

Evaluering av Akuttbygget Østmarka 2024



UTARBEIDET AV		
Navn	Organisasjon	E-postadresse
Lilian Leistad	Sykehusbygg HF	lilian.leistad@sykehusbygg.no
Unni Dahl	Sykehusbygg HF	unni.dahl@sykehusbygg.no

DOKUMENTSTATUS			
Versjon	Dato	Behandlet av	Status
1.0	03.05. 2024	Sykehusbygg HF	Godkjent
		Øyvind Hope	

BEHANDLINGSPROSEDYRE				
Versjon	Oversendt for behandling	Instans	Behandling/status	Dato for behandling
0.1	Utkast rapport 15.02.2024	St. Olavs hospital HF, APØ	Akuttbygget Østmarka	Februar 2024
0.2	Utkast rapport 11.03.2024	St. Olavs hospital HF, APØ	Akuttbygget Østmarka	Innarbeidet tilbakemeldinger fra St. Olav. Mars 2024
1.0	Ferdigstilt	St. Olavs hospital HF, APØ	Akuttbygget Østmarka	Mai 2024

Forsidebilde: St. Olavs hospital HF

Innhold

Forord	3
Sammendrag.....	4
1. Evalueringsoppdraget	6
1.1 Akuttbygget Østmarka	7
1.2 Organisering av evalueringen	8
2. Prosjektutløsende faktorer og mål for Akuttbygget Østmarka	9
3. Data og metode.....	11
3.1 Spørreundersøkelse	11
3.2 Fokusgruppeintervju	13
4. Resultater	14
4.1 Spørreundersøkelse – erfaringer med bygget	14
4.2 Dybdeundersøkelse - erfaringer med bygget	21
4.2.1 Generell planløsning	24
4.2.2 Akuttmottak	24
4.2.3 Sengeområdet	26
4.2.4 Robusthet og normalitet	37
4.2.5 Aktivitetsrom	39
4.2.6 Kombinert kontor og konsultasjonsrom, samt støtterom	40
4.2.7 Renhold	41
4.2.8 Lager og varelogistikk	43
4.2.9 Teknikk og innemiljø	43
4.2.10 Garderober	44
4.2.11 Medvirkning	44
5. Måloppnåelse	48
6. Læringspunkt for nye sykehusprosjekt.....	51
6.1 Driftsmodell og løsningskonsept	51
6.2 Akuttmottak	52
6.3 Sengeområder	52
6.3.1 Samarbeid og oversikt	53
6.3.2 Autonomi	53
6.3.3 Normalitet	53
6.4 Helhet, gjennomprøvde produkter og kvalitet	54
6.5 Arbeidsplasser	54
6.6 Medvirkning	55

Forord

På vegne av Sykehusbygg HF vil vi takke St. Olavs hospital HF, for muligheten til å gjennomføre en evaluering av Akuttbygget på Østmarka (APØ).

Vi vil takke for at dere har tilrettelagt for gjennomføring av evalueringen, samt gitt tilbakemeldinger og delt erfaringer underveis i prosjektet.

Det rettes spesielt en stor takk til dere som har satt av tid til å dele erfaringer og synspunkter med oss i spørreskjema og fokusgrupper. Alle som har deltatt i evalueringen bidrar til å øke kunnskap om samspillet mellom sykehusbygninger og virksomhet, om hvordan lokaler og løsninger i Akuttbygget fungerer etter innflytting.

De gode løsningene og forbedringsforslagene som er kommet fram gjennom evalueringen, vil være et viktig grunnlag for planlegging av Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital, Øya. De vil også være nyttige for andre som skal i gang med planlegging og bygging 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, metode og resultater. Avslutningsvis gis en vurdering av måloppnåelse og presentasjon av læringspunkt for nye sykehusprosjekt.

Sammendrag

Bakgrunn

St. Olavs Hospital HF har gitt Sykehusbygg HF i oppdrag å gjennomføre en evaluering av Akuttbygget på Østmarka. Evalueringen retter oppmerksomheten mot hvordan utforming av Akuttbygget legger til rette for arbeidsprosesser og pasientbehandling. Det er en ambisjon at resultatene kan gi innspill til planleggingen av Senter for Psykisk helse, St. Olavs hospital HF og andre sykehusprosjekter, samt bidra til forbedringer i Akuttbygget.

Data og metode

Det er benyttet både kvalitative og kvantitative metoder i evalueringen. Flere metodiske tilnærminger er brukt for å underbygge resultatene og styrke grunnlaget for konklusjoner som trekkes. Det er gjennomført en spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju blant ansatte og ledelse ved Akuttbygget Østmarka og St. Olav Eiendom. Det er også innhentet informasjon fra planleggingsdokumenter, tegninger og bilder.

Resultater

Generell planløsning: I planleggingen av Akuttbygget ble det vektlagt at omgivelsene skulle ha et normalt uttrykk og samtidig ivareta robusthet. Evalueringen viser at mange mener at bygget er tiltalende utformet med utsmykning, fargevalg og dagslysinnfall. I denne sammenhengen ble hovedinngang, ekspedisjon, venteareal og de indre gårdshagene spesielt framhevet.

Akuttmottak: Akuttmottak og sengeområdet ble som planlagt, plassert i første etasje. Evalueringen viser at akuttmottaket er godt utformet for å ta imot pasienter. Det kom likevel fram to forbedringsforslag. For det første burde døråpningen til ambulanseinngangen vært bredere for pasienter som kommer på bære. Det andre forslaget handler om at akuttmottaket kan oppleves noe lukket og adskilt fra sengeområdene. Det ble sagt at en ansatt kunne hatt arbeidsoppgaver i mottaket for å følge med og bistå ved behov.

Sengeområde: Sengeområdet er generelt oppbygd og består av fire sengetun, hvorav to er intensivtun. Mange er mener at området fungerer godt. Det understøtter fellesskap og samarbeid, og er en forbedring fra de tidligere adskilte og mindre sengepostene. Ansatte og ledelse erfarer at pasientene er fornøyde med utformingen av sengeområdet. Pasientenes autonomi blir understøttet av mulighet for å bevege seg mellom sengerom, stuer, spiserom og direkte utgang til indre gårdshager. Et felles spiserom gir normalitet og har vist seg å fungere godt for pasientene. Noen ansatte kommenterte at det kunne vært bedre lydemping inn til sengerom.

Det ble framhevet som en fordel at sengetunene kan inndeles i ulike størrelse etter pasientenes behov, blant annet behov for skjerming. Regulering av sengetunstørrelsen og avgrensning av områder gjøres ved hjelp av korridordører som åpnes eller stenges. Det er en forståelse av at bygget har skjermingsløsninger for mange ulike behov, men for

noen pasienter fungerer ikke skjermingen godt nok. En nyttig erfaring fra covid-19-pandemien, er at korridordørene gir mulighet for oppretting av kohorter som skiller pasienter med smitte fra de øvrige pasientene. En bemerkning som ble gitt, er at det kan være uheldig at pasienter fra vanlige/ordinære sengetun deler gårdshage med intensivtun.

Glass og vindu mot de to indre gårdshagene gir dagslys og mulighet for sikt til sengetun på den andre siden. Det kan være uheldig med utsyn fra samtalerom til pasienter i gårdshagen ved pårørendesamtaler eller innsyn til pasienter i samtalerom fra gårdshagen. I sengetunene kan vinklene hindre oversikt, men det er god sikt fra oppholdsrommene (stuene) som er plassert i vinklene.

Evalueringen viser at arbeidsstasjonene er trange med mye trafikk. Dette begrunnes med at det er for mange funksjoner i rommet. Ansatte formidlet at de ønsker flere arbeidsplasser, kontor og stillerom. I sengeområdet ble det uttrykt et ønske om pauserom og en felles møteplass for hele bygget.

Det er lite lagerareal i sengetunene bortsett fra i sengetun 4, som har et lager for utstyr i tillegg til lager for forbruksvarer og utstyr.

Aktivitetsrom: Aktivitetsrommet er plassert i underetasjen og ikke i sengeområdet. Dette medfører avstand fra sengeområdet og kan skape utfordringer dersom det oppstår behov for bistand. Mange mener at bygget og organiseringen egner seg godt for pasienter som er i den akutte fasen, og som har korte opphold. For pasientgrupper med lengre oppholdstid, er det i større grad behov for å omgås andre og delta i aktiviteter.

Bygg og teknikk: De fleste forbedringsforslagene handler om bygg og teknikk. Det gjelder blant annet nødvendig utskifting av korridordører, låsstyringssystem i sengeromsdører, elektromotorer i lufteluker, baderomsdører, spyleknapper på toalett og gulvbelegg. Erfaringene er at man bør velge gjennomprøvde produkter, og at det bør stilles krav om at komponenter monteres sammen slik at løsninger kan testes og vurderes i sin helhet før beslutninger tas.

Medvirkning: Medvirkningen er opplevd som god, den har vært preget av kontinuitet fra ledelse og ansatte i klinikken, mens teknisk personell bare har vært sporadisk til stede. Involvering av og å sette av tid til teknisk personell, ble fremhevet som et viktig forbedringsområde. Evalueringen viser at de som har hatt kontinuitet i medvirkningen, har hatt fokus på og prioritert løsninger som understøtter de overordnede målene for Akuttbygget. Medvirkningen i tidlig fase ble opplevd som en tidkrevende og en nærmest overveldende prosess. Under byggingen (gjennomføringen) ble medvirkningen preget av at få personer fikk korte svarfrister da valg av løsninger skulle foretas. Dette gjaldt presentasjon av en lang rekke produkter og komponenter som ofte ble tatt ut av sin sammenheng.

På bakgrunn av evalueringsresultatene har en arbeidsgruppe i Sykehusbygg HF utformet læringspunkt for nye sykehusprosjekt. Disse presenteres i kapittel 6.

1. Evalueringsoppdraget

St. Olavs hospital er et universitetssykehus i Helse Midt-Norge. I tillegg til aktiviteten på Øya, har St. Olavs hospital virksomheter flere steder i Trøndelag, blant annet innen psykiatri, ved Akuttbygget på Østmarka som er lokalisert på Østmarkneset, litt nord for Trondheim sentrum. Akuttbygget ble offisielt åpnet 26. oktober 2017.

Akuttpostene, som er lokalisert i Akuttbygget, har til sammen 40 sengeplasser og er organisert under Akuttseksjonen¹. Akuttpostene tilbyr utredning og behandling av voksne som er innlagt med psykiske plager og lidelser. Varigheten på oppholdet varierer vanligvis fra noen få dager til noen uker, og ved behov henvises pasienter til andre enheter i spesialist- eller kommunehelsetjenesten for videre behandling og oppfølging. Personalgruppen består blant annet av leger, psykologer, sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og sosionomer.

St. Olavs hospital HF har bedt Sykehusbygg HF om å gjennomføre en evaluering av Akuttbygget på Østmarka (APØ). Hensikten er å innhente erfaringer med bygget fire-fem år etter innflytting, ved å *identifisere sammenhenger mellom sykehusbygget og drift, få frem kunnskap om hva som er gode løsninger for eiere og brukere av bygget i de enkelte avdelingene, samt å vurdere måloppnåelse etter innflytting*. Erfaringer fra pandemien i forhold til de valgte løsningene er også belyst.

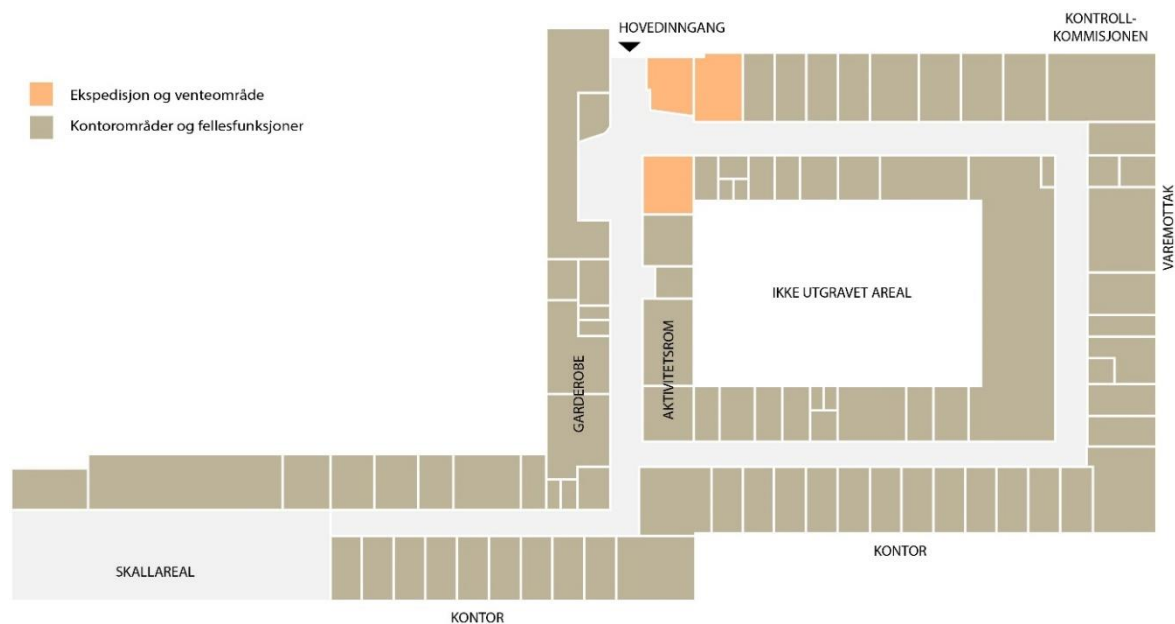
Evalueringen vil undersøke hvordan bygget fungerer i hverdagen, og finne eventuelle årsaker til at det er utført endringer etter innflytting. Akuttpostene skal senere flytte fra lokalene på Østmarka til Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital (SPH), Øya. SPH er under planlegging i evalueringsperioden. Det betyr at akuttpsykiatrien etter hvert blir etablert på Øya og integrert med det somatiske sykehuset og NTNU. Det nybygde Akuttbygget skal deretter benyttes til spesialfunksjonen «langtidsposter» (jf. Konseptrapport (10.09.2017)). Dette betyr at evalueringsresultatene fra Akuttbygget er en etterevaluering som kan identifisere faktorer som fungerer godt og løsninger som kan forbedres i eksisterende bygg. Videre kan resultatene gi kunnskap og innspill til planlegging av SPH.

Det planlegges flere nye bygg for psykisk helse nasjonalt, og det er en ambisjon at erfaringsinnhentingen fra denne evalueringen kan overføres til andre sykehusbyggprosjekter (jf. læringspunkt kapittel 6). Det er imidlertid mange faktorer som påvirker planleggingen og bygging av sykehus; rammevilkår og prosjektets størrelse spiller inn. Derfor bør hvert enkelt sykehusbyggprosjekt gjøre egne vurderinger og prioriteringer på grunnlag av kontekst, eksisterende kunnskap, mål og rammer.

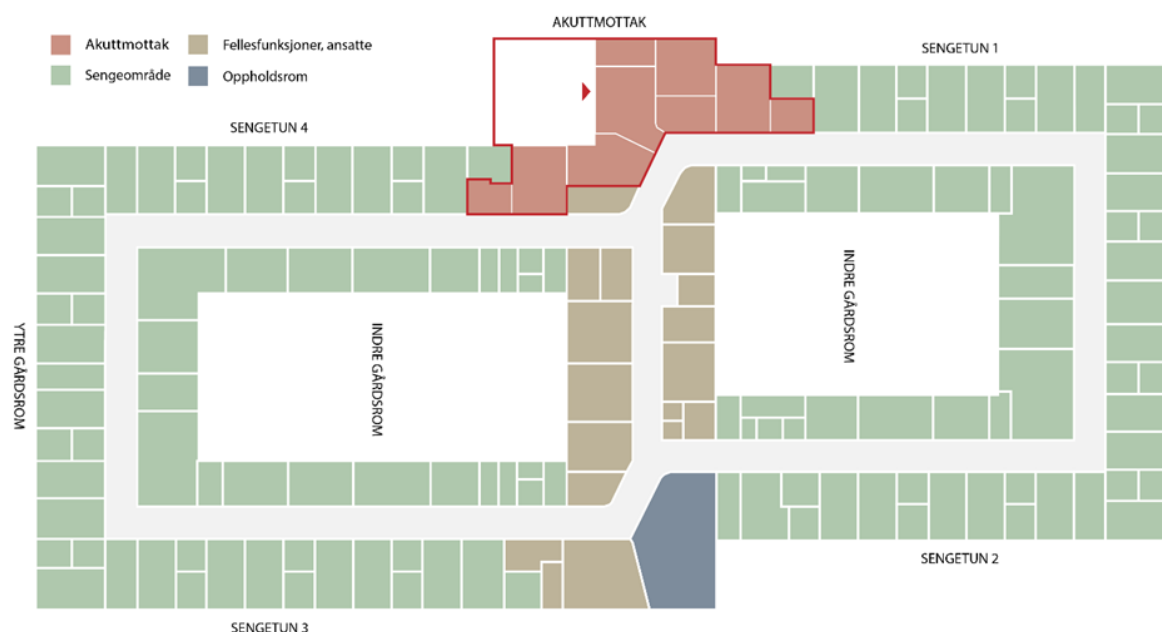
¹ [Akuttseksjonen - St. Olavs hospital HF \(stolav.no\)](http://stolav.no)

1.1 Akuttbygget på Østmarka

Akuttbygget på Østmarka består av underetasjen (U1) og første etasje. Figur 1.1 viser en oversikt over underetasjen, og figur 1.2 viser en oversikt over første etasje.



Figur 1.1 Oversikt over underetasjen (U1). Kilder: Nordic Office of Architecture og SLA 28.11.2014. Bearbeidet av Sykehusbygg HF 2023



Figur 1.2 Oversikt over første etasje. Kilder: Nordic Office of Architecture og SLA 28.11.2014. Bearbeidet av Sykehusbygg HF 2023

Hovedinngangen i Akuttbygget er plassert i underetasjen mot sør med tilhørende ekspedisjon og venteområde. I denne etasjen finnes garderober for personalet, kontorer, rom for administrasjon, støtterom og aktivitetsrom for pasienter. Et skallareal, ikke innredet areal, er lagt på østsiden.

Sengeområdet, fire sengetun, er lokalisert i første etasje med horisontal nærhet til akuttmottaket. Bygningskroppen har form som to rektangler med hver sin indre gårdshage, og knyttes sammen av fellesfunksjoner for ansatte og spiserom for pasienter (merket som oppholdsrom i figuren ovenfor).

1.2 Organisering av evalueringen

Evalueringen er gjennomført av evalueringsteamet i Sykehusbygg HF. Øyvind Hope har vært prosjekteier. Prosjektleder i Sykehusbygg HF har vært Lilian Leistad, og Unni Dahl har vært prosjektmedarbeider.

St. Olavs hospital HF har bestilt evalueringsoppdraget, og kontaktpersoner i løpet av prosjektperioden har vært eiendomsforvalter Kjell Ivar Svaan, rådgiver/prosjektleder psykisk helsevern Erlend Thorup og prosjektsjef/fagleder økonomi Bente Alfnes ved St. Olavs hospital HF.

Fra september 2021 og frem til september 2023 har evalueringsteamet hatt jevnlig statusmøter med St. Olavs hospital HF. Det har også vært gjennomført telefonsamtaler, e-postutvekslinger og Teams-møter for å legge til rette for datainnsamling og sørge for at oppdraget er blitt gjennomført i henhold til prosjektplanen.

Etter utarbeidelse av prosjektplan og spørreskjema, startet evalueringen i mars 2022.

2. Prosjektutløsende faktorer og mål for Akuttbygget på Østmarka

Sykehusene skal særlig ivareta fire hovedoppgaver. Disse er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende².

