

Anbefalinger vedr. etablering af en fælles PICU på Rigshospitalet - Afrapportering fra arbejdsgruppe om fremtidens PICU

Anbefalinger

På baggrund af resultaterne af arbejdet i PICU arbejdsgruppen anbefaler projektorganisationen BørneRiget, at den tidligere beslutning om at etablere en børneintensiv enhed på Rigshospitalet udmøntes i følgende:

- Den børneintensive enhed etableres med i alt 24 pladser – 14 intensivpladser og 10 semiintensive pladser
- Den børneintensive enhed etableres som en selvstændig klinik med en klinikledelse bestående af en klinikchef og en oversygeplejerske
- De seks hjertesenge bemandes som en udefunktion fra Hjertecentret. De øvrige 8 intensivsenge og 10 semiintensive senge bemandes tværfagligt til at dække de øvrige specialer på Rigshospitalet.
- Ledelsen af den nye PICU ansættes i 2018, eller hurtigst muligt derefter, i første omgang som en deltidssansættelse 1 dag ugentligt, med optrapning senere. Formålet er at opbygge funktionen og planlægge og gennemføre uddannelse, kompetenceudvikling og rekruttering.
- Planlægning af uddannelsesforløb for henholdsvis læger og sygeplejersker igangsættes umiddelbart i et samarbejde mellem de nuværende intensivklinikker.
- Igangsætning af udredning af de økonomiske konsekvenser af en ny klinik.

Baggrund

Etablering af en pædiatrisk intensiv afdeling (PICU) har været diskuteret gennem flere år på Rigshospitalet, hvor flere centre deltager i behandlingen af kritisk syge børn. Aktuelt er der pædiatrisk intensiv terapi funktioner fordelt på fem forskellige klinikker. Internationalt centraliseres den pædiatriske intensive terapi, og tilbage i 2008 konkluderede en arbejdsgruppe på tværs af centre på Rigshospitalet, ud fra et fagligt – og organisatorisk synspunkt, at tiden var inde til at der etableres en pædiatrisk intensiv afdeling på Rigshospitalet.

Spørgsmålet blev taget op igen i forbindelse med forundersøgelsen til et muligt nyt mor-barn hospital på Rigshospitalet. Direktionen har i marts 2016 besluttet, at der skal etableres en børneintensiv enhed på Rigshospitalet omfattende alle specialer på Rigshospitalet. Den nye PICU realiseres i forbindelse med etablering af den nye fløj til børn, unge og fødende som åbner i 2023.

En arbejdsgruppe med repræsentanter fra alle kliniske områder, som varetager intensivbehandling af børn på Rigshospitalet i dag, har udarbejdet anbefalingerne i indeværende notat. Se bilag 1 for kommissorium for gruppens arbejde.

Vision og formål

Rigshospitalet vil samle alle børn på Rigshospitalet med behov for intensiv behandling i et dedikeret børneintensivt område målrettet behandling af børn mellem 0 og til og med 17 år. Det børneintensive område omfatter både intensiv og semiintensiv behandling. Det vil betyde at Rigshospitalet kan blive et internationalt kraftcenter, som tiltrækker patienter og kvalificeret personale fra hele Norden.

En samling af alle børn i et børneintensivt område vil betyde, at Rigshospitalet kan behandle de allermest komplicerede patienttyper, fordi alle specialer vil være til stede - både specialister i børn og specialister fra grundspecialerne samtidig med, at der vil være en tæt kobling til voksenspecialerne. Familierne vil samtidig opleve mere enkle forløb, fordi specialisterne kommer til barnet og ikke omvendt.

Rigshospitalet vil med en samling af intensive børn bidrage til en mere struktureret og specialiseret uddannelse som bidrager til udvikling af fagområderne og ekspertuddannelse indenfor det børneintensive fagområde.

Målet er at skabe fremtidens ideelle funktion for pædiatrisk intensiv terapi på Rigshospitalet. Der skal tænkes nyt og udfordrende i forhold til det eksisterende, så det nye hospital, som vil stå færdigt i 2023, kan skabe banebrydende rammer for behandling, forskning og uddannelse.

