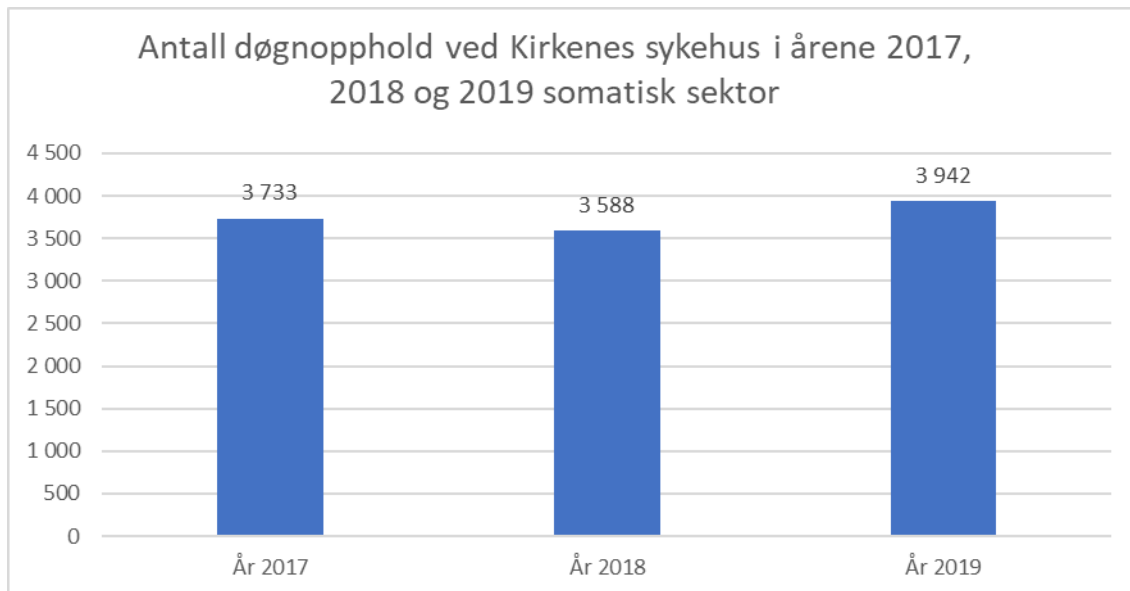
4.3.2. Aktivitetsutvikling fra 2017 til 2019 somatisk sektor

Innflytting i nytt bygg skjedde i løpet av andre halvår 2018. Det er derfor grunn til å anta at dette påvirket pasientbehandling dette året. For å sjekke aktivitetsnivået i forhold til tida før, under og etter innflytting ser vi på aktivitetsutviklingen i de tre årene i tidsrommet fra 2017 til og med 2019.

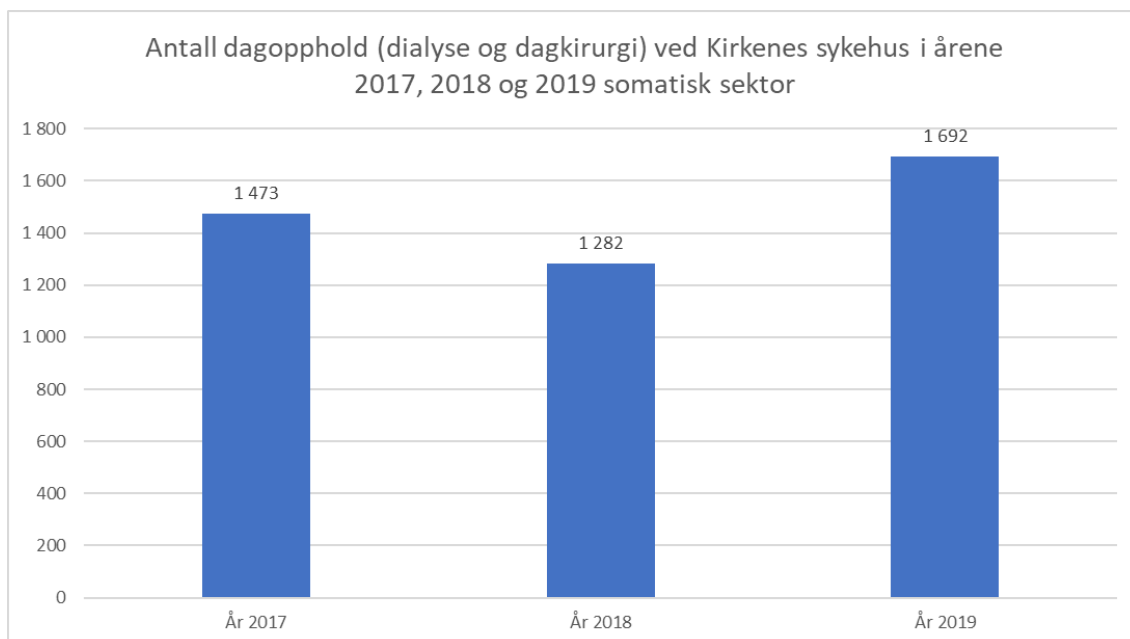
⁷ I tillegg kommer 15 konsultasjoner klassifisert som TSB i 2019 som ikke inngår i tallene.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

I Figur 4.2, Figur 4.3 og Figur 4.4 presenteres antall døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner samlet for de tre årene 2017, 2018 og 2019 somatisk sektor ved Kirkenes sykehus.

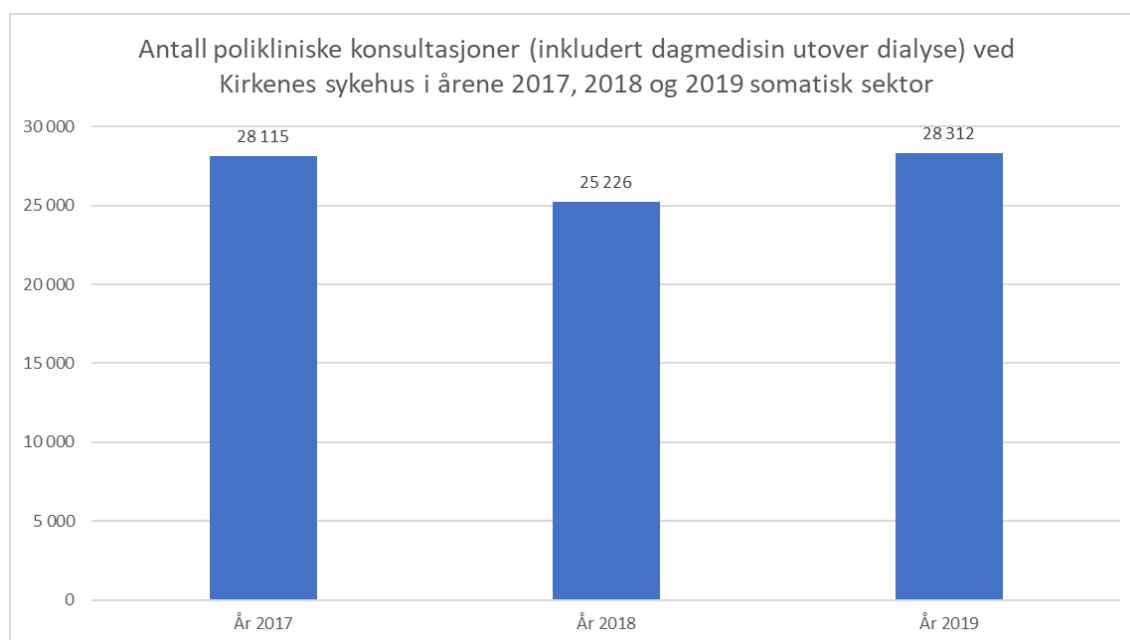


Figur 4.2 Antall døgnopphold i årene 2017, 2018 og 2019 somatisk sektor ved Kirkenes sykehus. Kilde: NPR, Helsedirektoratet



Figur 4.3 Antall dagopphold (dagkirurgi og dialyse) i årene 2017, 2018 og 2019 somatisk sektor ved Kirkenes sykehus. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid



Figur 4.4 Antall polikliniske konsultasjoner (inkludert dagmedisin utover dialyse) i årene 2017, 2018 og 2019 somatisk sektor ved Kirkenes sykehus. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

Utviklingsmønsteret i tidsrommet fra 2017 til 2019 er likt for alle behandlingsnivåene med en nedgang i aktivitet fra 2017 til 2018 for deretter å få en økning fra 2018 til 2019. For døgnoppholdene og dagoppholdene var det også samlet sett en økning over hele tidsrommet fra 2017 til 2019, med størst prosentvis økning for dagoppholdene med 14,9 prosent mot 5,6 prosent for døgnoppholdene. Den polikliniske aktiviteten var nesten uendret over hele tidsrommet med en økning på 0,7 prosent fra 2017 til 2019. Det ser derfor ut til at forberedelser og innflytting i nytt bygg i 2018 medførte en reduksjon i aktivitetsnivået for alle behandlingsnivåene, mens aktivitetsnivået øker fra 2018 til 2019 slik at alle behandlingsnivåene kommer over aktivitetsnivået for 2017. Dette gjelder spesielt for døgn- og dagoppholdene, mens den polikliniske aktiviteten hadde en svak økning fra 2017 til 2019.

Selv om den samlede aktiviteten har hatt en nedgang fra 2017 til 2018 for deretter å øke igjen til 2019, er det noe ulik utvikling når vi ser på aktiviteten per hoveddiagnosegruppe (HDG). I Tabell 4.10 presenteres en oversikt over HDG-ene for liggedøgn og døgnopphold i tidsrommet fra 2017 til 2019⁸. Endringstallene presenteres i Tabell 4.11.

⁸ Fullt navn på HDG 21 er: «Skade, forgiftninger og toksiske effekter av medikamenter/andre stoffer, medikamentmisbruk og organiske sinnslidelser fremkalt av disse»

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Tabell 4.10 Antall liggedøgn og døgnopphold 2017, 2018 og 2019 somatisk sektor ved Kirkenes sykehus.
Kilde: NPR, Helsedirektoratet

HDG	Liggedøgn 2017	Liggedøgn 2018	Liggedøgn 2019	Døgnopph 2017	Døgnopph 2018	døgnopph 2019
1 Sykdommer i nervesystemet	1 287	1 288	1 223	266	255	272
2 Øyesykdommer	33	56	70	15	20	16
3 Øre-, nese- og halssykdommer	227	345	381	101	114	162
4 Sykdommer i åndedretsorganene	1 974	2 060	2 527	376	392	455
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	1 658	1 723	1 804	524	555	572
6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	1 409	1 563	1 318	448	426	430
7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	404	401	444	121	121	130
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	1 677	1 206	1 345	386	313	329
9 Sykdommer i hud og underhud	462	354	248	92	85	80
10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	316	471	484	90	114	123
11 Nyre- og urinveissykdommer	960	631	692	227	171	171
12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	121	83	202	40	25	54
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	232	207	302	110	81	126
14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid	787	706	778	240	225	248
15 Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden	579	515	587	191	179	190
16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	287	293	219	87	75	70
17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	222	128	161	40	20	33
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	287	250	862	58	61	113
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	110	132	221	52	46	57
21 Skade, forgift og toks eff av medikamenter/andre stoffer, medikam.misb og	193	194	219	64	73	84
22 Forbrenninger	3	0	11	1	0	4
23 Faktorer som påvirker helsetjenesten - andre kontakter med helsetjenesten	1 806	1 537	1 941	141	145	152
30 Sykdommer i bryst	14	45	11	6	3	4
40 Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	55	214	102	47	80	54
99 Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	74	156	77	10	9	13
Sum	15 177	14 558	16 229	3 733	3 588	3 942

Tabell 4.11 Endring og prosentvis endring i antall liggedøgn og døgnopphold 2017, 2018 og 2019 somatisk sektor ved Kirkenes sykehus.

HDG	Endring liggedøgn 2017-2018	Endring liggedøgn 2017-2019	Pst-endring liggedøgn 2017-2018	Pst-endring liggedøgn 2017-2019	Endring døgnopph 2017-2018	Endring døgnopph 2017-2019	Pst-endring døgnopph 2017-2018	Pst-endring døgnopph 2017-2019
1 Sykdommer i nervesystemet	1	-64	0,1	-5,0	-11	6	-4,1	2,3
2 Øyesykdommer	23	37	69,7	112,1	5	1	33,3	6,7
3 Øre-, nese- og halssykdommer	118	154	52,0	67,8	13	61	12,9	60,4
4 Sykdommer i åndedretsorganene	86	553	4,4	28,0	16	79	4,3	21,0
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	65	146	3,9	8,8	31	48	5,9	9,2
6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	154	-91	10,9	-6,5	-22	-18	-4,9	-4,0
7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	-3	40	-0,7	9,9	0	9	0,0	7,4
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	-471	-332	-28,1	-19,8	-73	-57	-18,9	-14,8
9 Sykdommer i hud og underhud	-108	-214	-23,4	-46,3	-7	-12	-7,6	-13,0
10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	155	168	49,1	53,2	24	33	26,7	36,7
11 Nyre- og urinveissykdommer	-329	-268	-34,3	-27,9	-56	-56	-24,7	-24,7
12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	-38	81	-31,4	66,9	-15	14	-37,5	35,0
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	-25	70	-10,8	30,2	-29	16	-26,4	14,5
14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid	-81	-9	-10,3	-1,1	-15	8	-6,3	3,3
15 Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden	-64	8	-11,1	1,4	-12	-1	-6,3	-0,5
16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	6	-68	2,1	-23,7	-12	-17	-13,8	-19,5
17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	-94	-61	-42,3	-27,5	-20	-7	-50,0	-17,5
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	-37	575	-12,9	200,3	3	55	5,2	94,8
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	22	111	20,0	100,9	-6	5	-11,5	9,6
21 Skade, forgift og toks eff av medikamenter/andre stoffer, medikam.misb og	1	26	0,5	13,5	9	20	14,1	31,3
22 Forbrenninger	-3	8	-100,0	266,7	-1	3	-100,0	300,0
23 Faktorer som påvirker helsetjenesten - andre kontakter med helsetjenesten	-269	135	-14,9	7,5	4	11	2,8	7,8
30 Sykdommer i bryst	31	-3	221,4	-21,4	-3	-2	-50,0	-33,3
40 Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	159	47	289,1	85,5	33	7	70,2	14,9
99 Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	82	3	110,8	4,1	-1	3	-10,0	30,0
Sum	-619	1 052	-4,1	6,9	-145	209	-3,9	5,6

15 av HDG-ene hadde en nedgang i døgnopphold fra 2017 til 2018, mens 10 hadde uendret eller vekst i aktiviteten fra 2017 til 2019. Det er også stor variasjon i prosentendringene mellom HDG-ene, både i endring fra 2017 til 2018 og fra 2017 til 2019.

I Tabell 4.12 og Tabell 4.13 gis samme oversikt for dagopphold og polikliniske konsultasjoner.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Tabell 4.12 Antall dagopphold (dagkirurgi og dialyse) og polikliniske konsultasjoner (inkludert dagmedisin utover dialyse) 2017, 2018 og 2019 somatisk sektor ved Kirkenes sykehus. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

HDG	Dagopph 2017	Dagopph 2018	Dagopph 2019	Polikl kons 2017	Polikl kons 2018	Polikl kons 2019
1 Sykdommer i nervesystemet	28	24	25	1 596	1 475	1 596
2 Øyesykdommer	11	7	16	3 814	2 884	3 010
3 Øre-, nese- og halssykdommer	183	160	224	3 162	2 684	3 992
4 Sykdommer i åndedretsorganene	0	0	2	946	842	1 129
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	52	29	38	1 725	1 484	1 869
6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	150	78	167	1 991	2 134	2 320
7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	16	10	22	107	141	219
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	143	91	156	3 705	3 372	3 631
9 Sykdommer i hud og underhud	45	30	43	3 799	2 945	3 651
10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	0	0	0	540	775	908
11 Nyre- og urinveissykdommer	566	603	662	1 123	1 157	1 184
12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	35	32	60	206	257	302
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	163	160	204	1 389	1 343	1 400
14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid	51	37	31	1 198	1 208	1 152
15 Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden	0	0	0	13	14	13
16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	1	2	0	148	96	104
17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	0	0	0	140	138	187
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	0	0	0	51	29	30
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	0	0	0	309	416	304
21 Skade, forgift og toks eff av medikamenter/andre stoffer, medikam.misb og o	3	3	7	131	136	90
22 Forbrenninger	0	0	0	6	10	7
23 Faktorer som påvirker helsetjenesten - andre kontakter med helsetjenesten	10	7	9	1 429	1 103	594
30 Sykdommer i bryst	1	0	2	120	157	120
40 Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	0	0	0	462	423	500
99 Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	15	9	24	5	3	0
Sum	1 473	1 282	1 692	28 115	25 226	28 312

Tabell 4.13 Endring og prosentvis endring i antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2017, 2018 og 2019 somatisk sektor ved Kirkenes sykehus.

HDG	Endring dagopph 2017-2018	Endring dagopph 2017-2019	Pst-endring dagopph 2017-2018	Pst-endring dagopph 2017-2019	Endring polikl kons 2017-2018	Endring polikl kons 2017-2019	Pst-endring polikl kons 2017-2018	Pst-endring polikl kons 2017-2019
1 Sykdommer i nervesystemet	-4	-3	-14,3	-10,7	-121	0	-7,6	0,0
2 Øyesykdommer	-4	5	-36,4	45,5	-930	-804	-24,4	-21,1
3 Øre-, nese- og halssykdommer	-23	41	-12,6	22,4	-478	830	-15,1	26,2
4 Sykdommer i åndedretsorganene	0	2			-104	183	-11,0	19,3
5 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	-23	-14	-44,2	-26,9	-241	144	-14,0	8,3
6 Sykdommer i fordøyelsesorganene	-72	17	-48,0	11,3	143	329	7,2	16,5
7 Sykdommer i lever, galleveier og bukspyttkjertel	-6	6	-37,5	37,5	34	112	31,8	104,7
8 Sykdommer i muskel-, skjelettsystemet og bindevev	-52	13	-36,4	9,1	-333	-74	-9,0	-2,0
9 Sykdommer i hud og underhud	-15	-2	-33,3	-4,4	-854	-148	-22,5	-3,9
10 Indresekretoriske-, ernærings- og stoffskiftesykdommer	0	0			235	368	43,5	68,1
11 Nyre- og urinveissykdommer	37	96	6,5	17,0	34	61	3,0	5,4
12 Sykdommer i mannlige kjønnsorganer	-3	25	-8,6	71,4	51	96	24,8	46,6
13 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	-3	41	-1,8	25,2	-46	11	-3,3	0,8
14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barseltid	-14	-20	-27,5	-39,2	10	-46	0,8	-3,8
15 Nyfødte med tilstander som har oppstått i perinatalperioden	0	0			1	0	7,7	0,0
16 Sykdommer i blod, bloddannende organer og immunapparat	1	-1	100,0	-100,0	-52	-44	-35,1	-29,7
17 Myeloproliferative sykdommer og lite differensierte svulster	0	0			-2	47	-1,4	33,6
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	0	0			-22	-21	-43,1	-41,2
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	0	0			107	-5	34,6	-1,6
21 Skade, forgift og toks eff av medikamenter/andre stoffer, medikam.misb og o	0	4	0,0	133,3	5	-41	3,8	-31,3
22 Forbrenninger	0	0			4	1	66,7	16,7
23 Faktorer som påvirker helsetjenesten - andre kontakter med helsetjenesten	-3	-1	-30,0	-10,0	-326	-835	-22,8	-58,4
30 Sykdommer i bryst	-1	1	-100,0	100,0	37	0	30,8	0,0
40 Kategorier på tvers av flere hoveddiagnosegrupper	0	0			-39	38	-8,4	8,2
99 Kategorier for feil og uvanlige diagnose-prosedyrekombinasjoner	-6	9	-40,0	60,0	-2	-5	-40,0	-100,0
Sum	-191	219	-13,0	14,9	-2 889	197	-10,3	0,7

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Tabellene⁹ viser det samme for dagaktiviteten at utviklingen har vært noe forskjellig for HDG-ene. For dagoppholdene var det 8 HDG-er som hadde null dagopphold i 2017. Av disse var det 7 som hadde det i 2018 og 2019 og en HDG som hadde fått 2 dagopphold i 2019.

14 av HDG-ene hadde en reduksjon i antall dagopphold, mens 3 av HDG-ene hadde en økning. Fra 2017 til 2019 hadde 6 av HDG-ene en nedgang, mens 12 hadde en økning og 7 var uendret.

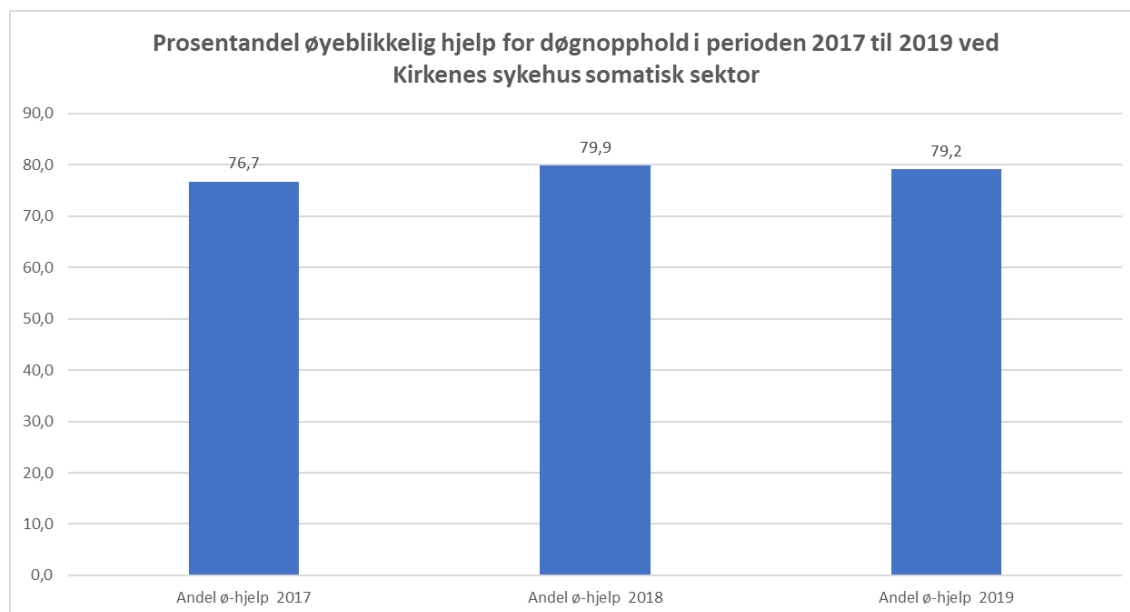
For de polikliniske konsultasjonene hadde 14 HDG-er en nedgang, mens 11 hadde en økning fra 2017 til 2018 og tilsvarende tall for 2017 til 2019 var på henholdsvis 10 og 15 HDG-er.

Om alle disse endringene skyldes innflytting er det ikke mulig å si noe eksakt om. Det som er klart er at selv om den samlede aktiviteten hadde en nedgang i 2018 for deretter å øke fra 2018 til 2019, har ikke alle HDG-ene hatt samme profil over det samme tidsrommet. Det kan være at de ulike spesialitetene har blitt ulikt påvirket av innflytting, men det kan også være andre årsaker til ulik endringsutvikling på HDG-nivå, som blant annet variasjoner i tilgang på innleide og vikarer.

Dersom det blir lavere aktivitet enn planlagt i en periode er det naturlig at det er den elektive virksomheten som reduseres, da øyeblikkelig hjelp-pasienter (ø-hjelp) kommer uansett. Dette betyr at andelen ø-hjelp vil øke. I Figur 4.5 presenteres ø-hjelpandelen for døgnopphold i perioden fra 2017 til 2019 ved Kirkenes sykehus. De faktiske tallene er presentert i vedlegg 3.

⁹ Kirkenes sykehus har informert om at pasienter inne til rehabilitering kan tilhøre forskjellige hoveddiagnosegrupper (HDG). Inneliggende pasienter tilhører vanligvis HDG 1, men noen tilhører også i HDG 8. De fleste polikliniske pasienter tilhører HDG 8, men noen tilhører også HDG 1 og 19.

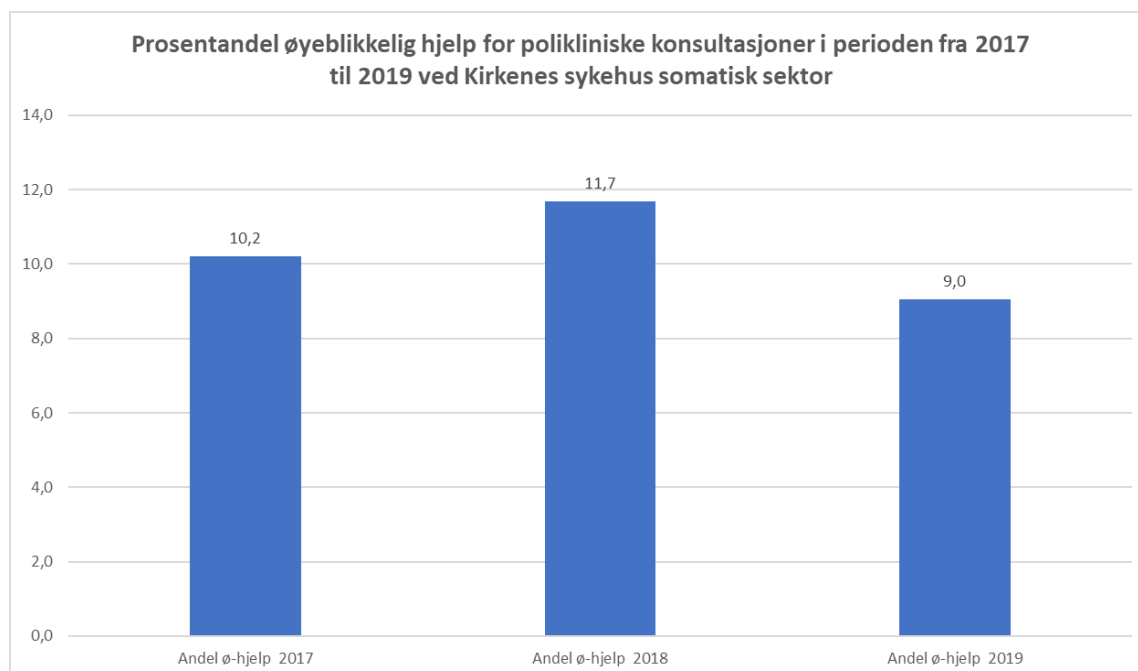
Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid



Figur 4.5 Prosentandel øyeblikkelig hjelp for døgnopphold i perioden fra 2017 til 2019 ved Kirkenes sykehus somatisk sektor. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

Figuren viser at det var en økning i andelen på 3 prosentpoeng fra 2017 til 2018 for deretter å være uendret frem til 2019.

I Figur 4.6 presenteres tilsvarende for polikliniske konsultasjoner. Her er prosentandelen betydelig lavere enn for døgnoppholdene, men det faktiske antallet er i samme størrelsesorden (se vedlegg 3).



Figur 4.6 Prosentandel øyeblikkelig hjelp for polikliniske konsultasjoner i perioden fra 2017 til 2019 ved Kirkenes sykehus somatisk sektor. Kilde: Helsedirektoratet

For poliklinikk øker andelen ø-hjelp med 1,5 prosentpoeng fra 2017 til 2018 for deretter å reduseres med 2,7 prosentpoeng fra 2018 til 2019.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Figurene viser dermed at det blir en liten økning i andelen ø-hjelp fra 2017 til 2018, noe som er konsistent med at det ble en reduksjon i antall døgnopphold og konsultasjoner samlet fra 2017 til 2018. De faktiske tallene viser også at det for døgnoppholdene var en tilnærmet stabil utvikling i antall ø-hjelpsopphold fra 2017 til 2018 (økning på to opphold) mens det for poliklinikk var en svak økning på antall ø-hjelpskonsultasjoner fra 2017 til 2018. For begge behandlingsnivåene er det en reduksjon i antall elektive fra 2017 til 2018. For døgnoppholdene øker antall elektive fra 2018 til 2019, men ikke helt opp til samme nivå som 2017. For dagoppholdene øker elektive fra 2018 til 2019 og til et nivå høyere enn i 2017 og tilsvarende for poliklinikk, men bare litt høyere enn nivået i 2017 (se vedlegg 3).

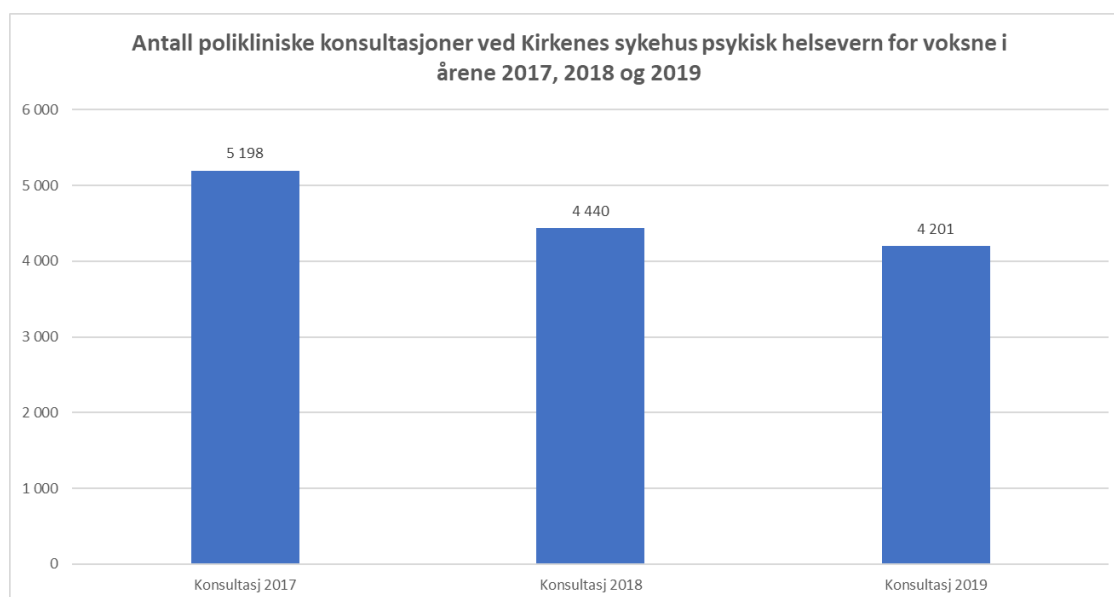
4.3.3. Aktivitetsutvikling fra 2017 til 2019 PHV voksne

I det følgende ser vi på aktiviteten ved Kirkenes sykehus knyttet til PHV-voksne (PHV-V). Ved Kirkenes sykehus er det i dag kun poliklinisk tilbud for pasientene innen PHV-V. Noen få opphold i 2017 og 2019 er registrert ved Kirkenes rusomsorg. Dette gjelder 1 konsultasjon i 2017 og 15 konsultasjoner i 2019. Det var ingen registrert i 2018. Den ene konsultasjonen som er registrert innen TSB i 2017 var i ICD10-gruppe 2 «F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer» og de 15 registrerte innen TSB i 2019¹⁰ fordelte seg med 7 konsultasjoner i ICD10-gruppe 2 «F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer», 1 konsultasjon i ICD10-gruppe 7 «F40-F49 eksklusive F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser eksklusive PTSD», 2 konsultasjoner i ICD10-gruppe 11 «F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder» og 5 konsultasjoner i ICD10-gruppe 16 «Andre ICD-10 tilstander». Disse konsultasjonene er ikke inkludert i tallene for PHV-V.

I Figur 4.7 presenteres utviklingen i antall polikliniske konsultasjoner i tidsrommet fra 2017 til 2019 psykisk helsevern for voksne (PHV-V) ved Kirkenes sykehus.

¹⁰ Det er informert om at Kirkenes sykehus ikke har et reelt tilbud innen TSB.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid



Figur 4.7 Antall polikliniske konsultasjoner 2017, 2018 og 2019 psykisk helsevern for voksne Kirkenes sykehus. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

Samlet sett var det en nedgang i antall konsultasjoner på 14,6 prosent fra 2017 til 2018 og videre en nedgang på 19,2 prosent i hele tidsrommet fra 2017 til 2019. Dette viser at forberedelser og innflytting antakelig har påvirket aktivitetsnivået i 2018 noe og at enheten i Kirkenes sykehus har en ytterligere reduksjon fra 2018 til 2019. Dette betyr at det ikke ble samme utvikling her som for somatisk sektor, at man økte fra 2018 til 2019 på omtrentlig samme nivå som før innflytting.

Det gjelder imidlertid det samme her, at endringene ikke alene kan knyttes til forberedelser og innflytting, men det kan være andre årsaker til denne utviklingen. En faktor som vil påvirke aktivitetsutviklingen fra et år til et annet er blant annet dersom det er forsinkelser i å få rekruttert til ubesatte stillinger eller hyppige utskiftninger av spesialister. I tillegg informerte Kirkenes sykehus om at det har vært en periode der det ikke har vært ansatt vikarer ved uttak av permisjoner blant spesialistene.

I Tabell 4.14 vises antall konsultasjoner 2017, 2018 og 2019 etter ICD-10-gruppene som framskrives i framskrivingsmodellen. Endringstall vises også i tabellen.

Tabell 4.14 Antall polikliniske konsultasjoner 2017, 2018 og 2019 PHV-V ved Kirkenes sykehus etter ICD10-gruppene i framskrivingsmodellen. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

ICD10 grupper i framskrivingsmodellen	Konsultasj 2017	Konsultasj 2018	Konsultasj 2019	Endring 2017-2018	Endring 2017-2019	Pst-endr 2017-2018	Pst-endr 2017-2019
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	44	26	32	-18	-12	-40,9	-27,3
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	69	46	34	-23	-35	-33,3	-50,7
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	117	127	66	10	-51	8,5	-43,6
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	8	5	6	-3	-2	-37,5	-25,0
5 F30,F32-F39 Affektive lidelser stemningslidelser	1 361	806	835	-555	-526	-40,8	-38,6
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	178	183	160	5	-18	2,8	-10,1
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterede og somatoforme lidelser ekskl PTSD	930	864	915	-66	-15	-7,1	-1,6
8 F43.1 PTSD	576	481	448	-95	-128	-16,5	-22,2
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	93	77	108	-16	15	-17,2	16,1
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	893	656	595	-237	-298	-26,5	-33,4
11 F90-F98 Atferdsforst. og følelsesm. forstyr. som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	135	131	126	-4	-9	-3,0	-6,7
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0	3	3	3	3		
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	0	1	0	1	0		
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	1	1	4	0	3	0,0	300,0
15 Z-koder	11	0	0	-11	-11	-100,0	-100,0
16 Andre ICD-10 tilstander	782	1 033	869	251	87	32,1	11,1
17 Hovedtilstand mangler	0	0	0	0	0		
Sum	5 198	4 440	4 201	-758	-997	-14,6	-19,2

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Tabellen viser at det var 6 av diagnosegruppene som hadde få eller ingen konsultasjoner i 2017. Det var 10 av diagnosegruppene som hadde en reduksjon i aktiviteten fra 2017 til 2018 og 7 hadde en økning eller en videreføring av aktiviteten fra 2017 til 2018. Fra 2017 til 2019 er det 11 av diagnosegruppene som har en reduksjon og 6 av gruppene hadde ingen endring eller en økning.

Nasjonalt har det vært en målsetting å øke aktiviteten både innen PHV og TSB prosentvis mer enn somatisk sektor de senere årene, samtidig som det også har vært en trend med mål om vridning fra døgn- til dagbehandling generelt i sektoren. Tabellen ovenfor viser at Kirkenes sykehus innen PHV-V ikke oppnådde denne målsettingen for perioden 2017 til 2019 når det gjelder polikliniske konsultasjoner.

Ifølge det som rapporteres fra NPR er det ingenting som tyder på at reduksjonen i antall konsultasjoner fra 2018 til 2019 skyldes manglende registrering av konsultasjoner til pasientregisteret¹¹.

Ifølge de ansatte har det innen PHV-V vært utfordringer i perioden med høyt sykefravær. Sykehuset opplyser om at sykefraværet var på 18 prosent i 2019. Dette vil medvirke til at aktiviteten blir lavere enn planlagt.

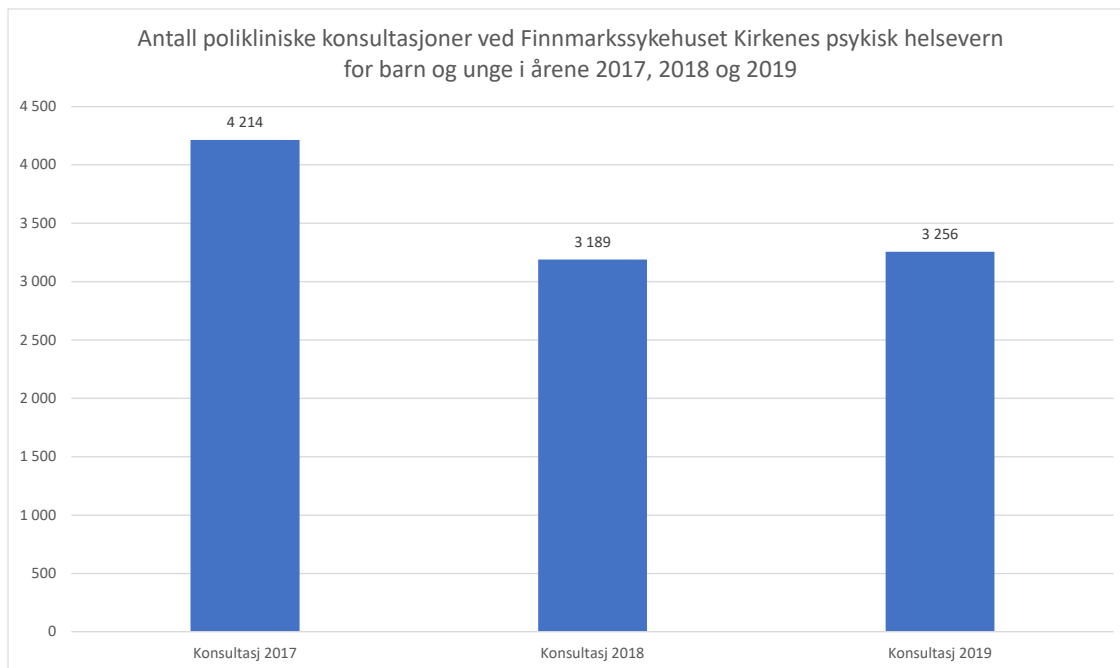
Det opplyses om at alle pasienter til tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) overføres fra UNN til Kirkene sykehus, som i 2021 gjelder 23 pasienter i Finnmark ØST.

4.3.4. Aktivitetsutvikling fra 2017 til 2019 PHV-BU

I dette delkapittelet gjennomføres samme type analyser for PHV-BU som for PHV-V. I Figur 4.8 presenteres antall polikliniske konsultasjoner per år i tidsrommet fra 2017 til 2019. Det var registrert noen få dagopphold som er inkludert i konsultasjonene.

¹¹ Se rapporten «Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2019. Norsk pasientregister, Rapport IS-2893, Helsedirektoratet 03/2020.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid



Figur 4.8 Antall polikliniske konsultasjoner 2017, 2018 og 2019 psykisk helsevern for barn og unge Kirkenes sykehus. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

Figuren viser at det ble en reduksjon i antall konsultasjoner fra 2017 til 2018 på 1 025, noe som utgjør en reduksjon på 24,3 prosent. Videre viser figuren at det ble en svak vekst fra 2018 til 2019 på 67 konsultasjoner. Dette betyr at den samlede veksten fra 2017 til 2019 var på -22,7 prosent. Aktivitetsnivået etter innflytting er derfor ikke på samme nivå som det var før innflytting. Endringene kan ikke uten videre tilknyttes innflytting i nytt bygg, men noe av reduksjonen fra 2017 til 2018 kan sikkert forklares med flytting.

De ansatte kommenterte med at mye av årsaken til at det ikke har vært en økning i aktivitet fra 2018 til 2019 skyldes både ubesatte stillinger og høyt sykefravær. De bekrefter at det ofte er en utfordring med lav bemanning samtidig med en økning i antall henvisninger. Ifølge opplysninger fra Kirkenes sykehus var sykefraværet 9 prosent i 2019. Finnmarkssykehuset HF informerer om at det var planlagt 13 stillinger, mens det faktisk var 11,1 ved BUP Kirkenes sykehus i 2019.

Tabell 4.15 viser oversikt over konsultasjoner i 2017, 2018 og 2019 etter ICD10-gruppene i framskrivingsmodellen. Grupper som hadde null konsultasjoner alle årene er ikke inkludert i tabellen.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Tabell 4.15 Antall konsultasjoner 2017, 2018 og 2019 for PHV-BU ved Kirkenes sykehus etter ICD10 gruppene i framskrivingsmodellen. Tabellen viser også endringstall. Kilde: NPR, Helsedirektoratet

ICD10-grupper i framskrivingsmodellen	Konsultasj 2017	Konsultasj 2018	Konsultasj 2019	Endring 2017-2018	Endring 2017-2019	Pst-endring 2017-2018	Pst-endring 2017-2019
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	4	7	0	3	-4	75,0	-100,0
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	307	268	213	-39	-94	-12,7	-30,6
7 F40-F49 ekskl F4301 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	615	745	613	130	-2	21,1	-0,3
8 F4301 PTSD	293	225	214	-68	-79	-23,2	-27,0
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	12	102	21	90	9	750,0	75,0
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	8	15	14	7	6	87,5	75,0
11 F90-F98 Atferdsforst. og følelsesm. forstyr. som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	1 049	932	669	-117	-380	-11,2	-36,2
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	255	87	98	-168	-157	-65,9	-61,6
15 Z-koder	4	3	2	-1	-2	-25,0	-50,0
99 Andre ICD-10 tilstander	1 607	791	1 409	-816	-198	-50,8	-12,3
99, Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	60	14	3	-46	-57	-76,7	-95,0
Sum	4 214	3 189	3 256	-1 025	-958	-24,3	-22,7

Fra 2017 til 2018 er det nedgang i 7 ICD10-grupper og en økning i fire. Fra 2017 til 2019 er det nedgang i alle ICD10-gruppene med unntak av gruppe 9 «F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer» og gruppe 10 «F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne». I 2019 var det registrert 142 konsultasjoner knyttet til pasienter i aldersgruppen 18-24 år, flesteparten 18 år¹². Dette forklarer hvorfor diagnosegruppe 10, som har hovedtilstand presisert som voksne, benyttes innenfor PHV-BU. I begge disse gruppene er det snakk om små volumer. Det er også for PHV-BU store prosentvise forskjeller i reduksjon mellom gruppene.

4.4. Aktivitetsframskrivning og kapasitetsberegning 2019-2035

4.4.1. Framskrivning somatisk sektor

I dette delkapittelet framskrives aktiviteten ved Kirkenes sykehus fra 2019 til 2035 for somatisk sektor. Det tas utgangspunkt i de samme pasientdata fra NPR 2019 som ble beskrevet i delkapittel 4.3 over. Modell for framskrivning er den nasjonale framskrivingsmodellen eid av RHF-ene, og framskrivningen er basert på standard endringsfaktorer i denne modellen med unntak av endringsfaktor for overføring av døgnkirurgi til dagkirurgi¹³. Denne faktoren er nullstilt etter ønske fra ledergruppen ved sykehuset da det ble presisert at dette potensialet allerede var tatt ut. Videre var det ikke planlagt med bruk av observasjonsenhet i Kirkenes sykehus slik at denne endringsfaktoren er også nullet ut.

Framskrivningen baseres på inndelingen i behandlingsnivåer som vist over, men enkelte tjenestegrupper spesifiseres for poliklinikk. Opphold i kirurgisk DRG benyttes som estimat på antall operasjoner. For døgnopphold i kirurgisk DRG plusses det på tre

¹² For 2017 var det registrert 297 konsultasjoner i aldersgruppen 18-19 år der 266 var i aldersgruppen 18 år.

¹³ En beskrivelse av RHF-enes framskrivingsmodell finnes på internettssidene til Sykehusbygg HF med følgende lenke:

https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

prosent i beregningen av antall operasjonsrom for å ta høyde for at det er noen få døgnopphold som har fått utført to eller flere inngrep på ulike tidsrom innenfor samme innleggelse.

I framskrivningen benyttes demografisk framskrivning fra Statistisk sentralbyrå (SSB) fra 2020 basert på det såkalte midlere alternativet av de fire endringsfaktorene i befolkningsframskrivningene (MMMM-alternativet). I kapasitetsberegningene vises beregninger med middels utnyttingsgrad og den planlagte beregningen som er beskrevet i kapittel 4.2.

4.4.1.1 Framskrivning av døgnpasienter og beregning av sengekapasitet somatisk sektor

I Tabell 4.16 presenteres framskrivningen av liggedøgn fra 2019 til 2035 for Kirkenes sykehus. Framskrivningsmodellen er basert på at en andel av liggedøgnene vil være i en observasjonspost og at en andel vil være i pasienthotell. Hvis Kirkenes sykehus benytter samme typen fasiliteter, er det likevel ikke sikkert at det er de samme andelene av pasientene som bruker disse. Det er derfor de samlede liggedøgnene som det er viktig å se på når det sammenlignes med hva som er planlagt eller hvilken kapasitet som finnes ved Kirkenes sykehus. Det understrekes også at eventuelle liggedøgn i intensivhet eller enheter for overvåkning er inkludert i samlede liggedøgn. Dette skyldes at det ikke er mulig ut fra NPR-data å finne hvor stor andel av liggedøgnene som har vært i intensiv- eller overvåkingsenhet. Dette betyr at når det beregnes sengekapasitet bør det justeres for eventuelle intensiv- og/eller overvåkingsenger.

Tabell 4.16 Framskrivning av liggedøgn fra 2019 til 2035 for Kirkenes sykehus somatisk sektor med tilpasset modell. Kilde: NPR, Helsedirektoratet og SSB

Type aktivitet	År 2019	År 2035	Endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2035
Liggedøgn sum	15 642	18 227	2 585	16,5
Liggedøgn normalseng		16 924		
Liggedøgn observasjonspost		0		
Liggedøgn pasienthotell		1 303		

Tabellen viser at den tilpassede framskrivningsmodellen estimerer at det i 2035 blir en vekst i liggedøgnene på 16,5 prosent i forhold til antallet i 2019. Dette gir en faktisk vekst på i overkant av 2 500 liggedøgn i perioden. Tabellen viser videre at gjennom modellen antas det at 1 303 av disse døgnene vil være i pasienthotell. Som nevnt er dette bruk av pasienthotell i framskrivningsmodellen, og behøver ikke å treffe den bruken av pasienthotell som eventuelt kommer framover i tid i Kirkenes sykehus. Vi er klar over at det var planlagt med pasienthotell i utgangspunktet, men disse ble tatt bort ved innflytting. Vi har likevel valgt å synliggjøre mulig behov framover i tid i Tabell 4.16.

I Tabell 4.17 presenteres tilsvarende beregning av kapasitetsbehovet basert på aktiviteten fra 2019 framskrevet til 2035. Det understrekes at kapasitetsbehovet for 2019 er beregnet med basis i antall liggedøgn registrert i NPR-data for 2019, og det er ikke det fysiske antallet senger som sykehuset hadde i 2019 eller i dag. Det understrekes igjen at behovet for intensiv- eller overvåkingsenger er inkludert i samlet antall

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

beregnete senger både i 2019 og 2035. I tabellen presenteres også antallet planlagte senger 2025 og faktisk antall senger i bruk i 2020. Middels utnyttingsgrad for normalsenger er 85 prosent belegg og 75 prosent belegg for pasienthotell. I beregningen for planlagt 2025 var det benyttet 82,5 prosent belegg for normalsenger og 75 prosent belegg for senger i pasienthotell. Det inngår 5 intensivsenger både i planlagt 2025 og i senger i bruk 2020.

Tabell 4.17 Beregnet antall senger 2019 og 2035 basert på aktiviteten presentert i Tabell 4.16

Type kapasitet	Beregnet 2019 med middels utn.grad	Beregnet 2019 med utn.grad lik planlagt	Beregnet 2035 med middels utn.grad	Beregnet 2035 med utn.grad lik planlagt	Planlagt og bygd 2025	Senger i bruk 2020
Antall senger samlet	51	52	60	62	59	56

Tabellen viser at liggedøgnene i 2019 krever bruk av 51 senger samlet dersom det benyttes 85 prosent belegg, og at liggedøgnene framskrevet til 2035 krever bruk av 60 senger med 85 prosent belegg. Dersom belegget reduseres til 82,5 (planlagt) øker beregnet antall senger 2019 til 52 og beregnet antall 2035 til 62. Døgn i intensivsenger er inkludert i liggedøgnene når sengetall beregnes. I framskrivningen fra 2007 til 2025 ble det beregnet et behov for 59 senger i 2025 inkludert 5 intensivsenger. Sykehuset opplyser at i 2020 er 56 senger i bruk inkludert 5 intensivsenger. Når vi beregner beleggsprosent i framskrivning benyttes 75 prosent belegg i intensivsenger uavhengig av hvilken beleggsprosent som benyttes på normalsengene.

Beregningene viser at det ikke er for liten kapasitet for liggedøgnene, inklusive intensivdøgn, i 2019 når 56 senger er i bruk. Det må imidlertid bemerkes at 8 senger benyttes som 5-døgnspost for kirurgiske og ortopediske pasienter. Det er videre informert om at andre pasienter vanligvis ikke benytter eventuell ledig kapasitet på fysikalsk medisin og rehabiliteringsenhet (FMR) samt føde- og gynekologisk enhet. Det kan derfor bli kapasitetsproblemer med 56 senger også i forhold til dagens aktivitet. Dersom tilgjengelige senger fortsatt skal være 56 også i 2035, må enten liggetid reduseres eller beleggsprosent økes framover i tid.

Med 82,5 prosent belegg og 56 senger kan det maksimalt behandles 16 863 liggedøgn, det vil si 1 364 liggedøgn døgn færre enn hva som er framskrevet til 2035. Ut fra disse forutsetningene blir det ikke tilstrekkelig kapasitet med 56 senger i framtida. I denne beregningen er det ikke korrigert for eventuell bruk av pasienthotell eller om det er full utnytting av intensivsengene kapasitetsmessig. Hvis de 5 intensivsengene ikke utnyttes med minimum 82,5 prosent belegg, økes kapasitetsbehovet og beleggsprosent i normalsengene må økes ytterligere, eller at liggetid reduseres i forhold til dagens nivå.

I Tabell 4.18 gis en oversikt over faktiske senger fordelt på avdeling og der de tekniske sengerne (intensivsenger) er vist separat.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Tabell 4.18 Faktiske senger fordelt på avdeling, tekniske senger (intensivsenger) vist separat

Føde og gynekologi*	Medisin	Kirurgi	Intensiv	FMR	Sum senger
5	24	16	5	9	59

* I tillegg har føde og gynekologi 2 observasjonssenger.

I praksis vil ikke intensivsengene, som er lokalisert i etasjen under ved akuttmottaket, benyttes fleksibelt ved ledig kapasitet. Forholdet mellom antallet normalsenger i sengeområdet og intensivsenger blir ytterligere beskrevet i kapittel 6.2.1.

4.4.1.2 Framskriving av kirurgisk aktivitet og beregning av operasjonsrom 2019-2035

I dette delkapittelet undersøkes hva som kreves av antall operasjonsrom knyttet til aktiviteten i 2019 framskrevet til 2035. Som estimat for antall operasjoner benyttes antall døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG. Som nevnt tidligere plusses det på 3 prosent døgnopphold i kirurgisk DRG når det beregnes kapasitetsbehov for døgnkirurgien. I Tabell 4.19 presenteres en oversikt over antallet døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG 2019 framskrevet til 2035 for Kirkenes sykehus. Tabellen viser også hvor mange operasjonstimer dette utgjør. Operasjonstimer er definert som antallet opphold i kirurgisk DRG multiplisert med gjennomsnittlig operasjonstid for oppholdet. For dagkirurgi er operasjonstiden satt til 1,5 timer mens tiden for døgnkirurgien varierer fra 1,5 til 2,5 timer avhengig av type lidelse pasienten opereres for. For dagkirurgien er det inkludert 20 minutter i tid mellom operasjonene og 30 minutter mellom døgnoperasjonene. I vedlegg 2 til kapittelet er operasjonstidene presentert for diagnosegruppene som framskrives i den nasjonale modellen.

I framskrivingsmodellen er det lagt inn en forutsetning om at det framover i tid skjer en dreining i retning av at en andel av de som i dag er døgnpasienter i kirurgisk DRG blir dagpasienter i kirurgisk DRG. Ifølge opplysninger fra sykehuset er dette potensialet uttømt i Kirkenes sykehus, slik at i framskrivningen av kirurgisk DRG er denne endringsfaktoren nullet ut. Dette gir 115 færre dagopphold i kirurgisk DRG framskrevet til 2035 og tilsvarende flere døgnopphold i kirurgisk DRG i forhold til standardfaktorene i framskrivingsmodellen.

Tabell 4.19 Antall døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG samt operasjonstimer 2019 framskrevet til 2035 ved Kirkenes sykehus tilpasset modell. Kilde NPR, Helsedirektoratet, SSB

Kirkenes sykehus	År 2019	År 2035	Endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2035
Antall døgnopph kir DRG	610	774	164	26,8
Antall dagopphold kir DRG	1 066	1 127	61	5,7
Antall operasjonstimer døgnkirurgi (3% tillegg på døgnopp	1 484	1 879	395	26,6
Antall operasjonstimer dagkirurgi	1 599	1 691	92	5,7

Tabellen viser en økning på 26,8 prosent for døgnkirurgien og 5,7 prosent for dagkirurgien fra 2019 til 2035. Grunnen til at det er større vekst i døgnkirurgien er at endringsfaktor som overfører døgnoperasjoner til dagkirurgi er nullet ut i tilpasset modell, og at alderssammensetningen er forskjellig for døgn- og dagkirurgipasienter.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

I Tabell 4.20 vises beregnet kapasitetsbehov for den kirurgiske aktiviteten for 2019 og 2035 basert på aktiviteten fra Tabell 4.19. Her er det relativt stor forskjell på middels utnyttingsgrad i modellen og hva som ble planlagt for sykehuset (se Tabell 4.1). I kapasitetsberegningen er det vist et kapasitetsbehov både for en situasjon der det er et skille mellom operasjonsrom benyttet til døgnekirurgi og dagkirurgi, og dersom døgnekirurgi og dagkirurgi benytter stuen felles. I planleggingen var det beregnet behov for 4 operasjonsrom, hvorav ett rom var skiftestue. Ifølge opplysninger fra sykehuset er dette også tilgjengelig kapasitet i bruk i 2020.

Tabell 4.20 Antall beregnede operasjonsrom for 2019 og 2035 ved Kirkenes sykehus. Beregning basert på aktiviteten fra Tabell 4.19.

Type kapasitet	Beregnet 2019 med middels utn.grad	Beregnet 2019 med utn.grad lik planlagt	Beregnet 2035 med middels utn.grad	Beregnet 2035 med utn.grad lik planlagt	Planlagt 2025	Rom i bruk 2020
Antall operasjonsrom døgnekirurgi	1	2	1	2		
Antall operasjonsrom dagkirurgi	1	2	1	2		
Avrundet opp felles rom for døgnekirurgi og dagkirurgi	2	3	2	3	3+1	3+1

Dersom beregningen baseres på adskilte områder for døgnekirurgi og dagkirurgi kreves det 2 operasjonsrom for aktiviteten i 2019 med middels utnyttingsgrad, og 4 rom med utnyttingsgrad tilsvarende den planlagte. Behovet endres ikke når aktiviteten framskrives til 2035. Dersom operasjonsrommene benyttes i felleskap av døgnekirurgi og dagkirurgi krever aktiviteten i 2019 2 rom med middels utnyttingsgrad og 3 rom med planlagt utnyttingsgrad. Dette forholdet endres ikke når aktiviteten framskrives til 2035. Her må det imidlertid anføres at beregnet kapasitetsbehov for 2019 var 2,6 for fellesområde og 3,0 for aktiviteten framskrevet til 2035 med planlagt utnyttingsgrad. Dette betyr at 3 rom ikke gir mye ledig kapasitet i forhold til de utnyttingsgradene som er lagt inn.

Dette betyr at det vil være tilstrekkelig kapasitet også i 2035 dersom kapasiteten fra 2020 videreføres til 2035. Dette er nok avhengig av hvor mange av operasjonstimene som kan utføres i skiftestue. Som nevnt var beregnet behov for planlagt utnyttingsgrad lik 3,0 for de operasjonstimene framskrevet samlet til 2035. For å ivareta eventuelle samtidighetsbehov er det antakelig lurt å øke kapasiteten med ett operasjonsrom framover i tid.

4.4.1.3 Framskriving polikliniske konsultasjoner 2019-2035 somatisk sektor

I det følgende undersøkes kapasitetsbehov til utvalgte dagmedisinske tilbud samt polikliniske konsultasjoner. I Tabell 4.21 presenteres en oversikt over dialyse, kjemoterapi, infusjoner, lysbehandling og resterende polikliniske konsultasjoner. I polikliniske konsultasjoner inngår alle de polikliniske endoskopiene (700-DRG-ene) samt småkirurgi og medisinske prosedyrer i 800-DRG-ene med unntak av kjemoterapi og infusjoner av medikamenter som spesifiseres som egne grupper.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Tabell 4.21 Antall konsultasjoner 2019 framskrevet til 2035 for dagmedisinske og polikliniske tilbud ved Kirkenes sykehus. Kilde: NPR, Helsedirektoratet, SSB

Type aktivitet	År 2019	År 2035	Endring 2019-2035	Pstr-endring 2019-2035
Dialyse	626	1 414	788	125,9
Kjemoterapi	455	592	137	30,1
infusjoner	464	624	160	34,5
Lysbehandling	1 496	1 522	26	1,7
Polikliniske konsultasjoner	25 897	33 546	7 649	29,5

Tabellen viser at dialysen får framskrevet en betydelig vekst frem mot 2035 med 125,9 prosent økning i perioden. En nærmere gransking av data viser at det er den demografiske framskrivningen til 2035 som har en vekst på 116,2 prosent. Her er det snakk om 6 unike pasienter som står for de 626 konsultasjonene i 2019, og veksten her er nok knyttet til at det kommer nye pasienter til i perioden. Ellers viser tabellen at de polikliniske konsultasjonene øker med 29,5 prosent i perioden. Lysbehandlingen framskrives til omtrent samme nivå som i 2019.

I Tabell 4.22 presenteres utnyttingsgrader og behandlingstider for aktiviteten presentert over. Her også presenteres det kapasitet beregnet med middels utnyttingsgrad og med planlagt utnyttingsgrad for Kirkenes sykehus.

Tabell 4.22 Utnyttingsgrader og behandlingstider for dagmedisin og polikliniske konsultasjoner

Type aktivitet	Middels utnyttingsgrad			Planlagt utnyttingsgrad Kirkenes		
	Brukstid dager i året	Brukstid timer per dag	Tidsbruk per aktivitet	Brukstid dager i året	Brukstid timer per dag	Tidsbruk per aktivitet
Dialyse	313	5	5,00	261	5	5,00
Kjemoterapi	230	8	4,00	200	6	5,00
Infusjoner	230	8	4,00	200	6	4,00
Lysbehandling	230	8	0,25	200	6	0,25
Poliklinikk (ub-rom)	230	8	0,75	220	6	1,00

Med en behandlingstid på 5 timer kan det utføres en dialysebehandling per dag dersom brukstiden per dag er mindre enn 10 timer. I standardmodellen antas det at dialysen er stengt hver søndag, ellers åpent alle dager i året, med middels utnyttingsgrad. Dette gir 313 dager åpent for dialysen. I Kirkenes sykehus er det planlagt med stengning både lørdag og søndag, noe som gir 261 dager åpent i året. For de andre dagaktivitetene antas det at det er en effektiv brukstid på 230 dager i året 8 timer per dag med middels utnyttingsgrad. I planleggingen av Nye Kirkenes sykehus ble det antatt 200 dager åpent i året 6 timer per dag for all medisinsk dagbehandling. For poliklinikk ble det planlagt med 220 dager åpent i året 6 timer brukstid per dag. Når det gjelder tidsbruken per aktivitet er det noe usikkerhet i hva som var planlagt, men sykehuset har hatt egne innspill på hvilke behandlingstider som ønskes lagt inn i kapasitetsberegningene. Vi betegner likevel disse tidene som planlagte behandlingstider for Nye Kirkenes sykehus. De aktivitetene som avviker fra standardtidene i framskrivingsmodellen er kjemoterapi, der det er ønskelig med 5 timer behandlingstid i Kirkenes sykehus, og poliklinikk der det er ønskelig med 60 minutter behandlingstid i Kirkenes sykehus. For de andre dagaktivitetene er behandlingstidene lik standardtidene.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

I Tabell 4.23 presenteres beregnet antall plasser og rom ut fra forutsetningene i Tabell 4.22 og aktiviteten i Tabell 4.21. Planlagt kapasitet 2025 og kapasitet i bruk 2020 presenteres også. For kjemoterapi og poliklinikk presenteres kapasitet beregnet med både standard behandlingstid og tilpasset tid.

Tabell 4.23 Antall beregnede plasser/rom for medisinsk dagbehandling og polikliniske konsultasjoner 2019 og 2035 ved Kirkenes sykehus. Beregning basert på aktiviteten fra Tabell 4.21 og forutsetninger i Tabell 4.22. Planlagt kapasitet 2025 og kapasitet i bruk 2020 vises også¹⁴.

Kapasitetstyper	Beregnet 2019 med middels utn.grad	Beregnet 2019 med utn.grad lik planlagt	Beregnet 2035 med middels utn.grad	Beregnet 2035 med utn.grad lik planlagt	Planlagt 2025	I bruk 2020
Dialyse	2	3	5	6	6	5
Kjemoterapi (standard behandlingstid)	1	2	2	2	6	4
Kjemoterapi (Tilpasset behandlingstid)		2		3		
Infusjoner	2	2	2	3	Felles med kjemo.	
Lysbehandling	1	1	1	1	Ikke kjent	1
Poliklinikk (standard behandlingstid)	11	15	14	20	20	19
Poliklinikk (tilpasset behandlingstid)		20		26		

Den relativt sterke veksten i antall dialysekonsultasjoner krever mer enn en fordobling av beregnet kapasitet i 2019 for å ta unna veksten til 2035 som krever 5 dialyseplasser med middels utnyttingsgrad. Med utnyttingsgrad lik planlagt krever aktiviteten i 2019 3 dialyseplasser og 6 plasser basert på framskrevet aktivitet 2035. En videreføring av de 5 plassene som er i bruk i 2020 er derfor ikke tilstrekkelig for å ivareta den framskrevne økningen i aktiviteten frem mot 2035. Dersom framskrevet aktivitet skal tas unna med 5 plasser, må utnyttingsgraden økes til minimum middels, noe som er en betydelig økning i forhold til den planlagte.

I 2035 kreves det 4 plasser samlet for kjemoterapi og infusjoner av medikamenter med middels utnyttingsgrad. Med planlagt utnyttingsgrad kreves henholdsvis 2 og 3 plasser i 2035. Dersom behandlingstiden økes til 5 timer kreves det også 3 plasser for kjemoterapi, til sammen 6 i 2035. En videreføring av dagens kapasitet på 4 plasser blir derfor ikke tilstrekkelig i framtida med planlagt kapasitetsutnyttning. Kapasiteten på 4 plasser er nesten utnyttet fullt ut med aktivitetsnivået i 2019. Dette betyr at enten må antall plasser økes eller utnyttingsgraden økes i forhold til den planlagte. Sykehuset opplyser at det er en plass tilrettelagt for kjemoterapi, men denne er uten oksygenuttak og sug. De ansatte bekrefter utfordringer med tilstrekkelig dagplasser for kjemoterapi. Dette skyldes blant annet den medisinske utviklingen innen kjemoterapi og biologisk behandling med blant annet mer sammensatte kurer. I tillegg opplyses det om at Kirkenes sykehus selv har onkolog til stede slik at pasientene blir sendt tidligere tilbake fra UNN, samt at pasientene ikke har behov for å reise til UNN for oppfølging som

¹⁴ I 2020 er det 5 dialyseplasser i bruk i dagområdet, men det er satt av arealer til en ekstra dialysemaskin i framtida. I tillegg opplyser Kirkenes sykehus om at det er to dialysemaskiner på intensivheten som ikke er inkludert i plasser i bruk.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

tidligere. Dette gir plassutfordringer. Det kommenteres også at sykehuset ikke mottar ferdigblandede kurer fra apotek, men blander disse selv.

For lysbehandling har vi ikke fått opplysninger om hva som var planlagt, men kapasiteten i 2020 var på 1 plass. Aktiviteten i 2019 og framskrevet til 2035 krever også 1 plass. Beregnet antall plasser for aktiviteten i 2035 med planlagt utnyttingsgrad er på 0,3, slik at her er 1 plass tilstrekkelig for å ivareta framtidig aktivitet på området samtidig som det er rom for å øke aktiviteten utover den framskrevne.

Med middels utnyttingsgrad er det behov for 14 generelle poliklinikkrom (UB-rom) basert på framskrevet aktivitet til 2035. Med planlagt utnyttingsgrad og behandlingstid lik 45 minutter, kreves det 20 UB-rom med aktiviteten framskrevet til 2035. Dersom behandlingstiden økes til 60 minutter kreves det 26 UB-rom i 2035. Med 1 times behandlingstid i poliklinikk, og ellers utnyttingsgrader som planlagt, er kapasiteten på 19 rom i bruk allerede overskredet med en aktivitet i 2019 som krever 20 rom. En videreføring av kapasitet på 19 rom er ikke bærekraftig verken i forhold til dagens eller framtidens aktivitetsnivå. Her blir det derfor behov for enten å utvide kapasitet eller legge om driften av dagens poliklinikk med høyere utnyttingsgrad og/eller overgang til en høyere andel digitale konsultasjoner som ikke krever fysisk oppmøte for pasienten.

4.4.1.4 Framskrivning fødsler 2019-2035

I 2019 ble det gjennomført 38 keisersnitt i Kirkenes sykehus. Disse inngår i aktiviteten knyttet til kirurgi over og inngår i beregningen av kapasitetsbehovet for operasjonsrom. Data viser videre at det i 2019 ble gjennomført 146 opphold med vaginal fødsel som krever fødestue. I framskrivingsmodellen inngår fødslene i ICD10-gruppe 21 med hoveddiagnoser 000-099 «Svangerskap, fødsel og barseltid, inkludert resultat av fødsel». Disse framskrives kun med demografisk vekst i framskrivingsmodellen og viser at i 2019 var det totalt i gruppen 233 døgnopphold som ble demografisk framskrevet til 222 i 2035, en nedgang på 4,7 prosent. De 146 vaginale fødslene er en del av denne gruppen, og dersom vi antar samme demografiske vekst for fødslene som gruppen for øvrig, kan det forventes at det blir 139-140 fødsler i 2035. Dette betyr at de to fødestuene som er i bruk i dag vil være tilstrekkelig for antallet fødsler i 2035 også.

4.4.2. Framskrivning PHV for voksne og en alternativ kapasitetsberegning

I dette delkapittelet framskrives aktiviteten i PHV-V fra 2019 til 2035. Videre beregnes det kapasitetsbehov basert på aktivitetsnivået i 2019 og framskrevet til 2035. I framskrivningen benyttes den nasjonale framskrivingsmodellen med endringsfaktorer slik de er. Som nevnt tidligere er det kun poliklinisk virksomhet innenfor PHV-V. Aktiviteten knyttet til TSB inngår i aktiviteten for PHV-V. Her er det snakk om svært få konsultasjoner. Datagrunnlaget viser at det var 1 konsultasjon i 2017 og 15 konsultasjoner i 2019. I de følgende oversiktene holdes disse konsultasjonene utenfor.

I Tabell 4.24 presenteres en oversikt over hvordan antallet konsultasjoner samlet i 2019 framskrives til 2035. I framskrivningen benyttes standard endringsfaktorer for

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

poliklinikk som ligger i modellen¹⁵. I vedlegg 1 er endringsfaktorene presentert. I tabellen er første linje oversikt over de pasientene som behandles i egne lokaler. Dette er derfor eksklusive ambulante pasienter som behandles utenfor egne lokaler (basert på registrert «stedForAktivitet» i NPR-data). De som er behandlet utenfor egne lokaler er i linje to i tabellen og betegnes som ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler. De 15 konsultasjonene i 2019 fra TSB var alle i kategorien ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler, og er inkludert i tallene i linje to i tabellen. Antall ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler vil være forskjellig i antall i forhold til alle konsultasjoner behandlet av ambulanseteam, da ambulanseteam også kan behandle pasienter i egne lokaler.

Tabell 4.24 Antall konsultasjoner 2019 framskrevet til 2035 med endringstall PHV-V Kirkenes sykehus.
Kilde: NPR, Helsedirektoratet, SSB

Aktivitet	År 2019	År 2035	Endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2035
Sum polikliniske konsultasjoner i egne lokaler	3 916	4 530	614	15,7
Ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler	300	347	47	15,7
Sum konsultasjoner	4 216	4 877	661	15,7

Det blir en økning i antall konsultasjoner framskrevet til 2035 på 15,7 prosent. Dette er noe lavere vekst enn tilsvarende for somatisk sektor. Dette skyldes at det er en yngre pasientsammensetning her enn i somatisk sektor som har høyest forbruk innenfor de eldre pasientgruppene.

I Tabell 4.25 presenteres en beregning som viser kapasitetsbehovet dersom alle konsultasjoner i egne lokaler skulle ha blitt behandlet i et felles poliklinikkområde med utnyttingsgrader tilsvarende Tabell 4.3 der middels utnyttingsgrad er 230 dager i året 6 timer effektivt per dag, og en konsultasjonstid på 1,5 timer. Tabellen viser også antall behandlerkontor som var ved institusjonen i 2020.

Tabell 4.25 Antall generelle poliklinikkrom 2019 og 2035 basert på middels utnyttingsgrad og antall konsultasjoner i egne lokaler 2019 framskrevet til 2035 ved Kirkenes sykehus PHV-V. Antall behandlerkontor 2020 er også presentert

Kapasitet	Beregnet 2019 med middels utn.grad	Beregnet 2035 med middels utn.grad	Antall behandlerkontor 2020
Antall poliklinikkrom	5	5	11

Dersom praksisen ved Kirkenes sykehus hadde vært egne poliklinikkrom med middels utnyttingsgrad, hadde aktivitetsnivået i 2019 og 2035 krevd 5 behandlingsrom. Beregnet kapasitet i 2035 var på 4,9 slik at her hadde det ikke blitt mye ledig kapasitet i

¹⁵ En beskrivelse av RHF-enes framskrivingsmodell med standard endringsfaktorer finnes på internettssidene til Sykehusbygg HF med følgende lenke:
https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

2035 med 5 behandlingsrom. Dersom man hadde valgt en slik løsning måtte behandlerne ha plass til å gjøre administrativt arbeid i tillegg. Om dette hadde krevd 11 kontor plasser i tillegg eller om det kunne vært sambruk dersom noen ikke hadde full stilling og så videre, vites ikke. Uansett, dette var bare et eksempel på en annen måte å organisere behandlingen på.

I Kirkenes sykehus har man valgt en løsning med behandlerkontor. Om det blir behov for flere behandlerkontor i 2035 i forhold til de 11 man har i dag, er avhengig av i hvor stor grad kontorene i dag er benyttet av behandlere på deltid eller ikke.

Aktivitetsframskrivingen viser at det blir en økning i antall konsultasjoner på i underkant av 16 prosent frem mot 2035. Tallene her sier ikke noe om hvorvidt det er mulig å øke aktiviteten med 16 prosent uten å øke antall behandlere tilsvarende. En økning av behandlere på 16 prosent blir 1,8, det vil si en økning på 2 behandlere. Dette betyr at dersom alle behandlere i 2035 skal ha samme antall konsultasjoner per behandler som i dag kreves det 2 nye behandlere og dermed 2 nye behandlerkontor i 2035, som gir 13 totalt. Ifølge opplysninger fra sykehuset er det planlagt med 13 stillinger i 2022 noe som betyr at framskrevet aktivitet kan tas uten at antall konsultasjoner per behandler øker i forhold til i dag. En oversikt over antall behandlerkontor i bruk 2020 og antall planlagte behandlerkontor i 2022 er vist i figuren nedenfor.

Tabell 4.26 Antall behandlerkontor 2020 og planlagt antall i 2022 i PHV- Kirkenes sykehus

Kapasitet	Antall behandlerkontor 2020	Antall behandlerkontor planlagt i 2022
Antall behandlerkontor	11	13

4.4.3. Framskrivning PHV for barn og unge og en alternativ kapasitetsberegning

I dette delkapittelet gjennomføres samme type analyser for PHV-BU som analysene som ble gjennomført for PHV-V. Det er som tidligere nevnt kun poliklinisk virksomhet ved Kirkenes sykehus i denne sektoren også.

I Tabell 4.27 presenteres en oversikt over konsultasjoner 2019 framskrevet til 2035. Ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler presenteres i linje to i tabellen for å gi en samlet oversikt over aktiviteten. Disse må heller ikke her forveksles med antall konsultasjoner behandlet av ambulante team, da disse erfaringsmessig vil ha ulikt antall. Det er samme inndeling i tabellene over aktiviteten i PHV-BU som for PHV-V over.

Tabell 4.27 Antall konsultasjoner 2019 framskrevet til 2035 med endringstall og beregnet antall behandlerkontor basert på aktiviteten i PHV-BU Kirkenes sykehus. Kilde NPR, Helsedirektoratet, SSB

Aktivitet	År 2019	År 2035	Endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2035
Sum polikliniske konsultasjoner i egne lokaler	2 969	3 044	75	2,5
Ambulante konsultasjoner utenfor egne lokaler	287	294	7	2,5
Sum konsultasjoner	3 256	3 338	82	2,5

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Det blir en betydelig lavere framskrevet vekst for PHV-BU enn tilsvarende for PHV-V. Veksten blir på 2,5 prosent.

I Tabell 4.28 viser beregning av kapasiteter 2019 og 2035 basert på aktiviteten i Tabell 4.27. Det er de samme kapasitetsberegning som for PHV-V, der det antas middels utnyttingsgrad på konsultasjoner i egne lokaler 2019 framskrevet til 2035. Antall behandlerkontor 2020 vises også i tabellen.

Tabell 4.28 *Antall generelle poliklinikkrom 2019 og 2035 basert på middels utnyttingsgrad og antall konsultasjoner i egne lokaler 2019 framskrevet til 2035 ved Kirkenes sykehus PHV-BU. Antall behandlerkontor 2020 er også presentert*

Kapasitet	Beregnet 2019 med middels utn.grad	Beregnet 2035 med middels utn.grad	Antall behandlerkontor 2020
Antall poliklinikkrom	4	4	11

Beregnet kapasitetsbehov blir det samme både i 2019 og 2035 dersom det skal beregnes behov for antall behandlingsrom med middels utnyttingsgrad. Som for PHV-V vil en slik løsning betinge at behandlerne har plasser for administrativt arbeid i tillegg. Som for PHV-V er det vanskelig å si om det ville bli behov for 11 administrative arbeidsplasser i tillegg eller ikke. I dagens organisering av behandlingen var det i 2020 11 behandlerkontor i Kirkenes sykehus. Dette er Ifølge opplysninger fra HF-et er det planlagt med 14 behandlere fra 2022. En oversikt over antall behandlerkontor i bruk 2020 og antall planlagte behandlerkontor i 2022 er vist i figuren nedenfor.

Tabell 4.29 *Antall behandlerkontor i bruk 2020 og planlagt antall i 2022 i PHV-BU Kirkenes sykehus*

Kapasitet	Antall behandlerkontor 2020	Antall behandlerkontor planlagt i 2022
Antall behandlerkontor	11	14

I tillegg opplyser Kirkenes sykehus om at det er søkt om to stillinger til over budsjettet i 2022.

4.4.4. Ny framskriving

Det er avtalt med Finnmarkssykehuset HF at aktivitetsdata fra NPR for driftsåret 2022 skal benyttes til å vise aktivitetsutvikling, framskriving og kapasitetsbehov fire år etter innflytting. Dette er planlagt gjennomført i 2023. Opprinnelig var utgangsåret for framskrivingen 2021, men dette ble endret grunnet COVID-19 pandemien.

4.5. Sammendrag

Finnmarkssykehuset HF ba Sykehusbygg undersøke om hvordan aktiviteten var før, under og etter innflytting i nytt sykehus andre halvår 2018. HF-et var spesielt interessert i å undersøke om aktiviteten våren 2018 var høyere enn aktiviteten våren 2019.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Resultatene fra tertialvis undersøkelse av aktiviteten ved sykehuset 2018 og 2019, viser at for somatisk sektor var det høyere aktivitet i alle tertial i 2019 enn tilsvarende for 2018 for alle behandlingsnivåene. Døgnoppholdene hadde prosentvis størst økning i første tertial, mens dagbehandling og poliklinikk hadde størst økning i tredje tertial. Dette viser at det ikke var noen grunn til ikke å benytte hele års data i evalueringen. Antall døgnopphold ble redusert fra 2017 til 2018 for deretter å øke igjen til 2019. Samlet endring i antall døgnopphold ble slik at aktiviteten i 2019 ble høyere enn hva den var i 2017, året før innflyttingsåret. Samme utvikling var det også for dagoppholdene som hadde en betydelig høyere aktivitet i 2019 enn i 2017 selv om aktiviteten fra 2017 til 2018 ble redusert blant annet på grunn av innflyttingen. For de polikliniske konsultasjonene i somatisk sektor var det samme utvikling, med en reduksjon i antall konsultasjoner fra 2017 til 2018 og en økning fra 2018 til 2019. Her klarte man imidlertid ikke mer enn å gjenopprette aktivitetsnivået fra 2017 i 2019.

En undersøkelse av inntaksmåte viser at det særlig er de elektive døgnoppholdene som reduseres fra 2017 til 2018, mens det for akutte innleggelser var en stabil utvikling fra 2017 til 2018. Det samme mønsteret er det for poliklinikk også fra 2017 til 2018. For døgnopphold var det en økning i akutte og elektive innleggelser fra 2018 til 2019. I poliklinikk var det en reduksjon i antall konsultasjoner med inntaksmåte akutt fra 2018 til 2019, og antallet i 2019 var lavere enn i 2017. Samtidig var det en økning i antall elektive konsultasjoner fra 2018 til 2019. Dette forklarer at andelen akutte konsultasjoner har blitt redusert fra 2018 til 2019.

For PHV er det bare poliklinisk aktivitet ved Kirkenes sykehus. For PHV-V var det en nedgang i alle tre tertial fra 2018 til 2019, størst prosentvis nedgang i 3. tertial. Det er derfor ingen grunn til ikke å se på hele års-data i PHV-V heller. Som i somatisk sektor ble det også i PHV-V en reduksjon i aktiviteten fra 2017 til 2018, som skyldes forberedelser og innflytting i noen grad. Her klarte man imidlertid ikke å gjenopprette aktivitetsnivået til nivået i 2017, men fikk en ytterligere reduksjon i aktiviteten fra 2018 til 2019. Sykehuset opplyser om at det var høyt sykefravær i 2019, noe som har bidratt til at aktiviteten ble lavere enn planlagt.

Når det gjelder TSB, informerer sykehuset om at det per i dag ikke er kapasitet til behandlerkontor innen denne sektoren som opprinnelig planlagt.

For PHV-BU var det en økning i alle tre tertial fra 2018 til 2019, størst prosentvis vekst i 1 tertial. Det benyttes derfor hele års-data her også i evaluering av aktivitetsutvikling. Fra 2017 til 2018 ble det en reduksjon i aktiviteten på 24 prosent. Videre viser utviklingen at man ikke klarte å øke aktiviteten fra 2018 til 2019, men den havnet på omtrent samme nivå som i 2018. Noe av den relativt sterke prosentvise nedgangen fra 2017 til 2018 kan nok tilskrives innflytting, men antakelig ikke bare det. De ansatte opplyser om at mye av årsaken til at de ikke klarte å øke aktiviteten fra 2018 til 2019 skyldtes både ubesatte stillinger og høyt sykefravær. Det påpekes at det ofte er en utfordring med lav bemanning samtidig som antall henvisninger øker.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

I kapittel 4.4.2 gjøres det en framskriving av aktiviteten ved Kirkenes sykehus basert på en tilpasset versjon av den nasjonale framskrivingsmodellen. Med basis i denne framskrivingen til 2035 beregnes det også kapasitetsbehov med middels utnyttingsgrader og planlagte utnyttingsgrader i prosjektet. Planlagte utnyttingsgrader var gjennomgående lavere enn middels.

I somatisk sektor opplyses det at det var planlagt og bygd med 59 senger, men kun 56 senger ble tatt i bruk ved innflytting. Framskrivningen viser at med middels utnyttingsgrad blir det behov for 60 senger framover i tid, og 62 senger dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes i beregningen. Dette viser at dersom disse 56 sengene videreføres framover i tid, vil det bli kapasitetsproblemer dersom ikke sengeantall eller utnyttingsgrader økes. Det understrekes at denne beregningen er gjort under forutsetning av at alle spesialiteter kan benytte alle senger. I praksis er det ikke slik ved sykehuset i dag, da 5 intensivsenger i perioder kan ha lavere belegg enn 75 prosent som er betingelsen i beregningen. Videre er det slik at 8 senger er tatt i bruk som 5-døgnspost for kirurgiske og ortopediske pasienter, samt at det er slik at eventuell ledig kapasitet på både FMR og føde- og gynekologisk enhet sjelden benyttes av andre pasienter. Dette forklarer nok at man opplever kapasitetsutfordringer allerede i dag også med 56 senger i bruk.

Med adskilte områder for døgn- og dagkirurgi kreves det 2 operasjonsrom for aktiviteten i 2019 med middels utnyttingsgrad, og 4 rom med utnyttingsgrad tilsvarende den planlagte. Behovet endres ikke når aktiviteten framskrives til 2035. Dersom operasjonsrommene benyttes i felleskap av døgn- og dagkirurgi krever aktiviteten i 2019 2 rom med middels utnyttingsgrad og 3 rom med planlagt utnyttingsgrad. Dette forholdet endres heller ikke når aktiviteten framskrives til 2035. Her må det imidlertid anføres at beregnet kapasitetsbehov for 2019 var 2,6 for fellesområde og 3,0 for aktiviteten framskrevet til 2035 med planlagt utnyttingsgrad. Dette betyr at 3 rom ikke gir mye ledig kapasitet i forhold til de utnyttingsgradene som er lagt inn. Dette betyr at det vil være tilstrekkelig kapasitet også i 2035 dersom kapasiteten fra 2020 videreføres til 2035. Dette er nok avhengig av hvor mange av operasjonstimene som kan utføres i skiftestue. Som nevnt var beregnet behov for planlagt utnyttingsgrad lik 3,0 for operasjonstimene framskrevet samlet til 2035. For å ivareta eventuelle samtidighetsbehov er det antakelig lurt å øke kapasiteten med ett operasjonsrom framover i tid.

Dialysebehandlingen framskrives med en sterk vekst. Med middels utnyttingsgrad kreves 5 dialyseplasser i 2035, og med utnyttingsgrad lik planlagt, kreves det 6 dialyseplasser i 2035 for å ta unna veksten. Dette betyr at en videreføring av de 5 plassene som er i bruk i dag ikke er tilstrekkelig dersom veksten blir som framskrevet. Dette betyr at utnyttingsgrad må økes i forhold til dagens praksis eller at kapasiteten økes med en plass.

En videreføring av dagens kapasitet til kjemoterapi og infusjoner er ikke tilstrekkelig for å ivareta framskrevet aktivitet på dette området. Her kreves det en plass i tillegg med

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

planlagt aktivitet og 2 plasser i tillegg dersom behandlingstiden økes fra 4 til 5 timer for kjemoterapi. Kapasiteten er tilnærmet fullt utnyttet med dagens aktivitetsnivå.

For polikliniske konsultasjoner i somatisk sektor er kapasiteten på 19 rom allerede overskredet i 2019 dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes. Med en behandlingstid på 45 minutter og utnyttingsgrad lik planlagt kreves 20 UB-rom i 2035. Dersom behandlingstiden økes til 1 time kreves 26 rom. Dette betyr at en videreføring av kapasitet på 19 rom ikke er bærekraftig uten at utnyttingsgraden økes. Her blir det derfor behov for enten å utvide kapasitet eller legge om driften av dagens poliklinikk med høyere utnyttingsgrad og/eller overgang til en høyere andel digitale konsultasjoner som ikke krever fysisk oppmøte for pasienten.

En framskriving av fødsler demografisk viser at de to fødestuene som er i bruk i dag er tilstrekkelig også i framtida.

For PHV er det gjort en beregning av kapasitetsbehovet dersom man i stedet for behandlerkontor benytter felles poliklinikkrom som kan brukes av alle. Dette betinger at det etableres kontorplasser i tillegg for administrativt arbeid. I Kirkenes sykehus har man valgt en driftsmodell der det er behandlerkontor som er praksis. I PHV-V er det 11 behandlerkontor i dag for å ta unna aktiviteten. Framskrivningen viser en vekst i aktivitet på 16 prosent. Dersom alle behandlere skal ha samme antall pasienter per år som i dagens løsning, må antallet behandlere også økes med 16 prosent i forhold til i dag. Dette gir en økning på 1,8 behandlere, noe som betyr 2 nye behandlerkontor i 2035, dvs. 13 totalt. Det er også planlagt med 13 stillinger i 2022, noe som betyr at framskrevet aktivitet kan tas uten at antall konsultasjoner per behandler øker i forhold til i dag.

For PHV-BU blir det en vekst i antall konsultasjoner på 2,5 prosent frem til 2035. 2,5 prosent vekst i antall behandlere blir 0,3 dersom man hadde 11 i utgangspunktet. Dette betyr at det ut fra framskrevet aktivitet blir behov for ett behandlerkontor i tillegg til dagens. Dette er under forutsetning av at antall konsultasjoner 2019 er «normal»-aktiviteten og at 11 behandlerkontor i dag er tilstrekkelig kapasitet. Fra 2022 er det planlagt med 14 behandlerkontor, noe som gir tilstrekkelig kapasitet ut fra framskrevet vekst i antall konsultasjoner.

Vedlegg

Vedlegg 1 Diagnosegrupper med endringsfaktorer

Vedlegg 1.1 Standardfaktorer i somatisk sektor – årlige prosentvise endringer

Døgnbehandling

Diagnosegruppe	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Sam-handling kommuner/ hjem %	Sam-handling kommuner/ hjem %	Overføring pasienthotell %	Overføring pasienthotell %	Overføring til dag/polikl %	Overføring til observasjons-enhet %	Intern effektivisering %
	Døgn-opphold	Liggedager	Døgn-opphold	Liggedager	Døgn-opphold	Liggedager	Døgn-opphold	Døgn-opphold	Liggedager
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,1 %	0,4 %
2 C00-C99 Ondartede svulster	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,4 %
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystem	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,4 %
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	1,1 %	0,4 %
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebenskne (processus mastoideus)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,8 %
10 I60-I69 og G45.9 Hjernekarssykdommer (hjerneslag) inkl TIA	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,8 %	0,4 %
12 Rest i Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,4 %
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,6 %	0,6 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,6 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %
17 M00-M14 Infeksjøs og inflammatoriske leddsykdommer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,4 %
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,8 %
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	1,1 %	2,8 %	0,0 %	0,8 %
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	2,8 %	0,0 %	0,8 %
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet s	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	1,4 %	0,4 %
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	1,1 %	0,4 %
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %
28 T40-T65 Intox	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	0,4 %
29 T00-T39, T66-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,4 %
30 Z50 Rehabilitering	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,0 %	0,4 %
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %	0,4 %
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
33 Stråleterapi	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
34 Dialyse dagbehandling	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
Mangler kode	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Fra døgnopphold til dagopphold og poliklinikk

For overføring av døgnopphold til dagkirurgi tas det utgangspunkt i døgnopphold i kirurgisk DRG og den grønne kolonnen viser hvor mange prosent av døgnoppholdene som overføres årlig i hver diagnosegruppe. Tilsvarende tas det utgangspunkt i ikke-kirurgisk DRG for overføring av døgnopphold til poliklinikk. Effekten på framtidige liggedøgn blir at for hvert opphold som overføres til dagkirurgi eller poliklinikk unngås 2,5 liggedøgn i framtida. Samtidig antas det at halvparten av de som overføres har behov for et døgn i pasienthotell

Bruk av observasjonsenhet

Den gule kolonnen viser hvor mange opphold som kan overføres til en observasjonsenhet. For hvert opphold antas det at det unngås 2 liggedøgn som ellers hadde blitt alternativet dersom observasjonsenhet ikke hadde blitt benyttet. Samtidig antas det at pasientene kan ligge inntil ett døgn i observasjonsenhet slik at nettoeffekten blir ett unngått liggedøgn i framtida.

Kapittel 4 Aktivitet og kapasitet nå og framover i tid

Dagopphold og poliklinikk

Diagnosegruppe	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Endring epidemiologi og medisinsk utvikling %	Sam-handling kommuner/hjem %	Sam-handling kommuner/hjem %	Generell poliklinikk vekst
	Dagopphold	Polikl. kons.	Dagopphold	Polikl. kons.	Polikl. kons.
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	0,3%	0,3%	0,0%	0,6%	1,0%
2 C00-C99 Ondartede svulster	0,8%	0,6%	0,0%	0,3%	1,0%
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,0%
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%	1,0%
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	1,0%
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	1,0%
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	0,3%	0,3%	0,0%	0,6%	1,0%
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	1,0%
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebenskute (proceus mastoideus)	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,0%
10 I60-I69 og G459 Hjemearys sykdommer (hjemearys) inkl TIA	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	1,0%
11 I20-I25 Ischemiske hjerte sykdommer	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjerte svikt mm	0,3%	0,4%	0,0%	0,0%	1,0%
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	1,0%
14 J00-J99 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	1,0%
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	1,0%
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	1,0%
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske ledesykdommer	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	1,0%
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	0,3%	0,3%	0,0%	0,6%	1,0%
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,0%
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinataleperioden	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	0,3%	0,3%	0,0%	0,8%	1,0%
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (ekskl hofte/lår/underrekr)	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	1,0%
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underrekrmiteter	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%
28 T40-T65 Intox	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	1,0%
29 T00-T39, T66-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,0%
30 Z50 Rehabilitering	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	1,0%
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsestand og kontakt med helsetjenesten	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	1,0%
32 Z51,Z512 Kjemoterapi	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
33 Stråleterapi	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
34 Dialyse dagbehandling	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mangler kode	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Dagopphold er definert som dagkirurgi og dialyse. All annen medisinsk dagbehandling slik som kjemoterapi og strålebehandling, er definert som poliklinikk. Dette er den definisjonen Norsk pasientregister (NPR) benytter, med unntak av at NPR også definerer dialyse som poliklinikk. Som oversikten over viser er det ingen samhandling med kommune for dagopphold da det antas at kommunene ikke etablerer dagkirurgi i nærmeste framtid.

Vedlegg 1.2 Standardfaktorer i PHV og TSB – årlige prosentvise endringer

Det er felles standardfaktorer for PHV (voksne og barn og unge) og TSB. Det er noe færre faktorer her enn i somatisk sektor og det er ikke forskjell på verdi mellom ICD10-gruppene. Dette betyr at det er den demografiske framskrivningen som gir prosentvise forskjeller i årlig vekst mellom ICD10-gruppene.

Døgnbehandling

Pasientgrupper etter hovedtilstand (ICD10-koder)	Pst-endring i tilbud og forventn	Pst-endring i tilbud og forventn	Pst-endring i overføring til kommune/hjem	Pst-endring i overføring til kommune/hjem	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)
	Døgnopph	Liggedøgn	Døgnopph	Liggedøgn	Døgnopph	Liggedøgn
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
8 F43.1 PTSD	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i baren-	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
15 Z-koder	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
16 Andre ICD-10 tilstander	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	0,6 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %

Dagbehandling og poliklinikk

ICD10-grupper	Pst-endring i tilbud og forventn	Pst-endring i overføring til kommune
	Konsultasj	Konsultasj
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	1,7 %	0,3 %
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	1,7 %	0,3 %
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	1,7 %	0,3 %
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	1,7 %	0,3 %
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	1,7 %	0,3 %
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	1,7 %	0,3 %
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	1,7 %	0,3 %
8 F43.1 PTSD	1,7 %	0,3 %
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	1,7 %	0,3 %
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	1,7 %	0,3 %
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i baren- og ungdomsald	1,7 %	0,3 %
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	1,7 %	0,3 %
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	1,7 %	0,3 %
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	1,7 %	0,3 %
15 Z-koder	1,7 %	0,3 %
16 Andre ICD-10 tilstander	1,7 %	0,3 %
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	1,7 %	0,3 %

Vedlegg 2 Operasjonstider for døgn- og dagkirurgi

Diagnosegruppe	Timer per operasjon dagnopp (inkludert tid mellom)	Timer per operasjon dagopp (inkludert tid mellom)
1 A00-B99 Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	2,5	1,5
2 C00-C99 Ondartede svulster	2,5	1,5
3 D00-D48 Godartede svulster eller med usikre malignitetspotensial	2,5	1,5
4 D50-D89 Sykdommer i blod og bloddannende organer og visse tilstander som angår immunsystemet	2,5	1,5
5 E00-E90,Z49,N00-N19 Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser, inkl nyresvikt/nefritter og diab	2,5	1,5
6 F00-F99 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	2,5	1,5
7 G00-G99 eksklusive G45.9 Sykdommer i nervesystemet ekskl TIA	2,5	1,5
8 H00-H59 Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	1,5	1,5
9 H60-H95 Sykdommer i øre og ørebensknute (processus mastoideus)	2,5	1,5
10 I60-I69 og G459 Hjerne-karsykdommer (hjerneslag) inkl TIA	2,5	1,5
11 I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	2,5	1,5
12 Rest I Sykdommer i sirkulasjonssystemet, arytmier, hjertesvikt mm	2,5	1,5
13 J40-J99 Kronisk og akutt obstruktiv lungelidelse, astma	2,5	1,5
14 J00-J39 Sykdommer i åndedrettssystemet, øvre luftveislidelser, influensa, pneumoni	2,5	1,5
15 K00-K99 Sykdommer i fordøyelsessystemet	2,5	1,5
16 L00-L99 Sykdommer i hud og underhud	2,0	1,5
17 M00-M14 Infeksiøse og inflammatoriske ledds sykdommer	2,5	1,5
18 M15-M99 Rest sykdommer i muskel- og skjelettsystemet	2,5	1,5
19 N20-N51 Sykdommer i urinveier og mannlige kjønnsorganer	2,0	1,5
20 N60-N99 Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	2,2	1,5
21 O00-O99 Svangerskap, fødsel og barseltid, inkl resultat av fødsel	2,2	1,5
22 P00-P99 Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden	2,2	1,5
23 Q00-Q99 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	2,5	1,5
24 R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted	2,0	1,5
25 S00-S09 Hodeskader (commotio mm)	2,5	1,5
26 S10-S69 Skader i ekstremiteter og buk (eksl hofte/lår/underekstr)	2,5	1,5
27 S70-S99 Skade i hofte og lår, underekstremiteter	2,5	1,5
28 T40-T65 Intox	2,5	1,5
29 T00-T39, T66-T99 Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsak	2,5	1,5
30 Z50 Rehabilitering	2,5	1,5
31 Rest Z Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten	2,0	1,5
32 Z511,Z512 Kjemoterapi	0,0	0
33 Stråleterapi	0,0	0
34 Dialyse dagbehandling	0,0	0
Mangler kode	0,5	1,5

Det er inkludert 30 minutter i tid mellom inngrepene i døgnkirurgien og 20 minutter i dagkirurgien. Tiden reflekterer inn og ut av operasjonsenhet.

Vedlegg 3 Aktiviteten ved Kirkenes sykehus i perioden 2017 til 2019 etter hastegrad

Somatisk sektor

Behandlingsnivå	Antall øyeblikkelig hjelp			Antall elektive			Sum		
	År 2017	År 2018	År 2019	År 2017	År 2018	År 2019	År 2017	År 2018	År 2019
Døgnopphold	2 865	2 867	3 122	868	721	820	3 733	3 588	3 942
Dagopphold	59	56	48	1 414	1 226	1 644	1 473	1 282	1 692
Poliklinikk	2 867	2 946	2 560	25 248	22 280	25 752	28 115	25 226	28 312
Sum	5 791	5 869	5 730	27 530	24 227	28 216	33 321	30 096	33 946

5. Akuttmottaket

Dette kapittelet presenterer evalueringen av akuttmottaket i Kirkenes sykehus. Først beskrives mål og planforutsetninger. Deretter blir ansattes erfaringer med bygg og virksomhet belyst, hvor det er lagt vekt på hvordan lokaler og løsninger understøtter pasientbehandling og arbeidsoppgaver. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av hovedfunn, konklusjoner og forbedringsforslag.

Evalueringen av akuttmottaket er i hovedsak gjennomført ved en spørreundersøkelse blant ansatte i oktober 2020 og fokusgruppeintervju, samt oppfølging og tilbakemelding fra tillitsvalgte og ledelse. I tillegg presenteres aktiviteten i akuttmottaket i Kirkenes sykehus for 2019, mottatt fra Finnmarkssykehuset HF (for Kirkenes sykehus).

Figur 5.1 illustrerer adkomst til sykehuset, hvor adkomsten for akuttpasienter er atskilt fra annen trafikk.



Figur 5.1 Illustrasjon av adkomst til akuttmottaket i Kirkenes sykehus. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Helikopterlandingsplassen ligger kort vei fra akuttmottaket, men pasienten må omlastes til ambulans, og ambulansen må videre kjøre ut på hovedvei for å komme til akuttmottaket¹⁶.

¹⁶ Kirkenes sykehus har informert om at helikopterlandingsplassen ikke er ferdigstilt og at det er satt av midler til dette i langtidsbudsjettet for 2025.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Figur 5.2 viser plasseringen av akuttmottaket i plan 2. Akuttmottaket har nærhet til bildediagnostikk, intensiv og operasjon på samme plan, og er samlokalisert med den kommunale legevakten (Felles akuttmedisinsk mottak (FAM)).

Intensivområdet fungerer både som intensiv/tung overvåking, medisinsk overvåking og observasjonsplasser.

Legevakten og akuttmottaket har felles inngang for gående, i tillegg er det ambulanseinngang for inn- og uttransport av pasient på bære. Akuttmottaket består av tre «traumerom»/mottaksrom som kan åpnes opp til ett større rom. Akuttmottaket har også et kontaktsmitteisolat og et samtalerom, som benyttes til pasientmottak, kontorarbeidsplasser for leger og sykepleiere, samt støtterom som deles med legevakten og med intensiv.

Akuttmottak, kommunal legevakt og intensiv har en felles ekspedisjon for koordinering av ressurser. Akuttmottaket deler venterom, desinfeksjonsrom og lager med legevakten, og medisinerom og vaktrom med intensiv. Et lite kjøkken som tilhører oppvåkning, gir akuttmottakets pasienter tilgang til mat.



Figur 5.2 Illustrasjon av akuttmottaket i Kirkenes sykehus. Plan 2. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

5.1. Mål og planforutsetninger

Hovedfunksjonsprogram (HFP), datert 01.11.2010, beskriver effektmålene for Nye Kirkenes sykehus. Der står det blant annet at det skal være «rask diagnostikk og behandling, og at øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet skal adskilles.» Nye Kirkenes sykehus er et sykehus med akuttkirurgisk døgnberedskap. Ifølge HFP skal «pasientene som hovedregel tas imot i akuttmottak, der de blir undersøkt, stabilisert og vurdert for innleggelse, observasjon eller hjemreise. Kjente avklarte pasienter kan komme rett til sin enhet.»

Fra Kirkenes sykehus er det mottatt informasjon om at alle pasienter, også de som overflyttes fra eksempelvis Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for oppfølging på lokalsykehuset, i hovedsak gjennomgår samme mottaksregime som øyeblikkelig-hjelp pasienter.

Det står følgende i HFP angående øyeblikkelig hjelp pasienter til poliklinikk: «Øyeblikkelig hjelp pasienter skal henvende seg i akuttmottak for vurdering. Noen vil allerede via fastlege/legevakten ha avtale om poliklinisk konsultasjon på de respektive poliklinikkene på dagtid. Øyeblikkelig hjelp innen kirurgi, ortopedi og medisin håndteres i akuttmottaket.»

Nye Kirkenes sykehus ble planlagt med tettere kobling mellom akutenhetene, som skulle ligge på samme plan og nær hverandre. Spesielt ville nærheten mellom mottakelsen, intensiv og operasjon være en logistisk forbedring fra daværende sykehus. I tillegg ble nærhet til bildediagnostikk vektlagt for å oppnå raskere utredning og redusert ressursforbruk for transport av pasienter.

I forprosjektrapporten (2013) ble det beskrevet at akuttmottak og legevakt skulle ha egen inngang og innelukket ambulansgård, noe som ble bygd.

Ifølge HFP var felles akuttmedisinsk mottak mellom legevakt og akuttmottak planlagt med 2 mottaksplasser, 2 observasjonsplasser for legevakt og et overbygd ambulansmottak. Samlokalisering av akuttmottak med legevakten er en videreføring av praksis fra forrige sykehus, med intensjon om å sikre befolkningen et helhetlig tilbud innen akuttmedisin i legevaktens åpningstid kl. 16 til 08.

Akuttmottaket ble bygd med tre mottaksrom, som i planleggingen og på tegning er kalt traumerom, samt ett isolat. Videre har legevakten ett undersøkelsesrom som kan benyttes av akuttmottaket på dagtid. Akuttmottaket benytter i tillegg et gipserom og et behandlingsrom for mindre kirurgiske prosedyrer i felles poliklinikk somatikk. Akuttmottaket har økt kapasiteten i mottak ved å ta i bruk et samtalerom og et kontor, som i oktober 2021 ble endret til lager.

Pasienter som trenger observasjon, legges inn eller plasseres på intensiv. Det er ingen observasjonsplasser i akuttmottaket, heller ikke for legevaktspasienter. Ifølge ledergruppen i Kirkenes sykehus ble observasjonsplasser i akuttmottaket tatt ut i

Kapittel 5 Akuttmottaket

planleggingsprosessen som følge av erfaringer fra Nordlandssykehuset Vesterålen, som viste til at observasjonsplassene ble lite benyttet. I tillegg var det behov for areal til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK).

I forprosjekt var AMK opprinnelig plassert utenfor akuttmottaket, ved en korridor med gjennomgangstrafikk. AMK ble flyttet til akuttmottaket, mot ariet, for å ligge beskyttet for ytre påvirkninger. I tillegg ble nærhet til akuttmottaket vurdert positivt, dette med hensyn til at personalet skulle bli en del av miljøet og oppnå god kontakt med de øvrige enhetene ved mottaket. Ifølge informasjon fra Kirkenes sykehus medførte det at planlagte mottaksrom i dette arealet ble tatt ut, samt kapasitet på mottaksrom redusert.

Våren 2021 ble AMK-sentralen flyttet ut og samlokalisert med politi og brann. Det tidligere arealet for AMK ble da endret til hvilerom/overnattingsrom for lege og til midlertidig kontorlandskap for anestesileger, fagutviklingssykepleier og assisterende enhetsleder.

Ambulansestasjon på 162 m² netto programareal ble tatt ut av prosjektet i kuttprosessen i forprosjekt. Det beskrives i forprosjektrapporten at ambulansestasjon kan etableres over energisentralen på et senere tidspunkt.

5.2. Aktivitetstall - akuttmottaket

I denne delen presenteres aktivitetstall relatert til akuttmottaket i Kirkenes sykehus fra 2019. Dataene er oversendt fra Finnmarkssykehuset HF i form av datauttrekk (Excel), tabeller og figurer. Datauttrekkene er hentet fra DIPS (journalssystem for leger, sykepleiere og kontormedarbeidere) via Helse Nords ledelses informasjonssystem, HN LIS (styringssystem for alle ledernivåer i Helse Nord). Data er også videre analysert av Sykehusbygg HF i SPSS (program for statistiske analyser av data).

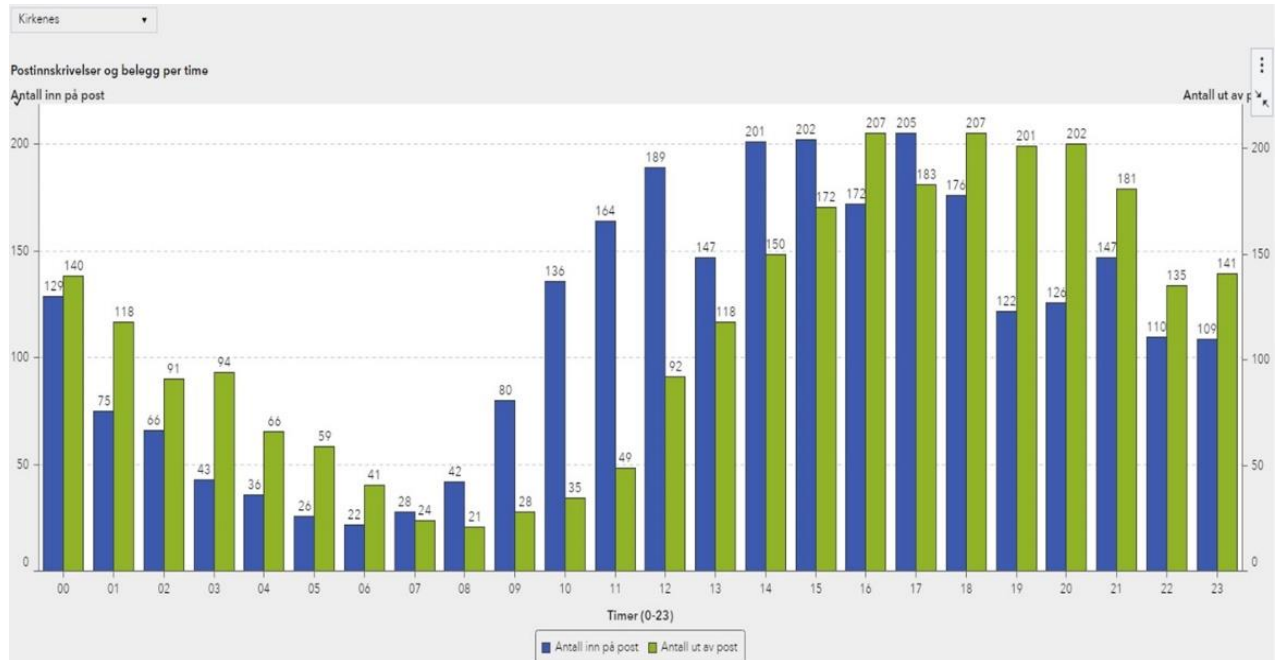
Aktivitetstallene viser at det var registrert 2769 øyeblikkelig-hjelp opphold i akuttmottaket som førte til innleggelser og 1058 polikliniske opphold i 2019. Nedenfor presenteres figurer og tabeller som viser inn- og utskriving samt oppholdstider i akuttmottaket.

5.2.1. Inn- og utskriving i akuttmottaket for innlagte pasienter

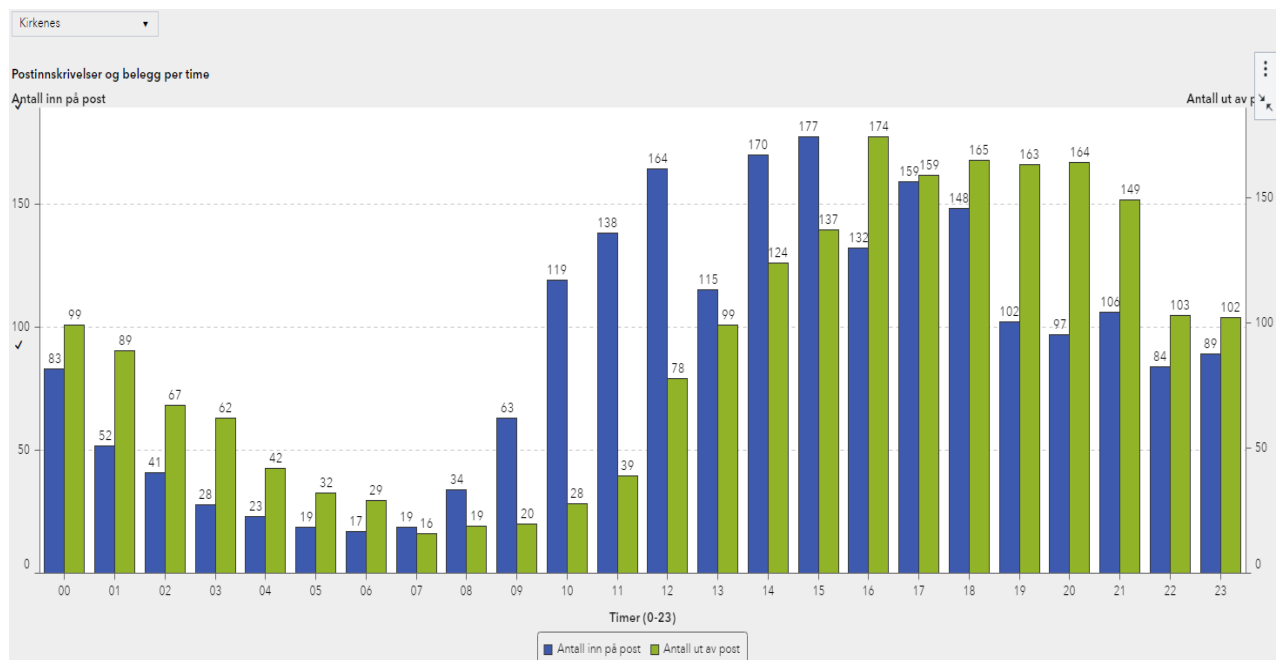
De tre figurene nedenfor fremstiller antall inn- og utskrivinger i akuttmottaket gjennom døgnet summert for hele 2019 for innlagte pasienter i Kirkenes sykehus. Den første figuren, Figur 5.3, viser inn- og utskrivinger per klokke time samlet for alle ukedagene. Den andre figuren, Figur 5.4, presenterer aktiviteten på hverdager (mandag til fredag) og den tredje figuren, Figur 5.5, viser helgedager (lørdag og søndag). Antallet innskrivinger var høyest fra formiddagen kl. 10 og frem til kl. 18 i 2019. Utskrivingene avtok etter kl. 21. Belastningsgraden er sammenlignbar med nasjonal statistikk som har

Kapittel 5 Akuttmottaket

funnet at den største tilstrømningen av pasienter er i perioden 12 til 20¹⁷. Figur 5.4 viser at antallet innskrivinger i akuttmottaket var høyest mellom kl. 12 og 15 på hverdager i 2019. Det høyeste antallet registrerte innskrivinger på helgedager var kl. 17 og 24 (Figur 5.5). På helgedagene var det lavest antall innskrivinger fra kl. 03 til kl. 10.



