

Tilbakemeldingsskjema

Møte	Møte 01 akt C – 8 Operasjon Nye Rikshospitalet	Prosjekt	Nye Aker og Nye Rikshospitalet
Saksnr	76586	Dok.dato	15.03.21
Medvirkn.møtedato	03.03.21	Frist for tilbakemeld	17.03.21
Medvirkn.gr.leder	Anita Sofie Fenne		

Tilbakemelding på referatet

Nr: (møtenr., punktnr.)	Beskrivelse – aksjon:	Kommentar/innspill fra medvirkningsgruppen
01.01	<p>Heiser</p> <p>Plassering av heiser og antall ble tatt opp av medvirkningsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nærmere informasjon om heiser og heisanalyse vil bli presentert i neste møte. • ARK oppgir at slik funksjonene er plassert i dag er transport tiden fra føden til operasjon i underkant av to minutter. • Medvirkningsgruppen belyser behov for overstyring av heis opp til føde ved type haste-sectio. 	<p><u>Heiser:</u> <u>Innspill fra fødeavd.:</u> Føden ønsker en dedikert akuttheis direkte fra fødeområde til operasjonsavd., for unngå å måtte konkurrere om heis med eks. traume. 1,95 minutter i transporttid fra føde til operasjonsavd. anses som for lang tid ved katastrofesectio. I dag bruker man under 1 minutt på distansen. Man bør unngå å bruke tid på å frakte disse pasientene gjennom sengepostområde for å komme til operasjon.</p> <p>Føden ønsker å være samlokalisert med barsel og observasjonspost for gravide i 8. etg.</p> <p>Det ble diskutert et alternativt forslag om mulighet for å legge en operasjonsstue i 8. etg i tilknytning til føden. Tilbakemelding fra anesthesi og operasjon er at transportveien vil uansett være like lang, og det vil være lang avstand til ekstra ressurser i kritiske situasjoner.</p> <p><u>Tilbakemelding fra gruppa:</u> Gruppa ønsker informasjon om hva som ligger i begrepet akuttheis, om den ene akuttheisen som er tegnet inn vil ha ett eller to løp og om en akuttheis slik det er</p>

		foreslått nå, vil dekke behovet ved «stor hendelse» med pasienter fra to helikopterdekk og akuttmottak i uetg. samtidig – og igjen om heis mellom føde og opr.avd. vil være uberørt i en slik situasjon.
01.02	<p>Tekniske arealer</p> <p>Tekniske områder som er illustrert på tegningene er forbeholdt teknisk infrastruktur som forsyner bygget. Eks. luftagregater ect. Disse områdene er ikke iberegnet teknisk areal for utstyr, eks bildediagnostikk.</p> <p>Tekniske arealer ble diskutert og gruppen fremhever følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eksisterende bygg på Rikshospitalet er bygd med tekniske mellometasjer noe som ikke er lagt inn i nytt J bygg. Det understrekes at det i framtidige bygg bør tas høyde for mer teknisk tunge områder. • Medvirkningsgruppen ønsker tilrettelegging av mulighet for MR og CT inn i operasjonsområde. • Prosjekteringsgruppen må se på plassering av tekniske arealer i bygget. <ul style="list-style-type: none"> • Detaljering av operasjonsstuer vil komme senere i hovedaktivitet B og D. 	<p><u>Innspill fra Nevroklivnikken</u></p> <p>Det bør i fremtidig bygg være lagt teknisk til rette for mulighet for peroperativ CT og MR i operasjonsområdene for bedre kvalitet på behandlingen, bedre pasientsikkerhet og bedre flyt. I dag kjøres pasienter i heis i narkose ned til 2. etg. for å ta peroperativ CT eller MR på pasienter som ikke på opereres på intervensjonscenteret.</p> <p>Intervensjonscenteret er i dag prosjektbasert og aktiviteten foregår på dagtid. Det er behov for peroperativ CT/MR ved tumorkirurgi (barn og voksne), funksjonell nevrokirurgi (elektrodeplasseringer i hjernen), vaskulærkirurgi og spinalkirurgi, ved både planlagt og øyeblikkelig hjelp-operasjoner. Behovet for perop. CT er ikke dekket i dag, og man anser at behovet ikke vil avta i framtiden.</p> <p><u>Innspill fra gruppa:</u></p> <p>Det er ønskelig med mulighet for MR og CT i hele operasjonsområde</p>
1.3	<p>Verksted for Medisinteknikk virksomhetsområde.</p> <p>HSØ PO bekrefter at det er avsatt areal i operasjon til desentralt verksted for MTV.</p> <p>Hovedverksted er foreløpig plassert i plan 03, med direkte tilknytning til operasjon i etasjen over via heis og trappeløp.</p>	.
1.4	<p>Fagfordeling, dagkirurgi, sammedagskirurgi, øvrig kirurgi:</p> <p>Medvirkningsgruppen ønsker en tydeligere føring på fagfordeling og organisering av nytt og eksisterende sykehus.</p> <p>Fagkoordinator opplyser om at det ikke er en ferdig fagfordeling på nytt og eksisterende bygg.</p> <p>Fagkoordinator opplyser om forslag til behandling hvor all dagkirurgi skal gå til gammel bygningsmasse og resterende, elektiv, tyngre kirurgi vil gå til nytt bygg.</p>	<p>Thorax og nevro ser fordel med nærhet til po-intensiv.</p> <p>KIT ser at det er en fordel om thorax operasjon og ATX operasjon er i nærheten av hverandre med tanke på samarbeidet ved organdonasjonsvirksomheten.</p> <p>Både KIT og NVR ønsker at operasjonsstuen er organisert slik at hver spesialitet har sine avgrensede felt/dedikerte stuer. Seksjonene ønsker</p>

