

Sammendrag

Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes
Sykehusbygg HF 2020



Sammendrag. Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sykehusbygg HF 2020

Prosjektnummer	
Prosjekt	Type rapport/ dokument
	Sammendrag. Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes. Sykehusbygg HF 2020

UTARBEIDET AV		
Navn	Sykehusbygg HF	epostadresse
Unni Dahl	Sykehusbygg HF	unni.dahl@sykehusbygg.no
Lilian Leistad	Sykehusbygg HF	lilian.leistad@sykehusbygg.no
Rita Konstante	Sykehusbygg HF	rita.konstante@sykehusbygg.no

DOKUMENTSTATUS					
0.1	07.02.2020	Sammendrag av hovedrapport for behandling av styringsgruppe	Første utkast		
0.2	31.03.2020	Versjon 07.02.2020. Anbefalinger for SØ Kalnes er tatt ut.			

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
31.03.2020	April 2020	Styringsgruppe for evaluering av nytt østfoldssykehus, Kalnes	

1	BAKGRUNN	4
1.1	PROSJEKTETS MÅL	4
1.2	ORGANISERING AV EVALUERINGSPROSJEKTET	4
2	DATA OG METODE	5
3	RESULTATER FRA EVALUERINGEN	6
3.1	ARKITEKTONISK KVALITET KALNES	6
3.1.1	<i>Bygningsmassen og adkomst</i>	6
3.1.2	<i>Utearealene</i>	7
3.1.3	<i>Vestibyleområdet</i>	7
3.1.4	<i>Å finne veien – «wayfinding»</i>	7
3.1.5	<i>Bruk av kunst og visuell stimulering</i>	7
3.2	DIMENSJONERINGSGRUNNLAG OG KAPASITETSBEREGNING	8
3.2.1	<i>Døgnplasser somatikk og psykisk helsevern</i>	8
3.2.2	<i>Poliklinikk, dagbehandling, operasjon og fødestuer</i>	8
3.3	DRIFTSKONSEPTER OG LØSNINGER	9
3.3.1	<i>Kartlegging av byggets egnethet blant ansatte</i>	9
3.3.2	<i>Pasientenes opplevelse av sykehusets utforming i døgnområdene</i>	12
3.3.3	<i>Akuttmottak</i>	15
3.3.4	<i>Døgnområder somatikk</i>	21
3.3.5	<i>Psykisk helsevern</i>	27
3.3.6	<i>Poliklinikk og dagbehandling somatikk</i>	34
3.3.7	<i>Laboratoriefunksjoner</i>	44
3.3.8	<i>Kontor og møterom</i>	53
3.3.9	<i>Operasjon</i>	56
3.3.10	<i>Bildedagnostikk</i>	59
3.3.11	<i>Bygningsmessig og teknisk drift</i>	68
4	MÅLOPPNÅELSE	70
4.1	MÅLOPPNÅELSE – SAMFUNNSMÅL OG EFFEKTMÅL.....	70
4.2	PRODUKTIVITET	70
4.3	FORBRUKET I HF-OMRÅDET FØR OG ETTER SYKEHUSET ØSTFOLD KALNES.....	71
4.3.1	<i>Somatisk sektor</i>	72
4.3.2	<i>Psykisk helsevern for voksne</i>	73
4.3.3	<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>	73
4.4	BEHANDLINGSSTED FOR PASIENTER BOSATT I HF-OMRÅDET.....	74
4.4.1	<i>Somatisk sektor</i>	74
4.4.2	<i>Psykisk helsevern for voksne</i>	75
4.4.3	<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>	76
4.5	BOSTED FOR PASIENTER BEHANDLET I SYKEHUSET ØSTFOLD HF.....	76
4.5.1	<i>Somatisk sektor</i>	76
4.5.2	<i>Psykisk helsevern for voksne</i>	77
4.5.3	<i>Psykisk helsevern for barn og unge</i>	78
5	ANBEFALINGER TIL NYE SYKEHUSBYGGPROSJEKT – LÆRING FRA NYTT ØSTFOLDSYKEHUS, KALNES	79

1 Bakgrunn

Dette sammendraget oppsummerer Hovedrapport «Evaluering av nytt østfoldsykehus, Kalnes» Sykehusbygg HF 2020. Sammendraget presenterer de viktigste resultatene og en oppsummering av læringspunkter for nye sykehusbyggprosjekter.

1.1 Prosjektets mål

I 2015 sto det nye østfoldsykehuset på Kalnes ferdig. Psykisk helsevern, enkelte poliklinikker og støttetjenester flyttet inn i mai, og somatikk flyttet inn i november 2015. Høsten 2018 ønsket Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Østfold HF å innhente erfaringer fra de tre første årene etter at nytt østfoldsykehus ble ferdigstilt og tatt i bruk.

Mandatet for evalueringen av nytt østfoldsykehus, Kalnes er godkjent av Helse Sør-Øst RHF. Sammen med Helse Sør-Øst RHF startet Sykehusbygg HF med å utarbeide en prosjektplan høsten 2019. Oppdragsavtalen mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehusbygg HF ble signert 26.03.2019. Sykehusbygg HF fikk i oppdrag å gjennomføre evalueringen av nytt østfoldsykehus, Kalnes i tråd med beskrivelse i vedtatt prosjektplan datert 27.02.2019 (prosjektplanen er vedlagt i hovedrapporten).

Med bakgrunn i tidligere erfaringsinnhenting skal evalueringen belyse følgende fire hovedområder:

1. Vurdere om sentrale dimensjoneringsforutsetninger/kapasiteter er i tråd med faktisk utvikling og om de er implementert i praksis.
2. Få kunnskap om hvordan sentrale driftskonsepter og løsninger (inkludert standardrom) har fungert og effekten nytt sykehus har hatt på virksomheten.
3. Vurdere måloppnåelse for Sykehuset Østfold HF (effekt mål) og Helse Sør-Øst RHF (samfunns mål).
4. Identifisere områder det bør arbeides med/mulige tiltak som kan implementeres for å ta ut gevinster (kvalitet og økonomi)¹.

Resultatene fra evalueringen av disse fire hovedområdene presenteres oppsummert i kapittel 3, 4 og 5.

1.2 Organisering av evalueringsprosjektet

Evalueringen har vært et samarbeidsprosjekt mellom Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Østfold HF, der Helse Sør-Øst RHF er prosjekteier. Evalueringen har vært ledet av Helse Sør-Øst RHF v/Bygg og eiendom. Sykehusbygg HF har gjennomført evalueringen av nytt østfoldsykehus, Kalnes i henhold til prosjektplanen og endringer i prosjektperioden. Skisse av organisering er vist i hovedrapporten kapittel 1.4.

¹ Styringsgruppemøte 02.03.2020 besluttet at Sykehusbygg HF ikke skal identifisere tiltak som kan implementeres for å ta ut gevinster i Sykehuset Østfold Kalnes, men vektlegge forslag til nye sykehusprosjekt, dvs. foreslå læringspunkt på bakgrunn av resultatene fra evalueringen av nytt østfoldsykehus, Kalnes.

2 Data og metode

Evalueringen benytter både kvalitative og kvantitative metoder. En utfyllende beskrivelse finnes i hovedrapporten kapittel 1.5.

Et av evalueringsoppdragene har vært å vurdere om sentrale dimensjoneringsforutsetninger/kapasiteter er i tråd med faktisk utvikling og om de er implementert i praksis. Dette er gjort ved å benytte aktivitetsdata fra Sykehuset Østfold Kalnes for driftsåret 2018. Aktivitet for 2018 sammenlignes med planlagt aktivitet for 2020. Videre sammenlignes beregnet kapasitet basert på 2018-data med faktisk kapasitet for 2019. Data og informasjon er hentet fra norsk pasientregister (NPR), Sykehuset Østfold HF og planleggingsdokumenter.

En kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder er benyttet for å evaluere sentrale driftskonsepter og løsninger tre år etter innflytting. Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant ansatte for å kartlegge erfaringer med utforming og løsninger i ulike avdelinger. Det ble også foretatt en spørreundersøkelse blant pasienter i døgnområdene (sengeområdene) for somatikk og psykisk helsevern. Hensikten var å få kunnskap om pasientenes opplevelse av utformingen av sengeområdet, skilting og oversikt, erfaring med innsjekkingsautomater og kontakt med personalet.

Fokusgruppeintervju er benyttet for å få dybdekunnskap om ansattes erfaringer med hvordan sykehuset fungerer og i hvor stor grad utformingen legger til rette for arbeidsprosesser, pasientforløp og behandling. Fokusgruppeintervjuene er kombinert med befaring/observasjoner, dokumentstudier, offentlig statistikk og statistikk fra Sykehuset Østfold HF, gjennomgang av tegninger og litteratur.

Evalueringsprosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), saksnummer 2019/267. Ifølge REK er det tilstrekkelig at Sykehuset Østfold HF godkjenner gjennomføring av spørreundersøkelsen og at pasienten samtykker til deltakelse.

3 Resultater fra evalueringen

Dette kapitlet besvarer punkt 1 og 2 i evalueringsoppdraget (kap. 1.1 «Prosjektets mål») og er et sammendrag av kapittel 2 til og med 13 i hovedrapporten. Først presenteres «Arkitektonisk kvalitet» og «Dimensjoneringsgrunnlag og kapasitetsberegning». Deretter følger erfaringer med driftskonsepter og løsninger tre år etter innflytting. Her presenteres resultater fra spørreundersøkelser blant ansatte og pasienter og dybdeundersøkelser av ni driftsområder.

3.1 Arkitektonisk kvalitet Kalnes

Evalueringen av arkitektonisk kvalitet i nytt østfoldsykehus, Kalnes er gjort med utgangspunkt i målsettingene i forprosjektrapporten og ut fra kunnskap om hva arkitektur kan bidra med i utforming av sykehus (kapittel 2 i hovedrapporten).

3.1.1 Bygningsmassen og adkomst

Planforutsetninger fra Forprosjektrapport (15.11.2010) var at intensjonen med utformingen av nytt østfoldsykehus, Kalnes var å skape et signalbygg. Dette skulle gjøres gjennom å arbeide bevisst med volumoppbygging, fasader og materialbruk for å oppnå et helhetlig og innbydende arkitektonisk uttrykk. Bygget skulle videre være utformet med klare presise volumer i et sammenhengende bygningskompleks. På grunn av anleggets komplekse funksjonalitet, skulle volumene behandles differensiert i forhold til anleggets funksjon og innhold. Samtidig skulle det hele bindes sammen med variert bruk av få materialer.

Evalueringen viser at intensjonen er oppfylt med hensyn til volumoppbygging og differensiering mellom somatikk- og psykisk helseverndelen av bygningsmassen. Det er lagt vekt på variasjon i fasadene, likevel kan bygningene framstå som noe monotone.

Bilde 3.1 viser adkomst fra øvre stoppested for buss. Adkomsten er godt ivaretatt med synlig hovedinngang fra busstopp, som er tydelig markert ved bruk av kunstnerisk utsmykning. Videre inviterer uteområdet ved hovedinngangen til ro og inspirasjon ved bruk av kunst.



Bilde 3.1 Øvre busstoppested, med kunstnerisk utsmykning, som signalerer et viktig sted. God oversikt over hele sykehuset, parkering og synlig markert inngang. Foto Sykehusbygg HF 2019

Den store parkeringsplassen foran sykehuset kunne imidlertid med fordel vært plassert et annet sted – med tanke på opplevelse av sykehuset for den som ankommer området.

3.1.2 Utearealene

Forprosjektrapporten beskriver videre at utearealene skal fungere som oppholds- og rekreasjonssoner for pasienter, besøkende og ansatte, og at uterommene skal tilpasses de tilgrensende avdelingene.

Området utenfor poliklinikken for barn er godt tilrettelagt for å invitere lek, men skjemmes av et midlertidig gittergjerde. Øvrige uteområder rundt bygningen er lite opparbeidet. Utfordringen for gårdshagene i bygget for psykisk helsevern er at de er mørke og har innsyn fra flere etasjer.

3.1.3 Vestibyleområdet

Vestibyleområdet fungerer godt som hovedknutepunkt mellom alle funksjoner i sykehuset, og er lyst og luftig og oppleves vennlig og imøtekommende. Det er glidende overganger mellom ankomst, vente- og oppholdssoner, kantine og området for pasientinformasjon som ligger innerst i lokalene.

Det er gjennomgående gode lysforhold i hele sykehuset. Hovedkorridoren som binder sykehuset sammen har fin rytme med lysinnslipp og utsikt mot natur og gårdshager. Unntaket når det gjelder lysforhold, er at noen rom i poliklinikken er bygd uten dagslys.

3.1.4 Å finne veien – «wayfinding»

Det er i hovedsak lett å orientere seg i inngangspartiet, og hovedkorridoren fungerer godt. De lange korridorene i resten av bygget er ensformige og kunne hatt nytte av flere visuelle avbrudd for å redusere opplevd distanse og gjøre det lettere å orientere seg. Skiltingen er ikke god nok, noe som kommer til syne gjennom bruk av tilleggsinformasjon på A4 ark som er hengt opp mange steder, spesielt i poliklinikkene.

Hovedtrappen er lite markert og bidrar til at den oppleves mer som en bitrapp. Skilting til området med pasientinformasjon i bakkant av vestibyleområdet mangler.

En utfordring med skilting i sykehus generelt, også på Kalnes, er at avdelinger og funksjoner flytter på seg og/eller skifter navn, og det er vanskelig å oppdatere permanente skilt hyppig nok. Nye sykehus bør vurdere digital skilting.

3.1.5 Bruk av kunst og visuell stimulering

Kunstnerisk utsmykning er et grep som kan brukes for å tilføre omgivelsene fokuspunkter og orienteringspunkter. Visuell stimulering gjennom bruk av farger og utsmykning kan senke stressnivå i tillegg til å være dekorativt.

På Kalnes er det plassert kunst på utvalgte områder, hvor de stort sett fungerer godt. Utformingen av nytt østfoldsykehus har ikke vektlagt å benytte utsmykning i mindre format i områder hvor folk ferdes og oppholder seg. Evalueringen viser at dette

etterlyses både av ansatte og pasienter.

Byggene har også svært begrenset fargebruk, med hvitt og grått som dominerende farger. Dette forsterker det kliniske inntrykket av sykehuset, men bidrar også til opplevelse av ensformighet.

3.2 Dimensjoneringsgrunnlag og kapasitetsberegning

Gjennomgang av planlagt kapasitetsbehov sammenlignet med faktisk kapasitet og beregnet kapasitetsbehov i 2017 og i 2018 viser at aktiviteten overskrider faktisk kapasitet på flere områder. Det er mest uttalt for døgnplasser (senger), både for somatikk og psykisk helsevern (PHV) for voksne (jf. kapittel 3 i hovedrapporten).

3.2.1 Døgnplasser somatikk og psykisk helsevern

Sengekapasitet for somatikk var planlagt med høy utnyttingsgrad (90 prosent gjennomsnittsbelegg) noe som ga et planlagt sengebehov på 456 senger i nytt østfoldsykehus, Kalnes i 2020. Faktisk kapasitet i 2019 var 415 senger, 41 senger lavere enn planlagt. Behovet ut fra liggedøgn og 90 prosent belegg beregnes for 2018 til 414 senger. Beregninger med 85 prosent belegg (middels utnyttingsgrad) krever 438 senger. Siden alle enheter ikke kan ha 90 prosent gjennomsnittsbelegg (bl.a. barn, observasjonspost), innebærer dette at det med samme antall liggedøgn som i 2018 eller økende antall liggedøgn, vil bli overbelegg i andre enheter.

For PHV både for voksne og barn/unge mangler tall for framskriving av liggedøgn. Planlagt kapasitet for voksne var 98 døgnplasser i 2020 (høy utnyttingsgrad), mens faktisk kapasitet i 2019 er oppgitt til 91 døgnplasser. Aktivitetstallene viser en økning i oppholdsdøgn på 4 prosent fra 2017 til 2018, og behovet for døgnplasser i 2018 er beregnet til 107 med middels utnytting (85 prosent) og 101 med høy utnyttingsgrad (90 prosent). For 2018 er det derfor en diskrepans på 10 døgnplasser på årsbasis med høy utnyttingsgrad.

Beregningene viser at PHV for barn og unge har tilstrekkelig kapasitet på døgnplasser i 2018, med rom for en viss økning av oppholdsdøgn. Der er det samtidig en nedgang i antall oppholdsdøgn fra 2017 til 2018 på vel 13 prosent.

3.2.2 Poliklinikk, dagbehandling, operasjon og fødestuer

Poliklinikk og dagbehandling for PHV voksne og barn/unge er løst med behandlerkontor. Framskrivingsmodellen sin måte å beregne kapasitet på er derfor mindre egnet til å sammenligne planlagt og faktisk kapasitet. Bestemmende for kapasitet for poliklinisk behandling i PHV vil være tilgang på personell til den type aktivitet.

For somatisk sektor viser gjennomgangen at det er tilstrekkelig kapasitet (rom/plasser) for økning av kjemoterapi og infusjonsbehandling. Dialysekapasitet forutsetter at dagens driftsmodell videreføres med to behandlinger per dag mandag til fredag og én behandling per dag lørdag og søndag. Ved behov for økning av kapasiteten må det innføres to behandlinger per dag også i helgene. Fødestuekapasiteten er tilstrekkelig og tåler økning, mens aktivitetstallene viser nedgang i antall fødsler fra 2017 til 2018, og

betydelig lavere antall fødsler i 2018 (2 335 fødsler) enn det som ble framskrevet til 2020 (3 475 fødsler).

Antall operasjoner i 2018 var ca. 8 800 (dag- og inneliggende), mens beregnet for 2020 var ca. 11 000. Operasjonsstuekapasiteten på 9 stuer, forutsetter høy utnyttingsgrad med 10 timers effektiv åpningstid (brukstid) på alle stuer i 240 dager i året. Dersom aktiviteten i 2018 skal videreføres på samme nivå, kreves høy utnyttingsgrad i store deler av 2019. Dersom stuenes driftes med 8 timers effektiv åpningstid (middels utnyttingsgrad), er det to stuer for lite.

Omlegging fra døgn- til dagkirurgi ved Sykehuset Østfold Kalnes synliggjør at sykehuset i utgangspunktet ble planlagt uten tilrettelagte arealer for den dagkirurgiske pasienten. Antall postoperative plasser er tilstrekkelig og tåler en viss økning av den operative virksomheten.

Poliklinikk-kapasiteten er overskredet. Det er tilgang på 58 generelle undersøkelses- og behandlingsrom i 2019. Beregnet behov med høy utnyttingsgrad (10 timer brukstid 240 dager per år) er 59 rom, og med middels utnyttingsgrad 76 rom (8 timer brukstid 230 dager per år). Aktiviteten i poliklinikk økte med 9,5 prosent fra 2017 til 2018, og ligger allerede over framskrevet aktivitet for 2020: Med 185 831 konsultasjoner i 2018 mot framskrevet behov i 2020 på 133 981, noe som utgjør nesten 40 prosent større aktivitet i 2018 enn det som var forutsatt ved planleggingen.

3.3 Driftskonsepter og løsninger

Erfaringer med driftskonsepter og løsninger er presentert fra og med kapittel 4 til og med kapittel 13 i hovedrapporten. Dette omfatter en spørreundersøkelse blant ansatte som kartlegger byggets egnethet, og en undersøkelse blant pasienter om deres opplevelse av sykehusets utforming. Deretter er det gjort en mer omfattende dybdeundersøkelse av følgende områder i samsvar med oppdraget beskrevet i prosjektplanen: Akuttmottak, sengeområder – somatikk, psykisk helsevern, poliklinikk og dagbehandling – somatikk, laboratoriefunksjoner, kontor og møterom, operasjon, bildediagnostikk, bygningsmessig og teknisk drift.

Dybdeundersøkelsene er i hovedsak basert på fokusgruppeintervjuer med ansatte, men det refereres også til resultater fra spørreundersøkelsene. I tillegg til dette er det benyttet plandokumenter og ulike statistiske kilder som sykehusets egne datasystemer og tilgjengelig nasjonal statistikk.

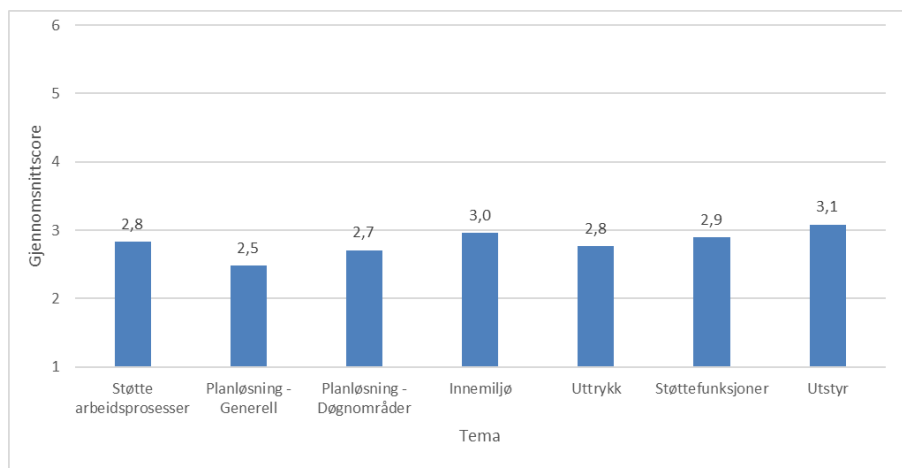
3.3.1 Kartlegging av byggets egnethet blant ansatte

Spørreundersøkelsen blant ansatte er besvart av 1 133 personer med arbeidssted på Kalnes inkludert tillitsvalgte, verneombud og ledere i perioden 21.05. til 09.06.2019. Undersøkelsen består av 36 utsagn som inndeles i syv temaområder:

1. Støtte til arbeidsprosesser
2. Planløsning/utforming – generelt
3. Planløsning/utforming – døgnområder
4. Innemiljø

5. Uttrykk (tiltalende utforming, tilhørighet)
6. Støttefunksjoner (kaffetilbud, parkering, kantine m.m.)
7. Utstyr

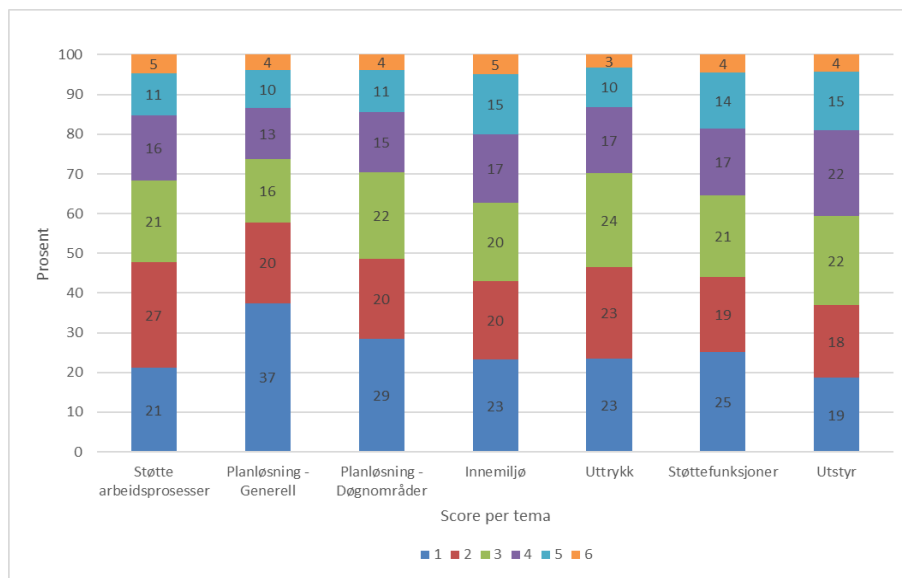
Resultatene for alle ansatte som har besvart undersøkelsen, presenteres nedenfor (omtales som «alle ansatte»). Figur 3.1 viser gjennomsnittlig score for de syv temaområdene.



Figur 3.1 Syv tema med gjennomsnittlig score per tema. Alle ansatte. Skala 1 (liten grad) til 6 (stor grad)

Figuren framstiller gjennomsnittlig score for hvert tema på en skala fra 1 (i liten grad enig) til 6 (i stor grad enig) for temaområdene: *Støtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-døgnområder*, *Innemiljø*, *Uttrykk*, *Støttefunksjoner* og *Utstyr*. På en skala fra 1 til 6 ligger scoren for alle de syv temaene under middelveiden (3,5). Tema *Utstyr* har fått høyest gjennomsnittlig score (3,1).

Figur 3.2 viser fordelingen av score for de ulike temaene. Det framgår av figuren at ansatte var mest fornøyd med temaene *Innemiljø*, *Utstyr* og *Støttefunksjoner* da disse har fått flest av scorene 5 og 6 (henholdsvis 20, 19 og 18 prosent). Mellom 37 til 57 prosent av besvarelsene har gitt score 1 eller 2. Disse resultatene tyder på at mange ansatte er mindre fornøyd med lokalene og området der de utfører arbeidet sitt.



Figur 3.2 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (liten grad) til 6 (stor grad) for alle ansatte

Videre kom det fram at flere av de laveste scorene berører kapasitet. Figur 4.4. i hovedrapporten (kapittel 4) viser at 79 prosent av ansatte som deltok i undersøkelsen, mente at de har ikke de rommene de trenger, 71 prosent mente at de har ikke tilstrekkelig plass i arbeidsstasjonene og 68 prosent mente at det er ikke tilstrekkelig plass til utstyr og forbruksvarer. Dybdeevalueringen av driftskonsepter og løsninger (funksjonsområder) fant også at det er kapasitetsutfordringer og mangel på ulike typer rom, arealer og/eller arbeidsplasser (kapittel 5 til 13 i hovedrapporten).

Når spørreundersøkelsen deles inn i ni avdelinger, viser resultatene den samme tendensen som besvarelsene fra alle ansatte, men med noen variasjoner. På en skala fra 1 til 6 ligger gjennomsnittlig score på temaområdene for fleste avdelingene på eller under middelverdien (3,5).

Noen avdelinger skiller seg ut og er mer fornøyd med utformingen av sykehuset og den avdelingen der de utfører sitt arbeid: Ansatte i avdeling for barn og ungdom og i operasjonsområdet har gitt score over middelverdien (3,5) for flere tema. Psykisk helsevern har gitt score på 3,5 for tema *Planløsning-døgnområder*, og intensivområdet har gitt 3,5 for *Innemiljø og Utstyr*.

Samlet sett var ansatte spesielt fornøyd med:

- Hjelp dersom noe ikke fungerer i bygning eller med utstyr
- Lokalisering av avdeling i forhold til andre
- Dagslys i arbeidsstasjoner og arbeidsplasser
- Tilgang på utstyr
- Tilgjengelighet for brukergrupper
- IKT
- Møbler og inventar

Samlet sett var ansatte minst fornøyd med utsagnene:

- Uteområdet bidrar til rekreasjon for ansatte
- Vi har de rommene vi trenger
- Tilstrekkelig plass i arbeidsstasjoner
- Tilstrekkelig plass for utstyr og forbruksvarer
- Muligheter for lagring og oppbevaring
- Parkeringsarealer for ansatte
- Uteområdet bidrar til rekreasjon for pasienter

3.3.2 Pasientenes opplevelse av sykehusets utforming i døgnområdene

Spørreundersøkelsen til pasienter er besvart av pasienter 18 år og eldre som har vært innlagt i døgnområder i somatisk sektor og psykisk helsevern (PHV) ved Sykehuset Østfold Kalnes. Undersøkelsen ble foretatt i to perioder i juni og oktober/november 2019.

Hensikten med spørreundersøkelsen var å få kunnskap om pasientenes opplevelse av utformingen av sykehuset. Spørreskjemaet er inndelt i 6 felles temaområder for somatisk sektor og PHV. Disse er:

1. Sengerommet (utforming og størrelse)
2. Kontakt med personalet
3. Mat og servering
4. Informasjon og innsjekking
5. Fellesarealer
6. Sengerommet (opplevelser og inntrykk av kvalitative forhold)

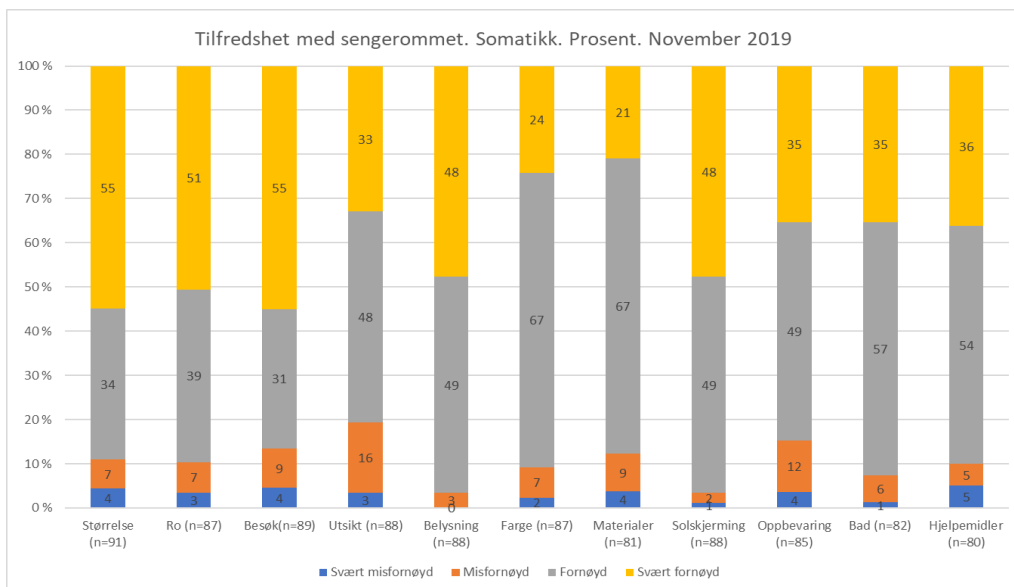
I tillegg til dette er det et eget temaområde om «Opplevelse av trygghet» i psykisk helsevern og et spørsmål om «Fall» til pasienter i somatisk sektor.

Evalueringen er rettet mot opplevelsen av ulike sider ved bygget, som sengerom, spiserom og andre fellesarealer inne og ute, samt oversikt og skilting.

3.3.2.1 Somatisk sektor

For de somatiske døgnområdene var det 99 pasienter som besvarte spørreundersøkelsen i juni 2019, i november var det 92.

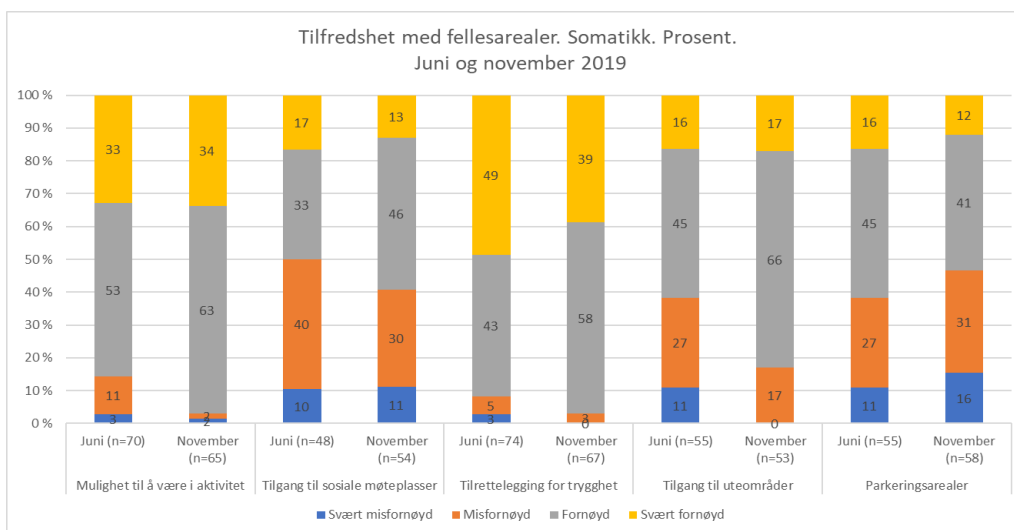
Hovedinntrykket etter gjennomføringen av pasientundersøkelsen er at det jevnt over er høy grad av tilfredshet. Når det gjelder sengerommet, var det lite misnøye, men der det forekommer er det blant annet knyttet til tilrettelegging for besøk, utsikt, materialbruk og oppbevaring (se Figur 3.3 fra undersøkelsen gjennomført i november).



