



## STYRESAK

Styresak:	46/2021
Møtedato:	19.05.2021
Arkivsak:	2020/10153-3
Saksbehandler:	Tor-Arne Hanssen

## Plassering av bygg Psykisk helse- og rusbehandling

### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF slutter seg til prosjektets innstilling for plassering av framtidig bygg for psykisk helse- og rusbehandling, og vedtar at alternativ B, nybygg Breivika tas videre til steg 2 i konseptfasen, utdyping av hovedalternativ.
2. Styret ber om at endelig konseptfaserapport legges fram for styrebehandling senest november 2021.
3. Styret oversender sin innstilling til plassering for videre behandling og endelig beslutning i Helse Nord RHF.

--- Slutt på innstilling. Ikke fjern denne linjen. ---

### Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har vedtatt igangsetting av konseptfase for nybygg til psykisk helse- og rusbehandling i sak 85-2020 *Innramming av konseptfase psykisk helse- og rusbehandling, Tromsø*. Styret ble videre orientert om prosjektets styringsdokument og prosess fram til beslutning av tomteplassering i sak 27/2021 *Framdrift og alternativer nybygg psykisk helse- og rusbehandling*.

### Formål

Denne saken legger fram resultat av utredning og evaluering av tomtealternativer, og inviterer styret til å beslutte plassering av framtidig bygg for psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø.

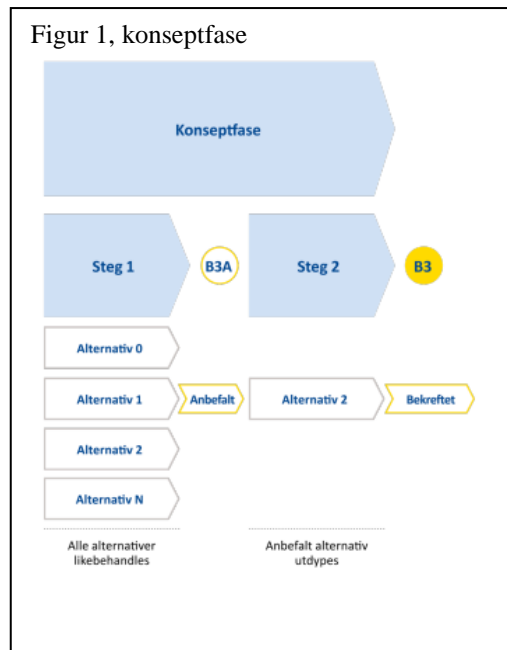
## Saksutredning

### Beslutningspunkt

I den formelle behandlingen av prosjektet *Nybygg psykisk helse- og rusbehandling Tromsø* skal styret i henhold til *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (2017)* gjøre B3A beslutning. Denne beslutningen omfatter prosjektets hovedprogram og plassering av bygget.

Hovedprogrammet beskriver innholdet og de forutsetninger som skal løses i prosjektet, og er grunnlaget som alternativene i steg 1 av konseptfasen bygger på. Alle vurderte alternativer tilfredsstillende hovedprogrammet.

Det alternativet som velges som anbefalt hovedalternativ bearbeides videre til et fullverdig konsept med skisseprosjekt som etter gjennomføring av steg 2 kommer til endelig beslutning.



### Hovedprogram

I prosjektperioden har prosjektgruppen arbeidet med et hovedprogram for innhold i nytt bygg for virksomheten, og laget en mulighetsstudie som har som hovedformål å finne realistiske og sammenliknbare alternativer som skal vurderes. Kapasitetsbehovet i hovedprogrammet baserer seg på framskrevet aktivitet etter regionale og lokale forutsetninger. Det er brukt nasjonal modell for framskriving, med tilpasning av endringsfaktorer etter føringer fra klinikkledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken. Framskivingene estimerer et framtidig kapasitetsbehov.

### Alternativer

Prosjektet har vurdert 3 hovedalternativer for framtidig virksomhet mens 0-alternativet er med som referanse:

**Alternativ Å**- nybygg på Åsgårdtomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygningsmasse på Åsgård

**Alternativ B**-samle all virksomhet i nybygg i Breivika

**Alternativ ÅB**-delt løsning mellom alternativ Å og alternativ B

**Alternativ 0**-utsettelse av bygging

Alle tre alternativene er utformet i tråd med hovedprogrammet for steg 1. De har tilnærmet likt totalt areal nybygg, på ca. 35 000 m<sup>2</sup> brutto. Breivika-alternativet har bare nybygg, mens Åsgård har alle behandlingsarealer nybygg, i tillegg til renovering og bruk av eksisterende bygg. Kapasitetsbehovet er likt fremstilt for alle alternativene, med 158 døgnplasser (normerte senger) og 43 poliklinikkrom. Alternativene ivaretar også behovet for aktivitetsareal og fag, forskning og utvikling (FFU).

Mulighetsstudien har utarbeidet et realistisk Å-alternativ som bevarer fredede bygg, og i størst mulig grad ivaretar vernet på anlegget. Alle behandlingsarealer er plassert i nybygg for å

tilfredsstillende dagens standard og krav. Noen bygg rives for å kunne knytte byggene naturlig sammen i det vernede anlegget. Lettere funksjoner plasseres i eksisterende bygningsmasse som må totalrenoveres. Utforming av bygningskomplekset er drøftet med fylkeskonservator som vil være formelt behandlingsnivå med hensyn til ivaretagelse av fredningsvedtak. Alternativet vil medføre flytting av noe av virksomheten til midlertidige bygg, byggestøy og mye aktivitet på tomten i en periode på minst 3-4 år. Dette vil framstå som ulempe for ansatte og pasienter.

For B-alternativet er det laget en modell der all virksomhet unntatt sikkerhetspsykiatri samles i nybygg på tomteareal nordvest for PET-senteret i Breivika. Eksisterende bygg på Åsgård vil bli utflyttet i sin helhet og kan avhendes. Det forutsettes som en absolutt forutsetning å etablere sikkerhetspsykiatri på nærliggende tomteareal i Breivika. Det er flere gode alternative ledige arealer i området, men endelig avklaring er ikke ivaretatt i denne fasen av prosjektet. Valg av sikkerhetsnivå i anlegg for sikkerhetspsykiatri vil kunne påvirke mulige tomtealternativer.

I et delt alternativ (ÅB) er det aktuelt å flytte rusbehandling (TSB) til Breivika og beholde annen virksomhet på Åsgård. Denne delingen av virksomheten er basert på nytteverdi av samlokalisering med somatikk vurdert mot ulemper ved deling av virksomhet som har felles funksjoner og vaktfunksjoner.

**Tabell 1, styrker, svakheter og usikkerhet**

Å-alternativ	B alternativ	ÅB alternativ
<b>PRE</b>	<b>PRE</b>	<b>PRE</b>
Stort tomteareal	Samlet med somatikk og utdanning	Utnytter muligheter
Relativt skjermede omgivelser	Ingen ulemper i byggeperiode	Samler TSB og somatikk
God tilgang til naturomgivelser	Tilgang til naturomgivelser	God tilgang til naturomgivelser
Mulighet til å legge alle sengeposter på bakkenivå	Alle sengeposter får skjermet uteareal	Mulighet til å legge alle sengeposter på bakkenivå
Direkte tilgang til uteareal	Laveste driftskostnader	
	Laveste investeringskostnad	
	Muliggjør salg av Åsgård	
	Meget gode kollektivløsninger	
<b>CONTRA</b>	<b>CONTRA</b>	<b>CONTRA</b>
Avstand til somatikk og utdanning	Plassering av sikkerhetsbygg	Delt løsning
Støy og ulempe i byggefase	Trafikk/parkering	Høyest investeringskostnad
Midlertidige løsninger	Begrenset tomteareal	Høyeste driftskostnad
Avstand til pasienthotell	Mer urbane omgivelser	Støy og ulemper i byggefase
Svak kollektivløsning		Svak kollektivløsning
<b>USIKKERHET/RISIKO</b>	<b>USIKKERHET/RISIKO</b>	<b>USIKKERHET/RISIKO</b>
Vern og fredning	Uavklart tomt for sikkerhetsavdeling	Vern og fredning
Flere byggetrinn/byggetid	Parkeringsløsning	Byggetrinn
Boligutvikling omkring Åsgård	Regulering	Byutvikling ved Åsgård
Rokadekostnader		Rokadekostnader
Regulering		Regulering

### Prosess

Sykehusbygg har vært leid inn for å styre prosessen og har hatt støtte fra rådgivende ingeniører fra COWI og arkitekter fra Ratio arkitektkontor. Det har vært bred medvirkning fra ansatte, ledelse, brukere, pårørende og erfaringskonsulent i alle faser av prosjektet. Det har vært gjennomført en egen *Bruker spør bruker undersøkelse* i løpet av prosessen, som har resultert i

rapporten *Pasienters forventning til framtidens behandlingstilbud og nytt bygg for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved UNN HF Tromsø* (vedlegg 5). Rapporten har gitt verdifulle innspill til hovedprogram og utforming av arealer. Rapporten berører også plassering av bygg og anbefaler å plassere nybygg ved Åsgård.

Det har vært gjennomført dialog med alle somatiske klinikker i UNN, og etterspurt hvilke kvaliteter som bør vektlegges ved nybygg. Alle somatiske klinikker bortsett fra Akuttmedisinsk klinikk har vektlagt fysisk nærhet mellom funksjonene som viktig for alle pasientgruppene. Det framheves et stort behov for bedre samarbeid og lettere samhandlingsformer om pasienter innlagt både i somatikk og psykisk helse og rus. Akuttmedisinsk klinikk vektla god tilkomst og forhold ved akuttmottak, men hadde ingen preferanse i forhold til plassering av virksomheten.

### **Evaluering**

I prosjektets styringsdokument beskrives forutsetninger for de vurderinger som skal legges til grunn for beslutning:

*Alle alternativene skal utredes og vurderes i henhold til kriteriene og gis en poengsum. I den grad det er mulig, vil vi se på drift og gevinster, byggetrinn, økonomi, spesielle dimensjonerende forutsetninger for det enkelte alternativet, alternative virksomhetsmodeller, programkrav (hentes fra hovedprogrammet), illustrasjoner, modeller fra evt. mulighetsstudier og om alternativet er gjennomførbart.*

På bakgrunn av hvilke effektmål nybygg skal løse, er det utarbeidet kriterier som er blitt evaluert med hensyn til hvor stor grad alternativene løser behovene. Utover disse kriteriene er også økonomi, gevinster, byggetrinn og usikkerheter vurdert.

**Tabell 2, Evalueringskriteriene**

	Mål	Evalueringskriterier	Vekt (HK)
1	Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og		20
2	Behandlingen er sammenhengende og helhetlig		15
3	Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten		15
4	Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper		10
5	UNN bidrar med kompetanseutvikling		10
6	Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder		20
7	Byggene er teknisk funksjonsdyktige		10
	SUM		100

Evaluering av alternativene i henhold til kriteriene er utført som en felles evaluering for de 3 medvirkergruppene den 28. april 2021, hvor til sammen 38 personer deltok. På grunn av pandemibegrensninger ble evalueringen gjennomført på Teams og ikke i plenum. Sykehusbygg oppfatter dette som en metodisk svakhet på grunn av manglende mulighet til å sikre at deltakerne tolker innholdet i kriteriet likt, og derved har samme bakgrunn for å sette karakterer.

Klinikkledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken gjennomførte egen evaluering i møte 3. mai og direktørens ledergruppe behandlet saken i møte 4. mai.

På bakgrunn av evalueringene og behandling i direktørens ledergruppe, er det laget en samlet innstilling som forelegges prosjektets styringsgruppe 18. mai og styret i UNN i denne saken. Vurderinger omkring økonomi, byggbarhet, vernemulighetsrom, salgsverdi mm er utført av prosjektorganisasjon i Sykehusbygg og UNN.

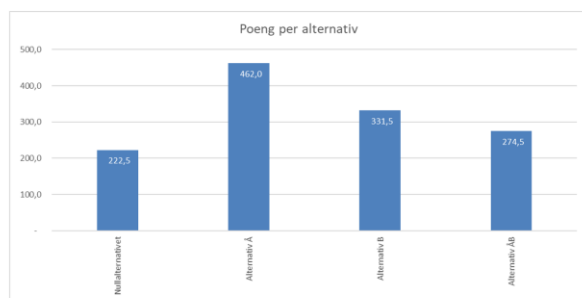
Alternativene har ulike styrker, svakheter og usikkerhet. Det er også forskjeller i investeringskostnad og driftskostnader ved etablering på Åsgård eller Breivika.

Plenumsevalueringen vektla i svært stor grad de positive sidene ved Åsgård-alternativet, og gav gjennomgående dette alternativet toppkarakterer på alle evalueringskriterier. Tilsvarende vurdering for Breivika alternativet var preget av meget stor variasjon i karaktergivning der karaktergivning for samme egenskap ble gitt karakter fra 2 (meget svak) til 5 (beste oppnåelige) fra individuelle deltagere i evalueringen. På grunn av gjennomføringsmetoden av evalueringen ble det ikke mulig å gå inn i årsakene til denne variasjonen.

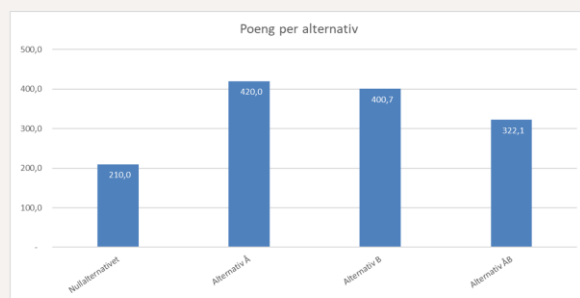
Evalueringen i klinikkens ledergruppe ble gjennomført etter samme modell, men deltagere måtte redegjøre for poenggivelsen. Resultatet i klinikkledelsen viser to nærmest likeverdige alternativer med en svak fordel for Åsgård alternativet.

**Tabell 3**

Resultat fra workshop gjennomført 28.04



Resultat fra klinikkledelsens gjennomgang 03.05



Prosjektledelsens interne evaluering av kriteriene likestiller i langt større grad alternativene basert på evalueringskriteriene. Alternativ A vurderes som sterkest på kriterium 6, mens alternativ B vurderes sterkest på kriterium 2 og 5. I sum vurderer derfor prosjektledelsen at alternativene er likestilte, men har hver sin genuine styrke og svakhet som er gitt av tomteareal og beliggenhet sett opp mot nærhet til somatiske tjenester og utdanningsinstitusjoner.

I direktørens ledergruppe ble behov for nærhet til somatikk og utdanningsinstitusjoner løftet fram. Ledergruppen valgte også å legge vekt på at de pasientene som sannsynligvis skal ha den spesialiserte sykehusbehandlingen i framtiden er de mest syke pasientene som vil ha størst utbytte av sammenhengende behandlingsforløp.

### **Investeringskostnad**

Beregning av investeringskostnadene er i denne omgang basert på referansepriser fra andre prosjekter, med en vurdering av hva som er forskjellig i de ulike alternativene her sammenlignet med referanseprosjektene.

Åsgård-alternativet og det delte alternativet vil kreve nybygg, tung ombygging i gamle arealer samt riving av eksisterende bygg. Byggeperiode vil kreve oppdeling i flere faser med mellomløsninger og flytting av virksomheten for å løse prosjektet. Midlertidige løsninger er ikke

detaljert i denne fasen av prosjektet, men er grovt anslått å koste omkring 100 mill. kroner. Denne posten er ikke tatt med i investeringskostnadene.

Breivika-løsningen vil innebære kun nybygg. Breivika-alternativet vil kreve tomteerverv for å løse sikkerhetspsykiatrien, kostnaden til denne er anslått til å være langt lavere enn ulempekostnadene ved bygging på Åsgård og er ikke medtatt i kostnadsberegningen.

**Tabell 4, Areal nybygg, ombygging og rivning ved alternativene**

Estimat arealbehov (BTA)	Nybygg	Tung ombygging	Riving, anslag areal	Sum areal pr alternativ
<b>Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg</b>	26 850	8 867	32 912	35 717
<b>Alternativ B - alt i Breivika</b>	36 315			36 315
<b>Alternativ ÅB - delt løsning, rus Breivika</b>	28 080	8 867	32 912	36 947

**Tabell 5, Kostnadsberegning av alternativene**

Estimat investeringskostnad	Nybygg	Tung ombygging	Riving	Sum investeringsbehov
<b>Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg</b>	2 013 750 000	664 987 500	65 824 000	<b>2 744 561 500</b>
<b>Alternativ B - alt i Breivika</b>	2 723 625 000	-	-	<b>2 723 625 000</b>
<b>Alternativ ÅB - delt løsning, rus Breivika</b>	2 106 000 000	664 987 500	65 824 000	<b>2 836 811 500</b>

Nullalternativet er et referansealternativ/utsettelsesalternativ. Styresak 8/2019 *UNN Åsgård-Tilstandsvurdering av bygningsmassen* anslo et behov for investering på 411 mill. kroner for å sikre drift i anlegget i 10 år.

### **Gevinst**

Prosjektledelsen vurderer salgsverdi for Åsgårdtomten med bygningsmasse som svært vanskelig å anslå, men tror at tidligere takst for området på 660 mill. kroner er optimistisk. Det er vurdert som utfordrende å selge Åsgårdtomten med vernet og fredet bebyggelse. Det er større sannsynlighet for salg av denne tomten hvis virksomheten flytter ut av området enn om psykisk helse- og rus skulle fortsette å være etablert i området. I økonomiske beregninger er det derfor kun lagt inn salg av Åsgårdmarka som er tilbudt Tromsø kommune. Det er lagt inn salgsgevinst av Åsgårdmarka for 400 mill. kroner.

I steg 1 av konseptfasen består de driftsøkonomiske vurderingene av en relativ beregning av gevinster i forhold til dagens driftssituasjon. Prosjektet har tilstrebet å nyansere eventuelle driftsgevinster for å se om de ulike alternativene har vesentlige forskjeller. Det er også lagt vekt på konservative estimater for å sikre at forskjeller ikke overestimeres.

Videre arbeid med en gevinstrealiseringsplan vil utføres i steg 2 av konseptfasen. Planen skal bearbeides videre i løpet av de ulike fasene i prosjektet, og det skal være tydelig hvem som er ansvarlig for å gjennomføre tiltaket som fører til gevinsten. Det må også etableres et system for å måle om man oppnår den ønskede effekt.

I løpet av steg 1 i konseptfasen er det identifisert følgende områder for gevinstrealisering:

Tabell 6, Driftsgevinster

	Dagens situasjon	Alternativ A	Alternativ B	Alternativ AB
<b>Total årlig gevinst, avvik fra dagens situasjon</b>	-	<b>48 155 546</b>	<b>51 576 146</b>	<b>42 286 546</b>
Personell kjernedrift		20 000 000	18 000 000	17 000 000
Medisinsk støttefunksjoner		4 200 000	4 200 000	1 800 000
Andre støttefunksjoenr / FDVU		19 800 000	22 900 000	19 200 000
Reisekostnader		-	2 500 000	500 000
Endring driftskostnader bygg		4 155 546	3 976 146	3 786 546

Tabell 7, Økonomiske forutsetninger for alternativs vurderinger

	Bygg inv. behov	Salg	Estimerte gevinster
<b>Dagens situasjon</b>	411 000 000	400 000 000	0
<b>Alternativ A - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg</b>	2 744 561 500	400 000 000	48 155 546
<b>Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet avklares)</b>	2 723 625 000	400 000 000	51 576 146
<b>Alternativ AB - delt løsning, TSB Breivika</b>	2 836 811 500	400 000 000	42 286 546

Metoden for identifisering av gevinsten har vært å ta utgangspunkt i effektmålene, og vurdere hvordan de ønskede endringene vil påvirke den fremtidige driften. Det har vært nedsatt en arbeidsgruppe innen økonomi med deltakelse fra Psykisk helse- og rusklinikken, Drifts- og eiendomssenteret, OU-prosjektet og prosjektorganisasjonen, og deres vurdering inngår i den samlede evalueringen.

### Bærekraft

Det er utført foreløpige bærekraftberegninger på prosjektnivå som viser forskjeller mellom prosjektene for år 1 og samlet etter 25 år. Forskjellen mellom billigste alternativ (Breivika) og neste (Åsgård) er 4,4 mill. kroner år 1 og 14,6 mill. kroner ved et delt alternativ. Det er ikke regnet bærekraft for nullalternativet.

Tabell 8, Bærekraft oppsummert

Alternativ	År	Sum renter og avdrag	Bærekraft / akkumulert bærekraft
<b>Alternativ A - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg</b>	1	111 601 127	-63 445 581
	25	2 238 587 320	-1 034 698 670
<b>Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet avklares)</b>	1	110 604 550	-59 028 404
	25	2 218 597 150	-929 193 500
<b>Alternativ AB - delt løsning, TSB Breivika</b>	1	115 992 227	-73 705 681
	25	2 326 667 620	-1 269 503 970

### Risiko og muligheter

Prosjektledelsen har vurdert de største risikoene og mulighetene ved alternativene. Sykehusdrift kombinert med samtidig bygging med nødvendige rokader fra bygg som skal rives er vurdert som den største risikoen. Prosjektledelsens oppfatning er at denne risikoen er undervurdert i evalueringene av Åsgård-alternativet. Ved Åsgård-alternativet og det delte alternativet er vernet og fredningen av byggene vurdert som en betydelig usikkerhet, da dette skal vurderes og godkjennes av 3. part. Prosjektledelsen vurderer denne risikoen som løsbart. Det er imidlertid risiko for at godkjent utforming kan gå ut over optimale løsninger for bygg og virksomhet.

Ved Breivika-alternativet er parkeringsforhold vurdert som en stor usikkerhet. Det er kjent at private aktører har planer om å etablere parkeringshus like ved sykehuset, og dette vurderes som risikoreduserende. Den største eksisterende risikoen i Breivika er tomt til sikkerhetspsykiatri. Det er et absolutt krav til alternativet at dette finnes i nærheten av resterende virksomhet. UNN vurderer det som sannsynlig at dette kan løses på bakgrunn av flere egnede tomter i området der det både er private og offentlige eiere.

Planlagt plassering av nybygg for psykisk helse- og rusbehandling vil ikke være i konflikt med senere muligheter for utvidelse av den somatiske delen av virksomheten i Breivika. Den største muligheten ved alternativene er salgsmulighet for Åsgårdtomten med eksisterende bygg hvis Breivika alternativet velges.

Tabell 9, Risiko og muligheter

	Usikkerhet	Alternativ Å	Alternativ B	Alternativ ÅB
RISIKO	Reguleringsrisiko, infrastruktur, vern	Vern og fredning	Infrastruktur og regulering	Vern og fredning
	Tomt		Erverve tomt sikkerhetspsykiatri	
	Rokadekostnad, byggetid, ulempekostnad	Høy risiko (bygging under drift)		Høy risiko (bygging under drift)
	Utvidelse	Mulig	Begrenset	Mulig
Mulighet	Salg		Høy mulighet (inntekt ved salg av Åsgård)	
	Driftsøkonomi		Drifte 1 anlegg	Flere bygg, mer oppsplitting

### Oppsummering

Alle 3 løsningsalternativene for nytt bygg til psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø løser hovedprogrammet for prosjektet og de objektive kvaliteter som har vært forutsatt.

Alternativene har forskjellige kvaliteter og kostnader. Et delt alternativ kommer svakest ut i evaluering av kriterier for bygg, drift og behandling. Alternativet er i tillegg det dyreste både i drift og investering og vurderes helhetlig som det klart minst gunstige alternativ. Det delte alternativet kan derfor ikke anbefales videre.

Åsgård-alternativet har forutsetninger for å løse behandlingsbyggene på ett plan og har gode utvidelsesmuligheter på tomten. Plenumsevalueringen hadde dette som det klart prefererte alternativet mens klinikkledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken kun hadde en svak preferanse for Åsgård-alternativet der enkelte sterkt favoriserte Åsgård og andre like sterkt favoriserte Breivika.

Den bygningsmessige utformingen i Breivika-alternativet er noe mer krevende å løse med hensyn til uteareal. Arkitektene har funnet utforming med atrier i bygget som ivaretar fri adgang til skjermede utearealer. På vestsiden av bygget vil det være store naturområder med nærhet til bygget. Breivika-alternativet kommer best ut ved vurdering av investeringskostnader, driftskostnader og samlet omstillingsutfordring for foretaket.



Tabell 10, oppsummering

Samlet oppstilling	Dagens situasjon	Alternativ A	Alternativ B	Alternativ AB
Evaluering (kvalitativ vurdering)				64 %
Bærekraft (prosjektnivå samlet etter 25 år)	Kun referansealternativ N/A	-1 034 698 670	-929 193 500	-1 269 503 970
Uadressert risiko	Risiko for driftsavbrudd, nødinvesteringer	Drift under bygging. HMS-risiko pasienter og ansatte. Midlertidige bygg, flere flyttinger, kostnader	Tomteplassering sikkerhetspsykiatri, utvidelsesmuligheter.	Drift under bygging. HMS-risiko pasienter og ansatte. Midlertidige bygg, flere flyttinger, kostnader
Mulighetsrom	Utvidelsesmuligheter	Utvidelsesmuligheter, flytting av andre funksjoner hos UNN	Salg av Åsgårданlegget	Utvidelsesmuligheter, flytting av andre funksjoner hos UNN

## Medvirkning

Gjennomføringen av konseptfasen har vært preget av god og bred medvirkning i alle deler av arbeidet, inkludert evalueringen av alternativene. Styresaken har blitt behandlet i brukerutvalgets arbeidsutvalg 3. mai 2021, brukerutvalget 12. mai 2021 og drøfting med vernetjeneste og tillitsvalgte 5. mai 2021 og 18. mai 2021. Protokoller fra drøfting og referater er egne orienteringssaker til styremøtet.

## Vurdering

Det er et stort behov for å bygge nytt bygg for psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø. Løsningen som velges vil gi føringer for hvordan UNN vil ivareta disse pasientene i mange tiår framover. I forslag til ny strategi for UNN vektlegges helhetlig pasientperspektiv som ivaretar fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner av behandlingen av pasienter, og det skal spesifikt legges vekt på tverrfaglig samarbeid mellom somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Denne føringen er det viktig å sikre blir best mulig ivaretatt ved beslutning om bygging av nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Basert på evalueringene, økonomisk vurdering, bygge gjennomføring og resterende risiko og muligheter har prosjektledelsen vurdert at det foreligger 2 gode alternativer.

Åsgård og Breivika-alternativene har forskjellige kvaliteter som vektlegges i ulik grad av deltakere i utredningsarbeidet og evalueringen, og denne divergensen i oppfatning gjør vurderingene omkring beslutning vanskelig. Prosjektledelsen fra Sykehusbygg vurderer at begge hovedalternativ er likestilte og gir gode løsninger under forutsetning at egnet tomteareal for sikkerhetsbygg løses i Breivika. Det avgjørende for valget er hvilken verdi som skal vektlegges høyest i foretaket.

Åsgård-alternativet gir rom for den beste bygningsmessige løsningen, og har per i dag de mest egnede utearealene. Den samme beliggenheten som gir behagelige omgivelser gir også signaler

om at denne virksomheten skal skjermes fra resten av samfunnet, en holdning som vil være krevende å motvirke ved fortsatt virksomhet på Åsgård. Helhetlige pasientforløp og bedre ivaretagelse av den fysiske helsen til pasientene innen rus og psykisk helse må planlegges godt med tydelig virksomhetsendring for å oppnå gode resultater for pasientene med dette valget. Det tilsvarende vil gjelde for ivaretagelse av den psykiske helsen og rusproblemer hos pasienter som legges inn for somatiske lidelser i Breivika.

Breivika-alternativet må lage noen kompromiss i forhold til det bygningsmessige sett i forhold til Åsgård-alternativet, men løser alle krav. Holdninger og helhetlige pasientforløp løses ikke umiddelbart ved å velge Breivika, men forutsetningene for å få til et tettere samarbeid om helhetlige pasientforløp vil være enklere. En sannsynlig langsiktig effekt av å få nærhet mellom utdanningsinstitusjonene for helsefag og fysisk bygg for psykisk helsevern og rusbehandling, vil være bedre kjennskap til- og rekruttering til fagene.

## Konklusjon

Den viktigste vurderingen som må legges til grunn for veivalg og beslutning om plassering er å veie fordelene med å kontinuere driften på en skjermet, stor tomt på Åsgård opp mot de effektene som tettere knytning til somatikk og utdanningsinstitusjoner kan bidra med i Breivika. Administrerende direktørs samlede vurdering er at Breivika-alternativet er det som på den beste måten kan ivareta framtidig spesialisert pasientbehandling innen fagområdene, overordnede politiske føringer og UNNs strategier.

Administrerende direktør vil anbefale styret å vedta alternativ B, Breivika som den prefererte plassering av nybygg for psykiske helse- og rusbehandling og dermed som hovedalternativ for steg 2 i konseptfasen.

Tromsø, 07.05.2021

Anita Schumacher (s.)  
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Framskrivingsrapport UNN
2. Hovedprogram Nye areal PHR UNN
3. Mulighetsstudie
4. Konseptrapport del 1 og 2
5. Rapport: Bruker spør bruker undersøkelse



## Aktivitets- og kapasitetsframskriving innen PHV-V og TSB 2019-2035 ved UNN Tromsø

## 1. Innledning

Sykehusbygg HF har fått i oppdrag fra Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) å framskrive aktivitet og beregne kapasitetsbehov innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved behandlingssenheter i Tromsø. Til dette er den nasjonale framskrivingsmodellen benyttet med tilpasninger til UNN Tromsø etter innspill fra ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken. Resultatet fra framskrivningen skal benyttes i konseptfasen for «Nye arealer for «Psykisk Helsevern og Rus i Tromsø» (PHR). Det vises også til tidligere framskrivinger i presentert i rapporten «Idéfase – arealer til Psykisk helse - og rusbehandling Universitetet i Nord-Norge HF (UNN) Tromsø»<sup>1</sup>.

### 1.2 Bakgrunn

Den nasjonale framskrivingsmodellen ble i sin tid utviklet av «Kompetansenettverket for sykehusbygging» i 2011 (KNS) i samarbeid med de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og SINTEF. Modellen er benyttet i flere framskrivings prosjekter de siste årene, og erfaringene fra disse prosjektene benyttes i nye prosjekter.

I 2017 ble det etablert en gruppe sammensatt av representanter for RHF-ene, Statistisk sentralbyrå (SSB), Helsedirektoratet og Sykehusbygg HF, som hadde som formål å samordne framskrivingene. Arbeidet ble ledet av Helse Sør-Øst og avsluttet med en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) november 2017, der man konkluderte med et behov for å samordne og oppdatere kunnskap, spesielt innenfor kvalitativt fastsatte endringsfaktorer som teknologisk og medisinsk utvikling. Det ble også anbefalt å etablere en referansegruppe for å vurdere de kvalitativt fastsatte faktorene og spesielt faktoren som skal estimere framtidig sykdomsutvikling. I Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet 2019 – tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019), ble det stilt krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivinger. Helse Sør-Øst ble bedt om å koordinere arbeidet.

#### *Fag og omstilling innen PHV og TSB*

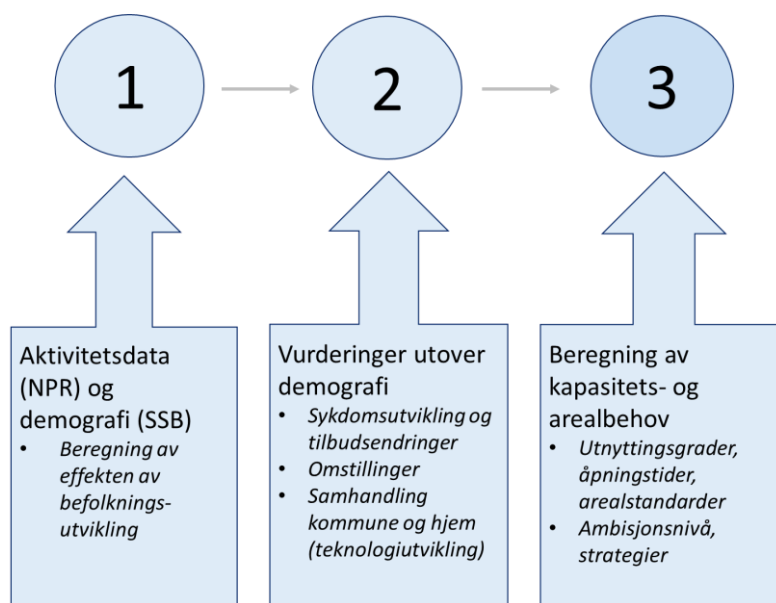
I oppdraget fra departementet ble det lagt vekt på at det skulle gjøres særskilte analyser innen psykisk helsevern (voksne, barn og unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å videreutvikle framskrivingsmodellen for disse tjenesteområdene. I den forbindelse ble det i 2020 oppnevnt en nasjonal arbeidsgruppe som skulle vurdere hvilke faglige endringer i tjenesten som vil virke inn på framskrivning av PHV og TSB. Dette arbeidet ledes av Helse Nord RHF, og Sykehusbygg HF har deltatt i gruppen, og et rapportutkast er oversendt styringsgruppen.

---

<sup>1</sup> Idéfase – arealer til Psykisk helse - og rusbehandling. Universitetet i Nord-Norge HF (UNN) Tromsø. 2017.

## 2. Metodebeskrivelse

Sykehusbygg HF benytter aktivitetsdata fra norsk pasientregister (NPR) ved avdeling helseregistre i Helsedirektoratet. I tillegg benyttes med befolkningsframskrivninger tilrettelagt av Statistisk sentralbyrå (SSB). I denne framskrivingen er utgangspunktet aktivitetsdata innen PHV-V og TSB (18 år og eldre) ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø for 2019, og det benyttes eksisterende «RHF'enes modell for framskrivninger av aktivitet og kapasitet» (nåværende). For nærmere beskrivelse av modellen henvises det til Sykehusbygg sin hjemmeside<sup>2</sup>. Figur 1 viser prinsippene i modellen for framskriving av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov, etterfulgt med en kort beskrivelse av de tre trinnene.



Figur 2.1 Prinsipper i modellen for framskriving av aktivitet og kapasitetsberegninger

**Trinn 1.** Demografisk framskriving med utgangspunkt i aktivitetsdata fra norsk pasientregister (NPR) koblet til SSB sine befolkningsframskrivninger gjennom alder (1-år alderskutt), kjønn og kommune. Her vil man se effekten av endringer i befolknings sammensetning og – utvikling. For forventet aktivitet er det tatt utgangspunkt i middelverdier for komponentene fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og innvandring, og benevnes som MMMM-alternativet. Aktiviteten er inndelt i ulike diagnosegrupper basert på hovedtilstand innrapportert til NPR. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser er det i underkant av 20 diagnosegrupper (se tabell V1.1 i vedlegg).

<sup>2</sup> <http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2014/10/Beskrivelse-av-Fremskrivingsmodellen-des-2014.pdf>

Framskrivningen som presenteres her er basert på den aktiviteten som var ved UNN Tromsø i 2019. Dette betyr at den oppgavedeling og/eller funksjonsdeling som var dette året opprettholdes i den framskrevne aktiviteten i 2035.

Aktiviteten inndeles i ulike grupper avhengig av hvilke ICD-10 diagnosekoder pasientene har fått gjennom sykehusoppholdet. Grunnen til at man ønsker å framskrive aktiviteten på denne måten er at man ønsker å frigjøre seg fra dagens organisering av den kliniske aktiviteten da mye vil være endret framover i tid på dette området.

Tidsperspektivet for denne framskrivningen er 2035. Eventuelle avvik i endringsfaktorene i forhold til reelle endringsfaktorer vil skape avvik i resultatet av framskrivningen i forhold til den reelle utviklingen av aktiviteten i sektoren. Dette gjelder både for den demografiske framskrivningen og endringsfaktorene i trinn 2 som beskrives nærmere nedenfor. Avviket blir større jo lengre perioden for framskrivning er, og det kan dermed være fornuftig med en framskrivningshorisont til 2035 i planleggingen av framtidige spesialisthelsetjenester.