Helse Midt-Norges strategiske hovedmål er å skape en Fremragende helsetjeneste. Strategi 2030 setter rammene for dette, med visjonen *På lag med deg for din helse*. Helseforetakene utarbeider videre planer, og i 2022 reviderte St. Olavs hospital sin utviklingsplan for årene 2023 til 2026. St. Olavs hospitals visjon er å tilby Fremragende behandling.

Det betyr at pasientene får den beste behandlingen som er anbefalt internasjonalt, innenfor de rammene som gis. Pasienter og pårørende skal møte høyt kompetente og serviceorienterte medarbeidere i en organisasjon som utnytter ressursene godt. De skal behandles med respekt, og oppleve åpenhet og god kommunikasjon i sitt møte med sykehuset. (Utviklingsplan s.7)

Mål og krav for Akuttbygget Østmarka

Når det gjelder akuttpsykiatrien i St. Olavs hospital, beskriver Konseptrapport (2014) at bakgrunnen for å igangsette planlegging av Akuttbygget, var behovet for nytt bygg for å bedre forholdene for pasienter med psykiske lidelser, rus og utagerende adferd. Dette med bakgrunn i at de eksisterende byggene på Østmarka var nedslitte, tungdrevende og sikkerhetsmessig mangelfulle. I tillegg manglet byggene intensiv- og skjermingsplasser.

I Forprosjektrapport (2014) står det at det er en ambisjon å få et bygg som gir en god ramme for behandling av psykisk syke pasienter der funksjonalitet, sikkerhet og trygghet er vektlagt.

Følgende overordnede krav ble stilt til bygget (Forprosjektrapport s. 14):

- *Ivareta pasientens autonomi og integritet*
- *Gi nærhet og kontakt med natur og uteområder*
- *Skape rom for bevegelsesfrihet uten påtrengende overvåking*
- *Gi rom for personalets naturlige tilstedeværelse*
- *Trygghet for alle*
- *Være tilpasset både kort og lang liggetid*

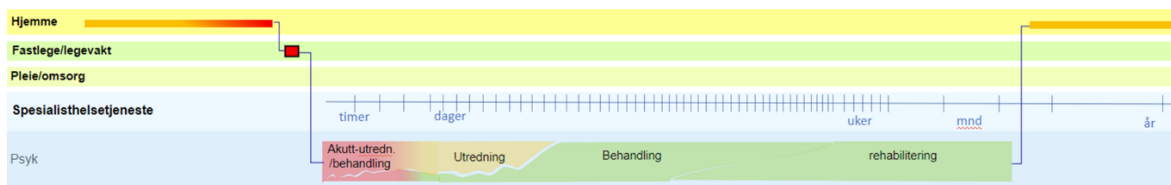
Funksjonalitet i forhold til drift og behandlingsmetoder er sterkt fokusert. Dagens bygning tilfredsstillende ikke dette.

² Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital

I figuren nedenfor illustreres et typisk pasientforløp i psykisk helsevern for en samlet helsetjeneste. Det nederste blå feltet viser spesialisthelsetjenesten og opphold i psykisk helsevern, fra akuttbehandling til rehabiliteringsfase. I akuttfasen inngår utredning og behandling. Deretter legges en plan for videre oppfølging. Fargene illustrerer at det ikke er klare skiller mellom fasene i et forløp.

Som gjengitt over, er kravene at Akuttbygget skal være tilpasset både den akutte fasen, der pasientene vanligvis har kort liggetid, og pasienter med lengre liggetid. Dette begrunnes i hovedsak med at bygget skal benyttes til andre pasientgrupper etter at akuttpsykiatrien er flyttet til St. Olavs hospital på Øya.



Figur 2.1 *Illustrasjon av et helhetlig pasientforløp. Utredning, behandling og rehabilitering i psykisk helsevern vises i det blå feltet, Spesialisthelsetjeneste. Kilde: Sykehusbygg HF*

Videre i Forprosjektrapport for Akuttpsykiatri Østmarka (2014), skulle planlegging og bygging av Akuttbygget ivareta utvalgte funksjonskrav fra funksjonsprogram (s. 14):

- *Adskilt akuttinngang og hovedinngang*
- *Akuttmottak på samme etasje som sengeenheter*
- *Alle senger på samme etasje*
- *Mindre sengeposter med fleksibel mulighet for underdeling*
- *Utgang til lukkede gårdsrom fra sengepostene*
- *God oversikt for personalet*

3. Data og metode

I dette kapitlet beskrives gjennomføringen av evalueringen. Evalueringen fire-fem år etter innflytting omfatter en spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju blant ansatte og ledere ved Akuttbygget på Østmarka og St. Olav Eiendom.

Metodene som er benyttet i evalueringen er i samsvar med rapport og veileder «Evaluering av sykehusbyggprosjekter» utarbeidet av de regionale helseforetakene i 2018.

3.1 Spørreundersøkelse

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte både med og uten pasientbehandling ved Akuttbygget på Østmarka, for å kartlegge byggets egnethet etter innflytting. Formålet har vært å få kunnskap fra mange ansatte om hvordan sykehuset fungerer etter innflytting, og undersøke i hvor stor grad utformingen legger til rette for arbeidsprosesser og pasientforløp.

En nettbasert spørreundersøkelse ble oversendt fra Sykehusbygg HF til en kontaktperson, som videresendte denne til anslagsvis 226 ansatte med arbeidssted i Akuttbygget. Tilgang til spørreskjemaet ble gitt ved å åpne en lenke til skjemaet. Undersøkelsen pågikk i perioden 30. mars 2022 til 15. september 2022. Av de 226 ansatte som fikk tilsendt skjemaet, besvarte 56 undersøkelsen (25 prosent). Sykehusbygg HF mottok anonyme besvarelser og benyttet Excel og SPSS i analysene, som i hovedsak er en deskriptiv framstilling av resultatene.

Spørreskjemaet er utarbeidet av Sykehusbygg HF i samarbeid med prosjektorganisasjonen ved St. Olavs hospital HF. Et generelt spørreskjema med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler og sjekkliste for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI), ble lagt til grunn for en utvidet spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen som ble benyttet i Akuttbygget, har 141 utsagn inndelt i 12 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 «Byggets utforming 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 middelveiden på skalaen er 3. I tillegg ble det stilt noen utvalgte ja/nei spørsmål.

Det bør bemerkes at leger eller andre som jobber flere i flere enheter i bygget (akuttmottak, døgnenhet, behandlerkontor og/eller kontrollkommisjon), har besvart spørsmålene for denne/disse enheten(e). Dersom noen av utsagnene ikke var relevante,

skulle disse stå ubesvart. Tema «Planløsning – tilknyttet pasientbehandling» skulle bare bevares av personell som jobber med pasientbehandling.

Avslutningsvis under enkelte tema og til slutt i skjemaet, kunne respondentene skrive inn kommentarer. Nedenfor beskrives innholdet i de 12 temaområdene.

Tema 1: Arbeidsmiljø

Temaet handler om å vurdere hvor godt utformingen av bygget understøtter arbeidsmiljø, samarbeid og effektivitet.

Tema 2: Planløsning – generell

Temaet handler om orientering i bygget, ekspedisjon, venteområder, kantine (spiserom), gangavstander o.l.

Tema 3: Planløsning – akuttmottak

Dette teamet besvares av de som har pasientkontakt/-behandling i akuttmottaket. Det handler om hvor godt utformingen av denne enheten legger til rette for observasjon, kommunikasjon og arbeid knyttet til pasientbehandling.

Tema 4: Planløsning – døgnområdene

Dette teamet besvares av de som har pasientkontakt/-behandling i døgnområdene. Det handler om hvor godt utformingen av denne enheten legger til rette for observasjon, kommunikasjon og arbeid knyttet til pasientbehandling.

Tema 5: Planløsning – behandlerkontor og kontrollkommisjonens lokaler

Dette teamet besvares av de som har pasientkontakt i behandlerkontor og/eller i forbindelse med oppgaver knyttet til kontrollkommisjonen. Det handler om hvor godt utformingen av denne enheten legger til rette for kommunikasjon og arbeid knyttet til pasientbehandling.

Tema 6: Arbeidsplasser/kontor, møterom, undervisning o.l.

Dette temaet handler om arealer for arbeidsplasser/kontor, møterom, undervisning, forskning og innovasjon.

Tema 7: Autonomi og integritet

Dette temaet handler om bygget og løsninger ivaretar pasientenes integritet og verdighet.

Tema 8: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Dette temaet handler om å vurdere IKT-systemer.

Tema 9: Logistikk og lagringsplass

Temaet handler om varelogistikk og lagringsplass.

Tema 10: Innemiljø

Temaet handler om inneklima og dagslys.

Tema 11: Utemiljø (Ytre og indre gårdshager)

Dette temaet handler om hvor godt utformingen av uteområder legger til rette for aktivitet og rekreasjon.

Tema 12: Øvrige arealer og støttefunksjoner

Dette temaet handler om å vurdere fellesområder som overnattingsrom for leger, teamkontor, møterom, laboratorium, garderober og toaletter.

Det gjøres oppmerksom på at når det refereres til antall og andel ansatte som har gitt en score, så omfatter dette ansatte som har besvart spørreundersøkelsen.

3.2 Fokusgruppeintervju

For å få dybdekunnskap om erfaringene med bygget, ble det gjennomført fokusgruppeintervju med ledelse og ansatte i klinikk, representanter fra renhold og fra bygg og teknikk (St. Olav Eiendom). Blant fokusgruppedeltakerne var tillitsvalgte og verneombudet representert. En semistrukturert intervjuguide med utvalgte tema fra spørreundersøkelsen ble utarbeidet i samarbeid med klinikkledelsen ved Akuttbygget. Temaene var generell planløsning, akuttmottak, sengeområde, arbeidsplasser, kontor og møterom, autonomi og integritet, samt støttefunksjoner. I tillegg kunne deltakerne ta opp andre relevante tema. Et tema som ble tatt opp, er erfaringer med medvirkning i plan- og byggeprosessen.

Semistrukturerte 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.

Resultater fra spørreundersøkelsen ble presentert innledningsvis til fokusgruppeintervju. Det ble i alt avholdt tre fokusgruppeintervju med en varighet på rundt 2 timer, med inntil fire deltakere i hver gruppe i perioden juni til september 2023.

I tillegg til intervju, ble det gjennomført befaring i underetasjen, men ikke i sengeområdene.

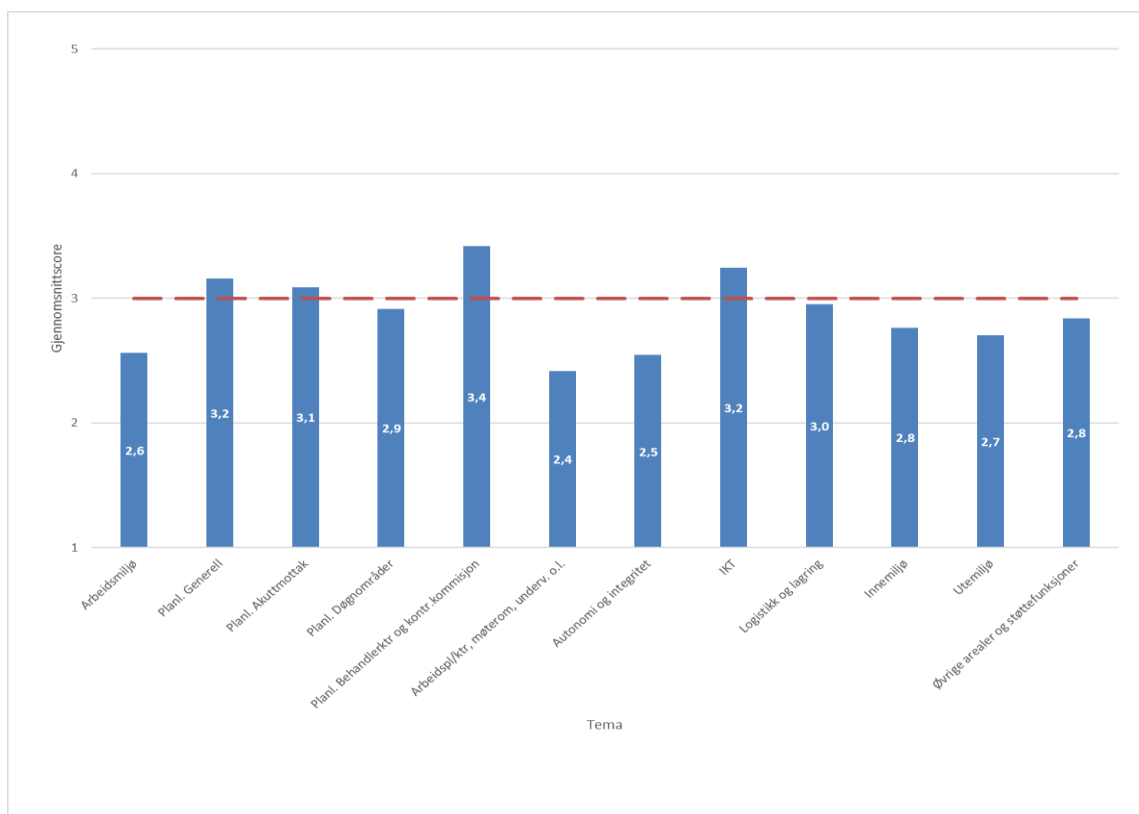
4. Resultater

I dette kapitlet presenteres først hovedresultatene fra spørreundersøkelsen og deretter resultatene fra fokusgruppeintervju.

4.1 Spørreundersøkelse – erfaringer med bygget

Nedenfor presenteres overordnede resultater fra spørreundersøkelsen. Figur 4.1 viser gjennomsnittlig score for de 12 temaområdene. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Arbeidsmiljø, Planløsning - generell, Planløsning - akuttmottak, Planløsning - døgnområder, Planløsning - behandlerkontor og kontrollkommisjonens lokaler, Arbeidsplasser/kontor, møterom mm., Autonomi og integritet, IKT, Logistikk og lagring, Innemiljø, Utemiljø og Øvrige arealer og støttefunksjoner.*

På en skal fra 1 til 5 ligger den gjennomsnittlige scoren for syv av temaene under middelverdien (3). Temaet *Planløsning - behandlerkontor og kontrollkommisjonens lokaler* fikk høyeste score (3,4), mens temaet *Arbeidsplasser/kontor, møterom o.l.* fikk laveste score (2,4).

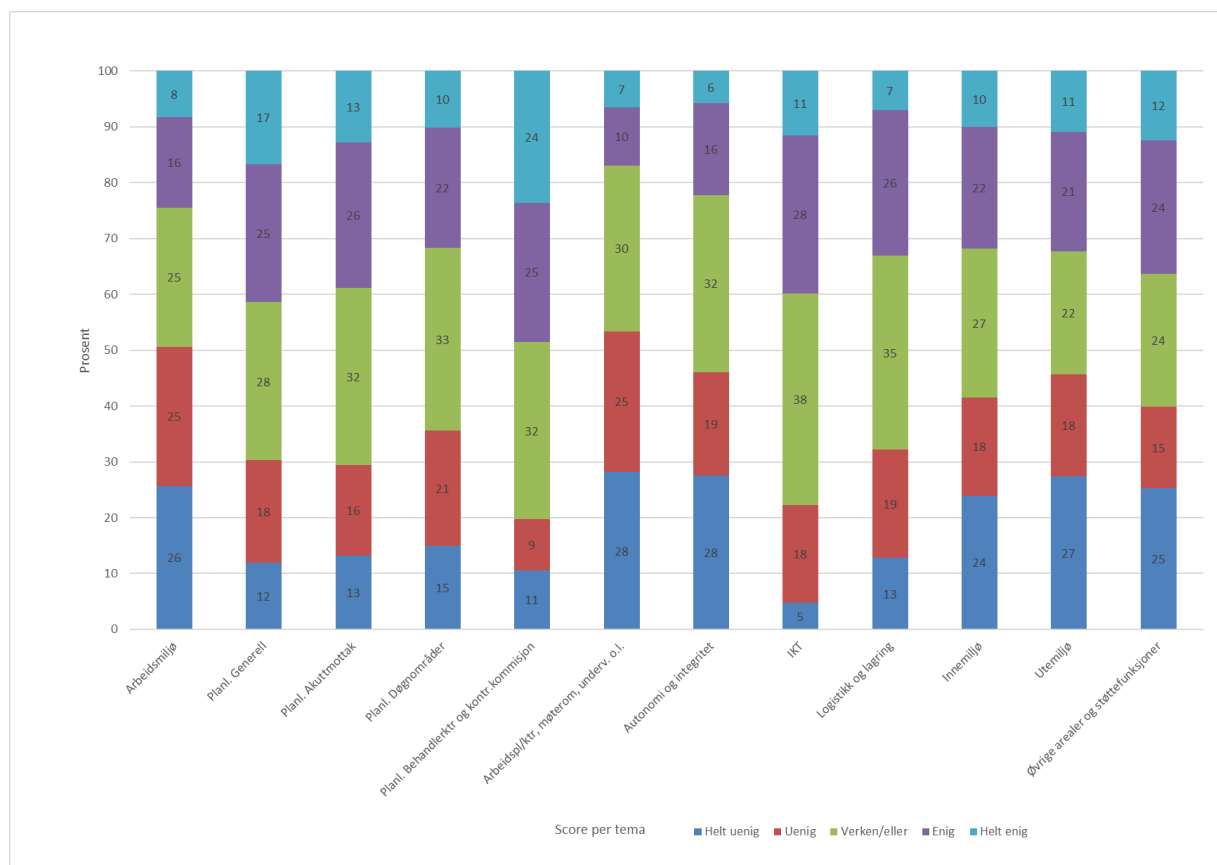


Figur 4.1 Tolv tema med gjennomsnittlig score per tema. Skal fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Middelverdi er 3. Alle ansatte som deltok i spørreundersøkelsen

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital

Figur 4.2 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår av figuren at 49 prosent av de ansatte ga scorene 4 eller 5 til *Planløsning - behandlerkontor og kontrollkommisjonens lokaler*, 32 prosent ga score 3, og 20 prosent ga scorene 1 eller 2. Videre ga 42 prosent av de ansatte scorene 4 eller 5 til *Planløsning - generell*, 28 ga score 3 og 30 ga scorene 1 eller 2. På utsagnet *Planløsning - Akuttmottak*, ga 39 prosent av de ansatte scorene 4 eller 5, 32 prosent ga score 3 og 29 prosent ga scorene 1 eller 2. *IKT* fikk liknende scorere. Dette tyder på at mange av de ansatte som deltok i undersøkelsen, er fornøyde med disse områdene i bygget.

Figuren viser samtidig at noen av de ansatte er mindre fornøyde når det gjelder *Arbeidsplasser/kontor, møterom, undervisning o.l.* der 53 prosent av de ansatte ga scorene 1 eller 2, 30 prosent ga score 3 og 17 prosent ga scorene 4 eller 5. Liknende fordeling av scorer ble også gitt tema som omhandler *Arbeidsmiljø*. For temaene *Innemiljø, Utemiljø og Øvrige arealer og støttefunksjoner*, ga rundt 40 prosent av de ansatte scorene 1 eller 2.