Figur 3.3 Pasienters tilfredshet med ulike sider ved sengerommet ved somatiske døgnavdelinger. Prosent. November 2019

På spørsmålene om kontakt med personalet, viste undersøkelsen at tilfredsheten er svært høy. Også når det gjelder mat og servering, er pasientene i hovedsak positive. Det var noe misnøye knyttet til skilting og mulighet til å finne frem i sykehuset. Når det kommer til mulighet for å spørre om hjelp og innsjekking, var de fleste tilfredse (se figurer i hovedrapport kapittel 4.2.2).

Det temaområdet der misnøyen var størst, omhandler fellesarealene. Figuren nedenfor viser at dette gjaldt områder for sosial kontakt, tilgang til uteområder og parkering, hvor misnøyen var fra 38 til 50 prosent.



Figur 3.4 Pasienters tilfredshet med fellesarealer ved somatiske døgnavdelinger. Prosent. Juni og november 2019

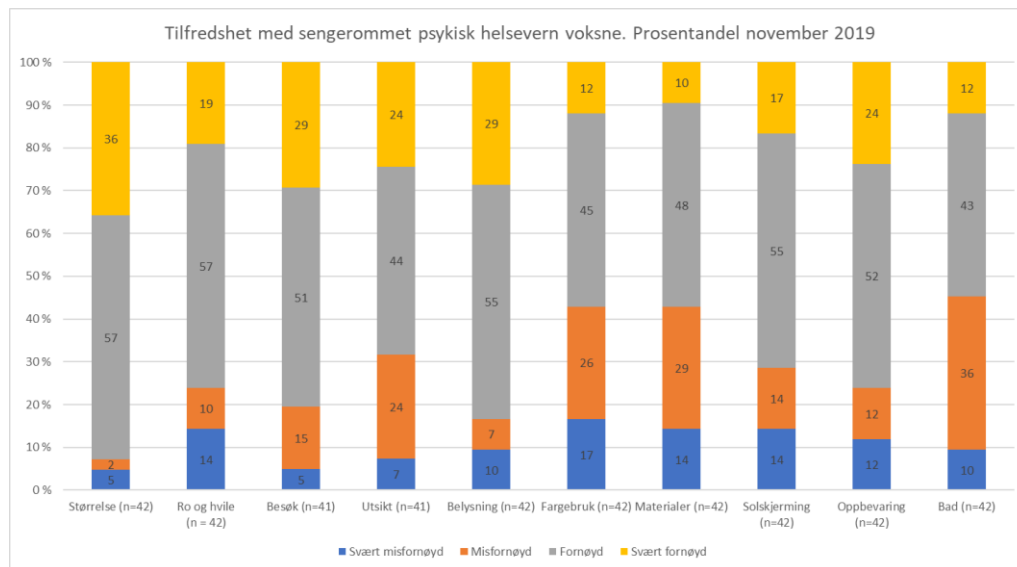
3.3.2.2 Psykisk helsevern

Antallet pasienter i undersøkelsen i psykisk helsevern var spesielt lavt i juni (18 personer), men med ytterligere 43 i november ble utvalget fra pasientene mer

representativt.

Oppsummert viste undersøkelsen at flertallet av pasientene er godt fornøyd.

Figuren nedenfor viser at de fleste var tilfredse med sengerommet (november).

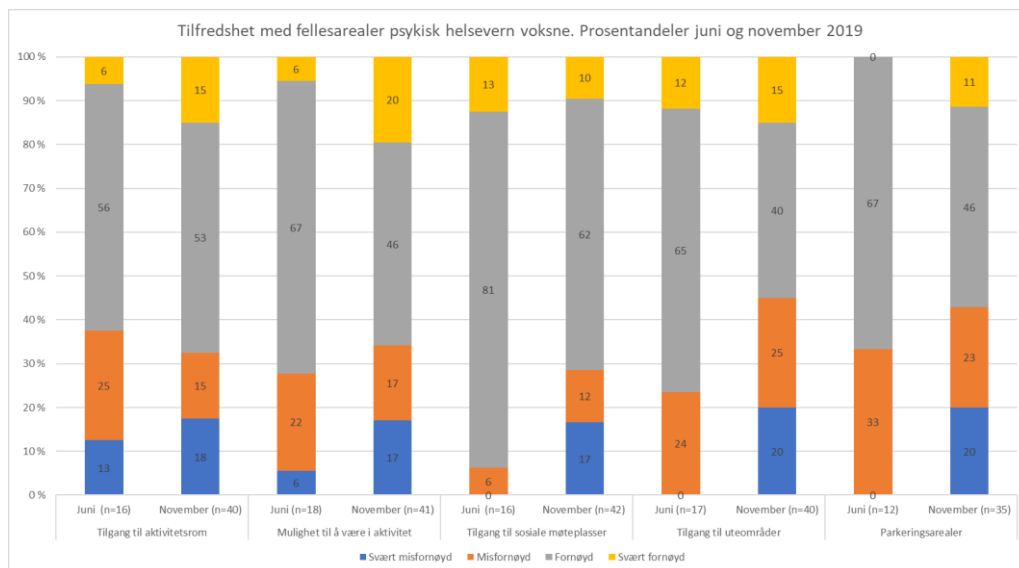


Figur 3.5 Pasienters tilfredshet ved ulike sider ved sengerommet ved døgnavdelinger i psykisk helsevern. Prosent. November 2019.

Det kom imidlertid fram noe variasjon i besvarelsene. Det var mest misnøye knyttet til de punktene som omhandler sider ved den fysiske utformingen. Dette er eksempelvis fargebruk, materialer, bad og utsikt fra sengerom. På temaet «kontakt med personalet» og «informasjon og innsjekking», var tilfredsheten jevnt over høy, men også her var det noe misnøye (se figurer i hovedrapport kapittel 4.2.3). Blant annet var noen misfornøyd med muligheten for samtale med personell i enerom.

Når det gjelder «mat og servering» var mange fornøyd, men 24 prosent var misfornøyd med spiserommet (i undersøkelsen som ble gjennomført i november). Videre viste undersøkelsen at de fleste var tilfredse med opplevelsen av trygghet.

Mange var fornøyd med fellesarealene, men her viste undersøkelsen også en del misnøye blant pasientene. Jevnt over ligger misnøyen fra 29 til 45 prosent av svarene for temaet samlet i november. Figuren nedenfor viser resultatene for tilgang til aktivitetsrom, mulighet til å være i aktivitet, tilgang til sosiale møteplasser, uteområder og parkering.



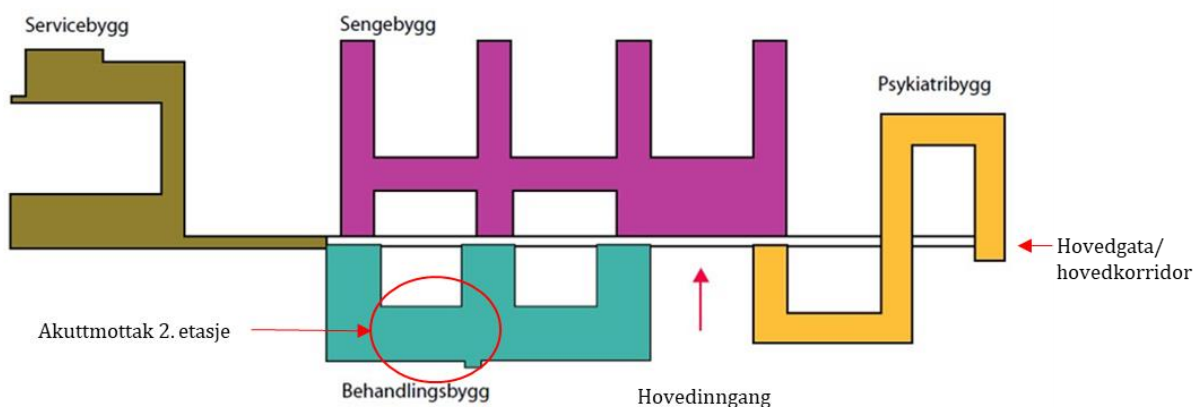
Figur 3.6 Pasienters tilfredshet med fellesarealer ved døgnavdelinger i psykisk helsevern. Prosent. Juni og november 2019

Spørreundersøkelsen blant pasienter i døgnområder i somatikk og psykisk helsevern hadde et særlig fokus på opplevelsen av ulike sider ved bygget. I hovedsak var et stort flertall av pasientene fornøyde med sykehuset.

3.3.3 Akuttmottak

Evalueringen av akuttmottak skal belyse erfaringer med pasientforløp mellom akuttområdet og øvrige behandlingsfunksjoner, logistikk i akuttmottaket og undersøke hvordan flyten mellom skadepoliklinikk og akuttområdet har fungert. Årsakene til behov for en eventuell utbygging identifiseres i tillegg til kunnskap om hvordan akuttmottak bør utformes i framtida. I hovedrapporten er dette beskrevet i kapittel 5.

Akuttmottaket ligger i andre etasje mellom bildediagnostikk for øyeblikkelig hjelp og sengepost for Hjertemedisinsk avdeling. Plasseringen er vist i figuren nedenfor.

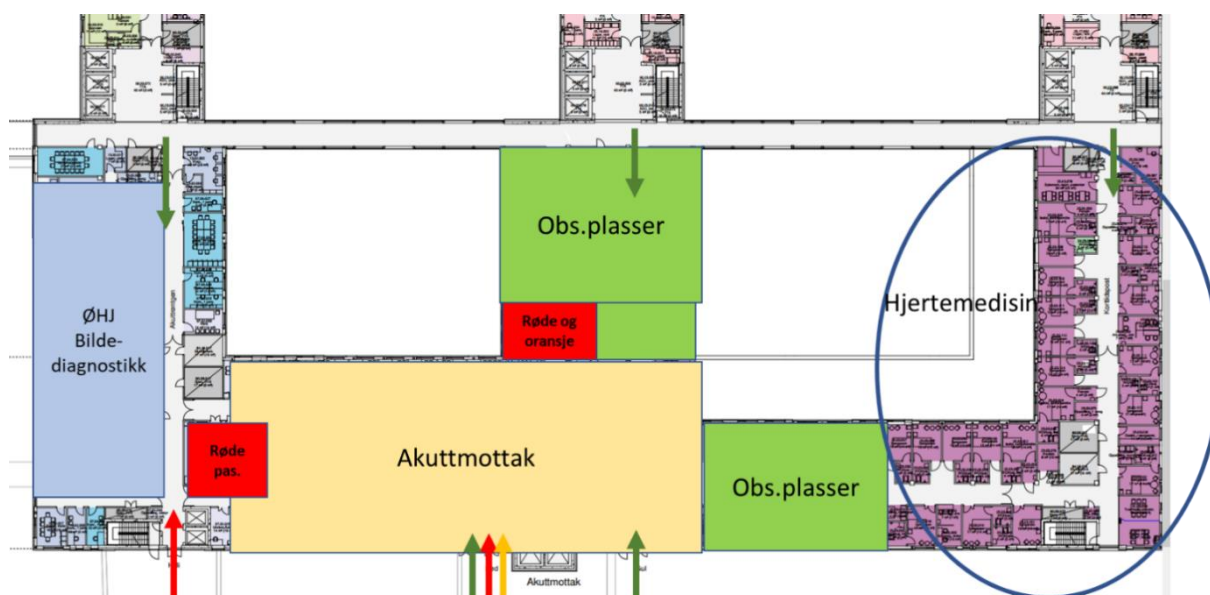


Figur 3.7 Sykehuset Østfold Kalnes. Akuttmottakets plassering i 2. etasje. Forprosjekt 15.11.2010

I 2010 i forbindelse med forprosjektet ble alle akuttfunksjoner samlet i nytt

østfoldsykehus på Kalnes. Sykehuset har tre akuttmottak med egne innganger, ett for somatikk og to for psykisk helsevern. Øyeblikkelig hjelp henvendelser for barn skulle gå til barneavdelingen via somatisk akuttmottak. Dagens praksis er at kritisk skadde og syke barn kommer til somatisk akuttmottak, mens de som er «gående» kommer direkte til barneavdelingens akuttmottak. Nedenfor omtales akuttmottak for somatikk.

Det er flere innganger til akuttmottaket (AM). Figuren viser at pasienter med grønn/gul hastegrad kommer inn i AM via 6 innganger hvorav tre er fra sykehusets indre hovedkorridor (grønne piler): Via hjertemedisinsk sengepost, via observasjonsenhet eller via øyeblikkelig hjelp bildediagnostikk. Pasienter med grønn hastegrad kan også komme gående via inngangen til AM eller på bære via ambulanseinngangen. Ambulanseinngangen benyttes til inn- og uttransport av pasienter som kommer med bilambulanse.



Figur 3.8 Innganger til akuttmottak (vist med piler). Kilde: Tegning fra Sykehuset Østfold HF, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

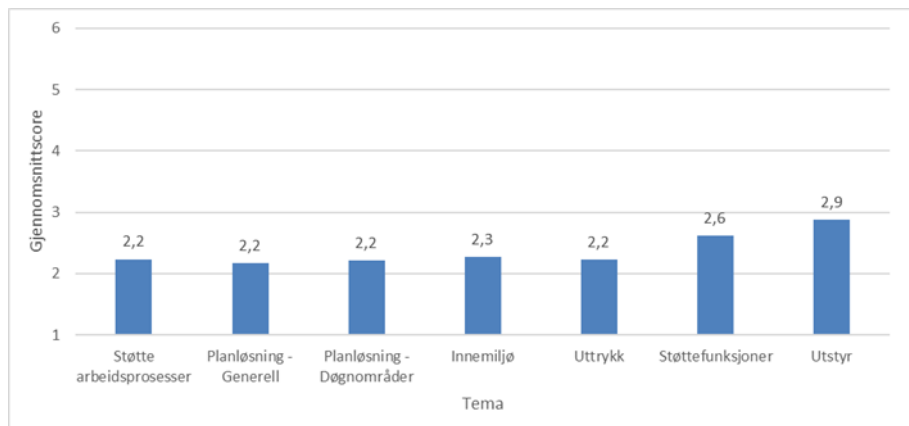
Pasienter med gul/oransje hastegrad kommer vanligvis på bære via ambulanseinngangen (se oransje pil). Inngangen for helikopter ligger ved bildediagnostikk for øyeblikkelig hjelp. Denne inngangen benyttes for pasienter av rød hastegrad som kommer inn til sykehuset med helikopter eller bilambulanse. Der kommer også pasienter på bære av lavere hastegrad, fra f.eks. fra sykehjem, som skal til røntgen.

3.3.3.1 Kartlegging av byggets egnethet - akuttmottak somatikk

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte ved akuttmottak i Sykehuset Østfold Kalnes som deltok i undersøkelsen.

Av 1 116 besvarelser der avdeling var registrert, utgjorde de ansatte ved akuttmottaket 11, 4 prosent (127) av besvarelsene. Resultatene presenteres nedenfor. Figur 3.9 viser

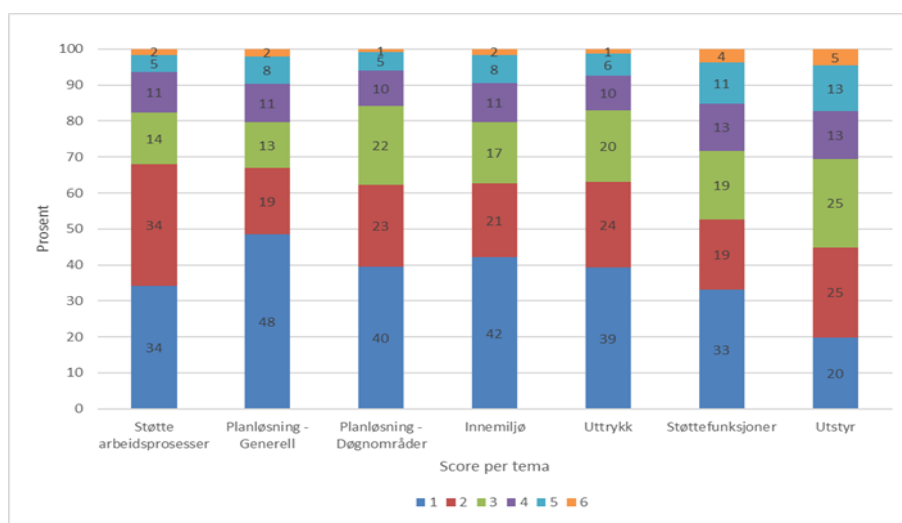
gjennomsnittlig score på en skala fra 1 (i liten grad enig) til 6 (i stor grad enig) for hver av de syv temaområdene: *Støtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-døgnområder*, *Innemiljø*, *Uttrykk*, *Støttefunksjoner* og *Utstyr*.



Figur 3.9 Syv tema med gjennomsnittlig score per tema på en skala fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig). Akuttmottak

Resultatene viser at på en skala fra 1 til 6, ligger den gjennomsnittlige scoren for alle de syv temaene under middelveiden (3,5). Tema *Utstyr* har fått høyest gjennomsnittlig score (2,9).

Figuren nedenfor presenterer fordelingen av score for de ulike temaene, der *Utstyr* og *Støttefunksjoner* har fått flest av scorene 5 og 6 (henholdsvis 18 og 15 prosent), samt flest av scorene 3 og 4 (henholdsvis 38 og 32 prosent). Videre har mellom 45 til 68 prosent av besvarelsene gitt score 1 eller 2. Disse resultatene tyder på at mange ansatte som deltok i undersøkelsen ved akuttmottaket er mindre fornøyde med lokalene og området der de utfører arbeidet sitt.



Figur 3.10 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig). Akuttm.

Blant de utsagnene ansatte i akuttmottaket ga høyest score (5 eller 6) og er mest

fornøye med er «Vår avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til» (35 prosent). De ga lavest score (1 eller 2) og er minst fornøye med «Uteområdet bidrar til rekreasjon for ansatte» (94 prosent).

Nedenfor oppsummeres dimensjoneringsforutsetninger og erfaringer med driftskonsepter og løsninger i akuttmottaket.

3.3.3.2 Dimensjoneringsforutsetninger og kapasitet

I dette kapitlet beskrives årsakene til behov for en eventuell utbygging av akuttmottaket.

Antall pasienter gjennom akuttmottak per år i 2018 var på nivå med planlagt aktivitet, framskrevet til 2020. Årsaken til at kapasiteten likevel er for lav i akuttmottaket, er at beregningsmetoden for kapasitetsbehov ikke var presis nok og at noen rom som var planlagt til mottaksrom, benyttes til annen aktivitet.

Tilbakemelding fra ansatte og aktivitetstall viser at det spesielt er behov for flere rom for akuttpoliklinikk. Det er for dårlig kapasitet på rom og personell spesielt innenfor en tidsperiode fra ca. kl. 12 til 20, og særlig for pasientgruppen med lav hastegrad. Dette medfører at pasienter og pårørende venter mange steder, også i korridor, og ansatte kan miste oversikten. Plassering av akutt bildediagnostikk medfører stor trafikk av pasienter gjennom akuttmottaket.

Brudd på dimensjonerende forutsetninger og manglende gjennomføring av planlagte arbeidsprosesser har blant annet utløst behov for flere arbeidsplasser. Det var for eksempel ikke tatt hensyn til legenes arbeidsflyt i forhold til behov for kollegastøtte ved dokumentasjon. Det er få leger som i praksis dokumenterer på mottaksrommet.

Tilbakemeldinger tyder på at det planlagte driftskonseptet ikke var godt nok forankret blant ansatte, og rom ble derfor heller ikke tatt i bruk som opprinnelig planlagt.

3.3.3.3 Erfaringer med driftskonsepter og løsninger i akuttmottak somatikk

Nedenfor presenteres resultater fra fokusgruppeintervju som ble gjennomført blant ansatte ved akuttmottaket for å få mer dybdekunnskap om deres erfaringer med området etter tre års drift.

Erfaringer med pasientforløp mellom akuttområdet og øvrige behandlingsfunksjoner

Ansatte i akuttmottak og observasjonspost fortalte at de er fornøye med nærheten til bildediagnostikk. Det samme gjelder nærhet til intensiv- og operasjonsenheten. Samtidig er plasseringen av bildediagnostikk årsak til stor trafikk og kryssende pasientforløp internt i akuttmottaket.

Kommunikasjon med laboratoriefunksjoner gjennom rørpost fungerte tilfredsstillende.

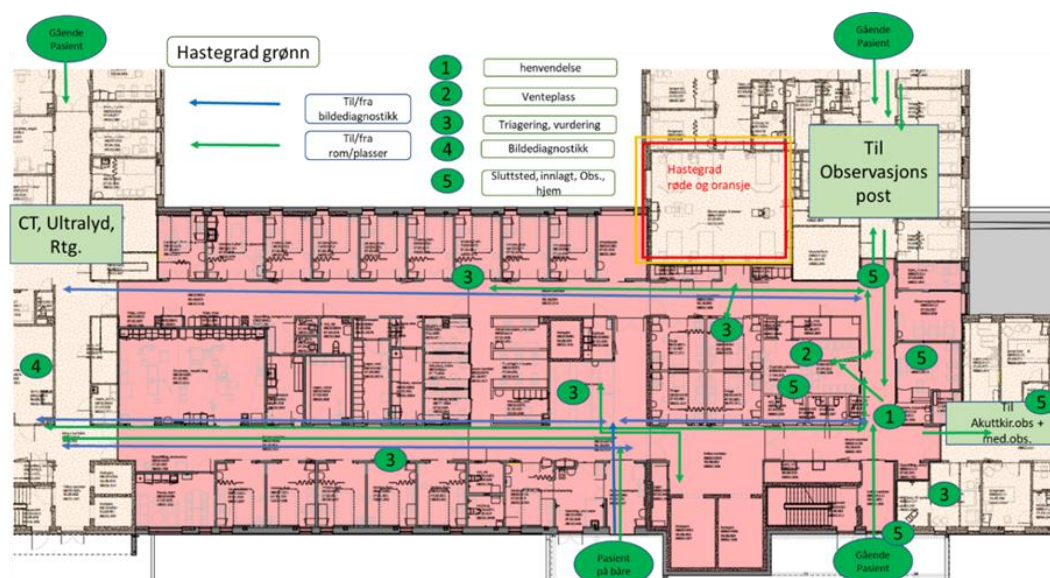
Ansatte påpekte at det er lite sambruk av sykepleierressurser mellom akuttmottak og observasjonsposten. Tilsvarende gjelder for bruk av sykepleierressurser mellom de to fysisk atskilte observasjonspostene. Sykehuset har imidlertid iverksatt tiltak for å

forbedre dette.

Logistikk mellom akuttrum, triagerom, tverrfaglig arbeidsområde, arbeidsstasjon og støtterom

Akuttsalens nærhet til observasjonsposten ble vurdert som positiv av ansatte. Videre påpekte de at internlogistikken mellom triagerom, undersøkelsesrom og arbeidsstasjon ikke er tilfredsstillende.

Et stort problem, som ble påpekt, handler om kryssende trafikk og hastegrader. Intern transport av pasienter har kryssende trafikklinjer for alle hastegrader med unntak av hastegrad rød, som har et lineært forløp. Det er blant annet mye kryssende trafikk av pasienter som skal til og fra røntgen, mottaksrom og triagerom m.m. som medfører at særlig ytre korridor oppleves som svært belastet. Figuren nedenfor illustrerer logistikk for pasienter med grønn hastegrad.



Figur 3.11 Pasientlogistikk, grønn hastegrad. Kilde: Tegning fra Sykehuset Østfold HF, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Pasienten henvender seg i en ekspedisjon (1), registreres, og blir deretter henvist videre til venterom (2). Pasienten kan bli vurdert av lege eller sykepleier på venterom, triagerom, mottaksrom eller i korridor. Valg av sted for vurdering er avhengig av tilgang på ledig rom (3). Pasienter med grønn hastegrad som skal til bildediagnostikk (de fleste), går gjennom ytre korridor (blå pil) til bildediagnostikk (4). Etter utført bildediagnostikk går disse pasienter tilbake samme vei til venterom eller annen ledig plass (ny runde for å finne ledig rom/plass). Etter vurdering og diagnostikk/behandling kan pasienten bli sendt til observasjonsposten, akutt kirurgisk eller medisinsk observasjonspost, innlegges i sengepost, behandles poliklinisk eller sendes hjem (5).

Plassering og tilgang til medisinerom og desinfeksjonsrom fungerte tilfredsstillende.

Plassering av lager er tilfredsstillende, men antall og organisering av hva som er i skapene kan med fordel forbedres.

Flyten mellom skadepoliklinikk og akuttområdet

Ifølge ansatte er det lite samarbeid mellom skadepoliklinikken og akuttmottaket. Det er få eller ingen pasienter som henvises fra skadepoliklinikken til akuttmottaket.

Ansatte mente at det ville vært mer hensiktsmessig å plassere skadepoliklinikken nært akuttmottak, som opprinnelig planlagt, eller å ha 24 timers drift i skadepoliklinikken.

3.3.3.4 Oppnåelse av mål og planforutsetninger

Akuttområdet fungerer på flere områder i tråd med planforutsetningene, men det finnes også områder hvor målsettingene bare delvis er oppfylt. Dette er oppsummert nedenfor:

Effektivitet og kapasitet

Det var planlagt at effektiviteten i akutfunksjonen skulle være høy. Evalueringen viser at akuttmottaket klarer å overføre 36 prosent fra akuttmottak til akutt poliklinikk/utskrives fra akuttmottak (2018). Dette er høyt på landsbasis til tross for utfordringer knyttet til kapasitetsproblemer. Kapasitetsutfordringene gjelder blant annet mangel på triagerom og undersøkelsesrom for akutt polikliniske pasienter. Dette vil bli løst gjennom det planlagte påbygget.

Observasjonspost og korttidspost

I forprosjektet var det planlagt med observasjonspost og korttidspost i umiddelbar nærhet til akuttmottak. Antallet observasjonsplasser ble redusert ved at det store observasjonsrommet ble tatt i bruk av akuttmottaket ved innflytting. Den planlagte korttidsposten ble tatt i bruk som sengepost for hjertemedisin, og observasjonsposten har etter hvert tatt i bruk ni sengerom i dette området. Kapasiteten på observasjonsplasser er derved økt, mens konseptet som lå i korttidspost aldri er prøvd ut.

Tilgjengelighet til diagnostiske funksjoner

Tilgjengelighet til diagnostiske funksjoner som bildediagnostikk og laboratorieanalyser er tilfredsstillende. Dette samsvarer med planforutsetninger i delfunksjonsprogrammet (02.11.2009) hvor det var planlagt at det skal være umiddelbar og lett adgang til diagnostiske funksjoner som billediagnostikk.

Akuttområdet med akuttrom nær akutt bildediagnostikk fungerer etter forutsetningene.

Endring av funksjon

Flere rom har endret funksjon, f.eks. reduksjon av kapasitet på triagerom, mottaksrom omgjort til arbeidsrom for leger, observasjonssal omgjort til stort mottaksrom for de sykeste pasientene o.l. Dette har gitt konsekvenser for kapasitet på rom og pasientflyt. Det var planlagt med fire rom for triagering, men kun to anvendes som planlagt. De to andre benyttes som poliklinikkrom. Det er en utfordring å få gjennomført triagering av pasienter, spesielt på dagtid, noe som bidrar til økt venting og kødannelse.

Pasientstrømmer

I forprosjektet var det planlagt at pasientstrømmen inn til akuttmottaket er delt mellom

gående, ambulanse- og helikoptertransport med egne innganger og alle henvendelser skulle håndteres via en felles ekspedisjon. Pasientstrømmen inn i akuttmottaket er mer blandet enn det som var planlagt. Inngangen som var forbeholdt de som ankommer med luftambulanse, blir også benyttet av pasienter av ulik hastegrad som ankommer på bære, eller pasienter med stor hastegrad som kommer i bilambulanse.

Akuttheis

I forprosjektet var det planlagt at akuttheisene skal gi god vertikal kommunikasjon mellom akuttmottaket og øvrige akuttfunksjoner. Evalueringen viser at akuttheisene fungerer som planlagt, men ansatte kunne tenkt seg en plassering nærmere akuttrom og akutt bildediagnostikk. Dette ville medført redusert trafikk fra intensiv og operasjon til bildediagnostikk gjennom akuttmottaket.

Ekspedisjon, arbeidsstasjon og arbeidsplasser

Ekspedisjon har kun en funksjon for gående pasienter. Pasienter på bære blir tatt imot i arbeidsstasjonen og henvist videre.

Plassering av arbeidsstasjon sentralt i området, skaper mye gjennomgangstrafikk og forstyrrelser. I tillegg til at mange pasienter og pårørende oppholder seg i nærheten av arbeidsstasjon. Antallet personer i samtidighet, spesielt i dette området, påvirker arbeidshverdagen for alle. Ivaretagelse av taushetsplikt fungerer dårlig med mindre pasienten ikke er på mottaksrom (ensengsrom). Det ser ikke ut til at logistikk for pasientflyt er vurdert godt nok mht. trafikk til/fra bildediagnostikk og andre funksjoner. Alt dette fører til at intensjonen om god oversikt ikke oppfylles helt.

Antallet arbeidsplasser var dimensjonert ut fra at lege skulle dokumentere på mottaksrommet. Dette er ikke tilfelle, og antallet tilgjengelige arbeidsplasser for leger og andre grupper er for lavt. Kravet til dokumentasjon øker, det jobbes mer i tverrfaglige team i akuttmottak og dette øker behovet for antall arbeidsplasser i akuttmottaket.

Skadepoliklinikk

Beslutning om flytting av skadepoliklinikken fra akuttmottaket har bidratt til en redusert tilgang på rom i akuttmottaket. Samarbeidsforholdene påvirkes av avstander.

Smittevern

Ivaretagelse av smittevern er ikke tilfredsstillende, heller ikke på sikt, med tanke på den utviklingen av smitte som en ser.