**Trinn 2.** Det blir gjort kvalitative vurderinger for endringer i aktivitet av modererende faktorer utover demografi. Dette er faktorer som skal si noe om hvordan sykkeligheten eller etterspørselen etter spesialisthelsetjenestene endres samtidig som tilbudet endres (se tabellene V1.2, V1.3 og V1.4 i vedlegg).

**Trinn 3.** Det gjennomføres kapasitetsberegninger basert på framskrevet aktivitet i trinn 2. Disse beregningene er basert på forutsetninger om åpnings- og behandlingstider samt utnyttelsesgrader som er dannet gjennom bruk av modellen. Det er utarbeidet et standardisert sett av disse faktorene som benyttes dersom det ikke er spesielle behov eller forhold som tilsier andre verdier for dette (se vedlegg).

I denne framskrivningen er det gjort tilpasninger både når det gjelder endringsfaktorer og åpningstider i forhold til standardmodellen for framskrivning. Disse er presentert i vedlegget. Tilpasningene er beskrevet nedenfor.

### **2.1 Tilpasninger utover standardmodellen**

Selv om framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov tar utgangspunkt i framskrivningsmodellen beskrevet ovenfor, tilpasses framskrivningene etter regionale og lokale forhold. I denne framskrivningen er det gjort tilpasninger utover standardmodellen etter innspill fra ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN. Disse er beskrevet nedenfor.

- Redusere effekten av kortere liggetider. Her vises det til vurderinger beskrevet i tidligere framskrivninger<sup>2</sup>. Der vises det til at det allerede er tatt ut mye på liggedager for døgnpasienter i bostedsområdet for UNN HF. Det ble beskrevet at UNN Tromsø hadde den høyeste andelen av døgnoppholdene for PHV-V for pasienter i bostedsområdet, noe som tydet på at liggetiden var relativt kort målt i forhold til

andre HF i landet. Anbefalingen fra vurderingen ble derfor å redusere effekt av omstillingsfaktoren «Pst-endring i medisinskteknisk utvikling (inkludert effektivisering)» med 80 prosent i forhold til hva det som er satt som standard i framskrivingsmodellen. Det kan opplyses om at samme tendens også er funnet for 2019 (data ikke vist).

- Overføring til kommunehelsetjenesten (samhandling kommune/hjem) er satt til 0 for sikkerhets- og akuttpsykiatri (både døgnopphold og poliklinisk virksomhet) (jf. e-post 6.4.2021)
- Overføring til kommunehelsetjenesten (samhandling kommune/hjem) er satt til 50% i forhold til standardmodellen for alderspsykiatri, Senter for psykisk helse (SPHR) Tromsø og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) (både døgnopphold og poliklinisk virksomhet) (jf. e-post 6.4.2021)
- Åpningstid for poliklinisk virksomhet er satt til 8 timer (jf. e-post 14.12.2020).
- Døgnopphold og liggedøgn ved seksjon «Medikamentfri behandlingsenhet» ved SPHR Tromsø er tatt ut av aktivitets- og kapasitetsoversiktene. Dette gjelder 106 døgnopphold og 1 524 liggedager i 2019 (jf. e-post 19.3.2021).

I tabell 2.1 gis en oversikt over de årlige endringsfaktorer som er justert i forhold til standardmodellen innen liggedager og poliklinikk. Årlig prosentvis endring fra 2019 til 2035 både for standard og justerte vises. For mer detaljer oversikt over endringene vises til tabellene 1.2 til 1.4 i vedlegg.

Tabell 2.1 Prosentvise årlige endringer for utvalgte omstillingsfaktorer fordelt på behandlingsenhetene ved UNN Tromsø innen PHV-V og TSB. Standard og justerte endringer er vist

Behandlingsenhet	Årlig endring - liggedager				Årlig endring - poliklinikk	
	Overføring til kommune/hjem		Medisinsk teknisk utv. Inkl. effektivisering		Overføring til kommune/hjem	
	Standard	Justert	Standard	Justert	Standard	Justert
Sikkerhets- og akuttpsykiatri Tromsø	0,80 %	0 %	0,80 %	0,20 %	0,28 %	0,00 %
Alderspsykiatri Tromsø	0,80 %	0,40 %	0,80 %	0,20 %	0,28 %	0,14 %
Russeksjon Tromsø	0,80 %	0,40 %	0,80 %	0,20 %	0,28 %	0,14 %
SPHR Tromsø, PHV og TSB	0,80 %	0,40 %	0,80 %	0,20 %	0,28 %	0,14 %

I standard framskrivingsmodell vil det for liggedagene komme to minusfaktorer i tillegg til plussfaktoren. Dette er overføring til kommunehelsetjeneste og/eller hjem, der det antas en reduksjon på 0,8 prosent i liggedagene årlig, samt en effektivisering av tjenesten i kraft av reduksjon av liggedager på samme årlige prosent som samhandling med kommune/hjem. Disse endringsfaktorene er lineære over tid, slik at hvis tidsperioden blir for lang er det stor mulighet for at effektene overestimeres.

Som beskrevet tidligere ble overføring til kommunehelsetjeneste og/eller hjem satt til 0 for sikkerhets- og akuttpsykiatri, og til 50 % i forhold til det som er standard i framskrivingsmodellen. For alle behandlingsenhetene ble omstillingsfaktoren «Pst-endring i

medisinskteknisk utvikling (inkludert effektivisering)» redusert med 80 prosent i forhold til standard i framskrivingsmodellen.

I tabell 2.2 gis en oversikt over behandlingseenheter som inngår i framskrivningen av aktivitet og kapasitetsberegninger ved UNN Tromsø.

*Tabell 2.2 Behandlingsenheter innen PHV-V og TSB ved UNN Tromsø som inngår i prosjektet*

Behandlingsenhet
Sikkerhetspsykiatri Tromsø
Akuttpsykiatri Tromsø
Alderpsykiatri Tromsø
SPHR (PHV) Tromsø
Russeksjonen (TSB) Tromsø
SPHR (TSB) Tromsø

## 2.2 Framskrivingsresultater

I dette kapitlet presenteres framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegninger ved behandlingseenheter ved Universitetet i Nord-Norge (UNN) Tromsø innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) for de som er 18 år og eldre).

### 2.2.1 Aktivitet

Nedenfor presenteres framskrevet aktivitet for psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved Psykiatrisk avdeling, SPHR, og Russeksjon Tromsø. Det er tatt utgangspunkt i de ulike behandlingseenheten vist i tabell 2.2.

I tabell 2.3 presenteres aktivitetstall for døgnbehandling, liggedøgn, dag og poliklinisk aktivitet. Aktiviteten for dag og poliklinikk slått sammen og det er sammenslått aktivitetsmål som benyttes som basis for beregning av kapasitet for poliklinisk virksomhet.



Tabell 2.3 Oversikt over aktiviteten for psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) etter behandlingsenhet ved UNN Tromsø. Aktivitet framskrevet fra 2019 til 2035. Prosentvise endringer presenteres også. (Kilde: NPR, Helseledelse, SSB)

Type aktivitet	Sikkerhets-psykiatri Tromsø	Alders-psykiatri Tromsø	Akutt-psykiatri Tromsø	Sum Psykiatrisk avdeling Tromsø	SPHR Tromsø (PHV)*	Russeksjon Tromsø	SPHR - Tromsø (TSB)**	Sum PHV og TSB Tromsø
<b>Aktivitet 2019</b>								
Døgnopphold	33	90	1 203	1 326	499	533		2 358
Liggedager	6 214	3 715	15 743	25 672	7 641	12 050		45 363
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	110	1 841	386	2 337	24 036	9 380	1 579	37 332
<b>Aktivitet 2035</b>								
Døgnopphold	34	149	1 309	1 492	538	587		2 617
Liggedager	6 080	5 748	16 593	28 421	7 470	11 653		47 544
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	148	3 841	507	4 496	29 087	11 583	2 009	47 175
<b>Prosentvis endring 2018-2035</b>								
Døgnopphold				12,5 %	7,9 %	10,1 %		11,0 %
Liggedager				10,7 %	-2,2 %	-3,3 %		4,8 %
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner				92,4 %	21,0 %	23,5 %	27,3 %	26,4 %

\* Aktivitet innen *Medikamentfri behandling* ved SPHR Tromsø er ikke inkludert i tabellen. I 2019 gjaldt dette 106 døgnopphold og 1 524 liggedager.

\*\* SPHR Tromsø innen TSB har kun poliklinisk aktivitet og det er derfor ikke registrert døgnaktivitet for denne enheten i tabellen.

#### PHV-V

Resultatene viser at det samlet sett for PHV-V blir en økning i døgnoppholdene på rundt 11 prosent fra 2019 til 2035, med størst økning ved Psykiatrisk avdeling (12,5 prosent). Når det gjelder liggedager fram til 2035, så vil det samlet sett være en økning på rundt 8 prosent, men her er det økning i liggedager ved Psykiatrisk avdeling på omtrent 11 prosent, mens det er en reduksjon i liggedager ved SPHR Tromsø på 2,2.

Når det gjelder liggedager, vil justering av omstillingsfaktoren «Overføring til kommunehelsetjenesten og/eller hjem» bidra til noe av effekten, da den er satt til 0 for opphold ved Psykiatrisk- og Akuttpsykiatrisk avdeling, mens den er satt til 50 prosent av standard framskrivingsmodell for de øvrige behandlingsenhetene.

Den største økingen av liggedager er innen alderspsykiatri på omtrent 50 prosent fra 2019 til 2035. Her bidrar i stor grad demografiske forhold, med en forventet økning av personer i aldersgruppen 65 år og eldre samt lavere befolkningsvekst<sup>3</sup>.

Videre viser resultatene at dagbehandling/poliklinisk aktivitet innen PHV-V samlet sett øker med rundt 26 prosent fra 2019 til 2035, men økingen varierer mellom behandlingsenhetene. Ved SPHR Tromsø innen PHV øker aktiviteten med 21 prosent. Størst økning i aktiviteten av dagbehandling/poliklinisk er det innen alderspsykiatri, som et resultat av de demografiske forhold beskrevet i avsnittet ovenfor.

<sup>3</sup> SSB, 2021. <https://www.ssb.no/befolkning>

For dagbehandling/poliklinisk aktivitet vil også justering av omstillingsfaktoren «Overføring til kommunehelsetjenesten/hjem» bidra til noe av effektene, da den er satt til 0 for opphold ved Psykiatrisk- og Akuttpsykiatrisk avdeling, mens den er satt til 50 prosent av standard framskrivingsmodell for de øvrige behandlingseenhetene.

#### *TSB*

Resultatene viser at det ved Russeksjon Tromsø blir en økning i døgnoppholdene på rundt 10 prosent fra 2019 til 2035, mens det blir en reduksjon i liggedager på omtrent 3 prosent. Også her vil justering av endringsfaktoren «Overføring til kommunehelsetjenesten/hjem» bidra til noe av effekten på reduksjon av liggedøgn, da den er satt til 50 prosent av standard framskrivingsmodell (og ikke 0 som innen spesial- og akuttpsykiatri). SPHR Tromsø innen TSB har kun poliklinisk aktivitet.

For TSB viser resultatene videre at dagbehandling/polikliniske aktivitet ved Russeksjon og SPHR Tromsø samlet sett øker med omtrent 26 prosent fra 2019 til 2035. Justering av omstillingsfaktoren «Overføring til kommunehelsetjenesten/hjem» vil også her bidra til noe av effekten.

#### *Oppsummert*

Innen PHV-V og TSB UNN Tromsø viser tabellen at det samlet sett blir en økning i døgnoppholdene og liggedager på henholdsvis 11 og 5 prosent fra 2019 til 2035, men endringene varierer mellom behandlingseenhetene. Videre viser tabellen at dagbehandling/poliklinisk aktivitet samlet sett øker med rundt 26 prosent fra 2019 til 2035, men økningen variere også her mellom behandlingseenhetene.

I tabell 2.3 er polikliniske konsultasjoner knyttet til ambulante konsultasjoner utenfor egen institusjon inkludert i aktiviteten for dagbehandling/poliklinisk. I tabell 2.4 presenteres dagbehandling og poliklinisk aktivitet fra 2019 og den framskrevne polikliniske aktiviteten til 2035, der det i tillegg er justert for den ambulante virksomheten (se vedlegg). Det er variabelen sted for aktivitet i NPR-data som er benyttet for å justere for den delen av de ambulante konsultasjonene som er behandlet utenfor egne lokaler. Aktiviteten uten ambulante konsultasjoner er fargeuthevet i tabellen.

Tabell 2.4 Oversikt over dagbehandling og polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) etter behandlingsenhet ved UNN Tromsø, inkludert ambulante og justert for ambulante konsultasjoner utenfor egen institusjon. Aktivitet framskrevet fra 2019 til 2035. Prosentvise endringer presenteres også. (Kilde: NPR, Helsedirektoratet og SSB)

Type aktivitet	Sikkerhets- psykiatri Tromsø	Alders- psykiatri Tromsø	Akutt- psykiatri Tromsø	Sum Psykiatrisk avdeling Tromsø	SPHR Tromsø (PHV)*	Russeksjon Tromsø	SPHR - Tromsø (TSB)	Sum PHV og TSB Tromsø
<b>Aktivitet 2019</b>								
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	110	1 841	386	2 337	24 036	9 380	1 579	37 332
Ambulante polikliniske konsultasjoner utenfor egen institusjon		583	2	585	2 372	407	56	3 420
Dagbehandling og poliklinikk eksklusiv ambulant	110	1 258	384	1 752	21 664	8 973	1 523	33 912
<b>Aktivitet 2035</b>								
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	148	3 841	507	4 496	29 087	11 583	2 009	47 175
Ambulante polikliniske konsultasjoner utenfor egen institusjon		1 325	3	1 328	2 987	510	69	4 894
Dagbehandling og poliklinikk eksklusiv ambulant	148	2 516	504	3 168	26 100	11 073	1 940	42 281

Selv om det justeres for ambulante polikliniske konsultasjoner utenfor egen institusjon, er det ikke differensiert mellom type behandling i dagbehandling og poliklinikk. En oversikt over type konsultasjoner i datamaterialet viser at av det samlede antallet konsultasjoner innen PHV-V og TSB (inkludert ambulante konsultasjoner) ved de aktuelle behandlingseenhetene er henholdsvis 5 og 1 prosent registrert som gruppebehandling (1 436 og 65 konsultasjoner i 2019). Samtidig er omtrent 18 og 47 prosent av konsultasjonene innen henholdsvis PHV-V og TSB registrert som indirekte pasientkontakter (4 649 og 5 173 konsultasjoner i 2019).

### 2.2.3 Kapasitetsberegninger

Med utgangspunkt i tabell 2.3 og 2.4 med framskrevet aktivitet, beregnes kapasitetsbehovet for senger og poliklinikkrom/dagplasser innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved Psykiatrisk avdeling, SPHR, og Russeksjon Tromsø. Følgende utnyttelsesgrader og åpningstider er benyttet (se også vedlegg);

- Utnyttelsesgrader: 85 prosent belegg innen PHV-V, 80 prosent belegg innen TSB
- Åpningstider Dagbehandling/poliklinisk aktivitet: 8 timer

Tabell 2.5 viser kapasiteten for psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved Psykiatrisk avdeling, SPHR Tromsø (PHV-V og TSB), og Russeksjon Tromsø. Beregnet kapasitet for poliklinikkrom/dagplasser presenteres både for samlet antall dagbehandling og polikliniske konsultasjoner og kun for ambulante konsultasjoner utenfor egen institusjon. Dette for å vise effekt på antall rom av ambulant virksomhet. Beregnet kapasitet for 2019 basert på aktiviteten registrert i norsk pasientregister vist i tabell 2.3 presenteres også.

Tabell 2.5 Beregnet kapasitet for senger og poliklinikkrom/dagplasser innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved Psykiatrisk avdeling, SPHR og Russeksjon Tromsø 2019 og 2035.

Type kapasitet	Sikkerhets-psykiatri UNN	Alders-psykiatri UNN	Akutt-psykiatri UNN	Sum Psykiatrisk avdeling Tromsø	SPHR Tromsø (PHV)*	Russeksjon Tromsø	SPHR Tromsø (TSB)**	Sum PHV og TSB UNN Tromsø
<b>Kapasitet 2019 - beregnet</b>								
Senger	21	12	51	84	25	42		151
Poliklinikkrom/dagplasser	1	2	1	4	20	8	2	34
Poliklinikkrom/dagplasser juster for ambulante pkl kons	1	1	0	2	18	7	1	28
<b>Kapasitet 2035</b>								
Senger	20	19	54	93	25	40		158
Poliklinikkrom/dagplasser	1	4	1	6	24	10	2	42
Poliklinikkrom/dagplasser juster for ambulante pkl kons	1	2	0	3	21	9	1	34

\* Aktivitet innen *Medikamentfri behandling* ved SPHR Tromsø er ikke inkludert i tabellen. I 2019 gjaldt dette 106 døgnopphold og 1 524 liggedager.

\*\* SPHR Tromsø innen TSB har kun poliklinisk aktivitet og det er derfor ikke beregnet sengebehov for denne enheten i tabellen.

### Sengebehov

Ut fra beregningene viser tabellen at det innen PHV-V vil bli en økning i sengebehovet ved Psykiatrisk avdeling på 9 senger fra 2019 til 2035, uendret ved SPHR Tromsø innen PHV-V og en reduksjon på 2 senger ved Russeksjon Tromsø innen TSB i samme periode. Økningen i sengebehovet ved Psykiatrisk avdeling samt kun en liten nedgang i sengebehov ved Russeksjonen Tromsø fra 2019 til 2035, skyldes blant annet effekten av justeringer i endringsfaktorene som er lagt inn i framskrivingsmodellen (se kapittel).

### Poliklinikkrom/dagplasser

Ved å inkludere de ambulante konsultasjonene utenfor egen institusjon i beregningene, vil det være behov for 6 og 24 poliklinikkrom/dagplasser ved henholdsvis Psykiatrisk avdeling og SPHR Tromsø innen PHV-V i 2035, som er en økning på henholdsvis 2 og 4 poliklinikkrom/dagplasser. Etter å ha justert for de ambulante polikliniske konsultasjoner utenfor egen institusjon, viser beregningene at det vil være behov for 3 og 21 poliklinikkrom/dagplasser ved henholdsvis Psykiatrisk avdeling og SPHR Tromsø innen PHV-V i 2035, som er en økning på henholdsvis 1 og 3 poliklinikkrom/dagplasser.

Innen TSB viser beregningene at det vil være behov for 10 poliklinikkrom/dagplasser ved Russeksjon Tromsø i 2019, som er en økning på 2 poliklinikkrom/dagplasser når de ambulante polikliniske konsultasjonene utenfor egen institusjon inngår. Ved SPHR Tromsø viser beregningene at det er behov for 2 poliklinikkrom/dagplasser både i 2019 og 2035. Dette ved Russeksjonen Tromsø i 2035. Etter å ha justert for de ambulante polikliniske konsultasjonene utenfor egen institusjon, viser beregningene at det vil være behov for 9 og 1

poliklinikkrom/dagplasser ved henholdsvis Russeksjon Tromsø og SPHR Tromsø i 2035. Dette gir en økning på 2 poliklinikkrom/dagplasser ved Russeksjon Tromsø i 2035 og uendrete ved SPHR Tromsø innen TSB.

Effekten av en justering av omstillingsfaktoren «overføring til kommunehelsetjenesten og/eller hjem» vil gi noe økt behovet for dagplasser/poliklinikkrom i forhold til det som ligger i standard framskrivingsmodell (data ikke vist). Sengebehovet vil for PHV-V og TSB ved UNN Tromsø sett under ett være 158 i 2035, om er en økning på 7 senger beregnet ut fra aktiviteten i 2019.

Samlet sett for PHV-V og TSB ved UNN Tromsø viser beregningene at effekten av ambulante polikliniske konsultasjoner utenfor egen institusjon utgjør 8 poliklinikkrom/dagplasser i 2035. Disse poliklinikkrom/dagplasser fordeler seg som følgende; 3 ved Psykiatrisk avdeling og SPHR Tromsø innen PHV, 1 ved Russeksjon Tromsø og SPHR Tromsø innen TSB. Hvis det antas en endring i den ambulante andelen, bør man vurdere å justeres for dette i framtidige kapasitetsberegninger av dagplasser/poliklinikkrom.

Samtidig understrekes det at i disse kapasitetsberegningen så er alle konsultasjoner (med unntak av de ambulante utenfor egen institusjon) beregnet som vanlige konsultasjoner med behov for opphold i dagplasser/poliklinikkrom. Som nevnt tidligere, er mange konsultasjoner kodet som indirekte kontakter og noen som gruppekonsultasjoner. I mer detaljerte beregninger over kapasitetsbehov vil det være behov for å kartlegge nærmere hvor mange av de ulike typene konsultasjoner som krever spesielle dagplasser/poliklinikkrom i forhold til størrelse og antall.

#### 2.2.4 Øvrige vurderinger

Som tidligere beskrevet er det aktivitetsdata for et gitt år som er utgangspunktet for de framskrivninger og kapasitetsberegninger Sykehusbygg HF gjennomfører. I tillegg benyttes nasjonal framskrivingsmodell som har omstillingsfaktorer med årlige prosentvise endringer. Det understrekes derfor at det i hovedsak er den samme metodikken som benyttes når det gjelder framskrivninger i de ulike prosjektene. Erfaringer fra andre prosjekter vil samtidig være viktige bidrag i nye prosjekter.

Ut fra de resultater man presenterer i framskrivningen, vil neste trinn være å avklare behov for justeringer i omstillingsfaktorer, åpningstider, beleggspresenter og andre faktorer ut fra de regionale og lokale forhold med oppdragsgiver(e). I dette inngår blant annet faktorer som geografi, endring i etterspørsel og tilbud, pasientsammensetning, teknologi og andre tjenestetilbud. Videre vil innspillene fra de som deltar i prosjektet fra HF-et og/eller institusjonen bidra til å få en helhetlig vurdering av kapasitetsbehovene.

## Vedlegg 1 Diagnosegrupper, kvalitative faktorer, åpningstider, behandlingstider og utnyttingsgrader

*Tabell V1.1 Oversikt over diagnosegrupper basert på ICD10-koder i framskrivingsmodellen innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)*

<b>Diagnosegrupper PHV og TSB</b>
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser
6 F31 Bipolar affektiv lidelser
7 F40-F49 ekskl F4301 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD
8 F4301 PTSD
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser
15 Z-koder
90 Andre ICD-10 tilstander
99 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode

Tabell V1.2 Prosentvise endringer i omstillingsfaktorer i framskrivingsmodellen (standard) innen PHV og TSB for perioden 2019 til 2035 fordelt på diagnosegrupper. Årlig prosentvis endring er vist nederst i tabellen.

Endrings-faktorer 2019-2035 - Standard								
Diagnosegruppe	Omstilling døgnopphold/liggedøgn						Omstilling poliklinikk	
	Pst-endring i tilbud og forventn	Pst-endring i tilbud og forventn	Pst-endring i overføring til kommune	Pst-endring i overføring til kommune	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-endring i tilbud og forventn	Pst-endring i overføring til kommune
	Døgnopph	Liggedøgn	Døgnopph	Liggedøgn	Døgnopph	Liggedøgn	Konsultasj	Konsultasj
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psychoaktive stoffer	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
8 F43.1 PTSD	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i baren- og ungdomsalder	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
15 Z-koder	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
16 Andre ICD-10 tilstander	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	8,9 %	8,9 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	13,3 %	26,7 %	4,4 %
<b>Årlige endringer.</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,8 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,8 %</b>	<b>1,7 %</b>	<b>0,3 %</b>

Tabell V1.3 Prosentvise endringer i omstillingsfaktorer i framskrivingsmodellen justert (merket i gult) for sikkerhets- og akuttpsykiatri ved UNN Tromsø for perioden 2019 til 2035 fordelt på diagnosegrupper. Årlig prosentvis endring er vist nederst i tabellen.

Diagnosegrupper	Omstilling døgnoophold/liggedøgn						Omstilling poliklinikk	
	Pst-endring i tilbud og forventn	Pst-endring i tilbud og forventn	Pst-endring i overføring til kommune	Pst-endring i overføring til kommune	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-endring i tilbud og forventn	Pst-endring i overføring til kommune
	Døgnooph	Liggedøgn	Døgnooph	Liggedøgn	Døgnooph	Liggedøgn	Konsultasj	Konsultasj
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
8 F43.1 PTSD	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barn- og ungdomsalder	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
15 Z-koder	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
16 Andre ICD-10 tilstander	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	8,9 %	8,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	0,0 %
<b>Årlige endringer.</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,2 %</b>	<b>1,7 %</b>	<b>0,0 %</b>



Tabell V1.4 Prosentvise endringer i omstillingsfaktorer i framskrivingsmodellen justert (merket i gult) for alderspsykiatri, Russeksjon Tromsø og SPHR ved UNN Tromsø for perioden 2019 til 2035 fordelt på diagnosegrupper. Årlig prosentvis endring er vist nederst i tabellen.

Diagnosegrupper	Omstilling døgnoophold/liggedøgn						Omstilling poliklinikk	
	Pst-endering i tilbud og forventn	Pst-endering i tilbud og forventn	Pst-endering i overføring til kommune	Pst-endering i overføring til kommune	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-endr i medis.tekn utvikl (inkl effektiv)	Pst-endering i tilbud og forventn	Pst-endering i overføring til kommune
	Døgnooph	Liggedøgn	Døgnooph	Liggedøgn	Døgnooph	Liggedøgn	Konsultasj	Konsultasj
1 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
2 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
3 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
4 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
5 F30,F32-F39, Affektive lidelser stemningslidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
6 F31 Bipolar affektiv lidelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
7 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
8 F43.1 PTSD	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
9 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barn- og ungdomsalder	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
15 Z-koder	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
16 Andre ICD-10 tilstander	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
17 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	8,9 %	8,9 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	2,7 %	26,7 %	2,2 %
<b>Årlige endringer.</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,4 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>0,2 %</b>	<b>1,7 %</b>	<b>0,1 %</b>

### **Ambulant virksomhet**

Konsultasjoner knyttet til ambulante polikliniske konsultasjoner (dvs. behandling) utenfor institusjonen gjelder følgende:

- Hos ekstern instans
- Hjemme hos pasient
- Annet ambulant sted
- Annet sted

### **Åpningstider, utnyttelsesgrader og behandlingstider PHV-V og TSB – standard og justert**

- Belegg senger PHV-V: 85%
- Belegg senger TSB: 80%
- Åpent dager i året: 230 dager
- Standard åpningstid dagbehandling/poliklinikk per dag: 6 timer
- **Justert åpningstid for dagbehandling/poliklinikk per dag: 8 timer**
- Behandlingstid poliklinikk: 1,5 timer (90 minutter)



# Hovedprogram

## Nye areal PHR, UNN HF Konseptfase

*Beskriver virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, og overordnede krav til bygg, teknikk, utstyr, uteareal, robusthet og infrastruktur.*

Revisjon	Revisjonen gjelder	Dato:	Utarb. av:	Kontr. Av:	Godkj. av:
1.0	Vedlegg til Delrapport steg 1 konseptfase	06.05.21	OJWF RH	RH	AS
Utarbeidet av:		Tittel:			
		PHR Hovedprogram – versjon 1.0			
<b>Hovedprogram</b> <b>Nye areal PHR UNN</b>		Dokumentnummer:	Revisjon:	Antall sider:	
		PHR-0000-Z-AA-0002	1.0	129	

<b>1. INNLEDNING</b>	<b>6</b>
1.1 OVERORDNET STYRINGS – OG SAMHANDLINGSSTRUKTUR	7
1.2 MEDVIRKNING GJENNOMFØRING	8
<b>2. AMBISJONER FOR FRAMTIDIG VIRKSOMHET</b>	<b>11</b>
2.1 EFFEKT MÅL OG EVALUERINGSKRITERIER	11
2.2 KVALITET- TRYGGHET FOR PASIENTER OG PÅRØRENDE	12
2.3 BEHANDLING HELHETLIG	13
2.4 BEHANDLINGEN ER RESSURSEFFEKTIV	14
2.5 ATTRAKTIV ARBEIDSPASS	15
2.6 KOMPETANSEUTVIKLING	16
2.7 FUNKSJONELLE BYGG	17
2.8 BYGG OG TEKNIKK	19
2.9 OVERORDNEDE BESKRIVELSER	20
2.9.1 Pasientens helsetjeneste – kvalitet og brukertilfredshet	20
2.9.2 Pårørendes roller og rettigheter	21
2.9.3 Pasientbehandling – aktivitet og kapasitet	21
2.9.4 Oppgavedeling, samhandling, organisering og ledelse	22
2.9.5 Bemanning og kompetanse	23
2.9.6 IKT, utstyr og teknikk	23
2.9.7 Forskning og innovasjon	24
2.9.8 Økonomi	24
<b>3. FRAMSKRIVNING OG KAPASITETER</b>	<b>25</b>
3.1 FRAMSKRIVNING, FORUTSETNING OG METODE	25
3.2 VURDERING AV FRAMSKRIVNING	30
3.3 ANBEFALTE KAPASITETER	32
<b>4. FUNKSJONSOMRÅDER – BESKRIVELSE</b>	<b>33</b>
4.1 ENDRING FRA NÅ- TIL FREMTIDIG SITUASJON	33
4.2 BESKRIVELSE FUNKSJONER	38
4.2.1 Akuttmottak	38
4.2.2 SPHR (DPS)	39
4.2.3 PHV - Akuttpsykiatrisk seksjon	41
4.2.4 PHV - Alderspsykiatrisk seksjon	42
4.2.5 PHV – Lokal og regional sikkerhet, rehabilitering	44
4.2.6 TSB	47
4.2.7 Poliklinikkområder	50
4.2.8 FFU Fag forskning og utdanning	52
4.2.9 Aktivitetssenter	55
4.2.10 Pårørendeområde	55
4.2.11 Undervisningssenter	55
4.2.12 Ikke-medisinsk service	56
4.2.13 Medisinsk service	58
4.3 PRINSIPPER FOR LOGISTIKK, PERSON OG VAREFLYT	59
4.4 PRIORITERTE KRAV STEG-1	62
4.5 PRIORITERTE KRAV STEG-2	63
4.6 NÆRHETS- OG FLYTDIAGRAMMER STEG-1	65
4.7 NÆRHETS- OG FLYTDIAGRAMMER STEG-2	70
4.8 BESKRIVELSER KRAV	70

4.8.1	Beskrivelser og krav - døgnområder	70
4.8.2	Beskrivelse og krav - pasientmottak	76
4.8.3	Beskrivelse og krav - sikkerhet	77
4.8.4	Beskrivelse og krav - poliklinikkområder	78
4.8.5	Beskrivelse og krav - forskning og undervisning	79
4.8.6	Pasienter og brukeres forventninger	79
4.8.7	Pårørendes rolle og rettigheter	82
4.8.8	Pasientforløp frivillighet - tvang	83
4.8.9	Psykisk helsevernlov	83
4.8.10	Forskrift om tvungent psykisk helsevern	83
<b>5</b>	<b>ROM OG AREAL</b>	<b>85</b>
5.1	ETABLERING AREAL OG ROM	85
5.2	ROMPROGRAM UTVIKLING	85
5.3	OVERSIKT FUNKSJONER ROM OG AREAL	87
5.3.1	Standard døggenhet	87
5.3.2	Lokal -og regional sikkerhet	88
5.3.3	Personal og støtterom døggenheter	89
5.3.4	Aktivitetssenter og pårørendeområde	90
5.3.5	Poliklinikkområde	91
5.3.6	Total oversikt areal funksjonsområder	92
5.4	STEG-2 SKISSEPROSJEKT	93
<b>6</b>	<b>TEKNIKK</b>	<b>94</b>
6.1	AMBISJONSNIVÅET FOR TEKNISKE LØSNINGER (MÅLSETNINGER OG OVERORDNEDE FØRINGER)	94
6.2	VIKTIGE FORUTSETNINGER FOR PHR UNN BYGG	95
6.3	ROBUSTHETSMATRISSE	95
6.4	SIKKERHET OG TRYGGHET	96
6.5	SMITTEVERN – VIKTIGE FORUTSETNINGER	97
6.6	DE ENKELTE FAGOMRÅDER	97
6.6.1	Tverrgående føringer	97
6.6.2	VVS-installasjoner	105
6.6.3	Elkraft	108
6.6.4	IKT, tele og automatisering	111
6.6.5	Andre installasjoner	117
6.6.6	Utendørs	118
<b>7</b>	<b>UTSTYR</b>	<b>120</b>
7.1	BYGGUTSTYR OG FUNKSJONSUTSTYR	121
7.2	MÅLSETNINGER OG OVERORDNEDE FØRINGER FOR UTSTYR	123
7.3	STRATEGIER FOR VALG AV UTSTYR	124
7.4	TEKNOLOGISK UTVIKLING OG UTSTYRSKONSEKVENSER	124
7.5	VURDERING AV GJENBRUK	124
7.6	UTSTYRSKALKYLE	124
<b>8</b>	<b>IKT KONSEPT</b>	<b>126</b>
8.1	INNLEDNING	126
8.2	NASJONALE, REGIONALE OG LOKALE STRATEGISKE FØRINGER FOR IKT	126
8.2.1	Nasjonale føringer	126
8.2.2	Regionale føringer	127

8.2.3	Lokale føringer for Nye PHR UNN -----	127
8.3	IKT SENTRALE OMRÅDER-----	127
8.4	ANSVARSOPPGAVER, LEVERANSER OG PROSJEKTER-----	128
8.5	ANSVARSOPPGAVER-----	128
8.6	LEVERANSER/ PROSJEKTER: -----	129
8.7	OVERORDNET KALKYLE/ BUDSJETT-----	131

## Tabell oversikt

Tabell 1 Framskrivning - oversikt aktivitet.....	27
Tabell 2 Framskrivning - beregnet kapasitet .....	28
Tabell 3 Anbefalte kapasiteter .....	32
Tabell 4 Funksjon endring fra nå -til fremtidig situasjon. ....	33
Tabell 5 Stillingshjerner nå-situasjon. ....	37
Tabell 6 FFU - hvor skjer undervisningsaktivitet.....	52
Tabell 7 Prioriterte krav steg-1.....	62
Tabell 8 Funksjonelle krav – beskrivelser døgnområder .....	74
Tabell 9 Romoversikt døgnenheter standard .....	87
Tabell 10 Romoversikt døgnenheter sikkerhet og treningsleiligheter.....	88
Tabell 11 Romoversikt Personal og støtterom døgnenheter .....	89
Tabell 12 romoversikt Aktivitetssenter og Pårørendesenter .....	90
Tabell 13 Romoversikt poliklinikkområde .....	91
Tabell 14 Total oversikt areal funksjonsområder .....	92
Tabell 15 Utstyr - overordnet kalkyle.....	125
Tabell 16 IKT overordnet kalkyle.....	131

## Figur oversikt

Figur 1 Hovedprogram områder og utvikling .....	7
Figur 2 Organisering prosjektgruppen .....	8
Figur 3 Prosjektutvikling konseptfase - medvirkning .....	10
Figur 4 Metode framskrivning .....	26
Figur 5 Organisasjonskart - nå-situasjon. ....	37
Figur 6 Overordnet prinsipp funksjon og nærhet .....	65
Figur 7 Overordnet flytdiagram.....	65
Figur 8 Struktur korridorer .....	66
Figur 9 Akuttmottak og nærhet .....	66
Figur 10 Prinsipp personalsamarbeid i døgnområder .....	67
Figur 11 Sone skjerming kontaktsmitte i døgnområder .....	67
Figur 12 Samlet poliklinikkområde og nærhet .....	68
Figur 13 Samlet poliklinikkområde delt i soner .....	68
Figur 14 FFU funksjoner og nærhet.....	69
Figur 15 Robusthetsmatrise.....	73
Figur 16 Robusthetsmatrise nivåer beskrivelse .....	78
Figur 17 dRofus 29.04.21 arealoversikt.....	86



## 1. Innledning

Hovedprogrammet skal klargjøre de forutsetninger som skal ligge til grunn for løsning og nybygg. Dette gjøres ved å beskrive hvilken virksomhet som skal inn i bygget, grunnlaget for dimensjoneringen, og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur. Forutsetningene skal baseres på utviklingsplanen og evt. andre føringer og behovsanalyser i tråd med den utviklingsretning helseforetaket har beskrevet. Hovedprogrammet beskriver prosjektets forutsetninger og forslag til arealbruk på et overordnet nivå, slik at forutsetninger og beregninger lett lar seg verifisere (gjennomsiktig og etterprøvbart). Hovedprogrammet ligger som et vedlegg til Konseptrapport steg-1<sup>1</sup>. Programmet gir videre føringer for arkitektens mulighetsstudier<sup>2</sup>.

