



Rapport

Innspill fra organisasjonsutviklingsprosjektet til funksjoner og utforming av Nye UNN Narvik:

- Arealmessige konsekvenser
- Overordnede nærhets- og avhengighetsbehov
- Overordnede prinsipper for pasient- og vareflyt

Prosjektnummer i Agresso:	Saksnummer i ePhorte: 2018/2849	
Behandlet dato:	Behandlet av (ansvarlig linjeleder):	Utarbeidet av: Gry Andersen (PE) og Lars Kristian Rye (PL)
Beslutning: Rapporten (versjon 3-0) ble oversendt Byggeprosjektet for Nye UNN Narvik ved prosjekteier og prosjektleder den 26.04.2019		
		Utredning ferdig: 12.04.2019
Signatur ved godkjenning:		

INNHold

1. Innledning.....	4
2. Overordnet strategi og sentrale begreper	4
3. Organisering og arbeidsprosess	5
4. Aktivitets- og kapasitetsberegning	5
5. Milepæler	6
Arealmessige konsekvenser	6
Samarbeid med Narvik kommune	6
Operasjon og sterilsentral	7
Simuleringscenter og lærings- og mestringssenter	8
Utdanning	8
Overordnede nærhets- og avhengighetsbehov	9
Samarbeidskultur	9
Pasienthotellet	9
Akuttaksen.....	9
Dag og poliklinikk.....	10
Døgndrift	10
Føde, barsel og kvinnehelse	11
Røntgenavdelingen.....	11
Laboratoriet inkludert blodbank	12
Operasjon og sterilsentral	12
Lærings- og mestringssenteret og simuleringscenter	12
Apotekdrift	13
Legemidler.....	13
Trenings og behandlingsarealer	13
Kontorløsninger.....	13
Drifts- og eiendomssenteret	14
Møterom og auditorium.....	14
Uteareal.....	14
Overordnede prinsipper for pasientflyt	14
Generelt.....	14
Åpningstider	15
Overordnede prinsipper for døgndrift	15
Stormottakersatsingen i UNN	16
Overordnede prinsipper for akuttaksen.....	16

Overordnede prinsipper for dagbehandling og poliklinikker	18
Overordnede prinsipper for føde, barsel og kvinnehelse	20
Overordnede prinsipper for varelogistikk	21
Generelt.....	21
Legemiddelforskyning	21
Øvrig varelogistikk	22
6. IKT og eHelsøsninger	23
Generelt.....	23
Smarte pasientrom.....	23
Sykehus i hjemmet	24
Røntgenavdelingen.....	24
Nasjonale, regionale og strategiske føringer, samt målsettinger for IKT i UNN.	24
Overordna leveranser og løsninger som er relevant.....	24
7. Oppsummering.....	25
Vedlegg.....	26

1. INNLEDNING

OU-prosjektet er bedt om å levere innspill til Byggeprosjektet som en forberedelse til forprosjektet for Nye UNN Narvik (NUN), som starter våren 2019. Denne rapporten beskriver leveransene knyttet til milepælene 2-12 (se vedlegg 1) i tråd med bestillingen fra byggeprosjektet og nye bestillinger gitt av Sykehusbygg.

Rapporten bygger på et underlagsmateriale som i hovedsak er utarbeidet av OU-prosjektets elleve delprosjekter (vedlegg 2). Dette underlagsmateriale er i detaljeringsgrad og omfang betydelig, og vil av plasshensyn bli gjort tilgjengelig i Interaxo.

Leveransene har konsekvenser for revideringen av Hovedfunksjonsprogram (HFP fra 2010) i forprosjektet og deretter arbeidet med Delfunksjonsprogrammet. Ansvarlig for redigeringen av HFP er Byggeprosjektet. OU vil levere ytterligere innspill og bidra i dette revisjonsarbeidet.

2. OVERORDNET STRATEGI OG SENTRALE BEGREPER

Nye UNN Narvik skal utformes og driftes som et *pasientsentrert og integrert sykehus*. Dette innebærer at funksjonsområdene somatikk, rus og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern skal være fysisk samlokalisert. (En dør inn/en skjerm inn).

Hva man legger i begrepet integrert sykehus varierer alt i fra arkitektur, samspillet mellom bygg og landskapsarkitekturen, og utsmykking til samlokalisering. Et høyere nivå i bruk av begrepet er; samarbeid og samdrift, utvikling av nye eller forbedrede måter å jobbe på, nye måter å jobbe sammen på som bidrar til endringer i organisasjonen inkludert helsetjenesteutvikling og innovasjon.

De tre funksjonsområdene skal både samarbeide og samdrifte, og vareta pasienten på *helhetlig og proaktivt*. Et velfungerende samarbeid og samhandling med primærhelsetjenestene i opptaksområdet inngår også som et viktig element i utformingen og driften av Nye UNN Narvik som et integrert sykehus.

Organiseringen i NUN skal fortsatt ivareta utviklingen av de ulike fagområdene/spesialitetene i tillegg til at den pasientsentrerte og tverrfaglige samhandlings- og samarbeidskompetansen må forsterkes. Teambasert arbeid og samdrift krever prosesser som vil stille høye krav til medarbeidere og ledere. Det blir derfor sentralt å skape arenaer for kulturbygning og kontinuerlig forbedring. Areal og utformingen av bygget må legge til rette for arbeid i multifunksjonelle team.

NUN skal legge til rette for innovasjon innen helsetjenesteutvikling og evt. produktutvikling gjennom samarbeid med øvrige helseforetak og innen Helse Nord, UiT Norges arktiske universitet, private aktører og andre.

Tidsperspektivet for driften av NUN strekker seg flere tiår framover, og fleksibilitet er et sentralt prinsipp. Dette gjelder spesielt på disse områdene:

- Personalressurser, for eksempel oppgaveglidning
- Medisinsk teknisk utstyr, for eksempel sambruk
- Areal, for eksempel benytte bygningstekniske løsninger som legger til rette for å ta i bruk nye driftsformer uten kostbare og tidkrevende ombygginger

For å realisere et integrert sykehus med en høy grad av fleksibilitet er IKT- og eHelseløsninger som støtter opp om modellen vesentlig. Dette gjelder den kliniske virksomheten både internt i sykehuset,

men også mot UNN forøvrig og mot primærhelsetjenestene i opptaksområdet, og der behandling foregår i hjem. Nyttiggjort bruk av IKT er sentralt innen ulike servicefunksjoner, som for eksempel merkantile funksjoner, forsyningstjenesten m.m.

Standardisering blir et sentralt middel for å oppnå fleksibilitet, som for eksempel utformingen av behandlingsrom, pasientrom, medisinsk tekniske utstyr, opplæring, rutiner og prosedyrer, m.m. Standardisering kan bidra å gjøre det enklere for ansatte å samarbeide, arbeide på ulike enheter, ivareta pasientsikkerhet, m.m.

Implementering og videreutvikling av Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) og tjenester rettet mot stormottakere skal bidra til modellen med integrert sykehus og fleksibilitet og sykehus i hjem.

NUN skal ha en bufferkapasitet for lokalsykehusfunksjonen i sitt opptaksområdet for UNN, dvs. omfatte Midt-Troms.¹

3. ORGANISERING OG ARBEIDSPROSESS

Rapporten bygger på OU- prosjektet sitt arbeid fra desember 2018 til april 2019. Arbeidet har vært organisert i 11 delprosjekter (vedlegg 2). Delprosjektlederne er ansatt ved UNN Narvik unntatt to delprosjektledere som er ansatt henholdsvis i UNN Tromsø og ved Sykehusapoteket. Hvert delprosjekt har bestått av ansatte med ulike roller fra funksjonsområdene somatikk, avhengighetsmedisin og psykisk helsevern. Tillitsvalgte og vernetjenesten har deltatt. I flere av delprosjektene har også ansatte fra primærhelsetjenesten deltatt samt at Brukerutvalget har oppnevnt deltakere.

OU-prosjektet har underveis innhentet råd og innspill fra flere enheter i UNN: Brukerutvalget, Smittevernssenteret, Bedriftshelsetjenesten, Kvalitet- og utviklingssentret ved flere avdelinger, klinikker/sentre og lederteamet UNN Narvik, Nasjonalt senter for eHelseforskning (3P - Pasienter og profesjonelle i partnerskap) og klinikkjefer. Erfaringer fra interne byggeprosjekter og eksterne er innhentet. Råd og innspill er også innhentet fra eksterne ressurser som SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter), Oulu Universitetssykehus og Oulu kommune (studietur), FRESK i Helse Nord, Senter for fremtidig helse (C3) og Sykehusbygg HF. Det er også utviklet en workshop i OU (26.-27.3.2019) som et ledd i å utvikle leveransene.

OU prosjektet har i hele perioden samarbeidet tett med Byggeprosjektet.

Et utkast til denne rapporten ble sendt følgende instanser for ytterligere innspill: Direktørens ledergruppe, utvidet lederteam i UNN Narvik, Brukerutvalget, foretakstillitsvalgte, foretaksverneombudet, Smittevernssentret, Bedriftshelsetjenesten, Byggeprosjektet og Narvik kommune. Innspillene er samlet i Interaxo ([lenke til mappe i Interaxo](#))

4. AKTIVITETS- OG KAPASITETSBEREGNING

Et av flere grunnlag for å avklare utformingen NUN er framskrivning aktiviteter og kapasitetsbehov. Sykehusbygg HF forvalter en nasjonal framskrivingsmodell på vegne av de fire regionale helseforetakene. Modellen er benyttet til framskrivning for UNN i forbindelse med NUN, og

¹ HFP fra 2010, styresak 78/2010 i UNN og 35/2011 i Helse Nord, samt styresak 48/2018 UNN og styresak 93/2018 Helse Nord. Det er også beskrevet i styringsdokument for konseptfase (2009) og hovedfunksjonsprogram (2010) A-fløya UNN.

resultatene foreligger i rapporten Aktivitets- og kapasitetsframskriving UNN HF 2015-2035 (13.12.2018). Framskrivingsmodellen har noen metodiske svakheter, og da spesielt relatert til fagområdene:

- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Psykisk helsevern
- Aktiviteter hvor det kan være stor variasjon fra år til år

OU- prosjektet har lagt til grunn beregning fra sykehusbygg med aktiv tid på åtte timer i poliklinikk.

5. MILEPÆLER

I dette kapitlet beskrives leveransene til de 12 milepælene (se vedlegg 1).

Leveransene beskrives med utgangspunkt i følgende overordnede områder:

- Arealmessig konsekvenser utvalgte funksjoner
- Nærhets- og avhengighetsforhold
- Person- og varelogistikk

Rapporten omtaler ikke hvor stort areal de enkelte funksjonene skal ha eller innhold og plassering av de enkelte rommene. Dette vil bli behandlet på et senere tidspunkt i forprosjektet. Gruppene har jobbet etter mandat og enkelte av gruppene har hatt i oppgave å beskrive mer detaljert på type rom (eks. operasjon og steriltforsyning). Med bakgrunn i de beskrevne milepælene er det noen punkter som overlapper i rapporten.

Arealmessige konsekvenser

Milepæl 2	Når arealmessige konsekvenser av samarbeidet med Narvik kommune er avklart
Milepæl 3	Når arealmessige konsekvenser av den operative virksomheten er avklart
Milepæl 4	Når arealmessige konsekvenser av simuleringssenter og LMS er avklart
Milepæl 5	Når arealmessige konsekvenser av fasiliteter for utdanning er avklart

Samarbeid med Narvik kommune

Planlagt felles klinisk virksomhet:

- Felles drift av akuttmottak og legevakt (FAM): avklart og jobbes med i delprosjekt 3a Akuttaksen.
- Pasientsentrert helsetjenesteteteam skal implementeres og det samme gjelder FACT. Dette vil skje fortløpende. Organisering av team vil kreve møterom, arbeidsstasjoner og IKT-løsninger som legger til rette for samhandling og samarbeid mellom personalet fra UNN Narvik og primærhelsetjenesten. Denne formen for samarbeid er økende.

Andre aktuelle felles løsninger og samarbeidsområder er: vaskeri til tøy, tøyager, sentrallager, sengevaskeri, kjøkkendrift, rampe for levering av varer med felles adkomst, avfallshåndtering, kjølerom for mors, kapell, livssynsnøytrale rom, hvilerom rom til rituell vask, pasienthotell, sykehusapoteket, helsehus, portørtjeneste, og undervisningslokaler/simulering. Flere av disse funksjonene betinger en temperert forbindelse mellom et Helsehus, sykehjemmet og NUN. Mulige

fellesløsninger og samarbeidsområder må vurderes med hensyn til en effektiv utnyttelse av personell- og materielle ressurser. Det er utarbeidet en matrise over aktuelle samarbeidsområder og det er lagt opp til en prosess med intensjonsavtaler.

Det er noe uklart om når et samarbeid om disse funksjonene kan forventes å være avklart. Kommunen har planlagt en ferdigstilling av et rom- og funksjonsprogram for Helsehuset per 30.4.2019 og ferdigstilling av et skisseprosjekt per 30.9.2019. Representanter fra Narvik kommune og UNN vil møtes jevnlig fram mot sommeren mht. utvikling av byggene (arkitekter) og samarbeidsflater drift. Den videre beslutningsprosessen i kommunen er ikke helt avklart fordi det foregår en prosess med kommunesammenslåing. Det er forespeilet beslutning om helsehus tidlig 2020

Operasjon og sterilsentral

For operasjon og sterilsentralen er utarbeidet en utførlig beskrivelse, se vedlegg 3 Operasjon og sterilsentral. Under følger noen overordnede føringer.

I Aktivitet og framskrivingsrapporten 2015-2035 er kapasitetsbehovet beregnet til fire operasjonsstuer og en akutt sectiostue. Arbeidsgruppen foreslår til sammen seks fullverdige operasjonsstuer. Begrunnelse:

- Narvik skal primært bedrive dagkirurgisk virksomhet. Korte dagkirurgiske inngrep krever flere stuer en inngrep med lengre knivtid. Arbeidsprosessene utføres av ett operasjonsteam som bruker to operasjonsstuer. Da kan den ene stuen vaskes mens neste operasjon er i gang. Dette gir god flyt i hverdagen og stor fleksibilitet for operasjonsprogrammet og vurderes til å ha den mest effektive ressursutnyttelsen av personell.
- Det legges til grunn at antallet smittepasienter vil øke i framtiden, og rengjøring av operasjonsstuene vil nødvendigvis ta lengre tid med «smittevask». Med seks operasjonsstuer vil det bli mindre stans i operasjonsprogrammet.

For effektiv drift innenfor operasjonsavdelingen og for å ivareta hensynet med grønn arbeidssone foreslås følgende areal inne i avdelingen:

- Forberedelsesrom til hver operasjonsstue
- Utpakningsrom (som det står)
- Preparatrom for håndtering og oppklipping av preparater
- Desinfeksjonsrom som krever god arealløsning for skille mellom ren/uren sone
- Skopsentral for hele sykehuset
- Det må også ivaretas lagerrom, oppstillingsplass for akutt-traller, medisinerrom, avfall-/tøysug, skjermet koordinatorstasjon, dikteringsrom, arbeidsstasjoner, pauserom/møterom, kontor og areal for kirurgisk håndvask (se vedlegg 3 for spesifikasjon)

I tilknytning til avdelingen må det være:

- Sluse med pasientheis mellom grønn/hvit sone
- Teknisk og medisinteknisk verksted (som det står)
- Prerom (som det står)
- Avfallsrom hvis ikke det etableres avfall/tøysug inne i avdelingen
- Garderober
- HWC for pasienter
- Oppstillingsplass for senger og rullestoler

Sterilsentral:

- Sterilsentral har betydelig arealmessige krav som må ivaretas med både gjennomgående vask og skille mellom ren/uren sone.
- Om det ikke blir egen skopsentral må det eget desinfeksjonsrom for skop etableres i sterilsentralen eller i operasjon.
- Om skal installeres plasmaautoklave, kreves det et eget rom.

Kommentar fra OU ledelsen: Styringsgruppen har besluttet at det skal beregnes kostnader ifbm tilrettelegging av en hybridstue innen endelig beslutning. Om en sjettede operasjonsstue kan utvikles til å bli en hybridstue må inngå i beregningen. Det er primært til de tyngre inngrepene man har best effekt av forberedelsesrom tilknyttet operasjonsstue og det er derfor behov for to slike forberedelsesrom (og ikke ett til hver operasjonsstue som arbeidsgruppen har anbefalt). Det forventes at det blir økt bruk av engangsskop og dette må tas hensyn til i planleggingen og dimensjonering av skopsentral.

Simuleringscenter og lærings- og mestringssenter

Lærings- og mestringssenter (LMS):

- Arealer og ankomst som er tilpasset for senger og rullestoler.
- Toaletter i umiddelbar nærhet.
- Ikke blande arealer for undervisning med ventearealer for pasienter.
- Tekniske arealer tilpasset teleslynge.
- Videokonferanseutstyr o.l. i de arealer som skal brukes til undervisning og opplæring.

Simuleringscenter:

- Mulighetene for etablering av et simuleringscenter i et samarbeid med eksterne partnere er en pågående prosess. Aktuelle samarbeidspartnere er Narvik kommune, UiT/ Campus Narvik m.fl. Aktuelle funksjoner er bl.a. en LivingLab, obligatorisk praktisk trening innen flere kliniske fagområder, Narvik VGS, m.fl.
- Simuleringscenteret med mobil enhet for realistisk trening i egnet miljø.
- Etableringen og organisering av et simuleringscenter må sees i sammenheng med det pågående i arbeidet i UNN vedrørende SimNord i regi av KVALUT/ klinisk utdanningsavdeling.
- Kan benyttes til øving, samtrening, kliniske virksomhet (for eksempel fobiterapi).