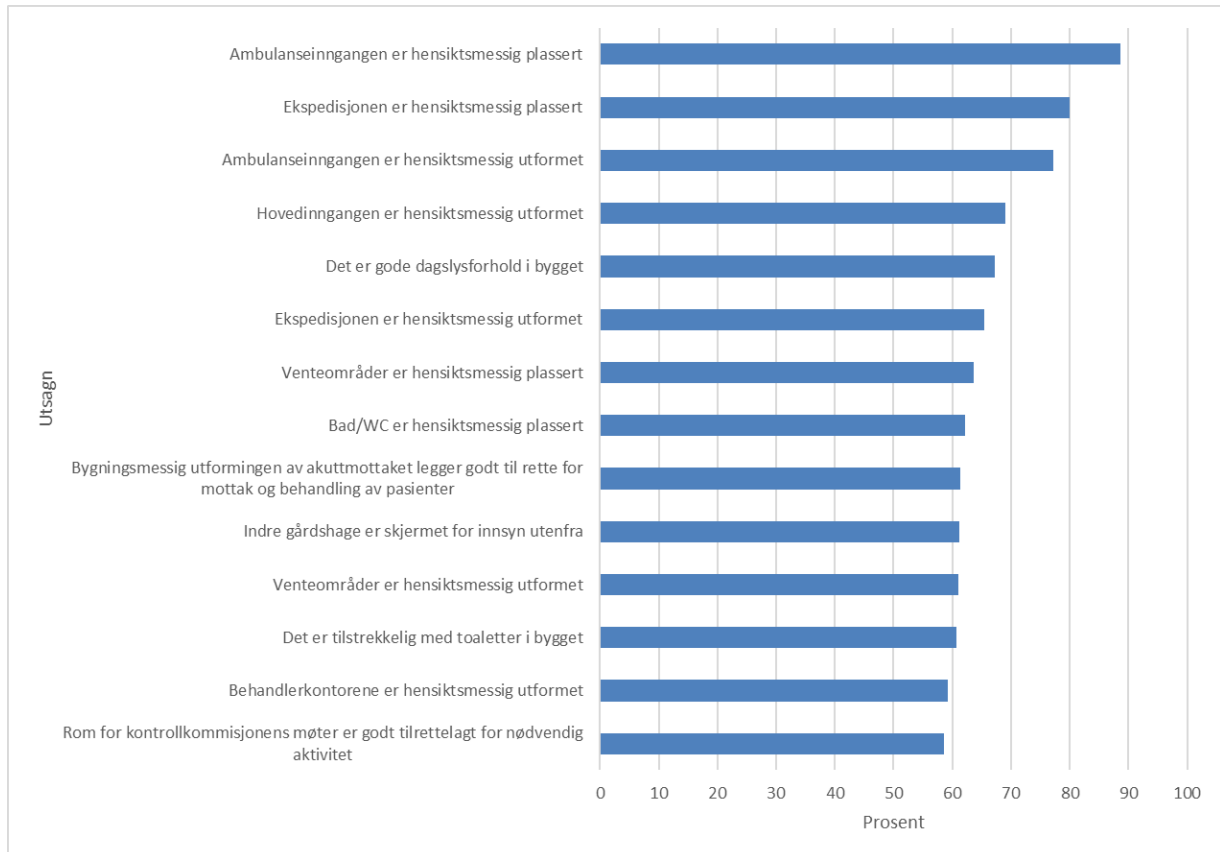


Figur 4.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Alle ansatte som deltok i spørreundersøkelsen

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 4.3 presenterer 14 av utsagnene som flest ansatte ga høyeste score. Som det kommer av figuren, fikk utsagnet «Ambulanseinngangen er hensiktsmessig plassert» flest høye scorere da 89 prosent av

besvarelsene ga 4 eller 5. Også utsagnet som omhandler utforming av ambulanseinngang fikk en høy score der 77 prosent ga 4 eller 5.

Videre fikk utsagnene som omhandler venteområder, ekspedisjon, dagslysforhold og hovedinngang høye scorere, da 64 – 80 prosent ga 4 eller 5.

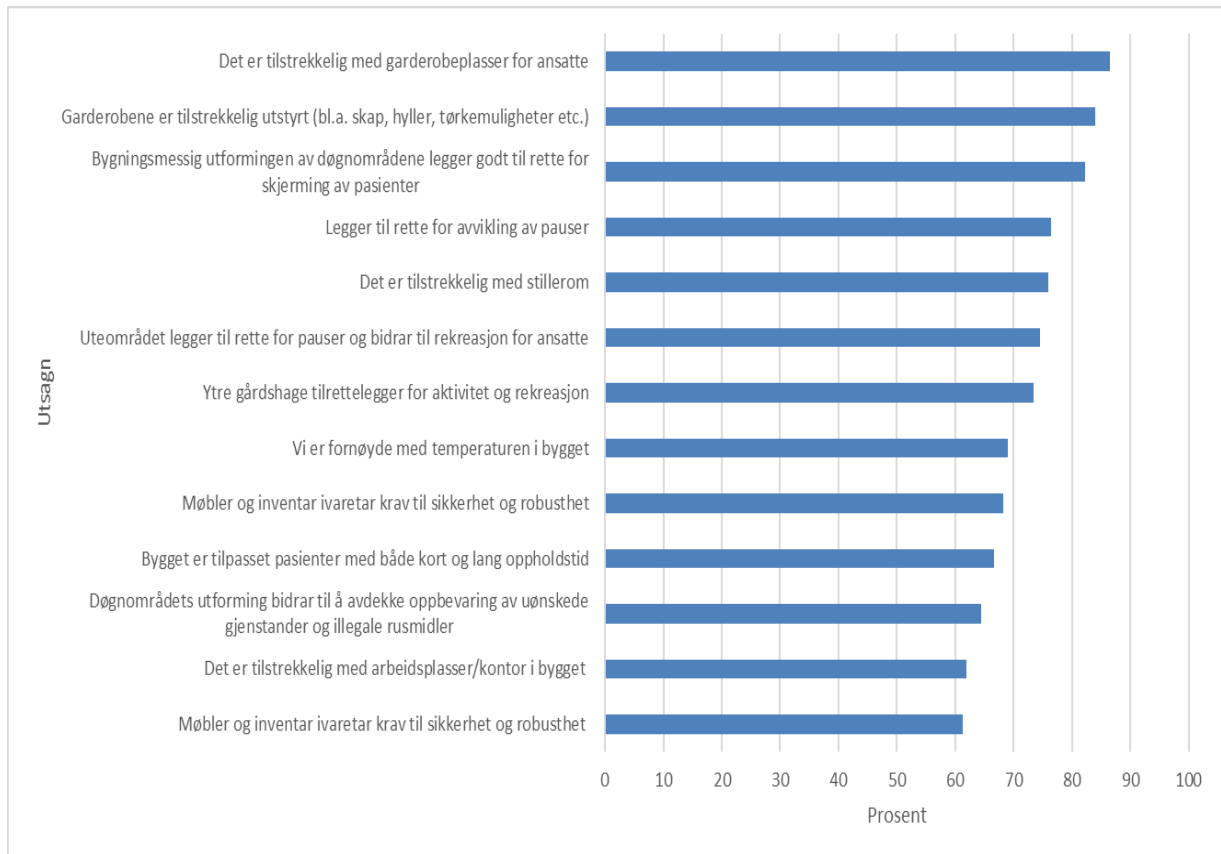


Figur 4.3 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Alle ansatte som deltok i spørreundersøkelsen

Dersom man ser på de laveste scorene, 1 og 2, vises utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 4.4 presenterer 13 utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at de to utsagnet som omhandler garderobes plassering for ansatte, «Det er tilstrekkelig med garderobeplasser for ansatte» og «Garderobene er tilstrekkelig utstyrt» fikk flest lave scorere blant ansatte som deltok i spørreundersøkelsen, da henholdsvis 87 og 84 prosent av besvarelsene ga 1 eller 2 i score.

Videre ga mellom 60 og 82 prosent av de ansatte de laveste scorene (1 eller 2) til utsagn som omhandler antall arbeidsplasser/kontor og stillerom, temperatur, ytre gårdshage, områder for avvikling av pauser for ansatte, robuste møbler og inventar og utsagnene «Bygningsmessig utforming av døgnområdet legger godt til rette for skjerming av pasienter» og «Bygget er tilpasset pasienter med både kort og lang oppholdstid».

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital



Figur 4.4 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Alle ansatte som deltok i spørreundersøkelsen

Tabell 4.1 gir en oversikt over tema og alle utsagnene med gjennomsnittlig score.

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital

Tabell 4.1 *Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveidien er 3. Alle ansatte som deltok i spørreundersøkelsen*

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
1	1	Er tiltalende utformet	3,2
2	1	Gir en følelse av tilhørighet	2,9
3	1	Legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,6
4	1	Uteområdet legger til rette for pauser og bidrar til rekreasjon for ansatte	2,0
5	1	Ivaretar ansattes sikkerhet	2,4
6	1	Legger til rette for samarbeid	2,9
7	1	Bidrar til at vi arbeider effektivt	2,6
8	1	Arbeidsplassene er ergonomisk godt utformet	2,6
9	1	Legger til rette for avvikling av pauser	1,9
10	2	Hovedinngangen er hensiktsmessig utformet	3,9
11	2	Ekspedisjonen er hensiktsmessig plassert	4,2
12	2	Ekspedisjonen er hensiktsmessig utformet	4,0
13	2	Venteområder er hensiktsmessig plassert	3,9
14	2	Venteområder er hensiktsmessig utformet	3,9
15	2	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,5
16	2	Jeg har inntrykk av at det er lett for pasienter å orientere seg i bygget	3,0
17	2	Bygget er tilgjengelig og enkelt å bruke for alle (universell utforming)	3,2
18	2	Det er tilrettelagt områder for besøk av pårørende	2,6
19	2	Besøksområdene for pårørende er godt plassert i forhold til skjerming av andre pasienter	2,3
20	2	Bygget er tilpasset pasienter med både kort og lang oppholdstid	2,1
21	2	Kantina for pasienter og ansatte er hensiktsmessig plassert	2,8
22	2	Kantina for pasienter og ansatte er hensiktsmessig utformet	2,7
23	2	Møbler og inventar i ikke-kliniske areal fungerer godt (fellesarealer, møterom, kontor, etc.)	2,8
24	2	Generelt er rommenes størrelse tilpasset aktiviteten i bygget	2,6
25	2	Generelt er bygget utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,9
26	2	Generelt legger utformingen av bygget til rette for å få bistand i akutte situasjoner	3,1
27	3	Ambulanseinngangen er hensiktsmessig plassert	4,3
28	3	Ambulanseinngangen er hensiktsmessig utformet	4,0
29	3	Bygningsmessig utformingen av akuttmottak legger godt til rette for mottak og behandling av pasienter	3,7
30	3	Utformingen legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,6
31	3	Utformingen gjør det lett å holde oversikt over pasientene (siktlinje)	2,5
32	3	Utformingen legger til rette for at pasienter kan se de ansatte	2,7
33	3	Rommene i akuttmottaket er hensiktsmessig plassert	3,2
34	3	Behandlingsrommene er hensiktsmessig utformet	3,6
35	3	Utformingen av bad/WC er hensiktsmessig (gjelder ikke teknisk løsning)	3,5
36	3	Samtalerommene er hensiktsmessig utformet	3,2
37	3	Det er tilrettelagt for at andre kan bistå raskt ved situasjoner (bla. overfalls-alarmer) – enkel tilkomst	3,1
38	3	Akuttmottaket er hensiktsmessig utformet for å forebygge utagering	2,5
39	3	Akuttmottaket er hensiktsmessig utformet for å hindre selvskading og/eller skade andre	2,8
40	3	Akuttmottaket er hensiktsmessig utformet for å forebygge risiko for rømning	3,2
41	3	Venteplassen i akuttmottaket er hensiktsmessig plassert	3,0
42	3	Venteplassen i akuttmottaket er hensiktsmessig utformet	2,9
43	3	Akuttmottaket er hensiktsmessig lokalisert i forhold til andre enheter vi trenger nærhet til	3,1
44	3	Det er tilstrekkelig nærlager i vår enhet/avdeling	2,8
45	3	Det er lett å ivareta renholdskrav (som utføres av helsepersonell)	2,9
46	3	Møbler og inventar ivaretar krav til sikkerhet og robusthet	2,2
47	4	Døgnområdene er hensiktsmessig plassert i bygget	3,2
48	4	Bygningsmessig utformingen av døgnområde legger godt til rette for mottak og behandling av pasienter	2,9
49	4	Bygningsmessig utformingen av døgnområde legger godt til rette for skjerming av pasienter	1,7

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
50	4	Utformingen legger til rette for ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,5
51	4	Utformingen gjør det lett å hold oversikt over pasienter (siktlinje)	2,3
52	4	Utforming legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	2,6
53	4	Sengerom er hensiktsmessig plassert	3,2
54	4	Sengerom er hensiktsmessig utformet	3,3
55	4	Sengerom er hensiktsmessig innredet og møblert	3,2
56	4	Bad/WC er hensiktsmessig plassert	3,7
57	4	Utformingen av bad/WC er hensiktsmessig (gjelder ikke teknisk løsning)	3,4
58	4	Kontaktsmitteisolat er hensiktsmessig plassert	2,7
59	4	Kontaktsmitteisolat er hensiktsmessig utformet	2,9
60	4	Samtalerom er hensiktsmessig plassert	3,2
61	4	Samtalerom er hensiktsmessig utformet	3,1
62	4	Liten stue/oppholdsrom er hensiktsmessig plassert	3,3
63	4	Liten stue/oppholdsrom er hensiktsmessig utformet	3,2
64	4	Stor stue/oppholdsrom er hensiktsmessig plassert	3,2
65	4	Stor stue/oppholdsrom er hensiktsmessig utformet	3,3
66	4	Aktivitetsrom er hensiktsmessig plassert	2,2
67	4	Aktivitetsrom er hensiktsmessig utformet	2,3
68	4	Medisinrom er hensiktsmessig plassert	3,5
69	4	Medisinrom er hensiktsmessig utformet	3,3
70	4	Skyllerom er hensiktsmessig plassert	3,5
71	4	Skyllerom er hensiktsmessig utformet	3,4
72	4	Postkjøkken er hensiktsmessig plassert	3,2
73	4	Postkjøkken er hensiktsmessig utformet	3,2
74	4	Døgnområdene er hensiktsmessig plassert i forhold til andre enheter vi trenger nærhet til	3,0
75	4	Det er tilrettelagt for at andre kan bistå raskt ved situasjoner (bla. overfalls-alarmer) – enkel tilkomst	3,2
76	4	Døgnområdet er hensiktsmessig utformet for å forebygge utagering	2,3
77	4	Døgnområdet er hensiktsmessig utformet for å hindre selvskading og/eller skade andre	2,5
78	4	Døgnområdets utforming forebygger risiko for rømning	3,2
79	4	Døgnområdets utforming bidrar til å forhindre innførsel av uønskede gjenstander og illegale rusmidler	2,4
80	4	Døgnområdets utforming bidrar til å avdekke oppbevaring av uønskede gjenstander og illegale rusmidler	2,1
81	4	Det er tilstrekkelig nærlager i vår enhet/avdeling	2,7
82	4	Det er lett å ivareta renholds krav (som utføres av helsepersonell)	2,7
83	4	Møbler og inventar ivaretar krav til sikkerhet og robusthet	2,2
84	5	Behandlerkontorene er hensiktsmessig plassert i bygget	3,1
85	5	Behandlerkontorene er hensiktsmessig utformet	3,7
86	5	Utformingen av behandlerkontorene gir nødvendig skjerming mot innsyn	3,6
87	5	Området er hensiktsmessig plassert i forhold til andre enheter vi trenger nærhet til	3,4
88	5	Rom for kontrollkommisjonens møter er hensiktsmessig plassert i forhold til hovedinngang og pasientområder	3,4
89	5	Rom for kontrollkommisjonens møter er godt tilrettelagt for nødvendig aktivitet	3,6
90	5	Venteplass ved kontrollkommisjonens rom for møter er hensiktsmessig utformet	3,3
91	6	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser/kontor i bygget	2,2
92	6	Arbeidsplasser/kontor i bygget er hensiktsmessig utformet	3,1
93	6	Det er tilstrekkelig med stillerom	1,9
94	6	Det er tilstrekkelig med møterom	2,6
95	6	Det er tilrettelagt med arealer for opplæring og kompetanseutvikling for de ansatte	2,3
96	6	Det er tilrettelagt med arealer for undervisning og veiledning av studenter (inkl. spesialiseringsløp)	2,4
97	6	Bygget ivaretar arealer tilknyttet forskning og innovasjon	2,5
98	7	Løsningen med at pasienten selv kan styre inn- og utgang av pasientrom etter behov fungerer godt	2,9

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital

Nr	Tema	Utsagn	Snitt
99	7	Løsningen med at pasienten selv kan justere lys, temperatur og luft fungerer godt	2,2
100	7	Utformingen av bygget gir rom for personalets naturlige tilstedeværelse	2,7
101	7	Utformingen av bygget legger til rette for pasienters bevegelsesfrihet uten påtrengende overvåkning fra personalet	2,7
102	7	Utformingen av bygget legger til rette for ivaretagelse av pasienter med tvangsvedtak	2,3
103	8	Våre IKT-systemer ivaretar pasientsikkerheten	3,5
104	8	Vi utnytter løsninger/muligheter i våre IKT-systemer	3,2
105	8	Kommunikasjons-utstyret (telefon og annet) fungerer godt	3,1
106	9	Det er tilstrekkelig med lagerplass i bygget	2,4
107	9	Mottak av varer til bygget fungerer godt (f.eks. tøy, mat og utstyr)	3,2
108	9	Intern leveranse av varer fungerer godt i bygget	3,1
109	9	Mottak av mat og drikke til bygget fungerer godt	3,2
110	9	Intern leveranse av mat og drikke i bygget fungerer godt	3,1
111	9	Avfallshåndtering i bygget fungerer godt	2,7
112	10	Det er god lyddemping i bygget	2,3
113	10	Vi er fornøyde med døgnrytmebelysningen	2,4
114	10	Det er godt arbeidslys i bygget	2,8
115	10	Det er gode dagslysforhold i bygget	3,7
116	10	Det er god solskjerming i bygget	3,4
117	10	Vi er fornøyde med temperaturen i bygget	2,1
118	10	Vi er fornøyde med ventilasjonen i bygget	2,5
119	11	Ytre gårdshage er hensiktsmessig utformet	2,5
120	11	Ytre gårdshage er hensiktsmessig utformet	2,5
121	11	Ytre gårdshage tilrettelegger for aktivitet og rekreasjon	1,9
122	11	Ytre gårdshage er skjermet for innsyn utenfra	2,9
123	11	Ytre gårdshage er tilrettelagt for at pasienter kan skjermes for inntrykk	2,8
124	11	Indre gårdshage er hensiktsmessig utformet	3,1
125	11	Indre gårdshage er hensiktsmessig plassert i forhold til funksjoner vi trenger nærhet til	3,2
126	11	Indre gårdshage tilrettelegger for aktivitet og rekreasjon	2,6
127	11	Indre gårdshage er skjermet for innsyn utenfra	3,7
128	11	Indre gårdshage er tilrettelagt for at pasienter kan skjermes for inntrykk	2,1
129	11	Utformingen av gårdshagene forebygger risiko for rømning	3,4
130	11	Utforming av gårdshagene bidrar til å forhindre innførsel av uønskede gjenstander og illegale rusmidler	2,9
131	11	Utforming av gårdshagene bidrar til å avdekke oppbevaring av uønskede gjenstander og illegale rusmidler	2,2
132	12	Overnattingsrom for ansatte er hensiktsmessig plassert i forhold til tilstrekkelig responstid	2,9
133	12	Overnattingsrom for ansatte er hensiktsmessig utformet	2,8
134	12	Teamkontor, møterom o.l. er hensiktsmessig plassert i bygget	3,3
135	12	Laboratoriet er hensiktsmessig plassert i bygget	3,3
136	12	Laboratoriet er hensiktsmessig utformet	3,0
137	12	Laboratoriet er hensiktsmessig innredet	3,1
138	12	Det er tilstrekkelig med garderobeplasser for ansatte	1,5
139	12	Garderobene er hensiktsmessig plassert i bygget	3,4
140	12	Garderobene er tilstrekkelig utstyrt (bl.a. skap, hyller, tørkemuligheter etc.)	1,6
141	12	Det er tilstrekkelig med toaletter i bygget	3,6

4.2 Dybdeundersøkelse - erfaringer med bygget

På de neste to sidene illustreres underetasjen og første etasje i Akuttbygget på Østmarka. Deretter følger erfaringene med bygget.

