



Møtetittel	HSYK, Kontaktgruppemøte		
Møtested	Teams	Møtetid	12:00-16:00, 04.01.22
Møtenummer	2	Innkalt av/dato	Marte Præsteng, HSYK 09.12.21
Referent	Arild Vassenden. Referat fra diskusjonsgrupper framgår av referat		
Kopi			
Vedlegg	Gruppediskusjoner		



Navn	Tittel	Org.	Til ste de	E-post
Gunnlaugsdottir, Hulda	Adm.dir	HSYK	x	
Hope, Ole	Prosjektdirektør	HSYK	x	
Beeh Hanssen, Bjørn	Dir drift og eiendom	HSYK	-	
Grønvik, Elin Rasmussen	Klinikksjef kir	HSYK	x	
Præsteng, Marte	Rådgiver	HSYK	x	
Holm, Rune	Kinikkleder PHR	HSYK	x	
Madsen, Pål Erik	Klinikksjef prehospital	HSYK	x	
Myrvang, Merethe	Prosjektordinator	HSYK	x	
Fredriksen, Anette	Kommunikasjonsrådgiver	HSYK	x	
Johnsen, Knut Roar	Samhandlingssjef	HSYK	x	
Andersen, Sissel Karin	Org.dir	HSYK	x	
Brønland, Hege Marlen		HSYK		
Frøyskov, Hanne Mathilde	Medisinsk direktør	HSYK	x	
Pedersen, Jeanette Cathrin	Klinikksjef akuttmed	HSYK		
Molund, Tor Magnus	Foretaksverneombud (vara)	HSYK	x	
Rausandaksel, Maria Saltirova	Ass.klin.sjef drift, eiendom	HSYK	-	
Kvandal, Barbro Hildegunn	Gruppeleder gr. 4	HSYK	x	
Horsdal, Odd Arve	Gruppeleder gr. 8	HSYK	x	
Stormdalshei, Skule	Områdesjef IKT	HSYK	x	
Jensen, Morten	Foretakstillitsvalgt	HSYK	x	
Neshagen, Marthe	Foretakstillitsvalgt	HSYK	x	
Pedersen, Jørgen	Kommuneoverlege	Leirfjord kommune	x	
Fagerdal, Jim Roger	Kst. omr.sjef kir		x	
Brygefjeld, Anne Lise	Brukerrepresentant	Brukerutvalg	x	
Aaseng, Anniken	Omr.sjef PHR, MIR	HSYK	x	
Mulstad, Kristin Berntvik	Omr.sjef renhold og kjøkken	HSYK	x	
Augusten, Eivind	Omr.sjef kir MSJ	HSYK	x	
Ditlefsen, Sturla	Leder, DMS Sør-Helgeland	HSYK	x	
Fagerli, Erik	Kst.omr.sjef med MIR	HSYK	x	
Finseth, Arne	Omr.sjef prehosp	HSYK	x	
Forbergskog, Sidsel	Ass.klinikksjef HHR	HSYK	x	
Lindgaard, Mette	Avd.leder lab MIR	HSYK	x	
Holmvik Gunnar	Omr. PHR Ytre Helgeland	HSYK	x	
Milne, George Andre	Gruppeleder gr. 1	HSYK	x	
Nilsen, Trond	Omr.sjef innkjøp og logistikk	HSYK	x	
Nordås, Børge	Omr.sjef PHR MSJ	HSYK	x	
Pedersen, Anne Ingeborg	Gruppeleder gr.7	HSYK	x	
Pedersen, Tanja	Klin.sef diagn./ med service	HSYK	x	
Pedersen, Ole Jonny	Klinikksjef Med klinikk	HSYK	x	
Rølvåg, Rose	Gruppeleder gr. 3	HSYK	x	
Smedseng, Arve	Omr.sjef pasientreiser	HSYK	x	
Straum, Camilla	Gruppelider gr 2	HSYK	x	
Strehkle, Michael	Områdesjef kir. MIR	HSYK	x	
Ziedoy Mohammed	Gruppeleder gr. 5	HSYK	x	
Nilsen, Ija	Brukerutvalget	HSYK	-	
Kjærstad, Bjørn	Omr.sjef MTA/beh.hj.midler	HSYK	-	

Rønning, Odd Magne	Omr.sjef prehospital	HSYK	-	
Suarez, Anabel	Kst. Områdesjef med. SSJ	HSYK	-	
Burheim, Lindis	Prosjektsjef	SB	x	
Byrkjeland, Bergsvein	Prosjektleder	SB	x	
Vassenden, Arild	Funksjons- planlegger	SB	x	
Skindlo, Reidun	Funksjons- planlegger	SB	x	
Maur, Vincent	Funksjonsplanlegger, spesialrom	SB	-	
Albrigtsen, Bjørn Ragnar	Funksjonsplanlegger, logistikk	SB	x	
Formo, Vanja	Prosj.sjef prosjektering	SB	x	
Steen, Karin	Funksjonsplanlegger	SB	x	

SAKSLISTE

Klokkeslett		
12.00-12.15	Innledning, kjøreplan	Hulda/Ole
12.15-12.45	Repetisjon om konseptfasen del 1 B3a og konseptfasen del 2	Lindis
12.45-13.00	Utgangspunkt, rammer, mål for temadiskusjon	Arild
13.00-13.15	Pause, mail, tlf	
13.15-13.30	Overordnede prinsipper for organisering av sykehusfunksjoner i en sykehuskropp «senter-prinsippet», «prosess-organisert prinsipp» Spørsmål for å få felles forståelse av begrepene	Arild
