


Evaluering av UNN: Pasienthotell, A-fløy og PET-senteret



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

DOKUMENTSTATUS			
Versjon	Dato	Behandlet av	Status
1.0	08.02.2022	Sykehusbygg HF	Godkjent

BEHANDLINGSPROSEDYRE				
Versjon	Oversendt for behandling	Instans	Behandling / status	Dato for behandling
0.1	24.09.2021	UNN HF	For gjennomgang i UNN	
1.0	09.02.2022	UNN HF	Behandling UNN	Godkjent i UNN mars 2022

Forsidebilde: UNN HF

Innhold

Forord	6
Sammendrag	7
1. Evalueringsoppdraget	11
1.1 Pasienthotell, A-fløya og PET-senteret	11
1.2 Organisering av evalueringen	12
1.3 Data og metode	13
1.4 Presentasjon av kapitlene	14
1.5 Forkortelser og definisjoner	15
2. Pasienthotellet UNN Tromsø	16
2.1 Mål og planforutsetninger	16
2.1.1 Prosjektutløsende behov - utfordringer	16
2.1.2 Planleggingen av nytt pasienthotell	17
2.2 Metode	17
2.3 Kapasitet og drift	17
2.4 Pasienter og gjester	18
2.5 Spørreundersøkelse blant pasienter og gjester i Pasienthotellet	22
2.6 Hovedfunn	35
3. A-fløya	36
3.1 Mål og konsept	36
3.1.1 Effektmål	36
3.1.2 Konseptuelle løsninger	37
3.2 Funksjonene i A-fløya	38
3.3 Kartlegging av byggets egnethet - spørreundersøkelse blant ansatte	39
3.3.1 Metode	39
3.3.2 Resultater	40
3.3.3 Hovedfunn	49
4. Poliklinikk, plan 6 A-fløya	50
4.1 Mål og planforutsetninger	50
4.1.1 Prosjektutløsende behov - utfordringer i poliklinikkene	50
4.1.2 Planlegging av nytt poliklinikkområde	51
4.2 Metode	51
4.3 Beregning av kapasitet	52
4.4 Arealnorm, arealfaktor og standardrom	53
4.5 Kartlegging av byggets egnethet – poliklinikk	55
4.5.1 Spørreundersøkelse blant pasienter	55
4.5.2 Spørreundersøkelse blant ansatte	67

4.6 Driftskonsepter og løsninger	71
4.6.1 Pasientforløp	71
4.6.2 Vareflyt og forsyning	76
4.6.3 Utredningspoliklinikken	79
4.6.4 Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi	80
4.6.5 Ortopedisk poliklinikk	84
4.6.6 Kvalitet og teknologi	88
4.6.7 Medvirkning	90
4.6.8 Fleksibilitet	90
4.7 Hovedfunn	91
5. Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya	94
5.1 Mål og planforutsetninger	94
5.1.1 Prosjektutløsende behov – utfordringer i sykehuset	94
5.1.2 Planlegging av dagkirurgisk område	95
5.2 Metode	95
5.3 Beregning av kapasitet	96
5.4 Arealnorm, arealfaktor og standardrom	97
5.5 Kartlegging av byggets egnethet – dagkirurgisk område	99
5.5.1 Spørreundersøkelse blant pasienter	99
5.5.2 Spørreundersøkelse blant ansatte	110
5.6 Driftskonsepter og løsninger	115
5.6.1 Pasientforløp	115
5.6.2 Vareflyt og forsyning	120
5.6.3 Forberedelses-/oppvåkningsområde	122
5.6.4 Operasjonsområdet	127
5.6.5 Garderober og toalett	134
5.6.6 Vinduer	136
5.6.7 Samarbeid og fellesskap	137
5.6.8 Medvirkning og opplæring	137
5.6.9 Fleksibilitet	138
5.7 Hovedfunn	138
6. Fysikalsk medisin, rehabilitering og slagbehandling, plan 8 A-fløya	141
6.1 Mål og planforutsetninger	142
6.2 Metode	142
6.3 Kartlegging av byggets egnethet	142
6.3.1 Spørreundersøkelse blant ansatte	142
6.4 Driftskonsepter og løsninger	147
6.4.1 Pasientforløp	147
6.4.2 Vareflyt og forsyning	151
6.4.3 Fysikalsk medisinsk poliklinikk	154
6.4.4 Rehabilitering, sengeområde og poliklinikk	156
6.4.5 Slagenhet, sengeområde	159
6.4.6 Innemiljø	161

6.4.7	Generalitet og fleksibilitet	162
6.4.8	Beredskap	163
6.5	Hovedfunn	163
7.	Intensivområdet, plan 9 A-fløya	164
7.1	Mål og planforutsetninger	165
7.1.1	Prosjektutløsende behov - utfordringer i sykehuset	165
7.1.2	Planleggingen av ny intensivsenhet	165
7.2	Metode	167
7.3	Kapasitet	167
7.4	Arealnorm, arealfaktor og standardrom	169
7.5	Kartlegging av byggets egnethet – intensiv	170
7.5.1	Spørreundersøkelse blant ansatte	170
7.6	Driftskonsepter og løsninger	175
7.6.1	Pasientopphold	175
7.6.2	Vareflyt og forsyning	178
7.6.3	Sengerom	181
7.6.4	Arbeidsstasjoner	187
7.6.5	Isolat og smittevern	188
7.6.6	Avstander	189
7.6.7	Støtterom	189
7.6.8	Kvalitet og materialer	193
7.6.9	Medvirkning	193
7.6.10	Fleksibilitet	194
7.7	Hovedfunn	195
8.	Laboratoriemedisin, plan 10 A-fløya	197
8.1	Mål og planforutsetninger	198
8.1.1	Prosjektutløsende behov – utfordringer i sykehuset	198
8.1.2	Planlegging av nytt område for Laboratoriemedisin	198
8.2	Metode	199
8.3	Kartlegging av byggets egnethet – Laboratoriemedisin	199
8.3.1	Spørreundersøkelse blant ansatte	199
8.4	Driftskonsepter og løsninger	204
8.4.1	Laboratorieområdet	204
8.4.2	Prøvemottak	207
8.4.3	Arbeidsområder	208
8.4.4	Innemiljø	213
8.4.5	Kapasitet	214
8.4.6	Kjølerom og fryselager	216
8.4.7	IKT	217
8.4.8	Vareflyt og forsyning	217
8.4.9	Kontorer og arbeidsplasser	217
8.4.10	Vakt-, pause- og møterom	218
8.4.11	Evakueringsplaner	219

8.4.12 Garderober og renhold	220
8.4.13 Medvirkning	220
8.5 Hovedfunn	221
9. PET-senteret.....	223
9.1 Mål og planforutsetninger	223
9.1.1 Prosjektutløsende behov – utfordringer	223
9.1.2 Planlegging av PET-senter	223
9.2 Metode	224
9.3 Erfaringer med byggets egnethet	224
9.3.1 PET – Produksjon	225
9.3.2 Produksjonslinje for radiofarmaka	228
9.3.3 Vareflyt	230
9.3.4 Kontaminering	230
9.3.5 Fordrøyningstank	231
9.3.6 Øvrige rom og arealer	232
9.3.7 Innemiljø	234
9.4 Sammenligning av PET-produksjon UNN og St. Olav	235
9.4.1 PET-radiofarmakaproduksjon, St. Olavs hospital	236
9.5 PET – Pasientbehandling	240
9.5.1 Venteområde	242
9.5.2 Undersøkelses-/behandlingsrom (UB-rom)	244
9.5.3 Vareflyt og arbeidsområder	246
9.5.4 Øvrige rom og arealer	249
9.6 Sammenligning av PET-pasientbehandling UNN og St. Olav	252
9.6.1 Nukleærmedisin (SPECT CT, Gammakamera)	252
9.6.2 PET CT og PET MR	255
9.6.3 Øvrige rom og områder	257
9.7 Hovedfunn	257
10. Kontorområdene i PET-senteret	260
10.1 Kartlegging av byggets egnethet - spørreundersøkelse blant ansatte	262
10.2 Metode	262
10.3 Resultater	263
10.4 Hovedfunn	270
11. Læring fra evalueringen	272
Vedlegg.....	276

Forord

På vegne av Sykehusbygg HF vil evalueringsteamet takke for at vi fikk mulighet til å gjennomføre evalueringen av Pasienthotellet, A-fløya og PET-senteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Tromsø.

Vi vil takke ansatte i UNN for at dere har tatt godt imot evalueringsteamet. Dere har lagt til rette for befaringer, spørreskjemaundersøkelser og gitt annen informasjon som vi har etterspurt. Alt dette har bidratt til at denne evalueringen har blitt gjennomført.

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

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

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

For å gi leseren en oversikt over innholdet i evalueringen, innledes rapporten med et sammendrag. Deretter følger en detaljert gjennomgang av evalueringsoppdraget og resultater i kapittel 1 til 10. Læring fra evalueringen presenteres i kapittel 11.

Sammendrag

Sammendraget av evalueringen er bygd opp i tre hoveddeler. Disse er 1) Bakgrunn, 2) Data og metode og 3) Resultater og konklusjoner. Resultater og konklusjoner gjengir det mest sentrale innholdet i evalueringen av Pasienthotellet, A-fløya og PET-senteret.

Bakgrunn

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har gitt Sykehusbygg HF i oppdrag å gjennomføre en evaluering av det nye Pasienthotellet, A-fløya og PET-senteret i Tromsø.

Evalueringen belyser erfaringer med det nye sykehuset etter innflytting. Den retter oppmerksomheten mot hvordan utformingen av Pasienthotellet, A-fløya og PET-senteret legger til rette for arbeidsprosesser og pasientbehandling.

Data og metode

Evalueringen benytter både kvalitative og kvantitative metoder. Flere metodiske tilnæringer er brukt for å underbygge resultatene og styrke grunnlaget for konklusjonene som trekkes.

Data og informasjon er hentet fra planleggingsdokumenter, tegninger, bilder og litteratur. Videre er data fra UNN HF, Pasienthotellet og Nasjonal database for klassifikasjonssystemet benyttet. Det er gjennomført spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte, i tillegg til befaringer og fokusgruppeintervju med ansatte, ledelse og prosjektorganisasjonen i UNN Tromsø.

Resultater og konklusjoner

Evalueringen har vist at mange er fornøye med lokalene i Pasienthotellet, A-fløya og PET-senteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Tromsø.

1. Pasienthotellet

Før Pasienthotellet ble bygd, måtte flere av pasientene overnatte på hotell i sentrum. Pasienthotellet har blitt et tilbud til både pasienter, pårørende, ansatte og andre gjester. Dette er i samsvar med planprosessen som beskrev at hotellet ikke skulle være et sted for pasientbehandling. Spørreundersøkelsen blant pasienter og gjester viser en stor grad av tilfredshet med hotellets utforming og kontakt med personalet. Utfordringen har vært tilstrekkelig belegg ved inngang til helg og i helgene.

2. A-fløya og PET-senteret generelt

Blant ansatte i A-fløya har spørreundersøkelsen vist at mange er fornøye med hvordan utformingen av de nye lokalene understøtter virksomheten, flere av scorene ligger over middelveien. Dette gjelder også medisinsk teknisk utstyr, møbler, inventar og arbeidsllys.

Evalueringen har vist at det er en utfordring med temperatur- og lysregulering, ventilasjon og tekniske løsninger som automatiske dørlåser, mobildekning og utvendige persiener. Store vindusflater, som gir dagslys og utsikt, har medført behov for skjerming mot innsyn og sol.

Når det gjelder kontorarbeidsplasser, møterom og stillerom har ansatte erfart at det er manglende lyddemping i noen områder.

3. Poliklinikkene i A-fløya

En samling av flere poliklinikker i plan 6 legger til rette for god logistikk. Beregninger viser at det er god kapasitet av generelle undersøkelses-/behandlingsrom (UB-rom), og arbeidsplasser er større og bedre sammenlignet med tidligere lokaler. Flere av UB-rommene i Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi oppleves imidlertid for små og varme. Tilbakemeldingen fra ansatte er at UB-rommene i denne poliklinikken bør ha direkte tilgang til toalett.

Poliklinikkene har som planlagt, en åpen og tilgjengelig ekspedisjon. Utfordringen har vært at helsesekretærer ikke får tilstrekkelig arbeidsro i skranken og at det er vanskelig å overholde taushetsplikten. Noe av årsaken er stor trafikk på dagtid av pasienter som skal til enhet for blodprøvetaking i området nært ekspedisjonen.

4. Det dagkirurgiske området

De aller fleste pasientene og ansatte har gitt uttrykk for at de er fornøyde med utformingen av det dagkirurgiske området. Plan 7 i A-fløya er både planlagt og bygd for å imøtekomme framtidig omstilling fra døgn- til dagkirurgi. Forberedelses- og oppvåkningsplasser samt operasjonsstuer er generelt utformet og tilrettelagt for ulike fagområder. Beregninger viser at det er god kapasitet når det gjelder operasjonsstuer. Etter innflytting har området imidlertid fått en blandingsdrift ved at to av operasjonsstuer benyttes til robotkirurgi (døgn).

Arbeidsstasjonen er utformet med både åpen og lukket del som legger til rette for nærhet og oversikt over pasienter, dokumentasjon og konfidensielle samtaler mellom ansatte.

Evalueringen har vist at både ansatte og pasienter ønsker en bedre skjerming av pasientsamtaler både før og etter operasjon.

5. Fysikalsk medisin, rehabilitering og slagbehandling

Sengerommene i plan 8 i A-fløya har god plass til pleie og aktivitet, og badene er romslige. Mangel på arbeidsplasser og møterom er en utfordring for arbeidsflyten. Dette gjelder spesielt i slagenheten.

6. Intensivområdet

Samlingen av flere mindre enheter i plan 9 i A-fløya har ført til et stort område (A2 og A3) som legger til rette for samarbeid, sambruk av rom og for pasienter med ulikt

behandlingsnivå (intensiv og intermediær¹). Samtidig erfarte ansatte at en stor enhet er krevende for driften på grunn av lange avstander og manglende oversikt. Etter innflytting ble området derfor organisatorisk delt i to enheter, A2 (medisinsk intensiv og intermediær) og A3 (intensiv).

I samsvar med planforutsetningene er sengerommene generelle og har en standard størrelse slik at rom kan brukes fleksibelt mellom A2 og A3. Ensengsrom legger til rette for ro, plass til pårørende og konfidensielle samtaler.

Gjennom evalueringen kom det fram at utformingen av ensengsrom gjør at sykepleierne ikke har god oversikt over pasienter og kolleger i naborom. Dette utfordrer ressurs situasjonen.

7. Laboratoriemedisin

I planleggingen ble det vektlagt at området for laboratoriemedisin i plan 10 i A-fløya skulle være fleksibelt og tilrettelegges for framtidig utvikling, sikre forskningsaktivitet, utdanning og klinisk virksomhet.

I evalueringen kom det fram at laboratoriet med døgnaktivitet burde vært plassert nært inngang og området for mottak av prøver. Ansatte har erfart at det for enkelte områder ikke er ledig kapasitet og at det ikke er tilstrekkelig med areal til å utvide med nye områder.

Skjermede arbeidsplasser for svarutgivelse av pasientprøver fungerer godt.

8. PET-produksjon og pasientbehandling

PET-produksjon er plassert i plan 5 og pasientbehandling i plan 6 i PET-senteret. Ifølge planleggingsdokumenter skulle PET-senteret omfatte både kliniske undersøkelsesarealer, syklotron for produksjon av radiofarmaka og forskningslaboratorier. Det kom fram i evalueringen at samarbeidet mellom klinikk, apotek og forskning fungerer godt.

Områdene for pasientbehandling fungerer godt, men ansatte ga tilbakemelding om at venteområdet burde vært skjermet for trafikk. I evalueringen kom det også fram at det er viktig å planlegge med tilstrekkelig areal i områder med renhetskrav.

Når det gjelder egen produksjon av radiofarmaka i plan 5, benyttes denne foreløpig kun til forskning. Begrunnelsen for dette er at UNN foreløpig ikke har tilvirkningstillatelse for klinisk bruk, og mottar radiofarmaka fra Oslo og Finland.

9. Kontorområder i PET-senteret

Mange er fornøyde med de lyse og nye kontorområdene i plan 8, 9 og 10 i PET-senteret. Områdene legger til rette for samarbeid og er godt lokalisert i forhold til andre enheter.

¹ Tung overvåkning (TOV)

Evalueringen har vist at det er utfordringer med lyddemping og ivaretagelse av konfidensialitet.

10. Medvirkning og opplæring

Evalueringen har vist at det er nødvendig å sette av tid til opplæring for de som skal medvirke i plan- og byggeprosessen, og involvere riktige personer til rett tid.

11. Organisasjonsutvikling

Evalueringen har vist at organisasjonsutvikling bør gå parallelt med planleggingsprosessen for sikre at ansatte er forberedt og har fått øve på nye løsninger før innflytting.

1. Evalueringsoppdraget

Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø, (UNN Tromsø) ligger i Breivika, omtrent fire kilometer fra Tromsø sentrum. UNN Tromsø er lokalsykehus for Troms og nordre Nordland.

Dette evalueringsoppdraget omfatter Pasienthotellet i Tromsø, «Pingvinhotellet», A-fløya plan 6 til 10, PET-senteret i G-fløya og kontorområdene som er etablert i tre etasjer i PET-senteret.

Pasienthotellet ble tatt i bruk i 2015. Den nye A-fløya og PET-senteret sto ferdig i juni 2018. A-fløyprosjektet omfattet fløyene A2 og A3 og mellombygningen A/B fra plan 05 til plan 11. Utover dette inkluderte prosjektet ombygging i deler av fløyene B2 og B3.

Evalueringsoppdraget omfatter en dybdeevaluering av poliklinikkene, det dagkirurgiske området, området for fysikalsk medisin, rehabilitering og slag, intensiv og Laboratoriemedisin i A-fløya (plan 6, 7, 8, 9 og 10), i tillegg til produksjon og pasientbehandling i PET-senteret. Evalueringen av Pasienthotellet og kontorområdene i PET-senteret er en bred kartlegging som er gjennomført ved bruk av spørreskjemaundersøkelser.

Prosjektplanen for evalueringen (09.06.2020) beskriver oppdraget mer utfyllende.

Hensikten med evalueringen av UNN er å innhente erfaringer og få økt kunnskap om de tre første driftsårene ved Pasienthotellet, A-fløya og PET-senteret. Et sentralt spørsmål er hvordan bygget er tilrettelagt for planlagte arbeidsprosesser og pasientbehandling.

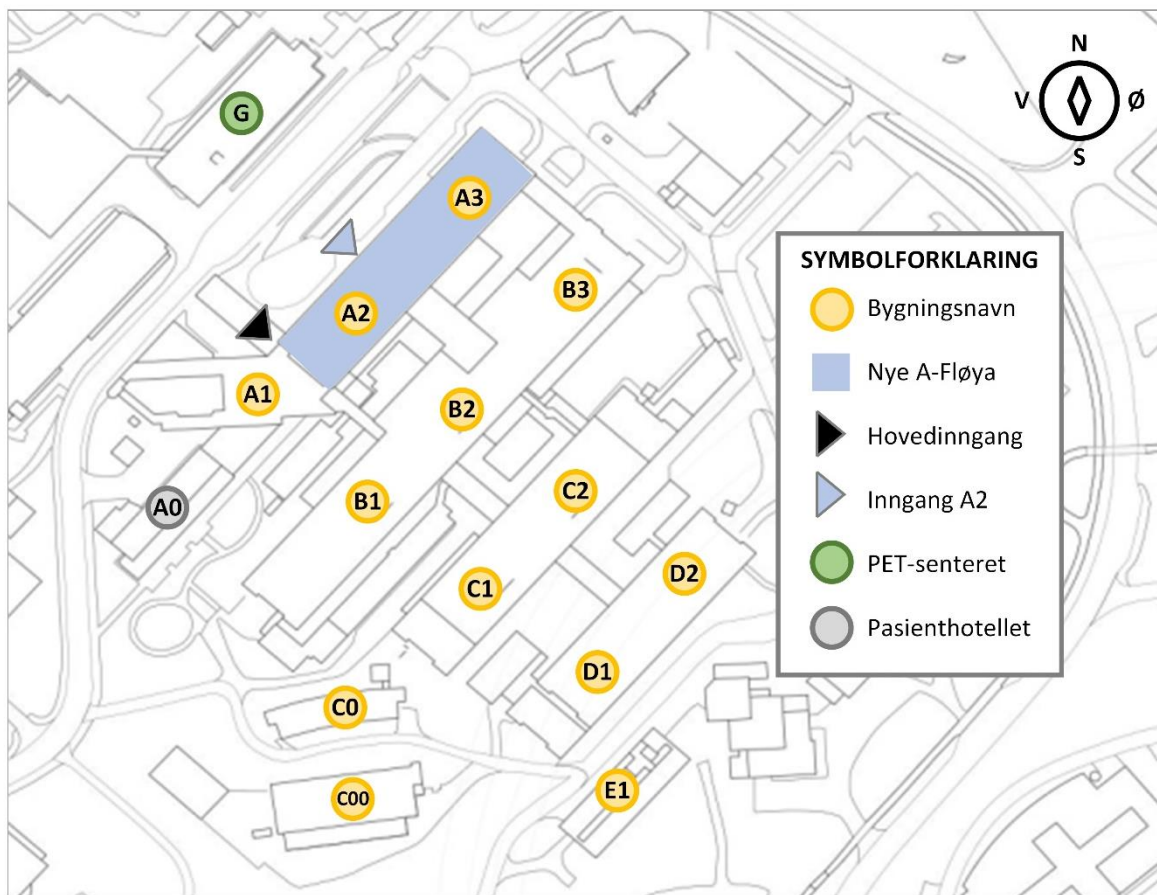
Resultatene fra evalueringen vil bli benyttet i kommende planleggings- og byggeprosjekter. Det er mange faktorer som påvirker planleggingen og bygging av sykehus; rammevilkår og prosjektets størrelse spiller inn i tillegg til erfaringer og kunnskap om sykehusplanlegging og bygging. Derfor bør hvert enkelt sykehusbyggprosjekt gjøre egne vurderinger og prioriteringer på grunnlag av kontekst, eksisterende kunnskap, mål og rammer.

I tillegg til denne rapporten inngår to evalueringsrapporter knyttet til A-fløya. Dette er «Planleggings- og byggeprosessen» og «Bygg og teknikk».

1.1 Pasienthotell, A-fløya og PET-senteret

Figur 1.1 viser en oversikt over bygningene tilhørende Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN Tromsø) i Breivika. Den viser at fløyene A, B, C og D i er delt opp i ulike bygningsdeler. Blant annet består fløy A av A0, A1, A2 og A3. Fra hovedinngangen er det en hovedkorridor langs fløyene som knytter dem sammen. Nummereringen på bygningsdelene er basert på hvor de ligger i forhold til hovedkorridoren. Eksempelvis er en side av hovedkorridoren A1 og den andre A2. Basert på hvilken retning de ligger, har

byggningsnavnene økende eller synkende nummerering.



Figur 1.1 Oversikt over bygningsdeler i UNN Tromsø, Breivika, den nye delen av A-fløya, hovedinngang, inngang i A2, PET-senteret og Pasienthotellet (Kilde: ©norgeskart.no, tilrettelagt av Sykehusbygg HF).

Den nye delen av A-fløya består av A2 og A3. I figuren er dette området markert i blått. A2 og A3 er bygget slik at de er koblet sammen med B2 og B3 i B-fløya. Det er en egen inngang i A2 (poliklinikk, plan 6). Pasienthotellet (A0) er bygget slik at det er koblet sammen med A-fløya. PET-senteret ligger i G-fløya, og mellom PET-senteret og sykehuset er det kulvert som kobler byggene sammen.

1.2 Organisering av evalueringen

Evalueringen er gjennomført av evalueringsteamet i Sykehusbygg HF. Prosjektleder i Sykehusbygg HF har vært Unni Dahl. Evalueringen har vært gjennomført i samarbeid med følgende prosjektdeltakere: Lilian Leistad, Nathalie Madsen, Gunn Håberget, Rita Konstante, Kjell Solstad, Kristin Ramberg, Karin Steen, Tone Opdahl Mo og Reidun Skindlo.

UNN ved utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen har bestilt evalueringsoppdraget. Etter utarbeidelse av prosjektplanen, ble oppdraget gitt til Sykehusbygg HF 14.02.2020.

Fra 24.01.2020 og fram til 22.09.2021 har evalueringsteamet hatt jevnlig statusmøter med utbyggingssjef og kontaktpersonene Hans Petter Bergseth og Marit Einejord ved

Kapittel 1 Evalueringsoppdraget

UNN. Det har også vært gjennomført telefonsamtaler og epostutvekslinger for å legge til rette for datainnsamling og sørge for at oppdraget er blitt gjennomført i henhold til prosjektplanen. Videre har teamet fra Sykehusbygg HF hatt en rekke samtaler (per telefon og via Teams), epostutvekslinger og møter med ansatte i Pasienthotellet, A-fløya og PET-senteret ved UNN.

Evalueringen har vært utført i en periode med smitteverntiltak på grunn av Covid-19 pandemien. Dette har medført noen forsinkelser i datainnsamlingen og utsettelse av møter mellom UNN og Sykehusbygg HF.

1.3 Data og metode

Evalueringen har benyttet både kvalitative og kvantitative metoder. Dette er i samsvar med anbefalinger gitt i rapporten «Evaluering av sykehusbyggprosjekter» (29.11.2018). Flere metodiske tilnærminger er brukt for å styrke resultatene og grunnlaget for konklusjonene som trekkes.

Det er benyttet planleggingsdokumenter, litteraturgjennomgang, samt tegninger av A-fløya, PET-senteret og Pasienthotellet i Tromsø. For å få ytterligere bakgrunnsinformasjon, har det vært gjennomført intervju med representanter fra prosjektorganisasjonen i UNN 12. og 18.02.2021 om planleggingen av A-fløya, PET-senteret og Pasienthotellet.

Spørreundersøkelser blant ansatte og pasienter er benyttet for å få informasjon fra mange, dvs. en bred kartlegging av erfaringer med A-fløya, kontorområdene i PET-senteret og Pasienthotellet. Det har vært gjennomført befaringer og fokusgruppeintervju med ansatte i A-fløya (plan 6, 7, 8, 9 og 10) og PET-senteret for å få mer utfyllende kunnskap om disse områdene.

Fokusgruppeintervju er benyttet for å få dybdekunnskap om virkningen av nytt sykehus og hvordan sentrale driftskonsepter og løsninger har fungert om lag tre år etter innflytting. Det ble gjort lydopptak av alle fokusgruppeintervjuene som er transkribert og tematisert etter K. Malteruds metode, systematisk tekstkondensering (2012). Sitater er benyttet for å fremheve og illustrere temaene som kom fram gjennom analysen. Sitatene i rapporten er skrevet i kursiv.

Det ble benyttet et strategisk utvalg. Kontaktpersoner i sykehuset rekrutterte fokusgruppedeltakere fra de utvalgte seks områdene i sykehuset. Fokusgruppene besto av ledere og medarbeidere. Gruppene hadde erfarne deltakere i ulike aldersgrupper. I hver gruppe deltok et utvalg av ansatte som representerte de områdene som ble undersøkt. Dette er nærmere beskrevet i kapitlene 4-9.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført etter en forhåndsdefinert intervjuguide for å sikre at de viktigste områdene ble dekket, men deltakerne ble også oppfordret til å snakke om andre tema dersom de ønsket det. Etter at intervjuene var gjennomført og

Kapittel 1 Evalueringsoppdraget

analysert, ble foreløpige resultater sendt til hver fokusgruppe for å kontrollere at evalueringsteamet hadde forstått det som deltakerne formidlet under intervjuene.

Fokusgruppeintervjuene ble kombinert med observasjoner, dokumentstudier, gjennomgang av tegninger og litteratur for å få et mer utfyllende bilde av erfaringene med bygget.

Aktivitetsdata fra UNN HF er benyttet for å beregne kapasitetsbehov i poliklinikk og dagkirurgi. Data fra Pasienthotellet er brukt til å beregne gjestedøgn og beleggsprosenter.

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

Tegninger er oversendt fra UNN. Tegninger av A-fløya er utarbeidet av Rambøll Arkitekter/PKA, datert 17.06.2016. Tegningene av PET-senteret er utarbeidet av Link Arkitektur, datert 04.12.2017. Sykehusbygg har bearbeidet tegningene for å vise person- og varelogistikk. Forsidebilde og bilder av Pingvinhotellet er oversendt fra UNN. Når annet ikke er oppgitt, er bildene i rapporten tatt av Sykehusbygg HF.

Sentrale planleggingsdokument som er benyttet er:

- Hovedfunksjonsprogram for UNN A-fløy 09.04.2010
- Konseptrapport A-fløy V10 14.05.2010
- Delfunksjonsprogram A-fløy, UNN Tromsø 01.11.2011
- Prosjekt UNN A-fløy. Forprosjektrapport. Endelig utgave 08.06.2012
- Skisseprosjekt UNN Mars 2013

1.4 Presentasjon av kapitlene

Evalueringsrapporten er bygd opp slik at evalueringsområdene i hovedsak kan leses uavhengige av hverandre i egne kapitler.

Innledningsvis er de mest sentrale evalueringsresultatene og konklusjonene presentert i et sammendrag, og i kapittel 1 er evalueringsoppdraget beskrevet. Videre i rapporten følger kapittel 2 til 11.

Kapittel 2 presenterer evalueringen av Pasienthotellet i Tromsø, Pingvinhotellet.

I kapitlene 3 til og med 10 følger evalueringen av A-fløya. Kapittel 3 starter med en beskrivelse av mål, konseptuelle løsninger og funksjoner i A-fløya. Deretter kommer en spørreundersøkelse blant ansatte for å få en bred kartlegging av byggets egnethet.

Poliklinikkene er presentert i kapittel 4. Først kommer en beskrivelse av mål og planforutsetninger. Videre følger en kartlegging av byggets egnethet, dvs. resultatene fra spørreundersøkelser. Videre følger en dybdeevaluering for å undersøke driftskonsepter og løsninger nærmere. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av hovedfunn.

Kapittel 1 Evalueringsoppdraget

Kapittel 5 - 9 inneholder det dagkirurgiske området, fysikalsk medisin, rehabilitering og slagbehandling, intensiv, Laboratoriemedisin og PET-senteret. Evalueringen av disse områdene er bygd opp på en lignende måte som kapittel 4.

Evalueringen av kontorområdene i PET-senteret er utført ved bruk av spørreskjemaundersøkelser blant ansatte. Dette presenteres i kapittel 10.

Evalueringsrapporten avsluttes med læringspunkter fra evalueringen av Pasienthotellet i Tromsø, A-fløya og PET-senteret i kapittel 11.

1.5 Forkortelser og definisjoner

DFP: Delfunksjonsprogram.

HFP: Hovedfunksjonsprogram.

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

Prosjektert areal: Uttegnet areal for et rom.

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

UB-rom: Undersøkelses-/behandlingsrom

2. Pasienthotellet UNN Tromsø

Pasienthotellene i UNN HF er lokalisert i Tromsø, Harstad og Narvik. Hotellene er i hovedsak et tilbud til pasienter som ikke er avhengig av 24-timers medisinsk tilsyn.

Denne evalueringen omhandler Pingvinhotellet, UNN Tromsø som ble åpnet i 2015. Hotellet er et pasienthotell og tilgjengelig for andre gjester². Hotellet med uteområde, klatrevegg for barn og pasientrom er vist i Figur 2.1.



Figur 2.1 Pingvinhotellet, UNN Tromsø, uteområde, klatrevegg for barn og pasientrom. Referanse: UNN HF

2.1 Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer i det tidligere pasienthotellet og planlegging av det nye pasienthotellet i Tromsø.

2.1.1 Prosjektutløsende behov - utfordringer

Mange pasienter har behov for å bo på pasienthotell på grunn av behandlingen og/eller lange reiseavstander.

Ifølge prosjektorganisasjonen i UNN var det gamle pasienthotellet ofte fullt. Før det nye pasienthotellet ble tatt i bruk, var det vanlig at pasienter og pårørende overnattet på hotell i Tromsø sentrum. Hovedfunksjonsprogrammet for UNN A-fløy (HFP 09.04.2010) beskriver at kapasiteten i 2010 var 110 plasser (89 rom) fordelt på ett pasienthotell og to halve sengeposter som var endret til hotellformål. I tillegg benyttet sykehuset 50-70 hotellrom i byen per natt på hverdager.

² Effekt av pasienthotell for sykehus og pasienter. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 11-2011

2.1.2 Planleggingen av nytt pasienthotell

Under planleggingen ble det besluttet at det nye hotellet ikke skulle være et hotell for pasientbehandling (intervju med representanter fra prosjektorganisasjonen). Målsettingen var at det skulle være som et vanlig hotell og fungere som en «frisone» for pasienter og deres pårørende.

Pasienthotellet skulle tilby lokaler med en atmosfære der pasientene kunne føle seg som gjester samtidig som smittevern og sikkerhet skulle ivaretas. Dette ga føringer for plassering, utforming og materialvalg. Det er blant annet kort vei til sykehuset og badene er utformet slik at pasientene kan klare seg selv, også som nyoperert.

Pasienthotellet skulle også kunne driftes som en selvstendig enhet, dvs. av andre enn UNN, noe som ga føringer for både mat og logistikk. Hotellet skulle ha en egen restaurant med variert tilbud, og det skulle være kort avstand til sykehuset. Under planleggingen kom det fram at første etasje burde tilrettelegges slik at det ble et «levende område». Resepsjon, møtelokaler og administrasjon ble derfor lokalisert i første etasje på samme plan som vestibylen.

I HFP for UNN A-fløy ble det estimert et behov for 150 plasser i 2020, men ifølge intervju besluttet UNN å øke antallet til 243 rom i det nye pasienthotellet. Dette ble gjort for å gi et mer omfattende tilbud; både til fødende (barsel), for å ivareta økningen i kreftbehandling og for å gi et tilbud til pårørende, blant annet til de som har barn på nyfødt intensiv avdeling. Ifølge HFP skulle det nye pasienthotellet ta imot i den forventede framtidige økningen i dagkirurgisk behandling og være et tilbud til polikliniske pasienter. Hotellet skulle også være et tilbud til pasienter med lang reisevei, til de som ventet på transport og til andre gjester.

2.2 Metode

I evalueringen av Pasienthotellet er det innhentet informasjon fra planleggingsdokument, intervju med prosjektorganisasjonen i UNN, samt opplysninger om drift og statistikk utlevert av ledelsen ved hotellet. Det ble også gjennomført en undersøkelse blant hotellets pasienter og gjester.

2.3 Kapasitet og drift

Inngangen til Pasienthotellet i Tromsø er via sykehusets hovedinngang i A6.

Hotellet er døgnåpent, og hotellresepsjonen betjenes av resepsjonister. Det helsefaglige ansvaret er lagt til gastrokirurgisk avdeling i sykehuset, som har en egen døgnbetjent telefon. Alle de 243 rommene i hotellet er universelt utformet, med «alarmsnor» i både i rom og bad. Ved alarm, responderer både resepsjonist og sykepleier fra gastrokirurgisk avdeling.

Noen rom er spesielt tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse, med et eget rom for ledsager ved siden av. I intervju ble det også vektlagt at disse rommene er planlagt for å kunne benyttes ved eventuelle katastrofer (beredskap).

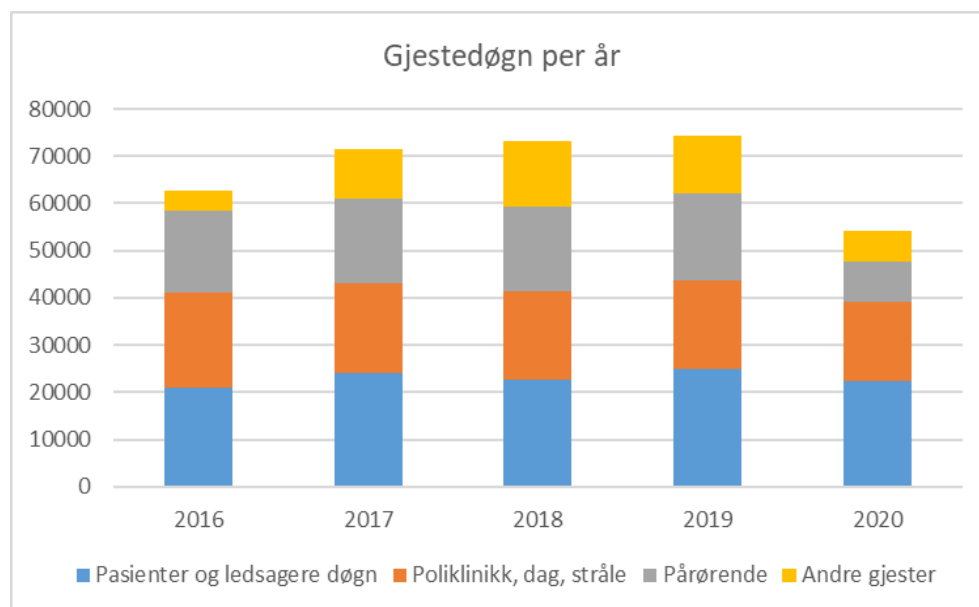
Når det gjelder oppholdskostnader, varierer dette for de ulike pasientgruppene. Helseforetaket dekker opphold og kost for pasienter som er innlagt (døgnopphold) i sykehuset, for barn og deres foresatte samt for nødvendig ledsager. Pasienter som har hatt poliklinisk behandling, strålebehandling etc. søker refusjon etter hotellopphold (via «Pasientreiser»), og andre betaler selv.

2.4 Pasienter og gjester

2016 var det første hele driftsåret for Pasienthotellet i Tromsø.

Figur 2.2 viser en oversikt over gjestedøgn for pasienter og andre gjester fra årene 2016 til 2020. Data for gjestedøgn og beleggsprosent for rom er levert av Pasienthotellet.

Den første gruppen i figuren er «Pasienter og ledsagere». Dette er pasienter med døgnopphold og deres ledsagere. Den andre gruppen er pasienter som får polikliniske undersøkelser og behandling, dagbehandling eller stråleterapi («Poliklinikk, dag, stråle»). Den tredje gruppen er «Pårørende» som består av både pårørende og ledsagere. Den siste gruppen er «Andre gjester» som omfatter tjenestereiser for personell i UNN og øvrige gjester.



Figur 2.2 Antall gjestedøgn i Pasienthotellet per år. Data utlevert av Pasienthotellet i Tromsø, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Perioden 2016-2019:

Figuren viser at antall gjestedøgn for «Pasienter med ledsagere» økte fra 20 962 i 2016 til 24 817 i 2019. Samtidig viser figuren at antallet gjestedøgn i Pasienthotellet for

Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø

pasienter som får poliklinikk, dag- eller strålebehandling, samt antall døgn for «Pårørende», har vært nokså stabilt i samme periode.

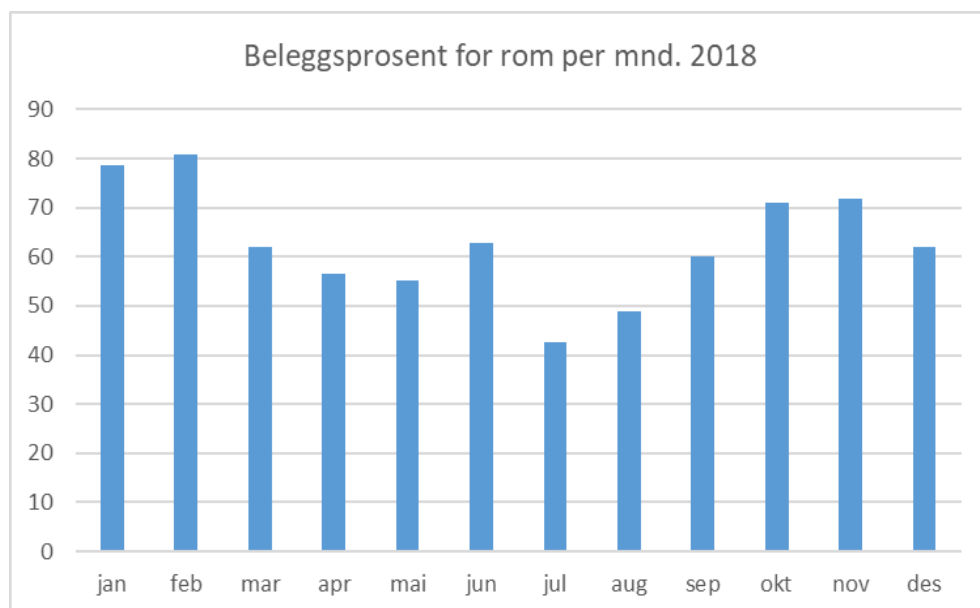
Figuren viser videre at gjestedøgnene for gruppen «Andre gjester» var lavest det første hele driftsåret, og økte i de påfølgende årene (fra 4 122 døgn i 2016 til 12 069 i 2019).

Året 2020:

I midten av mars 2020 ble smitteverntiltak iverksatt på grunn av Covid-19. Dette ga en reduksjon i antallet gjestedøgn i Pasienthotellet for «Pasienter med ledsagere» fra 24 817 til 22 345 døgn. Antallet gjestedøgn for pasienter som får poliklinikk, dag- eller strålebehandling ble også noe redusert i forhold til foregående år. Videre ble antall døgn for «Pårørende» redusert med 10 000 fra 2019 til 2020. Antall døgn for «Andre gjester» ble også redusert. Dette gjaldt mest antall gjestedøgn for øvrige gjester, mens gruppen tjenestereiser hadde en mindre reduksjon.

Oppsummert viser figuren en reduksjon i gjestedøgn for gruppene «Andre gjester» og «Pårørende» i 2020 sammenlignet med det tre foregående årene (2017-2019).

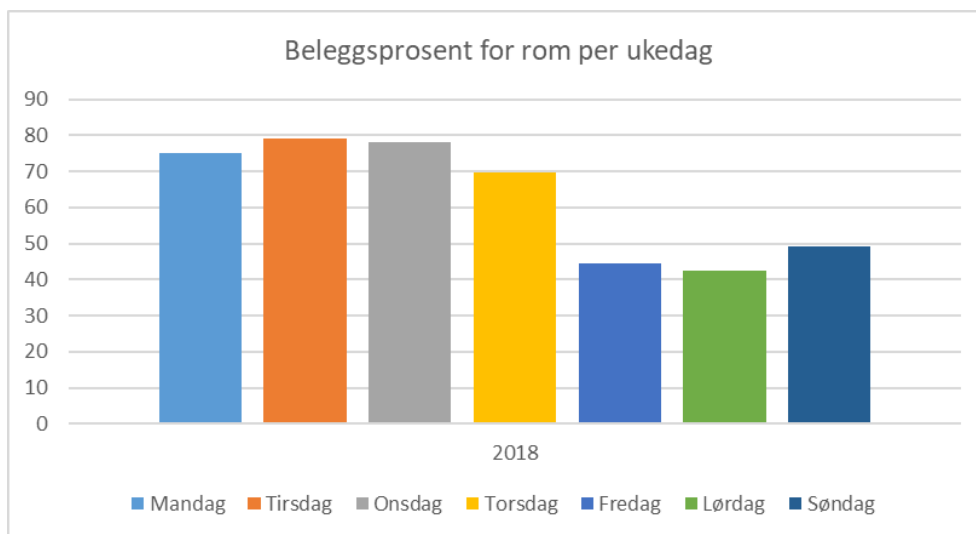
Figur 2.3 framstiller beleggsprosent for rom i Pasienthotellet per måned i 2018³. I januar og februar var belegget høyest, henholdsvis 79 og 81 prosent. Andelen belagte rom gikk ned i løpet av våren og var lavest i mai, juli og august, men økte til vel 70 prosent i oktober og november.



Figur 2.3 Gjennomsnittlig beleggsprosent for rom i Pasienthotellet i Tromsø per måned i 2018. Data utlevert av Pasienthotellet i Tromsø, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

³ Antall belagte rom per mnd/antall dager per mnd/antall tilgjengelige rom

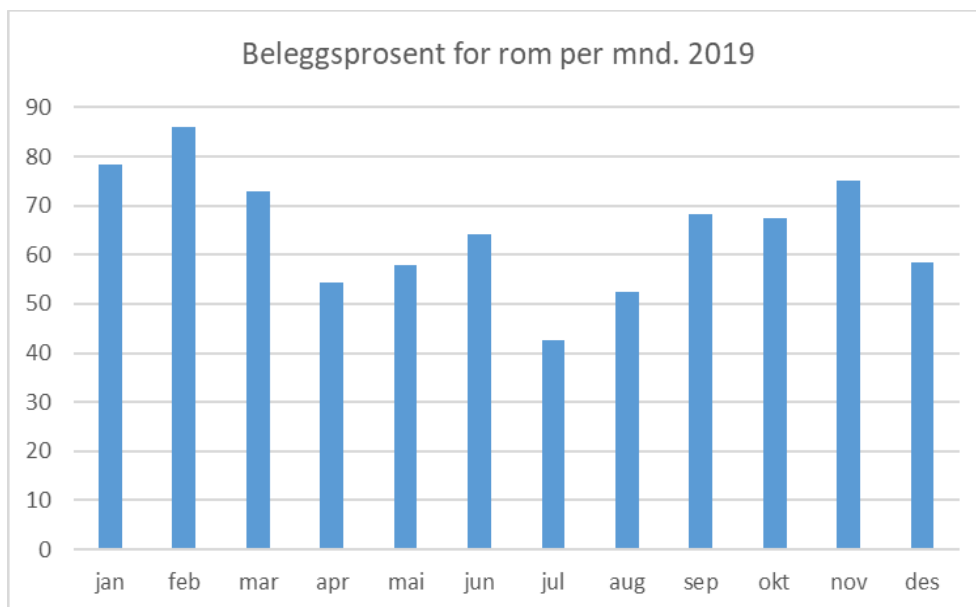
Figur 2.4 viser beleggsprosent per ukedag i 2018⁴.



Figur 2.4 Gjennomsnittlig beleggsprosent for rom i Pasienthotellet i Tromsø per ukedag i 2018. Data utlevert av Pasienthotellet i Tromsø, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Figuren viser at gjennomsnittlig belegg for rom i 2018 var høyest mandag, tirsdag og onsdag (75-79 prosent), og at hotellet hadde ledig kapasitet ved inngangen til helg og i helgene. Andel belagte rom var lavest på lørdager (42 prosent).

Beleggsprosent for rom per måned i 2019 var også høyt i januar og februar, henholdsvis på 78 og 86 prosent (Figur 2.5), og som i 2018 gikk belegget ned mot sommerhalvåret for så å øke utover høsten fram til desember.

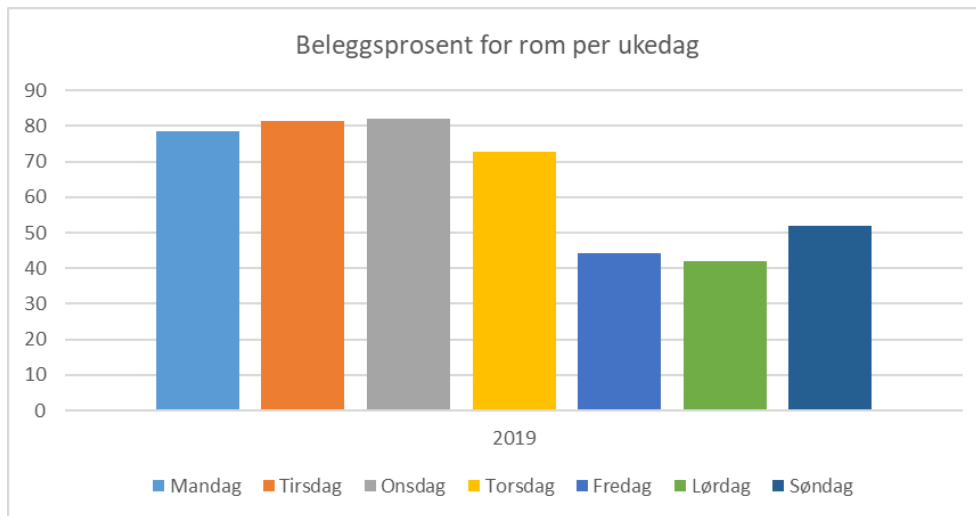


Figur 2.5 Gjennomsnittlig beleggsprosent for rom i Pasienthotellet i Tromsø per måned i 2019. Data utlevert av Pasienthotellet i Tromsø, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

⁴ Antall belagte rom per valgt ukedag i året/antall av den valgte ukedagen i året/antall tilgjengelige rom

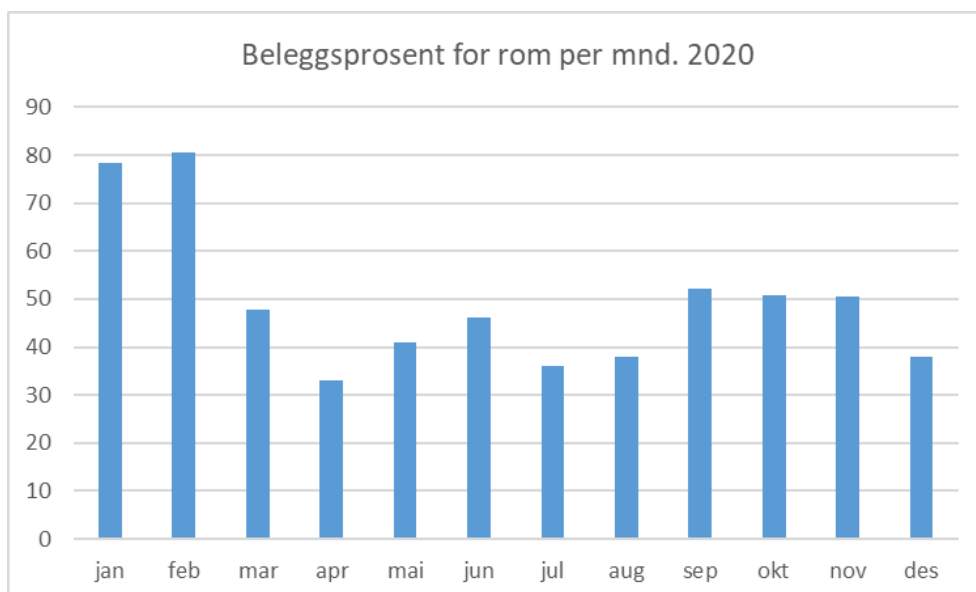
Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø

Figur 2.6 viser beleggsprosent for rom per ukedag i 2019. Dette året var det også høyt belegg mandag, tirsdag og onsdag, mellom 78 og 82 prosent, mens kapasiteten ikke ble fullt unyttet fredag, lørdag og søndag.



Figur 2.6 Gjennomsnittlig beleggsprosent for rom i Pasienthotellet i Tromsø per ukedag i 2019. Data utlevert av Pasienthotellet i Tromsø, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

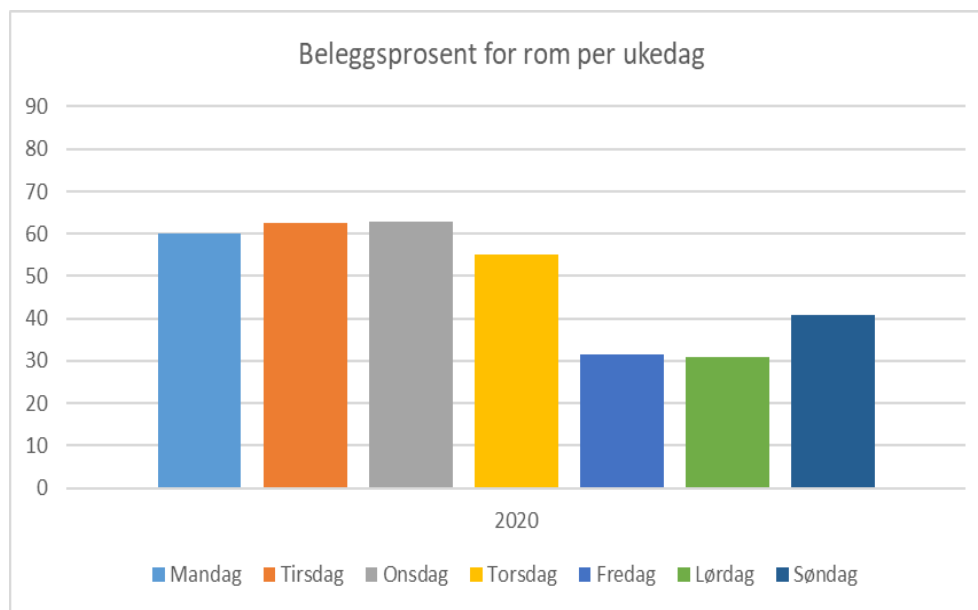
Når det gjelder året 2020, viser Figur 2.7 en annen profil enn de to foregående årene.



Figur 2.7 Gjennomsnittlig beleggsprosent for rom i Pasienthotellet i Tromsø per måned i 2020. Data utlevert av Pasienthotellet i Tromsø, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Beleggsprosenten ligger, som i 2018 og 2019, høyt i starten på året i 2020, med 81 prosent i februar. I mars faller imidlertid beleggsprosenten betydelig (48 prosent) sammenlignet med 2019 (73 prosent). I de påfølgende månedene var andelen belagte rom lavere enn i 2018 og 2019. Som tidligere nevnt, ble smitteverntiltakene iverksatt i mars, og det er trolig årsaken til reduksjonen i beleggsprosenten ved Pasienthotellet.

Beleggsprosenten per ukedag i 2020 (Figur 2.8) ligger også lavere enn i 2018 og 2019.



Figur 2.8 Gjennomsnittlig beleggsprosent for rom i Pasienthotellet i Tromsø per ukedag i 2020. Data utlevert av Pasienthotellet i Tromsø, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Figuren viser at beleggsprosenten lå rundt 60 prosent i de tre første ukedagene og på 55 prosent torsdager. Fredag, lørdag og søndag hadde hotellet betydelig overkapasitet.

Avslutningsvis kan det nevnes at UNN har mottatt tilbakemeldinger fra ansatte om at Pasienthotellet burde vært tilrettelagt for pasientbehandling og at det burde hatt en egen smittevernenhet. Dette var imidlertid ikke en del av planforutsetningene, og derfor kan man si at Pasienthotellet er bygd og driftet som planlagt, dvs. ikke tilrettelagt for pasientbehandling.

2.5 Spørreundersøkelse blant pasienter og gjester i Pasienthotellet

Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant pasienter og gjester som har vært på Pasienthotellet. Undersøkelsen ble utført for å få kunnskap om besøkendes opplevelse og erfaring med utformingen av hotellet og hotellrommet. I tillegg inkluderer spørreskjemaet spørsmål om restaurant og mattilbud, orientering og oversikt i hotellet og kontakt med personalet.

Metode

Spørreskjemaet ble utarbeidet av Sykehusbygg HF med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler, og sjekkliste for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI). For å kunne gjennomføre spørreskjemaundersøkelsen er det ifølge Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), tilstrekkelig at pasientene og gjestene samtykker til deltagelse ved å besvare spørreskjemaene.

Spørreundersøkelsen blant pasienter og gjester ble gjennomført i perioden 1. februar til 31. mars 2021.

Inklusjonskriteriene var:

- Pasienter som er 18 år eller eldre
- Samtykkekompetanse
- Forstå norsk

Undersøkelsen starter med spørsmål om kjønn, aldersgruppe, om bakgrunnen for opphold på hotellet og lengden på oppholdet. Hoveddelen av undersøkelsen består av 34 spørsmål inndelt i seks temaområder, der pasientene og gjestene ble bedt om å svare på hvor fornøyde de er med utforming av hotellet. Et eksempel er spørsmålet: «Hvor fornøyd er du med mulighet for ro, hvile og søvn?». Hvert tema hadde svaralternativene svært misfornøyd (som gis score 1), misfornøyd (score 2), fornøyd (score 3) og svært fornøyd (score 4), med middelvei på 2,5.

Spørsmål som ikke var relevant kunne stå ubesvart, eller man kunne krysse av «Ikke aktuelt». Etter hvert tema fulgte et felt der pasienten kunne skrive inn sine kommentarer. Nedenfor beskrives innholdet i de seks temaene.

Tema 1: Orientering og oversikt i hotellet

Temaet undersøker om det er lagt godt til rette for å orientere seg i bygget, å finne frem til hotellrommet, restauranten og sykehuset.

Tema 2: Hotellrommet

Temaet undersøker erfaringer med ulike sider ved hotellrommet, både den fysiske utformingen av selve rommet, og noen sider ved rommets funksjonalitet, som for eksempel hvordan det fungerer mht. ro og hvile, tilrettelegging for hjelpemidler og besøk. I tillegg inkluderer dette temaet også spørsmål om inneklima, belysning og renhold.

Tema 3: Hotellrommets bad

Temaet undersøker erfaringer med den fysiske utformingen av badet, utstyr og inkluderer spørsmål om belysning, temperatur og renhold.

Tema 4: Kontakt med personalet

Temaet handler om opplevelsen av personalets tilgjengelighet. Dette gjelder tilgjengelighet både til helsepersonell og til hotellpersonalet.

Tema 5: Restaurant og mattilbud

Temaet undersøker pasienter og gjester sine oppfatninger av ulike kvaliteter ved restauranten, som trivsel, lys, størrelse og materialvalg. I tillegg undersøkes erfaringer med avstand fra hotellrommet til restauranten.

Tema 6: Hotelllets utforming

Temaet undersøker erfaringer med hotellets beliggenhet, utforming av inngangspartiet og utsmykking. Det omfatter også erfaringer med fellesarealer som vaskerom, treningscenter, terrasse, parkeringsarealer og tilgang til uteområder.

Etter hvert tema følger et felt der pasienten eller gjesten kunne skrive inn sine kommentarer med egne ord.

Spørreskjemaet er ble kopiert til papir, utdelt og innsamlet av resepsjonister i Pasienthotellet. Besvarelsene er anonyme, registrert av UNN HF i QuestBack og deretter sendt Sykehusbygg HF som Excel-fil samt en PowerPoint-presentasjon. Excel og SPSS er benyttet i videre analyser.

Resultatene fra undersøkelsen presenteres nedenfor.

Resultater

I denne delen presenteres resultatene samlet for alle pasientene og gjestene i Pasienthotellet som deltok i spørreundersøkelsen. Til sammen besvarte 26 pasienter og gjester, som hadde vært på hotellet, spørreskjemaet. Dette er et lite antall, og resultatene fra denne spørreundersøkelsen kan derfor være noe usikre. Enkelte spørsmål under har lav svarprosent (spesielt under tema 2 *Hotellrommet* og 6 *Hotelllets utforming*), og dette påpekes i teksten knyttet til figurene.

En oversikt over deltakerne i undersøkelsen presenteres nedenfor (tabell 2.1).

Tabell 2.1 Oversikt over deltakere i spørreundersøkelsen

Beskrivelse av hotellets pasienter og øvrige gjester (N=26)	%	Antall
Kjønn (n=25)		
Menn	56,0	14
Kvinner	44,0	11
Aldersgruppe (n=25)		
31-50	8,0	2
51-70	72,0	18
71-90	20,0	5
Antall gjestedøgn ved pasienthotellet (n=26)		
1-2 dager	11,5	3
3-6 dager	19,2	5
7 dager eller mer	69,2	18
Bakgrunn for oppholdet ved pasienthotellet (n=25)		
Annet	4,0	1
Pasient fra andre avdelinger enn barsel	92,0	23
Pårørende	4,0	1

Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø

Tabellen viser at deltakerne i undersøkelsen fordelte seg på 44 prosent kvinner og 56 prosent menn. I alt 92 prosent var i aldersgruppene over 50 år, hvorav 20 prosent var i aldersgruppen 71-90 år.

Pasientene ble spurt hvor lenge de hadde bodd på Pasienthotellet. 12 prosent hadde vært innlagt inntil to døgn, 19 prosent hadde vært innlagt 3-6 dager, og 69 prosent over 7 dager.

Det ble også stilt spørsmål om bakgrunnen for oppholdet ved Pasienthotellet. 92 prosent var pasienter ved ulike sykehusavdelinger, fire prosent var pårørende, og fire prosent svarte «annet». Det kom ingen besvarelser fra gruppene «Barsel», «UNN ansatt» eller «Turist».

Resultatene fra spørreundersøkelsen presenteres ved elleve figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de seks temaene, mens den andre figuren viser fordelingen av svaralternativene score 1 (svært misfornøyd) til score 4 (svært fornøyd) for de ulike seks temaene. Deretter presenteres figurer for hvert tema (totalt seks) med fordelingen av svaralternativene score 1 (svært misfornøyd) til score 4 (svært fornøyd) fordelt på spørsmålene i temaene.

De to siste figurene framstiller spørsmål som flest pasienter og gjester var mest fornøyde med og spørsmål de var minst fornøyde med.

De prosentvise tallene som presenteres i figurer og tekst er summert og avrundet. Dette medfører at summene kan avvike noe fra 100 prosent.

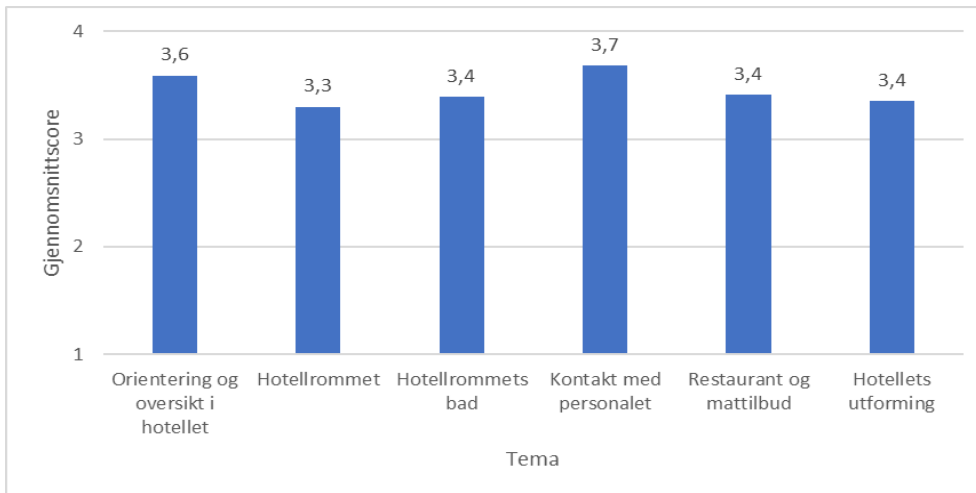
Det er også oppsummert synspunkter fra pasienter og gjester om hva Pasienthotellet kan gjøre bedre.

Til slutt presenteres en tabell med gjennomsnittlig score for alle utsagnene.

Pasienter og gjester som har besvart spørreundersøkelsen

Resultatene for pasienter og gjester som har hatt opphold ved hotellet og som har deltatt i undersøkelsen, presenteres i Figur 2.9. Figuren viser gjennomsnittlig score for hvert tema fra score 1 (svært misfornøyd) til score 4 (svært fornøyd) for temaområdene: *Orientering og oversikt i hotellet*, *Hotellrommet*, *Hotellrommets bad*, *Kontakt med personalet*, *Restaurant og mattilbud* og *Hotellets utforming*. Som figuren viser, ligger scoren for alle seks temaene over middelveien (2,5). Temaet *Kontakt med personalet* fikk høyest gjennomsnittlig score (3,7), mens temaet *Hotellrommet* fikk laveste gjennomsnittlig score (3,3).

Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø



Figur 2.9 Seks tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

Figur 2.10 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Figuren viser at en høy andel av pasientene og gjestene som deltok i undersøkelsen, var fornøyd med utformingen og løsningene i Pasienthotellet, kontakt med personalet og tilrettelegging for å orientere seg i Pasienthotellet.

Alle ga *Kontakt med personalet* score 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd). Videre ga 98 prosent *Restaurant og mattilbud* score 3 eller 4, og 96 prosent ga *Orientering og oversikt i hotellet* score 3 eller 4.

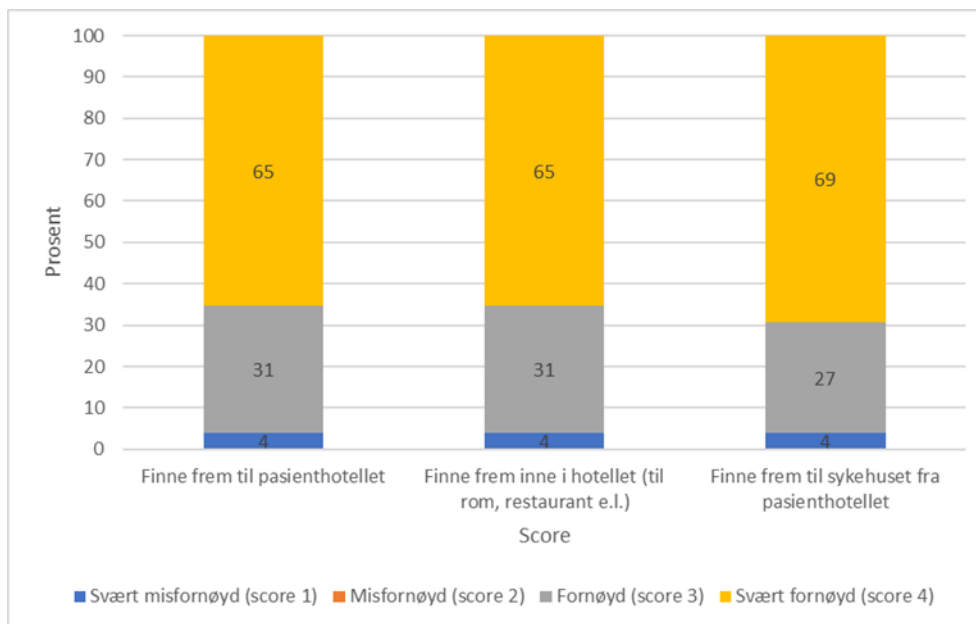
På temaene *Hotellrommet* og *Hotellets utforming* er det noe større variasjon, men også her oppga en høy andel av pasientene og gjestene at de var fornøyd eller svært fornøyd. 86 og 90 prosent ga score 3 eller 4, men samtidig ga 13 og 10 prosent av pasientene og gjestene score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd) på disse to temaene.



Figur 2.10 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

Tema 1: Orientering og oversikt i hotellet

Pasientene og gjestene ble stilt spørsmål om erfaringer med å finne frem, for å undersøke om det er lagt godt til rette for å orientere seg, dvs. å finne frem til hotellet, finne frem inne i hotellet (hotellrommet og restauranten) og å finne frem til sykehuset fra Pasienthotellet (Figur 2.11).



Figur 2.11 Tema 1 «Orientering og oversikt i hotellet». Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

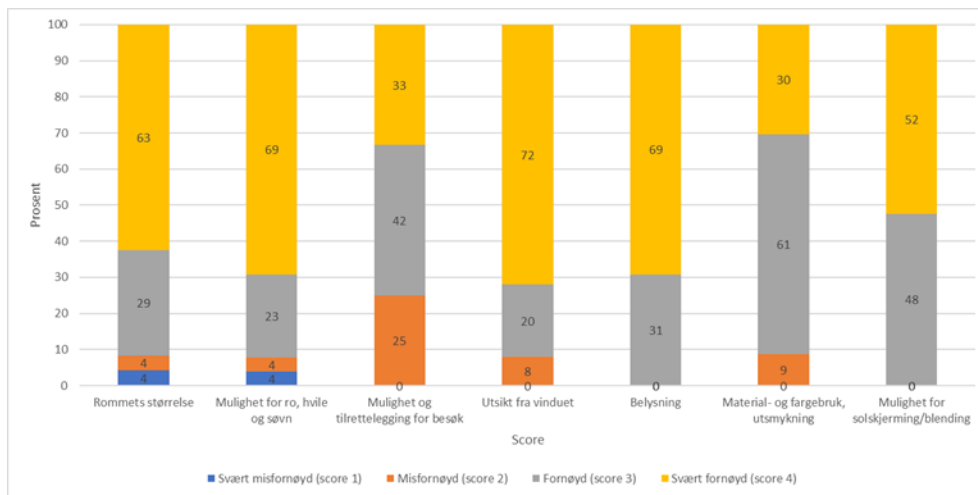
Figuren viser at de fleste pasientene ga høye scorer til temaet orientering og oversikt. Det framgår av figuren at 96 prosent av pasientene og gjestene var fornøyd eller svært fornøyd med å *Finne frem til pasienthotellet*, *Finne frem inne i hotellet (til rom, restaurant e.l.)* og *Finne frem til sykehuset fra pasienthotellet*, dvs. score 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd).

I det åpne kommentarfeltet var det ingen merknader.

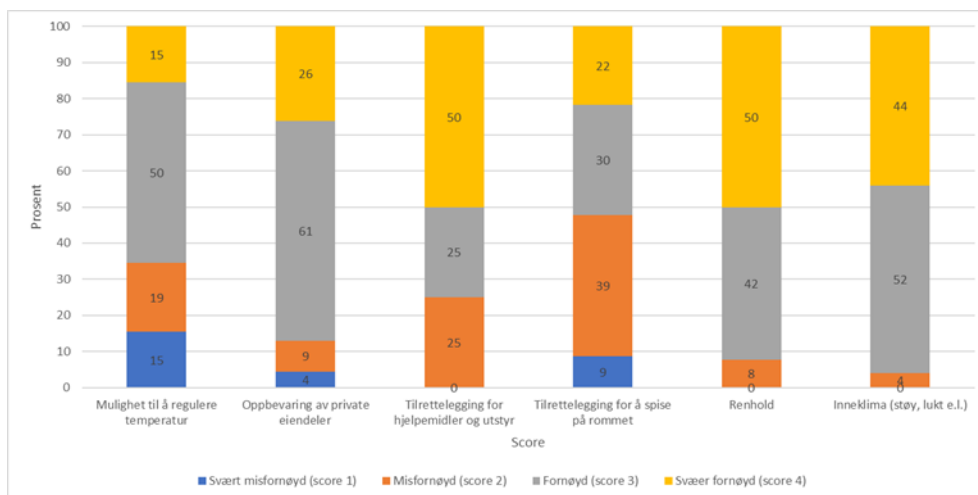
Tema 2: Hotellrommet

Det ble stilt spørsmål om erfaringer med hotellrommet, for å undersøke om pasientene og gjestene var fornøyd med måten dette var løst på. Spørsmålene omfattet rommets størrelse, utsikt fra vindu, muligheter for ro, hvile og søvn, oppbevaring av private eiendeler, tilrettelegging for hjelpemidler, renhold, inneklima og andre kvaliteter. Figur 2.12 og Figur 2.13 nedenfor er delt i to på grunn av et stort antall spørsmål (del 1 og 2).

Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø



Figur 2.12 Tema 2 «Hotellrommet», del 1. Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter og gjester i Pasienthotellet



Figur 2.13 Tema 2 «Hotellrommet», del 2. Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

Figurene viser at de fleste pasientene ga høye scorer på flere spørsmål under temaet *Hotellrommet*. Samtidig viser figurene at det er noe variasjon på enkelte spørsmål.

Alle pasientene og gjestene ga *Belysning* og *Mulighet for solskjerming/blending* score 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd). Videre viser figurene at en høy andel (96 prosent) av pasientene og gjestene oppga at de var fornøyd eller svært fornøyd med *Inneklima (støy, lukt e.l.)*. Det samme gjaldt *Rommets størrelse*, *Mulighet for ro, hvile og søvn*, *Utsikt fra vinduet* og *Renhold*, der 92 prosent ga score 3 eller 4. Pasientene og gjestene ga også høye score (3 eller 4) på spørsmålet *Material- og fargebruk, utsmykning* (91 prosent).

Litt flere pasienter ga lave scorer på spørsmålet om *Oppbevaring av private eiendeler*, der 13 prosent ga laveste scorer, 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd). På spørsmålene om *Mulighet til å regulere temperatur* og *Tilrettelegging for å spise på rommet* ga henholdsvis 34 og 48 prosent av pasientene/gjestene lave scorer (1 eller 2).

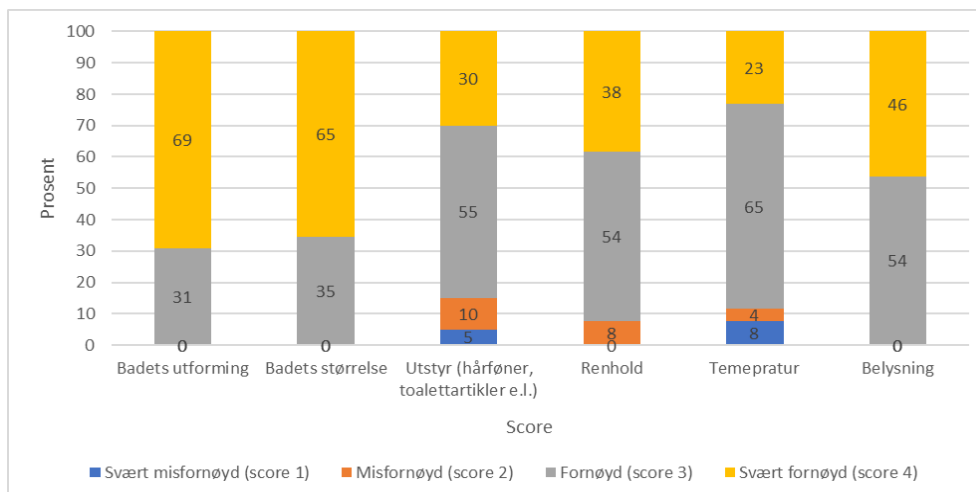
Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø

Det kom inn 12 svar på spørsmål *Mulighet og tilrettelegging for besøk* og kun fire svar på spørsmål *Tilrettelegging for hjelpemidler og utstyr (f.eks. rullestol, rullator, gelender, håndtak)*. Resultatene viser at 75 prosent ga score 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd) og 25 prosent ga score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd). På grunn av et lavt antall besvarelser, bør disse resultatene tolkes med forsiktighet.

Flere av pasientene og gjestene kom med utfyllende kommentarer til temaet *Hotellrommet*. I noen tilfeller var det utfordringer knyttet til romtemperatur og at det var lite plass til oppbevaring av private eiendeler. Andre mente at renholdet av rommet kunne vært bedre.

Tema 3: Hotellrommets bad

Dette temaet inneholder spørsmål om hvilke erfaringer pasientene og gjestene hadde med hotellrommets bad. Spørsmålene som presenteres nedenfor, omfatter badets størrelse, belysning, temperatur, utstyr, utforming og renhold.



Figur 2.14 Tema 3 «Hotellrommets bad». Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

Resultatene viser at de aller fleste pasientene og gjestene som deltok i undersøkelsen, var fornøyd med hotellrommets bad.

Alle var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med *Badets utforming*, *Badets størrelse* og *Belysning*. Imidlertid var noen få misfornøyd med *Renhold*, da åtte prosent ga score 2.

På temaene *Utstyr* og *Temperatur* var det noe større variasjon, men også her oppga en høy andel av pasientene og gjestene at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4). 85 og 88 prosent ga score 3 eller 4, men samtidig ga 15 og 12 prosent av pasientene og gjestene score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd) på disse to temaene.

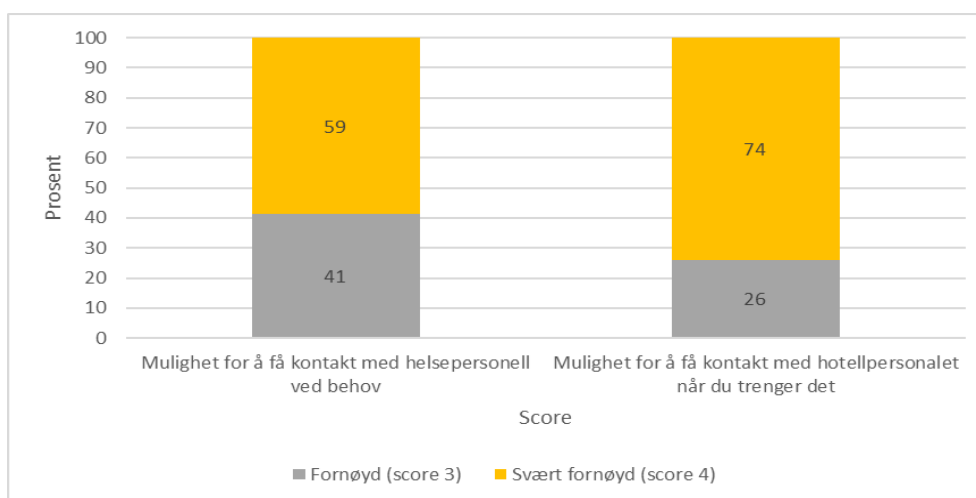
I det åpne kommentarfeltet var det også påpekt at temperaturen på badet var en utfordring.

Små muligheter til å få mer varme etter eget ønske

Andre kommenterte at rengjøring av badet kunne vært gjennomført bedre og at de savnet små ting som hårføner og vaskekluter.

Tema 4: Kontakt med personalet

Det ble stilt spørsmål om erfaringer med kontakt med personalet. Dette for å få rede på hvordan pasientene og gjestene opplevde at personalet var tilgjengelig for kontakt og samtale.



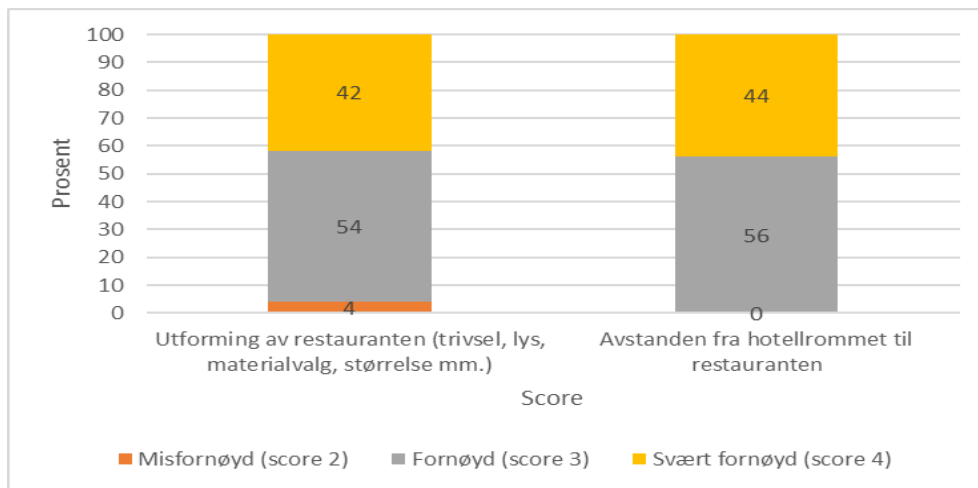
Figur 2.15 Tema 4 «Kontakt med personalet». Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

Figuren over viser at alle pasientene og gjestene (100 prosent) ga score 3 eller 4 for tema *Kontakt med personalet*. Dette omfattet to spørsmål, kontakt med hotellpersonalet og med helsepersonell ved behov. Ingen av pasientene eller gjestene hadde gitt scorene 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd) på disse spørsmålene.

Tema 5: Restaurant og mattilbud

Spørsmål i dette temaet omhandler pasientene og gjestenes erfaringer med utforming av restauranten og avstand fra hotellrommet til restauranten.

Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø

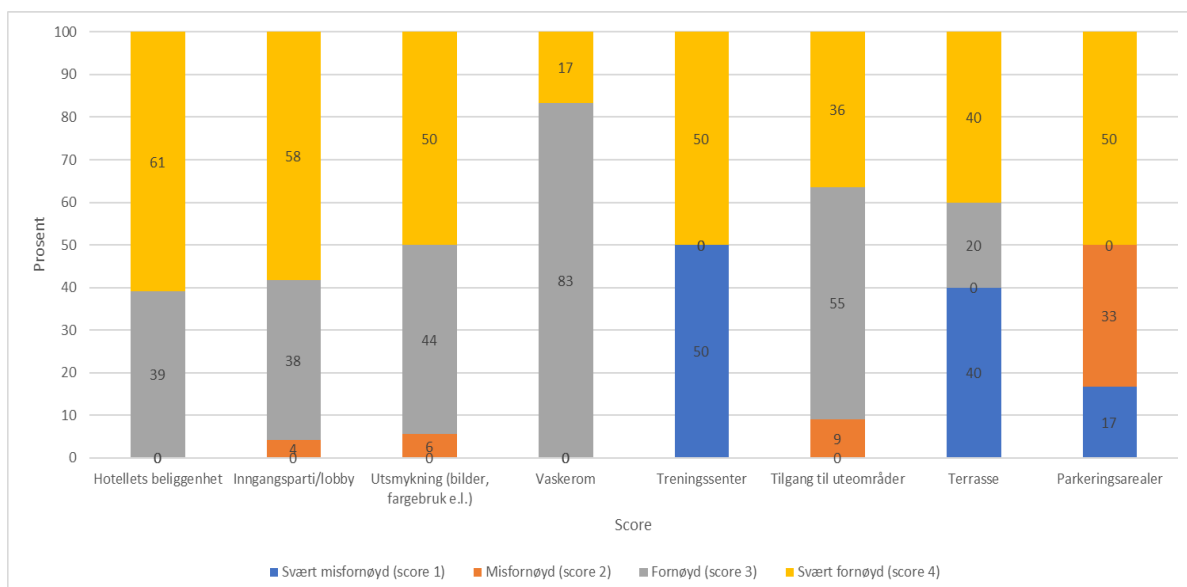


Figur 2.16 Tema 5 «Restaurant og mattilbud». Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

Resultatene viser at de fleste var fornøyd med forholdene og avstand til restauranten. Figuren over viser at de alle pasientene og gjestene som besvarte, var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med *Avstanden fra hotellrommet til restauranten*. 96 prosent oppga at de var fornøyd eller svært fornøyd med *Utforming av restauranten (trivsel, lys, materialvalg, størrelse mm.)*. I det åpne kommentarfeltet ble det skrevet at mattilbudet kunne vært mer variert.

Tema 6: Hotellets utforming

Vurderingen av hotellets utforming hadde åtte underspørsmål. Spørsmålene gikk både på den fysiske utforming av hotellet, som for eksempel beliggenhet, inngangsparti og utsmykning (bilder, fargebruk e.l.), samt fellesområder som vaskerom, terrasse, uteområder, treningscenter og parkeringsarealer.



Figur 2.17 Tema 6 «Hotellets utforming». Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø

Figuren over viser at de fleste pasientene og gjestene har gitt høye scorer på flere spørsmål under temaet *Hotelllets utforming*. Samtidig viser resultatene at det er noe mer variasjon på enkelte spørsmål.

Resultatene viser at alle som besvarte undersøkelsen, var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med *Hotelllets beliggenhet*. Resultatene viser også at mellom 96 og 94 prosent av pasienter og gjester ga score 3 eller 4 på spørsmålene om *Inngangsparti/lobby* og *Utsmykning (bilder, fargebruk e.l.)*.

Det ble mottatt 11 svar på spørsmål om tilgang til uteområder. 91 prosent av pasientene og gjestene var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med dette.

På spørsmål om *Vaskerom, Treningscenter, Terrasse og Parkeringsarealer* hadde mellom fire og seks personer gitt svar. Derfor bør disse svarene tolkes med forsiktighet.

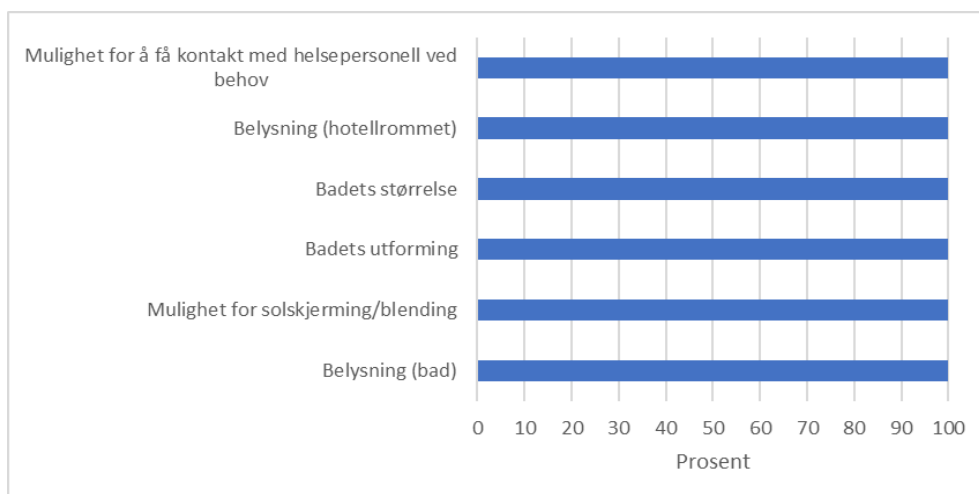
Noen få pasienter og gjester kom med ytterligere kommentarer om erfaringer med hotellets utforming. Det ble påpekt at det var kaldt på hotellet. Videre ble det bemerket at det meste var stengt grunnet Covid-19.

Fall

Det ble stilt et spørsmål om pasientene og gjestene hadde opplevd å falle i løpet av sitt opphold i Pasienthotellet. Kun en pasient/gjest oppga at han/hun hadde falt. Det var ikke oppgitt hvor hendelsen hadde skjedd.

Besvarelser med høyeste og laveste score

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 3 og 4, vises forholdene som pasientene og gjestene var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figuren nedenfor presenterer seks spørsmål som flest pasienter og gjester ga høyeste score.



Figur 2.18 Spørsmål med størst andel høy score (3 og 4). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

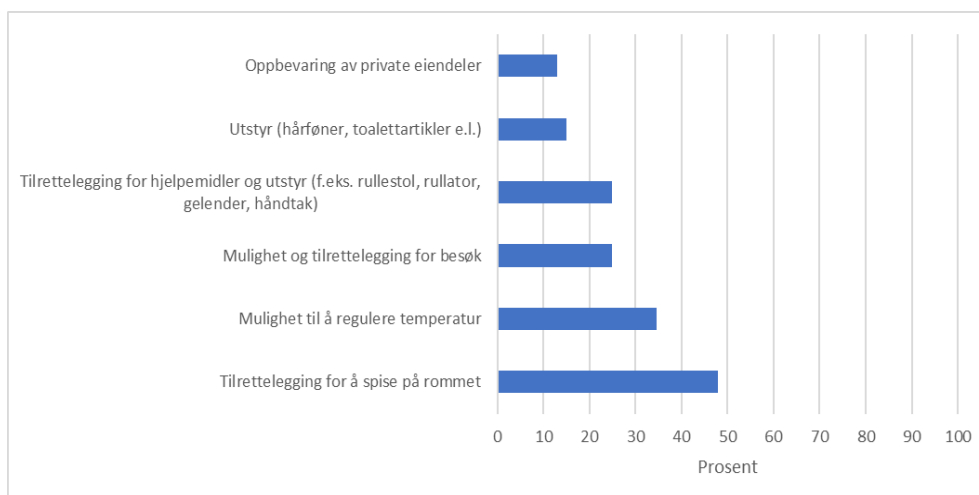
Som det kommer fram av figuren, var alle pasientene og gjestene som besvarte undersøkelsen, fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med *Belysning, Badets*

Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø

utforming, Badets størrelse, Mulighet for solskjerming/blending og Mulighet for å få kontakt med helsepersonell ved behov.

Dersom man legger sammen de laveste scorene, 1 og 2, vises forholdene som pasientene og gjestene var minst fornøyd med i undersøkelsen. Ettersom svært få pasienter og gjester besvarte spørsmålene om *Terrasse, Treningscenter og Parkeringsarealer* (< 6), ble ikke disse spørsmålene tatt med i beregningen av laveste score.

Figuren nedenfor presenterer seks spørsmål som flest pasienter og gjester ga laveste score.



Figur 2.19 Spørsmål med størst andel lav score (1 og 2). Pasienter og gjester i Pasienthotellet

Figuren viser at 48 prosent av pasientene og gjestene ga spørsmålet *Tilrettelegging for å spise på rommet* score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd). Videre ga 35 prosent laveste score til *Mulighet til å regulere temperatur*. 25 prosent ga lave scorer til *Muligheter og tilrettelegging for besøk* og *Tilrettelegging for hjelpemidler og utstyr* (f.eks. rullestol osv.).

Hva kan Pasienthotellet gjøre bedre?

Det ble stilt et åpent spørsmål til slutt, hvor pasientene og gjestene ble bedt om å komme med synspunkter på hva Pasienthotellet kan gjøre bedre. Det kom 14 svar på dette spørsmålet, dvs. omtrent halvparten av pasientene/gjestene besvarte spørsmålet. Kommentarene omhandler flere tema og kan oppsummeres i følgende områder for forbedring:

- Bedre mattilbud og kvalitet på maten
- Bedre muligheter for temperaturregulering
- Bedre utstyr på hotellrommet (vannkoker, hårføner etc.)

Det var også positive kommentarer fra pasienter og gjester som ga uttrykk for at de var svært fornøyde:

Pent utformet - lett å finne

Kapittel 2 Pasienthotellet UNN Tromsø

Tabell 2.2 gir en oversikt over tema og alle spørsmålene med gjennomsnittlig score (snitt).

Tabell 2.2 Oversikt over spørsmål, samt gjennomsnittlig score (snitt). Pasienthotell
Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd), der middelverdien er 2,5.

Hvor fornøyd er du med:

Nr	Spørsmål	Snitt
1	Finne frem til pasienthotellet	3,6
2	Finne frem inne i hotellet (til rom, restaurant e.l.)	3,6
3	Finne frem til sykehuset fra pasienthotellet	3,6
4	Rommets størrelse	3,5
5	Mulighet for ro, hvile og søvn	3,6
6	Mulighet og tilrettelegging for besøk	3,1
7	Utsikt fra vinduet	3,6
8	Belysning (hotellrommet)	3,7
9	Material- og fargebruk, utsmykning	3,2
10	Mulighet for solskjerming/blending	3,5
11	Mulighet til å regulere temperatur	2,7
12	Oppbevaring av private eiendeler	3,1
13	Tilrettelegging for hjelpemidler og utstyr (f.eks. rullestol, rullator, gelender, håndtak)	3,3
14	Tilrettelegging for å spise på rommet	2,7
15	Renhold (hotellrommet)	3,4
16	Inneklima (støy, lukt e.l.)	3,4
17	Badets utforming	3,7
18	Badets størrelse	3,7
19	Utstyr (hårføner, toalettartikler e.l.)	3,1
20	Renhold (hotellrommets bad)	3,3
21	Temperatur	3,0
22	Belysning (hotellrommets bad)	3,5
23	Mulighet for å få kontakt med helsepersonell ved behov	3,6
24	Mulighet for å få kontakt med hotellpersonalet når du trenger det	3,7
25	Utforming av restauranten (trivsel, lys, materialvalg, størrelse mm.)	3,4
26	Avstanden fra hotellrommet til restauranten	3,4
27	Hotelllets beliggenhet	3,6
28	Inngangsparti/lobby	3,5
29	Utsmykning (bilder, fargebruk e.l.)	3,4
30	Vaskerom	3,2
31	Treningscenter	2,5
32	Tilgang til uteområder	3,3
33	Terrasse	2,6
34	Parkeringsarealer	2,8

2.6 Hovedfunn

Før Pasienthotellet ble bygd, overnattet flere pasienter og pårørende på hotell i sentrum. Som planlagt er hotellet blitt et tilbud til pasienter som trenger døgnopphold, poliklinisk behandling eller dagbehandling. Videre benyttes hotellet av pårørende og andre gjester.

En oversikt over beleggspersent viser at hotellet har ledig kapasitet ved inngang til helg og i helgene.

Målet med spørreundersøkelsen var å få kunnskap om pasientenes og gjestenes opplevelse og erfaring med oversikt, utforming av Pasienthotellet og kontakt med personell. Undersøkelsen inneholder resultater fra 26 besvarte spørreskjemaer, og det er i hovedsak pasienter fra andre avdelinger enn barsel som har besvart. Dette er et lite antall besvarelser, og resultatene fra denne spørreundersøkelsen bør derfor tolkes med forsiktighet.

Hovedresultatet er at de aller fleste som har besvart undersøkelsen, er tilfredse med utformingen og løsningene samt kontakten med personalet. Fornøydheten kommer også fram i tabellen ovenfor som viser at gjennomsnittsverdien på alle spørsmål er på eller over middelverdien (2,5).

Når det gjelder misnøye, ga en større andel pasienter tilbakemelding om at de ikke var tilfredse med mulighet til å regulere temperatur og tilrettelegging for å spise på rommet.

Det er verdt å bemerke at flere pasienter og gjester kommenterte at de ønsket et bedre mattilbud.

3. A-fløya

3.1 Mål og konsept

Målene for UNN er tydeliggjort i Strategisk utviklingsplan (2015 – 2025):

- UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt
- UNN skal være det norske universitetssykehuset for nordområdene
- UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives
- UNN skal i samarbeid med universitetene, høyskolene og de videregående skolene utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere

3.1.1 Effektmål

Hovedfunksjonsprogrammet for UNN A-fløy (HFP) beskriver at bakgrunnen for å igangsette planlegging av ny A-fløy, var behovet for å bedre forholdene for de spesialiserte oppgavene Tromsø som universitetssykehus skal ivareta; diagnostikk og behandling samt undervisning og forskning. Det var spesielt behov for å etablere et PET-tilbud, forbedre arbeidsflyt og arbeidsforhold for laboratorievirksomheten, effektivisere operasjonsvirksomheten, spesielt for dagkirurgi, og øke kapasiteten for overvåkning og behandling av akutt, kritisk syke pasienter.