### Overordnede føringer og styringsdokument

Arbeidet i med hovedprogrammet tar utgangspunkt i sentrale føringer og beslutninger på regionnivå og er i tråd med sentrale rammebetingelser uttrykt i strategisk utviklingsplaner for UNN, regionale planer og ambisjoner, nasjonal helse- og sykehusplan. Disse sentrale føringer og beslutninger med henvisninger er ivare tatt i prosjektets styringsdokument<sup>3</sup>. Styringsdokumentet angir rammer for prosjektet, samt beskriver effektmål og evalueringskriterier som videre danner et grunnlag for hovedprogrammet. Av nasjonale føringer som har betydning for hvilken retning tjenestene utvikler seg i er Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023<sup>4</sup>.

Hovedprogrammet består 4 programdeler; funksjon, teknikk, utstyr, logistikk, IKT konsept og rom/areal. Funksjonsprogrammet beskriver forventet framtidig virksomhet, dimensjonering og arealbehov. Hensikten med funksjonsprogrammet er å gi et godt grunnlag for det videre arbeidet med planlegging og prosjektering. Funksjonsprogrammet inneholder beregninger for samlet arealbehov på funksjonsnivå for de seksjoner og enheter som er planlagt inn i bygget.

### Utviklingen av Hovedprogrammet

Dokumentet utvikles i løpet av konseptfasens steg 1 og blir lagt til grunn for B3A beslutning. Videre blir hovedprogrammet bearbeidet videre og slutført i steg 2. Komplette Hovedprogram følger som vedlegg til konseptrapporten. Krav, nærhets- og flytdiagrammer fremstilles i et overordnet nivå for steg-1 og mer detaljert nivå for steg-2.

---

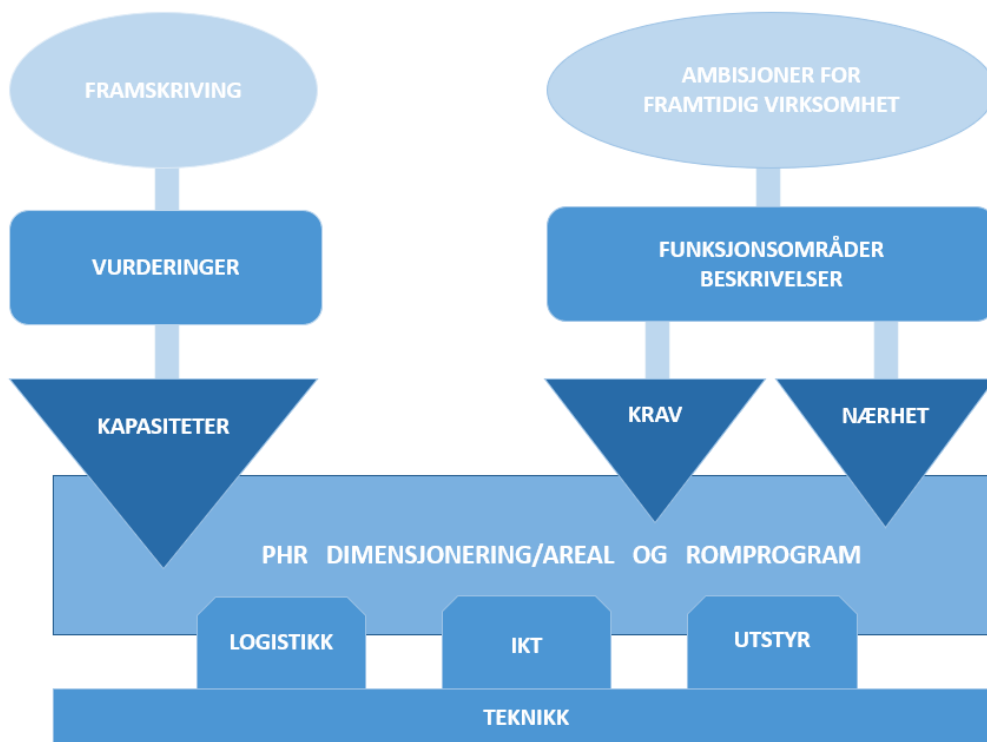
<sup>1</sup> PHR-0000-Z-AA-0003 PHR UNN Konseptrapport Steg 1

<sup>2</sup> PHR-8201-A-RA-0001 PHR UNN Mulighetsstudie arkitekt

<sup>3</sup> PHR-0000-Z-AA-0001 PHR UNN Styringsdokument Konseptfase

<sup>4</sup> Meld. St. 7 (2019 – 2020), Melding til Stortinget, Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023

Basert på areal i romprogram på funksjonsnivå, blir det beregnet estimater for utstyrsbehov, IKT og for kostnader for prosjektet. Mer detaljerte kalkyler utarbeides i konseptfasen steg 2. Prosjektets romprogram dokumenteres i romdatabase (dRofus), og verifiseres i steg 2, hvor romdatabase dRofus blir synkronisert 1-1 med arkitektmodell (BIM/skisseprosjekt).



Figur 1 Hovedprogram områder og utvikling

## 1.1 Overordnet styrings – og samhandlingsstruktur

Arbeidet med funksjonsprogram for nytt bygg for psykisk helsevern og rus på UNN (PHR UNN) er gjennomført i tråd med veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter<sup>5</sup>, veileder for hovedprogram<sup>6</sup> og gjeldene retningslinjer for medvirkning fra ansatte, brukere, vernetjenesten og tillitsvalgte i utviklingsprosesser ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Det er lagt stor vekt på å etablere en medvirkningsstruktur som sikrer nødvendig medvirkning og forankring gjennom prosjektutviklingen.

<sup>5</sup> Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter sept./okt. 2017

<sup>6</sup> Veileder for hovedprogram 2019



2. Poliklinikk og ambulant
3. Forskning, fag og utvikling

Det er i perioden januar til mars 2021 gjennomført en møteserie på fem møter – felles oppstart og felles oppsummering samt tre møter i hver av medvirkningsgruppene. Mellom møtene har gruppene bl.a. fått tematiserte oppgaver, beskrivelse av egen virksomhet, vurdering av arealbehov, nærhetskrav etc., som grunnlag for drøfting i møtene og som grunnlag for selve hovedprogrammet.

Det har vært gjennomført åpen workshop med brukere og pårørende, koordinerende møter for brukermedvirkning i forkant av alle møter i medvirkningsgruppene samt møter med Ungdomsrådet og Brukerråd. Medvirkning ivaretas også gjennom at saken er fast på alle klinikkens KVAM møter, dialogmøter med verneombud og tillitsvalgte samt jevnlig åpne møter for verneombud og ledere. Det har vært oppnevnt to brukerrepresentanter, verneombud, tillitsvalgt og erfaringskonsulent i alle tre hovedarbeidsgrupper. Prosjektet har også sørget for å gjennomføre Bruker Spør Bruker undersøkelse for å innhente synspunkter fra pasienter.

OU prosjektet har ansatt erfaringskonsulent i 40% for å ivareta medvirkning fra pasienter og pårørende og verneombud i 50% for å ivareta medvirkning fra ansatte. Disse har sørget for å lage planer for medvirkning.

Det er også opprettet arbeidsgrupper for områdene:

1. Bygg og teknikk
2. Logistikk
3. IKT

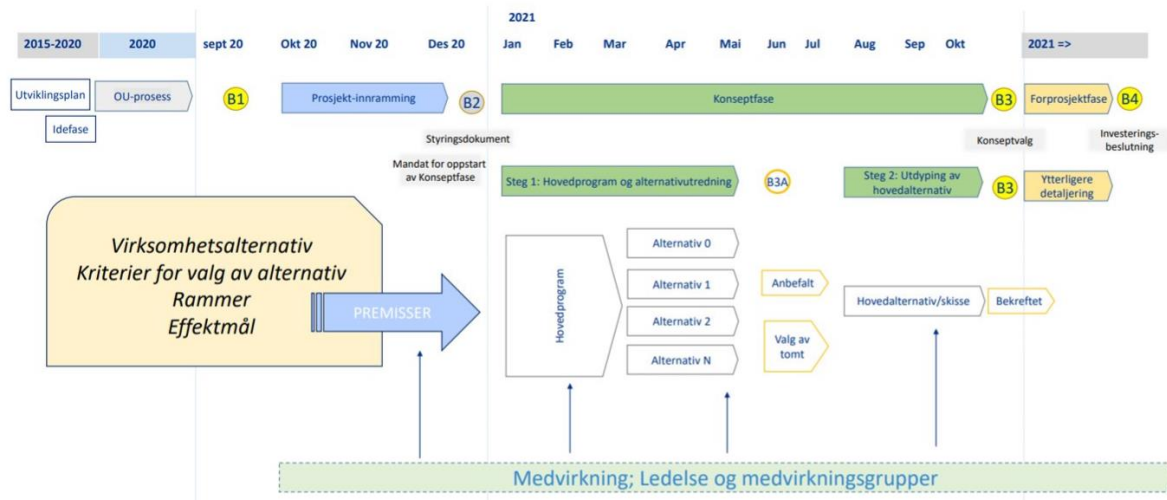
For bygg, teknikk og IKT har det vært gjennomført en møteserie på fire møter, felles oppstartsmøte samt 3 møter med gjennomgang av krav per fagområde. Kravlisten i kap. 6.6 vil detaljeres ytterligere når hovedalternativ er valgt.

For logistikk er det gjennomført møter med representanter for matforsyning, tørforsyning, apotek, miljørådgiver (avfallshåndtering), uteseksjon, laboratoriemedisin og renhold. I disse møtene er nåsituasjonen kartlagt, og krav til nybygg er gjennomgått.

Medvirkningsprosess

Medvirkningsprosess vil fortsette fra steg-1 til alternativvurdering og skisseprosjekt og vil tilpasses prosjektets behov.

Det er sikret gjennom prosjektorganiseringen at ansatte ved UNN får nødvendig informasjon i prosjektutviklingen med mulighet for å gi innspill og vurderinger.



Figur 3 Prosjektutvikling konseptfase - medvirkning

Dokumentasjon medvirkningsprosess finnes i prosjekthotellet Pims<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Pims: Psykisk helse/rus UNN > Arena prosjekthotell - E.2.3 Medvirkning

## 2. Ambisjoner for framtidig virksomhet

### Bakgrunn

Styringsdokumentet for Nybygg PHR UNN HF beskriver omfang, rammebetingelser, mål, organisering av arbeidet samt hvilke krav som gjelder for ledelse og styring i prosjektet og er dermed grunnlaget for hovedprogrammet.

Med bakgrunn i overordnede føringer fra styringsdokumentet, effektmål og evalueringskriterier i *kapittel 2 Ambisjoner for framtidig virksomhet* beskrives overordnede ambisjoner for fremtidig virksomhet. Ambisjonene er førende for de 4 programdelene; funksjon, teknikk, utstyr, IKT konsept.

### 2.1 Effektmål og evalueringskriterier

I styringsdokumentet er det beskrevet følgende tema for effektmål og evalueringskriterier;

- Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og pårørende
- Behandlingen er sammenhengende og helhetlig
- Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten
- Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper
- UNN bidrar med kompetanseutvikling i samfunnet
- Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder
- Byggene er teknisk funksjonsdyktige

I de neste kapitlene vil ambisjonene beskrevet i effektmålene og evalueringskriterier tydeliggjøres for videre prosjektutvikling.

## 2.2 Kvalitet- trygghet for pasienter og pårørende

Tema Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og pårørende	
Effekt mål	Evalueringskriterier
<p>Behandlingen understøtter pasientens egne ressurser.</p> <p>UNN legger til rette for at pasienten kan medvirke i egen behandling.</p> <p>Pasientopplevd kvalitet og behov ligger til grunn for tjenesteutvikling.</p> <p>Pasienters og pårørendes erfaringskunnskap ses som likeverdig med fagkunnskap.</p> <p>Behandlingen er tilpasset den samiske befolkningen og pasienter med annen kulturell bakgrunn.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha tilstrekkelig kapasitet.</li> <li>• Legge til rette for god utredning og behandling tilpasset pasientens behov.</li> <li>• Tilrettelegge for at pasienten kan få god struktur i behandlingstilbudet og en innholdsrik og meningsfull hverdag som del av tilbudet.</li> <li>• Understøtte åpenhet rundt psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser</li> <li>• Sikre at pasienten har trygge omgivelser med aktivitets- og behandlingstilbud som stimulerer til mobilisering av egne ressurser.</li> <li>• Legge til rette for fysisk trening som integrert del av behandlingen.</li> <li>• Sikre at alle pasienter i lukkede sengeposter har tilgang på skjermede uteområder der pasienter kan gå uhindret ut.</li> <li>• Sikre at alle pasienter har enkel og god tilgang på egnede utearealer og natur som stimulerer til aktivitet.</li> <li>• Sikre mulighet for at pårørendes behov ivaretas, og at pårørende kan ta aktivt del i pasientens behandling.</li> <li>• Tilrettelegge for brukere med ulik kulturell bakgrunn.</li> <li>• Være tilrettelagt for å ivareta spesielle krav til sikkerhetsplasser</li> </ul>
Prosjektutvikling - oppfølging av effekt mål og evalueringskriterier.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Løsning understøtter åpenhet, normalitet og trygghet.</li> <li>• Løsning legger til rette for ulike soner for aktivitets- og behandlingstilbud i forhold til pasientforløp og pasientens egen mestring.</li> <li>• Det opprettes pasientkantine, aktivitetscenter og pårørendeområde.</li> <li>• Løsning legger til rette for pårørendes behov i akutt situasjon, døgnområder fellesarealer.</li> <li>• Det etableres egne skjermede uteområder med lett utgang fra alle døgnområder.</li> <li>• Løsning for lokal og regional sikkerhet ivaretar krav til større areal for hver pasient og sikkerhetskrav.</li> </ul>	

## 2.3 Behandling helhetlig

Tema Behandlingen er sammenhengende og helhetlig	
Effekt mål	Evalueringskriterier
<p>Behandlingsforløp planlegges under ett og i samarbeid med involverte enheter.</p> <p>Pasienter med sammensatte/komplekse behov møtes av team, og behandling gjennomføres med samarbeid på tvers av fag.</p> <p>Tjenesten ivaretar kontinuitet i behandlingen.</p>	<p>Legge til rette for godt samarbeid mellom ulike enheter innen PHV og TSB.</p> <p>Legge til rette for godt samarbeid mellom PHV/TSB og somatiske avdelinger slik at pasienten får somatisk helsehjelp av høy kvalitet.</p> <p>Legge til rette for godt samarbeid og veiledning/kunnskapsdeling mellom PHV/TSB og kommunale tjenester.</p> <p>Ha nærhet mellom kliniske enheter.</p> <p>Understøtte muligheten for samarbeid i team der pasienter og pårørende kan være aktiv i utforming av behandlingstilbud.</p> <p>Legge til rette for at pasienter med sammensatte og komplekse behov skal møtes med team sammensatt på tvers av fag (TSB, PHV og somatikk)</p>
Prosjektutvikling - oppfølging av effekt mål og evalueringskriterier.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Løsning legger til rette for ulike møterom/ samarbeidsarena i ulike soner.</li> <li>• Det legges til rette for utstrakt digital samhandling.</li> <li>• Tett nærhet mellom akuttmottak og to døgneheter.</li> <li>• Tett nærhet mellom to eller flere samarbeidende døgneheter.</li> <li>• Somatisk poliklinikk opprettes hvor det også samles støtte/medisinsk service.</li> <li>• Poliklinikkområde utformes fleksibelt som ivaretar konsultasjon, miniteam, gruppebehandling, digitale behandlere og ambulerende team.</li> <li>• Dagbehandlingsområde vurderes.</li> </ul>	



## 2.4 Behandlingen er ressurseffektiv

Tema Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten	
Effekt mål	Evalueringskriterier
<p>Ved mottak gjennomføres kvalifisert beslutning om pasientens videre behandling.</p> <p>Behandlingen skjer på det beste virkningsfulle nivå for pasienten.</p> <p>Ressurser fra andre faglige enheter gjøres tilgjengelig for pasienten etter behov.</p> <p>Ressursbruk som ikke fører til verdiskaping omstilles til andre prioriterte pasientgrupper (f.eks. prioritere de sykeste, stormottakere mm).</p>	<p>Ha arealer som er godt tilrettelagt for mottak, vurdering og behandling av pasienter.</p> <p>Legge til rette for nærhet mellom akuttfunksjoner innen PHV, TSB og somatikk.</p> <p>Sikre at personalressurser kan utnyttes fleksibelt, og legge til rette for samhandling og ressursdeling slik at man unngår unødvendig høy personalfaktor.</p> <p>Kunne utnytte tverrfaglig kompetanse på tvers av PHV, TSB og somatikk.</p> <p>Unngå etablering av flere vaktordninger med lik funksjon.</p>
Prosjektutvikling - oppfølging av effekt mål og evalueringskriterier.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles akuttmottak etableres, som reduserer muligheter for samtidighetskonflikter</li> <li>• Tett nærhet mellom akuttmottak og to døgneheter.</li> <li>• Løsning legger til rette for ulike møterom/ samarbeidsarena i ulike soner.</li> <li>• Det vurderes ulike løsninger som ivaretar behovet for høy grad av samhandling og ressursdeling, spesielt for personalsoner og skjermingsenheter/kontaktssmitte.</li> </ul>	

## 2.5 Attraktiv arbeidsplass

Tema Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper	
Effekt mål	Evalueringskriterier
Klinikken har stabilt fagmiljø og riktig kompetanse.	Ha helsefremmende arkitektur som sikrer at både pasienter og personale har gode fysiske rammer.
Klinikken har gode muligheter for etter- og videreutdanning.	Ha fysiske rammer som virker forebyggende på uro og utagering.
HMS-situasjonen er tilpasset risikosituasjon hos ulike personellgrupper	<p>Legge til rette for opplæring og utdanning samt videre- og etterutdanning av helsepersonell.</p> <p>Legge til rette for opplæring og praksisundervisning av studenter.</p> <p>Ha tilpassede lokaler for undervisning og trening på kliniske ferdigheter nært kliniske enheter (f eks. simulerings lab).</p> <p>I seg selv kunne virke rekrutterende og stabiliserende.</p>
Prosjektutvikling - oppfølging av effekt mål og evalueringskriterier.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det legges til grunn forskningsbasert kunnskap fra Chalmers «Konseptprogram Lokaler för psykiatri». Robusthetsplan utarbeidet av Sykehusbygg legges til grunn.</li> <li>• Lav sosial densitet ivaretas ved nødvendig areal pr pasient.</li> <li>• Areal for ansatte opprettes som ivaretar oversikt, dokumentasjon og samhandling.</li> <li>• Areal i døgneheter og poliklinikk ivaretar plass for opplæring og praksisundervisning.</li> <li>• Undervisningssenter opprettes.</li> <li>• Ferdighets -og simulerings senter opprettes.</li> <li>• Det legges til grunn uniformering i døgneheterne, - det opprettes garderobeanlegg.</li> </ul>	

## 2.6 Kompetanseutvikling

Tema UNN bidrar med kompetanseutvikling i samfunnet	
Effekt mål	Evalueringskriterier
Forskning, kvalitetsutvikling og utdanning er integrert i virksomheten.	<p>Legge til rette for erfaringsutveksling samt opplæring av pasienter og pårørende.</p> <p>Legge til rette for klinisk forskning og innovasjon.            Ha kompetansesenterfunksjoner og forskningsfasiliteter nær klinisk virksomhet.</p> <p>Ha nærhet til Universitetet</p>
Prosjektutvikling - oppfølging av effekt mål og evalueringskriterier.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FFU med kompetansesentre opprettes.</li> <li>• Undervisningssenter opprettes.</li> <li>• Pårørendeområde opprettes – informasjon og opplæring av pårørende</li> <li>• Møte/team rom opprettes i døgneheter</li> <li>• Poliklinikkområde – konsultasjonsrom/sone for studenter opprettes.</li> <li>• Spesialister i utdanning ivaretas</li> <li>• Ferdighets -og simuleringssenter opprettes.</li> </ul>	

## 2.7 Funksjonelle bygg

Tema Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder	
Effekt mål	Evalueringskriterier
Byggene legger til rette for virkningsfulle behandlingsforløp.	Legge til rette for aktivitet som integrert del av behandlingen, både innendørs og utendørs.
Byggene kan tilpasses endringer i behov.	Understøtte størst mulig grad av frivillighet og bidra til reduksjon av formell og opplevd bruk av tvang.
Byggene kompenserer for mestringssvikt.	Legge til rette for at man kan benytte tvang på en trygg måte (når det er nødvendig) og hvor omgivelsene bidrar til minst mulig til opplevelse av tvang.
Byggene understøtter størst mulig grad av frivillighet.	Sikre pasienter nødvendig konfidensialitet.
Byggene ivaretar pårørende som ressurs og deres behov.	Være fleksibelt utformet slik at de enkelt kan tilpasses framtidige endringer i behandlingstilbud. Legge tilsette for mulig utvidelse av komplekse funksjoner (sikkerhetsplasser).
	Legge til rette for godt smittevern (kunne isolere pasienter og lage kohorter).
	Kunne ivareta pårørende som ressurs og pårørendes egne behov.
	Sikre gode lysforhold, og så god utsikt som mulig. Sikre så lite forstyrrende støy fra omgivelser (trafikk, helikopter og fly) som mulig.
Prosjektutvikling - oppfølging av effekt mål og evalueringskriterier.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det legges til grunn flere muligheter aktivitet i døgneheter, i fellesområder og uteområder.</li> <li>• Det legges til grunn forskningsbasert kunnskap fra Chalmers «Konseptprogram Lokaler for psykiatri». Robusthetsplan utarbeidet av Sykehusbygg legges til grunn.</li> <li>• Løsning har uttrykksformer åpenhet, normalitet og trygghet og med areal som gir lav sosial densitet.</li> </ul>	

- Løsningen ivaretar åpenhet og balanserer dette i forhold til pasientenes nødvendige konfidensialitet.
- Løsning i døgneheter legger til rette for å endre antall sikkerhetsplasser/døgnplasser.
- Løsning har høy grad av generalitet/standardisering som ivaretar fleksibilitet i forhold fremtidige organisatoriske endringer. Det legges til grunn generelle, standardiserte og likt strukturerte døgneheter.
- Løsning som ivaretar grunnleggende hygiene og smittevern og soner for kohort. Kontakt -og dråpesmitteisolat opprettes i hver døgnet.
- Pårørendeområde opprettes.
- Gode lysforhold og utsikt sikres ihh «Konseptprogram Lokaler för psykiatri».

## 2.8 Bygg og teknikk

Tema		Byggene er teknisk funksjonsdyktige
Effekt mål		Evalueringskriterier
Byggene ivaretar miljøkrav relatert til grønt sykehus.		Ha utvidelsesmulighet slik at nye oppgaver og behandlingstilbud kan gis riktig plassering i forhold til etablerte tilbud.
Byggene understøtter god driftsøkonomi.		Ha færrest mulig kostnader som tilkommer etter at bygget er satt opp.
Byggene har tilstrekkelig elasticitet og fleksibilitet og understøtter endring av driftsformer.		Ivareta miljøkrav i henhold til regional og lokal miljøstrategi.
Prosjektutvikling - oppfølging av effekt mål og evalueringskriterier.		
•		

## 2.9 Overordnede beskrivelser

Nedenfor finnes overordnede funksjonelle beskrivelser som understøtter effektmål og evalueringskriterier.

### 2.9.1 Pasientens helsetjeneste – kvalitet og brukertilfredshet

Helsetjenesten skal utvikles med pasienten i sentrum. Pasientene skal kunne påvirke beslutninger knyttet til egen utredning og behandling. Pasientforløpene skal oppleves som forutsigbare og godt koordinerte. Samhandlingen med andre deler av helsetjenesten skal videreutvikles, slik at pasientene opplever at tilbudet på de forskjellige behandlingsnivåene er samordnet og av høy kvalitet.

Tilbudet om diagnostikk og behandling skal samles rundt pasienten. Dette skal bidra til bedre pasientsikkerhet og ressursutnyttelse, og samtidig legge til rette for faglig samarbeid, forskning og kompetanseutvikling på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper.

PHR skal være preget av en vennlig, imøtekommende, åpen og trygg atmosfære. Samtidig må nybygget understøtte tverrfaglig samhandling og pasientbehandlingen, gjennom de ulike fasene i forløpet. Utformingen av bygget skal bidra til å redusere stress og aggresjon for pasientene og målsetningen om redusert og riktig bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. Pasienten skal involveres aktivt i behandlingen og bidra til å påvirke eget funksjons- og mestringsnivå.

Det legges til rette for ulike former for behandling;

- Individualterapi
- Gruppeterapi
- Miljøterapi
- Medikamentell behandling
- Medisinfri behandling
- Aktivitet
- Opplæring/undervisning

#### Stressreduksjon – valgfrihet

Det søkes mot reduksjon av bruk av tvang og mest mulig frivillighet. For eksempel pasientens mulighet for fri utgang fra hver døgnenhet, dvs fritt kan gå ut i et atrium eller utearealer som er rømningsikkert og skjermet. Gode oversiktlige store nok rom/lokaler med gode lysforhold og utsikt ansees for å bidra til stressreduksjon og mindre bruk av tvang.

#### Aktivitet

Det er behov for betydelig større aktivitetstilbud av fysisk, kreativ og kulturell art samt behov for økt fokus på livsstil og kosthold. Dette gjelder både innomhus og på uteområdene. Musikk- og

kunstterapi, fysisk aktivitet ble oftest nevnt. Dette ble særlig pekt på som behov for inneliggende pasienter, men også for andre pasientgrupper vil dette kunne være viktig tilbud.

### 2.9.2 Pårørendes roller og rettigheter

Pårørende er ofte pasientens viktigste støtte som kan bidra med viktig informasjon, gi gode råd og være en samarbeidspartner for pasienten gjennom forløpet. Helsepersonell skal være oppmerksom på pårørendes behov, og bidra til at behandlingen og oppfølgingen har et familieperspektiv. Barn og søsken som er pårørende skal ivaretas på en god måte.

PHR løsningen skal legge til rette for ivaretagelse pårørendes rolle.

### 2.9.3 Pasientbehandling – aktivitet og kapasitet

Framskrivning, vurdering og anbefalte kapasiteter beskrives i *kapittel 3 Framskrivning og kapasiteter*.

Nytt sykehusbygg skal gjøre klinikken i stand til å yte moderne og hensiktsmessig behandling av høy kvalitet til pasienter med psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Det skal gis god og helhetlig pasientbehandling, bedre pasientforløp, samt god samhandling med andre deler av spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det skal videre legges til rette for økt bruk av teknologiske løsninger, bedre rekruttering og et godt arbeidsmiljø. Framtidig aktivitet og kapasitet må sees i lys av nasjonale føringer, strategiske planer, oppdragsdokumenter osv. (fra døgn til dag, det utadvendte sykehuset, pasientsentrerte team, mer samhandling osv.)

#### Pakkeforløp og omstillinger

Pakkeforløp for psykisk helse og rus skal gi pasient eller pårørende et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Målet er å få mer innflytelse på behandlingen, og med systematisk evaluering underveis.

For virksomheten vil pakkeforløp bidra til omstilling for hvordan om hvordan tjenestene organiseres, samt optimalisering av pasientforløpene. Dette betyr større fokus på;

- Samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og med kommunehelsetjenesten og der må foreligge løsninger som tilrettelegger for møteaktivitet og samhandling med kommunehelsetjenesten (møterom, treningsleiligheter).
- Somatisk helse og levevaner gjennom aktivitet med tilhørende uteområder for aktivitet og trening. Somatisk poliklinikk løsning?
- Tverrfaglighet og involvering av pårørende, noe som gjør at man trenger samtalerom av en viss størrelse for å kunne ha flere personer inne hos pas. inkl. pårørende evt.



- Digital kommunikasjon med kommuner og SPHR-er utenfor Tromsø. Bør være tilrettelagt for mulighet for digitale løsninger/samhandling med kommuner utenfor Tromsø (gjelder møterom tilhørende døgnposter (først og fremst) eller i sone for møterom/undervisning.
- Med pakkeforløpene kom nye oppgaver som forløpskoordinator skal følge opp. Det settes av kontorplass til denne type stilling.

### Framtidig tilbud

Som oppfølging av vedtak i klinikkens ledelse (sak nr. 09/2021 – møte 28.01.21), vil det bli igangsatt et eget arbeid beskrevet slik:

1. Med utgangspunkt i dagens kliniske struktur er det behov for å se på hvordan framtidens tilbud innenfor psykisk helsevern og TSB kan utformes. En må herunder vurdere hvilke pasientgrupper og/eller fagområder som har behov for mer spesialiserte funksjoner samt om det er pasientgrupper som ikke får dekket sine behov for psykisk helsehjelp og tverrfaglig rusbehandling i tilstrekkelig grad. Det bør gjennom dette også innhentes informasjon om tilgrensende arbeid i klinikken (utviklingsplan poliklinisk virksomhet) og hvordan tilbudet innen PHV og TSB er utformet andre steder.

a) Det etableres egen arbeidsgruppe, som del av OU-prosjektet, med oppdrag som nevnt over. Arbeidsgruppen sammensettes av representanter fra de etablerte arbeidsgruppene. Alle avdelinger (inkludert Avdeling sør), tillitsvalgte og vernetjeneste, erfarings-konsulent og brukersiden skal være representert. Arbeidsgruppen følges opp av prosjektgruppen og prosjekteier OU.

b) Arbeidsgruppen etableres medio mars måned. Rapport fra arbeidet med konkrete forslag må foreligge pr. primo juni måned»

### 2.9.4 Oppgavedeling, samhandling, organisering og ledelse

Antall pasienter med sammensatte tilstander øker, mange pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer har somatiske tilstander - og omvendt. Pasientene har derfor behov for koordinert oppfølging, noe som gjør det nødvendig med samarbeid mellom seksjoner, helseforetak og kommunene. PHR-prosjektet skal bidra til å sikre økt samhandling, bedre oppgavedeling, optimal organisering og helhetlig ledelse. Når sykehusbasert behandling innen psykisk helsevern samlet på ett sted og i ny løsning forutsetter dette tilpassede og samordnede forløp;

- sikre at tjenesten er multidisiplinær, og at pasientene får tjenestene de trenger uavhengig av innarbeidet «sektorisering»
- legge godt til rette for samhandling med god fysisk kommunikasjon og samhandlingsarenaer

- i større grad ivareta pasientgruppens behov for somatisk undersøkelse behandling økt samhandling somatikk.

### 2.9.5 Bemanning og kompetanse

Det legges til rette for utvikling av organisasjon, behandlingsforløp og nye driftsformer, samt tilrettelegge for forskning og innovasjon.

Bidra til å utvikle nødvendig kompetanse for å levere enda bedre tjenester til pasientene i ny løsning, samt utvikle nye samarbeidsformer som gir bedre arbeidshverdag for ansatte.

Løsning etableres med tanke på generalitet der samspill mellom enhet kan endre seg.

PHR vil bidra til å samle eksisterende kompetanse og samtidig gjøre det lettere å rekruttere nyansatte. De ulike avdelingene vil samarbeide tettere enn tidligere og på denne måten dele og utvikle kompetanse. Utvidet samarbeid/nærhet til somatiske enheter vil bidra til økt tverrfaglig kompetanse og tettere samarbeid rundt den enkelte pasienten.

PHR ønsker å være en attraktiv arbeidsplass som tiltrekker seg de beste medarbeiderne.

### 2.9.6 IKT, utstyr og teknikk

Satsing innen teknologi og utstyrs området bidrar til utvikling av kvalitet og pasientsikkerhet, økt effektivitet og bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i pasientbehandlingen. Disse områdene vil bli vurdert videre i steg-2.

#### Digitale samhandlingsarena

Generelt må sykehus bli i stand til å møte samfunnets forventninger til bruk av digitale samhandlingsarenaer.

- Ta i bruk digitale løsninger på ulike områder i behandlingstilbudet og interaksjon/samhandling med pasienter.
- Møte samfunnets forventninger til bruk av digitale samhandlingsarenaer.
- Utbredt mulighet for videokonferanse legges til grunn som et virkemiddel for intern samhandling, møtevirksomhet ved samhandling internt i organisasjonen, med kommuner og andre samarbeidspartnere.

#### Digitale løsninger - behandling

- digitale løsninger for psykometriske og kliniske tester, funksjonskartlegging og pasientevaluering mv hvor data også kan eksporteres til eller integreres med systemet for elektronisk pasientjournal.
- Somatisk poliklinikk hvor undersøkelser og behandling hvor samhandling med spesialister/somatikk skjer via monitorering og bruk av ehelse.

- Sensorteknologi som kan bidra til økt pasientsikkerhet og trygghet.
- Pasienters bruk av e-helse teknologi og krav til medbestemmelse.
- Mer effektiv og rasjonell gjennomføring av krav til dokumentasjon, slik som talegjenkjenning
- Selvinnsjekk

### Utstyr og møblering

Hovedprogram utstyr skal gi overordnede føringer og retningslinjer for utstyrsprosjektet for å ivareta bygg- og funksjonsutstyr. Møblering skal bidra til å gi en helhetlig moderneuttrykksform som skaper følelse av normalitet og er åpenhet. Robusthet legges på et balansert nivå.

Utviklingen av teknologi knyttet til pasientbehandling følges tett i OU-prosessen.

Området teknologi og utstyr redegjøres nærmere for i kapitlene Utstyr og IKT konsept.

### Teknologi – behandling

Det er blitt etablert nye teknologiske løsninger innen psykisk helsevern som på ulike måter kan understøtte behandling og miljøterapi;

- Lysbehandling (blått lys filtrering).
- Sensorteknologi - bevegelsessensor for pasientovervåkning.
- SD styring pasientrom - lys, screens, vann og luft.
- Døgnrytmelys, - dynamisk belysning, som understøtter kroppens naturlige døgnrytme og bidrar til tilpasset belysning til funksjonene.

### 2.9.7 Forskning og innovasjon

Forskning, kvalitetsutvikling og utdanning er integrert i virksomheten og vil benytte seg av løsningens arealer. Bidra til utviklingen av trygge og virkningsfulle pasienttilbud. Satsingsområder er brukermedvirkning, forskning, pasientsikkerhet, kompetanseheving, e-helse, veiledning og utdanning.

Det er behov for mer forskning, fagutvikling og kvalitetsutvikling innenfor samarbeid internt, med eksterne samarbeidspartnere, særlig fastleger, men også kommunehelsetjenester og NAV IPS. Videre også andre forsknings- og utdanningsinstitusjoner og kompetanseorganisasjoner.

### 2.9.8 Økonomi

Bygg og organisasjon i sammenheng, OU prosjektet jobber systematisk med å tilpasse organisasjonen til bygget og hente ut gevinstene ved å samle sykehusbasert psykisk helsevern.

Nåværende virksomheten har en høy bemanningsfaktor, spesielt natt for å dekke sikkerhet ved evt uventede utageringssituasjoner. Det søkes mot løsninger som ivaretar gode muligheter for samarbeid/hjelp mellom døgnområder.