Utdanning

Samlokalisering fagområdene somatikk, rus og psykisk helsevern samt spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenestene gir mulighet til å utvikle en unik arena for undervisning, utdanning og forskning der disse aktørene sammen med høgskole og universitet kan drive fagutvikling på tvers av fag, profesjoner, institusjoner og forvaltningsnivå.

Ulike kategorier møte- og undervisningsrom:

- Møte-/grupperom integrert i funksjonsområdene

- Felles møterom med bookingfunksjon og undervisningsrom
- Rom/areal for forskningsvirksomhet (kontor, ferdighetslab., simuleringsenhet eller tilsvarende)
- Rom for forskningsvirksomhet (kombinert kontor/lab/undersøkelsesrom)

Overordnede nærhets- og avhengighetsbehov

Milepæl 6 Når overordnede prinsipper for nærhetsbehov er avklart
--

Samarbeidskultur

- Hovedprinsippene knyttet til de fem områdene: nærheter, avhengigheter, personlogistikk, varelogistikk og integrert sykehus vil på ulike måter berøre samarbeidet mellom flere typer personell i og utenfor sykehuset. Integrering forutsetter samlokalisering; samtidig som det stiller krav til organisering av de enkelte fagfelt, klinikker, avdelinger, seksjoner og enheter, og det må jobbes videre med i OU hvordan de ulike fagfeltene skal samhandle og samarbeide på måter som til sammen gir mer enn summen av de enkelte tjenestene pasienten benytter seg av i forløpet.
- Pauserom der ulike fagdisipliner naturlig treffes skal etableres. I OU prosessen har medarbeidere sagt at det er svært viktig å skape disse felles møteplassene.
- Små kafferom begrenses tilsvarende, men pauserom for vaktpersonell i nærhet av driften må ivaretas.
- Felles kantine/løsning/kafé som naturlig treffpunkt for sykehuset og kommunalt helsehus, og møteromsfasiliteter og auditorium i tilknytning til kantine/løsning/kaféløsning.

Pasienthotellet

- Må legge til rette for preoperativ forberedelse
- Ivaretagelse av smittevern og hygiene.
- Tilgang til servicepersonale for pasienter som er innlagt
- Tilrettelagt for pasienter med funksjonsnedsettelse og for barselopphold
- De pasienter som behandles på dagnheter og kan bo på pasienthotell, trenger arealer hvor de kan oppholde seg når de ikke er til behandling slik at de ikke må være i sengeposten. I tillegg er det behov for behandlingsrom/undersøkelsesrom/samtalerom for pasienter som bor på pasienthotell, men som skal ha sin injeksjon, sitt sårskift o.l. Dette må enten tas høyde for i kapasiteten i poliklinikkarealene eller så må det finnes annet sted. Bør ikke være i sengeposten.
- Kan være aktuelt for kommunen å bruke pasienthotellet til pasienter og pårørende som skal få helsetjenester i Helsehuset (lavt antall).

Akuttaksen

Utformingen av bygget må legge til rette for at:

- Den elektive driften og øyeblikkelig hjelpfunksjonen må håndteres separat. Dette bidrar til at de to virksomhetene i mindre «forstyrre» hverandre.
- Døgndriften i størst mulig grad samlokaliseres og at driften av dagbehandling og poliklinikker samlokaliseres. Arbeidsgruppen benevner dette som en radiant utforming i motsetning til en sekvensiell utforming av bygningsmassen.

- Beredskap CRBNE utstyr (dusj, sikkerhet) må plasseres slik at UNN oppfyller forskriftskrav.
- Akuttrom skal ha nærhet til røntgen, operasjon og intensiv.
- Arbeidsformen i akuttaksen er i stor grad teambasert, og utformingen av bygget må legges til rette en slik arbeidsform mht. det fysiske – og digitale møter og kommunikasjon.

Det er laget en detaljert oversikt i rapport fra arbeidsgruppen akuttaksen (se [Interaxo](#))

Dag og poliklinikk

- Poliklinikken bør ligge nært hovedinngang, kantine, apotek og pårønderom.
- Tilstrekkelig med samtalerom.
- Medisinske dagområder herunder dialyse og infusjoner bør lokaliseres nært for effektivt bruk av personellressurser.
- En rekke pasientforløp har følgende nærhetsbehov:
 - Anestesipersonell og operatør
 - Tilgang til forskjellige typer medisinsk teknisk utstyr
 - Laboratorium
 - Skyllerom, medisinrom og lager
 - Røntgen
 - Sterilsentral og operasjon
 - Observasjonsrom, garderobeskap
- Høresentralen har behov for samhandling med ØNH leger. Trenger nødvendigvis ikke ligge inni «sykehuskroppen». Plasseres i rolige omgivelser da støy påvirker utstyret. Sentralen kan ikke ligge nært hovedinngang.
- Samlokalisering av ambulant akutt team (AAT) og voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) er fra fagmiljøet vurdert som nødvendig i forhold til rask spesialisttilgang ved akutte vurderinger, der målet er å gi nødvendig helsehjelp poliklinisk og ambulant. Kommentar fra OU ledelsen – etter hvert som man får erfaring med bruk av FACT team kan det bli endringer i måten man jobber på.
- BUP ønsker å ligge nært hovedinngangen slik at det er lett for barn og ungdom å finne frem til poliklinikken.

Døgndrift

- De fleste forløp er avhengig av nærhet til intensiv.
- De fleste pasienter er avhengig av oppfølging fra fysio/ergo/ernæring under oppholdet.
- Pasientene er ofte inntil røntgen før og/eller under oppholdet.
- Alle pasienter er avhengig av lab. under oppholdet.
- Slagpasienter er avhengig av nærhet/lett tilgang til CT og MR.
- Sambruk av lager/skyllerom.
- Felles dagligstue/buffetservering. Kostverter bidrar direkte mot pasient i matservering og tverrfaglig i ernæringsoppfølging
- Selv om alle pasientrom skal være enerom skal noen av disse rommene ha forgang med mulighet for dekontaminator i vegg, dette gjelder både somatikk, rus og psykiatri.
- Foreslår bygging av et luftsmitteisolat på bakkeplan i tilknytning til akuttmottak og observasjonspost. Smittevern anbefaler at luftsmitteisolat ligger på bakkeplan for å lettere kunne ta pasienten både inn og ut uten å måtte gjennom sykehuset.

- Tilgang til uteareal (enkelte pasientgrupper har lange opphold og enkelte pasienter innen rusfeltet er innlagt begrunnet i tvang).
- En integrasjon mellom Psykisk helsevern og TSB kan vurderes på områder som felles sengeområde for akutt/SUB-akutt fleksibel post/observasjonspost med delvis integrert turnus med f.eks. felles nattressurs, felles medisinrom og andre tekniske og fysiske ressurser.

Føde, barsel og kvinnehelse

- I stedet for opphold i ordinære sengeområder ønskes et eget område for kvinnehelse (komplikasjoner, keisersnitt, heldøgns gynekologi), som bør ligge i nærheten av forløringsrom for effektiv utnyttelse av personell. Kan ligge i nærheten av ordinært sengeområde.
- Asfyksirom i direkte tilknytning til forløringsrommene. Kvalitetssikring og ivaretagelse av akuttberedskap med VAKE i samme rom.
- Enkel og rask sengetransport (akutt) til operasjon. Heis til operasjon er greit, men ikke for langt unna. Hjørner og korridorer må unngås.
- Isolat eller forløringsrom som er innredet for å håndtere smittevern (MRSA, o.l.).
- Samarbeid med de øvrige poliklinikkene mht. bruk av enkle operasjonsstuer og i bruk av samtalerom.
- Økt samarbeid med kommunehelsetjenesten for å tilrettelegge for at pasientene kan være mer hjemme.
- Nærhet til pasienthotellet:
 - Effektiv personellutnyttelse
 - Pasientene sin opplevelse av trygghet ved nærhet til kompetanse
 - Akuttberedskap
 - Sommerstenging og avlastning for Harstad (fem rom). Det må tilrettelegges for familier samt utstyr for barnestell. Disse rommene kan være tilgjengelig for andre pasientgrupper.
- Felles IKT-plattform mellom UNN sine lokasjoner og primærhelsetjenesten, for eksempel Partus.

Røntgenavdelingen

- Røntgen må lokaliseres nært akuttmottak og akuttaksen. Spesielt CT modalitet.
- Røntgen bør også lokaliseres nært stort felles venterom, hovedinngang og poliklinikkene. Polikliniske pasienter (eksterne og interne) utgjør mellom 70-80 % av dag-driften.
- Det er hensiktsmessig å tenke seg et skille mellom «eksterne» pasienter fra fastlege/poliklinikk og «interne» fra legevakt, akuttmottak, sengepost, intensiv og operasjon. Utformingen av røntgenavdelingen må kunne legge til rette for at poliklinisk drift og øyeblikkelig hjelpfunksjon og interne pasienter kan håndteres separat. Pasient i seng bør ha «intern» transportvei til akuttmottak, sengepost, intensiv og operasjon. Pasient i seng må kunne avskjermes i venterom/avlukke i påvente av undersøkelse med tilgang til toalett.
- Røntgen har behov for eget venterom inne på røntgenavdelingen (i tillegg til stort felles venterom) til forberedelse til CT/MR pasienter, til observasjon minimum 30 min. etter kontrastinjeksjon, skjerming av enkelte pasientgrupper i fra stort felles venterom, ved undersøkelser på flere labor der pasient venter mellom undersøkelsene.
- Avgjørende for seksjonen for fagutvikling, sikkerhet og krav til undervisning, informasjonsflyt, gjennomgang av protokoller ol. at det legges til rette for telestudio/møterom inne i seksjonen

slik at man har mulighet å springe til og fra. Når det gjelder de ulike modalitetene, er det viktig at en ser på om det kan drifte smartere og mer effektivt når det gjelder lokalisering av modaliteter. Det vises for øvrig til rapport vedlegg 6.

Laboratoriet inkludert blodbank

- Nærhetsbehov til både poliklinikker og akuttmottak.
- Behov for flere enn dagens to prøvetakingsrom samt tilknytning til toalett.
- Eget venterom for de som skal til prøvetaking for å ta hensyn til kreftpasienter og ruspasienter.
- Eget kjølerom i tilknytning til hovedinstrumentene er også ønsket for å kunne ivareta backup-løsning for blodbanklager, aktiv lagerforsyning og unødig forflytning for personell.
- Akkreditert virksomhet og dette må ivaretas i utformingen av areal og kapasitet.
- Krav til blodbank (forskrift) gjør at utformingene må slik at det ikke er kryssende linjer i produksjonen.

Operasjon og sterilsentral

- Operasjon og sterilsentralen må ha nærhet til hverandre:
 - Behov for rask levering av instrumenter og utstyr ved akutte situasjoner.
 - Leveranse av sterilt gods og mottak av skitne instrumenter.
 - Mottaksarealet må være plassert slik at det blir enkel adkomst både for operasjon og øvrige enheter i NUN.
- Sambruk av operasjonsstue skiftestue plasseres ved inngang til grønn sone med tanke på trafikk inn og ut av stuen. Gjennomstikkskap til alle operasjonsstue, også skiftestue. Sluse for prosedyrevogn inn til hver operasjonsstue.
- Sterilsentralen skal levere tjenester til operasjon og øvrige enheter i NUN inkl. legevakt og ambulansen.
- Sterilsentralen kan levere prosedyrevogner til operasjon. Frigir operasjonssykepleiere for denne oppgaven.
- Varemottak for ekstern vareleveranse skal den gå via sterilsentralen
- Garderober og pauserom i sambruk

Lærings- og mestringssenteret og simuleringssenter

- Legges nært hovedinngangen, jfr. Nordlandssykehuset sin løsning.
- Tidlig synlig i sykehuset, og gjerne knyttet opp mot brukerorganisasjoner, bibliotek, m.m.
- Nært ventearealer og undervisningsarealer. Viktigst med nærhet knyttet til undervisningsarealer for kursvirksomheten mot pasientene.
- Nært Pasienthotellet fordi LMS har pasienter som er tilreisende til Narvik for å delta på kurs.
- Nærhetene i Skisseprosjektet med LMS over Hovedinngangen og med Pasienthotellet i etasjen over er en veldig god løsning.
- Ønskelig at Narvik kommunes plassering av FriskLiv, Læring og Mestring er nært knyttet opp til NUN sitt LMS, for eksempel Helsehuset.
- Lærings- og mestringssenteret, simuleringssentret og utdanning må ha fysisk nærhet.

Apotekdrift

Det er etablert et samarbeid med Sykehusapoteket Nord (SANO) for å utrede tre driftsmodeller for apotekdrift i NUN, jfr. styringsgruppesak 04.2019. Styringsgruppen har besluttet at det skal legges til rette for en publikumsavdeling, og det aktualiserer modell 2 eller 3, jfr. styringsgruppesak 15.2019. Modellene 2 og 3 har ulik grad ha kostnads- og arealmessige konsekvenser. Spesielt vil modell 3, som inkluderer produksjonsfasiliteter, påvirke disse faktorene. Det kan også være aktuelt å etablere en modell hvor dagens drift samt en produksjonsavdeling.

Beslutningsgrunnlaget for valg av modell skal legges fram i styringsgruppemøtet 6.6.2019. (Se også punkt om varelogistikk og legemiddelkvalitet). Sykehusapotekmodell må behandles i SANO og evt. Helse Nord.

Legemidler

Større medisinrom som kan sambrukes av flere avdelinger kan være en fordel om det ivaretar nærhetsbehovet til hver enkelt avdeling. Ved å ha færre og større medisinrom som flere avdelinger benytter, kan det være enklere å bemanne opp medisinrommet med apotekpersonell. En slik tjeneste (apotektstyrt legemiddellager) er en tjeneste SANO tilbyr etter nærmere samarbeidsavtale mellom sykehuset og apoteket. UNN Narvik og SANO har ASL-avtale i dag, men eventuelt færre og større medisinrom vil kunne medføre endring i bemanning/arbeidstimer og at samarbeidsavtalen derfor må justeres.

Trenings og behandlingsarealer

Fysisk trening og behandling krever relativt mye arealer. Her kan det være aktuelt å inngå et samarbeid med Narvik kommune

Kontorløsninger

Valg av kontorløsninger har direkte arealmessige konsekvenser. Aktuelle problemstillinger dreier som enekontor, landskap og type landskap, om pasientbehandling skal foregå i egne behandlingsrom eller på behandlerne sitt kontor. Dette er diskutert i lederteam UNN Narvik og samarbeidsforum for hovedverneombud og hovedtillitsvalgte UNN Narvik. Det er primært poliklinikkmiljøene innen voksenpsykiatri (VOP) og barne- og ungdomspsykiatri (BUP) som er skeptisk til evt. valg som ikke innebærer enekontor for de som har pasientbehandling. Det har også vært uttrykt bekymring for at behandlere skal sitte i landskap og følge opp pasienter per skjerm eller telefon, det har aldri vært foreslått at man skal ha slike ordninger. Kontorløsninger må ivareta nødvendige krav til lydtetthet. Vurderingen fra OU prosjektledelsen er at det innen VOP og BUP må bli en kombinasjon av kontorer som også kan brukes som behandlingsrom og nok antall behandlingsrom som kan bookes og at noen av disse må være av en slik størrelse at det er mulig å romme grupper. Det må planlegges med noen behandlingsrom både innen somatikk (primært legevakt/akuttmottak) og psykiatrien som har to utganger.

Felleskontor som kan deles av flere vil ellers gjelde innen BUP, VOP, somatikk, samt rus og avhengighetsmedisin.

Det er også ønskelig å få etablert små fleksible kontorlandskap for både merkantile funksjoner og helsepersonell.

Det planlegges for at felles kontorsenter får tildelt i areal i kontorlandskap.

Tilgjengelige støyskjermede arbeidsstasjoner for telefon og videokommunikasjon med pasienter og samarbeidende personell nær alle enheter med pasientbehandling.

UNNs policy mht. kontor og fordeling skal følges.

Drifts- og eiendomssenteret

Funksjoner knyttet til forsyning og teknisk drift har et nærhetsbehov innen senteret fordi dette kan legge til rette for oppgaveglidning og samarbeid mellom de ulike funksjonene. Dette vil bedre servicen til den kliniske virksomheten samt at driften kan bli mindre personalintensiv.

Møterom og auditorium

- Tilgjengelige møterom som dekker alle behov gjennom utrustning (IKT, PC, o.l.) og størrelse, fleksibilitet, tilgjengelig for bevegelseshemmede og sengeliggende, og nær alle enheter, lokalisert i kjerneområder. I poliklinikken er må møterom være tilpasset røntgendemonstrasjoner.

Uteareal

- Utearealer benyttes ofte i en terapeutisk sammenheng (leirområder, minigolf, o.l.), og tilgjengeligheten fra døgnenhetene er viktig. Det gjelder spesielt for pasienter innen psykisk helsevern og ruspasienter.
- Felles treningsarealer gir god ressursutnyttelse og må ligge nær brukerne i NUN og Helsehus.