13.30-13.45	Overordnede prinsipper forplanlegging av sammenhenger i sykehuskroppen, nærhetsbehov, akser mm Spørsmål for å få felles forståelse av begrepene	Karin
13.45-14.00	Overordnede prinsipper for organisering av områder, og noen grunnleggende prinsipper for romtyper (generalitet, fleksibilitet, elastisitet, kort om enerom/flersengsrom, smitte mm Spørsmål for å få felles forståelse av begrepene	Reidun
14.00-14.15	Pause, og omkobling til grupper i teams	
14.15-15.15	Diskusjon i 3 grupper, med hovedfokus på 1. senterprinsipp /prosess-organisert prinsipp 2. Nærhetsbehov og akser 3. områder og prinsippdiskusjon om enkelte romtyper	Arild, Karin, Reidun
15.15-15.20	Kort Omstillingspause	Arild
15.20-16.00	Oppsummering i plenum: om fordeler og ulemper med de ulike prinsippene	Arild
Punkt 1	Innledning	Hulda/Ole
	<p>Hulda Gunnlaugsdottir og Ole Hope ønsket velkommen. Hulda inviterte til en kort presentasjon av deltakere. Det er mange som ikke kjenner hverandre.</p> <p>Hulda innledet med at oppstart av konseptfasen er en viktig milepæl for foretaket og befolkningen. Det har tatt tid, men viktig å understreke at den åpner muligheter på mange områder for HSYK, bla at prosessen framover vil til å sveise organisasjonen sammen. Visjonen om <i>landets beste lokalsykehuset</i> er et viktig mål å strekke seg etter. Hulda motiverte til videre arbeid, og oppsummerte med «<i>HSYK får det tibi</i>».</p> <p>Videre inviterte Hulda til befaringer i flere sykehus, for eksempel NSH, AHUS, Sykehuset Østfold. Dette er viktig for å høste kunnskap og inspirasjon. Foreløpig må reise avventes pga Covid.</p>	

	Ole pekte på de ulike rollene som til sammen skal gi det beste resultat. Sykehusbygg har ansvar for å styre bygg-utviklingsprosessen, mens HSYK skal videreutvikle organisasjonen. Kunnskap om organisasjonen ligger i HSYK. Disse prosessene skal koordineres slik at bygg og aktiviteten i sykehuset virker sammen		
Punkt 2	Repetisjon om konseptfasen del 1 B3a og konseptfasen del 2	Lindis	
	<p>Prosjektchef Lindis repeterte de overordnede bildene av konseptfasen, i tråd med dag 1. Årsaken til repetisjonen er at møte 2 har mange nye. Fasene er beskrevet i nasjonal <i>Veileder for tidligfase i sykehusbygging</i> (tidligfaseveilederen). Presentasjonen kan sees i opptak fra møte 1. Ppt-presentasjonen i møte 2:</p>  <p>2022-01-04 Nye HSYK_Kontaktgrupp</p>		
Punkt 3	Utgangspunkt, rammer, mål for temadiskusjon	Arild	
	<p>Arild orienterte om programmet for dagen. Han understreket at dagen har fokus på overordnede forhold, på tvers av klinikker. Det er viktig å se HSYK som ett sykehus, som skal utvikles med de samme førende prinsipper, selv om løsningene vil bli forskjellige i de ulike lokasjonene. Målet med møtet er ikke å komme til konsensus om løsninger, men få felles forståelse av begreper og prinsipper som benyttes i videre planlegging. Det er viktig at gruppen stiller spørsmål hvis noe er uklart. Prinsippene skal diskuteres i gruppene etter kl 14.15.</p> <p>Arild pekte også på organisasjonskartet og de ulike rollene som er representert i dette forum. I prinsippet er gruppen fra HSYK sammensatt av deltakere i medvirkningsgrupper som får avgrensede oppgaver, og ledelse med ansvar for drift, både før, underveis og etter byggeprosessene. I tillegg bruker/VO/TV og kommune</p>		
Punkt 4	Overordnede prinsipper for organisering av sykehusfunksjoner i en sykehuskropp.		
