



Delfunksjonsprogram

Sjukehuset Nordmøre og Romsdal

DOKUMENTNUMMER: 00-00000000-00-00-00

Prosjekt	Hovedfunksjon	Disiplin	Prosess	Dokumenttype	Løpenr.	Revisjon	Side

UTARBEIDET AV

UTARBEIDET AV		

DOKUMENTSTATUS

DOKUMENTSTATUS					
01	19.8.2016	Utkast sluttrapport		PIN	

BEHANDLINGSPROSEDYRE

Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling

+

Innhold

1	Innledning.....	8
1.1	Organisering	8
1.2	Ansatte og brukermedvirkning.....	8
1.3	Strukturering av rapporten	9
2	Standardrom.....	10
3	Smittevern	11
3.1.1	Smittevern i HMR sine anbefalinger.....	11
4	Legemiddelforsyning	12
4.1.1	Sykehusapotekets anbefaling.....	13
4.2	Driftskonsept	13
5	Sengeområder	15
5.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet.....	16
5.1.2	Driftskonsept	16
5.1.3	Prinsipper for flyt.....	18
5.1.4	Nærhetsbehov.....	18
5.2	Barn og ungdom	18
5.2.1	Driftskonsept	19
5.2.2	Nærhetsbehov.....	20
5.2.3	Spesielle bygningsmessige behov.....	20
5.3	Føde og barsel	20
5.3.1	Driftskonsept	21
5.3.2	Prinsipper for flyt og nærhetsbehov	21
5.3.3	Spesielle bygningsmessige krav.....	22
5.4	Pasienthotell.....	22
5.4.1	Driftskonsept	22
5.4.2	Nærhetsbehov	22
6	Poliklinikk og dagbehandling.....	22
6.1	Poliklinikk.....	23
6.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogram	23
6.1.2	Driftskonsept Poliklinikk	23
6.1.3	Prinsipper for flyt.....	26

Delfunksjonsprogram

SNR

6.1.4	Nærhetsbehov	27
6.1.5	Spesielle bygningsmessige krav	27
6.2	Dagbehandling	28
6.2.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogram	28
6.2.2	Driftskonsept dagbehandling	29
6.2.3	Prinsipper for flyt	29
6.2.4	Nærhetsbehov	29
6.2.5	Spesielle bygningsmessige krav	30
7	Kliniske støttefunksjoner	31
7.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogram	31
7.1.2	Driftskonsept	31
7.1.3	Nærhetsbehov	32
7.1.4	Spesielle bygningsmessige krav	32
8	Bilddiagnostikk	32
8.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogram	32
8.1.2	Driftskonsept	33
8.1.3	Smittevern	33
8.1.4	Pasientflyt generelt	33
8.1.5	Pasientflyt spesielt per modalitet	34
8.1.6	Ansatte flyt	35
8.1.7	Spesielle bygningsmessige krav	35
9	Operasjon, intensiv og tung overvåking	36
9.1	Operasjon	36
9.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogram	37
9.1.2	Driftskonsept	37
9.1.3	Prinsipper for flyt	37
9.1.4	Nærhetsbehov	39
9.1.5	Spesielle bygningsmessige krav	39
9.2	Intensiv og tung overvåking	39
9.2.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogram	39
9.2.2	Driftskonsept	39
9.2.3	Prinsipper for flyt	41
9.2.4	Nærhetsbehov	41
9.2.5	Spesielle bygningsmessige krav	41

Delfunksjonsprogram

SNR

9.3	Overvåking.....	41
9.3.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogram	41
9.3.2	Driftskonsept	41
9.3.3	Prinsipper for flyt.....	42
9.3.4	Nærhetsbehov	42
9.3.5	Smittevern	42
9.3.6	Spesielle bygningsmessige krav.....	42
9.4	Sterilsentral	42
9.4.1	Prinsipper for flyt.....	43
9.4.2	Smittevern	43
10	Akuttmottak, Skadepoliklinikk, Kortidsenhet og prehospitale tjenester	43
10.1	Akuttmottak	43
10.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogram	43
10.1.2	Driftskonsept	43
10.1.3	Smittevern	44
10.1.4	Prinsipper for flyt.....	44
10.1.5	Spesielle bygningsmessige krav.....	46
10.2	Skadepoliklinikk.....	46
10.2.1	Driftskonsept	46
10.2.2	Prinsipper for flyt.....	46
10.2.3	Spesielle bygningsmessige krav.....	47
10.3	Kortidsenhet.....	47
10.3.1	Driftskonsept	47
10.3.2	Prinsipper for flyt.....	47
10.3.3	Smittevern	48
10.3.4	Spesielle bygningsmessige krav.....	48
10.4	Sanering.....	48
10.4.1	Driftskonsept	48
10.4.2	Prinsipper for flyt.....	49
10.4.3	Spesielle bygningsmessige krav.....	49
10.5	Prehospitale tjenester, bil- og luftambulanse	49
10.5.1	Driftskonsept	50
10.5.2	Prinsipper for flyt.....	50
10.5.3	Spesielle bygningsmessige krav.....	50

Delfunksjonsprogram

SNR

10.6	Ambulansestasjon	50
10.6.1	Driftskonsept	50
10.6.2	Prinsipper for flyt.....	51
10.6.3	Spesielle bygningsmessige krav.....	51
11	Psykisk helsevern og rus.....	51
11.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet.....	53
11.1.2	Driftskonsept	54
11.1.3	Smittevernstiltak i psykiatrien.....	59
11.1.4	Prinsipper for flyt og nærhetsbehov	60
11.1.5	Spesielle bygningsmessige krav.....	60
12	Laboratoriefunksjoner	60
12.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogram	61
12.1.2	Driftskonsept	61
12.1.3	Medisinsk mikrobiologi	62
12.1.4	Medisinsk biokjemi.....	64
12.1.5	Patologi.....	68
12.1.6	Fellesareal.....	68
12.1.7	Smittevern	69
12.1.8	Prinsipper for flyt til og fra laboratoriene	69
12.1.9	Spesielle bygningsmessige krav.....	70
13	Ikke medisinsk service og teknikk.....	71
13.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet.....	71
13.1.2	Driftskonsept	71
14	Kontor, undervisning og forskning, personal- og pasientservice	77
14.1	Kontor og administrasjon	77
14.1.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet.....	77
14.1.2	Driftskonsept	77
14.2	Personalservice.....	80
14.2.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet.....	80
14.2.2	Driftskonsept	80
14.3	Pasientservice.....	81
14.3.1	Driftskonsept	81
14.4	Undervisning og forskning.....	82
14.4.1	Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet.....	82

Delfunksjonsprogram

SNR		
14.4.2	Driftskonsept	83
14.4.3	Prinsipper for flyt og nærhetsbehov	84
14.4.4	Spesielle bygningsmessige krav	84
15	Romprogram.....	85
16	Deltakere	86

UTKAST

Delfunksjonsprogram

SNR

1 Innledning

Delfunksjonsprogram (DFP) er en delutredning i Konseptfasen for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR). Delfunksjonsprogram er konkretisering og detaljering av kravene gitt i Hovedfunksjonsprogrammet (HFP). Det beskrives funksjonelt innhold, driftskonsepter og prinsipper og føringer for arealutnyttelse for hver enkelt delfunksjon. Det beskrives også nærhetsbehov eller prinsipper for flyt/logistikk og spesielle bygningsmessige krav.

1.1 Organisering

I utgangspunktet er driftskonseptene like for hele SNR. Delfunksjonsprogrammet beskriver funksjonene uavhengig om funksjonen er lagt til Hjelset eller Kristiansund eller begge deler.

For hver delfunksjon følger et romprogram som vedlegg i Excel.

Delfunksjonsprogram er utarbeidet i perioden februar 2016 til mai 2016. Programmering og prosjektering har foregått parallelt. Det har vært en integrert prosess hvor DFP og Skisseprosjekt har vært gjennomført med medvirkning i samme møte. Det er avholdt 3 møteserier. Utredningene og diskusjonene i disse møtene leder opp til input både i DFP tekst, i romprogram og til skisser for planløsninger. Det er i liten grad benyttet diagrammer eller prinsippskisser i denne skriftlige delen av programmet. Som en konsekvens av den integrert programmeringsprosess med arkitekter og skisseutvikling er dette direkte nedfelt i faktiske skisser og planskisser.

1.2 Ansatte og brukervedvirkning

I arbeidet med delfunksjonsprogram er planleggingen delt opp i 9 delfunksjonsområder. Tilsvarende er det oppnevnt 9 planleggingsgrupper bestående av ansatte, pasient- og brukerrepresentanter, tillitsvalgte og vernetjeneste.

Planleggingsgruppene er bredt sammensatt med representanter hovedsakelig fra sjukehusene i Kristiansund og Molde. Det er også representanter fra sjukehuset i Ålesund i planleggingsgruppene for å sikre medvirkning og forankring fra Helse Møre og Romsdal. Gruppene har bestått av fra 8 til 20 representanter – totalt 114 har deltatt i møtene i denne delen av konseptfasen. Den største gruppen har vært gruppen *Poliklinikk, dagkirurgi og dagbehandling*. Denne gruppen representerer mange ulike fag, samt at det er innenfor dette funksjonsområde at hovedaktiviteten i SNR Kristiansund vil være. Gruppene akuttmottak, bildediagnostikk og operasjon og intensiv har hatt fellesmøter for å sikre god pasientflyt og logistikk mellom funksjonsområder som har avhengigheter og nærhetsbehov til hverandre.

De 9 planleggingsgruppene i DFP/Skisseprosjekt:

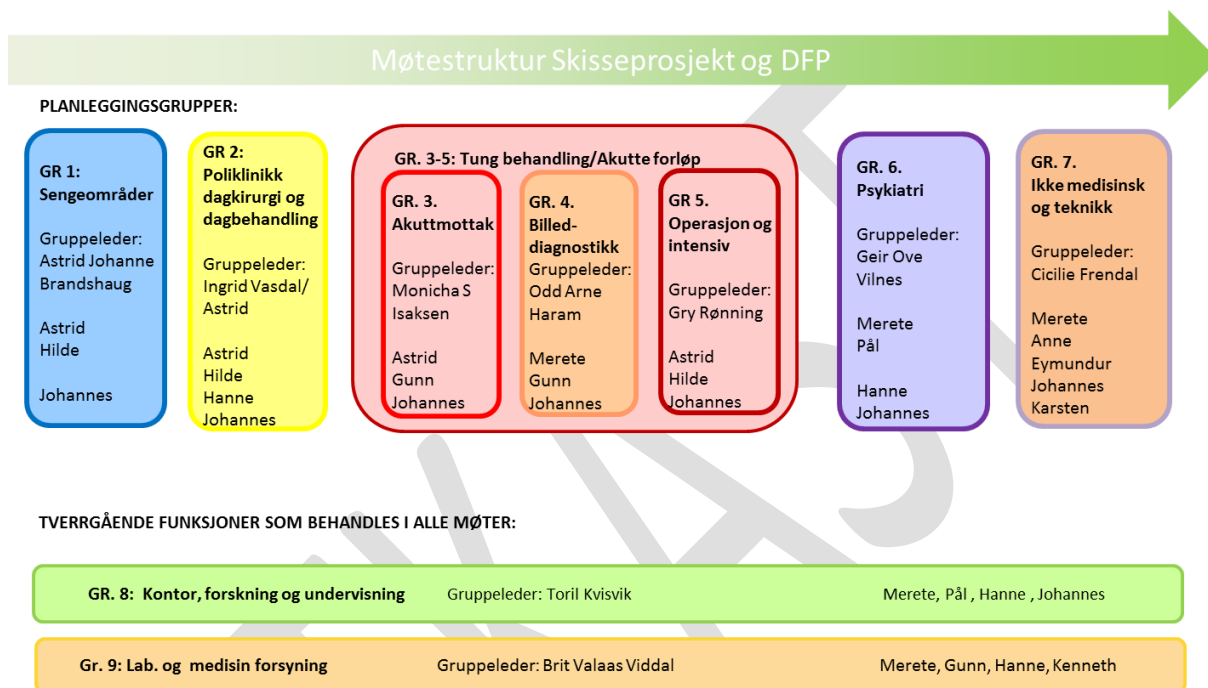
- Ikke-medisinsk service og teknikk
- Kontor, forskning, undervisning. Personal- og pasientservice
- Sengeområder
- Poliklinikk, dagkirurgi og dagbehandling
- Akuttmottak med Skadepoliklinikk, Kortidsenhet og Prehospitale tjenester
- Bildediagnostikk
- Operasjon og intensiv

Delfunksjonsprogram

SNR

- Psykiatri
- Laboratoriemedisin og Legemiddelforsyning

Det er gjennomført 3 møteserier i DFP/Skisseprosjekt. I tillegg har det vært behov for å gjennomføre særmøter med noen av gruppene og noen fagmiljø, for ytterligere avklaringer og forankring av endringer etter innspill i siste møteserie. Hver møteserie har blitt avsluttet med møte mellom Prosjektgruppa og Hovedgruppa for forankring av status og prosess. Hovedgruppa har fått informasjon fra møtene med planleggingsgruppene og gir råd til Prosjektgruppa og arkitekter på uavklarte problemstillinger og prioriteringer.



Figur: planleggingsgrupper og møtestruktur i DFP og Skisseprosjekt

Programmeringsledere fra Sykehusbygg har hatt ansvar for gjennomføring av møtene som har inneholdt en programdel (DFP og romprogram) og en Skisseprosjekt del. Programmeringsledere har også ansvar for å skrive programmet. Planleggingsgruppene har fått tilsendt utkast til program og skisser før møtene. Gruppeledere har koordinert gruppens faglige innspill og sørget for at gruppene har møtt forberedt til møtene og fulgt opp eventuelt etterarbeid. Gruppelederne har sammen med prosjektledere fra HMR koordinert arbeidet mellom møtene. Prosjektledere HMR har ansvar for å ha et helhetsperspektiv og sitter derfor i alle gruppene.

I tillegg er det utført egen delutredning for legemiddelforsyning. Utdrag fra konsept for legemiddelforsyning er tatt med som eget kapittel her.

De prehospitale tjenestene er omtalt med eget kapittel i konseptrapporten, men program for ambulansestasjonene er medtatt i DFP.

1.3 Strukturering av rapporten

Rapporten beskriver først noen grunnleggende prinsipper, deretter tre hovedkategorier programmer

Delfunksjonsprogram

SNR

og romprogram for alle delfunksjoner tilslutt

- Arealstandarder
- Smittevern
- Legemiddelforsyning
- Funksjonsområder som er generelle og like for flere fag, sengeområder og poliklinikker
- Programmer for spesifikke områder
- De tverrgående funksjonene som betjener de fleste funksjoner
- Romprogram

2 Standardrom

Følgende standardiserte romstørrelser er benyttet i romprogrammet

Romtype		Areal netto
Sengerom		16 m ²
Sengerom	Stort	20 m ²
Sengerom	Kontaktmitte	16 m ²
Sengerom	Luftmitte	20 m ²
Sengerom	Barn	18 m ²
Sengerom	Pasienthotell	16 m ²
Sengerom	Tung overvåking	20 m ²
Sengerom	Intensiv	25 m ²
Sengerom	Psykiatri	14 m ²
WC/dusj		5 m ²
WC/dusj	Universell utforming	7 m ²
Medisinrom		10 m ²
Avfallslager		8 m ²
Desinfeksjonsrom		10 m ²
Samtalerom	lite	10 m ²
Samtalerom	stort	16 m ²
Arbeidsbase	Teamkontor/tverrfaglig	18 m ²
Ekspedisjon	poliklinikker	20 m ²
Arbeidsstasjon	sengeområde	18 m ²
UB-rom	standard	16 m ²
UB-rom	stort	25 m ²
UB-rom	mottaksrom	18 m ²
Undervisningsrom		20 m ²
Møterom	Standard	20 m ²
Operasjonsstue		60 m ²
WC		2 m ²
WC HC		5 m ²
Tekjølken		5 m ²
kopirom		5 m ²
Kontor		9 m ²
Kontorplass		6 m ²

Delfunksjonsprogram

SNR

Alle romstørrelser er i delfunksjonsprogrammet basert på sammenligninger og erfaringer fra andre sykehusprosjekter de senere årene og videreutviklet gjennom møteserien sammen med rådgiverteamet, spesielt arkitekter. En standardromskatalog med romfunksjonsprogram og utstyrsliste vil bli utviklet i forprosjektfasen.

3 Smittevern

SNR Hjelset og Kristiansund planlegges og bygges i tråd med Forskrift om smittevern i helsetjenesten.

Spredning av antibiotika resistente mikrober i sykehus er et globalt problem som forventes å øke i omfang.

Helsepersonells etterlevelse av basale smittevernrutiner er en forutsetning for et effektivt smittevern. Bygninger og tekniske installasjoner skal legge til rette for optimal etterlevelse.

I SNR får alle pasienter enerom med egne bad. Risiko for smitteoverføring mellom pasienter reduseres betydelig når pasienter ligger på enerom.

Det skal bygges tilstrekkelig antall fullverdige isolat, hvorav noen som luftsmitteisolat, i tråd med Smittevernplan for Helse Midt-Norge RHF.

Ved valg av byggematerialer, bygningsmessig utførelse, overflatebehandling og tekstiler skal det tas hensyn til krav til rengjøring og desinfeksjon i sykehus. Det er spesielle krav til overflater i isolat, jfr. *Isoleringsveilederen fra Folkehelseinstituttet*. Krav til tilrettelegging for utførelse av håndhygiene, som utforming og plassering av håndvasker og dispensere med desinfeksjonsmiddel, står beskrevet i *Folkehelseinstituttets håndhygieneveileder*.

Smittevern i Helse Møre og Romsdal har kommet med generelle og spesielle anbefalinger for å ivareta godt smittevern innenfor alle funksjonsområder i samråd med representanter fra de ulike fagmiljøene i arbeidsgruppene.

3.1.1 Smittevern i HMR sine anbefalinger

Smittevern i HMR anbefaler at følgende generelle retningslinjer følges:

Anbefaling *Standard sengerom*

- Sengerom skal ha direkte inngang til eget bad. Standard sengerom kan være alternativ løsning for isolering av pasienter med kontaktsmitte.
- Alle sengerom skal ha håndvask (i tillegg til håndvask på bad).

Anbefaling *kontaktsmitteisolat*

- Ett av 12 sengerom i et sengeområde skal være utformet som kontaktsmitteisolat.
- Kortidsenheten skal ha to kontaktsmitteisolat
- Ett av intensivrommene skal være kontaktsmitteisolat
- Ett av sengerommene på Tung overvåking skal være kontaktsmitteisolat

Det henvises til utforming av kontaktsmitteisolat beskrevet i Folkehelseinstituttets isoleringsveileder.

Delfunksjonsprogram

SNR

Anbefaling *luftsmitteisolat*

- Ett av intensivrommene skal være luftsmitteisolat
- Ett sengerom i sengeområde for infeksjonspasienter skal være luftsmitteisolat
- Ett mottaksrom i akuttmottaket skal være luftsmitteisolat

Det henvises til utforming av kontaktsmitteisolat beskrevet i Folkehelseinstituttets isoleringsveileder.

Anbefaling *Standard undersøkelses- og behandlingsrom:*

- Alle undersøkelses- og behandlingsrom utstyres med samme grunnutrustning, og alle skal ha håndvask. Ingen rom skal brukes som kontor i tillegg
- Alle undersøkelses- og behandlingsrom må innredes slik at de er enkle å rengjøre. Det skal være minst mulig utstyr på rommet
- Ved samling av felles støtterom for flere enheter må størrelse dimensjoneres til å håndtere større volum av både lagervarer, klær og avfall.

Anbefaling *Sengerengjøring*

- Sentral sengerengjøring for alle somatiske senger mellom hver pasient
- Alle dyner og puter vaskes eller desinfiseres mellom hver pasient
- Tekniske senger og dagsenger rengjøres manuelt og desentralt
- Det er anbefalt å plassere et rom for hydrogenperoksidinfeksjon (robot) ved sengesentral som kan benyttes både til utstyr og spesialsenger.

Prinsipper for ivaretagelse av smittevern på støtterom utformes i Forprosjektet.

Spesielle forholdsregler innenfor smittevern er beskrevet innenfor hvert funksjonsområde.

4 Legemiddelforsyning

Det er utarbeidet en egen delrapport som vedlegg til Konseptrapport for Legemiddelforsyning i SNR Hjelset og Kristiansund. Dette kapittelet gir en oppsummering av anbefalinger fra rapporten. For mer inngående kunnskap og informasjon henvises det til rapporten.

Alle legemidler som benyttes i pasientbehandlingen ved SNR leveres av det regionale HF Sykehusapotekene i Midt-Norge. Det skal være både produksjon, interne forsyningslinjer og publikumsavdeling i SNR.

Sykehusapotekets leveranse til sykehuset er legemidler og farmasøytiske tjenester. I dette ligger det også at sykehusapoteket skal være sykehusets og pasientenes kompetansesenter når det gjelder legemidler. Dette er et viktig bidrag til økt pasientsikkerhet.

I Helse Midt-Norge HF er behovet for implementering av en lukket legemiddelsløyfe anerkjent og et ønsket mål i fremtiden (Visjon for pasientbehandling og samhandling, Nivå 7).

Lukket legemiddelsløyfe er et virkemiddel for å bidra til å sikre kvaliteten i legemiddelhandteringen i sykehus, og sikre at riktig pasient får riktig legemiddel, til riktig tid, i riktig dose og på riktig måte.

Delfunksjonsprogram

SNR

4.1.1 Sykehusapotekets anbefaling

For SNR må en anta at den kommende Helseplattformen til Helse Midt-Norge vil gi systemstøtte for elektronisk forordning av legemidler og strekkodeskanning ved administrasjon. Det elementet som fortsatt mangler, er systemstøtte for legemiddelbestilling/istandgjøring og tilgjengelighet av legemidler med strekkoder på endosenivå.

Sykehusapotekene i Midt-Norge anbefaler innføring av endosepakkede legemidler som forsyningsmodell for legemidler ved SNR.

Uansett hvilken forsyningsmodell som velges for SNR Hjelset vil samme modell kunne benyttes ved SNR Kristiansund.

Valg av teknologi for ompakking, samt beslutning om pasientmerkede eller ikke-pasientmerkede endoser, må utredes videre i forprosjektet. Forhold som økonomiske investeringer, tilgang på endoser, kvalitetsgevinst, åpningstid ved sykehusapoteket SNR m.m. har innvirkning på realisering av alternativene.

4.2 Driftskonsept

De lokale legemiddellagrene (medisinrom) i SNR er programmert til 10m² per 24 senger i sengeområde, samt i poliklinikkområder, akuttmottak og intensiv. Innføring av endoser vil kreve lagring av legemidler i skuff, enten manuelle skuffer eller elektroniske kabinett. Endoser tar større plass enn ordinære pakninger. Innredning av medisinrom må ivareta dette i tillegg til plass for håndvask, kjøleskap, arbeidsbenk, PC og avtrekk (sikkerhetsbenk) for tilberedning av parenterale legemidler (inkl. antibiotika). Selv om det er mulighet for tilberedning av parenterale legemidler på de enkelte medisinrom, bør flest mulig legemidler med krav til aseptisk tilberedning tilvirkes i sykehusapoteket.

Andelen som kan tilberedes på medisinrom i sykehuset i forhold til andelen som må tilberedes i sykehusapotek, må utredes i forbindelse med implementering av ny legemiddelhåndteringsforskrift i Helse Midt-Norge og beskrives nærmere i Forprosjektet.

I hvert sengeområde må det etableres mulighet for å låse inn eller låse fast endosetraller. Det antas at det ikke er behov for endosetraller i poliklinikker da legemidler ikke gjøres i stand på samme måte.

For valg av modell gir Sykehusapoteket følgende forutsetninger for et medisinrom på 10 kvm:

- Lukket legemiddelsøyfe og gjennomgående kurve.
- Elektronisk lagerstyring og bestilling av legemidler på alle medisinrom
- Sykehusapoteket leverer legemidlene til hvert medisinrom i rørpост eller kasse transportert av vakter eller annet personell. Utpakking på medisinrommet må gjøres av sykepleier.
- Ett medisinrom blir en økonomisk kunde (med mindre nye teknologiske løsninger gir mulighet for å organisere dette på en bedre måte)
- Lageret i medisinrommet eies av Helseforetaket i Møre og Romsdal
- Lagring av infusjonsvæsker, ernæring (næringsdrikker og parenteral ernæring) og annet

Delfunksjonsprogram

SNR

forbruksmateriell lagres utenfor medisinrom

- Medisinrom må ha nærhet til rørpost for mottak av endoser, kan deles med en arbeidsstasjon i et sengeområde.
- Hvert sengeområde må ha rørpost for mottak av endoser dersom det besluttes innføring av pasientmerkede endoser.
- Temperaturkontroll av medisinrom og kjøleskap overvåkes av SD-anlegg ved sykehuset

Skyllevæsker, infusjonsvæsker, desinfeksjonsvæsker og ernæringsløsninger forutsettes lagret og levert fra sentralt lager. Det må planlegges for nærlager av dette i Forprosjektet.

Legemiddelhåndtering i SNR må oppfylle de til enhver tid gjeldende lov- og forskriftskrav. Dette gjelder legemiddelhåndteringen både i sykehuset og i Sykehusapotekene.

UTKAST

5 Sengeområder

I hovedfunksjonsprogrammet er det beregnet 146 somatiske senger. Disse er fordelt på sengeområder som har en størrelse på minimum 24 sengerom. Unntak er 7 senger for tung overvåking som skal ligge tilknyttet Intensivavdelingen. I tillegg er det beregnet 20 senger til kortidsenheten, som ligger i tilknytning til akuttmottaket (se beskrivelse kapittel 10)

Det er beregnet 23 senger til pasienthotell.

Sengeområdene bygges opp modulbasert. En modul vil inneholde normalsenger, kontaktsmitte og sengerom tilpasset pasienter med større arealbehov samt nødvendige felles støtterom. En modul vil kunne inneholde en eller flere fagområder.

Romprogram for et generelt sengeområde:

Romnavn	Romspesifikasjon	Antall	Areal pr rom/plass	Total
Arbeidsstasjon		3	18	54
Sengerom		21	16	336
Sengerom	XL	1	20	20
WC/dusj		20	5	100
WC/Dusj	XL/UU	2	7	14
Sengerom	kontaktsmitte	2	16	32
Forrom	kontaktsmitte	2	3	6
WC/dusj	kontaktsmitte	2	7	14
WC	Personal	2	2	4
WC	HC	1	5	5
Medisinrom		1	10	10
Lager	Avfall	1	8	8
Lager	Utstyr	1	20	20
Lager	Rent	3	2	6
Oppstillingsplass	Tøyvogn (lintøy)	3	2	6
Opphold	Spiserom	1	25	25
Kjøkken		1	10	10
Pauserom	Pause	1	10	10
Kjøkken	Tekjøkken	1	5	5
Desinfeksjonsrom		2	10	20
Undervisning	Gruppe	1	20	0
Arbeidsplass	Kontor	2	9	18
Arbeidsrom	Tverrfaglig	1	18	18
Møterom		1	20	0
Samtale		1	10	10
Sum				751

Møterom og undervisningsrom er areal fra andre delfunksjoner

I tillegg vil det være ett luftsmitteisolat på infeksjonsmedisin

Delfunksjonsprogram

SNR

5.1.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet

I Hovedfunksjonsprogrammet er det gitt følgende overordnede føringer for sengeområder i SNR

- Sengeområder skal ha ensengsrom med egne bad
- Det skal legges til rette for fleksibilitet i bruk av senger med generelt utformede sengeområder. Det blir viktig at den fysiske utformingen ikke låser størrelsen på en enhet. Skillet mellom den organisatoriske og den fysiske utformingen må kunne løsrives
- Størrelsen på et sammenhengende sengeområde som skal legge til rette for effektiv drift skal bestå av minimum 24 senger. Dette for å sikre en optimal utnyttelse av personell både ved full drift dagtid og på ubekvem arbeidstid
- Sengeområdene skal støtte muligheten for god kontakt mellom pasient og personalet i oversiktlige miljøer
- Det skal være arbeidsplasser for leger, sykepleiere og annet personell i eller i nærheten av sengeområdet for å kunne utføre funksjoner knyttet til inneliggende pasienter.
- For å støtte opp under best mulig tverrfaglig samarbeide bør det være møteplasser for personalet i eller i nærheten av sengeområder samtidig skal det også legges til rette for at samtaler om pasient i hovedsak skal foregå med pasient.
- Det skal legges til rette for at pårørende kan være naturlig tilstede som en støtte og en ressurs for pasienten

5.1.2 Driftskonsept

Sengeområdene er i utgangspunktet en felles ressurs og generelt utformet. Hensikten er at de ulike fagområdene i framtiden lett kan endre lokalisering og dimensjonering. Sengeområdene planlegges med enkeltrom med direkte inngang til eget bad. Ett av sengerommene med bad skal tilpasses pasienter med spesielle plassbehov, som for eksempel den multihandicappede pasient, pasienter med sykkelig overvekt, pasienter med behov for mange pårørende tilstede. To sengerom i hvert sengeområde skal være kontaktsmitteisolat med forrom. I ett av sengeområdene (infeksjonsmedisin) skal det være ett luftsmitteisolat.

Det planlegges med desentrale arbeidsstasjoner, lagerplass og andre støtterom som minimerer gangavstand for personalet, og dermed også understøtter nærhet og visuell kontakt til sengerom. Tverrfaglig samarbeid inngår i omtrent alle pasientforløp. Det må derfor være egnede møteplasser for personalet, i tillegg til dokumentasjons- og arbeidsrom som muliggjør konfidensielt arbeid. Sengeområdene har også mange studenter, det legges vekt på at fysiske løsninger i sengeområdet understøtter at disse får gode lærings- og praksismuligheter.

Legemiddelforsyningen i SNR anbefales som en lukket legemiddelsøyfe med endoser. Dette vil stille noen krav til medisinrommet og arbeidsprosessene, og areal og utstyr knyttet til dette.

Sengeområdene har mye kommunikasjon med kommunehelsetjenesten ifht oppfølging og behandling før og etter opphold. Dette er også en vesentlig funksjon, som må jobbes videre med i

Delfunksjonsprogram

SNR

forprosjekt for at sengeområdene får gode arbeidsløsninger som understøtter denne arbeidsprosessen.

