

**Herlev Hospital  
Projektkonkurrence / udbud af totalrådgivning**

# **Bilag 3**

Rapport om tilbud  
og fysiske rammer på  
**kvinde- barnområdet**  
i Region Hovedstaden



# Indhold

1. Indledning og kommissorium .....	4
2. Visioner for området .....	6
3. Pædiatri.....	8
3.1 Forhold af betydning for fysiske rammer .....	8
3.2 Generelle forhold for de fysiske rammer .....	8
3.3 Adolesens.....	8
3.4 Børneafdeling med hovedfunktion og regionsfunktion på områdehospital.....	9
3.5 Børneafdeling med specialfunktion.....	10
3.6 Kirurgi .....	10
4. Neonatologi.....	11
4.1 Neonatalafdeling med hovedfunktion.....	11
4.2 Neonatalafdeling med specialfunktion .....	11
5. Gynækologi/obstetrik .....	13
5.1 Obstetrik og føtal medicin.....	15
5.2 Gynækologi .....	15
5.3 Fertilitet .....	15
6. Patientsikkerhed .....	16
7. Personalets arbejdsforhold .....	17

## BILAG

Bilag 1: Funktionsdiagram for kvinde-barn enheder på områdehospital

# 1. Indledning og kommissorium

I henhold til Hospitalsplanen er det besluttet, at kvinde-barn området, der omfatter gynækologi/obstetrik og pædiatri varetages ved områdehospitalerne i Hillerød, Herlev og Hvidovre. For planlægningsområde Byen varetages hovedfunktionen på dette område af Rigshospitalet.

Hermed sikres det, at fødsler varetages på hospitaler med pædiatri og neonatologi.

Den fremtidige struktur medfører, at afdelingerne på Frederiksberg Hospital, Gentofte Hospital, Glostrup Hospital og Amager Hospital sammenlægges med ovenstående afdelinger. Af hensyn til nærhedsprincippet skal der fortsat være tilbud om svangre konsultationer flere steder lokalt i regionen. Ligeledes indrettes fødestederne med mindre miljøer for at sikre trygge rammer for familierne.

På Bornholm fortsætter funktionerne som hidtil med gynækologi/obstetrik og pædiatri (konsulent) på hovedfunktionsniveau, mens Rigshospitalet varetager de hovedfunktioner og specialfunktioner, der ikke varetages på Bornholms Hospital.

## Nedsættelse af arbejdsgruppe

I forbindelse med implementeringen af hospitalsplanen på kvinde-barn området er der behov for nærmere at belyse, hvad det er for funktioner og tilbud, regionen vil stille til rådighed og herunder den fysiske indretning af kvinde-barn funktionerne. Derfor nedsættes en arbejdsgruppe om tilbud og fysiske rammer på kvinde-barn området.

Arbejdsgruppen skal bl.a. tage udgangspunkt i "Anbefalinger for svangreomsorgen" fra Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har i 2007 revideret retningslinjer og redegørelse for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode. De reviderede retningslinjer var ikke udkommet ved arbejdsgruppens afslutning.

Det indgår i Sundhedsstyrelsen retningslinjer, at Region Hovedstaden som led i sundhedsplanen skal udarbejde en fødeplan. Formålet er at beskrive regionens tilbud til de gravide, fødende og barslende kvinder og samarbejdet mellem de forskellige fagpersoner og den enkelte kvinde/familie samt koordinering af tilbuddene. Arbejdet med fødeplan varetages af et fødeplanudvalg, der nedsættes af regionen, så snart de endelige retningslinjer foreligger.

Af hensyn til arbejdet med dimensionering og indretning af de fysiske rammer på kvinde-barn området, har der imidlertid været behov for at påbegynde overvejelserne om bl.a. dele af de emner, som fødeplanudvalget skal beskæftige sig med. Fødeplanudvalget har et bredere og mere tværsektorielt perspektiv, hvor fokus for den aktuelle arbejdsgruppe har været på tilrettelæggelsen af de funktioner og tilbud, som har anlægsmæssige konsekvenser. Endvidere har den aktuelle arbejdsgruppe også arbejdet med de fysiske rammer i pædiatrien og har således et bredere sigte end fødeplanudvalget.

## Arbejdsgruppens opgaver

Opgaven for arbejdsgruppen om kvinde-barn området har været:

- at udarbejde oplæg til retningslinjer for en hensigtsmæssig indretning af de kommende fysiske rammer for regionens kvinde-barn afsnit herunder fx forældrerum.

Arbejdsgruppen har desuden, i den udstrækning det har haft betydning for udformningen af de fysiske rammer, redegjort for de tilbud, regionens kvinder og børn skal have, herunder fx anvendelsen af fødeklinikker. Udarbejdelsen af forslaget skal sikre ensartede tilbud til børnene og de gravide, fødende og barslende kvinder i regionen.

Arbejdsgruppens arbejde skal bidrage med input til hospitalernes generalplanarbejde. Endvidere skal arbejdet indgå som input til den politiske følgegruppe om realiseringen af hospitalsplanen på kvinde-barn området.

## Arbejdsgruppens sammensætning

Formanden for Det Sundhedsfaglige Råd for Gynækologi og Obstetrik har været formand for arbejdsgruppen. Herudover har der været et medlem fra hver af de gynækologiske/obstetriske afdelinger og et medlem fra hver af de pædiatriske afdelinger fra de tre områdehospitaler og Rigshospitalet. Hertil kommer repræsentanter fra patientsikkerhed, hospitalernes driftsafdelinger og byggeadministrationen.

Formand Steen Werner Hansen, vicedirektør, Bispebjerg Hospital  
Katrine Hornum-Stenz, ledende jordemoder, gyn/obs., Hillerød Hospital  
Annelise Bertelsen, ledende oversygeplejerske, Børneafdelingen, Hillerød Hospital

Poul Jaszczak, ledende overlæge, gyn/obs, Herlev Hospital

Merete Thomsen, ledende oversygeplejerske, Børneafdelingen, Glostrup Hospital

Alice Harrestrup, oversygeplejerske, gyn/obs., Glostrup Hospital

Peter Hornnes, ledende overlæge, gyn/obs., Hvidovre Hospital

Ellen Lau Nielsen, afdelingssygeplejerske, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital

Elisabeth Feder, cheffjordmoder, gyn/obs., (Gentofte), Rigshospitalet

Morten Hedegaard, klinikchef, gyn/obs., Rigshospitalet

Marianne Gammeltoft, oversygeplejerske, pædiatrisk klinik (Gentofte), Rigshospitalet

Karen Vitting Andersen, klinikchef, pædiatrisk klinik, Rigshospitalet

Elisabeth Brøgger Jansen, specialkonsulent Enhed for Patientsikkerhed, KPU

Anders Keller, driftschef, Hvidovre Hospital

Hans Olsen, byggechef, Bygge- og teknikafdelingen, Herlev Hospital

Nicolai Bundgaard, byggechef, KØK

Hanne Rasmussen, specialkonsulent (sekretær), KPU

Arbejdsgruppen har afsluttet sit arbejde primo oktober 2008.

## 2. Visioner for området

Kvinde-barn området omfatter som nævnt pædiatri og gynækologi/obstetrik. Pædiatrien omfatter børnesygdomme samt neonatologi (nyfødtes sygdomme), og er et aldersdefineret speciale, som i dag omfatter børn fra fødsel til overstået puberteten i ca. 15-års alderen.

Gynækologi omfatter kvindesygdomme, og obstetrik omfatter fødsler og fødselshjælp herunder forebyggelse og sundhedsfremme. Der er tæt sammenhæng og samarbejde mellem specialerne pædiatri og gynækologi/obstetrik.

