



---

# RAPPORT

Pilot

**Bemannet pasienthotell**

## Innhold

Oppsummering.....	4
1. Bakgrunn.....	5
2. Planlegging og organisering.....	6
2.1. Prosjektorganisering.....	6
2.2. Teknisk infrastruktur og informasjonssystemer.....	7
2.3. Kommunikasjonsplan .....	8
4. Gjennomføring .....	8
4.1. Prosjektgruppemøter .....	8
4.2. Bemanning.....	9
4.3. Legevisitt.....	10
4.4. Pasientgrupper og kriterier .....	10
4.5. Utnyttelsesgrad .....	11
Disponible liggedøgn .....	11
Utnyttelsesgrad .....	11
4.6. Drift og organisering.....	12
4.7. Fasiliteter og infrastruktur.....	12
Fysiske lokaler.....	12
Medisinsk teknisk utstyr.....	13
IKT.....	13
Rørpost .....	13
Pasientrom .....	13
Smittevern og hygiene.....	14
Medikamenthåndtering .....	14
Lager av forbruksvarer .....	14
Samarbeid med Hotell St. Olav.....	14
Pasienter til/fra operasjon og overvåkning (kirurgiske pasienter).....	15
5. Belegg .....	15
6. Økonomi .....	16
7. Evaluering .....	18
7.1. Pasientenes evaluering.....	18
7.2. Evaluering fra deltakende sykepleiere .....	19
7.3. Evaluering fra deltakende klinikker .....	20

Kreftklinikken.....	21
Kirurgisk klinikk.....	21
Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer (Ortopedisk avdeling).....	22
Medisinsk klinikk .....	22
Klinikk for hjertemedisin .....	22
7.4. Evaluering fra Hotell St. Olav.....	23
8. Konklusjon .....	23
Ingen korridorpasienter på deltagende avdelinger i pilotperioden.....	23
Bufferfunksjon ved fullt sykehus .....	23
Samarbeid mellom klinikker om felles sengedrift.....	23
Positiv stepdown-effekt for Observasjonsenheten.....	24
Økt oppmerksomhet rundt differensiert sengebruk i avdelingene .....	24
Avklare hvilke pasientgrupper som er egnet for en lettpost i pasienthotellet .....	24
Viderføring av driftsmodellen .....	24
Vedlegg.....	25

## Oppsummering

Piloten ble gjennomført i ukene 4-7 i 2018. Det ble benyttet 20 senger i en etasje i pasienthotellet.

Følgende klinikker deltok med personell og pasienter:

- Kirurgisk klinikk
- Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer
- Klinikk for hjertemedisin
- Kreftklinikken
- Medisinsk klinikk
- Klinikk for akutt- og mottaksmedisin

I løpet av pilotperioden var 146 pasienter innlagt, og disse utgjorde totalt 217 liggedøgn.

*«Dette tilbudet var veldig fint for meg. Overgangen med å være her i 2 døgn før hjemreise var viktig. Jeg har brudd i overarmen og trengte tilbudet her til å øve på å klare meg selv. Samtidig fikk jeg medisin og oppfølging av sykepleierne. Takk for et supert tilbud.» - inneliggende pasient.*

## 1. Bakgrunn

Det har ved St. Olavs hospital foregått utredninger av bruken av pasienthotellet siden 2015. I «Mottaksprosjektet»<sup>1</sup> i 2015/2016 og den påfølgende prosjektrapporten «Dagens bruk og fremtidig behov for pasienthotell»<sup>2</sup> ble ulike aspekter av pasienthotell ble belyst. Dette arbeidet ble videreført i et utredningsoppdrag «Bruk av pasienthotell koblet opp mot drift av senger i sykehuset»<sup>3</sup> i 2016/2017. Slik disse prosjektene vurderte det er pasienthotellet godt utnyttet innenfor dagens driftsmodell, og det er trolig lite restpotensial. For å oppnå en bedre bruk av pasienthotellet må dermed driftsmodellen endres. I utredningsprosjektet ble det derfor utarbeidet en plan for pilotutprøving av en driftsmodell med bemanning som en lettpost i deler av pasienthotellet. Denne modellen har fått tilslutning fra det kliniske miljøet. Av økonomiske årsaker ble denne anbefalingen ikke vedtatt i første omgang. I desember 2017 kom forslaget opp på nytt, da det ble vedtatt i Hovedledelsen (04.12.17, sak 76/17) at piloten skulle utgjøre ett av flere tiltak for beredskap for stor pasienttilstrømming. Piloten ble deretter vedtatt i Styret (18.12.17, sak 84/17) som et tiltak i «Handlingsplan for bedre pasientlogistikk», som utgjør oppdrag 1.5 i Forbedringsprogrammet 2018.

Formålet med pilotprosjektet har vært å teste ut om det er hensiktsmessig å etablere en lettpost i deler av pasienthotellet, og å avklare hvor stor andel av sykehusets innlagte, voksne pasienter som kan nytte et slikt tilbud.

I tillegg skulle følgende effektmål avklares ved gjennomføring av piloten:

- Ingen korridorpasienter på deltakende avdelinger i pilotperioden
- Bufferfunksjon ved fullt sykehus
- Samarbeid mellom klinikker om felles sengedrift
- Positiv stepdown-effekt for Observasjonsposten
- Økt oppmerksomhet rundt differensiert sengebruk i avdelingene
- Avklare hvilke pasientgrupper som er egnet for en lettpost i pasienthotellet

Piloten innebar en 4 ukers utprøving av drift av en etasje (20 senger) med bemanning av sykepleiere som en lettpost. Deltakende klinikker var opprinnelig planlagt å være Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer, Kirurgisk klinikk og Klinikk for hjertemedisin, men da vedtaket ble gjort om å gjennomføre piloten i 2018 ble også Medisinsk klinikk, Kreftklinikken og Observasjonsheten ved Klinikk for akutt- og mottaksmedisin inkludert. Ortopedisk avdeling flyttet senger og bemanning tilsvarende 5 senger. Resterende avdelinger har vurdert ut fra beleggssituasjonen at de ikke kunne flytte bemanning, og piloten innebar derfor en netto økning av sykehusets sengetall med 16 senger.

Uke 4-7 ble valgt som pilotperiode ut fra kriterier om at det skulle være en periode med høyt belegg og at det skulle være fulle driftsuker, uten påvirkning av ferie eller lavaktivitet.

---

<sup>1</sup> [Prosjektrapport "Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs Hospital"](#)

<sup>2</sup> [Prosjektrapport "Dagens bruk og fremtidig bruk av pasienthotell"](#)

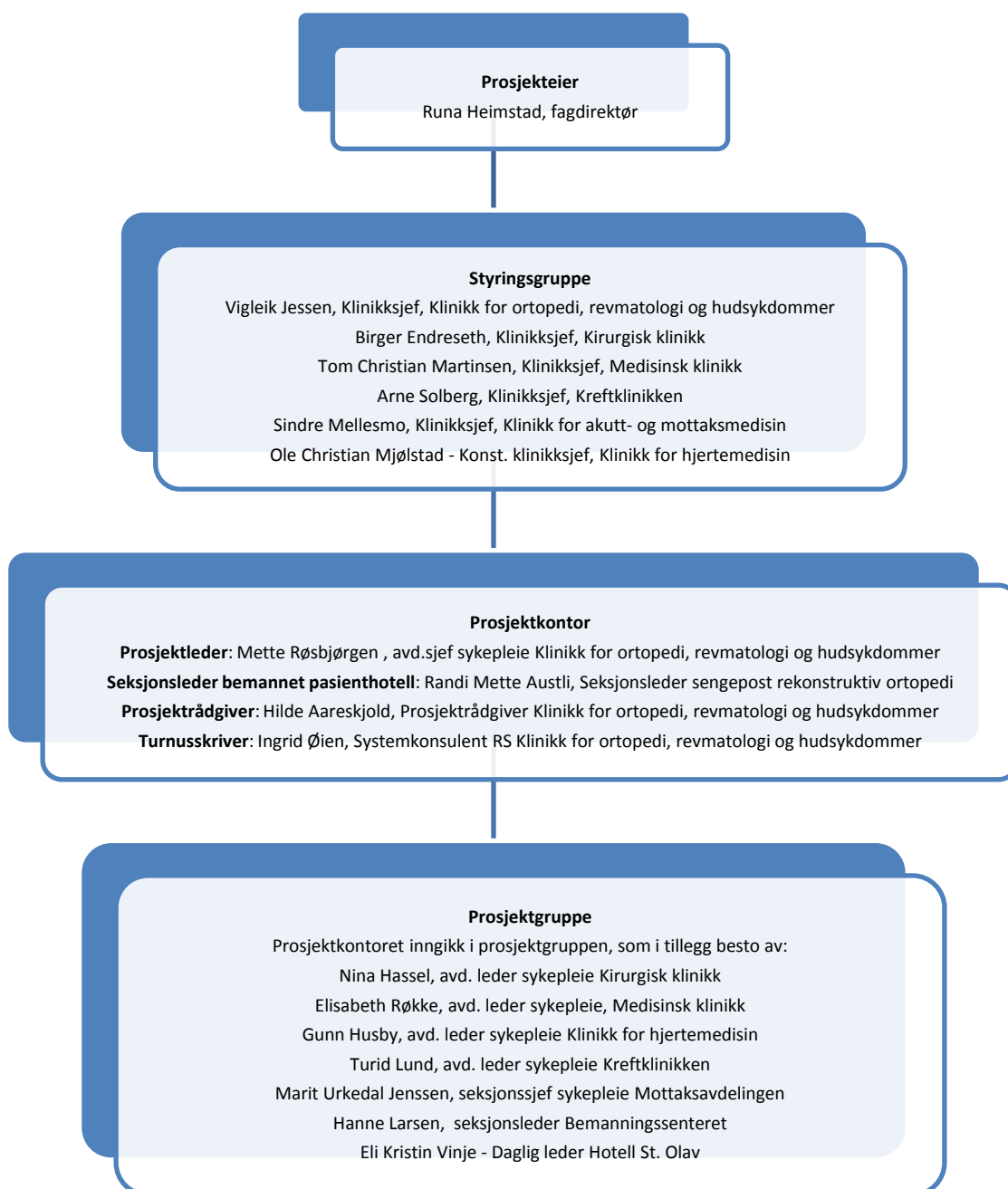
<sup>3</sup> [Prosjektrapport "Utredningsoppdrag. Bruk av pasienthotell koblet opp mot drift av senger i sykehuset"](#)

## 2. Planlegging og organisering

Det var kort tid til rådighet fra vedtak ble fattet til pilotperioden startet. Planlegging og iverksetting av driften måtte derfor skje kjapt og effektivt. Noe planlegging startet i slutten av desember 2017, men hovedtyngden av planleggingsarbeidet ble gjort fra 02.01.2018 og frem til oppstart av piloten 22.01.2018.

### 2.1. Prosjektorganisering

Det ble etablert en prosjektgruppe bestående av avdelingssjef sykepleie i deltakende klinikker samt daglig leder på Hotell St. Olav. Styringsgruppen besto av klinikkssjefer for de deltakende klinikker. Det ble i tillegg opprettet et prosjektkontor, som sørget for effektiv fremdrift i prosjektet.



Figur 1. Prosjektorganisering

## 2.2. Teknisk infrastruktur og informasjonssystemer

For å få den tekniske organiseringen på plass var det en del kompliserte forhold som måtte avklares og tekniske hensyn som måtte ivaretas. Spesialkompetanse på de ulike systemene er fordelt på mange ulike personer, og det var derfor en utfordring å få alle nødvendige tilganger plass i tide til pilotperioden skulle starte. Prosjektkontoret gjennomførte 02.01.2018 et møte med følgende deltakere:

Olaug Irene Stjern	Applikasjonsansvarlig RS
Sylvi Margrethe Kvam	Applikasjonsansvarlig TP
Rut Naversen	Seksjonsleder, kliniske IKT-funksjoner
Stian Saur	Analysesjef
Toril Rendum	Controller, Sentral økonomi
Vaida Dirziene	Økonomirådgiver, Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer

Det var nødvendig å finne raske og enkle løsninger for tilganger og oversikter som kunne fungere til 4 ukers drift. Det ble besluttet å opprette en egen organisasjonsenhet for pilotprosjektet. Dette innebar:

- PAS-enhet
- RESH-id (for fakturering til prosjektet)
- DocuLive-tilgang
- IMATIS

Alle avdelingssjefer sykepleie i deltakende klinikker fikk tilgang til disse områdene.

Enkelte klinikker hadde en utfordring med at pasienter som lå på hotellposten ikke dukket opp i legens pasientoversikt i DocuLive, men måtte søkes opp manuelt. Dette krevde at legen kjente til at de hadde pasienter på hotellposten, noe de ikke alltid gjorde.

I samråd med Seksjon for kliniske IKT-funksjoner ble det besluttet at medikamenter skulle bestilles manuelt, og ikke gjennom Delta-systemet<sup>4</sup>. For en så kort periode som 4 uker ville det blitt for tid- og ressurskrevende å opprette basislister for de ulike avdelingene, i tillegg til at man måtte hatt en egen pc for dette formålet.

### *Anbefalinger:*

Det vil lette arbeidet betraktelig om man bruker eksisterende infrastruktur, og prosjektgruppen anbefaler at dette blir organisert under hver enkelt klinikk i PAS-struktur ved en eventuell videreføring av driftsmodellen.

Man må sikre at DocuLive gir en oversikt over avdelingenes pasienter som er lokalisert på hotellposten.