SNR planlegges med senger for spesialisert rehabilitering (jmf. idefasen). Disse har et tverrfaglig driftskonsept, men trenger kompetansen som fins i akuttmiljø i sykehus. Sengeområdet vil kunne ha særskilte behov som må vurderes i Forprosjekt.

Enerommet

I planlegging av sengeområdene skal det tas hensyn til at det kan utføres flere typer undersøkelser og behandling i sengerommet, aktivitet som tidligere ble utført ved å flytte pasienten til poliklinikk eller et undersøkelses- og behandlingsrom. Man ser også for seg at mye av dokumentasjonsarbeidet til helsepersonellet vil foregå «bedside» inne på sengerommet.

Det skal legges til rette for at pasientene og pårørende skal kunne orientere seg slik i sengeområdet, at de lett finner personell ved arbeidsstasjoner. Visuell kontakt og arbeidsstasjoner tett på sengerommene, skal bidra til å skape trygghet for pasientene – og også for pårørende.

Pårørende er en vesentlig støtte og ressurs for pasienten, og sengeområdet planlegges slik at pårørende kan være naturlig tilstede når som helst på døgnet, etter hva som passer pasientens tilstand, behandling og behov. Enerommet er et viktig bidrag her.

Sengeområdene skal invitere til aktivitet og mestring for den inneliggende pasient. Slik at mest mulig undervisning av pasienten og opptrening kan gjøres på sengerommet, i korridor og evt felles rom. Det er et mål å skape sosiale soner i sengeområdet utenom sengerommet, der pasienter og pårørende kan finne mulighet for variasjon, aktivitet og stimuli. En bevisst utforming av korridor med dagslys og trappeganger vil kunne bidra til dette.

24 senger

Størrelsen på et somatisk sengeområde på minimum 24 senger er valgt for å sikre en optimal utnyttelse av personell spesielt på kveld og natt, for fleksibilitet og for nærhet til pasient. For å kunne fungere som en enhet og utnytte de fordelene det gir, forutsettes en grad av kontakt mellom arbeidsstasjonene i enheten, og at personalet kan ha en felles base på natt med et visuelt overblikk over enheten. Det skal være visuell kontakt mellom desentral arbeidsstasjon/personalet og pasientrom.

I et sykehus av denne størrelsen vil det være flere fagområder som ikke er så store at de fyller et helt sengeområde. Det blir viktig at den fysiske utformingen ikke låser størrelsen på en enhet. Skillet mellom den organisatoriske og den fysiske utformingen må kunne løsrives. En dag kan det være behov for en fordeling senger 7-9, en annen dag 8-8, 6-10 osv. Behovet endres etter hvilke pasienter som kommer inn, eller på grunn av vaktplanen. Plassering av avdelinger og senger innenfor sengeområdene gjøres i forprosjektet.

Hoveddelen av behandlingen foregår på dag og ettermiddag. Samtidig er trenden økende avansert

Delfunksjonsprogram

SNR

behandling på inneliggende, og behov for god observasjonskunnskap er derfor tilstede hele døgnet. Ny teknologi muliggjør desentral overvåking av lettere ustabile pasienter som f.eks pasienter med rytmeforstyrrelser.

5.1.3 Prinsipper for flyt

Øyeblikkelig hjelp innleggelser kommer i all hovedsak via akuttmottaket, triageres og tas imot og undersøkes der, før de kommer opp i sengeområdene. Ofte er behandling allerede startet. Sengeområdene får også overført pasienter fra intensiv/tung overvåking/lett overvåking, kortidsposten, poliklinikker, dagområder. Pasienter med kjent åpen innleggelse kan komme rett på post, driftskonseptet her kan være bevegelig. Planlagte innleggelser kommer i all hovedsak direkte til sengeområdet.

Hvert sengeområde skal planlegges med mulighet for å ha en ekspedisjon/arbeidsstasjon ved inngangen til sengeområdet. Slik at besøkende, samt gående pasienter til innleggelse, lett kan få kontakt og orientere seg. Pasienttransporten mellom etasjene vil foregå i egen transportåre med heisbatteri/trapp og korridorer for inneliggende.

Det planlegges for automatisert sengevask, se kapittel 13

Det vil være en stor flyt av varer og mat til sengeområdene. Og avfall ut av sengeområdene. Mye logistikk skal passe med arbeidsprosesser og drift og behov. Dette vil det jobbes med i forprosjekt.

5.1.4 Nærhetsbehov

De ulike fagområdene vil ha ulike behov for nærhet til hverandre, og til andre funksjoner i sykehuset. Dette vil det jobbes mer med i forprosjekt og parallelt med OU-prosessen når sengene skal fordeles. Likevel har man i delfunksjonsprogrammet pekt på noen nærhetsprinsipp som utforskes mer i neste fase:

En god del sengeområder innenfor de kirurgiske fagene vil ha behov for vertikal nærhet til operasjon/lett overvåking, billediagnostikk, gastropoliklinikk. En god del sengeområder i indremedisin vil ha behov for vertikal nærhet til intensiv, billediagnostikk, kortidsenhet, hjertepoliklinikk og gastropoliklinikk. Nevrologisk sengeområde vil ha behov for nærhet til treningsareal/kliniske støttefunksjoner/pasienthotell. Barn og Føde/Barsel sine nærhetsbehov beskrives under egne områder.

Sengeområdene vil også ha nytte av nærhet til kontorer/kontormoduler og møte-/undervisningsrom. Det vil være en fordel om dokumentasjonsplasser for leger spres slik at noen vil ligge i vertikal eller horisontal forbindelse til sengeområdene.

5.2 Barn og ungdom

Hovedfunksjonsprogrammet definerer at SNR skal ta imot barn både til poliklinisk behandling,

Delfunksjonsprogram

SNR

dagbehandling og for innleggelse for akutt syke barn og barn med kronisk sykdom med akutt forverring. Barn som ikke kan behandles ved SNR vil bli overført til f.eks. Ålesund eller St. Olav.

5.2.1 Driftskonsept

SNR skal ta imot barn og unge både til poliklinikk og dagbehandling, og for innleggelse av akutt sykdom og forverring av kronisk sykdom. SNR er dimensjonert med 6 sengeplasser for barn, felles medisinsk og kirurgisk.

Sengeområde for barn vil ha noen særskilte behov, dette vil også ha noen konsekvenser for utformingen. Områder for barn i sykehus bør eksempelvis skjermes slik at barna ikke blir uroet eller skremt av andre pasienter. Sengeområde for barn skal planlegges etter forskrift om behandling av barn i sykehus (*Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*), hvilket betyr at barnet har krav på å ha minst en av foreldrene hos seg under sykehusoppholdet, og foreldrene skal også gis mulighet til å være til stede under behandlingen av barnet hvis det ikke vanskeliggjør behandlingen. Videre gir Pasientrettighetsloven §§ 6-2 til 6-4 bestemmelser om barns rett til aktivitet, stimulans og undervisning. Det må finnes tilpasset lokale for undervisning og aktivisering av barn og ungdom. Det må finnes oppholdsrom som er tilpasset for henholdsvis yngre barn og ungdom. Foreldre skal ha adgang til egnet oppholdsrom.

Akuttmottaket er tilrettelagt for mottak av barn. Kritisk syke barn og ungdom bør tas imot i akuttmottaket for rask mobilisering av alle nødvendige faggrupper. Andre barn bør tas imot på sengerommet eller i mottaksrom i sengeområdet for barn. Det gir bedre mulighet for skjerming av barnet dersom han/hun kan komme rett på sengeområdet. Barnet vil oppleve mindre skifte av pleiepersonale, og man sikrer at personalet har spesiell kompetanse på barn. Dette er i tråd med forskrift for barn på sykehus. Videre er det behov for smitteisolasjon til en stor andel av barnemedisinske pasienter. Disse kan isoleres direkte på sengerommet og tas imot der. Sengeområde for barn må tilpasses ift. høy andel smittepasienter.

Et av sengerommene bør være større for tilrettelegging for multifunksjonshemmete barn med behov for mye utstyr, pårørende/assistenter og aktivisering på rommet.

Nærhetsbehov

Det vil være en fordel å ha nærhet til barnepoliklinikken, dagbehandlingsområdet for medisinske barn, og barnehabiliteringstjenesten. Dette for bedre ressursutnyttelse og tverrfaglig samarbeid rundt pasientene. Nærhet til fødeavdelinga og operasjonsavdelinga er viktig ved akutt sykdom hos nyfødte. Telemetri og evt. utstyr for langtids-EEG-registrering må ha dekning i barnesengeområdet.

Seksjon for habilitering av barn og unge.

Seksjonen gir tilbud til barn og unge i alderen 0-18 år med medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemminger. Dette er barn og unge med for eksempel multifunksjonshemming, psykisk utviklingshemming, cerebral parese, utviklingsforstyrrelser, autisme, progredierende tilstander, muskelsykdommer, ervervet skade, syndromer og uavklarte diagnoser.

Sentrale oppgaver er:

Delfunksjonsprogram

SNR

- Tverrfaglig utredning/diagnostisering, syndromutredning, nevrologisk utredning, nevropsykiatrisk utredning, evnetesting, utredning av kommunikasjon og samspill, funksjonskartlegging, motorisk vurdering.
- Råd og veiledning til barnet/ungdommen selv, foreldre, familie og 1.linjetjeneste. Intensiv oppfølging av pasienter i nært samarbeid med lokale instanser i perioder. Oppfølging av habiliteringstjenestens ansvar i f.t. Kap.9 i Helse og omsorgstjenesteloven; Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.
- Kurs
- Læring og mestringsaktivitet

Seksjon for habilitering er en tverrfaglig tjeneste som består av fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, spesialpedagoger, sykepleiere, vernepleier og barnelege.

Arbeidsmåter er poliklinisk aktivitet, ambulant aktivitet med observasjon av barn/unge i deres kjente miljø og råd og veiledning til foreldre og lokale instanser. Tjenesten arrangerer også tverrfaglige poliklinikker med mange fagområder tilstede. Det er nært samarbeid med lokale instanser som helsestasjon, fastleger, fysio og ergoterapitjeneste, pedagogisk – psykologisk tjeneste, kommunal avlastningssektor, barnehage, skole, tildelingstjeneste og NAV.

5.2.2 Nærhetsbehov

Habiliteringstjenesten for barn og unge og voksenhabilitering har mye til felles både funksjonsmessig og faglig og det vil være en fordel at disse to enhetene lokaliseres nært hverandre. Det er felles oppfølging av ungdom i aldersgruppen 16-20 år og det arrangeres felles kurs og opplæringstiltak. En samlokalisering vil også gi god mulighet til å sambruke rom som totalt sett gir bedre arealutnyttelse for begge gjennom tilgang på flere og større rom.

Habiliteringstjenesten for barn og unge har også nærhetsbehov med barnemedisin da det ofte er tverrfaglige konsultasjoner og samarbeidsmøter, og en del pasienter har konsultasjoner begge steder.

5.2.3 Spesielle bygningsmessige behov

Det nye sykehuset må tilrettelegge for barn og unge generelt; både som pasienter, men også som søsken og nære pårørende. I praksis betyr det at man i alle deler av sykehuset bør planlegge inn omgivelser som er tilpasset barn og unge med muligheter for ulike aktiviteter inne og ute. Dette aspektet må også vurderes i forhold til utsmykning i nytt sykehus og planlegging av uteareal.

5.3 Føde og barsel

SNR skal ha et døgnkontinuerlig fødetilbud for befolkningen i Nordmøre og Romsdal. Fagmiljøet ønsker størst mulig grad av samling av sine funksjonsareal, herunder poliklinikkareal. Det er driftsmessige gode grunner for samlokalisering begrunnet i avdelingens størrelse, men beslutning om omfang vil bli tatt i videre planlegging i Forprosjekt. Bruken av senger i Pasienthotell vil være

Delfunksjonsprogram

SNR

avhengig av nærhet til fødeområdet og ressursmessige vurderinger.

5.3.1 Driftskonsept

Pasientene vil være på fødestue, barsel, sengeenhet og poliklinikk, samt på pasienthotell. Denne pasientgruppen vil primært benytte Pasienthotellet før og etter fødsel pga lang reisevei og avhengighet til fergeforsbindelse. Kvinner som er friske og har friske barn kan overføres til Pasienthotellet etter forløsning dersom dette ikke krever mer personell.

Fødestuene skal tilrettelegges for mulighet for fødsler i vann, og vil være tilknyttet bad. Barselsenger kan utformes som et generelt sengeområde, men med nærhet til fødestuene.

Fødestuene må ha plass til en pårørende og en skjermet sone for undersøkelse evt. gjenoppliving av barnet.

Barselsenger kan utformes som et generelt sengeområde med nærhet til fødestuene, men må være store nok til at en pårørende kan overnatte, samt en barneseng. Badet må være av en slik størrelse at det er plass til stelleplass for barnet, samt undervisning rundt stelleplassen.

Det må være nærhet til behandlingsrom for observasjon og behandling av syke nyfødte, barnelegeundersøkelse, plass til kuvøse og asfyksibord. Rommet må være stort nok til at det også er mulig å kjøre inn mors seng.

Som følge av en økning i behandlingstiltak (eksempelvis igangsetting, vendinger, riehemming og observasjoner av ulike årsaker), er det behov for (ett) to større behandlingsrom, som i nødsfall og ved aktivitetstopper også kan benyttes som fødestue. Behandlingsrommet skal derfor være tilknyttet dusj/WC.

Enkelte gravide vil abortere i et langt kommet svangerskap og må føde normalt. Disse pasientene må skjermes fra rom hvor de ordinære fødsle foregår. Det må også tilrettelegges for samme skjerming av gravide som har problemer i svangerskapet, og som krever innleggelse og overvåkning.

Det må tilrettelegges for undervisning og veiledning.

5.3.2 Prinsipper for flyt og nærhetsbehov

Fødende som ikke transporteres på bære, vil benytte hovedinngangen og gå rett til fødeavdelingen for mottak der.

Føden skal ha nærhet til operasjonsområdet på grunn av hastegrad ved keisersnitt. Det vil være en fordel med samlokalisering med ammepoliklinikk, svangerskapspoliklinikk og ultralydscreening. Dette vil kunne gi en bedre ressursutnyttelse av personell og rom.

Fagmiljøet ser det som en fordel om gynekologisk poliklinikk og sengerom for gynekologiske pasienter kan være i samme hus som føde/ barsel evt i nabo hus, men på samme plan.

Delfunksjonsprogram

SNR

5.3.3 Spesielle bygningsmessige krav

Fødestuene skal ha lystgass. Derav følger krav til ventilasjon.

Området for Føde og Barsel skal ha sengerom med universell utforming, samt tilgang til kontaktsmitteisolat på samme måte som øvrige sengeområder.

5.4 Pasienthotell

Pasienthotell er godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven og kan benyttes som et alternativ til innleggelse i ordinær sengepost. Regelverket har åpnet for at det kan foregå noe behandling i pasienthotellene (rapport Kunnskapscenteret nr. 11-2011).

For pasienter som er innskrevet ved sykehuset under oppholdet i pasienthotellet, er dette å anse som en del av pasientens sykehusopphold. Sykehuset har plikt til å føre tilsyn med pasienten og til å yte behandling dersom dette skulle vise seg nødvendig på samme måte som for øvrige pasienter ved sykehuset.

I Hovedfunksjonsprogrammet er det forutsatt en omstilling av døgnopphold til pasienthotellsenger med enklere driftsform og lavere pleiefaktor. Omstillingen er beregnet per ICD10 hovedgruppa og er således fordelt på mange fagområder men ca halvparten av den beregnede kapasiteten er for fødende. Totalt er det beregnet 23 rom. Den beregnede kapasiteten er forutsatt benyttet av inneliggende pasienter for de som ikke er avhengig av 24-timers medisinsk tilsyn. Det er ikke forutsatt at SNR skal ha vesentlig hotellkapasitet til tilreisende ikke-innlagte pasienter eller pårørende (sykehotell).

5.4.1 Driftskonsept

Sengeområde med pasienthotellsenger skal driftes som en separat enhet og ikke stykkes opp og legges inn i andre sengeområder. Alle hotellsenger skal ligge samlet i en «kube» og være felleseie. Hotellsengeområde skal i størst mulig grad utformes som et generelt sengeområde på lik linje med andre. Dette muliggjør fleksibilitet og buffring mellom sengeposter og hotellsengepost.

I driftskonsept for føde/barsel er det forutsatt at kvinner som er friske og har friske barn kan overføres til Pasienthotellet etter forløsning dersom dette ikke krever mer personell. Det er således definert en forutsetning om nærhetsbehov og driftsform som muliggjør en optimal resursfordeling mellom personalet i disse to enhetene.

Det drives ikke omfattende pasienthotellvirksomhet i dag ved sykehusene og utviklingen av denne funksjonen har tett sammenheng med OU prosessen som foretaket nå går inn i.

5.4.2 Nærhetsbehov

Nærhet til føden og generelle sengeområder

6 Poliklinikk og dagbehandling

Denne delfunksjonen omfatter poliklinisk virksomhet for alle somatiske fagområder i SNR. For dagbehandling er aktiviteten i hovedsak dialyse, kjemoterapi og annen medisinsk dagbehandling.

Delfunksjonsprogram

SNR

Dagkirurgisk virksomhet er beskrevet under delfunksjon operasjon.

Det skal være poliklinisk tilbud og dagbehandling både i SNR Hjelset og SNR Kristiansund.

I følge framskrivingen vil dagoppholdene øke med nesten 7000 konsultasjoner fra 2014 til 2030. Tilsvarende tall for polikliniske konsultasjoner er vel 44 000. I hovedfunksjonsprogrammet er det beregnet 71 undersøkelses og behandlingsrom, i tillegg til 42 spesialrom. Kapasitetsberegningen er basert at tilbud skal være 230 dager i året, 8 timer effektiv pasientbehandling og 45 minutter gjennomsnittlig konsultasjonstid.

6.1 Poliklinikk

6.1.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogram

I Hovedfunksjonsprogrammet er det gitt følgende overordnede føringer for poliklinikk

- Poliklinikker skal som hovedregel samles i større enheter med felles støtterom og funksjoner. Dette sikrer fleksibilitet i utnyttelse av kapasitetsbærende rom og god utnyttelse av ressurser
- Skal være generelt utformet. Dette for å sikre en fremtidig fleksibilitet for behovsendringer.
- Spesialrom som krever spesiell bygningsmessig infrastruktur skal fortrinnsvis plasseres sammen med resten av fagområdet poliklinikkrom. Der det er hensiktsmessig, kan slike rom samlokaliseres med andre spesialrom.
- IKT-løsninger skal legges til grunn for effektivisering av drift, i form av pasientens egenregistrering ved adkomst og betalingsautomater. Ved å åpne for bestilling av time direkte utenfra vil en del administrative prosedyrer kunne falle bort.
- Det skal tilrettelegges for video konsultasjoner ved oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Eksempel på dette kan være at kardiolog veileder fastlege og pasient via Helsenett eller annen løsning, og at pasient får veiledning i hjemmet av spesialist lokalisert på sykehuset.
- Det skal legges til rette for at det er mulig å gjennomføre kompakte, koordinerte utredningsforløp, med oppholdssoner i poliklinikk/ dagområder, og tilgang på overnattingsmuligheter (pasienthotell e.l.) uten innleggelse.

6.1.2 Driftskonsept Poliklinikk

Poliklinikkområdet planlegges som et fellesområde og skal være standardisert og generelt utformet. Dette for å sikre fleksibilitet mellom enhetene og for fremtidige behovsendringer. Størrelsen og utformingen på enhetene må være av en slik størrelse at det fremmer en rasjonell og effektiv drift, og en god utnyttelse av felles støttefunksjoner som for eksempel bookingsystemer, innsjekking, personalfasiliteter og støtterom.

Optimalisering av pasientflyt skal sikre at ventetiden er et minimum. Det skal legges vekt på at

Delfunksjonsprogram

SNR

pasientene opplever at det er tydelig merking til enhetene, og at det er kort avstand fra ventesonene til undersøkelse og behandlingsrommene. Det vil være en felles ekspedisjon for hvert poliklinikkområde som dekker flere fagområder. Arbeidsrom, dokumentasjonsrom og desentrale venteplasser nært undersøkelse og behandlingsrommene vil være en faktor som styrker pasientflyten.

Ny timebestilling og betaling foregår elektronisk. Samtale, undersøkelse, behandling og primær dokumentasjon foregår i undersøkelses og behandlingsrommet, eller i arbeidsplasser i nær tilknytning til behandlingen.

Det vil værere både sentrale og desentrale venteplasser. Sentrale venteplasser kan være i tilknytning til ekspedisjonen, eller i kantine, vestibyleområdet. I ventesonene skal det være mulighet for skjerming, spesielt i områder hvor det vil være sengeliggende pasienter. Desentrale venteplasser vil kunne tilrettelegges for eksempelvis barn, eller andre pasienter med spesielle behov eller venter pga flere konsultasjoner.

Det skal legges til rette for at pårørende kan være naturlig tilstede som en støtte og en ressurs for pasienten i poliklinikken.

Poliklinikkområdet skal være tilrettelagt for å motta pasient i seng fra sengeenheten.

Det skal være hvileplasser eller observasjonsplasser før og etter behandling for pasienter som for eksempel har vært til scopi, biopsi, ERCP, elektrokonvertering etc., eller som har behov for hvile mellom flere undersøkelser. Disse plassene kan enten legges i tilknytning til spesialrommene der undersøkelsen/behandlingen har blitt utført, eller samles i et felles område slik at flere pasienter kan observeres samtidig. Lokaliseringen og flyten rundt dette må tas i forprosjektet.

Generell poliklinikkmodul

Poliklinikkområdene bygges opp modulbasert. En modul vil inneholde en del generelle undersøkelsesrom, en del spesialrom, hovedsakelig i standardisert størrelse, og felles støtterom. En modul vil kunne inneholde en eller flere fagområder. Flere moduler til sammen utgjør hele poliklinikkområdet. Modulen er tilpasset «kubeformen» utviklet i skisseprosjektet.

Modulen består i utgangspunktet av 18 generelle undersøkelsesrom og 10 spesialrom. En modul vil i tillegg inneholde:

- Felles ekspedisjon for alle fagområder i enheten. Administrativt areal med kopirom tilknyttet.
- Ventesoner med toaletter.
- To desentrale arbeidsbaser med tilgang til PC. Tverrfaglige arbeidsplasser
- Egne pauserom/teamrom som støtter opp under et tverrfaglig samarbeid for ansatte. Tekjøkken kan betjene både ansatte og for enkel tilberedning av noe mat og drikke til pasienter.
- Gruppe/Undervisningsrom, også til møter
- Medisinrom
- Desinfeksjonsrom

Delfunksjonsprogram

SNR

- Avfallsrom. En poliklinikk genererer mye avfall i form av engangsutstyr med tilhørende emballasje, det er viktig at det tas med i beregningen for hvor ofte avfall hentes.
- Lager. For å redusere gangavstander kan noe av arealet som er avsatt lagerfunksjon være skap i nisje i nærheten av undersøkelsesrommene.
- Eget samtalerom

Undersøkelsesrommene må være tilrettelagt for:

- Plass til flere personer i samtidighet
- Plass til pårørende
- Plass til oppstilling av forskjellig apparatur avhengig av spesialitet
- Plass til rullestolbrukere
- Fleksibilitet- forskjellige muligheter for plassering av benk som vil gi optimal tilgang for behandler
- Innredet slik at rommet kan håndtere pasienter med kontaktsmitte

Spesialrommene

De kliniske spesialrom avviker fra standardrommet på grunn av spesielle krav enten i form av ekstra plasskrevende utstyr eller at undersøkelsen eller behandlingen har andre spesielle krav til rommet. Disse rommene er i utgangspunktet fagspesifikke men skal tilstrebes en generell utforming så langt det lar seg gjøre. Spesialrommet kan også avvike med en mindre arealstørrelse som for eksempel et sputumrom for testing for tuberkulose eller en lysboks til behandling av hudpasienter. I tillegg vil enkelte undersøkelser ha behov for direkte tilknytning til toalett f.eks colonscopi, cystoscopi og gynekologiske mfl. Noen kan ha behov for andre støtterom som f.eks scopvaskemaskiner.

Dimensjonering av spesialrom er basert på innmelding fra fagmiljøene men med samme krav til utnyttelsesgrad som generelle UB-rom. Oversikt over spesialrom med tilhørende støtterom er vist i romprogramvedlegget.

Romnavn		Romspesifikasjon	Antall	areal pr rom/plass	total
Ekspedisjon	Felles		1	20	20
Kopi	Felles		1	5	5
Venteplass	Felles		2	5	10
WC	Felles	pasienter	4	2	8
WC/HC	Felles	pasienter	2	5	10
Pauserom	Felles	teamrom	1	20	20
Kjøkken	Felles	Tekjøkken	1	5	5
Samtalerom	Felles	Samtalerom	1	16	16
Grupperom	Felles	Grupperom	1	0	0
Arbeidsbase	Felles	Teamkontor	2	18	36
Kontor	Felles	Enhetsledere	1	9	9
WC	Felles	personal	2	2	4
Lager	Felles	Avfall	1	8	8
Lager	Felles	Rent	2	10	20
Desinfeksjon	Felles		1	10	10
Medisinrom	Felles		1	10	10
Undersøkelse	Felles		18	16	288
Undersøkelse	Spesialrom		10	25	250
Hvileplasser	observasjon		1	10	10
					739

Delfunksjonsprogram

SNR

Areal til grupperom tilhører undervisning og kontor, derav 0 i tabellen. Støtterom av ulik art tilhørende spesialrom kommer i tillegg

Det utføres både legekonsultasjoner og sykepleiekonsultasjoner i poliklinikkene. I fremtiden vil det sannsynlig bli en jobbglidning for andre faggrupper også inn i poliklinikkene. Poliklinikkstandarder legger opp til å ha en fysisk generalitet som kan benyttes på tvers av faggrensene. I dag i sykehusene i Molde og Kristiansund utføres en hel rekke selvstendige sykepleiepoliklinikker. Noen av dem er oppgaver sykepleiere eller fysioterapeuter har tatt over fra legene, noe er organisert spesialsykepleiefaglig virksomhet. Det fins utviklingspotensiale i dette feltet inn mot SNR.

Noen poliklinikker samarbeider spesielt tett med kommunehelsetjenesten og fastleger. Eksempelvis gjelder dette palliasjon og geriatri, som også driver ambulant virksomhet. Samhandlingsflaten med kommunene er vesentlig i mange pasientforløp, og det må legges til rette for å hensynta dette i planleggingen av poliklinikken sine funksjonsområder.

6.1.3 Prinsipper for flyt

Poliklinikk skal plasseres sentralt i bygget, med nærhet til vestibyleområdet og med god logistikk for den store trafikken inn og ut.

Pasienter ankommer poliklinikken med f.eks. buss, egen bil, taxi eller ambulanse. Ambulansene bruker inngang ved akuttmottaket. Det vil være dedikerte parkeringsplasser for pasienter i nærheten av hovedinngangen. Det skal legges opp til selvinnsjekk og desentraliserte venteplasser. Flere arbeidsbaser og flere ventesoner fremmer pasientflyten, hvis dette blir godt planlagt og organisert. Enkelte vil også ha behov for å henvende seg i resepsjonen. En tydelig og god skilting viser hvilken poliklinikk pasientens skal besøke.

Fra sengeområdene vil det også komme pasienter til poliklinikkene for å få utført prosedyrer.

Ca 11 % av de polikliniske konsultasjonene er øyeblikkelig hjelp. Pasienter som ankommer som poliklinisk øyeblikkelig hjelp vil på dagtid behandles i de fagspesifikke poliklinikkområder. På kveld og natt vil behandlingen sannsynlig foregå i akuttmottak, skadepoliklinikk, kortidsenhet.

Mottak av voldtektsofre vil foregå i egnet rom i akuttmottaket, før de henvises videre til undersøkelse, evt. behandling og bevisopptak i poliklinikk. Et rom i poliklinikken skal være dedikert til denne funksjonen. Det er dedikert personell i SNR med egen vaktberedskap som har ansvar for denne pasientgruppen.

Kilde: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/637/Overgrepsmottak-veileder-for-helsetjenesten-IS-1457.pdf>

Det vil være stor vareflyt inn til poliklinikkområdene. Prinsipp for logistikk rundt dette behandles i Forprosjekt.

Delfunksjonsprogram

SNR

6.1.4 Nærhetsbehov

Enkel adkomst fra Hovedinngangen. Nærhet til ventesoner, apotek, blodprøvetaking, billeddiagnostikk, kantine, Læring- og mestringsenteret.

Fagområder som har et spesielt stort volum av pasienter bør ligge nær hovedinngangen som eksempel øyeavdelingen og hudpoliklinikken

Ortopedi: Nærhet til billeddiagnostikk og skadepoliklinikk.

ØNH og Hørselssentral lokaliseres sammen da de har et felles fagmiljø og pasientene ofte har konsultasjoner begge steder.

Barnepoliklinikken har spesielle behov til plassering og utforming, og vil dra fordel av nærhet til sengeområde for barn.

Onkologisk poliklinikk vil gjerne plasseres i tilknytning til dagområde for cytostaticabehandling.

Nyrepoliklinikken vil gjerne plasseres i tilknytning til dagområde for dialyse.

Smertepoliklinikken bør plasseres i tilknytning til dagkirurgisk oppvåkning.

Klinisk nevrofysiologi bør ligge i tilknytning til annet arbeidsareal for nevrologer.

Fysikalsk medisinsk poliklinikk vil kunne ha nærhetsbehov som må utredes mer i Forprosjekt.

Geriatrisk poliklinikk bør plasseres slik at man oppnår skjerming og ro for pasienter/pårørende som oppholder seg der, samt at den må være lett å finne.

Innlagte pasienter: Det bør tas hensyn til vertikal nærhet til de fagområdene som bruker hyppig poliklinikk. Det bør tilstrebes at sengeliggende pasienter kommer direkte inn på det respektive undersøkelsesrommet, slik at venting i korridor unngås.

Hvileplasser etter for eksempel scopier bør være skjermet og i nærhet av en arbeidsbase hvor de kan observeres av personalet.