IKT

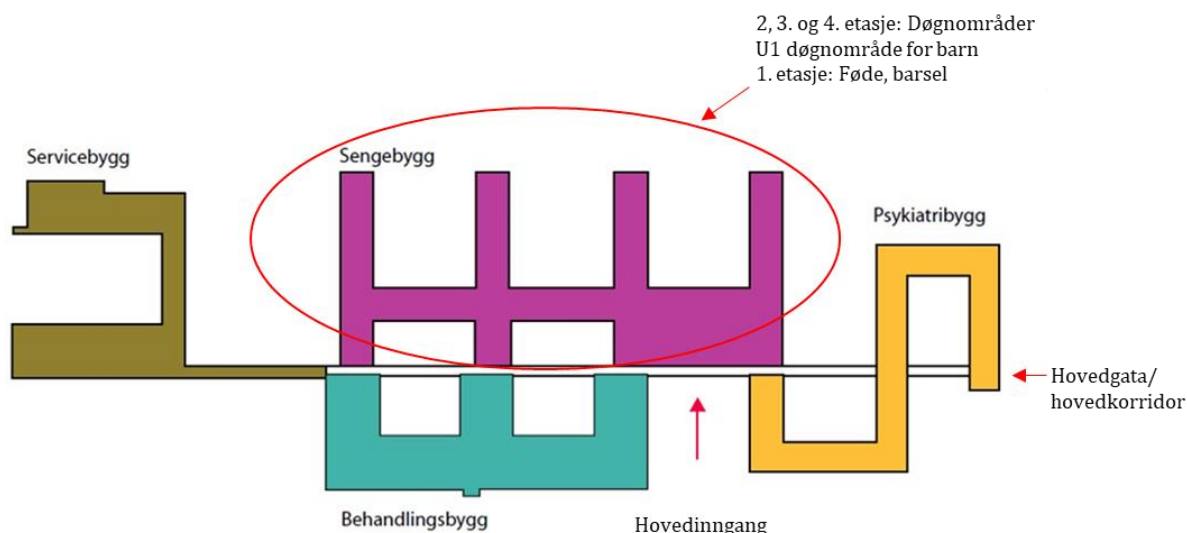
Sykehuset har moderne IKT-løsninger som gir mange muligheter. Ansatte mente at bare en del av potensialet tas ut.

3.3.4 Døgnområder somatikk

Ifølge prosjektplanen skal evalueringen belyse hvilke erfaringer ansatte i Sykehuset Østfold Kalnes har med døgnområder og standardrom og hvilken påvirkning dette har for arbeidsprosesser. Evalueringen skal undersøke om mål og hensikt med

sengetunmodellen er oppnådd og vurdere hvordan konsepter og løsninger i byggene for somatikk påvirker pasienter og ansatte, herunder oversikt over og avstander innenfor døgnområdet, erfaringer med ensengsrom, støtterom, IKT-løsninger, trygghet og sikkerhet samt logistikk. I hovedrapporten er dette beskrevet i kapittel 6.

Figuren nedenfor viser plassering av døgnområdene.



Figur 3.12 Sykehuset Østfold Kalnes. Døgnområdene. Forprosjekt 15.11.2010

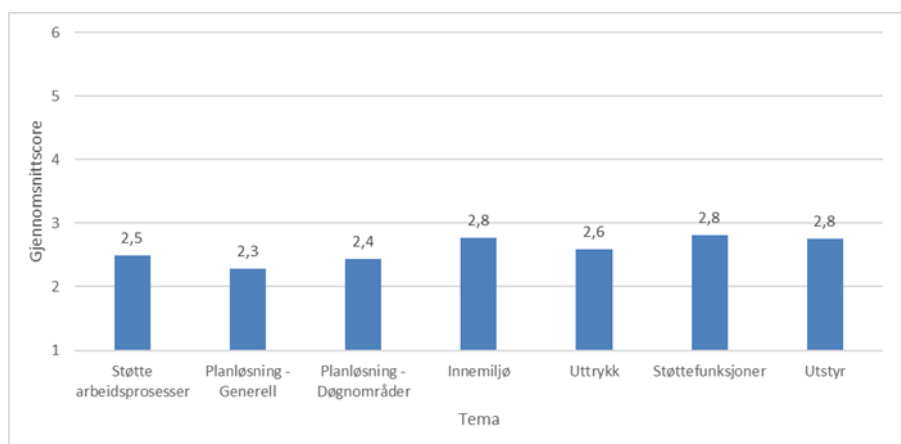
Døgnområdene er plassert på plan 2, 3 og 4 i sengebygget. I planleggingen ble det lagt vekt på å oppnå standardisering av døgnområdene. Forprosjektrapporten beskriver døgnområdene slik: «Ved ankomst til sengeområdene blir man møtt av en åpen ekspedisjon. Sengeområdenes støtterom som tverrfaglig arbeidsområde, lager og undersøkelsesrom, er i hovedsak plassert sentralt. Et sengeområde består av 36 senger. Disse er organisert i 4 sengetun bestående av 9 sengerom med tilhørende støtterom plassert rundt en arbeidsstasjon. Ett sengerom per tun er spesielt tilrettelagt for funksjonshemmede.» Typiske trekk i utformingen av sengetun er:

- Gruppering av sengerom
- Desentrale arbeidsstasjoner
- Desentrale nærlager for de mest frekvente forbruksvarene og tøy

3.3.4.1 Kartlegging av byggets egnethet - døgnområder somatikk

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte ved døgnområdene i Sykehuset Østfold Kalnes som deltok i undersøkelsen.

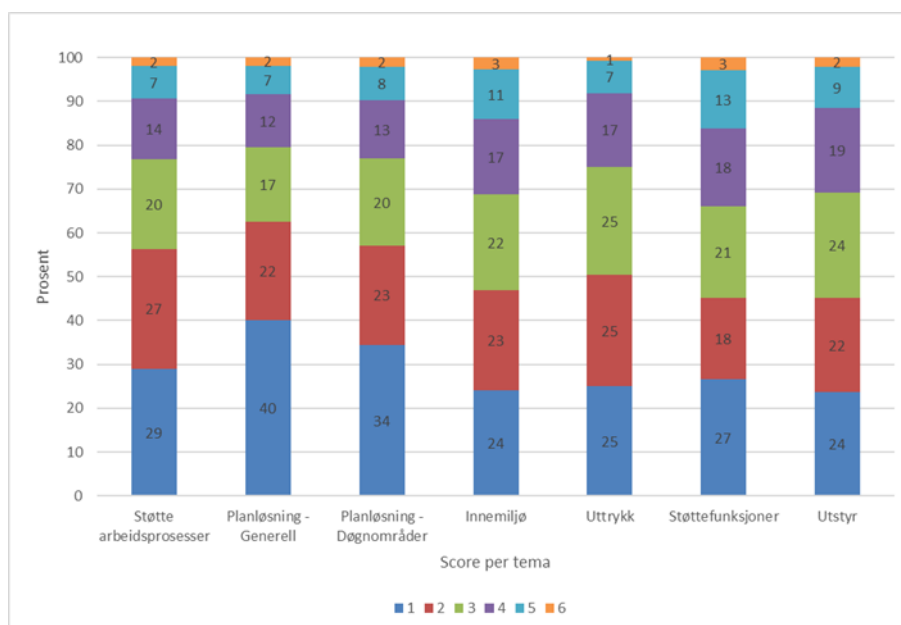
Av 1 116 besvarelser der avdeling var registrert, utgjorde de ansatte i døgnområder somatikk 23 prosent (256) av besvarelsene. I figur 3.13 vises gjennomsnittlig score på en skal fra 1 (i liten grad enig) til 6 (stor grad enig) for hver av de syv temaområdene: *Støtte arbeidsprosesser, Planløsning-generell, Planløsning-døgnområder, Innemiljø, Uttrykk, Støttefunksjoner* og *Utstyr*.



Figur 3.13 Syv tema med gjennomsnittlig score per tema på en skala fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig). Døgnområder somatikk

Resultatene viser at på en skala fra 1 til 6 ligger scoren for alle de syv temaene under middelveien (3,5). Temaene *Innemiljø*, *Støttefunksjoner* og *Utstyr* har fått høyest gjennomsnittlig score (2,8), mens *Planløsning – generell* har fått lavest gjennomsnittlig score (2,3).

Figuren nedenfor viser fordelingen av score for de ulike temaene, der ansatte er mest fornøye med temaene *Støttefunksjoner* og *Innemiljø* da disse har fått flest av scorene 5 og 6 (henholdsvis 16 og 14 prosent). Mellom 45 til 62 prosent av besvarelsene har gitt score 1 eller 2. Disse resultatene tyder på at mange ansatte som deltok i undersøkelsen ved døgnområdet somatikk er mindre fornøye med lokalene og området der de utfører arbeidet sitt.



Figur 3.14 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (liten grad) til 6 (stor grad). Døgnområder somatikk

Blant de utsagnene ansatte i døgnområdene ga høyest score (5 eller 6) og er mest fornøye med er «Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygningen eller med

utstyr» (33 prosent). De ga lavest score (1 eller 2) og er minst fornøyde med «Uteområdet bidrar til rekreasjon for ansatte» (86 prosent).

Vurdering av sentrale dimensjoneringsforutsetninger og dybdeundersøkelsen av erfaring med konsepter og løsninger i døgnområdene er oppsummert nedenfor.

3.3.4.2 Dimensjoneringsforutsetninger og kapasitet

Utnyttingsgrad på 90 prosent som dimensjoneringsforutsetning for senger har vært utfordrende og konsekvensen har blitt overbelegg, med bruk av korridorer og to pasienter i ensengsrom.

Sykehuset Østfold HF har redusert den samlede kapasiteten med 85 senger i Kalnes og 74 senger i Moss fra Delfunksjonsprogram til dagens kapasitet.

3.3.4.3 Arealstandard per seng og sammenligning med andre sykehus

Arealfaktor for nytt østfoldsykehus er på 28,2 kvm. Arealfaktor er definert som netto areal for døgnområder delt på antall senger. Beregnet arealfaktor for døgnområder på nytt østfoldsykehus slik det er bygget, er den laveste sammenlignet med arealfaktor på et utvalg av andre norske sykehus som er under planlegging nå, men høy sammenlignet med andre sykehusbyggprosjekter utført på samme tid.

3.3.4.4 Sammenligne romstørrelser

Størrelsen på sengerom er i samsvar med Standardromskatalogen som benyttes i nye sykehusbyggprosjekter. Bad, arbeidsplasser, lager og medisinrom er mindre enn det som nå anbefales i Standardromskatalogen. (Anbefalingene i Standardromskatalogen er bl.a. basert på tidlige erfaringer fra nytt østfoldsykehus, og videreutviklet i etterkant.)

Ansatte erfarte at størrelsen på ensengsrom er tilfredsstillende, men opplevde at flere støtterom er «for små». Dette kan skyldes flere faktorer: (1) Rommene er prosjektert og bygd for små. (2) En del av arbeidsprosessene utføres ikke som forutsatt (f.eks. dokumentasjon på pasientrom). (3) Tilstedeværelse av studenter er ikke godt nok tatt hensyn til i planleggingen, eller endret etter at bygget ble ferdigstilt.

3.3.4.5 Måle avstander i tegninger og kartlegge personalets opplevelser av avstander

Støtterom som er plassert langt unna arbeidsstasjon/sengerom, skaper mye gåing for ansatte. Gangavstanden fra arbeidsstasjon/sengerom til støtterom varierer og er opp til 65,2 meter én vei. Resultatene i denne undersøkelsen tyder på at ansatte opplever det som nært å gå inntil 17-20 meter én vei. At de må gå inn i ensengsrom for å observere hver enkelt pasient, er også en faktor som gjør at ansatte oppfatter at de går mye. Ifølge ansatte ligger også personalrommet for langt unna sengerommene og arbeidsstasjoner.

3.3.4.6 Erfaringer med driftskonsepter og løsninger i døgnområder somatikk

Nedenfor presenteres resultater fra fokusgruppeintervjuene for å få dybdekunnskap om deres erfaringer med utforming av døgnområdene, sengetun og ensengsrom etter tre års drift.

Sengetun som byggestein i døgnområder (sengeområder) fungerer godt ifølge ansatte. Det er nærhet mellom arbeidsstasjon, nærlager og sengerom.

Utformingen av døgnområdet med vinkel mellom sengetun (2+1 sengetun eller 2+2 sengetun) har betydning for samarbeid mellom ansatte på tvers av tunene, oversikt over døgnområdet, kollegakontakt og trivsel på jobb. Vinkelen skaper fysisk barriere og reduserer samarbeid, kollegakontakt og trivsel.

Løsningen med arbeidsstasjoner nært sengerom er praktisk, og ansatte fortalte at de opplever at dette er positivt.

Det kom fram at størrelsen på og avstand til buffé/spiserom for pasienter, ikke er tilfredsstillende på de fleste døgnområdene. Dette gjelder også etter at det ble etablert oppstillingsplass for serveringstraller i sengetunet. (Det serveres mat fra disse trallene til sengeliggende pasienter.)

Ansatte ønsket samtalerom for pårørende. Samtalerom for pårørende ble «tatt ut» i løpet av planleggingsperioden. Videre påpekte ansatte at det er for få møteplasser for kollegasamtaler.

Utreiseenhet ble lagt ned i løpet av 2018 da den ikke ble brukt som planlagt. Dette har bidratt til at utskrivningsklare pasienter delvis venter i døgnområdene og dermed begrenser muligheter for tidlig overføring av pasienter fra akuttmottak.

Størrelsen på ensengsrom er i samsvar med Standardromskatalogen. Ensengsrom er bra for pasienter og pårørende, og særlig ble det påpekt at ensengsrom er hensiktsmessig for kreftpasienter. Ansatte mente imidlertid at ensengsrom krever mer ressurser i form av bemanning (tid) og reduserte muligheter for observasjon. Kunnskapsoppsummering – Sengeområder (se vedlegg 19 i hovedrapporten) viser ulike resultater. Noen studier rapporterer økt bemanning mens andre rapporterer ikke økning i bemanning med ensengsrom.

Erfaringer med varelogistikk og IKT

Nærlager for de vanligste forbruksvarer er et gjennomført prinsipp i utformingen av sengetunene. Dette oppfattet ansatte som en bra løsning. Det pågår imidlertid fortsatt noen forbedringer av innholdet i nærlageret. Det ble bemerket at lagerpakninger på legemidler og forbruksvarer leveres større enn enhetens behov.

Lukket legemiddelsløyfe er et gjennomført prinsipp i helseforetaket. Deler av medisinelogistikken har blitt mer krevende enn forutsatt på grunn av manglende integrasjon mellom flere IKT-systemer. Dette har medført at man har vært nødt til å etablere kompensierende tiltak for å lukke sløyfen. Tiltaket er at sykepleierne må skrive ut etiketter manuelt på om lag 20 prosent av legemidlene som mangler unik merking.

Intervjuene viste at den største gevinsten ved bruk av IKT-systemer er pasientsikkerhet. Deltakerne hadde imidlertid ulik oppfatning om verdien av effektivisering av arbeidsprosesser og økt produktivitet. Enkelte er usikre på om IKT-løsninger har gitt

besparelser i tidsbruk, mens andre henviste til beregninger som har gitt besparelser.

IMATIS² oppfattes av ansatte som et godt verktøy i hverdagen for å få oversikt over pasientene, men ikke alle yrkesgrupper ser like stor nytte av dette. IMATIS har imidlertid gjort prosessene enklere for renhold og matbestilling.

Elektronisk kurve (MetaVision) ble oppfattet som et tungvint system å jobbe i. Systemet har fortsatt en del treghet som fører til at ansatte bruker lang tid på arbeidsoppgaver i MetaVision.

Alt i alt mente ansatte at innføringsprosessen av nye IKT-løsninger har vært vellykket, men det etterlyses bl.a. bedre forankring på alle ledernivå.

Andre resultater

De ansatte fortalte at mange ledere har sluttet, og at nye ledere ikke kjenner til forutsetningene for planleggingen. De etterlyste derfor en mentor.

Hjelpemidler som fastmonterte håndtak på bad og sengerom gjør at pasienten kan være selvhjulpne og hindre fall. Det ble sagt at dette bør planlegges med, og utstyret bør monteres før innflytting.

Både pasienter og ansatte mener at det er vanskelig å orientere seg etter skiltingen i bygget.

3.3.4.7 Oppnåelse av mål og planforutsetninger

Begrunnelsen for å endre fra tradisjonelle sengeposter til sengetun var ønsket om å legge bedre til rette for nærhet mellom pasienter og pleiepersonell og øke andelen direkte pasientrelatert arbeid. Sengetun som konsept ble planlagt for å være funksjonelt med hensyn til kort avstand fra pasientrom til arbeidsstasjon, nærlager og desinfeksjonsrom. Målet med sengetun var å gi bedre mulighet for observasjon av pasienter, øke pasientsikkerhet, redusere risiko for uønskede hendelser, gi trygghet for pasientene og øke fleksibel utnyttelsen av sengekapasiteten med ensengsrom.

Måloppnåelsen vil imidlertid være avhengig av både arbeidsrutiner, arbeidsprosesser og hvordan rommene i sengetunet er utformet og hvordan sengetunene er satt sammen i forhold til hverandre.

Evalueringen viste at målene delvis er oppfylt:

Dimensjoneringsforutsetninger

Den samlede kapasiteten på Kalnes er redusert fra DFP til dagens kapasitet med 85 senger i Kalnes og 74 senger i Moss, totalt 159 senger i Sykehuset Østfold HF. Behovet i Sykehuset Østfold Kalnes i 2018 er beregnet til 454 senger (82 prosent belegg), mens faktisk kapasitet er 415. Dette gir et «underskudd» på 39 senger i Kalnes.

² IMATIS er en IKT løsning som består av elektronisk tavle, meldingsvarsler og selvinnsjekk

Ensengsrom

Ensengsrommet oppleves som et gode av pasientene, ansatte er noe mer delt i sitt syn.

Nærhet-avstander og oversikt

Det er nærhet mellom arbeidsstasjon, nærlager og pasientrom, noe som er i samsvar med målsettingen for sengetun.

Observasjon av pasienter krever mer gåing fordi innsyn fra korridor til pasient i sengerommet ikke er mulig (krever åpen dør).

Det er lang gangavstand til de fleste støtterom.

Døgnområder med vinkel, spesielt med ett sengetun alene, gir redusert kollegakontakt og manglende oversikt over enheten. Enkelte ansatte opplever dette som utrygt.

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerheten er blitt bedre mht. feilmedisinering, mens fall og fallskader har økt³.

Fleksibel utnyttelse av rom

Sengerommene brukes på en fleksibel måte (dvs. pasientene legges inn der det er en ledig plass uavhengig av fagområde), men dette skaper kompetanseutfordringer og mye gåing for ansatte.

Direkte pasientrelatert arbeid

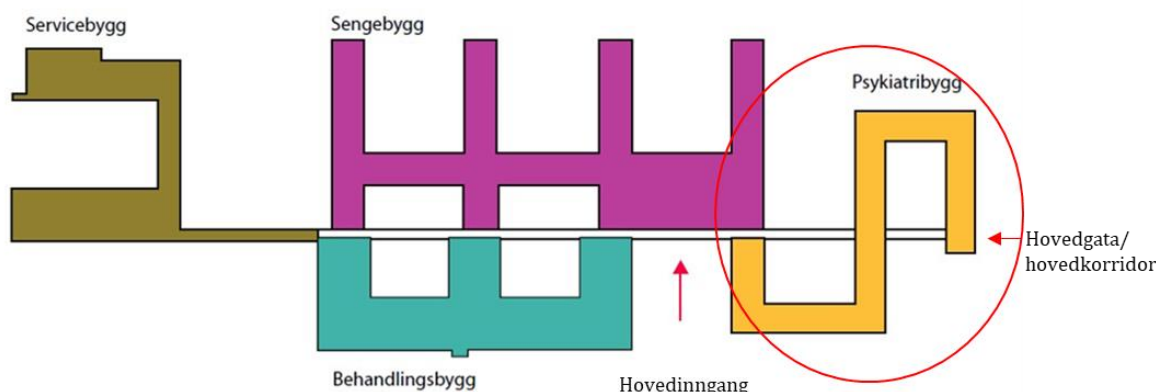
Tid til direkte pasientrelatert arbeid påvirkes av arbeidsrutiner i døgnområdene, avstander og oppfølging av logistikk-løsninger.

3.3.5 Psykisk helsevern

Ifølge prosjektplanen skal evalueringen av psykisk helsevern vurdere sentrale dimensjoneringsforutsetninger og hvordan konsepter og løsninger i byggene for psykisk helsevern påvirker pasienter og ansatte. Videre skal evalueringen belyse hvilke erfaringer ansatte i Sykehuset Østfold Kalnes har med integrering av somatikk og psykisk helsevern i samme bygningskropp (samlokalisering). I hovedrapporten er resultatene beskrevet i kapittel 7.

Virksomheten ved det tidligere psykiatriske sykehuset på Veum ble samlokalisert med somatisk virksomhet i planleggingen av nytt østfoldsykehus på Kalnes med en felles hovedinngang. Bygg for psykisk helsevern ligger i forlengelsen av de somatiske byggene som vist i figuren nedenfor.

³ I styringsgruppemøte 02.03.2020 ble det informert om at Sykehuset Østfold Kalnes har montert håndtak på bad for å redusere risiko for fall.



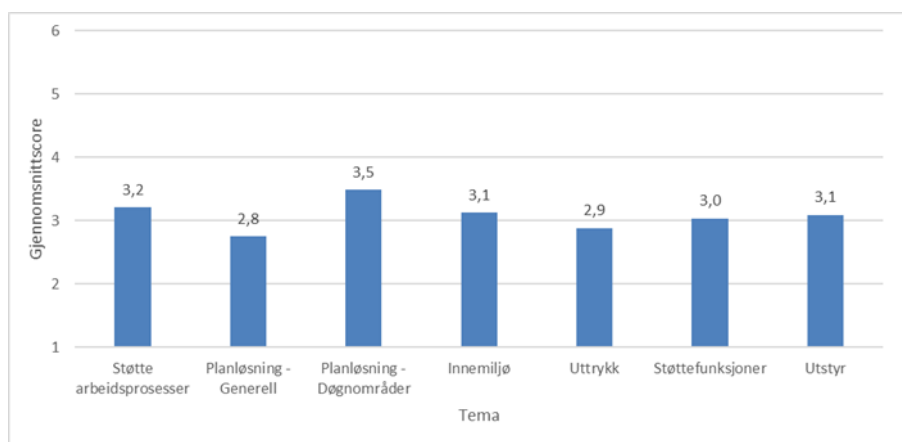
Figur 3.15 Sykehuset Østfold Kalnes. Samlokalisering av somatisk virksomhet og psykisk helsevern med en felles hovedinngang. Forprosjekt 15.11.2010

Det ble bygd totalt 119 sengerom fordelt på ensengsrom og rom for skjerming. I juni 2019 var 101 vanlige sengerom (91 rom for voksne og 10 for ungdom) samt fem skjermingsrom for voksne og to for ungdom i bruk. Totalt gir dette 108 sengerom for sykehuspsykiatri. Bygget inneholder to sikkerhetsseksjoner, akuttmottak for voksne (PAM), Ungdomspsykiatrisk seksjon (akutt og elektiv), tre seksjoner for psykose, en seksjon for affektive lidelser, Alderspsykiatrisk seksjon og en seksjon for utredning. I tillegg finnes lokaler for psykiatrisk akutt team (TIPS), et område for ECT, behandlerkontor og kontorområde.

3.3.5.1 Kartlegging av byggets egnethet - psykisk helsevern

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte ved psykisk helsevern i Sykehuset Østfold Kalnes som deltok i undersøkelsen.

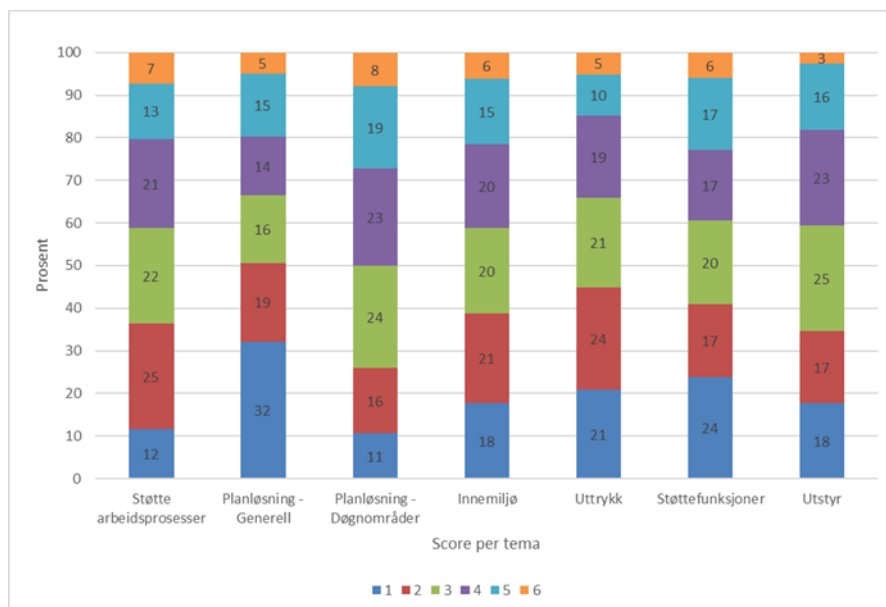
Av 1 116 besvarelser der avdeling var registrert, utgjorde de ansatte innen psykisk helsevern 12,5 prosent (139) av besvarelsene. I figur 3.16 vises gjennomsnittlig score på en skal fra 1 (i liten grad enig) til 6 (stor grad enig) for hver av de syv temaområdene: *Støtte arbeidsprosesser, Planløsning-generell, Planløsning-døgnområder, Innemiljø, Uttrykk, Støttefunksjoner og Utstyr.*



Figur 3.16 Syv tema med gjennomsnittlig score per tema på en skala fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig). Psykisk helsevern

Resultatene viser at på en skala fra 1 til 6 ligger gjennomsnittlig score for alle de syv temaene på eller under middelveien (3,5). Tema *Planløsning - døgnområder* har fått høyest gjennomsnittlig score (3,5), mens *Planløsning - generell* fikk lavest gjennomsnittlig score (2,8).

Figuren nedenfor viser fordelingen av score for de ulike temaene, der *Planløsning - døgnområder* og *Støttefunksjoner* har fått flest av scorene 5 og 6 (henholdsvis 27 og 23 prosent). Med unntak av temaet *Planløsning - Generell* (51 prosent), har mellom 27 og 45 prosent av besvarelsene gitt score 1 eller 2. Dette tyder på at det var varierende grad av tilfredshet blant de ansatte, og at mange er mindre tilfredse med den generelle utformingen av sykehusbygget og uteområdet.



Figur 3.17 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (liten grad) til 6 (stor grad). Psykisk helsevern

Blant de utsagnene ansatte i psykisk helsevern ga høyest score (5 eller 6) og er mest fornøyd med er «Vår avdeling er bra lokalisert i forhold til andre enheter/avdelinger som vi samarbeider med eller trenger nærhet til» (54 prosent). De ga lavest score (1

eller 2) og er minst fornøyde med «Vi har de rommene vi trenger» (79 prosent). Dette utsagnet inngår i temaet *Planløsning-generell*.

Vurdering av sentrale dimensjoneringsforutsetninger, en dybdeundersøkelse av erfaring med konsepter og løsninger samt erfaringer med samlokalisering er oppsummert nedenfor.

3.3.5.2 Dimensjoneringsforutsetninger og kapasitet

Det ble benyttet 90 prosent utnyttingsgrad (høy kapasitetsutnyttelse) som dimensjoneringsgrunnlag for senger (voksne). Beregninger viser at med høy kapasitetsutnyttelse har psykisk helsevern for voksne behov for 101 døgnplasser i 2018. Dette er 10 flere døgnplasser enn de 91 som har vært i bruk i 2019. En seksjon på 10 senger benyttes som DPS i tillegg til de 91. Konsekvensen for sykehuspsykiatrien har blitt overbelegg i lange perioder med bruk av personalrom (støtterom) som erstatning for sengerom.

Beregninger viser at 75 prosent utnyttingsgrad som dimensjoneringsgrunnlag for senger for barn og unge, har gitt tilstrekkelig kapasitet.

Både fokusgruppeintervju og spørreundersøkelsen blant ansatte tyder på at overbelegg i mange seksjoner har påvirket opplevelsen av hvor godt bygget et egnet for arbeidsprosesser og pasientbehandling.

3.3.5.3 Erfaringer med driftskonsepter og løsninger i bygg for psykisk helsevern

Nedenfor presenteres resultater fra dybdeundersøkelsen som ble gjennomført for å få mer kunnskap om erfaringer med området etter tre års drift.

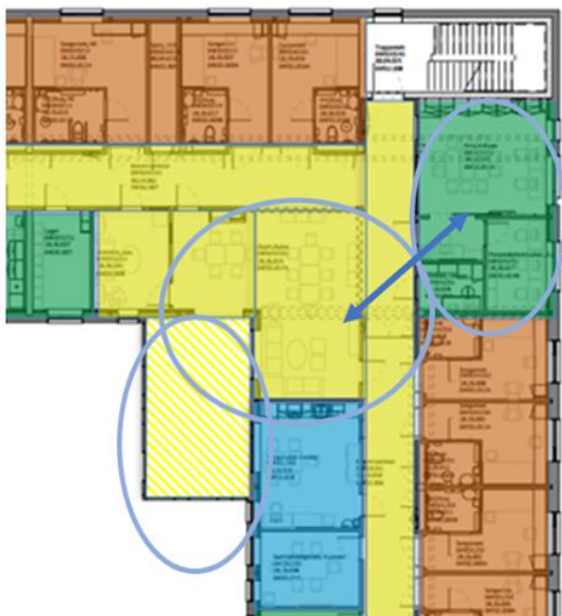
Uteområder

Alle pasienter i bygg for psykisk helsevern på Kalnes har direkte tilgang til uteområder. Noen seksjoner har direkte utgang til gårdshage (artium) på bakkeplan andre har tilgang til balkonger. Deltakerne i fokusgruppene fremhevet at direkte tilgang til uteområder på bakkeplan er vesentlig for pasienter med langvarige opphold i sykehus, skjerming eller med begrenset mulighet til å bevege seg ut av seksjonen.

Gårdshagene ble beskrevet som mørke med innsyn fra etasjene over. I tillegg medfører roping og ballspill i gårdshagene støy for «naboseksjoner». Med unntak takterrassen, ønsket deltakerne i fokusgruppene en bedre utforming av både balkongene og uteområdene.

Pasientenes bevegelsesfrihet, kontakt mellom ansatte og pasienter samt overblikk

Figuren nedenfor illustrerer at vinkelen i seksjonene har en utforming som tilrettelegger for observasjon og kontakt mellom ansatte og pasienter. Vinkelen inneholder arbeidsområde (ring med grønn farge) og felles spiserom/stue for pasientene (ring med gul farge) med utgang til balkong (ring med lys gul farge).



Figur 3.18 Planløsning i psykisk helsevern. Fellesareal og arbeidsplasser i vinkelen av en typisk seksjon.
Kilde: Tegning fra Sykehuset Østfold HF, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Hver seksjon har også en mindre stue og et treningskjøkken/aktivitetsrom, men aktivitetsrommet benyttes bare i perioder av dagen av pasienter sammen med ansatte.

Sosial densitet⁴ er beregnet til 0,35 for ungdom og 0,44 for voksne. For voksne er faktoren på samme nivå som ved Sykehuset Levanger, men høyere enn i andre nyere sykehusbyggprosjekter. Romstørrelsen i de utvalgte rommene på Kalnes og Standardromskatalogen ligger på om lag samme nivå. Et unntak er medisinerrom. Standardromskatalogen anbefaler at arealet i medisinerrom er 12m², men på Kalnes ble programmert areal ca. 6m².

Ansatte i seksjonene unntatt i alderspsykiatri, mente at arealet i spiserom/stue er for trangt. Trange arealer reduserer pasientenes muligheter for bevegelse og til å gjennomføre samtaler med ansatte uten å bli overhørt. Dette forverres av lange perioder med høy beleggsprosent og overbelegg i mange seksjoner.

Ansatte påpekte i tillegg at akuttinnganger bør skjermes.

Sengerom – ensengsrom og skjermingsrom

Både pasienter og ansatte uttrykte at ensengsrom med eget bad fungerer bra og gir pasientene mulighet for å trekke seg tilbake. Fastmonterte sykesignaler har imidlertid medført utfordringer mht. grensesetting og utagering.

