



# *”Prosjekt bedre utnyttelse av pasienthotellet og de samlede sengerressursene”*



*Anbefaling*

*”Det er i motbakke det går oppover”*



## Innholdsfortegnelse

<b>INNHALDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>2</b>
<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>3</b>
<b>2. PROSJEKTBEKRIVELSE OG MANDAT .....</b>	<b>3</b>
<b>3. OPPSUMMERING TILTAK OG ANBEFALINGER .....</b>	<b>5</b>
<b>4. NÅ-SITUASJONSBESKRIVELSE.....</b>	<b>8</b>
<b>5. PROSESS.....</b>	<b>8</b>
5.1 Pasienthotellet .....	9
5.2    Dagkirurgi .....	10
5.3    Barselhotellet.....	13
<b>6. RESULTATER .....</b>	<b>16</b>
6.1 Resultater fra kartlegging / pasientanalyse.....	16
6.2 Oppsummering av dialogmøter avdelingsvis.....	17
<b>7. HOTELLPOSTEN.....</b>	<b>19</b>
<b>9. PASIENTHOTELLET ST. SVITHUN HOTELL .....</b>	<b>20</b>
<b>8. GODKJENNING AV PASIENTHOTELLET .....</b>	<b>21</b>
<b>9. AVSLUTNING .....</b>	<b>22</b>
<b>10. VEDLEGG 1 RESULTAT AV PASIENTANALYSEN.....</b>	<b>FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.</b>
<b>11. VEDLEGG 2 REFERAT DIALOG MØTER.....</b>	<b>FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.</b>
<b>12. VEDLEGG 3 FORBEDRINGSOMRÅDER PASIENTHOTELLET – INNSPILL FRA AVDELINGENE.....</b>	<b>FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.</b>
<b>14. VEDLEGG 4 SLUTTRAPPORT ALTERNATIV ORGANISERING AV BARSELHOTELLET .FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.</b>	

## 1. Innledning

Helse Stavanger HF har over lang tid hatt stort press på sengekapasiteten og et høyt bruk av korridorsenger innen somatikk.

Det er iverksatt 3 hovedtiltak for å møte denne situasjonen og utvikle bedre tilgjengelighet og kvalitet på tilbudet. Det er:

- Etablere et nytt akuttmottak med fremskutt kompetanse med en observasjons- og behandlingsavdeling (MOBA)
- Øke dagbehandling/dagkirurgisk virksomhet
- Etablere et pasienthotell for pasienter som i stor grad kan klare daglige oppgaver selv

Nytt akuttmottak (MOBA) ble tatt i bruk 1. mai 2008. Det er i bruk 24 av de 48 sengeplassene. Erfaringene med MOBA-konseptet er så langt positive og det er viktig å videreutvikle dette.

Helse Stavanger har også gjennomført tiltak for å øke dagbehandling.

Pasienthotellet ble tatt i bruk i september 2006, men bruken av hotellet har frem til nå vært begrenset. Pasienthotellet er etablert som en OPS-løsning og eies og drives av private selskap. Sykehuset har rett til å bruke hotellet til en fast døgnpris.

Basert på erfaring med bruk av pasienthotell ved andre sykehus er det grunn til å anta at pasienthotellet kan nyttes i langt høyere grad og dermed avlaste de ordinære sengepostene og redusere bruken av korridor plasser.

Fokus i prosjektet vil være på pasienthotellet og samlet bruk av tilgjengelige senger.

Gjennom prosjektet skal det tilrettelegges for bedre utnyttelse av pasienthotellet og de samlede sengeressursene. Det skal også medvirke til at bruk av korridorsenger reduseres i tråd med de mål som er satt og føringer som er gitt, jf bl.a. styringsdokument 2008 til Helse Stavanger HF.

## 2. Prosjektbeskrivelse og mandat

En egen prosjektleder ble engasjert til oppdraget. Avdelingssjef Berit Karin Helland ved Dagkirurgisk senter, Akershus universitetssykehus ble engasjert som prosjektleder.

Prosjektleder skal utarbeide forslag til:

*”Bedre utnyttelse av pasienthotellet, St. Svithun hotell ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) og optimalisering av sengeressursene ved SUS.”*

Prosjektleder skal ha tilgang og prioritet ved behov for faglig støttefunksjoner fra SUS.

## Styringsgruppens sammensetning:

*Kst. administrerende direktør Sverre Uhlving, leder av styringsgruppen*  
*Stein Tore Nilsen, fagdirektør*  
*Nils B. Johannessen, divisjonsdirektør Kirurgisk divisjon*  
*Svein Skeie, kst. divisjonsdirektør Medisinsk divisjon*  
*Hans Tore Frydnes, divisjonsdirektør Medisinsk service divisjon*  
*Marit Sandve Myrland, økonomidirektør*  
*Maiken H. Jonassen, personaldirektør*  
*Emma Manin, divisjonsdirektør Intern service divisjon*  
*Odd Søreide, Helse Vest RHF*  
*Ingvill Skogseth, Helse Vest RHF*  
*Ane Monica Birkeland, TV Den norske jordmorforening*  
*Louise Good, VO*  
*Lillian Michalsen, Brukerutvalget*

## **Prosjektsekretariat**

Det ble etablert et prosjektsekretariat bestående av prosjektleder i 50 % stilling og prosjektmedarbeider i 50 % stilling.

## **Prosjektforankring**

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Helse Vest RHF og Helse Stavanger HF. Det vises her til eget referat fra møte mellom Helse Vest RHF og Helse Stavanger HF 08.10.08 (forslag 2).

## **Prosjektkostnader**

Prosjektleder og prosjektmedarbeider skulle engasjeres i 50 % stilling fra 3.11.2008 – 31.1.2009. Lønn og utgifter til prosjektleder dekkes av Helse Vest RHF og Helse Stavanger HF med en halvdel hver. Stillingsdel/timeramme avtales med prosjektleder. Deltakerne dekker ellers egne utgifter.

## **Rapportering**

Prosjektleder rapporterer til oppdragsgiver, administrerende direktør Helse Vest RHF.

## **Fremdrift**

Prosjektet hadde oppstart 3.11.2008. Prosjektmedarbeider ble tilsatt den 5.1.2009. Grunnet forhold internt i sykehuset og sykdom hos prosjektleder ble prosjektperioden utvidet. Frist for levering av prosjektrapporten ble satt til 11.mars 2009.

### 3. Oppsummering tiltak og anbefalinger

Med etablering av pasienthotellet St. Svithun Hotell ble Helse Stavanger HF tilført 137 ny sykehussenger. Pasienthotellet synes ikke integrert i sykehusets "fold". Hotellet representerer et større ubenyttet potensiale for SUS.

Her oppsummeres anbefalinger og forslagene til tiltak.

#### Stavanger Universitetssjukehus

Tiltak 1: Etablere en ny medisinsk sengepost. Foruten å få bedre kontroll over beleggssituasjonen for de medisinske pasientene gir tiltaket et incitament for avdelingene ved SUS til å benytte pasienthotellet.