Som det framgår av Figur 4.5, er hovedinngangen i underetasjen tilknyttet ekspedisjon og ventesone. Nær inngangen og vestibyle er det en trapp og heis opp til første etasje.

Fra vestibylen i underetasjen kommer man videre inn til kontorer og møterom, hvorav en stor del er kontorarealet er behandlerkontor (kontor for pasientbehandling). Et område for kontrollkommisjonen i enden av syd-vestfløyen, består av et møterom, venteareal og toalett. Kontrollkommisjonen har møter en gang per uke, ellers er rommet disponibelt for annen møtevirksomhet.

Via personalgarderober går en korridor til en sosial sone (pauseområde) for personalet. Aktivitetsrom for pasienter er plassert overfor garderobene. Støttefunksjoner, som lager og areal for renhold er plassert i mørkt areal. På østsiden er det satt av et område som foreløpig ikke er innredet (skallareal).

I samsvar med beskrivelse i Forprosjektrapport (2014), ble hovedinngang og akuttinngang adskilt i bygget. Akuttmottaket med ambulanseinngang er plassert i første etasje med en skjermet oppstillingsplass for bil. Fra akuttmottaket er det kort avstand til sengeområdet i samme etasje (Figur 4.6).

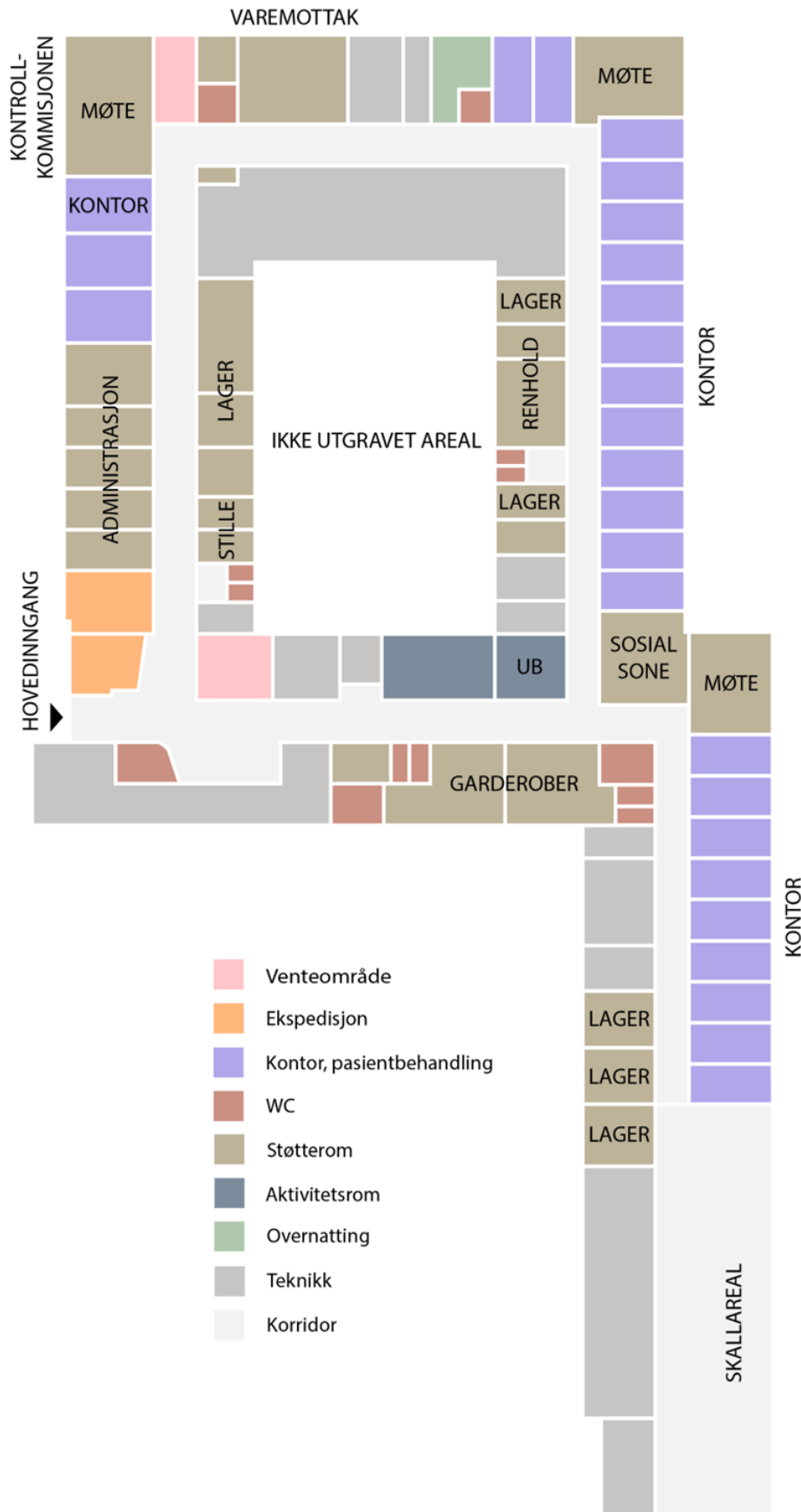
Som planlagt ble sengerom, spiserom med kjøkken lokalisert i samme etasje med mulighet for fleksibel (justerbar) inndeling av sengeområdet i mindre enheter, og med utgang til gårdshager (Forprosjektrapport). Bygget har to indre og en ytre gårdshage. Det er utgang til en indre gårdshage fra alle sengetun, mens utgangen til ytre gårdshage er plassert i sengetun 3.

Sengeområdet deles inn i fire likt oppbygde sengetun, hvorav to sengetun benyttes som intensivenheter (sengetun 1 og 4 i illustrasjon). Det er 40 ensengsrom med bad plassert mot byggets ytre fasade. Sengerommene er generelt utformet, med ett kontaktsmitterom (kontaktsmitteisolat) og ett spesielt tilrettelagt rom (HC) per sengetun.

Oppholdsrom, samtalerom og annet fellesareal er plassert mot indre gårdshage. Ifølge forprosjektrapporten ble dette gjort for å gi pasientene en viss frihet til å bevege seg utendørs uten følge. De største oppholdsrommene for pasienter, stuene, er plassert i vinkler for å gi personalet oversikt over området. Mindre stuer er plassert i midten av hvert sengetun. Rommene som ligger ut mot de indre gårdshagene, har vindu og innvendige glassfelt som gir dagslys til korridor og utsyn fra sengetun til utearealet.

Kjøkken og felles spiserom for pasientene er plassert mot nord i midtpartiet med tilkomst fra sengetunene. Midtpartiet har også felles møte- og arbeidsrom og desinfeksjonsrom for sengeområdet.

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital



Figur 4.5

Illustrasjon over underetasjen med beskrivelse av områder og romtyper. Kilder: Nordic Office of Architecture og SLA 28.11.2014. Bearbeidet av Sykehusbygg HF

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital



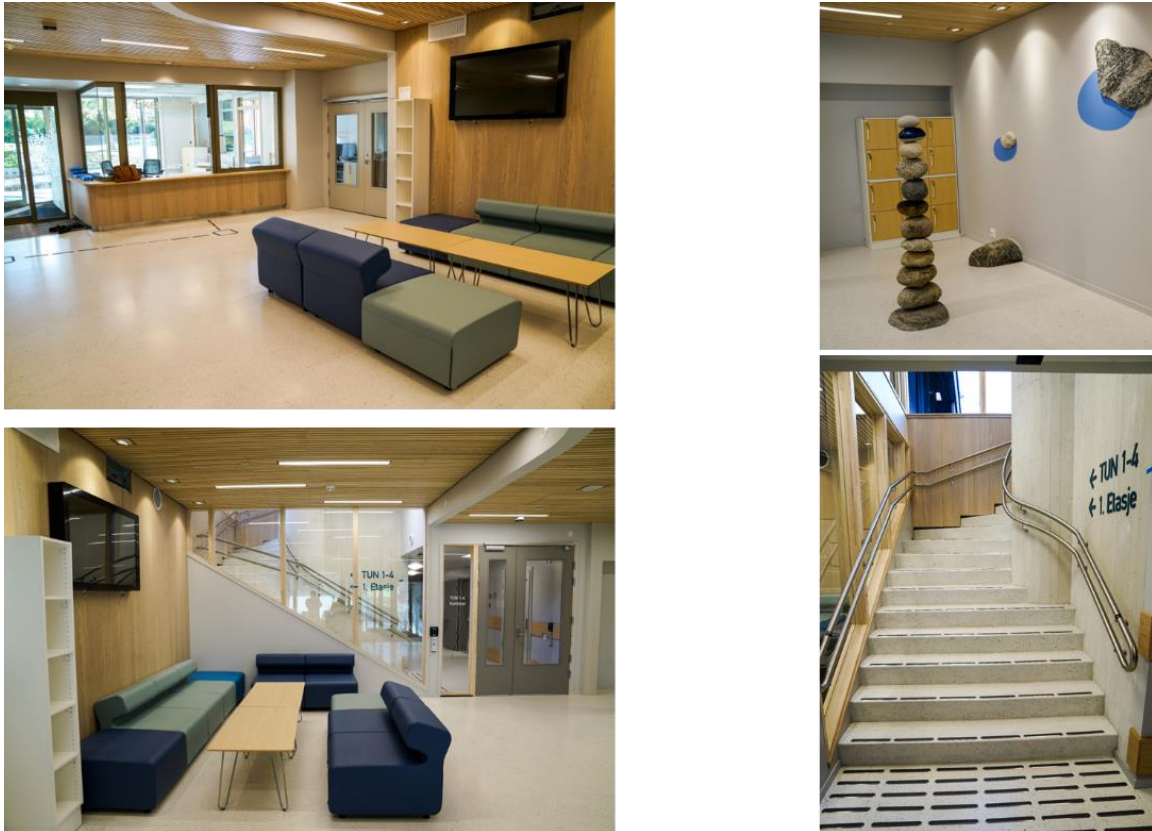
Figur 4.6

Illustrasjon over første etasje med beskrivelse av områder og romtyper. Kilder: Nordic Office of Architecture og SLA 28.11.2014. Bearbeidet av Sykehusbygg HF

Videre i dette kapitlet presenteres dybdeundersøkelsen som handler om erfaringene etter innflytting i det nye Akuttbygget.

4.2.1 Generell planløsning

I spørreundersøkelsen kom det fram at over halvparten av de ansatte som deltok, mente at bygget er tiltalende utformet. Både i spørreundersøkelsen og fokusgruppene var det tydelig at mange var fornøyde med utforming av hovedinngang, samt plassering og utforming av ekspedisjon og venteareal. Se bilder nedenfor.

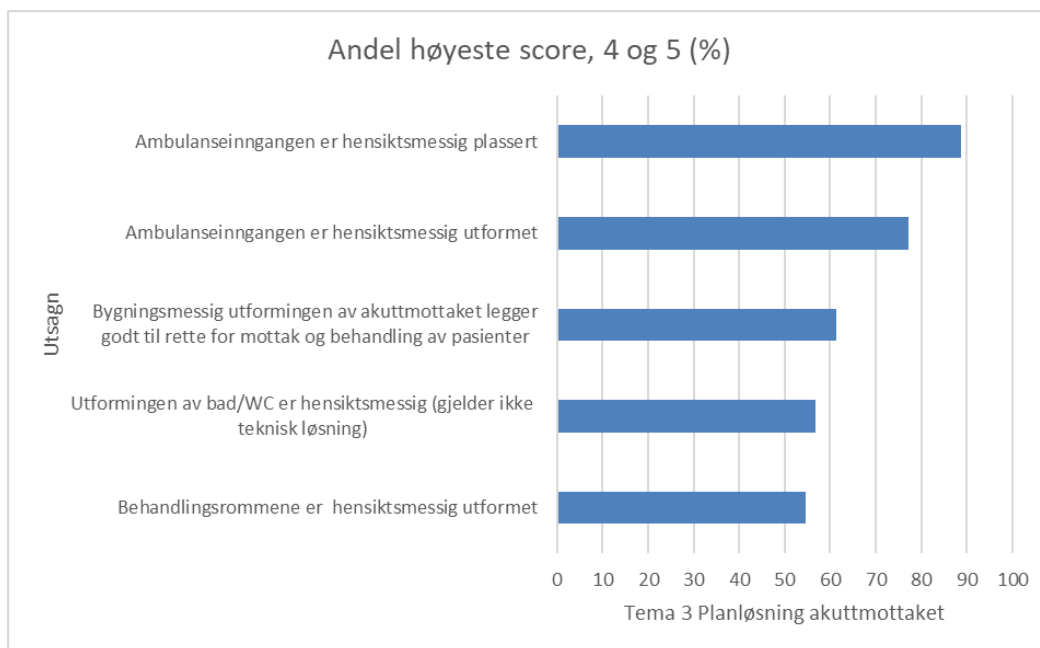


Figur 4.7 Hovedinngang, vestibyle og ekspedisjon. Trapp opp til sengeområdet (tun 1-4). Bilder er tatt før åpningen av Akuttbygget i 2017. Kilde: Geir Otto Johansen, St. Olavs hospital HF

4.2.2 Akuttmottak

Mange har uttrykt, både i spørreundersøkelsen og i fokusgrupper, at akuttmottaket er godt utformet for å ta imot pasienter. Det er hensiktsmessig plassert med nærhet til sengetunene. Ambulanseinngangen er også godt plassert og utformet.

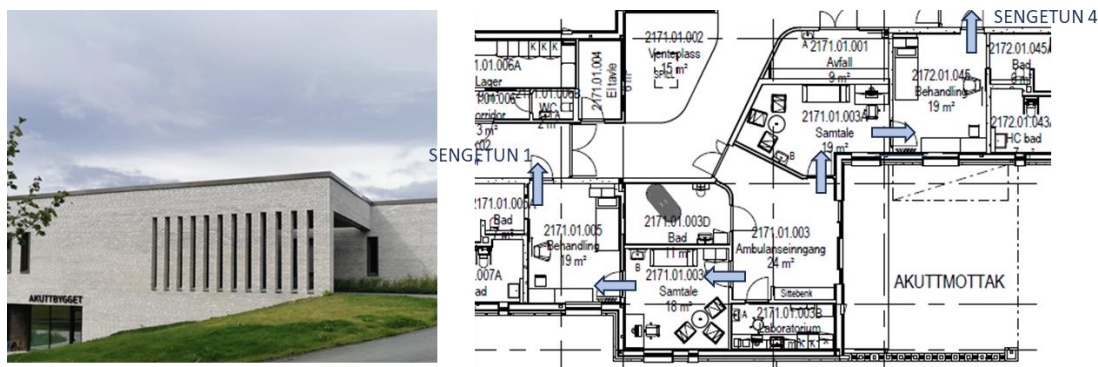
Dette vises i figuren nedenfor som presenterer fem utsagn hvor flest ansatte i Akuttbygget ga høyeste score (4 eller 5).



Figur 4.8 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Akuttmottak

Voksne som har behov for akutt behandling, oppsøker oftest legevakt eller fastlege. Når en pasient blir henvist til innleggelse, tar vakthavende lege kontakt med mottakskordinator, som videreformidler informasjonen til ansatte. Pasienten kommer til akuttmottaket via hovedinngangen i underetasjen eller ambulanseinnngangen.

Vanligvis møter pasienten to ansatte fra sengeområdet. Pasienten blir tatt imot i et mottaksrom (samtalerom) i akuttmottaket. Ved behov, tas pasienten med videre til et behandlingsrom. Fra behandlingsrommet er det direkte utgang til sengetun. Det er et mottaksrom og et behandlingsrom tilknyttet begge intensivtunene (sengetun 1 og 4). Pasientene kan dermed ledes skjermet til sengetun 1 eller 4, dvs. komme direkte til sengeområdet uten å gå ut via korridor og venteplass. Evalueringen bekrefter at dette gir en god flyt. Det ble også bemerket at mottakskordinator er en viktig og samlende funksjon for virksomheten. Bildet nedenfor viser hovedinngang i underetasjen og adkomst for ambulanse i første etasje. Tegningen illustrerer flyten fra ambulanseinngang til sengetun 1 og 4.

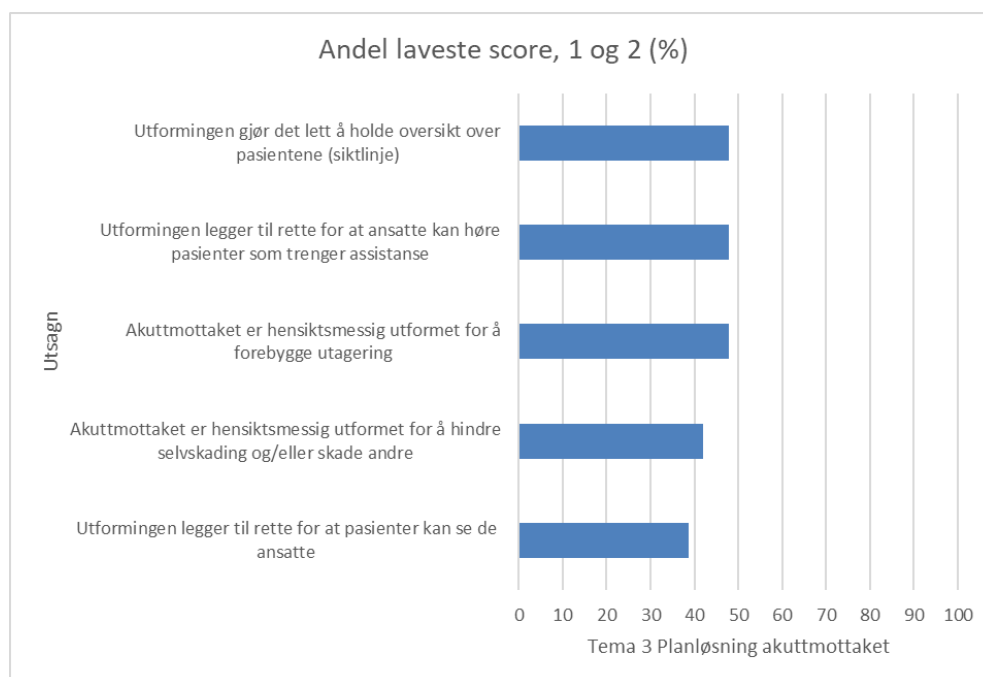


Figur 4.9 Hovedinngang i underetasjen og ambulanseinnngang i første etasje. Bilde: St. Olav Eiendom. Tegning: Nordic 2014, bearbejdet av Sykehusbygg HF

Fra ambulanseinngangen er det inngang til et stort bad med badekar og et laboratorium. Fokusgruppen bemerket at badet fungerer godt og at det gjerne skulle vært flere slike bad i bygget. Det ble også sagt at teppegulv fungerer godt som lyddemping i ambulanseinngangen.

Det kom to typer kommentarer som viser mulige forbedringer i akuttmottaket. Den første gjaldt ambulanseinngang, som er smal dersom pasienten kommer på bære. Det ble fortalt at dette var kjent under planleggingen, men en bredere døråpning ble ikke valgt på grunn av at det ville påført prosjektet økte kostnader.