---

<sup>4</sup> Delta er et lager- og logistikksystem som gir legemiddelforsyning til sykehusets lokale lagre. Gjennom Delta kan man skanne/registrere varer inn og ut av det lokale lageret. Delta sender automatisk varebestilling av basissortiment til apoteket. I tillegg kan man bestille tilleggs- og ekstramedisiner i Delta. Kilde: [E-læringskurs Delta Modul 1](#)

## 2.3. Kommunikasjonsplan

En rekke tiltak ble iverksatt for å informere godt og bredt i organisasjonen om pilotprosjektet:

- Det ble lagt stor vekt på informasjonsskriv:
  - Til deltakende sykepleiere
  - Til leger og andre interessenter i deltakende klinikker
  - Til pasienter som skulle flyttes fra sykehuset til hotellposten
- Informasjonsmøter med:
  - Driftsservice
  - Økonomirådgivere ved deltakende klinikker
  - Foretakstillitsvalgte (NSF og DNL) og hovedverneombud
  - deltakende sykepleiere før oppstart av pilotperioden
  - Klinikksjefer ved deltakende klinikker
- Presentasjoner i Hovedledelsen både før og under pilotperioden
- Medieoppslag:
  - Kilden og StOlav.no 19.01.18
  - Adresseavisen 29.01.18



Figur 2. Oppslag på StOlav.no og Adresseavisen

## 4. Gjennomføring

### 4.1. Prosjektgruppemøter

Prosjektgruppen avholdt hyppige og jevnlig møter i forkant og i løpet av pilotperioden:

- Prosjektgruppemøter 1-2 ganger per uke i ukene 1-7
- Morgenmøter hver morgen i uke 4
- Skypemøter hver morgen i ukene 5-7



## 4.2. Bemanning

Det ble den 20.12.17 avholdt et møte med foretakstillitsvalgte Lindy Jarosch-Von Schweder (Legeforeningen) og Kenneth Sandmo Grip (NSF), samt hovedverneombud Anne Berit Lund. Disse stilte seg positive til pilotprosjektet, og ga fritak fra regelen om 4 ukers planleggingsfrist for turnus. Dette gjorde det mulig for prosjektkontoret å få gjennomført turnusplanleggingen innenfor den tiden som var til rådighet.

Alle deltakende klinikker bidro med personell til piloten. Det ble satt som et grunnprinsipp at rekrutteringen skulle skje blant erfarne sykepleiere fra deltakende kllinikker. Totalt jobbet 33 sykepleiere i varierende stillingsandel. Stillingene ble utlyst internt med kort svarfrist, og alle hadde mulighet til å søke. Det var flere som søkte enn vi hadde behov for.

Bemanningsplanen for de 20 sengene så slik ut:

Tabell 1. Bemanningsplan benyttet i pilotperioden

Vakt	Tid	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Leder	07.00-15.30	1	1	1	1	1
D	07.00-15.00	1	5	5	5	4
D1	08.00-15.30	2	0	0	0	0
DM	12.00-20.00	1	0	0	0	2
A	14.30-22.00	4	4	4	4	0
N	21.30-07.15	2	2	2	2	0

Denne traff ganske godt, men med noen muligheter for justeringer.

### Anbefalinger:

- Mandag er det ikke nødvendig å ha bemanning fra morgen, da pasientene begynte å komme først etter kl. 10.00.
- Mellomvakt mandager fungerte bra, og prosjektgruppa anbefaler i tillegg mellomvakt på onsdager som viste seg å være en av de travleste dagene i uka.
- Fredager i pilotukene var det ikke nødvendig med mellomvakter frem til kl 20.00. Det kan være fornuftig å ha vakter som går til kl. 16.00 eller 17.00.

Seksjonsleder for hotellposten har utarbeidet anbefalt bemanningsplan (to alternativ) for en videreføring av driften. De to alternativene har litt ulike vakttyper, men kommer ut med likt antall vakter gjennom uken. Disse har 2 færre vakter enn det som ble benyttet i pilotperioden.

Tabell 2. Anbefalt bemanningsplan, alt. 1: ingen bemanning før kl. 12.00 mandag

Vakt	Tid	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Leder	07.00-15.30	1	1	1	1	1
D	07.00-15.00	0	5	5	5	3
D3	08.00-16.00/ 09.00-17.00	0	0	0	0	2
DM	12.00-20.00	2	0	1	0	0
A	14.30-22.00	4	4	4	4	0
N	21.30-07.15	2	2	2	2	0

Tabell 3. Anbefalt bemanningsplan, alt. 2: bemanning fra kl. 10.00 mandag.

Vakt	Tid	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Leder	07.00-15.30	1	1	1	1	1
D	07.00-15.00	0	5	5	5	3
D2	10.00-18.00	2	0	0	0	0
D3	08.00-16.00/ 09.00-17.00	0	0	0	0	2
DM	12.00-20.00	0	0	1	0	0
A	14.30-22.00	4	4	4	4	0
N	21.30-07.15	2	2	2	2	0

### 4.3. Legevisitt

De ulike klinikkene hadde ulike løsninger for legevisitt på hotellposten. De fleste pasienter fikk visitt på moderavdeling, men ikke alle pasientene hadde visitt hver dag. Sykepleierne på hotellposten kontaktet moderavdeling via telefon når det var nødvendig med avklaringer, og dette fungerte godt.

Det ble nødvendig å finne en løsning for daglig signering av medikamenter og kurve for de pasientene som ikke hadde visitt hver dag. I møte med klinikkjefer for deltakende klinikker ble det besluttet at kurve ikke trengte å signeres daglig, men at medikamenter som var påført var gjeldende inntil ny forordning.

Prosjektkontoret undersøkte mulighet for legevisitt via videosamtale på Skype. Dette er en mulig løsning som lar lege og pasient se hverandre uten å befinne seg i samme lokale, men løsningen ble ikke tatt i bruk under pilotperioden grunnet at klinikkene manglet webkamera på sine pc-er.

Pasientene følte seg godt ivaretatt innenfor de løsningene som ble benyttet.

#### Anbefalinger:

Dersom driftsmodellen videreføres, anbefaler prosjektgruppa at:

- Deltakende klinikker utpeker hver sin ansvarlig lege for medisinsk oppfølging på pasienthotellet (dette krever en økning i legeressursene).
- Det anskaffes webkamera til hver klinikk slik at man kan ta i bruk løsningen med legevisitt via Skype.

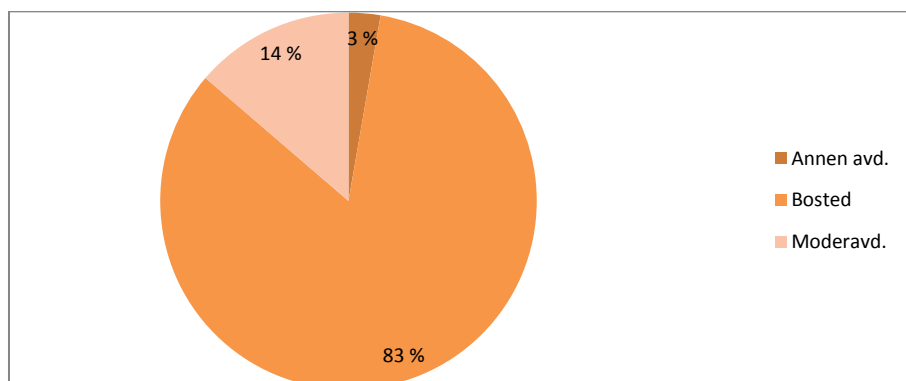
### 4.4. Pasientgrupper og kriterier

Hver enkelt klinikk måtte ut fra sin natur og behov bestemme hvilke pasienter de ville sende over til pasienthotellet, men innenfor noen kriterier:

- de må kunne ligge i hotellseng
- de må være medisinsk avklart og med en klar plan
- de må ikke ha kjent smitte
- de må være relativt oppegående fysisk og kognitivt
- de må trenge kun lett behandling og være «på vei ut»

Det var et mål å unngå retur inn i sykehuset, men med rom for noe variasjoner mellom klinikkene på dette området. For eksempel hadde Kreftklinikken en del strålepasienter som lå på hotellposten i ukedagene og på sengepost på helg.

Det medisinske ansvaret for pasientene lå ved moderavdelingene, og de hadde også ansvaret for å finne en løsning i tilfelle akutt dårlig pasient og full moderavdeling.



**Figur 3. Utreisedestinasjoner**

83 % av pasientene som lå på hotellposten i pilotperioden ble utskrevet til bosted etter oppholdet. 17 % returnerte til sykehuset, majoriteten av dem til moderavdeling.

Erfaringen fra pilotprosjektet er at pasientgrunnlaget ville være betraktelig større dersom hotellrommene var utstyrt med sykehussenger i stedet for hotellsenger.

I pilotperioden kom det tilbakemeldinger fra andre klinikker om at de kunne hatt nytte av deltakelse og i arbeidet med «Bedre pasientlogistikk – Somatisk sengekapasitet» i Forbedringsprogrammet 2018 har det også vært et gjentakende tema fra flere klinikker at de kunne ha større nytte av pasienthotellet for innlagte pasienter hvis det var bemannet som i piloten.

Den generelle vurderingen er at prosjektet traff godt på pasientgrunnlaget innenfor de begrensningene som sengetypen satt.

#### 4.5. Utnyttelsesgrad

Som utregningen under viser, så ble 60 % av hotellpostens disponible liggedøgn benyttet. Dette må kunne sies å være et godt resultat for en pilot.

##### Disponible liggedøgn

4,5 døgn åpningstid per uke<sup>5</sup> x 4 uker x 20 rom = 360 disponible liggedøgn

##### Utnyttelsesgrad

Benyttede liggedøgn/disponible liggedøgn = 217/360 = 0,6 = 60 %

<sup>5</sup> Hotellposten var bemannet fra 07.00 mandag til 20.00 fredag. Dette gir ikke 5 fulle døgn, vi regner derfor 4,5 døgn åpningstid per uke.

## 4.6. Drift og organisering

I pilotprosjektet ble det valgt noen løsninger for drift og organisering som fungerte for en tidsavgrenset periode, men som bør løses på en annen måte dersom driftsmodellen skal videreføres permanent.

### *Anbefalinger*

Prosjektgruppen anbefaler:

- at det tilsettes en fast seksjonsleder med drifts- og personalansvar for hotellposten.
- at drift blir organisert under én klinikk.
- at man har fast ansatte sykepleiere på hotellposten. Ideelt sett kunne man ønske seg en rulleringsordning som gjorde at sykepleierne fikk faglig påfyll og hadde tett kontakt med egen avdeling, men vurderingen er at det vil bli for komplisert og tidkrevende å organisere turnuser og ulike tilganger ved en slik modell.
- at Skype morgenmøter hver dag kl. 0900 videreføres. Avdelingsleder sykepleie ved de ulike klinikkene har den totale oversikten over sin klinikk og pasienttilstrømming, og et godt samarbeid med disse er avgjørende for god kommunikasjon og pasientoverflytting.
- at det gjøres en vurdering av hvor mange etasjer man vil benytte ved en videreføring av driftsmodellen. Det er trolig fornuftig å starte med én etasje, og evt. utvide etter en tid. Det vil være tilstrekkelig med én seksjonsleder for to etasjer.
- at eventuell 7-døgnsdrift diskuteres og kostnadsberegnes. Prosjektgruppen er usikker på hvorvidt dette vil være en god løsning. Et alternativ kan være å ha hotellposten åpen fra kl. 15.00 søndag for å komme tidlig i gang mandag morgen.

## 4.7. Fasiliteter og infrastruktur

### **Fysiske lokaler**

Piloten ble etablert i 3. etasje ved Hotell St. Olav. Denne etasjen består av 24 hotellrom, 1 lite vaskerom og 1 lite rom for oppbevaring av sengetøy. 20 rom ble benyttet til pasientrom. 4 rom ble benyttet til hjelperom:

- 1 rom til medisiner og dokumentasjon (vaktrom)
- 1 rom til medisinsk forbruksmateriell
- 1 rom til rapport og pauserom
- 1 rom med en liten kontorplass til seksjonsleder, undersøkelsesbenk, akuttutstyr og hjelpemidler

Pasientrommene var praktiske og fungerte stort sett godt for pasientene, men det ble trangt om plassen for sykepleierne. Det var liten plass for lagring av utstyr, selv om utstyrmengden ble holdt på et absolutt minimum.

### *Anbefalinger:*

Prosjektgruppen anbefaler at det benyttes 5 tilstøtende rom som hjelperom for optimal drift i etasjen. Man vil da ha 19 pasientrom gitt at man benytter samme etasje som i piloten.

### Medisinsk teknisk utstyr

Prosjektet hadde ikke medisinsk teknisk utstyr tilgjengelig, og måtte være kreative i anskaffelse av utstyr for 4 uker. Mye ble lånt ut av deltakende klinikker, og med hjelp fra Medisinsk teknisk avdeling fikk vi skaffet det vi manglet og trengte til piloten. Medisinsk teknisk avdeling måtte bestille noe utstyr, men erfaringen er at anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr tar lang tid og at oppbevaring av utstyret krever mye plass.

#### *Anbefalinger:*

Ved en eventuell videreføring av driftsmodellen må nødvendig medisinsk teknisk utstyr anskaffes permanent til hotellposten. Se innkjøpsliste i vedlegg. Bestillingstid og oppbevaringsplass må hensyntas.

### IKT

Vaktrom ble utrustet med 4 bærbare og 1 stasjonær pc. Hemit fikk i oppdrag å anskaffe og installere pc-er og skrivere. Også dette utstyret viste seg å ha lang leveringstid, og løsningen ble å låne det meste av pc-er og skrivere fra Klinik for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer.