Udviklingstendensen inden for kvinde-barn området er en stigende grad af ambulant behandling og accelererede patientforløb samt en udvikling mod at inddrage ungdommen frem til 18 år i den pædiatriske behandling.

Samtidig har der været en udvikling, hvor faderen deltager aktivt i og medvirker ved fødslen, og hvor familien til syge børn er medindlagt. Den familiemæssige omsorg har stor betydning for patientens tryghed og medvirker til at styrke såvel den fødende kvinde som det syge barn. Samtidig er det velkendt, at de fysiske rammer har betydning for sikkerhed, trivsel og helbredelse, hvorfor det stiller særlige krav til den måde, hospitalet er indrettet på.

Imidlertid er de nuværende fysiske rammer på regionens hospitaler ikke tidssvarende. Dels er der ikke enestuer, og dels er det ikke muligt for familien at være medindlagt. Hertil kommer, at mange af fagområderne indenfor pædiatrien ligger spredt på hospitalet.

Tendensen indenfor kvinde-barn området er, at kvinder og børn ikke skal flyttes rundt. Flest mulige af de funktioner, der indgår i behandlingen, skal foregå samme sted. Børn og unge skal indlægges, undersøges og behandles på en afdeling, hvor de ansatte har viden om børnene og de unges behov og udvikling. Afdelingerne skal være indrettet til børn, unge og kvinder, og der skal være plads til, at familien og faderen kan være medindlagt.

Udgangspunktet for kvinde-barn enhederne er således familien. Familien skal indtænkes i det samlede behandlingsforløb, og det skal sikres, at mor og barn (og far) ikke adskilles. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at langt de fleste fødselsforløb er ukomplicerede, og at den fødende kvinde ikke betragtes som syg. Med dette udgangspunkt ønskes kvinde-barn enhe-

derne indrettet i bygninger og rum, der kan understøtte det hele patientforløb, hvor koordinering sikrer den højeste grad af kontinuitet, og hvor forskning, udvikling og uddannelse ligger til grund for at kunne optimere de givne patientforløb.

Indretningen af kvinde-barn enheder og placeringen af de kliniske funktioner og støttefunktioner bør understøtte effektive arbejdsgange, en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse og sammenhængende patientforløb.

Nærhed til og kendskab til andre fagområders ekspertise fremmer samarbejde og forståelse for forskellighed. Det må derfor forventes, at en geografisk samling af alle kvinde- og børnefagområder medfører synergi, som giver mulighed for behandling efter bedste internationale standarder med de bedst tænkelige muligheder for forskning og udvikling af fagene.

Samtidig skal specialiseringen indenfor kvinde-barn området sikre en kontinuerlig udvikling af både den organisatoriske, faglige og patientoplevede kvalitet. Kvinde-barn enhedernes disponering for så vidt angår antal, indretning og funktion skal således sikre hensigtsmæssige og effektive arbejdsgange, som kan minimere spildtid. Endelig skal enhederne være brugervenlige for både patienter og personale.

For så vidt angår modtagelse af akut indbragte børn og gynækologiske patienter har Regionsrådet med godkendelsen af rapporten "Anbefalinger om Fælles Akutmodtagelser" fra oktober 2007 fastlagt en ramme herfor. Heraf fremgår, at børn skal indbringes via samme modtagelse som voksne, men at de skal have deres eget venteområde, og det skal sikres, at børn i akutmodtagelsen kan håndteres/behandles i tæt samarbejde mellem akutmodtagelsens pædiatere og plejepersonale, der har særlige kompetencer om børn. Gynækologi indgår som en del af det kirurgiske område i akutmodtagelsen, og fødende benytter således også akutmodtagelsens indgang. Der bør samtidig være fysiske rammer til modtagelse af fødende i relation til fødeafsnit. Arbejdsgruppen finder det i forlængelse heraf meget væsentligt, at de pædiatriske og gynækologiske/obstetriske afdelinger så vidt muligt placeres i tæt nærhed til den fælles akutmodtagelse.

I bilag 1 er det i diagrammet skitseret, hvilke funktioner der som minimum bør indgå i en kvinde-barn enhed på et områdehospital. Diagrammet viser ikke den endelige placering af de enkelte funktioner.

I forbindelse med planlægningen af kvinde-barn enheder er det afgørende, at der allerede fra starten er tænkt over den mest optimale indretning i forhold til rum, farver, lysforhold, møbler og kunst. I indretningen skal der desuden være opmærksomhed på børnene, idet særlige sikkerhedsmæssige aspekter i forhold til sengeafsnit, døre, vinduer, spisefaciliteter, apparatur og birum gør sig gældende. Hertil kommer muligheder for fysisk aktivitet og fritidsaktiviteter, samt forhold der understøtter opretholdelse af de sociale relationer.

Med udgangspunkt i de ovennævnte visioner for en hensigtsmæssig indretning af de kommende fysiske rammer for kvinde-barn enhederne beskrives i det følgende retningslinjerne herfor. Beskrivelsen er opdelt på områderne pædiatri og neonatologi, gynækologi/obstetrik samt patientsikkerhed og personaleforhold.

## 3. Pædiatri

### 3.1 Forhold af betydning for fysiske rammer

Der er seks overordnede patientgrupper:

#### Neonatologi – Nyfødtes sygdomme (hovedfunktion og specialfunktion)

Gruppen af nyfødte omfatter nyfødte med komplikationer til for tidlig fødsel og lav fødselsvægt samt nyfødte med medfødte sygdomme og misdannelser.

#### Almindelige akutte sygdomme hos børn (hovedfunktion)

Tidligere i det væsentlige raske børn, der indlægges med akut sygdom - hos de allerfleste i form af akutte luftvejsinfektioner eller infektiøse diarrésygdomme, urinvejsinfektioner og lignende.

#### Kroniske sygdomme (hovedfunktion)

En stor gruppe børn med kroniske sygdomme, som f.eks. astma, allergi, epilepsi, cerebral parese (spastisk lammelse), visse mavetarmsygdomme, hormonsygdomme og børn med urinvejslidelser.

#### Psykosomatiske tilstande og socialpædiatriske tilstande (hovedfunktion)

Nogle, oftest større børn indlægges eller undersøges på børneafdelinger med symptomer, hvor det kan være svært for barnets omgivelser at vurdere, om symptomerne har en regulær somatisk sammenhæng, er tegn på tidlig psykisk sygdom, skolefaglige problemer eller er udslag af social mistrivsel. Der foregår en diagnostisk, pædagogisk og psykologisk vurdering af barnet.

#### Sjældne og komplicerede sygdomme (specialfunktion)

En gruppe af sjældne sygdomme der stiller krav til diagnostik og behandling på centraliseret ekspertniveau. Behandlingen af sjældne og komplicerede sygdomme forudsætter ofte bredt tværfagligt samarbejde samt et tæt samarbejde med voksenmedicinske - og voksenkirurgiske grespecialer og udnyttelse af højteknologisk udstyr på universitetshospitalsniveau.

#### Kirurgiske sygdomme (hovedfunktion og specialfunktion)

Børn med kirurgiske sygdomme inden for børnekirurgi (abdominalkirurgi/urologi) thoraxkirurgi, neurokirurgi, ortopædkirurgi, oftalmologi, otologi, plastikkirurgi og brandsår.

### 3.2 Generelle forhold for de fysiske rammer

En moderne og nutidig børneafdeling skal drage omsorg for det syge barn og dets familie i børnevenlige og trygge omgivelser og samtidig yde en effektiv

behandling og pleje. Børneafdelingen skal være en moderne arbejdsplads, hvor personalets behov for et udviklende og godt arbejdsmiljø samt uddannelses- og forskningsmiljø tilgodeses. De fysiske rammer skal danne en helhed, hvor funktion, overskuelighed og kommunikation er sat i centrum for de "små" patienter, pårørende og personale.