	 <p>Kontaktmøte-04.01. 22- .pptx</p> <p>Presentasjonen brukt i punkt er</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> •«senter-prinsippet», «prosess-organisert prinsipp» 	Arild	
	<p>Arild orienterte om de grunnleggende prinsippene som vi benevner sentermodell og prosess-organisert modell. (De to prinsippene kan ha ulike begreper, men her er forståelsen viktigere enn begrepene) Det prinsipielle skillet går i hvordan en samler funksjoner i byggene. I sentermodellen er ulike funksjoner til samme spesialitet samlet, for eksempel døgnseger, poliklinikk, ledelse, støtterom ol. I modellen som er orientert mot prosess, i forståelsen arbeidsprosess, er like prosesser samlet. Det kan være døgnområdene for flere spesialiteter, poliklinikkområdene for spesialiteter. Det er sannsynlig at det foretrekkes blandingsmodeller</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> •planlegging av sammenhenger i sykehuskroppen, nærhetsbehov, akser mm 	Karin	
	<p>Karin orienterte om hensyn planarbeidet må ta til sammenhenger i bygg. Det skal planlegges slik at det blir naturlig nærhet og gode forbindelser på tvers av funksjoner. Dette kan være kliniske servicefunksjoners nærhet til døgn, operasjon mm. Det skal planlegges for aksene (transportforbindelser) for de store volumene (poliklinikk), og de aksene hvor hast er vesentlig (akuttbehandling). I arbeidet skal en inkludere akser/nærhet fra nære uteområde (parkering, helipad, ambulanseinnngang, hovedinnngang og varemottak). Det er viktig å vurdere om akser krysser unødvendig. Karin understreket at planarbeidet må omfatte normalsituasjoner, særlige situasjoner med smitte og storulykker. Karin understreket at i eksisterende bygg er handlingsrommet begrenset.</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> • ... organisering av områder, og noen grunnleggende prinsipper for romtyper (generalitet, fleksibilitet, elastisitet, kort om enerom/flersengsrom, smitte mm 	Reidun	
	<p>Reidun gikk igjennom begrepene generalitet; dvs at flere funksjoner kan benytte samme lokaler ved akutt oppståtte eller mer varig framtidig endringer av behov, fleksibilitet; at bygget kan benyttes på ulike måter uten vesentlige ombygginger, f.eks. endre fra lukket til åpen kontorløsning, og elastisitet (at det er muligheter for å utvide/reducere ved endrede behov).</p> <p>Reidun inviterte også til å vurdere, på prinsipielt grunnlag, behov for enerom/flersengsrom, standardrom, ekstra store rom (XL-rom) og spesialrom.</p> <p>Reidun pekte på at rom og områder, på kort og lang sikt, må vurderes normalsituasjon, særlige løsninger ved smitte (enkeltvis og kohorter) og storulykker.</p>		
Punkt 5	Gruppediskusjon. Alle gruppene ble invitert til å diskutere de tre grunnleggende prinsippene		
	 <p>Referat gruppe ArildV_4.1.22.docx</p> <p>Referat fra gruppe 1</p>		
	 <p>Utvidet kontaktgruppemøte</p> <p>Referat fra gruppe 2</p>		
	<p>Referat fra gruppe 3 </p> <ul style="list-style-type: none"> • Ikke alle pasienter passer inn i store kategorier • Bør understøtte tverrfaglighet pasienten trenger – taler imot senterprinsipp • <u>Pasientsentrert</u> prinsipp – passer best til pasientens behov • Skille mellom poliklinisk og døgnaktivitet • Senterprinsipp på lokalsykehusnivå – ikke bra for pasienter som ofte har sammensatte kir/med problemstillinger • Samhandling/oppgavefordeling med kommuner – savner beskrivelse av før innleggelse og etter utskrivning. Det som skjer i kommunene får betydning for det som skjer i sykehuset. • Rigid å dele opp i kir/med – hybrider på kryss og tvers – prosessorientert er bra. 