6.1.5 Spesielle bygningsmessige krav

- Gipsrommet er et poliklinisk spesialrom som krever avtrekk. *(Det frigis giftstoffer fra glassfibergipsene når de åpnes fra emballasjen. I tillegg løsner det en del partikler når gips vikles og fjernes. I sjeldne tilfelles brukes fortsatt kalkgips som støver).*
- Spesialrom for ØNH: Rommet må utstyres med blyvegger eller tilsvarende for skjerming av omgivelsene mot røntgenstråling. Rommet brukes til tann-kjevekirurgisk billedtaking og diagnostikk. ØNH unit har behov for vanntilførsel og avløp i gulv.
- Sliperom/Ortopedisk verksted: avtrekk.
- Scopirom: ekstra krav til ventilasjon pga sterk lukt.

Delfunksjonsprogram

SNR

- Desinfeksjonsrom tilknyttet scopi: Gjennomstikk skap/tørk for scopi. Krav til ventilasjon- og kjølesystem, vannkvalitet og vanntrykk.
- Hørseltest: Lydtette rom
- Bronkioscopi – tilrettelagt for C-bue.
- Desinfeksjonsrom for scopi; Gjennomstikk skap/tørkeskap for scopi.
- Sputumrom: Luftsmitte
- Øye; I tillegg til spesialrommene krever noen spesialundersøkelser en romdybde på 5 m. Bredde 3,5
- Nevrologi: EEG/EMG. Spesiellkrav til lydskjerming. Spesiellkrav til elektrisk skjerming. Tilrettelagt for hårvask eller tilknyttet bad.
- Lysbehandling: krav til ventilasjon i areal med lysbokser. Rom med badekar og sluk med direkte tilknytning til WC.
- AEKG; krav til ventilasjon
- Diverse spesialrom som må ha direkte tilknytning til WC.

6.2 Dagbehandling

Dagpasientene er stort sett elektive og består i all hovedsak av dagkirurgiske-pasienter, pasienter til dialyse, kjemoterapi og annen infusjonsbehandling, pasienter som har fått utført billeddiagnostiske undersøkelser/prosedyrer, medikamentelle aborter. En stor gruppe av de pasientene som er registrert som polikliniske vil også i realiteten ha mye av de samme behovene som en dagpasient. Ofte har de flere undersøkelser på en dag og trenger et sted for å vente, hvile, og av og til noe bespisning i forbindelse med eller mellom undersøkelser.

Område for dagkirurgiske pasienter er omtalt under kapittel 10.

6.2.1 Føringer fra Hovedfunksjonprogram

I Hovedfunksjonsprogrammet er det gitt følgende overordnede føringer for dagbehandling

- Medisinske dagpasienter omfatter i hovedsak pasienter til dialysebehandling, kjemoterapi og infusjonsbehandling. Mange av disse pasientene har behov for overvåking.
- Tilstrebe sambruk av hvileområde for pasienter som har gjennomgått prosedyrer som krever overvåking eller hvile.
- Kirurgiske dagpasienter som skal til operasjon skal ha et forløp som er adskilt fra den inneliggende pasient. Denne pasientkategorien vil ha behov for mottakssone, egne ventearealer, for omkledding og et hvileområde utskrivelse. Overvåkingen kan være en

Delfunksjonsprogram

SNR

sone av den øvrige postoperative overvåkingseenheten. Pasientforløpet er mer beskrevet i gruppen som behandler operasjon.

6.2.2 Driftskonsept dagbehandling

Området for medisinsk dagbehandling vil ha et tilbud til dialysetrengende pasienter med kronisk nyresvikt, og pasienter som får behandling med kjemoterapi. Disse funksjonene lokaliseres i et felles dagområde.

I utgangspunktet har fagområdene ikke noe felles annet at de behandler pasienter som kan være svært syke. Men pasientene har noen felles behov som for eksempel at omgivelser og utsikt må gi en positiv distraksjon.

Pårørende skal kunne være naturlig tilstede under behandlingen, og det må være plass til dette ved siden av behandlingsstolen/sengen.

Det er forutsatt at ekspedisjon med venteplass, medisinerom, desinfeksjonsrom, avfallsrom og samtalerom kan være en felles ressurs. Dersom ett av fagområdene skulle ha behov for flere ensengsrom eller et kontaktsmitteisolat en dag, bør disse også kunne brukes fleksibelt.

6.2.3 Prinsipper for flyt

Pasienten ankommer enheten mye likt den polikliniske pasient, i seng på bære, gående, i rullestol, egen bil, taxi eller ambulanse. Det vil være dedikerte parkeringsplasser for pasienter i nærheten av hovedinngangen

Det vil en felles ekspedisjon, som er tilknyttet en ventesone. Her vil også pasientene kunne slappe av etter behandling og kunne få tilbud om noe mat, drikke. Det må også være tilrettelagt for mat, drikke under behandlingen dersom det er ønskelig.

Det bør være dedikerte plasser for rullestoler og bærer.

Dialysepasientene bruker dagområde for dialysen. Kreftpasienter som skal får cytostatica eller annen infusjonsbehandling, bruker dagområde for kjemoterapi. Andre dagpasienter som eksempelvis pasienter til biopsi, infusjoner før prosedyrer, andre infusjoner, medikamentelle aborter, ELkonv, ECT, med flere, må finne sin organisering og arealplassering i Forprosjekt.

6.2.4 Nærhetsbehov

Nærhet til hovedinngang, enkel og lett adkomst til behandlingen da en del av disse pasientene benytter rullestol.

Nærhet til poliklinikk for de respektive fagområdene.

Felles for disse pasientene er at de fleste er kronisk syke og tilbringer mye av sin tid på sykehuset. Det bør være tilgang til utsikt og andre fasiliteter som positivt distraksjon.

Dagområde for Dialysen

Enheten består av totalt 15 plasser for hemodialyse, inkludert 2 ensengsrom og 2 kontaktsmitteisolat med forrom og bad med dekontaminator. For pasienter som ikke benytter seg av hemodialyse vil det være et tilbud for peritonealdialyse. Dette er en dialyseform som pasienten utfører selv hjemme, og som ikke krever teknisk avansert utstyr. For at pasienten selv skal mestre dette, er det behov for at det tilrettelegges for undervisning og informasjon i enheten.

Dialysen har behov for et teknisk rom for vannrenseanlegg (RO vann), i tillegg bør det vurderes et sentralt anlegg for dialysevæske. Ikke alle pasienter kan bruke samme type dialysevæske.

Hemodialyse på andre enheter som for eksempel intensiv vil utføres med hjelp av et transportabelt vannrenseanlegg og dialysemaskin.

Enheten må også være tilrettelagt for inneliggende pasienter i seng.

Behandlingen er svært utstyrskrevene og det må planlegges for lager for dialysevæsker og annet forbruksmateriell, oppstillingsplass for dialysemaskiner og transportabelt vannrenseanlegg.

Pasienter som går til behandling flere ganger i uken vil ha behov for garderobeskap til personlige eiendeler som for eksempel tepper som benyttes under behandlingen.

6.2.5 Spesielle bygningsmessige krav

- Dialyserom: sluk i gulvet.
- Eget rom for vannrenseanlegg og distribusjonsanlegg for dialysevæske. Dersom det velges et sentralt anlegg for dialysevæske bør det være plass til 4 paller. Totalvekt ca 4000 kg.
- Uttak for hemodialyse (vannuttak, vannavløp)

Dagområde for Kjemoterapi

Enheten består av 10 dagplasser, derav 2 ensengrom for pasienter som har behov for skjerming.

Pasientbehandlingen i dette området består i all hovedsak av infusjoner, legekonsultasjoner, samt mye tverrfaglig oppfølging og behandling. Pasientene er ofte i dårlig form både fysisk og psykisk, og det er behov for arealutforminger som bidrar til en rolig atmosfære, med en skjerming som også ivaretar god visuell oversikt over pasientene. Det må spesielt legges godt til rette for pårørende i alle aldre. Den tverrfaglige tilnærmingen inkludert bidrag fra kliniske støttefunksjoner må gjenspeile seg i arealutformingen.

Aktivitetstilbud/mestringscenter til kreftpasienter; «Pusterom», er spilt inn som et ønske i tilknytning til dagområde for kjemoterapi sine arealer. I arealrammen har man ikke funnet plass til dette.

Løsninger for å ivareta behovet må jobbes videre med i forprosjekt.

Delfunksjonsprogram

SNR

7 Kliniske støttefunksjoner

Kliniske støttefunksjoner består i SNR av fagområdene fysioterapi, ergoterapi, sosionom, logoped, klinisk ernæringsfysiolog.

7.1.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogram

I Hovedfunksjonsprogrammet er det gitt følgende overordnede føringer:

- I SNR er disse enhetene små og for å styrke gode tverrfaglige kompetansemiljøer og for å utnytte felles arealer skal disse funksjonene samlokaliseres sentralt i sykehuset.
- I områder med spesielle behov skal det vurderes desentrale behandlingsrom.

7.1.2 Driftskonsept

Dedikert treningsareal, UB-rom og arbeidsstasjoner til disse faggruppene planlegges plassert i deres areal. Kliniske støttefunksjoner jobber mye teambasert. De er viktige ressurser i tverrfaglige team på både poliklinikk- og dagavdelinger og i døgnavdelinger. Derfor vil de også bruke areal til pasienter som er i disse områdene. Fysioterapeutene behandler og/eller informerer pasienter både individuelt og i grupper.

Man ser at dagens arbeidsprosesser vil endre seg inn i SNR. Kliniske støttefunksjoner vil merke det tydelig ved at pasientrommet blir en utvidet arena for både behandling og samtaler. Dokumentasjonsprosesser vil bli annerledes med nye IKT-løsninger. Oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten/private vil også med all sannsynlighet endre fagområdet. Sykehusenes omstilling fra døgn til dag og poliklinikk vil innvirke på kliniske støttefunksjoner, trenden går i retning av mer polikliniske konsultasjoner med kontroller og oppfølging av igangsatte tiltak. Jobbglidning fins allerede, og vil nok utvikles til å gjelde enda mer.

Generelt inngår de kliniske støttefunksjonenes tjenester i de fleste pasientforløp.

Annet areal for fysisk aktivitet i SNR Hjelset

I området for psykisk helsevern ligger også litt treningsareal. Psykisk helsevern vil kunne ha nytte av større treningssal som ligger i arealet til kliniske støttefunksjoner. Sykehusområdet for barnehabilitering og voksenhabilitering har også noen større areal som brukes til fysisk aktivitet, med fysio- og ergoterapi.

Særlige rombehov

Treningsareal og treningssal, inkludert lagerrom. Noen UB-rom. Ventesone for pasienter. Dokumentasjonsplasser for de ansatte i kontorfellesskap – men med også mulighet for konfidensielle telefonsamtaler. Tverrfaglig teamkontor. Eget kontor til sosionomen(e), med plass til rullestolpasient og pårørende, på grunn av at sosionomens virksomhet stort sett består av samtaler hele arbeidsdagen igjennom. Man ser for seg at klinisk ernæringsfysiolog vil beslaglegge ett av UB-rommene store deler av arbeidsdagen, om man ikke planlegger cellekontor for denne funksjonen. Kontor til seksjonsleder.

Eget Ortoserom og treningskjøkken er spilt inn som et behov, men i arealrammen har man ikke

Delfunksjonsprogram

SNR

funnet plass til dette. Alternative løsninger for å ivareta funksjonen jobbes videre mer i Forprosjekt.

7.1.3 Nærhetsbehov

Kliniske støttefunksjoner har behov for å plasseres slik i bygget at de får gode forbindelser til poliklinikk/dagområder, samt sengeposter og intensiv. Området har nytte av å ha korridorer og trapp med rekkverk i nærheten, for vurdering av gangfunksjon og igangsettelse av opptrening.

7.1.4 Spesielle bygningsmessige krav

Treningshall: Ventilasjon tilpasset trening, robuste overflater, støy og vibrasjonsdempet, vegghengt utstyr.

8 Bildediagnostikk

Det skal være tilbud om bildediagnostikk både i SNR Hjelset og SNR Kristiansund. Antall og type modaliteter skal fordeles etter behov.

Idefaserapporten for SNR slår fast at helseforetaket skal samle nukleærmedisinsk aktivitet i Ålesund (jfr. regional kreftplan). I SNR Hjelset skal det være en «Multifunksjonslab», dvs en flerbrukslab til både gjennomlysningsundersøkelser, vanlige røntgenundersøkelser og intervensjoner. I tillegg kommer Mammografiscreening og klinisk mammografi. Tall for mammografiscreening er hentet fra Kreftregisteret. Tallene for screening er usikre da frammøte i enkelte områder f.eks. var under 30 %. Det er tatt høyde for en større aktivitetsøkning.

Det legges til grunn samme funksjonsdeling mot private aktører som i dag.

8.1.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogram

I Hovedfunksjonsprogrammet er det gitt følgende overordnede føringer for bildediagnostikk i SNR

- I akuttstusykehuset skal det være tilgang til bildediagnostikk 24/7. Tjenesten må organiseres slik at vaktpersonell kan betjene de fleste pasientgrupper på ubekvem tid samlet fra ett mindre område og i tilknytning til akuttforløpet.
- Alle modaliteter skal samles og ha felles støttefunksjoner. Dette sikrer god utnyttelse av areal og personell.
- Akuttmottak og intensiv har krav til nærhet til spesielle modaliteter ut fra grad av hast. Sengeområder og spesielt poliklinikk har behov for nærhet ut fra volum. Det vil være et stort antall polikliniske pasienter med behov for bildediagnostikk, og pasientflyten må være sikker og effektiv.

Delfunksjonsprogram

SNR

8.1.2 Driftskonsept

Det skal være rask tilgang til spesielt CT ved mottak av øyeblikkelig hjelp pasienter. Behandling av for eksempel slagpasienter starter allerede ved ankomst, ofte på CT laben.

Av faglige og ressursmessige hensyn bør laboratorier av lik modalitet samles i størst mulig grad, og manøverrom sambrukes /deles der det er mulig. Der manøverrom sambrukes må det sikres at taushetsplikt og personvern kan overholdes. Som eksempel skal det ikke være mulig for pasienter å se hverandre fra den ene til den andre labben.

Granskning av bilder er prinsipielt uavhengig av sted, og det tilstrebes å samle granskningsareal der det er hensiktsmessig av hensyn til faglig utveksling og drift.

Mange pasienter henvises fra Legevakten med mistanke om skader og brudd. Denne pasientgruppen tar ofte røntgenbilde før de henvises videre til Skadepoliklinikk. Kort avstand mellom disse enhetene er viktig for rask og effektiv pasientbehandling. Det er hensiktsmessig med felles venterom og ekspedisjon for Bildediagnostikk og Skadepoliklinikk. Spesielt på kveld og natt er det viktig at venteplasser og mottak av pasient er nær skadepoliklinikk.

Det er et stort volum av polikliniske pasienter som skal til bildediagnostiske undersøkelser som ledd i utredning og behandling. Det bør derfor være nærhet mellom poliklinikkareal og bildediagnostikk. Registrering og koordinering av pasienter vil foregå elektronisk, men det vil være behov for et kontaktpunkt både for pasienter og ansatte. Det tilstrebes at ekspedisjoner kan sambrukes, slik at pasienter slipper å henvende seg flere steder.

Det planlegges med indre venteplasser ved laboratoriene for å effektivisere driften.

Det vil være et tilbud om mobil røntgentjeneste der det er behov. Oppstilling for mobil røntgen vil være innenfor areal for bildediagnostikk.

Det er tilrettelagt ett større møterom med fasiliteter for røntgendemonstrasjoner i SNR Hjelset. I tillegg er det lagt til rette for telemedisinsk kommunikasjon og veiledning med primærhelsetjenesten og andre sykehus. Det vil ikke være behov for eget demonstrasjonsrom i DMS Kristiansund.

Det er kontor for leder i arealet på SNR Hjelset og Kristiansund.

8.1.3 Smittevern

Det er tilrettelagt med direkte tilgang til WC fra flere av laboratoriene.

8.1.4 Pasientflyt generelt

- Ø-hjelp og elektive poliklinikk pasienter tilhører samme gruppe som overlapper hverandre med tanke på pasientflyt. Pasientene kan deles inn i tre grupper:
 - Mammografi screening inviterte er friske med kort undersøkelsestid og høy frekvens. Bør ligge nær venterom og utgang
 - «Oppegående» polikliniske pasienter - elektive dropp inn og ø-hjelp

Delfunksjonsprogram

SNR

- Sengeliggende/rullestol, interne og eksterne. Eksterne pasienter fraktes på bære via ambulanseinngang i akuttmottak. Inneliggende transporteres av portør eller helsepersonell til rett laboratorium.
- *Inneliggende pasienter*
 - Henvisninger på inneliggende pasienter mottas / leses inn i RIS. Legges på aktuelle lister til radiografer. Radiograf overvåker disse listene og avtaler tid med avdelingen når pasienten skal komme til undersøkelse.
- *Polikliniske pasienter (størst volum)*
 - Sekretær mottar og registrerer henvisning elektronisk. Noen henvisninger kommer på papir. Sekretær setter pasient opp til time, eventuell henvisning legges til radiolog for prioritering. Etter at sekretæren har satt pasienten opp på time, sendes innkalling, alternativt sendes SMS elles pasienten ringes opp.
- Pasienter som har vært til bidediagnostiske undersøkelser som krever tilsyn eller overvåking etterpå skal til overvåkes på rett overvåkingsnivå, oppvåkning, dagplass eller Korttidsenhet.
- Pasienter som er sengeliggende og venter på transport eksternt, skal vente på avsatt areal innenfor bildediagnostikk eller i akuttmottaket/Korttidsenheten. Dette gjelder for eksempel pasienter som venter på ambulanse eller taxi. Pasientforløpet må vurderes nærmere før Forprosjekt.

8.1.5 Pasientflyt spesielt per modalitet

Mammografi

Mammografiscreening

- Pasienten kommer inn fra venterom til samtalerommet, kort samtale først, så tar pasienten av seg på overkroppen og brystene blir undersøkt for arr, føflekker med mer. Det må derfor være direkte atkomst mellom Samtalerom og Screeningrom.
- Pasienten tar med seg klær og går inn på mammografiab (med bar overkropp), bildene blir tatt
- Pasienten tar med seg klær til omkleddningsrommet, kler på seg og går ut på venterommet.

Klinisk mammografi

- Pasienten går til omkleddningsrom og kler av seg.
- Bildene blir tatt
- Pasienten går til omkleddningsrom og kler på seg og går ut på venterom og venter
- Pasienten blir bedt om å gå hjem eller blir tatt inn til supplerende bilder eller ultralyd og evt biopsi.

Konvensjonell Røntgen

- Pasient går direkte fra venteplasser til laboratorium. I enkelte tilfeller er det aktuelt å bruke omkleddningsrom. Etter undersøkelse venter pasienten ved venteplasser til undersøkelsen er godkjent og pasienten får beskjed om å gå hjem eller til annen poliklinikk.

CT

- Pasient går til venteplass og blir deretter tatt inn på lab. For noen undersøkelser må pasienter til forberedelsesrom før og etter us. CT skal tilknyttes forberedelsesrom med WC på begge CT laboratorier.
- Det er nødvendig med en inngang fra ventesone og en inngang fra forberedelsesrom til CT rommet.

Delfunksjonsprogram

SNR

- Forberedelsesrommet skal ha egen dør til ventesone.
- Pasienter som har fått kontrast i forbindelse med undersøkelse skal overvåkes etterpå. Det er derfor nødvendig med nærhet til venteplass for observasjon av pasienter etter us. som har fått kontrast.
- Selve CT undersøkelsene har en varighet på få minutter. For å opprettholde effektiv produksjon og stor gjennomstrømning av pasienter, må arealene understøtte dette. Mange bruker lang tid på omkledding

MR

- Pasient går fra venteplass til omkledding og videre til lab. Pga magnetfeltet må alle ta av alt av metall og ofte kle seg om til sykehusklær. Det er derfor behov for 2 omkleddingsrom per MR. Forberedelsesrom for anestesi bør ha direkte forbindelse til manøverrom.

Ultralyd

- Pasient går direkte fra venteplass til UL-lab. Nærhet til WC nødvendig.

8.1.6 Ansatte flyt

Effektiv og sikker pasientflyt betinger nærhet og rask tilgang til kollegaer. Det bør være nærhet mellom arbeidsplasser for radiografer og radiologer av samme modalitet. Laboratorier av samme modalitet bør derfor samles, og felles manøverrom tilstrebes.

Kontorareal for administrativt støttepersonell bør ligge nær ekspedisjon. Dette gir bedre ressursutnyttelse og er en stor fordel mhp. opplæring og kompetanse.

Arealet for bildediagnostikk vil være adgangskontrollert innenfor soner som bestemmes nærmere i Forprosjekt. Det er ønskelig å samle modaliteter som er i bruk 24/7, som røntgen, CT, UL og gjennomlysning.

Vakthavende lege skal ha tilgang til overnattingsrom i nærheten.

8.1.7 Spesielle bygningsmessige krav

Spesielle bygningsmessige krav gjelder for denne delfunksjonen. Det vises til Hovedprogram Utstyr og Overordnet Teknisk Program for SNR med vedlegg for mer detaljerte krav. Blant annet nevnes:

Det anbefales at minimum takhøyde i disse arealene er ca. 370 cm. fra gulv til betongdekket. Betongdekket over disse arealene bør tilrettelegges for montering av ankerskinner (unistrut eller lignende) i store deler av himlingsarealene.

MR maskiner stiller spesielle krav til bæreevne og bredde/høyde/lengde for inn- og uttransport av maskinene.

Rundt MR vil det være kraftig permanent magnetfelt, spesielt i lengderetningen. Det er ikke vanlig å foreta spesiell skjerming av dette feltet. De bygningsmessige løsningene må være slik at følsom aktivitet (mennesker, tungt transportutstyr av magnetisk materiale med mer) ikke uforvarende kan komme innenfor gitte grenseverdier for magnetfeltet.

Strålevern

Delfunksjonsprogram

SNR

Alle rom hvor det foregår virksomhet som defineres under Strålevernloven, skal tilfredsstille de krav og forskrifter som gjelder for å beskytte pasient og ansatte. Dette innebærer at alle rom som omfattes, herunder tilhørende manøverrom, skal ha blyskjerming i glass og vegger. Det vanligste kravet i røntgenrom er 2 mm bly ekvivalens. I lettvegger og dører oppnås dette ved å legge inn blyplater.

Krav om dagslys

Ingen bildediagnostiske laboratorier har krav om dagslys. Manøverrom som i stor grad er faste arbeidsplasser, bør ha dagslys. Plassering av skjermer må vurderes opp mot innslipp av dagslys slik at arbeidsforholdene blir tilfredsstillende.

Modaliteter

MR

Plassering av MR må ta hensyn til inn- og uttransport. Plassering av teknisk rom bør hensynta 5 Gausslinjen.

MR maskinen må plasseres slik i rommet at personalet i manøverrom ser inn i trommelen, og derved pasienten. Dette kan få konsekvenser for rommets dybde.

CT

CT maskinen må plasseres slik i rommet at personalet i manøverrom ser inn i trommelen, og derved pasienten. Dette kan få konsekvenser for rommets dybde.

Gjennomlysning

Dersom det skal utføres undersøkelser og behandling i narkose, må dette tas hensyn til ved plassering av gjennomlysningsutstyr.

Konvensjonelle røntgenlabor

Det planlegges med en takhengt røntgen i ett av akuttrommene i Akuttmottak

PC arbeidsplasser og arbeidsstasjoner i manøverrom

I den grad det er mulig bør man tilstrebe at støyende utstyr plasseres i tekniske rom, slik at det i størst mulig grad tar hensyn til HMS i rom hvor pasienter og personalet oppholder seg.

9 Operasjon, intensiv og tung overvåking

9.1 Operasjon

I SNR er det planlagt totalt 11 operasjonsstuer.

Operasjonsområdet håndterer akuttkirurgi og planlagte inngrep på innlagte og dagkirurgiske pasienter, samt andre prosedyrer der det er behov for anestesi, som tannbehandling og scopi.

Delfunksjonsprogram

SNR

Inngrep innenfor fagområdene ØNH, Øye og Tann/kjeve vil også ha sin plass i operasjonsområdet, men innenfor ØNH og Øye er det en god del som etter hvert kan gå over til å bli utført i poliklinikken.

9.1.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogram

- For å sikre effektive og ressursbesparende forløp skal dagkirurgi skilles fra de inneliggende
- Det skal legges til rette for fleksibel løsning av operasjonsområdet slik at det fysiske skillet mellom dagkirurgi og inneliggende kan endres over tid
- Det skal legges til rette for at en del støtterom og –funksjoner kan deles mellom operasjonsområdene
- Pasienter til samdagskirurgi skal ha samme inngang som dagkirurgi

9.1.2 Driftskonsept

Området består i stor grad av standardiserte operasjonsstuer, samt rom for støttefunksjoner. Operasjonsstuene bør ha dagslys.

Operasjonsstuene bør samles som en fysisk enhet og ha lik infrastruktur og utforming for å kunne tilpasses fleksibel bruk og framtidig behovsendring. For å optimalisere det dagkirurgiske forløpet, bør det være en egen sone med operasjonsstuer for dagkirurgi hvor det er en høyere omløpsaktivitet, og en indre sone med operasjonsstuer for inneliggende pasienter. Det er en økning fra inneliggende kirurgi til dagkirurgi, og enkelte kirurgiske inngrep som tidligere ble utført i operasjonsområdet, gjøres nå poliklinisk

Enheten bør utformes slik at en kan rendyrke det dagkirurgiske forløpet, men samtidig må det være enkelt å utvide kapasiteten når det er nødvendig. Felles bruk av støtterom med resten av operasjonsstuene.

Operasjon har meget kostbart og et stort volum av utstyr. Nisjer for leiringsutstyr og mobilt utstyr vil gjøre utstyret lettere tilgjengelig i arbeidsprosessene. Det planlegges derfor for oppstillingsplasser i nisjer. Noe utstyr må stå til lading.

Sterilt gods vil i hovedsak være lagret i sterilsentralen, men det er allikevel behov for eget lager i lokalt. Det planlegges med en egen heis for sterilt gods direkte fra sterilsentralen. Urent gods transporteres tilbake til sterilsentralen i dedikert heis, for rengjøring og sterilisering. Selv om det vil være sentral rengjøring, vil det være behov for eget desinfeksjonsrom og autoklaverom for nød autoklaving. Arbeidsgruppen anbefaler at desinfeksjonsrommet lokaliseres i nær tilknytning til operasjonsstuen som dedikeres til smittepasienter.

Det må være dedikerte nisjer til akutt tralle og blodgassapparat.

9.1.3 Prinsipper for flyt

Det er tre hovedløp for den kirurgiske pasient

- Den akuttkirurgiske pasient
- Den inneliggende, elektive pasient (inkl. akuttkirurgiske pasient)
- Den dagkirurgiske pasient

Delfunksjonsprogram

SNR

Det vil være to innganger til operasjonsområdet: En for inneliggende og akuttkirurgiske, og en for dagkirurgiske pasienter og samdagspasienter (pasienter som er ferdig utredet, møter til operasjon samme dag og skal innlegges etter operasjonen).

Den akuttkirurgiske pasient

Transporten av en øyeblikkelig hjelp pasient til kirurgi vil i hovedsak være fra akuttmottaket, fødeavdelingen, sengeområder og Intensiv. Det vil være dedikerte sengeheiser fra sengeområdene. Fødestuene vil være lokalisert i nær tilknytning til sengeheis for akutt transport, og det er enkel transport linje fra Akuttmottak og Intensiv. I tilknytning til operasjonsstuen for keisersnitt må det være et asfyksirom.

Etter operasjon transporteres pasient til rett overvåkingsnivå, lett overvåking for inneliggende pasienter eller TOV/Intensiv.

Den inneliggende, elektive pasient

Transporteres med sengeheis, mottas av operasjonspersonell i (atferds)sluse, videre til et mottaksrom dersom de ikke transporteres direkte inn på operasstuen. Det vil være ett mottaksrom for flere pasienter med unntak av de ultra rene stuene som vil ha eget mottak/forberedelse i direkte tilknytning til operasjonsstuene. De ultrarene stuene vil være en egen sone i operasjonsområdet, med egne forberedelsesrom og «walking closet» til utstyr. Det må tilrettelegges for at disse stuene også kan benyttes til dagkirurgiske inngrep.

Etter operasjon transporteres pasient til rett overvåkingsnivå, lett overvåking for inneliggende pasienter eller TOV/Intensiv.

Det må være egne oppstillingsplasser for pasientens seng under behandlingen, disse kan ligge utenfor sterilt område.

Den dagkirurgiske pasient

Egen inngang og egen sone med rom for mottak, samtale og preoperativ forberedelse og garderobe. Noen pasienter vil kunne gå selv til operasjon, andre transporteres i rullestol eller på transportbåre (den samme båren som de ligger på etter operasjonen). Etter operasjon overvåkes pasienten enten i seng (båre) eller hvilestol før de mobiliseres og får noe drikke/ bispising før utskrivelsessamtale og hjemreise.

Støttefunksjoner

Det skal være (atferds)sluse mellom ytre og indre sone, en for personal og en for mottak av pasient. Dusj/garderobe for personale som har blitt tilsølt under operasjon, plasseres mot utgang av operasjonsområdet. Personalet skifter til arbeidstøy i garderobeanlegg på samme plan, men det planlegges ikke for store garderober i operasjonsområdet.

Personell innenfor innsluset «grønt» område har egne oppholdssoner/pauserom.

Det er stor flyt av materiell mellom operasjonsområdet og sterilsentral. Likedan er det også annen vareflyt inn i operasjonsområdet, og mye avfall ut. Logistikken rundt dette ses nærmere på i

Delfunksjonsprogram

SNR

Forprosjekt. Begge heisene til/fra sterilsentral må ligge innenfor slusene operasjon.

Mellom noen av operasjonsstuene vil det være forberedelsesrom for å oppnå god arbeidsflyt. Rommet vil gi mulighet for å starte med leiring eller forberedelse av anestesi før operasjonsstua er helt klargjort.

9.1.4 Nærhetsbehov

Operasjonsområdet lokaliseres sentralt i sykehuset med lett tilgang fra intensiv, overvåking, sengeområder, føden, radiologi og sterilsentral.

9.1.5 Spesielle bygningsmessige krav

Ventilasjon, 3 ultra rene stuer, ellers ordinære ventilasjonskrav på de andre stuene < 100 cfu.

Takhengte uttakssentraler i alle operasjonsstuer.

Desinfeksjonsrom og autoklave, krav til trykk og ventilasjon og overflater.

Takmontert heis for omlasting av pasient i (atferds)sluse. Plassering tas i forprosjektet.

