

## Tilbakemeldingsskjema

Møte	Medvirkning forprosjekt – Møte 04 akt D – 7.1 Intensiv og PO - Nye Aker	Prosjekt	Nye Aker og Nye Rikshospitalet
Saksnr	130631	Dok.dato	12.10.22
Medvirkn.møtedato	15.09.22 kl.0830-1335	Frist for tilbakemeld	13.10.22 kl.1200
Medvirkn.gr.leder	Vibeke Graarud		

Tilbakemelding på referatet
<p>Forlaget om reduksjon av antallet PO plasser fra 58 til 51 for å frigjøre areal til annen bruk ønsker en samlet gruppe å gå videre med, da det er benyttet hensiktsmessig til mer areal for personal og lager på intensiv, og også mer areal til pårørende felles for Int, K2, PO og operasjon.</p> <p>Gruppen er ut i fra forutsetningene med arealbegrensninger fornøyd med det som nå foreligger, men det er fortsatt en generell bekymring for areal knyttet til støtterom og særlig kontorer nært tidskritiske enheter. Ofte er dette enheter med mye utstyr og høy grad av behov for tilstedeværelse av personale 24-7. Gruppen påpeker at det bør prioriteres flere kontorer inn i funksjonsområder og bemerker at det f.eks. vil være et stort problem for anestesileger om kontorene blir plassert for langt unna funksjonsområdene.</p> <p>Tilbakemelding uredigert fra avdeling for smittevern v/ Berit Karlsen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Oppholdsrom til pårørende</u>: Innledningsvis nevnt i referatet at rom til pårørende kan være felles for Intensiv, K2, PO og Operasjon. Slike rom er viktige og benyttes regelmessig, men det anbefales ikke at flere avdelinger har felles tilgang. Det er høy forekomst av pasienter med både kjent og ukjent smitte på Intensiv. Intensiv /PO ved nye Rikshospitalet har lagt inn forslag om å dele opp enkelte pårørenderom, noe som gjør det lettere å skille mellom ulike grupper av pårørende. Hvis mulig anbefales dette.</li> <li>• <u>Utstyrlager</u>: Intensiv har særskilt behov for plassering av MTU og annet utstyr som er i daglig bruk. Eksempel på dette er ultralydapparat, transportabel rtg, utstyr til ø-hjelp bronkoskopi o.l. I tillegg til bør ekstra respiratorer og sprøytepumper være lett tilgjengelig. Dette er utstyr som er plasskrevende og som må være pasientnært. Både størrelse og plassering av slike lager er viktig.</li> <li>• <u>Håndvask</u>: Skal være tilgjengelig i alle typer sengerom, og må beregnes inn i areal. Dette gjelder også overvåkningsplasser. I rom med tilsluttende bad, er det tilstrekkelig med håndvask på badet.</li> </ul>

Spørsmål som skal besvares av gruppen ang PO er tatt opp direkte med Trine Tverberg

**PO-døgn**

- Spørsmål fra referat: Et tremannsrom plassert lengst mot nord har kun indirekte dagslys. ARK ønsker innspill fra gruppen om dette er ok. Svar: Ikke optimalt men går fint.
- Spørsmål fra referat: Det er i tidligere møter diskutert behovet for større arbeidssoner som benyttes til rapportrom. Gruppen gir tilbakemelding om det er ønskelig å opprettholde et stort arbeidsrom (arbeidsrom, tverrfaglig og arbeidsstasjon, ytre sone lagt sammen) eller om det skal deles opp. Svar: Det viktige blir at man har et rom som er stort nok til bord i midten med plass til ca 6-8 personer rundt, og 2-4 arbeidstasjoner i ytterkant.

**Forslag til endring innen gjeldende aktivitet (3-5 punkter)**

- Ingen store endringer annet enn de som er kommentert, diskutert og blitt enighet om i møtet og dermed referatført.
- 
- 

**Tilbakemelding fra Nye OUS**

**Pkt 04-02-01 Intensiv:**

- **PNA:** Arealet til PNA er fortsatt angitt til 6 kvm. Dette er det sendt inn programavklaring på. Dette gjelder også for K2. Vedr. kohort drift (se vedlegg 1) er det viktig at det legges opp til datapunkter for dette inne i kohortområde 1A.