Når det gjelder skjermingsrommene, anbefalte ansatte at disse plasseres i en rolig del av avdelingen. Videre påpekte de at det bare kan plasseres tekniske rom i sluser. Det ble spesielt framhevet at skjermingsrom ikke bør plasseres på en slik måte at de får inngang

⁴ Sosial densitet: Antall pasienter ved fullt belegg delt på tilgjengelige rom.

fra/utgang til sluse.

Under observasjoner og i fokusgruppeintervju ble det bemerket at mangel på solskjerming (blending) har medført at pasienter har problemer med å få sove i sommerhalvåret.

Arbeidsplasser, kontor og lager

Ansatte formidlet at det er behov for flere arbeidsplasser i seksjonene og at det er mangel på møterom, kontorplasser, rom for veiledning og samtaler med pasienter. Flere rom, spesielt i første etasje i bygg for psykisk helsevern, har endret funksjon på grunn av dette. Det kom også fram at det er behov for mer oppbevaringsplass for pasientenes eiendeler og utstyr, og at garderobene for ansatte ikke bør plasseres innerst i seksjonen. Dette ble også påpekt i evalueringen i 2016.

Interiør, materialer og robusthet

Siden innflytting har det vært et ønske om mer kunst og farger i bygg for psykisk helsevern.

Ansatte har erfart at robustheten i bygget er for lav. Dette har ført til behov for utbedringer etter innflytting. Det ble også gitt tilbakemelding om manglende robusthet i evalueringen i 2016.

3.3.5.4 Samlokalisering mellom somatisk virksomhet og psykisk helsevern

Både ved evalueringen i 2016 og i denne evalueringen etter tre år, erfarte ansatte at samlokaliseringen mellom psykisk helsevern og somatikk hadde gått bedre enn forventet. Pasientene får raskere tilsyn av spesialister sammenlignet med før innflytting i nytt sykehus, og pasientene i psykisk helsevern får raskere tilgang til bildediagnostikk og laboratorietjenester.

I 2016 ble det gitt tilbakemelding om at samarbeid og kompetanseoverføring mellom somatikk og psykisk helsevern bør utnyttes bedre og at informasjon om prosedyrer må tydeliggjøres. Etter tre års drift er prosedyrer for samarbeid utarbeidet og oppdatert. De ansatte har erfart at samlokalisering, felles arena og nærhet mellom somatikk og psykisk helsevern har ført til økt forståelse for hverandre, tverrfaglig samarbeid og kunnskapsoverføring. Ansatte sier at dette har gitt en større helhetsforståelse i pasientbehandlingen.

Oppsummert kan man på bakgrunn av resultatene si at samlokalisering av somatikk og psykisk helsevern på Kalnes har bidratt til å fremme forståelse, tverrfaglig samarbeid, kompetanseutvikling og helhetlig pasientbehandling. Dette må også ses i lys av planleggingen, mål og forberedelsene som ble gjennomført før innflytting i nytt sykehus, som utarbeiding av felles pasientforløp og praktisk øving på nye arbeidsformer.

3.3.5.5 Oppnåelse av mål og planforutsetninger

Vurdering av dimensjoneringsforutsetninger er omtalt i kapittel 3.3.5.2.

Fleksibelt bygg og generelle rom

Forprosjektet la vekt på standardiserte løsninger i døgnområdene for å få et fleksibelt bygg som kunne ivareta eventuelle endringer i praksis og drift. Dette er ivaretatt ved å bygge like seksjoner i psykisk helsevern. Seksjonene har en L-form med samme type rom og plassering i seksjonene. Det legger til rette for framtidige variasjoner i virksomheten, understøtter samarbeid mellom personell og eventuelle endringer i pasientgruppene.

Ensengsrom og bad har en generell utforming, og programmert areal er i samsvar med anbefalinger i gjeldende Standardromskatalog. Medisinrom i psykisk helsevern for voksne er mindre enn anbefalt i Standardromskatalogen. Erfaringene fra fokusgruppedeltakerne tyder på at medisinrom på ca. 6 m² er for lite. Ansatte har også gitt tilbakemelding om at stue og spiserom er for trangt, noe som gjør det vanskelig å regulere nærhet til andre personer.

Oversiktlige arealer

Forprosjektet framhevet at grunnleggende behandlings- og sikkerhetsløsninger for pasienter og personale blant annet skulle ivaretas ved oversiktlige inne- og utearealer og gi hver pasient nødvendig ro, frihet, sikkerhet og utfordring. Oversiktlige arealer er løst ved at felles stue og spiserom er plassert sentralt i seksjonen med arbeidsområdet for ansatte i umiddelbar nærhet, dvs. i vinkelen i seksjonen. Fra vinkelen har ansatte oversikt over fellesområdet, balkong og over korridor i begge retninger.

Robusthet

Resultatene fra befaring/observasjon, fokusgrupper og samtaler med teknisk avdeling samt tilbakemeldinger i prosjektgruppemøter viser at det med fordel kunne vært økt robusthet i bygg for psykisk helsevern, blant annet i sengerom og skjermingsrom i akuttmottaket (PAM).

Uteområder

Tilgang til uteområder er etablert ved at noen seksjoner har direkte tilgang til gårdshage, mens andre har en balkong utenfor stue og spiserom. Resultatene viser at gårdshagene blir benyttet mindre enn ønsket. Videre kom det fram i fokusgruppene at flere pasientgrupper burde ha direkte tilgang til uteområder på bakkeplan for å oppleve frihet, ro og natur. Takterrassen kan benyttes av pasienter i andre seksjoner, men blir i hovedsak benyttet av Alderspsykiatrisk seksjon.

Støydemping

Støydempingen er god i de fleste rommene, men skjermingsrom nært inngang til seksjonene fungerer ikke for pasientene som har behov for ro og skjerming fra inntrykk. Plassering av skjermingsrom ved inngang påfører pasientene støy, og rommene som er plassert i sluser, fører til redusert oversikt.

IKT og utstyr

Spørreundersøkelsen blant ansatte viser at mange er fornøyd med IKT og utstyr. Det er lett tilgang på nødvendig utstyr og IKT understøtter aktiviteten.

Samlokalisering

Intensjonen med samlokalisering mellom somatikk og psykisk helsevern var etablering av et helhetlig sykehus for innbyggerne.

I planleggingen av sykehuset ble det lagt vekt på at somatikk og psykisk helsevern skulle ha en felles hovedinngang, møteplasser og nærhet mellom funksjoner.

Spørreundersøkelsen blant ansatte i psykisk helsevern viser at mange er fornøyd med lokaliseringen av avdelinger. Spesielt viser resultatene fra fokusgruppene at samlokalisering har bidratt til tverrfaglig samarbeid om pasienter som har behov for kompetanse fra begge sektorene. Dette er i samsvar med tidligere opptrappingsplan og styrking av tilbudet til pasienter med psykiske lidelser.

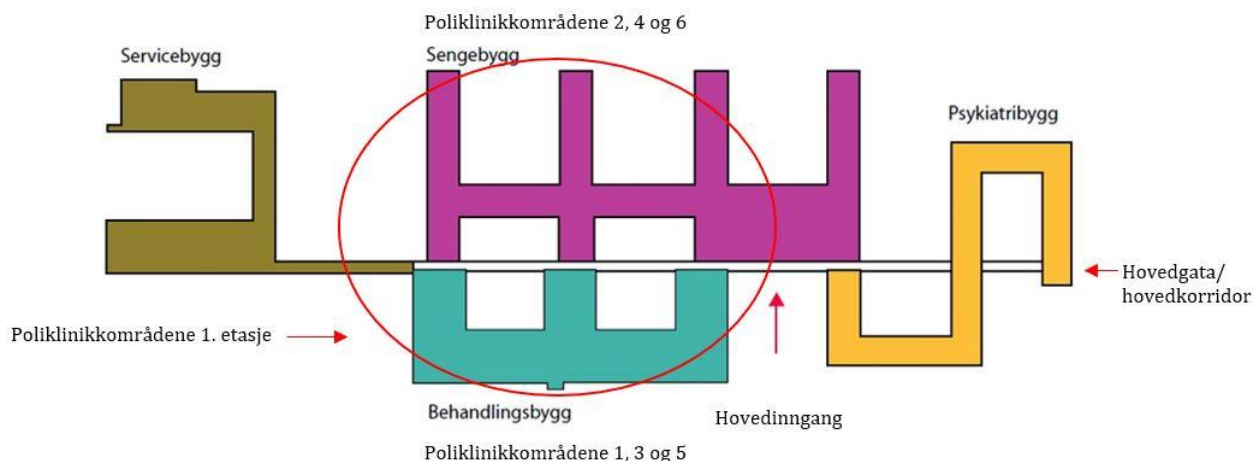
3.3.6 Poliklinikk og dagbehandling somatikk

Evalueringen skal belyse erfaringer med pasientforløp og arbeidsflyt i poliklinikk samlet på ett plan. I tillegg skal standardisering av poliklinikk vurderes. I hovedrapporten er poliklinikkområdene beskrevet i kapittel 8. Resultater som oppsummeres her stammer fra spørreundersøkelse og fokusgruppeintervju med oppfølgende samtaler og korrespondanse via e-post. For aktivitet og kapasitetsberegninger henvises det til kapittel 3.2 i denne rapporten samt til kapittel 3.2 i hovedrapporten. Videre er opplysninger om størrelsen på rom i poliklinikkområdene sammenlignet med anbefalt areal fra gjeldende Standardromskatalog (2018).

For poliklinikkområdene er det lagt til grunn en funksjonsfordeling mellom Kalnes og Moss. Virksomheten ved Sykehuset Østfold Moss omtales derfor også i sammendraget.

Ved Sykehuset Østfold Kalnes er samtlige poliklinikker for voksne og barneortopedi lokalisert i 1. etasje i behandlingsbygget og sengebygget. Poliklinikkene ligger til venstre når man kommer inn hovedinngangen (Figur 3.19). Poliklinikkområdene 1, 3 og 5 er lokalisert i behandlingsbygget mens poliklinikkområdene 2, 4 og 6 er lokalisert i sengebygget.⁵

⁵ Barne- og ungdomspoliklinikken er lokalisert i underetasjen og er ikke videre omtalt i rapporten. Dette gjelder også de tre rommene i Akuttmottaket med poliklinisk virksomhet.



Figur 3.19 Sykehuset Østfold Kalnes med poliklinikkområder fordelt på behandlings- og sengebygg. Forprosjekt 15.11.2010

Ved Sykehuset Østfold Moss, ble poliklinisk virksomhet samlet i det eksisterende sykehusbygget Moss Nord og ifølge forprosjektet fordelt på 4 etasjer. Figur 3.20 viser en plan over Sykehuset Østfold Moss.

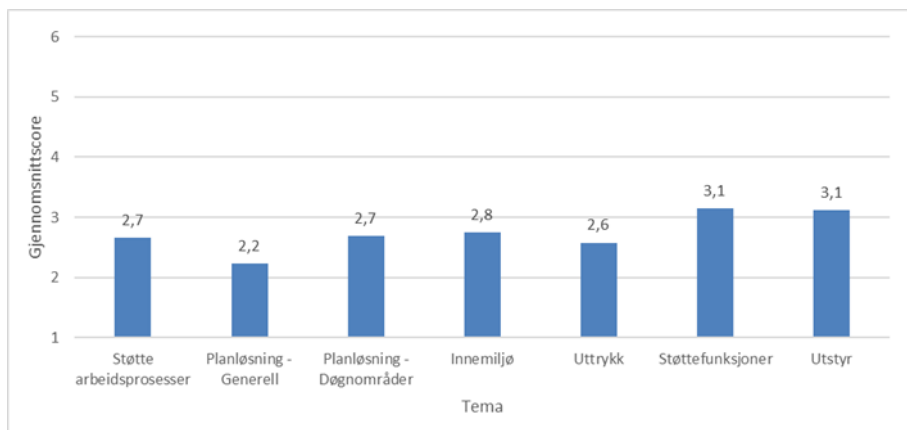


Figur 3.20 Situasjonsplan Sykehuset Østfold Moss. Forprosjekt 15.11.2010

3.3.6.1 Kartlegging av byggets egnethet - poliklinikk og dagbehandling

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte ved poliklinikk og dagbehandling i Sykehuset Østfold Kalnes som deltok i undersøkelsen.

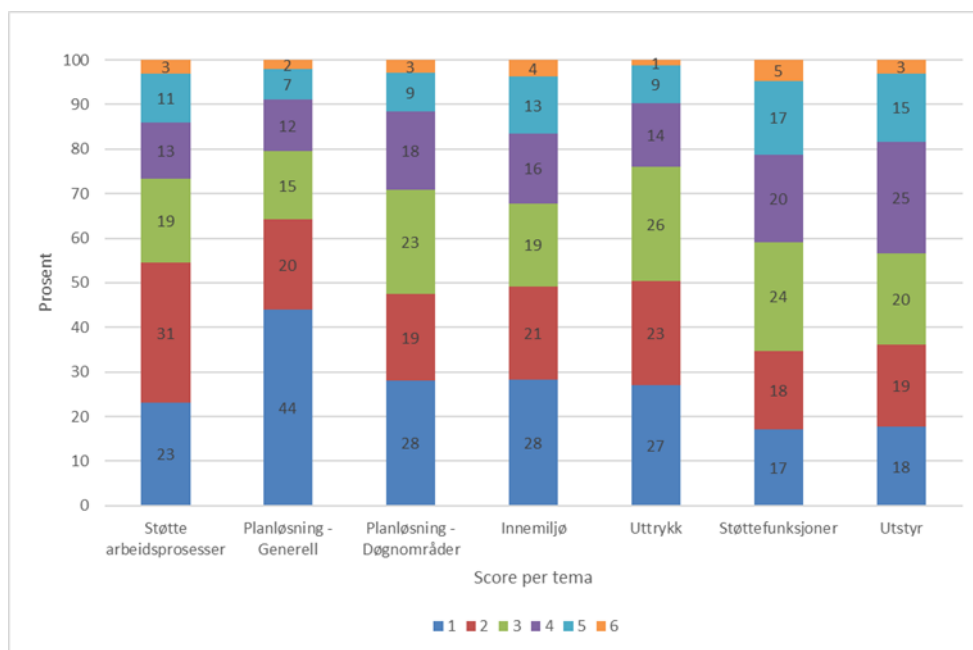
Av 1 116 besvarelser der avdeling var registrert, utgjorde de ansatte ved poliklinikk og dagbehandling 12,7 prosent (142) av besvarelsene. Figur 3.21 viser gjennomsnittlig score på en skala fra 1 (i liten grad enig) til 6 (i stor grad enig) for hver av de syv temaområdene: Støtte arbeidsprosesser, Planløsning-generell, Planløsning-døgnområder, Innemiljø, Uttrykk, Støttefunksjoner og Utstyr.



Figur 3.21 Syv tema med gjennomsnittlig score per tema på en skala fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig). Poliklinikk og dagbehandling.

Blant ansatte i poliklinikk og dagbehandling som deltok i undersøkelsen, viser figuren at på en skala fra 1 (i liten grad enig) til 6 (i stor grad enig), ligger gjennomsnittlig score for alle de syv temaene under middelerdien (3,5). Temaene *Utstyr* og *Støttefunksjoner* har fått høyest gjennomsnittlig score (3,1).

Figur 3.22 viser fordelingen av score for de ulike temaene. *Støttefunksjoner* og *Utstyr* har fått flest av scorene 5 og 6 (henholdsvis 22 og 18 prosent), samt flest av score 4 på henholdsvis 20 og 25 prosent. Videre har mellom 35 og 64 prosent av besvarelsene gitt en score på 1 eller 2. Disse resultatene tyder på at mange av de ansatte fra poliklinikk og dagbehandling som deltok i undersøkelsen, er mindre fornøyde med lokalene og området der de utfører arbeidet sitt, spesielt gjelder dette *Planløsning-generell* og *Støtte arbeidsprosesser*.



Figur 3.22 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (liten grad) til 6 (stor grad) for ansatte i poliklinikk og dagbehandling

Blant de utsagnene de ansatte i poliklinikk og dagbehandling ga høyest score (5 eller 6)

og er mest fornøyde med er «Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygning eller med utstyr» (36 prosent). Blant de utsagnene de ansatte i poliklinikk og dagbehandling ga lavest score (1 eller 2) og er minst fornøyde med er «Vi har de rommene vi trenger» (91 prosent).

3.3.6.2 Dimensjoneringsforutsetninger og kapasitet

Høy kapasitetsutnyttelse med 10 timer åpningstid 240 dager i året som dimensjoneringsgrunnlag for poliklinikk har ikke vært gjennomførbart. Beregninger viser at med middels kapasitetsutnyttelse har Sykehuset Østfold Kalnes behov for 76 generelle poliklinikkrom, noe som er 18 flere rom enn det som har vært tilgjengelig i 2019. Konsekvensen er at det er for liten kapasitet i poliklinikkområdet.

For å utnytte ressursene, låner fagområdene rom av hverandre i de tilfellene der dette er mulig. I tillegg har enkelte fagområder opprettet tilbud om ettermiddags- og kveldspoliklinikk i form av prosjektarbeid for å løse utfordringene med for liten kapasitet. Videre er noe aktivitet flyttet til Moss etter innflytting i Sykehuset Østfold Kalnes på grunn av plassmangel.

3.3.6.3 Sammenligne romstørrelser

Romstørrelsene i gjeldende Standardromskatalog (2018) og i poliklinikkområdet ved Sykehuset Østfold Kalnes er på omtrent samme nivå. Unntak er spesiallaboratorium, møterom, pauserom, medisinrom, samt rom til undersøkelse og behandling. Medisinrom er mindre, mens behandlingsrom innen bronkoskopi, møterom og pauserom er større enn det som nå anbefales i Standardromskatalogen. (Anbefalingene i Standardromskatalogen er bl.a. basert på tidligere erfaringer fra nytt østfoldsykehus, men videreutviklet i etterkant.)

3.3.6.4 Erfaringer med driftskonsepter og løsninger i poliklinikk- og dagområder

Nedenfor presenteres resultater fra fokusgruppeintervjuet som ble gjennomført blant ansatte ved poliklinikk og dagbehandling i Sykehuset Østfold Kalnes for å få dybdekunnskap om deres erfaringer med området etter tre års drift.

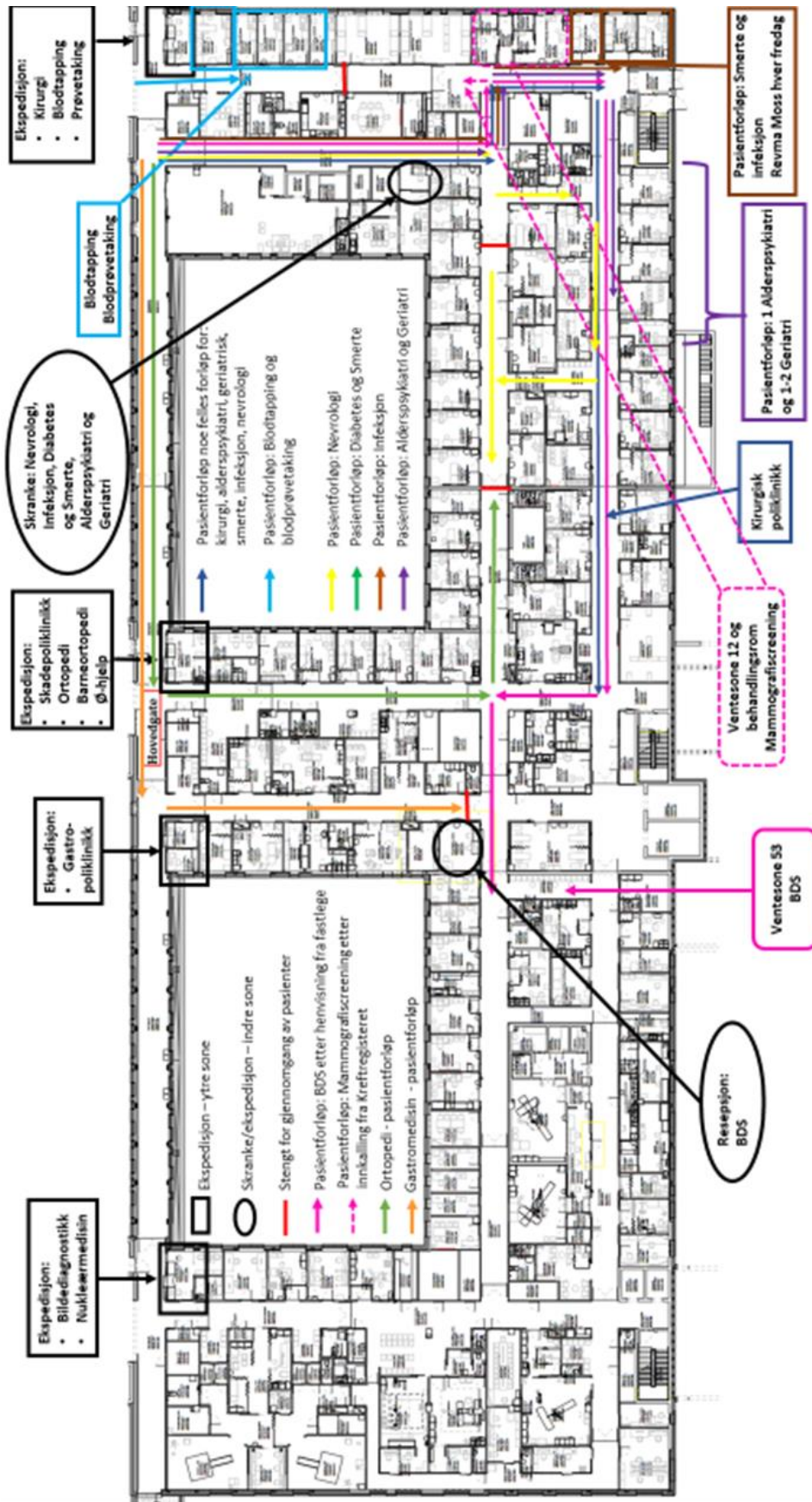
Selvinnsjekk

Pasientene som skal til poliklinisk konsultasjon kommer enten gående via hovedinngangen etter henvisning fra fastlegen, med ambulanse eller via akuttmottaket. De som kommer fra akuttmottaket, har oftest vært på røntgenundersøkelse i forkant.

Selvinnsjekkautomatene i vestibylen fungerer bra for mange pasienter (benyttes i gjennomsnitt av 79 prosent), men fokusgruppedeltakerne og pasientvertene (tidligere ansatte ved sykehuset), fortalte at det fortsatt er noen som trenger bistand ved automatene, samt å finne fram til dit de skal. Der er derfor en god løsning med en kombinasjon av selvinnsjekk og servicepersonell ved registrering. Noen av pasientene synes automatene er for lite skjermet mot innsyn fra andre.

Pasientforløp

Fokusgruppedeltakerne kommenterte at skilting til poliklinikkområder og ventesoner har blitt bedre etter innflytting, men mente det fortsatt er rom for forbedring. Utfordringer med tilgjengeligheten er størst i poliklinikkene som ligger i behandlingsbygget, da de måtte stenge noen korridorer for gjennomgang etter innflytting. Dette skyldes blant annet forstyrrelser av nevrologiske målinger (f.eks. EEG-målinger), innsyn i pasientrom fra korridor og problemer med lukt fra gastropoliklinikk. I tillegg ble ekspedisjonen for kirurgisk poliklinikk flyttet nærmere inngangen til selve poliklinikkområdet. Figur 3.23 viser en oversikt over pasientforløp for poliklinikkområdene i behandlingsbygget. Her inngår poliklinikkene for nevrologi, infeksjon, diabetes og smerte, alderspsykiatri, ortopedi, kirurgi, skadepoliklinikk og gastromedisin, samt Mammografiprogrammet og brystdiagnostisk senter (BDS). I styringsgruppemøte 02.03.2020, ble det informert om at screening i regi av Mammografiprogrammet er flyttet ut til et midlertidig modulbygg som ligger utenfor sykehuset.



Figur 3.23 Oversikt over pasientforløp for poliklinikkområdene 1, 3 og 5, brystscreening (Mammografiprogrammet og brystdiagnostisk senter) i behandlingsbygget. Kilde: Tegning fra Sykehuset Østfold HF, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

De ansatte framhevet at lokalisering av poliklinikker i fløyer i sengebygget er å foretrekke framfor i behandlingsbygget, da førstnevnte utforming legger til rette for bedre pasientforløp og arbeidsflyt. Dette skyldes først og fremst lettere tilgjengelighet til de enkelte poliklinikkområdene, men også at de har mer dagslys inn i områdene (Figur 3.24). Her inngår poliklinikkene for dialyse, nyremedisin, sammedagsinnleggelse, kreft og hematologi, hjertemedisin, lunge og øre-nese-hals, i tillegg til kvinneklinikken og høresentralen.

Ekspedisjoner

Deltakerne i fokusgruppa fortalte at alle ekspedisjoner i hovedgata/-hovedkorridoren ved poliklinikkområdene i behandlingsbygget nå er ombygd til mer avskjermede ekspedisjoner. Dette for i større grad overholde taushetsplikten samt skjerme de ansatte som opplevde en økning av vold og trusler. Denne økningen er reell ifølge ledelsen.

I tillegg er ekspedisjonen til brystdiagnostisk senter (BDS) ombygd. Videre erfarte de ansatte at de lukkede områdene i bakkant av ekspedisjonene er for små, da det ofte er støttepersonell fra flere fagområder som bruker disse samtidig.

Arbeidsplasser

Deltakerne i fokusgruppa opplevde at det er for få arbeidsplasser for konsentrasjonsarbeid. Tidligere hadde poliklinikkene egne sekretærtjenester, men denne tjenesten ble ikke videreført til nytt østfoldsykehus, selv om noen av poliklinikkene likevel har beholdt denne tjenesten på Kalnes. Det ble kommentert at disse poliklinikkene fungerer bedre, blant annet fordi sekretær er kjent med pasientenes sykdomshistorikk.

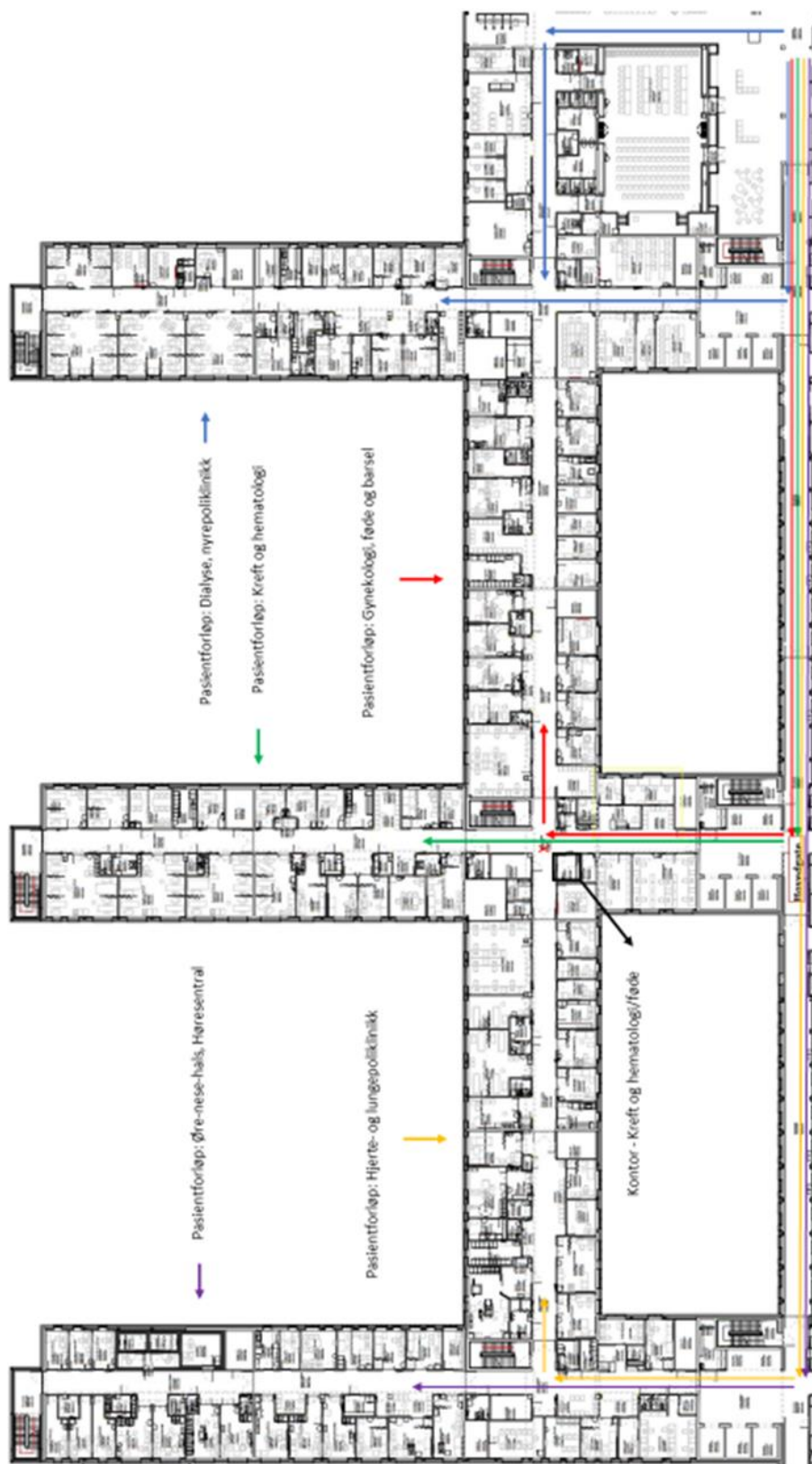
IMATIS

Deltakerne i fokusgruppa mente løsningen med selvinnsjekk og multiressurssystemet IMATIS fungerer til en viss grad, men at dette kunne ha fungert bedre hvis man hadde hatt tilgang på en betalingsfunksjon, samt et digitalt bookingsystem av rom og ressurser. Sistnevnte er imidlertid påbegynt.

Fleksibel utnyttelse på tvers av fagområdene

Fokusgruppedeltakerne påpekte at de hadde begrenset med adgang til andre poliklinikkområder ved innflytting. Etter søknad kan de nå få tilganger, men mente det hadde vært lettere å hjelpe til på tvers av fagområdene hvis dette var på plass ved innflytting. De mente også at stenging av enkelte korridorer for gjennomgang påvirket de daglige arbeidsprosessene.

Etter innflytting fikk en ansatt i oppdrag å koordinere utlån av ledige rom mellom fagområdene. Dette mente fokusgruppa var en løsning som fungerte bra for noen fagområder, men ikke for de fagområdene der behandlingen og/eller undersøkelsen krever spesielt utstyr. Deltakerne i fokusgruppa uttrykte at det tverrfaglige samarbeidet mellom fagområdene er veldig godt.



Figur 3.24 Oversikt over pasientforløp fro poliklinikkområdene 2, 4 og 6 i sengebygget. Kilde: Tegning fra Sykehuset Østfold HF, tilrettelagt av Sykehusbygg HF

Kapasitet og utnyttingsgrad

Poliklinikken har arbeidstid på syv til åtte timer mot planlagt 10 timer (jf. kapittel 3.3.6.2). Imidlertid har kreftpoliklinikken åpent utover ordinær pasientbehandlingstid mandag til torsdag, og på dagtid lørdag og søndag, samt at skadepoliklinikken har åpent mellom kl. 07.30 og 23.00 alle dager i året.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at for å øke behandlingstilbudet for pasientene i andre poliklinikker, er det tilrettelagt for tilbud om kveldspoliklinikker. De mente at færre timer pasientbehandlingstid enn det som var planlagt, gjør at de har for få generelle poliklinikkrom. Dette understøttes av kapasitetsberegninger presentert i kapittel 3.2.2 i hovedrapporten.