Den andre kommentaren handler om at personell i akuttmottaket kan føle seg alene fordi arealet er litt adskilt og lukket fra det øvrige arealet. Det er vanskelig for de som er i sengetunene å følge med på om det er behov for bistand i akuttmottaket. Det ble forklart at det ville vært bedre dersom annet personell kunne vært til stede på en naturlig måte, for eksempel en mottakskoordinator. En mottakskoordinator kunne fulgt med på det som skjer og bistå ved behov. Det ble også påpekt at det er en fordel at det ikke er innsyn til akuttmottaket, både for å ivareta konfidensialitet og pasientenes integritet. I spørreundersøkelsen kom utfordringen knyttet til oversikt til uttrykk gjennom at mange ga laveste score (1 eller 2). Figuren nedenfor viser fem utsagn hvor flest ansatte ga laveste score for akuttmottaket.



Figur 4.10 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Akuttmottak

4.2.3 Sengeområdet

Spørreundersøkelsen viser at mange er fornøyde med plassering av sengeområdet, sengetun, stuer og støtterom som medisin- og desinfeksjonsrom. Sengetun på et plan gjør det raskere å bevege seg horisontalt når det går alarmer, avstander oppleves

kortere og personalet ser hverandre på tvers av tun gjennom gårdshagene. I tillegg kan personalet treffes i midten av bygget i fellesområder. Fokusgruppedeltakerne uttalte at å jobbe sammen med kollegaer som man ser, gir en helt annen sammenheng enn det ville vært i et bygg med sengeposter i to etasjer. Fire generelt (likt) utformede sengetun i samme etasje gjør at det er lett å bevege seg mellom tunene, gir oversikt og skaper samarbeid.

Sengetunenes størrelse kan varieres ved å stenge/åpne dører i korridorene, rommene er i hovedsak plassert på samme sted i bygget, og sengerom og arbeidsstasjoner er likt utformet. En fokusgruppedeltaker sa det slik:

Når du først var kjent på et tun, så var du egentlig kjent på alle.

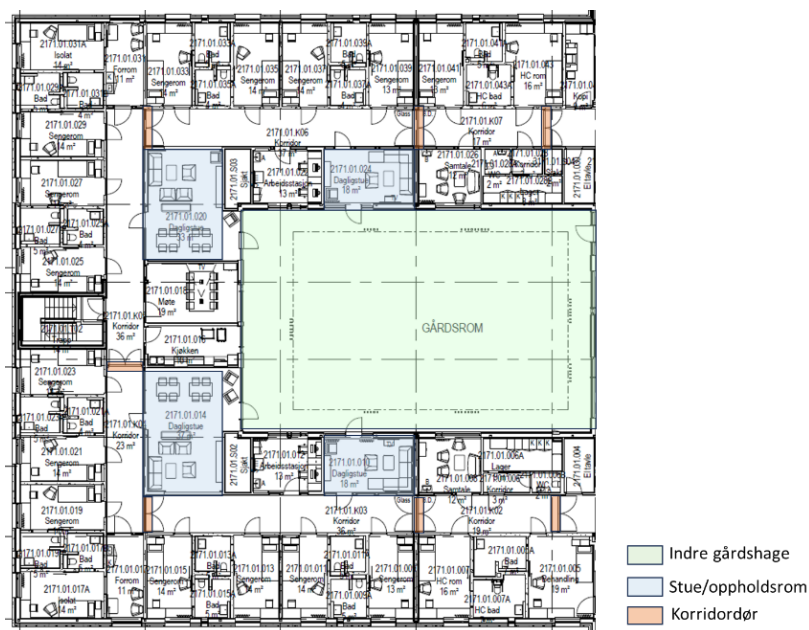
Erfaringene fra det gamle bygget, der enhetene var fordelt over flere etasjer, er at enheter hadde ulike kulturer. I nytt bygg driftes og oppleves de fire tunene som ett sengeområde og som én kultur.

Det ble fortalt at pasientene er fornøyde med sengerommene og bad. Sengerommet gir pasientene mulighet til å kunne trekke seg tilbake på sitt eget rom.

Mye av behandlingen foregår i miljøet, og derfor er fellesarealene viktig. Det er både mindre stuer og større oppholdsrom (stuer) der graden av nærhet og relasjon til andre kan velges. De fleste korridordørene er åpne i tun 2 og 3 slik at pasientene kan bevege seg fritt i korridorene, i spiserom³ og ut i gårdshagene. Videre er ansatte fornøyde med venteplassen utenfor sengetun 1 og 4. Den benyttes mest av pasienter som venter på lege eller pasienter som ønsker å bevege seg utenfor sengetunområdet, gjerne for et uformelt møte med helsepersonell. Disse aspektene i pasientens autonomi ble opplevd annerledes og bedre enn tidligere. Figuren nedenfor viser plassering av oppholdsrom (stuer), indre gårdshage og korridordører i sengetun 1 og 2.

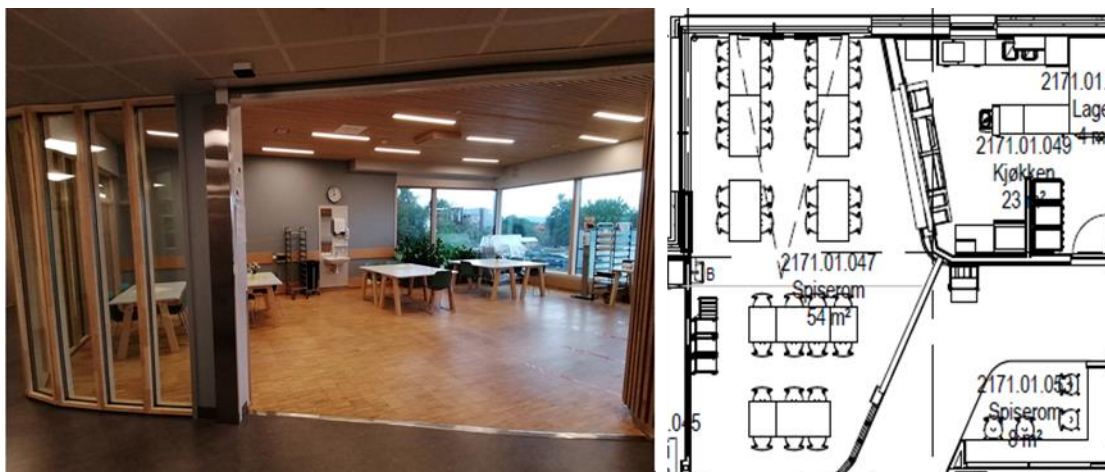
³ Spiserom omtales også som kantine

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital



Figur 4.11 Indre gårdshage, oppholdsrom (stuer) og korridorører i sengetun 1 og 2. Tegning: Nordic 2014, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Akuttbygget får tilsendt varmmat fra «Mat og Cafe» ved St. Olavs hospital på Øya. Det er ansatte fra denne enheten som tilbereder, serverer pasientene og rydder etter måltider i spiserom. Det er ikke salg av mat. De pasientene som ikke benytter spiserommet, får servering av ansatte i sengetunene. Figuren nedenfor viser bilde og tegning av spiserom.



Figur 4.12 Spiserom. Bilde: St. Olav Eiendom. Tegning: Spiserom og kjøkken, Nordic 2014

Flere formidlet at de er fornøyde med et felles spiserom for pasientene. Erfaringene er at et felles rom understøtter normalitet og autonomi.

Det kom imidlertid fram at ansatte savner pauseareal for personalet i sengeområdet. I spørreundersøkelsen ble laveste score (1 eller 2) gitt til utsagnene «Legger til rette for avvikling av pauser» og «Uteområdet legger til rette for pauser og bidrar til rekreasjon for ansatte» av rundt 75 prosent av de ansatte. Det er et pauseareal i underetasjen (tegning viser kjøkken 5 m² og sosial sone 21 m²), men fokusgruppedeltakere ga uttrykk

for at de mangler pauserom i sengetun slik at personalet kan trekke seg tilbake og være uforstyrret i matpausen. Det ble forklart at møterommene i sengeområdet kan benyttes til spise- og pauserom dersom de er ledige, men rommene har glass i vegger og dører og gjør ansatte synlig fra korridor.

Noen ønsket kantine for ansatte med mulighet for å kjøpe mat. Ifølge Konseptrapport (revidert 2017), var det planlagt at ansattes spisepauser skulle legges til felles kantine for pasienter og personalet (figur 4.12). Dette ble senere endret til at kantinen kun benyttes som spiserom for pasienter.

Andre kommenterte at det kunne vært fint med benker i grøntarealet ved bygget. Som en av de ansatte uttrykte:

En liten takterrasse med noen benker kunne ha vært en glimrende mulighet for å ta vare på de ansattes helse

Spørreundersøkelsen viser en spredning i utsagnet som handler om bygget legger til rette for samarbeid, da 36 prosent av ansatte ga score 2, mens 30 prosent ga høyeste score (4 eller 5). Det ble påpekt at det nye bygget ikke legger til rette for at ansatte kan samles eller ha et felles møtepunkt for blant annet pauser. Leger og psykologer er lokalisert i underetasjen, mens miljøpersonalet er i første etasje. Dette skaper unødvendig avstand. En sa det slik:

[...] behandlere sitter for seg, administrasjon for seg, ulike miljøpersonell for seg.

Det er ett medisinrom for de fire sengetunene, og det ble gitt tilbakemelding om at et felles medisinrom i bygget er hensiktsmessig for drift. Når det gjelder gangavstander i sengetunet, bemerket ansatte at i travle perioder ble avstanden fra noen pasientrom til arbeidsstasjonen opplevd å være lang.

Skjerming

I Akuttbygget betrakter ansatte skjerming mer som en aktivitet enn et område. Grad og behov for skjerming vil variere ut ifra pasientens tilstand. Skjerming er mest benyttet i intensivtunene, når det er fare for utagering, at pasientene stiller seg selv i et dårlig lys (blamerer seg), når pasienten har behov for ro og mindre stimuli og/eller av hensyn til andre pasienter (jf. Psykisk helsevernloven § 4-3).

I spørreundersøkelsen kom det fram at flere mente at utforming av sengeområdet ikke legger godt til rette for skjerming av pasienter, da gjennomsnittlig score på utsagnet ble 1,7. I fokusgruppen ble dette diskutert og utdypet. Det var en enighet om at skjerming av pasienter er utfordrende, og at det ikke finnes en standard løsning for alle pasienter. Det ble forklart at ulike pasienter og ulike utfordringer krever forskjellig bygningsmessig løsning. Det nye bygget har gode løsninger for de fleste pasientene, men for noen pasienter fungerer ikke skjermingen bra nok. Det ble også bemerket at det finnes antakelig ikke bygg som fungerer i alle situasjoner eller dekker alle behov.

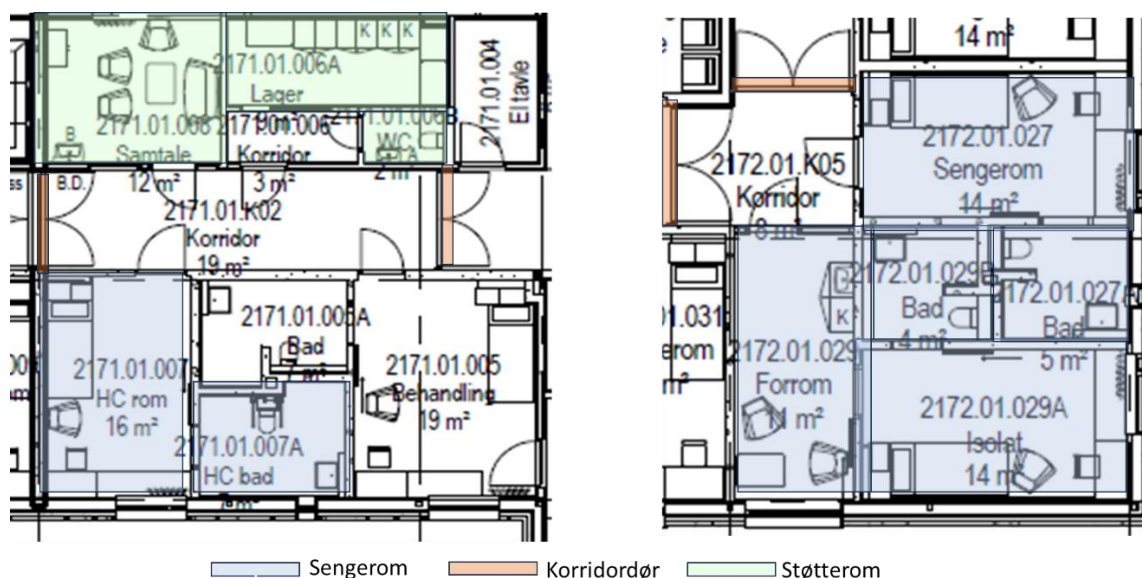
Psykisk helsevernloven § 18 viser til at skjerming kan være ulike løsninger:

Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller i lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen (skjermet enhet).

Akuttbygget har ulike løsninger for skjerming. Det er ikke egne skjermingsavsnitt, men sengeområdet er utformet slik at det er mulig å avgrense enkelte sengerom og områder i korridor ved hjelp av dører. På denne måten unngår pasienter å bli flyttet fram og tilbake mellom enheter, og pasientenes behov kan ivaretas innenfor et generelt sengeområde.

Fokusgruppedeltakere forklarte at noen pasienter blir skjermet på sengerommet, andre skjermes i deler av bygget ved hjelp av korridordører slik at de får opphold i sengerom og stue. Når kontaktsmitterommene (kontaktsmitteisolatene) inkl. forrom (14 m² + 11 m²) i vinklene er ledige, kan de benyttes som ordinære sengerom eller til pasienter med behov for skjerming.

Den største utfordringen oppstår når svært dårlige pasienter blir innlagt, de som trenger skjerming og mer plass enn arealet i et sengerom. I intensivtun 1 kan for eksempel et større sengerom med bad (HC-rom 15-16 m²) bli et eget skjermet område ved å stenge inngangen til tunet. Samtidig blir det vanskeligere tilgang til samtalerom, lager og et personaltoalett. Dette er vist til venstre i figuren nedenfor.



Figur 4.13 Venstre: Tun 1. Dører avgrenser HC-rom med bad. Samtalerom, lager og toalett på andre siden av korridor. Høyre: Tun 4. Kontaktsmitterom (isolat) med nabosengerom og dører som avgrenser en del av korridor. Tegning Nordic 2014, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Et område kan også avgrenses ved bruk av et kontaktsmitterom (kontaktsmitteisolat), nabosengerom og en del av korridoren. Dette er vist til høyre i figuren over. Ansatte har imidlertid bemerket at de opplever å bli adskilt fra sine kollegaer når de oppholder seg i korridoren. Et annet alternativ er å benytte sengerom og dagligstue, men da blir et annet sengerom også berørt. I de to siste eksemplene på avgrensning av områder, blir sengeromskapasiteten redusert. Det ble foreslått at kanskje skjerming ved bruk av et

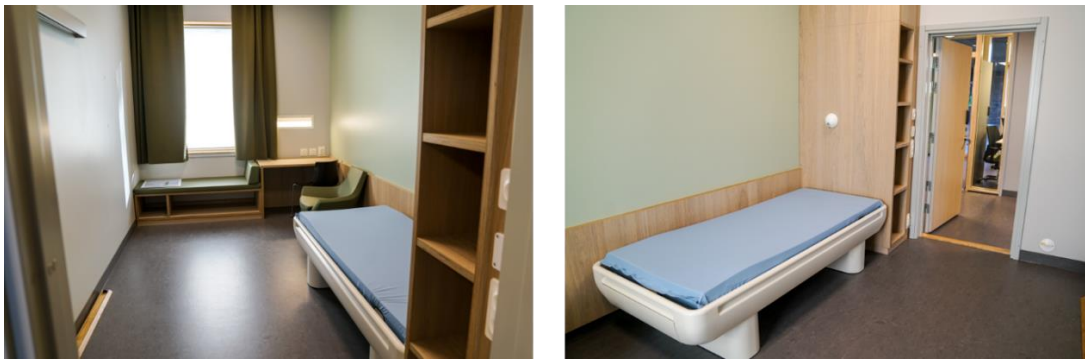
sengerom og en mindre dagligstue, uten å hindre bruk av andre sengerom, samt en bredere korridor kunne vært en bedre bygningsmessig løsning. Det ble i tillegg forklart at avgrensninger av områder gir en utfordring for vare- og personlogistikk fordi trafikken må gå via gårdshage for å komme rundt det skjermede arealet.

I fokusgruppen ble det kommentert at dersom bygget hadde fått en større arealramme, kunne man hatt et eget skjermet avsnitt for enkeltpasienter og dermed enda større mulighet for å differensiere skjermingen. Det kunne kanskje vært to-tre rom med en liten stue. Det ble påpekt at et slikt areal kan bli dyrt å drifte.

Erfaringene etter flere års drift, er at størrelsen på sengetunene har vært justert avhengig av pasientenes behov, og at inndeling i to intensivtun fungerer godt. Deltakere i fokusgruppene var enige om at mulighet for å stenge av områder på flere måter, er gunstig og gjør bygget fleksibelt. Dette anbefales til nye byggeprosjekt. Det ble fortalt at i det gamle bygget var det egne skjermingsavsnitt, en løsning som fungerte for enkelte pasienter, men ikke for alle. Det ble sagt at inntrykket i avdelingen er at pasienter skjermes i kortere tid, og at pasientene dermed er mindre utestengt fra omgivelsene i det nye Akuttbygget. Fokusgruppen konkluderte med at det nye bygget dekker flere skjermingsbehov enn det gamle bygget gjorde.

Sengerom

Spørreundersøkelsen og intervju viser at mange ansatte er fornøyde med plassering, utforming og innredning i sengerom (13-14 m²). Ifølge ansatte og ledelse er pasientene også fornøyde. Pasientsengene fungerer bra, selv om det har vært noen tekniske utfordringer. I fokusgruppen ble det informert om at det er viktig å være oppmerksom på at dørbredden bør være tilstrekkelig for sengetransport. Bilde av sengerom vises nedenfor.



Figur 4.14 *Sengerom. Bildet er tatt før åpningen av Akuttbygget i 2017. Kilde: Geir Otto Johansen, St. Olavs hospital HF*

Det ble bemerket at når man snakker om forbedring, gjelder dette hovedsakelig detaljer og teknikk. Blant annet har dører til bad løsnet, og de tilfredsstilte ikke kravet om anti-ligatur (produktet skal forhindre at mennesker kan skade seg selv).

Ved innflytting kunne pasientene låse sengeromdører med kort både utenfra og innenfra. I evalueringen kom det fram at pasientene hadde vært svært fornøyde med

dette, og at det ga en opplevelse av trygghet og privatliv. Kort tid etter innflytting viste det seg at den tekniske løsningen ikke var tilpasset sykehusbruk, og i dag kan pasientene bare låse døra innenfra. Fokusgruppen forklarte at kortlesere med tilstrekkelig kvalitet har en mye høyere kostnad enn den valgte løsningen i Akuttbygget.

Pasientene kan selv regulere lys, solskjerming og lufteluker ved vindu i sengerommet. Ansatte mente at dette er bra forutsatt at de tekniske løsningene fungerer. Det har imidlertid vært tekniske problem med lufteluker. Dersom luftelukene ikke kan styres og reguleres fra arbeidsstasjonen, må teknisk personell resette systemet fordi styringsenheten «henger seg opp». I fokusgruppen ble det sagt at denne teknikken er for dårlig, og at den derfor vil bli erstattet av en manuell ordning.



Figur 4.15 Lufteluker i sengerom. Til venstre: Manuell åpning av lufteluke. Til høyre: Motorstyrt lufteluke. Bilde: St. Olav Eiendom

Representanter fra St. Olav Eiendom uttalte at erfaringene er: Jo mer avansert teknikk, desto mer sårbar blir løsningen.