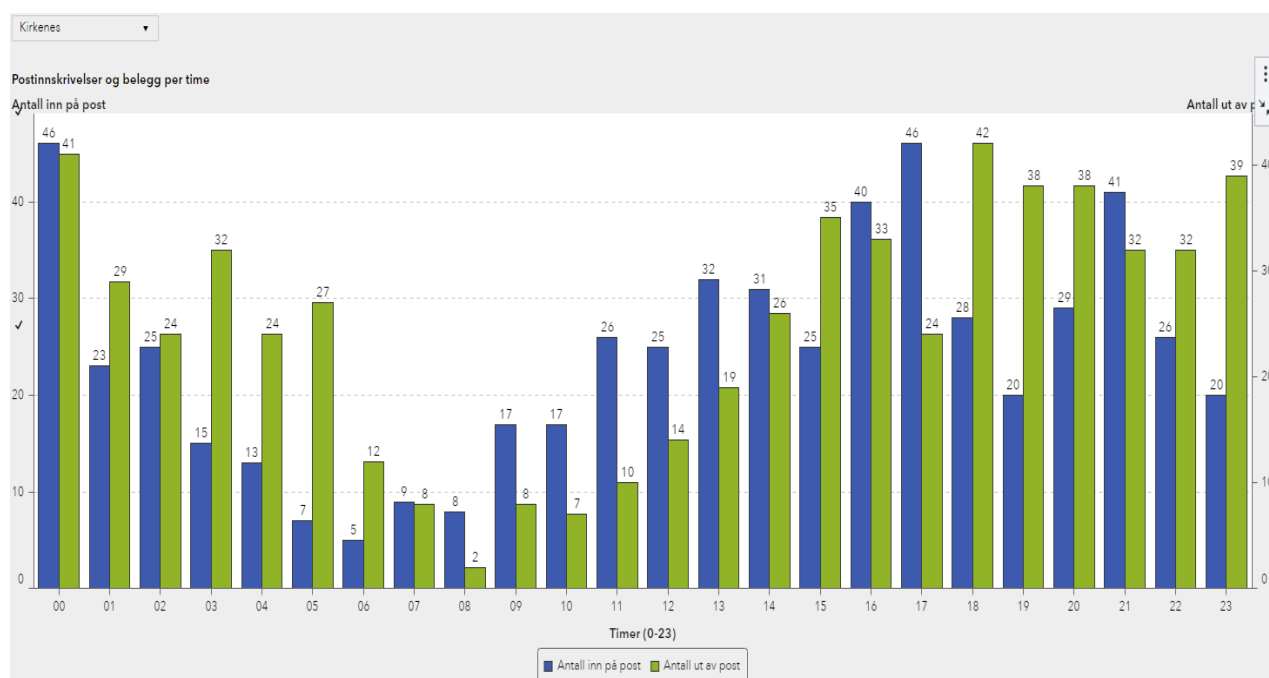
Figur 5.3 Antall inn- og utskrivinger i akuttmottaket per klokke time summert for hele 2019. Innlagte pasienter, alle ukedager. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse



Figur 5.4 Antall inn- og utskrivinger i akuttmottaket per klokke time summert for hele 2019. Innlagte pasienter, hverdager (mandag-fredag). Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

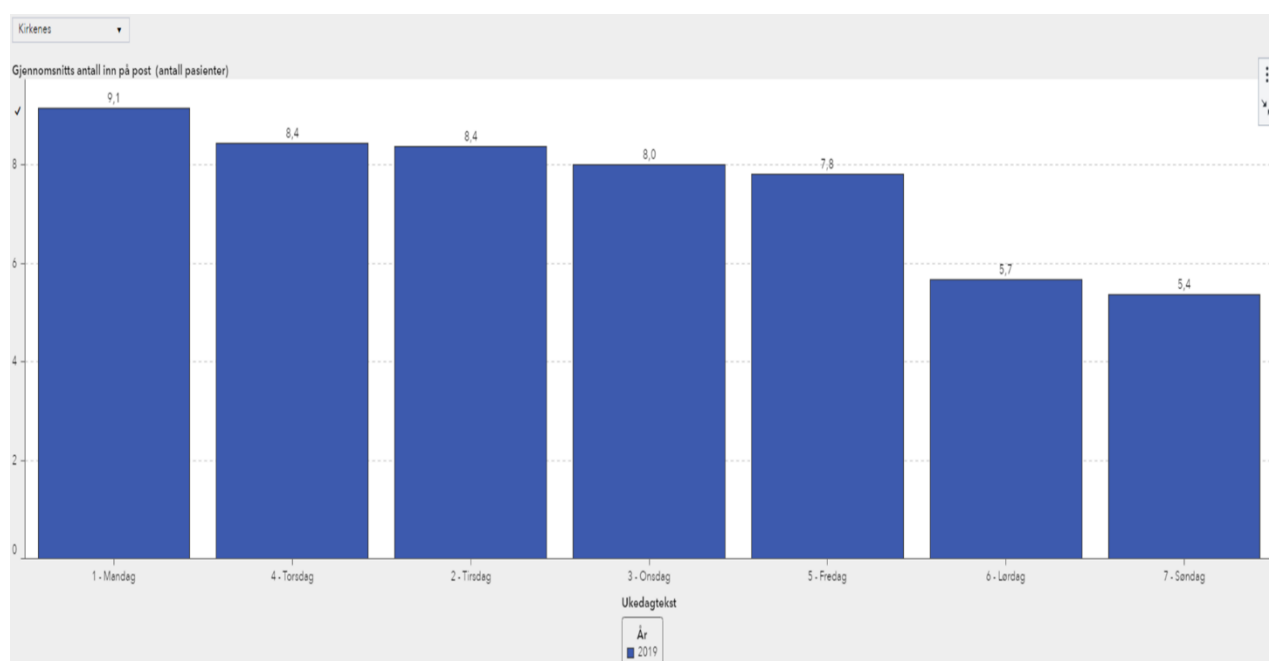
¹⁷ Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak. HelseDirektoratet 2014

Kapittel 5 Akuttmottaket



Figur 5.5 Antall inn- og utskrivinger i akuttmottaket per klokke time summert for hele 2019. Innlagte pasienter, helgedager (lørdag-søndag). Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

Dersom man ser på antall gjennomsnittlige innskrivinger i løpet av ukedagene i 2019, vist i Figur 5.6, kommer det frem at mandager har den høyeste belastningen med 9,1 innskrivinger. Deretter er rekkefølgen torsdag, tirsdag, onsdag og fredag (fra 8,4 til 7,4). Til slutt kommer lørdag og søndag med henholdsvis gjennomsnittlig 5,7 og 5,4 innskrivinger.



Figur 5.6 Antall innskrivinger i akuttmottaket i 2019 (gj.snitt). Innlagte pasienter fordelt på ukedager. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

5.2.2. Oppholdstid i akuttmottaket for innlagte pasienter

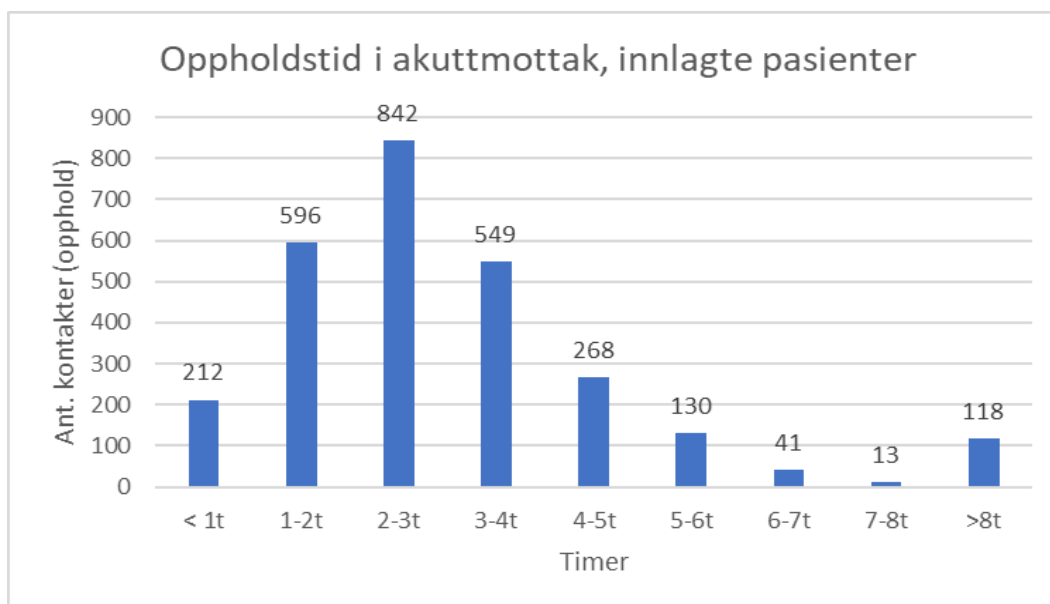
I 2019 ble det registrert 2769 pasienter innlagt som øyeblikkelig-hjelp via akuttmottaket i Kirkenes sykehus. Figur 5.7 viser antall opphold i akuttmottaket etter oppholdstid.

Oppholdstiden er hentet fra Excel-fil utlevert av Finnmarkssykehuset HF. Oppholdstiden er deretter avrundet til hele timer og gruppert fra 0 inntil 1 time, fra og med 1 time inntil 2 timer osv. Den siste gruppen er fra og med 8 timer og høyere.

Det kommer frem at 212 pasienter (7,7 prosent) hadde opphold på inntil 1 time, 596 (21,5 prosent) fikk registrert oppholdstid fra 1-2 timer, mens 842 (30,4 prosent) hadde en oppholdstid på 2-3 timer. Det var 549 som oppholdt seg i akuttmottaket i 3-4 timer (19,8 prosent).

Gjennomsnittlig oppholdstid i 2019 var 3 timer og 33 minutter (median 2 timer og 39 minutter). Beregninger viser at det var 2003 registrerte pasientopphold innenfor gjennomsnittet (72 prosent). Videre var 79 prosent av pasientene avklart innen 4 timer. En evalueringsrapport fra nytt østfoldsykehus, Kalnes viser at gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottaket var rundt 4 timer i 2018 og at oppholdstiden på landsbasis varierte fra 2 til 4 timer¹⁸.

Noen pasienter har imidlertid lengere oppholdstid i akuttmottaket i Kirkenes sykehus. I 2019 ble det registrert 118 opphold over 8 timer, og blant disse var 84 opphold over 20 timer.



Figur 5.7 Antall opphold i akuttmottaket i 2019 etter oppholdstid. Innlagte pasienter. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse. Tilrettelagt av Sykehusbygg HF

¹⁸ Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sykehusbygg HF 2020. Hovedrapport

Kapittel 5 Akuttmottaket

Tabell 5.1 viser antall opphold (kontakter) og oppholdstid fordelt per måned i 2019. Det var noe variasjon i antall opphold (202 – 254) og oppholdstid per måned. Den laveste gjennomsnittlige oppholdstiden var i april og desember (3 timer og 7 minutter), mens den høyeste var i februar (4 timer og 18 minutter). Median oppholdstid var lavest i mai og høyest i oktober.

Tabell 5.1 Antall opphold (kontakter) og oppholdstid i akuttmottaket per måned i 2019. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse. Tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Mnd	Antall kontakter	Andel i prosent	Gj.snitt. oppholdstid	Median oppholdstid
januar	237	8,6	03:16	02:42
februar	246	8,9	04:18	02:40
mars	251	9,1	03:59	02:34
april	237	8,6	03:07	02:37
mai	212	7,7	03:11	02:26
juni	254	9,2	03:27	02:30
juli	227	8,2	03:12	02:35
august	229	8,3	03:12	02:27
september	213	7,7	04:04	02:42
oktober	219	7,9	03:42	03:00
november	242	8,7	03:48	02:50
desember	202	7,3	03:07	02:33
Total	2769	100		

Tabell 5.2 framstiller antall opphold (kontakter) og oppholdstid per avdeling i 2019. Den gjennomsnittlige oppholdstiden i akuttmottaket varierte mellom 2 timer og 35 minutter og 3 timer og 50 minutter. Det var avdelingene for øre-nese-hals og øye som hadde den korteste gjennomsnittlige oppholdstiden og Kirurgisk avdeling hadde den høyeste. Kvinne- og fødeavdeling hadde laveste median oppholdstid, mens Kirurgisk avdeling hadde lengst median oppholdstid. Det var flest opphold i medisinsk avdeling.

Tabell 5.2 Antall opphold (kontakter) og oppholdstid i akuttmottaket per avdeling i 2019. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse. Tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Avdeling	Antall kontakter	Gj. snitt oppholdstid i timer	Median oppholdstid i timer
Kirurgisk avdeling	708	03:50	02:46
Kvinne- og fødeavdeling	34	02:46	01:20
Medisinsk avdeling	1 756	03:31	02:37
Ortopedisk avdeling	249	03:05	02:36
ØNH og Øye-avdelingene	22	02:35	02:36
Sum	2 769		

I rapporten «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes (Sykehuset Østfold)» står det følgende om oppholdstid (s. 186):

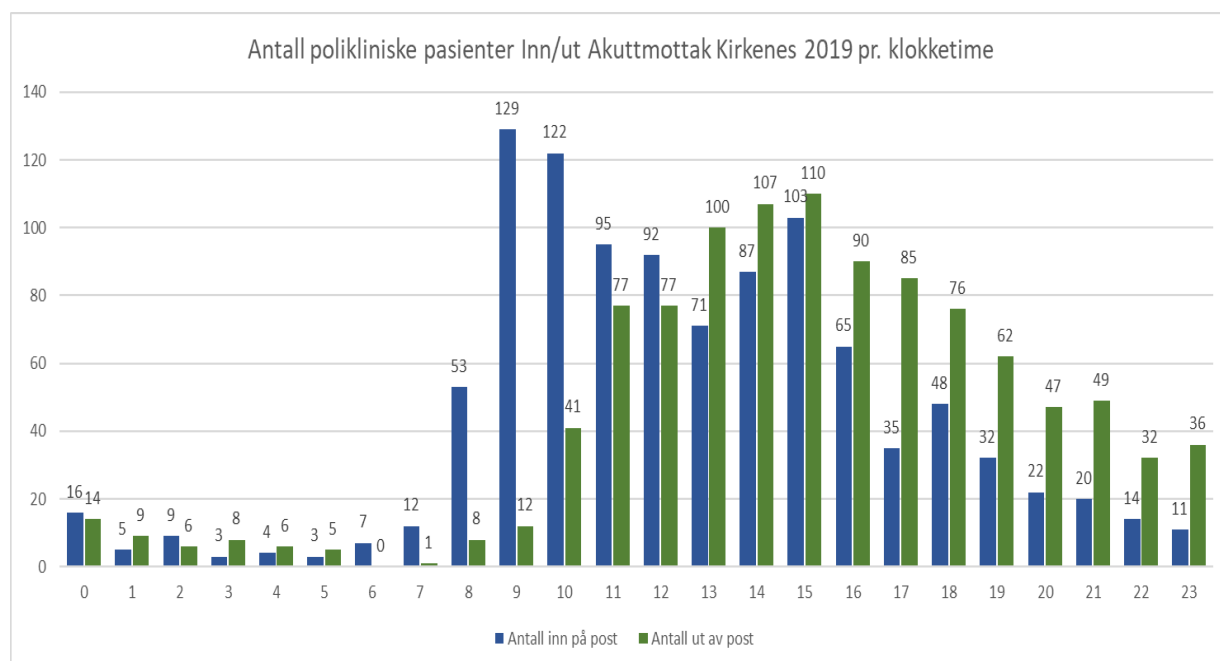
Kapittel 5 Akuttmottaket

«Gjennomsnittlig oppholdstid blir ofte benyttet som en kvalitetsindikator for akuttmottak, da ett av målene er å redusere unødig ventetid. Gjennomsnittlig oppholdstid gir et bilde av gjennomstrømming i akuttmottaket, men ikke nødvendigvis unødig ventetid. I registrert oppholdstid ligger tidsbruk for arbeidsprosesser som triage og vurdering av lege, tid til dokumentasjon, diagnostiske prosedyrer som blodprøvetaking og røntgen, ventetid på svar, tid til ev. mer undersøkelse og behandling, tid til transport til videre forløp. Hver av arbeidsprosessene kan skape ventetid for pasienten, men samtidig kan også mer diagnostikk, avklaring og behandling skje i akuttmottak. Dette er en ønsket endring og utvikling i sykehus i Skandinavia.»

Evalueringen av akuttmottak ved nytt østfoldsykehus, Kalnes, avdekket noen av årsakene til at den gjennomsnittlige oppholdstiden var på rundt 4 timer. Disse var «fullt sykehus» og ventetid på transport av avklart pasient til sengepost. En annen årsak til ventetid var for dårlig kapasitet på rom og personell spesielt innenfor en tidsperiode fra ca. kl. 12 til 20, særlig for pasientgruppen med lav hastegrad. I tillegg var det mangel på rom til øyeblikkelig-hjelp poliklinikk.

5.2.3. Inn- og utskriving i akuttmottaket for polikliniske pasienter

Som beskrevet innledningsvis var det registrert 1058 polikliniske opphold i 2019 i akuttmottaket ved Kirkenes sykehus. Figuren nedenfor fremstiller antall inn- og utskrivinger i akuttmottaket for polikliniske pasienter fordelt per klokke time i døgnet summert for hele 2019.

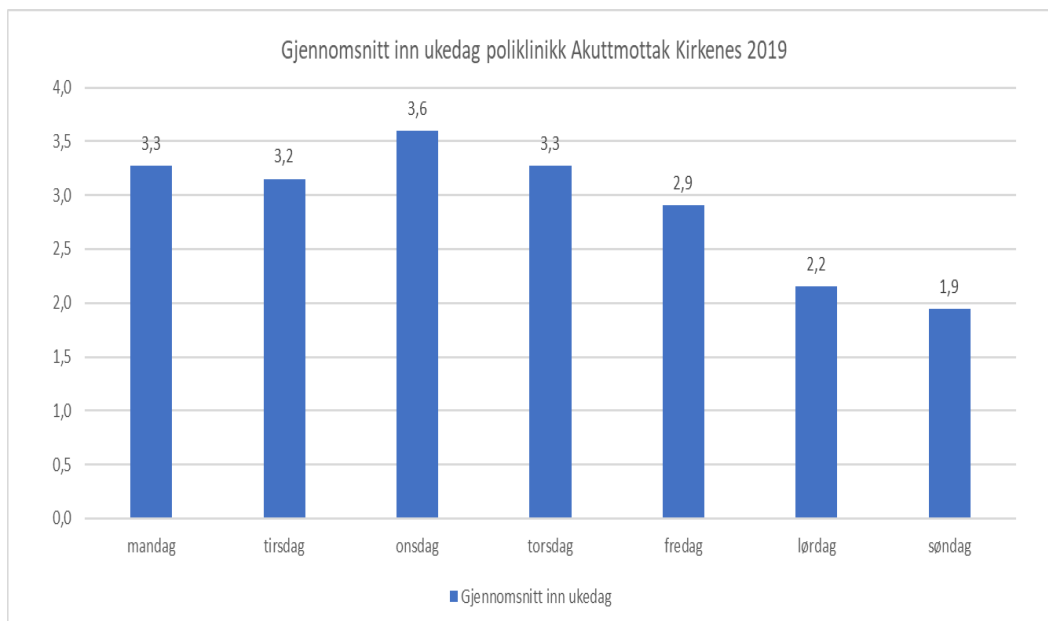


Figur 5.8 Antall inn- og utskrivinger i akuttmottaket per klokke time summert for hele 2019. Polikliniske pasienter, alle ukedager. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

Antallet polikliniske innskrivinger er høyest fra kl. 09 og frem til kl. 15. Tilsvarende er det flest utskrivinger fra kl. 11 til 18. Det er få registrerte polikliniske opphold fra midnatt frem til kl. 08.

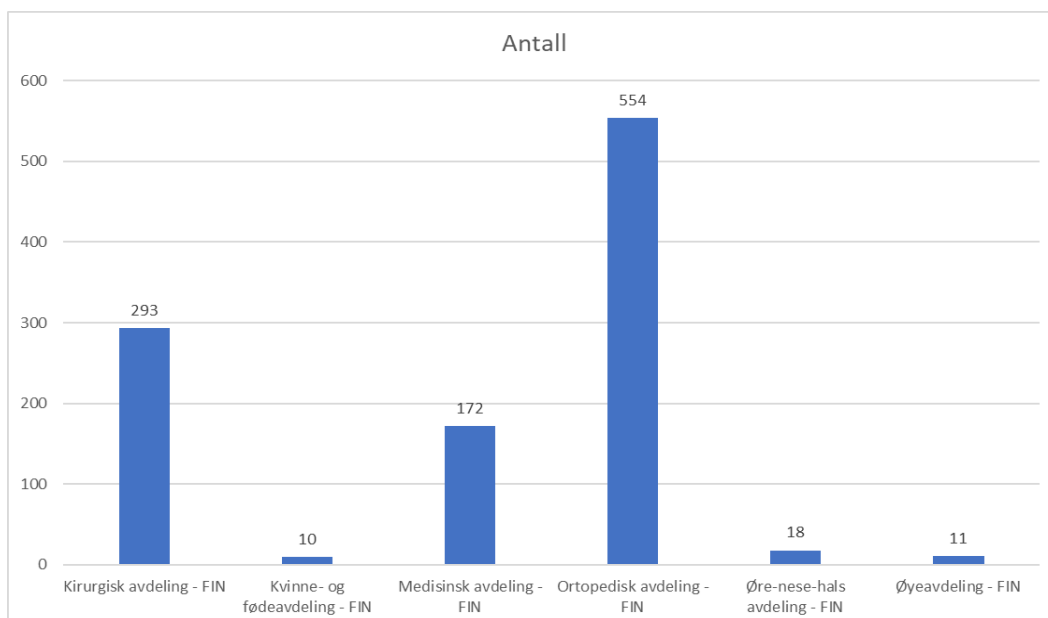
Kapittel 5 Akuttmottaket

Gjennomsnittlig antall polikliniske innskrivninger i akuttmottaket løpet av ukedagene i 2019 presenteres i Figur 5.9. Den høyeste belastningen er onsdager med 3,6 pasienter i gjennomsnitt, mens lørdag og søndag har henholdsvis 2,2 og 1,9 innskrivninger.



Figur 5.9 Antall innskrivninger i akuttmottaket i 2019 (gj.snitt). Polikliniske pasienter fordelt på ukedager. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

I Figur 5.10 fremstilles de polikliniske oppholdene per avdeling i 2019. De fleste oppholdene var registrert innen ortopedisk og kirurgisk avdeling, henholdsvis 554 og 293 opphold. Medisinsk avdeling hadde 172 opphold, mens det var færre opphold i avdelingene for kvinne- og føde, øre-nese-hals og øye.



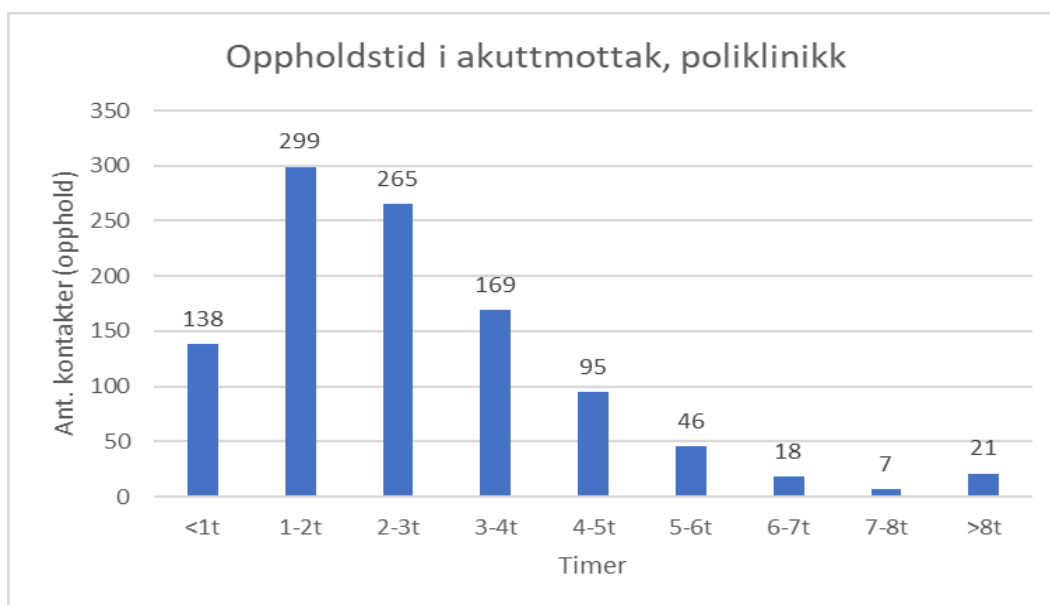
Figur 5.10 Antall opphold i akuttmottaket i 2019 per avdeling. Polikliniske pasienter. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse. Tilrettelagt av Sykehusbygg HF

5.2.4. Oppholdstid i akuttmottaket for polikliniske pasienter

Oppholdstiden for pasientene som ble registrert innen poliklinikk i 2019 er vist i figuren nedenfor. Oppholdstiden er framkommet ved å beregne tiden mellom «episode start» og «episode slutt» i Excel-fil oversendt fra Finnmarkssykehuset HF. Oppholdene er deretter inndelt i grupper fra 0 inntil 1 time, fra og med 1 time inntil 2 timer osv. Den siste gruppen er fra og med 8 timer og høyere.

Blant de 1058 pasientene hadde 138 (13 prosent) opphold inntil 1 time, 299 fra 1-2 timer (28 prosent), og 265 (25 prosent) hadde en oppholdstid på 2-3 timer. Et mindre antall var registrert med oppholdstid på over 6 timer. Gruppen med opphold mellom 1-2 timer hadde flest pasienter.

Gjennomsnittlig oppholdstid var 2 timer og 44 minutter (median 2 timer og 21 minutter). 637 polikliniske pasienter hadde oppholdstid innenfor gjennomsnittet. Gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottaket var kortere for de polikliniske pasientene enn for pasienter som ble innlagt i 2019. Det var bare en liten forskjell i median oppholdstid mellom gruppene (2 timer og 39 minutter for innlagte i akuttmottaket).



Figur 5.11 Antall opphold i akuttmottaket i 2019 etter oppholdstid. Polikliniske pasienter. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse. Tilrettelagt av Sykehusbygg HF

5.3. Arealnorm, arealfaktor og standardrom

Det finnes enda ingen god metode for beregning av areal for akuttmottak. Det presenteres derfor ingen arealnorm eller arealfaktor for akuttområdet i Nye Kirkenes

Kapittel 5 Akuttmottaket

sykehus. De vanligste rommene i et akuttmottak listes opp og sammenlignes med dagens standarder i Standardromskatalogen¹⁹.

Standardromskatalogen er utarbeidet av Sykehusbygg HF og basert på tidlige erfaringer fra nye sykehusbyggprosjekter som nytt østfoldsykehus Kalnes, Akershus universitetssykehus (A-hus), St. Olavs hospital, UNN ny A-fløy og Nordlandssykehuset.

Nedenfor (Tabell 5.3) beskrives de vanligste rommene i akuttmottaket sammenlignet med det som nå anbefales i Standardromskatalogen.

Tabell 5.3 Sammenligning mellom Nye Kirkenes sykehus og Standardromskatalogen. Kilde Sykehusbygg HF

Romnavn	Prosjektert areal Nye Kirkenes	Standardromskatalog ver 3.0	Avvik prosj. areal vs. Std.rom	Kommentar
Ambulanseinnang	17	15	2	
Arbeidsstasjon, indre	11,98	9	2,98	Kontor med Vakefunksjon
Desinfeksjon	12,17	12	0,17	Felles med legevakten
Ekspedisjon	18,55	18	0,55	Felles med legevakten og intensiv
Isolat, kontaktsmitte	16,4	16	0,4	
Bad, kontaktsmitte	7	6	1	
Forrom, kontaktsmitte	6	4	2	
Kontor	12	9	3	Brukes som mottaksrom
Kontor, 3-personer	20	18	2	6m2/plass
Lager, tøy	3,86	2	1,86	
Nisje, mobilt rtg.app	1,84	2	-0,16	
Medisinrom	14,67	12	2,67	Felles med Intensiv
Samtale	12,42	12	0,42	Brukes som mottaksrom
Traumerom 1	16,96	16	0,96	Programmert areal som mottaksrom
Traumerom 2	18,94	16	2,94	Programmert areal som mottaksrom
Traumerom 3	18,69	16	2,69	Programmert areal som mottaksrom
Pause (Vaktrom)	20	15	5	Felles med Intensiv
Venteplass	17,92	15	2,92	Felles med legevakten
Undersøkelse, mottak	21,36	16	5,36	Tilhører legevakten
WC	5,63	5		Til venteeareal

Flere av rommene er sambruk med legevakten og intensiv, og dekker derfor større aktivitet og bruk enn kun akuttmottaket. Dette må hensyntas i vurdering av arealbruk.

Arealstandard på traumerom ved større sykehus er rundt 40 m². I dette prosjektet er det programmert tre mottaksrom som kan åpnes opp til et større rom på ca. 40 m² eller ett, stort rom på rundt 55 m². Anbefalt arealstandard på mottaksrom er 16 m². Isolat og bad har samme areal som standardrom. Medisinrom i Kirkenes sykehus er en del større enn standard, men deles med intensiv.

¹⁹ <https://sykehusbygg.no/nyheter/sykehusbyggs-standardromskatalog>

5.4. Kartlegging av byggets egnethet - Akuttmottaket

Kartleggingen av byggets egnethet presenteres i dette kapittelet. Nedenfor gjengis resultatene fra spørreundersøkelsen blant ansatte i akuttmottaket og intensiv.

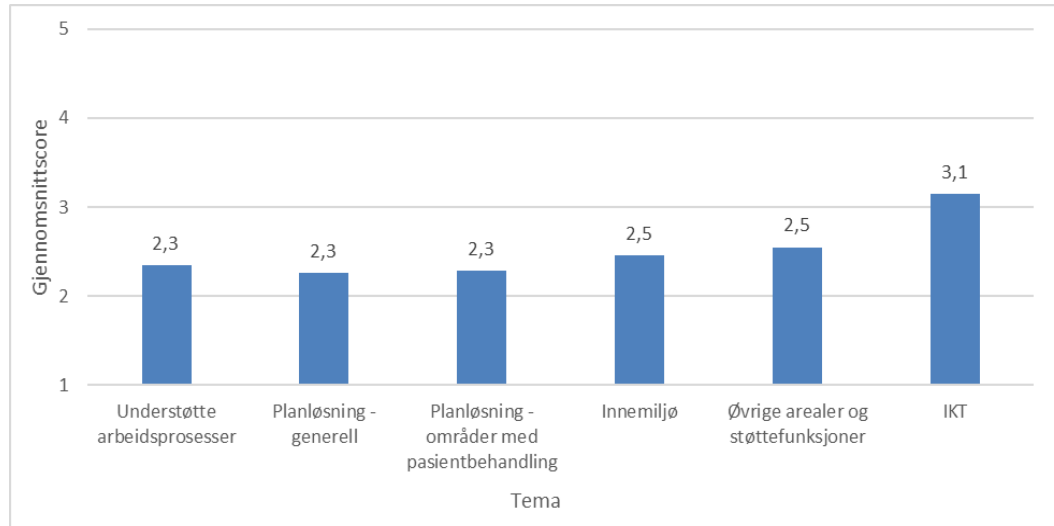
5.4.1. Spørreundersøkelse blant ansatte

Nedenfor presenteres resultater fra den nettbaserte spørreundersøkelsen blant ansatte som arbeider i akuttmottaket og intensiv, der formålet har vært å kartlegge byggets egnethet etter at det ble tatt i bruk. Undersøkelsen er nærmere beskrevet i kapittel 3.

Av de totalt 153 besvarelsene, utgjorde ansatte i akuttmottaket og intensiv 10,5 prosent (n=16) av besvarelsene. Besvarelsene ble gitt av leger og sykepleiere. De fleste oppga at de var sykepleiere, og noen få var leger. Det er sannsynlig at de fleste legene har valgt et annet hovedarbeidssted i besvarelsen enn akuttmottaket, eksempelvis ved poliklinikk eller sengeenhet. Figur 5.12 viser gjennomsnittlig score for seks temaområder.

Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning - generell*, *Planløsning - områder med pasientbehandling*, *Innemiljø*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, *IKT og utstyr*.

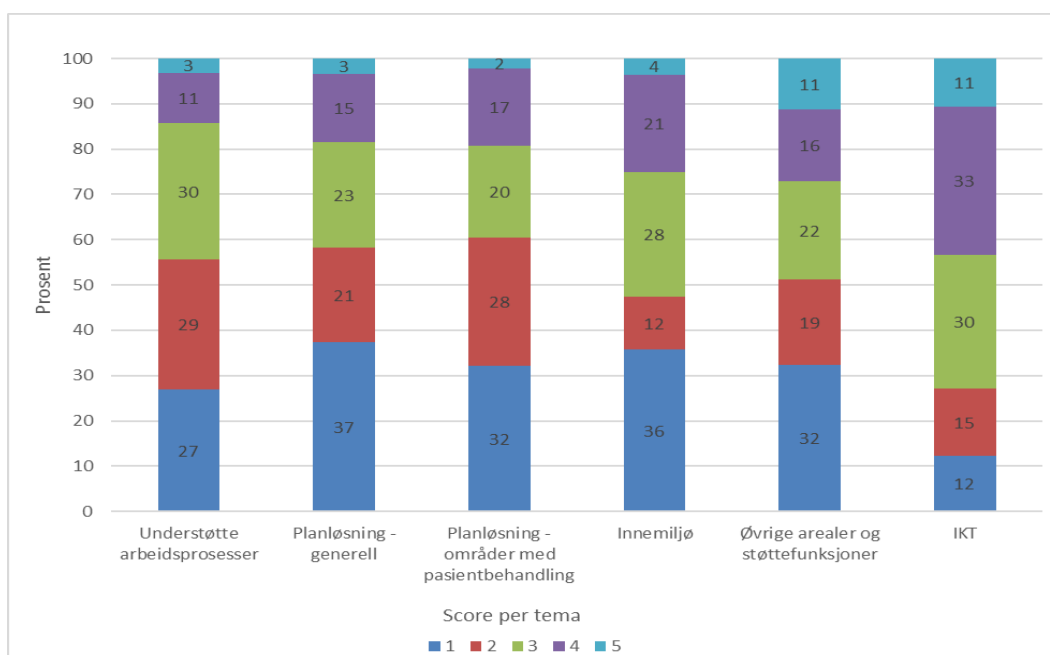
På en skala fra 1 til 5 ligger bare scoren 3,1 for *IKT og utstyr* over middelverdien (3).



Figur 5.12 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, akuttmottak og intensiv

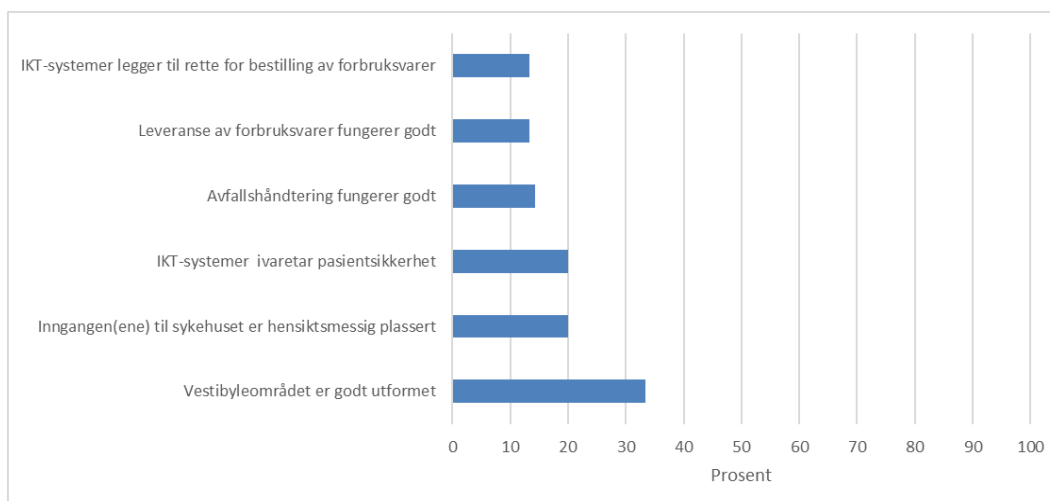
Figur 5.13 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår av figuren at *IKT utstyr* ligger på omtrent samme nivå som resultatet for alle ansatte, da akuttmottak og intensiv fikk 44 prosent score 4 og 5 og 30 prosent score 3. *Øvrige arealer og støttefunksjoner* fikk 27 prosent score 4 og 5 og *Innemiljø* fikk 25 prosent. Figuren viser også at flere ikke er fornøyd med utformingen. Temaene *Understøtte arbeidsprosesser* og *planløsninger* fikk mellom 56 og 61 prosent score 1 og 2. Dette er litt lavere scorer enn besvarelsene fra alle ansatte.

Kapittel 5 Akuttmottaket



Figur 5.13 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, akuttmottak og intensiv

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 5.14 presenterer seks utsagn hvor flest ansatte i akuttmottak og intensiv ga høyeste score. Som det kommer frem av figuren, fikk utsagnet «Vestibyleområdet er godt utformet» flest høye scorere, 33 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5. Videre ga 20 prosent av de ansatte plasseringen av inngang til sykehuset høyeste score. Det samme fikk utsagnet «Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet». Videre ga mellom 13 og 14 prosent av de ansatte avfallshåndtering, leveranser av forbruksvarer og utsagnet «Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer» høyeste score.

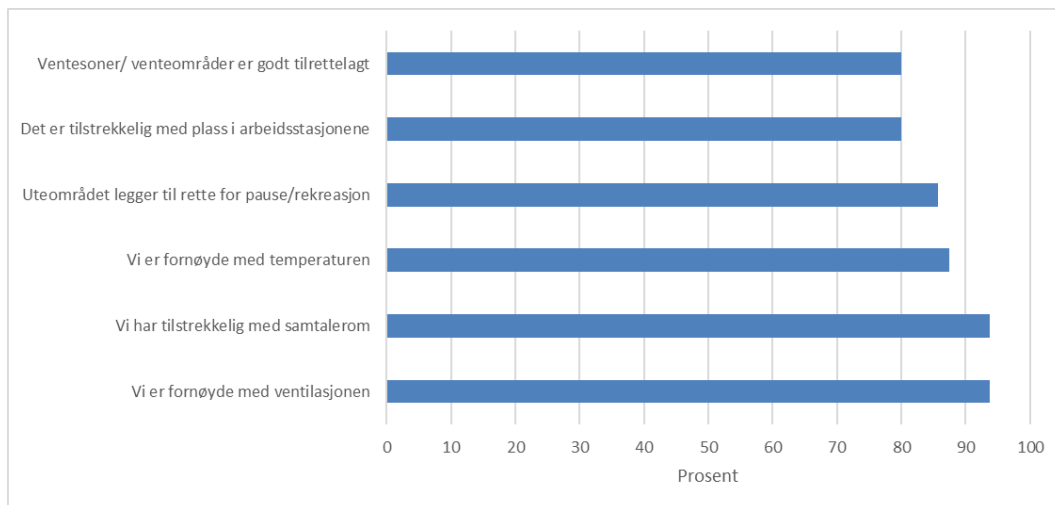


Figur 5.14 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, akuttmottak og intensiv

Kapittel 5 Akuttmottaket

Ser man samlet på de laveste scorene, 1 og 2, vises utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 5.15 presenterer seks utsagn hvor flest ansatte i akuttmottak og intensiv ga laveste score. Figuren viser at utsagnene «Vi er fornøyde med og ventilasjonen i vår enhet/avdeling» og «Vi har tilstrekkelig med samtalerom» fikk flest lave scorere blant ansatte som deltok i spørreundersøkelsen, da 94 prosent av besvarelsene ga 1 eller 2.

Mellom 80 og 88 prosent av besvarelsene ga score 1 eller 2 til utsagnene som handlet om temperatur, uteområdet, tilstrekkelig plass i arbeidsstasjonene og tilrettelegging av venteområder.



Figur 5.15 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, akuttmottak og intensiv

Tabell 5.4 gir en oversikt over tema og alle de 60 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Tabell 5.4 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3. Ansatte, akuttmottak og intensiv

Nr.	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Utformingen av vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	2,6
2	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,3
3	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	2,3
4	1	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	2,2
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	2,6
6	2	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	1,7
7	2	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/ avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,5
8	2	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	1,9
9	2	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	2,3
10	2	Vi har de romtypene vi trenger	1,8
11	2	Vi har tilstrekkelig antall rom	2,1
12	2	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	1,8
13	2	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	1,6
14	2	Møtearealene er lett tilgjengelig	2,9
15	2	Kontorarealene er lett tilgjengelig	1,9
16	2	Det er tilrettelagt arealer for undervisning og kompetanseutvikling	2,0
17	2	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,4
18	2	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	2,6
19	2	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,8
20	2	Ekspedisjonene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,4
21	2	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	2,4
22	2	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt (likt) utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	2,5
23	2	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	2,1
24	2	Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling	2,1
25	3	Vår enhet/avdeling er tilgjengelig og enkel å bruke for alle brukergrupper (bl.a. barn, eldre, bevegelses- og synshemmede)	3,0
26	3	Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling	2,2
27	3	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	1,7
28	3	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/ avdeling	2,3
29	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,2
30	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	2,0
31	3	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	1,7
32	3	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	2,2
33	3	Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling	3,3
34	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	2,4
35	3	Det er tilrettelagt for servering av mat til pasientene	2,0
36	3	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	2,5
37	4	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	2,5

Kapittel 5 Akuttmottaket

38	4	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling	3,3
39	4	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/ arbeidsplasser	2,9
40	4	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	1,3
41	4	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	1,3
42	4	Det er lett å holde orden i vår enhet/ avdeling	2,9
43	4	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/ avdeling	3,1
44	5	Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert	3,0
45	5	Vestibyleområdet er godt utformet	3,7
46	5	Garderobene for ansatte fungerer godt	2,0
47	5	Kantine og kaffestasjoner fungerer godt	1,7
48	5	Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med utstyr	2,5
49	5	Leveranse av forbruksvarer fungerer godt	3,8
50	5	Avfallshåndtering fungerer godt	3,1
51	5	Uteområdet legger til rette for pause og bidrar til rekreasjon	1,4
52	5	Parkeringsarealene er godt tilrettelagt	1,7
53	6	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet	3,5
54	6	Våre IKT-systemer bidrar til at vi jobber effektivt	2,9
55	6	Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer	2,9
56	6	Vi utnytter løsningene/mulighetene i våre IKT-systemer	2,9
57	6	Vi har lett tilgang på de hjelpemidler vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	2,6
58	6	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,8
59	6	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,6
60	6	Møbler og inventar fungerer godt	2,9

5.5. Driftskonsepter og løsninger

I dette kapitlet presenteres dybdeundersøkelsen i akuttmottaket. Undersøkelsen er i hovedsak basert på fokusgruppeintervju med representanter fra akuttmottaket og ledergruppen. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig med at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre tema som er relevante for evalueringen.

Resultatene er supplert med sitater fra fokusgruppedeltakerne for å fremheve og illustrere erfaringene med hvordan lokalene fungerer etter innflytting i nytt sykehus.

Digitale fokusgruppeintervjuer ble gjennomført 29. september og 6. oktober 2021 via Teams. I det førstnevnte intervjuet deltok åtte personer som representerte ledelsen ved akuttmottaket og sykepleiere samt tillitsvalgte og verneombud for akuttmottaket. Hovedtemaet var hvordan utforming av akuttmottaket støtter opp under pasientbehandling og arbeidsprosesser. Det andre intervjuet var med ledergruppen i Kirkenes sykehus der hovedtemaet var forholdet mellom planlagte løsninger og erfaringer etter innflytting i nytt sykehus.

På grunn av at hovedverneombud og representanter for legene ikke deltok i fokusgruppe 29. september, ble det gjennomført et nytt intervju basert på utkast til rapport. I dette fokusgruppeintervjuet, som ble gjennomført 29. oktober, deltok én tillitsvalgt for sykepleierne, én fra fagforbundet og to tillitsvalgte for legene sammen med hovedverneombud. Det ble også sendt skriftlige kommentarer til Sykehusbygg HF fra laboratoriet «Medisinsk biokjemi og blodbank» 11.11.2021.

Det er ikke gjennomført befarings, da evaluering av akuttmottaket kom som en etterbestilling.

5.5.1. Organisering av virksomheten

Akuttmottaket er organisert i Akuttmedisinsk avdeling sammen med intensiv-, anesthesi- og operasjonsenhet, herunder postoperativ. Sykepleierressursene benyttes fleksibelt mellom akuttmottak, dagkirurgisk og postoperativt område, mens legene er organisert under Kirurgisk og Medisinsk avdeling, foruten anestesilegene som ligger under Akuttmedisinsk avdeling. Sykepleierne i akuttmottaket bistår også legevakslege (dvs. kommunen finansierer sykepleierressurser).

Sykepleierbemanningen i akuttmottaket er:

Hverdag dag: To sykepleiere.

Hverdag kveld: To sykepleiere.

Natt hverdag og helg: En sykepleier på vakt.

Helg dag: En sykepleier.

Helg kveld: En sykepleier.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Lørdag og søndag: En sykepleier kl. 12-20.

Sykepleiere i akuttmottak, intensiv, dagkirurgisk- og postoperativt område jobber på tvers avhengig av behov og kapasitet. Fokusgruppen påpekte at det ikke alltid er noen å allokere.

Portør er tilgjengelig på dagtid, men ikke på kveld, natt og helg. Da faller transportoppgaven på sykepleiere i akuttmottaket. Fokusgruppen fortalte at det forekommer at en sykepleier må følge pasienter til gipserom (i poliklinikken), mens den andre i akuttmottaket må følge opp til sengeenhet i plan 3. Det er også sykepleier fra akuttmottaket som følger øyeblikkelig-hjelp polikliniske pasienter til andre rom i poliklinikken. Dette betyr at akuttmottaket i perioder kan være ubemannet.

I fokusgruppene kom det frem at det er situasjoner der ansatte ikke alltid har oversikt over hvor pasienten befinner seg. Pasienten kan eksempelvis være i gipserommet i poliklinikken eller til røntgenundersøkelse uten at sykepleier er informert om det. Det ble fortalt at det planlegges en digital tavle som skal gi oversikt over hvor pasientene er.

Akuttmottaket har turnuslege, LIS1 i front. Kun LIS2 medisin har tilstedevakt hele døgnet, med ansvar for visitt i akuttmottaket og sengeposter kveld, natt og helg. Kirurgisk LIS2 har tilstedevakt mandag til fredag kl. 07.30 til 19.30, og tilstedevakt lørdag og søndag kl. 09 til 13 og kl. 17 til 19. Den resterende tiden er hjemnevakt. Gynekolog har tilstedevakt mandag til fredag kl. 07.30 til 20.00 og har videre tilstedevakt lørdag og søndag kl. 09 til 15 og kl. 19 til 20. Den resterende tiden er hjemnevakt.

Ansatte opplyste at Kirkenes sykehus har traumeteam, et eget barneteam (uten barnelege), team for hjertestans og trombolyseteam for hjerneslagpasienter. Team for mottak av kritisk syke medisinske pasienter planlegges opprettet fra 2022.

Deltakerne i fokusgruppen fremhevet at det er mye som fungerer bra og er blitt bedre i det nye sykehuset, blant annet team og fagmiljø. En uttrykte det slik:

Ved trombolysealarm involveres flere medisinske leger, sykepleiere fra akuttmottak og intensiv, radiograf, radiolog. Det fungerer veldig, veldig bra på det nye sykehuset. Det er veldig kort vei mellom akuttmottak og CT, de kan tas imot inne på CT, bioingeniører er også involvert.

Bioingeniørene uttrykker at laboratoriet opplever et godt tverrfaglig samarbeid ved blodprøvetaking og fremhever samarbeidet i traumeteamet.

5.5.2. Adkomst og ekspedisjonsområdet

Ambulansehall under tak

Sykehuset har en ambulansehall med to porter og med oppstillingsplass for to ambulanser samtidig. Bilene rygger inn mot ambulanseinngang, åpner bakluken og triller bære med pasient inn i ambulanseinngang.

Ansatte forteller at dybden i hallen er for kort i forhold til bilens lengde (6,4 meter) når bakdør skal åpnes og bære settes på bakken. Det er vanskelig å lukke porten når bakdøren på ambulansen står opp, og størrelse på bakdør varierer med biltype. Ambulansebiler kjøpes inn på nasjonalt anbud hvert 4. år, og lengde og bredde på bilene varierer med valg av modell. I fokusgruppen ble det forklart slik:

Ambulansehallen ble bygget med den tidens størrelse på ambulansen, og det ble ikke tatt tilstrekkelig hensyn til i planleggingen at dagens biler er blitt større og lengre.

Det er mulighet for enkel rengjøring av bære og utstyr, men ansatte opplever det som en utfordring å kvitte seg med risikoavfall og smitte.

I fokusgruppen ble det bemerket at ambulansesarbeiderne savner garderobefasiliteter. De har ikke et egnet sted å skifte ved smitte eller søl på arbeidstøy. De må skifte i bilen eller i ambulansehallen bak skjerm Brett.

Ambulansehallen inneholder også fasiliteter for CBRNE (kjemiske, biologiske, radioaktive, nukleære og eksplosive hendelser).

Fasiliteter for CBRNE

Det er egen inngang til ambulansehallen for pasienter kontaminert med kjemiske og biologiske stoffer, radioaktiv stråling og giftig røyk som kan gi opphav til blant annet høyrisikosmittesykdom (CBRNE). Det er to dusjer plassert mot yttervegg for rensing av farlige stoffer. En PVC-duk kan rulles ned som en gardin midt i ambulansehallen for å skille mellom ren og uren sone. Ved behov for ytterligere isolering er det ett kontaktsmitteisolat i akuttmottaket og ett luftsmitteisolat på intensiv.

Enheten er planlagt med bistand fra Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin. De fleste ansatte fortalte at de er fornøyde med løsningen. Noen påpekte at det ikke har vært tilstrekkelig øving på hendelser etter innflytting i nytt sykehus.

Ambulanseinngang

Ambulanseinngangen fungerer som en gjennomgang for bæretransport. Det står lagret rullestoler og oksygenkolber der, og ambulanspersonell kan skifte til rent tøy på bære før utreise. Både bil- og luftambulanse henter medisiner i akuttmottaket. Ambulansetjenesten har ikke eget lager for sine behov.

Det ble bemerket av ansatte i akuttmottaket at i det nye sykehuset får man på en enkel og hensiktsmessig måte informasjon om pasientenes vekt. Dette skjer ved at pasienter

Kapittel 5 Akuttmottaket

som kommer via ambulanseinngangen, trilles over en vekt som umiddelbart gir informasjon til den som mottar pasienten.

Inngang for gående

Inngang for gående er atskilt fra ambulanshallen, og det har ikke vært problemer med kryssende trafikk. Inngangspartiet bidrar til å redusere kuldeinnslipp. Det er en glassluke inn til ekspedisjonen, hvor pasienten melder seg og blir registrert.

Ekspedisjon

Ekspedisjonen er akuttområdets kommunikasjonspunkt og felles for akuttmottaket, legevakt og intensiv. Ekspedisjonen er på 20 m² og plassert i hjørnet mellom akuttmottak og intensiv, nært trapp og akuttheis for fødende i plan 3. Ekspedisjon har dør til vaktrommet, noe som gir mulighet for kollegastøtte og rask kommunikasjon.

Ekspedisjonen bemannes av sykepleiere, men det foreligger planer om å bemanne opp med merkantilt personell i tillegg. Ekspedisjonen fungerer som henvendelsespunkt for pasienter, pårørende og ansatte. Pasientene henvender seg i luken til ekspedisjonen, registreres og henvises til venterom eller mottaks-/legevaksrom.

En sykepleier i ekspedisjonen fungerer som koordinator for virksomheten i akuttmottak, på intensiv og oppvåkning. Det ble fortalt at koordinatoren har mange oppgaver og at funksjonen er krevende: Ta imot gående pasienter, registrere i DIPS og ringe til de som skal ta imot pasient. Intern varsling ved hjertestans og utløse traumealarm. Telemetrivakt (skopsentral for 10 pasienter står her), kommunikasjon med AMK, kommunikasjon med ambulanse på nødnett, bestille prøvetaking, skrive ut alarmer, koordinere ressurser på intensiv, postoperativ, dagkirurgen og akuttmottak, ta imot ringesignal fra låste dører, betjene fasttelefon hvor pårørende ringer, bestille transport til pasient som skal hjem, ta imot melding om pasient til postoperativ etter operasjon.

I tillegg ble det påpekt at koordinator savner en oversikt over hvilke ansatte og pasienter som er på hvert rom.

Venteområde

Det er ett venteområde på rundt 18 m² med tilgang til WC på rett ved ekspedisjonen. Venteområdet ble ifølge ansatte planlagt for pasienter til akuttmottak og legevakt. Imidlertid er det også blitt venteområde for pasienter til øyeblikkelig-hjelp poliklinikk. Det var enighet blant fokusgruppedeltakerne om at ventearealet ikke er dimensjonert for antallet personer som faktisk bruker det. Dette er spesielt problematisk på kveld og natt når legevakten er åpen. Når ventearealet er fullt, hender det at pasienter henvises til vestibyle eller et hvilerom ved siden av dagkirurgen.

Fokusgruppen påpekte at det er tung og dårlig luft i venterommet, samt at vinduet i rommet ikke kan åpnes.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Deltakerne påpekte også at det er begrenset mulighet til å observere pasienter fra ekspedisjonen.

Det er tilgang på vanddispenser, men ikke mat på venterommet. Nærmeste mulighet for å kjøpe mat (automater) er i vestibylen.

Ventearealet er adgangskontrollert, slik at pasienter og pårørende må følges og låses inn og ut av området. Det ble bemerket av de ansatte at dette er ressurskrevende.

Tilgang til WC

Det er tre WC på rundt 5 m² tilgjengelig for pasienter. WC for pasienter er plassert ved venterom og innenfor arealet til bildediagnostikk. Begge areal er adgangskontrollert og krever at noen slipper pasienten inn og ut av venteareal og bildediagnostikk. I tillegg er det WC på badet tilhørende isolat. Tilgang til WC for pasienter er derved begrenset av at ansatte kan følge, med unntak av tilgang til WC fra venterom. Både representanter for de ansatte og ledergruppen mente at det er for få WC tilgjengelig for pasientene, samt at WC for pasienter utenfor adgangskontrollerte dører er uhensiktsmessig.

Ansatte har tilgang til to WC, rett utenfor ekspedisjon og pauserom/vaktrom ved intensiv. Antallet WC for ansatte beskrives som tilfredsstillende, men det mangler HCWC for ansatte. Kirkenes sykehus har informert om at det er avklart med arbeidstilsynet at tilgang til HCWC iverksettes dersom en av de ansatte får dette behovet, nært der den ansatte jobber.

WC i venterommet er ikke skjermet verken for innsyn, lyd eller lukt, hvilket oppfattes av ansatte som uheldig. Det ble bemerket at denne problemstillingen gjelder generelt for hele sykehuset.

5.5.3. Pasientforløp

Generelt

Pasient triageres på hastegrad og prioritet i ambulanse prehospitalt med triageverktøyet METTS, samme verktøy benyttes inhospitalt. Fra 2022 skal alle i Finnmarkssykehuset HF gå over til RETTS triageverktøy.

Alle akuttpasienter som kommer med ambulanse meldes via nødnett til koordinator i ekspedisjonen. Der er det også tilgang til AMIS (Akuttmedisinsk informasjonssystem for koordinering av nødmeldinger som benyttes av AMK) slik at de kan følge med hvor ambulansen er. Koordinator melder videre til de som skal involveres i mottak og behandling av pasient.

Bilediagnostikk

Ansatte i akuttmottaket opplever at de får raskt tilgang på bildediagnostiske undersøkelser og at det ikke er kapasitetsproblemer for akuttmottaket. Unntaket er smittepasienter med lav hastegrad som kan risikere å måtte vente på bildediagnostikk. Dette innebærer at de beslaglegger et rom i akuttmottaket i ventetiden.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Spørreundersøkelsen blant ansatte i akuttmottaket viser at mange er fornøyde med plasseringen av akuttmottaket. Utsagnet «Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til», fikk gjennomsnittlig score på 3,5 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Det ble spesielt kommentert at det er positivt med nærhet til røntgen. Dette ble også uttalt i fokusgruppen, som fortalte at akuttmottakets beliggenhet i forhold til røntgen i plan 2 fløy A og intensiv er gunstig. Betydningen av nærhet mellom akuttmottak og bildediagnostikk er også fremhevet i dokumentet «Konseptprogram akuttmottak» (Sykehusbygg 2020).

Prøvetaking

Bioingeniører tar blodprøver, hvor pasienter i akuttmottaket prioriteres. Det er lite ventetid på prøvetaking. Imidlertid varierer svartiden, og Covid-19 pandemien har ført til lengre svartid grunnet økt testing og økt belastning på analyseenheten på laboratoriemedisin. Akuttmottaket rekvirerer alle blodprøver som øyeblikkelig hjelp.

Bioingeniørene har erfart at det kan gå lang tid fra rekvirering og til pasienten faktisk er i mottaket, alt fra noen timer til ett døgn og noen ganger kommer ikke pasienten. I tillegg rekvireres mange analyser (pakker) til hver enkelt pasient. Ved traumer rekvireres medisinske grunnpakker i tillegg til traumepakker. Dette medfører lengre analysetid og responstid. Bioingeniørene forklarte det slik:

Alle analyser rekvireres som ø-hjelp, noe som medfører forsinkelser av blodprøvetaking, analysering og utgivelse av analysevar. Når det er rekvirert blodprøver av flere pasienter samtidig, foreligger det ingen instruks om hvilke pasienter som skal prioriteres.

Siden det ikke er prioritering på hastegrad, har ansatte i akuttmottaket erfart at det kan gå like lang tid før svar foreligger for en pasient hvor dette er kritisk, som for en pasient det ikke haster like mye med. I fokusgruppen ble det påpekt at dette er uheldig.

Bioingeniørene rapporterer at pasientseng/båre er så smal at det ikke er plass til å legge pasientens arm stødig for blodprøvetaking. De påpeker også at det er viktig å ha tilstrekkelig plass ved sengen, spesielt når det er vanskelig å venepunktere og bioingeniøren må bruke tid på å fullføre prøvetakingen.

Pasientforløp for barn

Kirkenes sykehus har ikke barneavdeling. Barn som har behov for innleggelse, blir innlagt på intensivheten i påvente av transport til Hammerfest sykehus, unntaksvis til UNN dersom tilstanden er mer alvorlig. Kirkens sykehus har et akutt-team for barn uten barnelege.

Utagerende pasienter og skjerming

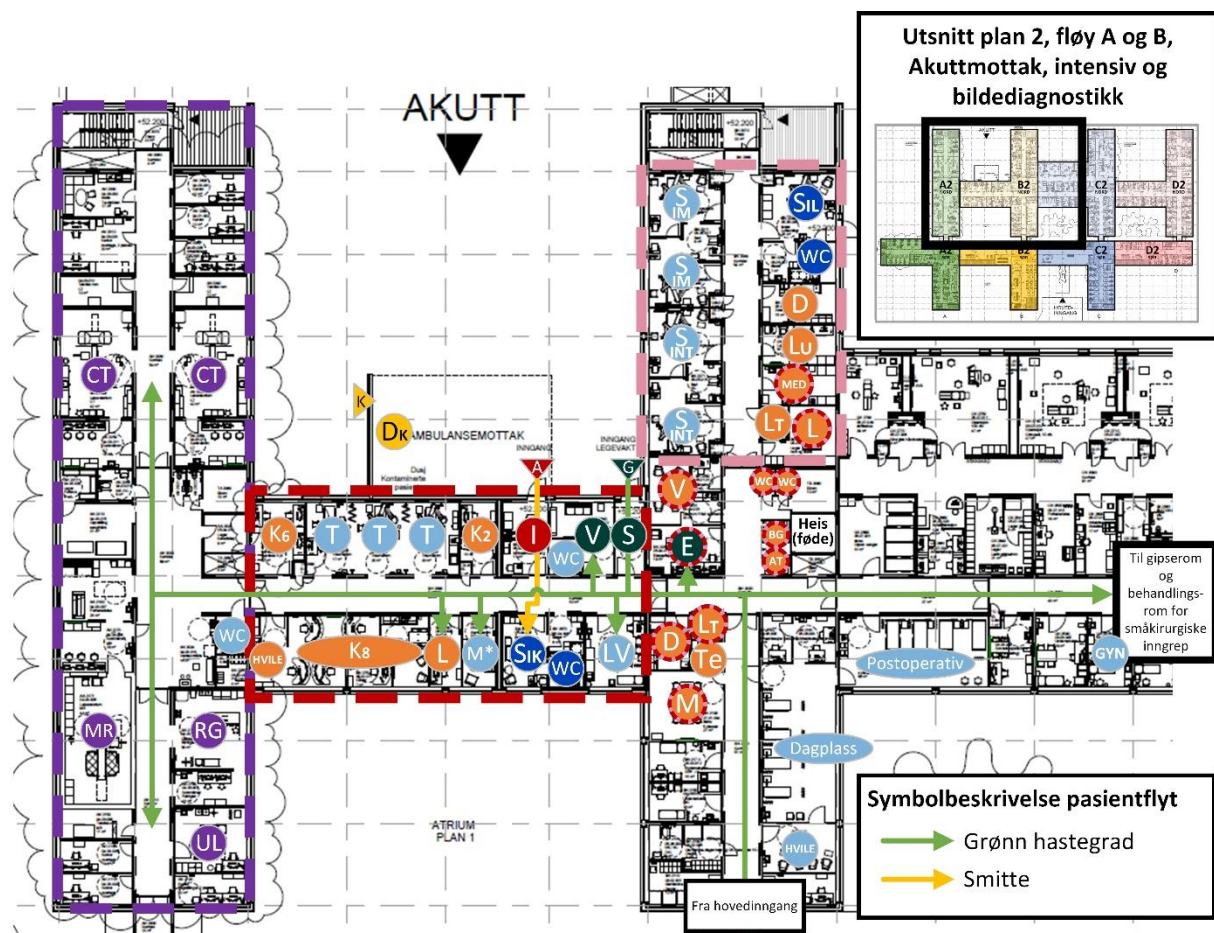
Det er ingen rom som er spesielt forberedt med robuste materialer eller rømningsvei. Pasienter som trenger skjerming av ulike grunner mottas på samtalerom eller andre mottaksrom.

Overgrepsmottak

Disse pasientene har ingen dedikert venteplass, men et undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom) i gynekologisk poliklinikk benyttes til undersøkelse og bevisopptak. Dette rommet er ikke alltid tilgjengelig på dagtid, da det benyttes til ordinær poliklinikk.

Figurene i de neste delkapitlene illustrerer pasientflyt og behandling- og støtterom i akuttmottaket. Pasientflyten er delt inn etter hastegrad, den presenteres detaljert og slik den er beskrevet av fokusgruppedeltakerne. Først presenteres pasientflyt for gående, deretter for pasienter som ankommer på bære med bil- eller luftambulans. I tillegg beskrives pasientflyt for pasient med smitte og CBRNE.

5.5.4. Pasientforløp av grønn hastegrad



Figur 5.16 Illustrasjon for pasientflyt av hastegrad grønn i akuttmottaket. Se Figur 5.2 for symbolforklaring. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Pasienter med grønn og gul hastegrad har ikke umiddelbar livstruende tilstand, men trenger helsehjelp innen rimelig tid.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Gående pasient kommer inn i egen inngang ved siden av ambulanshallen, melder seg i ekspedisjon, blir henvist til venterommet eller tatt rett inn på rom. Dette gjelder både pasienter som kommer til innleggelse, øyeblikkelig-hjelp poliklinikk og legevakt.

Noen øyeblikkelig-hjelp polikliniske pasienter kommer inn via hovedinngang og følges til den respektive poliklinikken de skal til eller til venterom i akuttmottaket. Dette kan være pasienter innenfor blant annet områdene øye, gynekologi eller ortopedi. Når pasientene kommer via hovedinngangen, får koordinator i akuttmottaket vanligvis en telefon fra resepsjonen i vestibylen. Koordinator (sykepleier) skriver pasienten inn og gir deretter beskjed til LIS1, bildediagnostikk eller eventuelt laboratoriet for videre oppfølging. Ofte må sykepleier i akuttmottaket følge pasienten til poliklinikken eller bildediagnostisk undersøkelse.

En gående pasient kan vurderes til lav hastegrad, men kan også være sykere enn førsteinntrykket gir. Fokusgruppen fortalte at det i noen tilfeller kan gå lang tid før pasientene blir triagert/vurdert og får tildelt mottaksrom eller samtalerom.

Hadde vært hensiktsmessig med et triagerom hvor triagering er satt i system. Triagehall med tilstedeværende lege kunne raskt vurdert pasientene og besluttet videre forløp. Dette ville ha bedret pasientsikkerhet fordi man da kunne prioritert tid på de pasientene som er uavklarte.

For mange pasienter som kommer med drosje, venter drosjen i påvente av avklaring om pasienten skal tilbake til hentested. Ofte kan avklaringen ta lang tid slik at drosjen kjører, og pasienten må innlegges. En av fokusgruppedeltakerne uttrykte det slik:

Raskere avklaring kunne hindret flere unødige innleggelser.

Pasienter som overflyttes fra UNN for oppfølging, tas imot på samme måte som andre. Det er ingen «fast-track» for denne pasientgruppen som ofte har gjennomført en lang transport med ambulanse, fly eller egentransport.

De sykeste pasientene blir ivaretatt, men for eksempel overflytninger av syke og svake pasienter blir ikke prioritert, og må ofte vente lenge.

Bioingeniør tar blodprøver av pasient når dette er rekvirert og transporterer prøver til laboratorium for analyse. Prøvetaking skjer på rom.

De fleste pasientene henvises til røntgen. Da blir de plassert på et venterom ved bildediagnostikken, der det er ansatte ved bildediagnostikk som har tilsynet. Etter endt undersøkelse, hentes pasient av ansatte i akuttmottaket og plasseres på venterom, mottaksrom, samtalerom eller følges til gipsrom og behandlingsrom for småkirurgisk inngrep utenfor akuttmottaket. Avstanden til de to sistnevnte rommene er rundt 70 meter hver vei fra ekspedisjonen og inngang akuttmottaket, og rundt 100 meter hver vei fra bildediagnostikk (se vedlegg). Det er personalet fra akuttmottaket som bistår lege i gipsing og småkirurgisk inngrep. Dette innebærer at personalet kan være spredt over et

Kapittel 5 Akuttmottaket

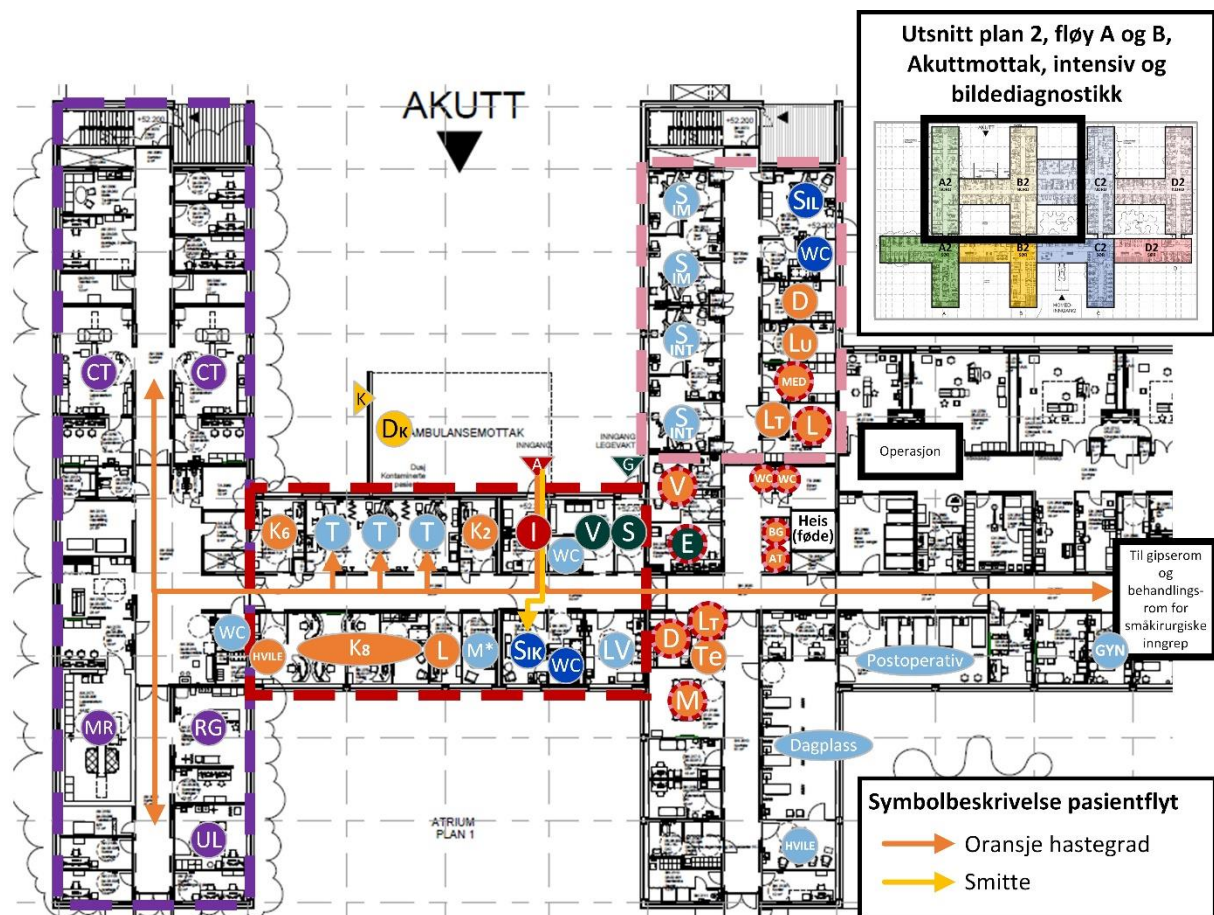
større område og oversikt over kollegaer, samt beredskap for rask bistand fra kollegaer, reduseres.

Etter beslutning om videre forløp, transporteres pasienten til sengeområde eller intensiv, utskrives eller henvises til øyeblikkelig-hjelp poliklinikk. Pasienten transporteres til sengeområde av portør på dagtid, ellers av sykepleier i akuttmottaket med heis som ligger rundt 53 meter unna akuttmottaket. Fokusgruppedeltakerne bemerket at sykepleier kan bli fraværende en god stund, og beredskapen i akuttmottaket reduseres.

Pårørende skal i prinsippet vente på venterommet. Det kan være tilstrekkelig plass på dagtid, men ikke på kveldstid da pasienter som skal til legevakten kommer i tillegg. De fleste pasienter har stort sett følge av noen. Disse kan vente i bil, i vestibyen eller kantina. Det ble også sagt:

Hender at vi bruker møterom og hvilerommet ved dagkirurgen som venterom.

5.5.5. Pasientforløp av oransje hastegrad



Figur 5.17 Illustrasjon for pasientflyt av hastegrad oransje i akuttmottaket. Se Figur 5.2 for symbolforklaring. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Kapittel 5 Akuttmottaket

Pasienter med oransje hastegrad har en tilstand hvor det kan utvikles eller ligger potensiale for utvikling av livstruende tilstand.

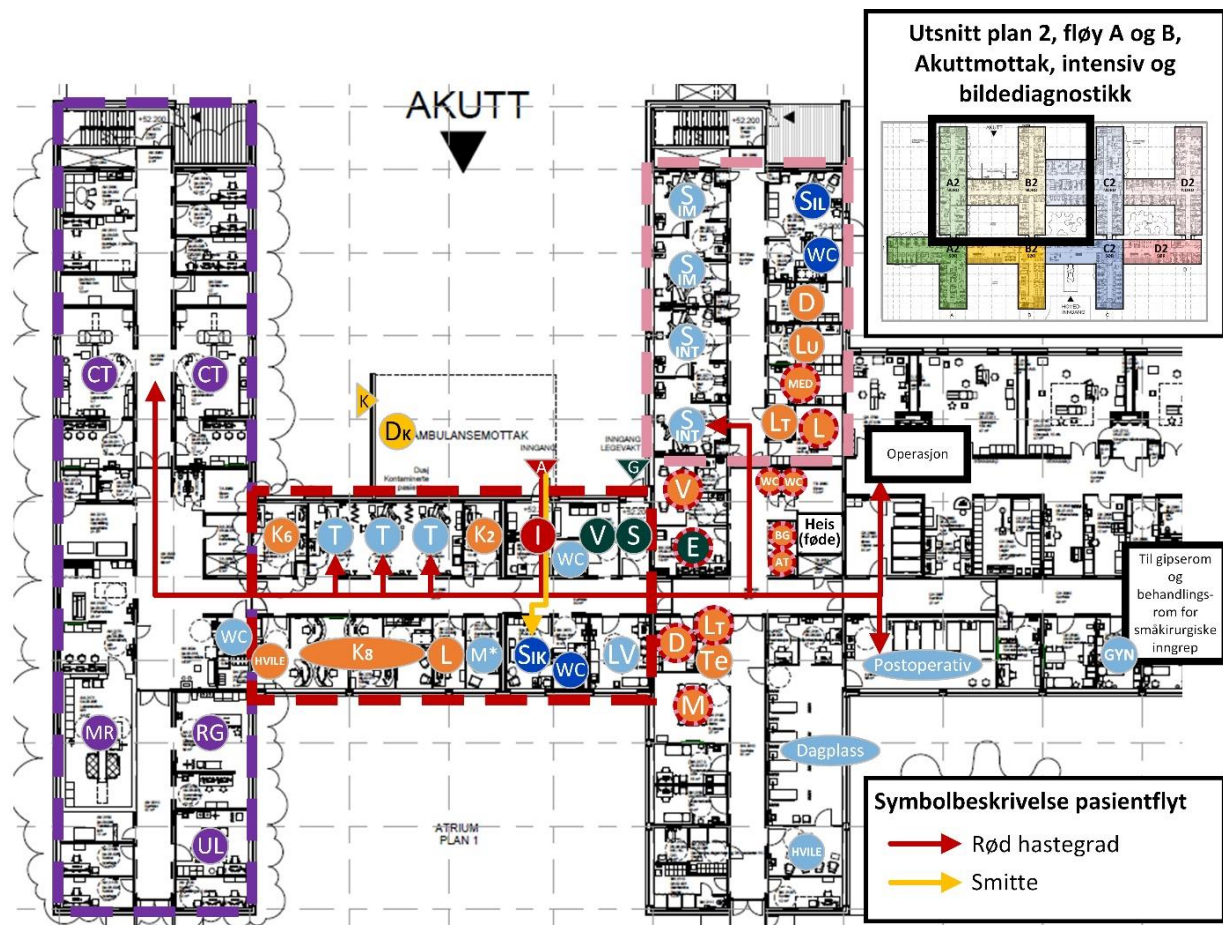
Pasienter som kommer med ambulanse, er triagert prehospitalt. Pasient overflyttes fra bære til seng/bære på mottaksrom, isolat eller intensiv. Det er også tatt i bruk et samtalerom på rundt 12 m² til mottak. Rommet kan inneholde bære, men har ikke uttak for oksygen og medisinsk trykkluft. Rene senger og bærer oppbevares på rom eller i korridor. En av deltakerne kommenterte:

Savner eget rom til bærer og senger.

Frem til oktober 2021 ble et kontor ved siden av også benyttet som mottak. Kontoret ble endret til lager grunnet gjennomgangstrafikk (dør) inn til det tidligere AMK arealet, som midlertidig benyttes som kontor.

Videre blir pasientene retriagert av sykepleier eller lege, registrert i DIPS, og lege blir tilkalt i henhold til hastegrad. Disse pasientene prioriteres for vurdering, diagnostikk og behandling. Etter diagnostikk transporteres pasienten tilbake til akuttmottaket, til intensiv eller sengeområde.

5.5.6. Pasientforløp av rød hastegrad



Figur 5.18 Illustrasjon for pasientflyt av hastegrad rød i akuttmottaket. Se Figur 5.2 for symbolforklaring. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Pasienter med rød hastegrad har en livstruende tilstand og trenger akutt hjelp umiddelbart.

Pasientene meldes inn via nødnett med informasjon om vitale parametere fra luft- eller bilambulansse.

Helikopteret lander på basen rett ved sykehuset. Pasient må omlastes til bilambulansse for transport til akuttmottak. Transporttiden er få minutter, men omlastingen tar tid. Ansatte fortalte at det av og til ikke er ledig bilambulansse til denne transporten fordi samme ambulansse kan ha vært involvert i hendelsen.

De ansatte fortalte at varsling av traumeteam skjer etter klare kriterier. Traumearealet kan deles i tre rom. Traumepasienter ble tidligere tatt imot på Traume 2 og 3. Disse rommene har uttakssentral fra tak og er noe større enn Traume 1. Det ble informert om at mottak av traumepasienter ble flyttet til postoperativ i oktober 2021, da dette arealet er større, har mer hensiktsmessig utforming og har vært lite benyttet som postoperativt

Kapittel 5 Akuttmottaket

areal. Postoperative pasienter flyttes derfor til arealet for dagkirurgi (dagplass). Ansatte mente at endringen var hensiktsmessig.

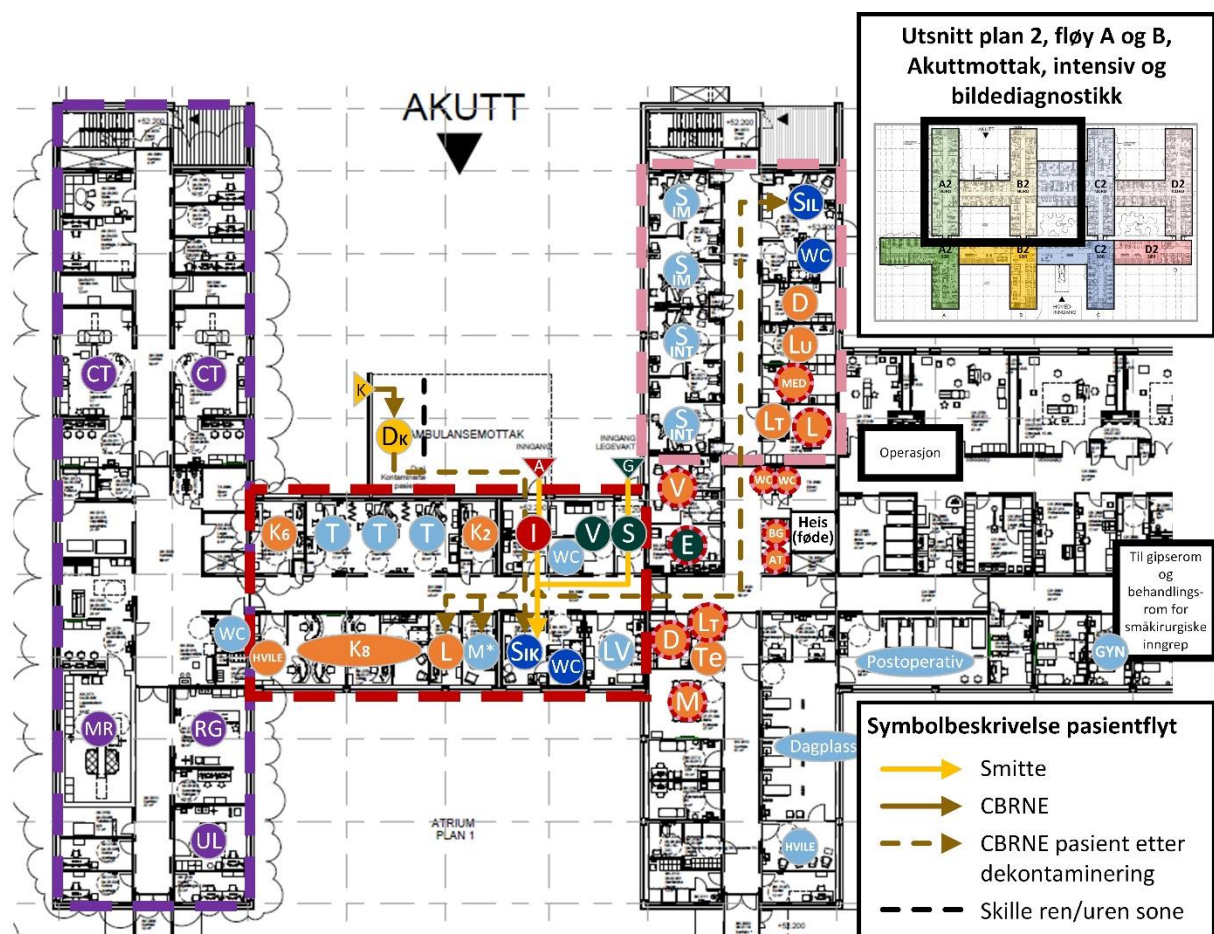
Denne løsningen [mottak av traumepasient på postoperativ] gir mindre logistikkproblemer når alle mottaksrom er opptatt.

Meldt prehospital hjertestans tas som hovedregel imot direkte på intensiv rom 1, som er det største intensivrommet.

Alle pasientene som kommer inn på trombolysealarm går rett til CT. Slagpasientene som får trombolyse, transporteres videre til intensiv, mens de øvrige tas tilbake til akuttmottaket for vurdering og oppstart av behandling.

Ansatte mente at sykehuset har ingen reell erfaring med massetilstrømning, men opplyste om at de har hatt tre hendelser hvor dette kunne ha skjedd. Disse hendelsene ga personalet trening og medførte forbedring i rutiner. Arealet på postoperativ og dagkirurgen med fire pluss fire plasser vil bli gjort tilgjengelig i tillegg til rom i akuttmottak og på intensiv.

5.5.7. Pasientforløp for smittepasient og ved CBRNE



Figur 5.19 Illustrasjon for pasientflyt av smittepasient og CBRNE i akuttmottaket. Se Figur 5.2 for symbolforklaring. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Kapittel 5 Akuttmottaket

Pasient med uavklart smittesituasjon kan komme gående via «sluse» og henvende seg i ekspedisjon eller komme med ambulanse. Pasienten kan transporteres direkte til kontaktsmitteisolat for prøvetaking og avklaring, men ved behov for isolasjon, benyttes ofte luftsmitteisolatet på intensiv. Dersom det likevel ikke er behov for intensivovervåkning, kan det være utfordrende å flytte pasienten grunnet behov for isolasjon. Fokusgruppedeltakerne kommenterte at det hender at smittepasienter overnatter i akuttmottaket, dersom det ikke er ledig kapasitet andre steder.

I fokusgruppen for ansatte ble det bemerket at det kan være en utfordring å få bistand fra renhold til å gjennomføre smittevask i akuttmottaket og intensiv, spesielt på kveld, natt og helg, da renhold ikke har engen vaktordning. Renhold har imidlertid fungert bra under Covid-19 pandemien.

Pasient som har vært utsatt for kontaminering av kjemiske og biologiske stoffer, radioaktiv stråling og/eller giftig røyk loses inn gjennom egen inngang til ambulansehallen (CBRNE). Pasienten kles av, renses i dusjer som er plassert mot yttervegg, tørkes og får varmt tøy på. Deretter tas pasient inn i akuttmottaket til vurdering. Ved behov for ytterligere isolering, benyttes kontaktsmitteisolatet i akuttmottaket eller luftsmitteisolatet på intensiv.

5.5.8. utfordringer i pasientflyt

Det ble opplyst om at sykehuset har satt i gang et arbeid for «Bedre flyt i akuttmottaket» og at det er avdekket flere områder som bør forbedres, blant annet pasientflyt. En av fokusgruppedeltakerne sa det slik:

Det er enighet om at det er dårlig flyt i akuttmottaket.

Oversikt

En koordinator i ekspedisjonen skal koordinere ressursbruk og pasienter. For pasienter til innleggelse, avtaler sykepleierne seg imellom hvem som har ansvar. Det kan også være flere personer som tar imot innmeldinger, noe de ansatte mener fører til dårlig koordinering av hvor pasienten skal og hvem som skal ta imot.

Har ikke god nok oversikt over hvor pasientene er og hvor kollegaene er.

For polikliniske pasienter er det stort sett legen som styrer logistikken, og det ble uttalt at dette gir manglende oversikt for sykepleierne.

Det er masse fysisk plass, god kapasitet på intensiv og PO, spesielt på natt og helg. Blir veldig uoversiktlig hvor pasientene oppholder seg.

Oppholdstid

I 2019 var gjennomsnittlig oppholdstid for innlagte pasienter i akuttmottaket registrert til 3 ½ time. 30 prosent av pasientene hadde oppholdstid på inntil 2 timer, og 79 prosent

Kapittel 5 Akuttmottaket

av pasientene hadde inntil 4 timer. I overkant av 4 prosent av de innlagte pasientene hadde oppholdstid på over 8 timer.

Noen mente at 3 til 4 timer er lang oppholdstid. En forklaring som ble løftet fram, er at det kommer andre pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, de tre mottaksrommene er opptatt eller det kan være fullt i sengeområdene. Utskrivelse av pasientene foregår vanligvis etter lunsj, mellom kl. 14 til 17, og denne praksisen kan bidra til fulle sengeposter. Det ble også påpekt at den største flaskehalsen for pasientflyten ikke er å vente på en ledig seng i sengeområdet, men ventetid på undersøkelser og svar i akuttmottaket.

I fokusgruppen var det enighet om at noen pasienter kunne unngått innleggelse dersom det hadde vært raskere avklaring og tilgjengelige observasjonsplasser i tilknytning til akuttmottaket. Nasjonalt er det også oppmerksomhet rundt observasjonsplasser i eller nært akuttmottak. I nasjonale faglige retningslinjer (2014) viser Helsedirektoratet til forskning som fant kortere liggetid i observasjonsenhet sammenlignet med tradisjonell sengeenhet for pasienter som ble antatt å ha behov for kort innleggelse. I høringsutkast til nye retningslinjer, «Somatiske akuttmottak» datert 17.09.2021, anbefales observasjonspost (akuttpost/avklaringspost) i tilknytning til akuttmottak.

I evalueringen kom det frem ulike synspunkt blant leger og sykepleiere knyttet til tidsbruk under oppholdet i akuttmottaket. Sykepleierne i fokusgruppen ga uttrykk for at det i tilfeller med mange pasienter samtidig, hadde vært ønskelig med en erfaren lege i front for å prioritere raskere. Det ble også nevnt at terskelen kan være høy for å tilkalle bakvakt i hjemmevakt. Representanter fra legene kommenterte at med nåværende bemanning er dagens organisering og praksis mest realistisk. Det ble også gitt uttrykk for at erfaren lege er tilgjengelig og at sykehuset ikke er bemannet for at en erfaren lege skal være fast i akuttmottaket.

I fokusgruppen var det enighet om at det er naturlig at en lege (LIS1) som er under opplæring, må bruke mer tid på oppgavene enn en erfaren lege, også ved høyt belegg. Legene påpekte at det er vanlig med LIS1 i front i de mindre sykehusene, og det ble også bemerket at oppholdstiden i Kirkenes sykehus tilsvarer nasjonalt nivå.

I en skriftlig tilbakemelding i etterkant av fokusgruppeintervjuene, ble det forklart at sykepleiergruppen har forståelse for at det er krevende for driften å ha erfarne leger i front hele tiden. Det ble foreslått å møte kravet om bistand av erfaren lege tidlig i akuttforløpet på andre måter:

Det er ikke påkrevd at en erfaren lege skal ha hele inntkomsten, men pasienten skal «vurderes av en erfaren lege». Hadde vi eksempelvis hatt en triagehall, hadde det vært lettere at LIS 2 eller overlege tilså og retriagerte pasientene før LIS 1 tok full inntkomst. Slik ville LIS 2 være mer tilgjengelig for hele sykehuset og sine oppgaver, uten å være bundet til akuttmottaket.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Synspunktene og diskusjonene som kom frem i fokusgruppen, uttrykkes i de nasjonale faglige retningslinjene (2014). Helsedirektoratet understreker at kompetanse i front skal sikre at alle pasienter som ankommer akuttmottaket blir vurdert av en erfaren lege. Videre skal kompetanse i front ikke være til hinder for at leger under praksisperioder skal ha tett pasientkontakt og bruke aktiviteten i akuttmottaket som en viktig læringsarena.

Ulikheter i sykepleiernes og legenes opplevelse av oppholdstid og organisering i akuttmottaket kan bero på forskjellige roller og arbeidsoppgaver. Sykepleierne har arbeidsdagen sin i akuttmottaket. Det er de som følger pasientenes «forløp» under oppholdet. Det er sykepleieren som har kontakt med ambulansen, som vanligvis tar imot pasienten, som tilkaller lege og som følger pasienten videre til neste enhet i sykehuset. Dersom pasienten trenger å spise, er det sykepleieren som skaffer mat og som sørger for tilgang til WC ved behov.

Legene har ansvar for utredning og eventuell igangsetting av behandling, og har kortere tid sammen med pasienten. De uttrykte at det er hensiktsmessig at pasienten befinner seg i akuttmottaket og blir tatt vare på der til tilstanden er avklart og videre utredning og/eller behandling er bestemt. Dersom pasienten flyttes til sengeenhet før avklaring, må legen gå til sengeområdet for å finne pasienten. Legene sa at dette sannsynligvis ikke vil gi en raskere avklaring, men frigjøre tid i akuttmottaket. Fra legehald ble det også fremhevet at det er viktig å forstå legenes oppgaver, blant annet at LIS1 har læringsmål som må gjennomføres.

Kartlegging av belegg

Ettersom det ikke har vært mulig å få informasjon om tid fra ankomst til triagering eller tid fra ankomst til tilsyn av lege, er det vanskelig å gi et nøyaktig bilde av tidsbruk under oppholdet i akuttmottaket. I tillegg vil registrering av belegg gjennom døgnet (antall pasienter i samtidighet) gi en bedre oversikt over variasjoner i behov for mottaksrom (kapasitetsbehov).

Det ble også pekt på at pasienter som overflyttes fra UNN for oppfølging, skal tas imot på samme måte som andre, det vil si at det ikke er «fast-track». Pasientene har ofte gjennomført en lang transport med ambulanse, fly eller egentransport. Fokusgruppen sa at pasienter som overflyttes fra UNN ofte kan bli liggende lenge å vente i akuttmottaket.

De kan ligge mange timer å vente hvis det ellers er travelt.

En representant for legene kommenterte denne overføringen på en annen måte:

Veldig ofte er disse pasientene ikke avklarte, de kan være meldt flere dager i forveien, vi vet ikke hvordan reisen har vært, de skal ofte ha behandling (f.eks. antibiotika) som blir forsinket om de sendes rett til sin enhet. Det er samme lege som skal ta imot pasienten om den går rett på sengepost, og det medfører enda større forsinkelse da legen må forlate akuttmottaket for å ta imot pasienten «oppe» [etasjen over, plan 3].

Kapittel 5 Akuttmottaket

Fokusgruppen har erfart at få mottaksrom, logistikkproblemer og kun ett isolat har gitt større kapasitetsproblemer i forbindelse med Covid-19 pandemien.

Vet ikke hvor kollegaen min er [...] og [...] Enheten er såpass spredt at kommunikasjon øye til øye forsvinner, og det blir mye telefoning.

I oppfølgingen av arbeidet med «Bedre flyt i akuttmottaket» anbefales det å få et tydeligere bilde av belastningen i akuttmottaket. «Konseptprogram akuttmottak» peker på at i beregning av behov for antall mottaksrom (plasser), er både belastningsgrad gjennom døgnet (per time), gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottaket og antall pasienter i samtidighet vesentlige faktorer.

5.5.9. Traumerom (mottaksrom)

Som tidligere nevnt, er det tre mottaksrom (som i planleggingen ble kalt traumerom) avdelt med foldevegger. Traumerom 1 er på rundt 17 m², traumerom 2 og 3 på rundt 19 m². Rommene kan åpnes opp til et større rom på rundt 40 m² eller ett, stort rom på rundt 55 m². Anbefalt arealstandard på mottaksrom er 16 m², og 40 m² på traumerom. Rommene er i hovedsak likt utformet og utstyrt, men to av rommene har uttakssentral fra tak for strøm, data og gass og benyttes oftere for mottak av de mer alvorlig syke og skadde. Generelle rom bidrar til at de kan benyttes av ulike pasientgrupper og legger til rette for endringer over tid.

I fokusgruppeintervju fortalte ansatte at rommene oppfyller kravene som er satt for traumerom, men at den valgte utformingen og størrelsen på traumerommene ikke var optimal. Rommene ble beskrevet som for smale ved overflytting fra bære til seng og når flere var involvert i behandling av én pasient. Det ble også uttrykt at rommene fungerer bra som mottaksrom når det ikke er mange som involvert. Flere i fokusgruppen uttalte at mer kvadratiske rom hadde vært å foretrekke.

Bioingeniørene har gitt tilbakemelding om at det ikke er plass til prøvetakingsutstyr i traumerommet, og det samme gjelder for isolat og CT-rom ved trombolysen.

Spesielt er det utfordrende i situasjoner der det er rekvirert mange analyser og blodkulturer. Bioingeniøren må ofte legge pussbekkenet med prøvetakingsutstyr i senga til pasienten. Blodkulturer krever ekstra plass og det er ingen steder å plassere verken prøvetakingsglass eller blodkulturflasker før, under eller etter prøvetakingen. Det er behov for et avlastningsbord som kan benyttes av laboratoriet mens prøvetakingen pågår.

Små arbeidspulter med liten arbeidsflate gjør at dokumentasjon skjer på kontoret ved siden av traumerom 3 og i arbeidsrom for leger. Det ble sagt at det hadde vært tidsbesparende å kunne dokumentere på rommet. Det er ikke mulig å dokumentere for lege og sykepleier samtidig grunnet tilgang til kun én PC i rommet.

Det ble også bemerket at alarmknappen for tilkalling ved hjertestans er plassert bak pasientens hodeende, og den kan derfor være vanskelig å nå.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Ansatte fremhevet at medisinsk teknisk utstyr (MTU) fungerer godt. De uttrykte at det er spesielt positivt at overvåkingsdata («hjernen» i overvåkingsmonitor) kan tas med under transport i videre forløp. Dermed mister man ikke vitale data under transport.

I spørreundersøkelsen blant ansatte fikk utsagnene «Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling» og «Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling» lave scorere. Den gjennomsnittlige scoren var på 1,3 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Det ble kommentert at bygget stort sett er kaldt, men veldig varmt på varme dager. Det ble også påpekt at det er vanskelig å regulere lys og temperatur i mange områder der dette er viktig for arbeidsoppgavene og/eller behandlingen. Dette ble nærmere utdypet i fokusgruppen.

Ansatte fortalte at mottaksrommene er uten vindu, og at ventilasjon ble oppfattet som dårlig, samt romtemperatur som lav. De opplyste at pasientene kan oppleve rommet som klaustrofobisk når døren er lukket, da det ikke er vindu. Ansatte informerte også om at rommene opprinnelig var planlagt med vinduer, og at disse ble fjernet i forbindelse med forprosjektet uten at dette ble kommunisert til de som deltok i planleggingen.

Det er mulig å øke romtemperatur til 26 °C, noe som er en viktig funksjon da syke og skadde pasienter faller raskt i kroppstemperatur.

I intervju med fokusgruppen kom det frem at de er svært misfornøyde med støydemping på foldeveggene (foldedørene). Det er enkelt å overhøre konfidensielle samtaler i naborommet og vanskelig å overholde taushetsplikten. Det ble informert om at det pågår et arbeid med å bytte ut foldeveggene.

Laboratoriet har erfart manglende lydisolering slik:

Når bioingeniøren skal sikre pasientidentiteten ved å spørre om fødselsnummer, vil pasienter og pårørende i traumerommet ved siden av, høre hva pasienten svarer. En del eldre pasienter hører dårlig og kommunikasjonen skjer høyere enn normalt. En klarer dermed ikke å ivareta taushetsplikten.

De er heller ikke helt fornøyde med selve skyvedørene ut mot korridor. Dørene åpnes automatisk og er enten helt lukket eller åpne. Ansatte hadde ønsket mulighet for en mellomløsning hvor døren kan stå halvveis åpen. Dette gir mulighet for kollegial kontakt og kommunikasjon samtidig som at skjerming for innsyn kan ivaretas.

5.5.10. Isolat, kontaktsmitte

Isolatet er på rundt 16 m² og i samsvar med anbefalt standard. Isolatet er innredet som et ordinært mottaksrom/isolat. Ansatte i akuttmottaket beskrev rommet som «stort og godt». Videre har bioingeniørene informert om at isolatet er godt organisert og at de har god støtte fra mottakspersonell ved prøvetaking.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Det forekommer en sjelden gang at det er «overligger» på isolatet når det ikke er kapasitet andre steder, eller at avklaring av smittestatus tar tid.

Ansatte bemerket at garderobeskapet med fordel kunne vært fjernet. De mente også at forrommet (slusen) ikke er utformet slik at det er enkelt å overholde ren og uren sone. Videre ble badet med dekontaminator beskrevet som uhensiktsmessig stort.

Fokusgruppen beskrev mulighet for kommunikasjon med kollegaer som begrenset når en er kledd i smittevernutstyr.

Burde hatt intercom mellom isolat og ut i korridor, og Traume 3 og kontor for sykepleier.

5.5.11. Undersøkelserom tilhørende Legevakten

Legevakten har et undersøkelserom på rundt 21.5 m², rett over venterom og inngang for gående i akuttmottaket. Dette rommet kan disponeres av akuttmottaket på dagtid. Rommet er blant annet utstyrt for utførelse av mindre kirurgiske inngrep, og reduserer dermed behovet for å benytte et tilsvarende rom (med gåavstand) i poliklinikken. Dette rommet gir også en ekstra kapasitet på dagtid.

5.5.12. Øvrige rom

Samtalerom

Samtalerommet er tatt i bruk som mottaksrom. Rommet er såpass lite (12 m²) at plass til bære er begrenset. De ansatte påpekte at det heller ikke har gasser eller pasientsignal, slik at standard for undersøkelserom ikke er tilfredsstillt. Rommet brukes også som venteplass for psykiatriske pasienter, legevakt pasienter, som kontor med mer.

Legevaktspasientene plasseres ofte i samtalerommet for blodprøvetaking. Erfaringene er beskrevet slik:

Dette rommet har ingen egnet stol eller seng. Dermed blir det vanskelig å stabilisere armen som blir stukket i, dermed øker sjansen for en mislykket venepunksjon.

I spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant ansatte, fikk utsagnet «Vi har tilstrekkelig med samtalerom» gjennomsnittlig score på 1,6 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). I en skriftlig tilbakemelding fra Legeforeningen ble det også påpekt behov for oppholdsrom og rom for pårørendesamtaler.

Lager (tidligere opplæringskontor for AMK)

Dette rommet ligger, som tidligere beskrevet, vegg i vegg med samtalerommet, og ble etter innflytting tatt i bruk som midlertidig mottaksrom, men i oktober 2021 ble rommet endret til lager. Rommet er på rundt 12 m².

Gipsrom (utenfor akuttmottak)

Pasienter med bruddskader som skal gipses, må transporteres ut av akuttmottaket til gipsrommet i ortopedisk poliklinikk. Dette innebærer at en sykepleier og lege må forlate

Kapittel 5 Akuttmottaket

akuttmottaket og dermed svekkes beredskapen. Dette er spesielt utfordrende på natt og helg med lavere bemanning i akuttmottaket, og på dagtid kan rommet være opptatt. Avstanden til gipserommet er, som tidligere nevnt, rundt 70 meter fra ekspedisjonen og rundt 100 meter fra døren inn til bildediagnostikk (vedlegg). I fokusgruppen ble det uttrykt et ønske om å få et gipserom i akuttmottaket, da det kun er ett gipserom i sykehuset.

Behandlingsrom for mindre kirurgiske inngrep (utenfor akuttmottak)

Pasienter som trenger mindre kirurgiske inngrep, behandles på undersøkelsesrommet til legevakten på dagtid. På kveld og natt transporteres pasienten ut av akuttmottaket til et dedikert rom i felles poliklinikk somatikk. Deltakerne i fokusgruppen påpekte at dette innebærer at en sykepleier og lege må forlate avdelingen og derved svekkes beredskapen i akuttmottaket. Avstanden til rommet er rundt 70 meter fra ekspedisjonen og rundt 100 meter fra døren inn til bildediagnostikk. I fokusgruppen ble det foreslått at denne funksjonen er tilgjengelig i akuttmottaket hele døgnet.

Kontor («Vakerom» på tegning) for sykepleiere

Rommet var planlagt med tanke på gjennomføring av videobaserte konsultasjoner med andre sykehus, kommunehelsetjenesten og off-shore virksomhet. Fokusgruppen fortalte at nødvendig utstyr ikke ble montert, og rommet benyttes til dokumentasjonsplasser for sykepleiere. Det vil si at vakefunksjonen ikke ble koblet opp i nytt sykehus. Rommet inneholder 2 arbeidsplasser, PC for katastrofe, samt et skap med et utvalg av akuttmedisiner.

Rommet har vindu til traumerom 3, slik at pasient og aktivitet kan observeres herfra. Ansatte uttalte at dette er en hensiktsmessig løsning.

Rommet mangler vindu. På dagtid kan det oppholde seg fire til fem personer her, og da opplever ansatte at det blir tung og dårlig luft. Det ble bemerket at døren ofte står åpen og da kan ikke sykepleierne diskutere pasienter av hensyn til taushetsplikten.

Kontorlandskap (1) for leger i akuttmottaket

I spørreundersøkelsen blant ansatte fikk utsagnet «Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon)» gjennomsnittlig score på 1,8 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). I kommentarene i spørreundersøkelsen, ble det også påpekt at det mangler kontor plasser for leger og at de plassene som finnes, er langt fra der de utfører arbeidsoppgavene.

Kontorlandskap (1) ligger vegg i vegg med traumerom 1 og er på 20 m².

Fokusgruppedeltakerne fortalte at rommet opprinnelig var planlagt for tre personer, men har nå seks kontorarbeidsplasser for leger som har sitt arbeid i akuttmottaket. Her foregår journalføring, konsultasjoner med andre og annen dokumentasjon. Også medisinstudentene benytter disse plassene. Legene har gitt tilbakemelding om at de ikke fornøyd med størrelsen på arealet. Fokusgruppen fortalte at døren ofte må stå oppe på grunn av tung og dårlig luft, og at dette gir en risiko for brudd på taushetsplikten.

Kapittel 5 Akuttmottaket

Det ble gitt en kommentar som gjaldt plassering av kontor og arbeidsplasser for leger og sykepleiere i hver sin ende av akuttmottaket. De adskilte plassene legger ikke til rette for samarbeid. Det ble påpekt at det kunne ha vært en sentral kjerne med arbeidsstasjoner for både leger og sykepleiere med pasientrom rundt eller utenfor, i tillegg til en skjermet arbeidsplass (stillerom).

Kontorlandskap (2), tidligere AMK-sentral

Kontorlandskap (2) ligger tvers over traumerom. Dette arealet var tidligere areal for AMK-sentralen med operatørplasser, kontor og tekjølken (totalt 66 m²). Arealet er nå omgjort til midlertidig kontorlandskap for anestesileger, fagutviklingspsykepleiere og assisterende enhetsleder, til sammen åtte plasser.

Dette arealet kunne med fordel vært brukt for å forbedre pasientflyt.

I spørreundersøkelsen kom det frem ønske om observasjonsplasser. Fokusgruppen forklarte at det har vært planer om å bygge observasjonsplasser i dette arealet, men ombygging og tilpasninger er satt på vent.

Det er også bygd et overnattingsrom for vakthavende anestesileger. Rommet ligger vegg i vegg med kontorlandskap (2), men funksjonen er ikke tilknyttet akuttmottaket.

Medisinrom

Medisinrommet ligger innenfor intensivområdet og deles med intensiv. Det kom ingen merknader på størrelse eller plassering under intervju.

I tillegg oppbevares det noen medisiner i et lite skap på kontoret hvor dokumentasjon foregår. Postoperativ/dagkirurgen har også et lite medisinskap i sin arbeidsstasjon.

Desinfeksjonsrom

Desinfeksjonsrommet ligger rett utenfor akuttmottaket, bak en brannør. Rommet er på rundt 12 m² og i samsvar med anbefalt størrelse. Ansatte uttrykker at de er fornøyde med størrelse og utforming. Det er gjennomstikkskap for rent utstyr ut i korridor, men denne løsningen kan ikke benyttes da brannøren stenger for åpning av gjennomstikkskapet.

Desinfeksjonsrommet sambrukes med legevakten, postoperativ og dagkirurgen.

Pauserom, vaktrom

Pauserommet på 20 m² er felles med intensiv og ligger i tilknytning til ekspedisjonen. Enkelte i fokusgruppen anmerket at rommet er for lite i forhold til antall personer. I tillegg ble det bemerket at det er vanskelig å se ambulanser fra pauserommet.

Lager, utstyr, tøy og forbruksvarer

Det er ikke et eget lager for utstyr tilhørende akuttmottaket. Medisinteknisk utstyr (MTU) står lagret på rom, i korridor og litt overalt.

Intensiv har et hovedlager for forbruksvarer og et mindre for MTU.

Akuttmottaket og intensiv har hvert sitt lille lager for tøy. Ansatte mener det er tilstrekkelig areal, og påfylling fungerer godt.

5.5.13. Vareflyt og forsyning

Forbruksvarer

Det er ulike måter å bestille på, disse er aktiv forsyning, bestilling fra sentrallageret og bestilling fra leverandør. Forbruksvarer bestilles til dels av avdelingen, og til dels som aktiv forsyning. Dette er en krevende løsning og fokusgruppen beskriver at det er vanskelig å holde oversikt over at rett vare i rett mengde er bestilt og levert. Deltakerne uttrykte at de hele tiden må passe på å få frem brikker til bestilling for aktiv forsyning. I tillegg må de også gjøre en del bestillinger selv. Hvis det er mye som skal fylles på, eller hvis det er høy belastning på portørene som leverer varer, hender det at de ansatte må legge på plass varer selv og noen ganger også gå ned til sentrallageret for å hente varene.

Det hadde vært bedre hvis de hadde gått opp og sjekket hva som mangler, bestilt og fylt på.

Det er ingen forsyning på helg. Dette har vært særskilt krevende i forbindelse med pandemien og med stort forbruk av smittevernutstyr.

Legemidler

Farmasøyter gjennomgår legemidler, bestiller, leverer og legger på plass i medisinerommet. I fokusgruppen kom det frem at de ansatte er godt fornøyde med de elektroniske legemiddelkabinettene som gir god oversikt over forbruk og det som er tilgjengelig.

Tøy

Tøy fylles på av renholdsavdelingen, og fokusgruppen uttrykte at det fungerer godt. Urent tøy mellomlagres på desinfeksjonsrommet og hentes av portør til avfallsrommet hvor det er en nedkastsjakt for tøy. Etter kl. 14 må personalet selv frakte urent tøy til avfallsrommet.

Mathåndtering

Fokusgruppen fortalte at mat til pasienter oftest hentes fra kjøkken i sengeområde. På dagtid kan portør frakte mat ned til tekjøkken ved dagkirurgen. Det kan også bestilles mat som oppbevares i kjøleskap på tekjøkkenet.