Visjon og mål for UNN gjenspeiles i målene som ble satt for ny A-fløy.

Forprosjektrapporten (08.06.2012) side 5-6 beskriver samfunns- og effektmålene for utbygging av den nye A-fløya. Effektmålene er:

«Universitetssykehuset Nord-Norge HF skal fortsatt tilby befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet.

UNN er landsdelens helsefaglige spydspiss og skal være ledende nasjonalt innenfor utvalgte fagområder. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland, med alle funksjoner som nasjonale myndigheter tillegger lokalsykehus i Norge.

UNN skal bidra på en effektiv måte til å oppfylle sørge-for-ansvaret og andre oppgaver innenfor nasjonale, regionale og lokale rammer, krav og forutsetninger for organisering og drift av regionsykehus- og lokalsykehusfunksjoner. Det skal legges spesiell vekt på utvikling av forskings- og undervisningsfunksjonene.»

Forprosjektrapporten for A-fløya fremhever kvalitative nytteeffekter for pasienter og pårørende, fag og kompetanse knyttet til å kunne drive i et nytt bygg sammenlignet med et gammelt bygg. Følgende er fremhevet i forprosjektrapporten:

- Økt trygghet for pasienter og pårørende
- Bedre terapeutiske forhold
- Enerom og nærhet til toalett/bad gir en bedre situasjon for pasienter og pårørende

Kapittel 3 A-fløya

- Tilrettelagt for god samhandling mellom fagmiljøer
- Lavere sykefravær
- Mer dag- og poliklinisk behandling
- Integrasjon av psykisk helsevern og rus og somatikk
- Mest mulig behandling innenfor en organisatorisk enhet

3.1.2 Konseptuelle løsninger

Forprosjektrapporten beskriver hvordan A-fløya skulle legge til rette for robuste planløsninger med stor grad av generalitet og fleksibilitet for framtidige endringer i bruk og eventuelle ombygginger. Utformingen skulle også ta hensyn til krav om universell utforming.

Ifølge Forprosjektrapporten er sjaktstrukturen i midtkjernen i bygget plassert i en rytme for å gi ulike muligheter og fleksibilitet i hver etasje, og romtypene er generelt utformet. Eksempelvis er A2 og A3 i intensivområdet planlagt slik at A2 er en tilnærmet speiling av A3, samtidig som plassering av romfunksjoner tillater en deling på langs av fløyen. Dette er oppnådd ved at funksjonene som ligger i midtsonen har tilgang fra to sider og mulighet for gjennomgang slik at korridorløpene blir en speiling av hverandre.

A-fløya har en dyp bygningskropp som kan vanskeliggjøre dagslysutnytting, orientering i bygget og kommunikasjon mellom personell. Disse utfordringene er løst ved at vinduer er trukket opp til himling slik at lyset kan trenge dypt inn i bygningen. Videre er funksjonene generelt utformet slik at personalet opplever gjenkjennbare elementer, kan bevege seg mellom begge korridorforløp og strukturen skulle i størst mulig grad legge til rette for visuell kontakt og oversikt for personalet.

Den nye A-fløya er ikke en autonom enhet. Hensikten har vært å koble på og forsterke det eksisterende sykehuset både funksjonelt og formmessig. Det er spesielt to forhold som har vært styrende for planleggingen. Dette er etablering av nye forbindelser der ny A-fløy kobler seg på B-fløy i mellombygg AB, med unntak av i plan 10, i tillegg til en broforbindelse mellom A3 og B3. Hensikten er å oppnå bedre forhold mellom akuttmottak og -logistikk, en styrket akuttakse med direkteforbindelse til intensivmedisin, mulighet for organisatoriske og funksjonelle sammenhenger på tvers av fløyer og et større samlet operasjonsområde på plan 7 med mulighet for fleksibel bruk.

Data, telefoni og alarmanlegg

Når det gjelder data og telefoni, inkludert personsøkeranlegg, er det eksisterende systemet utvidet til å omfatte ny A-fløy. Det samme gjelder brannalarmanlegg. For pasientsignal ble anropspaneler installert på sengerom, i bad og toaletter (for pasienter) og i undersøkelses-/behandlingsrom. Når personell er hos pasienten, skal vedkommende kunne kvittere/tilstedemarkere. Anrop formidles via personsøkere, bærbare telefoner og vaktromsapparat.

Kapittel 3 A-fløya

Sikringsanlegg er etablert ved å inndelegge bygget i soner. Kortlesere benyttes for adkomst inn til sonene. Disse er tilknyttet sentralt adgangskontrollanlegg ved UNN for de mest trafikkerte områdene og for dørene med strengeste krav til adgangskontroll.

Medvirkning

I Forprosjektrapport beskrives medvirkningen i A-fløy-prosjektet slik: Ansatte, tillitsvalgte og verneombud deltok i arbeidsgrupper for å ivareta alle ansattes interesser i prosjektet. Direktørens ledergruppe (ledere for klinikker og sentre ved UNN) var øverst i medvirkerorganisasjonen. Ledergruppen var bredt representert i styringsgruppen for prosjektet. Videre har det vært en generell innspillsrunde for alle ansatte ved UNN.

3.2 Funksjonene i A-fløya

Funksjonene i A-fløya er beskrevet i Forprosjektrapport og oppsummeres nedenfor.

Plan 5 er A-fløyas laveste nivå med akuttmottak, ambulanseadkomst og ambulansegarasje. Her er det også garderober for ansatte og auditorium.

Plan 6 ligger på nivå med hovedinngangen og er sykehusets hovedplan der pasienter, besøkende, studenter og ansatte beveger seg videre i sykehuset. På dette planet er poliklinikker og prøvetaking plassert fordi disse områdene krever lett tilgjengelighet.

Plan 7 har hovedtyngden av sykehusets operasjonsvirksomhet samlet i A3 og B3. Områdene er bundet sammen av to tverrforbindelser. Det dagkirurgiske området er plassert i A2 og A3. Det ble etablert en ny heis lokalisert i området mellom A3 og B3 med mulighet for direkte tilgang til operasjonsområdet ved akutte situasjoner.

Plan 8 var planlagt som et større generelt sengeområde for å legge til rette for fleksibel bruk. Mellombygget AB inneholder undersøkelses-/behandlingsrom. Tverrforbindelsen mellom A3 og B3 mot nord inneholder kontorer, møte-/pauserom og kobles til kontorområdet i B3.

Plan 9 inneholder hoveddelen av sykehusets tunge overvåkingsfunksjoner, A2 og A3 har nærhet til operasjon, bildediagnostikk og akuttmottak gjennom akuttheiser i B3 og heis i overgangen A2/AB. Området omfatter også utvidet virksomhet for dialyse i B2.

På plan 10 i fløyene A2 og A3, ligger området for laboratorietjenester. Plan 10 er en utvidelse av A-fløy-prosjektet som kom etter skisseprosjekt.

Plan 11 er en full teknisk etasje for å sikre fleksibilitet, adgang til sjakter og enkel betjening av underliggende laboratorieområde.

Når det gjelder administrative arbeidsplasser og kontorarbeidsplasser, er disse i stor grad planlagt som standardrom med tilhørende utstyr. Arbeidsstasjoner i kliniske områder avviker fra dette på grunn av ulike behov. Videre er toaletter og lager også, med noen unntak, planlagt som standardrom.

For å redusere energibruk, er det etablert et eget system for romkontroll som slukker lys ved manglende tilstedeværelse.

3.3 Kartlegging av byggets egnethet - spørreundersøkelse blant ansatte

Det ble gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse blant ansatte i A-fløya på planene 6 til 10 ved UNN Tromsø i perioden 3. til 24. juni 2020 for å kartlegge byggets egnethet etter innflytting. Formålet har vært å få kunnskap fra mange ansatte om hvordan A-fløya fungerer, og undersøke i hvor stor grad utformingen legger til rette for arbeidsprosesser, pasientforløp og behandling.

3.3.1 Metode

Sykehusbygg HF har utarbeidet et spørreskjema for å kartlegge byggets egnethet. Skjemaet er utarbeidet med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler og sjekklister for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI).

Spørreundersøkelsen ble sendt fra UNN Tromsø via QuestBack til 760 ansatte i ulike typer stillinger i A-fløya. Av disse besvarte 290 undersøkelsen (38 prosent).

Spørreundersøkelsen hadde 43 utsagn inndelt i fem temaområder. Ansatte ble bedt om å svare på om hvor godt en avdeling (enhet) er egnet for virksomheten. Et eksempel er utsagnet «Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet» der det skulle oppgis i hvor stor grad respondentene er enige i utsagnet på en skala fra 1 til 5. I besvarelsene er skalaen som følger: 1 (helt uenig), 2 (delvis uenig), 3 (verken/eller), 4 (delvis enig) og 5 (helt enig).

Nedenfor beskrives innholdet i de fem temaene:

Tema 1: Understøtte arbeidsprosesser

Utsagnene i dette temaet er en vurdering av hvor godt utformingen av avdelingen understøtter aktiviteter, effektivt arbeid, samarbeid og arbeidsmiljø.

Tema 2: Planløsning - generell

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

Tema 3: Planløsning - områder med pasientbehandling

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

Tema 4: Innemiljø

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

Tema 5: Utstyr og støttefunksjoner

Utsagnene er en vurdering av utstyr, IKT, teknologi, leveranser av forbruksvarer og møbler.

Avslutningsvis i undersøkelsen ble det stilt tre spørsmål om nye arbeidsprosesser og ombygging i A-fløya. Til slutt fulgte et felt der ansatte selv kunne skrive inn sine kommentarer.

Utsagn som ikke var relevante, kunne stå ubesvart. Totalt 254 personer besvarte spørsmålene i tema 3, mens de øvrige spørsmålene ble besvart av mellom 278 og 288 personer. Besvarelsene er anonyme. UNN Tromsø tilrettela besvarelsene og oversendte disse til Sykehusbygg HF som Excel-fil i tillegg til en PowerPoint-presentasjon. Disse viste resultatene samlet for alle som hadde besvart undersøkelsen. Excel og SPSS er benyttet i videre analyser.

Resultatene fra undersøkelsen presenteres nedenfor.

3.3.2 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra undersøkelsen samlet for alle ansatte som har besvart spørreskjemaene. Resultatene for plan 6 til 10 blir presentert sammen de tilhørende kapitlene som er poliklinikk, dagkirurgisk område, fysikalsk medisin og slag, intensiv, og Laboratoriemedisin. Antall og andel mottatte besvarelser presenteres nedenfor.

Tabell 3.1 Mottatte besvarte spørreskjema, A-fløya plan 6 – 10

A-fløya	Ant. besvarte skjema	Prosent
Plan 6 Poliklinikk	36	12,4
Plan 7 Dagkirurgi	23	7,9
Plan 8 Fys.med. poliklinikk/Annet	7	2,4
Plan 8 Rehab, slag sengepost	48	16,6
Plan 9 Intensivmedisin	94	32,4
Plan 10 Laboratoriemedisin	82	28,3
Totalt besvarte skjema	290	100

Resultatene fra undersøkelsen presenteres ved fire figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de fem temaene. Deretter følger en figur som presenterer fordelingen av scorer fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for de ulike fem

Kapittel 3 A-fløya

temaene. Den tredje figuren framstiller utsagnene som flest ansatte har gitt de høyeste scorene (4 eller 5). Den fjerde figuren viser utsagn som flest ansatte har gitt de laveste scorene (1 eller 2).

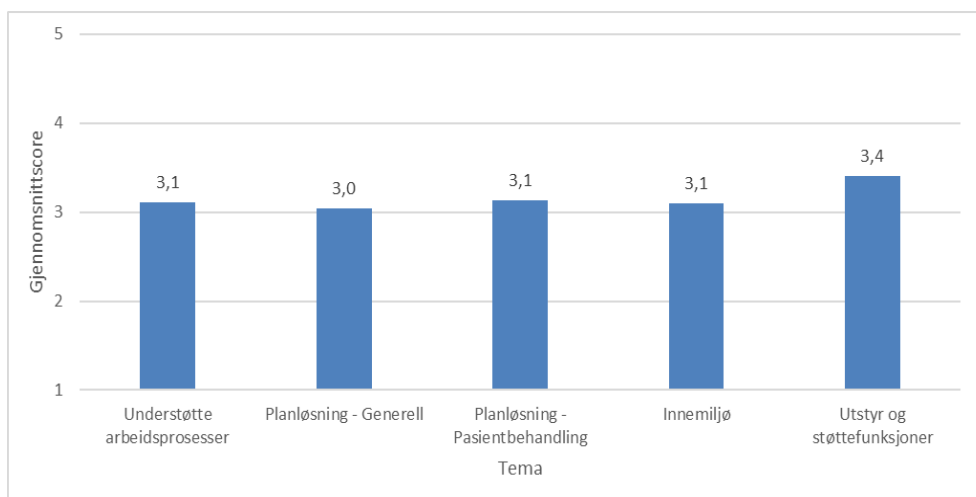
Deretter presenteres en tabell med gjennomsnittlig score for alle utsagnene.

Til slutt presenteres resultater som omhandler nye arbeidsprosesser og ombygging.

Alle ansatte som har besvart spørreundersøkelsen

Resultatene for alle ansatte på plan 6 til 10 i A-fløya ved UNN Tromsø som har deltatt i undersøkelsen, presenteres nedenfor (omtales som alle ansatte). Figur 3.1 viser gjennomsnittlig score for de fem temaområdene.

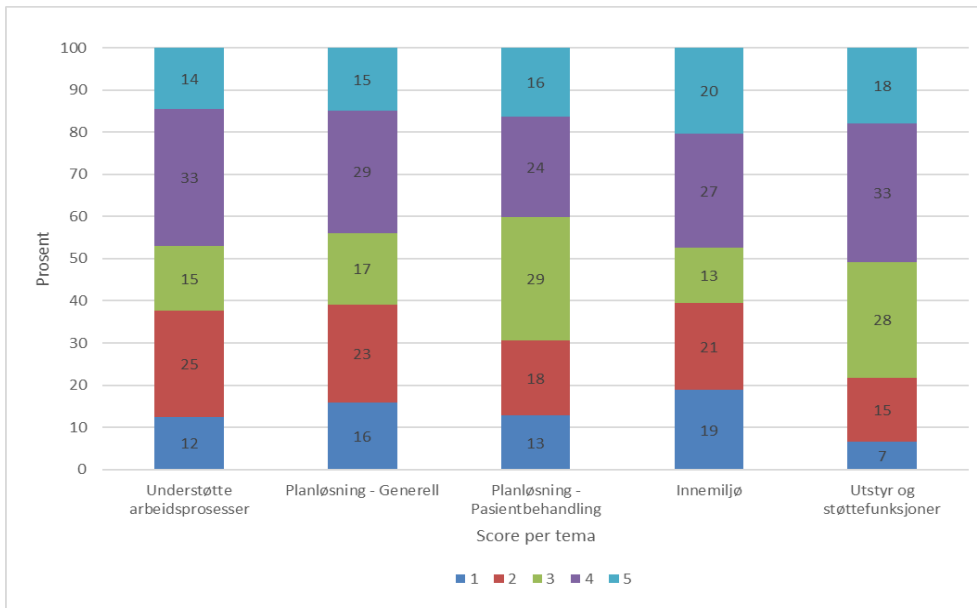
Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-pasientbehandling*, *Innemiljø*, *Utstyr og støttefunksjoner*. På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for alle fem temaene på eller over middelveiden (3). Temaet *Utstyr og støttefunksjoner* fikk høyest gjennomsnittlig score (3,4).



Figur 3.1 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Alle ansatte

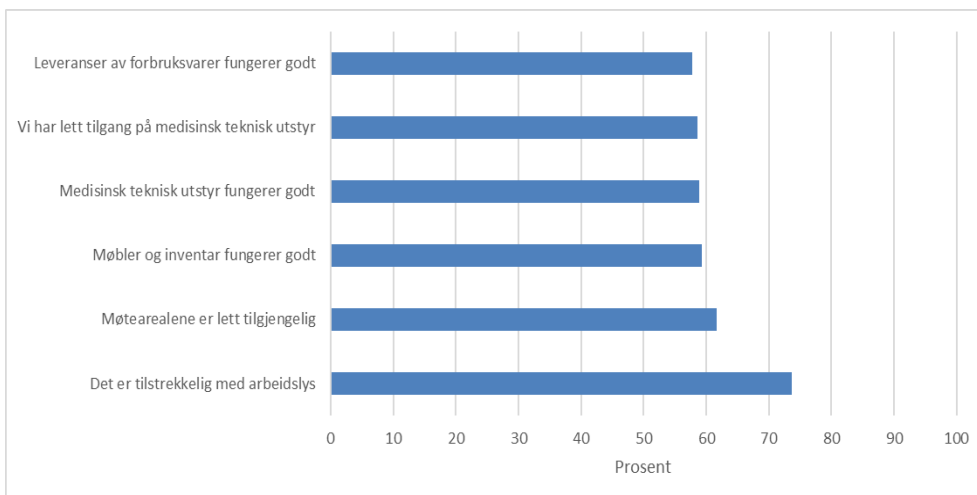
Figur 3.2 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår av figuren at 51 prosent av de ansatte har gitt *Utstyr og støttefunksjoner* score 4 eller 5, og 28 prosent ga score 3. Videre har *Planløsning-pasientbehandling* fått 40 prosent score 4 eller 5, og 29 prosent score 3. Dette tyder på at mange av de ansatte som deltok i undersøkelsen, er fornøyde med områdene for pasientbehandling samt utstyr og støttefunksjoner. Når det gjelder temaene *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell* og *Innemiljø* oppga imidlertid en del av de ansatte at de er mindre fornøyde, da mellom 37 og 40 prosent av besvarelsene har scorene 1 eller 2.

Kapittel 3 A-fløya



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

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 3.3 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Som det kommer fram av figuren, fikk utsagnet «Det er tilstrekkelig med arbeidslys i vår enhet/avdeling» flest høye scorere, da 74 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5. Videre fikk utsagnene som omhandler tilgjengelige møteareal, møbler og inventar, medisinteknisk utstyr og leveranser av forbruksvarer høye scorere; rundt 60 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5.

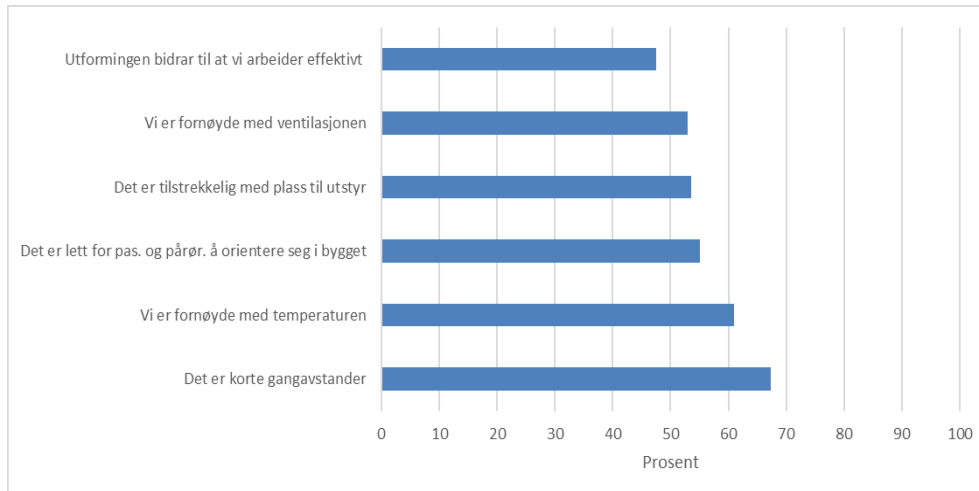


Figur 3.3 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Alle ansatte

Dersom man ser på de laveste scorene, 1 og 2, vises utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 3.4 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at utsagnet «Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte» fikk flest lave scorere blant alle ansatte som deltok i spørreundersøkelsen, da 67 prosent av besvarelsene ga 1 eller 2 i score. Videre ga mellom 48 og 61 prosent av de ansatte de laveste scorene til temperatur og ventilasjon,

Kapittel 3 A-fløya

om det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget, plass til utstyr og om utformingen bidrar til at man jobber effektivt.



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

Tabell 3.2 gir en oversikt over alle de 43 utsagnene med gjennomsnittlig score for alle som besvarte undersøkelsen.

Temaene grupperes slik: Utsagn nr. 1 til 5 er tema 1 (Understøtte arbeidsprosesser). Utsagn nr. 6 til 22 er tema 2 (Planløsning-generell). Utsagn nr. 23 til 31 er tema 3 (Planløsning-pasientbehandling). Utsagn nr. 32 til 37 er tema 4 (Innemiljø). Utsagn nr. 38 til 43 er tema 5 (Utstyr og støttefunksjoner).

Kapittel 3 A-fløya

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

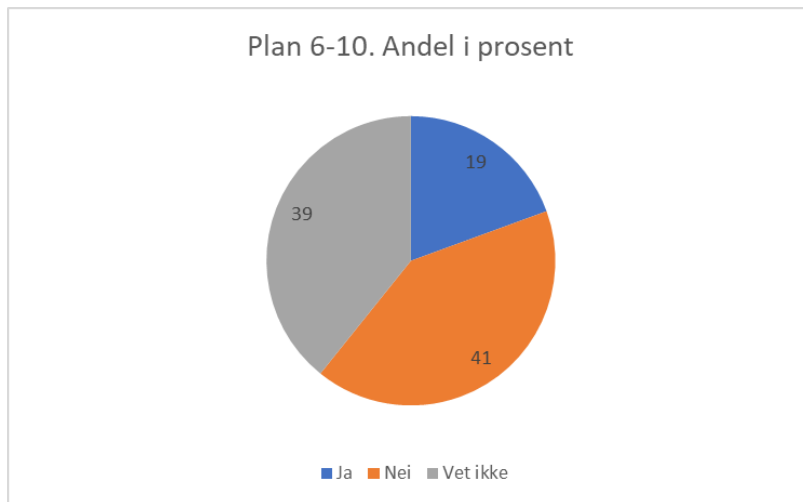
Nr	Utsagn	Snitt
1	Utformingen av vår enhet/avdeling støtter opp under våre aktiviteter	3,3
2	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	2,9
3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	3,1
4	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	3,0
5	Vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	3,2
6	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,4
7	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	2,5
8	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,3
9	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	3,1
10	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	3,4
11	Vi har de romtypene vi trenger	3,0
12	Vi har tilstrekkelig antall rom	3,1
13	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	3,1
14	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	2,8
15	Møtearealene er lett tilgjengelig	3,5
16	Kontorarealene er lett tilgjengelig	3,3
17	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,6
18	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	2,8
19	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,2
20	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	3,3
21	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	3,2
22	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	3,2
23	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	3,1
24	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/avdeling	3,0
25	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,7
26	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	3,0
27	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	3,0
28	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	3,1
29	Det er tilstrekkelig med plass til legemidler i vår enhet/avdeling	3,6
30	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	3,3
31	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,4
32	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	2,9
33	Det er tilstrekkelig med arbeidsllys i vår enhet/avdeling	3,9
34	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/arbeidsplasser	3,2
35	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	2,4
36	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	2,7
37	Det er lett å holde orden i vår enhet/avdeling	3,5
38	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	3,6
39	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,7
40	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,7
41	IKT, videokonferanseutstyr og telefoni fungerer godt	3,0
42	Vi har lett tilgang på de hjelpemidlene vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	2,9
43	Møbler og inventar fungerer godt	3,5

Nye arbeidsprosesser og ombygging i A-fløya

Tre spørsmål i undersøkelsen handlet om nye arbeidsprosesser og ombygging. Besvarelsene for alle plan og deretter separat for hvert plan (6 til 10) er vist i figurene nedenfor. Andel svar oppgis i prosent. Følgende planinndeling gjelder for undersøkelsen:

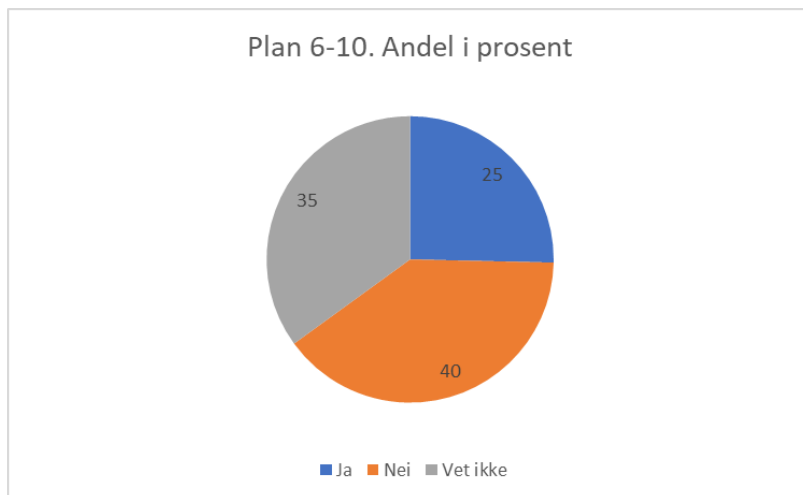
- Plan 6 er Poliklinikkene
- Plan 7 er Dagkirurgisk område
- Plan 8 er Fysikalsk medisin, rehabilitering og slag (poliklinikk og sengeområder)
- Plan 9 er Intensivmedisin
- Plan 10 er Laboratoriemedisin

Figur 3.5 viser alle besvarelsene i prosent for alle plan på spørsmålet «Har du fått tilstrekkelig informasjon om de planlagte arbeidsprosessene knyttet til nytt bygg?» Bare 19 prosent svarte at de har fått tilstrekkelig informasjon.



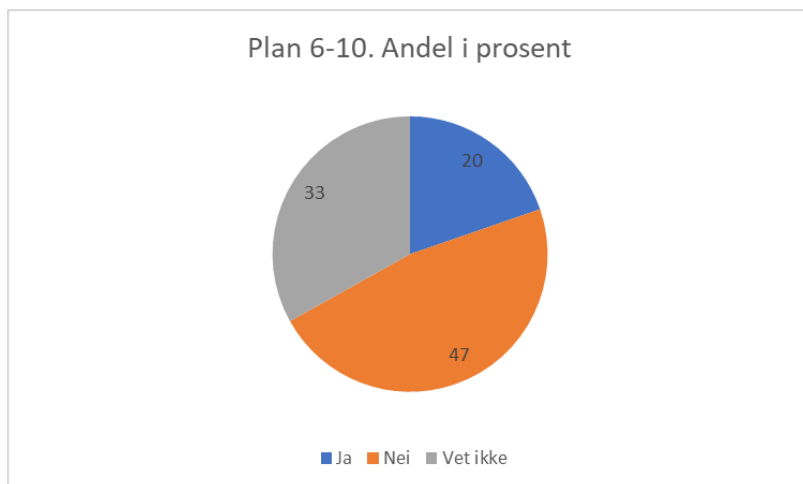
Figur 3.5 Har du fått tilstrekkelig informasjon om de planlagte arbeidsprosessene knyttet til nytt bygg? Alle ansatte (plan 6-10)

Figur 3.6 viser alle besvarelsene i prosent for alle plan på spørsmålet «Bidrar utformingen av enheten/avdelingen til at dere jobber slik som det var planlagt ved innflytting?». 25 prosent av besvarelsene uttrykte at enheten jobber slik som det var planlagt ved innflytting.



Figur 3.6 Bidrar utformingen av enheten/avdelingen til at dere jobber slik som det var planlagt ved innflytting? Alle ansatte (plan 6-10)

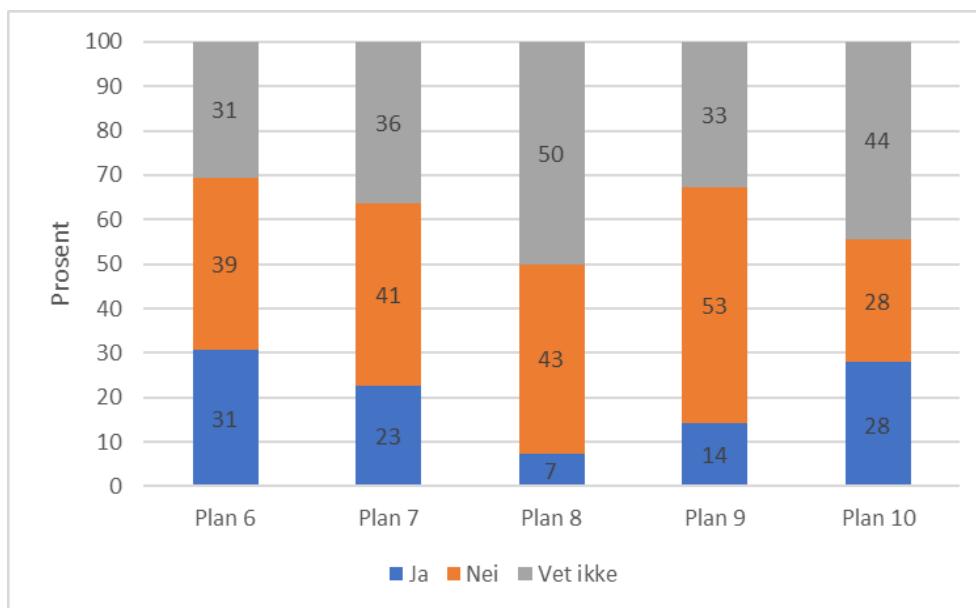
Figur 3.7 viser alle besvarelsene i prosent for alle plan på spørsmålet «Er det gjennomført ombygginger i enheten/avdelingen etter innflytting?». 20 prosent svarte at det er gjennomført ombygginger i enheten etter innflytting, mens 47 prosent svarte «Nei».



Figur 3.7 Er det gjennomført ombygginger i enheten/avdelingen etter innflytting? Alle ansatte (plan 6-10)

Videre er resultatene delt opp i plan 6 – 10. Figuren nedenfor viser at det er størst andel ansatte i plan 6 (poliklinikk) og plan 10 (Laboratoriemedisin) som svarte at de har fått tilstrekkelig informasjon om planlagte arbeidsprosesser knyttet til nytt bygg, henholdsvis 31 og 28 prosent.

Kapittel 3 A-fløya

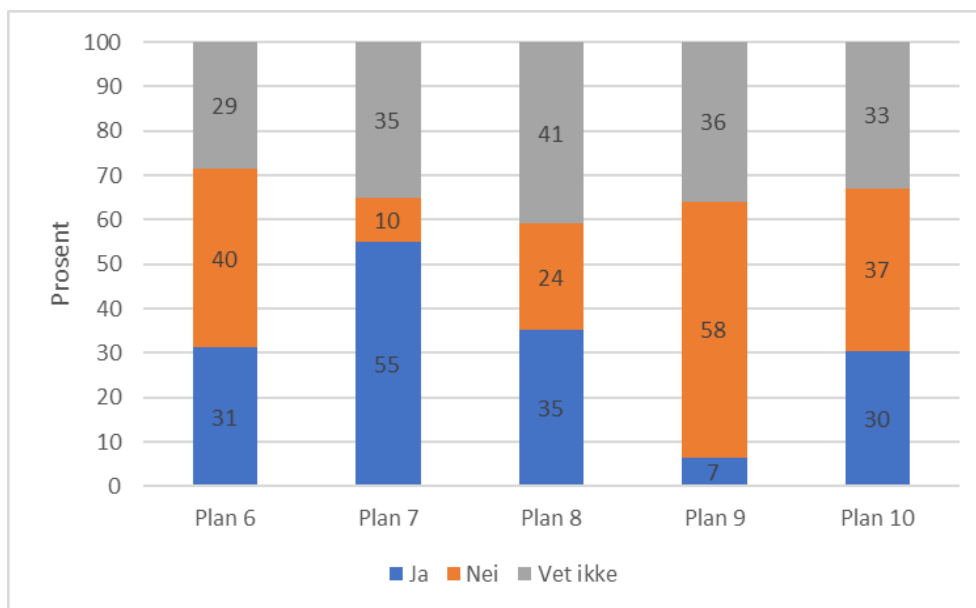


Figur 3.8 Svar på spørsmålet: Har du fått tilstrekkelig informasjon om de planlagte arbeidsprosessene knyttet til nytt bygg? Resultater plan 6 – 10

Figuren nedenfor viser at mellom 30 og 55 prosent av de ansatte i plan 6, 7, 8 og 10 svarte at utformingen av enheten bidrar til at de jobber slik som planlagt ved innflytting. Besvarelsen viser at det var flest som svarte «Ja» på spørsmålet i det dagkirurgiske området, plan 7.

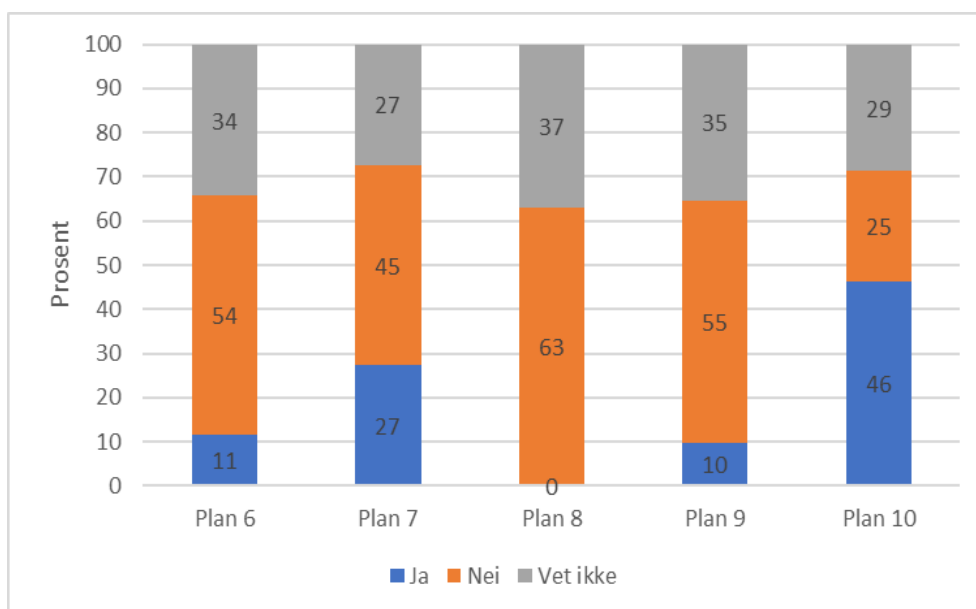
I plan 9 svarte bare 7 prosent bekreftende på dette spørsmålet. Plan 9, intensiv, er et område der ansatte hadde kort tid til å forberede arbeidsprosesser, logistikk og pasientbehandling før innflytting i nytt bygg. Det har også vært gjennomført organisatoriske endringer etter innflytting som kan ha påvirket resultatene. Dette er beskrevet nærmere i kapittelet «Intensivområdet, plan 9 A-fløya».

Kapittel 3 A-fløya



Figur 3.9 Svar på spørsmålet: Bidrar utformingen av enheten til at dere jobber slik som det var planlagt ved innflytting? Resultater fra plan 6 – 10

Figuren nedenfor viser at 46 prosent av de ansatte i plan 10 (Laboratoriemedisin) svarte at det er gjennomført ombygginger i enheten etter innflytting. På tilsvarende spørsmål svarte 27 prosent i plan 7 bekreftende, mens ingen svarte at det er foretatt ombygginger i enheten i plan 8.



Figur 3.10 Svar på spørsmålet: Er det gjennomført ombygginger i enheten etter innflytting? Resultater fra plan 6 – 10

3.3.3 Hovedfunn

I spørreundersøkelsen fra A-fløya ligger de gjennomsnittlige scorene for temaene på eller over middelveien (3). Spørreundersøkelsen som er presentert i «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020), kan sammenlignes med undersøkelsen som er gjennomført i A-fløya. Mye av innholdet er likt. Evalueringen som ble gjennomført i Sykehuset Østfold Kalnes, har imidlertid litt færre utsagn (36) og er inndelt i flere tema (7). De gjennomsnittlige scorene for alle temaene i undersøkelsen fra Sykehuset Østfold Kalnes lå under middelveien. Disse resultatene kan forstås slik at ansatte i A-fløya som deltok i undersøkelsen, var mer fornøyde med utforming og området der de utfører sitt arbeid enn ansatte i Sykehuset Østfold Kalnes.

Begge spørreundersøkelsene framhever utsagn som de ansatte var mest og minst fornøyd med. Disse resultatene kan benyttes til å identifisere områder i sykehuset som fungerer bra og som bør videreføres. Tilsvarende kan de utsagnene som fikk lav score benyttes til å identifisere områder som ikke fungerer like godt, dvs. der man kan vurdere å iverksette tiltak.

I A-fløya var ansatte mest fornøyd med og ga de høyeste scorene til: Arbeidsllys, tilgjengelige møtearealer, møbler og inventar, medisinteknisk utstyr og leveranser av forbruksvarer, hvor mellom 60 og 70 prosent av de ansatte ga de høyeste scorene til disse utsagnene.

I Sykehuset Østfold Kalnes var ansatte mest fornøyd med: Å få rask hjelp dersom noe ikke fungerer, lokalisering av avdeling, dagslys i arbeidsplasser, lett tilgang på utstyr, at avdelingen er enkel å bruke for brukergruppene, at IKT understøtter aktivitetene og møbler og inventar. Utstyr og møbler og inventar har fått de høyeste scorene i begge undersøkelsene, men sammenlignet med A-fløya ga en lavere andel ansatte i Sykehuset Østfold Kalnes de høyeste scorene.

Når det gjelder utsagn som de ansatte var minst fornøyde med i A-fløya, kom det fram følgende: Gangavstander, temperatur og ventilasjon, orientering i bygget (for pasienter og pårørende) og plass til utstyr i tillegg til utsagnet om utformingen tilrettelegger for effektivitet.

I sykehuset Østfold Kalnes var ansatte minst fornøyde med og ga de laveste scorene til: Uteområdet, plass i arbeidsstasjoner, plass til utstyr og forbruksvarer samt muligheter for lagring og oppbevaring, parkeringsarealer og utsagnet «Vi har de rommene vi trenger».

I de neste kapitlene kommer evalueringen nærmere inn på områdene i A-fløya, plan 6 – 10, og PET-sentret.

4. Poliklinikk, plan 6 A-fløya

Dette kapittelet presenterer evalueringen av poliklinikkene i A-fløya. Først beskrives området med mål og planforutsetninger. Pasientenes erfaringer er kartlagt, og ansattes erfaringer med bygg og virksomhet blir belyst. Det er lagt vekt på hvordan lokaler og løsninger understøtter pasientforløp og arbeidsprosesser. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av hovedfunn.

Poliklinikkene i A-fløya på plan 6 består av tre poliklinikker:

- *Utredningspoliklinikken* som har utredning og behandling innen generell kirurgi og kreftkirurgi
- *Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi* som omfatter fagområdene gynekologi, urologi og gastrokirurgi samt en dagenhet for svangerskapsavbrudd innen utgangen av 12. svangerskapsuke (medisinske svangerskapsavbrudd)
- *Ortopedisk poliklinikk*. Poliklinikken omfatter også plastikk-kirurgi og behandling av brannskader eller sårskader etter traumer og infeksjoner

Poliklinikkene er organisatorisk samlet i avdelingen *K3K Poliklinikkavdelingen* (kreft, kirurgi og kvinnehelse).

Poliklinikkene i A-fløya har en lik utforming med en pasientsone mot yttervegg i vest, undersøkelsesrom i midten og arbeidsstasjoner i bakkant mot øst og B-fløya. I tillegg har ortopedisk poliklinikk to operasjonsstuer. Poliklinikkene har en felles ekspedisjon, blanding av generelle undersøkelses-/behandlingsrom (UB-rom) og spesialrom, samt arbeidsstasjoner, møterom og kontorer (jf. illustrasjon i kapittel Pasientforløp).

4.1 Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer i de tidligere poliklinikkene i sykehuset og planleggingen av de nye områdene for poliklinikk i A-fløya.

4.1.1 Prosjektutløsende behov - utfordringer i poliklinikkene

Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) for UNN A-fløy (2010) fremhever at spredningen av poliklinikker i UNN Tromsø har begrenset muligheten for å utnytte rom på tvers av fagområder, og at flere små poliklinikker gir et høyere bemanningsbehov enn større poliklinikker, spesielt for hjelpepersonell og ekspedisjonsfunksjoner. I tillegg bemerkes det at flere poliklinikkområder har trange venteplasser og arbeidsplasser i eksisterende bygg.

HFP beskriver at utviklingen fra døgn til dag- og poliklinisk aktivitet har skapt et behov for god logistikk, muligheter for opphold for pasienter som har serier av undersøkelser og behandlinger, og for arealer som legger til rette for kommunikasjon og som virker

stressreducerende. De nye poliklinikkarealene i A-fløya skulle legge til rette for en balanse mellom effektiv drift og mulighet for ro og samtaler.

4.1.2 Planlegging av nytt poliklinikkområde

I den videre planleggingen i delfunksjonsprogrammet (DFP) for A-fløya (2011) vektlegges også effektiv ressursutnyttelse, moderne poliklinikkdrift og undervisning, forskning og utdanning.

Ifølge prosjektorganisasjonen i UNN, ble det i forprosjektfasen besluttet å samle de største poliklinikkene i A-fløya for å legge til rette for fleksibel bruk av rom, personell og utstyr. Disse var ortopedisk- og plastikkirurgiskpoliklinikk, generell- og utredningspoliklinikk (gastokirurgi, urologi og gynekologi) samt prøvetaking og blodtapping. I Forprosjektrapport (2012) står det at undersøkelses-/og behandlingsrom i prinsippet ble planlagt likt, de skulle være generelt utformet og kunne benyttes på tvers av fagområder, kun utstyr og areal skulle variere. Spesialrommene skulle ha fagspesifikt utstyr, eksempelvis rom for gipsing, urodynamisk laboratorie og brannskaderom (DFP).

Det ble også besluttet at poliklinikkene skulle dele en felles ekspedisjon (skranke) og at mest mulig av innsjekking og innkalling skulle være automatisert. Det ble plassert to operasjonsstuer og ett oppvåknings-/dagområde i ortopedisk poliklinikk. Fordi disse stuen kom sent inn i planleggingen, fikk operasjonsstuen et areal som ikke hadde tilgang til dagslys. For å redusere opplevelsen å være «innestengt», ble det satt inn glass i dør og en skjerm i rommene som overfører bilder fra området utenfor.

4.2 Metode

Evalueringen av poliklinikkene i A-fløya er utført ved spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte, befaring, fokusgruppeintervju og kommunikasjon via e-post med ansatte i poliklinikken.

Spørreskjemaundersøkelsen blant ansatte ble utført i juni 2020 og blant pasienter som hadde vært i poliklinikken i perioden september - desember 2020.

Datainnsamlingen omfattet en befaring i poliklinikkene i A-fløya 28. oktober og fokusgruppeintervju 29. oktober 2020. En representant fra hver poliklinikk deltok på befaring (enhetsleder og sykepleiere). Det var fem deltakere i fokusgruppen. Disse representerte sykepleiere, leger og kontorledelse.

Hovedtemaet i fokusgruppen var erfaringer med hvordan utformingen og lokalene i poliklinikkene støtter opp under pasientbehandling og arbeidsprosesser.

Videre i dette kapittelet kommer beregning av kapasitet. Deretter følger en sammenligning av areal og en oppstilling av poliklinikkrom i plan 6 sammenlignet med dagens anbefalinger (Standardrom). Kartlegging av byggets egnethet starter med

resultatene fra spørreundersøkelsen blant pasienter, deretter følger resultatene fra ansatte. Videre presenteres dybdeundersøkelsen som er basert på befarings og fokusgruppeintervju. Kapittelet avsluttes med hovedfunn.

4.3 Beregning av kapasitet

Aktivitetsdata for poliklinikkene i A-fløya 2019 er mottatt fra UNN. Sykehusbygg HF har benyttet disse for å beregne kapasitetsbehov i de tre poliklinikkene. Som utgangspunkt er det benyttet lavere og middels utnyttingsgrad hvor førstnevnte tilsvarer utnyttingsgrader som lå til grunn i planleggingsprosessen (DFP 2011). For sammenligning er det også gjort en beregning med middels utnyttingsgrad. Utnyttingsgrader presenteres i tabellen nedenfor.

Tabell 4.1 Utnyttingsgrader i poliklinikk

Kapasitet	Middels utnyttingsgrad (dg i året)	Lavere utnyttingsgrad (dg i året)	Middels utnyttingsgrad (timer per dag)	Lavere utnyttingsgrad (timer per dag)	Tidsbruk per aktivitet (timer)
Poliklinikk gen ub-rom	230	220	8	6	0,75

Med utgangspunkt i utnyttingsgradene i tabellen over, er det beregnet kapasitet for generelle undersøkelses-/behandlingsrom fordelt på Utredningspoliklinikken, Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi og Ortopedisk poliklinikk. Kapasitetsberegningene presenteres i tabellen nedenfor.

Tabell 4.2 Kapasitetsberegning av generelle poliklinikkrom i A-fløya

Type poliklinikk	Driftsåret 2019-ant konsultasj	Middels utnyttingsgrad 2019	Middels utn.grad avr. opp 2019	Lavere utnyttingsgrad 2019	Lavere utn.grad avr. opp 2019
Kvinne-Kir. Pol. Tromsø	5 129	2,1	3	2,9	3
Ortopedisk Pol. Tromsø	18 692	7,6	8	10,6	11
Utredningspol. Tromsø	6 782	2,8	3	3,9	4
Sum polikl gen. rom	30 603	12,5	14	17,4	18

I disse beregningene er det kun beregnet kapasitetsbehov for generelle undersøkelses-/behandlingsrom basert på aktiviteten i 2019. Spesialrom kommer i tillegg, og det er ikke beregnet behov for disse.

I tabellen er det beregnet for middels- og lavere utnyttingsgrad for 2019-aktiviteten. Det er avrundet opp for hver enkelt poliklinikk og antall generelle rom samlet er summen av avrundet opp enkeltvis. Det gir for middels utnyttingsgrad 14 undersøkelses-/behandlingsrom og for lavere utnyttingsgrad 18 undersøkelses-/behandlingsrom.

I tabellen nedenfor presenteres beregnet behov for generelle undersøkelses-/behandlingsrom sammenlignet med planlagt (framskrevet kapasitet fra 2010 til 2020 i DFP) og den faktiske kapasiteten ved UNN i 2020 (informasjon fra UNN).

Tabell 4.3 Generelle poliklinikkrom beregnet, framskrevet og faktisk

Bruk av poliklinikkrom	Beregnet behov 2019 middels utnyttingsgrad	Beregnet behov 2019 lavere utnyttingsgrad	Planlagt kapasitet 2020	Faktisk kapasitet 2020
Sum poliklinikkrom	14	18	28	22

Med lavere utnyttingsgrad, som tilsvarer opprinnelig planlagt utnyttingsgrad, er det beregnet behov for 18 generelle undersøkelses-/behandlingsrom basert på 2019-tall, mens faktisk kapasitet i 2020 var på 22 undersøkelses-/behandlingsrom. Det ser derfor ut til å være tilstrekkelig kapasitet til å imøtekomme aktiviteten i 2019 med faktisk kapasitet på 22 undersøkelses-/behandlingsrom.

Til sammen er det planlagt og bygd 32 poliklinikkrom i plan 6. Som vist i tabellen over ble det i planleggingsprosessen framskrevet et behov for 28 generelle undersøkelses-/behandlingsrom i poliklinikkene i A-fløya. I tillegg ble det planlagt 4 spesialrom. Det betyr at de fleste rommene er bygd som generelle rom, men på grunn av at det er vanskelig å flytte på tungt spesialutstyr, blir ikke alle de generelle undersøkelses-/behandlingsrommene benyttet av flere fagområder i den daglige driften. For eksempel er det planlagt og bygd ett spesialrom i Utredningspoliklinikken, men flere av rommene brukes fagspesifikt etter innflytting. En kommentar fra en ansatt forklarer dette slik:

Alle øvrige rom er generelle poliklinikkrom, men fylt av diverse spesialutstyr som div. rack og spesial-undersøkelsesbenker mm. Ikke egnet til å flytte mye på.

Tilbakemeldinger fra poliklinikkene i A-fløya viser at det til sammen er tatt i bruk 22 generelle undersøkelses-/behandlingsrom i 2020. Videre opplyser ansatte at minst 10 av rommene benyttes som spesialrom (1 i Utredningspoliklinikken, 4 i Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi og 5-6 i Ortopedisk poliklinikk). De generelle undersøkelses-/behandlingsrommene er imidlertid bygd og tilrettelagt for endringer i fagområdet eller nye fagområder i fremtiden.

4.4 Arealnorm, arealfaktor og standardrom

Arealnorm defineres som programareal per kapasitetsbærende rom. Arealnormen skal gi arealrammen for antallet kapasitetsbærende rom (seng, operasjonsstue, poliklinikkrom o.l.) og alle andre rom som er nødvendige for at funksjonsområdet skal fungere (arbeidsplasser, medisinerom, desinfeksjonsrom m.fl.).

En arealnorm er utarbeidet på bakgrunn av erfaringer fra prosjekter, evalueringer, standardrom i Standardromskatalogen o.l. Arealnorm multiplisert med antall kapasitetsbærende rom gir en arealramme.

Definisjon på arealfaktor er: Prosjektert (tegnet/bygd) areal per kapasitetsbærende rom.

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

Standardromskatalogen er utarbeidet av Sykehusbygg HF basert på erfaring fra tidligere og nyere sykehusprosjekt samt evalueringer, og oppdateres ca. 1 gang per år.

Arealstandarder i Standardromskatalogen er veiledende. Det enkelte prosjekt kan velge å følge Standardromskatalogen eller selv opprette egne arealstandarder.

Tabell 4.4 viser forskjeller i arealnorm og arealfaktor mellom sykehus i drift og sykehus under bygging.

Tabell 4.4 Sammenligning arealnorm og arealfaktor for poliklinikk mellom utvalgte sykehus

Faktorer	UNN, som bygd 2018	St. Olav, som bygd 2013	Kalnes, som bygd 2015	Drammen, i prosjekt 2021	SNR, i prosjekt 2021	SUS2023, i prosjekt 2021
Kilde	Tegninger	dRofus, Nasjonal Database 2021	LYDIA, Nasjonal Database 2021	dRofus, forprosjekt	dRofus, forprosjekt	dRofus, forprosjekt
Sum prosjektert areal poliklinikk	1307	11037	2826	5250	2710	3916
Sum antall poliklinikkrom, inkl. spesialrom*	34	286	84	183	95	103
Arealfaktor	38,4	38,6	33,6	28,7	28,5	38,0
Arealnorm jf HFP/Konseptrapport	28	30	30	30	30	30
Arealstandard UB, jf prosjekt	17	15	16	16	16	16
Arealstandard UB, stort, jf prosjekt	ukjent	20	20	20	20/25	20
Arealstandard UB						
Spesiallaboratorium, jf prosjekt	ukjent	25/30	20/35	20/30	25	32
Kommentar	* inkludert 2 små operasjonsstuer i poliklinikk i A-fløya.					

Det kommer fram av tabellen at arealfaktoren for poliklinikkene i A-fløya ligger på samme nivå som i St. Olavs hospital og det nye universitetssykehuset i Stavanger, SUS2023.

Tabell 4.5 viser en sammenligning mellom utvalgte rom i poliklinikken i A-fløya og Standardromskatalogen.

Tabell 4.5 Sammenligning arealstandard utvalgte rom for poliklinikk

Kode jf. Standardromskatalogen	Romnavn	Standard areal jf. Standardromskatalogen	Poliklinikk A-fløya, UNN. Prosjektert areal	Differanse. Merforbruk i pluss, lavere programmering vises som minus	Kommentar
SR.005.01	Arbeidsstasjon, ytre sone	9	16,5	7,5	Gj.snitt 17,3
SR.010.00	Avfall, miljøstasjon	8	7,2	-0,8	
SR.025.00	Dagplass	24	16,5	-7,5	12 m2/plass
SR.025.00	Dagplass, overvåking etter mindre kir/ort. Inngrep	36	26	-10	12 m2/plass
SR.028.00	Desinfeksjon, somatikk - ren og uren sone	12	7,6	-4,4	
SR.036.00	Ekspeksjon	18	40,3	22,3	6m2/per arbeidsplass, inkl. 2 bakrom
SR.087.45	Lager, utstyr	20	15,6	-4,4	
SR.096.00	Medisin	12	6,3	-5,7	
SR.098.00	Møte	20	22,5	2,5	Felles
SR.130.00	Samtale	12	7,3	-4,7	
SR.175.00	Undersøkelse, UB-rom standard	16	16,2	0,2	Gj.snitt
SR.175.31	Undersøkelse, UB-rom, stort	20	21,9	1,9	Gj.snitt 19,6
SR.175.31	Undersøkelse, UB-rom, stort	20	21,1	1,1	Gj.snitt 23
SR.175.30	Undersøkelse, UB-rom, spesiallaboratorium	30	25,2	-4,8	Operasjonsstue ortopedi
SR.175.30	Undersøkelse, UB-rom, spesiallaboratorium	30	22,6	-7,4	Operasjonsstue plastikk-kirurgi

Undersøkelles-/behandlingsrom ligger nær anbefalte standarder. Rom som betegnes som spesiallaboratorium, her små operasjonsstuer, er noe mindre enn anbefalt. Areal og fysisk utforming av arbeidsstasjon i poliklinikk skiller seg ofte ut fra sengeområde. I poliklinikken i A-fløya er det stort sett åpne arbeidsstasjoner med skranke og arbeidsplasser i bakkant. Denne løsningen gjør det mindre aktuelt å sammenligne med standarder. Det vil være antallet planlagte arbeidsplasser som styrer arealet. Ytre

arbeidsstasjon (åpen) varierer fra 13,9 – 16,5 – 21,4 og 21,6 m². For øvrig er desinfeksjonsrom noe mindre enn anbefalingene i Standardromskatalogen.

4.5 Kartlegging av byggets egnethet – poliklinikk

Kartleggingen av byggets egnethet presenteres nedenfor. Først gjengis resultatene fra pasientene, deretter fra ansatte i poliklinikken.

4.5.1 Spørreundersøkelse blant pasienter

Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant pasienter som har vært til undersøkelse og/eller behandling ved poliklinikkene i A-fløya UNN Tromsø. Undersøkelsen ble utført for å få kunnskap om pasientenes opplevelse og erfaring med utformingen av poliklinikkene etter innflytting i nytt bygg.

Metode

Spørreskjemaet ble utarbeidet av Sykehusbygg HF med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler, og sjekkliste for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI). For å kunne gjennomføre spørreskjemaundersøkelsen er det ifølge Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), tilstrekkelig at pasientene samtykker til deltagelse ved å besvare spørreskjemaene.

UNN sendte spørreskjema per post til pasienter over 18 år som har vært i poliklinikken i perioden september til og med desember 2020. Skjemaene ble utsendt 1. februar 2021. Besvarelsene ble mottatt fram til 22. mars 2021.

Inklusjonskriteriene var:

- Pasienter som er 18 år eller eldre
- Samtykkekompetanse
- Forstå norsk

Undersøkelsen startet med spørsmål om kjønn, aldersgruppe, om pasienten tidligere hadde vært i poliklinikken, andre undersøkelser samme dag (blodprøvetaking, røntgen o.l.) og lengden på oppholdet. Hoveddelen av undersøkelsen består av 33 spørsmål inndelt i fem temaområder, der pasientene ble bedt om å svare på hvor fornøyde de er med utforming og virksomhet i poliklinikkområdene. Et eksempel er spørsmålet: «Hvor fornøyd er du med mulighet til å snakke skjermet med personalet i ekspedisjon?». Hvert tema hadde svaralternativene svært misfornøyd (som gis score 1), misfornøyd (score 2), fornøyd (score 3) og svært fornøyd (score 4), med middelvei på 2,5.

Etter hvert tema fulgte et felt der pasienten kunne skrive inn sine kommentarer. Nedenfor beskrives innholdet i de fem temaene.

Tema 1: Orientering og oversikt

Temaet undersøker om det er lagt godt til rette for å orientere seg i bygget, å finne frem til undersøkelsesrom, røntgen og laboratorier for prøvetaking og for å få hjelp ved behov.

Tema 2: Innsjekking

Temaet undersøker hvordan innsjekking og betalingsløsning i skranke og på automat fungerer.

Tema 3: Kontakt med personalet i poliklinikken

Temaet handler om opplevelsen av personalets tilgjengelighet, tilrettelegging for samtaler med helsepersonell og om pasientene opplever å bli møtt med respekt. Det inngår også et spørsmål om vurdering av ventetiden fra avtalt time til avtale i poliklinikken.

Tema 4: Venteområdet i poliklinikken

Temaet omfatter oppfatninger av ulike kvaliteter ved ventearealene, som områdets størrelse, farge- og materialbruk, sittekomfort, mulighet til å sitte skjermet og tilgjengelighet for rullestol. I tillegg inngår oppfatninger om tilgang til mat og drikke og til toalett, og mulighet til å følge med på når det er din tur.

Tema 5: Undersøkelses-/behandlingsrom

Spørsmålene i temaet undersøker opplevelsen av kvaliteter ved undersøkelsesrommet som størrelse, fargebruk, inneklime, skjerming mot innsyn og tilgjengelighet for rullestol. I tillegg inngår tilgang på toalett, tilrettelegging for omklodning og avstanden fra venteområde til undersøkelses-/behandlingsrommet.

Avslutningsvis i undersøkelsen ble det stilt et spørsmål om erfaringer med videokonsultasjon, samt mulighet for å kommentere hva sykehuset kan gjøre bedre.

Spørsmål som ikke var relevante kunne stå ubesvart eller man kunne krysse av «Ikke aktuelt».

Besvarelsene er anonyme, registrert av UNN HF i QuestBack og deretter sendt Sykehusbygg HF som Excel-fil samt en PowerPoint-presentasjon. Excel og SPSS er benyttet i videre analyser. Resultatene fra undersøkelsen presenteres nedenfor.

Resultater

Av 300 utsendte spørreskjema besvarte 55 pasienter, som hadde vært til undersøkelse og/eller behandling ved poliklinikkene i A-fløya, undersøkelsen (18,3 prosent).

Nedenfor presenteres resultatene samlet for alle pasientene i poliklinikken som deltok i spørreundersøkelsen.

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

De fleste spørsmålene i temaene ble besvart med noen få unntak. Spørsmålet om *Tilgjengelighet for rullestol. e.l.* under tema 1, 4 og 5, er besvart av mellom 15 og 21 pasienter og *Betaling i skranke* under tema 2, er besvart av 20 pasienter. Det betyr at svarene på disse spørsmålene bør dermed tolkes med forsiktighet.

Pasientene som besvarte spørreundersøkelsen representerer ulike poliklinikker. Nedenfor presenteres en oversikt over kjennetegn ved pasientene som besvarte undersøkelsen (tabell 4.6).

Tabell 4.6 Oversikt over pasienter i spørreundersøkelsen

Beskrivelse av pasienter (N=55)	%	Antall
Kjønn (n=51)		
	51,0	26
	49,0	25
Aldersgruppe (n=53)		
18-30 år	13,2	7
31-50 år	7,5	4
51-70 år	39,6	21
71-90 år	39,6	21
Konsultasjons-/behandlingstid (n=53)		
Inntil 45 minutter	34,0	18
45-90 minutter	35,8	19
1,5-3 timer	15,1	8
3-6 timer	5,7	3
Over 6 timer	9,4	5
Første besøk i denne poliklinikken (n=51)		
Ja	39,2	20
Nei	60,8	31

Tabellen viser at undersøkelsen ble besvart av halvparten kvinner og halvparten menn. Et flertall var over 50 år (80 prosent), hvorav 40 prosent var over 70 år. Når det gjelder spørsmålet om hvor lenge de hadde vært i poliklinikken ved dette besøket, oppga 70 prosent at de hadde vært i poliklinikken i inntil 90 minutter. Videre oppga 40 prosent at dette var deres første besøk i poliklinikken.

Resultatene fra spørreundersøkelsen presenteres ved ni figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de fem temaene, mens den andre figuren viser fordelingen av svaralternativene score 1 (svært misfornøyd) til score 4 (svært fornøyd) for de ulike fem temaene. Deretter presenteres figurer for hvert tema (totalt 5) med fordelingen av svaralternativene fra score 1 (svært misfornøyd) til score 4 (svært fornøyd) for hvert spørsmål. Se for øvrig nærmere beskrivelse under *Metode*.

De to siste figurene framstiller spørsmål som flest pasienter var mest fornøyd med og spørsmål de var minst fornøyd med.

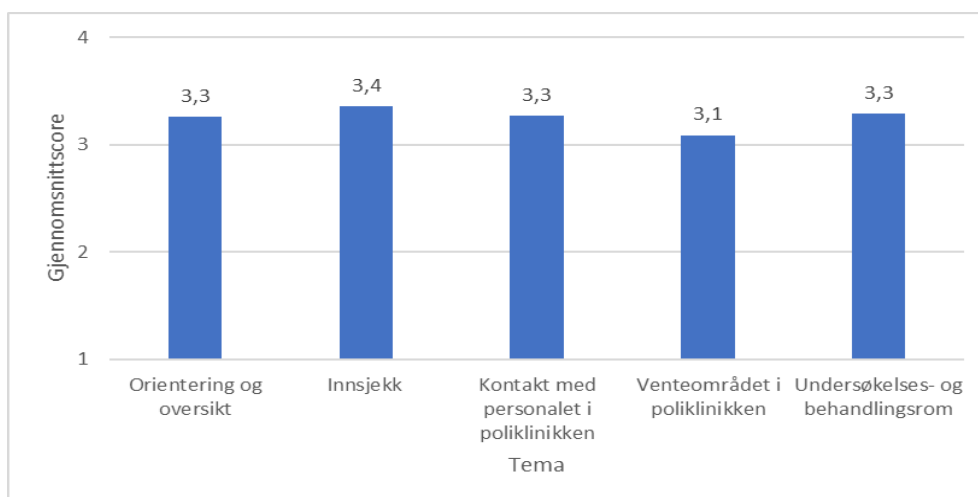
De prosentvise tallene som presenteres i figurer og tekst, er summert og avrundet. Dette medfører at summene som oppgis, kan avvike noe fra 100 prosent.

Til slutt presenteres en tabell med gjennomsnittlig score for alle spørsmålene.

Pasienter som har besvart spørreundersøkelsen

Resultatene for pasientene som var til undersøkelse og/eller behandling ved poliklinikkene i A-fløya ved UNN Tromsø og som deltok i undersøkelsen, presenteres nedenfor.

Figur 4.1 viser gjennomsnittlig score for hvert tema fra score 1 (svært misfornøyd) til score 4 (svært fornøyd) for temaområdene: *Orientering og oversikt*, *Innsjekk*, *Kontakt med personalet i poliklinikken*, *Venteområdet i poliklinikken* og *Undersøkelser- og behandlingsrom*. Som figuren viser, ligger scoren for alle fem temaene over middelveien (2,5). Temaet *Innsjekk* fikk høyeste gjennomsnittlige score (3,4), mens temaet *Venteområdet i poliklinikken* fikk laveste gjennomsnittlige score (3,1).

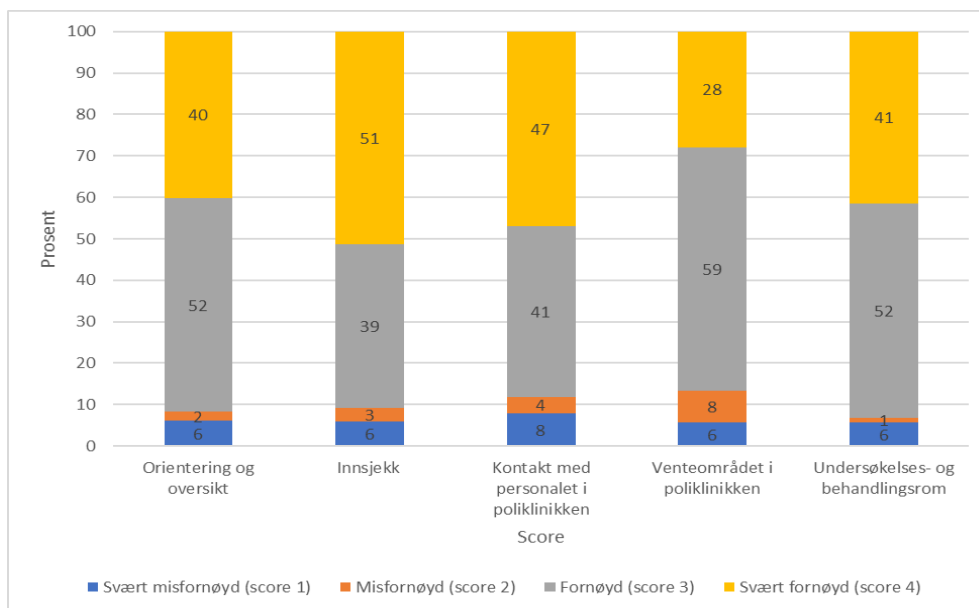


Figur 4.1 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikkene A-fløya, plan 6

Figuren nedenfor viser fordelingen av score for de ulike temaene. Den viser at en svært høy andel av pasientene som deltok i undersøkelsen, var fornøyd med rommene for pasientbehandling, samt løsningen med innsjekking og tilrettelegging for å orientere seg til og i poliklinikkområdet. Det framgår av figuren at 93 prosent av pasientene ga *Undersøkelser- og behandlingsrom* score 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd), 92 prosent ga *Orientering og oversikt* score 3 eller 4, og 90 prosent har gitt *Innsjekking* score 3 eller 4.

Temaene *Kontakt med personalet i poliklinikken* og *Venteområdet i poliklinikken* fikk noe mer variasjon i scorene, men også her oppga en høy andel av pasientene at de var fornøyd eller svært fornøyd. 88 og 87 prosent ga score 3 eller 4, men samtidig har henholdsvis 12 og 14 prosent av pasientene gitt score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd) på disse to temaene.

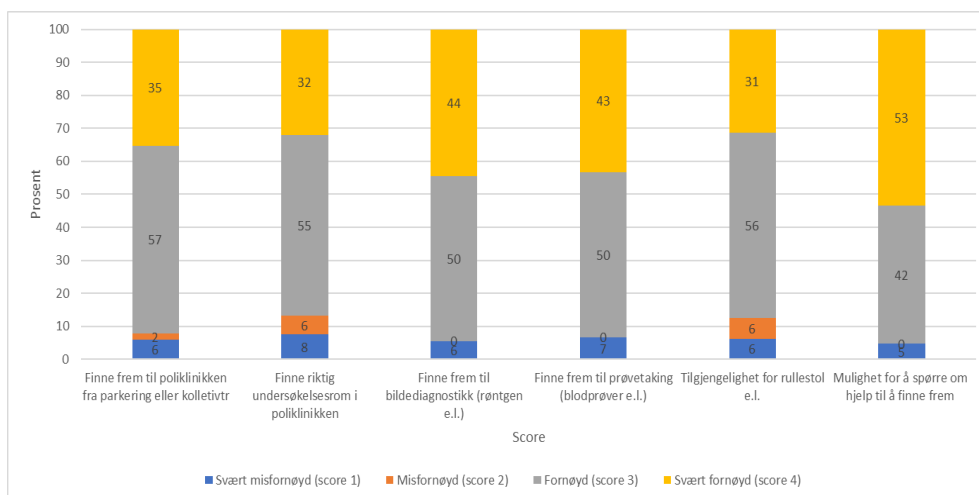
Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya



Figur 4.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter poliklinikkene A-fløya, plan 6

Tema 1: Orientering og oversikt

Pasientene ble stilt spørsmål om erfaringer med å finne frem, for å undersøke om det er lagt godt til rette for å orientere seg i bygget, finne frem til undersøkelsesrom, røntgen og laboratorier for prøvetaking og for å få hjelp ved behov (Figur 4.3).



Figur 4.3 Tema 1 «Orientering og oversikt». Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter poliklinikkene A-fløya, plan 6

Figuren viser at de fleste pasientene ga høye scorer til temaet orientering og oversikt. Mellom 92 og 95 prosent ga score 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd) til *Finne frem til poliklinikken fra parkering eller kollektivtransport*, *Finne frem til bilde diagnostikk*

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

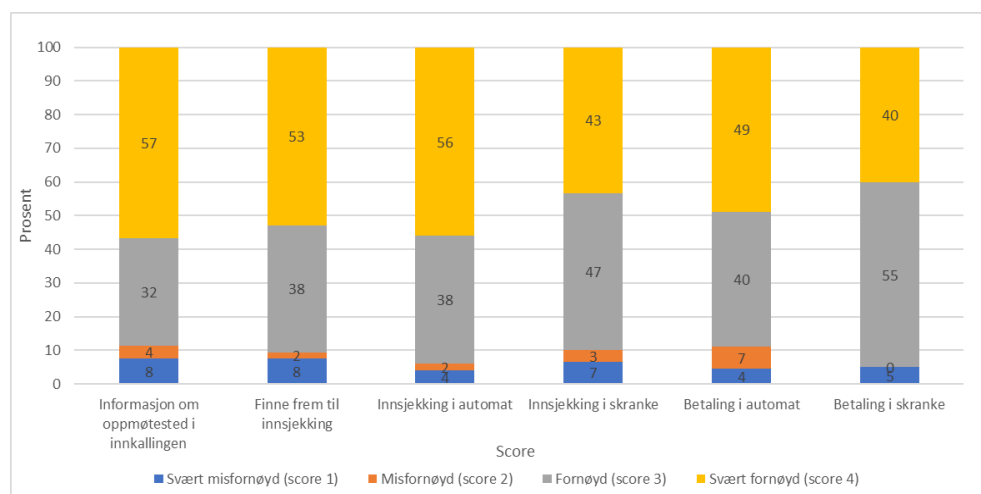
(røntgen e.l.), Finne frem til prøvetaking (blodprøver e.l.) og Muligheten til å spørre om hjelp til å finne fram.

På spørsmålene *Finne riktig undersøkelsesrom i poliklinikken* og *Tilgjengelighet for rullestol e.l.* var det noe større variasjon i scorene, men også her ga en høy andel av pasientene (87 prosent) score 3 eller 4. Samtidig ga 14 og 12 prosent score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd) på disse to spørsmålene.

I det åpne feltet kommenterte enkelte at de var fornøyd med orientering og løsninger i sykehuset, mens andre skrev at de hadde behov for hjelp fra ekspedisjonen.

Tema 2: Innsjekking

Det ble stilt spørsmål om ulike erfaringer med innkalling og betaling i skranke eller automat, for å undersøke om pasientene var fornøyd med sykehusets løsninger. Spørsmålene gikk blant annet inn på informasjon om oppmøtested i innkallingsbrev, finne frem til innsjekking og erfaring med innsjekking og betaling.



Figur 4.4 Tema 2 «Innsjekking». Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter poliklinikkene A-fløya, plan 6

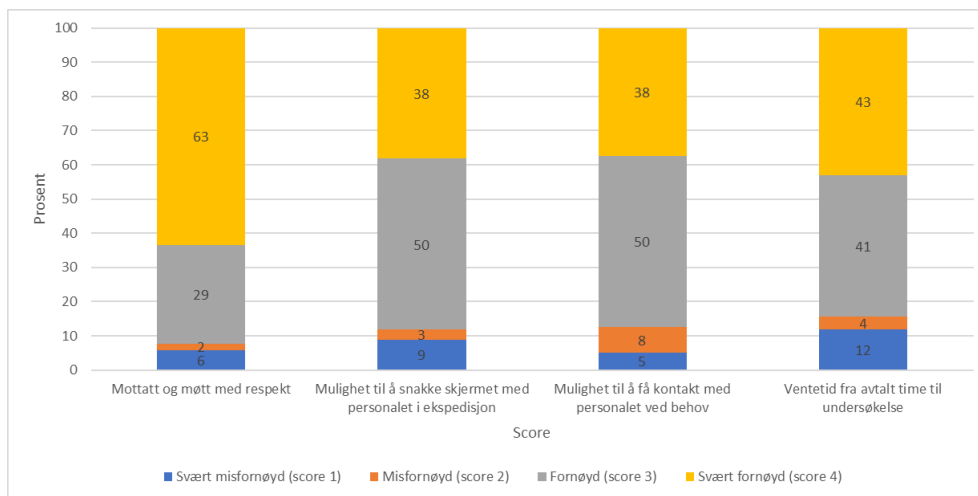
Figuren over viser at en høy andel av pasientene oppga at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med løsningene for innsjekking. Henholdsvis 94 og 95 prosent av pasientene ga scorer 3 eller 4 på spørsmålene *Innsjekking i automat* og *Betaling i skranke*. Pasientene ga også høy score på spørsmålet *Finne frem til innsjekking* (91 prosent) og *Innsjekking i skranke* (90 prosent) og *Informasjon om oppmøtested i innkallingen* og *Betaling i automat*, da 89 prosent av pasientene ga score 3 eller 4.

Det ble gitt noen få kommentarer som handlet om at innsjekkingsautomatene kunne være opptatt eller ikke virket, mens andre mente at innsjekking gikk enkelt og greit.

Tema 3: Kontakt med personalet i poliklinikken

Dette temaet omhandler spørsmål om hvordan pasientene opplevde kontakten med personalet i poliklinikken. Dette for å få rede på hvordan pasientene opplevde å bli møtt,

hvor tilgjengelig de opplevde at personalet var for kontakt og samtale, og hvordan de opplevde ventetiden fram til behandling/undersøkelse.



Figur 4.5 Tema 3 «Kontakt med personalet i poliklinikken». Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter poliklinikkene A-fløya, plan 6

Figuren over viser at en høy andel av pasientene oppga at de var fornøyde eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med kontakt med personalet i poliklinikken.

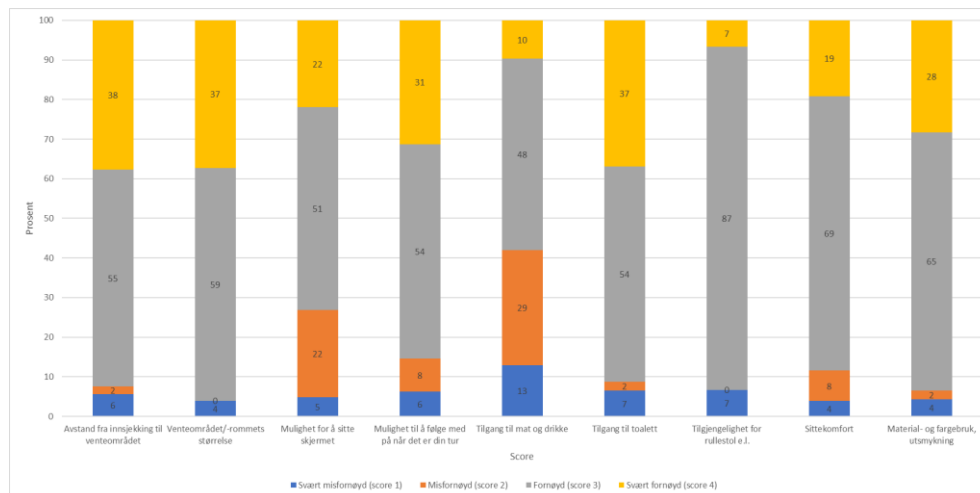
Det framkommer at 92 prosent av pasientene opplevde at de ble mottatt og møtt med respekt (score 3 eller 4). Pasientene (88 prosent) var også fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med mulighet til å snakke skjermert med personalet i ekspedisjon og å få kontakt med personalet ved behov.

Pasientene var minst fornøyd med ventetid fra avtalt time til undersøkelse, der 16 prosent ga score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd). Dette ble også nevnt i kommentarfeltet, der det ble påpekt at det var lang ventetid fra avtalt time til undersøkelse. Det ble imidlertid gitt flere positive kommentarer der pasienter bemerket at de var fornøyd med personalet, kommunikasjon og behandling.

Tema 4: Venteområdet i poliklinikken

Det ble stilt spørsmål om erfaringer med venteområdet i poliklinikken, for å undersøke om pasientene var fornøyd med sykehuset løsninger. Spørsmålene gikk både inn på den fysiske utformingen av og funksjonaliteten til venteområdet, som for eksempel venteområdets størrelse, sittekomfort, material- og fargebruk, mulighet for å sitte skjermert samt tilgjengelighet for rullestol, tilgang til mat og drikke o.l.

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya



Figur 4.6 Tema 4 «Venteområdet i poliklinikken». Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter, poliklinikkene A-fløya, plan 6

Figuren over viser at mange pasienter oppga at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med venteområdet, men sammenlignet med de øvrige temaene oppga flere at de var misfornøyd eller svært misfornøyd (score 1 eller 2) på enkelte spørsmål.

Over 90 prosent av pasientene oppga at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med avstand fra innsjekking, venteområdets størrelse, tilgang til toalett, material- og fargebruk og, for de det var aktuelt for, tilgjengelighet for rullestol. Videre ga over 80 prosent av pasientene score 3 eller 4 på spørsmålene om mulighet til å følge med på når det er deres tur og vurdering av sittekomfort.

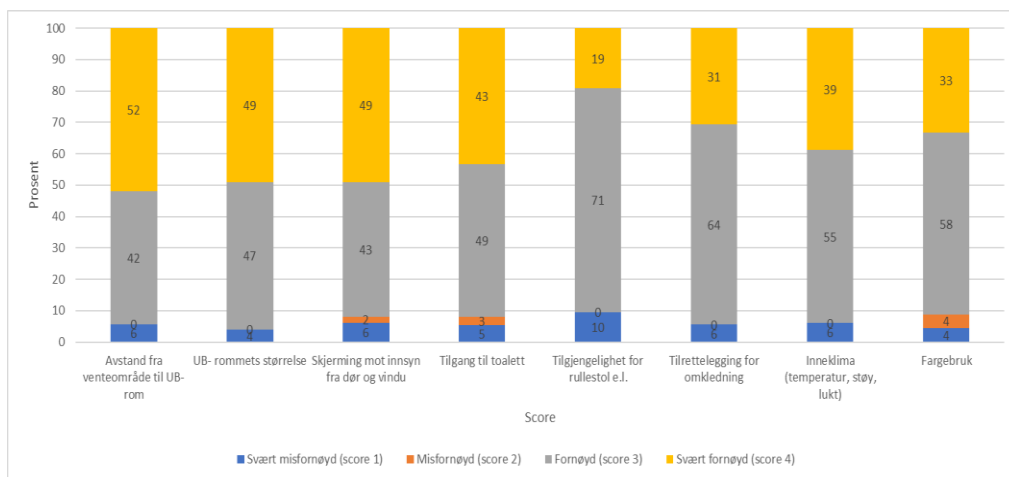
Pasientene var mindre fornøyd med muligheten for å sitte skjermet, der 27 prosent ga score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd), og tilgang til mat og drikke, der 42 prosent ga score 1 eller 2.

I det åpne kommentarfeltet ble det anbefalt at forsinkelser til avtalt time vises på informasjons-skjermen i venteområdet.

Tema 5: Undersøkelses-/behandlingsrom

Det ble stilt spørsmål om pasientenes erfaringer med undersøkelses-/ behandlingsrom (UB-rom) i poliklinikken. Spørsmålene omfattet både den fysiske utformingen av rommene og noen sider ved rommets funksjonalitet som rommets størrelse, farger og inneklimate, avstand fra venteområdet til UB-rom, skjerming mot innsyn, tilgang til toalett og tilgjengelighet for rullestol.

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya



Figur 4.7 Tema 5 «Undersøkelles-/behandlingsrom». Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter poliklinikkene A-fløya, plan 6

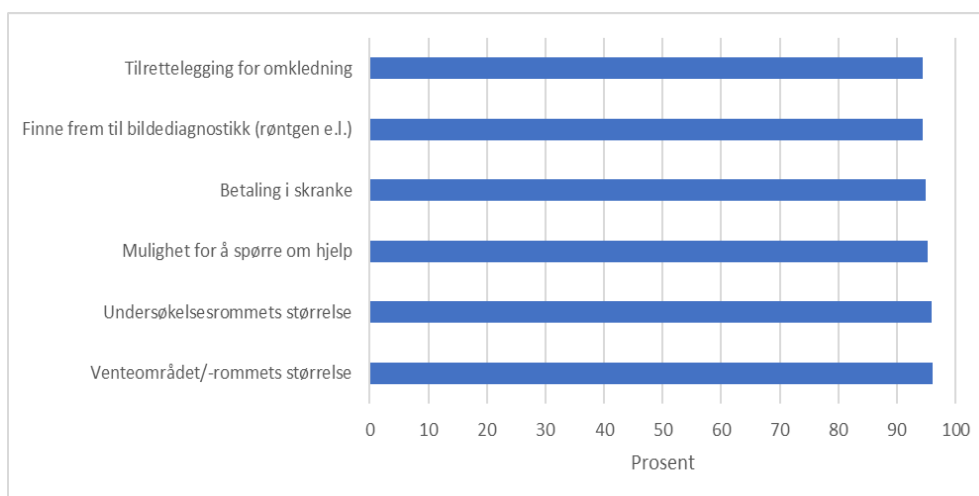
Figuren over viser at de aller fleste pasientene var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med UB-rommene. Mellom 94 og 96 prosent av pasientene oppga at de var fornøyd eller svært fornøyd med *UB-rommets størrelse*, *Avstand fra venteområde til UB-rom*, *Tilrettelegging for omklledning* og *Inneklima*. Resultatene viser også at mellom 90 og 92 prosent av pasientene ga score 3 eller 4 på spørsmål om *Fargebruk*, *Tilgang til toalett* og *Tilgjengelighet for rullestol e.l.*

I det åpne svarfeltet var det flere som kommenterte at de var fornøyd med lokalene, og en beskrev det på følgende måte:

Tipp topp - fantastiske lokaler

Besvarelser med høyeste og laveste score

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 3 og 4, vises de forholdene som pasientene var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 4.8 presenterer seks spørsmål som flest pasienter ga høyeste score.



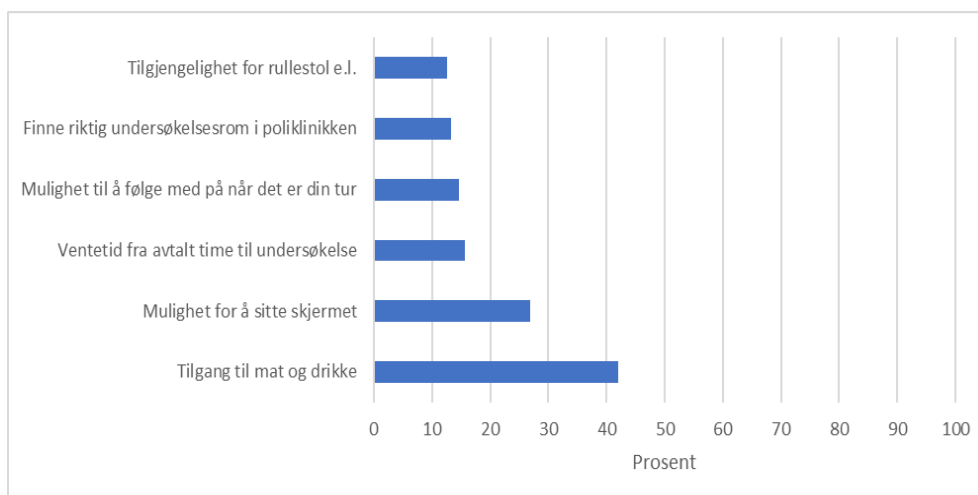
Figur 4.8 Spørsmål med størst andel høy score (3 og 4). Pasienter i poliklinikkene A-fløya, plan 6

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

Som det kommer fram av figuren, fikk spørsmålene om *Venteområdet/-rommets størrelse* og *Undersøkelsesrommets størrelse* flest høye scorer, da 96 prosent av pasientene ga 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd). Videre fikk spørsmålene som omhandler *Mulighet for å spørre om hjelp* og *Betaling i skranke* høye scorer. 95 prosent av pasientene ga score 3 eller 4 på disse spørsmålene. For spørsmålene *Finne frem til bildediagnostikk (røntgen e.l.)* og *Tilrettelegging for omkledding* ga 94 prosent av pasientene score 3 eller 4.

I tillegg ga 94 prosent av pasientene score 3 eller 4 til spørsmålene *Avstand fra venteområde til undersøkelsesrom*, *Innsjekking i automat* og *Inneklima (temperatur, støy, lukt)* (ikke vist i figur).

Dersom man legger sammen de laveste scorene, 1 og 2, vises forholdene som pasientene var minst fornøyd med i undersøkelsen. Figur 4.9 presenterer seks spørsmål som flest pasienter ga laveste score.



Figur 4.9 Spørsmål med størst andel lav score (1 og 2). Pasienter poliklinikkene A-fløya, plan 6

Figuren viser at 42 prosent av pasientene ga spørsmålet *Tilgang til mat og drikke* score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd). Videre ga 27 prosent laveste score til *Mulighet for å sitte skjermet*. Mellom 13 og 16 prosent ga laveste score til *Ventetid fra avtalt time til undersøkelse*, *Mulighet til å følge med på når det er din tur*, *Finne riktig undersøkelsesrom i poliklinikken* og *Tilgjengelighet for rullestol e.l.*

I tillegg ga 13 prosent av pasientene score 1 eller 2 til *Mulighet til å få kontakt med personalet ved behov* (ikke vist i figur).

I undersøkelsen ble det stilt spørsmål om pasienter har hatt videokonsultasjon. Kun én pasient oppga å ha hatt telefonkonsultasjon.

Hva kan sykehuset gjøre bedre?

Det ble stilt et åpent spørsmål til slutt, hvor pasientene ble bedt om å komme med synspunkter på hva sykehuset kan gjøre bedre. Det kom 14 svar på dette spørsmålet,

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

dvs. litt over en fjerdedel av pasientene besvarte spørsmålet. Kommentarene omhandler flere tema og kan oppsummeres i følgende områder for forbedringer:

- Bedre og fri parkering
- Bedre skilting og informasjon om å finne fram, samt informasjon om estimert ventetid ved undersøkelser
- Bedre informasjon i venterommet om når uttransport er tilgjengelig
- Tilrettelegging for vaskemuligheter på toalett
- Flere videokonsultasjoner og raskere svar til fastlegen

Det var også et par kommentarer fra pasienter som ga uttrykk for at de var svært fornøyde:

Stort sett veldig fornøyd - spesielt med personalet

Tabell 4.7 gir en oversikt over alle spørsmålene med gjennomsnittlig score.

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

Tabell 4.7 Oversikt over spørsmål, samt gjennomsnittlig score (snitt). Pasienter, poliklinikk
Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd), der middelverdien er 2,5.

Hvor fornøyd er du med:

Nr	Spørsmål	Snitt
1	Finne frem til poliklinikken fra parkeringsplassen/kolletivtransport (bl.a. skilting)	3,2
2	Finne riktig undersøkelsesrom i poliklinikken	3,1
3	Finne frem til bildediagnostikk (røntgen e.l.)	3,3
4	Finne frem til prøvetaking (blodprøver e.l.)	3,3
5	Tilgjengelighet for rullestol e.l. (Tema 1 - Orientering og oversikt)	3,1
6	Mulighet for å spørre om hjelp	3,4
7	Informasjon om oppmøtested i innkallingen (brev e.l.)	3,4
8	Finne frem til innsjekking	3,4
9	Innsjekking i automat	3,5
10	Innsjekking i skranke	3,3
11	Betaling i automat	3,3
12	Betaling i skranke	3,3
13	Mottatt og møtt med respekt	3,5
14	Mulighet til å snakke skjermet med personalet i ekspedisjon	3,2
15	Mulighet til å få kontakt med personalet ved behov	3,2
16	Ventetid fra avtalt time til undersøkelse	3,2
17	Avstand fra innsjekking til venteområdet	3,3
18	Venteområdet/-rommets størrelse	3,3
19	Mulighet for å sitte skjermet	2,9
20	Mulighet til å følge med på når det er din tur	3,1
21	Tilgang til mat og drikke	2,6
22	Tilgang til toalett (Tema 4 - Venteområdet i poliklinikken)	3,2
23	Tilgjengelighet for rullestol e.l. (Tema 4 - Venteområdet i poliklinikken)	2,9
24	Sittekomfort	3,0
25	Material- og fargebruk, utsmykning	3,2
26	Avstand fra venteområde til undersøkelsesrommet	3,4
27	Undersøkelsesrommets størrelse	3,4
28	Skjerming mot innsyn fra dør og vindu	3,4
29	Tilgang til toalett (Tema 5 - Undersøkelses- og behandlingsrom)	3,3
30	Tilgjengelighet for rullestol e.l. (Tema 5 - Undersøkelses- og behandlingsrom)	3,0
31	Tilrettelegging for omklledning	3,2
32	Inneklima (temperatur, støy, lukt)	3,3
33	Fargebruk	3,2

Konklusjon

Målet med spørreundersøkelsen var å få kunnskap om pasientenes opplevelse og erfaring med utformingen av poliklinikkene i A-fløya etter innflytting i nytt bygg. Evalueringen har hatt særlig oppmerksomhet på oversikt, innsjekking, kontakt med personalet, venteområdet og UB-rom.

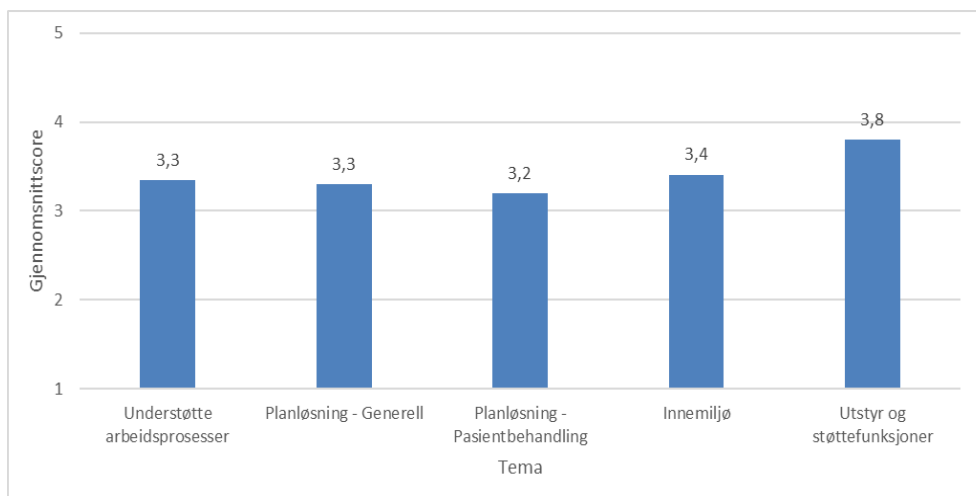
Hovedresultatet er at et stort flertall av pasientene som besvarte undersøkelsen, var tilfreds med utformingen og løsningene, og med kontakten med personalet i poliklinikkene.

Noen uttrykte imidlertid utfordringer med tilrettelegging for å finne fram til UB-rom og tilgjengelighet for rullestol. Det samme gjaldt for ventetid fra avtalt time til undersøkelsen og mulighet for å følge med på når det er deres tur. En noe større andel av pasientene ga tilbakemelding om at de ikke var fornøyd med mulighet for å sitte skjermet og med tilgang til mat og drikke i venteområdet.

4.5.2 Spørreundersøkelse blant ansatte

Nedenfor presenteres resultater fra den nettbaserte spørreundersøkelsen blant ansatte i poliklinikkene på plan 6 i A-fløya, der formålet var å kartlegge byggets egnethet etter at det ble tatt i bruk. Av 290 besvarelser utgjorde ansatte i poliklinikkene 12,4 prosent (36) av besvarelsene.

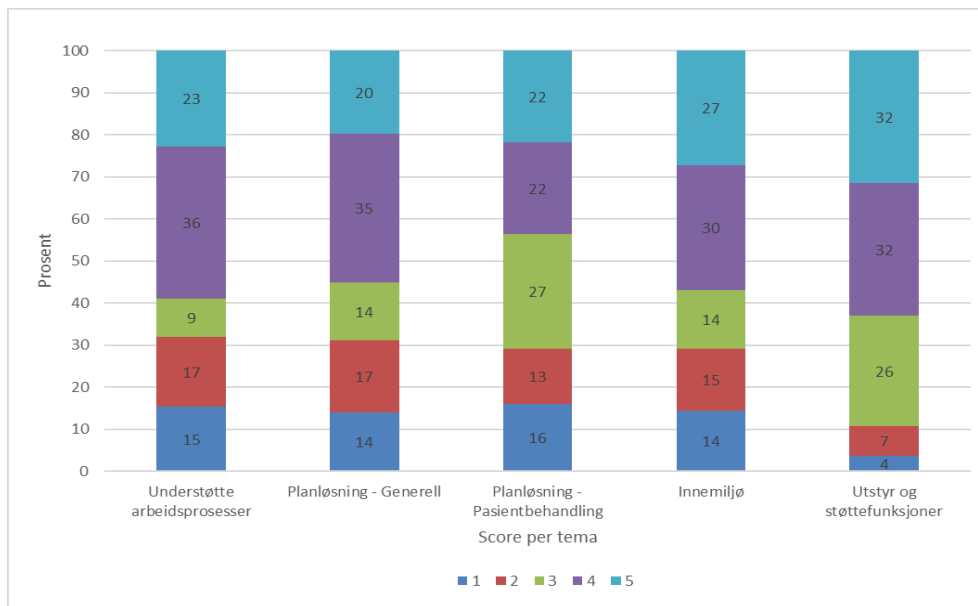
Figur 4.10 viser gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-pasientbehandling*, *Innemiljø* og *Utstyr og støttefunksjoner*. På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for alle fem temaene over middelveien (3). *Utstyr og støttefunksjoner* fikk den høyeste scoren (3,8).