Det tok flere dager før alt av IKT-utstyr fungerte optimalt. Spesielt hadde man utfordringer med å få PAS-skrivere til å fungere.

#### *Anbefalinger:*

Ved en eventuell videreføring av driftsmodellen må nødvendig IKT-utstyr anskaffes permanent til hotellposten. Se innkjøpsliste i vedlegg. Bestillingstid og oppbevaringsplass må hensyntas.

Prosjektgruppen anbefaler at det benyttes stasjonære pc-er i stedet for bærbare, da sistnevnte har for små skjermer til at man kan arbeide optimalt.

### Rørpost

Rørpost ble benyttet mye og hadde stor nytteverdi under hele pilotperioden. Hotell St. Olav har installert rørpost med kommunikasjon inn til sykehuset, men denne er kun oppkoblet med uttak hos barselavdelingen i hotellets 5. etasje. Sykepleierne som deltok i piloten måtte derfor gå frem og tilbake mellom 3. og 5. etasje for å benytte rørposten, noe som var utfordrende både for dem og for sykepleierne ved barseletasjen.

#### *Anbefalinger:*

Prosjektgruppen anbefaler oppkobling av uttak for rørpost i den aktuelle etasjen ved pasienthotellet dersom driften skal videreføres. Dette må kostnadsberegnes.

### Pasientrom

Pasientrommene består av en ordinær seng (rammemadrass), TV, sofa, lite kjøleskap og eget bad med dusj og toalett. Det er terskelfri overgang fra rom til bad.

Sengen var lite funksjonell for en del pasientgrupper, spesielt for dem som hadde skader i bevegelsesapparatet. I tillegg ga den lave sengen vanskelige og u hensiktsmessige arbeidsstillinger for sykepleierne. Mangelen på sykehussenger var en direkte hindring for å kunne ta imot ellers egnede pasienter.

### *Anbefalinger:*

Prosjektgruppen anbefaler at:

- det anskaffes hev- og senkbar sykeseng til 19 pasientrom. Se innkjøpsliste i vedlegg for kostnadsberegning.
- møbler på pasientrommene må være vask- og desinfiserbare.
- bad får oppheng for tørkepapir og hansker, samt dusjstol.

### **Smittevern og hygiene**

Det ble gjennomført befaring med Seksjon for smittevern før oppstart av piloten, og her ble det reist en rekke spørsmål omkring smittevern på pasienthotellet kontra sykehuset. Det ble iverksatt midlertidige løsninger på de utfordringer som ble funnet, slik at smittevernshensyn ble ivaretatt i pilotperioden. Se vedlagt befaringsrapport for detaljer om dette.

### *Anbefalinger:*

Prosjektgruppen anbefaler en grundig gjennomgang av smittevernsaspektet i god tid før en eventuell videreføring av driftsmodellen.

### **Medikamenthåndtering**

Prosjektet fikk låne to låsbare medisintraller fra deltakende klinikker. Medikamentsortimentet ble holdt på et absolutt, men forsvarlig, minimum. Da det var blitt besluttet at man ikke skulle ta i bruk Delta-systemet for pilotperioden måtte det gjøres manuelle bestillinger og rebestillinger av medikamenter i perioden. Dette var svært tidkrevende både for sykepleierne og for Sykehusapoteket. Grunnet liten lagerkapasitet ble det etter pilotens første uke bestemt at medisiner skulle medsendes pasienten ved overflytting fra sykehuset til pasienthotellet.

### *Anbefalinger:*

Prosjektgruppen anbefaler:

- fast etablering av et låsbart medisinrom med kjøleskap for oppbevaring av medikamenter.
- bruk av Delta-systemet for bestilling av medikamenter.

### **Lager av forbruksvarer**

Logistikk og forsyning leverte lagertraller som ble kjørt rett inn på lagerrommet i pilotperioden. Dette fungerte greit for 4 uker, men det ble etter hvert vanskelig å holde orden og oversikt når man ikke fikk benyttet hyller på vegg.

### *Anbefalinger:*

Prosjektgruppen anbefaler innredning av et lager og utstyrsrom.

### **Samarbeid med Hotell St. Olav**

Samarbeidet med pasienthotellet og deres personell fungerte veldig godt. Prosjektgruppen og deltakende sykepleiere jobbet mye sammen med personell fra pasienthotellets resepsjon, kjøkken og renhold.

Innsjekk og utsjekk med nøkkelkort ble administrert av resepsjonen, og kjøkken besørget bespisning nesten hele døgnet. Hotellens renholdspersonale var til stede i hele etasjen og hadde ansvar for renhold på rommene. Renholdsarbeidet ble svært godt og effektivt utført, og rommene ble etter utreise raskt klargjort for neste pasient.

*Anbefalinger:*

Prosjektgruppen anbefaler at samarbeidet og fordelingen av arbeidsoppgaver mellom sykehuset og hotellet videreføres.

**Pasienter til/fra operasjon og overvåkning (kirurgiske pasienter)**

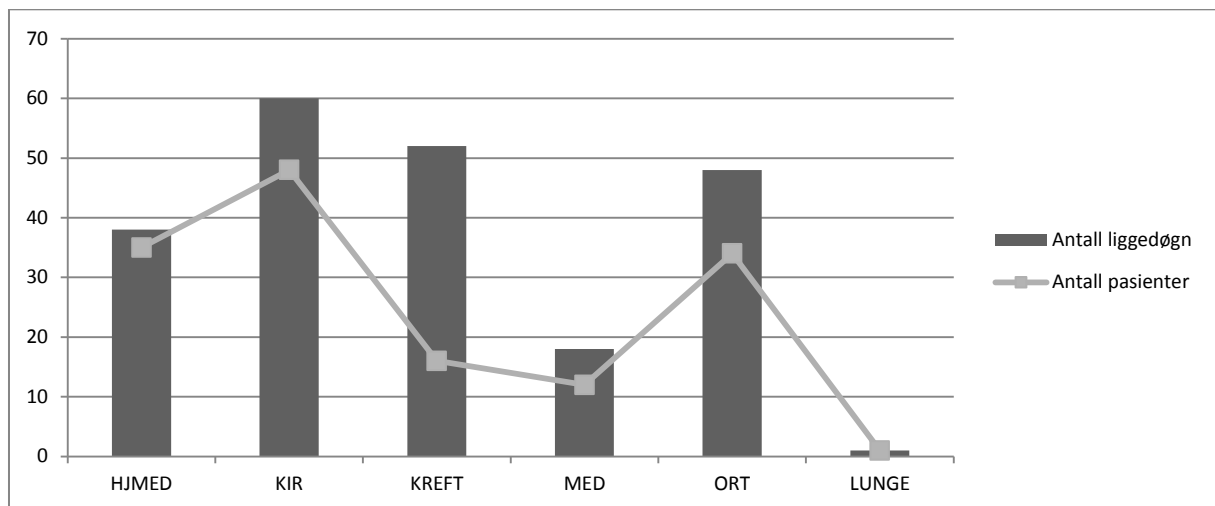
2 av 5 deltagende klinikker hadde kirurgiske pasienter. Grunnet avstanden fra operasjonsavdelingene til pasienthotellet ble pasienter sendt med portør og rapport ble gitt over telefon. Denne løsningen fungerte bra for pasientene som ble overflyttet til hotellet fra Bevegelsessenteret. For pasienter som skulle overflyttes fra AHL ble det stilt spørsmål om hvorvidt denne praksisen var innenfor reglement med tanke på pasientsikkerhet.

*Anbefalinger:*

Ved videreføring av driftsmodellen må dette spørsmålet avklares med alle klinikker som har overvåkningsenheter.

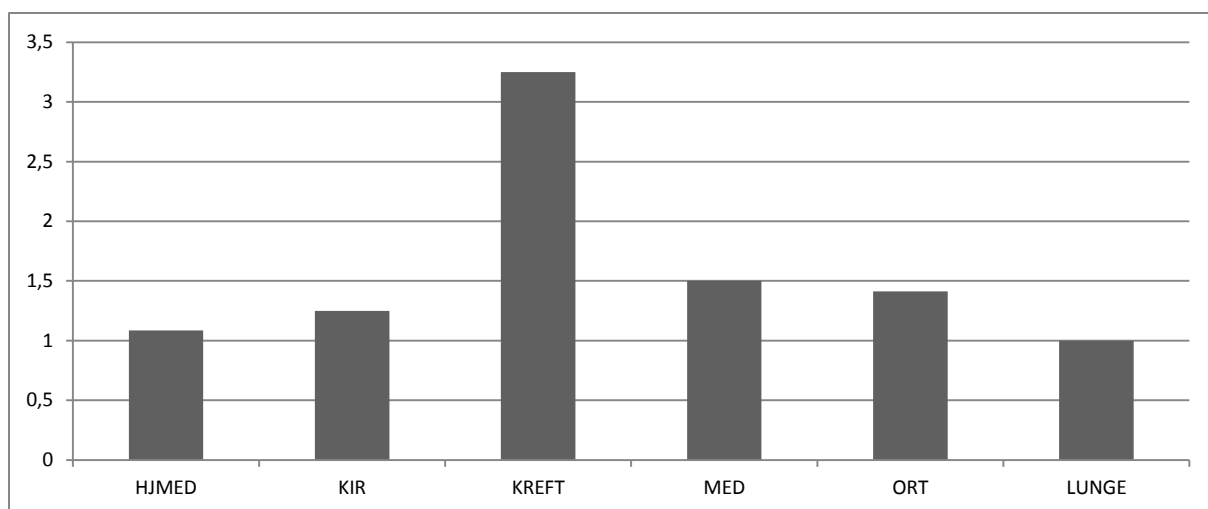
**5. Belegg**

Totalt 146 pasienter lå på hotellposten i pilotperioden. Disse utgjorde totalt 217 liggedøgn, som fordelte seg mellom klinikkene slik:



Figur 4. Antall pasienter og liggedøgn per klinikk, uke 4-7

Gjennomsnittlig liggetid var samlet sett 1,5 døgn. Denne varierte mellom klinikkene, og spesielt skiller Kreftklinikken seg ut med høy liggetid grunnet strålepasienter som var innlagt hele uken.



Figur 5. Gjennomsnittlig liggetid per klinikk, uke 4-7

## 6. Økonomi

Tabell 4. Regnskap

Pilot bemannet pasienthotell	Faktisk Hittil i år
Legemidler	kr -4 829
Instrumenter	kr -1 164
Laboratorierekvisita	kr -1 984
Infusjons- og skyllevæsker	kr -3 819
Andre medisinske forbruksvarer	kr -15 181
Mat - og drikkevarer	kr -151 804
Tekstiler	kr -600
Diverse andre forbruksvarer	kr -7 989
Lønnskostnad	kr -929 626
Leie lokaler	kr -840 497
Utstyr og driftsmaterialer som ikke skal aktiveres	kr -1 850
Kontorkostnad, trykksak o.l.	kr -2 161
Annen driftskostnad, av- og nedskrivning, fortsettelse	kr -80
Bemanningscenter	kr -17 841
Kundesenteret	kr -37 837
Hemit <sup>6</sup>	Kr -51 000
<b>Resultat</b>	<b>kr -2 017 263</b>

- Inntekt for sykehusopphold har blitt manuelt overført tilbake til klinikkene.
- Kostnader til mat- og drikkevarer inkluderer fullpensjon for alle 20 senger. Dette sparte sykepleierne på hotellposten for mye arbeid med å administrere og organisere måltid til

<sup>6</sup> Prosjektet har ikke blitt fakturert for Hemit-timene per 23.03.2018, dette vil sannsynligvis komme i april måned. Kostnaden i regnskap er beregnet ut fra antall timer og timepris oppgitt av Hemit.



pasienter med ulike behov. Dersom måltid skulle administreres av sykepleierne måtte man beregnet en halv stilling til dette arbeidet.

- Overskytende legemidler ble returnert til apoteket. Dette fremkommer ikke i regnskapet.

Grunnlønn og faste tillegg til deltakende sykepleiere ble dekket med prosjektmidler sentralt. Noen av de deltakende klinikkene har imidlertid hatt merkostnader for innleie i avdelingene for å dekke opp for sykepleierne som ble tatt ut av vanlig drift for å delta i piloten. Se tabellen under for oversikt over disse utgiftene. Dette bør refunderes til avdelingene.