Overordnede prinsipper for pasientflyt

Milepæl 7	Når overordnede prinsipper for pasientflyt er avklart
Milepæl 8	Når hovedprinsippene for drift av sengeavdelinger er avklart
Milepæl 9	Når hovedprinsippene for drift av poliklinikker er avklart
Milepæl 10	Når hovedprinsipper for døgndrift av rus og psykisk helsevern er avklart
Milepæl 11	Når hovedprinsipper for drift av poliklinikker for rus og psykisk helsevern er avklart

Generelt

- Pasientene skal forflytte seg minst mulig gjennom et pasientforløp og ikke oppleve flaksehals mellom ulike behandlere, interne organisatoriske enheter og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette innebærer et hovedprinsipp om at ressursene (ansattes kompetanse og utstyr) skal flyttes dit pasientene befinner seg, og ikke motsatt. IKT-systemene og eHelseløsningene må understøtte dette prinsippet.
- Det etableres ordninger for enklere tilsynsanmodninger slik at pasienten kan «serves» med faglig kompetanse i den avdelingen der hans/hennes hovedutfordring best tas hand om.
- Det søkes løsninger der pasienter med multiple utfordringer kan tilsees poliklinisk fra flere disipliner i samme seanse med påfølgende faglig drøfting.

- Lounge/besøks- og ventesoner: Tilrettelegging for pasienter og pårørende med behagelige soner; gode stoler og gjerne med noen mer skjermede områder, toaletter, rom for oppfrisking, tilgang til musikk, radio, TV krok og nett og kaféareal. Fra brukere er det spesielt nevnt at det er behov for lounge/hotellfølelse pga. kan være lang ventetid på f.eks. transport.
- Adkomsten til NUN være godt tilrettelagt for pasienter og besøkende samt det er enkelt å orientere seg inne i bygget. Betydelig grad av involvering av brukere vurderes som en forutsetning for å finne de beste løsningene.
- Parkeringsplasser for blodgivere, bevegelseshemmede, utrykningspersonell og taxi i nærhet til inngangsparti eller aktuelt oppmøtested.
- Parkeringsplass for sykler må ivaretas.

Åpningstider

- Dagens poliklinikker har i det vesentlige en åpningstid fra kl. 0800 – 1530. En effektiv drift av poliklinikkene er et komplisert samspill mellom tilgangen til ulike personalressurser, tilgjengelige behandlingsrom og behovet for medisinsk teknisk utstyr. Standardisering og fleksibilitet i utformingen av poliklinikkarealene vil være viktig for å oppnå en god logistikk.
- Det er nødvendig å vurdere de arealmessige konsekvensene av ulike åpningstider og utnyttelse av rommene da en utvidelse av åpningstiden til åtte timer aktiv tid vil ha en betydelig arealeffektiv konsekvens. I tillegg vil en utvidet åpningstid være viktig for servicen til pasientene, for eksempel for skoleungdom. Til å gjøre disse beregningene er det bedt om verktøy fra Sykehusbygg. Tillitsvalgt og verneombud skal involveres i beregningsarbeidet.

Overordnede prinsipper for døgndrift

Pasienter innen somatikk har ofte korte opphold i sykehuset, mens pasienter innen psykisk helsevern og rus og avhengighetsmedisin har lengre opphold, noen i flere måneder, og tilrettelegging for uteaktiviteter og treningsfasiliteter vil være nødvendig. Det er utarbeidet rapport fra arbeidsgruppen døgn som også beskriver behovene og avhengighetene innen psykisk helsevern og rus og avhengighetsmedisin.

Viktige momenter for psykisk helse og rus/ avhengighetsmedisin:

- Knuse/ skuddsikre vinduer og glassflater–må ikke kunne åpnes
- Egen inngang/ utgang –fluktmulighet
- Egnet tilgang for politibistand, mulighet for skjerming mot denne inngang fra resten av pasientgruppen må være inn til hver enkelt enhet
- Samtalerom med to utganger –sikkerhet for personal ved utagering–kan brukes fleksibelt med AAT i døgn psykiatri –må ha eget rom i avrusning.
- Ikke dusjslanger, dusjforheng på bad
- Utforming av medisinrom i enhetene for å begrense tilgang for pasienter både inneliggende og utenfra.
- Poliklinikk og AAT så nær at man kan bruke felles behandlingsrom. AAT for alle akuttforløp.
- Behandlingsrom for gruppebehandling russeksjon. I tillegg til aktivitetsrom, dette må kunne romme 27 stk.
- Samtalerom med skype i hver enhet som brukes til pasientvurderinger av bakvaktslege, både for rus-døgn, avrusning og psykiatri.

- Røykerom i hver enhet, ikke balkongpga behov for sikringstiltak både mått selvskade og innførsel/ dealing mellom enheter
- Vaskerom for vask av pasientklær
- Treningskjøkken, trenger ikke ligge inne i enhet
- Aktivitetsrom inne i enhet for aktivitetstilbud og gruppebehandling
- Egen matsal på alle tre enheter (døgn psyk, døgn rus og avrusning/utredning)

Se også vedlegg 7 for flere detaljer.

Stormottakersatsingen i UNN

UNN har nylig initiert en stormottakersatsing (pasienter med omfattende helsetjenestebehov) som vil ha konsekvenser også for NUN. I tillegg skal pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) implementeres på bakgrunn av erfaringer fra UNN Tromsø og UNN Harstad. Disse satsingene betinger opprettelse av nye funksjoner og vil ha arealmessige konsekvenser for utformingen av NUN. Videre vil stormottakersatsingen og PSHT påvirke personlogistikken (pasienter og ansatte), dvs. flere av pasientforløpene. Under listes opp elementer som det bør tas hensyn til i den videre planleggingen:

- Funksjon for vurdering av henvendelser i tverrfaglige team. Betinges godt tilrettelagte arealer (responscenter/ 114), koordinatore og samarbeidsarenaer både for tverrfaglige møter og samarbeid via videokonferanse/ Skype).
- En dør inn funksjon (responscenter + koordinatorfunksjon) bør ha fysisk nærhet og/eller tilknytting til tverrfaglige team (Geriatriteam, Rehabiliteringsteam, Pasientsentrert team (som er under etablering), ACT, FACT (?), Palliativt team og evt. flere).
- Noe av denne virksomheten vil betegnes som en virtuell og ambulerende poliklinikk, men det bør også tenkes nærhet til dag og poliklinikkarealer for de pasientene som har behov for å komme til sykehuset.
- Areal må tilrettelegges for å gi mulighet for en-til-en dialog med helsepersonell samt mindre teammøter (fysisk og digitalt) direkte fra de enkelte sengepostene og poliklinikk.

Denne listen vil endre seg og utvides etter hvert som stormottakersatsingen tar form. Se vedlegg 4 Rapport fra delprosjektet Framtidens helsetjeneste.

Overordnede prinsipper for akuttaksen

Funksjoner i akuttaksen Nye UNN Narvik:

Felles Akuttmottak:

- Legevaktssentral. Alle pasienter i det felles akuttmottaket Nye UNN Narvik møter opp i vår resepsjon for registrering, medisinsk triagering ifølge vedtatt standardisert metode og fordeling til rett instans for behandling.
- Koordinator i akuttmottaket koordinerer pasientflyten inn og ut av, og aktiviteten i, akuttmottaket og observasjonsposten. Koordinator er lenken til AMK og tar imot forespørsler/rapporter fra pre-hospital og kommunal helse-/omsorgstjeneste og initierer og videoassisterte legekonsultasjoner dersom det vurderes egnet. Det er også koordinator, som tar imot pre-hospital triage og utløser teamalarmer.

- Tverrfaglige, multiprofesjonelle team behandler en hver pasient etter dennes aktuelle problemstilling og behov.
- Økt samarbeid mellom spesialist/kommunal helsetjeneste og omsorgstjenesten
- Traumemottak
- Medisinsk MottaksTeam (MMT)
- Aktivitetsbasert bemanning

Felles observasjonspost:

- Observasjonsposten, som ligger tilknyttet det felles akuttmottaket, er en post felles for kommunal helsetjeneste (KAD) og spesialisthelsetjenesten (somatikk, rus, psykiatri) åpen 24/7. Her pleies pasienter med forventet korte liggetider (<48h) og pasienter med uavklart problematikk, som krever multiprofesjonell vurdering og/eller behandling før overføring til moderpost. Observasjonsposten er også en buffer for sykehuset som helhet og tar imot pasienter med forventet korte liggetider (<24h) for diagnostikk/tiltak/prosedyrer/observasjon.
- Den felles observasjonsposten har en fleksibel romløsning med plass for flere sittende og/eller liggende pasienter etter behov. Samtlige pasientplasser er komplette med monitorering, medisinsk gass, sug etc.
- Observasjonsposten ligger i forlengningen av det felles arbeidsområdet, som brukes også av sykepleierne og legene i observasjonsposten. Felles for observasjonsposten og akuttmottaket er dessuten vaktrom for personal og venterom for pasienter/pårørende.
- En meget ressurseffektiv prosess utviklet i den felles observasjonsposten er «sjekklisterforløpen». Disse omhandler diagnoser med standardiserte pasientforløp der hvis pasienten etter triagering, anamnese og undersøkelse fylder kriteriene for et sjekklisterforløp informeres om diagnose, fortsatt observasjon og behandling og at hvis alt utvikler seg som forventet = sjekklisten er grønn, han/hun skrives direkte ut til hjemmet med oppfølging som fortalt. Muntlig og skriftlig informasjon gis samtidig ved den første og eneste legekonsultasjonen. Hvis noen av punktene på sjekklisten faller ut rødt gjøres en ny legekonsultasjon og pasienten tas om hand på vanlig måte.

Intensiv:

- Intensivavdelingen på Nye UNN Narvik med integrert barnestue (2-3 rom) er geografisk tilknyttet operasjon og perioperativ enhet, men med umiddelbar nærhet til akuttmottaket, røntgen og transportmuligheter med luft-/bilambulans via heis. Det er også med operasjon og perioperativ enhet, som intensiv hovedsakelig koordinerer sambruk av personell og oppgaveglidning.
- Intensivavdelingen er på samme måte som det felles akuttmottaket og observasjonsposten utformet med tanke teamarbeid og felles situasjonsforståelse. Det felles arbeidsområdet for leger og sykepleier tilbyr gode arbeidsforhold for alle medarbeidere i det daglige og er felles for intensiv, perioperativ enhet og barnestue. Aktuell status i intensiv/perioperativ enhet/barnestue visualiseres i realtid på avdelingens elektroniske tavle. Her finnes og overvåkingssentralen før samtlige rom på intensiv/perioperativ enhet/barnestue og for telemetriovervåkingen for samtlige enheter på Nye UNN Narvik. Fra det felles arbeidsområdet er det lett å få visuell oversikt over rommen og aktiviteten på intensiv, perioperativ enhet og barnestue. Felles for intensiv, peri-operativ enhet og barnestue er dessuten vaktrom for personal.

Prehospital tjeneste/ Ambulansestasjon:

- Ambulansestasjonen i anslutning til Nye UNN Narvik herbergerer to døgnbiler og en dagbil. Medarbeiderne går i døgnvakt og har derfor fasiliteter som soverom med toalett/dusj, kjøkken, stue, kontor, treningslokale og garderobe for oppbevaring av personlig utstyr. Her er også arealer for dagvirksomhet til ledere og merkantil personell samt lager for ikke medisinsk utstyr.
- Garasje og vaskehall er integrert i ambulansestasjonen, men utgjør også del av Nye UNN Narviks CBRNE beredskap med separat CBRNE lager og garderobe for dekontaminasjonspersonell samt innendørs «skitten sone» med sluse inn til vaskehall og garasje. Dette er en arealkrevende funksjon.
- Det nære samarbeidet innenfor akuttaksen inkluderer og et flertall standardiserte pasientforløp der ambulansetjenesten utfører tradisjonelt intrahospitale oppgaver in-transport og bidrar med intrahospital transport av pasientene for optimering av pasientflyten.

Prehospital tjeneste/ Helikopterplattform:

- Helikopterlandeplassen med heis direkte ned i akuttrommet i det felles akuttmottaket på Nye UNN Narvik gir gode forutsetninger for rask og trygg levering av disse pasienter. Kommentar fra OU ledelsen: . Det videre arbeidet med avklaring må primært ivaretas av bygg fordi det forventes nye lovpålagte krav (avventer nasjonal rapport i mai 2019).

Standardiserte pasientforløp:

- Samarbeidet mellom ambulansetjenesten og det felles akuttmottaket Nye UNN Narvik inkluderer utover felles kommunikasjonssystem, rapporteringsmetode, triageringsverktøy, elektronisk journal, monitoreringsplattform, prosedyrer for kritiske tilstander også felles teknologi og materiell.
- Det nære samarbeidet innenfor akuttaksen inkluderer og et flertall standardiserte pasientforløp der ambulansetjenesten utfører tradisjonelt intrahospitale oppgaver in-transport og bidrar med intrahospital transport av pasientene for optimering av pasientflyten
- Felles lager av forbruksmateriell, medisiner og MTU er både effektivt og ressursbesparende.

Overordnede prinsipper for dagbehandling og poliklinikker

- Ved å ha felles kontorphonale for poliklinikken kan man være mer fleksibel ved noen av oppgavene på tvers av fagområdene.
- Sterile rom for operasjon innen fagområdene: ORT, GYN, ØNH, KAR mht. å gjennomføre operative sterile prosedyrer
- Mulighet for undersøkelse i lett sedering/rus eksempel koloskopi etc.
- Felles pauserom/ møterom for ansatte på fagområdene somatikk, rus og psykisk helsevern.
- Positivt i forhold til samarbeid på tvers somatikk/rus/psykiatri at vi har felles pauserom. Barrieren for å diskutere problemstillinger reduseres.
- Nødvendig med lite postkjøkken på poliklinikkene. Økende behov for å hente mat til pasienter som er her over lengre tid.
- Kreftenhet: 1) Produksjonsrom m/LAF-benk og 2) eget venterom/ventesone
- Avhengighet mellom rus og psykiatri, legevakt. Avhengighetsforhold til lab, spesielt for inneliggende og LAR pasienter. Det er ønskelig å samhandle med helsehuset når det blir en realitet.
- Poliklinikk bør ligge vegg i vegg med døgn.

- Dagkirurgi: Umiddelbar nærhet til operasjon/anestesi, intensiv og anestesilegers kontor. Sambruk av medisinsk teknisk utstyr.
- Nærhet til pasienthotellsenger.
- Det må legges til rette for mulig framtidig etablering spesialitetene øye og plastikk kirurgi samt økt ambulering
- Av sikkerhetshensyn må det legges til rette for rømningsveier i behandlingsrommene.

TSB-poliklinikk, inkludert LAR

TSB-poliklinikk er ikke et etablert tilbud i dag, og beskrives derfor mer utførlig.

I utgangspunktet vil en LAR poliklinikk få pasienter tildelt fra et vurderingsteam i TSB. Nord-Norge har nå ca. 7-800 pasienter i LAR, og man regner med at dette tallet vil øke de nærmeste årene. Dette vil da utgjøre rundt 1000 pasienter, og utfra et estimat vil en LAR poliklinikk i Narvik da få ansvar for ca. 80-100 pasienter. I utgangspunktet er LAR behandlingen livslang, men flere vil avslutte etter hvert, samt man opplever en del drop-out. De best fungerende vil også bli overført til fastlege og lokal ROP tjeneste. Alle pasienter i dag får et oppstartsmøte, samt de fleste har regelmessige konsultasjoner ved poliklinikken, både mtp. opptrapping/nedtrapping, svitsjing av medikamenter osv. De vil også her inngå i et pakkeforløp hvor annen komorbiditet kartlegges.

Alle pasienter får tilbud om terapeutiske samtaler med sin behandler. I samtalene vil man ha fokus på rusmestring, risikofaktorer for tilbakefall til rus, kartlegging av psykisk og somatisk helse, sosialfaglige forhold osv. Ved behov kan tilbudet bli forsterket med timer hos for eksempel psykolog, psykiater eller lege, men også andre yrkesgrupper ved sykehuset (fysioterapeut, ergoterapeut osv.), samt samhandle med øvrige kliniske spesialister/helsepersonell.

LAR poliklinikken vil også delta i ansvarsgrupper, og ikke minst arbeide utadrettet mot kommunene, både mot fastleger, sosialtjeneste, ROP, FACT og ikke minst apotekene.

Målet med all poliklinikk vil naturligvis være å overføre pasientene til førstelinjetjenesten, men nye forløp kan reaktiveres hvis problemer skulle oppstå.

Varigheten av et poliklinisk LAR forløp vil være fra noen mnd. til mange år. Antall konsultasjoner vil også variere fra svært tette kontakter (ukentlige), til sjeldnere, men ihvertfall hvert kvartal. En slik poliklinikk bør også samarbeide med fastleger og kommuner over Skype/telematikk også.

LAR kan være en del av tilbudene i en ruspoliklinikk. I tillegg tenkes et mer regulært ruspoliklinisk tilbud for pasienter i hele UNN Narviks nedslagsfelt, inkl. Midt-Troms. Mange pasienter som innlegges i døgnenheter i dag, burde vært kartlagt og utredet ved en poliklinikk i stedet for, eller i forkant av en evt. innleggelse. For pasienter som innlegges, dvs. i regionale senger, vil ruspoliklinikken ha en viktig rolle mht. poliklinisk forvernarbeid via Skype 4B med innsøkere og lokalt hjelpeapparat. Ruspoliklinikken vil også ha en viktig rolle i ettervern og oppfølging av pasienter etter døgnbehandling.