### 3. Framskrivning og kapasiteter

#### 3.1 Framskrivning, forutsetning og metode

Nedenfor vises utdrag fra framskrivingsrapporten<sup>8</sup>. Denne rapporten bygger på nasjonale føringer angitt Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023<sup>9</sup>.

Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) er den største klinikken ved UNN målt i antall ansatte. Klinikken virksomhet omfatter 2 fagområder: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern for voksne (PHV-V). Behandlingsenheter som inngår i framskrivningen av aktivitet og kapasitetsberegninger ved UNN Tromsø:

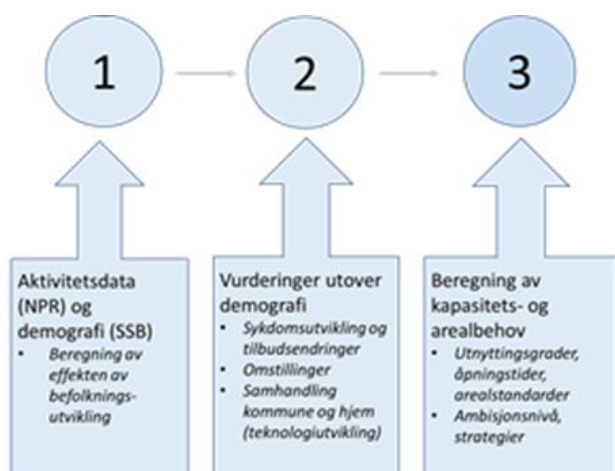
PHV-V Tromsø Akuttpsykiatri	TSB Tromsø	DPS/SPHR Tromsø
Akuttpsykiatri	Avrusning med akutttilbud	DPS/SPHR Tromsø (PHV)
Psyko- og rus enhet	Rusbehandling restart	Regional funksjon Medikamentfri behandling
Sikkerhetspsykiatri, regional	Rusbehandling ung	
Sikkerhetspsykiatri, lokal		
Sikkerhetspsykiatri, rehabilitering		
Alderspsykiatri		

Metode for å beregne framtidig kapasitetsbehov

Prosjektet har beregnet kapasitetsbehov innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved behandlingsenheter i Tromsø. Til dette er den nasjonale framskrivings modellen benyttet med tilpasninger til UNN Tromsø etter innspill fra ledelsen i PHRK. Framskrivningene baserer seg på aktivitetsdata fra 2019.

<sup>8</sup> PHR-0000-Z-AA-0005 PHR UNN Framskrivingsrapport

<sup>9</sup> Meld. St. 7 (2019 – 2020) Melding til Stortinget, Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023.



Vi ser inn i ett 2035 perspektiv, og framskrivingene viser et kalkulert kapasitetsbehov for PHR UNN Tromsø.

Figur 4 Metode framskriving

Antagelser om trender og utvikling er også ivaretatt. Den nasjonale framskrivingsmodellen ble i sin tid utviklet av «Kompetansenettverket for sykehusbygging» i 2011 (KNS) i samarbeid med de regionale helseforetakene, Helse- og omsorgsdepartementet og SINTEF. Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivinger.

#### Tilpasninger utover standardmodellen

Framskrivingene tilpasses etter regionale og lokale forhold. I denne framskrivingen er det gjort tilpasninger beskrevet nedenfor.

- Redusere effekten av kortere liggetider.
- Overføring til kommunehelsetjenesten (samhandling kommune/hjem) er satt til 0 for sikkerhets- og akuttpsykiatri (både døgnopphold og poliklinisk virksomhet)
- Overføring til kommunehelsetjenesten (samhandling kommune/hjem) er satt til 50% i forhold til standardmodellen for alderspsykiatri, SPHR)/DPS Tromsø og TSB (både døgnopphold og poliklinisk virksomhet)
- Åpningstid for poliklinisk virksomhet er satt til 8 timer
- Døgnopphold og liggedøgn ved seksjon «Medikamentfri behandlingssenheter» (regional funksjon) ved SPHR Tromsø er tatt ut av aktivitets- og kapasitetsoversiktene.
- For alle behandlingssenheter ble omstillingsfaktoren «Pst-endring i medisinskteknisk utvikling (inkludert effektivisering)» redusert med 80 prosent i forhold til standard i framskrivingsmodellen. Dette fordi behandling innen PHV og TSB ikke oppnår den samme nytten av medisinsk teknisk utvikling som somatisk behandling

#### Åpningstider, utnyttelsesgrader og behandlingstider PHV-V og TSB – standard og justert

- Belegg senger PHV-V: 85%
- Belegg senger TSB: 80%
- Åpent dager i året: 230 dager

- Justert åpningstid for dagbehandling/poliklinikk per dag: 8 timer
- Standard åpningstid: 6 timer
- Behandlingstid poliklinikk: 1,5 timer (90 minutter)

### Framskrevet aktivitet til 2035

Nedenfor presenteres framskrevet aktivitet for psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved Psykiatrisk avdeling, SPHR, og Russeksjon Tromsø. I tabell 2.3 presenteres aktivitetstall for døgnbehandling, liggedøgn, dag og poliklinisk aktivitet. Aktiviteten for dag og poliklinikk slått sammen og det er sammenslått aktivitetsmål som benyttes som basis for beregning av kapasitet for poliklinisk virksomhet.

Tabellen under viser oversikt over aktiviteten for psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) etter behandlingsenhet ved UNN Tromsø. Aktivitet framskrevet fra 2019 til 2035. Prosentvise endringer presenteres også. (Kilde: NPR, Helsedirektoratet, SSB)

Tabell 1 Framskrivning - oversikt aktivitet.

Type aktivitet	Sikkerhets- psykiatri Tromsø	Alders- psykiatri Tromsø	Akutt- psykiatri Tromsø	Sum Psykiatrisk avdeling Tromsø	SPHR Tromsø (PHV)*	Russeksjon Tromsø	SPHR - Tromsø (TSB)**	Sum PHV og TSB Tromsø
<b>Aktivitet 2019</b>								
Døgnopphold	33	90	1 203	1 326	499	533		2 358
Liggedager	6 214	3 715	15 743	25 672	7 641	12 050		45 363
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	110	1 841	386	2 337	24 036	9 380	1 579	37 332
<b>Aktivitet 2035</b>								
Døgnopphold	34	149	1 309	1 492	538	587		2 617
Liggedager	6 080	5 748	16 593	28 421	7 470	11 653		47 544
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	148	3 841	507	4 496	29 087	11 583	2 009	47 175
<b>Prosentvis endring 2018-2035</b>								
Døgnopphold				12,5 %	7,9 %	10,1 %		11,0 %
Liggedager				10,7 %	-2,2 %	-3,3 %		4,8 %
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner				92,4 %	21,0 %	23,5 %	27,3 %	26,4 %

Innen PHV-V og TSB UNN Tromsø viser tabellen at det samlet sett blir en økning i døgnoppholdene og liggedager på henholdsvis 11 og 5 prosent fra 2019 til 2035, men endringene varierer mellom behandlingsenhetene. Videre viser tabellen at dagbehandling/poliklinisk aktivitet samlet sette øker med rundt 26 prosent fra 2019 til 2035, men økningen variere også her mellom behandlingsenhetene.

Ambulante polikliniske konsultasjoner

Konsultasjoner knyttet til ambulante polikliniske konsultasjoner (dvs. behandling) utenfor institusjonen.

En oversikt over type konsultasjoner i datamaterialet viser at av det samlede antallet konsultasjoner innen PHV-V og TSB (inkludert ambulante konsultasjoner) ved de aktuelle behandlingseenhetene er henholdsvis 5 og 1 prosent registrert som gruppebehandling (1 436 og 65 konsultasjoner i 2019). Samtidig er omtrent 18 og 47 prosent av konsultasjonene innen henholdsvis PHV-V og TSB registrert som indirekte pasientkontakter (4 649 og 5 173 konsultasjoner i 2019).

#### Kapasitetsberegninger

Med utgangspunkt i tabell 2.3 og 2.4 med framskrevet aktivitet, beregnes kapasitetsbehovet for senger og poliklinikkrom/dagplasser. Følgende utnyttelsesgrader og åpningstider er benyttet:

- Utnyttelsesgrader: 85% belegg innen PHV-V, 80% belegg innen TSB
- Åpningstider: Dagbehandling/poliklinisk aktivitet: 8 timer

Tabellen under viser beregnet kapasitet for senger og poliklinikkrom/dagplasser innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved Psykiatrisk avdeling, SPHR og Russeksjon Tromsø 2019 og 2035.

Tabell 2 Framskrivning - beregnet kapasitet

Type kapasitet	Sikkerhets- psykiatri UNN	Alders- psykiatri UNN	Akutt- psykiatri UNN	Sum Psykiatrisk avdeling Tromsø	SPHR Tromsø (PHV)*	Russeksjon Tromsø	SPHR Tromsø (TSB)**	Sum PHV og TSB UNN Tromsø
<b>Kapasitet 2019 - beregnet</b>								
Senger	21	12	51	84	25	42		151
Poliklinikkrom/dagplasser	1	2	1	4	20	8	2	34
Poliklinikkrom/dagplasser justert for ambulante pkl kons	1	1	0	2	18	7	1	28
<b>Kapasitet 2035</b>								
Senger	20	19	54	93	25	40		158
Poliklinikkrom/dagplasser	1	4	1	6	24	10	2	42
Poliklinikkrom/dagplasser justert for ambulante pkl kons	1	2	0	3	21	9	1	34

#### Sengebehov

Ut fra beregningene viser tabellen at det innen PHV-V vil bli en økning i sengebehovet ved Psykiatrisk avdeling på 9 senger fra 2019 til 2035, uendret ved SPHR Tromsø innen PHV-V og en reduksjon på 2 senger ved Russeksjon Tromsø innen TSB i samme periode.

#### Poliklinikkrom/dagplasser

Samlet sett for PHV-V og TSB ved UNN Tromsø viser beregningene at effekten av ambulante polikliniske konsultasjoner utenfor egen institusjon utgjør 8 poliklinikkrom/dagplasser i 2035. Disse poliklinikkrom/dagplasser fordeler seg som følgende; 3 ved Psykiatrisk avdeling og SPHR Tromsø innen PHV, 1 ved Russeksjon Tromsø og SPHR Tromsø innen TSB. Hvis det antas en endring i den ambulante andelen, bør man vurdere å justeres for dette i framtidige kapasitetsberegninger av dagplasser/poliklinikkrom.

## Sak 46/2021 - vedlegg 2

Prosjektleder Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Prosjekt Nye areal PHR – UNN HF  
Dokumentnummer PHR-0000-Z-AA-0002  
Dokumentnavn PHR Hovedprogram - versjon 1.0

---





## 3.2 Vurdering av framskriving

Henvising; Styringsgruppemøte 09.04.21 sak SG EX-15 «*Framskriving av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov PHV og TSB ved UNN Tromsø, - 2019 framskrevet til 2035*».

I Helse Nord's Strategiske utviklingsplan 2035<sup>10</sup> er det slått fast at Helse Nord skal prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester, og at Helse Nord skal sikre at psykisk helsevern gir et riktig tilbud til personer med flere samtidige alvorlige og langvarige lidelser (5 – 10 % av gruppen). Dette legger føringer for økt satsing på, og aktivitet i, PHV og TSB i årene framover, noe som vil kreve økt kapasitet både innenfor PHV og TSB.

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon

Endret lowerverk vedrørende kriterier for utilregnelighet vil sannsynligvis også føre til at flere blir dømt til tvunget psykisk helsevern. Kapasiteten ved Sikkerhetspsykiatrisk seksjon er allerede fullt utnyttet. Det er behov for beredskapskapasitet til akutte opphold for å bistå/avlaste akuttpsykiatrisk seksjon. Det er også behov for inntil 2 sengeplasser for å kunne tilby judisielle døgnobservasjoner (noe som gir inntekt og er en tjeneste alle regionale sikkerhetsavdelinger skal kunne tilby).

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har et behov for "treningsleiligheter" i rehabiliteringssammenheng. For denne pasientgruppen foreligger det et klart behov for utprøving utenfor sengepost for å kunne dokumentere at pasientene klarer seg uten rammene av lukkede poster før utskrivning til hjemkommune.

Alderspsykiatrisk seksjon tar imot pasienter til akutte/raske opphold, men har ikke plikt til å yte ø-hjelp (slik akuttpsykiatrisk seksjon har).

En velutviklet ambulant tjeneste, økt alderspsykiatrisk kompetanse ved SPHR samt utvikling av kommunale tilbud vil være faktorer som bidrar til at man vil kunne klare seg med noe lavere døgnkapasitet enn det framskrivningen tilsier.

Akuttpsykiatrisk seksjon: Seksjonen har over flere år hatt en beleggprosent rundt, og i flere perioder over, 100 %. Åpne døgnenheter og ambulante akutteam dekker andre behov og andre pasientgrupper enn de pasienter som er i behov av innleggelse i Akuttpsykiatrisk seksjon. Akuttteam, ACT-team o.l. har utvilsomt bidratt til kvalitetsløft i tilbudet ved at de har kommet i kontakt med pasienter med alvorlig psykisk sykdom og rus- og avhengighetslidelser som tidligere ikke har fått tilbud i psykisk helsevern, men de har i begrenset grad maktet å forebygge innleggelser i akuttpsykiatrien.

---

<sup>10</sup> Regional utviklingsplan 2035

Helse Nord's regionale utviklingsplan legger føringer for utviklingen av helsetjenestene fram mot 2035. Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 19. desember 2018

Behovet for akuttpsykiatriske sengeplasser har over tid i betydelig grad overskredet dagens kapasitet. Økt kapasitet i akuttpsykiatrien vil kunne bidra til at de to forannevnte seksjonene kan klare seg innenfor beskrevet kapasitet.

SPHR Tromsø døgn og poliklinisk kapasitet: Forslaget til uendret døgncapasitet forutsetter økt poliklinisk/ambulant virksomhet og en forventning om styrking av kommunale tilbud (inkl. styrking av kommunale forsterkede botilbud). SPHR Tromsø har ansvaret for oppfølging av tvungne vern uten døgnopphold (TUD). Senterets døgneheter er godkjente for oppfølging av pasienter på tvang. Bruk av tvang er mer ressurskrevende enn frivillig behandling. Erfaringsmessig er proaktiv tilrettelegging for frivillige tilbud mer ressurskrevende.

SPHR Tromsø har etablert polikliniske tilbud i form av ACT-/ FACT- team og team for behandling av alvorlig personlighetsproblematikk som ledd i «Fra døgn til dag satsningen».

Uendret døgncapasitet ved SPHRT forutsetter en styrking av det polikliniske tilbudet.

Russeksjon Tromsø døgn og poliklinisk kapasitet:

Helseatlasen viser at Nord-Norge har relativt mye døgnbehandling i TSB og forholdsvis lite poliklinisk aktivitet. De siste årene har vi sett en dreining innen TSB fra ren elektiv virksomhet over mot mer akuttbehandling. Det er framholdt behov for å utvikle intermedieertilbud for å få til bedre behandling og en mer optimal pasientflyt. Et slikt tilbud vil frigjøre akuttkapasitet og gjøre det mulig å tilby videre utredning, stabilisering og behandling i forkant av behandlingstilbud i døgneheter eller poliklinisk/ambulant.

Økt oppmerksomhet på rusmisbruk blant pasienter innenfor somatisk virksomhet vil også kunne få kapasitetsmessige konsekvenser. Et av hovedmålene med nybygg for Psykisk helsevern og TSB i Tromsø vil være å oppnå helhetlige og sammenhengende tilbud for pasientene.

Utdanning av spesialister er en av UNNs hovedoppgaver. UNN er per i dag det eneste helseforetaket i vår helseregion hvor leger kan gjennomføre hele utdanningsløpet i Rus- og avhengighetsmedisin (RAM).

Det er behov for å styrke poliklinisk TSB uten å ta ned døgncapasiteten.

Samlet vurdering

Det er totalt sett et klart behov for økt kapasitet på sykehusnivå. Behovet for økt kapasitet er størst i Psykiatrisk avdeling (akuttpsykiatri, alderspsykiatri og sikkerhetspsykiatri). Kapasitetsøkningen som foreslås innen PHV er tett koblet mot dagens underkapasitet og et svar på behandlingsmessige utfordringer som virksomheten har. Underkapasiteten er betydelig større innen PHV enn TSB. Muligheten for et skifte fra døgn til dag (inkludert ambulant virksomhet) vurderes å være størst på

SPHR-nivå og innenfor TSB. En økning av sengeplasser i sykehusfunksjoner PHV framfor ved SPHR og TSB vurderes som hensiktsmessig og riktig.

### 3.3 Anbefalte kapasiteter

Anbefalte kapasiteter basert på framskriving og klinikkens vurdering vises i tabell under pr funksjon og totalt. Utfra vurderinger av framtidig behov opp mot framskrivingen og vises anbefalt riktig nivå av dimensjonering og funksjonsfordeling av framtidig døgncapacitet.

Etter anbefaling fra Sykehusbygg HF planlegges alle sengeposter med lik utforming, med unntak av sikkerhetspsykiatri som får en noe annen utforming med færre pasientrom (10) og mer plass til aktivitet og opphold. Alle andre sengeposter får 12 pasientrom. Akuttposter med øyeblikkelig hjelpfunksjon planlegges driftet med 10 døgnplasser (+ 2 rom som kan brukes fleksibelt). Vi har tenkt at det er riktig og hensiktsmessig å tenke framtidig aktivitet og kapasitet inn i «malen» for nytt sykehusbygg. Det er likevel en ønsket faglig utvikling og framtidig behov for kapasitet som skal bestemme endelig utforming, dimensjonering og lokalisering av nytt sykehusbygg.

Tabell 3 Anbefalte kapasiteter

Funksjon	Dagens kapasitet døgnplasser	Antall sengeposter	Døgnplasser pr. sengepost	Totalt antall døgnplasser	Endring døgnplasser
Sikkerhetspsykiatri lokal* inkl. 3 RSA	14 + 3	2	10	20	+3
Akuttpost med mottaksfunksjon	34	2	10	20	-14
Akuttpost psykose (omgjort)	0	1	10	10	+10
Rus- og psykiatripost (omgjort PRE)	11	1	12	12	+1
Fleksibel intermedieærpost (ny)	0	1	12	12	+12
Alderspsykiatrisk post	14	1.5**	12	18	+4
<b>Sum PHV</b>	<b>76</b>	<b>8,5</b>		<b>92</b>	<b>+16</b>
Avrusning med akutttilbud	10	1	12	12	+2
Rusbeh. restart	12	1	12	12	0
Rusbeh. ung	15	1	12	12	-3
<b>Sum TSB ***</b>	<b>37</b>	<b>3</b>		<b>36</b>	<b>-1</b>
SPHR Tromsø	24	2	12	24	0
Medikamentfri	6	0.5**	6	6	0
<b>Sum SPHR</b>	<b>30</b>	<b>2,5</b>		<b>30</b>	<b>0</b>
<b>SUM Døgnplasser</b>	<b>143</b>	<b>14</b>		<b>158</b>	<b>+ 15</b>

\*I tillegg planlegges 3 utflyttings-/treningsleiligheter til sikkerhetspsykiatri.

\*\* Alderspsykiatri og Medikamentfri behandlingsenhet deler en sengepost (6+6 plasser).

\*\*\* Usikkerhet vedrørende kapasitet jamfør omtale av regional kapasitet.

Det legges til grunn 12 generelle døgnposter med 12 sengeplasser, hvor 3 døgnenheter driftes med 10 senger (akuttpost mottak og psykose). Normerte senger blir totalt 158, hvor dette gir totalt programmerte 164 døgnplasser. Sikkerhets vil få en annen utforming med større areal pr pasient.

#### 4. FUNKSJONSOMRÅDER – beskrivelse

Det er et mål at løsningen skal legge til rette for gode pasientforløp, høy pasientsikkerhet, fremme gode og effektive arbeidsprosesser, god forsyningssikkerhet og god driftsøkonomi. Dette utvikles innenfor følgende ramme;

Pasienten og behandling	Løsningen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mest mulig pasientinvolvering og medbestemmelse</li> <li>• Løsningen i bygget skal understøtte pasientens dynamiske forløp, avhengig av pasientens funksjons- og mestringsnivå.</li> <li>• Det tilrettelegges for individual terapi, gruppeterapi, miljøterapi, medikamentell behandling og medisinfri behandling, aktivitet og opplæring.</li> <li>• Høy grad av personell samhandling mellom døgnenhetene</li> <li>• Høy grad av sambruk av fellesrom.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Generalitet</u> som ivaretar funksjonelle løsninger</li> <li>• <u>Standardisering</u> av døgnplasser, døgnenhet og døgnområder.</li> <li>• <u>Fleksibilitet</u> som ivaretar pasientens valgmulighet, personalets mulighet for soneinndeling av pasientområder i døgnenheter og i døgnområde, personalets mulighet for samhandling, ledelsens mulighet for endring av organisatoriske enheter.</li> </ul>

I neste kapittel gis det en kort oppsummering av funksjonenes vesentligste endringer fra nå-situasjon til fremtidig situasjon. Deretter beskrives de tiltenkte fremtidige funksjoner i prosjektet, krav og nærhet -og flytdiagrammer.

#### 4.1 Endring fra nå- til fremtidig situasjon

Nedenfor gis det en kort oppsummering av funksjonenes vesentligste endringer fra nå-situasjon til fremtidig situasjon. Videre vises oversikt over dagens organisasjonskart og stillingshjemler.

*Tabell 4 Funksjon endring fra nå -til fremtidig situasjon.*

Funksjon	Beskrivelse

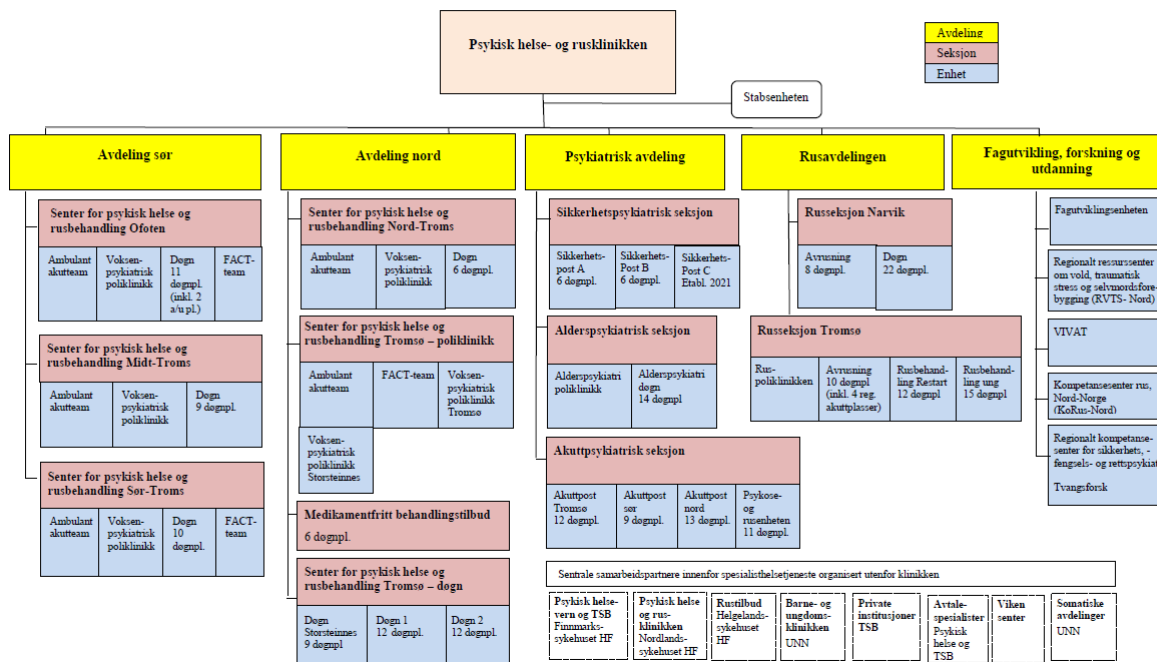
Akuttmottak	<p>I dag har 3 akuttposter ø-hjelp funksjon med sektorisert ansvar. I nye arealer vil man ha to poster med slik mottaksfunksjon. TSB har ikke akuttmottak og pasientene kommer rett på post.</p> <p>Det er ønskelig med felles akuttmottak for PHV og TSB i nye arealer. Det vil måtte vurderes hvorvidt sektoriseringen skal opprettholdes i nytt bygg. Akuttmottaket skal fortsatt være ubemannet, men vil ha langt bedre og tilpassede arealer og støtterom enn dagens mottak.</p>
SPHR (DPS)	<p>SHPR er i dag ikke samlokalisert og er plassert i flere ulike bygg på Åsgård. Døgnetenhetene og ambulans akutt-team er lokalisert til bygg 7. Medikamentfri behandling er i bygg 3, mens poliklinikken har tilholdssted i bygg 10 med sidefløy. Poliklinikken flytter imidlertid over i modulbygg i løpet av våren 2021.</p> <p>I framtiden vil SPHR være samlokalisert på en helt annen måte noe som vil gi ulike gevinster. Poliklinikken vil ligge i felles poliklinikkområde bestående av ulike soner.</p>
PHV - alderspsykiatri	<p>Alderspsykiatri befinner seg i bygg 4 på Åsgård med døgnposten i første etasje og poliklinikken i underetasjen. Denne utformingen betyr at man kan utnytte behandlere på tvers av døgn og poliklinikk og har et samlet fagmiljø, hvor det også bedrives klinisk forskning.</p> <p>Det vil i de nærmeste 10-20 årene være sterk vekst innenfor eldre og da også eldre med psykiske lidelser. Dette økte behovet kan ikke bare tas ut i form av flere senger, men poliklinikk og ambulans virksomhet må også styrkes.</p>
PHV - sikkerhetspsykiatri	<p>Sikkerhetspsykiatrien hører til i bygg 5 og skal også ha arealer til rehabiliteringsenheten i bygg 6. ivaretar særskilte samfunnsvernoppgaver og har de siste årene opplevd at flere er dømt til tvunget psykisk helsevern som konsekvens av at lowerket er endret.</p> <p>Regional sikkerhetsavdeling er under oppbygging i UNN og denne funksjonen har svært strenge krav til inne og utearealer som må ivaretas av prosjektet. Det er knyttet stor usikkerhet til utviklingen innen dette fagområdet, men mye tilser økt plassbehov. Aktivitetstilbud er viktig til disse pasientene ettersom de har svært lang liggetid.</p>

PHV – akuttpsykiatri	<p>Akuttpsykiatri ligger i bygg 1 og 2 i dag med to sengeposter i hvert bygg. Postene ligger i ulike etasjer noe som begrenser mulighet for effektiv personellutnyttelse. Seksjonen har over år hatt for høyt belegg og driftsmessige utfordringer knyttet til for lite kapasitet.</p> <p>I nye arealer ser man for seg bedre kapasitet i form av flere senger og et mer differensiert og spesialisert tilbud. Et langt bedre tilbud innen akuttpsykiatri med godt tilpassede arealer fremstår som et av de aller viktigste målene med prosjektet.</p>
TSB	<p>TSB ligger i dag i 3 ulike bygg hvorav to utenfor bygningsmassen på Åsgård ca. 300 og 500 meter unna hovedinngangen, noe som medfører store driftsmessige utfordringer.</p> <p>I nye arealer vil all TSB-døgnvirksomhet være samlokalisert, noe som vil gi stor gevinst. Ruspoliklinikken vil ligge i felles poliklinikkområde, enten i egen sone eller evt. i sone sammen med rusteam ved VPP.</p>
Poliklinikkområde	<p>I dag ligger poliklinikkene spredt rundt omkring i flere ulike bygg noe som ikke muliggjør samarbeid og god ressursutnyttelse.</p> <p>I fremtiden planlegges et felles poliklinikkområde med tre soner bestående av VPP, TSB og alderspsykiatri.</p>
FFU	<p>FFU har i dag tilholdssted i tre forskjellige bygg på Åsgård samt i leide lokaler i Fiolveien ca. 200 meter nord for Åsgård, noe som begrenser mulighet for god ressursutnyttelse og samarbeid.</p> <p>I nye arealer vil enhetene være samlokalisert, og man vil ha nærhet til et undervisningssenter. Dette vil gi helt andre muligheter for å drive kjernevirksomheten innenfor fag, forskning og utdanning.</p> <p>Samarbeid med UiT omkring utdanning og forskning er av stor betydning for virksomheten og forskningsgruppe psykiatri ved institutt for klinisk medisin er i dag lokalisert med fagutviklingsenheten i bygg 4.</p> <p>Nye arealer vil gi bedre mulighet for samarbeid og integrasjon.</p>
Aktivitetscenter	<p>Virksomheten har de siste årene hatt et økende fokus på aktivitet integrert i behandling og da med et særlig fokus på fysisk aktivitet. Det er bl.a. etablert to treningsrom samt at gymsalen nylig er pusset opp.</p>

	<p>Det var tidligere et aktivitetssenter, men dette var ikke med et tilbud som fokuserte på fysisk helse.</p> <p>I fremtidens bygg vil aktivitet ha en svært sentral plass som en del av behandlingstilbudet.</p>
Pårørendeområde	<p>Man har i dag svært begrensede og dårlig tilpassende arealer til pårørende i bygningsmassen.</p> <p>I nye arealer så vil de pårørende ha en naturlig plass i bygget gjennom at det er satt av egne rom som skal benyttes til dette formål. Dette gjelder besøksrom i tilknytning til sengepostene, men også arealer avsatt i aktivitetssenteret/aktivitetssonen nært bibliotek og kulturavdelingen.</p>
Undervisningssenter	<p>Det finnes i dag gode undervisningsarealer i fyrhuset, samt en stor festsal. I tillegg benyttes en rekke ulike møterom til undervisning av studenter og ansatte. Totalt sett er det for lite disponible møte/undervisningsrom på de tidspunktene man har flest studenter i praksis.</p> <p>I nye arealer skal det etablere et felles undervisningssenter med noen store og flere mellomstore møterom til felles bruk. Senteret skal ligge nært FFU og aktivitetssenteret/sonen.</p>

Organisasjonskart Psykisk helse- og rusklinikken pr. 21.04.21

Dok. nr: PB0593



Figur 5 Organisasjonskart - nå-situasjon.

Tabell 5 Stillingshjemler nå-situasjon.

Stillingshjemler pr profesjon, Psykisk helse- og rusklinikken

	Klinikk	Avdeling	Seksjon	Enhet	Klinikk's Rådgiv. vered	Rådg. (inkl. sjukepleier)	Leder	kt. led. Overleg LIS	Psykolo og	Psyk og	Kont orl	Psyk. Sykep	Fagutvikl	Verner	Miljøter	Helsefa g f	Fagko nsf	Fysik Sosia	Erg Assist ent	Lærting
22	Totalt PHRK - Tromsø																			
22 00 00	Klinikkledelse/stab, TØ																			
22 30	Avdeling Nord - Tromsø																			
22 30 00	Avdeling Nord - felles T																			
22 30 01	Kontortjenesten																			
22 30 21	VPP Tromsø																			
22 30 23	Akkutteam																			
22 30 24	Amb. rehab. team																			
22 30 31	Døgn 1																			
22 30 32	Døgn 2																			
22 30 40	Medikamentfritt																			
22 40	Psykiatrisk avdeling - TØ																			
22 40 00	Felles PA																			
22 40 01	Kontortjenesten																			
22 40 11	Alderspsyk pol																			
22 40 12	Alderspsyk døgn																			
22 40 20	Felles sikkerhet																			
22 40 22	Sikkerhet døgn																			
22 40 24	Sikkerhet rehab																			
22 40 26	Sikkerhet post C																			
22 40 33	Akkutpost Nord																			
22 40 34	Akkutpost Tromsø																			
22 40 35	Akkutpost Ser																			
22 40 36	PRE																			
22 50	Rusavdeling - Tromsø																			
22 50 00	Felles Tromsø																			
22 50 10	Russeksjon tromsø																			
22 50 11	Ruspoliklinikk																			
22 50 13	Aurusing Tromsø																			
22 50 14	Rusbehandling ung																			
22 50 15	Rusbehandling Restart																			
22 60	FFU - Tromsø																			
22 60 10	Fagutviklingsenheten																			
22 60 30	RVTS inkl 226031																			
22 60 40	VIVAT																			
22 60 50	SIFER																			
22	Totalt PHRK - Tromsø																			



## 4.2 Beskrivelse funksjoner

Nedenfor beskrives de tiltenkte fremtidige funksjoner i prosjektet. Deretter beskrives funksjonelle krav til funksjonsområdene med tilhørende nærhetskrav og flytdiagrammer.

### 4.2.1 Akuttmottak

«En akuttvei inn – flere veier videre»

Det legges til grunn et felles akuttmottak for psykisk helsevern og TSB, hvor det etableres tilpassede og skjermede undersøkelses- og behandlingsrom for urolige, utagerende og pasienter. Arealene må lokaliseres hensiktsmessig med hensyn til en optimal pasientflyt, andre funksjoner i akuttmottaket og transport videre til døgnområdene.

Akuttmottaket tilrettelegges for muligheter for samarbeid

- Forvakt PHV, TSB
- ambulerende akutteam
- Tilrettelagt for somatisk undersøkelse
- Pårørende som en ressurs i behandlingen

Nærhet

Tett nærhet mellom akuttmottak til aktuell mottakende døgnenheter. I utgangspunktet legges det til grunn et ubemannet akuttmottak, men tilrettelegges for fleksibilitet ved å ha tett nærhet til mottakende døgnenheter, som evt senere kan omgjøres til mottaksenhet.

Nærhet til somatisk poliklinikk og lab er en fordel.

Flyt

Ny løsning gir mulighet for omstilling til nye arbeidsmetoder og samarbeidsmuligheter, f..eks lettere for å kunne «snu» pasienter som ikke trenger innleggelse eller komme på riktig nivå.

Den akutt syke pasienten vil komme i akuttmottaket, evt. at det er vurdert at den mindre akutte pasienten er i behov av å gå via akuttmottak. Herfra vil da pasienten kunne gå (spasere)

- Inn til akuttpost PHV
- Videre til TSB
- Videre til DPS

Akutt flyt – adskilt i lukket korridor til nærliggende døgnenhet.

Med ett felles akuttmottak ser vi for oss at spesialiserte enheter som sikkerhet og alder vil kunne ta imot hovedandelen av sine pasienter lokalt, altså ikke via akuttmottaket.

#### 4.2.2 SPHR (DPS)

«DPS - veien inn og ut av psykisk helsevern og rusbehandling».

Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR/DPS) Tromsø er organisert tre seksjoner og sorterer under Avdeling Nord

Seksjonene er:

- SPHR Tromsø - poliklinikk er en poliklinisk seksjon med tre polikliniske enheter.
- SPHR Tromsø - døgner er en døgnsseksjon sammensatt av tre sengeenheter.
- SPHR Tromsø- Medikamentfritt behandlingstilbud, er et regionalt behandlingstilbud med 6 døgnplasser og poliklinisk oppfølging

Samlet ledelse av Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø blir ivaretatt av avdelingsleder i Avdeling Nord. Seksjonene og underliggende enheter skal sammen sikre et helhetlig tilbud innen psykisk helsevern og rusbehandling til befolkningen i opptaksområdet. Dette innebærer tett samarbeid mellom polikliniske, ambulante og døgntilbud. I mange tilfeller omfatter et behandlingsforløp tilbud innen flere av enhetene, og kontinuitet sikres gjennom behandlere som har mulighet til å følge pasient gjennom hele behandlingsforløpet ved de ulike enhetene for å sikre kontinuitet. Videre samhandles det tett opp mot kommunehelsetjenesten for å sikre helhetlig oppfølging og styrke tilbudet nært pasientens hjem. Felles ledelse, bruk av ressurser på tvers og nærhet mellom enheter er en forutsetning for å sikre kontinuitet og sammenhengende pasienttilbud på DPS nivå.