Tabell 5. Innleiekostnader per avdeling

Avdeling	Timelønn ant. timer	Kveldstillegg ant. timer	Natttillegg ant. timer	Overtid ant. timer	Sum inkl. sos. utgifter
<b>Rekonstruktiv ortopedi</b>	28,5	11	12,5	22,92 <sup>7</sup>	Kr 12 658,76
<b>Traumeortopedi</b>	37,5	50			Kr 12 220,73
<b>Observasjons-enheten</b>	87,25	33	19		Kr 39 599,80
<b>KGAS2</b>	45	10			Kr 15 108,15
<b>URO</b>	90	25			Kr 30 731,50
<b>Gastro akutt</b>	30	10			Kr 10 415,55
<b>SUM</b>	318,25	139	31,5	22,92	Kr 120 734,49

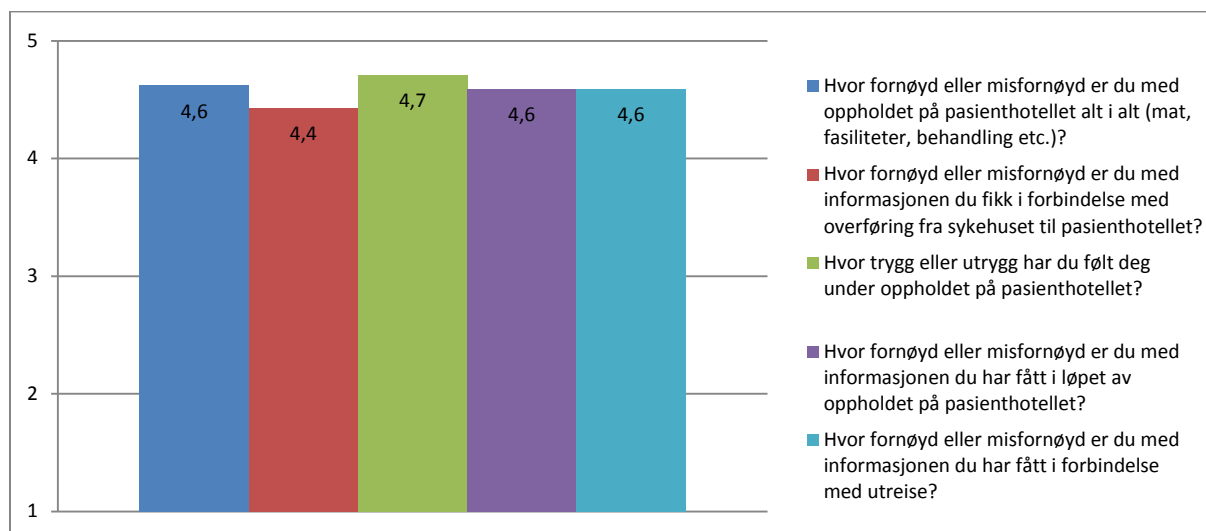
Resterende avdelinger har ikke hatt nevneverdige innleiekostnader i forbindelse med pilotprosjektet.

## 7. Evaluering

### 7.1. Pasientenes evaluering

Alle pasienter som lå på hotellposten i pilotperioden ble bedt om å fylle ut et evalueringsskjema ved utreise. Av totalt 146 pasienter var det 59 som leverte evaluering, noe som gir en svarrate på 40 %.

Spørsmålene var formulert som vist i figur 6, med en svarskala fra 1 til 5, der 1 indikerte svært misfornøyd/svært utrygg og 5 indikerte svært fornøyd/svært trygg. Figur 6 viser gjennomsnittverdier for hvert spørsmål.



Figur 6. Evaluering fra pasienter som lå på hotellposten i løpet av pilotperioden. Gjennomsnittsverdier. 1 = svært misfornøyd/svært utrygg, 5 = svært fornøyd/svært trygg.

Pasientene evaluerer piloten og hotellposten svært positivt; for alle spørsmålene ligger gjennomsnittsverdien mellom 4 og 5. Dette illustreres av flere kommentarer notert i evalueringsskjemaets fritekst-felt:

«Alt i alt var dette en fin opplevelse! Super service og hyggelige damer».

<sup>7</sup> Inkl. overtidsarbeid utført av seksjonsleder for hotellposten.

«Takk for et fint døgn! God oppfølging av personell, hyggelig «betjening» av dyktige sykepleiere»

De peker samtidig på noen områder hvor det er forbedringspotensiale:

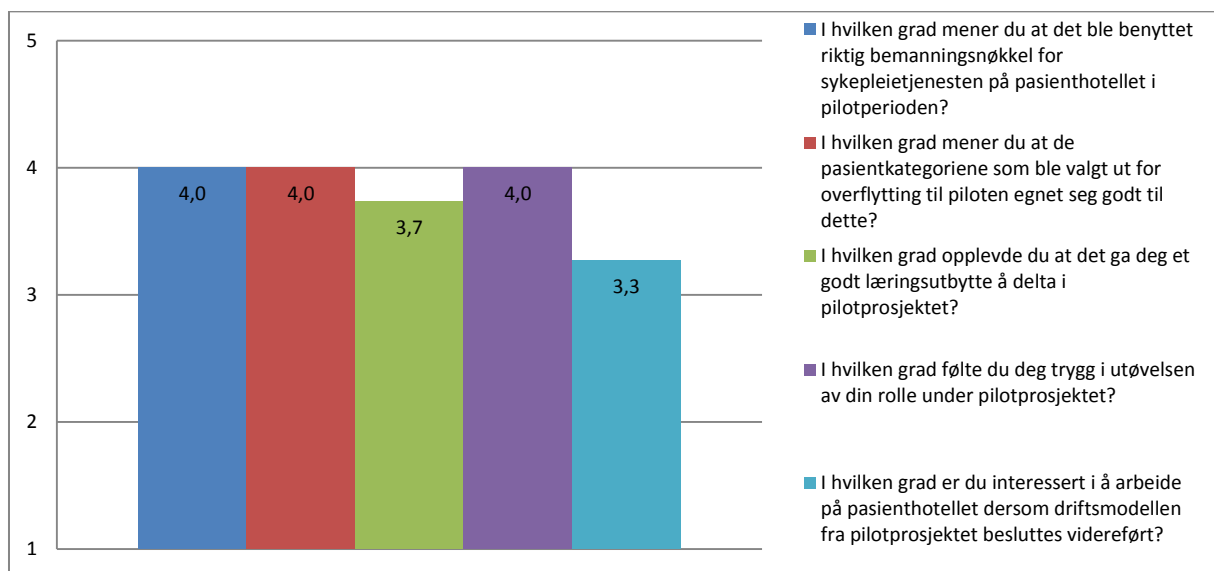
«Tungvint på bad. Ingen «handikapp»-toalett for å hjelpe seg av og på. Ingen krakk for å sitte og rengjøre seg på bad. Seng kunne ha vært sykehusseng som løfter opp overkroppen. Dør både til bad og inngang kunne ha vært elektronisk for å åpne automatisk».

«Alt i alt er jeg fornøyd, men fasiliteter som seng (alt for lav), toalett (for lav), høye dørstokker, søppelbøtte med pedal er ugunstig med kun ett bein som fungerer!»

## 7.2. Evaluering fra deltakende sykepleiere

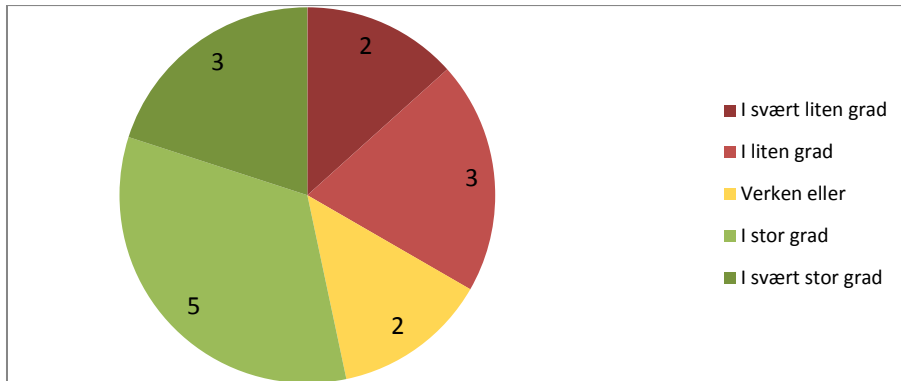
Alle sykepleiere som arbeidet på hotellposten ble bedt om å fylle ut et evalueringsskjema etter endt pilotperiode . Av totalt 33 sykepleiere var det 15 som leverte evaluering, noe som gir en svarrate på 45 %.

Spørsmålene var formulert som vist i figur 7, med en svarskala fra 1 til 5, der 1 indikerte svært liten grad/svært utrygg og 5 indikerte svært stor grad/svært trygg. Figur 7 viser gjennomsnittverdier for hvert spørsmål.



Figur 7. Evaluering fra deltakende sykepleiere. Gjennomsnittsverdier. 1 = i svært liten grad/svært utrygg, 5 = i svært stor grad/svært trygg.

Svarene på spørsmål om hvorvidt de ønsker å jobbe videre ved en eventuell videreføring av driftsmodellen fordeler seg slik:



**Figur 8. «I hvilken grad er du interessert i å arbeide på pasienthotellet dersom driftsmodellen fra pilotprosjektet besluttes videreført?»**

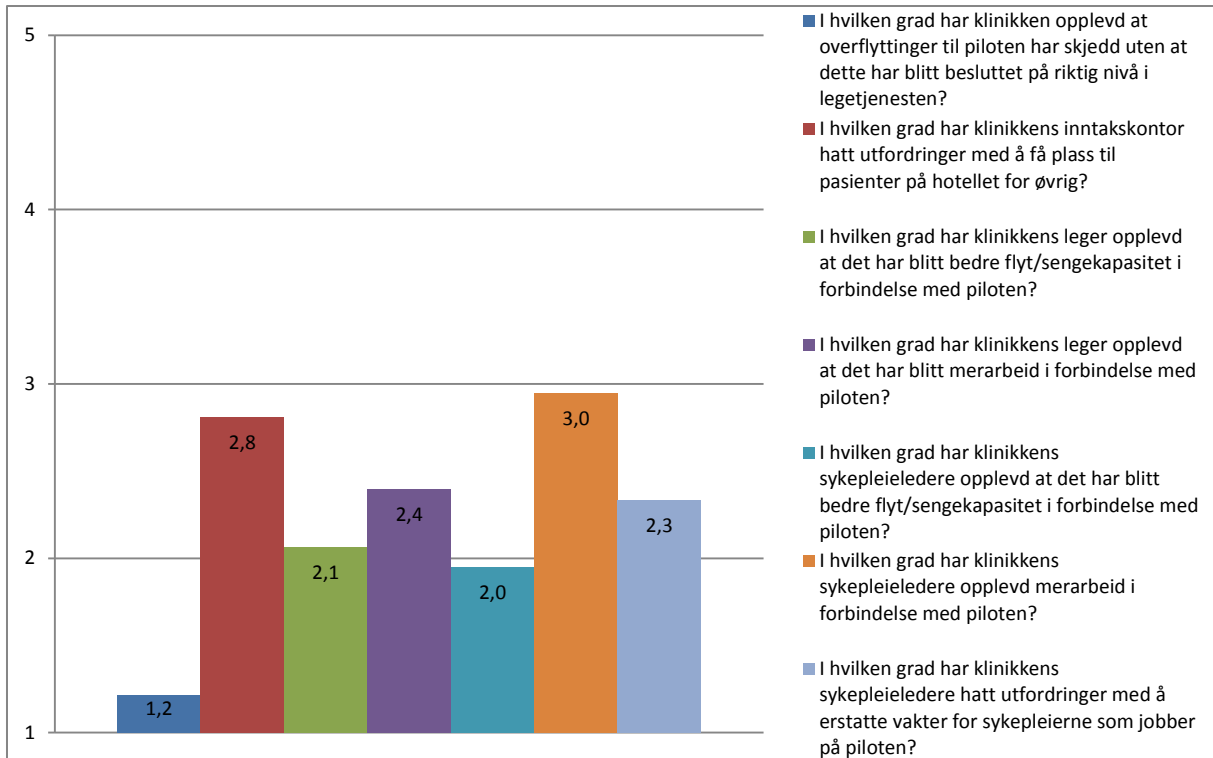
Som vist av figur 8 svarer 5 av 15 sykepleiere at de i liten eller svært liten grad er interessert i å arbeide ved en eventuell videreføring av driften på pasienthotellet. 8 av 15 oppgir at de i stor eller svært stor grad er interessert.

*«Ønsker ikke å jobbe på pasienthotellet videre, da det ble for rolig og lite å gjøre. Liker at det er mer som skjer».*

Prosjektgruppens vurdering er at det ble for lite utfordringer for enkelte av de deltakende sykepleierne. De som ble rekruttert til å jobbe på hotellposten var unge og motiverte sykepleiere som trolig trives bedre med mer tempo. Det var lite fysisk tungt arbeid ved hotellposten, og dette kunne vært en god arbeidsplass for eldre grupper av sykepleiere som trives bedre med rolige dager. Dette bør man ta med i beregningen dersom driften besluttes videreført.

### 7.3. Evaluering fra deltakende klinikker

Deltakende klinikker ble bedt om å evaluere prosjektet ukentlig i pilotperioden samt sluttevaluere i ettertid ved å svare på evalueringsskjema. Spørsmålene var formulert som vist i figur 9, med en svarskala fra 1 til 5, der 1 indikerte svært liten grad og 5 indikerte svært stor grad. Figur 9 viser gjennomsnittverdier for hvert spørsmål.



Figur 9. Evaluering fra deltakende klinikker. Gjennomsnittsverdier. 1 = i svært liten grad, 5 = i svært stor grad

I tillegg ble klinikkene bedt om å svare på følgende spørsmål:

1. Mener dere at denne type pasientbehandling og organisering er «fremtiden» i deres klinikk?
2. Har deres klinikk egnet pasientgrunnlag for å opprette permanente senger på pasienthotellet?
3. De klinikker som har hatt utfordringer mht inntakskontor og bookingutfordringer ved hotellet i pilotperioden bes om å gi innspill på dette.

### Kreftklinikken

Kreftklinikken erfarer at det er god bruk for denne type avdeling. Pasienter i seriebehandling (både stråle og kjemoterapi som har behov for noe bistand, men ikke behov for spesialistoppfølging) vil kunne benytte en slik avdeling og dermed avlaste Kreftklinikken.

5-døgnsdrift vil skape utfordringer for Kreftklinikken da pasientene ofte må tas inn til moderavdeling i helgene.

Kreftklinikken hadde fullt belegg og utlokaliserte pasienter i løpet av pilotperioden, og denne utfordringen ville ha vært enda større om det ikke hadde vært for at 2-5 pasienter til enhver tid kunne ligge på pasienthotellet i perioden. Kreftklinikken erfarer at de har pasientgrunnlag for å fylle permanente senger på pasienthotellet.