Tiltak 2: Avdelingsvis / postvis tilpasning til pasienthotellet er et suksesskriterie for bruk av hotellet. Dette tiltaket vil kunne frigjøre ressurser. Bemanning av en ny medisinsk sengepost kan således kunne skje innenfor eksisterende rammer.

Tiltak 3: Hotellet organiseres i linjen i SUS i Intern service divisjonen. Basert på erfaring nasjonalt og i Skandinavia forøvrig har det vært knyttet mest suksess til denne løsningen. Hotellets behov for tjenester fra sykehuset vil erfaringsmessig være knyttet til Intern service divisjon. Dagen Driftsstyret opprettholdes, men representantene fra SUS blir divisjonsdirektøren i Intern service divisjon og hotellkontakten. Dette for å sikre beslutningsnivået i Driftsstyret. Divisjonsdirektøren inntar plass i Styringsgruppen og derved er kontakt etablert på toppledernivå i samtlige selskap.

Tiltak 4: Det opprettes en SUS "hotellkontakt" i en 100 % engasjement stilling. Vedkommende blir en ressurs både for SUS og hotellet. Det anbefales at stillingen lyses ledig begrenset til to år, og deretter en ny vurdering av stillingsbehovet. Rapportering skjer til divisjonsdirektør i Intern service divisjon. Tiltakene og anbefalingene i sluttrapporten vil kunne danne grunnlaget for de oppgaver som skal ivaretas av hotellkontakten. Hotellkontakten deltar i Driftsstyrets møter.

Tiltak 5: Intranett booking forbedres og forenkles i tråd med tilbakemeldinger fra brukerne: Alt informasjon fylles ut i et skjerm bilde og med automatisk kvittering når bestillingen sendes.

Tiltak 6: Fakturaflyt. Ansvar for kvalitetssikring av hotellfakturaene tilligger brukeravdelingen. Denne oppgaven løftes til Økonomiavdeling.

Tiltak 7: Godkjenning av pasienthotellet ved Stavanger Universitetssjukehus er lagt frem for Helse og omsorgsdepartement (HOD). Svar fra HOD sendes administrerende direktør Ingar Pettersen, Helse Stavanger HF.

Tiltak 8: Postene etablerer kontaktansvarlig (eks: vakthavende lege, ansvarshavende sykepleier på vakt) ved henvendelser fra hotellet til postene etter ordinær arbeidstid. Oversikter oppbevares i resepsjonen.

Tiltak 9: Etablering av en følgetjeneste eller transporttjeneste til og fra behandlende avdeling og pasienthotellet. Dette behovet kom til uttrykk hovedsaklig i dialogmøtene med avdelingene og delvis gjennom kartleggingen. Portørtjenesten utfører i dag ikke denne oppgaven for hotellpasientene.

Med dette tiltaket vil flere pasienter kunne bli hotellpasienter. Det bemerkes at Akershus universitetssykehus har etablert en pasientvert løsning etter modell fra Haraldsplass diakonale sykehus. Pasientverten er gjerne en tidligere pasient, pårørende eller ansatt som frivillig gjør en innsats med følgetjenester og hjelpetjeneste for sykehusets pasienter. Tiltaket er organisert i sykehuset og pasientvertene er gjenkjennbar med egnet bekledding og navneskilt.

## Pasienthotellet St. Svithun hotell

Tiltak 1: Etablere regelmessige, gjerne månedlige møter i nytt Driftsstyret som beskrevet over.

Tiltak 2: Utvide fristen for romgaranti til kl.14.00 for et begrenset antall rom.

Tiltak 3: Utarbeide nye avviksmeldinger. Avvik registreres fortløpende.

Månedlige avviksoversikter, også registrerte pasientrelaterte avvik herunder overføring av pasient fra hotell til sykehus. Dette kan brukes som et styringsverktøy for å øke bruk av hotellet og å gi stadig nye pasienter tilbud om hotellet samt avdekke forbedringsområder. Oversiktene gjennomgås i Driftsstyret.

Tiltak 4: Fokus på å integrere hotellet i SUS folden.

- Proaktiv holdning i resepsjonen mot avdelingen: Kontakte postene /avdelingene med oppfordring til bruk av hotellet.
- Postene etablerer hotellansvarlig ved hver avdeling ved henvendelser til avd. etter ordinær arbeidstid. Oversikter oppbevares i resepsjonen.
- Kommunikasjonslinjen fra hotellets pasienter går via resepsjon til avdelingene.
- Akutt situasjon i hotellet – årlig virksomhetstesting. Anskaffelse av defibrillator vurderes.
- Vurdere formalisering av samarbeid med natt jordmor på Barselhotellet og sykepleier i resepsjonen ved akutt situasjoner på natt for å sikre og optimalisere tryggheten for samtlige pasientgrupper i hotellet.
- Utarbeide en kommunikasjonsplan - målgruppe sykehuset
  - Faste avdelingsvise kundemøter
  - Årlige kundetilfredshetskartlegginger, det vil si sykehusets avdelinger
  - Hotell nyheter på intranett og i ”på pulsen”
- Pasienthotellet må få intranett tilgang i resepsjonen

Tiltak 5: Infeksjonskontrollprogram for hotellet.

- Retningslinjer for smitte i hotellet utarbeides.
- Retningslinjer for sprøytetikk.

Tiltak 6: Vurdere økonomisk og totalgevinsten ved sammenslåing av enkeltrom til dobbeltrom for å skape større fleksibilitet i tilbudet til pasienten.

Tiltak 7: Utarbeide ny brosjyre som fremhever hotellets tilknytning til sykehuset og med fokus på trygghet i hotellet. Denne vedlegges pasientens innkallingsbrev. Forslag til brosjyre er utarbeidet av Elin B. Grinde, St. Svithun Hotell og prosjektets medarbeider Eli Rostrup. Saken er forelagt Driftsstyret til behandling.

Tiltak 8: Omvisninger i pasienthotellet for sykehusets pasienter.

Tiltak 9: Forbedringer i Barselhotell konseptet er omtalt i Sluttrapporten for Barselhotellet.

Tiltak 10: Et pasientvennlig hotell. Trivselstiltak:

- Samarbeid Kreftsomsorg i Rogaland (KOR)
  - Ukentlig fra kl.12-15 tilbud til kreftpasientene i hotellet
  - Opplevelsestilbud
- Samarbeid med Rogaland teater rimelige billetter for hotellpasienten
- Stavanger bibliotek – bibliotek krok for hotellpasientene
- Mat - tema uker i restauranten. Eksempel: Italiensk uke
- Grillfest på terrassen for hotellpasientene
- På årsdagen for hotellet - årlig 4. september fest for alle
- ”Ukeslutt” endring av mat tilbudet på fredager vurderes
- ”Afternoon tea” på lørdager
- Dagens aviser tilgjengelig i restauranten
- Samarbeid med prestetjenesten og psykiatrisk klinikk om formidling av kulturtilbud, konserter og kino
- Ortopediske barn får bamse ved hjemreise
- Langtidspasienter (eks. strålepasienter) får håndskrevet hilsen ved hjemreise
- Etablere kontakt med Odd Fellow med tilbud om turfølge i nrområdet for hotellpasienten

Endel tiltak er effektivt. Tiltakene er ikke uttømmende. Det vises til vedlegg 3 Forbedringsområder pasienthotell og vedlegg 4 Alternativ organisering av Barselhotellet.