**Pkt 04-02-02 K2:**

- Det er behov for rørpost i tilknytning til med.nisje for denne seksjonen. Dette vil være en medikamenttutt seksjon, og plasseringen av øvrige rørposter (intensiv og PO) blir for langt unna.

**Pkt 04-02-03 PO-døgn:**

- Nye OUS ønsker at HSØ PO/PG kan vise hvordan lysforholdene for 3-mannsrommet kan løses, gjerne gjennom skisser og tydeliggjøring av lysforholdene. Flere av pasientene på PO-døgn, som er en fullverdig kategori 2 avdeling, kan bli liggende over tid samt at de ansatte i all hovedsak tilbringer sin tid hos pasientene. Tilstrekkelig gode lysforhold er derfor viktig.

**Pkt 04-02-04 PO-dag:**

- I operasjonsgruppen jobbes det med innplassering av flere samtalearealer i tilknytning til østre fløy av operasjonsavdelingen. Det medfører ikke riktighet at samtalerommene skal være innenfor sammedagsmottaket.
- KSI – Nye OUS ønsker at det skal flyttes to KSI fra plan 10 – nordre tårn - og ned til PO.

**Pkt 04-02-07 Generelt:**

- Nye OUS mener det vil være hensiktsmessig å innrede ett av pårørendearealene for ivaretagelse av barn. Viktigheten av dette har MVG vært tydelige på. Dette vil gjøres i senere faser.

**Smittevern:**

- Eventuell inndeling av pårørende rommene vil det ikke være hensiktsmessig å se på før vi nærmer oss innflytting i de nye byggene. Trolig vil dette først gjøres etter innflytting, og måtte gjøres som en løpende koordinering i det daglige da ulike seksjoner vil ha ulike behov på forskjellige tidspunkter.
- Hva angår lager og håndvask ber Nye OUS representant fra smittevern om å sette seg inn i tidligere saksunderlag. Disse momentene er behørig omtalt tidligere.

**Vedlegg:**

1. Kohort plan per 29.06.22

## 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.
- Spørsmål som ikke er en del av oppdraget har ikke prosjektet kapasitet til å svare ut.

### 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.
- Forslag til endring innen gjeldende aktivitet
  - Innspill til HSØ PO som det må jobbes med videre innenfor aktivitetens funksjon.
  - Kan tas utgangspunkt i oppgitte oppgaver fra referat/medvirkningsgruppemøte.
  - Gjøres så konkrete som mulig.
  - Skal være omforente tiltak for hele gruppen.
- Tilbakemelding fra Nye OUS
  - Denne rubrikken er forbeholdt Nye OUS for kommentarer på referatet og tilbakemeldingen fra medvirkningsgruppen. Evt annen tekst i denne rubrikken vil bli fjernet før tilbakemeldingen oversendes HSØ PO.

# Notat

Til: HSØ-PO  
Kopi:  
Fra: Sigrid Rannem  
Saksbeh.: Øystein Fahre og Kent Roger Bjørklund  
Dato: 29.06.2022  
Sak: Kohorter på NSA

Notatet oppsummerer kort erfaringer på kohort løsninger ved OUS Ullevål og Rikshospitalet i 2020 og 2021. I tillegg vil notatet fremstille en grovskisse for mulige kohort løsninger i nye bygg på Aker.

## **Bakgrunn**

Ved større smitteutbrudd kan mulighet for kohortisolering på sykehus være nødvendig. Kohortisolering i denne sammenheng betyr samling av flere pasienter innenfor et definert og avgrenset område.

Kohortisolering iverksettes normalt når det ikke er tilstrekkelig antall kontakt- og/eller luftsmitteisolater tilgjengelig for å løse en situasjon der flere pasienter har samme sykdomsbilde og smitteproblematikk. Et bygg som er fleksibelt for kohortløsninger er viktig i kvalitets- og beredskaps sammenheng, samt for god drift i håndtering av større smittesituasjoner. Pasienter i kohorter vil vanligvis tilhøre flere omsorgsnivåer. Av den grunn bør kohortløsninger være mulig i flere funksjonsområder, fra sengepostnivå (kat 0), til intensivnivå (kat 3). Grunnleggende egenskaper for en kohort er ventilasjon for hele kohortsonen, og slusemuligheter til og fra kohortsonen

## **Generelle prinsipper for kohort løsninger**

### **Ventilasjon**

En kohortsonen bør være tilrettelagt for ventilasjon med mulighet for å oppnå undertrykk i den definerte sonen. I tillegg bør sonen ha mulighet for lokal temperaturstyring, primært med tanke på å senke temperaturen da det blir svært varmt å være ikledd smittevernsutstyr over tid uten mulighet til å senke romtemperaturen.