Der er tre grundlæggende præmisser for den nye børneintensive enhed:

- Alle intensive børn mellem 0 (> 28 dage) og til og med 17 år på Rigshospitalet samles i én enhed
- Den nye hospitalsbygning kan rumme, at alle specialister kommer til patienten og ikke omvendt
- Børnenes leg og læring skal være en aktiv del af behandlingen og en integreret del af hverdagen, når det nye hospital står færdigt.

Patientgrundlag og dimensionering

Ved opgørelsen af patientgrundlag for PICU-enheden er der taget udgangspunkt i aktivitetsdata fra eSundhed for alle børn mellem 0 og 17 år, som i 2014 og 2015 modtog intensiv behandling. Børn under 28 dage fra Neonatalklinikken er ikke med i opgørelsen, da disse vil blive indlagt i Neonatalklinikken. I PICU vil der både være intensive og semiintensive børn indlagt.

Rigshospitalet fik pr. 1. oktober 2016 landsfunktion for hjertekirurgiske børn, hvilket medfører en fordobling af aktiviteten for hjertebørn (faktor 1,2) herunder også et øget sengebehov for hjertebørn indlagt i Neonatalklinikken.

Aktiviteten i PICU-enheden fordelt på de nuværende klinikker fremgår af tabel 1. Aktiviteten fordeler sig med ca. 75 % intensive børn og 25 % semiintensive børn.

Omregnet til sengekapacitet bliver fordelingen ca. 50:50 mellem intensivsenge og semiintensive senge, da semiintensive børn typisk er indlagt i længere tid end intensive børn. Afhængig af hvor høj en belægningsprocent, der indregnes, kan sengebehovet opgøres til mellem 21 og 26 senge. I BørneRiget er PICU dimensioneret til at kunne rumme 24 senge, hvilket vurderes til at være tilstrækkeligt, da de semiintensive senge normalt ikke regnes med en lav belægningsprocent.

Tabel 1. Patientgrundlag og dimensionering.

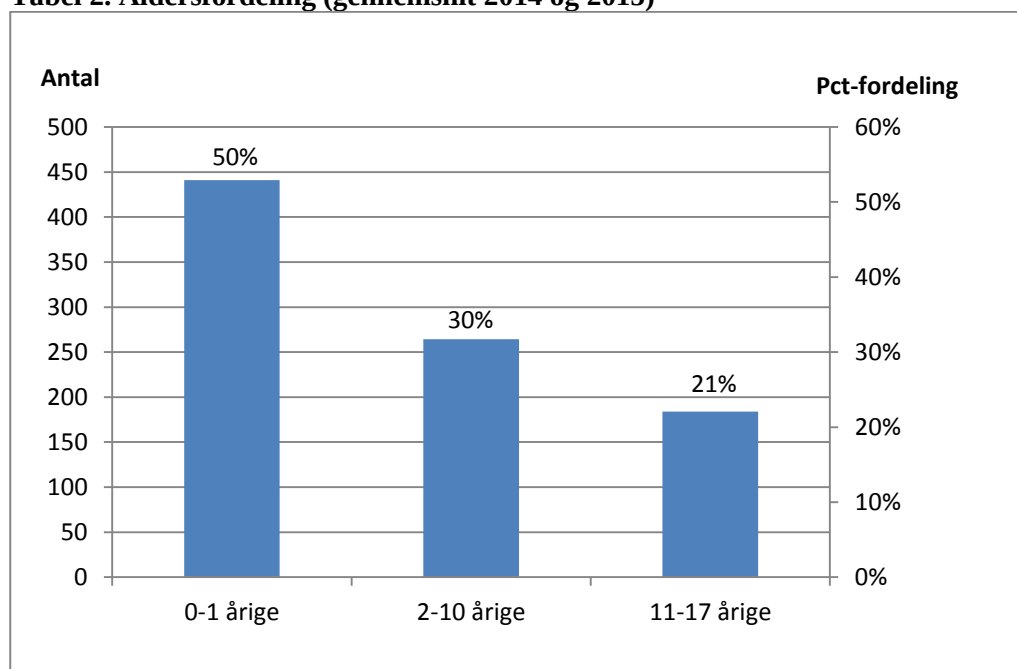
	Antal udskrivninger	Antal senge-dage	Antal senge (85 %)	Antal senge (70 %)	Fordeling af senge mellem centre
ITA/PITA (Abdominalcentret)	158	686	2	3	10 %
Neurocentret	40	186	1	1	3 %
Hjertecentret (fremskrevet til landsfunktionsniveau)	288	1.625	5	6	24 %