Avfallshåndtering

Fokusgruppen fortalte at avfall mellomlagres på desinfeksjonsrommet. Portør henter og frakter avfall til avfallsrommet rundt 75 meter unna. Etter kl. 14 må personalet selv frakte avfall til avfallsrommet.

I avfallsrommet er det en sjakt for tøy og en for restavfall ned til underetasje 1 (U1). Smitteavfall, papp og papir mellomlagres i avfallsrommet før det transporteres manuelt til avfallssentral i U1.

5.5.14. Medisinsk teknisk utstyr og IKT

Medisinsk teknisk utstyr

Spørreundersøkelsen blant ansatte viser at mange er fornøyde med det medisinsk tekniske utstyret, både tilgang og funksjon. Dette kom også frem i fokusgruppen som fortalte at de er fornøyde med tilgang til og standard på medisinsk utstyr.

IKT

Et mål som står skrevet i forprosjektrapporten, var at «*Lokaler med tilpasset IKT-løsninger, spesielt telematikk, vil kunne bidra til å redusere reisekostnader.*»

Det ble fortalt at det var planlagt et rom i akuttmottaket som skulle ivareta videobasert akuttmedisinsk kommunikasjon med andre sykehus, DMS, kommunehelsetjenesten og flere. Denne funksjonen eksisterte i det gamle sykehuset, og en del utstyr skulle gjenbrukes. Nødvendig utstyr og infrastruktur ble aldri montert, og tilbudet eksisterer ikke i dag. Det er ett møterom som er tilrettelagt for videokommunikasjon med offshore.

Tidligere hadde akuttmottaket muligheter for videobasert akuttmedisinsk kommunikasjon med blant annet UNN. Denne muligheten er ikke koblet opp i nytt sykehus.

EPJ

Sykehuset har DIPS som elektronisk pasientjournal. Fokusgruppen fortalte at de har god tilgang til pasientopplysninger. I evalueringsperioden ble det informert om at sykehuset er i ferd med å innføre DIPS Arena som vil gi flere muligheter.

Telefoni, alarmering

Det var planlagt innføring av Imatis, men før innflytting ble det vedtatt at alle sykehus i Helse Nord skulle inngå avtale med Ascom og DIPS. Denne endringen førte til at flere forventede funksjoner ikke ble oppfylt. Ett eksempel er mulighet til å ha oversikt over hvilke rom som er i bruk, oversikt over hvilke pasienter med hastegrad som er på hvilke rom, oversikt over pasienter meldt inn prehospitalt, med hastegrad og forventet ankomsttid. Meldinger på telefon er ikke prioritert, det vil si at akuttmeldinger står i «samme kø» som ordinære telefoner. I fokusgruppen ble det kommentert at denne løsningen kan medføre en risiko med hensyn til pasientsikkerhet.

Sykepleiere og leger har Ascom-telefon i lomma og kommuniserer via denne. Alle pasientsignaler, varsler fra telemetri og lignende kommer inn på alles telefoner. Fokusgruppen fortalte at det «piper kontinuerlig».

Intern varsling ved hjertestans meldes på Ascom-telefon til dedikert utrykningssykepleier. Denne sykepleieren kan komme fra alle enheter innenfor Akuttavdelingen.

Ascom-telefonen har en knapp for varsling av overfall, men den er ikke knyttet opp mot et system som kan vise hvem som varsler og fra hvor.

5.6. Hovedfunn og konklusjoner

Generelt

Nærhet til bildediagnostikk, intensiv, operasjon og oppvåkning/dagkirurgisk enhet (DKI) ble både planlagt og bygd. Evalueringen viser at dette er hensiktsmessig med hensyn til tilgang på diagnostikk, ressurser og robusthet.

Selve utformingen av akuttmottaket kunne vært bedre tilrettelagt for virksomheten. Begrunnelsen er mangel på dedikert traumerom, rom for triage, observasjonsplasser og for få isolat under pandemien. I tillegg mangler gipserom og rom for småkirurgi i eller nært akuttmottaket.

Evalueringen viser ulike oppfatninger knyttet til tidsbruk og pasientopphold i akuttmottaket.

Pasientflyt

To effektmål var ifølge HFP, rask diagnostikk og behandling, samt å kunne skille øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet.

Øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet holdes adskilt i sykehuset, og som planlagt, blir pasienter med behov for poliklinisk øyeblikkelig-hjelp vurdert i akuttmottaket. Det har vært mer utfordrende å oppnå målsettingen om at kjente og avklarte pasienter (f.eks. overføring fra UNN) kommer rett til sin enhet.

Sykehuset har startet et arbeid som skal se på forbedring av pasientflyt. Resultatene fra evalueringen tyder på at forbedringspotensialet både handler om organisering og bruk av bygget.

Akuttmottakets virksomhet er spredt over et større område. Mottak, vurdering og behandling foregår i traumerom, isolat, samtalerom, legevaktsrom, gipserom, rom for mindre kirurgiske inngrep, samt intensiv. Sykepleiere må følge pasienter til sengepost, røntgen, behandlingsrom i poliklinikk og til adgangskontrollert WC. Personalet kan derfor være spredt over et større område, og akuttmottaket kan stå ubetjent i perioder.

Flere fokusgruppedeltakere ønsket et bedre system for triagering av pasienter med grønn hastegrad for å redusere lang ventetid (oppholdstid). De etterlyste areal til triagering, avklaring og observasjon av uavklarte pasienter.

Akuttmottaket har ikke en tydelig prioritering av svar på blodprøver eller tilgang til bildediagnostikk. Sykepleierne og bioingeniørene mente at en prioritering i større grad vil sikre at diagnostikk og svar på undersøkelser for de sykeste pasientene prioriteres først.

Samlokalisering av legevakt og akuttmottak i Kirkenes sykehus er hensiktsmessig. Når legevaktslegen er på utrykning, er legevakten ubemannet. Ansatte i akuttmottaket sikrer at legevakten sine pasienter blir tatt imot og ivaretatt i legens fravær.

Manglende oversikt over kollegaer og pasienter

Det er manglende oversikt både over pasienter og kollegaer i akuttmottaket. En vesentlig forklaring er at virksomheten er spredt. Plassering av ekspedisjon (kommunikasjonsknutepunkt) i ytterkant av akuttmottaket gir ikke visuell oversikt over akuttmottaket. Visuell kontakt med kollegaer er en viktig trygghetsfaktor, både faglig og for opplevd sikkerhet. Manglende oversikt gjør at personalet kommuniserer mye per telefon, og avklaringer tar lengre tid enn om man raskt kunne ha snakket sammen i forbifarten.

Koordinator skal i prinsippet være den som koordinerer pasienter og ressurser. I praksis styrer legene pasienter til øyeblikkelig-hjelp poliklinikk, og sykepleierne i akuttmottaket styrer oppgavefordeling i akuttmottaket. Ansatte savnet en tavle med felles oversikt.

Venterommet er dimensjonert for gående pasienter med lav hastegrad og legevakts-pasienter. I tillegg kommer pasienter til øyeblikkelig-hjelp poliklinikk og pårørende. Venterommet er ofte fullt, spesielt på kveld. Pasienter og pårørende henvises derfor også til hvilerom ved dagkirurgisk enhet eller vestibyle. Personalet mister derved oversikten over hvor pasienter befinner seg.

Kapasitet – mottaksrom og personell

Fokusgruppen mente at de kan ha behov for flere rom. Akuttmottaket har tilgang på fire mottaksrom, to UB-rom i poliklinikken (gipserom og småkirurgirom) og legevaktsrommet på dagtid. Rommene i poliklinikken kan ofte være opptatt til annen poliklinisk virksomhet på dagtid, og dermed mindre tilgjengelig for akuttmottaket.

På bakgrunn av aktivitetstall fra 2019 (kapittel 5.2), kan det synes som at antallet mottaksrom er tilstrekkelig og at det er ledig kapasitet i perioder av døgnet. Tallene viser at den største belastningen er fra formiddag og frem til kl. 21 og at antall innkomster er høyest på hverdager. Men ettersom strømmen av innkomne pasienter og lengden på opphold varierer, kan behovet for mottaksrom i perioder bli større enn det antallet rom (plasser) som er tilgjengelig. Mange pasienter i samtidighet kan også skyldes at pasientene venter på undersøkelser og prøvesvar. Noen pasienter med lang reisevei kan bli liggende lenge i akuttmottaket i påvente av organisering av returtransport, og femteårs medisinstudenter og LIS1 skal gjennomføre et visst antall innkomster for å oppfylle læringsmål.

På grunn av manglende informasjon i tallmaterialet, er det ikke gjort beregninger som viser antall pasienter samtidig i akuttmottaket (2019). Det anbefales å beregne belastningsgraden gjennom døgnet for å kartlegge behov for rom (plasser). Ved overbelegg bør imidlertid mulige rom i tilgrensende enheter utnyttes, det vil si fire plasser i postoperativt areal samt fire plasser i DKI.

Sykepleierressursene i akuttmottaket, intensiv og oppvåkning/DKI er samorganisert og allokeres etter behov. Spredt virksomhet, medgått tid til transport og følge av

Kapittel 5 Akuttmottaket

pasientene fører til at det i perioder kan være mangel på sykepleiere i selve akuttmottaket. Legebemanning spesielt på kveld og natt kan bidra til at det kan danne seg kø av pasienter.

I et lite sykehus med lav bemanning øker sårbarheten med hensyn til kapasitet på personell. Få ansatte skal løse mange oppgaver, og det kan oppstå samtidighetskonflikter. Mangel på tilstrekkelig antall arbeidsplasser kan også bidra til at oppgavene ikke kan løses så effektivt som ønsket.

Det bør også bemerkes at nærhet til intensiv, postoperativ og DKI reduserer sårbarheten med hensyn til kapasitet og kompetanse i akuttmottaket. Det at sykepleiere i akuttmottaket samarbeider og jobber på tvers sammen med de nærmeste enhetene, kan forstås slik at Kirkenes sykehus har tilrettelagt for effektiv ressursutnyttelse.

Mulighet til å utvide akuttmottaket

Utvidelsesmulighet for akuttmottaket begrenses av at arealet ligger mellom bildediagnostikk og intensiv. Areal kan utvides inn i ambulanseshall, men dagslys kan bli en utfordring. Utvidelse av kapasitet kan løses gjennom ombygging av tidligere AMK-areal. Dette krever at man finner en annen plassering av kontorarbeidsplasser.

Lyddempning

Lyddempning mellom rom er lite tilfredsstillende og medfører, ifølge ansatte, at taushetsplikten brytes. Manglende lyddempning gjelder spesielt for foldevegger mellom traumerom. Det er planer om utskifting som oppfyller krav til lyddempning.

5.7. Forbedringsforslag

Nedenfor presenteres forbedringsforslag knyttet til akuttmottaket punktvis. De samlede forbedringsforslagene for Kirkenes sykehus er mer utførlig beskrevet i kapittel 12.

Forslag til forbedringer bygger på resultatene som er kommet frem i evalueringen. Forbedringsforslagene er drøftet med Finnmarkssykehuset HF, men det er ikke gjort vurderinger eller utredninger knyttet til prosjektering, bygging og kostnader. Tiltakene nedenfor er ment som forslag til Finnmarkssykehuset HF for videre vurdering og prioritering.

Forslag:

Det anbefales å samle akuttmottakets virksomhet så mye som mulig:

- Etablere gipserom og observasjonsplasser i området der AMK tidligere var lokalisert. Dette forutsetter blant annet en døråpning for transport av seng og en vurdering av om det er tilstrekkelig ventilasjonskapasitet. Dersom det er plass og mulig innenfor eksisterende areal, anbefales det også å plassere et WC for pasienter i området med tilgang fra korridor.

Kapittel 5 Akuttmottaket

- Innrede et av mottaksrommene med utstyr for «småkirurgi». På dagtid anbefales det å benytte legevaktsrommet.
- Vurdere hvordan kapasiteten kan økes i venteareal.
- Pasienter som kommer til overgrepsmottak, bør ideelt sett få tilbud om en skjermet venteplass der det er helsepersonell i nærheten. Det anbefales å gjøre en gjennomgang av hvordan eksisterende areal kan benyttes.
- Vurdere hvor det er mest hensiktsmessig å plassere overvåking av pasienter etter operasjon (dagplass eller postoperativt areal). Dersom traumemottak legges til postoperativt, bør det vurderes om dette arealet kan deles i to slik at restarealet kan benyttes til venteareal, kontor eller annet. Traumerommet må ha tilstrekkelig størrelse (35-40 m²).
- Det anbefales at samtalerom utstyres med pasientsignal og gasser (oksygen og medisinsk trykkluft).

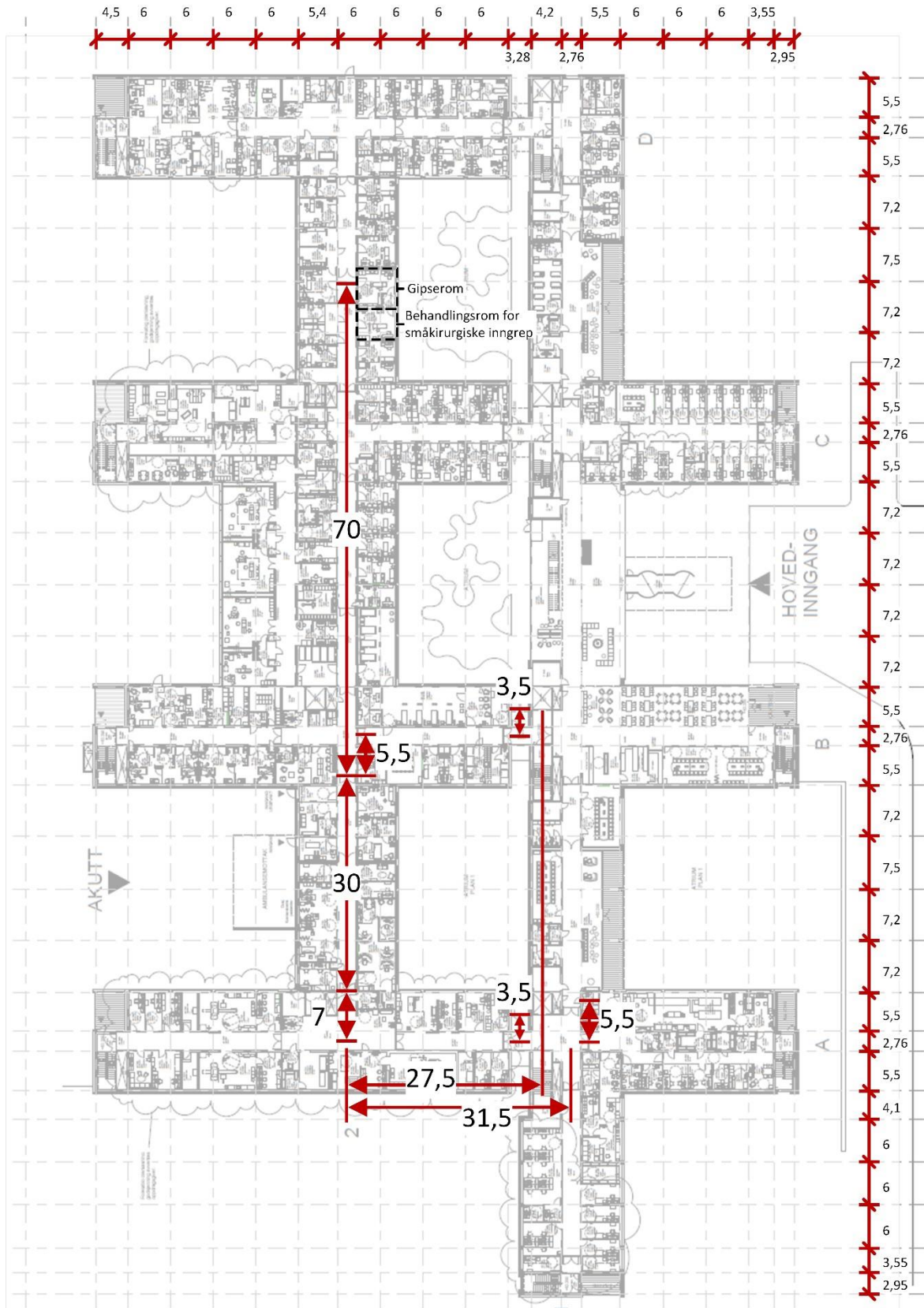
Kirkenes sykehus har satt i gang et arbeid for å bedre pasientflyt i akuttmottaket. Det anbefales å:

- Gjennomgå analysepakkene som bestilles til laboratoriet, og vurdere prioritering for bestilling av blodprøver og røntgenundersøkelser.
- Vurdere om helsesekretær eller sykepleier kan ta blodprøver i akuttmottak og derved avlaste bioingeniører.
- Gjennomgå hvilke oppgaver som kan overføres fra koordinator til merkantilt personell.
- Utvidet tilgang til portør for å avlaste sykepleierne. Det bør gjøres en kartlegging av når behovet for portør er størst.
- Vurdere nødvendigheten av adgangskontroll til WC for pasienter.
- Kartlegge antall pasienter som oppholder seg i akuttmottaket i samtidighet gjennom døgnet.
- Kartlegge og vurdere arbeidsprosessene under pasientopphold i akuttmottaket.
- Kartlegge pasientgrupper som har lang oppholdstid, blant annet innlagte pasienter som har opphold i akuttmottaket på over 8 timer. Dette for å undersøke om oppholdstiden representerer en utfordring mht. kapasitet og overbelegg, om pasienten burde vært flyttet eller om det er mest rasjonelt at oppholdet er i akuttmottaket.

Vedlegg

Avstander i meter for akuttmottak. Målene er ikke eksakt, men omtrentlig.

Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF.



6. Sengeområder

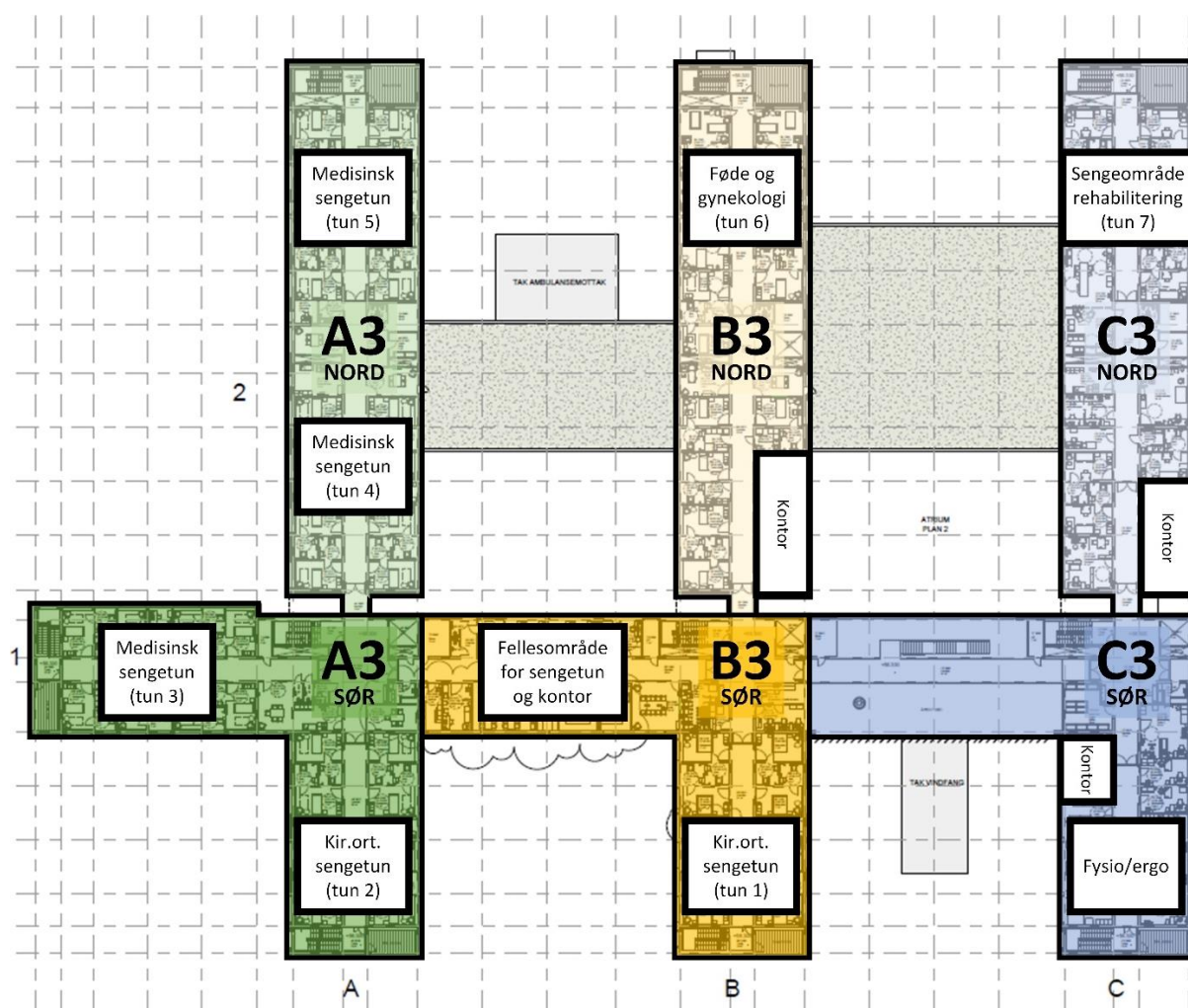
Dette kapitlet presenterer evalueringen av sengeområdene i Kirkenes sykehus. Først beskrives mål og planforutsetninger. Deretter blir pasientenes erfaringer kartlagt og ansattes erfaringer med bygg og virksomhet blir belyst. Det er lagt vekt på hvordan lokaler og løsninger understøtter pasientbehandling og arbeidsoppgaver. Kapitlet avsluttes med en oppsummering av hovedfunn, konklusjoner og forbedringsforslag.

Evalueringen av sengeområdene er i hovedsak utført ved spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte, befaring og fokusgruppeintervju med ansatte, samt oppfølgingsmøter med tillitsvalgte, verneombud og ledelse i Kirkenes sykehus og i Finnmarkssykehuset HF.

Figur 6.1 viser plasseringen av sengeområdene i plan 3. Tun 1 og 2 i fløy A og B er sengeenheter for pasienter som trenger døgninnleggelse innen kirurgi og ortopedi. Tun 1 var planlagt som pasienthotell, men ble omgjort til åtte fem-døgnssenger før innflytting i nytt sykehus. Ifølge Kirkenes sykehus, ble det før innflytting vurdert om sengetallet på kirurgisk og ortopedisk sengepost kunne reduseres fra seksten til åtte senger gjennom en økt vridning fra døgn- til dagbehandling. Etter å ha undersøkt om dette var mulig, ble det besluttet at en reduksjon i antall kirurgiske senger ikke var aktuelt. Dette medvirket til at åtte pasienthotellsenger ble endret til kirurgiske og ortopediske senger.

Tun 3, 4 og 5 i fløy A tilhører fagområdet medisin. Tun 6 i fløy B er for føde og gynekologi, og tun 7 i fløy C er døgnenhet for pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering (Fysikalsk Medisin og Rehabilitering, FMR). I dette kapitlet vektlegges evaluering av sengetunene for kirurgi og medisin (sengetun 1 til 5).

Kapittel 6 Sengeområder



Figur 6.1 Illustrasjon av sengeområder i Kirkenes sykehus. Plan 3. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Sengeområdene i Kirkenes sykehus er bygd opp av sengetun²⁰. Sengetunene består av en arbeidsstasjon med åpen og lukket del, åtte ensengsrom med bad (hvorav ett kontaktsmitteisolat²¹), nærlager, møte- og pauserom. Når det gjelder støtterom, har tun 1, 6 og 7 ett desinfeksjonsrom per tun. Tun 2 og 3 deler desinfeksjonsrom, og det samme gjelder for tun 4 og 5.

I et fellesområde i fløy B sør, er det plassert ett medisinrom og ett avfallsrom²² som deles mellom sengetunene. I fellesområdet er det også ett kjøkken-/spiserom for pasientene i sengetunene, unntatt for FMR som har ett eget kjøkken-/spiserom. Videre er det ett felles undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom) og ett utstyrslager nært ekspedisjonen for sengeområdet. I arealet for FMR, samt for føde og gynekologi, er det gjort noen spesielle tilpasninger i utformingen av sengetunene.

²⁰ Et sengetun er en fysisk organisering av en gruppe sengerom rundt en arbeidsbase for personale med nærlager for hyppig anvendte forbruksvarer

²¹ Tun 1 har ikke kontaktsmitteisolat

²² FMR benytter avfallsrom i fløy C

Kapittel 6 Sengeområder

Sengetun 1 var som tidligere nevnt, opprinnelig planlagt som pasienthotell, men ble før innflytting endret til sengetun for kirurgi og ortopedi. Sengetunet har åtte ensengsrom og har frem til evalueringsperioden blitt driftet som en fem-døgnsenhet. Det betyr at kirurgi og ortopedi har seksten heldøgnsenger på ukedagene og åtte senger i helg og høytider. Medisin har tjuefire senger. Føde og gynekologi har fem barsel/gynekologiskesenger og to senger for observasjon. FMR har ni senger hvorav tre ikke er blitt benyttet som sengerom, da sykehuset så langt ikke har hatt tilstrekkelig bemanning for alle ni sengene.

6.1. Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer i sengeområdene i det tidligere sykehuset og planlegging av de nye områdene i Nye Kirkenes sykehus.

6.1.1. Prosjektutløsende behov – utfordringer

Behovet for oppgradering av det tidligere sykehuset i Kirkenes er dokumentert i Idéfasedokument – B2, datert 01.012.2008. Dokumentet viser til at sengeområdene manglet forskriftsmessige isolater og at det var en høy andel flersengsrom. Det var mangel på samtalerom og problemer med å overholde taushetsplikten.

Idéfasedokumentet beskriver at sykehuset var preget av en fysisk struktur som hemmet sambruk av personell, det var ikke tilfredsstillende adgang for rullestolbrukere, sengepostene hadde en lav funksjonell standard med bad som ikke var dimensjonert for rullestol og plass for pleier. I tillegg manglet sengepostene avfallsrom.

6.1.2. Planlegging av sengeområdene

I Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) og i Forprosjektrapport beskrives planene for sengeområdene. Disse gjengis nedenfor.

Sengene i det Nye Kirkenes sykehus skulle i utgangspunktet være en felles ressurs for å oppnå god fleksibilitet. Det ble understreket at det var viktig å ha et system som sikrer at rett kvalitet og kompetanse er til stede.

Sengeområdene skulle være standardiserte (likt utformet) for å oppnå generalitet og fleksibilitet. Det ble planlagt syv sengetun med åtte ensengsrom med bad (inkludert ett kontaktsmitteisolat i de vanlige sengetunene). Ensengsrom var en forutsetning for å legge til rette for undersøkelser, behandling, visitt, pasientopplæring, samtaler og så videre i sengerommet. Planleggingen vektla standardisering slik at enhetene kunne endre dimensjonering og lokalisering dersom det ble behov for det i fremtiden.

I tillegg til sengerommene skulle grupperom, lager, skyllerom (desinfeksjonsrom), avfallsrom, spiserom og dagligstue tilknyttet sengearealet. Ifølge forprosjektrapporten ble det lagt vekt på korte gangforbindelser og god tilgjengelighet til fellesfunksjoner.

Kapittel 6 Sengeområder

Det medisinske tilbudet ble planlagt for pasientgrupper innen lungemedisin, gastroenterologi, endokrinologi og kardiologi. Geriatri inkluderes i det indremedisinske tilbudet. Sengeposter uten fysiske begrensninger skulle fremme tverrfaglig samarbeid for pasienter med komplekse sykdomsbilder. Videre ville ensengsrom med bad redusere behovet for flytting av pasienter og arbeidsbelastning for ansatte. Det ble også planlagt at pasienter innenfor de samme sykdomsgruppene skulle samles i samme tun i så stor grad som mulig.

Det kirurgiske tilbudet ble planlagt for generell kirurgi, urologi, onkologi, øre-nese-hals, ortopedi og de ikke-gravide gynekologiske pasientene. Det ble forventet at utviklingen og dreiningen fra døgnkirurgi og -behandling mot mer poliklinikk og dagkirurgi ville fortsette, og derfor skulle det nye bygget tilrettelegges slik at noen av sengene kunne omgjøres til hotellsenger.

Sengeområdenes nærhet til operasjon, postoperativ enhet (oppvåkning), bildediagnostikk og hotellsenger skulle vektlegges. Det ble også omtalt at nærhet til kirurgisk og medisinsk poliklinikk ville være en fordel, da mange pasienter er til undersøkelser der.

Rehabiliteringstilbudet, FMR, er en del av de spesialiserte rehabiliteringstjenestene i Helse Finnmark HF for voksne over 18 år. Målgruppen er i hovedsak personer som har behov for primærhabilitering etter hjerneslag med opphold på fire til seks uker. Det ble besluttet å øke sengeantallet fra seks til ni i det nye sykehuset.

FMR har behov for samlokalisering og sambruk av lokaler med den øvrige avdelingen for rehabilitering (venteareal, møterom, utredning ol.). Det ble også ansett som hensiktsmessig med nærhet til psykisk helsevern og rus, dette for å tilrettelegge for sambruk av testrom, utveksling av kompetanse og samarbeid mellom personell.

Føde- og barseltilbudet inkludert gravide gynekologipasienter, skulle videreføres som i det tidligere sykehuset. Det ble planlagt akuttheis direkte til operasjonsområdet. HFP tydeliggjør at gynekologisk poliklinikk burde plasseres rett under fødestuene for å tilrettelegge for mulig sambruk av personell (gynekolog).

Ett sengetun ble planlagt som pasienthotell. Det var forventet at området skulle vokse i framtiden. Rommene i pasienthotellet skulle derfor utformes likt vanlige sengerom for å understøtte generalitet og endringsmuligheter. Forventningene var at antall døgnopphold innen kirurgi skulle reduseres og omgjøres til pasienthotellsenger. Det ble også tenkt at liggetiden for føde/barsel ville bli kortere. Pasienthotellsengene skulle plasseres nært kirurgiske og føde/barselsenger for å legge til rette for dreining fra døgn-til dagopphold.

Det ble planlagt areal for sengevask og oppbevaring av rene senger. Disse skulle vaskes av renholdspersonell. Transport til og fra sengevasken skulle tillegges avdelingene.

Kapittel 6 Sengeområder

Videre ble det planlagt et avdelingskjøkken og spiserom i sengeområdet, der kjøkkenpersonell skulle ha ansvar for servering av mat til pasientene. Konseptet baserte seg på selvbetjening av tørrmat, og kjøkkenpersonell skulle fylle på og rydde i selvbetjeningsdisken. Kjøkkenpersonell skulle også ha ansvar for servering av middag og oppvask på dagtid. Personell på avdelingen skulle ha ansvar for at spisearealet ble holdt ryddig.

6.2. Arealfaktor, standardrom og kapasitet

I dette kapittelet beregnes arealfaktor for sengeområder i Nye Kirkenes sykehus sammenlignet med andre sykehus. I tillegg listes de vanligste rom i sengeområder opp og sammenlignes med dagens standarder i Standardromskatalogen²³. Avslutningsvis gis en kort oppsummering av kapasitetsbehovet i sengeområdene i Kirkenes sykehus.

Standardromskatalogen er utarbeidet av Sykehusbygg HF og basert på tidlige erfaringer fra nyere sykehusprosjekter, samt evalueringer, og oppdateres årlig. Arealnorm for et normalsengeområde er et verktøy i beregning av arealbehov i planleggingsfasen. Arealnorm benyttes i tidligfasen i sykehusbyggprosjekter og er ofte erfaringsbasert. Når arealnormen multipliseres med antall sengerom, får man netto arealramme for sengeområdet. Arealnormen inkluderer sengerom samt nødvendige støtterom. Det vil være tilpasninger for sengeområder for spesialområder som blant annet barn, føde/barsel, pasienthotell og intensiv.

I løpet av planprosessen og prosjekteringen endres programmert areal til prosjektert (tegnnet) areal. Da benyttes begrepet arealfaktor. Arealfaktor er et mål på areal per seng, og framkommer ved å dele netto prosjektert areal i et sengeområde på antall sengerom. Sykehusbygg HF har tatt uttrekk til arealanalyser fra Plania (sykehusets FDV database) og Nasjonal Database for klassifikasjonssystem for helsebygg. Tallene er hentet ut i mars 2021.

Tabell 6.1 viser arealfaktoren både for nytt østfoldsykehus, Kalnes og nye sykehusprosjekt under planlegging og bygging. Arealfaktoren for Nye Kirkenes Sykehus er beregnet for normalsengeområdet, det vil si for tun 1 til 5 (medisin og kirurgi).

Tabell 6.1 Arealfaktor i Nye Kirkenes sykehus og nye sykehusprosjekt

	Nye Kirkenes	Nye UNN Narvik	Nye Hammerfest	Kalnes	SNR	Tønsberg	Nye Drammen
Arealfaktor	prosj. netto m2	prosj. netto m2	prosj. netto m2	faktisk bruk (lydia)	prosj. netto m2	prosj. netto m2	prosj. netto m2
Prosjektert netto areal 1A.9 sengeområder	1246,88	1176,4	2095,2	8139	4458,3	4706	7615,18
Antall sengerom	40	34	58	289	124	120	248
Arealfaktor i m2	31,2	34,6	36,1	28,2	36,0	39,2	30,7

Tabellnoter: For Nye UNN Narvik, Nye Hammerfest sykehus, Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR), Tønsberg og Nye Drammen er tall fra dRofus. For nytt østfoldsykehus, Kalnes er tall fra Lydia driftsdatabase. For Kirkenes er tall fra Plania.

²³ <https://sykehusbygg.no/nyheter/sykehusbyggs-standardromskatalog>

Kapittel 6 Sengeområder

Tabellen viser at arealfaktoren i Nye Kirkenes sykehus er høyere enn i nytt østfoldsykehus, Kalnes. Når man sammenligner med sykehusprosjekt som er under planlegging, kommer det frem at arealfaktoren for Nye Kirkenes sykehus er på om lag samme nivå som Nye Drammen, men under Nye Hammerfest sykehus og Nye UNN Narvik. Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) og sykehusprosjektet i Tønsberg ligger også over.

Tabellen nedenfor fremstiller arealet i de vanligste rommene i et typisk sengeområde sammenlignet med det som nå anbefales i Standardromskatalogen.

Tabell 6.2 Sammenligning mellom Nye Kirkenes sykehus og Standardromskatalogen

Areal per rom i m ²	Prosjektert areal Nye Kirkenes	Standardrom katalog 3.0	Avvik prosj. areal vs. Std
Arbeidsstasjon, ytre sone	4,6	10	-5
Arbeidsstasjon, indre sone	9	9	
Arbeidsrom	16,5	16	
Desinfeksjonsrom	18,2/13/15	12	+3/+6
Forrom, kontaktsmitte	5,6	4	+1,6
Isolat, kontaktsmitte	16,7	16	+0,7
Kjøkken, tekjøkken	3,7/5,7	5	
Kjøkken	49	20	29
Spiserom	39	20	19
Lager, Rent	6	12	-6
Lager, Tøy	6,5	2	4,5
Lager, Utstyr	26	20	6
Medisinrom	30	12	18
Møterom	16/17/20	20	
Sengerom, 1-sengs	16,8	16	0,8
Undersøkelsesrom	21	16	5
WC, Personal	1,6 og 2	2	
WC/dusj (bad)	6	6	

Tabellnoter: Anbefalt størrelse på rom er avhengig av antall brukere og bruken av rommet.

Både sengerom og bad har samme areal som standardrom, men areal til arbeidsstasjoner er mindre.

Desinfeksjonsrommene er større enn anbefalingen i Standardromskatalogen. I sykehus planlegges det ofte med ett desinfeksjonsrom per sengeområde (24 til 30 senger). I Kirkenes sykehus er det ett desinfeksjonsrom per tun eller ett desinfeksjonsrom deles av to sengetun. Desinfeksjonsrommet på 13 m² er det minste, og det er plassert i sengetun for føde og gynekologi. Spesielt i sengetun for medisin, kirurgi og FMR har desinfeksjonsrommene en god størrelse.

I sykehus kan medisinrom betjene et ulikt antall senger. Medisinrommet i Kirkenes sykehus er en god del større enn standard, men det skal betjene alle sengetunene (54 senger). Spiserom for pasientene er også større enn standarden som er beregnet for

Kapittel 6 Sengeområder

normalsengeområder. I Kirkenes sykehus betjener spiserommet pasienter i sengetun for føde og gynekologi i tillegg til tun 1 til 5 (medisin og kirurgi).

Arbeidsrommet i tabellen er et tidligere møterom i sengetun 4 (medisin).

6.2.1. Kapasitet

Det var planlagt og bygd 59 somatiske senger, men kun 56 senger ble tatt i bruk ved innflytting. Framskrivningen som er beregnet i kapittel 4, viser at med middels utnyttingsgrad er det behov for 60 senger framover i tid, og 62 senger dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes i beregningen. Dette viser at dersom disse 56 sengene videreføres i framtida, vil det bli kapasitetsproblemer dersom ikke sengeantall eller utnyttingsgrader økes.

Som påpekt i kapittel 4, understrekes det at denne beregningen er gjort under forutsetning av at alle spesialiteter kan benytte alle senger. I praksis er det ikke slik ved sykehuset. Intensivsenger i plan 2 benyttes ikke av sengeenhetene i plan 3 (tun 1 til 7). Videre er det slik at åtte senger er tatt i bruk som fem-døgnspost for kirurgiske og ortopediske pasienter, samt at det er slik at eventuell ledig kapasitet på både FMR og føde- og gynekologisk enhet sjelden benyttes av andre pasientgrupper. Dette kan forklare at sengeområdet i plan 3 kan ha kapasitetsutfordringer allerede i dag hvor 51 senger i bruk (2019-tall).

Tabell 6.3 nedenfor er basert på Tabell 4.17 og viser antall senger som ble planlagt og bygd. Sengene er fordelt på normalsenger i sengeområdene (plan 3) og intensivsenger (plan 2). Det er til sammen 54 senger i sengeområdene i plan 3 (59 minus 5) mens 51 er i bruk (56 minus 5). Som vist i tabellen, er det totale sengebehovet i 2019 beregnet til 51 eller 52 senger avhengig av utnyttingsgrad. Dette tyder på at det er tilstrekkelig antall senger i sengeområdet for aktivitet som tilsvarende 2019-nivået dersom sengene utnyttes fleksibelt²⁴. Antallet senger er ikke tilstrekkelig for den framskrevne økningen i 2035. Det er imidlertid planlagt en ekstra kapasitet, da tre hvilerom/overnattingsrom er utformet som sengerom. Disse er plassert ved inngangen til sengetun 6.

Tabell 6.3 Beregnet antall senger 2019 og 2035 basert på 2019-aktivitet samt senger i bruk

Type kapasitet	Beregnet 2019 med middels utn.grad	Beregnet 2019 med utn.grad lik planlagt	Beregnet 2035 med middels utn.grad	Beregnet 2035 med utn.grad lik planlagt	Planlagt og bygd 2025	Senger i bruk 2020
Antall senger samlet	51	52	60	62	59	56
Normalsenger + intensivsenger					54+5	51+5

Framskrivningen i kapittel 4 viser at de to fødestuene som er i bruk i dag, vil være tilstrekkelig for antallet fødsler i 2035 også.

²⁴ Døgn i intensivsenhet er inkludert i liggedøgnene i kapasitetsberegningen av antall senger

6.3. Kartlegging av byggets egnethet - Sengeområder

Kartleggingen av sengeområdenes egnethet presenteres nedenfor. Først kommer resultatene fra spørreundersøkelsen blant pasienter i sengeområdene og deretter fra ansatte.

6.3.1. Spørreundersøkelse blant pasienter

For å få kunnskap om pasientenes opplevelse og erfaring med utformingen av de nye lokalene etter innflytting, ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant pasienter 18 år og eldre i sengeområdene ved Kirkenes sykehus.

Metode

Spørreskjemaet er utarbeidet av Sykehusbygg HF med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler og sjekklister for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI). For å kunne gjennomføre spørreskjemaundersøkelsen, er det ifølge Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) tilstrekkelig at pasientene samtykker til deltagelse ved å besvare spørreskjemaene.

Utdeling av informasjonsskriv og innsamling av utfylte spørreskjema ble utført av ansatte ved Kirkenes sykehus. Det ble oppnevnt en ansvarlig kontaktperson som tok ansvar for å dele ut og samle inn skjemaene. Det ble hengt opp informasjonsplakater om spørreundersøkelsen hvor pasientene ble oppfordret til å svare.

Inklusjonskriteriene:

- Pasienter som er 18 år eller eldre
- Samtykkekompetanse
- Forstå norsk
- Fysisk og psykisk helse er slik at det er etisk forsvarlig å spørre pasienten om å delta i studien (vurderes av sykepleier/helsepersonell)

I utgangspunktet var det planlagt at spørreskjema i hovedsak skulle besvares elektronisk (via mobil eller PC), men det skulle også være mulig å svare på papir.

Plakater og informasjonsark i A4-format med QR-koder ble gjort tilgjengelig for pasientene. Ved å skanne QR-koden fikk pasientene tilgang til spørreskjemaet. Undersøkelsen i sengeområdene startet 30. november 2020 og var planlagt å avslutte 13. desember 2020. På grunn av få besvarelser, ble perioden utvidet til 20. desember 2020 (totalt 3 uker).

I løpet av disse ukene var det kun ti pasienter som besvarte undersøkelsen, hvorav sju besvarte elektronisk. Ledelsen i sykehuset besluttet derfor å endre rutinen for inkludering av pasienter, og de bestemte at spørreundersøkelsen i sengeområdene skulle gjennomføres på nytt, i perioden fra 1. til 14. februar 2021. Det ble besluttet å vektlegge besvarelser i papirversjonen. En ansatt fra hver sengeenhet hadde ansvar for

Kapittel 6 Sengeområder

at spørreskjemaene var tilgjengelige, kontakte pasienter, dele ut og samle inn spørreskjemaene.

Besvarte spørreskjemaer ble sendt til Sykehusbygg HF, som registrerte datamaterialet og foretok analyser ved bruk av Excel og SPSS.

Det kom inn 7 skjemaer utfylt elektronisk og 35 skjemaer på papir. Til sammen ble 42 skjemaer mottatt. Ett skjema var blankt, og totalt 41 skjemaer ble analysert.

Undersøkelsen blant pasienter starter med spørsmål om avdeling, kjønn, aldersgruppe og lengden på sykehusoppholdet. Hoveddelen av undersøkelsen består av 29 spørsmål inndelt i fem temaområder, der pasientene ble bedt om å svare på hvor fornøyde de er med utforming og virksomhet i sengeområdene. Et eksempel er spørsmål om sengerommet: «Hvor fornøyd er du med mulighet for ro, hvile og søvn?» Det skulle oppgis i hvor stor grad pasientene er fornøyde med løsningen på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). I besvarelsen betegnes skalaen videre som følger: 2 (misfornøyd), 3 (verken/eller) og 4 (fornøyd).

Etter hvert tema fulgte et felt der pasienten kunne skrive inn sine kommentarer. Nedenfor beskrives innholdet i de fem temaene.

Tema 1: Orientering og oversikt

Temaet undersøker erfaringer med å finne frem i sykehuset, for å avdekke om sykehuset har lagt godt til rette for orientering og tilgjengelighet.

Tema 2: Sengerommet/sengeplassen

Temaet undersøker erfaringer med ulike sider ved sengerommet, både den fysiske utformingen av selve sengerommet/sengeplassen, og noen sider ved rommets funksjonalitet, som for eksempel hvordan det fungerer med tanke på ro og hvile, samt tilrettelegging for besøk.

Tema 3: Kontakt med personalet

Temaet handler om opplevelsen av personalets tilgjengelighet, tilrettelegging for samtaler med helsepersonell og om pasientene opplever å bli møtt med respekt.

Tema 4: Spiserom og mattilbud

Temaet omfatter mattilbudet, utforming av spiserommet og avstanden fra sengerommet til spiserommet.

Tema 5: Fellesarealer

Vurderingen av fellesarealer knyttet til sengeområdet hadde tre underspørsmål: Tilgang på felles oppholdsrom som dagligstue e.l., tilgang til uteområder og parkeringsareal. I tillegg til de fem temaene, ble det stilt et spørsmål og pasienten hadde opplevd å falle i løpet av sykehusoppholdet, og avslutningsvis ble det stilt et åpent spørsmål om hva sykehuset kan gjøre bedre.

Kapittel 6 Sengeområder

Spørsmål som ikke var relevante kunne stå ubesvart.

Pasientene som har besvart spørreundersøkelse representerer alle sengeområdene i sykehuset (medisin, kirurgi, føde- og barsel og rehabilitering).

De prosentvise tallene som presenteres i figurer og tekst, er summert og avrundet. Dette kan medføre at summene som oppgis, kan avvike noe fra 100 prosent.

Resultater

Resultatene fra undersøkelsen presenteres ved ni figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de fem temaene, mens den andre viser fordelingen av svaralternativene fra score 1 (svært misfornøyd) til score 5 (svært fornøyd) for de ulike fem temaene. Deretter presenteres figurer som utdyper resultatene for hvert tema. De to siste figurene oppsummerer spørsmål som fikk høyeste og laveste score.

Tabell 6.4 viser at deltakerne i undersøkelsen fordelte seg på 46,3 prosent kvinner og 53,7 prosent menn. I alt var 73,1 prosent i aldersgruppene over 50 år, hvorav 46,3 prosent var i gruppen 71 til 90 år.

Pasientene ble spurt hvor lenge det var siden de ble innlagt. I overkant av 50 prosent hadde vært innlagt i inntil 2 døgn, 26,8 prosent hadde vært innlagt 3-6 dager og 22 prosent over 7 dager.

Det ble også stilt spørsmål om hvilket sengeområde pasienten var innlagt ved. Dette var et åpent felt hvor pasientene kunne fylle inn svaret selv, og svarene ble gruppert i ettertid. 43,8 prosent oppga å være innlagt på kirurgisk sengeområde, mens 34,4 prosent var på medisinsk sengeområde. 15,6 prosent var på sengeområdet for rehabilitering, og 6,3 prosent var på området for føde og gynekologi.

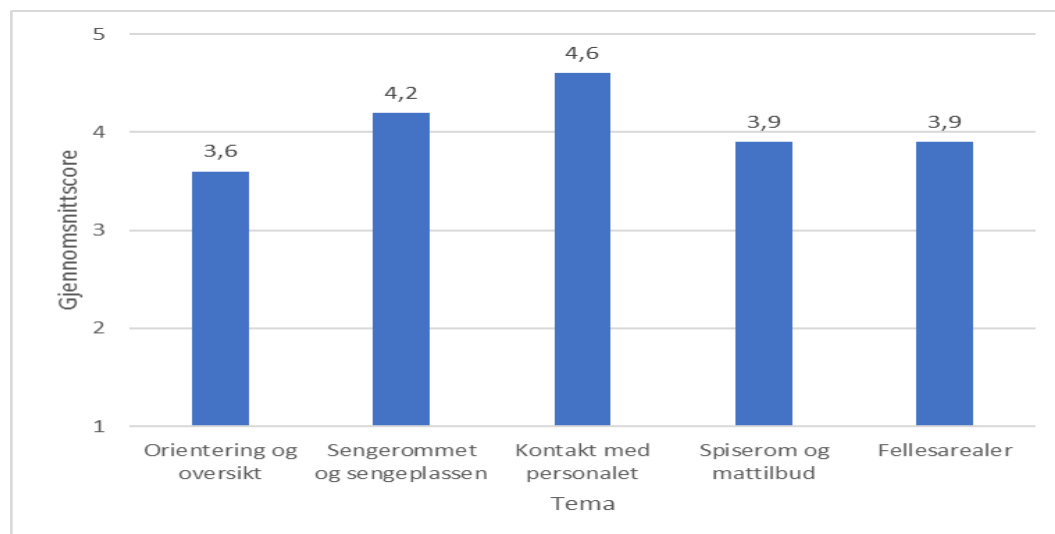
Kapittel 6 Sengeområder

Tabell 6.4 Beskrivelse av pasienter i sengeområdene

Beskrivelse av pasienter (n=41)	%	Antall
Kjønn (n=41)		
Menn	53,7	22
Kvinner	46,3	19
Aldersgruppe (n=41)		
18-30 år	2,4	1
31-50 år	24,4	10
51-70 år	26,8	11
71-90 år	46,3	19
Sengeområde (n=32)		
Kirurgisk	43,8	14
Medisinsk	34,4	11
Rehabilitering	15,6	5
Føde og gynekologi	6,3	2
Hvor lenge er det siden du ble innlagt? (n=41)		
Ble innlagt i dag	9,8	4
1-2 dager siden	41,5	17
3-6 dager siden	26,8	11
7 dager siden eller mer	22,0	9
Nåværende sengeplass (n=41)		
Ensengsrom	97,6	40
To pasienter i ensengsrom	2,4	1

Samlet oversikt over tema i undersøkelsen

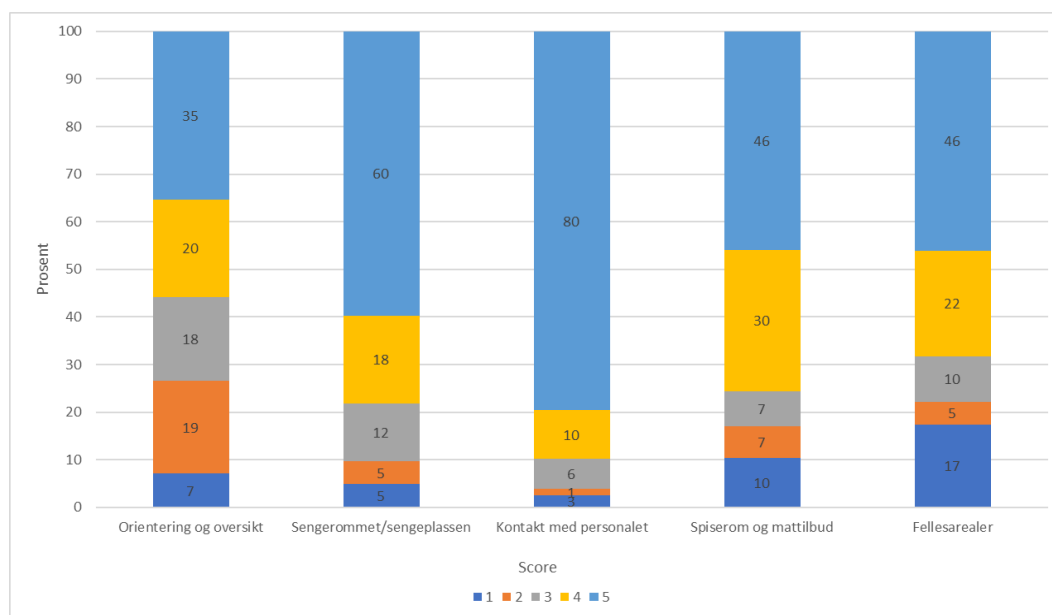
Resultatene for alle pasienter som har hatt opphold i sengeområdene og som har deltatt i undersøkelsen, presenteres nedenfor. Figur 6.2 viser gjennomsnittlig score for de fem temaene i undersøkelsen.



Figur 6.2 Fem tema med gjennomsnittlig score pr tema. Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, sengeområder

Kapittel 6 Sengeområder

Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd) for områdene: *Orientering og oversikt*, *Sengerommet/sengeplassen*, *Kontakt med personalet i sengeområdet*, *Spiserom og mattilbud* og *Fellesarealer i sengeområdet*. På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for alle fem temaene godt over middelveiden (3). Et hovedinntrykk fra undersøkelsen er dermed at pasientene som har besvart undersøkelsen, i stor grad er fornøyd med de forholdene som undersøkelsen omhandler. Tema *Kontakt med personalet i sengeområdet* fikk høyest gjennomsnittlig score (4,6). Figur 6.3 viser fordelingen av score for de ulike temaene.



Figur 6.3 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, sengeområder

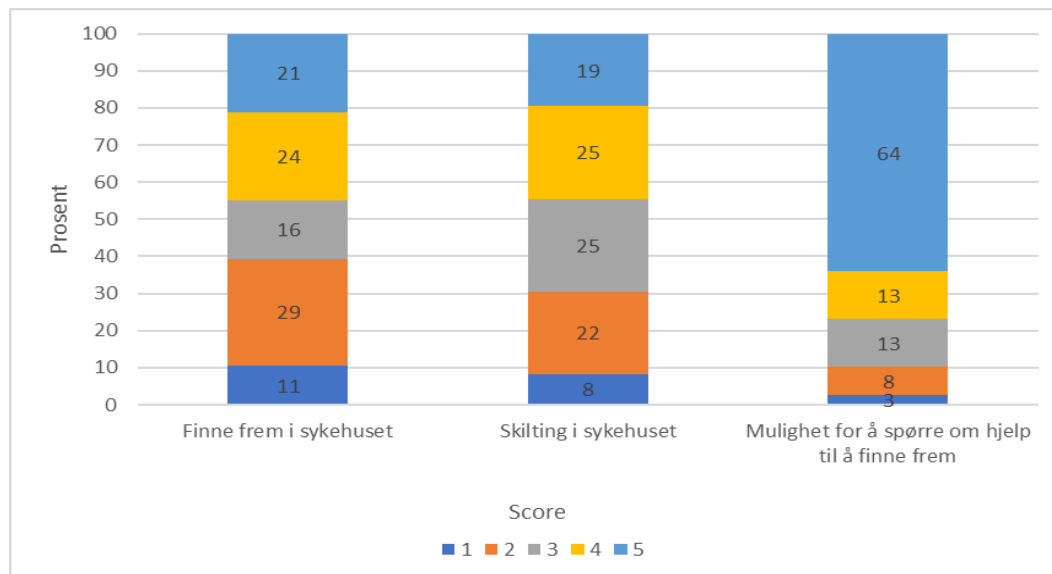
Det framgår av figuren at 90 prosent av pasientene ga scorene 4 eller 5 til *Kontakt med personalet*, og 10 prosent ga score 3 eller lavere. Videre fikk *Sengerommet/sengeplassen* 78 prosent høye scorere (4 og 5), og 12 prosent av pasientene ga score 3. *Spiserom og mattilbud* fikk 76 prosent høye scorere, 7 prosent ga score 3 og 17 prosent ga lave scorere (1 eller 2).

Dette viser at en svært høy andel av pasientene som deltok i undersøkelsen, er fornøyd med kontakten med personalet og med selve sengerommet, samt med spiserom og mattilbudet. På de to temaene *Fellesarealer* og *Orientering og oversikt* er det en noe større variasjon, og flere oppga en lav score. På tema *Orientering og oversikt* har 26 prosent av pasientene scoret 1 eller 2, og 18 prosent har scoret 3. Når det gjelder tema *Fellesarealer* har 23 prosent scoret 1 eller 2, og 10 prosent har scoret 3.

Tema 1: Orientering og oversikt

Pasientene ble stilt spørsmål om erfaringer med å finne fram, for å undersøke om sykehuset har lagt godt til rette for orientering og tilgjengelighet (Figur 6.4)

Kapittel 6 Sengeområder



Figur 6.4 Tema 1: «Orientering og oversikt». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, sengeområder

Under halvparten (45 prosent) av pasientene ga score 4 eller 5, det vil si var fornøyde eller svært fornøyde med muligheten til å finne frem i sykehuset og med skiltingen i sykehuset. Langt flere (77 prosent) var fornøyd eller svært fornøyd (score 4 eller 5) med muligheten for å spørre om hjelp til å finne fram.

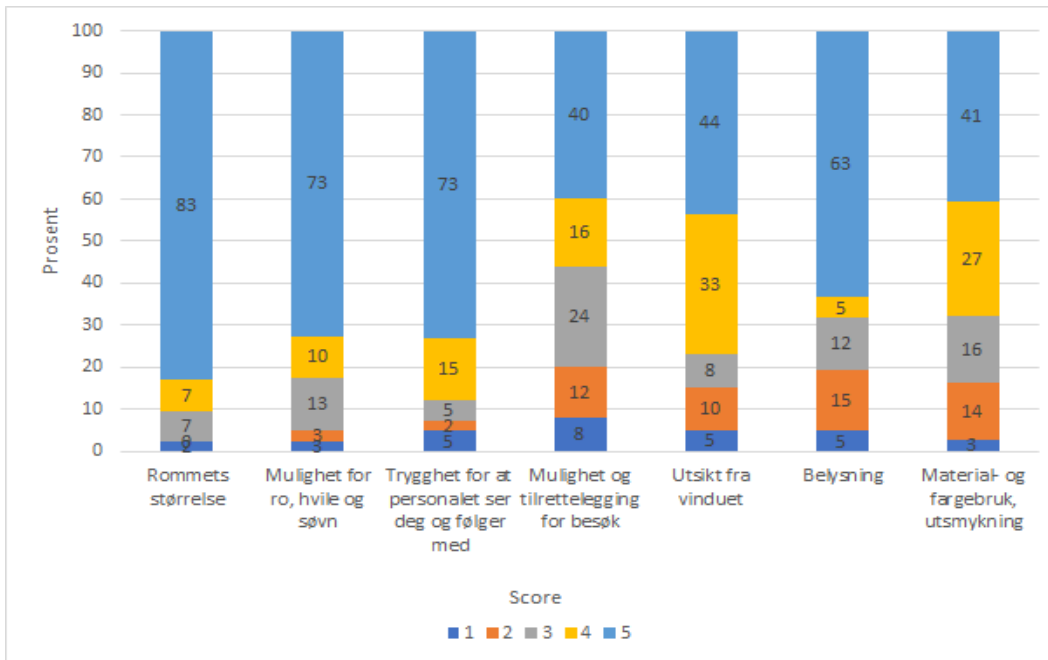
I det åpne kommentarfeltet ble det påpekt at det er vanskelig å orientere seg og finne frem i sykehuset, hvor blant annet utfordringer med skilting ble påpekt:

Skiltingen er ikke helt enkel å skjønne seg på, ikke helt logisk.

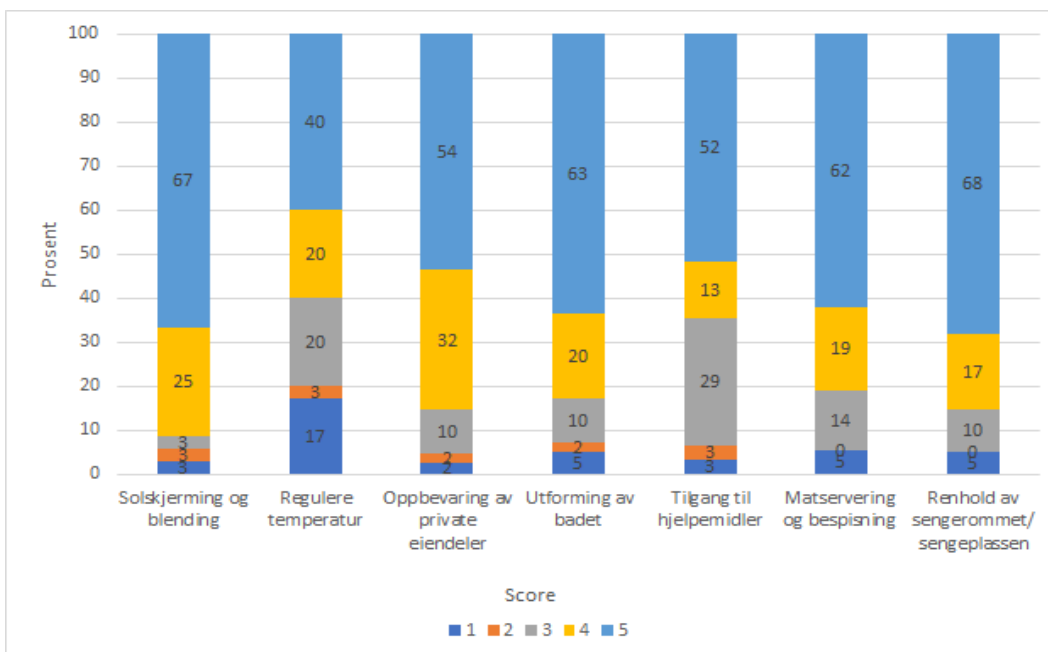
Tema 2: Sengerom/sengeplass

Det ble stilt spørsmål om ulike erfaringer med sengerommet eller sengeplassen, for å undersøke om pasientene var fornøyd med sykehusets løsninger. Spørsmålene gikk både inn på den fysiske utformingen av selve sengerommet, og noen sider ved rommets funksjonalitet, som for eksempel hvordan det fungerer med tanke på ro og hvile, tilrettelegging for besøk og lignende. Dette presenteres i to figurer, Figur 6.5.1 og Figur 6.5.2.

Kapittel 6 Sengeområder



Figur 6.5.1 Tema 2: «Sengeområdet/sengeplassen». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, sengeområder



Figur 6.5.2 Tema 2: «Sengeområdet/sengeplassen». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, sengeområder

Dette temaet etterspurte vurdering av 14 ulike forhold ved sengerommet/sengeplassen. Det var jevnt over høy grad av tilfredshet, men noen av spørsmålene fikk litt mer negativ bedømmelse enn andre. Spørsmålene hvor over 85 prosent svarte at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 4 eller 5), gjaldt mulighet for solskjerming/blending (92 prosent), rommets størrelse (90 prosent), trygghet for at personalet ser deg og følger med deg som pasient (88 prosent), oppbevaring av private eiendeler (86 prosent) og renhold av sengerommet/sengeplassen (85 prosent).

Kapittel 6 Sengeområder

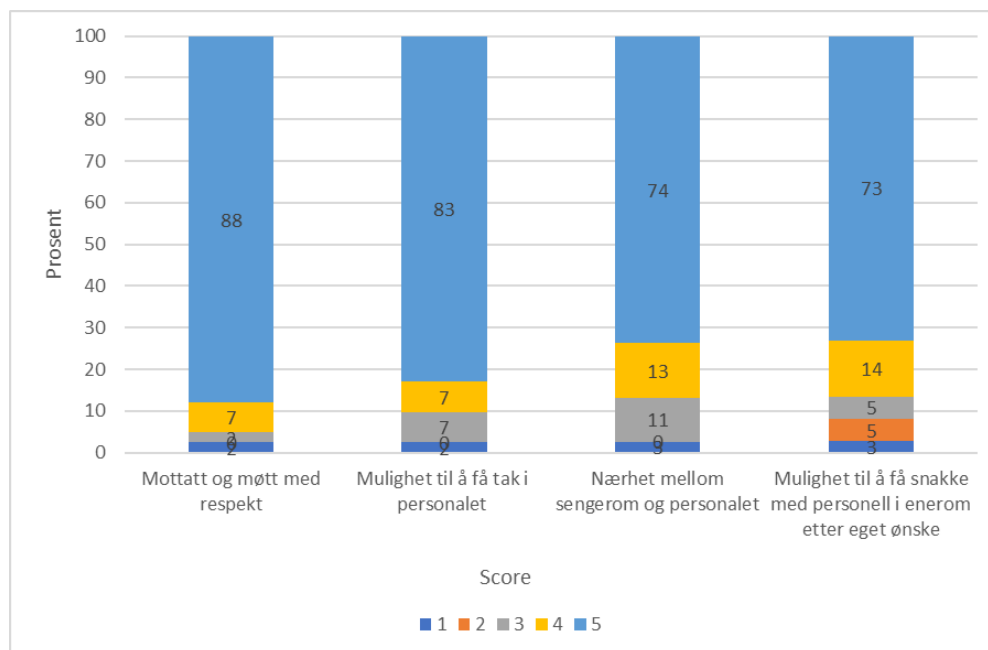
De spørsmålene som fikk den høyeste andelen svært misfornøyd eller misfornøyd (score 1 eller 2) var mulighet og tilrettelegging for besøk, mulighet til å regulere temperatur og belysning (20 prosent score 1 eller 2). Videre var 17 prosent av pasientene misfornøyd eller svært misfornøyd med material- og fargebruk, samt utsmykning og 15 prosent var misfornøyd eller svært misfornøyd med utsikten fra vinduet.

Noen pasienter kom med ytterligere kommentarer om erfaringer med sengerommet. De fleste av dem var kritiske, og gikk på fysiske løsninger ved rommet. Flere mente at belysningen var for skarp og at det burde være mulig å regulere den. Det ble også påpekt at det var kaldt på rommene og de manglet mulighet til å regulere temperaturen. Videre ble det bemerket at garderobeforholdene og badene var trange, og det kom noen merknader til sengene (for hard madrass og dårlig pute).

Et par kommentarer var positive og beskrev rommet som hjemmekoselig.

Tema 3: Kontakt med personalet

Figur 6.6 inneholder spørsmål om hvordan pasientene opplevde kontakten med personalet. Dette var for å ta rede på hvordan pasientene opplevde å bli møtt, og hvor tilgjengelig de opplevde at personalet var for kontakt og samtale.



Figur 6.6 Tema 3: «Kontakt med personalet». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, sengeområder

Som vist i presentasjonen av oversikten over tema, hadde temaet *Kontakt med personalet* høyest gjennomsnittlig score, det vil si at pasientene oppga høyest tilfredshet på dette området. Det kommer frem av resultatene at nesten alle pasientene var fornøyd eller svært fornøyd (score 4 eller 5) med kontakten med personalet, både at de blir mottatt og møtt med respekt (95 prosent) og muligheten til å få tak i personalet ved behov (90 prosent). Pasientene var også fornøyd eller svært fornøyd med nærheten

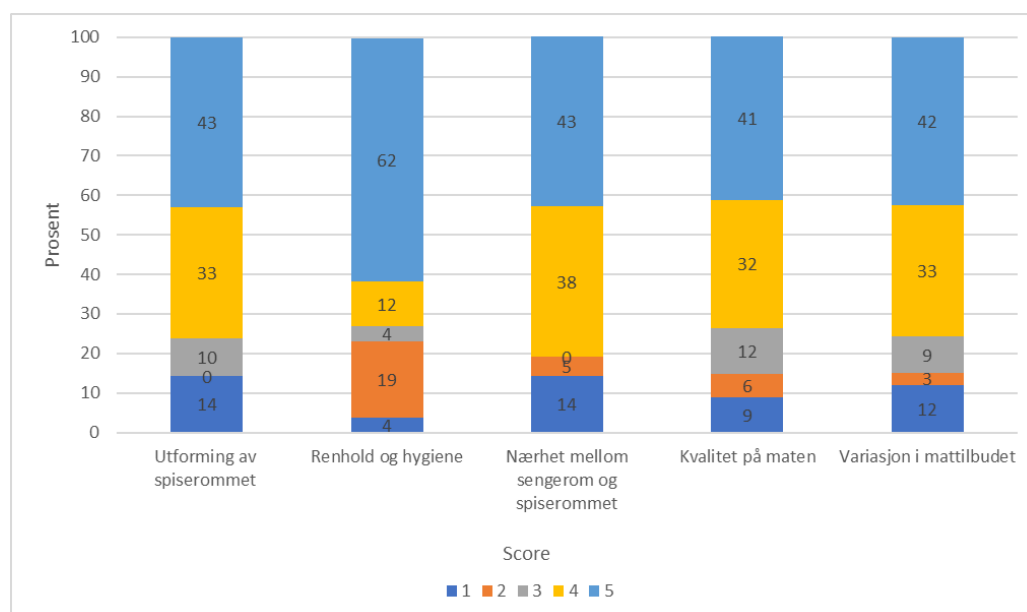
Kapittel 6 Sengeområder

mellom sengerommet og personalets arbeidsplasser og muligheten til å snakke skjermet med personell i enerom etter eget ønske. 87 prosent ga score 4 eller 5.

Det var noen få ytterligere kommentarer på dette temaet. En påpekte at personalet fortjener et ordentlig personalrom, og en annen påpekte at personalet er «unikt og flott». En var litt mer kritisk, og påpekte at personalet kunne være svært travle og ikke ta seg tid, ikke komme inn på rommet og ikke hilse på eller presentere seg.

Tema 4: Spiserom og mattilbud

Evalueringen hadde også spørsmål om spiserom og mattilbud. Figur 6.7 viser resultatene som omfatter mattilbudet, utforming av spiserommet, avstanden fra sengerommet til spiserommet og renhold.



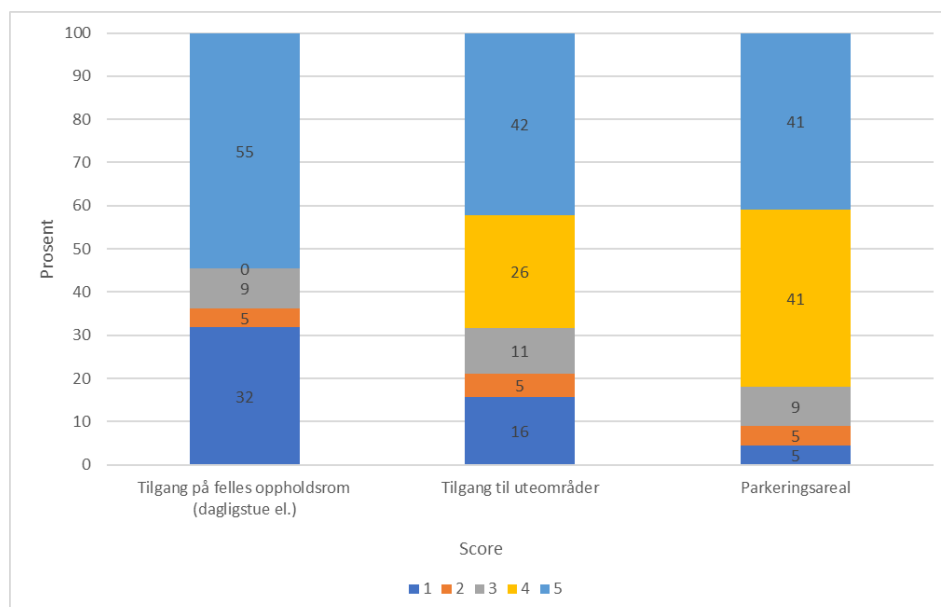
Figur 6.7 Tema 4: «Spiserom og mattilbud.. Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, sengeområder

De fleste pasientene (mellom 73 og 81 prosent) var fornøyd eller svært fornøyd (score 4 eller 5) med alle de ulike forholdene som undersøkes i dette temaet. Svarene viste imidlertid en viss spredning, idet en relativt høy andel svarte at de var svært misfornøyd eller misfornøyd (score 1 eller 2) på noen av de samme spørsmålene. Når det gjelder renhold og hygiene, ga 23 prosent score 1 eller 2. Dette gjelder også for 19 prosent av svarene på spørsmålet om nærhet mellom sengerom og spiserom, 15 prosent når det gjelder variasjon i mattilbudet og 14 prosent når det gjelder utforming av spiserommet.

Mange kommenterte på dette området at de ikke hadde kunnet oppsøke spiserommet fordi det var stengt grunnet Covid-19. Det kom noen kommentarer om at det var litt kjedelig mat, lite valgmulighet, og det ble etterspurt mer frukt og grønt. Men det var også en kommentar om at det var god og variert mat med smak. Oppfatningene spriker med andre ord noe når det gjelder mattilbudet.

Tema 5: Fellesarealer i sengeområdet

Vurderingen av fellesarealer knyttet til sengeområdet hadde tre spørsmål: Tilgang på felles oppholdsrom som dagligstue e.l., tilgang til uteområder og parkeringsareal. Resultatene presenteres i Figur 6.8.



Figur 6.8 Tema 5: «Fellesarealer i sengeområder». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, sengeområder

55 prosent av pasientene oppga at det var svært fornøyd (score 5) med tilgangen på felles oppholdsrom. Samtidig oppga 37 prosent at de var misfornøyd eller svært misfornøyd (score 2 eller 1) med det samme. Bakgrunnen for disse forskjellene kan være at det er ulik tilgang og avstander til oppholdsrom fra sengetunene. Pasienter i rehabiliteringsavdelingen har eget kjøkken og spiserom, og flere av pasientene ga høyeste score (5). Andre pasienter, blant annet fra sengetun 1 og 2, ga laveste score (1). Forklaringen kan være at pasientene i tun 1 til 6 har et felles spiserom utenfor sengetunene. Mange har derfor ikke nærhet til et felles oppholdsrom eller spiserom. Det var imidlertid bare halvparten av pasientene som besvarte dette spørsmålet. Årsaken er sannsynligvis Covid-19 tiltakene på evalueringstidspunktet. Spiserommet ble ikke benyttet, og pasientene fikk servert mat i sengerommet av hensyn til smittevern.

68 prosent av pasientene var fornøyd eller svært fornøyd (score 4 eller 5) med tilgangen til uteområder, og 21 prosent svært misfornøyd eller misfornøyd (score 1 eller 2) med det samme. Et stort flertall var fornøyd eller svært fornøyd med tilgangen på parkeringsareal, da 82 prosent ga score 4 eller 5.

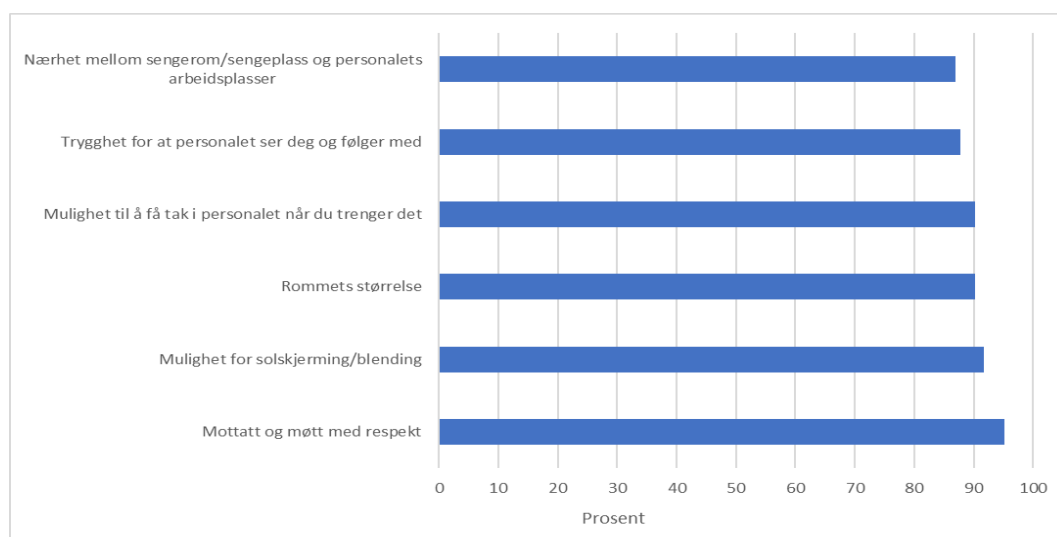
Det kom noen utfyllende kommentarer til fellesarealene. Noen påpekte at de ikke hadde hatt mulighet til å oppholde seg på andre steder enn på rommet grunnet Covid-19 tiltak. Flere kommenterte at det skulle vært en dagligstue eller lignende for pasienter. Det kom også noen kommentarer til parkeringsarealene, at de var for små og at det var for trangt mellom bilene.

Fall

Det ble stilt et spørsmål om pasientene hadde opplevd å falle i løpet av sitt opphold i sengeområdet. Tre av pasientene oppga at de hadde falt. Fallene hadde skjedd i sengerommet, og en oppga at det skjedde ved forflytning med rullator fra bad til seng.

Besvarelser med høyeste og laveste score

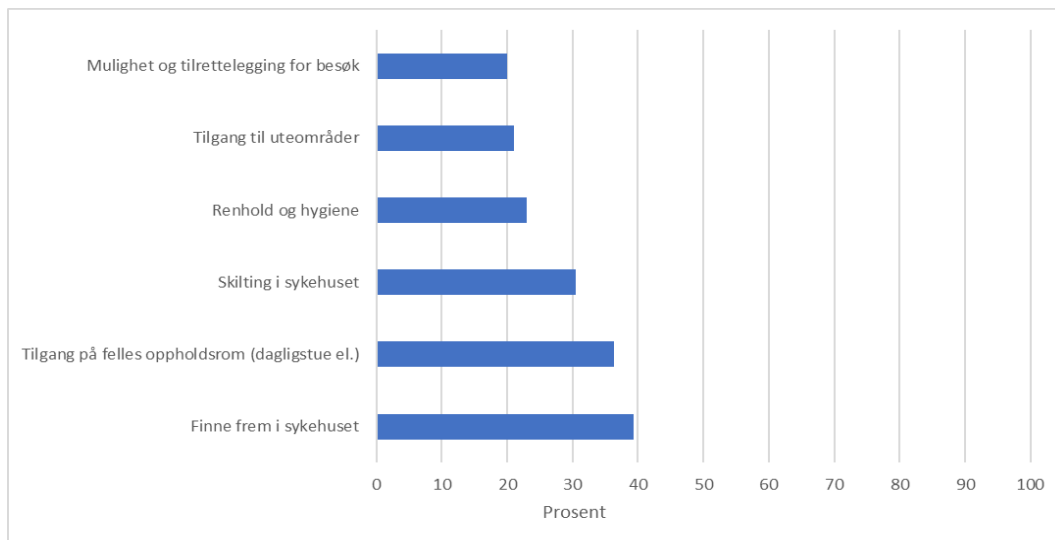
Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises spørsmålene som pasientene ga uttrykk for at de var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 6.9 presenterer seks spørsmål hvor flest pasienter ga høyeste score. Som det kommer frem av figuren, fikk «Mottatt og møtt med respekt» flest høye scorere, da 95 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5. Videre fikk spørsmålene som omhandler «Mulighet for solskjerming/blending», «Rommets størrelse», «Mulighet til å få tak i personalet når du trenger det», «Trygghet for at personalet ser deg og følger med», og «Nærhet mellom sengerom og personalets arbeidsplasser» høye scorere. Rundt 90 prosent av besvarelsene ga score 4 eller 5 på disse spørsmålene.



Figur 6.9 Spørsmål med størst andel høyeste score (4 og 5). Pasienter, sengeområder

Dersom man legger sammen de laveste scorene, 1 og 2, vises spørsmålene som pasientene var minst fornøyd med i undersøkelsen. Figur 6.10 presenterer seks spørsmål som flest pasienter ga laveste score. Figuren viser at 39 prosent av pasientene ga «Finne frem i sykehuset» score 1 eller 2. Videre ga 36 prosent laveste score til «Tilgang på felles oppholdsrom», og 31 prosent til «Skilting i sykehuset». Mellom 20 og 23 prosent ga laveste score til «Renhold og hygiene» (spørsmål stilt i tilknytning til spiserom og mattilbud), «Tilgang til uteområder», og «Mulighet og tilrettelegging for besøk» (spørsmål stilt i tilknytning til sengerommet).

Kapittel 6 Sengeområder



Figur 6.10 Spørsmål med størst andel laveste score (1 og 2). Pasienter, sengeområder

Hva kan sykehuset gjøre bedre?

Det ble stilt et åpent spørsmål til slutt, hvor pasientene ble bedt om å komme med synspunkter på hva sykehuset kan gjøre bedre. Det kom tolv svar på dette spørsmålet, noe som vil si at omtrent en tredel av pasientene besvarte dette spørsmålet.

Kommentarene omhandler flere tema og kan oppsummeres i følgende områder for forbedringer:

- Mulighet for temperaturregulering. Det ble påpekt at det er kaldt i fellesarealene
- Bedre skilting og orienteringsmuligheter
- Informasjon om faste rutiner, gjerne med oppslagsmappe på rommet
- Bedre tilretteleggelse i baderom for personer i rullestol (plassering av håndklær, såpe mm.)
- Bedre belysning i trappen på parkeringsplassen

Det var også et par kommentarer fra pasienter som ga uttrykk for at de var svært fornøyde:

Jeg synes alt er bra. Har ingenting i klage på.

Tabell 6.5 gir en oversikt over alle de 29 spørsmålene i undersøkelsen med gjennomsnittlig score for alle som besvarte undersøkelsen.

Kapittel 6 Sengeområder

Tabell 6.5 Oversikt over spørsmål, samt gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveidien er 3. Pasienter, sengeområder

Hvor fornøyd er du med:

Nr	Tema	Spørsmål	Snitt
1	1	Finne frem i sykehuset	3,2
2	1	Skilting i sykehuset	3,3
3	1	Mulighet for å spørre om hjelp til å finne frem	4,3
4	2	Rommets størrelse	4,7
5	2	Mulighet for ro, hvile og søvn	4,5
6	2	Trygghet for at personalet ser deg og følger med	4,5
7	2	Mulighet og tilrettelegging for besøk	3,7
8	2	Utsikt fra vinduet	4,0
9	2	Belysning	4,1
10	2	Material- og fargebruk, utsmykning	3,9
11	2	Mulighet for solskjerming/blending	4,5
12	2	Mulighet til å regulere temperatur	3,6
13	2	Oppbevaring av private eiendeler	4,3
14	2	Utforming av badet	4,3
15	2	Tilgang til og plassering av hjelpemidler (f.eks. rullestol, rullator, gelender, håndtak)	4,1
16	2	Tilrettelegging for matservering og bespisning på sengerommet/ sengeplassen	4,3
17	2	Renhold av sengerommet/ sengeplassen	4,4
18	3	Mottatt og møtt med respekt	4,8
19	3	Mulighet til å få tak i personalet når du trenger det	4,7
20	3	Nærhet mellom sengerom/sengeplass og personalets arbeidsplasser	4,6
21	3	Mulighet til å få snakke med lege/sykepleier eller annet personell i enerom etter eget ønske	4,5
22	4	Utforming av spiserommet (trivsel, lys, materialvalg, størrelse, mm.)	3,9
23	4	Renhold og hygiene	4,1
24	4	Nærhet mellom sengerom/sengeplass og spiserommet	3,9
25	4	Kvalitet på maten	3,9
26	4	Variasjon i mattilbudet	3,9
27	5	Tilgang på felles oppholdsrom (dagligstue el.)	3,4
28	5	Tilgang til uteområder	3,7
29	5	Parkeringsareal	4,1

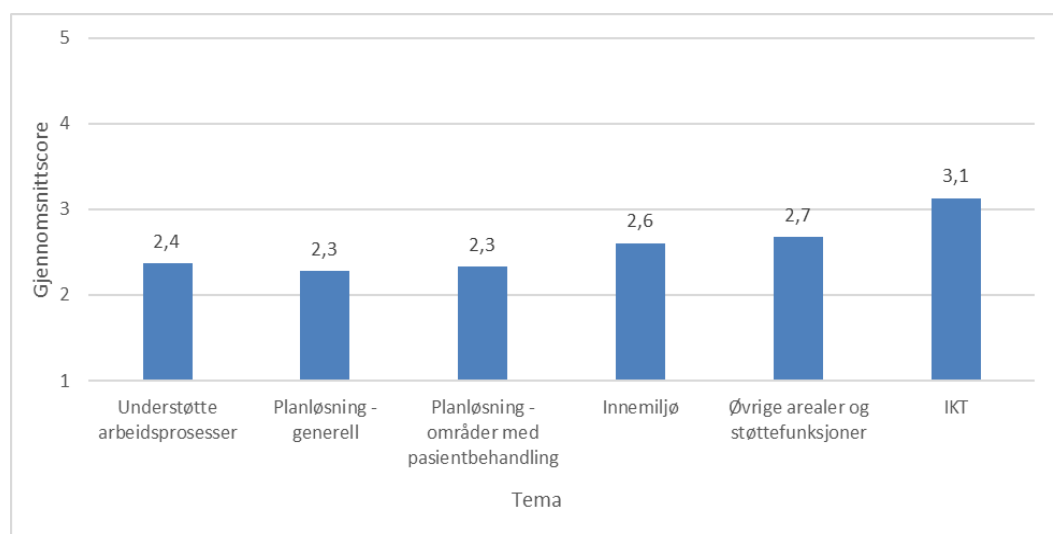
6.3.2. Spørreundersøkelse blant ansatte

Nedenfor presenteres resultater fra den nettbaserte spørreundersøkelsen blant ansatte som arbeider i sengeområdene (tun 1 til 7), der formålet har vært å kartlegge byggets egnethet etter at det ble tatt i bruk. Gjennomføring og metode er nærmere beskrevet i kapittel 3.

Av de totalt 153 besvarelsene, utgjorde de ansatte i sengeområdene 37,3 prosent (n=57) av besvarelsene.

Figur 6.11 viser gjennomsnittlig score for seks temaområder. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning - generell*, *Planløsning - områder med pasientbehandling*, *Innemiljø*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, *IKT og utstyr*.

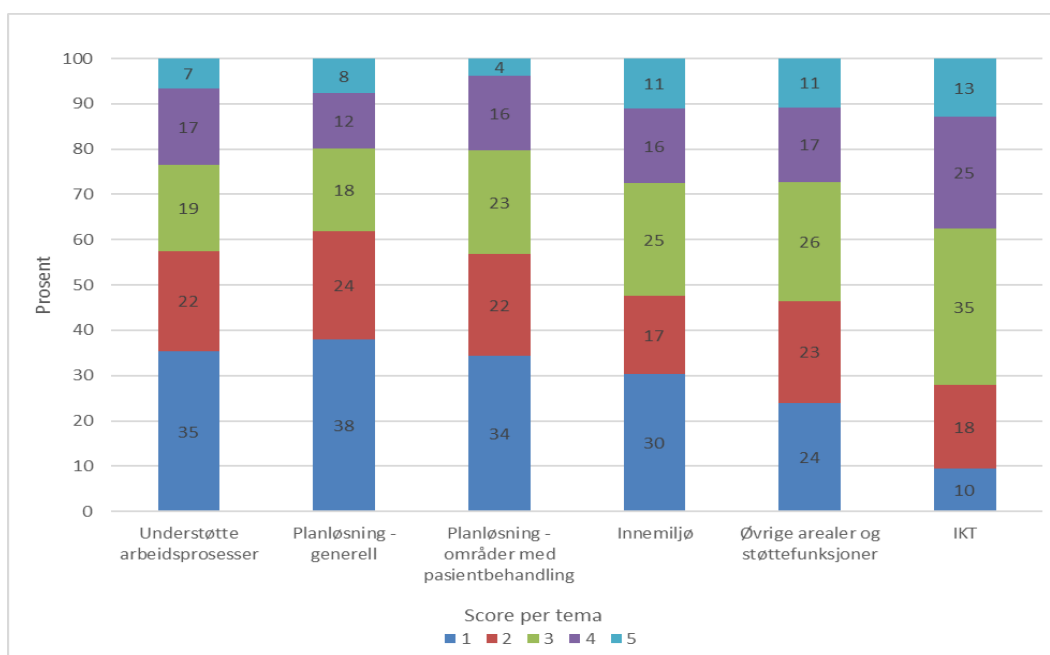
I gruppen av ansatte fra sengeområdene er det bare scoren for *IKT og utstyr* (3,1) som ligger over middelveien (3). De øvrige temaene har fått en gjennomsnittlig score fra 2,3 til 2,7. De laveste scorene er gitt til *Planløsning*, både generell og i områder med pasientbehandling.



Figur 6.11 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, sengeområder

Figur 6.12 presenterer fordelingen av score for de ulike temaene. Som i flere andre grupper, ga ansatte i sengeområdene flest høye scorere (4 eller 5) til temaområdet *IKT og utstyr* (38 prosent). Score 3 for samme temaområde fikk 35 prosent. Dersom man legger sammen scorene 3, 4 og 5, viser undersøkelsen også at halvparten av de ansatte i sengeområdene er fornøyd eller middels fornøyd med *Innemiljø* og *Øvrige arealer og støttefunksjoner*. Ansatte ga de laveste scorene til temaene *Understøtte arbeidsprosesser* og *planløsninger*. Mellom 56 og 62 prosent av besvarelsene her ga 1 eller 2.

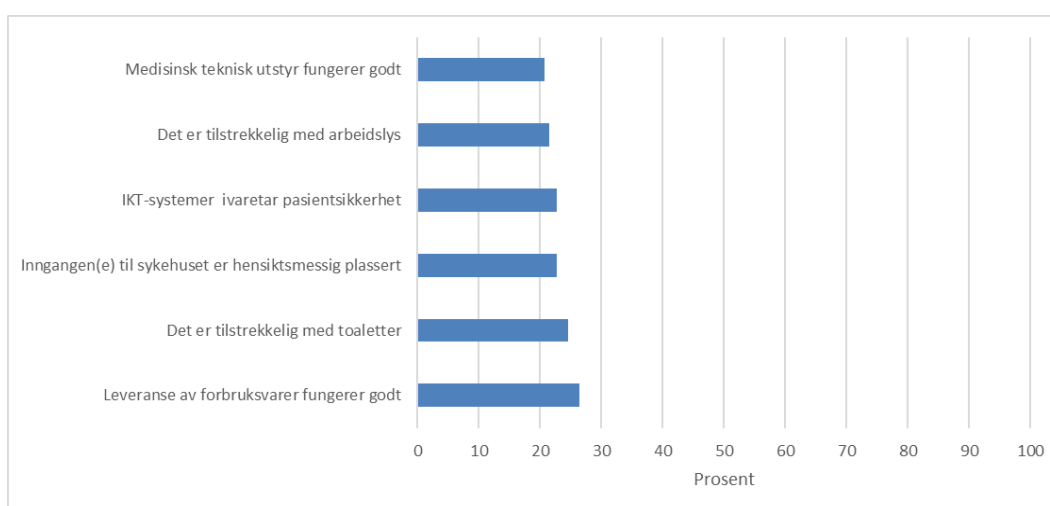
Kapittel 6 Sengeområder



Figur 6.12 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, sengeområder

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 6.13 presenterer seks utsagn hvor flest ansatte ga høyeste score.

Leveranse av forbruksvarer fikk flest høye scorer blant ansatte i sengeområdene (26 prosent). Som det også kommer frem av figuren, fikk utsagnet «Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling» 25 prosent høyeste score, 4 eller 5. Mellom 21 og 23 prosent av besvarelsene ga de høyeste scorene til utsagnene som handler om plassering av sykehusinngang, om IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet, arbeidslys og om medisinsk teknisk utstyr fungerer godt.



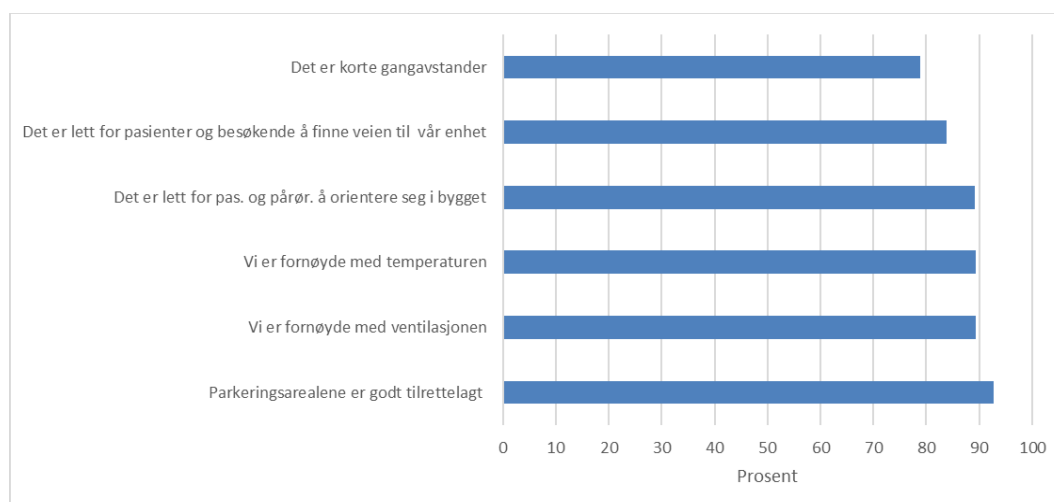
Figur 6.13 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, sengeområder

Kapittel 6 Sengeområder

Ser man på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 6.14 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score.

Figuren viser at ansatte i sengeområdene, ga flest lave scorer (1 eller 2) til utsagn som omhandler parkeringsarealer (93 prosent), og både ventilasjon og temperatur fikk 89 prosent lave scorer. Videre ga mellom 89 og 84 prosent av besvarelsene laveste score til orientering i bygget og om det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til sengeområdene. 79 prosent av besvarelsene ga utsagnet om korte gangavstander score 1 eller 2.

Spørreundersøkelsen viser også at det ble gitt mellom 78 og 76 prosent laveste score til utsagnene om antall samtalerom, plass til utstyr, plass i arbeidsstasjoner og ventområder (ikke vist i figur).



Figur 6.14 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, sengeområder

Noen utsagn i denne spørreundersøkelsen som ble gjennomført i oktober 2020, kan sammenlignes med utsagn som ble stilt i undersøkelsen «ForBedring» i Klinikkk Kirkenes. Dette gjelder utsagnene om ventilasjon og temperatur, som begge fikk en gjennomsnittlig score på 1,4 (middelverdi 3), og utsagn knyttet til arbeidslys og dagslys med scorer over middelverdien 3,4 og 3,1 (se Tabell 6.7).

Undersøkelsen «ForBedring» ble gjennomført første gang i februar 2018 og deretter årlig i Finnmarkssykehuset HF. Resultatene fra Kirkenes sykehus er vist i Tabell 6.6. Besvarelsene på utsagnet «Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, vibrasjoner og lignende)» i sengeområdene viser en lav score før innflytting (2018). Den kirurgiske og ortopediske enheten hadde lavest score (Score 10, på en skala fra 0 til 100). FMR (fysikalsk medisin og rehabilitering) fikk høyeste score på 36,5. I februar 2019, noen måneder etter innflytting, ga alle sengeenheter høyere score (mellom 40 og 48,9). I de to påfølgende årene, 2020 og 2021, sank scorene unntatt for føde/gyn og FMR, som ga en høyere score i 2021 enn i 2020.

Kapittel 6 Sengeområder

Tabell 6.6 ForBedring. Besvarelse fra Klinikk Kirkenes. «Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her». Kilde: Finnmarkssykehuset HF

Enhet	2018	2019	2020	2021
Kir/ort senger	10	40	17,5	13,9
Føde/gyn senger	16,1	42,9	25	42,9
Medisin senger	19,7	40,8	35,7	25,9
FMR senger	36,5	48,9	38,5	40,5

Svarene er angitt på en skala fra 0-100 der: 0 er helt uenig. 25 er litt uenig. 50 er verken enig eller uenig. 75 er litt enig og 100 er helt enig²⁵.

I undersøkelsen «ForBedring» er luft og lys slått sammen, mens i spørreundersøkelsen i denne rapporten viser at ansatte er mer fornøyd med lys enn temperatur og ventilasjon. Oppsummert viser undersøkelsen «ForBedring» at ansatte er noe mer fornøyd med fysisk arbeidsmiljø i nytt sykehus sammenlignet med forholdene i det tidligere sykehuset.

Tabell 6.7 gir en oversikt over tema og alle de 60 utsagnene i spørreundersøkelsen med gjennomsnittlig score.

²⁵ Data fra Finnmarkssykehuset HF, 14.06,2021

Kapittel 6 Sengeområder

Tabell 6.7 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveidien er 3. Ansatte, sengeområder

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Utformingen av vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	2,5
2	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,4
3	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	2,4
4	1	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	2,3
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	2,2
6	2	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	1,5
7	2	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	2,5
8	2	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,2
9	2	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	2,5
10	2	Vi har de romtypene vi trenger	2,0
11	2	Vi har tilstrekkelig antall rom	1,9
12	2	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	1,9
13	2	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	1,8
14	2	Møtearealene er lett tilgjengelig	2,6
15	2	Kontorarealene er lett tilgjengelig	2,6
16	2	Det er tilrettelagt arealer for undervisning og kompetanseutvikling	2,4
17	2	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,0
18	2	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	2,5
19	2	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	1,9
20	2	Ekspedisjonene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,3
21	2	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	2,5
22	2	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt (likt) utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	2,6
23	2	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	2,5
24	2	Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling	3,0
25	3	Vår enhet/avdeling er tilgjengelig og enkel å bruke for alle brukergrupper (bl.a. barn, eldre, bevegelses- og synshemmede)	2,9
26	3	Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling	1,6
27	3	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	1,9
28	3	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/ avdeling	2,7
29	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,6
30	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	2,4
31	3	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	1,7
32	3	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	2,4
33	3	Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling	2,5
34	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	2,2
35	3	Det er tilrettelagt for servering av mat til pasientene	2,5

Kapittel 6 Sengeområder

36	3	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	2,6
37	4	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	2,9
38	4	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling	3,4
39	4	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/ arbeidsplasser	3,1
40	4	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	1,4
41	4	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	1,4
42	4	Det er lett å holde orden i vår enhet/ avdeling	2,9
43	4	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/ avdeling	3,1
44	5	Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert	3,5
45	5	Vestibyleområdet er godt utformet	3,5
46	5	Garderobene for ansatte fungerer godt	2,0
47	5	Kantine og kaffestasjoner fungerer godt	2,0
48	5	Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med utstyr	2,8
49	5	Leveranse av forbruksvarer fungerer godt	3,5
50	5	Avfallshåndtering fungerer godt	3,4
51	5	Uteområdet legger til rette for pause og bidrar til rekreasjon	2,2
52	5	Parkeringsarealene er godt tilrettelagt	1,3
53	6	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet	3,5
54	6	Våre IKT-systemer bidrar til at vi jobber effektivt	2,6
55	6	Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer	3,0
56	6	Vi utnytter løsningene/mulighetene i våre IKT-systemer	2,9
57	6	Vi har lett tilgang på de hjelpemidler vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	3,2
58	6	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,2
59	6	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,5
60	6	Møbler og inventar fungerer godt	3,1

6.4. Driftskonsepter og løsninger

I dette kapitlet presenteres dybdeundersøkelsen i sengeområdene. Undersøkelsen er basert på befaring og fokusgruppeintervju. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig som at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre relevante tema for evalueringen.

Resultatene er supplert med sitater fra fokusgruppedeltakerne og kommentarer fra spørreundersøkelsene for å fremheve og illustrere erfaringene med hvordan lokalene fungerer etter innflytting i nytt sykehus.

Befaring i sengeområdene og fokusgruppeintervju med ansatte ble gjennomført 28. og 29.04.2021. Ledelse fra sengeenhetene i sykehuset og fra «Fag, Forskning og Samhandling» i Finnmarkssykehuset HF deltok på befaring. Fem representanter fra sengeområdene deltok i fokusgruppeintervju (inkludert tillitsvalgt og verneombud). Hovedtema i fokusgruppen var hvordan utforming av sengeområdene støtter opp under pasientbehandling og arbeidsprosesser.

I et digitalt fokusgruppeintervju (Teams) med ledelsen i Kirkenes sykehus (07.06.2021) var temaet forholdet mellom planlagte løsninger i sengeområdene og erfaringer etter innflytting.

6.4.1. Pasientforløp

Figurene på de neste sidene illustrerer pasientflyt og behandling- og støtterom i sengeområdene, sengetun 1 til 7. Først presenteres tun 1 og 2 for kirurgi og ortopedi, så tun 3, 4 og 5 for medisin. Deretter følger tun 6 for føde og gynekologi og tun 7 for rehabilitering.



Figur 6.15 Illustrasjon for pasientflyt i sengeområde for kirurgi og ortopedi, samt sengerom, undersøkelses- og behandlingsrom og støtterom. Tun 1 og 2. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF



Figur 6.16 Illustrasjon for pasientflyt i medisinsk sengeområde, samt sengerom, undersøkelses- og behandlingsrom og støtterom. Tun 3, 4 og 5. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF.

Kapittel 6 Sengeområder



Figur 6.17 Illustrasjon for pasientflyt i sengeområde for føde og gynekologi, samt sengerom, undersøkelses- og behandlingsrom og støtterom. Tun 6. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Kapittel 6 Sengeområder



Figur 6.18 Illustrasjon for pasientflyt i sengeområde for Fysisk medisin og rehabilitering (FMR), samt sengerom, undersøkelses- og behandlingsrom og støtterom. Tun 7. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Kapittel 6 Sengeområder

I spørreundersøkelsen svarte mange ansatte i sengeområdene at de var fornøyde med vestibyleområdet og plassering av inngangen til sykehuset.

Pasienter som har planlagte (elektive) innleggelser, kommer inn hovedinngangen til vestibylen i Kirkenes sykehus i plan 2. Derfra benyttes trapp eller heis (fløy B sør) opp til plan 3 til ekspedisjon for sengeområdene. I spørreundersøkelsen uttrykte pasienter at det kan være vanskelig å finne frem og at skiltingen i sykehuset kunne vært bedre. Dette ble også understøttet av besvarelsen fra de ansatte. En kommenterte det slik:

Pasientene går seg bort i gangene. Vet ikke hvilken avdeling de skal til, da avdelingene ikke er tilstrekkelig merket med navn.

Ekspedisjonen er plassert nært trapp og heis i plan 3. Pasienter og besøkende møtes av en åpen skranke. Helsesekretærer mottar pasienter som har en planlagt innleggelse, skriver dem inn, og utfører deretter undersøkelser som blodtrykk, EKG og lignende i ett UB-rom (mottaksrom) nært ekspedisjonen. Helsesekretærene har også oppgaver knyttet til hjemreiser og transport.

I fokusgruppeintervju ble det uttalt at dette UB-rommet ved ekspedisjonen er funksjonelt og godt utstyrt. Rommet betjener alle sengetunene, men dersom det er opptatt, kan gynekologiske pasienter tas imot i ett UB-rom i tun 6 for føde og gynekologi.

Det er en liten venteplass i tilknytning til ekspedisjonen, det vil si en benk på den andre siden av korridoren i fløy B. Erfaringene til leger, sykepleiere og sekretærer var at pasienter kan komme til å vente lenge før de får tildelt sengerom og blir mottatt av lege (LIS1). En fokusgruppedeltaker sa det slik:

Flere ganger i uken kan pasienter, altså elektive, sitte og vente en hel dagvakt på å få rom.

Forklaringen på ventetiden er at pasienter som skal utskrives, benytter sengerommet mens de venter på visitt, klargjøring av dokumenter, utskrivningssamtale og transport. Det er spesielt pasienter som bor utenfor Kirkenes, som venter lenge på transport. Utreisene fra sengetunene for medisin og kirurgi/ortopedi foregår vanligvis mellom kl. 13 og 17. Deretter skal rommet rengjøres.

Det er også en liten venteplass ved krysset i fløy A. Denne benyttes av pasienter i de medisinske sengetunene og de som skal til tun 2. Ellers er det ikke andre oppholdssoner eller rom i sengeområdet for pasienter som skal skrives ut eller innlegges. Både i intervju og spørreundersøkelsen ble det bemerket at venteområdene burde vært bedre tilrettelagt. Eventuelt kan pasienter som er utskrivningsklare, vente i vestibyleområdet. Dette ble beskrevet som uhensiktsmessig fordi pasientene er langt unna når samtaler og klargjøring av dokumenter skal gjennomføres.

Pasienter som legges inn akutt, kommer fra akuttmottaket i plan 2. Pasientene tas imot av lege (LIS1). Oppholdstiden i akuttmottaket er vanligvis 3 til 4 timer. I fokusintervju ble det uttalt at dette er lang tid. Noe av forklaringen på oppholdstiden, er at det kommer flere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, og de tre mottaksrommene er

Kapittel 6 Sengeområder

opptatt eller det kan være fullt i sengeområdene. I fokusgruppeintervju ble det også påpekt, at noen pasienter kunne unngått innleggelse dersom det hadde vært tilgjengelige observasjonsplasser i tilknytning til akuttmottaket. Til sammenligning hadde akuttmottaket i Sykehuset Østfold Kalnes oppholdstid på 4 timer i 2018, mens oppholdstiden på landsbasis varierte fra rundt 2 til 4 timer avhengig av størrelse, funksjon og geografisk plassering²⁶.

En sykepleier følger pasienter som skal legges inn, fra akuttmottaket til sengeområdet i plan 3 via heis i fløy A eller B (sør). I tillegg kan noen pasienter komme til sengeområdet fra intensiv eller operasjonsområdet. De fleste pasientene som har behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelse, har opphold i medisinske eller kirurgiske sengetun (tun 1 til 5).

I spørreundersøkelsen blant ansatte fikk lokalisering av sengeområdene en gjennomsnittlig score under middelveien. Dette ble nærmere utdypet i fokusgruppeintervju. Det ble fortalt at sengeområdenes beliggenhet i forhold til røntgen, CT og MR (bildediagnostikk) i plan 2 fløy A er gunstig. Spesielt er plasseringen av sengetunene for medisin og kirurgi/ortopedi (fløy A og B) hensiktsmessig, da disse pasientgruppene benytter røntgenundersøkelser hyppig. Det er kort vei via heis til området for bildediagnostikk. Videre ble det sagt at operasjonsområdet i plan 2 har en fornuftig plassering med nærhet til akuttmottak og intensiv samt akuttheis til føde og gynekologi i plan 3.

Det ble kommentert at plassering av sengeområdene i forhold til poliklinikken i plan 2 ikke er like god for de medisinske sengetunene 3, 4 og 5 i fløy A. Pasientene som skal fra et sengetun til poliklinikken for undersøkelse, kreftbehandling eller dialyse har lang avstand og må passere fellesarealer. De benytter vanligvis korridoren til fløy C, deretter heis en etasje ned til poliklinikkområdet i fløy C eller D. Pasientene som har behov for dialyse eller cytostatikabehandling (kjemoterapi), har den lengste veien. De transporteres til enden av fløy D nord. Pasienter som skal til hjerte- eller lungeundersøkelser har kortere transportvei mellom sengetun og poliklinikk i fløy C.

6.4.2. Sengetun som byggestein i sengeområder

De fleste sykehusprosjektene i de siste 15 årene har sengetun. Begrunnelsen for å endre fra tradisjonelle sengeposter til sengetun, er ønsket om å legge bedre til rette for nærhet mellom pasienter og pleiepersonell. Det betyr gode muligheter for observasjon av pasienter, økt pasientsikkerhet og trygghet for pasientene, kortere gangavstander og økt direkte pasientrelatert arbeid. Likt oppbygde sengetun legger i tillegg til rette for endringer i pasientgrupper og behov over tid, dvs. sengeområdet kan brukes av ulike fagområder.

²⁶ Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes Sykehusbygg HF 2020. Hovedrapport

Kapittel 6 Sengeområder

Et sengetun kan forstås som en byggestein i et sengeområde. Sengetunet består av en gruppe sengerom, ofte sju til ti ensengsrom med bad, nært en arbeidsstasjon for personalet (arbeidsbase) og lager for de mest brukte forbruksvarene. Til sammen utgjør flere sengetun og støtterom et sengeområde²⁷. Ofte deles støtterom mellom to eller flere sengetun. Støtterom kan være kjøkken- og spiserom/oppholdsrom for pasienter, medisinerom, desinfeksjonsrom, avfallsrom, pauserom, samtale- og UB-rom. Hvilke rom som ligger mellom sengetunene kan variere, men hovedprinsippet for sengetun som konsept, er en pasientnær arbeidsstasjon og lager nært en gruppe sengerom med noen av de ovennevnte støtterom imellom. Det betyr pasienter, ansatte og forsyning er i midten og støtterommene imellom.

Sengeområder i andre sykehus

I et sengeområde vil plassering av støtterommene påvirke gangavstander og oversikt. Figur 6.19 viser eksempler fra tre sykehus som har valgt noe ulik utforming av sengeområdene. Både i St. Olavs hospital (Nevrosenteret) og i Nordlandssykehuset (NLSH) Vesterålen er tre sengetun plassert på rad i et sengeområde. Sengeområdet som er vist fra Sykehuset Østfold Kalnes, er bygget opp av to tun på rad og ett tun bak et hjørne (vinkel gir L-form).



Figur 6.19 Sengetun. Eksempler fra tre sykehus. St. Olavs Hospital (Nevrosenteret), Sykehuset Østfold Kalnes og NLSH Vesterålen. Sykehusbygg HF. Presentasjon NSF webinar 03.02.2021

Ved å se nærmere på NLSH Vesterålen, kommer det frem at et standard sengetun er bygget opp av åtte ensengsrom med bad organisert rundt en åpen arbeidsstasjon (6,4 m²) med stillerom bak (3,1 m²), lagerskap for forsyningsvarer og tøy, grupperom for personale (12 m²) og oppholdsnisje for pasienter (13 m²). Tre sengetun knyttet sammen i en fløy danner til sammen et sengeområde. Arbeidsstasjonene er plassert slik at det er sikt fra den ene til den neste for å understøtte kontakt mellom tunene. Felles støtterom

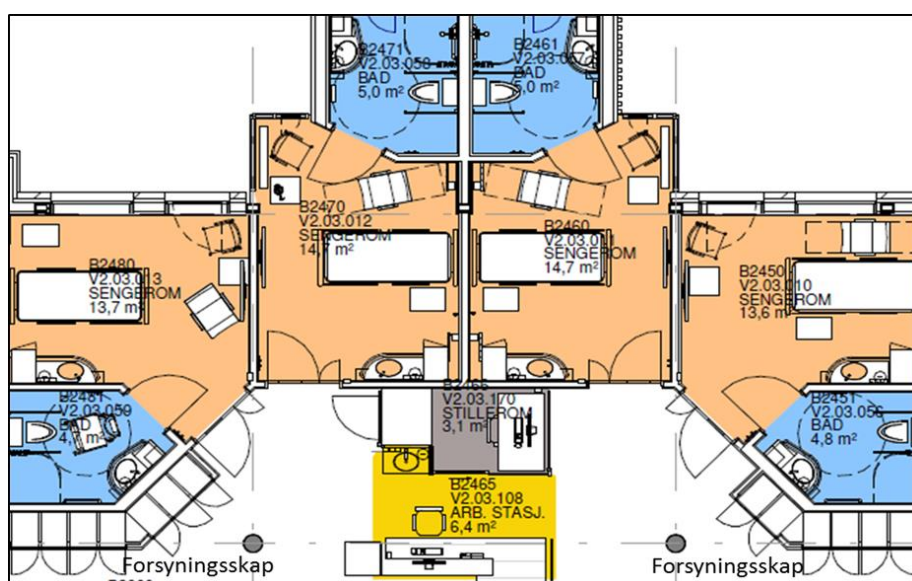
²⁷ Lauvsnes, M (2012) «Sengetun», et brukbart konsept? SINTEF-rapport A22564

Kapittel 6 Sengeområder

for sengeområdet er medisinrom (17 m²), kjøkken/spiserom for pasienter (36 m²), utstyrslager (12 m²), desinfeksjons- (10 m²) og avfallsrom (10 m²).

