

Evaluering av Nordlandssykehuset Bodø. Poliklinikk-, dag- og sengeområder

Sykehusbygg HF 2023



Evaluering av NLSH Bodø.

Poliklinikk-, dag- og sengeområder.

Sykehusbygg HF 2023

Prosjektinformasjon		
Prosjekt	Type rapport / dokument	Utarbeidet av
Evaluering av NLSH Bodø	Evalueringsrapport	Sykehusbygg HF v/ Unni Dahl, Lilian Leistad

Versjonshistorikk og godkjenning					
Versjon	Dato	Versjonsbeskrivelse	Utarbeidet av	Kontrollert av	Godkjent av
1.0	07.09.2023	Evalueringsrapport NLSH Bodø. Poliklinikk, dag- og sengeområder			Marte Lauvsnes

Forsidefoto: Nordlandssykehuset HF

Innhold

Sammendrag	1
1. Nordlandssykehuset Bodø	8
1.1 Bakgrunn	8
2. Evalueringsoppdraget	10
2.1 Driftsmodell og løsningskonsept	10
2.1.1 Klinisk sentermodell: Horisontalt løsningskonsept	10
2.1.2 Generelle poliklinikk- og dagområder: Samlet på bakkeplan	11
2.1.3 Problemstilling	12
2.2 Data og metode	13
3. Orientering og tilgjengelighet i bygget	15
4. Kirurgisk og Øre-nese-hals-kjeve poliklinikk. Fløy K 1. etasje	16
4.1 Beskrivelse av enheten	16
4.2 Vurdering av utforming og løsninger	19
4.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter	19
4.2.2 Orientering og tilgjengelighet	20
4.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer	21
4.2.4 Konfidensialitet og ro	21
4.2.5 Gangavstander og støtterom	22
4.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver	23
4.3 Hovedfunn og konklusjoner	27
5. Dialyseenhet. Fløy H 3. etasje	29
5.1 Beskrivelse av enheten	29
5.2 Vurdering av utforming og løsninger	31
5.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter	31
5.2.2 Orientering og tilgjengelighet	32
5.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer	32
5.2.4 Konfidensialitet og ro	32
5.2.5 Gangavstander og støtterom	33
5.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver	34
5.3 Hovedfunn og konklusjoner	35
6. Medisinsk dagenhet og poliklinikk. Fløy K 3. etasje	37
6.1 Beskrivelse av enheten	37
6.2 Vurdering av utforming og løsninger	40
6.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter	40
6.2.2 Orientering og tilgjengelighet	41
6.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer	41
6.2.4 Konfidensialitet og ro	42

6.2.5 Gangavstander og støtterom	42
6.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver	43
6.3 Hovedfunn og konklusjoner	45
7. Medisinsk poliklinikk. Fløy K 4. etasje	47
7.1 Beskrivelse av enheten	47
7.2 Vurdering av utforming og løsninger	49
7.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter	49
7.2.2 Orientering og tilgjengelighet	50
7.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer	50
7.2.4 Konfidensialitet og ro	51
7.2.5 Gangavstander og støtterom	51
7.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver	51
7.3 Hovedfunn og konklusjoner	54
8. Medisinsk sengeenhet, Fløy A 4. etasje.....	55
8.1 Beskrivelse av enheten	55
8.2 Vurdering av utforming og løsninger	57
8.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter	57
8.2.2 Orientering og tilgjengelighet	57
8.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer	58
8.2.4 Konfidensialitet og ro	59
8.2.5 Gangavstander og støtterom	59
8.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver	59
8.3 Hovedfunn og konklusjoner	61
9. Barnepoliklinikk. Fløy K 5. etasje.....	63
9.1 Beskrivelse av enheten	63
9.2 Vurdering av utforming og løsninger	65
9.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter	65
9.2.2 Orientering og tilgjengelighet	66
9.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer	67
9.2.4 Konfidensialitet og ro	67
9.2.5 Gangavstander og støtterom	67
9.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver	67
9.3 Hovedfunn og konklusjoner	71
10. Barnemedisinsk sengepost. Fløy B 5. etasje.....	72
10.1 Beskrivelse av enheten	72
10.2 Vurdering av utforming og løsninger	74
10.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter	74
10.2.2 Orientering og tilgjengelighet	75
10.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer	75
10.2.4 Konfidensialitet og ro	75
10.2.5 Gangavstander og støtterom	75
10.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver	76

10.3 Hovedfunn og konklusjoner	79
11. Læring fra evalueringen	80
11.1 Nærhet og samarbeid	80
11.1.1 Horisontal og vertikal nærhet mellom funksjonsområder	80
11.1.2 Generelle poliklinikk- og dagområder på bakkeplan	80
11.2 Fleksibilitet - ressurser og rom	81
11.3 Orientering og tilgjengelighet	82
11.4 Oversikt og observasjon	82
11.5 Gangavstander	83
11.6 Desinfeksjonsrom og endoskopirom	83
11.7 Sengerom	83
11.8 Kapasitet	83

Sammendrag

Nedenfor gis et sammendrag av evalueringen av Nordlandssykehuset (NLSH) Bodø.

Bakgrunn

NLSH Bodø og Sykehusbygg HF avtalte å gjennomføre en evaluering av utvalgte poliklinikk-, dag- og sengeområder i september 2022. Bakgrunnen for evalueringen er at sykehuset har driftsmodeller og løsningskonsept (bygg) som det er interessant for Sykehusbygg HF å undersøke nærmere. Resultatene fra evalueringen benyttes i utvikling av kunnskapsgrunnlagene for poliklinikk-, dag- og sengeområder, og vil derfor være til nytte for sykehusplanlegging og bygging i Norge.

Evalueringen belyser erfaringer med det nye sykehuset etter innflytting og vurderer spesielt bygningsmessig nærhet mellom poliklinikk-, dag- og sengeområder innen samme fagområde. I tillegg er nærhet mellom to poliklinikker fra ulike fagområder inkludert i evalueringen. Evalueringen retter oppmerksomheten mot hvordan utforming og lokalisering legger til rette for arbeidsprosesser og pasientbehandling.

Data og metode

Enhetene som er inkludert i evalueringen av NLSH Bodø er:

- Poliklinikk området i fløy K, 1. etasje (K1): Kirurgisk poliklinikk og øre-nese-hals-kjeve poliklinikk (ØNHK).
- Poliklinikk, dag- og sengeområde i 3. og 4. etasje. Disse er Dialyse i fløy H, 3. etasje (H3), poliklinikk og dagbehandling i fløy K, 3. etasje (K3), poliklinikk i fløy K og sengeområde i fløy A, 4. etasje (K4 og A4).
- Barnepoliklinikken (inkl. dagbehandling), Barnehabilitering i fløy K, 5. etasje (K5) og Barnemedisin i fløy B, 5. etasje (B5).

Evalueringen benytter i hovedsak kvalitative metoder. Data og informasjon er hentet fra befaringsamtaler og intervju. Det er også benyttet tegninger, bilder, dokumenter og litteratur. Videre er data fra Norsk pasientregister og NLSH Bodø brukt for å beregne kapasitetsbehov for noen enheter i sykehuset.

Resultater og konklusjoner

NLSH Bodø har en kombinasjon av to driftsmodeller og løsningskonsept. Den første driftsmodellen er klinisk sentermodell som vektlegger fagområdets samlede behandlingstilbud for poliklinikk-, dag og døgnbehandling. Behandlingstilbudet understøttes av et løsningskonsept som går ut på at poliklinikk-, dagområder for fagområdet fortrinnsvis er lokalisert i samme etasje og med nærhet til sengeområder. Den andre driftsmodellen og tilhørende løsningskonsept er generelle poliklinikk- og dagområder samlet og lokalisert på bakkeplan nær hovedinngang.

Det er korte avstander (korridorer) mellom døgn- og dagbehandling/poliklinikk i alle enheter fra 3. til 5. etasje, mens 1. etasje har nærhet mellom to poliklinikker.

I 1. etasje har sykehuset valgt nærhet mellom poliklinikkene for kirurgi (inkl. ortopedi) og øre-nese-hals-kjeve (ØNHK), mens det er større avstand til sengeområdene i 7. og 9. etasje. Disse sengeområdene er plassert med nærhet til operasjonsområde i 8. etasje.

Dialyseenheten er plassert i fløy H i 3. etasje (H3), mens senger for pasienter med nyresykdommer finnes i fløy A i 4. etasje. Tilsvarende er poliklinikk og dagplasser for fagområdet lungemedisin lokalisert i fløy K i 3. etasje, mens sengeområde er i fløy B i 4. etasje. Transporten mellom etasjene går via trapp eller heis.

Behandlingstilbudet til barn er samlet i 5. etasje med horisontal nærhet mellom poliklinikk, dagområde, habilitering i fløy K og senger i fløy B. Det samme gjelder for fagområdene sykdommer i fordøyelsessystemet, hud og infeksjonsmedisin i 4. etasje.

1. Nærhet og samarbeid

I evalueringen kommer det fram at behovet og ønsket om samarbeid varierer. Noen fagområder har behov for korte avstander for å legge til rette for samarbeid mellom funksjonsområdene. Andre fagområder prioriterer samlokalisering av poliklinikker og nærhet til hovedinngang. Sistnevnte understøtter sambruk av rom og kort avstand fra inngang til behandlingsområdet for en stor gruppe pasienter.

Videre vil områder med en samling generelle poliklinikker legge til rette for framtidig vekst og reduksjon av fagområdene og være fleksibel for framtidige endringsbehov.

2. Klinisk sentermodell og horisontal nærhet

I NLSH Bodø understøttes den kliniske sentermodellen (fagområdets samlede tilbud) ved horisontal nærhet mellom poliklinikk, dag- og sengeområder. For fagområdene som er inkludert i evalueringen, er horisontal nærhet realisert i 4. og 5. etasje i fløyene K og A/B. Dette samler det medisinske tilbudet for sykdommer i fordøyelsessystemet og tilbudet til barn gjennom korte avstander mellom fløy K (poliklinikk) og A/B (sengeområde).

Evalueringen viser at horisontal nærhet mellom funksjonsområder legger til rette for samarbeid på tvers innen fagområder (fleksibilitet mht. ressursbruk; både personell og rom). Når det gjelder nærhet og samarbeid, bør det understrekes at samarbeid ikke oppnås av bygget alene, men må understøttes av tilpasset drift og organisering av virksomheten (driftsmodell). Dette kommer tydelig fram i behandlingstilbudet til barn. For barn har sykehuset valgt felles ledelse, ressursbruk av personell på tvers av dag-, poliklinikk- og døgntilbud, samt fleksibel bruk av rom.

Innen fagområdet sykdommer i fordøyelsessystemet utnyttes også den horisontale nærheten til å styrke samarbeid og kommunikasjon mellom døgntilbud og poliklinikk. Pasienter kan enkelt flyttes mellom de to enhetene etter behov, og leger veksler mellom poliklinikk- og sengeområde. Sykepleiere/pleiepersonell jobber imidlertid ikke på tvers av poliklinikk og sengeområde.

Når utvalgte fagområder får horisontalt nærhet mellom funksjonsområder, kan konsekvensen bli vertikal nærhet for andre. Funksjonsområdene plasseres under hverandre fordi de enten er små og må plasseres der det er ledig areal, eventuelt kan områdene være så store at de trenger mer enn en etasje. Evalueringen fant at noen fagområder i sykehuset har vertikal nærhet mellom

poliklinikk, dag- og sengeområder. Blant de større områdene gjelder dette for nyresykdommer som har dialyseplasser i 3. etasje (fløy H) og sengerom i 4. etasje (fløy A).

Når det gjelder vertikal nærhet mellom funksjoner, legger også denne løsningen til rette for samarbeid, men resultatene fra evalueringen kan forstås slik at én etasje mellom poliklinikk-/dag- og sengeområde skaper en viss barriere. I tillegg er det slik at dersom samarbeid mellom enhetene skal realiseres, må det være behov og ønske om dette. Som påpekt, kan ikke bygget alene skape samarbeid.

Horisontal og vertikal nærhet mellom poliklinikk, dag- og sengeområder fører til at pasienter må lenger inn i sykehuset enn ved en større generell poliklinikk nær hovedinngang. Sammenlignet med poliklinikker med nærhet til hovedinngang, vil sengeområder og poliklinikker som plasseres over flere etasjer i sykehuset, kreve større heiskapasitet. I evalueringen er det ikke framkommet problemer med heiskapasitet i NLSH Bodø.

Ut fra smittevernperspektiv, anbefales det at man unngår plassering av store poliklinikker langt inn i bygget eller opp i etasjene (Byggveileder for smittevern, Sykehusbygg HF 2018). I NLSH Bodø er det imidlertid forholdsvis kort avstand fra hovedinngang til heis i fløy K og videre opp til ekspedisjoner i poliklinikk- og dagområder.

3. Generell poliklinikk og dagområde samlet på bakkeplan

Behovet for samarbeid mellom poliklinikk, dag- og døgnbehandling varierer for de ulike fagområdene. I tilfeller der samarbeidsbehovet mellom poliklinikk, dag- og døgnbehandling ikke er sentralt, kan man plassere flere fag i et større poliklinikkområde. På den måten kan fagområdene benytte felles rom slik som desinfeksjonsrom, møterom og lager, og i tillegg utnytte generelle undersøkelses- og behandlingsrom (UB-rom). I NLSH Bodø er poliklinikk for fagområdene kirurgi (inkl. ortopedi) og øre-nese-hals-kjeve samlokalisert i 1. etasje nær hovedinngangen. Poliklinikkene er organisert i to enheter.

Evalueringen viser at arbeid på tvers av fagområder i større poliklinikkområder framstår som en utfordring. Personalet er vanligvis knyttet til én poliklinikk og ett fagområde. Dette begrunnes med at fagområdenes spesialisering gjør det utfordrende å kombinere flere fag. Poliklinikkene har imidlertid felles støtterom, som desinfeksjonsrom og kan bruke generelle UB-rom og/eller operasjonsstuer på tvers ved behov. I daglig drift kan det likevel være utfordrende å bruke UB-rom på tvers på grunn av ulikt utstyrsbehov. For eksempel benytter ØNH en ØNH-unit (enhet), mens fagområdet kirurgi har behov for benk.

4. Fleksibilitet: Ressurser og rom

Utviklingen framover vil sannsynligvis føre til at enkelte fagområder vil øke dagbehandling, poliklinikk-konsultasjoner og/eller antall innlagte, mens andre antas å redusere aktiviteten. For de fagområdene som kommer til å øke mest, kan tilstrekkelig fleksibilitet for å øke kapasiteten over tid, bli den største utfordringen. Større og sammenhengende poliklinikk- og dagområder vil sannsynligvis gi mulighet for vekst og reduksjon i poliklinisk aktivitet i fagområdene uten store ombygginger.

NLSH Bodø framstår som et fleksibelt bygg for vekst og reduksjon av fagområder. NLSH Bodø har flere løsningsmodeller. Sykehuset har et poliklinikkbygg (fløy K) som er en samling av

poliklinikkområder i flere etasjer. En generell poliklinikk er plassert i 1. etasje (bakkeplan). I tillegg har fløy K nærhet til et sengebygg (fløy A/B) med sengeområder i flere etasjer. Nærhet mellom poliklinikkbygg og sengebygg gir muligheter for horisontal og/eller vertikal nærhet mellom funksjonsområder. Fløy K gir også mulighet for å samle poliklinikker i et bygg uavhengig av plasseringen av sengeområder. Videre har både poliklinikkene og sengeområdene mange generelle rom. Dette er vesentlig for å tilrettelegge for at fagområder kan flytte mellom poliklinikk- og sengeområder etter behov.

Behovet for UB-rom i sykehus har økt, mens behovet for sengerom er blitt redusert. Mindre døgnbehandling og mer poliklinisk behandling er en ønsket helsepolitisk utvikling. Dersom behovet for UB-rom i poliklinikk i NLSH Bodø øker over tid, kan UB-rom som benyttes til kontorplasser, tas i bruk. Dette vil imidlertid skape behov for å etablere nye arbeidsplasser i sykehuset. En annen mulighet er å øke åpningstiden eller endre sengerom til UB-rom. Sistnevnte forutsetter at det er ledig sengeromskapasitet.

Evalueringen viser at noen kontor benyttes om UB-rom. Kontor som ikke har håndvask, er ikke egnet for pasientbehandling. Kontor med håndvask, og som er plassert i poliklinikkområder, gir større fleksibilitet for endring til UB-rom.

Evalueringen viser også at rehabilitering av bygg, som fløy A/B i NLSH Bodø, begrenser fleksibilitet for endringer, dvs. mulighet for utforming i takt med ny kunnskap og trender.

5. Orientering og tilgjengelighet

Evalueringen viser at den åpne resepsjon, som er godt synlig fra hovedinngangen, fargekoding i resepsjon og i ekspedisjoner i poliklinikker understøtter orientering og veifinning. I tillegg er figurer og tegninger ved innganger til behandlingsområder godt egnet for barn.

Tilgjengelige innsjekkingsautomater, informasjonsskjermer, skilting, ledelinjer (fargekodet), samt venteplasser i resepsjonsområdet, som i NLSH Bodø, bidrar til å vise vei inn i sykehuset, til heis og trapper, poliklinikker, sengeområder osv.

Det er tilgjengelige venteplasser i poliklinikkene i fløy K i 1. etasje, samt i 3., 4. og 5. etasje. Det er både ytre og indre venteplasser for pasienter og besøkende.

6. Oversikt

Ekspedisjonene i poliklinikkene i fløy K i 1. samt i 3. og 4. etasje har åpen skranke mot indre venteseone og behandlingsområde. Dette legger godt til rette for tilgjengelighet og oversikt. Ekspedisjonene har også lukkede arbeidsplasser som gir mulighet for konsentrasjonsarbeid og skjerming. Den åpne delen av ekspedisjonene er imidlertid plassert for nær inngangsdør til poliklinikken. Plasseringen er u hensiktsmessig fordi den gir kald trekk og støy fra inngangsdør.

I NLSH Bodø er det både åpne og lukkede arbeidsstasjoner. En skranke eller åpen del av arbeidsstasjonen som er trukket fram mot korridor, legger til rette for mottak av pasienter og besøkende, og gir oversikt over korridor. En lukket del av arbeidsstasjonen gir mulighet for konsentrasjonsarbeid og hindrer at samtaler mellom helsepersonell overhøres av andre. En kombinasjon av lukket og åpen arbeidsstasjon finnes i flere sykehus.

I sengeområder med dobbeltkorridor gir en åpen arbeidsstasjon i midtkjernen, mulighet for oversikt over området. Arbeidsstasjonen i fløy A i 4. etasje har en slik utforming. Det er imidlertid utfordrende for pleiepersonell å få oversikt fordi pasientene i A4 ikke plasseres i grupper med nærhet til en arbeidsstasjon. Pasientene plasseres der det er ledig seng/rom. Det betyr at en sykepleier kan ha ansvar for en gruppe pasienter som har sengeplassene spredt i enheten. Dersom man isteden velger en sengetunmodell med tilhørende organisering, som opprinnelig planlagt, vil dette sannsynligvis legge til rette for bedre oversikt over kollegaer og pasienter.

Overvåkningssystem i Barnemedisinsk sengepost (B5) og innsyn via vindu mellom arbeidsstasjon og to intermediærrom gir god oversikt.

De fleste dagområdene i NLSH Bodø har flere behandlingsplasser per rom. Arbeidsplasser i behandlingsrom og/eller i tilgrensende rom med vindu eller glass i dør og vegger tilrettelegger for oversikt over pasienter og kollegaer.

7. Gangavstander

De fleste pasienter i NLSH Bodø har akseptable avstander fra hovedinngang til behandlingsområder i 1. til 5. etasje. Heis og trappeområde er plassert nær resepsjon i 1. etasje og nær ekspedisjoner og ventesoner i etasjene.

Stoler utenfor UB-rom gir pasienter mulighet til å vente nært behandlingsrom, noe som er viktig for pasienter som har problemer med å gå lange avstander. Utfordringen med plasseringen av stoler i korridor, er å unngå at samtaler overhøres fra nærmeste UB-rom.

Det er også akseptable avstander for ansatte til rom og områder som brukes hyppig, samt til samarbeidende funksjoner og enheter. Det er dobbeltkorridor i alle enhetene som er inkludert i evalueringen, unntatt i H3 (dialyse) og K5 (Barnepoliklinikk).

Enheter med dobbeltkorridor som har gjennomgang i støtterom (i midtkjernen) til begge korridorer, samt tverrkorridorer, er mer kompakte og har kortere gangavstander sammenlignet med enheter med enkeltkorridor. Utfordringer med dobbeltkorridorløsninger, er at rom i midtkjernen mangler dagslys, og det kan være vanskelig å få tilstrekkelig oversikt.

8. Sentrale rom i poliklinikk-, dag- og sengeområder

UB-rom

NLSH Bodø har mange generelle UB-rom. Generelle rom tilrettelegger for fleksibel bruk mellom fagområder. Standardromkatalogen (Sykehusbygg HF 2021) anbefaler at UB-rommene bør være minst 16 m². I praksis kan mindre rom også fungere for enkle konsultasjoner som krever arbeidsplass, besøks plass, benk og vask. Utfordringen knyttet til de minste rommene i sykehuset på rundt 12 m², er fleksibel bruk dersom andre fagområder trenger større plass og en annen utforming.

En annen utfordring oppstår dersom UB-rom også benyttes som kontor plass. Dette medfører redusert kapasitet til å gjennomføre konsultasjoner.

Dagplasser

Dialyseenheten har saler med 4 – 6 behandlingsplasser. To av salene har ca. 8 m² per plass, mens Standardromkatalogen anbefaler 10 m². I tillegg har enheten et enerom og et isolat, som tilrettelegger for skjerming og smittevern. Pasienter som har behov for dialyse kan ikke utsette behandlingen dersom de har smitte, og derfor anbefaler ansatte i dialyseenheten to enerom og to isolat.

I fløy K i 3. etasje er det fire behandlingsrom planlagt med 3 plasser/senger i hvert rom. Arealet som er på ca. 8 m² per dagbehandlingsplass, er noe mindre enn anbefalingene (12 m²). Det er også verdt å merke seg at rommenes utforming har betydning for egnethet, og at i dagens sykehus varierer arealet per plass fra 8 til 16 m².

Behandlingsrom der flere pasienter er samlet, kan utfordre overholdelse av taushetsplikten, men både Dialyseenheten (H3) og medisinsk poliklinikk (K4) har tilgjengelige rom for samtaler med pasient eller pårørende i enerom. I Barnepoliklinikkens dagbehandlingsrom (K5) for to pasienter er ofte pårørende til stede sammen med barn. Ansatte har arbeidsplass i rommet og opplever at det er utfordrende å ivareta taushetsplikten når flere er til stede. I praksis benyttes derfor rommet vanligvis for én pasient.

Desinfeksjonsrom

Arealbehovet i desinfeksjonsrom varierer mellom fagområdene. I poliklinikkene i fløy K i 3. og 4. etasje er desinfeksjonsrom 12 m², i 1. etasje er desinfeksjonsrommet 13 m², mens i de øvrige enhetene i evalueringen er rommene noe mindre. Standardromkatalogen anbefaler at desinfeksjonsrom bør være 12 m² og ha en bredde på minst 2,4 m² for å kunne atskille ren og uren sone. Ifølge Standardromkatalogen krever desinfeksjonsrom for endoskop noe større areal enn vanlige desinfeksjonsrom.

Videre anbefaler Sykehusbygg HF og Byggveileder for smittevern en todelt løsning. Dette omfatter et desinfeksjonsrom for urent med gjennomgående dekontaminator til et lager for oppbevaring av rent utstyr (vaskevannsfat, bekken mm). Denne løsningen reduserer risiko for krysskontaminering (smittespredning mellom uren og ren side). NLSH Bodø har ikke denne løsningen.

Evalueringen viser at i fløy K i 1. etasje er det lang avstand mellom endoskopirom og desinfeksjonsrom. Fløy K i 4. etasje har en bedre løsning. Der er to desinfeksjonsrom plassert imellom fire endoskopirom slik at det blir direkte tilgang fra hvert endoskopirom til desinfeksjonsrom. På denne måten unngår ansatte å gå ut i korridor med urent utstyr.

Hvert desinfeksjonsrom i K4 har tre dører. Det bør bemerkes at rom med mange dører mister funksjonalitet. Dører øker arealbehov fordi man trenger større gangareal, mister veggareal til inventar og vil øke risiko for forstyrrelser og ikke-planlagt innsyn.

Endoskopirom

Standardromkatalogen anbefaler at arealet i endoskopirom er 25-30 m². I poliklinikkene som er inkludert, varierer størrelsen, og de fleste rommene er mindre enn anbefalt. Som for andre rom, har rommets form betydning for egnethet, og samtidig vil type endoskopi påvirke arealbehovet.

Det kan være behov for observasjonsplass knyttet til endoskopiske prosedyrer, spesielt dersom pasienter får beroligende medikamenter. I fløy K i 4. etasje etterlyses en observasjonsplass knyttet til fagområdet for fordøyelsessykdommer.

Sengerom

Sengeområdet for barn (B5) har ensengsrom med eget bad, mens det i hovedsak er tosenngsrom for voksne i sengeområdet A4. Evalueringsresultatene er i samsvar med forskningsstudier som viser at sammenlignet med flersengsrom, gir ensengsrom mer ro, bedre søvn og tilrettelegger for konfidensialitet og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. I tillegg anbefales ensengsrom med eget bad på grunn av risiko for smitte mellom pasienter i flersengsrom og i felles bad.

9. Kapasitet

I denne evalueringen er det flere enheter som gir tilbakemelding om at fagområdet mangler UB-rom og kontor og/eller arbeidsplasser i enhetene.

Det er gjort en kapasitetsberegning av behovet for UB-rom i kirurgisk (inkl. ortopedi) og øre-nese-hals-kjeve poliklinikk (K1), behandlingsplasser i Dialyseenheten (H3) og for generelle UB-rom og dagplasser, samt senger i henholdsvis poliklinikk (K5) og sengeområdet for barn (B5).

Beregningene tyder på at K1 har tilstrekkelig kapasitet i 2022, men mer poliklinisk aktivitet kan medføre økt behov for UB-rom. Videre viser beregningene at Dialyseenheten (H3) har bra kapasitet i nærmeste framtid (2025), og det samme gjelder for Barnemedisinsk sengepost (B5) forutsatt samme pasientgrunnlag som i 2019. Når det gjelder Barnepoliklinikk (K5), tyder tilbakemeldinger og beregninger på at det er for lite tilgjengelige generelle UB-rom, og det kan bli mangel på dagplasser. På evalueringstidpunktet var det ikke ledig areal i poliklinikken.

1. Nordlandssykehuset Bodø

1.1 Bakgrunn

Nordland Fylkesting behandlet «Nordland Sentralsykehus strategisk utviklingsplan» i 1997 og 1998. Planen ble lagt til grunn for videre utvikling og planlegging¹. Utviklingsplanen anbefalte å organisere sykehuset etter en klinisk sentermodell. Denne driftsmodellen ble styrende for utformingen av bygningsmassen. Idéen var at aktiviteten som har med den samme pasientgruppen å gjøre, skulle foregå så samlet som det er fysisk mulig å få til, slik at sengeområder, dagbehandling og administrative kontorer samles i en etasje («Medicinal-Indretningen», Nordlandssykehusets historie. 2021).

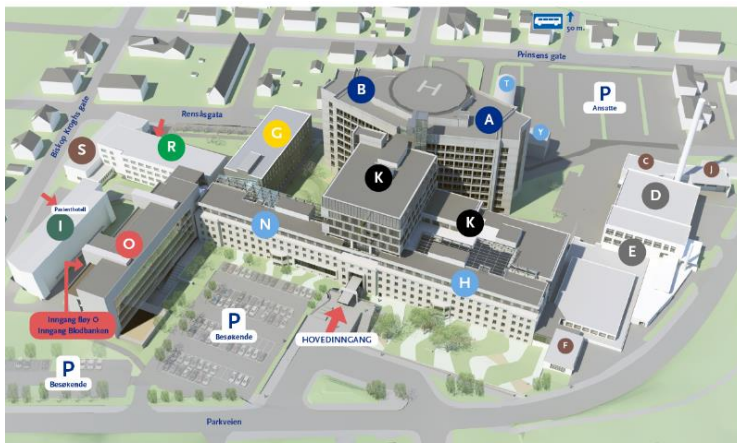
Det første Hovedfunksjonsprogrammet for Nordlandssykehuset (NLSH) Bodø ble framlagt i 2001. Det var erkjent at bygningsmassen var gammel og uhensiktsmessig. Poliklinikker og døgnområder innen fagområdene var spredt på mange fløyer i sykehuset uten klar struktur. Det var vanskelig å finne fram, og logistikken var tungvint. Det var et ønske om å samle poliklinikk, dag- og døgnbehandling slik at det nye sykehuset skulle baseres på en klinikkstruktur der klinikkens poliklinikker og senger plasseres i samme etasje. Begrunnelsen for dette var at strukturen skulle legge til rette for god kontakt og kunnskapsoverføring mellom personalet som daglig arbeider i poliklinikkene og de som har sitt arbeid i sengeområdene.

Tyngdepunktet for utbyggingen skulle være eksisterende høyblokk (AB) og tilbygg til denne. Fra byggestart i 2004 fram til 2021, ble det bygget nytt laboratoriebygg, pasienthotell og nytt sentrallager. Gamle fløy K ble revet. Det ble bygd ny fløy K som stod ferdig i 2014. Med fløyene H, K, N og G ferdigstilt, åpnet sykehusets nye hovedinngang i sør i september 2016. Fløy A stod ferdig rehabilitert i juni 2018 og fløy B vinteren 2020². Det ble bygd ny akuttheis og nytt helikopterdekk på taket, som åpnet i september 2021. Unntatt pasienthotell, men inklusive nytt kontorbygg utgjør dette 72.770 kvadratmeter nybygg, utvidelser og ombygginger.

I «Medicinal-Indretningen» beskrives erfaringer med å drifte sykehus over mange år på en byggeplass. Det nye sykehuset ble bygd over, rundt og inni det gamle, mens det var i full drift. Det oppsto uventede situasjoner underveis. Et eksempel er at det oppsto vannlekkasje under arbeidet med fløy H. Da fløy A og B skulle renoveres, ble først fløy A på den ene siden ferdigstilt. Etter innflytting i fløy A, startet arbeidet med den andre halvdelen, fløy B. Fløyene A og B ble bygd ut i hver ende, og gamle tresengsrom ble gjort om til ensengs- eller tosenngsrom. Ombyggingen medførte mye støy og utfordringer både for pasienter og ansatte.

¹ Ferdigmelding, Byggetrinn 2 - fase 2

² Helse Nord Styresak 154-2021. 24.11.21



Figur 1.1 Oversikt over bygninger og innganger i NSLH Bodø. Kilde: Nordlandssykehuset.no

I NSLH Bodø ble den kliniske sentermodellen primært realisert ved at sengeområdene ligger i A og B fløy, mens operasjon, dagkirurgi og poliklinikker er i fløy K. Dagbehandling og andre pasientnære støttefunksjoner ligger i hovedsak i H og N.

På grunn av at sykehuset består av ny og gammel bygningsmasse, kunne ikke prinsippet om horisontal bygningsmessig løsning realiseres for alle fagområder. I 2007 ble det utført en revisjon av SINTEF Helse som anbefalte å gå fra en «ren klinikkstruktur» til en «tilpasset klinikkstruktur». Det ble da tatt hensyn til andre nærhetsprinsipp mellom funksjoner. Dette medførte at kirurgisk poliklinikk, inkludert ortopedi, og øre-nese-hals-kjeve (ØNHNK) inkludert Hørselsentral ble plassert i 1. etasje på samme plan med nærhet til akuttmottaket og hovedinngang. Denne plasseringen understøttes av SINTEF rapport «Kvalitetssikring av utbyggingsprosjekt (2005), som viste til at kirurgisk/ortopedisk poliklinikk hadde høyest antall konsultasjoner, og at ortopedisk poliklinikk hadde størst andel pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp³.

Bakgrunnen for NLSH Bodø er mer utfyllende beskrevet i «Ferdigmelding, Byggetrinn 2 - fase 2».

³ [Microsoft Word - 050426 mla Sluttrapport_v10.doc \(sintef.no\)](#)

2. Evalueringsoppdraget

Sykehusbygg HF har avtalt med NLSH Bodø å gjennomføre en evaluering av organisering og plassering av poliklinikk, dag- og sengeområder for utvalgte fagområder. Dette fordi sykehuset har to ulike driftsmodeller og løsningskonsept for poliklinikker som er interessant å undersøke. I denne evalueringen vektlegges klinisk sentermodell. Resultatene skal blant annet benyttes i utarbeidelse av kunnskapsgrunnlag for «Planlegging av poliklinikk- og dagområder»⁴. Det ble avtalt å gjennomføre en befaring og evaluering av NLSH Bodø i september 2022⁵.