Deltakerne i fokusgruppa erfarte også mangel på samtalerom, pause- og spiserom, lagerplass og møterom, samt at de opplevde at arealet til noen kapasitetsbærende rom (konsultasjonsrom, undersøkelse og behandlingsrom) er for lite. Ifølge *Funksjonsprogram Nytt Østfoldsykehus* av 22.09.2010, medførte arealendringer i poliklinikk en reduksjon i antall undersøkelses- og behandlingsrom, kontorer, møterom og samtalerom. Fokusgruppedeltakerne framhevet spesielt viktigheten av å ha tilgang til samtalerom for pasient- og pårørendesamtaler. Noen kapasitetsbærende rom (konsultasjonsrom, undersøkelse og behandlingsrom) ble også planlagt flyttet til Moss.

Kantina

Deltakerne i fokusgruppen fortalte at erfaringene så langt, er at de ikke benytter kantina i lunsjen slik som det var planlagt. Dette begrunnes med avstander, behov for oppfølging av pasienter og faglige møter og/eller LIS-undervisning.

3.3.6.5 Annet*Medvirkning i planleggingsprosessen*

Både i fokusgruppa og prosjektgruppemøte 12.12.2019 ble det opplyst om at det var en bred medvirkning i planleggingsprosessen fram til forprosjektfasen i 2010. Imidlertid er medvirkningen opplevd mangelfull fra og med den økonomiske kuttprosessen i 2010 (jf. revidert funksjonsprogram).

Standardisering av poliklinikkrom

Fokusgruppedeltakerne fortalte at i planleggingsprosessen kunne de velge mellom to typer rom, et ordinært rom og et spesialrom. De framhevet at medisin som fag utvikler seg og blir mer og mer spesialisert, og at medisinsk utstyr ikke nødvendigvis blir mindre plasskrevende. Deltakerne anbefalte derfor en større variasjon i romstørrelser man kan velge i.

Funksjonsfordeling mellom Kalnes og Moss

Etter innflytting i nytt østfoldsykehus, Kalnes har det blitt gjennomført noen endringer i funksjonsfordelingen i forhold til det som ble beskrevet i Forprosjekt av 15.11.2010, og det gjøres hele tiden rokkinger internt for å sikre optimal utnyttelse av totale tilgjengelige ressurser. Det at flere fagområder har blitt flyttet til Moss etter

innflyttingen, skyldes i stor grad plassmangel i poliklinikkområdene på Kalnes.

3.3.6.6 Oppnåelse av mål og planforutsetninger

Dimensjoneringsforutsetninger

Dimensjoneringsforutsetningene som lå til grunn for poliklinikkene ved Sykehuset Østfold Kalnes, var høy kapasitetsutnyttelse med 10 timers åpningstid 240 året. Dette er ikke oppnådd. Beregningene viser at med middels kapasitetsutnyttelse er det behov for 76 generelle poliklinikkrom, noe som er 18 flere rom enn det som var tilgjengelig i 2019. Konsekvensen er for liten kapasitet i poliklinikkområdet.

Ekspedisjoner

Forprosjektet la vekt på at poliklinikkområdene skulle ha standardisert og åpne ekspedisjoner. Etter innflytting er alle ekspedisjonene som ligger i hovedgata blitt innbygd. Erfaringen fra fokusgruppedeltakerne tyder på at åpne ekspedisjoner ikke er en god løsning i områder med mye trafikk. Dette både for å overholde taushetsplikten og for å ivareta sikkerheten til de som sitter i ekspedisjonene. Også ved brystdiagnostisk senter er ekspedisjonen ombygd etter innflytting. Der ble et kontor med fire arbeidsplasser ombygd til ekspedisjon, i tillegg til ekspedisjonsområdet til hjerte- og lungepoliklinikken.

Lukkede områder i bakkant av ekspedisjoner

I forprosjektet ble det også lagt vekt på at lukkede områder i bakkant skulle gi gode arbeidsforhold for det merkantile personell som skal bemanne ekspedisjonene.

Erfaringene fra fokusgruppedeltakerne tydet på at rommene i bakkant av ekspedisjonene er for trange. Dette fordi mange av fagområdene har behov for mye støttepersonell og da blir rommet for lite. Det er vanskelig å overholde taushetsplikten når de ansatte snakker med pasienter på telefon mens andre er i rommet. Deltakerne i fokusgruppa hadde også opplevd at pasienter kom inn i dette området for å snakke med personell. I intervjuet fortalte de at det foreligger vedtak på at også andre ekspedisjoner kan bygges om samt at de har bestilt låser på dørene.

Tverrfaglige arbeidsområder

Forprosjektet la vekt på at utforming av poliklinikkene med tverrfaglige arbeidsområder og standardiserte funksjonsrom skulle muliggjøre fleksibel bruk av arealene, med unntak for dialyse og poliklinikk for kreft- og blodsykdommer som krever mer spesialiserte arealer.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at det ble opprettet en koordinator som fikk ansvaret med å fordele rom, slik at tidvis ledig kapasitet på undersøkelses- og behandlingsrom ble utnyttet. De anslo at det i gjennomsnitt lånes ut 20 rom i uka. Noen fagområder leier rom i større grad enn andre. Nevrologisk poliklinikk er veldig fleksibel og låner rom daglig, mens poliklinikker innen ortopedi og kirurgi er avhengig av å få tildelt rom i nærheten.

De mente at fleksibel bruk av rommene fungerte godt for noen fagområder, men ikke for andre.

Plassering av fagområder

I forprosjektet ble det lagt vekt på at fagområder med sterk innbyrdes avhengighet skulle søkes plassert inntil hverandre.

Erfaringene de ansatte hadde så langt, er at samarbeidet mellom fagområdene fungerer bra, noe de mente er et resultat av at de har tatt med seg og videreført de faglige arbeidsprosessene de hadde før innflyttingen.

Deltakerne i fokusgruppa kommenterte at servicefunksjonene i poliklinikkområdene bør ligge nærmere hverandre. Spesielt blodprøvetaking og røntgen burde være plassert nærmere, da dette er områder som mange av pasientene skal innom.

I tillegg til at brystdiagnostisk senter har som krav å ligge nært røntgen, er de også fornøyde med å ha nærhet til bildediagnostikk for øvrig, nukleærmedisin, patologi og kirurgi, samt at det er en operasjonsstue i området.

Fokusgruppedeltakerne var enige i at det er lange avstander fra hovedinngangen til noen poliklinikkområder, spesielt er dette utfordrende for pasienter som skal til hjerte- og lungepoliklinikk eller ortopedi/kirurgi/skadepoliklinikk.

Skadepoliklinikk

Det ble framhevet i forprosjektet at skadepoliklinikken skulle flytte til poliklinikkplanet fra akuttmottaket, som ligger i 2. etasje, for å få en bedre funksjonell løsning for pasienter og fagmiljø. Dette var en endring fra forutsetningen i skisseprosjektet.

Fokusgruppedeltakerne hadde ønsket at skadepoliklinikken var plassert ved akuttmottaket som beskrevet i skisseprosjektet. Erfaringen fra skadepoliklinikken er at det hadde vært enklere å bistå i akuttmottaket med gipsing på kvelds- og nattestid hvis de hadde vært samlokalisert. De fortalte også at ved innflytting hadde de ikke adgang til døren til trapperommet som går fra korridoren i skadepoliklinikken og opp til akuttmottaket. De måtte da gå rundt via hovedgaten, noe de opplevde som tungvint. Dette er imidlertid endret og de kan nå søke om adgang.

Skadepoliklinikken er åpen fra kl. 07.30 til 23.00. Mellom kl. 23.00 og 07.30 blir pasientene henvist til akuttmottaket. I kapittel 5 i hovedrapporten som omhandler akuttmottak, opplyste fokusgruppedeltakerne at det er få eller ingen henvisninger av pasienter fra skadepoliklinikk til akuttmottak. I akuttmottaket mottar de pasienter med hoftebrudd/-skade, rygg etc. på dagtid, noe som medfører at disse pasienter har to sløyfer. Deltakerne i fokusgruppen fra akuttmottak mente at det ville vært mer hensiktsmessig å plassere skadepoliklinikken nært akuttmottak, eller at skadepoliklinikken var i drift 24 timer i døgnet.

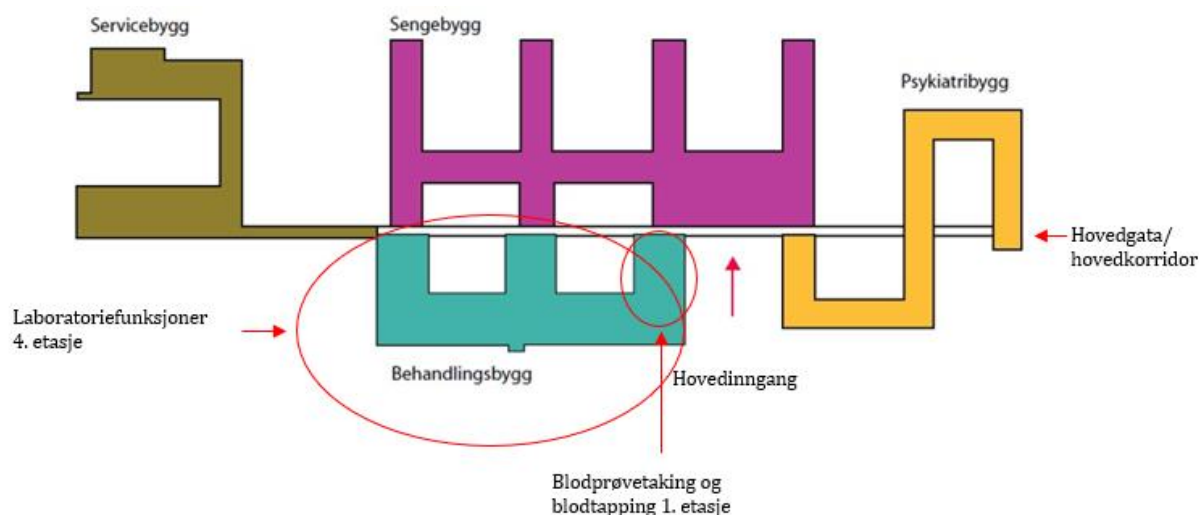
3.3.7 Laboratoriefunksjoner

Evalueringen skal belyse om det valgte konseptet med en automatisert

prøvefordelingslinje tilkoblet ulike analysemaskiner, samt laboratorieområdet for øvrig, understøtter gode pasientforløp, god arbeidsflyt og fleksibel bruk av utstyr og personell. I tillegg skal fordeling mellom areal og rominndeling i laboratorieområdet vurderes, samt forholdet mellom felles prøvemottak og øvrige areal. Kapasiteten på analyseinstrumentene skal også belyses. I hovedrapporten er laboratorieområdet beskrevet i kapittel 9. Resultatene som oppsummeres her stammer fra spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervjuene med oppfølgende korrespondanse via e-post. Det ble innhentet informasjon om kapasitet på analyseinstrumentene i 2018 fra Sykehuset Østfold HF.

Senter for laboratoriemedisin leverer tjenester som blodprøvetaking, blodtapping, patologi og analysering av prøver for pasienter innlagt ved Sykehuset Østfold HF, i tillegg til pasienter innen spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene i fylket. Senter for laboratoriemedisin er også leverandør av blod og blodprodukter til pasienter i og utenfor sykehuset. Ved behov for annen metode eller vurdering av prøve/prøveresultater benyttes «utestasjoner», som er lokalisert i Fredrikstad, Sarpsborg, Moss, Askim Halden i tillegg til Kalnes. I denne evalueringen inngår laboratorieaktiviteten ved Kalnes

Ved Sykehuset Østfold Kalnes er laboratoriefunksjoner samlet på et plan og er plassert i 4. etasje i behandlingsbygget, med unntak av blodprøvetaking som er plassert i poliklinikkområdet i 1. etasje (fFigur 3.25).



Figur 3.25 Sykehuset Østfold Kalnes med laboratoriefunksjoner i 4. etasje og blodprøvetaking og blodtapping i 1. etasje i behandlingsbygget. Forprosjekt 15.11.2010

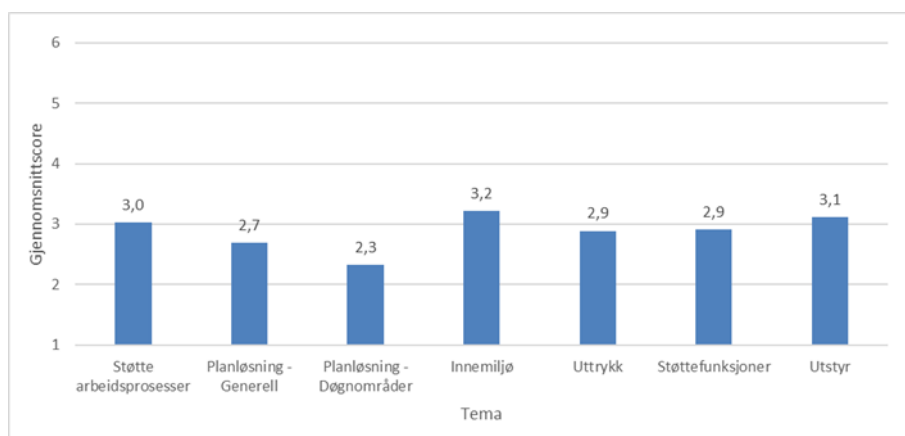
Ved Senter for laboratoriemedisin leveres tjenester innen fagområdene medisinsk biokjemi, transfusjonsmedisin-blodbank, medisinsk bakteriologi, patologi, infeksjonsepidemiologi og genteknologi og rusmiddeltesting. Fagområdene er fordelt på åtte seksjoner:

- Automasjon
- Pre/post-analyse
- Spesial og tverrfaglig støttefunksjoner
- Patologi
- Transfusjonsmedisin-blodbank
- Bakteriologi
- Genteknologi
- Utestasjoner

3.3.7.1 Kartlegging av byggets egnethet - laboratorieområder

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte ved labororiesenteret i Sykehuset Østfold Kalnes som deltok i undersøkelsen.

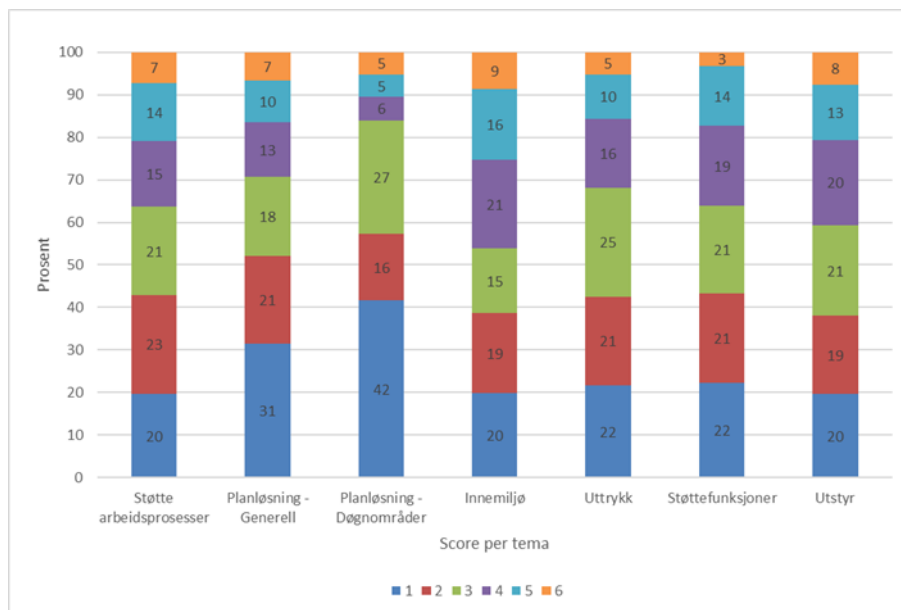
Av 1 116 besvarelser der avdeling var registrert, utgjorde de ansatte ved Senter for laboriemedisin 8,9 % (99) av besvarelsene. Figur 3.26 viser gjennomsnittlig score på en skala fra 1 (i liten grad enig) til 6 (i stor grad enig) for hver av de syv temaområdene: *Støtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-døgnområder*, *Innemiljø*, *Uttrykk*, *Støttefunksjoner* og *Utstyr*.



Figur 3.26 Syv tema med gjennomsnittlig score per tema på en skala fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig). Laboratoriefunksjoner

Blant ansatte i laboratoriefunksjoner viser figuren at på en skala fra 1 (i liten grad enig) til 6 (i stor grad enig), ligger scoren for alle de syv temaene under middelveiden (3,5). Temaene *Innemiljø*, *Utstyr* og *Støtte arbeidsprosesser* har fått høyest gjennomsnittlig score på henholdsvis 3,2, 3,1 og 3,0.

Figur 3.27 viser fordelingen av score for de ulike temaene, der *Innemiljø*, *Støtte arbeidsprosesser* og *Utstyr* har fått flest av scorene 5 og 6 på henholdsvis 25 og 21 prosent, mens *Innemiljø*, *Utstyr* og *Støttefunksjoner* har fått flest av score 4 på henholdsvis 21, 20 og 19 prosent. Videre har mange av de ansatte som deltok i undersøkelsen ved laboratoriefunksjoner, oppgitt at de er mindre fornøyde med *Planløsning*, da over halvparten har gitt score 1 eller 2.



Figur 3.27 Fordeling av score per tema på en skal fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig).
Laboratiefunksjoner

Blant de utsagnene de ansatte i laboratiefunksjoner ga høyest score (5 eller 6) og er mest fornøyd med er «Vår avdeling er bra lokalisert i forhold til andre» (43 prosent). Blant de utsagnene de ansatte i laboratiefunksjoner som deltok i undersøkelsen ga lavest score (1 eller 2) og er minst fornøyd med er «Vi har de rommene vi trenger» (82 prosent).

3.3.7.2 Dimensjoneringsforutsetninger og kapasitet

Fokusgruppedeltakerne erfarte at det ikke er noen flaskehals på selve båndet, men mente det ikke er mulig å øke kapasiteten i forhold til å utvide båndet ved å sette inn flere analyseinstrumenter. De opplevde imidlertid at kapasiteten på analysemaskinene for immunhistokjemi er en flaskehals, samt at kapasiteten til laboratoriet for makrobeskjæring ved patologi er for liten på dagtid (se tabell 9.1 hovedrapporten). For å kunne utvide med nye analysemaskiner på båndet, mente fokusgruppedeltakerne at området må utvides eller erstattes med nye analyseinstrumenter som er mindre i omfang enn de eksisterende. For å utvide eksisterende fagområder eller opprette nye, mente fokusgruppedeltakerne at laboratorieområdet enten må utvides til andre områder eller bygges ut. (I styringsgruppemøte 02.03.2020 ble det informert om at kontorlokaler ved Blodbanken blir til lokaler for HPV-screening.)

3.3.7.3 Erfaringer med driftskonsepter og løsninger i laboratorieområder

For å få dybdekunnskap om de ansattes erfaringer med laboratorieområdene etter tre års drift, ble det gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte ved laboratoriesenteret i Sykehuset Østfold Kalnes.

Automatisert prøvefordelingslinje

Fokusgruppedeltakerne hadde gode erfaringer med felles prøvemottak, men mente at noe kunne ha vært gjort mer effektivt og at de flytter på mange prøver flere ganger (til

og fra bånd, på traller etc.).

Prøvemottaket mottar også prøver som ikke kan settes direkte på båndet, men som må etterbehandles før analysene. Videre fortalte deltakerne i fokusgruppa at noen prøver fra patologen (obduksjon), operasjon og cytologi ikke går via felles prøvemottak, men blir fraktet til et lokalt prøvemottak.

Andre sykehus og legekontor som Sykehuset Østfold Kalnes mottar prøver fra, har selv både rack og prøverør som er tilpasset båndet. Dette mente deltakerne i fokusgruppa fungerer bra.

Prøvene blir etter hvert fordelt på båndet, og nederst i analysehallen finner man sorteringen der prøvene kan hentes. Noen prøver blir sendt via rørpost mens andre blir transportert til seksjonene. Mottak av prøver fra eksterne poliklinikker plasseres på traller. De ansatte hadde erfart at det var for liten plass til å pakke opp prøvene der båndet til automasjonen er, og måtte derfor finne alternative løsninger.

Deltakerne opplevde mye støy i prøvemottaket, noe som er et resultat av at det måtte lages en åpning i vegg inn til analysehallen for å få plass til installasjon av automasjon med tilhørende bånd og utstyr. De ønsket derfor en bedre løsning på dette.

Internttransport av laboratorieprøver

Fra prøvemottaket fordeles og transporteres prøvene til ulike seksjonene, mens prøvene til biobanken blir fraktet ned til frysere i kjelleren. I enkelte tilfeller ønskes cytologiske prøver forhåndsvurdert, og disse blir fraktet opp til laboratorieområdet av ansatte fra andre avdelinger. Fokusgruppedeltakerne mente løsningen de hadde ved brystdiagnostisk senter (BDS) fungerer bra, der en av patologene sitter deler av uka og forbereder prøver som skal sendes opp til laboratoriesenteret for videre analyse/vurdering. Deltakerne kommenterte også at todelt rørpost til akutt og elektiv fungerte fint. I førstnevnte mottar de en melding om at akutt rørpost er på vei til prøvemottaket.

Fokusgruppedeltakerne opplevde at de i forbindelse med blodprøvetaking (etterstikk) ute på postene hadde vanskeligheter med å finne fram. De mente det hadde vært bedre om områdene hadde mere entydige navn, i tillegg til bedre skilting.

Fokusgruppedeltakerne var fornøyde med plasseringen av poliklinikkområde der blodprøvetaking har lokaler.

Eksternttransport

Fokusgruppedeltakerne har erfart at det er liten plass til eksterne laboratorieprøver fra

rekviren timer utenfor sykehuset, og at dette sammen med befolkningsgrunnlaget bør tas med i dimensjonering av laboratorieområdet⁶.

Elektronisk utsending av prøvesvar fungerte godt og svartiden innen medisinsk biokjemi har gått ned. Fokusgruppedeltakerne opplyste om at patologi i tillegg må sende ut prøvesvar via papir.

Arbeidsområder generelt

Fokusgruppedeltakerne uttrykte at de er fornøyde med å være samlet på et plan, noe de også anbefaler til andre sykehusbyggprosjekter. De opplevde at miljøet er godt blant de ansatte. De opplyste også om at de stort sett er fornøyde med det medisinske tekniske utstyret som ble innkjøpt ved innflytting.

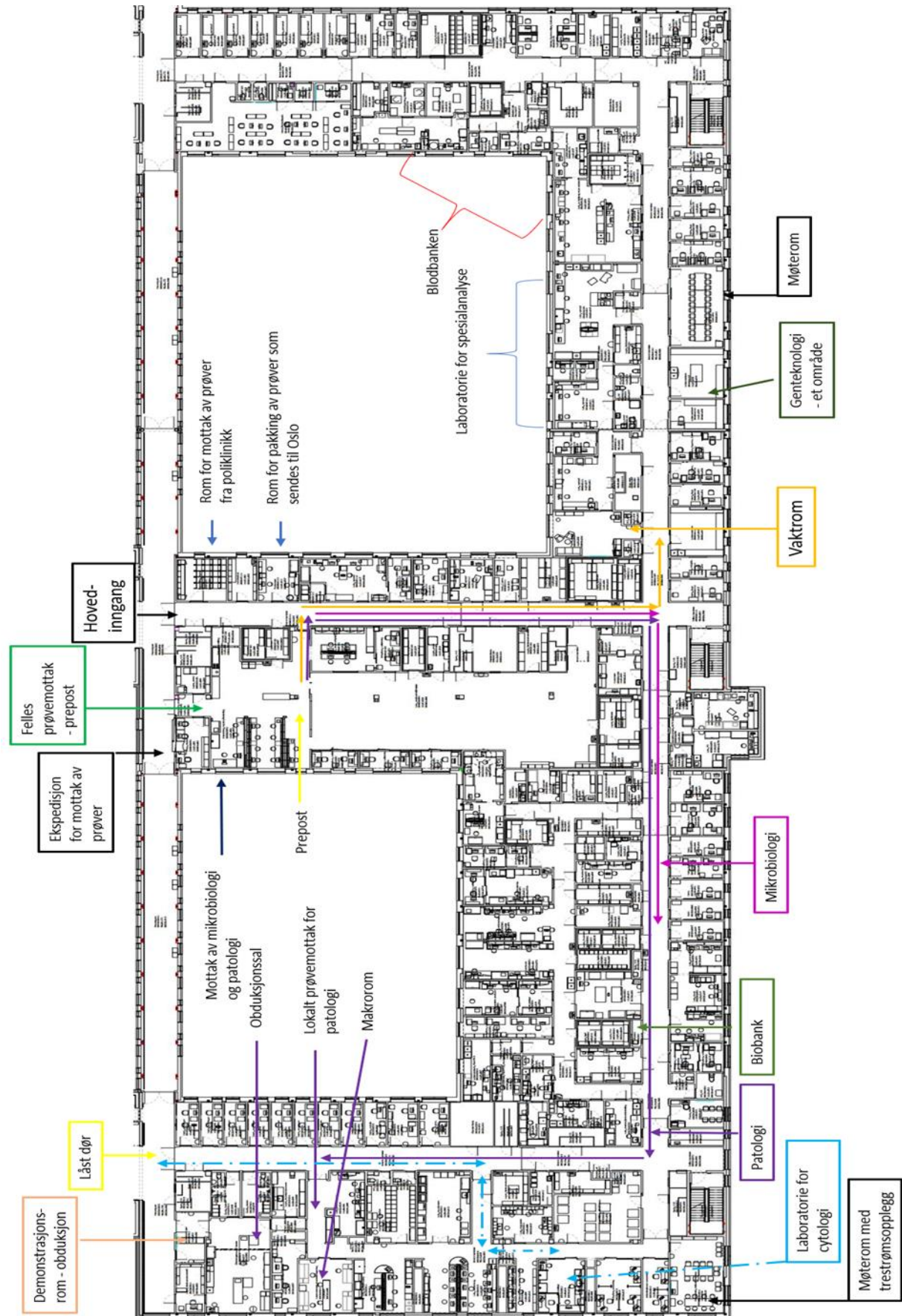
Etablering av WASPLab ble planlagt sent i prosessen, og fokusgruppedeltakerne opplevde at arbeidsområdet som denne ble plassert i, fungerer dårlig i forhold til det som var planlagt.

Fokusgruppedeltakerne hadde erfart at det generelt sett er dårlig luft i områdene, noe som medførte at de blant annet måtte installere et system for kjøling for å unngå kondens. Samtidig opplevde de som jobbet i nærheten av analysehallen at det kom trekk fra ventilasjonsanlegget. De mente at en mulig løsning kunne være å sette opp noen glassvegger, men hadde blitt fortalt at dette ville påvirke ventilasjonen i hele området.

Videre ble det fortalt at laboratorieområdene som deles av mikrobiologi og patologi, har to ulike typer ventilasjon, henholdsvis avsug og nedtrekk. Dette opplevde de som en dårlig løsning, og opplyste om at det er liten utvidelsesmulighet i området.

Figur 3.28 viser en oversikt over laboratorieområdet ved Sykehuset Østfold Kalnes.

⁶ Det kan opplyses om at det per i dag ikke er gode dimensjoneringsfaktorer for laboratoriefunksjonene, noe som gjør det utfordrende å planlegge dette området tilstrekkelig i forhold til aktiviteten.



Figur 3.28 Oversikt over laboratorieområdet med merknader. Sykehuset Østfold Kalnes

De som jobbet i enkelte spesiallaboratorier, opplevde også problemer med støy som kan skyldes at det er plassert flere støyende laboratorieutstyrsenheter i området enn det som var forutsatt. Dette medførte at de også måtte installere punktavsug.

Arbeidsområder spesielt

Patologi ønsket en annen logistikk i forhold til arbeidsprosessen, dvs. først snitting deretter farging osv. Generelt opplevde de at det er lite plass i dette området, både i forhold oppbevaring av utsyr og samt plass til å ta imot ferske preparater (for eksempel fra operasjonsstuen). De mente at den beste løsningen hadde vært å håndtere prøvene først ved et internt prøvemottak.

Det ble opplyst at tapperommet ved blodbanken ble prioritert bort på grunn av plassmangel ved sykehuset, og at det ble etablert en ny tappestasjon i Sarpsborg. Fokusgruppedeltakerne mente at denne produksjonslogistikken fungerer godt. De var også fornøyde med å ha god plass, gode evalueringsrom, tilstrekkelig med lagerplass og oppholdsrom. Fokusgruppedeltakerne opplyste i tillegg om at etter innflytting måtte de rive fryser og sette inn nye fryserom, da disse ikke holdt lav nok temperatur på grunn av for tynne vegger.

Innen serologi er ansatte godt fornøyd med planlegging av området, selv om de erfarte at det blir mye gåing fram og tilbake. De fortalte at blodgiverfunksjonen er fordelt til Sykehuset Østfolds avdelinger i Askim, Fredrikstad, Halden, Moss og Sarpsborg. Seksjon for mikrobiologi ble i 2012 oppdelt i de to seksjonene bakteriologi og genteknologi/infeksjonsserologi. Dette ga noen utfordringer i forhold til at rom som de hadde behov for, måtte tas fra rom som allerede var fordelt til andre fagområder. De erfarte at dette nå fungerte bra, noe de tilskriver et godt samarbeid på tvers av fagområdene. De uttrykte at de var veldig fornøyde med laboratorieutstyret.

IKT

Deltakerne i fokusgruppa var stort sett fornøyde med IMATIS-tavlene, men ønsket å få tilgang til mer statistikk. Det at avstandene til andre avdelinger er store, samt at det er vanskelig å finne fram gjaldt, etter deres erfaring, for hele sykehuset.

Bygg og utstyr

Fokusgruppedeltakerne hadde oppdaget en del feil og mangler etter innflytting som ble utbedret mens de var i drift, for eksempel ettermontering av flere vasker. Noe av dette måtte sykehuset selv betale. De mente at mye av dette burde ha vært tilrettelagt før innflytting.

Avfallshåndteringen fungerte bra, noe de mente var viktig i og med at det er store mengder avfall.

Fordeling mellom areal og rominndeling

Når det gjelder de problemene de ansatte har erfart så langt, skyldes det at viktige ting

med hensyn til planløsninger ikke er gode nok og dermed har påvirket arbeidsprosessene. Det ble påpekt at trivsel for personalet når det gjelder utforming av bygg må være et tema ved planlegging av sykehus. De framhevet imidlertid at det faglige miljøet er veldig bra blant de ansatte. De kommenterte også at lokalene i seg selv er fine.

Fokusgruppedeltakerne uttrykte at de i tillegg til mer areal har behov for flere rom. Sistnevnte gjenspeiler seg også i spørreundersøkelsen blant ansatte ved laboratoriesenteret Kalnes. Der oppga rundt 80 prosent av de som deltok at de i liten grad hadde de rommene de trenger, mens i underkant av 10 prosent mente de hadde de rommene de trengte. Blant rom fokusgruppedeltakerne mente de har behov for er; pauserom, valideringsrom, møterom (flere små), kontorer (blant annet til forskningsgruppen som er i 2. etasje), rom til oppbevaring og lagring og flere fryserom.

Annet

Etter innflytting ble det montert innvendige gardiner på grunn av at den utvendige solavskjermingen ikke tålte vind og at den generelt sett fungerte dårlig. For de som hadde arbeidsplass nært helikopterlandingsplassen, er det et problem med eksoslukt i området.

Fokusgruppedeltakerne opplevde at det kan være utfordrende å få parkeringsplass midt på dagen, men var ellers stort sett fornøyde med parkeringsmulighetene. Det fungerte også greit med låsbar sykkelparkering, men de ønsket større garderobeskap for innlåsing av sekk mm.