Neonataalklinikken	173	895	3	4	13 %
Intensive i alt	659	3.392	11	13	51 %
BørneUngeKlinikken (semi-intensive)	231	3.245	10	13	49 %
I alt, intensiv + semiintensiv	890	6.637	21	26	100 %

Note: Data fra eSundhed, LPR dato 10/9-2016. Aktivitet fra 2014 og 2015 i takst 16 for afdelingerne 01.1, 03.1, 21.1, 22.1,32.B, 32.C,34.1, 47.1. Aktiviteten omfatter børn mellem 0 og 17 år, dog er børn under 28 dage frasorteret for afdeling 47.1.

Tabel 2 viser hvordan PICU-børnene fordeler sig aldersmæssigt. 50% af børnene er mellem 0 – 1 år, 30% er mellem 2 og 10 år og endelig er 21% mellem 11 og 17 år.

Tabel 2. Aldersfordeling (gennemsnit 2014 og 2015)



Organisering og ledelse

Arbejdsgruppen har med udgangspunkt i den faglige vision for etablering af en børneintensiv enhed drøftet forskellige scenarier for organisering og ledelse af PICU:

1. De 24 senge er en hotelfunktion, som benyttes af alle centre. Centrene kommer med egne læger og sygeplejersker.
2. De 24 senge er en klinik med egen oversygeplejerske og en lægelig leder fra en voksenintensiv klinik.
3. De 24 senge er en klinik med egen oversygeplejerske og lægelige ledere fra alle voksenintensive klinikker.
4. De 24 senge er en klinik med egen lægelig leder og oversygeplejerske. En andel læger vil være ansat i PICU. En andel læger vil komme fra andre klinikker.
5. De 24 senge er en børne/unge-satellit til en af de eksisterende intensivklinikker.

Arbejdsgruppen har prioriteret, at organisering og ledelse af PICU skal tage afsæt i fagligheden, og at der er behov for en entydig ledelse.

Arbejdsgruppen pegede enstemmigt på model 4, hvor PICU organiseres som en klinik med egen klinikledelse.

Der er enighed om, at der skal være en fast sygeplejestab i PICU og derudover en fast lægestab. Den faste lægestab skal kunne varetage vagten.

Den faste kernegruppe af dedikerede læger og sygeplejersker foreslås suppleret med delestillinger for både læger og sygeplejersker for at sikre det højeste kompetenceniveau i balancen mellem børne- og voksenerfaringen indenfor grundspecialerne. Derudover foreslås det, at de seks senge til hjerteopererede børn bemandes som en udefunktion fra Hjertecentret.

Det anbefales, at den nye klinikledelse ansættes fra 2018 med henblik på at have tid til planlægning og gennemførelse af uddannelsesforløb for både læger og sygeplejersker, som skal være klar til indflytning i 2024.

Den nye ledelse vil indledningsvist skulle beskrive flere forskellige grundlæggende forhold, herunder:

- Planlægning af rekruttering og uddannelsesprogrammer for læger og sygeplejersker
- Evt. etablering af en pædiatrisk intensiv overbygningsuddannelse på tværs af universitetshospitalerne i Danmark. Planlægges i samarbejde med Specialuddannelsesrådet
- Retningslinjer for interne transporter af personale og eller patienter
- Behovet for adgang til diagnostisk i umiddelbar tilknytning til funktionerne, herunder tidskriterier for adgang til MR, CT, blodprøvesvar o.a.
- Transporthold for afhentning af kritisk syge børn i og udenfor Region Hovedstaden, som tænkes sammen med eksisterende transporthold på Rigshospitalet
- Det fremtidige potentiale for forskning og uddannelse indenfor pædiatrisk intensiv terapi
- Potentialet forbundet med at etablere en egentlig overvågningsenhed, som elektronisk kan overvåge kritisk syge børn på hele Sjælland.