### **Sluse**

En sluse sikrer forsvarlig adkomst til, og ikke minst fra kohortsonen. En slusen vil også fungere som en barriere mot øvrig virksomhet og pasienter. Sluse er spesielt viktig når man går ut fra en kohortsonen, ettersom den sikrer hygieniske prinsipper i forbindelse med



avkledning av smittevernsutstyr, slik at brukt bekledning og utstyr kan bli dekontaminert på en forsvarlig måte. Størrelsen på kohorten vil avgjøre om det er nødvendig med separat sluse-inn og sluse-ut. En felles sluse for inn- og utgang av kohortsonen er erfaringsmessig upraktisk og bør unngås, men er mulig til mindre kohorter. En mindre kohort vil i denne sammenheng være opp til 12 pasienter på sengepostnivå, og opp til 4-6 pasienter på intensiv-/intermediærnivå. En felles sluse for inn- og ut aktivitet av personell og pasienter fordrer likevel en viss størrelse på slusen slik at man kan ivareta hygieniske prinsipper for ren og uren side (min 12 kvm). Størrelsen er også viktig for å kunne transportere pasienter uhindret gjennom slusen.

Slusen kan altså være i eksisterende korridor der lettvegger settes raskt opp og deler av til det den ønskede kohortsonen, der man går inn og ut samme vei. En annen løsning kan være at man f eks bruker lager i midtkjerner (der det er doble korridorer), som sluse. Man går altså inn/ut av et rom som har dører i hver ende, og omgjør et slikt rom til slusefunksjon.

Større kohortsoner trenger derimot at det etableres separat inn- og ut sluse, altså at man går inn i kohortsonen et sted, men ut et annet sted. All transport av pasienter bør være gjennom kohortsonens ut-sluse.

Alle sluse-ut løsninger må ha håndvask i slusen eller i umiddelbar nærhet til slusen. Etersom det ikke er håndvasker vilkårlig plassert i korridor, kan man se for seg at man bruker nærmeste pasientrom med bad til dette.

### **Etablering av sluser og kohortsoner**

Arealløsningene bør være tilrettelagt for at man ved relativt enkle grep kan sette opp lettvegger og dører som kan utgjøre sluseløsninger og kohortsoner. Kohortsoner kan egne seg i ender av bygg og korridorer, eller i områder der de i minst mulig grad påvirker øvrig drift og virksomhet. Kohorter som kan bygges ut (trekkspillfunksjon) vil være fordelaktig av hensyn til drift.

### **Lokal dekontaminering**

Det må være tilgang til egen dekontaminator inne i kohortsonen. Dette løses ved at kohorten er i et område med desinfeksjonsrom, eller isolat som har dekontaminator. En siste mulighet kan være å montere dekontaminator på et toalett i kohorten (fjerne toalettet og sett inn dekontaminator), dette krever imidlertid tilgjengelig strømtilførsel. Dette er for øvrig en løsning man gjorde på intensivkohorten på Rikshospitalet.

### **Selvforsyning/lager/utstyr**

Sengetøy og engangsutstyr bør lagres på mobile traller inne i kohortsonen, lager er således av mindre betydning å ha i en kohortson. I intensivkohorter vil mulighet for blodgassmaskin være viktig, om dette ikke allerede er i området må mulighet for etablering av dette være

tilstede, noe som krever strøm og IT-kontakt. Tilgang på legemidler i kohortsonen er viktig, dette kan løses med mobile traller

### **Ansatte som arbeider i kohortsonen**

Ansatte bruker toalett utenfor kohortsonen, ikke nødvendig med personelltoalett i selve kohortsonen, da toalettbesøk krever at man tar av seg smittevernutstyr, noe som må gjøres i sluse

Ansatte bør ha mulighet for separat pause-/møte-/visittrom skjermet fra øvrig virksomhet. Arbeidsstasjoner for personellet er normalt inne i kohortsonen, altså der man jobber med pasientene.