Fokusgruppedeltakerne uttrykte et ønske om å få benytte inngangsparti i enden av hovedgata/hovedkorridoren, der avdeling for bildediagnostikk ligger.

3.3.7.4 Oppnåelse av mål og planforutsetninger

Dimensjoneringsforutsetninger

For å kunne utvide eksisterende fagområder eller opprette nye, bør laboratorieområdet enten bygges ut eller utvides til andre områder. For etablering av HPV-screening, er kontorlokalene ved Blodbanken tiltenkt denne aktiviteten.

Valgte løsninger

I forprosjekter ble det lagt vekt på at laboratorietjenester skulle samles og det skulle være åpne og fleksible løsninger. I Sykehuset Østfold Kalnes har laboratorietjenestene blitt samlet og det er etablert et godt tverrfaglig samarbeid i tillegg til forskning. Det er imidlertid blitt trangt og begrenset mulighet for utvidelse for å ivareta utvikling av nye fagområder. Et viktig læringspunkt er dermed at man må avsette tilstrekkelig med areal og ikke «låse» av prosjekteringen for tidlig.

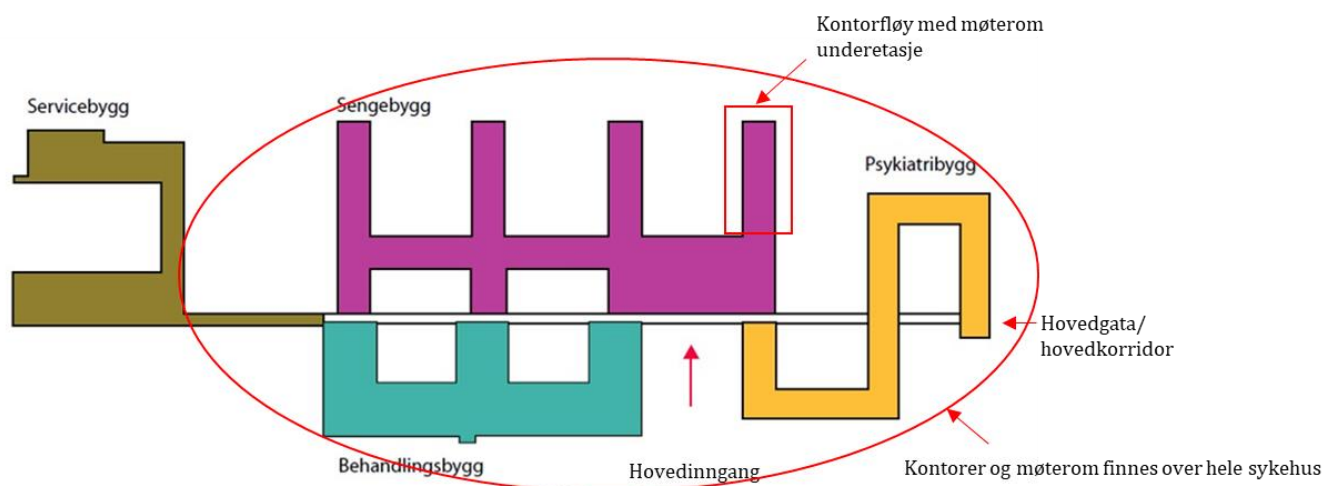
Det fungerte godt med sentral prøvetaking som er plassert i poliklinikkområdet i 1. etasje.

For å oppnå raskere diagnostikk i nytt sykehus, ble konseptet desentral blodprøvetaking valgt. Dette innebærer at sykepleierne i døgnområdene tar blodprøver og sender disse i rørpost til laboratoriet. Dette er en endring fra tidligere rutiner da laboratoriet hadde ansvar for blodprøvetakingen. Ifølge laboratorieansatte medførte dette at de likevel måtte oppsøke avdelingene for å hjelpe til med prøvetaking, dvs. «etterstikk».

3.3.8 Kontor og møterom

Evalueringen skal belyse konseptene for tildeling av kontorarbeidsplasser. I dette inngår i hvilken grad prinsippene som lå til grunn for planleggingen er gjennomført, og hvordan kontorarbeidsplassene benyttes. I tillegg skal det vurderes funksjonalitet og tilgjengelighet for kontor og møteromfasiliteter. I hovedrapporten er dette beskrevet i kapittel 10. Resultatene som oppsummeres her stammer fra fokusgruppeintervju med oppfølgende korrespondanse via e-post.

Kontor og møterom for nytt østfoldsykehus Kalnes er fordelt på flere lokalisasjoner, og i denne evalueringen er det lagt vekt på de som er plassert på Kalnes.



Figur 3.29 Sykehuset Østfold Kalnes. Lokalisering av kontorer og møterom. Forprosjekt 15.11.2010

Kontor- og møterom er plassert i forskjellige områder i Sykehuset Østfold Kalnes. I plan U1, er imidlertid arbeidsplasser for LIS-leger samlokalisert.

3.3.8.1 Dimensjoneringsforutsetninger og kapasitet

Totalt ble det planlagt 651 kontorplasser på Kalnes (DFP 02.11.09, side 67, tabell 6.12), mens det var 519 registrerte kontorplasser i bygget på Kalnes pr 01.03.2019 (Lydia, FDV database). Dette er 132 kontorplasser færre enn det som var planlagt i delfunksjonsprogrammet. Hvor mange registrerte kontorplasser per mars 2019 som avviker fra det som var planlagt i forprosjektet og revidert funksjonsprogram er noe uklart pga. mangel på nøyaktige tall i revidert funksjonsprogram⁷.

Totalt ble det planlagt 411 møteplasser på Kalnes (DFP 02.11.09, tabell 6.14), hvorav

⁷ Revidert funksjonsprogram (22.09.10) beskriver endringer og reduksjon av areal (Optimaliseringsprosjektet).

kliniske avdelinger skulle ha 226 og medisinsk service, akuttfunksjoner samt øvrig somatikk skulle ha 148 møteplasser. Basert på registreringer i Lydia var det 369 plasser per 01.03.2019. Dette gir 42 møteplasser færre enn det som var planlagt. I tillegg er det 4 undervisningsrom med totalt 102 plasser.

3.3.8.2 Erfaringer med driftskonsepter og løsninger i kontor og møterom

For å få dybdekunnskap om de ansattes erfaringer med konsepter og løsninger i kontor og møterom etter tre års drift, ble det gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte ved Sykehuset Østfold Kalnes.

Konseptene for tildeling av kontorplasser og møtelokaler

Det var ikke planlagt med faste kontorarbeidsplasser for leger i døgnområdene (somatikk). I fokusgruppeintervjuene kom det fram at det er mangel på arbeidsplasser for leger i døgnområdene og at legene ønsker å ha kontor plassene nærmere disse områdene. Fokusgruppedeltakerne fortalte at legene har mulighet til å forlate døgnområdet og gå til andre kontorplasser, men dette oppfattes som upraktisk og tidkrevende.

Ifølge delfunksjonsprogrammet var planleggingen av skjermet arbeidsplass basert på flere kriterier; som funksjonen som utøves, mengde av konfidensialitet og grad av tilstedeværelse. Evalueringsteamet innehar ingen informasjon om hvor mange av de ansatte som har fått tildelt skjermet arbeidsplass. Det framkommer fra fokusgruppeintervju at ledere som har personalansvar, burde hatt egne kontor. Dagens løsning skaper utfordringer både ved medarbeidersamtaler og når det ansatte trenger å «finne» lederne.

Gjennomføring av prinsippene som lå til grunn for planleggingen

Erfaringene med åpen kontorløsning er ikke entydige. Noen i fokusgruppen erfarte at åpne kontorområder har bidratt til at de jobber mer effektivt, samt at læring foregår på tvers av fagområder. Imidlertid er det også ansatte som mente at åpne kontorløsninger er ineffektivt pga. mye uro og forstyrrelser samt at det er utfordrende å overholde taushetsplikten.

Funksjonalitet og tilgjengelighet for kontorer og møtelokaler

I revidert funksjonsprogram ble både areal for møterom og kontor samt antallet av disse redusert. En konsekvens av dette er at kontorer brukes av flere ansatte enn det som var planlagt.

Ansatte som har kontorarbeidsplass på Tuneteknikeren, har ofte arbeidsoppgaver på Kalnes. Tuneteknikeren er et bygg som ligger 5,6 km fra Kalnes. De ansatte kommenterte at det er vanskelig å finne arbeidsplass på Kalnes, og spesielt er dette utfordrende ved gjennomføring av konfidensielle møter og samtaler.

I fokusgruppene for psykisk helsevern ble det også framhevet mangel på rom for møter, veiledning og pasientbehandling i første etasje i bygg for psykisk helsevern, og at det gir dårlige arbeidsforhold.

Samtalerom på sengeområder var «tatt ut» under planleggingen. Ansatte fortalte at sengeområdene ikke har rom som er egnet for samtaler med korridorpasienter, og at det også er behov for samtalerom med pårørende uten at pasienten er til stede.

Ansatte i fokusgruppen mente at det ikke er tilstrekkelig med møtefasiliteter, og at det særlig er behov for små møterom og undervisningsrom. Mange møterom kan bookes, men det finnes også møterom som kun kan disponeres av enkelte fagområder. Alle møterom er derved ikke tilgjengelig for alle fagområder.

3.3.8.3 Oppnåelse av mål og planforutsetninger

Åpen kontorløsning

Hovedkonseptet for kontorområder var planlagt med åpne miljøer, hvor arbeidsplasser, stillerom og fellesfunksjoner inngikk for å ivareta tverrfaglig arbeid (Forprosjekt 15.11.2010). I forprosjektet står det at nesten alle (ca. 85 prosent) kontorarbeidsplassene var planlagt i åpne kontorlandskap. Begrunnelsen for valg av åpne kontorløsninger var ikke utelukkende pga. arealøkonomi, men også for å understøtte og bidra til høyere effektivitet samt bedre kvalitet på arbeidet. Nærhet til kollegaer som arbeider med tilsvarende oppgaver skulle gi muligheter for raskere oppdatering og avklaring av problemstillinger (DFP 02.11.09). Evalueringen viser at erfaringene med åpne kontorløsning er ulike. Noen ansatte har nytte av åpne løsninger, men det er også ansatte som mener at dette er ineffektivt.

Stillerom

Det var en forutsetning at alle åpne kontorområder skulle planlegges med et tilstrekkelig antall stillerom for arbeidstakere med sporadisk behov for skjerming. Videre var det planlagt at cellekontor skulle samlokaliseres med de åpne kontorplassene. I fokusgruppeintervju kom det fram at stillerommene ofte er opptatt da mange bruker rommene som kontor.

Møterom, kontor og undervisningsrom

Det var planlagt totalt 411 møteplasser på Kalnes. Evalueringen viser at det er 42 (ifølge Lydia) færre møteplasser enn det var planlagt. For døgnområdene var det planlagt 2 møterom per 72 senger (ekskludert hotellsenger) med mulighet for å slå disse to møterommene sammen: 1 møterom med 15 plasser og 1 med 8 plasser. Totalt blir det 8 møterom i døgnområder med 92 møteromplasser. I DFP var det planlagt at møterom i døgnområder burde lokaliseres med nærhet til personalrom/pauserom med mulighet for koordinert bruk av disse rommene til møter, undervisning o.l. Gjennom økonomiske kuttprosessen i 2010 (jf. revidert funksjonsprogram) ble kontor- og arealstandard på møterom redusert, samt areal til møtefasiliteter og kontor, noe som ifølge intervjuene har medført mindre fleksibilitet og påvirket arbeidsmiljøet i døgnområdene.

I DFP ble det foreslått å planlegge flere typer møterom: Små møterom med 8 plasser på 15 m², mellomstore med 15 plasser på 27 m² og store møterom med 25 plasser på 45 m². Deltakerne i fokusgruppen opplevde at det generelt er for få møterom, og at det er behov for flere mindre møterom, tilpasset fem-seks personer. De minste møterommene er i dag

for åtte personer.

Evalueringen viste at det også er mangel på undervisningsrom, særlig små undervisningsrom.

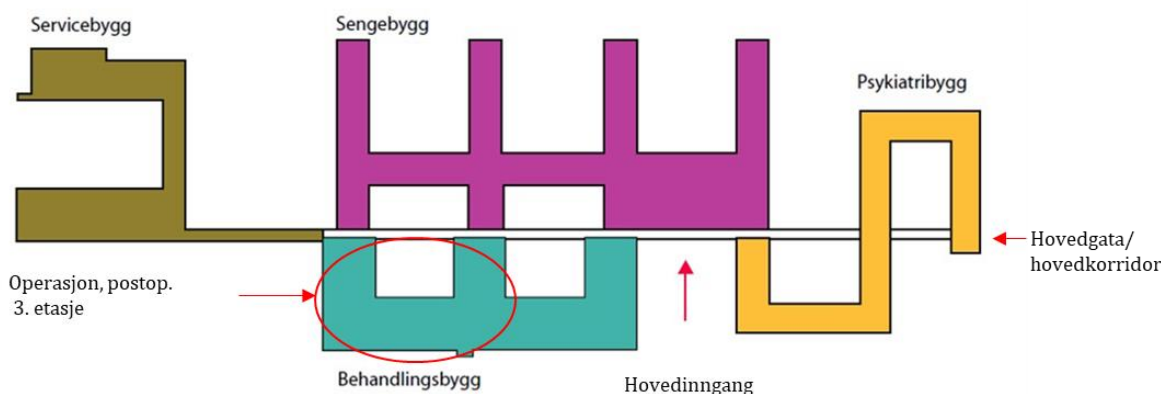
Kontorer for leger

For legene var det i hovedsak planlagt personlige arbeidsplasser. Tanken var at legene ikke hadde behov for egne kontorer, men at hver lege hadde behov for særegen arbeidsplass. Ifølge fokusgruppedeltakerne er ikke legekantorene lokalisert i døgnområdene. Det tar ekstra tid å gå imellom kontor-plassen og døgnområdet. Fokusgruppedeltakerne kommenterte at legene ønsker å være nærmere døgnområdene, fordi de da er mer tilgjengelig for sykepleiere for spørsmål om medisiner og andre avklaringer. I tillegg er dagens praksis slik at previsit, dokumentasjon og samtaler med sykepleiere foregår i avdelingens arbeidsstasjon.

3.3.9 Operasjon

Evalueringen av operasjonsområdet omfatter i hovedsak hvordan området fungerer med hensyn til kapasitet, funksjon og ressursutnyttelse. Det er sett på pasientforløp og arbeidsflyt ut fra et ansattsperspektiv. I hovedrapporten er dette presentert i kapittel 11.

I forbindelse med optimalisering av prosjektunderlag i 2010 (Forprosjekt 2010) ble det besluttet at Moss sykehus skulle rendyrkes som et elektivt sykehus. Dagkirurgi skulle legges til Moss sykehus og døgnkirurgi til Kalnes. Det var forutsatt 10 timers åpningstid, dvs. effektiv driftstid, 240 dager i året. Figuren nedenfor viser at operasjon og postoperativ enhet på Kalnes er lokalisert på plan 3 i behandlingsbygget. For å komme til operasjonsområdet må man gå via hovedinngangen.



Figur 3.30 Sykehuset Østfold Kalnes med området for operasjon og postoperativ enhet. Forprosjekt 15.11.2010

Operasjon og postoperativ enhet har direkteforbindelse med akuttmottaket via akuttheis. Operasjonsområdet er fordelt på to fløyer. En fløy med fire operasjonsstuer; en for beredskap/sectio (keisersnitt) plassert nærmest akuttheis og med rask tilkomst fra føden, en gynekologisk stue, en gastrokirurgisk stue og en hybrid/kar- (intervensjon) stue. En annen fløy med fem operasjonsstuer; tre ortopedistuer (med LAF tak), en for

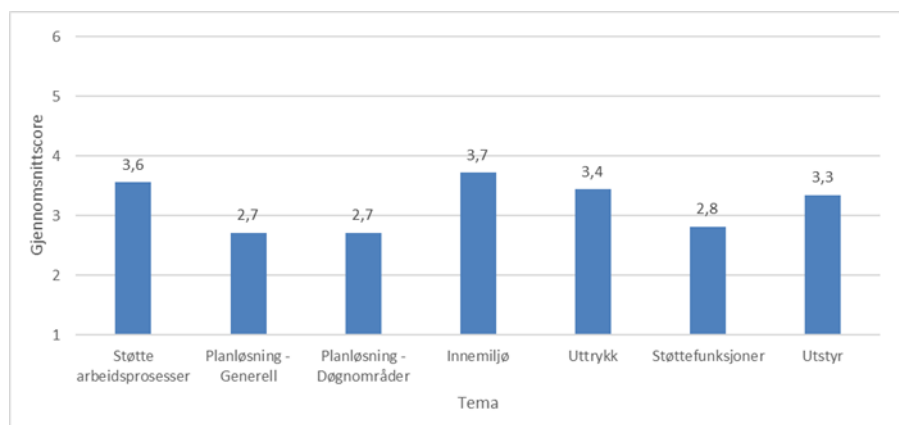
urologi og en smittestue for infeksjonspasienter.

Postoperativ enhet ligger vegg i vegg med operasjonsavdelingen. I forprosjektet er det beskrevet at området skulle ivareta både pre- og postoperative funksjoner. Postoperativ har en åpen utforming og er delt inn i ulike soner. Det er en pasientnær arbeidsstasjon per fem pasienter.

3.3.9.1 Kartlegging av egnethet - operasjonsområdet

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte ved operasjonsområdet i Sykehuset Østfold Kalnes som deltok i undersøkelsen.

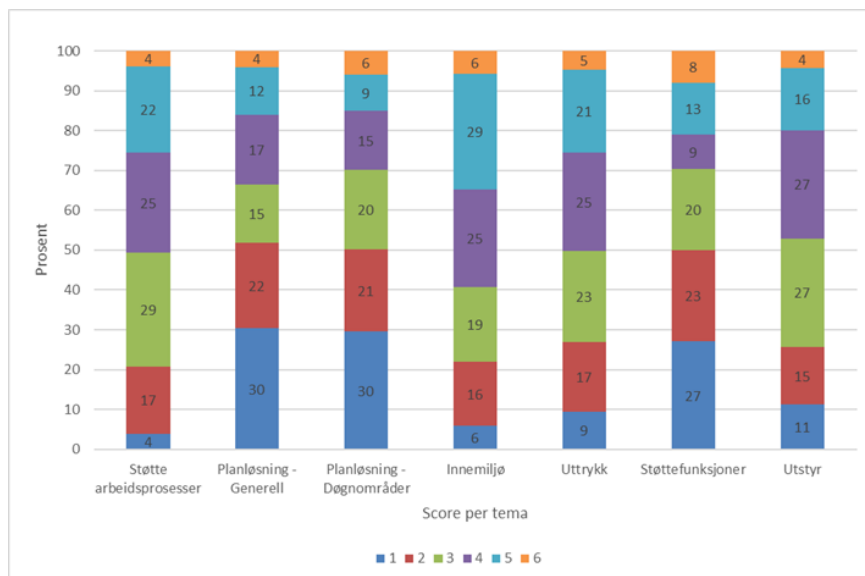
Av 1 116 besvarelser der avdeling var registrert, utgjorde de ansatte innen operasjon 4,7 prosent (52) av besvarelsene. I figur 3.31 vises gjennomsnittlig score på en skal fra 1 (i liten grad enig) til 6 (stor grad enig) for hver av de syv temaområdene: *Støtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-døgnområder*, *Innemiljø*, *Uttrykk*, *Støttefunksjoner* og *Utstyr*.



Figur 3.31 Syv tema med gjennomsnittlig score per tema på en skala fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig). Operasjon

Resultatene viser at på en skala fra 1 til 6 ligger gjennomsnittlig score for alle de syv temaene fra 2,7 til 3,7. Temaene *Innemiljø* og *Støtte arbeidsprosesser* har fått høyest gjennomsnittlig score (3,7 og 3,6), mens *Planlegging* (generell og døgnområder) har fått lavest gjennomsnittlig score (2,7).

Figuren nedenfor viser fordeling av score for de de ulike temaene. Temaene *Innemiljø*, *Støtte arbeidsprosesser* og *Uttrykk* har fått flest av scorene 5 og 6 (henholdsvis 35 og 26 prosent). Når det gjelder tema *Planløsning* og *Støttefunksjoner* er mange ansatte mindre fornøyd; rundt halvparten av besvarelsene har gitt score 1 eller 2.



Figur 3.32 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (liten grad) til 6 (stor grad) for ansatte i operasjon

Blant de utsagnene som ansatte ved operasjonsområdet ga høyest score (5 eller 6) og de er mest fornøyd med er «Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygning eller med utstyr» (47 prosent). De ga lavest score (1 eller 2) og er minst fornøyd med «Uteområdet bidrar til rekreasjon for ansatte» (88 prosent). Dette utsagnet inngår i temaet *Planløsning-generell*.

Nedenfor presenteres en oppsummering av sentrale dimensjoneringsforutsetninger og dybdeundersøkelsen av erfaringer med konsepter og løsninger i operasjonsområdet etter tre års drift.

3.3.9.2 Dimensjoneringsforutsetninger og kapasitet

Forutsetningene for 10 timers åpningstid og høy utnyttingsgrad 240 dager per år er ikke oppfylt. I Sykehuset Østfold ble denne premisen redusert i ettertid til 8 timers effektiv åpningstid, og med utvidet åpningstid for to team to dager per uke. Dersom aktiviteten for 2018 skal videreføres til 2019 og kommende år, kreves høy kapasitetsutnyttelse i store deler av året. Det ligger en imidlertid en tilleggsressurs i bruk av to poliklinikkrom til kirurgisk aktivitet noen dager per uke.

3.3.9.3 Ansattes erfaringer med operasjonsområdet

For å få dybdekunnskap om de ansattes erfaringer med operasjonsområdet etter tre års drift, ble det gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte ved i Sykehuset Østfold Kalnes.

Operasjonsområdet ble i hovedsak beskrevet som funksjonelt og godt utformet. Det har en god plassering nær fødeområdet, postoperativ, intensiv og akuttheis. Videre kom det fram at operasjonsstuen er godt planlagt. De ansatte var fornøyd med at stuen har godt lys, god plass og er utstyrt med standardisert og fungerende utstyr.

Fokusgruppen uttrykte at det er ønske om en stue i tillegg for å utnytte de samlede

ressursene bedre.

Operasjonsområdet har mer areal enn utgangspunktet i arealnormen fra første HFP som var på 110 kvm per stue. Det programmerte arealet i dRofus viser en arealfaktor på 141 m² per stue, mens faktisk i bruk er 129 m² per stue, jf. FDV databasen til Sykehuset Østfold HF.

Evalueringen viste også betydningen av å skille dag og inneliggende pasienter for å oppnå en god pasientflyt.

3.3.9.4 Oppnåelse av mål og planforutsetninger

Dimensjoneringsforutsetninger

Forutsetningene for drift med 10 timers åpningstid og høy utnyttingsgrad på 240 dager per år er som beskrevet ovenfor, ikke oppfylt. Videre viser evalueringen at endrede forutsetninger i åpningstid og lokale tilpasninger for å bedre effektiviteten er utført i forståelse med de ansatte. Åpningstiden er tilpasset stuekapasiteten og bemanning på operasjonsområdet.

Dersom aktiviteten for 2018 skal videreføres til 2019 og kommende år, kreves høy kapasitetsutnyttelse i store deler av året.

Driftskonsepter og løsninger

I fokusgruppeintervjuet kom det fram at ansatte erfarte at operasjonsområdet fungerer godt. Området ivaretar i all hovedsak de gitte forutsetninger med hensyn til arbeids- og pasientflyt.

Ifølge forprosjektet skulle all dagkirurgi foregå på Sykehuset Østfold, Moss, mens akuttkirurgi og døgnekirurgi skulle foregå på Sykehuset Østfold Kalnes. Denne forutsetningen er ikke blitt oppfylt, og per i dag er Sykehuset Østfold HF delt i to fysiske adskilte driftsenheter hvor begge har blandingsdrift (dag- og døgnekirurgi), dog har Kalnes mest døgnekirurgi, mens Moss har mest dagkirurgi.

Fokusgruppen fortalte om valg av materialer av dårlig kvalitet, eksempelvis i vegg, gulv og dører. Det ble sagt at det er iverksatt forbedringer i utsatte områder.

Evalueringen har ikke avdekket forhold som er kritiske sett opp imot HMS for pasienter, pårørende eller ansatte.

3.3.10 Bildediagnostikk

Evalueringen skal belyse om tilgjengelig kapasitet og areal ved bildediagnostikk er tilstrekkelig. I tillegg skal det vurderes om plassering av rom og funksjoner, inkludert ventesoner, understøtter gode pasientforløp, god arbeidsflyt og fleksibel bruk av personell. Videre skal utnyttingsgrad per modalitet belyses. I hovedrapporten er bildediagnostikk beskrevet i kapittel 12. Resultatene som oppsummeres her stammer

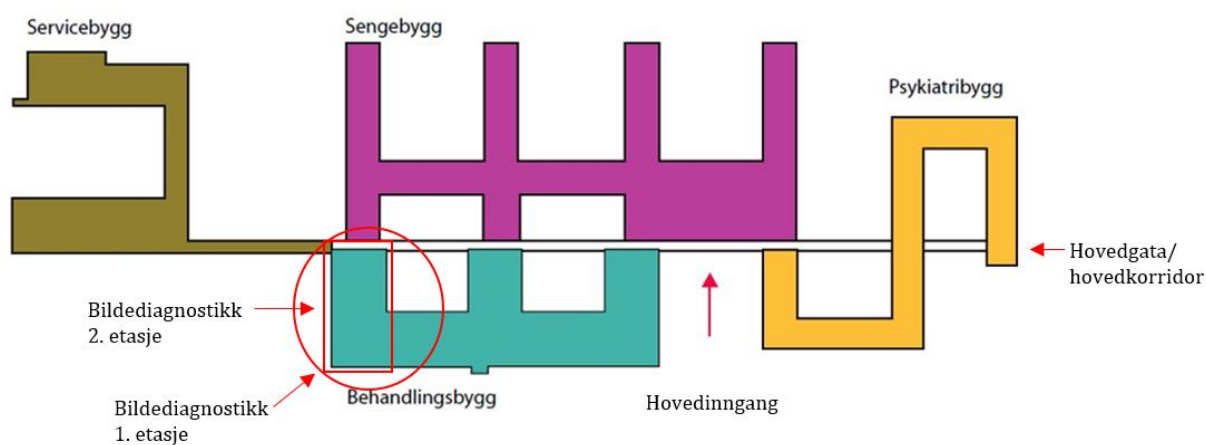
fra spørreundersøkelsen og fokusgruppeintervju med oppfølgende korrespondanse via e-post.

Arealfaktor for nytt østfoldsykehus er sammenlignet med arealnormer og -faktorer ved nye sykehusbyggprosjekter som Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR), Sykehuset i Vestfold HF (Tønsberg), og Nytt Sykehus i Drammen (NSD) (tabellene 12.4 og 12.5 i hovedrapporten). Disse sykehusene er ikke ferdigstilte.

Størrelsen på rommene innenfor bildediagnostikk på nytt østfoldsykehus ble sammenlignet med gjeldende Standardromskatalog (se kapittel 12.4 i hovedrapporten). Oversikt over åpningstider for modalitetene samt aktivitet i 2013 og 2018 er mottatt av Sykehuset Østfold HF (se kapittel 12 i hovedrapporten).

Den bildediagnostiske virksomheten i Sykehuset Østfold HF er fordelt mellom Kalnes og Moss. I tillegg kan det henvises til bildediagnostiske undersøkelser i Askim. I denne evalueringen inngår i hovedsak bildediagnostikk ved Sykehuset Østfold Kalnes, men fordelingen av pasienter mellom de to lokalisasjonene blir også omtalt.

På Kalnes er bildediagnostikk fordelt på to plan og er lokalisert til venstre i enden av hovedgaten/hovedkorridoren i behandlingsbygget (Figur 3.33).



Figur 3.33 Sykehuset Østfold Kalnes med områdene for bildediagnostikk

Ved Sykehuset Østfold Moss er bildediagnostikk lokalisert i 1. etasje til venstre når man kommer inn hovedinngangen. Figur 3.34 viser en plan over Sykehuset Østfold Moss.



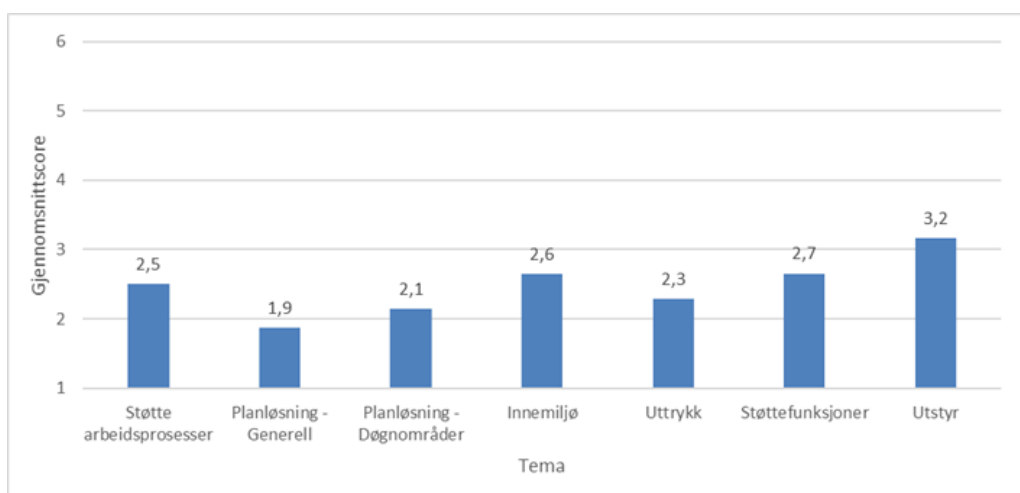
Figur 3.34 Situasjonsplan Sykehuset Østfold Moss

Det er i stor grad elektiv virksomhet innen bildediagnostikk ved Sykehuset Østfold Moss.

3.3.10.1 Kartlegging av byggets egnethet - bildediagnostikk

Nedenfor presenteres resultater fra spørreundersøkelsen blant ansatte ved bildediagnostikk i Sykehuset Østfold Kalnes som deltok i undersøkelsen.

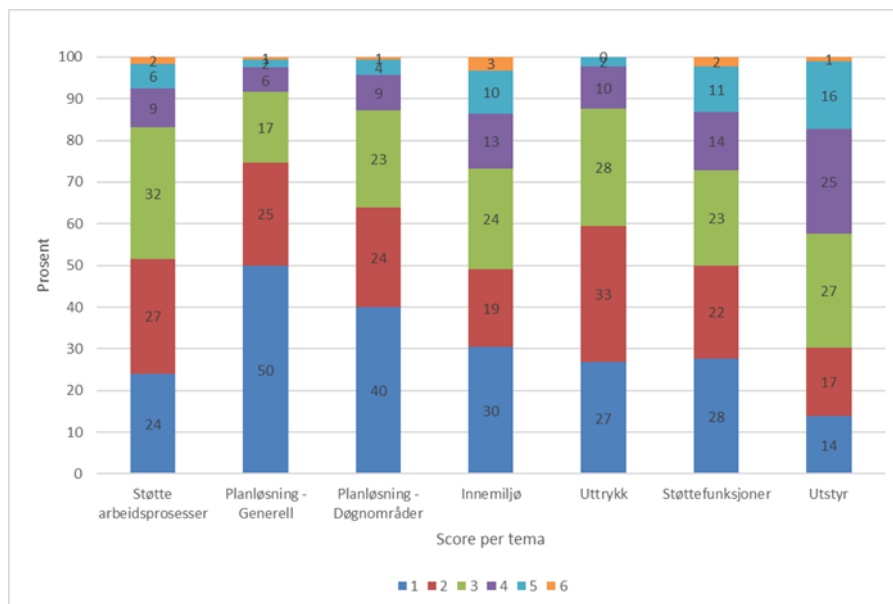
Av 1 116 besvarelser der avdeling var registrert, utgjorde de ansatte ved bildediagnostikk 6,6 prosent (74) av besvarelsene. I Figur 3.35 vises gjennomsnittlig score på en skala fra 1 (i liten grad enig) til 6 (i stor grad enig) for hver av de syv temaområdene: *Støtte arbeidsprosesser*, *Planløsning-generell*, *Planløsning-døgnområder*, *Innemiljø*, *Uttrykk*, *Støttefunksjoner* og *Utstyr*. Temaområdene og resultater er nærmere beskrevet i kapittel 3.3.1. og i kapittel 4 i hovedrapporten.