Behandlingsansvar

PICU-enheden varetager intensiv observation og behandling af børn fra 0 til og med 17 år. Neonatale børn (0-28 dage efter fødsel (præmature $\leq$ 40 uger) som kræver intensiv observation og/eller behandling, visiteres primært til NICU. Børn med langvarige forløb på NICU strækkende sig ud over neonatalperioden kan overføres til PICU.

Indikationen for intensiv terapi bør bero på en individuel vurdering, og bør om muligt være afklaret inden barnet indlægges på PICU. Det er ikke muligt at angive faste objektive kriterier for, hvornår et barn skal indlægges på intensivafdeling – men kliniske faktorer som for eksempel: Grad af organsvigt, vitalparametre, evt. bagvedliggende sygdom og prognosen for denne, fysiologisk reserve, kroniske sygdomme samt behov for behandling og overvågning bør medtages i vurderingen. Ethiske overvejelser skal ligeledes indgå i vurderingen.

1. Barnet skal have svigt eller truende svigt af et eller flere vitale organsystemer.
2. Behandlings- og/eller overvågningsbehovet kan ikke tilgodeses på en almindelig sengeafdeling.
3. En sidste gruppe patienter, som er relaterede til PICU, er de kronisk respirationssyge børn, som har specielle behov (disse børn omtales aktuelt som 'RCØ-børn'). Det vurderes at disse børn ved indlæggelse bør være i PICU- eller semi-intensivt regi.

Ustabile børn, der har behov for respiratorisk eller cirkulatorisk støtte indlægges primært i PICU, således at man kan intensivere behandlingen uden at skulle flytte dem.

Imidlertid er der en del børn, som aldrig får mere hjælp end ilttilskud, N-CPAP eller fx dopamin-infusion og er stabile på dette. Sådanne børn kræver mere observation og monitorering end man normalt har på et sengeafsnit. Det samme gør sig gældende for børn, der typisk har let til moderat svigt af et enkelt eller to organsystemer, fx lever- og nyresyge børn. Disse patientkategorier varetages i semi-intensivt regi.

Børn, der ikke længere opfylder visitationskriterierne, dvs. børn uden behov for semiintensiv eller intensiv behandling, skal udvisiteres til stamafdeling.

Ved pladsmangel i intensivsengene udnyttes de semiintensive pladser i afsnittet først. De semiintensive patienter flyttes til almene sengeafsnit.

Ansaret for udvisitering af patienter fra PICU ligger i PICU. Det er stamafdelingens ansvar at håndtere modtagelse af patienter fra PICU.

Kompetencer og bemanning

Sygeplejersker

Der kan skelnes mellem basiskompetencer og specialistkompetencer indenfor pleje og behandling af de intensivt syge børn.

Basiskompetencer

- De 14 intensivsenge vil være niveau 3 senge jf. Sundhedsstyrelsens rapport fra 2006¹. De sygeplejersker som skal varetage sygeplejen af de 14 intensivsenge, skal være intensiv specialuddannede eller intensiv specialuddannelseskursister, således at der i alle vagter kan være specialuddannede sygeplejersker til stede.
- De 10 semiintensive senge bør kategoriseres som multidisciplinære intensive intermediære senge. Sygeplejepersonalet bør inkludere sygeplejersker med specialuddannelse i intensiv sygepleje, således at der i hver vagt kan være en specialuddannet sygeplejerske til stede. Rationen mellem sygeplejersker og patienter afhænger af patientsammensætning, men er højere end på et almindeligt sengeafsnit. Rationen skal afklares på et senere tidspunkt.