## Dagkirurgi

Tiltak 1: I påvente av en evt. ny dagkirurgisk avdeling og med forankring i de beskrevne suksesskriteriene for en dagkirurgisk virksomhet, er det grunn til å vurdere en fremskynding av aktuelle tiltak for å sikre en optimal drift allerede i eksisterende lokaliteter:

- Egen administrativ enhet med egen ledelse
- Egne lokaler, fysisk atskilt fra den øvrige operative virksomheten.
- Egne pre- og postoperative fasiliteter
- Egne operasjonsstuer
- Eget utstyr
- Egen administrator som koordinerer den daglige driften
- Eget operasjons- og anestesipersonale

#### 4. Nå-situasjonsbeskrivelse

Stavanger Universitetssjukehus har i en årrekke hatt utfordringer forbundet med overbelegg, korridorpasienter og uteliggere. Pasienthotellet som ble tatt i bruk i september 2006 har i liten grad bidratt til eller hatt den forventet effekten på overbelegget.

Hotellet synes ikke integrert som en del av pasientens behandlingsskjede.

Pasienthotellet er en sykehusavdeling på laveste omsorgsnivå. Her kan den rette pasienten når som helst i behandlingsforløpet få hele eller deler av sitt opphold. I dialogmøtene med avdelingene påpekes det at hotellet har fremstått som "vel mye hotell og lite som sykehus".

Forutsigbarhet i postens drift med planlegging og tilrettelegging for egne pasienter i egen avdeling/post synes er en utfordring med dagens overbelegg. Når posten planlegger og tilrettelegger for påfølgende dags elektive listepasienter og opplever neste morgen at både disse sengene og korridoren er fylt med medisinske pasienter oppleves hverdagen som uforutsigbar. Avdelingen kan i liten grad påvirke og føler selv at de ikke har styring med belegget i egen avdeling. Dersom grenspesialitetens sengepost overfører egne pasienter til hotellet blir "belønningen" at sengene fylles med medisinske pasienter og gjerne med pleiemessige og komplekse medisinske utfordringer. Dette gir ikke et incitament til å benytte pasienthotellet.

Det tilligger pasientflyt koordinatorene å optimalisere sengerressursene i divisjonene for å redusere korridorpasienter til et minimum.

#### 5. Prosess

Prosjektgjennomføringen har i all hovedsak gått etter planen. Avdelingene har bidratt med godt samarbeid for gjennomføring av prosjektet på tross av store utfordringer i sykehuset. Det anmerkes at SUS i desember og januar har hatt et betydelig overbelegg av medisinske pasienter, og videre har overgangen fra iMx til DIPS like forut for prosjektoppstart vært krevende for de ansatte.

Prosjektet har hatt et 3-delt fokus:

- Pasienthotellet
- Barselhotellet
- Dagkirurgi

Prosessene rundt pasienthotell og dagkirurgi har vært delvis samkjørt, mens Barselhotellet har vært en egen prosess.



## 5.1 Pasienthotellet

Prosessen har inneholdt følgende elementer:

- Avlæring, opplæring og bidra til holdningsendring.
- Kartlegging av samtlige inneliggende pasienter over 2 dager
- Dialogmøter med alle seksjoner og avdelinger for gjennomgang av resultat av kartlegging, diskusjon omkring avdelingenes utfordringer og hvilke muligheter pasienthotellet representerer for avdelingen. Hvilke forutsetninger må være tilstede for at seksjonens pasienter skal kunne bli hotellpasienter?

### 5.1.1 Avlæring /opplæring / holdningsarbeid / muligheter

Det er gjennomført en rekke informasjonsrunder og møter for avdelingsledere, seksjonsledere og andre sentrale medarbeidere i medisinsk og kirurgisk divisjon og sammen med kst. administrerende direktør, for legene på deres ukentlige fagmøte i auditoriet – ”Fredagsmøtet”.

Hovedinnhold i presentasjonen har vært følgende:

- Hva er et pasienthotell?
  - En godkjent sykehusavdeling
  - Et alternativ til sykehussengen
  - Et ledd i pasientens behandlingsskjede som kan benyttes når som helst i behandlingsforløpet
  - En mulighet for pasienten til å velge
  - Et kvalitetsmessig bedre botilbud til den rette pasient
  - En mulighet for å løse noen utfordringer i avdelingen
- Pasienthotell som alternativ til sykehussengen
  - Når som helst i behandlingsforløpet
  - Diagnose ikke et relevant kriterium
  - Avgjørende er:
    1. Pasientens funksjonsnivå
      - ivareta personlig hygiene
      - gå til og fra behandlende avdeling
      - egen medisinerings
      - spise i restauranten
    2. Pasientens pleie- og omsorgsbehov, observasjonsbehov og behandlingsintensitet
- Informasjon om pasientkartleggingen den 16. og 18. desember 2008.

### 5.1.2 Kartlegging / pasientanalyse over 2 dager

Orientering om og gjennomgang av pasientregistreringen ble gjort i informasjonsrunden / møtene med avdelingsledelsen.. Selve registreringen ble foretatt over 2 dager – den 16. og den 18.12.2008. Registreringen foregikk på eget skjema i papirform (se vedlegg), og alle inneliggende pasienter i avdelingen skulle kartlegges med tanke på forhold knyttet til mulig bruk av pasienthotell. De viktigste forhold som ble kartlagt i forhold til pasienthotell var:

- 1) Pasientens brukerstatus
  - a) Klar bruker for pasienthotellet
  - b) Mulig bruker
  - c) Uaktuell bruker
- 2) Årsak til usikkerhet (hvis mulig bruker)
- 3) Vil pasienten evt. ha behov for en form for hjelp på pasienthotellet
- 4) Pasientens behandlingstilbud under oppholdet på pasienthotellet
- 5) Utfyllende kommentarer

Det rettes en hjertelig takk til kst. divisjonsdirektør Svein Skeie, Medisinsk divisjon for bistand i utarbeidelse av kartleggingsverktøyet.

### **5.1.3 Dialogmøter med avdelingene**

Da resultatene fra kartleggingen forelå ble det i slutten av januar og begynnelsen av februar gjennomført dialogmøter på seksjonsnivå i alle avdelinger. Målgruppen her var primært den enkelte seksjons avdelingssykepleiere og overleger. Også avdelingens toppledelse har deltatt i en del av møtene, samt en representant fra pasienthotellet. Kartleggingen dannet grunnlag for dialogen. Det ble fokusert på tilpasninger i hotellkonseptet, ”infrastruktur” rundt hotellpasienten og incitament til økt bruk av hotellet.