Det ble rapportert noe utfordringer og bruk av gjestehotell i pilotperioden, men det ble alltid funnet løsninger.

### Kirurgisk klinikk

Hotellposten kan være en avlastning for urologisk seksjon som har mange små inngrep og kort liggetid. Denne seksjonen opplevde en reduksjon i antall korridorpatienter i pilotperioden. De andre

sengepostene (kar/endokrin og gastropostene) hadde færre pasienter på hotellposten. På disse sengepostene ble det likevel en merkbar økning i pleietyngde, da de «lette» pasientene som ble overflyttet til hotellposten ble erstattet av pasienter med større pleiebehov.

Det er usikkert hvorvidt klinikken har pasientgrunnlag for å opprette permanente senger på pasienthotellet, da de vurderer det slik at flertallet av pasientene har større omsorgsbehov enn det man kan tilby på hotellet.

Inntakskontoret hadde en del utfordringer med å få plass til pasienter på hotellet for øvrig, men ble henvist til andre hotell. Da oppsto problematikk knyttet til matrekvisisjoner og transport. Pasientene måtte reise mye frem og tilbake, og det oppsto frustrasjoner både blant dem, og blant klinikkens inntakskontor og sekretærer.

### **Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer (Ortopedisk avdeling)**

For ortopedisk avdeling satte hotellsengene en stor begrensning på hvilke pasienter som kunne overflyttes til hotellposten. Ortopedisk avdeling har til vanlig hotelltun i egen avdeling, så driftsmodellen er velkjent. Det kunne likevel være utfordrende noen ganger å organisere avklaringer mellom sykepleiere og lege om hvilke pasienter som kunne overflyttes til hotellposten.

Vurderingen fra ortopedisk avdeling er at driftsmodellen ville ha større nytteverdi om den fikk litt mer tid til å «gå seg til».

### **Medisinsk klinikk**

Medisinsk klinikk har i liten grad benyttet senger ved hotellposten, knapt 20 liggedøgn på 4 uker fordelt på 11-12 pasienter. Klinikken hadde fullt belegg på sengepostene i pilotperioden og bruk av hotellposten frigjorde noe plass til nye pasienter i avdelingene, men ikke i vesentlig grad.

Det er en oppfatning i Medisinsk klinikk at klinikken ikke har veldig mange pasienter som egner seg til denne typen drift. Pilotperioden var for kort til en god nok utprøving av ordningen, men man fikk en viss formening om mulig bruk. Dersom driftsmodellen videreføres på permanent basis vil klinikken måtte arbeide med bevisstheten rundt å benytte hotellposten selv om det ikke er fullt på avdelingene. Dette er en driftsendring som det tar tid å implementere. Noen pasienter er egnet for hotellposten, f.eks. pasienter med langvarig intravenøs antibiotikabehandling, hematologiske pasienter som venter aplasi o.l.

Medisinsk klinikk har mange utlokaliserte pasienter som er krevende å følge opp med dagens bemanning, og pilotprosjektet ga en ytterligere utfordring på dette området.

### **Klinikk for hjertemedisin**

Klinikk for hjertemedisin betrakter i utgangspunktet driftsmodellen som god. Likevel merket klinikken ingen bedring i logistikk eller pasientbelegg, snarere tvert i mot. Klinikken hadde fullt belegg, men de «enkle» pasientene, som etter normalt pasientforløp skulle utskrives påfølgende dag, ble flyttet til pasienthotellet. Dette gjorde at det ble et større problem med å plassere ø-hjelp fra mottak og de 4-6 «regionpasientene» som daglig kommer fra andre lokalsykehus direkte opp på enhetene.

Dersom dette skal bli en permanent løsning vil det være en forutsetning at telemetriovervåking muliggjøres og at legeressurs øremerkes lettposten.

Dersom forutsetningen blir at det skal reduseres tilsvarende senger innen klinikken, vil Klinikk for hjertemedisin signalisere at dette ikke er gjennomførbart for deres del.

#### **7.4. Evaluering fra Hotell St. Olav**

Hotell St. Olav opplevde en del utfordringer med kommunikasjon med ulike avdelinger på sykehuset. Spesielt gjelder dette i forbindelse med bestilling av rom til pasienter som ikke skulle til den bemannede hotellposten. Hotellposten tok opp 26 % av hotellets kapasitet, og en del pasienter som skulle til hotellet for øvrig måtte settes på venteliste eller overflyttes til samarbeidende hotell. Det ble uttrykt stor frustrasjon fra enkelte bestillere/inntakskontor, og hotellet opplevde at disse ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om pilotprosjektet. Ved en eventuell videreføring av driftsmodellen må dette tas på alvor og det må gjøres et enda mer omfattende arbeid med å informere tilstrekkelig i alle sykehusets avdelinger.

Hotell St. Olav stiller seg positive til å videreføre lignende prosjekt eller permanent iverksettelse av driftsmodellen.

Evaluering fra Hotell St. Olav finnes i sin helhet i vedlegg.

### **8. Konklusjon**

Mange anbefalinger er gitt underveis i denne rapporten, og for å gi en oppsummering har prosjektgruppen forsøkt å svare ut prosjektets effektmål:

#### **Ingen korridorpasienter på deltakende avdelinger i pilotperioden**

Generelt inntrykk er at det ikke var mange korridorpasienter på deltakende klinikker i pilotperioden, men dette er vanskelig å svare på da sykehuset ikke har noen fullstendig beleggsstatistikk.

#### **Bufferfunksjon ved fullt sykehus**

Det krever mye planlegging å ta i bruk denne driftsmodellen som en buffer/midlertidig løsning. Mye av grunnarbeidet ble gjort i pilotprosjektet, men prosjektgruppen vil anslå at man må beregne minimum 3 ukers planlegging før oppstart av drift. Viktige faktorer som må på plass under planleggingsfasen er blant annet:

- Turnusskriving, som har planleggingshorisont på 4 uker i tariffavtale/2 uker i arbeidsmiljøloven.
- Anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr, IKT-utstyr og annet utstyr. Her må det tas høyde for leveringstid.
- Booking av etasje på pasienthotellet, forutsetter ledig kapasitet på hotellet og bør bestilles i god tid før oppstart.

Prosjektgruppens anbefaling er at dersom det besluttes å videreføre driftsmodellen, så gjøres dette på permanent basis og ikke som en midlertidig bufferløsning ved behov. For å sørge for best mulig drift av modellen kreves god planlegging, i tillegg til at man må regne med at det vil ta noe tid før hotellposten er fullt ut implementert i avdelingenes pasientlogistikk.

#### **Samarbeid mellom klinikker om felles sengedrift**

Det har vært et svært godt samarbeid mellom avdelingsleder sykepleie på hver klinikk i prosjektgruppen. I tillegg har daglig leder ved Hotell St. Olav bidratt positivt i prosjektgruppen, og vist stor vilje til å finne løsninger fra hotellets side.

### Positiv stepdown-effekt for Observasjonsenheten

Hotellposten hadde til en viss grad en positiv stepdown-funksjon for Observasjonsenheten. Samtidig oppsto en del uenigheter mellom seksjonsleder sykepleie ved Observasjonsenheten og vakthavende leger ved enkelte klinikker om hvilke pasienter som kunne overflyttes til hotellet. Det hendte også at vakthavende lege tok en avgjørelse om å flytte pasienter fra Observasjonsenheten til hotellposten uten å kommunisere dette tydelig i egen klinikk. I disse tilfellene fikk klinikkene en utfordring med å holde oversikt over hvor pasientene var lokalisert.

### Økt oppmerksomhet rundt differensiert sengebruk i avdelingene

Prosjektgruppens vurdering er at pilotprosjektet har gitt økt oppmerksomhet om differensiert sengebruk, men informasjonsflyten har ikke vært tilstrekkelig i alle avdelinger. I ettertid ser prosjektgruppen at det i større grad burde blitt gitt:

- informasjon til ikke-deltakende klinikker.
- informasjon om bestilling av hotellrom til pasienter på hotellet for øvrig (rom som ikke er helsepersonellbemannet), til både deltakende og ikke-deltakende klinikker.

### Avklare hvilke pasientgrupper som er egnet for en lettpost i pasienthotellet

Erfaringer fra pilotprosjektet er at pasientgrunnlaget ville være betraktelig større dersom hotellrommene var utstyrt med sykesenger i stedet for hotellsenger. Prosjektgruppa anbefaler at det gjennomføres en kartlegging på de klinikkene som ikke deltok i piloten for å undersøke potensiale for bruk av bemannet pasienthotell

- a. Med dagens infrastruktur
- b. Med sykehusseng og telemetriooverføring

Den generelle vurderingen er at prosjektet traff godt på pasientgrunnlaget innenfor de begrensningene som sengetypen satt.

### Viderføring av driftsmodellen

Prosjektgruppens anbefaling er at en eventuell videreføring av driftsmodellen med helsepersonellbemannet pasienthotell forutsetter at posten gir en reell økning i sengetallet på sykehuset, dvs. at det ikke stenges ned tilsvarende sengeantall i avdelingene. Prosjektgruppens vurdering er også at en videreføring bør være på permanent basis, og ikke som en bufferløsning ved fullt sykehus. Øvrige anbefalinger som er belyst i rapporten bør gjennomføres, spesielt viktig er bruk av sykehussenger. Telemetrioovervåking bør vurderes.

Pilotprosjektet har vist at driftsmodellen fungerer for inneliggende pasienter som har et lavere pleiebehov, men prosjektgruppa lar det være et åpent spørsmål hvorvidt dette er den beste modellen for å øke sykehusets totale sengekapasitet.



## Vedlegg

- Innkjøpsliste
- Evaluering fra Hotell St. Olav
- Befaringsrapport smittevern
- Oversikt pasienttilstrømming til Akuttmottaket uke 4-7 2018

Evalueringsskjema, informasjonsskriv og prosjektplan finnes på [prosjektside på Kilden](#).

## Innkjøpsliste

Dette er estimat for å gi en fremstilling av kostnadsbildet så langt som priser kunne fremskaffes fra ulike kilder.

### IKT-utstyr

	Antall	Stykkpris	Total pris
Stasjonær pc	5	4 838,- per år	24 190,- per år
Webkamera	1 per klinikk	347,-	
PAS-skriver	1	3 500,-	3 500,-
Etikettkrriver	1	4 533,-	4 533,-
Zebra-skriver	1	4 925,60	5 925,60

### Medisinsk teknisk utstyr

	Antall	Stykkpris	Total pris
Blodsukkerapparat	1	Leveres ut til avdelinger ved St. Olav	0,-
Transportabelt blodtrykksapparat m. SAT-måler	2	3 400,-	6 800,-
Bærbar SAT-måler	2	6 555,-	13 110,-
Akuttbåre	1		
Akuttralle	1		
Defibrillator	1	25 000,-	25 000,-
Transportabel O2-kolbe	4		
Blærescanner	1	69 000,-	69 000,-
EKG-apparat	1	65 000,-	65 000,-

### Hjelpemidler

	Antall	Stykkpris eks. mva	Total pris eks. mva
Sykehusseng <sup>1</sup>	19	41 338,-	785 422,-
Prekestol	2	6 490,-	12 980,-
IV-stativ	5	3 000,-	15 000,-
EasyRoller rullestol	2	15 000,-	30 000,-
Toalettstol	3		
Dusjstol <sup>2</sup>	19	3 859,-	73 321,-

### Annet

- 2 medisintraller
- 6 arbeidsbord
- Kontorstoler
- Vaktromsmøblement

<sup>1</sup> Beregnet pris for Eleganza Smart sykehusseng med Antidecubitusmadrass, IV-stativ, rygg-og benmotor og tilhørende elektronikk. Sengen kan anskaffes i en modell som er 10 cm smalere enn den som brukes på sykehuset i dag, denne vil ha samme pris.

<sup>2</sup> Alternativ: dusjkrakk á kr. 276,- per stk.

- Hyller til medikamentoppbevaring
- 1 kjøleskap for medikamenter
- 1 liten fryser til iceband (isposer)
- 1 kjøleskap for oppbevaring av mat til ansatte
- Hylleinnstallering på alle tilstøtende rom
- Sjøppelbøtter
- Kaffetrakter
- Isbitmaskin
- Lås på dør til medisinrom
- Skap til innlåste a-preparater
- Tørkepapirdispenser på alle pasientrom
- Hanskeholder på alle pasientrom
- Spritdispenser på vegg på alle pasientrom

## Pilot prosjekt evaluering Hotell St.Olav.

### Punkt 1) driftsendringer /tilpasninger

Ved iverksettelse av pilot prosjekt ble en hel etasje – 24 rom, tatt ut av ordinær drift, dette utgjør 26% av kapasitet (untatt barsel etasje) noe som naturligvis gir ringvirkninger for ordinær drift.

#### a) Resepsjonen

Tilpassning av rutiner og egen prosedyre i henhold til innsjekk/utsjekk og nøkkelt kort håndtering ble utformet, Samarbeidet med ansatte i pilot etasje ble oppfattet som godt.

Mye utfordringer med bestillende avdelinger, hvor resepsjonistene måtte bruke opp til 40 minutter på å forklare hva piloten var og hvorfor, det ble uttrykt stor frustrasjon som til tider gikk t utover resepsjonistene. Se punkt 2.

#### b) Renhold

For å forberede oss til prosjektet en ble det iverksatt møte med smittevern avdelingen ved St.Olav hospital og blant annet ut skiftelse av desinfeksjonsmiddel, det ble også avholdt ett møte mellom renholdsansvarlig på sykehuset og renholds gruppe på hotellet

Det ble designert 1 ansvarlig for etasjen hver dag som fortløpende tok rommene ved avreise, tidsrom for renhold ble utvidet frem til 20.00.