	<p>Medvirkningsgruppen fremhever følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er en god ide å skille mellom dagkirurgi og elektiv/tyngre kirurgi • Thorax ser fordel med nærhet til po-intensiv • Medvirkningsgruppen må se på clustring av enheter med forskjellige nærhetsbehov eks. til føde, sengepost ect. • Operasjon er plassert greit iht føden. Heis må kunne overstyres evt. dedikert heis til fødsler. • Fordeling mellom operasjonsetasjene hvor elektive operasjoner ligger i en etg. for seg og dagkirurgi i en annen etg. kan fungere. • Sløyfe for anestesi til andre funksjoner må gås opp • Organisering av pasienter og hele pasientsløyfer må gås opp <p>Oppsummert vurderer gruppen at plassering av operasjon i nytt bygg er ok. Gruppen har videre behov for en tydeligere fagfordeling for å se på hele flyten mellom nytt og eksisterende bygg. Gruppen tar overnevnte punkter med i videre arbeid om funksjonsplasseringen.</p>	<p>kontroll på egen drift og prioriteringer av pasienter, ikke være organisert i en felles sentraloperasjon. Viktig for å opprettholde spesialistkunnskap og kompetanse hos opr.spl., og flyt i driften (har sammenslått to relativt like innspill til ett).</p> <p>Det har kommet flere tilbakemeldinger på at det er vanskelig å gi konstruktive tilbakemeldinger på utformingen operasjonsavd når fagfordelingen ikke er ferdig for nytt og eksisterende bygg. Fagfordelingen er svært relevant for å se på flyten i pasientsløyfene og utformingen av hensiktsmessige operasjonsstuer.</p> <p>Det er en fordel å skille mellom dagkirurgi og elektiv/tyngre kirurgi.</p> <p>Føden bør ha dedikert heis som kan overstyres ved katastrofeseccio</p> <p>Nevro har gitt innspill på at nybygget bør inneholde store nok og operasjonsstuer som RH mangler i dag. Enklere kirurgi/dagkirurgi som ikke er like utstyrskrevene kan foregå i eksisterende operasjonsstuer.</p> <p>Ønske om å samle faget for bedre utnyttelse av ressurser (fagspesifikk kompetanse og utstyr) er en fordel – innspill fra NVR.</p>
1.5	<p>Sterilavdelingen</p> <p>Bekymring rundt logistikk for sterilt flegangsutstyr. Belyste innspill fra møte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skal utstyr vaskes på rikshospitalet før det sendes til Nye Aker? • Hvor skal evt. en vaskeenhet plasseres? • Kan evt. gamle sterilsentral benyttes? • Kostbart og tungt utstyr som det er lite av, vil sterilisering på nye Aker bli en flaskehals? • Må utstyrsparken økes for back-up lager? <p>Det må opprettes ett samarbeid mellom medvirkningsgruppen for Sterilsentralen for å avklare behov og flyt.</p>	<p>Det er bekymring rundt logistikk av sterilt gods dersom Rikshospitalet ikke skal være selvforsynt i Nye Rikshospitalet.</p> <p>Man må påregne at operasjonsstuer med høyteknologisk utstyr har kostbart flegangsutstyr som det vil være dyrt å ha stort volum av. Det er ønskelig at dette blir sterilisert på RH.</p> <p>Transport av instrumenter til Aker for sterilisering ansees som en flaskehals.</p> <p>Det er viktig at internasjonale krav til repressering av sterilt gods blir ivarettatt i nybygg, at man ikke vil være avhengig av lokalt opplært personell til sterilisering av</p>