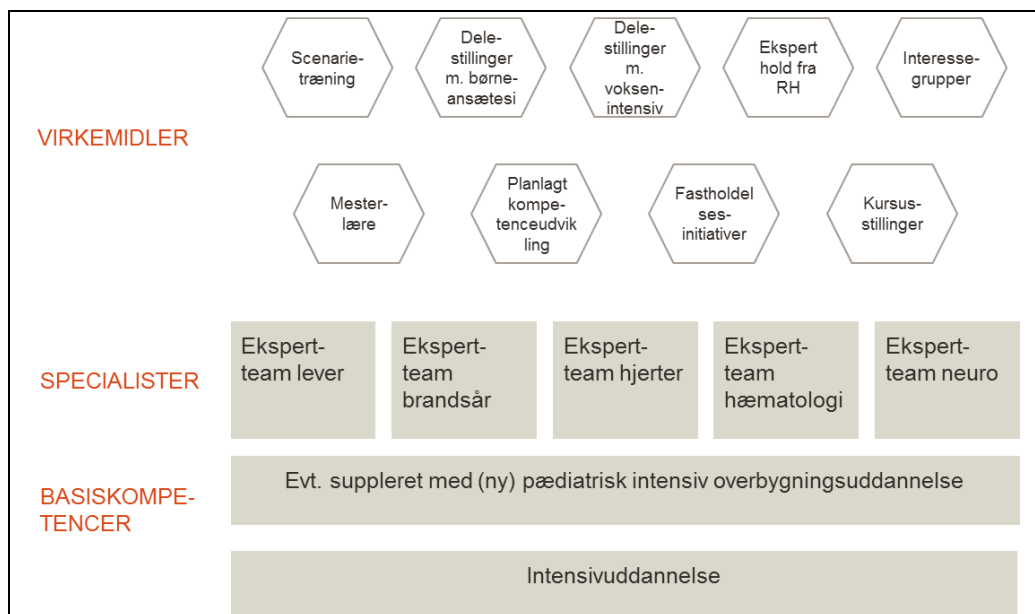
Specialistkompetencer

Arbejdsgruppen har diskuteret, hvordan de specialespecifikke kompetencer sikres oven i de generelle børneintensive kompetencer. De specialespecifikke kompetencer omfatter pleje og behandling af leverbørn, brand-sår-børn, hjertebørn, neurobørn, hæmatologi og hovedtraumer.

Der bliver tale om en samlet set stor gruppe sygeplejersker i PICU, og det vil være muligt at lave interessegrupper/ekspertteams indenfor specialerne. De enkelte specialer vil fylde forskelligt i PICU, og de enkelte ekspertteams vil derfor naturligt have forskellig størrelse. Den største enkeltstående patientgruppe vil være hjertebørn.

Samlet set kan kompetencebehovet illustreres som følgende:

¹ Intensiv terapi – definitioner, dokumentation og visitationsprincipper, Sundhedsstyrelsen 2006



Udover at rekruttere sygeplejersker med intensivkompetence og de relevante specialekompetencer, er der en række virkemidler til at sikre det høje faglige niveau på plejesiden.

Der kan etableres delestillinger mellem PICU og børneanæstesi, PICU og NICU samt PICU og voksenintensiv. Denne model kendes fra andre dele af Rigshospitalet og regionen.

Der kan arbejdes med forskellige former for uddannelse og kompetenceudvikling såsom scenarietræning, mesterlære, kursusstillinger og planlagte kompetenceudviklingsforløb.

Der kan arbejdes med tilkald af eksperter/eksperthold, som det kendes på Rigshospitalet i dag i form af brandsårshold, transplantationshold, smertesygplejersker m.v. Ekspertholdene kan typisk tilkaldes i dagtid, men enkelte eksperthold vil være døgndækket.

Endelig kan der arbejdes med forskellige former for fastholdelsesinitiativer, for at sikre en god stabil stab af erfarne sygeplejersker.