For renhold fungerte dette svært godt og de opplevde en god dialog med sykepleiere i etasjen og ingen større problematikk ved driftsmodell.

#### c) Restaurant,

Det ble ikke gjort noen endringer på driftsmodell i henhold til restauranten, mat ble hentet opp av sykepleiere for pasienter som ikke kunne benytte restaurant.

#### d) venteliste

Når avdelinger har ringt og ønsket rom for pasienter og vi har hatt fullt, ble de informert om at det dessverre er venteliste på den aktuelle datoen. - En avklaring kan vi dessverre ikke gi før den aktuelle ankomstdagen, men vi gjør vårt ytterste for å gi et tilbud til alle pasienter innenfor vår kapasitet.

Noen ganger spør de selvsagt hvor stor sannsynlighet det er for at det blir plass på pasienthotellet. I og med at situasjonen for både oss og alle rekvirenter, var ny, så har det vært vanskelig å kunne gi noe svar på dette. Vi responderer med at det er vanskelig for oss å forutsi, men at vi jobber med å flytte de det er mulig å flytte fortløpende, da også pasienter som egentlig er bekreftet at har rom her, men som ifølge avdeling er mulig å flytte, slik at vi får plass til de som står høyere på prioriteringslisten.

---

### **e) Øvrige**

Øvrige eksterne bestillere (pårørende/polikliniske etc) ble direkte henvist til hotell i byen, det ble ikke opplevd noen problematikk tilknyttet dette. Vår avtalerom ble ikke tilbudt denne gruppen for å sikre tilstrekkelig kapasitet til St.Olav Hospital

### **f) allotment (avsatte rom),**

Allotment har vært ett tema i prosjektgruppen, under pilot fant mange bestillere trygghet i sine allotmentrom, , samtidig som ett det kom frem ønsker om å øke antall ved en varig sengepost drift. Økt antall allotment rom vil stenge av rom for resterende avdelinger hvor man har mindre kjennskap til hvor mange rom som kan fordeles på øvrige før etter klokken 12, samtdlig vil det ved fjerning av allotment rom bli en større risiko for avdelinger som ikke kan planlegge frem i tid, da det i større grad vil bli «førstemann til møllen».

En vurdering om allotmentrom skal tildeles avdelinger hvor behov for rom er grunnlagt ut i fra pasientgruppens behov for å måtte bo på hotellet bør vurderes.

### **g) pasienter**

Hotellet opplevde at pasienter var svært fleksible og løsningsorientert, vi opplevde ingen problemer ved flytting såfrem de var tilstrekkelig informert. Boende pasienter fra prosjekt etasje utmerket seg ikke blant øvrige gjester.

## **Punkt 2) Kommunikasjon.**

Allerede før igangsettelse av pilot ble det uttrykt stor frustrasjon fra noen bestillere/inntak, de hadde lite eller ingen kjennskap til prosjektet og en del reagerte negativt når de fikk info om venteliste ved bestilling og ved øvrig info om prosjekt

Dette ble adressert til ansvarlig sykepleier og prosjektansvarlig. Hotellet utarbeidet ett inforskriv som ble videreformidlet av prosjektgruppen. Se vedlegg: Info inntak st.Olav

Manglende kommunikasjon var ett gjentakende tema gjennom spesielt de 3 første ukene, hvor mye initial frustrasjon ble rettet mot hotellet hvor det ble lagt frem som at dette var ett prosjekt hotellet har iverksatt og at det dertil var hotellets ansvar å løse alt av ringvirkninger.

Ved forklaring av prosjektets bakgrunn og innhold, ble vi møtt med frustrasjon over egen ledelse, og manglende informasjon, manglende retningslinjer.

Ledere ble i etterkant av samtale med hotell forespurt av bestillere om prosjekt, hvorpå lederne hadde full kjennskap, men hvor ingenting hadde blitt formidlet til bestillere, selv ikke informasjonsskriv som var rettet til inntak/bestillere fra hotellet var videreformidlet tilstrekkelig.

Vi ble overrasket over at hovedfokuset ikke lå på pasienten, men på økt arbeidsmengde hos bestillere.

Det ble opplyst tilfelle av at pasienter ble satt som inneliggende for å sikre rom til de i henhold til prioritering, hvor de ved vanlig drift ville hatt en annen klassifisering.

Noen klinikker har utpekt seg som mer utfordrende enn andre, mens kreftklinikken må løftes frem som løsningsorientert og samarbeidsvillig.

Informasjon til pasient må ved videreføring av prosjekt - inkludere informasjon om mulig flytting til eksternt hotell, da informerte pasienter tar endringer langt bedre

Vedlegg: Hendelses-ID: 76912, Hendelses-ID: 76909 Hendelses-ID: 76965 Hendelses-ID: 76815, Hendelses-ID: 76463, Hendelses-ID: 76787

### Punkt 3 Overflytting av pasienter til eksterne samarbeidshotellhotell

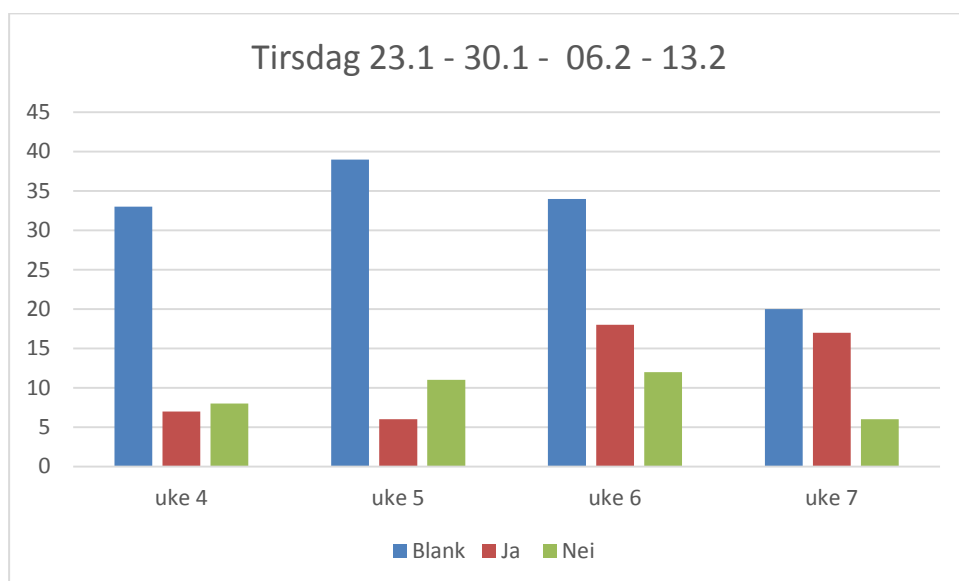
#### a) Benyttelse av samarbeidshotell

Ved inngang av pilot prosjektet gikk både hotellet og prosjektgruppen ut med en anmodning om at bestillere måtte vurdere hvem som kan flyttes og ikke til eksterne hotell,

Dette ble møtt med noe frustrasjon hos enkelte da «de ikke kunne vite tilstanden på pasienten»

Noe som resulterte i ett svært høyt antall ikke tok noen beslutning i forhold til spørsmålet kan/kan ikke flyttes – illustrert via oversikt hver tirsdag gjennom prosjektet.

Rekvisisjons avkrysning – Kan flyttes ja/nei?

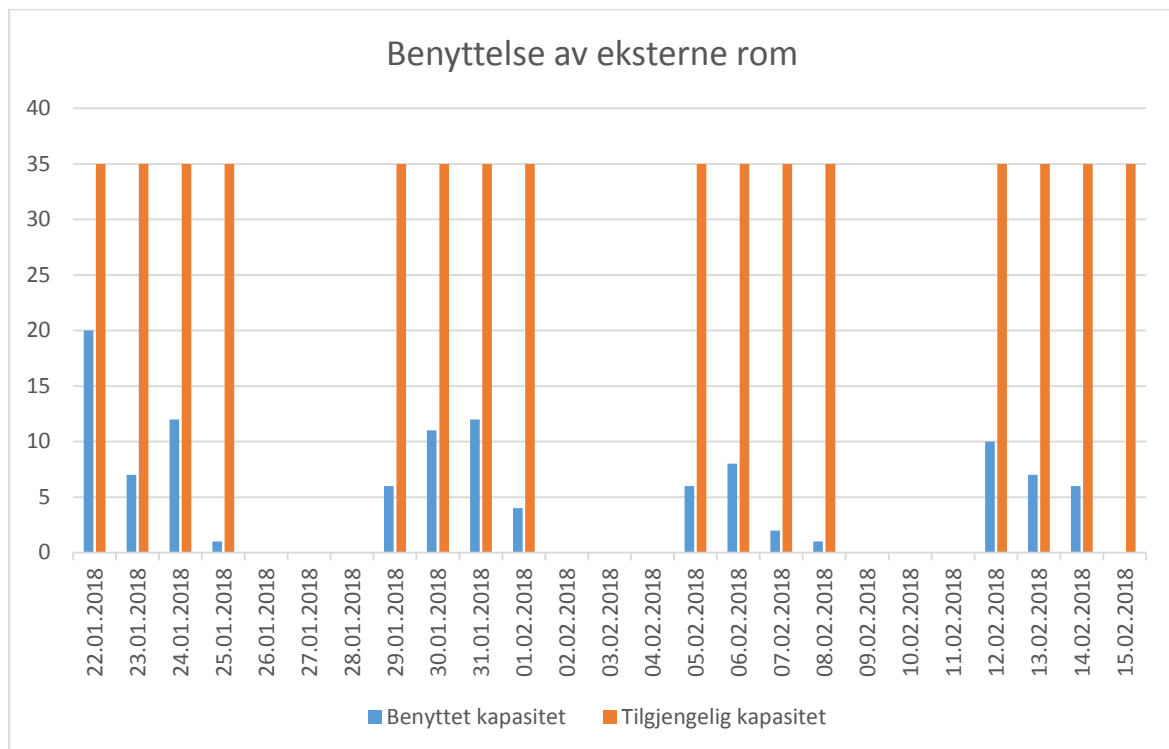


Vår opplevelse er at avdelingene har syntes det har vært vanskelig å skulle vurdere hvem som kan flyttes og ikke, dermed er det nok endel pasienter som blir vurdert til at det ikke er mulig å flytte, uten at dette nødvendigvis er tilfeller, noe vi også har observert ved innsjekk.

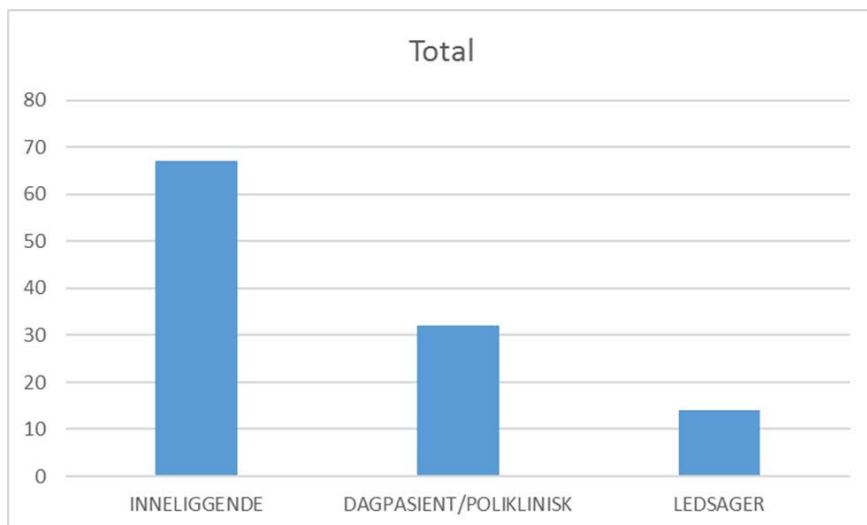
Ved videreføring, anbefaler vi at dette belyses.