En evaluering av NLSH Vesterålen fant at personalet har god oversikt over sengerommene rundt arbeidsstasjonen. Det kom også frem at personalet i tre sengetun samarbeider både dag, kveld og natt avhengig av behov. På nattevakt, da det er få ansatte i sengeområdet, samlet personalet seg i det midterste sengetunet, og har derfra oversikt over de tre sengetunene i området²⁸.

Det anbefales ofte å utforme sengeområdene slik at ansatte kan se inn til pasienter fra korridoren og at pasienten har mulighet for å se ut, for eksempel gjennom et lite vindu. En slik mulighet finnes i NLSH Vesterålen. Døra i sengerommet har et vindu med en persienne på innsiden som kan regulere utsyn og innsyn. I evalueringen kom det frem at det å kunne følge med pasientene uten å forstyrre, er en hensiktsmessig løsning, spesielt på natt. Ringerike sykehus har også tilsvarende løsning, hvor det er vindu fra korridor til sengerommene med innvendige persiener som pasientene kan regulere. Figur 6.20 viser et utsnitt av sengetun med arbeidsstasjon, ensengsrom, bad og forsyningsskap i NLSH Vesterålen.



Figur 6.20 Sengetun med arbeidsstasjon, ensengsrom, bad og forsyningsskap. Evaluering NLSH Vesterålen 2018. Tegning: BOARCH arkitekter a.s.

Sengeområdene i Sykehuset Østfold Kalnes (case 3 i figuren ovenfor) består av 27 ensengsrom med bad. Sengeområdet er bygget opp av to sengetun på rad, tun 2 og 3, mens sengetun 1 er plassert bak en vinkel. Denne løsningen omtales som 2+1 sengetun. Evaluering fra Kalnes viser at personalet i to tun på rad kan samarbeide og fungere godt, mens tunet som er plassert bak vinkelen (hjørnet) blir mer isolert. Personalet erfarte at

²⁸ Evaluering av Nordlandssykehuset Vesterålen, 2018, Sykehusbygg HF

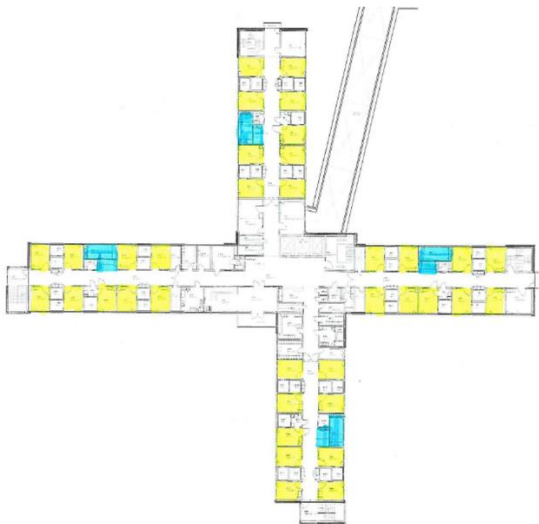
Kapittel 6 Sengeområder

det er vanskelig å samarbeide på grunn av mangel på visuell kontakt både med pasienter og kollegaer. Vinkelen skaper en fysisk barriere.

Evalueringsrapporten fra Kalnes viste også at sengeområdene som har 2+2 sengetun ikke hadde de samme utfordringene som 2+1 sengetun. Ansatte erfarte at de som jobbet i løsningen 2+2 sengetun (36 ensengsrom), kunne samarbeide bedre både dag, kveld og på nattevakter.

Sengetunene på Kalnes består av 9 sengerom, en arbeidsstasjon, nærlager for forbruksvarer og pasienttøy. Skyllerom deles mellom to tun. Hvert sengeområde (27 eller 36 senger) i Sykehuset Østfold Kalnes deler undersøkelsesrom, tverrfaglig arbeidsrom, pauserom, spiserom for pasienter, medisinerom, og utstyrslager. Sengeområdene for blant annet barsel og gynekologi er noe avledet fra et standard sengeområde.

I fokusgruppeintervju ble det fortalt at sengeområdene i Ringerike sykehus ble brukt som utgangspunkt for planleggingen av Nye Kirkenes sykehus. Ringerike sykehus sto ferdig i 2005, og har lang erfaring med sengetun og ensengsrom. Sengeområdet består av fire tun. Hvert tun har 9 ensengsrom med bad, til sammen 36 senger. Tunene har hvert sitt desinfeksjonsrom og lager for forbruksvarer og tøy. Fire sengetun deler pauserom, medisinerom, utstyrslager, undersøkelsesrom, kjøkken-/spiserom og samtalerom. Figur 6.21 viser at sengeområdet er utformet som et kryss med fire «armer»²⁹. Det er plassert ett sengetun i hver arm. Sengerommene er markert gult, og arbeidsstasjon er markert med blå farge i figuren. En felles ekspedisjon og støtterom er plassert i midten. Derfra kan personalet se inn til de fire sengetunene.



Figur 6.21 Ringerike sykehus. Sengeområde med fire tun. Kilde: Lauvsnes, M (2012) «Sengetun», et brukbart konsept? SINTEF-rapport A22564

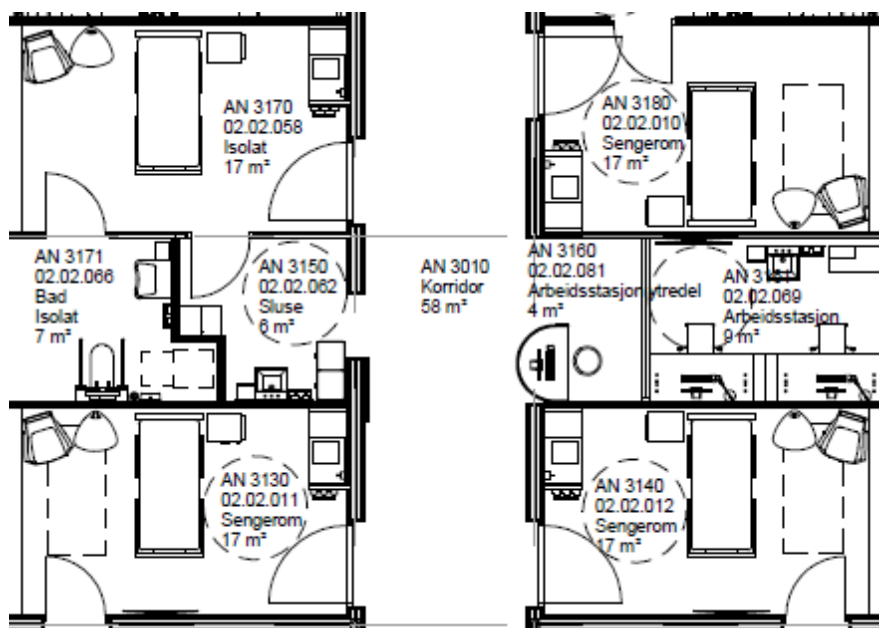
²⁹ Lauvsnes, M (2012) «Sengetun», et brukbart konsept? SINTEF-rapport A22564

Sengeområder i Kirkenes sykehus

Illustrasjonene av sengeområdene i Kirkenes sykehus som er presentert tidligere i dette kapitlet, viser at sengeområdet for medisin har to sengetun på rad i fløy A, tun 4 og 5, mens tun 3 er plassert bak en vinkel (hjørne). Dette er løsningen som kalles 2+1 sengetun. I fokusgruppeintervju kom det frem tilsvarende resultat som i evalueringen av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Ansatte i tun 4 og 5 i Kirkenes sykehus uttalte at disse to tunene samarbeider bedre seg imellom enn med tun 3. Dette er på grunn av at ansatte kan se hverandre fra korridorområdet i tun 4 og 5, mens siktlinjen er brutt mot tun 3.

Det er mye enklere for tun 4 og 5 å samarbeide. Man går jo forbi hverandre og ser hvis det blir hektisk [...] Men tun 3 er jo veldig isolert. Det er svært sjelden at folk ser oss [i tun 3]. Man kan jo ringe etter hjelp, men man har tusen ting i hodet, så tenker du ikke på at du kanskje skulle ta en telefon og si: «Har dere tid til å hjelpe meg?»

Når det gjelder siktlinjer, forklarte sykepleierne at det ikke er visuell kontakt mellom de åpne arbeidsplassene i arbeidsstasjonene i tun 4 og 5 fordi den åpne skranken er trukket for langt tilbake (Figur 6.22). I tillegg fortalte ansatte at skyvedøren inn til lukket del i arbeidsstasjon holdes åpen, men det ble også sagt at dette ikke gir full oversikt over sengetunet.



Figur 6.22 Arbeidsstasjon med åpen skranke og lukket rom bak i sengetun 4 i Kirkenes sykehus. To sengerom ved siden av, isolat og ett sengerom på andre siden av korridor. Momentum arkitekter

Når det gjelder sengetun 1 og 2 for kirurgi, er disse plassert i hver sin fløy (A og B) med en tverrkorridor imellom, det vil si 1+1 løsning. Dette er en form som gjør det utfordrende å samarbeide med andre tun på grunn av avstander og mangel på visuell kontakt. Det ble fortalt at ansatte bruker telefoner når de skal kommunisere på tvers av tunene.

I spørreundersøkelsen kommenterte en av besvarelsene 1 + 1 sengetunene slik:

Kapittel 6 Sengeområder

Slik som det er i dag, at Kirurgisk avdeling er delt i to fysisk adskilt avdelinger, fungerer ikke slik som ønsket. Det er både tungvint og upraktisk, dette fører ikke til godt samarbeid.

Under planleggingen av det nye sykehuset ble det lagt opp til at sengetunene skulle bistå hverandre, og sengene skulle brukes på tvers. Spesielt skulle sengetunene for medisin og kirurgi samarbeide mer enn det som har blitt realiteten. Det var planlagt at sengeområder bestående av sengetun, en ny organisering og bruk av pasienthotell skulle bidra til reduksjon av stillinger. Ifølge informasjon fra sykehuset, er ikke dette blitt realisert.

I fokusgruppen fortalte ansatte at like etter innflytting, var det to personer på nattevakt i de tre medisinske sengetunene (tun 3, 4 og 5). Dette ble senere økt til tre personer, en på hvert tun. I evalueringsperioden hadde Tun 1 og 2 (kirurgi og ortopedi) en ansatt på hvert tun på nattevakt unntatt helg, det var da kun én på vakt.

Den manglende reduksjonen kan imidlertid også ha sammenheng med at pasientene i dag krever mer ressurser enn tidligere, blant annet gjelder dette pasienter med slag (tun 5).

I fokusgruppeintervju ble det bemerket at ansatte føler seg alene på tun 1, 2 og 3. En leder uttrykte det slik:

Man blir på en måte litt låst på hvert tun. Det gjør at vi ikke klarer den planlagte reduksjonen, og det er veldig sårbart på natt når man er alene på et sengetun.

Betydningen av sengetunenes plassering kommer tydelig frem i rapporten «*Sengetun»-et brukbart konsept?* Rapporten konkluderer med at sykehus som har valgt bygningsmessige løsninger der det er brudd i sammenheng mellom sengetunene enten ved store fellesområder, trapp/heissjakter eller hjørne og vinkler mellom sengetun, har utfordringer bemanningsmessig, spesielt på kveld, natt og på helg. Sengeområder med tre sengetun på rad gir en løsning der man får en god balanse mellom desentral, gruppert løsning og et sammenhengende større område.

Ifølge fokusgruppen har ansatte i sengeområdene også erfart at økende spesialisering har ført til at det vanskelig å bistå og dele personalressurser med andre fagfelt, som kirurgi, medisin og FMR. Dette tilsvarer uttalelser fra sykepleiere i Felles poliklinikk somatikk og tilbakemeldinger fra andre sykehus.

Tanken om at vi skal bruke personellressurser mellom avdelingene, det har nok ikke fungert som man tenkte i utgangspunktet.

I fokusgruppeintervju ble det fortalt at tidlig i planleggingen, var det planlagt 72 senger i sengeområdene i Nye Kirkenes sykehus, men etter hvert ble antallet redusert til 54 senger. Det ble derfor gjennomført et prøveprosjekt. Resultatene viste at de planlagte 8 kirurgiske og ortopediske sengene ikke var tilstrekkelig i det nye sykehuset, spesielt på hverdager. Det medførte at de planlagte 8 pasienthotellsengene i tun 1 ble endret til

Kapittel 6 Sengeområder

senger for kirurgiske og ortopediske pasienter allerede før innflytting og driftet som en femdøgnsenhet fra innflytting. Erfaringene er imidlertid at tun 1 i perioder også er åpent på helgedager på grunn av høyt belegg.

Dersom de opprinnelige planene hadde blitt gjennomført, med ett tun for kirurgiske og ortopediske pasienter (tun 2) og ett pasienthotellområde (tun 1), ville trolig 2+1 og 1+1 tunløsningene fungert noe bedre fordi sengetun 1 ville hatt plasser for de pasientene som er mest selvhjulpne og eventuelt deres pårørende. Det var også planlagt at møterommet i krysset i fløy A skulle være samlingspunkt for nattevaktene. Denne opprinnelige planløsningen har en viss likhet med sengeområdene i Ringerike sykehus, spesielt plassering av tun 2, 3, og 4. Det er særlig tun 1 som har fått den største utfordringen med avstander til de øvrige sengetunene.

Samarbeidet om sengeplasser fungerer i sengeområdene. Når det er overbelegg i en sengeenhet, benyttes ledige senger i et annet område. For eksempel kan pasienter som tilhører medisin, låne et sengerom som tilhører det kirurgiske og ortopediske området («utlokaliserte» pasienter). I intervju med ledergruppen ble det vektlagt at på grunn av spesialiseringen blir pasientene som er «utlokalisert», fulgt opp av leger og sykepleiere i den enheten de tilhører. Det er vanligvis medisin og kirurgi/ortopedi som «låner» senger av hverandre. Det ble også informert om at pasienter fra andre fagområder vanligvis ikke benytter eventuelt ledige senger i FMR og føde og gynekologisk enhet.

Når det gjelder føde og gynekologi og FMR, er disse sengeenhetene også utformet som sengetun, men med noen tilpasninger.

FMR ligger i tun 7 i nordenden av fløy C og har fått en skjermet plassering uten gjennomgangstrafikk. Sengetunet har eget kjøkken og oppholdsrom og en todelt lukket arbeidsstasjon på 12 og 7 m² sentralt i tunet.

Tilbakemeldinger fra FMR er at pasientbadene er lite funksjonelle når det gjelder å kunne bistå pasientene. Skinne for takhengt heis er uhensiktsmessig plassert fordi den verken «treffer» WC eller dusjhjørnet. I tillegg mangler isolatet i tunet dekontaminator.

Føde og gynekologi i tun 6 ligger skjermet i nordenden av fløy B uten gjennomgangstrafikk. Sengetunet har en lukket arbeidsstasjon på 18 m². Ansatte er i stor grad fornøyd med området og spesielt akuttheis som går til intensiv og operasjonsområdet. De to fødestuene med badekar har en god størrelse (33 m²). Det ble fortalt at møte- og pauserommet fungerer godt.

6.4.3. Sengerom

Alle sengerommene er ensengsrom (17 m²) med bad (6 m²) og har en størrelse som er i samsvar med anbefalingene i Standardromskatalogen. Rommene er likt utformet (generelle) og badene er plassert imellom sengerommene. Generelle rom bidrar til at de kan benyttes av ulike pasientgrupper og legger til rette for endringer over tid.

Kapittel 6 Sengeområder

Ensengsrom ivaretar konfidensialitet og privatliv. I tillegg anbefaler Byggveileder for smittevern (Sykehusbygg HF 2018) ensengsrom med eget bad. Badet danner rammen for pasientens personlige hygiene og pleie. Badet benyttes også til håndvask, og det er i tillegg et arbeidsrom for ansatte.

I fokusgruppeintervju fortalte ansatte at de var fornøyde med utforming og størrelse på sengerom og bad. Rommene ble beskrevet som gode og oversiktlige med god plass til én pasient. Pasientundersøkelsen gir uttrykk for det samme. Ansatte har imidlertid erfart at det er utfordrende og trangt når to pasienter blir plassert sammen i ett rom ved overbelegg. I fokusgruppeintervju ble det bemerket at under planleggingen hadde ledelsen fremmet behov for at noen større sengerom som kunne benyttes til to pasienter ved behov³⁰.

Ansatte framhevet at det er fin utsikt fra sengeområdene, og blant pasientene uttrykte 85 prosent at de var fornøyde eller middels fornøyd med utsikten fra sengerommet. Noen pasienter ga tilbakemelding om at de ikke var fornøyd med muligheter for å kunne regulere temperatur og belysning.

Det er ikke innsyn fra korridor til sengerommene via vindu i dør eller vegg. I fokusgruppen kom det frem at sengerommene har god lyddemping, og at ansatte som er i korridoren ikke kan høre pasientene inne på sengerommet. De må derfor gå inn i rommet for å observere pasientene. Det ble blant annet fortalt at pasienter blir forstyrret og våkner når sykepleieren åpner døra for å følge med i løpet av natten. I pasientundersøkelsen kommer det likevel frem at de fleste pasientene føler seg trygge på at personalet følger med. Ved behov tilkaller pasientene hjelp og bistand via sykesignalanlegg som finnes i alle sengerom.

I spørreundersøkelsen blant pasienter var det få pasienter som svarte at de hadde falt i løpet av sykehusoppholdet. De som dette gjaldt, hadde opplevd fall i sengerommet. I fokusgruppeintervju med ansatte ble det sagt at kirurgisk enhet hadde erfart flere fall etter innflytting i nytt bygg. Det ble bemerket:

Måten senga står plassert og dører. Og at det er så lydtett når du har døra igjen, og man har så lite oversikt, og bemanningen på natt, gjør at vi opplever flere fall.

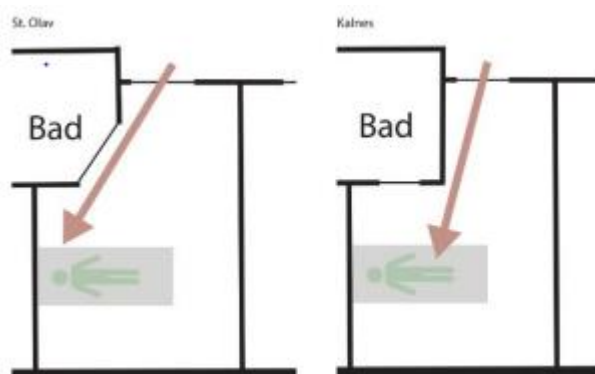
Evaluerings av nytt østfoldsykehus, Kalnes viste at plassering av bad har konsekvenser for gangavstander og visuell kontakt med pasientene. På Kalnes finnes to løsninger for plassering av bad. I den ene løsningen er bad plassert mot korridor, og i den andre er bad plassert mellom sengerom, slik som det er i Kirkenes sykehus. I løsningen med bad mot korridor, medfører utformingen på Kalnes at ansatte må gå inn i rommet (noen skritt) for å kunne se pasienten. Ansatte erfarte at de måtte gå lengre og forstyrret

³⁰ Kirkenes sykehus opplyser om at det ikke skal være korridorpasienter i Finnmarkssykehuset HF. Det er ikke tilstrekkelig areal for seng i korridorene i det nye sykehuset.

Kapittel 6 Sengeområder

pasientene mer i sengerom med bad mot korridor, og pasientene kunne ikke se hvem som kom inn i sengerommet. Ansatte var mer fornøyd med løsningen som tilsvarer sengeområdene i Kirkenes sykehus, det vil si bad mellom sengerom. Der kan de se pasienten fra døren. I Ringerike sykehus er også bad plassert mellom sengerommene.

Løsningen med bad mot korridor illustreres i Figur 6.23. Som det framkommer av sengerommet til høyre i skissen, skaper badet en liten nisje som hindrer siktlinjen fra dør til hele sengen. Dersom badet mot korridor blir utformet med skrå vegg, vil ansatte kunne observere pasienten fra døråpningen. Den sistnevnte løsningen finnes i St. Olavs hospital.



Figur 6.23 Skisse, utforming av bad nytt østfoldsykehus, Kalnes (til høyre) og St. Olavs Hospital (til venstre). Kilde: Masteroppgave Berg og Øhrn 2019

Som det kommer frem i plantegningen som viser arbeidsstasjon og sengerom, har noen sengerom i Kirkenes sykehus fått en litt uhensiktsmessig utforming som gjør at dør inn til rommet og baderomdør kan «kollidere». Dette gjelder blant annet sengerom AN 3180 i plantegningen. Det ble kommentert at sengerommet oppleves større når baderomsdøren er innerst i rommet og ikke «kolliderer».

Når det gjelder vask av senger, utføres dette vanligvis på rommet. I tillegg blir senger transportert til en sengevask i plan 1 hver tredje uke og ved behov for ekstra rengjøring. Ansatte innen renhold vasker sengerommene daglig. Erfaringene til helsepersonell i sengeområdet er at noen rom vaskes samme dag som pasienten reiser, men før utreise tidspunktet. Da må sykepleiere eller helsefagarbeidere vaske rommet og senger dersom det skal tas i bruk før neste dag. Det ble fortalt at det foreligger planer om at renholdspersonell skal utføre all «utreisevask» inkludert senger, for å frigjøre tid til mer direkte pasientrettet arbeid for sykepleiere og helsefagarbeidere i sengeområdene. Det ble også sagt at dette er i samsvar med de opprinnelige planene for det nye sykehuset.

6.4.4. Arbeidsstasjoner

Arbeidsstasjonen er sengetunets kommunikasjonspunkt. Størrelsen på arbeidsstasjoner varierer i sykehusene avhengig av hvilken type støtterom som er nært, som møterom, tverrfaglige arbeidsrom, kontor og lignende. Standardromskatalogen anbefaler en ytre

Kapittel 6 Sengeområder

sone på 10 m² og en indre sone på 9 m². Arbeidsplassene i arbeidsstasjonen er ikke-faste arbeidsplasser, og ofte er den ytre sonen åpen og den indre sonen skjermet.

Arbeidsstasjonen har fått mange bruksområder og konsekvensen, spesielt for sykepleiere, er at det kan bli liten plass for skrive- og dokumentasjonsarbeid. I flere sykehus benyttes arbeidsstasjonen også av fysio-, ergoterapeuter og leger, spesielt dersom det er lang avstand til kontorplasser.

Arbeidsstasjoner i andre sykehus

Som beskrevet og vist i plantegning av sengetun i NSLH Vesterålen, er arbeidsstasjonen 6,4 m² i ytre del og 3,1 m² i indre del. Den ytre delen har en åpen skranke for to arbeidsplasser. Bak skranken er det vask og et lite stillerom. Det er mye luft rundt arbeidsstasjonen og tunet framstår som åpent. Hvert sengetun har også et grupperom (12 m²).

Sykehuset Østfold Kalnes har arbeidsstasjoner med en åpen ytre del som har to arbeidsplasser (5,7 m²) og en lukket indre del med tre arbeidsplasser (8,5 m²), disse er adskilt med skyvedør i glass. Medisintralle og rørpost er i den ytre delen av arbeidsstasjonen. Figur 6.24 viser bilder og skisse av arbeidsstasjonen på Kalnes.



Figur 6.24 Arbeidsstasjon Sykehuset Østfold Kalnes. Kilde: Designit. Rapport «Erfaringer: Desentraliserte arbeidsplasser på sengetun» 2020

I Ringerike sykehus har arbeidsstasjonen en ytre del på 6 m² med plass til å sette seg ned med bærbar PC. Det er også en vask og rørpost i den ytre delen. Den indre delen er 14,5 m² med fire arbeidsplasser (faste PC-plasser). På flere arbeidsstasjoner er det i tillegg satt inn et ekstra bord med ytterligere fire plasser. I Akershus universitetssykehus er arbeidsstasjonen mindre. Den er på 9,5 m² og har to arbeidsplasser. Én plass er i ytre, åpen del, og den andre er i indre, lukket del. Medisintralle er integrert i arbeidsbenk i den ytre delen.

Arbeidsstasjonen i St. Olavs hospital er på 13,9 m² i byggefase 1 (Nevrosenteret) og 7,6 m² i byggefase 2 (Akutten og Hjerter-lunge-senteret, AHL). I alle bygg har

Kapittel 6 Sengeområder

arbeidsstasjonene en åpen skranke med to arbeidsplasser og en skjermet del med én plass.

Arbeidsstasjon i Kirkenes sykehus sammenlignet med andre

Sammenlignet med andre sykehus, er arealet i arbeidsstasjonen i sengetunene for medisin og kirurgi i Kirkenes sykehus (sengetun 1 til 5) på samme nivå som i St. Olavs hospital byggefase 1.

Figuren nedenfor viser bilde av ytre del av arbeidsstasjon i Kirkenes sykehus, inn til indre del og plantegning.



Figur 6.25 Arbeidsstasjon Kirkenes sykehus. Bildet til venstre viser ytre del og dør inn til indre del av arbeidsstasjon. Bildet i midten gir innsyn til indre del av arbeidsstasjonen. Bilder: Sykehusbygg. Tegning: Momentum arkitekter

I Kirkenes sykehus er den ytre delen, som er på rundt 4 m² og med én plass, liten og mindre enn anbefalingen i Standardromskatalogen som er 10 m². Den indre og lukkede delen oppfyller anbefalingen på 9 m². Den indre delen er planlagt for to plasser, men det er satt inn tre PC-er i rommet.

Den ytre delen av arbeidsstasjonen avgrenses mot korridor med en buet skjerm. På befaring og i intervju ble det sagt at den ytre arbeidsplassen ikke gir god oversikt over sengetunet, da den oppleves for åpen og blir lite benyttet. Ansatte føler at de sitter på utstilling. I tillegg ble det forklart at det er litt vanskelig å plassere stolen under bordet.

På spørsmål om hvordan den indre delen i arbeidsstasjonen fungerer, svarte deltakere i fokusgruppen med ansatte:

Deltaker 1: *Den fungerer ikke i det hele tatt.*

Deltaker 2: *Alle skal dyttes inn i det rommet.*

I intervjuene og spørreundersøkelsen blant ansatte kom det frem at i tillegg til dokumentasjonsarbeid, benytter ansatte den lukkede delen i arbeidsstasjonen til

Kapittel 6 Sengeområder

samtaler, rapporter, skrivearbeid på fagdager, fysio- og ergoterapeuter kommer innom, det er studenter til stede, og ferdig doserte medisiner samt kurver oppbevares der. Det er en skyvedør med vindu mellom ytre og indre del. Når skyvedøren er åpen, kan ansatte følge med på det som skjer. Det ble sagt slik:

Da hører man hvis noen lukker opp en dør eller hvis det skjer noe. Men straks den er igjen, da er du lukket ut, da får du ikke med deg noe.

Tabell 6.8 viser størrelsen på arbeidsstasjonene i ulike sengetun som er beskrevet over.

Tabell 6.8 Størrelse på arbeidsstasjoner i sengetun

Arbeidsstasjoner i sengetun	Åpen del m2	Lukket del m2	Totalt m2	Antall plasser
St. Olavs Hospital fase 2. AHL			7,6	3
Akershus universitetssykehus			9,5	2
NLSH Vesterålen	6,4	3,1	9,5	3
Kirkenes sykehus, sengetun 1-5	4,0	9,0	13,0	3
St. Olavs Hospital fase 1. Nevrosenteret			13,9	3
Sykehuset Østfold Kalnes	5,7	8,5	14,2	5
Ringerike sykehus	6,0	14,5	20,5	5 (+4)

Det er viktig å påpeke at i planlegging av sengeområder må arbeidsstasjoner ses i sammenheng med øvrige arbeidsplasser og rom, avstander og hvordan de andre rommene fungerer³¹. I sengeområder er det blant annet vanlig å ha et rom for tverrfaglige arbeidsplasser som deles mellom sengetunene.

Som det kommer frem i sammenligningen av arbeidsstasjoner, er størrelsen på arbeidsstasjonen på St. Olavs hospital fase 2 (AHL), Akershus universitetssykehus og i NLSH Vesterålen begrenset. En rapport fra Designit viser at i Akershus universitetssykehus skyves flere oppgaver over på andre rom. Et oppholdsrom for pasienter, er blitt endret til pauserom/«vaktrom» for ansatte³². Videre kommer det frem at sykepleierne benyttet den ytre arbeidsstasjonen og at glassdør inn til indre del bidrar til at personalet opplever å være lett tilgjengelig. Den samme tilgjengeligheten kom frem i evalueringsrapporten fra Vesterålen, der både leger og sykepleiere benyttet den åpne delen av arbeidsstasjonen. I tillegg hadde sykepleiere i Vesterålen et grupperom i sengetunet for skjermet arbeid.

Ved Sykehuset Østfold Kalnes ligger tverrfaglig arbeidsrom og pauserom et stykke unna arbeidsstasjonene, og evalueringsresultatene viste at arbeidsstasjonen fikk flere bruksområder. Noen oppgaver krevde ro, mens andre arbeidsoppgaver ble opplevd som

³¹«Planlegging av sengeområder. Et kunnskapsgrunnlag». Sykehusbygg HF. Ikke publisert

³²Designit. Rapport «Erfaringer: Desentraliserte arbeidsstasjoner på sengetun» 2020

Kapittel 6 Sengeområder

støy. I rapporten fra Designit beskrives arbeidsstasjonen ved sykehuset, spesielt i medisinske sengeområder, som stedet der nesten alt skjer. Dette har sammenheng med avstander til tverrfaglig arbeidsrom, at rommet ble opplevd som lite, avstander til legenes kontor, samt at det blir oppfattet som en fordel, at leger og sykepleiere sitter sammen.

Som på Kalnes, ble den indre delen av arbeidsstasjonen i Ringerike sykehus også brukt til mange forskjellige oppgaver, både arbeid som krever ro og arbeid som skaper mer støy. Men på Ringerike deler fire sengetun pauserom og møte/samtalerom, noe som reduserer belastningen på arbeidsstasjonen.

I Nye Kirkenes sykehus ble det planlagt ett møterom på 17-20 m² per sengetun. Dette ble bygd med unntak av i tun 1, der møterom var planlagt i midtkorridor mellom tun 1 og 2. Ledelsen ved Kirkenes sykehus har informert om at dette møterommet ble tatt ut av planene på grunn av at medisinerom og kjøkkenfasiliteter hadde behov for mer areal. Ett møterom i tun 4 er endret til fem arbeidsplasser for leger etter innflytting. Møterommene i de øvrige sengetunene benyttes i tillegg som pauserom og til visitt.

I tun 1 brukes et sengerom til møte og pauserom når det er ledig. Dersom en pasient har behov for rommet, flyttes møblene ut av rommet. I fokusgruppeintervju med ledelsen i Kirkenes sykehus ble det påpekt at det kunne vært bygd større pauserom for ansatte. Dette ville bidratt til å understøtte samarbeid på tvers av profesjoner.

Kantinen i plan 2 nært vestibyleområdet, er planlagt for både pasienter, besøkende og ansatte. Dette gir ikke ansatte mulighet til å trekke seg tilbake under spisepauser.

Kantinen er jo en etasje ned, mellom fløy A og B, sånn at det blir for langt unna. Samtidig som den er felles med pasienter som er på poliklinikken. Der er også enkelte av de inneliggende som er mobile, som har besøk og pårørende.

Det ble fortalt at merkantile og de som ikke har direkte pasientkontakt, benytter kantinen.

I Nye Kirkenes sykehus var det opprinnelig planlagt en pasientterminal for dokumentasjon i sengerommene. Denne ble ikke etablert og dermed har presset på arbeidsstasjonen økt. Konsekvensen er at både arbeidsstasjoner og møterom blir belastet og ofte opptatt på dagtid. Spesielt belastet er rommene i vaktskifter samt før og etter visitt.

Oppsummering av erfaringer med arbeidsstasjoner

Når det er trangt om plassen, oppstår ofte en kombinasjon av flere arbeidsoppgaver og funksjoner i samme rom. Utfordringene handler om at arbeidsstasjon og møterom i Kirkenes sykehus får flere funksjoner enn opprinnelig planlagt og at det er stort press på rommene i perioder av døgnet.

Kapittel 6 Sengeområder

Sammenligningen mellom arbeidsstasjoner tyder på at de mindre arbeidsstasjonene, som i Kirkenes sykehus, har behov for tverrfaglige arbeidsplasser i nærheten, mens arbeidsstasjoner med en større indre del kan føre til at arealet blir benyttet til mange ulike oppgaver samtidig.

I store arbeidsstasjoner ser det ut som at arealet forventes å fungere både for konsentrasjonsarbeid, skriving og dokumentering, diskusjoner, samtaler og møter. Dette begynner å ligne på det gamle vaktrommet, som var et hovedsamlingspunkt for medarbeiderne i sengeområdet. Der foregikk alt, fra previsitt, rapportskriving, muntlige rapporter til neste skift, dokumentasjon, telefonsamtaler og fredagskaffe. En kjent utfordring med vaktrommet var uro, stor aktivitet og problemer med konsentrasjonsarbeid. Fordelene med vaktrommet som knutepunkt, var fellesskap, man kunne treffe alle og ta de små samtalene og oppdateringene som var nødvendig i løpet av en vakt³³.

I nyere sykehusplanlegging er vaktrommets oppgaver delt opp i flere rom som arbeidsstasjon, tverrfaglige arbeidsplasser, dokumentasjonsplasser og samtale- og pauserom. Når den indre delen i arbeidsstasjonen er stor nok, kan det vurderes å dele den opp i to, hvorav den ene er en stillesone.

Sammenligningen av arbeidsstasjoner i sengetunene ovenfor, viser at den vanligste utformingen av arbeidsstasjoner er en åpen del i front med et skjermet rom for konfidensielle samtaler og ro i bakkant. I tillegg anbefales tverrfaglige arbeidsplasser/teamrom og et rom for fellesskap i sengeområdet. Det samsvarer i stor grad med anbefalingene i rapporten «*Sengetun*»-et brukbart konsept?

Et dokument om planlegging av sengeområder, som er under arbeid i Sykehusbygg HF, anbefaler at arbeidsstasjonene plasseres slik at det er god oversikt over sengeområdet for personalet, også på ubekvem arbeidstid. Arbeidsstasjonen bør planlegges i samsvar med det som skal foregå i andre rom, som tverrfaglige arbeidsrom, møterom, kontor eller personalrom. Videre er det viktig å gjennomgå funksjoner, arbeidsprosesser og oppgaver før form og størrelse på arbeidsstasjonen besluttes. Det bør også kartlegges hvilke oppgaver som ansatte trenger å gjøre bak lukkede dører.

6.4.5. Felles areal i sengeområdet

Som tidligere beskrevet, deles noen desinfeksjonsrom mellom to sengetun, mens andre tun har et eget desinfeksjonsrom. Rommene har en god størrelse med gjennomstikkskap til korridor. Både på befaring og intervju ble det sagt at desinfeksjonsrommene fungerer godt, og at ren og uren sone holdes adskilt.

³³«Planlegging av sengeområder». Et kunnskapsgrunnlag». Sykehusbygg HF. Ikke publisert

Kapittel 6 Sengeområder

I fløy B sør er det kontor, blant annet for enhetsledere, og rom som er felles for flere sengetun. Disse fellesrommene er medisinrom, kjøkken og spiserom for pasienter, UB-rom, utstyrslager og avfallsrom. Både i intervju og spørreundersøkelsen ble avstanden fra sengetunene som ligger lengst unna fellesrommene, bemerket. I spørreundersøkelsen ble dette kommentert slik i en av besvarelsene:

For lang avstand fra sengeenhet til medisinrom, særlig med hensyn til akuttmedisiner. For lang avstand fra sengeenhet til spisesal (færre pasienter kommer seg dit enn før), for liten plass i spisesal. For stor avstand fra sengeenhet til postsekretær.

Medisinrom

Avstanden fra arbeidsstasjon i sengetun for føde og gynekologi (tun 6) til medisinrom er det rundt 80 meter. For å redusere gangavstander og få nærhet til medikamenter i akutte situasjoner, er det plassert et medisinskap i sengetunet for føde og gynekologi. På evalueringstidspunktet benyttet FMR egne medisintraller i sengetunet. Det var også planlagt å ta i bruk medisintraller i kirurgiske/ortopediske sengetun (tun 1 og 2) som skal plasseres i den ytre delen av arbeidsstasjonen.

Ellers ble det uttrykt at det felles medisinrommet er stort og fungerer bra. Det er to elektroniske legemiddelkabinett i medisinrommet, og to personer kan å ta ut medisiner samtidig. Erfaringene er at sengeområdene har bedre kontroll med medikamenter og med kassering av ubrukte medikamenter. Det ble imidlertid påpekt at medisinrommet oppleves som en flaskehals på grunn av at alle de syv sengeområdene benytter rommet. For å unngå unødig venting, har enhetene derfor avtalt å bruke medisinrommet på forskjellige tidspunkt i døgnet. Blant annet tar noen ut medisiner i løpet av natten, og disse mellomlagres i arbeidsstasjonene. En fokusgruppedeltaker kommenterte dette slik:

Dette skjer på slutten av en vakt på natta. Du er trøtt, du har lite bemanning [...] Det er det siste du gjør før du går av, det er å hente ut medisiner.

Kjøkken og spiserom

Kjøkkenet har en åpen og lukket del, og arealet er til sammen 37 m². I bakkant er det plassert et lukket rom for oppvask (15 m²). En vert har som oppgave å servere pasientene i spiserommet.

Når det gjelder spiserommet (39 m²), ble det uttalt at det er lang gangavstand fra noen sengetun, spesielt fra tun 5. Det blir også mye gåing for ansatte når pasienter har behov for servering på rommet. Avstanden fra sengerom lengst nord i tun 5 til spiserom er rundt 83 meter. Ifølge fokusgruppeintervju ble det sagt at om lag halvparten av pasientene ikke kan gå til spiserommet grunnet sykdomstilstanden eller grunnet avstander. Tun 5 har sengeplasser for geriatri og slag. Det ble påpekt at spesielt disse pasientgruppene ville spesielt hatt utbytte av nærhet til spiseplass. Dette for å tilrettelegge for sosialisering og motivere til aktivitet.

Kapittel 6 Sengeområder

Det ble fortalt at dersom pasienter i intensivheten i plan 2 har behov for mat, må sykepleiere hente mat i kjøkken og spiserom i plan 3 (kveld, natt og helg), og dermed mister de tid til mer direkte pasientrettet arbeid.

På evalueringstidspunktet fikk alle pasienter brettservering på sengerommet av hensyn til smittevern (Covid-19 tiltak). Normalt er tørrmat tilgjengelig for pasientene hele døgnet, men på grunn av pandemien, serverte pleiepersonell også denne maten til pasientene.

I intervju ble det fortalt at det er trangt i spiserommet, det hopper seg opp med skitne kopper og fat fra sengerommene. Dette blir plassert på en tralle. Det er pleiepersonell som fjerner matrester og plasserer kopper og fat i oppvaskmaskinen. Det ble bemerket at det kan være vanskelig å skille ren fra uren side.

I fokusgruppeintervju kommer det frem at spiserommet er for trangt og at det ikke fungerer som felles oppholdsrom for pasientene, slik som det opprinnelig var planlagt. Rommet skulle være tilgjengelig og pasientene skulle få fire måltider per dag.

FMR i fløy C har et eget kjøkken og spiserom, inkludert oppholdsrom, for pasientgruppen. Ansatte lager mat sammen med pasientene, og de har erfart at dette fungerer godt.

Øvrige fellesrom

Som beskrevet under «Pasientforløp» ble det sagt at UB-rommet fungerer godt. Det ble kommentert at rommet ofte er opptatt og at det med fordel kunne vært flere slike rom.

Mange bemerket at de savnet et samtalerom for pårørende, spesielt for de samtalene som er vanskelig å gjennomføre på sengerommet sammen med pasienten.

Opprinnelig var det bygd ett tekjøkken for personalet i sengeområdene. Etter innflytting er et rom for diktering endret til tekjøkken, slik at sengetunene har tilgang til to tekjøkken, som begge er plassert i fløy A.

Ved inngangen til sengetun for føde og gynekologi i fløy B, er det plassert tre hvilerom for leger. I intervju og spørreundersøkelsen ble det uttrykt at rommene fungerer godt. Flere bemerket at det skulle gjerne vært flere slike hvilerom.

Vareflyt, forsyning og prøvetaking

Kirkenes sykehus benytter kok/kjøl metoden for produksjon av middagsmat.

Produksjonskjøkkenet er plassert i plan 1 og er et samarbeid mellom

Finnmarkssykehuset HF og Kirkenes Storkjøkken AS. Maten transporteres med heis fra plan 1 til postkjøkken i plan 3 som er vegg i vegg med spiserom for pasientene.

Tøy leveres av renhold. Når det gjelder forbruksvarer, benytter sykehuset ordningen aktiv forsyning. Dette går ut på at ansatte i sengeområdet henger opp brikker når det er behov for mer av en vare, og personer fra sentrallager skanner brikker/bestiller, leverer

Kapittel 6 Sengeområder

og fyller på varer i lagerrom i sengeområdene. Det ble sagt at sengeområdene ikke alltid har de varene de trenger. Spesielt i helgene kan det være tomt for eksempelvis infusjonssett og saltvann (infusjonsvæske). Til sammenligning har bildediagnostikk også aktiv forsyning, og det ble uttrykt at der er ansatte svært fornøyd med ordningen.

I tillegg er det noen forbruksvarer i sengeområdene som ikke omfattes av aktiv forsyning. Disse varene bestilles og plasseres på lager av helsepersonell.

Forbrukslagrene ble beskrevet som små og det blir lagret mange plasser. Dette fører til mye gåing i hverdagen. Det ble bemerket at det var vanskelig å forestille seg både størrelsen på rom og avstandene i det nye sykehuset under planleggingsprosessen.

Frem til evalueringstidspunktet ble legemidler forordnet og dokumentert for hånd, men det ble fortalt at sykehuset venter på elektronisk legemiddelkurve. Farmasøyter gjennomgår legemidler, bestiller, leverer og legger på plass i medisinerrommet. Ansatte mente at dette fungerte godt.

Det er sjakter i avfallsrommene, en for tøy og en for restavfall. Papp og risikoavfall blir hentet av servicemedarbeidere. I spørreundersøkelsen ble det bemerket at det blir mange tunge løft for å få tøy og søppel ned i sjaktene.

Laboratorietjenesten tar i hovedsak alle blodprøvene i sengeområdene. Det ble sagt at denne ordningen fungerer godt.

6.4.6. Inneklima og teknologi

I sengeområdene, som i andre områder i Kirkenes sykehus, ble det fortalt om utfordringer med tung luft, for kalde eller for varme rom avhengig av årstid og tidspunkt på dagen, og at det er vanskelig å regulere temperaturen. I fokusgruppeintervju med ansatte ble det fortalt at noen ansatte har problem med å oppholde seg på tun 2 på grunn av dårlig luft.

Tun 2 er hovedtunet for kirurgi og ortopedi. Likevel flyttes pasienter til tun 1 fordi vi har flere ansatte som ikke klarer å jobbe i lufta på tun 2. Når de er på jobb, så må vi flytte alle pasientene fra tun 2 til tun 1 [...] Vi flytter veldig mye frem og tilbake.

Ansatte beskriver IKT og teknologiløsninger som ustabile. I fokusgruppeintervju ble det sagt at telefon og calling ikke har dekning på verandaene/terrassene utenfor fløyene i sengeområdene. I tillegg har mange erfart at telefonene må restarteres i løpet av en vakt, og noen ganger kommer ikke pasientsignal fra sengerommet igjennom til ansattes telefoner.

6.5. Hovedfunn og konklusjoner

Ansatte fra sengeområdene som deltok i fokusgruppeintervju, oppsummerte at de var mest fornøyd med lokalisering av sykehuset, utsikt og plassering av sengeområdene.

Kapittel 6 Sengeområder

Videre framhevet de at de er fornøyde med inngangspartiet og det åpne vestibyleområdet, ensengsrommene med tilhørende bad samt desinfeksjonsrommene. Det ble også referert til at legene, som benytter overnattingsrommene (hvilerom) i fløy B, er svært fornøyde.

Når det gjelder hovedfunn i evalueringen av sengeområdene, fremheves spesielt forhold knyttet til utforming av sengeområdene, sengerommene og arbeidsstasjonene.

Sengeområdene

Vanligvis består et sengeområde av 3 til 4 sengetun med støtterom imellom.

I Kirkenes sykehus, som i andre sykehus som det er naturlig å sammenligne med, er sengetunet bygget opp av en arbeidsstasjon, en gruppe sengerom og lager for forbruksvarer. Videre består sengeområdene av sengetun med støtterom imellom.

I Kirkenes sykehus framstår imidlertid sengetunene som mer selvstendige enheter enn i andre sykehus, der sengeområdene er bygget opp av sengetun uten brudd i sammenhengen mellom tunene eller med færre brudd mellom tunene. Evalueringen viser at i Kirkenes sykehus er det ikke en optimal balanse mellom en desentral gruppert løsning, det vil si sengetun, og et sammenhengende større sengeområde. Dette påvirker samarbeidet mellom sengetunene, spesielt mellom medisin og kirurgi (tun 1-5).

Sengerom

Ensengsrom og bad i Kirkenes sykehus har en god størrelse og er generelt utformet. Dette legger til rette for endringer i pasientgrupper over tid. Ensengsrom bidrar til ivaretagelse av konfidensialitet, privatliv og smittevern.

Det er ikke innsyn fra korridor til sengerom, noe som gir mindre oversikt enn om det hadde vært vindu i dør eller vegg inn til sengerom.

Arbeidsstasjon og arbeidsplasser

Det anbefales at arbeidsstasjonene plasseres slik at de gir personalet god oversikt over sengeområdet. I Kirkenes sykehus legger ikke utformingen til rette for visuell kontakt mellom arbeidsstasjonene i sengetun 1 - 5 (medisin og kirurgi).

Arbeidsstasjonene i Kirkenes sykehus benyttes til mange typer oppgaver, men den ytre delen benyttes lite (tun 1 til 5). Den skjermede delen med to til tre arbeidsplasser brukes mye. Det er ikke etablert tverrfaglige arbeidsplasser i sengeområdet. Dette medfører at det blir mangel på plasser for skrive- og dokumentasjonsarbeid.

Et møterom i sengetun 4 er endret til arbeidsrom for medisinske leger (medisin har tun 3, 4 og 5). I de øvrige sengetunene benyttes et møterom til møter, visitt og pauser. Det er ikke planlagt spiserom for ansatte i sengeområdet. Kantinen skal ifølge planleggingen benyttes. Det er dermed begrenset mulighet for ansatte til å trekke seg tilbake for å ha en skjermet spisepause.

Kapasitet

Sengeområdene er bygd med totalt 59 senger, mens 56 er i bruk. Kapasitetsberegninger viser at det er behov for 51 senger med middels utnyttingsgrad og 52 med den planlagte utnyttingsgraden (2019-tall). Framskrevet til 2035 vil behovet være henholdsvis 60 eller 62 senger. I dette er døgn i intensivsenger inkludert i liggedøgn når sengetall er beregnet. Det er 5 intensivsenger i Kirkenes sykehus.

Dersom 56 senger videreføres fremover i tid, vil det bli kapasitetsproblemer dersom ikke sengetall eller utnyttingsgrader økes.

6.6. Forbedringsforslag

Nedenfor presenteres forbedringsforslag knyttet til sengeområder punktvis. De samlede forbedringsforslagene for Kirkenes sykehus er mer utførlig beskrevet i kapittel 12.

Forslag til forbedringer bygger på resultatene som er kommet frem i evalueringen. Forbedringsforslagene er drøftet med Finnmarkssykehuset HF, men det er ikke gjort vurderinger eller utredninger knyttet til prosjektering, bygging og kostnader. Tiltakene nedenfor er ment som forslag til Finnmarkssykehuset HF som grunnlag for videre vurdering og prioritering.

Sengetun

Det anbefales å forsøke å oppnå bedre oversikt og samarbeid innenfor samme fagområde og på tvers av fagområder:

- Dersom tun 3 (medisin) flyttes til tun 2, unngås vinkel mellom medisinske sengetun. De tre sengetunene blir dermed lokalisert i fløy A. Det er imidlertid et kryss mellom tun 2 og 4 (mellom sør og nord) som utfordrer siktlinjene, men ikke like mye som vinkelen mellom tun 3 og 4.
- Tilsvarende kan området for kirurgi og for føde og gynekologi samles i fløy B. Det er tre hvile/overnattingsrom for leger ved inngangen til føde og gynekologi (fløy B nord). Disse kan benyttes som sengerom for kirurgiske pasienter. Videre kan det vurderes om det er mulig å bygge om kontorlandskapet i fløya til sengerom.
- Tun 3 (fløy A sør) kan blant annet benyttes til hvile/overnattingsrom for leger og/eller til ekstra senger ved høyt belegg. Videre har Tun 7, FMR, tre sengerom som på evalueringstidspunktet ikke ble benyttet til innlagte pasienter.

Arbeidsstasjon

Den åpne plassen i arbeidsstasjonen er lite benyttet og gir lite oversikt over sengeområdet. Det anbefales å beholde en åpen og tilgjengelig plass i arbeidsstasjonen og samtidig vurdere muligheter for utbedring av arbeidsplassen, og om det kan etableres to plasser i front:

- Det foreslås at en interiørarkitekt ser på mulighetene for å utnytte den åpne delen i arbeidsstasjonen bedre, eksempelvis rette ut buen i front og senke høyden på skjerm

Kapittel 6 Sengeområder

eller benytte pleksiglass i skjerm slik at den eller de som sitter ved skranken kan se ut i sengeområdet.

- Det bør også undersøkes om arbeidsstasjonen kan trekkes litt ut i korridor for å gi siktlinjer mellom arbeidsstasjonene (dersom korridorbredden og brannvern tillater det). Det kan være hensiktsmessig med mer glass mellom indre og ytre sone. Dersom det blir etablert flere arbeidsplasser i sengeområdet, kan den ytre delen økes og den skjermede delen reduseres.
- For å få bedre observasjonsmuligheter, kan det settes inn vindu mellom arbeidsstasjon og sengerom på begge sider for de pasientene som har behov for mest overvåkning.
- Det bør vurderes om teknologi kan erstatte begrensninger i innsyn og siktlinjer.

Arbeidsplasser og møterom i sengeområdet

- For å kunne utnytte plassene i arbeidsstasjon bedre, anbefales det å skaffe erfaringer med hvilken type arbeid som kan utføres og egner seg for arbeidsplass i en åpen del av arbeidsstasjonen.
- Skaffe erfaringer med dokumentasjon i sengerommet: Hva egner seg for dokumentasjon, og eventuelt prøve ut ulike systemer gjennom et prosjekt, gjerne i samarbeid med andre sykehus.
- Kartlegge hvor mange som har behov for å benytte arbeidsstasjon, møte- og pauserom i ulike perioder: På det travleste, og spesielt på vanlig dagvakt. Dette kan bidra til å vurdere om arbeidsstasjoner og møte-/pauserom kan fungere ulikt i de forskjellige periodene i døgnet.
- Møte-/pauserom for sengetun 1 kan plasseres i området mellom fløy A og B istedenfor å benytte et sengerom i tun 1 til møte-/pauserom. Et annet forslag er at tun 1 og 6 deler møte-/pauserom.

Kjøkken og spiserom for pasienter

Gjennomgå bruk av spiserom og kjøkken:

- Dette gjelder logistikk fra sengetun til avdelingskjøkken (servering av mat til pasienter, retur av skitne kopper, oppbevaring av skitne kopper), hvordan spiserommet brukes, mulighet for å spre spisetidspunktene mellom ulike sengetun, plassering av utstyr og hvem som bør bringe mat og kopper til og fra pasientene.
- Det anbefales også å vurdere om logistikk mellom sengeområdet, kantine og produksjonskjøkken i plan 1 er hensiktsmessig.

7. Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Dette kapittelet presenterer evalueringen av felles poliklinikk somatikk og dagbehandling ved Kirkenes sykehus. Først beskrives områdene med mål og planforutsetninger. Pasientenes erfaringer er kartlagt, og ansattes erfaringer med bygg og virksomhet blir belyst. Det er lagt vekt på hvordan lokaler og løsninger understøtter pasientforløp og/eller arbeidsprosesser. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av hovedfunn, konklusjoner og forbedringsforslag.

Evalueringen av områdene for felles poliklinikk somatikk er i hovedsak utført ved spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte, befaring og fokusgruppeintervju med ansatte, samt oppfølgingsmøter med tillitsvalgte, verneombud og ledelse i Kirkenes sykehus og i Finnmarkssykehuset HF.

Felles poliklinikk somatikk på plan 2 er fordelt på fløyene C2 (Sør og Nord) og D2 (Sør og Nord) og består av følgende enheter:

- *Medisinsk poliklinikk* omfatter vurdering, undersøkelse og behandling av nyhenviste medisinske pasienter, samt kontroll og oppfølging. Her inngår også dagplasser innen dialyse.
- *Gynekologisk poliklinikk* omfatter gynekologiske undersøkelser og behandling uten innleggelse
- *Kirurgisk poliklinikk* omfatter kirurgiske, urologiske og ortopediske undersøkelser og behandling uten innleggelse
- *Øre-nese-hals-(ØNH-)poliklinikk* omfatter utredning og behandling av alle basale øre-nese-hals-sykdommer, samt symptomer relatert til ØNH. Det utføres også søvnregistreringer og CPAP (Continuous Positive Airway Pressure/kontinuerlig positivt luftveistrykk) tilpasninger/kontroller.
- *Øye-poliklinikk* omfatter utredning og behandling av øyelidelser, samt utfører kontrollundersøkelser av pasienter med for eksempel diabetes og skjeling som ledd i blindhetsforebyggende øyelegearbeid. Det utføres også små operasjoner i øyets omgivelser og makulainjeksjoner.
- *Klinisk ernæringsfysiologi* som omfatter blant annet undersøkelse, diagnosesetting og veiledning i forbindelse med forebygging og behandling av kostholdsrelaterte sykdommer.
- *Kreft og infusjonspoliklinikk – dagplasser* - omfatter kontroller og behandling av kreftpasienter, samt pasienter med behov for biologisk behandling.
- *Hudpoliklinikk* omfatter undersøkelse og behandling av hud og veneriske sykdommer uten innleggelse
- *Revmatologisk poliklinikk* omfatter undersøkelse og behandling av revmatologiske sykdommer uten innleggelse
- *Ambulerende spesialister* fra Universitetssykehuset i Nord-Norge og Hammerfest sykehus innen forskjellige fagområder slik som for eksempel barn og allergologi

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

I tillegg utføres det noe poliklinisk behandling ved Avdeling ReHabilitering innen fysio- og ergoterapi som holder til i plan 3, samt ernæring som holder til i poliklinikkområdet i plan 2. Imidlertid er denne behandlingen i hovedsak rettet mot inneliggende pasienter.

Det er også dialysesatellitter i Vadsø og Berlevåg.

7.1. Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer i poliklinikkene og dagbehandling i det tidligere sykehuset, og planlegging av de nye områdene i Nye Kirkenes sykehus for felles poliklinikk somatikk og dagbehandling.

7.1.1. Prosjektutløsende behov – utfordringer

Tjenestetilbudet innen felles poliklinikk somatikk og dagbehandling benyttes av et stort antall pasienter, og disse områdene bør derfor være lett tilgjengelige. Det er derfor behov for å samle dag- og poliklinisk behandling i samme etasje og i nærhet til laboratorievirksomhet og røntgen (Hovedfunksjonsprogram - HFP).

I grunnlagsdokumenter (SINTEF og Idéfasedokumentet), beskrives det at man kan forvente en økning i aktiviteten innen poliklinikk og dagbehandling. Dette kan medfører at det i et fremtidig sykehus trolig være vil aktuelt å øke kapasiteten for disse områdene. Dette avhenger av eventuelle endringer i behandlingsmåter, ny teknologi og medisinsk utvikling. Det opplyses samtidig at det er en viss bruk av ambulante spesialister fra andre sykehus til Kirkenes, spesielt innenfor pediatri, hud og nevrologi.

I HFP antas det at også utviklingen innen kirurgi mot mer poliklinikk og dagbehandling fortsetter. Samtidig er det i de nasjonale og regionale føringene også pekt på behovet for at lokalsykehus er godt utbygd med diagnostisk teknologi og kapasitet.

7.1.2. Planlegging av poliklinikkene og dagområdet

I HFP og forprosjektrapporten beskrives planene for poliklinikk og dagområdet. Disse gjengis nedenfor.

Det ble i forprosjektrapporten beskrevet at all pasientbehandling skulle samles i samme etasje i plan 2. Dette omfatter poliklinikk, bildediagnostikk, prøvetaking, dagbehandling, operasjon og akuttmottak.

Samtidig skulle det å samle poliklinikkene på ett plan gi god utnyttelse av arealene med hensyn til antall venterom, funksjonsutredningsarealer og lager, samt bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Det ble lagt vekt på at samlokaliseringen av felles poliklinikk somatikk skulle gi pasientene enkel tilgang fra hovedinngangen, vestibylen og ekspedisjon. Fra dette området skulle pasientene fordeles videre, enten direkte til behandling, til venteområdet

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

i en annen fløy, eller til de mindre lokale venteplassene inne i behandlingsområdet. Det ble lagt til grunn én felles resepsjon som skulle fungerer som ekspedisjon for poliklinikken, samt betjene de øvrige undersøkelses- og behandlingsavdelingene.

Polikliniske pasienter med behov for øyeblikkelige hjelp, skulle henvende seg til akuttmottaket for vurdering. Av disse skulle pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp innen kirurgi, ortopedi eller medisin håndteres i akuttmottaket.

Plasseringen av de polikliniske avdelingene ble planlagt ut fra intern pasientflyt og bemanning. Videre ble det lagt vekt på at funksjoner med flest pasienter skulle være plassert nærmest vestibylen og ventearealet. Dette gjaldt øre-nese-hals- (ØNH) og øyeavdelingen, i tillegg til at et behandlingsrom for hjerte- og lungepasienter skulle plasseres nært hovedinngangen.

Dagplasser for delfunksjonene kreft, infusjon og dialyse ble planlagt som en del av poliklinikken, med sambruk av støtterom. Dagbehandling ble plassert i et rolig og skjermet område, der delfunksjonene skulle ha et felles luftig rom med gode dagslysforhold. Det ble imidlertid påpekt at omfang av skjerming mellom pasientgruppene skulle undersøkes videre.

Det ble med tanke på nærhetsbehov, påpekt at det for kirurgi kan være en god løsning å ha en rimelig nærhet til både kirurgisk og medisinsk poliklinikk, med begrunnelse i at mange kirurgiske pasienter er til undersøkelser der.

Videre ble det lagt vekt på at for å kunne ha et tett samarbeid med vakthavende gynekolog ved enkelte fødsler, bør det legges opp til at gynekologisk poliklinikk blir plassert rett under fødestuene. Dette for å sikre muligheten for sambruk av personell med fødestuene.

7.2. Arealnorm, arealfaktor og standardrom

I dette kapittelet beregnes arealfaktor for poliklinikken, inkludert dagområdet, i Kirkenes sykehus. I tillegg listes de vanligste rommene i poliklinikken opp og sammenlignes med dagens standarder i Standardromskatalogen³⁴.

Arealnorm for et poliklinikkområde er et verktøy i beregning av arealbehov i planleggingsfasen. Arealnorm benyttes i tidligfasen i sykehusbyggprosjekter og er ofte erfaringsbasert. Når arealnormen multipliseres med antall kapasitetsbærende rom (poliklinikkrom), får man netto arealramme for området. Arealnormen inkluderer poliklinikkrom samt nødvendige støtterom.

³⁴ <https://sykehusbygg.no/nyheter/sykehusbyggs-standardromskatalog>

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

I løpet av planprosessen og prosjekteringen endres programmert areal til prosjektert areal. Da benyttes begrepet arealfaktor. Arealfaktor er et mål på areal per poliklinikkrom, og framkommer ved å dele netto prosjektert areal i et poliklinikkområde på antall poliklinikkrom.

Sykehusbygg HF har tatt uttrekk til arealanalyser fra Plania (sykehusets FDV database) og Nasjonal database for klassifikasjonssystem for helsebygg. Tallene er hentet ut i mars 2021.

For den polikliniske virksomheten starter planleggingen av nye sykehus ofte med differensierte arealnormer for generelle polikliniske undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom) og spesialrom. Dette gir den overordnede dimensjoneringen, men utover i prosjektet og over i drift blir dette skillet som regel mindre tydelig. Det vil i praksis for mange rom være uklart om de er kapasitetsbærende (behandlingskapasitet), og i hvilken kategori. En sammenligning med andre sykehusprosjekter kan derfor bli upresis.

Ser man på poliklinikken som helhet, kan det likevel sies noe om arealet teoretisk sett er godt dimensjonert. I Kirkenes sykehus telles 59 rom som i en eller annen form har en funksjon relatert til behandling. Dette gir en arealfaktor på 26,4 m² netto per kapasitetsbærende rom. I utgangspunktet er dette noe lavt. I de siste årene er nye sykehus ofte planlagt med en arealnorm på 30 m² for generelle kapasitetsbærende rom og 45 m² for spesialrom. I Kirkenes har imidlertid en del av rommene funksjon som kontor med mulighet for konsultasjon, og derfor vil disse rommene normalt sett ikke være en del av kapasiteten. Med fratrukk av disse, er arealfaktoren litt over 32 m². Omfanget av spesialrom som krever større rom og mer støtterom er lavt i Kirkenes, men arealfaktoren er likevel noe lav sammenlignet med andre.

På romnivå er det stor variasjon i Kirkenes sykehus, både i romstørrelser og standardisering av romgeometri. Dette kan gi mindre fleksibilitet i tiden fremover da lite standardisering kan gi utfordringer ved bytte av funksjoner i rom.

I tabellen nedenfor presenteres en sammenligning mellom areal i Nye Kirkenes sykehus og Standardromskatalogen.

Tabell 7.1 Sammenligning mellom Nye Kirkenes sykehus og Standardromskatalogen

Areal per rom i m ²	Prosjektert areal Nye Kirkenes	Standardrom katalog 3.0
Arbeidsstasjon	2,2 til 13	18
Undersøkelses- og behandlingsrom, standard	12 til 23	16
Undersøkelses- og behandlingsrom, spesialrom	19 til 24	20
Dagbehandling per plass	10,3	12
Dagbehandling per plass dialyse	11,2	10
Desinfeksjonsrom	9 til 13,5	12
Medisinrom	5,7 / 15	12

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

En del UB-rom er mindre en standard, men det er også mange rom med gode romstørrelser. Arbeidsstasjoner er en god del mindre enn standard og er også få i antall.

7.2.1. Kapasitet

Det var planlagt og bygd seks dagplasser for henholdsvis behandling innen dialyse og kjemoterapi, som er felles med infusjoner. I 2020 var kun fem dialyseplasser og fire kjemoterapi plasser tatt i bruk. Antall rom planlagt til lysbehandling er ikke beskrevet i planleggingsdokumentene, men det var i 2020 tatt i bruk ett rom. Framskrivningen som er beregnet i kapittel 4, viser at med middels utnyttingsgrad (standard) blir det behov for fem dialyseplasser framover i tid (2035), og seks dialyseplasser dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes i beregningen. Videre blir det med middels utnyttingsgrad behov for to plasser til kjemoterapi i 2035, og tre plasser dersom tilpasset utnyttingsgrad benyttes i beregningen. For lysbehandling viser beregningene at behovet vil være uendret.

Som påpekt i kapittel 4, vil den relative veksten i dagbehandlinger (dialyse, kjemoterapi og infusjoner), medføre at man enten må øke antall dagplasser eller øke utnyttingsgraden i forhold til det som var planlagt.

Innen felles poliklinikk somatikk var det planlagt og bygd 20 rom, men kun 19 rom er i bruk i 2020. Framskrivningen viser at med middels utnyttingsgrad blir det behov for 14 rom framover i tid (2035). Med standard og tilpasset behandlingstid blir det behov for henholdsvis 20 og 26 rom i 2035 dersom planlagt utnyttingsgrad benyttes i beregningen. I kapittel 4 kommenteres det at beregningene viser at det blir behov for enten å utvide kapasiteten, eller å legge om driften av dagens poliklinikk med høyere utnyttingsgrad, og/eller en overgang til en høyere andel digitale konsultasjoner som ikke krever fysisk oppmøte for pasienten.

Fra ansatte ved Enhet for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering (FMR), opplyses det om at Avdeling ReHabilitering ikke har eget areal i felles poliklinikk somatikk, og av den grunn ikke bruker arealene der. FMR har imidlertid et UB-rom i sengeområde i tun 7, plan 3 fløy C.

7.3. Kartlegging av byggets egnethet – Felles poliklinikk somatikk og dagområdet

Kartlegging av egnetheten til poliklinikk- og dagområdet innen somatikk presenteres nedenfor. Først kommer resultatene fra spørreundersøkelser blant pasienter i området til felles poliklinikk somatikk, deretter fra ansatte.

7.3.1. Spørreundersøkelse blant pasienter

For å få kunnskap om pasientenes opplevelse og erfaring med utformingen av de nye lokalene etter innflytting, ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

pasienter 18 år og eldre i felles poliklinikk somatikk og dagbehandling ved Kirkenes sykehus.

Metode

Spørreskjemaet ble utarbeidet av Sykehusbygg HF med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler, og sjekkliste for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI). For å kunne gjennomføre spørreskjemaundersøkelsen er det ifølge Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) tilstrekkelig at pasientene samtykker til deltagelse ved å besvare spørreskjemaene.

Utdeling av informasjonsskriv og innsamling av utfylte spørreskjema ble utført av ansatte ved Kirkenes sykehus. Det ble oppnevnt en ansvarlig kontaktperson som tok ansvar for å dele ut og samle inn skjemaene. Det ble hengt opp informasjonsplakater om spørreundersøkelsen hvor pasientene ble oppfordret til å svare.

Inklusjonskriteriene var:

- Pasienter som er 18 år eller eldre
- Samtykkekompetanse
- Forstå norsk
- Fysisk og psykisk helse er slik at det er etisk forsvarlig å spørre pasienten om å delta i studien (vurderes av sykepleier/helsepersonell)

I utgangspunktet var det planlagt at spørreskjema i hovedsak skulle besvares elektronisk (via mobil eller pc), men det skulle også være mulig å svare på papir.

Plakater og informasjonsark i A4-format med QR-koder ble gjort tilgjengelig for pasientene. Ved å skanne QR-koden fikk pasientene tilgang til spørreskjemaet. Undersøkelsen i felles poliklinikk somatikk og dagbehandling startet 30. november 2020 og var planlagt å avslutte 13. desember 2020. På grunn av få besvarelser, ble perioden utvidet til 20. desember 2020 (totalt 3 uker).

Pasientene som skulle til poliklinikkene eller dagplassene, fikk informasjon om undersøkelsen ved hovedinngangen. Alle fikk beskjed om at undersøkelsen burde besvares etter at pasienten hadde vært i poliklinikken. Dette var viktig fordi flere spørsmål handlet om opplevelsen av utforming av rom og områder, blant annet undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom). Papirskjema var lett tilgjengelig for de som ikke ønsket å benytte QR-kode.

Besvarte spørreskjemaer ble sendt til Sykehusbygg HF, som registrerte datamaterialet og foretok analyser ved bruk av Excel og SPSS.

Totalt for felles poliklinikk somatikk, dagbehandling og poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (VPP) kom det inn 11 skjemaer utfylt elektronisk og 121 skjemaer på

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

papir. Til sammen ble det mottatt 132 skjemaer fra poliklinikkene og dagområdet, ett skjema var ikke fylt ut og et skjema var fylt ut av en pasient under 18 år. Totalt 130 ble analysert. Fordelingen mellom områdene var som følgende: 118 besvarelser fra felles poliklinikk somatikk og dagbehandling, inkludert fem besvarelser fra pasienter innen rehabilitering, og 12 besvarelser fra VPP (Kapittel 8).

Undersøkelsen startet med spørsmål om avdeling, kjønn, aldersgruppe, om pasienten tidligere hadde vært i poliklinikken eller dagbehandling, andre undersøkelser samme dag (blodprøvetaking, røntgen o.l.) og lengden på oppholdet. Hoveddelen av undersøkelsen består av 38 spørsmål inndelt i fem temaområder, der pasientene ble bedt om å svare på hvor fornøyde de er med utforming og virksomhet av poliklinikkområdene. Et eksempel er spørsmålet: «Mulighet til å snakke skjermet med personalet i ekspedisjon/skranke». Det skulle oppgis i hvor stor grad pasientene er fornøyde med muligheten for dette på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). I besvarelsen betegnes skalaen videre som følger: 2 (misfornøyd), 3 (verken/eller) og 4 (fornøyd).

Etter hvert tema fulgte et felt der pasienten kunne skrive inn sine kommentarer. Nedenfor beskrives innholdet i de fem temaene.

Tema 1: Orientering og oversikt

Temaet undersøker om det er lagt godt til rette for å orientere seg i bygget, å finne frem til undersøkelsesrom, røntgen og laboratorier for prøvetaking, og for å få hjelp ved behov.

Tema 2: Innsjekking og betaling

Temaet undersøker hvordan innsjekking og betalingsløsning i skranke og på automat fungerer.

Tema 3: Kontakt med personalet i poliklinikken (inkludert dagområdet)

Temaet handler om opplevelsen av personalets tilgjengelighet, tilrettelegging for samtaler med helsepersonell, og om pasientene opplever å bli møtt med respekt. Det inngår også et spørsmål om vurdering av ventetiden fra avtalt time til avtale i poliklinikken.

Tema 4: Venteområdet i poliklinikken (inkludert dagområdet)

Temaet handler om oppfatninger om ulike kvaliteter ved ventearealene, som områdets størrelse, farge- og materialbruk, sittekomfort, mulighet til å sitte skjermet, og tilgjengelighet for rullestol. I tillegg omfatter temaet oppfatninger om tilgang til mat og drikke, tilgang til toalett, og mulighet til å følge med på når det er pasientens tur.

Tema 5: Undersøkelles- og behandlingsrom i poliklinikken (inkludert dagområdet)

Spørsmålene i temaet undersøker opplevelsen av kvaliteter ved undersøkelsesrommet som størrelse, fargebruk, inneklima, skjerming mot innsyn, og tilgjengelighet for rullestol. I tillegg omfatter temaet tilgang på toalett og tilrettelegging for omklodning, samt avstanden fra venteområde til UB-rommet.

I tillegg til disse temaene ble det stilt et åpent spørsmål om hva sykehuset kan gjøre bedre. Spørsmål som ikke var relevante kunne stå ubesvart.

Pasientene som har besvart spørreundersøkelsen presentert i dette kapitlet representerer felles poliklinikk somatikk og dagbehandling.

Resultater

Resultatene fra undersøkelsen presenteres ved ni figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de fem temaene, mens den andre viser fordelingen av svaralternativene fra score 1 (svært misfornøyd) til score 5 (svært fornøyd) for de ulike fem temaene. Deretter presenteres figurer som utdyper resultatene for hvert tema. De to siste figurene oppsummerer spørsmål som fikk høyest og lavest score. Til slutt i spørreskjemaene kunne pasientene komme med synspunkter på hva sykehuset kan gjøre bedre. Disse er oppsummert til slutt i dette kapitlet.

De prosentvise tallene som presenteres i figurer og tekst, er summert og avrundet. Dette kan medføre at summene som oppgis, kan avvike noe fra 100 prosent.

De som hadde krysset av for Avdeling ReHabilitering (fem besvarelser) er inkludert i resultatene for felles poliklinikk somatikk og dagbehandling.

Tabell 7.2 viser at deltakerne i undersøkelsen fordelte seg på 56,8 prosent kvinner og 43,2 prosent menn. I alt var 29,4 prosent yngre enn 50 år, 70,6 prosent var i aldersgruppene over 50 år, hvorav 29,4 prosent var i aldersgruppen 71 til 90 år.

Pasientene ble spurt hvor lenge de hadde oppholdt seg på sykehuset ved dette besøket. 45,3 prosent hadde vært der inntil 45 minutter, og 28,3 prosent hadde vært der mellom 45 og 90 minutter. Til sammen hadde 26,4 prosent vært der i 1,5 timer eller mer.

Det ble også stilt spørsmål om hvilken avdeling/poliklinikk pasienten var på ved dette besøket. Dette var et åpent felt hvor pasientene kunne fylle inn svaret selv, og svarene ble gruppert i ettertid. Av de 90 som hadde besvart dette spørsmålet, oppga 5,5 prosent tilhørighet til avdeling rehabilitering.

Videre viser tabellen at 17,1 prosent av pasientene hadde besvart at dette var deres første besøk ved felles poliklinikk somatikk.

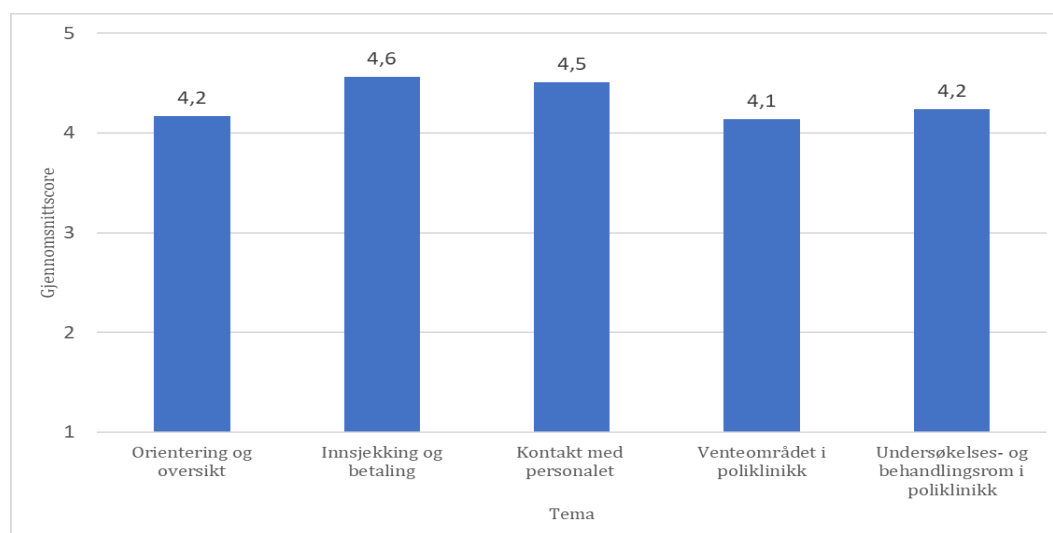
Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Tabell 7.2 Beskrivelse av pasienter i felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Beskrivelse av pasienter, (N=118)	%	Antall
Kjønn (n=111)		
Menn	43,2 %	48
Kvinner	56,8 %	63
Aldersgruppe (n=109)		
18-30 år	8,3 %	9
31-50 år	21,1 %	23
51-70 år	41,3 %	45
71-90 år	29,4 %	32
Konsultasjons/behandlingslengden (n=106)		
Inntil 45 minutter	45,3 %	48
45 - 90 minutter	28,3 %	30
1,5 - 3 timer	9,4 %	10
3 - 6 timer	8,5 %	9
over 6 timer	8,5 %	9
Første besøk i poliklinikken (n=111)		
Ja	17,1 %	19
Nei	82,9 %	92

Samlet oversikt over de fem tema i undersøkelsen

Resultatene for alle pasienter som har vært i felles poliklinikk somatikk og som har deltatt i undersøkelsen, presenteres nedenfor. Figur 7.1 viser gjennomsnittlig score for de fem temaene i undersøkelsen.



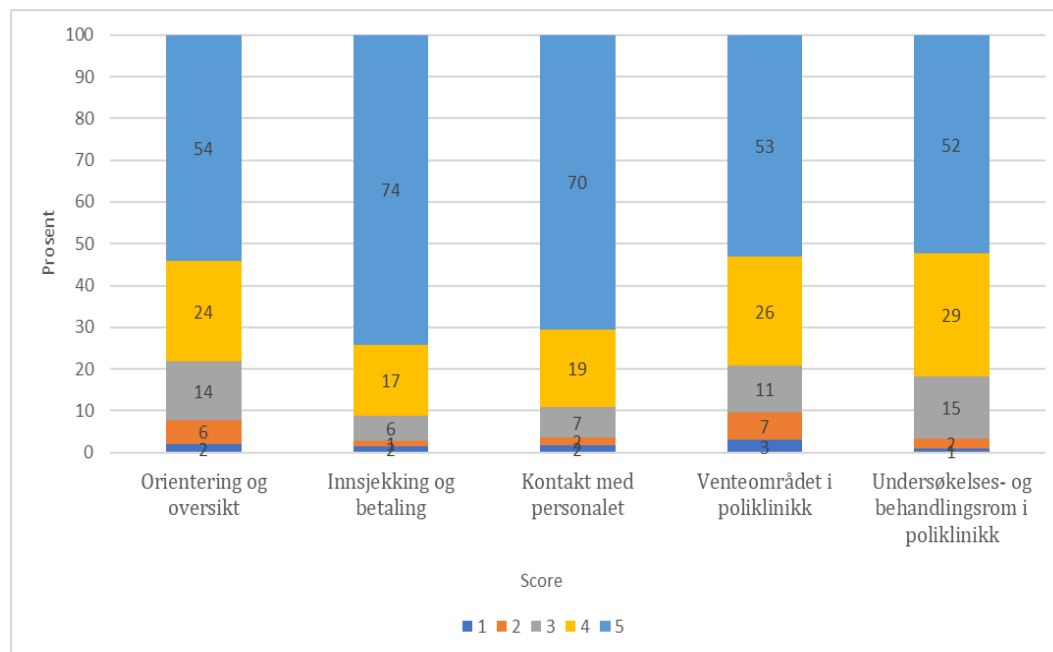
Figur 7.1 Fem tema med gjennomsnittlig score pr tema. Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd) for tema: *Orientering og oversikt*, *Innsjekking og betaling*, *Kontakt med personalet i poliklinikken*, *Venteområdet i poliklinikken*, og *Undersøkelses- og behandlingsrom i poliklinikken*.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for alle fem temaene samlet sett fra 4,1 til 4,6, og er godt over middelerdien (3). Dette gir et hovedinntrykk av at pasientene som har besvart undersøkelsen, i stor grad er fornøyd med de forholdene som undersøkelsen omhandler. Temaene *Innsjekking og betaling* (4,6) og *Kontakt med personalet i poliklinikken* fikk høyest gjennomsnittlig score (4,5).

Figur 7.2 viser fordelingen av score for de ulike temaene.



Figur 7.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Det framgår av figuren at 91 prosent av pasientene ga *Innsjekking og betaling* score 4 eller 5, og 6 prosent ga score 3. Videre ga 89 prosent av pasientene *Kontakt med personalet i poliklinikken* score 4 eller 5, og 7 prosent ga score 3. Dette viser at en svært høy andel av pasientene som deltok i undersøkelsen, er fornøyd med områdene for innsjekking og betaling, samt med kontakten med personalet.

På de tre øvrige temaene *Orientering og oversikt*, *Venteområdene i poliklinikken* og *Undersøkelles- og behandlingsrom i poliklinikken* er det noe større variasjon, men også her er det en høy andel av pasientene som ga score 4 eller 5, henholdsvis 78, 79 og 81 prosent.

Videre ga 14, 11 og 15 prosent av pasientene score 3 på henholdsvis *Orientering og oversikt*, *Venteområdene i poliklinikk* og *Undersøkelles- og behandlingsrom i poliklinikk*

Resultatene tyder på at pasientene var minst fornøyd med venteområdet i felles poliklinikk somatikk, der 10 prosent av pasientene ga score 1 eller 2.

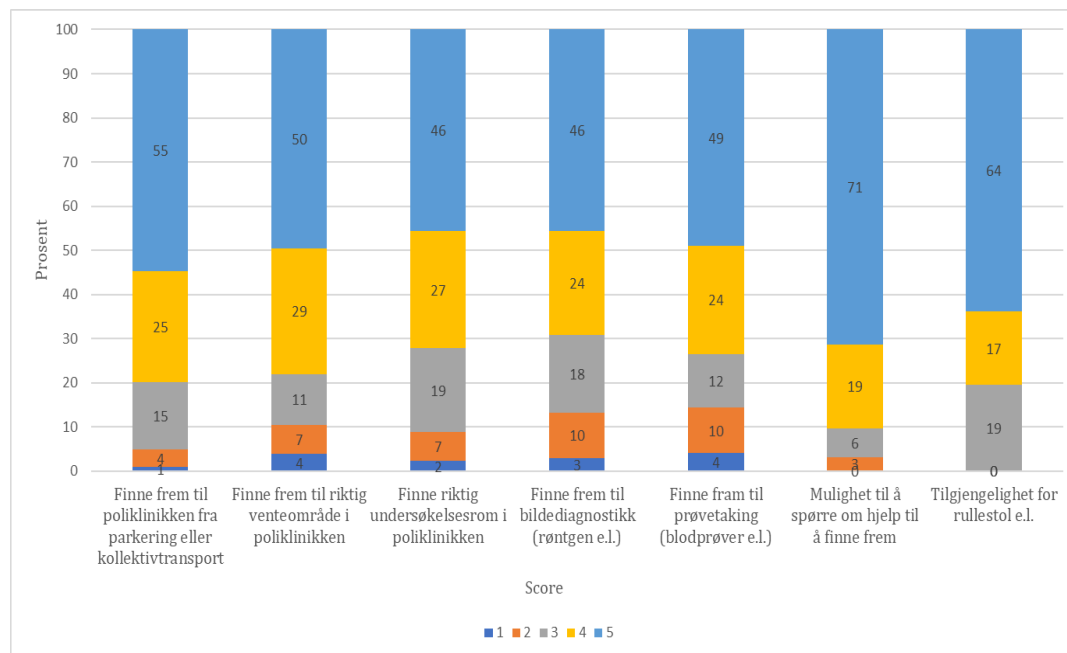
Tema 1 Orientering og oversikt

Pasientene ble stilt flere spørsmål om erfaringer med å finne fram, for å undersøke om sykehuset har lagt godt til rette for orientering og tilgjengelighet.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Figur 7.3 presenterer fordelingen av score for spørsmålene som inngår i dette temaet. Det framgår av figuren at 90 prosent av pasientene ga flest høye scorer (4 eller 5) på spørsmålet «Mulighet til å spørre om hjelp til å finne fram». De fleste pasienter (over 70 prosent) oppga også at de var fornøyde eller svært fornøyde (score 4 eller 5) med å finne frem til poliklinikken, venteområde, undersøkelsesrom, bildediagnostikk og prøvetaking.

Videre ga mellom 11 og 14 prosent av pasientene lave scorer (1 eller 2) til spørsmålene om å finne frem til prøvetaking, bildediagnostikk og riktig venteområde i poliklinikken.



Figur 7.3 Tema 1: «Orientering og oversikt». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

I det åpne kommentarfeltet var mange pasienter positive til det å finne frem til poliklinikken, og utfordringer med skilting ble påpekt:

Kan være problem å orientere seg på egen hånd.

Mens noen som har vært i poliklinikken tidligere kommenterer følgende:

Er her ofte, så godt kjent, derfor ingen problem med orientering.

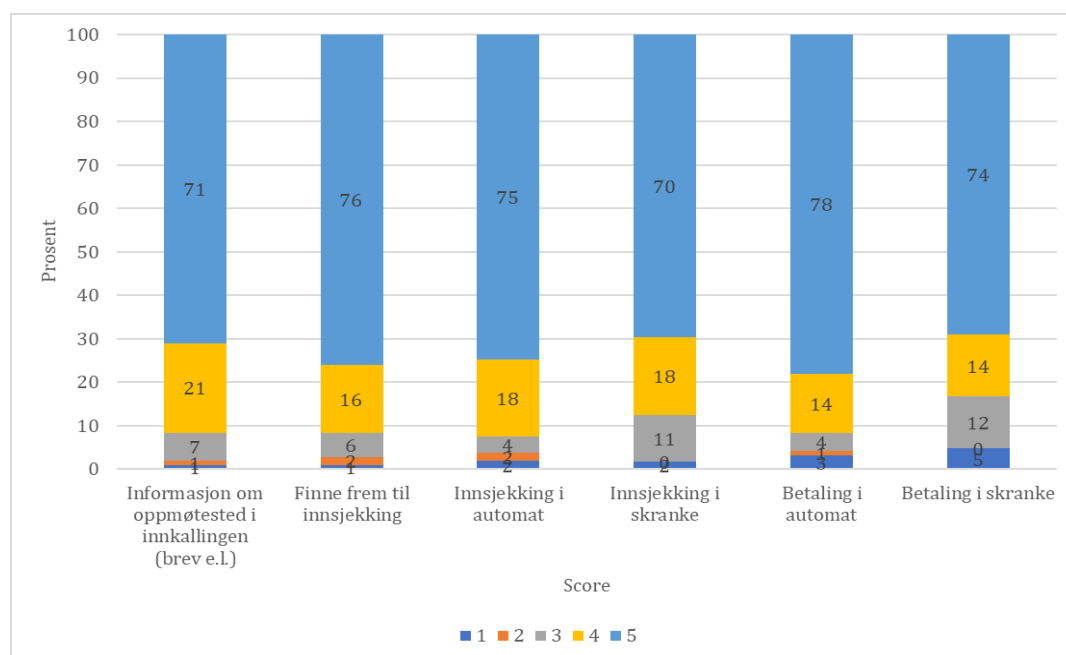
Videre var det noen som ønsket handikapparkering nær inngangen til sykehuset, og noen påpekte at skiltene er litt for små til å kunne leses på avstand.

Tema 2 Innsjekking og betaling

Det ble stilt spørsmål om ulike erfaringer med innkalling, innsjekking og betaling i skranke eller automat, for å undersøke om pasientene var fornøyd med sykehusets løsninger. Spørsmålene omhandlet blant annet informasjon om oppmøtested i

innkallingsbrev, finne frem til innsjekking, samt erfaring med innsjekking og betaling i henholdsvis skranke og i automat.

Figur 7.4 viser at en høy andel av pasienten oppga at de var fornøyde eller svært fornøyd (score 4 eller 5) med løsningene innen innsjekking og betaling, da mellom 88 og 93 prosent av pasientene ga høye scorer (4 eller 5) på alle spørsmålene. Pasientene ga høyest score på spørsmålet «Innsjekking i automat» (93 prosent), mens 5 prosent av pasientene ga laveste score (1) på spørsmålet «Betaling i skranke».



Figur 7.4 Tema 2: «Innsjekking og betaling». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

I det åpne kommentarfeltet var det noen som etterspurte mulighet for å betale med Vipps, men andre kommenterte følgende:

SMS tjeneste er dårlig, info kom med manglende klokkeslett på timen

Videre var det noen som ikke hadde betalt i skranken, mens andre oppga at de var fornøyde med denne løsningen.

Tema 3 Kontakt med personalet

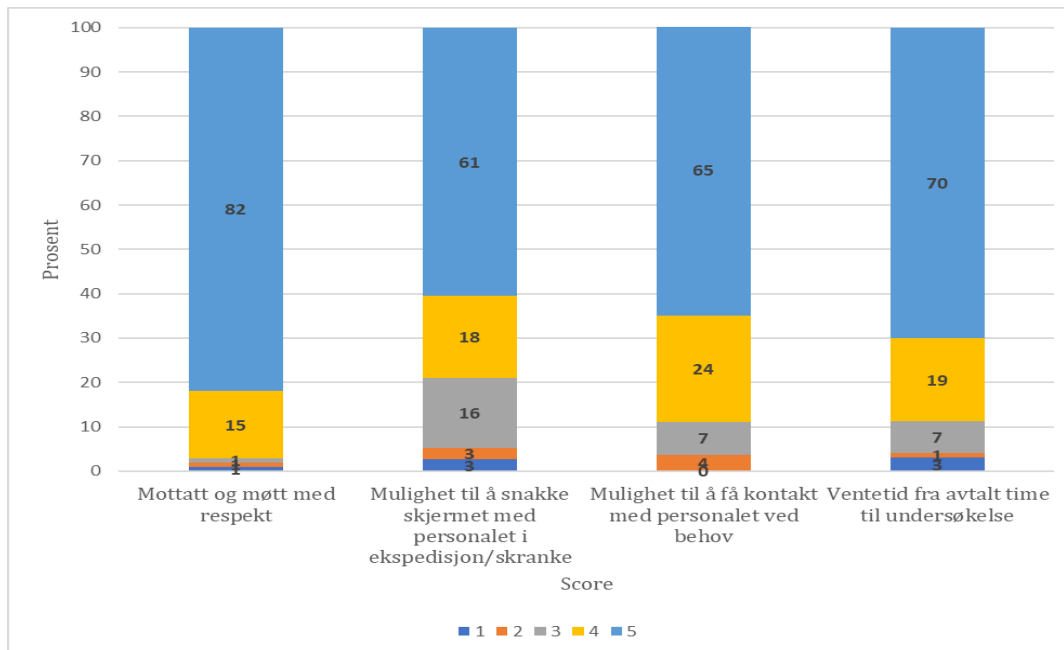
Dette temaet omhandlet spørsmål om hvordan pasientene opplevde kontakten med personalet i poliklinikken og dagområdet. Dette for å få rede på hvordan pasientene opplevde å bli møtt, hvor tilgjengelig de opplevde at personalet var for kontakt og samtale, samt hvordan de opplevde ventetiden frem til behandling/undersøkelse.

Som vist i Figur 7.1 hadde temaet *Kontakt med personalet* en høy gjennomsnittlige score (4,5), dvs. at pasientene ved felles poliklinikk somatikk oppga høyest tilfredshet på dette området. Figuren nedenfor viser at Spørsmålet «Mottatt og møtt med respekt» fikk av 97 prosent av pasientene en score på 4 eller 5. Pasientene (89 prosent) var også fornøyde

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

eller svært fornøyde (score 4 eller 5) med ventetiden mellom avtalt time og undersøkelse og muligheten de hadde til å få kontakt med personalet ved behov.

Pasientene var mindre fornøyd med muligheten til å snakke skjermet med personalet i ekspedisjon/skranken, der 6 prosent ga score 1 eller 2 og 16 prosent ga score 3.



Figur 7.5 Tema 3: «Kontakt med personalet. Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Dette ble også nevnt i kommentarfeltet, der flere pasienter påpekte at skranken er dårlig skjermet, noe som gjør det vanskelig å snakke i fortrolighet med personalet. Av de mange positive kommentarene var:

Det er stort sett aldri ventetid, det er supert. Og jeg har 100% god opplevelse med imøtekommenhet og dyktighet hos personalet.

Andre kommenterte at de var fornøyde med kontakten de hadde med personalet.

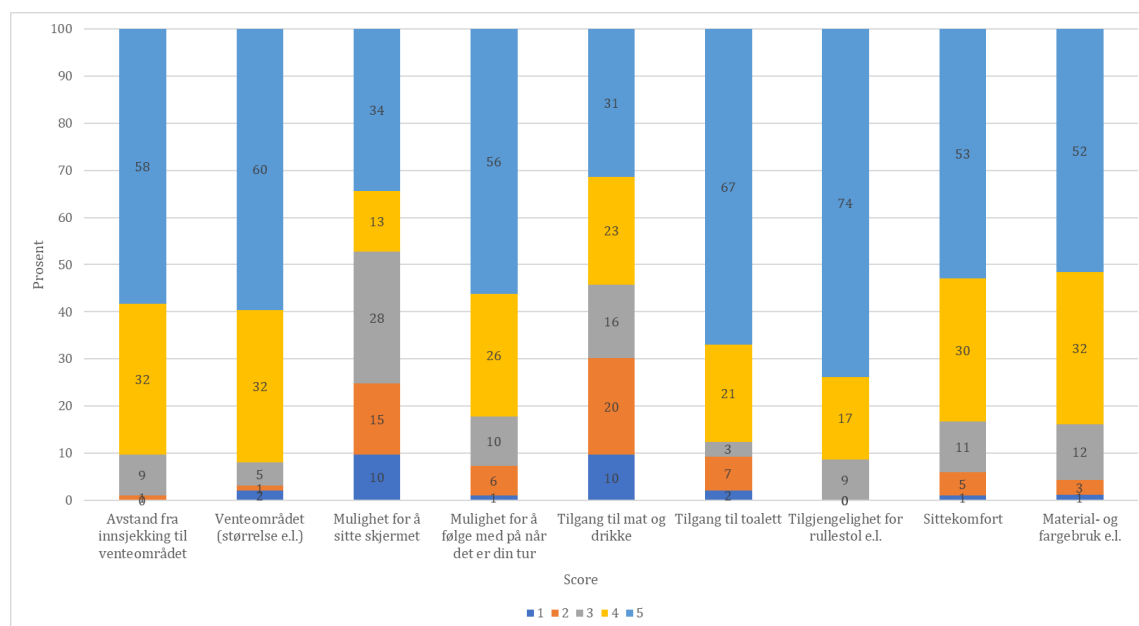
Tema 4 Venteområdet i poliklinikken og dagområdet

Det ble stilt spørsmål om ulike erfaringer med venteområdet i poliklinikken og dagområdet, for å undersøke om pasientene var fornøyde med sykehuset løsninger. Spørsmålene gikk både inn på den fysiske utformingen av og funksjonaliteten til venteområdet, som for eksempel venteområdets størrelse, sittekomfort, farger og materialvalg, mulighet for å sitte skjermet samt tilgjengelighet for rullestol, tilgang til mat og drikke o.l.

Figur 7.6 viser at rundt 90 prosent av pasientene oppga at de var fornøyde eller svært fornøyde (score 4 eller 5) med avstand fra innsjekking til venteområdet, venteområdets størrelse, og tilgjengelighet for rullestol (for de det var aktuelt for). Videre ga over 80 prosent av pasientene score 4 eller 5 på spørsmålene om mulighet til å følge med på når det er deres tur, tilgang til toalett, sittekomfort og utsmykning (material- og fargebruk).

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Imidlertid var pasientene mindre fornøyd med muligheten for å sitte skjermet, der 28 prosent ga score 3, mens 25 prosent ga score 1 eller 2. Det samme gjelder for tilgang til mat og drikke der 16 prosent ga score 3, mens 30 prosent ga scorene 1 eller 2.



Figur 7.6 Tema 4: «Venteområdene i poliklinikken». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Noen pasienter var fornøyd og påpekte at venteområdet er rent og pent å oppholde seg i, mens andre mente at venteområdet var trangt og burde ha vært bedre skjermet.

Flere pasienter kommenterte at det er dårlig tilgang til toaletter. En av pasientene beskriver dette slik:

For få toalett, og veldig nært andre folk. Gjelder særlig poliklinikk D2

Andre mente at stolene i venteområdet er vonde å sitte i og ikke hadde tilstrekkelig ryggstøtte. Videre kommenterte flere at tilgang på mat og drikke, samt utvalget i kiosken kunne vært bedre. Blant annet ble det kommentert at det kunne være bedre utvalg av sunnere mat og drikke.

Tema 5 Undersøkelles- og behandlingsrom (UB-rom) og dagplasser

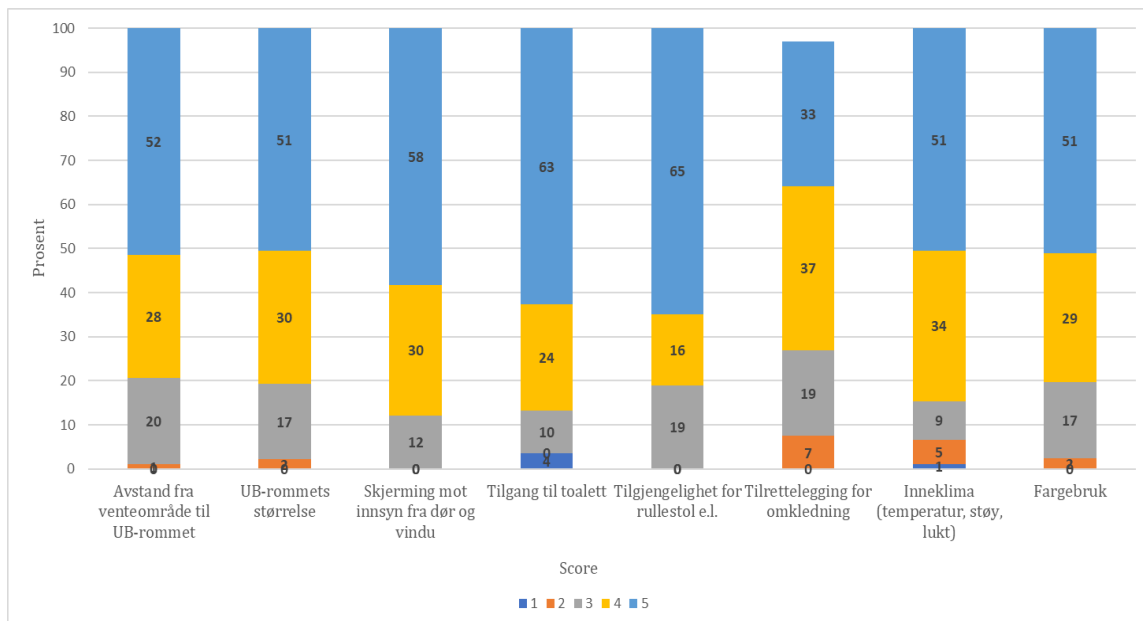
Det ble stilt en del spørsmål om ulike erfaringer pasientene har med UB-rom i poliklinikken og dagområdet. Spørsmålene omfattet både den fysiske utformingen av rommene og noen sider ved rommets funksjonalitet.

Figur 7.7 viser at en høy andel av pasientene (mellom 87 og 88 prosent) oppga at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 4 eller 5) med skjerming mot innsyn fra dør og vindu, samt tilgang til toalett. Også UB-rommets størrelse og tilgjengelighet for rullestol eller lignende (begge 81 prosent), inneklimate (85 prosent) og fargebruk (80 prosent) fikk scorene 4 eller 5.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Resultatene viser også at andel pasienter som ga score 3 på samtlige spørsmål ligger mellom 9 til 20 prosent, der sistnevnt gjelder spørsmålet om avstand fra venteområde til UB-rommet. På samme spørsmålet ga 80 prosent av pasientene score 4 eller 5.

Når det gjelder spørsmålet «Tilrettelegging for omkledding» var andelen fornøyde eller svært fornøyde (score 4 eller 5) 70 prosent, mens 7 prosent oppga at de var misfornøyde (score 2).

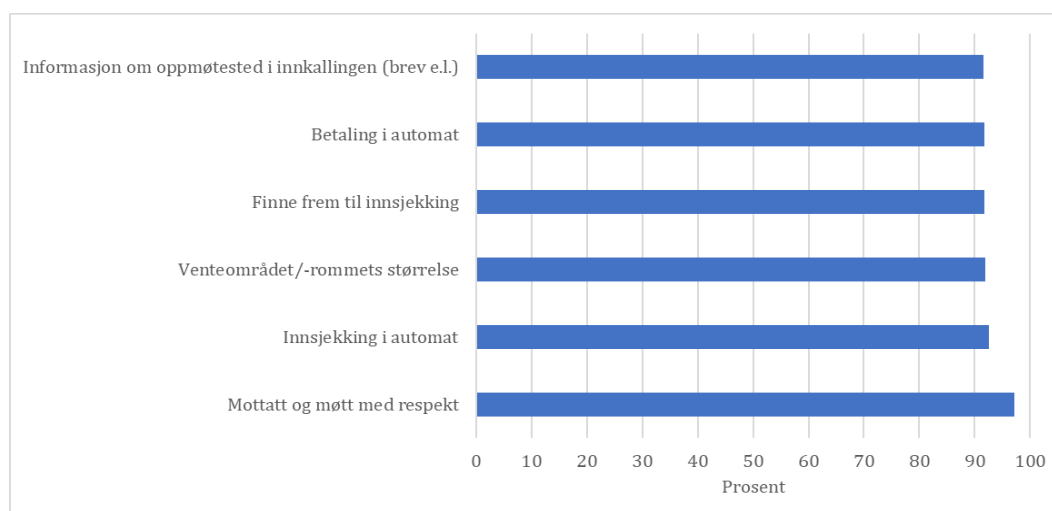


Figur 7.7 Tema 5: «Undersøkelses- og behandlingsrom». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagområdet

Besvarelser med høyeste og laveste score

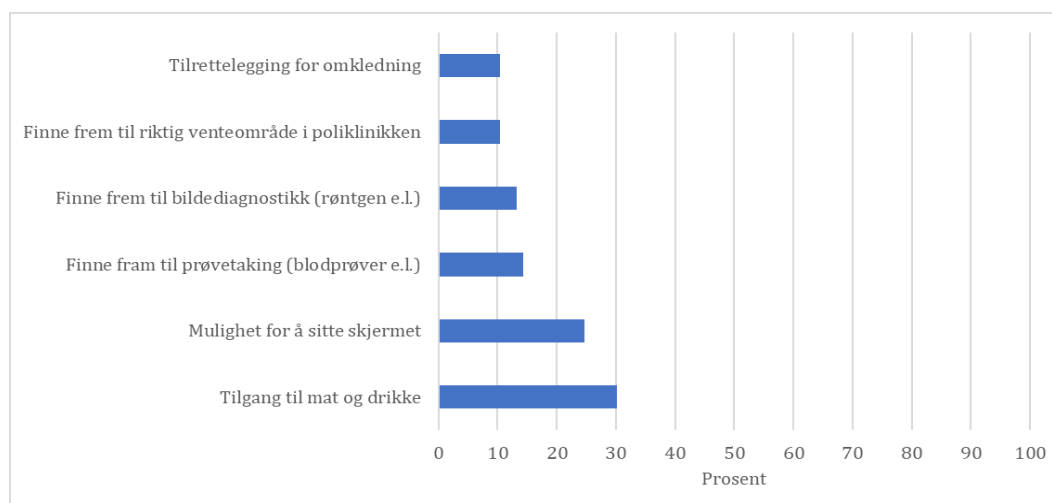
Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises spørsmålene som pasientene var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 7.8 presenterer seks spørsmål som flest pasienter ga høyeste score. Som det kommer frem av figuren, fikk spørsmålet «Mottatt og møtt med respekt» flest høyeste scorere, da 97 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5. Videre fikk spørsmålene som omhandler «Innsjekking i automat», «Venteområdet/-rommets størrelse», «Finne frem til innsjekking», «Betaling i automat» og «Informasjon om oppmøtested» høye scorere. I overkant av 90 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5 på disse spørsmålene.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling



Figur 7.8 Spørsmål med størst andel høy score (4 og 5). Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagområdet

Dersom man legger sammen de laveste scorene, 1 og 2, vises spørsmålene som pasientene var minst fornøyd med i undersøkelsen. Figur 7.9 presenterer seks spørsmål som flest pasienter ga laveste score. Figuren viser at 30 prosent av pasientene ga spørsmålet «Tilgang til mat og drikke» score 1 eller 2. Videre ga 25 prosent laveste score til «Mulighet for å sitte skjermet». Mellom 10 og 14 prosent ga laveste score til «Finne frem til prøvetaking», «Finne frem til bildediagnostikk», «Finne frem til venteområde i poliklinikken», og «Tilrettelegging for omklledning».



Figur 7.9 Spørsmål med størst andel lav score (1 og 2). Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagområdet

Hva kan sykehuset gjøre bedre?

Det ble stilt et åpent spørsmål til slutt, hvor pasientene ble bedt om å komme med synspunkter på hva sykehuset kan gjøre bedre. Det kom 31 svar på dette spørsmålet, som vil si at omtrent en fjerdedel av pasientene besvarte dette spørsmålet.

Kommentarene omhandler flere områder og kan oppsummeres i følgende områder for forbedringer:

- Lettere tilgang på mat og drikke etter undersøkelse

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

- Bedre tilgang på toalett, flere WC i poliklinikk
- Tilrettelegge for hørselshemmede
- Muligheter å skjerme deler av venterom og mer komfortable stoler i venteområder
- Bedre skilting og orienteringsmuligheter

Det var også kommentarer fra pasienter som ga uttrykk for at de var svært fornøyde:

Vi har et flott sykehus.

Tabell 7.3 gir en oversikt over tema og alle spørsmålene med gjennomsnittlig score, for pasienter ved felles poliklinikk somatikk og dagområdet.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Tabell 7.3 Oversikt over alle spørsmål, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd), der middelerdien er 3. Pasienter, felles poliklinikk somatikk og dagområdet

Hvor fornøyd er du med:

Nr	Tema	Spørsmål	Snitt
1	1	Finne frem til poliklinikken fra parkeringsplassen eller kollektivtransport	4,3
2	1	Finne frem til riktig venteområde i poliklinikken	4,1
3	1	Finne riktig undersøkelsesrom i poliklinikken	4,1
4	1	Finne frem til bildediagnostikk (røntgen e.l.)	4,0
5	1	Finne fram til prøvetaking (blodprøver, urin e.l.)	4,0
6	1	Mulighet til å spørre om hjelp til å finne frem	4,6
7	1	Tilgjengelighet for rullestol e.l.	4,4
9	2	Informasjon om oppmøtested i innkallingen (brev e.l.)	4,6
10	2	Finne frem til innsjekking	4,6
11	2	Innsjekking i automat	4,6
12	2	Innsjekking i skranke	4,5
13	2	Betaling i automat	4,6
14	2	Betaling i skranke	4,6
16	3	Mottatt og møtt med respekt	4,8
17	3	Mulighet til å snakke skjermet med personalet i ekspedisjon/skranke	4,3
18	3	Mulighet til å få kontakt med personalet ved behov	4,5
19	3	Ventetid fra avtalt time til undersøkelse	4,5
21	4	Avstand fra innsjekking til venteområdet	4,5
22	4	Venteområdet/-rommets størrelse	4,5
23	4	Mulighet for å sitte skjermet	3,5
24	4	Mulighet for å følge med på når det er din tur	4,3
25	4	Tilgang til mat og drikke	3,5
26	4	Tilgang til toalett	4,4
27	4	Tilgjengelighet for rullestol e.l.	4,7
28	4	Sittekomfort	4,3
29	4	Material- og fargebruk, utsmykning	4,3
31	5	Avstand fra venteområde til undersøkelses-/ behandlingsrommet	4,3
32	5	Undersøkelses-/ behandlingsrommets størrelse	4,3
33	5	Skjerming mot innsyn fra dør og vindu	4,5
34	5	Tilgang til toalett	4,4
35	5	Tilgjengelighet for rullestol e.l.	4,5
36	5	Tilrettelegging for omklodning	3,9
37	5	Inneklima (temperatur, støy, lukt)	4,3
38	5	Fargebruk	4,3

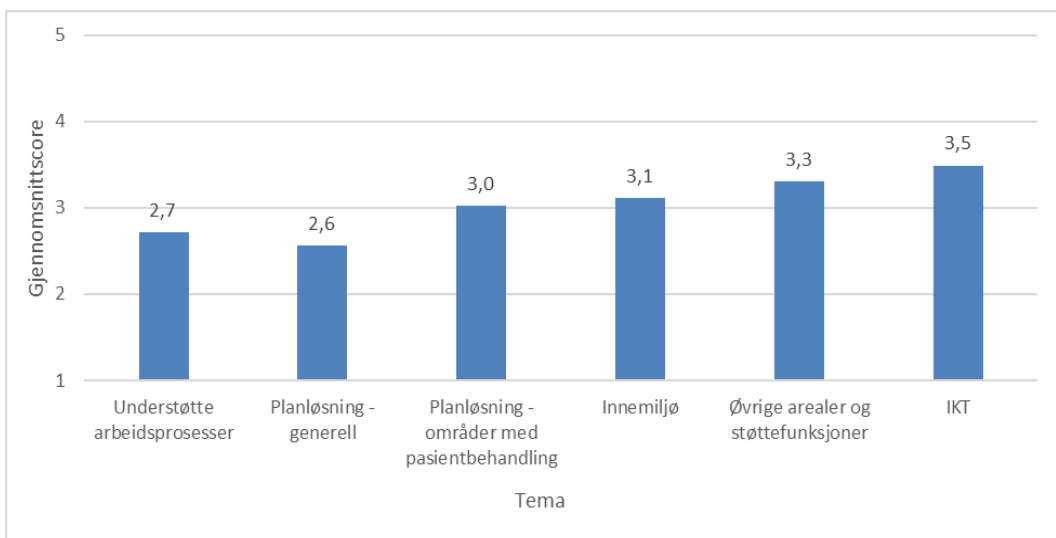
7.3.2. Spørreundersøkelse blant ansatte

Nedenfor presenteres resultater fra den nettbaserte spørreundersøkelsen blant ansatte som arbeider i felles poliklinikk somatikk og dagbehandling. På grunn av få besvarelser fra ansatte ved poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, er disse inkludert i resultatene som presenteres. Formålet med undersøkelsen har vært å kartlegge byggets egnethet etter at det ble tatt i bruk. Undersøkelsen er nærmere beskrevet i kapittel 3.