Sygeplejerskebemanding

Sengene i PICU får forskelligt bemandingsbehov varierende fra kirurgiske børn, der kræver højintensiv pleje i døgnene efter operation til semiintensive børn, som bemandingsmæssigt er mindre plejekrævende men strækker sig over længere tid. Følgende nøgletal kan opstilles for det anbefalede bemandingsniveau opgjort som antal sygeplejersker til stede pr. seng 24/7.

Type af intensiv seng	Antal fremmøder pr. seng 24/7
Intensivsenge (kirurgi)	2,2
Intensivsenge	2
Semiintensive	1,0

I den endelige bemanding af PICU-afsnittet skal der tages højde for stor variation i antal patienter hen over året. Bemandingen skal tage højde for bufferpersonale til at opsuge variationen i antallet af intensivsenge.

Læger

Det er vurderingen, at patienter med komplicerede lidelser med behov for højt specialiseret behandling kun kan varetages af teams af specialister, som skal hentes fra flere forskellige klinikker på Rigshospitalet. Derfor er det i vid udstrækning nødvendigt, at den faste PICU-stab suppleres med læger tilknyttet de højt specialiserede områder, som arbejdstilrettelægges efter konkrete aftaler og i relevant omfang organiseres formelt evt. med anvendelse af delestillinger eller som udefunktion.

Læger ansat på PICU skal være speciallæger (fortrinsvis i pædiatri eller anæstesiologi) og have særlig interesse i pædiatrisk intensiv terapi. De skal have erhvervet sig en række grundlæggende kompetencer. Derudover kræver specifikke højt specialiserede funktioner på PICU yderligere fagspecifikke kompetencer.

PICU – funktionen er ny i Danmark, idet børn med behov for intensiv terapi i øjeblikket varetages på voksen- og neonatale intensivafsnit som et teamwork mellem intensivister, børneanæstesiologer, pædiatere og sygdomsspecifikke medicinske og kirurgiske læger.

PICU – funktionens faste stab skal bemannes med speciallæger (i relevant speciale, fortrinsvis pædiatri og anæstesi) med supplerende uddannelse i sufficient omfang analogt til udvikling af et fagområde. Dette indebærer, at de læger, der skal indgå i bemanningen kompetenceudvikles i tiden frem til BørneRiget etableres. De lægelige kompetencer der skønnes at skulle være til stede i PICU eksemplificeres af vedlagte bilag, suppleret med liste over ekspertfunktioner.

Lægebemanding

Givet et PICU – sengeantal på 21 – 26 senge, skal der etableres 2 fulde døgnvagtshold på speciallægeniveau. Lægenormeringen skal i dagtid svare til et intensivafsnit niveau 3. Hertil kommer klinik – og afsnitsledelse samt afsnitsledere indenfor særlige ansvarsområder (uddannelse, kvalitet og patientsikkerhed, subspecialiserede fagområder mv.). Klinikkenes forskningsindsats skal ledes af en professor med særlig interesse for pædiatrisk intensiv terapi.

Lægekompetencerne skal dække omfattende kendskab til de fysiologiske og patofysiologiske forhold hos børn. Lægerne i den faste stab i PICU skal kunne begynde og fortsætte behandling af kritisk syge børn på Rigshospitalet. Lægerne skal derfor være speciallæger i relevant speciale – givetvis anæstesiologi med børneanæstesiologisk subspecialisering eller pædiatri med supplerende uddannelse i grundlæggende anæstesiologiske kompetencer.

Der skal kunne ydes rådgivning til andre hospitaler med behov for hjælp til behandling af kritisk syge børn. De grundlæggende kompetencer skal være til stede i PICU døgnet rundt. Børneriget skal tilbyde en døgndækkende transportfunktion for kritisk syge børn indbragt til akuthospitaler andre steder i Østdanmark.

Specifikke patientgrupper vil kræve yderligere kompetencer. Nogle patientgrupper har et volumen, der kan nødvendiggøre, at de specialespecifikke kompetencer varetages af en tilkaldt læge. Dette forhold gør sig særligt gældende indenfor gruppen af hjertebørn.