### **Mulig plassering av kohortsoner i NSA**

Videre følger grovskisser for mulige kohortløsninger i;

- Døgnområder, plan 5-8 (fig 1)
- Døgnområde Barsel, plan 4 (fig 2)
- Føde/GYN, plan 3 (fig 3)
- Intensiv/intermediær, plan 2 (fig 4)
- Infeksjonsmedisinsk døgnområde inkl HSI, plan 2,  
er kun angitt i tabell (figur 5), og er kun lagt med for å gi summeringsoversikt.

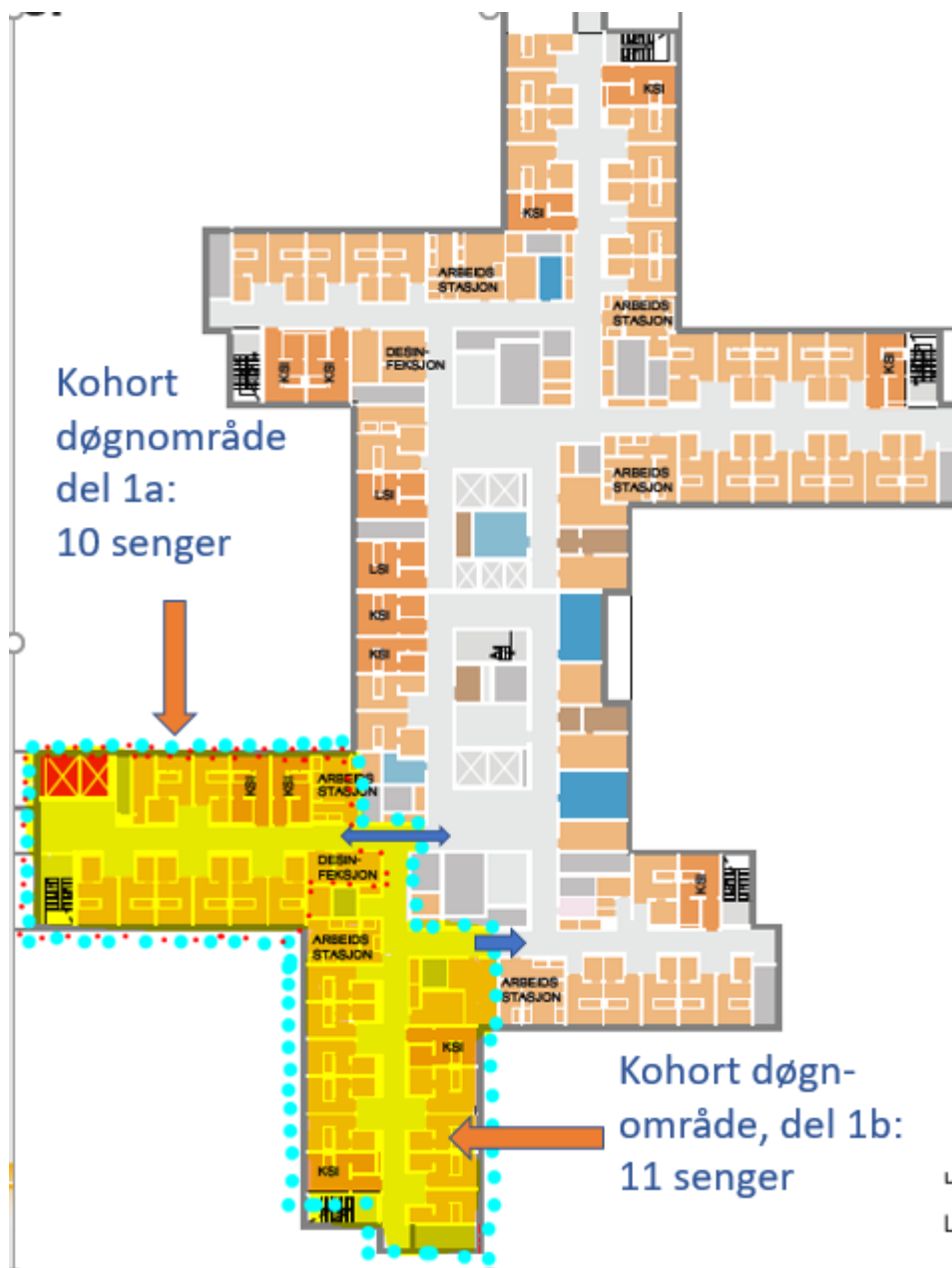
### Figur 5

Tabellen angir totalt antall mulige kohortplasser gitt at alle kohortsoner foreslått i dette dokumentet realiseres

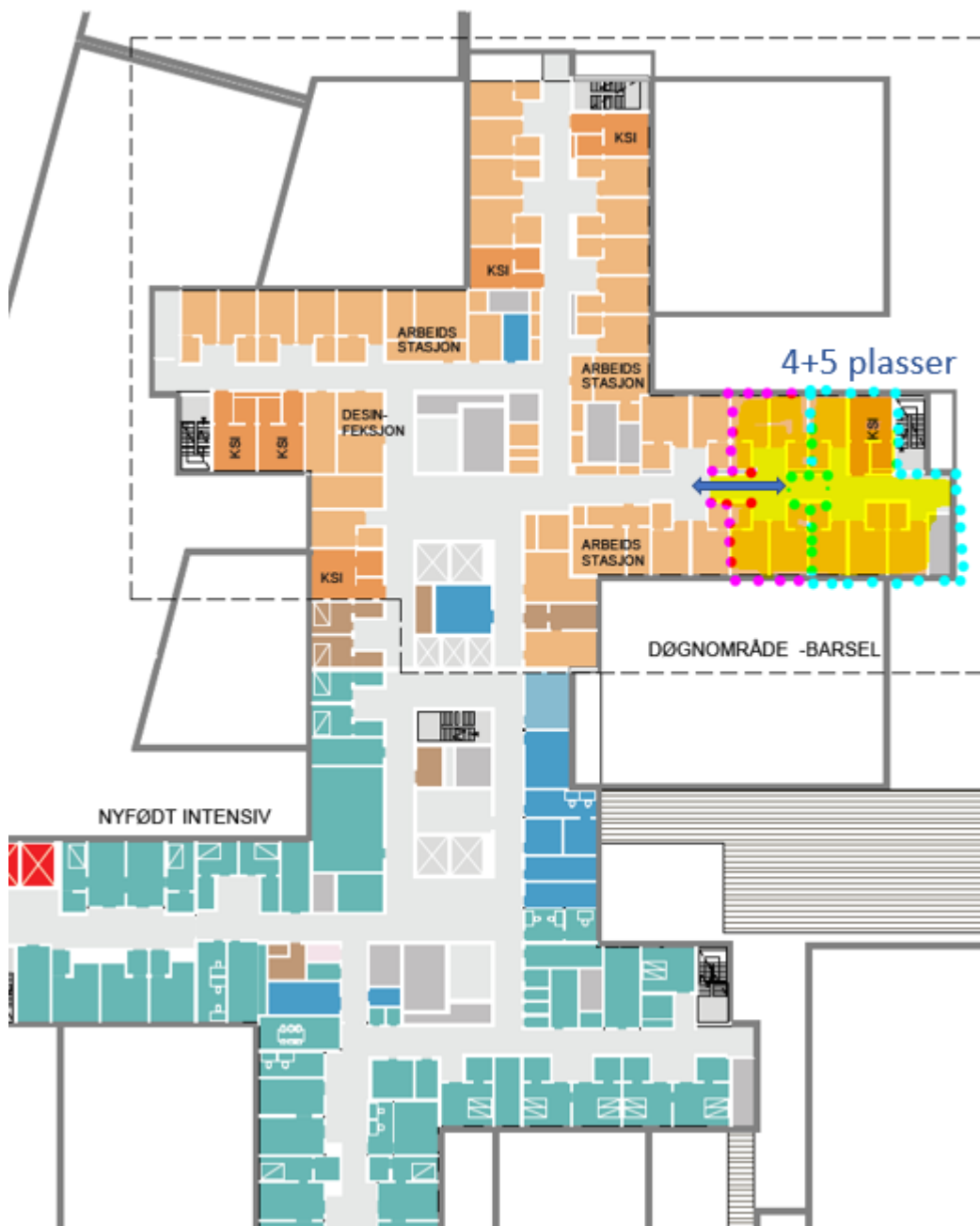
Kohort nr	Plan	Kategori	Antall plasser
1a	2	Intensiv	6
1b	2	Intensiv	6
1c	2	Intensiv	10
2	2	Intensiv	7
		Totalt: Intensiv	29
3a	2	Intensiv/intermediær	7
3b	2	Intensiv/intermediær	21
		Totalt: Intensiv/intermediær	28
Alle kohort plasser i Plan 2 (intensiv og intensiv/intermediær)			57
1a	3	Føde/GYN	2
1b	3	Føde/GYN	2
1c	3	Føde/GYN	4
		Totalt: Føde/GYN	8
1a	4	Barsel	5
1b	4	Barsel	4
		Totalt: Barsel	9
1a	5	Sengepost	10
1b	5	Sengepost	11
1a	6	Sengepost	10
1b	6	Sengepost	11
1a	7	Sengepost	10
1b	7	Sengepost	11
1a	8	Sengepost	10
1b	8	Sengepost	11
		Totalt: Sengeposter plan 5-8	84
Infeksjonsmedisin	2	Døgn (L- eller K- smitteisolater)	24
Infeksjonsmedisin HSI	2	Døgn (L- smitte isolater)	4
		Totalt: Infeksjonsmed område	28
Alle kohortplasser i alle områder med sengepost (inkl inf med/h)			129