		<p>gods til ordinær drift</p> <p>Det er ønskelig at vaskedekontaminatorer i nærhet til operasjonsstueene blir plassert slik at det ikke genererer støy inn til operasjonsstuer og omkringliggende arbeidsområder. Innspillet tas med videre i prosessen.</p> <p>Det er behov for at instrumentsløyfen i nybygg tilrettelegges slik at de tilfredsstiller krav til vask og sterilisering av hule instrumenter, en problemstilling på RH i dag. Viktig at det i størst mulig grad tilrettelegges for at man kan unngå manuelle rengjøringsprosedyrer av utstyr som medfører risiko for dekontaminering/smitte. Store nok og tilstrekkelig antall dekontaminatorer i opr. avd.</p>
1.6	<p>Operasjonsstuer</p> <p>Det er i dag programmert stuer i henholdsvis 60 og 80 kvm fra konseptrapporten er dette fordelt slik: 17 stk: 60 kvm 6 stk: 80 kvm</p> <p>Det vises til konseptrapporten for nærmere beskrivelse av arealgrunnlag.</p> <p>Evt. nye innspill etter konseptrapporten må løftes inn til Nye OUS for prioritering.</p> <p>Framtidige løsninger på operasjonsstuer må ivaretas spesielt med tanke på teknisk infrastruktur og gulv areal til tynge MTU og utforming av stuer. Det bør prosjekteres med en fleksibilitet i bygningsmassen slik at operasjonsstueene kan bygges om ved framtidige behov.</p> <p>Rom vil bli nærmere gjennomgått og detaljert i en senere hovedaktivitet B/D.</p>	<p><u>Tilbakemelding fra NVR:</u> Operasjonsavdeling i to plan er greit. Avstand til døgnområde ønskes kortest mulig, men store, funksjonelle operasjonsstuer vektlegges mer. Flere av dagens op.stuer på RH er for små til å kunne brukes i drift, og flere stuer er for trange når MTU benyttes. Det er ønskelig at operasjonsstueene er store nok til at MTU som brukes daglig kan stå på fast på stue uten at det må trilles inn og ut for å få plass til pasientseng. Innspillene om stuer tas med videre i prosessen.</p> <p><u>Innspill fra KAB (kirurgiske barn):</u> Barnestueene bør være i umiddelbar nærhet til voksenstueene da det meste av utstyr er felles for faget og de fleste kirurger opererer både barn og voksne. Eget barneområde er kun egnet for enkelte dagkirurgiske inngrep.</p> <p>KIT ønsker egen ø-hjelpsstue – innspillet tas med videre i prosessen.</p> <p>Anestesi ønsker en skiftstue/operasjonsstue for sterile prosedyrer (innleggelse av CVK/Hickman) som bør ligge i operasjonsavd. Stua må ha plass til C-bue. Innspillet tas med videre i prosessen.</p>