Bad i sengerom

Fokusgruppedeltakerne refererte til at pasienter i hovedsak er fornøye med badene. Nedenfor vises bilde av bad og sengerom før innflytting.



Figur 4.16 Bad. Bildene er tatt før åpningen av Akuttbygget i 2017. Kilde: Geir Otto Johansen, St. Olavs hospital HF

Deltakerne pekte på noen utfordringer som de gjerne skulle vært foruten. Blant annet har skyvedører inn til bad vært et problem for renhold. Det er høye dørterskler i tre, tunge skyvedører og mekanismen fungerer dårlig. Tersklene har trukket vann, svulmet opp, dører er vanskelig å lukke og åpne, og det legger seg smuss imellom skjøter som det er vanskelig å fjerne. Etter innflytting er rammer til dører forsterket og dørterskler er utbedret der det har vært behov for det. Generelt ble det sagt at høye dørterskler er krevende for gulvvaskemaskin og rengjøringstraller fordi de sliter på utstyret.

Badene er flislagt, men renholdere får ikke vasket og skylt godt nok fordi dusjene mangler spyleslange i de vanlige sengerommene. Renhold ønsker at de kan ta med en dusjslange og koble på når de skal vaske. I følge både renhold og pleiepersonell er «dusjknappen,» som likner svømmehalldusjer, utfordrende for pasientene, og det tar langt tid før det kommer varmt vann.

Når det gjelder toalettene, er spyleknapp plassert i susternevegg. Det ble fortalt at flere av pasientene synes at det er hardt og vanskelig å trykke inn knappen. Noen opplever at det er ubehagelig og uhygienisk. For eksempel bruker noen pasienter toalett papirkjernen for å trykke inn spyleknappen.



Figur 4.17 Vask i bad. Kilde: St. Olav Eiendom. Tegning: Nordic 2014

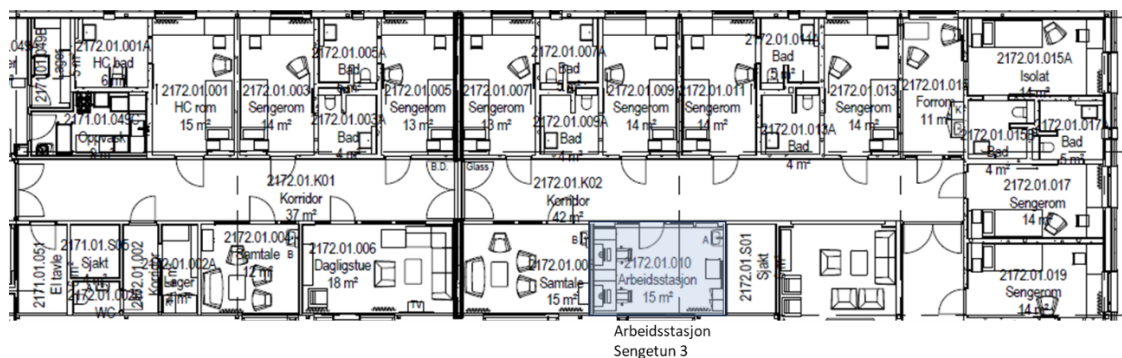
Håndvaskene er store og går fort tett. Ifølge renholdspersonalet setter plast og folie fra tannkrem- og såpetuber seg fast ned i vasken. Noen pasienter synes det er vanskelig å trykke på knappen for å få vann i vasken. Som i dusjen, må de vente lenge på varmt vann. Det kom også flere kommentarer om at vask og armatur ble valgt uten at komponentene ble prøvd ut sammen. Resultatet ble at vask og armatur ikke er tilpasset; stor vask og liten kran, og vannet treffer innerst ved kanten. Dette og tegning av bad er vist i figur over.

Arbeidsstasjon og arbeidsplasser

Det er en arbeidsstasjon (13-15 m²) med to PC-plasser i hvert sengetun. Under planleggingen ble det besluttet at de mange funksjonene som vaktrommet hadde i de gamle avdelingene, skulle erstattes av flere rom. Det ble derfor bygd arbeidsstasjoner,

teamrom (kontorarbeidsplasser for rapporter, skrivearbeid og dokumentasjon) og møterom. I konseptrapporten begrunnes differensieringen av rom ved å vise til pasientorganisasjonenes ønske om at tilgjengelig personell skal være synlig, mens arbeidsoppgaver som ikke innebærer direkte kontakt med pasienter, samt personalets pauser kan være i egne rom uten innsyn. Dette ble også poengtert av fokusgruppedeltakere.

Arbeidsstasjonen i nytt bygg skulle være et sted for enkle dokumentasjonsoppgaver og telefonsamtaler, og den skulle ha tilgjengelighet og nærhet til pasientene (Funksjonsprogram 2014). Nedenfor presenteres en tegning av arbeidsstasjon i et sengetun.



Figur 4.18 Utsnitt av sengetun 3. Arbeidsstasjon markert lys blå. Tegning Nordic 2014

Arbeidsstasjonene skulle ikke være et oppholdssted for å observere pasienter, derfor ble de ikke utformet slik at personalet kunne ha oversikt over hele sengetunet (inkludert korridor) fra arbeidsplassene. Det har vært et mål at bygget legger til rette for at personalet er sammen med pasientene, som i stue og fellesrom. Dette ble bekreftet i fokusgruppeintervjuene, og er i samsvar med Funksjonsprogrammet, der det står at personalet skal integreres i dagliglivet på avdelingen ved at de fleste arbeidsoppgaver skal foregå ute sammen med pasientene. I programmet står det videre at det skulle være stor grad av visuell kontakt mellom tilstedeværende personell og pasientene, samt personalet imellom.

Både spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuene tyder på at ansatte ikke er fornøyde med arbeidsstasjonen. Den oppleves trang og er blitt et sted som skal ivareta for mange oppgaver. Blant annet er oppbevaring av pasientenes eiendeler, brannslukningsutstyr, blodtrykksapparat, alarmstasjon og mottak av mattraller kommet i tillegg til de planlagte funksjonene. Videre er det kun ett medisinrom i sengeområdet, og derfor oppbevares også en medisintralle i hver arbeidsstasjon. Fra arbeidsstasjonen styres lys, temperatur og lufteluker, og det er her ladning av pasientenes mobiltelefoner skjer. I tillegg velger noen å spise i arbeidsstasjonen. Dette medfører at mange ansatte samles, det er forstyrrelser og mye og trafikk inn og ut av arealet.

En deltaker sa at hvis man skulle bygd nytt, kunne arealet vært større og avdelt med en halv vegg eller et rom for blant annet medisintraller. En annen foreslo å flytte ut

oppbevaringsskap for pasientenes eiendeler og benytte de to teamrommene oftere (et rom med tre PC-plasser og et med seks plasser). Til tider er det imidlertid mye trafikk inn og ut av det største teamrommet, og ved vaktskifte er det lite arbeidsro. Teamrommet med tre PC-plasser benyttes til rapportskriving i tillegg til at mottakskoordinator har sin arbeidsplass der. Videre kan det noen ganger være lite hensiktsmessig å forlate sengetunet, og nyttig å dokumentere i arbeidsstasjonene i stedet. Derfor kom det et forbedringsforslag om flere PC-plasser i arbeidsstasjonene.

Resultater både fra spørreundersøkelsen og intervju viser til et ønske om flere kontor, stillerom og et rom der personalet kan trekke seg tilbake for samtaler i sengeområdet. Gjennomsnittlig score på utsagnet om det er tilstrekkelig med arbeidsplasser/kontor i bygget ble 2,2 på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), mens score for tilstrekkelig antall stillerom fikk 1,9. Fokusgruppedeltakere forklarer at dette handler om arealrammer. Det er to stillerom i underetasjen, men erfaringene er at disse er plassert langt unna, og at de egner seg best for ansatte som er tatt ut av døgndrift, og som har fått en annen type oppgave. Eventuelt brukes rommene av studenter eller vakthavende lege.

Møterommene i bygget fungerer godt, og det er tilstrekkelig kapasitet for driften i Akuttbygget. Møterommene i underetasjen er imidlertid blitt «bookbare» for avdelinger utenfor Akuttbygget, og da kan det bli trangt på dagtid. I intervju ble det påpekt at AV-utstyret ikke fungerer optimalt. Det viser seg at det ble valgt en teknisk løsning som har kort driftstid og høye vedlikeholdskostnader.

Gårdshager

To og to sengetun et lagt rundt en indre gårdshage. Både deltakere i spørreundersøkelsen og i fokusgruppeintervju uttrykker at de er fornøyde med de to indre gårdshagene som blir beskrevet som flotte og godt plassert med direkte utgang til grøntareal fra sengetunene. En av gårdshagene er vist i bildet nedenfor.



Figur 4.19 *Indre gårdshage. Bildet er tatt før åpningen av Akuttbygget i 2017. Kilde: Geir Otto Johansen, St. Olavs hospital HF*

Direkte utgang fra sengetun til gårdshage gir pasientene lett tilgang og en viss frihet til å bevege seg utendørs uten følge, noe som ivaretar pasientautonomi.

Noen kommenterte at det er uheldig at intensivtun deler gårdshage med de vanlige/ordinære tunene (2 og 3), og at besøkende i samtalerom har direkte utsyn til de dårligste pasientene når de er ute i hagen. Det ble fortalt at under planleggingen, ble egen gårdshage for intensivtun vurdert, men det ble valgt å prioritere intensivtunenes (1 og 4) nærhet til akuttmottaket.

Når det gjelder den ytre gårdshagen, er det en felles oppfatning av at utgangen er lite hensiktsmessig plassert, men det ble også sagt at denne gårdshagen er fin å ha. Utgangsdøren i sengetun 3 medfører stor avstand for pasienter i intensivområdet i sengetun 1. I evalueringsperioden ble den denne gårdshagen mest brukt av sengetun 4, fordi den egner seg godt for de pasientene som trenger litt skjerming. Det ble også bemerket at den ytre gårdshagen ikke var inkludert i planleggingen, men kom inn sent i prosessen, og derfor ble ikke utgangen hensiktsmessig plassert.

Oversikt, innsyn og utsyn

Når det gjelder oversikt i sengeområdet, mener flere at det er god oversikt. Det er vindu og glass mot de indre gårdshagene som gjør det mulig å se over til sengetun på den andre siden. Blant annet gir glass i dør inn til samtalerom innsyn og utsyn, samt daglys inn i bygget. Det er en fordel med glass i dør i samtalerom hvis det oppstår behov for assistanse. I samtaler med pårørende kan det imidlertid være uheldig med utsyn til pasienter i gårdshagen, eller at pasienter i samtalerom blir sett av pasienter fra

gårdshagen. Det er sju samtalerom i sengeområdet. Flere ønsket mulighet for å skjerme utsyn og innsyn mellom samtalerom og gårdshagene. Ifølge spørreundersøkelsen var rundt halvparten av de ansatte lite fornøyde med tilretteleggingen og skjerming av besøksområder.

Det er glass i vegg mot korridor i arbeidsstasjonene og i møterom, og det er oversikt fra oppholdsrom (stue) i vinklene. Ifølge spørreundersøkelsen mente likevel flere at utformingen gjør det vanskelig å holde oversikt over pasientene. I fokusgruppeintervju kom det fram at vinklene kan være utfordrende spesielt på natt, da det er færre ansatte på jobb. Det ble bemerket at det er viktig å planlegge plassering av pasienter, det vil si å plassere de dårligste pasientene nær arbeidsstasjonene.

Korridorer

Som nevnt, benyttes korridordørene til å regulere størrelsen på sengetun, til å få mindre områder for å skjerme pasienter. Dørene ble også brukt til å opprette kohorter under covid-19-pandemien. Ledelsen og ansatte er svært fornøyd med fleksibiliteten som dørene i sengeområdet gir.

Evalueringen viste noe ulikt syn på korridorbredden (inntil 2,2 m). Noen mente at korridorene er tilstrekkelig brede, men dører som slår ut, opptar areal. Andre ønsket bredere korridorer fordi dette påvirker pasientenes opplevelse av trygghet. Dette er fordi pasienter både ser og hører hverandre godt, og de kan være redde for hverandre. I den sammenhengen ble det også sagt at det burde vært lydtette sengerom, både mot korridor og mellom sengerom slik at pasientene får ro. Erfaringene er at det er lytt mellom arbeidsstasjon og korridor, noe som gjør at det er mulig å overhøre samtaler. En fokusgruppedeltaker sa det slik:

Hvis det fantes en løsning der pasientene kunne ha vært skjermet for all den lyden når de hadde vært på rommet sitt, så tror jeg det hadde vært ganske stor verdi bare det.

Personell som ivaretar varelogistikk og de som utfører vedlikeholdsarbeid, har ikke en egen korridor i sengeområdet. Varetransport foregår i den samme korridoren som pasientene oppholder seg, og derfor går personalet ofte gjennom gårdshagene for å unngå å gå gjennom sengetun. Fokusgruppen forklarte at dette var et valg som ble gjort under planleggingen av bygget, da man prioritere et samlet sengeområde i en etasje med utgang til gårdshager. Det ble fortalt at det er utarbeidet en prosedyre som beskriver hvordan teknisk personell skal forholde seg når de skal inn i bygget, og at ordningen fungerer bra.

4.2.4 Robusthet og normalitet

Balansen mellom robuste omgivelser og normalitet ble diskutert i fokusgruppen. Som det står i Forprosjektrapport (2014), vil omfang og synlighet av bygningsmessige sikringstiltak være en avveining mellom hensynet til normalisering og hensynet til

konsekvensen av skadeverk ved utagering og muligheten for selvskade og/eller muligheten til å skade andre.

Fokusgruppen framhevet omgivelsenes betydning for tilfriskningsprosesser og trivsel. Det var en enighet om at bygget skal være så robust og sikkert som mulig, uten at det gir et typisk sykehus- eller fengselslignende uttrykk. Det ble vist til planleggingsprosessen der klinisk personell hadde vært bevisst på at omgivelsene skulle være hyggelige, gi et mer hjemlig og normalt uttrykk. Holdningen er at man kan male og erstatte møbler når slitasjen blir for stor. I evalueringsperioden ble det nevnt at intensivtunene ser ut til å ha behov for maling etter å ha vært i bruk siden 2017.

Som nevnt, ble det både i spørreundersøkelsen og i fokusgrupper framhevet at bygget er tiltalende uformet, og at mange er fornøyde med av bygget. Erfaringene er i samsvar med forprosjektrapporten som viser til vektlegging av dagslys, utsikt til natur, mulighet for å komme ut i friluft, romslighet i arealer, mulighet til selv å kontrollere lys og temperatur og til å kunne trekke seg tilbake til en «privat» arena.

Ifølge spørreundersøkelsen og i fokusgruppeintervju mente mange at sengeområdets utforming forebygger rømning. I spørreundersøkelsen ble det likevel bemerket at møbler og inventar er for lite robuste. Gjennomsnittlig score på utsagnet «Møbler og inventar ivaretar krav til sikkerhet og robusthet» er 2,2 på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). I en fokusgruppe ble det sagt at det er vanskelig å finne møbler som både ser normale ut og som tåler bruken i Akuttbygget. Møbler i bygget går stykker, mye blir utslitt og det meste kan ødelegges. I tillegg må det sørges for at deler av møbler ikke kan brytes av og brukes som våpen eller selvskading. Fokusgruppen hadde følgende dialog:

Fokusgruppedeltaker 1:

Det er to valg man gjør. Enten må man kjøpe møbler som ikke kan kastes eller velge så lette møbler at man kan fjerne dem

Fokusgruppedeltaker 2:

Alt kan ødelegges, til oss, spesielt på intensivavsnittene, så er det umulig å ikke forvente at noe ødelegges

Fokusgruppedeltaker 3:

Det vi må passe oss for, ut ifra erfaring, er at pasienten kan snu stolen på hode i løpet av et halvt sekund, ta av foten, og så har han et metallvåpen

Fokusgruppedeltaker 2:

Materialet i møblene holder ikke heller. Det er jo ikke alt som blir ødelagt av vandalisme. Mye av møblene er rett og slett utslitt. De brukes jo på en annen måte her, de er i bruk hele tiden

I fokusgruppene ble det informert om at det har vært nødvendig å skifte dører i korridor og pasientrom etter innflytting. Til venstre i bildet under vises en sengeromsdør som er blitt ødelagt etter at dørhåndtaket har fått et hardt slag mot betongveggen bak.



Figur 4.20 Sengeromsdør. Ødelagt dør til venstre. Bilde: St. Olav Eiendom

Det ble framhevet at dør, lås og håndtak burde vært satt sammen og testet før valg av løsning ble tatt. Nødvendigheten av å skifte dører i korridor ble understreket av en episode da en korridor dør kilte seg fast mens en kollega trengte bistand. Dette var en farlig og risikofylt situasjon.

Kvaliteten på de opprinnelige dørene omtales som «hotellstandard». Det ble framhevet at hotellstandard ikke er tilstrekkelig for sykehusbruk, og at bakgrunnen for at den valgte kvaliteten, var innsparingskrav. Utskifting av dører medførte store utgifter for St. Olavs hospital etter innflytting.

I fokusgruppene ble det gitt eksempler på møbler og gulv som er blitt slitt og i dårlig stand, spesielt i intensivtun. Renholdsarbeidere fortalte at møbler i sengerom er laget av finer som er blitt slitt og fliset opp, noe som også er lite hygienisk. Ut fra et renholdsperspektiv anbefales enkle og solide møbler i eik i intensivtun, gjerne møbler som er skrudd fast, slik som i den gamle avdelingen.

4.2.5 Aktivitetsrom

Aktivitet og bevegelse er en del av behandlingen. Som tidligere beskrevet, kan noe aktivitet integreres i sengeområdet, mens aktivitetsrommet (25 m²) for pasienter er en felles ressurs tilrettelagt som treningsrom. Rommet er plassert i underetasjen i nær tilknytning til trapp og heis. Opprinnelig var det også planlagt et mindre aktivitetsrom (15 m²), men dette rommet er blitt tatt i bruk til andre funksjoner. I evalueringsperioden var det planlagt at rommet skal endres til et behandlingsrom for TMS (Transkraniell magnetisk stimulering).

I spørreundersøkelsen gir rundt halvparten av de ansatte laveste score (1 eller 2), mens ca. 40 prosent gir score 3 (middelverdien) til utsagn om aktivitetsrom er hensiktsmessig plassert og utformet. Dette ble nærmere forklart i fokusgruppene. Det ble sagt at det med fordel kunne vært et bedre aktivitetstilbud. Det minste aktivitetsrommet kunne vært tatt i bruk til musikkinstrumenter eller aktiviteter som TV-spill, maling og

håndarbeid. Det ville vært et fint tilbud for de som kanskje ikke synes tredemølle i aktivitetsrommet eller brett- og puslespill i dagligstuen er interessant. Det ble bemerket at selv om mange pasienter har kort liggetid, er det noen som blir liggende lenger, og da er det et enda større behov for aktivitetstilbud.

Noen kommenterte at det er både fordeler og ulemper med plassering av treningsrommet i underetasjen. På den ene siden kan det være godt for pasientene å komme bort fra sengeområdet. På den andre siden er aktivitetsrommet langt unna sengetun dersom det oppstår behov for bistand. Det ble også påpekt at plassering er et spørsmål om prioritering av hvilke funksjoner som må ha nærhet til hverandre på samme plan. Det er, for eksempel, viktigere å plassere samtalerom/besøksrom i sengeområdet enn et aktivitetsrom.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at i tidlig fase av planleggingen, var det ønsket en gymsal for pasientene som også kunne benyttes til konferanse- og undervisningsrom for ansatte. I tillegg til pasientaktiviteter, kunne arealet vært brukt til læring og trening i teknikk og håndtering av pasienter.