9.2 Intensiv og tung overvåking

9.2.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogram

I Hovedfunksjonsprogrammet er det gitt følgende overordnede føringer for intensiv og tung overvåking

- For å støtte opp om fleksibilitet og god ressursutnyttelse skal intensiv, tung overvåking og postoperativ overvåking samlokaliseres
- Det skal være enerom både for intensiv og tung overvåking
- Det skal legges til rette for at observasjon og overvåking mest mulig kan håndtere flere pasienter i samtidighet f.eks. med felles overvåkingsstasjoner for to eller flere pasientrom eller åpning mellom to rom.
- Det skal legges til rette for at pårørende kan være tilstede hos pasienten på rommet, samt med mulighet for overnatting i nærheten.

9.2.2 Driftskonsept

Enheten har senger for intensivpasienter og tunge overvåkingspasienter. En intensivseng defineres som senger for pasienter som «har organsvikt i ett eller flere organsystemer, uavhengig av moderavdelingen eller grunnlidelsen». En tung overvåkingsenhet vil kunne tilby en bedre og mer avansert overvåking, pleie og behandling enn en vanlig sengeavdeling, men lavere enn en

Delfunksjonsprogram

SNR

intensivhet. Enheten vil kunne observere pasienter med akutte og alvorlige tilstander ¹

Tung overvåking (TOV) vil ved SNR være en blanding av medisinsk øyeblikkelig hjelp, øyeblikkelig hjelp kirurgi og pasienter som må overvåkes gjennom natten etter elektiv kirurgi. I tillegg til nevrologi og barn i påvente av transport til andre sykehus.

Enheten utformes med kun enerom. Enheten må utformes med fokus på best mulig ressurs utnyttelse med tanke på fleksibel utnyttelse av senger, kollega kontakt og faglig støtte.

Det er programmert 8 intensivrom og 7 TOV rom, totalt 15 pasientrom. Derav to kontaktsmitteisolat og ett luftsmitteisolat. Arbeidsgruppen anbefaler at 2 rom tilrettelegges for overvektige pasienter med hensyn til utforming og utstyr.

Det planlegges med 2 arbeidsstasjoner som er sentralt plassert med en visuell kontakt til pasientrommene. Arbeidsstasjonene bør ha en lukket sone for konfidensielt arbeid og en åpen sone for henvendelse.

Dersom enheten skal ha ansvar for telemetri overvåking, må det planlegges og tilrettelegges for det i forprosjektet.

Det skal legges til rette for at pårørende kan være hos pasienten på rommet, samt overnatting enten på rommet eller i nærheten av enheten. Sone for pårørende bør være i utkanten av Intensivheten.

For å kunne støtte opp under et tverrfaglig arbeidsmiljø og er viktig med gode møteplasser som er tilrettelagt for pause, korte møter og undervisning.

Pasientrommet

Pasientrommet bør deles inn i 3 soner;

- Pasienten: Plassering av sengen må være tilrettelagt slik at det er tilgang til alle 4 sider i en akutt situasjon. I tillegg skal det være tilrettelagt for mobilisering av pasienten som er tilkoblet medisinsk teknisk utstyr, samt utførelse av enkle prosedyrer og undersøkelser.
- Arbeidsplass for personalet, tilrettelagt for dokumentasjon og forberedelse av prosedyrer.
- En sone for pårørende.

Det er viktig å presisere at en TOV pasient fort kan endre status til en intensiv pasient og ett TOV rom bør kunne håndtere en intensivpasient selv om det er noe mindre areal.

Flere nyere sykehusprosjekter har god erfaring med en skyvedør mellom ett eller flere rom, slik at en kan observere to pasienter i samtidighet og en enkel tilgang til kollega hjelp.

Rommet skal være tilrettelagt for at pasienten kan avslutte livet på en verdig måte.

¹ Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Norsk Anestesiologisk Forening, Norsk Landsgruppe av Intensivsykepleiere. 23 oktober 2014

Delfunksjonsprogram

SNR

9.2.3 *Prinsipper for flyt*

Pasientene vil ankomme enheten via akuttmottak, fra operasjon, dagområde eller sengepost.

Pasienttransporten må kunne skje raskt og skjermet fra publikumsareal.

Arealet skal ha begrenset tilgang uten gjennomgangstrafikk.

Ihht til Retningslinjene for intensivvirksomheten i Norge anbefales det separate tilganger til enheten for besøkende og personell/pasienter

9.2.4

Nærhetsbehov

Noen pasienter har behov for overvåking etter operasjon på natt. For optimal ressursutnyttelse må det tilstrebes at overvåkingen ligge nært tung overvåkning / Intensiv.

Tung overvåkning / Intensiv har også nærhetsbehov til operasjon og billediagnostikk.

9.2.5 *Spesielle bygningsmessige krav*

Luftsmitteisolat: Ventilasjon luftsmitte

Intensivrom:

- Uttakssentraler fra tak
- Takmontert pasientløfter
- 2 rom tilrettelegges for sykkelig overvekt

9.3 **Overvåking**

I SNR totalt er det planlagt for 17 overvåkingsplasser med overvåkingsmonitor, samt 12 observasjons-/hvileplasser spesielt tilknyttet det dagkirurgiske forløpet.

9.3.1 *Føringer fra Hovedfunksjonsprogram*

Hovedfunksjonsprogrammet har gitt følgende føring: *Det skal legges til rette for at intensiv, tung overvåkning og oppvåkning kan samlokaliseres.* Arbeidsgruppen oppfatter at denne føringen ikke er oppfylt i Skisseprosjektet. Arbeidsgruppen understreker at denne forbindelsen er vesentlig for drifts- og personellflyt, og må jobbes videre med i Forprosjekt.

9.3.2 *Driftskonsept*

Enheden håndterer pasienter som har behov for overvåkning etter et kirurgisk inngrep og/eller hatt anestesi.

Enheden bør deles inn i soner hvor det er enkelt å ha visuell kontakt til pasienten, med dedikerte soner for dagkirurgiske – og inneliggende pasienter. Noen pasienter vil ha behov for noe mer skjerming enn det som er vanlig i en overvåkingsenhet.

Delfunksjonsprogram

SNR

Det skal være egne soner for barn. I tillegg vil det være 2 enerom for pasienter som trenger skjerming eller har spesielle behov av ulike årsaker. Disse rommene vil være en felles ressurs for de som trenger ordinær overvåking (inneliggende pasienter) og dagkirurgiske pasienter. Ett av disse rommene bør ha direkte tilgang til eget WC. Man bør legge til rette for at også smittepasienter kan få et dagkirurgisk forløp.

Areal til prosedyrer som elektrokonvertering, ECT, smerteblokader m.m. planlegges lagt i tilknytning til dagkirurgisk overvåking. Dette på grunn av effektiv tilgang på anestesiresurs.

9.3.3 Prinsipper for flyt

For å kunne rendyrke det dagkirurgiske forløpet vil overvåkingsenheten på lik linje med operasjonsenheten, ha en egen sone for dagkirurgiske pasienter. Enkelte pasienter har behov for å overvåkes med overvåkingsmonitor i seng en kort periode før de overflyttes til en hvilestol, andre har behov for kun en hvilestol i tillegg til mobilisering og bespisning før utskrivelsessamtale og hjemreise. I utforming og lokalisering må det tas hensyn til god og effektiv pasientflyt og ressursbruk.

Pasienter som venter på hjemtransport, vil kunne benytte seg av en «exit lounge» i vestibyleområdet dersom den medisinske tilstanden tillater det.

9.3.4 Nærhetsbehov

Nærhetsbehov til Operasjon og intensiv. Intensiv for å kunne benytte felles personell ressurser og støtte opp under tverrfaglig samarbeide. Nærhet til operasjon begrunnes med kort transportvei og pasientsikkerhet.

9.3.5 Smittevern

Det anbefales at 2 av plassene for lett overvåking er enerom for å kunne skjerme pasienter med spesielle behov eller med mistanke om smitte. Ett av rommene bør ha direkte tilgang til WC/HC.

9.3.6 Spesielle bygningsmessige krav

Pasientgruppen skal skjermes mest mulig for ytre stimuli som lyd og lys. Det må vektlegges gode akustiske løsninger.

9.4 Sterilsentral

Det forutsettes sterilsentral som forsyner sjukehuset med sterilt sirkulasjonsgods. Sterilsentralen har funksjoner for mottak og sortering av skittent sirkulasjonsgods, deretter vask, kontroll, pakking, autoklaving, lagring og plukking av sterilt sirkulasjonsgods. Sjukehusets lager av sterilt sirkulasjonsgods er på sterilsentralen. Lokalisering i tilknytning til operasjon kan legge til rette for at lager av sterile forbruksvarer, som dekker operasjonsenhetens behov, inkluderer sterilsentralen.

Sterilsentral skal også fungere som sterilt lager; altså navnes sterilsentral/sterilt lager. Dette minsker behovet for like store lagerareal som man har i operasjonsområdet i dag. Ønskelig at også sterilt engangsutstyr for hele sykehuset skal lagres på sterilsentral. Nye metoder med IKT og diverse gir sannsynlig mulighet for sterilsentral til raskt å kunne levere skreddersydde pakker til hver operasjon.

Delfunksjonsprogram

SNR

9.4.1 Prinsipper for flyt

Det er ønskelig med en ren og uren heis fra sterilsentralen for rent og urent gods. Rent gods må lett kunne nås fra både fra dagkirurgisk side og fra inneliggende side. Urent gods bør transporteres direkte ned til desinfeksjonsrom til sterilsentralen.

9.4.2 Smittevern

Heis for rent og urent gods. Inndeling av areal i rene og urene soner. God logistikk mht til arbeidsprosesser og personalflyt er vesentlig for å ivareta smittevern.

10 Akuttmottak, Skadepoliklinikk, Kortidsenhet og prehospitale tjenester

For å ivareta sin funksjon som akuttstusykehus må det nye lokalsykehuset på Hjelset sette sammen funksjoner og tjenester og organisere virksomheten slik at den *uavklarte øyeblikkelig-hjelp pasientens* behov ivaretas hele døgnet

10.1 Akuttmottak

I akuttstusykehuset i SNR skal prinsippet være separate akuttmottak for somatiske og psykiatriske pasienter. Akuttmottaket vil være en sentral samhandlingsarena for de forskjellige kliniske fagområder, medisinske servicefunksjoner og andre interne støttefunksjoner.

Akuttmottaket skal være tilrettelagt for barn og rus akutt pasienter.

10.1.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogram

I Hovedfunksjonsprogrammet er det gitt følgende overordnede føringer for akuttfunksjonene i SNR

- Det skal være ett mottak for alle somatiske øyeblikkelig-hjelp pasienter der adressen er uklar eller som krever høy akuttmedisinsk beredskap initialt.
- Det skal være separat inngang for gående og for ambulansetransport, slik at trafikklinjene ikke krysser hverandre. I tillegg tilrettelegges for egen atkomst for pasienter med mistanke om smitte, samt kontaminerte pasienter (CBRNE, kjemikalier m.m.). Det vil være behov for saneringsmulighet.
- Elektive pasienter sluses utenom akuttmottaket, og rett på sengepost, alternativt behandlingssted. Øyeblikkelig-hjelp pasienter med klar diagnose skal som hovedregel gjennom akuttmottak for selve mottaket og for bekreftelse av diagnose.
- Det planlegges med enkel og rask tilgang til bildediagnostikk og mulighet for enkle behandlingsprosedyrer i akuttmottaket
- Akuttmottaket med tilhørende fasiliteter skal være organisert på en slik måte at både hverdagsberedskap og katastrofeberedskap kan ivaretas på en sikker og effektiv måte

10.1.2 Driftskonsept

Virksomheten i akuttmottaket krever tilgang til personale med høy kompetanse og et godt utbygd og dimensjonert diagnostisk apparat som muliggjør rask, effektiv og korrekt diagnostisering og behandling av den enkelte pasient. Det skal sørges for styrket medisinsk faglig kompetanse innenfor virksomheten i akuttmottaket.

Delfunksjonsprogram

SNR

Det er viktig å ha gode muligheter til sambruk av personalet. Dette gjelder generelt, men også spesielt hvis det skulle oppstå hendelser som krever rask hjelp fra kolleger. Det fysiske miljøet skal derfor være slik at det gir god oversikt over pasientene og kontakt mellom personalet.

Det skal være mulig å skille pasientforløpene etter grad av hast, og om de er gående eller kommer på bære. Det skal ikke være kryssende trafikklinjor mellom akuttpatienten og andre av mindre hast.

Pasientene mottas, vurderes og prioriteres. Venteareal og triageområdet vil være det første møtet med sykehuset for mange av pasientene. Det legges vekt på at området er oversiktlig, også ved større pasientstrømmer i samtidighet. Samtidig må pårørendes behov for tilstedeværelse og skjerming ivaretas.

Akuttmottaket må ha rask tilgang på personell fra operasjonsstuevirksomheten og intensiv som kan ivareta spesialfunksjoner i forbindelse med mottak ved større ulykker. Dette krever nærhet mellom akuttmottak, intensiv/overvåking og operativ virksomhet, spesielt utenfor ordinær arbeidstid da antallet personalressurser forventes å være lavere.

Funksjoner knyttet opp mot behandling av øyeblikkelig-hjelp pasienter vil bli lagt i fysisk nærhet eller med rask tilgang til akuttmottaket; fra ambulansmottak, helikopterlandingsplass, laborietjenester og bildediagnostikk. Det bør være CT, Ultralyd og en konvensjonell røntgenlab i eller i umiddelbar nærhet til akuttmottaket.

Ett større møterom i umiddelbar nærhet til eller i akuttmottaket skal innredes slik at det kan fungere som et beredskapsrom i katastrofesituasjoner. Dette innebærer krav til rommet mht infrastruktur på samband, kommunikasjonsløsninger, AV-løsning, skjermer og tavler. Rommet skal brukes som ordinært møterom ellers.

10.1.3 Smittevern

Alle mottaksrom er tilknyttet eget WC/dusj. Alle mottaksrom og traumerom skal ha håndvask. Ett av mottaksrommene er et luftsmitteisolat. Dette rommet har egen inngang også utenfra og kan fungere som inngang for smittepasienter.

Ett bad skal være av en slik størrelse og innredning at det også kan håndtere brannskadde pasienter på bære til dusjing og nedkjøling.

10.1.4 Prinsipper for flyt

Pasienter kommer til akuttmottak meldt fra AMK, fastlege, poliklinikk eller direkte på døren. De kan komme i ambulans, annen transport eller gående. Pasienter med åpen innleggelse kommer også via akuttmottak

Pasienter med åpen innleggelse har eget pasientforløp hvor de går rett på sengepost. Dette gjelder spesielt de som er i palliativ fase.

I Helse Midt Norge benyttes samme triagesystem² både pre- og inhospitalt. Dette verktøyet gir grunnlag for sortering, prioritering og risikoidentifisering av pasienter. Hensikten er å oppdage pasienter med alvorlig sykdom så tidlig som mulig. I tillegg ønsker man å sikre at pasientene ikke må

² Triage er et verktøy for sortering, prioritering og risikoidentifisering av pasienter prehospitalt og i akuttmottak

Delfunksjonsprogram

SNR

vente lenger på første legetilsyn enn det som er akseptabelt ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv.

Oppholdet i mottaket kan variere fra noen minutter til flere timer og det tilstrebes at pasienter avklares så raskt og riktig som mulig. Dette krever god logistikk både med hensyn til pasientflyt og arbeidsflyt. Støtterom som medisinrom, bør plasseres nær rom med størst grad av hast og høy frekvens av bruk. En prioritering av nærhetsbehov på detaljnivå må gjøres i Forprosjekt.

Mottak av pasient

- Kritisk syke eller skadde pasienter transporteres direkte til CT eller traumerom for initial undersøkelse og behandling. Pasienter som triageres med hastegrad Rød og Oransje skal ha legetilsyn med en gang. CT og traumerom skal ligge nær hverandre, og om mulig bør det være direkte atkomst mellom ett av traumerommene og CT. Ett av traumerommene skal ha mulighet for takhengt røntgen.
- Pasienter som triageres med lavere hastegrad, Gul og Grønn, mottas, vurderes og prioriteres i Triagerom (med sone for hvilestol og sone for bårer) eller mottaksrom. Sykepleier skal triagere alle pasienter innen 10 min etter ankomst. De som er oppegående blir tatt med på rom. Dersom de vurderes som Gule eller Grønne kan de gå tilbake til venterom, i påvente av legeundersøkelse.
- Den avklarte pasient: Pasient som er ferdig i akuttmottak, som venter på transport til avdeling, tilbake til hjemmet, flytting til KAD avdeling og lignende. Disse pasientene blir ofte liggende en god stund i påvente av transport, spesielt om de skal ut av sykehus. Disse pasientene bør vente i Korttidsenheten for å frigjøre beredskap, personalressurser og rom. Det er et økende antall pasienter som «snus» i mottak. Mange kan henvises til øyeblikkelig hjelp poliklinikk dagen etter.

Mottaksrom har tilhørende bad med dusj/WC og kan derved håndtere pasienter med kontakt- eller dråpesmitte. Etter vurdering, undersøkelse og evt behandling, venter pasienten på rom eller i Korttidsenheten til videre forløp er avklart. Pasienter som trenger et kort opphold med overvåking før avklaring, skal legges til observasjon på et observasjonsrom i Korttidsenheten.

Triagerommet vil også ha en funksjon i katastrofeberedskap.

Ny teknologi gir mulighet for at akuttmedisinsk diagnostikk og behandling kan starte allerede på skadested eller der akutt sykdom oppstår. Pasientdata og medisinske data registrert prehospitalt kan overføres til sykehuset slik at personell i akuttmottaket er orientert og forberedt på pasientens tilstand før ankomst. Dette krever tilretteleggelse mht plass for PC'er og skjermer for dette formålet.

Akuttmottaket skal være tilrettelagt for barn, også med hensyn til barn som pårørende. Dette innebærer blant annet skjermet sone i venteareal. Akutt kritisk syke og skadde barn skal undersøkes og behandles i akuttmottaket, mens barn med lavere hastegrad vil bli mottatt i poliklinikk eller på sengepost. Det må være utstyr i akuttmottaket som er egnet for å ta imot kritisk syke barn.

Pasienter med akutt rusproblematikk skal tas imot i akuttmottaket og gis et første tilbud der. Som hovedregel vil ambulanseinngang bli benyttet for pasienter med akutt rus som innlegges med ambulanse, men inngang for smitte kan også benyttes for urolige pasienter og pasienter som transporteres av politiet.

Delfunksjonsprogram

SNR

Pasienter med mistanke om smitte sluses inn gjennom egen inngang til et luftsmitteisolat.

Det vil være mottak av pasienter utsatt for overgrep i akuttmottaket. De vil bli tatt imot i akuttmottaket før de henvises til undersøkelse, bevisopptak evt. behandling til et rom i poliklinikk dedikert for denne funksjonen. Ett av samtalerommene må plasseres slik at pasienten ikke eksponeres for mange andre i ventesonen.

Vakthavende leger på kveld og natt skal ha mulighet til å hvile eller overnatte i eget overnattingsrom med bad. Overnattingsrommene skal ha rask atkomst til akuttmottak, men kan ligge i en annen etasje.

10.1.5 Spesielle bygningsmessige krav

Ett mottaksrom skal være et luftsmitteisolat med tilhørende sluse og nødvendig teknisk areal (ventilasjon/trykk). Dette rommet skal ha atkomst både fra korridor og fra utsiden av bygget, da det også skal kunne brukes som saneringsrom for CBRNE.

Ett av akuttrommene vil ha takhengt røntgen.

Det må forberedes for takhengte uttakssentraler i begge akuttrommene.

10.2 Skadepoliklinikk

Skadepoliklinikken vil motta pasienter døgnet rundt. Pasientene som henvises fra primærhelsetjenesten, skal ofte først til røntgenundersøkelse for avklaring av mistanke om brudd eller annen skade. Det skal tilrettelegges også for barn, da mange barn vil bli henvist direkte fra fastlege.

10.2.1 Driftskonsept

Jfr. HFP skal det etableres fasiliteter for undersøkelse og behandling av polikliniske øyeblikkelig-hjelp pasienter som en del av -eller i tilslutning til akuttmottaket. Polikliniske øyeblikkelig-hjelp pasienter behandles på dagtid i fagspesifikke poliklinikker, kveld og natt i akuttmottaket eller i Korttidsenheten.

Skadepoliklinikk er en henvisningspoliklinikk for øyeblikkelig hjelp pasienter som krever spesialist kompetanse innen ortopedi og kirurgi, og som i hovedsak behandles poliklinisk. Av bemannings- og ressurs hensyn bør en slik poliklinikk ligge i forlengelsen av akuttmottak, da det oftest vil være de samme lege- og sykepleierressurser som behandler pasienten på kveld og natt.

10.2.2 Prinsipper for flyt

Pasienten vil ankomme enten via hovedinngang eller inngang for gående i akuttmottaket. Registrering skjer ved henvendelse til bemannet ekspedisjon. Pasienten henvises videre til diagnostikk: prøvetaking, bildediagnostikk eller undersøkelsesrom, eller til felles ventesone ved ekspedisjon. Det vil være et stort volum av pasienter med ulik alder, og ventearealet må inndeles i soner. Deler av arealet skal tilrettelegges for at barn kan oppholde seg i skjermet område.

Arealet må være tilrettelagt slik at personalet kan ha oversikt over pasientene og kontakt seg imellom. Dette er av hensyn til både pasientsikkerhet og sikkerhet for ansatte.

Delfunksjonsprogram

SNR

10.2.3 Spesielle bygningsmessige krav

Alle undersøkelsesrom skal ha håndvask.

Gipsrommet er et poliklinisk spesialrom som krever avtrekk. *(Det frigis giftstoffer fra glassfibergipsene når de åpnes fra emballasjen. I tillegg løsner det en del partikler når gips vikles og fjernes. I sjeldne tilfelles brukes fortsatt kalkgips som støver).* Vegg må tåle pådrag i forbindelse med reponering av brudd (drag fra krok festet i vegg).

10.3 Kortidsenhet

Jamfør HFP er det beregnet areal til 14 Observasjonsplasser i akuttsykehuset. Hovedgruppen i SNR prosjektet har anbefalt at det etableres en kortidsenhet på ca 20 plasser med liggetid inntil 48 timer, og med nærhet til akuttmottaket. Nærhet kan løses både horisontalt og vertikalt. Det er overført areal tilsvarende 6 normalsenger fra sengeområde til Kortidsenheten.

10.3.1 Driftskonsept

Målsetting med Kortidsenheten er at pasientene raskt skal kunne diagnostiseres, behandles og skrives ut derfra uten innleggelse i en vanlig sengeavdeling. Dette vil også gi sengepostene mer stabilitet og forutsigbarhet, spesielt på ubekvem tid når bemanningen er lavere. Triagering, undersøkelse av pasient og korttidsobservering må ses i sammenheng. Et viktig suksesskriterium for funksjonen er rask tilgang på servicefunksjoner som bildediagnostikk, lab. m.m., samt rett kompetanse hos personale.

Konseptet er ikke ferdigutviklet og vil bli gjennomgått i foretakets OU-prosjekt. Det kan komme endringer på bakgrunn av det.

Antallet plasser vil bli bestemt ut fra hvor mange senger som vurderes som et godt driftskonsept. Det er på det nåværende tidspunkt programmert med 15 enerom, hvorav to større sengerom som både kan fungere som kontaktsmitteisolat og som sengerom med universell utforming. I tillegg etableres det ett eller to større rom med til sammen 6 observasjonsplasser. Disse plassene er tiltenkt pasienter som kan avklares raskt og med kort liggetid.

Det er tilknyttet ett dusj/WC per 3 sengerom. Isolatene og observasjonsrommene har dusj/WC direkte tilknyttet rommet.

Det skal legges til rette for at pasienter innlagt for akutt rus kan tas imot og behandles på et skjermet område.

Eldre pasienter med sammensatte lidelser (den multisyke pasient) kan utredes av et tverrfaglig team for avklaring av rett adresse for koordinert behandlingsforløp.

Nedkjørte ruspasienter med behov for hvile, ernæring og behandling kan behandles i enheten.

Andre aktuelle pasienter vil være pasienter med uavklarte brystmerter, og pasienter som trenger væskebehandling.

10.3.2 Prinsipper for flyt

De fleste pasienter innlegges via akuttmottaket

- til observasjon i noen timer for avklaring om innleggelse eller utskriving. Dette vil avlaste

Delfunksjonsprogram

SNR

personalet i akuttmottaket og sikre at pasienten får tilsyn. Eksempelvis kan utskrivningsklare pasienter med uavklart hjemmesituasjon vente i Kortidsenheten til avtale med hjemmebaserte tjenester eller pårørende er etablert.

- til tverrfaglig utredning med lengre varighet på oppholdet
- til overvåking og utredning av hjertemedisinske lidelser

Noen pasienter innlegges via Skadepoliklinikk.

10.3.3 Smittevern

De fleste av rommene vil være enerom. Alle sengerom skal ha håndvask. Enheten vil ha mange pasienter med uavklarte diagnoser. Det skal være to kontaktsmitteisolat.

10.3.4 Spesielle bygningsmessige krav

Krav til overflater i kontaktsmitteisolat med tilhørende sluse. Dekontaminator i tilhørende bad.

10.4 Sanering

Alle sykehus er forpliktet til å ta å ha en beredskap for mottak av CBRNE pasienter. Kravene er basert på nasjonale retningslinjer og sykehuset størrelse (opptaksområde).

CBRNE står for Kjemiske stoffer (C), biologiske agens (B), radioaktiv stråling (R), kjernefysisk stråling (N) eller eksplosiver (e) som utgjør en helsefare. Eksponering for CBRN-agens kan skje ved ulykker, uhell (f.eks. i laboratorium) eller villet spredning (terroranslag) og krever ekstraordinær beredskap. I funksjonen inngår diagnostiske tilnærminger, deteksjon av agens, skadestedshåndtering, dekontaminering, forebyggende behandling, akuttbehandling og intensivbehandling i tilfeller der agens er enten *bekreftet* eller *mistenkt*

10.4.1 Driftskonsept

Det skal legges til rette for mottak og sanering av kontaminerte pasienter utsatt for CRBNE hendelser. Rensestasjon for sanering planlegges utenfor sykehusbygget, men det er også planlagt for mottak av kontaminerte pasienter i rom i akuttmottaket.

Dimensjonerende krav³ er at sykehuset skal kunne sanere 12 gående og 6 liggende pasienter per time. Dette er tilsvarende nivå som Ålesund Sjukehus.

Overflaterensing av kontaminerte pasienter har to hensikter:

1. Fjerne skadelige agens for å unngå ytterligere eksponering for pasienten, samt
2. Hindre spredning av agens til helsepersonell og andre personer (sekundærkontaminering.)

Rensing omfatter alt fra å fjerne tilsølte klær, til grundig vask og skrubbing med såpe, vann og eventuelt nøytraliserende kjemiske midler på en rensestasjon. Ambisjonsnivå for hvor fullstendig rensesprosedyren skal være avhenger av **i**) type kontaminerende agens og **ii**) tilgjengelige ressurser.

³ Nasjonale retningslinjer ute på høring sommer 2016

Delfunksjonsprogram

SNR

10.4.2 Prinsipper for flyt

Rensestasjon eksternt omfatter

- Det etableres nøddusjer montert permanent på yttervegg ved inngang smitte slik at de første pasientene kan starte dusjing med en gang de kommer.
- Det må være nærliggende avløp for spillvann
- Teltet felles ut som en markise fra vegg jfr. løsningen i OUS. Det skal ta mindre enn 15 minutter å montere løsningen.
- Teltet skal ha to løp (kjønnsdelte). Løpene skal være så brede at de kan ta både gående og liggende (båre)
- Uteareal nødvendig for løsning er 24 m²; teltet blir 24 m². Dette arealet tilfredsstillere kravene til antall personer som er beskrevet
- Det er programmert med egen inngang for smittepasienter, med direkte inngang utenfra til et isolat.
- Det må være mulig å transportere pasient på båre direkte inn i isolatet utenfra.

I sykehusbygget

- For å tilfredsstillere krav til sanering må det være et luftsmitteisolat.
- Det skal være sluse fra korridor til isolat. Isolat skal være tilknyttet dusj/WC med dekontaminator.
- Nærliggende lager for utstyr og materiell til 10 pasienter (drakter, såpe osv. Dette lageret kan ha en dobbeltfunksjon som Lager for beredskapsmateriell.
- Området må kunne desinfiseres etter bruk med f.eks: Hypokloritt, Vircon-S, Perasafe, Kloramin eller Hydrogenperoksid
- Det skal planlegges for nærliggende avløp for spillvann

10.4.3 Spesielle bygningsmessige krav

Saneringsenhet i sykehusbygget omfatter luftsmitteisolat med direkte atkomst utenfra.

10.5 Prehospitale tjenester, bil- og luftambulanse

Som en del av Konseptfasen skal det utredes og beskrives hvordan *den prehospitale tjenesten skal videreutvikles slik at en sikrer en forsvarlig akuttberedskap og ivaretar de innbyggerne som får lengst reisevei til sykehus*. Dette er beskrevet i egen delrapport *Prehospitale tjenester* og omtales i Konseptrapporten.

Helseforetaket har et ansvar for å sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester. Herunder bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt fram til alvorlig syke eller skadde pasienter, samt bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder.

Delfunksjonsprogram

SNR

10.5.1 Driftskonsept

Akuttsykehuset på Hjelset er planlagt med landingsplass for helikopter, komplett ambulansestasjon og ambulanseinngang ved akuttmottaket for transport av pasienter til og fra sykehuset.

Det skal være 4 oppstillingsplasser for ambulanserbiler i samtidighet utenfor ambulanseinngang. Transport av pasient fra bil skal skje under tak, skjermet for vær og vind.

I tillegg er det behov for 4 oppstillingsplasser for andre utrykningsfartøy i nærheten av akuttmottak. Det skal være strømuttak med tanke på lading av strømforsyning til bilene.

Landingsplass for helikopter ligger med relativt kort avstand til akuttmottak. Det skal være mulig å transportere pasient som ankommer med helikopter raskt til akuttmottak. Transportstrekningen skal være kort, skje på plant underlag og være skjermet for vær og vind. Omlasting skal ikke være nødvendig.