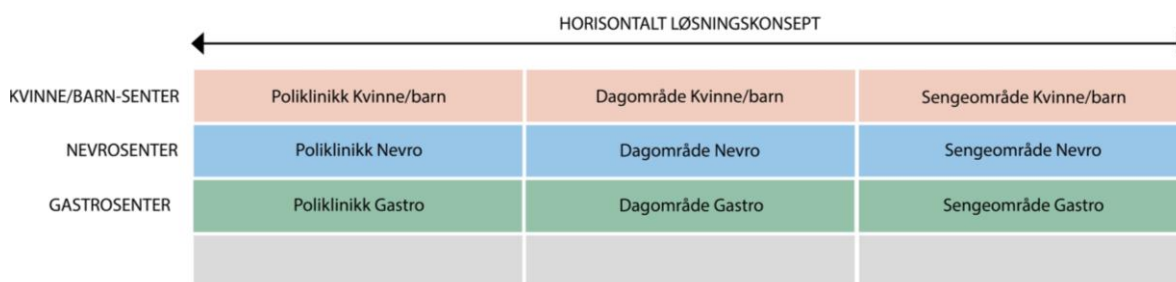
Nedenfor gis en beskrivelsen av driftsmodeller og løsningskonsept som inkludert i evalueringen av NLSH Bodø.

2.1 Driftsmodell og løsningskonsept

I sykehusplanlegging og i kunnskapsgrunnlaget «Planlegging av poliklinikk og dagområder» benyttes begrepene driftsmodell og løsningskonsepter. En driftsmodell beskriver hvordan ulike funksjoner (poliklinikk, sengeområder etc.) skal organiseres og driftes i sykehuset. Driftsmodellen har betydning for hvordan bygget utformes. Byggets utforming, den fysiske løsningen, kalles løsningskonsept og skal understøtte den valgte driftsmodellen.

2.1.1 Klinisk sentermodell: Horisontalt løsningskonsept

NLSH Bodø har, for utvalgte fagområder, valgt en klinisk sentermodell som driftsmodell. Den kliniske sentermodellen vektlegger fagområdets samlede behandlingstilbud for funksjonsområdene poliklinikk, dagbehandling og døgnopphold. For å understøtte den kliniske sentermodellen, har sykehuset et horisontalt løsningskonsept (bygg). Det betyr at poliklinikk- og dagområder for fagområdet fortrinnsvis er lokalisert i samme etasje og med nærhet til sengeområdet. I figuren nedenfor skisseres horisontalt løsningskonsept.



Figur 2.1 Illustrasjon av horisontalt løsningskonsept for klinisk sentermodell. Kilde: Sykehusbygg HF

Horisontal nærhet med «alt på ett plan», gir korte gang- og transportavstander mellom funksjonsområder. Dette legger til rette for samarbeid og er spesielt hensiktsmessig dersom det er få legerressurser, andre spesialister og/eller ansatte. Nærheten mellom fagområdenes

⁴ Under arbeid. Sykehusbygg HF, juni 2023

⁵ Epost 19.08.2022

poliklinikk-, dag- og sengeområder betyr imidlertid at noen pasientgrupper må gå eller transporteres lenger inn i sykehuset for å komme til poliklinikk og dagbehandling. Når flere fagområder med ulik størrelse skal plasseres i tilgjengelig areal i en etasje, og ressursene skal utnyttes, kan det bli vanskelig å oppnå horisontal nærhet for alle. En konsekvens av en klinisk sentermodell med horisontalt løsningskonsept, kan være at enkelte fagområder plasseres under hverandre i etasjene. Fagområdet får da vertikal nærhet mellom funksjonsområdene. Forklaringen er at noen fagområder er store, og funksjonsområdene blir derfor fordelt mellom etasjene. De mindre fagområdene kan også bli lokalisert i flere etasjer dersom de fordeles der det er ledig areal i sengeområder og/eller poliklinikk.

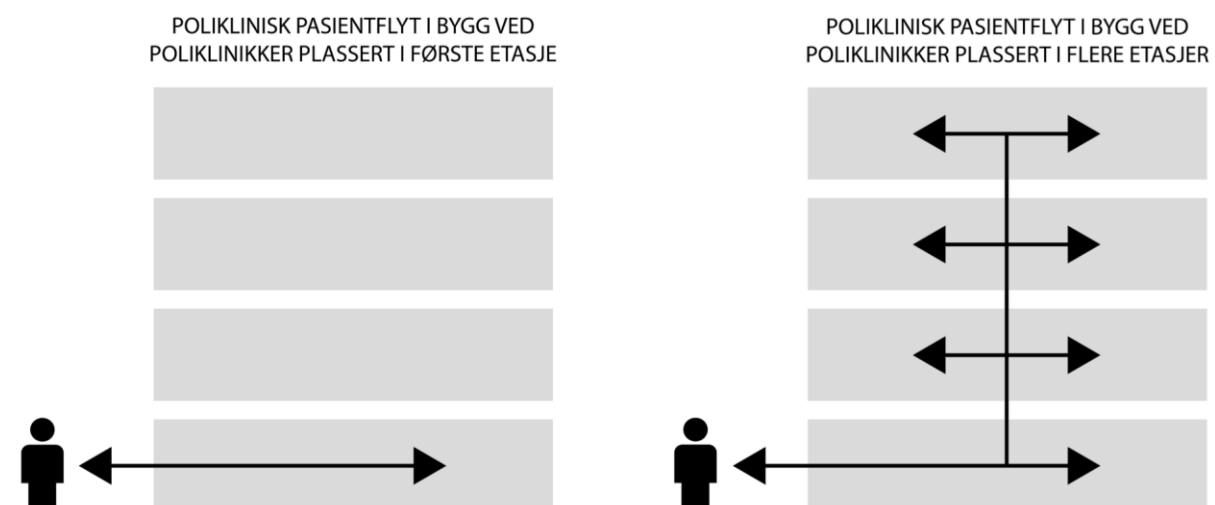
I denne evalueringen er klinisk sentermodell med tilhørende løsningskonsept vurdert i 3. 4. og 5. etasje i fløy K og i 4. og 5. etasje i fløy A og B. I tillegg er fløy H i 3. etasje inkludert.

2.1.2 Generelle poliklinikk- og dagområder: Samlet på bakkeplan

NLSH Bodø har også valgt en annen driftsmodell med tilhørende løsningskonsept. Det er generelle poliklinikk- og dagområder atskilt fra sengeområder. I denne modellen har ikke poliklinisk virksomhet og behandling av innlagte et sterkt nærhetsbehov. Driftsmodellen prioriterer i stedet nærhet mellom poliklinikkområder, uavhengig av fagområder, samt generalitet.

I en slik driftsmodell og løsningskonsept ønsker man å samle fagområdene i et felles poliklinikkområde for å oppnå god ressursutnyttelse av personell, rom og utstyr. Undersøkelser og behandlingsrom (UB-rom) planlegges generelle og standardiserte for å tilrettelegge for sambruk mellom fagområder, samt for framtidig fleksibilitet. Den tidligere nevnte rapporten fra SINTEF (2005) i forbindelse med planlegging av NLSH Bodø, framhever at vektlegging av mer generelle og sammenhengende områder for poliklinikk- og dagområder vil kunne gi større grad av fleksibilitet for endringer i etterspørsel.

Figuren nedenfor illustrerer hvordan pasienter beveger seg til poliklinikker i to ulike bygg. Til venstre vises løsningskonsept for generelle poliklinikker plassert i første etasje. Til høyre presenteres løsningskonsept der poliklinikker er plassert i flere etasjer.



Figur 2.2 Illustrasjon av pasientflytt i bygg med poliklinikker i første etasje og i bygg med poliklinikker plassert i flere etasjer. Kilde: Sykehusbygg HF

Generelt kan man si at i større sykehus med høy poliklinisk aktivitet, vil lokalisering av poliklinikk- og dagområder nær inngang hindre gjennomgangstrafikk og at et stort antall personer beveger seg videre inn i sykehuset. Denne plasseringen vil redusere behovet for heis og kan redusere risiko for smittespredning inn i sykehuset.

For å løse driftsmodell «Generelle poliklinikk- og dagområder» har NLSH Bodø valgt å samle fagområdene kirurgi, ortopedi og øre-nese-hals- kjeve (ØNHK) nær hovedinngang på bakkeplan. Poliklinikkene er plassert i første etasje i fløy K. Senger for kirurgi, ortopedi og ØNHK er plassert i hhv. 7. og 9. etasje med nærhet til operasjon i 8. etasje.

2.1.3 Problemstilling

Den overordnede problemstillingen i denne evalueringen er å undersøke hvordan nærhet mellom poliklinikk, dag- og sengeområder, en klinisk sentermodell, tilrettelegger for arbeidsoppgaver og pasientbehandling i NSLH Bodø. Evalueringen vil også undersøke og sammenligne sentermodellen med et generelt poliklinikk- og dagområde i sykehuset.

Evalueringsrapporten vil belyse og vurdere:

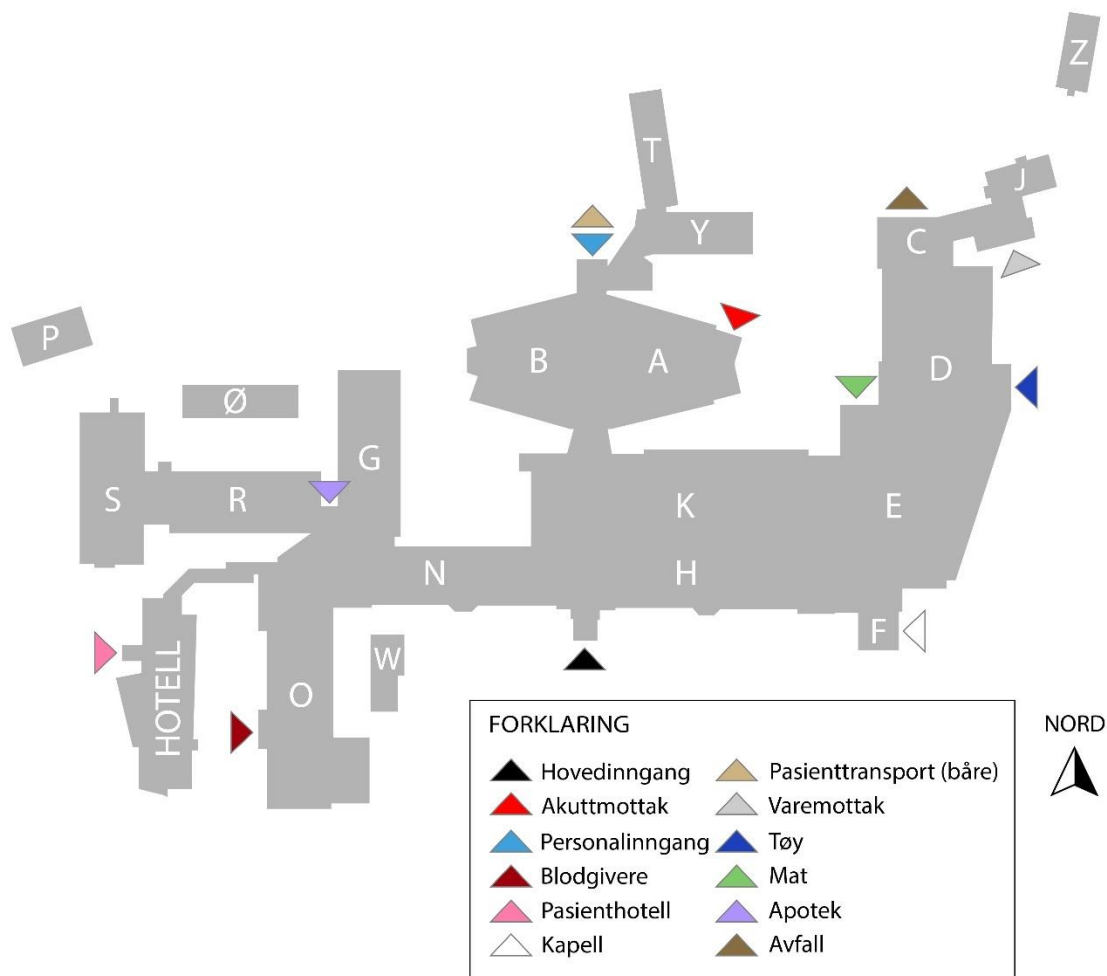
- Pasientbehandling på tvers av funksjoner (poliklinikk-, dag- og sengeområder)
- Samarbeid mellom personell
- Sambruk og fleksibel bruk av rom
- Tilrettelegging for framtidig reduksjon eller økning i fagområders behov for poliklinikk, dagbehandling og/eller senger.

Videre vurderes også poliklinikk, dag- og sengeområdenes utforming og løsninger; herunder oversikt, gangavstander, tilrettelegging for konfidensialitet i tillegg til romløsninger.

Enhetene som inngår i evalueringen av NLSH Bodø er:

- Poliklinikkområdet i fløy K, 1. etasje (K1): kirurgisk (inkl. ortopedisk) poliklinikk og øre-nese-hals-kjeve (ØNHK).
- Poliklinikk, dag- og sengeområder i 3. og 4. etasje. Disse er Dialyse i fløy H, 3. etasje (H3), poliklinikk og dagbehandling i fløy K, 3. etasje (K3), poliklinikk i fløy K og sengeområde i fløy A, 4. etasje (K4 og A4).
- Barnepoliklinikken (inkl. dagbehandling), Barnehabilitering i fløy K, 5. etasje (K5) og Barnemedisin i fløy B, 5. etasje (B5).

Figuren nedenfor gir en oversikt over bygninger/fløyer og innganger i NSLH Bodø.



Figur 2.3 Oversikt over bygninger og innganger i NSLH Bodø. Kilde: Nordlandssykehuset.no. Bearbeidet av Sykehusbygg HF.

Hovedinngangen er plassert i sør mellom bygg/fløy H og N. Fløyene som er inngår i evalueringen (H, K, A og B) er plassert nær hverandre.

2.2 Data og metode

Før befaring i september gjennomgikk Sykehusbygg HF tegninger av NLSH Bodø.

Sju personer fra Sykehusbygg HF deltok på befaring og møter med NLSH Bodø 22. og 23.09.2022. Innledningsvis ble det gitt en presentasjon av sykehuset. Den etterfølgende befaringen inkluderte samtaler med ledelse og ansatte, samt bildetaking.

Befaring og samtaler ble gjennomført slik:

- Medisinsk poliklinikk, dialyse, dag- og sengeområde (K3, H3, K4 og A4) 22.09.2022
- Befaring i Barneklubben, poliklinikk, dag- og sengeområde (K5 og B5) 22.09.2022
- Befaring i ØNH-kjeve, kirurgi og ortopedi (K1) 23.09.2022
- Samtale med enhetsledere fra medisin og Barneklubben 22.09.2022

Evaluering av Nordlandssykehuset Bodø. Poliklinikk-, dag- og sengeområder versjon 1.0

- Samtale med enhetsledere fra ØNH, kirurgi og ortopedi 23.09.2022
- Fokusgruppeintervju 22. og 23.09.2022 (seksjonsledere, sykepleiere, leger og sekretærer)

Fokusgruppeintervju med ansatte fra Barneklubben ble gjennomført 22.09.2022, deretter med ansatte fra medisin (ikke H3) og til slutt fra ØNH-kjeve, kirurgi og ortopedi 23.09.2022. Intervjuene ble tatt opp på bånd.

Arbeidsgruppen som utarbeider kunnskapsgrunnlag for «Planlegging av poliklinikk og dagområder» har drøftet enhetenes egnethet i to møter (18. og 19.10.2022).

For å vurdere de enkelte enhetenes egnethet for pasientbehandling og arbeidsoppgaver, er det også benyttet et eget skjema (Funksjonell egnethet). Vurdering av funksjonell egnethet er gjort av fire sykehusplanleggere i Sykehusbygg HF. Det er benyttet dokumenter og tegninger av sykehuset, gjennomført befaring og samtaler med ansatte og ledere. Vurderingene er basert på veiledere, anbefalinger (inkl. standardiseringer), rapporter, evalueringsresultater fra andre sykehus, forskning mm.

I dette evalueringsoppdraget er data fra Norsk pasientregister (NPR) og fra NLSH Bodø benyttet til kapasitetsberegninger for noen av de evaluerte enhetene. Kapasitetsberegninger er gjennomført for kirurgisk- (inkl. ortopedi) og øre-nese-hals-kjeve poliklinikk, Dialyseenheten og Barnepoliklinikk og -sengepost. Det har vært utfordringer med å identifisere aktivitet knyttet til de øvrige enhetene i NPR-data, og derfor er det ikke utført kapasitetsberegninger for disse.

Et utkast til evalueringsrapport ble oversendt og gjennomgått av deltakere i fokusgruppene. Sykehusbygg HF mottok tilbakemeldingene i perioden april-juni 2023.

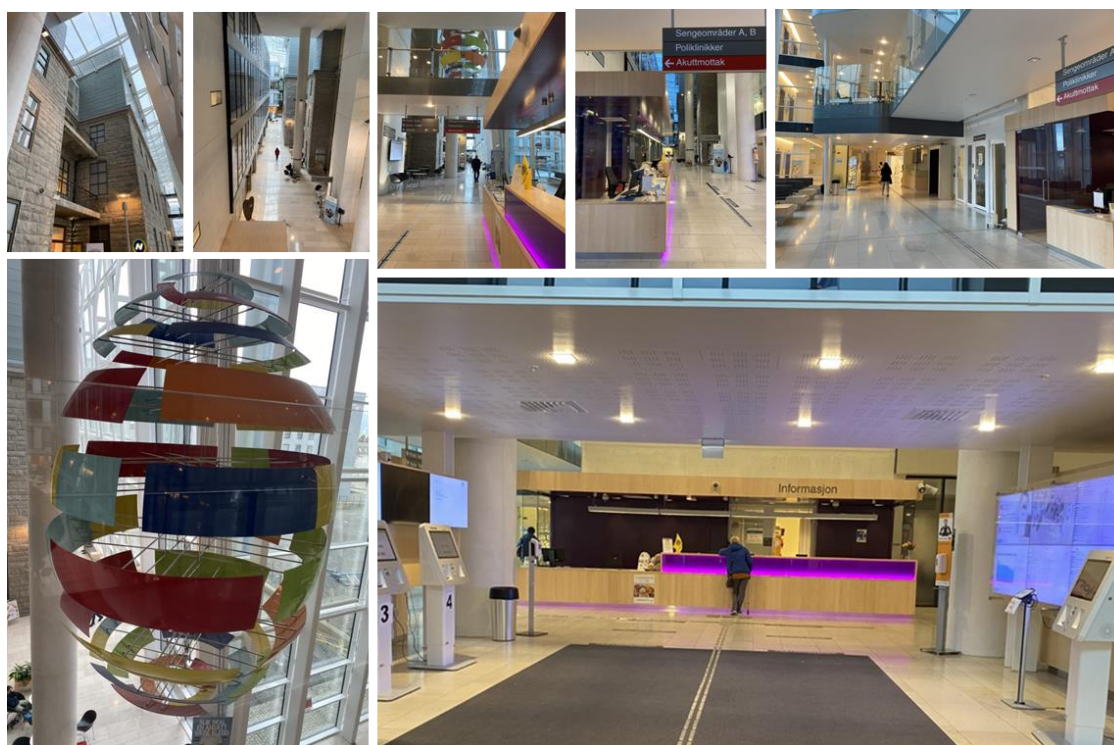
I de følgende kapitlene presenteres inngangsparti, og deretter enheter i Kirurgisk og øre-nese-hals-kjeve poliklinikk og enheter i Medisinsk klinikk. Både medisinsk- og kirurgisk klinikk har avdelinger i Bodø, Vesterålen og Lofoten. Denne rapporten presenterer evaluering av utvalgte enheter i Bodø.

3. Orientering og tilgjengelighet i bygget

Adkomsten til NLSH Bodø er oversiktlig, fra hovedinngangen i sør og inn i fløy K med hovedtrapp og heis, og videre til heis og trappekjerne i fløy A/B. En glassoverdekket gate i øst/vest retning er plassert på tvers av adkomstaksen og skiller nybygget, fløy K, fra det opprinnelige sykehuset, fløy H og N.

Resepsjonen har en åpen skranke som er plassert rett fram fra hovedinngangen i første etasje. Den er godt synlig, markert med lilla belysning og bemannet med to personer (på dagtid på evalueringstidspunktet).

Det er innsjekkingsautomater, informasjonsskjermer og venteplasser for pasienter og besøkende i resepsjonsområdet. Skilt og ledelinjer (fargekodet) viser veien videre inn i sykehuset til blant annet poliklinikker, sengeområder, samt til trappe- og heisområder. Som bildene nedenfor illustrerer, gir adkomst- og resepsjonsområdet et åpent, imøtekommende og luftig inntrykk.



Figur 3.1 Resepsjonsområdet ved hovedinngang i NLSH Bodø. Foto: Sykehusbygg HF

Pasienter og besøkende på vei til og fra poliklinikk, dagbehandling eller sengeområder beveger seg inn i bygget via hovedinngangen og benytter primært heis eller trapp i fløy K for å komme til de enhetene i etasjene over. Det er rundt 30 meter fra resepsjon til heis i 1. etasje.

Personalet benytter egen personalinngang på nordsiden (tidligere hovedinngang) i tillegg til at de kan bruke adgangskontrollerte innganger. De fleste garderobene er plassert i underetasjen i fløy A/B.

4. Kirurgisk og Øre-nese-hals-kjeve poliklinikk.

Fløy K 1. etasje

Poliklinikkene for fagområdene kirurgi, ortopedi og øre-nese-hals-kjeve (ØNHK) inkludert Hørselsentral, er samlokalisert i fløy K i 1. etasje (K1). Ifølge hjemmesiden til NLSH Bodø ([Forside - Nordlandssykehuset](#)) utreder og behandler Kirurgisk poliklinikk pasienter innenfor fagområdene ortopedi, gastrokirurgi, urologi, karkirurgi og generell kirurgi. Poliklinikken har et tverrfaglig samarbeid mellom leger, fysioterapeut, ergoterapeuter, sykepleiere og helsesekretærer.

Øre-nese-hals-kjeve poliklinikk utreder, behandler pasienter med de fleste typer øre-nese-hals sykdommer og hørselsvansker, samt diagnostikk og behandling av sykdommer og skader i munnhule, tenner, kjeve og ansiktsskjelett.

Åpningstiden er fra kl. 08.00 til 15.30 (16.00). UB-rom kan benyttes ved øyeblikkelig hjelp, også utenfor åpningstid.

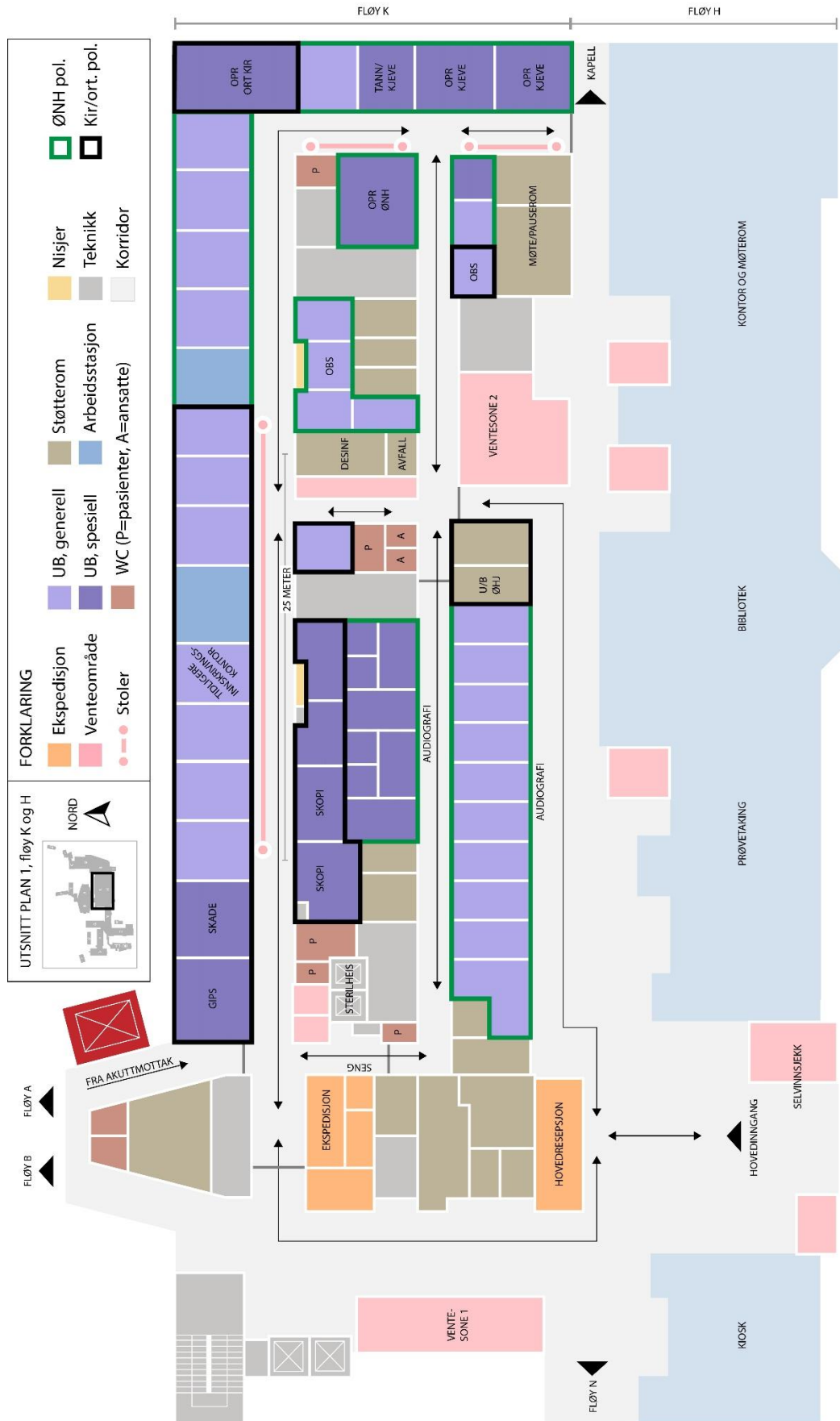
4.1 Beskrivelse av enheten

Poliklinikkene er plassert i første etasje i K-fløya, og er lokalisert nær hovedinngangen. Dette poliklinikkområdet har ulike typer UB-rom, operasjonsstuer og støtterom, dobbeltkorridor-løsning, og er tilknyttet eksisterende bygg (H og A, B fløy). Det er en glassgate mellom fløy K og H. Når man kommer inn hovedinngangen, ligger ventesone 2 «Olivenlunden» i glassgaten til høyre for resepsjonen. Vinduene mot glassgaten er frostet og kan ikke åpnes. Figur 4.1 illustrerer utformingen av enheten.

Det er en ytre ventesone (ventesone 1) foran inngangen til poliklinikkene (se figur 4.1). Ekspedisjonen er plassert i enheten nært inngangsdør. Ekspedisjonen har en åpen skranke (13,2 m²) med to arbeidsplasser, og en skjermet del i bakkant (9,6 m²) med to arbeidsplasser. Den skjermede delen har glass som er delvis frostet mot ytre ventesone. Lyddempende plater er montert på veggen i den åpne skranken.

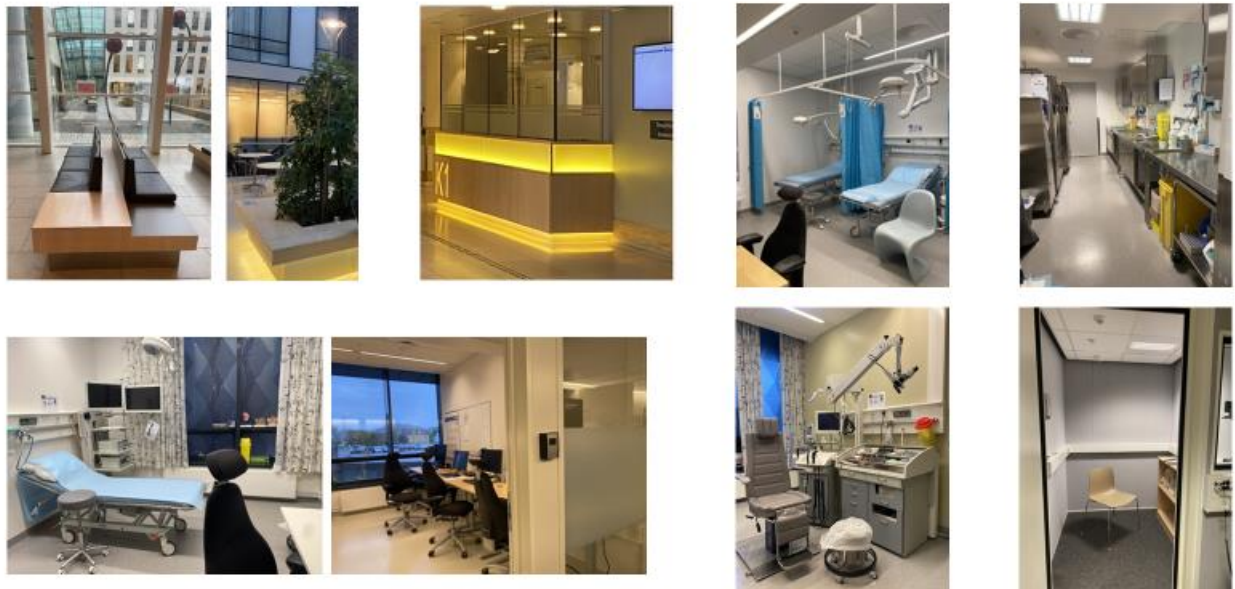
Poliklinikk for kirurgi og ortopedi er i hovedsak plassert nærmest ekspedisjonen, mens øre-nese-halse-kjeve poliklinikken er lokalisert lenger ned i korridoren. De fleste rommene som er plassert ved yttervegg mot fløy A og B, er UB-rom og arbeidsstasjoner. Nærmest ekspedisjonen ligger et gipserom (22,3 m²) med plass til to benker. Dette rommet er adskilt fra skadestuen (19,6 m²) med en skyvedør. Videre nedover korridoren er det 11 generelle UB-rom (12,5 – 15,2 m²), hvorav kirurgi og ortopedi disponerer syv, mens ØNHK disponerer de øvrige fire. Fagområdene har vært sitt rom med arbeidsstasjoner (15,3 - 20,6 m²), som er plassert mellom UB-rommene.

Nederst i denne korridoren ligger operasjonsstua (28,2 m²) tilhørende kirurgi og ortopedi. Videre i enheten mot øst ligger det fire rom som benyttes av ØNHK, hvorav to UB-rom og to operasjonsstuer.



Figur 4.1 Illustrasjon K1. Overordnet utforming av kirurgisk og øre-nese-hals-kjeve poliklinikk. Kilde: Ratio arkitekter AS 05.12.2014. Bearbeidet av Sykehusbygg HF.

Figuren nedenfor viser bilder av noen sentrale rom og areal i kirurgisk og øre-nese-hals-kjeve poliklinikk.



Figur 4.2 Øverst fra venstre er ventesone 1 og ventesone 2, i midten lukket del av ekspedisjon og informasjonstavle, deretter gipserom og desinfeksjonsrom øverst til høyre. Nederst til venstre et UB-rom for ortopedi/kirurgi, arbeidsstasjon, UB-rom ØNHK og audiometrirom. Foto: Sykehusbygg HF.

I midkjernen, uten dagslys, er det flere spesialrom. Enheten har to endoskopirom (12,9 – 17 m²), ett desinfeksjonsrom (13,2 m²), UB-rom for Uroflowmetri (9,2 m²) og allergen immunterapi (også kalt allergivaksinering/hyposensibilisering) (8,8 m²) med tilhørende observasjonsrom (7,4 m²). Det er to auditorom for barn (9,4 m²) og fire auditorom for voksne (3,0 m²), hvor to og to deler et forrom (rundt 9,0 m²). Videre i midtkjernen er det også et ortopedisk verksted (9,9 m²), mikroskopirom (8,0 m²), avfalls-, utstyrs-, steril- og høreapparatlager (4,4 – 9,2 m²), laboratorie for tilpasning av ørepropp (5,7 m²), samt toalettfasiliteter. Nederst i midtkjernen er en av operasjonsstuen til ØNHK plassert (24,7 m²). Det er ikke tilgang til lager fra begge korridorene som i K3 og K4.

Der det i etasjene over, som for eksempel i K3 og K4, er en gjennomgangskorridor i midtkjernen, er denne erstattet med en indre ventesone i K1. I midtkjernen nærmest ekspedisjonen, benyttes noe av plassen til sengepasienter som skal til poliklinisk undersøkelse.

I korridoren som vender mot sør, er UB-rom tilhørende audiopedagoger og audiografer plassert (9,9 – 10,4 m²), i tillegg til et rom som benyttes til infusjoner og øyeblikkelig hjelp (10,2 m²). Nederst i denne korridoren er det et postoperativ rom (6,7 m²), tinningbens- og røntgenlaboratorium (begge på 6,3 m²), samt et pause- og møterom (39,6 m²) med mulighet for å dele av i to rom.