Den polikliniske virksomheten vil også ha en regional funksjon, som delvis kan ivaretas via skype. Det gjelder både i forkant av innleggelser mtp. kartlegging og dels utredning, men også i etterkant av innleggelser som endel av ettervern/oppfølging, og ikke minst fange opp tilbakefall så tidlig som mulig.

Utdanning av legespesialister innen rus- og avhengighetsmedisin må vurderes som en del av etableringen og driften av ruspoliklinikk inklusive LAR. Utdanning av psykologspesialister kan også

være aktuelt. For øvrig må etableringen av en ruspoliklinikk sees i sammenheng med virksomheten for øvrig i Psykisk helse og rusklinikken.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)

For å drive en poliklinikk for barn og ungdom er det behov for:

- Tilpasset venterom (med leker o.l. som barn kan ha mens de venter på time). Venterommet må ha tilknytning til egen ekspedisjon. Det er nødvendig at merkantile funksjoner har oversikt over venterommet da vi har mange barn/ungdommer som kommer alene til BUP. De må kunne henvende seg til noen dersom de har behov for dette. Vi har også pasienter som har begått overgrep mot andre barn og pga sikkerheten til våre pasienter er det nødvendig at merkantilt personell har oversikt over venterommet.
- Behandlingsrom hvor det gjennomføres individualsamtaler (i omgivelser som føles trygge for barn og ungdom)
- Legerom (med tilpasset medisinsk utstyr)
- Observasjonsrom/lekerom (til leketerapi, lekeobservasjon, samspillsobservasjon o.l.). I dette rommet er det behov for enveis-speil og videokamera.
- Tilgjengelige rom hvor man kan gjennomføre **akuttsamtaler** (dvs rom som er fleksible ift tidsbruk da det på forhånd er vanskelig å anslå tidsaspektet på akuttsamtaler)
- **Testrom** for å gjennomføre bla evnetest og konsentrasjonstest (et rom uten forstyrrende stimuli)
- Møterom/grupperom (for gruppebehandling og samarbeidsmøter med mange instanser)
- Det er også behov for egne behandlingsrom hvor journal, rapporter o.l. skrives, og telefoner med foresatte/samarbeidsinstanser kan gjennomføres. Vi er avhengig av dette på grunn av ivaretagelse av taushetsplikt og at skjermer ikke er synlig da det jobbes med sensitive opplysninger. Det er behov for at det på hvert behandlingsrom er tilgang til journalsystemer/PC.
- BUP har mange samarbeidspartnere internt i UNN og med andre eksterne etater. BUP innkalles også som vitner i fylkesnemnd og tingrett og er avhengig av å kunne vitne på behandlingsrommet pga taushetsplikt.

Dialyse

Rapporten Aktivitets- og kapasitetsframskriving UNN HF 2015-2035 (Sykehusbygg, desember 2018) beskriver et behov for fem dialyseplasser. Dette er vurdert som utilstrekkelig fordi datagrunnlaget ikke gjenspeiler årlige variasjoner i bruk av dialyseplasser. Konklusjonen fra nyrelege og ledelse er at det er et framskrevet behov til 2035 for åtte plasser. Dette inkluderer behov for å ivareta hjemmedialyse og forutsetter at det driftes fem til seks dager og/eller doble vaktskift. Nyreavdeling, Medisinsk klinikk og andre resurspersoner som smittevern trekkes inn vedrørende vannanlegg. Se også vedlegg 5 Smittevernfaglig anbefaling vedrørende dialysen nye Narvik sykehus (NUN).

Overordnede prinsipper for føde, barsel og kvinnehelse

- Økt samarbeid med kommunehelsetjenesten for å tilrettelegge for at pasientene kan være mer hjemme.
- Gevinst for pasient ved eget område er for å skjerme kvinnen i en sårbar tid.
- Gevinst for fagmiljø er bedre rekruttering og stabilisering av spesialkompetanse og optimal ivaretagelse av fagområdet gynekologi og obstetrikk.

Overordnede prinsipper for varelogistikk

Milepæl 12	Når prinsipper for varelogistikk er avklart
------------	---

Generelt

- Felles ferdselsåre for varer og sengetransport bør legges utenom annen pasienttransport
- Tilstrekkelig lagerkapasitet påpekes av mange delprosjekter som et en betingelse for å oppnå en god person- og vareflyt.
- Oppgaveforskyving mellom helsepersonell og servicepersonell. Spesielt gjelder dette med hensyn til en mer effektiv bruk av sykepleiere hvor servicepersonell kan ivareta en rekke oppgaver.

Legemiddelforskyning

Det legges føringer både nasjonalt i form av lover og forskrifter, samt regionalt fra Helse Nord HF og UNN, om at pasienter skal i sykehus skal ha rett medikament, i rett dose, på rett måte, til rett tid. For at dette skal kunne gjøres systematisk og kvalitetssikkert bør legemiddelsløyfe innføres der all relevant informasjon dokumenteres sømløst/elektronisk; fra ordinerer til utdeling av legemiddel, og der beslutningsstøtte inkluderes i aktuelle prosesser. Nye UNN Narvik skal integrere fagfeltene somatikk, rus og avhengighetsmedisin, og psykisk helse, og herunder flere avdelinger knyttet til de forskjellige fagfeltene. Dermed anser vi fleksibilitet som en nødvendighet ved innføring av en modell for legemiddelhåndtering, og en utredning av hvordan man kan få høyest grad av lukking innad de forskjellige avdelingene er nødvendig. Innføring av lukket legemiddelsløyfe utelukker ikke muligheten til å innføre andre modeller for legemiddelhåndtering på sikt. Rapporten «Lukket eller delvis lukket legemiddelsløyfe i Helse Nord» fra 2016 er tatt til etterretning, og vi anser følgende som viktige forutsetninger ifbm innføring av lukket legemiddelsløyfe i NUN:

- *Medisinrom:* Utredningen viser at uavhengig av hvilken apotekdriftsmodell man innfører, vil alle avdelinger som skal håndtere legemidler, være avhengig av medisinrom. Samtidig varierer nærhetsbehovet til hver enkelt avdeling/enhet. Større medisinrom som kan sambrukes av flere avdelinger/enheter kan være en fordel, så fremst det ivaretar nærhetsbehovet til hver enkelt avdeling. Ved å ha færre og større medisinrom som flere avdelinger benytter, kan det være enklere å bemanne opp medisinrommet med apotekpersonell.
- *Bemannet medisinrom:* Slik rutinene er i dag legger pleiepersonell (sykepleier) opp medikamenter til neste dag på nattevakt. Dette er svært tidkrevende, samtidig som det gjøres på et svært uhensiktsmessig tidspunkt. Dette er tidkrevende, og tar fra tiden sykepleier kunne jobbet pasientnært. Ved å bemanne opp medisinrom med apotekpersonell fra f.eks kl 08 til kl 16, kan apotekpersonell ivareta mange legemiddelrelaterte oppgaver som i dag ivaretas av pleiepersonell; legge opp medikamenter til neste døgn, kontroll av A- og B-prep.-regnskap o.l. Dette frigjør tid som pleiepersonell kan bruke hos pasienten. Ved en innføring av lukket legemiddelsløyfe er det også tenkelig at apotekpersonell kan ivareta en del av sløyfen; f.eks scanning av legemidler opp mot pasientens elektroniske kurve.
- *Elektronisk løsning:* Uten en elektronisk legemiddelkurve vil det ikke være mulig å lukke legemiddelsløyfen. Kurven må kunne kommunisere med apotekets logistikkssystem for å kunne sikre gode bestillingsrutiner. Elektronisk legemiddelkurve bør også kunne kommunisere med pasientens øvrige journal (Dips, DipsArena e.l.). For å i tillegg kunne håndtere de lokale

legemiddellagrene på de enkelte avdelingene, bør dette gjøres via et lager/logistikk-system som må anskaffes. For legemidler som istandgjøres må det kunne genereres en egen etikett med strekkode for disse. Etikettskrivere er en forutsetning for at dette skal være mulig. Det er helt avgjørende å kunne identifisere både legemidler og pasientID for å kunne lukke legemiddelsøyfa. Det forutsetter at det anskaffes hensiktsmessige strekkodelesere.

- *Økt rekruttering av apotekpersonell:* For å kunne bemanne opp medisinrom, og samtidig ivareta apotekpersonellens øvrige oppgaver; ASL, klinisk farmasi m.m, er man avhengig av økt rekruttering. Ved innføring av apotekdriftsmodell 3 som går ut på etablering av både en publikumsavdeling og en produksjonsenhet vil man kunne skape et større farmasøytisk miljø og gjøre NUN til en mer attraktiv arbeidsplass. Dette vil kunne føre til en økt rekruttering av apotekpersonell og skape nye muligheter for arbeidsflyt. Her kan det tenkes at apotekpersonell kan rullere mellom arbeid på bemannet medisinrom, publikumsavdeling, legemiddellager osv.
- *Forsyning av endoser:* Et alternativ er forsyning av endose fra andre apotek. Dette setter noen begrensninger ift tilgjengelighet av preparater i endoser, samt sårbarhet ved forsinkelser eller nedsatt produksjon ved forsyningsenhet. Et annet alternativ er å anskaffe en egen pakkemaskin i Helse Nord. Det vil være tilstrekkelig med en maskin som kan serve alle sykehusene i regionen med endoser. Om det velges å etablere en produksjonsenhet i Narvik, bør man se nærmere på muligheter for å lokalisere pakkemaskinen der.
- *Intern varelogistikk:* Man er avhengig av en god løsning for intern varelogistikk uavhengig av apotekdriftsmodell. Rapporten om lukket legemiddelsøyfe i Helse Nord trekker frem rørpост som alternativ for å spare personalressurser, og føre til raskere/mer effektiv utlevering av småleveranser av legemidler. Rapporten fra Kalnes trekker også frem positive erfaringer med rørpост relatert til legemiddelhåndtering.

Øvrig varelogistikk

- *Kjøkken/ matforsyning:* Driftsmodeller skal være ferdig utredet til den 10.4.2019. Uavhengig av valg av driftsmodell må det være kjølerom, fryselager og tørrvarelager samt pasientrettede kjøkken i avdelingene/sengetunene. Ved f.eks egenproduksjon av mat så vil areal for avdelingsvise kjøkken reduseres fordi behovet for utstyr reduseres. Kiosktilbud på ettermiddag.
- *Pasientkafeene:* Må være tilrettelagt ut fra pasientantallet på avdelingene. Fra fagområdene rus og psykisk helsevern er det ønske om forskjellige spiseplasser i kafeen da disse to pasientgruppene av og til kan være vanskelige å kombinere. Dette kan løses med en avdelingskafe som betjener begge sider. Arealbehovet i avdelingen vil bli mindre krevende dersom det er et produksjonskjøkken (vanlig kjøkken) i bunnen. Her vil da all maten produseres og fraktes opp til pasientkafeen. Dersom det ikke blir et produksjonskjøkken (vanlig kjøkken) vil det være mere behov for lagringsplass og utstyr på pasientkafeene. «Bedre basiskjøkken gir mindre behov for areal på pasientkafe.»
- *Mattilbud til ansatte, pårørende, besøkende og andre:* Det er ønskelig med en kafe/kantine som er plassert i inngangspartiet/venteareal. Dette er for å få pasientstrømmen gjennom et hyggelig og god service møtepunkt. Kafeen (kunne da) bli brukt til venteareal. Da vil det bli mindre behov for store venterom. Plasseringen er viktig for å kunne nå alle pasientgrupper, ansatte og besøkende. Dette er med på å kunne øke mattilbudet og servicen ut til alle brukere av sykehuset. Det er ønskelig at vi dekker opp tilbudet som vi har i dag og i tillegg kunne ha litt økning. Dersom det legges møterom i kantineområdet vil disse kunne betjenes av kantine personalet. De kan være møteverter og bringe mat og rydde.

- *Sentralforsyning*: Må være nært heis og ha et tilstrekkelig lagerareal. Noe lagerkapasitet må planlegges ute i enhetene. Felles varemottak med Furumoen sykehjem kan være aktuelt, men dette bør ikke gjennomføres om det fører til økt behov for personell.
- *Behandlingshjelpemidler*: Viktig med et lager i sykehuset, f.eks. hos sentralforsyningen
- *Tekniske funksjoner*: Bør være nær heis og må ha teknisk verksted nært sengevaskeri og nær utgang. Nødvendig med rein og urein sone.
- *Renhold*: Renhold kan ivareta sengevaskeri. Det må vurderes å ta i bruk robotrengjøring. Må ha lager/plass til moppevaskeri, kjølerom til mopper, maskin/utstyrslager (ladestasjoner for renholdsmaskiner), oppstillingsplass til traller.
- *Tøymforsyning*: Tilstrekkelig lager for tøy, dyner/puter både sentralt og ute i enhetene. Tilrettelegge for ren og skitten sone. Areal for vask av dyner/puter, arbeidsklær til ambulanse og teknisk personale. Kan ivareta reing av senger. Handtering av skittentøy bør utredes nærmere, f.eks. bruk av tøysjakt/sluse/sug som ivaretar effektivitet og hygiene
- *Sengevaskeri*: Det blir utredet om det skal etableres et mindre sengevaskeri
- *Avfallshandtering*: Modeller for avfallshandtering bør utredes, for eksempel søppelsug. Viktig å ta hensyn til effektiv personalbruk og hygiene. Det må legges til rette for kildesortering
- *Beredskap/lagerkapasitet*: Det må tilrettelegges for lagring av varer, tøy, matforsyning, utstyr og medisiner med tanke på en beredskapssituasjon.
- Behov for lagring av utstyr som benyttes i forbindelse med uteaktiviteter, f.eks. større gjenstander som kanoer, m.m.
- Det vises for øvrig til punkt ovenfor om samarbeid med Narvik kommune om varelogistikk samt at det skal utarbeides et eget logistikknnotat i forbindelse med revidering av Hovedfunksjonsprogrammet.

6. IKT OG EHESLSØSNINGER

IKT- og eHelseløsninger vil være sentrale verktøy for å oppnå en god person- og varelogistikk i NUN. I den forbindelse skal det utarbeides eget teknologinotat i regi av forprosjektet. I dette avsnittet pekes det på noen viktige områder som må tas inn i den videre planleggingen.

Generelt

- IKT-systemene og eHelseløsningene må understøtte prinsippet om at det er de ansatte (kompetansen) som forlytter seg til pasienten, og ikke motsatt. Betinget et tilpasset «telefonisystem».
- Standardisering av IKT utstyr på møterom, behandlingsrom og kontorer. Herunder kommunikasjonsløsninger.
- Digital sporing av medisinsk teknisk utstyr, hjelpemidler, m.m.
- Bildelagringsystemer for operasjon ol må etableres.

Smarte pasientrom

- Digitale samarbeidsmøter må kunne foregå også inne på pasientrommene. I slik møter er det aktuelt med deltakelser fra pasientens pårørende, kommunal helsetjeneste, fastlege etc.
- Tilgang til røntgenbilder, laboratoriesvar, kurve og pasientens journal inne på pasientrommet.
- Pasientrommene må muliggjøre bruk av velferdsteknologi, sensorteknologi, m.m.

- Behov for medisinsk teknisk utstyr (BT, SaO2, p, temp, RF) på pasientrommene som sender målinger direkte inn i pasientjournal.
- Det må legges til rette for digital kommunikasjon mellom helsepersonell og servicepersonell, som f.eks. renhold, teknisk, portør, kostverter.
- Se også om lukket legemiddelsøyfe under punkt om legemiddelhandtering.

Sykehus i hjemmet

- Avstandsoppfølging og monitorering over tid av personer med kroniske sykdommer (KOLS, hjertesviktproblematikk, dialyse, m.m.). En-til-en digital dialog mellom spesialist (lege/sykepleier) fra enten fra spesialistens eget kontor, poliklinikk, tverrfaglige team eller responscenter.

Røntgenavdelingen

- Økt bruk av fjernradiologi og AI i fremtiden
- Nettverksforbindelse til transportabelt rtg.-utstyr installeres på avdelinger som akuttmottak, intensiv og operasjon.

Nasjonale, regionale og strategiske føringer, samt målsettinger for IKT i UNN.