10.5.2 Prinsipper for flyt

Bilambulansen parkerer rett utenfor ambulanseinngang og pasient transporteres under tak inn i akuttmottak. Ambulansearbeider har enten fått oppgitt sted for avlevering underveis eller får nødvendig informasjon i ekspedisjon i akuttmottak. Pasient transporteres videre til rett adresse. Ved henting av pasient for transport ut av sykehuset, benyttes samme inngang.

Det skal være lager for bårer, utstyr, lintøy, medisiner og klær ved eller i ambulanseinngang. Etter avlevering av pasient etterfylles ambulansen med nødvendig utstyr, laken m.m. fra lageret. God logistikk bidrar til at ambulansen er kortere tid ute av beredskap. Lageret skal også benyttes av Luftambulansen.

Dersom ambulansebilen trenger vask og rengjøring, utføres dette i vaskehallen til nærliggende ambulansestasjon.

Pasienter som transporteres på bære fra helikopter benytter samme inngang som bilambulanse.

10.5.3 Spesielle bygningsmessige krav

Gulvet i ambulanseinngang må være sklisikkert og samtidig enkelt å trille bære på. Gulvet skal være lett å rengjøre med tanke på blodsøl og skitne støvler.

10.6 Ambulansestasjon

10.6.1 Driftskonsept

Det skal være en komplett ambulansestasjon ved det nye akuttsykehuset. Denne kommer i tillegg til bynære ambulansestasjoner lokalisert i Molde og Kristiansund. Målsetting er å styrke beredskapen gjennom etablering av en intensivambulanse for bakkebasert intensivtransport med forsterkning av følgepersonell. Nærhet til sykehuset gjør det enklere å rykke ut med ambulanse med følgepersonell som anestesilege, jordmor og annet spesialpersonell ved behov. I tillegg vil det være en transport ambulanse (to-bære bil) som benyttes til transport av pasienter mellom sykehus, og mellom sykehus og flyplass.

Veiledende krav i Stortingsmelding nr. 43 (1999-2000) «Om akuttmedisinsk beredskap» til responstid for ambulanse, er:

Delfunksjonsprogram

SNR

- Akuttoppdrag:
12 min for 90 % av befolkninger i byer og tettsteder
25 min for 90 % av befolkningen i grisorgrndt strøk
- Hasteoppdrag:
30 min for 90 % av befolkninger i byer og tettsteder
40 min for 90 % av befolkningen i grisorgrndt strøk

Tjenesten er organisert med tilstedevakt, vakt på vaktrom. Nasjonale retningslinjer anbefaler en aktiveringstid på 2 minutter på dagtid og 5 minutter på natt. Aktiveringstid defineres som fra ambulansesvarer på AMK-sentralens anrop til ambulansen rykker ut. For å holde aktiveringstiden nede er det viktig med god intern logistikk mellom bo- og oppholdsareal og garasje.

Ambulansestasjon skal ha bofasiliteter for minimum 5 personer i samtidighet med overnattingsrom, oppholdsrom, komplett kjøkken, vaskerom og garderobe. Overnattingsrom må legges til et område med minst mulig støy av hensyn til hvilekrav.

10.6.2 Prinsipper for flyt

Ambulans ebiler rykker ut på oppdrag fra ambulans estasjon. Det må være kort vei mellom oppholdsareal og garasje for å overholde responstid.

Dersom oppdraget krever medisinsk følgepersonell, hentes disse i akuttmottaket på sykehuset.

Etter endt oppdrag parkeres bil i garasje. Utstyr rengjøres og sjekkes i garasje. Bil vaskes i separat vaskehall før den parkeres i garasje. Alle biler står tilkoblet strøm i garasje.

10.6.3 Spesielle bygningsmessige krav

Vaskehall og garasje skal ha separat ventilasjon fra bo- og oppholdsareal. Det er krav til isolert og oppvarmet garasje med temperatur over 15 grader, samt avfukting i både garasje og vaskehall. Brannkrav. Det må være avrenning for smeltet snø som legger seg under bilene om vinteren. Det er krav om oljeutskiller i sluk. Dette gjelder både garasje og vaskehall.

Sluse mellom boareal og garasje/vaskehall skal ha overtrykk i fht garasje /vaskehall for å hindre innsig av eksos. Gulvet i garasje/vaskehall skal være sklissikkert og robust, dvs tåle kjøring med piggdekk, vask med kraftige vaskemidler. Porten til garasje vaskehall skal ha en minimum lysåpning på 3 x 3 meter, alternativt kan større porter benyttes, med høyde minimum 3 meter. Automatisk åpner med mulighet til manuell styring og fjernstyring. Spesifisering av port og portåpner beskrives mer utførlig senere i RFP.

Det stilles krav til kabling for IKT og samband (nødnett) for stasjonen jamfør krav fra Hemit.

11 Psykisk helsevern og rus

I SNR skal psykisk helsevern samles for følgende seksjoner:

- Seksjon for akuttpsykiatri Hjelset
- Alderspsykiatrisk seksjon Molde

Delfunksjonsprogram

SNR

- Seksjon for utgreiing Molde
- Seksjon for rehabilitering Hjelset
- Seksjon for Vaksenhabilitering Molde

I Hovedfunksjonsprogrammet er det beregnet at kapasitetsbehovet i 2030 for sengerom er 39 normalsenger og 8 skjermingssenger. I tillegg er det beregnet kontorplasser for behandlere og den klinikknære administrasjonen.

Seksjon for akuttpsykiatri

Seksjon for akuttpsykiatri er en lukket avdeling med 12 plasser (14 rom). Avdelingen er todelt med lukket og skjermet avsnitt. Seksjon for akuttpsykiatri har ø-hjelps funksjon og er pålagt til å vurdere og ta imot pasienter til alle døgnets tider. Det tas også imot pasienter i henhold til §3 i lov om psykisk helsevern. Målet er stabilisering, utgreiing og initiering av behandling. Faglig fokus er i tillegg til det individuelle, også på familie og nettverksarbeid. Seksjon for akuttpsykiatri behandler et bredt spekter av lidelser med hovedvekt på stemningslidelser, psykoseproblematikk og selvmordsfare.

Spesialistene har plikt til å tilby polikliniske time i påvente av annen poliklinisk oppfølging ved utskrivelse.

Alderspsykiatrisk seksjon Nordmøre og Romsdal

Alderspsykiatrisk seksjon er en lukket seksjon. Det kan til tider være stor uro, bla i form av vandring og fare for utagering. Alderspsykiatrisk poliklinikk utgjør sammen med Seksjon for voksenhabilitering (HAVO N/R) hovedtyngden av den polikliniske aktiviteten i SNR Psykiatri. Poliklinikken utøver stor grad av ambulant arbeid. Mellom 60 til 70 % av all aktivitet utøves ambulant. Det er vanskelig å øke den kliniske ambulante aktiviteten mer da andelen er høy i utgangspunktet. Det må være lett tilgang til sansehage og vandreaarena der en mulighet til å vandre i sirkel, ikke stoppe ved låst dør en lukket sengepost medfører.

Seksjon for utgreiing

Seksjonen er en åpen utredningsseksjon med akutt- og intermediærfunksjon. Til seksjonen søkes også planlagte innleggelse der det ofte bes om utredning i sammensatte problemstillinger, samt tilstander i skjæringsfeltet psykiatri/somatikk.

Pasientgruppen består diagnostisk av alvorlige depresjoner, angstlidelser, spiseforstyrrelser, bipolare lidelser, PTSD, dissosiative tilstander, tilpasningsforstyrrelser, akutte kriser, personlighetsforstyrrelser, schizofrenier (oftest utredninger), fødselspsykoser, suicidalitetsproblematikk, sammensatte tilstander somatikk/psykiatri og psykosomatiske tilstander.

Seksjonen gir blant annet ECT-behandling. EMDR behandling (eye movement desensitization and reprocessing) gis til traumatiserte pasienter der poliklinisk behandling ikke er gjennomførbar (p.g.a. alvorlighetsgrad eller geografiske forhold).

Enheten gir altså et høyt spesialisert døgntilbud med aktiv, intensiv og tilrettelagt utredning/diagnostisering, samt initiering av behandling til pasienter med sammensatte og krevende problemstillinger. Det er også noe poliklinisk aktivitet og som en del av vaktarbeidet utføres også psykiatriske tilsyn ved de somatiske avdelingene.

Delfunksjonsprogram

SNR

Seksjon for rehabilitering

Seksjonen tilbyr systematisk og planlagt oppfølging av psykotiske pasienter, oftest i nært samarbeid med pasientens hjemmekommune. Seksjonen tar imot pasienter som er under både frivillig og tvungen psykisk helsevern.

Pasientene ved seksjonen har psykose diagnose og seksjonen tilbyr også behandlingsopplegg for alvorlig personlighetsforstyrrelser i kombinasjon med psykose. Funksjonsnivået hos pasientene er lavt, de har stort sett lengre tids sykdom og det er prøvd med behandling poliklinisk og på DPS nivå i lengre tid. Innleggelse blir begrunnet med en målsetting om stabilisering og mulig heving av funksjonsnivået før tilbakeføring til kommunal omsorg.

Seksjon for Vaksenhabilitering

Seksjonen gir et tverrfaglig spesialisttilbud innen habilitering, til pasienter over 18 år med komplekse og sammensatte funksjonshemminger knytt til medfødde eller tidlig erverva nevrologiske og nevropsykiatriske lidelser, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og genetisk betinget tilstander.

Døme på dette er: autisme, asperger syndrom, cerebral parese, ulike genetiske syndrom, utviklingshemming, multifunksjonshemming

Hovedaktiviteten er polikliniske og ambulante konsultasjoner i nært samarbeid med lokale tilbud (skole, helse- og omsorg, arbeid/dagtilbud). Dette kan være:

- Utredningsoppgaver som f. eks. syndromutredning, nevrologisk/psykiatrisk utredning, evnetesting, funksjonskartlegging, motorisk vurdering, risikovurdering, vurdering av tvangsbruk
- Timebaserte konsultasjoner (psykoedukasjon, rådgivning, behandling)
- Observasjon, kartlegging og tiltaksoppfølging i pasientens nærmiljø
- Intensivt direktearbeid i en avtalt periode, sammen med kommunalt personale, for å implementere særskilte tiltak og rettleiding.
- Kurs og undervisning for større og mindre grupper

Videre har seksjonen regelmessige tilbud om tverrfaglige og tverretatlige klinikkdager på ulike område (posisjonering, fysioterapi, utredning av kommunikasjonshjelpemiddel, med mer), psykoedukative gruppetilbud, nettverksgrupper og kurs/fagsamlinger.

11.1.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet

I Hovedfunksjonsprogrammet er det gitt følgende overordnede føringer for psykisk helsevern i SNR

- Psykiatri skal være integrert med somatikk i den forståelse at det fremgår at sykehuset er «ett» og at det legges til rette for god tverrfaglig samhandling
- Likevel har psykiatrien enda mer enn somatikken behov for å dempe institusjonspreg og fremmedgjøring og øke opplevelsen av normalitet
- Det skal være eget mottak for psykiatriske pasienter med skjermingsbehov

Delfunksjonsprogram

SNR

- For å unngå transport av pasient mellom skjermede enheter og normalsengeområde skal det etableres skjermingsenheter i de enheter som har slik behov. Skjermingsenheter kan ligge opp mot hverandre for større fleksibilitet
- For god pasientbehandling og effektiv utnyttelse av personell skal det legges til rette for skjermede uteområder for flere pasientgrupper
- Poliklinisk virksomhet innenfor sykehuspsykiatrien kan samlokaliseres med døgnbehandling for effektiv utnyttelse av behandlingsressurser, men nærhet til eller samlokalisering med somatikken og da spesielt poliklinikkene er viktig for det tverrfaglige samarbeidet.

11.1.2 Driftskonsept

Nærheten mellom somatikk og psykiatri fremheves som viktig i SNR. Psykiatrien, og alderspsykiatrien spesielt, har behov for lett tilgang til diagnostikk som radiologi, prøvetaking/labanalyser og nevrologisk EEG lab. Men det er også synergieffekter av et tverrfaglig samarbeid med somatikk man ønsker å oppnå. Dette er nødvendig vis ikke etablerte samarbeidsformer i dag.

En fordeling av senger seksjonsvis skal ta utgangspunkt i de funksjonelle sammenhengene. Akuttseksjonen har nærhet til rehabilitering. Alderspsykiatri og den åpne utredningsseksjonen kan samlokaliseres samt at de vil ha den største synergieffekten av nærhet til den somatiske delen av sykehuset.

Nedenfor er det gitt en del forutsetninger for effektiv drift og god pasientbehandling:

- Det er viktig å ha gode muligheter til sambruk av personalet. Dette gjelder generelt men også spesielt hvis det skulle oppstå hendelse som krever rask hjelp fra kolleger. Det fysiske miljøet skal derfor være slik at det gir god oversikt for personalet som befinner seg ulike steder i seksjonen og i nærliggende seksjoner. De skal i størst mulig grad kunne ha øyekontakt og kunne tilkalles visuelt eller med lyd. En slik sambruk av personalet vil kunne være ressursbesparende og samtidig gi ro og trygghet både for personalet og pasientene.
- I psykiatrien kan mange pasienter ha behov for et større revir enn andre. Det bør derfor være en romslighet i arealene, spesielt i fellesarealer og korridorer.
- Å følge pasienter ut er ofte ressurskrevende. Det bør derfor være tilgang på avskjermede uteområder slik at pasienter har mulighet til lufting /røyking uten at det er behov for mye personalet som følge. Gode uterom er også god terapi.
- Pasientgrunnlaget og sammensetningen av pasienter er ikke konstant. Både den daglige variasjonen av «trykket» i hver seksjon og den mer langsiktige endringen tilsier at overgangen mellom de ulike seksjonene i et sengeområde må kunne endres. Det skal derfor være en generalitet i utformingen slik at hvor mange rom som tilhører en seksjon kan variere over tid.

Mottak

Pasienter, pårørende og besøkende til psykiatrien skal bli møtt på en fin og respektfull måte. I SNR skal alle som skal til psykiatrien benytte den samme hovedinngangen som somatikken. Derfra skal de enkelt og naturlig finne vei videre inn til psykiatrien. Psykiatrien skal ha egen resepsjon/ekspedisjon og mottak for alle funksjoner felles. På dagtid bemannes resepsjonen av sekretærer og på kveld og natt via porttelefon til døgnenhetene.

Delfunksjonsprogram

SNR

Det skal være et eget skjermet mottak for de pasientene som er politi- eller ambulansetransporterte. I slike situasjoner kan det være en god del støy og uro. Mottaket bør utformes slik at ambulanse/politibil kan kjøre inn i et område som er skjermet for innsyn utenfra og om mulig skjermet for støy ut. Det er ikke ønskelig å frakte pasienter fra skjermet mottak i trapp/heis videre inn i bygget.

Pasienter undersøkes i mottaksrom med tilhørende bad og venter der eller i ventesonen til det er avklart innleggelse på døgnpast. Oppholdet i mottaket kan variere fra noen minutter til et par timer og det tilstrebes at pasienter avklares så riktig som mulig slik at de sendes til riktig avsnitt/post uten unødvendig flytting senere.

Pasienter som skal til innleggelse og som kommer via hovedinngang vil som oftest bli tatt imot direkte i post via resepsjon. Eventuelt føres til mottaksrom ved den skjermede inngangen ved behov.

Vakthavende lege på kveld og natt skal ha mulighet til å hvile eller overnatte i eget overnattingsrom med bad.

Døgnposter

Døgnpastene skal totalt bestå av 39 pasientrom pluss 8 skjermingsrom. Disse skal fordeles på akuttseksjonen, rehabiliteringsseksjonen, alderspsykiatri og utredning/åpen seksjon. Alle pasienter skal ha enerom med eget bad.

Pasientrommene skal fungere som et rom hvor pasienten har mulighet for å trekke seg tilbake. Det meste av behandlingen foregår i miljøet i relasjon til personale og/eller i grupper sammen med medpasienter.

Pasientene skal ha tilgang til fellesrom som større og mindre stuer og andre aktivitetsrom hvor graden av sosial interaksjon kan velges/styres. Miljøterapi foregår der pasienten er i relasjon med andre.

Både varm mat og tørrvarer til alle måltider vil bringes til hver seksjon fra et hoved kjøkken. All mat klargjøres for servering i postkjøkken som deles for to seksjoner. Pasienten spiser enten i felles spiserom / stue i seksjonen, i mindre grupper eller på sitt eget rom, alt etter tilstand. Kjøkken benyttes også i noen tilfeller som miljøtrening men dette sambrukes med ergoterapiarealene i somatikken.

Skjerming

Med skjerming menes at pasienten har behov for å skjermes mot kontakt og impulser fra andre pasienter. Dette kan være som en del av behandlingsformen eller fordi pasienten er aggressiv eller utagerende og må skjermes fra andre av den grunn.

Grad av behov for sikring/skjerming vil variere i takt med pasientens tilstand. Det vil være mange pasienttyper med mange ulike behov. Det er også kjent at transport til og fra skjermingsenhet skaper uro i en avdeling. Skjermingsplassene skal derfor ha en plassering i forhold til øvrige døgnplasser som minimerer denne transporten.

Delfunksjonsprogram

SNR

Skjerming av pasienter krever en høyere bemanningsgrad enn øvrig virksomhet og behovet for sambruk av personalet er høyt. Skjermingsenhetene må derfor plasseres i seksjonene slik at personalet kan utnyttes best mulig men også med tanke på samarbeid med nærliggende skjermingsenheter eller seksjoner.

Skjermingsenhet skal avgrenses fra andre funksjoner og utformes med:

- Tanke på romslighet og «luft»
- Arbeidsstasjon/personalbase med oversikt over pasientens areal
- Skjermingsrom plassert med mulighet for de ansatte å ha kollegaer tett på seg.
- Høy grad av robusthet og støydemping
- Så lite stimuli som mulig, eventuelt med mulighet til å fjerne stimuli

Behandling og aktivitet

Behandlingstilbudet til pasientene består i hovedsak av miljøterapi, samtaleterapi og somatiske undersøkelser.

Miljøterapien gis i et miljø som mest mulig ligner på det naturlige, og som bidrar til mestring av nye samhandlingsferdigheter mellom pasienten og omgivelsene. Miljøterapeutiske tiltak kan være tilpassede aktiviteter, enten på aktivitetsrom i sengeområdene eller i fellesareal.

Samtaleterapi foregår planlagt i egne samtalerom eller mer uformelt eller spontant i pasientens rom eller ute i avdelingen på en stue, aktivitetsrom eller spiserom. En del samtalerom beregnes for gruppesamtaler med 3 til 6 personer. Disse rommene benyttes også ofte til besøkende familier etc. Samtalerom benyttes både inne i avdelingene og av pasienter eller besøkende som ikke er innlagt. En del samtalerom bør derfor ligge i randsonen mellom sengeområdene og åpne fellesareal.

Somatiske undersøkelser som røntgen og prøvetaking vil for det meste foregå i den somatiske delen av sykehuset. Tilknyttet psykiatrien skal det være mulighet for undersøkelse av pasient på benk

Det utføres mellom 400 og 500 ECT behandlinger gjennom et år. ECT behandling krever anestesi og det er en avveining mellom det å flytte pasient eller anestesipersonell ut av sitt faste miljø. I SNR vil man forsøke å lokalisere psykiatri nært opp til operasjonsavdelingen for å optimalisere denne avveingen.

Tilknyttet psykiatrien skal det være en sansehage. I utgangspunktet skal denne være felles men skal spesielt tilrettelegges for- og med nærhet til alderspsykiatrien.

Ulike aktivitetsrom skal integreres i døgnpostene og noen er felles for hele bygget. Dette som noen sosiale soner eller aktivitetsrom med f.eks musikkterapi og tradisjonelle aktiviteter som maling, håndarbeid etc.

Ergoterapi

Ergoterapifunksjoner deles med den somatiske delen av sykehuset. Felles undersøkelsesrom er også til disposisjon for ergoterapeutene. Treningskjøkken benyttes til miljøtrening, spesielt for geriatriske

Delfunksjonsprogram

SNR

pasienter. Det er ikke satt av eget areal til treningskjøkken. En ser for seg at det i fremtiden finnes løsninger slik at treningskjøkkenfunksjonen kan ivaretas i fleksible funksjonsområder.

Fysioterapi

Fysioterapi er en viktig del av behandlingen. Et større treningsrom deles med somatikken og det vil være eget rom for fysioterapi i tilknytning til psykiatrien. Felles undersøkelsesrom er også til disposisjon for fysioterapeutene.

Modulbasert romprogram døgnet

Romprogram for døgnet er bygd opp modulbasert

Hver døgnsseksjon på ca 10 plasser får

- 10 pasientrom med bad
- 2 stuer
- 1 arbeidsstasjon med 3 PC arbeidsplasser
- 1 teamrom til pauser/opphold/møter for personalet
- 1 samtalerom

Sammen med seksjonen ved siden av deler de rom slik at de også har:

- Kjøkken
- Dokumentasjonsrom (hver seksjon har 3 PC arbeidsplasser her)
- 2 Besøksrom (benyttes også som samtalerom)
- Lager
- Medisinrom
- Skyllerom
- Stort bad med kar

Felles deler alle seksjoner på:

- 1 vaskerom for pasienttøy
- 2 undersøkelsesrom med benk, kan også benyttes til fysioterapi etc
- 1 treningsrom fysioterapi
- 2 aktivitetsrom for pasienter (kan være ulike ting, musikk, forming, billiard etc)
- 1 stort møterom og 1 grupperom (også for samtaler)
- 1 stort lager

I tillegg kommer arbeidsplasser for sekretærer/merkantil, behandlere og øvrige med kontor plass som også har diverse møterom.

Poliklinikk

To seksjoner utgjør hovedtyngden av den polikliniske aktiviteten i SNR Psykiatri. Seksjon for voksenhabilitering (HAVO N/R) og Alderspsykiatrisk poliklinikk (APS N/R). Begge poliklinikkene utøver

Delfunksjonsprogram

SNR

stor grad av ambulant arbeid. Mellom 60 til 70 % av all aktivitet utøves ambulant. Det er vanskelig å øke den kliniske ambulante aktiviteten mer da andelen er høy i utgangspunktet.

Poliklinikk er i HFP teknisk beregnet ved at alle registrerte polikliniske konsultasjoner i 2014 fordeles på 230, dager 8 timers åpningstid, 1,5 timer gjennomsnitt per pasient. En del av den polikliniske aktiviteten er ikke registrert på samme måte innenfor DRG systemet slik at antallet nok er en del høyere. Ved HAVO kan en konsultasjon vare over 2 timer.

Stor grad av konsultasjoner ute/ambulant gir likevel en del kontorbehov inne til administrativt arbeid. Konsultasjonene inne foregår i dag som regel hos behandler innimellom administrativt arbeid og arbeid i sengepost, og da på behandlers kontor.

Behandlere synes dette er en grei ordning men vi vet at pasientorganisasjoner helst ser at konsultasjoner foregår på nøytral grunn i egnet samtalerom.

Ved poliklinisk aktivitet innen HAVO og APS er pårørende, kommunalt tilsette og ofte to ansatte ved poliklinikken tilstede i tillegg til pasient. Det er derfor behov for flere samtalerom av god størrelse opptil 5 personer pluss rullestolbruker. I tillegg er det behov for spesialrommet med tilstøtende lagerrom for spesialutstyr (rullestol/ball/matte/tekniske hjelpemidler mm) Et av dem må ha tilgang til telemedisinsk utstyr.

Et felles venterom/ekspedisjon for APS og HAVO er hensiktsmessig. En må ta hensyn til universell utforming og «reduksjon» av sanseinntrykk.

Voksenhabilitering

Voksenhabilitering skal i hovedsak være en ambulant tjeneste, men avstander/reisetid, kapasitet og behov for egnede lokaler til undersøkelser/utredning gjør at mye aktivitet også skjer poliklinisk. Dette er utredningsoppgaver og veiledningssamtaler med pasienter, pårørende og tjenesteytere fra skole, helse- og sosial, arbeid- og dagtilbud, NAV, m.fl.

Aktiviteten innebærer betydelig dokumentasjonsplikt (løpende journal, utredningsrapporter, uttalelser til fylkesmannen etter Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, tverrfaglige rapporter). Det må legges til rette for at ansatte skal ha tilgang til PC eller annet dokumentasjonsverktøy både ambulant og poliklinisk. Den ambulante virksomheten er og skal være høy, men de fleste starter arbeidet på kontoret med forberedelser. Noen reiser ut og blir borte hele dagen, de fleste har kortere ambulante konsultasjoner i nærområdet, gjerne kombinert med polikliniske konsultasjoner. Polikliniske konsultasjoner foregår ofte på samtale/utredningsrom. Psykologene og fagkonsulentene har i dag i hovedsak samtaler med pasienter på eget kontor I tillegg benyttes to møterom til utredningsoppgaver og samarbeidsmøter.

Seksjonen har jevnlig behov for et større spesialrom/møterom/posisjoningsrom. Dette rommet må mulighet for oppbevaring av utstyr og nærhet til areal for mekanisk arbeid.

Ved fysioklinikk og kommunikasjonsklinikk gjennomføres ofte konsultasjoner i samarbeid med NAV hjelpemiddel, nevrolog samt pårørende og kommunale bistandsyttere (skole, fysio-/ergoterapitjeneste, miljøarbeidertjeneste).

Samarbeid og pasientflyt

Delfunksjonsprogram

SNR

Seksjonen får flest henvisninger fra og samarbeider mest med Seksjon for habilitering av barn og unge i Kristiansund, seksjon for barne- og ungdomspsykiatri Molde og Kristiansund, poliklinikker og døgnenheter ved DPS i Molde og Kristiansund og nevrologisk avdeling.. Det er kompleksiteten i problemstillinger som kjennetegner pasientene ved Voksenhabiliteringa og seksjonen har nærhetsbehov både til nevrologi og psykiatri.

Det er mulig å sambruke areal som UB rom, spesialrom og støtterom med andre seksjoner. Graden av sambruk avhenger av bruk av disse arealene i samtidighet. Habilitering for barn og unge og habilitering for voksne har mange felles møtepunkt, samtidig som de er forskjellige. I barnehabilitering må det tilpasses med utstyr, materiell og interiør rettet mot små barn, i voksenhabilitering må det tilpasses voksenalderen. Det må legges til rette for disse forskjellene ved sambruk. Seksjonen har daglig behov for tilgang til to utredning/samtalerom og et større spesialrom for å sikre flyt/forutsigbarhet.

Kontorer og administrasjon

I dag er merkantil tjeneste knyttet organisatorisk til den respektive enhet. Samarbeidet mellom Akutt og Rehab på enkelte saker er gjennomført, bla med felles ekspedisjon. Dagens ordning har vist seg å være sårbar fordi alle sitter alene på hvert sitt sted. Utfordringen er ekstra stor ved fravær, ferie og sykdom o.l. Likeledes er kompetansen til hverandres arbeidsfelt, rutiner og oppgaver også for dårlig når man arbeider atskilt. I det nye sykehuset skal det være en mer samordnet og helhetlig kontortjeneste, gjerne med egen teamkoordinator. Kontortjenesten skal betjene felles ekspedisjon for alle seksjonene og som skal håndtere alle henvendelser, telefoner, besøk, post, mottak og legevaktsoversikter mm.

Øvrige administrative kontorplasser og arbeidsplasser for leger og behandlere med kontorbehov samles i felles kontorområde med ulike typer utforming av arbeidsplasser

11.1.3 Smittevernstiltak i psykiatrien

Innenfor psykiatrien ser man en økende grad av pasienter som kommer inn med somatiske tilleggdiagnoser som kan medføre smittefare. Dette kan være vanlige smittsomme sykdommer (forkjølelse, omgangssyke, luftveisinfeksjoner etc) men også eksempelvis sårinfeksjoner, MRSA og tbc. Innenfor psykiatrien vil det være lite hensiktsmessig å behandle pasienter innenfor risikoklasse 3 (og 4). Dette pga ressursbruk mht bygningsmessige tiltak og kravet til spesialkompetanse på dette feltet og mengden pasienter. Slike pasienter må behandles på somatiske sykehus.

I utgangspunktet gjelder likevel samme smittevernstiltak i psykiatrien som i somatikken. I hovedsak vil dette være:

- Alle sengerom skal være enerom med direkte tilknytning til eget dusj/WC.
- Sengerom med direkte inngang til eget toalett kan benyttes til isolering av pasienter med kontaktsmitte hvor det er redusert risiko for smittespredning
- Ett av 10 sengerom skal være utformet som Kontaktsmitteisolat med forrom

Spesielt for psykiatrien er likevel hensynet til robusthet og sikkerhet. I enkelte seksjoner vil tiltak mot selvskadning og utagering måtte veies opp mot hensynet til smittevern. Det kan være nødvendig å

Delfunksjonsprogram

SNR

erstatte f. eks. håndvasker eller dekontaminatorer med andre tiltak i slike områder.

Det er foreløpig ikke tatt stilling til om personalet skal benytte personaltøy som innleveres og vaskes. I dag benyttes privat tøy i psykiatrien.

11.1.4 Prinsipper for flyt og nærhetsbehov

- Akuttseksjon og seksjon for alderspsykiatri har behov for lett tilgang til uteareal for å forebygge angst og uro
- Psykiatrien har nærhet til ECT behandlingen
- Det er spesielle relasjoner mellom alderspsykiatri og somatikk /geriatri og nevrologi
- Flere seksjoner har leasingbiler som benyttes hyppig i tjeneste

11.1.5 Spesielle bygningsmessige krav

Sikring mot skader og selvskading

I de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511), kapittel 3, er bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak fremhevet. Det er anbefalt å rette spesiell oppmerksomhet mot fjerning eller tildekking av mulige festepunkter, da selvmord i institusjon oftest skjer ved hengning. Også sikring av vinduer antas å kunne redusere pasienters mulighet til å ta sitt liv under oppholdet.

Både i pasientens rom og bad blir det viktig å få til gode sikringstiltak uten at rommene ser ut som eller føles som «glattcelle»

I den videre planleggingen vil det utarbeides en soneplan og en robusthetsmatrise som beskriver i hvilken robusthetsklasse hvert rom tilhører og hvilke bygningsmessige tiltak som er nødvendig for hver kategori

12 Laboratoriefunksjoner

SNR skal ha laboratorietjenester både i akutt sykehuset på Hjelset og i DMS Kristiansund. Tjenesten i DMS dimensjoneres ut fra innhold av dagbehandling og poliklinisk virksomhet i DMS.