Børneafdelingen skal fremstå imødekommende, overskueligt med helhed og sammenhæng i funktionerne, forbundet af lys og farver. Den fysiske adgang, opholdsfaciliteter, afsnit og ambulatorier tager udgangspunkt i børn/unges aldersmæssige behov samt forældrenes behov for at være til stede under hele barnets indlæggelse/ophold.

Generelle behov og ønsker:

- Indgang der markerer, at her er børneafdelingen
- Børnevenlig forhal med legeplads, minikantine/opholdsfaciliteter for unge, forældre og besøgende
- Adgang til udendørs have med legeplads, borde og bænke
- Gennemgående farver og illustrationer, som appellerer til børns sanser og oplevelser
- Masser af dagslys hvor man opholder sig, dvs. både på sengestuer, legerum/opholdsrum og i personale- rum
- Skæve vinkler på gange og opholdsrum til brydning af den stramme "hospitalsstruktur"
- Let adgang mellem afsnit med glasdørsadskillelse på samme etage samt centralt placerede lette trapper mellem etagerne (gerne midt i afsnittene)
- Vinduer skal kunne åbnes delvist af hensyn til børnenes sikkerhed
- Enestuer med bad og toilet med plads til overnattende forældre. Patientrummet skal fungere som sove-, opholds- og spiserum for barn og en forælder og som arbejdsrum for personale
- Alle stuer med trådløst kaldesystem, trådløs internetforbindelse, fladskærme, radio og dvd afspillere
- Opholdsfaciliteter til børn, unge og forældre med adgang til køkkenfaciliteter
- Faciliteter for familier (hyggekedle, tv-stuer, bløde stole, sofaer, noget at samles om)
- Faciliteter for voksne pårørende (arbejdsplads, aviser, internet, kaffemaskine).

### 3.3 Adolesens

I Pædiatrisk Specialeplan 2008 (Sundhedsstyrelsen) forventes det, at det anbefales, at pædiatrien omfatter aldersgruppen 0-18 år. Der er internationalt stigende

opmærksomhed på, at adolescensgruppen (12-18 år) udgør en særlig udfordring både medicinsk og socio-psykologisk. Undersøgelser viser, at denne gruppes tarv under indlæggelsen varetages bedst i rammer, der fysisk og personalemæssigt er indrettet for denne særlige patientgruppe. Ungdomsmedicin bør derfor være et fast integreret tilbud på alle børneafdelinger. Ungdomsmedicinen kommer til at bygge bro mellem pædiatri og voksenmedicinen. Indenfor de ungdomsmedicinske rammer samarbejdes med og introduceres voksenmedicinerne. Derved opnås et optimalt sammenhængende patientforløb trods endnu en overgang.

### 3.4 Børneafdeling med hovedfunktion og regionsfunktion på områdehospital

Den almene pædiatri omfatter den initiale udredning og behandling af det syge barn. Den almene afdeling er præget af mange korte forskellige og infektionsdominerede forløb. Det syge barn modtages og visiteres døgnet rundt i akutmodtagelsen. Efter en sygeplejefaglig og lægelig vurdering sendes barnet enten hjem eller ender i et kort forløb i et observationsafsnit eller bliver indlagt på et stationært afsnit (evt. intensiv, intermediært) eller overgår til behandling ved den udgående funktion eller henvises videre til et ambulante forløb. Den almene pædiatri er domineret af relativ hurtig patientomsætning, således at svært syge børn hurtigt visiteres til tertiært afsnit, mens mildt syge børn afsluttes eller indlægges kortvarigt. Tilstrømningen af børn til vurdering i en akutmodtagelse bliver formentlig ikke af mindre omfang end i dag.

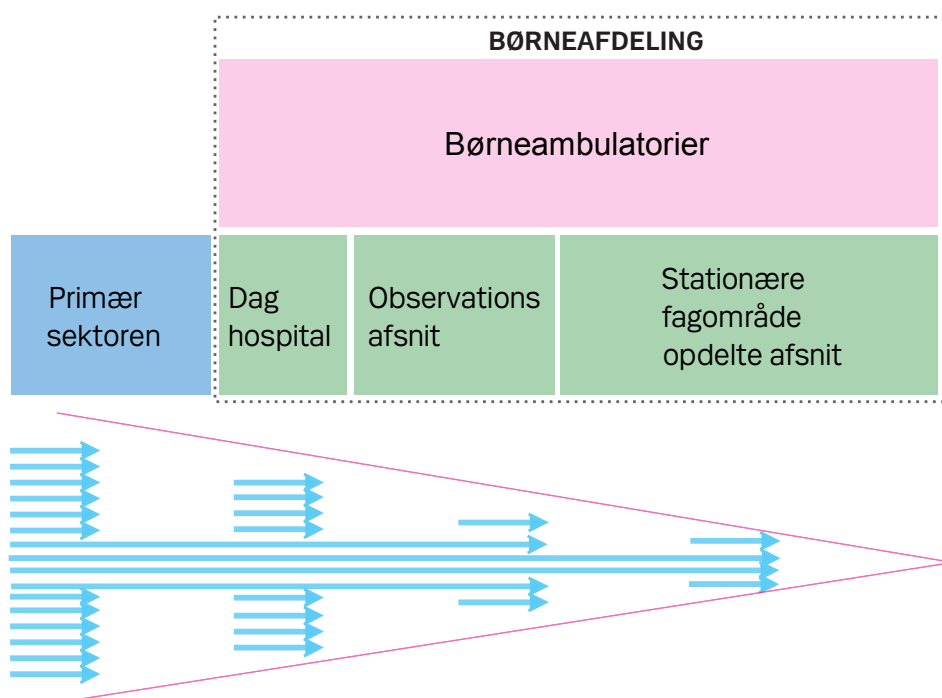
Akutmodtagelsen og observationsafsnittet er i sin arkitektur åben og imødekommende. Der må ikke, trods mange ventende børn og familier, være mulighed for smitte mellem de ventende.

Det stationære afsnit for den almene pædiatri skal helst ligge umiddelbart op til akutmodtagelse/observationsafsnit. De deler personale sammen med det udgående team. Det stationære afsnit er domineret af børn med infektionssygdomme, hvorfor der både kan være brug for enestuer til isolation, og stuer der er dimensioneret til både store og små børn samt flerbarns-stuer til sammenlægning af flere børn under epidemier. Småbarnsgruppen med spiseproblemer, og børn med akutte socialpædiatriske tilstande, der ikke kan varetages i ambulante regi, vil også ligge her.

Det almene stationære afsnit kan have en dagfunktion, der omfatter antibiotisk behandling, infusionsbehandling, spiseobservation, skoleobservation - om end der bør stiles mod, at den ambulante funktion med fx lang åbningstid, kommer til at varetage dette. Dels undgår man sygeliggørelse med sengeindlæggelse, dels får man barnet i en mere naturlig funktion. Det vil næppe være muligt helt at undvære en dagfunktion, men noget kan lægges i udefunktionen.

Udefunktionen varetages af erfarne sygeplejersker, der foretager observation og behandling af børn i barnets eget hjem, samt giver vejledning til lærere, skole og kammerater.

Det almene pædiatriske afsnit har også en ambulante funktion. Det drejer sig om opfølgning kort efter vurdering/indlæggelse i akutmodtagelse/observations- eller stationært afsnit. Det kan være vægtopfølgning, kontrol af røntgenbillede, vurdering af udslet, kontrol af mild anæmi m.m.