Enhetslederen for kirurgi og ortopedi har kontor (11,5 m²) i korridoren mot sør, mens enhetsleder for ØNHK har kontor ved kapellet i bygg F.

4.2 Vurdering av utforming og løsninger

Nedenfor følger en evaluering av enhetens egnethet for pasientbehandling og arbeidsoppgaver. Som beskrevet mer utfyllende under kapittelet om data og metode, baseres dette på en kombinasjon av ansattes erfaringer og sykehusplanleggeres vurderinger. Avslutningsvis gis en oppsummering av hovedfunn og konklusjoner.

4.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter

Som en følge av revidert forprosjekt for byggetrinn 2 beskrevet i kapittel 1.1, ble poliklinikkene for kirurgi, ortopedi, øre-nese-hals-kjeve (ØNHK), plassert i 1. etasje på samme plan med nærhet til akuttmottaket og hovedinngang. Ifølge fokusgruppedeltakerne var det i strategisk plan beskrevet at det i K 1 skulle være en felles poliklinikk, der det var planlagt at man skulle rullere både på rom og bemanning mellom fagområdene.

Ifølge fokusgruppedeltakerne er det ingen rulling av bemanning, og det begrunnes med at fagområdene er blitt mer spesifikke. Det kommenteres at UB-rom kan benyttes på tvers av fagområdene for enkle konsultasjoner og samtaler. Imidlertid er det mer utfordrende å benytte UB-rom på tvers når det gjelder undersøkelse og/eller behandling, da enhetene er avhengig av at rommene er tilrettelagt for den behandlingen som skal gis pasientene. I dette ligger at ØNHK har behov for en tilgjengelig ØNH-unit (enhet), mens kirurgi og ortopedi trenger en undersøkelsesbenk. De ansatte fortalte at det vil være tidkrevende å flytte på tungt utstyr på daglig basis, og framhevet viktigheten av at UB-rommene er tilpasset aktiviteten. Samtidig påpekte de at enheten benyttet operasjonsstuene på tvers av fagområder. Ellers kan det opplyses om at størrelse og utforming av UB-rommene kan legge til rette for fleksibel bruk mellom fagområder på lengre sikt.

Kirurgisk poliklinikk mottar også pasienter for preoperative undersøkelser i forbindelse med planlagte operasjoner og innleggelser. Dagkirurgi og kirurgisk mottak holder til i fløy K i 2. etasje (K2), slik at dette fagområdet har en vertikal nærhet. I fokusgruppeintervju kom det fram at det ikke er spesielt behov for samarbeid mellom disse to funksjonsområdene i daglig drift, men det er en fordel ved lån av utstyr.

I fløy A 9. etasje (A9) er sengeposten for ortopedi og ØNHK lokalisert, der de behandler pasienter tilknyttet disse poliklinikkene. Det er sengeområder for urologi, gastro- og kar/thoraxkirurgi i fløy A og B i 7. etasje. Dette gir ingen umiddelbar nærhet mellom poliklinikk og sengeområdene. Det oppleves ikke som en stor utfordring at sengene er plassert flere etasjer over poliklinikken, selv om det kan bli en del turer mellom poliklinikk og sengeområde for leger i tilknytning til pasientbehandling

Ifølge fokusgruppedeltakerne har ortopedene og kirurgene stort sett bare poliklinikk de dagene de er der. Av og til går de imellom enhetene og fordeler arbeidsdagen mellom poliklinikk og sengeområde.

I ØNHK-poliklinikken, deler legene dagen mellom poliklinikk og døgnområdet, for å utnytte rommene og fordele arbeidsoppgavene som skal gjøres. Fokusgruppedeltakerne fortalte at to leger deler på et UB-rom i løpet av en dag (før og etter lunsj). Det er sykepleiere som har

oversikt over dette, og bytter lapper med legenes navn på UB-rommet i løpet av dagen. En fokusgruppedeltaker kommenterte nærhet slik:

Hvis alle fagene i K1 hadde vært lokalisert sammen med sengeområdene, kanskje det ville ha vært en fordel. Det er jo alltid godt med nærhet. Men når de ikke ligger på samme plan, så spiller det liten rolle om sengepostene til de tilhørende fagområdene ligger i 7. eller 9. etasje, da de uansett må benytte heis.

Søvnenheten, som har ansvar for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med søvnapne, er en del av poliklinikk for ØNHK. Denne enheten er lokalisert i fløy K i 3. etasje (K3), og samarbeider med Respirasjonsenheten ved Medisinsk klinikk. En av sykepleierne tilknyttet ØNHK-poliklinikken jobber ved søvnenheten, og koordinerer fordeling av rom og ansatte/pasienter, samt holder oversikt over utstyr som disse rommene har behov for.

Ifølge fokusgruppen er det viktig å legge til rette for samarbeid, samt ha nærhet til et miljø som jobber innen det samme fagfeltet, selv om de ikke er i umiddelbar nærhet til hverandre. Imidlertid kommenteres det at en samlet lokalisering av poliklinikk og sengeområde ville ha bidratt til enklere kommunikasjon, da de samme pasientene uansett må ha en konsultasjon og/eller behandling i poliklinikken. På en annen side er erfaringene ellers at sengeområdene og poliklinikkene jobber på hver sine måter og har ulik detaljeringsgrad. I tillegg opplyses det om at fagområdene innen ØNHK og ortopedi har behov for et lite antall senger. Spesielt har ØNHK mest poliklinisk aktivitet.

4.2.2 Orientering og tilgjengelighet

Pasienter som har time, sjekker inn i automaten i 1. etasje ved resepsjonen der de får en pinkode. Ved behov for øyeblikkelig hjelp henvender pasientene seg til ekspedisjonen i poliklinikkene i K1. Personalet i ekspedisjonsskranken er godt synlige for pasienter og besøkende ved ankomst.

Det kommenteres i fokusgruppeintervjuet at lokaliseringen av enheten i første etasje ved heisene, medfører mange henvendelser til de som sitter i ekspedisjonen til K1, også fra pasienter som skal til andre enheter i sykehuset. Dette kan oppleves som noe forstyrrende.

Ved den ytre ekspedisjonen til K1 er det en elektronisk tavle med timeinformasjon til poliklinikken (Figur 4.1). Her vises pinkoder pasientene mottar ved innsjekking. De ansatte erfarer at denne pinkoden burde ha vært tatt bort fra tavlen i venteområdet, da den ikke viser informasjon om tidspunkt pasienten skal inn. I tillegg forsvinner koden etter hvert som andre pasienter sjekker inn. Da tror pasientene at timen deres har blitt slettet. De blir usikre på om de har registrert seg og henvender seg til de ansatte i ekspedisjonen.

Det er også informasjonstavler ved kiosken og i et indre venteområde til K1.

Fokusgruppedeltakerne kommenterte at det hadde vært fint med en stor tavle med informasjon slik de har på kjøpesentrene. Der det står: *Følg denne ruten.*

Tegning av enheten og observasjon under befaringsviser at det er flere tilgjengelige venteområder i 1. etasje. Som tidligere nevnt, er det to ytre venteområder, hvorav ett er ved ekspedisjonen (ventesone 1) og ett er til høyre for resepsjon ved Hørselssentralen (ventesone 2). I tillegg til det indre venteområde i K1 er det utplassert stoler i korridorene i

poliklinikkområdet. I utgangspunktet var det ikke planlagt at pasienter skulle vente inne i selve enheten. For å få en bedre pasientflyt ble det satt ut stoler i korridorer etter innflytting, slik til at legene kan hente neste pasient til undersøkelse og behandling umiddelbart etter foregående pasient. Pasientene mottar en melding om endret venteområde på SMS eller blir hentet fra et av de ytre venteområdene. Dette gjelder spesielt pasienter med nedsatt gangfunksjon. Noen stoler har armlener. Dette gjør det enklere for pasienten å reise seg fra stolen.

Det er også plassert stoler i tverrkorridoren ved operasjonsstuene, der det er litt roligere og pasientene sitter mer avskjermet. De ansatte påpeker at dette er spesielt viktig for de av pasientene som er inne til kreftutredning og er engstelige av den grunn. Dette ble kommentert slik:

Det er fint at det er rolig og adskilt, da de kan få triste beskjeder. Viktig å ikke planlegge med mye annen aktivitet her.

En annen pasientgruppe som venter i dette skjermede område er kjevepasientene, som også kan være engstelige for selve behandlingen de skal gå gjennom.

Pasienter som har vært i poliklinikken tidligere, setter seg oftest i et av venteområdene. I fokusgruppeintervju kommenteres det imidlertid at en høy andel av de henvendelsene de har i ekspedisjonen, er spørsmål om hvor de skal vente. Dette gjelder alle aldersgrupper. De er vant til at venteområde er i nærheten til selve «behandlingsområdet», men de blir i første omgang henvist til venteområdene utenfor enheten.

4.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer

Tegninger og befaring tyder på at det er tilstrekkelig oversikt i store deler av poliklinikken. Spesielt den skjermede delen av ekspedisjonen har mulighet for god sikt til det ytre venteområdet ved heisene, mens den åpne skranken i ekspedisjonen har liten sikt til det indre venteområdet ved desinfeksjonsrommet. Imidlertid ligger dette venteområdet i en korridor nær UB-rommene, slik at helsepersonell har god oversikt over disse pasientene.

De ansatte i den åpne skranken i ekspedisjonen erfarer at de har god oversikt over og kan følge med på pasienter som sitter i korridoren ved gipse- og skadestuen, samt de inneliggende pasientene som ligger i seng ved skranken i ekspedisjonen. De ansatte opplever at dette ikke er en godt egnet plass for sengeliggende pasienter da det er mye trafikk i dette området. Dette ble kommentert som følgende:

Det er to store avdelinger og veldig mye trafikk i området, vanskelig å holde oversikt over alle som er i området. Dette er utfordrende hvis det skulle gå en brannalarm.

De ansatte ved kirurgisk poliklinikk forteller at de har mulighet til å tilkalle assistanse via en alarmknapp, og at de i enkelte tilfeller har hatt behov for å tilkalle vaktsselskapet. Det planlegges også å få etablert tilsvarende alarmsystem ved ØNHK og på høresentralen. Spesielt kan det være utfordrende å få varslet om hendelser i de lydtette audiorommene.

4.2.4 Konfidensialitet og ro

Figur 4.1 viser at tilrettelegging for konfidensialitet i hovedsak er ivaretatt i planlegging av poliklinikken, ved at konsultasjoner og undersøkelser gjennomføres i et UB-rom. Når det gjelder

konfidensialitet, har enheten en åpen skranke i ekspedisjonen som kan medføre noen utfordringer med hensyn til samtaler med pasienter. Videre påpeker de ansatte at det er vanskelig å overholde konfidensialiteten på gipsestuen, der de to behandlingsplassene kun er adskilt med et forheng. Erfaringene viser at det ofte er samtidighet av pasienter på gipsestuen, da det i tillegg til elektive pasienter ofte kommer inn pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Fokusgruppedeltakerne har også erfart andre utfordringer med konfidensialitet etter innflytting. Da det er lytt mellom UB-rom og korridor, opplever de at det er lett for pasienter som venter i korridoren, å overhøre samtaler som foregår inne på UB-rommene. Det ble fortalt at når enheten har kveldspoliklinikk, flyttes stolene bort. Da er det stille i poliklinikken og samtalene høres spesielt godt fra UB-rommene.

Etter fokusgruppeintervju ble det informert om at kravene til lydtetthet er ivaretatt iht. TEK 10 (Byggteknisk forskrift), som gjaldt da fløyen ble bygget. Forklaringen på manglende lydtetthet er at det ikke var planlagt med ventestoler for pasienter i korridor utenfor UB-rom. Samtaler inne på UB-rommet kan ikke overhøres på samme måte når man går forbi et UB-rom i korridor, som når man sitter på en stol rett utenfor rommet. Under befaring ble det observert at slepelist under flere dører var fjernet, noe som gjør dørene mindre lydtette.

Poliklinikk for kirurgi og ortopedi har et postoperativt hvilerom for pasienter, og tilsvarende observasjonsrom har også ØNHK i forbindelse med allergiutredning. Disse rommene fungerer godt til overvåking og samtaler, lokalisering av disse rommene er viset i figur 4.1.

De to poliklinikkene har hver sin arbeidsstasjon med flere arbeidsplasser, noe som tilrettelegger for konfidensielle samtaler mellom ansatte. De to enhetslederne har eget kontor.

For å hindre innsyn, enten fra fløy A og gateplan eller fra glassgaten i sykehuset, er vinduene dette gjelder frostet.

4.2.5 Gangavstander og støtterom

Som beskrevet tidligere, er det kort avstand fra hovedinngangen og resepsjonen til poliklinikkens ekspedisjon. Nært er også heis- og trappeområdet, der avstanden til ekspedisjonen er ca. 11 meter. De ansatte har en personalinngang i underetasjen (U1) som er lokalisert på baksiden av fløy A og B, der de henter ut arbeidstøy.

På bakgrunn av tegninger, befaring og informasjon om organisering, kan man si at det i hovedsak er korte gangavstander mellom arbeidsplasser, behandlingsrom og til de rommene ansatte bruker hyppigst. Avstanden mellom spesialrom for endoskopier til desinfeksjonsrommet, er 25 meter på det lengste. Dette erfarer som uhensiktsmessig. De ansatte forteller at de må transportere urent utstyr med vond lukt i korridorene forbi der pasientene sitter og venter på undersøkelse og/eller behandling. Ansatte ved ØNHK opplever at de har kort avstand mellom de rommene de bruker i løpet av dagen.

De to arbeidsstasjonene ligger nært UB-rom i den ene korridoren, noe som er med på å begrense antall skritt per dag for ansatte. Audiografene har egne kontorer med tilholdssted i den andre korridoren. De har egne timebøker og holder oversikten hver for seg. I tillegg har leger kontorplasser i fløy G. Det ble kommentert følgende:

Litt langt å gå, men er veldig fornøyd med å ha kontor da dette ikke var planlagt opprinnelig.

Det nevnes i tillegg at siden det ikke er kontor i døgnområdet, erfares avstanden mellom kontorfløy og sengepost litt lang. Noen har løst dette ved å bruke sparkesykkel.

Pasientene som skal til et UB-rom tilknyttet kirurgi og ortopedi, har den korteste avstanden fra inngang til behandlingsarealene bortsett fra operasjonsstua som ligger i enden av korridoren, mens pasienter som skal til poliklinikk innen øre-nese-hals og kjeve må gå lengst inn i poliklinikken. Den indre ventesonene og stoler i korridor gjør imidlertid at pasientene kan vente nært behandlingsrommene. De som skal til audiograf, kan ta til høyre ved ekspedisjonen for å komme til UB-rommene.

Møte-/pauserommet er lokalisert nærmere ØNHK-enheten enn for kirurgi og ortopedi. De ansatte ved ØNHK opplyser om at de ofte benytter dette rommet både til felles lunsj og møter. Dette forklares med at de i stor grad prøver å organisere dagen med en kjernetid fra kl. 8.30 til 11.30 for alle ansatte ved ØNHK, slik at de kan møtes til felles lunsj kl. 11.30 til 12, for så å ta imot pasienter fra kl. 12. Ansatte i kirurgisk poliklinikk spiser vanligvis i arbeidsstasjonen. Dette begrunnes med at møte-/pauserommet er langt unna, spesielt når det kommer pasienter som har behov for øyeblikkelig. Det er mindre akutte hendelser ved ØNHK, og gjelder i hovedsak pasienter som kommer inn med neseblødninger, som ofte er lett å få stanset.

4.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver

Når det gjelder tilrettelegging for samarbeid mellom ansatte, kan kommunikasjonen foregå i arbeidsstasjon, møte- og pauserom eller i et ledig UB-rom.

Ekspedisjon

Ekspedisjon har samme utforming som i K3 og K4, med åpen skranke plassert nært inngangsdør. De ansatte opplyser om at kontoret for timeregistrering holder til i sentrum av Bodø, og har egen telefontid. Merkantile ved kirurgisk og ortopedisk poliklinikk veksler i større grad på å sitte i ekspedisjonen på sykehuset og på timeregistreringskontoret enn de ved ØNH, der kun en av de merkantile rullerer. I tillegg er det merkantilt ansatte som kun har arbeidssted på kontoret for timeregistrering, og i fokusgruppeintervju kommer det fram at det kan være noe utfordrende å sitte på kontor et stykke unna driften på sykehuset. En kommenterte det slik:

De mister litt følelsen med hva de jobber med egentlig, dette gjelder også i forhold til behandlerne ved sykehuset. De skulle ha vært i nærheten.

I fokusgruppeintervjuet kommer det fram at luftkanalen er plassert rett over ekspedisjonen der merkantilt ansatte sitter, noe som medfører at det ofte er kaldt i området uansett årstid. I tillegg erfarer de at det er tørr luft i ekspedisjonsområdet.

Ifølge deltakerne i fokusgruppa er det det mye støy og trafikk rundt ekspedisjonsområdets ytre og åpne del, til tross for støydempende veggplater. Området består av to store avdelinger og de opplever at det kan være vanskelig å holde oversikt over alle som er i området.

Bak ekspedisjonen ligger et kopirom og rørpost til forsendelser av prøver til blant annet patologi. I tillegg er det mange personer som kommer forbi ekspedisjonen, slik at de ansatte opplever at det litt vanskelig å overholde taushetsplikten.

Pasienter som skal til hørselstest, skal også innom et UB-rom i etterkant. Det opplyses om at det legges til rette for at pasienten har time rett i etterkant av testen, og ansatte henter og følger pasienten til UB-rommet.

Midtkjerne

Det er ikke direkte dagslys til rom i midtkjernen, der det i hovedsak er støtterom og spesialrom (UB-rom). Ifølge Arbeidstilsynet, kan lokaler uten dagslys og utsyn benyttes som arbeidsplass, så lenge størrelse eller tiden de ansatte oppholder seg der gjør det forsvarlig⁶. Ifølge fokusgruppedeltakerne, kommenterer ansatte at disse rommene har dårlig luft og mangler muligheten til å åpne vindu for å kunne luften ut, samt tilgang til dagslys.

Observasjonsrom

Som figur 4.1 viser, er to av rommene angitt som observasjonsrom. Det ene rommet brukes av ØNHK-enheten, til blant annet allergibehandling. For å kunne ha tilsyn med om pasienter får en allergisk reaksjon/anafylaktisk sjokk, blir de liggende til observasjon på dette rommet etter å ha blitt sensibilisert med aktuelle stoffer. Arealet på rommene er på 7,4 m².

Også ved enhet for kirurgi og ortopedi er det et rom (6 m²) der pasientene kan hvile etter behandling. Dette rommet er plassert den andre korridoren, vegg i vegg med pause- og møterommet. Arealet på rommene som benyttes til hvile og/eller observasjon, er mindre enn anbefalingene, som er mellom 8 til 16 m², med et standardareal på 12,2 m².

Utforming av UB-rom

I Standardromkatalogen er det anbefalt at arealet til et standard UB-rom skal ligge på rundt 16 m², men det oppgis at det kan variere mellom 12 m² til 18 m². Som tegninger viser, er det mange UB-rom som er i samsvar med anbefalinger i Standardromkatalogen på rundt 16 m², og rommene er bygd likt (generelt). I tillegg har enkelte UB-rom noe mindre areal på rundt 12,5 m². De minste rommene kan være til hinder for fleksibel bruk dersom andre fagområder har behov for mer enn 12,5 m².

I fokusgruppeintervjuet kom det fram at fagområdet ortopedi var tiltenkt UB-rommene ved gipse- og skadestuen, lokalisert vis av vis ekspedisjonen. To av disse UB-rommene har et areal på 12,5 m² og ett er på 15,2 m². Dette ble imidlertid endret underveis til UB-rom for kirurgi, der alle de fire UB-rommene har et areal på 15,2 m². Det kommenteres at de største UB-rommene fungerer godt, både for pasienter og ansatte. De to øvrige UB-rommene kan bli i minste laget for rullestolbrukere, og i de tilfeller pasienten har med pårørende.

ØNHK har UB-rom lokalisert nederst i korridoren og i tverrenden av korridorene. Tre av UB-rommene for ØNHK har areal på 15,2 m², i tillegg til tre UB-rom med arealene 13,2 m², 13,6 m² og 14,2 m².

Enhetene har til sammen fire tilgjengelige operasjonsstuer, en for kirurgi (28,6 m²), en for ØNH (24,7 m²) og to til kjeveoperasjoner (17,4 m² og 18,4 m²). I fokusgruppeintervju ble det opplyst om at det er skyvedør mellom de to operasjonsstuene, og at den ene fram til nå har blitt benyttet som forrom til den andre operasjonsstuen. De ansatte ved enheten kommenterte at de er fornøyd med operasjonsstuene, også når det gjelder plassering i området. I korridoren mot sør har audiografene egne kontorer til pasientkonsultasjoner med et areal på rundt 10 m², som er i

⁶ § 2-10. Dagslys og utsyn (arbeidstilsynet.no)

samsvar med Standardromkatalogen for kontor som er 9 m², mens anbefalingene for UB-rom er 16 m² (ifølge Standardromkatalogen kan UB-rom variere mellom 12 og 18 m²). Det ble fortalt at ansatte er fornøyde fordi de har fått mye bedre rom og areal enn før innflytting i K1. Likevel kan det bli trangt når barn kommer sammen foreldre eller eldre pasienter har med følge. Videre er området skjermet med dører i hver ende av korridoren. Dette bidrar til støydemping i audiografirommene, men samtidig blir det tung luft i dette området. I tillegg er temperaturen vanskelig å regulere slik som i enkelte andre rom i enheten. Noen rom er for kalde og noen er for varme.

På andre siden av korridoren er det to audiometrirom for barn på rundt 9,5 m², og fire audiorom på 3 m² der to og to deler et felles forrom på rundt 9 m². For disse rommene foreligger det foreløpig ikke anbefalte arealstandarder.

Endoskopi og desinfeksjonsrom

De to endoskopirommene har ulik utforming og areal, som er på 13 m² (ano-rektoskopi) og 17 m² (cystoskopi). Dette er mindre enn anbefalingene i Standardromkatalogen (20-30 m²). De ansatte forteller at de har ofte deler av rommene med et forheng ved samtale mellom lege og pasient før eller etter undersøkelsen, slik at pasienten slipper å se undersøkelsesbenken/-stolen ved konsultasjon. Det er ikke dusj og/eller toalett på rommene, Ifølge fokusgruppedeltakerne fungerer disse rommene greit. Det er tilgang til to toalett (både WC og HCWC) i nærhet, men da må pasientene gå ut i korridoren der andre pasienter sitter og venter. Det ble sagt at et eget bad/WC der pasientene kan stille seg etter endoskopier, ville vært mer hensiktsmessig.

De ansatte påpekte at mangelfull ventilasjon. I tillegg er endoskopirommene plassert i midtkjernen slik at det ikke mulig å luften gjennom vindu, noe som medfører dårlig luft i rommene. For å luften ut rommet mellom hver undersøkelse, kommenterer de ansatte at døren ofte blir stående åpen ut mot korridoren. Dette medfører at det blir vond lukt i korridoren. Videre forteller de ansatte at de kunne åpne vinduene i endoskopirommene i de tidligere lokalene, noe de mente var en fordel.

Det opplyses om at desinfeksjonsrommet benyttes av alle enhetene i området, men mest av kirurgi, og de uttrykte for at de savnet direkte tilgang desinfeksjonsrom fra endoskopirommene. Dette for å unngå å gå med urent utstyr i korridoren. Størrelsen på desinfeksjonsrommet (rundt 13 m²) er litt større er i samsvar med anbefalinger i Standardromkatalogen (12 m²).

I tillegg til størrelse, har også utforming av desinfeksjonsrom betydning for å ivareta ren og uren sone. Standardromkatalogen har to anbefalinger for desinfeksjonsrom. Den ene anbefalingen er ett rom som innredes med ren og uren sone med bredde på minst 2,4 meter. Den andre er en todelt løsning med rom for «desinfeksjon urent» med gjennomgående dekontaminator til «lager rent» for oppbevaring av rent utstyr (vaskevannsfat, bekken mm.). I K1 er dermed desinfeksjonsrommet i samsvar med anbefalt bredde (2,5 meter).

De ansatte kommenterer de ansatte at det er fullt av utstyr på desinfeksjonsrommet, og at oppvaskmaskinen går hele tiden, avhengig av hvilke undersøkelser og/eller behandlinger som utføres. Dette medfører at det blir varmt, dårlig luft og støy for de ansatte som oppholder seg der. Det ble uttrykt at rommet er trangt og upraktisk, men ansatte greier å skille ren og uren side. I forbindelse med framtidig planlegging av poliklinikkområder med et høyt volum av pasienter, kan det vurderes å planlegge med to desinfeksjonsrom.

Kombinert UB-rom og kontor

Som tidligere nevnt, har ØNHK en søvnenhet med tre kontorer i 3. etasje fløy 3. Disse er omtalt i kapittel 6.2.6.

Audiografene har kombinert UB-rom og kontor. I fokusgruppeintervjuet opplyses det om at disse kan benyttes av andre fagområder til konsultasjoner hvis de er ledige.

Innen ortopedi, opplyses det om at legene ofte benytter UB-rommene både til undersøkelse, behandling og dokumentasjonsarbeid, samt at de har nærhet til gipsestua. LIS-1 benytter skadestuen som kontor, mens legene har kontor i fløy G. Det kan ofte oppleves som et stykke å gå mellom poliklinikken og kontoret, men legene er ellers fornøyde. En uttrykte det slik:

Veldig fornøyd med å ha kontor da dette ikke var planlagt opprinnelig.

ØNHK-leger som har veiledning av LIS-2 og LIS-3, erfarer at det blir mange turer mellom kontor og poliklinikk i løpet av en dag, hadde vært en fordel å ha kontor i nærhet av der LIS-legen er.

Forsyning og avfallshåndtering

Som i K3, og K4, fungerer aktiv forsyning og avfallshåndtering godt. Det er to avfallssjakter i hver korridor, hvorav den ene er søppelsug. Et avfallsrom er plassert mellom A og B fløy.

Urent utstyr blir forvasket på desinfeksjonsrommet før det blir satt på en vogn plassert ved avfallsrommet (merket avfall på Figur 4.1). Det opplyses om at enhetene plasserer utstyr fra/til kirurgi/ortopedi og ØNHK på hver sin side av vognen. Denne blir hentet klokken 16, og plasseres på samme sted med rent, sterilt utstyr til de ansatte kommer om morgenen. Sykepleiere henter og legger på plass det rene og sterile utstyret. Aktiv forsyning kommenteres følgende:

Annet utstyr kommer fra aktiv forsyning – det er gull verd!

De ansatte kommenterer at det er tilstrekkelig med toaletter i området. I tillegg opplyser de om at det er et eget toalett i UB-rom der urologiske undersøkelser gjennomføres. Dette påpeker de er nødvendig for denne type undersøkelser.

Endret bruk av rom

Ved innflytting i området var innskrivingskontoret lokalisert ved arbeidsstasjonen til kirurgi og ortopedi, se Figur 4.1. I dette kontoret ble pasienter som skal til elektive inngrep innen alle kirurgiske fagfelt klargjort. Dette innebærer blant annet samtale med sykepleier og kirurg, høyde og vekt måling, EKG-test, blodprøvetaking og anestesisyn. I tillegg til selve innskrivingsrommet, måtte man også ta i bruk tre andre rom til legene (LIS) tilknyttet innskrivingen av pasienter. Dette ga utfordringer i forhold til kapasiteten på UB-rom. Etter innflytting ble derfor innskrivingskontoret flyttet til fløy N i 4. etasje (N4).

I fokusgruppeintervju (september 2022) ble det opplyst om at de ikke hadde noen kjeveortopeder ansatt ved ØNHK-poliklinikken, og rommene kunne da benyttes av de andre fagområdene i poliklinikken. I samtale med ledere ved K1 21. juni 2023, kom det fram at det i løpet av året ansettes tre personer innen kjeveortopedi.

Det informeres også om at poliklinikken har fått en ordning slik at den kan låne et rom i akuttmottaket og et rom som er plassert mellom akuttmottak og K1 på dagtid.

De kommenterte at de nå har fått bedre plass i poliklinikkområdet, men at behovet for tilgang til flere UB-rom kan endre seg over tid. Det er ikke egne arbeidsplasser for studenter, men K1 legger til rette for dette på best mulig måte.

Kapasitetsberegning

Det er tatt utgangspunkt i data for poliklinisk aktivitet i 2022 ved NLSH Bodø innen kirurgi, ortopedi og øre-nese-hals-kjeve mottatt fra norsk pasientregister 2022, Avdeling helseregistre, Helsedirektoratet. I den polikliniske aktiviteten inngår endoskopier (700-DRG-er som omfatter endoskopier gjennomført poliklinisk), småprosedyrer (800-DRG-er som omfatter småkirurgi og ulike medisinske prosedyrer) og annen poliklinikk (900-DRG som omfatter de ordinære polikliniske konsultasjonene). Data viser at disse aktivitetene samlet sett var på 32 233 innen kirurgi og ortopedi, og 16 490 innen ØNHK. Med 230 dager per år, 6,5 timer effektiv pasientbehandlingstid per dag og behandlingstid knyttet til type aktivitet (for endoskopi ekskl. ØNHK og annen poliklinikk benyttes 45 minutter, for endoskopi ØNHK benyttes 30 minutter og for småprosedyrer benyttes 35 minutter), er det beregnet et samlet behovet for 18 UB-rom/plasser innen kirurgi og ortopedi, og 11 UB-rom/plasser innen ØNHK. Dette gir totalt 29 UB-rom/plasser.

Tegning i figur 4.1 viser at det ble planlagt om lag 27 UB-rom/plasser, der både generelle UB-rom og spesialrom inngår. I fokusgruppeintervju opplyses det om at enheten har fått tilgang til to ekstra rom i nærhet av K1. Dette utgjør til sammen 29 UB-rom, og er i samsvar med beregningene ovenfor.

Det kan videre opplyses om at det var lav aktivitet inne kjeveortopedi i 2022, men at det er planlagt ansettelse av tre personer inne dette fagområdet i 2023. Dette kan medføre økt poliklinisk aktivitet, og dermed økt behov for UB-rom.

4.3 Hovedfunn og konklusjoner

- Poliklinikker med stort volum av pasienter er plassert nær hovedinngang.
- Kirurgisk poliklinikk med ortopedi har nærhet til akuttmottak.
- Det er ikke horisontal nærhet mellom poliklinikkene innen kirurgi, ortopedi og øre-nese-hals-kjeve og døgnområdene.
- Vertikal nærhet mellom kirurgisk poliklinikk og dagkirurgi er fordelaktig ved lån av utstyr.
- Det var planlagt at personalet skulle jobbe på tvers av fagområdene. På grunn av spesialisering, ble dette ikke gjennomført.
- Det er tilstrekkelig med venteplasser og ekspedisjon for mottak av pasienter.
- Mange UB-rom er bygd generelt, men fagområdene har stort sett faste UB-rom på grunn av fagspesifikt utstyr (for eksempel undersøkelsesbenk, ØNH-unit).
- Operasjonsstuene i poliklinikk benyttes på tvers av fagområdene ved behov.
- Dobbeltkorridor gir ikke oversikt over begge korridorer fra arbeidsplasser, men utformingen av enheten og gruppering av fagområdene, gir tilstrekkelig oversikt over pasienter og kollegaer. Det er imidlertid mindre oversikt over pasienter i korridoren ved audiografirommene.

- Enheten har utfordringer knyttet til konfidensialitet på grunn av at det er lytt fra UB-rom til venteplasser i korridor. Det kan også være utfordrende å ivareta konfidensialitet i åpne skranke.
- Mange UB-rom benyttes som kombinert UB-rom og kontor. Legene har lang avstand til kontorplasser i fløy G.
- Enkelte UB-rom har mindre areal enn anbefalingene i Standardromkatalogen.
- Dårlig luft og manglende dagslys i UB-rom i midtkjernen er utfordrende ved opphold over tid.
- Slik enheten er utformet og rommene er fordelt mellom fagområdene, har de fleste ansatte og pasienter akseptable gangavstander, bortsett fra u hensiktsmessig stor avstand mellom endoskopirom og desinfeksjonsrom. Stoler plassert i korridor gjør det mulig for pasienter med nedsatt gangfunksjon å vente nært UB-rom, spesielt ved operasjonsstuene.
- Ingen gjennomgangskorridor i midtkjernen gjør at det er mye trafikk ved det indre venteområde.
- Oppstilling av senger for inneliggende pasienter ved ekspedisjon er u hensiktsmessig.
- Det er tilrettelagt arbeidsplasser, møte- og pauserom.
- Alarmsystem bør være tilgjengelig for alle fagområder, spesielt i lydtette rom/områder, som i Hørselssentralen.
- Beregningene tyder på at K1 har tilstrekkelig kapasitet i 2022, men mer poliklinisk aktivitet kan medføre økt behov for UB-rom.