Laboratoriefunksjoner i SNR omfatter

- Medisinsk mikrobiologi
- Medisinsk biokjemi inkludert transfusjonsmedisin

Bygget må tilpasses hovedtrekk i utvikling som større grad av automasjon i diagnostiske laboratorier og økt bruk av molekylærgenetisk diagnostikk. Den raske teknologiske utviklingen innen laboratorievirksomheten må vies spesiell oppmerksomhet.

Det er en viktig suksessfaktor å få samsvar mellom byggets tekniske utforming og det utstyret som

Delfunksjonsprogram

SNR

skal benyttes. Erfaring fra andre prosjekter viser at laboratorieanalysemaskiner er arealkrevende.

Når det prosjekteres arealer for laboratoriefunksjoner, og særlig arealer for analyseinstrumenter, bør det være stort fokus på støy- og temperaturproblematikk. Det er viktig å kunne skille utstyrstunge arealer med mye støyende utstyr fra arbeidsplassene der godkjenning av prøveresultater foregår. Det er viktig med mest mulig åpne/store sammenhengende arealer som gir stor fleksibilitet ved endrede behov i framtiden.

12.1.1 Føring fra Hovedfunksjonsprogram

I Hovedfunksjonsprogrammet er det gitt følgende overordnede føring for laboratorietjenester i SNR

- Prøvetaking for inneliggende skal skje ved pasient og det skal være prøvetakingsenhet lokalisert ved poliklinikkområdene
- Prøver skal i all hovedsak transporteres til sentral analyseenhet
- Analyseenheten skal i stor grad baseres på automatiserte prosedyrer
- Samlokalisering vil kunne utnytte personell på en mer effektiv måte
- Blodgivingsenhet i SNR skal plasseres med enkel tilgang for publikum
- Det skal være desentrale blodgiverenheter i Molde og Kristiansund
- Det er viktig at medisinsk biokjemi i poliklinikkområdet ligger nært medisinsk poliklinikk og andre som benytter deres tjenester ofte. Blodbank ligger i egnete lokaler med lett tilgang for publikum.

12.1.2 Driftskonsept

Arealene er krevende bygningsmessig og inneholder høyteknologisk, dimensjonerende og meget kostbart utstyr.

Et større prøvevolum til mikrobiologisk diagnostikk p.g.a samling av diagnostikk fra primærhelsetjenesten i Møre og Romsdal, nødvendiggjør en større grad av automasjon. Spesielt nevnes automatisert bakteriologisk laboratorium.

Medisinsk biokjemisk laboratorium vil motta prøver for Nordmøre og Romsdal. Det vil være lønnsomt med en større grad av automasjon som inkluderer pre- og postanalyse.

Laboratoriene i Helse Møre og Romsdal vil ha noe ulikt analyserepertoar. Løsninger for effektiv prøvetransport mellom sykehusene i HMR er derfor nødvendig, og vil kunne være kostnadskrevede. Intern transport av prøver krever god logistikk (logistikk-løsning er i skrivende stund ikke valgt).

Det vil være en fordel at laboratoriefagene er lokalisert nær hverandre. Dette gir blant annet mulighet for felles prøvemottak, felles automasjonshall for biokjemi og infeksjonsimmunologi, felles pause/undervisningsarealer, rom til vask av utstyr, lager/kjølerom med flere.

Den kunnskapsmessige og tekniske utviklingen innen laboratoriefagene går svært raskt. Det vil fortsatt være behov for bioingeniører med generell kompetanse, samtidig med at bioingeniørene

Delfunksjonsprogram

SNR

spesialiserer seg innen de ulike laboratoriefagene. Kunnskapsmengden og kompleksiteten i analyserepertoar og analyseprinsipper vil øke. Dette gir økende behov for sub-spesialisering og videre-/etterutdanning av ansatte. Man ønsker derfor et metodesamarbeid innen visse felt av laboratoriefagene. Dette kan gi god utnyttelse av areal og instrumenter, samtidig skal fagmiljøene styrkes hver for seg og gi rom for uavhengig fagutvikling.

12.1.3 Medisinsk mikrobiologi

Diagnostikk utført ved Avdeling for medisinsk mikrobiologi er variert og omfattende. I 2015 ble det utført 441 708 analyser fordelt på fagfeltene bakteriologi, mykobakteriologi, mykologi og virologi. Alle fagfeltene bruker et stort utvalg analyseprinsipper. Avdelingen vektlegger grundig pre og post-analytisk vurdering for den enkelte pasient, og man har et stadig nærmere samarbeid med de kliniske avdelingene. På grunn av økende forekomst av antibiotikaresistente mikrober og endringer i demografi, forventer man at behovet for mikrobiologisk diagnostikk vil fortsette å øke i årene som kommer.

Avdelingen utdanner legespesialister i medisinsk mikrobiologi og gir sideutdannelse til kandidater i infeksjonsmedisin.

Det benyttes stadig mer spesialiserte analyseprinsipper og behovet for videreutdanning og subspesialisering for både bioingeniører og leger preger faget. Økende kompleksitet i tolkning av analysesvar, økt forekomst av antibiotikaresistens og krav om antibiotika-styringsprogram gjør at behovet for legespesialister har økt, og at samhandling med kliniske fag utgjør en stadig større del av legerollen. Tett styring og nærhet til de analytiske prosessene er en forutsetning for å kunne oversette laboratoriets funn til klinisk praksis og er også en forutsetning for å klare å rekruttere legespesialister.

Driftskonsept i fremtiden

Nytt mikrobiologisk laboratorium ved SNR skal bidra til et bedre infeksjonsdiagnostisk tilbud for alle sykehusene i HMR og alle rekvirenter fra primærhelsetjenesten. Laboratoriet vil analysere alle prøver fra primærhelsetjenesten i hele Møre og Romsdal og vil være hovedlaboratorium for alle sykehusene i Helse Møre og Romsdal. Det vil opprettholdes et repertoar av infeksjonsdiagnostiske analyser ved sykehuset i Ålesund og Volda for å sikre likeverdig øyeblikkelig-hjelp-tilbud.

For mikrobiologisk diagnostikk, utført ved Ålesund sykehus, kan samarbeid med Avdeling for medisinsk biokjemi om drift av en eller flere av analyser være aktuelt, men det faglige ansvaret for repertoar og oppfølging av prøvesvar vil fremdeles ligge hos Avdeling for medisinsk mikrobiologi. Analyser skal samles ved SNR dersom prøvetransport mellom sykehus ikke påvirker pasientforløpet. Hyppighet av prøvetransport vil være avgjørende for hvor stor del av analyserepertoaret som kan samles ved SNR. Man håper å skape et mer robust fagmiljø som er stort nok til å kunne utvide laboratoriets åpningstid tilpasset fremtidens behov. Bedre utnyttelse av maskinpark, mindre behov for «dobbelinvesteringer» og lavere service- og vedlikeholdskostnader vil gi en betydelig lavere driftskostnad sammenlignet med videreføring av dagens drift (april 2016).

Analyserepertoar og hensyn som påvirker arealplanleggingen

Laboratoriet vil videreføre dagens analyserepertoar, samtidig som repertoaret av molekylærgenetiske undersøkelser vil øke betydelig.

Delfunksjonsprogram

SNR

Kontorarbeidsplasser for leger, ledere og fagbioingeniører må ha nærhet til diagnostikken/laboratoriene siden den daglige virksomheten innebærer stadig veksling mellom arbeid ved benk og arbeid på kontorarbeidsplass. Alle medarbeidere på laboratoriet har behov for pc og instrumenttilknyttede pc-er.

Generell bakteriologi

Herunder dyrkning av puss/sårprøver, urin, prøver tatt under operasjon, spinalvæsker med flere: Man forventer en økende grad av automasjon sammenlignet med dagens drift, og det må settes av areal for et fullautomatisert bakteriologisk laboratorium (maskinrom). Et slikt areal vil være støyende og valideringsplasser/arbeidsplasser **må** være på utsiden av maskinrommet, og ha dagslys. Automatiserte bakteriologilaboratorier kan i dag, og i overskuelig fremtid, bare håndtere flytende prøver. For dyrkning av vevsprøver må man benytte manuell metodikk. Det må derfor også avsettes areal til et tradisjonelt bakteriologisk laboratorium.

Fæces-diagnostikk og mykologi (sopp)

Diagnostikk av patogene tarmbakterier må gjøres i inneslutningsnivå 3 (IN3). Ofte skal det gjøres virusanalyser og analyser for parasitter på de samme prøvene. Virus og parasittundersøkelser må derfor også håndteres på IN3, selv om de i utgangspunktet ikke er IN3-agens. De fleste/alle laboratorier er i ferd med å legge om fæcesdiagnostikk fra dyrkning/antigen-tester/mikroskopi til bruk av molekylærgenetiske metoder og påfølgende dyrkning/mikroskopering bare av prøvene som er positive i de molekylærgenetiske undersøkelsene. Siden positive prøver skal dyrkes i etterkant, kan prøvene ikke inaktiveres før molekylærgenetiske undersøkelser. Molekylærgenetiske analyser bør derfor skje inne i IN3 laboratoriet. På grunn av risiko for kontaminering må analyseringen skje adskilt fra den resterende virksomheten på fæceslaboratoriet. Det bør derfor planlegges med en egen molekylærlab tilkoblet fæceslaboratoriet, med felles sluse. Slusen bør ligge til den største laben (fæces), slik at man må passere gjennom denne for å komme inn i den mindre Molekylærlaboratoriet. Molekylærlaboratoriet må ha plass til ekstraksjonsmaskin, PCR-maskin samt mulighet for manuell pipettering

Dyrkning av muggsopp krever IN2/3. Denne delen av virksomheten er såpass avgrenset at det vil ikke være hensiktsmessig å bygge ett eget IN3 laboratorium for kun muggsoppdiagnostikk. Muggsoppdiagnostikk kan derfor skje inne på en felles fæces/sopplab.

Laboratoriet må ha plass til at 3 personer kan jobbe samtidig. Det skal være plass til egne inkubatorer, kjøleskap, fryseskap, autoklave og mikroskop.

Mycobakteriologi

Dyrkning av mycobacterier krever IN3. Pga kontamineringsfare og unødig eksponering av flere ansatte kan ikke dette samlokaliseres med fæces-/muggsopplaboratoriet. Laboratoriet må ha plass til at 2 personer kan jobbe samtidig. Det skal være plass til egne inkubatorer, kjøleskap, fryseskap, autoklave, fargemaskin for ziehl-nilsen og mikroskop. Prøver til molekylærgenetiske undersøkelser kan inaktiveres og analyseres på utsiden av laboratoriet.

Infeksjonsimmunologi

Det vil utføres et bredt repertoar av infeksjonsimmunologiske analyser. Metodene som brukes til

Delfunksjonsprogram

SNR

disse analysene, er nært beslektet med en del av metodene som brukes for medisinsk biokjemi. Det vil derfor være naturlig med en felles automasjonshall som håndterer analyser for medisinsk biokjemi og infeksjonsimmunologi. Det er store kvalitetsforskjeller på testene fra ulike leverandører, og man kan ikke binde seg til en leverandør med totalleveranse av utstyrspark og analyser.

Oppfølging/validering av mikrobiologiske analyser og analyser tilhørende medisinsk biokjemi skiller seg vesentlig og må håndteres av bioingeniører/leger ved de respektive avdelingene/fagene. Automasjonshallen vil være særlig støyende og valideringsrom må være på utsiden av hallen, men med innsyn til hallen. Det bør være egne valideringsrom for de ulike fagene.

Noen analyser vil også i fremtiden utføres manuelt; f.eks immunoblot og immunchromatografiske tester. Man trenger derfor ett lite laboratorium for infeksjonsimmunologi i tillegg til automasjonshall/valideringsrom.

Molekylærgenetikk

Avdeling for medisinsk mikrobiologi har i dag et bredt repertoar av molekylærgenetiske analyser, og antallet utførte analyser har økt jevnt de siste årene. Avdelingen har i dag det eneste fagmiljøet for molekylærgenetikk i HMR. Man satser strukturert på å øke repertoaret ytterligere i årene som kommer, og ser for seg at feltet overtar en del av dagens dyrkningsbaserte diagnostikk. Laboratoriene for molekylærgenetikk vil utføre analyser på prøvemateriale tilhørende alle de andre fagfeltene innen mikrobiologi og må derfor plasseres sentralt med enkel tilgang fra alle fagfeltene.

Man ser også ett behov for å etablere sekvenseringslaboratorium ved avdelingen da DNA-sekvensering blir stadig mer brukt i både klinisk diagnostikk og i smittevernsammenheng.

12.1.4 Medisinsk biokjemi

Avdeling for medisinsk biokjemi (AMB) er som de andre avdelingene i Klinikk for diagnostikk organisert på tvers i HMR. Godt samarbeid innen fagområdene i avdelingen bidrar til at prosedyrer får felles innhold, og ulikheter i tilbud mellom sykehus utjevnes. Dette er spesielt viktig innen transfusjonsmedisin som i vårt foretak er et fagområde i Avdeling for medisinsk biokjemi. I SNR skal seksjonene i Kristiansund og Molde slås sammen. Analysetallene for seksjonene var til sammen 1,846 mill. i 2015. Til sammenligning var analysetallet for seksjonen i Ålesund 1,948 mill. Av det totale analysevolumet totalt for Molde og Kristiansund utgjør prøver fra sykehusenes innlagte pasienter 27,2 prosent, intern poliklinikk 13,2 prosent og ekstern poliklinikk 59,6 prosent. Det var tappet 1285 blodgivere i Kristiansund og 1812 i Molde og på Sunndalsøra. Det er en blodgiverstasjon på Sunndalsøra som bemannes av bioingeniører fra blodbanken i Molde en dag annen hver uke.

De fleste analyser innen klinisk kjemi vil også i fremtiden bli analysert ved hvert sykehus i HMR, men som i dag er det noen analyser som kun analyseres i SNR eller i Ålesund. Avdelingen vurderer til enhver tid hvilke analyser det er hensiktsmessig å analysere bare ved en av seksjonene.

Innen medisinsk biokjemi er det i framtida behov for bioingeniører med generell bioingeniørfaglig kompetanse. I tillegg vil det være behov for bioingeniører med spesialkompetanse innen de ulike fagområdene innen medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin.

Driftskonsept i fremtiden

Delfunksjonsprogram

SNR

Nytt laboratorium for medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin ved SNR skal analysere prøver tatt i SNR og tilsendte prøver fra primærhelsetjenesten i Nordmøre og Romsdal. Svangerskapsimmunologi skal fremdeles kun analyseres ved seksjonen i Ålesund.

Ved blodbanken skal det foregå blodgivning ved tre lokasjoner; ved SNR Hjelset, SNR Kristiansund og i Molde sentrum.

Størstedelen av analysene skal utføres maskinelt i en totalautomasjonsløsning. Løsningen omfatter modul for preanalyse, analyseinstrumenter og modul for postanalyse(kjøleskap).

Blodprøvetaking i SNR foregår organisert fra Avdeling for medisinsk biokjemi. Hovedmengden av prøvene tas av bioingeniører og helsesekretærer som er ansatt i avdelingen.

Personalet ved medisinsk biokjemi dekker et bredt spekter innen fagområdene transfusjonsmedisin (blodbank), klinisk kjemi, immunkjemi, hematologi, koagulasjon, preanalyse inkl. blodprøvetaking, pasientnære analyser (PNA) med mere. Fagområdene skal dekkes 24/7/365. Det forutsetter nærhet mellom alle fagområder. Blodbanken (inkl. blodgivning) og resten av fagområdene i laboratoriet må derfor plasseres sammen. For å kunne nytte personalet på en god måte er det en stor fordel også om poliklinikk prøvetakingsarealet ikke ligger langt borte fra hovedlaboratoriet.

Prøvetaking

Bioingeniører ved medisinsk biokjemi vil bevege seg ut av laboratoriet gjennom heile døgnet. Det foregår mye prøvetaking ved alle sengeposter. Mange diagnoser krever at prøver tas umiddelbart etter ankomst til sykehuset, og bioingeniørene må derfor også ha kortest mulig veg til akuttmottak og andre akuttavdelinger som intensiv, operasjon og fødeavdeling. I SNR vil det være to til fire bioingeniører på vakt om ettermiddagen og to bioingeniører på natt. Alle fagområder inkludert transfusjonsmedisin skal dekkes.

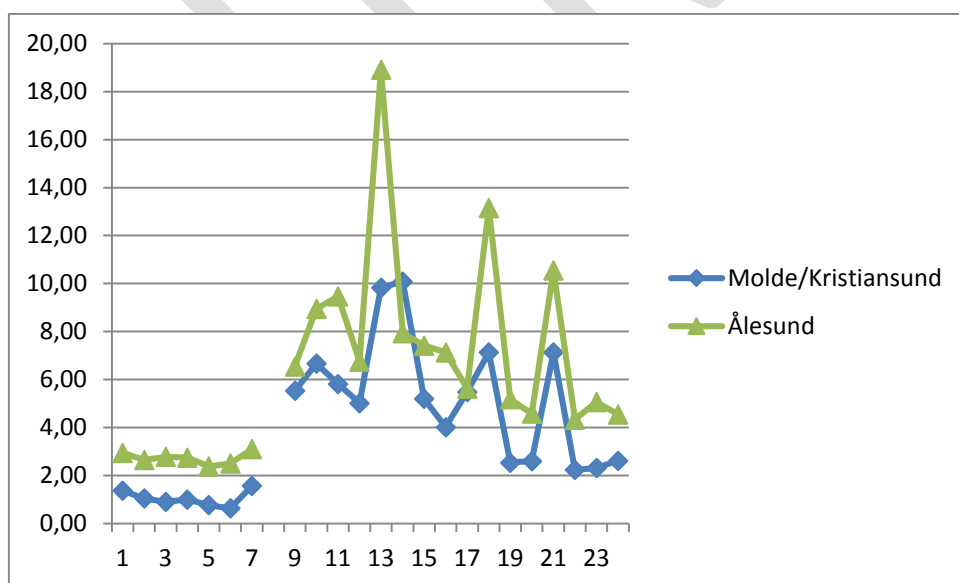


Fig 1: Oversikt blodprøvetaking gjennom døgnet, gjennomsnitt jan-febr 2016. Prøverunde 08 er tatt bort fra tabellen. I snitt tas det 81 prøver totalt i Molde og Kristiansund på morgenrunden klokka 08. Prøvetakinger på barneavdelingen er fjernet fra Ålesund for å kunne sammenligne tallene.

Delfunksjonsprogram

SNR

Prøverunder er i dag 08-13-18-21. Utenom prøverunder tas det øyeblikkelig hjelp-prøver gjennom hele døgnet. I løpet av ei nattevakt mellom klokka 22-07 tas det i snitt 14-15 prøvetakinger totalt i Molde og Kristiansund (tall fra januar/februar 2016).

Trenden i sykehusene er at flere pasienter skal diagnostiseres og behandles på kortere tid. Det settes press på den totale tiden fra prøven er rekvirert til resultatet foreligger. Blodprøvetaking vil derfor i enda større grad foregå hele døgnet på alle ukedager, og man kan derfor i liten grad styre flere prøvetakinger til gitte prøverunder.

Fagområder og hensyn som påvirker arealplanleggingen

PNA

Pasientnær analysering (PNA) organiseres fra AMB i HMR. Blodgassinstrumenter og glukosemålingsinstrumenter er eksempler på PNA-utstyr. Laboratoriet vil ha oversikt og kontroll på instrumentene elektronisk fra laboratoriet. Det avsettes areal til PNA-overvåking i medisinsk biokjemi. Det er aktuelt å plassere ut blodgassinstrumenter i akuttmottak, intensivavdeling og fødeavdeling. Andre avdelinger må ha tilgang til å analysere blodgasser ved laboratoriet. Blodgassinstrumentene på laboratoriet må derfor plasseres ved inngangspartiet.

Totalautomasjon

Å koble sammen instrumenter til en båndløsning som omfatter preanalyse, flere ulike analyseinstrumenter og postanalyse (automatisk kjøleskap), krever et stort rom uten søyler og med støyreducerende takplater. Rommet krever god temperaturregulering. De ulike leverandørene oppgir forskjellig arealbehov for sine automasjonsløsninger. Det må settes av nok areal til automasjonsløsningen, slik at areal ikke blir en begrensende faktor i valg av leverandør i en anbudsprosess. Dette vil kunne gi en dyrere løsning. I verste fall vil det ikke være mulig å knytte instrumenter sammen i automasjonsløsningen. Det er store kvalitetsforskjeller på testene fra ulike leverandører, og man det er ikke ønskelig å binde seg til en leverandør med totalleveranse av utstyrspark og analyser. Arealbehov som oppgis er fra 200 m² til 350/400m².

Ved automasjonsløsningen skal det være valideringsrom med plass til bioingeniører fra flere fagområder.

Det er en fordel om rørpostløsningen inkluderer stasjon ved automasjonsløsningen. Det finnes ulike løsninger som også kan automatisere behandling av prøverør.

Hematologi/koagulasjon

Instrumentene plasseres på totalautomasjon med båndløsning. Minst 90 prosent av valideringen foregår ved autovalidering. Den manuelle valideringen foregår i valideringsrom ved båndløsningen. Det skal være eget rom til manuelle analyser. Rommet skal inneholde avtrekkskap og benk for mikroskop. Mikroskopet er dobbeltmikroskop. Det krever ingen spesielle lysforhold, men god benkeplass.

Klinisk kjemi/immunkjemi

Instrumentene plasseres på totalautomasjon med båndløsning. Valideringen foregår som autovalidering, med manuell validering i valideringsrom ved båndløsningen. Det skal være plass for

Delfunksjonsprogram

SNR

behandling av kalibratorer/kontroller på benk i automasjonsrommet. Det må også være plass til kjøleskap/kjøleskuffe til oppbevaring av kalibratorer og kontroller.

Allergi/proteiner/andre analyser

Instrumenter for allergi, proteiner og andre analyser skal ha plass i eget rom. Ved analyserommet skal det være eget valideringsrom.

Urinanalysering

Rom for analysering av urinprøver skal ha avtrekkskap. Rommet skal ha benk med plass til strimmelavlesningsinstrument, bordsentrifuge på egen benk og benk for mikroskop. Mikroskopet er dobbeltmikroskop. Krever ingen spesielle lysforhold, men god benkeplass.

Urinprøvene kommer fra kliniske avdelinger og poliklinikken. Prøvene skal settes i kjøleskap som bør stå ved inngangspartiet ved medisinsk biokjemi. Rom til urinanalysering bør derfor være i nærheten av dette og evt. også nært prøvemottak (rørpost).

Transfusjonsmedisin/blodbank

Blodforskriften er styrende for utforming av blodbanken. Ved blodbanken skal det tappes blodgivere ved tre lokasjoner; SNR Hjelset, SNR Kristiansund og i Molde sentrum. All produksjon skal foregå ved SNR Hjelset.

Typing og antistofscreening foregår maskinelt. Det er et nært samarbeid mellom blodbankene i HMR, slik at sykehusene i stor grad er selvforsynt med blodprodukter i HMR.

For å kunne utnytte bioingeniører ved seksjonen godt **må** blodbanken ligge nært resten av seksjonen. Dette er spesielt viktig på vakt. I tillegg til å sette opp blod til pasienter har bioingeniørene ansvar for all aktivitet på alle fagområder på vakt. På nattevakt er bioingeniør med ansvar for blodbanken en av to bioingeniører som har ansvar for alt bioingeniørfaglig arbeid. Dette inkluderer også blodprøvetaking. Bioingeniør er derfor ikke alltid til stede i blodbanken for å sende blod med rørpost. Det må derfor legges til rette med blodbankskap som er tilgjengelig for sykepleiere hele døgnet.

Blodgivere skal ha enkel tilgang til blodbanken.

Blodbankene i HMR skal til enhver tid ha et beredskapslager for utstyr (blodposer) og reagenser for 3 måneders drift jfr. Veileder for transfusjonstjenesten i Norge, utgave 7 2 2015. Lokaler for dette beredskapslageret trenger ikke ligge i nær tilknytning til blodbanken, men kan være i kjeller.

Poliklinikk blodprøvetaking

Poliklinikkens blodprøvetakingsrom bør ligge sentralt i sykehuset og ha universell utforming. For å kunne utnytte personalet godt, bør rommene ikke ligge langt fra laboratoriet. En ekspedisjon ved poliklinikken vil bidra til god effektivitet ved poliklinikken. Ekspedisjonen må bemannes av helsesekretær med laboratoriefaglig kompetanse, dvs. bør være ansatt i laboratoriet og rullere mellom andre ansatte ved seksjonen. Venterom bør være plassert slik at det ikke er direkte innsyn til prøvetakingsrommene. Dette begrunnes i hensyn til diskresjon og personvern.

Det må være et toalett til urinprøve-taking. Dette rommet må ha et skap/luke i veggen hvor urinprøven kan settes fra seg av pasient og hentes av ansatte uten at de trenger å gå inn på toalettet.

Delfunksjonsprogram

SNR

Det er behov for et areal til arbeidsbenk og kjøleskap.

Ett av rommene skal innredes til prøvetakingsrom for barn. Rommet må lydisoleres.

Det må være mulig å ha kontakt mellom rommene for å kunne varsle kollega dersom en trenger hjelp.

Det må legges til rette for et avskjermet rom hvor man kan få tilbud om avlevering av spermieprøver.

12.1.5 Patologi

Det anbefales å plassere rom for fryseselement nær operasjonsstuene.

Fryseselementrom må inneholde:

Frysemikrotom: størrelse 100x150 cm

Lafbenk/fryseselementbenk (med vask) 150x150 cm

Avtrekkbenk med vask til farging 150x150

Benk til mikroskop for sjekking av resultat og PC for makro-diktering: 150x100 cm

Plass til scannerutstyr for digital patologi: 150x100 cm

Fryseselementrommet defineres som urent rom. Det skal være håndvask ved døra.

Arkiv for patologi samles i Ålesund.

12.1.6 Fellesareal

Innkjøring/validering av nytt utstyr

For å drive testing, innkjøring og validering av instrumenter og metoder må det settes av et eget rom.

Rommet skal benyttes både av biokjemi og mikrobiologi.

Lagerplass

Drift av laboratorium krever stor lagerplass, både for reagenser som skal oppbevares i romtemperatur og kjølevarer. I tilknytning til medisinsk biokjemi og mikrobiologi må det være kjølerom til oppbevaring av reagenser mm. Det er viktig at lagerplass er i nær tilknytning til laboratoriene.

Prøvemottak

Det planlegges felles prøvemottak for laboratoriene i SNR. Rørpost må derfor gå hit. I tillegg må det legges til rette for levering av prøver som ikke kan sendes med rørpost. Kartlegging av hvilke prøver dette gjelder, vil bli utført før innflytting i nytt sykehus. Se også kapittel 6.

Etttersom det ikke alltid vil være personale tilstede i laboratoriet må det være mulig for sykepleiere å ha tilgang til kjøleskap ved inngangspartiet.

Pauserom, undervisningslokaler, toaletter

Laboratoriene må ha pauseareal tilgjengelig. Dersom laboratoriene plasseres nær hverandre kan pauserom være felles, men det må være pauserom tilgjengelig i nærheten av medisinsk biokjemi/blodbank for vaktpersonalet. Undervisningslokaler må være lett tilgjengelig.

Delfunksjonsprogram

SNR

Akkreditering

Det arbeides med å akkreditere laboratoriene i SNR. Laboratoriene må derfor ha adgangskontroll. Ingen andre spesielle krav. Utover det som er beskrevet under kap.12

Forskning

Forskning er en prioritert oppgave i HMR. De siste årene har laboratoriene fått flere forskningsoppgaver, både i forbindelse med prøvetaking og analyse. Det må legges til rette for at ansatte ved laboratoriene skal kunne drive egen forskning. I tilknytning til laboratoriearealene må det planlegges et eget forskningslaboratorium med plass til avtrekksskap/sikkerhetsbenk, sentrifuger, frysere og nok arbeidsbenker.

Kontorer og administrasjon

Det må planlegges nok kontorer til ledere, leger, fagbioingeniører og andre ansatte i laboratoriene. Laboratoriet må ha en ekspedisjon som også utfører rene kontoroppgaver for laboratoriene.

12.1.7 Smittevern

Medisinske laboratorier håndterer smittefarlig prøvemateriale. Særlig ved medisinsk mikrobiologi håndterer, oppkonsentrerer og lagrer man smittestoffer som kan gi sykdom med fatalt utfall ved ulykker/uhell i laboratorium eller villet spredning (terroranslag). Håndtering av slike smittestoffer skal bare skje av trent personell i spesielt adgangskontrollerte laboratorier. Ofte vet man ikke ved analysestart om en prøve inneholder spesielt farlige mikrober, særlig laboratorier som driver dyrkningsbasert diagnostikk bør derfor være plassert adskilt fra annen laboratoriedrift. Dette gjelder også laboratorier med lavere inneslutningsnivå enn IN3.

Erfaringer fra ebolautbruddet i 2014 viste at det også på mindre laboratorier er behov for å unntaksvis kunne håndtere IN4 agens, og man må vurdere om et av IN3 laboratoriene skal ha mulighet for høyning av inneslutningsnivå ved behov.

Spredning av antibiotikaresistente mikrober i sykehus er et globalt problem som ser ut til å fortsette å øke i omfang. Mikrobiologiske laboratorier spiller en helt sentral rolle i forebygging, påvisning, sporing og bekjempelse av slike utbrudd.

12.1.8 Prinsipper for flyt til og fra laboratoriene

- Det planlegges rørpost i SNR. Svært mange av prøvene kan sendes i rørposten, men det er likevel unntak. Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI)- dokument om blodgasser påpeker at ved sending av blodgasser i rørpost kan O₂ -innholdet påvirkes. Sending av spinalvæske, sædprøver og urinprøver til mikroskopi kan også tenkes å være problematiske. Ved St. Olavs Hospital har det etter at ny plastkvalitet ble tatt i bruk i blodposene, vært mange brekkasjer ved sending av blodposer i rørposten. Hva som kan sendes, må valideres før rørpostanlegget kan tas i bruk.
- Personalet ved sykehusets andre avdelinger vil komme til å måtte ha tilgang til noen av

Delfunksjonsprogram

SNR

arealene ved laboratoriet og blodbanken. De må ha tilgang til blodgassinstrument, henting av blod og levering av spesialprøver.

- Prøver som kommer inn fra legekantorene ankommer i spesielle koffert/bag'er. og fraktes inn til felles prøvemottak.
- Bioingeniørene skal bevege seg til alle sykehusets avdelinger. Et sentralt plassert laboratorium vil bidra til korte avstander og bidra til god ressursutnyttelse av arbeidskraften.