DPS har ansvar for:

- Akutt- og krisetjenester
- Spesialisert utredning og behandling
- Tett samarbeid med kommunene og øvrig spesialisthelsetjeneste
- Bistå kommune med råd og veiledning
- Ivareta kontinuitet innen spesialisthelsetjenesten

Tilbudene ved DPS:

Voksenpsykiatrisk poliklinikk med rusteam skal i hovedsak ivareta poliklinisk undersøkelse og behandling i forhold til psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser. Tilbudet gis i form av individuell- og gruppebehandling.

Ambulant akutteam har et definert ansvar for at akutt-tjenesten er sammenhengende og helhetlig. Teamet skal ha tilgang til legespesialist for konsultasjon i åpningstiden, tilgang på bistand fra

poliklinikk samt til lokal døgnerhet på døgnbasis i de tilfeller der et ambulant eller poliklinisk tilbud ikke er tilstrekkelig og dette vurderes som et faglig riktig tilbud. Innleggelse i akuttpost skal bare skje i de tilfeller hvor innleggelse i døgnerhet ikke oppfattes som et tilstrekkelig tilbud.

FACT og ACT er oppsøkende team sammensatt av medarbeidere fra spesialist- og kommune helsetjenesten. Teamene er lokalisert sentrumsnært, og utenfor DPS sine lokaler slik at de skal ha større nærhet til brukergruppen og i større grad kunne delta på pasientens arena. Teamene retter sin innsats mot pasienter som har alvorlige psykisk lidelser/alvorlig nedsatt funksjonsnivå, og som er av behov for tjenester utover det som kan tilbys i kommune og i øvrig psykisk helsevern og rusbehandling. Teamene jobber tett opp mot øvrig spesialist- og kommunale rus og psykiske helsetjenester.

Døgnerhetene ved DPS'et er allmennpsykiatriske behandlingstilbud på DPS-nivå med innleggelse av avgrenset varighet når polikliniske og ambulante tilbud ikke er tilstrekkelig. For å ivareta og forbedre pasientforløpene har avdelingens døgnerheter 13 plasser for «raske innleggelser» . Det innebærer at inntak ved akuttpost i størst mulig grad søkes å begrenses til tilstander som krever større ressurser. Det innebærer videre at innleggelser som er av mer direkte omsorgskarakter snarere enn spesialisert behandling, faller utenfor døgnerhetenes ansvarsområde. I tråd med samhandlingsreformen tilligger det kommunene å ivareta slike oppgaver.

#### Anbefalinger nærhet

Enhetene ved DPS bør være samlet for å fremme helhetlige behandlingsforløp preget av kontinuitet og god ressursutnyttelse på tvers av enhetene.

- Enhetene som utgjør DPS bør være samlet
- Ambulant akutteam bør være lokalisert tett på døgnerhetene knyttet til vurderinger og mottak av akutte innleggelser.
- Behov for nærhet til fagutviklingsavdeling med rom for undervisning, veiledning og ferdighetstrening samt fasiliteter for studenter i praksis.

#### SPHR (DPS): Voksen Psykiatrisk Poliklinikk (VPP)

VPP har ansvar for poliklinisk tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser.

Pasient tildeles behandler, og følges opp i henhold til aktuelt pakkeforløp. Det utarbeides en behandlingsplan i et samarbeid mellom pasient og behandler, eventuelt også pårørende.

- Gruppebehandling
- Avstandsoppfølging i form av video- og telefonkonsultasjoner

- Det er ofte behov for samarbeid med pårørende, Ambulant akutteam, døgnerhet, kommunal rus og psykiatritjeneste, fastlege og NAV. Møterom med plass til grupper på 10-12 personer er viktig.
- Poliklinikken er delt inn i ulike team, to allmenne team 1 og 2, rusteam, regionalt OCD-team og MBT-team. Omstilling til etablering av flere spesialiserte mikroteam pågår, med behov for små grupperom.

Nærhetsbehov VVP- døgnerheter

Poliklinikken er den del av DPS, og bør ha en nærhet til øvrige enheter ved DPS'et for å sikre sammenhengende pasientforløp og samarbeid rundt personale, behandler og kontorressurser. Dette gjelder nærhet til blant annet Ambulant akutteam og døgnerhetene ved DPS'et.

#### 4.2.3 PHV - Akuttpsykiatrisk seksjon

Akuttpsykiatrisk seksjon er en seksjon underlagt Psykiatrisk avdeling, og består av 4 enheter, hvor av tre er akuttposter. Akuttpostene har sektorisert ansvar.

Akuttpsykiatrisk seksjon har plikt til å gi øyeblikkelig psykisk helsehjelp til voksne over 18 år etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 andre ledd. Dette betyr at seksjonen straks skal kunne motta pasienter for undersøkelse, og om nødvendig starte behandling dersom pasientens tilstand anses å være livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for andre. Seksjonen utreder og behandler hovedsakelig pasienter med psykoser med eventuelt samtidig ruslidelse, affektive lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser. Eller andre akutte kriser og forverring av psykisk sykdom som ikke kan ivaretas i kommune, og/ eller på distriktpsykiatriske sentre (DPS).

Alle seksjonens enheter er lukkede døgnposter, og har ansvar for store deler av klinikkens tilbud til personer som er i behov av behandling underlagt tvunget psykisk helsevern. Dette krever mange faglige, juridiske og verdimessige vurderinger. Seksjonen tar også imot pasienter til frivillig innleggelse, og etterstreber å få til dette. Seksjonens akuttposter tar imot henviste pasienter for innleggelse døgnet rundt, alle dager i året.

- Akuttpostene har cirka 1000 innleggelser i året, hvorav cirka en tredjedel er tvangsinnleggelser.
- Psykose og rusenheten har ca 120 – 140 innleggelser i året.

Tilbudet har som formål å gi behandling, omsorg, trygghet og sikkerhet, med mål om å redusere symptomer og øke tilfriskning. Vi utreder tilstander og kartlegger hjelpebehov sammen med den enkelte, der målet er individuelt tilpasset hjelp. Behandlingen består i hovedsak av miljøterapi (strukturert, trygt og forutsigbart miljø), støttesamtaler, medikamentell terapi og nettverksarbeid.

Den enkelte pasient og de pårørende er delaktige i behandlingen i tillegg til det profesjonelle nettverket. Lengden på oppholdet varierer, i 2020 var gjennomsnittlig liggetid

- cirka 10 døgn på akuttpostene og
- 27 døgn på Psykose og rusenheten.

Personalgruppen er tverrfaglig sammensatt, og består av overleger, leger i spesialisering (LIS), psykolog/psykologspesialister, sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere, miljøterapeuter, miljøarbeidere og assistenter. I tillegg har hver enhet en kontorarbeider. Totalt har seksjonen cirka 129 årsverk i turnus, og cirka 22 årsverk som behandlere (overleger, LIS og psykologer).

Seksjonens tre akuttposter har hovedsakelig ansvar for å ta imot pasienter til øyeblikkelig hjelp, men har også enkelte planlagte innleggelser (eksempelvis innleggelser til ECT).

Psykose og rusenheten (PRE) har i hovedsak planlagte innleggelser der pasientene kan være henvist direkte både fra kommune og fra øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. PRE er akuttseksjonens spesialiserte enhet innenfor utredning og behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse bestående av hovedsakelig psykoselidelser og eventuell samtidig ruslidelse (ROP lidelser). PRE har også noen særskilte kompetanseområder innenfor HOL § 10-2 og 10-3, der pasientens psykiske lidelse medfører tvungen rusbehandling innenfor PHV. Videre har PRE ansvar for behandling av barselpsykose/depresjon som ikke kan gjennomføres ved lokalt SPHR/DPS.

#### Poliklinisk virksomhet

Alle de fire døgnpostene har også noe poliklinisk aktivitet, som for eksempel administrering av enkelte depot injeksjoner, og direkte og indirekte aktivitet i forbindelse med oppfølging av TUD (Tvungen psykisk helsevern utenfor institusjon).

Øvrige funksjoner er kompetanseoverføring i form av veiledning, informasjon, opplæring til pasienter, pårørende, øvrig hjelpeapparat, samt samarbeid med utdanningsinstitusjoner slik at oppdrag og målsetting innen pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell blir oppnådd.

Seksjonen ledes av tverrfaglig lederteam, for tiden bestående av seksjonsleder, de fire enhetslederne, seksjonsoverlege, kontorleder, erfaringskonsulent og avdelingsleder for Psykiatrisk avdeling.

#### 4.2.4 PHV - Alderspsykiatrisk seksjon

Alderspsykiatrisk seksjon består av en døgnenhet og en poliklinikk. Seksjonen er organisert i Psykiatrisk Avdeling.

Våre primære målgrupper er:

- Personer med alvorlig psykiatrisk lidelse med debut etter 65 år.
- Personer med alvorlig psykiatrisk lidelse, tidligere syk, men som ikke har fast behandlingskontakt med voksenpsykiatrien.
- Personer med demens med atferdsproblemer og/eller psykiatrisk symptomatologi.
- Personer med uavklart demensdiagnose, hvor psykiatrisk symptomatologi er fremtredende.

Opptaksområdet er Troms, Finnmark og Ofoten.

Alderspsykiatri døgnerbehandling er en enhet med 14 plasser. Tre av disse er skjermede. Det tas imot ca 80 innleggelse i året. Gjennomsnittlig behandlingstid er 40 dager. Enheten tilbyr spesialisert utredning og behandling (inkludert ECT) for lidelser som ikke kan ivaretas poliklinisk.

Alderspsykiatrisk seksjon tar imot pasienter til akutte/raske opphold, men har ikke plikt til å yte ø-hjelp, slik akuttpsykiatrisk seksjon har. Døgnerenheten tar imot elektive innleggelse (ca 60%) og pasienter fra akuttpost (ca 40%).

I 2020 har døgnerenheten hatt et gjennomsnittlig belegg på 10,7 som har hatt følgende oppfølging: En-til-en 2,2; Tett 2,5; Vanlig 6,1. Beleggsprosenten ligger i år på 74%, hvilket primært skyldes bemanningsutfordringer og ikke antall rom.

De eldre sommer kommer til døgnerenheten har større oppfølgingsbehov og pleiebehov enn tidligere, og det er krevende å ivareta alle pasientene med omfattende oppfølgingsbehov i døgnerenheten. Det er først og fremst pasienter med mye uro/utagering som blir ventende på ledig kapasitet.

Døgnerenheten er udifferensiert, dvs den har en blanding av pasienter med funksjonelle lidelser, ca 1/3 psykose, ca 1/3 depresjon og angst og ca 1/3 er personer med demens. De mest utagerende og urolige pasientene blir skjermet.

Alderspsykiatrisk har behov for tilrettelagte uteområder slik som; sansehage, vannspeil og ulike vekster.

#### Bemanning

Fast ansatte i miljøet (50% og større stilling): 30 stk (inkl sosionom, ergoterapeut og fagutvikler). I tillegg er det ansatt enhetsleder, sekretær og kjøkkenvert, alle i 100% stilling. Deltidsansatte, midlertidige ansatte, og fast ansatte i mindre enn 50 % stilling (oftest helgestillinger): 14 stk. Foruten pleiepersonale har døgnerenheten tilknyttet 2 psykologspesialister og 2 overleger som også deltar i det polikliniske arbeide og har egne kontorer i tilknytning til poliklinikken. I tillegg er det tilknyttet 1 LIS-lege (lokalisert med kontor i poliklinikken).

Enhetsleder, sekretær, sosionom, fagutvikler og ergoterapeut har egne kontorer lokalisert i døgnenheten.

Alderspsykiatrisk poliklinikk driver utredning og behandling lokalt, men har også ambulerende virksomhet til Finnmark (10 reiser á tre dager i året, to til hvert DPS-område), Harstad (16 reiser i året) og Narvik (10 reiser i året).

Per i dag har poliklinikken 7 stillinger med eget kontor; 6 behandlere (2 overleger, 1 psykologspesialist, 2 spesialsykepleiere, 1 ergoterapeutspesialist) og 1 sekretær. Denne personalsammensetningen har sammen en god kompetanse for virksomhetsfeltet, og det vil det være behov for samme bredde i kompetanse også i framtiden. Polikliniske samtaler foregår på følgende måter; ved fysisk tilstedeværelse (for det meste med følge av pårørende), videokonferanse eller telefon.

ECT-pasient

Behandling med narkose og ECT utføres inntil tre ganger i uke - ivaretas i Breivika.

#### 4.2.5 PHV – Lokal og regional sikkerhet, rehabilitering

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har en særskilt samfunnsvernoppgave. Lovendringer de siste årene har ført til at flere personer med alvorlig psykisk lidelse og kriminalitet blir dømt til tvunget psykisk helsevern. Lovendring i 2016 åpent opp for at ikke bare farlige personer, men også personer som har begått gjentatte lovbrudd av samfunnsskadelig eller særlig plagsom art kan dømmes til tvunget psykisk helsevern, jfr. Straffeloven § 62, 2. ledd. Det har vært en økning i bruk av varetektsurrogat hvor retten kan pålegge helsevesenet å ta imot personer til langvarige varetektsopphold, jfr. § 188, 2. ledd i Straffeloven.

De fleste av pasientene som er innlagt her er underlagt tvunget psykisk helsevern, eller er dømt til behandling. Det vil si at de for eksempel har utført voldshandlinger, men i stedet for fengselsstraff har de fått dom på overføring til behandling. Pasientene kan ha psykoseproblematikk, tilleggsproblemer i form av rusmisbruk, selvskading og personlighetsforstyrrelser.

Henvissende instans vil i all hovedsak være andre enheter i spesialisthelsetjenesten (akuttpsykiatri) og Tingretten via Statsadvokatembetene ved gyldig dom og overføring til tvunget psykisk helsevern i henhold til paragraf 5 i psykisk helsevernloven. Årsaken til innleggelse kan også være fengslingskjennelse på paragraf 188 i Straffeprosessloven – varetektssurrogat.

- Ansvar for pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern, hjelp og bistand til politi og rettsvesen og ansvar for særskilt farlige og utagerende pasienter
- Oppgaver er å løse ansvarsområdet på en forsvarlig og trygg måte, både med tanke på pasientens behov, men og med tanke på personalets sikkerhet.

- Man må ha kompetanse og ressurser med tanke på behandling, lowverk og forebygging/mestring av vold og trusler. Dette er en tverrfaglig kompetanse.
- Man må i tillegg ha kompetanse på rehabilitering og oppfølging av pasienter på dom som flytter ut
- En del av sikkerhetstenkning rundt denne type pasienter er nok personalressurser, «mange nok hoder».

### Døgnområde – sikkerhet

Av sikkerhetsmessige hensyn har LSA/RSA krav til større plass og andre sikkerhetstiltak enn akuttpsykiatri, derfor er areal pr pasient og bemanningsfaktor er vesentlig høyere enn vanlige døgneheter.

For døgnområde-sikkerhet legges det til rette for høy grad av samarbeid, personalflyt og oppgaveflyt slik at felles løsningene mellom døgneheterne kan utnyttes på en sikker og god måte. Det er fokus på rehabilitering og utadrettet virksomhet mot kommunene.

- Åpen døgnet: Den ene døgneten tilrettelegges for å ha åpne dører på dagtid.
- Lukket døgnet: Den andre enheten er tilrettelagt for å være en lukket enhet.
- For begge legges det til rette for slusing og kontroll.

### Sikkerhetstiltak - robusthet

Tradisjonelt håndterer sikkerhetsseksjonen de pasientene som har det største voldspotensiale og de pasientene som ikke kan håndteres i andre deler av divisjonen. Som en følge av dette har sikkerhetsseksjonen ekstra sikkerhetstiltak; både for bygning, uteområder og personalmessige. Funksjonen krever svært omfattende robusthetskrav.

### Perimetersikring

Vurdering fra Helsedirektoratet via epost; Det vil stille store krav til bevissthet om at de forskjellige pasientene ulike nivå må behandles etter forskjellige regler. Det blir også utfordrende å ivareta den generelle sikkerheten for de regionale sikkerhetspasientene, mens man passer på at de lokale sikkerhetspasientene ikke blir utsatt for mer tvang en nødvendig. Disse utfordringene vil for eksempel komme til syne når man skal utforme sikkerhetstiltakene, både de fysiske og de som følger av den særlige behandlingen man får ved en regional sikkerhetsavdeling. Det vil også kanskje kunne være utfordrende å gi det differensierte behandlingstilbudet som skille mellom lokal og regional sikkerhetsavdeling tilsier. En positiv side med ordningen kan være at overgangen med overføring fra regionalt sikkerhetsnivå til lokalt sikkerhetsnivå kan skje lettere og at pasientene kan behandles nærmere sin hjemkommune.

Nedenfor er utdypet noen praktiske eksempler på utfordringer som vil kunne oppstå ved enhetene, eksemplifisert gjennom tiltak hjemlet i PHVL § 4A-5.



- Enhver som skal inn og ut av enheten vil kunne pålegges kontroll, herunder metalldetektor og visitasjon. Nektelse eller forsøk på unndragelse fra kontrolltiltak vil for besøkende og pårørende medføre avvisning.
- Det tillates ikke gjenstander, herunder mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler, inn og ut av enheten uten tillatelse fra kontrollerende personell.
- Det vil kunne foretas undersøkelser av pasientens person, rom og eiendeler, ved innleggelse, samt før og etter utganger for å forhindre innføring av farlig gjenstand, medikamenter, rusmidler eller rømningshjelpemidler.
- I tillegg er det mulig for faglig ansvarlig å fatte vedtak om blant annet undersøkelse av kroppens hulrom etter gitte betingelser.

Det legges til rette for at en lukket døgnenhet omfattes av krav til perimetersikring.

#### Sikkerhet – rehabilitering

Pasienter som er alvorlig syke og voldelige med eller uten dom skal tilbake til samfunnet. En viktig del av behandlingen er derfor å trene på å fungere i samfunnet i samhandling med andre mennesker og ulike offentlige instanser. Sikkerhetsseksjonen er avhengig av tett samarbeid med pårørende, kommunene, fastlegene og nærhet til somatikk og andre deler av divisjonen for å få til gode behandlingsforløp. Få pasienten så raskt som mulig i kontakt med omverdenen, pårørende og nettverket sitt, for å bedre muligheter for å kunne fungere sammen med andre og øke sjansene for en vellykket tilbakeføring til samfunnet. Dette er viktig for å få pasienten til å bli mindre voldelig og få bedre kontroll/mestring av egen sykdom.

- Treningsleiligheter tilrettelagt for rehabilitering.
- Etter utskrivelse fra døgnopphold får pasientene poliklinisk oppfølging på DPS

#### Samarbeid og nærhet

Sikkerhetspsykiatri er en naturlig del av lokalsykehus funksjoner med samme krav, forventninger og mål som andre psykoseposter og kan med fordel være samlokalisert med disse. Det vurderes som hensiktsmessig å integrere sikkerhetspsykiatri i det øvrige sykehusbaserte psykisk helsevern, hvor fellesfunksjoner kan benyttes for sikkerhetspasientene. Fordelene ved å få samlet fagmiljøene, styrket kompetanse gjennom tettere samarbeid mellom ulike enheter og ikke minst få god tilgang til somatiske tjenester vurderes som store. Dette bidrar til mer likeverdige tjenester, også for sikkerhetspasientene.

- Tett nærhet mellom døgnenhetene i døgnområde-sikkerhet.
- Nærhet til treningsleiligheter.
- Det er en fordel med nærhet andre døgnområder for å kunne bidra med støtte ved uro -og utageringssituasjoner.
- Poliklinikk (VVP), somatisk poliklinikk.

- Felles PHR -funksjoner som kantine, felles aktivitetsrom og andre sosiale områder.

Uteområder – skjermet og rømningssikker

Sikkerhetsseksjonen må ha flere soner for uteområder med ulik funksjon;

- Flere uteområder i ulike størrelser med lett uhindret utgang fra hver av døgnenhetene.
- Felles sikret uteområde (park, aktivitetsområde) for begge døgnenheter

I tillegg benytter sikkerhetsseksjonen åpne usikrede uteområder og offentlige uteområder.

#### 4.2.6 TSB

Russeksjonen Tromsø tilbyr alle basistjenestene innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, altså:

- poliklinisk behandling
- dagtilbud
- akutttilbud
- avrusning
- døgnbehandling

Seksjonen består av fire enheter, som kan beskrives på denne måten:

Ruspoliklinikken

- Poliklinisk behandling av rus- og spillavhengighet, primært for befolkningen i Tromsø og omegn
- LAR-tilbud for UNN sitt opptaksområde, inkludert Ruspol. sentrum som er et tilbud om utdeling av LAR-medikamenter samt løpende oppfølging av LAR-pasienter i Tromsø og omegn.
- Forebyggende familieteam for familier med behov for oppfølging på grunn av psykiske lidelser eller ruslidelser hos forelder/foreldre.
- IPS, individuell jobbstøtte for pasienter med ruslidelser.

Rusbehandling ReStart

- Døgn- og dagbehandling for voksne pasienter med alkohol- og/eller rusmiddelavhengighet.
- Innleggelser varer normalt inntil 6 uker

Rusbehandling Ung

- Døgnbehandling for unge voksne med alkohol- og eller rusmiddelavhengighet.
- Innleggelser varer normalt inntil 6 måneder.

Avrusning Tromsø

- Akuttfunksjon for TSB

- Elektiv avrusning og stabilisering i forkant av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller kommunale tjenester.
- Innleggelse varer normalt inntil 4 uker, men gjennomsnittlig liggetid er ca. 8 dager.

I tillegg er seksjonen vert for avdelingsleder i Rusavdelingen, samt Vurderingsinstans rus, som består av 3 administrative stillinger, p.t. lokalisert på ruspoliklinikken.

Alle døgnplassene i Russeksjon Tromsø er regionale plasser, det vil si at de benyttes av pasienter fra Nordland, og Troms og Finnmark. Sammen med Russeksjon Narvik (og etter hvert også psykiatriske enheter i Psykisk helse og rusklinikk), ivaretar de tre døgnenehetene også innleggelse uten samtykke jfr. Helse og omsorgstjenesteloven, kapittel 10.

Russeksjon Tromsø har en sentral rolle i ivaretagelsen av utdanningsløp til spesialisering som Rus- og avhengighetsmedisiner. Rusavdelingen, UNN er den eneste institusjonen i Nord-Norge som er godkjent for hele utdanningsforløpet, og det påhviler derfor et særlig ansvar på avdelingen å ivareta dette på regionens vegne.

Det er et tett samarbeid om pasientbehandling mellom enhetene i seksjonen. En etterstreber å planlegge sammenhengende pasientforløp for pasienter, eksempelvis avrusning-døgnbehandling-poliklinisk oppfølging. Dette krever omfattende koordinering av tjenestene, samt overlappende oppfølging mellom enhetene.

God rusbehandling krever oftest også tett samarbeid med psykisk helsevern, somatisk spesialisthelsetjeneste, og kommunale tjenester. Pasientenes oppfølgingsbehov spenner fra behov for behandling av infeksjoner og overdoser, til tilbakeføring i jobb og anskaffelse av egnet botilbud.

#### Stillinger/årsverk

- Ruspoliklinikken har 16,2 stillinger + 2 IPS (prosjektmidler).
- Avrusningen har 28,95 stillinger.
- Rusbehandling ung har 24,9 stillinger.
- Rusbehandling Restart 21,55 stillinger.
- I tillegg er det 9 leger ansatt i Russeksjon Tromsø

I tillegg kommer avdelingsleder og tre ansatte på Vurderingsinstansen.

Forebyggende familieteam (ruspoliklinikk). Regional funksjon som rettes mot gravide og familier med barn i alderen 0-6 år, der en eller begge foreldrene har psykiske vansker og/eller rusmiddelproblemer. Målet er å fange opp familier i risikogruppen, og gi nødvendig hjelp og oppfølging med sikte på å:

- forebygge skader og komplikasjoner i fosterlivet

- sikre barnet trygge oppvekstvilkår sammen med kompetente voksenpersoner
- styrke foreldrene i deres foreldrekompetanse
- fremme en optimal utvikling hos barnet fysisk, psykisk og sosialt
- forebygge feilutvikling, omsorgssvikt og overgrep
- forebygge at barnet selv utvikler psykiske vansker eller rusmiddelproblemer

For å komme i kontakt med og kunne tilby effektiv hjelp til familier i målgruppen, må det etableres faglige nettverk og omfattende samarbeid på tvers av fag og nivå

Bemanning 4,2 stillinger

#### 4.2.7 Poliklinikkområder

Det legges til grunn et felles poliklinikkområde som ivaretar generalitet, standardisering av typer rom og soneinndeling som gir god fleksibilitet. Beskrivelse av de enkelte poliklinikk funksjonene ligger i kapitlene over.

##### Kapasitet

Total kapasitet 43 poliklinikkrom/konsultasjonsrom er tilgjengelig for seksjonene/enhetene;

- TSB
- PHV (alder/ambulant, sikkerhet, depotinjeksjoner TUD (Tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold)
- SPHR (DPS), voksen psykiatrisk poliklinikk (VPP).
- Ambulant virksomhet (ambulant akutt-team/SPHR)
- Poliklinisk virksomhet ved SIFER/RVTS – benytter seg av kapasitet i de 43 poliklinikk/konsultasjonsrommene.

##### Utnyttelse fleksibilitet

Det legges til en fleksibilitet i bruk av konsultasjon(poliklinikkrom) og dokumentasjonsplasser.

Det er behov for en kombinasjon med mindre rom for dokumentasjon, sitte to eller flere i dokumentasjonsrom, gruppekontor og enekontor. I tillegg vil det være noen konsultasjonsrom med dokumentasjon. Fleksibiliteten vil ha nok kapasitet til at behandlere kan sitte og dokumentere, ta telefoner, gi veiledning etc

Kapasitet bør ha nok rom/areal dokumentasjon slik at deltidsansatte og eksterne kan dokumentere uten å ha «fast kontor plass».

##### Funksjon og rom

- Poliklinikkrom/konsultasjonsrom er nøytrale, med mulighet for evakuering og tilliggende dokumentasjonsplass.
- Dreining til økt bruk av mikroteam i pasientbehandling.
- Gruppebehandling krever fasiliteter som grupperom med plass til 12-15 deltakere.
- Behandlere må ha tilgang til kontor som er tilrettelagt for videokonsultasjoner og talegjenkjenning.
- Møterom hvor behandlere, pasienter og pårørende kan samles for å møte fastlege, NAV, etc via videokonferanse
- Digital poliklinikk: behandlere som har kontakt med pasient via video og chat (internettbasert veiledning)
- Somatisk poliklinikk: Behov for somatisk undersøkelsesrom og behandling (somatisk poliklinikk), ehelse monitorering og klinisk støtte. Se beskrivelse nedenfor.
- Spesialrom/testrom, psykomotorisk behandling krever eget fysioterapirom med utstyr.
- Det er egne konsultasjonsrom/poliklinikkrom for studenter
- Forløpskoordinator

Arealer må være store nok, og for å kunne ivareta smittevern.

#### Videokonsultasjon

Avstandsbehandling kan fungere både i en til en behandling og for grupper.

- Det er en økning i bruk av kombinasjon av fysisk oppmøte kombinert med avstandsoppfølging i form av video- og telefonkonsultasjoner. Dette betyr at behandlere må ha tilgang til kontor som er tilrettelagt for videokonsultasjoner.
- Samarbeidsmøter kan i større grad enn tidligere gjennomføres via videokonferanse. Dette innebærer at både kontor og møterom må være utstyrt og utformet på en slik måte at videokonsultasjoner/møter enkelt lar seg gjennomføre. Dette stiller krav til flere små møterom hvor behandlere, pasienter og pårørende kan samles for å møte fastlege, NAV, etc via videokonferanse.

#### Somatisk poliklinikk

Det samles kompetanse innenfor tannhelse, fysioterapikompetanse, medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse og ernærings- fysiologisk kompetanse, og f.eks diabetessykepleier, ernæringsfysiolog eller andre somatiske funksjoner som en vet pasientene har behov for. Depotinjeksjoner for pasienter på TUD

Organisering og fokus på somatisk helse kan bidra til enklere rekruttering av sykepleiere og medisinsk kompetanse ettersom en da får jobbe med somatisk oppgaver i større grad enn i dag.

#### Dagbehandlingstilbud

- SMI skolen
- I dag har VPP «Sørslettveien» behandlingstilbud til personer med personlighetsforstyrrelser, må ha plass. Egen dagbehandlingssone? Må ha tilgang på oppholdsrom
- Områder for endring til mer dagbehandling; TSB, alder.
- Øke kapasiteten på OCD-team og flere 4-dagers tilbud. Da vil møterom være opptatt en hel uke av gangen til gruppetilbud. (5 stillinger regional funksjon møterom som bookes)

ACT og FACT (DPS) er oppsøkende team lokalisert utenfor sykehus, men vil fast/regelmessig benytte seg av poliklinikklokalene.

#### Poliklinikkområde utviklingsområder

Gruppetilbud: VPP skal øke sitt gruppebehandlingstilbud i framtiden

IPS- jobbspesialister: Tilrettelegge for kommunalt ansatte kan jobbe inn i behandlingsteamene på VPP – de vil trenge konsultasjonsrom tilgjengelig.

#### 4.2.8 FFU Fag forskning og utdanning

FFU er en samling av tjenester og kompetansesentre for opplæring, utdanning og forskning.

FFU planlegges som en integrert tjeneste i det nye bygget. Det legges vekt på samlokalisering av fellestjenester/funksjoner som bidrar å utvikle relasjoner mellom de ulike tjenestene. FFU legges som en samlet funksjon med nærhet til undervisningssteder.

FFU består av følgende; Fagutviklingsenheten (FUE), Forskningsgruppe psykiatri som tilhører institutt for klinisk medisin HelseFak/UiT, SIFER-Nord/Tvangsforsk, RVTS Nord, og VIVAT.

Fagutviklingsenheten har en viktig rolle i utviklingen av trygge og virkningsfulle pasienttilbud. Satsingsområder er brukermedvirkning, forskning, pasientsikkerhet, kompetanseheving, e-helse, veiledning og utdanning.

- Legge til rette for forskning
- Legge til rette for brukermedvirkning
- Koordinere utdanning, videreutdanning og spesialisering
- Fremme pasientsikkerhet
- Bistå fagmiljø i kvalitetsutviklingsarbeid
- Sikre fagutvikling gjennom kurs og konferanser
- Bidra aktivt i fagnettverk
- Koordinere E-læring
- Koordinere og fremme utvikling av E-helse tilbud

Tabell 6 FFU - hvor skjer undervisningsaktivitet

Hva	Hvor
Undervisning klinikk	I døgnområdenes lokaler sammen med pasient og personalet
Ferdighetstrening - personell	Trening i simuleringssenter
Studenter klinikk	Undervisningssenter, bibliotek.
Poliklinikk	Egen poliklinikkzone med konsultasjonsrom for studenter
Spesialister i utdanning	I klinisk virksomhet og Undervisningssenter
Forskning	Som en del av klinikkens virksomhet

Bibliotek

Felles pasient- og fagbibliotek legges til Aktivitetssenter.

Forskning UIT

Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) har forskningsprosjekter innenfor helsetjenesteforskning, psykiatrisk epidemiologi og kliniske studier. Det er et overordnet mål at forskning skal være en

naturlig og integrert del av driften i alle deler av PHRK, og oppleves nyttig for pasienter, pårørende og ansatte.

Det er ansatt to forskningsledere i 100% og 50% stilling, i tillegg til 50% forskningsstøtte og utarbeidet forskningsstrategi for 2018-2023. Forskning drives i tett samarbeid med Forskningsgruppe psykiatri, Institutt for klinisk medisin og andre relevante forskningsgrupper ved UIT Norges arktiske universitet. Forskningsgruppe psykiatri er samlokalisert med Fagutviklingsenheten.

#### SIFER Nord/Tvangforsk

SIFERs arbeidsområder dekker sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri, rettspsykiatri og bruk av tvang i psykisk helsevern. Innen disse områdene skal SIFER drive forskning og kunnskapsutvikling/-spredning, herunder:

- koordinere utvikling og gjennomføring av undervisning, kurs og seminar
- utvikle og gjennomføre forskningsprosjekter av god kvalitet
- styrke forskningssamarbeid mellom kompetansesentrene og med andre relevante forskningsmiljøer
- ledelse og koordinasjon av arbeid med felles prosjekter og utredningsoppgaver
- ledelse og koordinasjon av arbeid med retningslinjer, veiledere og standarder
- koordinere videreutvikling av flerregionale, nasjonale og internasjonale fagnettverk.
- spre kunnskap i samfunnet om sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri.

Forventet antall årsverk vil i løpet av 2021 være 10.8 inkludert Tvangsforsk.

Poliklinikk: I tillegg til dette kommer kliniske oppgaver poliklinisk utredning/behandling av pasienter innen det forensiske feltet, p.t. BASIS (Behandling av seksuallovbruddsdømte), samt innføringen av Det finnes hjelp (Behandlingstilbud til personer med seksuell interesse for barn) og styrket områdefunksjon (spesialisthelsetjenesten i fengslene) i 2021.

#### RVTS

RVTS Nord er et kompetansesenter innen flyktninghelse, selvmordsforebygging, vold, overgrep og traumatisk stress.

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, RVTS Nord er ett av fem RVTS i landet. Hovedmålgruppen for RVTS Nord er det offentlige tjenesteapparatet; tjenesteutøvere, ledere og beslutningstakere i helse- og omsorgstjenesten, barnevernet, familievernnet, krisesentertilbudet, mottak for flyktinger og asylsøkere, politiet, støttesentre for kriminalitetsutsatte, kriminalomsorgen, Statens Barnehus, NAV-kommune, skole og barnehage. Sentre mot incest og seksuelle overgrep (SMISO/NOK-sentrene), Vern for eldre og minoritetsrådgivere i skolen inngår i hovedmålgruppen.



- En stor del av virksomheten til RVTS Nord foregår lokalt ute i kommunene i regionen.
- Har behov undervisnings- og kurs/konferanselokaler.
- Har behov for arealer inntil 12 større arrangement
- I tillegg kommer arrangementer av mindre art som kan gjennomføres i internt.
- En god andel av vår virksomhet foregår digitalt gjennom digitale møter, digital undervisning og lignende. Vi har derfor et stort behov for å ha lokaler med gode muligheter for gjennomføring av digitale møter/ undervisning, både fra det enkelte kontor og fra alle møterom. Behov for å ha studio hvor vi kan produsere film, streamer og gjennomføre digital undervisning er stort.

RVTS Nord har per desember 2020 21 ansatte. Dette tallet er forventet å øke noe i neste år, da vi p.t har noen ubesatte stillinger.

Poliklinikk: Noen av ansatte ved RVTS Nord har kliniske bistillinger knyttet til VPP. Stillingsbrøkene er mellom 20 – 50 %. Det faglige og administrative ansvaret for denne polikliniske virksomheten er på VPP.

#### VIVAT

Vivat tilbyr opplæring i hvordan bli mer oppmerksom, fange opp signaler og yte førstehjelp til mennesker i selvmordsfare. Kursene Vivat leverer er designet slik at kursdeltakerne får en felles kompetanse, uavhengig av profesjon og faglig bakgrunn

VIVAT er eid av UNN, men får oppdrag direkte av Hdir. Oppdraget er å kurse Norges befolkning i selvmordsforebygging.

Vivat har ansatte både i UNN (lokalisert i Tromsø og Oslo) og i andre helseforetak, samt utenfor helseforetak. Vivat har 180 kursledere fordelt over hele landet.

Gir kurs til ulike klinikker i UNN og til Universitetet, blant annet medisinerstudenter i deres 2. år og til psykologistudenter. Kurser på flere profesjonsutdanninger rundt om i landet. Jobber med frivillige organisasjoner (Røde Kors, NSFF m.v.), kommuner, fylkeskommuner, forvaret, KRUS, behandlingstilbud og bedrifter.

Vivat har samarbeidspartnere regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Nært samarbeid med RVTS Nord, vanskelig å tenke seg at man ikke skulle samlokaliseres med dem. Kan være en fordel med nærhet også til andre kompetansemiljøer, kanskje særlig Helsekompetanse.