5. Dialyseenhet. Fløy H 3. etasje

Dialyseenheten (H3) er en del av medisinsk klinikk, og de fleste ansatte er spesialsykepleiere eller sykepleiere med lang erfaring innen dialyse ([Forside - Nordlandssykehuset](#)). Enheten er åpen seks dager per uke (man-lørdag). Åpningstiden er fra kl. 07.30 til 22.00 tre dager i uken og de øvrige tre dagene fra kl. 07.30 til 15.30. I tillegg er det vaktberedskap (hjemmevakt) fra kl. 08.00 til 15.30 (september 2022). Behandlingen er hemodialyse (fjerning av blodets avfallsstoffer og væskeoverskudd vha. dialysefilter) og opplæring innen peritonealdialyse (dialysebehandling hvor bukhinnen brukes som dialysemembran).

Hemodialyse har vanligvis en varighet på 3-5 timer, og pasientene sitter i en behandlingsstol ved dialysemaskinen. Pasientene blir veid før og etter behandlingen, og blodtrykk måles.

Det er mulighet for dialyseplasser i andre enheter som intensiv, sengepost for nyresykdommer, hjerte-/lungemedisin og infeksjonspost. Det ble etablert flere muligheter under Covid-19 pandemien.

5.1 Beskrivelse av enheten

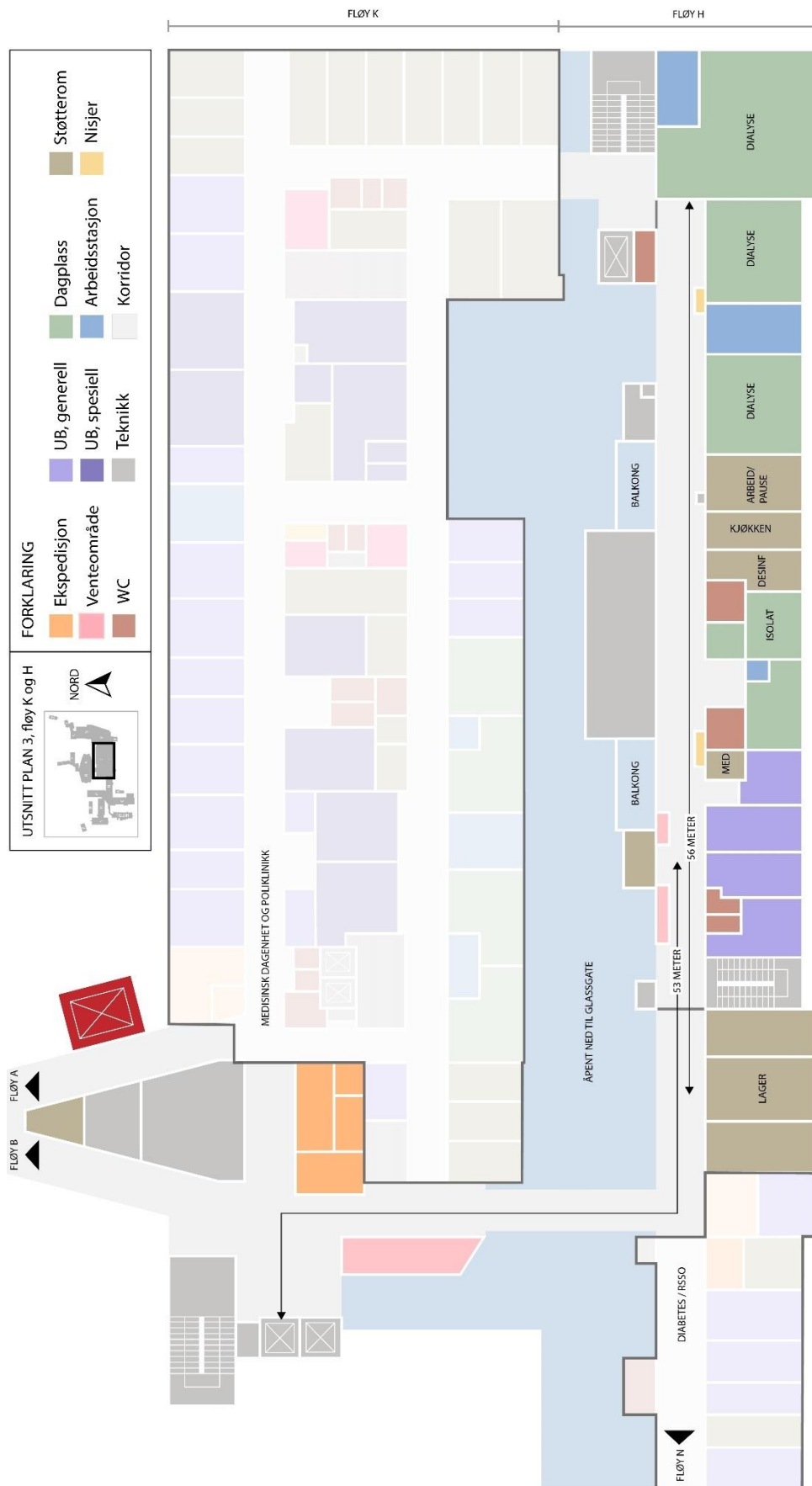
Fløy H er et bygg fra 1927 som er totalrenovert innvendig, mens ytre fasade er uendret. Dialyseenheten er plassert tredje etasje i en enkeltkorridor. Det er en glassgate mellom fløy K (medisinsk dagenheter og poliklinikk) og Dialyseenheten. Atkomsten til Dialyseenheten er primært via heis eller trapp i fløy K, eventuelt kan heis eller trapp i fløy H benyttes. Figuren nedenfor illustrerer utformingen av Dialyseenheten.

Tidlig i planleggingen skulle Dialyseenheten plasseres med horisontal nærhet til sengeplasser for nyremedisin i A3. Dette ble endret, og sengene ble plassert i etasjen over (A4). Årsaken til endringen var at behovet for medisinske senger ble redusert i løpet av planlegging og bygging.

Dialyseenheten har 16 dialyseplasser med mulighet for utvidelse til 17. Plassene er fordelt på tre saler. En sal med seks behandlingsplasser (70 m²) og mulighet for en ekstra plass, to saler med fire behandlingsplasser (33 m²). Salene er i enden av korridoren, mens et enerom (14,9 m²) og et isolat (12,4 m² og bad 5,6 m²) er plassert sentralt.

Det er pasientnære arbeidsplasser (arbeidsbaser) med innsyn gjennom vindu/glass til dialysesalene. En arbeidsbase er plassert mellom to saler med fire behandlingsplasser, en annen arbeidsbase i tilknytning til sal med seks plasser. Det er også en arbeidsplass mellom enerom og isolat.

Et felles arbeidsrom (18,5 m²) er plassert i sentralt i korridoren. Rommet er lukket og benyttes også som pauserom. Kjøkken for ansatte inkludert oppbevaring av mat til pasientene (12 m²), desinfeksjonsrom (11 m²) og medisinrom (4 m²) er også sentralt i enheten. Nærmere inngangen til enheten, er det tre UB-rom, hvorav ett er tatt i bruk som legekontor. Et samtalerom benyttes både til samtaler og som kontor. Ved inngangen til enheten er det et legekontor for to personer (18 m²), et lager (25 m²) og et verksted (20 m²) for vedlikehold og reparasjoner av dialysemaskiner. De fleste rommene er ved yttervegg. Alle behandlingsrom har vinduer som kan åpnes og utvendige persienner. Et rom for vannrenseanlegg er plassert mot glassgate og fløy K.



Figur 5.1 Illustrasjon H3. Overordnet utforming av Dialyseenheten. Kilde: Ratio arkitekter AS 17.01.11. Bearbejdet av Sykehusbygg HF.

Figuren nedenfor viser bilder av noen sentrale rom og utstyr i dialyseenheten.



Figur 5.2 Til venstre: Behandlingsrom (sal), arbeidsplasser med glass mot behandlingsplasser. I midten: Arbeidsrom med rørpost og stolvekt i korridor. Til høyre: Verksted. Foto: Sykehusbygg HF 2022

5.2 Vurdering av utforming og løsninger

Nedenfor følger en evaluering av dialyseenhetens egnethet for pasientbehandling og arbeidsoppgaver. Som beskrevet mer utfyllende under kapittel om data og metode, baseres dette på en kombinasjon av sykehusplanleggeres vurderinger og ansattes erfaringer. Avslutningsvis gis en oppsummering av hovedfunn og konklusjoner.

5.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter

Som nevnt tidligere i rapporten, ble senger for fagområdene nyre-, hjerte- og lungemedisin planlagt i fløy A i 3. etasje. Dette ble endret, og sengeområdet for nyremedisin ble plassert i fløy A i 4. etasje (A4). Dialyseenheten har dermed nærhet til sengeenhet, men ikke i samme etasje. Det er én etasje og én fløy imellom dialysebehandling og døgnplasser (sengeområde). Avstanden fra H3 til heis ved inngang til A4 er rundt 70 meter. Ledelsen ved dialyseenheten påpekte at ville vært mer hensiktsmessig med en plassering nærmere sengeområdet, og at det ville tilrettelagt for mer samarbeid mellom leger og for lege-pasientarbeid.

Enheten erfarer at det er svært nyttig med verksted tilknyttet enheten.

Merkantile (sekretærer) er samorganisert og har lokaler utenfor sykehusområdet. Når det gjelder samarbeid med sekretærer, ønsket enheten bistand for å avlaste sykepleierne med blant annet bestilling av drosje, registrering av pasienter, matservering osv.

En helsefagarbeider bistår Dialyseenheten og Medisinsk dagbehandling og poliklinikk i fløy K i 3. etasje (K3).

5.2.2 Orientering og tilgjengelighet

Det ble fortalt at pasientene benytter innsjekkingsautomater i første etasje og tar heis til Dialyseenheten i tredje etasje, ev. med bistand fra portør. Det er ikke en egen ekspedisjon eller plass for sekretærer knyttet til dialyseenheten. Personalet i Dialyseenheten får beskjed og møter både planlagte (elektive) og pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp ved inngangen til enheten. Det er rundt 50 meter fra personheis i fløy K til venteområdet inne i enheten. For pasienter med nedsatt allmenntilstand kan avstanden oppleves som lang. I samtaler med enheten ble det også fortalt at noen pasienter har problemer med å finne veien til Dialyseenheten.

Dersom pasienter må vente, benyttes en ventesone i korridor som består av vegghengte klappstoler plassert ved pasientenes garderobe. Garderoben har oppbevaringsskap for pasientenes klær og eiendeler. Stolene er uten armlener, noe som kan være utfordrende for personer som har problemer med å reise seg fra stol.

Både tegninger og observasjon viser at ansatte som befinner seg i korridoren, er godt synlige for pasienter som venter, men det er ikke oversikt over ansatte som er inne i rom.

5.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer

Tilsvarende pasientenes oversikt over ansatte, har ansatte som befinner seg i korridoren, oversikt over pasienter som venter.

Sykepleierne er i hovedsak til stede hos pasientene under behandling og har god oversikt over både pasienter og hverandre. Salene og arbeidsbasene ligger godt plassert for oversikt og tilsyn. Tegninger, befaring og samtaler med ansatte viser at dersom sykepleierne oppholder seg på arbeidsplassene som er tilknyttet behandlingsplassene, ser de pasientene i behandlingsområdet. Pasientene har også mulighet til å se ansatte som oppholder seg på arbeidsplassene.

Utformingen av enheten gir imidlertid liten oversikt over korridoren når ansatte oppholder seg på arbeidsbasene, og det er mangel på visuell kontakt mellom kollegaer som oppholder seg i ulike behandlingsrom. Det ble fortalt at enheten erfarer at flere behandlingsrom har en tendens til å splitte personalet.

Betydningen av oversikt understøttes av en studie av Lim et al. som fant at oversikt over medarbeidere, pasienter, UB-rom og enheten generelt, samt nærhet mellom arbeidsbaser legger til rette for kommunikasjon blant ansatte⁷.

5.2.4 Konfidensialitet og ro

Det er en utfordring å overholde taushetsplikt i behandlingsområder der flere pasienter oppholder seg (saler). Befaring viste at det er mulig å skjerme pasientene visuelt ved hjelp av mobile skjerm Brett, men samtaler og støy fra dialysemaskiner skjermes ikke. Enerommet og isolatet er tilrettelagt for ro og konfidensielle samtaler. Konfidensielle samtaler med pasienter

⁷ Lim, L., et al. (2020). "Spatial Influences on Team Awareness and Communication in Two Outpatient Clinics: a Multiple Methods Study." *J Gen Intern Med* 35(7): 1987-1996.

som oppholder seg i felles behandlingsrom, kan foretas i samtalerommet eller UB-rom før og etter behandlingen.

Det ble fortalt at fordelen med mobile skjerm Brett, er at utstyr kan plasseres ved dialyseplassene etter behov.

Når det gjelder konfidensialitet, har enheten et lukket arbeidsområde som skjermer samtaler mellom ansatte. Telefoner eller digitale møter, som ikke bør overhøres av andre ansatte, skjermes ikke.

Det er vinduer mot glassgate og videre utsyn mot fløy K. Vinduene i fløy K er frostet, og hindrer dermed innsyn.

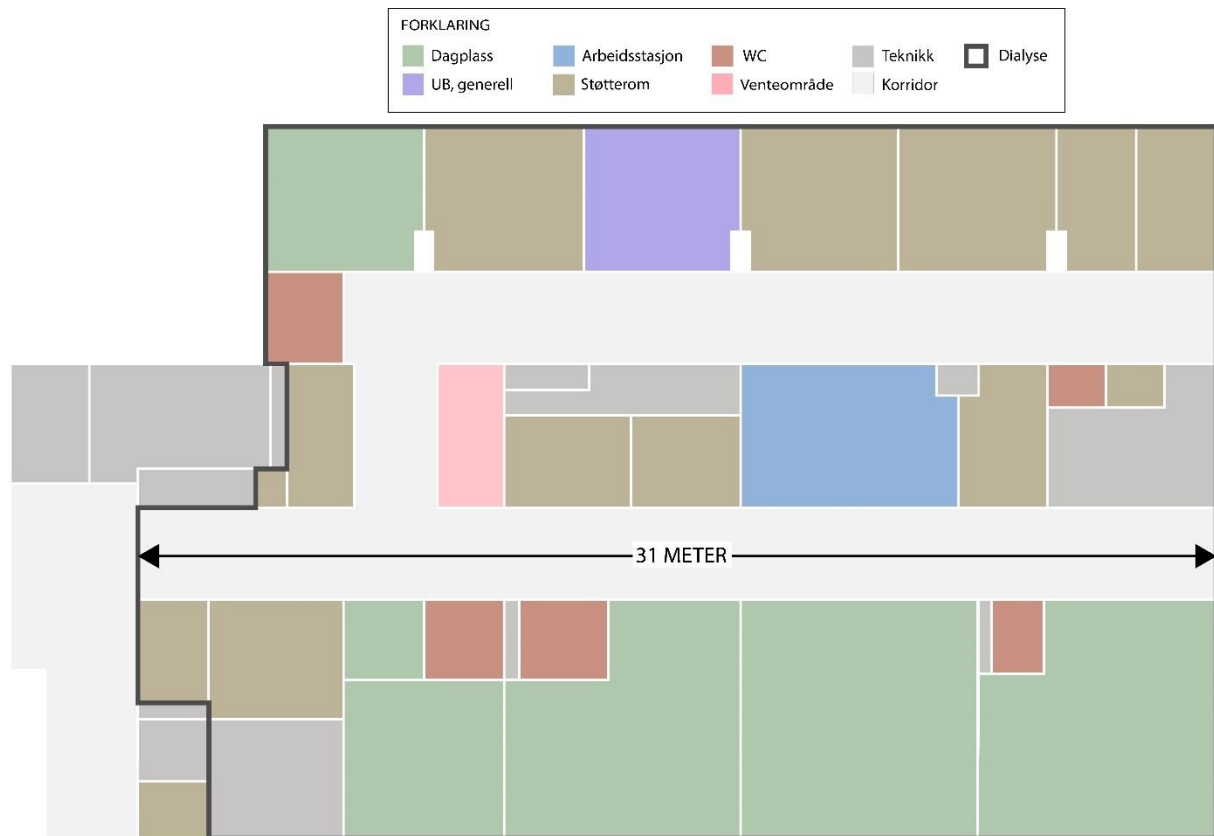
5.2.5 Gangavstander og støtterom

Dialyseenheten er plassert i en korridor på totalt 64 meter. Verksted for periodisk vedlikehold og reparasjoner, samt lager for forbruksvarer og dialysevæsker er plassert nær inngang til enheten. Felles behandlingsplasser er plassert lengst nede i korridoren. Tilgang til verksted i enheten er hensiktsmessig og nær inngang, og for vareforsyning er det praktisk at lagerrom er lokalisert ved inngang. Under befaring ble det observert at lager var fullt og at varer og esker var plassert på gulvet. Dette kan tyde på at det er noe knapt med lagringsplass, men ifølge tilbakemelding fra enheten er det bra lagerkapasitet i området.

Dialysesalene er lokalisert lengst inn i enheten (mot øst) med nærhet til desinfeksjonsrom, kjøkken og arbeidsrom som er plassert imellom salene. Avstanden mellom lager og behandlingsplassene nederst i korridoren (mot øst) er lengre (56 meter). Dersom ansatte går ofte mellom behandlingsplasser og lager, vil dette føre til mye gåing og tidsbruk per vakt.

Tilbakemeldinger fra dialyseenheten er at enkeltkorridorløsning er tungvint sammenlignet med en mer kvadratisk form. En kvadratisk form ville gitt bedre arbeidseffektivitet; bedre oversikt og kortere gangavstander. Det ble henvist til Bærum sykehus som har en mer kvadratisk og dermed funksjonell dialyseenhet.

Figuren nedenfor viser at lengden på korridoren i dialyseenheten i Bærum sykehus er 31 meter. Enheten i NLSH Bodø er omtrent dobbelt så lang. For å gi oversikt og redusere gangavstander, har Bærum sykehus en åpen arbeidsbase med gjennomgang til begge korridorer. Fra pauserom, som er lokalisert ved yttervegg i den ene korridoren, er det innsyn til dialysesal rett over i den andre korridoren. En slik kompakt løsning kan imidlertid gjøre det vanskelig å overholde kravet til dagslys.



Figur 5.3 Dialyse, Bærum sykehus, plan 5. Kilde: Bærum sykehus. Bearbejdet av Sykehusbygg HF.

Videre er ansattes i NLSH Bodø erfart at gulvbelegget i Dialyseenheten er hardt, og at dette har medført muskel- og skjelettplager. Korridorbredden i dialyseenheten oppleves som bra (ca. 2,8 meter).

5.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver

Det er tilrettelagt for kollegasamarbeid både i felles arbeidsrom/pauserom og i de pasientnære arbeidsplassene. Ifølge enheten er det tilstrekkelig med arbeidsplasser for sykepleiere og leger, og arbeidsplassene fungerer bra.

Det kan imidlertid være noe utfordrende å samarbeide fordi sykepleierne i hovedsak oppholder seg nær pasientene, spesielt gjelder dette mellom enerom, isolat og salen som er plassert nederst i korridoren.

Felles dialyseplasser (saler) medfører en risiko for overføring av smitte mellom pasienter. Enheten påpeker at det burde vært to isolat og gjerne to enerom. Dette fordi pasienter ikke kan utsette dialysebehandlingen når de er forkjølet eller har annen smitte.

Standardromkatalogen⁸ anbefaler 10 m² per behandlingsplass. I Dialyseenheten er salene med fire plasser rundt 8 m² per plass, noe som er i underkant av anbefalingene. Trange plasser kan

⁸ [Veiledere - Sykehusbygg](#)

være utfordrende for smittevern og renhold, spesielt dersom mye utstyr plasseres ved behandlingsplassene.

Når det gjelder utstyr, gir enheten tilbakemelding om at en vekt som man kan trille rullestol på, ville vært mer hensiktsmessig og praktisk enn stolvekten som enheten har i dag.

Endret bruk av rom

Et UB-rom og et samtalerom benyttes som kontor. Dette kan tyde på at enheten var planlagt med litt for få kontorplasser.

Kapasitetsberegning

Som tidligere beskrevet, har dialyseenheten 16 plasser. Enheten er åpen 6 dager per uke. Åpningstiden er fra kl. 7.30 til 22.00 tre dager per uke og fra kl. 07.30 til 15.30 de øvrige tre dagene.

Det er tatt utgangspunkt i data for dialysebehandling i 2019 ved fagenhet nyre, NLSH Bodø⁹. For denne enheten var det samlet utført 3 835 dialyser i 2019. En enkel framskriving via den nasjonale modellen for framskriving av poliklinikk og dagbehandling gir 5 126 dialyser i 2025. Nedenfor illustreres behovet for behandlingsplasser ved to ulike utnyttingsgrader når det antas en behandlingstid på 5 timer. Følgende utnyttingsgrader gjelder:

Alternativ 1: 313 dager per år 5 timer pasientbehandlingstid per dag. Det betyr 1 dialyse per plass per dag.

Alternativ 2: 313 dager per år 10 timer pasientbehandlingstid per dag. Det betyr 2 dialyser per plass per dag.

I alternativ 1 beregnes det et behov for 13 plasser i 2019 og 17 plasser i 2025 ut fra aktiviteten i 2019 framskrevet til 2025. I alternativ 2 beregnes et behov for 7 plasser i 2019 og 9 plasser i 2025 ut fra samme aktivitet som i alternativ 1.

Beregningene tyder på at dialyseenheten har tilstrekkelig kapasitet i nærmeste framtid. Dersom man trenger flere dialyseplasser, kan åpningstiden i dialyseenheten utvides. Alternativt må en utvidelse gå på bekostning av andre rom i enheten.

5.3 Hovedfunn og konklusjoner

- Behandlingstilbudet for pasienter med behov for utredning og/eller behandling for nyresykdommer er lokalisert på tre enheter (dialyse i H3, poliklinikk i K3 og senger i A4), men med korte gang- og transportavstander. Avstanden fra H3 til heisområde ved inngang til A4 er rundt 70 meter. Transporten fra går via fløy K og over til sengeenhet i fløy A i 4. etasje, som er en etasje over. Det er korte avstander mellom fløyene, men heis eller trapp må benyttes. Dialyseenheten ønsker likevel å være på samme plan som sengeområde for pasienter med nyresykdommer, slik som opprinnelig planlagt (horisontal nærhet), og mener at dette ville tilrettelagt mer for samarbeid mellom enhetene.

⁹ Pasientdata er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) for Nordlandssykehuset HF, og enheten er valgt på variabelen Fagenhet kode 3400

- Dialyseenheten formidlet at en mer kvadratisk (kompakt) form på enheten ville vært mer hensiktsmessig enn dagens korridorløsning. En kvadratisk form ville gitt bedre oversikt og kortere gangavstander, men det kan være en utfordring å overholde kravet til dagslys med kompakte løsninger.
- Enheten har ikke egen ekspedisjon eller venteplasser ved inngangen. Det er stoler i korridor ved siden av garderobeskap for pasientene. Det kunne med fordel vært et eget område med venteplasser i tilknytning til korridoren i stedet for stoler i korridor. Det anbefales armlener på stoler i venteplasser.
- Sykepleiere har god oversikt over pasienter i behandlingsområdene og fra pasientnære arbeidsbaser, men ikke visuell kontakt med kollegaer i andre rom.
- Enheten har tilstrekkelig med arbeidsplasser.
- Flere behandlingsplasser i et rom (saler) utfordrer taushetsplikten, men enheten har UB-rom og samtalerom der taushetsbelagt kommunikasjon med pasienter kan gjennomføres.
- Det er mer krevende å ivareta smittevern i saler enn i enerom. To av salene har rundt 8 m² per plass, noe som er i underkant av anbefalingene i Standardromkatalogen.
- Det er korte avstander mellom behandlingsplasser og arbeidsbaser, samt til de fleste støtterommene. Avstanden til lager oppleves imidlertid lang fra behandlingsrommet lokalisert innerst i korridoren (sal med seks dialyseplasser, mot øst). Denne plasseringen kan føre til mye gåing og tidsbruk dersom sykepleierne må gå ofte mellom sal og lager.
- Beregninger viser at Dialyseenheten har bra kapasitet i nærmeste framtid forutsatt at enheten har 10 timer åpningstid (pasientbehandlingstid) flere dager per uke og åpent 6 dager per uke.

6. Medisinsk dagenhet og poliklinikk. Fløy K 3. etasje

Medisinsk dagenhet og poliklinikk (K3) utreder og behandler hjerte-, lunge- og nyresykdommer, i tillegg til indremedisinske utredninger ([Forside - Nordlandssykehuset](#)). Enheten har en respirasjonsenhet, søvnapnéenhet og enhet for behandling av overvekt (ikke inkludert i evalueringen). På evalueringstidspunktet ble de fleste UB-rommene i poliklinikken benyttet av fagområdene hjerte- og lungemedisin.

Helsesekretærer koordinerer undersøkelser og kaller inn pasientene. Pasienter som har langreisevei, eller dersom utredningen tar flere dager, kan benytte hotell for pasienter. Noen pasienter overnatter i sengepost (B4) eller i observasjonsenhet ved behov.

Åpningstiden i K3 er kl. 08.00 til 15.30 (16.00).

6.1 Beskrivelse av enheten

Poliklinikken har UB-rom, endoskopirom og rom for dagbehandling. Den har dobbeltkorridor og er tilknyttet eksisterende bygg (H og A, B fløy). I midtkjernen er det en gjennomgangskorridor, og lager med dør til begge korridorene. Det er en glassgate mellom fløy K og H. Vindu i enheten kan ikke åpnes på siden mot glassgaten. Figur 6.1 illustrerer utformingen av enheten.

Det er en ytre ventesone foran inngangen til enheten. Ekspedisjonen er plassert inne i enheten nær inngangsdør. På skrå overfor skranken er det en indre ventesone med lekeområde for barn. Ekspedisjonen har en åpen skranke (11,8 m²) med en skjermet del i bakkant (10,4 m²). Det er to arbeidsplasser i hver del. Den skjermede delen har glass som er delvis frostet mot ytre ventesone. Lyddempende plater er montert på veggen utenfor den åpne skranken.

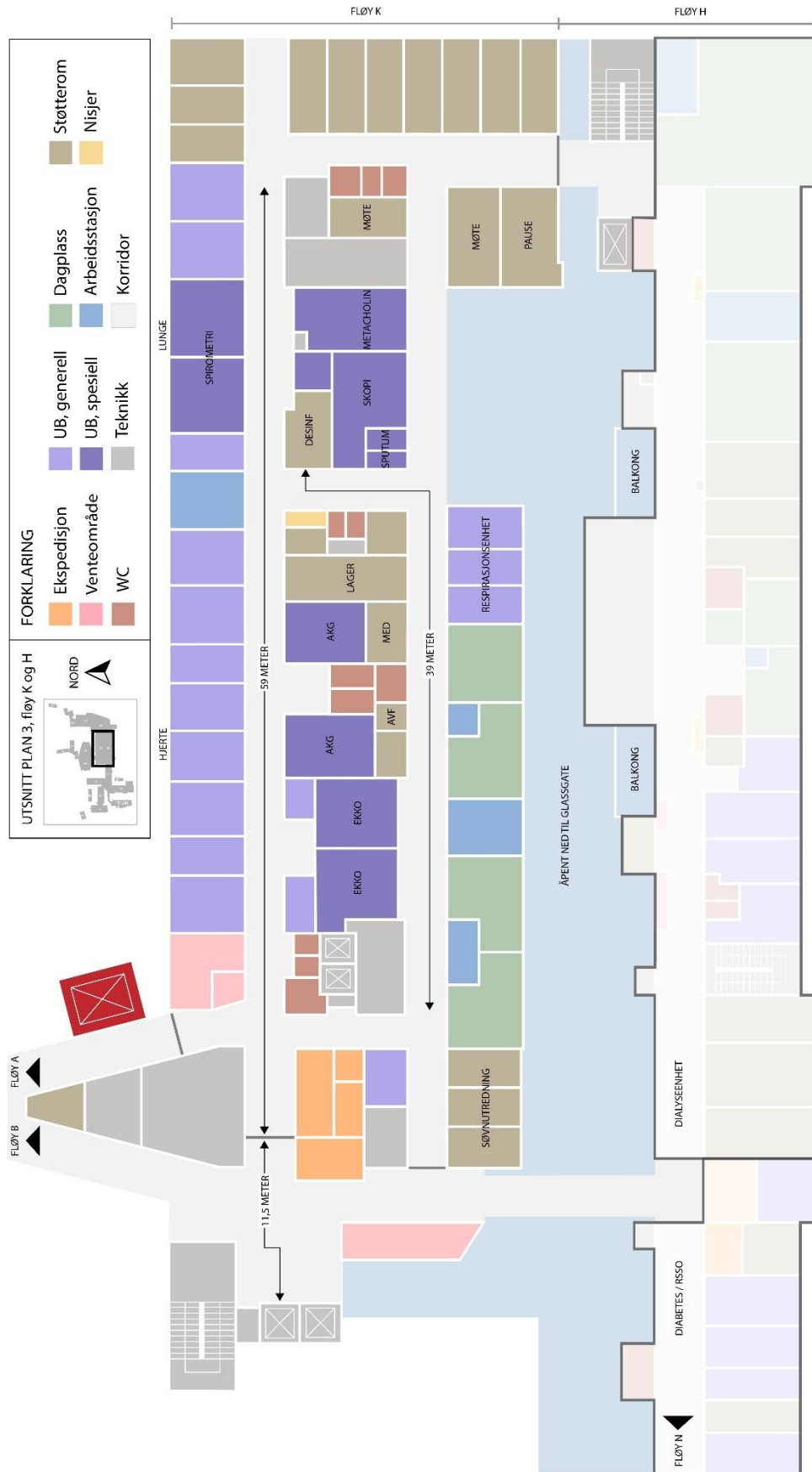
Enheten har fire dagbehandlingsrom med plass (i hovedsak behandlingsstoler) til to-tre pasienter i hvert rom (21-23 m²). Det er til sammen 12 plasser som blir benyttet vekselvis av fagområdene hjerte- lunge- og nyremedisin, samt sykdommer i fordøyelsessystemet. Pasientnære arbeidsplasser (arbeidsbaser) er plassert mellom behandlingsrommene. Arbeidsbasene har skyvedører og glass inn til dagplassene. Det er en arbeidsstasjon mellom to behandlingsrom med tilsvarende skyvedør og glass. Arbeidsstasjonen er åpen mot korridor.

Tre kontor benyttes som behandlingsrom for søvnutredning. Rommene er rundt 10 m², og det er ettermontert vask. Tre andre rom er bygd som kombinert kontor og UB-rom med vask (konsultasjon/kontor, 10-11 m²). Disse benyttes av respirasjonsenheten. De seks rommene og dagbehandlingsrommene er plassert mot glassgaten. For å hindre ut- og innsyn har vinduene mørk frosting, som gir lite lysinnslipp. Vinduene kan ikke åpnes.

I midtsonen, uten dagslys, er det flere spesialrom. Dette er bl.a. rom for ekkokardiografi (EKKO), blodtrykksmåling, arbeids-EKG, bronkoskopi (25,6 m²), metacholintest og sputumrom. Desinfeksjonsrommet i midtsonen (12 m²) har dør til både korridor og bronkoskopirom. Medisinrom, avfallsrom og et lite kjøkken er plassert i midtsonen med dør mot dagplassene. Møterom og pauserom er lengst inn i enheten, nær et kontorområde (mot øst). Kontorene er planlagt for to personer (ca. 13 m²) og benyttes for det meste av ledelse og administrasjon.

Evaluering av Nordlandssykehuset Bodø. Poliklinikk-, dag- og sengeområder versjon 1.0

De fleste rommene, som er plassert ved yttervegg mot fløy A og B (nordsiden), er kombinerte UB-rom og kontor (15-16 m², noen er 12 m²). Videre er det to UB-rom for spirometri, to samtalerom og en arbeidsstasjon. På evalueringstidspunktet ble en arbeidsstasjon benyttet til oppgaver knyttet til nyretransplantasjon, og ett av to samtalerom ble brukt som UB-rom (LIS). Disse rommene har dagslys.



Figur 6.1 Illustrasjon K3. Overordnet utforming av Medisinsk dagenhet og poliklinikk. Kilde: Ratio arkitekter AS 17.01.11. Bearbeidet av Sykehusbygg HF.

Figuren nedenfor viser bilder av noen sentrale rom og arealer i Medisinsk dagenhet og poliklinikk, K3.



Figur 6.2 Øverst fra venstre: Skjermet del av ekspedisjon og skranke plassert ved inngangsdør til K3. Dagbehandlingsrom (med frostet vindu) og arbeidsbase med skyvedører. Nederst fra venstre: UB-rom, kjøkken og lagenskap i korridor. Foto: Sykehusbygg HF

6.2 Vurdering av utforming og løsninger

Nedenfor følger en evaluering av enhetens egnethet for pasientbehandling og arbeidsoppgaver. Som beskrevet mer utfyllende under kapittelet om data og metode, baseres dette på en kombinasjon av sykehusplanleggeres vurderinger og ansattes erfaringer. Avslutningsvis gis en oppsummering av hovedfunn og konklusjoner.