Figur 4.10 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, poliklinikk

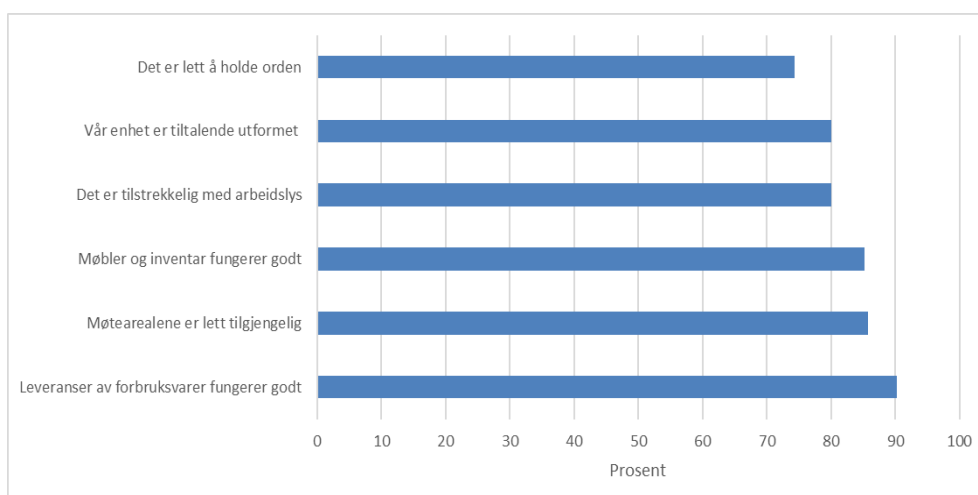
Figur 4.11 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Mange ansatte er fornøyd med poliklinikkområdene. Med unntak av *Planløsning-pasientbehandling*, har over halvparten av besvarelsene gitt score 4 eller 5. *Planløsning-pasientbehandling* fikk 44 prosent score 4 og 5, og 27 prosent score 3. Men noen er mindre fornøyd med utformingen og området som de jobber i. For temaene *Understøtte arbeidsprosesser*, *planløsning-generell* og *pasientbehandling* samt *Innemiljø* har ca. 30 prosent av besvarelsene gitt score 1 eller 2.

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya



Figur 4.11 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, poliklinikk

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 4.12 viser seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Som det kommer fram av figuren, fikk utsagnet «Leveranser av forbruksvarer fungerer godt» flest høye scorer (90 prosent). For møtearealer, møbler og inventar, arbeidslys og utsagnet om enheten er tiltalende utformet, ga mellom 80 og 86 prosent av de ansatte 4 eller 5 (de høyeste scorene). «Det er lett å holde orden i vår enhet/avdeling» fikk 74 prosent.

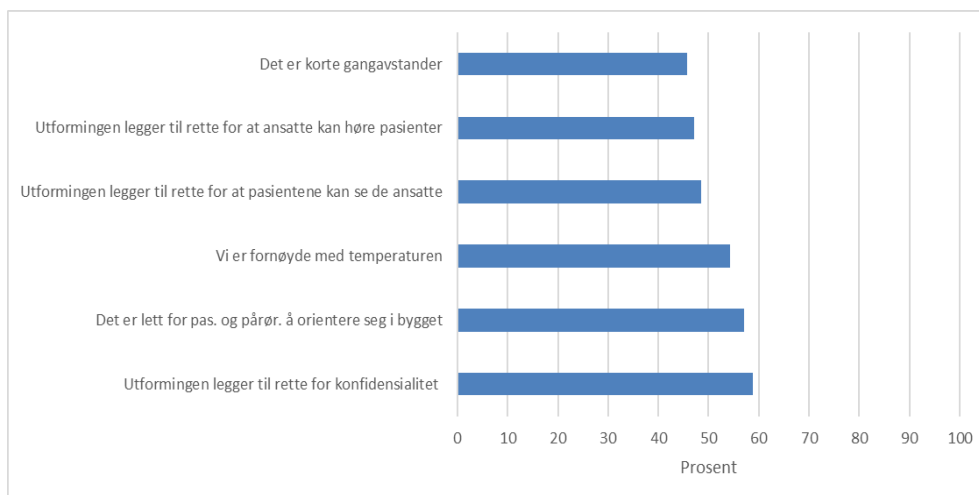


Figur 4.12 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, poliklinikk

Ser man samlet på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 4.13 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at 59 prosent av ansatte i poliklinikken ga de laveste scorene for «Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

konfidensialitet». Utsagn om orientering i bygget (pasienter og pårørende) fikk 57 prosent og temperatur fikk 54 prosent lave scorere. Henholdsvis 49 og 47 prosent av besvarelsene ga score 1 eller 2 på utsagn om utformingen tilrettelegger for at pasienter kan se ansatte og at ansatte kan høre pasienter. For «Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte» ga 46 prosent av besvarelsene laveste score.



Figur 4.13 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, poliklinikk

Ved å sammenligne resultatene fra poliklinikkene i A-fløya med spørreundersøkelsen fra poliklinikkene i «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020), kommer det fram at gjennomsnittlig score for alle temaene i undersøkelsen fra Sykehuset Østfold Kalnes ligger under middelerdien. I undersøkelsen fikk temaene *Utstyr og støttefunksjoner* høyest score.

For poliklinikkene i A-fløya ligger scorene for alle temaene over middelerdien, også her med høyeste score til *Utstyr og støttefunksjoner*.

Tabell 4.8 gir en oversikt over alle de 43 utsagnene med gjennomsnittlig score for besvarelsene gitt av ansatte ved poliklinikkene.

Temaene grupperes slik: Utsagn nr. 1 til 5 er tema 1 (Understøtte arbeidsprosesser). Utsagn nr. 6 til 22 er tema 2 (Planløsning-generell). Utsagn nr. 23 til 31 er tema 3 (Planløsning-pasientbehandling). Utsagn nr. 32 til 37 er tema 4 (Innemiljø). Utsagn nr. 38 til 43 er tema 5 (Utstyr og støttefunksjoner).

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

Tabell 4.8 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Poliklinikk
Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveidien er 3

Nr	Utsagn	Snitt
1	Utformingen av vår enhet/avdeling støtter opp under våre aktiviteter	3,3
2	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	3,3
3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	3,4
4	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	3,3
5	Vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	3,4
6	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,7
7	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	2,4
8	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,4
9	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	3,1
10	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	3,9
11	Vi har de romtypene vi trenger	3,1
12	Vi har tilstrekkelig antall rom	2,9
13	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	2,9
14	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	3,3
15	Møtearealene er lett tilgjengelig	4,2
16	Kontorarealene er lett tilgjengelig	3,3
17	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	3,3
18	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	3,8
19	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	3,0
20	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	2,6
21	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	3,7
22	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	3,6
23	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	3,1
24	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/avdeling	2,8
25	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,6
26	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	2,7
27	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	3,1
28	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	3,7
29	Det er tilstrekkelig med plass til legemidler i vår enhet/avdeling	4,0
30	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	3,4
31	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,6
32	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	3,4
33	Det er tilstrekkelig med arbeidsllys i vår enhet/avdeling	4,1
34	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/arbeidsplasser	3,3
35	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	2,7
36	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	2,9
37	Det er lett å holde orden i vår enhet/avdeling	4,0
38	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	4,4
39	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,8
40	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	4,1
41	IKT, videokonferanseutstyr og telefoni fungerer godt	3,3
42	Vi har lett tilgang på de hjelpemidlene vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	3,2
43	Møbler og inventar fungerer godt	4,1

4.6 Driftskonsepter og løsninger

Nedenfor presenteres dybdeundersøkelsen av driftskonsepter og løsninger i poliklinikkene. Denne er i hovedsak basert på befaring og fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved bruk av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig som at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre relevante tema for evalueringen.

Resultatene er supplert med sitater fra fokusgruppedeltakerne for å fremheve og illustrere erfaringene med hvordan lokalene fungerer vel to år etter innflytting.

4.6.1 Pasientforløp

Pasientforløpet i poliklinikken presenteres ved hjelp av en illustrasjon (Figur 4.14). Illustrasjonen viser pasientflyt, inngangspartier og rom som er relatert til pasientforløpet for de polikliniske pasientene. I tillegg er områder for ansatte markert. Illustrasjonen inneholder også beskrivelse av symboler.

Etter illustrasjonen, blir pasientforløpet beskrevet.

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya



Figur 4.14 Illustrasjon – pasientflyt i poliklinikken og områder for de ansatte. (Kilde: Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Spørreundersøkelsen blant ansatte viste at mange var fornøyde med plasseringen av det polikliniske området. Utsagnet «Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til», fikk gjennomsnittlig score på 3,4 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Undersøkelsen viste også at de fleste mente at poliklinikkene var tiltalende utformet (gjennomsnittlig score på 3,9). I fokusgruppeintervjuet forklarte deltakerne at det var en fordel at poliklinikkene i A-fløya var plassert ved inngang og på gateplan for å unngå at en stor gruppe pasienter må gå «langt inn» i sykehuset.

Venteområder og innsjekking

Som illustrasjonen av pasientflyt viser, er inngang til poliklinikken fra vestibyleområde/hovedkorridor i A1⁵ (sør), men det er også en egen inngang i A2 (vest). Denne inngangen blir mest bruk av pasienter som har vært i poliklinikken tidligere. På grunn av Covid-19 pandemien, var denne inngangen stengt i evalueringsperioden. Noen pasienter, vanligvis de som skal til ortopedisk poliklinikk, kan komme fra røntgen via overgangen (korridoren) mellom A og B-fløya.

Utredningspoliklinikken ligger lengst mot sør i A2. Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi er plassert i A2 imellom de to andre poliklinikkene. Ortopedisk poliklinikk har det største arealet og er plassert i A3. Pasienter som skal til poliklinikkene i A2 benytter venteområdet (venterom) i A2, mens pasienter som skal til Ortopedisk poliklinikk benytter venteområdet i A3. Områdene er utformet som en utvidet del av den ytre korridoren mot vest. Hvert venteområde er ca. 33 m² med vinduer mot yttervegg som gir mye dagslys. Det er tilgang til toalett i begge områdene.

Det er plassert flere innsjekkingsautomater for elektive (planlagte) pasienter i vestibyleområdet, samt i tilknytning poliklinikken. To automater er plassert ved inngangen til poliklinikkene i sør og to er mellom venteområdene, nært ekspedisjonen (Figur 4.15). Ansatte har erfart at selvinnsjekk fungerer godt for de fleste pasientene. Det første året etter innflytting veiledet pasientverter ved innsjekkingen. I ettertid overtok personer fra frivillige organisasjoner. I fokusgruppen ble det fortalt at på grunn av at veiledningen er frivillig arbeid og avhengig av tilstrekkelig kapasitet, er det ikke alltid personer til stede for å bistå pasientene.

Når pasientene registrerer seg i automaten, blir det skrevet ut en liten papirlapp som angir venteområde og et unikt nummer. Samtidig får personalet i poliklinikken beskjed om at pasienten er registrert og til stede. Deretter får pasienten beskjed via SMS, og en skjerm (tavle) viser hvilket undersøkelses-/behandlingsrom pasienten skal komme til. Ansatte forklarte at dette vanligvis fungerer godt, men ortopedisk poliklinikk har ofte erfart at pasientene enten ikke har med telefon, har slått av telefon eller lyd. Det har

⁵ Se også figur 1 som viser A1, A2 og A3

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

også vært problemer med IKT-systemet⁶. Ortopedene henter derfor ofte pasientene i ventearealet fordi det går raskere, men også for å observere pasientenes bevegelser.

I spørreundersøkelsen blant ansatte fikk utsagnet «Det er lett for pasienter å orientere seg i bygget» gjennomsnittlig score på 2,4 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig), der 54 prosent ga laveste score (1 eller 2). Gjennomsnittsscoren på under middelverdien ble nærmere forklart i fokusgruppen: Noen pasienter venter i feil venteområde, og da tar det litt ekstra tid å finne pasienten. Andre pasienter kommer til A-fløya, mens poliklinikken der de har time, ligger et annet bygg. Noen pasienter går direkte fra venteområdet til arbeidsstasjon i Ortopedisk poliklinikk. Det ble sagt at dette trolig er fordi pasientene ser personell i arbeidsstasjonen, og dermed tar kontakt med dem. Videre ble fortalt at ved innflytting, var det besluttet at skilting til venteområdene ikke skulle vise poliklinikknavn av personvern hensyn. Venteområdene ble derfor bare merket med et nummer. Dette førte til at mange pasienter ikke fant riktig venteområde. Merkingen til venteområdene er i ettertid blitt tydeliggjort med poliklinikknavn, noe som har bidratt til at de fleste pasientene finner riktig område.



Figur 4.15 Innsjekkingsautomater ved inngang til poliklinikkene øverst til venstre i bildet. Venteområde til høyre. Felles ekspedisjon nederst til venstre. Område for blodprøvetaking lokalisert mellom ekspedisjon og akuttheis (skjerm Brett foran) ved overgangen til B-fløya, nederst til høyre i bildet

Venteområdet er ofte fullt. Ansatte i poliklinikken har erfart det samme som i det dagkirurgiske område. Det vil si at mange pasienter er avhengig av buss- og båttider, de kan ha lang reisevei og kommer ofte flere timer før det avtalte oppmøtet:

⁶ Det ble forklart at IKT-problemene har vært knyttet til Dips Arena, dvs. pasientjournalssystemet. SMS til pasientene skal sendes via en funksjon i journalsystemet

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

Når man bor i Nord-Norge er det utrolig mange pasienter som kommer timevis før de har time, og må gjøre av seg en plass på UNN. De er jo syke, og det er ikke bare å henge på et kjøpesenter eller en annen plass, også parkering.... Så mange må være litt tidlig ute og dermed fylles det (venteområdet) jo opp.

Felles ekspedisjon

Pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp, henvender seg i en felles ekspedisjon for poliklinikkene i plan 6 i A-fløya. Ekspedisjonen er sentralt plassert ved inngangen i A2 mellom Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi og Ortopedisk poliklinikk. Laboratoriets blodprøvetaking er plassert ved siden av ekspedisjonen i overgangen mot B-fløya.

Ekspedisjonen har en åpen skranke og var på evalueringstidspunktet bemannet med én resepsjonsmedarbeider. Ekspedisjonen var planlagt med og har arbeidsplasser for tre personer (helsesekretærer). Bakgrunnen for reduksjonen fra tre til én person i skranken etter innflytting, er at det ble vanskelig for helsesekretærer fra tre ulike poliklinikker, som jobber forskjellig, å sitte i front og samtidig ivareta sekretæroppgavene.

I fokusgruppeintervjuet ble det forklart at det er mye trafikk i ekspedisjonsområdet og at det derfor er vanskelig å få arbeidsro for sekretærer i den åpne skranken. Pasientene som skal til blodprøvetaking, henvender seg ofte i skranken for å spørre om de er kommet til riktig område. Det samme gjelder pasienter som skal til anestesipoliklinikken, som har to rom nedenfor blodprøvetaking ved inngangen til B-fløya.

I spørreundersøkelsen uttrykte mange av de ansatte utfordringer med å ivareta konfidensialitet. Utsagnet «Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet» fikk gjennomsnittlig score på 2,6 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Begrunnelsen for at scoren ligger under middelveien ble utdypet i fokusgruppeintervjuet.

Deltakerne forklarte at det er vanskelig å overholde taushetsplikten i ekspedisjonen. De forklarte at venteområdet for blodprøvetaking ofte er fullt, spesielt de første dagene i uka. Det fører til at pasientene venter nært ekspedisjonsskranken og kan overheøre samtaler. Dette gjelder spesielt samtaler med pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp. Noen i fokusgruppen mente at en del av ekspedisjonen burde vært lukket for å ivareta konfidensialitet og for å skjerme arbeidsplasser. I fokusgruppen var alle enige om at området for blodprøvetaking ikke bør plasseres nært et ekspedisjonsområde. Det ble også fortalt at på evalueringstidspunktet pågikk et forbedringsprosjekt i sykehuset for å finne en løsning på utfordringene knyttet til konfidensialitet.

Etter at fokusgruppeintervjuet, har evalueringsteamet fått informasjon om at forbedringsprosjektet «Brudd på taushetsplikten i skranken i A6» er avsluttet, og at prosjektgruppen anbefaler ombygging for å løse problemet. Prosjektrapporten er blitt oversendt UNN for behandling.

Sekretærer

Deltakerne i fokusgruppen mente at det tidligere var bedre kontakt mellom ansatte og pasienter. Før innflytting i A-fløya, hadde poliklinikkene en egen sekretær i ekspedisjonen som kjente fagområdet, og pasientene hadde et sted de kunne henvende seg med spørsmål om undersøkelser eller avtaler. Nå blir pasientene bedt om å ta kontakt per telefon med poliklinikken.

Ortopedisk poliklinikk har en sekretær i ekspedisjonsskranken på ettermiddagstid på grunn av forlenget åpningstid for øyeblikkelig-hjelp fram til kl. 17. Det ble sagt at Ortopedisk poliklinikk kan ha mellom 20 og 30 øyeblikkelig-hjelp henvendelser på en hverdag, mens Utredningspoliklinikken har 2 til 3. Ved store skader og utenom åpningstidene i poliklinikkene, henvender pasienter seg i akuttmottaket.

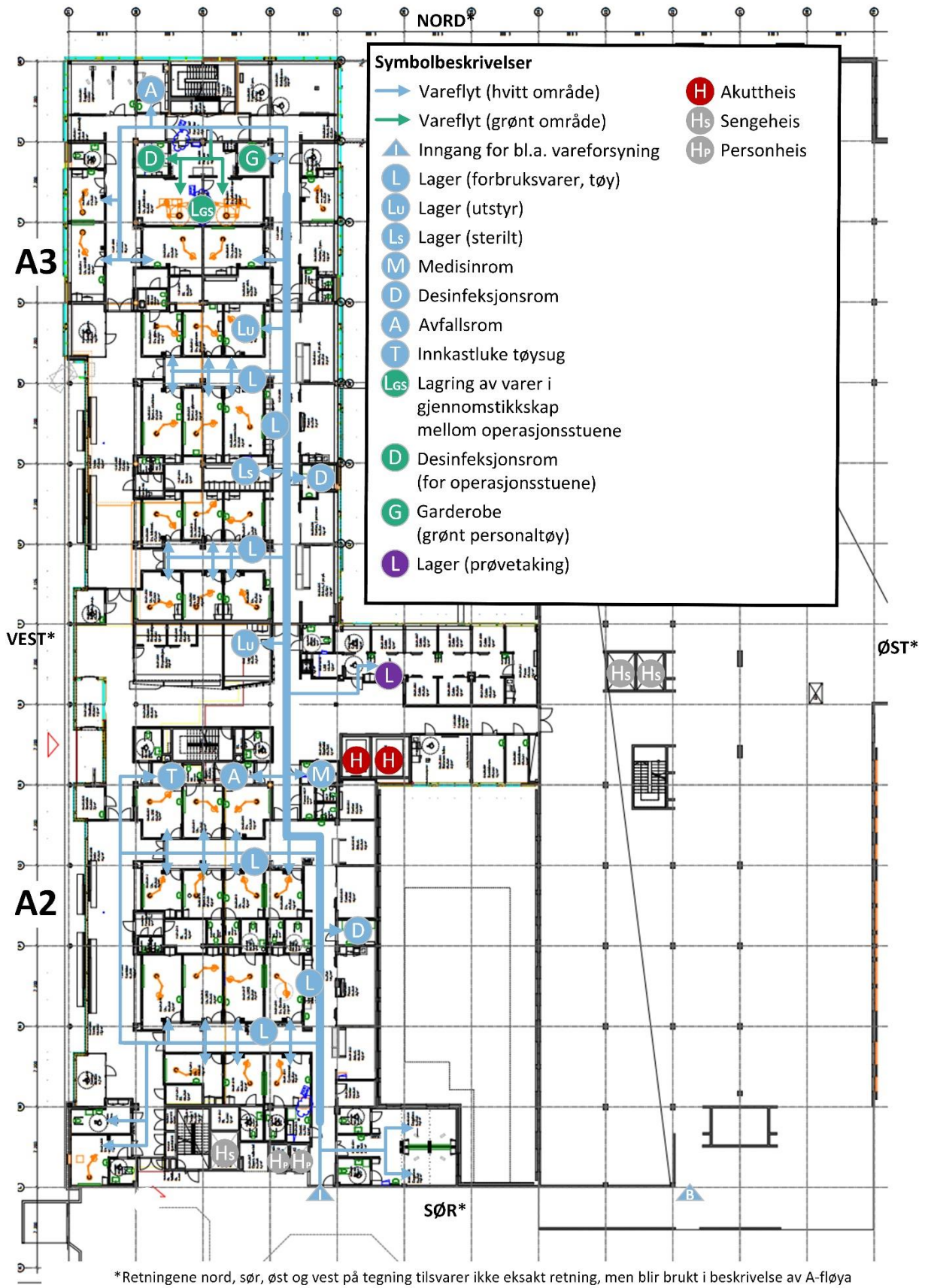
Både i spørreundersøkelsen blant ansatte og i fokusgruppen ble det påpekt at A-fløy poliklinikkene har for få arbeidsplasser for sekretærer. I evalueringsperioden hadde området totalt åtte sekretærer. I tillegg til ett rom for fire sekretærer i Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi, var to rom (5 m²) bak skranken i ekspedisjonen arbeidsplasser for to sekretærer. Et samtalerom (7 m²) og et kontor i D-fløya ble også benyttet til sekretærarbeid. Det betyr at sekretærplassene ble spredt etter innflytting i A-fløya. Fokusgruppedeltakerne mente at dette har gått ut over det faglige samarbeidet mellom sekretærer, leger og sykepleiere. En av deltakerne i fokusgruppen uttrykte det slik:

Vi har mistet arbeidsmiljøet. Vi har mistet litt det samholdet som var imellom sykepleierne og kontorpersonell [...] Sekretærene har blitt avglemt i dette prosjektet.

4.6.2 Vareflyt og forsyning

Vareflyten i poliklinikken presenteres ved hjelp av en illustrasjon (Figur 4.16). Den viser rom i poliklinikken som er relatert til vareflyten og tilkomst til de ulike rommene. Etter illustrasjonen blir vareflyten og vareforsyning beskrevet.

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya



Figur 4.16 Illustrasjon – vareflyt i poliklinikken. (Kilde: Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

For vareleveranser til poliklinikkområdet benyttes dobbeltdøren i sør-øst, som leder inn til «bakre korridor». Denne korridoren benyttes hovedsakelig av ansatte i poliklinikkområdet. I tillegg kommer leveranser (sterilt og urent flergangsutstyr) til og fra sterilsentralen via den «bakre korridoren». Poliklinikkene benytter heis som ligger imellom A og B- fløya eller heis i B-fløya.

Spørreundersøkelsen blant ansatte viser at svært mange var fornøyde med leveranser av forbruksvarer, da gjennomsnittlig score var 4,4 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Mange mente også at det er tilstrekkelig plass til forbruksvarer (gjennomsnittlig score 3,8).

Det er «aktiv forsyning» av forbruksvarer, det vil si at det er avdelingspakkede leveranser, hvor portører og assistenter bestiller (skanner brikker som henger på lagerskap og skuffer), leverer og fyller på (Figur 4.17). I Ortopedisk poliklinikk er det en assistent i 50% stilling som bistår med arbeidet.



Figur 4.17 Lager i korridor til venstre og lagerrom nederst til høyre i bildet. «Brikker» er plassert på vegg og på skuffer i skap

Alt sterilt flergangsutstyr rengjøres i sterilsentralen. Når assistenten ikke er i Ortopedisk poliklinikk, sørger klinisk personell for transport mellom poliklinikken og sterilsentralen. I de øvrige to poliklinikkene sørger sykepleiere for transport til og fra sterilsentralen.

Legemidler leveres fra sykehusapoteket til poliklinikken av portør. Poliklinikkene har et felles medisinerom (opptreks-rom) sentralt plassert i nærheten av ekspedisjonen. I spørreundersøkelsen blant ansatte fikk utsagnet «Det er tilstrekkelig plass til legemidler i vår enhet/avdeling» en høy score, da gjennomsnittlig score var 4,0.

Mange mente også at det var tilstrekkelig plass til oppbevaring av tøy (gjennomsnittlig score 3,7). Rent tøy kommer i avdelingspakkede leveranser til poliklinikken, og urent tøy går i tøysug. I poliklinikken er det innkast til tøysug i avfallsrommet mot nord, samt i et eget rom nært et avfallsrom omtrent midt i poliklinikken.

Restavfall kastes i avfallssug, mens øvrige avfallsfraksjoner transporteres ut i traller via korridor til B-fløya og videre i heis ved bildediagnostikkområdet. Fra ortopedisk poliklinikk går transporten først via venteområdet (vanligvis etter kl. 16).

4.6.3 Utredningspoliklinikken

Ansatte i Utredningspoliklinikken fortalte at de har gode rom og god utforming av poliklinikkområdet. De fremhevet spesielt at undersøkelses-/behandlingsrommene er større enn i den tidligere poliklinikken og at det er flere tilgjengelige toalett (HC/WC 5-7 m²) for pasientene.

Mange av pasientene kommer på grunn av sykdom eller plager knyttet til fagområdene gynekologi, urologi og gastrokirurgi. De fleste må kle av seg, og de har ofte behov for å vaske seg i forkant eller etter undersøkelsen. Fokusgruppedeltakerne fremhevet at det er nødvendig med toalett tilknyttet undersøkelses-/behandlingsrom for omkledding, skjerming og ivaretagelse av privatliv.

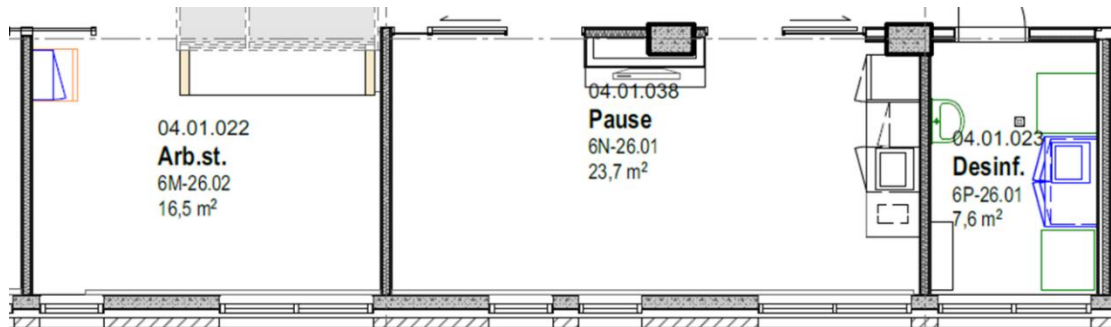
For oss på sykepleiersida, så har vi på Utredningspoliklinikken fått det bedre enn der vi var tidligere. Vi har blant annet mye større undersøkelsesrom og en del flere toalett eller bad enn det som Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi har. Vi har fått en god ordning rommessig. Vi har alle egne telefoner som tilhører de ulike listene vi har, og dermed klarer vi greit å kommunisere med hverandre hvis man trenger det, slik at man ikke må gå til de ulike rommene.

I Utredningspoliklinikken er det til sammen åtte undersøkelses-/behandlingsrom, fem med direkte tilgang til toalett og tre uten. Størrelsen på rommene er mellom 16 og 23 m². I tillegg har poliklinikken et «flowrom» for trykkmåling av urinstråle.

Bare ett av undersøkelses-/behandlingsrommene i poliklinikken har dagslys. De fleste rommene er plassert i midtkjernen med et vindu høyt opp på veggen. Vinduet gir i hovedsak lys fra korridoren, men det er ofte skjermet med rullegardiner for å hindre at pasientene får følelsen av innsyn til rommet. I intervjuene ble det påpekt at de takhengte undersøkelseslampene ikke fungerer optimalt. Både på omvisning og i intervju ble det forklart at det er vanskelig å manøvrere lampene langt nok ned til området som skal undersøkes. Dette gjelder for begge poliklinikkene i A2. På et par rom er lampene senket, men dette har, ifølge fokusgruppen, ført til at legene slår hodet mot metallstangen på lampene.

Poliklinikken har en arbeidsstasjon med fire plasser for sykepleiere (16,5 m²), pauserom (23,7 m²) og et kontor for avdelingssykepleier. Et desinfeksjonsrom (7,6 m²) deles med

Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi (Figur 4.18). I Utredningspoliklinikken finnes i tillegg et desinfeksjonsrom for vask av cystoskop.



Figur 4.18 Arbeidsstasjon, pauserom i Utredningspoliklinikken. Felles desinfeksjonsrom for Utredningspoliklinikken og Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi

Arbeidsstasjonen er plassert ved yttervegg mot B-fløya og ved siden av et kontor for avdelingssykepleier. Som alle arbeidsstasjonene i A-fløy poliklinikkene, er den åpen mot korridor, og plasseringen gir sykepleierne god oversikt over området. To undersøkelses-/behandlingsrom er lenger unna, de er plassert ved inngangen og venteområdet i poliklinikken. Det ene rommet benyttes til en pasientgruppe som ikke har stort behov for nærhet til poliklinikken, og et «flowrom» er plassert ved siden av. Rommenes plassering i utkanten av poliklinikken, har gitt utfordringer knyttet trafikk og konfidensialitet. Det ble forklart at dette håndteres ved at sykepleierne tar kontakt per telefon med pasientene på undersøkelsesdagen for å informere og avtale hvordan undersøkelsen skal foregå.

Ved siden av rommene som ligger i utkanten av Utredningspoliklinikken, er det et kontor med vindu og dagslys som benyttes til tilskrivning av kreftpasienter. Sykepleierne sa at de er veldig fornøyde med arbeidsplassene i dette kontoret.

Blant ansatte er det enighet om at det felles⁷ desinfeksjonsrommet på 7,6 m² er for lite. Poliklinikkene benytter utstyr som blir mye tilsølt. Det er spesielt mye utstyr i Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi, og det ble sagt at det er en stor utfordring å skille mellom ren og uren side i rommet. Desinfeksjonsrommet i Ortopedisk poliklinikk har samme størrelse. Det ble sagt at dette rommet fungerer greit fordi poliklinikken har mindre utstyr som skal rengjøres. Sammenlignet med anbefalingene i Standardromskatalogen (2021)⁸, er desinfeksjonsrommet lite, da anbefalingene er 12 m² i desinfeksjonsrom med ren og uren sone. Det oppgis imidlertid at i nåværende sykehusprosjekter varierer arealet i desinfeksjonsrom mellom 8 og 13 m².

4.6.4 Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi

Poliklinikkområdet som er plassert i midten, tilhører Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi (gynekologi). I fokusgruppen ble det framhevet at poliklinikken har flere

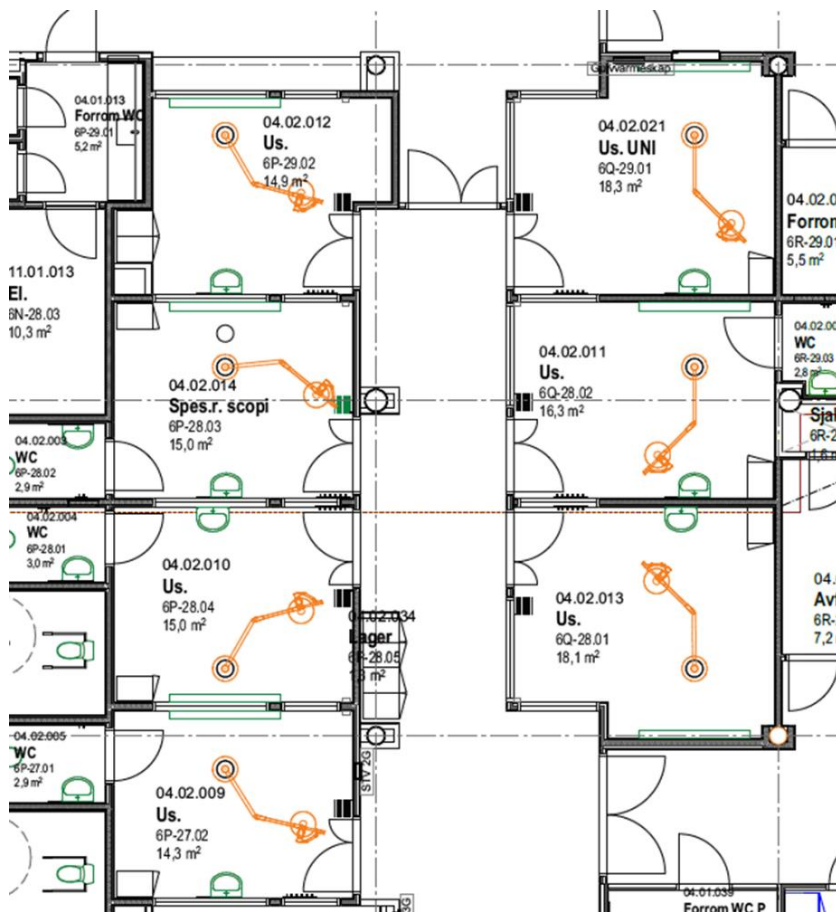
⁷ For Utredningspoliklinikken og poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi

⁸ <https://sykehusbygg.no/kunnskapsdeling/veiledere>

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

undersøkelles-/behandlingsrom enn tidligere, men rommene er trange med dårlig luft, og det er for lite toalett og omkleddningsplass for pasientene.

Det er til sammen sju undersøkelles-/behandlingsrom i området, hvorav fem er mellom 14 og 16 m² og to rom er 18 m². Ett rom tilhører universitetet i Tromsø (UiT), og et annet er spesialrom for skopi (Figur 4.19). Fire undersøkelles-/behandlingsrom har direkte tilgang til toalett (WC ca. 3 m²). I fokusgruppen ble det påpekt at pasienter som har gynekologiske sykdommer, har behov for toalett og skifteområde tilknyttet undersøkelles-/behandlingsrommet, derfor foretrekker legene å bruke rommene med toalett.



Figur 4.19 Undersøkelles-/behandlingsrom i Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi

Både leger og sykepleiere fremhevet at den største utfordringen er at undersøkelles-/behandlingsrommene er trange. Det ble sagt at rommenes kvadratiske form gjør det vanskelig å tilstrekkelig få plass rundt pasienten, til skjerm Brett for omkleddning og til utstyr. Det ble foreslått at en mer rektangulær form kunne bidratt til bedre utnyttning av arealet i undersøkelles-/behandlingsrommene.

Vi har problemer fordi flere av rommene er vanskelig å bruke. For å kunne flekse er det flere av rommene som er suboptimale, i og med at det ikke er skifteområde. Og det er veldig mye problemer med utformingen, fordi i gyn. så har vi en undersøkellesstol, vi har et bord

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

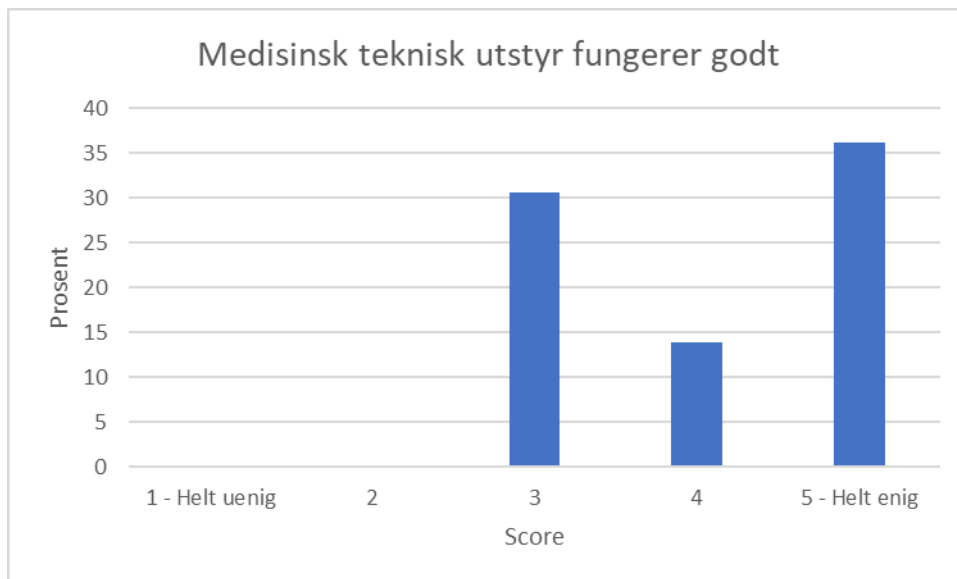
med instrumenter, og så har vi et stort ultralydapparat, så har vi kanskje enda et utstyrsbord ved siden av der igjen, og mikroskop.... Vi må stadig flytte utstyr inn og ut av rommet etter hvert som vi skal bruke det. Og det som gjør det veldig vanskelig å bruke området ordentlig, altså å komme rundt pasienten, at man får ordentlig assistanse, er at det er trangt, og det er dårlige plassforhold. Det er trangt mellom døra og stol og utstyr. Det er en veldig dårlig utforming av rommet.

Det er utfordrende å få plass til flere personer i rommet, spesielt når det er både lege, sykepleier pasient, pårørende og kanskje en student til stede. Figur 4.20 viser et bilde av undersøkelses-/behandlingsrom med direkte tilgang til toalett, samt felles desinfeksjonsrom (omtalt under Utredningspoliklinikken).



Figur 4.20 Undersøkelses-/behandlingsrom med toalett i Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi til venstre. Til høyre vises felles desinfeksjonsrom for Utredningspoliklinikken og Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi

Ifølge spørreundersøkelsen blant ansatte og intervju uttrykte mange at de er fornøyde med medisinsk utstyr. Figur 4.21 viser at 50 av besvarelsene ga høyeste score (4 eller 5) til utsagnet «Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt». Ingen av besvarelsene ga laveste score (1 eller 2).



Figur 4.21 «Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt». Score fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, poliklinikkene i A-fløya

I fokusgruppene og under befaring, kom det fram at problemene knyttet til utstyr, var plassmangel og varme. Dette vises i spørreundersøkelsen, idet ventilasjon fikk en gjennomsnittlig score litt under middelveien (fornøyd med ventilasjon: 2,9 på en skala fra 1 til 5, fra helt uenig til helt enig). I fokusgruppen ble det forklart at i ventilasjonen i undersøkelses-/behandlingsrommene ikke er god nok. Legene har arbeidsdagen sin på disse rommene, som er uten dagslys. De har en arbeidsplass i rommet, og de benytter apparater som avgir mye varme. I tillegg blir det ofte lukt som følge av behandlingen. Luften i rommet blir varm og tung. Det er vanskelig å få luftet ut, og dårlig og sjenerende lukt sprer seg til korridoren når døren åpnes.

Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi har en dagenhet for medisinske svangerskapsavbrudd. Området er lokalisert ved Utredningspoliklinikken med fire dagplasser med to toalett (WC/HC). Sykepleierne sa at forholdene i A-fløya er mye bedre enn i de tidligere lokalene. I fokusgruppen kom det likevel noen forslag til forbedringer: Kvinnene som kommer for medisinske svangerskapsavbrudd, henvender seg i den felles åpne ekspedisjonen, der mange andre oppholder seg. Deltakerne i fokusgruppen mente at denne pasientgruppen burde fått en mer skjermet løsning. Videre må pasientene gå forbi ansattes pauserom for å komme til dagenheten. De ansatte fortalte at kvinnene har uttrykt at de føler seg litt «beglodd».

For sykepleierne som oppholder seg i dagenheten, oppleves plasseringen av det felles desinfeksjonsrommet uhensiktsmessig. Dette er fordi de må gå fra dagenheten, forbi arbeidsstasjonen og pauserommet for å komme til desinfeksjonsrommet.

Arbeidsstasjon er plassert mellom et kontor for avdelingssykepleier og et kontor for sekretærer (16 m²). Arbeidsstasjonen (14 m²) har fire arbeidsplasser for sykepleiere. Som i Utredningspoliklinikken, har sykepleierne god oversikt over området fra arbeidsstasjonen, men det er mye trafikk i området, blant annet på grunn av

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

personaltoalett som ligger ved siden av. I tillegg kommenterte både leger og sykepleiere at det kan være vanskelig å gjennomføre konfidensielle samtaler på grunn av de åpne løsningsene i alle tre poliklinikkene.

I utkanten av poliklinikkene, ved blodprøvetaking, har personalet et felles kombinert møte og pauserom (23 m²) som benyttes i tillegg til pauserommet i A2 (24 m²).

Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi har et felles lager med Utredningspoliklinikken (kasse-bakkeskap med glassdører i korridor-nisje) og et felles lager for utstyr og forbruksvarer i overgangen til Ortopedisk poliklinikk. I tillegg har poliklinikkene egne lagerskap i korridor. På grunn av det er for lite plass i utstyrlager og trange undersøkelses-/behandlingsrom i Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi, plasseres en del utstyr i korridoren utenfor undersøkelses-/behandlingsrommene.

På bakgrunn av erfaringene med pasientforløpene i A-fløya, påpekte ansatte, spesielt fra Utredningspoliklinikken og Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi, at man må ta hensyn til de ulike pasientgruppene når poliklinikkområder planlegges.

I framtida, må man tenke på hvilken type pasienter man har. Er det en arm man skal undersøke eller er det nedentil?

Fokusgruppedeltakerne var tydelig på at de anbefalte undersøkelses-/behandlingsrom med direkte tilgang til toalett for pasientgruppene i de to poliklinikkene i A2.

4.6.5 Ortopedisk poliklinikk

Ortopedisk poliklinikk er plassert i A3, og er den største av poliklinikkene i A-fløya. Ansatte sa at poliklinikken fungerer godt. Det er god plass, det er god pasientlogistikk og området er planlagt for framtida.

Vi er en stor poliklinikk, og vi har masse vindu og masse lys. Det er ganske stor forskjell på poliklinikkene.

Ortopedisk poliklinikk har til sammen 17 generelle undersøkelses-/behandlingsrom og spesialrom, hvorav ett er tilknyttet universitetet (UiT). Spesialrommene er blant annet rom for øyeblikkelig-hjelp, gipsrom, rom for sårskift og for brannskader (plastikkirurgi). Poliklinikken har også to operasjonsstuer med en tilhørende dagplass for tre pasienter.

De generelle undersøkelses-/behandlingsrommene er mellom 13 og 17 m², mens spesialrommene varierer fra 14 til 23 m². Det ble fortalt at Ortopedisk poliklinikk benytter alle undersøkelses-/behandlingsrommene, men noen av de generelle rommene er større enn det virksomheten har behov for i dag, dvs. ved ordinære konsultasjoner der man trenger en benk og en arbeidsplass.

I Ortopedisk poliklinikk ble det uttalt at øyeblikkelig-hjelp fungerer godt. Arbeidet er organisert slik at det i hovedsak er utredning av pasienter i første del av poliklinikken, mens det gjøres mest kontroller og øyeblikkelig-hjelp i området mot nord. Et rom for

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

gipsing av barn har direkte tilgang til WC/bad med stellebord, og er tilrettelagt for de som har behov for å stelles og bades. Badet har også inngang fra korridor. Det kan derfor benyttes til barn som har fått brannskader selv om gipsrommet er opptatt (Figur 4.22). Det ble også framhevet at rommet for sårstell fungerer godt. Det er plassert ved yttervegg (vest) og har luftemulighet.



*Figur 4.22 Bad for stell bading og stell (barn) med dør til gipsrom og korridor (til venstre i bildet).
Spesialrom «akuttstue» med C-bue (til høyre). Ortopedisk poliklinikk*

Deltakerne uttrykte at de er fornøyde med operasjonsområdet og at det er en ressurs for småkirurgi. Området er planlagt for framtida, for mer krevende operasjoner enn de som utføres i lokalbedøvelse i dag (Figur 4.23). Blant annet har operasjonsstuene takhengte uttakssentraler (søyler) og en trapp som kobler poliklinikkområdet til dagkirurgisk område i plan 7. Dette er gjort for å legge til rette for framtidig samarbeid, blant annet slik at anestesipersonell skal kunne bistå ved større operasjoner.

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya



Figur 4.24 Operasjonsstue, forrom og desinfeksjonsrom i Ortopedisk poliklinikk

Operasjonsstuene er likt utformet (23-25 m²). På evalueringstidspunktet ble en benyttet til plastikkirurgi, den andre ble benyttet av ortoped og håndkirurg. Det er gjennomstikkskap mellom stuene, og området har et eget desinfeksjonsrom i overkant av 8 m² som fungerer godt.

Etter at legen har hatt en samtale med pasienten, bistår sykepleier med å klargjøre pasienten til operasjon på dagplassen (dagbehandlingsrommet). Dagplassen har tre pasientplasser med et skop tilknyttet hver plass. Ved siden av dagplassen er det en arbeidsstasjon, som også er utformet med tanke på framtidig utvikling. Arbeidsstasjonen har to PC-er og et vindu inn til dagplassen for observasjon av pasienter (Figur 4.25).



Figur 4.25 Arbeidsstasjon med vindu inn til dagplass i Ortopedisk poliklinikk

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

I Ortopedisk poliklinikk er det to arbeidsstasjoner på ca. 22 m². Den ene har fem arbeidsplasser og den andre har fire. Poliklinikken har også to små arbeidsstasjoner på 7 m², ved dagplass og ved møte- og pauserom i nord (Figur 4.26). Det ble sagt at arealet i de største arbeidsstasjonene er tilrettelagt for økt drift i framtida.



Figur 4.26 Arbeidsstasjoner i Ortopedisk poliklinikk. Liten arbeidsstasjon til høyre

Poliklinikken har et stort areal og store rom i A-fløya sammenlignet med den tidligere poliklinikken der personalet var vant til å være «trangbodd». Det ble bemerket at større avstander har ført til at leger, sykepleiere og sekretærer har mistet litt av samarbeidet og kontakten med hverandre.

Ansatte fortalte at de hadde god tilgang på forbruksvarer. Lagerskap er plassert i korridorer, og poliklinikken har et eget utstyrslager. Det ble sagt at det er tilstrekkelig lagringsplass for utstyr.

Pasientlogistikken ble beskrevet som god, men noen forbedringer ble likevel anbefalt i nye sykehusprosjekt. Dette gjelder møte- og pauserommet mot nord (26 m²) som også benyttes til opplæring av pasienter før operasjon. Ansatte har erfart at plasseringen av rommet medfører ekstra trafikk av pasienter i området ved arbeidsstasjon, kontor for sekretærer, undersøkelses-/behandlingsrom og kontor for enhetsleder.

4.6.6 Kvalitet og teknologi

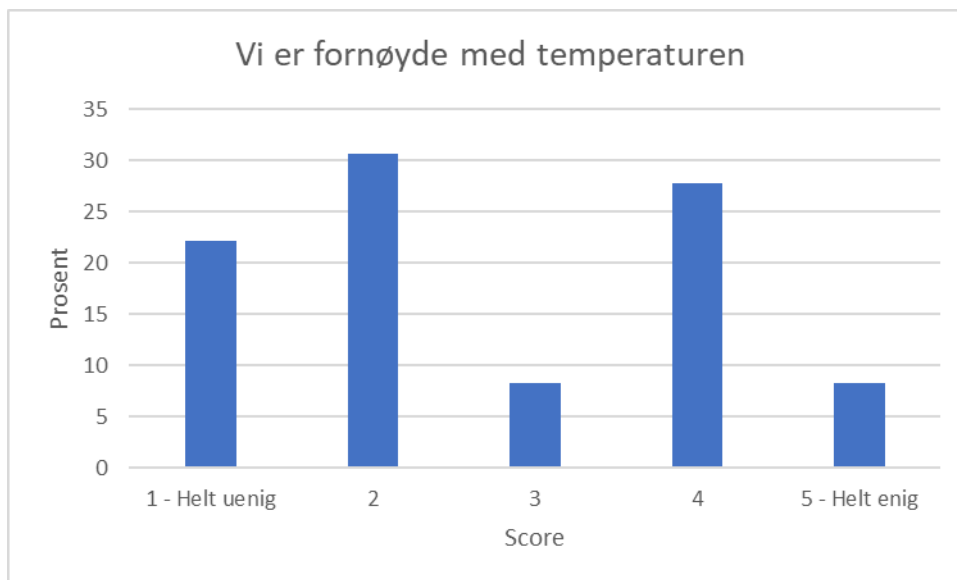
I fokusgruppeintervju ble IKT og teknologi kommentert, blant annet slik:

I planleggingen av A-fløya var det veldig fremtidsrettet, med mye elektronikk. Man skulle gjøre om hele måten å jobbe på elektronisk, men det har jo ikke fungert etter intensjonene. Vi har plagdes veldig mye med elektronikk.

Også i spørreundersøkelsen blant ansatte ble IKT-problemer kommentert:

Det kan virke som etter hver oppdatering så faller alt av lagrede innstillinger ut. Det være seg temperatur, data, skrivere og lignende.

Både i spørreundersøkelsen og i fokusgruppeintervju bemerket ansatte at romtemperaturen er vanskelig å regulere. Noen rom er for varme, mens andre er kalde. I Ortopedisk poliklinikk opplevde ansatte at det var for kaldt. Flere mente at store vinduer og rom med felles styring av temperatur, var noen av årsakene til de kalde rommene. I figuren nedenfor framkommer varierende oppfatninger av temperaturen, noe som sannsynligvis gjenspeiler variasjoner i poliklinikkområdet. Om lag halvparten av besvarelsene ga laveste score (1 eller 2), mens en tredjedel ga høyeste score (4 eller 5) i spørreundersøkelsen.



Figur 4.27 «Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling». Score fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, poliklinikkene i A-fløya

Det ble fortalt at mobildekningen i A-fløya var dårlig ved innflytting. På evalueringstidspunktet var dekningen blitt bedre, men Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi, som er plassert i midten, opplevde fortsatt utfordringer.

I spørreundersøkelsen blant ansatte kom det fram at det har vært problemer med dører som med jevne mellomrom ikke lot seg åpne med adgangskort. Dette gjaldt blant annet dører til operasjonsstuer. Under befaring ble det vist til problemer med dørlås i den sørøstlige delen av poliklinikken («bakre korridor»). Det ble fortalt at dette var en pågående reklamasjonssak.

Videre ble det bemerket at det er uhensiktsmessig å benytte to ulike romnummer for å identifisere et undersøkelses-/behandlingsrom. Ansatte sa at det er krevende å tolke calling-en fordi den oppgir et annet nummer enn det som står på døra til rommet som callingen kommer fra.

Som i plan 7 og 9, fungerte ikke de utvendige persiennene i kuldegrader. Det er derfor montert persienn på innsiden av vindu, i noen områder rullegardiner, for å skjerme for innsyn og sol.

I spørreundersøkelsen fikk utsagnet «Det er tilstrekkelig arbeidslys i vår enhet/avdeling» mange høye scorere, 80 prosent av de ansatte ga de høyeste scorene (4 eller 5). Når det gjelder mulighet for å regulere arbeidslys, var ikke alle tilfredse. I ekspedisjonen er det felles «lysstyring» på alle kontor plassene, i den åpne skranken og i de to kontorene bak. Noen opplevde at lyset var for sterkt. Sekretærene bemerket at det ville vært mer hensiktsmessig dersom man kunne ha individuell tilpasning av lys i kontorene.

Vaskene i poliklinikkene i A-fløya er for små og grunne til at man får til å vaske hendene grundig (tilsvarende vasker som omtalt i plan 7 og 9). Bare vaskene i operasjonsområdet og i avfallsrommet har berøringsfri armatur, mens personalet anbefalte berøringsfri armatur i alle vaskene i undersøkelses-/behandlingsrommene. Når det gjelder toaletter for personell, anbefalte deltakerne fra Ortopedisk poliklinikk en vask inne på hvert toalett, ikke bare i et forrom der man erfaringsmessig ofte må stå i kø for å vaske hendene.

Møbler og inventar fikk mange høye scorere i spørreundersøkelsen blant ansatte. Gjennomsnittlig score var på 4,1 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig).

4.6.7 Medvirkning

Deltakerne i fokusgruppeintervjuet diskuterte anskaffelser av utstyr. De mente at anskaffelsen ikke hadde vært ideell for blant annet undersøkelsesbenker og gynekologstoler. Det ble sagt at det hadde vært bedre dersom klinikerne hadde gitt råd slik at utstyret ble mest mulig funksjonelt. En av deltakerne uttalte at det er lagt opp til fin pasientflyt, men medvirkningen i arbeidsprosesser og rom var ikke vært like godt ivaretatt:

Jeg har fått tilbakemelding om at i planleggingsprosessen ble fagpersoner hørt i veldig liten grad. Så veldig mange av de tingene var varslet [...]. Så man føler seg veldig lite ivaretatt som arbeidstaker.

Det ble imidlertid også sagt, at i Ortopedisk poliklinikk ble det gjort mye forarbeid og planlegging av det nye området.

4.6.8 Fleksibilitet

Det ble opprinnelig planlagt at undersøkelses-/behandlingsrom skulle benyttes fleksibelt mellom de tre poliklinikkene, men deltakerne i fokusgruppen har erfart at det er mest praktisk å ha rommene samlet i hver poliklinikk. Dette begrunnes med at poliklinikkene har mye fagspesifikt utstyr, og fordi hver poliklinikk har egne sykepleiere med spesialkunnskap som bistår og assisterer i undersøkelses-/behandlingsrommene.

Innenfor hver poliklinikk benyttes rommene mer fleksibelt. For eksempel brukes rom for gipsing i Ortopedisk poliklinikk også til kontroller og vanlige konsultasjoner.

4.7 Hovedfunn

I dette kapittelet oppsummeres hovedfunn fra evalueringen av poliklinikkene inkludert vurdering av måloppnåelse.

Den nye A-fløya skulle legge til rette for god logistikk og en balanse mellom effektiv drift og mulighet for ro og samtaler. I A-fløya har derfor poliklinikker som tidligere var spredt i sykehusområdet, blitt samlokalisert. Et område for blodprøvetaking er også plassert i plan 6. Hensikten med samlingen har vært å legge til rette for fleksibel bruk av rom, personell og utstyr.

De aller fleste pasientene gir uttrykk for at de er fornøyde med den nye poliklinikken. Spørreundersøkelser og intervju viser at ansatte i poliklinikkene også i hovedsak er fornøyde med samlokaliseringen i A-fløya og de nye områdene. I

Utredningspoliklinikken og Ortopedisk poliklinikk ble det spesielt framhevet at det er bedre utforming og plass sammenlignet med tidligere trangboddhet. Mange har formidlet at de er fornøyde med møbler og inventar, vareflyt og forsyning, medisinsk teknisk utstyr.

Det rapporteres om utfordringer knyttet til temperatur, ventilasjon og teknologi, som blant annet adgangskontrollerte dører, felles varmestyring og mobildekning. Videre har ikke de utvendige persiennene fungert som planlagt, noe som har medført ettermontering av innvendige rullegardiner eller persienner for å skjerme innsyn og sol.

Nedenfor oppsummeres resultater fra sentrale områder i poliklinikkene i A-fløya.

Finne veien og venteområder

Pasientundersøkelsen viser at de aller fleste pasientene er fornøyde med orientering og oversikt i poliklinikken, men noen formidlet at det er vanskelig å finne riktig undersøkelsesrom. I pasientundersøkelsen uttrykker imidlertid 95 prosent av pasientene at de er fornøyde med muligheten til å spørre og hjelp til å finne frem. Det må også bemerkes at pasientene har svart at de er svært fornøyde med kontakten med personalet i poliklinikken.

Over 90 prosent av pasientene som besvarte spørreundersøkelsen, var fornøyde med venteområdet, herunder størrelse, tilgang til toalett, material- og fargebruk, samt avstand fra innsjekking. Flere av pasientene påpekte noen forbedringsområder. De ønsker bedre mulighet for å sitte skjermet i venteområdet, bedre tilgang til mat og drikke og informasjon om forsinkelser til avtalt time.

Ansatte i poliklinikken har erfart at noen pasienter har problemer med å finne riktig venteområde. Skiltingen er imidlertid blitt forbedret etter innflytting, idet poliklinikknavn har erstattet nummer på venteområdet. Den nye skiltingen har bidratt til at flere pasienter finner riktig område. Ansatte har i større grad erfart at det er

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

utfordrende for pasienter å finne veien og at noen pasienter derfor henvender seg i arbeidsstasjonene.

Ekspedisjon

I henhold til planene ble det bygd en felles ekspedisjon og lagt til rette for at innsjekkingen er automatisert. De tre plassene i den åpne skranken benyttes imidlertid ikke som planlagt. Helsesekretærene som tilhører hver sin poliklinikk, har flyttet fra plassene på grunn av avbrytelser og uro som gjør at de ikke får utført arbeidet sitt. På evalueringstidspunktet er bare én av plassene i skranken bemannet av en resepsjonsmedarbeider.

Ansatte rapporterte om problemer med å overholde taushetsplikten i skranken, og flere ønsket derfor en ombygging av ekspedisjonen. Venteplasser til laboratoriets prøvetaking er plassert nært ekspedisjonen. Dette medfører at det er lett å overhøre samtaler mellom resepsjonsmedarbeider og pasient.

De fleste pasientene (88 prosent) har oppgitt at de var fornøyde med muligheten til å snakke skjermet med personalet i ekspedisjonen. Dette kan forstås som at pasientene erfarer at personalet i den åpne skranken, håndterer kommunikasjonen på en tilfredsstillende måte.

Også her må det bemerkes at bortimot alle pasientene uttrykker at de blir mottatt og møtt med respekt i poliklinikken.

Undersøkelses-/behandlingsrom

Pasientene som besvarte spørreundersøkelsen, uttrykte at de i all hovedsak var fornøyde med undersøkelses-/behandlingsrommene (UB-rommene).

Som planlagt, er mange av rommene generelt bygd slik at de kan benyttes på tvers av fagområder, kun utstyr og areal varierer. På evalueringstidspunktet ble UB-rommene benyttet fleksibelt innenfor hver av de tre poliklinikkene, men ikke på tvers av poliklinikkene.

Poliklinikkene har opplyst at til sammen 22 generelle UB-rom var i bruk i 2020, mens det var planlagt 28. Erfaringene fra poliklinikkene er at flere av de generelt bygde rommene, ble benyttet fagspesifikt på grunn av utfordringer med å flytte på tungt spesialutstyr. Kapasitetsberegningene viser at poliklinikkene hadde behov for 18 generelle UB-rom. Det ser derfor ut til å være tilstrekkelig kapasitet til å imøtekomme aktiviteten tilsvarende 2019-nivået og en eventuell økning.

De fleste UB-rommene er lokalisert i midtkjernen uten vindu. Spesielt i Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi erfarer ansatte at rommene på rundt 16 m² er trange, har tung luft, blant annet på grunn av mye utstyr som gir varme. Videre er det behov for større lagringsplass for utstyr i eller utenfor rommet. Både i Utredningspoliklinikken og Poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi fremheves betydningen av toalett i direkte

Kapittel 4 Poliklinikk, plan 6 A-fløya

tilknytning til UB-rom for pasientgruppene som benytter disse områdene (gynekologi, gastro og urologi).

Evalueringen viser at Ortopedisk poliklinikk har god plass og velfungerende rom, at poliklinikken er bygd fleksibelt og framtidsrettet for å kunne ivareta mer krevende oppgaver.

Desinfeksjonsrom

Utredningspoliklinikken og poliklinikk for kvinnehelse og kirurgi deler et desinfeksjonsrom på 7,6 m². Ansatte har erfart at rommet er for lite. Standardromskatalogen anbefaler 12 m² for desinfeksjonsrom med ren og uren sone.

5. Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Dette kapittelet presenterer evalueringen av det dagkirurgiske området i A-fløya. Først beskrives området med mål og planforutsetninger. Pasientenes erfaringer er kartlagt, og ansattes erfaringer med bygg og virksomhet blir belyst. Det er lagt vekt på hvordan lokaler og løsninger understøtter pasientforløp og arbeidsprosesser. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av hovedfunn.

Det dagkirurgiske området har tilbud til voksne og barn over ett år innen følgende områder: Gastrokirurgi, ortopedi, urologi, nevrokirurgi, ØNH, gynekologi, urologi, håndkirurgi, plastikk-kirurgi, oralkirurgi, hudlaser, endokrinkirurgi, ECT-behandling, gastromedisinsk utredning og behandling. Dagkirurgien ligger i nye A-fløya plan 7 og består av to hoveddeler; ett forberedelses-/oppvåkningsområde og ett operasjonsområde. Den totale lengden på fløya er ca. 100 meter.

Forberedelses-/oppvåkningsområdet er lokalisert i den sørlige delen av plan 7 (A2). Området har dobbeltkorridor med arbeidsstasjon, samtalerom, lager, medisinrom og desinfeksjonsrom plassert i midtkjernen. På begge sider av midtkjernen, mot yttervegg, er det til sammen sju sengerom med dagplasser (senger) som benyttes både til forberedelser og oppfølging etter operasjon.

I den nordlige delen (A3) ligger operasjonsområdet med seks operasjonsstuer på den ene siden og to operasjonsstuer og støtterom på den andre siden av en korridor. Støtterom som lager (utstyr, sterilt gods m.m.), medisin- og desinfeksjonsrom er plassert nært operasjonsstuene. Arbeidsplasser, kontorer og pause/møterom er plassert i den nordlige korridoren. Garderobene er plassert imellom forberedelses-/oppvåkningsområdet og operasjonsområdet og i den midtre korridoren mot B-fløya. Den midtre korridoren har også akuttheiser og et rom med arbeidsplasser. Utformingen av plan 7 er mer utfyllende beskrevet og illustrert i kapittel «Driftskonsepter og løsninger».

5.1 Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer i det tidligere operasjonsområdet i sykehuset og planlegging av det nye dagkirurgiske området i A-fløya.

5.1.1 Prosjektutløsende behov – utfordringer i sykehuset

I hovedfunksjonsprogram (HFP) for A-fløya (2010) fremheves det at dagpasienter har behov for god logistikk, arealer som legger til rette for kommunikasjon og som virker stressreducerende.

Ifølge intervju med representanter fra prosjektorganisasjonen i UNN, var dagkirurgien en av de viktigste årsakene til at A-fløya ble utvidet. Før innflytting i ny A-fløy hadde den dagkirurgiske virksomheten trange forhold som vanskeliggjorde omstilling til

dagkirurgi og effektive driftsløsninger (HFP). Flere pasienter som skulle til dagkirurgi, hadde opphold før og etter operasjon i sengeposter og små dagenheter. Det var en underkapasitet på forberedelsesplasser og oppvåkning og for få operasjonsstuer dedikert for dagkirurgi. Dette medførte dårlig flyt og logistikk i operasjonsområdet.

5.1.2 Planlegging av dagkirurgisk område

I HFP var det planlagt at rundt 65 prosent av operasjonskapasiteten skulle være dagkirurgisk i 2020. Videre framhever delfunksjonsprogrammet (DFP) (2011) målsettingen om god logistikk for den totale operasjonsvirksomheten, med fokus på vesentlig endring fra døgn til dagkirurgisk virksomhet.

I intervju med prosjektorganisasjonen i UNN ble det fortalt at under planleggingen besluttet UNN at dagplassene skulle være i A2. Diskusjonen om de dagkirurgiske operasjonsstuenes lokalisering i A- eller B-fløya pågikk lenge. Lokalisering av operasjonsstuenes i B-fløya ville legge til rette for at de nye dagkirurgiske stuenes også kunne brukes til døgnkirurgi (innsluset/sentral operasjon). Dette ville imidlertid medføre kryssende trafikk mellom dag- og døgnkirurgi.

UNN konkluderte med at målet skulle være å legge til rette for dagkirurgi. A-fløya i plan 7 skulle være en effektiv driftsenhet med antall dagplasser i samsvar med antall operasjonsstuer for dagkirurgi, slik at man kan utnytte operasjonsstuenes maksimalt og øke den dagkirurgiske aktiviteten. Det ble derfor lagt mye ressurser i å bygge opp gode stuer med lys og integrerte systemer for dagkirurgisk aktivitet.

Den nye A-fløya skulle kobles sammen med eksisterende operasjonsstuer i B-fløya. Det skulle være en sammenhengende grønn sone i A3 og mellom B3 og A3. Under planleggingen ble det også diskutert om det skulle være sluse inn til operasjonsområdet. Slusen og sammenbinding av A3 og B3 ble valgt for å legge til rette for fleksibel bruk over tid. Dette betyr at dersom man i framtida skal bygge om eller renovere området for innsluset operasjon, skal man kunne benytte det dagkirurgiske området i en periode. Dette var begrunnelsen for å bygge en sluse, for å markere at man går inn fra en side til en annen, inn til et rent område (grønn sone).

UNN valgte å etablere generelle (universelle) stuer på ca. 60 m². Alle stuenes skulle være likt innredet og kunne brukes likt, mens fagmiljøet ønsket fagspesifikke operasjonsstuer.

Etter innflytting ble det besluttet å benytte to dagkirurgiske stuer til robotkirurgi (døgnkirurgi).

5.2 Metode

Evalueringen av det dagkirurgiske området i A-fløya er utført ved spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte, befarings, fokusgruppeintervju med ansatte, oppfølgingssamtaler og kommunikasjon via e-post med ansatte.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Spørreskjemaundersøkelsen blant ansatte ble utført i juni 2020 og blant pasienter som har fått dagkirurgi i perioden september - desember 2020.

Det ble gjennomført en befaring i dagkirurgisk område 28. oktober og fokusgruppeintervju 29. oktober 2020. Befaringen ble ledet av seksjonsleder. Under befaringsene ble det også gjennomført samtaler med ansatte. I fokusgruppen deltok fem personer med variert bakgrunn. Disse representerte ledelse, operasjon- og anestesisykepleiere, samt ansvarlige for medisinteknisk utstyr og renhold.

Hovedtemaet i fokusgruppen var erfaringer med hvordan utformingen og lokalene i det dagkirurgiske området støtter opp under pasientbehandling og arbeidsprosesser.

Videre i dette kapittelet kommer en beregning av kapasitet. Deretter følger en sammenligning av areal og en oppstilling av rom i plan 7 sammenlignet med dagens anbefalinger (Standardrom). Kartlegging av byggets egnethet starter med resultatene fra spørreundersøkelsen blant pasienter, deretter følger resultatene fra ansatte. Videre presenteres dybdeundersøkelsen som er basert på befaring og fokusgruppeintervju. Kapittelet avsluttes med hovedfunn.

5.3 Beregning av kapasitet

Aktivitetsdata for dagkirurgi i A-fløya 2019 er mottatt fra UNN. Sykehusbygg HF har benyttet disse for å beregne kapasitetsbehov for dagkirurgiske operasjonsstuer. Som utgangspunkt er det benyttet lavere og middels utnyttingsgrad hvor førstnevnte, 7 timer, tilsvarer utnyttingsgraden som lå til grunn i planleggingsprosessen (DFP 2011). For sammenligning er det også gjort en beregning med middels utnyttingsgrad, dvs. 8 timer åpningstid per dag. Utnyttingsgrader presenteres i tabellen nedenfor.

Tabell 5.1 Utnyttingsgrader i dagkirurgi

Kapasitet	Åpningstid dager i året	Middels utnyttingsgrad (timer)	Lavere utnyttingsgrad (timer)	Tidsbruk per operasjon (timer)
Dagkirurgi	230	8	7	1,5

Med utgangspunkt i utnyttingsgradene i tabellen over, er det beregnet kapasitet for dagkirurgiske operasjonsstuer (tabell 5.2).

Tabell 5.2 Kapasitetsberegning av operasjonsstuer i A-fløya

Dagkirurgi	Antall operasjoner 2019	Middels utnyttingsgrad	Middels utn.grad avr. opp	Lavere utnyttingsgrad	Lavere utn.grad avr. opp
Sum operasjonsstuer	3 426	2,8	3	3,2	4

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

I tabellen er det beregnet med middels- og lavere utnyttingsgrad for 2019-aktiviteten. Både beregnet og avrundet antall operasjonsstuer er vist. Det gir for lavere utnyttingsgrad (som tilsvarer planlagt), et behov for 4 operasjonsstuer.

Dersom åpningstiden økes til 8 timer per dag (middels utnyttingsgrad), vil det beregnede behovet for dagkirurgiske operasjonsstuer bli 3.

Tabellen nedenfor viser beregningen av behovet for dagkirurgiske operasjonsstuer, sammenlignet med planlagt (framskrevet kapasitet fra 2010 til 2020, DFP) og den faktiske kapasiteten ved UNN i 2020 (informasjon fra UNN).

Tabell 5.3 Operasjonsstuer beregnet, planlagt (framskrevet) og faktisk

Dagkirurgi	Beregnet behov 2019 middels utnyttingsgrad	Beregnet behov 2019 lavere utnyttingsgrad	Planlagt kapasitet 2020	Faktisk kapasitet 2020
Antall operasjonsstuer	3	4	8	6

Det var planlagt og bygd 8 operasjonsstuer. Behovet var basert på 7 timer utnytting (åpningstid) per dag. To av de planlagte operasjonsstueene har blitt tatt i bruk til robotkirurgi tilknyttet døgnekirurgi, slik at faktisk dagkirurgisk kapasitet i 2020 var 6 stuer.

Med den planlagte utnyttingsgraden er det beregnet et behov for 4 operasjonsstuer med utgangspunkt i aktivitetsdata 2019 mottatt fra UNN. For å unngå samtidighetsproblematikk og gi økt fleksibilitet i driften, kan det være fornuftig å ha tilgang til en ekstra operasjonsstue slik at man har kapasitet på 5 stuer. Ved bruk av 5 stuer og samme utnyttingsgrad, kan sykehuset betjene omtrent 1 000 dagkirurgiske operasjoner utover 2019-aktiviteten.

Når det gjelder dagkirurgiske sengeplasser, viser tabellen nedenfor at det var planlagt totalt 40 plasser i det dagkirurgiske området (DFP 2011).

Tabell 5.4 Dagkirurgiske plasser, planlagt, bygd og faktisk

Kapasitet	Planlagt kapasitet	Bygd kapasitet 2019	Faktisk kapasitet 2020
Ant. pre/post sengeplasser	40	38	26

Ifølge DFP skulle sengeplassene fordeles på forberedelsesplasser og oppvåkningsplasser (senger og stoler). Det ble bygd 38 plasser, men etter innflytting ble disse endret til 26 sengeplasser som benyttes både til forberedelser og oppvåkning.

5.4 Arealnorm, arealfaktor og standardrom

Arealnorm og arealfaktorer er nærmere beskrevet i kapittel 4.4.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Dagkirurgisk område med preoperativt område, operasjonsområde og oppvåkning programmeres ulikt fra prosjekt til prosjekt. På bakgrunn av dette sammenlignes kun operasjonsområdet med andre sykehus.

Tabell 5.5 viser forskjeller i arealnorm og arealfaktor mellom sykehus i drift og sykehus under bygging. I arealfaktor for UNN er areal til kontorområder og møterom innenfor området inkludert. Det ligger en usikkerhet her, da flere prosjekt har sambruk av kontor og møterom med f.eks. oppvåkning og preoperativt dagområde. Dette er også tilfelle for UNN. I beregnet arealfaktor ligger UNN høyere enn de andre. Areal faktoren for sykehusene som er under bygging (i prosjekt), ligger lavest.

Tabell 5.5 Sammenligning arealnorm og arealfaktor for operasjonsområde mellom utvalgte sykehus

Faktorer	UNN, som bygd 2018	St. Olav, som bygd 2013	Kalnes, som bygd 2015	Drammen, i prosjekt 2021	SNR, i prosjekt 2021	SUS2023, i prosjekt 2021
Kilde	Tegninger	dRofus, Nasjonal Database 2021	LYDIA, Nasjonal Database 2021	dRofus, forprosjekt	dRofus, forprosjekt	dRofus, forprosjekt
Sum prosjektert operasjon*	1104,2	4913	1166	2184	1003	2210
Sum kapasitet operasjon nybygg	8	43	9	21	9	20
Arealfaktor	138,0	114,3	129,6	104,0	111,4	110,5
Arealnorm operasjon jf HFP	108	110	110	110	110	120
Areal programmert per opr.stue	?	20x40 + 2x50 + 20x60	8x50 + 1x70	3x30 + 17x50 + 1x65 + 1x70	2x48 + 6x50 + 1x70	ukjent
Arealstandard per rom jf prosjekt*	?	40/50/60	50	50	50	50
Areal gj.sn prosjektert per opr.stue i m2	1x50 + 1x54 + 6x58	23x40 + 5x45 + 16x60	8x50 + 1x70	3x29,4 + 17x46,7 + 1x65 + 1x68,6	8x47,6 + 1x63,6	4x62 + 15x49 + 1x76
Antall operasjonsstuer innliggende i nytt bygg	0	Ukjent	7	11	5	20
Antall operasjonsstuer dagkirurgi i nytt bygg	8	ukjent	2	10 + 2 øye	4	0
Antall 10 cfu	0	7	3	3 + 2	4	20
Antall 100 cfu	8	36	6	18	5	0
Antall og areal Hybrid operasjonsstuer	0	1/59	1/70	1/70	1 forberedes som/70	1/63
Kommentar	Pluss 16 opr.stuer i eksisterende sykehus		Pluss 9 dagkir opr.stuer i Moss	Areal til frittstående øyeopr. er ikke medtatt	Pluss 2 dagkir. Opr.stuer i DMS Kristiansund	Dagkirurgi utføres utenfor nytt sykehus.
*I sum prosjektert areal er programmerte kontor/kontorområder og møterom tatt med. Her varierer det noe hvor mye areal til kontor som er lagt innenfor arealrammen i prosjektene.						
**Det enkelte prosjekt beslutter om de vil følge Standardromskatalogen, eller opprette egne arealstandarder.						

Tabell 5.6 viser en sammenligning mellom utvalgte rom i operasjonsområdet sammenlignet med Standardromskatalogen. Det er utviklet få standardrom for operasjonsområdet.

Tabell 5.6 Sammenligning arealstandard utvalgte rom for operasjonsområdet

Kode jf. Standardromskatalogen ver 3.0	Romnavn	Standard areal jf. Standardromskatalogen	Operasjon A-fløya UNN, prosjektert (fra tegning)	Differanse. Merforbruk i pluss, lavere programmerina vises	Kommentar
SR.010.00	Avfall, miljøstasjon	8	10,2	2,2	Avfall, tøy
SR.010.00	Avfall, miljøstasjon	8	12,2	4,2	
SR.070.00	Kirurgisk håndvask	4	5,5	1,5	2 m2 per plass
SR.087.34	Lager, rent	12	14	2	
SR.087.45	Lager, utstyr	20	55,1	35,1	Standard beregnet for sengeområder, ikke operasjon som har mer volumstort utstyr.
SR.096.00	Medisin	12	18,4	6,4	Standard beregnet for sengeområder, ikke operasjon som har andre behov. Antallet operasjonsstuer av betydning.
SR.106.00	Operasjon	50	58,1	8,1	Gj.sn. 56,5
SR.106.00	Operasjon	50	50,7	0,7	

Operasjonsstuene i A-fløya varierer mellom 50,7 til 58,1 m². Gjennomsnittet er 56,5 m², noe som er litt over anbefalingene i Standardromskatalogen.

I tabellen gjelder anbefalingene for «lager, utstyr» i sengeområder, men «lager, utstyr» vil være større i et operasjonsområde pga. størrelse og antall utstyrsrack. Ved valg av generelle stuer, må det være tilstrekkelig oppstillingsplass i lager til fagspesifikt utstyr/rack som kan trilles ut og inn av operasjonsstuene.

Størrelse på medisinrom vil være avhengig av antall operasjonsstuer som skal betjenes og om medisinrom også benyttes som lager for væsker. Sammenlignbare prosjekt (mht. antall operasjonsstuer) er Sjukehuset Nordmøre og Romsdal, SNR (ca. 11 m²) og Sykehuset Østfold Kalnes, som har medisinrom som del av arbeidsstasjon på ca. 17 m².

5.5 Kartlegging av byggets egnethet – dagkirurgisk område

Kartleggingen av byggets egnethet presenteres nedenfor. Først gjengis resultatene fra spørreundersøkelsen blant pasienter, deretter fra ansatte i det dagkirurgiske området.

5.5.1 Spørreundersøkelse blant pasienter

Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant pasienter som har fått dagkirurgisk behandling i A-fløya. Undersøkelsen ble utført for å få kunnskap om pasientenes opplevelse av utformingen av området etter innflytting i nytt bygg.

Metode

Spørreskjemaet ble utarbeidet av Sykehusbygg HF med bakgrunn i tidligere gjennomførte spørreundersøkelser, vitenskapelige artikler, og sjekkliste for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser utarbeidet av Folkehelseinstituttet (FHI). For å kunne gjennomføre spørreskjemaundersøkelsen er det ifølge Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), tilstrekkelig at pasientene samtykker til deltagelse ved å besvare spørreskjemaene.

UNN sendte spørreskjema per post til pasienter over 18 år som har fått dagkirurgi i perioden september til og med desember 2020. Skjemaene ble utsendt 1. februar. Besvarelsene ble mottatt fram til 22. mars 2021. Inklusjonskriteriene var:

- Pasienter som er 18 år eller eldre
- Samtykkekompetanse
- Forstå norsk

Undersøkelsen startet med spørsmål om kjønn, aldersgruppe, tidligere opphold og lengden på oppholdet. Hoveddelen av undersøkelsen består av 26 spørsmål inndelt i fire temaområder, der pasientene ble bedt om å svare på hvor fornøyd de var med utforming og virksomhet i det dagkirurgiske området. Et eksempel er spørsmålet: «Hvor fornøyd er du med mulighet til å snakke med personalet uten at andre hører på?». Hvert tema

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

hadde svaralternativene svært misfornøyd (som gis score 1), misfornøyd (score 2), fornøyd (score 3) og svært fornøyd (score 4), med middelværdi på 2,5.

Etter hvert tema fulgte et felt der pasienten kunne skrive inn sine kommentarer. Nedenfor beskrives innholdet i de fire temaene.

Tema 1: Orientering og oversikt

Temaet undersøker om det er lagt godt til rette for å orientere seg i bygget, å finne frem fra parkeringsplassen eller kollektivtransport til dagkirurgisk område, informasjon om oppmøtested i innkallingen, tilgjengelighet for rullestol og muligheter for å få hjelp til å finne frem.

Tema 2: Dagkirurgen - Før operasjon

Temaet handler om opplevelsen av trygghet, tilrettelegging for samtaler og skjerming før operasjon, oppbevaring av private eiendeler, av- og påkledning og om pasientene opplever å bli møtt med respekt. I tillegg inngår spørsmål om tilgang til hvilestol/seng og toalett. Temaet undersøker også hvor fornøyd pasientene er med venteområdet før operasjon.

Tema 3: Oppvåkning og hvileområdet - Etter operasjon

Temaet omfatter muligheter for hvile og ro etter operasjon, samt opplevelsen av trygghet, tilrettelegging for samtaler og skjerming etter operasjon. I tillegg inngår det spørsmål om mat og drikke, tilrettelegging for besøkende og av- og påkledning. Temaet inkluderer også spørsmål om tilgang til toalett etter operasjon.

Tema 4: Fysiske forhold ved dagkirurgen

Temaet undersøker opplevelsen av inneklima ved det dagkirurgiske området som temperatur, belysning og material- og fargebruk.

Avslutningsvis i undersøkelsen ble det stilt et åpent spørsmål om hva sykehuset kan gjøre bedre.

Spørsmål som ikke var relevante kunne stå ubesvart eller pasientene kunne krysse av «Ikke aktuelt».

Besvarelsene er anonyme, registrert av UNN HF i QuestBack og deretter sendt Sykehusbygg HF som Excel-fil samt en PowerPoint-presentasjon. Sykehusbygg benyttet Excel og SPSS i videre analyser.

Resultatene fra undersøkelsen presenteres nedenfor.

Resultater

I denne delen presenteres resultatene samlet for alle pasientene i det dagkirurgiske området som deltok i spørreundersøkelsen.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Det ble sendt ut 300 spørreskjema til pasienter som hadde vært til dagkirurgisk behandling ved A-fløya. Det kom inn 112 svar (37,3 prosent).

De fleste spørsmålene i temaene ble besvart med noen få unntak. Dette gjelder spørsmålet om *Tilgjengelighet for rullestol. e.l.* under tema 1, som er besvart av 19 pasienter og *Plass til pårørende eller besøkende* under tema 3, som er besvart av 46 pasienter.

Pasientene som besvarte spørreundersøkelsen hadde varierende oppholdstid i det dagkirurgiske området og representerer ulike aldersgrupper. Nedenfor presenteres en oversikt over pasientene som deltok i undersøkelsen (tabell 5.7).

Tabell 5.7 Oversikt over pasienter i spørreundersøkelsen

Beskrivelse av pasienter (N=112)	%	Antall
Kjønn (n=111)		
Menn	33,3	37
Kvinner	66,7	74
Aldersgruppe (n=112)		
18-30 år	7,1	8
31-50 år	17,0	19
51-70 år	52,7	59
71-90 år	23,2	26
Oppholdstid i dagkirurgen(n=108)		
Inntil 3 timer	8,3	9
3-5 timer	40,7	44
5-7 timer	31,5	34
Over 7 timer (ikke overnatting)	19,4	21
Første besøk ved dagkirurgen (n=100)		
Ja	45,0	45
Nei	65,0	65

Oversikten viser at undersøkelsen ble besvart av 2/3 kvinner og 1/3 menn. Et flertall av pasientene var over 50 år (75 prosent), hvor av 23 prosent var over 70 år. Når det gjelder spørsmålet om hvor lenge de hadde vært ved dagkirurgen ved dette besøket, oppga halvparten at de hadde vært i området inntil fem timer. 19 prosent hadde vært der over 7 timer. Videre oppga 45 prosent at dette var deres første besøk ved dagkirurgen.

Resultatene fra spørreundersøkelsen presenteres ved ni figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de fem temaene, mens den andre figuren viser fordelingen av svaralternativene score 1 (svært misfornøyd) til score 4 (svært fornøyd) for de ulike fire temaene. Deretter presenteres figurer for hvert tema (totalt 4) med svaralternativene score 1 (svært misfornøyd) til score 4 (svært fornøyd) for hvert spørsmål.

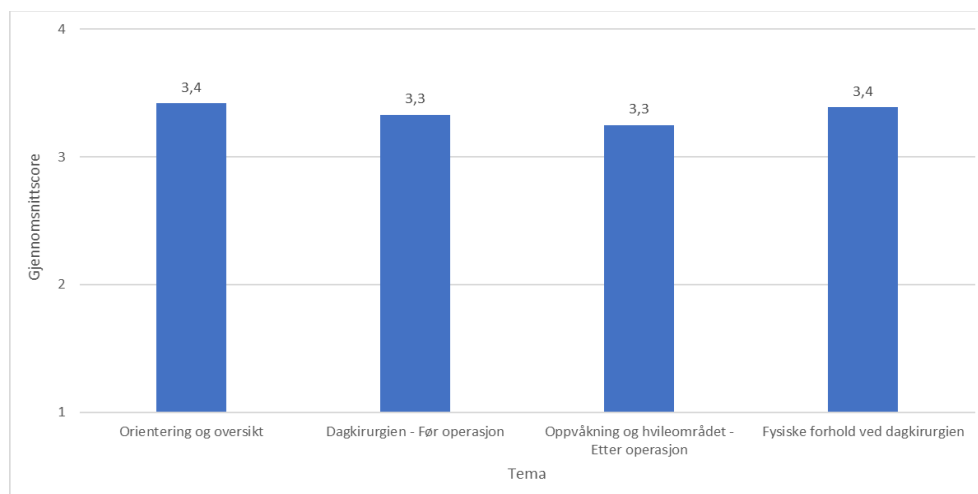
Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

De prosentvise tallene som presenteres i figurer og tekst er summert og avrundet. Dette medfører at summene kan avvike noe fra 100 prosent.

De to siste figurene framstiller spørsmål som flest pasienter var mest fornøyde med og spørsmål de var minst fornøyde med. Til slutt presenteres en tabell med gjennomsnittlig score for alle utsagnene.

Pasienter som har besvart spørreundersøkelsen

Resultatene for pasientene som hadde vært til dagkirurgisk behandling i A-fløya ved UNN Tromsø og som deltok i undersøkelsen, presenteres nedenfor. Figur 5.1 viser gjennomsnittlig score for hvert tema fra score 1 (svært misfornøyd) til score 4 (svært fornøyd) for temaområdene: *Orientering og oversikt*, *Dagkirurgien - Før operasjon*, *Oppvåkning og hvileområdet - Etter operasjon* og *Fysiske forhold ved dagkirurgien*. Som figuren viser, ligger scoren for alle fire temaene godt over middelverdien (2,5). Temaene *Fysiske forhold ved dagkirurgien* og *Orientering og oversikt* fikk høyest gjennomsnittlig score (3,4).

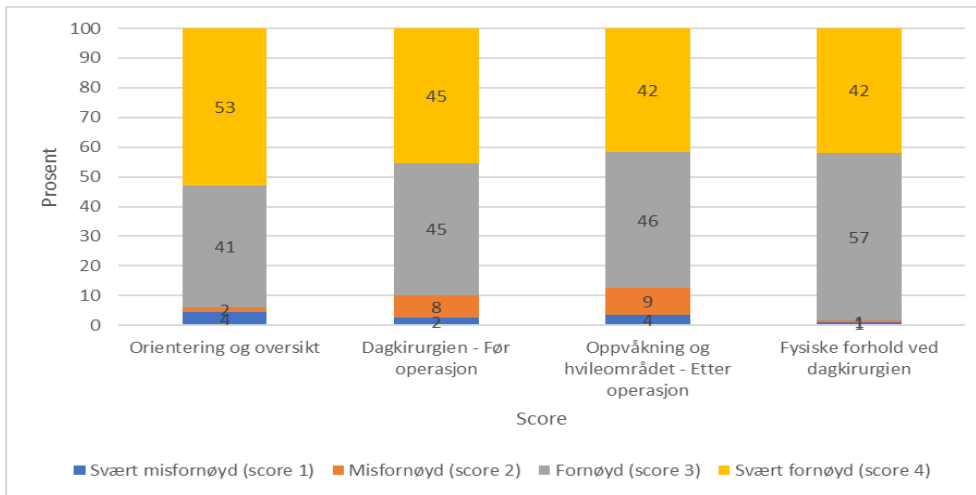


Figur 5.1 Fire tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter, dagkirurgisk område A-fløya, plan 7

Figuren nedenfor (Figur 5.2) viser fordelingen av score for de ulike temaene. Resultatene viser at en svært høy andel av pasientene som deltok i undersøkelsen var fornøyd med det dagkirurgiske området.

Det framgår at henholdsvis 94 og 99 prosent av pasientene har gitt *Orientering og oversikt* og *Fysiske forhold ved dagkirurgien* score 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd). For temaene *Dagkirurgien - Før operasjon* og *Oppvåkning og hvileområdet - Etter operasjon* har også en høy andel av pasientene (90 og 88 prosent) oppgitt at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4).

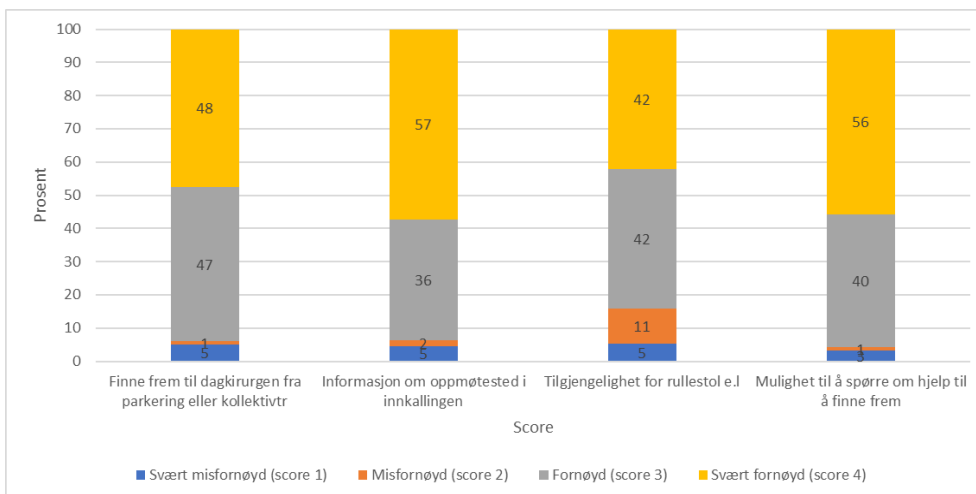
Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya



Figur 5.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter, dagkirurgisk område A-fløya, plan 7

Tema 1: Orientering og oversikt

Pasientene ble stilt spørsmål om erfaringer med å finne frem, for å undersøke om det er lagt godt til rette for å orientere seg i bygget og for å få hjelp til å finne frem (Figur 5.3). I tillegg ble det stilt spørsmål om tilgjengelighet for rullestolbrukere og informasjon om oppmøtested i innkallingen.



Figur 5.3 Tema 1 «Orientering og oversikt». Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter, dagkirurgisk område A-fløya, plan 7

Resultatene viser at de aller fleste pasientene som deltok i undersøkelsen, var fornøyd med orientering og oversikt. 96 prosent av pasientene var fornøyd eller svært fornøyd med *Muligheten til å spørre om hjelp til å finne fram*, dvs. ga score 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd). Videre ga 95 og 93 prosent de samme høye scorene til *Finne frem til dagkirurgen fra parkering eller kollektivtransport* og *Informasjon om oppmøtested i innkallingen*.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

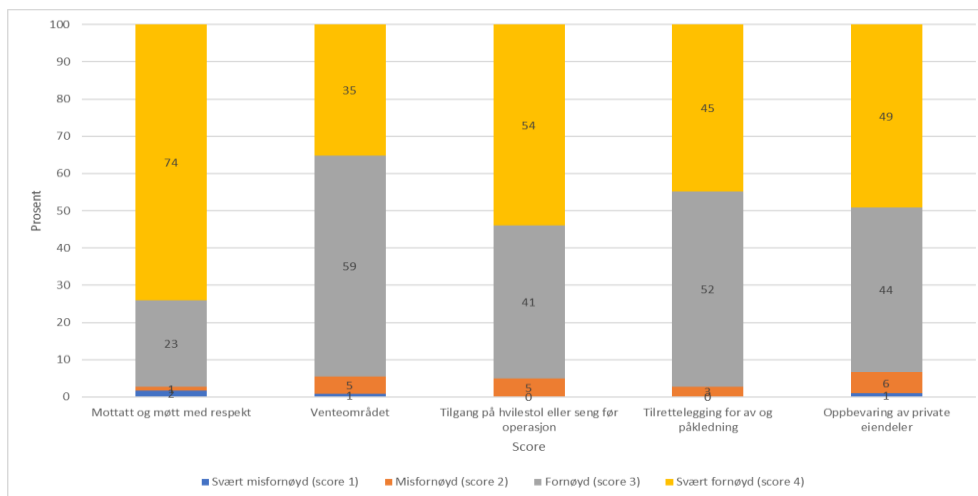
På spørsmål *Tilgjengelighet for rullestol e.l.* var det noe mer variasjon, da 84 prosent av pasientene oppga at de var fornøyde eller svært fornøyde (score 3 eller 4). Samtidig ga 16 prosent score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd) på dette spørsmålet.

I det åpne kommentarfeltet skrev noen pasienter at det var vanskelig å orientere seg og finne frem til det dagkirurgiske området, mens andre var fornøyd. Noen av pasientene kommenterte at de var usikre på oppmøtestedet:

Usikker hvor jeg skulle møte. Nevrokirurgisk eller direkte på A7?

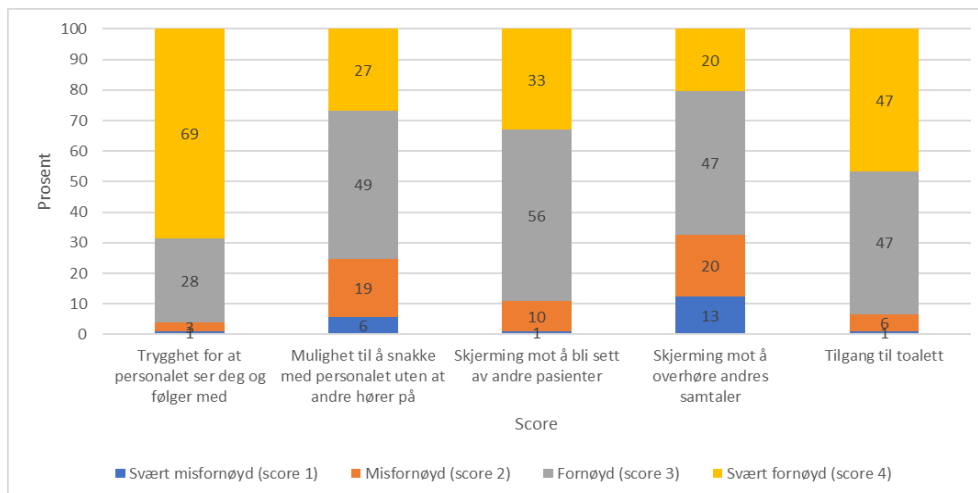
Tema 2: Dagkirurgen - Før operasjon

Dette temaet omhandler hvor godt lokalene er tilrettelagt for pasientenes behov før operasjon. Pasientene fikk spørsmål om venteområdet, av- og påkledning, oppbevaring av private eiendeler, mulighet til å snakke med personalet, skjerming, trygghet og erfaringer med tilgang til toalett, hvilestol eller seng. I tillegg ble det stilt spørsmål om hvordan pasientene opplevde kontakten med personalet i dagkirurgisk område (Figur 5.4 og Figur 5.5).