Figur 1: Døgnområder (illustrert med opptil 21 plasser pr plan, Plan 5-8)



Figur 2: Barsel (illustrert med opptil 9 plasser, i Plan 4)



Figur 3: Føde/GYN (illustrert med opptil 8 plasser, i Plan 3)



Figur 4 (A til G): Intensiv/Intermediær (illustrert med opptil 57 plasser i område for intensiv, postoperativ og operasjonsaktivitet)

Figur 4a

## Overordnet

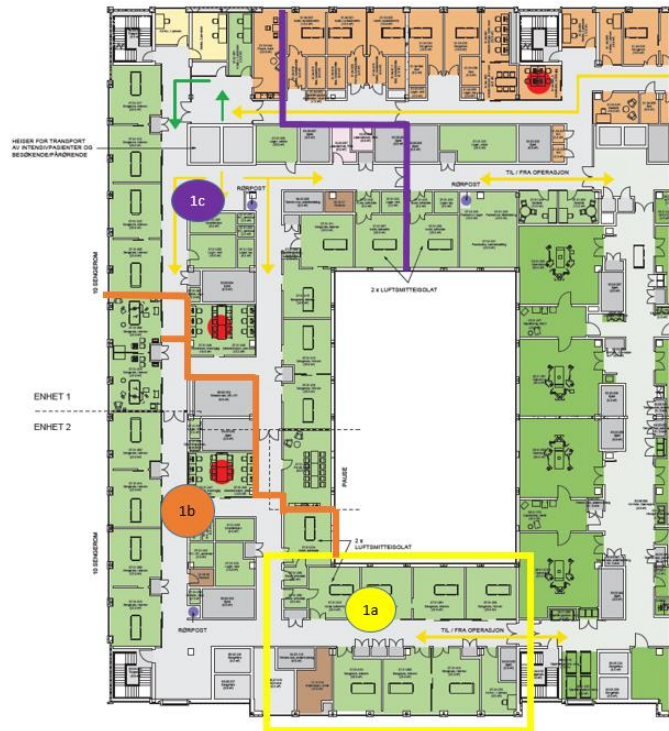
- Ved opptrapping til del B og C inngår foregående kohort del
- Trappeløp som faller innenfor kohort anbefales sperret, men tilgjengelig som rømningsvei.
- Desinfeksjonskapasitet er ivaretatt innenfor alle nivåene i dette forslaget.
- Pasienter transporteres ut/inn via ut-sluse.
- Skisser og potensiell utforming baserer seg på skissegrunnlag til medvirkningsgruppemøte D3. Endringer i plassering/utforming vil følgelig medføre behov for justeringer av plan for utforming.