Møtene har hatt en felles struktur:

- Kort avdelingsbeskrivelse
- Presentasjon av resultat fra kartleggingen
- Avdelingens utfordringer
- Diskusjon
- Forutsetninger for bruk av hotellet
- Pasienthotellet – tilpasninger og forbedringsområder
- Veien videre og konklusjon

Dialogmøtene har i stor grad vært preget av åpenhet, tillit og engasjement. Avdelingens utfordringer i hverdagen er godt beskrevet og det har vært til dels fokus på konstruktive løsninger for å øke hotellbruken.

Referat ble skrevet fra samtlige møter. Disse ble sendt til alle møtedeltagerne ved den respektive seksjon eller avdeling med frist til å kommentere, presisere eller justere referatets innhold. Den endelige versjon ble deretter sendt til samtlige.

## **5.2 Dagkirurgi**

Følgende tekst i prosjektbeskrivelsen bidrar også til fokus på dagkirurgi i prosjektet:

*”Fokus i prosjektet vil være på pasienthotellet og samlet bruk av tilgjengelige senger.*

*Gjennom prosjektet skal det tilrettelegges for bedre utnyttelse av pasienthotellet og de samlede sengerressursene. Det skal også medvirke til at bruk av korridorsenger reduseres i tråd med de mål som er satt og føringer som er gitt, jf bl.a. styringsdokument 2008 til Helse Stavanger HF.”*

En sentral forutsetning for bedre utnyttelse av de samlede sengeressursene er konvertering av inneliggende opphold til dagkirurgi. En omstilling av pasientbehandlingen fra innleggelse i tradisjonell sengepost til dagkirurgi og med mulighet for bruk av pasienthotellet står sentralt.

”Sammedagskirurgi” for elektive pasienter til innleggelse omtales ikke i rapporten, men det er grunn til å anta at tiltaket vil kunne spare en del liggedøgn.

### **Nå-situasjons beskrivelse:**

Den dagkirurgiske aktiviteten ved SUS er ikke samlokalisert og foregår ved ulike steder, Sentraloperasjonsavdeling (SOP), Dagkirurgi avdeling beliggende like ved hovedinngangen og Øyeavdelingen i Hillevåg og ved Hudavdelingen i Bekkefaret.

Virksomheten som her omtales er Dagkirurgi avdeling lokalisert ved hovedinngangen. Avdelingen server fagområdene ortopedi og generell kirurgi som omfatter urologi, kar/thorax, gastro og endokrin. Hver tirsdag og torsdag er det barnedager. Medarbeidere i avdelingen er dedikert til det dagkirurgiske konseptet. Sykepleielederne er opptatt av en prioritering av det dagkirurgiske tilbudet ved SUS.

Avdelingen har totalt 4 operasjonsstuer, 3 operasjonsstuer med en smal utforming og som setter begrensninger for aktiviteten og 1 nyetablert stue med en mer moderne utforming. Denne er i bruk, men det gjenstår montering av hensiktsmessige skap før den er ferdigstilt.

Utfordringene er flere:

- Stuenes størrelse og fysiske utforming setter begrensninger for aktiviteten
- Postoperativ enheten er en flaskehals med sine 8 plasser
- Avhengighetsforhold:
  - Fragmentert virksomhet med flere avdelinger som eier personalressursene
  - Forskjellig oppstartstid hos personale
  - Legelistene tilgjengelig så tidlig som mulig
  - Felles oppstart knivtid?
- Uklar lederstruktur – ingen felles leder.
- Ingen teknikere. Operasjonssykepleiere bestiller selv all forbruksartikler, utfører renhold av instrumenter, mv
- Anestesisykepleiere benyttes til postoperativ overvåkning (PO). Det er ikke tilsatt autoriserte sykepleiere eller intensivsykepleiere ved PO på dagkirurgisk avdeling.
- De dagkirurgiske prosedyrer utformes av SOP
- Vernerundene tilhører hhv Anestesiavdelingen og SOP
- Stuefordelingen er basert på tradisjon

### **Anbefalinger for å optimalisere en dagkirurgisk virksomhet**

Retningslinjer utarbeidet av det britiske helsedepartementet (Day Surgery: Operational guide. Department of Health, Great Britain 2002) samt anbefalinger både nasjonalt og internasjonalt bør legges til grunn ved etablering av en ny dagkirurgisk enhet ved SUS.

Elementer som anses som suksesskriterier for å få den dagkirurgiske virksomheten til å fungere optimalt er:

- Egen administrativ enhet med egen ledelse
- Egne lokaler, fysisk atskilt fra den øvrige operative virksomheten.
- Egne pre- og postoperative fasiliteter
- Egne operasjonsstuer
- Eget utstyr
- Egen administrator som koordinerer den daglige driften
- Eget operasjons- og anestesipersonale

Den dagkirurgisk virksomheten bør ikke være en konkurrent til den øvrige operative virksomheten, men en komplementær enhet. Skille mellom dag- og inneliggende pasienter legger til rette for konsentrert og effektivt drift. Erfaringsmessig vil samlokalisering av de dagkirurgiske aktivitetene kunne gi en ressursmessig gevinst.

Fordelen av egne lokaler, fysisk atskilt fra den øvrige operative virksomheten bør ikke undervurderes. Elektiv virksomhet blir taperen i konkurranse med øyeblikkelig hjelp. Det blir følgelig enkelt å forsvare å stryke den elektive virksomheten. Dette til stor frustrasjon for den dagkirurgiske pasienten som har forberedt seg på operasjon, pårørende som har tatt fri fra arbeid for å følge pasienten og sykepleierne og legene som ikke får operert sine pasienter den aktuelle dagen. Omdømmesvekkelse ved stryking av pasienter bør heller ikke undervurderes.

I påvente av en evt. ny dagkirurgisk avdeling og med forankring i de beskrevne suksesskriteriene for en dagkirurgisk virksomhet, er det grunn til å vurdere en fremskynding av noen tiltak for å sikre en optimal drift i eksisterende lokaliteter. Alle tiltak en gjennomfører i eksisterende lokaliteter bør ha overføringsverdi til en fremtidig ny Dagkirurgisk avdeling ved SUS. Alt som kan innøves forut for en omorganisering er verdifullt. Akershus universitetssykehus HF har god erfaring på dette området, også med dagkirurgi.

Det er etablert et prosjekt med fokus på et fremtidig dagkirurgisk tilbud ved SUS. Prosjektet skal levere sin sluttrapport ca. sommeren 2009. Kapasitetsproblemer ved SUS bidrar til at pasientens fastlege henviser pasienter for operative inngrep til institusjoner utenfor Helse Stavanger. Ventetidene på SUS blir for lange for spesielt gynekologiske og ortopediske lidelser.