Figur 5.4 Tema 2 «Dagkirurgen - Før operasjon», del 1. Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter, dagkirurgisk område A-fløya, plan 7

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya



Figur 5.5 Tema 2 «Dagkirurgen - Før operasjon», del 2. Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter, dagkirurgisk område A-fløya, plan 7

Det framkommer av figurene at mange var fornøyd med forholdene før operasjon. Nesten alle pasientene opplevde å bli mottatt og møtt med respekt, opplevde trygghet for at personalet fulgte med og at lokalene var godt tilrettelagt for av- og påkledning. 97 prosent ga høye scorer (3 eller 4) på disse tre spørsmålene (fornøyd eller svært fornøyd).

Pasientene (94 og 95 prosent) var også fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med venteområdet og tilgang på hvilestol eller seng før operasjon. På spørsmålene om *Oppbevaring av private eiendeler* og *Tilgang til toalett*, ga 93 og 94 prosent av pasientene høye scorer (3 eller 4).

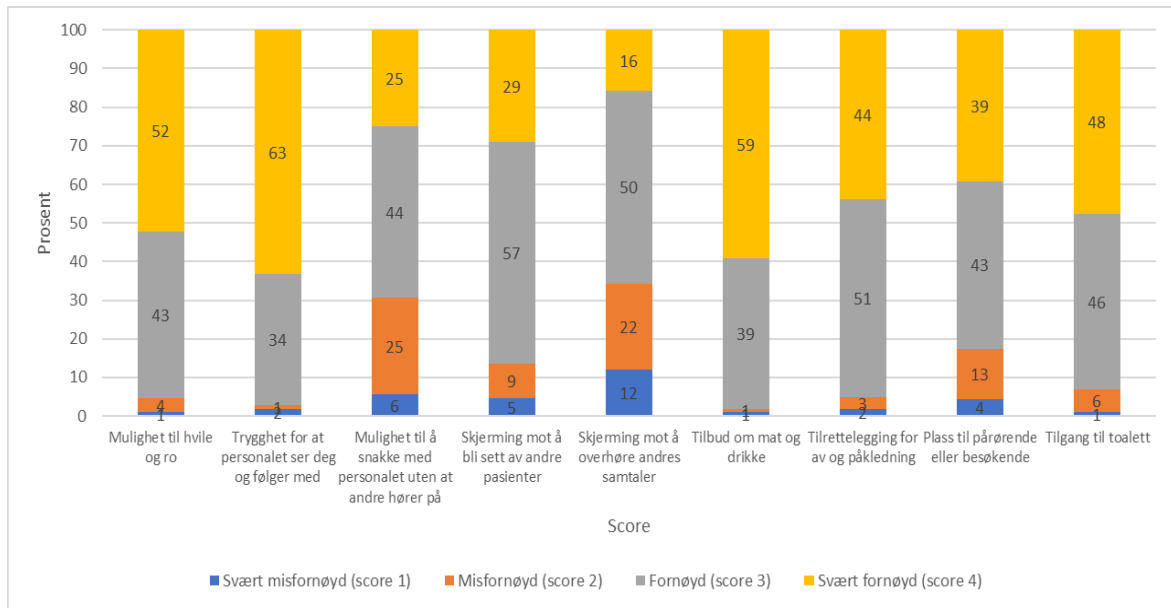
Pasientene var noe mindre fornøyd med *Skjerming mot å bli sett av andre pasienter*, der 11 prosent ga scorer 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd). På spørsmålet om *Mulighet til å snakke med personalet uten at andre hører*, ga 25 prosent score 1 eller 2. 33 prosent av pasientene ga lave scorer til spørsmålet om *Skjerming mot å overhøre andres samtaler* (1 eller 2).

Kommentarene som kom fram i tekstfeltet, er i samsvar med scorene som ble gitt. Flere skrev at de var fornøyd med omsorg, de følte seg trygge og har hatt god kontakt med personalet. Det ble imidlertid påpekt at det var lett å høre samtaler mellom ansatte og andre pasienter. I tillegg ønsket flere pasienter en låsbar løsning for oppbevaring av private eiendeler.

Tema 3: Oppvåkning og hvileområdet - Etter operasjon

Dette temaet omhandler spørsmål om hvor godt lokalene er tilrettelagt for pasienter etter gjennomgått operasjon. Flere av spørsmålene er de samme som i tema 2, før operasjon. Det ble stilt spørsmål om mulighet for hvile og ro, tilbud om mat og drikke, tilgang til toalett og plass til pårørende og besøkende. I tillegg var det stilt spørsmål om skjerming, av- og påkledning, mulighet til å snakke med personalet og trygghet for at personalet følger med.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya



Figur 5.6 Tema 3 «Oppvåkning og hvileområdet - Etter operasjon». Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter, dagkirurgisk område A-fløya, plan 7

Resultatene viser at de fleste pasientene var fornøyd med forholdene etter operasjon. Nesten alle (98 prosent) var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4) med tilbud om mat og drikke. 97 prosent av pasientene oppga de samme høye scorene på spørsmålet *Trygghet for at personalet ser deg og følger med*. Når det gjelder *Mulighet til hvile og ro* og spørsmålet om *Tilrettelegging for av- og påklledning*, var også 95 prosent av pasientene fornøyd eller svært fornøyd. Videre var et stort flertall fornøyd eller svært fornøyd med tilgang til toalett (94 prosent).

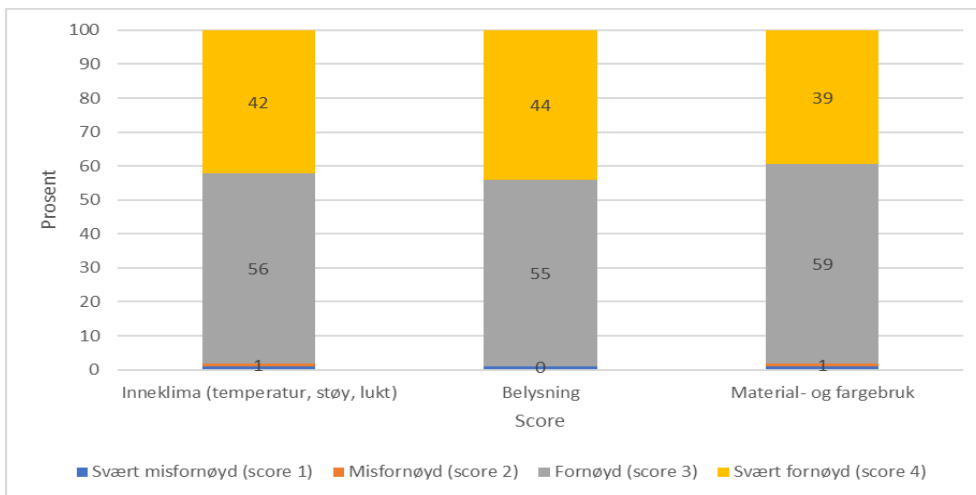
Pasientene som deltok i undersøkelsen, ga spørsmålene om tilrettelegging for samtaler, pårørende og skjerming etter operasjon flest lave scorere. Det kommer frem at 33 og 31 prosent av pasientene oppga score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd) på spørsmålene *Skjerming mot å overhøre andres samtaler* og *Mulighet til å snakke med personalet uten at andre hører på*. Samtidig oppga 17 prosent av pasientene at de var misfornøyd eller svært misfornøyd (score 1 eller 2) med plass til pårørende eller besøkende. Videre ga 14 prosent av pasientene score 1 eller 2 til spørsmålet om *Skjerming mot å bli sett av andre pasienter*.

Tilsvarende besvarelsene som ble gitt i tema 2, før operasjon, kommenterte pasientene at skjermingen ikke var tilstrekkelig etter operasjon. Flere skrev i det åpne feltet at det var umulig å unngå å høre andre pasienters samtaler med helsepersonell.

Tema 4: Fysiske forhold ved dagkirurgen

Pasientene ble stilt spørsmål om ulike erfaringer med det som er kalt fysiske forhold ved det dagkirurgiske området, slik som belysning, inn klima som temperatur, lukt, støy og material- og fargebruk.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya



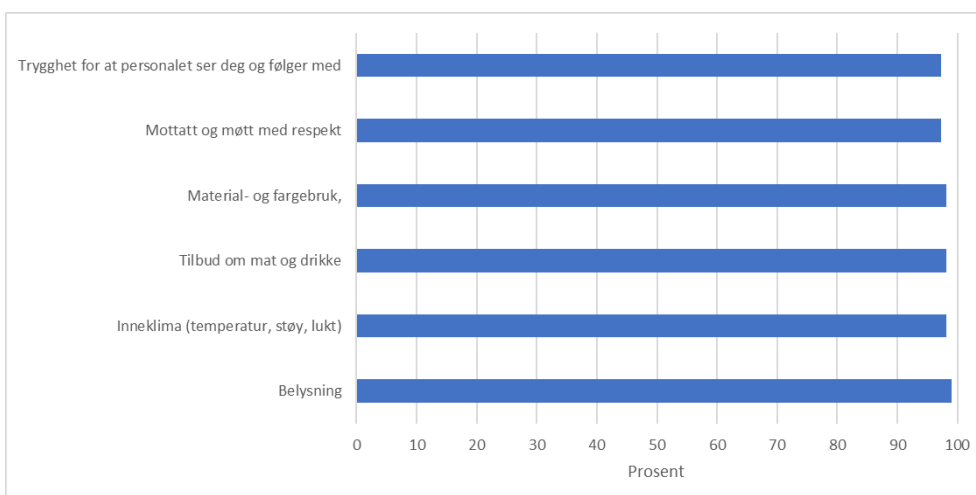
Figur 5.7 Tema 4 «Fysiske forhold ved dagkirurgen». Skala 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd). Pasienter, dagkirurgisk område A-fløya, plan 7

Figur 5.7 viser at nesten alle uttrykte at de var fornøyd eller svært fornøyd (score 3 eller 4), da mellom 98 og 99 prosent av pasientene ga høye scorer på de tre spørsmålene om *Inneklima*, *Belysning* og *Material- og fargebruk*.

Det var få ytterligere kommentarer på dette temaet. Det ble anbefalt at personalet må huske å trekke ned persienner for å hindre innsyn fra PET-senteret.

Besvarelser med høyeste og laveste score

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 3 og 4, vises forholdene som pasientene var mest fornøyd med i denne undersøkelsen. Figur 5.8 presenterer seks spørsmål som flest pasienter ga høyeste score.



Figur 5.8 Spørsmål med størst andel høy score (3 og 4). Pasienter i dagkirurgisk område A-fløya, plan 7

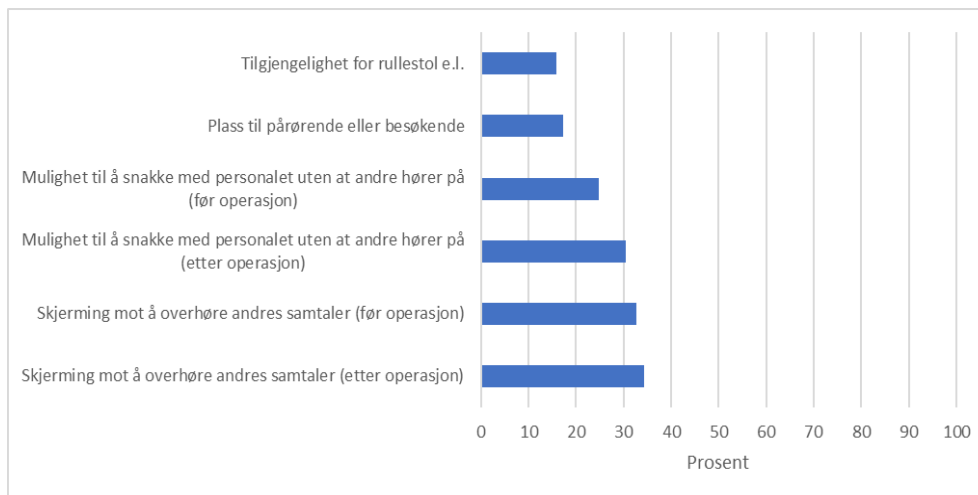
Som det kommer fram av figuren, fikk spørsmålet *Belysning* flest høye scorer, da 99 prosent av pasientene ga score 3 eller 4 (fornøyd eller svært fornøyd). Videre fikk spørsmålene som omhandler *Inneklima*, *Tilbud om mat og drikke* og *Material- og fargebruk* høye scorer. Rundt 98 prosent av pasientene ga scorer 3 eller 4 på disse

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

spørsmålene. For spørsmålene *Mottatt og møtt med respekt* og *Trygghet for at personalet ser deg og følger med* ga også en høy andel pasienter (97 prosent) score 3 eller 4.

I tillegg ga 97 prosent av pasientene score 3 eller 4 på spørsmålet *Tilrettelegging for av- og påkledning* (ikke vist i figur).

Dersom man legger sammen de laveste scorene, 1 og 2, vises forholdene som pasientene var minst fornøyd med i undersøkelsen. Figur 5.9 presenterer seks spørsmål som flest pasienter ga laveste score.



Figur 5.9 Spørsmål med størst andel lav score (1 og 2). Pasienter i dagkirurgisk område A-fløya, plan 7

Figuren viser at 33 og 34 prosent av pasientene ga spørsmålet *Skjerming mot å overhøre andres samtaler (før og etter operasjon)* score 1 eller 2 (svært misfornøyd eller misfornøyd). Videre ga henholdsvis 25 og 31 prosent av pasientene score 1 eller 2 til *Mulighet til å snakke med personalet uten at andre hører på før og etter operasjon*.

17 prosent ga laveste score (svært misfornøyd eller misfornøyd) til *Plass til pårørende eller besøkende* og 16 prosent ga det samme til *Tilgjengelighet for rullestol e.l.*

Hva kan sykehuset gjøre bedre?

Det ble stilt et åpent spørsmål til slutt, hvor pasientene ble bedt om å komme med synspunkter på hva sykehuset kan gjøre bedre. Det kom 37 svar på dette spørsmålet, dvs. at omtrent en tredjedel av pasientene besvarte spørsmålet. Kommentarene omhandler flere tema og kan oppsummeres i følgende områder for forbedringer:

- Bedre skjerming mot andre pasienter
- Bedre oppbevaringsløsninger for eiendeler
- Bedre skilting
- Bedre informasjon om eventuelle forsinkelser og oppfølging etter operasjon
- Flere toaletter

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Det var også mange kommentarer fra pasienter som ga uttrykk for at de var svært fornøyde:

Jeg er svært fornøyd. Jeg finner ingenting som kunne vært bedre

Tabell 5.8 gir en oversikt over alle spørsmålene med gjennomsnittlig score (snitt).

Tabell 5.8 Oversikt over spørsmål, samt gjennomsnittlig score (snitt). Pasienter, dagkirurgisk område
Skala fra 1 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd), der middelverdien er 2,5.

Hvor fornøyd er du med:

Nr	Spørsmål	Snitt
1	Finne frem til dagkirurgen fra parkeringsplassen/ kollektivtransport (bl.a. skilting)	3,4
2	Informasjon om oppmøtested i innkallingen (brev e.l.)	3,5
3	Tilgjengelighet for rullestol e.l.	3,2
4	Mulighet til å spørre om hjelp til å finne frem	3,5
5	Mottatt og møtt med respekt	3,7
6	Venteområdet	3,3
7	Tilgang på hvilestol/seng før operasjon	3,5
8	Tilrettelegging for av- og påkledning	3,4
9	Oppbevaring av private eiendeler	3,4
10	Trygghet for at personalet ser deg og følger med	3,6
11	Mulighet til å snakke med personalet uten at andre hører på (før operasjon)	3,0
12	Skjerming mot å bli sett av andre pasienter (før operasjon)	3,2
13	Skjerming mot å overhøre andres samtaler (før operasjon)	2,8
14	Tilgang til toalett (før operasjon)	3,4
15	Mulighet til hvile og ro	3,5
16	Trygghet for at personalet ser deg og følger med	3,6
17	Mulighet til å snakke med personalet uten at andre hører på (etter operasjon)	2,9
18	Skjerming mot å bli sett av andre pasienter (etter operasjon)	3,1
19	Skjerming mot å overhøre andres samtaler (etter operasjon)	2,7
20	Tilbud om mat og drikke	3,6
21	Tilrettelegging for av- og påkledning	3,4
22	Plass til pårørende eller besøkende	3,2
23	Tilgang til toalett (etter operasjon)	3,4
24	Inneklima (temperatur, støy, lukt)	3,4
25	Belysning	3,4
26	Material- og fargebruk	3,4

Konklusjon

Målet med spørreundersøkelsen var å få kunnskap om pasientenes opplevelse og erfaring med utformingen av dagkirurgisk område i A-fløya etter innflytting i nytt bygg. Evalueringen har hatt særlig oppmerksomhet på oversikt og erfaringer før og etter operasjon.

Hovedresultatet er at de aller fleste pasientene som har besvart undersøkelsen, er tilfredse med utformingen og løsningene, samt kontakten med personalet i det dagkirurgiske området. Fornøydheten kommer også fram i tabellen ovenfor som viser at gjennomsnittsverdien på alle spørsmål er over middelveiden (2,5).

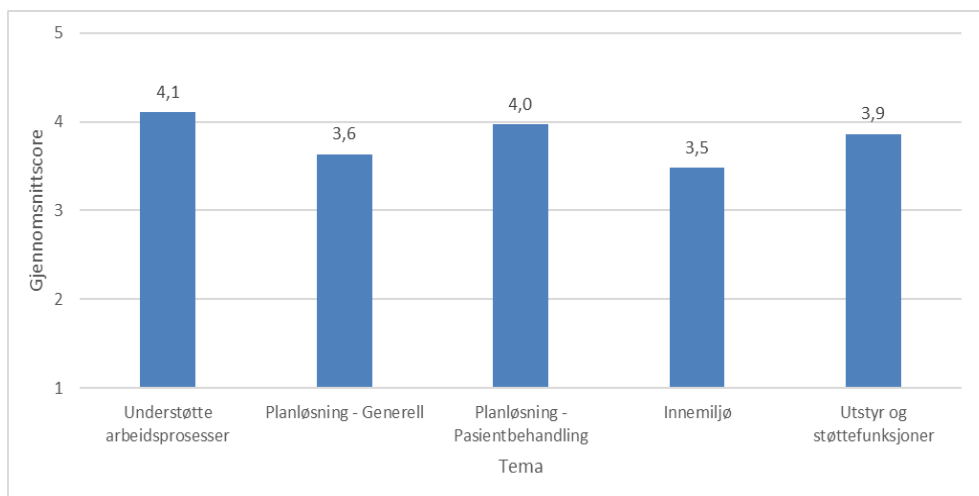
Når det gjelder misnøye, ga en betydelig andel av pasientene tilbakemelding om manglende skjerming av samtaler med personell både før og etter operasjon.

5.5.2 Spørreundersøkelse blant ansatte

Nedenfor presenteres resultater fra den nettbaserte spørreundersøkelsen blant ansatte i det dagkirurgiske området i plan 7 i A-fløya, der formålet var å kartlegge byggets egnethet etter at det ble tatt i bruk. Av 290 besvarelser utgjorde ansatte i det dagkirurgiske området 7,9 prosent (23) av besvarelsene.

Figur 5.10 viser gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-pasientbehandling*, *Innemiljø* og *Utstyr og støttefunksjoner*.

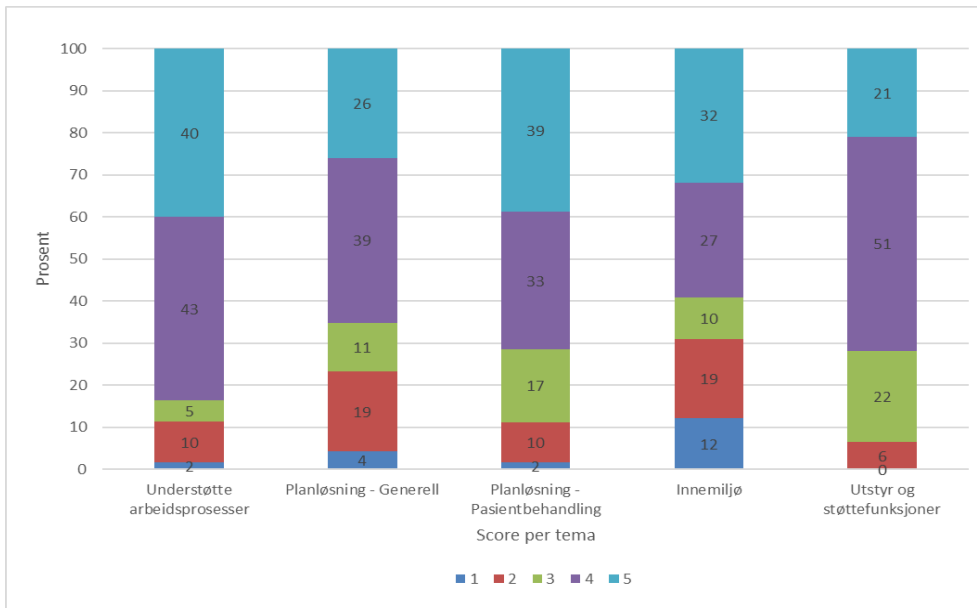
På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for alle fem temaene mellom 3,5 og 4,1. *Understøtte arbeidsprosesser* og *Planløsning-pasientbehandling* har fått høyeste score (4,1 og 4,0).



Figur 5.10 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, dagkirurgi

Figur 5.11 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår av figuren at ansatte i stor grad er fornøyde med det dagkirurgiske området, da mellom 59 og 83 prosent av besvarelsene har gitt score 4 eller 5. Det kommer fram at flere ikke er tilfredse med *Innemiljø* og *Planløsning-generell*. Her har mellom 31 og 23 prosent av ansatte gitt scorene 1 eller 2.

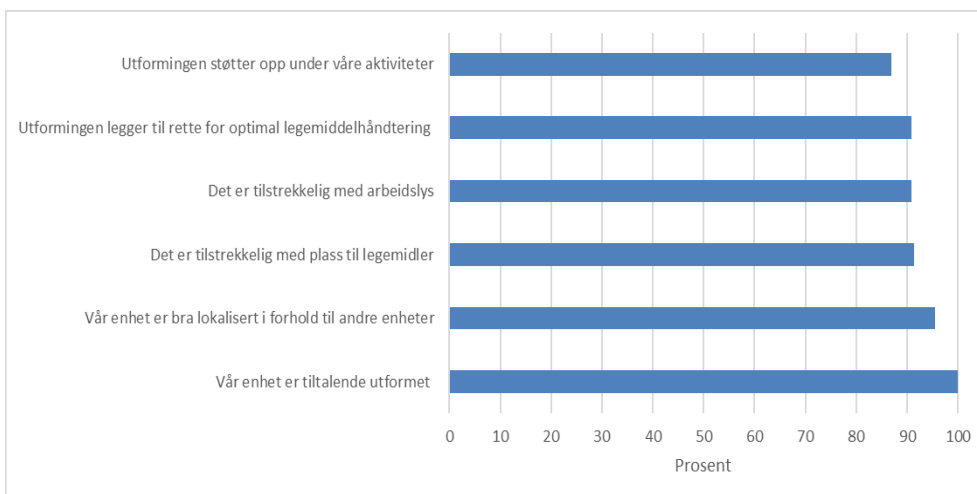
Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya



Figur 5.11 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, dagkirurgi

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 5.12 viser seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score.

Alle ansatte som besvarte undersøkelsen, ga utsagnet «Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet» høye scorer (4 eller 5). Videre ga 95 prosent av ansatte høye scorer til «Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til». Over 90 prosent av besvarelsene ga samme høye scorer til plass for legemidler, utformingen legger til rette for legemiddelhåndtering og tilstrekkelig arbeidslys. 87 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5 i score til «Utformingen støtter opp under våre aktiviteter». Den samme andelen høye scorer ble gitt til «Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt» og «Vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet» (ikke vist i figur).

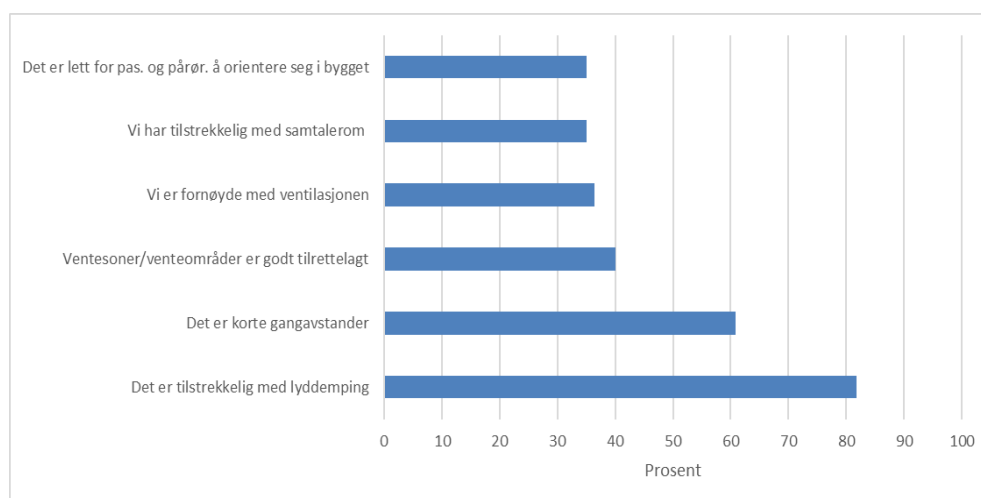


Figur 5.12 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, dagkirurgi

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Dersom man ser på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 5.13 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at utsagnet «Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling» fikk flest lave scorer blant ansatte i dagkirurgisk område, da 82 prosent av besvarelsene ga 1 eller 2. «Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte» fikk 61 prosent. Bakgrunnen for disse to lave scorene er utdypet senere i kapittelet.

Mellom 35 og 40 prosent av de ansatte ga utsagnene som omhandler orientering i bygget (for pasienter og pårørende), tilstrekkelig med samtalerom, ventilasjon og venteområder de laveste scorene.



Figur 5.13 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, dagkirurgi

Dersom man gjør sammenligninger mellom resultatene fra dagkirurgi i A-fløya med spørreundersøkelsen fra operasjonsområdet i «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020), kommer det fram at gjennomsnittlig score for temaene i undersøkelsen fra Sykehuset Østfold Kalnes lå litt over og under middelveiden. Temaet som omhandlet hvor godt bygget *Støtter arbeidsprosesser* og *Innemiljø* lå over middelveiden, mens *Planløsninger* lå godt under middelveiden.

Ansatte i det dagkirurgiske området i A-fløya ga scorer godt over middelveiden til *Understøtte arbeidsprosesser*, *Innemiljø* og *Planløsninger*.

Det bør bemerkes at operasjonsområdet i Sykehuset Østfold Kalnes var planlagt for døgnkirurgi, men under evalueringen ble det også utført dagkirurgi ved sykehuset. Det motsatte er tilfelle for det dagkirurgiske området i A-fløya, dvs. planlagt for dagkirurgi, men det foregår også døgnkirurgi. Dette er nærmere beskrevet senere i kapittelet.

Tabell 5.9 gir en oversikt over alle de 43 utsagnene med gjennomsnittlig score for besvarelsene gitt av dagkirurgisk område.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Temaene grupperes slik: Utsagn nr. 1 til 5 er tema 1 (Understøtte arbeidsprosesser). Utsagn nr. 6 til 22 er tema 2 (Planløsning-generell). Utsagn nr. 23 til 31 er tema 3 (Planløsning-pasientbehandling). Utsagn nr. 32 til 37 er tema 4 (Innemiljø). Utsagn nr. 38 til 43 er tema 5 (Utstyr og støttefunksjoner).

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Tabell 5.9 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Dagkirurgi
Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveidien er 3

Nr	Utsagn	Snitt
1	Utformingen av vår enhet/avdeling støtter opp under våre aktiviteter	4,1
2	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	4,1
3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	4,0
4	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	4,0
5	Vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	4,3
6	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	4,2
7	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	3,4
8	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	4,5
9	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	3,7
10	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	4,4
11	Vi har de romtypene vi trenger	3,7
12	Vi har tilstrekkelig antall rom	3,4
13	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	3,8
14	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	3,3
15	Møtearealene er lett tilgjengelig	3,8
16	Kontorarealene er lett tilgjengelig	4,2
17	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	3,2
18	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	3,4
19	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,5
20	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	3,5
21	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	3,6
22	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	3,3
23	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	4,1
24	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/avdeling	4,3
25	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	4,1
26	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	3,9
27	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	2,8
28	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	3,4
29	Det er tilstrekkelig med plass til legemidler i vår enhet/avdeling	4,7
30	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	4,4
31	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,9
32	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	1,7
33	Det er tilstrekkelig med arbeidsllys i vår enhet/avdeling	4,5
34	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/arbeidsplasser	4,0
35	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	3,3
36	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	3,4
37	Det er lett å holde orden i vår enhet/avdeling	4,0
38	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	3,9
39	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,9
40	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	4,2
41	IKT, videokonferanseutstyr og telefoni fungerer godt	3,7
42	Vi har lett tilgang på de hjelpemidlene vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	3,4
43	Møbler og inventar fungerer godt	4,0

5.6 Driftskonsepter og løsninger

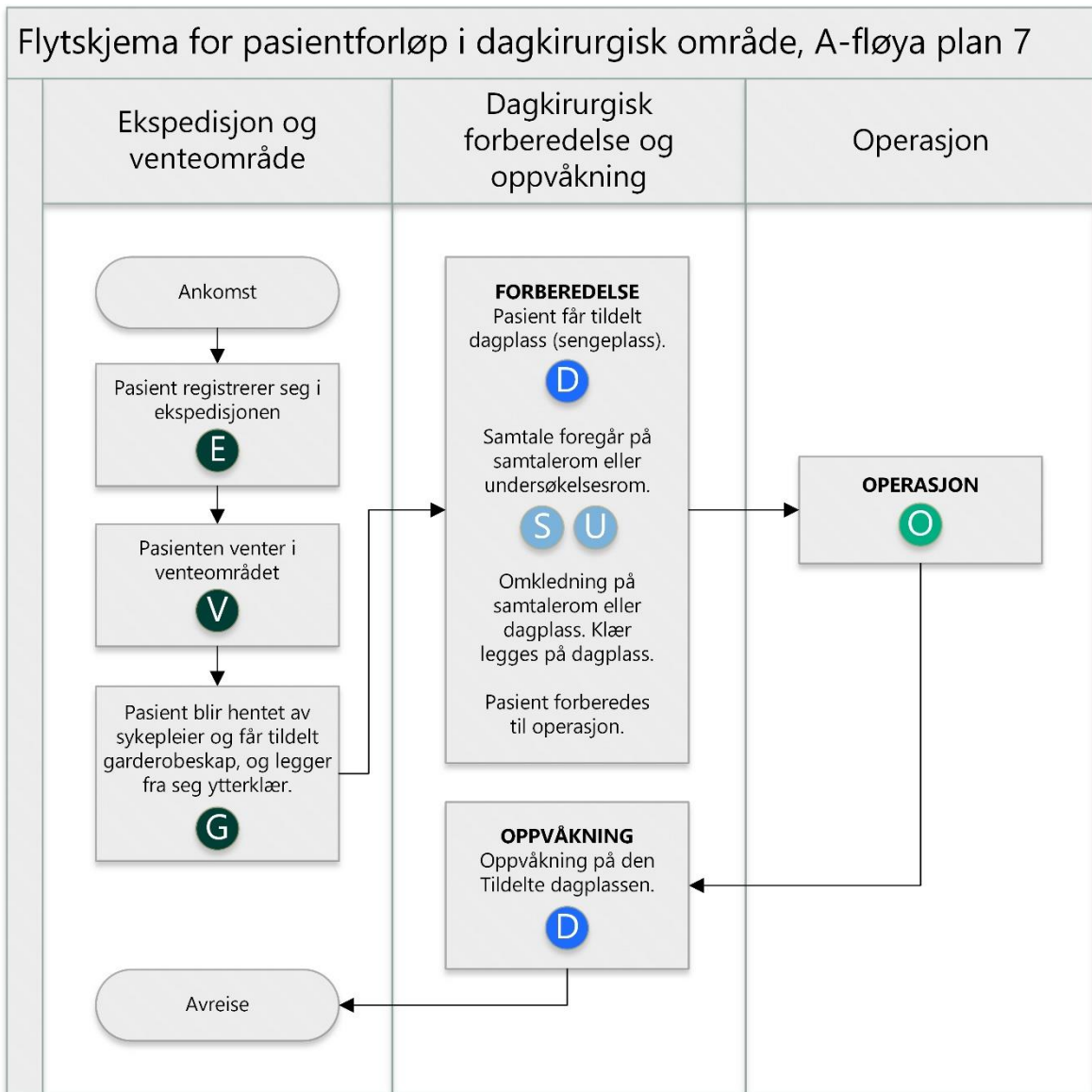
Nedenfor presenteres dybdeundersøkelsen av driftskonsepter og løsninger i det dagkirurgiske området. Denne er i hovedsak basert på befaring og fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved bruk av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig som at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre relevante tema for evalueringen.

Resultatene er supplert med sitater fra fokusgruppedeltakerne for å fremheve og illustrere erfaringene med hvordan lokalene fungerer vel to år etter innflytting.

5.6.1 Pasientforløp

Det dagkirurgiske pasientforløpet presenteres ved hjelp av et flytskjema (Figur 5.14) og en illustrasjon (Figur 5.15). I tillegg inneholder illustrasjonen beskrivelser av symboler.

I flytskjemaet forklares pasientforløpet overordnet, fra ankomst til avreise. Illustrasjonen viser pasientflyt, inngangspartier og rom som er relatert til det dagkirurgiske pasientforløpet. Områder for ansatte er også markert.



Figur 5.14 Flytskjema – pasientforløp i dagkirurgisk område

Spørreundersøkelsen viste at mange ansatte var fornøyde med plasseringen av det dagkirurgiske området. Utsagnet «Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til», fikk gjennomsnittlig score på 4,5 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig).

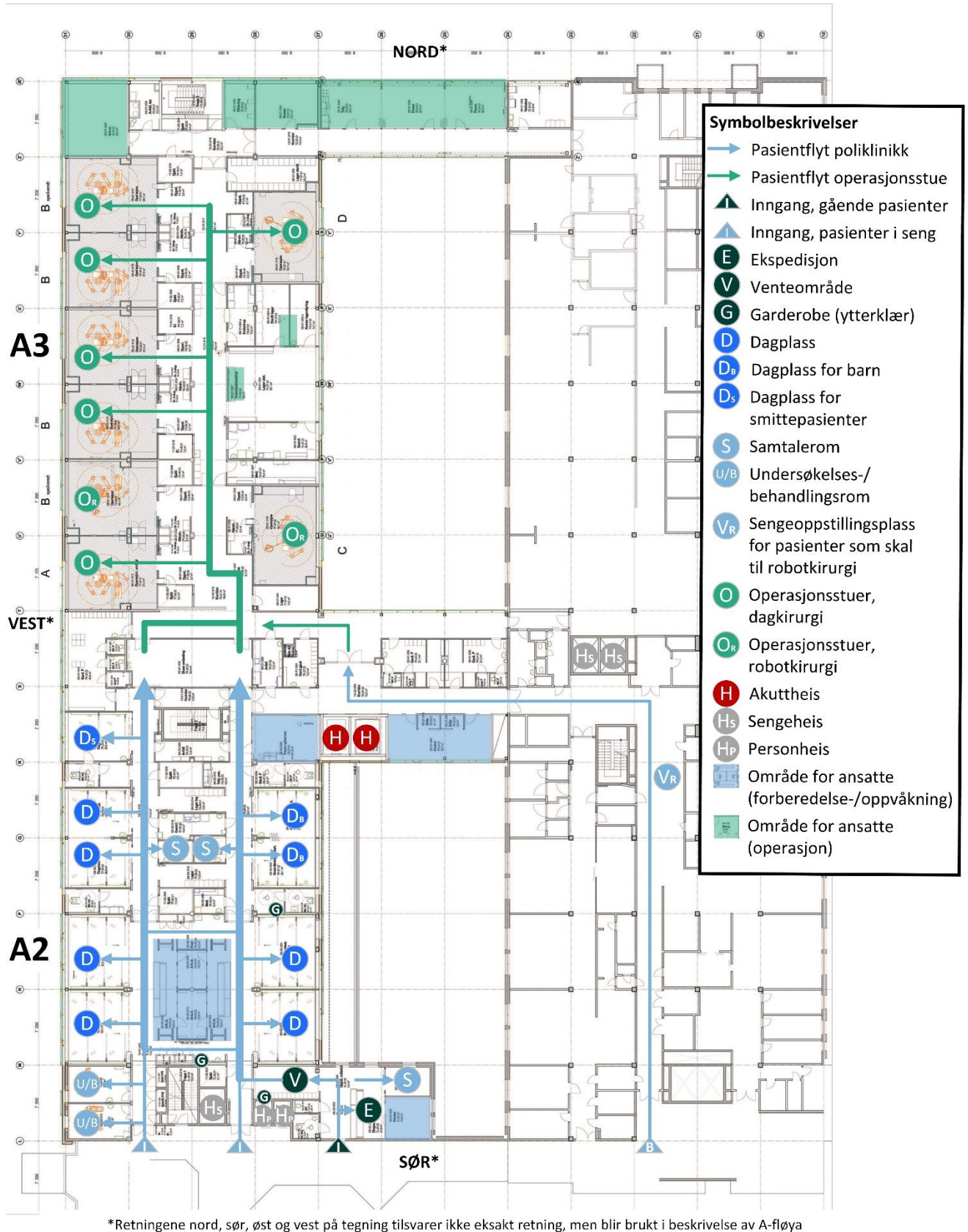
Som hovedregel kommer pasientene fra hjemmet eller fra Pasienthotellet til dagkirurgisk område via inngang og vestibyle på bakkeplan (plan 6), og møter i ekspedisjonen, som ligger lengst sør i enheten på plan 7 nært trapp og heis. I hovedsak benytter gående pasienter inngangen inn til ekspedisjonen (Figur 5.15). Dersom pasientene kommer i seng, benyttes en av de to doble dørene i sør som leder direkte inn til korridorene i forberedelses-/oppvåkingsområdet. De samme doble dørene benyttes også for øyeblikkelig-hjelp-pasienter.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

De gående pasientene registrerer seg i ekspedisjonen og venter deretter i venteområdet (Figur 5.14). Derfra blir pasienten hentet av en sykepleier, får tildelt garderobeskap for å legge fra seg ytterklær, og får tildelt en dagplass (seng). Samtale før operasjon kan foregå på samtalerom eller undersøkelsesrom. Omklodning skjer på samtalerom, ev. undersøkelsesrom eller ved dagplassen, og pasientens klær oppbevares på dagplassen. Pasienten blir vanligvis kjørt til operasjon i seng eller i rullestol. Etter operasjonen kommer pasienten tilbake til den tildelte dagplassen (sengeplassen), overvåkes og får informasjon (samtale) før utskriving.

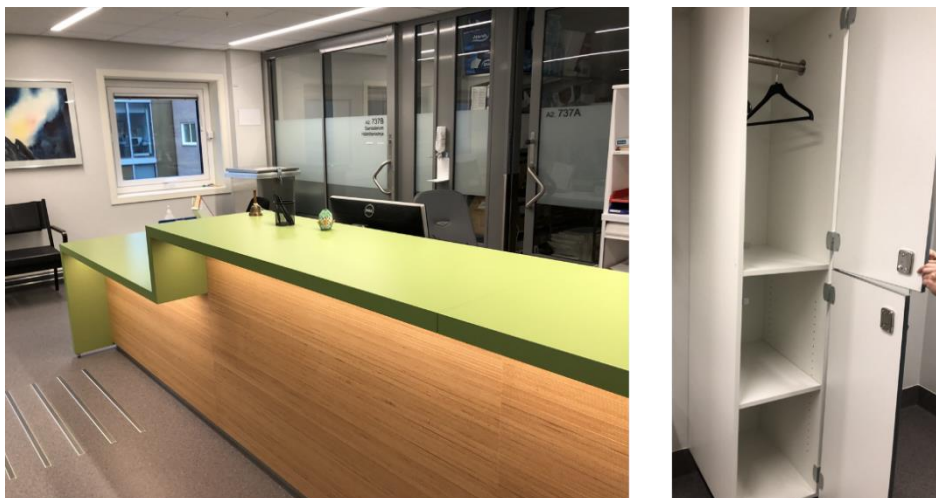
Pasienter som skal til robotkirurgi, ankommer via korridor i B-fløya. Et område i korridoren i B-fløya benyttes som sengeoppstillingsplass for pasienter som venter på å bli transportert inn til robotkirurgi.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya



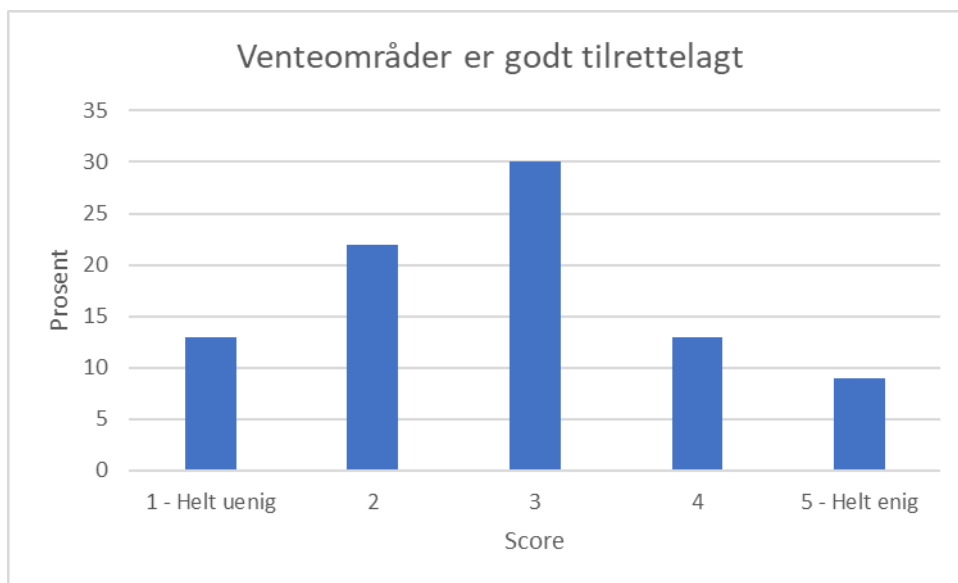
Figur 5.15 Illustrasjon – pasientflyt i dagkirurgisk område og areal (områder) for de ansatte. (Kilde: Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Figur 5.16 viser den åpne ekspedisjonen med to kontorer i bakkant. Det ene kontoret har to arbeidsplasser. Det andre kontoret benyttes til samtaler og har en arbeidsplass. I tilknytning til ekspedisjonen er det et venteområde med garderobeskap samt et toalett.



Figur 5.16 Ekspedisjon med åpen skranke, to kontorer i bakkant. To garderobeskap

Både under befaring og i fokusgruppeintervju kom det fram at ekspedisjonen fungerer godt, men ventearealet er for lite. Alle garderobeskapene var opprinnelig plassert ved venteområdet, men flere av disse er flyttet lenger inn i forberedelses-/oppvåkingsområdet for å øke antall venteplasser. I spørreundersøkelsen blant ansatte viser også resultatet at det er flere som ikke er tilfredse med venteområdet, da gjennomsnittscoren er 2,8 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig - helt enig) for utsagnet «Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt». Figur 5.17 viser imidlertid at scoren sprer seg fra 1 til 5, og at 30 prosent har gitt score 3 på evalueringstidspunktet.



Figur 5.17 «Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt». Score fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, dagkirurgisk område

Garderobeskapene er plassert med to seksjoner i høyden. Under befaringen ble det bemerket at hyllen i det øverste skapet er fjernet fordi pasientene stadig glemte ting som det var vanskelig å se i toppen av skapet (Figur 5.16).

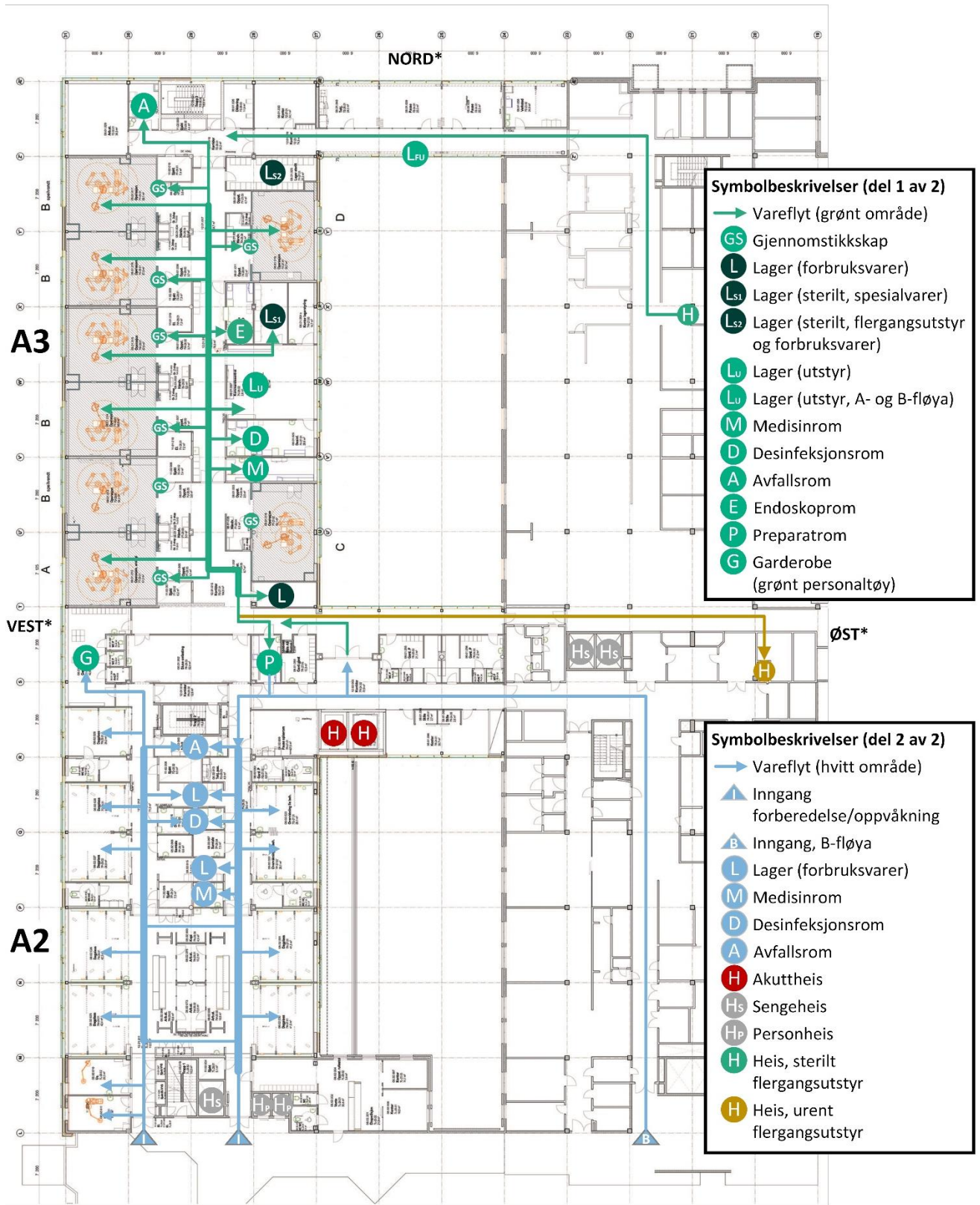
Det var opprinnelig planlagt at pasientene skulle oppholde seg utenfor det dagkirurgiske området mens de venter, blant annet i vestibulen. Fokusgruppen har imidlertid erfart at pasientene kommer til venteområdet, og at pasientene ønsker å vente «nært der de skal inn». Fokusgruppen forklarte at mange pasienter er avhengig av buss- og båttider, de kan ha lang reisevei og kommer ofte tidlig og samtidig. Fokusgruppen bemerket også at vestibyleområdet med salg av fristende mat og drikke, er lite egnet for pasienter som faster før operasjon.

Etter operasjonen overnatter noen pasienter på Pasienthotellet fordi det ikke er tilgjengelig transport eller fordi de trenger kort vei til helsehjelp. Fokusgruppen mente at det er en fordel at Pasienthotellet er nært, og de fremhevet at det fungerer godt for pasienter som ikke kan reise hjem samme dag. En av deltakerne uttalte: «Pasienthotellet er perfekt».

5.6.2 Vareflyt og forsyning

Vareflyten i det dagkirurgiske området presenteres ved hjelp av en illustrasjon (Figur 5.18). Illustrasjonen viser rom i det dagkirurgiske området som er relatert til vareflyten og tilkomst til de ulike rommene. Etter illustrasjonen, blir vareflyten og vareforsyning beskrevet.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya



*Retningene nord, sør, øst og vest på tegning tilsvarer ikke eksakt retning, men blir brukt i beskrivelse av A-fløya

Figur 5.18 Illustrasjon – vareflyt i dagkirurgisk område. (Kilde: Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

For vareleveranser til forberedelse-/oppvåkning og operasjonsområdet benyttes de to dobbeltdørene som leder direkte inn til korridorene i forberedelse-oppvåkningsområdet i sør. Det kommer også varer til begge områdene via korridor i B-fløya. I tillegg ankommer leveranser fra sterilsentralen til operasjonsområdet via dedikerte heiser som ligger i hovedoperasjon i B-fløya. A-fløya og B-fløya er bygget sammen slik at det er en sammenhengende grønn sone mellom dagkirurgisk operasjonsområde og hovedoperasjon.

Assistenten og portører sørger for forsyning (bestiller, leverer og legger på plass varene) til både forberedelses-/oppvåkningsområdet og operasjonsområdet. Det er egne assistenter inne på operasjonsområdet. Det betyr at ved leveranser til grønt område, transporteres varene frem til grønt område. Assistenten fra grønt område tar imot og legger på plass varene, mens avfall i grønt område transporteres frem til hvitt område og derfra videre til avfallssentralen.

Det er «aktiv forsyning» av forbruksvarer. Det vil si at det er avdelingspakke leveranser, hvor portører og assistenter bestiller (skanner brikker som henger på lagerskap og skuffer), leverer og fyller på. I tillegg leveres spesialvarer til operasjonsavdelingen. Dette er avdelingsspesifikke varer som ikke lagerføres på sentralforsyningen, men som bestilles fra leverandør. Sterilt flergangsutstyr leveres fra sterilsentralen til operasjonsområdet. I tillegg leverer sterilsentralen prosedyrepakke vogner som inneholder både sterilt flergangsutstyr og sterile forbruksvarer. Alt sterilt flergangsutstyr rengjøres i sterilsentralen, med unntak av endoskop som rengjøres i eget rom i operasjonsområdet.

Når det gjelder legemidler, leveres disse fra sykehusapoteket til forberedelses-/oppvåkningsområdet av portør. Portør ringer koordinator for de legemidlene som skal inn på operasjonsområdet, og legemidlene leveres i sluse før de transporteres til medisinerrommet. Det foregår tilberedning av legemidler på medisinerrom både i forberedelses-/oppvåkningsområdet og operasjonsområdet.

Påsmurt mat til pasientene i forberedelses-/oppvåkningsområdet leveres fra sentralkjøkkenet og oppbevares i et tekjøkken. Rent tøy kommer i avdelingspakke leveranser til forberedelses-/oppvåkningsområdet, og urent tøy går i tøysug. Restavfall kastes i avfallssug, mens øvrige avfallsfraksjoner transporteres ut via korridor i B-fløya. Prøver fra operasjon leveres til preparatrommet og hentes fra hvit sone for videre transport til laboratoriet.

5.6.3 Forberedelses-/oppvåkningsområde

Enheten har 26 pre- og postoperative plasser. Ledelsen anslår at det i gjennomsnitt behandles mellom 18 og 20 dagpasienter per dag (2020).

Sengerom og arbeidsstasjon

Sengeplassene (dagplassene), for forberedelser før operasjon og oppvåkning etter operasjon, er likt utformet. Det er seks sengerom med plass til fire senger og ett tosenksom for pasienter med smittsomme sykdommer («smitterom»).

Både på befaring, i fokusgruppene og i spørreundersøkelsen framhevet deltakerne at sengerommene var planlagt for små. Rommene var bygd for seks plasser med nattbord, men ble redusert til fire sengeplasser etter innflytting. Kapasiteten ble dermed redusert fra 38 til 26 plasser. Endringen ble gjort for å få plass til å arbeide på begge sider av sengen under forberedelse og oppfølging av pasienten. Skjerm Brett foran sengene ble også tatt bort fordi de var for store og tunge. Skjerm Brettene ble erstattet med utskiftbare gardiner festet til takskinner.

Deltakerne i fokusgruppen påpekte at sykehusplanleggere burde standardisere størrelsen på pre- og postoperative sengeplasser (dagplasser) for å unngå lange diskusjoner og senere ombygging i nye sykehusprosjekt. Til dette kan det bemerkes at arealutnyttelsen med fire senger i rommene på ca. 42 m² (bygd), er i samsvar med anbefalingene i Standardromskatalogen⁹. Standardromskatalogen angir 10 m² per plass (pre- og postoperativt). Videre angis 18 m² som arealnørm per oppvåkningsplass med støtterom. Ifølge Standardromskatalogen burde de fire sengerommene derfor vært dimensjonert for fire pasienter. To rom er på 56-57 m² med en skillevegg som deler rommet i to. Det er fire senger i hvert rom, og dette innebærer at hver sengeplass har en størrelse på ca. 14 m².

Behovet for ombyggingen i forberedelses-/oppvåkningsområdet kan blant annet skyldes endringer i planleggingen av plasser. Av DFP framgår det at det opprinnelig ble planlagt en kombinasjon av sengeplasser på ca. 10m² og stoler på 6 m² per plass. I tillegg var det planlagt adskilte plasser før operasjon og oppvåkningsplasser etter operasjon. I dagens område benyttes imidlertid de samme sengeplassene både før og etter operasjon.

Etter innflytting har det vært nødvendig å froste vinduer og montere rullegardiner for å hindre innsyn til sengeplassene. Dette illustreres i Figur 5.19 som viser to av sengeplassene.

⁹ https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Standardromskatalogen_pr11022020.pdf



Figur 5.19 Sengeplasser i forberedelses-/oppvåkningsområdet

Sengerommene kan i utgangspunktet benyttes til ulike pasientgrupper, men ett av rommene med skyvedør ble benyttet til barn på evalueringstidspunktet. Ansatte forklarte at det er praktisk å ha mulighet til å dele rommet, f.eks. når barn er urolige eller har behov for skjerming. På tidspunktet for befaring var det plassert et arbeidsbord ved foldevæggen. De øvrige sengerommene som har fire senger, ble benyttet til ulike pasientgrupper.

Sengerommet med to sengeplasser ble benyttet til pasienter med smittsomme sykdommer. Dette gjør det vanskelig å utnytte rommet til mer enn én pasient. Rommet har eget toalett, men mangler forrom og WC/dusj med dekontaminator for å være et fullverdig kontaktsmitteisolat.

Det er to toalett uten dusj for pasientene i forberedelses-/oppvåkningsområdet. Fokusgruppedeltakerne mente at det med fordel kunne vært fire toalett. De bemerket videre, at det tidligere var en vegghengt dusj på et toalett for pasienter som har behov for å skylle seg nedentil etter operasjon. Dusjen er imidlertid blitt fjernet på grunn av mangel på sluk i gulvet. Dusjen er erstattet av et toalett med spesiell spylefunksjon, men det ble fortalt at dette spesial-toalettet ikke fungerte godt nok. Det finnes et større toalett med dusj (HCWC med dusj) ved ekspedisjonen, men plasseringen ble betegnet som uegnet for nyopererte pasienter fordi pasienten må gå gjennom venteområdet. I fokusgruppen ble det påpekt at denne dusjen nesten aldri benyttes.

Figur 5.20 viser arbeidsstasjonen som ligger i midtkjernen, med sengeplasser på begge sider av en åpen skranke. Arbeidsstasjonen har gjennomgang fra begge hovedkorridorene via tverrkorridorer. Ansatte er svært fornøyd med arbeidsstasjonen. Den gir nærhet og god oversikt over pasientene. Arbeidsstasjonen har tilstrekkelig med arbeidsplasser, og legger til rette for dokumentasjon, samarbeid og konfidensielle samtaler mellom ansatte. Flere i fokusgruppen formidlet at arbeidsstasjonen fungerer godt:

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Deltaker nr 1: Den har de optimalisert

Deltaker nr 2: Ja, den er de fornøyd med. God oversikt og de kan gå igjennom

Deltaker nr 1: Kan sitte å se mot pasientene.

Arbeidsstasjonen har en åpen skranke mot korridoren og sengeplassene, og den er likt utformet på begge sider. Det er to arbeidsplasser med PC i skranken mot vest og tre mot øst, totalt fem plasser (åpen arbeidsstasjon er ca. 18 m² på hver side). Mot vest er det også plass til en bærbar PC. I tillegg er det en overvåkningsskjerm, «WorkStation», for alle pasientplassene. Denne har en «ViewStation», som også viser (gjenspeiler) plassene mot øst.

Det er plassert to rom med glassvegger midt i arbeidsstasjonen (13 og 10 m²). Rommene har utgang til korridorene, og begge var opprinnelig planlagt som arbeidsplasser. I løpet av planleggingen ble det ene rommet endret til et rom for interne møter, konfidensielle samtaler mellom ansatte og for pauser på ettermiddagstid. Under befaring og i fokusgruppen ble det påpekt at dette rommet er helt nødvendig for den daglige aktiviteten, og det ble sagt:

En sånn type rom, det må de ha, det må dere ikke glemme. [...] Det er en kjempefin løsning med de to forskjellige rommene.

Det andre rommet benyttes, som opprinnelig planlagt, dvs. til arbeidsplasser for fire personer.



Figur 5.20 Arbeidsstasjon med åpen skranke (bildet i midten). Skuffeseksjon til venstre i bildet. Til høyre: De to rommene bak skrankene, arbeidsrom (øverst) og rom for samtaler (nederst)

Det er plass til lagring, blant annet i en skuffeseksjon på den ene siden av skrankene. På den andre siden av arbeidsstasjonen er det plassert defibrillator, akutt-tralle, kopimaskin og et sted for å lade telefoner. Denne plasseringen oppleves som praktisk, men det ble kommentert at rørposten, som også er i nærheten, ikke blir brukt.

Sykepleierne får sykesignal inn på bærbare telefoner der romnummer kommer fram. En nødknapp med tre hovedfunksjoner, for vekter, anestesilege og hjertestans (akutt team), er plassert på vegg midt i den åpne delen av arbeidsstasjonen. Ansatte sa at

nødknappen gir ekstra trygghet, spesielt etter kl. 16 da det bare er to sykepleiere på vakt fram til kl. 19.

Støtterom i forberedelses-/oppvåkningsområdet

Nedenfor omtales støtterommene i forberedelses-/oppvåkningsområdet; samtalerom, desinfeksjonsrom, medisinrom, kontor, avfallsrom og lager.

Intervjudeltakerne var enige om at det er for få samtalerom i området. Det er bygd to samtalerom, men to undersøkelses-/behandlingsrom (UB-rom) benyttes også til samtaler med pasientene (før og etter operasjon). Det ene UB-rommet er tilrettelagt for øre-nese-hals og det andre brukes til ECT (elektrosjokk behandling) tre dager i uken. Et kontor bak ekspedisjonen kan også benyttes til samtaler, men dette rommet ble ikke ansett om egnet for alle pasienter på grunn av at det er innsyn gjennom store vinduer.

I intervjuet kom det fram ønsker om flere samtalerom for å få bedre arbeidsflyt og unngå venting. Ifølge kirurgene ville ett samtalerom per operasjonsstue vært optimal tilrettelegging for samtale med pasient før og etter operasjon samt for å utføre dokumentasjonsarbeid. Sykepleierne sa at de også kunne hatt nytte av flere samtalerom for å ta imot og snakke med pasientene.

Desinfeksjonsrommet (13,8 m²), medisinrom (6,5 m²) og avfallsrommet (13,9 m²) i forberedelses-/oppvåkningsområdet fungerer godt. Fokusgruppen mente at desinfeksjonsrommet med fordel kunne vært mindre, og noe av arealet kunne vært brukt til samtalerom. Under befaring ble det imidlertid påpekt at desinfeksjonsrommet er planlagt og bygd stort for å være fleksibelt for framtidig endring i aktivitet, blant annet dersom pasientgruppen blir «tyngre». Desinfeksjonsrom og avfallsrom har automatiske døråpnere med inngang fra begge korridorene.

Dagkirurgisk område er beredskap for intensivenheten ved større smitteutbrudd som Covid-19. Både medisinrom og desinfeksjonsrom er tilrettelagt for dette.

I avfallsrommet er to innkastluker (avfallssug og tøysug) plassert bak dørene som slår innover i rommet. Fokusgruppedeltakerne påpekte at dette er en uhensiktsmessig plassering fordi dørene står lenge oppe før de lukkes, og assistentene må derfor vente før de kan kaste avfall i sjakten. Det er imidlertid nyttig med et lite vindu i dørene slik at de som er utenfor, kan se om noen står ved innkastluken. Det ble også bemerket at innkastluken i avfallsrommet i nord er plassert for lavt på veggen.

Ansatte i forberedelses-/oppvåkningsområdet mente at de har varene som de trenger, og at det er tilstrekkelig med lagringsplass for forbruksvarer og tøy. Forbruksvarer og tøy oppbevares i skap i to av de tverrgående korridorene. Videre er det et tekjøkken der påsmurt brødmatt til pasientene lagres i kjøleskap. Et pauserom i området brukes mest til møter, og dette fungerer godt ifølge ledelsen.

I et kontor i midt-korridor mot B-fløya er det etablert åtte arbeidsplasser og to stillerom, (med en arbeidsplass i hvert stillerom) som benyttes av «grønt område».

5.6.4 Operasjonsområdet

Alle operasjonsstuene er i prinsippet planlagt og bygd likt (standardisert). Området består av åtte generelle stuer (universelle stuer), med unntak av stue for urologi (Forprosjektrapport 2012). Stuene har omtrent samme størrelse, utforming og basisutrustning. Dette gjelder innredning med skap, og lik plassering av infrastruktur som strøm-, data- og gassuttak både i takhengte uttakssentraler (søyler) og på vegg. Hensikten med generelle operasjonsstuer er at de kan benyttes uavhengig av fagområde, det er enkelt å finne fram og personalet er kjent med hvordan stuene fungerer. Den generelle utformingen forutsetter at fagspesifikt utstyr transporteres fra lager til operasjonsstuene.

Sluse eller forrom

Ved inngangen til operasjonsområdet er det plassert en sluse for omlasting av pasienter (52, 4 m²). Hensikten med sluse eller forrom kan være flere. Omlasting av pasient fra seng til operasjonsbord og omvendt, rapport ved overlevering av pasient fra sengepost til operasjon, ev. oppbevaring av senger, adferds regulering gjennom en bevisstgjøring av at man går inn i ren (grønn) sone, skille ren og uren sone ved smitte/pandemi^{10,11}. Videre gir slusen mulighet for endringer i driftsmodell uten ombygging, eksempelvis velge å omlaste pasient i sluse i stedet for å kjøre pasienten i seng inn på operasjonsstuen.

I evalueringsperioden ble de dagkirurgiske pasientene vanligvis transportert i seng eller rullestol gjennom sluse til en av operasjonsstuene. Ifølge fokusgruppen hadde flere ansatte som medvirket i planleggingen, gitt tilbakemelding om at det er overflødig med sluse ved dagkirurgi. Etter innflytting er slusen blitt mest benyttet som lager og ikke til å omlaste pasienter. I fokusgruppen ble det sagt at det hadde vært bedre med bare én dør inn til operasjonsområdet:

Bortkastet areal, vi har så lite plass til toalett, garderober osv. [...] Det ble forsøkt å få det i hvert fall til garderobe med toalett, i stedet for det vi har nå, uten toalett, men det fikk vi også tommelen ned for. Det er ting som ble påpekt på et veldig tidlig tidspunkt, men det har virket som det er helt uforanderlig altså, av en eller annen årsak.

Deltakerne påpekte også at den automatiske døråpneren er uhensiktsmessig plassert på vegg inn til slusen. Den burde vært plassert slik at den som kjører sengen, slipper å gå forbi sengen for å trykke på åpneren.

Operasjonsstuer

Ifølge Standardromskatalogen og Byggveileder for smittevern (Sykehusbygg HF 2019) er 50-60 m² en vanlig størrelse på nye operasjonsstuer. To av operasjonsstuene i A-fløya er plassert mot yttervegg på østsiden (51 m² og 54 m²), og seks er plassert mot

¹⁰ <https://sykepleien.no/forskning/2017/12/pasientoverlevering-kan-bli-tryggere-og-sikrere>

¹¹ Byggveileder for smittevern. Sykehusbygg HF 2019

yttervegg på vestsiden (57-58 m²). Operasjonsstuene oppleves som store og gode (Figur 5.21).



Figur 5.21 Operasjonsstue med takhengte lamper og uttakssentraler

Det ble fortalt at det dagkirurgiske området benytter fire operasjonsstuer mandag og fredag og fem de øvrige hverdagene. En annen operasjonsstue benyttes ofte som skiftestue (urene kirurgiske inngrep/prosedyrer). I praksis benyttes disse seks stuenes etter fagområdenes behov og kapasitet (Jf. kapittel 5.3 «Beregning av kapasitet»). Dagens operasjoner (2020) kan ha en varighet på alt fra 10 minutter til fem timer. En av de ansatte forklarte at for omtrent to år siden, før innflytting, var de dagkirurgiske operasjonene lettere. Operasjonene har imidlertid utviklet seg og blitt «tyngre» og mer krevende. Dette er i samsvar med ønsket utvikling beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023).

Under fokusgruppeintervjuet ble det sagt at i planleggingsprosessen, var det en oppfatning i UNN om at generelle operasjonsstuer (universalstuer) skulle være en egnet løsning for dagkirurgi. Etter innflytting har deltakerne erfart at de takhengte søylene er gode og at det er mulig å justere dem, men de mente at plasseringen av søylene med fordel kunne vært mer tilpasset fagområdene. Deltakerne fortalte også at under planleggingen, ble det gitt tilbakemelding om at operasjonsstuene bør planlegges og tilrettelegges på grunnlag av type kirurgi som skal utføres.

De generelle stuenes benyttes i dag fagspesifikt for å redusere tid mellom operasjonene, dvs. at utstyret i operasjonsstuene er tilpasset det enkelte fagområdet. Videre mente deltakerne at kun generelle stuer ikke er en egnet løsning for dagkirurgi. Det ville vært tilstrekkelig med to generelle operasjonsstuer. De sa at utfordringen med generelle stuer, er at ansatte må bruke tid på å transportere fagspesifikt utstyr til og fra stuen, koble til og fra strøm -, gass- og datauttak i søyler, skifte posisjon på tunge søyler og tilpasse posisjon på operasjonslamper.

I hverdagen nå strever vi forferdelige mye med å få lampene på plass inn i feltet, at vi får stilt bordet. Altså vi bruker masse tid, og ikke minst er det tungt utstyr vi flytter på. Flytter på de søylene for å få dem inn i feltet fordi det ikke er tilpasset de fagområdene som jobber

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

på de stuene. Det er en universaltilpasning som... . Jeg tror man må jobbe her for å forstå hvor spesialisert det er, og selv om det høres ut som en liten ting, så er det mye utstyr som involveres.

Det ble anbefalt at søyler og lamper etc. i framtidens operasjonsstuer tilpasses fagområdene, og at stuene bør være så fleksible at det kan gjøres endringer i tak og vegger, dersom utviklingen i kirurgien krever andre tilpasninger.

Det ble også sagt at det kan være mulig å utbedre noen ulemper, som blant annet søyler som har dødsoner (blindsoner), og en stor skjerm på veggen som er vanskelig å se fordi den har fått en uheldig plassering. Det ble imidlertid påpekt at utbedringer er krevende, og at så mye som mulig bør løses før innflytting.

Ansatte mente at ergonomien er godt ivaretatt i operasjonsstuene. Det ble fortalt at flere av kirurgene foretrekker å operere i det dagkirurgiske området blant annet fordi skjermene kan justeres for å få en god og tilpasset arbeidsstilling.

Alle operasjonsstuene har vindu med innglassede persiennner. Persiennene er normalt nede for å hindre innsyn, og flere savnet dagslys og sa at rommet kan oppleves som lukket.

I spørreundersøkelsen blant ansatte ble det gitt høy score på arbeidslys i dagkirurgisk område. Gjennomsnittlig score er 4,5 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – til helt enig), og 57 prosent ga score 5. Deltakerne i fokusgruppen uttrykte at de er svært fornøyde med belysningen på operasjonsstuene. Takbelysning er inndelt i soner, og det er eget lys for anestesi og operatør. De sa også at det er veldig praktisk med operasjonslamper som kan slås av både på søyle og på vegg i tillegg til på selve operasjonslampen. Dette ble montert etter innflytting. Det ble også fremhevet at lysarmatur i tak kan endre farge i forhold til operativt inngrep og individuelle behov.

Operasjonsstuene er utstyrt med tre stasjonære PC-er og med tilgang til bærbare PC-er plassert på traller eller bord. Sykepleierne fremhevet at det er praktisk å kunne flytte PC etter behov, og at de på den måten kan ha god oversikt.

Ventilasjon og gjennomstikkskap

Alle operasjonsstuene har renhetsgrad på 100 cfu, i samsvar med krav satt i Forprosjektrapport. Ventilasjonsmessig er to og to stuer bygd sammen. Dette innebærer at når døren åpnes i én stue, kan endringen i lufttrykk forplante seg til nabostuen. Det er gjennomstikkskap med forrigling på alle operasjonsstuer.

Av hensyn til smittevern er det viktig å redusere trafikk inn og ut av operasjonsstuer. Hensikten med gjennomstikkskap mellom korridor og operasjonsstue er å kunne fylle på og fjerne instrumenter, utstyr o.a. uten å gå inn i operasjonsstuen. Gjennomstikkskap må ha forrigling (bare en dør kan åpnes om gangen) og noe lavere lufttrykk enn operasjonsstuen for å forhindre forurensning av operasjonsstuen.

I fokusgruppeintervjuet ble det fortalt at gjennomstikkskapene i operasjonsstuene i hovedsak fungerer bra. Det ble imidlertid bemerket at skapene med fordel kunne vært litt dypene for å gi mer plass til tralle (vogn) med utstyr og instrumenter. En sykepleier fortalte at når trallen skyves inn i slusen fra operasjonsstuen, kan døren mot korridor åpne seg, og da må sykepleieren ut for å lukke døra på utsida av operasjonsstuen.

Ifølge prosjektorganisasjonen i UNN, er det foretatt målinger for å undersøke endringer i lufttrykk i operasjonsstuene når døren inn til en stue åpnes. Målingene har vist at overtrykket opprettholdes og er tilfredsstillende både i den aktuelle operasjonsstuen og nabostuen. Det ble imidlertid bemerket at løsningen med å bygge to stuer sammen i en «ventilasjons-celle» ikke er ideelt.

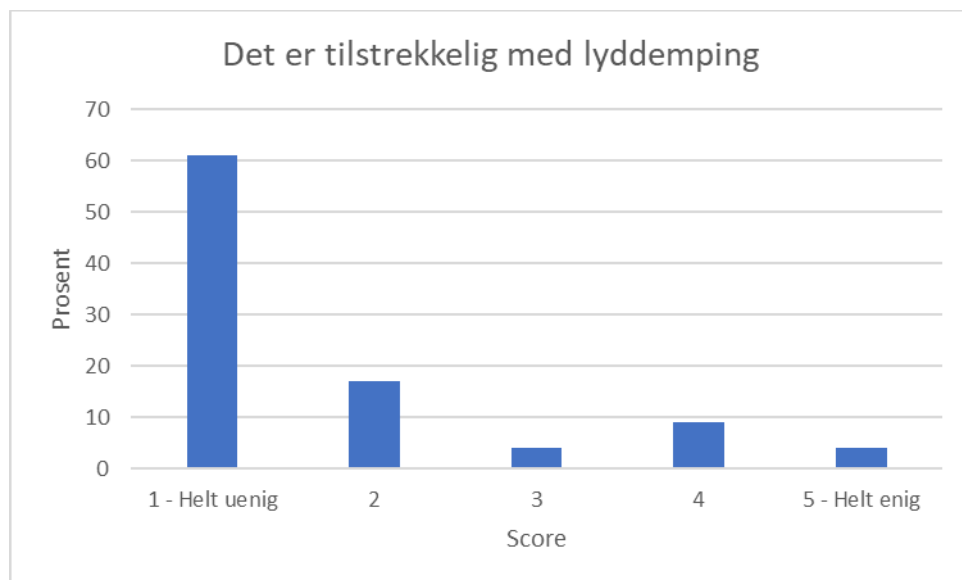
Lyddemping

Det er valgt prefabrikerte operasjonsstuer med metall i himling og vegger som gir mye etterklang, og dermed støy.

Fokusgruppedeltakerne beskrev vegger og tak i operasjonsstuene som blanke og glatte. Ifølge assistentene er stuen lette å rengjøre, men sykepleierne forklarte at overflatene skaper så mye gjenklang og støy at det kan være vanskelig å oppfatte beskjeder som gis. Dette underbygges av spørreundersøkelsen blant ansatte som viser lav score på utsagnet om tilstrekkelig lyddemping i det dagkirurgiske området (Figur 5.22).

Gjennomsnittlig score er 1,7, og 61 prosent av besvarelsene ga score 1.

Fokusgruppedeltakerne forklarte at den lave scoren gjaldt operasjonsstuene.



Figur 5.22 «Det er tilstrekkelig med lyddemping». Score fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, dagkirurgisk område

Det er blitt montert akustiske himlingspaneler i operasjonsstuene for å redusere støyproblemet, og det ble fortalt at det planlegges ytterligere utbedringer.

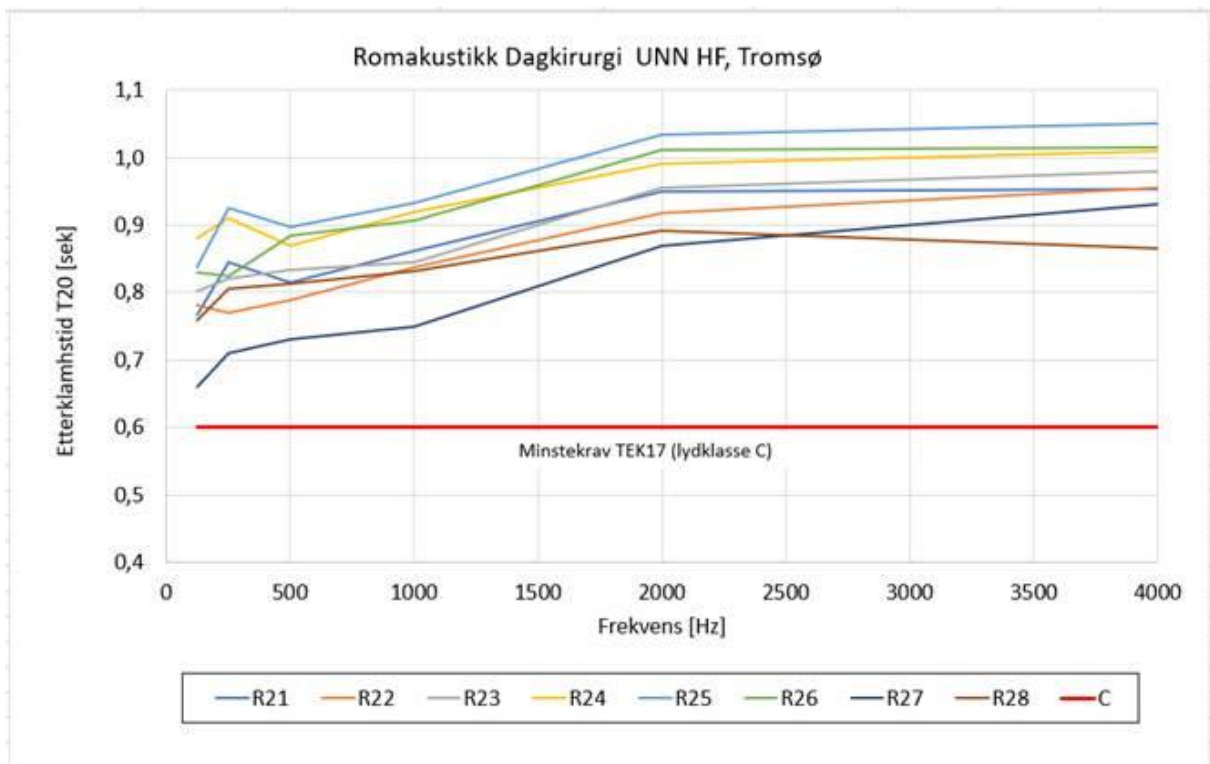
Det er utført etterklangsmålinger av Arbeids- og miljøteknisk avdeling ved UNN både før og etter utbedringer med akustiske himlingspaneler.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Målingene som ble utført i operasjonsstuene etter utbedringer, ligger fortsatt over minimumskravet i alle oktavbåndene som er målt. Større absorpsjonsareal vil kunne redusere etterklangstiden, men dette bør vurderes opp mot hygieniske aspekt. Figur 5.23 viser målinger sammenlignet med lydkrav i klasse C i de åtte dagkirurgiske operasjonsstuene etter utbedring.

Minstekravet i Byggeteknisk forskrift (TEK10) på det tidspunktet det ble søkt ansvarsrett (2015), var lydklasse C med henvisning til NS 8175-2012 *Lydforhold i bygninger*. Undersøkelserom, behandlingsrom, operasjonsstuer og sengerom har samme krav til etterklangstid, $T(s)=0,6$ sekunder.

Det kan se ut til at entreprenør ikke har fanget opp endringen i TEK10 som kom i 2013, og i stedet forholdt seg til utgått NS 8175-2008. Her var kravet til etterklangstid $T(s)=0,8$ sekunder. Rådgivere som søker ansvarsrett, skal forholde seg til gjeldende byggereglene når det søkes ansvarsrett.



Figur 5.23 Måling av romakustikk i operasjonsstuer. Målingene er utført av UNN i august 2020 og tilrettelagt av Sykehusbygg HF

I fokusgruppeintervju ble det også fortalt at de blanke og glatte veggene må dekkes til ved laserkirurgi på grunn av risiko for refleksjon av laserstråler.

Kirurgi for innlagte pasienter, robotkirurgi og øyeblikkelig hjelp

Ifølge intervju skulle det dagkirurgiske området i utgangspunktet bare gjennomføre planlagt (elektiv) dagkirurgi, og det var et mål å oppnå god logistikk og unngå kryssende pasientforløp (DFP).

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Aktivitetsdata fra 2019 gir et beregnet kapasitetsbehov på 4 dagkirurgiske operasjonsstuer. Som kapittel 5.3 viser, er det er bygd 8 stuer, men bare 6 er i bruk til dagkirurgi.

Det dagkirurgiske området har blitt en blanding mellom planlagt dagkirurgi, som er hovedaktiviteten, kirurgi for innlagte pasienter og øyeblikkelig hjelp. Dette medfører kryssende pasientforløp mellom A- og B-fløya samt at den dagkirurgiske kapasiteten og kapasiteten i forberedelses-/oppvåkingsområdet ikke blir fullt utnyttet. Dette er nærmere forklart nedenfor.

I tillegg til planlagt dagkirurgi, blir to av operasjonsstuenes benyttet til robotkirurgi for innlagte pasienter. Denne aktiviteten har både egen ledelse og personell med unntak av assistentene, som rengjør alle de åtte operasjonsstuenes og utstyr. Robotkirurgien benytter også noe lagringsplass i det dagkirurgiske operasjonsområdet. Pasientene som får robotkirurgi, transporteres til og fra det dagkirurgiske operasjonsområde via korridor i B2 og den midtre korridoren i samme etasje (plan 7). Disse pasientene benytter ikke de øvrige områdene i det dagkirurgiske området, men oppvåkning på hovedoperasjon i B-fløya.

I tillegg blir det nesten daglig utført én planlagt operasjon for innlagte pasienter (ikke robotkirurgi). Disse pasientene transporteres gjennom den ordinære sengeinngangen og har en kort postoperativ liggetid før de flyttes tilbake til tilhørende døgnområde.

De fleste øyeblikkelig-hjelp-pasientene opereres på området for døgnkirurgi i B-fløya (innlagte), men når det er ledig kapasitet, kan øyeblikkelig-hjelp-pasientene få et dagkirurgisk tilbud. Disse pasientene kommer fra ulike fagområder og har det samme forløpet som de planlagte «dagkirurgiske pasientene».

Støtterom i operasjonsområdet

Støtterommene i operasjonsområdet består av tre lager som er fordelt utover i operasjonsområdet, ett desinfeksjonsrom, ett medisinerrom, ett lager for utstyr, ett avfallsrom, ett endoskoprom, ett preparatrom, kommandosentral, dikteringsplasser, kontor, arbeidsplasser og pause/møterom. Det er nisjer med oppstillingsplasser for senger og utstyr ved inngangen til operasjonsstuenes.

Området har ett i rent lager for forbruksvarer (14 m²), ett sterilt lager for spesialvarer (18,2 m²) og ett sterilt lager for sterilt flergangsutstyr og sterile forbruksvarer (25,2 m²). Ansatte som har ansvar for renhold, opplevde imidlertid at det er for lite lagerplass i operasjonsområdet. Dette har ført til at det har blitt plassert noe varer i korridor. Ifølge renhold er det tungvint å gå rundt på flere rom og lokasjoner ved bestilling og påfylling. Spesielt for assistentene er konsekvensen at de bruker mye tid på å bestille, pakke ut og levere varer. Selv om det er uttrykt at det er for liten lagerplass, sa de ansatte i operasjonsområdet at de varene som det er behov for, er tilgjengelig når de trenger dem.

Ansattes erfaringer er at generelle operasjonsstuer krever mer lagerplass enn fagspesifikke stuer. Utstyrslageret (55,1 m²) er plassert sentralt i operasjonsområdet. I

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

dette rommet lagres fagspesifikt utstyr; leiringsutstyr, medisinteknisk utstyr og «utstyrsrack». Sykepleierne sa at dette rommet er av stor betydning for operasjonsaktiviteten. Det blir bemerket at selv om rommet er stort, er rommet fullt fordi utstyr må plasseres slik at det kan trilles/hentes ut. I tillegg til utstyrlageret er det oppstillingsplass for større utstyr i to nisjer i korridoren. Det er også plassert utstyr i en nisje på nordsida. Dette utstyret brukes både til dagkirurgi (A-fløya) og til kirurgi for innlagte pasienter (B-fløya).

Desinfeksjonsrommet (28,6 m²) og medisinrommet (18,4 m²) er plassert ved utstyrlageret. Begge rommene oppleves hensiktsmessige, de har god størrelse og beliggenhet. Arealet i medisinrommet er noe større enn dagens behov, men ifølge ledelsen er størrelsen valgt for å kunne møte framtidig behov og endring i pasientgruppene.

Avfallsrommet (10,2 m²) er plassert i nordre del av operasjonsområdet. Assistentene har bemerket at det burde vært mer sentralt i operasjonsområdet slik at det blir omtrent like langt å gå fra hver operasjonsstue.

Både ledelse og assistenter som har ansvar for renhold, erfarer at korridorene i operasjonsområdet er luftige og har tilstrekkelig bredde. Selve korridoren er 3 meter bred. Nisjene i tilknytning til operasjonsstuene mot vest er ca. 3,4 meter dype, og de mot øst er ca. 2,4 meter. Med nisjene inkludert varierer bredden på korridoren mellom ca. 3 til 8,8 meter. Renholdsassistentene framhevet at sammenlignet med andre områder i sykehuset, er dette området er mye mer hensiktsmessig å jobbe i.

I nisjen for oppstilling av senger utenfor operasjonsstuene plasseres også utstyr som skal benyttes i løpet av dagen. Dette er leiringstralle og ekstra tralle for sterilt flergangsutstyr, samt avfallsbeholder og tralle for urent flergangsutstyr. Erfaringsmessig blir operasjonsprogrammet ofte endret, og oppstillingen av ekstra sterilt flergangsutstyr tilrettelegger for fleksibilitet i operasjonsprogrammet.

Endoskopirommet (14,6 m²) er plassert sentralt i avdelingen og brukes til rengjøring av endoskop. Som tidligere nevnt, fraktes øvrig urent gods til sterilsentralen.

Preparatrommet (12,2 m²) er plassert mellom forberedelses-/oppvåkning og operasjonsområdet, med tilgang fra begge sider. Prøver fra operasjon leveres til preparatrommet og hentes fra hvit sone for videre transport til laboratoriet.

Kommandosentralen (3,6 m²) er plassert ved inngangen til utstyrlageret, med til sammen tre plasser for anestesileger og koordinator. Det ble fortalt at plassering av kommandosentralen fungerer godt, den gir nærhet til det som foregår, men kunne med fordel vært noe større. På utsiden av kommandosentralen, mot korridor, er en driftstavle som viser oversikt over ressurser og fagområde på stuene.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Lagerstyringsrommet (14,7 m²) i enden av utstyrslageret, er endret til dikteringsrom. Det opprinnelige dikteringsrommet (11,9 m²) er endret til kontor for to ledere fordi rommet har en god og tilgjengelig plassering.

Arbeids-/møterom med 12 arbeidsplasser (39,3 m²), kontor for to personer (24,1 m²) og pause/møterom med tekjøkken (74,9 m²) ligger mot nord. Pause/møterommet er fleksibelt og kan deles inn i tre rom.

Avstander

Avstanden fra inngang til sluse, gjennom korridoren mellom operasjonsstuene og til arbeidsområder og pause-/møterom i nord er ca. 57 meter (se vedlegg til slutt i rapporten). Det blir mye gåing fram og tilbake, og det rapporteres at assistentene går ca. 18 000 skritt per dag. Sykepleierne fortalte at de også har fått lengre gangavstander i nytt bygg. En anestesisykepleier kan gå omtrent 10 000 skritt per dag, og en sykepleier som avlaster og bistår i operasjonsområdet kan gå 16 000 skritt på en vakt.

Gulvbelegg

Myke gulvbelegg kan være fordelaktig for å redusere belastningsskader ved stående og gående arbeid, samt for å redusere trinnlyd (støy). Ulempen med myke gulv kan være høyere rullemotstand, slik at utstyr og senger blir tyngre å trille¹².

Både assistenter og sykepleiere har erfart at det er tungt å trille utstyr som C-buer og store rack, og de forklarer at dette forverres av at gulvbelegget er mykt. Fokusgruppen fremhevet at gulvbelegget i korridoren er mykt både i forberedelses-/oppvåkingsområdet og i operasjonsområdet, og belegget er mykere i korridoren enn i operasjonsstuene. Det ble bemerket at det burde vært omvendt.

I operasjonsområdet er det mye tungt utstyr som skal trilles til og fra stuene, i tillegg skal pasienter i seng trilles til og fra operasjonsstuene og forberedelses-/oppvåkingsområdet. Dette ble kommentert slik i fokusgruppeintervju:

Kne- albuebordet med sokkel veier et halvt tonn, så kan dere tenke dere å skyve et halvt tonn. Jeg bruker hele vekta mi, ligger ytterst ute på tærne mine og skyver det jeg er god for.

Det ble fortalt at assistentene har fått økt forekomst av belastningsskader etter innflytting i nytt bygg. De må mange ganger være to for å flytte utstyr sammenlignet med tidligere da det var tilstrekkelig med én person. Sykepleierne har erfart det samme. Det må ofte være to sykepleiere fra operasjonsområdet for å kjøre pasienten i seng til og fra forberedelses-/oppvåkingsområdet.

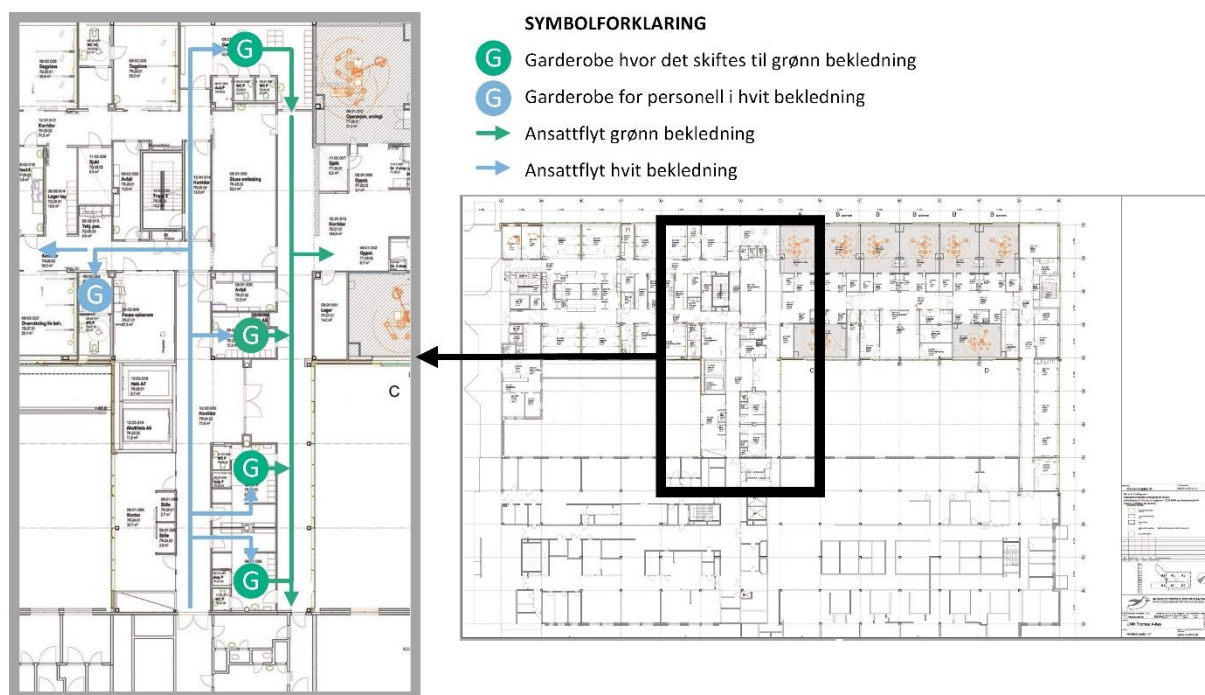
5.6.5 Garderober og toalett

Garderobene har ulik størrelse og er plassert på fem forskjellige steder i forberedelses-/oppvåkingsområdet (Figur 5.24). Plassene er fordelt mellom personalet i det

¹² Hanger 2017, https://www.researchgate.net/publication/314297748_Low-Impact_Flooring_Does_It_Reduce_Fall-Related_Injuries

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

dagkirurgiske området i A-fløya og operasjonsområdet i B-fløya, totalt ca. 280 personer. Deltakerne i fokusgruppen og flere som har besvart spørreskjemaene, kommenterte at de ikke er fornøye med garderobene og at det er for få toalett.



Figur 5.24 Garderober i dagkirurgisk område, plan 7. (Kilde: Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Personalet i det dagkirurgiske området benytter garderoben i forberedelses-/oppvåkningsområdet (tilrettelagt for 18 personer) og en garderobe uten toalett (tilrettelagt for 45 personer), som ligger ved siden av preparatrommet. I fokusgruppen ble det uttalt følgende:

Ansatte ville jo ha personlige skap, og det tenker jeg er et poeng som dere kan ta med dere, og det må være toalett i alle garderober.

I forberedelses-/oppvåkningsområdet er personalet kledd i hvitt mens i operasjonsområdet er de kledd i grønt. Ifølge DFP skulle ansatte skifte til hvitt tøy i en hovedgarderobe sentralt. De som jobber i operasjonsområdet, skulle deretter skifte fra hvitt til grønt tøy i garderobe på plan 7.