Av de totalt 153 besvarelsene, utgjorde felles poliklinikk somatikk 15 prosent (n=23) av besvarelsene.

Figur 7.10 viser gjennomsnittlig score for seks temaområder. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning – generell*, *Planløsning – områder med pasientbehandling*, *Innemiljø*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, *IKT og utstyr*.

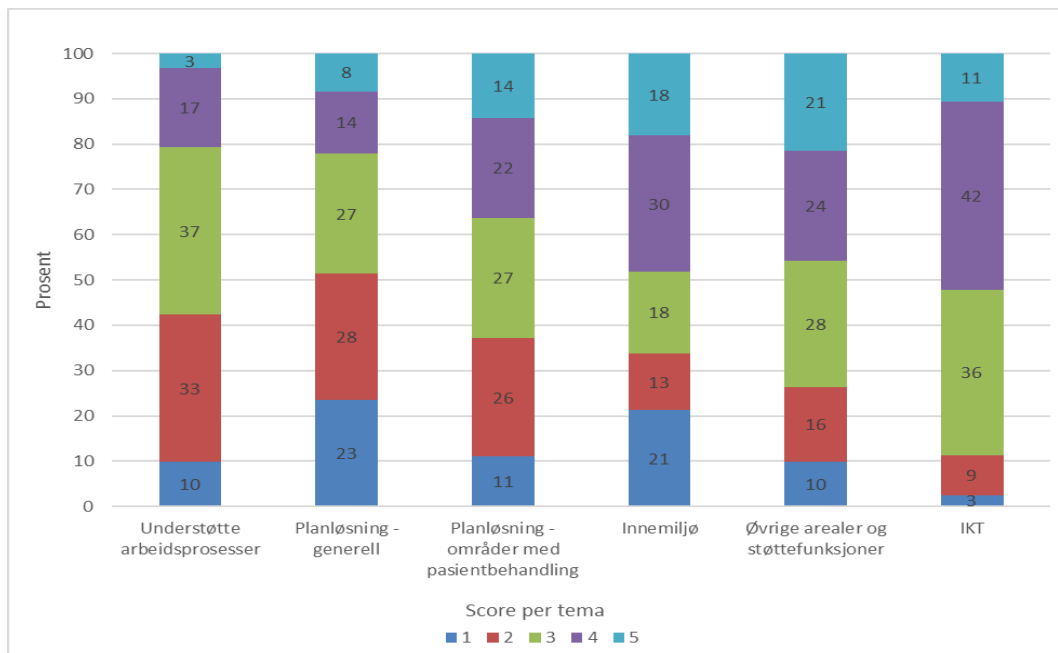
I denne gruppen ligger scorene for *IKT og utstyr*, *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, *Innemiljø* og *Planløsning – områder med pasientbehandling* på eller over middelverdien (3). *Planløsning – generell* og *Understøtte arbeidsprosesser* har fått 2,6 og 2,7.



Figur 7.10 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

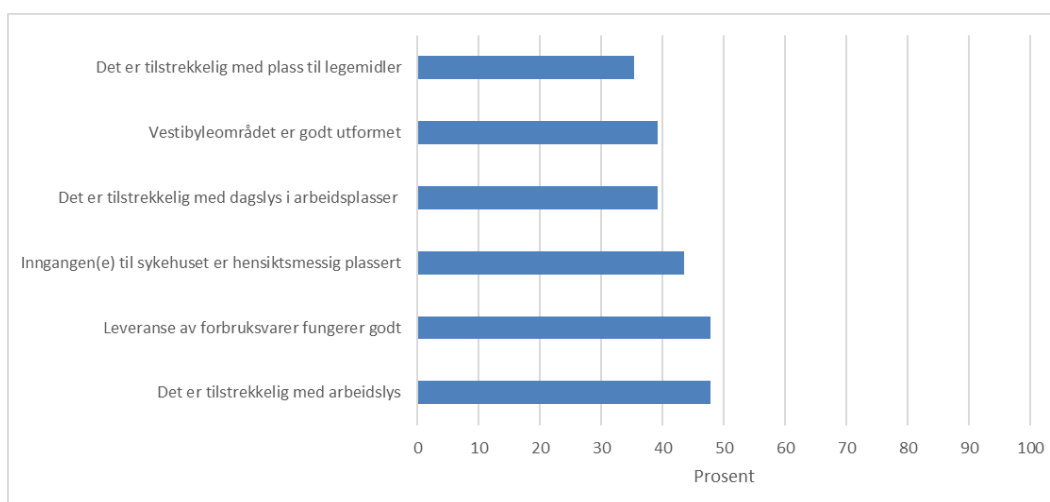
Figur 7.11 presenterer fordelingen av score for de seks temaene. Tilsvarende besvarelsen fra alle ansatte, ga ansatte i den felles poliklinikken temaområdet *IKT og utstyr* flest høye scorere, 4 eller 5 (53 prosent). I tillegg ga 36 prosent av de ansatte score 3 til dette temaet. Mange var også fornøyde med *Innemiljø* og *Øvrige arealer og støttefunksjoner*, da ansatte ga henholdsvis 48 og 45 prosent score 4 eller 5. Resultatene tyder på at ansatte var minst fornøyde med planløsninger og hvordan utformingen av poliklinikken understøtter arbeidsprosesser. For disse temaene ga mellom 37 og 51 prosent av besvarelsene score 1 eller 2.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling



Figur 7.11 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 7.12 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Utsagn om arbeidslys og leveranser av forbruksvarer fikk flest høye scorere, da 48 prosent av de ansatte i gruppen ga 4 eller 5. Om lag 40 prosent av de ansatte ga utsagnene om sykehusinngang, vestibyleområdet og dagslys de høyeste scorene, mens tilstrekkelig plass til legemidler fikk 35 prosent.

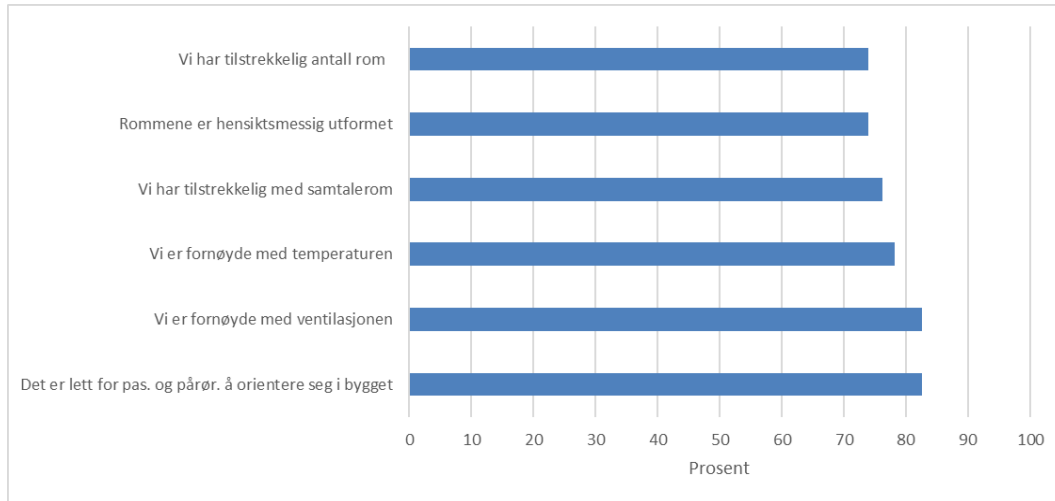


Figur 7.12 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Ser man på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 7.13 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

laveste score. Figuren viser at ansatte i poliklinikken ga flest lave scorere (1 eller 2) til utsagn som handler om orientering i bygget og om ventilasjon (83 prosent). Temperatur, antall rom og antall samtalerom, samt utforming av rom fikk mellom 74 og 78 prosent laveste score.



Figur 7.13 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Tabell 7.4 gir en oversikt over tema og alle de 60 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Tabell 7.4 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3. Ansatte, felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Utformingen av vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	2,7
2	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,6
3	1	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	3,0
4	1	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	2,7
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	2,6
6	2	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	1,8
7	2	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	2,7
8	2	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	1,9
9	2	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	3,0
10	2	Vi har de romtypene vi trenger	2,3
11	2	Vi har tilstrekkelig antall rom	2,1
12	2	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	2,7
13	2	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	1,9
14	2	Møtearealene er lett tilgjengelig	3,3
15	2	Kontorarealene er lett tilgjengelig	3,3
16	2	Det er tilrettelagt arealer for undervisning og kompetanseutvikling	2,6
17	2	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,3
18	2	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	3,2
19	2	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,3
20	2	Ekspedisjonene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,4
21	2	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	2,8
22	2	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt (likt) utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	2,5
23	2	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	2,2
24	2	Det er tilstrekkelig med toaletter i vår enhet/avdeling	3,1
25	3	Vår enhet/avdeling er tilgjengelig og enkel å bruke for alle brukergrupper (bl.a. barn, eldre, bevegelses- og synshemmede)	2,9
26	3	Det er lett for pasienter og besøkende å finne veien til vår enhet/avdeling	2,4
27	3	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	2,6
28	3	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/avdeling	2,9
29	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	3,3
30	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	3,0
31	3	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	2,8
32	3	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	3,5
33	3	Det er tilstrekkelig med lagringsplass til legemidler i vår enhet/avdeling	3,9
34	3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	3,8
35	3	Det er tilrettelagt for servering av mat til pasientene	2,3
36	3	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,2
37	4	Det er tilstrekkelig med lydemping i vår enhet/avdeling	3,5

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

38	4	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling	4,2
39	4	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/ arbeidsplasser	3,9
40	4	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	1,7
41	4	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	1,6
42	4	Det er lett å holde orden i vår enhet/ avdeling	3,5
43	4	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/ avdeling	3,4
44	5	Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert	4,2
45	5	Vestibyleområdet er godt utformet	4,0
46	5	Garderobene for ansatte fungerer godt	2,6
47	5	Kantine og kaffestasjoner fungerer godt	3,0
48	5	Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med utstyr	3,0
49	5	Leveranse av forbruksvarer fungerer godt	4,3
50	5	Avfallshåndtering fungerer godt	3,6
51	5	Uteområdet legger til rette for pause og bidrar til rekreasjon	2,7
52	5	Parkeringsarealene er godt tilrettelagt	2,1
53	6	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerhet	4,2
54	6	Våre IKT-systemer bidrar til at vi jobber effektivt	3,3
55	6	Våre IKT-systemer legger godt til rette for bestilling av forbruksvarer	3,7
56	6	Vi utnytter løsningene/ mulighetene i våre IKT-systemer	3,4
57	6	Vi har lett tilgang på de hjelpemidler vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	2,8
58	6	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,6
59	6	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,2
60	6	Møbler og inventar fungerer godt	3,7

7.4. Driftskonsepter og løsninger

I dette kapittelet presenteres dybdeundersøkelsen for felles poliklinikk somatikk og dagbehandling. Undersøkelsen er basert på befaring og fokusgruppeintervju. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig som at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre tema som er relevante for evalueringen.

Resultatene er supplert med sitater fra fokusgruppedeltakerne og kommentarer fra spørreundersøkelsene for å fremheve og illustrere erfaringene med hvordan lokalene fungerer etter innflytting i nytt sykehus.

Befaring i områdene til felles poliklinikk somatikk og dagbehandling, samt fokusgruppeintervju med ansatte ble gjennomført 28. og 29.04.2021. Ledelse fra poliklinikkområdene i sykehuset og fra «Fag, Forskning og Samhandling» i Finnmarkssykehuset deltok på befaring. Fem representanter fra poliklinikkområdene deltok i fokusgruppeintervju (inkludert tillitsvalgt og verneombud). Hovedtema i fokusgruppen var hvordan utforming av området i felles poliklinikk somatikk støtter opp under pasientbehandling og arbeidsprosesser.

I et digitalt fokusgruppeintervju (Teams) med ledelsen i Kirkenes sykehus (04. og 07.06.2021) var temaet forholdet mellom planlagte løsninger i felles poliklinikk somatikk og erfaringer etter innflytting.

7.4.1. Pasientforløp

Beskrivelse av området for felles poliklinikk somatikk og dagbehandling er vist i Figur 7.14 og i Figur 7.16. I tillegg illustrerer Figur 7.14 pasientflyt, inngangspartier, undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom), samt støtterom/områder for ansatte. Etter Figur 7.14, blir pasientforløpet beskrevet.

I spørreundersøkelsen svarte mange ansatte i felles poliklinikk somatikk og dagbehandling at de var fornøyde med plassering av hovedinngangen og utforming av vestibyleområdet. Utsagnene «Inngangen(e) til sykehuset er hensiktsmessig plassert» og «Vestibyleområdet er godt utformet» fikk gjennomsnittlig score på henholdsvis 4,2 og 4,0 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig til helt enig).

I fokusgruppeintervjuet kommentert noen av de ansatte at de var fornøyde med et nytt sykehus:

Mye lys og fin beliggenhet ved vannet.

Videre viste undersøkelsen at de ansatte også var fornøyde med arbeidslys i enheten/avdelingen (gjennomsnittlig score på 4,2). Undersøkelsen viste også at de ansatte var middels fornøyde med utformingen av poliklinikkområdet (gjennomsnittlig score på 3). Når det gjaldt utsagnet «Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til», var det flere ansatte som oppga at de var mindre fornøyde (gjennomsnittlig score på 2,7).

Som Figur 7.14 illustrerer, er inngangen til felles poliklinikk somatikk og dagbehandling til høyre for hovedinngang og vestibyle på plan 2, hvor poliklinikkområdet ligger i fløy C og D. Det er et eget venteområde i fløy D Sør for alle som skal til poliklinikk og/eller dagbehandling. For de av pasientene som skal til prøvetaking eller bildediagnostikk, går pasientene til venstre i vestibylen og videre til henholdsvis fløy A Sør og fløy A Nord. Noen pasienter kommer inn via akuttmottaket eller legevakten (øyeblikkelig-hjelp), mens inneliggende pasienter kommer fra sengeområdet til poliklinikken med sengetransport. For de ansatte er det en egen personalinngang i fløy A på plan 1.

I C2 Nord ligger poliklinikkene for nyre-, lunge, revma og hjerte. I tillegg benytter barnelege et av rommene i dette området. I tverrkorridoren mellom C2 Nord og B2 Nord er poliklinikk for gynekologi og føde/svangerskap plassert, i tillegg til at Avdeling ReHabilitering har et UB-rom/kontor innen klinisk ernæringsfysiologi (KEF), samt at medisinsk fagområde har et UB-rom innen diabetes.

Området for dagbehandling innen dialyse og kjemo- og biologisk terapi, ligger lengst mot nord i D2, mens poliklinikkene for øre-nese-hals, nevrologi og hud ligger i andre

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

enden av samme fløy (D2 Nord). I tverrkorridoren mellom C2 Nord og D2 Nord, ligger poliklinikkene for gastromedisin, urologi og ortopedi.

Ved venteområde sør i D2 ligger øye-poliklinikken og poliklinikker innen medisin og kirurgi. De to sistnevnte poliklinikkene utreder og behandler søvnapné (CPAP- Continuous Positive Airway Pressure), og tilstander som blant annet epilepsi (EEG- Elektroencefalografi) og spiseforstyrrelser.

Poliklinikkene innen somatikk er inndelt i følgende: medisin, kirurgi, ortopedi, føde og gynekologi. Videre er kreftpoliklinikken en del av enhet for poliklinikk og dagbehandling.

Medisinsk dagbehandling innen dialyse er en underenhet av medisinsk sengeenhet og er lokalisert i samme areal som infusjoner og kjemoterapi. Medisinsk avdeling har i tillegg til de tradisjonelle indremedisinske fagområdene også underlagt onkolog, hudlege og revmatolog som primært jobber i poliklinikken. De ambulerende legespesialistene som barneleger og allergolog koordineres også av medisinsk avdeling. Avdeling innen kirurgi, ortopedi føde og gynekologi, har i tillegg underlagt øre-nese-hals (ØNH) som jobber både i poliklinikk og operasjon, og øye som primært jobber i poliklinikk.

I tabellen nedenfor gis en oversikt over avdelingene med tilhørende fagområder.

Tabell 7.5 Oversikt over poliklinikker og tilhørende fagområder ved felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Poliklinikkområde C2 Nord	Poliklinikkområde D2 Nord	Poliklinikkområde D2 Sør
Medisinsk poliklinikk Lungepoliklinikk Hjertepoliklinikk Nyrepoliklinikk Revmapoliklinikk Barnepoliklinikk	Medisinsk poliklinikk Gastromedisin (skopier) Hudpoliklinikk Medisinsk dagbehandling Dialyse Kreftpoliklinikk Kjemoterapi	Medisinsk poliklinikk EEG - Elektroencefalografi
Kirurgisk poliklinikk Gynekologisk poliklinikk Avdeling ReHabilitering Klinisk ernæringsfysiologi (KEF)	Kirurgisk poliklinikk Urologisk poliklinikk Ortopedisk poliklinikk Øre-nese-hals-poliklinikk Nevropoliklinikk	Kirurgisk poliklinikk Øye-poliklinikk CPAP - søvn sykdommer

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling



Figur 7.14

Illustrasjon for pasientflyt i felles poliklinikk somatikk og dagbehandling, samt undersøkelses- og behandlingsrom og støtterom. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

7.4.2. Innsjekking og venteområde

Fra hovedinngangen kommer man inn et stort og luftig vestibyleområde med mye dagslys (Figur 7.15). I vestibylen er det en resepsjon og to automater der pasientene skal sjekke inn. Når pasientene registrerer seg i automaten, kommer det opp på skjermen hvor de skal gå. I tillegg har de mulighet til å få skrevet ut en papirlapp som angir venteområde. Fokusgruppedeltakerne fortalte at problemet er når pasientene verken ser på skjermen eller skiver ut lappen med sitt venteområde. Det ble også påpekt at i tillegg til norsktalende pasienter, er det både russisk-, finsk og samisktalende pasienter. Ikke alle forstår norsk og engelsk som er valgspråkene på automaten, spesielt gjelder det eldre fremmedspråklige. Etter innsjekking får personalet i felles poliklinikk somatikk og dagbehandling en melding om at pasienten er registrert og til stede via den digitale timeboka.

Pasienten blir da usikker på hvor de skal gå og henvender seg til resepsjonen som henviser de til venteområdet ved vestibylen. I noen tilfeller skal pasienten til flere polikliniske undersøkelser samme dag. De kan imidlertid bli henvist til feil venteområde, da de ikke får opp tidspunktene for alle oppmøtestedene ved innsjekking.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at merkantile som betjener resepsjonen, skulle veilede pasienter hvor de skal gå, hjelpe til med pasientreiser og lignende. Det skulle ikke være utveksling av pasientinformasjon i resepsjonen, som er tilfellet nå, noe som gjør det vanskelig å overholde konfidensialiteten.

Før pandemien kunne pasientene få bistand fra pasientverter til innsjekking samt å finne veien til venteområdet. De klinisk ansatte får også mange henvendelser fra pasienter som er usikre på hvor de skal gå.

Ifølge de ansatte ble det i OU-prosessen planlagt at Nye Kirkenes sykehus skulle innføre IMATIS som innsjekkingsystem. Imidlertid ble det rett før innflytting i sykehuset bestemt at DIPS Arena ble valgt som innsjekkingsystem i Helse Nord RHF. Dette medførte at Nye Kirkenes sykehus ikke fikk de funksjonene som var planlagt for å lette inn/ut sjekking for pasientene samt for behandler.

Ved innflytting var det opprinnelig planlagt at pasientene skulle benytte det store venteområdet i D2 Sør, som var angitt på innsjekkingsautomaten. I ettertid har de endret teksten på denne slik at de øvrige venteområdene også er angitt. Dette gjelder venteområdet i C2 Nord som ligger ved gynekologisk poliklinikk, og i D2 Nord som ligger ved poliklinikker for skopier. Hudpoliklinikken i D2 Sør har også et eget venteområde og det er satt ut noen stoler ved ortopedisk poliklinikk i C2 Nord (Figur 7.16). Videre har dagbehandling har et eget venteområde i D2 Nord. De ansatte fortalte at de bruker en del tid på å lete etter pasientene og i noen tilfeller må de ringe til pasientene. Generelt sett bidrar også dårlig skilting til at det er vanskelig for pasienter å finne fram.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Imidlertid er opplevelsen av dette forskjellige sett ut fra besvarelsene fra spørreundersøkelsen blant ansatte og pasienter. I spørreundersøkelsen blant ansatte fikk utsagnet «Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget» gjennomsnittlig score på 1,8 (på en skala fra 1 til 5 (helt uenig til helt enig) hvorav 83 prosent ga de laveste scorene (1 eller 2). Den lave gjennomsnittsscoren ble nærmere forklart i fokusgruppen:

Noen pasienter venter i feil venteområde, og da tar det litt ekstra tid å finne pasienten.

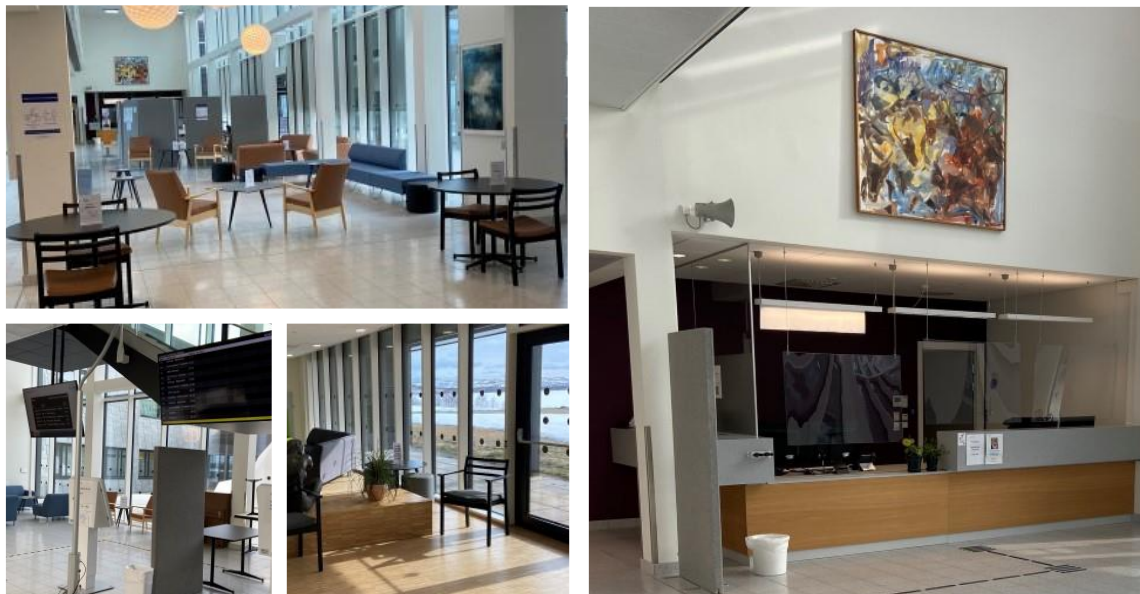
Andre pasienter henvender seg til personell som de enten møter i korridorene eller til personell som sitter på kontoret/arbeidsstasjonen. Fokusgruppedeltakerne kommenterte følgende:

Poliklinikken mangler skilting, pasientene går frem og tilbake hele dagen og spør hvor de skal.

I spørreundersøkelsen blant pasienter fikk spørsmålene «Finne frem til riktig venteområde i poliklinikken» og «Finne riktig undersøkelsesrom i poliklinikken» en gjennomsnittlig score på 4,1 på en skala fra 1 til 5 (fra svært misfornøyd til svært fornøyd), hvorav henholdsvis 79 og 73 prosent ga høyeste score (4 eller 5). På spørsmålet «Mulighet til å spørre om hjelp til å finne fram» ga 90 prosent en score på 4 eller 5, som ga en gjennomsnittlig score på 4,6. Andre ga følgende forbedringsforslag:

Bedre oversikt i hallen hvor man er og hvor man skal, en stor tavle.

Under befaring 28.4.2021 ble det opplyst at det er igangsatt et prosjekt for å forbedre skiltingen.



Figur 7.15 Inngangsområdet i Kirkens sykehus med vestibyle øverst til venstre i bildet, innsjekkingsautomater nederst til venstre og venteområde til poliklinikk til høyre. Det største bildet til høyre viser resepsjonen. (Kilde: Sykehusbygg HF)

7.4.3. Undersøkelles- og behandlingsrom (UB-rom) og dagplasser

I dette kapitlet beskrives de ulike poliklinikkområdene som er vist i Tabell 7.5. Først omtales tema som er generelt for felles poliklinikk somatikk og dagbehandling, deretter beskrives UB-rommene innen de ulike fagområdene.

I det tidligere sykehuset hadde poliklinikkene og dagområdene egne post-sekretærer, men i valget mellom redusert areal til rom/plasser og ekspedisjoner til merkantile, ble areal til ekspedisjoner valgt bort.

I OU prosessens sluttrapport for merkantilt ansatte, ble det besluttet at poliklinikk, akuttmottak og røntgen (radiologi) ikke skulle ha egne postsekretærer. Dette på grunn av at kravet til gevinstrealisering med å redusere med seks merkantile stillinger, medførte at det ikke ble tilstrekkelig med merkantile til å bemanne ekspedisjoner innen disse fagområdene. Imidlertid var anbefalingen fra de merkantile som deltok i OU-prosessen å beholde postsekretærer i akuttmottaket og poliklinikk.

Blant fokusgruppedeltakerne er det et savn at de ikke har sekretærer med kjennskap til pasientene i de ulike fagområdene, og det har etter innflyttingen vært gjort vurderinger om det skal opprettes postsekretærfunksjon i poliklinikk. Man har foreløpig gått bort fra dette, ettersom det blant annet er utfordringer knyttet til areal for merkantile.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

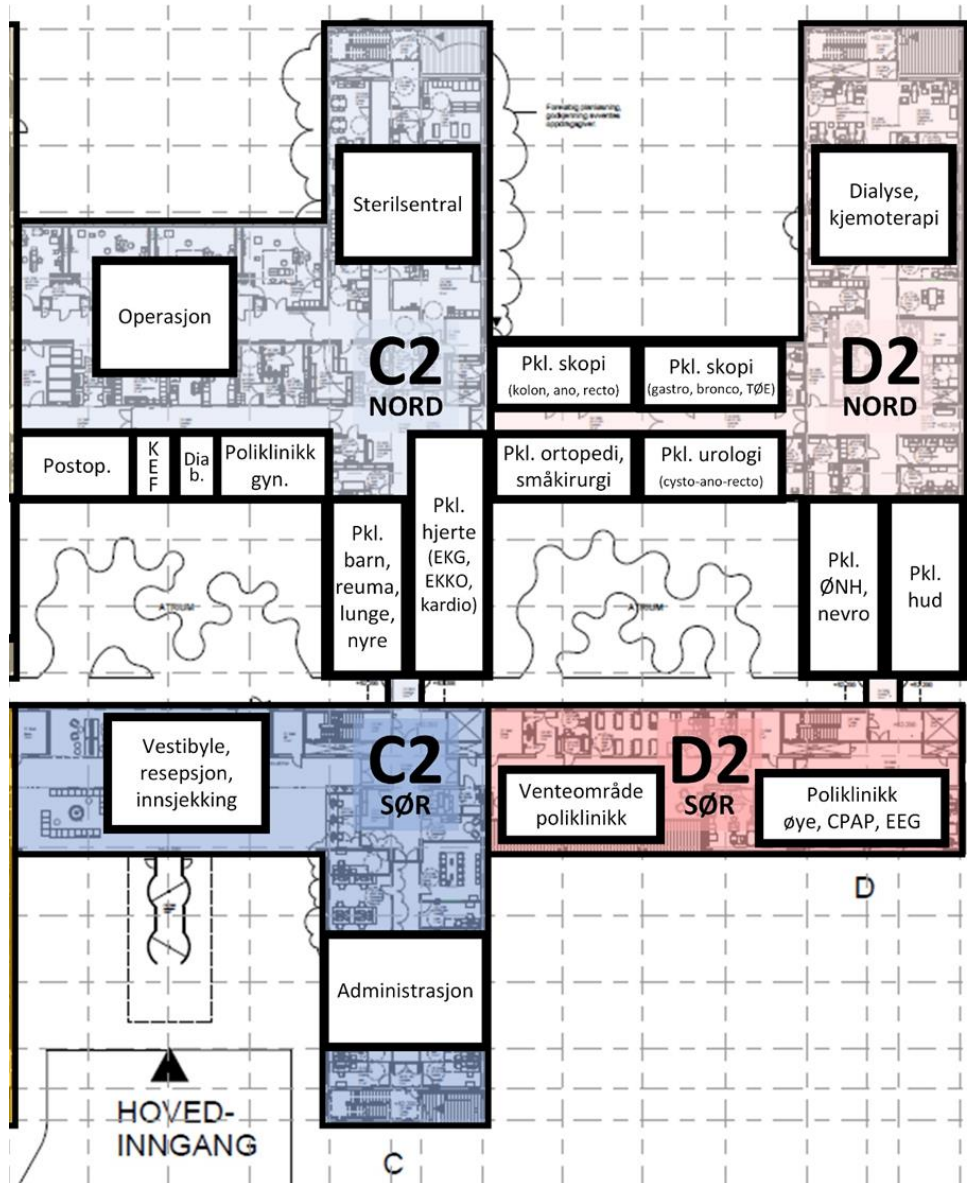
Videre kommenterte fokusgruppen at det for få UB-rom, spesielt i enkelte perioder. Kirkenes sykehus har barnelege som ambulerende spesialist, samt hudlege og revmatolog som kommer til varierende tider.

De ansatte kommenterte at både hudlegen og revmatologen har reduserte stillingsprosenter, der de er til stede henholdsvis rundt 14 og 30 uker per år. De påpekte videre at det er svært utfordrende å rekruttere bofaste spesialister innen disse fagområdene, da de gjerne har sitt hovedarbeidsforhold andre steder. Dette medfører at de ansatte som har Kirkenes sykehus som hovedarbeidssted, må ha stor fleksibilitet for å frigi rom for å sikre denne ressursen.

Et annet tema som blir kommentert er at de ansatte erfarer lange avstander mellom enkelte poliklinikkområder og sengepost. De opplever at det går endel tid til transport av inneliggende pasienter, spesielt til UB-rommene til EKG, EKKO, samt dagplasser innen infusjoner og dialyse.

Fokusgruppedeltakerne kommenterer at det er utfordringer i forhold til smittepasienter i poliklinikken, da det ikke er eget rom/område for denne pasientgruppen i området. Som eksempel nevnes pasienter smittet med gule stafylokokker (MRSA), diare eller ESBL (betalactamase med utvidet spektrum). Dette har medført at de planlegger med undersøkelse- og/eller behandling av smittepasienter på slutten av dagen.

De kommenterte videre at det opprinnelig var planlagt at det var tilstrekkelig å dekke over gardiner, møbler og utstyr ved tilfeller med smitte, men har erfart at dette ikke er gjennomførbart. De påpeker at dette spesielt er et problem i UB-rommene til urologi og gastrokopi med mye smittevask av utstyr som gjøres av sykepleierne. Det opplyses i fokusgruppeintervjuet om at renhold vasker overflater og benker på forespørsel.



Figur 7.16 Oversikt poliklinikker og dagområdet, plan 2, fløy C og D

C2 nord – Medisinsk fagområde

De medisinske fagområdene som er lokalisert i dette området, ligger nært hovedinngangen og venteområder. Det er seks UB-rom på hver side av korridoren.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at UB-rommene til hjertepoliklinikkene har utstyr (for eksempel ultralydapparat) som genererer mye varme, og som sammen med dårlig ventilasjon, fører til tung og dårlig luft inne på rommene. Sist sommer (2020) med høye utetemperaturer, ble ventilasjonen i denne fløyen koblet ut for å prioritere ventilasjon til sterilsentralen. I tillegg ble det påpekt at det ikke er solskjerming og at innvendige rullegardiner ikke var tilstrekkelig for å unngå at det ble varmt på rommene.

Etter gjennomføring av fokusgruppeintervju, opplyser de ansatte om at ventilasjonsanlegget på sterilsentralen ble byttet ut våren 2021. De kommentere videre

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

at det fortsatt er for varmt inne på behandlingsrommene i poliklinikken, blant annet de rommene som er tilknyttet hjertepoliklinikken.

Vi har mottatt avvik på dette sommeren 2021, og det er ansatte som klager på hodepine og pasienter med nærsynkope

Dette medførte at de måtte utføre EKKO-undersøkelser av hjerte med åpne dører ut til korridoren mens pasienten lå på undersøkelsesbenk med bar overkropp, noe som opplevdes ugreit. Det ble satt inn en vifte, men dette er ikke optimal løsning. Videre fortalte de at det ikke er mulig å åpne noe vindu slik at man får luftet ut mellom pasientundersøkelsene/-behandlingene. De påpekte at luften i rommene generelt sett er verst om sommeren da ventilasjonen ikke er effektiv nok, men at dette er et mindre problem om vinteren.

I tillegg fortalte fokusgruppedeltakerne at UB-rom ved hjertepoliklinikken ikke er hensiktsmessig utformet, da håndvasken er plassert bak døren.

De ansatte fortalte at romstørrelsen er grei nok hvis det bare er behov for en undersøkelsesbenk, men at rommene blir for små og trange når det medisinsk-tekniske utstyret skal inn på rommene. Blant annet fortalte de at det praktiseres omrokering av rom på grunn av manglende plass til å utføre stress-/belastningstester. Dette fordi det planlagte rommet ikke er tatt i bruk på grunn av at det medisinsk tekniske utstyret som benyttes til testene, er for stort og tungt for rommet. For tiden brukes derfor dette UB-rommet til vanlige konsultasjoner.

Området der det utføres EKG undersøkelser består av to rom med dør imellom. Det ene rommet benyttes til påkobling av arbeids-EKG og oppleves som trangt og lite, samt at undersøkelsesbenken er plassert feil. Det andre rommet benyttes til EKG-undersøkelser og til å utføre beinmargsbiopsier. Da er det gjerne to sykepleiere og to leger til stedet samtidig i tillegg til pasienten, noe det ikke er tilstrekkelig med verken plass eller ventilasjon til inne på UB-rommet. Det opplyses videre om at det ikke er mulig å benytte begge rommene samtidig på grunn av bemanning, da begge rommene betjenes av samme sykepleier. I forbindelse med dette ble det nevnt i fokusgruppeintervjuet at disse to rommene kunne ha vært slått sammen til et stort UB-rom.

Når det gjelder plassering av undersøkelsesbenk på UB-rommene, fortalte de ansatte at den er plassert ved veggen, noe som gjør at det ikke er mulig å gå rundt benken ved undersøkelser. I mange tilfeller er det mest hensiktsmessig å undersøke pasientene både fra høyre og venstre side.

Man kommer ikke ordentlig til. Undersøkelsen blir ikke like god.

Det er heller ikke mulig å flytte benken, noe som er en utfordring når pasienten sitter i rullestol. Det er også uhensiktsmessig at arbeidsplassen med PC-en er plassert slik at legen sitter med ryggen mot UB-benken og pasienten. Varme og lukt på UB-rommene er også et problem.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

På motsatt side av korridorene er det UB-rom for lunge- og nyrepoliklinikk. Disse rommene benyttes også av ambulerende spesialister innen barnemedisin og revmatologi to til fem dager i måneden. De øvrige dagene brukes rommene av andre leger i sykehuset.

C2 Nord – Kirurgisk fagområde

Ved å ta til venstre i krysset ved tverrkorridorene kommer man til gynekologisk poliklinikk (Figur 7.14 og Figur 7.16). Her er det en egen liten ventesone, men ofte blir pasientene hentet fra venteområdet ved vestibylen, da den lille ventesonen kan være vanskelig å finne. Det er tre UB-rom i dette området, hvorav et benyttes av jordmor.

De ansatte påpekte at dårlig ventilasjon og manglende mulighet til å lufte ut rommet også er et problem i disse UB-rommene. Man får dermed ikke fjernet ubehagelige lukter som det gjerne blir på slike rom, og en av løsningene blir at man åpner døren ut til korridoren slik at det også blir problemer med lukt i korridoren.

Videre fortalte de at det alltid er to, en lege og en sykepleier, som jobber i disse rommene hele dagen. Samtidig brukes disse rommene som faste arbeidsplasser for kontorarbeid og dokumentasjonsskriving, da det kun er avdelingsoverlegen som har eget kontor. De andre legene har felles kontor med tre arbeidsstasjoner. Ved undersøkelser er det gjerne tre personer på UB-rommet inkludert pasienten. I tillegg kommer pårørende som det egentlig ikke er plass til. Ansatte opplever derfor at UB-rommene er for små og lite funksjonelle. Dette gjør det vanskelig å manøvrere seg i rommet når pasienten sitter i rullestol eller pasienten ankommer med seng/båre fra akuttmottak eller fra en avdeling med utstyr. I tillegg er det ikke plass til studenter.

UB-rommene ved gynekologisk poliklinikk er videre ikke tilrettelagt for omklledning med en egen sone. Omklledning skjer derfor i kroken bak et forheng. De ansatte fortalte at i det gamle sykehuset var rommene større med et eget avlukke til omklledning. UB-rommene har ikke toalett, slik at pasientene må gå ut av rommet og til høyre i korridoren ved ventesonen. Dette toalettet kan brukes av alle pasientene. Hvis det nærmeste toalettet ikke er ledig, må de gå til toalettene i venteområdet i vestibylen. Det oppleves ubehagelig for pasienten å ikke ha tilgang til eget toalett. Eksempelvis kan det nevnes tilfeller der det utredes for inkontinens.

Fokusgruppedeltakerne kommenterte at benken ved gynekologisk poliklinikk er bedre plassert slik at undersøkelsen kan skje fra begge sider. Imidlertid påpekte de at UB-rommene er for små og trange slik at det ofte er vanskelig å få plass til pårørende, LIS-lege og student. I tillegg er det dårlig plass til utstyr slik at trillebord med utstyr trilles ut og inn av rommene. Utstyr som avgir varme, for eksempel ultralydmaskin, er også en utfordring ved at det blir varmt på rommet. En annen utfordring er at det kan være vanskelig å holde ren og uren side adskilt. Det er også problematisk å flytte på skap, da disse er fastmonterte til vegg. De ansatte uttrykte ønske om toalett på rommet, lydette rom og vindu som kan åpnes.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Gynekologisk poliklinikk har også et undersøkelsesrom for barsel i tverrkorridoren mellom C2 og D2 nord. Dette kan bli noe trangt ved ultralydundersøkelser.

Bortenfor de gynekologiske poliklinikkrommene, ligger henholdsvis ett UB-rom for klinisk ernæringsfysiologi (KEF) som er en del av avdeling ReHabilitering og ett rom som benyttes for diabetes. Disse rommene fungerer godt.

Tverrkorridor C2 - D2 Nord – Kirurgisk fagområde

På høyre side av tverrkorridoren, hvis man går fra C2 Nord mot D2 Nord, ligger de kirurgiske poliklinikkene innen ortopedi og urologi.

Fokusgruppedeltakerne har erfart at de to UB-rommene innen ortopedi blir for små. En håndvask er plassert til høyre når man kommer inn døren, og døren slår mot et skap når den åpnes. Her var benkene i utgangspunktet plassert ved veggen slik at undersøkelsen kan utføres kun fra den ene siden. Imidlertid er benken i det ene rommet flyttet slik at man kommer til fra begge sider. Utenfor disse kontorene er det plassert to stoler til pasienten mens de venter på timen.

Ved siden av ligger et UB-rom for småkirurgi som de ansatte synes er et godt rom med tilstrekkelig størrelse (23 m²). I tilknytning til dette rommet ligger en gipsestue med dør imellom og et avlukke for kirurgiske håndvasker. Det påpekes fra legeföreningen at det mangler gjennomlysning på gipsestuen. Samtidig kommenteres det at dette rommet også benyttes av pasienter som kommer til akuttmottaket, da det ikke er egen gipsestue der.

Videre bortover korridoren er det et UB-rom som benyttes blant annet til cystoskopi og anoskopi. Dette rommet har nærmest en kvadratisk utforming (22 m²), og de ansatte opplever at dette rommet fungerer godt og de omtalt det som et optimalt rom. UB-rommet har eget handicaptoalett med omkleddningsmuligheter i tilknytning til rommet. Det er også plass på begge sider av benken til undersøkelser.

Vegg i vegg ligger UB-rom for urologi. De ansatte fortalte at rommet er for smalt til at benken kan stå ut fra veggen, noe som gjør at en ikke kommer bort til den fra begge sider. Dette gjør det er veldig trangt da både urologen og sykepleier skal jobbe der.

Ved siden av ligger et UB-rom for Flowmetri for undersøkelse av blærefunksjon. De ansatte påpekte at det er veldig bra med et eget rom til denne type undersøkelser, som de ikke hadde tilgang til i det tidligere sykehuslokalene. Imidlertid er det noe trangt ved toalett i UB-rommet når pasienten sitter i rullestol. Det ble kommentert at det både er fordeler og ulemper ved berøringsfri kran da det er en utfordring når pasienten har behov for kaldt eller varmt vann.

Tverrkorridor CD2 - D2 Nord – Medisinsk fagområde

På venstre side av tverrkorridoren i D2 Nord, hvis man går fra C2 Nord mot D2 Nord, ligger de medisinske fagområdene innen gastromedisin som utfører gastro -, bronko-,

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

kolo- og rektoskopi. UB-rommet som benyttes til kolo-, rekto- og ano- skopier, har tilgang til to bad med toalett og dusj og de ansatte påpekte at det er godt med plass. Det er god lagringsplass og det er mulighet for å åpne vindu. Imidlertid venter de på solskjerming da det kan bli veldig varmt. I ettertid har ansatte kommentert at dette skal monteres i løpet av 2021.

Det kan være problemer med lukt i området ved de tilfellene der klyster benyttes. Pasientene kan gå direkte fra badet til UB-rommet og tilbake til badet for å stelle seg etter endt undersøkelse uten å gå ut i korridoren.

UB-rommet for gastro- og bronkoskopi ligger nærmest korridoren til D2 Nord. Pasienten trenger ikke omkledding for denne type undersøkelser. De ansatte kommenterer at pasienter ofte kommer med seng fra sengeområdet og de kan bli liggende en liten stund i korridoren. De har erfart at det blir trangt i korridoren i tillegg til at pasienten ligger godt synlig for andre i korridoren. Fokusgruppedeltakerne påpekte videre at det kan være en utfordring å få pasienter med seng inn i selve UB-rommet, da man må flytte utstyr og snu benk. Ved undersøkelse av pasienter i seng er det behov for å flytte benken, men siden denne er fastmontert er dette ikke mulig. (Pasientene har ofte fått beroligende).

Mellom UB-rommene for skopier ligger desinfeksjonsrommene, ett for uren og ett for ren side. De ansatte har tilgang til desinfeksjonsrommene uten at de trenger å gå ut i korridoren. Arbeidsflyten i disse rommene er at sykepleieren går til den urene siden med utstyr som er benyttet i undersøkelsene der det vaskes, mens noe kastes. Videre tas rent utstyr ut på ren side og settes inn i skapene. De ansatte fortalte at det er mye lukt i dette området, samt at dårlig ventilasjon i et rom der det brukes kjemikalier, gjør at ansatte får hodepine. I tillegg ble det kommentert at høyden på benken medfører en upraktisk arbeidsstilling. Selv om det var noen problemer i starten etter innflytting, påpeker de ansatte at de er veldig fornøyde med rommet nå.

Videre fortalte de at så snart en undersøkelse er ferdig, ønsker de gjerne å gjøre klar UB-rommene til neste pasient. Imidlertid kan de ikke gå inn og ut med utstyr (skittent ut og rent inn) for å klargjøre til neste pasient, på grunn av at legen i mangel på samtalerom, benytter UB-rommet til å ha samtale med pasienten og pårørende etter undersøkelsen. I tillegg til at de ikke har behov for å overhøre samtalen, er det forstyrrende med trafikk inn og ut av rommet. De opplyser også om at det på UB-rommet for gastro- og bronkoskopiundersøkelser må være sterilt, så det er ikke hensiktsmessig med mye trafikk.

Fokusgruppedeltakerne fortalte også at det som regel er en lege som utfører gastroskopi- og koloskopiundersøkelser assistert av to sykepleiere. Den ene sykepleieren er med på koloskopiundersøkelsen mens den andre gjør UB-rommet klart eller rent for gastroskopiundersøkelsen. Hvis det er tilstrekkelig med bemanning, kan det la seg gjøre å utføre gastro- og koloskopi samtidig.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

I enden av denne tverrkorridoren er det et kopirom og en arbeidsstasjon som fungerer som fast kontorplass og benyttes av fagsykepleier innen poliklinikk.

Det påpekes at det mangler samtalerom generelt for poliklinikkene. Imidlertid kan man benytte dikteringsrommet som ligger i korridoren mot D2 Nord (Figur 7.14, DIKT).

D2 Nord – Medisinsk fagområde

I den nordlige enden av D2 Nord finner man dagplasser for dialyse, infusjoner og kjemoterapi, med et venteområde midt i korridoren. Det er fem dialyseplasser i et åpent område og en skjermet plass i eget rom, mens kjemoterapi og infusjoner har tre plasser i et åpent område og en skjermet plass. I de åpne dagplassene er det liten mulighet til privatliv noe som er en utfordring i forhold til samtale med lege før og etter undersøkelsen.

Opprinnelig skulle pasienter ved dagplassene benytte handicaptoalettet ved dialyseområdet, men på grunn av cellegiftbehandlingen benytter kreftpasientene handicaptoalettet lengre sør i korridoren. Dette kan derfor ikke brukes av andre. Fokusgruppedeltakerne opplyser om at øvrige pasienter som sitter i rullestol må benytte HC WC i venteområdet ved vestibylen eller ved UB-rommene til gynekologisk poliklinikk.

Deltakerne i fokusgruppen opplyser om at når de har kreftpasienter med smitte, låner de rom i intensivavdelingen, slik at de ikke blir plassert i oppstillingsplassen ved inngangen til D2 Nord.

Dialyseenheten og kjemoterapi har hver sine arbeidsstasjoner, en indre og en ytre del. Hvis man fra infusjonsenheten går sørover i korridoren i D2 Nord, kommer en til et møterom. Dette benyttes også som pauserom og arbeidsplass for ansatte i poliklinikken. I tillegg er det fem arbeidsplasser for ansatte i to arbeidsstasjoner. Videre sørover i korridoren til venstre, kommer man til hudpoliklinikken. Dette er et eget poliklinikkområde med en egen forgang med garderobe og venteplasser. Her utføres blant annet lys- og sårbehandling. Området har et eget bad med badekar. De ansatte kommenterte at enheten fungerer godt. Hudlegen har en arbeidsplass i tilknytning til et av UB-rommene. Denne brukes også av andre leger når hudlegen ikke er til stede.

På andre siden av korridoren for hudpoliklinikken er det gjennomført endringer i bruksområde for noen rom. Rommet som var planlagt brukt til desinfeksjon er delt i to, hvorav det ene rommet brukes til lager og det andre til audiometri. De rommene som opprinnelig var planlagt som lager og audiometrirom er nå blitt til et desinfeksjonsrom. Videre ble nevropoliklinikken flyttet helt nederst i korridoren slik at ØNH-poliklinikken ble samlet nær audiometrirommet.

D2 Nord – Kirurgisk fagområde

Fokusgruppedeltakerne fortalte at området til poliklinikk for øre-nese-hals ikke er godt nok planlagt i forhold til blant annet arbeidsflyt. Dette fordi undersøkelsene i to av UB-rommene gjennomføres på en bestemt måte, men siden disse rommene er speilvendt

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

utformet har dette vært utfordrende. De ansatte påpekte at de tidlig hadde uttrykt ønske om to like rom. Blant annet var øremikroskop festet til en søyle, noe som medførte at de ikke fikk undersøkt øre på høyre side. Dette ble senere endret. I tilbakemelding fra legeföreningen, manglet det en skjerm for fleksible scopi på det ene UB-rommet. Endringer gjort i ettertid har ikke vært optimale, og et av resultatene har vært en reduksjon i antall pasienter innkalt til undersøkelse.

Som i andre poliklinikker, kan de ansatte ikke åpne vinduene for å luften ut rommet. Dette gjør at det både blir varmt og dårlig luftkvalitet. De ansatte påpeker at det her gjøres undersøkelser som fører til vond lukt grunnet skylling av nese og ører, og det er ingen mulighet for utlufting før undersøkelse og/eller behandling av neste pasient. Det ble fortalt at det hender at pasienter har svimtet av.

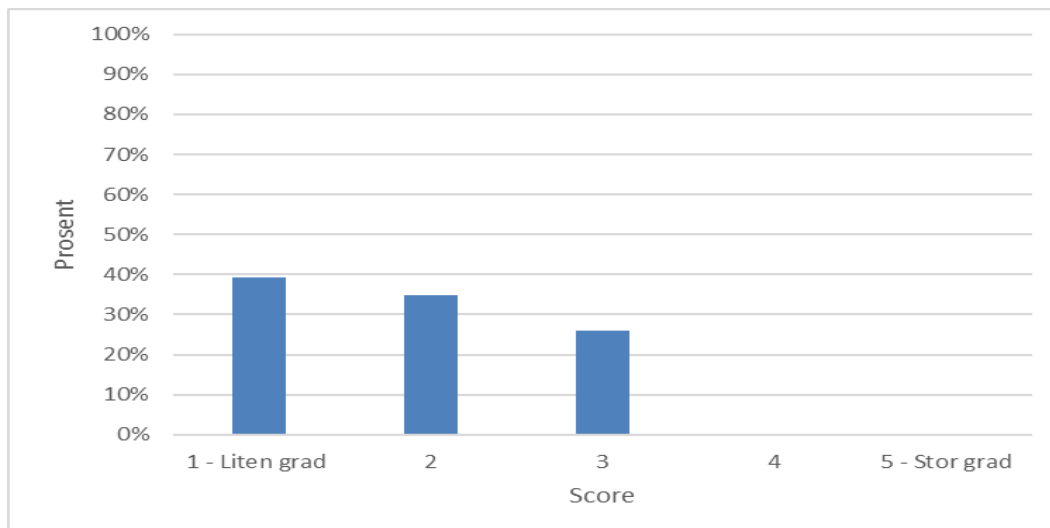
Nevrologisk poliklinikk ligger vegg i vegg med ØNH-poliklinikken, og fungerer greit. Tidligere var det ansatt en ambulerende spesialist innen nevrologi, men sykehuset har nå ansatt en nevrolog i fast stilling.

D2 Sør – Kirurgisk og medisinsk fagområde

Øye-poliklinikken ligger ved venteområdet i vestibylen. I de to største UB-rommene nærmest venteområdet er det utført noen ommøbleringer, men de ansatte kommenterte at dette området fungerer fint. Etter at pasient har vært inn på UB-rommet og får øyedråper, blir pasientene ført til en venteplass i enden av korridoren ved heisen. Deretter utføres videre undersøkelse og behandling. Ved øyeblikkelig hjelp blir pasienten registrert i akuttmottaket og fulgt til øyepoliklinikken.

På hjørne av korridoren er det to UB-rom for nevrologiske undersøkelser, et for blant annet søvnapne og et for EEG-undersøkelser for tilstander som epilepsi, i tillegg til personlighetsforandring, spiseforstyrrelser og lignende. De ansatte kommenterte at disse rommene er mye ledige.

Når det gjelder UB-rommene i felles poliklinikk somatikk, kommenteres ofte utformingen av disse. I tilbakemelding fra ansatte og ledergruppen i Kirkenes sykehus, påpekes det at det er en utfordring at UB-rommene er uhensiktsmessig utformet med lange smale rom, og at en mer kvadratisk form på UB-rommen hadde vært en bedre løsning. Dette gjelder både felles poliklinikk somatikk og poliklinikk innen psykisk helsevern og rusbehandling. I spørreskjemaundersøkelsen blant de ansatte ved poliklinikkene (somatikk og VPP) som besvarte spørreundersøkelsen, viser undersøkelsen i hvilken grad ansatte i ulike avdelinger/enheter er fornøyde med området som de jobber i til daglig. Figur 7.17, viser at ansatte fra poliklinikkene har scoret lavt på utsagnet «Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn - Rommene er hensiktsmessig utformet».



Figur 7.17 Utsagn: «Rommene er hensiktsmessig utformet». Ansatte, felles poliklinikk somatikk, dagbehandling og psykisk helsevern og rusbehandling

Det framkommer av figuren at omtrent 75 prosent av de ansatte ved poliklinikk og dagbehandling som deltok i undersøkelsen har gitt score 1 eller 2 (liten grad), og 25 prosent har gitt score 3, mens ingen har gitt score 4 eller 5 på om rommene er hensiktsmessig utformet.

Sambruk av personell og UB-rom

I forprosjektet og hovedfunksjonsprogrammet (HFP) påpekte man at et nytt bygg skulle legge til rette for organisatoriske forbedringer som sambruk av for eksempel personell, kompetanse og areal.

Fokusgruppedeltakerne kommenterer at idéen om at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal kunne alt innen de ulike fagområdene, ikke alltid er enkelt da man ofte har spesialkunnskap utover det som er basiskunnskap. Selv om man kan bidra på flere felt så har de erfart at det ikke alltid er like effektivt å jobbe på tvers av fagområdene. De kommenterer videre at det legges merke til om en sykepleier jobber innen et spesielt felt eller innen flere felt.

Hvis du skal bli flink til noe, så kan du ikke jobbe med alt.

I praksis betyr dette i hovedsak at de som har medisin som fagfelt holder seg til medisin, mens de som har kirurgi som fagfelt holder seg til kirurgi. Imidlertid er det noen unntak der sykepleiere kan bistå i andre fagfelt ved behov, spesielt de som har lang erfaring, og ble kommentert som følgende:

Det er forskjell på de som jobber med én ting og kan godt det de jobber med, de er mer selvgående. De som jobber med flere ting, er også flinke, men kanskje ikke like selvgående.

Når det gjelder fleksibel bruk av rom påpeker de ansatte at konsultasjoner i UB-rom uten spesialutstyr kan brukes fleksibelt. Blant annet brukes UB-rommene til ortopedi av de medisinske legene til pasientsamtaler. Imidlertid vil UB-rom med stedbundet/fastmontert utstyr begrense tilgjengeligheten for andre brukere.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

I spørreskjemaundersøkelsen blant de ansatte ved poliklinikk og dagbehandling, viser undersøkelsen at gjennomsnittlig score på utsagnet «Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn – «Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder», er 2,2 som er under middelveidien på 3.

7.4.4. Arbeidsplasser

Mangel på arbeidsplasser i felles poliklinikk somatikk ble kommentert under befaring av poliklinikkområdet. De ansatte opplyser om at det er fem PC-er som benyttes av 25 sykepleiere. Det er tilrettelagt arbeidsstasjoner ved hudpoliklinikken, som også benyttes til å spise lunsj. Videre har dialyseenheten og kjemoterapi hver sine arbeidsstasjoner, en indre og en ytre del.

Fra klinikkledelsen påpekes det at det er for få arbeidsstasjoner for sykepleiere i poliklinikkområdet, samt at avstanden fra arbeidsstasjon til mange av UB-rommene er for stor. Dette kommer også til uttrykk i spørreskjemaundersøkelsen blant de ansatte ved poliklinikk og dagbehandling som besvarte spørreundersøkelsen. Undersøkelsen viser at gjennomsnittlig score på utsagnet «Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn – Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser», er 2,7 som er under middelveidien på 3.

I fokusgruppeintervjuene er det et gjennomgående tema at sykehuset har for få kontorer, og at man derfor benytter rom som ikke var tiltenkt kontoroppgaver. Som eksempel nevnes at en arbeidsplass som opprinnelig var planlagt for diktering, nå blir mye benyttet som kontorplass. For å komme til dette rommet må man gå gjennom et kopirom, og det er en ulempe at man ikke kan låse av døren inn til rommet.

7.4.5. Øvrige rom

Samtalerom

Deltakerne i fokusgruppen påpeker at det er behov for samtale mellom helsepersonell og pasient i forbindelse med undersøkelse og/eller behandling uten at samtalen overhøres av andre. Dette er mulig å gjennomføre i de fleste UB-rommene, med unntak av UB-rommene for skopier, der sykepleiere rydder og klargjør rommet til neste pasient mens samtalen foregår. De opplyser imidlertid om at kontorplassen, som tidligere var et dikteringsrom (Figur 7.16, UB-rommet til urologi), kan benyttes til dette så fremt det er ledig. I tillegg etterspørres det et samtalerom med nærhet til dagplassene innen dialyse, kjemoterapi og infusjoner.

Skyllerom/desinfeksjonsrom

I felles poliklinikk somatikk og dagbehandling er det tre skyllerom/desinfeksjonsrom (Figur 7.14). Det påpekes av klinikkledelsen at det er stor avstand til skyllerom fra flere av UB-rommene. Samtidig opplyses det om at benkene i skyllerommene ikke er hev- og senkbare, noe som har gitt belastningsskader hos noen ansatte, samt medvirket til sykefravær.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Lager

Fokusgruppedeltakerne kommenterte at de mangler lagerplass for oppbevaring av utstyr. Blant annet nevnes det at det oppbevares plasskrevende utstyr som for eksempel bårer, på lager som i utgangspunktet var planlagt som varelager (Figur 7.14).

WC/HC WC

Det kommenteres av fokusgruppedeltakerne at det er få toaletter i poliklinikkområdet, både for ansatte og pasienter. For de ansatte er det to toaletter i D2 Nord, i tillegg til et toalett som er lokalisert i hovedventeområdet i poliklinikken. De kommenterer at det ikke er et eget handicaptoalett for ansatte i poliklinikkområdet, men at de har tilgang til dette i underetasjen, der det også er andre toaletter de kan bruke. I tillegg kan de bruke det som er ved gynekologisk poliklinikk.

Når det gjelder toaletter for pasienter er det to toaletter i hovedventeområdet i poliklinikken, hvorav ett er handicaptoalett. I tillegg er det et handicaptoalett ved gynekologisk poliklinikk. Ansatte kommenterer at det for enkelt pasienter kan være lange avstander til toalettet fra der de befinner seg. I tillegg er det også toaletter ved dialyseplassene, kjemoterapi og i enkelte UB-rom.

Spiserom

Deltakerne i fokusgruppen kommenterer at de ikke har eget spiserom i poliklinikkområdet. De påpeker at de ikke alltid har mulighet til å forlate poliklinikken for å gå til kantinen. Dette gjør at enkelte spiser ved arbeidsstasjonene i D2 Nord, mens de som jobber i gynekologisk poliklinikk ofte spiser på UB-rommene, som også fungerer som kontor.

Det informeres om at det er planlagt å skjerme av deler av kantineområdet ved vestibylen til et eget spiseområde for de ansatte.

Når været tillater det, spiser ansatte lunsj i atriene, men ulempen er at telefonene ikke fungerer i disse områdene. De ansatte kommenterte at pasientene har tilgang til det midtre atriet, men det er sjelden de ser noen benytte seg av dette. Dette skyldes kanskje at de ikke er klar over at enkelte atrier kan benyttes.

Når det gjelder pasientene i poliklinikken, så er det kun tilgang på mat i kantinen. Mat kan også hentes av de ansatte fra kjøkkenet som ligger i sengeområdet.

Møte- og pauserom

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at de ansatte ved felles poliklinikk somatikk og dagbehandling som har besvart spørreundersøkelsen, er over gjennomsnittlig fornøyd med at møtearealene er lett tilgjengelige.

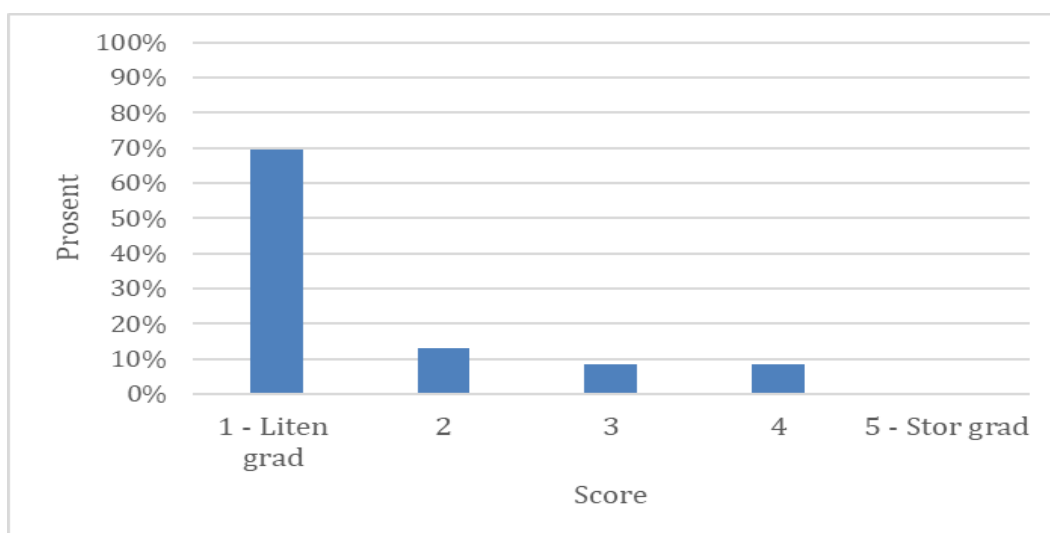
I fokusgruppeintervju opplyses det om at møterom, som ofte benyttes som rapporteringsrom og pauserom, er for små i forhold til bemanningen i poliklinikken. Fokusgruppedeltakerne opplyser også at det kun er et fåtall som kan reserveres. Dette gjør at man må være tidlig ute med reserveringen.

I tilbakemelding fra legeforeningen kommenteres det også at de store møterommene har dårlig akustikk, slik at det er vanskelig å høre hva som bli sagt i andre deler av rommet. De mener videre at det er for få møterom. De har erfart at det er store utfordringer med IKT-utstyret på møterommene, både når det gjelder oppkobling og funksjonalitet.

7.4.6. Innemiljø

Manglende solavskjerming og ventilasjon samt vinduer som ikke kan åpnes er tema som går igjen blant fokusgruppedeltakerne.

I tilbakemelding fra ledelsen i Kirkens sykehus påpekes det at det er en utfordring med ventilasjon i poliklinikk- og dagområdene. Dette kommer også til uttrykk i spørreskjemaundersøkelsen blant de ansatte ved felles poliklinikk somatikk og dagbehandling som besvarte spørreundersøkelsen. Undersøkelsen viser i hvilken grad ansatte i ulike enheter er fornøye med området som de jobber i til daglig. Figur 7.18 viser at de ansatte har scoret lavt på utsagnet «Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn – Vi er fornøye med ventilasjonen».



Figur 7.18 Utsagn: «Vi er fornøye med ventilasjon». Ansatte, felles poliklinikk somatikk, dagbehandling og psykisk helsevern og rusbehandling

Det framkommer av figuren at i overkant av 80 prosent av de ansatte ved felles poliklinikk somatikk og dagbehandling som deltok i undersøkelsen har gitt score 1 eller 2 (liten grad), i underkant av 20 prosent har gitt score 3 eller 4, mens ingen har gitt score 5

Det informeres om at Finnmarkssykehuset HF gjennomfører forbedringer i rom der det er identifisert utfordringer. Dette innebærer at sensorer som måler temperatur, luftfuktighet og CO₂ er blitt montert i rommene. Sensorene ble plassert i arbeidshøyde. I september 2021 var det igangsatt arbeid for å montere utvendig solavskjerming.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

De ansatte kommenterer imidlertid at UB-rommene hadde fungerte bedre til vanlige konsultasjoner hvis man kunne ha åpnet vinduene og/eller at ventilasjonen hadde fungert som planlagt. I en skriftlig tilbakemelding fra Legeforeningen ble det også påpekt utfordringer i temperaturreguleringen.

I spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant ansatte, fikk utsagnet «Det er tilstrekkelig med arbeidslys» gjennomsnittlig score på 4,2 på en skala fra 1 til 5 (fra helt uenig til helt enig). I forbindelse med befaringen ble det kommentert at det generelt sett er liten mulighet for manuell lysregulering.

I forbindelse med befaringen ble det også opplyst om at det er problematisk å flytte skap ved behov for ommøblering på UB-rommene, og bord på møterom, da disse er fastmonterte. Dette opplever de er lite fleksibelt i forhold til bruk av rommene.

7.4.7. Vareflyt og forsyning

Fokusgruppedeltakerne opplyser om at felles poliklinikk somatikk og dagbehandling i hovedsak benytter aktiv forsyning fra sentrallageret. Personalet i poliklinikkområdene identifiserer om det mangler varer og henger opp brikker når det begynner å bli tomt i lageret. Videre er det ansatte fra sentrallageret som leverer og fyller på varer i skapene på lageret, skanner og legger inn varene. I dialogmøte 3.6.2021 ble det opplyst om at personalet fra sentrallageret kjører varene opp til poliklinikken i vogn via heis, og videre i hovedkorridoren til de ulike lagrene. I tillegg bestiller sykepleiere spesialutstyr og eventuelt andre varer via innkjøp eller avtaler. De ansatte opplever at dette tar mye tid.

Når det gjelder rengjøring av sterilt flergangsutstyr, vaskes dette av sykepleiere i oppvaskmaskinen på desinfeksjonsrommene i poliklinikk én gang før det leveres til sterilsentralen, med unntak av scop som vaskes i poliklinikken. I felles poliklinikk somatikk er det et desinfeksjonsrom i D2 Nord, i tillegg til et desinfeksjonsrom tilknyttet UB-rommene for scopi-undersøkelser.

Sterilsentralen er lokalisert i B2 Nord. De opplyser om at alle avdelingene, med ett unntak, gjør det på samme måte ved at de selv vasker flergangsutstyret én gang, som deretter legges i egne bokser før det leveres på sterilsentralen. Unntaket er sengeposten på føde og gynekologisk, der flergangsutstyr blir hentet og levert av ansatte på sterilsentralen.

Fokusgruppedeltakerne informerte om at avfall blir hentet i desinfeksjonsrommet av portør og fraktet via hovedkorridoren til avfallsrommet som ligger ved venterommet. Dette gjelder kun ukedagene mellom kl. 7-14. Kveld, natt og helg, samt ved ytterligere behov, gjøres dette av helsepersonell. I avfallsrommet er det en sjakt for tøy og en for restavfall ned til underetasje 1 (U1).

7.4.8. Renhold

På UB-rommene rengjøres gulvet hver dag av renholdspersonell, mens helsepersonell rengjør overflater og benker. Når det gjelder renhold av kontorer, var det planlagt at det skulle vaskes to ganger i uken. Imidlertid påpeker fokusgruppedeltakerne at det som betegnes som kontorområder her, inkluderer arbeidsstasjonene i D2 Nord (Figur 7.14), der mellom 20 og 24 personer er innom i løpet av en dag. Da er det ikke tilstrekkelig å vaske så sjeldent, og vaskehyppigheten ble derfor endret til daglig vask.

Under befaring ble det kommentert at det er vanskelig å rengjøre vegger på grunn av malingstypen, noe som blant annet medførte at det ble satt opp en plate på veggen til UB-rommet for Flowmetri. Dette rommet ligger i tverrkorridoren i krysset ved fløy D2 Nord (Figur 7.14).

De kommenterer at det hadde vært en bedre løsning om renhold ble underlagt poliklinikken framfor driftsavdelingen, da organiseringen er utfordrende for å få til endringer. Fokusgruppedeltakerne syntes det burde vurderes å endre organiseringen.

7.5. Hovedfunn og konklusjoner

Ansatte fra felles poliklinikk somatikk som deltok i fokusgruppeintervju, oppsummerte at de var aller mest fornøyde med lokaliseringen av sykehuset, med fin beliggenhet og utsikt over vannet. Spørreundersøkelsen viste også at de ansatte var godt fornøyde med hovedinngangen, det åpne vestibyleområdet, og at de var fornøyde med at enheten er tiltalende utformet og legger til rette for samarbeid.

Når det gjelder hovedfunn i evalueringen av felles poliklinikk somatikk, fremheves spesielt forhold knyttet til manglende skilting, utforming av undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom), dagplasser, arbeidsplasser og kontorer, møte-, pause- og spiserom, samt renhold.

Innsjekking og skilting

Pasientene registrerer seg i innsjekkingsautomatene i vestibylen og får informasjon om venteområde. I de tilfellene de verken skriver ut lappen med opplysninger om venteområde eller ser nummeret på skjermen, blir de usikre på hvor de skal gå. Spesielt når pasientene skal til flere polikliniske undersøkelser samme dag, kan det være en utfordring for ansatte å få tak i/finne pasientene.

Manglende skilting i Kirkens sykehus bidrar også til at det kan være utfordrende for pasienter å finne fram.

Undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom)

Mange av UB-rommene i felles poliklinikk somatikk er lokalisert i nærheten av vestibyle og hovedventeområdet, mens det er noe lengre avstander til andre UB-rom.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Evalueringen viser at ansatte er godt fornøyde med poliklinikkene for hud/lysbehandling og nevrologi, samt at de har fått eget rom til behandling innen Flowmetri.

På romnivå er det variasjon i Kirkenes sykehus både i romstørrelser og standardisering av romgeometri. Dette kan gi mindre fleksibilitet i tiden fremover da standardisering ofte er nødvendig for å endre funksjon i rom. Dette gjelder både generelle (standard) og spesielle UB-rom. Imidlertid er mange av de generelle UB-rommene utformet slik at det kan legges til rette for endringer i fagområder og/eller pasientgrupper over tid.

Spesialrommene er ofte innredet med utstyr beregnet for spesifikke undersøkelser og behandlinger, og det er mer utfordrende å endre funksjonsområde uten større ombygginger/endringer.

I tillegg har enkelte standard/generelle UB-rom mye stedbundet utstyr som ikke kan flyttes inn og ut av rommet. Dette medfører at de er lite tilgjengelig for andre fagområder. Videre er noen av UB-rommene for små. Arealet er for lite både i forhold til utstyr og antall helsepersonell. Det kan også være behov for å ha pårørende inne på UB-rommet. Samtale mellom lege og pasient ivaretas i de rommene der det ikke er behov for å gjøre klart til neste pasient før man har avsluttet samtalen.

I enkelte perioder kan det være for lite tilgjengelige UB-rom. Dette gjelder spesielt når flere innleide spesialister har arbeidssted i poliklinikken samtidig. I tillegg kan det på sikt bli behov for flere poliklinikkrom (jf. kapittel 4).

Et generelt problem i UB-rommene er dårlig luft og varierende temperatur, spesielt ved enkelte undersøkelser og i rom med mye utstyr som genererer varme.

Dagplasser

Området til medisinsk dagbehandling er lokalisert ligger lengst bort fra hovedinngangen. Dagplasser til dialyse har en god størrelse, mens dagplassene til kjemoterapi og infusjon er noe mindre i areal per dagplass.

For de dagplassene som ligger i et åpent område, er det vanskelig å overholde konfidensialitet, både før og etter behandlingen. Når det gjelder kapasitet, kan det på sikt bli behov for å øke antallet dagplasser.

Arbeidsplasser og kontorer

Det er få arbeidsplasser med tilgang til PC. I tillegg er det lange avstander til arbeidsstasjoner for noen av UB-rommene. Videre er mangel på kontorplass et tema som omfatter hele sykehuset.

Møterom, pauserom og spiserom

Møterommene benyttes også som rapporteringsrom og pauserom. Selv om møterommene kan være lett tilgjengelige i forhold til lokalisering, kan det være utfordringer både i forhold til størrelse på rommene og at kun et fåtall kan reserveres.

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Det er ikke planlagt spiserom for ansatte i poliklinikkområdet. Ifølge planleggingen skal kantinen benyttes. Det er dermed begrenset mulighet til å trekke seg tilbake for å ha en skjermet spisepause.

For de ansatte som benytter UB-rommene til kontor, brukes rommet også som spiseplass. I forhold til dårlig ventilasjon og manglende mulighet for utlufting er dette ikke optimalt.

Renhold

Ansatte innen renhold er organisert under driftsavdelingen, noe som har vært utfordrende i forhold til hyppigheten av rengjøring i områder med mye trafikk. Dette spesielt i forhold til å ivareta smittevern.

Kapasitet

Den relative veksten i dagbehandlinger (dialyse, kjemoterapi og infusjoner) medfører at man enten må øke antall dagplasser, eller øke utnyttingsgraden i forhold til det som var planlagt.

Innen felles poliklinikk somatikk viser beregningene at det blir behov for enten å utvide kapasiteten, eller å legge om driften av dagens poliklinikk med høyere utnyttingsgrad, og/eller en overgang til en høyere andel digitale konsultasjoner som ikke krever fysisk oppmøte for pasienten.

7.6. Forbedringsforslag

Forbedringsforslag felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Nedenfor presenteres forbedringsforslag knyttet til felles poliklinikk somatikk og dagbehandling punktvis. De samlede forbedringsforslagene for Kirkenes sykehus er mer utførlig beskrevet i kapittel 12.

Forslag til forbedringer bygger på resultatene som er kommet frem i evalueringen. Forbedringsforslagene er drøftet med Finnmarkssykehuset HF, men det er ikke gjort vurderinger eller utredninger knyttet til prosjektering, bygging og kostnader. Tiltakene nedenfor er ment som forslag til Finnmarkssykehuset HF for videre vurdering og prioritering.

Innsjekking og skilting

Bedre skilting og innsjekkingsløsninger vil kunne redusere noe av behovet for bistand av leger og sykepleiere til å hente og følge pasientene.

- Bedre teknologiske løsning i selvinnsjekkautomatene som kan bidra til å løse pasientenes problemer med å finne frem til venteområdet.
- Gjennomføre en vurdering av personlogistikk i poliklinikken. Det foreslås å vurdere om helsefagarbeidere eller andre kan bistå med dette arbeidet, og i tillegg hjelpe pasienter med av- og påkledning når det er behov for det. En slik

Kapittel 7 Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

jobb-/oppgaveglidning vil frigjøre tid til mer direkte pasientrettet arbeid for leger og sykepleiere.

I forhold til skilting i Kirkens sykehus, har Finnmarkssykehuset HF informert om at investering i dette arbeidet er planlagt og inkludert i budsjett. Kirkens sykehus anbefaler at tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner hensyntas i arbeidet.

Undersøkelles- og behandlingsrom (UB-rom)

Det anbefales en kartlegging av fagområdene, blant annet for å vurdere om det er mulig å flytte noen områder til bedre egnede rom, eller gjennomføre en ombygging der det er mulig. Gjennomgå poliklinikkområdet for å vurdere om gynekologierom kan få mer areal og/eller om det er mulig å etablere flere toalett. Det anbefales også å kartlegge muligheten for bedre forutsigbarhet i forhold til å innleie spesialister, samt etablere elektronisk booking av rom for bedre utnyttelse av rom på tvers av fagområder

- Benytte UB-rom CN 2590 for fagområdet gynekologi. Det opprinnelige gynekologierommet CN 2570 kan deles av slik at det blir bygd ett toalett (mot korridor) som kan benyttes av to UB-rom. Arealet mot yttervegg i CN 2570 slås sammen med gynekologierom CN 2550. Dette gir to større UB-rom for gynekologi, og tilgang til toalett fra to UB-rom. På evalueringstidspunktet benyttet diabetessykepleier Rom CN 2590. Den foreslåtte omrokkingen medfører at diabetessykepleier må flytte til et annet rom.
- Det er en venteplass CN2022 som kan ombygges til toalett dersom venteplassen kan flyttes ut i korridor. Det forslås først en kartlegging i bruken av venteplassen.
- Utrede om gynekologisk poliklinikk kan etableres i sengeområdet for føde og gynekologi for å frigjøre UB-rom til andre fagområder.
- Et annet forslag som kan utredes, er om gynekologierom kan bytte plass med større rom i hjertepoliklinikken. Dersom denne endringen skal gjennomføres, bør det være en permanent løsning fordi flytting av utstyr fra dag til dag ikke er hensiktsmessig.
- For å oppnå jevn bruk av poliklinikkrom og sikre at støttepersonell er tilgjengelig, bør man forsøke å få en større forutsigbarhet i planlegging av innleie av spesialister.

Dagplasser

Det er behov for samtalerom i området for dialyse og kjemoterapi.

- Vurdere om det kan bygges en sone eller rom for samtaler i arealet som kalles oppholdsrom/venterom (DN 2310), eller dele opp rommet. En garderobeplass for pasientene kan etableres foran inngang til samtalerommet.

Arbeidsplasser og kontorer

Det er mangel på arbeidsplasser og kontorer for ansatte.

- Det anbefales å kartlegge bruken av arbeidsplassene og kontor, samt å se på muligheten for å etablere flere arbeidsplasser.

Møterom

- For å kunne utnytte møterommene bedre, anbefales det å kartlegge bruken av disse, samt tilrettelegg for at flere møterom kan reserveres.

8. Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

Dette kapittelet omhandler poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling ved Kirkenes sykehus. Kartleggingen av byggets egnethet presenteres nedenfor med resultater fra spørreundersøkelsen blant pasienter. Da det var få besvarelser blant ansatte fra dette poliklinikkområdet, inngår de i resultatene presentert i kapittel 7.3.2.

Evalueringen av poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling er i hovedsak utført ved spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte, befarings- og fokusgruppeintervju med ansatte, samt oppfølgingsmøter med tillitsvalgte, verneombud og ledelse i Kirkenes sykehus og i Finnmarkssykehuset HF.

Poliklinikkene innen psykisk helsevern og rusbehandling på plan 3 i fløy D Nord består følgende enheter:

- *Psykisk helsevern og rus – Voksenpsykiatrisk poliklinikk Kirkenes (VPP)* gir tilbud om vurdering, utredning og behandling til personer over 18 år med psykiske lidelser og ruslidelser etter henvisning fra fastlege eller fra lege på sykehus og gir psykiatrisk tilsyn til inneliggende pasienter ved Kirkenes sykehus etter henvisning fra avdelinger ved sykehuset. Når det gjelder ruslidelser, vil denne aktiviteten også omtales som tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
- *Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Kirkenes (BUP)* gir tilbud om vurdering, utredning og behandling til barn og ungdom 0 – 18 år med psykiske problemer, etter henvisning fra fastlege eller leder for barneverntjenesten. I tilfeller der behandlingen anses som viktig å gjennomføres, viderebehandles unge voksne opp til 23 år.

På plan 3 i fløy D Sør følgende enheter lokalisert;

- *Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO)* - HAVO gir tilbud om vurdering og utredning av til personer over 18 år med komplekse og sammensatte funksjonshemminger som er medfødt eller tidlig ervervet.
- *Ambulant rehabiliteringsteam (ART)* - ART bistår voksne med funksjonssvikt som gir langvarige og sammensatte problemer, og legger til rette for samarbeid mellom ulike faginstanser på tvers av profesjoner, etater og nivåer.
- *Helse I Arbeid (HIA)*³⁵ – HIA gir tilbud om utredning og følger opp personer som har falt ut eller står i fare for å falle ut av arbeid eller skole/utdanning, og der årsaken antas å være vanlige muskel- og skjelettplager og/eller vanlige psykiske plager.

³⁵ I e-post 4.11.2021 informeres det om at HIA startet i 2019, og at man det første året brukte tid på å få etablert dette tilbudet.

Poliklinikkene for voksenpsykiatri og rusbehandling (VPP) samt barne- og ungdomspsykiatri (BUP), har en felles ekspedisjon og ventesone. Dette er også ventesone for pasienter som er henvist til HAVO, ART og HIA.

8.1. Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer i poliklinikkene innen psykisk helsevern og rusbehandling, samt barn og unge i det tidligere sykehuset og planlegging av de nye områdene i Nye Kirkenes sykehus for poliklinikker innen VPP og BUP.

8.1.1. Prosjektutløsende behov – utfordringer

Det framheves i Idéfasen, datert 1.12.2008, at en samhandling i tjenestetilbudet mellom somatikk og psykisk helsevern omfatter både primær- og spesialisthelsetjeneste. I forprosjektrapporten ble følgende beskrevet;

«Kirkenes sykehus er et lokalsykehus som leverer tjenester innen somatikk og psykisk helsevern til befolkningen i Øst-Finnmark. I tillegg har sykehuset en foretaksovergripende rehabiliteringsavdeling som leverer tjenester til hele Finnmarks befolkning».

Det ble videre framhevet at integrering av psykisk helsevern, rus og somatikk gjennom konkret samarbeid i pasientbehandlingen, samlokalisering, felles arealbruk og ”en dør inn”, skulle gi et fremtidig og kvalitetsmessig godt tilbud.

I hovedfunksjonsprogrammet (HFP), datert 10.12.2009, ble det lagt vekt på at det utstrakte samarbeidet VPP og BUP har med medisinsk avdeling ved klinikk Kirkenes, skulle formaliseres og videreutvikles i Nye Kirkenes sykehus. Dette med bakgrunn i at pasienter med psykiske helseproblemer og/eller rusproblematikk ofte legges inn ved medisinsk avdeling klinikk Kirkenes.

I tillegg ble det påpekt at med bakgrunn i at VPP både gir konsultasjon og tar imot henvisninger fra somatikken, kreves samhandling mellom klinikk for Psykisk Helsevern og Rus og Klinikk Kirkenes, både ved medisinsk og fysikalsk avdeling, ergoterapi, rehabilitering, ambulant team med flere.

8.1.2. Planlegging av poliklinikkene

I HFP, Forprosjektrapport, datert 27.06.2013, og Addendum til Forprosjektrapport, datert 21.11.2013, beskrives planene for poliklinikkområdene til VPP og BUP. Disse gjengis nedenfor.

Som utgangspunkt for planleggingen innen psykisk helsevern og rusbehandling ved Nye Kirkenes sykehus, var Klinikk for Psykisk Helsevern og Rus med et distriktpsikiatrisk senter (DPS) bestående av følgende enheter; døgnenhet og voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) lokalisert i Tana, samt VPP og barnepsykiatrisk poliklinikk (BUP) som

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

var samlokalisert ved Kirkenes sykehus (Idéfasen). Innen VPP og BUP ved Kirkenes sykehus, omfattes poliklinisk virksomhet med fast ansatte terapeuter som driver individualterapi, gruppeterapi, familieterapi og ambulant virksomhet til de syv kommunene Sør-Varanger, Vadsø, Vardø, Båtsfjord, Berlevåg, Tana og Nesseby (HFP, revidert 1.11.2010).

Videre var det i planleggingen av Nye Kirkenes sykehus viktig å utrede og konkretisere tiltak innen psykisk helsevern og rusbehandling, som skulle gi ønsket effekt i forhold til sammenhengen mellom døgn, dag og poliklinikk (Forprosjekt). Når det gjelder psykisk helsevern og rusbehandling, ble det sent i delfunksjonsprogramprosessen inkludert 10 døgnplasser i Nye Kirkenes sykehus (Forprosjektrapport). Disse var planlagt å ligge i D3 (fløy D, plan 3) Sør. Imidlertid ble disse høsten 2013 tatt ut av prosjektet da hele fløy D Sør utgikk fra prosjektet (Forprosjekt addendum datert 21.11.2013).

Gjennom idé- og konseptfasen var det et mål å integrere psykisk helsevern, rus og somatikk, og at det videre i arbeidet skulle legges særlig vekt på helhetlige pasientforløp og samhandling internt i sykehuset og med eksterne samarbeidspartnere (Konseptrapport 12.11.2010).

HFP ble det lagt vekt på at den polikliniske virksomheten skulle samlokaliseres og organiseres i en stor poliklinikk, der medisinsk poliklinikk, kirurgisk poliklinikk, gynekologisk poliklinikk, poliklinikk innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og voksne psykiatri (VPP) inngår. Videre beskrives det at poliklinikkene vil få en felles resepsjon, en felles innkallingsenhet og en felles kode-/skriveenhet.

Det påpekes i SINTEF-rapport, datert 21.4.2010, at Kirkenes sykehus har døgnplasser innen rehabilitering (Avdeling ReHabilitering). Videre kommenteres det i HFP at sykehuset har ansvar for all rehabiliteringsvirksomhet i Helse Finnmark, der ART og HAVO inngår. Det påpekes at dette blir opprettholdt og styrket i planperioden.

I forhold til nærhetsbehov, framheves det at det vil være hensiktsmessig for ART og HAVO å være plassert i nærheten av klinikk for Psykisk helsevern og rus, da man vil ha behov for sambruk av testrom, samt at en forventer behov for utveksling av kompetanse, og økt samarbeid mellom personell blant annet.

8.2. Areal behandlerkontor

Poliklinikkene for VPP og BUP er i Kirkenes sykehus utformet med behandlerkontor, det vil si at de polikliniske konsultasjonene i hovedsak skjer på behandlerens enekontor. Det er i tillegg noen flere andre romtyper egnet for gruppe/familieterapi.

Standardromskatalogen gir ingen anbefalt størrelse her. Behandlerkontorene på 12 m² er likevel i samsvar med det man ellers finner i andre sykehus, men selve utforming av

rommene kan variere. Når det gjelder de ulike terapierommene vil disse bli nærmere omtalt i kapittel 8.6.

8.2.1. Kapasitet

I HFP, ble det beregnet et kapasitetsbehov for seks poliklinikkrom for BUP og VPP, i tillegg kommer kontorer for personell som utøver ambulant, poliklinisk aktivitet. I plantegninger fra 2015 (Momentum Arkitekter AS) og tilbakemeldinger fra Kirkenes sykehus, ble det fordelt 11 behandlerkontor til begge sektorene. Det informeres også om at antall stillingshjemler i 2021 er 28, fordelt på 4 merkantil ansatte og 24 behandlere med tilgang til egne kontorer.

Framskrivningen som er beregnet i kapittel 4 viser at det i 2035 vil være behov for 13 behandlerkontor innen VPP. Kirkenes sykehus kommenterer at det er planlagt med 13 stillinger innen i 2022.

Når det gjelder BUP, opplyses det fra Kirkenes sykehus om at de per i dag har stillingshjemler til 14 (i praksis behandlerkontor), og det er søkt om to stillinger over budsjettet i 2022.

Det etterspørres også behandlerkontor til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i sykehuset.

Det kommenteres ledergruppen i Kirkenes sykehus at det har vært, og er, utfordringer i forhold til både rekruttering av spesialister og noe høyt sykefravær ved de psykiatriske poliklinikkene. Dette kan være medvirkende årsaker til at aktiviteten ved sykehuset i en periode ikke har kunnet gjennomføres som ønsket.

Når det gjelder kapasiteten til behandlerkontor innen HAVO, ART og HIA, er det ikke gjennomført beregninger spesielt for denne pasientgruppen. Evalueringen viser imidlertid at det er mangel på behandlerkontor, noe som skyldes at det er for få kontorer generelt i sykehuset, samt at arealer til HIA ikke var planlagt i Nye Kirkens sykehus.

8.3. Kartlegging av byggets egnethet – VPP og BUP

Evalueringen av poliklinikkene for VPP og BUP er utført ved spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte, befaring og fokusgruppeintervju med ansatte, samt oppfølgingsmøter med tillitsvalgte og ledelse ved Kirkens sykehus.

8.3.1. Spørreundersøkelse blant pasienter

For å få kunnskap om pasientenes opplevelse og erfaring med utformingen av de nye lokalene etter innflytting, ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant pasienter 18 år og eldre i poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling ved Kirkenes sykehus.

Metode

Spørreskjemaet ble utarbeidet av Sykehusbygg HF med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler, og sjekklister for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI). For å kunne gjennomføre spørreskjemaundersøkelsen er det ifølge Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) tilstrekkelig at pasientene samtykker til deltagelse ved å besvare spørreskjemaene.

Utdeling av informasjonsskriv og innsamling av utfylte spørreskjema ble utført av ansatte ved Kirkenes sykehus. Det ble oppnevnt en kontaktperson som tok ansvar for å dele ut og samle inn skjemaene. Det ble hengt opp informasjonsplakater om spørreundersøkelsen hvor pasientene ble oppfordret til å svare.

Inklusjonskriteriene var:

- Pasienter som er 18 år eller eldre
- Samtykkekompetanse
- Forstå norsk
- Fysisk og psykisk helse er slik at det er etisk forsvarlig å spørre pasienten om å delta i studien (vurderes av sykepleier/helsepersonell)

I utgangspunktet var det planlagt at spørreskjema i hovedsak skulle besvares elektronisk (via mobil eller PC), men det skulle også være mulig å svare på papir.

Plakater og informasjonsark i A4-format med QR-koder ble gjort tilgjengelig for pasientene. Ved å skanne QR-koden fikk pasientene tilgang til spørreskjemaet. Undersøkelsen startet 4. desember for pasienter i psykiatrisk poliklinikk (PVV) og avsluttet 20. desember 2020 (totalt 2 uker).

Pasientene som skulle til poliklinikkene, fikk informasjon om undersøkelsen ved hovedinngangen. Alle fikk beskjed om at undersøkelsen burde besvares etter at pasienten hadde vært i poliklinikken. Dette var viktig fordi flere spørsmål handlet om opplevelsen av utforming av rom og områder, blant annet undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom), som også vil bli omtalt som behandlerkontor. Papirskjema var lett tilgjengelig for de som ikke ønsket å benytte QR-kode.

Besvarte spørreskjemaer ble sendt til Sykehusbygg HF, som registrerte datamaterialet og foretok analyser ved bruk av Excel og SPSS.

Det kom inn totalt 12 utfylte skjemaer fra VPP.

Undersøkelsen startet med spørsmål om avdeling, kjønn, aldersgruppe, om pasienten tidligere hadde vært i poliklinikken, andre undersøkelser samme dag (blodprøvetaking, røntgen o.l.) og lengden på oppholdet.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

Hoveddelen av undersøkelsen består av 38 spørsmål inndelt i fem temaområder, der pasientene ble bedt om å svare på hvor fornøyde de er med utforming og virksomhet av poliklinikkområdene. Et eksempel er spørsmålet: «Mulighet til å snakke skjermet med personalet i ekspedisjon/skranke». Det skulle oppgis i hvor stor grad pasientene er fornøyde med muligheten for dette på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). I besvarelsen betegnes skalaen videre som følger: 2 (misfornøyd), 3 (verken/eller) og 4 (fornøyd).

Etter hvert tema fulgte et felt der pasienten kunne skrive inn sine kommentarer. Nedenfor beskrives innholdet i de fem temaene.

Tema 1: Orientering og oversikt

Temaet undersøker om det er lagt godt til rette for å orientere seg i bygget, å finne frem til undersøkelsesrom, røntgen og laboratorier for prøvetaking, og for å få hjelp ved behov.

Tema 2: Innsjekking og betaling

Temaet undersøker hvordan innsjekking og betalingsløsning i skranke og på automat fungerer.

Tema 3: Kontakt med personalet i poliklinikken

Temaet handler om opplevelsen av personalets tilgjengelighet, tilrettelegging for samtaler med helsepersonell, og om pasientene opplever å bli møtt med respekt. Det inngår også et spørsmål om vurdering av ventetiden fra avtalt time til avtale i poliklinikken.

Tema 4: Venteområdet i poliklinikken

Temaet handler om oppfatninger om ulike kvaliteter ved ventearealene, som områdets størrelse, farge- og materialbruk, sittekomfort, mulighet til å sitte skjermet, og tilgjengelighet for rullestol.

I tillegg omfatter temaet oppfatninger om tilgang til mat og drikke, tilgang til toalett, og mulighet til å følge med på når det er pasientens tur.

Tema 5: Undersøkelles- og behandlingsrom (behandlerkontor) i poliklinikken

Spørsmålene i tema undersøker opplevelsen av kvaliteter ved undersøkelsesrommet (behandlerkontoret) som størrelse, fargebruk, inneklime, skjerming mot innsyn, og tilgjengelighet for rullestol. I tillegg omfatter temaet tilgang på toalett og tilrettelegging for omkledding, samt avstanden fra venteområde til UB-rommet/behandlerkontoret.

I tillegg til disse temaene ble det stilt et åpent spørsmål om hva sykehuset kan gjøre bedre. Spørsmål som ikke var relevante kunne stå ubesvart.

Pasientene som har besvart spørreundersøkelse representerer poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling (VPP).

Resultater

Resultatene fra undersøkelsen presenteres ved ni figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de fem temaene, mens den andre viser fordelingen av svaralternativene fra score 1 (svært misfornøyd) til score 5 (svært fornøyd) for de ulike fem temaene. Deretter presenteres figurer som utdyper resultatene for hvert tema. De to siste figurene oppsummerer spørsmål som fikk høyest og lavest score. Til slutt i spørreskjemaene kunne pasientene komme med synspunkter på hva sykehuset kan gjøre bedre. Disse er oppsummert til slutt i dette kapitlet.

De prosentvise tallene som presenteres i figurer og tekst, er summert og avrundet. Dette kan medføre at summene som oppgis, kan avvike noe fra 100 prosent.

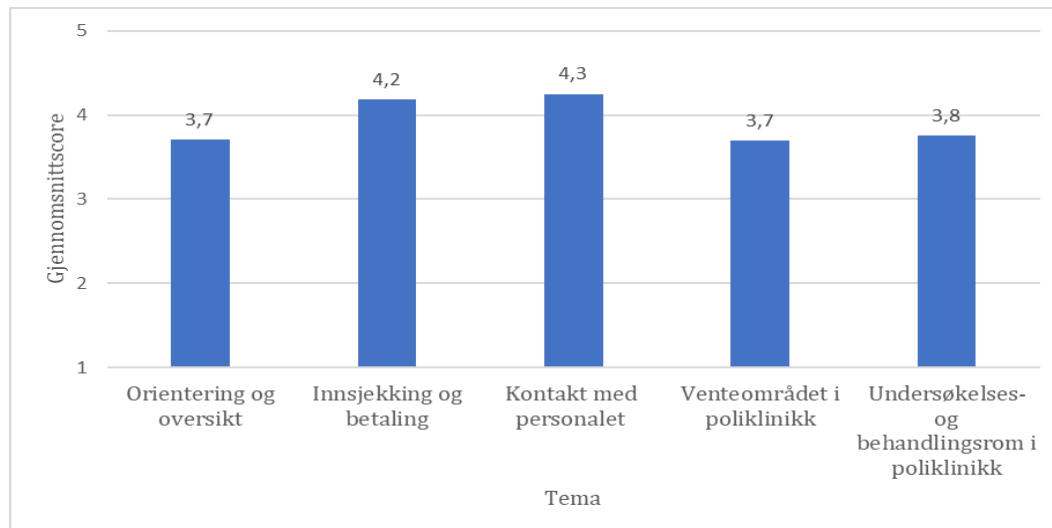
Det var flest kvinner som deltok i spørreundersøkelsen, og majoriteten av pasientene var i aldersgruppen 18 til 50 år.

Pasientene ble spurt hvor lenge de hadde oppholdt seg på sykehuset ved dette besøket. De fleste oppga at de hadde vært til konsultasjon/behandling mellom 45 og 90 minutter.

Det ble også stilt spørsmål om dette var det første besøket i poliklinikkene innen psykisk helsevern og rusbehandling, hvor de aller fleste oppga at de hadde vært der tidligere.

Samlet oversikt over de fem tema i undersøkelsen

Resultatene for alle pasienter som har vært i poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling og som har deltatt i undersøkelsen, presenteres nedenfor. Figur 8.1 viser gjennomsnittlig score for de fem temaene i undersøkelsen.



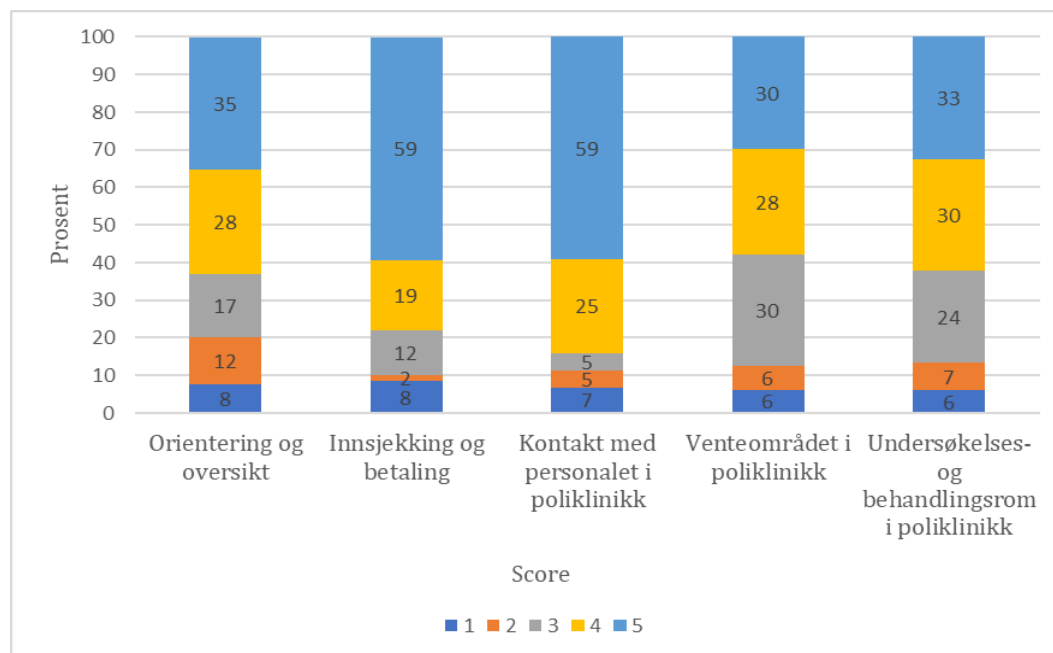
Figur 8.1 Fem tema med gjennomsnittlig score pr tema. Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd) for områdene: *Orientering og oversikt*, *Innsjekking og betaling*, *Kontakt med personalet i poliklinikken*, *Venteområdet i poliklinikken* og *Undersøkelles- og behandlingsrom (Behandlerkontor) i poliklinikken*.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for alle fem temaene samlet sett fra 3,7 til 4,3, og er over middelerdien (3). Dette gir et hovedinntrykk av at pasientene som har besvart undersøkelsen, er fornøyd med de forholdene som undersøkelsen omhandler. Temaene *Kontakt med personalet i poliklinikken* (4,3) og *Innsjekking og betaling* (4,2) fikk høyest gjennomsnittlig score.

Figur 8.2 viser fordeling av score for de ulike temaene.



Figur 8.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Det framgår av figuren at 84 prosent av pasientene ga *Kontakt med personalet i poliklinikken* score 4 eller 5 og 5 prosent ga score 3. Videre ga 78 prosent av pasientene *Innsjekking og betaling* score 4 eller 5, og 12 prosent ga score 3. Dette viser at en høy andel av pasientene som deltok i undersøkelsen, er fornøyd med områdene for innsjekking og betaling, samt med kontakten med personalet.

På de tre øvrige temaene er det noe større variasjon. På temaene *Orientering og oversikt* og *Undersøkelles- og behandlingsrom i poliklinikken*, ga 63 prosent score 4 eller 5, mens 58 prosent ga score 4 eller 5 på *Venteområdet i poliklinikken*.

Videre ga 17, 24 og 30 prosent av pasientene score 3 på henholdsvis *Orientering og oversikt*, *Undersøkelles- og behandlingsrom i poliklinikken* og *Venteområdet i poliklinikken*.

Resultatene tyder på at pasienter var minst fornøyd med orientering og oversikt i poliklinikken, der 20 prosent av pasientene ga score 1 eller 2.

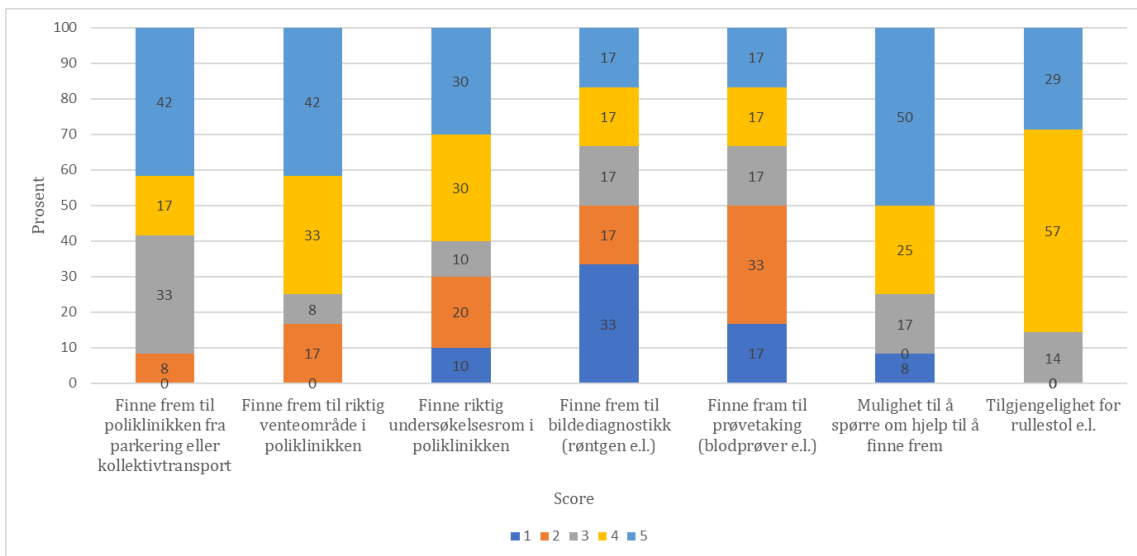
Tema 1 Orientering og oversikt

Pasientene ble stilt flere spørsmål om erfaringer med å finne fram, for å undersøke om sykehuset har lagt godt til rette for orientering og tilgjengelighet.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

Figuren nedenfor presenterer fordelingen av score for spørsmålene som inngår i dette temaet. Det framgår av figuren at pasientene var mest fornøyde (score 4 eller 5) med å finne frem til venteområdet (75 prosent), mulighet til å spørre om hjelp til å finne frem (75 prosent) og tilgjengelighet for rullestol eller lignende (86 prosent). På spørsmålet om å finne riktig UB-rom/behandlerkontor i poliklinikken, ga 60 prosent av pasientene score 4 eller 5, 10 prosent ga score 3 og 30 prosent ga score 1 eller 2.

Videre ga litt over halvparten (59 prosent) av pasientene score 4 eller 5 på spørsmålet «Finne frem til poliklinikken fra parkeringsplass eller kollektivtransport», mens 33 prosent ga score 3. Pasientene oppga at de var minst fornøyde med å finne frem til bildediagnostikk og prøvetaking, da 50 prosent ga score 1 eller 2 på disse spørsmålene.



Figur 8.3 Tema 1: «Orientering og oversikt». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

I det åpne kommentarfeltet påpekte noen at det er vanskelig å finne frem på grunn av manglende skilting til VPP, mens andre har opplevd å bli henvist til et annet venterom enn det opprinnelige:

Feil på kopi ved ankomstsskjerm, - henvist til feil venterom

Videre var det noen som kommenterte at det av og til var vanskelig å finne parkering.

Tema 2 Innsjekking og betaling

Det ble stilt spørsmål om ulike erfaringer med innkalling, innsjekking og betaling i skranke eller automat, for å undersøke om pasientene var fornøyd med sykehusets løsninger. Spørsmålene omhandlet blant annet informasjon om oppmøtested i innkallingsbrev, finne frem til innsjekking, samt erfaring med innsjekking og betaling i henholdsvis skranke og i automat.

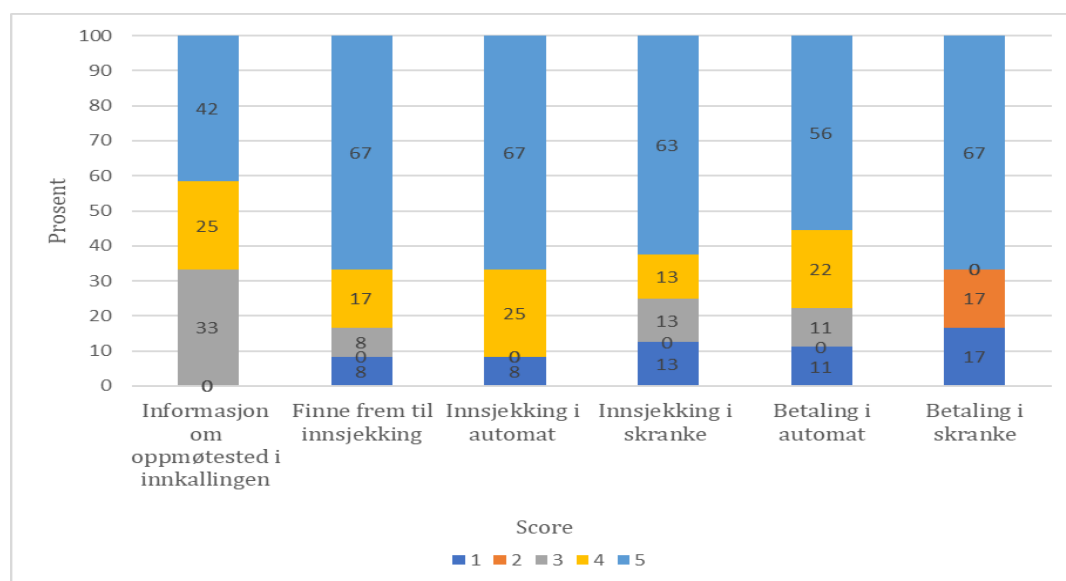
Figur 8.4 viser at en høy andel av pasienten oppga at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 4 eller 5) med løsningen med innsjekking i automat og det å finne frem til

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

innsjekkingen, da henholdsvis 92 og 84 av pasientene ga høye scorer (4 eller 5) på disse to spørsmålene.

På spørsmålene om informasjon om oppmøtested, og løsningene for innsjekking i skranke, samt betaling i automat eller skranke, ga henholdsvis 67, 76, 78 og 67 prosent score 4 eller 5.

Størst andel pasienter (33 prosent) ga score 3 på spørsmålet «Informasjon om oppmøtested i innkallingen», mens 17 prosent av pasientene ga score 1 eller 2 på spørsmålet «Betaling i skranke».



Figur 8.4 Tema 2: «Innsjekking og betaling». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

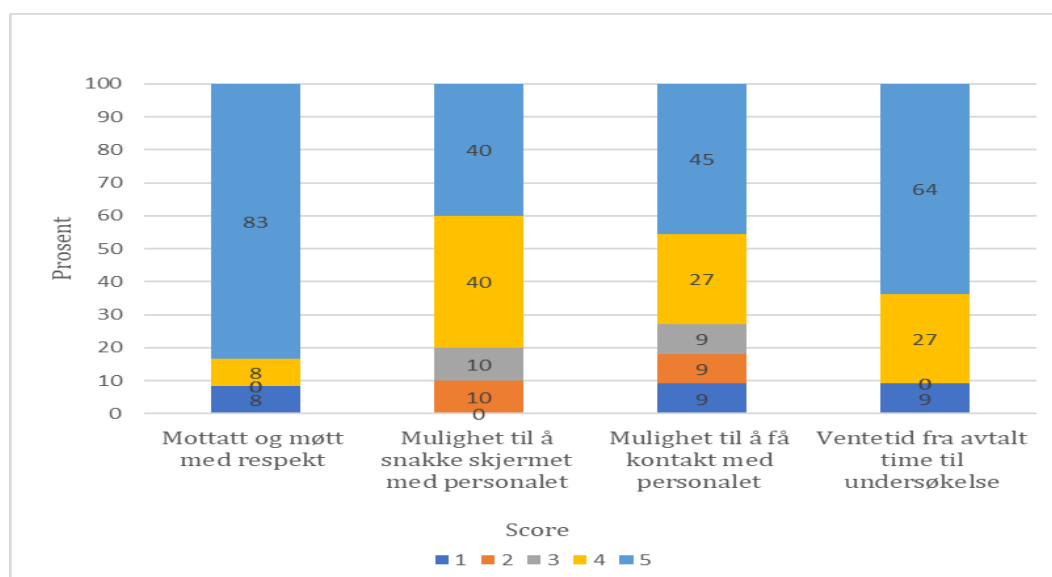
I det åpne kommentarfeltet kom det fram at enkelte pasienter flere ganger hadde opplevd at oppsatt time startet tidligere enn avtalt.

Tema 3 Kontakt med personalet

Dette temaet omhandlet spørsmål om hvordan pasientene opplevde kontakten med personalet i poliklinikken. Dette for å få rede på hvordan pasientene opplevde å bli møtt, hvor tilgjengelig de opplevde at personalet var for kontakt og samtale, samt hvordan de opplevde ventetiden frem til behandling og/eller undersøkelse.

Som vist i Figur 8.1 hadde temaet *Kontakt med personalet* en høy gjennomsnittlige score (4,3), det vil si at pasientene ved VPP oppga høyest tilfredshet på dette området.