Se også hendelses ID 76967

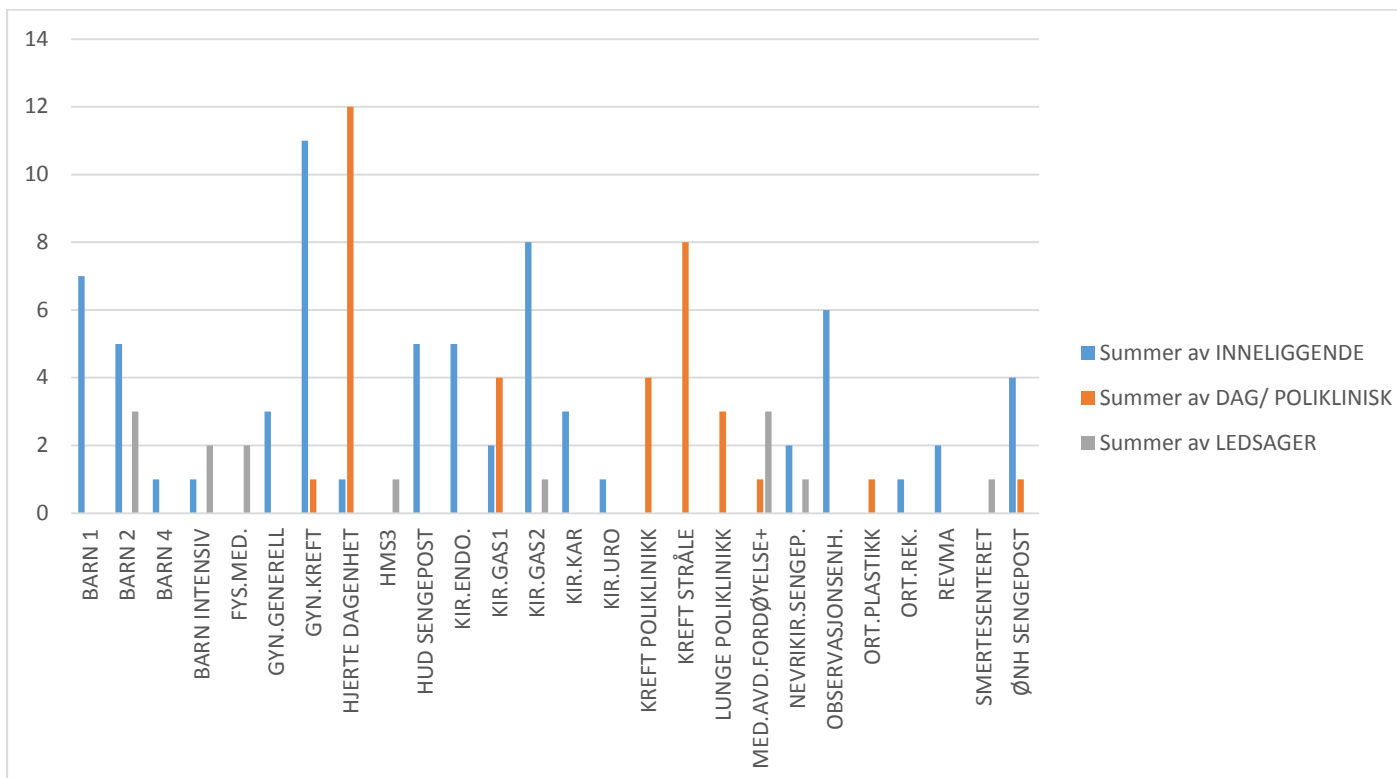
For å sikre tilstrekkelig kapasitet for St.Olav hospital, utvidet vi våre avtaler med nærliggende hotell, og hadde gjennom hele konseptet god kapasitet, samarbeid hotell la føringer om hvor lenge rom kunne bli holdt, anmodning om bestilling innen frister ble sendt ut fra hotellet i forkant av pilot.



Fordeling av flyttede pasienter under pilot periode



Fordeling av flyttede romdøgn pr avdeling:





### **b) Hvem bør flyttes?**

Det har vært en formidlet antagelse at øvrige pasienter enn de som klassifiseres som inneliggende kan - og til en viss grad bør, benytte øvrig hotell enn pasienthotellet, noe vi har stilt oss noe uenig i, da vi stadig opplever både dagpasienter og polikliniske som vil ha problemer med større avstand fra hospitalet grunnet helse og/eller alder.

Større avstand til hospitalet vil for en del pasienter føre til en merbelastning som er lite gunstig for helsetilstanden.

Se vedlegg : hendelse id 76373 og hendelses ID 76682 for illustrasjon.

For videreføring bør dette temaet belyses, da det muligens kan føre til at flere pasienter klassifiseres som inneliggende enn nødvendig, for å sikre plass

### **c) Utnyttelse av ubenyttede rom i prosjekt etasje.**

Ved venteliste på hotellet ble det forespurt ett fåtall ganger og kun ved spesielle tilfeller, om rom i prosjekt etasje som sto ubenyttet kunne benyttes for pasienter vi ikke hadde plass til, dette var ikke en mulighet.

Det førte til at inneliggende måtte flyttes eksternt / til avdeling og rom ble stående tomme, dette med grunnlag i at pasientene ikke "passet i kriteriene", vi har forståelse for at drift skulle reflektere gitt pasient kategori, men evt ekstra pasienter kunne blitt vurdert silt ut fra rapportering.

Dette til refleksjon.

#### **Punkt 4) sak fra barne og ungdomsklinikken**

Vi ble 14 februar 2018 gjort kjent med at det var tatt opp i hovedstyret en sak tilsendt fra barn og ungdomsklinikken vedr:

*I uke 5 har Barne- og ungdomsklinikken fått mindre tilgang på rom på Pasienthotellet. Dette antar vi er en direkte konsekvens av oppretting av sengepost på Pasienthotellet. Selv om det foreligger tilbud om opphold ved andre hotell i Trondheim oppfatter vi at dette ikke er tilstrekkelig nærhet i forhold til hva sykehuset skal sørge for jfr « Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon».*

*I forskriftens Kapittel 2. Samværsrett for foreldre m.m. står det klart at barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet. Ved alvorlig/livstruende sykdom skal begge foreldrene få være hos barnet*

#### Eksempler fra uke 5 gitt fra barne og ungdomsklinikken, i kursiv, samt utredning fra pasienthotellet:

- *For mor til alvorlig sykt barn innlagt ved Barn intensiv kunne ikke skaffes overnatting i klinikken eller på hotellet , og hun måtte sendes hjem med drosje midt på natten. Det har også skjedd med minst et annet foreldrepar til barn på Barn Intensiv.*

Denne uken har vi registrert 2 bookinger fra Barn intensiv. Den ene bodde hos oss, den andre var en opphold som ble meldt med tidligere avreise enn opprinnelig bestilling. Noe senere kom det kontramelding fra avd. om at de hadde behov for å være en natt til likevel. Da var hotellet allerede fullt.

- *Pasienter som kommer til dagbehandling (inklusive dagkirurgi): De med lang reisevei innlosjeres på pasienthotellet, og det er da lagt inn bestilling ved hotellet slik at de kan møte kl. 07 på avdelingen. Det er nå i flere tilfeller gitt beskjed til aktuelle seksjon samme dag som pasienten skal komme, om at det ikke har vært plass. Dette har hatt følgende kjente konsekvenser:*

- *En familie startet å kjøre kl 3 om natten for å nå fram til oppsatt innkallingstidspunkt.*

*Kjenner ikke til saken, ikke informasjon som er delt med oss på noe tidspunkt.*

- *En familie ble innlagt på seksjonen på BUK, da var et ledig rom. Noe som ikke er i samsvar med hvordan vi ønsker å drive effektivt og rasjonelt.*

*Kjenner ikke til saken, ikke informasjon som er delt med oss på noe tidspunkt.*

- *En familie hvor barnet skulle til polikliniske cytostatika behandlinger ble innlagt på hotell nede i byen. Dette ble oppfattet som uhensiktsmessig for familien, som måtte forholde seg både til aktuelt hotell og pasienthotellet for matsservering.*

Mange pasienter på VL denne ankomstdatoen. Mange pasienter som er vurdert som "ikke mulig å flytte"(kirurgiske avd). Dialog med avdeling(slik vi hadde med alle avd. med pasienter på VL) utover dagen ift. om hvordan de evt stilte seg til flytting av pasienten. Avdelingen vurderer dette til å være uproblematisk.

Det er etter våre rapporter totalt flyttet 12 opphold av denne typen

- Alle er kun flyttet etter avtale med rekvirerende avdeling
- Halvparten er rekvirert sent (etter kl.13) samme dag som ankomst
- Ytterligere 2 er rekvirert kun 1 virkedag før ankomst
- En ble feilaktig kansellert av rekvirerende avdeling, da feilen var oppdaget var samarbeidshotell eneste løsning
- 3 var en del av et prosjekt Barn 1 har, for disse ble datoene stadig endret med kort varsel. (Vår forståelse av dette var at det da var pasienten/foresatte som endret datoene)

At det ikke er gunstig at pårørende til barn blir flyttet kan vi si oss helt enig i og har forståelse for problematikken som omtales, samtidig er det viktig å understreke her er at vi ikke har flyttet noen uten at dette har vært drøftet og klarmeldt fra avdelingen

Se vedlegg: Hendelses-ID: 77272, Hendelses-ID: 77793

## **Punkt 5 Evaluering**

Norlandia Care Hotell St.Olav er svært positive til å videreføre ett lignende prosjekt eller fast ordning, vi mener vi er ett godt tilbud for pasienter og ser stor verdig i økt benyttelse fra St.Olav hospital, da dette er hva vårt konsept er utarbeidet og tilrettelagt for.

For en evt videreføring er det av høyest viktighet at det foreligger en langt bedre kommunikasjon innad på St.Olav hospital, da dette raskt utpekte seg som en Akilles hæl ved prosjektet, og hvor mye unødig negativitet og frustrasjon oppstod.

Prioritering og evaluering av pasienter i henhold til kriterier for å bo på hotell / samt eksterne hotell bør utarbeides/revideres, slik at det er en bedre forståelse mellom kontaktpunkt.

## Befaring Hotell St. Olav 10. januar 2018

Befaringsrapport før oppstart av midlertidig sykehusavdeling ved Hotell St. Olav, Norlandia.

Tilstede:

Eli Kristin Vinje (Daglig leder Hotell St. Olav)

Nora? (Husøkonom Hotell St. Olav)

Mette Røsbjørgen (Avdelingssjef, Prosjektleder St. Olavs hospital)

Randi Austli (Seksjonsleder, Prosjektdeltaker St Olavs hospital)

Jenny Aasland (Seksjon for smittevern, St. Olavs hospital)

Planen er at dette skal være en sengeavdeling/avlastningsavdeling med 20 senger fra 6 klinikker.

Fasilitetene er 24 senger der 4 av disse er planlagt benyttet til «servicerom»

Kjente smitteførende pasienter eller isolerte pasienter skal IKKE flyttes til hotellet.

Seksjon for smittevern ønsker også en kort befaring før oppstart når alle rom er innredet og klarert for drift, samt en re-befaring etter noen dagers drift. Vi ønsker også delta på en evaluering etter 4 ukers pilotdrift.

Da det er tiltenkt at alle renholdstjenester kjøpes fra hotellet anbefaler vi sterkt at det opprettes en dialog mellom Renholdsavdelingen ved St. Olavs hospital og husøkonom ved hotellet. Dette for en gjennomgang av sykehusets prosedyrer og standarder slik at krav for sykehusrenhold ivaretas.

Område	Status pr i dag	Kommentarer/tiltak/anbefalinger
<b>Håndhygienefasiliteter Tilgjengelighet</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Håndvask finnes på hvert pasientrom</li><li>• En veggdispenser for hånddesinfeksjonsmiddel finnes på vegg ved inngangsparti til avdelingen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hånddesinfeksjonsmiddel plasseres på alle pasientrom, på strategiske plasser. Dette gjelder pumpeflasker</li><li>• Plassere gulvstativ med automatisk hånddesinfeksjonsmiddel på strategiske plasser i avdelingen (anbefaler 3-4 stativ)</li><li>• Det er også muligheter for å benytte hånddesinfeksjonsmiddel i lommeformat</li><li>• Hånddesinfeksjonsmiddel må være tilgjengelig på alle rom som ikke benyttes av pasienter (lager, medisinerom, personalrom)</li></ul>

## Befaring Hotell St. Olav 10. januar 2018

<b>Beskyttelsesutstyr</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beskyttelsesutstyr finnes ikke tilgjengelig i selve avdelingen i dag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det må være beskyttelsesfrakk/plastforkle, munnbind, beskyttelsesbriller tilgjengelig i avdelingen</li> <li>• Nitrilhansker må være tilgjengelig på alle pasientrom (personalet må vurdere hensiktsmessig plassering, enten på rommet eller badet)</li> </ul>
<b>Tøylager</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finnes et relativt stort tøylager for sengetøy med faste hyller og tralle</li> <li>• Vasketrallene blir oppbevart på samme rom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tøylager skal kun benyttes til rent tøy</li> <li>• Tøylager må suppleres med tøy fra sykehuset, (sengetøy, dyner, puter, håndduker, pasienttøy)</li> <li>• Vasketrallene må plasseres på annet rom</li> </ul>
<b>Utstyrlager</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientrom skal benyttes til lager for rent og sterilt utstyr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rommet tømmes for inventar (sofa/stol, seng og bord)</li> <li>• Lagervarer skal ikke lagres på gulv</li> <li>• Bruk mest mulig engangsutstyr. Da det ikke er skyllerom i avdelingen må evt. benyttet fleggangsutstyr (som f. eks sakser, pinsetter) bringes raskest mulig tilbake til opprinnelig avdeling for håndtering</li> <li>• Hvis rektale temp mål skal benyttes må det planlegges hvor disse skal desinfiseres. Det anbefales å benytte pannemål eller pasientbundet rektalmål som kastes etter hver pasient</li> <li>• I utgangspunktet skal sterilt utstyr oppbevares i lukkede skap. Er det mulig å finne bakker/lukkede skuffer for oppbevaring av sterilt utstyr? I tillegg kan eksisterende skap med hyller benyttes til sterilt utstyr.</li> <li>• Kjøleskap flyttes til personalrom hvis mulig. Hvis ikke må kjøleskap slås av pga varmeutvikling og støvsamling</li> <li>• Rent utstyr oppbevares i trådhyller i traller/vogner</li> <li>• Tilhørende toalett skal ikke benyttes av personalet (gjerne stenges av)</li> <li>• Medsinskteknisk utstyr bør oppbevares i en kant av rommet</li> </ul>