- Én innbygger – én journal
- Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022
- Oppdragsdokumentet RHF-et
- Regional utviklingsplan Helse Nord 2035
- Sykehusbygg – Strategisk teknologinotat
- UNNs strategiske utviklingsplan for e-helse og IKT

Overordna leveranser og løsninger som er relevant

- FRESK: Én kurve i nord, DIPS Arena i nord, Pasientforløp, Strukturert journal, Selvinnsjekk og betaling, Digitalt mediearkiv og ERL utvikling
- Grensesnitt MTU – IKT
- Helhetlig informasjonssikkerhet – HNIKT: Tilganger og Sikker produksjonsmiljø
- Intrahospitalt EKG – HNIKT
- Nytt apoteksystem -SANO
- Nytt produksjonsstøttesystem apotek
- CheckWare
- Hybride stuer
- Videoassistert robotkirurgi
- Mobilitet i infrastruktur og løsninger
 - Visualisering
 - Samhandlingssimulering

Sentrale teknologiføringer

- TechTrends 2019 – Future today institute
- Deloitte 2019 Global health care outlook

- Utviklingstrekk 2019 e-helse, Direktoratet for e-helse

7. OPPSUMMERING

Beskrivelser i denne rapporten som Aktivitets- og kapasitetsframskriving UNN HF 2015-2035 ikke beskriver tilstrekkelig:

- Dialyse
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
- Ruspoliklinikk inkludert LAR

Funksjoner som det skal jobbes videre med:

- Åpningstider og aktiv tid
- Utforming av kontorløsninger
- Antall operasjonsstuer og forberedelsesrom
- Modell for apotekdrift og lukket legemiddelsløyfe
- Tilrettelegging for hybridstue
- Sterilsentral: Skopvaskesentral og plasmaautoklave
- Simuleringscenter
- Modell for kjøkkendrift
- Samarbeid med Narvik kommune om ulike funksjoner
- Helikopterlandingsplass

Forsterke brukermedvirkningen i det videre arbeidet

VEDLEGG

Vedlegg 1 Milepæler

Vedlegg 2 Delprosjekter

Vedlegg 3 Operasjon og sterilsentral

Vedlegg 4 Rapport fra delprosjektet Framtidens helsetjeneste

Vedlegg 5 Smittevern faglig anbefaling vedrørende dialysen nye Narvik sykehus (NUN)

Vedlegg 6 Røntgenavdelingen; Utkast til nåtid og framtidsanalyse NUN

Vedlegg 7 Rapport: Døgnopphold rus og psykisk helse (delprosjekt 3c Døgnopphold)

Vedlegg 1 Milepæler

MP	Beskrivelse av milepæl	Dato
1	Når driftsmodell for legemiddelhandtering er utredet	15.1.
2	Når arealmessige konsekvenser av samarbeidet med Narvik kommune er avklart	12.4.
3	Når arealmessige konsekvenser av den operative virksomheten er avklart	12.4.
4	Når arealmessige konsekvenser av simuleringssenter og LMS er avklart	12.4.
5	Når arealmessige konsekvenser av fasiliteter for utdanning er avklart	12.4.
6	Når overordnede prinsipper for nærhetsbehov er avklart	12.4.
7	Når overordnede prinsipper for pasientflyt er avklart	12.4.
8	Når hovedprinsippene for drift av sengeavdelinger er avklart	12.4.
9	Når hovedprinsippene for drift av poliklinikker er avklart	12.4.
10	Når hovedprinsipper for døgndrift av rus og psykisk helsevern er avklart	12.4.
11	Når hovedprinsipper for drift av poliklinikker for rus og psykisk helsevern er avklart	12.4.
12	Når prinsipper for varelogistikk er avklart	12.4.
13	Når det er utredet hvordan kontorløsningen skal utformes i psykisk helse og TSB	15,5.
14	Når det driftsmodell for sengevaskeri er utredet	15.5.
15	Når konsept for IKT er utredet	10.5.
16	Når løsninger for drift av sengeavdelinger er utarbeidet	15.5.
17	Når løsninger for drift av poliklinikker er avklart	15.5.
18	Når løsninger for døgndrift av rus og psykisk helsevern er avklart	15.5.
19	Når løsninger for drift av poliklinikker for rus og psykisk helsevern er avklart	15.5.
20	Når driftsmodell for kjøkkendrift er utredet	15.5.
21	Når løsninger for legemiddelhandtering er utredet	15.5.
22	Når detaljene i varelogistikken er avklart	15.5.

Vedlegg 2 Delprosjekter

Delprosjektgruppe:	Delprosjektleder:
1 Tverrfaglig samarbeid	Ola Sollie
2 Framtidens helsetjeneste	Monika Dalbakk
3a Pasientforløp: Akuttaksen	Pernille Haraldsen
3b Pasientforløp: Dag- og poliklinikk	Anne Marthe Foshaug Jensen
3c Pasientforløp: Døgnopphold	Beate Fridfeldt
3d Pasientforløp: Føde og barsel	Kari Fiske
4a Samarbeid: Mellom helsepersonell	Geir Hugo Bolle
4b Samarbeid: Helsepersonell og servicepersonell	Karin Samuelsen
4c Samarbeid: Helsepersonell i Nye UNN Narvik og kommunene	Robert Grønbech
5a Legemiddelkvalitet: Apotekdrift i Nye UNN Narvik	Airin K. Nordgård
5b Legemiddelkvalitet i Nye UNN Narvik	Therese Sannes

Vedlegg 3 Operasjon og sterilsentral

Arealplanlegging operasjon NUN

- Sambruk av operasjonsstuene. Akuttstue/Cectiostue plasseres nært inngang til operasjonsarealet for å spare tid ved transport inn til operasjonsstuen i akutte situasjoner.
- Gjennomstikkskap til forbruksvarer på alle operasjonsstuene. Skapene kan da fylles opp av assistenter mens operasjon pågår.
- Sluse for prosedyrevogn til hver operasjonsstue.
- Operasjonsstuene må ha nærhet til Perioperativ og Intensiv for en god logistikk ved henting og bringing av pasienter mellom enhetene, og for sambruk av anestesileger i arealene.
- Prerom i arealene til Perioperativ. Prerom benyttes til å sette blokader og andre anesthesiologiske prosedyrer før pasienten kjøres inn til operasjon.
- Forberedelsesrom i tilknytning til hver operasjonsstue for å kunne leire og klargjøre pasienten mens rengjøring av operasjonsstuen pågår. Prerom og forberedelsesrom gir en effektiv operasjonsdrift.
- Poliklinikker må være i nærhet til operasjon. Anestesileger som drifter i operasjonsarealet kan også ha drift i poliklinikk. Viktig at fleksibel resurs utnyttelse ivaretas og at det er lagt til rette for en slik drift.
- Utpakkingsrom for utpaking av sterilt gods og utstyr med direkte adkomst til operasjonsstuen. Reduserer støvpartikler inne på stuen og bør vurderes i tilknytning til operasjonsstuer hvor det skal utføres implantatkirurgi. I utpakkingsrommet kan personalet pakke ut sterile instrumenter og forbruksvarer samtidig som det gis narkose til pasient på operasjonsstuen.
- Operasjon må ha nærhet til sterilsentralen ved behov for rask levering av instrumenter og utstyr ved akutte situasjoner.
- Utstyrlager for sambruksutstyr må være av en størrelse som gjør det enkelt å hente ut utstyr som må manøvreres. Lageret må ha en størrelse som gjør at en unngår å flytte om på halve lageret for å få frigitt utstyr.
Utstyr som er aktuelt å lagre på utstyrlager kan være anestesibord, barnebord anesthesi, rack, pasientvarmer, sprøytepumper, blodtomhetsapparat, mikroskop, c-buer (hvis ikke det settes av egne oppstillingsplasser til C-buer), ekstra operasjonsbord, leiringsutstyr, armbord etc. Ladestasjoner for mindre elektriske apparater må ha plass utstyrlageret.
- Oppstillingsplass sentralt i operasjon for tre akutt traller må ha eget areal som ikke er til hinder for evakuering ved brann.
- Lager for sterile instrumenter og forbruksvarer, eller sambruks lager med sterilsentralen med direkte adkomst fra operasjon og inn til sterilt lager. Areal besparende.
- Lager for anesthesi forbruksvarer
- Rent lager for andre forbruksvarer som sanitær artikler, rengjøringsprodukter etc.
- Teknisk og medisinteknisk verksted med direkte adgang fra hvit til grønn sone.
Arealbesparende med sambruk av teknisk og medisinteknisk verksted, og en unngår å transportere tungt medisinteknisk utstyr over lengre avstander noe som gir økt slitasje på utstyret.
- Sluse mellom hvit og grønn sone. Pasientheis i sluse.
- Medisinrom etter gjeldende standard, og med arbeidsplass for 5 personer i samtidighet.
- Avfallsrom for smitteavfall med adkomst fra grønn og hvit sone.

- Avfall og tøysug anbefales sentralt i operasjonsavdelingen for å unngå tunge løft over lengre avstander for personalet.
- Preparatrom for håndtering og oppklipping av preparater. Her skal være plass for avtrekksbenk for aktuelle gasser/damper, arbeidsbenk og kjøleskap for oppbevaring av preparater.
- Skjermet koordinastasjon med plass til 3 personer i samtidighet
- Desinfeksjonsrom, her skal det utføres maskinell rengjøring av anestesi utstyr, tørkeskap skal være i tilknytting til ren sone. Oppbevaring av rengjørings traller, kjøleskap for oppbevaring av kluter og mopper, skap for rengjørings rekvisita, smittebokser etc. Dekontaminator og posekuttemaskin plasseres i uren sone. Desinfeksjonsrommet krever god arealløsning for skille mellom ren og uren sone.
- Dikteringsrom for 4 personer i samtidighet.
- Arbeidsstasjoner (10 stk) for ansatte i grønn sone.
- Arbeidsstasjoner for fagstillinger og verneombud etc.
- Kontor for ledere med personal og driftsansvar. Hvis det ikke blir enmannskontor bør det vurderes eget samtalerom hvor leder og ansatt kan ha en fortrolig samtale uten å forstyrres.
- Pauserom/møterom ved inngang til operasjonsstuene. Pauserom med en fleksibel løsning som gjør det mulig å dele rommet opp til mindre møterom og samtidig kunne ha en del til pauserom.
- Varemottak for ekstern vareleveranse skal den gå via sterilsentralen
- Garderober med WC og dusj i tilknytting til operasjon. Dame, herre og besøksgarderobe. Personalet skifter fra personaltøy til grønt tøy i garderoben.
- HWC for pasienter i nærhet til operasjon
- Oppstillingsplass for senger og rullestoler. Utenfor grønn sone
- Areal for kirurgisk håndvask
- Lager for personaltøy, engangs eller flergangs.

Arealplanlegging sterilsentralen NUN

- Sterilsentralen skal levere tjenester til operasjon og øvrige enheter i NUN inkl. legevakt og ambulansen.
- Sterilsentralen må ha nærhet til operasjon med hensyn til logistikken av sterile forbruksvarer og instrumenter samt mottak av skitne instrumenter fra operasjon. Veien for skitne instrumenter fra operasjon til sterilsentralen må være i nær tilknytting til hverandre grunnet ressurs bruk til transport.
- Mottaksarealet for skitne instrumenter/utstyr må være plassert slik at det blir enkel adkomst både for operasjon og øvrige enheter i NUN.
- Vare utlevering til andre enheter i NUN må ivaretas innenfor ren sone.
- Sterilsentralen kan levere prosedyrevogner til operasjon. Frigir operasjonssykepleiere for denne oppgaven.
- Varemottak og utpakkingsrom for sterilt utstyr fra ekstern leveranse og sentralforsyning legges i tilknytting til sterilsentralen. Her kan det være mottak både for sterilsentralen og operasjon. Varelogistikken av sterile forbruksvarer går da via sterilsentralen og til operasjon.
- Avfallsrom i tilknytting til varemottaket. Mye papp og kartong etter utpakking av varer.

- Kan man få til et felles sterilt lager for operasjon og sterilsentralen med adkomst direkte fra operasjon og sterilsentralen inn til sterilt lager? Areal og ressursbesparende med tanke på påfylling og drift av lageret.
- Rengjøringsarealet skal ha gjennomgående instrumentvaskemaskiner, og kabinettvaskemaskin for containere og vogner som ikke får plass i instrumentvaskemaskin. Det kreves areal til innlastningsvogner i forkant av instrumentvaskemaskinen både på ren og uren side. Ultralydvask, ikke gjennomgående skal ha plass i vaskearealet. Arbeidsbenk med kum for manuell rengjøring, og arbeidsstasjoner for sortering og håndtering av de skitne instrumenter og gods.
- **Skal det etableres egen skopsentral som driftes av sterilsentralen? Må tas som egen sak. Egen skopsentral sikrer lik behandling og rengjøring av alle typer skop når det er færre hender som håndterer rengjøringen. Etablering av skopsentral er både en kvalitetssikring som sikrer at personalet som rengjør og desinfiserer skop har tilstrekkelig med opplæring og en økonomisk gevinst med at en unngår feilbruk/håndtering av skopet under rengjøringsprosessen. Sterilsentralen vil da få spisskompetansen på rengjøringen av skop, og en frigir spesialsykepleiere/sykepleiere. ** Se rapport om organisering av rengjøring, desinfeksjon og sterilisering av fleksible endoskop ved UNN Tromsø.**
- Hvis det ikke blir egen skopsentral må det desinfeksjonsrom for skop etableres i sterilsentralen eller i operasjon.
- Renseanlegg (RO-vann) til instrumentvaskemaskinene for å ivareta instrumentene på en god måte samt at en oppnår et bedre steriliseringsresultat når instrumentet er fri for forurensing og en forlenger levetiden av det enkelte instrument.
- Automatisk såpedoseringsanlegg til instrumentvaskemaskinene krever eget rom.
- Returkammer mellom ren og uren side for instrumenter som ikke blir godkjent renhetskontrollen. Instrumentet returneres i returkammeret tilbake til rengjøringen.
- Tørkeskap til utstyr som trenger ekstra tørk må ha plass på ren side.
- Kontroll/pakkerom må ha arbeidsstasjoner for instrumentbrikker, og egen arbeidsstasjon for instrumenter som skal enkeltpakkes i folie.
- Lager for rengjørings rekvisita til maskinell og manuell rengjøring.
- Lager for forbruksvarer som pakkemateriale og annet tilbehør må ligge i nærhet til kontroll/pakkeareal.
- Eget Skyllerom med dekontaminator og plass til rengjøringsvogn. Rengjøringsvogn som benyttes i sterilsentralen skal holdes innenfor sterilsentralens arealer.
- Dampautoklaver gjennomgående. Hvis autoklavene får steam fra ekstern leverandør må en autoklave kunne kobles på egenprodusert steam.
- Det må tas stilling til om det skal installeres plasma autoklave, krever da eget rom i rommet. Det blir bare mer av utstyr som krever lavtemperatur sterilisering i plasma autoklave. Utstyr som kan ha krav til lavtemperatur sterilisering kan være i bruk både i operasjon og andre enheter i sykehuset.
- Gjennomgående autoklaver med inn/utlasting bånd må ha god plass for manøvrering av autoklavevogner, dette gjelder både i pakkearealet og på sterilt lager.
- Oppstillingsplass for autoklavevogner på inn og utlastings siden av autoklavene.

- Sterilt lager må ha plass til prosedyrevogner, sterilt gods, forbruksvarer og arbeidsbenk med skannestasjoner. Det må være areal for å manøvrere prosedyrevogner mellom reolene.
- Arbeidsstasjon for ansatte, fagstilling/funksjon og kontor for leder må være inne i sterilsentralens areal.
- Garderober, sambruk med operasjon
- Pauserom inne i sterilsentralens areal.

Narvik 11.03.19

Vedlegg 4 Rapport fra delprosjektet Framtidens helsetjeneste

Innspill til Organisasjonsutviklingsprosjektet til rapportering

12. april -19. Sammen drag fra diskusjoner i arbeidsgruppa i delprosjekt 2: Framtidens helsetjeneste.

Hovedfokus i dette dokumentet: Tiltak og satsningsområder som påvirker bygg og areal

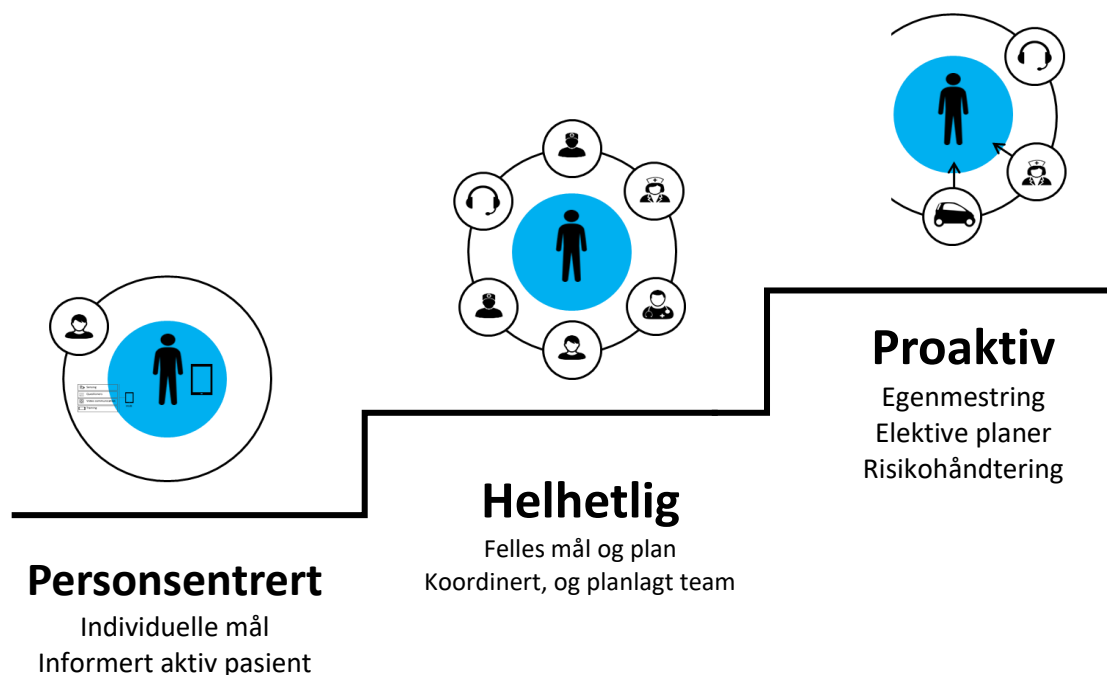
Dato: 04.04.19

Arbeidsgruppe: bredt nedsatt med representanter både fra sykehus og kommunehelsetjeneste (Narvik kommune), to brukerrepresentanter, deltakere både fra somatikk, rus, psykiatri, teknologi.