Andre patientgrupper har så lille et volumen, at kompetencerne skal kunne tilkaldes fra andre klinikker på Rigshospitalet.

Eksempler på disse er:

Hjertecentret	Neurocentret	Abdominalcentret	HovedOrtocentret	Juliane Marie Centret
Til rådighed i PICU 24/7				
• Kongenitte Hjertemisdannelser • ECMO • Komplex farmakologisk in- opressorstøtte • Behandling med NO • Brug af temporære pacemaker systemer • Avanceret hæmostase monitoring og hæmostatisk behandling • Omfattende Erfaring i generelle hjerteanæstesiologiske procedurer, herunder brug af peroperativ cardiopulmonal bypass • Omfattende Erfaring i generelle klassisk thoraxanæstesiologiske procedurer, herunder særlige teknikker til én-lunge ventilation mv. • Anæstesi/intensiv til hjerteopererede børn • Erfaring i brug af ventricular assist devices (VAD) hos mindre og større børn samt yngre voksne (mekanisk hjerte) • Svær Pulmonal hypertension og behandling af PH	• Forhøjet intrakranielt tryk • Kronisk respirationsinsufficiens som er for ustabile til Hjemmeventi-lations-ordning • Akut tetra-plegi • Hjernedød og donorpleje • Neurotraume med monitoring • Refraktær status epilepticus	• Organ transplantation (lever, tarm, pancreas, nyre) • Forbrændinger • Hæmatologiske sygdomme • Multitraumer • Hjernedød og donorpleje • Behandling af leversvigt (eks. MARS) • Multitraumer	• Forbrændinger • Multi-traumer	• CVVHD F (GN)

Fastholdelse og udvikling af lægekompetencer på kort og lang sigt

Lægestaben skal have omfattende kompetencer indenfor både de pædiatriske og de anæstesiologisk/intensive områder, som opnås ved speciallægeanerkendelse indenfor anæstesiologi og pædiatri.

Specialistuddannelsen suppleres med uddannelsesforløb omfattende ophold på relevante afdelinger indenfor pædiatri, anæstesi, almen intensiv, thoraxintensiv, neurointensiv, børneintensiv i udlandet, neonatologi, børnekardiologi og andet. Ét allerede planlagt forløb har en tidsramme o. 3 år.

Kompetenceudviklingen suppleres med de etablerede kursusforløb såsom den børneanæstesiologiske uddannelse i nordisk regi, SSAI og den europæiske diplomeksamen i pædiatrisk intensiv terapi. En udvikling af allerede eksisterende kursusforløb, så PICU-funktionen får en mere fremtrædende plads, med etablering af en børneintensiv uddannelse evt. i samarbejde med højt specialiserede børneenheder i Norden skal sikres.

Udover at rekruttere læger med intensiv/pædiatri kompetence og de relevante specialkompetencer, er der en række virkemidler til at sikre det høje faglige niveau på lægesiden.

- Der kan etableres delestillinger mellem PICU, børneanæstesi, voksenintensiv og NICU. Denne model kendes fra andre dele af Rigshospitalet og regionen.
- Der kan arbejdes med forskellige former for uddannelse og kompetenceudvikling såsom scenarietræning, mesterlære, kursusstillinger og planlagte kompetenceudviklingsforløb.
- Der kan arbejdes med udefunktion fra andre klinikker mhp. at sikre specialfunktioner.
- Der kan arbejdes med tilkald af eksperter/eksperthold, som det kendes på Rigshospitalet i dag i form af brandsårshold, transplantationshold, smerteteams m.v.

Uddannelsesfunktion – og forpligtelse

BørneRiget skal fremover varetage omfattende uddannelse af sundhedspersonale i Østdanmark herunder læger, sygeplejersker og andre indenfor det børneintensive og børneanæstesiologiske område. Der skal umiddelbart etableres uddannelsesprogrammer og – stillinger for kommende PICU-læger. Disse forpligtelser skal afspejles i organisationen og bemanningen af BørneRiget.