## Befaring Hotell St. Olav 10. januar 2018

<b>Medisinrom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientrom skal benyttes til dette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rommet tømmes for inventar (sofa/stol, seng og bord)</li> <li>• Medikament traller er tenkt benyttet, samt kun en-pk medikamenter. Dette er en bra løsning og gir ikke behov for medikamentskap</li> <li>• Boks for stikkende/skjærende utstyr</li> <li>• Trallene anbefales å ha inne på medikamentrommet i størst mulig grad utenom medikamentrunder</li> <li>• Utblanding av medikamenter bør skje inne på dette rommet</li> <li>• Tilhørende toalett skal ikke benyttes av personalet (dette kan ikke stenges av da det er krav om tilgjengelighet på håndvask i tilknytning til medikamenthåndtering)</li> <li>• Oppbevaring av sterilt utstyr og væsker bør være gjennomtenkt</li> </ul>
<b>Personalrom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientrom skal benyttes til dette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toalett for personalet bør være her</li> <li>• 2 kjøleskap anbefales på dette rommet. Dette for å imøtekomme behovet for personalets mat og et lite lager pasientmat tiltenkt f. eks ved lavt blodsukkerbehandling. Pasientmat og personalmat skal ikke blandes</li> </ul>
<b>Mathåndtering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientene skal i utgangspunktet spise alle måltider i restauranten på hotellet</li> <li>• Det finnes ingen oppvaskmaskin i avdelingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privat drikke/mat + evt medbragt fra restauranten skal oppbevares i kjøleskapet på pasientens rom</li> <li>• Hvis mat skal serveres må dette hentes av personalet i restauranten og skitne kopper bringes raskest mulig tilbake til kjøkkenet</li> <li>• Matavfall kastes i restavfall på pasientrommet</li> <li>• Det anbefales å benytte engangskopper/bestikk for personalet hvis ikke avtale med kjøkken/restaurant skal opprettes for rene/skittene kopper</li> </ul>
<b>Avfallsrom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finnes et avfallsrom i avdelingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skal benyttes til oppbevaring av risikoavfall bokser,</li> </ul>

## Befaring Hotell St. Olav 10. januar 2018

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjakt er lett tilgjengelig for vanlig avfall, men risikoavfall kan ikke kastes der</li> </ul>	<p>rene, som er i bruk og oppfylte klare for henting (ikke behov for bokser på hvert rom)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skittentøytralle skal stå her</li> <li>• Skal være midlertidig oppbevaringsplass for avfall</li> <li>• Avtale om rutinemessig henting av avfall og tøy må opprettes med Driftsservice, minimum x 1 pr døgn</li> <li>• Hyllene på avfallsrommet kan benyttes for lagring av f. eks dopapir, tørkepapir, risikoavfallsbokser, bokser for stikkende/skjærende avfall, plastposer/avfallsposer, desinfeksjonsmidler for overflater, hånddesinfeksjon og såper. Pappbekken, pussbekken og urinflasker kan lagres her hvis ikke annet egnet sted finnes</li> </ul>
<b>Håndtering av blod- og kroppsvæsker</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finnes ikke skyllerom med tilhørende bekkenspyler, instrumentvaskemaskin eller utslagsvask</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det må kun benyttes engangsutstyr, som f. eks bekken</li> <li>• Det anbefales ikke å benytte WC for å tømme ut kroppsvæsker (f. eks urinflaske, drenspose, urinpose, bekken, pussbekken)</li> <li>• Håndvasker skal ikke benyttes for å tømme ut kroppsvæsker</li> <li>• Det skal benyttes engangs papp bekken, urinflasker, pussbekken og vaskefat. Etter bruk skal det blandes i fortykningsmiddel (Vernagel). Pulveret fjerner sterk lukt og absorberer f. eks urin og oppkast slik at det stivner og blir til gele. Deretter kastes dette i risikoavfall boks.</li> </ul>
<b>Renhold</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hotellet skal levere renholdstjenesten</li> <li>• Renholdspersonalet bemanner dag og aftenvakt</li> <li>• Det benyttes privat tøy under hotellets forkle</li> <li>• Det benyttes vinyl- og gummihansker</li> <li>• Eneste desinfeksjonsmiddel som benyttes er «Sirafen Speed» som ikke godkjent for bruk i sykehus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rengjøringsfrekvens og rutiner av «servicerom» må følge sykehusets rutiner</li> <li>• Rengjøringsfrekvens og rutiner av pasientrom bør følge sykehusets rutiner</li> <li>• Renholdspersonalet anbefales å benytte rent arbeidstøy hver dag</li> <li>• Beskyttelsesutstyr anbefales brukt etter sykehusets prosedyrer</li> </ul>

## Befaring Hotell St. Olav 10. januar 2018

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smittevask skal følges etter sykehusets prosedyrer</li> <li>• Alle hansker byttes ut med nitrilhansker</li> <li>• Det anbefales å ha overflatedesinfeksjonssprit i avdelingen (både for renholdere og pleiepersonalet)</li> <li>• Det anbefales å skifte ut eksisterende desinfeksjonsmiddel til Life Clean som betales av sykehuset. Dette er godkjent for bruk på alle bakterier, sopp og virus og er egnet for flekkdesinfeksjon og smittevask. Midlet har lang holdbarhet og er ferdig utblandet. Dette vil være besparende da det sannsynligvis ikke vil bli så stort behov for desinfeksjonsmiddel</li> </ul>
<b>Renholdsrutiner</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eksisterende rutiner er daglig tilsynsrenhold på alle rom der tømning av søppel og inspeksjon av rom inngår</li> <li>• Tilsynsrenhold innebærer også flekkdesinfeksjon, støvtørk, gulvvask ved behov, samt sengreiiing</li> <li>• Ved utreise vaskes rom og bad/toalett/dusj/vask</li> <li>• Kluter og mopper vaskes i hotellets vaskeri</li> <li>• Fargekoder på kluter for bad og andre rom</li> <li>• Kluter skiftes mellom hvert rom</li> <li>• Sengetøy skiftes mellom hver gjest og ved lengre liggetid skiftes dette 3 ganger pr uke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hotellets prosedyrer/rutiner må samkjøres med sykehusets</li> <li>• Ingen bemanning av renhold på natt vurderes forsvarlig</li> <li>• Tilstrekkelig med tilsynsrenhold på pasientrommet men vi anbefaler at gulvvask og støv tørking utgår hvis ikke stort synlig behov. Dette må erstattes med daglig vask av berøringspunkter på pasientrom, bad, korridor og servicerom</li> <li>• Vask og WC må ha samme frekvens på vask som sykehusets prosedyrer for en sengeavdeling</li> <li>• Pasientrom og bad vaskes mellom hver pasient</li> <li>• Kjøleskap på pasientrom rengjøres mellom hver pasient</li> <li>• Laken, putetrekk og dynetrekk må skiftes mellom hver pasient (behøver ikke skiftes etter hotellets hyppighet, men vurderes skiftet ved behov)</li> <li>• Det skal benyttes en engangskladd med plastfilm som kastes etter hver pasient</li> <li>• Dyner og puter skal minimum til vask hver 14. dag</li> <li>• Ved behov for vask av madrastrekk må dette vaskes i</li> </ul>



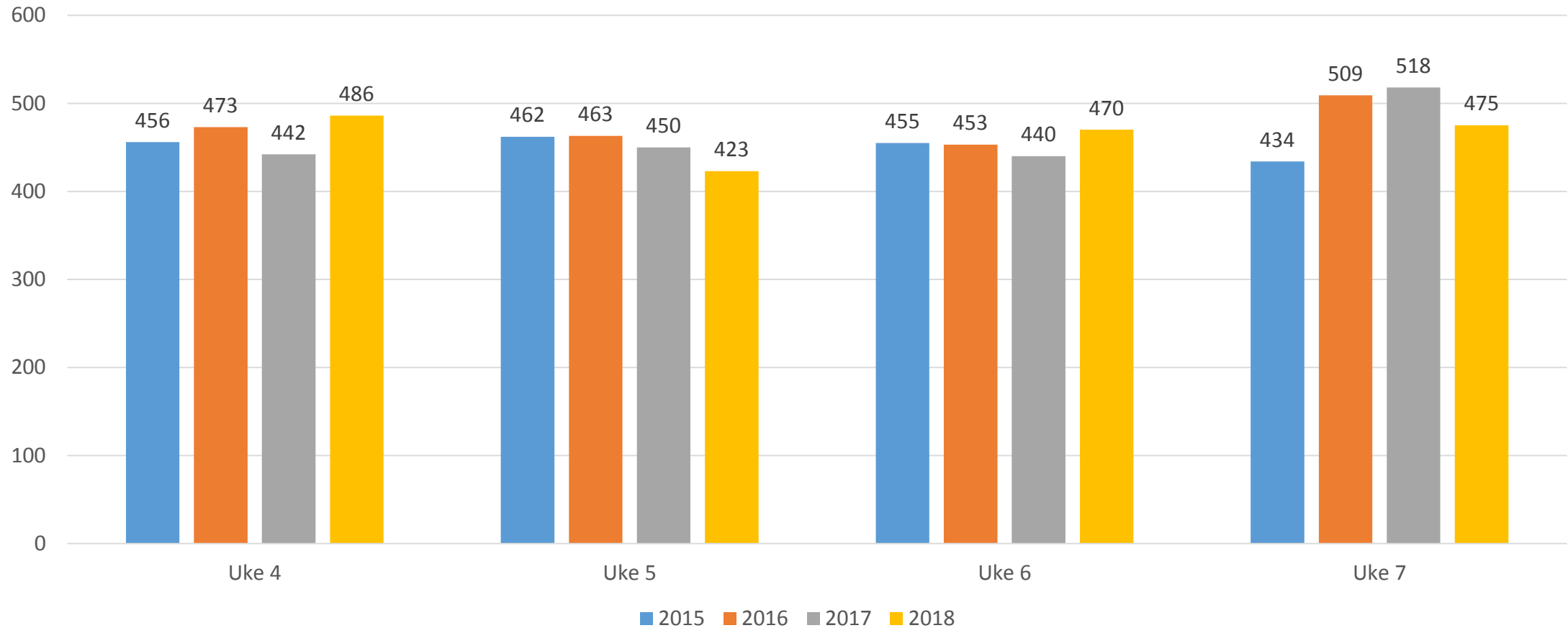
## Befaring Hotell St. Olav 10. januar 2018

		<p>hotellets eget vaskeri på minimum 60 grader</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det bør vurderes hva som skal gjøres hvis søl av blod- og kroppsvæsker i stoffstoler og sofaer</li><li>• Vask av traller for renholdspersonalet må følge sykehusets prosedyrer</li></ul>
--	--	---

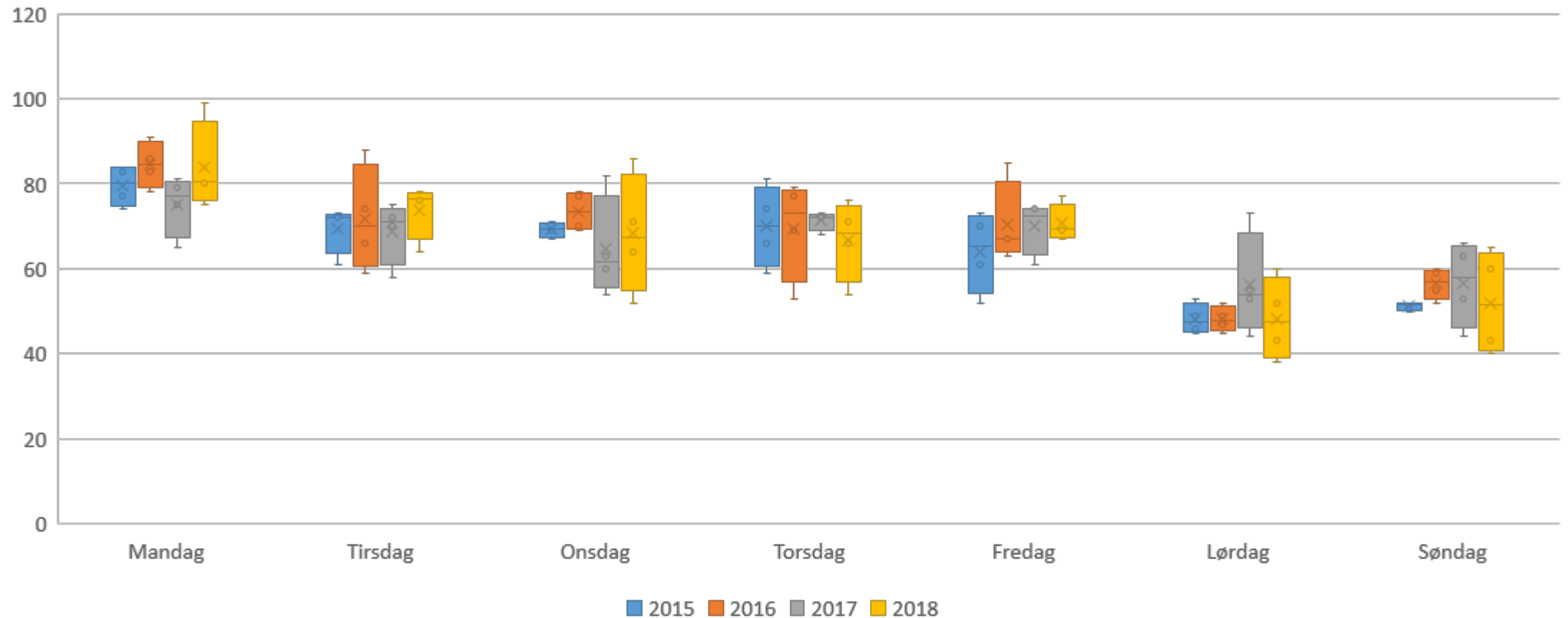
St Olavs hospital HF. 10.01.2018  
Seksjon for smittevern

Smittevernoverlege Andreas Radke  
Hygienesykepleier Jenny Aasland

# Antall pasienter henvist til akuttmottaket per uke mellom uke 4-7 2015-18



# Fordeling av antall pasienter henvist til akuttmottaket per ukedag i uke 4-7 2015-18



# Antall pasienter henvist til akuttmottaket uke 4-7 2015-18 fordelt etter akuttgruppe