Saksbehandlere: Anne Grete Svanberg og Monika Dalbakk

Møtevirksomhet: gruppa startet opp 27.02.19 og har hatt 3 møter, inkl. en idédugnad.

I Nye UNN Narvik skal det innarbeides helsetjenester og arbeidsmetoder som er personsentret, helhetlige og proaktive, der egnet teknologi implementeres fordi det foreligger et behov for pasienten, pårørende eller helsepersonell. Teknologien som innføres skal bidra til å løse et problem, effektivisere, øke kvalitet etc., eller underlette gjennomføringen av en prioritert oppgave der klare målsettinger foreligger.



Illustrasjon: J Reitan og GKR Berntsen

Dette vil inkludere:

Én dør inn- funksjon for personer med omfattende helsetjenestebehov

Det bør utredes hvordan NUN kan utvikle en «Én dør inn funksjon» –både fysisk og digitalt for pasienter med omfattende helsetjenestebehov (stormottakere) der det foreligger et sub-akutt eller

forebyggende helsetjenestebehov (dvs. ikke akutt). Et sted for kontakt (responsentertankegangen, 114 etc.), som vurderer henvendelser tverrfaglig og trekker sammen de nødvendige ressursene rundt den enkelte pasient. Dette på tvers av somatikk, rus, psykiatri, på tvers av enheter innen ulike fagområder og der kommunehelsetjenesten, primærlegen trekkes inn ved et så tidlig stadium som mulig.

«Én dør inn funksjon» skal også ivareta en koordineringsfunksjon/forløpskoordinator/en instans som sikrer at koordinator blir opprettet når pasient med omfattende helsetjenestebehov er identifisert og det foreligger et behov for koordinering av helsetjenestene innad i UNN evt. også i kommunehelsetjenesten. Her ligger den personsentrerte tilnærmingen fra start, der planlegging av tiltak og helsetjenestebehov tar utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. Pårørende trekkes med og inkluderes i planleggingen ut fra pasientens ønsker.

Konsekvenser for bygg/rom:

Det er behov for godt tilrettelagte lokaler for responscenter, koordinatører og samarbeidsarenaer for både for tverrfaglige møter og samarbeid med involverte aktører via videokonferanse.

«En dør inn funksjon» (responscenter + koordinatorfunksjon) bør ha fysisk nærhet og/eller tilknytting til tverrfaglige team (Geriatriteam, Rehabiliteringsteam, Pasientsentrert team (som er under etablering), ACT, FACT (?), Palliativt team og evt. flere.

Noe av denne virksomheten vil også kunne betegnes som en virtuell og ambulerende poliklinikk, og man bør evt. også tenke nærhet til dagpoliklinikker for de pasienter som har behov for helhetlig tilnærming også her. Tilknyttingen mellom team og eksisterende poliklinisk virksomhet bør utredes videre.

Pasientsentrert helsetjenesteteam - PSHT

Det er allerede besluttet at det skal etableres et Pasientsentrert team i UNN Narvik. Teamet kommer å bestå av tverrfaglig personell som lege, sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut, sekretær. Etablering av teamet er under planlegging og det er ikke avgjort i hvor stor grad kommunehelsetjenesten vil være integrert i denne helsetjenesten. Det er heller ikke avgjort om dette teamet skal ses på i sammenheng med noen av de allerede etablerte teamene i somatikken eller psykiatrien. Det bør planlegges med lokaler der det er mulighet for å trekke inn også det kommunale nettverket fra vertskommunen Narvik kommune, inntil overordnede myndigheter kommer så langt at de kan tilby helsetjenesten et helhetlig nettverk og EPJ (en journal på tvers av sykehus og kommune). Teamet vil trenge lokaler til teamarbeid, små og store møterom, individuelle kontorplasser med mulighet for skype-dialog med pasienter og kommunal helsepersonell, avstandsoppfølging etc. Også dette team skal ambulere og det vil være behov for parkeringsplasser biler tilknyttet de tverrfaglige teamene.

Ambulerende tverrfaglige team

Det bør utredes vedr. mulighetene for samlokalisering/nærlokalisering av NUNs «alle» tverrfaglige team, for å stimulere og legge til rette for tett samarbeid og bedre utnyttelse av sykehusets tverrfaglige ressurser. Ved samlokalisering/nærlokalisering vil teamene også kunne benytte/samarbeide om felles møterom, og i fremtiden se på muligheter for å utvikle helhetlige arbeidsmetoder slik at man etablerer «pasientens team», med representanter fra de ulike spesialisthelsetjenesteteamene den aktuelle pasienten har behov for.

Sengeposter og poliklinikker

Areal må tilrettelegges for å gi mulighet for en-til-en dialog (lege, spl) og mindre teammøter (fysisk og digital) direkte fra de enkelte sengepostene og pol.kl.:

- For koordinering, kontaktlegeoppgaver, deltakelse i ansvarsgrupper etc.
- For avstandsoppfølging
- For oppfølging av pasienter i etterkant av sykehusopphold
- For veiledning pasient/helsepersonell
- For konsultasjoner, tidlig vurdering, tidlig intervensjon av hjemmeboende i forkant av, eller istedenfor sykehusinnleggelse (evt. i samarbeid med PSHT og andre team).

Smart Sykehus – Smarte rom

Arbeidsgruppa drøftet særlig smarte rom. Da vi skal planlegge også 40 år fram i tid, er det stort behov for å legge til rette for fleksibilitet i samtlige rom. Kanskje kan vi forvente en revolusjonerende teknologiutvikling, der mer enn vi i dag kan ane vil foregå virtuelt. Vil f.eks. være behov for kommunikasjonsverktøy i alle rom. Samtidig vet vi at noe utvikling vil ta lang tid, slik at vi også må forberede oss på å flytte inn noe av «det gamle» i NUN.

Pasientrom i somatikken

Samarbeidsmøter må kunne foregå også inne på pasientrommet, dvs. det må være skjerm, kamera og pc på alle rom, slik at man fra innflytting vil kunne få opp pasientens pårørende, kommunal helsetjeneste, fastlege etc. i et skypemøte for å planlegge oppfølgingen av helsetjenestene videre etter utskrivelse (samarbeidsmøter, utskrivingsamtaler etc).

Brukermedvirkning/personsentrert tilnærming: Skjerm og teknologi bør gi mulighet for å kunne f.eks. vise pasientene røntgenbilder også inne på pasientrommet under visitt etc. Det må legges til rette for at vi kan ta opp rtg bilder, labsvar, kurve og pasientens journal inne på pasientrommene, enten via bruk av pc, nettbrett etc. Kan pasienten f.eks. bestille sine egne valg av mat?

Rommene må tilrettelegges og muliggjøre for økt bruk av velferdsteknologi, sensorer etc. f.eks. fallforebygging, målinger etc.

Størrelse på rommene: Selv om enerom er planlagt bør det finnes rom som er større, for å kunne ivareta behov for ekstrasing, f.eks. for pårørende, familie, etc. ved f.eks. terminalfase, innlagte barn, funksjonshemmede med ledsagerbehov etc.

Behov for MTU (BT, SaO₂, p, temp, RF) på alle pasientrommene som sender målinger direkte inn i pasientjournal.

Pasientrom i rus/psyk

Må legges opp til samme infrastruktur som i somatikken, men usikker på om det er hensiktsmessig med skjermer på alle rom i og med at behandlingen ofte foregår utenfor pasientrommene. Dette må avklares med rus/psyk.

Kontor for helsepersonell

Fortsatt vil det være behov for samtalerom, kontorplasser til leger, sykepleiere og øvrig helsepersonell, rom for tverrfaglige møter, både fysisk og virtuelle møter. Samtlige rom bør legges til rette for bruk av skype for å ivareta fleksibiliteten og utviklingen fremover. Her blir plassering av skjermer viktig, med tanke på skjerming av innsyn, støy, taushetsplikt etc.

Samarbeid med helsepersonell og servicepersonell

Det må legges til rette for enkel digital kommunikasjon mellom helsepersonell og servicepersonell, renhold, teknisk, portør, kostverter.

Venteromfasiliteter

Det må legges til rette for behagelige venteroms fasiliteter for alle pasientkategorier. Samarbeid med smittevern og brukerpanel viktig på dette området.

Pårørenderom

Oppholdsrom, overnattingsmuligheter må ivaretas. Samtaler med pårørende hvor pasient ikke er tilstede. Rom for at pårørende skal kunne trekke seg litt tilbake ved behov.

Rom for veiledning fysisk/virtuell

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten (og omvendt veiledningsplikt) vil med fordel kunne utvikles og i større grad ivaretas via digital veiledning. Det bør tas beslutning om slik veiledning/opplæring knyttet til enkeltpasienter, enkeltprosedyrer etc. skal foregå i sengeposter, pol.klinikker eller særlig tilrettelagte lokaler for veiledning. De ambulerende teamene vil ivareta veiledning også i pasienters hjem og i lokaler til kommunalt ansatte.

Integrert sykehusmodell rus- og avhengighetsbehandling, psykisk helse og somatikk

Arbeidsgruppa ser mange fordeler med den forespeilede integrerte sykehusmodellen man nå planlegger i NUN. Gjennom nærhet mellom de ulike helsetjenestene vil man nå i større grad kunne ivareta «hele mennesket» når pasienten først er i kontakt med sykehuset og NUN kan fremstå som en helhetlig spesialisthelsetjeneste.

Men det er også noen risikoområder som bør adresseres og utredes videre. I vårt forsøk på tett integrering må enhetene ikke miste sin spesialistkompetanse og mulighet for styrking av de enkelte spesialområdene. Dvs. det bør drøftes og avklares vedr.:

- Samlokalisering – integrering: I hvor stor grad?
- Hva trenger brukeren? Hva trenger helsepersonell?
- Er fullstendig integrering en forutsetning for å samarbeide tett?
- Hva er gevinstene og hva er risikoen med for tett samlokalisering mellom somatikk, rus- og avhengighetsbehandling og psykisk helse?

Risiko- og sikkerhetsvurdering bør gjennomføres, hvis dette ikke allerede er gjort.

Hjemmesykehus og desentralisering/oppgavegliding

Det må utredes hva dette vil kreve av areal/lokaler i fremtiden.

Det dreier seg både om:

- Monitorering av hjemmeboende. Knyttet til responscenter? Alt. direkte til aktuell spesialist-sengepost?
- Veiledning av pasient, pårørende, kommunal helsetjeneste via videokonferanse etter utskrivelse, eller i stedet for innleggelse. Dette vil enten skje via NUNs ambulerende tjenester/team og/ eller direkte fra spesialist i sengepost/pol.kl.
- Avstandsoppfølging over tid av personer med kroniske sykdommer (f.eks. KOLS, hjertesviktproblematikk, dialyse. En-til-en digital dialog mellom spesialist (lege/spl) fra enten fra

spesialistens eget kontor, pol.kl., tverrfaglige team eller responscenter, avhengig av hvordan man velger og organisere dette.

- Overføring av avtalte oppgaver til kommunehelsetjenesten – med støtte og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.
- Annet?
- Geir Gotlibsen – behandlingshjelpemidler, hva er mulighetene i hjemmet f.eks.

Felles journal – jus

Det bør jobbes for å få etablert en felles journal mellom alle nivåer i helsetjenesten. Det må være mulig å få til en felles medikamentliste for pasientene slik at behov for legemiddelsamstemning faller bort.

Pasientsentrert team i Tromsø og Harstad har pt. tilgang til både kommunens og sykehusets EPJ systemer. Dette er en nødvendighet for å kunne jobbe helhetlig pr. i dag, men er selvsagt en tungvint måte å måtte dokumentere i to systemer parallelt.

I dette arbeid ligger avklaring av

- samarbeidsavtaler mellom sykehus og de enkelte kommuner
- Vil Dips Arena sin plattform kan fungere sammen med pasientjournal med kommune?
- Hva ligger i Frisk-prosjektet? Hva gir DIPS arena?
- Hva er mulig å få til i dag? hva er neste utviklingstrinn?
- Legemiddellister – når er en legemiddelliste pr. pasient på plass?

IKT utvikling

Noen spørsmål som trenger avklaring:

- Hvilken infrastruktur trenger vi?
- 11. mai, si noe om planene for høsten
- IKT tjenester for ulike forsyningsenheter, renhold.
- GPS merking av MTU
- Ulike alarmsystemer, pasientrom osv.
- Se til strategisk utviklingsplan
- 3.skjermøsninger?

Nasjonale, regionale og strategiske føringer, samt målsettinger for IKT i UNN.

- Én innbygger – én journal
- Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022
- Oppdragsdokumentet RHF-et
- Regional utviklingsplan Helse Nord 2035
- Sykehusbygg – Strategisk teknologinotat
- UNNs strategiske utviklingsplan for e-helse og IKT

Overordnede teknologiføringer

- TechTrends 2019 – Future today institute
- Deloitte 2019 Global health care outlook
- Utviklingstrekk 2019 e-helse, Direktoratet for e-helse

Overordna leveranser og løsninger som er relevant

- FRESK: Én kurve i nord, DIPS Arena i nord, Pasientforløp, Strukturert journal, Selvinnsjekk og betaling, Digitalt mediearkiv og ERL utvikling
- Grensesnitt MTU – IKT
- Helhetlig informasjonssikkerhet – HNIKT: Tilganger og Sikker produksjonsmiljø
- Intrahospitalt EKG – HNIKT
- Nytt apoteksystem -SANO
- Nytt produksjonsstøttesystem apotek
- CheckWare
- Hybride stuer
- Videoassistert robotkirurgi
- Mobilitet i infrastruktur og løsninger
- Visualisering
- Samhandlingssimulering

Treningsareal/uteareal

Psykiatrien beskriver stor bruk av uteområde for kartlegging og behandling av pasienter og det er vesentlig at uteområdene er godt tilpasset for dette formål, også med tanke på skjerming av f.eks. rusavvenning etc. her må også tenkes pasientsikkerhet for alle pasienter, pårørende og ansatte som vist i NUN.

Behov for egnede treningsareal for fysioterapi, ergoterapi, treningskjøkken (både i psykiatri og geriatri). I psykiatrien trenges arealer, både fysisk og virtuell, for ADL trening, fungere i hverdagen igjen.

Utdanning og forskning

I UNN Narvik foregår stor grad av praksis og utdanning av helsepersonell. Det er behov for å avklare hva som trengs av utvikling av samarbeid med UiT også i Nye UNN Narvik. Det må utredes hvilket behov for arealer man vil trenge til dette foremål. UNN og UiT Campus Narvik (og evt. Narvik kommune) jobber med en intensjonsavtale for helsetjenesteutvikling og produktutvikling

Simulering/Living lab

Det jobbes med å konkretisere hvordan NUN i samarbeid med flere øvrige aktører som UiT, Forsvaret (XXX flere) i fellesskap kan etablere lokaler og en organisasjon som kan legge til rette for simulering, opplæring og utdanning av personell, pasient, pårørende. Se også rapport fra Akuttaksen.

Vedlegg 5 Smittevern faglig anbefaling vedrørende dialysen nye Narvik sykehus (NUN)



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVISSU

HELSE  NORD

Til
Gry Andersen, driftsleder UNN Narvik

Dato: 25.02.19

Uttalelse vedrørende nye Narvik sykehus

Bakgrunn

Smittevernsenteret har blitt forespurt om å komme med uttalelse om hvorfor bygningsmassen på nye Narvik sykehus ikke bør reduseres.

Tidligere erfaringer viser at det mellom planlegging av nybygg/sykehus og til ferdigstilling kan skje endringer som medfører at bygget blir for lite til bruksområdet. Innskrenking av areal medfører større pasienttetthet, og dermed økt fare for smitte mellom pasientene. Dette unngås ved å bygge enerom med eget bad/wc. Videre må det være nok areal til støtterom som tøylager, lager til sterile og rene forbruksvarer og lager til medisinskutstyr. Desinfeksjonsrom må ha stort nok areal og ligge i nærheten av brukerstedet.

Venteareal til pasienter må planlegges slik at det er tilstrekkelig plass mellom pasientene. Det samme gjelder behandlingsrom/undersøkelsesrom i poliklinikker og dagbehandling.

Videre er det viktig å etablere en sengesentral for rengjøring og desinfeksjon av senger. I en sengesentral inngår også lager for rengjorte og desinfiserte senger.

På de siste sykehusene som er bygd i Helse Nord finnes det eksempler på at det mangler støtterom eller at disse er for små. I nye Kirkenes sykehus er tøylager for lite noe som medfører lagring av tøy i vogner på korridor. Det mangler også lager til senger, noe som fører til lagring på korridor og trapperom.

I nye A-fløya i Tromsø er det enkelte plasser for lang vei til lager for sterile og rene forbruksvarer. Resultatet er at det «tvinges» frem løsninger i korridor som ikke er optimale med tanke på smittevern.