Indretning af afsnittet

Arbejdsgruppen har drøftet hvordan der sikres den rette balance mellem plejenormering, patientsikkerhed, og gode forhold for familierne. Studieturen til de børneintensive afdelinger på Rikshospitalet i Oslo og Karolinska Universitetssjukhus i Stockholm har afdækket, at ingen af de to afdelinger har valgt at have enestuer.

Deres begrundelse er, at det ikke er fagligt forsvarligt, hvis sygeplejerskerne skal arbejde alene på en stue med et svært sygt barn. Dette skal ses i lyset af, at sygeplejerskenormeringen pr. seng begge steder er væsentlig højere end på Rigshospitalet.

Ledergruppen for BørneRiget har haft en længere drøftelse af, om BørneRigets intensivenhed bør indrettes med enestuer eller flersengsstuer. Konklusionen på drøftelsen var, at om end der er en bekymring for ressourcer i fremtiden, er det uforeneligt med de værdier for behandling af børn, som findes på Rigshospitalet i dag, og som skal styrkes i fremtiden. Ledergruppen ønsker at fastholde enestuer til alle patienter i BørneRiget, og understreger at det er forudsætningen for at holde familien tæt på deres barn, også når det er kritisk sygt. Derudover vil flersengsstuer kompromittere hygiejne og fortrolighed. For at kompensere for pressede ressourcer skal der arbejdes med teknologisk støtte (nursefinders, elektronisk overvågning m.v.), involvering af forældrenes ressourcer og bygningsfysiske tiltag (skydedøre mellem sengestuer, glasvægge mod gangen o.a.).

Fysiske rammer

I BørneRigets beskrivelse af rum og arealer i den nye bygning, har PICU afsnittet 24 én-sengsstuer med tilhørende baderum, heraf to isolationsstuer. Afsnittet såvel som selve sengestuen er standardiseret opbygget af hensyn til fleksibilitet.

De 14 intensivsenge og 10 semi-intensivsenge er alle i konkurrencen beskrevet som én-sengsstuer på 27,5 m² med eget toilet og bad.

Sengestuen

Arbejdsgruppen har registreret behov for medikoteknisk udstyr på sengestuen med henblik på at vurdere, i hvilken grad stuerne kan indrettes ens og dermed understøtte en fleksibel brug af afsnittet.

Vurderingen er, at det umiddelbart er muligt at skabe en fleksibel stue, som kan anvendes på tværs af specialer. Dog skal der i den videre proces med BørneRiget arbejdes videre med følgende emner:

- Skal al udstyr monteres i søjle, eller er der udstyr, der bedst anvendes mobilt? Eksempelvis respiratorer.
- Placering og anvendelse af depoter skal detaljeres yderligere.

Deltagere i arbejdsgruppen

Anbefalingerne er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af faglige eksperter fra alle berørte intensivenheder på Rigshospitalet:

- Centerdirektør Leif Panduro Jensen, formand
- Klinikchef Torsten Lauritsen, Oversygeplejerske Lisbeth Jørgensen, Anæstesi- og operationsklinikken, JMC

- Overlæge Kaare Lundstrøm og koordinerende sygeplejerske Mia Hintze, BørneUngeklivnikken, JMC
- Klinikchef Hasse Møller-Sørensen og oversygeplejerske Rie Jackson, HJE
- Overlæge Anne-Mette Bæk Jensen og afdelingssygeplejerske Rikke Louise Stenkjær, Neonatal klinikken, JMC
- Ledende overlæge Kim Garde og afdelingssygeplejerske Ruben Krogh, NEU
- Overlæge Jakob Steen Andersen, oversygeplejerske Sidsel Jessen, ABD

Derudover har klinikchef Jan Bonde, ABD og klinikchef Steen Hertel, JMC bidraget til gruppens arbejde.

Projektkonsulenter for arbejdsgruppen er Anne-Mette Termansen, Naja Lynge Rasmussen og Franciska Holm Hansen.

Arbejdsgruppen indhentet erfaringer fra udenlandske eksperter på Karolinska og Oslo Universitetssykehus ved et studiebesøg på de to hospitaler.

Bilag 1
Kommissorium