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Samordne akuttmottak med legevakt – vi som er små bør samarbeide med de som gjør det samme som oss. • Tenke fleksibelt – ensengsrom som er store nok til å utvides ved massetilstrømming. Eks store katastrofer • Legge til rette for behandling av sårbare pasienter i team. • Legge til rette for ivaretagelse av mental helse i somatikk. • Legge til rette for teknisk personell, digitale tjenester og administrativt personell • Utnytte personell på tvers blir viktigere og viktigere • For små til observasjonspost i med døgnbemanning - ressursluk • Holistisk perspektiv • Store ventarealer – uhensiktsmessig for pasienter som har utfordringer med å orientere seg • Innovasjon og forskning må ha fokus – koble på forskningssjef 		
Punkt 6	Oppsummering i plenum	Arild	
	<p>Diskusjonene i de de ulike gruppene er relativt sammenfallende. Noen særlige <u>momenter</u> er viktig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruker må være «fullverdig medlem» og få den samme støttende informasjon som de øvrige. Dette var spesielt rettet mot deltakelse i befaringer ol. • Lokalitetene i HSYK er alle små, noe som innebærer korte avstander. Skillet mellom senter og prosessorientert modeller er derfor ikke vesentlig. Det må planlegges med det beste fra begge modellene, «hybrid modell» • Miljøene er små, og det må legges vekt på samarbeidene funksjoner (for eksempel døgnplasser). Spesielt viktig for kveld, natt, helg. • Samarbeid mellom fag er viktig for kompetansebygging. Unngå unødvendig spesialiserte løsninger, selv om moderne medisin går i retning av spisset spesialisering. Samarbeid på tvers under dagens pandemi har gitt positiv læring • Det er nødvendig med hybridmodeller. • De eksisterende byggene setter begrensinger. • Nærhet mellom klinisk service, akutt, og spesialområdene opr/intensiv blir viktig • Smitteregimer er viktig å planlegge for. Det kommer flere pandemier. Antibiotika-resistens kommer til å bli en del av hverdagen, og kan bli mer utfordrende enn dagens pandemi. • Legg vekt på pasientens forløp slik at disse blir sikre og gode for pasienten. • Løsninger for observasjon må vurderes nøye. På den ene siden en mulig «kompetansefelle» og på den andre siden nødvendig for å kompensere for begrensinger i fastlegedekningen. Må allikevel vurderes i forhold til antall pasienter dette er viktig for. Prosessen må uansett være organisert slik at pasienten blir grundig avklart. • Koordinering mellom fag er viktig, uavhengig av lokaliteter 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Enerom er beste løsning for å redusere smitte, og for logistikk (hensyn til kjønn, smitte, andre årsaker til at pasienter ikke kan dele rom), for personvern, integritet ol. • Planlegging av rom må ta hensyn til behov for familie (for eksempel for innlagte barn). Det kan være bedre med flersengsrom enn korridorpatient): XL-rom kan være forberedt for 2 pasienter. • Dagbehandlinger/ bilde /lab bør ikke planlegges lenger inn i bygget enn nødvendig. Døgn kan planlegges «lengst» unna». 		
Punkt 7	Avslutning	Hulda /Ole	
	Hulda minnet avslutningsvis om at alt skal finansieres. Planarbeidet må balansere investeringer i bygg mot kostnader til kompetansebygging. Hulda understreket at arbeidsgruppene representerer det beste kompetansegrunnlag. Hulda og Ole takket for møtet, og ser fram til videre samarbeid		