Viser til Smittevernplanen Helse Nord, punkt 4.5.3 om nybygg og ombygging:

Med økt satsing på dagbehandling og færre inneliggende pasienter, reduseres antall sengeplasser. Ved mangel på sengeplass må ikke pasienter legges på korridor, eller rom som for eks. dagligstuer, handikap-toalett, undersøkelsesrom eller pårønderom, hvor smittevernet ikke kan ivaretas. Det må planlegges tilstrekkelig antall undersøkelsesrom og behandlingsrom til dagpasienter, noe som vil sikre godt smittevern for hver pasient. Pasienter skal for eks. ikke ha intravenøs behandling bak et skjermbrett på korridor. Behandlingsrom må ha fleksible løsninger med mulighet for endret bruk uten for store tiltak. Medisinsk utstyr og hjelpemidler krever tilstrekkelig lagerplass, og skal ikke lagres i korridor eller fellesarealer. Dårlig plass medfører vanskelig renhold og problemer med å opprettholde basale smittevernrutiner. Støtterom som desinfeksjonsrom, avfallsrom og vaskerom må sikres nødvendig areal slik at de blir funksjonelle, og smittevernet kan ivaretas.

Mål

Det skal være enkelt å gjennomføre smitteverntiltak på behandlingsrom og andre støtterom. Areal og adkomst må være dimensjonert for å kunne tilpasses forskjellige funksjoner. Pasientutstyr skal lagres på en smittevernmessig forsvarlig måte.

Med vennlig hilsen

Smittevernsykepleiere

Sylvi Eikrem og Jenny Hegna

Referanser:

1. Helse Nord 2017: [Smittevernplan 2016-2020](#)
2. Svensk forening for vårdhygien 2016: [Byggenskap och vårdhygien](#)
3. Statens Serum Institut 2016: [Nationale infektionshygiejniske retningslinjer: For nybygning og renovering i sundhedssektoren](#)



Til
Gry Andersen, driftsleder UNN Narvik

Dato: 11.04.2019

Smittevern faglig anbefaling vedrørende dialysen nye Narvik sykehus (NUN)

Bakgrunn

I forbindelse med planlegging av nye Narvik sykehus har Smittevern senteret blitt bedt om en uttalelse om planlegging av dialyseenheten. Uttalelsen omhandler ikke behov for antall behandlingss plasser.

Følgende momenter har vært vurdert:

- 1) Pasientgarderobe
- 2) Behandlingsrom
- 3) Behandlingsplass
- 4) Håndtering av pasienter med mistenkt eller kjent smitte

Anbefalinger:

1) *Pasientgarderobe*

- Bør innredes med egne avlukker, ev. skillevegger av materiale som kan desinfiseres
- Bør ha eget toalett

2) *Behandlingsrom*

- Per 10 behandlingss plasser anbefales det 1 – 2 enerom med eget bad/toalett. Eventuelt fullverdige kontaktsmitteisolat
- Det anbefales 2 pasienttoalett pr. 10. behandlingss plass
- Desinfeksjonsrom må være tilknyttet dialyseenheten
- Håndvask må være tilgjengelig i behandlingss rom
- Tilstrekkelig lagerplass som tøylager, lager til rent utstyr og lager til sterile forbruksvarer

3) *Behandlingsplass i dialyseavdeling*

- Hver behandlingss plass bør ha et minimumareal på 10m²
- Avstand mellom hver behandlingss plass bør være minimum 2 meter
- Det anbefales veggmontert skjerming mellom hver behandlingss plass
- Medisinsk teknisk utstyr og inventar skal være lett å rengjøre /desinfisere, og tåle godkjente desinfeksjonsmidler

4) *Pasienter med mistenkt eller kjent smitte*

- Viser til lokal prosedyre [PR46499](#) for håndtering av pasienter med smitte på dialysen

Med vennlig hilsen

Side 2 av 2

Smittevernsykepleiere
Sylvi Eikrem og Jenny Hegna

Referanser:

1. Svensk forening for vårdhygien 2016: [Byggenskap och vårdhygien](#)
2. Statens Serum Institut 2016: [Nationale infektionshygieiniske retningslinjer: For nybygning og renovering i sundhedssektoren](#)
3. SBH – [Byggveileder for smittevern](#) 2018: Infusjon og dialyse
4. Helsedirektoratet 2011 – 2015: [Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom](#)
5. [Docmap RL6372 Møbler og innredning](#)
6. [Docmap PR46499 Håndtering av pasienter med smitte på dialysen.](#)

Vedlegg 6 Røntgenavdelingen; Utkast til nåtid og framtidsanalyse NUN

RØNTGENAVDELINGEN Seksjon Narvik

Utkast til nåtid og framtidsanalyse NUN



Intro om Røntgenavdelingen seksjon Narvik

Røntgenavdelingen seksjon Narvik er en seksjon i Røntgenavdelingen ved UNN. Tett samarbeid med resten av avdelingen (Tromsø og Harstad), felles prosedyrer til en viss grad, felles internundervisning (LIS) og møtevirksomhet på ulike plan. Røntgenavdelingen seksjon Narvik har CT, MR, konvensjonell røntgen, gjennomlysning, ultralyd og mammografi, og står til tjeneste for polikliniske, akutte og inneliggende pasienter. Vi har døgnkontinuerlig akuttberedskap. Vi er i tillegg en satellitt under brystdiagnostisk senter i Tromsø og tilbyr klinisk mammografi i Narvik for pasienter i fra opptaksområdet til UNN Harstad og UNN Narvik. I tillegg gjør vi også CT colon for pasientene som er tilknyttet opptaksområdet til UNN Harstad og UNN Narvik. Røntgenavdelingen seksjon Narvik har godkjenning som utdanningsinstitusjon for leger innen radiologi, gruppe 2 status.

Drift:

Nåtid	Framtid
Kjernetiden fra kl.08:00-15:30.	Utvidet kjernetid?
Ca 22.300 undersøkelser i året (2015: 23.125 og 2016: 22.297), ca 60 % er poliklinisk.	Økning og endringer i hva som gjøres.
Døgnkontinuerlig drift/ akuttberedskap med 1 radiograf på vakt, 2 radiografer på vakt ved ekstra poliklinisk program	Døgnkontinuerlig drift/ akuttberedskap med radiograf på vakt. Flere på vakt? Bruk av maskinpark ut over kveld og helg.
Hjemmevakter på natt med utkallingstid på 20 min (natt/sommer/helligdager), evt radiograf sover over på vaktrom hvis man bor for langt unna.	Aktive vakter på natt, evt hjemmevakter kun ved særskilt behov (lavdrift sommer)
En del dager med poliklinisk kveldsprogram på MR fram til kl 22:00.	Mer i framtiden, også på andre modaliteter

Drop inn for polikliniske pasienter på enkel røntgen fra kl 09:00 til 17:00	Drop inn for polikliniske pasienter på enkel røntgen. Veldig godt tilbud til pasientene.
Hvert andre år: mammografiscreening med radiografer fra Tromsø. Ca 2900 pasienter totalt. ca 60 pasienter pr dag. Obs kapasitet på venterom.	Tar røntgen seksjon Narvik over mammografiscreeningen?
Radiologene har 40 timers uke (ca kl 07:30-15:30) + evt UTA. Dagarbeid	Hovedsakelig dagarbeid. Vaktteamsamarbeid med rgtg Tromsø?
Radiolog har demonstrasjon av bilder for kirurgiske leger hverdager kl 07:45.	Andre tverrfaglige møter i framtiden ved behov.
Seksjonen har egen resepsjon/ekspedisjon for ankomstregistrering og henvendelser.	Behovet i framtiden for resepsjon inne på røntgen må kartlegges videre.
Eget merkantilt som jobber tverrfaglig. Kontoret har telefontid fra 09:00-10:00 og 12:00-13:30	Eget merkantilt som jobber tverrfaglig, evt oppgaveglidning innad der radiograf jobber med timeoppsett. Kartlegges videre.
Ukentlig seksjonsmøter/internundervisning for hele seksjonen der alle yrkesgrupper er samlet. Viktig for informasjonsflyt, kvalitet, faglig, kunne ta opp og jobbe med avvik/forbedring, samhold, kultur og arbeidsmiljø.	Ukentlig seksjonsmøter/internundervisning for hele seksjonen der alle yrkesgrupper er samlet. Viktig for informasjonsflyt, kvalitet, faglig, kunne ta opp og jobbe med avvik/forbedring, samhold, kultur og arbeidsmiljø.
To ganger i uken er det internundervisning for LIS via telestudio med Tromsø (alle oppfordres til å følge undervisningen)	Forsettes
Fagradiografer med eget ansvarsområde. Disse jobber som radiografer i tillegg til å ha ansvar for fagområdet sitt, med kvalitetssikring, sikkerhet, oppgradering av prosedyrer, implementere prosedyre på maskinene, tester på utstyr, innkjøp, dosemålinger, opplæring, samarbeid med andre fagradiografer, innkjøpsprosesser osv. Disse har fagdager/fagtid der de jobber med dette utenfor lab og av og til i kombinasjon med lab.	Fortsettes
3 perioder i året har vi radiografstudenter, opp til to stykk pr periode. Mye møter og oppfølging gjennomføres	3 perioder i året har vi radiografstudenter, opp til to stykk pr periode. Mye møter og oppfølging gjennomføres

Bemanning:

	Nåtid	Framtid
Radiologer	4 (5)	6-8
LIS 2	1	2
Radiografer	13,5	15
Merkantilt	3,5	3
Leder	1	1
IT radiograf	0,5	1

Avhengig av faktorer som

- Hva skal NUN drive med?
- Overtakelse av mammografiscreening fra BDS?

- Bruken av fjernradiologi og/eller AI
- Nedslagsfelt
- Endringer/dreininger innenfor fagfelt
- Oppgaveglidning innen yrkesgrupper; innenfor røntgen + generelt på sykehus
- Bruk av Ikke ioniserende modaliteter (UL og MR) øker og er fremtiden. UL med kontrast er en del av kreftoppfølgingen, og har mulighet til å erstatte noen av kontrollene som gjøres med CT i dag. Krever økt radiologressurser.
- Økt behov for intern IT kompetanse i RTG system.

Maskinpark/teknisk apparatur/teknikk:

Nåtid		Fremtid	
1	Konv. rtg	1	Konv. rtg
1	Gj. Lysning/ konv.rtg	1	Gj. Lysning/ konv.rtg
1	CT	1	CT
1	Transportabelt apparat	1	Transportabelt apparat
1	MAMMOGRAFI	1	MAMMOGRAFI
1	UL	2	UL
1	MR	2	MR
		1	Evt. Thoraxlab
		1	Røntgen i akuttrom
7	Granskningsstasjoner	9	Granskningsstasjoner (flere radiologer)

Nåtid maskinpark med tilhørende rom

- 1 MR 1,5 T maskin/lab (består av 3 rom + maskinrom tilknyttet lab)
- 1 CT maskin/lab (2 rom + maskinrom + forberedelsesrom + toalett tilknyttet lab)
- 1 Konvensjonell rtg lab (flere detektorer, 2 rom + felles maskinrom tilknyttet lab)
- 1 Gjennomlysningsmaskin/lab (2 rom + toalett + felles maskinrom tilknyttet til lab)
- 1 Mammografi maskin/lab (3 rom tilknyttet til lab) + eget granskningsrom
- 1 ultralyd maskin/lab (1 rom)
- 1 Transportabel røntgen maskin (brukes i akuttrom, på intensiv og sengepost)

Når det gjelder de ulike modalitetene er det viktig at vi ser på om vi kan drifte smartere og mer effektivt når det gjelder lokalisering av maskiner. Dette må jobbes mere med.

Nåtid, sjalterrom/rad. arb/forberedelse		Fremtid, sjalterrom/rad. arb/forberedelse	
1	Konv. rtg	1	Konv. Rtg og gj. Lysningslab kan dele på sjalterrom med plass til 2 sjalterpult og radiologstasjon
1	Gj. Lysning/ konv.rtg		
1	Felles kjerne for alle yrkesgr.		
1	CT	1	CT
1	MR	1	2 MR enheter kan dele på sjalterrom med plass til 2 sjalterpult
1	Mammo intervjurom	1	Mammo intervjurom
1	Mammo omkleddingsrom	1	Mammo omkleddingsrom
1	MR forberedelse/anestesirom	1	MR forberedelse/anestesirom
1	CT forberedelse	1	Ct forberedelse/anestesirom – mulig å dele/samordne med mottakelsen eller med MR enhetene

9		7/6	- Alt etter hvem deler med hvem
---	--	-----	---------------------------------

Rom

Behov for ekstra rtg.laboratorier, sjalterrom, forberedelsesrom og granskningsrom i forbindelse med utvidelse av maskinpark – MR og UL, evt thorax lab.

- UL lab må ha størrelse der det kan utføres intervensjonsprosedyrer.

Røntgen har behov for eget venterom inne på røntgenavdelingen (i tillegg til stort felles venterom) til forberedelse til CT/MR us., pas. observasjon minimum 30 min. etter kontrastinjeksjon, skjerming av enkelte pasientgrupper i fra stort felles venterom, ved undersøkelser på flere laber der pasient venter mellom undersøkelsene.

Nåtid, TOALETT (wc/vask)		Fremtid, (wc/vask)	
1	I forbindelse med CT	1	I forbindelse med CT
1	I forbindelse med MR enhet	1	I forbindelse med begge MR enhetene
1	I forbindelse med gj.lysningsenhet	1	I forbindelse med gj.lysningsenhet
1	<i>Personal toalett dame m/dursj</i>	1	<i>Personal toalett dame m/dursj (24 t vakt)</i>
1	<i>Personal toalett herre m/dursj</i>	1	<i>Personal toalett herre m/dursj (24 t vakt)</i>
1	Pas. toalett dame -venterom	-	Felles venterom med toaletttilgang?
1	Pas. toalett herre- venterom	-	Felles venterom med toaletttilgang?
			Røntgen har behov for minst et stort pas. toalett med mulighet for innkjøring av pas. i seng, da pasienter må kunne tas ut av seng uten å måtte gå ut av senga i korridoren for å gå på toalett.
7		6	

Nåtid, vaktrom/møterom/soveplass	Fremtid, vaktromrom/møterom/soveplass Vaktrom, felles møterom m/tilsvarende kommunikasjonsmulighet som i dag, Romme min. 25 stk, mulighet for hvile til personell i vakt*, liten kjøkkendel. <i>* pålagt å kunne tilby hvileplass til radiograf på vakt lokalisert på rtg.avdelingen. jfr. 24 t. vakt</i>
----------------------------------	---

Nærhet:

Røntgen må lokaliseres nært akuttmottak og akuttaksen - Spesielt CT modalitet.

Røntgen bør også lokaliseres nært stort felles venterom, hovedinngang og Poliklinikkene. Polikliniske pas. (ekstern og interne) utgjør mellom 70-80 % av dag-driften.

Teknologi:

Røntgen ser for seg økt bruk av fjernradiologi og AI i fremtiden.

Nettverksforbindelse til transportabelt rtg. bør installeres på avd. som mottak, intensiv og opr.

Aktiv forsyning av lagervarer.

Samarbeid med andre:

Nærere samarbeid med klinikerne – deltagelse i et felles utredningsteam:

- Valg av riktig og nødvendig røntgen diagnostikk
- For å redusere «over diagnostikk» samt overforbruk av bildediagnostikk

Røntgen vil fortsatt ha behov for samarbeid med klinisk avd. for oppvæsking av pas. med redusert nyrefunksjon i forbindelse med Jodbasert kontrastmidler.

Samarbeid med laboratoriet vedrørende utført kreatinin prøve og at kreatininsvaret foreligger raskere enn dagens system.