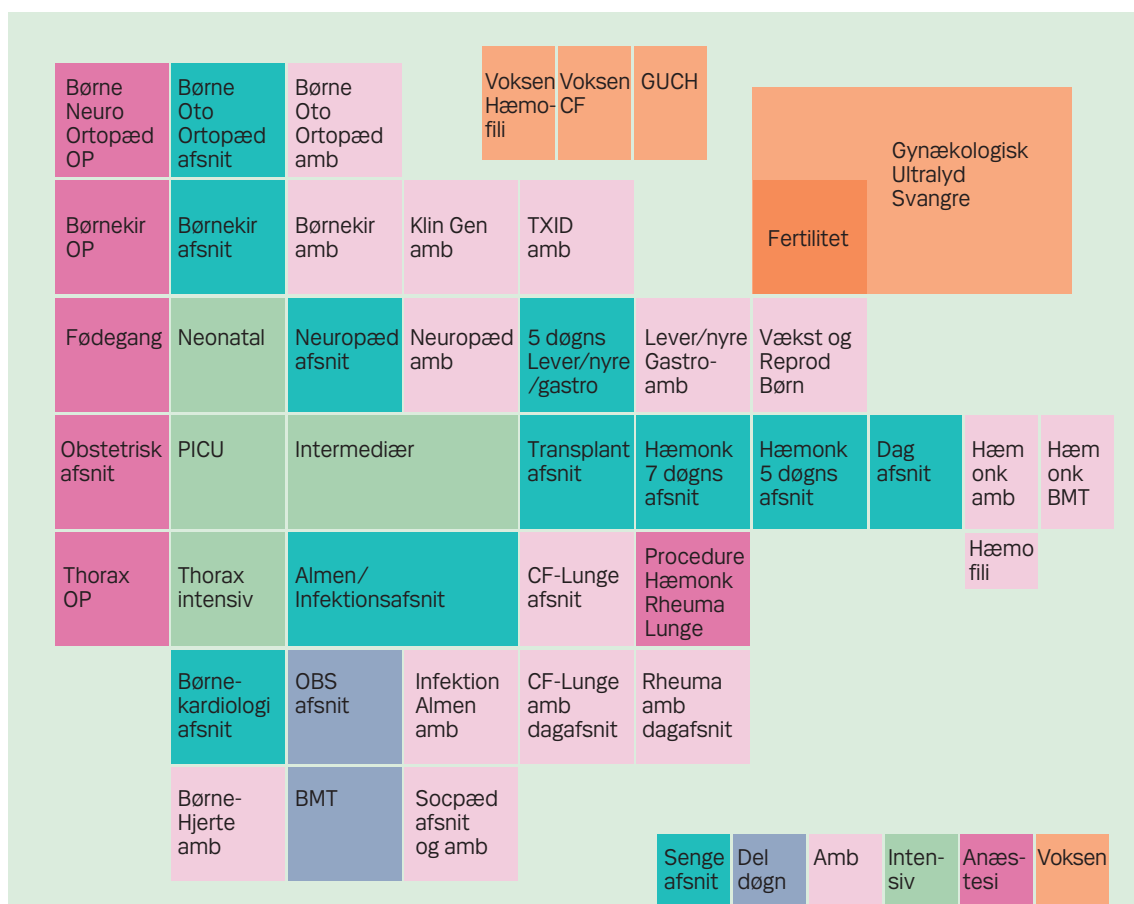
Figur 1: oversigt over afsnit som understøtter patientforløbet i børneafdeling på et områdehospital

### 3.5 Børneafdeling med specialfunktion

Inden for alle de højt specialiserede fagområder ønskes, at det stationære afsnit, deldøgnsafsnit og ambulatorium er placeret fysisk som en sammenhængende enhed, idet det for patienterne vil befordre det mest sammenhængende patientforløb. Denne organisering vil også understøtte funktionen for den behandlingsansvarlige læge og plejeansvarlige sygeplejerske.

Inden for de allerfleste fagområder er der behov for isolationsstuer af forskellig karakter. Det gælder fx Allo-StamCelleTransplantation, der skal foregå på et rent og HEPA-filtreret sengeafsnit, hvor der også er sengeplads til andre stærkt immunsupprimerede patienter og præ- og postorgantransplanterede børn. For en række fagområder er der også krav til fysisk

nærhed til andre fagområder, intensiv, operationsgang og børnekardiologi. For en række fagområder er der behov for observationspladser på det stationære afsnit fx EEG overvågningspladser på neuropædiatrisk afsnit og fx på hæmonk døgnsafsnittet pladser, hvor patienter med kompliceret væskeregnskab observeres. Dette giver en fleksibilitet, som tager hensyn til patientforløbet idet antallet af overflytninger til intermediær afsnit hermed ville kunne reduceres. Der skal således laves en kravspecifikation for de specifikke afsnit for de højt specialiserede funktioner. I forbindelse med børneafdelingen for de højt specialiserede funktioner skal der være patienthotelfaciliteter således, at familien under et barns lange indlæggelse kan indlogeres samt i forbindelse med børn under udsusning og familier med lang transportvej.



Figur 2: Plan over indbyrdes afhængigheder mellem de forskellige højt specialiserede afsnit

### 3.6 Kirurgi

For de kirurgiske specialer skal der være tæt kontakt mellem sengeafsnit og operationsgang/intensivafsnit. Modtagelse, ambulatorier og sengeafsnit for kirurgisk

børneforløb skal placeres samlet. Specialets børnekirurger "bor" sammen med specialets øvrige kirurger (klinikken), men er mobile og tilser patienter ambulant og under indlæggelse i "børneområdet".

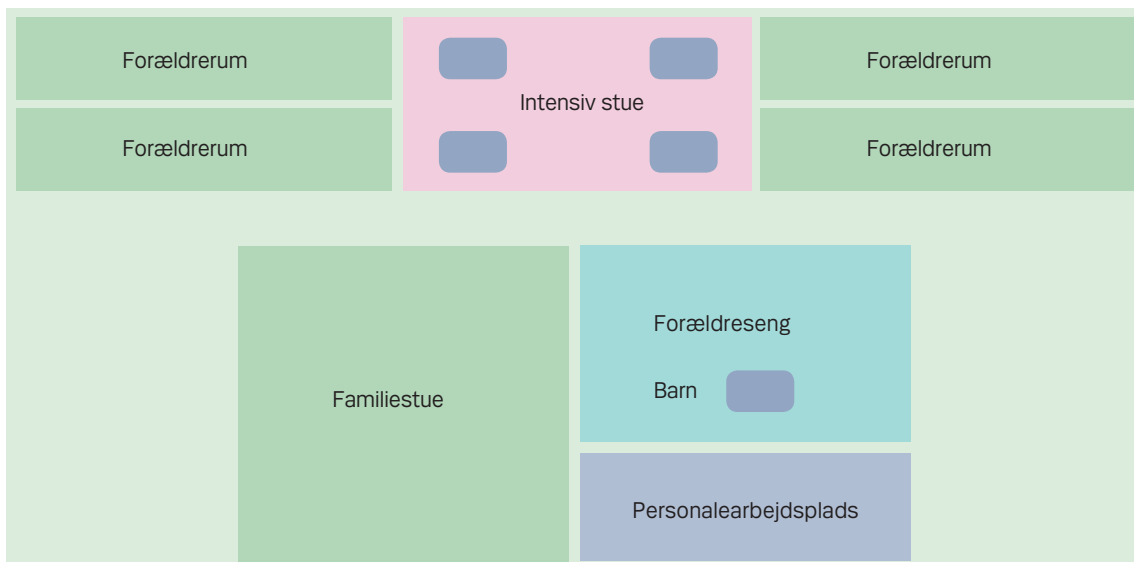
## 4. Neonatologi

### 4.1 Neonatalafdeling med hovedfunktion

Neonatalafdelingen skal ligge op til fødegangen. Alle familiepladser er enestuer. Mødrene kan selv være obstetriske patienter. Alle enestuer bør være indrettet, så de kan rumme børn med behov for fx kortvarig respiratorbehandling, CPAP (respirationsunderstøttende behandling) og overvågning (skoper), hvor mor, far og barn kan være indlagt sammen.