6.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter

Ifølge planleggingen skulle senger for hjerte- (hjerteovervåkning i B3), lunge- og nyresykdommer plasseres i fløy A3 for å gi horisontal nærhet mellom poliklinikk og sengeområde. Utviklingen med reduksjon av liggetid har, som tidligere nevnt, ført til at behovet for senger er redusert i NLSH Bodø, som i landet ellers. Sengeområde for pasienter med nyre- og lungesykdommer ble derfor plassert i fløy A og B i 4. etasje (hjerteovervåkning er i fløy B i 3. etasje). Ved behov for sengetransport mellom poliklinikk/dagbehandling og tilhørende sengeområde, går veien via korridor til fløy A/B og én etasje opp med heis. Det finnes også personheiser i fløy A/B og K. Det betyr at det er vertikal nærhet mellom poliklinikk, dagområder og tilhørende sengeområde, men fagområdene er ikke samlet på ett plan.

I fokusgruppeintervju det gitt eksempler på samarbeid mellom poliklinikk og sengeområder. Blant annet innen fagområdet lungemedisin samarbeider respirasjonsenheten i K3 med sengeområdet i B4, for eksempel med tilpasninger av BiPAP.

På spørsmål om sykepleiere kan jobbe på tvers, dvs. både i sengeområde og poliklinikk, ble det sagt at det er vanskelig på grunn av behovet for spesialisering. Dette ble forklart slik:

Det er så spesialisert at man kan ikke bare ta inn en fra posten og gå å ta en spirometri for eksempel. Det går ikke, det krever lang opplæring.

Rom og plasser benyttes fleksibelt (på tvers av fag). Dette vises blant annet ved at dagbehandlingsplassene tar imot pasienter fra fagområdene hjertemedisin, lungemedisin, nyremedisin og sykdommer i fordøyelsessystemet på bestemte dager i uken. Generelle rom legger til rette for flere fagområder og støtterommene benyttes på tvers.

Det ble sagt at sykehuset ikke har system som viser oversikt over ledige UB-rom, noe som medfører at det kan være utfordrende å utnytte ledige rom.

Både tegninger og intervju bekrefter at de aller fleste generelle UB-rom benyttes som planlagt, dvs. både som UB-rom og kontor (konsultasjon/kontor).

Sekretærene (merkantile) bemanner ekspedisjonen i enheten. I forbindelse med nytt sykehus, er de blitt samorganisert og har administrative og utøvende arbeidsplasser utenfor sykehusområdet (Seksjon for klinisk støtte). De fleste er ikke knyttet til en spesiell poliklinikk eller sengeområde. Sekretærene har en rullerende turnus der de veksler mellom ekspedisjonen i sykehuset og egne lokaler utenfor sykehuset.

6.2.2 Orientering og tilgjengelighet

Som for dialyseenheten i H3, kan pasientene sjekke inn i automat ved resepsjonen og hovedinngangen i 1. etasje.

Poliklinikken er godt tilrettelagt for mottak av pasienter. Tilsvarende resepsjonen i 1. etasje (lilla farge), er det benyttet fargekodning for å understøtte orientering og veifinning. Ekspedisjonen i 3. etasje er markert med grønn farge.

Det er tilgjengelige venteområder i tredje etasje, både et ytre område foran inngangen til enheten og et indre område i enheten nær inngangsdør. Det er to innganger til enheten (til begge korridorene) og tilgang til personell i den åpne skranken. De fleste pasientene benytter inngang nærmest ekspedisjonen.

Det er to toalett for pasienter ved indre venteområde hvorav ett er HCWC. I tillegg er det toaletter i korridor.

Arbeidsstasjonens åpne skranke ut mot korridor, legger til rette for kontakt med pasienter og besøkende.

6.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer

Tegning av enheten og observasjon under befaring viser at den skjermede delen av ekspedisjonen har mulighet for utsikt til ytre venteområde, mens den åpne skranken i ekspedisjonen har god sikt til det indre venteområde. For å kunne tilkalle akutt team ved behov, er det plassert en nødknapp på veggen ved indre venteområde.

Videre kommer det fram at sykepleierne som er til stede hos pasientene under dagbehandling, kan observere og ha nær kontakt både med pasienter og hverandre. Dersom sykepleierne oppholder seg på arbeidsbasene som er tilknyttet behandlingsrommene, er det visuell kontakt gjennom vindu og glass i skyvedører inn til behandlingsrommene. Pasientene kan også se ansatte når de oppholder seg på arbeidsbasene. Disse observasjonene er samsvar med ansattes erfaringer. I samtaler kom det fram at utformingen gir en bra oversikt over dagplassene.

Den åpne delen i arbeidsstasjonen er ikke trukket fram i korridoren. Den gir derfor noe begrenset oversikt over korridor. Foruten opphold på dagbehandlingsplassene, er de øvrige pasientene på UB-rom sammen med leger, sykepleiere eller andre behandlere.

Dobbeltkorridorløsningen hindrer oversikt over begge korridorer fra arbeidsplasser. Slik som enheten er organisert og fagområdene er gruppert, er det begrenset behov for å ha oversikt over hele enheten, blant annet fra dagbehandlingsrommene i den ene korridoren til UB-rommene som er plassert i den andre korridoren.

6.2.4 Konfidensialitet og ro

Enheten har noen utfordringer knyttet til konfidensialitet.

Det er plassert noen stoler i korridor utenfor UB-rom og dagplasser slik at pasienter kan vente nært behandlingsrommet og/eller observeres etter behandling. Under befaring og intervju ble det fortalt at det kan være lytt mellom dagplasser og korridor.

Det kan være vanskelig å overholde taushetsplikt og oppnå tilstrekkelig ro i dagområder der flere pasienter oppholder seg. Det er tilrettelagt for dokumentasjon og intern kommunikasjon i arbeidsbasene knyttet til dagplassene. I samtaler ble det kommentert at skyvedører mellom arbeidsbase og dagbehandlingsrom med fordel kunne hatt noe bedre støydemping.

Konfidensielle samtaler med pasienter eller mellom personell kan gjennomføres i samtalerom, UB-rom, kontor eller lignende hvor det er lagt til rette for en-til-en kommunikasjon.

Når det gjelder konfidensialitet, har enheten en åpen skranke i arbeidsstasjonen som kan medføre noen utfordringer knyttet til konfidensielle samtaler.

Vinduene i enheten som vender mot sør (fløy H) er frostet og hindrer inn- og utsyn. Frostingen er mørk og begrenser innslipp av dagslys og lys generelt.

Noen pasienter kommer i seng. Sengen kan plasseres i korridor før pasienten trilles inn på et UB-rom, blant annet til bronkoskopi. Ved ekkokardiografi trilles sengen inn i UB-rom mens undersøkelsesbenken plasseres i korridor.

6.2.5 Gangavstander og støtterom

Heis- og trappeområdet i etasjen er nær inngangen til ekspedisjonen, avstanden er ca. 11 meter.

Lengden på korridor mot nord er i underkant av 70 meter. Både tegning og opplysninger fra enheten viser at rommene som fagområdene benytter og dagbehandlingsplassene, i hovedsak er samlet i områder. Dette begrenser gangavstander og tidsbruk for hvert fagområde.

De fleste pasientene har korte avstander til dagplasser og UB-rom. Det ytre og indre venteområdet ligger med nærhet til dagplasser og de fleste UB-rommene for pasienter med hjertesykdommer. Pasienter med lungesykdommer har større avstand til UB-rommene lengst nede i korridoren (mot øst). Avstanden fra inngang til UB-rom lengst unna er omtrent 60 meter. Observasjon under befaringen viste at det er plassert noen stoler utenfor UB-rom. Dette gir pasientene mulighet til å vente nær behandlingsrommet, noe som er viktig for pasienter som har problemer med å gå lange avstander.

De fleste ansatte har korte avstander mellom pasientbehandling og støtterom. Lager med dør mot begge korridorer, samt en gjennomgangskorridor i midtkjernen, bidrar til å redusere gangavstander for ansatte. For ansatte som er tilknyttet dagplassene, er det kort vei til støtterom i midtkjernen, med unntak av avstanden fra dagplasser som er lokalisert nærmest inngang, til desinfeksjonsrommet (40 meter).

Ifølge fokusgruppen fungerer pauserommet godt. Sykehusets kantine er i 9. etasje.

De fleste kontorer, møte og pauserom har nærhet til toalett og er plassert innerst i poliklinikkens korridor (mot øst). I tillegg har leger kontorplasser i fløy G og R. Dette er plasser som ikke er planlagt for pasientbehandling, men for fordypning, forskning og lignende. Noen bemerket at det er stor avstand til kontorplassene.

6.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver

Ekspedisjon

Ekspedisjon med åpen skranke er plassert ved inngangsdør. Ifølge observasjon, samtaler og intervju medfører dette støy fra dør og at kald luft kommer inn i den åpne delen av ekspedisjonen.

Midtkjerne

Det er ikke direkte dagslys til rom i midtkjernen, men der er det i hovedsak plassert rom som ikke har krav til dagslys, det vil si enhetens støtterom og spesialrom (UB-rom).

Dagplasser

Standardromkatalogen anbefaler 12 m² per dagbehandlingsplass. Enheten har fire dagbehandlingsrom. Ifølge tegning er det planlagt med tre senger i hvert rom (21-23 m²). Befaring viste at rommene har flest behandlingstoler. Arealet på 8 m² per plass er mindre enn anbefalingene, men Standardromkatalogen oppgir også at tilsvarende plasser i andre sykehus er mellom 8 og 16 m².

Videre har rommenes utforming betydning. I K3 er det arbeidsbaser og arbeidsstasjon med skyvedører inn til behandlingsrommene. Dørene medfører at noe areal må benyttes som gangareal og reduserer dermed bruksarealet. Det er likevel viktig å påpeke at plassering og utforming av arbeidsbasene og arbeidsstasjonen mellom dagbehandlingsrommene gir god oversikt over pasientene.

Felles dagplasser legger til rette for samarbeid mellom ansatte i rommet og oversikt over tre pasienter samtidig. Trange plasser medfører imidlertid risiko for smitte mellom pasienter og kan være utfordrende for renhold. Det er ikke enerom i enheten.

Det er kun ett desinfeksjonsrom. Rommets størrelse (12 m²) er i samsvar med anbefalingen i Standardromkatalogen. Desinfeksjonsrommet har inngang fra to sider, og ifølge samtaler fungerer desinfeksjonsrommet bra. Det ble fortalt at skopene vaskes før de transporteres til sterilsentral i underetasjen.

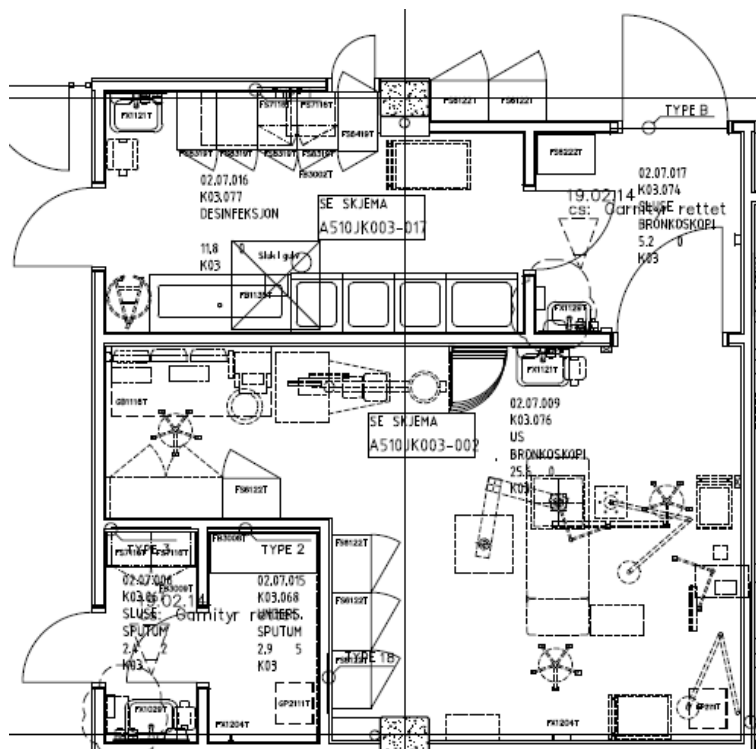
Det er tilrettelagt for kollegasamarbeid i felles arbeidsbaser, arbeidsstasjon, møterom og pauserom. I fokusgruppeintervju ble det fortalt at det er god luft i dagbehandlingsrom, men noe tung luft i arbeidsbasene.

Lager er plassert i midkjernen, og i fokusgruppeintervju ble det sagt at lageret fungerer bra til tross for at enheten lagrer mange esker som er plasskrevende.

Utforming av UB-rom

UB-rom (unntatt spesialrom) har en størrelse på 15-16 m² og 12 m². De minste rommene kan fungere for konsultasjoner som ikke krever mer møbler og utstyr enn arbeidsplass, besøks plass, benk og vask. Rommene på 15-16 m² er i samsvar med anbefalingene i Standardromkatalogen. Dette arealet er også tilstrekkelig for å inkludere studenter. De minste rommene kan være til hinder for fleksibel bruk dersom andre fagområder trenger mer enn 12 m².

Figuren nedenfor viser UB-rom for bronkoskopi (spesialrom).



Figur 6.3 Utsnitt av tegning av bronkoskopirom. Kilde: Ratio arkitekter AS 17.01.2011

Rommet for bronkoskopi er 25,6 m² med direkte tilgang til desinfeksjonsrom. Standardromkatalogen anbefaler generelt 30 m² for UB-rom (spesiallaboratorium) for endoskopi, småkirurgiske inngrep osv. Det bemerkes at størrelse og form på rommet tilpasses type undersøkelse. I samtaler ble det fortalt at ansatte i enheten opplever at rommet i hovedsak har en bra størrelse. I de tilfellene bronkoskopi utføres i narkose, er det flere personer i rommet, og da blir arealet knapt.

Kombinert UB-rom og kontor

Tre kontor (10 m²) benyttes til søvnutredning. Rommene var planlagt som kontor, men ikke for pasientbehandling, og ble derfor ikke innredet med håndvask. I tillegg er arealet mindre enn anbefalingen som gis i Standardromkatalogen for generelle UB-rom (16 m²). For å tilrettelegge for pasientbehandling, er det ettermontert håndvasker i kontorene.

Sykepleiere har kontorene/UB-rommene for søvnutredning i K3 som fast arbeidsplass, men er tilknyttet poliklinikk for ØNHK i 1. etasje (K1). I intervju beskrives rommene som trange, spesielt dersom pasienten har med seg følge eller når pasienter sitter i rullestol, og at luften er tung og dårlig. Vindu mot glassgate og fløy H kan ikke åpnes. Det ble også uttalt at åpne hyller burde vært erstattet med lukkede skap for å hindre oppsamling av støv.

Det ble sagt at 16 m² ville vært flott for søvnutredning, men det ble også påpekt:

Ingenting er verd noe uten luft eller lys. Du kan ha litt mindre behandlingsrom dersom du får den fine luften og lyset inn.

Respirasjonsenheten har tre rom som har tilsvarende problem med dårlig luft, vinduer som ikke kan åpnes, og det er vanskelig å få plass til rullestoler. Disse rommene ble imidlertid innredet med håndvask.

Forsyning og avfallshåndtering

I samtaler og fokusgrupper uttrykte ansatte og ledelse at aktiv forsyning fungerer godt. Ifølge tegning er det to avfallssjakter i hver korridor, hvorav den ene er søppelsug. I tillegg er det et avfallsrom mellom A og B fløy. Dette tyder på at det er godt tilrettelagt for avfallshåndtering.

Endret bruk av rom og kapasitet

Ifølge tegning, befaring og intervju har flere rom endret bruk. Et opprinnelig samtalerom er tatt i bruk av LIS, arbeidsstasjon ved UB-rom for hjerte- og lungemedisin benyttes til oppgaver knyttet til nyretransplantasjon. Tre kontor benyttes til polikliniske pasienter (søvn). Dette kan bety at det er knapt med både UB-rom og arbeidsplasser i enheten. Poliklinikken ville vært mer tilrettelagt for fleksibel bruk (endring til UB-rom) dersom kontorene hadde vært utstyrt med håndvask ved innflytting.

Det ble fortalt at enheten ønsket å ta imot flere pasienter (øke aktiviteten), men at antall behandlingsrom begrenser økningen. For å øke aktiviteten innen et fagområde, kan man enten utvide åpningstiden, eventuelt endre fordelingen av rom mellom fagområdene eller vurdere om sengerom i fløy A eller B kan tilrettelegges for poliklinikk eller dagbehandling. Dersom UB-rom også benyttes som kontor, kan man vurdere å bruke rommene kun til pasientbehandling, men denne løsningen krever at behandlere har en kontor plass i tillegg.

6.3 Hovedfunn og konklusjoner

- Det er korte avstander mellom fagområdenes poliklinikk, dag- og sengeområde (én etasje mellom enhetene i fløy K og A/B). Det foregår noe samarbeid mellom enhetene.
- Personalet jobber ikke på tvers av fagområdene på grunn av spesialisering. Ansatte og ledere uttrykte at det vil være krevende å tilrettelegge for opplæring i flere fag.
- Det er tilstrekkelig venteplasser og ekspedisjon for mottak av pasienter.
- Det er tilstrekkelig med toaletter.

- Sekretærer som har arbeidsplass i åpen del (skranke) blir forstyrret av støy og utsatt for kald trekk fordi ekspedisjonen er plassert for nær inngangsdør.
- De fleste fagområdene har faste UB-rom.
- Dagplassene og generelle UB-rom kan benyttes av flere fagområder.
- Mange UB-rom er både planlagt og benyttet som kombinert UB-rom og kontor.
- Kontor uten håndvask, er ikke egnet som UB-rom.
- Dobbeltkorridor gir ikke oversikt over begge korridorer fra arbeidsplasser, men utformingen av enheten og gruppering av fagområdene, gir tilstrekkelig oversikt over pasienter og kollegaer.
- Slik enheten er utformet og rommene er fordelt mellom fagområdene, har de fleste ansatte og pasienter akseptable gangavstander. Felles lager med åpning mot begge korridorer og en gjennomgangskorridor i midtkjernen bidrar til å redusere gangavstander for ansatte.
- Dagplassene har mindre areal enn anbefalingene i Standardromkatalogen.
- De er tilrettelagt arbeidsplasser, møte- og pauserom. Noen rom er tatt i bruk som kontor, mens andre kontor er endret til UB-rom. Dette kan tyde på at det er mangel på UB-rom og kontorplasser.
- Dersom et fagområde har behov for økt kapasitet (flere UB-rom eller dagbehandlingsplasser), må enten et annet fagområde redusere aktivitet eller åpningstiden kan økes. Eventuelt kan sengerom i samme etasje endres til poliklinikk- eller dagbehandlingsrom.

7. Medisinsk poliklinikk. Fløy K 4. etasje

Enheten Medisinsk poliklinikk (K4) består av fagene sykdommer i fordøyelsessystemet, infeksjonsmedisin, hud og revmatologi. På hjemmesiden ([Forside - Nordlandssykehuset](#)) står følgende om K4:

«Det bestilles overnatting ved Zefyr hotell for pasienter som bor i distriktet og der utredning/behandling tar flere dager. Vi utfører også undersøkelser samt gir behandlinger til noen pasienter som er inneliggende i sykehuset. Vi tilbyr lærings- og mestringskurs for pasienter med kroniske tarmsykdommer.»

Åpningstiden er fra kl. 08.00 til 15.30 (16.00). I perioder har enheten kveldspoliklinikk. Det er sengeplasser i fløyene A og B i 4. etasje for pasienter som trenger innleggelse. Revmatologi har senger i 6. etasje.

7.1 Beskrivelse av enheten

K4 er lokalisert i etasjen over K3 i nybygg som er tilknyttet eksisterende bygg i fløy A/B. K4 har liknende utforming som K3 med dobbeltkorridor, UB-rom, kontor og støtterom. Figur 7.1 illustrerer utformingen av enheten.

Som i K3, er det en ytre ventesone foran inngangen til enheten og ekspedisjonen er plassert inne i enheten nær inngangsdør. Ekspedisjonen har en åpen del med skranke for to arbeidsplasser (12,3 m²) og en skjermet del i bakkant for to plasser (9,7 m²). Det er to mindre indre ventesoner hvorav bare den ene er i bruk. Et planlagt lite lekerom brukes til sengeoppstilling.

Ved yttervegg mot sør er området for hudbehandling plassert. Dette består av to rom som benyttes som konsultasjonsrom og kontor (13,5-16 m²), møte/pauserom, tre UB-rom (skiftestue, stråle bucky, sårbehandling), lysbehandlingsområde, et område for «smøring» og et rom for behandlingsbad (21,3 m²), samt et kontor ved siden av. En planlagt vente plass benyttes som pauserom for ansatte. Vinduer mot sør er frostet.

I midtkjernen, uten dagslys, er det fire endoskopirom: to koloskopirom, et gastro-, og et ano-/rektoskopirom (20-21 m²). To desinfeksjonsrom (12 m²) er plassert imellom endoskopirommene. Endoskopirommene har dermed direkte tilgang til desinfeksjonsrom. I tillegg har desinfeksjonsrommene dør ut mot korridor. I midtkjernen er et lager med inngang fra begge korridorene, medisinrom, avfallsrom, toalett og en gjennomgangskorridor. Lenger ned i midtkjernen (mot øst) er det plassert et pauserom, to møterom og toalett.

Kontor og rom som er planlagt som kombinert konsultasjon/kontor, er plassert innerst i fløyen (mot sør). Det minste konsultasjon/kontor-rommet er 11 m². De øvrige er mellom 14 og 18 m² og har en liknende utforming. Foran rommene er det en ventesone som på evalueringstidspunktet ble benyttet av fagområdet revmatologi.

Langs yttervegg mot nord er det plassert UB-rom med en liknende utforming (15-16 m²), samtalerom og arbeidsstasjon (som også benyttes til pause). Fagene revmatologi og infeksjonsmedisin benytter rommene lengst unna inngang og ekspedisjon, mens sykdommer i fordøyelsessystemet (gastro) har rommene overfor fagområdets endoskopirom.

Figuren nedenfor viser bilder av noen sentrale rom og areal i K4.



Figur 7.2 Øverst fra venstre: Ekspedisjon (fargekodet blå), støydempende plater på vegg overfor ekspedisjonsskanke, behandlingsrom med badekar (vindu med mørk frosting). Nederst fra venstre: Rom for behandling av sår/fot (vindu med mørk frosting), koloskopirom med tilhørende bad (toalett og dusj). Foto: Sykehusbygg HF

7.2 Vurdering av utforming og løsninger

Nedenfor følger en evaluering av enhetens egnethet for pasientbehandling og arbeidsoppgaver. Som beskrevet mer utfyllende under kapittelet om data og metode, baseres dette på en kombinasjon av sykehusplanleggeres vurderinger og ansattes erfaringer. Avslutningsvis gis en oppsummering av hovedfunn og konklusjoner.

7.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter

Sengeområde for sykdommer i fordøyelsessystemet er lokalisert i fløy A i 4. etasje (A4) slik at fagområdet har horisontal nærhet mellom poliklinikk og sengeområde. Det er rundt 20 og 40 meter fra poliklinikk til henholdsvis sør- og nordlig inngang i sengeområdet. I fokusgruppeintervju kom det tydelig fram at «alt på ett plan», korte avstander mellom enhetene og gode rutiner, bidrar til at poliklinikken samarbeider og kommuniserer godt med sengeområdet. Det ble fortalt at det er daglig transport mellom poliklinikk og senger innen fagområdet sykdommer i fordøyelsessystemet. Innlagte pasienter kommer til kolo-, gastro eller ano-/rektoskopi i poliklinikken. Pasienter kan legges inn i sengeområde dersom det er behov for observasjon etter poliklinisk endoskopi.

I samtaler ble det sagt at samarbeidet også fungerer for de fagområdene som er fordelt over flere etasjer. For eksempel er sengeområde for revmatologi plassert i fløy A i 6. etasje, to etasjer over poliklinikken. K4 samarbeider også godt med andre enheter som blant annet med B4

(sengeområde) og akuttmottak. Det ble imidlertid kommentert at den planlagte sentermodellen (horisontal nærhet) ikke fungerer helt som planlagt når personalet er fordelt over flere etasjer.

Overlegene innen fagområdet sykdommer i fordøyelsessystemet veksler (rullerer) mellom å jobbe i sengeområde og poliklinikk, for eksempel en uke i hver enhet, mens sykepleiere er fast på en enhet. Det ble sagt at for sykepleiere er det mest hensiktsmessig å jobbe enten i poliklinikk eller i sengeområde. Det ble også bemerket at det er gjennomførbart å rullere, men ikke hensiktsmessig, i alle fall ikke hvis det gjelder for mange sykepleiere. Dialogen mellom to sykepleiere gikk slik:

Sykepleiere 1: Det kunne vært interessant å hospitere av egen interesse. Rent praktisk sett, er faktisk det beste at de som jobber på poliklinikk får lov til å jobbe der, og de som er på sengeposten, får jobbe der.

Sykepleier 2: Slik som nede på lunge, det er lang opplæringstid [...] En rullering ville kanskje ha gitt dårligere kvalitet på det vi gjør. Det er veldig spesialisert det vi holder på med.

Enheten er organisert slik at hvert fagområde i hovedsak har samlet rommene som tilhører fagområdet, men ingen leger har faste rom (unntatt revmatologi). UB-rom kan brukes på tvers av fagområder. Både tegninger og intervju bekrefter at de aller fleste UB-rom er planlagt og benyttet som kontor. Også i denne poliklinikken ble det uttalt at det er en utfordring at sykehuset ikke har et system som gir en oversikt over ledige UB-rom. Man må gå rundt å sjekke. I tillegg ble det foreslått at rommene burde vært likt utstyrt.

Som for K3, bemanner sekretærer (merkantile) ekspedisjonen i enheten.

7.2.2 Orientering og tilgjengelighet

Pasientene sjekker vanligvis inn i automat i første etasje slik som for H3 og K3. Ifølge tegninger og observasjon, er enheten godt tilrettelagt for mottak av pasienter. Poliklinikken i fjerde etasje er markert med blå farge for å understøtte orientering og veifinning.

Tegning av enheten og observasjon under befaring viser at det er tilgjengelige venteområder i fjerde etasje. Det er både et ytre område foran inngangen til enheten og et mindre indre område i enheten med nærhet til inngangsdør og toalett. Det er også et lite venteområde nederst i fløyen ved UB-rom. Personalet i ekspedisjonsskranken er godt synlige for pasienter og besøkende.

Pasienter som har vært i poliklinikken tidligere, setter seg vanligvis i det ytre venteområdet. Det er to innganger til enheten, til begge korridorene. I fokusgruppeintervju ble det fortalt at de fleste pasientene benytter inngang via ekspedisjon dersom de ikke er registrert i automaten i første etasje.

7.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer

Tegninger og befaring tyder på at det i hovedsak er tilstrekkelig oversikt i poliklinikken.

Det er god oversikt fra ekspedisjonen til venteområdet. Den skjermede delen av ekspedisjonen har mulighet for utsikt til ytre venteområde, mens den åpne skranken i ekspedisjonen har god sikt til det indre venteområde.

Generelt gir dobbeltkorridor begrenset oversikt over begge korridorer. I denne enheten er det en lukket arbeidsstasjon/arbeidsrom i hver korridor, fagområdene er samlet i grupper og de fleste pasientene er inne i UB-rom sammen med behandlere. Behovet for oversikt utover eget fagområde er antakelig begrenset.

7.2.4 Konfidensialitet og ro

Tegninger viser at tilrettelegging for konfidensialitet i hovedsak er ivarettatt i planlegging av poliklinikken. Konsultasjoner og undersøkelser skjermer i lukkede UB-rom. Arbeidsstasjonene/arbeidsrom er lukket og tilrettelegger for konfidensielle samtaler mellom ansatte. Vinduer er frostet mot sør for å hindre innsyn. Mot nord der det er mulig med noe innsyn fra fløy A.

Enheten savner en egen observasjonsplass. Dette begrunnes med at mange pasienter får beroligende medikamenter og har behov for å hvile etter endoskopi¹⁰.

7.2.5 Gangavstander og støtterom

Som i K3, er det kort avstand fra heis- og trappeområdet til poliklinikkens ekspedisjon.

På bakgrunn av tegninger, befaring og informasjon om organisering kan man si at det er korte gangavstander mellom arbeidsplasser, behandlingsrom og til de rommene ansatte bruker hyppigst.

Som nevnt tidligere, er arealene i poliklinikken samlet og fordelt mellom fagområdene (gruppert). Tegninger viser at det er tilgang fra begge korridorer til lager, møte- og pauserom i tillegg til en tverrkorridor i midtkjernen. De to arbeidsstasjonene er nær UB-rom (i begge korridorer), og løsningen med desinfeksjonsrom direkte knyttet til endoskopirom, er med på å begrense antall skritt per dag for ansatte.

Pasientene som skal til fagområdene sykdommer i fordøyelsessystemet og hud, har den korteste avstanden fra inngang til behandlingsarealer. Pasienter som skal til revmatologi, må gå lengst inn i poliklinikken. Avstanden fra inngangsdør til UB-rom som er lengst unna, er 63 meter, men en ventesone ved UB-rommene gjør at pasientene kan vente ved behandlingsrom.

7.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver

Når det gjelder tilrettelegging for samarbeid mellom ansatte, kan kommunikasjon foregå i arbeidsstasjon, møte- og pauserom eller i et ledig UB-rom.

Ekspedisjon

Ekspedisjon har samme utforming som i K3, med åpen skranke plassert nær inngangsdør. Ifølge fokusgruppeintervju er det mye støy og gjenklang i ekspedisjonsområdets åpne og ytre del til tross for støydempende veggplater. Mange personer kommer forbi, og det oppleves litt vanskelig å overholde taushetsplikten. Det ble fortalt at det er kaldt i arbeidsplassene i skranken og at en

¹⁰ Etter befaring og intervju er det informert om at sykehuset planlegger å endre et rom til observasjonsplass.

ekstra ovn ikke gir tilstrekkelig varme, men ovnen fungerer godt i den skjermede delen av ekspedisjonen.

Midtkjerne

Som i K3, er det ikke direkte dagslys til rom i midtkjernen, men i midtkjernen er det i hovedsak plassert rom som ikke har krav til dagslys, det vil si enhetens støtterom og spesialrom (UB-rom).

UB rom

Mange UB-rom er i samsvar med anbefalingen i Standardromkatalogen (rundt 16 m²), og rommene er bygd likt (generelt). Fagområdet revmatologi og infeksjonsmedisin benytter rom som er planlagt som kontor/konsultasjonsrom. I fokusgruppen ble det uttalt at disse rommene ikke er utstyrt med pasientsignal/alarm. Det ble påpekt at det er nødvendig med alarmsystem i behandlingsrom. Det ble også nevnt at rommene for revmatologi, nederst i fløyen, kan bli varme på sommeren når solen står på.

I samtaler ble det uttrykt at fagområdet hud er fornøyd med lokaliseringen i enheten. Det ble blant annet fortalt at behandlingsbadet har god plass.

Det er vasker i de fleste rom som er planlagt for pasienter. Vaskene ivaretar håndhygiene og hindrer smittespredning. Det kan også nevnes at det er en risiko for bakterieoppvekst i håndvasker dersom de benyttes sjelden (Byggveileder for smittevern, Sykehusbygg HF 2018).

Endoskopi- og desinfeksjonsrom

Endoskopirommene har lik utforming og arealet er 20-21 m², noe som er mindre enn anbefalingene i Standardromkatalogen (25-30 m²). I tillegg mister man gangareal ved at det er tre dører inn til hvert rom (til toalett, desinfeksjonsrom og korridor). En mer kvadratisk form ville også gitt bedre utnyttelse av arealet. I samtaler kom det fram at det er trangt å gå rundt sengen/benken i rommet, men ansatte er tilfredse med at det er et eget bad (toalett og dusj) tilknyttet hvert endoskopirom. Det ble nevnt at dusjen sjelden benyttes. Ansatte fortalt at det er vanskelig å luften ut dårlig lukt fra rommene. For å oppnå bedre luft, er det ettermontert ventilasjon. Rene skop er plassert i skap i UB-rommet.

Deltakerne i fokusgruppen sa at direkte tilgang til desinfeksjonsrom fra endoskopirommene fungerer godt, noe som også ofte anbefales i planlegging av nye sykehus slik at ansatte unngår å gå med urent utstyr i korridoren. Størrelsen på desinfeksjonsrommene (12 m²) er i samsvar med anbefalinger i Standardromkatalogen. Det ble fortalt at en assistent vasker skop. Det kan bemerkes at ifølge Standardromkatalogen, vil rengjøring av skop øke arealbehovet.