Figur 4b

## Kohort 1a, 1b, 1c - intensiv (intensiv område)

- Kapasitet: 6-22 intensivpasienter
- Kohort 1a – 6 plasser
- Kohort 1b – 6 plasser
- Kohort 1c – 10 plasser
- Ved opptrapping til del B og C inngår foregående kohortområde.
- Trappeløp som faller innenfor kohort anbefales sperret, men tilgjengelig som rømningsvei.
- Desinfeksjonskapasitet er ivaretatt innenfor alle nivåene i dette forslaget.
- Pasienter transporteres ut/inn via utsluse.
- Skisser og potensiell utforming baserer seg på skissegrunnlag til medvirkningsgruppemøte D3. Endringer i plassering/utforming vil følgelig medføre behov for justeringer av plan for utforming.

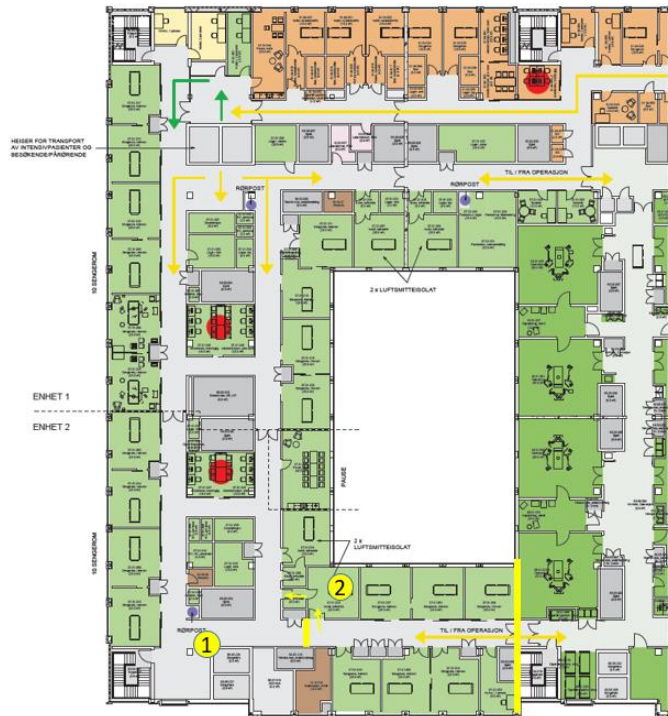


Figur 4c

## Kohort 1a - intensiv

- Kapasitet: 6 intensivpasienter

- 1 Innsluse i korridor
  - 2 Utsluse via luftsmitteisolat. Vask i sluse. Pasienter transporteres ut/inn via utsluse.
- Avfallsrommet bør inngå som en del av kohort. AGV-rommet bør ikke inngå i kohorten, for å sikre logistikk-flyt til øvrige arealer.



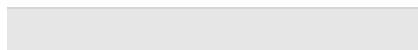
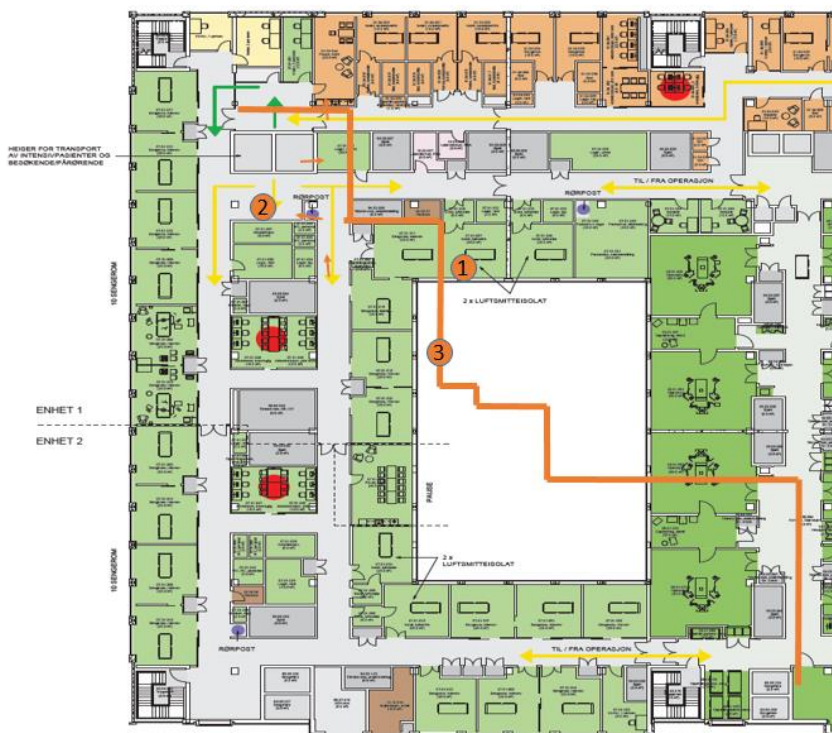