På grunn av at flere opplever problem med hovedgarderobene (plan 4), har mange valgt å skifte på plan 7, men disse garderobene er kun planlagt for å skifte fra hvitt til grønt tøy. Den største garderoben på plan 7, for 100 personer, ligger i enden av korridoren mellom forberedelses-/oppvåkning og operasjonsområdet (mot vest). For å komme inn i garderoben krysser ansatte, med yttertøy og utesko, korridoren som går inn til operasjonsområdet, der pasienter skal inn til en steril prosedyre.

Når det gjelder håndvasker i garderober og toalett, bemerket fokusgruppen at vaskene er for grunne. Det fører til at vannet samles opp i vasken og man får hendene ned i såpevannet, og ikke under rennende vann.

5.6.6 Vinduer

I intervju med prosjektorganisasjonen i UNN ble uttrykt at forholdet mellom krav og behov for dagslys, mulighet for å se ut og skjerming for innsyn til pasientområder er en utfordring i A-fløya. Det ble fortalt at under planleggingen pågikk mange diskusjoner med arkitekter om størrelse på vindu og dagslysinfall.

Det ble valgt store vinduer med lav brystning på hver side av bygget, slik at vinduene nesten går fra gulv til tak. Hensikten har blant annet vært å få dagslys fra begge sider av bygget. På grunn av høyere kostnader enn beregnet med den opprinnelig planlagte fasaden og solskjermingen, ble det valgt å etablere en enklere fasade med utvendig solskjerming. Det ble montert utvendige, automatiske persienner på utsiden av vinduene, med unntak av på nordsiden.

Mange ansatte har gitt tilbakemelding til ledelsen i UNN om at de ikke er tilfredse med de store vinduene. Det er mørke tid i Nord-Norge, og man benytter mye lys i byggene. Dette medfører at man ser inn i bygget gjennom vinduer på begge sider. Det blir innsyn fra nabobygg og bussholdeplass utenfor A-fløya. Ansatte har fått tilbakemeldinger fra pasienter om at frosting av vindu ikke er tilstrekkelig, og at det er ubehagelig å se bevegelser utenfor pasient- og behandlingsrom. Det er derfor montert rullegardiner på innsiden av vinduene.

Ifølge fokusgruppedeltakerne fungerer ikke alle persiennene slik som de skal. De har erfart at de utvendige persiennene ikke fungerer i minusgrader, og iblant må det brukes lift for å fjerne snø som legger seg på persiennene.

Fokusgruppen forklarte at de store vinduene ble valgt, til tross for at de i planleggingsprosessen hadde påpekt at vinduene gir for mye innsyn i det dagkirurgiske området. Resultatet har blitt at området i dag både har utvendig og innvendig skjerming i form av persienner, rullegardiner og/eller frosting. Foreløpig har ikke vinduene på nordsiden av bygget blitt skjermet. Dette fører til at rommet med arbeidsplasser blir for varmt i sommerhalvåret, og det kommer for mye lys inn på PC-skjermene. En av deltakerne uttrykte erfaringene fra planleggingsprosessen slik:

Eierskapet til arkitektene var så sterkt. De var her etterpå og så [befaring etter innflytting], og vi sa at det er ikke hensiktsmessig fordi vi ikke kan ha dem [vinduene] oppe. De sa: Jo, men det er så lyst og fint. Men vi kan jo ikke det, vi blotter jo pasientene. Det er fint på et hotell, men ikke på et sykehus, ikke praktisk [...] Det var en del ting det var umulig å gjøre noe med når de [arkitektene] hadde begynt.

5.6.7 Samarbeid og fellesskap

Etter innflytting i nytt bygg er gangavstandene mellom forberedelses-/oppvåkning og operasjonsområdet blitt større, og det kan oppleves som utfordrende for fellesskap og samarbeid.

Fokusgruppen fortalte at under planleggingen, hadde det vært et mål å beholde samholdet mellom områdene. Etter innflytting i nytt bygg, er kontakten blitt ivaretatt gjennom felles fagdager og ved at ansatte i forberedelses-/oppvåkningsområdet benytter et felles pauserom (på nordsiden). I hverdagen møtes også sykepleierne fra de to områdene for informasjon og dialog, blant annet i arbeidsstasjonen, når pasientene hentes og bringes tilbake fra operasjonsområdet. Fokusgruppen sa at det er et godt arbeidsmiljø, og det ble fremhevet at «folk trives».

5.6.8 Medvirkning og opplæring

I fokusgruppen ble det uttalt at ansatte fikk grundig opplæring planleggingsfasen, som blant annet i romfunksjonsprogram (RFP), for å kunne medvirke i planleggingen. Fokusgruppen understreket at opplæringen var helt nødvendig, og at det derfor må settes av tid til opplæring i alle nye byggeprosjekt.

Det ble også påpekt at det er vesentlig med kontinuitet fra innleide konsulenter og rådgivere, og bemerket at det har vært svært krevende å ivareta medvirkning på vegne av de ansatte. En forklarte det slik:

Det var mange utenfra som kom og gikk hele tiden [...] Og så var de ikke forberedt, og så måtte vi gå igjennom det som var gjort før, var besluttet før, så kom du nesten aldri videre fordi du måtte ta opp igjen og opp igjen. Du sendte kravspek på nytt, RFP på nytt, som ikke var rettet slik som vi var blitt enige om, for da var det noen andre som hadde fått oppgaven. Det var forferdelig slitsomt.

Ansatte fortalte også at de savnet erfaringer og mulighet for å lære av andre sykehus under planleggingen av det nye dagkirurgiske området. Det ble imidlertid framhevet at de fikk god opplæring før innflytting, og at dette var avgjørende for å få avdelingen til å fungere. De anbefalte derfor å bruke god tid på plassering av søylene under planlegging og bygging, samt opplæring i bruk av utstyr før innflytting, spesielt søylene.

I ettertid sitter flere igjen med følelsen av å ha investert mye for å få de best mulige løsningene. Medvirkningen har vært krevende, men de poengterte at de har vært en god gruppe i alle ledd i avdelingen, og at de har fått til en «god flyt».

Etter to års erfaring med bygg og utstyr, ønsket ansatte nå å få mer opplæring for å videreutvikle arbeidsmåter, lære å utnytte operasjonsstuene, lampene og søylene enda bedre.

5.6.9 Fleksibilitet

Fleksibilitet benyttes ofte som et samlebegrep for byggets evne til å endre funksjon når behovene endrer seg på grunn av nye behandlingstyper eller pasientgrupper. A-fløya skulle bygges med stor grad av generalitet og fleksibilitet for framtidige endringer i bruk og eventuelle ombygginger.

SINTEF Byggforsk bruker følgende definisjoner¹³:

- Generalitet er evnen en bygning har til å møte vekslende krav uten å forandre egenskaper
- Fleksibilitet er evnen en bygning har til å møte vekslende krav gjennom å forandre egenskaper
- Elastisitet er mulighet for økning eller reduksjon av areal i form av tilbygg eller påbygg

Det dagkirurgiske området er tilrettelagt for planlagt (elektiv) dagkirurgi med generelle (like) sengeplasser for forberedelser og oppvåkning samt generelle operasjonsstuer. Området i A-fløya er også koblet sammen med eksisterende bygg i B-fløya i grønn sone. Dette gjør området fleksibelt for framtidige endringer i bruk.

I intervjuene ble det påpekt at ren dagkirurgisk aktivitet, ville gitt mer effektiv drift. På den andre siden har erfaringer med «blandingsdrift» vist at det dagkirurgiske området kan ivareta variasjoner og endringer i bruk, slik som mange ulike pasientgrupper og fagområder, dag- og døgnbehandling, planlagte operasjoner og øyeblikkelig hjelp. I tillegg inngår det dagkirurgiske området i beredskapsplanen for UNN Tromsø.

Beredskap, Covid-19

Under koronautbrudd eller andre pandemier, blir dagkirurgisk område benyttet til intensivpasienter når antallet intensivpasienter med smitte er høyere enn fem. Dagkirurgien flytter da tilbake til det tidligere dagkirurgiske operasjonsområdet i C00 (Figur 1.1). Under befaring og intervju ble det også fortalt og observert at noen rom ble brukt som lager og beredskap for intensivenheten.

5.7 Hovedfunn

I dette kapittelet oppsummeres hovedfunn fra evalueringen av det dagkirurgiske området inkludert vurdering av måloppnåelse.

Før innflytting i A-fløya hadde dagkirurgien trange forhold som vanskeliggjorde omstilling til fremtidig økning i dagkirurgi. Plan 7 ble derfor planlagt som en effektiv dagkirurgisk enhet med antall dagkirurgiske plasser i samsvar med antall operasjonsstuer.

¹³ <https://www.byggordboka.no/artikkel/les/fleksibilitet-generalitet-elastisitet-fge>

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

De aller fleste pasientene og ansatte har gitt uttrykk for at de er fornøyde med utformingen av det dagkirurgiske område. Både spørreundersøkelser og intervju viser også at ansatte er fornøyde med lokalisering av området og med overnattingstilbudet i Pasienthotellet.

Som i plan 6, påpekte ansatte ulemper med store vinduer og utvendige persiener. For å skjerme for innsyn og sol er innvendige rullegardiner blitt montert og vinduer er frostet.

På grunn av at pasientene kommer tidligere enn planlagt til venteområdet, har dette området blitt for trangt. Venteområdet er blitt utvidet ved å flytte en del av garderobeskapene lenger inn i enheten.

Videre pågikk arbeid for å dempe gjenklang og støy i operasjonsstuene på evalueringstidspunktet.

Nedenfor oppsummeres resultater fra sentrale områder i det dagkirurgiske området.

Forberedelses-/oppvåkingsområde og operasjonsstuer

Forberedelses-/oppvåkingsområdet og operasjonsstuene er generelt utformet og dermed tilrettelagt for ulike fagområder og variasjoner i pasientgruppene over tid. Det var opprinnelig planlagt til sammen 40 plasser (stoler og senger) fordelt på forberedelse og oppvåkning. Dette ble endret, og ved innflytting ble senger plassert i et felles forberedelses-/oppvåkingsområde med totalt 26 plasser. Reduksjonen av antall plasser oppsto på grunn av at senger og nattbord krevde større areal enn opprinnelig planlagt, dvs. en kombinasjon av stoler og senger.

Det ble planlagt og bygd 8 operasjonsstuer for dagkirurgi, men to av disse har blitt benyttet til døgnkirurgi (robotkirurgi) etter innflytting. Området har dermed fått en blandingsdrift, noe som ikke er i samsvar med den opprinnelige målsettingen om en effektiv dagkirurgisk enhet med 8 stuer. Operasjonsområdet er imidlertid bygd fleksibelt nok til at to operasjonsstuer kan benyttes til døgnkirurgi i tillegg hovedaktiviteten, som er dagkirurgi.

Med 7 timer åpningstid er det beregnet behov for 4 operasjonsstuer basert på 2019-aktiviteten. Dersom man legger til en stue for å gi fleksibilitet, er det fortsatt tilstrekkelig kapasitet (6-8 stuer) i til å øke operasjonsaktiviteten utover nivået i 2019.

De generelle operasjonsstuene krever at ansatte må bruke tid på å tilpasse søyler og utstyr til hvert enkelt fagområde. Dette medfører at stuene ofte blir benyttet fagspesifikt i hverdagen. For å legge til rette for fleksibel bruk, er et stort utstyrsrom plassert nært operasjonsstuene slik at utstyr som ikke er i bruk, kan lagres og være lett tilgjengelig.

Arbeidsstasjon

Arbeidsstasjonen har både en åpen og lukket del som legger til rette for nærhet og oversikt over pasienter, dokumentasjon og konfidensielle samtaler mellom ansatte.

Kapittel 5 Dagkirurgisk område, plan 7 A-fløya

Samtalerom

Det er to samtalerom i det dagkirurgiske området, og ansatte signaliserte at det er behov for flere. Dette er i samsvar med pasientenes ønske om bedre skjerming av samtaler med personalet.

Medvirkning og opplæring

Erfaringene fra planleggings- og byggeprosessen er at det er viktig med kontinuitet i medvirkning og fra rådgivere, konsulenter etc. Videre er det nødvendig at ansatte får opplæring og tid til å forberede seg på de planlagte arbeidsprosessene og pasientbehandlingen i nye lokaler.

6. Fysikalsk medisin, rehabilitering og slagbehandling, plan 8 A-fløya

Dette kapittelet presenterer evalueringen av plan 8 i A-fløya. Først beskrives mål og planforutsetninger for området. Deretter blir ansattes erfaringer med bygg og virksomhet belyst. Det er lagt vekt på hvordan lokaler og løsninger understøtter pasientforløp og arbeidsprosesser. Kapittelet avsluttes med oppsummering av hovedfunn.

Plan 8 er delt i tre enheter:

Fysikalsk medisinsk poliklinikk

Fysikalsk medisinsk poliklinikk utreder muskel- og skjelettplager, kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati og hypermobilitetstilstander (CFS/ME). Poliklinikken har gruppetilbud til personer med nakke- og ryggsmarter og lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME og deres pårørende.

Rehabilitering, sengeenhet og poliklinikk

Rehabiliteringsenheten har sengeplasser, treningsrom og undersøkelses-/behandlingsrom for pasienter som har behov for tverrfaglig spesialisert rehabilitering. Dette omfatter både lokalsykehusfunksjon og et regionalt tilbud. Pasientgruppen har en gjennomsnittlig liggetid på omtrent 23 dager, og oppholdene er planlagt (elektive).

Slagenhet, sengeenhet

Slagenheten har sengeplasser for pasienter som har fått hjerneslag. Pasientene får tverrfaglig oppfølging av nevrologer og geriater, sykepleiere og ergo- og fysioterapeuter. Slagenheten tar imot pasienter som blir innlagt akutt, og gjennomsnittlig liggetid er omtrent 6-7 dager.

Plan 8 er utformet med dobbeltkorridor. Støtterom som lager, medisinrom og desinfeksjonsrom er plassert i midtsonen. Lengden på fløya er ca. 100 meter. Området har passasjer mellom de to korridorene, og flere av støtterommene i midtsonen har inngang fra begge korridorene.

Det er to arbeidsstasjoner i området. Sengerom, undersøkelses-/behandlingsrom (UB-rom), spise- og oppholdsrom for pasienter er plassert langs yttervegg. Arbeidsstasjonene med tilhørende sengerom og lager danner to sengetun.

Det er to overganger som knytter A og B-fløya sammen. I den midterste er det kontor og behandlingsrom samt heis. I den nordlige delen er det plassert et treningskjøkken og kontorer, møte- og pauserom for ansatte.

6.1 Mål og planforutsetninger

Plan 8 var opprinnelig planlagt som et stort sengeområde for spesialisert rehabilitering, både for geriatri, fysikalsk medisin og rehabilitering. Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) (2010), beskriver at plan 8 skulle samle funksjonene knyttet til spesialisert rehabilitering i sykehuset. Det skulle være til sammen 26 døgnplasser for følgende pasientgrupper: Hodeskader, MS/muskelsykdommer, slag, div. pasientgrupper og geriatrik rehabilitering. Det skulle også være dagplasser og poliklinikk for spesialisert rehabilitering og geriatrik rehabilitering i området. I Forprosjektrapport (2012) står det at plan 8 ble planlagt som et generelt sengeområde og tilrettelagt for fleksibel bruk.

Plan 8 er en del av sykehusets beredskap ved katastrofer og pandemier. Undersøkelles-/behandlingsrommene har en standardisert utrustning slik at de kan benyttes som sengerom uten ombygging. Området kan derfor benyttes som en stor sengeavdeling, men kan også deles i to, tre eller fire enheter etter behov.

Planforutsetningene ble senere endret. Det ble besluttet at plan 8 ikke skulle benyttes til sengeområde for geriatrik rehabilitering, og at slagenheten skulle flytte inn. I september 2021 ble 14 senger benyttet til rehabilitering og 11 til slagbehandling, av totalt 26 senger. Det betyr at sengeområdet deles mellom to fagområder, og at området har en poliklinikk for rehabilitering og en for fysikalsk medisin.

6.2 Metode

Evalueringen av plan 8 i A-fløya er utført ved en spørreskjemaundersøkelse blant ansatte, befarng, fokusgruppeintervju og kommunikasjon via e-post. Spørreundersøkelsen ble utført i juni 2020, befarng 30. oktober 2020 og fokusgruppeintervju 2. september 2021.

Det var til sammen fem deltakere i fokusgruppeintervjuet, både enhetsledere og seksjonsledere. Disse representerte fysikalsk medisin, rehabilitering og slagbehandling.

Videre i dette kapittelet presenteres en kartlegging av byggets egnethet som er gjennomført ved en spørreundersøkelse blant ansatte. Først presenteres spørreundersøkelsen blant ansatte, deretter presenteres dybdeundersøkelsen som er basert på befarng og fokusgruppeintervju. Kapittelet avsluttes med hovedfunn.

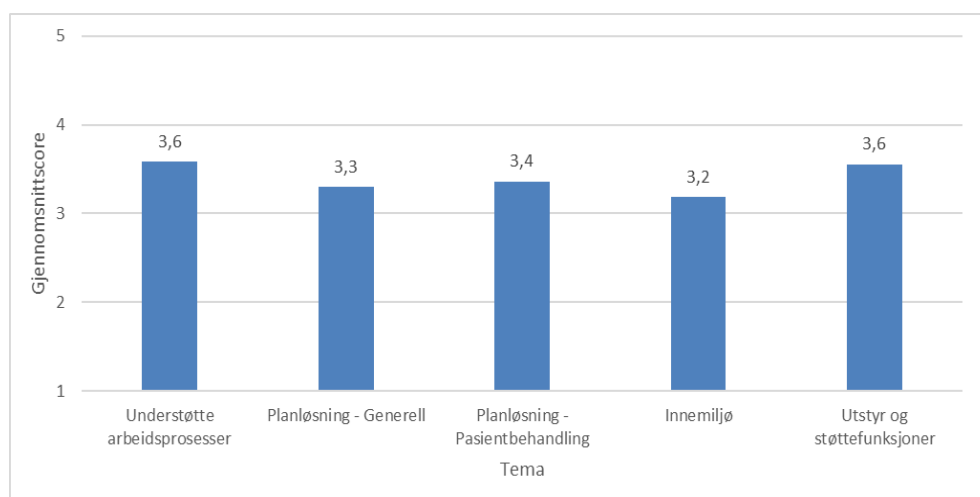
6.3 Kartlegging av byggets egnethet

Nedenfor presenteres resultatene fra spørreundersøkelsen blant ansatte.

6.3.1 Spørreundersøkelse blant ansatte

Det ble gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse blant ansatte i plan 8 i A-fløya, der formålet var å kartlegge byggets egnethet etter at det ble tatt i bruk. Av 290 besvarelser utgjorde ansatte i fysikalsk medisin og slag 19 prosent (55) av besvarelsene.

Resultatene samlet for ansatte ved plan 8 i A-fløya som har deltatt i undersøkelsen, presenteres nedenfor. Figur 6.1 viser gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-pasientbehandling*, *Innemiljø* og *Utstyr og støttefunksjoner*. På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for alle fem temaene mellom 3,2 og 3,6. *Understøtte arbeidsprosesser* og *Utstyr og støttefunksjoner* har fått høyeste score.



Figur 6.1 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, fys. med., rehabilitering og slag

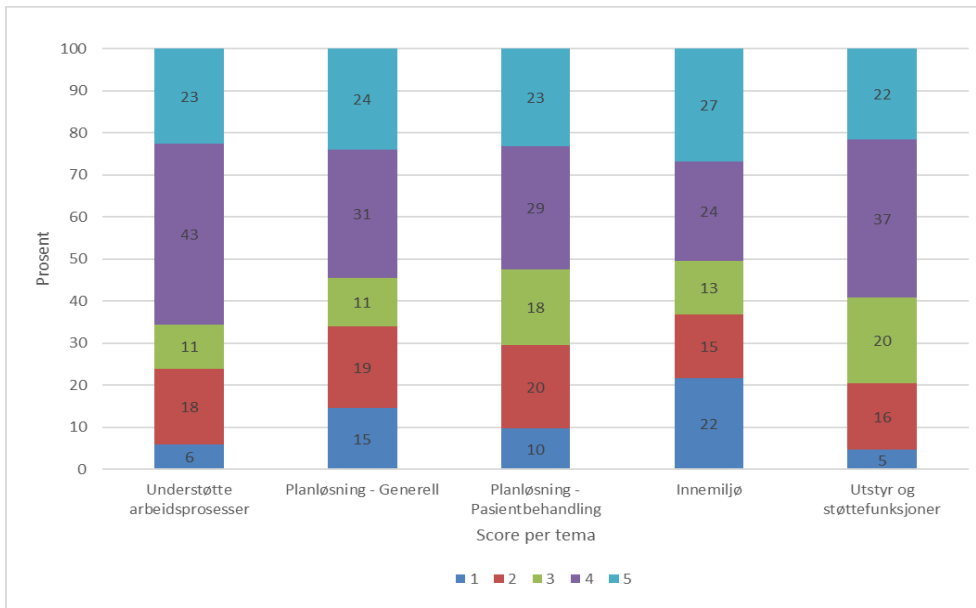
Figur 6.2 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Figuren viser at over halvparten av de ansatte ved plan 8 i A-fløya som har besvart undersøkelsen, har gitt 4 eller 5 i score. Ansatte er mest fornøyde med *Understøtte arbeidsprosesser* og *Utstyr og støttefunksjoner*. Disse temaene fikk flest score 4 eller 5 (hvv. 66 og 59 prosent). I tillegg ga 11 og 20 prosent av besvarelsene score 3 (middelverdien).

For alle temaene har mellom 21 og 37 prosent av ansatte gitt score 1 eller 2, og det er *Innemiljø* som fikk flest lave scorere.

Fordelingen av høye og lave scorere kan forstås slik at det er ulike oppfatninger av hvor godt utformingen og området fungerer for arbeidsprosesser og pasientforløp.

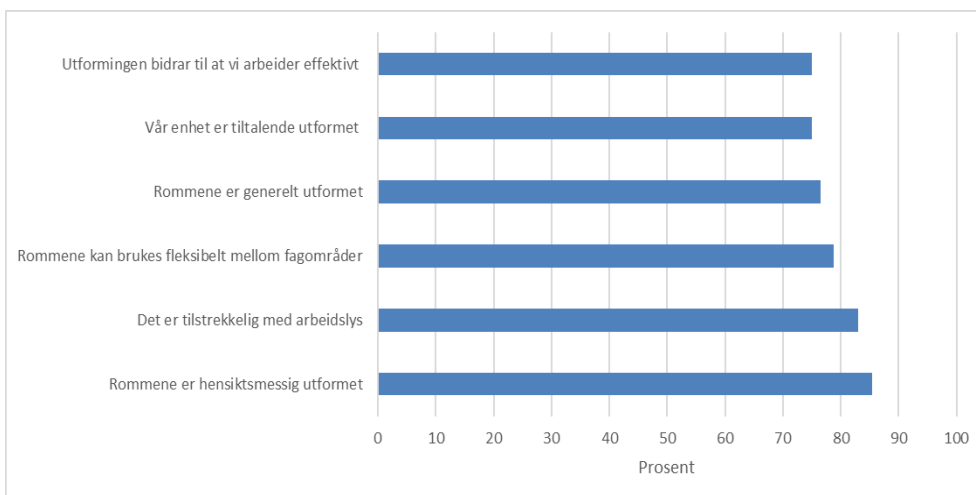
Eksempler på dette er to kommentarer i spørreundersøkelsen. En person uttrykte at rehabiliteringsposten er fin med behandlingsrom, treningskjøkken, stor stue, møterom, pauserom og fine legekontorer. Den andre bemerket at det er tydelig at slagenheten er plassert i en annen avdeling, og at enheten mangler egne møterom og undersøkelsesrom.

Kapittel 6 Fysikalsk medisin, rehabilitering og slagbehandling, plan 8 A-fløya



Figur 6.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, fys. med., rehabilitering og slag

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 6.3 viser seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Som det kommer fram av figuren, ga mellom 75 og 85 prosent av ansatte de høyeste scorene (4 eller 5) til utsagnene om at rommene er hensiktsmessig utformet, tilstrekkelig arbeidslys, rommene kan brukes fleksibelt mellom fagområder, rommene er generelt utformet, avdelingen (enheten) er tiltalende og at utformingen bidrar til effektivt arbeid.

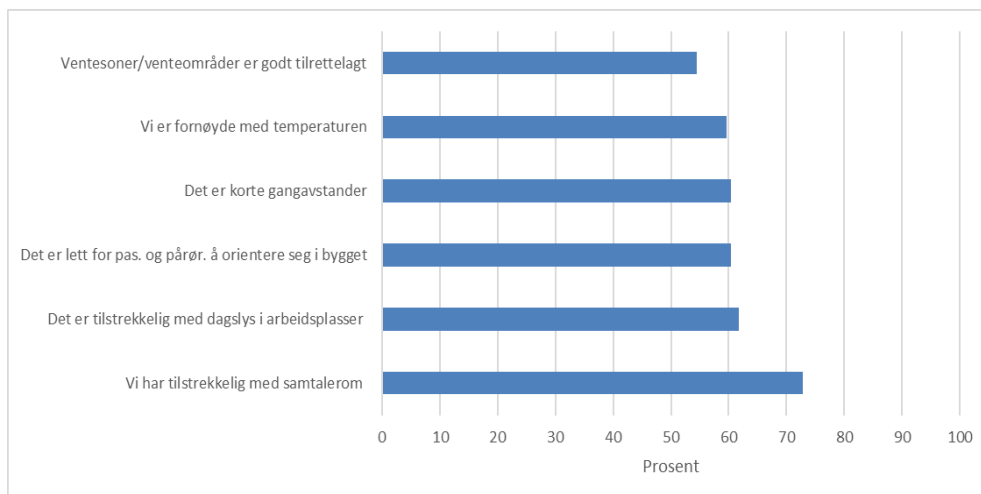


Figur 6.3 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, fys. med., rehabilitering og slag

Dersom man ser på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 6.4 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at utsagnet «Det er tilstrekkelig med samtalerom» fikk

flest lave scorer blant ansatte i sengeområdene, 73 prosent av besvarelsene ga 1 eller 2 i score.

Mellom 55 og 62 prosent av besvarelsene ga utsagnene som omhandler dagslys i arbeidsplasser, orientering i bygget (for pasienter og pårørende), gangavstander, temperatur og ventesoner laveste score.



Figur 6.4 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, fys. med., rehabilitering og slag

Ved å gjøre sammenligninger mellom resultatene fra fysikalsk medisin, rehabilitering og slagenhet i A-fløya og spørreundersøkelsen fra ansatte i sengeområdene i «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020), kommer det fram at gjennomsnittlig score for temaene i undersøkelsen fra Sykehuset Østfold Kalnes lå klart under middelverdien. Det var *Innemiljø*, *Utstyr* og *Støttefunksjoner* som fikk de høyeste scorene.

Ansatte i plan 8 i A-fløya scoret alle temaene over middelverdien. *Understøtte arbeidsprosesser* og *Utstyr og Støttefunksjoner* fikk de høyeste scorene.

Tabell 6.1 gir en oversikt over alle de 43 utsagnene med gjennomsnittlig score for besvarelsene gitt av fys. med., rehabilitering og slag.

Temaene grupperes slik: Utsagn nr. 1 til 5 er tema 1 (Understøtte arbeidsprosesser). Utsagn nr. 6 til 22 er tema 2 (Planløsning-generell). Utsagn nr. 23 til 31 er tema 3 (Planløsning-pasientbehandling). Utsagn nr. 32 til 37 er tema 4 (Innemiljø). Utsagn nr. 38 til 43 er tema 5 (Utstyr og støttefunksjoner).

Kapittel 6 Fysikalsk medisin, rehabilitering og slagbehandling, plan 8 A-fløya

Tabell 6.1 Oversikt over alle utsagn, gj.snittscore (snitt). Ansatte fys. med., rehab. og slag.
Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3

Nr	Utsagn	Snitt
1	Utformingen av vår enhet/avdeling støtter opp under våre aktiviteter	3,8
2	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	3,8
3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	3,7
4	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	3,3
5	Vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	3,4
6	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,8
7	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	2,5
8	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,6
9	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	4,1
10	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	3,9
11	Vi har de romtypene vi trenger	3,7
12	Vi har tilstrekkelig antall rom	3,5
13	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	3,2
14	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	2,1
15	Møtearealene er lett tilgjengelig	2,8
16	Kontorarealene er lett tilgjengelig	3,1
17	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,9
18	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	3,3
19	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,4
20	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	3,3
21	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	4,0
22	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	4,0
23	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	3,1
24	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/avdeling	3,5
25	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	3,3
26	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	3,3
27	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	2,5
28	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	3,6
29	Det er tilstrekkelig med plass til legemidler i vår enhet/avdeling	3,9
30	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	3,4
31	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,7
32	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	3,8
33	Det er tilstrekkelig med arbeidsllys i vår enhet/avdeling	4,1
34	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/arbeidsplasser	2,3
35	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	2,5
36	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	2,8
37	Det er lett å holde orden i vår enhet/avdeling	3,6
38	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	3,8
39	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,5
40	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,6
41	IKT, videokonferanseutstyr og telefoni fungerer godt	3,1
42	Vi har lett tilgang på de hjelpemidlene vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	3,6
43	Møbler og inventar fungerer godt	3,8

6.4 Driftskonsepter og løsninger

Nedenfor presenteres dybdeundersøkelsen av driftskonsepter og løsninger i plan 8. Denne er i hovedsak basert på fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved bruk av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig som at deltakerne har mulighet til å belyse andre relevante tema for evalueringen.

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

6.4.1 Pasientforløp

Pasientforløpet i plan 8 presenteres ved hjelp av en illustrasjon (Figur 6.5). Illustrasjonen viser pasientflyt, inngangspartier og rom som er relatert til pasientforløpet for pasientene som skal til fysikalsk medisinsk poliklinikk, rehabilitering og slag. I tillegg er områder for ansatte markert. Etter illustrasjonen, beskrives pasientforløpet.

Kapittel 6 Fysikalsk medisin, rehabilitering og slagbehandling, plan 8 A-fløya



Figur 6.5 Illustrasjon – pasientflyt i fysikalsk medisinsk poliklinikk, rehabilitering, slagbehandling og områder for ansatte. (Kilde: Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Spørreundersøkelsen blant ansatte viste at mange var fornøyde med plasseringen av poliklinikkene og sengeområdene. «Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til», fikk gjennomsnittlig score på 3,6 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig).

Inngang til enhetene i plan 8

Åpningstiden i poliklinikkene er fra kl. 8.00 til 15.00. Pasienter som skal til de to poliklinikkene i plan 8, fysikalsk medisin og rehabilitering, kommer via inngangen til A-fløya på bakkeplan (plan 6), og de benytter innsjekkingsautomater som er plassert i vestibyleområdet. Derfra går de via trapp eller tar heis til plan 8. Inngang til ekspedisjonen og venteområdet er fra hovedkorridor i sør. Inngangen som ligger lengst mot øst, leder inn til en åpen ekspedisjonsskranke (17,8 m²). Pasientene henvender seg i ekspedisjonsskranken og sitter deretter i venteområdet (19 m²). Fra venteområdet i plan 8 blir pasientene hentet av behandler og fulgt inn til et undersøkelses-/behandlingsrom. Ekspedisjonen har et kopirom (8,9 m²) og et skjermet rom for to sekretærer i bakkant (10,8 m²).

Figuren nedenfor viser bilder av ekspedisjon og venteområdet for poliklinikk.



Figur 6.6 Ekspedisjon og venteområde for poliklinikk

Ansatte har erfart at innsjekkingen i plan 6 vanligvis fungerer greit. Venteområdet er tilstrekkelig stort, og utformingen av både ekspedisjonen og venteområdet er godt egnet for ansatte og pasienter. Det er imidlertid mye trafikk i området.

Som for dagkirurgi i plan 7, kommer noen pasienter tidlig på grunn av lang reisevei, og pasientene benytter sjelden vestibyleområdet i plan 6 som oppholdssted. De fleste foretrekker å vente nært poliklinikken. Det ble også forklart at mange pasienter ønsker å sitte skjermet og at det store fellesområdet med mange mennesker og inntrykk i vestibylen, er lite egnet for pasientgruppene i plan 8.

I spørreundersøkelsen ga ansatte venteområdet en gjennomsnittsscore på 2,5 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Scoren er under middelveiden, og i fokusgruppeintervjuet ble det forklart at ekspedisjons- og venteområdet har mye gjennomgangstrafikk av ansatte fra andre avdelinger og besøkende. Trafikken skaper uro, og er ikke i samsvar med den planlagte løsningen. Ansatte fra andre avdelinger, som skal på tilsyn eller lignende, pårørende og andre besøkende til sengeenhetene, skal som hovedregel benytte en inngang via B-fløya. Deretter går veien gjennom mellombygget, den midtre korridorforbindelsen, over til A-fløya. Deltakerne i fokusgruppen sa at inngangene er merket, men at det er likevel lett å tro at inngangen til hele fløya er via poliklinikken. Misforståelser knyttet til innganger gjenspeiles også i spørreundersøkelsen, idet ansatte ga utsagnet «Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget» en gjennomsnittlig score på 2,5 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). I fokusgruppen sa en av deltakerne:

Vi prøver jo så godt vi kan å sluse dem gjennom B-fløya, men alle som kommer synes ikke det er helt logisk. Og, spesielt ikke de som jobber på huset her. Når de kommer til en låst dør i slagenheten (i sør-vest), så går de inn rett ved siden av. Det er jo skyvedører mellom poliklinikken og over til slag.

Det er etablert to adkomster fra poliklinikkene til slagenheten via en skyvedør på hver side av venteområdet. Videre er en felles kopimaskin plassert i utkanten av venteområdet. Kopimaskin er blitt flyttet fra et opprinnelig planlagt kopirom i overgangen mellom venteområdet og slagenheten, og kopirommet er endret til en nisje for veskeskap. Disse løsningene skaper ytterligere trafikk og uro i venteområdet. Videre er det en branndør mellom venteområdet og UB-rom som det er ikke tillatt å la stå åpen gjennom dagen. Ansatte fortalte at døra lager mye forstyrrende støy når den går opp og igjen.

Inngangen som benyttes for å komme til slagenheten er plassert i sør-vest. Pasientene kommer via heis i midtre korridor mot B-fløya, vanligvis fra akuttmottaket. Det ble fortalt at besøkende ofte går til inngangen i sør-vest i stedet for via B-fløya.

Inngangen til sengeområdet for rehabilitering er via B-fløya og midtre korridor. De fleste pasientene som har rehabiliteringsopphold, kommer i seng via heis i midtre korridor fra avdelinger som intensiv, nevrokirurgen, og noen kommer fra slagenheten.

Garderobene for ansatte er spredt, spesielt gjelder dette for slagenheten som har garderober i ulike fløyer, både i A-fløya på plan 5 og i B- og C-fløya. Fysikalsk medisinsk poliklinikk og rehabilitering deler en garderobe på 6,6 m² i plan 8. De fleste fra rehabilitering har garderobene i A-fløya på plan 5. Legene har ikke garderober, de benytter kontorene.

6.4.2 Vareflyt og forsyning

Vareflyten i plan 8 presenteres ved hjelp av en illustrasjon (Figur 6.7). Illustrasjonen viser rom i plan 8 som er relatert til vareflyten og tilkomst til de ulike rommene. Etter illustrasjonen, blir vareflyten og vareforsyning beskrevet.

Kapittel 6 Fysikalsk medisin, rehabilitering og slagbehandling, plan 8 A-fløya



*Retningene nord, sør, øst og vest på tegning tilsvarer ikke eksakt retning, men blir brukt i beskrivelse av A-fløya

Figur 6.7 Illustrasjon – vareflyt i fysikalsk medisinsk poliklinikk, rehabilitering, slagbehandling. (Kilde: Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Forbruksvarer til poliklinikken kommer via ekspedisjonsområdet, i sør-øst. Spørreundersøkelsen blant ansatte viser at mange er fornøyde med leveransen av forbruksvarer, da gjennomsnittlig score var 3,8 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Scoren for lagerplass var 3,3, litt over middelverdien. I A-fløya benyttes «aktiv forsyning» for bestilling og levering av forbruksvarer. Et lager for forbruksvarer som er felles for rehabilitering og slagenheten (11,7 m²), er plassert midt i fløya. Ansatte henger opp brikker som skannes av forsyningstjenesten. Det er ikke egne assistenter i fløya, og derfor er det ansatte i enhetene som plasserer varer i lager og skap. I tillegg til «aktiv forsyning», bestilles noen spesialvarer. I fokusgruppeintervjuet ble det påpekt at det ofte er en utfordring å bestille forbruksvarer fordi de to sengeenheterne har ulike pasientgrupper, og forbruket av varer er derfor forskjellig. I tillegg varierer forbruket i perioder. Det ble også sagt at lageret er trangt. En fokusgruppedeltaker uttrykte det slik:

Det er ikke problemfritt med to sengeposter med forskjellig forbruk og forskjellige pasienter. Hvem har ansvar og hvorfor og hvordan?

Ifølge spørreundersøkelsen mente mange ansatte at det er tilstrekkelig plass til oppbevaring av tøy (gjennomsnittlig score 3,6) og legemidler (3,9). Rent tøy transporters til plan 8 over den midterste overgangen fra B-fløya. Det er to tøylager i fløya. Disse er sentralt plassert i sengeområdet for rehabilitering og i slagenheten. Begge på 6,7 m².

Sykehusapoteket leverer legemidlene til plan 8. Leveranse av legemidler kommer via inngangen i sør-vest. Det er to medisinrom. Et lite rom på 6,6 m² i slagenheten er uten avtrekksskap. Et større medisinrom er plassert i sengeområdet for rehabilitering. Dette rommet har avtrekksskap og er på 13,9 m².

Mat leveres fra hovedkjøkken til anretningskjøkken i plan 8. Det er egne kjøkkenverter i anretningskjøkkenet.

Det er to avfallsrom i plan 8 med innkast til tøy- og restavfallsug. Øvrig avfall transporteres over til B-fløya via den midterste overgangen.

Det er ikke rørpost i plan 8. Fokusgruppen var ikke kjent med hvorfor plan 8 ikke har rørpostsystem.

I de neste kapitlene presenteres erfaringene med arbeidsprosesser og pasientforløp i de tre enhetene i plan 8, først fysikalsk medisinsk poliklinikk, deretter rehabilitering og til slutt slagbehandling.

Det er ikke et eget kapittel om arealnorm, arealfaktor og standardrom for plan 8. Dette er fordi det ikke er bygd mange nyere fysikalsk medisinske-/rehabiliteringsenheter som det er naturlig å bruke som sammenligningsgrunnlag. Videre er det ikke utarbeidet spesifikke arealstandarder for rehabilitering i Standardromskatalogen.

En sammenligning kan gjøres med Spinalenheten ved St. Olavs hospital som ble ferdigstilt i 2005. Tjenestene og fasilitetene ved St. Olav er noenlunde like som i A-fløya. Ved St. Olav er det 10 ensengsrom som varierer mellom 16 m² og 20,5 m². Alle rom har eget bad som er mellom 5-8 m².

6.4.3 Fysikalsk medisinsk poliklinikk

Undersøkelses-/behandlingsrom

Fysikalsk medisinsk poliklinikk har fem undersøkelses-/behandlingsrom som er plassert nært venteområdet i A2, den sør-østlige delen av plan 8. Ifølge ansatte har rommene en god størrelse og er godt egnet for pasientgruppen. Tre av rommene er ca. 21 m² og to rom er 28 m².

Nært undersøkelses-/behandlingsrommene er et opprinnelig grupperom for ansatte blitt endret til kontor med seks PC-arbeidsplasser (13,9 m²). Undersøkelses-/behandlingsrommene brukes fleksibelt, men når de er opptatt, benytter behandlerne PC-arbeidsplassene for dokumentasjon og oppfølgingsarbeid. Grupperommet/kontoret er uten vindu. Det ble fortalt at døra alltid må stå åpen og at det er ikke plass til seks personer samtidig.

I tillegg har fysikalsk medisin et UB-rom på 20 m² i den midtre korridorforbindelsen til B-fløya. Dette rommet benyttes som dysmelipoliklinikk av fysioterapiseksjonen. I det samme området er det også et stort rom på 31 m² som brukes både som UB-rom og til studentundervisning. Rommet deles mellom fysikalsk medisinsk poliklinikk og rehabilitering. Det har plass til store rullestoler og flere hjelpere, og blir beskrevet som velfungerende.

Arbeidsplasser

Fysikalsk medisinsk poliklinikk har tatt i bruk et rom som opprinnelig var planlagt for psykologer, til fire PC-arbeidsplasser for leger. I fokusgruppen ble det fortalt at årsaken til endring fra grupperom og behandlerrom til kontorarbeidsplasser, er mangel på arbeidsplasser i poliklinikken.

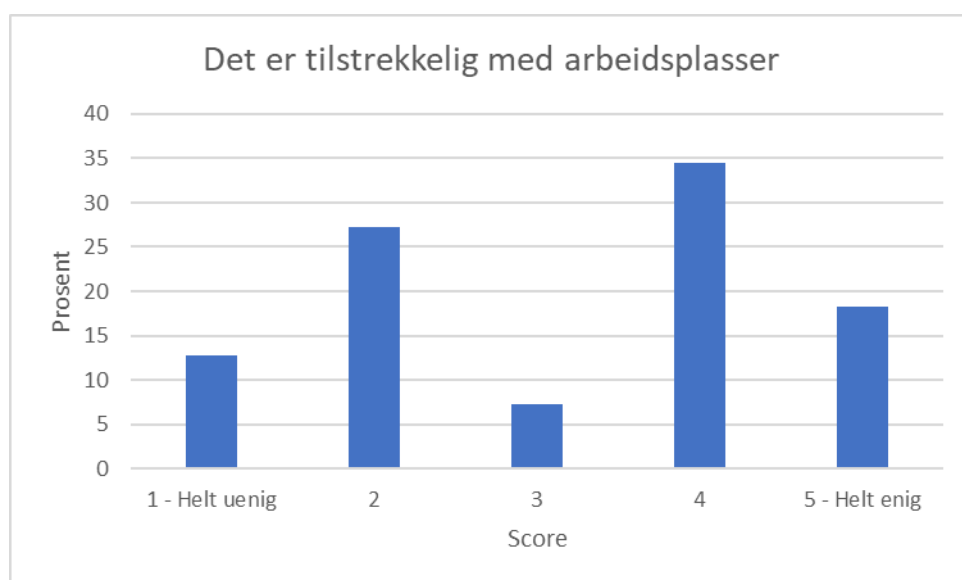
Ett møterom i sør deles mellom de tre enhetene i plan 8. Rommet brukes blant annet til tverrfaglige pasientmøter, driftsmøter, kvalitetsutvalget og personalmøter. Møterommet fungerer godt, men alle i fokusgruppen var enige om at rommet alltid er i bruk på dagtid, kapasiteten er sprengt og at det er behov for flere møterom. Det ble også påpekt at det bør tas mer hensyn til behovet for arbeidsplasser i nye sykehusprosjekt:

Når det ikke er nok arbeidsplasser til de som skal jobbe der, så får du ikke god arbeidsflyt. Det forsinker mange prosesser fordi at du har ingen plass å sette deg eller må gå langt [...] Det fungerer ikke slik som det ble sagt, at man omtrent skulle ha en bærbar PC med seg når man gikk imellom og dokumentere underveis.

Fokusgruppen fortalte at i planleggingsprosessen ble det sagt at kontorarealene skulle finnes utenfor A-fløya, men disse ble ikke etablert. Ved innflytting i plan 8 ble derfor grupperom ominnredet, blant annet ble møtebord skiftet ut med PC-plasser.

Enhetsleder for fysikalsk medisinsk poliklinikk har kontor i den nordlige delen av fløya. Fra inngangen til poliklinikken til kontoret er det ca. 100 meter. Fokusgruppen påpekte at dette er lite hensiktsmessig for daglig drift. Avstandene kommer også fram i spørreundersøkelsen. Utsagnet «Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte», fikk en gjennomsnittlig score på 2,4 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig) i plan 8. I tillegg er enheten fysisk delt i to, idet Ambulant rehabiliteringsteam er plassert i fløy C på plan 4.

Figuren nedenfor illustrerer at det var ulike oppfatninger om behovet for arbeidsplasser, noe som sannsynligvis reflekterer ulikhetene i enhetene i plan 8. Utsagnet «Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling» viser at 40 prosent av de ansatte har gitt laveste score (1 eller 2), mens i overkant av 50 prosent ga høye scorere (4 eller 5).



Figur 6.8 «Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser». Skala 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, fys. med., rehabilitering og slag

Støtterom

Poliklinikken har to toalett i hovedkorridoren i sør og ett WC HC (6 m²) for pasienter bak et lite utstyrlager. Tilbakemeldingene fra enheten er at det er lite gunstig med rent lager foran toalett og at det oppleves uhygienisk.

I fokusgruppeintervju ble det uttalt at Fysikalsk medisinsk poliklinikk og rehabilitering samarbeider godt og låner undersøkelses-/behandlingsrom av hverandre ved behov. De samarbeider om ekspedisjon, venteområde og poliklinikkdrift. Videre deler Fysikalsk medisinsk poliklinikk tekjøkken, desinfeksjonsrom og avfallsrom med slagenheten.

Deltakerne i fokusgruppen uttalte at det fungerer greit og at desinfeksjonsrom og avfallsrom blir mest brukt av slagenheten.

Digitale lærings- og mestringskurs og gruppeundervisning foregår i lokaler i andre bygg på sykehusområdet.

6.4.4 Rehabilitering, sengeområde og poliklinikk

Rehabiliteringsenheten har det største arealet i plan 8. Enheten består av en kombinasjon av sengerom, treningsrom og UB-rom. Enheten har rom både i A3 delen av fløya og i overgangene mot B-fløya. Noen rom deles med slagenheten, og ett undersøkelses-/behandlingsrom er felles med fysikalsk medisinsk poliklinikk.

I spørreundersøkelsen ga ansatte i plan 8 utsagnet «Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet» gjennomsnittlig score 4,1 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). I fokusgruppeintervju ble dette nærmere utdypet. Det ble sagt at det nye området i A-fløya er mye bedre tilrettelagt for pasientgruppen og ansatte enn de tidligere lokalene. Det ble spesielt fremhevet at arealene for pasientene fungerer godt, både sengerom, bad, UB-rom og treningsrom.

Sengerom og areal for pasientene

Rehabiliteringsområdet har 13 ensengsrom, hvorav to er kontaktsmitteisolat i tillegg til ett tosengsrom. De 14 sengerommene benyttes som ensengsrom. På evalueringstidspunktet driftet avdelingen med 10 sengeplasser. Ett ensengsrom uten bad er tatt i bruk som rom for ergo- og fysioterapi. Det andre sengerommet uten bad kan bare benyttes av pasienter som tåler å «komme ut av rommet». Figuren nedenfor viser bilde av ensengsrom og bad.



Figur 6.9 Ensengsrom med bad

Det er ikke glass i dørene inn til pasientrommene. I fokusgruppeintervju ble det forklart at pasientgruppen har behov for ensengsrom fordi de ofte må skjermes for inntrykk og stimuli. Videre foregår en stor del av behandlingen og aktivitetene på sengerommet, pasientene har mye utstyr og er det nødvendig med store rom. 9 rom er rundt 28 m², de øvrige er 21 m². En fokusgruppedeltaker forklarte behovet for skjerming slik:

Våre pasienter trenger skjerming. De tåler ikke å være to pasienter i samme rom, kan ha fastvakt uten stimuli og er inne på rommet. På grunn av behandlingstiltak kan de ofte ikke komme ut fra rommet og all behandling skjer inne på rommet

13 rom har bad og dusj (6-7 m²) med plass til både pasienter, rullestol og pleiere. I fokusgruppen ble det fremhevet at badene fungerer godt. Det er i tillegg to WC HC i korridoren for pasienter og besøkende. Et bad i midtkjernen er tilrettelagt for pasienter som har behov for å dusje i seng. Rommet har en egen inngang til et forrom på 8 m². Det ble fortalt at dette rommet er funksjonelt og helt nødvendig for pasientgruppen. Det er takhengte pasientløftere (heis) i fem sengerom, men på grunn av misforståelser under planlegging og bygging ble det ikke mulig å få skinner for heis fra sengerom og inn til bad. Derfor må pleierne benytte mobile pasientløftere når pasienter trenger heis for å komme inn til toalett og bad.

To behandlingsrom på 28 m² (UB-rom) for ergo- og fysioterapi er plassert i midtkjernen. Slagenheten har også tilgang til disse rommet. På nordsida er det et treningskjøkken på 25 m². I den midtre korridoren over mot B-fløya har to nevropsykologer hvert sitt kontor. Imellom kontorene er det passert et observasjonsrom og et lager. Ofte gjennomføres undersøkelsene ved at en av nevropsykologene utfører undersøkelsen, mens den andre observerer. Det ble påpekt at det er for dårlig lydemping mellom observasjonsrom og kontor.

I hjørnet i nord er det et oppholdsrom for pasienter på litt over 40 m². Rommet har store vindusflater med god utsikt og benyttes både til oppholdsrom og til aktiviteter for de pasientene som har nytte av å delta i grupper. Rommet fungerer godt for pårørende, men de store vindusflatene egner seg ikke for alle pasientene. Mange trenger skjerming av inntrykk, som blant annet utsikt til aktivitet utenfor bygget og skarpt lys i sommerhalvåret.

Mot yttervegg i vest er det et spise-/oppholdsrom (45 m²) for pasientene både i rehabilitering- og slagenheten. Det er et eget mindre spiseområde (21 m²) ved siden av for de som har behov for mer ro og skjerming under måltidene. I tillegg er det et anretningskjøkken på 19 m². På grunn av smitteverntiltak under Covid-19-pandemien, ble ikke spiserommet brukt av pasienter.

Et tekjøkken med kjøleskap og mikrobølgeovn er plassert i midtkjernen mot nord. Kjøkkenet er for oppbevaring av pasientenes private mat. Her kan også pårørende varme mat eller hente saft og lignende. Dette rommet er spesielt viktig for pasienter som har lange opphold.

Arbeidsplasser

En arbeidsstasjon er plassert i midtkjernen med sengerom på begge sider. Arbeidsstasjonen har en åpen del, en skranke, mot korridor på begge sider. Det er fire PC-plasser i hver av de to skrankene. I midten av arbeidsstasjonen er det to grupperom på 10 og 13 m² som til sammen har sju PC-plasser. Grupperommene brukes i hovedsak av pleiepersonell til rapporter, møter og dokumentasjon. Grupperommene har glass ut mot korridor og sengerommene. Videre er det gjennomgang på begge sider av arbeidsstasjonen via tverrkorridorer til hovedkorridorene i fløya.

Deltakerne i fokusgruppen fortalte at de er svært fornøyde med arbeidsstasjonen. Den gir god oversikt over sengerommene med unntak av rommene lengst unna arbeidsstasjonen. Plassene i den åpne skranken brukes alltid på dagtid, på kveldstid er imidlertid de fleste pleierne inne på pasientrommene. Innkomne telefoner til enheten kommer til en egen telefon i skranken. Videre har enheten stille-rapport, dvs. hver vakt starter med at ansatte går til en PC-plass for å få skriftlig informasjon om pasientene som de har ansvar for. De ble også nevnt at ventilasjonen burde utbedres fordi grupperommene tar inn røyklukt fra plan 6 og lukt fra helikopterlandingsplassen på nordsida.

Det er plass for kopimaskin på den ene siden av arbeidsstasjonen og på hver side av skrankene er det plassert åpne hyller. Ansatte bemerket at de ikke vet hva hyllene skal brukes til og mente at skap ville vært mer praktisk.

Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser til pleiepersonell, men det ble fortalt at det mangler kontorplasser til fysio- og ergoterapeuter. Det er derfor gjort endringer i rom. Et grupperom i midtkjernen har fått tre PC-plasser og benyttes som stillerom. I midtre korridor mot B-fløya er et rom, som opprinnelig var planlagt for nevropsykolog, endret til fire PC-arbeidsplasser for ergo- og fysioterapeuter og sykepleiere. Under pandemien spiste pasientene på sengerommet, derfor ble det minste av pasientenes spiserom utnyttet som arbeidsplass i denne perioden.

På befaring ble det sagt at under planleggingen ble det lagt opp til at ansatte skulle dokumentere på sengerommene. Dette viser seg å være vanskelig for pasientgruppen der mange er urolige og trenger skjerming. Det er vanskelig å jobbe med dokumentasjon på rommet når pasienten ikke bør forstyrres og trenger ro. Videre er det få pasienter som kan samarbeide om nettbrett eller PC.

På nordsida er det et kontor for to sekretærer. I denne overgangen mot B-fløya er det også plassert et møterom og et pauserom, et kontor for enhetsleder og to rom som benyttes som kontorer for leger. Noen kontor er uten lufteluke og det ble fortalt at det er tung og dårlig luft i rommene.

Støtterom

Medisinrom og desinfeksjonsrom (begge på 13 m²) er plassert i midtkjernen med inngang fra begge korridorene. Medisinrommet er innredet med skap, og i fokusgruppen

ble det sagt at begge rommene fungerer fint. Det går greit å skille ren og uren side i desinfeksjonsrommet, men det ble bemerket at det kommer dårlig lukt fra sluket i desinfeksjonsrommet og at ansatte av og til må tilkalle bistand for å skylle gjennom avløpet. Det samme gjelder for desinfeksjonsrommet i slagenheten.

I spørreundersøkelsen ga ansatte i plan 8 utsagnet «Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling» gjennomsnittlig score 2,9 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Fokusgruppen forklarte at selv om det er plass til utstyr på sengerommene, må noe felles utstyr lagres utenfor. Rehabiliteringsenheten har ett utstyrlager mot nord på 14 m². Ansatte har erfart at dette rommet er for lite og for smalt. Det er mulig å få to pasientløftere (heiser) inn i rommet. I tillegg oppbevares medisinsk teknisk utstyr som blodtykkapparat, intravenøs pumper og traller der. I midten av fløya er det to felles lager for rehabilitering og slagenheten. Det ene er for utstyr (23 m²) og det andre er for forbruksvarer (18 m²). Det var spesielt kommentert at utstyrlageret, som oppbevarer blæreskanner, EKG apparat, rullatorer og andre hjelpemidler, med fordel kunne vært større.

I midtkjernen ved overgangen til slagenheten er det et felles vaskerom for pasienttøy.

6.4.5 Slagenhet, sengeområde

Slagenheten er en del av seksjon for nevro, hud og revmatologi. Slagenheten i plan 8 tar imot pasienter som blir akutt innlagt med hjerneslag, mens den øvrige avdelingen er lokalisert i D-fløya.

Slagenheten er i hovedsak plassert i A2 i den sør-vestlige delen av plan 8. Dette området var opprinnelig planlagt for geriatrik rehabilitering. Slagenheten flyttet inn i plan 8 oktober i 2020, og driften har derfor vært påvirket av en periode med pandemi.

Sengerom og arbeidsstasjon

Deltakerne i fokusgruppen uttrykte at sengerommene er store og at de passer godt for pasientgruppen, som ofte trenger stor plass. Slagenheten har til sammen 11 sengeplasser fordelt på tre ensengsrom (21 m²) og fire tosengsrom (27-28 m²). Det er ikke glass i vegg eller dør inn til pasientrom. Alle rommene har eget bad og dusj. To av sengerommene har takhengt pasientløfter (heis) som ikke går til badet og toalett, dvs. tilsvarende løsning som i rehabiliteringsenheten, og derfor må en vanlig heis benyttes i sengerommene. Dette ble kommentert slik:

Hvis du skal ha en takheis, må den jo gå inn til badet. Hvis ikke, så er det ikke mening med den.

Et tosengsrom som ligger lengst sør i slagenheten, har ikke lufteluke i vindu og det ble fortalt at det er svært dårlig luft i dette rommet. De andre sengerommene har lufteluke og i fokusgruppen var det enighet om at det er helt nødvendig.

Sengerommene er plassert nært en arbeidsstasjon i en sengetunløsning. Arbeidsstasjonen har en tilsvarende utforming som i enhet for rehabilitering, men i slagenheten er det bare en skranke i front mot sengerommene (med fire PC-plasser). I fokusgruppen ble det kommentert at samtaler med blant annet pårørende foregår i den åpne skranken, noe som kan utfordre taushetsplikten.

På spørsmål om erfaringene med vaktrom i de gamle lokalene sammenlignet med arbeidsstasjon i nytt bygg, svarte en av deltakerne:

Det er bedre med et tun. Da er du mye mer tilgjengelig og åpen, og ser når noen leter etter hjelp. Så det er positivt.

De to grupperommene i arbeidsstasjonen har til sammen fem PC-plasser. Rommene benyttes til rapporter, samtaler med leger og skrivearbeid. Fokusgruppen fortalte at det er gode siktlinjer i sengetunet og korte avstander fra arbeidsstasjon til sengerom. Ett tosengsrom er plassert litt lenger unna arbeidsstasjonen. Det ligger mot nord ved siden av pasientenes spiserom, som deles med rehabilitering.

Enheten plasserer de dårligste pasientene nærmest arbeidsstasjonen for å få god oversikt. Det ble fremhevet at ansatte er fornøyde med utformingen og at den er driftsmessig effektiv, mer effektiv enn da slagenheten var plassert i D-fløya i plan 5.

Enhetsleder for slag har kontor i den midterste overgangen til B-fløya.

Støtterom

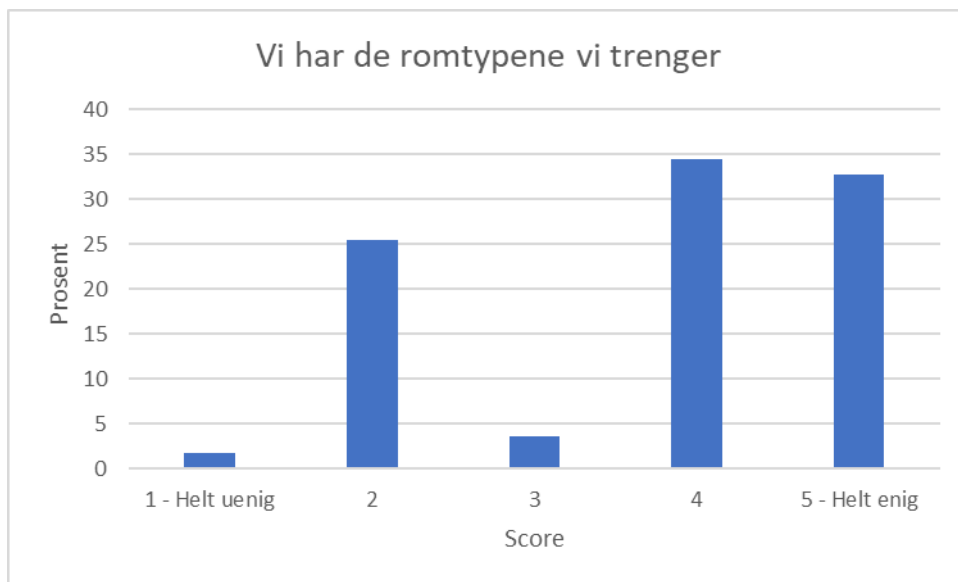
Tøylager ligger overfor arbeidsstasjonen, men Slagenheten opplever at utstyrlageret og lager for forbruksvarer, som ligger midt i fløya og deles med rehabilitering, er for langt unna sengetunet. Det er noen lagerskap i korridoren, og det er kjøpt inn en tralle for forbruksvarer som er plassert nært arbeidsstasjonen. I tillegg skal de åpne hyllene som er plassert i utkanten av arbeidsstasjonen, bygges om til skap fordi det er mer praktisk for enheten.

I spørreundersøkelsen blant ansatte ble det kommentert at det er hensiktsmessig med de korte avstandene mellom rommene i enheten; mellom sengerom, arbeidsstasjon, tøylager, medisinrom og tralle for forbruksvarer. Unntaket er plasser for legene som tilhører slagenheten. Avdelingen er delt, og legene fra spesialitetene nevrologi og geriatri har arealer i D-fløya. De savner PC og samtalerom i forbindelse med visitt og kommunikasjon med pasienter og pårørende.

Et behandlingsrom i midtkjernen er endret til samtalerom med ergoterapeut, men rommet brukes også noen ganger til konfidensielle samtaler mellom lege og pasient. I spørreundersøkelsen blant ansatte kommenterte flere at det er behov for rom for samtaler med pasient og pårørende. En kommentar ga uttrykk for dette:

Slagenheten har kun et kontor, og dette er ikke tilstrekkelig. Det er ingen legkontor/undersøkelsesrom som legene kan bruke for å ta pasientsamtaler på, og dette er uheldig for de pasientene som ligger på tomannsrom.

Spørreundersøkelsen blant ansatte viser at det er ulike meninger om plan 8 har de romtypene som det er behov for. Figuren nedenfor viser resultater fra utsagnet «Vi har de romtypene vi trenger», der resultatene i hovedsak deler seg mellom lave og høye scorer. Det er sannsynlig at mangel på støtterom i slagenheten gjenspeiles i de lave scorene (1 eller 2).



Figur 6.9 «Vi har de romtypene vi trenger». Skala 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, fys. med., rehabilitering og slag

Det er et lite medisinerom på 6,6 m² i enheten. Det ble fortalt at dette rommet opprinnelig var planlagt som et avlastningsrom i fløya på grunn av lang avstand til det største medisinerommet. Medisinerommet fungerer likevel greit for pasientene i slagenheten.

Fokusgruppen fortalte at pasientene kan benytte oppholdsrom i nord, men i praksis blir rommet for langt unna. Ansatte i slagenheten har ikke oversikt over rommet og greier ikke å følge opp pasientene. Det samme gjelder pauserommet for ansatte. Det ble fortalt at det er vanskelig for ansatte å gjennomføre pauser langt unna pasientene. Dette kom også fram i spørreundersøkelsen.

Slagenheten låner ofte sengerom av rehabilitering, blant annet isolatet som ligger midt i fløya. For øvrig samarbeider slagenheten lite med rehabilitering. Det ble forklart at det er på grunn av at pasientgruppene er forskjellige.

6.4.6 Innemiljø

Både i fokusgruppeintervju og i spørreundersøkelsen var det flere ansatte som bemerket at de ikke var fornøyde med muligheten for temperaturregulering, lysstyring og ventilasjon. Noen kommenterte at det er kaldt, blant annet i korridorene. I noen bad er det kaldt om vinteren. Det ble fortalt at det er brukt et metallignende materiale mot yttervegg, og at dette isolerer dårlig. Fokusgruppen har fått høre at dette er satt opp av hensyn til byggets utside, dvs. det arkitektoniske uttrykket. Det ble også forklart at

temperaturreguleringen er begrenset fordi hele A-fløya er på samme system, og laboratorieområdet i plan 10 kan ikke ha for høy temperatur. Det ble også sagt at det er bedre temperatur i sengerommene sammenlignet med tidligere bygg.

I fokusgruppen ble det spesielt påpekt at det var dårlig luft i fløya og at luften er veldig tørr. Dette fører til at mange har gitt tilbakemelding om hodepine og tørr hals. Videre mangler solskjerming på de nordlige kontorene. Det er tung og varm luft i rom som ikke har lufteluke. Det ble også tatt opp at telefondekningen er vanskelig midt i fløya.

Som fokusgruppen fra det dagkirurgiske området, bemerket deltakerne fra plan 8 at arkitektene hadde vært opptatt av lysgjennomstrømming i bygget. Det ble derfor satt inn store vinduer som nesten går fra gulv til tak. Ansatte fortalte at vinduene gir innsyn til sengerom og UB-rom fra kontorene i PET-senteret og fra kontorene i B-fløya. Det er store vindusflater, og når sola står på, blir rommene for varme. Dette gjelder også rommene som er plassert i nord. I plan 8 er det også problem med utvendige persienner som ikke fungerer i kuldegrader. Det er derfor montert rullegardiner på innsiden av vinduene.

6.4.7 Generalitet og fleksibilitet

I rehabiliteringsenheten jobber leger, terapeuter og sykepleiere både i sengeenhet og i poliklinikken. Fokusgruppen fortalte at dette fungerer godt, det er praktisk og tidsbesparende med nærhet mellom senger og poliklinikk.

Videre ble det forklart at det er vanskelig for slagenhet og rehabilitering å jobbe på tvers fordi pasientgruppene er ulike. Pasientene i slagenheten blir akutt innlagt og har kort liggetid sammenlignet med de elektivt innlagte rehabiliteringspasientene med lange opphold.

I spørreundersøkelsen og i fokusgruppeintervju kom det fram at mange mente at rommene i plan 8 er generelt utformet, og at de kan brukes til flere typer aktiviteter og fleksibelt mellom fagområdene. Sengerommene i plan 8 har to størrelser og en liknende utforming. Det samme gjelder UB-rommene. Store rom er hensiktsmessig for pasienter som har behov for mye utstyr og der mye av behandlingen foregår på rommet. Videre kan generelle rom benyttes av ulike pasientgrupper.

Fokusgruppen diskuterte utfordringer med generelle (universelle) områder som skal kunne benyttes av flere fagområder og ved endringer i drift, blant annet at spesialisert geriatrisk rehabilitering flyttet ut og ble erstattet av slagenheten. Deltakerne har erfart at det mangler noen rom når plan 8 deles i to sengeområder. En del av dialogen mellom to deltakere er gjengitt nedenfor.

- *Men så viser det seg at det likevel ikke er så enkelt å få inn en annen avdeling. Den [fløya] er planlagt som en stor enhet. Det burde man unngå, å lage en enhet som er så lang. Hvis man vil ha det universelt, så må man, tror jeg, tenke litt annerledes enn det er gjort her.*

- *Uansett når man planlegger så burde man vite hvilke behov fagområdet har, uansett hvilken type. Det er mange undersøkelsesrom vi [slagenheten] egentlig skulle hatt.*
- *Ja, det er ingen samtalerom og ikke undersøkelsesrom for slag.*
- *Man må jo nesten tilpasse litt hvilken type spesialitet som er der.*
- *Det er litt skummelt med det universelle – for hvem passer inn der egentlig?*

6.4.8 Beredskap

På grunn av at plan 8 er planlagt og bygd som en beredskapsavdeling, er undersøkelses-/behandlingsrommene bygd slik at de kan innredes som sengerom uten ombygging ved en pandemi eller ved katastrofer. Undersøkelses-/behandlingsrommene ble innredet som sengerom i en periode under Covid-19 pandemien, men de ble ikke tatt i bruk. Det ble bemerket at rommene ikke har toalett, og at de derfor kan være lite egnet som pasientrom ved smitte.

I tillegg ble alle ensengsrommene tilrettelagt for to pasienter (doble uttak) under pandemien.

6.5 Hovedfunn

Nedenfor oppsummeres hovedfunn fra evalueringen av plan 8 inkludert vurdering av måloppnåelse.

Avslutningsvis i intervjuet ble fokusgruppedeltakerne spurt om hva de var mest fornøyde med i utformingen av plan 8. Deltakerne svarte at de var spesielt fornøyde med at sengerommene har god plass til pleie og stell og at det er god plass i badene. Dette gjør at mye av aktiviteten kan skje på sengerommet. Det ble også fortalt at pasientene gir tilbakemelding om at de er fornøyde både med plass og ensengsrom. Utfordringen med tosengsrom i slagenheten var mangel på samtalerom. Det var et press på arbeidsplasser og møterom.

Selv om lokalene er mest utfordrende for slagenheten, som kom utenfra og ikke har deltatt i planleggingen, uttrykte de som representerte slagenheten, at det nye området i plan 8 er bedre enn de gamle lokalene.

De tingene som vi plukker i, altså sett i det store bildet, så er det jo småting, men det er sånne små rusk i veien.

Som i plan 6 og 7, poliklinikk og dagkirurgi, kom det tilbakemeldinger om utfordringer knyttet til temperatur. Dette gjaldt temperaturregulering, ventilasjon og tørr luft.

7. Intensivområdet, plan 9 A-fløya

Dette kapittelet presenterer evalueringen av intensivområdet i A-fløya. Først beskrives mål og planforutsetninger. Deretter blir ansattes erfaringer med bygg og virksomhet belyst. Det er lagt vekt på hvordan lokaler og løsninger understøtter pasientforløp og/eller arbeidsprosesser. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av hovedfunn.

Intensivområdet ligger i A-fløya på plan 9. Området består av A2 som ligger i den sørlige delen, og A3 mot nord. Den totale lengden er ca. 100 meter. Området illustreres mer detaljert i Figur 7.5 i kapittel 7.6.1. Nedenfor er figuren vist i et mindre format.



Området er utformet med dobbeltkorridor hvor støtterom som lager, medisinrom og desinfeksjonsrom er plassert i midtsonen. Det er en stor arbeidsstasjon både i A2 og A3, og sengerommene er plassert langs yttervegg (Figur 7.5). Denne løsningen danner to store sengetun.

Det er to overganger (korridorer) som knytter A-fløya til B-fløya. I den midterste er det akuttheis, kontorer og arealer for pårørende. Mot nord er det arbeidsplasser for ansatte. Det er et eget pauserom for A2 i vinkelen sør/vest og et annet på motsatt side i A3.

Intensivområdet er bygd og utformet slik at enheten kan slås sammen eller deles. Området var opprinnelig planlagt som én stor enhet, og var driftet som én intensivavdeling for pasienter med ulikt behandlingsnivå (intensiv og intermediær¹⁴) fram til april 2020. Da ble området delt i to enheter: A2 (Medisinsk intensiv og hjerteoppvåkning, MIHO) og A3 (Intensivavdeling), der A2 er en del av Hjerte- og lungeklinikken og A3 er organisert i Operasjon- og intensivklinikken.

Utformingen av intensivområdet er i samsvar med Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge (2014), der det anbefales følgende krav til utforming av en intensivenhet¹⁵:

¹⁴ Tung overvåkning (TOV)

¹⁵ Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, Norsk Anestesiologisk Forening, 2014

- En definert geografisk enhet i sykehuset
- Arealet skal ha begrenset tilgang (kontrollert) uten gjennomgangstrafikk
- Det skal være separate tilganger til enheten for besøkende og personell/pasienter.

7.1 Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer før innflytting i nye lokaler i A-fløya og planlegging av den nye intensivavdelingen.

7.1.1 Prosjektutløsende behov - utfordringer i sykehuset

I Retningslinjer for intensivvirksomhet, defineres intensivbehandling slik (s. 9):

diagnostikk, observasjon, behandling og pleie av kritisk syke og skadde pasienter med potensielt reversibel svikt i et eller flere organsystemer. Formålet med intensivbehandling må være restituering av organfunksjonene på en slik måte at livet videre blir leveverdig sett fra pasientens synsvinkel.

I enhetene for intensivmedisin er det døgnkontinuerlig beredskap med spesialkompetente leger og sykepleiere som kontinuerlig overvåker vitale funksjoner og gir avansert organunderstøttende behandling. Karakteristisk for en intensiv enhet er at det er store mengden avansert medisinskteknisk utstyr og et høyt antall helsepersonell i forhold til pasienter¹⁶.

Hovedfunksjonsprogrammet (HFP) for A-fløya (2010), viser til utfordringer i det eksisterende sykehuset og begrunner planlegging og bygging av en ny og større intensiv enhet. Det påpekes at daværende intensivkapasitet på 10 plasser var for lav i perioder, og at sengerommene var for trange. Videre fremheves behovet for å samlokalisere plasser for tung overvåking (25 plasser) som var fordelt på fem ulike steder. Samlokalisering skulle bidra til en bedre utnytting av rom, utstyr, personalressurser og fagkompetanse. Etablering av en ny intensiv enhet ville også gjøre det mulig å gi plass til tidlig rehabilitering for pasienter med hodeskader.

7.1.2 Planleggingen av ny intensiv enhet

Intensiv enheten i A-fløya ble planlagt slik at A2 og A3 skulle ha samme utforming. Ansatte skulle kjenne seg igjen i begge områdene, det skulle være lik oppbygging av begge sidene og likt utstyr. I HFP og delfunksjonsprogrammet (DFP 2011), fremheves målsettingen om å utvide intensivområdet for å øke kapasitet, bedre forholdene for pasienter og pårørende og optimalisere utnytting av ressurser (personell, rom og utstyr).

¹⁶ Klepstad, P. (2010). Intensivmedisinen og dens utfordringer. Tidsskrift for Den norske legeforening, 130(1), 12. doi:10.4045/tidsskr.08.0356

I HFP påpekes også betydningen av å etablere hvilerom, oppholdsområder og arealer for samtaler for intensivpasienter og deres pårørende. Hensikten er å legge til rette for en balanse mellom effektiv drift og mulighet for ro og samtaler. Videre skulle områdene være generelle for å kunne bytte eller endre fagområder uten større ombygginger.

I intervju forklarte prosjektorganisasjonen i UNN at hjerteovervåkingen ble samlokalisert med de mest behandlings- og pleietrengende pasientene, blant annet for å styrke erfaringsoverføring og kompetanseoppbygging. Dette skulle skje ved at ansatte opparbeidet erfaring og kompetanse med de mindre krevende pasientene (hjerteovervåking) og etter hvert utviklet kompetanse til å ivareta de mer krevende intensivpasientene. Området skulle dermed bidra til at personalet kunne jobbe på tvers og utnytte ressursene best mulig. Det ble også planlagt at en ny og større intensivhet skulle være en del av sykehusets beredskap ved pandemier og katastrofer.

Funksjonsbeskrivelse

I funksjonsbeskrivelsen i DFP vises det til at pasientgruppen har behov for fysiske omgivelser som kan skjerme for støy og uro. Omgivelsene skulle derfor tilrettelegges med skjerming av den enkelte pasienten i ensengsrom, samt visuell kontakt mellom personell ved bruk av glassvegger til nærliggende arbeidsstasjon og arbeidsplasser nært intensivsengen. Videre ble rydding/organiseringer av medisinsk teknisk utstyr vektlagt. Smittevern skulle ivaretas, og det skulle være plass ved sengen slik at flere kunne arbeide med pasienten samtidig. Det ble planlagt både kontaktsmitte- og luftsmittesolusjoner i enheten. Dersom pasienten dør, skulle stell og visning til pårørende kunne utføres i sengerommet.

Videre påpektes det i funksjonsbeskrivelsen at pårørende har behov for informasjon, støtte og at noen trenger overnattingsrom/hvilerom. Nært intensivheten burde det derfor også være samtalerom og kjøkken.

Spesielle bygningsmessige krav

DFP beskriver noen typiske krav til intensivplasser. Dette handler om at sengerom ofte planlegges med glassvegger for å gi personalet god visuell kontakt med både pasient og overvåkingsutstyr fra arbeidsstasjon. Det vektlegges også at pasienten har god visuell kontakt med personalet. Videre deles sengerommet inn i soner for pasient, pårørende og personalet. Det legges til rette for at plasskrevende utstyr som benyttes samtidig (dialyse, respirator, overvåkingsutstyr mm.) har tilstrekkelig areal og at det er god tilgang til pasienten fra sengens alle fire sider.

Det anbefales også takhengte søyler, og at de planlagte intensivplassene bør være fleksible, dvs. kunne endres til tung overvåking (intermediærsenger) eller postoperativ overvåking.

Organisasjonsutvikling

I Konseptrapporten (14.05.2010) kommer det fram at det har vært fokus på samlokalisering av intensiv- og intermediærenheter, og i DFP fremheves det at

konseptet (nye A-fløya) ledsages av et organisasjonsutviklingsprosjekt som ivaretar kravene om effektiv drift.

Ifølge intervju med prosjektorganisasjonen i UNN, ble det først nært opp til innflytting i nytt bygg besluttet at to klinikker skulle slås sammen i plan 9. Dette var hjerteovervåking i Hjerte-lungeklinikken som skulle lokaliseres i A2 og Operasjon- og intensivklinikken i A3. I tillegg skulle noen andre intermediærsenger flyttes til den nye intensivavdelingen. Det var spesielt hjerteovervåkingen som kom sent inn i prosessen. Plasser for denne pasientgruppen var opprinnelig planlagt i B-fløya.

Det betydde at ansatte fikk begrenset tid til å forberede seg på nye arbeidsprosesser og logistikk i A-fløya. I tillegg til å flytte fra mindre enheter til en stor avdeling, skulle ansatte omstille seg fra å arbeide i flersengsrom (fire-seks senger) til ensengsrom.

7.2 Metode

Evalueringen av intensivområdet i A-fløya er utført ved en spørreundersøkelse blant ansatte, befarings, fokusgruppeintervju, oppfølgingssamtaler og kommunikasjon via e-post. Spørreskjemaundersøkelsen blant ansatte ble utført i juni 2020, og en befarings ble gjennomført i intensivområdet 27. oktober 2020. En sykepleier fra hvert område ledet befaringsen.

Fokusgruppeintervju ble gjennomført 28. oktober. På grunn av arbeidssituasjonen for ansatte på intervjutidspunktet ble intervjuet delt i to. Først deltok to deltakere fra A2, en sykepleier og en assistent. Deretter deltok en leder og en lege fra A3. Hovedtema i intervjuene var erfaringer med hvordan utformingen og lokalene i A2 og A3 støtter opp under pasientbehandling og arbeidsprosesser. Det ble i tillegg gjennomført et oppfølgingsintervju med to ansatte i april 2021.

Evalueringsen har vært gjennomført mens enheten var i en organisatorisk endringsprosess, fra en stor intensivavdeling til to adskilte enheter, A2 og A3. Dette kan ha påvirket resultatene både i spørreskjema og intervju.

Videre i dette kapitlet kommer en oversikt over kapasiteten i A2 og A3. Deretter følger en sammenligning av areal og en oppstilling av rom i plan 9 sammenlignet med dagens anbefalinger (Standardrom). Kartlegging av byggets egnethet er gjennomført ved en spørreundersøkelse blant ansatte. Videre presenteres dybdeundersøkelsen som er basert på befarings og fokusgruppeintervju. Kapitlet avsluttes med hovedfunn.

7.3 Kapasitet

I HFP (2010) ble det estimert et behov for 47 døgnplasser for intensiv og tung overvåking (intermediær) i 2020. Antallet plasser i den nye A-fløya ble planlagt i samsvar med rapporten «Handlingsplan for Intensivmedisin, Kapasitet og struktur i Helse Nord» (2008). Rapporten anbefaler at UNN Tromsø skal ha en kapasitet på 15

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

intensivplasser og 32 plasser for tung overvåking (intermediær). Antallet på 47 plasser ble vedtatt i Helse Nord RHF.

Planen for intensivavdelingen i A-fløya utviklet seg videre i DFP (2011). Her påpekes det spesielt at pasienter som har behov for intensivkompetanse bør samlokaliseres.

Planleggingen konkluderte med 15 intensivplasser og 17 intermediærplasser i A-fløya, i henholdsvis A3 og A2. Øvrige overvåkingsplasser skulle lokaliseres i sengeområdene for gastrokirurgi, nevrokirurgi og nevrologi/slag.

Totalt i UNN Tromsø var dette en økning fra 35 plasser (10 intensiv og 25 intermediær) i 2009 til 47 plasser (15 intensiv og 32 intermediær).

Tabell 7.1 gir en oversikt over beregninger av antall plasser i A2 og A3, fra antall planlagte plasser i 2011 til dagens situasjon.

Tabell 7.1 Planlagt kapasitet, faktisk kapasitet og plasser i bruk i 2020 i intensivområdet i A-fløya

Kapasitet A2 og A3	Planlagt kapasitet 2020	Faktisk kapasitet 2020	Plasser i bruk 2020
Ant. sengeplasser	32	33	20

På evalueringstidspunktet var A2 og A3 bemannet for 20 sengeplasser, 10 plasser i hver. I helgene reduserer A2 bemanningen til 8 senger. Ett sengerom benyttes som simuleringsrom ellers tas rommene i bruk ut fra pasientenes behov. Totalt har A2 og A3 en god kapasitet for framtidig økning, da kapasiteten på evalueringstidspunktet er 30 sengeplasser. I tillegg kan to møterom og ett kontor endres til sengerom, dvs. total kapasitet i framtida er 33 plasser (faktisk kapasitet).

I A2 er det 6 ensengsrom, hvorav ett kontaktsmitteisolat, og 4 tosenngsrom. I tillegg er et rom forberedt som sengsrom, men foreløpig tatt i bruk som møterom. Ved siden av, med en skillevegg imellom, er det plassert et møterom i samme størrelse. Dette rommet kan også endres til sengerom dersom det blir behov for flere plasser i framtida. På evalueringstidspunktet i 2020 hadde A2 14 tilgjengelige sengeplasser pluss to rom som kan endres til sengerom.

I A3 er det 13 ensengsrom, hvorav tre er kontaktsmitteisolat, samt ett tosenngsrom. I tillegg er et rom forberedt som ensengsrom, men er foreløpig tatt i bruk som kontor. Den faktiske kapasiteten i 2020 er 15 pluss ett rom som kan endres til sengerom. I tillegg har A2 og A3 et felles luftsmitteisolat.

7.4 Arealnorm, arealfaktor og standardrom

Arealnorm og arealfaktorer er nærmere beskrevet i kapittel 4.4.

Areal til intensiv og tung overvåking (intermediær) programmeres og planlegges ofte samlokalisert og med sambruk av støtterom. Det kan derfor være vanskelig å beregne en korrekt arealfaktor for hvert område i de utvalgte sykehusene. Dette må hensyntas ved sammenligning mellom sykehusene.

Tabell 7.2 viser sammenligninger av arealnorm, arealfaktor og andre data med andre sykehus i drift og pågående prosjekter.

Tabell 7.2 Sammenligning arealnorm og arealfaktor for intensivområder mellom utvalgte sykehus

Faktorer	UNN, som bygd 2018	St. Olav, hovedintensiv som bygd 2010	Kolnes, som bygd 2015	Drammen, i prosjekt 2021	SNR, i prosjekt 2021	SUS2023, i prosjekt 2021
Kilde	Tegninger	dRofus, Nasjonal Database 2021	LYDIA, Nasjonal Database 2021	dRofus, forprosjekt	dRofus, forprosjekt	dRofus, forprosjekt
Sum prosjektert intensiv og Tung overvåking (intermediær)	1503	1192****	865,0	928	634,7	1575,0
Sum prosjektert intensiv			479		459,3	848,4
Sum prosjektert intermediær (TOV)			386		175,4	589
Sum kapasitet intensiv og intermediær*	33	26****	21	24	15	38
Arealfaktor = sum areal intensiv og TOV/antall plasser	45,5	45	41,2	38,7	42,3	41,4
Arealnorm intensiv/tung overvåking jf. HFP/Konseptrapport	40/30	40/31,2	42,5/30	42,5/30	40/-	40/35
Antall intensivplasser, inkl. Kontaktsmitte og luftsmitte	17	23	10	16	8	18
Areal intensiv			566,0		459,3	848,4
Arealfaktor intensiv**		45	56,6		57,4	47,1
Antall plasser TOV, inkl. kontaktsmitteisolat	16	3	12	8	7	20
Areal Tung overvåking (TOV)			287,5		175,4	589
Arealfaktor TOV**			24,0		25,1	29,5
Antall isolat, kontaktsmitte	4	0	0	0	2	6
Antall isolat, luftsmitte	1	1	2	2	1	2
Antall 1-sengsrom, isolat inkludert	23	26	15	16	15	38
Antall 2-sengsrom	5	0	2	4	0	0
Antall 3-sengsrom	0	0	1	0	0	0
Sum antall plasser intensiv og TOV	33	26	21	24	15	38
Areal ensengsrom intensiv, programmert	28	25	25	25	25	25
Areal ensengsrom intermediær, programmert	28		18	18	20	20
* Areal til intensiv og intermediærenheter planlegges ofte samlokalisert og med sambruk av rom.						
**Arealfaktor kun til intensiv eller TOV kan være misvisende pga sambruk av rom og areal med hverandre eller med andre enheter.						
***Areal og antall plasser er hentet fra 2.etg. AHL, ikke andre bygg.						

Arealfaktor for intensiv/intermediær ved UNN er på nivå med flere av de andre sykehusene som det sammenlignes med i tabellen.

Antallet tilgjengelige plasser gjenspeiler ikke faktisk bruk, dvs. hvor mange plasser det er bemanning til. A2 inneholder en blanding av medisinske intensivpasienter, intermediærpasienter og oppvåking (postoperativ) for hjerte-/thoraxkirurgiske pasienter.

Tabell 7.3 viser en sammenligning mellom utvalgte rom i intensivområdet sammenlignet med Standardromskatalogen.

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

Tabell 7.3 Sammenligning arealstandard utvalgte rom for intensiv og tung overvåking (intermediær)

Kode jf. Standardromskatalogen ver 3.0	Romnavn	Standard areal jf. Standardromskatalogen	Intensivområde A-fløya UNN, prosjektert (fra tegning)	Differanse. Merforbruk i pluss, lavere programmering vises som minus	Kommentar
SR.005.00	Arbeidsstasjon, indre sone	9	13,3	4,3	Kalt Grupperom på tegning
SR.005.00	Arbeidsstasjon, indre sone	9	13,1	4,1	Kalt Grupperom på tegning
SR.005.01	Arbeidsstasjon, ytre sone	10	14	4	
SR.005.01	Arbeidsstasjon, ytre sone	20	28,4	8,4	Felles for 2 team
SR.010.00	Avfall, miljøstasjon	8	11	3	Tøy/avfall
SR.011.00	Bad	5	7,1	2,1	
SR.011.03	Bad, stort	6	6	0	
SR.011.04	Bad, luftsmitte	6	6,7	0,7	
SR.011.05	Bad, kontaktsmitte	6	6,7	0,7	
SR.028.00	Desinfeksjon, somatikk - ren og uren sone	12	13,8	1,8	
SR.036.00	Ekspedisjon	18	13,5	-4,5	Beregnes ut fra antall plasser, 6m2 per plass
SR.043.01	Forrom, sengerom	4	6,6	2,6	Forrom, kontaktsmitte isolat
SR.071.00	Kjøkken	20	17,5	-2,5	
SR.087.34	Lager, rent	12	12,6	0,6	
SR.087.45	Lager, utstyr	20	28,4	8,4	Ofte mer og større utstyr på intensiv
SR.096.00	Medisin	12	13,9	1,9	Dekker 15 plasser
SR.130.00	Samtale	12	14	2	
SR.134.06	Sengerom, intensiv	25	28,3	3,3	Ensengsrom
SR.134.06	Sengerom, intensiv	25	28,4	3,4	Isolat, kontaktsmitte
SR.134.08	Sengerom, intermediær	20	27,6	7,6	Isolat, luftsmitte
SR.134.08	Sengerom, intermediær	20	28,4	8,4	Isolat, kontaktsmitte
SR.134.08	Sengerom, intermediær	20	28,2	8,2	Plass for en pasient
SR.134.09	Sengerom, intermediær	30	28,4	-1,6	Plass for to pasienter
SR.142.05	Sluse, luftsmitte	8	15,2	7,2	

Sengerom for intensiv og tung overvåking (intermediær) i A-fløya er større enn det Standardromskatalogen anbefaler. UNN har valgt å lage standard størrelse på alle sengerom i intensivområdet, slik at rom kan benyttes fleksibelt tilpasset vekslende pasientkategorier og benyttes som ensengs- eller tosensrom. Alle bad er også standardiserte på areal. Dette gir stor fleksibilitet i driften av avdelingen. Arbeidsstasjonene er også større enn standardrommet. Arealet i arbeidsstasjoner skal speile antall planlagte arbeidsplasser. Tilsvarende gjelder for indre (lukket del) arbeidsstasjon, kalt grupperom i dette prosjektet.

7.5 Kartlegging av byggets egnethet – intensiv

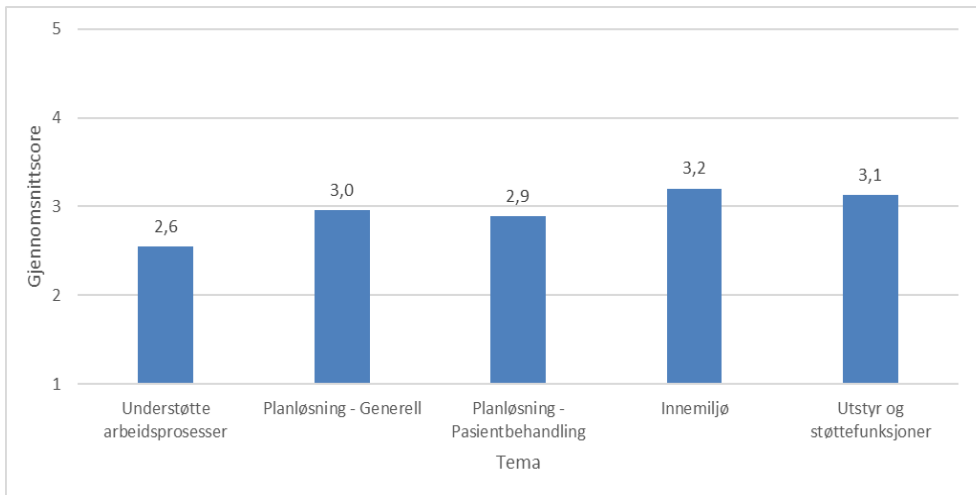
Kartleggingen av byggets egnethet presenteres i dette kapitlet. Nedenfor gjengis resultatene fra ansatte i intensivområdet.

7.5.1 Spørreundersøkelse blant ansatte

Her presenteres resultater fra den nettbaserte spørreundersøkelsen blant ansatte i intensivområdet ved plan 9 i A-fløya, der formålet var å kartlegge byggets egnethet etter at det ble tatt i bruk. Av 290 besvarelser utgjorde ansatte i området 32,5 prosent (94) av besvarelsene.

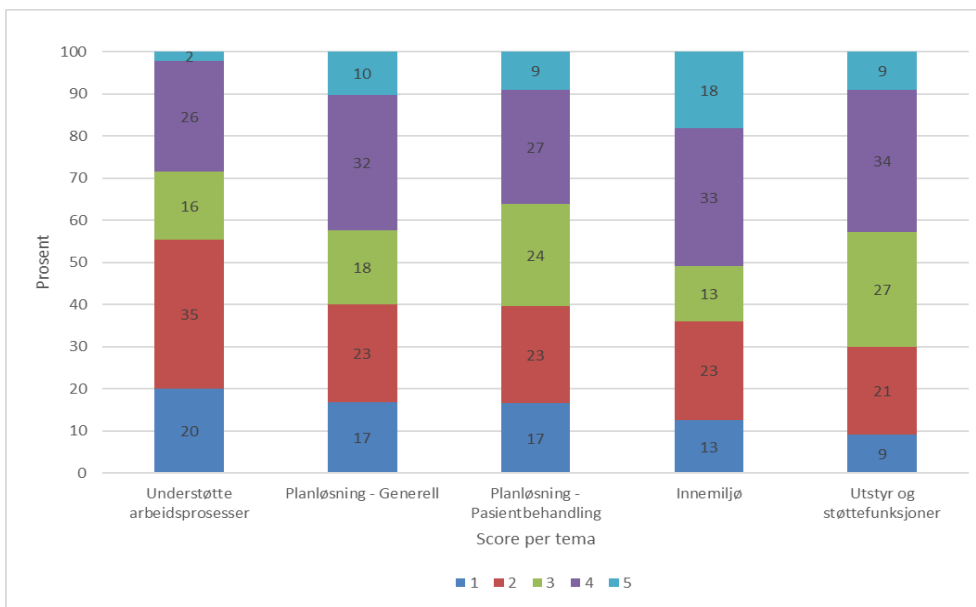
Figur 7.1 viser gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-pasientbehandling*, *Innemiljø og Utstyr og støttefunksjoner*. På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for alle fem temaene mellom 2,6 og 3,2. Det er *Innemiljø og Utstyr og støttefunksjoner* som har fått de høyeste scorene.

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya



Figur 7.1 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, intensiv

Figur 7.2 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Figuren viser at ansatte er mest fornøyde med *Innemiljø*. Halvparten av de ansatte ga dette temaet score 4 eller 5, mens 70 prosent av scorene til *Utstyr og støttefunksjoner* var 3, 4 eller 5. Alle temaene har fått mellom 30 og 55 prosent laveste score, 1 eller 2. Disse resultatene tyder på at flere av de ansatte er mindre fornøyde med lokalene og området de jobber i, spesielt gjelder dette temaet *Understøtte arbeidsprosesser*, der 55 prosent av besvarelsene ga score 1 eller 2.