Der skal være plads omkring barnet for at tillade rationelle og sikre arbejdsgange. Apparatur skal være

tilstrækkeligt og velplaceret. Forældrenes basale behov (mad, toilet, bad) skal dækkes, så de får frigivet ressourcer til barnet. I længere forløb er der også behov for afkobling og arbejde (tv, internet, motion). Der skal være mulighed for søskendes leg. Der bør være mulighed for at samle op til fire neonatale børn med behov for intensiv behandling og pleje på specielt indrettede børnestuer af hensyn til forældrenes behov fx for en nats uforstyrret hvile. Ligeledes til de børn som ikke har mulighed for at have en forælder medindlagt. Her tænkes fx på børn af misbrugende mødre.



Figur 3: Plan over patientstuer på en neonatalafdeling

Flytninger af børn skal minimeres. Kontinuitet i behandling og pleje og systemet med behandlingsansvarlig læge og plejeansvarlig sygeplejerske skal optimeres.

### 4.2 Neonatalafdeling med specialfunktion

Alle børn skal ligge på enestue. Der skal være ro. Der skal være plads omkring barnet for at tillade rationelle og sikre arbejdsgange. Apparatur skal være tilstrækkeligt og velplaceret. Stuen skal kunne rumme en sovende forælder. En mor kan selv være obstetrisk patient. Der skal i tilknytning til stuen være mulighed for privatliv for forældrene og eventuelle søskende. Der skal være afskærmning fra raske børn og deres forældre, og der skal være mulighed for tilvalg og fravalg

af kontakt med andre forældre. Forældrenes basale behov (mad, toilet, bad) skal dækkes, så de får frigivet ressourcer til barnet. I længere forløb er der også behov for afkobling og arbejde (tv, internet, motion). Der skal være mulighed for søskendes leg.

Der skal være nærhed mellem intensivfunktioner og tilstødende klinikker. Flytninger af børn skal minimeres. Kontinuitet i behandling og pleje og systemet med behandlingsansvarlig læge og plejeansvarlig sygeplejerske, skal optimeres.

Der vil være en opdeling i fagområde team, hvor det prioriteres, at intensive og almene børn er integreret i teamet.

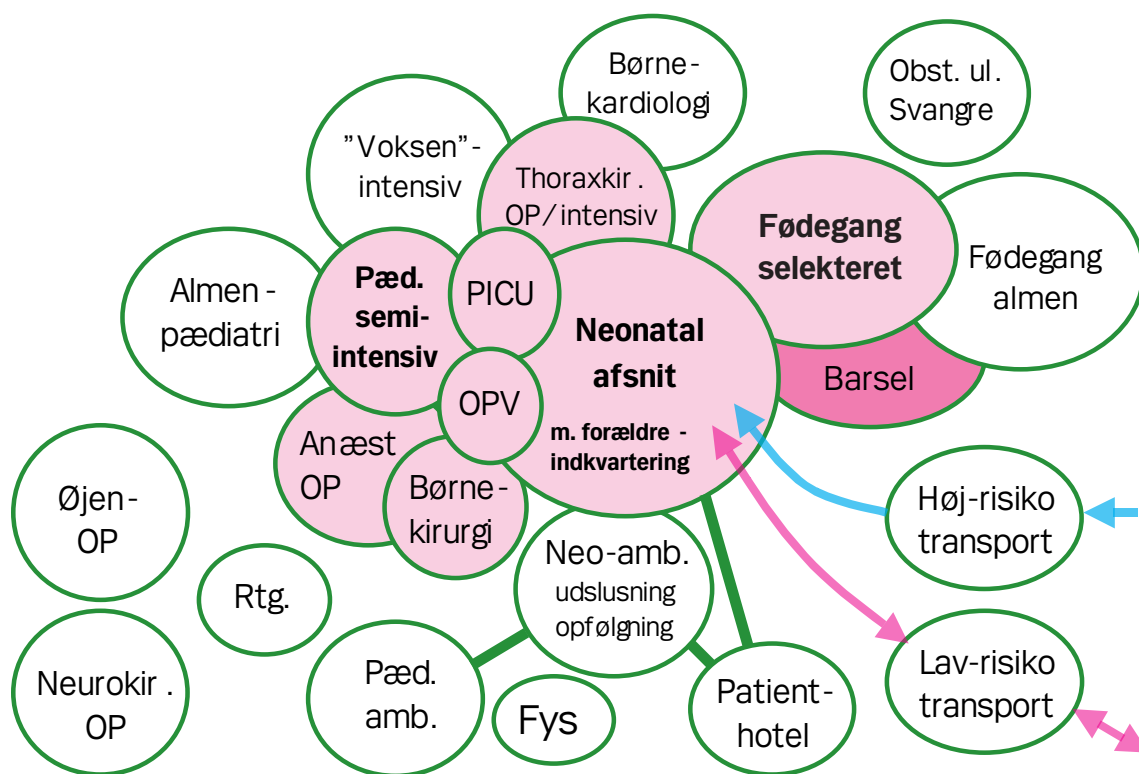
En vigtig del som skal integreres i afdelingen er trænings- og simulationsfaciliteter samt laboratorie-faciliteter.

Ved prioriteringen af klinikkens geografi i forhold til andre klinikker skal der lægges vægt på, at klinikken er i *tæt fysisk kontakt* med:

- fødegang selekteret gruppe (prioriteret tæt kontakt med patologiske fødselsforløb)
- barselsgruppe (fælles forløb med barselskvinder indlagt på den højt specialiserede afdeling sammen med barn)
- thoraxkirurgisk operation/intensiv, børnekardiologi og pædiatrisk inter-mediær (fællesskab om nyfødte børn med hjertesygdom og PICU (børneintensiv)) anæstesi og operationsafsnit (fællesskab om opvågningsafsnit og PICU) samt
- børnekirurgisk afsnit (fælles forløb og integration af børnekirurgi).

Klinikken skal være inden for *"samarbejdsvenlig" afstand* til:

- obstetrisk ultralydsafdeling (fælles planlægning, samtale med forældre)
- fødegang almen gruppe og barsels gange (almindelig tilsynsfunktion)
- voksen-intensiv afdeling (generel styrkelse af samtlige intensive afsnit)
- børneafdeling af hensyn til fælles patientforløb
- operationsgange til øjenklinik, neurokirurgi, ortopædkirurgi
- korte transportveje ved overflytning af indlagte børn
- røntgenafdeling
- korte transportveje ved specialundersøgelse af indlagte børn
- Patienthotel-faciliteter (børn under udslusning, familier med lang transportvej).



Figur 4: Optimale fysiske relationer

## 5. Gynækologi/obstetrik

Efter realisering af hospitalsplanen vil der være fire afdelinger til at varetage specialet for gynækologi/obstetrik. Hillerød og Hvidovre Hospital varetager specialet for planlægningsområde Nord og Syd. Herlev Hospital varetager specialet for planlægningsområde Midt samt gynækologiske specialfunktioner. Rigshospitalet varetager specialet for planlægningsområde Byen samt obstetriske og gynækologiske specialfunktioner. Specialet er et samlet speciale, men ofte organiseret i underafsnit for obstetrik, føtal medicin (ultralyd), gynækologi og fertilitet.