		<p>Det har kommet innspill fra NVR og anestesi med ønske om innledningsrom for bedre pasientflyt. Innspillet tas med videre i prosessen.</p> <p>Anestesi har gitt innspill om behov for dedikert medisinerom – innspillet tas med videre i prosessen.</p> <p>TV påpeker at mangel på operasjonsstuer er en flaskehals i OUS dag, og det stilles spørsmål om endringen fra 30 stuer i konseptfasen til 23 stuer som er foreslått her.</p> <p>Brukerrepresentant har stilt spørsmål som vedrører døgnområde for barn, E-området, pårørendeovernatting og foreldreovernatting i fht barn på intensiv. Innspillene sendes til medvirkningsgruppen Barn.</p>
1.7	<p>Bilediagnostikk og operasjon.</p> <p>Trenden går mot prosedyrer som gjennomføres med mer avansert billedannende utstyr, eks CT, MR</p> <p>Funksjoner som fremtidsrettede operasjonsstuer rettes. Fremtidens teknologi peker i retning at det vil være større arealbehov på stuene. Dette må tas med videre i hovedaktivitetene ved detaljeringa av rom.</p>	<p>Se tidligere innspill punkt 1.2.</p> <p>Trenden går mot at mer avansert bildedannende utstyr brukes under operasjoner for å bedre kvalitet på behandlingen, bedre pasientsikkerheten og færre reoperasjoner. Komplikasjoner kan oppdages tidlig og man vil ha mulighet for rask intervensjon</p>
1.8	<p>Reise/befaring</p> <p>For å kunne planlegge ett god og framtidrettet sykehus løfter gruppen behov for reise/befaring ved andre tilsvarende nye sykehus.</p>	<p>NVR støtter innspillet.</p>

Tilbakemelding fra Nye OUS

Nye OUS mener at plasseringen av operasjonsstuer i to plan med tilknytning til PO og intensiv virker god.

Det er ønskelig at HSØ utreder kapasiteten og logistikken for sterilforsyning til Nye Rikshospitalet for å sikre at dette dekker behovet.

Det er ønskelig med en tettere tilknytting mellom ett operasjonsområdet og fødeavdelingen mht. hastesectio. Det er ikke ønskelig med et separat operasjonsområdet inne på fødeområdet mht. drift av operasjonsareal.

Nye OUS mener at behovet for billedmodaliteter på operasjon må diskuteres med medvirkningsgruppe for bildediagnostikk pga. driftshensyn. Samtidig påpeker Nye OUS at det ikke er satt av rammer for flere bildemodaliteter en det som er programmert. Nye OUS ønsker at HSØ ser på muligheten for å tilrettelegge

bygget slik at bildemodaliteter kan innplasseres i operasjonsareal på senere tidspunkt.

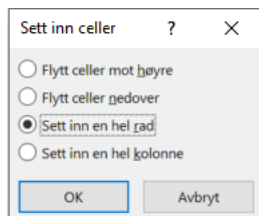
Veileder

Generelt

- Det er kun de feltene med gul merking som kan redigeres.
- Dokumentet vil bli konvertert til .pdf før innsending til HSØ PO.
- Hold språket konsist og så nøyaktig som mulig.
- Ved anbefalinger så bruk **bør** fremfor **skal**. Medvirkningen er rådgivende.
- Alle aksjonspunkter bør resultere i en prioriteringsliste, og der hvor det er nødvendig i samråd med aktuelle medvirkningsgrupper.
- Ved flere alternativer vær tydelig i prioriteringene som gjøres. List opp prioriteringene i synkende rekkefølge.

De forskjellige cellene i skjemaet

- «Møte», «Prosjekt» og «Saksnr.»
 - Her fyller du inn de samme dataene som er oppgitt i selve referatet.
- Tilbakemelding på referat
 - Innspill gruppen har for på referatets innhold. Er det mangler, unøyaktigheter, feil etc.
- Nr: (møtenr., punktnr.)
 - Benytt her de samme numrene som er benyttet i referatet fra HSØ PO
- Beskrivelse – aksjon
 - Kopier her inn teksten fra referatet fra HSØ PO
 - Er det behov for flere linjer så høyreklikk i tabellen -> Sett inn -> Sett inn celler



- Tilbakemelding fra Nye OUS
 - Denne rubrikken er forbeholdt Nye OUS for kommentarer på referatet og tilbakemeldingen fra medvirkningsgruppen. Evtnt annen tekst i denne rubrikken vil bli fjernet før tilbakemeldingen oversendes HSØ PO.