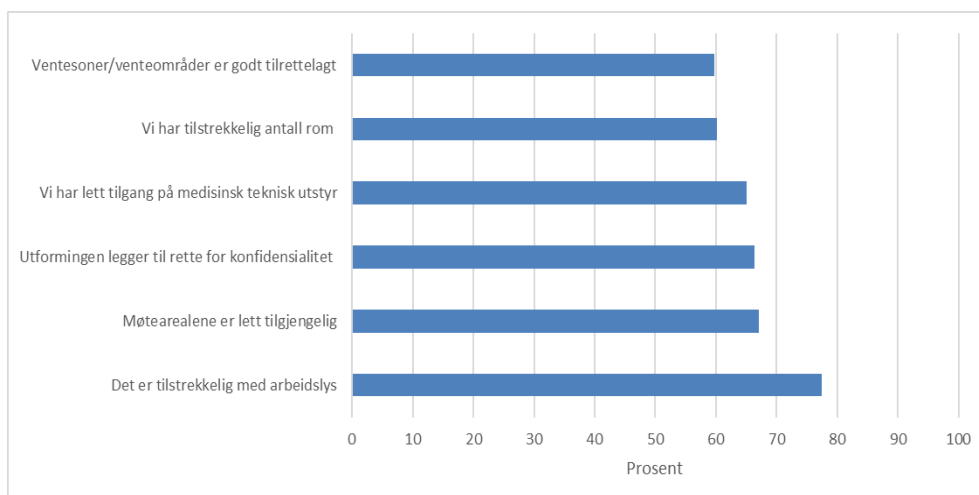


Figur 7.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, intensiv

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, fremheves utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 7.3 viser seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Som det kommer fram av figuren, fikk utsagnet «Det er tilstrekkelig

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

med arbeidslys i vår enhet/avdeling» flest høye scorer blant ansatte i Intensivområdet, da 77 prosent av besvarelsene ga score 4 eller 5. Mellom 60 og 67 prosent av besvarelsene ga de høyeste scorene til utsagnene knyttet til tilgjengelige møteareal, tilrettelegging for konfidensialitet, tilgang på medisinsk teknisk utstyr, tilstrekkelig antall rom og venteområder.

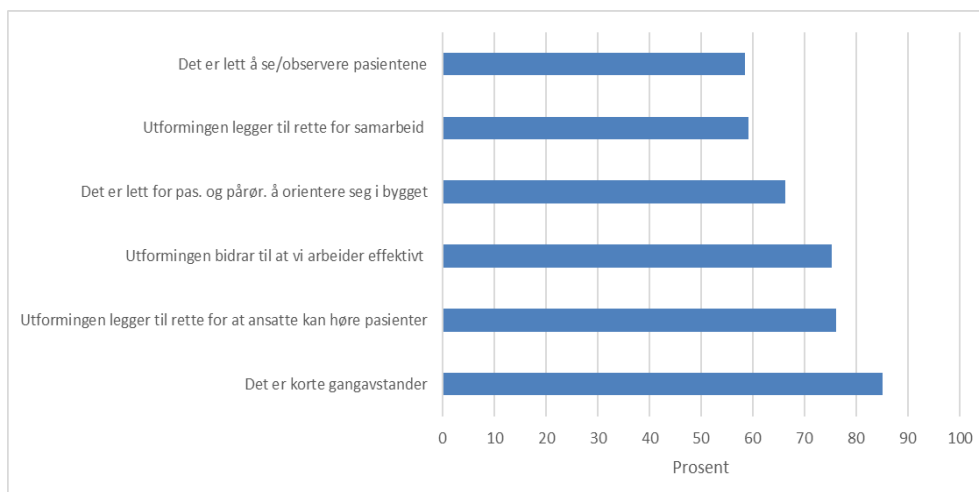


Figur 7.3 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, intensiv

Ser man samlet på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 7.4 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at utsagnet «Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte» fikk flest lave scorer blant ansatte i Intensivområdet, da 85 prosent av besvarelsene ga score 1 eller 2.

«Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse» og «Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt» fikk hhv. 76 og 75 prosent lave scorer. Mellom 58 og 66 prosent av ansatte ga utsagnene som omhandler orientering i bygget (pasienter og pårørende), tilrettelegging for samarbeid og observasjon av pasienter de laveste scorene.

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya



Figur 7.4 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, intensiv

Dersom man sammenligner resultatene fra intensiv i A-fløya med spørreundersøkelsen fra intensiv, overvåkning og nyfødttintensiv i «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020), kommer det fram at gjennomsnittlig score for temaene i undersøkelsen fra Sykehuset Østfold Kalnes både lå på og noe under middelverdien. Temaene *Innemiljø og Utstyr* fikk høyeste score (middelverdien). Ansatte i intensivområdet i A-fløya ga scorer over, men også under middelverdien, og som i Sykehuset Østfold Kalnes, fikk *Innemiljø og Utstyr og støttefunksjoner* høyeste score.

Tabell 7.2 gir en oversikt over alle de 43 utsagnene med gjennomsnittlig score for besvarelsene gitt av Intensivområdet.

Temaene grupperes slik: Utsagn nr. 1 til 5 er tema 1 (Understøtte arbeidsprosesser). Utsagn nr. 6 til 22 er tema 2 (Planløsning-generell). Utsagn nr. 23 til 31 er tema 3 (Planløsning-pasientbehandling). Utsagn nr. 32 til 37 er tema 4 (Innemiljø). Utsagn nr. 38 til 43 er tema 5 (Utstyr og støttefunksjoner).

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

Tabell 7.2 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Ansatte, intensiv.

Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelverdien er 3

Nr	Utsagn	Snitt
1	Utformingen av vår enhet/avdeling støtter opp under våre aktiviteter	3,0
2	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	2,1
3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	2,4
4	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,7
5	Vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	2,6
6	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,0
7	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	2,2
8	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,2
9	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,8
10	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	3,1
11	Vi har de romtypene vi trenger	2,7
12	Vi har tilstrekkelig antall rom	3,6
13	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	3,4
14	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	3,0
15	Møtearealene er lett tilgjengelig	3,6
16	Kontorarealene er lett tilgjengelig	3,1
17	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,5
18	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	2,6
19	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	1,6
20	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	3,6
21	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	3,1
22	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	3,1
23	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	3,2
24	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/avdeling	2,5
25	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	2,0
26	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	2,7
27	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	3,5
28	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	2,8
29	Det er tilstrekkelig med plass til legemidler i vår enhet/avdeling	3,3
30	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	2,9
31	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,2
32	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	3,3
33	Det er tilstrekkelig med arbeidsllys i vår enhet/avdeling	4,0
34	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/arbeidsplasser	3,3
35	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	2,6
36	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	2,8
37	Det er lett å holde orden i vår enhet/avdeling	3,3
38	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	3,3
39	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,7
40	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,4
41	IKT, videokonferanseutstyr og telefoni fungerer godt	2,7
42	Vi har lett tilgang på de hjelpemidlene vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	2,3
43	Møbler og inventar fungerer godt	3,3

7.6 Driftskonsepter og løsninger

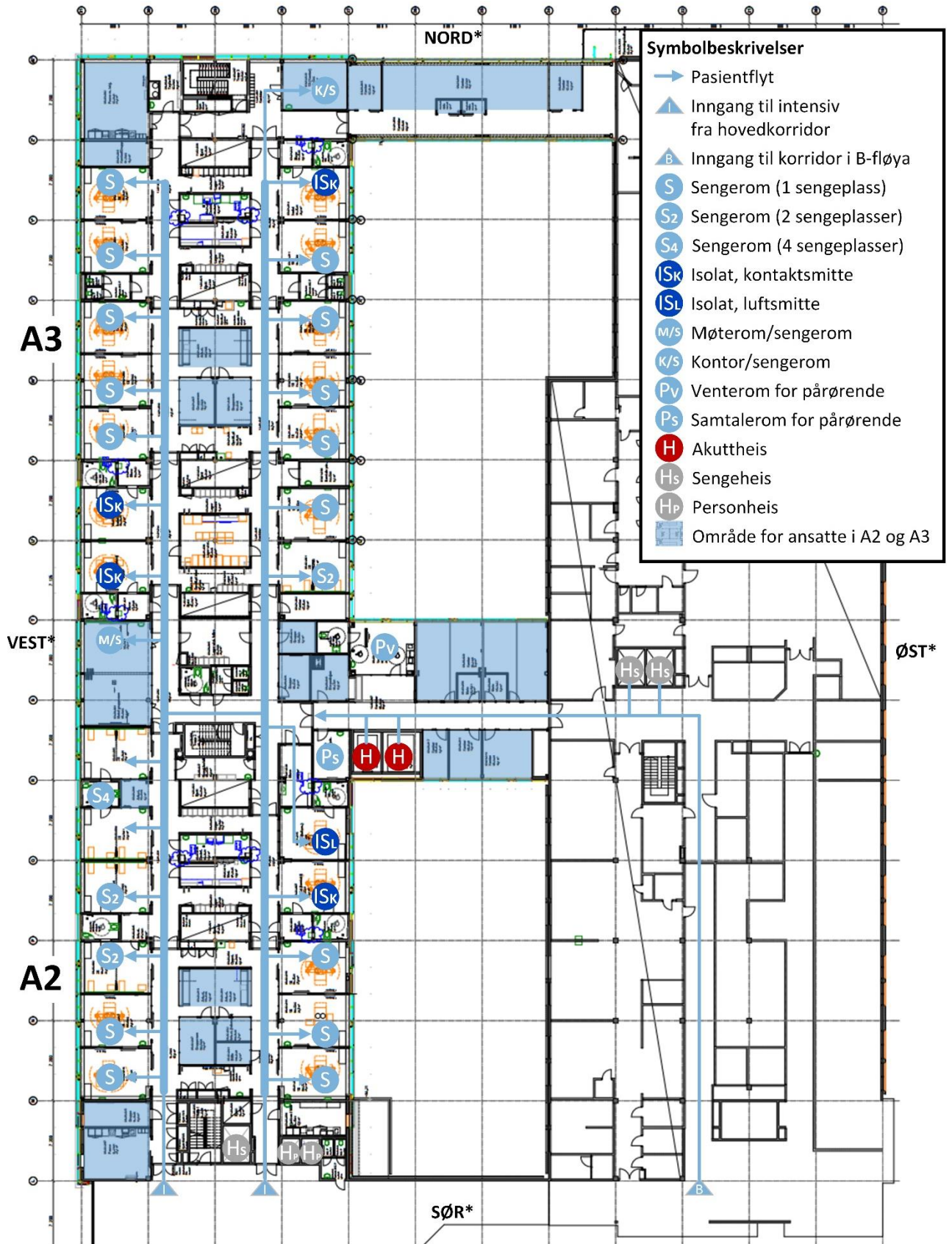
Nedenfor presenteres dybdeundersøkelsen av driftskonsepter og løsninger i intensivområdet. Denne er i hovedsak basert på befaring og fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved bruk av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig som at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre relevante tema for evalueringen.

Resultatene er supplert med sitater fra fokusgruppedeltakerne for å fremheve og illustrere erfaringene med hvordan lokalene fungerer vel to år etter innflytting.

7.6.1 Pasientopphold

Pasientoppholdet for intensivpasientene presenteres ved hjelp av en illustrasjon (Figur 7.5). Illustrasjonen viser pasientflyt, inngangspartier og rom som er relatert til oppholdet for intensivpasientene. I tillegg er områder for ansatte markert.

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya



*Retningene nord, sør, øst og vest på tegning tilsvarer ikke eksakt retning, men blir brukt i beskrivelse av A-fløya

Figur 7.5 Illustrasjon – pasientflyt i intensiv (A2 og A3) og områder for de ansatte. (Kilde: Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

I spørreundersøkelsen blant ansatte svarer mange av de som deltok fra A2 og A3, at de var fornøyde med lokaliseringen av intensivområdet, da 50 prosent ga score 4 eller 5 på utsagnet. Intensiv har nærhet til operasjon, bildediagnostikk og akuttmottak. Dette er i samsvar med anbefalinger i litteraturen¹⁷.

Intensivområdet er primært for voksne pasienter, men A3 kan ta imot barn ned til 3-6 måneder dersom det er kapasitetsutfordringer på nyfødt intensiv enheten.

Mange fremhevet at det er mye som fungerer bedre i det nye intensivområdet enn tidligere. Det er mer ro, ergonomien er bedre ivaretatt, ensengsrommene er store og fine med god plass til mobilisering, og det er god plass i korridorene. Forholdene for pasienter og pårørende er blitt mye bedre, spesielt på grunn av ensengsrom. Videre er samarbeidet og visitt mellom lege og sykepleier bedret. En av deltakerne i intervjuet sa det slik:

Supert, flotte lyse omgivelser, flott pauserom, godt lyddempet, fin løsning med sentralt koordineringsområde med god plass og nærhet til legene.

Sykepleierne oppholder seg i hovedsak på sengerommene. Det er vanligvis én sykepleier per ensengsrom og én sykepleier i tosengsrommene. Det er en koordinator både i A2 og A3 som bistår på dag- og kveldsvakter. Assistenten ivaretar renhold samt oppgaver knyttet til lager, forsyning og desinfeksjonsrom. Fokusgruppedeltakerne fortalte at samarbeidet mellom sykepleiere og assistenter fungerer godt.

Det er flere innganger til området og disse brukes avhengig av hvilken avdeling pasienter ankommer fra. Pasienter fra sengeområder kommer via heis i sørdelen, dvs. via hovedinngangen til intensivområdet. Både heisene i den midtre korridorforbindelsen til B-fløya og eksisterende heiser i B-fløya benyttes til transport av pasienter, for eksempel fra operasjon, akuttmottak og til og fra bildediagnostikk. Når pasientene skal transporteres til bildediagnostikk i plan 6 i B-fløya, er venteområdet for prøvetaking plassert nært utgangen fra akuttheis. Dette området har ofte mye trafikk, og etter innflytting er det derfor satt opp et skjerm Brett for å hindre innsyn til pasienter som skal til og fra intensiv i plan 9 (jf. kapittel Poliklinikk, pasientforløp).

Ekspedisjonen, som er plassert i overgangen til B-fløya, var opprinnelig planlagt for henvendelser til intensivområdet. Ekspedisjonen var ikke i bruk på evalueringstidspunktet, men ble benyttet som lager. Pårørende og besøkende tar i stedet direkte kontakt med ansatte i A2 og A3 via telefon ved inngangen. Ifølge intervju, ble ansatte i ekspedisjonen mye forstyrret, og det har heller ikke vært bruk for ekspedisjonen ettersom alle rom har en egen telefon.

Ved ekspedisjonen er det et venterom og et samtalerom for pårørende som også benyttes som venterom.

¹⁷ INTENSIVVÅRD Evidensbaserade konceptprogram Högteknologiska vårdmiljöer för intensivvård, Chalmers, 2013-06-04

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

I spørreundersøkelsen ble det kommentert at det kan være vanskelig for pårørende å finne fram til intensivområdet. På hjemmesidene til UNN står følgende forklaring:

For å komme til oss må du gå via inngangen til dialyse og hjertelab i fløy B, plan 9. Ta inn til venstre rett før døra til selve dialysen og hjertelab. Du skal inn her (bilde av inngangsdør til intensivmedisin). Rett fram og til høyre finner du en resepsjon. Hvis den ikke er åpen, bruker du porttelefonen til høyre for døra innerst.

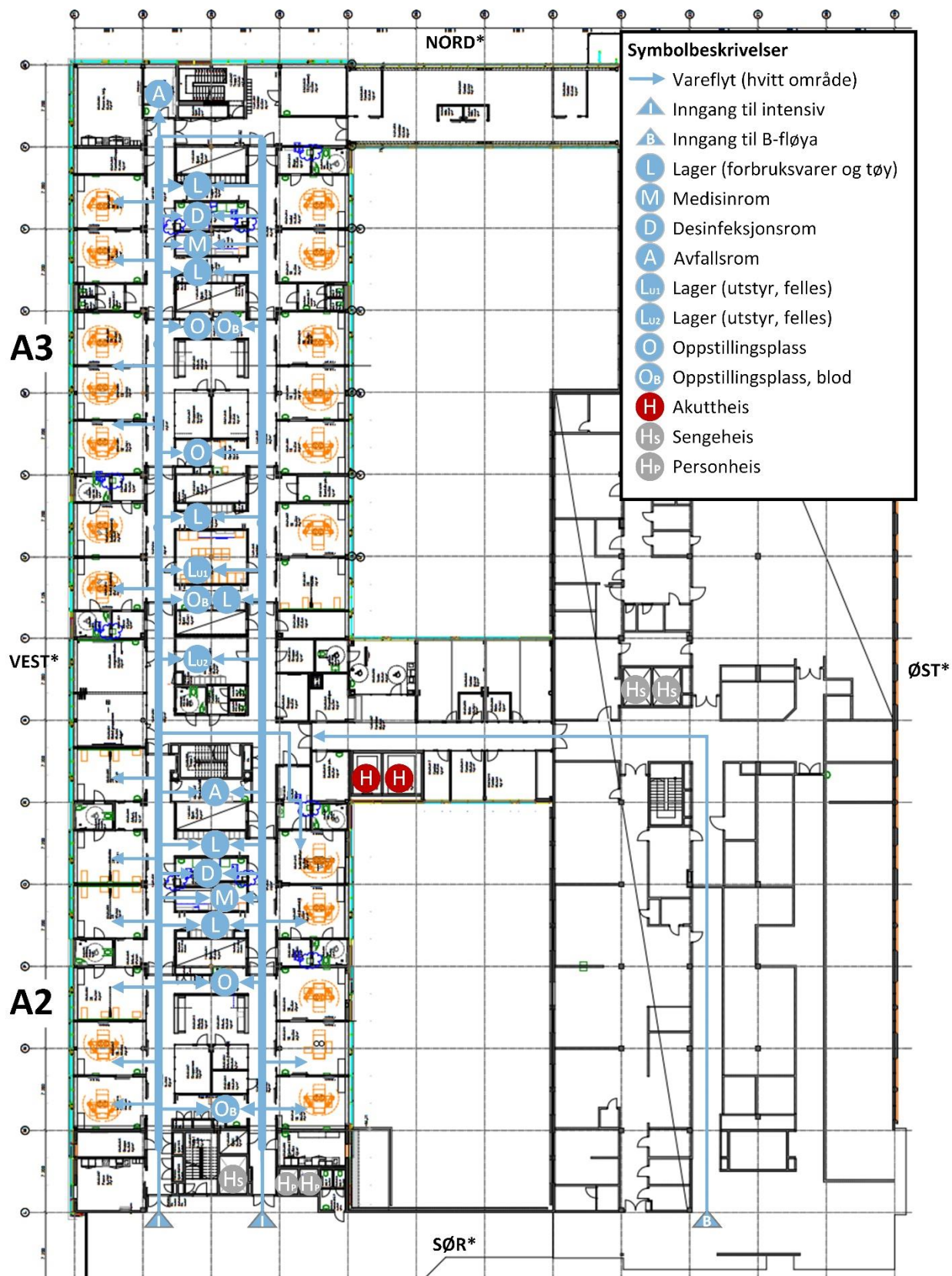
Enkelte ansatte mente at plassering av venterom for pårørende ved akuttheisen ikke er hensiktsmessig. Det er en glassvegg i venterommet som vender mot akuttheisen, og denne er blitt frostet i ettertid for å skjerme mot inn- og utsyn. En av deltakerne i fokusgruppen mente at rommet var blitt innestengt og at det har blitt et dårlig rom. Ansatte hadde også erfart at flere pårørende foretrakk å vente så nært personalet som mulig, det vil si i samtalerommet framfor i venterommet.

Overnattingsrom for pårørende er lokalisert i B-fløya på plan 7 og lånes ut i inntil to døgn per pasient. Det ble sagt at rommene er i konstant bruk. I tillegg er det overnattingsmuligheter i Pasienthotellet.

7.6.2 Vareflyt og forsyning

Vareflyten i intensivområdet presenteres ved hjelp av en illustrasjon (Figur 7.6). Illustrasjonen viser rom som er relatert til vareflyten og tilkomst til de ulike rommene. Etter illustrasjonen, blir vareflyten og vareforsyning beskrevet.

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya



*Retningene nord, sør, øst og vest på tegning tilsvarer ikke eksakt retning, men blir brukt i beskrivelse av A-fløya

Figur 7.6 Illustrasjon – vareflyt i intensiv (A2 og A3). (Kilde: Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

Erfaringer med lager, legemidler, blodprøver og mat i intensivområdet presenteres nedenfor.

Noen forbruksartikler oppbevares i sengerommet, blant annet infusjonsvæsker, blandeutstyr, håndduker, hansker og bleier. Andre varer og utstyr hentes fra lager og skap i korridor.

Ansatte fortalte at utfordringen i området er lagringsplass. Det er to felles lagerrom i midtkjernen. I det ene rommet oppbevares medisinsk teknisk utstyr. Mye av dette er plasskrevende utstyr, som blant annet respiratorer og ECMO maskiner. I det andre lagerrommet oppbevares tøy og væsker. Det ble påpekt at begge rommene er for små. I tverrkorridorene i A2 og A3 er det plassert lagerskap for forbruksvarer. Skapene er likt utstyrt slik at det er lett å kjenne seg igjen og å finne varer.

På grunn av manglende lagringsplass, er det plassert hyller høyt opp på veggen, lagringsbord i nisjene, og to små stillerom i nordenden benyttes som lager.

Ifølge deltakerne i intervju, fungerte forsyning av forbruksvarer, tøy og legemidler bra. A2 og A3 benytter «aktiv forsyning» av forbruksvarer. Det betyr at når antallet varer reduseres til et nivå, henger ansatte opp brikker for å signalisere at det er behov for å bestille varer. Assistenten bestiller, leverer og legger varene på plass to ganger per uke.

Det ble sagt at de to avfallsrommene i området i hovedsak fungerer godt. Avfallsrommet midt i området har inngang fra begge sider av korridoren. Rommet har automatiske dører som slår inn i rommet mot innkastlukene til sjaktene for tøy og avfall, og dørene står lenge oppe. Som i det dagkirurgiske området, oppleves dette litt upraktisk fordi man må vente til døren lukker seg for å kaste avfall i sjakten.

Apoteket har ansvar for forsyning av de legemidlene som brukes hyppigst (basissortiment). Utover basissortimentet er det ansatte i A2 og A3 som sørger for bestilling og henting av legemidler på apoteket. Disse oppbevares på pasientenes sengerom.

Blodprøver tas både av sykepleiere (fra arteriekraner) og laboratoriepersonell (dersom det skal stikkes på nytt) i A2. I A3 er tar sykepleiere alle blodprøvene. Ansatte mente at prøvetaking og prøvelogistikken fungerte bra. Assistentene sørger for levering av blodprøver til laboratoriet i plan 10 via trapp i midtsonen. Det finnes også rørpost, men den benyttes ikke. Det ble forklart at årsaken er forskjellige dimensjoner på rørene i anlegget. Alle svar på blodprøver kommer i DIPS (Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus).

Assistenten bestiller og henter mat til pasientene i hovedkjøkkenet. Maten, «mikromiddag», oppbevares i kjøkkenet i A2 og varmes opp der. Ansatte fortalte at kjøkkenet fungerer godt, det er fint og har god plass.

7.6.3 Sengerom

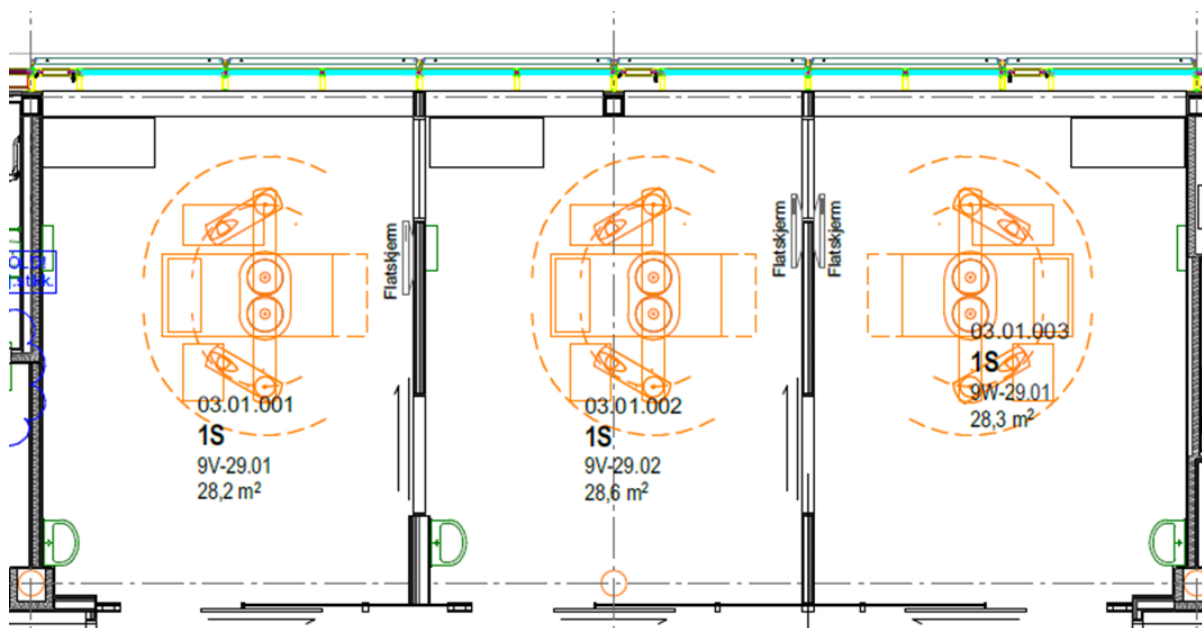
Både ensengsrom og tosenngsrom i A2 og A3 er i overkant av 28 m². Ensengsrommene brukes til de mest kritiske syke pasientene som krever kontinuerlig overvåking. De mindre krevende pasientene har opphold i tosenngsrom, og i hovedsak i A2. Alle rom har respiratormulighet.

Ansatte poengterte at det både er behov for skjerming av pasientene og mulighet for samarbeid mellom tilgrensende ensengsrom. De fremhevet at det er viktig å ha mulighet for å observere flere pasienter samtidig, samt å legge til rette for kompetanseutveksling mellom personell.

Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte i intensivområdet viser at 59 prosent har gitt laveste score (1 eller 2) for utsagnet «Utformingen legger til rette for samarbeid». Videre ga 58 prosent laveste score (1 eller 2) på utsagnet «Det er lett å se/observere pasientene». Resultatene reflekterer manglende visuell kontakt mellom ensengsrommene, samt mellom arbeidsstasjon og sengerom. Dette er nærmere utdypet nedenfor.

Ensengsrom

Figur 7.7 viser plantegning av tre ensengsrom i A3. Alle ensengsrommene i intensivområdet er like.



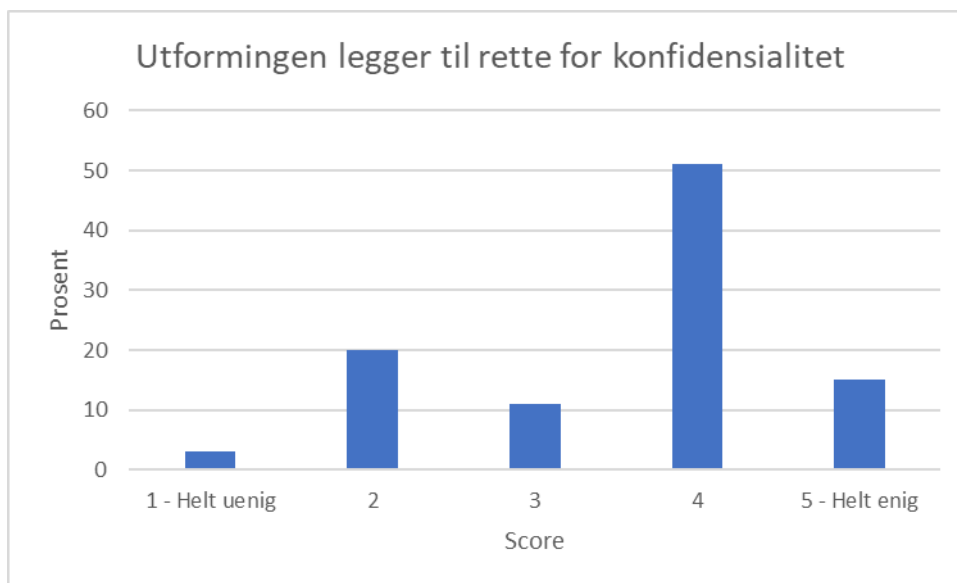
Figur 7.7 Plantegning av ensengsrom, UNN A3

I intervju ble det framhevet både fordeler og ulemper med ensengsrom, men også at ensengs- og tosenngsrommene blir benyttet ut fra pasientenes behov. To ansatte uttrykte det slik:

Deltaker nr. 1: Superbra med enerom for intensivpasienter. Det fungerer veldig bra.

Deltaker nr. 2: Enerommene har god plass.

Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte viser at 66 prosent av besvarelsene ga høyeste score (4 eller 5) til «Utformingen legger til rette for konfidensialitet» (Figur 7.8).



Figur 7.8 «Utformingen legger til rette for konfidensialitet». Score fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, intensiv

Deltakerne i fokusgruppeintervjuet forklarte at pasientene får mer ro og det er bedre plass for pårørende i ensengsrom enn i flersengsrom. Både pasient og pårørende får mer privatliv. Ensengsrommet ivaretar konfidensialitet, og man kan snakke sammen uten at andre pasienter og pårørende blir forstyrret. Ansatte fremhevet at de nye lokalene i A-fløya gir bedre muligheter for å jobbe stille og fredelig, i motsetning til i de gamle lokalene.

Forskningsstudier har også vist gode erfaringer med ensengsrom, blant annet smitteforebygging, redusert bruk av antibiotika og reduksjon av resistente bakterier, ivaretagelse av konfidensialitet, tilstedeværelse for pårørende og lavere støynivå¹⁸.

I intervju og spørreundersøkelsen ble det også løftet fram noen utfordringer med ensengsrom. Dette ble i hovedsak knyttet til arbeidsoppgaver. Sykepleiere opplevde at de nesten ble isolert på ensengsrommet. De sa at de ikke har tilstrekkelig oversikt over kollegaer og andre pasienter. De erfarte at det er vanskelig å få bistand fra kollegaer og at mangel på nærhet til kollegaer går på bekostning av faglig utvikling og samarbeid. Det ble også bemerket at nyansatte føler seg mindre trygge når de ikke ser sine kollegaer. Dette er i samsvar med noen internasjonale studier som har funnet at samarbeidet

¹⁸ Levin, P. D., Golovanevski, M., Moses, A. E., Sprung, C. L., & Benenson, S. (2011). Improved ICU design reduces acquisition of antibiotic-resistant bacteria: a quasi-experimental observational study. *Crit Care*, 15(5), R211. doi:10.1186/cc10446. Ferri, M., Zygun, D. A., Harrison, A., & Stelfox, H. T. (2015). Evidence-based design in an intensive care unit: end-user perceptions. *BMC Anesthesiol*, 15, 57. doi:10.1186/s12871-015-0038-4. Apple, M. (2014). A comparative evaluation of Swedish intensive care patient rooms. *HERD*, 7(3), 78-93. doi:10.1177/193758671400700306.

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

mellom personell i intensivenheter med ensengsrom ble redusert, noe som også kan bidra til redusert tilfredshet med arbeidsplassen¹⁹.

Resultater fra undersøkelsen blant ansatte viser at 75 prosent har gitt laveste score (1 eller 2) for utsagnet «Utformingen bidrar til at vi arbeider effektivt». En ansatt kommenterte hvorfor ensengsrommet oppleves som ressurskrevende:

Man må ha inn en tredje person for å hjelpe til ved behov for assistanse, i stedet for at sykepleierne i naborom kan hjelpe hverandre samtidig som man har oversikt over begge pasientene [...] Man er veldig alene, og hjelpen er langt unna når man får behov for rask hjelp.

Ensengsrommet har en arbeidsplass med PC og takhengte uttakssentraler (søyler) med strøm, gass og datauttak (Figur 7.9). Ansatte sa at ensengsrommene har en god størrelse og at de er fornøyde med arbeidsplassen. Blant annet kan arbeidsbordet flyttes, noe som letter renhold.



Figur 7.9 Til venstre: Ensengsrom med arbeidsplass og skyvedør mellom to rom. Til høyre: Uttakssentral og vindu mot PET-senteret

Mellom sengerommene er det små vinduer og en skyvedør for å fremme samarbeid mellom personell i rommene. Skyvedøren er tett, uten glass eller vindu og sykepleieren har dermed ikke oversikt over naborommet når døren er lukket. Både under observasjon og intervju ble det sagt at døråpningen burde vært bredere slik at sykepleierne lettere kan bistå hverandre. En kommentar i spørreundersøkelsen blant ansatte påpeker at det ikke er tilstrekkelig visuell kontakt fordi ensengsrommene ikke kan åpnes opp slik som planlagt:

¹⁹ Oliver, K., & Kemp, V. (2019). A comparison of nurses' work satisfaction between single-room and multioccupancy adult intensive care units: A mixed-methods integrative review. *Aust Crit Care*. doi:10.1016/j.aucc.2019.06.003

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

Dørene mellom rommene skulle vært plassert i midten av rommet, slik at man kan se pasienten i naborommet hvis man står ved pasientsenga i det andre rommet. Slik det er nå, ser man ikke pasienten i naborommet når man står ved senga i det andre rommet.

Vinduene mellom sengerommene er 120 cm. brede og 75 cm. høye. Høyden fra gulv til vindu er 120 cm. Både under befaring og intervju ble det kommentert at vinduene ikke fungerer og at de derfor ikke benyttes for å kommunisere mellom rommene. De er plassert for nært yttervegg og ikke der sykepleierne i hovedsak jobber.

En sammenligning med St. Olavs hospital viser at intensiv der har en løsning med større glassflater og døråpning²⁰. Sykepleierne ved St. Olavs hospital har erfart at det er gode siktlinjer og muligheter for samarbeid. Det er store glassflater med persienner imellom glass, og døråpningen mellom rommene er plassert nær arbeidsplass for sykepleier og er tilstrekkelig bred (170 cm) for å gi oversikt over nabopasienten. Videre kan rommet skjermes totalt med bruk av persienner. Bruk av glass mellom rom i intensiv ved St. Olavs hospital illustreres i Figur 7.10.



Figur 7.10 Intensiv St. Olavs hospital: Ensengsrom med arbeidsplass, vindu og skyvedør mellom to rom. Siktlinjer og oversikt

I intervjuene kom det fram at taksøylene i A-fløya ikke har lik plassering i sengerommene. I flere av rommene er festepunktet for søylene plassert så sentralt i rommet at «armene» ikke kommer nært nok hodeenden av sengen. Når søylene festes omtrent midt i rommet, oppstår ekstra og ubenyttet areal bak sengen. Etter innflytting er sengen i noen ensengsrom snudd 180 grader for å få festepunktet for søylene nærmere hodeenden.

Ved intensiv St. Olavs hospital er innfesting av taksøylene plassert ca. 60 cm. fra vegg og ca. 120 cm. fra hverandre (Figur 7.11). Plasseringen vurderes som svært tilfredsstillende

²⁰ «Erfaringsmøte og befaring ved intensiv St. Olavs hospital 27.05.2021 og 01.09.2021». Sykehusbygg HF 02.09.2021

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

av ansatte, med god rekkevidde til alle oppgaver med og rundt pasienten. Sengen står normalt 80 cm. ut fra vegg i hodeenden, og det er god plass til å utføre prosedyrer herfra.



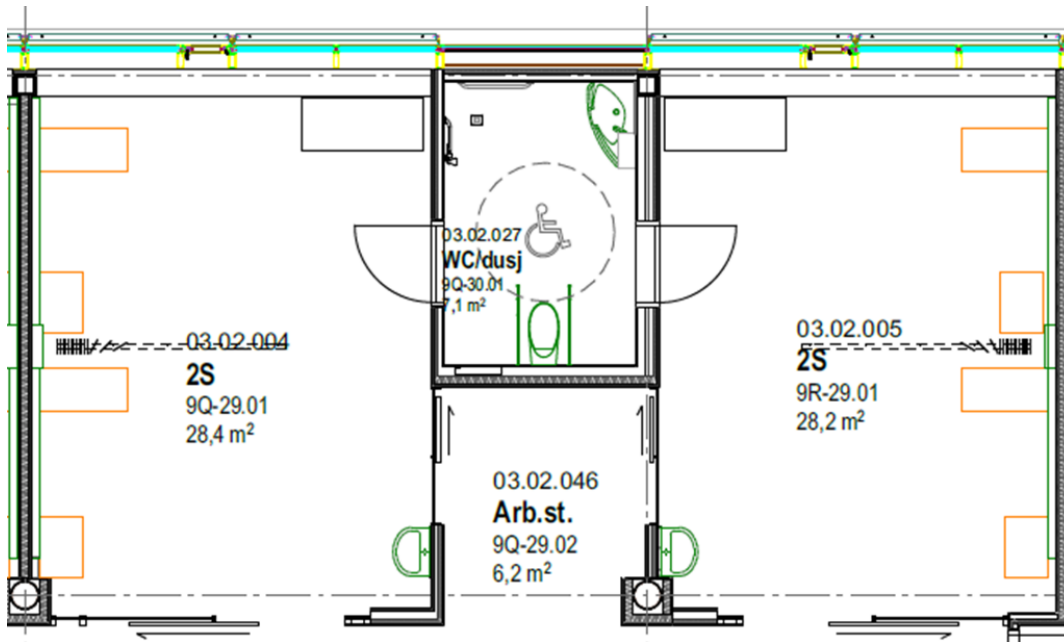
Figur 7.11 Intensiv St. Olavs hospital: Innfesting av taksøyer

Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge anbefaler at ensengsrom bør være minimum 25 m², og flersengsrom bør ha minimum 20 m² per seng og 2-3 meter rom rundt sengen for å skjerme pasienten. Som tidligere beskrevet, anbefaler Standardromskatalogen 25 m² i ensengsrom, og arealet i prosjekter varierer fra 23-30 m². Standardromskatalogen har ikke standard for tosengsrom. Størrelsen på ensengsrommene på A-fløya samsvarer med retningslinjene og anbefalingene, men tosengsrommene på 28 m² avviker noe fra Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge.

Tosengsrom

I Retningslinjer for intensivvirksomhet står det at rundt halvparten av rommene bør være ensengsrom, helst med slusemulighet (kontaktsmitte). De ansatte påpekte at ulempen med tosengsrom, er at det er en utfordring å opprettholde taushetsplikt. For å skjerme pasienter fra innsyn, har tosengsrommene fastmonterte skjermbrett som kan trekkes fram. Det ble også fortalt at tosengsrommene er litt for smale når sengen innerst i rommet skal ut. Da må den ytterste sengen flyttes litt, og det er vanskelig å skjerme pasientene.

I fokusgruppen var det ulike meninger om den optimale andelen ensengsrom og flersengsrom. En av de ansatte uttalte at det burde være en blanding. Det ble fortalt at tosengsrommene i A2 for pasienter som er delvis selvhjulpne, fungerer godt (Figur 7.12). I spørreundersøkelsen blant ansatte kom det også fram ulike meninger om en- og flersengsrom.



Figur 7.12 Plantegning av tosengsrom, UNN A2

To tosengsrom i A2 har en liten arbeidsstasjon imellom rommene med plass for to sykepleiere. Det ble bygd to slike løsninger i A2. Ifølge fokusgruppedeltakerne fungerte arbeidsstasjonen godt, men den er for liten dersom en pasient blir dårligere enn forventet, og det blir behov for tre sykepleiere.

Høsten 2020, like før gjennomføring av evalueringen, ble veggen mellom to av tosengsrommene åpnet ved at WC/dusj ble fjernet. I den nye løsningen kan pasientene overvåkes fra fire arbeidsplasser inne i rommet, en ved hver seng. Ansatte fortalte at den nye løsningen var tilpasset kortvarige opphold og benyttes til oppvåkning etter hjerte-/thoraxkirurgi. Det var denne pasientgruppen som ble planlagt inn i A2 sent i prosessen (hjerteovervåkning). Pasientene har som regel liggetid på vel ett døgn. De får respiratorbehandling, tett oppfølging og bemanningen er én sykepleier per pasient. Det ble fortalt at en slik sal for fire pasienter gir god oversikt over kollegaer og pasienter samt at det er lettere å hjelpe hverandre i den nye løsningen. Blant annet kan én sykepleier ha oversikt over alle de fire pasientene. Som i tosengsrommene, er det trangt når innerste seng skal flyttes fordi inn- og uttransport hindres av døråpning og vask i rommet. Det ble også sagt at dersom pasienter har behov for å lengre liggetid, blir de flyttet til ensengsrom for å få mer ro.

Flere av deltakerne mente at ensengsrommene burde vært plassert mer sentralt i området, mens tosengsrommene kunne vært mer i utkanten. En av deltakerne i fokusgruppen mente at en sirkelformet eller hesteskoformet avdeling kunne vært en bedre og mer moderne løsning for intensivheter. En slik utforming kunne gitt oversikt over sengerommene fra arbeidsstasjonen med nærhet til medisinerom, desinfeksjonsrom og avfallsrom.

I sengerommene er det glass i skyvedør og vegg mot korridor for å tilrettelegge for visuell kontakt. For å skjerme pasientene, er det montert persiennner på innsiden av vinduer mot korridor og på utsiden av dør. Pasienter har bemerket at de blir forstyrret av lys fra korridoren når de skal sove, og persiennene er vanligvis trukket ned. Det ble påpekt at persiennene samler støv, er vanskelig å holde rene og at de lett blir ødelagt.

Når det gjelder pasientbadene tilknyttet tosengsrommene og isolatene, opplevde ansatte at arealet på ca. 6 m² er tilstrekkelig.

I A3 er det fire toaletter for ansatte. I tillegg er det to toaletter midt i området. Ansatte i A2 ønsket flere toalett i enheten, fordi de ikke ønsket å være borte fra pasientene mer enn nødvendig.

7.6.4 Arbeidsstasjoner

Intensivpasienter har behov for kontinuerlig overvåking av vitale funksjoner og har ofte behov for avansert organstøttende behandling. Oversikt over pasienter og kollegaer er av stor betydning, bl.a. for opplevelse av faglig trygghet og mulighet for rask bistand. Retningslinjer for design fra «Society of Critical Care Medicine» i USA og studier foreslår direkte visuell kontakt mellom sykepleiere og pasienter i tillegg til en god siktlinje mellom pasient og arbeidsstasjon^{21,22}.

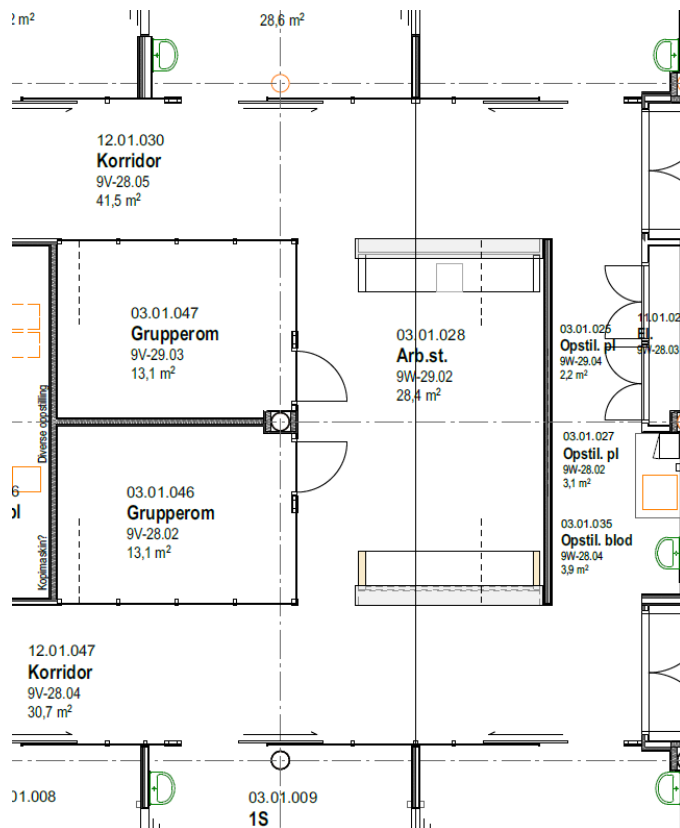
Det er to store, åpne arbeidsstasjoner i midtsonen, én er plassert i A2 og den andre i A3. Begge er møblert med sofa og to arbeidsplasser på hver side. Arbeidsstasjonene har visuell kontakt med to sengerom på begge sider, men har tette vegger mot indre sone (Figur 7.13). Grupperom på den ene siden av arbeidsstasjonen er for arbeid som krever konsentrasjon eller konfidensialitet, og rommene hindrer oversikt fra arbeidsstasjonen. Tilsvarende gjelder for den andre siden, der vegg ved oppstillingsplass og sjakt stenger for siktlinjen til sengerommene.

Ansatte fortalte at arbeidsstasjonene benyttes lite som arbeidsplass. De brukes blant annet av koordinator, samt til å bestille prøver og skrive ut etiketter.

I arbeidsstasjonen er det en slaveskjerm for overvåkingsparametere. Sykepleierne kan dermed i prinsippet overvåke pasientene fra arbeidsstasjonen, spesielt kveld eller natt, når det er mindre besøkende og skyvedøren til pasientrommet er åpen. I praksis overvåkes pasientene sjelden fra arbeidsstasjonen. Ansatte begrunnet dette med at innsyn til pasienten er for dårlig. Det ble sagt at arbeidsstasjonen kunne fungert bedre dersom det hadde vært visuell kontakt med flere sengerom, for eksempel ved at de indre tette veggene hadde vært «halv-vegger». Det ble også fortalt at arbeidsstasjonen er minst i bruk i A3 fordi sykepleierne i hovedsak er på ensengsrommene sammen med pasientene.

²¹ Wedel S, Warren J, Harvey M, Hitchens Biel M, Dennis R. Guidelines for Intensive Care Unit Design. Crit Care Med 1995;23:582-8.

²² Hadi, K., & Zimring, C. (2016). Design to Improve Visibility: Impact of Corridor Width and Unit Shape. HERD, 9(4), 35-49. doi:10.1177/1937586715621643



Figur 7.13 Plantegning av arbeidsstasjon i midtkjernen, UNN A3. To grupperom til venstre. Oppstillingsplass og vegg mot sjakt til høyre

Når det gjelder tilgang på arbeidsplasser, viser resultater fra spørreundersøkelsen at over halvparten er fornøyde, da 60 prosent av ansatte ga høyeste score (4 eller 5) på utsagnet «Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser i vår avdeling».

7.6.5 Isolat og smittevern

Isolatene er plassert spredt i området. I A2 er det ett felles luftsmitteisolat med nærhet til akuttheis. Videre er det to kontaktsmitteisolat i A2 og tre i A3 som kan benyttes av begge enhetene. Ansatte mente at en samling av isolat ville vært en bedre løsning med hensyn til smittevern og ressursbruk.

Det ble fortalt at luftsmitteisolatet er funksjonelt og at det benyttes oftere av A3 enn av A2. Luftsmitteisolatet har samme størrelse og utforming som øvrige sengerom. For å ivareta smittevern har luftsmitteisolat persienner på utsiden av vindu mot korridor, mens vindu ved yttervegg har innvendige persienner.

Slusen på 15 m² er stor nok både for seng og personell, og sengen kan rengjøres i slusen. Det er en høyttaler mellom sengerom og sluse, men denne blir lite brukt fordi de ansatte benytter telefon i stedet.

Tilbakemeldingene tydet på at kontaktsmitteisolatene er bedre enn i tidligere lokaler. Slusene på ca. 6 m² har imidlertid ikke plass til seng, derfor må sengen kjøres inn og ut via korridoren.

Ansatte som jobber inne i isolatene er mer avhengig av hjelp fra andre ansatte. Det ble bemerket at dette fører til mye arbeid for de som jobber utenfor.

Under befaring ble det fortalt at bekkenspylere er blitt skiftet ut i isolatene fordi disse ikke fungerte tilfredsstillende. Det ble også påpekt, som i dagkirurgisk område, at håndvaskene ikke fungerte optimalt: Vannet samles opp i vasken, man får hendene i såpevannet og ikke under rennende vann. På evalueringstidspunktet var flere av vaskene blitt skiftet ut.

7.6.6 Avstander

Den nye intensivenheten har større rom enn i de tidligere arealene, og når størrelsen på rom øker, øker også avstandene i enheten. For å redusere gangavstander og gjøre det lett å finn frem, har flere lagerskap samme innhold og skilt som viser varetypene. Spørreskjemaundersøkelsen viste likevel at mange opplever at det er lange avstander i det nye og store intensivområdet (A2 og A3). Sengerommene er spredt og mindre oversiktlige enn i de tidligere mindre lokalene. I intervju ble det fortalt at det er krevende for koordinator å få oversikt, og at det er langt fra arbeidsstasjonen i A3 til luftsmitteisolat når det er behov for bistand.

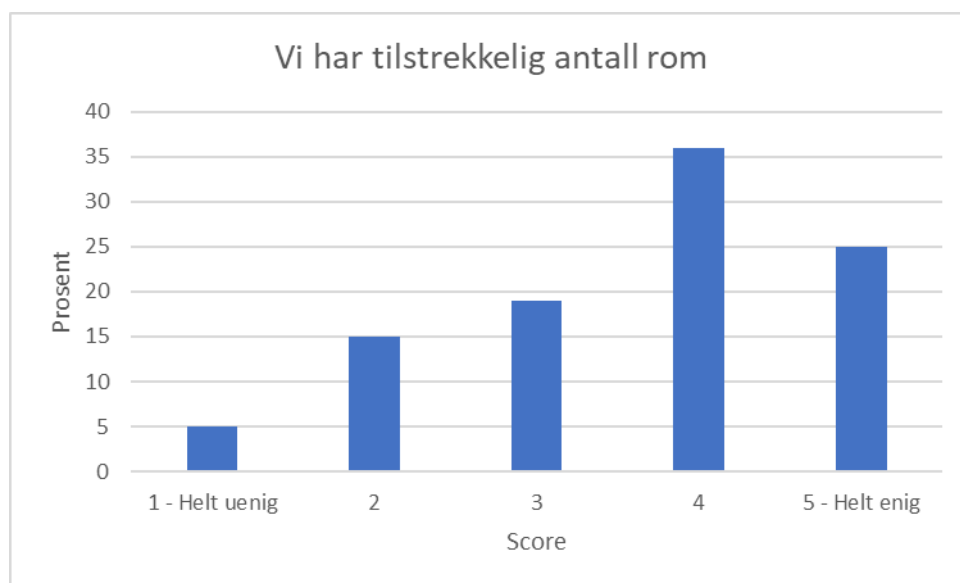
Flere av de ansatte opplever at støtterom er lang unna. Som eksempler ble det nevnt at det er lang avstand til felles utstyrslager, til kjøkken i A2 og til avfallsrommet i nordenden i A3. Dette fører til at ansatte går mye, det er vanskelig å holde oversikt og kan også påvirke opplevelsen av trygghet. En ansatt kommenterte dette i spørreundersøkelsen:

For lang gang som gjør det vanskelig å holde oversikt på vakttid. For langt mellom ytterste rom og arbeidsstasjon som gjør arbeidssituasjonen tungvint og utrygg for sykepleier og lege som bemanner disse rommene, særlig i akuttsituasjoner.

Fokusgruppedeltakerne mente at det var hensiktsmessig å dele den store intensivavdelingen i to enheter, A2 og A3. Avstandene er blitt redusert, spesielt for assistenter som nå jobber i hver sin del av plan 9.

7.6.7 Støtterom

Spørreundersøkelsen og intervju viser at det er variasjoner i erfaringene med støtterom, og om behovet for antall rom og ulike typer rom. Figur 7.14 viser at 60 prosent er enige i at intensivområdet har tilstrekkelig antall rom (høyeste score, 4 eller 5), mens 20 prosent var uenige i utsagnet (laveste score, 1 eller 2). Videre ga 55 prosent av ansatte laveste score (1 eller 2) for utsagnet «Vi har de romtypene vi trenger», mens 35 prosent ga høyeste score (4 eller 5), (ikke vist i figur).



Figur 7.14 «Vi har tilstrekkelig antall rom». Score fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, intensiv

Nedenfor presenteres erfaringer med medisinrom, desinfeksjonsrom, lager, møterom, kontor og grupperom.

Medisinrom

Det er ett medisinrom i hver enhet. Medisinrommene i A2 og A3 har samme størrelse (13,9 m²) og er tilgjengelig fra begge korridorene. Medisinrommet er i samsvar med anbefalingene i Standardromskatalogen og anbefalingen fra Norske Sykehusfarmasøytters Forening, der begge anbefaler minimum 12 m² for medisinrom²³. Norske Sykehusfarmasøytters Forening fremhever at størrelsen på medisinrom må ses i sammenheng med hvilke typer pasienter avdelinger behandler, hvordan avdelingen er organisert, hvordan medisiner leveres og oppbevares og om det er tilstrekkelig plass til legemiddelhåndtering.

Medisinrommene dekker 15 sengeplasser hver. Skuffeløsningene i rommet fungerer bra ifølge ansatte, men det ble også sagt at rommet er for trangt og smalt, hyllene er plassert for høyt og det mangler arbeidslys over benker.

Desinfeksjonsrom

Det er ett desinfeksjonsrom på 13,8 m² vegg i vegg med medisinrommet både i A2 og i A3. Arealet er noe større enn anbefalingen i Standardromskatalogen, som anbefaler 12 m². Erfaringer med bruk av desinfeksjonsrommet er avhengig av rommets størrelse, utforming og hvordan rommet er innredet. I spørreundersøkelsen og intervju kom det fram at desinfeksjonsrommene er for lange og smale, og at det er utfordrende å skille

²³ Norske Sykehusfarmasøytters Forening. (2020). Anbefalinger ved planlegging av nytt medisinrom. Norske Sykehusfarmasøytters Forening.

ren og uren sone, til tross for gjennomstikkskap på begge sider. Det ble foreslått å dele desinfeksjonsrom i to rom for å skille ren og uren sone ved bygging av nye sykehus. Det ble også sagt at det er problemer med varmeskap og at sensor for arbeidslys er feilplassert. I oppfølgingsintervju i april 2021, ble det fortalt at det er gjort noen utbedringer. Det er ettermontert en stålbenk ved siden av dekontaminator på ren side for å kunne sette fra seg rent utstyr. Assistentene mener at desinfeksjonsrommet fungerer bedre nå enn ved innflytting.

Lager

Når det gjelder lager, hadde ansatte ulike oppfatninger. En person i A2 mente at området er oversiktlig, at det er enkelt å finne fram og å ivareta renhold. Det ble også fremhevet at skapene for forbruksvarer er godt planlagt og at vareforsyningen fungerer godt. Andre mente imidlertid at det er vanskelig for nyansatte å finne forbruksvarer fordi man ofte må lete over hele området. Som tidligere nevnt, ble det påpekt at det er lite lagringsplass for medisinsk teknisk utstyr, væsker og tøy.

Resultater fra spørreundersøkelsen bekrefter variasjonen i oppfatninger. Besvarelser viser at 54 prosent ga laveste score (1 eller 2), 16 prosent oppga middelveiden 3, mens 30 prosent har gitt høyeste score (4 eller 5) for utsagnet «Det er tilstrekkelig med plass til utstyr».



Figur 7.15 «Det er tilstrekkelig med plass til utstyr». Score fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, intensiv

Lignende svar ble gitt for utsagnet «Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer», da 50 prosent ga laveste score (1 eller 2), 23 prosent oppga middelveiden 3 og 27 prosent har gitt høyeste score (4 eller 5).

Møterom, kontor og grupperom

Det er plassert to møterom på ca. 28 m² midt i intensivområdet. Det er en skillevegg mellom rommene. Rommene brukes blant annet til rapporter ved vaktskifte. I hovedsak

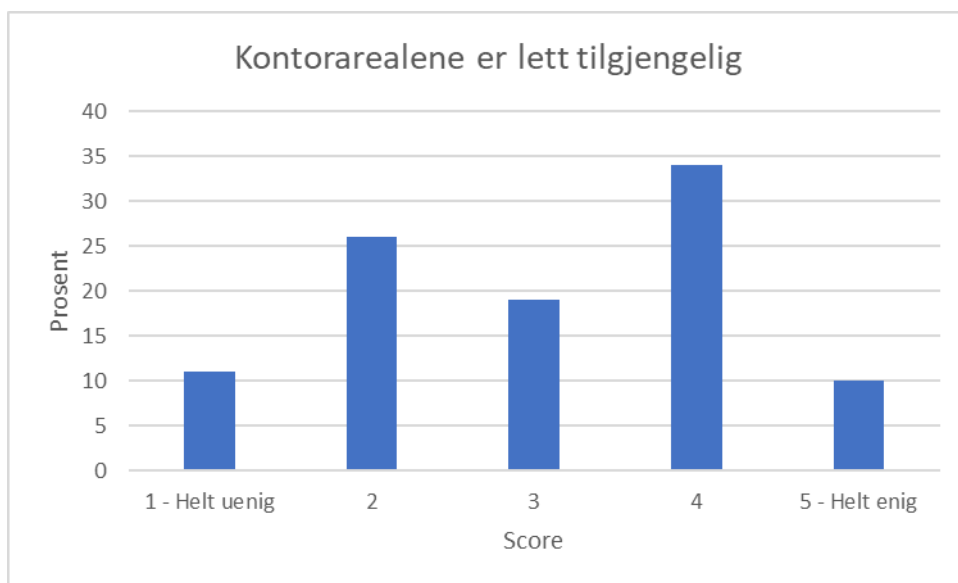
gir ansatte tilbakemelding om at det er tilstrekkelig med møterom, men det kommenteres at det kan være lytt mellom rommene.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at utsagnet «Møtearealene er lett tilgjengelig» fikk gjennomsnittlig score på 3,6 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Her var det 67 prosent av ansatte som ga høyeste score (4 eller 5).

Pauserommene i A2 og A3 ble omtalt som gode, spesielt ble rommet i vinkelen i A3 beskrevet som stort, fint og med god utsikt. Pauserommene blir også brukt til sykepleierapporter. Flere uttrykte at de savner undervisningsrom for LIS leger og studenter. I dag blir blant annet pauserom og møterom benyttet til undervisning.

Kontor, grupperom og kontorlandskap er i hovedsak plassert på nordsida i A3 og i midtre korridor mot B-fløya. På evalueringstidspunktet pågikk flere endringer i kontorlandskapene samt fordeling av plasser. Et grupperom ved siden av kjøkkenet i A2 ble benyttet til arbeidsplasser for tre personer. Et samtalerom for pårørende (9 m²) i A3, ble på evalueringstidspunktet benyttet som hvile/soverom for anestesileger, mens et grupperom i A3 ble benyttet til samtalerom for pårørende. Sykepleierne i A2 mente at dette samtalerommet er for langt unna sengerommene.

Når det gjelder tilgjengelige kontorarealer (Figur 7.16), viser resultatene fra spørreundersøkelsen at 44 prosent har gitt høyeste score (4 eller 5).



Figur 7.16 «Kontorarealene er lett tilgjengelige». Score fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, intensiv

I evalueringen kom det fram at erfaringene med kontor var forskjellige. I spørreundersøkelsen ble det både kommentert at kontorene er for store og at det er for få kontor. Noen mente at det er en god løsning at ledere og leger har kontorplasser i intensivområdet, andre savnet flere skjermede kontorplasser for leger for å få en bedre arbeidsflyt, og noen framhevet at kontorlandskap fungerte godt.

Når det gjelder plassering av støtterom, mente deltakerne i fokusgruppeintervju at rommene har en bra plassering. Det ble bemerket at i store enheter må det nødvendigvis bli avstander til noen rom. Det ble også sagt at støtterom som kontor, møterom og kjøkken kan plasseres i utkanten av intensivområdet slik at medisinerom, desinfeksjonsrom og avfallsrom får nærhet til sengerom og arbeidsstasjoner.

7.6.8 Kvalitet og materialer

Kvalitet på materialer er et tema som ble omtalt under befaring og fokusgruppeintervju, og det ble fortalt at det er gjennomført reparasjoner etter innflytting. Ansatte mente at materialene i den nye etasjen virker billige. Dørkarmen, lysbrytere og lys over pasientsenger har løsnet. Det ble fortalt at skyvedørene i sengerommene ikke tåler vanlig bruk, de sklir ut av sporet. Det ble også sagt at gulvbelegget er mykt og godt å gå på, men det er tungt å kjøre senger. Kvaliteten ble kommentert slik i spørreundersøkelsen:

Bygget er åpenbart ikke tenkt brukt som en sykehusavdeling, snarere et kontorbygg. Bygget bærer preg av billige løsninger av lav kvalitet, f.eks. lister som løsner, døråpnere som ikke fungerer, vanskelig å åpne dører mellom rommene pga. dårlig tilpasning, rullegardiner som faller ned, gulvbelegg som begynner å løsne osv.

Spørreundersøkelsen viser at mange er fornøyde med arbeidslys, men flere kommenterer at de ønsker mulighet til å kunne regulere belysningen i rommene. Videre ble det sagt at luftelukene ved vinduene fungerer godt. I ett ensengsrom og to kontorer er det ikke montert lufteluker, og ansatte opplevde at det er tung luft i disse rommene.

Det har også vist seg at det kan være vanskelig å regulere temperaturen i sengerom. Under planleggingen av intensivområdet ble det lagt vekt på gjennomlys og dagslys. Ansatte har imidlertid erfart at store vinduer medfører at rommene blir veldig varme i sommerhalvåret. I tillegg må pasientene skjermes både for lys og innsyn. Som i andre etasjer, har vinduene mot fasade utvendige, automatiske persiennner som kan overstyres, men persiennene fungerer ikke i kuldegrader og ved mye vind. Fordi de utvendige persiennene ikke fungerer optimalt, er det montert innvendige persiennner i vindu mot fasade for å blant annet skjerme mot innsyn fra PET-senteret.

Flere ansatte fortalte at de hadde erfart nettverksproblemer som treghet ved bruk av PC, problem med lyd og bilde i møterom, samt dårlig mobilnett og trådløstnett.

7.6.9 Medvirkning

I Forprosjektrapporten (08.06.2012, s. 13) kommer det fram at ansatte har medvirket i planleggingen:

Medvirkergruppene (sykehusets ansatte) har hatt en vesentlig oppgave i å være rådgivende organ, for å sikre funksjonalitet og andre bruksrelaterte kvaliteter i programmet, samt å

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

skape forankring og et konstruktivt engasjement i fagmiljøene. Det har vært avholdt 4-6 arbeidsmøter med de enkelte gruppene.

Ifølge intervju med ansatte i intensivområdet, var det ikke kontinuitet i medvirkningen. Det ble også bemerket at det var utfordrende å bli involvert i arbeidet halvannet år før innflytting fordi planleggingen av løsninger var kommet langt, og det var vanskelig å endre på tegningene av bygget.

I skriftlige kommentarer i spørreundersøkelsen kommer det fram at innspill fra fagpersoner og ledere ikke ble tatt til følge, blant annet:

Personalet som skal jobbe her er ikke hørt i mange prosesser, derfor jobber vi ikke så effektivt som vi kunne ha gjort.

7.6.10 Flexibilitet

A-Fløya inneholder mange av de tyngste funksjonene man kan finne i et sykehus og intensivmedisin er en av disse. I Forprosjektrapporten står det at det skal legges til rette for robuste planløsninger med stor grad av generalitet og fleksibilitet med tanke på fremtidige endringer i bruk og ombygginger.

UNN har valgt å lage standard størrelse på alle sengerom i intensivområdet, slik at rom kan benyttes fleksibelt tilpasset vekslende pasientkategorier og som ensengs- eller toengsrom. Ensengsrommene har uttakssentral fra tak som legger til rette for framtidige endringer i pasientgrupper. Videre er løsningene i A2 speilet i A3 slik at det skal være lett å kjenne seg igjen, finne fram, slå sammen eller dele området i to. Utover sengerommene, gjelder dette også like nisjer og lagerskap, medisinrom, desinfeksjonsrom, pauserom og arbeidsstasjoner. I tillegg er det sambruk av rom, som utstyrslager og luftsmitteisolat.

Resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte viser at mange mener rommene kan brukes fleksibelt. Utsagnet «Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder» fikk gjennomsnittlig score på 3,1 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Her var det bare 22 prosent av ansatte som ga laveste score (1 eller 2).

Den nye store intensivavdelingen i A-fløya samlet pasienter og ressurser fra tung overvåking (intermediær) og intensivplasser fra tidligere mindre enheter, noe som legger til rette for kompetanseutvikling og effektiv drift.

Som beskrevet i kapitlet om det dagkirurgiske området, flytter intensivheten under koronautbrudd eller andre pandemier, til dagkirurgisk område dersom antallet pasienter med smitte er høyere enn fem.

En av deltakerne i intervju fortalte om erfaringer fra at det dagkirurgiske området, da området var en midlertidig intensiv enhet for pasienter med Covid-19:

Der kunne man ha åpne saler med 4 pasienter i hver hvor de kunne ligge anføttes [...] Der gikk sykepleiere inn ferdig påkledd i saler og kunne bevege seg fritt, hente ting selv, hjelpe hverandre. Dette var mye mer effektiv måte å drifte det på. Dette kunne ikke vi gjøre på intensiv. Da måtte vi dele avdelingen og stenge halvparten av avdelingen.

7.7 Hovedfunn

I dette kapittelet oppsummeres hovedfunn fra evalueringen av intensivområdet inkludert vurdering av måloppnåelse.

I planleggingen var det et mål å samlokalisere intensiv og intermedieerfunksjoner for å gi faglig utbytte, styrke fagmiljø og økt fleksibilitet i bruk av rom, utstyr og personell. Evalueringen av A-fløya viser at intensivområdet kan driftes som en samlet avdeling eller oppdelt i to enheter. Utformingen av området legger til rette for sambruk av rom (utstyrslager og luftsmitteisolat, like sengerom). Samtidig viser evalueringen at en stor samlet enhet med intensiv- og intermedieer plasser kan bli krevende i forhold til oversikt og gangavstander, og at en samling av flere mindre enheter forutsetter opplæring, forberedelser og øving på nye arbeidsprosesser og lokaler.

Evalueringen har vist at mange er fornøyde med lokalisering av intensivområdet. Det er mer ro og forholdene for pasienter og pårørende er blitt bedre. Det ble også bemerket at samarbeidet mellom sykepleiere og leger er blitt bedre i de nye arealene.

Sengerom og arbeidsstasjon

I samsvar med planforutsetningene, er sengerommene generelle og har en standard størrelse slik at rom kan brukes fleksibelt. Det er tre typer sengerom i intensivområdet som er tilpasset ulike pasientgrupper. Ensengsrommet er utformet for intensivpasientene, de mest kritiske syke pasientene som krever kontinuerlig overvåking. De mindre krevende pasientene har opphold i tosenngsrom eller et nylig ombygd firesengsrom, som er tilpasset pasienter med kort liggetid på respirator (hjerteroppvåkning). Ansatte sa at dette fungerer bra, forutsatt «riktig pasient i riktig sengeplass», men utfordringer kan oppstå dersom pasienter får en forverring og trenger ensengsrom.

I henhold til planleggingsdokumentene skulle ensengsrom i det nye intensivområdet skjerme pasientene for støy og uro og legge til rette for visuell kontakt mellom ansatte. I evalueringen har mange fremhevet at ensengsrommene har en god størrelse, det er mer ro og bedre plass til pårørende, lett å ivareta konfidensialitet og ergonomien er bedre ivaretatt enn i de tidligere lokalene.

Utfordringene i ensengsrommene er at sykepleierne ikke har optimal oversikt over pasienter og kolleger i naborom. Form og plassering av vinduer i tillegg til tette skyvedører mellom to ensengsrom gir ikke sykepleierne tilstrekkelig visuell kontakt med naborom. Evalueringen viser at dette utfordrer ressursituasjonen. Videre er det begrenset oversikt fra arbeidsstasjonen til kolleger. Derfor blir arbeidsstasjonen lite

Kapittel 7 Intensivområdet, plan 9 A-fløya

brukt som arbeidsplass. Det finnes imidlertid løsninger i andre sykehus som har brukt mer glass (med persienner) mellom ensengsrom, mot korridor og arbeidsstasjon. Dette er løsninger som gir god visuell kontakt mellom to ensengsrom og mellom arbeidsstasjon og ensengsrom.

Evalueringen viser også at organisasjonsutvikling bør gå parallelt med planleggingsprosessen for å sikre at ansatte er forberedt og har fått øve på nye løsninger før innflytting.

Når det gjelder støtterom, viser evalueringen at desinfeksjonsrommet er på tilsvarende størrelse som anbefalingen i Standardromskatalogen. Ansatte har likevel erfart at det er vanskelig å skille ren og uren side. Videre har det kommet fram at det ønskes mer lagringsplass for medisinsk teknisk utstyr, væsker og tøy, samt kortere avstand til samtalerom for pårørende i A2.

Som i andre etasjer (plan), har ansatte erfart nettverksproblemer, vansker med å regulere temperatur og at det er behov for skjerming av store vindusflater.

8. Laboratoriemedisin, plan 10 A-fløya

Dette kapittelet presenterer evalueringen av Laboratoriemedisin i A-fløya ved UNN Tromsø. Først beskrives området med mål og planforutsetninger. Deretter blir de ansattes erfaringer med bygg og virksomhet belyst. Det er lagt vekt på hvordan lokaler og løsninger understøtter arbeidsprosesser. Kapittelet avsluttes med en oppsummering av hovedfunn.

Laboratoriemedisin i UNN har laboratorietjenester i Tromsø, Narvik og Harstad, hvorav det største laboratoriet befinner seg i Tromsø. Laboratorietjenester ved UNN har følgende tre medisinske spesialiteter:

- Immunologi og transfusjonsmedisin
- Medisinsk biokjemi
- Klinisk farmakologi

De ansatte opplyser at de har flere delfunksjoner ved Laboratoriemedisin i UNN Tromsø. Disse er:

- Medisinsk teknikk
- Komponentframstilling
- Immunhematologi
- Koagulasjon
- Hematologi
- Pasientnær analysering/blodgass
- Klinisk kjemi
- Allergi/autoantistoffer/protein
- Leukocyttimmunologi
- Trombocyttimmunologi
- Molekylærgenetikk
- Massespektrometri (rusmidler/legemidler)
- Internfordeling/urinlab.
- Prøvetakingsenheten
- Oppakking/registrering

De har også tilgang til møte- og pauserom, kontor, støtterom og lager.

I tillegg til Laboratoriemedisin i plan 10 A-fløya, har UNN Tromsø følgende laboratorieenheter:

- Mikrobiologi og smittevern – Fløy A1, plan 9
- Medisinsk genetisk – MH-bygget, plan 6 UiT
- Patologi Fløy A1, Plan 7 og Plan 7 på MH-bygget ved UiT
- Gastrolaboratoriet. – Fløy B, plan 8

8.1 Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer i de tidligere lokalene til Laboratoriemedisin i sykehuset og planleggingen av de nye områdene for Laboratoriemedisin i A-fløya.

8.1.1 Prosjektutløsende behov – utfordringer i sykehuset

I hovedfunksjonsprogram (HFP) for A-fløya (9.4.2010) vises det til at UNN har en omfattende laboratorievirksomhet både innenfor diagnostikk og forskning. Hovedaktiviteten av virksomheten foregår i Tromsø, og er fordelt på forskjellige arealer i sykehuset og i universitetets Medisin og helsefag (MH) - bygg. Det framheves i delfunksjonsprogrammet (DFP) for A-fløya (1.11.2011) at spesielt Laboratoriemedisin og blodbank har et nærhetsbehov til universitetet.

Før innflytting i ny A-fløy, hadde Laboratoriemedisin vært igjennom en omorganisering for å bedre kunne samordne ressurser og metodefelleskap. Det at eksisterende lokaler til medisinsk biokjemi og patologi var uhensiktsmessige og trange, samtidig som at man bedre la til rette for tapping av blodgivere og arbeidsforhold med hensyn til støy, ventilasjon og arbeidsplasser, ga noen prosjektutløsende behov for nye arealer. Samtidig ble det framhevet et behov for å samle de funksjonene som har døgndrift.

8.1.2 Planlegging av nytt område for Laboratoriemedisin

I den videre planleggingen i DFP for A-fløya, framheves det at det er viktig å ta høyde for fremtidig utvikling ved planlegging av laboratorieområder. Videre vektlegges det også at det må legges til rette for fleksibilitet, slik at det gis mulighet til å drive forskning og utdanning, i tillegg til det kliniske rutinearbeidet i laboratorieområdet.

Opprinnelig skulle utbygging av A-fløya gjennomføres i to faser, der man i fase 1 skulle bygge ny A3-fløy med mellomganger til B-fløy, for så å ta i bruk den nye A-fløya. I fase 2 skulle man evakuere A2-fløya for så renovere denne. Imidlertid ble dette endret til at nybygg av A3-fløy og renovering av A2-fløy ble gjennomført i en og samme prosess (UNN styresak 64-2014, 27.5.2014).

Dette medførte at de laboratoriefunksjonene som har døgndrift ble plassert i A3-fløya, som er i motsatt ende av inngangen til området. I intervju med representanter fra prosjektorganisasjonen i UNN, skjedde denne endringen helt opp under byggefasen, slik at det ikke var mulig å endre på fløyene. Men det ble kommentert at det mest ideelle hadde vært å ha døgnavtaket i A2-fløya, noe også de ansatte i Laboratoriemedisin hadde ønsket.

Samtidig påpekte representanter fra prosjektorganisasjonen i UNN, at det ble lagt stor vekt på støyskjerming mellom rommene og i området med analyseutstyr, etter befarings på laboratoriesenteret ved Sykehuset Østfold Kalnes.

8.2 Metode

Evalueringen av Laboriemedisin i A-fløya ved UNN Tromsø er utført ved spørreundersøkelser blant ansatte, befaring, fokusgruppeintervju og kommunikasjon via e-post med ansatte ved Laboriemedisin. Spørreskjemaundersøkelsen blant ansatte ble utført i juni 2020.

Datainnsamlingen omfattet en befaring hos Laboriemedisin i A-fløya 27. oktober og fokusgruppeintervju 29. oktober 2020. Ansatte fra Laboriemedisin deltok på befaring. Det var seks deltakere i fokusgruppen. Disse representerte ledere, leger/overleger, rådgivere og bioingeniører.

Hovedtemaet i fokusgruppen var erfaringer med hvordan utformingen og lokalene i Laboriemedisin støtter opp under arbeidsprosesser.

Presentasjon angående kartlegging av byggets egnethet starter med resultatene fra spørreundersøkelsen blant ansatte. Videre presenteres dybdeundersøkelsen som er basert på befaring og fokusgruppeintervju. Kapittelet avsluttes med hovedfunn.

8.3 Kartlegging av byggets egnethet – Laboriemedisin

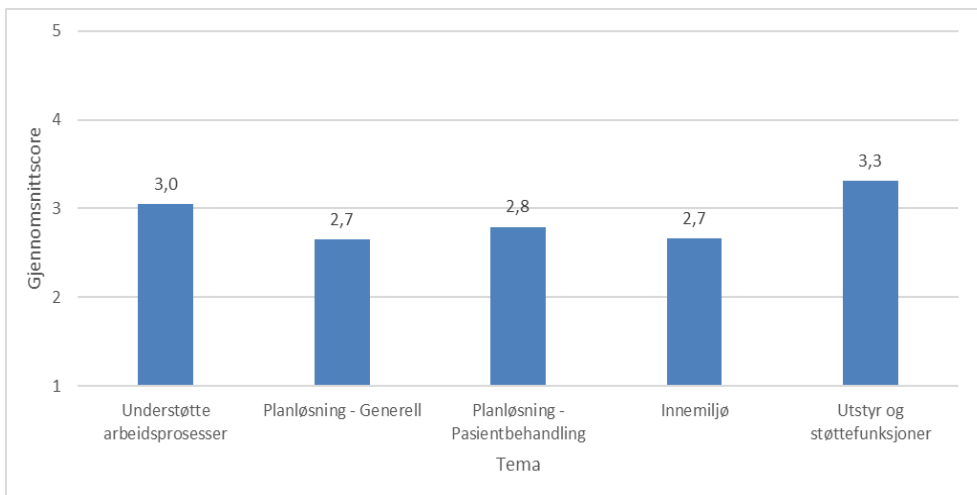
Kartleggingen av byggets egnethet presenteres i dette kapittelet. Nedenfor gjengis resultatene fra ansatte i Laboriemedisin.

8.3.1 Spørreundersøkelse blant ansatte

Nedenfor presenteres resultater fra den nettbaserte spørreundersøkelsen blant ansatte i Laboriemedisin på plan 10 i A-fløya, der formålet var å kartlegge byggets egnethet etter at det ble tatt i bruk (2018). Av 290 besvarelser, utgjorde ansatte i laboratorieområdet 28,3 prosent (82 ansatte) av besvarelsene.

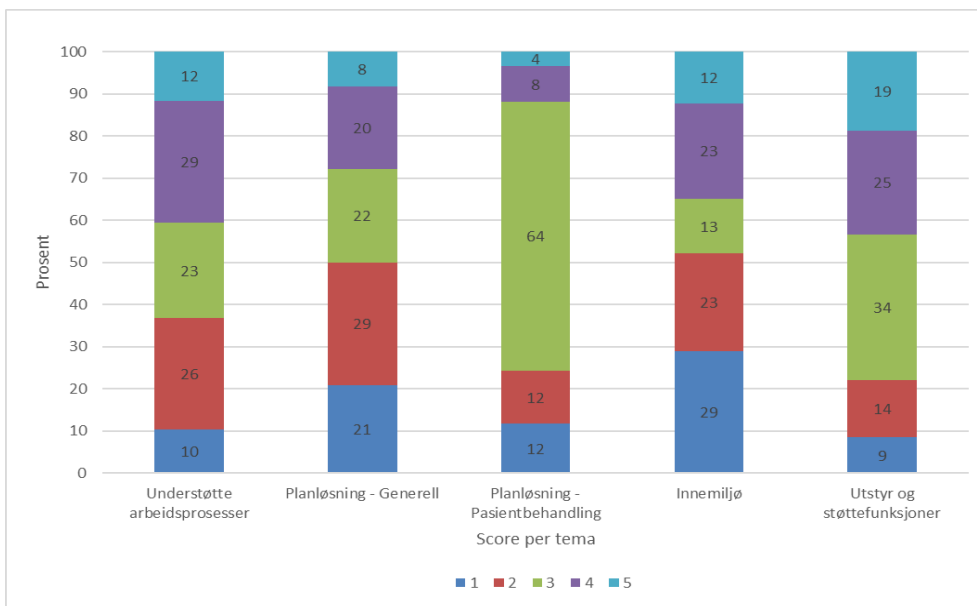
Figur 8.1 viser gjennomsnittlig score for fem temaområder. Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-pasientbehandling*, *Innemiljø* og *Utstyr og støttefunksjoner*. På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for alle fem temaene mellom 2,7 og 3,3. Det er *Utstyr og støttefunksjoner* og *Understøtte arbeidsprosesser* som har fått de høyeste scorene.

Kapittel 8 Laboriemedisin, plan 10 A-fløya



Figur 8.1 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, Laboriemedisin

Figur 8.2 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Figuren viser at ansatte er mest fornøyde med *Utstyr og støttefunksjoner*. 44 prosent av de ansatte ga dette temaet score 4 eller 5, og 34 prosent ga score 3. Resultatene viser videre at halvparten av de ansatte i Laboriemedisin har gitt score 1 eller 2 til *Innemiljø* og *Planløsning-generell*.

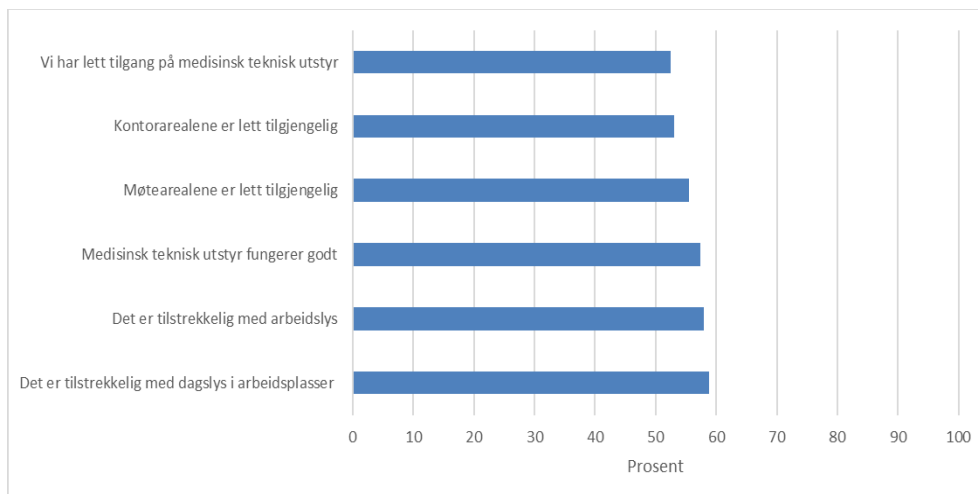


Figur 8.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, Laboriemedisin

Ved å legge sammen de høyeste scorene, 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 8.3 viser seks utsagn hvor flest ansatte ga høyeste score. Som det kommer fram av figuren, fikk de to utsagn som handler om tilstrekkelig dagslys i arbeidsstasjoner/arbeidsplasser og arbeidslys flest høye scorer på henholdsvis 59 og 58 prosent. «Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt» og «Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr» fikk henholdsvis 57 og 52 prosent. Videre fikk

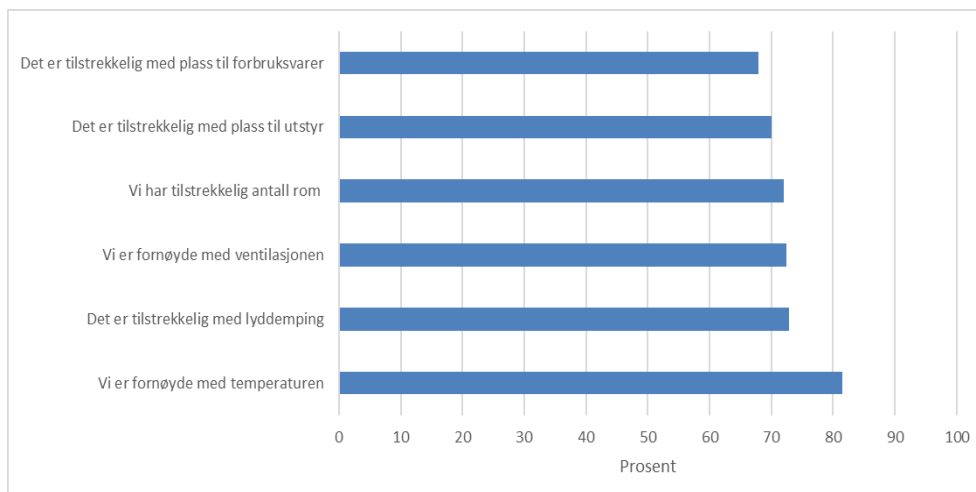
Kapittel 8 Laboratoriemedisin, plan 10 A-fløya

utsagnene om tilgjengelige møte- og kontorarealer høye scorer, over 50 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5.



Figur 8.3 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, Laboratoriemedisin

Ser man samlet på de laveste scorene, 1 og 2, framkommer utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 8.4 presenterer seks utsagn hvor flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at 81 prosent av de ansatte i Laboratoriemedisin ga 1 eller 2 i score til «Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling». Utsagnene om lyddemping og ventilasjon fikk også en stor andel lave scorere, da 73 prosent ga 1 eller 2. Mellom 68 og 72 prosent av ansatte ga besvarelsene knyttet til tilstrekkelig antall rom, plass til utstyr og forbruksvarer lave scorere.



Figur 8.4 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, Laboratoriemedisin

Dersom man sammenligner resultatene fra Laboratoriemedisin i A-fløya med spørreundersøkelsen fra ansatte innen laboratoriefunksjoner i «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020), kommer det fram at gjennomsnittlig score for alle temaene i undersøkelsen fra Sykehuset Østfold Kalnes lå under middelverdien. Det var tema *Innemiljø* og *Utstyr* som fikk de høyeste scorene.

Kapittel 8 Laboriemedisin, plan 10 A-fløya

Ansatte ved Laboriemedisin i A-fløya ga scorerer både over og under middelveiden, der temaene *Utstyr og støttefunksjoner* og *Understøtte arbeidsprosesser* fikk de høyeste scorene.

Tabell 8.1 gir en oversikt over alle de 43 utsagnene med gjennomsnittlig score for besvarelsene gitt av Laboriemedisin.

Temaene grupperes slik: Utsagn nr. 1 til 5 er tema 1 (Understøtte arbeidsprosesser). Utsagn nr. 6 til 22 er tema 2 (Planløsning-generell). Utsagn nr. 23 til 31 er tema 3 (Planløsning-pasientbehandling). Utsagn nr. 32 til 37 er tema 4 (Innemiljø). Utsagn nr. 38 til 43 er tema 5 (Utstyr og støttefunksjoner).

Kapittel 8 Laboratoriemedisin, plan 10 A-fløya

Tabell 8.1 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Ansatte, Laboratoriemedisin.
Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelverdien er 3

Nr	Utsagn	Snitt
1	Utformingen av vår enhet/avdeling støtter opp under våre aktiviteter	3,1
2	Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt	2,9
3	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid	3,2
4	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,8
5	Vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet	3,3
6	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,1
7	Det er lett for pasienter og pårørende å orientere seg i bygget	2,6
8	Vår enhet/avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til	3,0
9	Rommene i vår enhet/avdeling er hensiktsmessig utformet	2,5
10	Vår enhet/avdeling er tiltalende utformet	2,9
11	Vi har de romtypene vi trenger	2,5
12	Vi har tilstrekkelig antall rom	2,2
13	Det er tilstrekkelig med arbeidsplasser (for dokumentasjon) i vår enhet/avdeling	2,4
14	Vi har tilstrekkelig med samtalerom	2,6
15	Møtearealene er lett tilgjengelig	3,3
16	Kontorarealene er lett tilgjengelig	3,4
17	Det er tilstrekkelig med plass til utstyr i vår enhet/avdeling	2,2
18	Det er tilstrekkelig med plass til forbruksvarer i vår enhet/avdeling	2,2
19	Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte	2,1
20	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for å ivareta konfidensialitet	3,1
21	Rommene i vår enhet/avdeling er generelt utformet slik at de kan brukes til flere typer aktiviteter	2,5
22	Rommene i vår enhet/avdeling er utformet slik at de kan brukes fleksibelt mellom fagområder	2,5
23	Det er tilstrekkelig med plass i arbeidsstasjonene	2,6
24	Det er lett å se/observere pasientene i vår enhet/avdeling	2,7
25	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at ansatte kan høre pasienter som trenger assistanse	3,0
26	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for at pasientene kan se de ansatte	3,0
27	Ventesoner/venteområder er godt tilrettelagt	2,5
28	Det er tilstrekkelig med plass til oppbevaring av tøy i vår enhet/avdeling	2,5
29	Det er tilstrekkelig med plass til legemidler i vår enhet/avdeling	2,9
30	Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for optimal legemiddelhåndtering	3,0
31	Vår enhet/avdeling er utformet slik at den bidrar til å hindre fall (pasienter)	3,1
32	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	2,1
33	Det er tilstrekkelig med arbeidsllys i vår enhet/avdeling	3,4
34	Det er tilstrekkelig med dagslys i arbeidsstasjoner/arbeidsplasser	3,5
35	Vi er fornøyde med temperaturen i vår enhet/avdeling	1,8
36	Vi er fornøyde med ventilasjonen i vår enhet/avdeling	2,0
37	Det er lett å holde orden i vår enhet/avdeling	3,3
38	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	3,2
39	Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr	3,7
40	Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt	3,9
41	IKT, videokonferanseutstyr og telefoni fungerer godt	3,0
42	Vi har lett tilgang på de hjelpemidlene vi trenger (rullator, pasientløftere osv.)	3,0
43	Møbler og inventar fungerer godt	3,1

8.4 Driftskonsepter og løsninger

Nedenfor presenteres dybdeundersøkelsen av driftskonsepter og løsninger i laboratorieområdet. Denne er i hovedsak basert på befaring og fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved bruk av en semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig som at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre relevante tema for evalueringen.

Resultatene er supplert med sitater fra fokusgruppedeltakerne for å fremheve og illustrere erfaringene med hvordan lokalene fungerer vel to år etter innflytting.

8.4.1 Laboratorieområdet

Utforming av laboratorieområdet og logistikken presenteres ved hjelp av en illustrasjon (Figur 8.6). Illustrasjonen viser områdene til de ulike fagområdene og logistikk som er relatert til laborativirksomheten. I tillegg er øvrige områder for ansatte markert.

Laboratoriemedisin utfører analyser på prøver fra inneliggende og polikliniske pasienter, primærhelsetjenesten og ulike forskningsprosjekt. I tillegg har avdelingen undervisnings- og forskningsoppgaver. Laboratoriemedisin har døgnkontinuerlig drift (24/7).

Spørreundersøkelsen blant ansatte viste at flere var fornøyde med utformingen av laboratorieområdet. Utsagnene «Vår enhet/avdeling gir en følelse av tilhørighet» og «Utformingen av vår enhet/avdeling legger til rette for samarbeid», fikk gjennomsnittlig score på henholdsvis 3,2 og 3,1 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Undersøkelsen viste også at mange var fornøyde med det medisinske tekniske utstyret, som de mente fungerte godt (gjennomsnittlig score på 3,9), samt tilgangen på medisinsk teknisk utstyr (gjennomsnittlig score på 3,7).

Det at laboratorieområdet er nytt framhevet ansatte som positivt:

Utsikten er nydelig. Avdelingen ser ren og profesjonell ut.

Imidlertid kommenterte de ansatte at inntrykket man får når man kommer inn til selve avdelingen/området kan virke lite velkomment (Figur 8.5), og det skulle ha vært en informasjonsskranke ved inngangen for mottak av besøkende, samt ved innlevering av biologisk materiale.

Etter innflytting ble vinduene mot korridor frostet, noe som medfører at man kommer inn i en lang, trang og mørk korridor²⁴, noe som gjør at man ikke har følelsen av å være i 10. etasje med fin utsikt (Figur 8.5).

²⁴ Det opplyses i fokusgruppeintervju oktober 2021 at korridoren er 97 meter lang og 1,30 meter bred.



Figur 8.5 Korridor og utsikt (Kilde: Sykehusbygg HF)

Når det gjelder bredden på korridorene, kommenterer de ansatte at i valget mellom enten mindre korridorbredder enn i områder med pasientbehandling eller mindre laboratorieareal, valgte de det førstnevnte alternativet. Imidlertid har de erfart at korridorene er for smale, slik at det er utfordringer ved transport av varer, utstyr, avfall og lignende. Ved møtende trafikk må ofte nisjene i korridorene benyttes. I tillegg har det vært en utfordring under pandemien å holde tilstrekkelig avstand ved passering i korridorene.

Arkitektonisk var bygget planlagt med mye glass for å slippe dagslys inn gjennom rommene og ut i korridorene, men de ansatte forklarte at det ble nødvendig med etterfoliering av glassveggene grunnet innsyn fra korridor med mye trafikk.

Som illustrasjonen nedenfor viser, er inngangen til Laboriemedisin i sør i fløy-A2. Området er adgangskontrollert.

Kapittel 8 Laboriemedisin, plan 10 A-fløya



Figur 8.6 Illustrasjon – laboratorieområde med fagområder og logistikk (Kilde: UNN Tromsø ved Rambøll Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

8.4.2 Prøvemottak

Laboriemedisin ved UNN Tromsø mottar omtrent 7 000 prøver per dag, og de anslår en økning med fem til ti prosent per år²⁵. Dette i et normalår. Prøvemengden har imidlertid økt i forbindelse med pandemien. Siden starten av pandemien og fram til oktober 2020, har Laboriemedisin mottatt og registrert rundt 60 000 Covid-19 prøver, inkludert prøver fra Troms og Finnmark, samt delvis også fra Nordland (Narvik). Disse sendes videre til avdeling for mikrobiologi og smittevern ved UNN Tromsø for analyse.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at mottak av prøver til Laboriemedisin har en ekstern og en intern transportflyt.

Internttransport av prøver

Prøver fra inneliggende transporteres inn via hovedinngangen i sør og leveres og/eller plasseres i intern fordeling (Figur 8.6). Her mottas også prøver med blodprøveheis fra plan 6 fra polikliniske pasienter.

Det opplyses om at fagområdene henter sine rutineprøver her, mens hastep prøver leveres direkte til fagområdene. De har imidlertid hatt problemer med mottak av rørposten fra poliklinikken, som ligger i plan 6 i A-fløya, da den isteden har havnet i plan 11 (Teknisk etasje). De har derfor fått beskjed om ikke å sende prøver via rørpost, da det ikke kan garanteres at den kommer fram til plan 10. De ansatte påpekte at de har bedt om at rørpostfunksjonen må valideres.

De ansatte kommenterte videre at de også pakker prøver i dette rommet som skal sendes videre fra postkontoret som ligger i plan 4.

Fokusgruppedeltakerne påpekte at de er godt fornøyde med akuttlinja for internttransport (Figur 8.6), med nærhet til blant annet intensivavdeling, dagkirurgi og akuttmottak for internttransport av prøver.

Det er bioingeniører ved Laboriemedisin som tar blodprøver på inneliggende pasienter ved sykehuset.

Eksterntransport av prøver

De ansatte fortalte at prøver som kommer til laboratoriet fra primærhelsetjenesten og andre helseinstitusjoner via eksterne transportører, også kommer inn via hovedinngangen. Prøvene blir levert til mottak, oppakking og preanalyse (Figur 8.6), der de pakkes opp, sorteres, registreres og merkes. Det er også her de enkelte fagområdene henter sine prøver.

De ansatte fortalte videre at alle laboratorier som mottar prøver ved UNN Tromsø, får i hovedsak levert sine prøver her. Som eksempler kan det nevnes avdelingene for

²⁵ Tall oppgitt på befaring oktober 2020.

mikrobiologi og smittevern (AMS) og klinisk patologisk, samt gastrolaboratoriet. Prøvene må hentes på samme sted.