Udviklingen indenfor det obstetriske område nødvendiggør, at de fysiske rammer er tilpasset familier snarere end fødende og deres nyfødte børn. Både på det obstetriske og det gynækologiske område er der behov for enestuer til patienterne. Samtidig foregår en stigende andel af de gynækologiske operationer som sammedagskirurgi og/eller accelererede forløb, hvilket stiller særlige krav til de fysiske rammer. Endelig medfører det stigende antal gynækologiske cancerpatienter særlige fysiske rammer til den palliative fase.

### 5.1 Obstetrik og føtal medicin

I regionen fødes årligt omkring 22.000 børn. Raske gravide uden komplikationer tilses som udgangspunkt af egen læge og jordemoder, hvorimod gravide med medicinske problemer og/eller obstetriske problemer også tilses af obstetriske speciallæger. Alle gravide kvinder tilbydes herudover to ultralydsscanninger i løbet af graviditeten.

Indenfor området obstetrik og føtal medicin er der behov for ambulatoriefunktioner i form af svangre-ambulatorier, der omfatter jordemoderkonsultationer og lægekonsultationer.

### Ambulante afsnit

#### Jordemoderkonsultationer

I jordemoderkonsultationerne tilbydes der dels individuelle konsultationer dels gruppekonsultationer. Gruppekonsultationer omfatter op til ti gravide kvinder og deres ledsagere. Ambulatorierne kan ligge i tilslutning til lægekonsultationerne, men behøver ikke at ligge der. Fordele ved fysisk nærhed til hospitalet er en optimal mulighed for faglig kontakt med fx obstetriske speciallæger og ultralydsafdeling. Omvendt kan der med decentralt placeret jordemoderkonsultationer opnås nemmere adgang (kortere afstand, lettere parkering) og eventuelt tættere kontakt med primærsektoren

(praktiserende læger og sundhedsplejen). Det indgår i hospitalsplanen, at der af hensyn til nærhedsprincippet fortsat skal være tilbud om svangrekonsultationer flere steder lokalt i regionen fx på nærhospital og i sundhedscenter.

Der er behov for et antal jordemoderkonsultationer med ca. et ambulatorie rum pr. 500 gravide. Konsultationerne skal være indrettet med det tilstrækkelige antal rum med bord til anvendelse ved samtalen, en undersøgelsesbriks og en skriveplads med PC til jordemoderen. Herudover er der behov for større faciliteter ved gruppekonsultationer.

Med henblik på fremtidssikring bør der være lokaler til rutineskanning, herunder god ventilation/aircondition. Ved estimering af konsultationsrum skal der desuden tages hensyn til mulighed for "givning af anti D" samt efterfødselssamtale.

Der skal etableres rum til fødselsforberedelse og forældreforberedelse.

Til jordemoderkonsultationerne skal der være en reception til modtagelse af patienter samt ventearealer.

#### Lægeambulatorier

I lægeambulatorierne kommer der kvinder med behov for lægeundersøgelser, enten på grund af medicinske problemer (fx diabetes eller hjertesygdom) eller på grund af graviditetsproblemer. Ambulatoriet skal ligge på hospitalet, således at der er let adgang til andre speciallæger, ultralydsundersøgelser, laboratorier med videre. Antallet af ambulatorier afhænger af, om afdelingen skal varetage særlige patientgrupper. I rummene skal der være et bord til samtale, skrivefaciliteter, arbejdsplads til sosu-assistent, undersøgelsesbriks og ultralydsapparat. Der er behov for god ventilation/airconditionering, idet apparaterne udvikler en del varme. Ambulatoriet skal have faciliteter til vigtige samarbejdspartnere, herunder læger fra tilgrænsende medicinske specialer (endokrinologi, kardiologi etc.), diætist og prænatal vejledning samt jordemoderkonsultationer for gravide med obstetriske eller medicinske komplikationer. Der er desuden behov for rum til ambulante kontrol af patienter med særlige behov (psykisk syge, misbrugere), herunder arbejdspladser for socialrådgiver etc.

Som indgang til ambulatoriet skal der være en reception med ventearealer.

### **Ultralydsafdeling (føtal medicin)**

Afdelingen varetager dels rutinemæssige scanninger af gravide (nakkefolds-scanning i uge 12 samt type II scanning i uge 19) og dels undersøgelser på indikation (fostertilvækst, flow undersøgelser, scanninger af fostre, der er mistænkt for misdannelser m.v.). På en del af afdelingerne varetages invasive undersøgelser (moderkageprøver, fostervandsundersøgelser) og på en enkelt afdeling egentlige føtalmedicinske indgreb (intrauterine transfusioner, foster punkturer, laserdelinger m.v.).

Undersøgelserummen skal have en undersøgelsesbriks eller et egentligt operationsleje samt lys og mulighed for mørkelægning. Der er behov for tilslutning af ilt, sug og alarmsystemer i alle undersøgelsesrum samt god ventilation/airconditionering, idet apparaterne udvikler en del varme. Der er desuden behov for observationspladser til patienter, der har fået foretaget invasive undersøgelser, og der er behov for ventearealer og samtalerum, der kan anvendes til formidling af scanningsresultater eller resultater af invasive undersøgelser. Afhængig af eventuelle specialfunktioner er der behov for rum til scanning.

Ultralydsafdelingen bør ligge i tæt relation til lægeambulatorierne, og der skal være reception og pauserum eventuelt fælles med lægeambulatoriet.

## Funktioner for indlagte gravide, fødende og barslende

### **Obstetrisk modtageafsnit**

Obstetrisk modtageafsnit skal modtage gravide hele døgnet, der eventuelt er i fødsel samt gravide med akut opståede problemer som f.eks. blødning og vandafgang. Modtageafsnittet vurderer og visiterer patienterne således, at kun de relevante patienter sendes videre til fødegangen. Der vil ligeledes skulle foregå igangsættelser af fødsler på dette afsnit.

Obstetrisk modtageafsnit skal disponere over senge til modtagelse med toilet og bad samt senge til observation og igangsættelser af fødsler. Afsnittet bør ligge i tæt relation til fødegangen.

### **Intensivt observationsafsnit/opvågningsfunktion**

På intensivt afsnit, der er døgnbemandet, skal der foregå overvågning af patienter med relativt intensivt behov som gravide, der netop har født ved kejsersnit (planlagt eller akut), patienter der har haft omfattende blødning efter fødslen og patienter med svangerskabsforgiftning i barselsperioden. Samtidig skal der foregå overvågning af gravide med truende for tidlig fødsel og gravide med svær svangerskabsforgiftning (magnesiumdrop etc).

På afsnittet er der behov for intensive pladser samt senge til opvågningsfunktion. Afsnittet bør placeres i tæt relation til fødegangen.

### **Fødegang**

På fødegangen skal fødende indlægges, når de er i aktiv fødsel (efter visitation på modtageafsnit eller intensivt afsnit). Alle fødestuer skal være ens, således at der kan foregå komplicerede fødsler på alle stuer (tvillingefødsler, Cup-forløsninger, fødsler af præmature børn med behov for kuvøse på stuen osv). Der skal være badefaciliteter og toilet til den enkelte stue. Der bør være et særligt fødebadekar til de fødende på alle stuer. Alle lejer på fødegangen skal kunne bære mere end 200 kg på grund af stigende overvægt hos gravide. Antallet af fødestuer skønnes at være en stue pr. 500 fødsler. Til 6000 fødende bør der på grund af de højpatologiske fødsler være et par ekstra fødestuer, da stuerne vil være belagt i længere tid end normalt. I tilslutning til fødeafdelingen bør der være operationsrum til kejsersnit og andre operative indgreb.