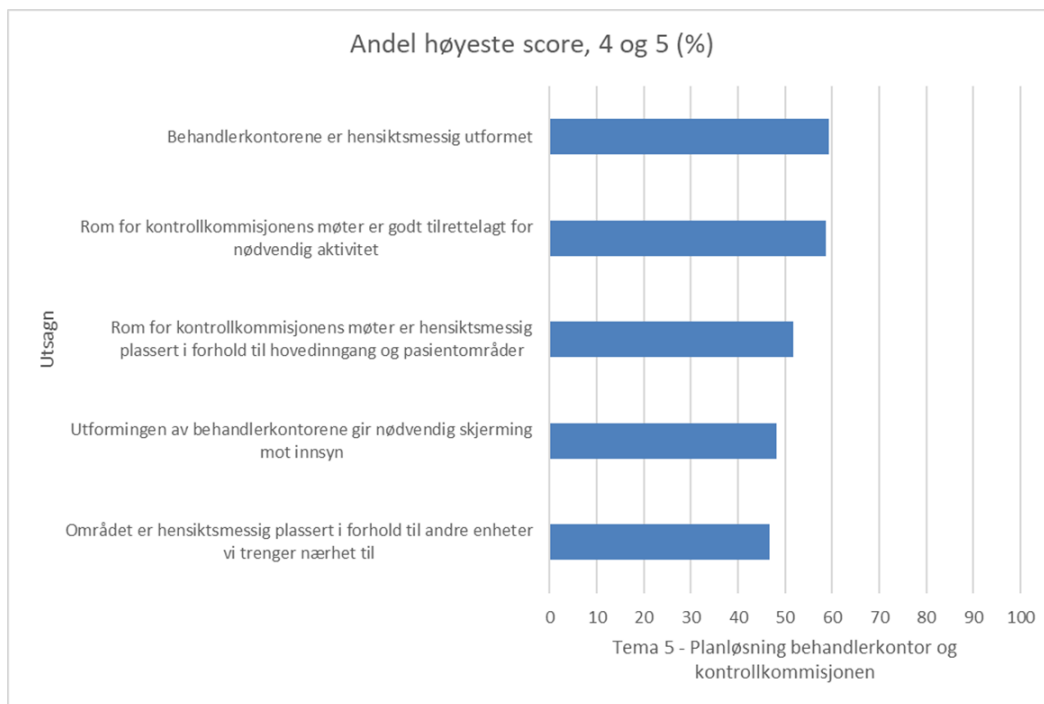
Det var enighet om at bygget egner seg godt for akuttfasen når pasientene er innlagt rundt en ukes tid, eller kortere. Angående langtidsopphold, viser spørreundersøkelsen og intervju at ansatte mener bygget ikke er like godt tilrettelagt. Dette begrunnes spesielt med at når den akutte fasen er over, kommer en fase der pasientene har behov for å omgås andre i større grad, delta i aktiviteter og være mer utenfor sengerommet. Da trenger bygget noe mer areal for aktiviteter og eventuelt en annen organisering av driften. Overgangen fra akuttposter til spesialposter (langtidsposter) er også kommentert i konseptrapporten, der det står at Psykoseseksjonen har noe større behov for aktivitetsareal og kjøkken enn akuttseksjonen.

4.2.6 Kombinert kontor og konsultasjonsrom, samt støtterom

Administrasjon, møterom, kombinert kontor og konsultasjonsrom (behandlerkontor) er plassert i underetasjen. Evalueringen viste at mange er fornøyde med kontorene for leger og psykologer. Noen kommenterte i spørreundersøkelsen at glassfelt i dør kan være litt ubehagelig for pasienten i rommet, men et annet perspektiv kom fram i fokusgruppen. Det ble påpekt at glass i dør er valgt av sikkerhetshensyn. Det betyr at personell utenfor kan se hva som foregår i rommet. I tillegg gir glassfelt godt dagslys inn i korridor.

Til møterommet i underetasjen (39 m²), som benyttes av kontrollkommisjonen en gang per uke, kommer pasientene både fra Akuttbygget og fra andre spesialposter. Det er en venteplass utenfor møterommet. Ifølge ansatte fungerer dette området godt for kontrollkommisjonens arbeid. Møterommet brukes som vanlig møterom de øvrige dagene.

Synspunktene knyttet til behandlerkontor og møterom i underetasjen kommer også fram i figuren nedenfor som presenterer fem utsagn der flest ansatte ga høyeste score (4 eller 5).



Figur 4.21 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Behandlerkontor og kontrollkomisjonens møterom

4.2.7 Renhold

Renholdssentralen (20 m²) er lokalisert i underetasjen. De ansatte er svært fornøyd med arealet som beskrives som fint med en god størrelse for både sitteplasser og PC. Det er direkte inngang til et tilhørende lager (7 m²) slik at det er kort avstand til varer og utstyr. Det eneste som mangler, er et opplegg for vaskemaskin slik at mopper og kluter kan vaskes i rommet.

De ble fortalt at på grunn overfylte arbeidsstasjoner, er det vanskelig å utføre renhold. Vesker og sekker, som tilhører ansatte, er plassert på gulvet fordi skap og hyller blir benyttet til oppbevaring av pasientenes bagasje og eiendeler. Det ble fortalt at det er bedre lagringsplass i tun 4 som har et lite lagerrom (5 m²) for utstyr. Fordi det er begrenset med lagringsplass i første etasje i Akuttbygget, lagres også pasientenes eiendeler i forgang tilknyttet personaltoalett. Dette er også med på å vanskeliggjøre renhold.

I samtale med renholdsarbeiderne ble det generelt anbefalt, å benytte stoler med hjul i møterom og kontor. Det ble forklart at stoler som kan trilles ut under rengjøring, beskytter gulv og gir bedre ergonomiske forhold enn når stoler må trekkes fram. Videre er erfaringene fra covid-19-pandemien at armlener i stoff bør kunne fjernes på stoler for å redusere risiko for smittespredning og forenkle renhold.

På spørsmål om hva som fungerer godt og hva som kan forbedres ut fra et renholdsperspektiv, ble det sagt at teppesoner i inngangspartier fungerer godt fordi det hindrer at skitt og søle dras videre inn i bygget. Det ble fortalt at i ekspedisjon og trapp er det lagt gulv av terrazzo (lys kunstbetong). Det er synlige riss/sprekker i gulvet, i tillegg til at det er vanskelig å fjerne kaffeflekker og lignende fra gulvet.

Videre ble det fortalt at linoleumsbelegg i arbeidsstasjoner, korridorer og sengerom har hull og hakk, og at skjøtene trekker vann. I tillegg er gulvbelegg i kontorområder sprukket opp. Noen gulvbelegg er skiftet, og andre steder er skjøter sveiset sammen. Både ansatte fra renhold og St. Olav Eiendom konkluderte med at kvaliteten på gulvbelegget ikke er tilstrekkelig god. Eksempel på slitt gulvbelegg vises i bildene nedenfor.



Figur 4.22 Arbeidsplasser med slitt gulvbelegg. Kilde: St. Olav Eiendom

Representanter fra renhold fortalte at i spiserom og dagligstuer er det lagt parkett som sprekker opp, og væske og søl trekker ned i gulvet. Parketten i stuer som har utgang til gårdshagene, har blitt slitt ved døråpning på grunn av søl og fukt fra uteområdet. Det ble påpekt at tregulv som ikke var tilstrekkelig behandlet, ikke ser pent ut etter en tids bruk i slike områder. Det samme gjelder spiserom. På grunn av fukt og søl har noen staver i parketten løftet seg opp, noe som kan medføre risiko for snubling og fall.

Renhold anbefalte tilstrekkelig behandlede tregulv eller å velge et mer slitesterkt gulvbelegg. Vinyl av god kvalitet på bad eller der det er fare for søl, ble foretrukket.

Andre erfaringer er at det er godt tilrettelagt for renhold i medisinerom og desinfeksjonsrom. Varemottak i underetasjen fungerer godt. I garderobene samles sko på gulv, andre saker plasseres på toppen av garderobeskap og vanskeliggjør renhold. Det ble sagt at det kunne med fordel vært mer sko-oppheng og garderobeskap ned til gulv.

4.2.8 Lager og varelogistikk

Som nevnt, er det et lager for utstyr i tun 4. De andre tunene savner et slikt rom for oppbevaring av pasientenes bagasje og eiendeler. Det er et lager for forbruksvarer, håndduker, laken og lignende i alle sengetunene, der tun 1, 2 og 3 også oppbevarer bager og poser som tilhører pasientene.

Erfaringene er at lagerrommene i sengetunene er for små (ca. 8 m² i tun 1 og 3, mens det er 4 m² i tun 2 og 4), og det er mangel på plass til hjelpemidler som rullestol eller prekestol. I noen tilfeller låses eiendeler inn som en del av behandlingen, fordi pasienten ikke skal ha for mange eiendeler rundt seg. Eiendelene bør likevel være lett tilgjengelig, da noe ofte skal hentes eller byttes ut. Det er bedre plass i underetasjen enn i sengetunene for lagring av pasientenes bagasje, men det oppleves tungvint for ansatte å gå ned en etasje for å hente klær eller andre ting. Erfaringene er også at det som blir lagret i underetasjen, kan bli avglemt i en travel hverdag.

Mange er fornøyde med transport av varer. Det er sannsynligvis mer på grunn av organiseringen enn byggets utforming. Det er et varemottak, hovedlager og mindre lagerrom i underetasjen. Det er stor trafikk av varer, mat og avfall mellom etasjene. Det er derfor blitt ansatt en ekstra person som bistår med intern varetransport. I tillegg kjører St. Olav Eiendom urent tøy og lignende ut fra bygget.

4.2.9 Teknikk og innemiljø

Da tekniske løsninger i Akuttbygget ble diskutert i fokusgruppen, ble det vist til flere løsninger som ikke har fungert som forutsatt. Dette er lysstyringssystem, låssystem og elektromotorer i lufteluker. Det har også vært dårlig dekning på trådløst nettverk, det er derfor montert sendere i alle sengerom. Det ble erkjent at når det gjelder lufteluker og lysstyringssystem, ble antakelig teknikken presset litt langt. Det ble valgt systemer som lå i forkant av det som var utviklet kommersielt. Deltakerne har likevel inntrykk av at det ikke ble satt tilstrekkelig krav til produktenes funksjonalitet, og at komponentene burde vært lagervare hos grossist.

I spørreundersøkelsen svarte mange at de er fornøyde med dagslysforhold og solskjerming i bygget, men alle var ikke tilfredse med temperatur og ventilasjon. En fokusgruppe hadde en dialog om innemiljø. Det ble forklart at noen lufter mer enn det andre føler behov for. Det kan også oppleves kaldt å være i nærheten av stedet der innblåsing av luft skjer, og når man sitter mye i ro, kan det oppleves kaldere enn å være i bevegelse. En annen kommentar som kom fram, var at det kan bli tung luft dersom det er flere til stede enn det rommet er planlagt for.

Det ble forklart at ventilasjonsanlegget med filter gir god og ren luft. I tillegg har bygget et kjøleanlegg som kan regulere temperatur på varme dager. Ventilasjonen kan justeres opp og ned til en viss grad. Det samme gjelder temperaturregulering.

4.2.10 Garderober

Personalet kommer inn i bygget enten via hovedinngangen eller inngang ved varemottaket, og henter arbeidstøy i underetasjen. De som har egne kontor, kan oppbevare klær og private eiendeler der, øvrige ansatte benytter garderobene.

Det er en dame- og en herregarderobe. Det er spesielt trangt i garderobene ved vaktskifte, og det hender at man må dele skap med andre. I spørreundersøkelsen kom det fram ønsker om flere og større garderober, samt eget låsbart skap for oppbevaring av et ekstra klesskift og sko for faste ansatte.

I fokusgruppene ble det forklart at det har vært vanskelig å beregne kjønnsfordeling i herre og damegarderobe, og at det er spesielt trangt i damegarderoben. I en periode har det minste aktivitetsrommet vært brukt som garderobe i tillegg. Noen bemerket at det ville vært en fordel med nærhet mellom garderobe og der man henter arbeidstøy. Innendørs sykkelparkering med bedre tørkemuligheter ble også etterspurt av ansatte. Slik det er nå, benyttes badet i garderoben til klestørk.

4.2.11 Medvirkning

Erfaringer fra plan- og byggeprosessen ble tatt opp i fokusgruppemøter.

Oppsummert ble kommunikasjonen mellom partene fra Sykehusbygg HF, St. Olav Eiendom, klinisk og teknisk personell, samt entreprenør opplevd som god. Ledelsen ved det nye Akuttbygget opplevde å bli hørt og få gjennomslag for sine synspunkt om hvordan de nye bygget skulle utformes for å understøtte pasientbehandling og arbeidsmiljø best mulig. Et hovedprinsipp har vært at det nye bygget skal se normalt og pent ut, i tillegg til at robusthet og sikkerhet blir ivaretatt. En fokusgruppedeltaker sa det slik:

Vi synes vi fikk gjennomslag for dette synet i hele planprosessen. Vi sa hvordan det skulle se ut og føles i bygget. Det er vi fornøyd med.

Det dukket opp noen utfordringer i løpet av planprosessen, som gikk over flere år. Fokusgruppen reflekterte over erfaringene fra medvirkningen, fra et helt overordnet inntrykk til mer detaljerte opplevelser. Dette presenteres nedenfor.

Planleggingsprosessen

Medvirkning i planprosessen ble opplevd som lang og overveldende med mange deltakere og store dokumenter som skal utarbeides og leveres til bestemte tidspunkt. For noen følte det som en evig prosess, der man gikk i sirkler og måtte innom det samme gjentatte ganger. Erfaringene er at Sykehusbygg HF kommer med en forhåndsbestemt og stor prosess med mange krav til leveranser, som riktignok kan være viktig for byggingen, men som er utfordrende for personalet som medvirker.

I en av fokusgruppene ble forholdet mellom medvirkning i planleggingen av bygg og framtidig organisasjonsutvikling diskutert. Dette ble forklart slik: Forventningen om at

sykehusorganisasjonen skal ha planlagt hvordan driften skal foregå flere år fram i tid, er god i et ideperspektiv, men i det virkelige livet fungerer ikke dette, og man opplever å være på etterskudd hele tida. Erfaringene er at planprosessen kan virke begrensende på kreativiteten, og man risikerer å lande på det man gjør i dag. Nedenfor gjengis en dialog mellom tre fokusgruppedeltakere.

Fokusgruppedeltaker 1:

For meg framstår det [planprosessen] som et verktøy med stor teoretisk dybde, men ganske langt unna praktisk virkelighet. Man blir så fanget i den prosessen, at man mister mye annet. Altså mister nytenkning og mister muligheter for å komme med ideer. Altså det er masse sånt som folk drukner i, hele prosessen skal drives fram og levere det til den tid.

Fokusgruppedeltaker 2:

Man skal prøve å tenke på hvordan man skal drifte fram i tid, så er ikke det så lett, og så ramlar man ofte ned på det som man gjør i dag. Og, det er jo ikke det som skal være grunnlaget for det som skal være nytt.

Fokusgruppedeltaker 3:

Kanskje man kunne gjort seg ferdig med de grove skissene og ikke presse fram detaljer fem år før bygget skal være ferdig.

Erfaringene med overordnede plandokument, og at detaljer skal komme i en senere fase, ble kommentert slik:

Når arkitektene skal tegne skissen, spør de likevel om detaljer og ideer for å fintegne skissen: Hvor mange rom, skjerming osv.

Tverrfaglig kompetanse

I plan- og byggeprosessen er mange fagområder og personer i ulike roller involvert, og alt skal settes sammen til en helhet. I fokusgruppen ble det uttalt at det er utfordrende å samstemme ulike agendaer, redusere kostnader og samtidig tenke på gode løsninger. Betydningen av at de som medvirker har riktig kompetanse, ble påpekt gjentatte ganger.

Sykehusprosjekt er store og komplekse der medvirkerne i tillegg til en jobb, også skal planlegge for framtida for å tilrettelegge for god behandling og en god arbeidsplass. Verken personell fra klinikk eller teknikk var forberedt på det store omfanget som medvirkningen knyttet til nytt Akuttbygg hadde ført til.

Når det gjelder medvirkningen fra St. Olav eiendom, og spesielt fra teknisk personell, ble det framhevet at medvirkningen hadde vært sporadisk. Det medførte at teknisk kompetanse ikke ble inkludert i tilstrekkelig grad i planleggingen av Akuttbygget. Deltakerne i fokusgruppen var enige om at kontinuerlig medvirkning fra St. Olav Eiendom ville bidratt til bedre tekniske løsninger.

Det ble fortalt at det var lite erfaringer å hente fra nyere bygg for psykisk helsevern på den tiden da Akuttbygget ble planlagt, men erfaringene ble overført til neste prosjekt i psykisk helsevern, som var Sikkerhetsbygget. I planleggingen av Sikkerhetsbygget, som ligger i nærheten av Akuttbygget, ble det satt av en egen ressurs i 50 prosent for å sikre at teknisk kompetanse ble systematisk inkludert i planleggingen. Det ble også gjennomført en studietur til et engelsk sykehus som ga ny kunnskap om robuste løsninger i bygg for psykisk helsevern. Da fokusgruppedeltakerne reflekterte over de to byggeprosjektene i ettertid, ble det konkludert med at man hadde lært mye gjennom medvirkning i planleggingen av Akuttbygget, og at de tekniske løsningene i Sikkerhetsbygget ble langt bedre enn i Akuttbygget.

Et eksempel på læring og forbedring som ble overført til Sikkerhetsbygget, er toalettene i sengeromsbadene i Akuttbygget. Toalettene i Akuttbygget har en spyleknapp som er så godt innbygd, at teknisk personell bruker flere dager på å reparere en ødelagt spyleknapp. På bakgrunn av læring fra en studietur til England, er løsningen endret i Sikkerhetsbygget: En plate løsnes helt enkelt slik at det bare tar noen minutter å reparere spyleknapper i Sikkerhetsbygget. Det ble poengtert at bygg bør utformes slik at det ikke blir lang «nedetid» i sengerom, og at sengerommene i prinsippet bør være tilgjengelige 365 dager i året.

Byggefasen

Samtalen blant deltakerne i en av fokusgruppene gikk videre til byggefasen. Det ble fortalt at når byggingen startet, trodde mange at medvirkningen var over fordi det på dette tidspunktet forelå omfattende beskrivelser i ulike dokumenter. Det viste seg likevel at det kom en periode med mange spørsmål til ledelse og ansatte om detaljer knyttet til bygg og utstyr. Dette var alt fra å bestemme stoler, til hvilket glass vinduene skulle ha, hvilke gjerder, overrislingsanlegg, lamper, stikkontakter, ulike brytere, hvilken type silikon, i tillegg til å delta på tester.

Det var likevel en enighet blant fokusgruppedeltakerne om at det var viktig å medvirke i byggefasen fordi beskrivelsene fra tidligere faser ikke var tilstrekkelig detaljerte. Det handlet blant annet om å anbefale, og velge robuste komponenter og utstyr. Det ble imidlertid opplevd som en stor utfordring at få personer fra klinikken ble forespurt, at det var korte svarfrister og de enkelte produktene ikke var satt i en sammenheng. Det ble for eksempel presentert en type dørhåndtak der klinikkens oppmerksomhet og anbefaling var rettet mot anti-ligatur produkter. Etter ferdigstilling av bygget, viste det seg at det valgte dørhåndtaket ikke passet sammen med døren. Av hensyn til tilstrekkelig robusthet og sikkerhet måtte dører, låskasse og håndtak i bygget skiftes ut. Både teknisk og klinisk personell anbefalte derfor at fremtidige byggeprosjekt bygger et testrom der komponentene blir satt sammen i en helhet.