For utlevering av blod henvender man seg i ekspedisjonen til transfusjonsmedisin (Figur 8.6).

Fokusgruppedeltakerne mente at de har fått etablert en relativt god prøveflyt i avdelingen, spesielt på dagtid. De framhevet imidlertid at plassering av internt prøvemottak (intern fordeling), gjør at det er liten fleksibilitet med tanke på fremtidige løsninger for automasjon koblet til rørpostsystemet. Videre ble det sagt at prøvemottakene med oppakking og fordeling, burde ha vært plassert ved hovedinngangen i sør.

De opplevde at det generelt sett ikke er tatt høyde for muligheten til å modernisere prøvemottaket, eksempelvis for å koble til en fordelingsrobot til et analysesystem (som eksempel nevnes Cobas). Blant annet kunne man med egen fordelingsrobot ha koblet instrumenter tilknyttet øyeblikkelig-hjelp på samme linje, slik at prøvene hadde blitt satt direkte på en automasjonslinje, istedenfor dagens løsning hvor man må transportere prøvene rundt i etasjen før de blir satt på. Den eneste funksjonelle løsningen er å plassere et slikt analysesystem i det store laboratorieområdet MS disponerer i dag, som da vil ha nærhet til oppakking og internfordeling. Følgende ble bemerket i fokusgruppeintervju:

Vi har med andre ord ikke plass til et slikt system.

8.4.3 Arbeidsområder

I dette kapitlet beskrives erfaringer og utfordringer som gjelder i arbeidsområdene for Laboratoriemedisin. Det henvises til Figur 8.6.

Fokusgruppedeltakerne kommenterte at de skulle ønske at alle fagområdene innen Laboratoriemedisin hadde vært samlet i samme etasje. Dette gjelder også delfunksjoner som produksjon av stamceller (høydosebehandling med autogen stamcellestøtte - HMAS), miljølaboratoriet (tilhørende MS-laboratoriet) og kontorer for leger innen klinisk farmakologi. I fokusgruppeintervjuet ble følgende kommentert:

Her har man bygd en ny fløy, men ikke plass til hele avdelingen

Ved Sykehuset Østfold Kalnes, ble alle fagområder innen Laboratoriemedisin samlet på ett plan, unntatt blodprøvetaking som ble lokalisert i poliklinikkområdene. I forbindelse med «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020) formidlet ansatte at de var veldig godt fornøyde med samlokaliseringen.

Ved *medisinsk biokjemi* er det aktivitet hele døgnet. I dette området finner man den største automasjonslinja med en kapasitet på rundt 7 000 analyser hver dag. De ansatte fortalte at det har vært noen utfordringer med vibrasjoner i gulvet, som ikke er gunstig

Kapittel 8 Laboratoriemedisin, plan 10 A-fløya

for automasjonsutstyret. Det ble påpekt at de ikke har automatiseringsbånd som ved Sykehuset Østfold Kalnes, men dette er ønsket.

Laboratorieområdet med døgnaktivitet er lokalisert i A2-fløya. De opplyste om at innlevering av prøver hele døgnet omfatter alt av kroppsvæsker, eksempelvis blodprøver og urinprøver, mens blodprodukter kommer inn på ordinær dagvakt og leveres ut hele døgnet.

Ansatte mente at det hadde vært mer hensiktsmessig å ha denne aktiviteten i A2-fløya, med nærhet til inngang og sengeområder. Det å plassere et analysesystem i det store laboratorieområdet MS disponerer i dag, mente de hadde gitt en bedre arbeidsflyt og at den valgte løsningen er det motsatte av det de ønsket. Imidlertid hadde planleggingen kommet så langt at det ikke var mulig å få det endret i ettertid. Dette henger sammen med UNN's endring fra to-fase til en-fase-utbygging av A-fløya. Hele laboratoriet ble planlagt ut fra to-fase-utbygging, der de måtte plassere døgndrift i A3 for at logistikken med øyeblikkelig-hjelp skulle gå opp:

Det er vi fortsatt misfornøyde med, men det er ingenting å gjøre med det dessverre.

Dette gjenspeiles også i spørreundersøkelsen, idet ansatte ved Laboratoriemedisin ga utsagnene «Vår enhet/avdeling er utformet slik at det er korte gangavstander for de ansatte» og «Utformingen av vår enhet/avdeling bidrar til at vi arbeider effektivt» en gjennomsnittlig score på henholdsvis 2,1 og 2,9 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig), som er under middelveien på 3. Dette ble også kommentert i fokusgruppeintervjuet:

Vi må gå mye, sykepleierne må gå mye, portørene må gå mye – det blir mye gåing.

Det ble samtidig fremhevet at Laboratoriemedisin har fått fine skjermede arbeidsstasjoner for svarutgivelse på pasientprøver, men at det kan være mangel på tilstrekkelig plass i noen arbeidsstasjoner. Det framkom også at de er fornøyde med å ha fått samlet frysere og utstyr som skaper støy på egne rom. Imidlertid kan det være problematisk å jobbe inne på enkelte rom, som for eksempel instrumentrom, i forhold til støy.

Fornøydhet med lett tilgang til medisinsk teknisk utstyr og at disse fungerer vises også i spørreundersøkelsen. Ansatte ved Laboratoriemedisin ga utsagnene «Vi har lett tilgang på medisinsk teknisk utstyr» og «Medisinsk teknisk utstyr fungerer godt» en gjennomsnittlig score på henholdsvis 3,7 og 3,9 på en skala fra 1 til 5 (helt uenig – helt enig). Det førstnevnte utsagnet samsvarer med resultater fra spørreundersøkelsen fra laboratoriefunksjoner i «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020).

De ansatte var imidlertid mindre fornøyde med valgte møbler og inventar. Blant annet ventet de på nye laboratoriestoler, samt bytte av benker og hyller som er ødelagte.

Fokusgruppedeltakerne har erfart at de valgte løsningen for stikkontakter ikke fungerer så godt. I mange rom er de plassert i en søyle midt i rommet, og siden utstyret er plassert bortover benker må det benytte en blekksprut-boks og skjøteledninger. Stikkontaktene burde vært plassert horisontalt langs vinduene istedenfor vertikalt, samt at det burde ha vært skjult anlegg da det samler seg mye støv på ledningene. Her kommenterer de ansatte hva de ble informert om:

Plasseringen av stikkontakter ble gjort ut fra utstyrsplassing på tegningene, men det viste seg at plasseringen ble vurdert ut fra et kontor med fire arbeidsplasser og ikke et laboratorie med mye utstyr.

Det er valgt forskjellige løsninger på dører i laboratorieområdet, og de ansatte har erfart at det ofte er problemer med disse. De har blant annet opplevd at adgangskontrollen til døren ved inn- og utgang til området ikke har virket, slik at man har blitt stående en stund før de fikk hjelp. Det blir mange telefoner til forskjellige instanser før man kommer til noen som kan bistå. Dette er frustrerende og burde ha vært løst, noe som også ble kommentert:

Trenger backup i eget sykehus, får ikke bistand på kort varsel.

Videre ble det kommentert at automatiske døråpnerne er plassert for nært døra, og at de ofte må trykke flere ganger før dørene åpner seg. Der det er mulig hadde det vært ønskelig med en kontaktløs døråpner. For dører der det er behov for brytere, burde man ha valgt et bedre produkt, som for eksempel de som er i PET-senteret. Det ble også kommentert følgende:

Dørene burde også vris slik at de åpnes INNOVER i gangen og ikke utover til heisene (noe som medfører at de er i veien for leveranser, stikketraller og sykler).

De kommenterte videre at skyvedørene i laboratorieområdet ofte hopper ut av skinnen og ikke lar seg lukke. Dette kan være problematisk med tanke på både støy og lukt. I tillegg har det vært tilfeller der ansatte har kommet i klem i skyvedøren.

Fokusgruppedeltakerne opplyste om at det er tilstrekkelig med nøddusjer i området da de er monterte i så å si alle rom, inkludert kjemikalie-, instrument- og reagensrom.

I laboratorieområdet for *molekylærgenetikk* (Figur 8.6) var det planlagt ett renrom til *celledyrking*, som var utformet i henhold til krav fra EU og GMP (*Good Manufacturing Practice*). De ansatte kommenterte at siden UNN i planleggingsperioden ikke selv hadde kompetanse til å kvalitetssikre området, skulle UNN få bistand fra eksterne. Ved gjennomgang av tegningene i ettertid ble det avdekket at det var flere ting som ikke var i hensyntatt:

- Størrelse og tekniske utfordringer
- Laboratorieområdet ble prosjektert med 85 til 90 m², mens behovet er anslått til å være 300m² (blant annet tilstrekkelig krav til sluseareal)

Dette arealet ble derfor bygd om etter innflytting, noe som innebar flytting av vegger og endring i ventilasjonsanlegget, samt nye aggregater. De ansatte kommenterte at det var ulikt overtrykk i de opprinnelige arealene, fra 10 til 15 Pascal (Pa) i den ytterste delen av området, til 60 Pa i den innerste delen. Dette er nå nullt ut. Aggregatet ble også koblet om etter innflytting, men med samme filtrering av luft. Dette påpeker de er viktig innen molekylærgenetikk, hvor det blant annet utføres PCR (Polymerase Chain Reaction), hvilket dagens område nå brukes til.

Massespektrometri (MS) har som illustrasjonen viser lokaler til venstre i korridoren ved inngangen (Figur 8.6). Fokusgruppedeltakerne opplyste om at de flyttet inn først våren 2019. Dette skyldes blant annet for mye kjøling i området mot yttervegg, der temperaturen kunne være 15°C, slik at det ikke var mulig å jobbe der. I tillegg er området med utsyr og kjemikalier temperatursensitivt. I mellomtiden falt også taket ned, og det ble avdekket at det var for få koblingspunkter i taket slik at det var dårlig festet. Det ble da satt inn dobbelt så mange koblingspunkter som var i henhold til kravene. Dette resulterte i en kostbar ombygging. En av fokusgruppedeltakerne bemerket følgende:

Men nå har vi kontroll på temperaturen, heldigvis da, hos oss.

Fokusgruppedeltakerne forklarte videre at det er strenge krav til ventilasjonen i et slikt område. De måtte blant annet i etterkant borre hull i taket for å legge ut et rør fra en LAF-benk på MS-laboratoriet, da dette er krav for å kunne jobbe med toksiske stoffer, som blant annet cytostatika. Fokusgruppedeltakerne opplyste videre om at de har en nødbryter som stenger av området ved ulykker, da det oppbevares væsker som kan avgi farlige gasser ved uhell. Videre påpekte de at det er mye kostbart utstyr i MS-laboratoriet.

Laboriemedisin ved UNN Tromsø har i dag funksjon som nasjonal behandlingstjeneste for avansert *trombocytimmunologi* (Figur 8.6). Dette innebærer en tjeneste som er etablert for å ivareta pasientbehandling på vegne av landets helseregioner²⁶. De ansatte fortalte at det har vært problemer med temperaturreguleringen i dette laborieområdet, slik at de har måttet evakuere prøver på grunn av for høy temperatur.

I tillegg har de overvåkingfunksjon når det gjelder *blodgass - pasientnær analyser (PNA)* – (lyserosa) for andre sykehus i fylket og for Longerbyen. Enkelte delfunksjoner, som hematologi og koagulasjon (Figur 8.6), har i tillegg til egne laborieområder, også fellesområder de deler (blant annet et instrumentrom). Her håndteres prøver som gir svar både på koagulasjonsnivået i blodet, med tanke på beregning av blodfortynnende medisiner, og eventuelle blodproppdannelser i kroppen²⁷. *Protein- og allergilaboratoriet*

²⁶ Laboriemedisin UNN Tromsø. Informasjonsbrosjyre Nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi. 2020

²⁷ <http://www.pingvinavisa.no/analyserer-blodprover-pa-lopande-band/>

Kapittel 8 Laboriemedisin, plan 10 A-fløya

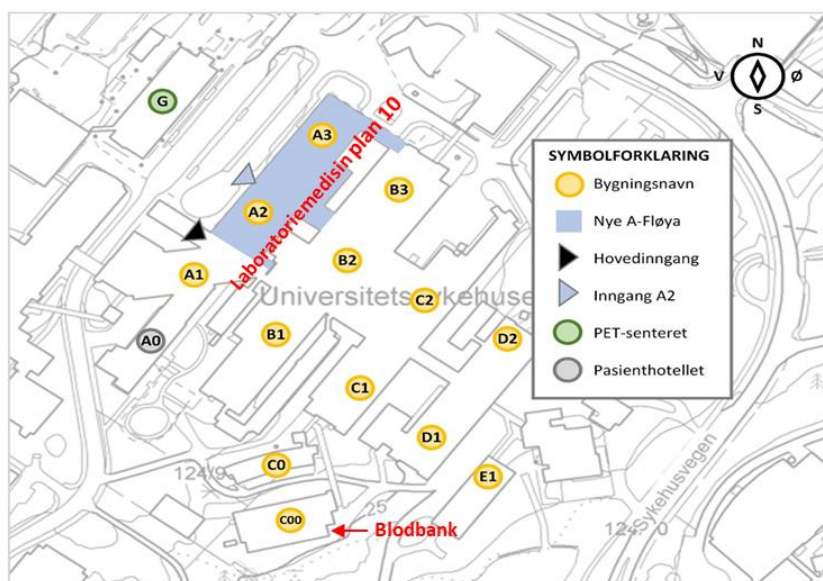
(Figur 8.6) ligger ved medisinsk biokjemi. Det har vært problemer med vannlekkasjer i sistnevnte rom, samt i verkstedet som ligger ved siden av. Ansatte har derfor utplassert bøtter på gulvet enkelte steder for å samle opp vann.

Det samme problemet har de også ved inngangsdøren (sør) til Laboriemedisin. I plan 11 ligger en teknisk etasje, der deler av etasjen har åpne partier (Figur 8.7). Dette gjør at det spesielt ved uvær, kommer inn snø og regn via ventilasjonsanlegget, som i noen tilfeller fører til vannlekkasjer i plan 10.



Figur 8.7 A-fløya med oversikt over etasjer (Kilde: Forprosjekt 2012)

Laborieområdet for *transfusjonsmedisin og immunologi* er lokalisert på høyre side av korridoren ved intern fordeling av prøver (Figur 8.6). De ansatte sa at dette gjelder selve laboriedelen av transfusjonsmedisin, da tapping av blodgivere utføres i C00-fløya (Figur 8.8).



Figur 8.8 Oversikt over lokaliseringen av Laboriemedisin og blodbank med blodprøvetaking (Kilde: ©norgeskart.no, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

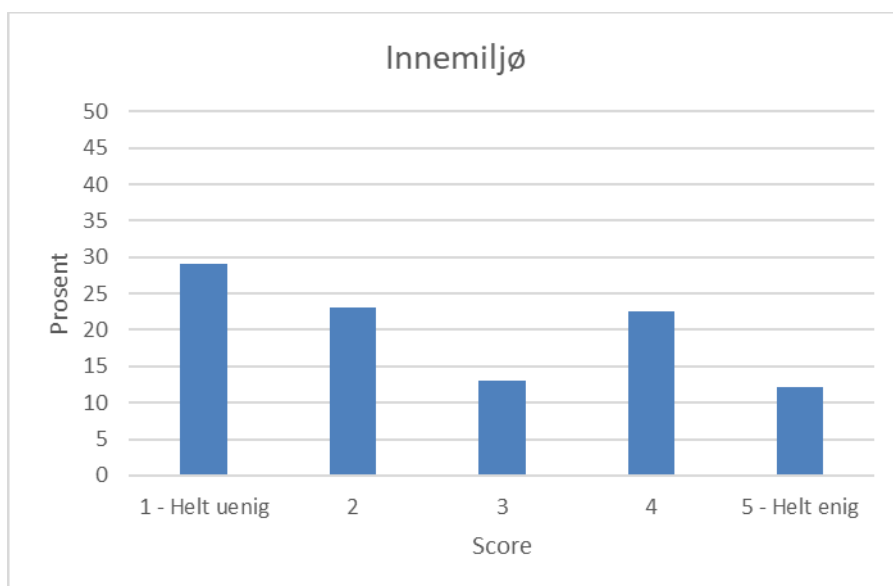
Fokusgruppedeltakerne fortalte at opprinnelig skulle blodbanken med blodgivertjenesten ligge i plan 8, A-fløya. Det ble derfor tilrettelagt for rørpost i komponentrommet for transfusjonsmedisin for mottak av blod. Denne er imidlertid ikke benyttet siden blodtapping ble flyttet til C00-fløya. De kommenterte at rørpostfunksjonen burde være bedre tilrettelagt.

Videre mangler en ventilator (takkjøler) i rommet der man lagrer blodposer. Det var opprinnelig tegnet inn tre, men det ble kun satt inn to. I mars 2020 fikk de derfor satt inn en stor romkjøler på gulvet som tar mye av plassen i rommet. Temperaturkravet på dette rommet er 24°C. Det har også vært problemer med for høy temperatur i sentrifugerommet for komponentfunksjonen. Der oppbevarer man også prøver hvor 24°C er et absolutt krav til maksimumstemperatur, noe ansatte hadde påpekt i medvirkningsmøtene. De ansatte hadde fått tilbakemelding om at 60 prosent samtidig drift var lagt til grunn for kjøling, men da er det ikke tatt hensyn til overskuddsvarmen fra vinduet som kommer i rommet. Dette har vært et stort problem. Ansatte opplevde imidlertid at det er god lyddemping i sentrifugerommet, da det i utgangspunktet er mye støy i et slikt rom.

8.4.4 Innemiljø

Både i fokusgruppeintervju og i spørreundersøkelsen var det flere ansatte som bemerket at de ikke var fornøyde med muligheten for temperatur- og lysregulering, lyddemping og ventilasjon, hvilket har vært en stor utfordring siden innflytting. I tillegg har det vært utfordringer med tanke på solavskjerming og lysregulering.

I spørreundersøkelsen blant ansatte var det varierende grad av fornøydhet når det gjaldt innemiljø, vist i Figur 8.9.



Figur 8.9 Fordeling av score for tema om Innemiljø (lyd, lys, temperatur, ventilasjon og orden). Ansatte, Laboriemedisin

Kapittel 8 Laboriemedisin, plan 10 A-fløya

Som figuren over viser, har i overkant av 50 prosent gitt en score på 1 eller 2, 13 prosent har gitt score 3 og rundt 35 prosent har gitt en score på 4 eller 5. Dette gir en gjennomsnittverdi på 2,7 prosent. Dersom man sammenligner resultatene fra Laboriemedisin i A-fløya med spørreundersøkelsen fra laboratoriefunksjoner i «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020), kommer det fram at gjennomsnittlig score for dette temaet i begge tilfellene ligger under middelveien.

Ansatte kommenterte at persienner/solskjermingen som er montert på bygget, ikke fungerte som planlagt, slik at det ble montert opp solfilm/folie på vinduene. Imidlertid gjør vindusfoliene at man ikke får dagslys inn på arbeidsstasjonene. Samtidig påpekte de at siden lysreguleringen er koblet til en bevegelsessensor, slår lyset seg av kort tid etter at det har vært bevegelse i området. De må derfor manuelt slå på lyset, noe som går utover konsentrasjonen.

Videre har de erfart at når lysene slås, av faller samtidig temperaturen etter ganske kort tid siden ventilasjonen «slås ned», noe som er vanskelig å regulere. Dette gjør at det både blir mørkt og kaldt i området.

Temperaturen er et stort problem i store deler av laboratorieområdet. Dette gjør at det ble stilt spørsmål om hvorfor det ble bygd med glass fra gulv til tak. Dette er utfordrende både ved solskinn som fører til økt temperatur i arealene og refleksjoner i PC-skjermer, samt til innsyn fra vei og øvrige bygg. Sistnevnte gjør det vanskelig å utnytte plassen under benkene til oppbevaring av for eksempel forbruksvarer. Samtidig bemerket ansatte at det er verre med innsyn til pasientområdene i A-fløya.

For å løse noe av problemet med at det er for varmt i området, er det satt opp en mørk solfilm som tar alt av det naturlige lyset. Dette ble kommenterte slik:

Store deler av året er det en «beksvert vegg» [...] Dette har forringet arbeidsmiljøet svært mye.

De ansatte mente en løsning på dette, vil være å erstatte solfilmen med noe som gir mer dagslys enn dagens løsning.

8.4.5 Kapasitet

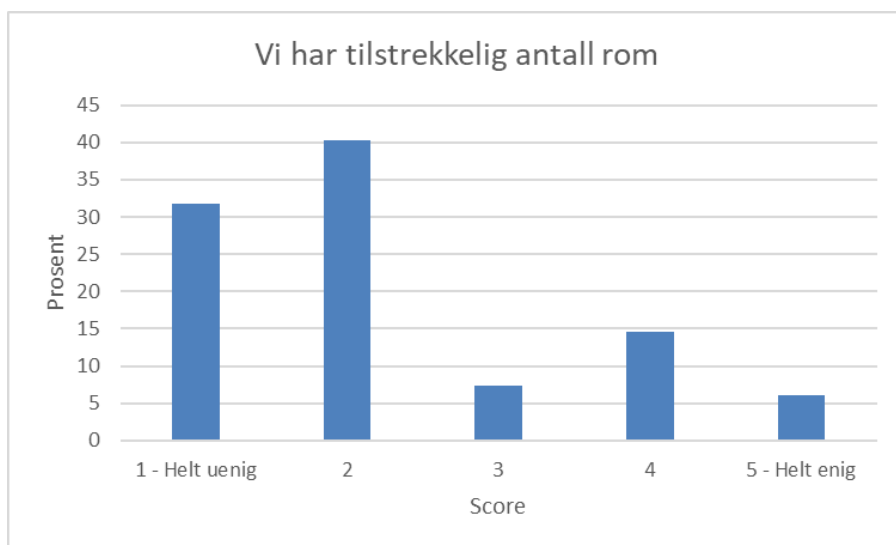
I all hovedsak fungerer logistikken for det meste godt, men ansatte bekreftet at de hadde ønsket at arealet var tilstrekkelig slik at alle fagområdene hadde fått plass. De ansatte kommenterte at det er tilstrekkelig med arbeidsplasser for godkjenning og utsendelse av prøvesvar, og at det stort sett er tilstrekkelig med fagplasser for administrasjon og dokumentasjon. Dette har imidlertid gått på bekostning av arbeidsplasser til klinisk farmakologi, for å prioritere de som benytter analyseinstrumentene.

Ansatte opplevde at de har planlagt godt med tanke på hvor rommene er plassert i avdelingen, men har erfart at det er for lite areal til støttefunksjoner som for eksempel

lagerplass. Imidlertid har de ingen mulighet til å utvide laboratorieområdet med nye fagområder utover de som er i laboratorieområdet nå.

De påpekte at kvadrat for kvadrat, så har fagområdene fått det samme eller noe mindre areal enn det de hadde fra før. Det er derfor ingen fagområder som har fått utvidet areal etter innflytting i nye arealer, noe de kommenterte heller ikke var godkjent i prosjektet. Dette er derfor årsaken til at alle fagområdene innen Laboratiemedisin ikke har fått plass i et felles område.

I spørreundersøkelsen svarte de fleste ansatte ved Laboratiemedisin at de ikke har tilstrekkelig med antall rom i Figur 8.10.



Figur 8.10 Vi har tilstrekkelig antall rom. Ansatte, Laboratiemedisin

Resultatene viser at rundt 70 prosent av de ansatte har gitt score 1 eller 2, 7 prosent har gitt score 3 og rundt 21 prosent har gitt en score på 4 eller 5. Dette gir en gjennomsnittsverdi på 2,2 prosent. Gjennomsnittsverdien på utsagnet «Vi har de romtypene vi trenger», ligger noen høyere med 2,5. Dersom man sammenligner resultatene fra Laboratiemedisin i A-fløya med spørreundersøkelsen fra laboratoriefunksjoner i «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» (Sykehusbygg HF 2020), kommer det fram at gjennomsnittlig score på utsagnet «Vi har de rommene vi trenger» var på 1,9, som i begge tilfellene ligger under middelveien.

I tabell 8.2 gis en oversikt over kapasiteten ved Laboratiemedisin UNN Tromsø per oktober 2020.

De ansatte sa at lagring i korridorer blokkerer for varetransport og sikre rømningsveier, samt at det er ikke er ledig kapasitet på avfallsrommet. Når det gjelder avtrekkskap så mener det at for mye sambruk gir økt fare for uhell med kjemikalier.

Kapittel 8 Laboratoriemedisin, plan 10 A-fløya

Tabell 8.2 Kapasitetsoversikt ved Laboratoriemedisin UNN Tromsø (Kilde: Laboratoriemedisin UNN Tromsø)

Område	Status kapasitet
Lager frysebokser	Mangler
Lager kjøøl	Mangler
Lager forbruksvarer	Mangler
Støtteareal	Mangler
Avfallsrom	Ikke tilfredsstillende
Vaskerom	Tilfredsstillende
Avtrekkskap	Mangler
Kontor	Ikke tilfredsstillende
Stillerom	Ikke tilfredsstillende
Vakt-/pauserom og møterom	Ikke tilfredsstillende
Pasient: Venteareal for blodprøvetaking poliklinikk	Mangler
Instrumentareal 24/7	Tilfredsstillende
Instrumentareal immunologi	Mangler
Instrumentareal massespektrometri	Tilfredsstillende
Instrumentareal prøveopparbeidelse/preanalyse	Ikke tilfredsstillende
Automasjonsbånd/transportbånd	Mangler
Arbeidsstasjoner ved instrumentene	Tilfredsstillende
Areal back-up-instrumenter	Mangler
Renrom/celledyrkning	Mangler

8.4.6 Kjølerom og fryselager

Felleslageret for ultrafrysere benyttes av alle fagområder unntatt *transfusjonsmedisin*, som har et eget fryselager (Figur 8.6). I tillegg er det et felleslager for kjølere like overfor ekspedisjonen for utlevering av blod (Figur 8.6), samt to kjølerom andre steder i området.

De ansatte kommenterte at det har vært utfordringer med alle de tre kjølerommene i laboratorieområdet. Fra kjølerommet i arealet til *massespektrometri* (Figur 8.6) har det vært to evakueringer av prøver etter innflytting grunnet temperatursvikt. Kjølerommet var ute av drift i fire til fem uker inntil man fikk programmert det på nytt.

Videre mangler døren til felleslageret for kjølere isolering (Figur 8.6), i tillegg til at den ikke kan lukkes tilstrekkelig. Døren er mellom 90 til 100 centimeter bred og tar derfor mye plass, og gjør det vanskelig å passere i korridoren når den ikke er lukket.

Kjølerommet til *transfusjonsmedisin* (Figur 8.6) har vært ute av drift helt siden innflytting. Rommet brukes ikke til noe. Dette gjør at ansatte måtte ta i bruk de gamle kjøleskapene for oppbevaring av blodposer. De påpekte at et slikt viktig rom burde ha vært ferdigstilt ved innflytting og det går ut over sikkerheten når det gjelder å få levert ut blodprodukter.

Videre blir temperaturen i rommet ved siden av for høy, da det står mange kjøleskap der som ikke var planlagt. Ansatte bemerket at de gjerne skulle ha frigjort plassen der

kjøleskapene står, ved at kjølerommet blir ferdigstilt til nye fryseskap. I tillegg har de ingen buffer hvis noen av kjøleskapene havarerer.

8.4.7 IKT

Det er problemer med mobil- og internettdekning i A-fløya. Som sikkerhet med tanke på utlevering av blod og blodprøvetaking, har ansatte derfor nødtelefoner når mobiletelefonene er nede. Det er også et problem å få kontakt med vakthavende lege via vakttelefonen ved akutte tilfeller. De kommenterte at på plan 6 i poliklinikkområdet, er det montert en ekstra GSM-sender for å få mobildekning inn i bygget.

8.4.8 Vareflyt og forsyning

Det er mye trafikk i tverrkorridoren som ligger midt i Laboratoriemedisin ved toalettene. All vareleveranser av forbruksvarer og eksterne prøver foregår her, i tillegg til at det er adkomst både til printere og til reagensrommet (Figur 8.6).

Når det gjelder leveranse av reagenser, opplyste ansatte om at de fire ganger i året mottar rundt 20 paller med reagenser som skal inn i dette rommet. De laster av varene nede i Forsyningsavdeling (som ligger mellom A- og B-fløya) og pakker det ut i plan 4 i A-fløya. Paller og pappemballasje skal ikke tas med inn i laboratorieområdet, blant annet grunnet faren for å få skjeggkre inn i området. Det er imidlertid ikke alltid like enkelt å unngå at det blir noe emballasje, men de prøver å unngå det i størst mulig grad.

Problemet er at nylig leverte varer ofte blir stående i korridorer, da det ikke alltid er tid til å plassere varene i hyllene med en gang. Dette gjør det vanskelig å få tak i varene som allerede er i hyllene. De ansatte ønsket at Forsyningsavdelingen hadde hatt kapasitet til å ta opp bestilling, levere og pakke ut, samt sette varene i hyllene som de gjorde tidligere. Leveringen kunne gjerne ha vært spredd ut over flere dager, men dette har også med kapasitet til Forsyningsavdelingen å gjøre. De fortalte at det benyttes brikkebestilling av varer.

8.4.9 Kontorer og arbeidsplasser

Fokusgruppedeltakerne bemerket at de ikke var med i planleggingen av kontorer, da dette var generelle rom som gjaldt over hele bygget. De kunne dermed ikke definere krav til isolering av hverken vegger eller dører. De ble imidlertid lovet at lyd fra daglig tale og samtale skulle ivaretas, dvs. uten at man kunne høre dette. Dette er ikke tilfelle over alt, og ble kommentert i fokusgruppeintervjuet:

Kontorene ble ikke slik vi ble forespeilet.

Utfordringer med kontorer for tre og fire personer er at det ofte blir mye støy og forstyrrelser i området, slik at det ville ha vært mer hensiktsmessig med flere mindre kontorer med opptil to arbeidsstasjoner på hvert kontor.

Ansatte fortalte videre at det ene stillerommet som er plassert mellom to kontorområder og mot vindu (Figur 8.6), ikke fungerer som planlagt, da de som oppholder seg på kontorene kan høre alt som blir sagt. Det eneste rommet der man kan ha en samtale uten å bli overhørt, er stillerommet som ligger ved siden av, da vendt ut mot korridoren.

Fokusgruppedeltakerne påpekte at det har vært store utfordringer med solskinn inn på kontorene som vender ut mot B-fløya (sørvendt), og at de blant annet ikke kunne se det som sto på PC-skjermen. De som kunne, benyttet seg da av hjemmekontor. Dette ble etter hvert løst med solskjerming på innsiden. Kontorene som vender ut mot PET-senteret, fikk ikke solskjerming da de er nordvendte, men ansatte plages også med at solen står rett inn på kontoret, og som reflekteres i rommet.

Mange kontorer og arbeidsrom har vindu som ikke kan åpnes, slik at man ikke har mulighet til å lufte ut når det blir for varmt og dårlig luft i rommet. I tillegg er det ingen luftemuligheter i rommet med oppakking og preanalyse (Figur 8.6). Med mange som jobber der samtidig blir luftkvaliteten dårlig, samt at det blir veldig varmt om sommeren. I fokusgruppeintervju ble det kommentert følgende:

Vi fikk ikke lufteluker som vi ønsket, slik de andre etasjene har fått.

Ansatte kommenterte at for få kontorplasser har ført til at ansatte sitter andre steder på sykehuset, noe som er uhensiktsmessig med tanke på arbeidsoppgavene de har. Som eksempel nevnes leger innen klinisk farmakologi.

Det ble også nevnt at noen kontorer har for få stikkontakter og at de er feilplassert.

8.4.10 Vakt-, pause- og møterom

Som illustrasjonen viser, ligger møterommet og det kombinerte vakt- og pauserommet på hver sin side av korridoren etter akuttheisen og mot B-fløya (Figur 8.6).

De ansatte mente at som pauserom, er det for lite til at det dekker behovet for de rundt 100 personer som jobber i laboratorieområdet på dagtid. Samtidig uttrykte de følgende:

Liten mulighet for felles kulturbygging.

Ansatte hadde også ønsket flere pauserom i laboratorieområdet. Det ble opplyst om at pauserommet i de tidligere lokalene var mye bedre egnet enn det de har nå. De erfarte at det blir mye støy i forbindelse med pausene, i tillegg til at det er mye snakking i korridor og ved heisene, som gir vanskelige arbeidsforhold for de som sitter på kontorene i nærheten.

Det kom fram at vaktrommet ikke gir oversikt over de som kommer inn i lokalene. Det er mye trafikk i hovedkorridoren på ettermiddags- og kveldstid grunnet 24/7-driften. Ansatte mente at både som pauserom og vaktrom er rommet uhensiktsmessig plassert.

Møterommet ligger på andre siden av korridoren for vakt- og pauserommet, da samtaler fra sistnevnte kan høres via Skype på møterommet. Dårlig lydisolering gjør også at samtaler fra møterommet høres ut til pauserommet. Videre er dette også forstyrrende for kontorene i området. De har også erfart at AV-utstyret på møterommet kobler seg av etter 40 minutter, noe som oppleves som veldig forstyrrende.

Glassveggene i møterommet ble beskrevet som plagsomme, både når det gjelder funksjonalitet og i form av lite visuell-, lyd- og lys-skjerming. Spesielt gjelder dette med tanke på at man har møter som skal ivareta konfidensialitet, enten overfor pasienter eller ved personalsaker. Ansatte mente derfor at rommet ikke egner seg til alle typer møtevirksomhet.

Det var planlagt at man skulle kunne åpne opp mellom pauserommet og møterommet slik at man fikk et større møterom ved behov, men dette er utfordrende blant annet på grunn av manglende lydisolasjon.

Det er i tillegg ett lite undervisningsrom som ligger vegg i vegg med møterommet. Dette benyttes til internundervisning. Rommet fungerer også som et møterom og har bedre lydisolering, noe som ble kommentert:

[..] det beste møterommet.

Det er imidlertid begrenset antall plasser i dette rommet.

Ansatte påpekte at det har vært manglende møteromsfasiliteter under pandemien, men at de også har behov for flere og større møterom til vanlig.

8.4.11 Evakueringsplaner

Når brannalarmen går, skal de som har ansvaret for sitt fagområde stenge ned det som er nødvendig hvis mulig, men ved en eksplosjonsartet brann skal man evakuere snarest. Så langt (per oktober 2020), har det vært gjennomført et par brannøvelser. I det brannalarmen går, skal de adgangskontrollerte dørene fristilles og åpnes.

Døren inn til lageret ved *molekylærgenetikk* (Figur 8.6) åpnes ikke automatisk ved brannalarm, men det er en nødknapp man kan trykke på for å komme seg ut. Dette rommet er pansret unntatt i ytterveggene.

Ansatte fortalte at det området der det er størst fare for at det skal skje noe alvorlig, er ved *massespektroskopi*, da dette området ligger nært utgangen og kan få alvorlige følger for alle i de øvrige områdene. De påpekte at dette skulle ha vært plassert lengre inn i Laboriemedisin (jfr. problematikken med to-fase/en-fase-utbygging).

De bemerket også at det er viktig å få tilstrekkelig med opplæring ved innflytting i nye lokaler.

8.4.12 Garderober og renhold

Ansatte ved Laboriemedisin benytter garderobene i plan 5 i A-fløya. De mente at det er tilstrekkelig med damegarderober, men for få herregarderober. De sa også at det er tilstrekkelig med toaletter i området (fem). Når det gjelder kontaminert tøy, tar de ansatte med det ned til garderoben.

Renholdspersonalet har erfart at det er mange steder det er vanskelig å gjøre rent. Fokusgruppedeltakerne kommenterer at det samler seg mye støv langs de brede vinduskarmene. Da laboriebeneke er plassert ved vinduene mot yttervegg, er det vanskelig å komme til for rengjøring. I tillegg er det vanskelig å rengjøre vindusfagene i hele avdelingen som har en kant med silikon som stikker ut og samler støv. Spesielt i komponentrommet til *transfusjonsmedisin* er dette et problem, da det her er krav til støvfrie områder - renhetskrav.

8.4.13 Medvirkning

De ansatte påpekte at det er avgjørende at ansatte medvirker i planleggingsprosessen. Det var en prosess underveis der de kvalitetssikret ting og fikk implementert endringer i byggefasen.

Ved Laboriemedisin ble en av de ansatte frikjøpt i omtrent to år for å følge opp planleggingen av laborieområdet. Det var enkelte områder de ikke kunne påvirke som romgeometrien, bærende vegger og sjakter, men det ble gjort noen få justeringer i veggstrukturen. De måtte imidlertid hensynta den gamle A2-fløya.

Deltakerne påpekte at det var veldig viktig å kunne følge opp ting som dukket opp underveis, selv om ikke alt ble slik som planlagt. De etterspurte også hvilke garantier de hadde etter innflytting og hva man kan reklamere på av det som ikke fungerer. Dette opplevde de som uklart og vanskelig å få svar på.

Som eksempel ble det nevnt et lysrør i taket som ikke virket. Da ansatte tok kontakt med teknisk avdeling, fikk de beskjed om at dette var en garantisak og at de ikke kunne gjøre noe med det. Dette ble imidlertid rettet opp i ettertid. I tillegg ble kjølerommet i blodbanken, som ikke fungerer, nevnt, noe som egentlig er en hastesak. Enkelte av de ansatte hadde stilt følgende spørsmål:

Kan vi få lov til å rive det og sette opp nytt av noen andre?

Ansatte stilte også spørsmål om de kravene som settes i planleggingsprosessen, dette med tanke på at ulike fagområder blir lyttet til. Ansatte kommenterte at de opplevde selve planleggingsprosessen som god, men at de kravene som var satt, ikke ble opprettholdt i ettertid.

8.5 Hovedfunn

I dette kapittelet oppsummeres hovedfunn fra evalueringen av Laboratoriemedisin ved UNN Tromsø, inkludert vurdering av måloppnåelse.

Det ble lagt til grunn i planlegging av arealene for Laboratoriemedisin (delfunksjonsprogram 01.11.2011), at det skulle legges til rette for fremtidig utvikling og vektlegges fleksibilitet i området for å sikre mulighet for både forskningsaktivitet, utdanning og klinisk virksomhet.

I spørreundersøkelsen blant ansatte ved Laboratoriemedisin, viste resultatene at 71 prosent av de som hadde besvart, var over gjennomsnittlig fornøyde med hvordan utformingen av lokalene la til rette for samarbeid. Ansatte kommenterte også at avdelingen ser profesjonell ut.

Ansatte erfarte at det for enkelte områder ikke er ledig kapasitet, eksempelvis ved instrumentalt prøveopparbeidelse/preanalyse, og det er ikke tilstrekkelig areal i Laboratoriemedisin til å ta inn nye områder.

Ansatte ved Laboratoriemedisin hadde siden innflytting opplevd flere utfordringer med ventilasjon, temperatur- og lysregulering, samt solskjerming, som mange erfarte påvirket deres arbeidshverdag negativt. Dette gjaldt også støy inn til kontorer og stillerom, som ikke er tilstrekkelig lydisolerte for å ivareta konfidensialitet.

Erfaringer med montering av solfilm i korridorer, er at disse blir mørke og oppleves lite innbydende. Det påpekes at en informasjonsdisk og mottakssone for besøkende og innlevering av biologisk materiale, kunne ha bidratt til bedre logistikk for mottak av prøver og samtidig være imøtekommende for de besøkende.

Fokusgruppedeltakerne hadde ønsket å samle alle fagområdene innen Laboratoriemedisin i forbindelse med byggingen av ny fløy. For transfusjonsmedisin hadde det vært en stor fordel om blodgivertjenesten lå i A1-fløya som planlagt, slik at man kunne benytte rørposten. Samtidig mangler det arealer for renrom/celledyrking, som opprinnelig var planlagt i området.

Når det gjelder arbeidsflyt for laboratorier som har døgnaktivitet, har ansatte erfart at plassering av disse lengst bort fra der prøvene mottas er u hensiktsmessig. For å få en god arbeidsflyt, burde området vært plassert nærmere inngangen og prøvemottak.

Evalueringen har vist at de skjermede arbeidsstasjonene for svarutgivelse på pasientprøver fungerer godt, men i andre arbeidsstasjoner kan det mangle tilstrekkelig plass.

Medisinsk teknisk utstyr og tilgang til dette fungerer godt. Imidlertid er ansatte mindre fornøyde med kvaliteten på inventar som stoler, benker og hyller, som i enkelte tilfeller

Kapittel 8 Laboriemedisin, plan 10 A-fløya

har behov for utskifting. Dette gjelder også kjølerom, som det har vært mye problemer med, og ved transfusjonsmedisin har kjølerommet vært ute av drift siden innflytting (jf. oktober 2020). De ansatte ønsker også automasjons-/transportbånd i lokalene, men mente at de bygningstekniske løsningene ikke gjør dette mulig å ivareta.

Plassering av stikkontakter både i kontor- og laboratorieområder burde planlegges etter funksjonen til rommene. Erfaringene så langt er at det blir mange ledninger som ligger på kryss og tvers i enkelte områder, noe som ikke er hensiktsmessig, verken med tanke på sikkerhet eller renhold.

Det er også viktig å ha god mobildekning i området, noe ansatte har erfart som mangelfull. De har også opplevd at AV-utstyr på møterom slår seg av automatisk under møter og lignende.

Arealet i forbrukslageret er for lite, slik at varer blir stående til hinder i korridoren. Det kom også fram et ønske om at Forsyningsavdelingen kunne sørge for bestilling, levering og utpakking av varer, noe de hadde gjort tidligere.

De ansatte vektla at det er viktig med gode møte- og pausefasiliteter, samt vaktrom, og plassering av disse for å legge til rette for felles kulturbygging. I dette ligger tilstrekkelig skjerming og lydisolering. De mente også at slike lokaler ikke bør ligge i kontorområdet. Ved UNN Tromsø blir pauserommet også benyttet som vaktrom, og ansatte mente at med den funksjonen burde rommet ha vært plassert nærmer prøvemottaket.

9. PET-senteret

9.1 Mål og planforutsetninger

Nedenfor presenteres utfordringer i lokaler til bildediagnostikk i sykehuset og planleggingen av nye områder innen nukleærmedisin i PET-senteret.

9.1.1 Prosjektutløsende behov – utfordringer

Forprosjektrapport for UNN A-fløy, (08.06.2012) fremhever at det innenfor kreftdiagnostikk er behov for å etablere et tilbud med PET-skanner. Ifølge de tidligste planene skulle PET CT, nukleærmedisinsk enhet og intervensjonslaboratorie plasseres i A-fløya.

I intervju med representanter fra prosjektorganisasjonen i UNN, kom det imidlertid fram at det tiltenkte arealet ikke ville dekke behovet til disse funksjonene inne radiologi (Forprosjekt 08.06.2012). Det ble dermed bestemt at det skulle planlegges et eget PET-senter.

Ifølge prosjektorganisasjonen ble den samme prosjekteringsgruppen (PG) involvert i dette prosjektet med bistand fra Hospitalitet. Gruppen startet skisseprosjektfasen våren 2012, og endte opp med et skisseprosjekt mars 2013. Det ble tidlig klart at man ikke ville få utnyttet tomtens kapasitet med de funksjonsområdene som var planlagt, og PG jobbet da ut fra muligheter om at det senere skulle være mulig å utvide i høyden. Det ble bygd på tre plan med kontorområder.

I den videre planleggingen, i endelig utgave av Delfunksjonsprogram (DFP) (08.06.2012), vektlegges det at bygging av nytt PET-senter er for å sikre et langsiktig godt tilbud til kreftpasienter i Helse Nord gjennom økt tilbud for kreftdiagnostikk og behandling.

9.1.2 Planlegging av PET-senter

I den endelige utgaven av DFP framheves det at et eget PET-senteret vil dekke både kortsiktige og langsiktige behov, samt omfatte både kliniske undersøkelsesarealer, syklotron for produksjon av radiofarmaka og forskningslaboratorier.

I forprosjektet legges det vekt på å etablere et PET-senter i samarbeid med forskningsinstitusjoner. Videreføring av dette samarbeidet med fullskala-produksjon av isotoper i syklotron ble derfor vurdert som hensiktsmessig. Det ble derfor satt i gang prosjektering av PET-senter på en egen tomt ved det medisinske fakultet i Tromsø, slik at senteret kan bli en integrert del av både et klinisk miljø og et forskningsmiljø tilknyttet UiT.

9.2 Metode

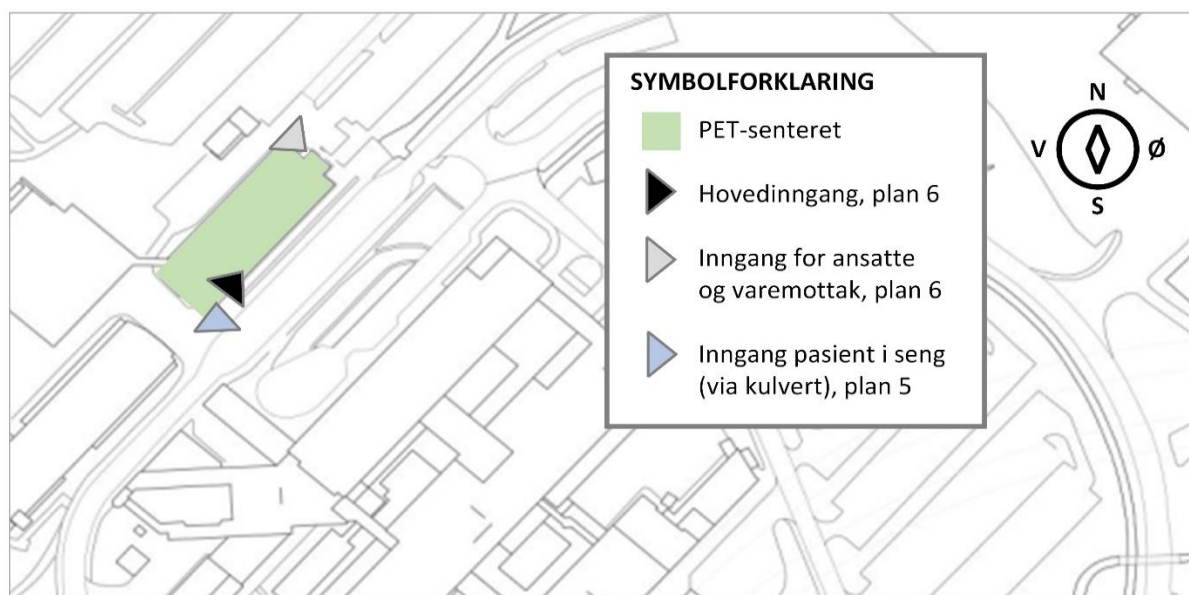
Nedenfor presenteres dybdeundersøkelsen av driftskonsepter og løsninger for plan 5 og plan 6 i PET-senteret ved UNN Tromsø. Denne er i hovedsak basert på befaring og fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved bruk av semistrukturert intervjuguide. Denne formen for intervju sikrer at samtalen kommer inn på de aktuelle temaene, samtidig som at fokusgruppedeltakerne har mulighet til å belyse andre relevante tema for evalueringen.

Det er et ønske fra oppdragsgiver at evalueringen sammenligner PET-senter i UNN Tromsø med PET-senter ved St. Olavs hospital. Fokusgruppeintervju og befaring ved St. Olavs hospital ble gjennomført henholdsvis 11. februar og 25. august 2021. Resultatene er supplert med illustrasjoner for St. Olavs hospital. I kapitlene der begge sykehusene blir omtalt, vil benevnelsen St. Olav og UNN benyttes i omtalen av disse. Sammenligningen mellom UNN og St. Olav følger etter presentasjonen av resultatene fra UNN.

Resultatene er supplert med illustrasjoner, flytskjema (kun UNN) og sitater fra fokusgruppedeltakerne for å fremheve samt illustrere erfaringene med hvordan lokalene fungerer vel to år etter innflytting.

9.3 Erfaringer med byggets egnethet

Som illustrasjonen viser (Figur 9.1), er hovedinngang for pasienter som skal til undersøkelse i PET-senteret, lokalisert på sørsiden av bygget. I tillegg er det en personalinngang i nordenden av bygget. Plan 5 som ligger i underetasjen er lokaler for produksjon av PET-radiofarmaka. Syklotronen er bygget under bakken og ligger på baksiden av bygget i motsatt ende av hovedinngangen.



Figur 9.1 Oversikt over innganger til PET-senteret (Kilde: ©norgeskart.no, tilrettelagt av Sykehusbygg HF).

Kapittel 9 PET-senteret

Lokalene til plan 5, 6 og 7 er adgangskontrollerte, og gis til ansatte etter hva det er behov for. Undervisning og forskning foregår i alle plan;

- Plan 5 - Radiokjemi
- Plan 6 - Kliniske studier
- Plan 7 - Forskning på smådyr og celler i kultur

Sykehusapoteket har i tillegg en tradisjonell produksjonsavdeling for cytostatika og andre sterile legemidler²⁸ som ligger i plan 7, men dette inngår ikke i denne evalueringen.

Videre i dette kapittelet presenteres først lokalene i plan 5, deretter plan 6.

9.3.1 PET – Produksjon

På plan 5 i PET-senteret ligger produksjonslokalene som innehar fire hovedbruksområder:

1. Tekniske rom til ventilasjon, strøm og så videre som betjener plan 5 og 6. Det er seks forskjellige aggregater. I tillegg er det et kommunikasjonsrom (Switch-rom) som er et teknisk rom (hovedrom) for alt av nettverk i hele bygget
2. Produksjon av isotop, syklotron
3. Produksjon av legemidler til bruk i klinisk øyemed (Good Manufacturing Practice - GMP)
4. Produksjon av radiokjemiske produkter til forskning

De ansatte kommer inn på plan 5 enten via personalinngangen i nord, via kulvert eller via hovedinngangen i sør. Inngangen til produksjonsområdet er adgangskontrollert. Bildet nedenfor viser inngang til området fra sør (Figur 9.2).

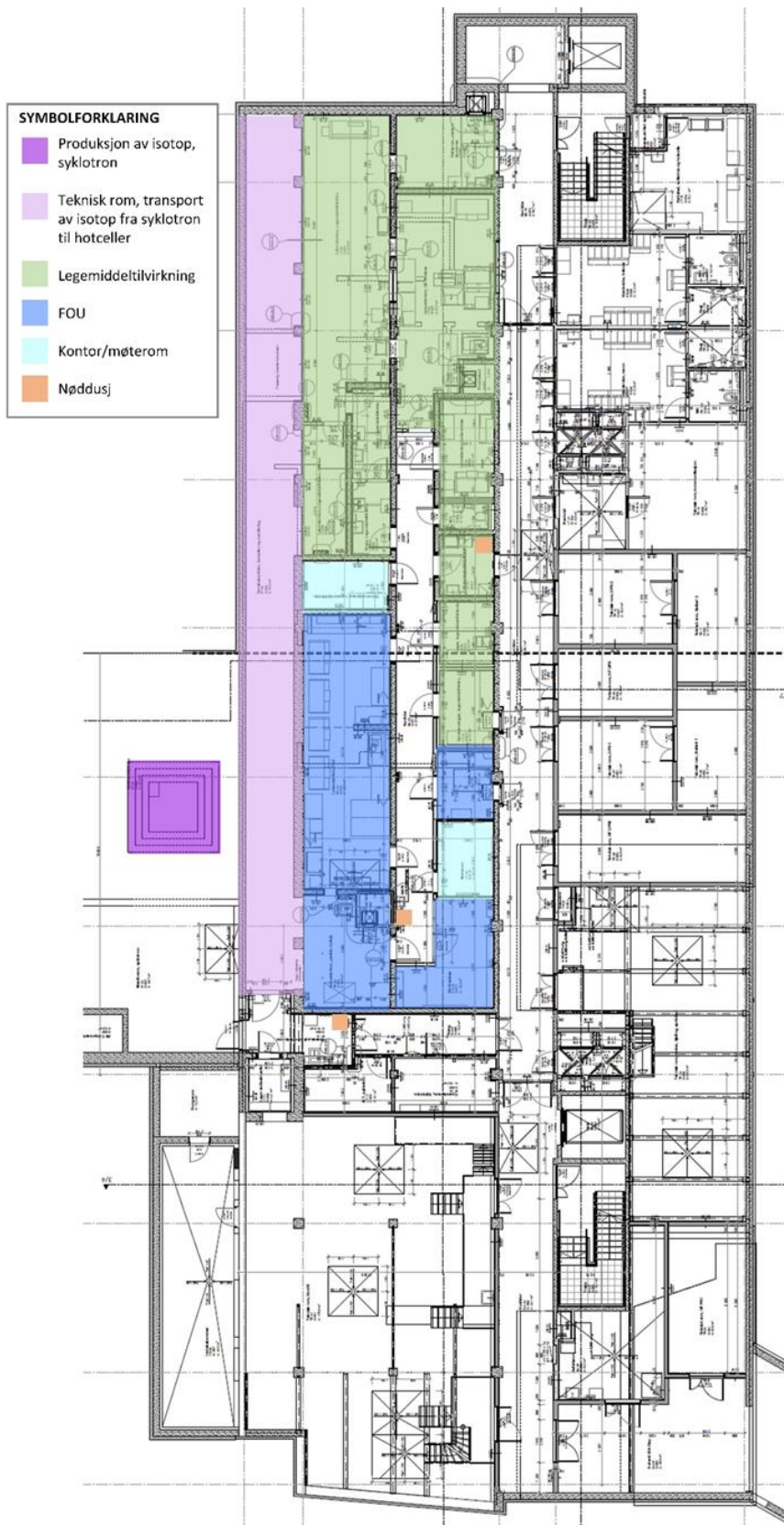
²⁸ <https://www.farmatid.no/artikler/kjernen-av-pet-senteret>



Figur 9.2 Inngang til PET-produksjon fra sør. (Kilde: Sykehusbygg HF)

Som illustrasjonen (Figur 9.3) viser, er forskningslaboratoriene (FoU) lokalisert i den sørlige enden, mens laboratoriet for legemiddeltilvirkning til bruk i pasientundersøkelser er lokalisert nord i etasjen ved personalinngangen (merket grønt). I tillegg er vises området for isotopproduksjon og transport av isotop fra syklotron til hotceller, kontor/møterom og nøddusjer.

Kapittel 9 PET-senteret



Figur 9.3 Oversiktstegning PET-produksjon i plan 5, PET-senteret UNN Tromsø. (Kilde: Link Arkitektur, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Good Manufacturing Practice (GMP)

Innen nukleærmedisin (NM) benyttes radioaktive isotoper (radiofarmaka). Ved PET-senteret i Tromsø foregår produksjonen av isotoper i en syklotron (partikkelakselerator), som er plassert under bakken på baksiden av PET-senteret. Denne er bygd inn i 2,2 meter tykke vegger og tak i spesialbetong (det innerste laget er spesialavfall).

De ansatte fortalte at det er det forskjellige krav til produksjon av radiofarmaka mellom de som skal brukes i klinisk medisin og i forskningsøyemed. Dette fordi legemidler som skal brukes i pasientundersøkelser må være av en viss standard og produsert i henhold til *Good Manufacturing Practice* (GMP). Ved UNN Tromsø var det planlagt at Sykehusapoteket skulle eie kvalitetssystemet med tanke på produksjon av radiofarmaka, for de hadde allerede tilvirkningstillatelse for produksjon av legemidler. Imidlertid har det vært en virksomhetsoverdragelse slik at det fra 1. oktober 2021 er UNN som har ansvaret for GMP-produksjonen²⁹. Dette gjør at GMP-systemet er organisert innenfor Statens legemiddelverk (SLV). Før det kan produseres radioaktive legemidler må det søkes om tilvirkningstillatelse. I første omgang søkes det om tilvirkningstillatelse for fluormerket glukose, som er et radioaktivt legemiddel som anvendes i PET-skanning. Imidlertid vil de etter hvert søke om tilvirkningstillatelse for flere typer radioaktive sporstoffer (*tracere*), noe som vil medføre økt produksjonen ved laboratoriet.

I forkant av prosjektet med PET-senteret ble det utarbeidet et dokument, *Basisprosjekt* (BP), som er et teknisk dokument utarbeidet av de som skal bruke arealene. Imidlertid opplevde de at mye av innholdet i dette dokumentet ble satt til side ved kontrahering med entreprenør.

De ansatte påpekte at det er mye som manglet ved innflytting, og at bygget ble overtatt ett til to år for tidlig. I dette inngår problemer med ventilasjon, temperatur og trykk, i tillegg til lekkasjer. Det har vært mye arbeid med å få utbedret dette. De bemerket at det er 543 reklamasjoner som gjenstår per i dag, som har sammenheng med at mye av innholdet i *Basisprosjektet* ikke ble oppfylt.

Ser man bort fra de utfordringene som har vært siden innflytting, mente de ansatte at lokalene i utgangspunktet er gode nok, men arealet burde ha vært større.

9.3.2 Produksjonslinje for radiofarmaka

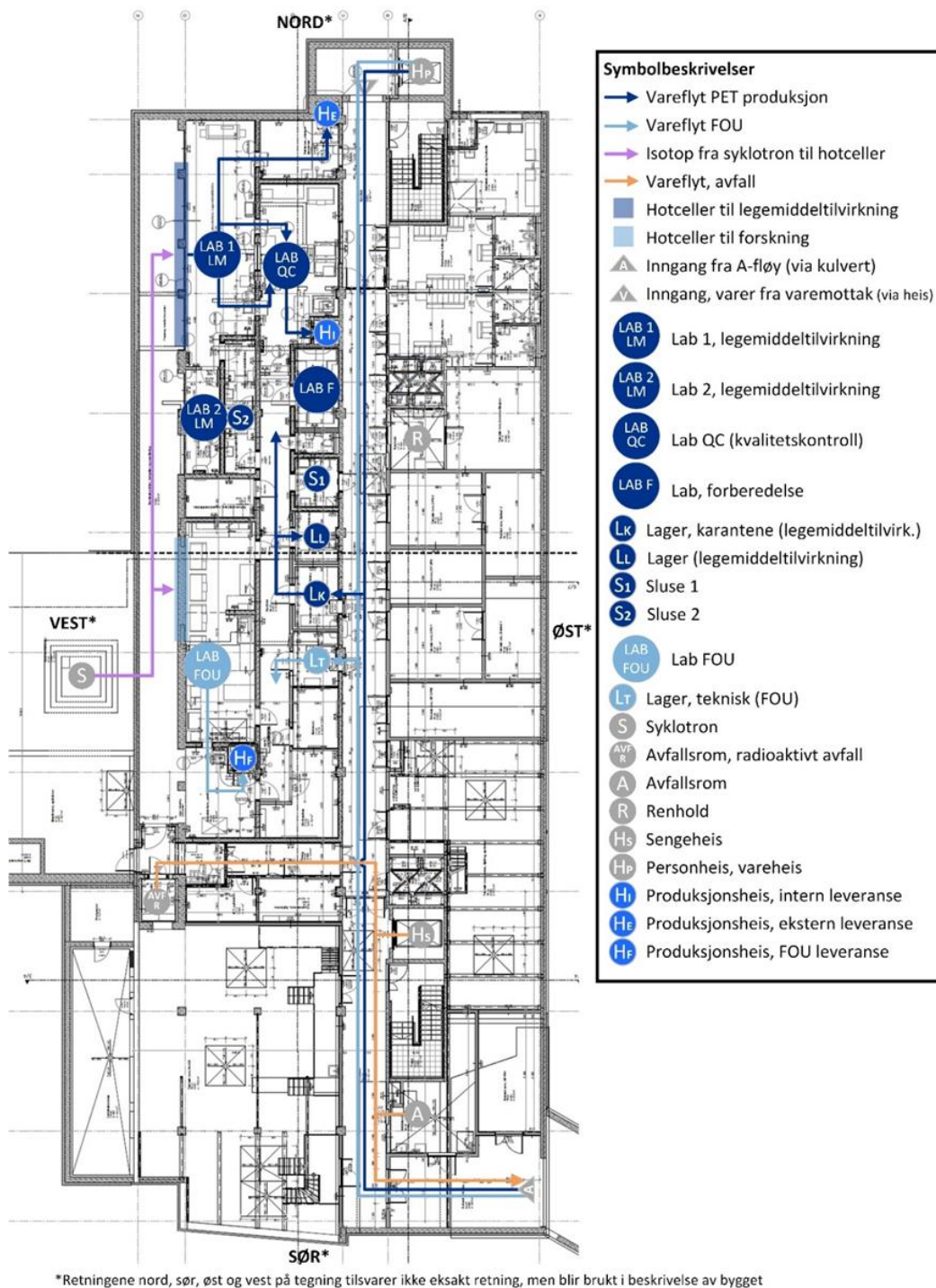
I de kapitlene der produksjon av radiofarmaka til klinisk bruk beskrives, vil dette gjelde når tilvirkningstillatelsen er gitt. Figur 9.4 viser vareflyt, inngangspartier og rom som er relatert til produksjon og oppbevaring av radioaktive legemidler i plan 5. I tillegg er

²⁹ E-post mottatt fra UNN 20.9.2021.

Kapittel 9 PET-senteret

områder for ansatte markert. Etter illustrasjonen, blir vareflyt og arbeidsprosesser beskrevet.

Som illustrasjonen nedenfor viser (Figur 9.4) blir isotopen som produseres transportert i tynne rørledninger via den tekniske korrideren i bakkant av plan 5 til stråleskjermede arbeidsbenker – hotceller. Her kobles isotopen til et bæremolekyl som til sammen utgjør det endelige legemiddelet.



Figur 9.4 Illustrasjon – produksjonslinje radiofarmaka og produksjonsområder ved PET-senteret plan 5, områder og areal (Kilde: LINK Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Ved produksjon av radiofarmaka til klinisk bruk, kobles isotopen til et bæremolekyl i laboratoriet for legemiddeltilvirkning, der det dispenseres sterilt til et hetteglass. Hver produksjon må gå gjennom en kvalitetskontroll før bruk, og dette blir utført i det tilstøtende rommet, laboratoriet merket LAB QC i Figur 9.4.

Etter kvalitetskontrollen skal det endelige produktet sendes til plan 6 via produksjonsheis 2 der pasientundersøkelsene foregår (Figur 9.4). Plan 5 er området for selve produksjonen av legemidler, mens de resterende rommene er støtteareal som lager, sluser, forberedelseslaboratorium og garderober.

Så langt er det kun produksjon av radioaktive sporstoffer til bruk i forskningsøyemed som utføres på plan 5. I forskningslaboratoriet vil isotopen kobles til et bæremolekyl og sendes til plan 7 via en produksjonsheis der forsøkene gjennomføres.

9.3.3 Vareflyt

Det er ikke et eget varemottak i bygget, slik at personalinngangen i nord benyttes til mottak av varer. De ansatte påpekte at denne inngangen ikke er godt egnet som varemottak. I tillegg sa ansatte ved apoteket at de benytter apotekets varemottak (apoteket er lokalisert i plan 6 i A-fløya).

Råvarer og forbruksmateriell som inngår i produksjon av legemidler, kommer inn via gjennomstikk-/sluseskapene i korridoren, ett for de råvarer som inngår i produksjon i henhold til GMP som er karantnelageret og ett til forskning (Figur 9.4).

De ansatte påpekte at årsaken til at det benyttes to ulike gjennomstikkskap, er at det er viktig å skille mellom legemidler som blir kvalitetssikret i tråd med GMP og de som skal inngå i forskning når det gjelder flyt. Det er viktig at disse ikke forveksles. Imidlertid er det de samme råvarene som benyttes i de to produksjonsløpene.

Kontrollen av råvarer med krav om GMP gjøres i karantnelageret. Dette for å være sikker på at råvarene er av riktig kvalitet og er rett dokumentert før man kan bruke de i en GMP-produksjon. Når råvarene er frigitt, settes de på lager for legemiddeltilvirkning (Figur 9.4). De ansatte bemerket at blodbanker har tilsvarene godkjenningsprosedyrer.

Videre forberedelse av ulike stamløsninger og det som trengs til produksjon eller kvalitetskontroll skjer i laboratoriet for forberedelser (Figur 9.4).

9.3.4 Kontaminering

Ved kontaminering av tøy håndteres dette stort sett lokalt, men det kan også håndteres i blyavfallsbøtter på laboratoriet. Det er også et lager for radioaktivt avfall i nærheten av inngangen til syklotronområdet, som er skjermet og kan håndtere tilsølt tøy. Ansatte mente at dette lagret kunne ha vært større.

Slusen ved laboratoriet for legemiddeltilvirkning fungerer som en strålebarriere når de ansatte skal forlate produksjonsområdet, da det i nærheten av slusen er plassert en skanner man står på som måler radioaktiviteten. Følgende ble sagt i fokusgruppeintervjuet:

Hvis vi ikke har oppdaget det før så oppdager vi det ihvertfall der.

Ved kontaminering utløses en alarm og det er da viktig å finne ut hvor denne er lokalisert. Ofte vil det være tilstrekkelig å kle av seg det kontaminerte tøyet, men ved behov er det en nøddusj i denne slusen. I tillegg til at det er to nøddusjer andre steder i arealene (Figur 9.3). De ansatte mente dette er tilstrekkelig.

9.3.5 Fordrøyningstank

Når det gjelder utslipp av kloakk fra pasienter gitt radioaktive legemidler, blir dette ført ned i en av de to fordrøyningstankene som ligger nedstøpt under bakken til plan 5 (i sør i Figur 9.4). De ansatte kommenterte at selv om det ikke var krav til å montere fordrøyningstank under planleggingen, ble byggeprosjektet pålagt dette. Opprinnelig skulle kun kloakk fra pasienttoalettene i plan 6 gå dit. Imidlertid ble det senere bestemt at resten av kloakken (i tillegg til dusjene i garderoben) både fra plan 5 og plan 6 også skulle transporteres dit. De ansatte mente at dette ikke er en god løsning, og har medført kapasitetsproblemer på den ene tanken siden den andre ikke er i funksjon. I utgangspunktet skulle kloakken ha vært lagret en uke før den slippes/pumpes ut på nettet, men på grunn av liten kapasitet slippes/pumpes kloakken ut både en og to ganger per dag grunnet full tank.

De ansatte påpekte at de hadde gitt uttrykk for at de ønsket å verne sørvestsiden av plan 5, ved å ikke ha våte konstruksjoner som transporterer vann og kloakk fra plan 6 i dette området, da det ved lekkasje fra et av toalettene vil renne kloakk ned til renromskonstruksjonen i plan 5. Det vil da være snakk om måneder og opptil et halvt år med rehabilitering av lokalene før man er klar igjen.

Det er gjort endel arbeid med å forbedre rørsystemet innvendig ved å kle kloakkrørene med rørfornystrømper for å redusere risikoen, og det sies at det ikke vil skje noen lekkasje. Så selv om sannsynligheten er liten, så er konsekvensen enorm. En av de ansatte kommenterte følgende:

Nei det kommer kanskje ikke til å skje, men hvis det skjer...

Fokusgruppedeltakerne sa at det hadde vært greit med fordrøyningstankene, hvis de kun hadde betjent de toalettene som var planlagt i utgangspunktet.

9.3.6 Øvrige rom og arealer

Tekniske rom

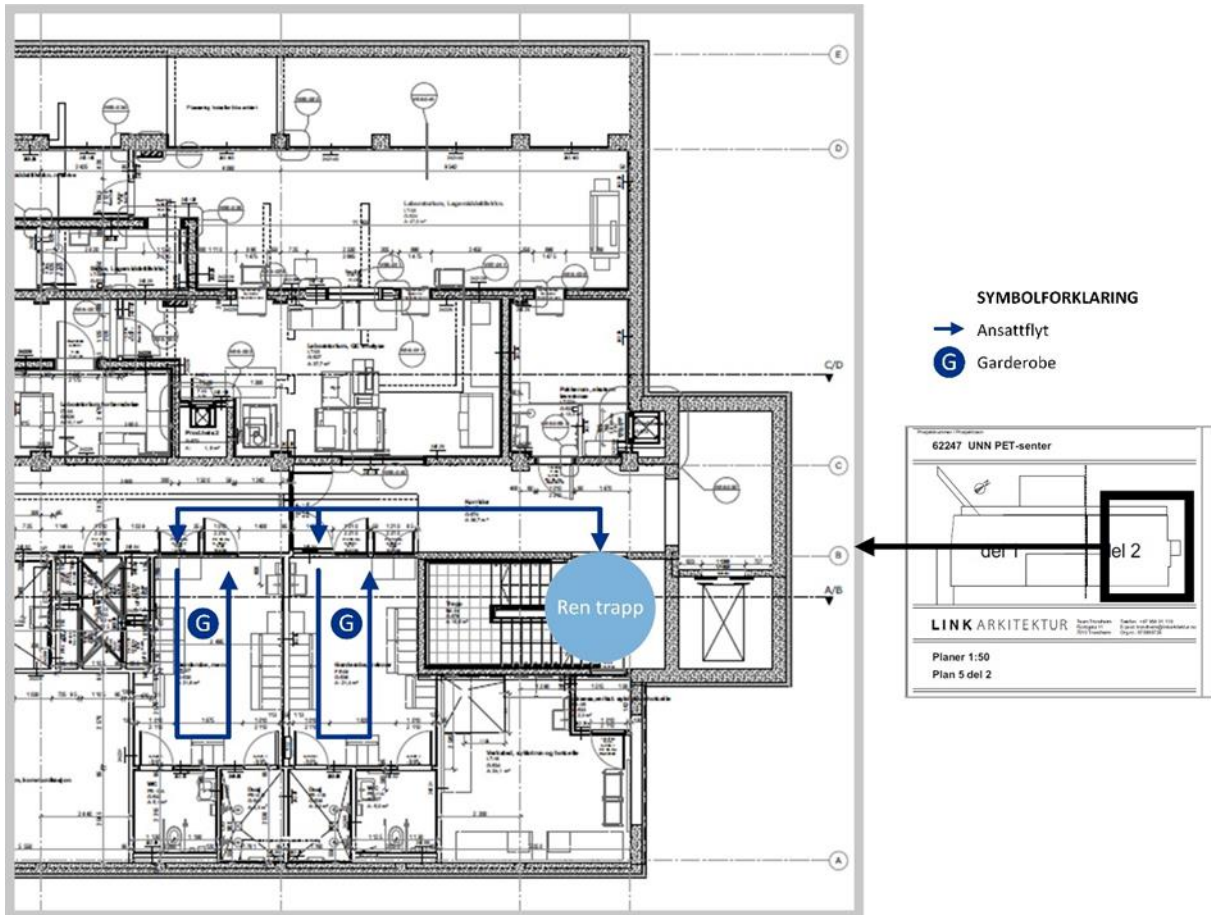
I teknisk-rom området er det mye areal til tekniske rom. Det største tekniske rommet er ventilasjonsrommet som er lokalisert sørvest i planet. Dette betjener både plan 5 og plan 6 med ventilasjon.

Kommunikasjonsrommet (Switchrom) er det tekniske hovedrommet for alt av nettverk i bygget, men det finnes flere mindre slike rom. Renholdspersonalet for alle etasjene i PET-senteret har base i plan 5.

Garderober

Garderoben i plan 5 er et sambruk mellom klinikken, forskning og apoteket som har tilhørighet til plan 5, 6 og 7. Det er én for kvinner og én for menn. De ansatte kommenterte at det er trange forhold i garderobene. Dette gjør at yttertøy henges på knagger og sko plasseres på gulvet da det er liten plass i garderobeskapene som er 20 centimeter bred. For å øke kapasiteten for garderobeløsningen er det i ettertid blitt plassert ut garderobeskap på plan 6 og 7.

Apotekpersonell skifter til laboratorietøy i garderoben i 5 etasje. Det er et krav om at garderobene da har en ren og uren sone. De ansatte påpekte at under planleggingen ble arealet på garderoben redusert, slik at hensynet til at de skulle ha en spesiell funksjon med behov for ulike soner ikke ble ivaretatt. Dette medførte at garderoben ble bygd om i ettertid, ved at den er delvis tilpasset som en hestekoløsning - en dør til rent tøy og en dør til urent tøy. For å få dette til måtte de blant annet ta i bruk dørene som var tiltenkt tøytrallene. Dette fungerer, men er ikke en optimal løsning (Figur 9.5).



Figur 9.5 Skisse over garderobeløsning i plan 5. (Kilde: Link Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

De apotekansatte som skal opp til plan 7, tar trappen ved garderobene, som er en ren trapp der man kun skal gå etter at man har skiftet fra yttertøy til rent tøy. Dette fordi de kommer direkte inn i en ren sone i plan 7.

De ansatte påpekte at det er viktig å planlegge store nok garderober i arealer som har laboratorievirksomhet og krav til renhet, slik at det enkelt kan skilles mellom ren og uren side for å unngå kontaminering av rent tøy.

Området som var planlagt som skriveplass benyttes nå i hovedsak som lager for oppbevaring av alt det de ikke har plass til andre steder, i tillegg til at det er en skriveplass for FoU. De ansatte bemerket at det er en mangel på kontor plasser i plan 5.

Aktivitetene i seg selv er kanskje ikke plasskrevende, men det er alt det som er rundt som lagerstørrelse, segregering, ulike krav til oppbevaring og sikkerhet, som gjør at man må være nøye med å planlegge disse områdene med nok areal. Hvis ikke blir det mye kreative løsninger som ikke fungerer optimalt. Kontorer er også noe som det blir for få av og er et tema som er viktig.

De ansatte kommenterte også at det mangler et vaskerom for utstyr i FoU-området. Dette gjør at de må ta med seg laboratorieutstyret til universitetets arealer for å vaske det der. Dette er tungvint, i tillegg til at man må være helt sikker på at det ikke er noe

Kapittel 9 PET-senteret

radioaktivitet igjen på utstyret. De forteller videre at de nå skal sette opp en vaskemaskin i plan 7, men at det hadde det vært mest hensiktsmessig å ha vaskemaskinen innenfor sikkerhetsbarrieren i plan 5.

I utgangspunktet skal ansatte basere seg på engangsutstyr, men i noen tilfeller må de benytte flergangsutstyr.

Oppbevaring og bruk av gass er fordelt på flere områder og har ulike krav til renhet;

- Medisinsk gass til bruk i pasientbehandling (luft)
- Gass til produksjon i henhold til GMP som må være validert for renhet
- Gass til bruk i forskning som har behov for store mengder, men har ikke like store krav til renhet
- Gass til bruk i prekliniske studier (forsøksdyr) i plan 7

I tillegg er det oppbevaring av gass i manøverrommet i plan 6 i forbindelse med et slukkeanlegg.

De ansatte kommenterer at siden man måtte tilrettelegge flere separate leveranseuttak, ble løsningen mer kostbar enn beregnet. I bakgården er det et bygg med reserveaggregat der gassen går via kulvert inn i forrommet, der det videre fordeles ut i bygget. Det opplyses om at det er i alt tre gasslagre, ett brennbart, ett ubrennbart og ett medisinsk gassrom.

9.3.7 Innemiljø

De ansatte påpekte også at det har vært mangelfull opplæring når det gjelder planer for evakuering, og det som har vært av opplæring har stort sett foregått via internettkurs. Dette gjelder også for teknisk personell. Noe av dette kan tilskrives pandemien.

På spørsmål om brannsikring, svarte fokusgruppedeltakerne at bygget i utgangspunktet var planlagt med ett brannpanel i hovedinngangen til plan 6 fordi dette var et krav. I ettertid har de sørget for å få montert slavepanel i de respektive områdene, flere i hver etasje, rett og slett for å kunne ivareta sikkerheten i området. De forklarte at det er viktig å unngå stans i pasientbehandling eller produksjon ved falske alarmer, som for eksempel vaffelsteking et annet sted i bygget, noe som vil medfører store konsekvenser.

Det ble videre fortalt at det har vært en del problemer med ventilasjon, noe som er helt sentralt for å kunne arbeide i lokalene. Fokusgruppedeltakerne uttrykte følgende:

Anleggene som leverer luft og de anleggene som overvåker, har vært ekstremt mye arbeid for å få det til å fungere sånn noenlunde.

Det er imidlertid håp om at de tekniske problemene etter hvert blir utbedret.

Videre var de ansatte noe delt i synet på mengden lys i laboratoriene, men det ble påpekt at det skal være gode lysforhold i disse lokalene og at dette fungerer godt. Ellers

Kapittel 9 PET-senteret

har det vært problemer med temperatur som har vært veldig varierende, samt at det har vært problemer med kondens enkelte steder og noen lekkasjer. En av fokusgruppedeltakerne sa:

Mye etterarbeid for å få alt til å fungere optimalt. Forferdelig mye arbeid.

Det ble fortalt at enkelte overflater måtte males mange ganger før kvaliteten ble tilfredsstillende (renrom). Det ble sagt at det er veldig viktig at noen personer er med i starten av prosessen, som kan legge premissene og blir enige om en viss kvalitet av slike lokaler, spesielt med tanke på GMP. Ansatte påpekte også at rekkefølgen av ting er viktig.

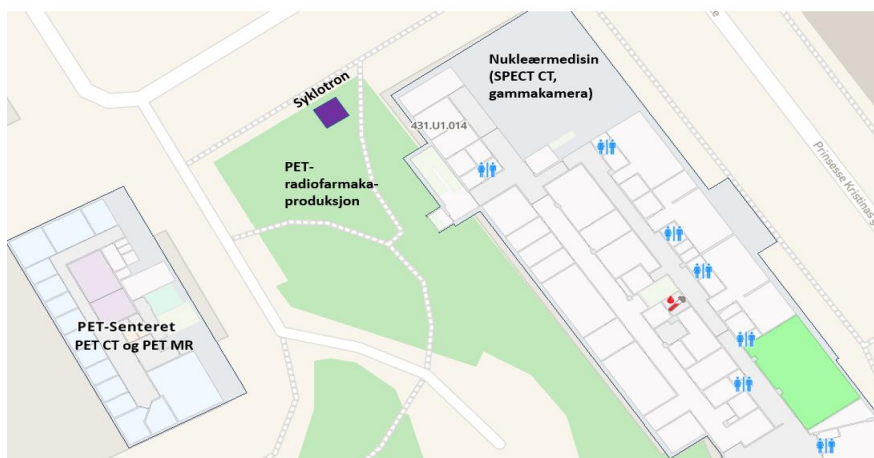
De ansatte anbefalte at det utføres en egen gjennomgang av det tekniske i bygget. Sykehusbygg HF gjør oppmerksom på at det planlegges en egen evaluering av teknikk for PET-senteret.

9.4 Sammenligning av PET-produksjon UNN og St. Olav

Ved St. Olav er arealene til PET-radiofarmakaproduksjon, Nukleærmedisin (SPECT CT) og PET CT/PET MR fordelt på flere bygg, men som ligger nært hverandre (Figur 9.6). Til sammenligning er denne aktivitet samlet i ett bygg, men på fordelt på to plan ved UNN, men de ulike modalitetene er samlet i samme plan.

Ansatte ved både St. Olav og UNN kommenterte at de stort sett var fornøyde med arealene, men presiserer at det er viktig at alle tekniske løsninger er testet tilstrekkelig, slik at de fungerer godt ved innflytting. Samtidig påpekte de at det er viktig å få forståelse for at denne type lokaler setter strenge krav til strålevern og renhet. Dette opplever de noen ganger ikke å bli hørt på.

De ansatte ved St. Olav opplevde at lokalene fungerer bra, men tenker det er mange fordeler ved å være samlokalisert. I illustrasjonen nedenfor gis en oversikt over plasseringen av de ulike byggene ved St. Olav (Figur 9.6).



Figur 9.6 Illustrasjonen - oversikt over de tre lokasjonene ved St. Olavs hospital HF. (Kilde: MazeMap St. Olavs hospital HF, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

9.4.1 PET-radiofarmakaproduksjon, St. Olavs hospital

I 2017 ble et nytt PET-senter tatt i bruk til forskning og pasientbehandling. Dette inkluderer både en syklotron og 7 Tesla MR. Inntil 2019 mottok St. Olav radiofarmaka fra Oslo. Etter en periode med prøvedrift årene 2018 og 2019, ble arealene til PET-radiofarmakaproduksjon ferdigstilt i 2019.

Radiofarmakaproduksjon

De ansatte ved UNN og St. Olav kommenterer at de har hatt et nært og godt samarbeid når det gjelder planlegging av areal for produksjon av radiofarmaka.

Initiativet til å utarbeide et *Basisprosjekt* (BP) for radiofarmakaproduksjon ble tatt av UNN i 2014. St. Olav benyttet dette som grunnlag og tilpasset BP til sitt prosjekt, hvorav to versjoner ble utarbeidet (2015 og 2017). Videre samarbeidet de om innkjøp av utstyr, der UNN var hovedansvarlig mens St. Olav hadde en opsjonsavtale. Imidlertid ble mye av innholdet i dette dokumentet satt til side i planlegging av arealet til radiofarmakaproduksjon ved UNN etter kontrahering med entreprenør, mens det i all hovedsak ble etterfulgt ved St. Olav ved kontraheringen.

De to universitetssykehusene hadde opprinnelig valgt ulike eiere av kvalitetssikringssystem, for å få tilvirkingstillatelse av radiofarmaka. Ved St. Olav er det de som er eiere og dermed er det (SLV) som har gitt tilvirkingstillatelsen. Ved UNN var det planlagt at Sykehusapoteket skulle eie kvalitetssystemet, slik at tilvirkingstillatelse ble organisert innenfor apotekerlovgivning. Imidlertid har Sykehusbygg HF i ettertid fått opplysninger om at fra 1. oktober 2021 blir UNN eier av kvalitetssikringssystemet og SLV vil være den som gir tillatelsen.

Som ved UNN, er området for radiofarmakaproduksjon et sambruk mellom klinikk og forskning (FoU). Både de ansatte ved St. Olav og UNN uttrykte at samarbeidet med FoU fungerer svært godt. De ansatte ved St. Olav skulle imidlertid ha ønsket at NTNU sine lokaler for 7 Tesla MR ble bygd samtidig med de øvrige lokalene, blant annet for å få etablert en heis i området.

Området til PET-radiofarmakaproduksjon ved St. Olav er vist i illustrasjonen nedenfor (Figur 9.8). Som illustrasjonen viser er det lokalisert under bakken mellom PET-senteret og Nukleærmedisin, og selve bygget har en annen utforming enn ved UNN.

De ansatte ved St. Olav kommer inn enten via hovedinngangen til PET-senteret (bygget til venstre i figuren ovenfor (Figur 9.6) og trappen ned til produksjonsområdet, eller via kulvert (til høyre) som vist i (Figur 9.8). Det er ikke er trafikk av andre til dette området, noe som har vist seg å være utfordrende ved UNN ved bruk av felles heis.

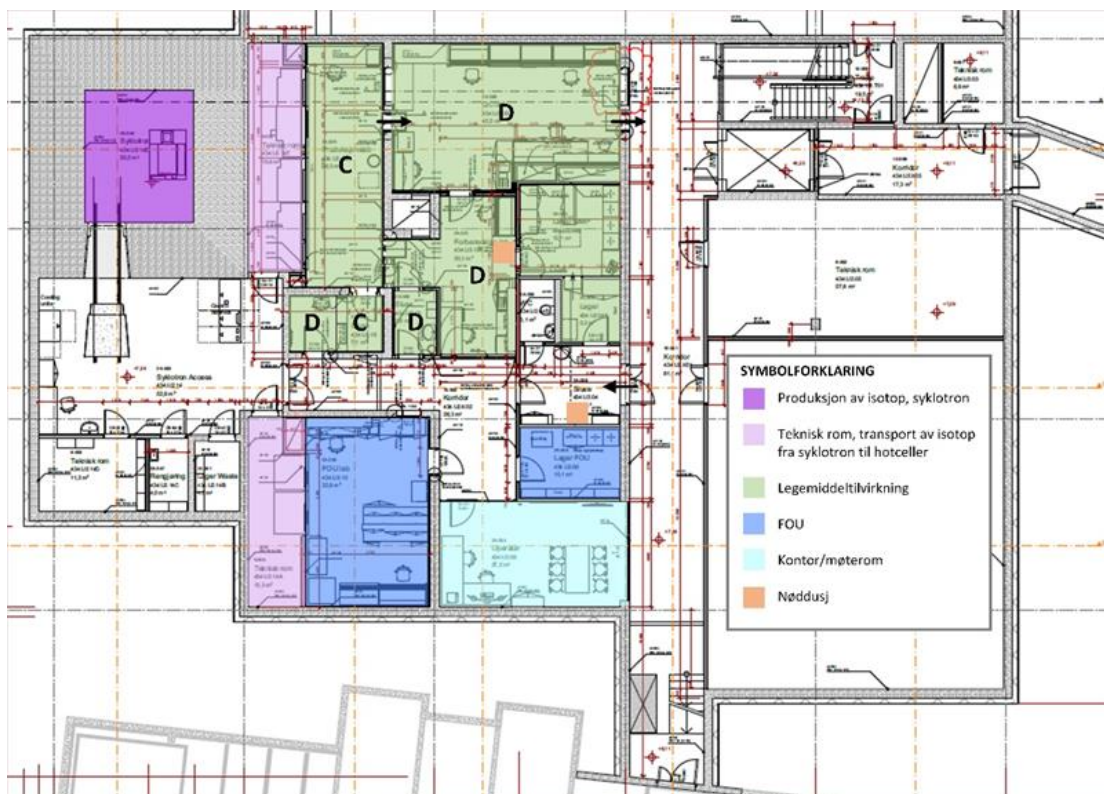
De ansatte ved St. Olav mente at det var god plass i området ved syklotronen, og de bemerket at den kanskje kunne ha vært bedre utnyttet (Figur 9.7).

Kapittel 9 PET-senteret



Figur 9.7 Syklotron ved St. Olavs hospital HF (Foto: Sykehusbygg HF).

Som ved UNN har forskningsaktiviteten og tilvirkning av legemidler i klinikk egne områder (Figur 9.8), og ved St. Olav er disse lokalisert på hver sin side av korridoren. Radiofarmaka som transporteres fra syklotronen via tynne rørledning er her plassert i gulvet under blyplater. Ved UNN ligger disse ledningen under betong med blyluker. Sistnevnte løsning kan gjøre det vanskeligere å komme til disse ved behov.



Figur 9.8 Oversiktstegning PET-produksjon, PET-senteret St Olavs hospital HF og NTNU (Kilde: Madsø Sveen arkitekter AS, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Kapittel 9 PET-senteret

De ansatte ved St. Olav mente at utformingen og størrelsen på produksjonslaboratoriet for legemiddeltilvirkning (ved teknisk rom) er tilstrekkelig, men kommenterte at det burde ha vært flere hotceller i laboratoriet. De har nå kun en til å dispensere, noe de har erfart er for lite. I tillegg er rommet vanskelig tilgjengelig for transport av større utstyr inn i rommet, som for eksempel dispenseringsutstyr. De hadde derfor ønsket en glassdør som kunne tas ut, slik de har ved Sykehusapoteket (St. Olav). Det var også planlagt en isolator til tilvirkning av legemidler i produksjonslaboratoriet, men denne ble tatt ut av prosjektet. Det vil være en utfordring å få denne inn i rommet nå i ettertid, selv om det er ønsket. De ansatte kommenterte at hadde de hatt den kunnskapen de har i dag, ville de ha hatt mer lokal skjerming der det er behov framfor tykke vegger overalt, noe som går utover arealet.

Når det gjelder laboratoriet for kvalitetsanalyse, kommenterte ansatte ved St. Olav at det er mye plass midt i rommet som ikke brukes, der de kunne ha fått satt inn ekstra benker. Årsaken til at rommet er utformet slik, er for å ha en åpen transportlinje av radiofarmaka fra produksjonslaboratoriet og ut til korridor for videre transport til områdene for pasientundersøkelsene. Imidlertid er det ikke så ofte uttransporteringer, slik at de vurderer å sette inn benker. Ved UNN er transportlinjen annerledes hvor produksjonsheis benyttes for å frakte legemiddelet til plan 6. Dette fungerer godt.

Erfaringene fra St. Olav viser at det også hadde vært mer hensiktsmessig å ha flere laboratoriebenker med punktavsug, istedenfor dekkskap med fast avtrekk på grunn av behovet for plass til mer utstyr på benken. Avtrekksskap med bly er også ønsket.

Ventilasjon og trykk er temaer som omtales av ansatte både ved UNN og St. Olav, noe som viser viktigheten av at de tekniske løsningene som regulerer disse fungerer ved innflytting. Ansatte ved St. Olav har erfart at trykkforskjeller mellom ren og uren sone fører til at støv og annet urent materiale trekkes inn i området ved slusen til den reneste sonen (C). Dette har i noen tilfeller ført til infeksjoner i prøver/løsninger. I tillegg har det vært utfordringer med temperaturregulering, slik at det er kjølig i noen områder og varmt i andre. Ved UNN kommenterte de at det på generell basis har vært problemer med trykk, ventilasjon og temperatur, og i oktober 2021 refererte de til 543 gjenstående reklamasjoner.

I tillegg er det viktig med alarmanlegg som fungerer. Ved St. Olav har de erfart at det ikke var godt nok planlagt for intern varsling ved gasslekkasje (hydrogengass). Det er detektorer i området, men alarmen går kun til driftsavdelingen som ligger et annet sted. Da tar det gjerne for lang tid til de i produksjon blir varslet. De informerte om at det i løpet av høsten 2021 blir etterbestilt en lokal måler av lekkasje.

Ved UNN har det som tidligere beskrevet, vært problemer med falske alarmer, noe som kan få store konsekvenser ved nedstegning av området. Det er blitt ettermontert slavepanel i hver etasje for å unngå dette.

Kapittel 9 PET-senteret

Begge steder mente at det er tilstrekkelig arbeidslys. Ved St. Olav var de ansatte godt fornøyd med vinduer mellom rommene, i tillegg til at de har interkomanlegg slik at de kan kommunisere uten å måtte skifte tøy. Dette fordi man ønsker minst mulig trafikk mellom ren-rommene.

Ved UNN hadde de ansatte erfart problemer med fordrøyningstankene. De ansatte ved St. Olav kommenterte at dette ikke var et tema i planleggingen av lokalene for PET-produksjon.

Når det gjelder lagerkapasitet, oppleves arealene for små. Dette medfører at det oppbevares varer andre steder i området, noe som ikke er gunstig.

Ved St. Olav medfører manglende lagerkapasitet at enkelte produkter må bestilles ofte, da leveringstiden kan være lang på enkelte varer. Dette gjør at enkelt innkjøp blir dyrere enn nødvendig, da det er rimeligere å bestille et større kvanta. Ved UNN benyttes planlagt skriveplass som lager grunnet mangel på lagerplass. Det er også viktig å ha tilstrekkelig med kjøle- og frysekapasitet til oppbevaring av prøver og andre løsninger som brukes i produksjonen. Ansatte mente også at det er viktig å ivareta de krav som stilles til sikker oppbevaring av kjemikalier som inngår i produksjon.

Det er viktig å ha et tilstrekkelig avfallsrom for lagring av radioaktivt avfall før det transporteres ut av området. Dette mente ansatte med fordel kunne ha vært større både ved UNN og St. Olav.

Ved St. Olav var de ansatte fornøyde med tilgang til garderober som var lokalisert flere steder og kunne bestilles. Ved UNN var garderobearealene små, samt at det var utfordrende med tanke på ren og uren sone. De hadde derfor satt ut skap i plan 6 og 7.

Når det gjelder kontorer og pauserom er disse lokalisert utenfor produksjonsområdet. Ved St. Olav er det en fast person som sørger for renhold, noe ansatte er veldig fornøyde med.

Ved UNN og St. Olav er det henholdsvis tre og to nøddusjer, som er fordelt i området og som de mener er tilstrekkelig. Det er imidlertid ikke sluk i gulvet i forbindelse med dusjene. Ansatte ved St. Olav kommenterte at en alternativ plassering av nøddusjen i slusen inn til selve området hadde vært på WC-rommet i slusen, og med sluk.

Ansatte fremhevet at det er viktig med tilstrekkelig antall rømningsveier og gode planer for opplæring i evakuering og andre driftsmessige funksjoner.