Figur 3.35 Syv tema med gjennomsnittlig score per tema på en skala fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig). Bildediagnostikk

Blant ansatte i bildediagnostikk som deltok i undersøkelsen viser figuren at på en skala fra 1 (i liten grad enig) til 6 (i stor grad enig), ligger gjennomsnittlig score for alle de syv temaene under middelverdien (3,5). Temaene *Utstyr* og *Støttefunksjoner* har fått høyest gjennomsnittlig score (3,2 og 2,7). Videre viser figuren at temaet *Planløsning-generell* har fått lavest gjennomsnittlig score (1,9).

Figur 3.36 viser fordelingen av score for de ulike temaene. *Utstyr*, *Innemiljø* og *Støttefunksjoner* har fått flest av scorene 5 og 6 (henholdsvis 17 og 13 prosent), samt flest av score 4 (henholdsvis 25, 13 og 14 prosent). Videre har 75 prosent av de ansatte ved bildediagnostikk gitt score 1 eller 2 på tema *Planløsning - generell*, som viser at de er mindre fornøyde med bygget og uteområdet.



Figur 3.36 Fordeling av score per tema på en skala fra 1 (liten grad enig) til 6 (stor grad enig). Bildediagnostikk.

Blant de utsagnene de ansatte i bildediagnostikk som deltok i undersøkelsen ga høyest score (5 eller 6) og er mest fornøyde med er «Vi får raskt hjelp dersom noe ikke fungerer i bygning eller med utstyr» (30 prosent). Blant de utsagnene ansatte ga lavest score (1 eller 2) og er minst fornøyde med er «Uteområdet bidrar til rekreasjon for ansatte» (92 prosent).

3.3.10.2 Dimensjoneringsforutsetninger og kapasitet

Høy kapasitetsutnyttelse med 10 timer åpningstid 240 dager i året er nærmest oppnådd for modalitetene CT, konvensjonell røntgen, mens åpningstider ved BDS og Mammografiprogrammet tilsvarer middels utnyttingsgrad. Åpningstider ved Nukleærmedisin tilsvarer litt over middels utnyttingsgrad.

Sykehuset Østfold Kalnes har utvidet sin åpningstider for noen modaliteter for å øke kapasiteten.

I Sykehuset Østfold Kalnes er arealet utnyttet maksimalt, og det er i dagens bygg ikke mulig å sette inn flere modaliteter uten å utvide området eller bygget. Sykehusledelsen har imidlertid gitt tilbakemelding om at det er behov for en ny MR-maskin.

3.3.10.3 Sammenligne romstørrelser

I forhold til gjeldende Standardromskatalog (2018) er det prosjekterte arealet for modalitetene, med unntak av ultralyd, mindre enn eller lik det som er anbefalt. Den største differansen er på 8,3 m² (Angio-laboratorium) mindre prosjektert enn anbefalt.

(Anbefalingene i Standardromskatalogen er bl.a. basert på tidligere erfaringer fra nytt østfoldsykehus, men videreutviklet i etterkant.)

3.3.10.4 Ansattes erfaringer med driftskonsepter og løsninger i bildediagnostikk

For å få dybdekunnskap om de ansattes erfaringer med laboratorieområdene etter tre års drift, ble det gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte i Sykehuset Østfold Kalnes.

Selvinnsjekk

Pasienter som skal til poliklinisk bildediagnostikk i 1. etasje kommer i hovedsak inn hovedinngangen, der de registrerer seg i selvinnsjekkautomaten i vestibylen.

Fokusgruppedeltakerne erfarte at selvinnsjekk ikke fungerer så godt for denne pasientgruppen. Dette skyldes blant annet vanskeligheter med å finne fram på grunn av utforming av behandlingsbygget (se kapittel 3.3.6.4), samt at bildediagnostikk er fordelt på to plan. Det blir mange papirlapper og piler med informasjon om ulike poliklinikker pasientene må forhold seg til (se kapittel 2, bilde 2.83 i hovedrapporten). Dette medfører at de bruker mye tid på å finne pasientene i de forskjellige ventesonene.

Samtidig erfarte fokusgruppedeltakerne at for noen pasienter som kommer gående til MR- og røntgenundersøkelser, er den lange avstanden fra hovedinngangen til bildediagnostikk utfordrende.

Fokusgruppedeltakeren fortalte at pasienter som skal til brystscreening må registrere seg to ganger, en gang i selvinnsjekkautomatene i vestibylen og en gang til i automat ved BDS. De ansatte mente det burde vært mulig å registrere seg kun en gang. (Ved BDS har de bestilt en betalingsautomat.)

Tilgjengelig kapasitet og areal, samt utnyttingsgrad per modalitet

Det var planlagt at poliklinisk og akutt bildediagnostikk skulle være adskilt og lokalisert i henholdsvis 1. og 2. etasje. Fokusgruppedeltakerne opplyste om det hadde blitt nødvendig å benytte begge etasjene til undersøkelser både av akutte og elektive pasienter. Dette for å utnytte kapasiteten. Erfaringene har vært at denne endringen skaper mye trafikk i allerede sterkt trafikkerte områder. Spesielt uheldig er det når inneliggende pasienter i seng skal til bildediagnostisk undersøkelse i 1. etasje, der de må krysse hovedgaten. Ifølge ansatte kan dette være ubehagelig for pasientene.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at det er trangt både i undersøkelsesrom og støtterom for inneliggende pasienter som kommer i seng. Dette gjør at de bruker mye tid på å snu senger, og trange rom har medført skader på vegger og dører.

Spesielt nevnes PET/CT laboratoriet, der pasienter som kommer i seng må overføres til en mindre bære før de kjøres inn i forberedelsesrommet og deretter inn i PET/CT-rommet. Samme prosedyre må gjentas når pasienten er ferdig med undersøkelsen. Dette oppleves belastende både for pasienter og ansatte. Det medfører også at de kun har kapasitet til to inneliggende pasienter per dag.

For å kunne ha nok kapasitet til akutte tilfeller, er det to CT-rom i 2.etasje. Fokusgruppedeltakerne fortalte at CT-rommet i 1. etasje benyttes både til akutte og elektive pasienter.

I forhold til areal/plassmangel, erfarte fokusgruppedeltakerne at den korte avstand mellom strålekilden (pasienten) og ansatte er en utfordring. De fikk også byttet ut automatiske døråpnere med manuelle, da det ble for trangt i rommet til at døren kunne stå lenge åpen.

Når det gjelder antall forberedelsesrom for PET/CT, er erfaringene at tre rom er for lite. Det bør minst være ett forberedelsesrom til, i tillegg til at det er behov for to skifterom/båser.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at med en nyere MR-maskin med flere funksjoner ved Sykehuset Østfold Moss, ville de ha hatt større kapasitet til MR-undersøkelser. Det er også et ønske med en ny MR-maskin ved Sykehuset Østfold Kalnes, noe som ikke er mulig per i dag på grunn av plassmangel.

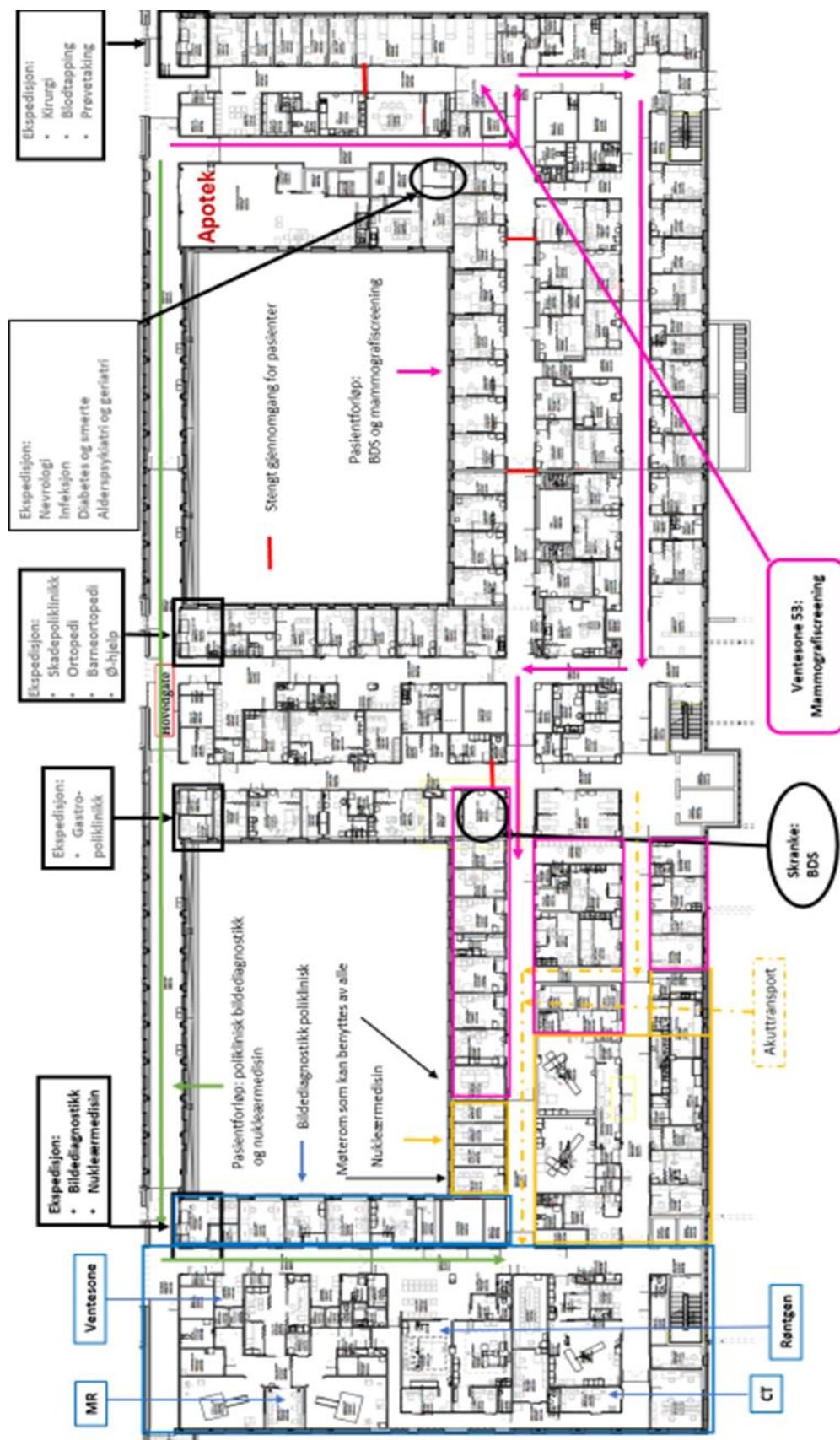
Generelt erfarte fokusgruppedeltakerne at arealene til områdene for brystscreening er små, inkludert ventesonene. Dette gjelder spesielt i forbindelse med screening i regi av Mammografiprogrammet grunnet høyt volum av pasienter.

Erfaringene fokusgruppedeltakerne så langt, er at de utnytter kapasiteten godt/maksimalt i begge etasjer. I tillegg utnyttet ressurser innen radiologi desentralt og i private røntgeninstitutt.

Plassering av rom og funksjoner

Når det gjelder plassering av modaliteter, ble det i løpet av fokusgruppeintervjuet påpekt at CT plassert nært traumerommet i akuttmottak og nærhet til skadepoliklinikken er en god løsning. For andre modaliteter ønsket fokusgruppedeltakerne en annen plassering, som hadde vært mer hensiktsmessig ut fra erfaringene de har etter tre års drift. Som eksempel nevnes rommene til UL-undersøkelser i 1. etasje, der det blir veldig trangt da de mottar inneliggende pasienter i seng i et område med mye annen trafikk. De har erfart at det er vanskelig å passere med annen sengetransport.

Fokusgruppen hadde erfart at det var uhensiktsmessig å splitte opp granskningsarealene slik som i 2. etasje. I samme etasje opplevde de ansatte at det er mye støy og gjenklang i korridorene, noe som blant annet har medført ombygging for å skjerme arbeidsplassene til granskning. I Figur 3.37 gis en oversikt over pasientforløp.



Figur 3.37 Oversikt over pasientforløp, ekspedisjoner, noen ventesoner og møterom, samt korridorer stengt for gjennomgang av pasienter ved bildediagn. i 1. etasje samt poliklinikk generelt

Brystdiagnostisk senter (1. etasje) er samlokalisert med radiologi, kirurgi og anestesi, og

de er fornøyde med nærheten til nukleærmedisin. Det at screening i regi av Mammografiprogrammet ligger i nærhet av inngangen til poliklinikkområdet, mente de var en god løsning på grunn av stort volum av pasienter. De var imidlertid mindre fornøyde med plassering av rommene og ventesonene som ligger trangt inntil i et område med mye trafikk. Som nevnt, ble screening i regi av Mammografiprogrammet flyttet til modulbygget utenfor sykehuset fra 03.02.2020.

Det ble framhevet av fokusgruppedeltakerne at det er et godt samarbeid mellom bildediagnostikk og hybridstuen i operasjonsområdet. De opplevde også at samarbeidet med andre avdelinger i sykehuset fungerte godt, men har erfart at det er lange avstander mellom avdelingene.

Deltakerne har også erfart at adgangsbegrensningene til enkelte områder gjør det vanskeligere å bistå hverandre både innad i etasjen og mellom 1. og 2. etasje. Samtidig var de godt fornøyde med interne korridorer i sitt arbeidsområde og tilgang til dagslys, men ønsket en intern trappegang med tilgang fra denne korridoren. Dette blant annet for å unngå å gå forbi ventesonene som er plassert ved trappegangen opp til akuttmottaket. Dette mente de også kunne ha gjort det enklere å bistå hverandre mellom etasjene.

Det ble nevnt av fokusgruppedeltakere at det ville vært lettere å samarbeide om fordeling av pasienter hvis bildediagnostikk hadde vært samlet på et plan. Fokusgruppen var delt i meningen om funksjonsfordeling mellom Kalnes og Moss var den beste løsningen for effektiv drift og fordeling av ressurser innen bildediagnostikk.

Annet

Selv om skiltingen har blitt bedre, er det fortsatt vanskelig for pasientene å finne fram til riktig ventese, og de ansatte må lete etter pasienter både i ventesoner og i vestibyle. Ansatte har også erfart at mange pasienter som tidligere har vært på akutt bildediagnostikk i 2. etasje, også går dit når de skal til kontroll i 1. etasje, til tross for at det er skrevet 1. etasje i innkallingsbrevet. I tillegg har de erfart at ansatte fra andre områder også har vanskelig for å finne fram. Dette gjelder også for anestesipersonell i hastesaker.

Både ved evalueringen i 2016 og i denne evalueringen etter tre år i drift, opplevde fokusgruppedeltakerne at det er vanskelig å ha oversikt over pasienter på venterommene. De har foreslått kameraovervåking som et forbedringstiltak, men på grunn av personvern hensyn kan dette bli vanskelig å få gjennomført. I tillegg påpekte fokusgruppedeltakerne at det flere steder er det mangel på skjerming av arbeidsplasser mot venteområder, noe som gjør det vanskelig å ivareta taushetsplikten ved samtale med pasienter. De kommenterte videre at ventesoner i enkelte tilfeller blir for trange, og at senger med inneliggende pasienter ofte plassert i nærheten av ventesonene. I begge tilfellene oppleves dette ubehagelig for pasienten.

Fokusgruppedeltakere hadde også erfart en økning i vold og trusler mot ansatte, fra

pasienter. De fortalte at radiografer på kveld og natt bærer trygghetsalarm samt at ansatte har mulighet til å utløse alarmer i ekspedisjonen⁸.

Det kom også fram i fokusgruppeintervjuet at ansatte savner pause- og spiserom i 1. etasje, samt en mulighet til å gå ut for å trekke litt frisk luft og til å åpne et vindu. De mente at uteområdet kunne ha vært bedre tilrettelagt for å kunne ta korte pauser i løpet av arbeidsdagen.

Fokusgruppedeltakerne kommenterte at fordi sykehuset er plassert i utkanten av byområdet, medførte det at mange sykehusansatte er avhengig av parkeringsmuligheter og kollektivtilbud. De fortalte at mange opplevde at det ikke er tilstrekkelig med parkeringsplasser og at bussruter har blitt endret etter innflytting. I førstnevnte er det mest utfordringer ved vaktskifter på dagtid, i sistnevnte er det utfordringer ved kvelds- og nattevakter.

Fokusgruppedeltakerne fortalte at de har et godt miljø i avdelingen, at de er serviceinnstilte og at samarbeidet med andre avdelinger er godt.

3.3.10.5 Oppnåelse av mål og planforutsetninger

Dimensjoneringsforutsetninger

Dimensjoneringsforutsetningene som lå til grunn for bildediagnostikk ved Sykehuset Østfold Kalnes var høy kapasitetsutnyttelse med 10 timers åpningstid 240 året. For modalitetene CT, konvensjonell røntgen og MR er disse målene nådd. Det har vært størst økning i aktiviteten av antall undersøkelser innen CT (32 prosent), MR (25 prosent) og intervensjon (36 prosent). I Sykehuset Østfold Kalnes er arealet utnyttet maksimalt, og det er i dagens bygg ikke mulig å sette inn flere modaliteter uten å utvide bygget. Det er imidlertid behov for ny MR-maskin på Kalnes. Når det gjelder kapasiteten på MR-undersøkelser i Moss, ville en ny MR med flere funksjoner medført økt kapasitet.

Ved BDS og mammapoliklinikken (Mammografiprogrammet), med middels utnyttingsgrad og ved Nukleærmedisin med litt over middels utnyttingsgrad, har man ikke nådd målet med 10 timers åpningstid 240 dager i året.

Bilediagnostisk virksomhet

I forprosjekt ble det lagt vekt på at den polikliniske virksomheten av bildediagnostikk skulle være lokalisert i 1. etasje sammen med annen poliklinisk aktivitet, for å legge til rette for et helhetlig pasientforløp for dagbehandlingspasienter. Den akutte virksomheten av bildediagnostikk ble plassert i 2. etasje i nærhet til akuttmottaket.

Etter innflytting har det vist seg at denne fordelingen ikke har fungert som planlagt. For

⁸ Når det gjelder utagerende adferd, trusler eller vold mot ansatte, viser informasjon fra Kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen ved Sykehuset Østfold HF at det vært en betydelig økning i antallet registrerte hendelser i perioden 2015-2018. Ifølge ledelsen er økningen er reell, men den må også til en viss grad tilskrives endringer i registreringspraksis.

å utnytte kapasiteten benyttes begge etasjene til både polikliniske og innelagte pasienter. Erfaringen til fokusgruppedeltakerne etter tre års drift er at de ville ha utnyttet kapasiteten bedre hvis bildediagnostikk hadde vært samlet på et plan, fortrinnsvis i nærhet til akuttmottak og skadepoliklinikk. Blant annet mente de at dette ville gjort det lettere å samarbeide om fordeling av pasienter.

Fokusgruppedeltakerne var fornøyde med at brystdiagnostisk senter (BDS) hadde nærhet til radiologi, nukleærmedisin, kirurgi og anestesi. De hadde også en patolog til stede noen dager i uka. De var også fornøyde med at CT er plassert nært traumerommet i akuttmottaket.

Etter tre års drift opplevde fokusgruppedeltakerne at arealet til bildediagnostikk er blitt for lite.

To-strukturløsningen Moss og Kalnes

Det ble forutsatt en deling av kapasitet for radiologi mellom Moss og Kalnes.

Fokusgruppedeltakerne er delte i meningen om en funksjonsfordeling fungerer som planlagt når det gjelder effektiv drift og fordeling av ressurser innen bildediagnostikk. I utgangspunktet skulle Moss kun motta elektive pasienter, men fokusgruppedeltakerne fortalte at Moss også mottar pasienter som kommer inn akutt.

3.3.11 Bygningsmessig og teknisk drift

Kapitlet om bygningsmessig og teknisk drift omhandler *driftsavdelingens erfaringer med bygning og tekniske løsninger*. Det er i begrenset grad gjort en vurdering av samsvar mellom funksjonskrav og installerte løsninger.

Følgende formulering er hentet fra Forprosjektet (15.11.2010): «*Det skal tilstrebes å velge de løsninger som totalt sett gir de laveste årskostnader og gunstigste drifts- og vedlikeholdskostnader, samtidig som prosjektets rammer for kvalitet, omfang, tid og økonomi oppfylles. Det er forutsatt at sykehuset skal etableres med en nøktern og robust standard, basert på kjent teknologi.*»

Som mange sykehusprosjekter, har også nytt østfoldsykehus, Kalnes vært gjennom en optimaliseringsprosess som resulterte i reduserte funksjonsareal og endret materialbruk.

Hovedrapporten, kapittel 13 inneholder mange punkter innenfor bygg og teknikk som kan være nyttig både for Sykehuset Østfold Kalnes og for framtidige sykehusbyggprosjekter. Det anbefales at kapittel 13 i hovedrapporten gjennomgås i detalj for de som har ansvar for detaljprosjektering av framtidige sykehusbygg.

Nedenfor oppsummeres noen generelle anbefalinger på bakgrunn av evalueringen av nytt østfoldsykehus, Kalnes:

3.3.11.1 Prosjektgjennomføring

- Etablere en overordnet plan for eierskifte og informasjonsoverføring mellom bygging og drift. Det må være en klar avtale om hvordan reklamasjoner skal følges opp etter overlevering, når prosjektorganisasjonen er oppløst.
- Fullverdig FDV og «as built»-dokumentasjon foreligger ved overlevering
- Ivareta planlagt tid for prøvedrift.
- Gjennomføre ROS-analyse for plassering av kritiske funksjoner med sjekklister.
- Ved bruk av delte entrepriser med flere leverandører på samme fagområde (for Sykehuset Østfold Kalnes gjelder det varmeanlegg, VVS), må kravspesifikasjon til alle leveandører ivareta standardisering, felles merkesystem etc.

3.3.11.2 Prosjektering

- Luftanlegg (med. trykkluft, instrumentluft og teknisk trykkluft) må dimensjoneres riktig. Det er viktig å være oppmerksom på at bruken endrer seg med ny utstyrspark
- Sikkerhet, materialvalg og robusthet må vurderes spesifikt for forskjellige funksjonsområder i sykehus.
- Områder med stor slitasje stiller større krav til materialvalg – f.eks. bruk av stein i inngangspartier/resepsjonsområder (LCC vurdering).
- Fare for slitasje må vurderes ved valg av fasadeløsninger (LCC vurdering).
- Visuell skjerming og klimaskjerming av inngangspartier må ivaretas. Dette er avhengig av inngangens funksjon.
- Dørmiljø er utfordrende. Det er viktig å vurdere motorstyring, slagretning, dørhåndtak og låsing.
- Søyler i korridor bør unngås. Dette er en utfordring for blinde, svaksynte og for alle typer transport.
- Branngardiner er lite egnet i funksjonsområder med pasienter og ansatte.
- Synsmerking på gulv må utføres uten at renhold og vedlikehold vanskeliggjøres.
- «Fremmedvann» må ikke framføres gjennom kritiske rom (f.eks. KR-rom).
- Legionellaforebygging må ivaretas gjennom gode prosjekteringsløsninger.
- Sprinkelanlegg som utløses for lett, kan være mer til skade enn til nytte.
- Medisinrom har krav til temperaturkontroll – disse bør ha egen kjøling.
- Bruk av «hylleware» gir sikrere drift og mindre reklamasjoner enn nyutviklede prototyper.
- Det bør være dekning av nødnett i hele sykehuset, ikke bare i og omkring akuttmottak.
- Logistikk for utvending transport og pasientbevegelser må ivaretas (gående, privatbil, taxi, buss, ambulanse, inntransport fra helikopter) – minst mulig kryssende trafikk.

4 Måloppnåelse

Helse Sør-Øst vil presentere analysen av samfunns mål og effektmål i en egen rapport. Dette kapitlet besvarer derfor delvis punkt 3 i evalueringsoppdraget (kap. 1.1 «Prosjektets mål»).

4.1 Måloppnåelse – samfunns mål og effektmål

Når det gjelder måloppnåelse, gir kapitlene som omhandler driftskonsept og løsninger i hovedrapportens kapittel 5 til 13 en beskrivelse av mål og forutsetninger som ble satt for funksjonsområder under planleggingen av nytt østfoldsykehus. Erfaringer med hvordan lokaler og løsninger understøtter pasientforløp og arbeidsprosesser blir belyst, og til slutt gis en vurdering av oppnåelse av mål og planforutsetninger. Dette er oppsummert i kapittel 3.3 i dette sammendraget.

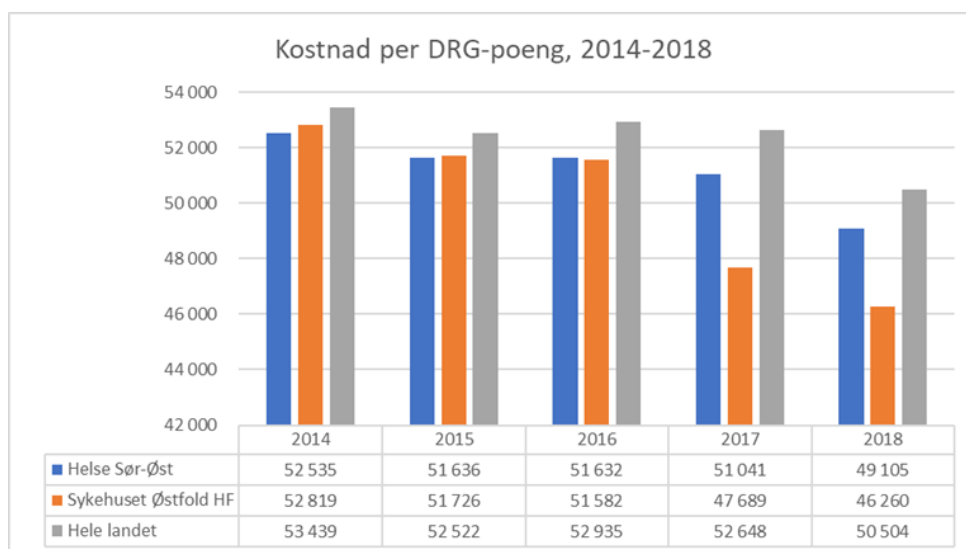
Videre har hovedrapporten sett på måloppnåelse gjennom analyse av produktivitet (kapittel 15). Den gir også oversikt over forbruk av spesialisthelsetjenester i HF-områdene for pasienter bosatt i Helse Sør-Øst sitt bostedsområde (kapittel 16), over hvor pasienter bosatt i Sykehuset Østfold HF-området har fått behandling før og etter at Sykehuset Østfold Kalnes ble tatt i bruk (kapittel 17) og bostedet til pasientene som behandles i Sykehuset Østfold HF (kapittel 18). Nedenfor gis et sammendrag av kapitlene 15 til 18 i hovedrapporten.

4.2 Produktivitet

Dette kapitlet omhandler utvikling i produktivitet ved Sykehuset Østfold HF (SØ HF) sammenlignet med Helse Sør-Øst (HSØ) og landet totalt. Med produktivitet menes her kostnader per DRG⁹-poeng, og derfor sees det kun på den somatiske virksomheten. Tallene er hentet fra SAMDATA Spesialisthelsetjeneste på helsedirektoratet.no. For mer utfyllende informasjon henvises det til kapittel 15 i hovedrapporten.

Figur 4.1 sammenligner produktiviteten ved Sykehuset Østfold HF med Helse Sør-Øst og hele landet. Produktivitet er beregnet som kostnad per DRG-poeng. Figuren viser at det er størst nedgang i kostnad per DRG-poeng ved Sykehuset Østfold HF, spesielt fra 2016 til 2017. Dette indikerer at produktiviteten er sterkere ved Sykehuset Østfold HF sammenlignet med Helse Sør-Øst RHF og nasjonalt.

⁹ Diagnoserelaterte grupper



Figur 4.1 Kostnad per DRG-poeng fra 2014 til 2018 for Sykehuset Østfold HF, Helse Sør-Øst RHF og landet som helhet. Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, helsedirektoratet.no

En nærmere analyse (figur 15.2 i hovedrapporten) viser at aktivitetsveksten ved Sykehuset Østfold HF er høy og kostnadsøkningen relativt lav sammenlignet med Helse Sør-Øst RHF og landet som helhet. Sykehuset Østfold HF har dermed en bedre produktivitetsutvikling enn foretaksgruppen og landet som helhet. Det kan forstås som at det nye sykehuset på Kalnes har lagt til rette for effektiv bruk av lokalene. Imidlertid gjøres det oppmerksom på at tallene for 2018 ikke er direkte sammenlignbare med 2017, grunnet innføring av kompensasjon for merverdiavgift i 2017 men ikke i 2018.

4.3 Forbruket i HF-området før og etter Sykehuset Østfold Kalnes

Forbruksanalysen benytter aktivitetsdata for 2013 for å si noe om tilstanden før sykehuset på Kalnes ble tatt i bruk, og aktivitetsdata fra 2017 og 2018 som er det andre og tredje driftsåret etter innflytting. Forbruksratene gjelder for hele HF-området, det er ikke skilt mellom Moss og Kalnes. Analysene er basert på pasientdata fra Norsk pasientregister (NPR) og befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Forbruk av spesialisthelsetjenester i et område avhenger av faktorer som befolkningssammensetning, behovsindeks og tilgang på tjenester. Det er derfor vanskelig å knytte tallene til effekt av nytt sykehus på Kalnes.

I beregningen av forbruksrater¹⁰ benyttes faktiske rater og rater korrigert for behovsindekser som benyttes i finansieringen av HF-ene i HSØ (indeksene er innhentet fra RHF-et). Det understrekes at disse indeksene er laget med hensyn på å korrigere for behov i en samlet spesialisthelsetjeneste i somatisk sektor og psykisk helsevern (PHV). Dette betyr at det ikke er helt uproblematisk å benytte de samme indeksene på deler av forbruket innenfor somatisk sektor og PHV. For mer utfyllende informasjon henvises det til kapittel 16 i hovedrapporten.

¹⁰ En forbruksrate for en bestemt aktivitet (for eksempel antall liggedøgn) er aktiviteten generert fra et bostedsområde dividert på antall innbyggere i det samme området. Ratene skaleres gjerne opp til per 1 000 eller per 10 000 innbyggere avhengig av hvilken sektor raten er beregnet for.