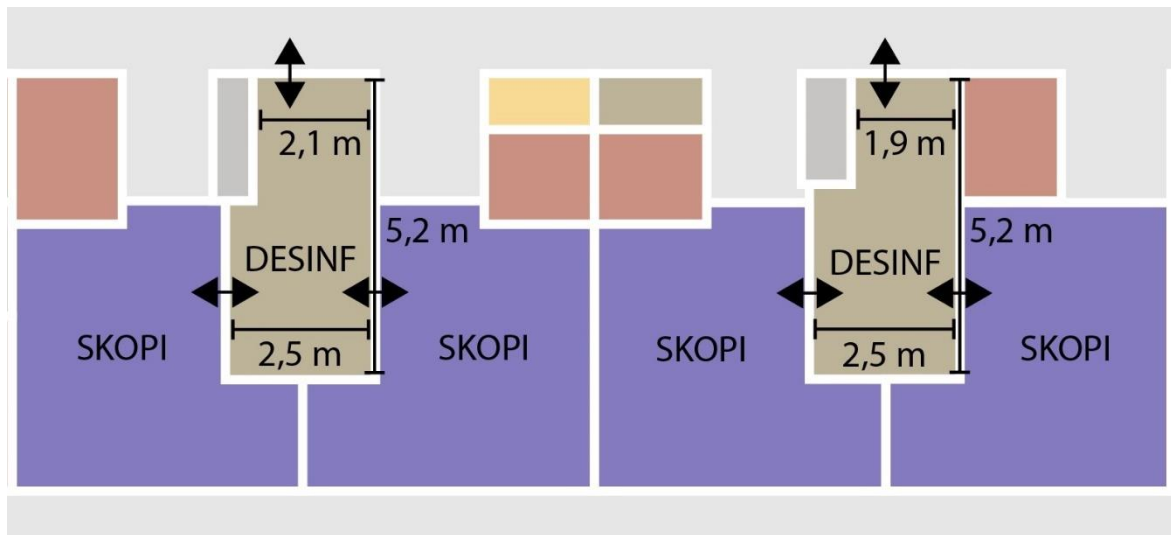
På bakgrunn av størrelse og utforming, kan det være en utfordring å ivareta ren og uren side i desinfeksjonsrommene. På evalueringstidpunktet ble rent utstyr plassert oppå vaskemaskinen, og noen ønsket seg et bedre skille mellom ren og uren side, helst atskilt i to rom. Standardromkatalogen har to anbefalinger for desinfeksjonsrom. Den ene anbefalingen er ett rom som innredes med ren og uren sone med bredde på minst 2,4 meter. Den andre er en todelt løsning med rom for «desinfeksjon urent» med gjennomgående dekontaminator til «lager rent» for oppbevaring av rent utstyr (vaskevannsfat, bekken mm.). I K4 er den bredeste delen av desinfeksjonsrommet i samsvar med standarden, ca. 2,5 meter (Figur 7.3).

Utformingen med tre dører i hvert desinfeksjonsrom gir redusert utnyttelse av arealet. Rom med mange dører mister funksjonalitet; øker arealbehov fordi man trenger større gangareal, mister veggareal til inventar og øker risiko for forstyrrelser og ikke-planlagt innsyn.

Det ble også påpekt at det er mye støy og damp i desinfeksjonsrommet. I tillegg fortalte ansatte at skyllekarene for vasking av skop er dype, og de har erfart at dette er en belastning for rygg.

Fokusgruppen mente at oppsummert fungerer «gastro-området» greit, men det savnes større plass i endoskopirom og en egen observasjonsplass for pasienter i enheten. I evalueringsperioden ble endoskopirommene brukt på tvers, men i framtida kan rommene benyttes som planlagt for koloskopi, gastro- og ano-/rektoskopi. Videre ble oftest tre endoskopirom benyttet, mens det fjerde ble brukt som hvilerom.

Figuren nedenfor viser tegning av fire endoskopirom med et desinfeksjonsrom plassert imellom. Pilene angir plassering av dører i desinfeksjonsrommene.



Figur 7.3 Utsnitt som viser hvordan rom for koloskopi, gastroskopi og ano-/rektoskopi og desinfeksjonsrom er plassert i forhold til hverandre. Omtrentlige mål for desinfeksjonsrommene. Piler angir plassering av dører i desinfeksjonsrommene. Kilde: Ratio arkitekter AS 17.01.2011. Bearbeidet av Sykehusbygg HF.

Forsyning og avfallshåndtering

Som i K3 fungerer aktiv forsyning og avfallshåndtering godt. Det er to avfallssjakter i hver korridor, hvorav den ene er søppelsug. Det er et avfallsrom mellom A og B fløy.

Endret bruk av rom og kapasitet

På evalueringstidspunktet har flere rom i den nordlige delen endret funksjon. Fire samtalerom benyttes som kontor, hvorav ett også kan brukes som observasjonsplass. Et UB-rom er endret til fire arbeidsplasser for leger for oppgaver knyttet til forberedelser og diktering. I sør benyttes en venteplass som pauserom. Et avfallsrom i midtkjernen brukes som garderobe for enheten.

I samtaler ble det fortalt at leger ikke har kontor i andre fløyer, og flere rom er endret til kontor. Det kan tyde på mangel på arbeidsplasser. På bakgrunn av dette, er det trolig vanskelig å finne tilgjengelige arbeidsplasser for studenter.

I tillegg viste befaring at frostingen var delvis skrapet bort i arbeidsstasjon for å gi mer dagslys.

7.3 Hovedfunn og konklusjoner

- «Sentermodellen» fungerer som planlagt for fagområdet sykdommer i fordøyelsessystemet. Det er horisontal nærhet mellom poliklinikk og sengeområde i 4. etasje. Korte avstander og «alt på ett plan» bidrar til at enhetene kommuniserer og samarbeider godt. Pasientene transporteres enkelt imellom sengeområde og poliklinikk, og leger veksler mellom å jobbe i poliklinikk og sengeområde.
- Sykepleiere jobber ikke på tvers av funksjonsområder pga. spesialisering og at det oppleves krevende å tilrettelegge for opplæring.
- Det er tilstrekkelig venteplasser og ekspedisjon for mottak av pasienter.
- Sekretærer som har arbeidsplass i åpen del (skranke), blir forstyrret av støy og får kaldtrekk fordi ekspedisjonen er plassert nær inngangsdør (som i K3).
- UB-rom kan brukes på tvers av fagområder. I framtida er det mulig å øke og redusere fagområdenes aktivitet på grunn av generelle UB-rom.
- Mange UB-rom har en liknende utforming. De er både planlagt og benyttet som kombinert UB-rom og kontor (konsultasjon/kontor).
- Dobbeltkorridor gir dårlig oversikt over begge korridorer fra arbeidsplasser. Men for en medisinsk poliklinikk der fagområdene er samlet i grupper, er enheten er tilstrekkelig tilrettelagt for oversikt over pasienter og kollegaer.
- Det ble ikke planlagt observasjonsplass i enheten, noe som savnes for pasienter som har behov for hvile etter endoskopi.
- Slik enheten er utformet og fordelt mellom fagområdene, har de fleste ansatte og pasienter akseptable gangavstander. Det er tilgang fra begge korridorer til felles støtterom i tillegg til en gjennomgangskorridor i midtkjernen.
- De er tilrettelagt arbeidsplasser, møte- og pauserom. Men det har vært behov for flere arbeidsplasser, og derfor har flere rom endret funksjon. UB-rom er endret til arbeidsplasser og samtalerom benyttes som kontor, hvorav ett også brukes som observasjonsplass.

8. Medisinsk sengeenhet, Fløy A 4. etasje

I fløy A i 4. etasje (A4) er Medisinsk sengeenhet lokalisert. Enheten utreder og behandler elektive og akutte medisinske problemstillinger. På evalueringstidspunktet hadde enheten 10 plasser for fagområdet nyremedisin, 10 for sykdommer i fordøyelsessystemet, to senger for pasienter som får strålebehandling og en seng for hudsykdommer.

8.1 Beskrivelse av enheten

Medisinsk sengeenhet har lokaler i en fløy i et renoverert bygg (fløy A og fløy B) som er koblet til fløy K via korridor. Det er to innganger til A4 fra et trappe- og heisområde som er plassert mellom fløy A og B. Enheten har dobbeltkorridor, og utformingen av A/B bygget har en båtform med en spiss i hver ende. Figur 8.1 illustrerer utformingen av Medisinsk sengeenhet.

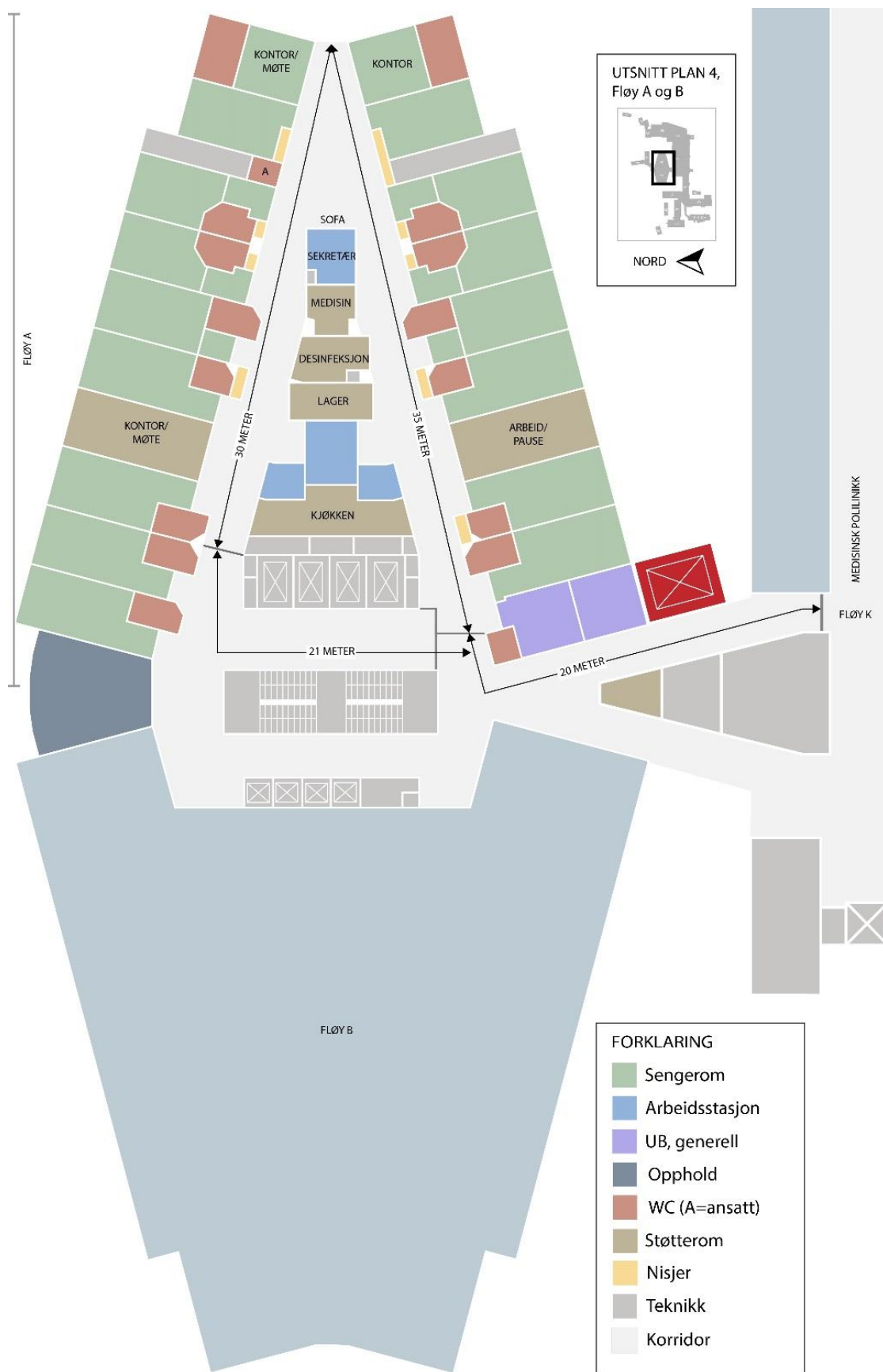
Det er planlagt og bygd et spiseområde for pasienter (37 m²) ved inngangen til A4, mellom fløy A og B. På motsatt side er det plassert et samtalerom (10 m²)

Enheten har 23 sengeplasser med mulighet for utvidelse til 25. 17 sengerom er plassert på hver side mot yttervegg. De fleste sengerommene er planlagt og brukt som tosengersrom, 3 er planlagt som ensengsrom, men forberedt for to pasienter. Av disse er 7 sengerom 22 m² og 4 er 18-20 m². Det er 4 kontaktsmitteisolat (14 m²) og 2 ensengsrom (13 m²). På evalueringstidspunktet ble ensengsrommene benyttet som kontor for ledelse og leger.

Alle tosengs- og ensengsrom som er planlagt for to, er tilknyttet bad på rundt 4 m². De to ensengsrommene deler bad (7 m²) med naborom.

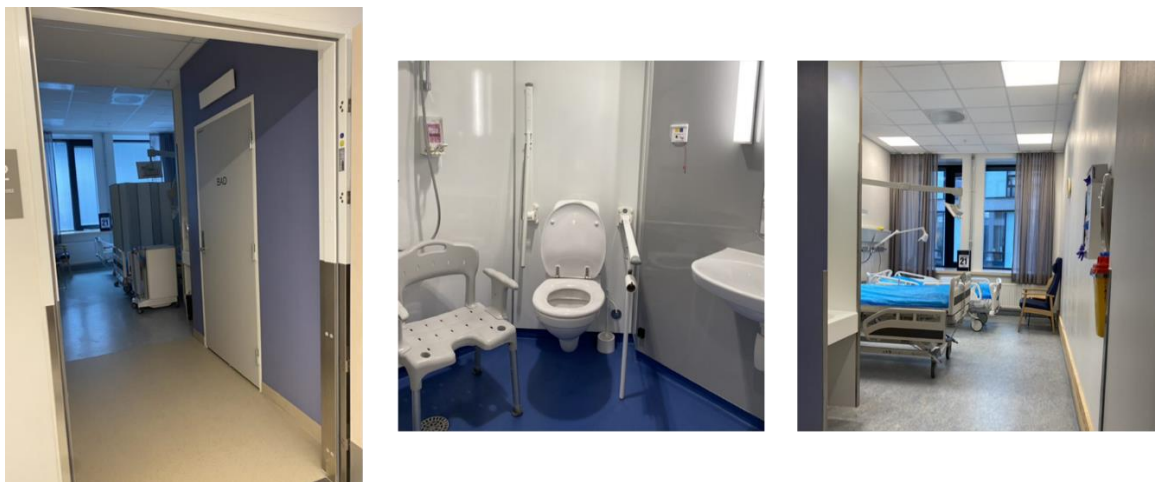
Ved inngangen til A4 (i sør mot fløy K) er enhetens UB-rom (13,5 m²) plassert. På samme side, mellom to sengerom, er det et rom som ble opprinnelig ble planlagt som gruppe/pauserom og rom for diktering (til sammen 25 m²). Rommet ble endret til et lukket arbeids-/pauserom. På motsatt side (nord) er et tilsvarende rom som benyttes som kombinert kontor og møterom.

Midtkjernen består av støtterom med gjennomgang (dører) til begge korridorene. Disse er i rekkefølge fra inngang: Kjøkken (20 m²), lukket arbeidsstasjon med fire arbeidsplasser (11 m²) og en åpen del mot korridor på begge sider (11 m²), lager for utstyr (9,4 m²), desinfeksjonsrom (9,4 m²), medisinrom (7,4 m²). Nederst i avdelingen er et rom som ble planlagt som arbeidsstasjon med to PC-plasser (8,2 m²), og som på evalueringstidspunktet ble benyttet av sekretær. Dette rommet har glassvegger som gir inn- og utsyn. Nedenfor rommet er det en åpen sitteplass for pasienter og besøkende.



Figur 8.1 Illustrasjon A4. Overordnet utforming av medisinsk sengeenhet. Kilde: Ratio arkitekter AS. Bearbeidet av Sykehusbygg HF.

I figuren presenteres bilde av to tosenksom, samt bad med dusj, toalett og vask.



Figur 8.2 Sengerom for to pasienter, med og uten skjerm Brett mellom senger. Bad med vask, toalett og dusj. Foto: Sykehusbygg HF 2022

8.2 Vurdering av utforming og løsninger

Nedenfor følger en evaluering av enhetens egnethet for pasientbehandling og arbeidsoppgaver. Som beskrevet mer utfyllende under kapittelet om data og metode, baseres dette på en kombinasjon av sykehusplanleggeres vurderinger og ansattes erfaringer. Avslutningsvis gis en oppsummering av hovedfunn og konklusjoner.

8.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter

Kapittel 7 omtaler horisontal nærhet for fagområder i K4 og A4, dvs. at poliklinikk og sengeområde for sykdommer i fordøyelsessystemet er plassert i samme etasje med kort avstand imellom. I samtaler og fokusgruppeintervju ble det framhevet at nærhet har betydning for samarbeid mellom enhetene, og at det går raskt å flytte pasienter imellom. Tidligere var sengene plassert i fløy R, noe som ansatte opplevde som lang og tidkrevende transport mellom poliklinikk og sengeenhet for pasienter med sykdommer i fordøyelsessystemet.

Når det gjelder nyresykdommer, er fagområdet spredt mellom dialyse i H3, dagområde i K3 og 10 sengeplasser i A4. I kapittelet «Dialyseenhet» er det beskrevet at det opprinnelig var planlagt horisontal nærhet mellom dialysebehandling og sengeenhet, og at dette ville vært mer hensiktsmessig for samarbeid. Poliklinikken for hudsykdommer er plassert i K4, mens én seng for fagområdet er i A4. Det kom ikke fram merknader til denne plasseringen i fokusgrupper eller samtaler. Det ble også fortalt at det planlegges en endring i fagområdene slik at fagområdet infeksjonsmedisin plasseres A4.

Enheten har en egen sekretær (merkantil) som ikke er organisert i Seksjon for klinisk støtte.

8.2.2 Orientering og tilgjengelighet

De fleste pasienter og besøkende benytter heis i fløy K og går over til sengeområdene i fløy A eller B. Ved trappe- og heisområdet er det to innganger til sengeenheten i A4. Det ble fortalt at det er inngangen mot sør, nærmest poliklinikkområdet, som benyttes. Observasjon under

befaring viser at arbeidsstasjonen har en åpen skranke mot begge korridorer og glass inn til lukket arbeidsrom. Dette legger til rette for inn- utsyn til korridorområdet, og er et henvendelsespunkt for pasienter og besøkende.

Tegning viser at det er planlagt et spiseområde/oppholdsrom for pasienter ved inngangen til A4, mellom fløy A og B. Ifølge fokusgruppeintervju benyttes ikke området som planlagt. På evalueringstidspunktet ble det diskutert hvordan arealet skal brukes i framtida; for pasienter og besøkende eller som personalområde. Ellers er det ikke venteareal eller oppholdsrom i tilknytning til sengeenheten, med unntak av sitteplasser (sosial sone) utenfor arbeidsrom for sekretær, innerst i enheten.

8.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer

Innledningsvis kan det nevnes at i de siste årene har mange sykehusprosjekt bygd sengeområder bestående av sengetun. Sengetunet kan forstås som en byggestein i et sengeområde. Hensikten med sengeområder som er bygd opp av sengetun, er å legge til rette for nærhet mellom pasienter og pleiepersonell. I for eksempel St. Olavs hospital og i Nordlandssykehuset (NLSH) Vesterålen, er sengeområder bygd opp av tre sengetun på rad. I hvert sengetun er det nærhet mellom arbeidsstasjon, 8-9 senger og nærlager. Denne utformingen bidrar til samarbeid, oversikt og korte gangavstander ^{11,12}.

Det er gitt informasjon om at sengeområdene i NLSH Bodø ble planlagt som sengetun. Deltakerne i fokusgruppen fortalte imidlertid at Medisinsk sengeenhet A4 organiseres i fire grupper (gruppesykepleie). Pasientene plasseres der det er ledig sengeplass, og ikke i grupper rundt arbeidsstasjoner. Det er ikke glass eller vindu inn til sengerom, og fokusgruppeintervju bekreftet at det kan være vanskelig å holde oversikt over både pasienter og kollegaer slik som enheten er utformet og driftet. På nattevakt er ansatte ofte inne på sengerom, ellers samles de i arbeids-/pauserom. Selv om enheten er kompakt utformet, medfører organiseringen at personalet går mye på grunn av at pasientene ikke er samlet i grupper i et avgrenset område.

Gjennomgang av tegning av A4 bekrefter at det er utfordrende å få oversikt over kollegaer og pasienter når pasienter i hver av de fire gruppene plasseres over hele sengeenheten. Av tegningen framgår det imidlertid at det er bygd tre arbeidsstasjoner. På bakgrunn av utformingen, kunne driften vært organisert rundt tre sengetun. En gruppering av sengerom i hver korridor rundt arbeidsstasjonen og rundt arbeidsstasjonen som benyttes av sekretær innerst i enheten (mot øst), ville lagt til rette for bedre oversikt over sengerom, pasienter og kollegaer.

Tegning viser at det er siktlinje fra den ytre og åpne del av arbeidsstasjon til korridoren og videre inn i enheten på begge sider. Dette gjør at ansatte kan ha oversikt over personer som befinner seg i korridorområdet. Fra rommet i enden av midtkjernen, som benyttes av sekretær, er det utsyn til oppholdsplasser for pasienter og besøkende, samt de nærmeste sengerommene. En organisering av sengerom i sengetun vil også gi kortere gangavstander for pleiepersonell.

I praksis kan det være vanskelig for enheten å ha en organisering i sengetun på grunn av at det er flest tosengsrom, og man derfor må hensynta plassering på bakgrunn av kjønn, fagområde,

¹¹ Lauvsnes, M (2012) «Sengetun», et brukbart konsept? SINTEF-rapport A22564.

¹² Evaluering av Nordlandssykehuset Vesterålen, 2018, Sykehusbygg HF

helsetilstand og eventuell smitte. Det kunne imidlertid likevel vært interessant å undersøke om sengeenheten kan organiseres i mer samlende og oversiktlige grupper, forutsatt at personalet har en bred kompetanse, kan jobbe på tvers og ivareta flere fagområder.

Observasjon under befaringsvise viste også at det er vanskelig å få oversikt over pasientene i sengerommet fra døråpningen i A4. Når man står i inngangen til sengerommet, er ikke hodeenden i sengen som er nærmest dør, synlig. Dersom det er skjerm Brett mellom sengene, er ikke sengen ved yttervegg/vindu synlig. En lignende bygningsmessig løsning finnes i Sykehuset Østfold Kalnes der en evaluering viste at når bad er plassert mot korridor, må ansatte gå inn i ensengsrommet for å kunne se pasienten. Ansatte på Kalnes var mer fornøyd med en annen utforming der bad var bygd mellom sengerommene, slik at de kunne se pasienten fra døråpningen¹³.

8.2.4 Konfidensialitet og ro

Evalueringer og forskning viser at er utfordrende for konfidensielle samtaler mellom ansatte og pasienter/pårørende i flersengsrom¹⁴. Slike samtaler bør skje i enerom, som ensengsrom, samtalerom eller tilsvarende. Som nevnt, har enheten tilgang til ett samtalerom og UB-rom ved inngangen.

Konfidensielle samtaler mellom ansatte, kan ivaretas i lukkede arbeidsrom, møterom eller kontor.

8.2.5 Gangavstander og støtterom

Det er korte avstander i enheten. Den er kompakt bygd med støtterom i midtkjernen som har gjennomgang til begge korridorer. For avfallshåndtering, er det plassert en avfallssjakt nær inngangen til de to korridorene. Det er en sjakt for urent tøy i desinfeksjonsrommet. Det er et avfallsrom mellom A og B fløy.

8.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver

Når det gjelder tilrettelegging for samarbeid mellom ansatte, kan kommunikasjon foregå i arbeidsstasjon, arbeids-/pauserom eller møterom/kontor. To ensengsrom er tatt i bruk som kontor. Dette tyder på at det er planlagt for få arbeidsplasser i sengeenheten i forhold til dagens behov. Det er ikke direkte dagslys til rom i midtkjernen. I midtkjernen er det imidlertid plassert støtterom. Arbeidsstasjoner har glass mot korridor.

Enheden har et stort kjøkken, og fokusgruppen fortalte at de er fornøyd med både kjøkken og aktiv forsyning. Videre er kjøkken plassert nær inngang, noe som tilrettelegger for leveranse av mat.

Sengerom

Ensengsrommene har et areal på 13 m². Denne størrelsen er i samsvar med ensengsrom i noen av dagens sykehus, men Standardromkatalogen anbefaler 16 m². For sengerom somatikk

¹³ Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes Sykehusbygg HF 2020. Hovedrapport

¹⁴ One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs. J Maben et al. 2017

beskriver Standardromkatalogen blant annet at sengerommet skal ivareta følgende aktivitet og funksjoner:

Konfidensiell samtale med pasient/pårørende. Familie/pårørende besøk skal kunne skje i rommet. Pasienten skal både kunne være i sengen, men også sitte ved bord ved ulike aktiviteter. Rommet tilpasses rullestolbruk og andre hjelpemidler og medisinsk teknisk utstyrbruk. Gode arbeidsforhold for 2-3 personer.

Som nevnt er det flest tosengsrom i enheten. Deltakerne i fokusgruppen uttalte at det var behov for flere ensengsrom. Dette understøttes av forskningsstudier som viser at ensengsrom gir mer ro, bedre søvn og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Videre reduserer ensengsrom behov for flytting av pasienter¹⁵. Tosengsrommene kan likevel legge til rette for sosial kontakt mellom pasienter som ønsker dette¹⁶.

Under befaring ble det observert utstyr i korridor ved inngang til enheten, og fokusgruppeintervjuet bekreftet at det er vanskelig å få plass til utstyr som rullestoler og prekestoler i sengerommene.

Form og størrelse på 22 m² gir utfordringer i tosengsrom. Det er trangt, spesielt når den innerste sengen skal flyttes ut. En deltaker uttrykte det slik:

Problemene med sengerommene er at de er små. De er bygd for en annen tid, rett og slett. Så det er sånn, at du akkurat får sengene forbi hverandre. Rullestol og prekestol, du har ikke plass til det egentlig.

Måling på tegning av et tosengsrom på 22 m² viser ca. 1,2 meter fra fotenden av sengen til vegg, og ca. 1,05 meter mellom senger¹⁷. Arbeidstilsynet anbefaler 1,4 meter fritt areal for enden av sengen. Dette for å ha tilstrekkelig plass til å få seng ut av flersengsrom eller å komme til ved pleie uten at den andre sengen må skråstilles eller flyttes. For å ha gode arbeidsforhold bør det være 1,5 meter fri gulvplass på hver langside av sengen¹⁸.

Bad

Flere har studert hvordan man kan redusere risiko for fall på baderom og funnet at både bevegelser og utforming kan føre til fall (Referanse 15). Badene i Medisinsk sengeenhet er utformet slik at det er nærhet mellom toalett, servant og dusj, noe som kan gjøre det enkelt å nå ting på et lite område og unngå bevegelser som strekking og vridning. Videre er det håndtak på toalett og dusjstol. Dette legger til rette for egenmestring og kan forhindre fall. Noen bad er plassert slik at pasienter må gå ut fra sengerommet til et forrom for å komme til badet. Forrommet kan være en mindre hensiktsmessig løsning for pasientene sammenlignet med direkte tilgang til bad fra sengerommet.

¹⁵ EBD 2020 – Evidensbaserad Design. CVA. Chalmers tekniska högskola, 2021

¹⁶ Single-Occupancy Patient Rooms: A Systematic Review of the Literature Since 2006. Taylor et al. 2018

¹⁷ Mål er gjort på møbleringsplan (Ratio arkitekter as 05.12.2014) og målingene kan derfor være litt unøyaktige

¹⁸ <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/utforming-av-arbeidsplassen/arbeidsmiljo-i-helseinstitusjoner/>

Smittevern

To pasienter deler bad, noe som kan være en utfordring ved smitte. Det vises til at Byggveileder for smittevern (Sykehusbygg HF 2018) anbefaler ensengsrom med eget bad.

Det er fire isolat for kontaktsmitte og et desinfeksjonsrom i midtkjernen. Kontaktsmitteisolatene er 14 m², og er mindre enn dagens anbefaling i Standardromkatalogen som er 16 m². Forrommene til isolatene er 4,3-4,7m². Til sammenligning anbefaler FHI i Isoleringsveileder 4 m². Standardromkatalogen anbefaler samme størrelse, men det er også beskrevet at forrom til rom for kontaktsmitte i dagens sykehus er mellom 3 og 6 m².

UB-rom

I samtaler kom det fram at det trangt i UB-rommet på 13,5 m². Dette gjelder spesielt når rommet benyttes til visitt, noe som er en annen funksjon enn UB-rom vanligvis er planlagt for. Standardromkatalogen beskriver at i dagens sykehus er standard UB-rom mellom 12 og 18 m². Standardromkatalogen anbefaler 16 m², noe som bekrefter at det kan bli trangt dersom rommet benyttes til andre oppgaver enn enklere konsultasjoner som krever mer møbler og utstyr enn arbeidsplass, besøks plass, benk og vask.

Medisinrom

Medisinrommet har, som beskrevet over, et areal på 7,4 m². Rommet har to dører, noe som gjør at bruksarealet reduseres. Dagens Standardromkatalog anbefaler 12 m², og det påpekes samtidig at størrelse må tilpasses antall og kategori pasienter og rommets utforming. I fokusgruppen og i samtaler under befaring, ble det påpekt at medisinrommet er for trangt for en medisinsk enhet med 23 pasienter. Det planlegges derfor å flytte medisinrommet til lager for utstyr som er litt større (9,4 m²).

Endret bruk av rom og kapasitet

Spiseområde for pasienter benyttes ikke som planlagt. Under evalueringen ble det diskutert hvordan arealet best kan utnyttes. To ensengsrom ble benyttet som kontor for ledelse og leger. Nederst i avdelingen er en opprinnelig planlagt arbeidsstasjon (8,2 m²) i bruk til sekretærarbeid. Det planlegges å flytte medisinrom til lager for utstyr.

Endret bruk av rom kan tyde på at det har vært etablert for få arbeidsplasser og for lite areal til medisinrom.

8.3 Hovedfunn og konklusjoner

- «Sentermodellen» fungerer som planlagt for fagområdet sykdommer i fordøyelsessystemet. Det er horisontal nærhet mellom poliklinikk og sengeområde i 4. etasje. Korte avstander og «alt på ett plan» bidrar til at enhetene kommuniserer og samarbeider godt. Pasientene transporteres enkelt imellom senge- og poliklinikkområdet, og leger veksler mellom å jobbe i de to enhetene (jf. kap. 7).
- Sykepleiere jobber ikke på tvers av funksjonsområder. Dette begrunnes med spesialiseringen som er knyttet til områdene, og at det vil være krevende å tilrettelegge for opplæring (jf. kap. 7).
- Åpen del i arbeidsstasjonen legger til rette for mottak av pasienter og besøkende.

- Arbeidsstasjonen i midtkjernen har en åpen del på begge sider, noe som gir sikt til korridorene på hver side. Videre er det glass mellom ytre og indre del av arbeidsstasjonen.
- Sengerom er generelt utformet og brukes på tvers av fagområder.
- Tosengsrommene (22 m²) er litt trange.
- Tosengsrom gir utfordringer knyttet til konfidensialitet.
- Enheten har en kompakt form. Det er tilgang til støtterom i midtkjernen fra begge korridorer.
- Organiseringen, bruk av rom og at pasienter fra fagområdene spres i hele avdelingen, medfører begrenset oversikt, økt tidsbruk og gangavstander for personalet.
- Spiseområde/oppholdsrom for pasienter er ikke i bruk.
- Medisinerom på 7,4 m² er for lite for 23 pasienter i Medisinsk sengeenhet (nyresykdommer og sykdommer i fordøyelsessystemet).
- Det er tilrettelagt arbeidsplasser, møte- og pauserom. Men det har vært behov for flere arbeidsplasser, og derfor blir to sengeromrom benyttet som kontor.

9. Barnepoliklinikk. Fløy K 5. etasje

Barnepoliklinikken er organisert under Barneklubben, som har tilbud knyttet til barnesykdommer, nyfødt intensiv, dagbehandling og poliklinikk samt barnehabilitering ([Forside - Nordlandssykehuset](#)). Ifølge hjemmesiden til NLSH Bodø har barnepoliklinikken ansvaret for undersøkelser, utredning og oppfølging av barn som ikke har behov for et lengre opphold i barneavdelingen. Barn med en rekke ulike sykdommer følges opp i poliklinikken. De vanligste er lungesykdommer og allergi, nevrologiske sykdommer, hjertefeil og hjertesykdommer, diabetes og andre endokrine sykdommer, vekstutredninger, mage-tarmsykdommer, blodsykdommer og kreft, nyre- og urinveissykdommer, immunsykdommer.

Åpningstiden er fra kl. 8.00 til 15.30.