9.5 PET – Pasientbehandling

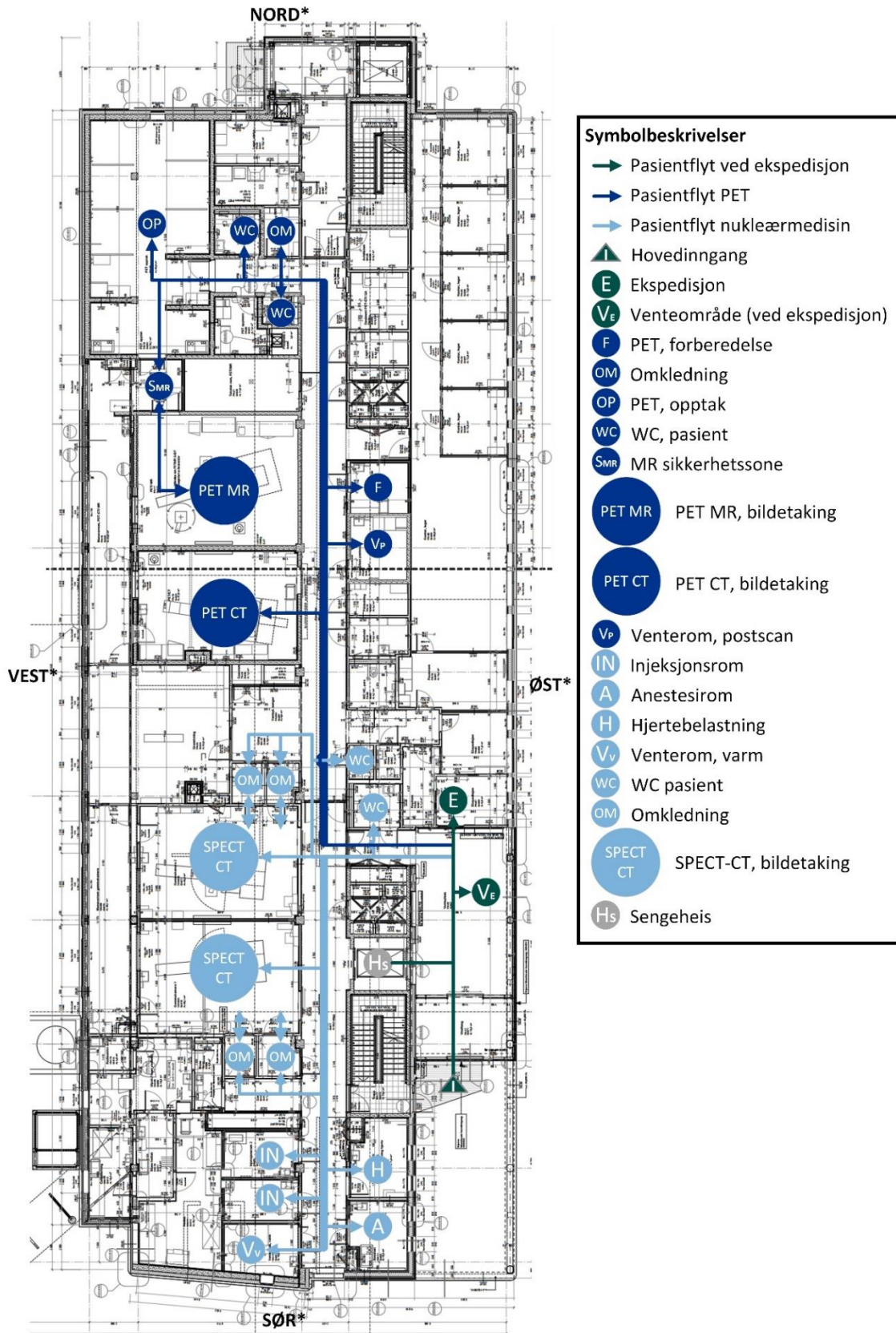
Pasientforløpet i PET-senteret i plan 6 presenteres ved hjelp av illustrasjon (Figur 9.9) og flytskjema (Figur 9.11). Illustrasjonen viser pasientflyt, inngangspartier og rom som er relatert til pasientforløpet for pasientene som skal til undersøkelse ved PET-senteret. I tillegg er områder for ansatte markert. I flytskjemaet forklares pasientforløp overordnet fra ankomst til avreise.

Som illustrasjonen viser, er hovedinngangen for pasientene til PET-senteret plassert på sørsiden av bygget med et eget venteområde for alle som skal til undersøkelse. Pasienter som kommer fra andre enheter på sykehuset enten i seng eller i rullestol ledsaget av portør, kommer til plan 6 i PET-senteret via heisen. Det er en egen venteplass for senger (eventuelt rullestol), i området der pasientundersøkelsene finner sted. De ansatte opplyste om at det er et fåtall av pasientene som kommer til undersøkelse i seng, da de anslår at 80 prosent av pasientene kommer seg dit på egen hånd.

I plan 6 er det i sørenden tilrettelagt for isotoper med lavere energi som benyttes i SPECT CT, mens man i nordenden av bygget har de tykke betongveggene som er beregnet for PET-radiofarmaka. Produksjonsheisen ved inngang i nord er for ekstern leveranse av produkter til klinisk bruk.

I området for pasientundersøkelsene ligger det to UB-rom med hver sin SPECT CT i sør, mens UB-rommene for henholdsvis PET-CT og PET-MR ligger nord i bygget (Figur 9.9).

Kapittel 9 PET-senteret



*Retningene nord, sør, øst og vest på tegning tilsvarer ikke eksakt retning, men blir brukt i beskrivelse av bygget

Figur 9.9 Illustrasjon - pasientforløp ved PET-senteret plan 6, områder og areal (områder for de ansatte)
(Kilde: LINK Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

9.5.1 Venteområde

Som illustrasjonen av pasientflyt viser, er inngangen til undersøkelsesområdet via vindfanget og til venterommet sør i bygget eller via heisen fra kulvert.

PET-senteret var utgangspunktet planlagt med kun tre etasjer (plan 5, 6 og 7), men i ettertid ble det bestemt at bygget skulle utvides med tre etasjer til kontorer for stabsenheten (plan 8, 9 og 10). Dette medfører at de som skal til kontorområdet også benytter denne inngangen for å bruke heisen, noe som fører til en del trafikk i venteområdet til pasientene. Ulike løsninger for å dele av området mellom heisen og venterommet har vært vurdert, men foreløpig er det satt opp planter for å få litt avgrensning (Figur 9.10).



Figur 9.10 Venteområdet for pasienter til nukleærmedisinsk undersøkelse. I bakgrunnen sees heisen. (Foto: Sykehusbygg HF)

De ansatte mente at det ikke er en god løsning at det er mange andre brukere av heisen, da det oppstår flere utfordringer. Blant annet ved transport av radioaktive pasienter som kommer i stol eller seng, og apotekets produksjon på plan 7 med transport av stoffer/kurer med høy hastegrad. Her snakker man om minutters holdbarhet der portøren kan risikere å måtte vente på heisen. De ansatte fortalte at det har vært en stor diskusjon rundt dette, og at løsningen så langt er at de har fått prioritet på denne heisen ved behov. Følgende kommentar ble uttrykt i fokusgruppeintervjuet:

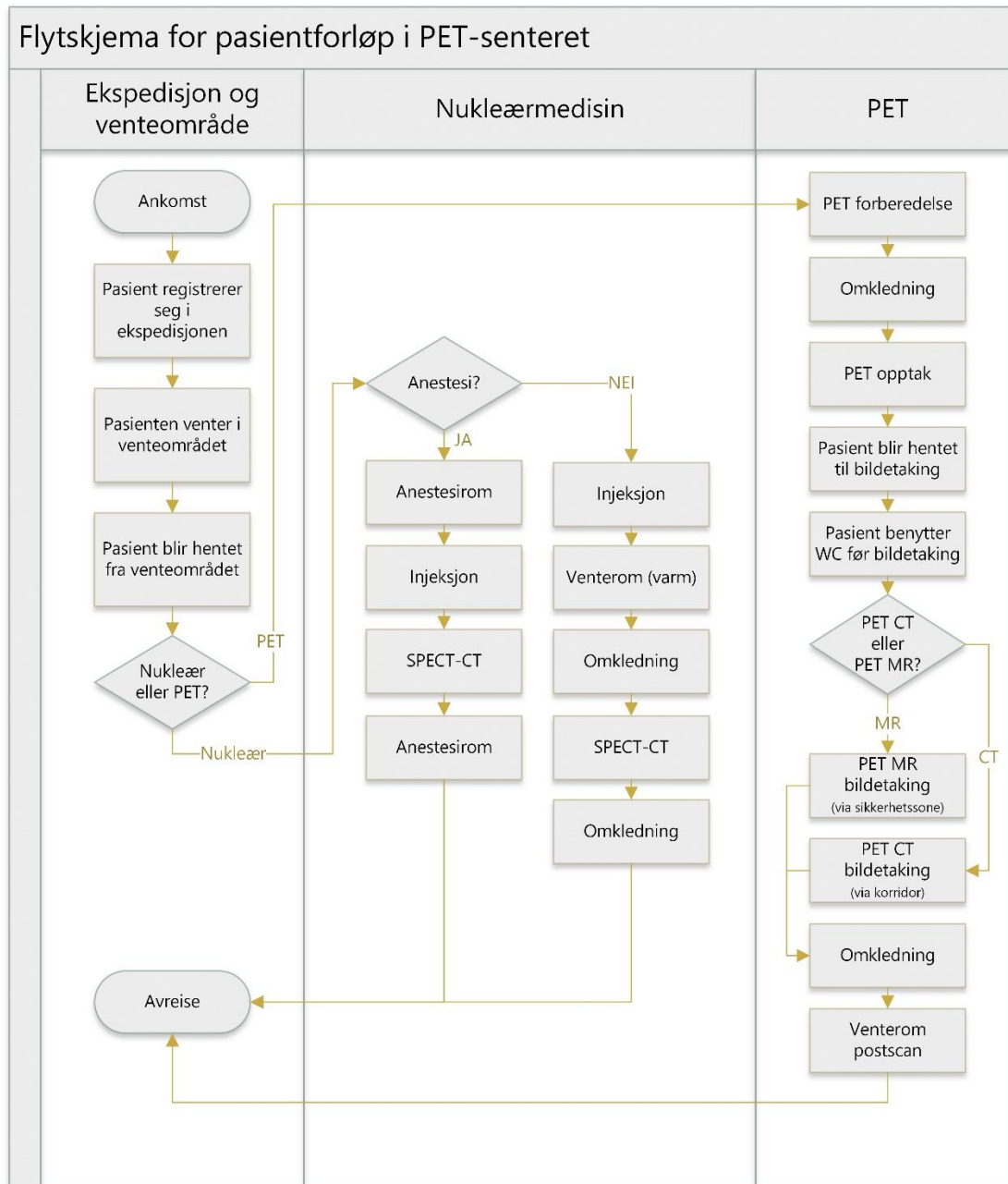
Det går i det store og hele bra, men det er noen utfordringer knyttet til dette.

Videre påpekte de at inngang i nord skulle brukes av de ansatte (Figur 9.9). Dette var avtalen når PET-senteret ble bygd. Denne inngang er adgangsstyrt, og heisen går til plan

Kapittel 9 PET-senteret

5, 6, 8, 9 og 10, da den er plombert i plan 7 grunnet skallsikring og krav til sikker oppbevaring av legemidler i apoteket som har sine lokaler der.

En informasjonsskjerm med oversikt over dagens aktivitet er plassert i hjørnet av venteområdet. Ved ankomst skal pasientene henvende seg i ekspedisjonen i venteområdet der de blir registrert. I tillegg er det ekspedisjon i bakkant der merkantilt ansatte setter opp timer og gjør annet dokumentasjonsarbeid. Pasienter som skal til undersøkelse, blir hentet i venteområdet. I Figur 9.11 gis en overordnet oversikt over pasientforløp fra ankomst til avreise.



Figur 9.11 Flytskjema – pasientforløp i PET senteret (Kilde: Sykehusbygg HF)

9.5.2 Undersøkelles-/behandlingsrom (UB-rom)

Ved PET-senteret UNN Tromsø er følgende modaliteter gjeldende;

- SPECT-CT, 2 UB-rom
- PET-CT
- PET-MR

Som beskrevet i kapitlet som omhandler plan 5, kjøper UNN radiofarmaka til bruk i SPECT CT, PET-MR og PET-CT fra Oslo og Finland. Dette i påvente av tilvirkningstillatelse til selv å produsere isotoper. Radiografer mottar og registrerer radiofarmaka ved personalinngangen nord i bygget, og pakker ut isotopene i avfallsrommet rett innenfor, før de transporteres vider til Hotlab eller PET optrekk.

Undersøkelse med SPECT CT

Pasienter som skal til undersøkelse i ett av de to UB-rommene med SPECT CT blir først vist til ett av de to injeksjonsrommene (Figur 9.9). I enkelte tilfeller må pasienten vente i opptil en time for at virkestoffet skal komme til målorganet, avhengig av hvilken undersøkelse de skal til. De blir da henvist til et rom ved siden av injeksjonsrommene, som er en «varm venteplass» med fasiliteter som sofa, stoler og bord slik at de har mulighet til å legge seg ned litt. I tilknytning til de to UB-rommene er det også omkleddningsrom for pasienter, men ansatte kommenterte at disse sjelden blir brukt. I samme område er det også oppstillingsplass for senger.

På motsatt side av injeksjonsrommene er det ett rom som kan benyttes i de tilfeller det må gis anestesi, eksempelvis til barn eller urolige pasienter. De ansatte fortalte at det er få pasienter som har fått anestesi før undersøkelsen, og anslår at det så langt gjelder et 10-talls pasienter. Ved behov tilkalles anestesipersonell via vakttelefonen.

Før pasienten blir vist videre til ett av de to UB-rommene, går pasienten innom toalettet som ligger på motsatt side av det andre UB-rommet med SPECT CT (Figur 9.9). For å komme dit må de gå bortover korridoren med noe trafikk. De ansatte mente at det burde vært et toalett i tilknytning til injeksjonsrommene i sør, og videre at det generelt sett har det vært en utfordring både å få tilstrekkelig antall toaletter og plasseringen av disse i arealene.

Pasientene blir så henvist til ett av de to UB-rommene med SPECT CT der undersøkelsen gjennomføres, med inngang enten fra korridoren eller via omkleddningsrommene. Når pasienten er ferdig med undersøkelsen går de ut tilbake der de kom inn via venterommet. Ansatte opplyste at pasienter som kommer med sengetransport, blir hentet av portør.

Hotlab

I tilknytning til UB-rommene til SPECT CT, er det en Hotlab for klargjøring av radiofarmaka. Deretter overføres dette til injeksjonsrommene via gjennomstikkskapene

Kapittel 9 PET-senteret

(Figur 9.9). Dette området følger strenge krav til håndtering av medisinsk strålebruk, og er godkjent av Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)³⁰.

De ansatte fortalte at de er fornøyde med arealene for Hotlab (Figur 9.9), men presiserte at det er viktig med god plass i et slikt laboratorieområde. For å komme inn til dette området må de gå gjennom to sluser. I første sluse inn til rommet for utpakking/lager for radioaktive stoffer skifter de til frakk, og i neste sluse skifter til hvit bekledning før de går inn til Hotlab-ene.

Ansatte må gå gjennom to sluser fordi laboratoriet er klassifisert som type C isotoplaboratorium. I dette ligger at man kan jobbe med en aktivitetsmengde som er inntil 10 ganger unntaksgrensen og gjelder for normalt kjemisk arbeid, som for eksempel uttak av stamløsninger, samt fortyninger og for isotoper med kort varighet³¹. I tillegg ligger det et rom vedsiden av som var planlagt for innmerking av intravenøs radiofarmaka (cellemerking)³². Det benyttes nå som Hotlab der man jobber med humane celler, samt at det er plassert en galliumgenerator i laboratoriet. Denne enheten benyttes til å ekstrahere isotopen ⁶⁸Ga fra nedbryting av ⁶⁸Ge. Sistnevnte har en halveringstid på 271 dager og benyttes derfor til produksjon av ⁶⁸Ga i sykehus. Dette er også klassifisert som type C-rom og har de samme krav som vanlig Hotlab med hensyn til renhet, sluse og trykkraft³³. Vegg i vegg og med gjennomstikkskap, er det et rom for oppbevaring av blodprodukter.

Undersøkelse med PET-CT og PET MR

Pasienter som skal til PET-CT eller PET-MR går til høyre nedover korridoren til forberedelsesrommet der de blir veid og målt, samt får lagt inn en veneflon. Deretter går de til omkleddingsrommet med toalett i nærheten, før de går inn på opptaksrommet for injeksjon før undersøkelsen (Figur 9.9). I opptaksrommet er det båser med seks senger, men ansatte fortalte at det er mulighet for å sette inne en ekstra seng. Etter at pasientene har fått sin radioaktive injeksjon, må de oppholde seg i opptaksrommet i omtrent én time før selve undersøkelsen. For å skjerme disse stråleavgivende pasientene må injeksjonsrom bygges med skjerming.

Pasienter som skal til PET-MR går gjennom en lukket MR-sluse før de kommer til selve UB-rommet. Slusen sørger for å hindre primærstråling og lekkasjestråling fra anlegget

³⁰ <https://dsa.no/>

³¹ <https://dsa.no/straling-i-industri-og-forskning/bruk-av-apne-radioaktive-kilder-i-eller-utenfor-laboratorium>

³² Forslag til Hovedprogram utstyr (HPU). Prosjekt UNN PET-senter, 2013. Norconsult.

³³ <https://sykehusbygg.no/Documents/Kunnskapsdatabasen%20Sykehusplanlegging/Konseptprogram/20201221%20Konseptprogram%20bildediagnostikk%20versjon%201.0.pdf>

og sekundærstråling fra pasienten, i å komme ut av røntgenrommet³⁴. Pasienter som skal til PET-CT, går fra opptaksrommet ut i korridoren og inn til UB-rommet.

Etter undersøkelsen går pasienten til påkledningsrommet eller til et venterom (*postscan*) (Figur 9.9), der det er tilrettelagt en kjøkkenkrok, før de går de ut tilbake der de kom inn via venterommet. De som kommer med sengetransport, blir hentet av portør.

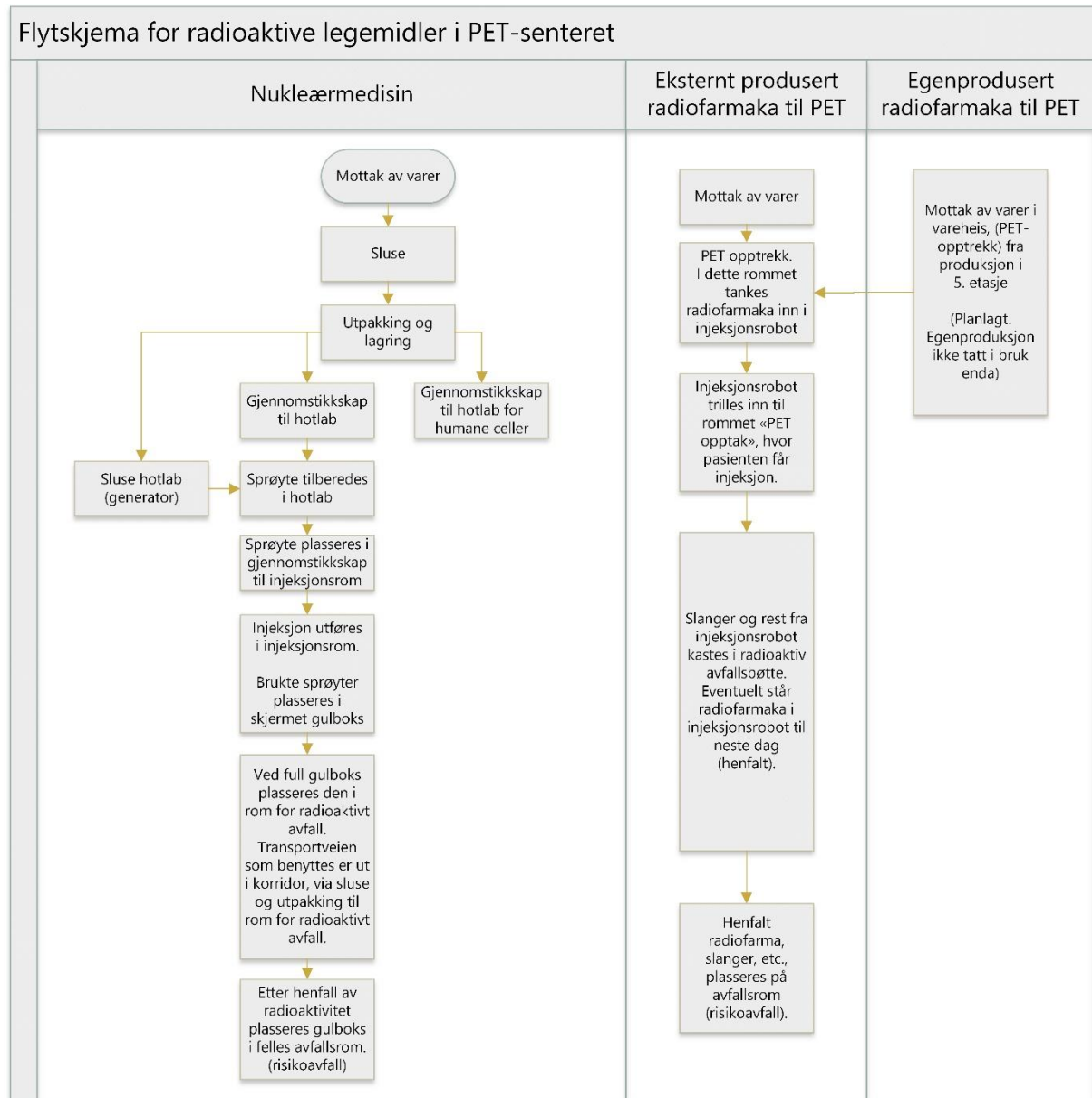
PET opptrekk

Det radioaktive legemiddelet som skal injiseres i pasientene som er til undersøkelse ved PET CT eller PET MR, blir overført til en Posijet-injektor som injiserer legemiddelet med en dose som er beregnet ut fra høyde og vekt. De ansatte fortalte at når UNN selv kan produsere isotop, blir denne transportert opp via produksjonsheisen fra plan 5 (Figur 9.9).

9.5.3 Vareflyt og arbeidsområder

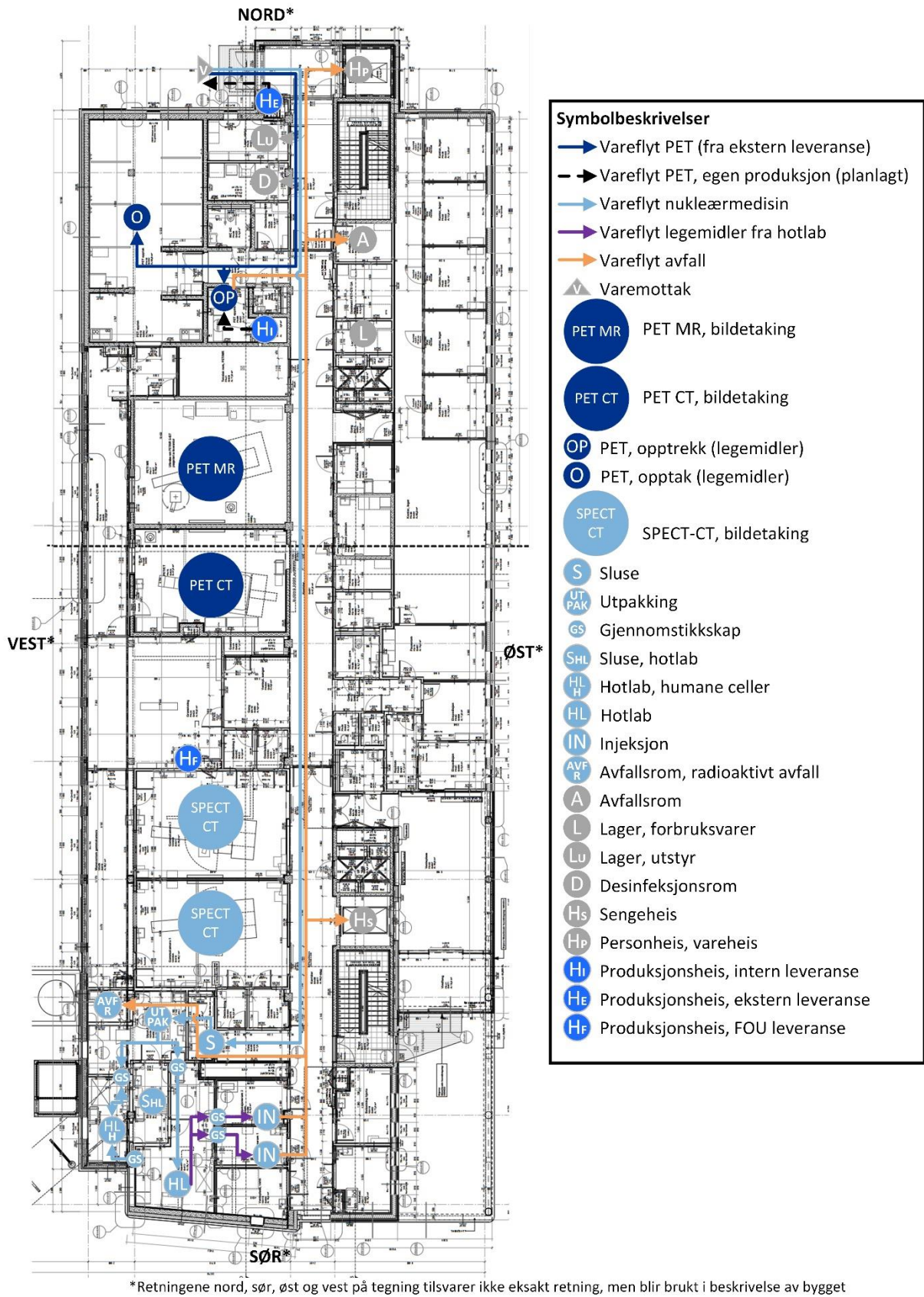
Vareflyt av radioaktive legemidler i PET-senteret i plan 6 presenteres ved hjelp av et flytskjema (Figur 9.12) og en illustrasjoner (Figur 9.13). I flytskjema forklares vareflyten av radioaktive legemidler overordnet fra mottak til uttransport. I tillegg presenteres en illustrasjon (Figur 9.14) som viser arbeidsområder (støtterom), som er relatert til forberedelser av legemidlene for bruk i pasienter. I Figur 9.14 er enkelte områder for ansatte markert.

³⁴ https://dsa.no/publikasjoner/veileder-5-veileder-om-medisinsk-bruk-av-rontgen-og-mr-apparatur/Veileder_5_R%C3%B8ntgen-MR_2017.pdf



Figur 9.12 Flytskjema – radioaktive legemidler i plan 6 PET-senteret (Kilde: Sykehusbygg HF)

Kapittel 9 PET-senteret



Figur 9.13 Illustrasjon – vareflyt radioaktive legemidler i plan 6 PET-senteret (Kilde: LINK Arkitekter, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

9.5.4 Øvrige rom og arealer

Belastningsrom

Ansatte sa at belastningsrommet som ligger i korridoren med injeksjonsrommene, så langt ikke har blitt benyttet til undersøkelse av hjerte under belastning (Figur 9.9). Det foreligger imidlertid planer for eventuelt oppstart av slike undersøkelser.

Manøverrom

Manøverrommet er plassert i bakkant av UB-rommene, med dører inn til områdene som overvåker henholdsvis SPECT CT, PET-MR og PET-CT. De ansatte uttrykte at de er veldig fornøyde med at manøverrommet går på tvers av NM og PET (Figur 9.14). Det ble opplyst om at det er tilrettelagt en ekstra arbeidsplass i manøverrommet ved PET-MR.

Granskningsrommet

Granskningsrommet for legene er plassert mellom UB-rommet til den ene SPECT CT og PET-CT (Figur 9.14). Denne lokaliseringen ble planlagt for at blant annet radiografer og bioingeniører skulle ha lett tilgang til legene i forbindelse med undersøkelsene.

Imidlertid har de som sitter på granskningsrommet, erfart at det er en del gjennomgangstrafikk av de som skal til manøverrommet. Dette virker forstyrrende da granskning, tolkning og beskrivelse av radiologiske og nukleærmedisinske bilder er konsentrasjonskrevende arbeid. De ansatte trodde at det er mulig å tilrettelegge for at granskningspalsene avskjermes i noe, ved for eksempel å lage noen «båser» i arealet.

Fra opptaksrommet er det også mulig for de ansatte å komme inn i manøverrommet via en sluse ved PET-MR istedenfor å gå gjennom granskningsrommet. Ansatte mente at dette ikke er helt hensiktsmessig siden det ligger pasienter her (Figur 9.14).

Granskningsarbeidet utføres derfor i hovedsak i kontorlandskapet som ligger på den andre siden av korridoren. I bakkant av ekspedisjonen for pasientregistrering, ligger det en ekspedisjon for blant annet oppsett av timebestillinger. Den stiplede linjen i mørkeblått angir planlagt arbeidsflyt fra manøverrom via granskningsrom til oppsett av nye timer (Figur 9.14).

Produksjonsheisen i granskningsrommet går fra plan 5 til plan 7, ikke plan 6. Det er produkter som skal benyttes i forskingssammenheng og går til prekliniske arealet på plan 7.

På andre siden av UB-rommet PET-CT disponerer renholdspersonell et lager til forbruksvarer. Videre mot nord i korridoren er det på høyre hånd et dosimetrirom der fysikere beregner hvor stor dose av radioaktivitet pasientene kan få basert på bilder tatt tidligere (Figur 9.14).

Kontorer

I tillegg til at fire kontorplasser benyttes til granskningsarbeid, brukes fire kontorplasser av fysikere. I de fem kontorene som ligger ved siden av kontorlandskapet, benyttes de to nærmeste av administrativt personell (to + to), mens de tre øvrige kontorene benyttes av leger (to + to + tre).

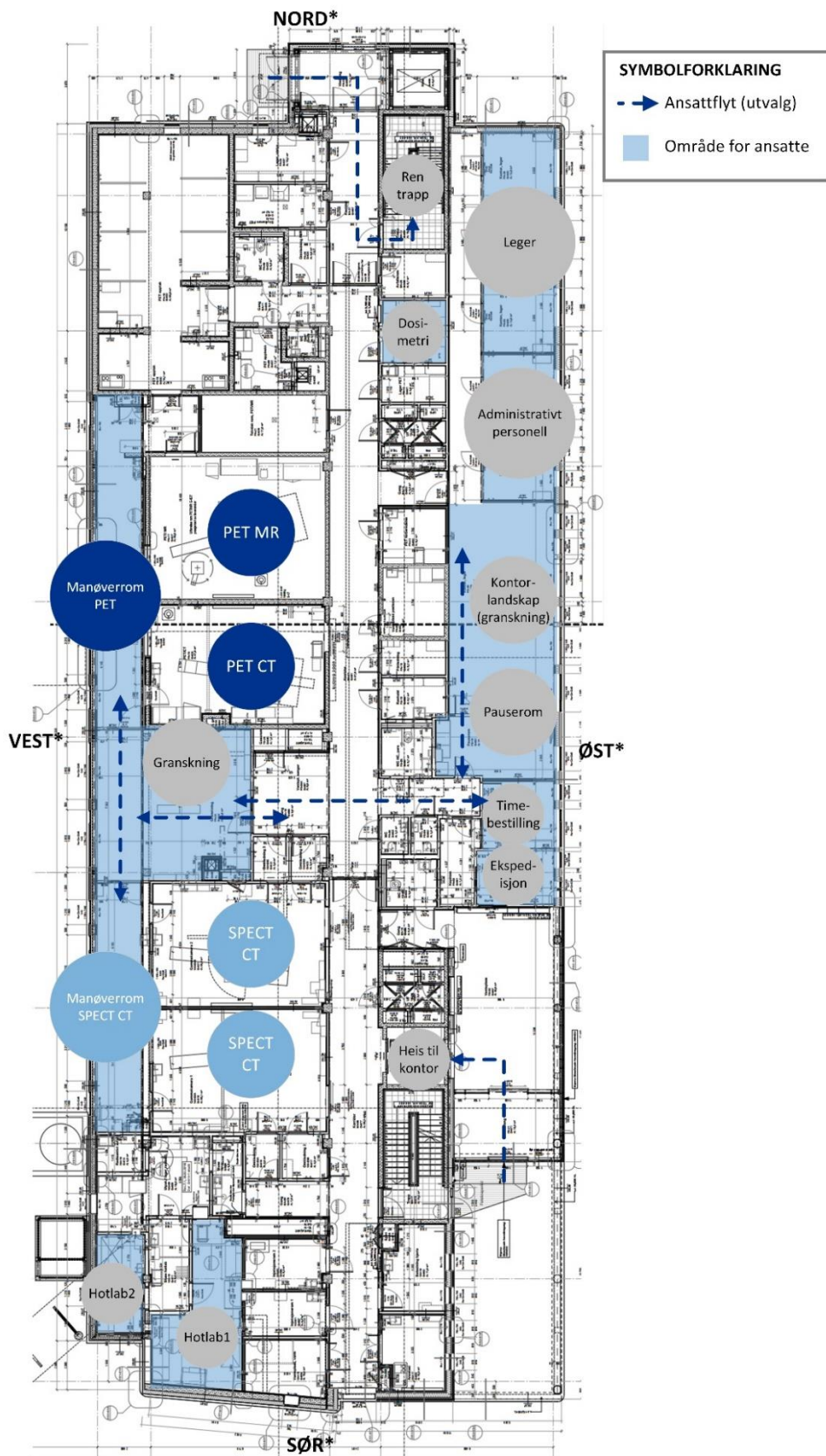
Kapittel 9 PET-senteret

Garderober

Alle som har garderober i plan 5 kommer inne via personalinngangen i nord med heis. Alternativt kommer de inn via kulvert eller hovedinngangen og går ned til plan 5. De ansatte mente at det er viktig at de som kommer inn via personalinngangen i nord, benytter heisen, da trappen i dette området er en ren trapp mellom plan 5 og 7. Dette fordi den er forbeholdt personell som har kledd seg om til innesko og inneklær, da de som jobber på apoteket i plan 7 kommer rett inn i renromsarealer.

De ansatte uttrykte at de er godt fornøyde med at lokalene til de ulike modalitetene er samlet i samme etasje, og at logistikken fungerer veldig bra. De sa også at de stort sett er fornøyde med rommene de har, men ønsket en WC ved UB-rommene til SPECT CT, bedre skjermet venteområde i tillegg til et bedre tilpasset granskningsrom slik at det kan benyttes som planlagt.

Kapittel 9 PET-senteret



*Retningene nord, sør, øst og vest på tegning tilsvarer ikke eksakt retning, men blir brukt i beskrivelse av bygget

Figur 9.14 Illustrasjon -arbeidsområder for ansatte i plan 6, PET-senteret

Også i plan 6 er det viktig at arealet er tilstrekkelig slik at kravene til renhet er oppfylt. Ansatte kommenterte at støtterom i tilknytning til UB-rom, som for eksempel Hotlab, ofte ikke blir tilstrekkelig ivare tatt med hensyn til størrelse. Under planlegging opplevde de ansatte at dette temaet ofte var oppe til diskusjon og at de måtte argumentere hardt for å bli hørt.

9.6 Sammenligning av PET-pasientbehandling UNN og St. Olav

Ved PET-senteret ST. Olav er følgende modaliteter gjeldende;

- SPECT-CT, 2 UB-rom
- Gammakamera (1-hodet)
- PET-CT
- PET-MR

9.6.1 Nukleærmedisin (SPECT CT, Gammakamera)

I dette området er det kun UB-rom og støtterom tilknyttet SPECT CT og gammakamera i tillegg til enkelte andre undersøkelser og terapi (Figur 9.15).

Venteområde

Som illustrasjonen nedenfor viser, er inngangen til undersøkelsesområdet i St. Olav i den ene enden av korridoren, med en ekspedisjon til venstre og et venteareal til høyre. Det ble fortalt at det ikke er annen trafikk i dette området enn de pasientene som skal til undersøkelse. Dette gjør at pasientene sitter mer skjermet her sammenlignet med det som er tilfellet ved UNN, der ventearealet er plassert ved heisen. Det er også et venteområde for pasienter som kommer i seng ved ekspedisjonen. Mottak av radiofarmaka fra PET-produksjon er også ved ekspedisjonen.

Undersøkelsesområde

Pasienter som skal til undersøkelse, blir videre henvist til injeksjonsrommet (Figur 9.15).

I noen tilfeller blir pasient gitt injeksjon i UB-rommet. De ansatte ved St. Olav kommenterte at det kunne ha vært fint med to injeksjonsrom slik de har ved UNN, da det ville ha gitt litt mere fleksibilitet med tanke på pasientundersøkelser.

I tilfeller der pasienten må gis anestesi, blir dette gitt på UB-rommet da de ikke har eget rom for anestesi som ved UNN. De ansatte ved St. Olav mente at dette fungerer greit. Det kommenteres også at de ikke har eget «varmt rom» eller omkleddingsrom for pasientene, slik at de skifter eventuelt før undersøkelsen på UB-rommet. De sa at det antakelig kunne ha gitt mer effektiv drift hvis pasientene hadde skiftet før vedkommende kom til UB-rommet. I området er det ett pasienttoalett som ligger nært til injeksjonsrommet, noe de erfarer er tilstrekkelige. Til sammenligning må pasienter til SPECT CT-undersøkelse ved UNN krysse en korridor for å bruke toalettet før undersøkelsen, noe de ansatte mente er uhenksom.

Kapittel 9 PET-senteret

I illustrasjonen nedenfor er det vist til et UB-rom som opprinnelig var planlagt som belastningsrom for hjerteundersøkelser, men tilsvarende som ved UNN benyttes ikke dette rommet som planlagt foreløpig. Ved St. Olav benyttes dette rommet til blant annet lutatheraterapi.

De ansatte ved St. Olav kommenterte at området til Hotlab 1 fungerer bra, men at det hadde vært en fordel å ha en egen sløyfe for varer inn til dette laboratoriet. Dette kunne man ha løst ved å ha et gjennomstikkskap. De fortalte at dette er noe de har anbefalt ved andre sykehus. Ved UNN er det ett gjennomstikkskap fra utpakkingsområdet til Hotlab, noe som fungerer godt.

Kapittel 9 PET-senteret



Figur 9.15 Illustrasjon – SPECT CT ved St. Olavs hospital, områder og arealer (Kilde: Madsø Sveen arkitekter AS; tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Kapittel 9 PET-senteret

Ansatte ved St. Olav uttrykte at de er godt fornøyde med felles manøverrom som er plassert mellom de to UB-rommene til SPECT CT (Figur 9.15). Det at granskningsrommet er lokalisert ved korridoren mot PET-senteret/PET-opptrekk oppleves ikke som noen ulempe, da legene kommuniserer godt via Skype. Plasseringen av de to rommene gjør at de ikke erfarer mye forstyrrelser ved granskning som ved UNN.

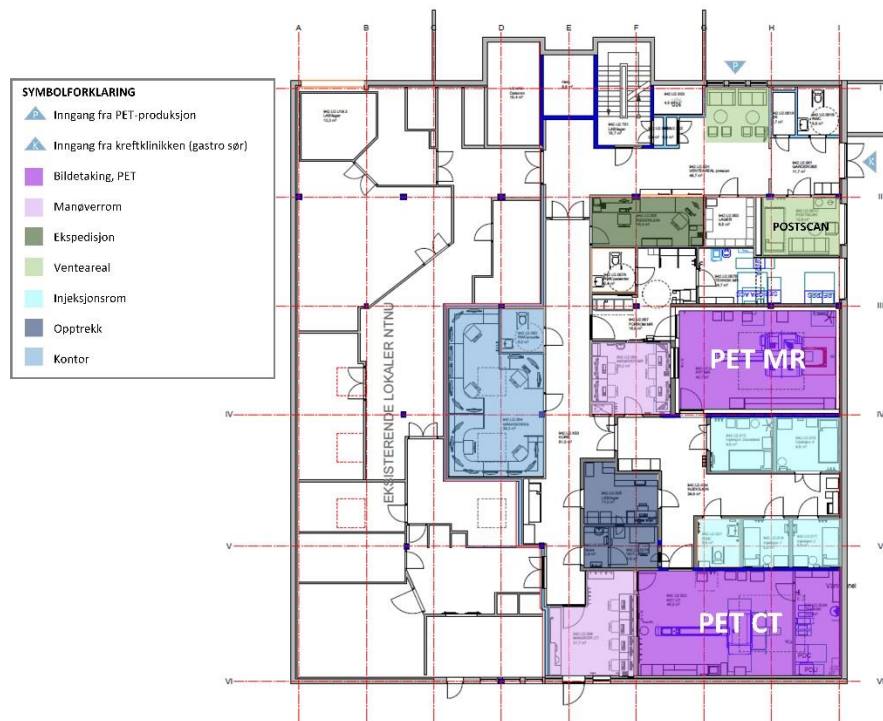
9.6.2 PET CT og PET MR

PET CT og PET MR

I dette området er det kun UB-rom og støtterom tilknyttet undersøkelser med PET CT og PET MR (Figur 9.16).

Venteområde

Som illustrasjonen av St. Olav nedenfor viser, er inngangen til undersøkelsesområdet øverst i området med heis eller trapp, eller via kulvert fra kreftklinikken til høyre i området. I samme område er det en ekspedisjon, og ett venteareal for de pasienter som skal til undersøkelse her og er skjermet for annen trafikk. De ansatte kommenterte at det ble mindre plass i ventearealet, da det er en dør i bakkant for mottak av radiofarmaka fra PET-produksjon. I tillegg er det ikke tilgang til dagslys i dette området.



Figur 9.16 Illustrasjon –PET MR og PET CT ved St. Olavs hospital, områder og arealer (Kilde: Madsø Sveen arkitekter AS; tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

Kapittel 9 PET-senteret

Som ved UNN har St. Olav et eget venteområde (*postscan*) for de som venter på avreise. Dette rommet har sengeplass og dagslys og fungerer fint.

De fleste pasienter kommer gående, men for de som kommer i seng, er det sengeplass i korridoren der UB-rommene er.

Pasienter som skal til PET-MR blir først vist inn i et forrom med omkleddningsmuligheter og toalett. De ansatte kommenterte at det ikke er plass til seng i dette rommet, noe de mener det burde ha vært. Videre går pasienten til ett av de fire injeksjonsrommene i området. Pasientene blir etter injeksjon av radiofarmaka hentet av personalet. Etter undersøkelsen går pasientene til forrommet og kan vente på transport videre i postscan-rommet.

De pasientene som skal til PET CT, blir henvist direkte til et injeksjonsrom, før de blir hentet av personell for undersøkelse ved PET CT. Etter endt undersøkelse kan pasienten velge å vente i postscan-rommet.

Ved St. Olav gjennomføres injeksjoner av radiofarmaka i det samme området for PET CT og PET MR. To av de fire injeksjonsrommene har mulighet for anestesi, og har større areal enn de to øvrige injeksjonsrommene. De ansatte ved St. Olav fortalte at det hender de må dele av de største injeksjonsrommene med skjerm Brett slik at det kan benyttes av to pasienter samtidig. Dette mente de er uheldig, og påpekte at det er behov for flere injeksjonsrom. De opplyste samtidig om at pasientene kan vente i opptil 2 timer før de skal inn til undersøkelse.

Til sammenligning er det ved PET MR, et eget område med plass til syv senger for injeksjon, men ofte benyttes seks senger. Videre hadde PET CT to injeksjonsrom, ett rom for anestesi og ett «varmt» rom. Disse løsningene var de ansatte ved UNN godt fornøyde med.

Opptrekk av radiofarmaka skjer manuelt i Hotlab og overføres i gjennomstikkskap til rommet ved siden av for å bli lastet inn i roboten. Gjennomstikkskapet har ikke vindu, noe de ansatte hadde ønsket. I Hotlab er det også plassert en galliumsgenerator. De har erfart at dette rommet er for lite, samt at de hadde ønsket seg en dosekalibrator i området ved injeksjonsrommene.

Som tidligere beskrevet for UNN, utføres opptrekk av radiofarmaka og overføring til en Prosijet-injektor i samme rom før den transport til opptaksrommet til pasientene. De ansatte her uttrykte at dette fungerer godt.

Til forskjell fra UNN hvor det er ett felles manøverrom med vindu i bakkant, er det ved St. Olav to manøverrom i dette området, ett tilknyttet PET CT og ett til PET MR (Figur 9.16). Det ble fortalt at tilgang til dagslys på manøverrommet til PET MR er etterspurt av de ansatte.

Granskningsrommet er felles for begge modalitetene og er plassert på motsatt side av manøverrommene. Dette rommet har fem arbeidsplasser. Imidlertid fortalte de ansatte at dette sjelden er i bruk til granskning, da leger og fysikere isteden benyttet granskningsarealene i bygget for nukleærmedisin (Figur 9.16).

9.6.3 Øvrige rom og områder

Det ansatte sa at det er viktig med tilstrekkelig antall kontorplasser. Ansatte ved St. Olav kommenterte at de i planleggingsprosessen måtte argumentere mye for å få tilstrekkelig med kontorarealer i de nye lokalene til Nukleærmedisin. Imidlertid ble det påpekt at antall ansatte har økt siden innflytting, slik at det nå mangler kontorplasser. Ved UNN kommenterte de ansatte at det må planlegges for kontorplasser, da det ofte blir for få. Dette gjelder også møteromsfasiliteter.

Mangel på lagerplasser er også noe som kommenteres. Dette gjør at mye lagres i korridorer eller andre rom tas i bruk. Ved UNN hadde man blant annet tatt i bruk deler av en skriveplass til lagring av utstyr. I tillegg vil det være behov for annen typer utstyr ved etablering av nye laboratorie-, undersøkelse- og behandlingsmetoder.

Noen rom har også endret bruk etter innflytting. Ved UNN benyttes en Hotlab til å jobbe med biologisk materiale (humane celler), denne var planlagt for cellemerking. Ved St. Olav måtte de bygge om Hotlab 2 for å kunne jobbe med humane celler og blodprodukter. Dette medførte at de måtte bygge om et av de større toalettene til laboratorium for galliumgeneratoren (Figur 9.16).

Manglende dagslys i pasientundersøkelsesområdene ble bemerket av de ansatte ved St. Olav. Disse er plassert i underetasjer. Ved UNN er disse områdene i plan 6 på bakkeplan, slik at det er tilgang til dagslys.

Varemottak er også et viktig tema. Ved PET-senteret UNN benyttes personalinngangen til dette da bygget ikke har eget varemottak, samt at apotekets varemottak benyttes av ansatte ved Sykehusapoteket (produksjon). Ved St. Olav har de varemottak i de forskjellige lokasjonene.

Ved UNN har de tilgang til pauserom ved kontorlandskapet (Figur 9.14). Bortsett fra et lite te-kjøkken på manøverrommet til PET CT, har ikke ansatte ved St. Olav pauserom, noe de ønsker.

9.7 Hovedfunn

I dette kapittelet oppsummeres hovedfunn fra evalueringen av PET-senteret inkludert vurdering av måloppnåelse.

Det ble lagt til grunn (DFP 01.11.2011) at etablering av PET-senteret skulle sikre et langsiktig og godt tilbud til kreftpasienter i Helse Nord RHF, gjennom økt

Kapittel 9 PET-senteret

kreftdiagnostikk og behandling. I tillegg skulle senteret inkludere både et klinisk miljø og et forskningsmiljø.

Fokusgruppedeltakerne erfarte at samarbeidet mellom klinikk, apotek og forskning i PET-senteret fungerte godt. Videre opplevde de at lokalene i plan 6 tilhørende bildediagnostikk tilrettelegger for god diagnostikk og pasientbehandling.

For PET-produksjon erfarte de at mange av de tekniske krav som stilles for å kunne produsere radiofarmaka til klinisk bruk, ikke ble tatt til følge ved bygging. Dette medfører at de ikke har startet egen produksjon til bruk i klinikken. I forskningsøyemed fungerer produksjon av radiofarmaka godt, da disse ikke har de samme krav for tilvirkning av radiofarmaka.

Fokusgruppedeltakerne mente at venteområdet for pasienter burde vært plassert skjermet fra områder med mye trafikk, og at sikker transport av radiofarmaka blir prioritert, spesielt ved felles bruk av heis.

PET-produksjon – plan 5

Erfaringer fra de ansatte viser at det er viktig at både laboratoriearealer og støttearealer har tilstrekkelige med plass for å sikre at kravene til renhet blir overholdt. I dette inngår også arealer til garderober, og spesielt må ren og uren sone ivaretas.

Fokusgruppedeltakerne har opplevd mange problemer med ventilasjon, temperatur og trykk, noe de mener bør være ferdigstilt ved innflytting, samt at det gis god opplæring av de tekniske løsningene.

De ansatte erfarte også at de to fordrøyningstankene som ble etablert ikke fungerer som planlagt, og kommenterer at det ikke var krav til disse, men at byggeprosjektet ble pålagt å inkludere fordrøyningstanker. Imidlertid mente de at hvis disse kun hadde blitt benyttet som planlagt, til å motta kloakk fra pasienttoalettene i plan 6, så kunne dette ha fungert tilfredsstillende. Til sammenligning kan det nevnes at ved St. Olav er det ikke bygd fordrøyningstanker.

PET-pasientområde – plan 6

De ansatte erfarte at områdene for pasientundersøkelser fungerer godt. Det er imidlertid også viktig at arealer på rom er tilstrekkelige for å ivareta renhetskrav og at det tekniske fungerer godt (ventilasjon, temperatur og trykk). Dette fordi man i disse arealene tilrettelegger og forbereder injeksjon av radiofarmaka til pasientundersøkelser. I tillegg er det viktig at antall rom er tilstrekkelig for å dekke de nødvendige behov i forbindelse med forberedelser og undersøkelser.

Fokusgruppedeltakerne formidlet også at det er viktig med tilstrekkelig antall pasienttoaletter lokalisert i nærhet til behandlings- og undersøkelsesrommene.

Kapittel 9 PET-senteret

De påpekte at man på generelt grunnlag må planlegge tilstrekkelig med areal i slike områder (plan 5 og plan 6) slik at man sikrer renhetskrav, gode lokaler til pasientundersøksler og mulighet for framtidig utvikling.

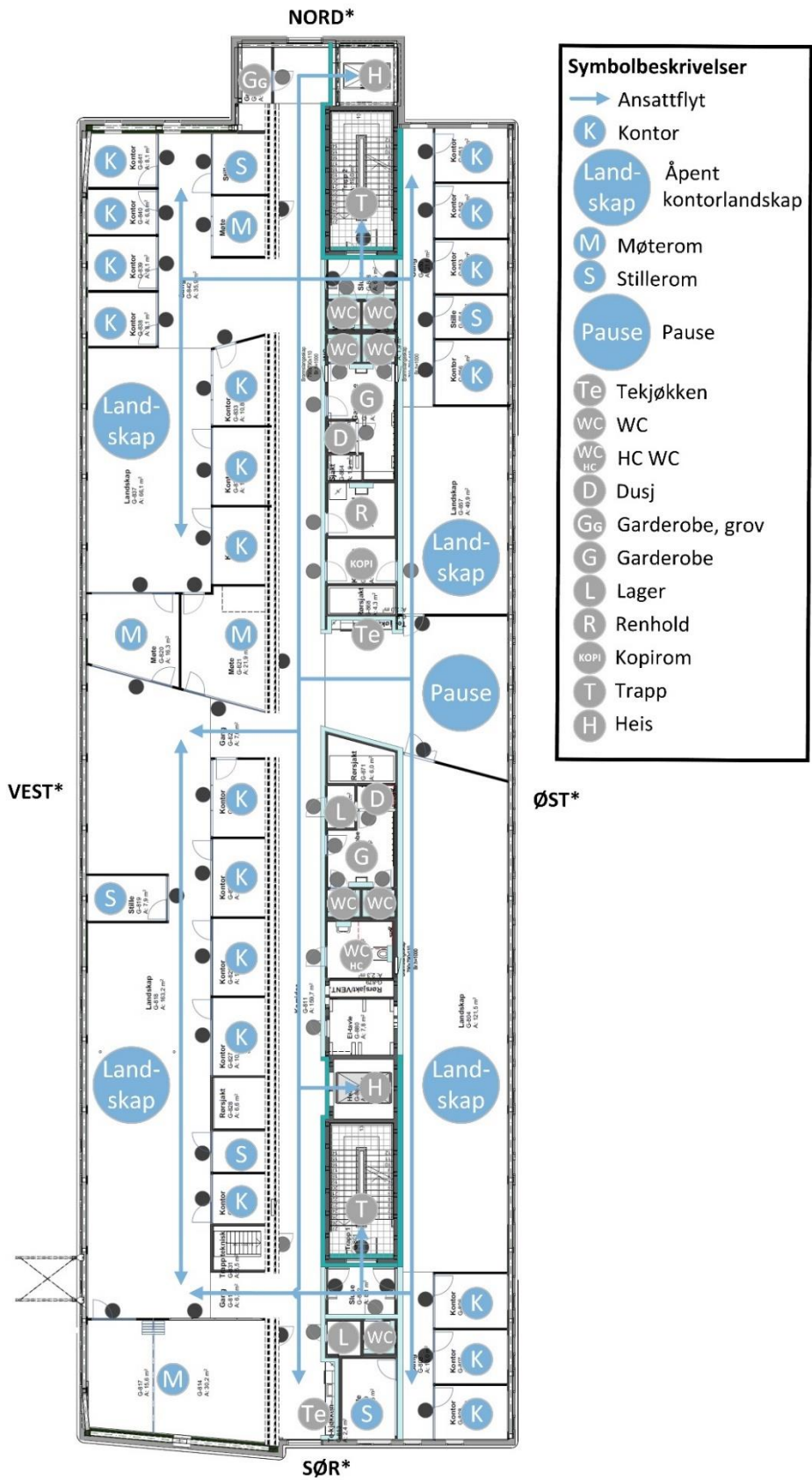
Selv om det har vært en del utfordringer med lokalene i plan 5 og 6 i PET-senteret, uttrykte de ansatte at lokalene i seg selv er gode.

10. Kontorområdene i PET-senteret

Kontorområdene er fordelt på tre etasjer i plan 8, 9 og 10 i PET-senteret. Kontoretasjene på toppen av PET-senteret er en utvidelse av senteret og beskrevet i Styresak 17/2016 for UNN.

Etasjene har en liknende utforming med en kombinasjon av landskap, stillerom, kontor og møterom. Figur 10.1 viser et kontorområde i PET-senteret.

Kapittel 10 Kontorområdene i PET-senteret



*Retningene nord, sør, øst og vest på tegning tilsvarer ikke eksakt retning, men blir brukt i beskrivelse av bygget

Figur 10.1 Illustrasjon av kontorområdene i PET-senteret. (Kilde: Link Arkitektur, tilrettelagt av Sykehusbygg HF)

10.1 Kartlegging av byggets egnethet - spørreundersøkelse blant ansatte

Det ble gjennomført en nettbasert spørreundersøkelse blant ansatte i kontorområdene i PET-senteret i perioden 19.11.2020 til 12.12.2020 for å undersøke byggets egnethet etter innflytting. Formålet har vært å få kunnskap fra mange ansatte om hvordan områdene fungerer, og undersøke i hvor stor grad utformingen legger til rette for arbeidsoppgavene.

10.2 Metode

Sykehusbygg HF utarbeidet et spørreskjema for å kartlegge byggets egnethet. Skjemaet er utarbeidet med utgangspunkt i vitenskapelige artikler, andre spørreskjemaer og sjekkliste for skjema til bruk i spørre- og/eller brukerundersøkelser fra Folkehelseinstituttet (FHI).

Spørreundersøkelsen ble sendt fra UNN via QuestBack til 163 ansatte i kontorområdene i PET-senteret. Av disse besvarte 103 undersøkelsen (63, 2 prosent).

Spørreundersøkelsen hadde 32 utsagn inndelt i fem temaområder. Respondentene ble bedt om å svare på om hvor godt en avdeling (enhet) er egnet for virksomheten. Et eksempel er utsagnet «Utformingen av kontorområdene legger til rette for samarbeid» der det skulle oppgis i hvor stor grad respondentene er enige i utsagnet på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Nedenfor beskrives innholdet i de fem temaene:

Tema 1: Understøtte arbeidsprosesser

Det første temaet er en vurdering av hvor godt utformingen av avdelingen støtter opp under arbeidsmiljø, samarbeid og effektivitet.

Tema 2: Planløsning-generell

Temaet handler om orientering i bygget, lokalisering av avdelingen og om kontorområdene er hensiktsmessig utformet.

Tema 3: Rom i kontorområdet

Temaet omhandler ulike romtyper i kontorområdet.

Tema 4: Innemiljø

Temaet handler om inneklima, skjerming, arbeidslys, dagslys og om det er lett å holde orden i avdelingen.

Tema 5: Utstyr og støttefunksjoner

Det femte temaet er en vurdering av leveranser av forbruksvarer, IKT, utstyr og møbler.

Kapittel 10 Kontorområdene i PET-senteret

Avslutningsvis i undersøkelsen ble det stilt tre spørsmål om nye arbeidsprosesser og ombygging i kontorområdene (ja/nei spørsmål). Til slutt fulgte et felt der ansatte selv kunne skrive inn sine kommentarer. Det var 48 personer som skrev inn kommentarer som utdypet innholdet i spørreundersøkelsen. De fleste kommentarene omhandlet utforming som ikke fungerte optimalt.

Utsagn som ikke var relevante, kunne stå ubesvart. Totalt 102 personer besvarte spørsmålene i tema 5, mens de øvrige spørsmålene ble besvart av 103 personer.

UNN tilrettela besvarelsene og oversendte disse til Sykehusbygg HF som Excel-fil i tillegg til en PowerPoint-presentasjon. Excel og SPSS er benyttet i videre analyser.

Resultatene fra undersøkelsen presenteres nedenfor.

10.3 Resultater

Resultatene fra de 32 utsagnene presenteres i fire figurer og en tabell. Den første figuren viser gjennomsnittlig score for de fem temaene. Deretter følger en figur som viser fordelingen av scorer fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for de ulike temaene. Den tredje figuren framstiller utsagnene som flest ansatte har gitt de høyeste scorene (4 og 5). Den fjerde figuren viser utsagn som flest ansatte har gitt de laveste scorene (1 og 2).

Kommentarer som ble gitt til slutt i spørreundersøkelsen, presenteres sammen med tema og utsagn. Deretter presenteres en tabell med gjennomsnittlig score for alle utsagnene.

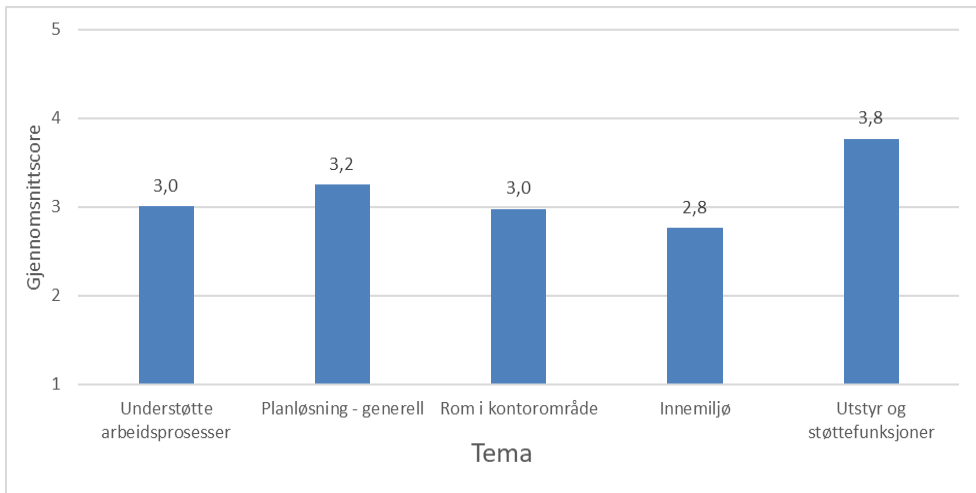
Resultatene avsluttes med tre figurer som viser svar på spørsmålene om nye arbeidsprosesser og ombygging.

Figur 10.2 framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig) for temaområdene: *Understøtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Rom i kontorområdet*, *Innemiljø*, *Utstyr og støttefunksjoner*. På en skala fra 1 til 5 ligger scoren for fire av fem tema på eller over middelveien (3,0).

Et par kommentarer som ble gitt i spørreskjemaet, viser tilfredshet: «Fine, lyse lokaler» og «Sammenlignet med resten av UNN, har vi svært gode og hensiktsmessige lokaler i PET-senteret». Andre kommenterte imidlertid at lokalene ikke er optimale.

Temaet *Utstyr og støttefunksjoner* fikk høyeste gjennomsnittlig score (3,8). Det betyr at mange var fornøyde med vareleveranser, IKT, videokonferanseutstyr, telefoni o.l., samt møbler og inventar. *Innemiljø* fikk laveste score (2,8).

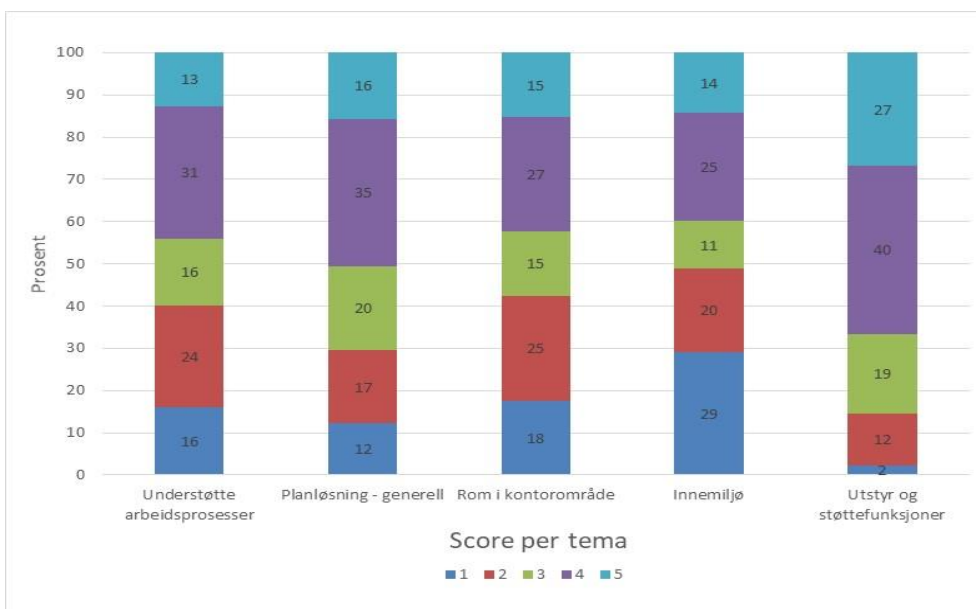
Kapittel 10 Kontorområdene i PET-senteret



Figur 10.2 Fem tema med gjennomsnittlig score per tema. Skala 1 (helt uenig) til (helt enig). Ansatte, kontor

Figur 10.3 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår at 86 prosent av de ansatte ga *Utstyr og Støttefunksjoner* scorene 3, 4 eller 5, og *Planløsning-generell* fikk 71 prosent. Mellom 50 og 60 prosent av besvarelsene ga de øvrige temaene score 3, 4 eller 5.

Når det gjelder temaene *Understøtte arbeidsprosesser*, *Rom i kontorområdet* og *Innemiljø* oppga en andel av de ansatte at de var mindre fornøyde, da mellom 40 og 49 prosent av besvarelsene har scorene 1 eller 2.



Figur 10.3 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Ansatte, kontor

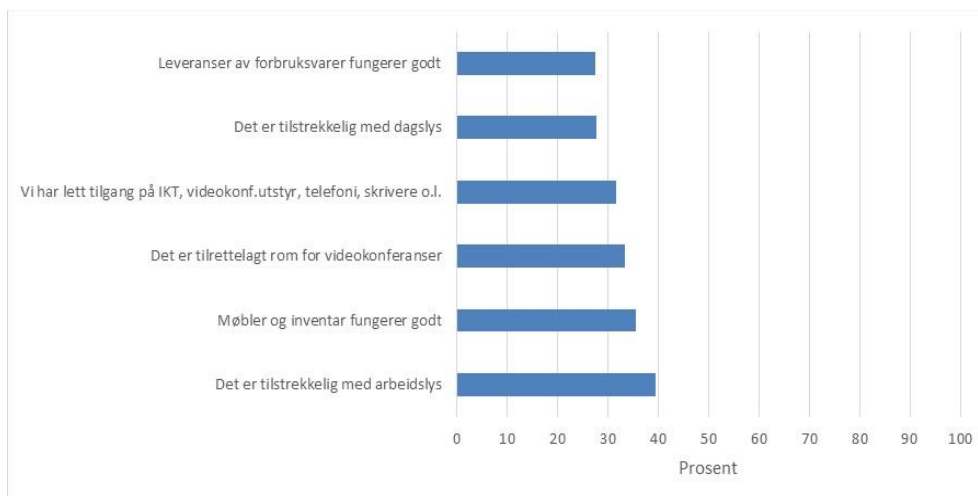
I temaet *Innemiljø* er det spesielt utsagnene som omhandler lyd-demping, konfidensialitet, innsyn til PC-skjerm, temperatur og ventilasjon som fikk lav score. Mange kommentarer, som ble gitt i spørreskjemaet, handlet om temperatur, at mange

Kapittel 10 Kontorområdene i PET-senteret

fryser, men også at det kan bli veldig varmt på sommerdagene. Inneluften beskrives som tung og dårlig både i kontorlandskap, møterom og kontorer. De som sitter i nordre del av landskapet, opplever trekk fra ventilasjonen, og de som sitter i sørlige del av landskapet, opplever dårligere ventilasjon. Flere skrev også at der er vond lukt i noen møterom.

Dagslys og arbeidslys samt at det er lett å holde orden inngår også i temaet *Innemiljø*. Disse utsagnene fikk høyere gjennomsnittlig score (3,4 og 3,8). Det ble imidlertid kommentert at de innvendige kontorene oppleves som trykkende og mørke med lite tilgang til dagslys, og at den utvendige, automatiske solskjeringen ikke fungerer som den skal: Persiennene er i utakt med lysforholdene ute og går ned når det ikke er sol. Det er også montert innvendig skjerming for å hindre sollys på PC-skjermer når sola står lavt.

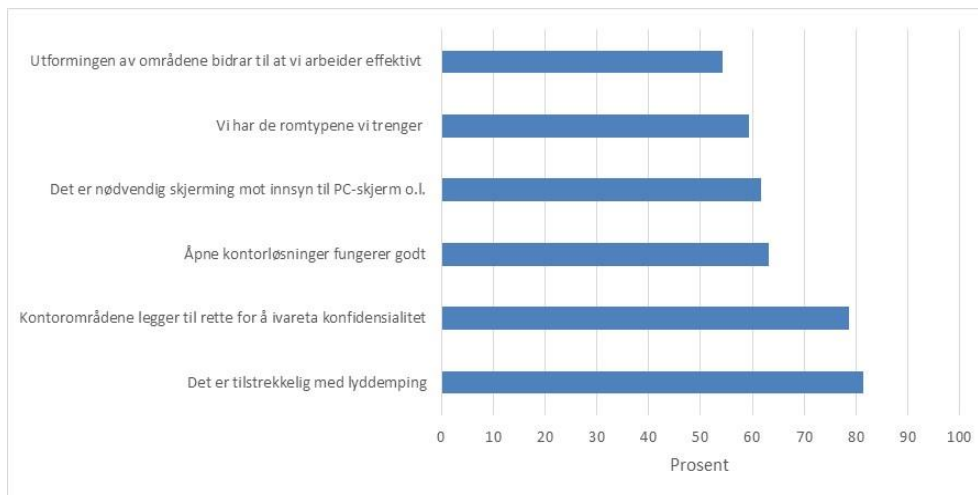
Ved å legge sammen de høyeste scorene 4 og 5, vises utsagnene som ansatte var mest fornøyde med i denne undersøkelsen. Figur 10.4 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga høyeste score. Det kommer fram av figuren at utsagnet «Det er tilstrekkelig med arbeidslys i kontorområdene» fikk flest høye scorere, da 40 prosent av besvarelsene ga 4 eller 5. Videre fikk utsagnene som omhandler møbler og inventar, videokonferanse, IKT, dagslys og leveranser av forbruksvarer mellom 27 og 36 prosent av scorene 4 eller 5.



Figur 10.4 Utsagn med størst andel høyeste score (4 og 5). Ansatte, kontor

Dersom man ser på de laveste scorene 1 og 2, vises utsagnene som ansatte var minst fornøyde med i undersøkelsen. Figur 10.5 presenterer seks utsagn som flest ansatte ga laveste score. Figuren viser at utsagnet «Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling» fikk flest lave scorere blant ansatte som deltok i undersøkelsen, da 81 prosent av besvarelsene ga 1 eller 2 i score. Dette utsagnet fikk også den laveste gjennomsnittlige scoren (1,8).

Kapittel 10 Kontorområdene i PET-senteret



Figur 10.5 Utsagn med størst andel laveste score (1 og 2). Ansatte, kontor

Mange kommentarer i spørreskjemaet var knyttet til støy og manglende lyddemping mellom rom i kontorområdet. Det ble fremhevet at kollegaer som bruker Skype eller telefon i kontorlandskap, gir konsentrasjonsvansker for andre og at man kan overhøre samtaler fra møterom, stillerom og kontorer. Flere skrev at de ikke vil anbefale direkte utgang fra møterom til kontorlandskap.

Videre ble det påpekt at det er støy fra spise-/pauseområdene, som har en åpen løsning mot kontorlandskapet, og at dårlig støydemping mellom landskap og sosiale soner, fører til at sosiale soner ikke blir brukt som planlagt. Det ble også påpekt at manglende støydemping er til hinder for fleksibel bruk av arealene. Man kan for eksempel ikke gjennomføre opplæring i deler av et areal, uten å forstyrre resten.

En av kommentarene om åpent landskap ble skrevet slik:

Dette kan fungere dersom åpne landskap ikke blir for store, per i dag er vi 16 stk. i åpent landskap som driver telefon support og henvendelser, med mye sensitiv info. Det er umulig å kunne skjerme dette, da vi og er avhengige av telefonsystem på pc har vi ikke mulighet til å kunne benytte oss av "stillerom" i større utstrekning.

En annen kommenterte:

Behov for mer fleksible arealer til ulike (kreative) arbeidsprosesser og mer smidige løsninger for å endre arbeidsform og aktiviteter. [...] Møterom og rom for kreative prosesser burde vært "samlokalisert" rundt fellesarealer for kjøkken og spiserom.

Utsagnet «Kontorområdene legger til rette for å ivareta konfidensialitet når det gjelder møter og samtaler» fikk mange lave scorere, 79 prosent ga 1 eller 2. Videre ga mellom 63 og 54 prosent av ansatte de laveste scorene til åpne kontorløsninger, skjerming mot innsyn til PC-skjerm ol, «Vi har de romtypene vi trenger» og «Utformingen bidrar til at vi arbeider effektivt». Når det gjelder romtyper, ble det kommentert at ansatte ønsket flere møterom, stillerom og cellekontor.

Kapittel 10 Kontorområdene i PET-senteret

Ifølge intervju med prosjektorganisasjonen i UNN, har innflytting i nye kontorområder med landskap medført en endring fra tidligere arbeid i cellekontor og mindre kontor for flere av de ansatte. I kommentarfeltet i spørreundersøkelsen kom det fram at kontorlandskap fungerer ulikt for ansatte. Noen blir forstyrret av støy og andres samtaler i landskapet, mens andre etterlyser mer kommunikasjon for å utnytte mulighetene for teamarbeid. Spørreundersøkelsen viser imidlertid at de fleste mente at lyddempingen i kontorområdene ikke er tilstrekkelig, da gjennomsnittlig score var 1,8 på en skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig).

I forberedelsene og etter innflytting ble det gjort et arbeid for å dempe lyd og støy i de nye kontorområdene. Det ble gjennomført lydmålinger av entreprenør. Da lydkravene ikke var tilfredsstillende, ble det montert lydhimling for å dempe lyd og etterklang. Ifølge intervju, er de generelle lydkravene til kontorområder oppfylt.

I hver etasje er det et pauserom med tekjøkken omtrent midt i bygget og en mindre sosial sone med tekjøkken i sør. For å skjerme for lyd fra pauseområdene, er det satt opp støydempende vegger, med en høyde på 160 -180 cm, ved inngangen til landskapene i vest. Dette er gjort etter innflytting.

Tabell 10.1 gir en oversikt over alle de 32 utsagnene med gjennomsnittlig score. Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig). Temaene grupperes slik: Utsagn nr. 1 til 4 er tema 1 (Understøtte arbeidsprosesser»). Utsagn nr. 5 til 12 er tema 2 (Planløsning-generell). Utsagn nr. 13 til 20 er tema 3 (Rom i kontorområdet). Utsagn nr. 21 til 28 er tema 4 (Innemiljø). Utsagn nr. 29 til 32 er tema 5 (Utstyr og støttefunksjoner).

Kapittel 10 Kontorområdene i PET-senteret

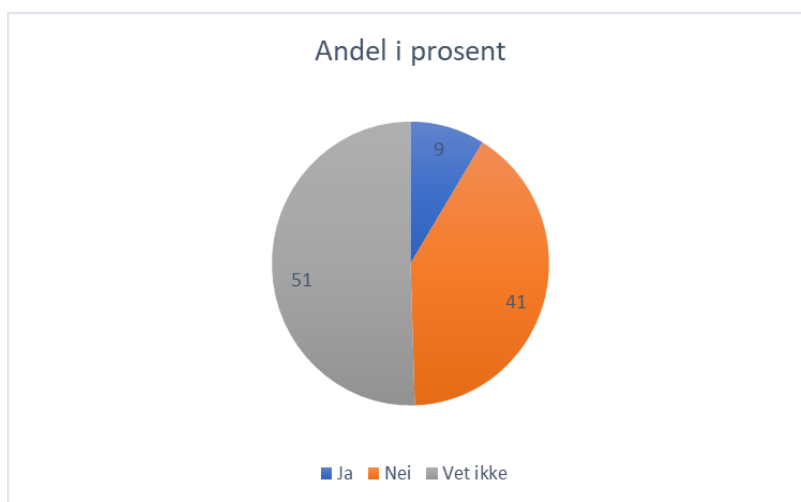
Tabell 10.1 Oversikt over alle utsagn, gjennomsnittlig score (snitt). Ansatte, kontor
Skala fra 1 (helt uenig) til 5 (helt enig), der middelveiden er 3

Nr	Utsagn	Snitt
1	Kontorområdene er tiltalende utformet	3,4
2	Utformingen av kontorområdene legger til rette for et godt arbeidsmiljø	2,7
3	Utformingen av kontorområdene legger til rette for samarbeid	3,4
4	Utformingen av kontorområdene bidrar til at vi arbeider effektivt	2,6
5	Det er lett for ansatte å orientere seg i bygget	3,5
6	Kontorområdene har universell utforming	3,7
7	Kontorområdene er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi trenger nærhet til	3,6
8	Rommene i kontorområdene er hensiktsmessig utformet	2,7
9	Rommene i kontorområdene er generelt (likt) utformet	3,8
10	Rommene i kontorområdene kan brukes til flere typer aktiviteter	3,2
11	Det er tilstrekkelig med plass til varer og utstyr i kontorområdene	3,0
12	Kontorarealene er tilrettelagt for undervisning og kompetanseutvikling	2,5
13	Vi har de romtypene vi trenger	2,6
14	Det er tilstrekkelig antall kontorplasser	3,3
15	Cellekontor fungerer godt	3,3
16	Åpne kontorløsninger fungerer godt	2,3
17	Det er tilstrekkelig antall stillerom	2,7
18	Det er tilstrekkelig antall store møterom (> 8 plasser)	2,7
19	Det er tilstrekkelig antall små møterom (≤ 8 plasser)	3,2
20	Det er tilrettelagt rom for videokonferanser	3,7
21	Det er tilstrekkelig med lyddemping i vår enhet/avdeling	1,8
22	Kontorområdene legger til rette for å ivareta konfidensialitet når det gjelder møter og samtaler	1,9
23	Kontorområdene legger til rette for nødvendig skjerming mot innsyn til PC-skjerm o.l.	2,3
24	Det er tilstrekkelig med arbeidslys i kontorområdene	3,8
25	Det er tilstrekkelig med dagslys i kontorområdene	3,4
26	Vi er fornøyde med temperaturen i kontorområdene	2,7
27	Vi er fornøyde med ventilasjonen i kontorområdene	2,5
28	Det er lett å holde orden i kontorområdene	3,8
29	Leveranser av forbruksvarer fungerer godt	3,7
30	IKT, videokonferanseutstyr og telefoni fungerer godt	3,4
31	Vi har lett tilgang på IKT, videokonferanseutstyr, telefoni, skrivere o.l.	3,9
32	Møbler og inventar fungerer godt	4,1

Nye arbeidsprosesser og ombygging i kontorområdene i PET-senteret

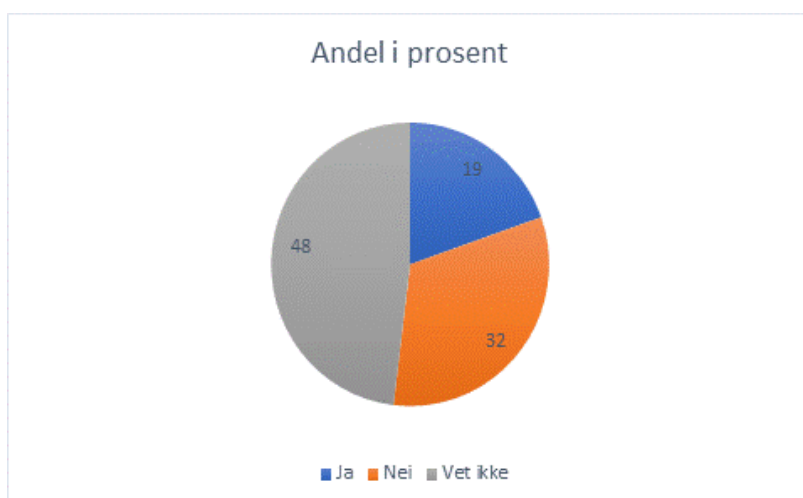
Tre spørsmål i spørreundersøkelsen handlet om nye arbeidsprosesser og ombygging. Besvarelsene presenteres i figurene nedenfor. Svaralternativene var «Ja», «Nei» og «Vet ikke». På grunn av at mange svarte «Vet ikke», er det en del usikkerhet knyttet til resultatene.

Figur 10.6 viser besvarelsene i prosent for alle som besvarte spørsmålet «Har du fått tilstrekkelig informasjon om de planlagte arbeidsprosessene knyttet til nytt bygg?» Bare 9 prosent svarte at de har fått tilstrekkelig informasjon, og 41 prosent svarte at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon. Svarene kan tyde på at forberedelser og forventninger til nye kontorområder kan ha blitt påvirket av mangelfull informasjon før innflytting i lokaler.



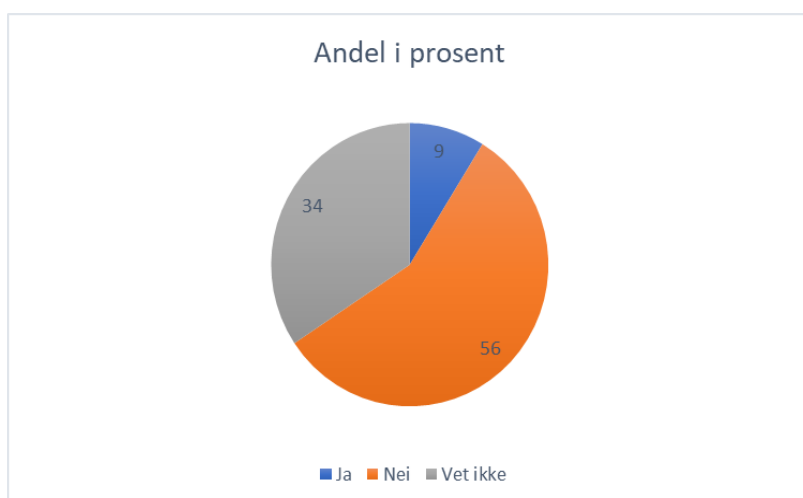
Figur 10.6 Har du fått tilstrekkelig informasjon om de planlagte arbeidsprosessene knyttet til nytt bygg?
Ansatte, kontor

Figur 10.7 viser besvarelsene i prosent for alle som besvarte spørsmålet «Bidrar utformingen av enheten/avdelingen til at dere jobber slik som det var planlagt ved innflytting?» 19 prosent uttrykte at de jobber slik som det var planlagt, 32 prosent svarte «Nei» på spørsmålet, mens halvparten ikke visste om de jobber slik som det var planlagt ved innflytting i nytt bygg.



Figur 10.7 Bidrar utformingen av enheten/avdelingen til at dere jobber slik som det var planlagt ved innflytting? Ansatte, kontor

Figur 10.8 viser besvarelsene i prosent på spørsmålet «Er det gjennomført ombygginger i enheten/avdelingen etter innflytting?» Her svarte 9 prosent at det er gjennomført ombygging, mens 56 prosent svarte «Nei», 34 prosent svarte «Vet ikke». Ut fra svarene kan man anta at det ikke er utført større ombygginger i kontorområdene etter innflytting.



Figur 10.8 Er det gjennomført ombygginger i enheten/avdelingen etter innflytting? Ansatte, kontor

10.4 Hovedfunn

Mange ansatte var fornøyde med flere forhold i kontorområdene i PET-senteret. Det ble uttrykt at lokalene er lyse, fine og tiltalende utformet. I spørreundersøkelsen var gjennomsnittsscoren godt over middelveiden for disse utsagnene: Kontorområdene legger til rette for samarbeid og at kontorene er bra lokalisert i forhold til andre enheter. Det samme gjelder for møbler og inventar, dagslys og arbeidslys, IKT, videokonferanseutstyr og telefoni.

Kapittel 10 Kontorområdene i PET-senteret

Evalueringen viser også utfordringer i kontorområdet. Dette er knyttet til lyddemping mellom rom og i varetakelse av konfidensialitet, noe som har medført at flere opplever at de ikke jobber effektivt. Spesielt er det blitt kommentert at uro i kontorlandskap gir konsentrasjonsvansker og at man kan overhøre samtaler fra møterom, stillerom og cellekontorer.

11. Læring fra evalueringen

I evalueringen av UNN Tromsø, herunder Pasienthotell, A-fløya og PET-senteret er det identifisert løsninger som fungerer godt og som kan benyttes i nye sykehusprosjekter, og noen løsninger som kan forbedres. Resultatene fra evalueringen er bakgrunnen for læringspunkt for nye prosjekter som presenteres nedenfor. Hvert enkelt sykehusprosjekt må imidlertid gjøre egne vurderinger og prioriteringer ut fra eksisterende kunnskap, mål og rammer.

Skilting – finne veien

Bygningsmessige virkemidler og god skilting er viktig for at pasienter og pårørende skal finne fram i sykehuset. Spesialkompetanse innenfor «veifinning» bør inngå i prosjektene.

Innsjekking og betaling i automat fungerer godt forutsatt at de tekniske løsningene er på plass ved innflytting.

Tilgjengelighet, skjerming og konfidensialitet

Ekspedisjon, skranke

Det bør legges til rette for en ekspedisjon som er tilgjengelig og samtidig ivaretar informasjon, taushetsplikt og eventuelt konsentrasjonsarbeid. Prosjektene må kartlegge hvilke oppgaver som skal utføres i ekspedisjonsområdet. Dette er avgjørende for utforming av arealet i åpen del (skranke) og lukket del av ekspedisjonen.

Venteområder for pasientene bør legges til rette for å sitte skjermet fra innsyn utenfra og «trafikk», mulighet for å følge med på når det er deres tur samt tilgang til mat og drikke.

Arbeidsstasjon

Planlegging og bygging må sikre oversikt og nærhet mellom arbeidsstasjon og sengerom/senger og kolleger. Det må vurderes hvordan åpen og lukket del skal bygges for å ivareta tilgjengelighet, samarbeid, møter, konsentrasjonsarbeid, dokumentasjon og konfidensielle samtaler. Tilgjengelige plasser til leger kan vurderes for å understøtte samarbeid og nærhet til pasienter og pårørende.

Når det gjelder intensivområder, er arbeidsstasjonen i hovedsak en arbeidsplass, og det er viktig med god oversikt over kolleger og gode siktlinjer mellom arbeidsstasjon og sengerom.

Undersøkelser, forberedelse og oppvåkning

Undersøkelses-/behandlingsrom samt områder for forberedelser til operasjon og oppvåkning må legges til rette for skjerming av samtaler og innsyn.

Logistikk

Prosjektene må tilrettelegge for god person- og vareflyt for å oppnå mest mulig effektiv drift for alle fagområder.

Undersøkelses-/behandlingsområder og diagnostikk

Undersøkelses-/behandlingsrom (UB-rom), operasjonsstuer, laboratorieområder og nukleærmedisin

UB-rom og operasjonsstuer bør så langt det er mulig være generelle og fleksible slik at de kan benyttes av flere fagområder og møte utvikling og endringer i framtida. Samtidig må UB-rom, operasjonsstuer, rom i laboratorieområder og nukleærmedisin tilrettelegges for fagområdet. Dette innebærer å hensynte arealbehov (antall personer, utstyr), ventilasjon, renhet, lyddemping, toalett, behov for dagslys og skjerming for innsyn.

Når det gjelder fagspesifikt utstyr som ikke er i bruk, bør det lagres og være lett tilgjengelig.

Det er behov for mer kunnskap om logistikk knyttet til kirurgi – skal det være adskilte enheter for dag- og døgnekirurgi eller blandingsdrift?

Intensiv

Det bør tilrettelegges for samarbeid mellom helsepersonell i ensengsrom i intensivavdelinger slik at ansatte opplever faglig trygghet og støtte. Det betyr at plassering og størrelse på skyvedør og vindu mellom rommene må være slik at sykepleiere har mulighet for samarbeid, observere hverandres pasienter og kunne avløse hverandre. Det betyr videre at prosjektene må vurdere størrelse på dører, vindu, glassing og persienner i tillegg til plassering av arbeidsplass, seng og uttakssentraler.

Rehabilitering

Sengerom for pasienter i rehabilitering må ha god plass til pleie og stell. Rommene må ha tilstrekkelig størrelse for utstyr slik at mye av aktiviteten kan skje på sengerommet, og det må være god plass på badene.

Laboratorieområdene

Prosjektene bør i så stor grad som mulig vektlegge samlokalisering av laboratorievirksomheten. Plassering av områdene bør være hensiktsmessig, f.eks. slik at laboratorier med aktivitet på kveld og natt er plassert nært inngangsparti for mottak av prøver.

Støttefunksjoner

Knappe areal og plasseringen av støttefunksjoner kan påvirke arbeidsflyt og gi dårligere effektivitet.

Kapittel 11 Læring fra evalueringen

Enkelte støtterom som lager, samtalerom, stillerom, utstysrom, renrom og WC/dusj må ha tilstrekkelig areal og være hensiktsmessig plassert. Prosjektene bør kartlegge behov for garderober og ivareta krav til ren og uren side.

Arbeidsplasser og kontor

Det er behov for arbeidsplasser og møterom for dokumentasjon og teamarbeid. Prosjektene må kartlegge behov for antall arbeidsplasser og type kontor/arbeidsplass, herunder hvilke oppgaver som kan utføres i kontorlandskap, samt behov for nærhet til kliniske områder. Kontorlandskap må ivareta behovet for stillerom, møterom, konfidensialitet og lyddemping mellom rom.

IKT, teknikk og bygg

Prosjektene må sikre at IKT og de tekniske løsningene ivaretar krav og at løsningene fungerer som planlagt. I dette inngår mobil- og internettdekning, adgangskontrollerte dører og fungerende SD-anlegg (sentralt drifts- og overvåkningsanlegg). Videre må temperatur- og lysregulering, ventilasjon, persienner og gulvbelegg være hensiktsmessig for pasienter og ansatte. Valg av materialer må baseres på en vurdering ut fra hva som er den totalt beste løsningen gjennom livsløpet til bygget.

I arealer for produksjon av radiofarmaka, må tekniske og krav til renhet ivaretas.

Håndtering av katastrofer og pandemi

Det må utvikles og planlegges alternative løsninger i nye sykehusbyggprosjekter for å være forberedt på å håndtere katastrofer og pandemi. For eksempel er A-fløya ved UNN Tromsø en del av sykehusets beredskap ved katastrofer og pandemier (jf. plan 7 og 8).

Vinduer

Prosjektene må løse forholdet mellom dagslys, mulighet til å se ut og skjerming av områder. Arkitektonisk uttrykk og størrelse på vinduer må vurderes i forhold til behov for å hindre innsyn til pasienter og områder for ansatte, soloppvarmede rom og lysrefleksjon. Eventuell frosting og persienner bør planlegges i prosjektene, ikke etter innflytting.

Opplæring og medvirkning

Prosjektene må sette av tid til opplæring til de som skal medvirke i plan- og byggeprosessen og involvere riktige personer til riktig tid. Følgende punkter bør ivaretas:

- Kontinuitet i medvirkningen fra ansatte og brukere
- Kontinuitet i deltakelse fra planleggere og konsulenter
- Erfaringsoverføring fra andre sykehus, som for eksempel befaring og evalueringsrapporter
- Under planlegging og bygging bør ansatte teste ut områdene, f.eks. plassering av søyler og uttakssentraler i operasjonsstuer, intensiv og laboratorieområder

Kapittel 11 Læring fra evalueringen

- Opplæring i bruk av utstyr, temperatur- og lysregulering samt ventilasjon før innflytting og testing etter innflytting

Organisasjonsutvikling

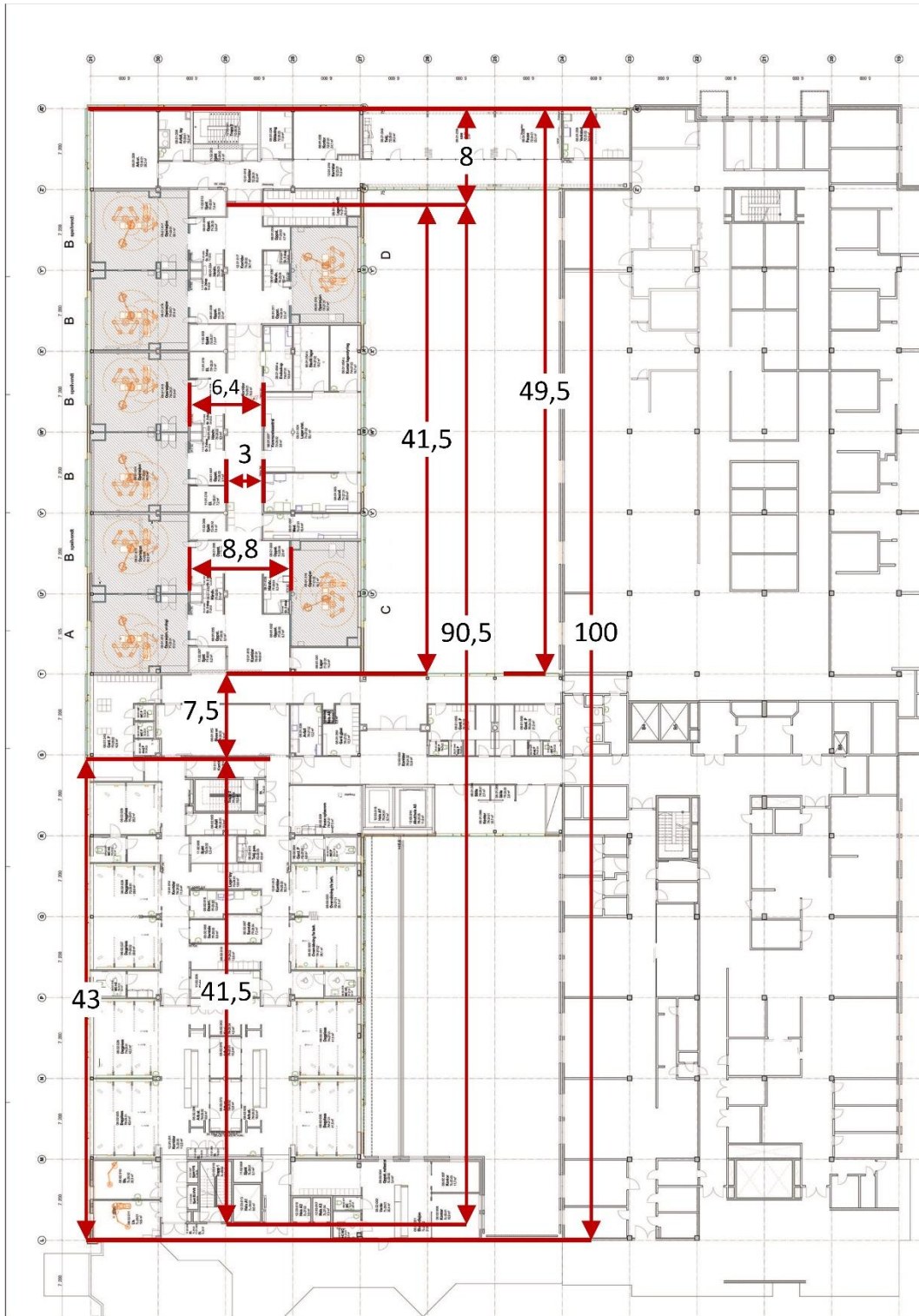
Det anbefales at helseforetak/sykehus setter av tid til å forberede planlagte arbeidsprosesser, logistikk og pasientbehandling før innflytting i nytt bygg.

Pasienthotell

Pasienthotell kan være et tilbud både til pasienter, pårørende, ansatte og andre gjester. Utfordringen kan være å få tilstrekkelig belegg i helg og helligdager.

Vedlegg

Avstander i meter for dagkirurgisk område. Målene er ikke eksakt, men omtrentlig.



Vedlegg Avstander i dagkirurgisk område