Viktig at eksterne parter finner frem og at vi har lokaliteter som kan huse samarbeidsmøter. Bør ha nærhet til kurs/konferansefasiliteter.

#### 4.2.9 Aktivitetssenter

Aktivitetssenteret er en samling av ulike typer aktiviteter rettet mot pasienter og pårørende.

Ambisjon: aktivitet er en integrert del av behandling/miljøterapi og at pasienter på eget initiativ skal kunne velge aktivitet. Aktivitetssenterets funksjoner samles og er lett tilgjengelig for pasientene.

Nærhet til døgnområdene.

Funksjoner

- Kantine og matkonsept har en behandlingsmessig/miljøterapimessig verdi og effekt, bidrar også til normalisering og reduserer stigma.
- Bibliotek: felles pasient- og fagbibliotek
- Kulturavdelingen tilbyr ulike former for aktiviteter som for eksempel musikk, fritidsaktiviteter.
- SMI skolen tilbyr tilrettelagt opplæring til og med videregående skolenivå.

Rom for aktivitet

fysisk trening (gymsaler og apparatrom), avslappende aktivitet (yoga/meditasjon/sanserom), flerkulturell livssynsrom, uttrykksterapi (musikk, kunst etc), mattrening..

I tillegg kommer mulighet for å benytte ulike uteområder til aktivitet.

Lokal og regionalsikkerhet har egne aktivitetsrom og liten gymsal, men kommer også til å benytte felles rom i aktivitetssenteret.

.

#### 4.2.10 Pårørendeområde

Pårørendeområde ivaretar behov for informasjon, besøk og hvile tilrettelagt for familier og barn som pårørende. I tillegg til er det lagt til rette for pårørende i akuttmottak og døgnområdene.

Barn som pårørende – det legges til rette for ulike arena for barn i møte med innlagt pårørende, inne (rom, aktivitet, bibliotek, spill, mat/kantine) uteområder (lek, tur).

Det vurderes størrelser og egnethet på rom (mulighet for å være på besøk på foreldrenes rom over litt lengre tid på enheter som egner seg for dette), at oppholdsrom skal være mulige å ha familiesamtaler på, lekestativ i tilknytning til voksenavdelingen, tursti med klatrestativ/gapahuker underveis sånn at de kan være i lag, rom der det er mulig å være i aktivitet med spill, TV, sofa evt bordtennisbord... osv.)

#### 4.2.11 Undervisningscenter

Undervisningscenteret inneholder en samling av undervisningsrom som ivaretar FFU aktivitet, og skal samtidig dekke undervisningsbehovet for døgnområder og poliklinikkområdet, samarbeidspartnere

I undervisningsrommene legges det til grunn virtuell kommunikasjon og gode samhandling-arena med ulike aktører. Undervisningssenteret kan også benyttes til større møteaktiviteter.

#### 4.2.12 Ikke-medisinsk service

Sykehus er en kompleks organisasjon med omfattende logistikkvirksomhet. I pasientbehandlingen er det behov for en rekke ulike varer. For planleggings- og driftsformål er det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i de enkelte forsyningskjedene, som består av ulike varegrupper som forsyningsmessig hører sammen. Sykehusbygg som planlegges og bygges skal legge til rette for effektiv varelogistikk, med riktig håndtering av varer, bidra til å sikre god pasientbehandling, samt ivareta avtalt forsyningsikkerhet.

Kort beskrivelse av forsyningskonseptene for de respektive forsyningsfunksjonene og hvilken logistikkarealer som planlegges i utbyggingen:

##### 1. Sentrallager – forbruksvarer

- Leveranser av forbruksvarer fra sentralforsyningen i Breivika til avdelingslager.
- Logistikkarealer som planlegges i utbyggingen er: avdelingslager, oppstillingsplass for vogner (felles for flere), transportforbindelser.

##### 2. Kjøkken – ernæring (mat)

- Leveranser av mat fra hovedkjøkkenet i Breivika. Hovedproduksjonsformen for middag er kok-kjøøl (5-porsjoner og 1-porsjoner).
- Avdelingskjøkken i døgnpostene (oppvarming av mat fra hovedkjøkken).
- Treningskjøkken for å tilrettelegge kjøkkenaktivitet som en del av pasientbehandlingen.
- Konsept for serveringsområder for pasienter må avklares nærmere (kantine, spis/oppholdsrom i avdeling, pasientrom).
- Logistikkarealer som planlegges i utbyggingen er: kantine (inkludert lager), avdelingskjøkken, spis-/oppholdsrom, treningskjøkken, oppstillingsplasser for vogner, transportforbindelser.

##### 3. Apotek – legemidler

- Leveranser av legemidler fra apoteket i Breivika til det enkelte medisinerom.
- Rom og systemløsninger skal understøtte strategien for lukket legemiddelsløyfe.
- Ivareta sikker transport og håndtering av legemidler.
- Logistikkarealer som planlegges i utbyggingen er: medisinerom, transportforbindelser.

#### 4. Tøyforsyning

Pasienttøy (sengetøy, håndklær m.m.):

- Leveranser av rent pasienttøy fra eksternt vaskeri til det enkelte avdelingslager.
- Løsning for oppsamling av urent tøy må bearbeides videre (tøysjakt, tøysug eller oppsamling i avfallsrom med frekvent henting).
- Logistikkarealer som planlegges i utbyggingen er: avdelingslager, oppstillingsplasser for vogner (felles for flere), oppsamling av urent tøy (evt. tøysjakt eller tøysug), transportforbindelser.

Personaltøy:

- Leveranser av rent personaltøy fra eksternt vaskeri til tøylager ved garderober.
- Løsning for oppsamling av urent tøy ved garderober må bearbeides videre.
- Løsning for personaltøy må understøtte spring.
- Logistikkarealer som planlegges i utbyggingen er: tøylager ved garderober, oppsamling av urent tøy, transportforbindelser.

#### 5. Senger og sengevask

- Vask av senger utføres på sengerom.
- Det er avklart at det ikke skal være et eget rom for vask av særlig tilsølte senger.
- Logistikkarealer som planlegges i utbyggingen er: lagringsplass for senger, transportforbindelser.

#### 6. Avfall og avfallssentral

- Oppsamling av ulike avfallsfraksjoner i avfallsrom i avdelingene.
- Retur av avfall fra avfallsrom til avfallssentral.
- Det må avklares om det skal være avfallssug.
- Logistikkarealer som planlegges i utbyggingen er: oppstillingsplasser for vogner (felles for flere), avfallsrom i avdelingene, avfallssentral (Åsgård-alternativet), transportforbindelser.

Øvrige områder, løsninger og arealer:

#### 7. Varemottak

- For både Breivika- og Åsgård-alternativet vil det være behov for varemottak.
- For Åsgård-alternativet vil varemottaket være felles for alle leveranser.

- For Breivika-alternativet kan eventuelt eksisterende varemottak benyttes for nybygg gitt kulvertforbindelse.
  - Felles veg- og manøvreringsareal for varemottak og avfallssentral (Åsgård-alternativet).
  - Ivareta behov for oppstillingsplasser i varemottak.
  - Adskilte adkomster for varemottak, hovedinngang, akuttinngang og personalinngang.
8. Transportløsninger
- Det må avklares hvilke interne transportløsninger som skal benyttes (manuell transport eller automatiserte løsninger som f.eks. rørpost, tøysug, avfallsug).
  - Åsgård-alternativet vil gi behov for transport mellom Breivika og Åsgård.
  - Breivika-alternativet vil gi behov for noe transport mellom ulike lokasjoner i Breivika.
9. Utstyrslager
- Det planlegges med utstyrslager for oppbevaring av utstyr i avdelingene.
10. Renhold
- For Åsgård-alternativet legges det til grunn egen renholdssentral.
  - For Breivika-alternativet legges det til grunn egen renholdssatelitt (pauserom, kjølerom for mopper og kluter, utstyrslager, oppstillingsplass for renholdsvogner).
11. Internt vaskeri
- Internt vaskeri leverer tjenester til både Breivika og Åsgård i dag (dyner og puter, pasientrettet behandlingsutstyr, interiørtekstil). Den største mengden av det som vaskes internt tilhører Breivika. I tillegg er det planer om å levere noen vaskeritjenester til Harstad og Narvik.
  - Vaskeri og tøyforsyning må være plassert i tilknytning til varemottak.
  - Funksjonen har ikke naturlig tilhørighet innenfor psykisk helsevern og rus, og det må vurderes om funksjonen skal inngå i nybygg.
12. Uteseksjonen
- Uteseksjonen disponerer arealer på Åsgård i dag og leverer tjenester til både Åsgård og Breivika.
  - Funksjonen har ikke naturlig tilhørighet innenfor psykisk helsevern og rus, og det må vurderes om funksjonen skal inngå i nybygg.

#### 4.2.13 Medisinsk service

##### Laboratoriemedisin

- Det legges til grunn at prøvetaking foregår i undersøkelsesrom, ikke på pasientrom eller i korridor. Undersøkelsesrom med retrettmulighet (to utganger).
- Det er to typer prøvetakingssteder:
  - Prøvetaking i tilknytning til avdelingene (undersøkelsesrom).

- Poliklinisk prøvetaking i tilknytning til arealer for laboratoriemedisin.
- Arealer til laboratoriemedisin (1 årsverk):
  - Poliklinisk prøvetaking, preanalyse og postanalyse, garderobe og pauserom.
  - I eksisterende bygningsmasse på Åsgård er det arealer til laboratoriemedisin. For Åsgård-alternativet vil det være behov for det samme arealet som i dag.
  - For Breivika alternativet kan eventuelt arealer til laboratoriemedisin reduseres, avhengig av infrastruktur mellom eksisterende bygningsmasse og nybygg.
- Logistikkarealer som planlegges i utbyggingen er: undersøkelsesrom i tilknytning til avdelingene, arealer til laboratoriemedisin, transportforbindelser.

### 4.3 Prinsipper for logistikk, person og vareflyt

Hovedfokuset i begrepet logistikk er kunnskapen om å planlegge, administrere og organisere flyten av varer og tjenester med tilhørende informasjonsflyt. Det handler om å oppnå høyest mulig effektivitet gjennom god service på en kostnadseffektiv måte. Effektiv logistikk er et viktig virkemiddel for å oppnå gode pasientforløp, fremme effektive arbeidsprosesser, ivareta avtalt forsyningssikkerhet og god driftsøkonomi. Et viktig kriterium ved valg av hovedalternativ vil være i hvilken grad alternativene vil kunne gi god logistikkflyt, ivaretar pasientsikkerhet og sikrer driftseffektive løsninger.

Logistikkprinsipper for utomhus og innomhus som legges til grunn:

- Utomhus/trafikksituasjon
  - Tilkobling til eksisterende trafikksystem.
  - Snu og manøvreringsarealer i tilknytning til adkomst i bygget for person og varelogistikk.
  - Oppstillingsplasser for taxi, evt buss.
  - Parkeringsplasser for besøkende, ansatte, HC, tjenestebiler.
  - Parkering og oppstillingsplasser i tilknytning til akuttmottak.
  - Adskilte adkomster for hovedinngang, akuttinngang, personalinngang og varemottak.
- Innomhus
  - Transport av varer skal være adskilt fra pasientflyt og publikumsområder.
  - Gode transportforbindelser både vertikalt og horisontalt.
  - Egen heis for pasienttransport med akuttfunksjon vurderes.
  - Egen heis til publikum vurderes.
  - Egen heis for varer vurderes.

- Det må avklares hvilke interne transportløsninger som skal benyttes (manuell transport eller automatiserte løsninger som f.eks. rørpost, tøysug, avfallsug).

Prinsipper for personlogistikk som legges til grunn:

- Hovedinngang/vestibyleområde
  - Hovedinngangen skal være tydelig og imøtekommende.
  - Fra hovedinngangen skal det være god tilgang til poliklinikk og døgnområder.
  - Hovedinngangen skal være demensvennlig.
  - Mulighet for å skjerme pasienter som er urolige.
  - Tilrettelegging av gode fellesarealer som ulike ventesoner, ekspedisjon og pasientkantine.
  - Området benyttes av pasienter, ansatte, pårørende og andre besøkende.
- Akuttinngang
  - Skjermet akuttinngang.
  - Fra akuttmottak skal det være adskilt akuttvei til mottagende døgnenheter. Transport av akuttpasient skal foregå skjermet.
- Pasienter – poliklinikk
  - Ankomst via hovedinngang.
  - Det vurderes en skjermet inngang til poliklinikk for enkelte pasienter.
- Pasienter – døgnområdene
  - Ankomst via hovedinngang eller akuttmottak.
  - Lettest mulig tilgang til skjermede uteområder i tilknytning til døgnenhetene.
  - Tilgang til åpne utearealer via hovedinngang.
  - Transport av pasient i seng bør foregå skjermet.
  - Korridor har en viktig funksjon som trafikkareal og oppholdssone, og må derfor være minimum 3 meter bred for å ivareta:
    - Trygghet for pasienten
    - Sikkerhet og oversikt
- Personell
  - Det legges til grunn en egen personalinngang i tilknytning til garderobe.
  - Studenter benytter samme arealer som klinisk personell.
- Besøkende (pårørende, samarbeidspartnere og andre besøkende)
  - Ankomst via hovedinngang.
  - Fellesarealer planlegges på en slik måte at pårørende har mulighet til å bidra/støtte pasienten og være skjermet i vanskelige situasjoner.
  - Hovedinngang med generell pasientinformasjon.
  - Det tilrettelegges for besøksarealer spesielt tilpasset barn og unge.

- Det må legges til rette for besøk til pasienter i døgnenhetene. Det må vurderes om det skal være mulighet for egne tilkomster til døgnplasser/skjermingsrom.
- Samarbeidspartnere benytter publikumsområder for tilkomst til møterom.
- FFU
  - Egen inngang til FFU.
  - Sambruk av felles møte- og undervisningsrom.
  - SIFER og RVTS samhandler med poliklinikk.
  - Spesialister i utdanning skal ha tilgang til poliklinikk.

Prinsipper for varelogistikk som legges til grunn:

- At ansatte har tilgang til nødvendige varer med rett kvalitet i tilstrekkelig mengde og til rett tid, som bidrar til god og sikker pasientbehandling.
- Optimal og kostnadseffektiv forsyning, lagerstyring og vareflyt.
- Riktig størrelse på lagerrom og hensiktsmessig plassering i forhold til drift.
- Kontroll og sporbarhet av varer og utstyr.
- At hensyn til smittevern ivaretas i alle deler av varelogistikken.
- At logistikkoppgaver utføres i stor grad av servicemedarbeider med riktig fagkompetanse for å friggi tid for helsepersonell til å utføre pasientnære oppgaver.
- At hensyn til beredskapsplan for lager og forsyning ivaretas.
- Ivareta miljøstrategi.
- Transport av varer bør fortrinnsvis være adskilt fra pasientflyt og publikumsområder.

For mer informasjon om varelogistikk, se delkapittel 0 (ikke-medisinsk service).



## 4.4 Prioriterte krav steg-1

Her gis en oversikt over prioriterte krav som har betydning for utforming av løsning i steg-1.

Tabell 7 Prioriterte krav steg-1

Krav	Dokumentasjon
Det legges til grunn generelle, standardiserte og likt strukturerte døgnerheter. Sikkerhet døgnerheterene baserer seg på de standardiserte døgnerheterene, - men kan formes annerledes.	2.1 Effektmål og evalueringskriterier 3.3 4.4
En kompakt helhetlig løsning som knytter alle funksjoner tett sammen for god samhandling, behandling og driftseffektivitet.	2.1 Effektmål og evalueringskriterier
Felles hovedinngang for døgnerområdene og poliklinikkområde med et åpent og velkomment adkomstparti med en «gate» til døgnerheter og poliklinikkområde. Akutt flyt – adskilt i lukket korridor. Vareflyt - adskilt i lukket korridor. Egen personalinngang til garderobe.	Figur 8
Felles akuttmottak med tett nærhet til to aktuelle døgnerheter.	0 Figur 9
Det opprettes Integrert felles personalbase for minst to døgnerheter. Det legges til rette for at 4 døgnerheter har samlokalisert felles område for personalbase.	Figur 10
Sone opprettes for skjermingsenheter og kontaktsmitterom. Sonen kan sees i sammenheng mellom to døgnerheter for å ivareta sikkerhet og driftseffektivitet.	Figur 11
Utsikt til natur fra hovedandel av pasientrommene og fellesrom.	Tabell 7
Korridorer i døgnerheter har 3 meter bredde	Tabell 7
Samlet poliklinikkområde deles i 3 soner med fellesområde. Nærhet til døgnerområdene.	Figur 12 Figur 13
Det legges til rette for uniformering for personalet i døgnerområdene. Garderobeanlegg opprettes	dRofus
Pasienter har lett tilgang til skjermede uteområde fra alle døgnerheter. Uteområde opprettes som deles av to døgnerheter.	dRofus
Hovedandelen av døgnerheterene legges på bakkenivå med tilgang til uteområder, fortrinnsvis lukkede akuttposter, sikkerhet og alder.	Løsning arkitekt.
Alt behandlingstilbud etableres i nybygg. PHVR (DPS) er integrert del av det helhetlige tjenestetilbudet og ivaretas i prosjektet som generelle døgnerheter. Plassering i løsning vurderes senere.	Løsning arkitekt
Aktivitetssenterets funksjoner samles og er lett tilgjengelig for pasientene. Nærhet til døgnerområdene.	4.2.9 Aktivitetssenter
Matkonsept og kantine er en del av det behandlings -og miljøterapimessige tilbudet. Kantine med nærhet til døgnerområdet.	4.2.9 Aktivitetssenter

FFU legges som en samlet funksjon. FFU legges i nærhet til undervisningscenter.	4.8.5 Beskrivelse og krav - forskning og undervisning
---	---

## 4.5 Prioriterte krav steg-2

*Dette kapittelet bearbeides etter steg-1. Krav til steg-2 ferdigstilles før oppstart skisseprosjekt.*

Her vises oppsummering av prioriterte krav for steg-2	
Krav	Dokumentasjon
Digitale samhandlingsarena	
Digitale løsninger - behandling <ul style="list-style-type: none"> <li>- digitale løsninger for psykometriske og kliniske tester, funksjonskartlegging og pasientevaluering mv hvor data også kan eksporteres til eller integreres med systemet for elektronisk pasientjournal.</li> <li>- Somatisk poliklinikk hvor undersøkelser og behandling hvor samhandling med spesialister/somatikk skjer via monitorering og bruk av ehelse.</li> <li>- Sensortechnologi som kan bidra til økt pasientsikkerhet og trygghet.</li> <li>- Pasienters bruk av e-helse teknologi og krav til medbestemmelse.</li> <li>- Mer effektiv og rasjonell gjennomføring av krav til dokumentasjon, slik som talegjenkjenning</li> </ul>	
Teknologi – behandling Det er blitt etablert nye teknologiske løsninger innen psykisk helsevern som på ulike måter kan understøtte behandlingsformer; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lysbehandling (blått lys filtrering)</li> <li>• Sensortechnologi - bevegelsessensor for pasientovervåkning.</li> <li>• SD styring pasientrom - lys, screens, vann og luft.</li> </ul>	

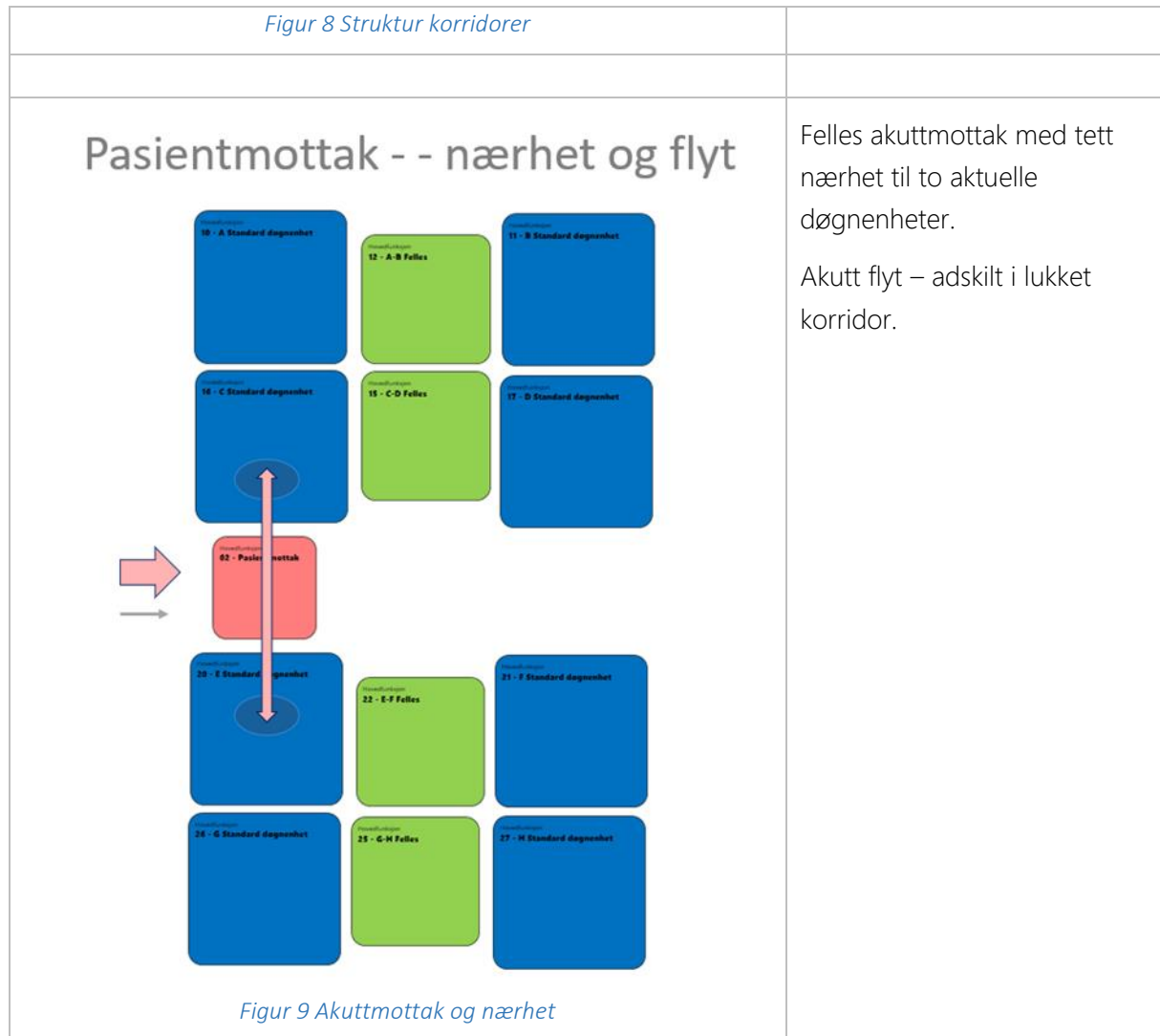
<ul style="list-style-type: none"><li>• Døgnrytmelys, - dynamisk belysning, som understøtter kroppens naturlige døgnrytme og bidrar til tilpasset belysning til funksjonene.</li></ul>	

## 4.6 Nærhets- og flytdiagrammer steg-1

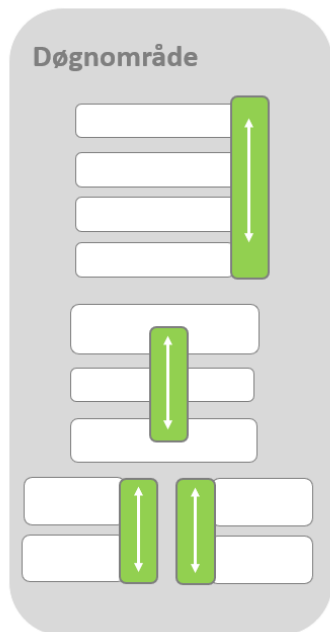
Her vises nærhet -og flytdiagrammer som er basert på *kapittel 4.4 Prioriterte krav steg-1* og som har betydning for utforming av løsning i steg-1.

<p>Overordnet prinsipp funksjonsdiagram og nærhet</p> <p>Figur 6 Overordnet prinsipp funksjon og nærhet</p>	<p>Diagram viser funksjoner i prosjektet.</p>
<p>Flytdiagram – åpen «gate» mellom døgn - poliklinikk</p> <p>Figur 7 Overordnet flytdiagram</p>	<p>Diagram viser publikums -og pasient hovedflyt mellom døgnområdene og poliklinikkområdet.</p>
<p>Flytdiagram – struktur korridorer</p>	<p>Diagram viser andre adskilte hovedflyter som må ivaretas;      Akutt flyt – adskilt i lukket korridor.      Vareflyt - adskilt i lukket korridor.      Egen personalinngang til garderobe.</p>

Figur 8 Struktur korridorer



### Døgnområder – personellsamarbeid

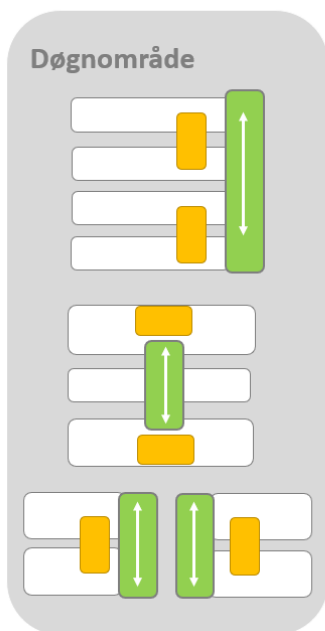


Figur 10 Prinsipp personalsamarbeid i døgnområder

Diagrammet viser forskjellige muligheter for personellsamarbeid mellom døgneheter.

Det opprettes Integreert felles personalbase for minst to døgneheter. Det legges til rette for at 4 døgneheter har samlokalisert felles område for personalbase.

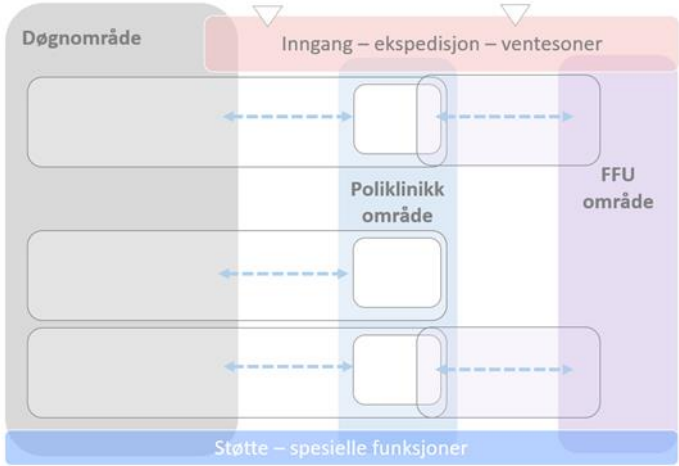
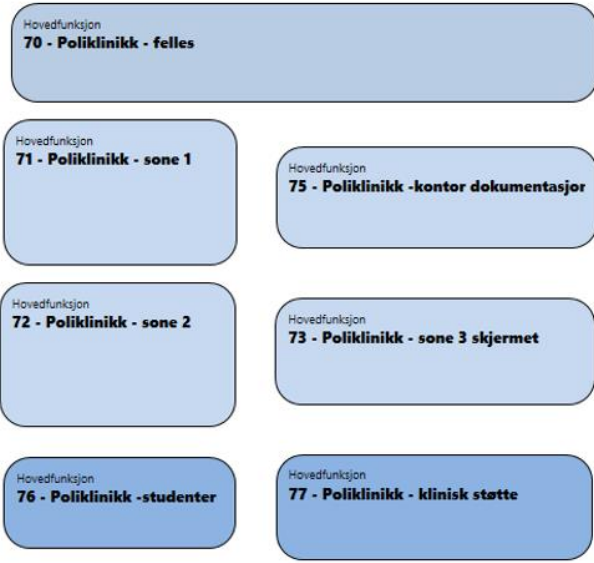
### Døgnområder – sone skjerming/kontaktssmitte



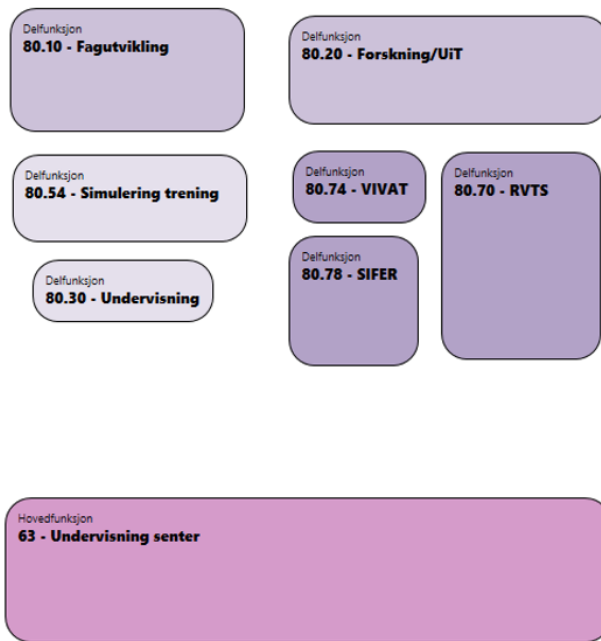
Figur 11 Sone skjerming kontaktssmitte i døgnområder

Sone opprettes for skjermingsenheter og kontaktssmitterom.

Sonen kan sees i sammenheng mellom to døgneheter for å ivareta sikkerhet og driftseffektivitet.

<h3>Samlet poliklinikkområde delt i soner- nærhet døgnområde</h3>  <p><i>Figur 12 Samlet poliklinikkområde og nærhet</i></p>	<p>Samlet poliklinikkområde delt i soner med nærhet til døgnområdene.</p>
<h3>Samlet poliklinikkområde Soner og funksjoner</h3>  <p><i>Figur 13 Samlet poliklinikkområde delt i soner</i></p>	<p>Samlet poliklinikkområde deles i 3 soner med fellesområde.</p>

## FFU funksjoner med nærhet til undervisningscenter



Figur 14 FFU funksjoner og nærhet

FFU legges som en samlet funksjon. FFU legges i nærhet til undervisningscenter.



## 4.7 Nærhets- og flytdiagrammer steg-2

*Dette kapittelet bearbejdes etter steg-1.*

*Nærhet -og flytdiagrammer til steg-2 ferdigstilles før oppstart skisseprosjekt.*

## 4.8 Beskrivelser krav

Her beskrives funksjonelle krav. Disse kravene kan ha grensesnitt mot utstyr, IKT og teknikk.

### 4.8.1 Beskrivelser og krav - døgnområder

Generalitet

Historien har vist at kapasitetsbehov, behandlingsmetoder og organisering av virksomheter endres ofte. Det legges til grunn generelle, standardiserte og likt strukturerte døgneheter som kan tilpasses ulike pasientgrupper og seksjoner/enheter

- Et døgnområde planlegges som to enheter à 12 pasientrom som inkluderer 2 døgnplasser for skjerming. Alle døgnplasser er utført som ensengsrom med eget bad.
- Døgnetheten er soneinndelt slik at rommene kan benyttes fleksibelt og i samarbeid med nærliggende døgnethet.
- Døgnethetene planlegges for at minst to døgnetheter lett møtes og kan samarbeide i felles sone for personell.

Lav sosial densitet

Forskning og erfaringer har vist at pasienter som er sensitive med hensyn til å opprettholde mellommenneskelig avstand, kan svare med stress, angst og av og til aggresjon når andre kommer innenfor pasientens «intimitetssone» (Crower et al., 1991). Lav sosial densitet oppnås ved at oppholdsrom og andre fellesarealer er romslige for å hjelpe pasientene til enkelt å regulere eller opprettholde sin personlige grense. Korridorer hvor pasienter går eller oppholder seg, bør bredde være minimum 3 meter. dRofus; faktor for sosial densitet utregnes for hver døgnethet.

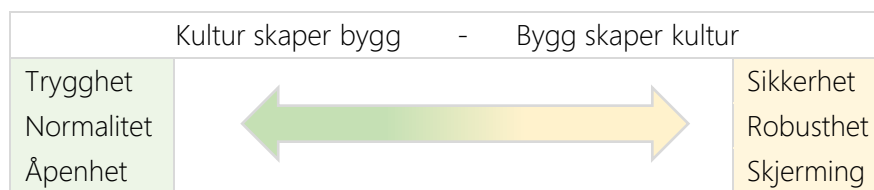
Adkomstpart døgnetheter

For hver døgnethet settes det av areal for adkomstsone, som bidrar til å gi et romslig og imøtekommende inntrykk. Hver døgnethet har et rom i direkte tilknytning til inngang for undersøkelse og slusing.

Normalitet – robusthet

Forskning viser at mange miljøfaktorer kan kobles til stress hos pasienter, hvor stress er en veldokumentert årsak til aggressiv atferd. Å bidra til å minske stress er derfor en viktig egenskap for et legende miljø.

- Den fysiske utformingen skal vektlegge en vennlig imøtekommende atmosfære omgivelsene og bidra til å bygge opp under den tverrfaglige behandlingen.
- Utformingen bidrar til stressreduksjon pasientgruppene og understøtter målsetningen om redusert og riktig bruk av tvang innenfor det psykiske helsevern.
- Behandlere håndterer både psykososiale problemstillinger, mer spesifikk behandling i form av psykoterapi og medikamenter, somatiske problemstillinger og rusavhengighet.
- Pasientene skal aktivt delta i behandlingen, og behandlingen skal i større grad være mestringsbasert basert på pasientens egne ressurser.



#### Visuell oversikt

Fellesarealer i døgnetene utformes slik at personalet kan se og ha oversikt over pasientene uten at de føler seg overvåket. Et godt overblikk som gir gode muligheter for faglig observasjon og sikkerhet for pasienter og ansatte.

#### Tilgang på egnede utearealer

Det legges til rette for at hver døgnet har enkel og direkte tilgang til skjermede utearealer. Skjermede uterom opprettes for hvert døgnet. Uteområdene tilrettelegges for ulike soner for aktivitet.

#### Nærhet til natur

Flere studier kan dokumentere at nærhet og utsyn til natur (f.eks. trær, parker, fjell, vann) fremmer rask reduksjon av stress (Ulrich et al, 1991; Raanaas et al, 2011)<sup>11</sup>.

Utsikt fra pasientrom og fellesrom til natur prioriteres. Lett mulighet for å gå tur i naturområder er en fordel.

#### Sone for skjerming og kontaktsmitte

Bruk av skjerming kan være som en del av behandlingsformen eller fordi pasienten er aggressiv eller utagerende og må skjermes fra andre. Med skjerming menes at pasienten har behov for å skjermes mot kontakt og impulser. Grad av behov for sikring/skjerming endres med pasientens tilstand.

<sup>11</sup> Konseptprogram LOKALER FÖR PSYKIATRI, kunskapsunderlag vid planering, 2018-10-16 utgitt av Chalmers, Centrum för vårdens arkitektur

Ved pasienttransport til og fra skjermingsenhet kan det skapes uro i en døgnetenhet, derfor bør plassering av sone for skjerming vurderes nøye. Skjerming krever ofte en høy bemanningsgrad og det må vurderes hvilke løsninger som gir nødvendig sikkerhet og samarbeid med nærliggende skjermingsenheter eller døgnetenheter.

- Skjermingsområde avgrenses fra andre funksjoner
- Sone for skjerming skal ha egne skjermede uteområde/balkonger
- Mulighet for å ha personale «i ryggen», tett inntil personalbase.
- Høy grad av robusthet og støydemping
- Mulighet stimuliregulering mht temperatur, lys, vann, møbler etc

Sone for skjerming og kontaktsmitterom sees i sammenheng, og il tillegg kan sonen sees i sammenheng mellom to døgnetenheter for å ivareta sikkerhet og driftseffektivitet.

Areal for aktivitet, trening og skole

Fysisk aktivitet, sosial avkobling fremmer helse, reduserer stress som understøtter behandlingsopplegget. Behandling innenfor psykisk helsevern og TSB omfatter funksjoner for arbeid, skole/undervisning, avkobling, rehabilitering, fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet.