Prøveflyt

- Prøver som tas på sengeposter kan sendes direkte til prøvemottak, eventuelt direkte til totalautomasjonen. Prøver som ikke kan sendes i rørpost må leveres til prøvemottaket. Dette kan være spesialprøver, spinalvæsker, blodgasser mm.
- Prøver fra prøvetakingspoliklinikken kan sendes med rørpost. Dersom urinprøver skal sendes med rørpost kan det være nødvendig med forbehandling av urinprøvene på poliklinikken (prøven må helles over i beholdere som kan sendes med rørpost). Det må i tilfelle være egen benkeplass til dette.
- Blodkulturer plasseres direkte i blodkulturmaskin etter prøvetaking.
- Blodposer som er tappet i Kristiansund og Molde skal fraktes i spesielle transportkasser til produksjon ved blodbanken.
- Prøver fra primærhelsetjenesten/andre sykehus som ankommer med hentetjeneste eller med Postverket/Bring fraktes til felles prøvemottak og pakkes opp der.
- Felles prøvemottak/forsendelse sender blodprøver, patologiprøver videre til Ålesund eller andre sykehus.

12.1.9 Spesielle bygningsmessige krav

Det skal bygges tre IN3 laboratorier med tilhørende krav til ventilasjon, trykk og overflater.

Disse tre laboratoriene med tilhørende sluse og teknisk rom, bør ligge så avsides som mulig. Rommene krever stabile trykkforhold, og stiller derved krav til hvilke rom som ligger i nærheten. Andre faktorer som spiller inn er brannkrav/brannskiller, rømningsvei, persontrafikk. Det skal være dobbelt avtrekk som skal plasseres så høyt som mulig. Konsekvenser for plassering av dette luftuttaket ved ulike vindretninger i forhold til andre luftinntak i bygget, må simuleres og vurderes. Ventilasjon til rommene krever mye føringsveier og areal. Det er krav om eget teknisk rom, bla til HEPA filter (stort). Filteret skal være så nær rommet som mulig. Spjeld skal være så nær lab som mulig.

Det skal være sikkerhetsbenker i alle IN3 labene

Laboratorier for genteknologi har bygningstekniske krav avhengig av valg av åpen eller lukket prosess.

Delfunksjonsprogram

SNR

Alle laboratorierom som skal inneholde instrumenter må ha god temperaturregulering og støyabsorberende plater(materiale) for eksempel i taket.

13 Ikke medisinsk service og teknikk

13.1.1 Føring fra Hovedfunksjonsprogrammet

Funksjonen omfatter blant annet: avfall, behandlingshjelpemidler, beredskap, IKT-drift, medisinsk teknikk, renhold, sengehåndtering, sentralkjøkken, sentrallager/varemottak, sikkerhetstjeneste, sterilsentral, transport/portør, tøyhåndtering

Helse Midt-Norge har gitt en strategisk føring gjennom styresak 66/2008 Helse Midt Norge – *etablering av ett regionalt lager for hele helseforetaksgruppen*. I tillegg er det vedtatt 6 regionale prinsipper for logistikk:

- Bestillingsprinsippet
- Informasjonsprinsippet
- Distribusjonsprinsippet
- Forsyningsprinsippet
- Organisasjonsprinsippet
- Transaksjonsprinsippet

For SNR betyr dette at det skal etableres ett sentralt varemottak/terminal som mottar varer fra sentralt lager. Alle varer skal føres direkte til avdelings lager (nivå 2).

Det er behov for lager for IKT utstyr og nærhet til eller lett tilgang til varemottak.

Alt avfall skal kildesorteres og mellomlagres i enhet og deretter bringes til avfallssentral / miljøhall for videre transport ut.

Det skal etableres eget produksjonskjøkken i SNR som bringer måltider og forsyninger direkte til enheter i SNR og Distrikts psykiatriske senter (DPS).

Alle funksjoner i forbindelse med drift, vedlikehold og renhold samlokaliseres.

Arealrammen fra HFP til denne delfunksjonen er på 2 858 m².

Underkapitlene nedenfor beskriver delfunksjonenes områder og romprogram.

13.1.2 Driftskonsept

Avfall

Det legges til grunn at sykehusets egen avfallsplan benyttes til sortering og behandling av avfall. Det etableres miljøhall for sortering og mottak av de ulike avfallsfraksjoner. Den bør etableres nær

Delfunksjonsprogram

SNR

varemottaksområdet. Et godt fysisk arbeidsmiljø ivaretas. Det bør være en egen lasterampe, som må være lett tilgjengelig for tyngre kjøretøy. Miljøhallen må plasseres slik at trafikkstøyen ikke er sjenerende.

En miljøhall vil ha betydelige utfordringer med tanke på inneklima, logistikk, sikkerhet og fysisk arbeidsmiljø. Dette må ivaretas i den videre prosess.

I sykehuset skal lager, urent, (avfallsrom) ha plass for oppstilling av hensiktsmessig kildesorteringsutstyr. Mest mulig emballasje skal stripes før varen ankommer brukerstedet. Alt avfall skal være forsvarlig emballert i henhold til gjeldende avfallsprosedyrer.

Primært ønskes ett felles avfallstransportsystem/sug med én fraksjon som ville transportere ca. 50 % av avfallet. Avfall som ikke transporteres med sug, kildesorteres på avdelingene og transporteres til miljøhallen. Transportmiljøsystemet må ivareta krav til ansattes arbeidsmiljø og hygieniske forhold. Luke til avfallstransportsystemet ønskes plassert i lager, urent (avfallsrom) som må etableres slik at det blir lett atkomst fra alle brukersteder.

Det tilrettelegges med kjølt lager til risiko- og smitteavfall i miljøhallen samt fryserom til biologisk avfall.

Sentralt avfallstransportsystem/sug utredes i forprosjektfasen men inngår i kostnadskalkylen i denne fasen. Areal til dette settes av i romprogrammet.

Avgrensning

Funksjonen omtaler ikke desentrale lager, urent (avfallsrom). Disse programmeres av de enkelte funksjonene som har behov for dem. Lager, urent, må være nær heis.

Lager til tomme gassflasker inngår i romprogrammet til avfallshåndtering, men kan slåes sammen med gassflaskelager til utlevering (i ren og uren sone), lokalisert i varemottaket.

Allmennteknisk avdeling (FDVU)

Allmennteknisk avdelingen har ansvar for forvaltning, daglig drift, vedlikehold service og utvikling av sykehuset sine bygg og eiendommer.

Drift og vedlikehold omfatter bl.a. allmenntekniske verksteder, bygge- og eiendomsadministrasjon samt fasiliteter til utvendig vedlikehold.

Funksjonen har behov for driftskontroll til overvåking av tekniske alarmer (SD-anlegg) i eget rom som kan samlokaliseres med sikkerhetssentralen. I tillegg er det behov for lager til utlevering av byggematerialer, el-deler, VVS og maling.

Lagerarealer kan med fordel ligge i eller i nærheten av varemottak.

Det er behov for 13 kontorarbeidsplasser samt et kundemottak.

Prinsipielt skal alle bruke felles garderobe men allmennteknisk avdeling har behov for liten garderobe (med dusj) for skifte av tøy ved særlig urent arbeid.

IKT

Helse Midt IKT (HEMIT) har ansvar for forvaltning, daglig drift, vedlikehold, service og utvikling av sykehusets IKT installasjoner og utstyr.

Funksjonen har behov for et lager til nytt utstyr og arbeidsplasser til ompakking.

Avgrensning

Det planlegges med et regionalt serverrom for HEMIT på 160 m². Rommet skal være ett av tre serverrom som HEMIT disponerer i hele helseforetaket. Rommets funksjon skal dekke hele helseregionen.

Medisinsk teknikk

Medisinskteknisk avdeling ivaretar tilsynsmyndighetenes krav i forbindelse med elektro-medisinsk utstyr med hensyn til anskaffelse, mottakskontroll, installasjon, brukeropplæring og vedlikehold.

Hovedtyngden av arbeidet skal foregå i et felles servicelandskap med arbeidsplasser for 10 mennesker, hvorav 8 ingeniører, 1 tekniker og 1 seksjonsleder. Ved hver arbeidsplass skal det være et bord i en L-fasong. Den ene delen benyttes til PC med 2 skjermer og delvis arbeidsbord hvor det ikke kreves jording, den andre delen er antistatisk. Fellesarealet brukes også til mottak og registrering av MT-utstyr.

Enheten trenger et mekanisk verksted med avtrekk, gass rom, røntgenrom, desinfeksjonsrom, pakkerom og emballasjerom. Det er behov for lagerplass for forbruksartikler, lager for utstyr og lager- urent.

Det forutsettes at funksjonen plasseres i nærhet til avfallsrom og lasterampe.

I tillegg er det behov for fire satellittverksteder i nærheten av dialyse, operasjon/anestesi, røntgen og laboratoriet.

Renhold og sengehåndtering

Renhold ivaretar daglig renhold på sykehuset, maskinelt renhold, periodisk renhold, hovedrengjøring, spesialrenhold, vindusvask, bygg rengjøring, skylleroms arbeid og daglig vask av smitterom og smitte utvask av rom.

Renhold har også ansvar for vask av mopper, kluter, matter, gardiner, dyner og puter. Dyner og puter autoklaveres etter hver pasient.

Personaltøy, pasienttøy og sengetøy vaskes av eksternt vaskeri. Det er ønske om at vasket tøy bør leveres ferdigpakket i lukkede vogner fra vaskeriet og transporteres direkte til mottakssted.

Delfunksjonsprogram

SNR

Ved nytt sykehus forutsettes med daglig transport (5 dager i uken) av tøy. Antall vogner med skittent tøy estimeres til ca. 35 per dag. Vogner med rent tøy estimeres til ca. 20 per dag. Varemottak og avfallssentralen må ha kapasitet for å ivareta denne flyten. Bruk av tøysug vurderes i neste fase, dersom tøysug velges må det sikres plass til kontainer for skittent tøy i miljøhallen.

Det legges opp med en modell med sentral renholdsbase hvor renholdspersonalet tar med seg vogner/maskiner ut i sykehuset, dvs. det ikke er behov for bøttekott ut i avdelingene. Desinfeksjonsrom vil ha utslagsvask og noe renholdsutstyr hvis det må gjøres renhold av avdelingspersonalet.

Det er ønskelig med eget arbeidssenter til renhold med møterom og en del PC-plasser som skal være i tilknytning til renholdsbasen.

Det tas utgangspunkt i en sentral sengevask i fremtiden, hvor sengene rengjøres hver gang i sengesentral. I sengesentralen vil det også være mulig å vaske annet rullende materiell. Ved periodisk maskinell vask av senger kan arealet til sengesentralen eventuelt reduseres. Det må vurderes om sengetransport skal ha kapasitet til å frakte to senger samtidig.

Det vil være behov for eget verksted til reparasjon av senger som skal ligge i nærheten av sengesentralen.

Vaskehallen må ha en ren side med lagringsplass for senger og plass til å re opp senger samt lagringsplass til ekstra dyner og puter.

Autoklave til dyner og puter samt renholdsbasen bør ligge i nærheten til sengesentralen.

Avgrensning av funksjonen:

Det vil være behov for et lite lager på avdelingene til oppbevaring av forbruksvarer f.eks. toalettpapir og plastposer. Disse programmeres av den enkelte funksjonen.

Tøyautomat (personaltøy) og garderober programmeres i personalservicefunksjonen.

Kjøkken

SNR-prosjektet har på oppdrag fra foretaket gjennomført en utredning av kjøkken- og matforsyning for Helse Møre og Romsdal. Gjennom utredningen har arbeidsgruppa vurdert fem alternativer i henhold til matkvalitet, økonomi og samfunnsmessige hensyn. Arbeidsgruppa vurderer alternativet med nytt produksjonskjøkken på akuttsykehuset på Hjelset som mest hensiktsmessig. Dette produksjonskjøkkenet skal forsyne Nordmøre og Romsdal. Utredninga omfatter både funksjonsbeskrivelse og arealbehov.

Som matkonsept er det valgt kok-kjøll metoden. I dagens kok - kjøll kjøkken er de forskjellige metodene kombinert for å få optimal kvalitet på de enkelte råvarer. Et kok- kjøll kjøkken kan være i drift mandag – fredag på dagtid, og kan ved riktig planlegging av vareflyten produsere jevnt over hele driftstiden. Videre legges det opp til at man på sikt går over til 1-2-3 metoden. 1-2-3 metoden er en videreutvikling av kok – kjøll metoden. Rett etter at maten er produsert i det sentrale kjøkkenet legges den opp på porselenstallerken i et kjølt pakkerom. Deretter kjøres rettene gjennom en

Delfunksjonsprogram

SNR

pakkemaskin for forsegling/plasting. Fra den tid er rettene tildekket av plast helt til pasienten ønsker å spise. Maten varmes opp i mikrobølgeovn på brukerstedet. Slik sett får brukerne alltid varm nok mat, noe som ofte er et problem ved brettservering.

Kjøkkenet skal ha egen avskjermet innlastingsrampe til innlevering av gods. Det skal sikres plass til et arbeidsbord og pc i kjøkkenets varemottak. Kok- kjøll metoden betyr at maten er tillaget og varmebehandlet, for deretter å bli hurtig nedkjølt til under 4° C. Innen kok - kjøll metoden er det en rekke andre metoder som vakumering, sous vide, capcold og bake off.

Sikkerhetstjeneste

Det vil være en vekttertjeneste med fokus på forebyggende sikkerhet. I dag er god del av sikkerhetstjenesten innleid. Det etableres en sikkerhetssentral med overvåking av sikkerhetsalarmer, ITV-overvåking og muligheten for rask avsperring av adkomsten til sykehusets avdelinger/sengeposter. Herfra vil det være døgnkontinuerlig drift og overvåking. Sikkerhetssentralen ønskes nært driftssentralen.

Varemottak, internttransport, portør og post.

Det er viktig at alle ledd i forsyningstjenesten fungerer. Valgt løsning skal i størst mulig grad gi arealeffektivitet og ta hensyn til moderne teknologi, driftseffektivitet og god funksjonalitet.

Funksjonen har drifts- og logistikkansvar for forbruksvarer til sykehuset. Dette inkluderer medisinsk og ikke-medisinsk forbruksmateriell, herunder sterilt og ikke-sterilt engangsutstyr til bruk ved operasjoner.

I følge retningslinjer fra Helse Midt-Norge skal det etableres varemottak hvor forbruksvarer leveres til sykehuset fra et felles regionalt sentrallager. All godstransport inn til sykehuset skal være via varemottaket. Det forutsettes at leveransene fra sentrallageret kommer i ferdigpakket vogner og transporteres direkte til den enkelte avdelingen. Innlastningsramper for vanlig gods må tilrettelegges med tilstrekkelig kapasitet. Innlastningsrampene må tilpasses tyngre kjøretøy. I tillegg er det behov for egen rampe for innlastning av mat i varemottaket som må være adskilt/lukket fra de andre rampene. Det må etableres en oppstillingsplass for vogner som skal videre transporteres. Oppstillingsplassen må være dimensjonert i forhold til oppstilling/klargjøring av vogner som skal transporteres kveld- og nattetid.

Det vil i tillegg komme varer direkte til varemottaket fra transportører som ikke er del av felles regionalt sentrallager. Det må avsettes areal til sortering av disse leveransene samt areal til bufferlager. I tillegg er det behov for et beredskapslager til infusjonsvæsker.

Det skal etableres arbeidsplasser for daglig ledelse og styring av varemottaksfunksjonen.

I tillegg er det behov for gassflaskelager for oppbevaring av medisinske gasser til utlevering. Lageret skal plasseres mot fasaden og være lett tilgjengelig til ambulanspersonell.

Post

Delfunksjonsprogram

SNR

Det er i dag i prinsippet ett felles postmottak i foretaket, adresse 6026 Ålesund. I praksis mottar derimot alle sykehusene post (brev) både sakspapirer og pasientrelaterte dokumenter. Post blir sendt mellom alle 4 sykehusene med buss i transportkasser (internpost).

I Kristiansund tar sentrallageret imot post via sitt varemottak og legger dem inn på postrommet.

I Molde leveres post til postmottaket. Ansatte ved logistikk- forsyning og internttransport håndterer all post og pakker.

Det forventes en nedgang i tradisjonell posttjeneste. Mer korrespondanse skjer elektronisk og nesten all post kommer inn til felles postmottak blir skannet og lagt i saks- og pasientarkiv (Ephorte). Det er ønske om at post internt i sykehuset distribueres mest mulig med røpост i fremtiden. Øvrige forsendelser vil kunne distribueres med AGV eller unntaksvis med portør.

Funksjonen bør plasseres som del av varemottaket for mottak av pakker samt sortering av pakker og post. Godt egnet lokale for frankeringsmaskin og sortering av brev inn og ut. Det må være egnet rom med IKT tilgang for alle ansatte som skal håndtere post og pakker. Godt med plass til pakkeleveranse samt gode arbeidsbenker/verktøy som ivaretar HMS.

Arkiv

Patologiarkiv samles i Ålesund.

Transport

Det er behov for innendørs oppbevaring av kjøretøy, henger, møbler, lift, sandlager og brøyteutstyr. Garasjeanlegget til dette kan plasseres utenfor selve sykehuskroppen.

Eventuelt røpостsentrall forutsettes at inngår i bruttoarealet.

Portørtjeneste

Det er ikke forutsatt med en sentral portørtjeneste for transport av pasienter i nye sykehuset. En ser for seg at oppgaven utføres av en servicemedarbeider/portør i avdelingene.

Behandlingshjelpemidler

Behandlingshjelpemidler leveres delvis fra Trondheim. Det planlegges med et lite lager til behandlingshjelpemidler i varemottakets sine lokaler. I tillegg skal det være et lite lager til dette tilknyttet inngangspartiet.

Avgrensing

Engangsartikler distribueres til sterilsentralen via varemottaket men selve sterilsentralen programmeres i delfunksjonen for operasjon

Fellesareal

Det planlegges med fellesområde med møterom til hele delfunksjonen. Dette forutsatt at hele

Delfunksjonsprogram

SNR

delfunksjonen er lokalisert i samme område.

14 Kontor, undervisning og forskning, personal- og pasientservice

Denne delfunksjonen omhandler

- Kontor og administrasjon
- Undervisning og forskning
- Personalservice
- Pasientservice
- Lærings- og mestringssenter
- Prestetjeneste

14.1 Kontor og administrasjon

14.1.1 Føring fra Hovedfunksjonsprogrammet

Administrasjon og ledelse i Helseforetaket er lokalisert til Ålesund. Stabsfunksjoner direkte tilknyttet SNR er forutsatt løst i eksisterende bygg, som eksempel på Strandheim. Dette gjelder også Bedriftshelsetjenesten, tillitsvalgte og verneombud. Inne på sykehuset må det være tilgang på møterom og besøksarbeidsplasser for 5-6 personer for administrativt personell.

Alle ansatte skal ha tilgang til en datamaskin slik at det legges til rette for at ansatte får utføre den delen av jobben som innebærer kontoraktivitet.

Kliniske kontorfunksjoner skal i størst mulig grad ligge i tilknytning til klinisk virksomhet.

Det skal skilles mellom de som har behov for arbeidsplass og de som har behov for eget kontor eller fast kontorplass

Alle møterom skal være en felles ressurs i hele SNR.

14.1.2 Driftskonsept

Sykehusene har de senere årene endret virksomheten betydelig ved reduksjon i liggetid, og derav behov for rask beslutningskompetanse nært sengeområdene. Det er også økt poliklinisk aktivitet og dagbehandling. Antall studenter som personell i opplæringsstillinger øker. Samhandling eksternt øker behov for tilgjengelig veiledningskompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Disse faktorene gir behov for tilgang på kontorplasser, men ikke nødvendigvis private plasser.

I kontorområdene skal det være fokus på arbeidsplassløsninger som tilrettelegger for rasjonelle arbeidsprosesser, god informasjonsflyt, erfaringsdeling og bistand og støtte. Det er behov for flere typer arbeidsplasser og god fleksibilitet til å endre og tilpasse funksjonen mot en stadig skiftende sammensetning av personell

Delfunksjonsprogram

SNR

I SNR skal kliniske kontorarbeidsplasser i stor grad ligge i eller nær kliniske funksjoner. Dette betyr at man ikke samler kontorer i egne bygg eller på egne etasjer men plasseres desentralt i bygningskroppen. Plassering av kontorer og støtterom som møterom bør være slik at de ligger i yttersone av kliniske areal nær heis og trapp for å unngå gjennomgang i kliniske arealer. Det planlegges med i hovedsak tre kategorier arbeidsplasser.

I HMR er det nødvendig med kommunikasjon på tvers av sykehusene, og Lync blir brukt i stor grad som kommunikasjonsform for å redusere reisevirksomhet mellom sykehusene. Ved telefonsamtaler vil det også i mange tilfeller være behov for tilgjengelighet til PC. Det må legges til rette for at ansatte skal ha tilgang til PC eller annet dokumentasjonsverktøy. Dette er også en viktig premis når kontorarealer skal utformes.

Kontorplasser klinikknære arbeidsplasser

Dette er faste arbeidsplasser for klinikkledelse, leger, behandlere, og annet personell tilknyttet klinikkene med behov for kontorarbeidsplass. Dette er arbeidsplasser som må være nært klinikkene men ikke nødvendigvis i klinikkene. Antall og areal er beregnet i HFP ut i fra type stilling.

Kontorplasser for merkantil/administrative funksjoner o.l. i kliniske arealer.

Faste kontorarbeidsplasser direkte i klinikkene som f.eks ekspedisjoner og egne kontorer for sekretærer, skrivetjeneste, registrering etc. Disse plassene går ikke av kontorarealet men programmeres i funksjonsarealet for hver funksjon (sengeposter, poliklinikker osv)

Tverrfaglige ikke-faste arbeidsplasser

Dette er ikke-faste arbeidsplasser som kan benyttes tverrfaglig som til-og-fra arbeidsplasser eller baser for sykepleiere/miljøpersonalet for kortvarig kontorarbeid. Disse programmeres også i funksjonsarealet til hver funksjon.

Romtyper arbeidsplasser

Arbeidsmiljøloven AML§ 4-1 (1) gir en del krav til utforming av arbeidsplasser. Blant annet skal arbeidsplassen være tilpasset den enkelte arbeidstaker og arbeidssituasjon. Kontor / dataarbeidsplasser har krav til areal 6m² pr. fast ansatt, dagslys, tilstrekkelig ventilasjon med mer.

Type kontorløsning og tildeling av disse bør velges på bakgrunn av hvilke typer arbeidsoppgaver som skal utføres og hvem som skal utføre de. Det er viktig å legge til grunn at arbeidstakere har ulike tålegrenser i forhold til støy, temperatur og avskjerming.

Viktige moment ved utforming av kontorløsning:

- Behov for faste arbeidsplasser eller fleksible arbeidsplasser
- Konsentrasjonsarbeid
- Krevende telefonsamtaler
- Krav til konfidensialitet/ taushetsplikt
- Behov for samarbeid og informasjonsflyt
- Kunnskapsdeling

Delfunksjonsprogram

SNR

- Opplæring
- Behov for individuell tilrettelegging

Oppbygging av kontorområder

Kontorområdene bygges opp med følgende funksjoner:

Cellekontor

Arbeidsplass i små rom for en person eller to personer når arbeidsoppgavene tilsier dette. Skrivebord, skap og hyllesystem og tilrettelagt for samtaler med 1 til 2 besøkende.

Blant annet vil det være aktuelt å planlegge med et cellekontor til stedlig leder i det kliniske arealet med plass til samtaler med medarbeidere.

Teamkontor

Grupperte arbeidsplasser fra 3 til 10 personer samlet i et rom. Inneholder Skrivebord, låsbare skap, hyllesystem, skjermvegger, grønne planter og annen hensiktsmessig innredning som også bidrar til å skape skille mellom arbeidsplassene.

Arbeidsstasjoner eller tverrfaglige kontorplasser

Ikke-fast kontorarbeidsplass for kortvarig arbeid ved skjerm. Registrering i journal, oppslag, overvåking etc. Plassert sentralt i klinisk areal hvor personalet går til og fra

Ekspedisjoner

Faste og delvis faste arbeidsplasser ved henvendelsespunkt. Ofte med skranke. Utadrettede og interne arbeidsplasser adskilles i soner. Henvendelsespunkt skal være universelt utformet og utformingen skal ivareta arbeidsplassene med hensyn til støy, trekk, inneklima og sikkerhet. Eventuell venteplass må plasseres med hensyn til konfidensialitet.

Andre støtterom

Stillerom

I tilknytning til teamkontor skal det være en andel stillerom spesielt egnet til å ta konfidensielle samtaler i telefon eller mellom personell.

Print/Kopirom

Lukket rom med printere og kopimaskin samt lagring av diverse rekvisita. Skjermet for støy mot arbeidsplassene.

Åpen møteplass

I et kontorområde kan det etableres soner som både sosiale og faglige samlingspunkter som ligger noe skjermet fra arbeidsarealene gjerne i nærheten av kaffestasjon/minikjøkken. Møbleres med sittegrupper.

Delfunksjonsprogram

SNR

Minikjøkken

Enkel kjøkkenløsning med kum, lite kjøleskap og stillegående oppvaskmaskin. Skap for noe oppbevaring.

Møterom

Til et kontorområde tilhører et standard møterom beregnet på 10-12 personer. Alle møterom utstyres med AV-løsninger og noen utstyres med videokonferanse til felles bruk i bygget.

Felles for SNR skal det være noen større møterom plassert mer sentralt i bygget.

De fleste møterom tas fra kontorarealet tildelt i HFP. Unntak er møterom som har en spesifikk funksjon slik at de ikke kan brukes utenfor arealet. (Eksempelvis beredskapsrom, bildedemonstrasjonsrom etc). En del møterom vil også ligge i tilknytning til sengeområder og poliklinikker.

14.2 Personalservice

14.2.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet

Personalgarderober skal dimensjoneres slik at alle ansatte har mulighet for å skifte tøy og dusje.

Alle ansatte skal ha tilgang til garderobeskap og mulighet for oppbevaring av verdisaker mens de er på jobb.

Det er planlagt med felles kantine for ansatte, pasienter og besøkende.

Det skal legges til rette for at ansatte som ikke kan forlate arbeidsplass i forbindelse med spisepauser eller kortvarig hvile kan gjøre dette i egen enhet.

14.2.2 Driftskonsept

Helsefremmende arbeidsplass

HMR har som mål å være en helsefremmende arbeidsplass. Dette innebærer blant annet at det nye sykehuset skal stimulere til aktivitet for ansatte. Trapp bør plasseres ved siden av heis, sentralt plassert når de ansatte skal forflytte seg til/fra garderobe, kantine med mer. God ventilasjon/lite gjenklang/akustikk. Gode dusj- og garderobeforhold, aktivitet til/fra arbeid for eksempel med gode sykkelstier og sykkelparkeringer under tak (noen med el-lading), overvåket, med nærhet til garderobe/personalinnganger. Garderober som utover det å oppfylle gjeldende krav, gir plass til aktivitetsutstyr (sykkelhjelmer og tørke av ytterklær).

Det skal være atskilte garderober for menn og kvinner som oppfyller kravene i arbeidsplassforskriften (tilstrekkelig plass for oppheng tøy, låsbart, tilstrekkelig plass til å skifte, speil, nødvendig antall sitteplasser, ventilasjon).

Delfunksjonsprogram

SNR

Personalet skal også ha mulighet til oppbevaring av verdisaker mens de er på jobb slik at i hver enhet skal det planlegges med små låsbare oppbevaringsskap.

Gravide og ammende skal ha mulighet for å legge seg ned og hvile under egnede forhold.

Kantine dimensjoneres for 150 plasser. Kantine organiseres med felles kjøkken og serveringsdisk men med ulike soner for ansatte og pasienter/besøkende.

For personell med lange vakter skal det være mulighet for hvile gjennom vekten. Det avsettes areal til hvilerom

14.3 Pasientservice

14.3.1 Driftskonsept

Universell utforming for pasienter og ansatte:

SNR skal være enkelt tilgjengelig for alle, og det skal tilstrebes å oppnå universell utforming for pasienter og ansatte. Teknisk forskrift gir klare føringer for dette og innebærer at valgte hovedløsninger skal være tilgjengelige for bevegelsehemmede, syns- og hørselshemmede, personer med nedsatt orienteringsevne og astma/allergi.

Pasientservice

I SNR skal det legges til rette for servicerelaterte funksjoner som:

- Resepsjons- og informasjonstilbud
- Helseressurscenter / Læring og mestring
- Areal til brukerorganisasjoner
- Utleieareal som f.eks. kiosk eller lignende
- I tillegg Prestetjeneste og multikulturelle tilbud til både ansatte og pasienter/besøkende

Resepsjon

Sentralt i sykehuset synlig og tilgjengelig ved hovedinngang skal det plasseres en resepsjon. Denne skal betjene alle generelle henvendelser for hele sykehuset. Kontorplasser for sentralbord samlokaliseres og legger til rette for jobbotasjon. I tillegg skal resepsjonen være knutepunkt for alle pasientservicetjenestene. Henvendelsepunkt skal være universelt utformet og utformingen skal ivareta arbeidsplassene med hensyn til støy, trekk, inneklima og sikkerhet.

Lærings- og mestringssenteret

I samarbeid med brukere og helsepersonell utvikler LMS læringstilbud til pasienter med langvarig sykdom, og deres pårørende. Det jobbes også med samhandling med kommuner innen læring og mestring og overfører helsepedagogisk kompetanse til helsepersonell. I tillegg ønsker lærings- og mestringssenteret å være et møtested mellom fagpersoner og brukere.

Brukerorganisasjonene

Delfunksjonsprogram

SNR

Brukerorganisasjonene driver likemannsarbeid, har informasjonsmateriell og har oversikt over brukerorganisasjoner og kurstilbud. Det avsettes areal til et kontor som skal være tilgjengelig for brukerorganisasjoner til dette formålet og som kan være tilgjengelig på kveldstid til styremøter, fagkvelder, likemanskafeer o.l.