### **Prosesen**

Prosesen rundt dagkirurgi har gått parallelt med pasienthotellprosessen.

I kartleggingen / pasientanalysen var egne spørsmål knyttet til dagkirurgi.

Eksempler på dette er

- 1) Dersom pasienten skal opereres vil operasjonen kunne finne sted i en dagkirurgisk enhet?
- 2) Dersom ja – vil pasienten da etterpå utskrives til hjemmet, overflyttes til avdeling eller få tilbud om overnatting på et tilrettelagt pasienthotell?

Kartleggingen viste at 9-15 % av de inneliggende pasientene på de aktuelle dagene kunne bli operert dagkirurgisk. Tallene er relativt representative for det som er fremkommet i prosjektet "Fra døgn til dag".

Konvertering fra inneliggende til dagkirurgi er et element i optimalisering av sengerressursene ved SUS. Nedenfor foreslås en metodisk tilnærming i saken konvertering.

## Konvertering - metodisk tilnærming



### 5.3 Barselhotellet

Basert på erfaringer fra andre barselhotell konsepter i Norge og Skandinavia besluttet ledelsen ved Kvinneklinikken å nedsette en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å fremme forslag til alternativ organisering av Barselhotellet med fokus på optimalisering av ressursene og synergieffekter. Prosjektleder Berit Karin Helland ble leder av arbeidsgruppen.

Ved åpning av St. Svithun Hotell i september 2006 ble en barselsengepost flyttet til pasienthotellet med tradisjonell barselbemanning.

Kvinne-barneklubben har en økonomisk utfordring. Klubben brukte i 2008 ca. 20 årsverk mer enn budsjettet, i størrelsesorden ca. 10 millioner kroner. De økonomiske rammebetingelsene for budsjettåret 2009 tilsvarer 2008 budsjettet.

#### Mandat

*"Utrede alternativ organisering av Barselhotell tilbudet. Dette inkluderer bl.a. aktiviteter, personal, areal og utstyr. En optimalisering av ressursene og fokus på synergier er en forutsetning."*

Med bakgrunn i utfordringene i mandatet anbefales følgende:

#### Alternativ 1

- I tråd med filosofien i Fødeblomsten etableres:
  - Barselhotellet etableres som en **grønnpost**, det vil si ”friskpost”  
Her vil friske mødre med friske nyfødte få sitt barseltilbud
  - Barselposten 7G **rød post** = ren patologipost.
  - Barselpost 7H = **gul/rød post** inkl. Fødeloftet
- Barselhotellet blir jordmordrevet
- Seleksjonskriterier for barselkvinner og barn som får tilbud om Barselhotellet justeres for å tilpasse tilbudet til en grønnpost
- Utreise 3 dag, minimum 60 timer (Føllingsprøve tas før hjemreise)
- Pasienterfaringskartlegging benyttes som styringsverktøy i Barselhotellet
- Økt fokus på serviceholdningen som preger en hotellpost
- Farget bekledningen for medarbeiderne i Barselhotellet
- Medarbeidertilfredshetskartlegging anbefales

#### Forutsetninger i alternativ 1

Fødeloftet er innlemmet i Barselpost 7H. Det består av 3 kombinertenheter med fødestue og barselrom / familierom. Tilbudet har en ABC enhet profil og ca. 500 fødsler årlig.

##### 1. Fødeloftet omgjøres til et lavterskel fødetilbud.

- 1200 kvinner årlig vil kunne føde i disse funksjonelle og oppgraderte fødestuene og få sin barseltilbud i Barselhotellet
- Kapasiteten utvides med 700 kvinner
- Areal i Fødeavdelingen vil på denne måten kunne frigis

Fødekapasitet i Kvinneklinikken utgjør totalt 13 fødestuer fordelt på 4600 fødsler:

- Fødeavdelingen 10 fødestuer, en benyttes til kontor idag
- 7H Fødeloftet med 3 kombinert føde/barselstuer

##### 2. Omrokeringer.

- Fødeavdelingen: 3 av 10 fødestuer omgjøres til 5 observasjonssenger.  
Pasientrom har prioritet foran kontor. Byggmessig tilpasninger må utarbeides og kostnadsberegnes.
- 7G's 5 observasjonssenger går til fødeavdelingen.
- 7G øker således fra 10 til 15 barselsenger.
- 7H øker inkluderer Fødeloftets 3 barsel plasser i total tilbudet til barselkvinnene, totalt 11 plasser.

Totalt antall barsel plasser vil kunne bli 48 med 26 plasser i sykehuset og 22 i Barselhotellet med mulighet for å utvide til 24. Dette vil kunne gi en fleksibilitet på inntil 50 barsel plasser ved høy aktivitet.

Med 4600 fødsler årlig er det grunn til å anta at 10 fødestuer og 48 (50) barsel plasser vil kunne dekke Kvinneklinikken's behov for senger for sine barselkvinner og deres nyfødte, se vedlegg 3 Sammenligning av barsel plasser.

Alternativ 2 omfatter følgende forhold:

- Dagens overflytningskriterier for barselkvinnene og deres nyfødte følges.
- Kvinner som føder på Fødeloftet 7H flyttes over til 7I etter fødselen.
- Liggetiden er 3 dager.
- Tilbudet utvides fra 24 til å innbefatte 30 rom i pasienthotellet for barselkvinner og deres nyfødte.
- De 6 ekstra rommene er doble rom med muligheter for pårørende til å overnatte.
- Ønskelig med flest mulig doble rom
- Dagens bemanning bestående av både jordmødre, postsekretær og barnepleiere, til sammen 28,06 årsverk beholdes.

Gruppens leverte en sluttrapport med dissens.

*Alternativ 1* omfatter en differensiering av barselpostene, jfr. filosofien som ligger til grunn i Fødeblomsten. Fem av gruppens åtte medlemmer valgte alternativ 1.

*Alternativ 2* representerer ingen endring i differensieringen. Barselhotellet tre representanter var omforent om alternativ 2.

Oversikt årsverk	Barselhotellet Status pr dato 24 rom	<u>Alternativ 1</u> Fødeblomstens grønn/friskpost 22 rom (inntil 24)	<u>Alternativ 2</u> 30 rom
Jordmødre	11,3 årsverk	<b>11 årsverk</b>	11,3 årsverk
Postsekretær	1	<b>1</b>	1
Barnepleier	15,76	<b>0</b>	15,76
<b>Til sammen</b>	<b>28,06</b>	<b>12</b>	<b>28,06</b>
<b>Handlingsrom</b>		<b>16,06 årsverk</b>	0 årsverk

Slik det fremgår i tabellen over vil Kvinneklikkens ledelse få et handlingsrom bestående av 16,06 årsverk ved differensiering slik som forankret i Fødeblomsten som også var førende fra klinikkdirektøren. Alternativ 1 vil således kunne bidra til at Kvinneklinikken kan møte de økonomiske utfordringene i 2009 med større handlingsrom.