Pasientenes egen valgmulighet for fysisk aktivitet kan bidra til stressreduksjon og redusert bruk av tvang.

Det programmeres følgende arealer og rom for aktiviteter:

- Aktivitetsrom i døgnområdene
- Ulike aktivitetsmuligheter lagt til Aktivitetssenter.
- Aktivitetsmulighet i skjermede uteområder

Somatisk undersøkelse og behandling

Hvert døgnområde har ett felles undersøkelsesrom. Utover dette kan somatiske undersøkelser og behandling utføres på somatisk poliklinikk.

Smittevern

Innenfor psykisk helsevern og rusbehandlingen ser man en økende grad av pasienter med somatiske tilleggsdiagnoser som kan medføre smittefare f.eks vanlige smittsomme sykdommer (forkjølelse, omgangssyke, luftveisinfeksjoner etc.) sårinteksjoner, MRSA og tuberkulose. Pasienter som har behov for luftsmitteisolering, vil ivaretas i luftsmitteisolat ved UNN/somatikk. Tiltak baserer seg på *Byggveileder for smittevern*<sup>12</sup> hvor grunnleggende smittevernstiltak i psykisk helsevern som i somatikken;

---

<sup>12</sup> <https://sykehusbygg.no/kunnskapsdeling/veiledere>

- Alle sengerom skal være enerom med direkte tilknytning til egen dusj/WC.
- Minimum 10 prosent av pasientrommene skal være utformet for å ivareta kontakt –og dråpesmitteisolering.

#### Spesielle bygningsmessige krav

I de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS-1511) er bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak fremhevet. Det er anbefalt å rette spesiell oppmerksomhet mot fjerning eller tildekking av mulige festepunkter, da selvmord i institusjon oftest skjer ved hengning. Også sikring av vinduer antas å kunne redusere pasienters mulighet til å ta sitt liv.

Følgende forhold har generelt betydning for sikkerhetsnivå:

- 2 Statisk sikkerhet (planløsning, materialvalg og tekniske installasjoner)
- 3 Organisatorisk sikkerhet (organisering av arbeidet, ansvar og myndighet)
- 4 Dynamisk sikkerhet (mellommenneskelige relasjoner og systematiske former for samhandling mellom pasienter og ansatte)

Det utarbeides en robusthetsplan, som angir soner med robusthetsnivå som ivaretar statisk sikkerhet.

Robusthetsmatrise	Robusthetsnivå 0 (R0)	Robusthetsnivå 1 (R1)	Robusthetsnivå 2 (R2)	Robusthetsnivå 3 (R3)
	<b>Ingen spesielle robusthetskrav</b>	<b>Medium robusthetskrav</b>	<b>Omfattende robusthetskrav</b>	<b>Svært omfattende robusthetskrav</b>
Funksjonsbeskrivelse - type rom og arealer	Dette er rom der pasienter ikke oppholder seg, eller rom der pasienten ikke oppholder seg uten at det er en planlagt hendelse og hvor personalet har rutiner som tar hensyn til at de tar pasienter med i usikret sone. Eksempel på rom er personalrom, kontorer, byggetekniske rom etc, samt fellesrom i åpen avdeling.	Dette er rom der pasienten ikke regelmessig og planlagt er alene, og der utagering eller selvsykdom som en regel oppdages og forhindres av ansatte. Eksempel på rom er samtalerom, undersøkelse/ behandlingsrom, poliklinikk, kontor/ behandling, stuer, fellesrom og aktivitetsrom i akutt og sikkerhetspsykiatri.	Dette er først og fremst pasientrom, dvs. rom der pasient regelmessig og planmessig er alene. Dette medfører at ansatte ikke har oversikt til enhver tid og at situasjoner med selvsykdom, vold og hærverk ikke oppdages umiddelbart.	Dette er i hovedsak for døgnavdelingsseksjon for sikkerhet, Seksjon for utviklingshemmede og autismediagnoser (SUA), samt forsterkede enheter. Ekstra krav til robusthet knyttet til vold og aggresjonsproblematikk og økte krav til rømningssikkerhet.

Figur 15 Robusthetsmatrise

#### Selvmondsforebyggelse

Hengning og kvelning med bruk av festepunkt er den vanligste selvmordsmetoden under døgnopphold i det psykiske helsevernet. Selvmord er ofte en impulshandling og lett tilgjengelige festepunkter er en risiko. Rapporten *Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern*<sup>13</sup> omhandler forebyggingstiltak som institusjonene kan innføre uavhengig av risikovurderinger knyttet til enkelt pasienter. Rapporten kan gi støtte i byggeprosjekter og kontrollaktiviteter

<sup>13</sup> Rapport utgitt av UKOM (Statens undersøkelseskomisjon for helse -og omsorgstjenesten) Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern. Rapport nr. 2 - 2021

## Funksjonelle krav

Dette kapittelet baseres seg på evalueringskriterier og funksjonelle beskrivelser. Tema i tabell under beskriver funksjonelle krav som følges opp prosjektutvikling og løsning.

Tabell 8 Funksjonelle krav – beskrivelser døgnområder

TEMA	Funksjonelle krav som følges opp prosjektutvikling og løsning
Fleksibilitet og soneinndeling	Fleksibilitet som ivaretar pasientens valgmulighet, personalets mulighet for soneinndeling av pasientområder i døgnerheter og i døgnområde, personalets mulighet for samhandling, ledelsens mulighet for endring av organisatoriske enheter.
Sikringskonsept Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter.	Sikring i forbindelse med avklaring lokalisering. Sikring i konseptfasen, del 1; 1. Rangere ulike alternativer/konsepter med hensyn sikringsutfordringer. 2. Identifisere viktige/kostnadsdrivende risikoreduserende tiltak tilknyttet hvert alternativ/konsept. 3. Danne grunnlag for sikringsarbeidet i etterfølgende faser.
Robusthetsplan Basert på Sykehusbygg standard; Kravmatrise, nivå, sone	Angir robusthetsnivåer ihh til krav i en robusthetsmatrise (fysisk utforming, materiell og teknikk etc). Rom evt område angis et robusthetsnivå (dRofus steg-1). De ulike robusthetsnivåene vises i soner (ARK modell-steg-2).
Selvmondsforebyggelse Antiligaturutforming	Festepunkter på pasientrom unngås. UKOM rapport; Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern.
Brann evakuering	Assistert evakuering – maksimalt en døgnerhet i samtidighet.
Hygiene smittevern	Generell hygiene og smittevern ivaretas ihht Sykehusbyggs Byggveileder for smittevern og standardromkatalog. Kontakt- og dråpesmitteisolering skal kunne ivaretas i hver døgnerhet. Mulighet for kohortisolering i en sone i hvert døgnumråde.
Universell utforming	Et UU-tilrettelagt prosjekt. Et design for alle med fokus på menneskelig mangfold, inkludering og like muligheter for alle. Rom klassifiseres i dRofus som UU rom og HC tilgjengelige rom.
Brukerperspektiv Innspill og ivaretagelse	Innspill fra brukerrepresentanter, erfaringskonsultanter og rapport vurderes og så langt som mulig hensyntas. Henvisning; 4.8.6 Pasienter og brukeres forventninger, 4.8.7 Pårørendes rolle og rettigheter
Pasientforløp og mestring Valgmuligheter	Løsning legger til rette for pasientinvolvering og medbestemmelse. Løsningen i bygget skal understøtte pasientens forløp, avhengig av pasientens funksjons- og mestringsnivå.

	Funksjonenes plassering tilbyr pasientene frihet til å velge, eksempelvis sosial interaksjon i ulike soner. Rom for samtale, gruppe, møte, mat-bespising og aktivitet plasser i ulike soner.
Pårørende involvering Roller rettigheter	Pårørende er en viktig ressurs for pasient og i behandling. Det tilrettelegges for soner med mulighet for besøk i pasientrom, i døgnområde og i Pårørendeområde. Familieperspektiv, med spesielt vekt på ivaretagelse av barn/søsken som pårørende.
Åpenhet - normalitet	Det søkes mot normalisering og åpenhet, men samtidig ivareta konfidensialitet, personvern for pasienter.
Helende design  Basert på Konseptprogram psykisk helsevern, Chalmer.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unngå trengsel: en-pasientrom med egen wc/dusj, bruk av flyttbare møbler i fellesareal, lav sosial densitet.</li> <li>• Miljøfaktorer: dempet lydmiljø, brede oversiktlige opphold/funksjons-korridorer (er ikke en vanlig trafikal korridor), innflytelse over miljø i pasientrommet.</li> <li>• Positive distraksjoner: tilgjengelig uteområde for alle pasienter. Utsikt mot natur (dvs ut av bygg fra pasientrom og fellesareal ut i det fri) Naturmotiver inne i bygget. Dagslys til pasientrom, fellesareal og hvis mulig gjennomgående dagslys gjennom bygg til indre gårdsrom.</li> <li>• God observasjon og direkte pasient-personalinteraksjon. Godt overblikk fra sentrale deler av døgnenheten.</li> </ul>
Behandlingsformer	Løsning skal tilrettelegge for individualterapi, gruppeterapi, miljøterapi, medikamentell/medikamentfri behandling, aktivitet og opplæring/undervisning.
Nye behandlings -og miljøterapi former  Understøtter behandling og helse	Det legges til grunn; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utvidet begrep behandling/miljøterapi; mat og bespising i ulike soner</li> <li>• Tilrettelegging for fysisk helse og aktivitet både i døgnenhet, felles i uteområder.</li> <li>• Samhandling somatikk – e helse (utvidet somatisk undersøkelse, behandling i løsningen, - det opprettes en somatisk poliklinikk.</li> </ul>
Teknikk og behandlingsformer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lysbehandling (blått lys filtrering)</li> <li>• Sensorteknologi - bevegelsessensor for pasientovervåkning.</li> <li>• SD anlegg- styring i pasientrom - pasient har påvirkningsmulighet på egen situasjon lys, screens, vann og luft.</li> <li>• Døgnrytmelys, - dynamisk belysning, som understøtter kroppens naturlige døgnrytme og bidrar til tilpasset belysning til funksjonene</li> </ul>

Pasientrom	Pasientrom er fleksible, plassering av seng (inntil vegg, utfra vegg) og at det er plass til pårørende seng.
Intensiv/skjermingszone	Det opprettes 2 intensiv/skjermingsrom i hver døgnerhet som inneholder; felles oppholdsrom, egen 3 m bred korridor og eget uteområde. Enheten plasseres tilstøtende personalsone. Sone opprettes for skjermingsenheter og kontaktsmitterom. Sonen kan sees i sammenheng mellom to døgnerheter for å ivareta sikkerhet og driftseffektivitet.
Uteområder	Alle pasienter har daglig krav på å komme til egnet uteområde for å få frisk luft. Uteområder i ulike soner tilpasset pasientenes mestringsnivå. Lett direkte tilgang fra døgnerhet til uteområde legges til grunn. Det vurderes behov for skjerming av innsyn til pasientområder/uteområder
Samhandling og sambruk	Det skal legges til rette for personellsamarbeid, samhandling og sambruk av støtterom mellom flere sengeposter. Felles område for personalrom og støtterom knytter sammen flere døgnerheter. Det legges til rette for naturlige møteplasser for personell.
Arbeidstøy	Det legges til rette for bruk av arbeidstøy for alle ansatte som har pasientkontakt i døgnerområdene. Garderobeanlegg opprettes og tøyhåndtering ivaretas.
Hovedprosesser Flyt og struktur	Det etableres tydelige og adskilte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientflyt akutt</li> <li>• Pasientflyt elektiv</li> <li>• Pårørende/besøkende til pasienter</li> <li>• Personellflyt og vareflyt.</li> </ul>
Funksjonelle krav og nødvendig areal	Nødvendig areal for å ivareta lav sosial densitet, oversiktighet, sikkerhet og robusthet: fortrinnsvis 3 meter brede korridorer og 3 meter netto høyde i korridor/rom.

#### 4.8.2 Beskrivelse og krav - pasientmottak

Aktuelle beskrivelser krav for døgnerområde legges til grunn for akuttmottaket, videre beskrives krav utover dette.

- Felles akuttmottak med tett nærhet til to aktuelle døgnerheter.
- Nærhet til somatisk poliklinikk og lab er en fordel.
- Akutt flyt – adskilt i lukket korridor.
- Ivaretagelse av pårørende

### 4.8.3 Beskrivelse og krav - sikkerhet

Beskrivelser av krav for døgnområde *kapittel 4.8.1 Beskrivelser og krav - døgnområder* legges til grunn for døgnområde-sikkerhet.

Ytterligere krav baserer seg på beskrivelser i kapittel *4.2.5 PHV – Lokal og regional sikkerhet, rehabilitering*.

Følgende kapasitet er lagt til grunn; 20 sengene for lokal sikkerhet, hvorav 3 senger til regional sikkerhet inkludert. I tillegg kommer 3 treningsleiligheter for rehabilitering.

Døgnområde sikkerhet;

- Åpen døgnenhet: Den ene døgnenheten tilrettelegges for å ha kunne ha fri utgang «åpne dører» på dagtid, tilrettelagt for rehabilitering.
- Lukket døgnenhet: Den andre enheten er tilrettelagt for å være en lukket enhet med høy grad av robusthet og perimetersikring.
- For begge døgnenhetene legges det til rette, personalsamarbeid, fleksibilitet, slusing og kontroll og flere soner for uteområder med ulik funksjon.
- Døgnenhetene ligger fortrinnsvis på bakkenivå.
- Rehabilitering: 3 treningsleiligheter skal primært ligge i en egen enhet med fri utgang. Enheten ligger da utenfor sikkerhet døgnområde. Det er mulighet for tilknytte personal til leilighetene.

Perimetersikring

Den ene lukkede døgnenheten og tilhørende skjermede uteområder omfattes av krav til perimetersikring. Nivå på perimetersikringskrav utvikles og avklares til steg-2.

Uteområder – skjermet og rømningsikker

Døgnområde - sikkerhet har flere soner for uteområder med ulik funksjon;

- Flere uteområder i ulike størrelser med lett uhindret utgang fra hver av døgnenhetene.
- Større sikret uteområde (park, aktivitetsområde) for lukket døgnenhet.
- Uteområdene tilknyttet lukket døgnenhet har perimetersikring.

I tillegg benytter sikkerhetsseksjonen åpne usikrede uteområder og offentlige uteområder.

Robusthetsnivåer (matrise)

For døgnområde -sikkerhet benyttes R3 svært omfattende robusthetskrav.



Robusthetsmatrise	Robusthetsnivå 0 (R0) Ingen spesielle robusthetskrav	Robusthetsnivå 1 (R1) Medium robusthetskrav	Robusthetsnivå 2 (R2) Omfattende robusthetskrav	Robusthetsnivå 3 (R3) Svært omfattende robusthetskrav
Funksjonsbeskrivelse - type rom og arealer	<p>Dette er rom der pasienter ikke oppholder seg, eller rom der pasienten ikke oppholder seg uten at det er en planlagt hendelse og hvor personalet har rutiner som tar hensyn til at de tar pasienter med i usikret sone. Eksempel på rom er personalrom, kontorer, byggtekniske rom etc, samt fellesrom i åpen avdeling.</p>	<p>Dette er rom der pasienten ikke regelmessig og planlagt er alene, og der utagering eller selvsykdom som en regel oppdages og forhindres av ansatte. Eksempel på rom er samtalerom, undersøkelse/ behandlingsrom, poliklinikk, kontor/ behandling, stuer, fellesrom og aktivitetsrom i akutt og sikkerhetspsykiatri.</p>	<p>Dette er først og fremst pasientrom, dvs. rom der pasient regelmessig og planmessig er alene. Dette medfører at ansatte ikke har oversikt til enhver tid og at situasjoner med selvsykdom, vold og hærverk ikke oppdages umiddelbart.</p>	<p>Dette er i hovedsak for døgnområde seksjon for sikkerhet, Seksjon for utviklingshemmede og autismediagnoser (SUA), samt forsterkede enheter. Ekstra krav til robusthet knyttet til vold og aggresjonsproblematikk og økte krav til rømningssikkerhet.</p>

Figur 16 Robusthetsmatrise nivåer beskrivelse

#### 4.8.4 Beskrivelse og krav - poliklinikkområder

Aktuelle beskrivelser krav for døgnområde legges til grunn for poliklinikkområde, videre beskrives krav utover dette. Det opprettes et sammenhengende poliklinikkområde, hvor poliklinikkrommene inndelt i flere soner slik at man kan ivareta variasjon og utvikling av fagområdene.

- Nærhet mellom poliklinikkområder og døgnområdene
- En inngang, en felles ekspedisjon, med venteplasser i sonene.
- Mulighet for selvinnsjekk som gir mulighet til å vente i vestibyle i kantine..
- 43 poliklinikkrom, hvorav 8 ambulante poliklinikkrom
- 3 spesialrom, testrom.
- Ved behov for tverrfaglige møter, samhandlingsmøter med primærhelsetjeneste, pasient og pårørende, videokonsultasjoner er det behov for mindre møterom nært poliklinikkrommene.
- LIS jobber som vanlige behandlere og inngår i 43 poliklinikkrommene.
- Det etableres skjermet tilkomst til en mindre sone poliklinikkområde for enkelte pasienter/pasientgrupper.

#### Modeller poliklinikkrom

Det legges til grunn fleksible løsninger som understøtter teamsamarbeid og god produktivitet, hvor behandlerne fordeler seg på møterom, konsultasjon og dokumentasjon. God logistikk og predefinert timebok kan være gode løsninger.

Poliklinikkområdet baserer seg på fleksibilitet og prinsipper med ulike kombinasjoner og løsninger for poliklinikkrom,

- poliklinikkrom som ivaretar nøytralitet
- poliklinikkrom som ivaretar sikkerhet/assistering -evakuering.
- poliklinikkrom som ivaretar dokumentasjon

Det legges til grunn av omstilling av behandling fra 1-1 til større bruk av teambasert behandling, noe som vil ha betydning for at grupperom økes noe. Poliklinikkrommene kan ha ulike størrelser for å ivareta ulike behandlingsformer;

- 1-1 konsultasjoner,
- Minitime
- Gruppebehandling

Behov utover dette benyttes møterom/undervisningsrom.

### Smittevern

Pasienter som skal til dagbehandling og poliklinisk behandling/utredning bør behandles i areal som er lett tilgjengelige og ikke plassert langt inne i sykehuset. Ivaretagelse av generelle hygiene – smitteverntiltak legges til grunn.

### 4.8.5 Beskrivelse og krav - forskning og undervisning

FFU legges som en samlet funksjon med nærhet til undervisningscenter.

Hvor skjer undervisnings og forskning, henvises til *Tabell 6 FFU - hvor skjer undervisningsaktivitet.*

### 4.8.6 Pasienter og brukeres forventninger

“Et behandlingstilbud der man blir trygg er en god plass å komme.”

UNN HF gjennomfører et organisasjonsutviklingsprosjekt som skal beskrive og utvikle innholdet og organisering av virksomheten i forkant av oppstart av byggeprosjekt for nytt bygg for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Tromsø. Gjennomføring av prosjektet skal bidra til at fremtidig behandlingstilbud og ressursbehov, samt organisering av disse, sees i sammenheng med utforming av nye arealer for PHV og TSB.

Formålet med denne undersøkelsen er å få frem pasienter og brukeres forventninger og innspill til

- fremtidens behandlingstilbud og
- nytt sykehusbygg for PHV og TSB UNN Tromsø<sup>14</sup>.

Nedenfor er de to temaene gjengitt fra undersøkelsen. Prosjektet vurderer innspillene og så langt det lar seg gjøre ta hensyn til dem i videre dialog og i selve prosjektutviklingen.

---

<sup>14</sup> Bruker Spør Bruker undersøkelse av: Pasienters forventninger til fremtidens behandlingstilbud og nytt bygg for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved UNN HF Tromsø. Astrid Weber og Annika Alexandersen UNN HF/KBT 2021

### Forventninger til fremtidens behandlingstilbud

Det er en forventning om at fremtidens behandlingstilbud har flere spesialiserte behandlingstilbud innen psykisk helsevern. Dette for bedre å kunne ivareta pasienter og brukeres behov. For både TSB og PHV ansees rehabilitering og forebygging viktig for kvalitet. Recoveryorientering trekkes spesielt frem. Å ha et variert aktivitetstilbud og innhold i behandling fremkommer som et klart forbedringsområde. Videre trekkes spesielt det å ha fast behandlingsteam med kontinuitet ved innleggelse og poliklinisk behandling frem som å være av betydning. Som faktorer for å tilrettelegge for brukermedvirkning ansees forutsigbarhet, fleksibilitet og valgmulighet som viktige.

### Forventninger til nytt sykehusbygg

#### *Beliggenhet*

Det er ønskelig å beholde sykehuset på nåværende tomt - både for å ivareta diskresjon og behov for ro. Samtlige deltagere i evalueringen uttrykte bekymring for hvordan dette skulle ivaretas dersom sykehuset blir bygd i Breivika. Behov for beliggenhet med rolige omgivelser. Nærhet til natur og uteområder. Bør bygges slik at det begrenser ytre støy fra omgivelsene (for eksempel biltrafikk, og støy fra store folkemengder). Deltakerne ønsker ikke et sykehus som bygges i høyden, og mener høyder kan skape unødvendige utfordringer for folk. Tilgjengelighet til bygget, ved at det er lett å komme seg dit uten trengsel på f.eks. buss.

#### *Pasientrom*

Romslige rom som minsker opplevelsen av å være innesperret, og som samtidig ivaretar behovet for privatliv. Lyse rom, gjerne ulike farger på ulike rom. Egne bad tilknyttet rom, gjerne med mulighet for å låse dør på de sengeposter der man tenker det kan være forsvarlig. Lydisolering: man bør kunne ha samtaler på egne rom, dusje eller skylle ned på toalettet uten at andre pasienter hører hva som blir sagt eller gjort. Tilgang til internett. Mulighet for solavskjerming som kan styres fra rommet. Mulighet til å regulere temperatur på rommet selv. Det er ikke ønskelig med lys som dimmes eller slår seg selv av.

#### *Rom for aktiviteter*

Treningsrom med muligheter for ulik fysisk aktivitet. Rom for kreative uttrykk og håndarbeid. Rom for musikkterapi. Gymsal. Sanserom. Sansehage. Aktivitetsrom med mulighet for spill av feks biljard og bordtennis. "Medierom" - mulighet for bruk av datamaskiner og annet digitalt utstyr. Bibliotek. Felles treningskjøkken. Aktivitetssenter må være tilgjengelig for alle, også pasienter som har behov for følge av personal, er innlagt på akuttpost og er i akutt livskrise.

#### *Livssyn og kultur*

Stillerom/rom for mulighet til meditasjon og avspenning. Livssynsnøytralt rom.

### *Skolebygg*

Et nytt sykehusbygg bør ha tilrettelagte lokaler som kan benyttes som skole for å sikre at pasienter som er under videregående utdanning kan fullføre, samt tilrettelegge utdanningsforløp. Det bør også være mulighet for å starte med utdanning.

### *Fellesareal*

Mindre institusjonspreg. Stor nok plass til å unngå trengsel. Muligheter for ulike soner der man kan være sammen og allikevel selv velge om man vil ha en interaksjon med andre. Felles kafeteria som kan brukes av pasienter og pårørende. Røykerom/uteareal som er tilrettelagt for å røyke. Grupperom for undervisning og gruppeaktiviteter i behandling.

### *Inneklima*

Mulighet for å regulere varme og avkjøling avdelingsvis ved behov. (I dag er det få eller ingen muligheter for dette, og deltakerne gir uttrykk for at det er for kaldt særlig på vinteren.). Ønske om vannbåren varme i gulv.

### *Pårørende*

Besøksrom. Barnerom. Leilighet som pårørende og evt familier kan bruke. Det er ønskelig at rom som skal brukes av pårørende/familie/barsel er så lite institusjon preget som mulig.

### *Utsmykking og skilting*

Det er viktig for deltakerne at det nye sykehuset har kunst, farger og hyggelige omgivelser. Utsmykning og kunst som gjenspeiler folkekulturen i Nord-Norge. Et tilbud om utsmykking bør ha krav om at den samiske kulturen gjenspeiles. Dette kan blant annet gjøres ved å ha mønster fra tradisjonelt samisk håndverk og fotografier. Det bør være noen samiske rom som er bygd og innredet etter samisk byggeskikk (for eksempel lavvo eller gamme). Merking av skilt og rom bør gjøres både på Lulesamisk og Nordsamisk av noen som kan språkene. Skilting i dag er ikke tilfredsstillende.

### *Uteområder*

Mulighet for å komme seg ut uavhengig hvorvidt man er frivillig innlagt eller innlagt på tvangsparagraf. Atrier som minsker opplevelsen av å være innestengt. Uteområder som ivaretar både behov for fysisk aktivitet og ro: Benker. Tuftepark (treningsapparater). Ballbinge/mulighet for ballspill.

### *Smittevern*

Sykehuset må bygges slik at det ivaretar normal drift selv ved fremtidige pandemier.

### *Avdelinger generelt*

Fellesareal på avdelinger bør utformes slik at det er plass nok der det er naturlig at folk oppholder seg. Det beste er om alt kan være på et plan, i alle fall sengeposter, med direkte utgang ut, og med

ulike soner i sengepostene så man kan velge om man vil trekke seg tilbake men likevel være i fellesmiljøet. Materialer som tåler å bli vasket. Tilrettelagt slik at man kan se mennesker uten å måtte samhandle med andre. Flere "soner" inne på avdelingen, særlig i spiseareal, slik at man ikke enten må spise på rommet eller rundt et stort bord. Egen tv-stue. Nok samtalerom. Mulighet for å vaske klær. Medisinrom bør utformes slik at det taushetsplikten kan overholdes. Det bør tilrettelegges slik at det er plass til å snakke med medisinromsansvarlig på eller i nærhet av medisinrom, og ikke ute i korridoren utenfor.

#### *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

Det er ønskelig fra deltakerne å holde Rusbehandling Ung, Restart og avrusning adskilt fra hverandre i egne enheter separat fra sykehusbygningen. Avdelingene bør ha hybler/små leiligheter med eget kjøkken og bad. Viktig at enhetene ikke utformes som ordinær sykehusavdeling.

#### *Psykisk helsevern (PHV)*

For døgnenheter/rehabilitetings/spesialposter ønskes mindre enheter med 6-8 plasser. For samtlige døgnbaserte tilbud er direkte utgang/tilgang til uteområder trukket frem som viktig. Tilgang til meningsfulle aktiviteter går igjen som viktig i hele døgnvirksomheten, også akutt og særlig sikkerhet. For akuttpost spesifiseres nærhet til skadestue, tilrettelegging slik at adkomst til skjerming ivaretar personvern, og at akuttmottak og ambulanseinnang bør plasseres i nærhet av akuttpost, slik at man kan komme direkte videre til post. For sikkerhetspsykiatri og akuttpsykiatri spesifiseres behov for uteareal som ivaretar personvern.

#### *Somatikk og legevakt*

Spesialisert fysikalsk avdeling. Lokaler som er tilrettelagt for somatiske undersøkelser. Egen legevakt som tar seg av henvendelser som omhandler psykisk helse og rus.

### 4.8.7 Pårørendes rolle og rettigheter

Pårørende er en viktig ressurs i behandlingen av personer med psykiske lidelser og ruslidelser. Jo sykere pasienten er, desto viktigere at pårørende involveres og desto sterkere rettigheter har pårørende. Pårørende og pasient vil i de fleste tilfeller ha sammenfallende interesser. I noen situasjoner ønsker imidlertid pasienten ikke at pårørende skal involveres. Reglene om pårørendes rettigheter skal ivareta hensynet både til pasienten og til pårørende.

Henvising; Pasient- og brukerrettighetsloven<sup>15</sup>, Pårørendes rettigheter<sup>16</sup>, Pårørendeveileder<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet

<sup>16</sup> Pårørendes rettigheter. En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak. Utgitt av Helsedirektoratet.

<sup>17</sup> Pårørendeveileder. Utgitt av Helsedirektoratet. [www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder](http://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder)

#### 4.8.8 Pasientforløp frivillighet - tvang

Pasienter blir innlagt i sykehusbasert psykisk helsevern etter henvisning fra fastlege (planlagte innleggelse), fra poliklinikk eller som øyeblikkelig hjelp – henvist fra fastlege, legevakten eller via sykehusets akuttambulante team. Behandling i psykisk helsevern skjer som hovedregel ved frivillighet. Psykisk helsevernloven slår fast at helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Selv om tvang benyttes, skal behandlingen så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett.

De fleste som innlegges til tvungent psykisk helsevern, kommer til sykehuset som akuttinnlagt. Vedtak om tvungent psykisk helsevern er hjemlet i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven).

#### 4.8.9 Psykisk helsevernlov

Psykisk helsevernlov

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.

#### 4.8.10 Forskrift om tvungent psykisk helsevern

Institusjonen må være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig behandling kan ivaretas. I krav til funksjoner beskrevet i kapitlene, skal krav i forskrift (kap.II) være innfridd.

Kap. II. Krav til institusjoner som skal ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold (jf. psykisk helsevernloven § 3-1)

##### § 4.Materielle krav

Institusjonen må være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig behandling kan ivaretas. For institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, stilles det i tillegg følgende krav:

- a) institusjonen skal så langt det er mulig gi tilbud om enerom til pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.
- b) institusjonen skal ha tilstrekkelig med fellesarealer. Fellesarealene skal være oversiktlige.
- c) institusjonen skal ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål.

- d) institusjonen skal ha tilgang på egnede utearealer, som bør være i umiddelbar nærhet av institusjonen.
- e) institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at bruk av tvangstiltak i størst mulig grad kan unngås. Dersom tvangstiltak likevel må benyttes, skal institusjonen sørge for at den er materielt utrustet på en slik måte at anvendelse av tvangstiltak er forsvarlig.
- f) rom som tenkes brukt til isolasjon skal være egnet til formålet.
- g) institusjonen skal ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter

## 5 ROM OG AREAL

### 5.1 Etablering areal og rom

Kapasitet og arealramme

- Kapasitetsgrunnlaget for utvikling av romprogram er angitt i Tabell 3 Anbefalte kapasiteter.

Utvikling av romprogram for døgnområder og poliklinikkområde har vært basert på valgte kapasiteter med tilhørende areastandarder. Kapasitetsgrunnlaget for utvikling av romprogram er angitt i tabell 3 Anbefalte kapasiteter. Videre er det forutsatt at arealrammen for prosjektet er satt til 34.000 m<sup>2</sup> brutto. Utfra disse rammene skal romprogrammet bidra til å understøtte prosjektets effektmål, evalueringskriterier, funksjonelle behov og krav.

I prosjektet benyttes dRofus romdatabase, som i steg-1 gir en systematisk oversikt over typer rom, antall rom og arealoversikter.

Arealstandarder

Benyttede arealstander for dette prosjektet er basert på arealnormer anbefalt av Sykehusbygg.

- Generell døgnetthet: 45 kvm pr standard døgnplass
- Sone for skjerming; 60 kvm pr skjermet døgnplass
- Lokal sikkerhet; 60 kvm pr døgnplass
- Regional sikkerhet: er basert på lokal sikkerhet, men kan justeres noe høyere.
- Poliklinikk 25 kvm pr poliklinikkrom.
- Kontorclass 8 kvm

For rom som ikke omfattes av arealstander vil areal og rom utvikles og beregnes.

### 5.2 Romprogram utvikling

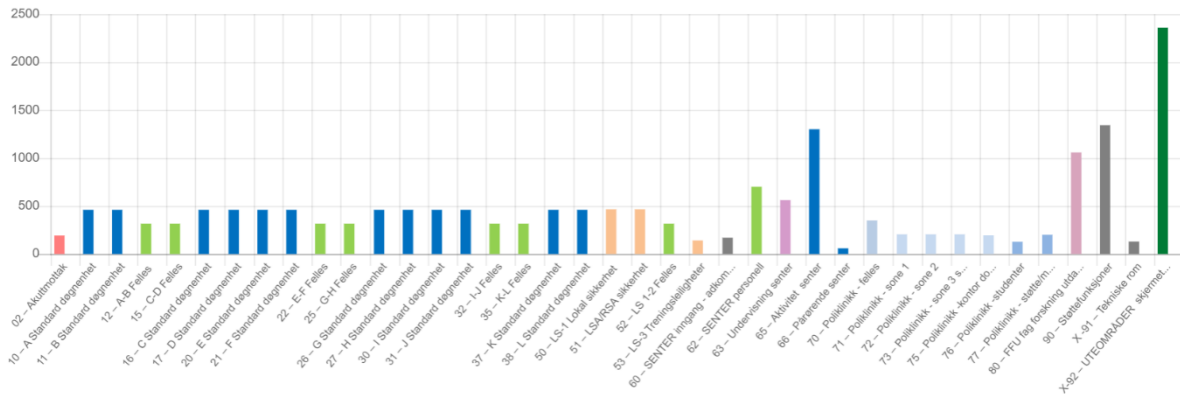
Oppsummering rombehov i dRofus\_vises i diagram under og er i henhold til status prosjektutvikling i steg-1 og kapasiteter angitt i Tabell 3 Anbefalte kapasiteter.

For å komme fra innmeldte rombehov og til første versjon av romprogram, er det blitt vurdert om det er tatt med alle typer og antall nødvendige rom. Deretter er rombehovet vurdert i forhold til sambruk, finne riktig nivå romstørrelser, til slutt vurdert om rom overflødig og kan utgå.



## Dokumentasjon utvikling romprogram

Dokumentasjon steg-1 for bearbeiding av romprogram, utgåtte areal og rom er i denne prosessen dokumentert i prosjekthotellet Pims sak: 83860 dRofus - romprogram steg-1<sup>18</sup>.



Figur 17 dRofus 29.04.21 arealoversikt

### Status pr 29.04.21

- Brutto funksjonsareal 34.560 m<sup>2</sup>.
- Planlagt brutto funksjonsareal for prosjektet er 34.000 m<sup>2</sup>.
- I tillegg vil det bli programmert brutto tekniske areal og uteområder.
- Arealoversikt og gjeldende romprogram blir løpende oppdatert i romdatabasen dRofus.

I de neste underkapitlene finnes oversikter funksjoner, areal og romprogram.

Til slutt vises tabell for totalt funksjonsareal i prosjektet.

<sup>18</sup> PIMS: Psykisk helse/rus UNN > Saksregister > 83860

## 5.3 Oversikt funksjoner rom og areal

Under vises utvalgte pasientrettede funksjoner med rom og areal.

For fullstendig arealoversikt for alle funksjoner vises det til kapittel 0 og Tabell 14.