Prestetjeneste

Pasienter, pårørende og ansatte i sykehuset har behov for og rettigheter til å bli møtt og sett som hele mennesker. Tro og livssyn er for mange en viktig faktor for å mestre sykdom. Tilrettelegging for religionsutøvelse i helseinstitusjoner grunner i en helhetlig omsorg for pasientene, inkludert ivaretagelse av eksistensielle og åndelige behov. Det planlegges med areal til:

- Seremonielle handlinger for forskjellige tros og livssyn. Ulike religiøse riter og tradisjoner (bønner, meditasjon, gudstjeneste etc.)
- Stille rom for pasienter, pårørende og ansatte
- Syning og båretandakt med nærhet til rom for rituell vask av døde.
- Samtalerom
- Kontorer til ansatte

Utleieareal

Det er avsatt et mindre areal til utleie til f.eks kioskdirift.

Samlokalisering av personalservice- og pasientservicefunksjoner

Det er ønskelig å samlokalisere resepsjon, Læring- og mestring, brukerorganisasjoner og eventuelt deler av Prestetjenestens kontorer og Bedriftshelsetjenesten slik at det blir et større miljø både faglig og for å kunne sambruke større og mer fleksible rom og arealer.

14.4 Undervisning og forskning

14.4.1 Føringer fra Hovedfunksjonsprogrammet

I SNR skal forskningen ytterligere styrkes ved at det planlegges en forskningsenhet i eller nær klinisk virksomhet.

SNR skal ha et auditorium eller «storstue» for å kunne samle store deler av organisasjonen for informasjonsutveksling, undervisning og faglige- og sosiale arrangementer.

Det skal legges til rette for at ansatte og studenter kan undervises som en del av den kliniske virksomheten. Det vil si at det i dimensjoneringen av rom for pasientbehandling også må tas hensyn til at det vil kunne foregå opplæring/undervisning.

I tillegg avsettes egne arealer tett på, og felles med, klinikk til undervisning i grupper, tverrfaglig samarbeid og annen møtevirksomhet.

Delfunksjonsprogram

SNR

14.4.2 Driftskonsept

Forskning og utdanning/kompetanseutvikling er lovpålagte oppgaver i spesialisthelsetjenesten. Innovasjon er ikke lovpålagt oppgave, men flagget av både sentrale myndigheter og Helse Midt-Norge RHF som et svært viktig framtidig initiativ. Det vises her til Strategidokumentene for forskning, innovasjon og utdanning/kompetanseutvikling som er utarbeidd for HMN for perioden 2016-2020. Her framheves det spesielt at de tre områdene skal sees i sammenheng.

Framtidas spesialisthelsetjeneste vil i enda større grad enn i dag være avhengig av at det kontinuerlig drives aktiv forskings-, utvikling – og kompetanseheving i alle ledd i organisasjonen. Framtida vil være preget av at forskning/innovasjon og klinisk behandling går hånd i hånd – som betyr at det vil være like naturlig å tenke forskning og kompetansetilegning som det vil være å drive klinisk behandling. Forskning viser også at de i spesialisthelsetjenesten som driver aktiv forskning kan viser til både bedre kvalitet i pasientbehandlingen og til bedre effektivitet.

Helseregionen og de store universitetssykehusene vil bli motoren i undervisning, forskning og innovasjon. Det er derfra lokalsykehusene henter sin kompetanse. Mye undervisning vil foregå utenfor klasserommet/forelesningssalen. Mye vil bli e-læring og den kommer fra hele verden. Forskning foregår stadig mer sømløs mellom personer og grupperinger hvor som helst i verden.

Forskning

Dagens forsker er ute i operasjonsrommet/klinikken eller i dialog med forskere ute i verden. Det er mindre kontor og lab-arbeid. Tverrfaglighet i kontorområdene blir viktig. Møtes, diskutere, diskutere forskningsprosjekt, fag. Innovasjon skjer her.

I SNR skal forskningen ytterligere styrkes ved at det planlegges en tverrfaglig forskningsenhet i eller nær klinisk virksomhet. Dette er eget pasientrom med bad/toalett og skal ha plass til en seng/undersøkelsesbenk og stol til bruk for infusjoner. I tilknytning et forskningskontor med lab-arbeidsplass og biobank fryser.

Undervisning

SNR skal ha et auditorium eller «storstue» for å kunne samle store deler av organisasjonen for informasjonsutveksling, undervisning og faglige- og sosiale arrangementer. For fleksibel bruk og større utnyttelse skal auditorium også kunne fungere som et «multifunksjonslaboratorium» som kan deles opp hvor en del f.eks. er en simuleringsenhet med skjermer, en del kan ha overføring av forelesninger fra et annet sted, en del foregår det pasientopplæring.

Det skal legges til rette for at studentene kan undervises som en del av den kliniske virksomheten. Det vil si at det i dimensjoneringen av rom til pasientbehandling også må tas hensyn til at det vil være studenter tilstede. I tillegg benyttes egne arealer tett på, og felles med, klinikk til undervisning i grupper. Undervisningsrom må ha infrastruktur slik at de også kan benyttes til datalab.

Fagbibliotekjeneste er i endring ved at det meste av faglitteratur etter hvert blir elektronisk. Bibliotekjeneste vil i hovedsak bistå ansatte med å søke opp relevant litteratur, forskningsrapporter etc. Det er behov for kontor med plass til noe litteratur, tidsskrifter og PC for å søke i databaser. Denne tjeneste kan samlokaliseres med LMS.

Delfunksjonsprogram

SNR

Simulering, innovasjon og opplæring

Simulering som læringsmetode kan gi bedre kvalitetssikring og økt pasientsikkerhet. Simulering er et forsøk på å etterligne virkeligheten og kopiere vesentlige aspekter fra en klinisk situasjon.

- Studenter som skal ha opplæring
- Leger som skal ha opplæring/sertifiseres/re-sertifiseres
- Personale som skal ha opplæring/sertifiseres/re-sertifiseres
- Simulering av prosedyrer før en faktisk gjøre den i pasienten
- Trening av team - med og uten simulert pasient
- Trening av team – hvordan jobber vi sammen når vi gjør en prosedyre
- Simulere pasientløp – fra mottaking av tilvising og gjennom hele løpet
- Forsking/utprøving av teknologiske innovasjonsprosjekt

Simulering vil foregå på ulike måter og steder. Det meste av simulering gjøres i det kliniske miljøet hvor prosedyrene gjøres til daglig. Simulering vil også gjøres i virtuelt miljø via skjerm eller på en simulator (dukke, apparat e.l.)

Turnusleger og studenter

Turnuslegene kommer i 2 puljer (1. mars og 1. september) for Molde/Kristiansund og tilsvarer ca. 22 turnusleger pr. periode. Turnuslegene får undervisning på datalab en uke før oppstart begge perioder.

I 2015 var det ca 900 studenter fra høyskolene og universitet i regionen i praksis ved sykehusene i Møre og Romsdal. Studentene er omtrent likt fordelt mellom Ålesund/ Volda og Molde/ Kristiansund. Studentene følger studieåret og er jevnt fordelt over hele året. Den største gruppen er sykepleierstudenter i grunnutdanning. Det beregnes opp til 150 studenter i samtidighet i SNR.

14.4.3 Prinsipper for flyt og nærhetsbehov

Forskning og undervisning har nærhetsbehov med en del av funksjonene beskrevet under pasientservice og auditoriet og møterommene.

Forskningsposten har nærhetsbehov til intensiv / hjerteovervåkning pga pasientsikkerhet

14.4.4 Spesielle bygningsmessige krav

Auditoriet ønskes utformet slik at det både kan benyttes som «storstue» i noen sammenhenger og kunne deles opp i mindre enheter og med ulik bruk individuelt. Løsningen må tilpasses de bygningsmessige forutsetningene.

15 Romprogram

For alle delfunksjoner er det utarbeidet romprogram som inkluderer alle rom nødvendig for funksjonen.

Det er noen få ytterligere funksjoner som planleggingsgruppene har ønsket, som ikke har fått plass innenfor prosjektets investeringsramme. Disse vurderes innarbeidet i neste fase hvis fleksibiliteten gir rom for det.

Romprogram ligger vedlagt i tabellformat

UTKAST

16 Deltakere

Følgende personer har deltatt i utarbeidelse av delfunksjonsprogram.

Gruppe 1 Sengeområder

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	E-post adresse:
Hilde Merete Tradin	Prosjekt SNR, SBHF	Sykehusplanlegger	Hilde.merete.tradin@sbhf.no
Astrid Johanne Brandshaug	Prosjekt SNR, HMR	Prosjektleder, SNR	Astrid.johanne.brandshaug@helse-mr.no
Kirsti Hamar	Klinikk for kirurgi, Molde	Seksjonsleder/Sykepleier	Kirsti.margrethe.hamar@helse-mr.no
Lene Svendsen Rangnes	Klinikk for rehabilitering/ Kliniske støttefunksjoner, Molde	Spesialergoterapeut	Lene.svendsen.rangnes@helse-mr.no
Carina Wollan Myhre	Klinikk for medisin, Kristiansund	Seksjonsleder/sykepleier	Carina.wollan.myhre@helse-mr.no
Guttorm Eldøen	Klinikk for rehabilitering, Nevrologisk avdeling, Molde	Overlege	Guttorm.eldoen@helse-mr.no
Kristin Brekken	Sykehusapotekene Midt Norge HF, Molde	Sykehusapoteker	Kristin.brekken@sykehusapoteket.no
Annlaug Rakvåg	Fagavdelinga, Molde	Rådgiver i smittevern	Annlaug.ellinor.rakvag@helse-mr.no
Grete Teigland	Kvinneklinikken, Kristiansund og Molde	Avdelingssjef/Jordmor	Grete.teigland@helse-mr.no
Birgitte Alsvik	Klinikk for medisin, Molde	Seksjonsleder	Birgitte.alsvik@helse-mr.no
Hanne Haavde Stenseth	Kvinneklinikken, Kristiansund	Seksjonsleder/Sykepleier	Hanne.haavde.stenseth@helse-mr.no
Vibeke Sæther	Klinikk for barn og unge	Sykepleier	vibeke.sæther@helse-mr.no
Tone Kipperberg	BHT	Fysioterapeut	Tone.alvestad.kipperberg@helse-mr.no
Inger Nossen Sandvik	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	Inger.s.nossen.sandvik@helse-mr.no
Ann Helen Skare	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	He-skare@online.no
Bodil Skjelbostad	TV, NSF	Sjukepleier	Bodil.skjelbostad@helse-mr.no
Marit Gjeldvik	VO	Sjukepleier	Marit.gjeldvik@helse-mr.no

Gruppe 2 Poliklinikk, dagkirurgi og dagbehandling

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	Epost-adresse:
Hilde Merete Tradin	Prosjekt SNR, SBHF	Sykehusplanlegger	Hilde.merete.tradin@sbhf.no
Astrid Johanne Brandshaug	Prosjekt SNR, HMR	Prosjektleder, SNR	Astrid.johanne.brandshaug@helse-mr.no
Ingrid Vasdal	Klinikk for kirurgi, Molde,	Avdelingsjef/sykepleier	Ingrid.vasdal@helse-mr.no
Tor Strømme	Klinikk for kirurgi, Molde,	Overlege (øye)	Tor.stromme@helse-mr.no
Sissel Snilstveit Hoem	Klinikk for kirurgi Kristiansund	Seksjonsleder/ intensivsykepleier	Sissel.snilstveit.hoem@helse-mr.no
Bente Sivertsen	Klinikk for rehabilitering, Molde	Sykepleier/tekniker KNF	Bente.sivertsen@helse-mr.no
Tommy Aae	Klinikk for kirurgi, Kristiansund	LIS (ortopedi)	Tommy.froseth.aae@helse-mr.no
Gunnar Indrebø	Klinikk for medisin, Ålesund	Overlege (kreft)	Gunnar.indrebø@helse-mr.no
Runar Simonsen	Klinikk for medisin, Kristiansund	Seksjonsoverlege (nefrolg)	Runar.tunheim.simonsen@helse-mr.no
Britt Andresen	Klinikk for medisin, Kristiansund	Konst. avdelingsjef /seksjonsleder	Britt.andresen@helse-mr.no
Kjersti Torgersen	Klinikk for medisin, Molde	Seksjonsoverlege (lunge)	Kjersti.torgersen@helse-mr.no
Inger Hargaut	Klinikk for medisin, Kristiansund	Kontorleder	Inger.hargaut@helse-mr.no
Torstein Pedersen	Sykehusapotekene Midt Norge	Sykehusapoteker	Torstein.pedersen@sykehusapoteket.no
Ann Iren Kjønnøy	Fagavdelinga	Rådgivar i smittevern	Ann.iren.kjonnoy@helse-mr.no
Johan Kippervik	Klinikk for kirurgi, Kristiansund	LIS Kirurgi/Gynekolog	Johan.kippervik@helse-mr.no
Bjørn Sture Eikrem	Fagavdelinga	Seniorrådgiver IKT	Bjorn.sture.eikrem@helse-mr.no
Marit Sivertsen	Klinikk for diagnostikk	Seksjonsleder/Bioingeniør	Marit.sivertsen@helse-mr.no
Emma Vindal	BHT	Ergoterapeut	Emma.M.sjolander.vindal@helse-mr.no
Steinar Waksvik	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	waksviksteinar@gmail.com
Hanne Lillian Søvik	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	Hanne-lilian.soevik@mimer.no
Ingrid Charlotte Iversen	TV, NSF	Sykepleier	Ingrid.charlotte.klinge.iversen@helse-mr.no
Hilde Sjølstad-Hellem	VO	Spesialfysioterapeut	Hilde.sjolstad-hellem@helse-mr.no

Gruppe 3 Akuttmottak

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	E-post adresse:
Gunn Håberget	SBHF	Sykehusplanlegger	Gunn.haberget@sbhf.no
Astrid Johanne Brandshaug	Prosjekt SNR, HMR	Prosjektleder, SNR	Astrid.johanne.brandshaug@helse-mr.no
Monicha Strand Isaksen	Akuttmottak Kristiansund	Konst. seksjonsleder/Sykepleier	Monicha.strand.isaksen@helse-mr.no
Sigurd Heian	Klinikk for kirurgi, Molde	Overlege (anestesiologi)	Sigurd.torvik.heian@helse-mr.no
Kenneth Klemetzen	Klinikk for kirurgi, Molde	Overlege (Gastro)	Kenneth.klemetzen@helse-mr.no
Petter Rangnes	Klinikk for kirurgi, Molde	Seksjonsleder/Sykepleier	Petter.rangnes@helse-mr.no
Bente Askestad	Klinikk for barn og unge, Kristiansund	Avdelingssjef/ Barnelege	Bente.askestad@helse-mr.no
Torgeir Sand Aas	Klinikk for medisin, Molde	Overlege kardiologi	Torgeir.sand.aas@helse-mr.no
Thilde Camilla Svela	Samhandlingsavdelinga	Praksiskonsulent	Thilde.camilla.svela2@helse-mr.no
Knut Erik Skogheim	Klinikk for preshospitale tjenester, N&R	Avdelingssjef	Knut.erik.skogheim@helse-mr.no
Ann Iren Kjønnøy	Fagavdelinga, Kristiansund	Rådgiver i smittevern	Ann.Iren.Kjonnøy@helse-mr.no
Cecilie Eikrem Myklebust	Klinikk for diagnostikk, Molde	Seksjonsleder/Bioingeniør	Cecilie.eikrem.myklebust@helse-mr.no
Daniel Ask	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	danask@online.no
Birgitte Kirkgaard	BHT	Ergoterapeut	Birgitte.kirkegaard@helse-mr.no
Elin Beate Hjelset	VO	Sykepleier	Elin.beate.hjelset@helse-mr.no
Gry Nordal	TV, DNLF	Overlege	Gry.nordal@helse-mr.no

Delfunksjonsprogram

SNR

Gruppe 4 Bildediagnostikk

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	Epostadresse:
Gunn Håberget	Prosjektleder SNR - SBHF	Sykehusplanlegger	Gunn.haberget@sbhf.no
Merete Hagbø	Prosjektleder SNR - HMR	Prosjektleder	Merete.hagbo@helse-mr.no
Odd Arne Haram	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for radiologi, Molde og Kristiansund	Radiolog/Avdelingsjef	Odd.arne.haram@helse-mr.no
Karin Krogsæter Sørli	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for radiologi, Molde og Kristiansund	Avdelingssekretær	Karin.krogseter.sorli@helse-mr.no
Ingri Berild Hjelle	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for radiologi, Molde og Kristiansund	Fagradiograf Strålevern	Ingri.berild.hjelle@helse-mr.no
Eirik Torvik	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for radiologi, Molde og Kristiansund	Radiograf	Eirik.torvik@helse-mr.no
Vibeke Aandahl Måløy	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for radiologi, Molde og Kristiansund	Fagradiograf	Vibeke.aandahl.maloy@helse-mr.no
Vidar Steen	Klinikk for drift og eiendom, Seksjon for medisinsk teknikk Kr.sund og Molde	Driftskoordinator	Vidar.steen@helse-mr.no
Lene Krohn	VO		Lene.krohn@helse-mr.no
Jannecke Dalager	HTV, Radiografforbundet	Radiograf	Jannecke.dalager@helse-mr.no

Delfunksjonsprogram

SNR

Gruppe 5 Operasjon og intensiv

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	HVILKEN / HVILKE PLANLEGGINGSGRUPPE(R)
Hilde Merete Tradin	Prosjekt SNR, SBHF	Sykehusplanlegger	Hilde.merete.tradin@sbhf.no
Astrid Johanne Brandshaug	Prosjekt SNR, HMR	Prosjektleder, SNR	Astrid.johanne.brandshaug@helse-mr.no
Gry Rønning	Klinikk for kirurgi, Molde	Seksjonsleder/ Intensivsykepleier	Gry.ronning@helse-mr.no
Kari Sletten Helgesen	Klinikk for kirurgi, Ålesund	Avdelingsjef	Kari.sletten.helgesen@helse-mr.no
Hilde Gustad Kanestrøm	Klinikk for kirurgi, Kristiansund	Intensiv sykepleier/ stedfortreder seksjonsleder	Hilde.gustad.kanestrom@helse-mr.no
Solrun Kleiven	Klinikk for kirurgi, Molde	Avdelingsjef/Seksjons- overlege (anestesiolog)	Solun.kleiven@helse-mr.no
Petter Kalgraff	Klinikk for kirurgi, Molde	LIS lege kirurgi	Petter.kalgraff@helse-mr.no
Olga Auset	Klinikk for kirurgi, Kristiansund	Operasjonssykepleier	Olga.cathrine.uset@helse-mr.no
Øyvind Håberg	Klinikk for kirurgi, Kristiansund	Overlege (ortopedi)	Oyvind.haberg@helse-mr.no
Jørn Åge Longva	Fagavdelinga HMR og Klinikk for medisin, Ålesund	Smittevernoverlege HMR/ Overlege medisin	Jorn-age.Longva@helse-mr.no
Espen Skarsvåg	Klinikk for medisin, Molde	Seksjonsoverlege (gastroenterologi))	Espen.christoffer.skarsvag@helse-mr.no
Frank Walter	Kvinneklubben, Molde	Overlege	Frank.walter@helse-mr.no
Rune Karlstad	Klinikk for drift og eidegom, Seksjon for medisinsk teknikk Kr.sund og Molde	Avd.ing.	Rune.karlstad@helse-mr.no
Jakob Strand	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	jakobstr@frisurf.no
Terje Kjøøl	TV, NSF	Fagutviklingsykepleier	Terje.kjol@helse-mr.no
Gerd Ødegård Hagen	VO	Operasjonsjulepleier	Gerd.odegard.hagen@helse-mr.no

Sissel S Hoem, Tommy Aae, Tor Strømme, Ingrid Vasdal og Johan Kippervik fra Gruppe 2 poliklinikk og dagbehandling møtte også i denne gruppe i løpet av møteserien

Gruppe 6 Psykiatri

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	E-postadresser:
Pål Ingdal	Prosjektleder SNR - SBHF	Sykehusplanlegger	Pal.ingdal@sbhf.no
Merete Hagbø	Prosjektleder SNR - HMR	Prosjektleder	Merete.hagbo@helse-mr.no
Ketil Gaupset	Klinikk for psykisk helsevern– HMR og HK	Klinikksjef	Ketil.landevag.gaupset@helse-mr.no
Geir Ove Vilnes	Klinikk for psykisk helsevern	Hjelpepleier / rådgiver	Geir.ove.vilnes@helse-mr.no
Stian Endresen	Samhandlingsavdelinga	Praksiskonsulent	Stian.endresen@helse-mr.no
Nils Arne Skagøy	Klinikk for psykisk helsevern Alderspsyk og habilitering	Sjukepleier/Avd sjef	Nils.arne.skagoy@helse-mr.no
Brit Ingunn Hana	Klinikk for psykisk helsevern Sjukehuspsykiatri	Psykiater/ Avd sjef	Brit.ingunn.hana@helse-mr.no
John Rottem	Klinikk for psykisk helsevern Sjukehuspsyk/Akutt Hjelset	Sjukepl/Seksjonsleder	John.rottem@helse-mr.no
Hilde Husby	Klinikk for psykisk helsevern Alderspsyk og hab/Habilitering N%R	Barnevernsped / Seksjonsleder	Hilde.husby@helse-mr-no
Arne Ruset	Klinikk for psykisk helsevern Aldersps og hab / Alderspsyk Hjelset	Psykiater	Arne.ruset@helse-mr.no
Danuta Palinska	Klinikk for psykisk helsevern Sjukehuspsyk/ Akutt Hjelset	Psykiater	Danuta.palinska@helse-mr.no
Tony Marcelino	DPS N&R/Poliklinikk Ksu	Psykolog	Tony.fernandes.marcelino@helse-mr.no
Trude Sæther	Klinikk for psykisk helsevern Sjukehuspsyk /Utredning Lundavang	Psykiater	Trude.N.sether@helse-mr.no
Camilla Klunderud	Klinikk for psykisk helsevern/Seksjon for akuttpsykiatri/Hjelset	Psykiatrisk sykepleier	camilla.vibeke.klunderud@helse-mr.no
Heidi V. Sandvig	Klinikk for medisin, Kristiansund	LIS geriatri	Heidi.vihovde.sandvig@helse-mr.no
Annlaug Rakvåg	Fagavdelinga, Molde	Rådgiver i smittevern	Annlaug.ellinor.rakvag@helse-mr.no
Steinar Waksvik	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	waksviksteinar@gmail.com
Ingrid Løset	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	ingplo@online.no
Tor Rune Aarø	HTV, NSF	Sykepleier	Tor.Rune.Aaro@helse-mr.no
Finn Hofset	VO	Miljøterapeut	Finn.havard.hofset@helse-mr.no

Gruppe 7 Ikke-medisinsk service

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	HVILKEN / HVILKE PLANLEGGINGSGRUPPE(R)
Anne Poulsen	OEC	Sykehusplanlegger	anne.poulsen@oec.no
Eymundur.sveinn.leifsson	OEC	Sykehusplanlegger	eymundur.sveinn.leifsson@oec.no
Merete Hagbø	Prosjektleder SNR - HMR	Prosjektleder	Merete.hagbo@helse-mr.no
Cicilie Frendal	Klinikk for drift og eidegom Seksjon for logistikk, forsyning og intertransport, Molde	Seksjonsleder	Cicilie.frendal@helse-mr.no
Anita Kvendseth	Klinikk for kirurgi, Molde	Avdelingssjef	Anita.skarshaug.kvendseth@helse-mr.no
Dagfinn Grønvik	Klinikk for drift og eidegom Seksjon for allmennteknikk, Kristiansund	Seksjonsleder	Dagfinn.gronvik@helse-mr.no
Eldar Heggem	Klinikk for drift og eidegom Seksjon for allmennteknikk, Molde	Seksjonsleder	Eldar.heggem@helse-mr.no
Mariann Huse Julnes	Klinikk for drift og eidegom Seksjon for reinhald, Molde	Seksjonsleder	Mariann.huse.julnes@helse-mr.no
Eli Nytun Sæther	Klinikk for drift og eidegom Seksjon for kjøkken og kantine Molde	Seksjonsleder	Eli.nytun.sether@helse-mr.no
Rune Karlstad	Klinikk for drift og eidegom, Seksjon for medisinsk teknikk Kr.sund og Molde	Avd.ing. Molde	Rune.karlstad@helse-mr.no
Bjørn Helge Johnsen	Klinikk for drift og eidegom Seksjon for medisinsk teknikk Kr.sund og Molde	Seksjonsleder	Bjorn.helge.johnsen@helse-mr.no
Arnold Måsøval-Jensen	Fagavdelinga, Ålesund	Rådgiver i smittevern	Arnold.maasoeval-jensen@helse-mr.no
Jan Øyvind Kringstad	TV, Fagforbundet		Jan.kringstad@helse-mr.no
Anita Høgstøyl	HVO		Anita.marie.hogstoyl@helse-mr.no

Gruppe 8 Kontor, forskning og undervisning

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	HVILKEN / HVILKE PLANLEGGINGSGRUPPE(R)
Pål Ingdal	Prosjektleder SNR - SBHF	Sykehusplanlegger	Pal.ingdal@sbhf.no
Merete Hagbø	Prosjektleder SNR - HMR	Prosjektleder	Merete.hagbo@helse-mr.no
Toril Kvisvik	Samhandlingsavdelinga, Kristiansund	Seksjonsleder	Toril.kvisvik@helse-mr-no
Tordis Hovde	Klinikk for kirurgi, Molde	Intensivsykepleier/ Rådgiver	Tordis.karin.hovde@helse-mr-no
Dag Arne Lihaug Hoff	Klinikk for medisin, Ålesund	Overlege gastromedisin, Forskningsrådgjevar	Dag.arne.lihaug.hoff@helse-mr.no
Kirsti Dyrnes	Klinikk for kirurgi, Kristiansund/ Logistikkontor	Sykepleier	Kirsti.dyrnes@helse-mr.no
Bjørn Sture Eikrem	Fagavdeling, Molde	IKT-rådgiver	Bjorn.sture.eikrem@helse-mr.no
Berit Kvalsvik Teige	FoU-seksjonen, Ålesund	Forskningssjef	Berit.kvalsvik.teige@helse-mr.no
Anne Merete Smørdal	BHT	Fysioterapeut	Anne.merete.borvik.smordal@helse-mr.no
Daniel Ask	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	danask@online.no
Ragnhild Bjerkås	VO	Spesialsykepleiere	ragnhild.bjerkas@helse-mr.no
Kari Husøy	TV, Fagforbundet	Helsesekretær	kari.husoy@helse-mr.no

Gruppe 9 Laboratoriemedisin

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	E-post adresse:
Gunn Håberget	Prosjektleder SNR - SBHF	Sykehusplanlegger	Gunn.haberget@sbhf.no
Merete Hagbø	Prosjektleder SNR - HMR	Prosjektleder	Merete.hagbo@helse-mr.no
Brit Valaas Viddal	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for medisinsk biokjemi, Ålesund	Avdelingssjef/Bioingeniør	Brit.valaas.viddal@helse-mr.no
Marit Sivertsen	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for medisinsk biokjemi, Kristiansund	Seksjonsleder/ Bioingeniør	Marit.sivertsen@helse-mr.no
Cecilie Eikrem Myklebust	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for medisinsk biokjemi, Molde	Seksjonsleder/ Bioingeniør	Cecilie.eikrem.myklebust@helse-mr.no
Einar Nilsen	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Molde	Konst. avdelingssjef/ Overlege	Einar.nilsen@helse-mr.no
Heidi Aasen Tomren	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Molde	Fagbioingeniør	Heidi.aasen.tomren@helse-mr.no
Martin Hammerø	Klinikk for diagnostikk, Avdeling for medisinsk mikrobiologi, Molde	Molekylærbiolog	Martin.hammero@helse-mr.no
Rune Karlstad	Klinikk for drift og eigedom, Seksjon for medisinsk teknikk Kr.sund og Molde	Avd.ing.	Rune.karlstad@helse-mr.no
Torstein Pedersen	Sykehusapoteket Midt Norge, Kristiansund	Sykehusapoteker	Torstein.pedersen@sykehusapoteket.no
Kristin Brekken	Sykehusapoteket Midt Norge, Molde	Sykehusapoteker	Kristin.brekken@sykehusapoteket.no
Hans Christian Alstad	Sykehusapoteket Midt Norge	IKT-sjef	Hans.christian.alstad@sykehusapoteket.no
Asbjørn Gausdal	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	A-gausda@online.no
Trond Aurmo	HTV, NITO	Bioingeniør	Trond.aurmo@helse-mr.no
Marta Balstad Waske	VO	Bioingeniør	marta.balstad.waske@helse-mr.no

Arbeidsgruppe legemiddelforsyning

NAVN	AVDELING/SEKSJON	PROFESJON / STILLING	E-post adresse:
Kjell Magne Gerhardsen	Prosjektleder SNR-SBHF	Prosjektleder	kmg@nosyko.no
Gunn Håberget	Prosjektleder SNR - SBHF	Sykehusplanlegger	Gunn.haberget@sbhf.no
Merete Hagbø	Prosjektleder SNR - HMR	Prosjektleder	Merete.hagbo@helse-mr.no
Astrid Johanne Brandshaug	Prosjekt SNR, HMR	Prosjektleder, SNR	Astrid.johanne.brandshaug@helse-mr.no
Arne Lied	HMR, Molde Sjukehus	Overlege	Arne.lied@helse-mr.no
Eva Kvål	Sykehusapoteket Midt Norge	Kvalitetssjef	Eva.kval@sykehusapoteket.no
Helge Ovesen	Sykehusapoteket Midt Norge	Sykehusfarmasøyt	Helge.ovesen@sykehusapoteket.no
Hilde Gustad Kanestrøm	HMR, Kristiansund sjukehus	Intensivsjukepleier	Hilde.gustad.kanestrom@helse-mr.no
Torstein Pedersen	Sykehusapoteket Midt Norge, Kristiansund	Sykehusapoteker	Torstein.pedersen@sykehuapoteket.no
Kristin Brekken	Sykehusapoteket Midt Norge, Molde	Sykehusapoteker	Kristin.brekken@sykehusapoteket.no
Hans Christian Alstad	Sykehusapoteket Midt Norge	IKT-sjef	Hans.christian.alstad@sykehusapoteket.no
Asbjørn Gausdal	Brukerutvalget	Brukerrepresentant	A-gausda@online.no
Susanne Pieper	HTV, NFF		susanne.pieper@sykehusapoteket.no
Bente Aronsen	VO		bente.aronsen@sykehusapoteket.no
Liv Reisch	Vara HTV, Parat		liv.reisch@sykehusapotek.no