Sluttrapporten er overlevert klinikkdirektør Sissel Moe Lichtenberg for videre behandling i Kvinneklinikken, se vedlegg 4 Sluttrapport alternativ organisering av Barselhotellet.

## 6. Resultater

Presentasjonen av resultatene er todelt:

- 1) Resultatene fra kartleggingen
- 2) Oppsummering av dialogmøtene avdelingsvis

### 6.1 Resultater fra kartlegging / pasientanalyse

Resultatene presenteres i sin helhet i vedlegg.

Prosjektet har hatt hjelp av statistiker ved SUS som har lagt inn svarene fra kartleggingen i en egen database, og deretter trukket ut resultatene. Det bemerkes at svarprosenten var meget høy – kun noen få poster mangler. Kartleggingen var relativt omfattende. Kartleggingen tar SUS ”på pulsen” disse 2 dagene. Resultatene tegner et bilde på muligheter for bruk av pasienthotell og dagkirurgi og som prosjektet mener er representativt. Det bemerkes at det i de medisinske sengeposter var et betydelig overbelegg de aktuelle dager. Kartlegginger ble gjennomført 16. og 18. desember 2008.

Kartleggingen viser følgende:

1. Klare/mulige brukere
2. Om mulig bruker hva er årsaken til usikkerhet?
3. Vil pasienten ha behov for hjelp i hotellet?
4. Pasientens behandlingstilbud under oppholdet på pasienthotellet?
5. Kommentarer
6. Dersom pasienten skal opereres vil inngrepet kunne finne sted i dagkirurgisk enhet?
  - dersom ja, vil pasienten etter operasjonen kunne:
    - utskrives til hjemmet
    - overføres sengepost
    - tilbud om overnatting på et tilrettelagt pasienthotell før utskrivning

Resultatet etter kartleggingen er representativ. Den viser at ca. 20 av pasientene kan bruke pasienthotellet. Resultatet inkluderer både klare og mulige pasienter, det vil si de som trenger noe bistand. Bistand bisto i hovedsak av noe hjelp til medisinerings.

I de kirurgiske og ortopediske postene var de så vidt påbegynt nedtrapping av elektiv aktivitet før juleferien.

#### **Resultater fra noen sentrale spørsmål:**

##### Klare og mulige brukere av pasienthotellet:

Totalt ble det kartlagt 453 pasienter dag 1 og 490 pasienter dag 2.

Summen av andel klare og mulige brukere av pasienthotellet er 87 (19% av antall registrerte pasienter) dag 1, og 105 (21% av antall registrerte) dag 2.

Tallene inkluderer barselhotellets 16/18 brukere.

Det er som forventet flest klare / mulige brukere innen de kirurgiske fagområdene.

##### Årsaker til usikkerhet rundt mulige brukere:

”Usikker medisinsk situasjon” oppgis som den enkeltfaktor som begrenser bruk av hotell mest. Også ”smertelindring” og ”engstelig/urolig” er en hyppig oppgitt årsak.



### Behov for hjelp på pasienthotellet:

”Hjelp til medisinerings” oppgis hyppigst som svar på hvilken type hjelp pasienter som er mulige brukere evt. vil ha behov for på pasienthotellet. Også ”oppmerksomhet/omsorg” scorer høyt.

For utfyllende oversikt og detaljer se vedlegg

## **6.2 Oppsummering av dialogmøter avdelingsvis**

Møtene er gjennomført på seksjonsnivå, men hovedpunktene oppsummeres her for den enkelte klinikk / fagområde. Referatene vedlegges rapporten i sin helhet.

### **Barneklubben:**

Barneavdelinger er naturlig nok ikke noen storforbrukere av pasienthotell. Registreringen viser en klar og 2 mulige brukere – et lavt tall som forventet. Avdelingene har totalt 52 senger for barn samt 37 senger for pårørende. De ser ikke noe stort potensial for økt bruk av hotellet. Foreldre til barn på intensiv kan bruke det, likeledes barn + pårørende natten før operasjon/undersøkelse. Utvidet bookingtid til kl.14 eller 15 vil være en fordel for avdelingen.

### **Kvinneklubben:**

Kvinneklubben omtales i eget punkt under Barselhotellet. Se også vedlegg, Kvinneklubben alternativ organisering av Barselhotellet, anbefaling fra arbeidsgruppen.

### **ØNH / Plast / Øye:**

Posten har 22 senger fordelt mellom de tre fagområdene. Liggetiden var i 2008 1,7. Avdelingen har høy poliklinisk og dagkirurgisk aktivitet. Registreringen viser ingen klare brukere, men totalt 4 mulige brukere av pasienthotellet. ”Usikker medisinsk situasjon” oppgis som årsak til at disse ikke var klare brukere. Flere av avdelingens leger er vant med og motivert for bruk av pasienthotell, men de har forstått det slik at ”St. Svithun ikke var interessert i pasienter”. Avdelingen har et potensiale for økt bruk av hotell eksempelvis for håndskadepasienter, søvnregistrering, tonsillektomier (barn + foreldre). De har også tidvis behov for ”observasjon etter dagkirurgi”, og kunne brukt hotell til dette om finansieringsordning / jus var tilrettelagt. Avdelingen etterlyser bedre informasjon / klarere retningslinjer for hvordan HOP skal brukes. De mener at om pleierne på HOP kunne sirkulere i hotellet og gjøre enkle tilrettelegginger for pasienter som trengte det, ville flere kunnet bruke hotellet.

### **Nevrokirurgi:**

Avdelingen har 4 intermediærsenger, men på det meste 12 pasienter. De bruker hotellet aktivt både pre- og postoperativt. Registreringen viser at de totalt hadde 9 klare brukere og 2 mulige fordelt på de 2 dagene. Det vil lette bruk av hotell dersom det var mulig å booke samtidig som en satte opp operasjonsprogram + at bookingtiden ble utvidet fra kl.12.00 til kl.14.00 samme dag. Videre ville en pasientvert / følgetjeneste gjort det enklere for dem. For øvrig bemerkes at ved økt bruk av mikrokirurgi (eks. til prolapsinngrep) ville en øke andel dagkirurgi / evt. bruk av hotell. Dette krever imidlertid utstyrsinvestering.

### **Nevrologi:**

Nevrologisk avdeling 6D har 14 senger. Vanlige nevrologiske diagnoser som tumor cerebri, MC, epilepsi, ALS. Mye pleietrengende pasienter – innlagt fra sykehjem eller hjem. Avdelingen har ikke dagbehandling.

Avdelingen har registrert 3 mulige brukere på hver av de 3 dagene. Avdelingen angir ulike grunner for at disse er mulige og ikke klare brukere -hyppigste årsak er ”medisinsk overvåking”.

Avd. har utfordringer med overbelegget som i snitt anslås til å være 4-5 korridorpasienter.