Figur 4d

## Kohort 1b - intensiv

- Kapasitet: 12 senger

1. Inngang i korridor
2. Utsluse via sengerom. Søndre sengerom til avkledding, nordre sengerom til vask. Pasienter transporteres ut/inn via utsluse.
3. Hensiktsmessig med glassvegg mot VEST i arbeidsrom, for å sikre kommunikasjon mellom dette rommet og pauserom på utsiden av kohorten.

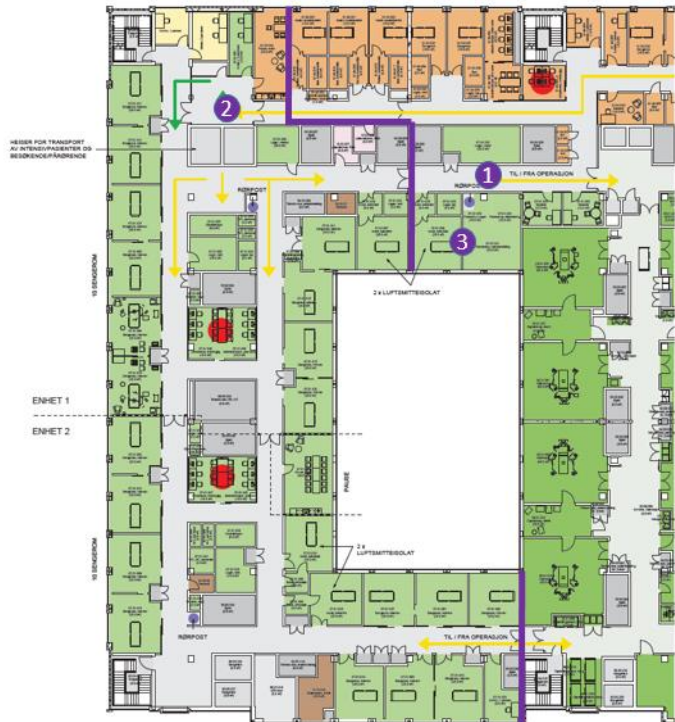


Figur 4e

## Kohort 1c - intensiv

- Kapasitet 22 senger

- 1 Innsluse i korridor. Støtteareal på lager utstyr, for oppkledning av personell.
  - 2 Utsluse ifm. område nord for heis. Heis bør da sperres for bruk. Vask på pause/møte.
  - 3 Avklaringsisolater.
- Bruk av kohort 1c fordrer at ikke smitteførende intensivpasienter kan ivaretas andre steder. Eks. operasjon, K2 eller NRH.





Figur 4f

## Kohort 2 - intensiv (i operasjons område)

- Kapasitet: 7 intensivpasienter
  - Stue 80 kvm – 3 pasienter
  - Stue 60 kvm – 2 pasienter
- Arealet tas i bruk når 1c er for liten.
- Inn og utslusing via intensiv, i.h.t. kohort 1c
- Gule streker merker avgrensning/behov for vegger/dører.
- AGV-rom bør skilles av fra kohort, slik at øvrig operasjonsaktivitet kan kontinuieres.



Figur 4g

### Kohort 3a, 3b -Intensiv/intermediærkohort (i postoperativt område)

- Kapasitet: 28 senger
- Deles i 3a og 3b