Figur 8.5 viser at spørsmålene «Mottatt og møtt med respekt» og «Ventetid fra avtalt time til undersøkelse» fikk score 4 eller 5 fra 91 prosent av pasientene. De ga videre score 4 eller 5 på spørsmålene om mulighet til å snakke skjermet med personalet (80 prosent) eller å få kontakt med personalet (72 prosent), mens henholdsvis 10 og 18 prosent ga score 1 eller 2 på de samme spørsmålene.



Figur 8.5 Tema 3: «Kontakt med personalet. Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

I kommentarfeltet nevnte noen at de sjelden opplevde at skranken var betjent, men at de fikk kontakt via telefon. Følgende kommentar ble gitt i denne sammenhengen:

Det er litt tungvint

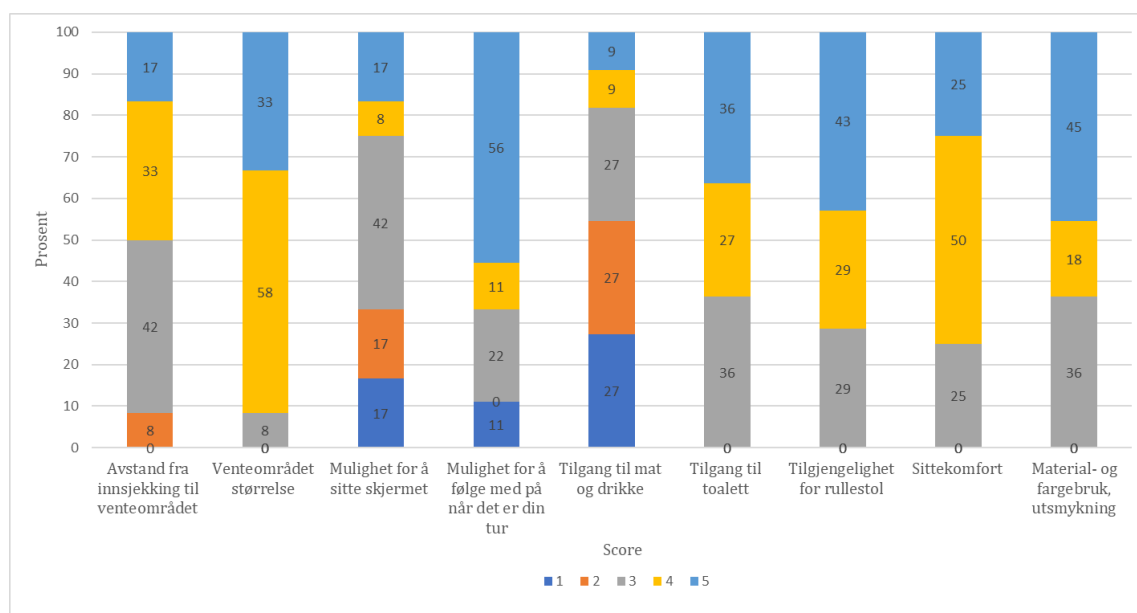
Tema 4 Venteområdet i poliklinikken

Det ble stilt spørsmål om ulike erfaringer med venteområdet i poliklinikken, for å undersøke om pasientene var fornøyd med sykehuset løsninger. Spørsmålene gikk både inn på den fysiske utformingen av og funksjonaliteten til venteområdet, som for eksempel venteområdets størrelse, sittekomfort, farger og materialvalg, mulighet for å sitte skjermet samt tilgjengelighet for rullestol, tilgang til mat og drikke og lignende. Figuren nedenfor viser at over 92 prosent av pasientene oppga at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 4 eller 5) med størrelsen på venteområdet, mens 8 prosent ga score 3. Pasientene oppga at de også var fornøyd (score 4 eller 5) med sittekomforten (75 prosent) og tilgjengelighet for rullestol (for de det var aktuelt for) (72 prosent).

På spørsmålene om muligheten til å kunne følge med på når det var deres tur, samt tilgang til toalett og utsmykking (material- og fargebruk) i venteområdet, ga henholdsvis 67, 64 og 64 prosent av pasientene score 4 eller 5, mens henholdsvis 22, 36 og 36 prosent ga score 3 på de samme spørsmålene.

Imidlertid var pasientene mindre fornøyd med muligheten for å sitte skjermet, der 42 prosent ga score 3, mens 34 prosent ga score 1 eller 2. Videre ga 27 prosent av pasientene tilgang til mat og drikke score 3, mens 54 prosent ga scorene 1 eller 2.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling



Figur 8.6 Tema 4: «Venteområdene i poliklinikken». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Det ble også påpekt i kommentarfeltet at venterommet burde være mere avskjermet, og at det manglet tilgang på mat og drikke, noe de tidligere kommenterte slik;

Før kunne vi få gratis te og kaffe

Noen kommenterte at venterommet i utgangspunktet er greit, men at valg av farger i rommet kunne ha vært bedre.

Tema 5 Undersøkelles- og behandlingsrom (UB-rom) - Behandlerkontor

Det ble stilt en del spørsmål om ulike erfaringer pasientene har med UB-rom/behandlerkontor i poliklinikken. Spørsmålene omfattet både den fysiske utformingen av rommene og noen sider ved rommets funksjonalitet.

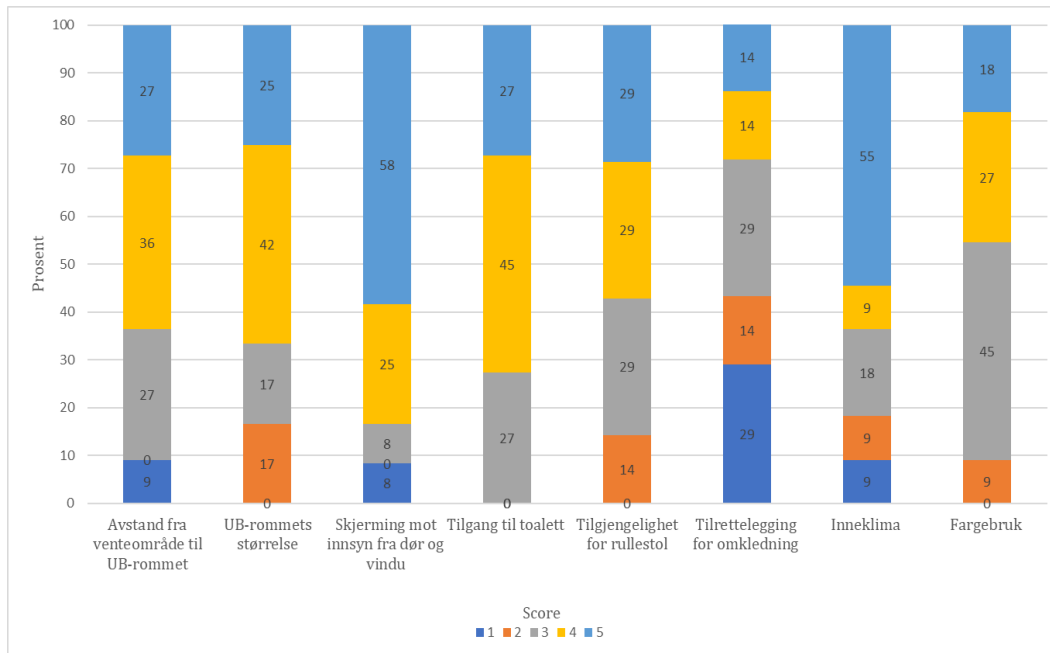
Figuren nedenfor viser at en høy andel av pasientene oppga at de var fornøyde eller svært fornøyde (score 4 eller 5) med skjerming mot innsyn fra dør og vindu (83 prosent) og tilgang til toalett (72 prosent), mens henholdsvis 8 og 27 prosent av pasientene ga score 3 på de samme spørsmålene.

En lavere andel av pasientene oppga at de var fornøyde (4 eller 5) med UB-rommets størrelse (67 prosent), avstand fra venteområdet til UB-rommet (63 prosent) og inneklimate (64 prosent). På de samme spørsmålene var det henholdsvis 17, 27 og 18 prosent som ga score 3.

For de det var aktuelt for, ga 58 prosent av pasientene score 4 eller 5, 29 prosent ga score 3 og 14 prosent ga score 2, når det gjaldt tilgjengelighet for rullestol eller lignende i UB-rommet/behandlerkontoret.

Pasientene var minst fornøyde (score 1 eller 2) med tilrettelegging for omkledding, der 28 prosent ga score 4 eller 5, 29 prosent ga score 3 og 43 prosent ga score 1 eller 2.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling



Figur 8.7 Tema 5: «Undersøkelles- og behandlingsrom». Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

I kommentarfeltet ble det påpekt at UB-rommene/behandlerkontorene var altfor små og at det er for hvitt. Følgende kommentar ble gitt i den sammenheng:

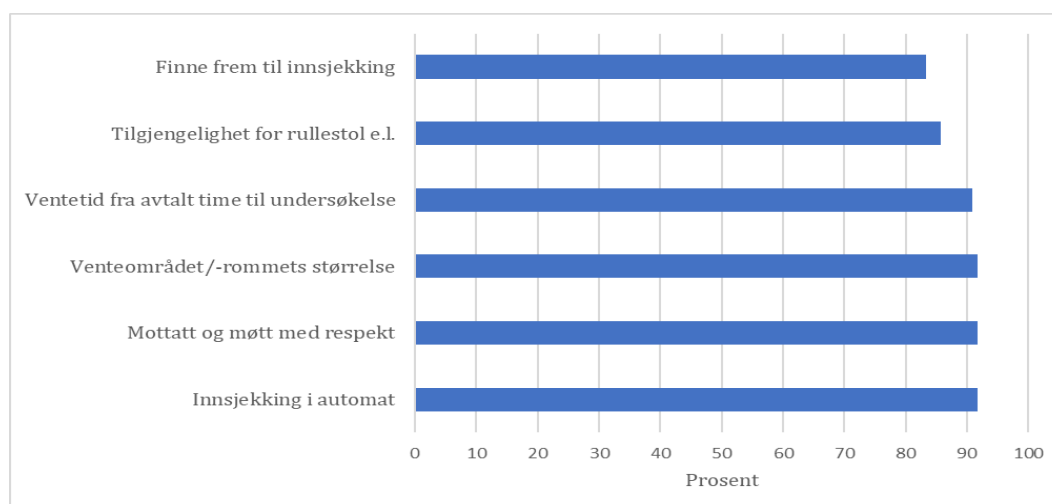
Vi har behov for litt avstand og at layouten kan gjøre slik at vi føler at vi er velkomne, men også at vi lett kan komme ut.

Det ble også nevnte at temperaturen i rommene varierte mye, men at pasientene var veldig fornøyde med utsikten.

Besvarelser med høyeste og laveste score

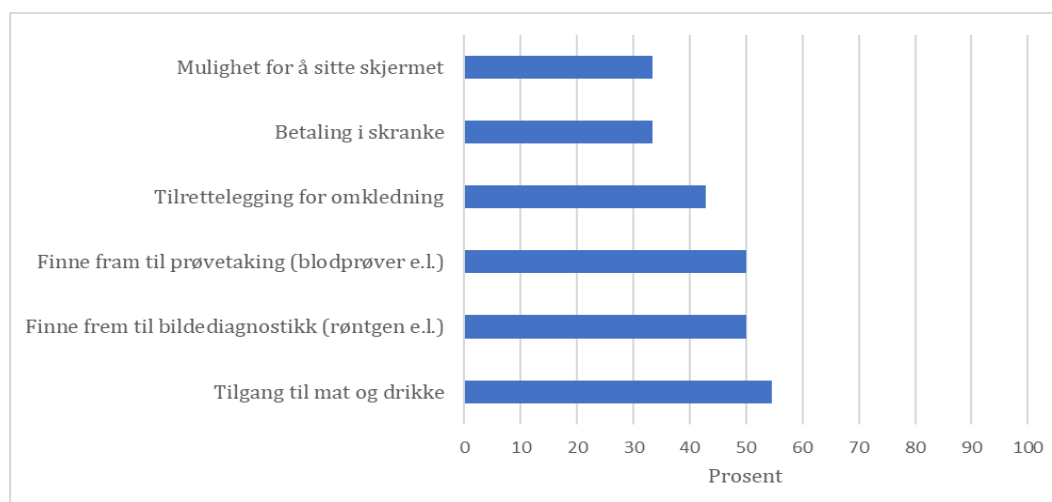
Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises spørsmålene som pasientene var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 8.8 presenterer seks spørsmål som flest pasienter ga høyeste scorer. Som det kommer frem av figuren, fikk spørsmålene «Innsjekking i automat», «Mottatt og møtt med respekt», «Venteområdet/-rommets størrelse» og «Ventetid fra avtalt time til undersøkelse» flest høye scorer, da over 90 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5. Videre fikk spørsmålene som omhandler «Tilgjengelighet for rullestol e.l.» og «Finne frem til innsjekking» også høye scorer. Omtrent 85 prosent av besvarelsene fra pasientene ga 4 eller 5 på disse spørsmålene.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling



Figur 8.8 Spørsmål med størst andel høy score (4 og 5). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Dersom man legger sammen de laveste scorene, 1 og 2, vises spørsmålene som pasientene var minst fornøyd med i undersøkelsen. Figur 8.9 presenterer seks spørsmål som flest pasienter ga laveste score. Figuren viser at 55 prosent av pasientene ga spørsmålet «Tilgang til mat og drikke» score 1 eller 2. Videre ga 50 prosent laveste score til spørsmålene «Finne frem til bildediagnostikk» og «Finne frem til prøvetaking», mens rundt 40 prosent ga laveste score til «Tilrettelegging for omkledding». I overkant av 30 prosent av pasientene ga laveste score til «Betaling i skranke» og «Mulighet til å sitte skjermet».



Figur 8.9 Spørsmål med størst andel lav score (1 og 2). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Hva kan sykehuset gjøre bedre?

Det ble stilt et åpent spørsmål til slutt, hvor pasientene ble bedt om å komme med synspunkter på hva sykehuset kan gjøre bedre. Det kom åtte svar på dette spørsmålet, det vil si at omtrent to tredeler av pasientene besvarte dette spørsmålet. Kommentarene omhandler flere områder og kan oppsummeres i følgende områder for forbedringer:

- Sunnere og bedre utvalg av mat i kantine

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

- Bedre skilting og orienteringsmuligheter

Det var også kommentar fra pasienter som ga uttrykk for at de var svært fornøyde og ga følgende tilbakemelding:

Synes at der er kjempebra her.

Tabell 8.1 gir en oversikt over tema og alle spørsmålene med gjennomsnittlig score for pasienter ved VPP.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

Tabell 8.1 Oversikt over alle spørsmål, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd), der middelveiden er 3. Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Hvor fornøyd er du med:

Nr	Tema	Spørsmål	Snitt
1	1	Finne frem til poliklinikken fra parkeringsplassen eller kollektivtransport	3,9
2	1	Finne frem til riktig venteområde i poliklinikken	4,0
3	1	Finne riktig undersøkelsesrom i poliklinikken	3,5
4	1	Finne frem til bildediagnostikk (røntgen e.l.)	2,7
5	1	Finne fram til prøvetaking (blodprøver, urin e.l.)	2,8
6	1	Mulighet til å spørre om hjelp til å finne frem	4,1
7	1	Tilgjengelighet for rullestol e.l.	4,1
9	2	Informasjon om oppmøtested i innkallingen (brev e.l.)	4,1
10	2	Finne frem til innsjekking	4,3
11	2	Innsjekking i automat	4,4
12	2	Innsjekking i skranke	4,1
13	2	Betaling i automat	4,1
14	2	Betaling i skranke	3,8
16	3	Mottatt og møtt med respekt	4,6
17	3	Mulighet til å snakke skjermet med personalet i ekspedisjon/skranke	4,1
18	3	Mulighet til å få kontakt med personalet ved behov	3,9
19	3	Ventetid fra avtalt time til undersøkelse	4,4
21	4	Avstand fra innsjekking til venteområdet	3,6
22	4	Venteområdet/-rommets størrelse	4,3
23	4	Mulighet for å sitte skjermet	2,9
24	4	Mulighet for å følge med på når det er din tur	4,0
25	4	Tilgang til mat og drikke	2,5
26	4	Tilgang til toalett	4,0
27	4	Tilgjengelighet for rullestol e.l.	4,1
28	4	Sittekomfort	4,0
29	4	Material- og fargebruk, utsmykning	4,1
31	5	Avstand fra venteområde til undersøkelses-/ behandlingsrommet	3,7
32	5	Undersøkelses-/ behandlingsrommets størrelse	3,8
33	5	Skjerming mot innsyn fra dør og vindu	4,3
34	5	Tilgang til toalett	4,0
35	5	Tilgjengelighet for rullestol e.l.	3,7
36	5	Tilrettelegging for omklodning	2,7
37	5	Inneklima (temperatur, støy, lukt)	3,9
38	5	Fargebruk	3,6

8.4. Driftskonsepter og løsninger

I dette kapittelet presenteres dybdeundersøkelsen for poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Undersøkelsen er i basert på befaring og fokusgruppeintervju. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig som at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre tema som er relevante for evalueringen.

Resultatene er supplert med sitater fra fokusgruppedeltakerne og kommentarer fra spørreundersøkelsene for å fremheve og illustrere erfaringene med hvordan lokalene fungerer etter innflytting i nytt sykehus.

Befaring i poliklinikkområdene og fokusgruppeintervju med ansatte ble gjennomført 28. og 29.04.2021. Ledelse fra poliklinikkene i sykehuset og fra «Fag, Forskning og Samhandling» i Finnmarkssykehuset deltok på befaring. Representanter fra poliklinikkområdene deltok i fokusgruppeintervju (inkludert tillitsvalgt og verneombud). Hovedtema i fokusgruppen var hvordan utforming av områdene til poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling støtter opp under pasientbehandling og arbeidsprosesser.

I et digitalt fokusgruppeintervju (Teams) med ledelsen i Kirkenes sykehus (04. og 07.06.2021) var temaet forholdet mellom planlagte løsninger for poliklinikkområdene og erfaringer etter innflytting.

Beskrivelse av området for poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, samt pasientforløp, er vist i Figur 8.10. Illustrasjonen viser pasientflyt, inngangspartier og rom som er relatert til pasientforløpet for de polikliniske pasientene. I tillegg er områder for ansatte markert. Etter illustrasjonen, blir pasientforløpet beskrevet.

Generelt for området

Fokusgruppedeltakerne opplyser om at før VPP og BUP ble samlokalisert med somatikk i Nye Kirkenes sykehus, var de lokalisert i en egen klinikk – *Klinikk Kirkenes* – som var i samme bygg som somatikk, men med egen inngang. Ansatte kommenterte at det hadde vært en fordel med egen inngang til poliklinikken innen VPP og BUP etter innflyttingen i nytt sykehus. Dette med bakgrunn i at noen pasienter opplever det som utfordrende å benytte samme hovedinngang som øvrige pasienter og andre besøkende.

Videre opplyste de om at BUP og VPP i *Klinikk Kirkenes* var fordelt i egne fløyer, og syntes mye er positivt nå med at de er samlet i samme fløy. De framhevet at det er positivt med nye lokaler og bedre luft, men kommenterte også at det er forbedringspotensialer i dagens sykehus.

Kirkenes sykehus opplyser om at poliklinikkene innen psykiatri og rusbehandling, samt ansatte ved rehabilitering, har egne merkantilt ansatte.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

Som tidligere nevnt, var de opprinnelige planene at døgnetenhet skulle ligge i fløy D på plan 3. På spørsmålet om det er en utfordring at døgnetenheten og poliklinisk virksomhet ikke er samlokalisert, er det delte meninger. Det kommenteres at de er vant til avstander, og selv om de skulle ønske nærhet til døgnavdelingen, får de det til å fungere slik det er nå.

Fokusgruppedeltakerne opplyste videre om at poliklinisk virksomhet i hovedsak har samarbeid med somatisk sektor i forbindelse med tilsynssaker. De kommenterte at døgnetenheten innen psykisk helsevern og rusbehandling har større behov for nærhet til og samarbeid med somatikk, sammenlignet med poliklinisk virksomhet. Dette oppgir de er fordi pasienter i poliklinikk er mer velfungerende enn de på døgnetenheten. Hvis fløy D3 Sør ble bygd som planlagt, med arealer til døgnetenhet innen psykiatri og rusbehandling, sa fokusgruppedeltakerne at samlokalisering med somatikk kan ha gitt den effekten som ble beskrevet i kapittel 8.1.2. I evalueringen av nytt østfoldsykehus, Kalnes viste resultatene at samlokalisering mellom psykisk helsevern (døgnetenheten) og somatikk hadde ført til et godt tverrfaglig samarbeid mellom sektorene.

De ansatte innen både BUP og VPP ytret ønske om å flytte ut av sykehuset til et annet bygg, da de mener de ikke har behov for å være lokalisert i samme bygg som somatikk. Dette blant annet fordi de jobber mye mot kommunene og kan dermed sitte andre steder, for så å komme på tilsyn til sykehuset ved behov. Når det gjelder BUP, opplyser ansatte om at de samarbeider med kliniske ernæringsfysiologer og habilitering som er lokalisert ved BUP Hammerfest.

Poliklinikkene innen PVV og BUP har en lik utforming med behandlerkontor på hver side av korridoren, og med et venteområde mot yttervegg i sør som også benyttes av pasienter ved HAVO, ART og HIA. Videre har de psykiatriske poliklinikkene (VPP og BUP) en felles ekspedisjon/skranke, behandlerkontor og ulike typer terapirom, testrom, møterom og kontorer (Figur 8.10).

8.4.1. Pasientforløp

Beskrivelse av området for poliklinikk for psykisk helsevern og rus er vist i Figur 8.10. I tillegg illustrerer Figur 8.10 pasientflyt, inngangspartier, undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom), samt støtterom/områder for ansatte.

De ansatte ved VPP og BUP kommenterte at inngangspartiet til sykehuset er pent, med et veldig fint uteområde, samt mye kunst og utsmykking. For øvrig var de delt i meningene når det gjaldt de tidligere lokalene til psykisk helsevern og rusbehandling og nåværende lokaler. Noen kommenterte at de er fornøyde med lokaliseringen av det nye sykehuset, mens andre ønsker seg tilbake til det gamle området.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

I tillegg til den polikliniske driften på VPP og BUP, går ansatte tilsyn i forbindelse med innleggelse på somatisk sengeområde eller ved ankomst til akuttmottaket, ved mistanke om alvorlige psykiske lidelser som for eksempel suicid, depresjon og tilregnelighet.

Når pasientene kommer inn hovedinngangen, skal de registrerer seg i selvinnsjekkautomatene i vestibylen. Når pasientene registrerer seg i automaten, kommer det opp på automatskjermen hvor de skal gå. I tillegg har de mulighet til å få skrevet ut en papirlapp som angir venteområde. Etter innsjekking får ansatte ved de psykiatriske poliklinikkene beskjed om at pasienten har registrert seg.

Som Figur 8.10 illustrerer, ligger de psykiatriske poliklinikkene på plan 3 i fløy D Nord. Dette inkluderer psykisk helsevern for voksne (VPP) og barne- og ungdomspsykiatri (BUP). I tillegg har Habilitering for voksne (HAVO), ambulant rehabiliteringsteam (ART) og Helse I arbeid (HIA) lokaler i området, som også benytter samme venterom.

For å komme frem til venteområdet i D3 Nord, kan pasientene enten benytte trappene eller heisen som ligger i vestibyleområdet, hvilket gjelder de fleste pasientene, eller de kan ta til høyre for ekspedisjonen i vestibyleområdet inn i fløy D, for så å ta trapp eller heis opp. Det ble kommentert i spørreskjemaundersøkelsen blant pasientene at skiltingen til avdelingen var noe mangelfull, samt at det hadde vært tilfeller der de hadde blitt henvist til feil venterom.

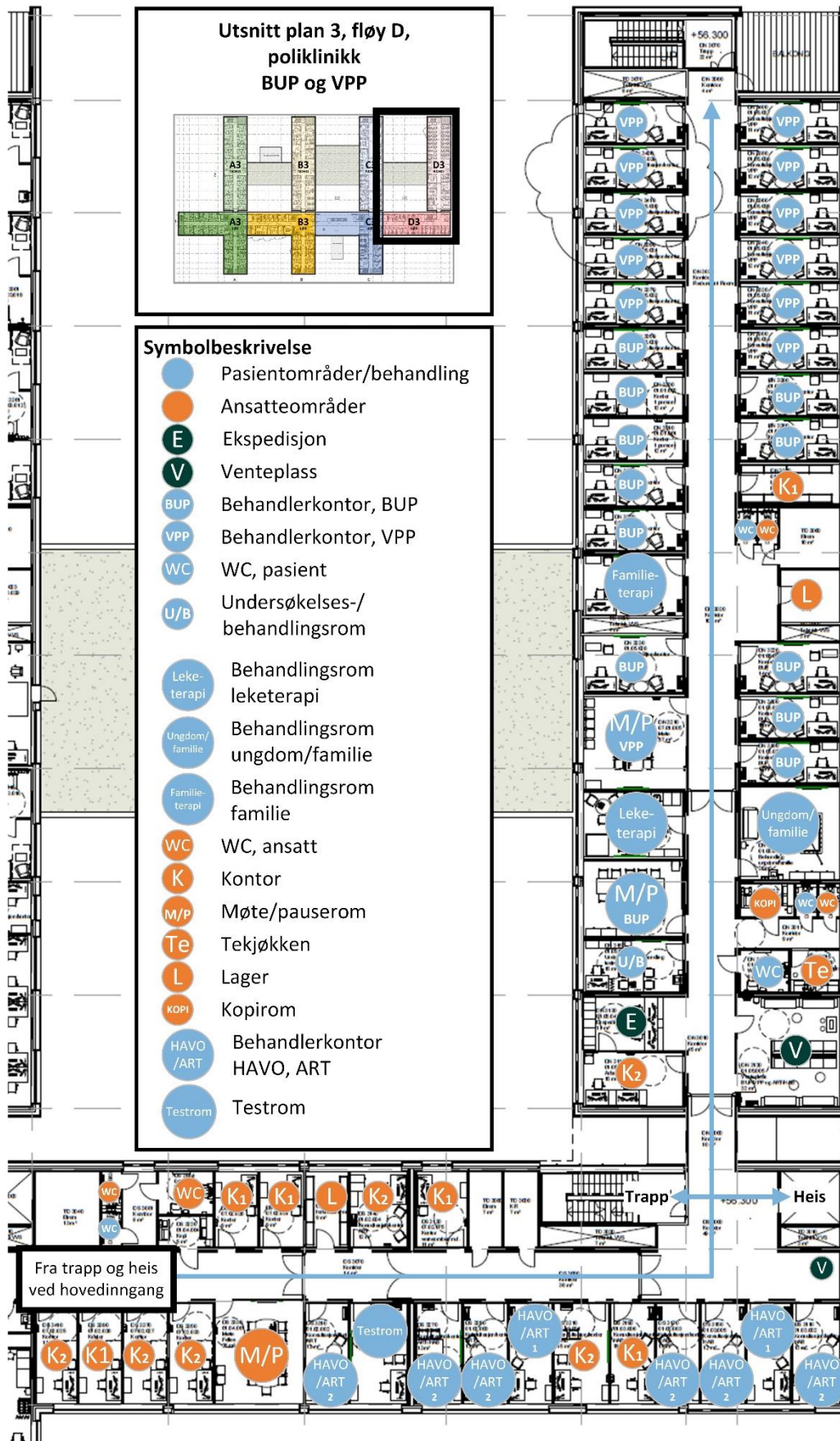
Fokusgruppedeltakerne kommenterte at for enkelte pasienter kan det være en utfordring å bevege seg i områder der det er ansamlinger av personer.

De fleste pasientene finner lett frem til venteområdet i poliklinikken, der de blir hentet av behandleren. Imidlertid er det flere av pasientene som henvender seg i skranken. Følgende kommentar ble sagt blant fokusgruppedeltakerne i den sammenheng:

De liker å prate med folk, pasientene. De vil ha bekreftelse på om de sitter rett.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at pasienter ikke alltid oppholder seg på venterommet, noe som kan være en utfordring når behandleren skal hente pasienten. Enkelte pasienter vandrer rundt i korridoren, mens andre oppholder seg i området ved kopirommet og toalettene. Videre fortalte de at for at pasientene ikke skal oppholde seg i korridoren ved behandlerkontorene for BUP og VPP, ble døren inn til denne korridoren låst.

I enkelte tilfeller skal pasienter til blodprøvetaking, der de enten har fått en henvisning fra fastlegen eller det fylles ut et skjema på sykehuset, slik at de kan få tatt denne i plan 2. De ansatte kommenterte at det kan være en utfordring for enkelte pasienter både i forhold til avstand og det å gå i områder med mye trafikk.



Figur 8.10 Illustrasjon for pasientflyt i poliklinikk for BUP og VPP, samt behandlerkontor og støtterom. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

8.4.2. Ekspedisjon og venterom

Som Figur 8.10 viser ligger ekspedisjonen til VPP og BUP til venstre i korridoren i fløy D Nord. Ekspedisjon med to skranker ble etter innflytting glasset inn slik at man i større grad ivaretar taushetsplikten. Fokusgruppedeltakerne fortalte at det tidligere hadde vært et problem at de som var på venterommet eller befant seg i korridoren, overhørte samtaler i skranken. De kommenterte også at det ofte er problemer med dårlig luft i ekspedisjonen, men at det ikke er mulig åpne noen vindu for lufting. Ekspedisjonen har til tider vært ubetjent på grunn av sykefravær.

De ansatte erfarte også at arealet til ekspedisjonen var for lite (11m²) til at to kunne sitte i ekspedisjonen, noe som resulterte i at én av de ansatte ble flyttet til kontorarealet i bakkant av ekspedisjonen. Dette kontoret var opprinnelig planlagt for to ansatte ved BUP og VPP, men etter innflytting er det nå tre ansatte som har kontor plass i dette området. Dette gjør at det er trangt og dårlig luft. Ett av vinduene kan åpnes, men det medfører mye støy utenfra. I tillegg påpekes det at det om vinteren blir kaldt for den som sitter nærmest vinduet.

Det er to innganger til dette kontoret, én fra skranken og én fra korridoren. Dette kontoret benyttes til arbeid som krever konsentrasjon samt gjennomføre telefonsamtaler som ofte omfatter taushetsbelagte opplysninger. Fokusgruppedeltakerne fortalte at det er mye trafikk til og fra kontoret, noe som opplevdes som følgende:

Som å sitte i en rundkjøring.

For å unngå at de som sitter i ekspedisjonen skal krysse korridoren med mye trafikk for å komme til rommet der skriver er plassert, (Figur 8.10), opplyser fokusgruppedeltakerne at det er bestilt en egen skriver til de merkantilt ansatte i ekspedisjonen.

På motsatt side av ekspedisjonen ligger venterommet. Dette er felles for pasienter som skal til VPP, BUP, HAVO, ART og HIA. Når det gjelder de to sistnevnte pasientgruppene, så er det også plassert ut stoler i korridoren ved fløy D Sør der de kan vente.

De ansatte mente at venterommet er lite egnet for pasienter som skal til undersøkelse/behandling ved de psykiatriske poliklinikkene. Dette skyldes ikke bare størrelsen på rommet, men selve utformingen og bruk av glassvegger ut mot korridor. Pasientene har ofte behov for å trekke seg tilbake, men da rommet er kvadratisk (32 m²) og uten avskjermede områder, er det ingen steder pasienten kan skjerme seg. Ofte står pasienten rundt omkring i hjørner av rommet. Følgende ble kommentert av deltakere i fokusgruppen:

De takler ikke dette rommet.

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

Fokusgruppedeltakerne fortalte at for å unngå at pasientene følte seg eksponert i venterommet, kunne rommet vært mer avdelt, blant annet med nisjer. Dette begrunnet de med følgende:

Stort åpent areal er lite egnet for pasienter med angst og for «rus-pasienter» og barn.

Videre kommenterte de ansatte at pasientene også klager på størrelsen av venterommet, og det hender at pasienter flytter stolene fra venterommet og ut i korridoren. De påpeker at ved full bemanning kan det på en dag komme inn totalt 60 pasienter med pårørende, og venterommet har da for liten kapasitet.

I tillegg kommenterte ansatte at det kan være litt støy på venterommet da barn som skal til BUP også venter der. Dette kan være utfordrende for andre pasienter som oppholder seg der. I enkelte tilfeller (som for eksempel ved traumebehandling), må det gjennomføres en samtale med foreldrene alene. Avhengig av alder på barnet og/eller andre utfordringer med å være alene på venterommet, prøver de ansatte å finne et annet sted barnet kan vente, som f.eks. leketerapirommet.

Fokusgruppedeltakerne kommenterte videre at dette har vært spesielt utfordrende under Covid-19-pandemien, da de måtte begrense antall pasienter per dag og/eller at behandlerne selv hentet pasientene ved hovedinngangen.

8.4.3. Terapirom

De første rommene man kommer til etter ekspedisjon- og venteområdet er testrommet (se Figur 8.10). Dette er et fellesrom for BUP, VPP og ART, HAVO og HIA. Dette rommet har utstyr for ulike typer tester. De ansatte fortalte at behandlerkontorene også blir benyttet til testing, da testene som brukes ikke er så tidkrevende som de var tidligere. Behandlingsrommet for gruppeterapi er et flerbruksrom med mulighet for videomøter med kommuner og andre sykehus, samt videokonsultasjoner og øvrige behandlingsmøter. I tillegg brukes det også som møte- og pauserom. De ansatte kommenterte at dette rommet ikke fungerer godt nok som behandlingsrom, og at det stort sett brukes som møterom. I fokusgruppeintervjuet med Kirkenes sykehus opplyses det om at dette skyldes innredningen av rommet, og at ved fordeling av møterom ble det til at BUP benytter gruppeterapirommet til møtevirksomhet.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at rommet som benyttes til leketerapi for barn i alderen 0-7 år ikke er optimalt. Dette skyldes blant annet at det ikke ble plass til sandkassen som var planlagt i rommet, og at en mindre sandkasse som ble kjøpt inn ikke fungerer på samme måte som den store ville ha gjort. I tillegg fortalte de at man kun har tilgang til NRK på TV-en som er montert i rommet. I terapien kan det være behov for å se på videosekvenser eller filmer via internett, men dette brukes nå PC-en til. Videre mangler det en White Board-tavle som brukes i terapien, samt at ett sluk i rommet ikke fungerer. De ansatte opplever at rommet er for lite og ikke passer godt nok til leketerapi (18 m²).

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

De mente at rommet er uegnet til det formål som er tenkt. De mente også at det ikke et godt rom for de minste barna mellom 0 til 6 år. I tillegg kommentere de ansatte at kjøkkeninnredningen tar mye av plassen, slik at rommet ikke kan innredes til et funksjonelt leketerapirom. I perioder brukes rommet som kontor. Videre opplyses det om at de hadde tilgang til større rom i de tidligere lokalene.

Det kan nevnes at i Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF varierer arealet på lekerom/leketerapirom fra 20 til 30m² (Sykehusbygg HF). Ifølge ansatte ved Kirkenes sykehus har Fredrikstadklinikken leketerapirom på 30m².

Fokusgruppedeltakerne mente det burde være tilgang til TV, gjerne med Smart-funksjon, på samtlige terapirom. Som eksempel på bruk innen traumeterapi, får pasientene se på utøvelse av pustøvelser, som de også kan få tilsendt en lenke til, for å bruke disse på egen hånd.

Rommet som benyttes i ungdoms- og familieterapi, er ifølge de ansatte et godt rom som fungerer bra, selv om de mente at fargene var noe triste. I tillegg ble også et av de større behandlerkontorene benyttet til familieterapi.

8.4.4. Behandlerkontor

Behandlerkontorene ligger nederst i korridoren i fløy D3 Nord. Som tidligere nevnt, er døren inn til denne delen av korridoren låst slik at pasientene må låses inn og ut av behandleren. Som vist i Figur 8.10 ligger behandlerkontorene til BUP først i korridoren fordelt på begge sider, mens VPP ligger i enden av korridoren.

I tillegg til ett større kontor som benyttes til familieterapi, har BUP og VPP 11 behandlerkontor hver som er likt utformet og omtrent av samme størrelse (11 til 12 m²). Fokusgruppedeltakerne erfarte at utformingen av behandlerkontorene er lite hensiktsmessige, da de er smale og trange og kun egnet til individuelle samtaler og ikke tilpasset til foreldre og andre pårørende. Fokusgruppedeltakerne kommenterte dette med følgende ord:

Det er ikke heldig å være mer enn to, og det er trangt med to også.

Dette samsvarer med erfaringer fra enkelte UB-rom i felles poliklinikk somatikk. Videre opplevde de ansatte at rommene er dårlig egnet til bruk innen psykoterapi og at poliklinikklokalene i sin helhet ikke er tilrettelagt for barn med ADHD. De kommenterte at barn trenger andre typer rom enn voksne, de sitter mindre i ro og har mer behov for å bevege seg. Det er imidlertid godt tilrettelagt for å jobbe nettverksbasert i behandlingsterapi med barn, som blant annet med skole, da pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

Fokusgruppedeltakerne fortalte også at behandlere bruker faste rom/behandlerkontor i behandlingen, da det ikke er heldig for pasienter (som for eksempel behandles innen psykoterapi) å skifte rom i behandlingsperioden.

Ansatte ved BUP kommenterte at det er for få behandlingsrom når alle behandlerne har konsultasjon samtidig. De kommenterte også at det ikke er tilrettelagt områder for studenter, men akkurat nå disponeres ett av kontorene som opprinnelig var tiltenkt ART, av en student ved BUP. Dette påpekes med følgende kommentar i fokusgruppeintervjuet:

Vi er i manko på kontor.

Kirkenes sykehus kommenterte at det også er behov for behandlerkontor innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i sykehuset som opprinnelig var planlagt.

Videre kommenterte de at bortsett fra to kontorer, er det ikke mulig å justere lysstyrken i rommene da lyset justeres sentralt. Konsekvenser av dette er at pasienter som reager på mye lys, som eksempelvis de med Aspergers syndrom, ikke får lyset dimmet.

For de behandlerkontorene som ligger nederst i korridoren, kan det være litt utfordrende med avstanden til blant annet kopirommet som ligger ved ekspedisjonen, da pasienten sitter igjen på kontoret mens behandler henter utskrift fra tester eller lignende. Dette mente de er uheldig, og sa at det hadde vært en fordel med skiver på behandlerkontorene.

Fokusgruppedeltakerne kommenterte at behandlerkontorene ved HAVO og ART i utgangspunktet var planlagt til bruk av én behandler. Grunnet mangel på kontorplasser brukes likevel flere av kontorene av to personer. Dette medfører at ved behandling av pasient må en av behandlerne forlate kontoret.

Mangel på behandlerkontor kan også sees i sammenheng med at HIA ble etablert ved Kirkenes sykehus i 2019. Dette er arealer som ikke var inkludert i planleggingsfasen, og de benytter i dag to rom på hver sin side av korridoren i fløy D3 Sør.

8.4.5. Øvrige rom

Møterom

Møterommet (Ifjordfjellet) er felles for ansatte ved BUP og VPP og er utstyrt med videokonferanseutstyr. De ansatte fortalte at de var fornøyde med rommet, bortsett fra at det er dårlig ventilasjon. Det ble opplyst om at ansatte ved BUP også benyttet gruppeterapirommet (Gednje) som møterom.

Garderobes og WC

De ansatte opplyser om at de ikke har garderober, men har hyller med knagger inne på behandlerkontoret der de og pasienter henger fra seg klærne. De opplyste om at da de ikke skiftet til annet tøy hadde de ikke behov for garderober. Imidlertid har dette vært problematisk med tanke på pandemien, der de har hatt behov for å skifte.

I arealene til VPP og BUP er det totalt fem toaletter, hvorav ett er handicaptaolett (HC WC). Sistnevnte kan benyttes både av ansatte og pasienter ved VPP og BUP, samt de med tilhørighet til HAVO, ART og HIA som har behandlerkontor i nærheten. Det er ikke eget HC WC for de ansatte. De øvrige toalettene er fordelt i korridoren med behandlerkontorene til VPP og BUP, ett til pasienter og ett til ansatte, samt i den ytre korridoren ved venterommet og kopimaskinen. Det er også ett til ansatte og ett til pasienter samt, HC WC der. Enkelte toaletter for ansatte har kortlås.

8.4.6. Innemiljø

Når det gjelder støy, fortalte de ansatte at det er problemer med at rommene ikke er lydtett nok, noe som kan virke forstyrrende for pasientene som er inne til undersøkelse og/eller behandling. I tillegg opplever de det som uheldig med tanke på taushetsplikten at pasienter kan overhøre samtalene i rommet ved sidene av.

Fokusgruppedeltakerne kommenterer at det ikke var lov til å henge opp noe på veggen da de flyttet inn, men de er usikre på om dette fortsatt gjelder. Imidlertid ble det hengt opp en klokke på veggen, som gir pasienten en form for orientering. De opplever videre at området i seg selv er lite innbydende, da det er sterilt og hvitt og manglende utsmykking på veggene.

Håper at det kan endre seg. Noen farger på møblene i venterommet og et veggteppe. Fra du kommer inn, og ellers i rommet.

Imidlertid kommenterer de ansatte at det fine farger på veggene i møterommene, samt at inngangspartiet er pent med mye kunst og utsmykking. Enkelte synes også at uteområdet er veldig fint. Noen vil tilbake til det gamle området, andre ikke.

Når det gjelder kvaliteten på bygget, har de ansatte opplevd at både takplater løsner og at gulvbelegget sprekker opp. De ansatte kommenterer imidlertid at renholdet i området er bra.

De påpeker at det er viktig med god tilgang til internett, noe de ikke opplever nå. Samtidig har de erfart problemer med ventilasjonen i området. Imidlertid kommenterer de at selv om internettforholdene og ventilasjonen blir bedre, så fungerer ikke lokalene godt nok på grunn av størrelsen og utformingen av rommene.

Med tanke på de ansattes sikkerhet, har Kirknes sykehus økt fokus på temaet som omhandler vold og trusler, og de opplyses om at det er bestilt overfallsalarmer.

8.4.7. Vareflyt og forsyning

De ansatte kommenterer at de både bestiller og henter de varer de trenger selv, selv om penner og kopipapir kunne kommet som aktiv forsyning. De skulle gjerne ha hatt en standardliste, noe de ikke har og de bestiller per nå via Clockwork.

8.5. Hovedfunn og konklusjoner VPP, BUP og TSB

Ansatte ved psykiske helsevern og rusbehandling både for voksne (PVV) og barn og ungdom (BUP) som deltok i fokusgruppeintervjuet, oppsummerte med at det er positivt at de er samlet i samme fløy. De framhever videre at det er fint med nye lokaler og bedre luft, men kommenterer samtidig at det er forbedringspotensialer i sykehuset.

Når det gjelder hovedfunn i evalueringen innen VPP og BUP, fremheves spesielt forhold knyttet til manglende skilting, venterom, ekspedisjon, utforming av behandlerkontor, og terapirom.

Innsjekking og skilting

Pasientene som skal til VPP og BUP benytter innsjekkingsautomatene i vestibylen med informasjon om venteområde, samt at ansatte får beskjed om at pasienten har registrert seg.

Manglende skilting i Kirkens sykehus er også en utfordring for pasienter til VPP og BUP, samt at det for noen kan være en utfordring å bevege seg fra vestibyle, gjennom områder med ansamlinger av personer til fløy D i plan 3.

Venterom

Behandlerne henter pasientene i venteområdet, noe som kan være en utfordring i de tilfeller pasienten ikke har funnet frem til området, eller de vandrer rundt i poliklinikkområdet.

Venteområdet ligger sentralt plassert ved inngangen til poliklinikkområdet. Dette benyttes både av BUP og VPP, i tillegg til pasienter ved HAVO, ART og HIA.

Det er en utfordring at voksne og barn deler samme venteområde. I tillegg er venterommet et rom uten mulighet til å skjerme seg for andre ventende pasienter.

Ekspedisjon

Ved VPP og BUP er det en egen ekspedisjon med en ytre del som etter innflytting, ble glasset inn for å overholde konfidensialiteten. På grunn av liten plass i den ytre delen, er det nå tilrettelagt for tre arbeidsplasser i bakkant. Dette skaper utfordringer i forhold liten plass og dårlig luft.

Behandlerkontor

Behandlerkontorene er plassert på begge sider av en korridor. De har en rimelig god størrelse og er generelt utformet. Dette legger til rette for endringer i bruk over tid. Egne behandlerkontor legger til rette for konfidensialitet.

Behandlerkontorene kunne med fordel ha vært utformet mer kvadratisk. Dette både for å kunne ivareta behovet for en viss avstand i en behandlersituasjon, samt bedre plass til foreldre og/eller andre pårørende.

Når det gjelder konfidensialitet, viser evalueringen at det er lytt mellom rommene, noe som er utførende i de tilfeller man kan høre hva som blir sagt i rommet ved siden av.

Terapirom

Det er flere terapirom i området med varierende størrelse.

Leketerapirommet er mindre enn planlagt, noe som gjør at det ikke er optimalt i forhold til bruken av rommet. Blant annet ble det ikke plass til sandkassen som benyttes i forbindelse med terapi. Det ble kjøpt inn en sandkasse som var mindre, men denne fungerte ikke som ønsket.

Når det gjelder rommet for ungdom- og familierapi, er erfaringene med rommet gode.

Det etterspørres TV på alle terapirommene med tilgang til flere kanaler for å legge bedre til rette for opplæring.

Kapasitet

Det er 11 behandlerkontor innen VPP ved Kirkenes sykehus i 2020, men det er planlagt med 13 stillinger innen i 2022. Det vil derfor være behov for ytterligere to kontor i tillegg til antall behandlerkontor i 2020.

Innen BUP er det også 11 behandlerkontor i 2020. Imidlertid vil det hvis alle 14 stillingshjemplene blir besatt, være behov for ytterligere tre kontor i 2022.

Det er per 2020 og 2021 ikke tilrettelagt for behandlerkontor innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ved sykehuset, noe som etterspørres.

8.6. Forbedringsforslag VPP, BUP TSB

Nedenfor presenteres forbedringsforslag knyttet til poliklinikker innen psykisk helsevern og rusbehandling punktvis. De samlede forbedringsforslagene for Kirkenes sykehus er mer utførlig beskrevet i kapittel 12.

Forslag til forbedringer bygger på resultatene som er kommet frem i evalueringen. Forbedringsforslagene er drøftet med Finnmarkssykehuset HF, men det er ikke gjort vurderinger eller utredninger knyttet til prosjektering, bygging og kostnader. Tiltakene nedenfor er ment som forslag til Finnmarkssykehuset HF for videre vurdering og prioritering.

Innsjekking og skilting

Bedre skilting og innsjekkingsløsninger vil kunne øke muligheten for at pasientene finner frem til venteområdet.

- Bedre teknologiske løsninger i selvinnsjekkautomatene som kan bidra til å løse pasientenes problemer med å finne frem til venteområdet.
- Gjennomføre en vurdering av personlogistikk i poliklinikken. Det foreslås å vurdere om helsefagarbeidere eller andre kan bistå pasientene. En slik jobb-/oppgaveglidning vil frigjøre tid til mer direkte pasientrettet arbeid for leger, sykepleiere o.l.

I forhold til skilting i Kirkens sykehus, har Finnmarkssykehuset HF informert om at investering i dette arbeidet er planlagt og inkludert i budsjett. Kirkens sykehus anbefaler at tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner hensyntas.

Venteområde

Det er felles venteområde i poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, som kan være utfordrende.

- Det anbefales å dele av venterommet med en skjermvegg eller lignende, eventuelt undersøke muligheten for å etablere separate venterom for BUP og VPP.

Behandlerkontor

Det kan være en utfordring at behandlerkontorene innen VPP og BUP er lokalisert i samme korridor. Videre er det problemer med at kravet til lydisolering mellom rommene ikke er tilfredsstillende, i tillegg til at behandlerkontorene er uhensiktsmessig utformet ved at de er lange og smale.

- Ved etablering av alternative arealer innen psykisk helsevern og rusbehandling bør kravet til lydisolering ivaretas.
- En mer kvadratisk utforming på rommene hadde vært mer hensiktsmessig for å ivareta de ansattes og pasientens behov for avstand/distanse i behandlingssammenheng, samt i de tilfeller pårørende er til stede under konsultasjonen.
- Det kan være hensiktsmessig å plassere ekspedisjon til merkantile i midten av området for BUP og VPP. Dette for å få en mer hensiktsmessig deling av behandlingsarealene for barn og voksne.
- Det bør tilrettelegges for behandlerkontor innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i sykehuset.

Terapirom

Gjennomgå bruken av de ulike terapirommene.

- Det kan også vurderes om man kan bytte om på noen av terapirommene/testrommet slik at man får et leketerapirom med større areal (> 18m²) for å få plass til egnet sandkasse som opprinnelig planlagt.

8.7. Hovedfunn og konklusjoner HAVO, ART og HIA

Hovedfunn og konklusjoner habiliteringstjenesten for voksne (HAVO), Ambulant rehabiliteringsteam (ART) og Helse I Arbeid (HIA)

Behandlerkontorene for HAVO, ART og HIA ligger i nærhet til VPP og BUP. Rehabiliteringspasientene kan benytte det samme venteområde, men det er også plassert ut noen stoler i korridoren ved behandlerkontorene.

Kontorene har en god størrelse som behandlerkontor for én ansatt, men i mangel av kontorplasser må to behandlere dele kontor. Dette er ikke hensiktsmessig fordi én må forlate kontoret når den andre behandler en pasient.

Det ble etter innflytting etablert et tilbud innen HIA, som det ikke var planlagt arealer til. Dette har også medvirket til mangel på kontorer.

Kapasitet

Det er ikke gjennomført beregninger for denne pasientgruppen, men evalueringen viser at det er mangel på behandlerkontor innen disse fagområdene. Flere av de UB-rommene som var planlagt som behandlerkontor for én ansatt, benyttes nå av to ansatte, da det er for få kontorer generelt i Kirkenes sykehus.

8.8. Forbedringsforslag HAVO, ART og HIA

Nedenfor presenteres forbedringsforslag knyttet til habiliteringstjenesten for voksne (HAVO), Ambulant rehabiliteringsteam (ART) og Helse I Arbeid (HIA). De samlede forbedringsforslagene for Kirkenes sykehus er mer utførlig beskrevet i kapittel 12.

Forslag til forbedringer bygger på resultatene som er kommet frem i evalueringen. Forbedringsforslagene er drøftet med Finnmarkssykehuset HF, men det er ikke gjort vurderinger eller utredninger knyttet til prosjektering, bygging og kostnader. Tiltakene nedenfor er ment som forslag til Finnmarkssykehuset HF for videre vurdering og prioritering.

Da det er mangel på behandlerkontor, anbefales det å kartlegge muligheten for tilgang til arealer andre steder i sykehuset.

- I og med mangel på kontor, deler to behandlere kontor som opprinnelig var planlagt for én, noe som ikke er hensiktsmessig på lang sikt. Det bør derfor

Kapittel 8 Poliklinikk psykisk helsevern og rusbehandling

gjennomføres en kartlegging av behov for behandlerkontor innen disse fagområdene ved etablering av kontorlokaler.

9. Kontor og kontorområder

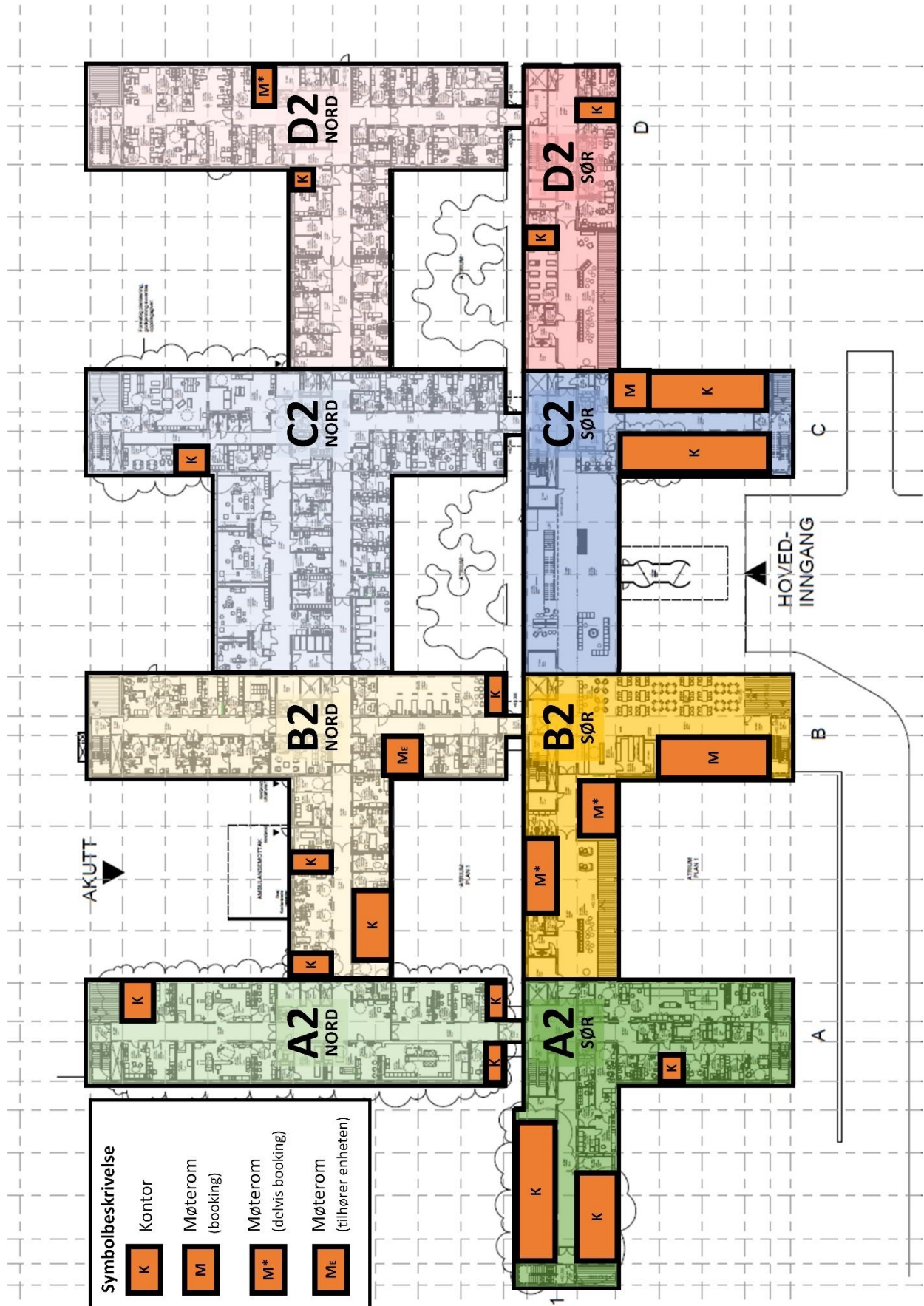
Dette kapitlet presenterer evaluering av kontorer som er lokalisert på plan 2 og 3 i Kirkenes sykehus. Kapitlet gir en oversikt over plasseringen av kontorarealer og møterom og beskriver mål og planforutsetninger for kontorområdene. Ansattes erfaringer med bygget presenteres. Det er lagt vekt på hvordan kontorlokaler og løsninger understøtter arbeidsprosesser for administrative funksjoner. Kapitlet avsluttes med en oppsummering av hovedfunn, konklusjoner og forbedringsforslag.

Evalueringen av kontor, er i hovedsak utført ved gjennomføring av en spørreundersøkelse blant ansatte, befaring og fokusgruppeintervju samt oppfølgingsamtaler.

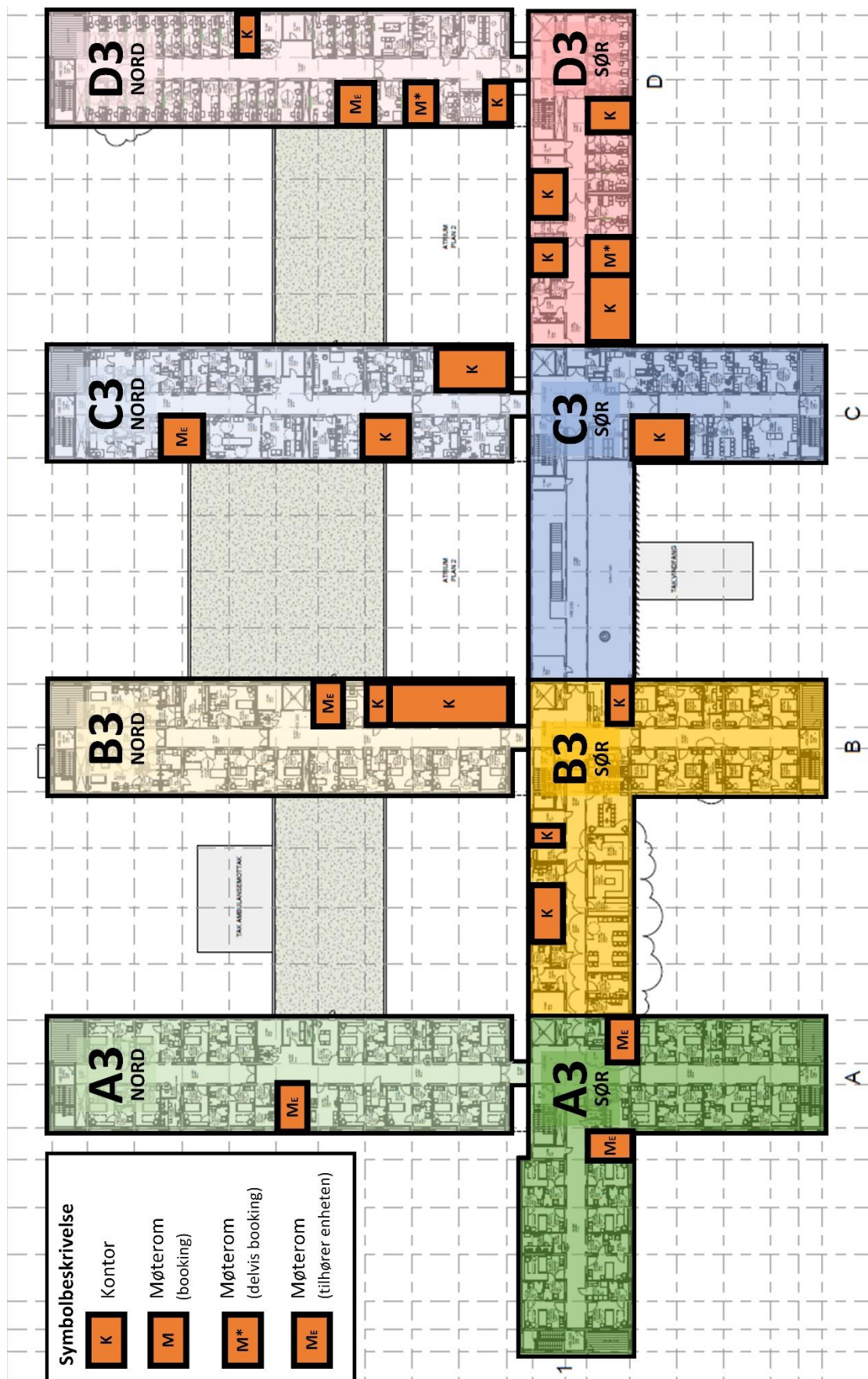
9.1. Lokalisering av kontor og møterom

Figur 9.1 og Figur 9.2 illustrerer kontor og møterom på plan 2 og 3 i Kirkenes sykehus. På plan 2 er kontorene plassert i alle de fire fløyene. På plan 3 er kontorene plassert fløy B, C og D. Møterommene på plan 2 er plassert i fløy B, C og D, og på plan 3 er det møterom i alle fløyene.

Møterommene er vist i tre typer. Møterom som kan bestilles av alle, angis som «booking», de to andre gruppene er «delvis booking» og «møterom som tilhører enheten».



Figur 9.1 Illustrasjon av kontorareal og møterom på plan 2, Nye Kirkenes sykehus. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF.



Figur 9.2 Illustrasjon av kontorareal og møterom på plan 3, Nye Kirkenes sykehus. Kilde: Momentum arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF.

9.2. Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer i det tidligere sykehuset samt mål og planlegging av de nye kontorområdene i Kirkenes sykehus.

9.2.1. Prosjektutløsende behov – utfordringer

Kontorfunksjoner er nødvendige både for klinisk virksomhet og administrasjon. Funksjonene er ulike, og noen oppgaver krever konfidensialitet. Ifølge Hovedfunksjonsprogram (HFP), datert 01.11.2010, er det behov for å kunne ha samtaler, bruke telefon og ha mulighet for å kunne arbeide med konfidensielle dokumenter i lukkede rom.

I intervju med ledere og ansatte ble det fortalt at før innflytting i nytt sykehus, var merkantile tjenester desentralisert og spredt rundt i sykehuset, i sengeområder og poliklinikker. Det var ingen felles ledelse for disse tjenestene. I sengepostene i det gamle sykehuset bisto postsekretærer med arbeidsoppgaver som innkalling og andre merkantile oppgaver. Dette arbeidet frigjorde tid til pasientrettet arbeid både for leger og sykepleiere. Det var lett å gi muntlige beskjeder til postsekretærene som kjente arbeidsoppgavene og rutineene i sengeposten. Ulempen var at denne organiseringen var sårbar ved sykdom og fravær. Det var imidlertid vanskelig for andre merkantile å overta arbeidsoppgaver uten å ha den særegne kunnskapen knyttet til den enkelte sengepost. I planleggingen kom det frem at omorganisering som samlet merkantile i én tjeneste, ville kunne øke samarbeid, redusere sårbarhet og løse denne utfordringen.

9.2.2. Samlokalisering og organisering av merkantile tjenester

I Nye Kirkenes sykehus ble det lagt opp til en samlokalisering og omorganisering av den merkantile tjenesten. Samlokaliseringen og den nye organiseringen skulle bidra til et sterkere fagmiljø og mer robust organisering (HFP). Det ble derfor besluttet at merkantile med arbeidsoppgaver knyttet til pasientbehandling, pasientlogistikk og kvalitetsarbeid skulle samles til en enhet.

De tidligere postsekretærene, skrivere og «skannere» skulle få sin arbeidsplass i en felles ekspedisjon for sengeområdet. De skulle blant annet gjøre mottak og innskriving av elektive (planlagte) pasienter. Det ble planlagt en åpen ekspedisjon med et lukket arbeidsrom i bakkant (backoffice).

For merkantile var hovedidéen at de gjennom samlokalisering og organisering skulle kunne arbeide på tvers av fagområdene og av den grunn ikke være så sårbare som tidligere erfart.

Den gamle ordningen ble imidlertid beholdt i psykisk helsevern og rusbehandling (som tidligere var en egen klinikk) samt i sengeenhet og poliklinikk for rehabilitering (FMR).

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Under planleggingen av det nye sykehuset ble det forutsatt en framtidig gevinstrealisering. I HFP står det (s. 38):

«Framtiden vil digitalisere mye av den skrivingen som gjøres i dag og teknikken vil derfor gi arealbesparelser på sikt. Her er det i dag talegjennkjenningsystemer, men disse er ikke nok velfungerende. Dette forutsettes løst i framtiden.

Det finnes også i dag en skannerfunksjon i forhold til arkivet. Skanning av gamle dokumenter forutsettes utført innen det nye sykehuset skal tas i bruk.»

Konseptrapport (2010) og Forprosjektrapport (2013) fremhever at teknologiske løsninger som talegjennkjennning, full elektronisk pasientjournal, terminaler for registrering av pasientenes oppmøte, nytt elektronisk system for innkalling og timebestilling skulle bidra til effektivisering. Med de nevnte forutsetningene ble det planlagt en reduksjon på til sammen 12 årsverk i det nye sykehuset. Ifølge Forprosjektrapporten hadde klinikken 25 årsverk innen kontortjenesten i 2010.

9.2.3. Planlegging av kontor

Ifølge HFP var det så mange ansatte som hadde kontorfunksjoner, at det ikke var aktuelt at alle fikk eget kontor. Det nye sykehuset skulle planlegges med kontorområder som en felles ressurs. Kontorbehovene skulle dekkes avhengig av type kontoroppgaver og hvor stor del av dagen eller uken ansatte hadde behov for kontor. Blant annet ble det skrevet at ledere med personalansvar har behov for kontor for én person, mens for administrative enheter er det mer aktuelt med åpne kontorløsninger. Under planleggingen ble det forutsatt at de aller fleste funksjoner og systemer skulle være elektroniske, men at det også måtte finnes låsbare rom og skap for konfidensielle papirer.

Ifølge HFP (s. 41), var et av prinsippene at alle ansatte skulle ha tilgang til PC. Det ble planlagt følgende kontorløsninger:

- Kontor sammen med klinisk funksjon
- Kontorfunksjon i kontorområde
- Arbeidsstasjoner/dikteringsstasjoner
- Cellekontor
- Landskap

Områder for undervisning skulle være lett tilgjengelige for pasienter og personell, og rommene skulle ha IKT-løsninger. Møterom skulle være en felles ressurs spredt i sykehuset med integrerte IKT-løsninger. Møterommene ble planlagt for morgenmøter, pasientundervisning, administrative møter, konfidensielle samtaler og elektronisk kommunikasjon. Møterommene skulle ha felles reservasjonssystem, men enkelte avdelinger skulle ha egne møterom, og noen skulle ha prioritet på dedikerte møterom.

Følgende planforutsetninger ble lagt til grunn og knyttet til arealeffektivitet (HFP, s. 41):

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

- De som sitter på kontor hele dagen har mer areal enn de som bruker kontor deler av dagen
- Kontorarealet innenfor de enkelte fagområdene er å anse som en felles ressurs
- Kontorlandskap vurderes der det er hensiktsmessig

Under planleggingen ble kontorer fordelt i bygget, både som mindre kontorlandskap og som enkeltkontorer. Ifølge Forprosjektrapporten skulle administrasjon og ledelse i det nye sykehuset i størst mulig grad samlokaliseres (ca. 25 stillinger). Unntaket fra dette var den direkte avdelingsledelsen som skulle ha nærhet til avdelingen.

Verken i Hovedfunksjonsprogram eller i Forprosjektrapporten ble det spesifisert hvordan kontorområdene skulle organiseres, med unntak for fagkonsulenter i ART (Ambulant rehabiliteringsteam), HAB (habiliteringstjenesten for voksne) og for ansatte ved fysio- og ergoterapitjenesten.

Forprosjektrapporten påpekte at fagkonsulenter i ART og HAB ikke kan være lokalisert i åpent kontorlandskap. De har behov for kontorer der de også kan ta imot pasienter og pårørende. Fysioterapi- og ergoterapitjenesten skulle samles og få nærhet til behandlingsrom, gymsal og treningskjøkken. Det er også nevnt at det ville være hensiktsmessig med nærhet til LMS (læring og mestring) på grunn av utstrakt sambruk av lokaler.

Forprosjektet beskriver videre at en Overordnet tverrgående gruppe (OTG) som besto av klinikkjef, ledere fra medvirkningsgrupper, hygienesykepleier og Helse Finnmarks brukerrepresentant, hadde som oppgave å behandle tverrgående standardrom. Dette var kontorer, toaletter og andre rom som forekommer på tvers av avdelinger og enheter i Nye Kirkenes sykehus, og som skulle planlegges enhetlig.

Antall kontorarbeidsplasser ble beregnet under konseptfasen samt i slutfasen av delfunksjonsprogrammet. Beregningene tok utgangspunkt i de stillingene som var plassert i daværende sykehus.

Senere er det jobbet videre med organisasjonsutvikling. Ifølge Sluttrapport NKS-OU (2017), pågikk det et kartleggingsarbeid for å avklare om det er tilstrekkelig med kontorarbeidsplasser i Nye Kirkenes sykehus. Det ble også gjort en foreløpig vurdering av mulige alternativ, hvor det ble sett på hvem som kan sitte eksternt og hvor det finnes mulige alternative kontor.

Rapporten DP 16 -12 Kontorer og fellesareal (2017) konkluderte med at det ikke er tilstrekkelig antall kontorarbeidsplasser i Nye Kirkenes sykehus. I perioden fra tegningene ble vedtatt og frem til mars 2017, kom det nye stillinger som trengte kontorarbeidsplasser. Beregningene viste at antallet nye stillinger var 20,75 i tillegg til 5 medisinstudenter. Til sammen utgjorde dette i alt 27 personer. Det ble foreslått at 25 personer får arbeidsplass utenfor det nye sykehuset.

9.3. Kontorareal og standardrom

Standardromskatalogen³⁶ angir 9 m² som standard for kontor for én person og 6 m² per plass for kontorplasser i teamkontor eller kontorlandskap. Dette er også i henhold til regelverk fra Arbeidstilsynet. Hver arbeidstaker skal ha tilstrekkelig med fri plass til gode og varierte arbeidsstillinger og bevegelser. Dersom hver enkelt arbeidsplass har et gulvareal på minst 6 m² vil Arbeidstilsynet som hovedregel vurdere løsningen som fullt forsvarlig³⁷.

Sykehusbygg HF har tatt uttrekk til arealanalyser fra Plania (sykehusets FDV database) og Nasjonal database for klassifikasjonssystem for helsebygg. Tallene er hentet ut i mars 2021.

I Kirkenes sykehus er det hovedsakelig kombinasjon av enkeltkontor og kontorlandskap. Dette er vanlig i sykehus. Når det gjelder kontor for én person, ligger alle kontorer over minimumskravet på 6 m² og de fleste ligger også over anbefalingene i Standardromskatalogen på 9 m². For kontorer for flere enn én person og for kontorlandskap, ligger mange av disse under standarden på 6 m² per plass. En beregning av gjennomsnittet, hentet fra romlisten (Plania), gir 5,77 m² per plass.

Samtidig med utformingen av denne evalueringsrapporten, ble det gitt opplysninger om at Kirkenes sykehus jobber med alternative løsninger for disse kontorene (juni 2021).

9.4. Organisasjonsutvikling

I Kirkenes sykehus omfatter merkantile tjenester de sekretærene som arbeider inn mot pasientbehandling, logistikk og kvalitetsarbeid. Dette inkluderer de som jobber i resepsjon og ekspedisjon.

Som tidligere beskrevet, skulle merkantile funksjoner samles til en enhet (NKS-OU 2017). Unntaket var sekretærer tilhørende VPP/BUP og rehabilitering. Videre var det planlagt en effektiviseringsgevinst (gevinstrealisering) som tilsvarte reduksjon på 12 årsverk (fra ca. 28 årsverk ved innflytting ifølge informasjon fra Kikenes sykehus).

Antall kontorarbeidsplasser ble planlagt og bygd i det nye sykehuset i henhold til den planlagte reduksjonen av stillinger. Ifølge intervju med ledelsen ble ikke nedbemanningen gjennomført verken før eller etter innflytting. Bakgrunnen for dette er blant annet at funksjonene i IKT-systemet ikke ble som opprinnelig planlagt, samt at bruk av talegjenkjenning og effektivisering ved hjelp av teknologi ikke ble realisert som beskrevet i planleggingsdokumentene. Når det gjelder talegjenkjenning, ble det forklart at systemet krever både opplæring og en ordning for bistand/«superbruker». Videre var

³⁶ <https://sykehusbygg.no/nyheter/sykehusbyggs-standardromskatalog>

³⁷ [Arealkrav til kontorarbeidsplasser \(arbeidstilsynet.no\)](https://www.arbeidstilsynet.no/arealkrav-til-kontorarbeidsplasser)

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

det planlagt en annen løsning for inn- og utsjekkingssystemer enn det som ble valgt. Den planlagte løsningen hadde flere elektroniske løsninger enn den valgte.

Elektroniske kurver og andre digitale løsninger skulle implementeres, og skanning av papir til digitalt arkiv skulle reduseres betraktelig. Fysisk papirarkiv ble ikke etablert i det nye sykehuset. Ifølge ledelsen ved Kirkenes sykehus medførte dette at skanning av papir til journalarkiv ikke fikk sin naturlige plass i det nye sykehuset. Skanneroppgavene ble i evalueringsperioden håndtert av merkantilt personell på plan 3 ved «Team for post og skriv» sin arbeidsplass.

I fokusgruppeintervjuene kom det frem at det nye sykehuset mangler kontorplasser på grunn av at effektiviseringen ikke ble oppnådd. Det ble også sagt at planleggingsprosessen trolig ikke hadde tatt med alle merkantile funksjoner, og at endring i antall stillinger etter 2012 ikke er inkludert. Funksjonene som ble planlagt og bygd i det nye sykehuset, var to telefonkontorer, fem plasser for tidligere postsekretærer i sengeområdene og tre plasser i resepsjonen. Det var derfor flere som ikke hadde arbeidsplass ved innflytting. Dette gjaldt blant annet ansatte med oppgaver knyttet til innkalling av pasienter og pasientlogistikk. Videre ble stillinger som postsekretærer i akuttmottak og poliklinikk, ikke etablert grunnet nedtak av stillinger (gevinstrealisering). Areal til disse stillingene ble derfor ikke planlagt inn i akuttmottak og poliklinikk.

Dette er bakgrunnen for at arbeidsplasser for merkantile tjenester er blitt spredt i sykehuset, i motsetning til intensjonen om samling for å understøtte samarbeid, arbeid på tvers, effektivitet og fagutvikling.

Da vi skulle flytte inn i bygget, ble vi veldig fort klar over at det ikke var plass til de merkantile. Det første som skjedde var at i Administrasjonsfløya, som man hadde tenkt at HR og personal skulle være i, der flyttet man de merkantile inn i de lokalene. Så begynte man å flytte de merkantile inn i lokaler der fysio- og ergoterapi er. Så har man flyttet dem derfra og inn i et annet. Merkantile grupper er flyttet rundt omkring fordi de ikke var tenkt inn i bygget. Og når man flytter en så stor gruppe rundt omkring, så presser den ut andre.

Konsekvensen er at flere jobber i områder som var tiltenkt for andre typer oppgaver. For eksempel har noen fast arbeidsplass i kontorlandskap som ikke var planlagt som fast arbeidsplass, og som ikke har tilstrekkelig stillerom for faste arbeidsplasser. Det ble uttrykt slik:

Å arbeide i areal tiltenkt andre. Det er blitt et problem i sykehuset.

Fordi det ikke har vært plass til alle som har behov for kontorarbeidsplass i det nye sykehuset, er det etablert ca. 30 kontorplasser i det gamle sykehuset på Prestøya. Disse benyttes blant annet av HR, fag- og forskning, EPJ, samhandling og til kontorplasser for Finnmarkssykehuset HF og Helse Nord RHF.

Ifølge informasjon mottatt fra Finnmarkssykehuset HF i 2020 legges følgende prinsipper nå til grunn for tilrettelegging av kontorarbeidsplasser i foretaket:

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

- Ledere i operative stillinger (eksempelvis økonomi, regnskap, lønn, personal, SDE og FFS) og stillinger uten personalansvar skal ha kontorplass. Det må være tilrettelagt for samtalerom.
- Ansatte som jobber mindre enn 50 prosent av dagen på kontor – tilgang til kontorplass. Det må være tilrettelagt for samtalerom.
- Ansatte som jobber 50 prosent av dagen eller mer på kontor – fast kontorplass. Det må være tilrettelagt for samtalerom.
- Behandlerom skal i minst mulig utstrekning benyttes som kontorplass.
- Leger (overleger, LIS, turnus) skal iht. overenskomst ha kontorplass, se aktuelle unntak iht. overenskomst
- Det lages åpning for å gjøre konkrete vurderinger knyttet til enkelte stillinger og enkelte ansatte. Denne vurdering skal gjøres av klinikk- og stabsledere.

Ifølge ledelsen i Kirkenes sykehus skal LIS2 har faste arbeidsplasser, og LIS1 skal ikke ha faste arbeidsplasser. Videre er «clean desk» innført som et prinsipp.

På grunn av plassmangel og for å få hensiktsmessige arbeidsplasser, pågikk det et arbeid knyttet til endringer, ommøblering og omdisponering av kontorer i evalueringsperioden. Flere ansatte hadde derfor en midlertidig arbeidsplass. I tillegg var Kirkenes sykehus i dialog med arbeidstilsynet om egnede kontorarbeidsplasser. Dette arbeidet fører trolig til at det blir gjennomført endringer i kontorsituasjonen etter at evalueringen er avsluttet.

Nedenfor presenteres en kartlegging av byggets egnethet etter innflytting. Det gis først en beskrivelse av kontorløsninger, deretter presenteres spørreundersøkelsen blant ansatte.

9.5. Kartlegging av byggets egnethet - Kontor

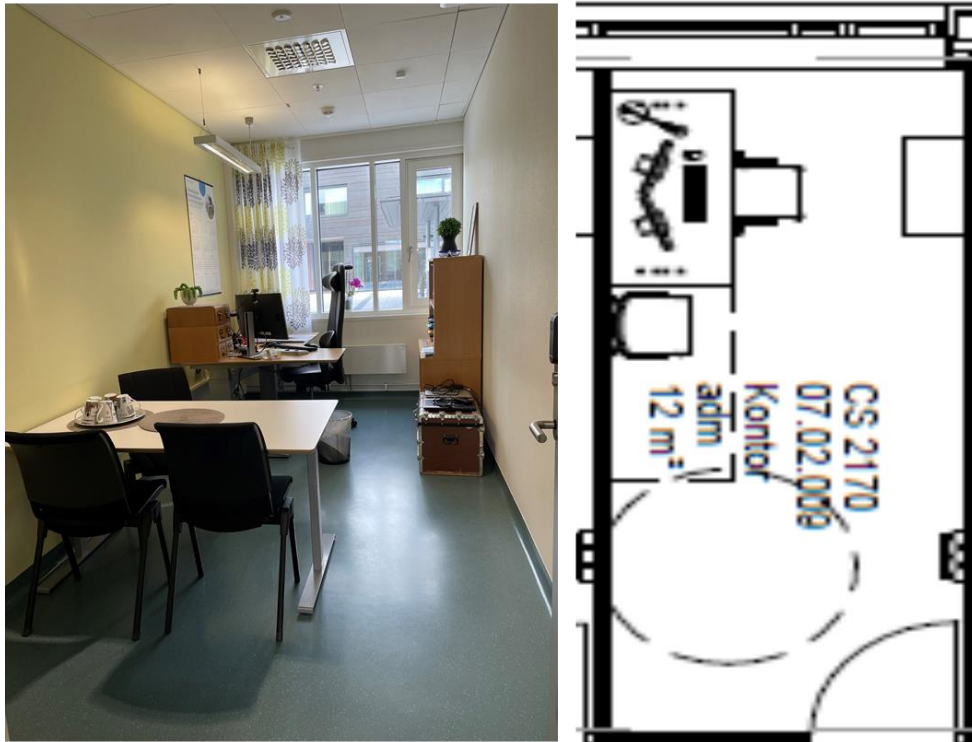
Evalueringsrapporten deler kontor inn i tre typer. Dette er kontor for én person, kontor for to personer og kontorlandskap.

Innledningsvis beskrives kontorløsninger. Som tidligere nevnt, vektlegges området for ledelse og administrasjon samt merkantile tjenester. Deretter presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen blant ansatte. Spørreundersøkelsen er en bred kartlegging av erfaringene fra ledere og merkantilt ansatte som benytter kontorplasser på plan 2 og 3 i sykehuset.

9.5.1. Kontorløsninger

Kontor for én person

Kontorene i sykehuset som var planlagt for én person, er mellom 9 til 13 m², de fleste er 12 m² (Figur 9.3). Kontorer for én person er plassert både på plan 2 og 3 i sykehuset og brukes stort sett av administrasjon og ledelse (på plan 2 i fløy A, C og D, og på plan 3 i fløy B, C og D).

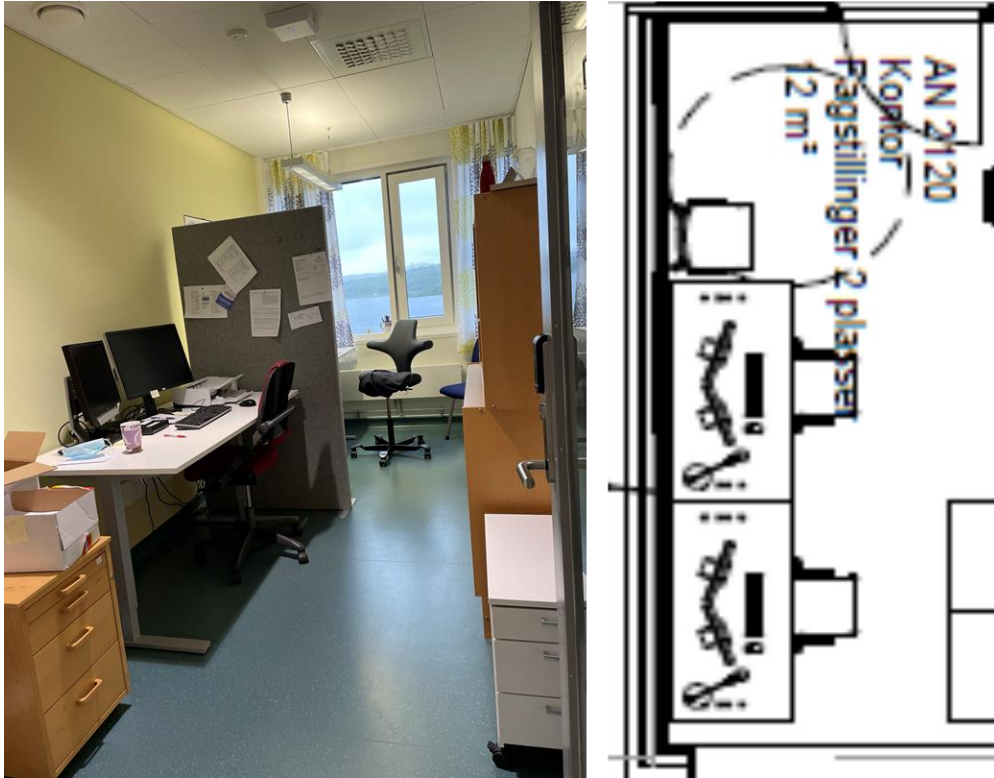


Figur 9.3 Kontor for én person. Foto: Kirkenes sykehus. Tegning: Plan 2, fløy C sør. Kilde: Momentum arkitekter

Flere av kontorene som var planlagt for én person, ble på evalueringstidspunktet benyttet av to personer. Dette gjelder for eksempel i kontorområdet for leger på plan 2 i fløy A sør, administrasjonsfløy på plan 2 i fløy C sør, og kontorer for merkantile tjenester på plan 3 i fløy D sør.

Kontor for to personer

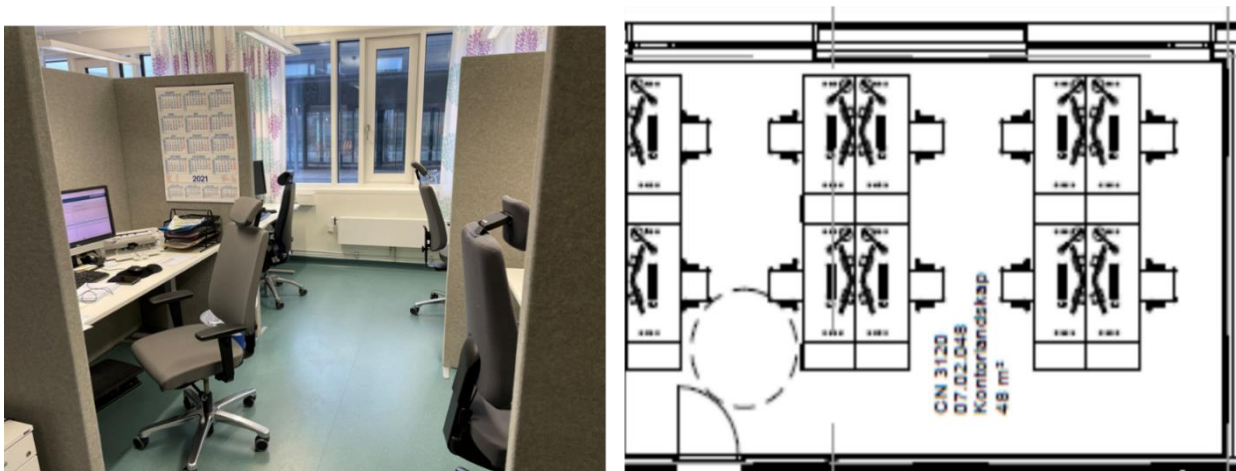
Noen få kontorer er planlagt for to personer, blant annet i området for bildediagnostikk på plan 2 i fløy A nord. Størrelsen på kontorene for er 12 m². Figur 9.4 viser kontor for to personer.



Figur 9.4 Kontor for to personer. Foto: Kirkenes sykehus. Tegning: Plan 2, fløy A nord. Kilde: Momentum arkitekter

Kontorlandskap

Kontorlandskapene er plassert på plan 2 i fløy A sør og fløy C sør. På plan 3 er de plassert i fløy B nord samt fløy C nord og sør. Kontorlandskapene benyttes av ulike grupper, både merkantile, leger og fagsykepleiere. Den planlagte størrelsen på kontorlandskapene varierer fra 15 m² med 3 plasser til 56 m² med 12 plasser. Figur 9.5 viser kontorlandskap med 10 plasser.



Figur 9.5 Kontorlandskap. Foto: Kirkenes sykehus. Tegning: Plan 3 fløy C nord. Kilde: Momentum arkitekter

Kontor for klinikkledelse og administrasjon

Klinikkledelsen i Kirkenes sykehus omfatter ledelse og stab.

Kontorer for klinikkledelsen, stab og merkantile er plassert på plan 2 i administrasjonsfløy C sør. Fløyen har 10 kontorer på 12-13 m². Kontorene er planlagt for én person og er likt utformet. Administrasjonsfløyen inneholder også kontorlandskap (35 m²), møterom (29 m²), tekjokken, kopirom og lager.

To kontorer som var planlagt for én person, ble midlertidig benyttet av to personer innen merkantile tjenester. Disse kontorene er plassert lengst sør i fløy C. På befaring ble det fortalt at disse kontorene oppleves som store nok for to personer (11 m²).

Kontorlandskapet, som var planlagt for 6 plasser, ble for trangt. Kirkenes sykehus informerte om at ifølge en rapport fra Arbeidstilsynet, bør antallet arbeidsplasser være 4-5, samt at stillerom ikke bør benyttes som fast arbeidsplass.

Øvrige kontorer, utover administrasjonsfløya, er spredd over hele sykehuset. Som planlagt, har enhetsledere i hovedsak nærhet til de områdene de leder. Dette er enhetsledere for poliklinikk, laboratoriet, bildediagnostikk, operasjon, anestesi, intensiv, i tillegg til enhetsledere for de ulike sengeområdene, HAVO, ART og kliniske servicefunksjoner (KSF). De fleste har kontor for én person. Enhetslederne skal ha nærhet til enheten, og enhetsleder for merkantile tjenester har kontor i administrasjonsfløy.

I vedlegg til dette kapittelet gis en detaljert liste over planlagte kontor og bruk av kontor på evalueringstidspunktet. I denne oversikten kommer det frem at det er 57 flere kontor plasser i bruk i 2021 enn opprinnelig planlagt.

Kontor for merkantile tjenester

De som er knyttet til merkantil enhet, har kontorarbeidsplass på plan 2 og 3. I tillegg er et datarom/undervisningsrom (dataklasserom) midlertidig tatt i bruk til kontor plasser. Dette rommet er plassert på plan 2 i fløy D sør. Under evalueringen ble det fortalt at det nylig hadde vært en endring av arbeidsplasser for merkantilt ansatte innen innkalling og logistikk på bakgrunn av rapport fra Arbeidstilsynet. Dataklasserommet er tatt i bruk for å redusere antall ansatte i kontorlandskapet på plan 3 i fløy C nord, som var planlagt for 10 personer, men skulle benyttes av 6.

Merkantilenheten har arbeidsoppgaver i resepsjonen i vestibylen. Resepsjonen har en åpen skranke som var planlagt for tre personer (15 m²). Etter innflytting er antallet redusert til to. I et lukket rom bak skranken (backoffice), har to merkantilt ansatte sin arbeidsplass. Tilsvarende løsning er valgt for ekspedisjonen i sengeområdene med plass for to i skranken (14 m²) og tre i lukket arbeidsrom i bakkant (15 m²).

I ekspedisjonen for VPP og BUP (på plan 3) er det arbeidsplasser for to i ekspedisjonsskranken (11 m²) og to i kontoret bak (15 m²). Vanligvis benyttes plassen i skranken av én person. Opprinnelig var det lukkede kontoret planlagt for tre, hvorav en

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

plass skulle være for rehabilitering. Dette ble ikke realisert pga. plassmangel og antallet ble endret til to i løpet av planleggingsprosessen.

Som planlagt, er merkantilt ansatte blitt samlet i en enhet med egen enhetsleder. Ifølge informasjon fra Kirkenes sykehus ble enheten organisert i tre team ved innflytting i nytt sykehus. Hensikten var å styrke gruppen faglig og samordne fagområdene. Følgende team var etablert:

- Innkalling og logistikk
- Service og lederstøtte
- Post og skriv

«Team Innkalling og logistikk» hadde på evalueringstidspunktet 13 stillinger med arbeidsoppgaver knyttet til innkalling av pasienter og pasientlogistikk for ulike fagområder. Teamet tar imot henvendelser fra pasienter og setter opp timer for poliklinikk. I denne type arbeid er det mange hensyn å ta, som blant annet hensyn til reiseavstander, legens timebøker og eventuelle undersøkelser før eller etter timen. Ansatte må derfor ha god kunnskap om lengde på undersøkelser/behandling, transportordning, tolketjenester osv. Det var planlagt at dette teamet skulle sitte samlet i det nye sykehuset, med unntak av telefonkontor (plan 3 fløy D sør) som i hovedsak har samtaler med pasienter. De fleste i teamet for innkalling og logistikk er plassert i kontorlandskap på plan 3 i fløy C nord og i kontor i fløy D sør.

«Team for service og lederstøtte» har arbeidsoppgaver knyttet til resepsjonen (pasient- og besøkendehenvendelser). Kvalitetskontroller og post/id-kort er noen av oppgavene resepsjonsansatte dekker. I evalueringsperioden hadde de også ansvaret for adgangskontroll knyttet til Covid-19 pandemien. Før pandemien bisto pasientverter pasienter og pårørende som hadde spørsmål. Det ble fortalt at ordningen med pasientverter vil reetableres etter pandemien er over. Videre har teamet arbeidsoppgaver knyttet til økonomi, DRG-koding, forløpskoordinering for kreft, digital post og kvalitetskontroller. Teamet har også ansvar for DIPS-opplæring av leger. «Team for service og lederstøtte» har kontorplasser i landskapet på plan 2 i fløy C sør.

«Team post og skriv» omfatter ansatte som har arbeidsplass i sengeområdet på plan 3 (ekspedisjonsområdet) og på plan 2. To ansatte har plass i den åpne ekspedisjonssranken. De innkaller og skriver inn pasienter, mottar elektive (planlagte innleggelser), bestiller prøver, ambulanse eller for eksempel tolk ved behov. I tillegg gjennomfører de også undersøkelser som for eksempel EKG og blodtrykk. Dette utføres på et mottaksrom (undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom)) ved siden av ekspedisjonen. I et lukket rom bak ekspedisjon er det tre plasser for ansatte som skriver etter legenes diktering.

Tre ansatte har arbeidsplass i ett kontor bak ekspedisjonssranken. Arbeidsoppgavene er knyttet til skriving for leger etter diktafon og skanning av papirdokumentasjon til pasientjournal, samt rapporter og annet kvalitetsarbeid.

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

På plan 2 arbeider to skrivere i kontorlokalet «backoffice» for resepsjonen i vestibylen. Dette teamet tilsvarende de tidligere post- og skrivesekretærene.

Merkantile (postsekretærer) for VPP, BUP og FMR (Fysikalsk Medisin og Rehabilitering) er ikke endret etter innflytting i Nye Kirkenes sykehus. Begge enhetene har beholdt sin tidligere organisering og er ikke en del av den merkantile enheten.

9.5.2. Spørreundersøkelse blant ansatte

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant ledere og merkantile i Kirkenes sykehus for å kartlegge kontor og kontorområdenes egnethet etter innflytting i nytt sykehus. Som for spørreundersøkelsen blant ansatte i klinikken, har formålet vært å få kunnskap fra mange ansatte om hvordan lokalene i sykehuset fungerer etter innflytting, og undersøke i hvor stor grad utformingen legger til rette for arbeidsoppgavene som skal utføres.

Metode

En nettbasert spørreundersøkelse ble oversendt fra Sykehusbygg HF til Finnmarkssykehuset HF og deretter videresendt per e-post til 47 til merkantile og klinikkledelse som har arbeidssted i Nye Kirkenes sykehus. Tilgang til spørreskjemaet ble gitt ved å skanne en QR-kode eller ved å åpne en lenke til skjemaet. Undersøkelsen pågikk i perioden 12. oktober til 25. oktober 2020. Av 47 ansatte besvarte 42 undersøkelsen (89 prosent). Sykehusbygg mottok anonyme besvarelser og benyttet Excel og SPSS i analysene.

Spørreskjemaet er utarbeidet av Sykehusbygg HF med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler og sjekklister for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI).

Undersøkelsen hadde 35 utsagn inndelt i fem temaområder. Ansatte ble bedt om å svare på om hvor godt egnet en enhet (avdeling) er for virksomheten. Et eksempel er «Utformingen av kontorområdene legger til rette for samarbeid» der det skulle oppgis i hvor stor grad ansatte er enige i utsagnet på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden på skalaen er 3. Nedenfor beskrives innholdet i de fem temaene:

Tema 1: Understøtte arbeidsprosesser

Utsagnene i det første temaet er en vurdering av hvor godt utformingen av kontorområdene støtter opp under arbeidsmiljø, samarbeid og effektivitet.

Tema 2: Planløsning - generell

Dette temaet handler om orientering i bygget, lokalisering av kontorområdene og om områdene er hensiktsmessig utformet. Temaet inkluderer også utsagn om garderober og kantine.

Tema 3: Romtyper i kontorområdet

Temaet omhandler ulike romtyper og om det er tilstrekkelig antall kontorplasser og rom.

Tema 4: Utstyr og støttefunksjoner

Utsagnene i temaet er en vurdering av leveranser av forbruksvarer og avfallshåndtering, IKT, utstyr og møbler.

Tema 5: Innemiljø

Dette handler om inneklima, skjerming, arbeidsllys, dagslys, renhold og om det er lett å holde orden i avdelingen.

Avslutningsvis i undersøkelsen ble det stilt tre spørsmål om nye arbeidsprosesser og ombygging i kontorområdene. Til slutt fulgte et felt der ansatte selv kunne skrive inn sine kommentarer. Utsagn eller spørsmål som ikke var relevante kunne stå ubesvart. Resultatene fra undersøkelsen presenteres nedenfor. Spørsmålene ble besvart av mellom 33 og 42 personer.

Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra undersøkelsen samlet for alle ansatte som har besvart spørreskjemaene. Tabellen nedenfor viser antall og andel mottatte besvarelser fra de ulike kontortypene.

Tabell 9.1 Mottatte spørreskjema. Kontor, Kirkenes sykehus

Kontortype	Ant. mottatte besvarelser	Prosent
Kontor for 1 person	15	35,7
Kontor for 2 personer	7	16,7
Kontorlandskap mv.	20	47,6
Total	42	100

I analysen er besvarelsene inndelt i tre grupper. Først ble det utført en samlet analyse for alle som deltok i undersøkelsen. Deretter ble besvarelsene delt inn i to undergrupper. Den første gruppen er de som har kontor for én eller to personer (22 besvarelser). Den andre er kontorlandskap (20 besvarelser). Bakgrunnen for inndelingen er et lavt antall besvarelser fra kontor for to personer og fra ekspedisjon. Ekspedisjon er inkludert i kontorlandskap.

Resultatene fra de 32 utsagnene presenteres i fire figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de fem temaene. Deretter følger en figur som viser fordelingen av scorere fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for de ulike temaene. Den tredje figuren framstiller utsagnene som flest ansatte har gitt de høyeste scorene (4 og 5). Den fjerde figuren viser utsagn som flest ansatte har gitt de laveste scorene (1 og 2). Deretter presenteres en tabell med gjennomsnittlig score for alle utsagnene.

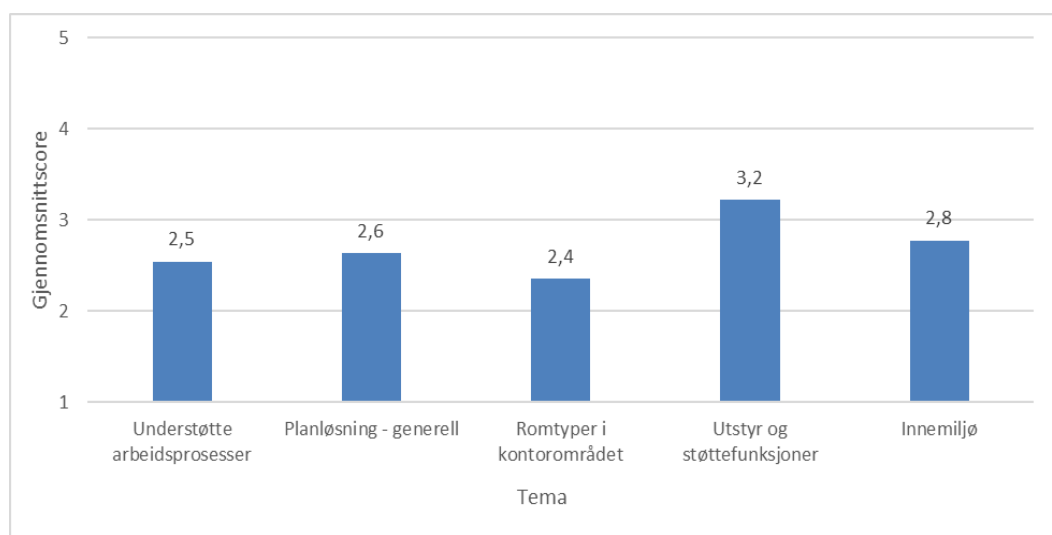
Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Først presenteres resultatene samlet for alle som besvarte spørreundersøkelsen, deretter deles resultatene opp i de to undergruppene. Resultatene avsluttes med tre figurer som viser svar på spørsmålene om nye arbeidsprosesser og ombygging. Kommentarer fra spørreundersøkelsen presenteres sammen med informasjon fra intervju i kapittel 9.6 om driftskonsepter og løsninger.

Samlede besvarelser fra ansatte i kontorområdene

Figur 9.6 presenterer gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Romtyper i kontorområdet*, *Utstyr og støttefunksjoner* og *Innemiljø*.

På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for fire av fem tema under middelveiden (3,0). I besvarelsen fra alle ansatte i kontorområdene fikk *Utstyr og støttefunksjoner* høyeste score (3,2). De øvrige temaene har fått gjennomsnittlig score fra 2,4 til 2,8. Den laveste scoren ble gitt til temaet *Romtyper i kontorområdet*.

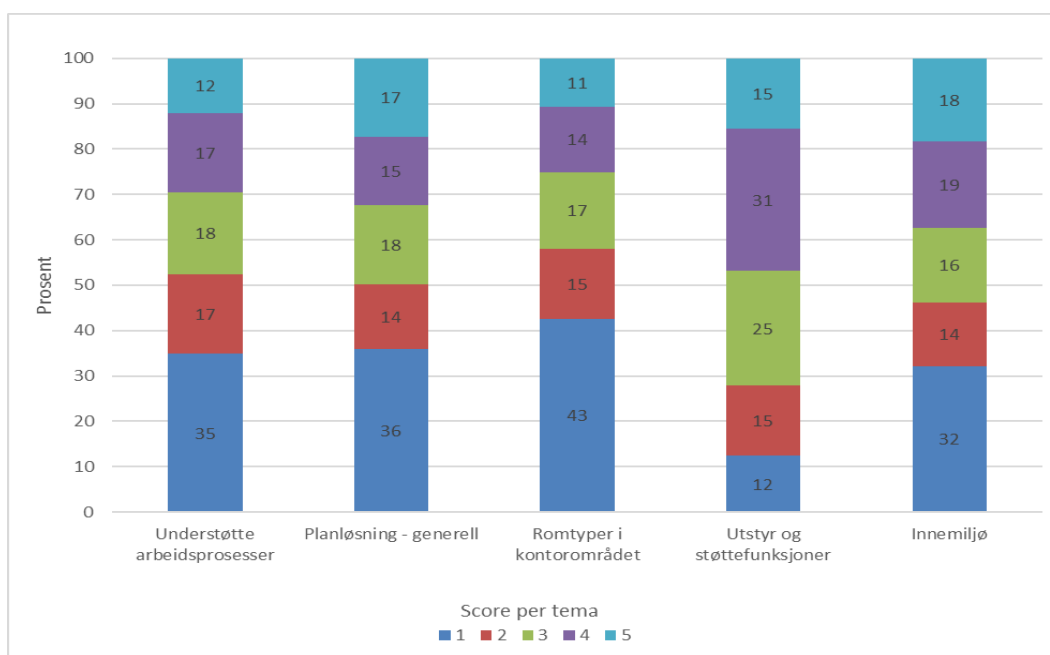


Figur 9.6 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Kontor, alle besvarelser samlet

Figur 9.7 presenterer fordelingen av score for de ulike temaene.

Ansatte i kontorområdene ga flest høye scorere (4 eller 5) til temaområdet *Utstyr og støttefunksjoner* (46 prosent). Videre ga 25 prosent score 3. Det betyr at de fleste som jobber i kontorområdene har gitt uttrykk for at de er fornøyde eller middels fornøyde med *Utstyr og støttefunksjoner*. Dersom man legger sammen scorene 3, 4 og 5, viser undersøkelsen også at om lag halvparten av de ansatte er fornøyd eller middels fornøyd med *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning* og *Innemiljø*. Men det kommer også frem at mange av besvarelsene har gitt de laveste scorene, og at 58 prosent ga 1 eller 2 til *Romtyper i kontorområdet*.

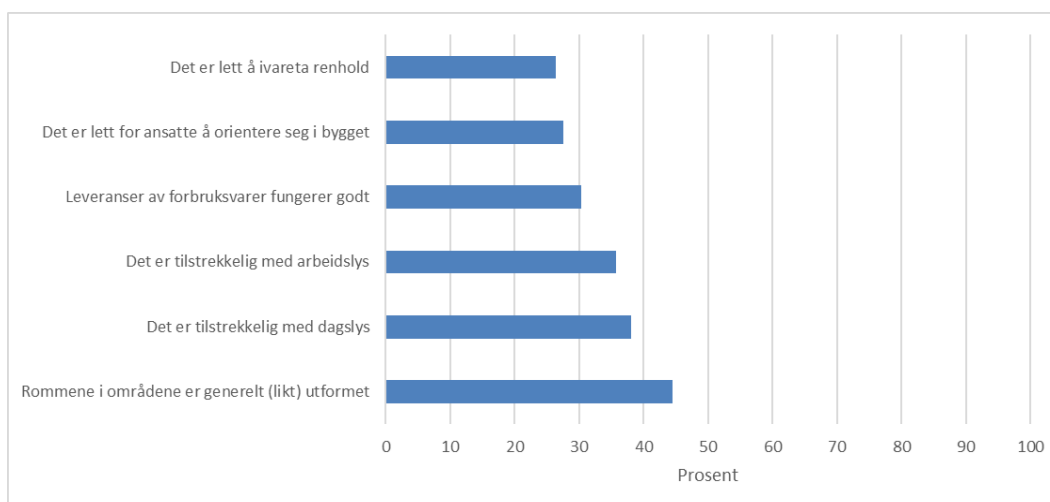
Kapittel 9 Kontor og kontorområder



Figur 9.7 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Kontor, alle besvarelser samlet

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 9.8 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score.

Utsagnet om generell utforming av rom fikk flest høye scorere, da 44 prosent av de ansatte ga 4 eller 5. Videre ga 38 og 36 prosent av de ansatte høyeste score til henholdsvis dagslys og arbeidslys. Mellom 26 og 30 prosent av besvarelsene ga høyeste score til leveranser av forbruksvarer, orientering i bygget og ivaretagelse av renhold.

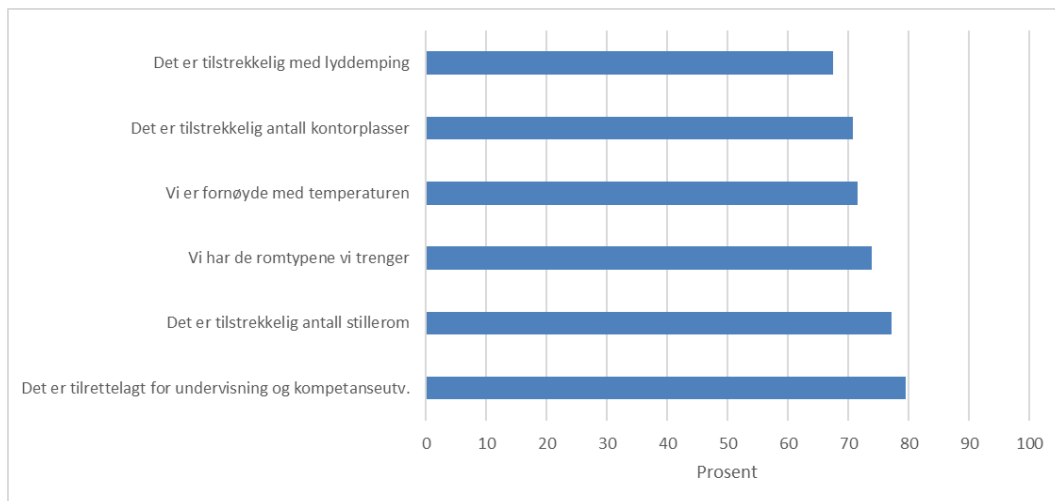


Figur 9.8 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Kontor, alle besvarelser samlet

Ser man på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyd med i undersøkelsen. Figur 9.9 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score.

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Figuren viser at ansatte i kontorområdene, ga flest lave scorer (1 eller 2) til utsagnet som handler om tilrettelegging for undervisning og kompetanseutvikling (79 prosent). I overkant av 70 prosent av de ansatte ga utsagn om tilstrekkelig stillerom, romtyper og antall kontorplasser lave scorer. Videre viser figuren at 71 og 68 prosent av besvarelsene ga laveste scorer til henholdsvis temperatur og tilstrekkelig lyddemping. Ventilasjon fikk 67 prosent (ikke vist i figur).



Figur 9.9 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Kontor, alle besvarelser samlet

Tabell 9.2 gir en oversikt over tema og alle de 35 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Tabell 9.2 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3. Kontor, alle besvarelser samlet

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Kontorområdene er tiltalende utformet	2,7
2	1	Utformingen av kontorområdene legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,3
3	1	Utformingen av kontorområdene legger til rette for samarbeid	2,8
4	1	Utformingen av kontorområdene bidrar til at vi arbeider effektivt	2,4
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget (der du har kontorplass)	3,4
6	2	Kontorområdene har universell utforming	3,2
7	2	Kontorområdene er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi trenger nærhet til	2,7
8	2	Rommene i kontorområdene er hensiktsmessig utformet	2,2
9	2	Rommene i kontorområdene er generelt (likt) utformet	3,8
10	2	Det er tilstrekkelig med plass til varer og utstyr i kontorområdene	2,4
11	2	Kontorarealene er tilrettelagt for undervisning og kompetanseutvikling	1,8
12	2	Kantine/pauseområde fungerer godt	2,4
13	2	Garderobene for ansatte fungerer godt	2,1
14	3	Vi har de romtypene vi trenger	1,9
15	3	Det er tilstrekkelig antall kontorplasser i området der jeg jobber	2,0
16	3	Kontorplassen der jeg jobber fungerer godt	2,5
17	3	Det er tilstrekkelig antall stillerom	1,7
18	3	Det er tilstrekkelig antall store møterom (> 8 plasser)	2,4
19	3	Det er tilstrekkelig antall små møterom (≤ 8 plasser)	2,3
20	3	Det er tilrettelagt for videokonferanser	2,9
21	3	Det er tilstrekkelig antall toalett i området eller i nærheten	3,2
22	4	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	4,0
23	4	IKT, videokonferanseutstyr, telefoni, skrivere o.l. fungerer godt	2,8
24	4	Vi har lett tilgang på IKT, videokonferanseutstyr, telefoni, skrivere o.l.	3,2
25	4	Møbler og inventar fungerer godt	2,8
26	4	Avfallshåndtering fungerer godt	3,6
27	5	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	2,2
28	5	Kontorområdene legger til rette for å ivareta konfidensialitet når det gjelder møter og samtaler	2,3
29	5	Kontorområdene legger til rette for nødvendig skjerming mot innsyn til PC-skjerm o.l.	2,6
30	5	Det er tilstrekkelig med arbeidsllys i kontorområdene	3,5
31	5	Det er tilstrekkelig med dagslys i kontorområdene	3,6
32	5	Vi er fornøyde med temperaturen i kontorområdene	1,9
33	5	Vi er fornøyde med ventilasjonen i kontorområdene	2,0
34	5	Det er lett å holde orden i kontorområdene	3,2
35	5	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/avdeling	3,5

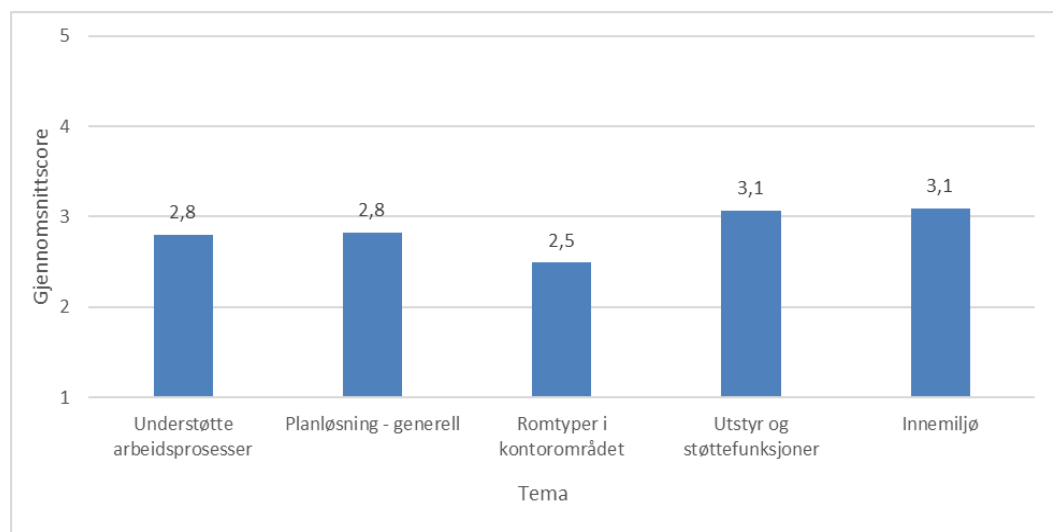
Kontorer for én og to personer

Nedenfor presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen for gruppen som har arbeidsplass i kontor for én eller to personer. Kontor for én person ble besvart av 15 personer og kontor for to ble besvart av 7 personer. Av 42 besvarelser utgjorde disse til sammen 52 prosent (n=22) av besvarelsene.