Vedlegg 7 Rapport: Døgnopphold rus og psykisk helse (delprosjekt 3c Døgnopphold)

<p>Pasientforløp: Døgnopphold</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slå sammen like pasientforløp/ fagområder og utred disse samlet - Bruk eget ark for hvert pasientforløp som er ulike - Bruk eget ark for pasientforløp innen (etter behov): 	<p>Modell 1: Hybrid (fler-delt): <i>Noen felles forløp og noen forløp separat, evt hvilke?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Felles akuttforløp ved avrusning/ utredning – inne i avrusningsenhet, fleksibel bruk. • Separat rus-døgn og psyk.-døgn • Felles ekspedisjon/ merkantil 	<p>Modell 2: Alle forløp separat. Alle forløpene separat med egne poster organisert etter fagområder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Døgn rus • Døgn psykiatri • Avrusningsenhet • Separat merkantil/ behandler-funksjoner
<p>Verdi for pasienten eksempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientsikkerhet • Kontinuitet i behandling • Integrering/helhetlig tankegang. • Pasienten skal forholde seg til færrest mulig personer 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienten får raskere riktig behandling • Kan legge inn pasienter i utredningspost til videre behandlingsbehov er avklart i stedet for å bruke akuttinntak • Bedre ivaretagelse/ tilbud til TSB pasienter i UNN Narviks opptaksområde, akutt-TSB fra andre områder kan meldes inn til et slikt tilbud for å få likt tilbud uavhengig bosted. • Det er større tilgjengelighet av faggrupper rundt pasienten Det vil være en vei inn i behandling PHRK akutt, pasienten blir vurdert tverrfaglig og kommer til riktig behandlingssted raskere • Kontinuitet for pasienten ved at den forholder seg til personal fra både rus og psykiatri før den går over i behandling på en av enhetene rus eller psykiatri. • Denne modellen ivaretar kjernekompetanse og helhetlig integrering. Ved at pasienten vil få personal med fagkunnskap innenfor både rus og psykiatri for avklaring av behandling, samt at nærheten mellom fagfeltene vil kunne gi utredning og 	<ul style="list-style-type: none"> • Gjør integrering vanskelig • Spl. har arbeidssted kun i sitt fagfelt å jobbe ved • Pasienten får fagspesifikk behandling • Mer tilfeldig hvor pasienter kommer inn • Stabilitet rundt fag skaper trygghet og kontinuitet • Mindre kontinuitet for pasienten ved at det vil være flere enheter før pasienten kommet til riktig behandlingssted: eksempel, akuttpost Tromsø psykiatri – overføring Døgn psykiatri-Overføring døgn rus

	<p>behandling innenfor en enhet med støtte fra annet fagfelt.</p>	
<p>Avhengighet eksempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvem/hva er avhengig av hverandre? Graden av avdelingenes avhengighet av de ulike tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> En felles post avrusning/utredning må ligge i tilknytning til begge døgnenheter. Fleksible rom slik at begge døgnenheter kan ha et til to rom som blir tilknyttet avrusning ved deling av vegger, evt et rom til hver døgnenhet som kan deles inn i to rom med felles bad Avhengig av nærhet til AAT for pasientforløp inn og ut av innleggelser Tverrfaglig samarbeid i pasientforløpene Egen inngang, for aktiviteter ut av avdelingen uten å bruke hovedinngang, og for å kunne få politiassistanse inn i enhetene med skjerming fra resten av sykehus. Denne inngangen må ligge i ende av enhet motsatt side av fellesstue for pasienter slik at pasienten i behov av politi skjermes fra resten av pasientgruppen. Ledere for enheter/ seksjoner inne i hver enkelt enhet, stedlig ledelse! Treningsrom pga krav til aktivitet/ fokus på helsegevinster beskrevet i nasjonale veiledere for behandling. Som et steg i behandling tilbake til hverdagen, øve på å komme ut i offentlige treningsrom. Kan sambrukes. Gymsal. Kan brukes til annen aktivitet i regi av sykehus Rustestingstolett, i hver av de tre enheter. Vaskerom hvor pasienter får vasket klær, det er viktig at avrusningsenhet ikke kan gå ut av enhet for dette, evt flere innganger fra ulike enheter. Avhengighet til å kunne benytte alle enheter innenfor nytt sykehus fra IKT til kjøkken og alle enheter generelt, men ikke nødvendigvis et nærhetsbehov Russeksjon er avhengig av at fellesfunksjoner (leger, psykologer, behandlere, LIS) er i tilknytning til enhetene, spesielt avrusning, slik at det ligger en korridor unna i samme etasje. Arbeidsrom inne i hver enhet i tilknytning til fellesstue/fellesarealet. – med tilrettelegging for at man kan bruke som pauserom og matpauser. 	<ul style="list-style-type: none"> En felles post avrusning/utredning må ligge i tilknytning til begge døgnenheter. Avhengig av nærhet til AAT for pasientforløp inn og ut av innleggelser Tverrfaglig samarbeid i pasientforløpene Egen inngang, for aktiviteter ut av avdelingen uten å bruke hovedinngang, og for å kunne få politiassistanse inn i enhetene med skjerming fra resten av sykehus. Denne inngangen må ligge i ende av enhet motsatt side av fellesstue for pasienter slik at pasienten i behov av politi skjermes fra resten av pasientgruppen. Ledere for enheter/ seksjoner inne i hver enkelt enhet, stedlig ledelse! Gymsal Rustestingstolett, i hver av de tre enheter. Vaskerom hvor pasienter får vasket klær, det er viktig at avrusningsenhet ikke kan gå ut av enhet for dette, evt flere innganger fra ulike enheter. Avhengighet til å kunne benytte alle enheter innenfor nytt sykehus fra IKT til kjøkken og alle enheter generelt, men ikke nødvendigvis et nærhetsbehov Felles poliklinikk med separate fagfelt en ruspol. og en VPP. Spesialiserte enheter med tett samarbeid. Russeksjon er avhengig av at fellesfunksjoner (leger, psykologer, behandlere, LIS) er i tilknytning til enhetene spesielt avrusning slik at det ligger en korridor unna i samme etasje.

	<ul style="list-style-type: none"> • Personaltoalett inne i enhet da det ikke er mulighet til å forlate enheten i situasjoner. • Ergo, fysio og ernæring inn som fagfelt i enhetene, et behov i de fleste pasientforløp. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergo, fysio og ernæring inn som fagfelt i enhetene, et behov i de fleste pasientforløp.
<p>Nærhet eksempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke fysiske nærhetsbehov vil pasienten ha behov for. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinikk (åpningstid per d.d 08-1530) og AAT (åpningstid 08-22 hverdager og 10-18 helg/helligdag) så nær at man kan bruke felles behandlingsrom og fellesbruk av ressurser. • AAT for alle akuttforløp. • Behandlingsrom for gruppebehandling russeksjon. I tillegg til aktivitetsrom. Dette må kunne romme 27 stk. (Antall rom avklares) • Samtalerom med skype i hver enhet som brukes til pasientvurderinger av bakvaksle, både for rus-døgn, avrusning og psykiatri. • Rapportrom – tilgang til skjerm på vegg til rapporter og behandlingsmøter. • Røykerom i hver enhet, <u>ikke balkong</u> pga behov for sikringstiltak både mot selvskaade og innførsel/ dealing mellom enheter • Vaskerom for vask av pasientklær • Treningskjøkken, trenger ikke ligge inne i enhet • Aktivitetsrom for aktivitetstilbud kan bookes og deles med andre • Egen matsal for pasienter på alle tre enheter (døgn psyk, døgn rus og avrusning/utredning) 	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinikk og AAT så nær at man kan bruke felles behandlingsrom. • AAT for alle akuttforløp. • Behandlingsrom for gruppebehandling russeksjon. I tillegg til aktivitetsrom, dette må kunne romme 27 stk. • Samtalerom med skype i hver enhet som brukes til pasientvurderinger av bakvaksle, både for rus-døgn, avrusning og psykiatri. • Røykerom i hver enhet, <u>ikke balkong</u> pga behov for sikringstiltak både mot selvskaade og innførsel/ dealing mellom enheter • Vaskerom for vask av pasientklær • Treningskjøkken, trenger ikke ligge inne i enhet • Aktivitetsrom inne i enhet for aktivitetstilbud og gruppebehandling • Egen matsal på alle tre enheter (døgn psyk, døgn rus og avrusning/utredning)
<p>Fleksibilitet i bruk av utstyr og bygg, personell eksempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sambruk? • 	<ul style="list-style-type: none"> • Avrusning/ utredningsenhet med fleksibel vegg. 12 pasienter på psyk-døgn 22 pasienter på TSB-døgn og 10 plasser på felles avrusning/utredning, hvor to rom på hver døgnenhet kan gjøres om til å ligge inne på avrusning/utredningsenhet, evt at et rom på hver side kan gjøre om til rom ved avr/utredn og omgjøres til to rom med felles bad. • Akutt psykiatri skal fremdeles gå til psyk døgn, men uavklarte tilstander hvor det er ruspåvirkning går til avrusn/utredning for videre avklaring. • Nøkkelkort mellom enheter i hybridmodell slik at det er kun personal som kan endre på veggene og at det ikke 	<ul style="list-style-type: none"> • Felles alarm som går til alle enheter ved behov for assistanse. Personal og pasientsikkerhet spesielt i sårbare vakter helg og natt. • Medisinrom som ligger tilknyttet alle enheter med sluse inn fra hver enhet for utdeling av medisiner • Treningskjøkken kan brukes sammen, men trenger ikke ligge inne i noen enhet • Vaskerom felles for alle enheter, obs plassering ved avrusning/utredning. • Samtalerom som sambruk.

	<p>er tilgang for pasienter å bevege seg mellom enhetene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felles alarm som går til alle enheter ved behov for assistanse. Personal og pasientsikkerhet spesielt i sårbare vakter helg og natt. • Medisinrom som ligger tilknyttet alle enheter med sluse inn fra hver enhet for utdeling av medisiner • Treningskjøkken kan brukes sammen, men trenger ikke ligge inne i noen enhet • Vaskerom felles for alle enheter, obs plassering ved avrusning/utredning. Inngang fra hver enhet. • Samtalerom som sambruk. • Alle uavklarte akutt pasienter med rus inn på avrusning/ utredning for avklaring av videre forløp, personal fra psykiatri døgn og rus døgn server inn på akuttinnlagte pasienter. • Felles ekspedisjon for alle tre enheter • Felles merkantil stab • Samkjøre turnus/kalenderplan for alle enheter, for å kunne planlegge felles fagdager og evt sikre kompetanse i løpet av sårbare vakter. Ikke for at personell skal brukes på annen enhet ved sykdom o.l. • Felles poliklinikk med separate fagfelt en ruspol. og en VPP. Spesialiserte enheter med tett samarbeid. • Felles testrom for psykologer • Felles internkursing • Felles «vikar-pool» • Felles fagdager • Sambruk av personell på nattevakter, ved at de kan støtte inn i annen enhet/ drøfte med faggrupper. • Fleksibelt bruk av fagressurser, personell i turnus kan bidra inn i AAT. Personal rus og psykiatri kan bidra inn i hverandres enheter på forespørsel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Felles ekspedisjon for alle tre enheter • Felles merkantil stab • Samkjøre turnus/kalenderplan for alle enheter, for å kunne planlegge felles fagdager og evt sikre kompetanse på sårbare vakter. Ikke for at personell skal brukes på annen enhet ved sykdom o.l. • Felles testrom for psykologer • Felles fagdager
<p>Oppgaveglidning og fleksibilitet i bruk av personale, eksempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mellom de ulike tjenester og fagområder • Mellom øvrig personell 	<p>Se pkt for hvem server akuttinnleggelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personell: i det avrusning økes i rom fra en av døgnetenhetene deltar personal den den enheten inn som personal i avrusn/utredn. Disse deltar kun på de akuttinnlagte, ikke inn i oppfølging av andre pasienter utenfor eget fagfelt. • Fagpersoner inn fra de ulike felt i motsatt enhet for vurderinger, veiledning og erklæringer. Herunder og somatikk. (tilsynsmodninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Fagpersoner inn fra de ulike felt i motsatt enhet for vurderinger, veiledning og erklæringer. • Polikliniske behandlere kan brukes til samtaler under innleggelse for kontinuitet i

<ul style="list-style-type: none"> • Tilbud gjennom døgnet (turnus) 	<p>evt prosedyre for at andre fagfelt inn fast for vurderinger)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polikliniske behandlere kan brukes til samtaler under innleggelser for kontinuitet i pasientbehandling. Samt utførelsen av pakkeforløp. • Nattevakter, støtte mellom enheter ved behov økt aktivitet/utagering o.l. (minus somatikk) • I sommerdrift: bruk av personell i felles enheter for å ha kompetanse i ferieavvikling og redusere vikarbruk • Se servicepersonell – se somatikkforløpene vurder hvor mange som kan gå inn i enhetene 	<p>pasientbehandling. Samt utførelsen av pakkeforløp.</p>
<p>Fordeler</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vil kunne avlaste akuttmottak og politivakt i påvente av transport. • Kunne bidra til mindre tvangsvurderinger for pasienter blir ivaretatt til situasjonen har roet seg noe. • Det vil utvide fagmiljøet, ved at man holder på hver sine spesialiteter men bidrar felles inn i pasientbehandlingen. • Pasienten vil bli vurdert tverrfaglig og raskere få behandlingen på rett enhet. • Man unngår venteperoider mens henvisninger vurderes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vil bli som dagens modell for russeksjon og SPHRO-døgn. Det vil være forbedringspotensial men mer utfordrende å gjennomføre når enhetene skal fungere hver for seg og ikke tilrettelagt for utvikling av tilbud ut i fra det vi ser som behov ved pasientforløp mellom enheter og økning av akuttinnleggelser under ruspåvirkning.
<p>Ulemper</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Skal ikke brukes til pasienter som har vedtak for tvangsbehandling i psykisk helsevern, så lenge SPHRO-ikke er kvalifisert for håndtering av tvang. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vil ikke kunne avlaste akuttmottak og politivakt i påvente av transport i samme grad. • Tvangsvurderinger for pasienter må gjøres i legevakt i akuttfasen. • Det vil utvide fagmiljøet holder på hver sine spesialiteter og vil kunne bidra mindre inn i en felles pasientbehandling, fagpersonellet vil ikke bli integrert i hverandres pasientbehandling • Pasienten vil bli vurdert på en enhet og det vil ta mer tid for henvisning over til annen enhet og påvente av plass. Tar lengre tid før pasienten blir vurdert av begge fagfelt for avklaring av

		<p>hvor pasienten bør tilbys behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mer arealkrevende da det er færre muligheter for fellesbruk
Smittevern	<ul style="list-style-type: none"> • Dekontaminator på hver enhet • Uniformer – se til levanger. • Egnet drikke dispenser for smitterisiko • Godkjente oppvaskmaskiner i hver enhet i tilknytning til matsal/ «oppvaskkjøkken». Dette brukes som en del av behandling og utredning av pasientene 	<ul style="list-style-type: none"> • Dekontaminator på hver enhet • Uniformer, hvordan løse dette uten hvite sykehusuniformer • Egnet drikke dispenser for smitterisiko • Godkjente oppvaskmaskiner i hver enhet i tilknytning til matsal/ «oppvaskkjøkken». Dette brukes som en del av behandling og utredning av pasientene
Sikkerhet for pasienter og personale	<ul style="list-style-type: none"> • Knuse/ skuddsikre vinduer og glassflater – må ikke kunne åpnes • Egen inngang/ utgang – fluktmulighet • Egnet tilgang for politibistand, mulighet for skjerming mot denne inngang fra resten av pasientgruppen må være inn til hver enkelt enhet • Samtalerom med to utganger – sikkerhet for personal ved utagering – kan brukes fleksibelt med AAT i døgn psykiatri – må ha eget rom i avrusning. • Ikke dusj slanger, dusjforheng på bad • Utforming av medisinerom i enhetene for å begrense tilgang for pasienter både inneliggende og utenfra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Knuse/ skuddsikre vinduer og glassflater • Egen inngang/ utgang – fluktmulighet • Egnet tilgang for politibistand, mulighet for skjerming mot denne inngang fra resten av pasientgruppen må være inn til hver enkelt enhet • Samtalerom med to utganger – sikkerhet for personal ved utagering • Ikke dusj slanger, dusjforheng på bad • Utforming av medisinerom i enhetene for å begrense tilgang for pasienter både inneliggende og utenfra.
<p>Grønt sykehus, eksempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kassasjon • Avfallshåndtering • Transport 	<ul style="list-style-type: none"> • Felles avfallshåndteringssystem for enhetene. • Felles bilpark (døgn psyk, AAT, poliklinikk og russeksjon) hver enhet er likevel avhengig av at man må skille pasientgruppene når man må reise ut med pasienter. Bookingsystem for behov fra hver enkelt enhet, bilparken brukes både til pasienttransport og personalutreise • El-sykler for bruk av både pasienter og personal for transport i nærområdet 	<ul style="list-style-type: none"> • Felles avfallshåndteringssystem for enhetene. • Felles bilpark, hver enhet er likevel avhengig av at man må skille pasientgruppene når man må reise ut med pasienter. Liste for behov fra hver enkelt enhet, bilparken brukes både til pasienttransport og personalutreise

		<ul style="list-style-type: none"> • El-sykler for bruk av både pasienter og personal for transport i nærområdet
<p>IKT og e-Helseløsninger</p> <ul style="list-style-type: none"> • tanker som har betydning for modellene • innhent info fra IKT 	<ul style="list-style-type: none"> • Selvinnsjekk kan være utfordrende for psykose og ruspasienter • Gjestenett for pasienter som kan stenges enhetsvis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Selvinnsjekk kan være utfordrende for psykose og ruspasienter
<p>Avhengigheter med andre delprosjektgrupper</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinikkgruppen – ønske fra oss om felles poliklinikk med delt spesialisert fagfelt. • Akuttaksen for mottak av akuttpasienter TSB/ psykiatri • Legemiddelgruppen – hvordan utformes medisinrom, kommer det i ferdige doser fra apotek slik at spl kun deler ut. Hvordan løses behovsmedisinering – alltid en på vakt fra apotek, eller et medisinlager i enhet/felles for slik utdeling? 	<ul style="list-style-type: none"> • Poliklinikkgruppen – ønske fra oss om felles poliklinikk med delt spesialisert fagfelt. • Akuttaksen for mottak av akuttpasienter TSB/ psykiatri • Legemiddelgruppen – hvordan utformes medisinrom, kommer det i ferdige doser fra apotek slik at spl kun deler ut. Hvordan løses behovsmedisinering – alltid en på vakt fra apotek, eller et medisinlager i enhet/felles for slik utdeling?
<p>Andre innspill</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felles oppbevaring og evt felles aktivitetsutstyr: ski, sykler, fiskeutstyr, kano o.l. • Lagring av hjelpemidler (rullator ++) felles i sykehus for alle enheter. • Alle enheter og rom må være tilpasset ulike funksjonsnedsettelse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Felles oppbevaring og evt felles aktivitetsutstyr: ski, sykler, fiskeutstyr, kano o.l.