Når det gjelder medvirkning fra sykehuset, ble det også nevnt at det var nødvendig å delta, fordi man opplevde at prosjektledelse, rådgivere og/eller entreprenør ikke hadde en fullstendig forståelse av hva de bygde, og for hvilken pasientgruppe. Selv om

erfaringen er at alle aktører gjorde sitt beste, kunne det ikke gjentas ofte nok «hvem bygget er for og hvorfor er det sånn». Det betyr at klinisk og teknisk personell fra sykehuset måtte følge med på detaljene, blant annet for å hindre at det ble valgt produkter eller komponenter som kunne bidra til at pasientene skadet seg selv, eller andre.

Et av flere eksempel som kom fram, var da klinikken skulle mene noe om glass. Samtalen som ble gjenfortalt i en av fokusgruppene, viser at det kan være utfordrende å forstå hverandre, hvem man bygger for og at det er nødvendig med ansattmedvirkning. Samtalen om glass gikk slik:

Klinikk: *Hva holder?*

Leverandør: *Den tåler en klinkekule fra to meter.*

Klinikk: *..... ja. Det er veldig få som bruker klinkekuler fra to meter her. Det jeg er interessert i, er hva skjer med det glasset når noen prøver å knuse det. Blir det store brott eller pulveriseres det, og hvor vanskelig er det å knuse? [...] Det var ingen som hadde kompetanse å komme med.*

Sykehusbygg HF (prosjektledelse) og entreprenør hadde hyppige møter angående valg av ulike løsninger. Det kan være tidkrevende for ansatte i sykehuset å delta, men de som medvirket ønsket imidlertid mer innsyn i prosessen som foregikk mellom Sykehusbygg HF og entreprenør.

I fokusgruppen ble også problemstillinger knyttet til reklamasjoner tatt opp. Ifølge kontrakt, plikter leverandør å rette feil og mangler innen rimelig tid, men erfaringsmessig kan det ta lang tid før utbedringene blir rettet opp. Dette er spesielt utfordrende når feil og mangler hindrer bruk av pasientareal, som sengerom.

5. Måloppnåelse

I dette kapittelet vurderes måloppnåelse i lys av erfaringene som deltakerne i evalueringen formidlet. Løsninger som fokusgruppedeltakere var mest fornøyde med fremheves, i tillegg til forbedringsforslag.

Ett sengeområde og én kultur

Deltakerne uttalte at de er fornøyde med av bygget. Et overordnet mål har vært å få et sengeområde på ett plan som understøtter samarbeid og fellesskap mellom sengetun. I planleggingen av Akuttbygget har ledelsen hatt et ønske om å oppnå en endring fra sengeposter lokalisert i ulike etasjer og med ulike kulturer, til ett sengeområde og én felles kultur. Dette mente lederne i Akuttbygget på Østmarka at de har oppnådd. Denne måloppnåelsen ble også bekreftet av ansatte som fortalte at noe av det de er mest fornøyde med, er sammenslåing av flere akuttposter i det nye bygget. Åpenheten mellom sengetunene legger til rette for oversikt og samarbeid. Oversikt og samarbeid er viktig for sikkerhet og trygghet, men noen mente likevel at oversikten kunne vært bedre.

Autonomi og kontakt med natur

I evalueringen ble det høyt verdsatt at pasienter kan gå direkte ut til indre gårdshager, eventuelt uten følge, og at de kan låse sengeromsdøren selv. Dette støtter opp under kravene som ble satt til bygget om å ivareta pasientens autonomi, bevegelsesfrihet og kontakt med natur og uteområder i forprosjektrapporten.

Pasienter i akutt fase

Evalueringen viser at de som har deltatt i evalueringen, oppfatter at bygget er tilpasset pasienter som er i den akutte fasen, de med kort liggetid. Bygget og organiseringen er ikke like godt tilrettelagt for pasientgrupper med lengre opphold, og som i større grad har behov for å omgås andre og å delta i aktiviteter.

Normalitet og fleksible løsninger

Balansen mellom robusthet og normalitet er en utfordring. I Akuttbygget er hensynet til tilfriskningsprosesser og trivsel vektlagt i planprosessen gjennom å prioritere et normalt uttrykk framfor et typisk sykehusuttrykk. Dette er i gjenspeiles i konseptrapporten der det blant annet beskrives at oppholdsrom i utgangspunktet skal tilsvare stuer i vanlige hjem.

Det er en felles oppfatning av at Akuttbygget er pent og tiltalende utformet både når det gjelder utsmykning og farger, i tillegg til at det kommer dagslys inn i bygget. Mange har uttrykt at de er spesielt fornøyde med hovedinngang og vestibyle, indre gårdshager, møterom og behandlerkontor i underetasjen.

Evalueringen viser at akuttmottaket og sengeområdene fungerer godt. I henhold til krav fra planleggingsprosessen, er akuttinngang og hovedinngang adskilt, og akuttmottak og sengerom er i samme etasje. Videre legger mulighet for inndeling av sengeområdet i

ulike funksjonelle enheter til rette for fleksibel ressursbruk. Størrelsen på sengetun kan reguleres, man kan inndele i mindre områder som kan tilpasses små enheter og skjerming. Dette fremheves som vellykket. Det ble også uttrykt ønsker om løsninger som dekker enda flere skjermingsbehov i Akuttbygget.

Arbeidsstasjonene i sengeområdene oppfattes som et sted med mange funksjoner. Det er for mange personer og for lite areal for alle oppgavene som er lagt inn i området. Ansatte savner også et felles pauseareal og samlingspunkt for begge etasjene. Det kom også fram behov for mer lagerareal i sengetun 1, 2 og 3.

Teknisk standard

Når det gjelder det som ikke har fungert godt nok, blir først og fremst den tekniske standarden trukket fram. St. Olav Eiendom har gjennomført flere utbedringer og utskiftninger etter innflytting, som reparasjoner og utskifting av dører, dørlåser, gulvbelegg og lufteluker. I tillegg påpeker ansatte at radarteknologien ikke har fungert som planlagt. Radarteknologien skulle være en støtte til behandling og pleie ved å registrere respirasjonsfrekvens, om pasienten er i hvile eller i aktivitet. Dette kunne blant annet redusert forstyrrelser av pasientenes søvn, spesielt for de pasientene som må observeres hyppig. En fokusgruppedeltaker nevnte også at et vindu inn til sengerommet kunne også vært en forbedring. Slik sengerommet er utformet, må man gå noen ekstra skritt inn i rommet og se rundt et skap for å få oversikt over hodeenden av sengen.

En fokusgruppedeltaker oppsummerte det nye Akuttbygget slik:

Opplevd standard er fin, mens teknisk standard ikke har vært helt tilfredsstillende

Medvirkning

Ledere og ansatte formidlet at medvirkningen i planleggingsprosessen har vært god, bortsett fra at det ikke hadde vært satt av tilstrekkelig ressurser for involvering av teknisk personell. Videre er erfaringene at det har vært kontinuitet i medvirkningen, men at den også har vært tidkrevende og lang. Spesielt har det vært en utfordring å medvirke under byggefasen, der det var korte frister og mange komponenter og produkter som ikke ble satt i en helhetlig sammenheng.

Andre evalueringer har også pekt på å betydningen av kontinuitet i medvirkningen, å redusere belastningen for ansatte gjennom å frigi tilstrekkelige ressurser, god planlegging av medvirkning, samt opplæring av ansatte. Dette beskrives i evaluering av plan- og byggeprosess i Dagabygget og Evaluering av UNN, A-fløy (2022).

Ansatte og ledere i Akuttbygget har opplevd å bli informert og hørt. I motsetning til medvirkningen i Akuttbygget, har ledelse og ansatte i andre prosjekter erfart å ikke bli tilstrekkelig informert og hørt når det har oppstått endringer eller i forbindelse med beslutninger. Dette er funnet blant annet i evaluering av Nye Kirkenes sykehus 2021.

Evaluering av nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs hospital

Bildene nedenfor er tatt før åpningen av Akuttbygget. De viser rom og areal, farger og utsmykking i bygget.



Figur 5.1 *Nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs Hospital. Bilder er tatt før åpningen av Akuttbygget i 2017. Kilde: Geir Otto Johansen, St. Olavs hospital HF*



Figur 5.2 *Nytt Akuttbygg Østmarka, St. Olavs Hospital. Bildet er tatt før åpningen av Akuttbygget i 2017. Kilde: Geir Otto Johansen, St. Olavs hospital HF*

6. Læringspunkt for nye sykehusprosjekt

Læringspunktene er utarbeidet i et arbeidsmøte 3. april 2024. Arbeidsgruppen besto av prosjektledere, sykehus- og utstyrsplanleggere i Sykehusbygg HF med kunnskap om bygg for psykisk helsevern. Læringspunktene har til hensikt å gi en retning og anbefalinger til nye byggeprosjekt. De bygger på resultatene fra evalueringen av Akuttbygget på Østmarka, og er basert både på det som har fungert godt og det som kan forbedres.

Først presenteres læringspunkt knyttet til areal og funksjonelle løsninger, deretter for medvirkning og erfaringsoverføring.

6.1 Driftsmodell og løsningskonsept

Valg av driftsmodell påvirker utforming og størrelse på enheter. Det anbefales å diskutere driftsmodell og beslutte løsningskonsept i konseptfasen.

Samlokalisering av funksjoner, nærhetsbehov, avstander og felles utnyttelse, oversikt og skjerming vil være tema som diskuteres i forbindelse med valg av driftsmodell og løsningskonsept. Sikkerhet for pasienter og personell, god ressursutnyttelse av areal, personell og utstyr vil inkluderes i vurderingen av løsninger i akuttmottak, sengeområder, poliklinikk, kontorområder eller for lager- og garderobeløsninger.

Generalitet legger til rette for endring i pasientgrupper og fleksibel drift. Akuttbygget har generelle områder, og i sengeområdet gir korridordører mulighet for å regulere størrelsen på sengetun for å ivareta behov for skjerming eller kohortinndeling.

Når det gjelder lager og logistikkonsept, bør det beskrives hva det er behov for å lagre, volum og type lager, noe som igjen gir forutsetninger for forsyning til bygget. I noen byggeprosjekt vurderes behovet for fryseskap/-rom for nedfrysing av bagasje for å unngå innsekter (utøy).

Valg av garderobeløsninger er knyttet til om personalet skal skifte til arbeidstøy, om det skal være personlige kontorer, og til andelen av disse. Tøy kan oppbevares i personlige kontorer, mens en høy andel kontorlandskap medfører behov for flere garderobeplasser/større garderober. Det er derfor viktig at kontorkonsept avklares tidlig i konseptfasen.

- Det anbefales å ferdigstille beskrivelse av delfunksjoner mer detaljert enn det som vanligvis gjøres i dagens Hovedprogram (Konseptfase, steg 2)
- Standardromkatalogen bør videreutvikles for å bli bedre tilpasset og egnet for psykisk helsevern

6.2 Akuttmottak

Det anbefales løsninger som gir nærhet mellom akuttmottak og sengeområde med akutfunksjon. Akuttbygget på Østmarka har horisontal nærhet mellom disse to funksjonsområdene. Dersom dette ikke er mulig, anbefales vertikal nærhet.

I tillegg til hovedinngang og akuttinngang for ambulansetransport, kan det vurderes en egen inngang for (akutt)pasienter som kommer gående. Imidlertid kan dette gi utfordringer i forhold til å kunne holde oversikt over samtlige innganger. Ved Akuttbygget på Østmarka har de løst dette ved å montere en ringeklokke ved ambulanseinngangen for gående pasienter.

For å forhindre utagering ved ankomst, bør størrelse på døråpning i ambulanseinngangen være bred nok til tre personer i bredden.

Direkte adgang fra behandlingsrom til sengetun gjør at pasientene kan forflyttes videre til sengetun (sengerom), og pasientene kan dermed unngå fellesarealene.

Behandlingsrom i tilknytning til mottaksrom (samtalerom) er hensiktsmessig når det er behov for:

- Noe lengre tid til avklaring før beslutning om innleggelse
- Å stabilisere pasienter som er særlig utagerende eller har urolig oppførsel før en eventuell forflytning til et sengetun
- Å frigjøre mottaksareal

Det er en balanse mellom å hindre innsyn til akuttmottak for å skjerme pasienter, og oppnå tilstrekkelig oversikt slik at ansatte kan bistå i akuttmottak ved behov. Som eksempel kan følgende løsninger nevnes:

- Etablere kontor plass i akuttmottak for mottakskoordinator
- Fleksibel løsning som gir skjerming og innsynsmulighet. Skjerming kan være gardiner eller persiener. Det kan også være elektronisk frosting (gradert frosting)

6.3 Sengeområder

Nedenfor gis en presentasjon av løsninger som har betydning for samarbeid og oversikt, samt autonomi og normalitet. I Konseptprogram «Lokaler för psykiatri» (Centrum för vårdens arkitektur, CVA, 2018) vises det til en modell som beskriver lignende løsninger der formålet er å redusere stress hos pasienter.

6.3.1 Samarbeid og oversikt

Det anbefales å velge løsninger som understøtter en samhandlingskultur, fleksibel drift og kontakt mellom ansatte og pasienter. Samarbeid, fellesskap og oversikt kan understøttes av:

- Horisontal nærhet mellom sengetun
- Generelle rom og områder. Mest mulig likt utformede sengetun/-områder sikrer gjenkjennbarhet for de ansatte
- Sambruk av støtteareal/-rom på tvers av sengetun
Nærhet mellom støtteareal og sengetun
- Siktlinjer mellom kolleger og mellom ansatte og pasienter
- Felles områder for pasienter og personell
- Fleksibel skjermings- og innsynsmulighet (gardiner, persiener eller elektronisk gradert frosting)

6.3.2 Autonomi

Det anbefales å velge løsninger som støtter opp under autonomi og uttrykker normalitet. Pasientenes autonomi understøttes av tilgang til uteområder og direkte utgang til gårdshager, mulighet for å bevege seg i korridorer, felles spiserom, mulighet for å låse sengeromsdør og å kunne regulere luft, lys og temperatur.

Utformingen bør underbygge pasientenes ulike behov for «sosialisering» i løpet av et opphold. Fra behovet for å trekke seg tilbake til sengerommet til samvær med andre i fellesareal. Følgende løsninger kan understøtte autonomi:

- Sengerom (flere funksjoner)
- Nisjer i korridor
- Fleksibel bruk av ventesoner
- Mindre og større stuer
- Felles spiserom
- Aktivitetsrom
- Korridorbredde bør legge til rette for bevegelse uten å være konfliktskapende
- Besøksområder som ivaretar konfidensialitet

6.3.3 Normalitet

Pasienten skal forberedes til et normalt liv etter opphold. Det er derfor viktig å utforme bygget slik at det understøtter overgangen til et normalt liv. Samtidig må bygget være tilstrekkelig robust, sikkert og trygt.

I planleggingen bør det tilstrebes en balanse mellom robusthet og rom (områder) som gjenspeiler vanlige boliger. Utsmykning, fargevalg, utsikt og dagslys kan reflektere

normalitet. Samtidig må møbler og inventar ikke kunne brukes som våpen, og antiligatur utforming må ivaretas.

Bygget bør ha fleksible skjermingsmuligheter, for eksempel slik at større og mindre områder i generelle sengetun kan avgrensnes ved hjelp av korridordører. Man bør også vurdere behovet for eget «skjermet»/«intensiv» avsnitt for svært dårlige pasienter.

6.4 Helhet, gjennomprøvede produkter og kvalitet

Det bør være en helhetlig tilnærming i planleggingen av sykehus. Det bør derfor stilles krav til leverandører om at komponenter skal monteres sammen slik at løsninger kan testes og vurderes i sin helhet, f.eks. vask og armatur eller dør, håndtak og låsemekanisme.

I gjennomføringsfasen anbefales det å bygge testrom som er komplett med alle komponenter og utstyr montert. Strøm og vann kan gjerne være koblet til. Materialbruk i gulv, vegg, type glass, malingstype og lyddemping må vurderes.

Erfaringer viser at det kan være en fordel å velge gjennomprøvede produkter, eksempelvis lufteluker og dørlåser.

Det må velges gulvbelegg av god kvalitet som tåler bruken det blir utsatt for. Evalueringen av Akuttbygget på Østmarka viser at gulvbelegg ble slitt og at tregulv ikke bør benyttes der det blir utsatt for fukt, blant annet i serveringsområder, ved vask eller foran utgangsdører. Dersom byggeprosjekter velger å bruke tilsvarende type betonggulv (kunstbetong/terrazzo) som i Akuttbygget, må man påse at det utføres på en slik måte at det ikke oppstår riss og sprekker.

Erfaringer viser også at korridordører i laminat kan være for lite robuste i bygg for psykisk helsevern, aluminium og stål tåler hardere bruk. Som beskrevet over, bør løsninger testes og vurderes i sin helhet og i lys av normalitet.

For å unngå lang nedetid i sengerom og bad, anbefales det å vektlegge robuste løsninger som krever enkelt vedlikehold. For pasientene bør det velges funksjonelle løsninger for eksempel armatur i dusj og servant, samt spyleknapp på toalett. Videre bør det være mulighet for å koble til løs dusjslange i bad. Renhold trenger dusjslanger for å spyle gulv og vegger, og noen pasienter trenger hjelp til å dusje.

Uterom er funksjonsrom som bør funksjonsbeskrives og programmeres på samme nivå som funksjonsrom innomhus. Når det gjelder gårdshager og planter er det viktig med kunnskap om beplantning i forhold til giftighet, allergi og sikkerhet.

6.5 Arbeidsplasser

Det anbefales å kartlegge behovet for arbeidsplasser, herunder type arbeidsplass og behov for stillerom, felles møteplass for personalet og pauseareal. Arbeidsstasjonenes

funksjoner bør planlegges tidlig, og det anbefales å vurdere hvilke oppgaver som bør ha egne areal, herunder behovet for møterom, områder for teamarbeid og for konfidensielt arbeid.

6.6 Medvirkning

Medvirkningsprosessen i Akuttbygget på Østmarka har vært preget av kontinuitet blant ledere og ansatte i klinikken, mens representanter for bygg og teknikk har vært mer sporadisk til stede. Videre ble medvirkningsprosessen erfart som tidkrevende, men oppmerksomheten har likevel vært rettet mot mål, prioriteringer og valg av løsninger som understøtter god pasientbehandling og godt arbeidsmiljø innenfor gitte areal- og økonomiske rammer. Følgende tiltak anbefales i nye sykehusprosjekt:

Ressurser og erfaringsoverføring

- Det bør settes av tilstrekkelig ressurser til medvirkning og legges til rette for at sykehuset frigir nødvendige ressurser
- Kunnskapsgrunnlag, evalueringer av sykehus, standarder og maler (blant annet «Robusthetsmatrise» for psykisk helsevern) må benyttes i planarbeidet. Dette er verktøy som gir kunnskap om løsninger og komponenter, og som kan bidra til å redusere omfanget av medvirkningen
- Medvirkningen bør være forutsigbar
- Vurder behovet for å dele opp medvirkningen i funksjonsgrupper for å redusere sykehusets ressursbruk
- Klargjør roller og oppgavedeling i plan- og byggeprosessen

Kontinuitet

- Sikre kontinuitet i medvirkning fra sykehuset, både fra bygg, teknikk og klinikk. Dette vil bidra til å holde i målene, til prioritering og til konkretisering av løsninger i bygget
- Funksjonsplanlegger(e) bør delta i gjennomføringsfasen i prosjektet for å bidra til kontinuitet mellom faser

Bred involvering

- Spørsmål som stilles i medvirkningsgruppene, bør drøftes blant ansatte i sykehuset/avdelinger før innspill og anbefalinger formidles tilbake til medvirkningsgruppene