Der bør indrettes en særlig fødestue, som kan anvendes til træning af personalet i obstetriske færdigheder.

Fødestuerne kan administrativt styres som en gang eller som flere administrative afsnit. Under alle omstændigheder bør fødestuerne ligge fysisk tæt således, at der er minimal afstand for personale, der skal overskue alle de fødende (obstetrisk bagvagt, anæstesi-læge osv).

Det bør overvejes at indrette særlige faciliteter til varetagelse af patienter, der skal føde døde børn, eller som skal have afbrudt en graviditet i 2. trimester.

Endelig skal der på fødegangen være ventefaciliteter til patienter og pårørende.

### **Svangreafdeling**

På svangreafdelingen vil antallet af senge afhænge af eventuelle specialfunktioner. Patienterne bør have mulighed for enestuer, eventuelt med mulighed for medindlæggelse af faderen eller med mulighed for at placere to gravide på samme stue (ved længerevarende indlæggelser). Desuden bør der være køkkenfaciliteter. Svangreafdelingen bør placeres ret tæt på fødeafdelingen.

### **Barselsafsnit**

På barselsafsnittene bør kapaciteten afstemmes efter eventuelle specialfunktioner. Der skal være mulighed for at dele de barslende patienter i lavrisiko og højrisiko patienter afhængig af fødselsmåde og medicinske problemstillinger. Moder, fader og barn bør ikke adskilles.

Barselsafsnittet bør indrettes med enestuer og/eller familjestuer med bad og toilet. Der skal være let og

sikker hygiejnisk adgang til mad og drikke efter behov (vand, kaffeautomater og sandwichbokse). På stuerne skal der være pusleplads og gode ammeforhold. For så vidt angår accelererede forløb med instruktion om amning synes placering i patienthotel ikke hensigtsmæssigt.

Endelig skal barselsafsnittet rumme gruppeundervisning og barselsgymnastik.

### **Barselsambulatorium**

I barselsambulatoriet vurderes barselspatienter og de nyfødte børn i de første 14 dage efter fødslen. Ambulatoriet kan ligge i tilslutning til barselsafsnittet eller i tilslutning til de øvrige ambulante funktioner. Der bør indrettes rum til hørescreening.

## **5.2 Gynækologi**

### **Læge/sygeplejeambulatorier**

Gynækologien har omfattende ambulante funktioner dels i dagtid (gynækologisk ambulatorium) og dels døgnfunktioner for akutte gynækologiske patienter. Rummene i ambulatorierne skal være indrettet med et undersøgelsesleje, ultralydsapparat, lys, omklædningsrum, bord til samtale samt skrivefaciliteter med PC. Nogle rum skal indrettes specielt til mindre invasive indgreb med mulighed for observation i hvilerum med senge eller hvilestole.

I rummene på ambulatorierne skal der være plads til seng/båre/kørestol, omklædningsfaciliteter med toilet samt ekstra samtalerum.

I tilslutning til de ambulante gynækologiske funktioner er der behov for særlige ambulante faciliteter til fx urogynækologiske udredninger og undersøgelser.

### **Afdeling for indlagte patienter**

Indlagte gynækologiske patienter bør tilbydes enestuer. Behovet for sengepladser har været faldende gennem en årrække som følge af større anvendelse af same-dagskirurgi og af accelererede forløb. Behovet for senge er desuden afhængig af eventuelle specialfunktioner. Til gynækologiske afdelinger med specialfunktion i gynækologisk onkologi bør der være et tilbud om palliativ behandling og pleje. Der bør samtidig være mulighed for, at familien kan overnatte. Alle senge-stuer bør indrettes så de fysiske rammer understøtter effektivering af principperne i det accelererede patientforløb. Det vil sige rammer, der fremmer patientens mulighed for at være aktiv og tage del i egen pleje. Det skal være let og sikkert at blive mobiliseret fx til toilet og spiseforhold.

På sengeafsnittene er der desuden behov for samtalerum med dagslys, patient/familiekøkken, ene-/familie-stuer samt opholdstuer i tilknytning til hvert senge-afsnit.

I afdelinger med specialfunktioner vil der være behov for kapacitet til fx Center for Voldtægtssofre.

### **Palliative afsnit**

Det vurderes, at de gynækologiske afdelinger vil få en størrelse, der kan berettige, at der af hensyn til kontinuiteten i patientforløbet etableres mindre skærmede palliative enheder i et sengeafsnit. Den nærmere afgrænsning heraf vil dog afhænge af volumen og funktionsbeskrivelser for de palliative funktioner, der ifølge hospitalsplanen skal etableres på områdehospitalet. Planlægningsområdet byen udgør her en særlig udfordring, idet gynækologi er på Rigshospitalet, mens den specialiserede palliative enhed er på Bispebjerg Hospital. Det væsentlige er, at der bliver skabt rammer til forløb, hvor der er plads til de pårørende, og hvor der er flere dagligstuer af forskellig størrelse, der kan benyttes af de enkelte familier, men også at der er mulighed for at samle patienter til fælles aktiviteter (sang, musik, foredrag). Der kan med fordel inddrages erfaringer fra hospicetankegangen.

### **Operationsafdeling**

Gynækologiens behov for operationsstuer er afhængig af eventuelle specialfunktioner, men der er dels behov for operativ kapacitet til klassiske gynækologiske operationer, dels til omfattende gynækologiske operationer og endelig til laparoskopiske operationer. En del af den operative kapacitet bør tilegnes dagkirurgiske afsnit, men det er vurderingen, at alle stuer bør indrettes ens, således at der er størst mulig fleksibilitet med hensyn til anvendelsen. Fra operationsstuerne bør der være let adgang til nødvendige diagnostiske redskaber og nem adgang til frysemikroskopi enten ved tæthed til patologien eller ved god infrastruktur som fx rørpostsystem. Indretningen skal imødekomme moderne arbejds-hygiejniske principper med ophængning af skærme og dynamisk lysætning.

På afdelingen bør der være faciliteter til modtagelse af patienterne, ligesom der bør være faciliteter til opvågning.

### **5.3 Fertilitet**

I afdelingen for fertilitet behandles patienter ambulant for barnløshed. I kraft af behandlingens natur er afdelingen åben alle ugens 7 dage året rundt. Afdelingen har, afhængig af eventuelle specialfunktioner, behov for et antal undersøgelsesstuer. Til afdelingen for fertilitet hører desuden et laboratorium. Endelig er der, afhængig af specialfunktioner som fx behandling af patienter med HIV eller hepatitis, omfattende krav til såvel undersøgelsesstuer som separate laboratoriefaciliteter.

Til afdelingen for fertilitet er der behov for reception og venteanreder.

## 6. Patientsikkerhed

Arbejdstilrettelæggelse og fysiske rammer er nøje forbundne størrelser, der bidrager til øget patientsikkerhed eller omvendt, kan udløse utilsigtede hændelser. Dette gør sig gældende på alle hospitaler uanset klinisk speciale. For kvinde-barn området er der derfor en række generelle forhold, der bør tages i betragtning, når der bygges nyt eller pågår renovering af ældre byggeri. Som eksempler på fysiske rammer, der bidrager til øget patientsikkerhed kan nævnes:

- Støjreduktion (støjdæpende loftsplader og gulvbelægning, lydabsorberende overflader, lydafskræmet udstyr og lydløse kaldesystemer)
- Klar logistik – inde og ude (system for skiltning og vejvisning)
- Rummelige enestuer med tilhørende badeværelse
- Fleksibelt dags- og kunstlys under hensyntagen til døgnrytme og kliniske funktioner
- Indretning der understøtter arbejdsgange (fx decentrale overvågningsstationer eller depotrum)
- Medicinrum der understøtter arbejdsgange (fx observation af medicineringsprocessen forud for indretning af medicinrummet)
- Fysiske barrierer (fx bemandet skranke foran rum, hvor personalet arbejder med sikkerhedskritiske opgaver som journalgennemgang og -skrivning samt ordination af medicin)
- Rum til pauser og kollegialt samvær, adskilt men ikke isoleret fra professionelle funktioner
- Udstyr og indretning, der tager hensyn til ergonomi
- Spritdispensere "at the point of care", dvs en armslængde fra patienten og ved døre; håndvaske, der er placeret let tilgængeligt
- Beskyttelse mod luftbåren smitte (ventilationssystemer, luftfiltre m.v).