Figur 9.10 presenterer gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning - generell*, *Romtyper i kontorområdet*, *Utstyr og støttefunksjoner* og *Innemiljø*.

På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for to av fem tema over middelverdien (3,0). I besvarelsen fra denne gruppen fikk *Utstyr og støttefunksjoner* og *Innemiljø* høyeste score (3,1). De øvrige temaene har fått gjennomsnittlig score på 2,5 og 2,8. Den laveste scoren ble gitt til *Romtyper i kontorområdet*. Med unntak av *Utstyr og støttefunksjoner*, ligger scorene for denne gruppen litt høyere enn den samlede besvarelsen fra alle ansatte i kontorområdene.

Ved å se nærmere på besvarelsene fra de som har arbeidsplass i kontor for én person og to personer, kommer det frem at scorene fra de som har kontor for to personer, er noe lavere, med unntak av *Planløsning* (som ligger på samme nivå i kontor både for én og to personer).

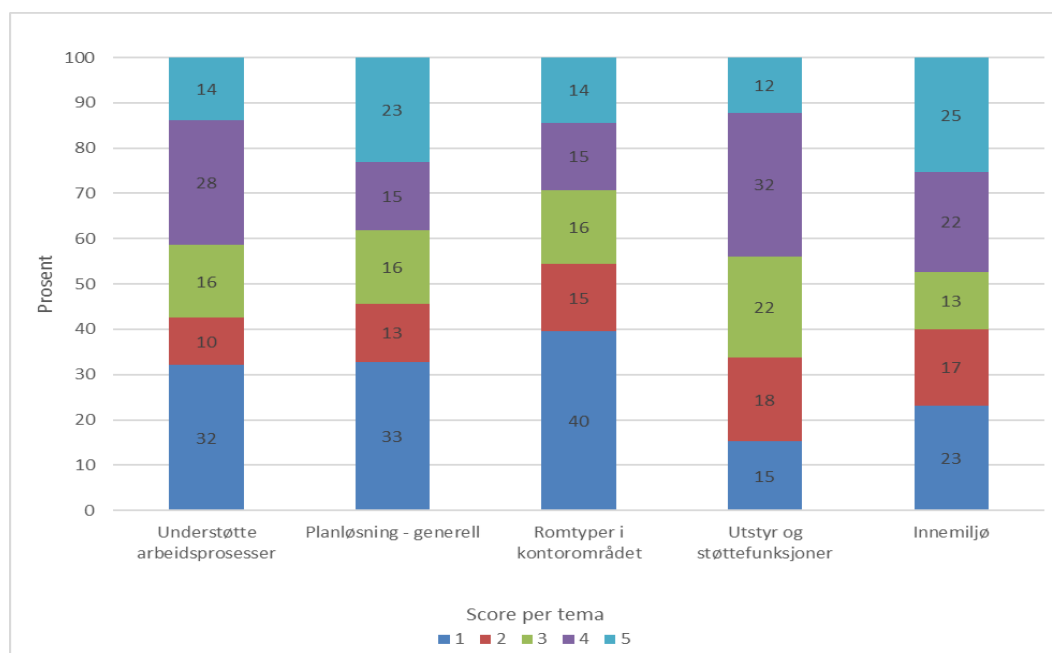


Figur 9.10 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Kontor for én og to personer

Figur 9.11 presenterer fordelingen av score for de ulike temaene. Ansatte i kontorer for én og to personer ga flest høye scorere (4 eller 5) til temaområdet *Innemiljø* (47 prosent). Videre ga 13 prosent score 3. Dersom man legger sammen scorene 3, 4 og 5, kommer det også frem at 66 prosent av de ansatte i denne gruppen har uttrykt at de er fornøyde eller middels fornøyde med *Utstyr og støttefunksjoner*.

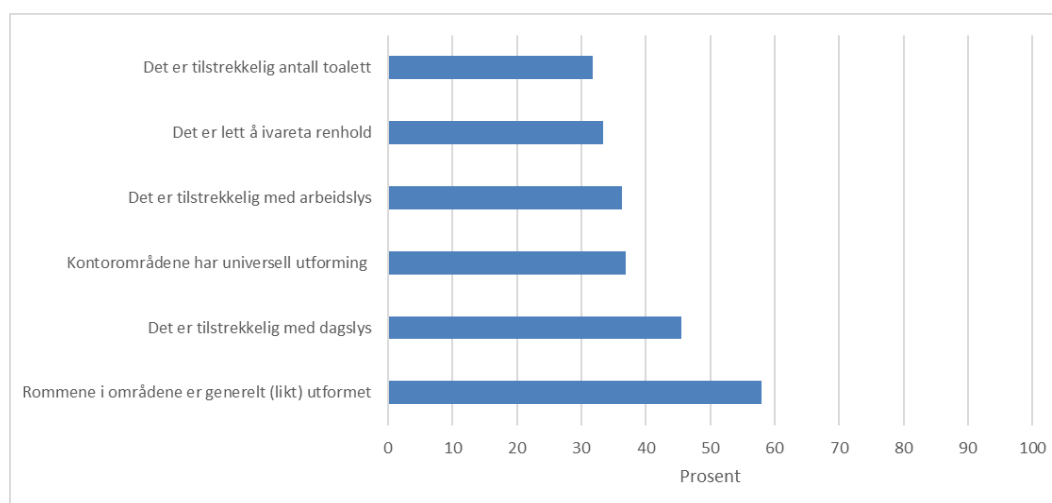
Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Figuren viser at mange ikke er tilfredse med *Romtyper i kontorområdet*, da 55 prosent ga score 1 eller 2 til dette temaet. Videre ga over 40 prosent de laveste scorene, 1 eller 2, til *Understøtte arbeidsprosesser* og *Planløsning*.



Figur 9.11 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Kontor for én og to personer

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 9.12 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Som i den samlede besvarelsen, fikk utsagnet om generell utforming av rom flest høye scorere. I kontor for én og to personer ga 58 prosent av de ansatte score 4 eller 5 til dette utsagnet. Videre ga 45 og 36 prosent av de ansatte høye scorere til henholdsvis dagslys og arbeidslys. 37 prosent av de ansatte ga høye scorere til universell utforming, mens ivaretagelse av renhold og antall toalett fikk litt over 30 prosent.



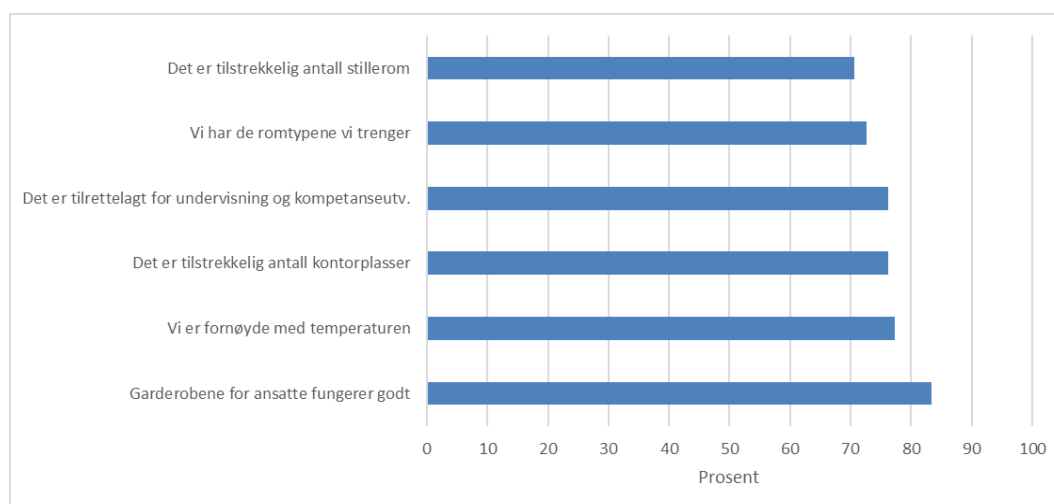
Figur 9.12 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Kontor for én og to personer

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Ser man på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 9.13 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score.

Denne gruppen ga flest lave scorer (1 eller 2) til fem av de samme utsagnene som kom frem i resultatene for alle ansatte i kontorområdene. Over 70 prosent av de ansatte ga laveste score til utsagnene om temperatur, tilstrekkelig antall kontorplasser, tilrettelegging for undervisning og kompetanseutvikling, tilstrekkelig antall romtyper og antall stillerom. I denne gruppen uttrykte imidlertid ansatte at de var minst fornøyde med garderobene, da 83 prosent av besvarelsene ga score 1 eller 2.

Garderobene er plassert på plan 1. Av kommentarer knyttet til garderober, kom det frem at det er for få garderobeskap, skapene er trange og det er ikke plass til å henge opp vinterklær. Flere kommenterte også at det er lang avstand fra personalinngang i fløy A til garderobene på den andre siden.



Figur 9.13 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Kontor for én og to personer

Ved å se nærmere på forskjeller og likheter i besvarelsene fra kontor for én person og to personer, kommer det frem at ansatte i kontor for to personer uttrykte at de er minst fornøyde med de samme utsagnene som vist i figuren ovenfor med unntak av garderober. 60 prosent av ansatte i kontor for to personer ga laveste score (1 eller 2) til garderober, mens de øvrige utsagnene fikk mellom 83 og 100 prosent. I tillegg ga alle (100 prosent) i kontor for to personer laveste score (1 eller 2) til ventilasjon (ikke vist i figur).

Tabell 9.3 gir en oversikt over tema og alle de 35 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Tabell 9.3 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3. Kontor for én og to personer

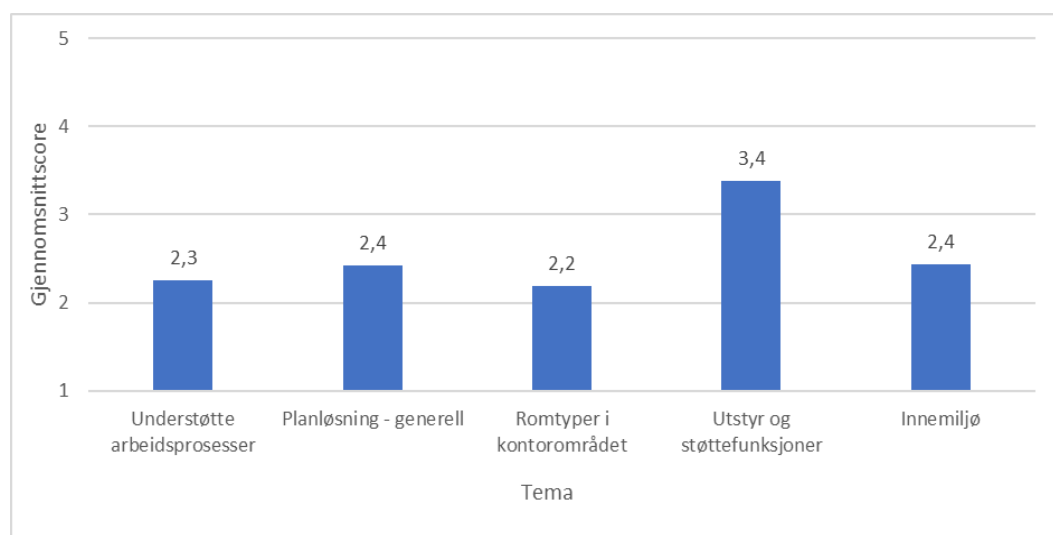
Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Kontorområdene er tiltalende utformet	3,0
2	1	Utformingen av kontorområdene legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,5
3	1	Utformingen av kontorområdene legger til rette for samarbeid	2,9
4	1	Utformingen av kontorområdene bidrar til at vi arbeider effektivt	2,9
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget (der du har kontorplass)	3,5
6	2	Kontorområdene har universell utforming	3,4
7	2	Kontorområdene er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi trenger nærhet til	2,8
8	2	Rommene i kontorområdene er hensiktsmessig utformet	2,5
9	2	Rommene i kontorområdene er generelt (likt) utformet	4,3
10	2	Det er tilstrekkelig med plass til varer og utstyr i kontorområdene	2,8
11	2	Kontorarealene er tilrettelagt for undervisning og kompetanseutvikling	2,0
12	2	Kantine/pauseområde fungerer godt	2,6
13	2	Garderobene for ansatte fungerer godt	1,6
14	3	Vi har de romtypene vi trenger	2,0
15	3	Det er tilstrekkelig antall kontorplasser i området der jeg jobber	1,8
16	3	Kontorplassen der jeg jobber fungerer godt	2,9
17	3	Det er tilstrekkelig antall stillerom	1,9
18	3	Det er tilstrekkelig antall store møterom (> 8 plasser)	2,2
19	3	Det er tilstrekkelig antall små møterom (≤ 8 plasser)	2,1
20	3	Det er tilrettelagt for videokonferanser	3,1
21	3	Det er tilstrekkelig antall toalett i området eller i nærheten	3,6
22	4	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	3,9
23	4	IKT, videokonferanseutstyr, telefoni, skrivere o.l. fungerer godt	2,4
24	4	Vi har lett tilgang på IKT, videokonferanseutstyr, telefoni, skrivere o.l.	2,9
25	4	Møbler og inventar fungerer godt	2,9
26	4	Avfallshåndtering fungerer godt	3,6
27	5	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	2,9
28	5	Kontorområdene legger til rette for å ivareta konfidensialitet når det gjelder møter og samtaler	3,1
29	5	Kontorområdene legger til rette for nødvendig skjerming mot innsyn til PC-skjerm o.l.	3,4
30	5	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i kontorområdene	3,3
31	5	Det er tilstrekkelig med dagslys i kontorområdene	3,9
32	5	Vi er fornøye med temperaturen i kontorområdene	1,9
33	5	Vi er fornøye med ventilasjonen i kontorområdene	2,1
34	5	Det er lett å holde orden i kontorområdene	3,5
35	5	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/avdeling	3,9

Kontorlandskap

Nedenfor presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen for gruppen som har arbeidsplass i kontorlandskap. Av 42 besvarelser utgjorde disse 48 prosent (n=20) av besvarelsene.

Figur 9.14 presenterer gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning - generell*, *Romtyper i kontorområdet*, *Utstyr og støttefunksjoner* og *Innemiljø*.

På en skala fra 1 til 5 fikk temaet *Utstyr og støttefunksjoner* høyeste gjennomsnittlige score (3,4), som er litt høyere enn scoren samlet for alle i kontorområdene (3,2). De øvrige fire temaene har fått scorerer under middelverdien (3,0). Sammenlignet med alle besvarelsene samlet fra kontorområdene, ligger scorene fra ansatte i kontorlandskap litt lavere for *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Romtyper i kontorområdet* og *Innemiljø*.

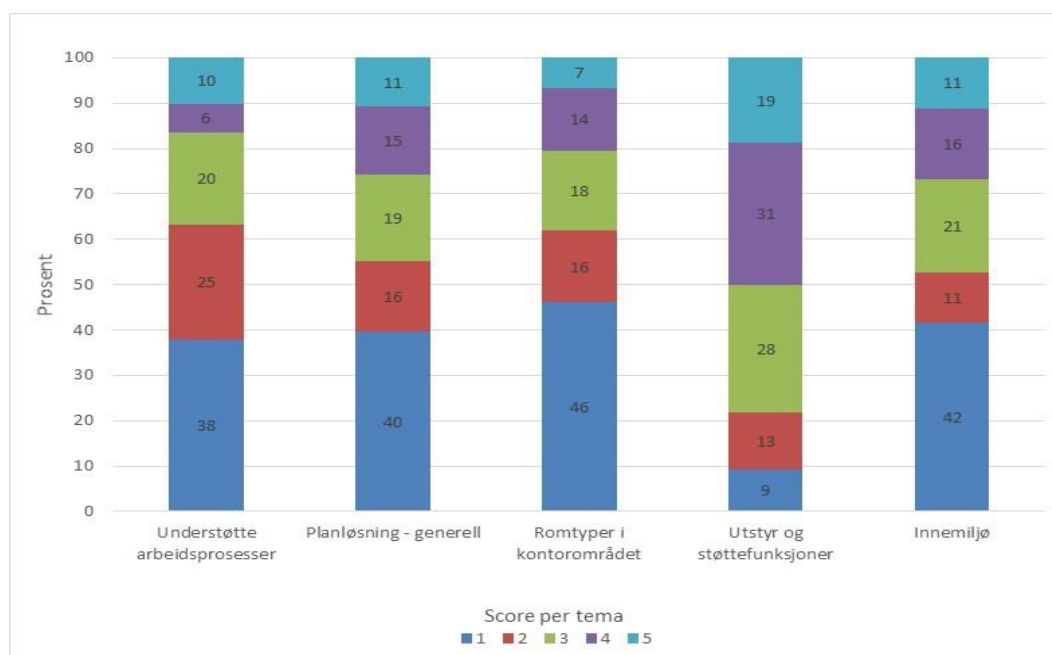


Figur 9.14 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Kontorlandskap

Figur 9.15 presenterer fordelingen av score for de ulike temaene. De fleste ansatte i kontorlandskap ga uttrykk for at de er fornøyde eller middels fornøyde med *Utstyr og støttefunksjoner*. De ga flest høye scorerer (4 eller 5) til dette temaet (50 prosent), og score 3 fikk 28 prosent.

Figuren viser også at mange ikke er tilfredse med temaet *Understøtte arbeidsprosesser* og *Romtyper i kontorområdet*. Her har over 60 prosent av de ansatte gitt scorene 1 eller 2.

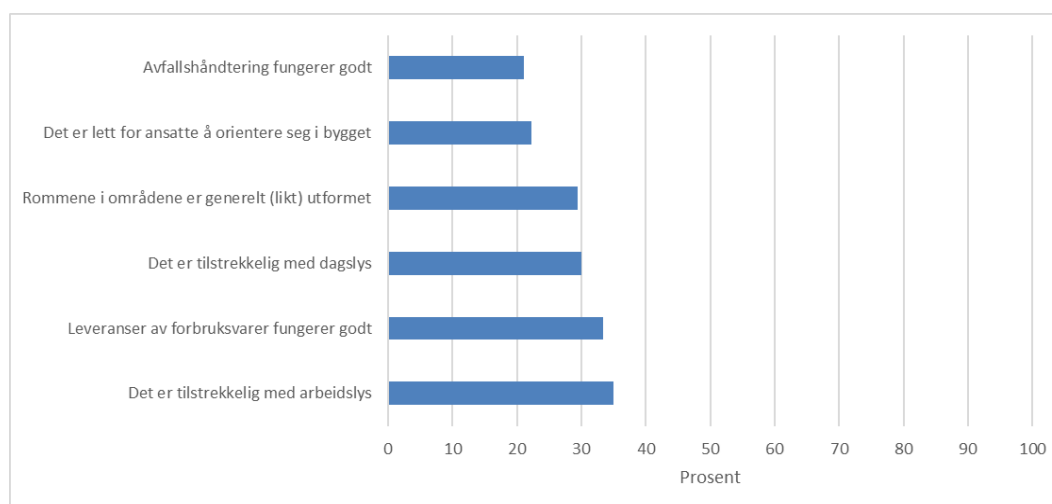
Kapittel 9 Kontor og kontorområder



Figur 9.15 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Kontorlandskap

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 9.16 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score.

I overkant av 30 prosent av de ansatte i kontorlandskap ga arbeidslys og dagslys høye scorer (4 eller 5). Videre ga 33 prosent høye scorer til leveranser av forbruksvarer og 21 prosent ga høye scorer til avfallshåndtering. Utsagnene om rommene er generelt utformet og om det er lett for ansatte å orientere seg i bygget fikk henholdsvis 29 og 22 prosent høye scorer. I tillegg ga 20 prosent av de ansatte de høyeste scorene til ivaretagelse av renhold og om det er tilstrekkelig antall toalett (ikke vist i figur).

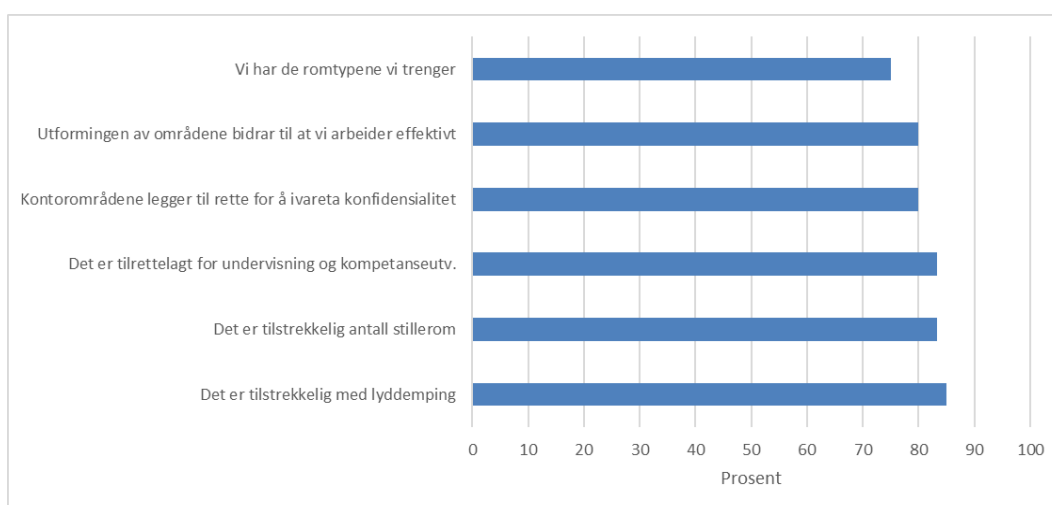


Figur 9.16 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Kontorlandskap

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Ser man på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 9.17 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score.

De som har arbeidsplass i kontoromlandskap ga flest lave scorer (1 eller 2) til lyddemping, da 85 prosent av besvarelsene ga 1 eller 2. Om lag 80 prosent av de ansatte ga laveste score til utsagnene som handler om antall stillerom, tilrettelegging for undervisning og kompetanseutvikling, ivaretagelse av konfidensialitet og om utformingen bidrar til effektivitet. 75 prosent av besvarelsene ga lave scorer til «Vi har de romtypene vi trenger». Den samme andelen lave scorer ble gitt til «Utformingen av kontorområdene legger til rette for et godt arbeidsmiljø», «Rommene i kontorområdet er hensiktsmessig utformet» og «Kontorområdene legger til rette for nødvendig skjerming mot innsyn til PC-skjerm ol. (ikke vist i figur).



Figur 9.17 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Kontorlandskap

Tabell 9.4 gir en oversikt over tema og alle de 35 utsagnene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

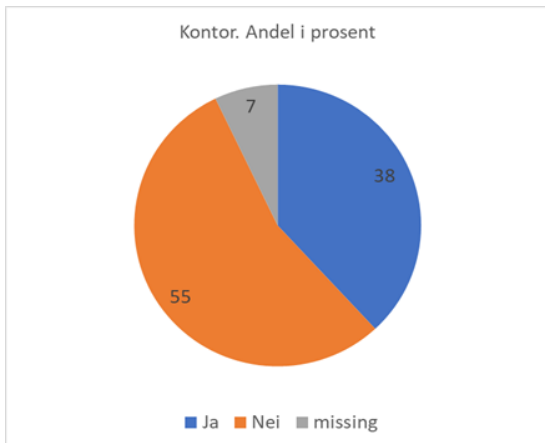
Tabell 9.4 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3. Kontorlandskap

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Kontorområdene er tiltalende utformet	2,5
2	1	Utformingen av kontorområdene legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,0
3	1	Utformingen av kontorområdene legger til rette for samarbeid	2,7
4	1	Utformingen av kontorområdene bidrar til at vi arbeider effektivt	1,9
5	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget (der du har kontorplass)	3,2
6	2	Kontorområdene har universell utforming	2,9
7	2	Kontorområdene er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi trenger nærhet til	2,5
8	2	Rommene i kontorområdene er hensiktsmessig utformet	1,8
9	2	Rommene i kontorområdene er generelt (likt) utformet	3,3
10	2	Det er tilstrekkelig med plass til varer og utstyr i kontorområdene	1,9
11	2	Kontorarealene er tilrettelagt for undervisning og kompetanseutvikling	1,5
12	2	Kantine/pauseområde fungerer godt	2,2
13	2	Garderobene for ansatte fungerer godt	2,7
14	3	Vi har de romtypene vi trenger	1,8
15	3	Det er tilstrekkelig antall kontorplasser i området der jeg jobber	2,1
16	3	Kontorplassen der jeg jobber fungerer godt	2,0
17	3	Det er tilstrekkelig antall stillerom	1,5
18	3	Det er tilstrekkelig antall store møterom (> 8 plasser)	2,5
19	3	Det er tilstrekkelig antall små møterom (≤ 8 plasser)	2,4
20	3	Det er tilrettelagt for videokonferanser	2,6
21	3	Det er tilstrekkelig antall toalett i området eller i nærheten	2,8
22	4	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	4,1
23	4	IKT, videokonferanseutstyr, telefoni, skrivere o.l. fungerer godt	3,2
24	4	Vi har lett tilgang på IKT, videokonferanseutstyr, telefoni, skrivere o.l.	3,5
25	4	Møbler og inventar fungerer godt	2,6
26	4	Avfallshåndtering fungerer godt	3,6
27	5	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	1,5
28	5	Kontorområdene legger til rette for å ivareta konfidensialitet når det gjelder møter og samtaler	1,5
29	5	Kontorområdene legger til rette for nødvendig skjerming mot innsyn til PC-skjerm o.l.	1,8
30	5	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i kontorområdene	3,7
31	5	Det er tilstrekkelig med dagslys i kontorområdene	3,4
32	5	Vi er fornøyde med temperaturen i kontorområdene	2,0
33	5	Vi er fornøyde med ventilasjonen i kontorområdene	2,0
34	5	Det er lett å holde orden i kontorområdene	3,0
35	5	Det er lett å ivareta renhold i vår enhet/avdeling	3,2

Nye arbeidsprosesser og ombygging i Kirkenes sykehus - kontorområdene

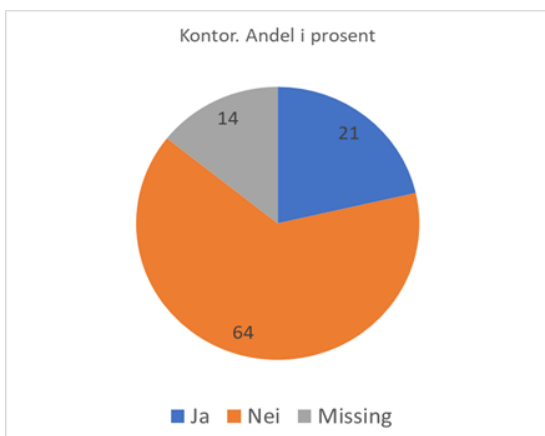
Tre spørsmål i undersøkelsen handlet om nye arbeidsprosesser og ombygging. Besvarelsene for alle ansatte i kontorområdene som har besvart undersøkelsen er vist i figurene nedenfor.

Figur 9.18 viser alle besvarelsene for spørsmålet «Har du fått tilstrekkelig informasjon om de planlagte arbeidsprosessene knyttet til nytt bygg?». Bare 38 prosent av ansatte i kontorområdene svarte at de har fått tilstrekkelig informasjon, 55 prosent svarte nei og 7 prosent besvarte ikke spørsmålet.



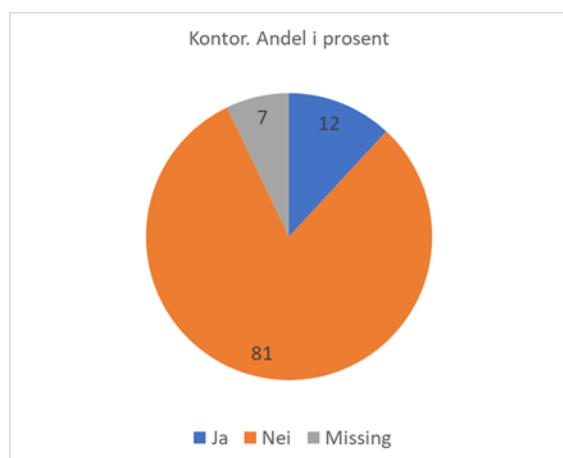
Figur 9.18 Har du fått tilstrekkelig informasjon om de planlagte arbeidsprosessene knyttet til nytt bygg? Kontor, alle besvarelser samlet

Figur 9.19 presenterer alle besvarelsene for ansatte på spørsmålet «Bidrar utformingen av enheten/avdelingen til at dere jobber slik som det var planlagt ved innflytting?». Her svarte 21 prosent at enheten jobber slik som det var planlagt ved innflytting, 64 prosent svarte nei, mens 14 prosent ikke besvarte spørsmålet. Som i spørreundersøkelsen for de kliniske områdene, kan man anta at årsaken til at en stor andel uttrykker at de ikke jobber som planlagt, er grunnet endringer i kontorsituasjonen, fra planlegging til innflytting og endringer etter innflytting i nytt sykehus. Dette kommer mer detaljert frem i kapitlet om driftskonsepter og løsninger (kapittel 9.6).



Figur 9.19 Bidrar utformingen av enheten/avdelingen til at dere jobber slik som det var planlagt ved innflytting? Kontor, alle besvarelser samlet

Figur 9.20 viser alle besvarelsene på spørsmålet «Er det gjennomført ombygginger i enheten etter innflytting?». Blant de som besvarte spørsmålet, svarte 81 prosent nei, mens 12 prosent svarte ja og 7 prosent svarte ikke spørsmålet.



Figur 9.20 Er det gjennomført ombygginger i enheten etter innflytting? Kontor, alle besvarelser samlet

Dette viser at det er gjort lite ombygginger i det nye sykehuset etter innflytting og frem til evalueringstidspunktet.

9.6. Driftskonsepter og løsninger

Erfaringer med kontorenes utforming, lokalisering og den nye organisering er beskrevet i kapitlene nedenfor. Denne dybdeevalueringen er basert på befaring og fokusgruppeintervju.

Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig med at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre tema som er relevante for evalueringen.

Befaringen ble ledet av avdelingsleder i Avdeling for medisinsk service (29. april 2021). Under befaring ble det også gjennomført samtaler med ansatte. I fokusgruppeintervju samme dag deltok fire personer med bakgrunn som leder, sekretær, tillitsvalgt og verneombud. Hovedtema i fokusgruppen var hvordan utformingen og kontorlokalene støtter opp under arbeidsoppgaver og -prosesser for merkantile funksjoner.

Det ble gjennomført et digitalt fokusgruppeintervju (Teams) med ledelsen i Kirkenes sykehus 4. juni 2021. Disse representerte sengeområdene, poliklinikkene og kontor. Intervjuene vektla planlegging av kontorområdene og erfaringer etter innflytting i nytt sykehus.

I spørreundersøkelsen blant ansatte kom det frem at mange er fornøye med arbeidslys og dagslys i kontorarealene, i tillegg til at det er lett å ivareta renhold og å orientere seg i bygget for de ansatte.

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Både plantegninger av bygget og besvarelsene viser at kontorene er generelt utformet. Dette legger til rette for og muliggjør endringer av kontorarbeidsplass for ulike grupper av ansatte.

Spørreundersøkelsen viser at utsagnene som handler om utforming av kontorområdene legger til rette for godt arbeidsmiljø og samarbeid, fikk gjennomsnittlige scorerer under middelværdien (henholdsvis score 2,3 og 2,8 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig - helt enig). Scorene kan være påvirket av mer enn erfaringer med selve utforming av kontorene. Under befaring og intervju ble det fortalt at det har vært mange omrokninger i kontorområdene for å finne hensiktsmessige arbeidsplasser, og at flytting har ført til at flere har fått arbeidsplasser som var planlagt for andre typer oppgaver.

Resultatene viser også at mange av de som deler kontor med andre, uttrykker at det er behov for flere stillerom. Utsagnet «Det er tilstrekkelig antall stillerom» fikk en gjennomsnittlig score på 1,7 fra alle som hadde besvart undersøkelsen. I intervju ble det sagt at planlagte stillerom er tatt i bruk som arbeidsplasser, og ansatte forklarte at det er vanskelig å trekke seg tilbake for å jobbe i ro eller ta en telefonsamtale. To stillerom på plan 2 i kontorfløyen for leger og ett stillerom på plan 3 (fløy B nord) er tatt i bruk som kontor.

Mangel på kontorarbeidsplasser og stillerom ligger trolig til grunn for den lave scoren på utsagnet «Vi har de romtypene vi trenger», som fikk gjennomsnittlige score på 1,9. Spørreundersøkelsen viser også at mange mener at det ikke er tilstrekkelig antall møterom og at kontorarealene ikke er godt nok tilrettelagt for undervisning og kompetanseutvikling.

Både på befaring og i fokusgruppeintervju ble det uttrykt at ansatte opplever utfordringer med temperatur og luft i kontorlokalene. Rommene oppleves både som for kalde og for varme, avhengig av årstid. Svært mange tar opp problemer knyttet til tung luft og ventilasjon, spesielt i rom som deles mellom flere ansatte. Dette kommer også frem i spørreundersøkelsen. Rundt 70 prosent av besvarelsene, ga lave scorerer til temperatur og ventilasjon. I undersøkelsen ble det kommentert at den tunge luften medfører hodepine.

Videre er felles styring av lys en utfordring fordi det hindrer tilpasningen til forskjellige arbeidsoppgaver. Eksempelvis er det behov for å dempe lys i bildediagnostikkområdet. Et annet eksempel er bevegelsessensor, som gjør at lyset slår seg av under Skype/Teams samtaler på grunn av lite bevegelse i rommet. Når det gjelder bevegelsessensorer for lys, så er det mange som uttrykker at de ikke er tilfredse med løsningen. I tillegg er behovene for mer eller mindre lys også varierende blant ansatte.

Det ble fortalt at utvendige automatiske persiennner ikke kan justeres. Dette er spesielt en ulempe i sommerhalvåret da persiennene er oppe på natten og kontorene kan bli svært varme fra morgenen av.

I tillegg melder flere at de ikke er tilfredse med garderobeforholdene. Dette kommer sterkest til uttrykk blant de som har kontor for én person og i kontor for to personer.

9.6.1. Kontor for én og to personer

De fleste som har kontorplass for én person, uttrykker at de i hovedsak er fornøyde med kontorplassen og ivaretagelse av konfidensialitet. Det blir imidlertid påpekt at også i disse kontorene er varme og ventilasjon en utfordring, slik som i andre deler av sykehuset.

De som har kontorplass i rom for to personer, opplever flere utfordringer. I spørreundersøkelsen ble det kommentert følgende:

Det finnes ingen stillerom eller andre muligheter for å trekke seg tilbake, og det er alt for mye støy og gjenklang. Folk står i trappeoppganger og toalett, og i korridoren, for å få tatt private telefoner, uten mulighet for fortrolige samtaler, og flere tar slike samtaler på kontoret og forstyrrer sine kolleger.

I planleggingen av det nye sykehuset ble det satt av areal til telefonkontorer for å kunne ta imot telefoner og kommunisere med pasienter i digitale møter. De øvrige merkantile skulle ha mer «stille» arbeid. På plan 3 i fløy D sør finnes det to telefonkontorer (12-13 m²) som tar imot telefonhenvendelser fra pasienter. Det var planlagt at hver person skulle ha eget telefonkontor, men på evalueringstidspunktet delte to personer kontor. Det ble uttrykt at arbeidsforholdene ikke er tilfredsstillende på grunn av at samtidige samtaler medfører støy og forstyrrelser.

Videre erfarer sykehuset at de merkantile tjenestene, som man trodde skulle ha «stille» arbeid i kontorene, har fått mer telefonkommunikasjon og digitale møter enn det som opprinnelig var planlagt. Dette kan være pga. koronapandemien og smitteverntiltak, men det ser også ut til at utviklingen går i retning av at flere digitale møter vil erstatte fysiske møter.

9.6.2. Kontorlandskap

I kontorlandskapene er det satt opp støyskjermer av stoff som skjermer foran og sidene av arbeidsplassene. På befaring ble det fortalt at skjermene demper lyden, men det ble likevel påpekt at det er krevende å ha arbeidsplass i kontorlandskap pga. utfordringer knyttet til taushetsplikt.

Mange ansatte opplever at det blir tett, varm og dårlig luft i landskapet. Under befaringen ble det sagt at sykehuset planlegger å fjerne støyskjermerens sidevegger, fordi disse kan være medvirkende årsak til tung og dårlig luft.

Det ble også uttrykt at det er vanskelig å tilpasse kontorarbeidet til forskjellige mennesker og behov, eksempelvis om man er seks personer som deler kontorlandskap. Noen kan oppleve at det er for varmt, andre at det er for kaldt. Et annet eksempel er

ulike behov for lys i rommet. Som i kontor for to personer, opplever de som arbeider i kontorlandskap også behov for å trekke seg tilbake for å gjennomføre samtaler, møter og utføre konsentrasjonsarbeid. Dette ble kommentert slik spørreundersøkelsen:

Det kan fort bli støyende når kollegaer bak ryggen din diskuterer faglige problemstillinger som ikke angår deg direkte. Landskap bidrar til et godt miljø, men kan være støyende.

Videre ble det kommentert, at en av personalgruppene, som burde vært samlet for å forbedre samarbeid og opplæring, dessverre ikke har fått plass i kontorlandskap.

9.6.3. Resepsjon og ekspedisjon

I vestibylen er det innsjekkings- og betalingsautomater, Ifølge HFP og intervju med ledelsen i Kirkenes sykehus var det planlagt at resepsjonen i vestibylen skulle fungere som henvendelsepunkt for besøkende, og at det ikke skulle håndteres konfidensiell informasjon der. Det skulle være en åpen skranke for tre personer som skulle bistå pasienter og besøkende med å finne frem, vise vei til venteområder og eventuelt gi støtte og hjelp med innsjekking, ta imot beskjeder osv. Skranken skulle være imøtekommende og tilgjengelig som i en hotellresepsjon. Idéen var at de ansatte skulle trekke seg tilbake til en lukket del (backoffice) når de utførte arbeid som krevde mer ro og skjerming.

Resepsjonen fungerer imidlertid ikke som planlagt. Skranken ble for åpen for mange av arbeidsoppgavene. Det er innsyn til arbeidsplassene, og utstyr er lett tilgjengelig fordi det ikke kan låses inn. For å oppnå funksjonelle arbeidsplasser, er de tre plassene i skranken redusert til to. Videre er rommet bak, backoffice, endret til faste arbeidsplasser for to som ivaretar skriving etter legenes diktering. Disse to har imidlertid ingen arbeidsoppgaver knyttet til skranke, men tilhører «Team post og skriv» på plan 3.

I spørreundersøkelsen ble den åpne skranken kommentert. Ansatte erfarer at det er vanskelig å ivareta pasientsikkerhet i skranken fordi den er uten skjerming. I intervju ble det forklart at pasientene ofte henvender seg til resepsjonsskranken når de har flere avtaler samme dag, eksempelvis avtaler i poliklinikker og til røntgenundersøkelser. Dette er fordi det innsjekkingssystemet ikke oppgir flere avtaletidspunkt til pasientene. I planleggingen av sykehuset ble det forutsatt at systemet ville gi informasjon til pasientene om tidspunkt for de ulike avtalene og om riktig venteområde.

Når det gjelder inn- og utsjekkingsautomatene, fungerer disse for mange pasienter. Likevel viser erfaringer at ansatte i resepsjonsskranken bistår med betaling når pasientene trenger hjelp, og dette krever personopplysninger fra pasientene.

Videre ble det fortalt at det opprinnelige postkontoret på plan 1 ikke ble etablert slik som planlagt. Som en erstatning for å hente, bringe og sortere post i sykehuset, har man endret et koffertrom (lagerrom), som er plassert ved resepsjonen, til postkontor og ID-kort-kontor. Denne oppgaven er blitt lagt til de som jobber i resepsjonsskranken.

Utfordringer med støy og temperaturregulering ble også fremhevet i resepsjonsområdet. I spørreundersøkelsen ble det skrevet en kommentar om støy på denne måten: «Blir for sliten av all støyen! [...] Støy i landskap, støy i skranken og støy i kantina.»

Ekspedisjonen på plan 3 ved sengeområdene har også en åpen, tilgjengelig og imøtekommende skranke i front. På befaring ble det opplyst om at ekspedisjonen fungerer godt. Pasienter som har en planlagt innleggelse, kommer fra vestibylen og opp til sengeområdet. De registreres og eventuelle undersøkelser som skal gjøres ved innleggelse, utføres i et UB-rom ved siden av.

De som har sin arbeidsplass i ekspedisjonen, erfarer at flere pasienter kan vente samtidig. Dette gir utfordringer når det gjelder konfidensiell informasjon. Kommunikasjonen med pasientene som kommer for innleggelse, overhøres lett av andre pasienter som sitter på venteplass rett ovenfor ekspedisjonen.

Når det gjelder ekspedisjonen for VPP og BUP på plan 3, er den åpne skranken blitt bygd inn med glassvegg mot korridor. Dette er gjort for å skjerme kommunikasjonen mellom ansatte og pasient fra personer som oppholder seg i korridor og i venteområdet. Dette er en av de få ombyggingene som er gjennomført i kontorområdene etter innflytting.

9.6.4. Erfaringer med ny organisering av merkantile tjenester

Det er ulike oppfatninger om hvordan den nye organiseringen av merkantile tjenester fungerer etter innflytting. Noen mener at sentralisering fungerer godt, andre foretrakk den gamle desentraliserte ordningen der postsekretærene var samlokalisert med de ulike enhetene. Det var også noen som foreslo en mellomløsning.

De som ønsket at postsekretærene skulle være lokalisert i egen enhet, mente at merkantile medarbeidere i praksis ikke samarbeider mye seg imellom, men at de samarbeider mest med leger og sykepleiere. Det ble vist til at samlokalisering med sengeenheter erfaringsmessig ga bedre arbeidsflyt fordi kommunikasjonen kunne gå direkte mellom klinisk personell og sekretærer. Det ble sagt at etter innflytting, er kommunikasjonen blitt mer komplisert og at dette har sammenheng med organisering og plassering. Det blir for mange ledd og sekretærene er for langt unna. Beskjeder går via enhetsleder, og leger og sykepleiere gjør flere sekretæroppgaver enn tidligere. Det ble også påpekt at det er viktig innenfor merkantile tjenester å kjenne fagområdet. Noen mente at den nye organiseringen har ført til en frustrasjon blant merkantile. Dette var knyttet til oppfatningen av at «alle skal kunne alt».

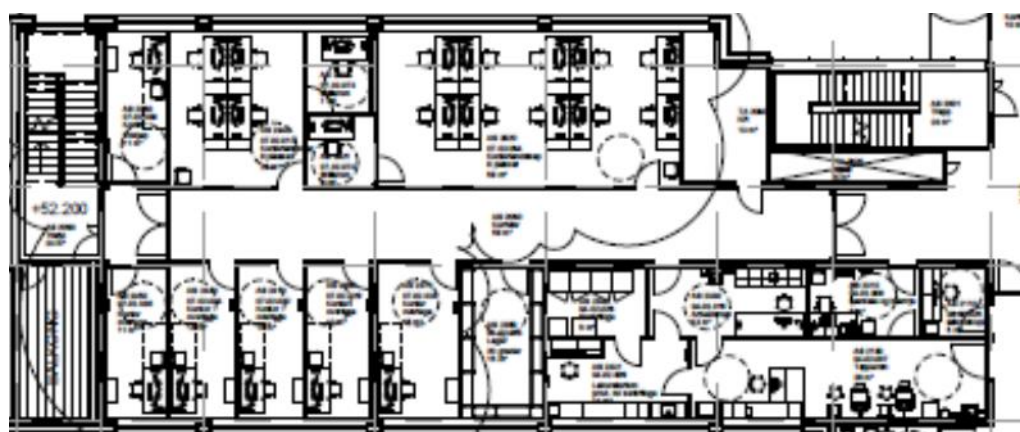
Det kan også bemerkes, at det på evalueringstidspunktet var det registrert et sykefravær på om lag 20 prosent (informasjon fra Kirkenes sykehus). Når det da skal tilrettelegges for å komme tilbake i jobb, er det en utfordring for ledelsen å finne kontorarbeidsplasser til de som er delvis sykmeldt i en opptrappingsperiode.

Noen ønsket en mellomløsning der merkantile tjenester er organisatorisk samlet for å dele erfaringer, samarbeide og utvikle kompetanse. Det ble foreslått at faste personer kunne være tilknyttet bestemte sengeområder og at dette ville bidra til større effektivitet fordi leger, sykepleiere og sekretærer kunne samarbeide tettere.

I intervju med ledelsen i Kirkenes sykehus ble det opplyst om at den planlagte gevinstrealiseringen som var knyttet til reduksjon av 12 merkantile stillinger, etter hvert ble justert til 6, 5 og 3 stillinger, og på evalueringstidspunktet var kravet om reduksjon av 12 stillinger i ferd med å opphøre. Oppsummert kan man si det slik at effektiviseringstiltakene knyttet til merkantile funksjoner, ikke ga gevinst.

9.6.5. Kontor for leger og andre fagområder

Figur 9.21 viser et utsnitt av kontorområde for leger på plan 2 i fløy A sør. Kontorene brukes av totalt 17 LIS (leger i spesialisering) og 12 overleger innen ulike spesialiteter.



Figur 9.21 Planskisse kontorer for leger, plan 2, fløy A sør. Kilde: Momentum arkitekter.

Opprinnelig var det planlagt at overlegene ikke skulle dele kontor, som et rekrutterings og stabiliseringstiltak. På grunn av plassmangel, ble dette endret. Kirkenes sykehus har informert om at det i evalueringsperioden kun var enhetsledere og fagansvarlige overleger som hadde kontor for én person. Øvrige leger delte kontor to og to eller hadde plass i kontorlandskap. Kontorene for to personer, var opprinnelig planlagt for én person. Arealet på 12-13 m² har tilstrekkelig plass for to personer, men ansatte opplevde at det var dårlig luftkvalitet i kontorene.

Under evalueringen hadde kontorområdet for leger både kontor for én person, to kontorlandskap og kontor for én person som ble delt av to personer. Kontorlandskapet hadde ikke faste arbeidsplasser. Det ene kontorlandskapet (26 m²) hadde 5 plasser og ble benyttet av 12 LIS. I tillegg benyttet medisinstudenter kontorlandskapet på grunn av at de ikke hadde tilgang på egne arbeidsplasser.

Det andre kontorlandskapet er blitt delt i to rom (59 m²). Det ene har 8 plasser for spesialister innen kirurgi, anestesi og ortopedi. Det andre rommet har 2 plasser (for to overleger). Spesialistene jobber både på sengeområder, poliklinikk, akuttmottak, intensiv og operasjon. Ifølge intervju opplever legene at det er langt å gå fra

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

kontorområdet til de ulike enhetene i sykehuset. Det blir mye gåing frem og tilbake, og det ble påpekt at det hadde vært mer hensiktsmessig med legearbeidsplasser i sengeområdene. Dette samsvarer med erfaringer fra evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes og NLSH Vesterålen hvor legene også ønsket å ha arbeidsplasser i sengeområdene for å legge bedre til rette for samarbeid mellom leger og sykepleiere.

Anestesileger og kirurger har ikke arbeidsplasser på akuttmottaket eller operasjon (plan 2). De går derfor mellom akuttmottak, operasjon og kontorområdet. I evalueringsperioden pågikk imidlertid et arbeid for å skaffe arbeidsplasser til anestesileger nært akuttmottaket.

På plan 3 i fløy B nord, er det et kontorlandskap for 11 personer (56 m²) som i evalueringsperioden ble benyttet av LIS. Dette kontorlandskapet var opprinnelig også planlagt med ett stillerom.

Ifølge innspill fra Legeforeningen er det positivt at de fleste leger er samlokalisert. I kommentarer gitt i spørreundersøkelsen, kommer det frem at kontorlandskapene i Kirkenes sykehus ikke kan ivareta alle arbeidsoppgavene som legene har, som blant annet omfatter veiledning av studenter, samtaler, papirarbeidet, diktering og telefoner. Legene forstyrrer hverandre, og det er vanskelig å overholde taushetsplikten. Det er vanskelig å finne andre egnede og tilgjengelige rom/arealer for disse oppgavene. Det ble sagt at det er ikke alltid slik at man har anledning til å lete etter et ledig rom, booke et rom i god tid eller planlegge samtaler og veiledning på forhånd.

Det ble fremhevet at kontorområdet både har plassmangel og dårlig luft. Som tidligere nevnt, er kontorene for én person som deles av to leger, store nok for to personer, men det er problemer med dårlig luft. Det er også bemerket at bevegelsessensorer for lys ikke fungerer godt nok.

Arbeidsplasser

I det medisinske sengeområdet på plan 3 (tun 4 og 5) er det et møterom som er tatt i bruk som fem arbeidsplasser for leger. Dette er gjort for å få nærhet til pasienter, personell og arbeidsoppgaver.

I akuttmottaket er det også 6 arbeidsplasser for leger som jobber i akuttmottak. Ifølge tilbakemelding fra sykehuset er det behov for 10 plasser. Også i dette rommet rapporteres det om at det er trangt og at luften er tung. Gynekolog har kontor og arbeidsrom (11 m²) i fødeområdet, og en overlege benytter et kontor ved fløy for rehabilitering (11 m²).

På plan 3 i fløy C nord benyttes to sengerom som kontor. Det ene sengerommet benyttes av fire fysio- og ergoterapeuter, og det andre sengerommet benyttes av to legespesialister innen rehabilitering. Et tredje sengerom brukes til poliklinisk virksomhet. Et behandlingsrom for fysio- og ergoterapi (31 m²) i sør, ble omdisponert til arbeidsplasser for fem personer etter innflytting.

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Ifølge intervju, fungerer kontor og arbeidsplasser i området for bildediagnostikk på plan 2 tilfredsstillende. Dette er rom på 12 m² for radiografer, overleger og enhetsleder. Det ble imidlertid kommentert at lysstyringen i områder for bildediagnostikk har vært problematisk for røntgenlegene. For å kunne skjerme for lys, er det derfor etablert skjerming både innvendig og utvendig.

9.6.6. Møte- og pauserom

I HFP står det at møterom vil være en felles ressurs. Møterommene skulle plasseres spredt i sykehuskroppen og skulle være mulig å reservere (bookes).

Når det gjelder reservering, er det blitt noen unntak. Dette gjelder blant annet de fleste møterommene i sengetunene, som er knyttet til enheten. En oversikt over møterom og kontor er vist i kapittel 1.

Et stort møterom som ligger sentralt i bygget ved kantinen på plan 2, kan deles i to av en skillevegg. Skilleveggen går ikke fra gulv til tak og er dermed ikke lydtett. I fokusgruppene kom det frem at de to rommene i praksis bare fungerer som ett møterom. Møterommet må reserveres, og blir benyttet til større møter, studentkollokvier og lærings- og mestringsaktivitet. Rommet har i forbindelse med Covid-19 pandemien daglig blitt brukt til morgenmøte og til faglunsj for medisinske leger.

I intervju og i spørreundersøkelsen ble det gitt uttrykk for at det ikke er tilstrekkelig antall møterom i det nye sykehuset. Dette er blant annet på grunn av at møterommene i sengetunene har endret funksjon til kombinert møte- og pauserom. Endringen har bakgrunn i at det ikke var planlagt pauserom i sengeområdet. Disse møte- og pauserommene er hovedsakelig knyttet til enheten. I innspill fra Legeforeningen er det bemerket at IKT-utstyr i møterommene kan være vanskelig å koble opp, og at det ikke alltid fungerer som det skal.

9.7. Hovedfunn og konklusjoner

Ifølge Plania (mars 2021) er arealet til kontorer for én person over minimumskravet på 6 m². Under befaring og intervju ble det orientert om at kontor for to personer er på rundt 12 m², noe som også er i samsvar med krav fra Arbeidstilsynet.

Deltakere i fokusgruppeintervju konkluderte med at kontorer for én og to personer samt kontorlandskap fungerer forutsatt at rommene benyttes som planlagt. Det var også en enighet om at kontorlandskap fungerer best mulig når personer med liknende arbeidsoppgaver samlokaliseres. Spesielt er det hensiktsmessig for personell som jobber i team og de som trenger å utveksle erfaringer.

Den planlagte reduksjonen av merkantile stillinger ble ikke gjennomført. Begrunnelsene er blant annet at IKT-systemet ikke har de funksjonene som var planlagt og at talegjenkjenning ikke ble realisert.

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Det er fullt i kontorene i Kirkenes sykehus, og flere av de som utfører merkantile tjenester har fått faste arbeidsplasser i områder som var planlagt for andre formål. Blant annet mangler kontorlandskap nærhet til stillerom, og to personer har plass i kontor som i utgangspunktet var planlagt for én person. Rommene fungerer ikke som forutsatt når det er for mange personer i et kontor/kontorlandskap, og det har pågått et arbeid i sykehuset med å redusere antall plasser i rommene.

Det er rapporteres om problemer med temperatur, dårlig luft og felles lys-styring som ikke er tilpasset hver enkelt person eller arbeidsoppgavene. Dette er problemområder som gjelder i større deler av sykehuset. I tillegg rapporteres det om takplater som løsner og gulvbelegg som sprekker opp.

Evalueringen viser at ulempene oppstår når det blir trangt og mangel på areal, når personell må flytte til arbeidsplasser som ikke er egnet for arbeidsoppgavene, når noen i kontorområdet har behov for telefon eller digitale samtaler mens andre trenger ro for å utføre konsentrasjonsarbeid. Videre er det viktig å være oppmerksom på at taushetsbelagt informasjon ikke skal deles unødig.

En organisatorisk samling av de som utfører merkantile oppgaver, som deler erfaringer, samarbeider og utvikler kompetanse, er oppfattet som positivt i evalueringen. Utfordringen er fysiske avstander mellom sekretærer og de kliniske enhetene og den økende spesialiseringen i fagområdene. Når merkantile samles organisatorisk og delvis fysisk, er det derfor vesentlig å etablere gode samarbeidsrelasjoner for å bistå de kliniske områdene best mulig.

9.8. Forbedringsforslag

Nedenfor presenteres forbedringsforslag knyttet til kontor og kontorområder. De samlede forbedringsforslagene for Kirkenes sykehus er mer utførlig beskrevet i kapittel 12.

Forslag til forbedringer bygger på resultatene som er kommet frem i evalueringen. Forbedringsforslagene er drøftet med Finnmarkssykehuset HF, men det er ikke gjort vurderinger eller utredninger knyttet til prosjektering, bygging og kostnader. Tiltakene nedenfor er ment som forslag til Finnmarkssykehuset HF for videre vurdering og prioritering.

Det er mangel på kontorplasser i sykehuset. I evalueringsperioden pågikk en prosess ved Kirkenes sykehus for å etablere egnede kontorplasser. I tillegg til prosessen, kan følgende vurderes:

- Kartlegge bruk av kontorplasser. Dette omfatter hvilke type kontorarbeidsplasser som er egnet for ulike typer arbeid og en registrering av dagens bruk av kontor (tid).

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

- Å skrive etter diktering krever merkantile ressurser. Det anbefales å vurdere innføring av talegjenkjenning i samsvar opprinnelig planlegging av Nye Kirkenes sykehus. Dette krever opplæring og et system for veiledning og bistand.

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Vedlegg

Oversikt over planlagte kontor og kontorplasser (ifølge plantegninger datert 26.04.2013, rev. 27.03.2015) og de som er bruk i 2021. Dette gjelder kontor for ledelse og administrasjon, merkantile tjenester, legekontor og andre fagområder, bildediagnostikk, akuttmottak og behandlerkontor. Oversikten er utarbeidet av Sykehusbygg HF og gjennomgått og kontrollert av Kirkenes sykehus.

Ledelse og administrasjon									
	Romtype (planlagt)	Bruksområde (2021)	Antall plasser på tegningen	Antall plasser i dag	Plassering i bygg	m2	m2 per person	Kode på tegning	Kommentar
Kontorer for ledere og adm. Plan 1 og 2	kontor for én person	enhetsleder merkantil	1	1	plan 2 C sør	13	13,0	CS2180	
	kontor for én person	ledelse og administrasjon	1	2	plan 2 C sør	13	6,5	CS2200	
	kontor for én person	ledelse og administrasjon	1	1	plan 2 C sør	12	12,0	CS2220	
	kontor for én person	ledelse og administrasjon	1	1	plan 2 C sør	12	12,0	CS2240	
	kontor for én person	ledelse og administrasjon	1	1	plan 2 C sør	13	13,0	CS2260	
	kontor for én person	ledelse og administrasjon	1	1	plan 2 C sør	13	13,0	CS2280	
	kontor for én person	ledelse og administrasjon	1	1	plan 2 C sør	13	13,0	CS2210	
	kontor for én person	ledelse og administrasjon	1	1	plan 2 C sør	12	12,0	CS2170	
	simulatorrom	sim-koordinator	0	1	plan 1 B sør	29	29	BS1380	Møterom Vadsø
kontor for én person	ledelse og administrasjon	1	1	plan 2 C sør	13	13,0	CS2190		
Kontorer for ledere. Plan 2 og 3 (utenfor administrasjonsfløy)	kontor for én person	enhetsleder poliklinikk	1	1	plan 2 D sør	13	13,0	DS2130	
	kontor for én person	enhetsleder sengeområde med.	1	1	plan 3 B sør	9	9,0	BS3420	
	kontor for én person	enhetsleder sengeområde, føde/gyn	1	1	plan 3 B sør	9	9,0	BS3400	
	kontor for én person	kreftkoor.- kommunekoor. og overgrepsmotta	1	2	plan 3 B sør	11	5,5	BS3380	
	kontor for én person	med. fagl. overlege føde/gyn	1	1	plan 3 B sør	10	10,0	BS3360	
	kontor for én person	enhetsleder sengeområde, kir/ort	1	1	plan 3 B sør	9	9,0	BS3320	
	konsultasjon/kontor	enhetsleder ART	1	2	plan 3 D sør	15	7,5	DS3210	
	konsultasjon/kontor	enhetsleder HAVO	1	1	plan 3 D sør	12	12,0	DS3190	
	kontor for én person	enhetsleder KSF	1	1	plan 3 D sør	9	9,0	DS3180	
	kontor for én person	enhetsleder for LAB	1	1	plan 2 A sør	8	8,0	AS2210	
	kontor for én person	enhetsleder og fagutvikling	1	2	plan 3 C nord	14	7,0	CN3170	
	kontor for én person	leder anestesi	1	1	plan 2 C nord	8	8,0	CN2270	
	kontor for én person	leder operasjon	1	1	plan 2 C nord	8	8,0	CN2250	
kontor for én person	enhetsleder intensiv	1	1	plan 2, B nord	12	12,0	BN2120		
			Sum 23	28					

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

	Merkantile tjenester								Kommentar
	Romtype (planlagt)	Bruksområde (2021)	Antall plasser på tegningen	Antall plasser i dag	Plassering i bygg	m2	m2 per person	Kode på tegning	
Kontorer for merkantile tjenester. Plan 2 og 3	kontorlandskap	merkantile	6	6	plan 2 C sør	35	5,8	CS2130	Lokalisert sammen med fløy for administrasjon og ledelse. Service og lederstøtte.
	stillerom	merkantile	0	1	plan 2 C sør	7	7,0	CS2132	Administrasjonssekretær bruker kontoret nå, men skal være til felles bruk av alle.
	resepsjon	merkantile	3	2	plan 2 C sør	15	7,5	CS2111	Vestibyle
	skjermet rom bak åpen resepsjon	merkantile	1	2	plan 2 C sør	11	5,5	CS2112	Skriverer i plan 2. Skjermet rom bak åpen resepsjon (backoffice).
	kontor for én person	merkantile, HVO tillitsvalgt	1	2	plan 2 D sør	10	5,0	DS2140	Datarom ved siden av brukes midlertidig av merkantile pga corona.
	kontorlandskap	merkantile	8	6	plan 3 C sør	38	6,3	CS3130	Merkantile og ass.enhetsleder. Stillrom CS3131 brukes av ass. enhetsleder. Er 6 kontorpulter i landskapet, men 5 arb. stasjoner så totalt 6 pr. i dag.
	kontorlandskap	merkantile	10	7	plan 3 C nord	48	6,9	CN3120	2 personer flyttet til administrasjonsfløy. Innkaling, timebestilling osv. Det er 1 plass til til opplæring (ikke fast arbeidsplass).
	kontor for én person	merkantile, FMR	1	2	plan 3 D sør	12	6,0	DS3390	
	kontor for én person	merkantile, telefonrom rtg.	1	2	plan 3 D sør	12	6,0	DS3370	
	kontor for én person	merkantile, telefonrom	1	2	plan 3 D sør	13	6,5	DS3350	
	kontor for én person	merkantile	1	1	plan 3 D sør	11	11,0	DS3120	Planlagt som kontor for overlege (HAVO)
	skjermet rom bak åpen ekspedisjon	merkantile	3	3	plan 3 B sør	15	5,0	BS3140	Rom for skrivere i sengeområder.
	ekspedisjon	merkantile	2	3	plan 3 B sør	14	4,7	BS3120	Ekspedisjon sengeområder.
	skjermet rom bak åpen ekspedisjon	merkantile	2	3	plan 3 D nord	15	5,0	DN3110	Planlagt som bakrommet (backoffice) for ekspedisjon.
	ekspedisjon	merkantile	2	2	plan 3 D nord	11	5,5	DN3130	Benyttes av 1 person
	trimrom	fagutviklingssykepleier m.fl.	0	8	plan 1 B nord	50,1	6,3	BN1110	
			Sum 42	52					

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

	Legekontor og andre fagområder								Kommentar
	Romtype (planlagt)	Bruksområde (2021)	Antall plasser på tegningen	Antall plasser i dag	Plassering i bygg	m2	m2 per person	Kode på tegning	
Legekontorer. Plan 2 (kontorfløy for leger)	kontor for én person	legekontor, overlege anestesi	1	1	plan 2 A sør	11	11,0	AS2360	På tegning står det at kontoret brukes til innkjøp.
	kontorlandskap	legekontor	4	5	plan 2 A sør	26	5,2	AS2340	12 LIS1 som har kontor plass i dette arealet, fem arbeidsstasjoner.
	stillerom	legekontor	0	1	plan 2 A sør	7	7,0	AS2341	
	stillerom	legekontor	0	1	plan 2 A sør	6	6,0	AS2322	
	kontorlandskap	legekontor	10	8	plan 2 A sør	59	7,4	AS2321/AS2320	Rommet delt i to rom, på den ene sitter 2 medisinske overleger og den andre delen er landskap for LIS og andre spesialister, totalt 10.
	kontor for to personer	legekontor, overleger medisin		2	plan 2 A sør				
	kontor for én person	legekontor, overleger medisin	1	2	plan 2 A sør	11	5,5	AS2450	
	kontor for én person	legekontor, avd.overlege kirurgi	1	1	plan 2 A sør	13	13,0	AS2430	
	kontor for én person	legekontor, avd.overlege medisin	1	1	plan 2 A sør	13	13,0	AS2410	
	kontor for én person	legekontor, overleger medisin	1	2	plan 2 A sør	12	6,0	AS2390	
kontor for én person	legekontor, overleger medisin	1	2	plan 2 A sør	15	7,5	AS2370		
Kontorer for leger og andre fagområder (utenfor kontorfløy for leger)	kontor for én person	legekontor, gyn	1	3	plan 3 B nord	17	5,7	BN3140	
	kontorlandskap	legekontorer	11	11	plan 3 B nord	56	5,1	BN3120	Brukes også av medisinstudenter, LIS, tilhører ikke bare føden.
	stillerom	legekontorer	0	1	plan 3 B nord	6	6,0	BN3121	
	kontor for én person	legekontor, FMR overlege rehab.	1	2	plan 3, D sør	11	5,5	DS3410	Brukes i dag av 2 ansatte i HIA
	kontor for én person	legekontor, øyelege	1	1	plan 2, D sør	10	10,0	DS2120	
	sengerom	legekontor	0	2	plan 3, C nord	17	8,5	CN3150	
	lager	legekontor	0	1	plan 3, D nord	11	11,0	DN3240	
	møterom	arbeidsplasser for leger i sengeområder	0	5	plan 3, A nord	17	3,4	AN3220	Arbeidsplasser for leger, ikke kontor.
	sengerom	kontor fysio, ergo	0	2	plan 3 C nord	17	8,5	CN3160	
	behandling fysio/ergo	arbeidsrom for fagutviklingsjordmor og sykepleiere	0	5	plan 3 C sør	31	6,2	CS3120	Planlagt som beh.rom fysio/ergo, brukes som arbeidsrom for fagutviklingsjordmor, fagutviklingssykepleier, slagsykepleier, geriatrisk sykepleier.
	kontor for én person	LMS rådgiver	1	1	plan 3 D sør	9	9,0	DS3200	
	kontor for én person	Rehab, overleg + LIS	1	2	plan 2 C sør	11	5,5	CS2300	
	kontor for én person	Rehab, overleg + LIS	1	2	plan 2 C sør	11	5,5	CS2230	
diktering	fagutviklingssykepleier	0	1	plan 2 D nord	7	7,0	DN2641	Brukes som kontor/arbeidsplass i dag.	
		Sum	37	65					

Kapittel 9 Kontor og kontorområder

Bilediagnostikk									
Kontorer for bilediagnostikk. Plan 2	Romtype (planlagt)	Bruksområde (2021)	Antall plasser på tegningen	Antall plasser i dag	Plassering i bygg	m2	m2 per person	Kode på tegning	Kommentar
	kontor for én person	hygiene sykepleier	1	1	plan 2 A nord	12	12,0	AN2110	Tilhører ikke bilde, jobber for hele sykehuset.
	kontor for to personer	radiografer/QA-kvalitet	2	1	plan 2 A nord	12	12,0	AN2120	Kontor for fagradiografer og hj.pl/QA-kvalitetsarbeide bilde.
	kontor for én person	radiograf/QA-rom	1	2	plan 2 nord	12	6,0	AN2130	Planlagt for overlege, QA-rom i dag
	kontor for to personer	røntgen overleger	2	2	plan 2 A nord	22	11,0	AN2310	Radiolog + LIS
	kontor for én person	enhetsleder bilde	1	1	plan 2 A nord	12	12,0	AN2300	
	arbeidsbase	legekontor gransking	2	2	plan 2 nord	13	6,5	AN2260	Radiolog + LIS
	kontor for én person	enhetsleder, radiografer	1	2	plan 2 A nord	12	6,0	AN2280	Radiolog + LIS
		Sum	10	11					

Akuttmottak									
Kontorer for akuttmottak. Plan 2	Romtype (planlagt)	Bruksområde (2021)	Antall plasser på tegningen	Antall plasser i dag	Plassering i bygg	m2	m2 per person	Kode på tegning	Kommentar
	kontorlandskap	legekontorer, akutt	3	6	plan 2 B nord	20	3,3	BN2760	
	kontor for én person	ansatte i akuttmottak	1	2	plan 2 B nord	13	6,5	BN2680	
	operatørrom	anestesileger, fagutv. spl. og ass. enhetsleder	4	8	plan 2 B nord	43	5,4	BN2750	
	kontor for én person	endret til lager	1	0	plan 2 B nord	12	0,0	BN2730	
	kontor for én person	hvilerom	1	0	plan 2 B nord	7	0,0	BN2752	
		Sum	10	16					

Kapittel 9 Kontor og kontorrområder

Behandlerkontor									
	Romtype (planlagt)	Bruksområde (2021)	Planlagt	Antall plasser i dag	Plassering i bygg	m2	m2 per person	Kode på tegning	Kommentar
Behandlerkontorer, Plan 2 og 3	konsultasjon/ kontor	psykolog HIA	1	2	plan 3, D sør	12	6	DS3310	Behandlerkontor HAVO/ART
	konsultasjon/ kontor		1	2	plan 3, D sør	13	6,5	DS3270	Behandlerkontor HAVO/ART
	konsultasjon/ kontor		1	2	plan 3, D sør	12	6	DS3250	Behandlerkontor HAVO/ART
	konsultasjon/ kontor		1	1	plan 3, D sør	12	12	DS3230	Behandlerkontor HAVO/ART
	konsultasjon/ kontor		1	2	plan 3, D sør	12	6	DS3170	Behandlerkontor HAVO/ART
	konsultasjon/ kontor		1	2	plan 3, D sør	12	6	DS3150	Behandlerkontor HAVO/ART
	konsultasjon/ kontor		1	2	plan 3, D sør	12	6	DS3130	Behandlerkontor HAVO/ART
	konsultasjon/kontor	HIA, 2 fysioterapeuter	1	2	plan 3 D sør	12	6,0	DS3140	For helse i arbeid (HIA). Behandlerkontor
	konsultasjon/ kontor		1	2	plan 3, D sør	13	6,5	DS3110	Behandlerkontor HAVO/ART
	konsultasjon/ kontor	testrom	1	0	plan 3, D sør	16	0,0	DS3290	HAVO/ART
	konsultasjon/ kontor	klinisk ernæringsfysiolog	1	1	plan 2, C nord	15	15,0	CN2610	
	kontor for én person	UB rom, brukes av onkolog	1	1	plan 2 D Nord	14	14,0	DN2240	
	undersøkelsesrom, øye	øyelege	1	1	plan 2, D sør	22	22,0	DS2210	
	undersøkelsesrom, øye	optiker/sykepleier	1	1	plan 2, D sør	23	23,0	DS2190	
	undersøkelsesrom, ØNH	nevrolog	1	1	plan 2, D nord	23	23,0	DN2110	Planlagt i plan 3, men flyttet ned grunnet kontormangel i plan 3
	undersøkelsesrom, ØNH	ØNH	1	1	plan 2, D nord	22	22,0	DN2130	
	undersøkelsesrom	ØNH	1	1	plan 2, D nord	17	17,0	DN2150	
undersøkelsesrom	hudlege	1	1	plan 2, D nord	15	15,0	DN2140		
undersøkelsesrom	dia.sykepleier	1	1	plan 2, C nord	19	19,0	CN2590		
		Sum	19	26					

10. Medvirkning i planleggingsprosessen

10.1. Medvirkning fra klinisk personell

I planleggingen av Nye Kirkenes sykehus deltok ansattrepresentanter fra flere yrkesgrupper i ulike planleggingsgrupper. Det var en generell oppfatning blant klinisk personell at de ble involvert sent i medvirkningsprosessen og at mye av utformingen i Nye Kirkenes sykehus allerede var besluttet tidligere i prosessen. I fokusgruppen både for sengeområdene og akuttmottaket fortalte ansatte at de ofte ble invitert til medvirkningsmøter på kort varsel. Det ble ikke alltid skrevet referat, og da ble ikke uenighet eller meningsforskjeller synliggjort skriftlig. De ansatte følte seg derfor ikke «hørt».

Ansatte hadde også erfart at det har vært et stort økonomisk press på ledelsen under planleggingen og byggingen. En fokusgruppedeltaker refererte det slik:

Vi er i gang, vi har begynt å bygge huset, og vi må få det ferdig for vi har ikke råd til å la være å bygge det heller. Så jeg forstår at dette er jo også et press, som sikkert har vært et vanvittig press. Men samtidig er det også noe med at, ja, vi er blitt invitert inn, men det skal noe til for å være med å kunne se tingene. Du skal ha en viss bakgrunnskunnskap. Du skal ha muligheter til å sette deg inn i de tingene. Jeg følger at dette har vært et damplokomotiv, som har kjørt på: Ok, dette gikk ikke, dette hadde vi ikke penger til, men vi må få det ferdig fortrest mulig, og nå er vi forsinket enda mer. Kjør på, også stryker vi det som ikke passer, vi gjør det sånn, og så får det bli best mulig.

Graden av medvirkning endret seg i forbindelse med kuttprosessene som ble gjennomført i forprosjektet (addendum). Fokusgruppedeltakerne fortalte at medvirkning både fra de ansatte og ledelse var fraværende. De ble ikke informert om hvilke endringer eller kutt som var besluttet, og fikk derved heller ikke mulighet til å vurdere konsekvenser av endringer på grunn av tidspress og økonomi.

Ledelsen gjorde så godt de kunne [...] Og, så er det de som sitter med prosjektet som kanskje, som maser på at sånn og sånn, og penger og penger, og tid og tid. Og så har de ikke de riktige forutsetningene til å si hva som kanskje kan kuttes, hva som bør endres på, fordi de jobber fra toppen uten å ha innsyn i klinisk hverdag.

I motsetning til erfaringene beskrevet ovenfor, hadde ansatte fra bildediagnostikk vært med på planlegging av området fra start til slutt, i tillegg til prøvedrift av utstyr. Ansatte var fornøyde med utformingen av området for bildediagnostikk.

Det var en felles enighet i fokusgruppen som representerte de ansatte i sengeområdet, om at kontinuitet fra klinisk personell er viktig i planleggingen av sykehus.

Kapittel 10 Medvirkning i planleggingsprosessen

I felles poliklinikk somatikk fortalte noen av fokusgruppedeltakerne at de hadde vært med i planleggingen de siste årene, og at én av deltakerne var den femte som var med fra felles poliklinikk somatikk. De opplyste om at det også var mye skifte av planleggere som deltok i møtene, og uttalte:

Kontinuitet er viktig!

De påpekte at det de hadde gitt innspill på at rommene var for små, men ble da fortalt at «arealet var gitt og veggene var satt». Endringene som ble gjort i kuttprosessen (addendum), ble ikke forelagt de som medvirket fra klinikken da de kun deltok i møter før addendumet. De fortalte at mange trakk seg fra medvirkningen fordi de ikke følte seg hørt.

Fokusgruppedeltakerne påpekte at representanter for alle fagområdene burde ha medvirket på møtene i planleggingsfasen. Dette for å kunne ivareta bedre det som er spesifikt for de ulike fagene som medisin, kirurgi, ØNH, øye osv.

De påpekte at det også hadde vært ønskelig at klinisk personell og brukerrepresentant(er) fikk delta på befaringer i andre sykehus.

Videre ble det kommentert at modulene som sykehuset er bygd opp av, gjør at det er vanskelig å gjennomføre endringer i ettertid.

Fra legeföreningen ble det kommentert at omorganisering har skapt avstand mellom yrkesgruppene (for eksempel leger og sekretærer). De opplevde at organiseringen, og dermed driften, har måttet tilpasse seg bygget og byggeprosessen, og ikke at bygget er tilpasset behovet.

10.2. Ledelsens medvirkning

Gjennom intervju med ledergruppen ble det fortalt at det var omfattende medvirkning i planlegging av Nye Kirkenes sykehus. I sluttrapport NKS-OU (09.03.2017) står det at NKS-OU har vært et eget prosjekt fra 2015. Prosjektet har sett på organisering og utvikling av Kirkenes sykehus i forbindelse med flytting til nytt bygg. Det skrives at det har vært 22 delprosjekt og at tillitsvalgte og verneombud har deltatt i delprosjektene. Delprosjektene var blant annet akutt, poliklinikk, sengeområder, rehabilitering (FMR), føde/gyn, psykiatri, merkantil, kontor og fellesareal.

Det ble også gjennomført befaringer for å lære av erfaringer fra andre sykehus, som blant annet Ringerike sykehus og St. Olavs hospital.

I fokusgruppeintervju ga ledelsen uttrykk for utfordringer i planleggingsprosessen av Nye Kirkenes sykehus. De fortalte blant annet at de hadde stilt spørsmål gjennom hele prosessen fordi det var vanskelig å forestille seg hvordan bygget ville fungere med hensyn til avstander og størrelse. Bekymringene hadde blant annet vært rettet mot utvikling i sykkelighet: Ville for eksempel pasientene kunne greie å gå til spiserom i

Kapittel 10 Medvirkning i planleggingsprosessen

sengeområdene? Burde det være flere tekjøkken for personalet? Vil aktiv forsyning fungere optimalt i sengeområdene? En leder oppsummerte det slik:

Arkitektene og alle folkene i prosessen som hele tiden beroliget oss med at vi skulle ikke behøve å tenke på noe; på kvadratmeterne, kravene og den praktiske utformingen og sånt. Vi skulle bare bestille det vi ønsket oss, og så skulle de klare å finne smarte løsninger. Det er den største skuffelsen. Jeg føler meg skikkelig lurt i forhold til det gapet som viste seg mellom det de eksterne ekspertene sa de skulle ordne og det som kom tilbake som byggeklosser. Jeg synes det er kjempetrist. Jeg har hatt store problemer med å kunne nyte det som er bra. For det er mye bra med bygget, men det blir jo dempet ned i forhold til alle de tingene som skaper trøbbel.

Det var en felles enighet i ledelsen om at planleggingen av det nye sykehuset hadde vært krevende og at «alt ble ikke slik som man hadde forestilt seg».

11. Måloppnåelse

I dette kapitlet gis en vurdering av måloppnåelse. I prosjektplanen for evaluering av Nye Kirkenes sykehus står det at måloppnåelse skal vurderes etter omtrent 2 år: *Det bør foretas en gjennomgang av resultatmål, effektmål og samfunns mål for å legge til rette for evaluering av måloppnåelse. Valg av evalueringstema (områder) og konkretisering gjennomføres i samarbeid med Nye Kirkenes sykehus tidlig i evalueringsperioden.*

Kapitlet om måloppnåelse bygger på data som er oversendt fra Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, i form av datauttrekk (Excel) og figurer relatert til gevinstrealisering i Klinikk Kirkenes (resultatutvikling og kostnader per DRG). Datauttrekkene er hentet fra Helsedirektoratet og Helse Nords ledelses informasjonssystem, HN LIS, som er et styringssystem for alle ledernivåer i Helse Nord. I tillegg benyttes statistikk fra Samdata og SSB.

Videre er innhold fra de foregående kapitlene i rapporten grunnlag for å vurdere måloppnåelse. Dette er blant annet aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) og Finnmarkssykehuset HF, resultater fra spørreundersøkelsene blant pasienter og ansatte og fokusgruppeintervju blant ansatte.

Av prosjektplanen framgår det at kvalitetsindikatorer fra årene før, under og etter innflytting skal benyttes, dvs. årene 2017 – 2019. Når det gjelder valg av årstall, ble 2019 valgt da pandemien medførte tiltak og endringer i aktiviteten i sykehusene fra mars 2020. Året 2020 ble derfor ikke betraktet som et normalt aktivitetsår og lite egnet som grunnlag i en evaluering av sykehusets aktivitet. Det er imidlertid også en utfordring knyttet til bruk av data fra 2019, da dette er det første hele driftsåret etter innflytting i nytt sykehus. Informasjon og tilbakemeldinger fra Kirkenes sykehus i løpet av evalueringsperioden tyder på at 2019 har vært et år preget av innkjøring og lavere aktivitet enn forventet i løpet av et normalt år. På bakgrunn av dette, kan aktivitetstallene fra 2019 dermed være noe avvikende fra det som anses som et normalår ved Kirkenes sykehus.

11.1. Kvalitetsindikatorer

Målene for Nye Kirkenes sykehus er gjengitt i kapittel 2.

I denne delen presenteres indikatorer tilknyttet målene for sykehuset. Kvalitetsindikatorer viser resultater på et overordnet nivå, og bør tolkes med varsomhet. Tolkningen kan være komplisert. Det kan være ulikheter mellom store og små sykehus, geografi, befolkningsgrunnlag og på tjenestevolum.

I følge Helsedirektoratet er kvalitet «et abstrakt begrep som kan tolkes på ulike måter. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem tar utgangspunkt i definisjon av kvalitet fra

Kapittel 11 Måloppnåelse

«Kvalitetsstrategien – Og bedre skal det bli...!» utarbeidet av Helse- og sosialdirektoratet i 2005. Her defineres tjenester av god kvalitet slik³⁸:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer bruker
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressurser
- Tilgjengelige og rettferdig fordelt»

En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

Helsedirektoratet deler indikatorer inn i tre typer. Disse er:

- Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m)
- Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet, f.eks. diagnostikk, behandling)
- Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m)

11.2. Mål: Rask diagnostikk og utredning

Nedenfor presenteres utvikling i ventetider og fristbrudd før og etter innflytting i Nye Kirkenes sykehus (2017 til 2019) som indikatorer knyttet til rask diagnostikk og utredning.

11.2.1. Ventetider 2017 til 2019

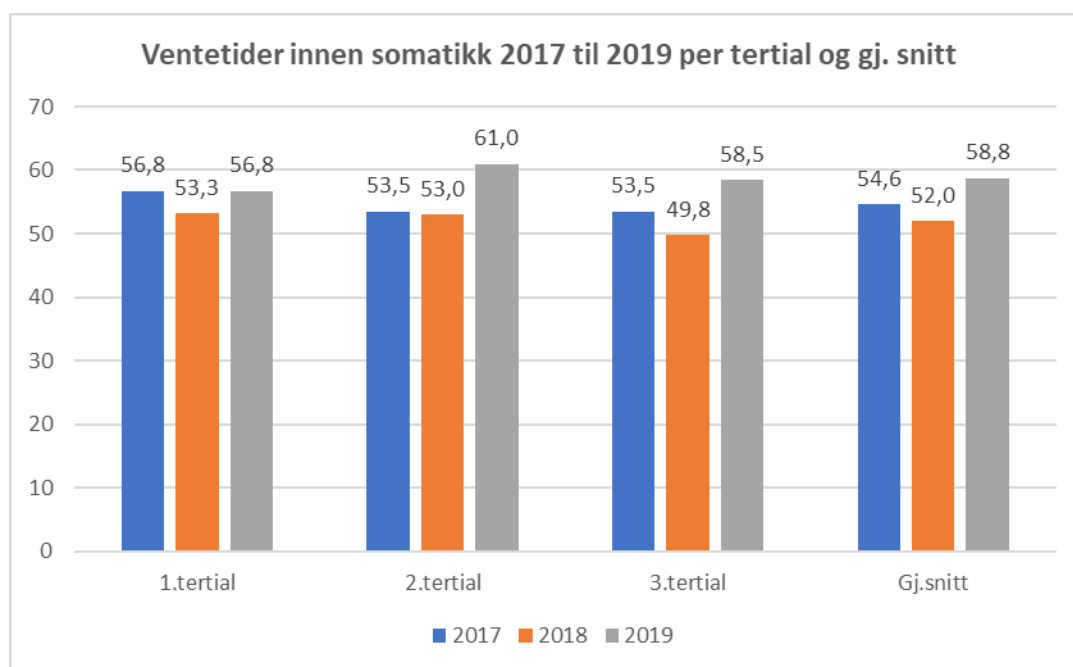
Finnmarkssykehuset HF har hentet ventetidene fra Helsedirektoratets statistikk (på bakgrunn av det som helseforetakene selv har innrapportert).

Finnmarkssykehuset bruker følgende definisjon på ventetider for avviklede: Antall kalenderdager fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til pasienten får helsehjelp. Ventetiden beregnes for alle pasienter som er ordinært avviklet.

Figur 11.1 viser ventetider ved Kirkenes sykehus innen somatikk per tertial og gjennomsnitt i 2017 til 2019.

³⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

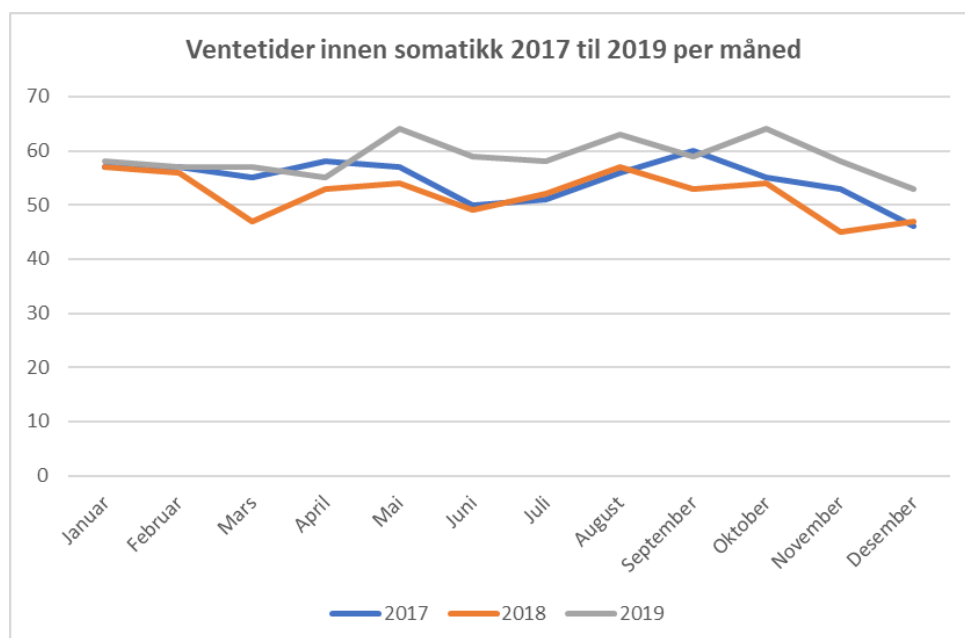
Kapittel 11 Måloppnåelse



Figur 11.1 Ventetider somatikk ved Kirkenes sykehus 2017 til 2019 per tertial og gjennomsnitt. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Figuren viser at ventetiden per tertial gikk ned fra 2017 til 2018, og økte fra 2018 til 2019. Gjennom disse tre årene var ventetiden lavest i 3. tertial 2018 og høyest i 2. tertial 2019. Oppsummert kan man si at ventetiden har økt første året etter innflytting (2019). Samtidig viser figuren at ventetiden ble redusert fra 2. til 3. tertial i 2019.

Månedlig utvikling i ventetider for alle årene er vist i Figur 11.2 nedenfor.

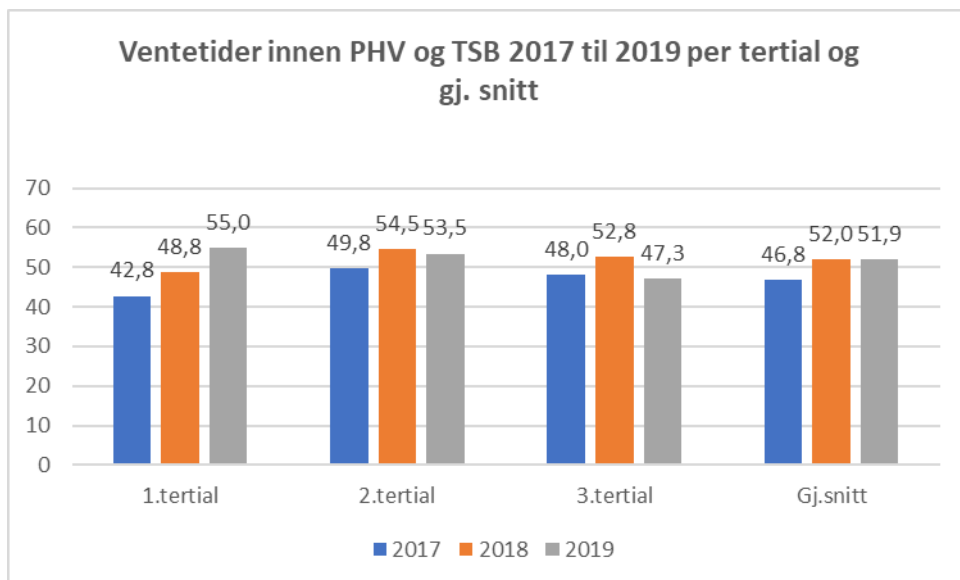


Figur 11.2 Ventetider somatikk ved Kirkenes sykehus 2017 til 2019 per måned. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Som figuren over viser, er ventetiden lavest i november 2018. I 2019 var ventetiden høyest i mai, august og oktober.

Kapittel 11 Måloppnåelse

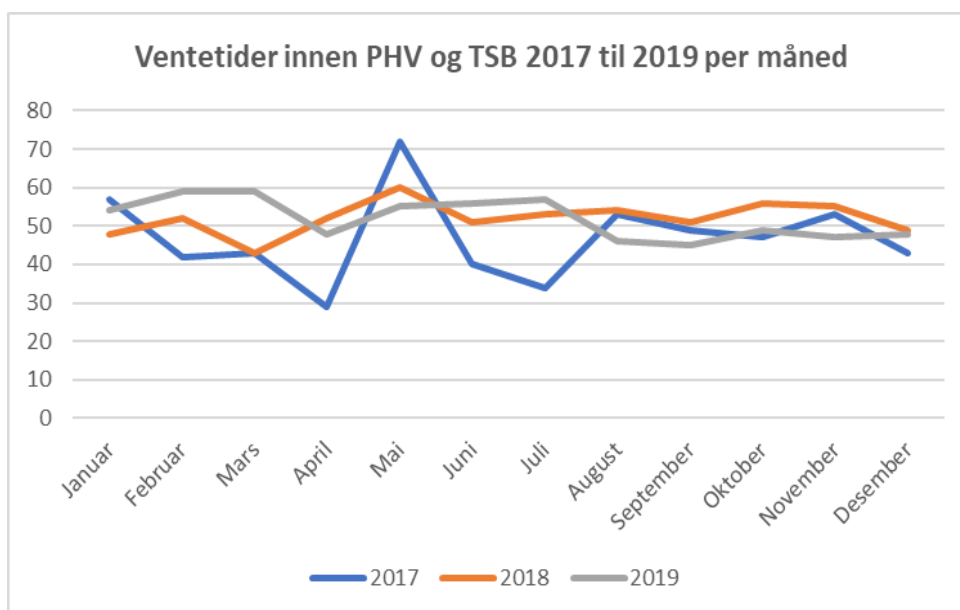
Figur 11.3 nedenfor viser ventetider ved Kirkenes sykehus innen poliklinikk for psykisk helsevern (PHV), for voksne samt barn og unge, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) per tertial og gjennomsnitt i 2017 til 2019. Ventetidene gjelder samlet for psykisk helsevern i Kirkenes sykehus (eksklusiv Tana).



Figur 11.3 Ventetider PHV og TSB ved Kirkenes sykehus 2017 til 2019 per tertial og gjennomsnitt. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Figuren viser at ventetiden for PHV og TSB gikk opp fra 2017 til 2018, og at den i gjennomsnitt var lik i 2018 og 2019. Gjennom disse tre årene var ventetiden lavest i 1. tertial 2017 og høyest i 1. tertial 2019. Oppsummert kan man si at ventetiden for sektoren har vært stabil i perioden knyttet til forberedelse til innflytting (2018) og første året etter innflytting (2019).

Månedlig utvikling i ventetider for alle årene er vist i Figur 11.4 nedenfor.



Figur 11.4 Ventetider PHV og TSB ved Kirkenes sykehus 2017 til 2019 per måned. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

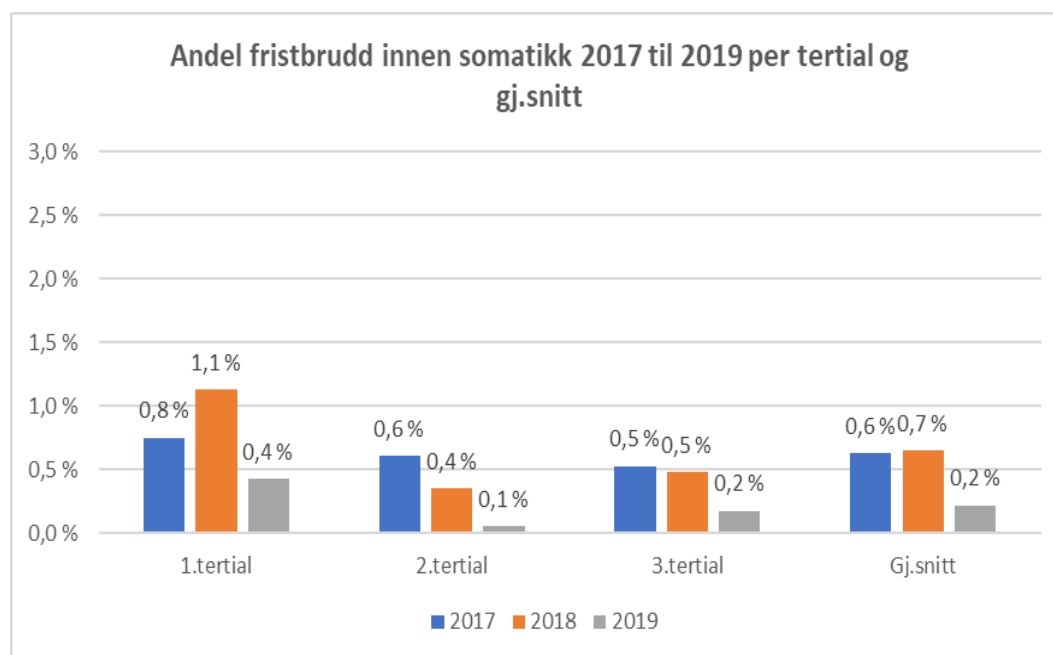
Figuren viser at det har vært størst variasjon i ventetider i 2017, spesielt fra april til juli, mens i de øvrige årene har ventetidene variert i mindre grad.

11.2.2. Fristbrudd 2017 til 2019

Finnmarkssykehuset HF har hentet andel fristbrudd innen somatikk fra eget rapportelement, som utarbeides hver måned, og som tas ut av HN LIS andre virkedag i påfølgende måned. Dette for at måneden som skal rapporteres blir oppdatert et par dager ut i den påfølgende måneden. Grunnen til at det ikke er hentet ut tall på dette fra Helsedirektoratet sine sider, er fordi det er manglende data i forhold til fristbrudd ned på klinikknivå for disse årene.

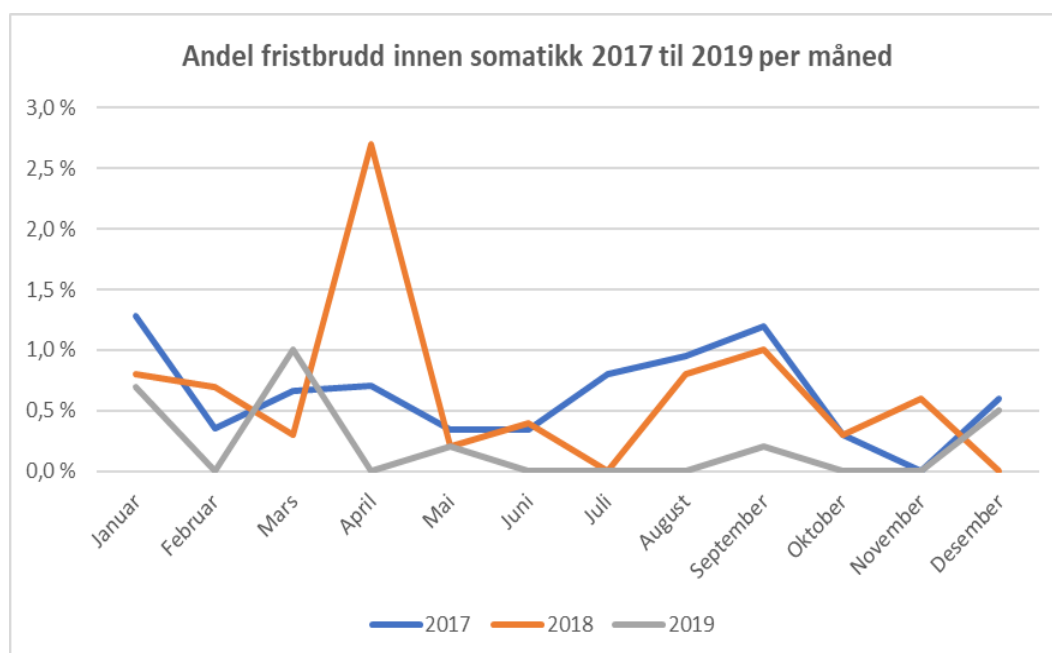
Finnmarkssykehuset HF bruker følgende definisjon på andel fristbrudd: Andel fristbrudd er antall pasienter avviklet fra venteliste med fristbrudd, i forhold til alle pasienter som er ordinært avviklet fra venteliste med rett til helsehjelp. Andelen er utregnet som antall pasienter avviklet fra venteliste med fristbrudd delt på antall pasienter ordinært avviklet med rett til helsehjelp.

Figur 11.5 nedenfor viser andel fristbrudd innen somatikk ved Kirkenes sykehus fra 2017 til 2019.



Figur 11.5 Andel fristbrudd somatikk ved Kirkenes sykehus 2017 til 2019 per tertial og gjennomsnitt.
Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Figuren viser at andelen fristbrudd var høyest i 1. tertial 2018 og lavest i 2. tertial 2019. Den viser samtidig at andelen fristbrudd ble redusert i 2019 sammenlignet med tidligere år. Nedenfor presenteres Figur 11.6 som viser månedlig utvikling i andel fristbrudd for alle årene.



Figur 11.6 Andel fristbrudd somatikk ved Kirkenes sykehus 2017 til 2019 per måned. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

I tillegg til variasjoner gjennom året, viser figuren at de største variasjonene var i 2018, med høyeste andel fristbrudd april 2018. Oppsummert viser resultatene at det har vært en nedgang i andel fristbrudd i løpet av året etter innflytting i nytt bygg (2019).

Fristbrudd for PHV og TSB er ikke presentert her. Ifølge Finnmarkssykehuset HF, har det i tidligere år ikke vært en rutine på å skille ut PHV på lokasjoner, men fagområdene innen psykiatrien har vært tatt ut samlet for hele Finnmarkssykehuset HF. Tidligere år til og med 2019, var psykiatrien en egen klinikk, og den ble derfor rapportert i sin helhet på klinikknivå og ikke på lokasjonsnivå. Det er heller ikke mulig å ta ut tall på fristbrudd mot lokasjon Kirkenes sykehus for psykisk helsevern på Helsedirektoratet sine sider.

11.3. Mål: Samhandling

Nedenfor presenteres indikatorene epikrisetid, utskrivningsklare pasienter og utvikling i øyeblikkelig hjelp før og etter innflytting i nytt sykehus (2017 til 2019) som indikatorer knyttet til samhandling mellom spesialist- og kommunale helse og omsorgstjenester.

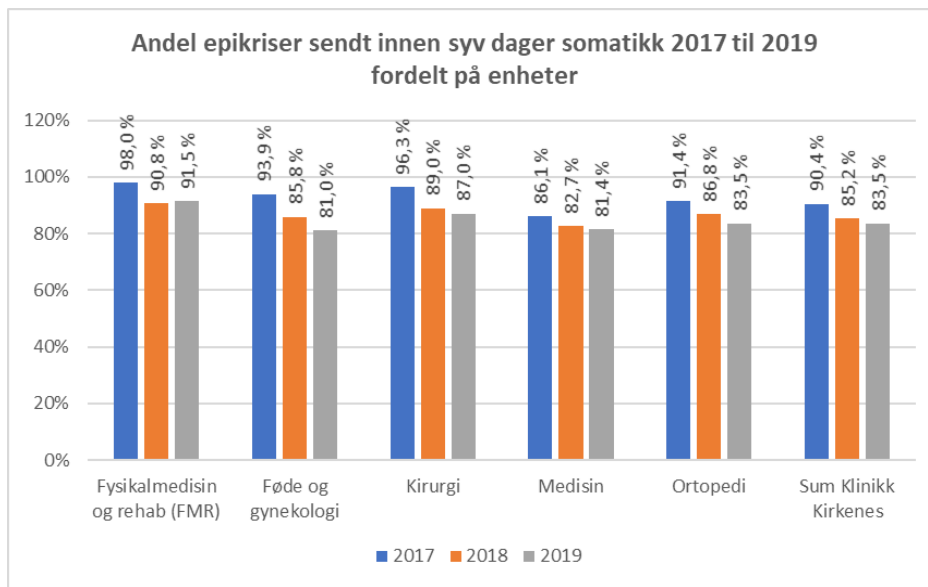
11.3.1. Epikrisetid 2017 til 2019

Finnmarkssykehuset bruker følgende definisjon: Epikrisetid er den tiden det tar før epikrisen (pasientens journal) er sendt fra spesialisthelsetjenesten til denne er tilgjengelig for andre aktører i forhold til pasientens mottatte helsetjenester. Dette gjelder for inneliggende pasienter. Andelene i prosent er antall behandlede pasienter hvor andel epikriser er sendt innen én eller syv dager.

Kapittel 11 Måloppnåelse

I Finnmarkssykehuset HF er det ikke registrert epikrisetider for én dag i 2017 (sammedagsepikriser). Epikrisetider for PHV presenteres ikke her, da døgnavdelingen ligger i Tana.

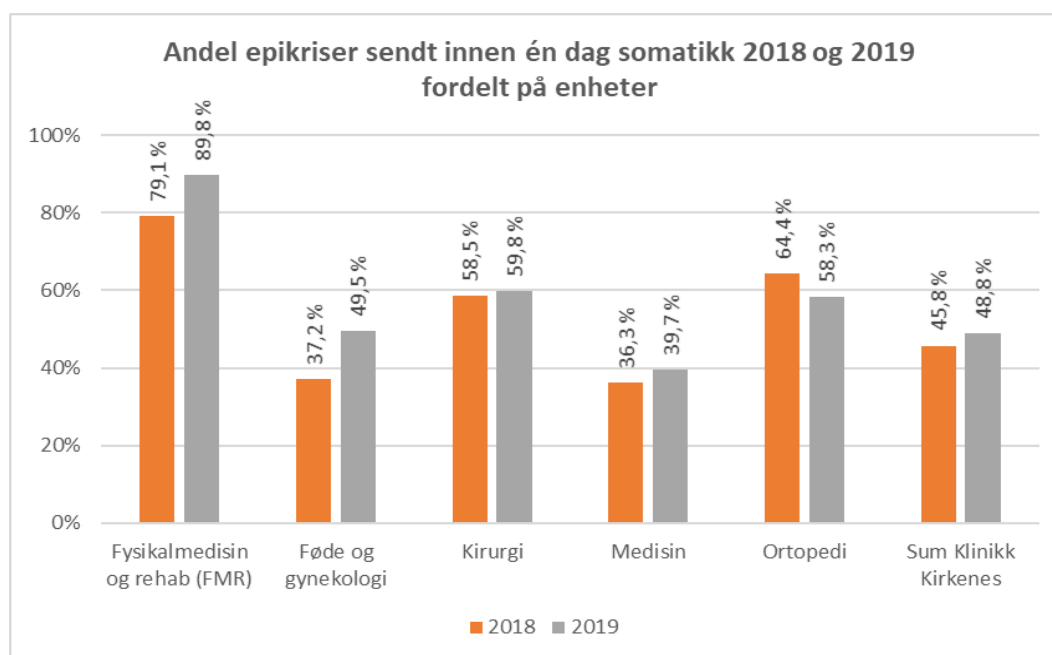
Figur 11.7 presenterer andel epikriser sendt innen syv dager for årene 2017 til 2019 ved Kirkenes sykehus. Epikrisetiden er gruppert i fysikalskmedisin og rehabilitering (FMR), føde og gynekologi, kirurgi, medisin, ortopedi og en samlet epikrisetid for inneliggende i Kirkenes sykehus.



Figur 11.7 Andel epikriser sendt innen syv dager. Somatikk 2017 til 2019 ved Kirkenes sykehus. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Figuren viser at andel epikriser sendt innen syv dager var høyest i 2017, der FMR sendte 98 prosent av epikrisene innen den gitte tidsperioden. Videre var det en nedgang i 2018 i FMR, med en liten økning i 2019. For de øvrige enhetene har det vært en nedgang i andel epikriser sendt innen syv dager fra 2017 til 2019. I Kirkenes sykehus ligger samtlige enheter mellom 81 og 91,5 prosent i 2019. Til sammenligning ble 85,5 prosent av epikrisene samlet for hele landet sendt innen syv dager etter utskriving fra sykehus samme år (Helsedirektoratet). Samlet for Kirkenes sykehus ligger dermed andel epikriser sendt innen syv dager under landsgjennomsnittet for 2019.

Figur 11.8 viser andel epikriser sendt innen én dag i 2018 og 2019.



Figur 11.8 Andel epikriser sendt innen én dag. Somatikk 2018 og 2019 ved Kirkenes sykehus. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Andelen epikriser sent innen én dag har økt for alle enheter fra 2018 til 2019, med unntak av ortopedi. Både i 2018 og 2019 er andelen betydelig høyere i FMR (henholdsvis 79,1 og 89,8 prosent) enn i de øvrige enhetene, som ligger mellom 36,3 og 64,4 prosent i 2018 og 39,7 og 59,8 prosent i 2019.

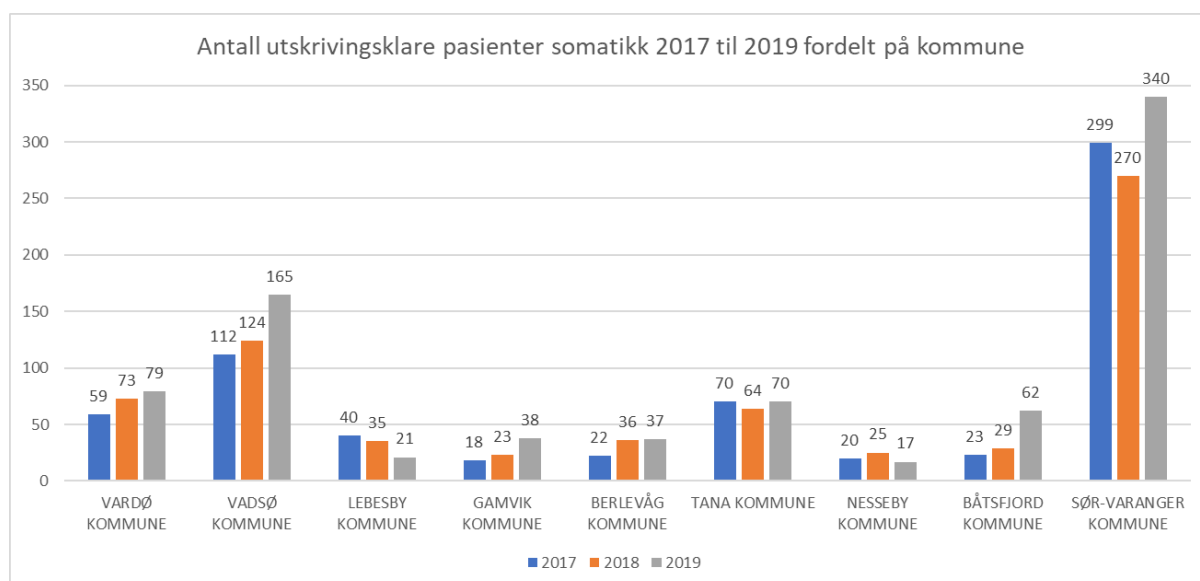
Fra og med 2019 har Helse- og omsorgsdepartementet satt som krav at minst 70 prosent av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning fra sykehus (Helsedirektoratet). I 2019 ble 58,1 prosent av epikrisene samlet for hele landet sendt innen én dag etter utskrivning fra sykehus. Totalt for Kirkenes sykehus ble 48,8 prosent av epikrisene sendt innen én dag etter utskrivning i 2019. Imidlertid lå FMR, kirurgi og ortopedi over landsgjennomsnittet dette året.

11.3.2. Utskrivningsklare pasienter 2017 til 2019

Kommunene betaler for utskrivningsklare pasienter som blir liggende i Kirkenes sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Dette er beskrevet i «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter». Forskriften skal bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt tilbud eller bedre tilbud i kommunenes helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten.