9.1 Beskrivelse av enheten

Poliklinikken i fløy K i 5. etasje (K5) er lokalisert i samme etasje som Barnemedisinsk sengepost i fløy B (B5), med en kort korridor imellom enhetene. Det er rundt 20 og 40 meter til henholdsvis sør- og nordlig inngang i sengeposten. I K5 er det plassert lokaler både for Barnepoliklinikk og Gynekologisk poliklinikk. Fra trappe- og heisområdet kommer man til en felles ekspedisjon (17 m²) for de to fagområdene. Deretter er det en egen inngang til Gynekologisk poliklinikk og en annen til Barnepoliklinikk.



Figur 9.1 viser bilde av ekspedisjon for poliklinikkene i K5. For denne etasjen er fargekoden gul. Ekspedisjonen har en skranke mot et tidligere planlagt venteområde. På evalueringstidspunktet ble venteområdet benyttet til oppstillingsplass for seng. Et ytre venteområde for Gynekologisk poliklinikk er i stedet plassert ved området for trapp og heis.

Figur 9.1 Ekspedisjon Gynekologisk poliklinikk og Barnepoliklinikk i K5. Foto: Sykehusbygg HF 2023

Figur 9.2 illustrerer utformingen av Barnepoliklinikken. Inne i Barnepoliklinikken er et møterom (16 m²) plassert ved inngangen. Ved en felles vente-/lekesone for poliklinikk, dagbehandling og barnehabilitering, deler korridoren seg i to. En korridor går mot øst og fører inn til området for barnehabilitering. En annen korridor går mot sør. Dette er området for dagbehandling og poliklinikk.

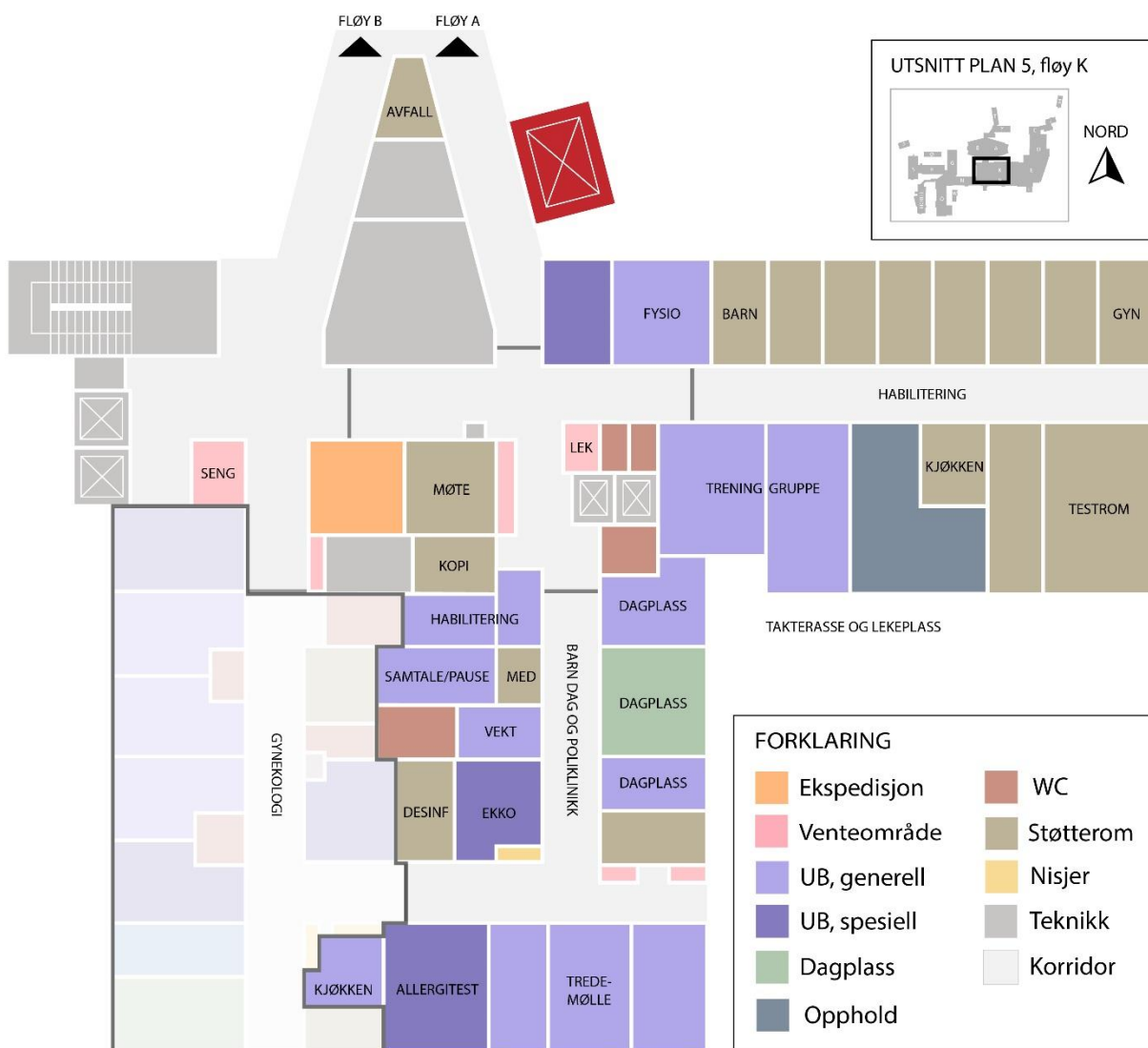
Ved inngangen til habilitering er det plassert et bad (12 m²) med badekar og et UB-rom for fysioterapi (18 m²). Videre har området for habilitering en korridor med rom på begge sider. På den ene siden er det planlagt og bygd 8 kontor (10 m²), hvorav to benyttes av andre fagområder (barn og gynekologi). Habilitering bruker de øvrige kontorene som UB-rom. På den andre siden finnes to treningsrom/grupperom (25-26 m²), et oppholdsrom (33 m²) med kjøkken (10 m²) og utgang til lekeplass, samt to kontor (16 og 34 m²). Det største kontoret er endret til testrom.

Området for dagbehandling og poliklinikk består av en midtkjerne og en korridor med følgende rom: Mot takterrassen er det plassert et UB-rom med lystgass (15 m²), dagplass som er planlagt

Evaluering av Nordlandssykehuset Bodø. Poliklinikk-, dag- og sengeområder versjon 1.0

for to (21 m²), og et samtalerom (10 m²) som brukes til infusjoner. Disse tre rommene benyttes til dagbehandling. Videre finnes et kontor som er skriveplass for tre leger (10 m²). Ifølge tegning er kontoret planlagt for én person med møtebord. Deretter følger en venteplass og fire UB-rom plassert ved yttervegg i området mot sør, hvorav ett brukes til allergitesting. Rommene er fra 16 til 20 m². En dør fører inn til Gynekologisk poliklinikk, der et kjøkken deles mellom de to poliklinikkene (9 m²).

I midtkjernen ligger et desinfeksjonsrom (10 m²), som også deles mellom poliklinikkene. Et UB-rom i midtkjernen benyttes til ekkokardiografi (15 m²). Videre har midtkjernen stellerom (7 m²), samtalerom som også benyttes til pauserom (12 m²), samt et lager som er endret til medisinerom (4 m²). Øverst i midtkjernen, nær felles venteområde, er det plassert et UB-rom og forrom for habilitering (8 og 6 m²), samt et kopirom (7 m²).



Figur 9.2 Illustrasjon K5. Overordnet utforming av Barnepoliklinikk. Kilde: Ratio arkitekter AS. Bearbeidet av Sykehusbygg HF.

I figuren nedenfor presenteres bilder fra poliklinikken.



Figur 9.3 Øverst fra venstre: Fargerik inngang, felles vente/lekeområde, dør til dagbehandling og dagbehandlingsrom. Nederst fra venstre: Utsikt til lekeplass, UB-rom, samtalerom som også benyttes til infusjoner, kontor. Foto: Sykehusbygg HF 2022

9.2 Vurdering av utforming og løsninger

Nedenfor følger en evaluering av enhetens egnethet for pasientbehandling og arbeidsoppgaver. Som beskrevet mer utfyllende under kapittelet om data og metode, baseres dette på en kombinasjon av sykehusplanleggeres vurderinger og ansattes erfaringer. Avslutningsvis gis en oppsummering av hovedfunn og konklusjoner.

9.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter

Det var planlagt en klinisk sentermodell. Poliklinikk og sengeområder for barn ble derfor samlokalisert i en etasje for å oppnå horisontal nærhet. I samtaler og fokusgruppeintervju ble det framhevet at nærheten i 5. etasje bidrar til samarbeid mellom poliklinikk, dagbehandling, habilitering og døgnbehandling. Samarbeidet omfatter pasienter, foreldre og personell, i tillegg til rom. Leger, sykepleiere, logoped, ergo- og fysioterapeuter går imellom enhetene.

Et sykehus i sykehuset

Det ble sagt at Barneklubben er «et sykehus i sykehuset» fordi behandling av barn er et bredt fagfelt der mange faggrupper samhandler:

Det er indremedisin fra 0 til 18 år, det er nyfødtdedisin, det er habilitering, det er nevro, det er alt. [...] Det er fysioterapeut, logoped, ernæringsfysiolog og, det er masse samhandling.

I fokusgruppen kom det fram mange eksempler på at tverrfaglig samarbeid er viktig for barn i sykehus. Somatisk poliklinikk og dagbehandling samarbeider med sengepost og med habilitering. Det samme gjør fysio-, ergoterapeuter og logopeder.

Mange pasienter i Nordland fylke har lange reiseavstander. Når barna kommer, forsøker barneklubben å samordne tjenestene under oppholdet og lage en felles plan. At tjenestene er plassert i samme etasje, understøtter dette arbeidet.

Deltakerne i fokusgruppen uttrykte at de er svært fornøyde med sentermodellen der alt er samlet i en etasje. Løsningen er praktisk og kompakt med korte avstander. Dersom det for eksempel mangler UB-rom på sengeposten, kan et rom i poliklinikken benyttes (gjelder mest på kveldstid).

Det ble fortalt at det er én leder for somatisk poliklinikk, dagbehandling og døgnbehandling, og at dette er viktig for å fremme tverrfaglig samarbeid. Videre er organiseringen slik at en gruppe i sengeposten får opplæring i poliklinikk og dagbehandling, mens ansatte i poliklinikk og dagbehandling jobber i helger på sengeposten. Dette bidrar til fleksibilitet og samarbeid mellom enhetene. I tillegg vektlegges oppgavedeling (oppgaveglidning), samt opplæring og faglig utvikling gjennom kompetansetiger både for sykepleiere og helsefagarbeidere. Dette er i samsvar med anbefalingene i NOU «Tid for handling» 2023:4, der et av tiltakene er å legge til rette for opplæring og kombinerte stillinger mellom enheter i sykehus.

Det ble forklart at det er lett å unytte ledige rom i dagområde og poliklinikk. En felles enhet bidrar til samarbeid om arbeidsoppgaver og at man hjelper hverandre.

Fokusgruppedeltakerne sammenlignet tidligere plassering av Nyfødt intensiv med dagens plassering i fløy B i 6. etasje (B6), som er mye nærmere og bare en etasje unna. Deltakerne var fornøyde med lokaliseringen av tilbudet til barn i K5 (poliklinikk), B5 (sengeområde) og B6. Det ble bemerket at det er enkelt for leger å gå imellom 5. og 6. etasje når det er behov for det.

Gynekologisk poliklinikk er som beskrevet, lokalisert ved siden av Barnepoliklinikken i K5. Fokusgruppen var tydelig på at det ikke er behov samarbeid med det gynekologiske fagområdet, men ettersom Fødeavdelingen er i 5. etasje, har den fått sin tilhørende poliklinikk i samme etasje, dvs. det er horisontal nærhet mellom føde og gynekologi i samsvar med sentermodellen.

9.2.2 Orientering og tilgjengelighet

Pasientene registrerer seg vanligvis i 1. etasje. De kommer opp til 5. etasje via trapp eller heis. Barn og besøkende henvender seg i ekspedisjonssranken og blir vist inn til det indre venteområde med lekeplass. I fokusgruppen ble det påpekt at det er viktig med et eget venteområde for barn atskilt fra venteområde for gynekologisk poliklinikk.

Inngangen til poliklinikken har figurer og tegninger som er tilpasset barn. Det ble fortalt at selv om det er skilt som viser vei til sengeområdet og poliklinikk/dagbehandling, kan det være vanskelig for noen å finne veien. Noen ansatte mente at skiltingen kunne vært bedre.

Venteområdet for poliklinikk, dagbehandling og habilitering har stoler og leker tilpasset barn. Deltakerne i fokusgruppen forklarte at lekeområdet burde vært større. Ifølge tegning er lekeområdet plassert i en korridor nisje, og størrelsen anslås til ca. 4 m². Det er også en indre ventesone mellom poliklinikkrom lenger inn i enheten slik at pasientene kan vente nært behandlingsrom.

9.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer

Fokusgruppen opplevde at enheten er kompakt og med god oversikt. Tegninger og befaring tyder også på at det i hovedsak er tilstrekkelig oversikt i poliklinikken. Ekspedisjonen er godt synlig ved inngangen til området, men har ikke en åpen skranke med siktlinje til vente- og lekeplass.

9.2.4 Konfidensialitet og ro

Det er en utfordring å ivareta konfidensialiteten i rom der flere pasienter eller ansatte oppholder seg samtidig.

Rommet for dagbehandling er planlagt for to pasienter med arbeidsplass for to sykepleiere. I tillegg er det ofte pårørende i rommet. Både pasienter og deres pårørende kan overhøre sykepleiernes telefonsamtaler angående andre pasienter. I fokusgruppen ble det uttrykt at det er trangt med to senger i rommet, og dersom det er to pasienter i rommet samtidig, kan de lytte til hverandres sykehistorier. På grunn av dette benyttes dagbehandlingsrommet vanligvis bare til én pasient om gangen.

Behandlere benytter mer videokonsultasjoner og telefoner i dag sammenlignet med under planleggingen av sykehuset. Det betyr at det også er vanskelig å overholde taushetsplikten i kontoret som brukes som skriveplass for tre leger. Videre er det lytt fra behandlingsrom til korridor i området for barnehabilitering. Fokusgruppen bemerket at det kan bli slik når rom blir brukt annerledes enn planlagt (fra kontor til UB-rom).

9.2.5 Gangavstander og støtterom

Deltakerne i fokusgruppen uttrykte at det er korte avstander i poliklinikken, og at alt er nært. Dette er utdypet i kapitlet over: «Nærhet og samarbeid i og mellom enheter».

9.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver

Barnehabilitering

Som nevnt, er arealet for Barnehabilitering blitt utvidet og har overtatt lokaler i et område planlagt for kontor. Det ble fortalt at her skulle egentlig ledere og leger ha kontorplasser. Kontorene på 10 m² som ikke har vask, blir benyttet som UB-rom. Det er trangt for rullestolbrukere og rommene har ikke tilstrekkelig lyddemping. Samtaler kan derfor overhøres i korridoren. Denne utformingen og størrelsen er ikke i samsvar med Standardromkatalogen. For standard UB-rom anbefales 16 m² og vask. I Standardromkatalogen er det også bemerket at i dagens sykehus varierer størrelsen på UB-rom fra 12 til 18 m².

To av de åtte kontorene i området for habilitering benyttes av Barnepoliklinikken og Gynekologisk poliklinikk. Et stort kontorområde er gjort om til testrom. Fokusgruppen framhevet at barnehabilitering har for få rom. Flere mente at barnehabilitering ble avglemt i planleggingen av nytt og rehabilitert sykehus. Det ble fortalt at bare to dagplasser var utgangspunktet for planleggingen av barnehabilitering.

UB-rom og dagplasser

Tegninger viser at poliklinikken er planlagt med tre generelle UB-rom og ett rom som er kombinert konsultasjon/kontor (15-20 m², med lystgass). Disse er innenfor anbefalingene for standard UB-rom i Standardromkatalogen. Poliklinikken har to spesialrom (allergitestning, EKKO) og ett rom for fysioterapi. Når det gjelder anbefalingene i Standardromkatalogen, er det viktig å være oppmerksom på at behovet for areal vil variere avhengig av rommets bruksområde. Noen rom er spesialrom og bør tilpasses for å ivareta både utstyr og funksjon.

Deltakerne i fokusgruppen fortalte om erfaringer med UB-rommene. Flere av rommene oppleves som lite egnet. Blant annet er et UB-rom i midtkjernen uten dagslys, og rommet har tung luft. Det benyttes til ekkokardiografi (EKKO), noe det er egnet for, men rommet kan ikke benyttes som fast arbeidsplass. Videre fortalte fokusgruppen at UB-rommet som er testrom, var planlagt med en tredemølle. Rommet ble for trangt, og derfor ble tredemøllen flyttet til et annet UB-rom. Fokusgruppen mente at tredemøllen burde vært på et testrom og at det burde vært to testrom med plass til alt utstyr. Med bare ett testrom blir det mye venting for å gjennomføre undersøkelser som blant annet EKG, spirometri og prikktest.

Et UB-rom på 16 m² er smalt og trangt. Fokusgruppen forklarte at det er vanskelig å få plass til foreldre, barnevogn og eventuelt en tolk. Videre er erfaringene at UB-rommene på 17 og 18 m² har en god størrelse slik at det for eksempel kan gjøres ultralydundersøkelse i tillegg til at både lege, sykepleier og fysioterapeut er til stede. UB-rommet på 15 m² som har lystgass, benyttes mest som dagplass. Rommet er ofte opptatt på grunn av stor tilstrømming av pasienter. Poliklinikken kan benytte ett av de åtte kontorene i området for barnehabilitering, men dette er, som tidligere beskrevet, ikke egnet som UB-rom.

Mange har behov for observasjon og hvile etter sedering (beroligende) i forbindelse med blant annet dagkirurgi, koloskopi eller gastroskopi. På grunn av at dagbehandlingsrommet er trangt og utfordrer taushetsplikten, er rommet mest hensiktsmessig for én pasient, ikke to samtidig. I tillegg benyttes rommet som har lystgass og samtalerommet med to hvilestoler, til dagbehandling.

Sekretærer, merkantilt ansatte

Når det gjelder samorganisering av sekretærer (merkantile), ble det fortalt at tidligere var sekretærer tilknyttet Barneklubben. Samorganiseringen ble gjort for å styrke sekretærenes faglige fellesskap og arbeid. Dette kan imidlertid skape mer avstand til de kliniske fagene.

Fokusgruppedeltakernes erfaringer etter omorganiseringen og etter at arbeidsplasser for sekretærer ble flyttet ut av sykehuset, er at den gamle ordningen fungerte bedre. Tidligere var sekretærene nær enhetene, og de hadde et mer aktivt forhold til pasientene. De snakket mer med leger og sykepleiere, forsto ressursflyt og rom bedre, og de kjente ansatte og pasienter bedre. Nå er sekretærene opplært til sekretær oppgaver, ikke i klinikkens type undersøkelser og behandling. Deltakerne i fokusgruppen har erfart at det kommer flere telefoner til sykepleiere etter omorganiseringen, og det oppleves mer tungvint.

Erfaringer med aktivitet og kapasitet

Fokusgruppen reflekterte over konsekvensene av at sykehuset ble planlagt i en tid med mer aktivitet i sengeområder, mens trenden har vært økt poliklinikk og dagbehandling. De kommenterte at da bygget sto ferdig, var ikke behovene i samsvar med bygget.

Barnepoliklinikken opplever at det er høy aktivitet i forhold til romkapasitet. Pasienter som får dagbehandling, trenger hvile/observasjon etter kurer eller narkose. Deltakerne i fokusgruppen sa videre at det ikke er tilstrekkelig plass for alle de ulike testene og aktivitetene som skal gjennomføres. De mente at det ikke mangler personell, men at det er for få tilgjengelige rom. Det ble blant annet fortalt at diabetessykepleier har flyttet fra 5. etasje til fløy B i 6. etasje grunnet plassmangel. I løpet av de siste årene er det også etablert ny aktivitet. Dette er blant annet sykepleier knyttet til pasienter med obstipasjon, revmatologisk sykepleier og et fedmeteam. På grunn plassmangel blir ansatte plassert utenfor poliklinikken, noe som kan gå ut over den faglige tilknytningen til enheten.

En oppsummerte kapasitetsproblemene slik:

Poliklinikken er underdimensjonert, dagposten er underdimensjonert, habilitering ble mye avglemt i planleggingen.

Videre ble kapasiteten utdypet slik: Leger som tar imot pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp enten samme dag eller dagen etter, må lete etter rom fordi det ikke er satt av et ekstra rom for øyeblikkelig hjelp. I tillegg trengs kontorplass for skriving og diktering. I rommet som benyttes til dette, er det tre arbeidsplasser på 10 m². Denne størrelsen er mindre enn dagens anbefalinger i Standardromkatalogen og kravet fra Arbeidstilsynet (6 m² per plass).

Under arbeidet med Nye Nordlandssykehuset utarbeidet SINTEF i 2011 rapporten «Barnesenter, Nye Nordlandssykehuset». Rapporten omfatter en vurdering av framtidig kapasitet og drift ved samling av barn i sykehuset. Den viser blant annet til en overgang fra innleggelser til dagbehandling. Fokusgruppen opplevde likevel at lokalene ble planlagt på bakgrunn av behovene i 2005, og at det nye bygget ble tilpasset datidens drift. Fokusgruppen understreket at det er viktig å tenke på hvordan driften vil være 10-15 år fram i tid. To deltakere refererte til planleggingen av NLSH Bodø på denne måten:

Vi kopierte den driften vi hadde i 2005.

Samtidig var det slik at kontorlandskap var i tiden. Det fungerer ikke i det hele tatt. Når jeg gjør kontorarbeid, sitter jeg halvparten av tiden i telefon eller jeg dikterer. Og den støyen og de forstyrrelsene der, for ikke å snakke om taushetsplikten ...

Alle i fokusgruppen mente at poliklinikken og dagbehandlingsområdet er for lite. De forklarte at de gjerne skulle overtatt rommene som brukes til barnehabilitering, men poengterte at habilitering «har lite fra før». Det ble også framhevet at «alt på ett plan» er en fordel for samarbeidet med habilitering. Blant annet går leger som tilhører habilitering, mellom poliklinikk, dagbehandling og sengeenhet. Det ble kommentert at kanskje Gynekologisk poliklinikk og Fødeavdeling kunne vært lokalisert et annet sted.

Kapasitetsberegning

Det er tatt utgangspunkt i data for poliklinisk aktivitet og dagbehandling i 2022 ved Barnepoliklinikken, NLSH Bodø¹⁹ og data fra NLSH Bodø som viser dagbehandling i 2019 og 2022. Det var 860 dagopphold i 2022 med gjennomsnittlig oppholdstid/ behandlingstid på 2,3 timer, mens det var 5 481 konsultasjoner. Med 230 dager per år og 5,5 timer effektiv

¹⁹ Pasientdata er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) for Nordlandssykehuset HF, og enheten er valgt på variabelen Fagenhet kode 4401 (inkl. 56 konsultasjoner i HDG 15)

pasientbehandlingstid²⁰ per dag, beregnes et behov for 2 dagplasser. Dersom behandlingstiden økes til 4 timer, blir behovet 3 dagplasser. De polikliniske konsultasjonene er beregnet med 45 min. behandlingstid (7-8 pasienter per rom per dag). Dette gir et behov for 4 generelle UB-rom.

Ifølge opplysninger fra avdelingen er aktivitetstallene som er benyttet over, sannsynligvis noe underestimert. Dette skyldes at leger som tar imot akutte pasienter (øyeblikkelig hjelp), ofte benytter dagplasser, men dette blir imidlertid registrert som poliklinikk. I tillegg benytter Konsultasjonsteam innen psykisk helsevern både poliklinikk og dagplasser for sin aktivitet, noe som ikke inngår i tallene over.

Poliklinikken har tre generelle UB-rom, to spesialrom og ett rom for fysioterapi i bruk. Dette er ett rom mindre enn beregnet behov for generelle UB-rom (jf. beregning over).

Rommet med to dagplasser brukes ofte til én pasient. I tillegg benyttes et rom med lystgass og samtalerom til dagbehandling. Det betyr at det er tre tilgjengelige dagplasser. Aktiviteten vil imidlertid ikke være jevnt fordelt utover året. I perioder er det mer dag- og poliklinisk aktivitet, mens det er mindre press på sengeplasser og omvendt. Dette betyr at det kan bli knapt med både dagplasser og generelle UB-rom i perioder.

SINTEF-rapporten (2011) påpekte et økt kapasitetsbehov. Rapporten framskrev en økning til 4 715 konsultasjoner i 2020. Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at aktiviteten har økt ytterligere. I 2022 var det registrert 5 481 konsultasjoner (unntatt dagbehandling).

SINTEF-rapporten påpeker at utviklingsbildet med overgang fra innleggelser til dagbehandling vil føre til økt kapasitetsbehov for dagplasser, og anbefalte at kapasiteten ble økt fra to til fire dagplasser. Rapporten kommenterer blant annet at en del av barna vil komme samme dag for undersøkelser som er avhengig av ressurser fra andre enheter, slik som anestesi og endoskopi, og at dette vil gi noe økt plassbehov. Intervju med enheten bekrefter dette. Mange pasienter har behov for observasjon og hvile etter undersøkelser og sedering.

I fokusgruppen ble det vist til at framtida er «Barne- og ungdomsklinikk». Det betyr at det blir behandlingstilbud til alle fra 0 til 18 år. Det ble fremhevet at to årskull i tillegg til dagens aktivitet, vil medføre mer trykk på poliklinikk og dagbehandling fordi det er mye poliklinisk aktivitet og dagbehandling i aldersgruppen fra 16 til 18 år. Dette vil sannsynligvis medføre behov for flere dagplasser og generelle UB-rom.

Endret bruk av rom

Kontor er tatt i bruk som UB-rom. Tredemølle er flyttet fra testrom til annet UB-rom på grunn av plassmangel. Et samtalerom og et UB-rom benyttes også til dagbehandling og infusjoner. Et annet samtalerom brukes i tillegg som pauserom. Konsultasjon/kontor-rommet brukes til poliklinisk aktivitet og til dagbehandling.

Det er ikke arbeidsstasjoner for sykepleiere i poliklinikken, og kontor for leger er plassert utenfor poliklinikken, blant annet i andre bygninger. Det ble ikke bygd medisinrom. Et lager er senere blitt endret til medisinrom. Det betyr at enheten mangler lager.

²⁰ Åpningstid er 6 timer inkludert 30 min. lunsjpause. Informasjon gitt av Barnepoliklinikk K5

9.3 Hovedfunn og konklusjoner

- «Sentermodellen» fungerer som planlagt for barn. Det er horisontal nærhet mellom poliklinikk, dagområde, habilitering (K5) og sengeområde (B5). «Alt på ett plan» og korte avstander bidrar til at enhetene kommuniserer og samarbeider godt. Pasienter og foreldre, samt personell går eller transporteres enkelt imellom enhetene. Rom kan benyttes på tvers. Vertikal nærhet til Nyfødt intensiv (B6) legger til rette for samarbeid mellom enhetene.
- Det er én leder for poliklinikk, dagbehandling og sengeområdet, og grupper av ansatte jobber på tvers av enheter. I tillegg til horisontal nærhet, bidrar denne organiseringen til fleksibilitet og samarbeid mellom enhetene.
- Gynekologisk poliklinikk er plassert i K5 ved siden av Barnepoliklinikken. Det er en felles ekspedisjon, men ellers ikke behov for samarbeid og nærhet mellom de to enhetene.
- Poliklinikk, dagbehandling og habilitering har et felles indre venteområde. Lekeområdet er lite. Det er også et eget venteområde ved UB-rom. Det gjør at pasienter og foreldre kan vente nært behandlingsrom.
- Barnepoliklinikken erfarer at samarbeidet med sekretærer (merkantile) var bedre før sekretærene ble samorganisert. Tidligere kjente sekretærene enhetens pasientgruppe bedre og kunne avlaste behandlerne. Nå er det mer søkelys på å styrke sekretær oppgaver.
- Poliklinikk- og dagområde har en kompakt form med korte avstander som gjør at det er lett å få oversikt og å samarbeide.
- Det er en utfordring å ivareta konfidensialiteten i rom med flere pasienter. Det samme gjelder for felles kontor der behandlere har telefonsamtaler og videokonsultasjoner med pasienter.
- Barnehabilitering benytter kontor som UB-rom. Rommene er for små (10 m²) og mangler håndvask.
- Midtkjernen er uten dagslys. Med unntak av to UB-rom, er støtterom plassert i midtkjernen. De fleste av disse rommene har ikke krav til dagslys.
- Aktiviteten vil ikke være jevnt fordelt over året. Beregninger viser at det mangler generelle UB-rom og at det kan bli knapt med dagplasser. I tillegg er det få kontor plasser i enheten.

10. Barnemedisinsk sengepost. Fløy B 5. etasje

Ifølge hjemmesiden til NLSH Bodø ([Forside - Nordlandssykehuset](#)) er Barnemedisinsk sengepost (B5) en del av Barneklivnikken. Her behandles barn med medisinske og øre-nese-hals-diagnoser i aldersgruppen 0-16 år, barn med kirurgiske diagnoser i aldersgruppen 0-7 år og barn med ortopediske diagnoser opp til 14 år. Barn med kroniske sykdommer, som Crohns sykdom og diabetes, samt multifunksjonshemmede har behandlingstilbud opp til 18 år. Sengeposten jobber tverrfaglig med fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, klinisk ernæringsfysiolog med flere. En av foreldrene får være sammen med barnet under oppholdet (Jf. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon). Det serveres fire måltider til barn og foreldre/foresatte på sengeposten. Det er en lekestue i enheten, og det er en egen skole på sykehuset.

10.1 Beskrivelse av enheten

Barnemedisinsk sengepost er lokalisert i fløy B i 5. etasje (B5) og i samme etasje som barnepoliklinikken i K5. Det er en kort korridor imellom enhetene. B5 har en lignende utforming som sengeenheten i A4, men i B5 er det vektlagt en utforming som er tilpasset barn. Figur 10.1 illustrerer utformingen av enheten.

Som i A4, er det planlagt og bygd et spiseområde for pasienter (37 m²) mellom fløy A og B. På evalueringstidspunktet ble rommet benyttet som vaktrom for Fødeavdelingen (A5). Tegning viser at på samme side ved inngangen til B5, har fødeavdelingen to ensengsrom som er planlagt som hotellsenger. Motsatt side er det et UB-rom som også tilhører Fødeavdelingen. B5 har dobbeltkorridor, og det er to innganger fra trappe- og heisområdet. Den ene inngangen (mot sør) er planlagt for pasienter som har behov for akutt innleggelse. Nær denne inngangen er et UB-rom («mottak barn») på 24 m². Andre pasienter og besøkende bruker inngangen mot nord, og henvender seg via en ringeklokke.

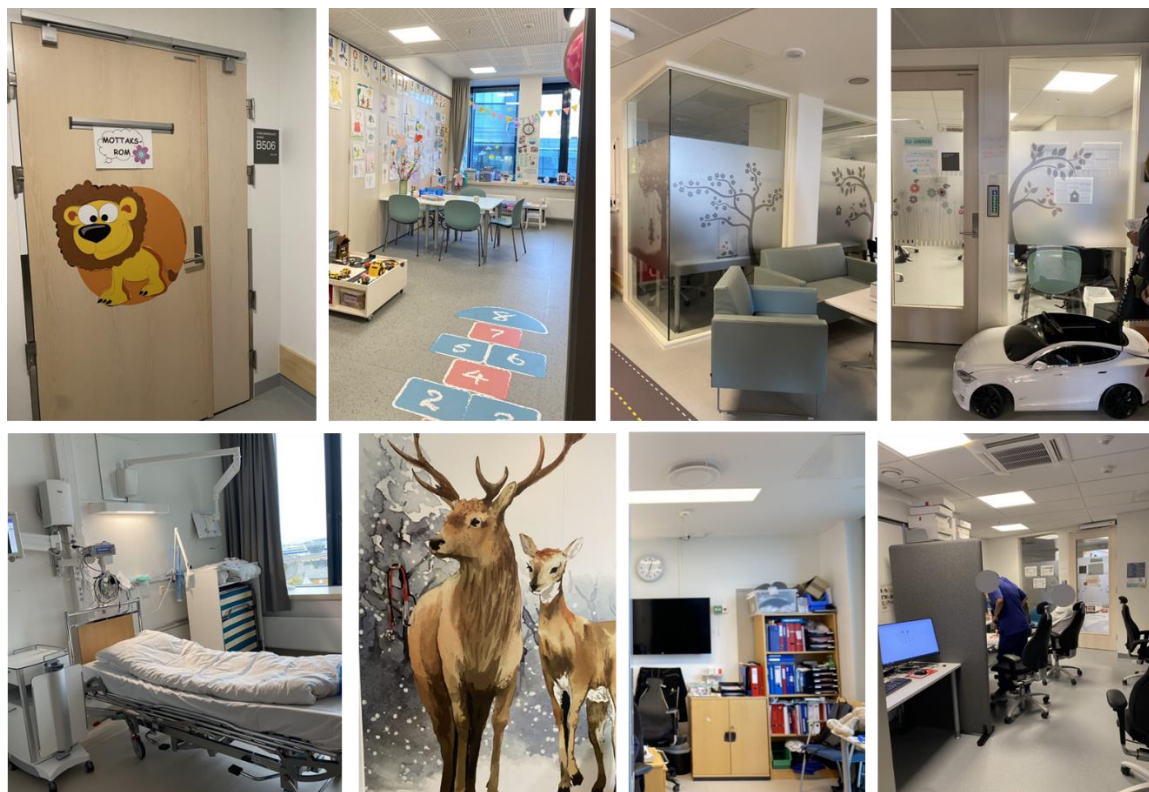
Enheten har bare ensengsrom. Disse er plassert mot yttervegg i begge korridorene. Det er 6 rom mellom 20 og 22 m² og fire isolat på 14,3 m² (tre er kontaktsmitteisolat og ett er for beskyttelse). To av ensengsrommene benyttes som intermediærrom. Disse har vindu med gardiner inn til en mellomliggende arbeidsstasjon for sykepleiere/pauserom. Nederst i enheten, mot vest, er to ensengsrom planlagt som overnattingsrom for pårørende (med felles bad). Under evalueringen ble det ene rommet benyttet som kontor for leger og det andre som ungdomsrom. Ungdomsrommet blir imidlertid i perioder med høyt belegg benyttet som sengerom. På den andre siden av korridoren er et UB-rom (13 m²) plassert. Dette har i en periode blitt benyttet som lederkontor. Det betyr at enheten har 12 ensengsrom, mens 10 vanligvis er i bruk. Videre er det to UB-rom. Ved yttervegg mot sør er det plassert et møterom og et lekerom (26 m²).