Begrundelsen for at lægge vægt på ovennævnte forhold er, at de fysiske rammer herved betinger færre distraherende faktorer og dermed færre forglemmelser, misforståelser eller brud i kommunikation og kontinuitet. Ligeledes fører sådanne rammer til, at personalet går færre skridt og bruger mindre tid på at lede efter ting eller afbryde kolleger, hvilket igen bidrager til mindre stress og træthed.

Hertil kommer, at enestuer, kombineret med decentrale overvågningsstationer giver mulighed for at observere, undersøge og tale med patienten i fortrolighed og via entydig kommunikation. Samtidig giver rummelige enestuer betingelser for, at pårørende kan være

til stede over tid og dermed hjælpe patienten og eventuelt være den sidste barriere mod utilsigtede hændelser – som fx patientfald, der er én af de hyppigst forekommende hændelser på hospitalerne. Endelig beskytter enestuer mod person-person og person-overflade-person smitte, især hvis håndhygiejne er en integreret del af den faglige kultur og dermed har afsmittende effekt til patienter og pårørendes opfattelse af rent og urent.

Inden for børneområdet er der desuden et særligt sikkerhedsaspekt i forhold til fx medicingivning, anæstesi, billeddiagnostik og indretning af sengeafsnit. Indretning af sengeafsnit skal således opfylde særlige sikkerhedsmæssige krav til døre, vinduer, spisefaciliteter, apparatur og birum til utensilier og affald, da børn, når det gælder disse områder, er særligt udsatte.

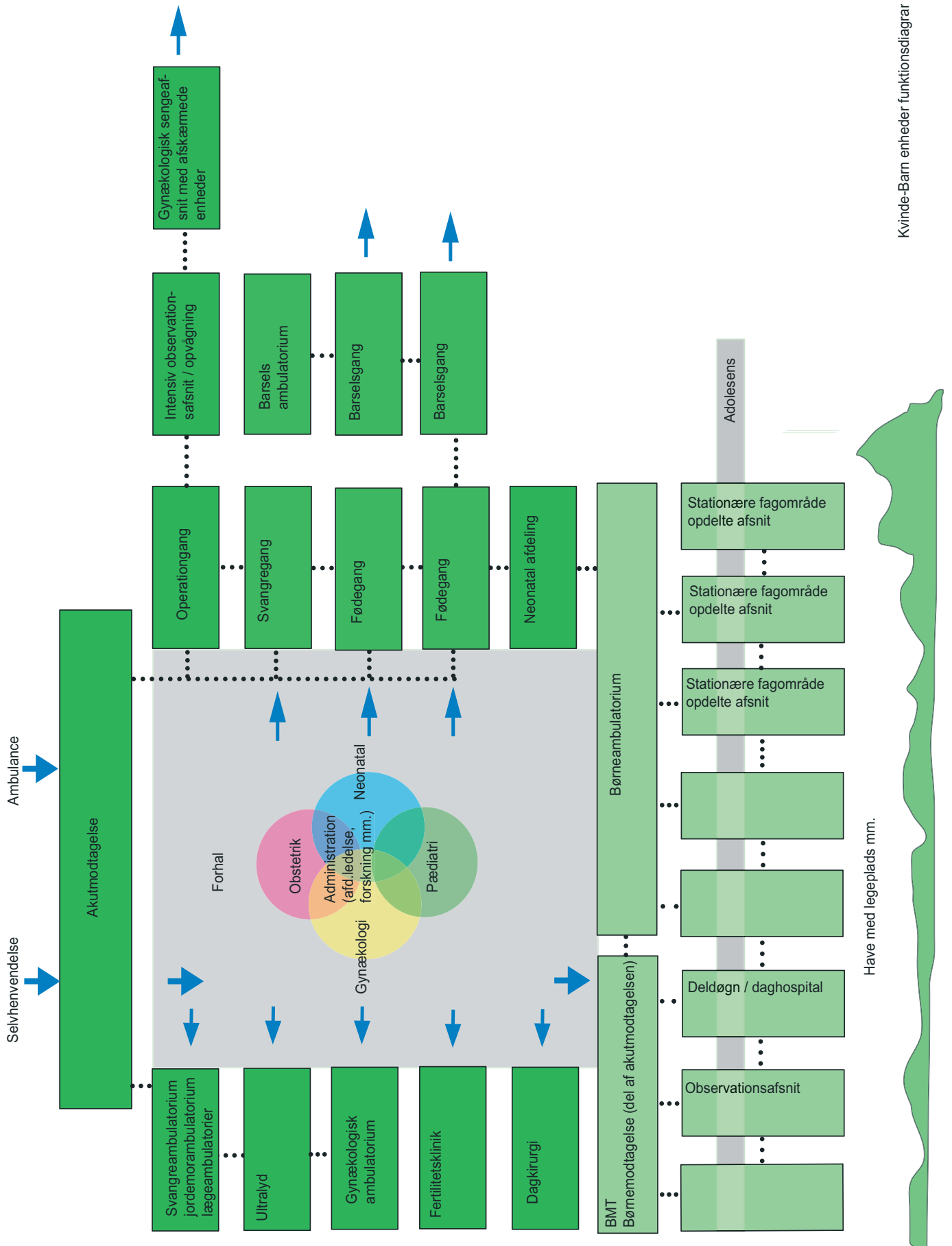
Afslutningsvis skal det nævnes, at der kan uddrages læring – både i forhold til arbejdstilrettelæggelse og fysiske rammer – fra de utilsigtede hændelser, som personalet rapporterer. Herudover er metoderne fejlkildeanalyse og patientsikkerhedsrunder velegnede til at identificere risici forud for beslutninger om ændringer af fysiske rammer.

## 7. Personalets arbejdsforhold

De fysiske rammer skal sikre ordentlige arbejdsforhold for personalet. Gode fysiske rammer er således medvirkende til at fastholde personalet. Der skal være forstyrrelsesfri arbejdszoner, og der skal være de nødvendige it-funktioner, som understøtter de kliniske funktioner. Samtidig skal der være tilstrækkelige behandlings-, samtale-, trænings- og møderum samt personalerum til konferencer. Der skal desuden være et tilstrækkeligt antal kontorer til såvel læger, sygeplejersker, sekretærer m.fl. Endelig skal der være de nødvendige birum som depoter, toiletter, journalarkiver etc., køkken, spiserum og opholdsrum samt lokal kantine forbeholdt personalet.

Indretningen af de fysiske rammer skal desuden tilgodese de regler, der gælder for det fysiske arbejdsmiljø som fx indeklime, lys, møbler, udsugning ved håndtering af lægemidler etc.

Bilag 1. Funktionsdiagram for kvinde-barn enheder på områdehospital



Kvinde-Barn enheder funktionsdiagram



**Region  
Hovedstaden**

**Region Hovedstaden**  
Koncern Plan og Udvikling  
Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød  
Telefon: 48 20 50 00  
[www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)