Erfaringsmessig benytter Nevrologiske enheter pasienthotell i større utstrekning, men da gjerne i forbindelse med dagsenter / treningsopphold. Dette er ikke et tilbud vi har ved SUS. Nevrologiske pasienter her er ganske syke, noen er redusert mentalt, og de har vansker med å orientere seg selv. Å finne fram og administrere seg selv i en hotellsituasjon synes derfor umulig for disse.

Avdelingen bruker imidlertid hotellet til noen pasienter, og har god erfaring med dette. De tenker imidlertid ikke bruk av hotell før avdelingen er full. Hotellpasientene kommer på toppen av de pasientene de allerede har i avdelingen, og det blir flere å ha ansvar for. I tillegg er det ikke et godt incentiv til bruk av hotell når ledige senger fylles opp med medisinske pasienter.

### **MOBA/OBA:**

OBA er SUS sin nye observasjons- og behandlingsenhet med 24 senger. Max liggetid er 3 dager, snitt liggetid er 1 ½ døgn. OBA registrerte henholdsvis 2 og 3 mulige brukere til hotell de to registreringsdagene. Potensielle brukere er pasienter som kunne vært skrevet ut, men som bor for langt borte fra sykehuset og må bli over natten. For øvrig kan ”spreke” ortopediske pasienter som må vente på behandling neste dag overflyttes til hotell. OBA har fram til nå ikke vært registrert som egen avdeling i DIPS – noe som har gitt utydelige ansvarsforhold ved evt. overflytting av pasient til hotell fra OBA. Dette er nå ordnet. Avdelingen bemerker for øvrig at trygghet for pasienten er viktig, og at de i den sammenheng opplever hotellet som ”for mye hotell og for lite sykehus”.

### **Kirurgisk avdeling:**

Det er gjennomført dialogmøter med de enkelte seksjoner i kirurgisk avdeling (gastro, kar/thorax senger, urologi, endokrinologi). Avdelingen har totalt 95 senger. Økende andel dagkirugi og poliklinisk behandling de seinere år. På mange av postene rapporteres om flere eldre og økt pleietyngde. Kirurgiske avdelinger har tradisjonelt et stort potensiale for bruk av pasienthotell. Registreringen gjort ved SUS viser også dette. I sum har de ulike seksjonene registrert 15 klare brukere og 7 mulige brukere dag 1, og 10 klare og 4 mulige brukere dag 2. I dialogmøtene med seksjonene synes det å være 2 hovedgrunner til at hotellet ikke tas mer i bruk:

- 1) Hotellet / SUS har ikke tilrettelagt for optimal bruk av pasienthotellet (bl.a. ønske om noe bemanning knytta til hotell, forbud mot hvite klær)
- 2) Kirurgiske poster får inn medisinske overbeleggpasienter om de har ledige senger. Dette er en stor frustrasjon for personalet, og et dårlig incentiv til bruk av hotell. De aller fleste prosjektet har snakket med er imidlertid enige om at hotellet kan være et godt alternativ for mange kirurgiske pasienter om forholdene ble lagt bedre til rette. Bl.a. nevnes at pasientene bør kunne få noe hjelp på hotellet, følgetjeneste og utvidete bookingtider. Bruken av den nye Hotellposten (HOP) og dens rolle synes uklar for mange. Det påpekes at omlegging til en mer moderne driftsform som det å bruke hotell er, krever både personell og lokaler. Pasientene må følges opp, og det trengs undersøkelses-/samtalerom i postene (gjøre om frigitte sengerom).

### **Ortopedisk avdeling:**

Ortopedisk avdeling består av 3 sengeposter med totalt 66 senger. Avdelingen bruker hotellet eksempelvis til yngre amputasjonspasienter som er til opptrening. Registreringen fra en av

sengepostene er dessverre kommet bort. En sengepost rapporterer ingen klare eller mulige brukere registreringsdagen, mens den 3. angir 2 klare og 4 mulige brukere dag 1 og 2 klare og 1 mulig bruker dag 2. Det anmerkes at mulige brukere kan trenge noe hjelp til av-/påklledning og at det må være plass til ganghjelpemiddel på rommet. Det bemerkes at mange av pasientene er eldre, og at de også kan ha vansker med å finne fram, bruke kortlås m.m. En ”ledig” seng fylles for øvrig raskt av en medisinsk pasient (jfr. overbelegg medisin), og dette gir lite incentiv til bruk av hotell.

Avdelingen sier den har et potensiale for økt dagkirurgi. Den sier også at en kunne ta hotellet mer fast i bruk dersom en gjorde om et 2-sengsrom i avdelingen til undersøkelse-/samtalerom hvor en kunne følge opp pasientene, og en fikk beholde personellet til gjennomføring av slik driftsform.

### **Medisinsk klinikk:**

Medisinsk avdeling består av seksjonene hjerte, lunge, nyre/ endo/immunologi, gastro og infeksjon. Totalt 136 senger (inkluderer 16 geriatrike). Det er avholdt dialogmøter med alle seksjonene med unntak av geriatri som i denne sammenheng ikke er så aktuelle. Medisinsk avdeling sliter med et betydelig overbelegg, korridorpasienter og mange uteliggere. Dette var også status da registreringen ble gjort den 16. og 18. desember. Totalt ble det registrert 5 klare og 22 mulige brukere (inkluderer 2 geriatrike pasienter) dag 1, og 8 klare og 14 mulige brukere dag 2. I møtene kommer det fram at når avdelingen er presset med overbelegg sender de kanskje flere pasienter til hotellet enn de ellers ville gjort. For øvrig er det seksjonene nyre og hjerte som registrerer flest klare / mulige brukere disse dagene. Mange av pasientene i medisinske poster er eldre, ganske syke, trenger overvåking, og anses derfor ikke så godt egnet for hotell. Noen poster har fått til et godt samarbeid med HOP, og bruker denne kombinasjonen (eks. langvarig antibiotikabehandling). Det antas å være ytterligere potensiale dersom HOP kan bistå med en del praktiske oppgaver i hotellet. Det trengs også en bedre ansvarsavklaring i forbindelse med bruk av HOP. Følgetjeneste, muligheter for bruk av oksygen og utvidete bookingtider nevnes også som vesentlig for økt bruk av hotell.

### **Klinikk for blod- og kreftsykdommer (KBK):**

KBK har totalt 44 senger. De bruker hotellet aktivt – særlig til pasienter som får stråleterapi. På SUS er KBK den avdelingen som bruker hotellet mest, og de har iverksatt flere tiltak for å legge til rette dette til beste for pasientene. Registreringen viser at de to postene til sammen har 5 klare og 10 mulige brukere de aktuelle dagene. Av årsaksforklaringer på hvorfor de mulige brukerne ikke er klare brukere, er smertelindring hyppig svart. Avdelingen opplever samarbeid med pasienthotellet som godt. De etterlyser utvidete bookingtider. Videre foreslås at fakturering burde vært flyttet til økonomiavdelingen.