Som i A4, består midtkjernen av støtterom med gjennomgang (dører) til begge korridorene. Disse er (i rekkefølge fra inngang): Kjøkken (20 m²), en lukket arbeidsstasjon med fem arbeidsplasser for leger (19 m²) og en åpen del mot korridor mot nord (9 m²). Den åpne delen av arbeidsstasjonen blir brukt som kjøkken for pasienter og pårørende. Videre i midtkjernen er det et lager for utstyr (11 m²), desinfeksjonsrom (9,4 m²), og medisinerom (7,5 m²). I enden ligger et samtalerom med glassvegger og frosting. Det ble fortalt at samtalerommet opprinnelig var planlagt som arbeidsstasjon og har to PC-plasser. Både utenfor samtalerommet og helt i enden av fløyen, er det sitteplasser for pasienter og pårørende/besøkende.



Figur 10.1 Illustrasjon B5. Overordnet utforming av Barnemedisinsk sengepost. Kilde: Ratio arkitekter AS. Bearbejdet av Sykehusbygg HF.

I figuren nedenfor presenteres bilder fra sengeenheten. Enheten har mange fargerike figurer og bilder, noen av disse presenteres her. Øverst fra venstre er et bilde av dør inn til UB-rom, og deretter følger lekerommet. Under vises et sengerom. I midten, øverst, er det et bilde av samtalerommet i midtkjernen med sitteplasser utenfor. Øverst til høyre er dør til kontorarbeidsplasser for leger, og under vises selve rommet. Nederst i midten er det et bilde av rommet som var planlagt for overnatting for pårørende, men som ble benyttet som kontor på evalueringstidspunktet.



Figur 10.2 Øverst fra venstre: Dør inn til UB-rom. Lekerom. Samtalerom med sitteplasser utenfor. Innsyn til arbeidsplasser (arbeidsstasjon) for leger. Nederst fra venstre: Sengerom med nedfellbar seng for pårørende. Veggbilde. Rom for overnatting for pårørende - dette ble benyttet som kontor. Arbeidsplasser for leger. Foto: Sykehusbygg HF 2022

10.2 Vurdering av utforming og løsninger

Nedenfor følger en evaluering av enhetens egnethet for pasientbehandling og arbeidsoppgaver. Som beskrevet mer utfyllende under kapittelet om data og metode, baseres dette på en kombinasjon av sykehusplanleggeres vurderinger og ansattes erfaringer. Avslutningsvis gis en oppsummering av hovedfunn og konklusjoner.

10.2.1 Nærhet og samarbeid i og mellom enheter

Gjennom samtaler og i fokusgruppen formidlet alle at det var en fordel at behandlingstilbudet til barn var samlet i 5. etasje. Dette er nærmere beskrevet under kapittelet om Barnepoliklinikk, K5.

10.2.2 Orientering og tilgjengelighet

Tegninger og befaring viser at det ikke er en ekspedisjon for sengeenheten slik som for Barnepoliklinikken. De to inngangene til sengeenheten er plassert nær heis- og trappeområdet. Inngang er merket med skilt som viser «Barneavdelingen» og «B5». Som hovedregel benytter ikke barn akuttmottaket i sykehuset, med mindre de er kritisk syke eller skadde og trenger barneteam. De fleste barn som har behov for akuttinnleggelse, benytter korridor mot sør og blir tatt mot i et stort UB-rom ved inngangen til sengeposten. Ved inngangen i nord benyttes en ringeklokke.

Foruten opphold i sengerommet, er det to mindre, åpne sitteplasser for pasienter, pårørende og/eller besøkende inne i enheten. Fokusgruppen uttrykte at det opprinnelig planlagte spiseområde for pasienter (37 m²) ved inngangen til B5, kunne vært et tilbud for flere dersom det ble benyttet som spiserom/oppholdsrom i samsvar med de opprinnelige planene.

10.2.3 Oversikt over pasienter og kollegaer

Observasjon og tegninger viser at arbeidsstasjon for sykepleiere/pauserom er plassert mot yttervegg. Rommet har glass i dør og vegg mot korridor og dermed utsyn til de nærmeste rommene, men ikke over hele korridoren. Det er mulighet for visuell kontakt via vindu (med gardiner) fra arbeidsstasjon/pauserom til to intermedierom.

Det er 10 senger i bruk i sengeposten. Som beskrevet i medisinsk sengeenhet A4, viste befaring at det er vanskelig å få oversikt over pasientene i sengerommet fra døråpningen, men Barnemedisinsk sengepost har trådløs overvåking av vitale parametere hos pasienten (telemetri). Det ble også fortalt at tidligere ble pasienter unødig forstyrret når de sov fordi ansatte ofte måtte gå inn i sengerommene for å observere.

I midtkjernen, rett over arbeidsstasjon for sykepleiere, er arbeidsstasjon/arbeidsrommet for leger plassert. Tegninger viser at den ene åpne delen ville gitt oversikt over korridoren dersom den hadde blitt benyttet som arbeidsplass og ikke som kjøkken for pasienter og besøkende. Det ble fortalt at denne arbeidsstasjonen opprinnelig var planlagt med en åpen del mot begge korridorene og en skjermet del (tilsvarende arbeidsstasjonen i A4). Som i A4, kunne de åpne delene i arbeidsstasjonen, som er plassert mot begge korridorene, og samtalerommet i midtkjernen vært benyttet som tre sengetun. Dette kunne bidratt til nærhet mellom pasienter og pleiepersonell.

10.2.4 Konfidensialitet og ro

Sammenlignet med flersengsrom, legger ensengsrom godt til rette for kommunikasjon og konfidensielle samtaler (jf. fotnote 14). Dette er også omtalt i kapittel om medisinsk sengeenhet A4. Samtaler kan også gjennomføres i UB-rom, rom som benyttes som kontor og i et samtalerom. Det ble fortalt at samtalerommet er for trangt og at det ikke har tilstrekkelig lydemping.

10.2.5 Gangavstander og støtterom

Tegninger viser at enheten har en kompakt utforming med gjennomgang via støtterom i midtkjernen. Det er korte gangavstander. Avstanden fra inngangsdør til enden av fløya er 30-34

meter. I intervju ble det bemerket at ansatte likevel går mye når pasientene har rom på den ene siden, mens støtterommene er på den andre.

Tegning viser at det er skap i korridorene, noe som bidrar til å redusere gangavstander. Det samme gjelder to sjakter for avfall. Det er plassert en i hver korridor ved inngangen til sengeenheten. Det er en sjakt for urent tøy i desinfeksjonsrommet. Det er også et avfallsrom mellom A og B fløy.

Når det gjelder gulv, ble det bemerket at ansatte har fått plager med føtter (heler) på grunn av hardt gulvbelegg.

10.2.6 Tilrettelegging for arbeidsoppgaver

Sengeenheten har områder som understøtter samarbeid. Rom med arbeidsplasser for leger og sykepleiere er plassert nært hverandre. I tillegg er det møterom for ansatte som kan benyttes til undervisning og lignende. Ifølge intervju er ansatte hovedsakelig fornøyde med rom og innredning.

Sengerom

Standardromkatalogen anbefaler 16 m² for ensengsrom og kontaktsmitteisolat. Sengerommene på rundt 20 m² er godt innenfor standarden, men isolatene (14 m²) er mindre. Badene er fra 3,5 til 4,7 m². Anbefalingen i Standardromkatalogen er ca. 5 m², men nye prosjekt bygger bad på under 5 m² for å øke mulighet for selvhjulpenhet (jf. Bergensbadet²¹).

I fokusgruppen ble det uttrykt at ansatte er fornøyde med ensengsrom med bad. Det er god plass. Det ble også kommentert at det er en sengeplass til pårørende, og det kunne vært enda bedre dersom det hadde vært plass til to. I tillegg ble det sagt at isolatene med fordel kunne vært større.

På spørsmål svarte fokusgruppen at de opplever at ensengsrom ikke krever mer bemanning enn flersengsrom. De påpekte også at pasientene bør ha ensengsrom. I samtalen kom det også fram at testing har vist at pasienter kan ha ulike virus, og at man derfor bør være varsom med å plassere barn sammen i flersengsrom.

Det ble påpekt at sengeposten med ensengsrom med bad er en stor forbedring sammenlignet med tidligere. Da var tilbudet flersengsrom og køyesenger, felles toalett i korridor og verken isolat eller telemetri. Dette er i samsvar med forskningsresultater som viser at ensengsrom ikke bare legger til rette for konfidensielle samtaler, men også for ro og hvile samt smittevern (jf. fotnote 14 og Byggveileder for smittevern).

Arbeidsstasjoner

Før innflytting i nye lokaler, hadde leger og sykepleiere felles arbeidsrom. Nå har sykepleierne en arbeidsstasjon/pauserom med innsyn til to sengerom (intermediærrom). Det ble bemerket at vindu inn til sengerommene burde vært plassert der arbeidsplassene er, og ikke i pauseområdet. Fokusgruppen mente at det var praktisk at leger og sykepleiere har arbeidsstasjoner hver for seg med nærhet mellom dem.

²¹ [Bergensbadet-onepager.pdf \(helse-bergen.no\)](https://helse-bergen.no/bergensbadet-onepager.pdf)

Flere fortalte at det er fullt i arbeidsrommet for leger i midtkjernen, at man leter etter plasser og blir frustrert. Det ble forklart at legene ønsker å jobbe der pasientene er og at samarbeid og nærhet er viktig. Derfor går ikke legene fram og tilbake til kontorområdet, som er plassert langt unna (fløy Ø). Behov for arbeidsplasser for leger i eller ved sengeområdet kom også fram i evalueringene av Sykehuset Østfold Kalnes og Kirkenes sykehus. Legene i Barnemedisinsk sengepost påpekte også, slik som informanter i de nevnte evalueringene, at det er en utfordring å ivareta taushetsplikten i kontorfellesskap.

Ifølge Standardromkatalogen er 19,3 m² knapt areal for fem arbeidsplasser. Ifølge Arbeidstilsynet skal gulvareal være minst 6 m² per plass, men denne arealnormen er ikke et absolutt krav. Løsninger som innebærer mindre avvik, kan tilfredsstillende kravene. Sambruk (ikke samtidig bruk) av arbeidsplasser kan oppfylle kravet. For eksempel kan et arbeidsrom på 18 m² ha tre arbeidsplasser som brukes av seks arbeidstakere til ulike tider. Det bemerkes at denne innretningen stiller høye krav til organisering for å fungere godt²².

Det ble sagt at det er mye trafikk og forstyrrelser i arbeidsrommet for leger på grunn av at mange går gjennom rommet for å komme fra den ene korridoren til den andre. Arbeidsstasjonen har hatt problemer med tett luft, derfor er ventilasjonen blitt utbedret, og på evalueringstidspunktet var det blitt kaldt i rommet. Fokusgruppedeltakernes erfaringer er at det er en utfordring med luft og temperatur i rommene i midtkjernen.

Samtalerom

Samtalerommet ble opplevd for trangt. Det ble sagt at man sitter for tett, blant annet når foreldre eller barn trenger litt avstand til behandler. Rommet brukes også til undervisning for pasienter og pårørende. Det ble påpekt at rommet ikke har god lydisolering. Andre personer som sitter utenfor, kan overhøre samtaler.

Lekerom og ungdomsrom

Ansatte forklarte at lekekommet er innredet for små barn, ikke for ungdom som har besøk av venner. Rommet som var planlagt som overnatting for pårørende, har endret bruk til ungdomsrom. De ansatte er ikke fornøyde med rommet. Det beskrives som for lite og ikke hensiktsmessig innredet for ungdom.

Deltakerne i fokusgruppen mente at det opprinnelig planlagte spiseområdet for pasienter og pårørende ved inngangen til sengeposten, kunne vært et sted der ungdom tar imot besøk. I utgangspunktet skulle dette være et rom for hele sykehuset. De mente derfor at rommet burde komme flere pasienter til gode, ikke bare som vaktrom for Fødeavdelingen.

Det ble også påpekt at sengeposten mangler rom for foreldre. Mange opplever at det er langt å gå til pasienthotellet, spesielt når de har svært syke barn. Foreldre har bare tilbud om sitteplass i det åpne arealet i enden av enheten og eventuelt utenfor samtalerommet.

Andre støtterom

I fokusgruppen kom det fram at det er behov for mer enn ett avsug for lystgass. Dette fordi trenden viser økt bruk av lystgass, som beroligende tiltak, sammen med tilrettelagt kommunikasjon ved undersøkelser og behandling av barn.

²² [Arealkrav til kontorarbeidsplasser \(arbeidstilsynet.no\)](https://www.arbeidstilsynet.no/arealkrav-til-kontorarbeidsplasser)

Arealet i medisinerommet på 7,5 m² avviker fra anbefalingen i Standardromkatalogen, som er 12 m² (jf. A4). Det samme gjelder desinfeksjonsrommet på 9,4 m². Kjøkkenet (20 m²) er i samsvar med anbefalingene. I en sengepost for barn har kjøkkenet mange funksjoner. Det skal blant annet være plass til tilberedning av morsmelkerstatning og vaskemaskin for flasker, i tillegg til plass til å bake og tilberede mat for pasienter og deres pårørende.

Som i A4, viser tegning at kjøkkenet som er plassert nær inngangen, er tilrettelagt for leveranse av mat. For avfallshåndtering er det plassert en avfallssjakt ved inngangen til de to korridorene.

I fokusgruppen ble det etterlyst hvilerom for overleger. Desinfeksjonsrom og medisinerom ble ikke kommentert.

Endret bruk av rom

To ensengsrom for overnatting for pårørende er tatt i bruk, et som kontor og et annet som ungdomsrom. Et UB-rom ble i en periode benyttet som kontor for ledelsen. Det var en felles oppfatning i fokusgruppen at leder bør ha en kontorplass i eller med nærhet til enheten. Dette tyder på at det er planlagt/bygd for få arbeidsplasser i sengeenheten i forhold til dagens behov.

I fokusgruppen ble det også sagt at det er behov for to UB-rom for mottak som planlagt, for å ha en buffer ved akutte innleggelser. Det ble fortalt at 80 prosent av innleggelsene er akutte.

Åpen del i arbeidsstasjonen brukes som tekjøkkenet for pasienter og pårørende. Spiseområdet for pasienter er tatt i bruk som «vaktrom» for Fødeavdelingen. Etter at avdelingen ble rehabilitert til ensengsrom, spiser pasientene på sengerommet. Ifølge intervju, fungerer dette bra.

Det ble kommentert at rehabilitering av bygg legger begrensninger på rom og utforming. Samtidig understreket fokusgruppen at full drift av sykehuset sammen med rehabilitering av sykehuset var svært utfordrende. Det ble trukket fram erfaringer med støy, støv og risiko for spredning av bakterier og sopp i behandlingsområder. At det er krevende å drifte sykehus på en byggeplass kommer også fram i boka om Nordlandssykehusets historie «Medicinal-Indretningen» (2021).

Kapasitetsberegning

Det er tatt utgangspunkt i liggedøgnstall 2019 fra Barnemedisin og Rehabilitering barn ved NLSH²³. For disse enhetene var det samlet 2 517 liggedøgn i 2019. Data viser at antall liggedøgn for de samme enhetene har økt til 2 736 liggedøgn i 2022. Basert på en utnyttingsgrad på 75 prosent belegg beregnes et behov for 10 senger (9,99). Det skal imidlertid svært liten endring til før man har behov for 11 senger. Med 10 senger i bruk og 2 ekstra tilgjengelige senger, vurderes kapasiteten som tilstrekkelig i nærmeste framtid. Dette forutsetter at det er samme pasientgrunnlag som i 2019/2022. Beregningen forutsetter også at isolat- og intermediærsenger har en utnyttingsgrad på 75 prosent belegg.

Denne beregningen er i samsvar med rapporten «Barnesenter, Nye Nordlandssykehuset» (2011) der SINTEF beregnet et behov for 10 sengeplasser i 2020, og anbefalte to ekstra sengeplasser for å ta høyde for sesongsvingninger.

²³ Pasientdata er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) for Nordlandssykehuset HF, og enheter er valgt på variabelen Fagenhet kode 4401 og 5852 (inkl. 58 liggedøgn i HDG 15)

10.3 Hovedfunn og konklusjoner

- «Sentermodellen» fungerer som planlagt for barn. Det er horisontal nærhet mellom poliklinikk, dagområde, habilitering (K5) og sengeområde (B5). «Alt på ett plan», korte avstander og felles ledelse for poliklinikk, dag- og døgnbehandling bidrar til at enhetene kommuniserer og samarbeider godt. (jf. kap. 9).
- Midtkjernen er uten direkte dagslys. Med unntak av arbeidsrom for leger med glass ut mot korridor, er støtterom uten krav til dagslys plassert i midtkjernen.
- Et sengerom brukes som kontor, og et UB-rom ble midlertidig tatt i bruk som kontor. Det etterlyses kontorplasser og påpekes at det er behov for to UB-rom (som planlagt).
- Spiserom/oppholdsrom ved inngangen til sengeenheten er tatt i bruk som «vaktrom» for Fødeavdelingen.
- Kapasitetsberegninger for de nærmeste årene tyder på at det er tilstrekkelig antall senger. Dette er basert på pasientgrunnlag som i 2019 og 2022.

11. Læring fra evalueringen

I evalueringen av NLSH Bodø er det identifisert løsninger som fungerer godt og som kan benyttes i nye sykehusprosjekter, og løsninger som kan forbedres. Resultatene fra evalueringen er bakgrunnen for læringspunkt for nye prosjekter som presenteres nedenfor. Hvert enkelt sykehusprosjekt må likevel gjøre egne vurderinger og prioriteringer ut fra eksisterende kunnskap, mål og rammer.

11.1 Nærhet og samarbeid

NLSH Bodø har både en horisontal og vertikal nærhet mellom funksjonsområdene poliklinikk-, dag- og sengeområder. I tillegg har sykehuset en generell poliklinikk på bakkeplan.

11.1.1 Horisontal og vertikal nærhet mellom funksjonsområder

Bygningsmessig nærhet mellom poliklinikk-, dag- og sengeområder legger til rette for samordning av behandlingstilbudene innen et fagområde, og for samarbeid i og mellom enheter.

- Horisontal nærhet mellom funksjoner (alt på ett plan) legger til rette for samarbeid på tvers (fleksibilitet). I NLSH Bodø understøttes den kliniske sentermodellen (driftsmodellen) ved at det er horisontal nærhet mellom poliklinikk-, dag- og sengeområder i bygget. Dette bidrar til å samordne fagområdenes behandlingstilbud.
- Samarbeid oppnås ikke av bygget alene, men må understøttes drift/organisering av virksomheten (driftsmodell). Dette kommer fram i behandlingstilbudet til barn der sykehuset har valgt horisontal nærhet mellom funksjoner, felles ledelse, arbeid på tvers av døgnbehandling og poliklinikk-/dagbehandling, samt fleksibel bruk av rom og utstyr.
- Når fagområder skal plasseres i bygget for å oppnå horisontalt nærhet, kan konsekvensen bli vertikal nærhet for andre fagområder. Vertikal nærhet mellom funksjoner, legger også til rette for samarbeid mellom poliklinikk-, dag- og døgnbehandling, men resultatene fra evalueringen kan forstås slik at én etasje mellom poliklinikk og sengeområde skaper en viss barriere.
- Horisontal og vertikal nærhet mellom poliklinikk-, dag- og sengeområder i flere etasjer fører til at pasienter må lenger inn i sykehuset sammenlignet med en større generell poliklinikk plassert nær hovedinngang.
- Horisontal og vertikal nærhet mellom funksjonsområder, som poliklinikk- og sengeområde i flere etasjer, krever større heiskapasitet i sykehus.

11.1.2 Generelle poliklinikk- og dagområder på bakkeplan

Behov og ønske om samarbeid varierer mellom fagområder. Noen fagområder har behov for korte avstander og samarbeid mellom de tilhørende funksjonsområdene. Andre fagområder kan prioritere samlokalisering av flere poliklinikker og nærhet til hovedinngang, dvs. generelle poliklinikk- og dagområder samlet på bakkeplan.

- Generelle poliklinikk- og dagområder samlet på bakkeplan legger til rette for sambruk av UB-rom, støtterom og utstyr, fleksibel bruk av ressurser og kort avstand fra inngang til behandlingsområdet for en stor gruppe pasienter.

- Som ved horisontal nærhet, er samarbeid mellom personell fra ulike fagområder og fleksibel bruk av rom avhengig av organisering av poliklinikkene.

11.2 Fleksibilitet - ressurser og rom

Evalueringen viser at arbeid på tvers av fagområder i generelle poliklinikkområder synes å være en utfordring, til tross for at bygget legger til rette for samarbeid. Det kommer også fram at det er utfordrende for sykepleiere/pleiepersonell å jobbe både i poliklinikk- og sengeområde innenfor det samme fagområde selv om man har horisontal eller vertikal nærhet i sykehusbygget.

Med unntak av tilbudet til barn, er personalet vanligvis knyttet til én poliklinikk og ett fagområde. Dette begrunnes med at fagområdenes spesialisering gjør det vanskelig å kombinere flere fag. Videre er det utfordrende for sykepleiere/pleiepersonell å jobbe på tvers av funksjonsområder innenfor samme fagområde (både i poliklinikk og døgnområde). I denne evalueringen kommer det likevel fram at Barnemedisinsk sengepost og poliklinikk har en felles ressursutnyttelse av personell. Innen fagområdet sykdommer i fordøyelsessystemet er det et samarbeid mellom poliklinikk og døgnbehandling, men sykepleiere/pleiepersonell jobber ikke på tvers av funksjonsområdene.

I NOU «Tid for handling» står det at «Demografiutviklingen øker etterspørselen etter helsepersonell og stopper samtidig personellveksten»²⁴. Det vises til at det vil bli færre ansatte per pasient i framtida. Videre fastslår framskrivninger at det blir en betydelig økning i behov for helse- og omsorgstjenester. Andelen av befolkningen i aldersgruppene over 75 år vil øke. Ifølge Folkehelseinstituttet vil høy alder medføre at kreft, demens, fallulykker, ernærings sykdommer og infeksjoner blir viktigere årsaker til dødelighet og sykelighet²⁵.

- På grunn av at det forventes økt sykdomsbyrde, bruk av helsetjenester og utfordringer med å rekruttere, beholde og utvikle personell, anbefales det å vektlegge organisering og kompetanseutvikling som bidrar til fleksibel utnyttelse av ressurser. Dette gjelder både arbeid på tvers av fagområder og mellom funksjonsområder. Dette er i samsvar med anbefalingene i NOU «Tid for handling» der et av tiltakene er å legge mer til rette for kombinerte stillinger mellom enheter i sykehus og mellom sykehus og kommune.
- Det anbefales å ha gode beskrivelser av arbeidsoppgaver (prosedyrer) for å understøtte arbeid på tvers av fag- og funksjonsområder.
- Det anbefales å utnytte teknologi som kan understøtte helsetjenesten på en fornuftig måte.
- Nye sykehusbygninger og rehabilitering av sykehus (løsningsmodeller) må understøtte driftsmodeller. Det anbefales derfor at sykehusbygningene understøtter samarbeid mellom fag, funksjonsområder og nivå. I tillegg bør bygget legge til rette for undervisning, kompetanseutvikling og læring.

De siste årene har det blitt stadig flere pasienter i sykehusene og samtidig er antallet sykehussenger redusert. Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) viser at mindre døgnbehandling og mer poliklinisk behandling er en ønsket utvikling. Blant annet er

²⁴ NOU 2023:4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, s. 12

²⁵ Framtidens utfordringer for folkehelsen. Folkehelse rapportens temautgave 2022. Folkehelseinstituttet

finansieringsordningene utformet for å gi helseforetakene incentiver til å øke andelen dagkirurgi, fremfor døgnbehandling («Flere pasienter og færre senger» SSB 2020). Utviklingen framover vil kunne føre til at enkelte fagområder vil øke dagbehandling, poliklinikk-konsultasjoner og/eller antall innlagte, mens andre antas å redusere aktiviteten. For de fagområdene som kommer til å øke mest, kan tilstrekkelig fleksibilitet for å øke kapasiteten over tid bli den største utfordringen.

- Sykehus som i hovedsak planlegges og bygges med generelle sengerom, dagplasser og UB-rom, legger til rette for at fagområder kan flytte mellom etasjer og fløyer etter behov.
- Større og sammenhengende poliklinikk- og dagområder vil sannsynligvis kunne gi mulighet for vekst og reduksjon i aktivitet i fagområdene uten store ombygginger.
- Poliklinikker som har kontor med håndvask, gir fleksibilitet for endring fra kontor til UB-rom.
- Dersom behovet for behandlingsrom i poliklinikk øker over tid, kan UB-rom som benyttes til kontorplasser, tas i bruk. Eventuelt kan åpningstiden økes eller sengerom endres til poliklinikkrom, forutsatt at det er ledig sengeromskapasitet.
- Det anbefales at sykehus har et bookingsystem for UB-rom.
- Rehabilitering av bygg legger begrensinger for utforming av rom og områder.

11.3 Orientering og tilgjengelighet

- Orientering og veifinning understøttes av en åpen resepsjon som er godt synlig fra hovedinngangen, fargekoding i resepsjon og ekspedisjoner. I tillegg er figurer og tegninger ved innganger til enheter for barn godt egnet.
- Informasjonsskjermer, skilting og ledelinjer bidrar til å vise vei inn i sykehus til heis og trapper, poliklinikker, sengeområder osv.
- Det er hensiktsmessig med tilgjengelig innsjekkingsautomat(er) og venteplasser i resepsjons- og ekspedisjonsområdet.
- Tilgjengelige venteplasser nær poliklinikkene er hensiktsmessig for store poliklinikker.

11.4 Oversikt og observasjon

Det er viktig at utformingen av poliklinikker og sengeområder legger til rette for god visuell oversikt og kontakt mellom helsepersonell. God oversikt tilrettelegger for kommunikasjon og bidrar til mulighet for rask bistand og faglig trygghet.

- Det er hensiktsmessig med en åpen og en lukket del i ekspedisjoner. Ekspedisjoner med åpen skranke legger til rette for oversikt og er tilgjengelige for pasienter og besøkende. Lukket arbeidsplass gir mulighet for konsentrasjonsarbeid og å arbeide skjermet.
- Åpen del av ekspedisjon/skranke bør plasseres slik at ansatte unngår trekk og støy fra inngangsdør.
- Det anbefales arbeidsstasjoner med åpen og lukket del. Dette legger til rette både for oversikt og tilgjengelighet, konsentrasjonsarbeid og konfidensielle samtaler.
- Dobbeltkorridor gir begrenset oversikt over avdelingen/enheten. I poliklinikker kan dette ha mindre betydning dersom fagområder lokaliseres i områder (grupperes). I sengeområder er det nødvendig å ha siktlinjer for å ha oversikt over pasienter og kollegaer. Arbeidsstasjon(er) med åpen del mot begge korridorer kan gi god oversikt.

- Innsyn fra korridor/rom via glass eller vindu til sengerom og overvåkningssystemer legger til rette for observasjon av pasienter.
- Pasientnære arbeidsplasser (arbeidsbaser) med glass og/eller vindu inn til dagbehandlingsrom legger til rette for observasjon og oversikt.
- Det kan være behov for observasjonsplass knyttet til endoskopiske prosedyrer, spesielt dersom pasienter får beroligende medikamenter.

11.5 Gangavstander

- Venteplasser utenfor UB-rom legger til rette for at pasientene kan vente nært behandlingsrom. Utfordringen med plasseringen av stoler i korridor, er at samtaler kan overhøres fra nærmeste UB-rom. Det er viktig å sørge for tilstrekkelig lyddemping.
- Enheter med dobbeltkorridor blir mer kompakte enn enkeltkorridorløsning. Gjennomgang i støtterom (i midtkjernen) til begge korridorer og tverrkorridorer gir kortere gangavstander sammenlignet med enkeltkorridorer.
- Utfordringer med enheter som er utformet med dobbeltkorridor, er at rom i midtkjernen mangler dagslys, og det kan være vanskelig å få tilstrekkelig oversikt over enheten, spesielt i sengeområder.

11.6 Desinfeksjonsrom og endoskopirom

- Når det gjelder desinfeksjonsrom, anbefaler Sykehusbygg HF og Byggveileder for smittevern en todelt løsning. Dette omfatter et desinfeksjonsrom for urent med gjennomgående dekontaminator til et lager for oppbevaring av rent utstyr (vaskevannsfat, bekken mm). Løsningen reduserer risiko for krysskontaminering (smittespredning mellom uren og ren side).
- Med direkte adgang fra endoskopirom til desinfeksjonsrom unngår ansatte å gå ut i korridor med urent utstyr.
- I planlegging av områder for endoskopi er det viktig å hensynta behovet for å fjerne dårlig lukt i endoskopirom og fukt i desinfeksjonsrom
- Desinfeksjonsrom, endoskopirom og andre rom med mange dører kan få redusert funksjonalitet. Dørene øker arealbehov fordi man trenger større gangareal, man mister veggareal til inventar og dørene øker risiko for forstyrrelser og ikke-planlagt innsyn.

11.7 Sengerom

- Sammenlignet med flersensrom, gir ensensrom mer ro, bedre søvn og tilrettelegger for konfidensialitet og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. I tillegg anbefales ensensrom med eget bad på grunn av risiko for smitte mellom pasienter i flersensrom og i felles bad.

11.8 Kapasitet

I denne evalueringen kommer det fram at personalet har behov for flere arbeidsplasser og/eller andre typer arbeidsplasser enn det som ble planlagt. En av forklaringene er at kontor plasser som er langt unna pasientbehandling i poliklinikker og sengeområder, ikke blir benyttet som

planlagt. I planlegging av arbeidsplasser bør følgende hensyntas og vurderes for å legge til rette for god arbeidsflyt:

- Kartlegge hvilke arbeidsplasser som bør være i eller i nærhet til enheten, og hvilke arbeidsplasser kan plasseres utenfor enheten.
- Kartlegge behov for pasientnære arbeidsplasser med siktelinjer til kolleger og pasienter
- Kartlegge behov for areal for konfidensielle samtaler og ro
- Tilrettelegge areal som understøtter samarbeid
- Tilrettelegge areal for kompetanseutvikling og undervisning

I evalueringen har flere enheter gitt informasjon om mangel på UB-rom.

- I beregninger av kapasitetsbehov (framskrivinger) må det vurderes om rom utelukkende skal benyttes til pasientbehandling eller om rommene skal være kombinert arbeidsplass og undersøkelsesrom (konsultasjon/kontor), samt om generelle UB-rom skal benyttes (deles) mellom flere fagområder. Dette påvirker behovet for antall UB rom og areal for arbeidsplasser/kontor.

Det er utført kapasitetsberegning av behovet for UB-rom i kirurgisk- (inkl. ortopedi) og øre-nese-hals-kjeve poliklinikk, behandlingsplasser i Dialyseenheten og for generelle UB-rom og dagplasser, samt senger i poliklinikk og sengeområdet for barn.

Beregningene viser at kirurgisk- (inkl. ortopedi) og øre-nese-hals-kjeve poliklinikk per 2022 har tilstrekkelig kapasitet, men mer poliklinisk aktivitet i framtida kan medføre økt behov for UB-rom. Dialyseenheten har bra kapasitet i nærmeste framtid (2025), og det samme gjelder for Barnemedisinsk sengepost forutsatt samme pasientgrunnlag som i 2019. Når det gjelder Barnepoliklinikk tyder tilbakemeldinger og beregninger på at det er for lite tilgjengelige generelle UB-rom og at det kan bli knapt med dagplasser.