Figur 11.9 viser antall utskrivningsklare pasienter i kommunene som sogner til Kirkenes sykehus for årene 2017-2019. Finnmarkssykehuset HF har hentet data fra Rapportelementet for de løpende virksomhetsrapportene over disse årene. Utskrivningsklare pasienter i denne oppstillingen gjelder for somatisk sektor.

Kapittel 11 Måloppnåelse



Figur 11.9 Antall utskrivningsklare pasienter innen somatikk 2017 til 2019 fordelt på kommuner.
Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Figuren viser at antall utskrivningsklare pasienter har økt i de fleste kommunene fra 2017 til 2019. Kommunene Sør-Varanger og Vadsø har hatt en økning på henholdsvis 13,7 og 47,3 prosent samme periode. Båtsfjord, som er en mindre kommune, har hatt en økning i antall utskrivningsklare pasienter fra 23 i 2017 til 62 i 2019. Videre viser figuren at Lebesby har redusert antallet fra 40 til 21 i samme periode, mens for Tana kommune er tallene uendret.

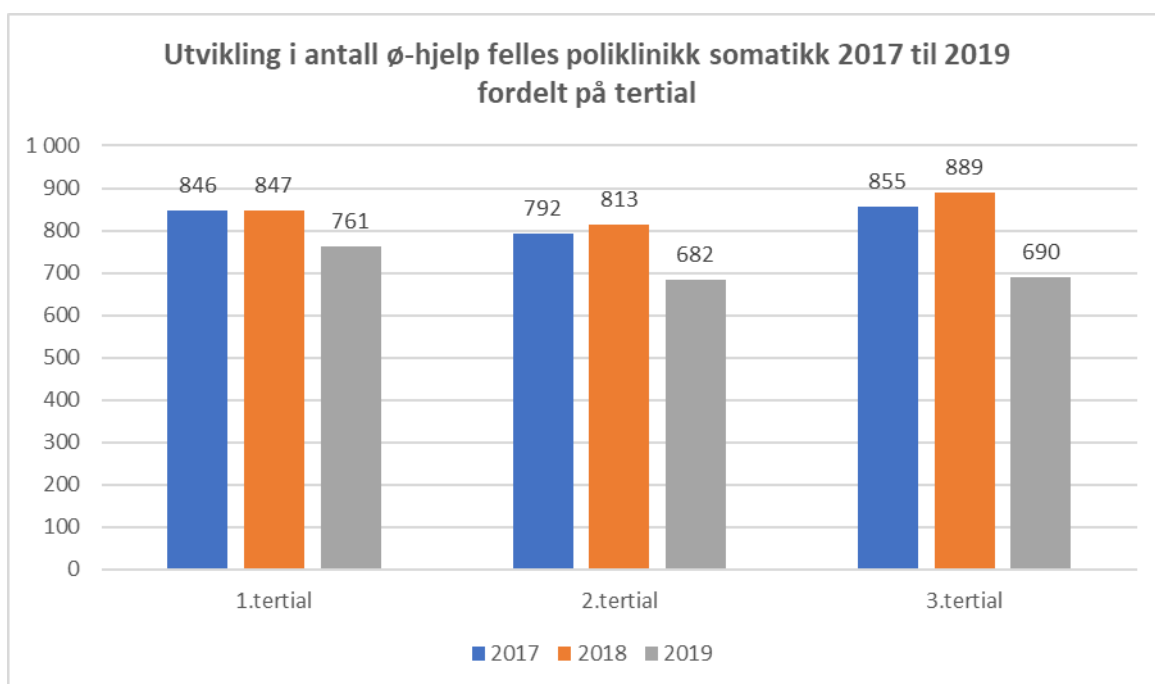
11.3.3. Utvikling i øyeblikkelig hjelp 2017 til 2019

Utvikling i antall øyeblikkelig hjelp knyttes her til målsettingen om samhandling mellom spesialist- og kommuner.

Variasjoner i øyeblikkelig hjelphenvendelser kan ha ulike årsaker, som avstander til sykehus, tjenestetilbudet i den enkelte kommunen og organiseringen av virksomheten i sykehuset. Utviklingen i øyeblikkelig hjelp kan imidlertid også være en indikator for å vurdere oppnåelse av effektmålet «Størst mulig grad av planlagt virksomhet».

Figur 11.10 viser utvikling i antall pasienter som har fått øyeblikkelig hjelp i felles poliklinikk somatikk ved Kirkenes sykehus i årene 2017 til 2019 fordelt på tertial.

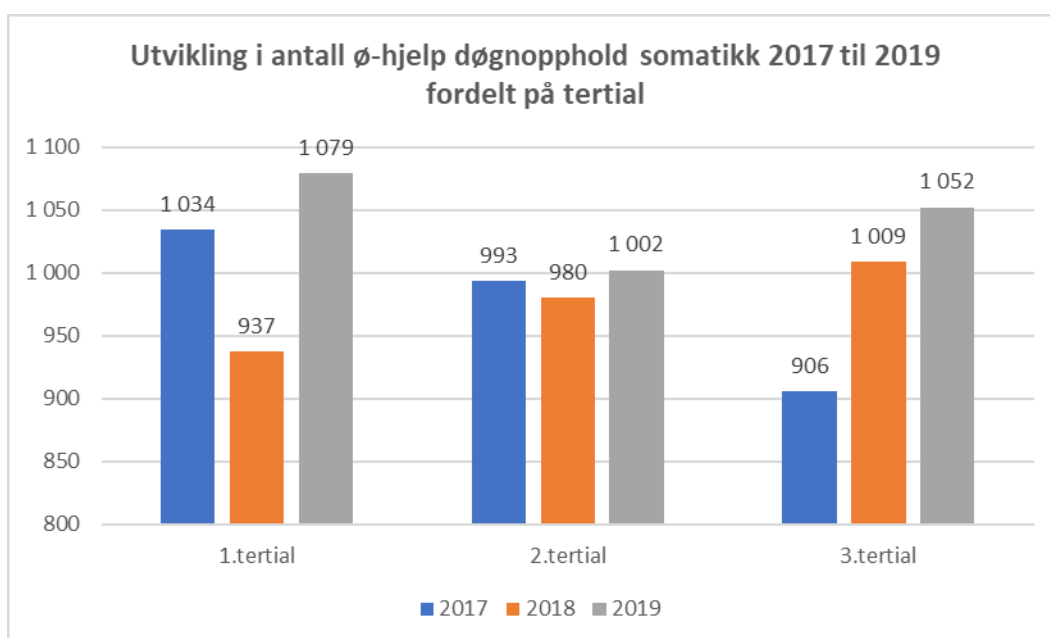
Kapittel 11 Måloppnåelse



Figur 11.10 Antall øyeblikkelig hjelp i felles poliklinikk somatikk ved Kirkenes sykehus 2017 til 2019. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Figuren viser at antall registrerte øyeblikkelig hjelpkonsultasjoner i felles poliklinikk somatikk er redusert med 19,3 prosent fra 2017 til 2019.

Figur 11.11 nedenfor presenterer utviklingen i øyeblikkelig hjelp for døgnopphold fra 2017 til 2019 fordelt på tertial.



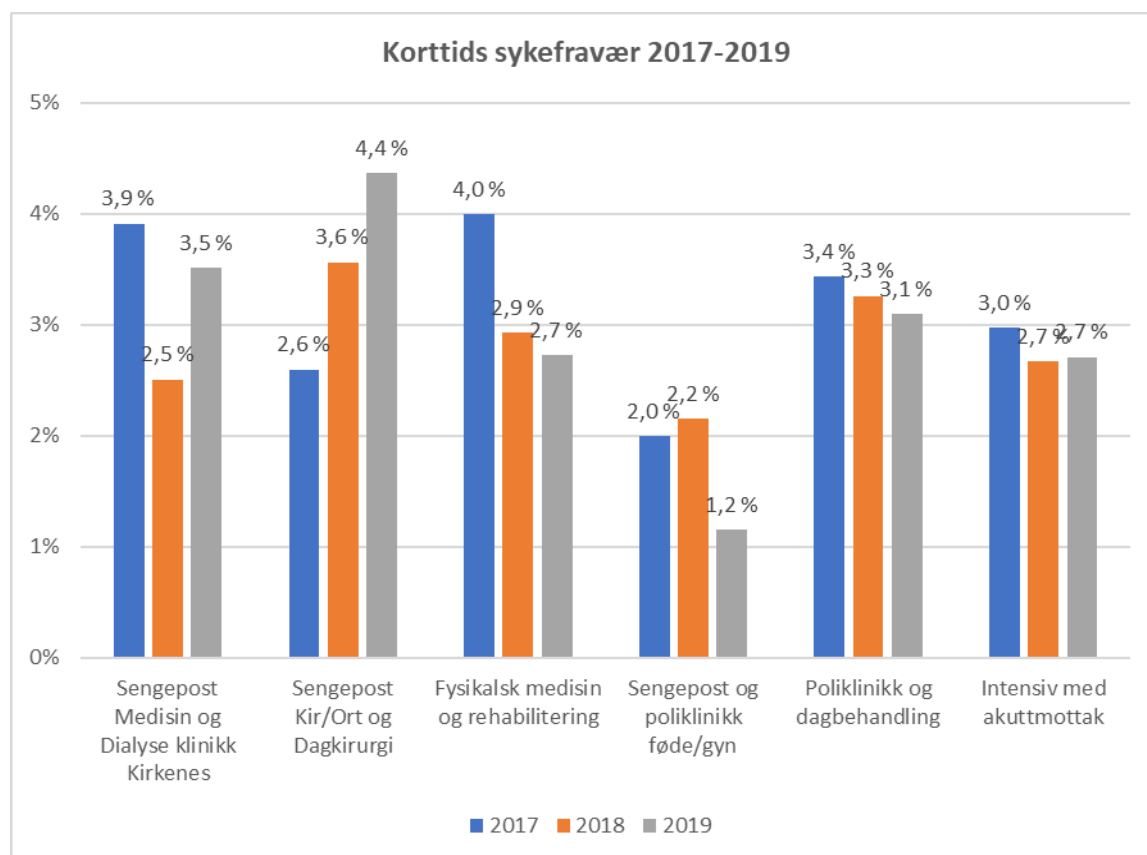
Figur 11.11 Antall øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen somatikk ved Kirkenes sykehus 2017 til 2019. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Når det gjelder døgnopphold, viser figuren en økning i antall øyeblikkelig hjelp med 16,1 prosent fra 2017 til 2019 i alle tertial.

11.4. Mål: Sykefravær

Et mål for Nye Kirkenes sykehus beskrevet i forprosjektrapporten, har vært at sykefraværet skal være redusert til å være likt med eller bedre enn landsgjennomsnittet for tilsvarende virksomhet.

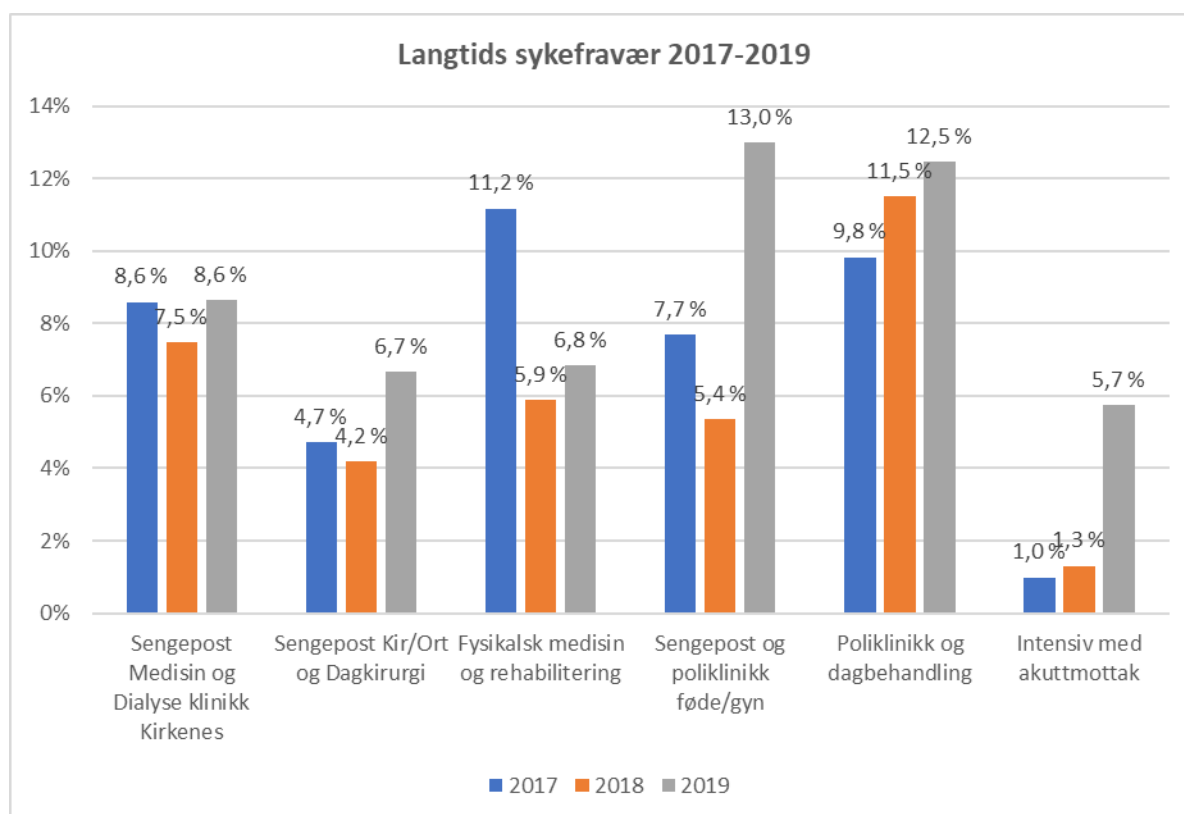
Nedenfor presenteres utviklingen av korttids sykefravær, 1-16 dager, innen somatikk i Kirkenes sykehus for perioden 2017 til 2019.



Figur 11.12 Oversikt over korttids sykefravær (1-16 dager) i perioden 2017-2019 fordelt på avdeling ved Kirkenes sykehus. Kilde: Finnmarkssykehus HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Som figuren over viser, har alle sengeenhetene redusert korttids sykefravær fra 2017 til 2019 med unntak av kirurgi og ortopedi, som økte fra 2,6 prosent til 4,4 prosent i denne perioden. Sengeenheten for føde og gynekologi har redusert korttids sykefraværet fra 2 prosent i 2017 til 1,2 prosent i 2019. Poliklinikk og dagbehandling, sengeenhet medisin og dialyse, samt intensiv og akuttmottak har redusert korttids sykefraværet noe fra 2017 til 2019.

I figuren nedenfor presenteres utviklingen av langtids sykefravær, 17 dager eller mer, innen somatikk i Kirkenes sykehus for perioden 2017 til 2019.



Figur 11.13 Oversikt over langtids sykefravær (17 dager eller mer) i perioden 2017-2019 fordelt på avdeling ved Kirkenes sykehus. Kilde: Finnmarkssykehus HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

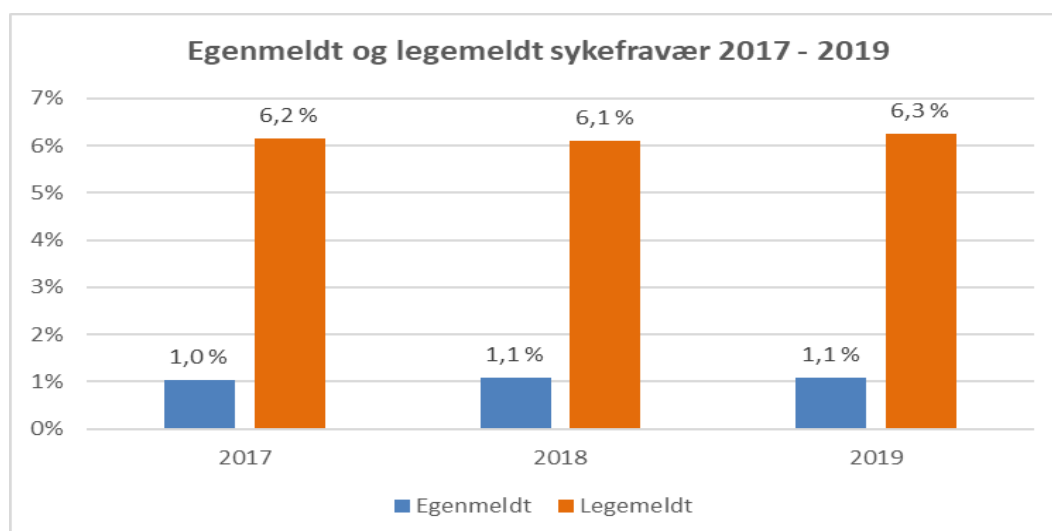
Figuren over viser at alle enheter har økt langtids sykefravær fra 2017 til 2019 med unntak av medisin, dialyse og FMR. Den største økningen har vært ved føde og gynekologi, og intensiv og akuttmottak. Imidlertid har sistnevnte enhet lavest langtids sykefravær i hele perioden.

Nedenfor presenteres tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) sin oversikt over sykefravær. I SSB sin statistikk er egenmeldt sykefravær fravær fra arbeid grunnet egen sykdom som er dokumentert med en egenmelding, og legemeldt sykefravær er dokumentert med legemelding i henhold til norske lover og avtaler³⁹

For å vurdere sykefraværet ved Kirkenes sykehus i forhold til landsgjennomsnittet for tilsvarende virksomhet, sammenlignes korttids sykefravær med egenmeldt sykefravær, og langtids sykefravær med legemeldt sykefravær for årene 2017 til 2019. Dette på et overordnet nivå for å gi en indikasjon på utviklingen.

I figuren nedenfor gis en oversikt over egenmeldt og legemeldt sykefravær blant ansatte i helsetjenester for perioden 2017 til 2019.

³⁹ <https://www.nav.no/no/person/arbeid/sykmeldt-arbeidsavklaringspenger-og-yrkesskade/sykmelding-ulike-former>



Figur 11.14 Oversikt over egenmeldt og legemeldt sykefravær blant ansatte i helsetjenester 2017-2019. Kilde: SSB

Figuren over viser at både egenmeldt og legemeldt sykefravær blant ansatte innen helsetjenester har vært stabilt for perioden 2017 til 2019. Når det gjelder korttids sykefravær ved Kirkenes sykehus, er det kun enhet for føde og gynekologi (1,2 prosent) som ligger rundt landsgjennomsnittet (1,1 prosent) i 2019. For langtids sykefravær er det kun intensiv og akuttmottak (5,7 prosent) som ligger under landsgjennomsnittet (6,3 prosent), mens enhetene kirurgi og ortopedi (6,7 prosent) samt FMR (6,8 prosent) ligger nært landsgjennomsnittet i 2019.

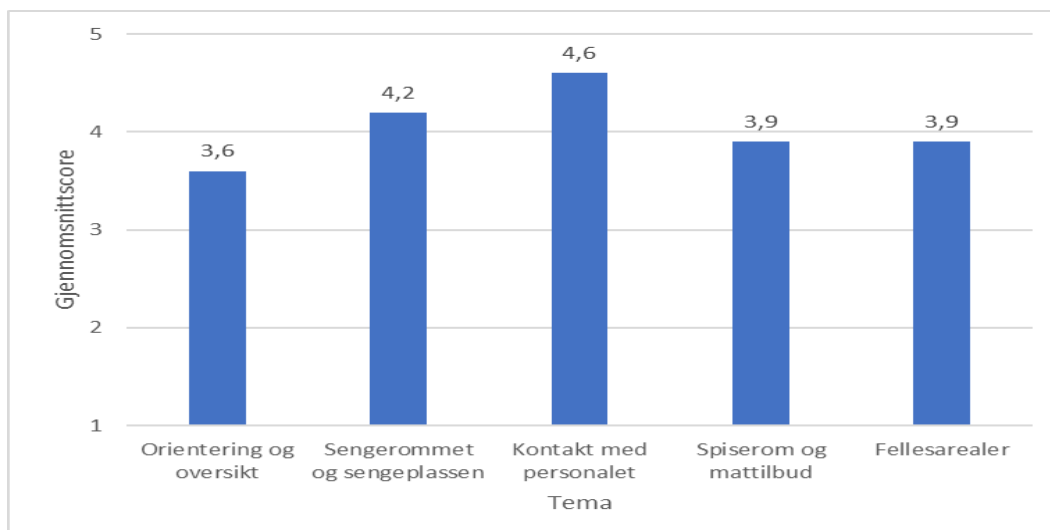
11.5. Mål: God service

Forprosjektrapporten for Nye Kirkenes sykehus har løftet frem målsettingen «God service».

11.5.1. Spørreundersøkelser i sengeområder og i poliklinikk

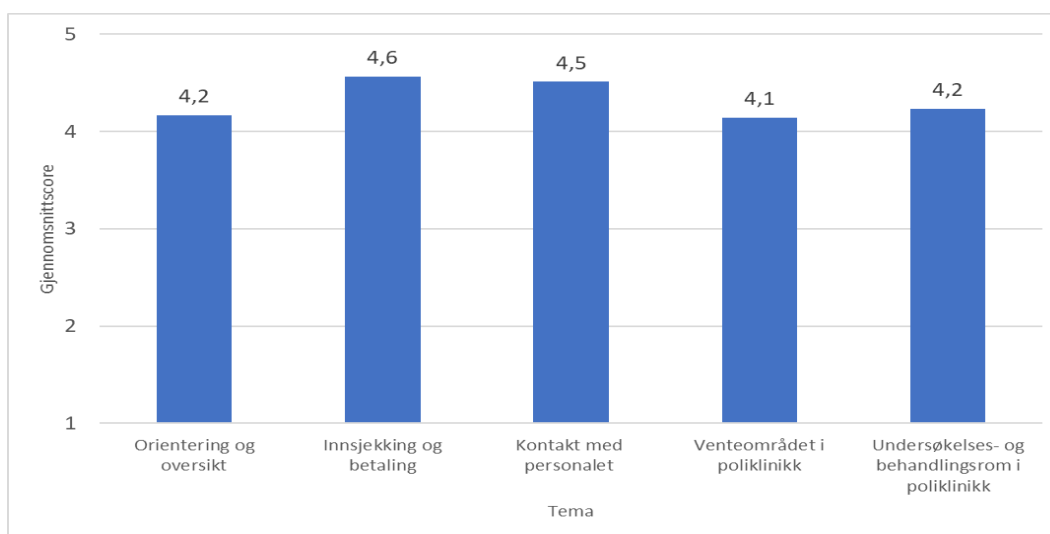
I spørreundersøkelsen blant pasienter i sengeområdene ved Kirkenes sykehus kartlegges pasientenes opplevelser og erfaringer med utformingen av de nye lokalene. Som det framkommer i kapittel 6, og i figuren nedenfor, er pasientene som deltok i undersøkelsen, i stor grad fornøyde. Figuren viser fem tema som kan forstås som indikatorer for tilfredshet med *Orientering og oversikt*, *Sengerommet*, *Kontakten med personalet*, *Spiserom og mattilbud* samt *Fellesarealer*. På en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd) ligger scoren for alle fem temaene godt over middelverdien (3). Besvarelsene viser at pasientene var mest fornøyde med sengerommet (4,2) og kontakten med personalet (4,6), og at orientering og oversikt har fått en noe lavere score (3,6).

Kapittel 11 Måloppnåelse



Figur 11.15 Fem tema med gjennomsnittlig score pr tema. Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, sengeområder

Det ble gjort en tilsvarende undersøkelse blant pasienter i felles poliklinikk somatikk og dagbehandling, jf. kapittel 7. Hovedinntrykket er at pasientene, som har besvart undersøkelsen, er svært fornøyd med de nye lokalene. Figuren nedenfor viser fem tema (indikatorer) for tilfredshet med *Orientering og oversikt*, *Innsjekking og betaling*, *Kontakt med personalet*, *Venteområdet i poliklinikken*, *Undersøkelles- og behandlingsrom*.

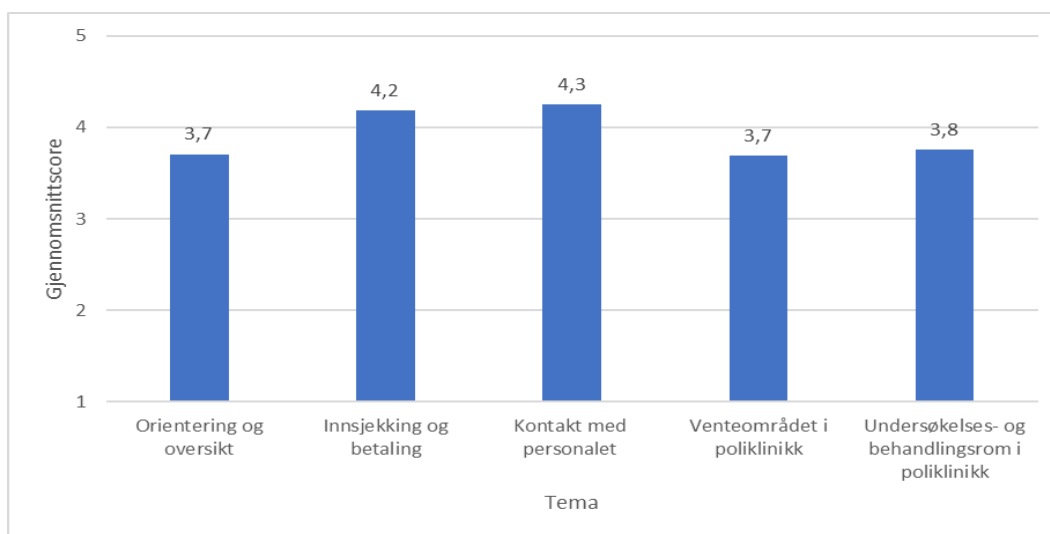


Figur 11.16 Fem tema med gjennomsnittlig score pr tema. Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, felles poliklinikk somatikk

På en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd) ligger scoren for alle fem temaene godt over middelerdien (3). Besvarelsene viser at pasientene var mest fornøyd med *Innsjekking og betaling* (4,6) og kontakten med personalet (4,5). *Venteområdet i poliklinikken* har fått en litt lavere score (4,1).

Kapittel 11 Måloppnåelse

Det ble også gjennomført en spørreundersøkelse blant pasienter i poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, jf. kapittel 8. Undersøkelsen hadde de samme temaene (indikatorerne) som i felles poliklinikk somatikk.



Figur 11.17 Fem tema med gjennomsnittlig score pr tema. Skala 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Hovedinntrykket er at pasientene, som har besvart undersøkelsen for psykisk helsevern og rusbehandling, er fornøyd med de nye lokalene. Høyeste score ble gitt til innsjekking og betaling (4,2) samt kontakt med personalet (4,3). Orientering og oversikt og venteområdet fikk laveste score (3,7).

11.6. Gevinstrealisering

Med gevinstrealisering menes å sørge for at de gevinstene som var forventet av et prosjekt faktisk blir realisert. Dette krever et helhetlig og systematisk arbeid som igangsettes før beslutningen om å sette i gang endringsprosessene tas. I dette delkapittelet beskrives hvilke gevinster som er oppnådd ved Klinikk Kirkenes (KKN). Figurer og forklaringer som omhandler gevinstrealisering og er mottatt fra Finnmarkssykehuset HF (unntatt figur 11.21 Kostnad per DRG-poeng).

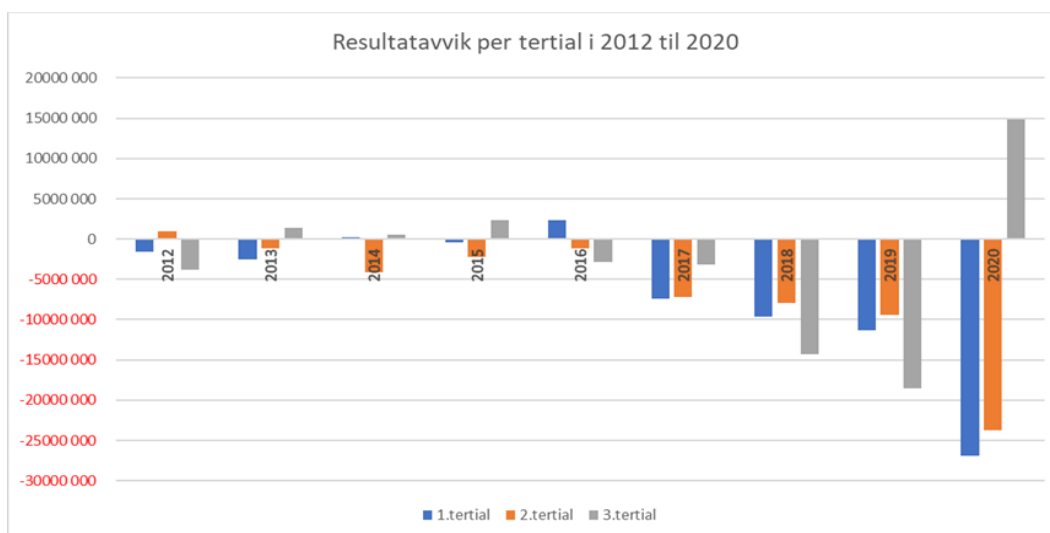
I dokumentet «Gevinstrealisering Nye Kirkenes Sykehus», datert 11.05.2016, framgår det at opprinnelig krav til gevinstrealisering var satt til 23,7 millioner norske kroner (MNOK). Klinikk Kirkenes fikk godkjent innsparing på totalt 8,7 MNOK, og kravet til gevinstrealisering for hele organisasjonsutviklingen (OU) ble derfor redusert til 15 MNOK. Figur 11.18 viser resultatutviklingen for Klinikk Kirkenes i perioden 2017 til 2020.



Figur 11.18 Resultat- og budsjettutvikling ved Klinikk Kirkenes 2017 til 2020. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

Figuren ovenfor viser at det i 2017 var et underskudd på 209 MNOK, mens underskuddet i 2019 var på 250 MNOK. Dette ga ett avvik mot budsjett i 2017 på -17,8 MNOK mot -39,2 MNOK i 2019. Videre viser figuren at resultatutviklingen var uendret fra 2019 til 2020.

For å synliggjøre økonomisk status og utvikling opp mot prosessen til flytting inn i Nye Kirkenes sykehus samt status og utvikling i etterkant, har man sett på avvik for perioden 2012 til 2020. Figur 11.19 viser resultatavvikene per tertial og summert for perioden 2012 til 2020 for hele Klinikk Kirkenes, også inneholdende PHV og TSB, inkludert Tana.



Figur 11.19 Resultatavvik ved Klinikk Kirkenes fra 2012 til 2020 fordelt på tertial. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

I figuren ovenfor ser man at det er et nokså definert skille mellom 2012 - 2016 og fra 2017, da prosessen med å flytte inn i Nye Kirkenes sykehus (NKS) startet og ble gjennomført. Dette viser at den økonomiske situasjonen har vært utfordrende etter innflytting i nytt sykehus. Samtidig viser figurene en bedring i økonomien 3. tertial 2020.

11.6.1. Kostnad per DRG.

I denne delen ses det nærmere på utvikling i produktivitet ved Klinikk Kirkenes. I tillegg vises utvikling i kostnad per DRG for Finnmarkssykehuset HF, Helse Nord (HN) og landet som helhet for årene 2017, 2018 og 2019. Med produktivitet menes her kostnader per DRG-poeng og derfor sees det kun på den somatiske virksomheten. I Figur 11.20 presenteres en oversikt over kostnader per DRG-poeng i perioden 2017-2019 for Klinikk Kirkenes.

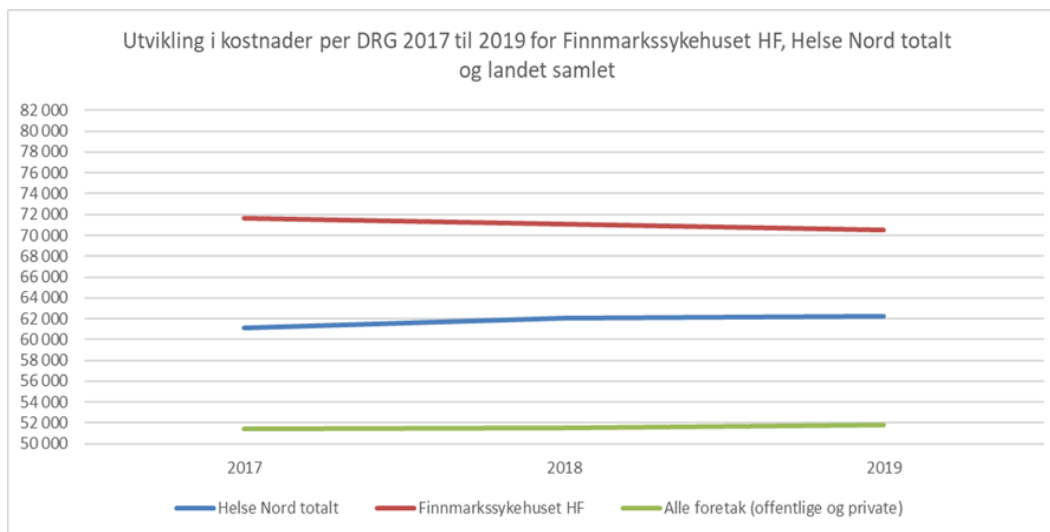


Figur 11.20 Kostnader per DRG-poeng fra 2017 til 2020 for Klinikk Kirkenes. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

Antall DRG-poeng i Klinikk Kirkenes har totalt hatt en positiv utvikling fra 4 984 DRG i 2017 til 5 746 DRG i 2019. Kostnadene har imidlertid hatt en negativ utvikling fra 344 MNOK i 2017 til 409 MNOK i 2019. Som figuren viser, har veksten i kostnader vært relativt større enn veksten i DRG, som igjen gjør at kostnad per DRG har hatt en negativ utvikling fra kr 69 000 per DRG i 2017 til kr 71 000 per DRG i 2019. Samme utvikling ser også ut til å gjelde i 2020. For 2020 er det tatt ut kostnader knyttet til Covid-19 pandemien, men svikt i inntekter knyttet til DRG grunnet pandemien er ikke hensyntatt. Hvis man derimot sammenligner kostnadene i 2020 (eksklusive Covid-19 kostnader) med antall DRG for 2019 vil kostnad per DRG være på samme nivå som i 2017, altså kr 69 000 per DRG.

I Figur 11.21 gis en oversikt over kostnad per DRG-poeng fra 2017 til 2019, der Finnmarkssykehuset HF har høyets kostnad per DRG-poeng sammenlignet med Helse Nord totalt og landet for hele perioden. Den nasjonale utviklingen (grønn linje), som inkluderer offentlige og private foretak, viser en svak økning i kostnad per DRG-poeng, som vil si at produktiviteten har en svak nedgang. Tilsvarende er det en liten økning i kostnad per DRG-poeng for Helse Nord totalt (blå linje), mens det er en reduksjon ved Finnmarkssykehuset HF (rød linje) som tyder på at produktiviteten har hatt en bedring. Til sammenligning var kostnad per DRG lavere ved Klinikk Kirkenes i 2017 enn for Finnmarkssykehuset HF, mens den i 2018 var høyere ved Klinikk Kirkenes. I 2019 var

kostnad per DRG-poeng ved Klinikkkirkenes tilnærmet likt med Finnmarkssykehuset HF.



Figur 11.21 Kostnad per DRG-poeng fra 2017 til 2019 for Finnmarkssykehuset HF, Helse Nord og landet som helhet. Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjeneste, helsedirektoratet.no

11.6.2. Planlagte tiltak 2017 til 2019

I perioden 2017 til 2019 hadde Klinikkkirkenes planlagt flere ulike tiltak for å oppnå gevinst og det er gitt en oversikt over enkelte av disse nedenfor.

Utvidet åpningstid poliklinikk

Det ble rapportert positiv effekt av tiltaket «utvidet åpningstid poliklinikk» i 2019 på 1,4 MNOK. Ser man på utviklingen i inntektene, er de økt noe fra 2017 til 2019. Inntektene er målt på de definerte områdene som skulle gi effekt, og tallene for 2017 og 2018 er prisjustert opp til 2019-nivå.

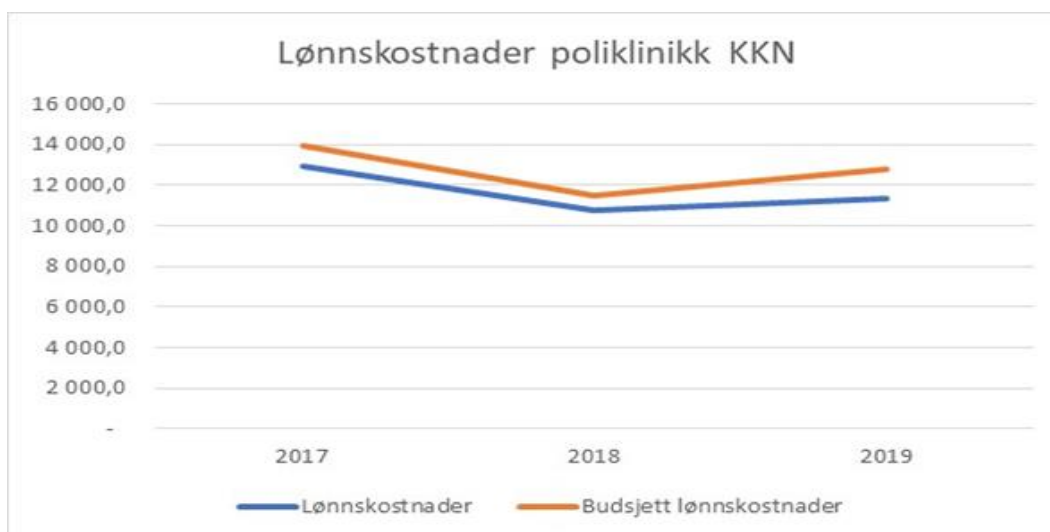
Figur 11.22 viser at selv om inntektene har økt, og mulig gitt noe effekt, har man økt avviket i negativ retning mot budsjett fra -8,4 MNOK i avvik i 2017 til -8,6 MNOK i 2019. Med dette kan man si at det er planlagt en høyere aktivitet i budsjett, men at man ikke har klart å nå målet på 2,5 millioner kroner.

Kapittel 11 Måloppnåelse



Figur 11.22 Inntektsutvikling for poliklinikk somatikk 2017 til 2019 ved Klinikkkirkenes. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

De medisinske og kirurgiske poliklinikkene ble slått sammen ved innflytting til nytt sykehus. Figur 11.23 viser en reduksjon i antall faste ansatte i poliklinikk fra 30,4 faste månedsværk i 2017 til 21,5 i 2019. Dette har resultert i lavere lønnskostnader (både fast og variabel) fra 12,9 MNOK i 2017 til 11,4 MNOK i 2019. Tallene for 2017 og 2018 er justert for lønnsvekst.

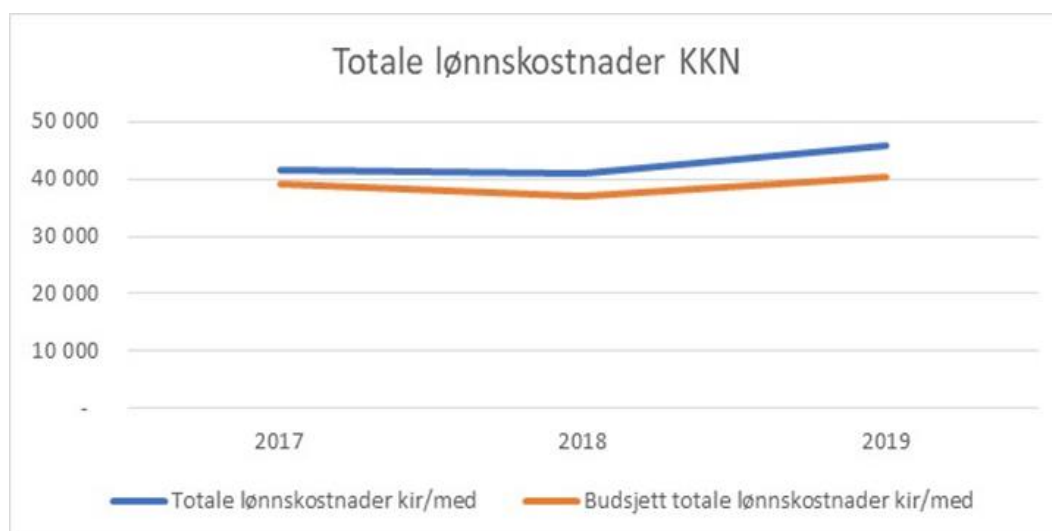


Figur 11.23 Utvikling i lønnskostnader for poliklinikk somatikk 2017 til 2019 ved Klinikkkirkenes. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

Kirurgiske og medisinske sengeområder

Ett av tiltakene var å redusere med fire stillinger totalt ved de kirurgiske og medisinske sengetunene i forbindelse med omorganisering til sengetun.

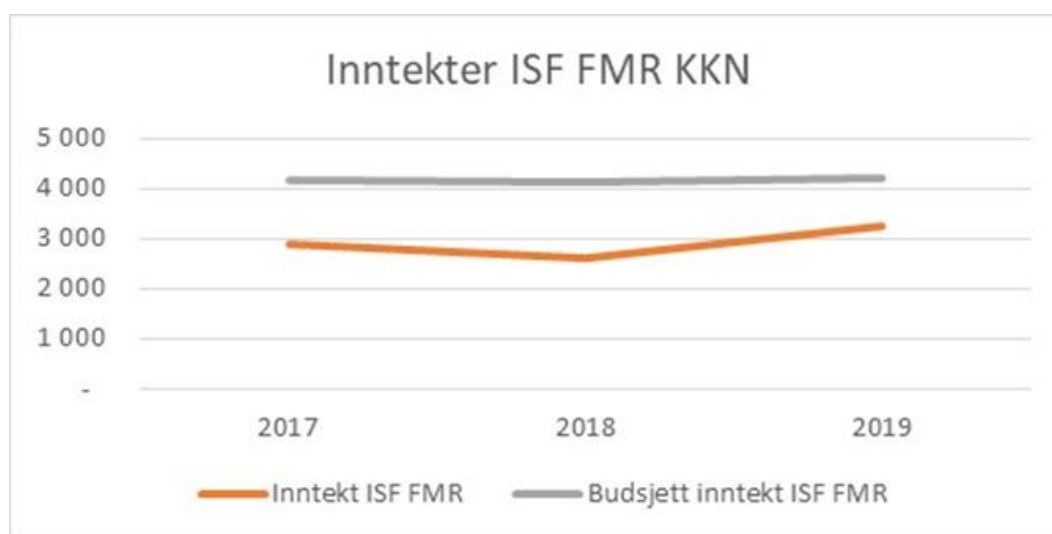
Figur 11.24 viser at antall faste månedsværk ble endret fra 54,7 i 2017 til 55,7 i 2019. I tillegg økte de totale lønnskostnadene fra 41,5 MNOK i 2017 til 45,8 MNOK i 2019. Tallene for 2017 og 2018 er justert for lønnsvekst. Kostnadene ligger over budsjett, ofte ligger dette på bruk av overtid.



Figur 11.24 Utvikling i lønnskostnader for kirurgisk og medisinsk sengetun 2017 til 2019 ved Klinikk Kirkenes. Kilde Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

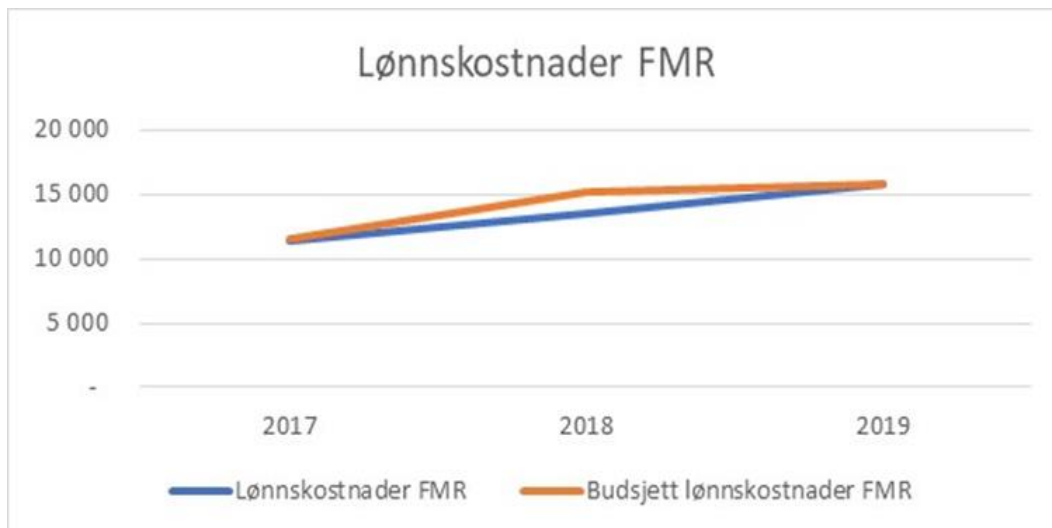
Enhet for Fysikalsk Medisin og Rehabilitering (FMR)

Ved FMR var det planlagt å ha mer aktivitet ved å øke inntekten med flere senger og stillinger. Figur 11.25 viser at inntektene ble økt fra 2,9 MNOK i 2017 til 3,3 MNOK i 2019, samtidig er det negative avvik i budsjett, selv om differanser i avviket ble redusert i perioden. Dette gjelder inneliggende pasienter.



Figur 11.25 Inntektsutvikling ved FMR 2017 til 2019 ved Klinikk Kirkenes. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

I samme periode (2017 til 2019) økte antall faste månedsverk fra 18,3 i 2017 til 25,3 i 2019, noe som tilsvarer en økning på 7 månedsverk. Figur 11.26 viser en økning i (prisjusterte) lønnskostnader fra 11,5 millioner kroner i 2017 til 15,8 millioner kroner i 2019.



Figur 11.26 Utvikling i lønnskostnader ved FMR 2017 til 2019 ved Klinikk Kirkenes. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

Intensiv- og anesthesiavdeling

Ved intensivavdelingen var det planlagt en reduksjon på to stillinger, samt at en halv stilling skulle tilføres anestesi i forbindelse med opprettelse av postoperative stillinger (POP-stilling)⁴⁰. Imidlertid økte antall stillinger på intensivavdelingen fra 23,8 faste månedsværk i 2017 til 31,3 i 2019. Samtidig var det også en økning på anesthesiavdelingen fra 6,2 faste månedsværk i 2017 til 8,4 i 2019.

Figurene nedenfor viser at det har vært en økende trend i utviklingen i lønnskostnader fra 2017 til 2019. For intensivavdelingen, vist i Figur 11.27, ser man at selv om budsjettet på lønnskostnader er tatt ned, har kostnadene økt, mens lønnskostnadene for anesthesiavdelingen, vist i Figur 11.28, har hatt den samme utviklingen i perioden.



Figur 11.27 Utvikling i lønnskostnader ved intensivavdelingen 2017 til 2019 ved Klinikk Kirkenes. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

⁴⁰ Merknad fra FIN HF: Økt inntekt gjennom redusert strykprosent ved opprettelse av POP



Figur 11.28 Utvikling i lønnskostnader ved anestesiavdelingen 2017 til 2019 ved Klinikk Kirkenes. Kilde: Finnmarkssykehuset HF, Budsjett og analyse

11.7. Måloppnåelse for akuttmottaket, sengeområdet, poliklinikker og kontor

Nedenfor vurderes måloppnåelse for akuttmottaket, sengeområdene, poliklinikkene og kontor. Resultatene fra dybdeevalueringene sammenlignes med målene som er beskrevet i planleggingsdokumentene for Nye Kirkens sykehus.

11.7.1. Akuttmottak

Akuttmottaket ble planlagt og bygd med nærheten til intensiv, operasjon og bildediagnostikk i plan 2. I tillegg ble det vektlagt og gjennomført nærhet mellom akuttmottak og kommunal legevakt, med henholdsvis innelukket ambulansgård og egen inngang.

Som følge av erfaringer fra NLSH Vesterålen, der det ble vist til at observasjonsplassene ble lite benyttet, og at det i tillegg var behov for areal til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) i nye Kirkenes sykehus, ble observasjonsplasser i akuttmottaket tatt ut i planleggingsprosessen. Etter innflytting har det imidlertid kommet ønske om å etablere observasjonsplasser i akuttmottaket i Kirkenes sykehus. Informasjon fra NLSH Vesterålen (2021) tyder også på at sykehuset vurderer å ta i bruk observasjonsplasser blant annet på grunn av opphopning av pasienter i akuttmottaket.

Virksomheten i akuttmottaket er spredt over et område med lange avstander, spesielt fordi UB-rom i felles poliklinikk somatikk må benyttes. Dersom UB-rommene (gipserom og rom for mindre kirurgiske inngrep) hadde fått areal i akuttmottaket, ville virksomheten vært mer samlet enn i dagens sykehus.

Kapittel 11 Måloppnåelse

Nærhet til akuttmottaket og enhetene i plan 2 ble planlagt for å få et felles miljø. Evalueringsresultatene viser at nærhet til intensiv og operasjon tilrettelegger for god ressursutnyttelse i forhold til kapasitet og kompetanse i akuttmottaket.

I Hovedfunksjonsprogram (HFP) står det blant annet at øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet skal adskilles. Videre er det beskrevet at kjente avklarte pasienter kan komme rett til sin enhet (f.eks. overføringer fra UNN). I Nye Kirkenes sykehus blir som planlagt, øyeblikkelig-hjelp tatt imot i akuttmottaket, pasientene blir undersøkt, stabilisert og vurdert for innleggelse, poliklinikk eller hjemreise. Det har vært utfordringer med å sende pasientene direkte til sin enhet, som etter en lang reise (overflytting).

11.7.2. Sengeområder

I sengeområdene i plan 3 skulle være standardiserte (generelle). Det skulle være sengetun med ensengsrom med bad, og sengene skulle være en felles ressurs. Ett sengetun ble planlagt som pasienthotell. Antallet senger i Fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR) ble økt fra 6 til 9 i det nye sykehuset. Sengeområdene ble bygd slik som planlagt, men erfaringene ble ikke helt som for forventet.

Hensikten med sengetun som konsept, er at flere sengetun bygges og plasseres slik at de utgjør et helhetlig sengeområde med støtterom imellom, for eksempel tre sengetun på en rekke med visuell kontakt mellom arbeidsstasjonene. Evalueringen viser at utformingen av sengeområdene ikke legger godt til rette for samarbeid og oversikt. Sengetunene i tun 1-5 i Kirkenes sykehus framstår nærmest som selvstendige enheter. Spesielt gjelder dette sengetun 1, som skulle være pasienthotell, men er blitt tatt i bruk som tun for kirurgi og ortopedi.

Det kommer frem i evalueringen at medisin og kirurgi/ortopedi «låner» ledige senger av hverandre, mens eventuelt ledige senger i FMR og enhet for føde og gynekologi vanligvis ikke benyttes av andre fagområder. En del av forklaringen er at det er lange avstander, spesielt mellom sengetunene for medisin og FMR. Ansatte opplever også at det er utfordrende å bistå hverandre på grunn av spesialisering. Derfor blir pasienter som er «utlokalisert», fulgt opp av leger og sykepleiere fra samme enhet som de tilhører.

Den ytre og åpne delen i arbeidsstasjonen i sengetun 1-5, benyttes mindre enn planlagt og skaper et press på den indre og lukkede delen i arbeidsstasjonen.

Ensengsrommene og bad har en god størrelse, er generelt utformet og legger til rette for endringer i pasientgrupper over tid. Rommene ivaretar også konfidensialitet, smittevern og pasientenes privatliv. Dette er i samsvar med planleggingen av nytt sykehus.

Tre av sengerommene i FMR hadde frem til evalueringsperioden ikke blitt tatt i bruk som pasientrom for rehabilitering (en midlertidig løsning).

11.7.3. Felles poliklinikk somatikk

Felles poliklinikk somatikk ble planlagt og bygd samlokalisert med dagbehandling i samme etasje, nært hovedinngang og vestibyle, lett tilgjengelig for pasienter. Tilgjengeligheten gjenspeiles i spørreundersøkelsen blant pasientene, men noen opplevde at det var vanskelig å finne frem på egen hånd, både til ventesone, UB-rom, bildediagnostikk og prøvetaking.

Ansatte har erfart at det er lange avstander for transport av pasienter fra medisinsk sengetun til undersøkelse og/eller behandling i poliklinikk eller dagbehandling, spesielt de som skal til dialyse, kjemoterapi eller infusjoner.

I Idéfasedokument beskrives det at man kan forvente en økning i aktiviteten innen poliklinikk og dagbehandling, noe som medfører at det i et fremtidig sykehus trolig være vil aktuelt å øke kapasiteten.

Som forutsatt i grunnlagsdokument (Idéfasedokumentet), har aktiviteten økt innen poliklinikk og dagbehandling. I kapittel 4 viser beregningene en økning i aktiviteten fra 2017 til 2019.

Ifølge de ansatte har det vært utfordring knyttet til prøvedrift og tilpasninger til nye areal, noe som sannsynligvis har medvirket til at aktivitetsøkningen ikke er større. I periode har det også vært begrenset med kapasitet i enkelte poliklinikkområder forhold til innleide spesialister i samtidighet.

I forbindelse med bruk av ambulante spesialister, opplyser Kirkenes sykehus at det er ansatt en nevrologi i fast stilling.

Det ble i HFP antatt en fortsatt utvikling innen kirurgi mot mer poliklinikk og dagbehandling. Ved Kirkenes sykehus viser en rapport fra KPMG⁴¹, at andel elektiv dagkirurgi utgjør 75 prosent av all elektiv kirurgi. Dette viser at Kirkenes sykehus har klart å dreie utviklingen fra døgn- til dagkirurgi.

Det ble i forprosjektrapporten framhevet å samle poliklinikkene på ett plan, sammen med annen pasientbehandling innen bildediagnostikk, prøvetaking, dagbehandling, operasjon og akuttmottak. Videre skulle samlokalisering av poliklinikkene gi bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Det at pasientbehandling innen de nevnte fagområdene er samlet på ett plan, erfares som hensiktsmessig.

Evalueringen viser at når det gjelder fleksibel utnyttelse av undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom) på tvers av fagområdene, vil dette i stor grad gjelde konsultasjoner uten behov for mye utstyr (spesielt ved samtale med pasienter og/eller

⁴¹ Styremøte i Finnmarkssykehuset HF. Saksnummer 61/2021.

Kapittel 11 Måloppnåelse

pårørende). Fokusgruppedeltakerne opplyser om at generelle (standard) UB-rom kan ha mye stedbundet/fastmontert utstyr som begrenser tilgjengeligheten for andre brukere.

Videre i tilbakemelding fra fokusgruppedeltakerne kommer det frem at det kan være vanskelig å utnytte ressurser på tvers av fagområdene, da de enkelte fagene blir mer og mer spesialiserte. Imidlertid er det noen unntak der sykepleiere kan bistå i andre fagfelt ved behov, spesielt de som har lang erfaring.

Som påpekt i planleggingsfasen, ble det lagt vekt på at funksjoner med flest pasienter skulle være plassert nærmest vestibylen og venteearealet. Dette gjaldt øre/nese/hals- (ØNH) og øyeavdelingen, i tillegg til at et behandlingsrom for hjerte- og lungepasienter skulle plasseres nært hovedinngangen. Dette ble bygd som planlagt.

Dagplasser for delfunksjonene kreft, infusjon og dialyse ble planlagt og bygd som en del av poliklinikken, med sambruk av støtterom. Dagbehandling ble plassert i et rolig og skjermet område, der delfunksjonene skulle ha et felles luftig rom med gode dagslysforhold.

Fokusgruppedeltakerne viser til at det er lange gangavstander for helsepersonell fra sengeområdene til dagplassene ved transport av pasienter i seng.

Selv om dagplassene er plassert i et avskjermet område, er det liten mulighet for privatliv i de åpne dagplassene. I tillegg mangler det samtalerom for å kunne overholde konfidensialiteten mellom pasient og helsepersonell.

11.7.4. Poliklinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Gjennom idé- og konseptfasen var det et mål å integrere psykisk helsevern, rus og somatikk, og at det videre skulle legges særlig vekt på helhetlige pasientforløp og samhandling internt i sykehuset, og med eksterne samarbeidspartnere (Konseptrapport 12.11.2010).

I det første utkastet til forprosjekt ble det planlagt med 10 døgnplasser innen psykisk helsevern og rusbehandling. Disse utgikk da plan 3 fløy D Sør ble tatt ut av prosjektet. Evalueringen viser at det har vært positivt å samle VPP og BUP i samme fløy.

Når det gjelder samlokaliseringen mellom psykisk helsevern og rusbehandling og somatikk, mener fokusgruppedeltakerne at samlokalisering med somatikk ville gitt en mer ønsket effekt dersom en døgnenhet innen psykiatri hadde vært lokalisert i Kirkens sykehus. Dette fordi den polikliniske virksomheten innen psykisk helsevern og rusbehandling i hovedsak samarbeider med somatikk i forbindelse med tilsynssaker.

Samtidig har psykisk helsevern og rusbehandling mye samhandling eksternt, da de jobber mye mot kommunene, i tillegg til at BUP har et ustrakt samarbeid med kliniske ernæringsfysiologer og habilitering ved BUP Hammerfest.

Kapittel 11 Måloppnåelse

Ifølge tilbakemeldingene fra fokusgruppedeltakerne, er det ikke nødvendig for VPP og BUP å være i samme bygg som somatisk sektor, da de kan komme på tilsyn til sykehuset ved behov.

Rekruttering.

Rekruttering var en av målsettingen for et fremtidig og kvalitetsmessig godt tilbud ved Nye Kirkens sykehus (kapittel 2.1, tabell 5). I dette ligger at sykehuset skulle rekruttere og beholde personell og mindre bruk av vikarer og lavere turnover. Evalueringen viser at det har vært utfordrende både å rekruttere og beholde spesialister innen VPP og BUP, noe sykehuset mener har hatt betydning for at aktiviteten er lavere enn ønsket.

11.7.5. HAVO, ART og HIA

I Hovedfunksjonsprogram (HFP) står det blant annet at Kirkenes sykehus har ansvar for all rehabiliteringsvirksomhet i Helse Finnmark, der ambulant rehabiliteringsteam (ART) og habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) inngår. Og at dette blir opprettholdt og styrket i planperioden. Etter innflytting har det i tillegg til de nevnte tjenestetilbudene blitt etablert et tilbud innen Helse I Arbeid (HIA).

Det ble også framhevet nærhetsbehov mellom ReHablitering og klinikk for Psykisk helsevern og rus, på grunn av behovet for sambruk av testrom, utveksling av kompetanse, samt økt samarbeid mellom personell.

11.7.6. Kontor og kontorområder

I Nye Kirkenes sykehus ble det lagt opp til en samlokalisering og omorganisering av den merkantile tjenesten. Dette skulle bidra til et sterkere fagmiljø og mer robust organisering (HFP). Unntaket var sekretærer tilhørende VPP/BUP og rehabilitering (FMR).

Konseptrapport (2010) og Forprosjektrapport (2013) fremhever at teknologiske løsninger som talegjenkjenning, full elektronisk pasientjournal, terminaler for registrering av pasientenes oppmøte, nytt elektronisk system for innkalling og timebestilling skulle bidra til effektivisering. Med disse forutsetningene ble det planlagt en reduksjon på til sammen 12 årsverk i det nye sykehuset. Antall kontorplasser ble bygd i henhold til den planlagte reduksjonen.

I 2017, før innflytting i nytt sykehus, konkluderte rapporten «DP 16 -12 Kontorer og fellesareal» med at det ikke er tilstrekkelig kontorarbeidsplasser i Nye Kirkenes sykehus. I perioden fra tegningene ble vedtatt og frem til mars 2017 hadde det kommet det nye stillinger som trengte kontorarbeidsplass. Beregningene viste at antallet nye stillinger var 20,75 pluss 5 medisinstudenter, i alt 27 personer.

Kapittel 11 Måloppnåelse

Den planlagte reduksjonen av merkantile stillinger (gevinstrealiseringen) ble ikke gjennomført som planlagt. Begrunnelsene er blant annet at IKT-systemet ikke hadde de funksjonene som opprinnelig ble planlagt og talegjenkjenning ble ikke realisert.

Da evalueringen pågikk, var det etablert ca. 30 arbeidsplasser i det gamle sykehuset på Prestøya. Evalueringen viser også at det er flere kontorplasser i bruk i Nye Kirkenes sykehus enn det som var planlagt. Dette framkommer i vedlegg til kapittel 9. Blant kontorplassene, som er i oversikten, kommer det frem at det er 57 flere plasser i bruk i 2021 sammenlignet med det antallet som var planlagt.

Både før og under evalueringen av Nye Kirkenes sykehus pågikk et arbeid knyttet til endringer, ommøblering og omdisponering av kontorer på grunn av plassmangel for få og hensiktsmessige arbeidsplasser.

Som planlagt er kontor og kontorlandskap i det nye sykehuset generelt utformet, og i samsvar med planleggingen av det nye sykehuset, har merkantilt ansatte blitt organisert i en enhet.

Evalueringen viser at målsettingen om å samle merkantile tjenester ikke er oppnådd. Arbeidsplassene for merkantile grupper er blitt flyttet rundt omkring og var i evalueringsperioden spredt i sykehuset. Flere ansatte jobbet i arealer som var tiltenkt andre typer oppgaver, for eksempel i kontor som var planlagt for én person. Det kom også frem at det var for få tilgjengelige stillerom.

Resultatene fra evalueringen viser at resepsjonen ikke fungerer helt som planlagt. Dette handler blant annet om at pasientene ber om bistand i resepsjonen fordi innsjekkingsystemet ikke gir tilstrekkelig informasjon om tidspunkt og venteområder når pasienten har flere avtaler samme dag. I tillegg trenger flere pasienter enn forutsatt hjelp til betaling.

I kontorene, som i flere andre områder i sykehuset, opplevde mange ansatte problemer med tung og dårlig luft og at rommene enten var for kalde eller varme.

11.7.7. Generalitet, fleksibilitet og elastisitet

Som nevnt i kapittel 2, beskriver forprosjektet at Nye Kirkenes sykehus skulle etableres vekt på hensiktsmessig drift som kunne ta opp i seg endringer og fremtidig utvikling.

Når det gjelder generalitet, er flere rom og områder i sykehuset bygd slik at de kan benyttes til ulike funksjoner uten at det er behov for endring eller ombygging.

For eksempel er sengetun 1 til 5 i sengeområdene i plan 3 likt oppbygd, og sengetun 6 og 7 er utformet med noen tilpasninger.

I felles poliklinikk somatikk er det generelle undersøkelses- og behandlingsrom (19 rom per 2020). I romstørrelser og standardisering av romgeometri er det variasjoner på romnivå både når det gjelder generelle (standard) og spesielle UB-rom ved Kirkenes

Kapittel 11 Måloppnåelse

sykehus. Dette kan gi mindre fleksibilitet i tiden fremover fordi standardisering ofte er nødvendig for å kunne endre romfunksjonen. Imidlertid er mange av de generelle UB-rommene utformet slik at de legger til rette for framtidig endring i bruk for eksisterende og eventuelt nye fagområder og eller pasientgrupper over tid. Poliklinikker for psykisk helsevern og rusbehandling har 22 likt utformede behandlerkontor. Kontorarealene er generelt bygd med kontor for én person, for to personer og kontorlandskap.

Ser man på fleksibiliteten til Kirkens sykehus, det vil si bygningens tilpasning til andre funksjoner uten å endre basisinstallasjonene eller konstruksjonen, framkommer det flere utfordringer. Mye av dette skyldes at sykehuset bygd av stålmoduler.

Erfaringer har vist at områder kan bygges om innenfor en modul. Imidlertid er endring som medfører større ombygning og der flere moduler er berørt, mer krevende med hensyn til ventilasjon og bærekonstruksjon. Nedenfor nevnes noen eksempler.

Akuttmottaket er et eksempel på et areal der man ønsker endring. Virksomheten er spredd over et område med lange avstander. Dersom akuttmottakets virksomhet skal samles, kan det tidligere AMK-området benyttes, blant annet til observasjonsplasser. Dette krever imidlertid en større døråpning for transport av seng.

I felles poliklinikk somatikk, er UB-rommene som benyttes til gynekologisk poliklinikk, små i forhold til plasskrevende utstyr og antall personer i rommet. En utvidelse av rom forutsetter at vegger må flyttes. Behandlerkontorene til VPP og BUP har manglende lydisolering. Veggene i noen kontor er plassert midt i vindusflaten, noe som skaper mellomrom og dårlig lydisolering.

Når det gjelder forholdene over og ellers i sykehuset, er tilbakemeldingen fra Finnmarkssykehuset HF, at ombygging ofte er krevende både bygnings- og kostnadmessig. Kirkenes sykehus oppleves derfor ikke som et fleksibelt bygg.

For å ivareta elastisitet, bygningens utvidelsesmuligheter, er det ifølge forprosjektrapporten lagt opp til utvidelse av de ulike funksjonene i sykehuset. Det er blant annet mulig å bygge ut fløy D Sør.

12. Forbedringsforslag - Kirkenes sykehus

Dette kapittelet har to hoveddeler. Den første delen beskriver igangsatte og planlagte forbedringer i Kirkenes sykehus. Den andre delen presenterer forbedringsforslag som er framkommet på bakgrunn av resultater fra evalueringen.

12.1. Igangsatte forbedringer

Nedenfor beskrives feil og mangler som Finnmarkssykehuset HF har identifisert i Nye Kirkenes sykehus, og igangsatte og planlagte utbedringer per oktober 2021.

Tung luft, temperatur og ventilasjon

Flere rom har en utfordring med høy temperatur. Dette gjelder blant annet undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom), som har mye utstyr og/eller utstyr som utvikler varme. Fra de kliniske områdene blir det ofte meldt at ventilasjon er en utfordring, men det er temperatur og varmeutviklingen fra utstyr i rommet kombinert med passivhus som er forklaringen på at flere rom er for varme. Forbedringstiltakene som Finnmarkssykehuset HF vurderer er lokal kjøling eventuelt sentral kjøling.

Det rapporteres om tung luft i kontorer og behandlingskontor der luftskifte og regulering av temperatur styres av et veggpanel.

I Kirkenes sykehus er kontor på 11,5 til 12 m² dimensjonert for to (mht. ventilasjon). Fra Arbeidstilsynet har Finnmarkssykehuset HF fått følgende informasjon:

Arbeidsmiljøloven har satt gulvareal på 6 m² per person som krav⁴². Dette arealet er også påvirket av rommets form. Kravet er at man skal kunne bevege seg, og at det eksempelvis er plass til å skyve stolen bakover fra arbeidspulten. Arbeidstilsynet har informert om at areal på minimum 11,5 m² kan godkjennes for to personer. Når det gjelder rom på 11 m², må det vurderes, og kan disse kan godkjennes dersom det er god plass til å bevege seg.

Tiltak

Tidligere delte sterilsentral og noen poliklinikkrom i plan 2 ventilasjonssystem. Det har vist seg at ventilasjonskapasiteten i sterilsentralen er for liten til å opprettholde overtrykk i ren sone. Finnmarkssykehuset HF har satt inn et nytt aggregat som bare dekker sterilsentralen. Dette medfører at man kan stille ned trykket i kanalnettet som dekker poliklinikken. Dette vil gi bedre kapasitet i poliklinikken i plan 2 og redusere støy fra ventilasjonen.

⁴² <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/byggesak/veiledning-til-dokumentasjonskrav-ved-soknad-om-arbeidstilsynets-samtykke/arealkrav-til-kontorarbeidsplasser/>

Kapittel 12 Forbedringsforslag – Kirkenes sykehus

Finnmarkssykehuset HF gjennomfører forbedringer i rom der det er identifisert utfordringer. Sensorer som måler temperatur, luftfuktighet og CO₂ er blitt montert i rom. Sensorene er plassert i arbeidshøyde.

I september 2021 var det igangsatt arbeid for å montere utvendig solavskjerming.

Gulvbelegg

Gulvbelegg i sykehuset sprekker opp og revner. I standardleveransen av modulbygget er det tatt med påstøp på platene for å gi et stabilt gulv, men i dette prosjektet er det blitt valgt bort.

Luften mellom etasjene har stor variasjon, og konstruksjonen i stål «går» (beveger seg) som følge av dette. Platene som er festet i konstruksjonen beveger seg sammen med disse, og gulvbelegget tåler ikke denne ekspansjon og sprekker derfor opp. Videre er det mangel på isolasjon mellom modul og etasjeskille årsaken til trinnlyd.

Tiltak

Sprekker i gulvbelegg repareres.

Lyd

Det er lytt mellom behandlerkontorene i VPP og BUP. I noen kontor er veggene mellom kontorene plassert i vindusflatene. Vinduene beveger seg i takt med vær og vind, slik at veggene imellom kontorene glipper. Det er ikke planlagt utbedringstiltak i disse rommene.

Tiltak

Finnmarkssykehuset HF vurderer alternative arealer for VPP og BUP som tilfredsstillende behandlerkontorenes krav til lydtetthet, og om disse arealene kan benyttes av andre funksjoner.

Himlingsplater

Himlingsplater løsner fra tak. Dersom teknisk personell skal gjøre arbeid knyttet til infrastrukturen over himlingen, blir platene ødelagt og må skiftes ut.

Tiltak

Ødelagte plater blir skiftet ut etter behov og deretter erstattet med samme type plate. I lagerrom er himlingsplatene imidlertid skiftet ut med en type plater som kan løftes opp uten å ødelegges. Disse er rimeligere enn de opprinnelige himlingsplatene.

Toaletter

Det mangler HCWC (universelt utformet toalett) for personell.

Tiltak

Finnmarkssykehuset HF har informert Arbeidstilsynet om at et HCWC for pasienter kan markeres for ansatte dersom en eller flere med behov for HCWC blir ansatt i framtida.

Skilting i sykehuset

Det er gitt tilbakemeldinger om behov for bedre skilting i sykehuset, spesielt for å bidra til at pasienter og besøkende kan finne veien til poliklinikker, laboratoriet, bildediagnostikk, sengetun osv.

Tiltak

Finnmarkssykehuset HF er i gang med et skiltprosjekt. Det er utarbeidet en overordnet skiltplan som ivaretar universell utforming.

Lysstyring

Flere av de ansatte har gitt tilbakemelding om at felles lysstyring medfører ulemper. Dette gjelder blant annet at noen ønsker mer lys, andre mindre og problem med at lyset slår seg av når man sitter i ro. Dette er et energisparingstiltak, og det er ikke planlagt utbedringstiltak.

Spiserom og pauserom for personell

Det etterlyses egne spiserom for ansatte. Det mangler møte-/pauserom for ansatte i sengetun 1, plan 3.

Tiltak

Det pågår et arbeid med å sette opp en skillevegg for å få adskilte soner for personell og besøkende i kantinen på plan 2.

Det diskuteres hvordan man skal løse utfordringer med manglende pauserom i sengetun 1 i plan 3 (opprinnelig pasienthotell-tun).

Fleksibilitet i sykehusbygningen

Kirkenes sykehus er bygd med moduler. Bygget omtales som lite fleksibelt. Dette begrunnes med oppbygning av stålmoduler. Som hovedregel kan man si at områder kan bygges om innenfor en modul, men endring som medfører større ombygning og der flere moduler berøres, er mer krevende med hensyn til ventilasjon og bærekonstruksjon.

Elastisitet

Ifølge forprosjektrapporten er det lagt opp til utvidelse av de ulike funksjonene i sykehuset. Det er mulig å bygge ut fløy D sør.

12.2. Forbedringsforslag

Forslag til forbedringer bygger på resultatene som er kommet frem i evalueringen. Forslagene er diskutert i møter med ledelsen, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud i Kirkenes sykehus. Videre er forslag til forbedringer tatt opp i møter med Finnmarkssykehuset HF. Forslag til tiltak og forbedringer beskrives nedenfor.

Det er viktig å gjøre oppmerksom på at forbedringsforslagene nedenfor er drøftet, men det er ikke gjort vurderinger eller utredninger knyttet til prosjektering, bygging og kostnader. Tiltakene nedenfor er ment som forslag til Finnmarkssykehuset HF for videre vurdering og prioritering av hvilke tiltak det kan være aktuelt å utrede videre og eventuelt iverksette. Mange av tiltakene er knyttet til organisasjonsutvikling (OU). Flere av forslagene medfører kostnader. Kostnader kan eventuelt dekkes gjennom drifts- og/eller investeringsmidler. Behovet for OU, drifts- og/eller investeringskostnader er anmerket sammen med forslagene.

12.2.1. Skilting og resepsjonsskanke

Evalueringresultatene viser at det kan være en utfordring å finne frem i Kirkenes sykehus, spesielt for pasienter og besøkende. Som nevnt, pågår et skiltprosjekt i Finnmarkssykehuset HF som skal forbedre skiltingen i sykehusene slik at pasienter i Kirkenes sykehus kan få en mer presis informasjon om veien til blant annet poliklinikker, laboratoriet, bildediagnostikk og sengeområder.

Ledergruppen i Kirkenes sykehus anbefaler at det pågående skiltprosjektet i Finnmarkssykehuset HF, bør hensynta tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner. Det vises spesielt til universell utforming og tilgjengelighet samt forslag fra Norges Handikapforbund.

Når det gjelder resepsjonsskanke, kan skilting og teknologi (DIPS arena) løse problemstillinger knyttet til konfidensialitet/overholdelse av taushetsplikten ved pasienthenvendelser.

Det bemerkes at forslag om en eventuell innbygging av åpne resepsjons- eller ekspedisjonsskanke, kan medføre utfordringer knyttet til taushetsbelagt informasjon dersom ombyggingen krever at pasientene må henvende seg i en resepsjonsluke.

Forutsetninger: Finnmarkssykehuset HF har informert om at investering til skilting er planlagt og inkludert i budsjett.

12.2.2. Akuttmottak

Spredt virksomhet

Virksomheten i akuttmottaket er spredt over et område med lange avstander. Det langt å gå fra akuttmottaket til gipserommet og rom for mindre kirurgiske inngrep

Kapittel 12 Forbedringsforslag – Kirkenes sykehus

(småkirurgi), som begge ligger i poliklinikken. Når for eksempel en pasient trenger gips, må både behandlende lege og sykepleier forlate akuttmottaket, noe som er spesielt utfordrende for bemanningen kveld, natt og helg. Det er bare ett gipserom i sykehuset, og det kan være opptatt på dagtid.

Akuttmottaket ble ikke planlagt med observasjonsplasser. Videre er det begrenset tilgang til WC for pasienter og ventearealet er trangt.

Forslag:

- Det anbefales å samle akuttmottakets virksomhet så mye som mulig.
- Etablere gipserom og observasjonsplasser i området der AMK tidligere var lokalisert. Dette forutsetter blant annet en døråpning for transport av seng og en vurdering av om det er tilstrekkelig ventilasjonskapasitet. Dersom det er plass og mulig innenfor eksisterende areal, anbefales det også å plassere et WC for pasienter i området med tilgang fra korridor.
- Innrede ett av mottaksrommene med utstyr for «småkirurgi». På dagtid anbefales det å benytte legevaktsrommet.
- Vurdere hvordan kapasiteten kan økes i venteareal.

Overgrepsmottak

Pasienter som kommer til overgrepsmottak har ingen dedikert venteplass, og det benyttes et rom i gynekologisk poliklinikk for undersøkelse og bevisopptak.

Forslag:

- Pasienter i denne kategorien, bør ideelt sett få tilbud om en skjermet venteplass der det er helsepersonell i nærheten. Det anbefales å gjøre en gjennomgang av hvordan eksisterende areal kan benyttes.

Mottak av traumer

Kirkenes sykehus har informert om at mottak av traumepasienter ble flyttet til postoperativt areal i oktober 2021, og at dette arealet ofte har ledig kapasitet (lite benyttet areal). Videre ble det informert om at postoperative pasienter blir flyttet til arealet for dagkirurgi (dagplass). Dagplassene har større avstand til operasjonsområdet enn det postoperative arealet.

Forslag:

- Vurdere hvor det er mest hensiktsmessig å plassere overvåking av pasienter etter operasjon (dagplass eller postoperativt areal). Dersom traumemottak fortsatt legges til postoperativ, bør det vurderes om dette arealet kan deles i to slik at restarealet

kan benyttes til venteareal, kontor eller annet. Traumerommet må ha tilstrekkelig størrelse (35 til 40 m²).

Samtalerom

Samtalerom i akuttmottaket benyttes som mottaksrom, men er ikke planlagt for dette.

Forslag:

- Det anbefales at samtalerom utstyres med pasientsignal og gasser (oksygen og medisinsk trykkluft).

Pasientflyt

Kirkenes sykehus har satt i gang et prosjekt for å bedre pasientflyt i akuttmottaket. Evalueringen viser at det er ulike oppfatninger av tidsbruk i akuttmottaket.

Alle laboratorieprøver og røntgenundersøkelser bestilles som øyeblikkelig-hjelp. Det er ingen gradering av hastegrad (med unntak av for eksempel trombolyse og traume). Ifølge bioingeniørene rekvireres mange analyser (pakker) til hver pasient som øyeblikkelig-hjelp. Ved traumer rekvireres medisinske grunnpakker i tillegg til traumepakker. Dette gir lengre analysetid og responstid og medfører at svartid ikke er forutsigbar med hensyn til pasientens hastegrad.

Videre beskrives koordinator sine arbeidsoppgaver som svært omfattende, og sykepleierne forteller at de bruker mye tid på å følge pasienter til for eksempel sengepost, WC eller røntgen.

Forslag:

- Gjennomgå analysepakkene, og vurdere prioritering for bestilling av blodprøver og røntgenundersøkelser.
- Vurdere om helsesekretær eller sykepleier kan ta blodprøver i akuttmottak og derved avlaste bioingeniører.
- Det anbefales en gjennomgang av hvilke oppgaver som kan overføres fra koordinator til merkantilt personell.
- Utvidet tilgjengelighet til portør vil avlaste sykepleierne. Det bør gjøres en kartlegging av når behovet for portør er størst.
- Vurdere nødvendigheten av adgangskontroll til WC for pasienter.
- Kartlegge antall pasienter som oppholder seg i akuttmottaket i samtidighet gjennom døgnet.
- Kartlegge og vurdere arbeidsprosessene under pasientopphold i akuttmottaket.
- Kartlegge pasientgrupper som har lang oppholdstid, for eksempel de som har oppholdstid på over 8 timer. Dette for å undersøke om oppholdstiden representerer en utfordring mht. kapasitet og overbelegg, om pasienten burde vært flyttet eller om det er mest rasjonelt at oppholdet er i akuttmottaket.

Forutsetninger: OU-prosess i forkant av endringer blant annet knyttet til forslag om observasjonsplasser. Før det tas en beslutning om etablering av observasjonsplasser i Kirkenes sykehus, anbefales det å utrede om disse plassene kan bidra til å avklare pasienter raskere, «snu» pasienter i akuttmottaket tidligere og redusere unødige innleggelse.

Endringen av det tidligere arealet for AMK og eventuell utvidelse av venteområdet vil kreve investeringsmidler på grunn av behov for prosjektering og ombygging.

Før eventuelle endringer i prioritering og arbeidsoppgaver gjennomføres i akuttmottaket, anbefales det å gjennomføre en OU-prosess før en investeringsbeslutning tas.

12.2.3. Sengeområdene

Sengetun

For å oppnå bedre oversikt og samarbeid innenfor samme fagområde og på tvers av fagområder, anbefales det å se på muligheter for å flytte fagområder i sengeområdene, det vil si en omrokking av sengetun.

Forslag:

- Dersom tun 3 (medisin) flyttes til tun 2 unngås vinkel mellom medisinske sengetun, de tre sengetunene blir dermed lokalisert i fløy A. Det er imidlertid et kryss mellom tun 2 og 4 (mellom sør og nord) som kan utfordre siktlinjene, men ikke like mye som vinkelen mellom tun 2 og 3.

Tilsvarende kan området for kirurgi samt for føde og gynekologi samles i fløy B. Det er tre hvile/overnattingsrom for leger ved inngangen til føde og gynekologi (fløy B nord). Disse kan benyttes som sengerom for kirurgiske pasienter. Videre kan det vurderes om det er mulig å bygge om kontorlandskapet i fløy B til sengerom.

Tun 3 (fløy A sør) kan blant annet benyttes til hvile/overnattingsrom for leger og til ekstra senger ved høyt belegg.

- Tun 7, FMR, har tre sengerom som på evalueringstidspunktet som ikke benyttes til pasienter. Det anbefales å undersøke om sengetunene (fagområdene) kan samarbeide mer og dele på sengeressursene.

Forutsetninger: Flytting av sengetun og endring i bruk av rom forutsetter en OU-prosess. Videre vil eventuelle endringer av kontorlandskap medføre behov for investeringsmidler på grunn av behov for prosjektering og ombygging.

Arbeidsstasjon

Den åpne arbeidsplassen i front i arbeidsstasjonen er lite benyttet og har ikke gode siktlinjer i sengeområdet (tun 1 til 5). Det anbefales å beholde en åpen og tilgjengelig plass i arbeidsstasjonen, og samtidig vurdere muligheter for utbedring av arbeidsplassen, og om det kan etableres to plasser i front.

Forslag:

- Det foreslås at en interiørarkitekt ser på mulighetene for å utnytte den åpne delen i arbeidsstasjonen bedre, eksempelvis rette ut buen i front og senke høyden på skjerm eller benytte pleksiglass i skjerm slik at den eller de som sitter ved skranken kan se ut i sengeområdet.
- Det bør også undersøkes om arbeidsstasjonen kan trekkes litt ut i korridor for å gi siktlinjer mellom arbeidsstasjonene dersom korridorbredden og brannvern tillater det. Det kan være hensiktsmessig med mer glass mellom indre og ytre sone. Dersom det blir etablert flere arbeidsplasser i sengeområdet, kan den ytre delen økes og den skjermede delen reduseres, f.eks. slik at ytre sone blir 9 m².
- For å få bedre observasjonsmuligheter, kan det settes inn vindu mellom arbeidsstasjon og sengerom på begge sider for de pasientene som har behov for mest overvåkning.
- Det bør vurderes om teknologi kan erstatte begrensninger i innsyn og siktlinjer.

Forutsetninger: De foreslåtte endringene bør forberedes gjennom en OU-prosess. Endringene vurderes til å kunne dekkes gjennom driftsmidler.

Arbeidsplasser og møterom i sengeområdet

Det er en mangel på kontorarbeidsplasser og møte-/pauserom. Det er trangt, blant annet i arbeidsstasjoner og møterom i sengetun 1 til 5. Sengetun 1 har ikke eget møte-/pauserom.

Forslag:

- For å kunne utnytte plassene i arbeidsstasjon bedre, anbefales det å skaffe erfaringer med hvilken type arbeid som kan utføres og egner seg for en arbeidsplass i en åpen del av arbeidsstasjonen.
- Skaffe erfaringer med dokumentasjon i sengerommet: Hva som egner seg for dokumentasjon, og eventuelt prøve ut like systemer gjennom et prosjekt, gjerne i samarbeid med andre sykehus.
- Kartlegge hvor mange som har behov for å benytte arbeidsstasjon og møte-/pauserom i ulike perioder: På det travleste, og spesielt på vanlig dagvakt. Dette kan bidra til å vurdere om arbeidsstasjoner og møte-/pauserom kan fungere ulikt i de forskjellige periodene i døgnet.

Kapittel 12 Forbedringsforslag – Kirkenes sykehus

- Møte-/pauserom for sengetun 1 plasseres i området mellom fløy A og B istedenfor å benytte et sengerom i tun 1 til møte-/pauserom eller tun 1 og 6 deler møte-/pauserom.

Forutsetninger: Gjennomføre kartlegging av behov og en OU-prosess.

Kjøkken og spiserom for pasienter

Felles spiserom og avdelingskjøkken i sengeområdet benyttes av pasienter i sengetun 1 til 6. Rehabilitering har et eget kjøkken og spiserom for pasientene. Felles spiserom har om lag 12 plasser på evalueringstidspunktet, og sengetunene for medisin (tun 3, 4 og 5) er lengst unna (24 senger). Det rapporteres at det er trangt i felles spiserom og avdelingskjøkken i sengeområdet.

Forslag:

- Gjennomgå bruk av spiserom og kjøkken. Dette gjelder logistikk fra sengetun til avdelingskjøkken (servering av mat til pasienter, retur av skitne kopper, oppbevaring av skitne kopper), hvordan spiserommet brukes, mulighet for å spre spisetidspunktene mellom ulike sengetun, plassering av utstyr og hvem som bør bringe mat og kopper til og fra pasientene. Det anbefales også å vurdere om logistikk mellom sengeområdet, kantine og produksjonskjøkken i plan 1 er hensiktsmessig.

Forutsetninger: Gjennomføre kartlegging av logistikk og roller samt en OU-prosess.

12.2.4. Felles poliklinikk somatikk og dagbehandling

Undersøkelles- og behandlingsrom (UB-rom)

Det er trangt i enkelte UB-rom. Det anbefales å vurdere om det er mulig å flytte noen fagområder til bedre egnede rom eller en ombygging slik at blant annet gynekologi får større rom. I tillegg bør det vurderes å etablere flere toalett, samt etablere elektronisk booking av rom for bedre utnyttelse av rom på tvers av fagområder

Forslag:

- Gjennomgå poliklinikkområdet for å vurdere om gynekologirom kan få mer areal og/eller om det er mulig å bygge flere toalett.
- Benytte UB-rom CN 2590 for fagområdet gynekologi. Det opprinnelige gynekologirommet CN 2570 kan deles av slik at det blir bygd ett toalett (mot korridor) som kan benyttes av to UB-rom. Arealet mot yttervegg i CN 2570 slås sammen med gynekologirom CN 2550. Dette gir to større UB-rom for gynekologi, og tilgang til toalett fra to UB-rom. På evalueringstidspunktet benyttet diabetessykepleier UB-rom CN 2590. Den foreslåtte omrokkeringen medfører at diabetessykepleier må flytte til et annet rom.
- Det er en venteplass, CN 2022, som kan ombygges til toalett dersom venteplasser kan flyttes ut i korridor. Det forslås først en kartlegging i bruken av venteområdet.

Kapittel 12 Forbedringsforslag – Kirkenes sykehus

- Utrede om gynekologisk poliklinikk kan etableres i sengeområdet for føde og gynekologi for å frigjøre UB-rom til andre fagområder.
- Et annet forslag som kan utredes, er om gynekologiroom kan bytte plass med større rom i hjertepoliklinikken. Dersom denne endringen skal gjennomføres, bør det være en permanent løsning fordi flytting av utstyr fra dag til dag ikke er hensiktsmessig.

Forutsetninger: Etablering av flere toalett og ombygging av gynekologiroom krever både OU-prosess og investeringsmidler.

Dagområdet

Det er behov for samtalerom i området for dialyse og kjemoterapi (dagområdet).

Forslag:

- Vurdere om det kan bygges en sone eller rom for samtaler i arealet som kalles oppholdsrom/venterom, DN 2310, eller dele opp rommet. En garderobeplass for pasientene kan etableres foran inngang til samtalerommet.

Forutsetninger: Det anbefales å gjennomføre en OU-prosess knyttet til endringer i dagområdet. Det forutsettes at ombygging av oppholdsrom/venterom DN 2310 kan gjennomføres med driftsmidler.

Personlogistikk

Når det gjelder personlogistikk, er det gitt tilbakemelding om at leger og sykepleiere bruker tid på å hente og følge pasienter fra venteområdet til UB-rom.

Forslag:

- Gjennomføre en vurdering av personlogistikk i poliklinikken. Det foreslås å vurdere om helsefagarbeidere eller andre kan bistå med dette arbeidet, og i tillegg hjelpe pasienter med av- og påkledning når det er behov for det. En slik jobb-/oppgaveglidning vil frigjøre tid til mer direkte pasientrettet arbeid for leger og sykepleiere. For øvrig vil arbeidet med skilting og bedre innsjekkingsløsninger kunne redusere noe av behovet for bistand til pasientene.

Innleie

Innleie av legespesialister har medført at mange kan komme samtidig i perioder av året. Dette skaper press på poliklinikkrom og støttepersonell. utfordringer med innleie fører også til at Kirkenes sykehus kan mangle noen spesialister i deler av året.

Forslag:

- Forsøke å få en større forutsigbarhet i planlegging av vikarinneleie for å oppnå jevn bruk av poliklinikkrom og sikre at støttepersonell er tilgjengelig.

Forutsetninger: OU-prosess inkludert kartlegging av behov og muligheter for innleie.

12.2.5. Psykisk helsevern - Poliklinikk VPP og BUP

Funksjonelle lokaler

Resultatene fra evalueringen viser at det er flere utfordringer i plan 3 fløy D (nord) der VPP og BUP er lokalisert. Det er imidlertid viktig at lokaler for VPP og BUP er funksjonelle.

Forslag:

- Evalueringresultatene viser blant annet at det kan være hensiktsmessig å plassere ekspedisjon til midten av området for BUP og VPP. Dette for å få en mer hensiktsmessig deling av behandlingsarealene for barn og voksne.
- Det anbefales å dele av venterommet med en skjermvegg eller lignende, eventuelt undersøke muligheten for å etablere separate venterom for BUP og VPP
- Det kan også vurderes om man kan bytte om på noen av terapierommene/testrommet slik at man får et leketerapirom med større areal (> 18m²) for plass til egnet sandkasse som opprinnelig planlagt.

En større utfordring ligger i at kravet til lydisolering mellom rommene ikke er tilfredsstillende. I tillegg har behandlerkontorene en uhensiktsmessig utforming ved at de er lange og smale. En mer kvadratisk utforming på rommene hadde vært mer hensiktsmessig for å ivareta de ansattes og pasientens behov for avstand/distanse i behandlingssammenheng, samt i de tilfeller pårørende er til stede under konsultasjonen.

Det gis tilbud om tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ved døgnenheten i Tana, men ikke i Kirkenes sykehus. Det bør derfor kartlegges om det er mulig til å opprette behandlerkontor som ivaretar dette fagområdet også i sykehuset.

Forslag:

- Ved vurdering av alternative arealer innen psykisk helsevern og rusbehandling, bør det tilrettelegges for et mer funksjonelt areal, slik at man ivaretar de faktorene som er nevnt ovenfor. I dette inngår også å se på fordeler og ulemper ved å ha en egen inngang til de psykiatriske poliklinikkene. Det bør etableres et tilbud innen TSB.
- I dette arbeidet bør konsekvenser ved endringer utredes. Med det menes en utredning av behov for samarbeid og nærhet mellom psykisk helsevern og andre enheter i sykehuset, blant annet med Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO), Ambulant rehabiliteringsteam (ART) og Helse I Arbeid (HIA).
- Det bør utredes hvilke tjenester som kan plasseres utenfor sykehuset. I og med mangel på kontor, deler to behandlere kontor som opprinnelig var planlagt for én, noe som ikke er hensiktsmessig på lang sikt. Det bør derfor gjennomføres en kartlegging av behov for behandlerkontor innen disse fagområdene ved utredning og etablering av kontorlokaler.

Forutsetninger: OU-prosess og investeringsmidler.

12.2.6. Møte- og pauseareal

Det har tidligere vært planlagt et auditorium, men dette ble tatt ut grunnet mangel på areal i planleggingsfasen. Dette gjør at sykehuset savner tilgjengelige møterom for store heldagsmøter.

Forslag:

- Når det gjelder skjermet område for ansatte i kantine, anbefales det å vurdere om dette arealet kan benyttes som møterom i tidsrom der det vanligvis ikke avvikles pauser. I denne vurderingen må ventilasjon hensyntas. Dette gjelder dersom det settes opp vegger, ikke skillevegger.
- Vurdere om arbeidsrom i tun 4 på plan 3 kan benyttes (bookes) som pauserom i lunsjtiden.
- Leger, HAVO og ART benytter møterom som pauserom. Det anbefales å etablere et lite tekjøkken i store møterom for å gi tilgang til vann, mulighet for å trakte kaffe osv.

Forutsetninger: OU-prosess og det kreves investeringsmidler for å etablere tekjøkken.

12.2.7. Kontor

Det er mangel på kontor på sykehuset. Det pågår en prosess ved Kirkenes sykehus for å etablere egnede kontorplasser. Resultatene fra denne prosessen vil foreligge etter at evalueringen av sykehuset er fullført. I den pågående prosessen, kan det følgende vurderes:

Anbefalinger:

- Kartlegge bruk av kontorplasser. Dette omfatter hvilke type kontorarbeidsplasser som er egnet for ulike typer arbeid og en registrering av dagens bruk av kontor (inkludert timer i bruk).
- Å skrive etter diktering krever merkantile ressurser. Det anbefales å vurdere innføring av talegjenkjenning i samsvar med den opprinnelige planleggingen av Nye Kirkenes sykehus. Dette krever opplæring samt et system for veiledning og bistand.

Forutsetninger: OU-prosess og endringene vurderes til å kunne dekkes gjennom driftsbudsjett.

12.2.8. Garderober

Det er for få garderobeskap i forhold til behovet i 2021. Antallet er økt siden planleggingsfasen. Det er 351 tilgjengelige garderobeskap, men behovet er 432 skap per juni 2021. Årsaken til dette er blant annet at flere arbeidstakere benytter «hvitt tøy» fra 2020 (grunnet Covid-19 pandemien).

Garderobene beskrives som trange og det er lite areal per person. Kirkenes sykehus arbeider med å finne løsninger, og på evalueringstidspunktet skifter personer med kontor for én eller to personer på kontoret i stedet for i garderoben.

Forslag:

- Sette opp hyller for sko og flere knagger for yttertøy, noe som er spesielt viktig høst og vinter. Det foreslås også å finne løsninger for oppbevaring av sko og lignende, for vikarer som kommer arbeider ved Kirkenes sykehus i perioder. Dette kan være oppbevaring utenfor garderoben eller «korttids-garderober».
- Standardromskatalogen anbefaler at området personalgarderober bør beregnes med 0,9 m² per plass for å kunne dele av for et antall WC, dusjer og forrom. Dobbelt z-skap på 40 cm er to plasser. Standard areal i forrom til garderober eller WC og lignende med håndvask er 4 m² (areal varierer med funksjon).

Forutsetninger: Gjennomføre en kartlegging etter Covid-19 pandemien som viser behov for antall garderobeskap og antall skap som bør videreføres i tiden framover. Klinikken bør også vurdere hvilke behov en eventuell ny pandemi medfører. Flere garderobeskap forutsetter en OU-prosess og investeringsmidler.

12.2.9. Parkeringsplasser

I løpet av evalueringsperioden ble det gjort endringer i parkeringsordningen for ansatte, pasienter og besøkende. Det er to parkeringsområder. Tidligere var ett parkeringsområde avsatt til ansatte og det andre til pasienter og besøkende. Det var ofte fullt på parkeringsområdet for ansatte, men ikke for pasienter og besøkende. Fra våren 2021 ble begge parkeringsområdene tilgjengelig for alle, og det ble innført parkeringsavgift.

Denne endringen ga ønsket effekt når det gjelder fordeling av ledige plasser. Likevel har også konsekvensen av endringen vært at parkeringsplassene som er nærmest inngangen, ofte er opptatt når pasientene kommer. Pasientene har derfor i praksis fått økt avstand mellom parkering og hovedinngangen. Ansattes erfaringer er også at flere av pasientene har problem med å forstå betalingsordningen i automat.

Forslag:

- Sette opp skilt som angir parkeringsareal for pasienter nært inngangspartiet og/eller korttids parkeringsplasser ved inngangen.
- Vurdere og følge opp om endringen i parkeringsområdene gir ønsket effekt gjennom hele året, både med hensyn til plass, kostnader, årstid og som rekrutteringstiltak for ansatte.

I oktober 2021 ble Sykehusbygg HF informert om at Kirkenes sykehus midlertidig har opphevet den nye parkeringsordningen frem til 01.01.2022.

Det er ikke uvanlig med parkeringsavgift ved sykehusene i landet, men ordningene varierer. Sykehusbygg HF er informert om at RHF-ene har hatt et eget arbeid på parkeringsordning for å oppnå like retningslinjer.

12.2.10. Samhandling

I kapittel om måloppnåelse kommer det frem at antallet utskrivningsklare pasienter har økt i de fleste kommunene som sogner til Kirkenes sykehus fra 2017 til 2019.

Det finnes mange samhandlingsformer som har til hensikt å bidra til god oppfølging etter utskriving fra sykehus og som kan redusere liggetid for utskrivningsklare pasienter. I tillegg kan digital samhandling redusere behovet for reiser til konsultasjoner og kontroller gjennom avstandsoppfølging (jf. Nasjonal helse- og Sykehusplan 2020-2023).

Det finnes mange samhandlingstiltak og former for samhandling. Nedenfor beskrives tre av disse:

Gode pasientforløp

«Gode pasientforløp» er en strukturert, generisk forløpsmodell (HPH), med sjekklister, prosedyrer og risikokartlegging. Modellen skal sikre gode overganger mellom helsetjenestene samt å styrke brukerrollen. Modellen har utgangspunkt i forskning gjennomført i samarbeid mellom NTNU og Helse Midt-Norge. Gode pasientforløp er beskrevet her: [Gode pasientforløp - FHI](#)

Pasientsentrert helsetjenesteteteam

Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PHST) er et tverrfaglig team fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Teamet er i hovedsak innrettet for å bistå eldre som har behov for tverrfaglige helsetjenester. Pasientsentrert helsetjenesteteteam er mobilt og arbeider både på sykehus og i kommunen, og bistår med planlegging og oppfølging i hjemmet den første tiden etter utskrivelse. Teamet har sitt utgangspunkt i et samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Tromsø kommune⁴³. Forskning viser at teamene har ført til redusert forbruk av øyeblikkelig hjelp, økt bruk av planlagt poliklinikk og reduksjon i dødelighet (Berntsen et al. 2019). PHST er igangsatt i Finnmarkssykehuset HF.

Helserom

Helserom er et rom i et lokalsamfunn, for eksempel på legekantoret eller ved sykehjem. Rommet inneholder medisinsk utstyr og teknologi som gir pasienter, pårørende, kommunalt helsepersonell og spesialisthelsetjenesten nye måter å samhandle på. Modellen innebærer et tett samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten gjennom oppfølging av pasienter og kunnskapsoverføring til lokalt helsepersonell.

⁴³ <https://unn.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/pasientsentrert-helsetjenesteteteam-psht>

Kapittel 12 Forbedringsforslag – Kirkenes sykehus

Lokalt helsepersonell får beslutningsstøtte, faglig veiledning og opplæring via digitale løsninger og avstandsoppfølging fra sykehuset eller fra andre kommuner. Mer om helserom finnes her: [Helserom Helgeland: Helsetjenester der du bor - på en ny måte! - Helgelandssykehuset](#)

Forutsetninger: OU prosess og driftsmidler for å planlegge, prøve ut, evaluere og implementere samhandlingsformer.

Forslag til endringer og forutsetninger er oppsummert i Tabell 12.1.

Tabell 12.1 Endringsforslag og forutsetninger

Forslag	OU-prosess	Driftsmidler	Investeringsmidler
Resepsjon og skilting	✓		
Akuttmottak	✓		✓
Samle virksomhet	✓		✓
Venterom/områder	✓		✓
Vurdere og ev. endre bruk av PO. areal	✓	✓	
Gasser i samtalerom			✓
Endre prioritering og oppgavefordeling	✓		
Sengeområder	✓	✓	✓
Sengetun	✓		✓
Arbeidsstasjon	✓	✓	
Arb.plasser, møterom	✓		
Kjøkken/spis	✓		
Poliklinikk somatikk	✓	✓	✓
UB-rom og WC	✓		✓
Samtalerom	✓	✓	
Personlogistikk	✓		
Poliklinikk VPP, BUP, TSB	✓		✓
Funksjonelle rom	✓		✓
Etablere TSB	✓		✓
Behandlerkontor for en person	✓		✓
Møte og pauseareal	✓		✓
Kontor	✓	✓	
Garderober	✓		✓
Parkering	✓	✓	
Samhandling	✓	✓	

13. Læring fra evalueringen

I evalueringen av Kirkenes sykehus er det identifisert løsninger som fungerer godt og som kan benyttes i nye sykehusprosjekter, og løsninger som kan forbedres. Resultatene fra evalueringen er bakgrunnen for læringspunkt for nye prosjekter som presenteres nedenfor. Hvert enkelt sykehusprosjekt må imidlertid gjøre egne vurderinger og prioriteringer ut fra eksisterende kunnskap, mål og rammer.

Skilting – finne veien

Bygningsmessige virkemidler og god skilting er viktig for at pasienter og pårørende skal finne frem i sykehuset. Spesialkompetanse innenfor «veifinning» bør inngå i prosjektene.

Innsjekking og betaling i automat forutsetter at de tekniske løsningene er på plass ved innflytting.

Det bør være tilgjengelig informasjon om innsjekk, betaling, skilting og lignende på forskjellige språk.

Resepsjon, ekspedisjon, skranke

Det bør legges til rette for resepsjoner og ekspedisjoner som er tilgjengelige og som samtidig ivaretar informasjon, taushetsplikt og eventuelt konsentrasjonsarbeid. Prosjektene må kartlegge hvilke oppgaver som skal utføres i disse områdene. Dette er avgjørende for utforming av arealet i åpen del (skranke) og lukket del av ekspedisjonen.

Det bør vurderes om pasientverter kan bistå ved innsjekking og betaling, samt finne frem i sykehuset.

Venteområder

Venteområder for pasientene i poliklinikker bør legge til rette for å sitte skjermet, mulighet for å følge med på når det er deres tur, samt tilgang til mat og drikke.

I sengeområder anbefales det oppholdsrom eller ventesoner for pasienter som venter på innleggelse og/eller utskriving.

Akuttmottak

Det anbefales å legge til rette for nærhet mellom akuttmottak, bildediagnostikk, intensiv og operasjon. Spesielt i mindre sykehus kan dette bidra til effektiv ressursutnyttelse i forhold til kapasitet og kompetanse i akuttmottaket.

Utformingen bør planlegges slik at man oppnår lineære forløp for alle hastegrader.

Utforming og plassering av rom bør understøtte ansattes mulighet for oversikt både over pasienter og kollegaer. Arealet bør utformes med tanke på å redusere gangavstander.

Kapittel 13 Læring fra evalueringen

Prosjektene bør sikre:

- Nærhet og kapasitet til bildediagnostikk, samt rask tilgang på blodprøvetaking og – svar, fordi dette har konsekvenser for oppholdstid i akuttmottaket.
- At leger og sykepleiere har tilstrekkelig med arbeidsplasser i akuttmottaket.
- Utforming og areal som ivaretar smittevern.

Lokalisering og planløsning må planlegges med tanke på framtidig utvidelse av mottaksfunksjoner.

I nye sykehus bør det vurderes å samlokalisere legevakt med akuttmottak. Dette gjelder spesielt for små sykehus for å sikre tilgang på personell, kompetanse, rom og utstyr der ressursene er mer begrenset enn i større sykehus.

Sengeområder

Vanligvis består et sengeområde (driftsenhet) av tre til fire sengetun med støtterom imellom. Sengetun bygges opp av en arbeidsstasjon, en gruppe sengerom og lager for forbruksvarer.

Sengeområder med vinkler eller brudd mellom sengetunene, har utfordringer knyttet til gode siktlinj, kommunikasjon og samarbeid i området.

Det anbefales ensengsrom med eget bad for å ivareta konfidensialitet, privatliv og smittevern. Ensengsrommene bør videreutvikles slik at sengeområdene inneholder noen større rom som er egnet for pasienter med mye utstyr, for overnattingsplasser for pårørende eller for ekstra kapasitet i spesielle perioder med høyt belegg.

Støtterom som desinfeksjonsrom, medisinerom, lager, spise-/oppholdsrom for pasienter bør være hensiktsmessig plassert nær sengetun for å legge til rette for tilgjengelighet. Avstander til støtterom bør vurderes på grunnlag av hvilke rom som brukes ofte. Det er vanlig å dele på støtterom som blant annet spise/oppholdsrom, mellom sengetun i et sengeområde. Dette er avhengig sengeområdets størrelse.

Arbeidsstasjon

Planlegging og utforming må sikre oversikt og nærhet mellom arbeidsstasjon og sengerom/senger og kolleger. Det må vurderes hvordan åpen og lukket del skal bygges for å ivareta tilgjengelighet, samarbeid, møter, konsentrasjonsarbeid, dokumentasjon og konfidensielle samtaler. Tilgjengelige plasser til leger kan vurderes for å understøtte samarbeid og nærhet til pasienter og pårørende.

Rehabilitering

Sengerom for pasienter i rehabilitering må ha tilstrekkelig plass til pleie og behandling. Rommene må ha tilstrekkelig størrelse for utstyr slik at mye av aktiviteten og opptrening kan skje på sengerommet. Prosjektene må vurdere behov for takhengt heis i sengerom og bad.

Poliklinikk

Det bør legges til rette for god logistikk, både for pasienter og ansatte for å sikre god pasient- og arbeidsflyt for alle fagområder.

Det anbefales å ha et elektronisk bookingsystem for reservering av UB-rom.

Undersøkelles- og behandlingsrom (UB-rom)

UB-rom bør så langt det er mulig være generelle og fleksible slik at de kan benyttes av flere fagområder og møte utvikling og endringer i framtida. Samtidig må rommene tilrettelegges for fagområdet, dvs. hensynta arealbehov (antall personer, utstyr), utforming, ventilasjon, temperatur, renhet, lyddemping, toalett, behov for dagslys og skjerming for innsyn.

Det bør være tilstrekkelig med lagerplass for oppbevaring av plasskrevende utstyr.

Dagplasser (medisin)

Områder med flere dagplasser må legge til rette for ivaretagelse av konfidensialitet, skjerming av samtaler og innsyn.

Behandlerkontor i PHV og TSB

Behandlerkontor (psykisk helsevern og rusbehandling) bør være generelt utformet, med en kvadratisk form og størrelse, som ivaretar pasientens og behandlerens behov for distanse, samt mulighet for tilstedeværelse av pårørende. Områder for barn og voksne pasienter bør holdes adskilt.

Terapirom må ha tilstrekkelig areal og være tilpasset type behandling.

Behovet for konfidensialitet og lyddemping mellom rom må ivaretas.

Venterom i PHV og TSB bør ha mulighet for skjærmede soner/arealer.

Støtterom

Knappe areal og plassering av støttefunksjoner kan påvirke arbeidsflyt og gi dårligere effektivitet. Enkelte støtterom som lager, samtalerom, stillerom, utstyrsrom og WC/dusj må ha tilstrekkelig areal og være hensiktsmessig plassert. Desinfeksjonsrom må ha ren og uren side. Prosjektene bør kartlegge behov for garderobes.

Arbeidsplasser og kontor

Det er behov for arbeidsplasser og møterom for dokumentasjon og teamarbeid.

Prosjektene må kartlegge behov for antall arbeidsplasser og type kontor/arbeidsplass, herunder hvilke oppgaver som kan utføres i kontorlandskap, samt behov for nærhet til kliniske områder. Kontorlandskap må ivareta behovet for stillerom, møterom, konfidensialitet og lyddemping mellom rom.

Pauserom

Det bør legges til rette for pauserom for de ansatte i tillegg til kantine.

IKT, teknikk og bygg

Prosjektene må sikre at IKT og de tekniske løsningene ivaretar krav og at løsningene fungerer som planlagt. I dette inngår mobildekning. Videre må temperatur- og lysregulering og ventilasjon være hensiktsmessig for pasienter og ansatte, samt at gulvbelegg må være tilpasset bruksområdet.

Prosjektene må sørge for å kontrollere at ventilasjonsanlegg bygges i forhold til designforutsetningene, dvs. rommets størrelse (areal), antall personer i rommet og utstyr.

Håndtering av uforutsette hendelser

Det må planlegges alternative løsninger i nye sykehusbyggprosjekter for å være forberedt på å håndtere uforutsette hendelser som katastrofer og pandemi.

Vinduer

Prosjektene må løse forholdet mellom dagslys, mulighet til å se ut og skjerming av områder. Eventuell frosting og persienner bør planlegges i prosjektene, ikke etter innflytting.

Opplæring og medvirkning

Prosjektene må sette av tid til opplæring og medvirkning til de som skal medvirke i plan- og byggeprosessen og involvere riktige personer til riktig tid. Følgende punkter bør ivaretas:

- Kontinuitet i medvirkningen fra ansatte og brukere
- Kontinuitet i deltakelse fra planleggere og konsulenter
- Erfaringer fra andre sykehus, som bl.a. befaring og evalueringsrapporter
- Under planlegging og bygging bør ansatte teste ut områdene
- Opplæring i bruk av utstyr, temperatur- og lysregulering samt ventilasjon før innflytting og testing etter innflytting

Organisasjonsutvikling

Det anbefales at helseforetak/sykehus informerer ansatte og setter av tid til å forberede planlagte arbeidsprosesser, logistikk og pasientbehandling før innflytting i nytt bygg.

Logistikk

Prosjektene må tilrettelegge for god person- og vareflyt for å oppnå mest mulig effektiv drift for alle fagområder.

Størrelse på lager må dimensjoneres i samsvar med logistikkprinsippene som legges til grunn og ikke planlegges for små.

Generalitet, fleksibilitet og elastisitet

Prosjektene må planlegge for hvordan generalitet, fleksibilitet og elastisitet skal ivaretas.