Se vedlegg 3 Referat dialogmøter med avdelingene.

## **7. Hotellposten**

Det største suksesskriterie for et pasienthotell er at posten/avdelingen organiserer seg og tilpasser sin virksomhet til hotellkonseptet. Først da er hotellet en integrert del av pasientens behandlingstilbud. Hotellpasienten ”spiser og sover” i pasienthotellet, mens behandlingen foregår i sykehuset. Med blant annet beleggssituasjonen ved SUS har dette vært en utfordring å få til.

Hotellposten fremstår som en dagpost etablert for å være et servicesenter for pasienter i hotellet. Den er tiltenkt som fellesressurs for alle avdelingene på SUS, men har

arealbegrensninger og følgelig kapasitetsbegrensninger dersom hotellbelegget økes vesentlig. HOP åpnet for drift 1. oktober 2008.

HOP er organisert som et prosjekt under ”Direktørens kontor”. Avdelingssykepleier rapporterer til pasientflyt koordinator Wenche Erichsen.

HOP har åpningstid fra kl. 07.00-24.00.

Bemanning 5,5 årsverk fordelt på 7 erfarne sykepleiere med bred kompetanse.

Det er 3 100 % stillinger, 2 i 75 % og 2 i 50 %.

Etter dialog møter med avdelingene synes det som de fleste avdelinger vil ha hotellpasienten tilbake til egen avdeling. Det ble påpekt fra legehold at kontinuiteten i pasientbehandlingen brytes ved overføring/utskrivning til HOP da assistentlege fra OBA har ansvaret for hotellpasienten i HOP. Legegruppen generelt bemerker at HOP oppleves som en ekstra arbeidsstasjon. Å ha hotellpasienten samlokalisert med avdelingens pasienter ville gi en mer effektiv drift og logistisk være mer hensiktsmessig. Sykepleiegruppen synes generelt mer positive til HOP enn legegruppen.

HOP er en ny post, og har enda ikke funnet formen. Pasientene som bruker HOP er svært godt fornøyde, og bruken av posten er økende. Det daglig gjennomsnitt av pasienter i HOP er ca. 10. Medisinsk divisjon – og da særlig Infeksjonsmedisinsk avdeling bruker HOP mest.

Forutsetningene i prosjekt hotellpost endrer seg da konseptet er i utvikling. Gynekologisk avdeling har innledet et samarbeid med HOP om væskebehandling av hyperemisiss pasienter som enten bor i hotellet eller hjemme. Videre er det dialog med kardiologisk avdeling om oppfølging (overvåking) av radialisangiografipasienter. Begge disse pasientgruppene får i dag sitt tilbud i sengepostene. Tilbudet i HOP innebærer således en reell avlastning for sengepostene.

Det kan synes som om HOP-konseptet beveger seg mot å bli et *dagbehandlingssenter* for inneliggende pasienter, hotellpasienter og pasienter på permisjon. HOP vil således kunne avlaste sengepostene og skape mer ro og forutsigbarhet i avdelingene.

Evaluering av prosjektet hotellpost er planlagt.

## **9. Pasienthotellet St. Svithun Hotell**

St. Svithun Hotell åpnet for drift den 4. september 2006 med 137 rom. Noen viktige forutsetninger ble lagt til grunn i planleggingsfasen. Bestillingen fra SUS var et rent hotell og tilbudet fra driver var basert på dette. Barselhotell konseptet var innledningsvis ikke planlagt inn i pasienthotellet.

Hotellet har 54 enkle og 83 doble rom. De enkle rommene er små uten mulighet for en ekstra seng for pårørende. Som i et standard hotell finnes tepper på alle gulv.

St. Svithun Hotell har et OPS-selskap som eier. Avtalen med Helse Stavanger HF er med OPS-selskapet.

Styringsgruppen (avtalepartene) for hotellet består av:

- Leder i OPS-selskapet
- To representanter fra byggeier
- To representanter fra SUS
  - Administrerende direktør SUS
  - Økonomi direktør SUS

Styringsgruppen har ingen representant fra driver.

Saker som er av økonomisk karakter, driftsendringer, mv behandles her.

Driftsstyret for pasienthotellet består av:

- Tre representanter fra SUS
  - To representanter fra hotellet
  - 2 fra OPS-selskapet (den ene representanten er sekretær for Styringsgruppen )
- Leder av Driftsstyret er ikke representert i Styringsgruppen.

Oppgaver som tilfaller Driftsstyret er oppfølging av pasientbelegg, utarbeide planer for optimal utnyttelse av hotellet, rapportering belegg, påse at avtalens intensjoner blir praktisk implementert hos partene, mv.

Ved hotellets organisering i linjen i SUS fremstår det som hensiktsmessig at representantene fra SUS blir divisjonsdirektøren i Intern service divisjon og hotellkontakten. Dette for å sikre beslutningsnivået i Driftsstyret.

Ved at divisjonsdirektøren i Intern service divisjon inntar plass i Styringsgruppen er kontakt etablert på toppledernivå i samtlige selskap. Det overlates til administrerende direktør å vurdere om hans plass i hotellets Styringsgruppen skal opprettholdes.

## 8. Godkjenning av pasienthotellet

Med unntak av St. Svithun hotell er samtlige pasienthotell i Norge *eid* av helseforetakene. Disse hotellene omfattes av forskriften i spesialisthelsetjenesteloven som omhandler sykehusenes mulighet til å bygge tilbygg/nybygg inntil kr. 500 mill uten å søke ny godkjenning.

Pasienthotellet ved SUS har en ny eierkonstellasjon i helse Norge. Hotellet er i privat eie. Omfattes da St. Svithun hotell av regelverket eller må det en egen godkjenning til?

Pasienthotell er en sykehusavdeling. Hotellet skal tilrettelegges for å trygge pasienten og rutiner i hotellet skal sikre krav til forsvarlighet. Hotellpasienten har i hovedsak status som inneliggende. Det foregår pasientbehandling i pasienthotellet, St. Svithun Hotell.

Disse forhold, slik prosjektleder oppfatter det, taler for en avklaring i saken. Ved forespørsel til Sykehusavdelingen i Helse og omsorgsdepartementet ble det innledningsvis bekreftet at St. Svithun hotell måtte skriftlig godkjennes, jfr. styringsgruppemøte 2. Juristen i departementet har imidlertid løftet problemstillingen i egen sak da eierkonstellasjonen ved St. Svithun hotell var "unik i Norge".

Skriftlig svar i saken sendes til administrerende direktør, Helse Stavanger HF.

## 9. Avslutning

Sluttrappen overleveres Helse Vest RHF ved fagdirektør og Helse Stavanger HF ved administrerende direktør som overtar ansvaret for videre oppfølging av de anbefalinger og tiltak som kommer til uttrykk i rapporten.

Stavanger, den 11. mars 2009

*Berit Karin Helland*  
prosjektleder