4.3.1 Somatisk sektor

For somatisk sektor gjelder følgende inndeling av aktiviteten i behandlingsnivåer:

- Døgnopphold: Alle opphold som har minst en overnatting
- Dagopphold: Alle opphold som er inn og ut samme dag og enten har blitt utskrevet i en kirurgisk DRG eller har fått rutinemessig dialyse (DRG 3170).
- Polikliniske konsultasjoner: Alle som er inn og ut samme dag og ikke inngår i dagopphold. Her er det alle opphold i 900-DRG-ene som utgjør den største gruppen, men dagmedisinske opphold utover dialyse inngår også her. De største gruppene er kjemoterapi og stråleterapi (der det finnes) og opphold i 700-DRG-ene som er endoskopiene.

Liggedøgn

Bostedsregion til Helse Sør-Øst (HSØ) hadde en nedgang i liggedøgnsforbruket fra 2013 til 2017 og videre til 2018. Det samme mønsteret finnes ved alle HF-områdene. Østfold HF-området lå svært nær gjennomsnittsforkbruket for HSØ i alle årene. Ved korreksjon for behovsforskjeller reduseres ratene for Østfold noe, men samme mønster opprettholdes. Det er ikke en avvikende utvikling i liggedøgnsforbruket for Østfold HF-område i forhold til de andre områdene i regionen.

Døgnopphold innen kirurgi

For regionen samlet var det uendret rate for døgnopphold i kirurgisk DRG fra 2013 til 2017 og videre med en nedgang fra 2017 til 2018. Her er det stor variasjon i utviklingsmønster for HF-områdene. Østfold HF-område hadde tilnærmet samme mønster som regionen samlet, men lå noe over gjennomsnittet i faktisk rate alle årene. OUS HF-område hadde lavest rate av alle områdene når det ikke korrigeres for behovsforskjeller, mens Østfold HF-område nærmer seg OUS-området når det justeres for behov. Østfold-området sammen med OUS-området ligger lavest i rate når det justeres for behov.

Dagbehandling

Dagbehandling omfatter dagkirurgi og rutinemessig dialyse. For dagkirurgien er det varierende forbruksmønster for alle HF-områdene, og Østfold HF-område ligger relativt høyt i dagkirurgirate i alle årene. Det er ikke mulig å se noe annet mønster ved forbruket for hele HF-området før og etter Sykehuset Østfold Kalnes i forhold til de andre HF-områdene. For dialysen er det imidlertid ingen HF-områder som har høyere vekst i forbruket fra 2013 til 2017 enn Østfold HF-område. Område lå nær gjennomsnittet for regionen i 2013, men betydelig over i 2017 og 2018. Det er samtidig viktig å understreke at ratene her er følsomme for endringer i antallet personer som mottar dialyse da hver enkelt pasient kan ha svært mange dagopphold i løpet av et år.

Poliklinikk

De fleste av HF-områdene hadde samme mønster som regionen samlet med en økning i rate for poliklinikk fra 2013 til 2017 for deretter å ha en nedgang fra 2017 til 2018. De fleste hadde en høyere rate i 2018 enn i 2013. Det samme gjelder for Østfold HF-område også. Nivåmessig ligger Østfold HF-område lavt i forbruksrater før avtalespesialister tas

med i beregningen. Området har et relativt høyt forbruk av avtalespesialister, noe som gjør at ratene samlet sett ligger omtrentlig på gjennomsnittet i 2013, men noe over i 2017 og 2018. Det har imidlertid ikke vært en spesiell utvikling ved HF-området før og etter at Sykehuset Østfold Kalnes ble tatt i bruk.

4.3.2 Psykisk helsevern for voksne

For psykisk helsevern (PHV) for voksne inndeles aktiviteten i døgnopphold som en gruppe, basert på registrert omsorgsnivå, og summen av dagopphold og polikliniske konsultasjoner som en annen gruppe. Årsaken til at aktivitet innen dagopphold og polikliniske konsultasjoner slås sammen, er at det har vært til dels mangelfull registrering av dagbehandling over tid. For døgnaktiviteten beregnes rater for oppholdsdøgnene og ikke rater for døgnopphold. Dette fordi at når det er avdelingsopphold som telles, betyr det at eventuelle avdelingsoverføringer på et opphold vil telle som to eller flere opphold og ikke som ett. På denne måten vil forskjeller i organisering av aktiviteten kunne påvirke ratene. For oppholdsdøgnene vil ikke dette være ett problem da det er de samlede døgnene for ett opphold som teller uavhengig av hvor mye oppholdet er oppstykket avdelingsvis.

Oppholdsdøgn

Østfold HF-område har samme profil for forbruket av oppholdsdøgn som regionen samlet, med en nedgang fra 2013 til 2017 for deretter å ha omtrentlig samme nivå i 2018 som i 2017. Ratene er imidlertid noe høyere i Østfold HF-område enn regionen samlet. Dette forsterkes når det korrigeres for behovsforskjeller. Det kan heller ikke påvises noen annen utvikling ved Østfold HF-område før og etter at Sykehuset Østfold Kalnes er tatt i bruk i forhold til de andre HF-områdene.

Dagbehandling og poliklinikk

For dagbehandling og poliklinikk har det heller ikke vært en annen utvikling ved Østfold HF-område enn de andre HF-områdene i regionen. Østfold HF-område lå lavere enn gjennomsnittlig forbruksrater for regionen i alle årene når avtalespesialistene holdes utenfor. HF-området har også et lavere forbruk av avtalespesialister enn gjennomsnittet for regionen, men ligger ikke lavest av alle områdene. Det samlede forbruket av dagbehandling og poliklinikk utgjorde i 2013 og 2018 75 prosent av raten for regionen i gjennomsnitt når det korrigeres for behovsforskjeller.

4.3.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Som innen psykisk helsevern for voksne, er avdelingsopphold enhet også her. Det er ikke korrigert for behovsforskjeller for psykisk helsevern for barn og unge da forbruksindeksene i liten grad beskriver behov for barn og unge.

Oppholdsdøgn

For oppholdsdøgnene har Østfold HF-område et relativt høyt forbruk alle årene, men avstanden til gjennomsnittet for regionen er mindre i 2018 enn i 2013. Her er det små volumer slik at variasjonene i rater er store mellom HF-områdene, og det kan ikke

påvises noe annet mønster ved Østfold HF-område før og etter innflytting ved Kalnes enn de andre HF-områdene.

Dagbehandling og poliklinikk

For dagbehandling og poliklinikk er det en nedgang i rater fra 2013 til 2017 og videre til 2018 for regionen samlet og for Østfold HF-område. Denne profilen finnes ved de fleste områdene i regionen. Bruken av avtalespesialister er lav i forhold til PHV for voksne slik at ratene påvirkes i liten grad av dette. Bruken av avtalespesialister i Østfold bostedsområde ble tilnærmet halvert i 2017 og 2018 i forhold til 2013 og de samlede ratene er lavere enn gjennomsnittet for regionen i alle årene. Avviket i forhold til gjennomsnittet er imidlertid noe mindre i 2018 enn tilsvarende for 2013. Det er ikke mulig å se noe avvik ved HF-området før og etter innflytting på Kalnes i forhold til de andre HF-områdene.

4.4 Behandlingssted for pasienter bosatt i HF-området

En oversikter over hvor pasientene bosatt i Sykehuset Østfold HF-område (Østfold HF-område) har fått behandling før og etter at Sykehuset Østfold Kalnes ble tatt i bruk, har som hensikt å undersøke om bruken av eget HF i området (egendekningen) har endret seg etter innflytting i sykehuset.

Det er spesielt to forhold som kan påvirke egendekningen. Dersom det nye sykehuset er dimensjonert for lite eller mindre enn tidligere kapasitet, kan bruken av andre HF øke, og egendekningen for bostedsområdet kan bli redusert. Et annet scenario er at kapasiteten er tilstrekkelig dimensjonert, at nytt sykehus har bedre forutsetninger for å øke produktivitet i pasientbehandlingen samt at nytt utstyr øker «bredden» i type undersøkelser eller behandling som kan tilbys. I dette tilfellet kan egendekningen øke i forhold til tidligere. Et tredje scenario vil være at egendekningen før og etter innflytting ikke påvirkes da egendekning er avhengig av andre faktorer i tillegg til ovennevnte. Man ønsker derfor å undersøke om det er målbare utslag på egendekningen før og etter innflytting Kalnes for å supplere resultater fra intervju og spørreskjemaundersøkelsene som er beskrevet i kapittel 3.

I oversiktene benyttes aktivitetsdata fra 2013 for å si noe om før-situasjonen og fra 2018 for å si noe om etter-situasjonen. I løpet av 2018 ble Vestby kommune overført fra Ahus HF-område til Østfold HF-område. Det er justert både for 2013-data og 2018-data slik at de er sammenlignbare. For Vestby betyr dette at bruken av Sykehuset Østfold HF kommer til å øke betydelig fra 2013 til 2018. Dette påvirker også egendekningen noe for HF-området samlet i 2018 i forhold til 2013.

For mer utfyllende informasjon henvises det til kapittel 17 i hovedrapporten.

4.4.1 Somatisk sektor

Døgnopphold

For døgnaktiviteten var det en økning i antall døgnopphold og tilsvarende egendekningsandel fra 2013 til 2018. For døgnopphold innlagt som ø-hjelp var det en nedgang for pasienter bosatt i HF-området. Nedgangen var mindre for bruk av eget HF

slik at egendekningen var tilnærmet lik i de to årene. Elektive døgnopphold økte mye og her var det en betydelig økning i egendekning målt som andelen bruk av eget HF i området. Bruken av OUS økte svakt for døgnoppholdene og her var det elektive døgnopphold som økte. Andelen bruk av OUS var tilnærmet stabil i de to årene.

Kirurgiske dag- og døgnopphold

Den kirurgiske aktiviteten målt som døgn- og dagopphold i kirurgisk DRG økte svakt for døgnopphold og noe mer for dagopphold. Bruken av eget HF øker andelsmessig både for dagopphold i kirurgisk DRG og døgnopphold. For dagopphold i kirurgisk DRG er det primært bruk av private institusjoner som reduseres, mens bruken av OUS og andre HF i HSØ økte svakt. Døgnoppholdene hadde samme utvikling med unntak av at andre HF i HSØ fikk redusert bruk fra pasienter i HF-området. Dette betyr at både aktiviteten ved eget HF og andelen egendekning økte for den kirurgiske virksomheten målt som opphold i kirurgisk DRG.

Poliklinikk

For den polikliniske aktiviteten var det en samlet økning for hele HF-området på 108 630 konsultasjoner fra 2013 til 2018. Her var det også en prosentvis høyere økning i bruken av eget HF slik at egendekningen ble prosentvis høyere fra 2013 til 2018. Bruken av OUS hadde en svak nedgang i antall konsultasjoner og en noe større nedgang i prosentandel konsultasjoner, mens private avtalespesialister hadde den største prosentvise økningen i antall konsultasjoner og andel konsultasjoner for HF-området.

Generelt sett er somatisk sektor derfor preget av en høyere egendekning for pasientene bosatt i HF-området. Det er imidlertid ikke mulig å se noen spesielle mønstre i utviklingen som kan knyttes til innflytting ved Kalnes annet enn at aktiviteten samlet øker etter innflytting.

4.4.2 Psykisk helsevern for voksne

Døgnopphold

I forhold til innflytting før og etter Kalnes er det døgnaktiviteten som kan bli mest påvirket da det er denne aktiviteten som har det største volumet ved Kalnes internt i HF-et. Utviklingen i bruken av antall døgnopphold i eget HF splittet på innleggelsesmåte er konsistent med en situasjon der det er relativt stramt kapasitetsmessig, da det er ø-hjelpsoppholdene som øker og elektive som reduseres. Det kan imidlertid være andre grunner enn kapasitet til en slik utvikling.

Dagbehandling og poliklinikk

Dagaktiviteten har hatt en relativt sterk økning i HF-området og økningen har kommet ved eget HF. Bruken av andre HF i HSØ har blitt redusert fra 2013 til 2018 og bruken av avtalespesialister har blitt svakt redusert. Dette betyr at egendekningen for dagaktiviteten økte i perioden fra 2013 til 2018.

4.4.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Døgnopphold

Oversiktene for PHV for barn og unge viser at det har vært en økning i døgnaktiviteten målt som antall døgnopphold fra 2013 til 2018. Økningen var mindre ved eget HF enn for aktører utenfor HF-området slik at selv om det var en økning i aktivitet, var det en reduksjon i egendekning før og etter innflytting ved Kalnes.

Dagbehandling og poliklinikk

Dagaktiviteten målt som summen av dagopphold og polikliniske konsultasjoner ble redusert fra 2013 til 2018. For dagaktiviteten var reduksjonen større for aktører utenfor HF-området slik at selv om det var en reduksjon i aktivitet, ble det en økning i egendeckningen etter innflytting ved Kalnes.

Generelt er det også her vanskelig å knytte utviklingen i aktivitet og behandlingssteder til innflytting ved Kalnes.

4.5 Bosted for pasienter behandlet i Sykehuset Østfold HF

I foregående kapittel ble det beskrevet hvor pasientene bosatt i Sykehuset Østfold HF-område fikk sin behandling. Her beskrives bostedet til pasientene som behandles i Sykehuset Østfold HF. Dersom nytt sykehus på Kalnes er dimensjonert for lite blir det mindre mulighet for å ta inn elektive pasienter fra andre HF-områder i og utenfor regionen, noe som kan gi en høyere andel ø-hjelpspasienter generelt og at andelen fra eget HF-område øker i forhold til tidligere. Det motsatte vil være tilfelle dersom kapasiteten er tilstrekkelig dimensjonert. Målet er på generelt grunnlag å undersøke om det har skjedd endringer i andelen pasienter fra eget område i HF-et samlet før og etter innflytting ved Kalnes.

Aktivitetsdata fra 2013 benyttes for å beskrive før-situasjonen, mens data fra 2017 og 2018 benyttes for å se på situasjonen etter innflytting på Kalnes. Det er også her vanskelig å knytte endringer i pasientsammensetning til innflytting på Kalnes, men oversiktene supplerer resultater fra intervju- og spørreskjemaundersøkelsene som er gjennomført og beskrevet i kapittel 3. Pasientdata hentet fra NPR er grunnlaget for analysene. For mer utfyllende informasjon henvises det til kapittel 18 i hovedrapporten.

4.5.1 Somatisk sektor

Døgnopphold

For døgnoppholdene var det en samlet vekst fra 2013 til 2017 og videre til 2018 på henholdsvis 3,4 og 4,9 prosent. Mesteparten av denne veksten kom fra eget HF-område, men prosentveksten var noe lavere enn samlet vekst. Det betyr at andelen døgnopphold fra eget HF-område ble svakt redusert fra 96,8 prosent i 2013 til 96,5 prosent i 2017 og videre til 96,3 prosent i 2018.

Videre viser oversiktene at det var døgnopphold innlagt som ø-hjelp som ble redusert fra 2013 til 2017 og videre til 2018 og kun for pasienter bosatt i eget HF-område. Ø-hjelp for pasienter utenfor eget HF-område økte. De elektive oppholdene økte fra alle områder, men det store volumet kommer fra eget HF-område. Samlet har denne

endringen i døgnopphold bidratt til at ø-hjelpsoppholdene som utgjorde 86 prosent i 2013, har endret seg til 82 prosent i 2017 og videre til 81 prosent i 2018.

Resultatene viser også at andelen døgnopphold har blitt redusert i løpet av de tre årene, selv om antallet hadde en økning i samme tidsrom. Det betyr bare at dagopphold og poliklinikk økte prosentvis mer enn døgnoppholdene.

Dagopphold

Antall dagopphold hadde også en økning fra 2013 til 2017 og videre til 2018. Her var det dialysen som økte mest. Som for døgnoppholdene var det en svak nedgang i andelen opphold fra eget HF-område med en nedgang fra 98,5 prosent fra eget HF-område i 2013, til 98,2 prosent i 2017 og 97,5 prosent i 2018.

Poliklinikk

Den polikliniske aktiviteten økte samlet sett med 18,6 prosent fra 2013 til 2017 og med 25,2 til 2018. Mesteparten av denne økningen kommer fra eget HF-område, men veksten her var noe mindre enn veksten for de utenfor eget område. Tallene viser videre at 98,0 prosent av konsultasjonene var fra eget HF-område i 2013. Andelen reduseres til 97,7 prosent i 2017 og til 97,4 prosent i 2018.

4.5.2 Psykisk helsevern for voksne

Døgnopphold

Generelt var det en økning i antall døgnopphold fra 2013 til 2017 og 2018 med prosentvis vekst på henholdsvis 13,1 og 13,3. Det var derfor nesten ingen vekst fra 2017 til 2018. Disse endringene kom hovedsakelig fra eget HF-område, men her var det en svak nedgang fra 2017 til 2018. Vi snakker om svært små endringer fra 2017 til 2018 slik at det kan oppsummeres med at det var tilnærmet samme aktivitet i 2017 og 2018.

For døgnopphold innlagt som ø-hjelp var veksten høyere enn for alle døgnopphold og her var det også en vekst fra 2017 til 2018. Dette betyr at andelen døgnopphold innlagt som ø-hjelp økte fra 2013 til 2017 og videre til 2018 med en økning på 16 prosentpoeng fra 2013 til 2018 for pasienter fra eget HF-område og noe mindre for alle døgnopphold. Dette betyr at andelen ø-hjelp døgnopphold fra eget HF-område endret seg fra 60,2 prosent i 2013 til 76,2 prosent i 2018. Andelen ø-hjelp fra pasienter utenfor eget HF-område var betydelig høyere slik at for alle døgnopphold var andelen i 2018 på 77,0 prosent (endret fra 61,3 i 2013). Utviklingen i andel ø-hjelp for døgnoppholdene var motsatt av tilsvarende for somatisk sektor der andelen ble redusert i samme tidsrom. Utviklingen her er derfor i tråd med en situasjon der det kan være kapasitetspress, men det behøver ikke å være forklaringen.

Dagopphold og poliklinikk

For dagopphold og poliklinikk var det en vekst på 23,5 prosent fra 2013 til 2017. Det var imidlertid en nedgang på om lag 3 400 dagopphold og konsultasjoner fra 2017 til 2018 slik at veksten fra 2013 til 2018 ble på 18,0 prosent. Andelen dagopphold og konsultasjoner fra eget HF-område ble redusert svakt fra 97,8 prosent i 2013 til 97,5 og 97,3 prosent henholdsvis for 2017 og 2018. Det er dermed snakk om svært små

endringer i andelen fra eget HF-område.

4.5.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Døgnopphold

Døgnaktiviteten i PHV for barn og unge er liten i volum, men økte fra 229 opphold i 2013 til 305 i 2018, en økning på 33,3 prosent. Mesteparten av døgnoppholdene kommer fra eget HF-område. Antall døgnopphold innlagt som ø-hjelp hadde en økning på 129 fra 2013 til 2018, noe som gir en vekst på 105,7 prosent, noe som er betydelig høyere enn veksten for alle opphold. Ø-hjelpsopphold har derfor økt betydelig mer enn de elektive oppholdene. Andelen opphold som ble innlagt som ø-hjelp økte fra 53,3 prosent i 2013 til 82,3 prosent i 2018. Døgnaktiviteten har derfor blitt mer og mer preget av de akutte innleggelsene i tidsrommet.

Dagopphold og poliklinikk

Det var en nedgang på vel 4 000 konsultasjoner fra 2013 til 2017, en nedgang på i underkant av 9 prosent. Aktiviteten fra 2017 til 2018 var tilnærmet uendret. For pasienter fra andre HF-områder i HSØ var det en økning på 323 konsultasjoner fra 2013 til 2018, noe som utgjør 45,2 prosent. Disse utgjør imidlertid en svært liten andel av konsultasjonene da mesteparten av konsultasjonene kommer fra eget HF-område.

5 Anbefalinger til nye sykehusbyggprosjekt – læring fra nytt østfoldsykehus, Kalnes

Dette kapitlet besvarer punkt 4 i evalueringsoppdraget (se kapittel 1.1).

På bakgrunn av evalueringsresultatene fra kapasitetsberegninger og driftskonsept/løsninger i Sykehuset Østfold Kalnes, er det identifisert områder som fungerer godt og kan benyttes i nye sykehusbyggprosjekter. Det er også identifisert områder som kan forbedres. Råd og læringspunkter for nye prosjekter presenteres nedenfor.

I hovedrapporten under hvert funksjonsområde er anbefalinger eller tiltak i nye sykehusbyggprosjekter beskrevet. Hvert enkelt prosjekt bør imidlertid gjøre egne vurderinger og prioriteringer på grunnlag av eksisterende kunnskap, mål og rammer.

Kapasitet

Det anbefales å benytte middels utnyttingsgrad i beregning av normalsenger i sengeområder og for beregning av døgnplasser for voksne i psykisk helsevern (85 prosent). Når intensiv, nyfødt intensiv, barn og observasjon tas med, bør gjennomsnittlig utnyttingsgrad ligge på ca. 82 prosent (somatikk). For barn i psykisk helsevern anbefales 75 prosent utnyttingsgrad.

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov bør ha en tidshorisont på 15 til 20 år.

Det anbefales middels utnyttingsgrad (230 dager 8 timer per dag) i poliklinikk og for operasjon. Dette forutsetter fleksibel bruk av poliklinikkrommene mellom fagområder. Utnyttingsgraden bør ses i sammenheng med størrelsen på enheten.

Når det gjelder standardisering av undersøkelses- og behandlingsrom, anbefales det å vurdere muligheter for å legge til rette for flere valg (flere størrelser på rom).

Sengeområder somatikk

Utforming av sengeområder og akuttmottak bør legge til rette for at ansatte har god oversikt både over pasienter og kollegaer.

I sengeområder kan for eksempel glass i dør til pasientrom eller i vegg legge til rette for visuell kontakt mellom korridor og sengerom (innsyn og utsyn).

Bad på sengerommet må plasseres slik at det i minst mulig grad sperrer for visuell kontakt mellom personell og pasienter.

Løsningen med arbeidsstasjoner nært sengerom er praktisk for arbeidsflyt og gangavstander og anbefales i nye sykehusprosjekter. Utforming og funksjon av arbeidsstasjoner bør imidlertid videreutvikles.

Som hovedregel anbefales ensengsrom. Ensengsrom bør videreutvikles slik at sengeområdene inneholder noen rom som både er egnet for pasienter med behov for mye utstyr og/eller overvåkning, overnattingsplass for pårørende samt ekstra kapasitet

for spesielle perioder med høyt belegg.

Sengeområdene, sengerom og bad må tilrettelegges slik at de forebygger fall, for eksempel vha. innredning i bad og «vei fra seng til bad» med håndtak/gelender. IKT-løsninger, kartlegging og informasjon til pasientene er også viktige elementer i forebygging av fall.

Støtterom som medisinrom, lager, spiserom for pasienter samt personalrom, bør være plassert i nærhet til sengerommene.

Størrelse og antall lager i sengeområder må dimensjoneres i samsvar med logistikkprinsippene som legges til grunn, og ikke planlegges for små.

Det anbefales ikke å plassere et somatisk sengeområde (24-30 senger) i en vinkel, og spesielt ikke dersom det er plassert bare ett sengetun «rundt hjørnet».

Psykisk helsevern

Samlokalisering på Kalnes mellom psykisk helsevern og somatikk har styrket tverrfaglig samarbeid, kompetanseutvikling og helhetlig pasientbehandling. Det anbefales at nye sykehusprosjekt vurderer liknende løsninger. Ved samlokalisering eller nærhet mellom bygg for somatikk og psykisk helsevern, bør det gjøres en gjennomgang av nærhetsbehov mellom fagområder, hvilke arealer og løsninger som kan være felles, hvilke arealer som egner seg for sambruk og hvilke rom og løsninger som kan være generelle. Nye prosjekt bør hensynta områder i psykisk helsevern som har spesielle krav til utforming.

Det bør utvikles en robusthetsmatrise og sørge for at den blir benyttet i prosjektering og bygging.

Fellesarealet i døgnområder for psykisk helsevern bør ha tilstrekkelig plass for å legge til rette for kommunikasjon, trygghet og oversikt.

Skjermingsrom i bygg for psykisk helsevern bør ikke plasseres i områder der pasientene kan påføres uønskede inntrykk. Rom for pasientopphold og arbeidsrom for ansatte bør ikke ha inngang fra sluse.

Det anbefales å legge vekt på lett tilgang til trygge og oversiktlige utearealer for pasienter. Pasienter som har langvarige opphold i sykehuspsykiatri og med begrenset mulighet til å gå ut på egen hånd, bør ha direkte tilgang til uteområder.

Poliklinikk og dagbehandling

Det anbefales at utformingen av poliklinikkområder legger til rette for god adkomst til fagområdene, tilstrekkelig areal til ventesoner samt tilgang til dagslys.

Operasjon

Det anbefales en mest mulig komprimert bygningskropp for operasjonsområdet for å redusere avstander, øke nærhet til støtterom og kollegaer. Området bør plasseres i bygget slik at det kan utvides på sikt.

Arbeidsflyt og pasientforløp for dagkirurgi og sammedagsinnleggelse (SDI) krever areal til av- og påkledning, hvilerom, samtalerom, tilgang på mat mm. I tillegg må det planlegges areal for oppbevaring av pasienteiendeler (for dagkirurgi).

Nærhet mellom de ulike funksjonene må vurderes nøye blant annet mht. effektiv drift (24/7). Ett forberedelsesrom for to operasjonsstuer anbefales for å optimalisere arbeidsflyt.

For operasjonsfunksjoner må antall og størrelse på lager være tilstrekkelig dimensjonert ut fra operasjonsområdets størrelse, antall stuer og fagområder. Ortopedi er spesielt arealkrevende.

Beslutning om operasjonsstue med fastmontert bildediagnostisk modalitet (hybrid-/intervensjonsstue) må tas tidlig i planleggingen fordi funksjonen krever areal til støtterom som teknisk rom, manøverrom og ofte et lager. Utstyret er arealkrevende.

Arbeidsplasser, kontor og møterom

I planleggingen av nye sykehus anbefales det en grundig kartlegging av behov for arbeidsplasser, kontor og møterom samt hvilke profesjoner som kan ha fordel av åpne kontorområder, nærhet og/eller samlokalisering. Behovet for arbeidsplasser nært de kliniske funksjonsområdene må vurderes.

Det bør legges vekt på en god fordeling mellom åpne kontorarbeidsplasser, stillerom og møterom. Arbeidsplassene bør utformes slik at de støtter opp under arbeidsoppgavene, skjermes for støy, at det er tilstrekkelig antall plasser og at de er funksjonelle. Det anbefales at man tilrettelegger for fleksible møterom som eventuelt kan deles av til flere små rom etter behov.

Det bør legges til rette for at de som sitter i ekspedisjoner og som har mye kontakt med pasienter (ekspedisjoner ved poliklinikk, bildediagnostikk og andre), kan overholde taushetsplikten ved samtaler med kollegaer eller pasienter.

Det må planlegges tilstrekkelig undervisningsrom for å ivareta kompetanseutvikling og utdanning.

Det bør være satt av areal for samtaler med pårørende og for pasienter som eventuelt ikke har ensengsrom.

Det anbefales å legge til rette for tilgang til pauserom for de ansatte utover kantine. Dette bør ses i sammenheng med kantinearealet.

Bygg og teknikk

Byggets form (fotavtrykk) innvirker på funksjonsområdene, blant annet avstander og oversikt. Det anbefales å være oppmerksom på fleksibilitet for mulige framtidige endringer, ombygging og/eller behov for utvidelse. Blant annet viser erfaringer at akuttfunksjoner og poliklinikkområder har stilt store krav til bygningsmessig

fleksibilitet (endringer) og muligheter for utvidelser. For funksjonsområder som bildediagnostikk og operasjon er det viktig å vurdere evt. behov for endringer på sikt, fordi en utvidelse av kapasiteten bør være i et samlet område.

For å hensynta medisinskfaglig og teknologisk utvikling samt demografiske endringer, anbefales det at arealene avdeles så sent som mulig i byggefasen for å imøtekomme behov for endring, eksempelvis i laboratorieområder.

Tilstrekkelig ventilasjon og skjerming mot støy bør planlegges i forhold til aktiviteten i de enkelte rommene, blant annet i laboratorieområder.

Det anbefales å etablere en overordnet plan for eierskifte og informasjonsoverføring mellom bygging og drift. Det må være en klar avtale om hvordan reklamasjoner skal følges opp etter overlevering (når prosjektorganisasjonen er oppløst).

En fullverdig FDV og «as built»-dokumentasjon må foreligge ved overlevering.

Nærhet og logistikk

Det bør være nærhet mellom akuttmottak, skadepoliklinikk, observasjonsplasser og bildediagnostikk. Dette gir robust løsning, dvs. mulighet for god ressursutnyttelse av rom og personell.

Det anbefales at utformingen av områdene legger til rette for hensiktsmessig logistikk både for pasienter og ansatte, spesielt i områdene for bildediagnostikk og poliklinikk.

Det anbefales å ta hensyn til servicefunksjoner som har behov for nærhet til hverandre, eksempelvis blodprøvetaking og røntgen for pasienter i poliklinikk.

Utformingen av akuttmottak bør planlegges slik at man oppnår lineære forløp for alle pasienter (med ulik hastegrad).

Størrelse på lager må dimensjoneres i samsvar med logistikkprinsippene som er lagt til grunn.

De ansatte innen laboratoriefunksjoner på Kalnes opplevde at samlokalisering av laboratoriefunksjoner har ført til et godt samhold. Det anbefales derfor å planlegge samlokalisering av laboratorietjenester dersom dette er mulig.

Det anbefales at dersom screening i regi av Mammografiprogrammet lokaliseres i sykehuset, bør det ligge med nærhet til hovedinngangen eller eventuelt i egne lokaler utenfor sykehuset. Det bør settes av tilstrekkelig plass til ventesone.

IKT

Det bør sikres at alle IKT-løsninger fungerer og sette av nødvendig tid til opplæring av ansatte, samt ressurser til bistand ved oppgraderinger. Funksjonene som er tilgjengelige i de valgte løsningene, bør utnyttes i størst mulig grad.

IKT-løsningene bør understøtte intern og ekstern kommunikasjon (blant annet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten).

Skilting

For å få en god arbeidsflyt og gode pasientforløp er det viktig med god skilting og merking i sykehuset slik at det er lett å finne fram. En utfordring med skilting i sykehus generelt er at avdelinger og funksjoner flytter eller skifter navn, og det er vanskelig å oppdatere permanente skilt hyppig nok. Nye sykehus bør vurdere digital skilting.

Medvirkning

I nye sykehusbyggprosjekt bør rollene til de ulike aktørene defineres tydelig både for ledere, ansatte og brukere som deltar og medvirker i planleggings- og byggeprosessen. Det bør gis god informasjon og opplæring i hva medvirkningen omfatter i de ulike fasene og om konsekvensene av nye framtidige løsninger for arbeidsprosesser og pasientbehandling. Det anbefales at organisasjonen øver på nye arbeidsformer i god tid før innflytting.

Dersom det gjøres endringer i løsninger eller konsepter, bør konsekvensene utredes og komme tydelig fram.

Simuleringsverktøy bør benyttes i planleggings- og byggeprosessen.

Etter innflytting anbefales det å benytte mentorer som kjenner forutsetningene for planleggingen av nytt bygg og de nye arbeidsprosessene, og som kan bistå med veiledning.

Annet

Sammenhengen mellom bygg- og driftskostnader bør vurderes i planlegging av nye sykehusbyggprosjekt.

Interiør, kunst og hensiktsmessige uteområder for pause og rekreasjon bør vektlegges i planleggingen av nytt sykehus.

Det anbefales å gjennomføre en kartlegging av arbeidsprosesser og eventuelle endringer i romfunksjon etter at sykehusbygget er tatt i bruk. Dette er viktig informasjon og tilbakemelding til helseforetaket og sykehusplanleggere.