### 5.3.1 Standard døgnetthet

<p>Antall standard døgnettheter - 12 stk. (markerte blå søyler).</p> <p>Areal pr døgnetthet 461 m2 netto.</p> <p>Areal 12 døgnettheter 5.532 m2 netto.</p>																																																																																																																									
<p>Oversikt rom innen en standard døgnetthet.</p> <p>12 døgnplasser, hvorav 8 standard, 2 skjermingsplasser, 1 kontaktsmitte, 1 HC</p>	<p><i>Tabell 9 Romoversikt døgnettheter standard</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Navn</th> <th>Antall rom</th> <th>Prog areal:</th> <th>Sum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Sum</b></td> <td><b>37</b></td> <td></td> <td><b>461,00</b></td> </tr> <tr> <td><b>10 A Standard døgnetthet</b></td> <td><b>37</b></td> <td></td> <td><b>461,00</b></td> </tr> <tr> <td><b>1 Standard døgnplass</b></td> <td><b>16</b></td> <td></td> <td><b>144,00</b></td> </tr> <tr> <td>Bad sengerom, Bad</td> <td>8</td> <td>4,00</td> <td>32,00</td> </tr> <tr> <td>Sengerom, Standard døgnplass</td> <td>8</td> <td>14,00</td> <td>112,00</td> </tr> <tr> <td><b>2 Skjermingsplass</b></td> <td><b>6</b></td> <td></td> <td><b>104,00</b></td> </tr> <tr> <td>Bad stort, Bad stort</td> <td>2</td> <td>6,00</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td>Forrom, Forrom skjerm</td> <td>1</td> <td>30,00</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Opphold, Skjerm opphold</td> <td>1</td> <td>30,00</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Skjerming døgnplass, Skjerming sengerom</td> <td>2</td> <td>16,00</td> <td>32,00</td> </tr> <tr> <td><b>3 Kontaktsmitte</b></td> <td><b>3</b></td> <td></td> <td><b>30,00</b></td> </tr> <tr> <td>Bad stort, Bad stort</td> <td>1</td> <td>6,00</td> <td>6,00</td> </tr> <tr> <td>Forrom, Forrom</td> <td>1</td> <td>8,00</td> <td>8,00</td> </tr> <tr> <td>Kontaktsmitte sengerom, Kontaktsmitteisolat</td> <td>1</td> <td>16,00</td> <td>16,00</td> </tr> <tr> <td><b>4 HC døgnplass</b></td> <td><b>2</b></td> <td></td> <td><b>22,00</b></td> </tr> <tr> <td>Bad stort, Bad stort</td> <td>1</td> <td>6,00</td> <td>6,00</td> </tr> <tr> <td>HC sengerom, HC sengerom</td> <td>1</td> <td>16,00</td> <td>16,00</td> </tr> <tr> <td><b>5 Spis aktivitet opphold</b></td> <td><b>6</b></td> <td></td> <td><b>87,00</b></td> </tr> <tr> <td>Aktivitetsrom</td> <td>1</td> <td>20,00</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Opphold nisje, Sittenisje</td> <td>2</td> <td>5,00</td> <td>10,00</td> </tr> <tr> <td>Opphold, Opphold TV</td> <td>1</td> <td>20,00</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Spiserom aktivitet</td> <td>1</td> <td>25,00</td> <td>25,00</td> </tr> <tr> <td>Vaskerom, Vaskerom</td> <td>1</td> <td>12,00</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td><b>6 Samtale gruppe</b></td> <td><b>2</b></td> <td></td> <td><b>32,00</b></td> </tr> <tr> <td>Samtale gruppe, Samtale gruppe</td> <td>1</td> <td>20,00</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Samtale, Samtale</td> <td>1</td> <td>12,00</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td><b>9 Personal</b></td> <td><b>2</b></td> <td></td> <td><b>42,00</b></td> </tr> <tr> <td>Arbeidsstasjon miljø, Arbeidsstasjon miljø</td> <td>1</td> <td>12,00</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td>Arbeidsstasjon, Arbeidsstasjon</td> <td>1</td> <td>30,00</td> <td>30,00</td> </tr> </tbody> </table>	Navn	Antall rom	Prog areal:	Sum	<b>Sum</b>	<b>37</b>		<b>461,00</b>	<b>10 A Standard døgnetthet</b>	<b>37</b>		<b>461,00</b>	<b>1 Standard døgnplass</b>	<b>16</b>		<b>144,00</b>	Bad sengerom, Bad	8	4,00	32,00	Sengerom, Standard døgnplass	8	14,00	112,00	<b>2 Skjermingsplass</b>	<b>6</b>		<b>104,00</b>	Bad stort, Bad stort	2	6,00	12,00	Forrom, Forrom skjerm	1	30,00	30,00	Opphold, Skjerm opphold	1	30,00	30,00	Skjerming døgnplass, Skjerming sengerom	2	16,00	32,00	<b>3 Kontaktsmitte</b>	<b>3</b>		<b>30,00</b>	Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00	Forrom, Forrom	1	8,00	8,00	Kontaktsmitte sengerom, Kontaktsmitteisolat	1	16,00	16,00	<b>4 HC døgnplass</b>	<b>2</b>		<b>22,00</b>	Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00	HC sengerom, HC sengerom	1	16,00	16,00	<b>5 Spis aktivitet opphold</b>	<b>6</b>		<b>87,00</b>	Aktivitetsrom	1	20,00	20,00	Opphold nisje, Sittenisje	2	5,00	10,00	Opphold, Opphold TV	1	20,00	20,00	Spiserom aktivitet	1	25,00	25,00	Vaskerom, Vaskerom	1	12,00	12,00	<b>6 Samtale gruppe</b>	<b>2</b>		<b>32,00</b>	Samtale gruppe, Samtale gruppe	1	20,00	20,00	Samtale, Samtale	1	12,00	12,00	<b>9 Personal</b>	<b>2</b>		<b>42,00</b>	Arbeidsstasjon miljø, Arbeidsstasjon miljø	1	12,00	12,00	Arbeidsstasjon, Arbeidsstasjon	1	30,00	30,00
Navn	Antall rom	Prog areal:	Sum																																																																																																																						
<b>Sum</b>	<b>37</b>		<b>461,00</b>																																																																																																																						
<b>10 A Standard døgnetthet</b>	<b>37</b>		<b>461,00</b>																																																																																																																						
<b>1 Standard døgnplass</b>	<b>16</b>		<b>144,00</b>																																																																																																																						
Bad sengerom, Bad	8	4,00	32,00																																																																																																																						
Sengerom, Standard døgnplass	8	14,00	112,00																																																																																																																						
<b>2 Skjermingsplass</b>	<b>6</b>		<b>104,00</b>																																																																																																																						
Bad stort, Bad stort	2	6,00	12,00																																																																																																																						
Forrom, Forrom skjerm	1	30,00	30,00																																																																																																																						
Opphold, Skjerm opphold	1	30,00	30,00																																																																																																																						
Skjerming døgnplass, Skjerming sengerom	2	16,00	32,00																																																																																																																						
<b>3 Kontaktsmitte</b>	<b>3</b>		<b>30,00</b>																																																																																																																						
Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00																																																																																																																						
Forrom, Forrom	1	8,00	8,00																																																																																																																						
Kontaktsmitte sengerom, Kontaktsmitteisolat	1	16,00	16,00																																																																																																																						
<b>4 HC døgnplass</b>	<b>2</b>		<b>22,00</b>																																																																																																																						
Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00																																																																																																																						
HC sengerom, HC sengerom	1	16,00	16,00																																																																																																																						
<b>5 Spis aktivitet opphold</b>	<b>6</b>		<b>87,00</b>																																																																																																																						
Aktivitetsrom	1	20,00	20,00																																																																																																																						
Opphold nisje, Sittenisje	2	5,00	10,00																																																																																																																						
Opphold, Opphold TV	1	20,00	20,00																																																																																																																						
Spiserom aktivitet	1	25,00	25,00																																																																																																																						
Vaskerom, Vaskerom	1	12,00	12,00																																																																																																																						
<b>6 Samtale gruppe</b>	<b>2</b>		<b>32,00</b>																																																																																																																						
Samtale gruppe, Samtale gruppe	1	20,00	20,00																																																																																																																						
Samtale, Samtale	1	12,00	12,00																																																																																																																						
<b>9 Personal</b>	<b>2</b>		<b>42,00</b>																																																																																																																						
Arbeidsstasjon miljø, Arbeidsstasjon miljø	1	12,00	12,00																																																																																																																						
Arbeidsstasjon, Arbeidsstasjon	1	30,00	30,00																																																																																																																						

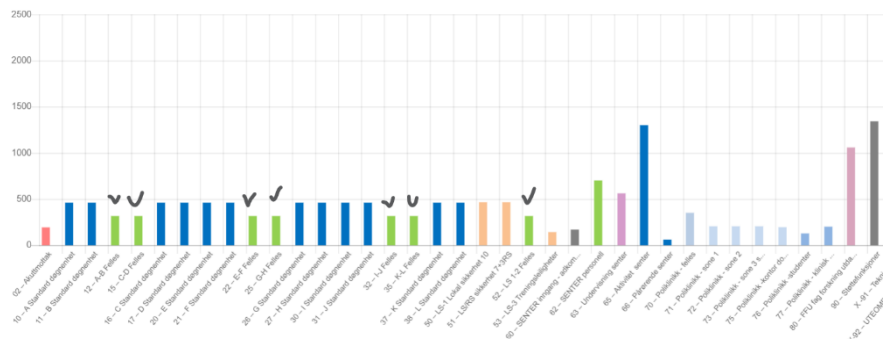
## 5.3.2 Lokal -og regional sikkerhet

<p>Areal pr døgnetterhet sikkerhet 467 m2 netto</p> <p>Areal 2 døgnetterhet sikkerhet 934 m2 netto. 3 treningsleiligheter areal 142 m2 netto. (markerte oransje søyler)</p>																																																																																																																					
<p>Oversikt rom innen en døgnetterhet – sikkerhet.</p> <p>Forskjell fra standard døgnetterhet;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 døgnetterplasser.</li> <li>• Større sengerom</li> <li>• Flere oppholds - og aktivitetsrom</li> </ul> <p>= større areal pr pasient enn standard døgnetterhet.</p> <p>10 døgnetterplasser, hvorav 6 standard, 2 skjermingsplasser, 1 kontaktsmitte, 1 HC</p>	<p><i>Tabell 10 Romoversikt døgnetterhet sikkerhet og treningsleiligheter</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Navn</th> <th>Antall rom</th> <th>Prog areal:</th> <th>Sum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Sum</b></td> <td><b>32</b></td> <td></td> <td><b>467,00</b></td> </tr> <tr> <td><b>51 LSA/RSA sikkerhet</b></td> <td><b>32</b></td> <td></td> <td><b>467,00</b></td> </tr> <tr> <td><b>1 Sikkerhet døgnetterplass</b></td> <td><b>12</b></td> <td></td> <td><b>132,00</b></td> </tr> <tr> <td>Bad sengerom, Bad</td> <td>6</td> <td>6,00</td> <td>36,00</td> </tr> <tr> <td>Sengerom, Sikkerhet døgnetterplass</td> <td>6</td> <td>16,00</td> <td>96,00</td> </tr> <tr> <td><b>2 Skjermingsplass</b></td> <td><b>6</b></td> <td></td> <td><b>104,00</b></td> </tr> <tr> <td>Bad stort, Bad stort</td> <td>2</td> <td>6,00</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td>Forrom, Forrom skjerm</td> <td>1</td> <td>30,00</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Opphold, Skjerm opphold</td> <td>1</td> <td>30,00</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Skjerming døgnetterplass, Skjerming sengerom</td> <td>2</td> <td>16,00</td> <td>32,00</td> </tr> <tr> <td><b>3 Kontaktsmitte</b></td> <td><b>3</b></td> <td></td> <td><b>30,00</b></td> </tr> <tr> <td>Bad stort, Bad stort</td> <td>1</td> <td>6,00</td> <td>6,00</td> </tr> <tr> <td>Forrom, Forrom</td> <td>1</td> <td>8,00</td> <td>8,00</td> </tr> <tr> <td>Kontaktsmitte sengerom, Kontaktsmitteisolat</td> <td>1</td> <td>16,00</td> <td>16,00</td> </tr> <tr> <td><b>4 HC døgnetterplass</b></td> <td><b>2</b></td> <td></td> <td><b>22,00</b></td> </tr> <tr> <td>Bad stort, Bad stort</td> <td>1</td> <td>6,00</td> <td>6,00</td> </tr> <tr> <td>HC sengerom, HC sengerom</td> <td>1</td> <td>16,00</td> <td>16,00</td> </tr> <tr> <td><b>5 Spis aktivitet opphold</b></td> <td><b>6</b></td> <td></td> <td><b>117,00</b></td> </tr> <tr> <td>Aktivitet , fysisk/kreativ</td> <td>1</td> <td>30,00</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Opphold nisje, Sittensisje</td> <td>2</td> <td>10,00</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Opphold, Opphold TV</td> <td>1</td> <td>30,00</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Spiserom aktivitet, Spiserom</td> <td>1</td> <td>25,00</td> <td>25,00</td> </tr> <tr> <td>Vaskerom, Vaskerom</td> <td>1</td> <td>12,00</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td><b>6 Samtale gruppe</b></td> <td><b>1</b></td> <td></td> <td><b>20,00</b></td> </tr> <tr> <td>Samtale gruppe, Samtale gruppe</td> <td>1</td> <td>20,00</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td><b>9 Personal</b></td> <td><b>2</b></td> <td></td> <td><b>42,00</b></td> </tr> <tr> <td>Arbeidsstasjon miljø, Arbeidsstasjon miljø</td> <td>1</td> <td>12,00</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td>Arbeidsstasjon, Arbeidsstasjon</td> <td>1</td> <td>30,00</td> <td>30,00</td> </tr> </tbody> </table>	Navn	Antall rom	Prog areal:	Sum	<b>Sum</b>	<b>32</b>		<b>467,00</b>	<b>51 LSA/RSA sikkerhet</b>	<b>32</b>		<b>467,00</b>	<b>1 Sikkerhet døgnetterplass</b>	<b>12</b>		<b>132,00</b>	Bad sengerom, Bad	6	6,00	36,00	Sengerom, Sikkerhet døgnetterplass	6	16,00	96,00	<b>2 Skjermingsplass</b>	<b>6</b>		<b>104,00</b>	Bad stort, Bad stort	2	6,00	12,00	Forrom, Forrom skjerm	1	30,00	30,00	Opphold, Skjerm opphold	1	30,00	30,00	Skjerming døgnetterplass, Skjerming sengerom	2	16,00	32,00	<b>3 Kontaktsmitte</b>	<b>3</b>		<b>30,00</b>	Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00	Forrom, Forrom	1	8,00	8,00	Kontaktsmitte sengerom, Kontaktsmitteisolat	1	16,00	16,00	<b>4 HC døgnetterplass</b>	<b>2</b>		<b>22,00</b>	Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00	HC sengerom, HC sengerom	1	16,00	16,00	<b>5 Spis aktivitet opphold</b>	<b>6</b>		<b>117,00</b>	Aktivitet , fysisk/kreativ	1	30,00	30,00	Opphold nisje, Sittensisje	2	10,00	20,00	Opphold, Opphold TV	1	30,00	30,00	Spiserom aktivitet, Spiserom	1	25,00	25,00	Vaskerom, Vaskerom	1	12,00	12,00	<b>6 Samtale gruppe</b>	<b>1</b>		<b>20,00</b>	Samtale gruppe, Samtale gruppe	1	20,00	20,00	<b>9 Personal</b>	<b>2</b>		<b>42,00</b>	Arbeidsstasjon miljø, Arbeidsstasjon miljø	1	12,00	12,00	Arbeidsstasjon, Arbeidsstasjon	1	30,00	30,00
Navn	Antall rom	Prog areal:	Sum																																																																																																																		
<b>Sum</b>	<b>32</b>		<b>467,00</b>																																																																																																																		
<b>51 LSA/RSA sikkerhet</b>	<b>32</b>		<b>467,00</b>																																																																																																																		
<b>1 Sikkerhet døgnetterplass</b>	<b>12</b>		<b>132,00</b>																																																																																																																		
Bad sengerom, Bad	6	6,00	36,00																																																																																																																		
Sengerom, Sikkerhet døgnetterplass	6	16,00	96,00																																																																																																																		
<b>2 Skjermingsplass</b>	<b>6</b>		<b>104,00</b>																																																																																																																		
Bad stort, Bad stort	2	6,00	12,00																																																																																																																		
Forrom, Forrom skjerm	1	30,00	30,00																																																																																																																		
Opphold, Skjerm opphold	1	30,00	30,00																																																																																																																		
Skjerming døgnetterplass, Skjerming sengerom	2	16,00	32,00																																																																																																																		
<b>3 Kontaktsmitte</b>	<b>3</b>		<b>30,00</b>																																																																																																																		
Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00																																																																																																																		
Forrom, Forrom	1	8,00	8,00																																																																																																																		
Kontaktsmitte sengerom, Kontaktsmitteisolat	1	16,00	16,00																																																																																																																		
<b>4 HC døgnetterplass</b>	<b>2</b>		<b>22,00</b>																																																																																																																		
Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00																																																																																																																		
HC sengerom, HC sengerom	1	16,00	16,00																																																																																																																		
<b>5 Spis aktivitet opphold</b>	<b>6</b>		<b>117,00</b>																																																																																																																		
Aktivitet , fysisk/kreativ	1	30,00	30,00																																																																																																																		
Opphold nisje, Sittensisje	2	10,00	20,00																																																																																																																		
Opphold, Opphold TV	1	30,00	30,00																																																																																																																		
Spiserom aktivitet, Spiserom	1	25,00	25,00																																																																																																																		
Vaskerom, Vaskerom	1	12,00	12,00																																																																																																																		
<b>6 Samtale gruppe</b>	<b>1</b>		<b>20,00</b>																																																																																																																		
Samtale gruppe, Samtale gruppe	1	20,00	20,00																																																																																																																		
<b>9 Personal</b>	<b>2</b>		<b>42,00</b>																																																																																																																		
Arbeidsstasjon miljø, Arbeidsstasjon miljø	1	12,00	12,00																																																																																																																		
Arbeidsstasjon, Arbeidsstasjon	1	30,00	30,00																																																																																																																		
<p>Oversikt rom innen en treningsleilighet</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Navn</th> <th>Antall rom</th> <th>Prog areal:</th> <th>Sum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Sum</b></td> <td><b>4</b></td> <td></td> <td><b>142,00</b></td> </tr> <tr> <td><b>53 LS-3 Treningsleiligheter</b></td> <td><b>12</b></td> <td></td> <td><b>142,00</b></td> </tr> <tr> <td><b>1 Leilighet-1</b></td> <td><b>4</b></td> <td></td> <td><b>44,00</b></td> </tr> <tr> <td>Bad stort, LS leilighet</td> <td>1</td> <td>4,00</td> <td>4,00</td> </tr> <tr> <td>Døgnetterplass, LS leilighet</td> <td>1</td> <td>14,00</td> <td>14,00</td> </tr> <tr> <td>Kjøkken, LS leilighet</td> <td>1</td> <td>10,00</td> <td>10,00</td> </tr> <tr> <td>Opphold, LS leilighet</td> <td>1</td> <td>16,00</td> <td>16,00</td> </tr> </tbody> </table>	Navn	Antall rom	Prog areal:	Sum	<b>Sum</b>	<b>4</b>		<b>142,00</b>	<b>53 LS-3 Treningsleiligheter</b>	<b>12</b>		<b>142,00</b>	<b>1 Leilighet-1</b>	<b>4</b>		<b>44,00</b>	Bad stort, LS leilighet	1	4,00	4,00	Døgnetterplass, LS leilighet	1	14,00	14,00	Kjøkken, LS leilighet	1	10,00	10,00	Opphold, LS leilighet	1	16,00	16,00																																																																																				
Navn	Antall rom	Prog areal:	Sum																																																																																																																		
<b>Sum</b>	<b>4</b>		<b>142,00</b>																																																																																																																		
<b>53 LS-3 Treningsleiligheter</b>	<b>12</b>		<b>142,00</b>																																																																																																																		
<b>1 Leilighet-1</b>	<b>4</b>		<b>44,00</b>																																																																																																																		
Bad stort, LS leilighet	1	4,00	4,00																																																																																																																		
Døgnetterplass, LS leilighet	1	14,00	14,00																																																																																																																		
Kjøkken, LS leilighet	1	10,00	10,00																																																																																																																		
Opphold, LS leilighet	1	16,00	16,00																																																																																																																		

### 5.3.3 Personal og støtterom døgneheter

Areal personal og felles støtterom for to døgneheter. 317 m2 netto

Areal for 7 døgnområder. 2.219 m2 netto. (markerte grønne søyler)



Oversikt rom personal og felles støtterom.

Tabell 11 Romoversikt Personal og støtterom døgneheter

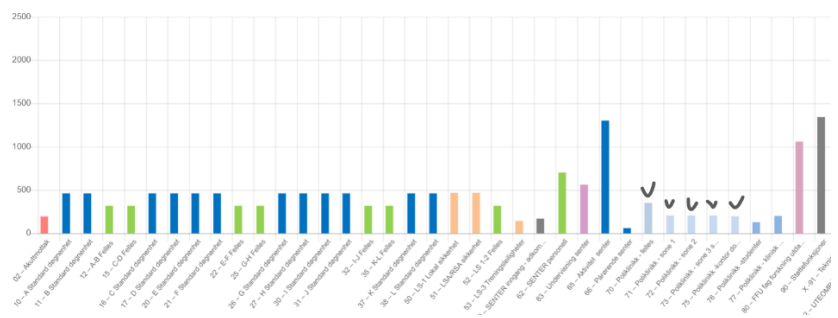
Navn	Antall rom	Prog areal:	Sum
<b>Sum</b>	<b>27</b>		<b>317,00</b>
<b>12 A-B Felles</b>	<b>27</b>		<b>317,00</b>
<b>1 Personal</b>	<b>8</b>		<b>127,00</b>
Garderobe, Ytterklær	1	8,00	8,00
Kontorpass 1 møte	2	12,00	24,00
Kontorpass 4	1	24,00	24,00
Kopi skriver, Kopi skriver	1	6,00	6,00
Møte/pause, Møte/pause	1	30,00	30,00
Møte/team, Møte/team	1	30,00	30,00
T-kjøkken, T-kjøkken	1	5,00	5,00
<b>2 Støtte</b>	<b>7</b>		<b>86,00</b>
Desinfeksjon, Desinfeksjon, renhold	1	12,00	12,00
Kjøkken, Avdelingskjøkken	1	20,00	20,00
Lager, rent, Lager, rent	1	12,00	12,00
Lager, tøy, Lager, tøy	1	6,00	6,00
Medisin, Medisin	1	12,00	12,00
Miljøstasjon, Avfall, urent tøy	1	10,00	10,00
Undersøkelse, Undersøkelse	1	14,00	14,00
<b>3 Inngang</b>	<b>4</b>		<b>44,00</b>
Sluse, Sluse inngang	2	16,00	32,00
WC HC, WC HC	2	6,00	12,00
<b>4 Samtale gruppe</b>	<b>1</b>		<b>20,00</b>
Samtale gruppe, Samtale gruppe	1	20,00	20,00
<b>5 Pårørende</b>	<b>1</b>		<b>20,00</b>
Opphold, Pårørende	1	20,00	20,00
<b>8 Sanitær</b>	<b>6</b>		<b>20,00</b>
WC, WC personell	2	2,00	4,00
WC HC, WC HC offentlig	1	6,00	6,00
WC HC, WC HC personell	1	6,00	6,00
WC, WC offentlig	2	2,00	4,00

## 5.3.4 Aktivitetssenter og pårørendeområde

<p>Areal          Aktivitetssenter          1301 m2 netto.          Pårørendesenter          60 m2 netto*.</p> <p>(markerte mørkeblå søyler)</p>																																																																																																																									
<p>Oversikt rom innen Aktivitetssenter og Pårørendeområde</p> <p>*Pårørende er i tillegg ivaretatt med rom i Akuttmottak og de enkelte døgnområder.</p>	<p><i>Tabell 12 romoversikt Aktivitetssenter og Pårørendesenter</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sum</th> <th>26</th> <th>1 301,00</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>65 Aktivitet senter</b></td> <td><b>26</b></td> <td><b>1 301,00</b></td> </tr> <tr> <td><b>10 Kantine</b></td> <td><b>1</b></td> <td><b>200,00</b></td> </tr> <tr> <td>Kantine, Pasient + åpen</td> <td>1</td> <td>200,00</td> </tr> <tr> <td><b>14 Bibliotek</b></td> <td><b>4</b></td> <td><b>162,00</b></td> </tr> <tr> <td>Arkiv, Magasin bibliotek</td> <td>1</td> <td>50,00</td> </tr> <tr> <td>Kontorplass 2</td> <td>1</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td>Lager, bibliotek</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Lesesal</td> <td>1</td> <td>80,00</td> </tr> <tr> <td><b>15 Fysisk aktivitet</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>525,00</b></td> </tr> <tr> <td>Gymsal</td> <td>1</td> <td>100,00</td> </tr> <tr> <td>Gymsal stor, Takhøyde 2 etg</td> <td>1</td> <td>350,00</td> </tr> <tr> <td>Trening, Apparat</td> <td>1</td> <td>75,00</td> </tr> <tr> <td><b>20 Avslappende aktivitet</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>60,00</b></td> </tr> <tr> <td>Seremonirom, Flerkulturell livssynsrom</td> <td>1</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Yoga meditasjon etc, Flerbruk</td> <td>1</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td><b>30 Uttrykksterapi</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>60,00</b></td> </tr> <tr> <td>Kunst, Uttrykksterapi</td> <td>1</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Musikk, Uttrykksterapi</td> <td>1</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td><b>40 Mestring</b></td> <td><b>1</b></td> <td><b>30,00</b></td> </tr> <tr> <td>Treningskjøkken, Kostholdsveiledning</td> <td>1</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td><b>70 Støtterom aktivitet</b></td> <td><b>2</b></td> <td><b>40,00</b></td> </tr> <tr> <td>Lager</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Lager, fysisk aktivitet</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td><b>90 SMI skolen</b></td> <td><b>8</b></td> <td><b>172,00</b></td> </tr> <tr> <td>Kjøkken, Avdelingskjøkken</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Kontorplass 1 møte</td> <td>1</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td>Kontorplass 5, Gruppekantor</td> <td>1</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Møte/team, Møte/team</td> <td>1</td> <td>30,00</td> </tr> <tr> <td>Naturfag klasserom</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Opphold, Opphold TV</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Samtale gruppe, Samtale gruppe</td> <td>2</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td><b>95 Kulturavdeling</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>52,00</b></td> </tr> <tr> <td>Kontorplass 2</td> <td>1</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td>Musikk, Kulturavdelingen</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Studio, Kulturavdelingen</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td><b>66 Pårørende senter</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>60,00</b></td> </tr> <tr> <td>Barnerom, Pårørende</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Familierom, Pårørende</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>Informasjon, Pårørende</td> <td>1</td> <td>20,00</td> </tr> </tbody> </table>	Sum	26	1 301,00	<b>65 Aktivitet senter</b>	<b>26</b>	<b>1 301,00</b>	<b>10 Kantine</b>	<b>1</b>	<b>200,00</b>	Kantine, Pasient + åpen	1	200,00	<b>14 Bibliotek</b>	<b>4</b>	<b>162,00</b>	Arkiv, Magasin bibliotek	1	50,00	Kontorplass 2	1	12,00	Lager, bibliotek	1	20,00	Lesesal	1	80,00	<b>15 Fysisk aktivitet</b>	<b>3</b>	<b>525,00</b>	Gymsal	1	100,00	Gymsal stor, Takhøyde 2 etg	1	350,00	Trening, Apparat	1	75,00	<b>20 Avslappende aktivitet</b>	<b>2</b>	<b>60,00</b>	Seremonirom, Flerkulturell livssynsrom	1	30,00	Yoga meditasjon etc, Flerbruk	1	30,00	<b>30 Uttrykksterapi</b>	<b>2</b>	<b>60,00</b>	Kunst, Uttrykksterapi	1	30,00	Musikk, Uttrykksterapi	1	30,00	<b>40 Mestring</b>	<b>1</b>	<b>30,00</b>	Treningskjøkken, Kostholdsveiledning	1	30,00	<b>70 Støtterom aktivitet</b>	<b>2</b>	<b>40,00</b>	Lager	1	20,00	Lager, fysisk aktivitet	1	20,00	<b>90 SMI skolen</b>	<b>8</b>	<b>172,00</b>	Kjøkken, Avdelingskjøkken	1	20,00	Kontorplass 1 møte	1	12,00	Kontorplass 5, Gruppekantor	1	30,00	Møte/team, Møte/team	1	30,00	Naturfag klasserom	1	20,00	Opphold, Opphold TV	1	20,00	Samtale gruppe, Samtale gruppe	2	20,00	<b>95 Kulturavdeling</b>	<b>3</b>	<b>52,00</b>	Kontorplass 2	1	12,00	Musikk, Kulturavdelingen	1	20,00	Studio, Kulturavdelingen	1	20,00	<b>66 Pårørende senter</b>	<b>3</b>	<b>60,00</b>	Barnerom, Pårørende	1	20,00	Familierom, Pårørende	1	20,00	Informasjon, Pårørende	1	20,00
Sum	26	1 301,00																																																																																																																							
<b>65 Aktivitet senter</b>	<b>26</b>	<b>1 301,00</b>																																																																																																																							
<b>10 Kantine</b>	<b>1</b>	<b>200,00</b>																																																																																																																							
Kantine, Pasient + åpen	1	200,00																																																																																																																							
<b>14 Bibliotek</b>	<b>4</b>	<b>162,00</b>																																																																																																																							
Arkiv, Magasin bibliotek	1	50,00																																																																																																																							
Kontorplass 2	1	12,00																																																																																																																							
Lager, bibliotek	1	20,00																																																																																																																							
Lesesal	1	80,00																																																																																																																							
<b>15 Fysisk aktivitet</b>	<b>3</b>	<b>525,00</b>																																																																																																																							
Gymsal	1	100,00																																																																																																																							
Gymsal stor, Takhøyde 2 etg	1	350,00																																																																																																																							
Trening, Apparat	1	75,00																																																																																																																							
<b>20 Avslappende aktivitet</b>	<b>2</b>	<b>60,00</b>																																																																																																																							
Seremonirom, Flerkulturell livssynsrom	1	30,00																																																																																																																							
Yoga meditasjon etc, Flerbruk	1	30,00																																																																																																																							
<b>30 Uttrykksterapi</b>	<b>2</b>	<b>60,00</b>																																																																																																																							
Kunst, Uttrykksterapi	1	30,00																																																																																																																							
Musikk, Uttrykksterapi	1	30,00																																																																																																																							
<b>40 Mestring</b>	<b>1</b>	<b>30,00</b>																																																																																																																							
Treningskjøkken, Kostholdsveiledning	1	30,00																																																																																																																							
<b>70 Støtterom aktivitet</b>	<b>2</b>	<b>40,00</b>																																																																																																																							
Lager	1	20,00																																																																																																																							
Lager, fysisk aktivitet	1	20,00																																																																																																																							
<b>90 SMI skolen</b>	<b>8</b>	<b>172,00</b>																																																																																																																							
Kjøkken, Avdelingskjøkken	1	20,00																																																																																																																							
Kontorplass 1 møte	1	12,00																																																																																																																							
Kontorplass 5, Gruppekantor	1	30,00																																																																																																																							
Møte/team, Møte/team	1	30,00																																																																																																																							
Naturfag klasserom	1	20,00																																																																																																																							
Opphold, Opphold TV	1	20,00																																																																																																																							
Samtale gruppe, Samtale gruppe	2	20,00																																																																																																																							
<b>95 Kulturavdeling</b>	<b>3</b>	<b>52,00</b>																																																																																																																							
Kontorplass 2	1	12,00																																																																																																																							
Musikk, Kulturavdelingen	1	20,00																																																																																																																							
Studio, Kulturavdelingen	1	20,00																																																																																																																							
<b>66 Pårørende senter</b>	<b>3</b>	<b>60,00</b>																																																																																																																							
Barnerom, Pårørende	1	20,00																																																																																																																							
Familierom, Pårørende	1	20,00																																																																																																																							
Informasjon, Pårørende	1	20,00																																																																																																																							

## 5.3.5 Poliklinikkområde

Areal poliklinikkområde.  
 1.162 m2 netto.  
 (markerte lyseblå søyler).



Oversikt rom  
 poliklinikkområde som  
 består av;

- Felles
- Tre soner med poliklinikkrom
- Dokumentasjon

Tilknyttet  
 poliklinikkområdet  
 finnes areal for

- studenter og
- støtte/  
 medisinsk service.

Tabell 13 Romoversikt poliklinikkområde

<b>70 Poliklinikk - felles</b>	<b>35</b>	<b>351,00</b>
<b>20 Spesialrom</b>	<b>3</b>	<b>48,00</b>
Spesialrom, Testrom	3	16,00 48,00
<b>21 Digital poliklinikk</b>	<b>4</b>	<b>48,00</b>
Konsultasjon digital poliklinikk	4	12,00 48,00
<b>22 Somatisk poliklinikk</b>	<b>2</b>	<b>40,00</b>
Behandling, Behandling G2/ehelse	1	20,00 20,00
Undersøkelse, US rom G1	1	20,00 20,00
<b>40 Støtte møte</b>	<b>10</b>	<b>129,00</b>
Desinfeksjon, Desinfeksjon, renhold	1	12,00 12,00
Kopi skriver, Kopi skriver	3	6,00 18,00
Lager, rent, Lager, rent	1	12,00 12,00
Medisin, Medisin	1	12,00 12,00
Miljøstasjon, Avfall, urent tøy	1	10,00 10,00
Møte/pause, Møte/pause	1	30,00 30,00
Møte/team, Møte/team	1	30,00 30,00
T-kjøkken, T-kjøkken	1	5,00 5,00
<b>50 Inngang ventesoner</b>	<b>4</b>	<b>46,00</b>
Ekspedisjon, Ekspedisjon	1	16,00 16,00
Ventesone, Ventesone	3	10,00 30,00
<b>8 Sanitær</b>	<b>12</b>	<b>40,00</b>
WC, WC personell	4	2,00 8,00
WC HC, WC HC offentlig	2	6,00 12,00
WC HC, WC HC personell	2	6,00 12,00
WC, WC offentlig	4	2,00 8,00
<b>71 Poliklinikk - sone 1</b>	<b>16</b>	<b>205,00</b>
Dokumentasjon 2 plasser	3	8,00 24,00
Konsultasjon med dokumentasjon, 3 pers	2	14,00 28,00
Konsultasjon, 3 personer	8	12,00 96,00
Konsultasjon gruppe, 8 pasienter 2 behandlere	1	25,00 25,00
Konsultasjon miniteam, 6 personer	2	16,00 32,00
<b>75 Poliklinikk -kontor dokumentasjon</b>	<b>16</b>	<b>196,00</b>
Dokumentasjon 1 plass	6	6,00 36,00
Kontorclass 1 møte	4	12,00 48,00
Kontorclass 4, Gruppekontor	4	24,00 96,00
Kontorclass, Kontorclass	2	8,00 16,00

### 5.3.6 Total oversikt areal funksjonsområder

Under vises fullstendig oversikt over funksjonelle netto areal vist kvadratmeter (m2).

Tabell 14 Total oversikt areal funksjonsområder

Funksjon	Beskrivelse	m2	Henvis
Akuttmottak	Sluse, undersøkelsesrom, pårørenderom og samtale	194	
Døgnområder - standard	Inkl personal/støtte.	7.434	0
Døgnområde - sikkerhet	Inkl personal/støtte og 3 treningsleiligheter.	1.393	0
Inngangsområder	Vestibyleområde, ekspedisjon og ventesoner.	170	
Personellområde	Kontorområde for behandlere døgnetheter, stab/ledelse.	702	
Aktivitetssenter	Pasientrettet arealer for ulike typer aktivitet, trening og sosialisering.	1.301	0
Pårørendeområde	Ivaretagelse av pårørende. I tillegg kommer rom i akuttmottak og døgnområdene.	60	0
Poliklinikkområde	Ivaretar kapasitet i henhold til 43 poliklinikkrom. Inkl studentareal, støtte/medisinsk (321 m2).	1.491	0
Undervisningssenter	Felles undervisningsrom for døgnområdene, poliklinikkområde og FFU.	562	
FFU- fag forskning utdanning	Fagutvikling, Forskning/UiT, Simulering, RVTS, VIVAT; SIFER.	1.059	
Støttefunksjoner	Varemottak, mottakskjøkken, renhold, avfall, teknisk, vaskeri, garderobeanlegg.	1.343	
Totalsum netto areal		15.709	
Totalsum brutto areal	Brutto-netto faktor: 2,2	34.560	

## 5.4 Steg-2 skisseprosjekt

Følgende bearbeiding vil skje i løpet av steg-2 frem til skisseprosjekt;

- Rom vil bli klassifisert i henhold til Klassifikasjonssystemet for helsebygg<sup>19</sup>.
- Rom vil bli tilknyttet standardromkatalog<sup>20</sup> (utviklet av Sykehusbygg).
- RFP romfunksjon beskrivelser vil bli utarbeidet og krav settes.
- Utstyr tilhørende rom vil bli bearbeidet.
- Sosial densitet vil bli beregnet for døgnområdene.
- Robusthetsplan<sup>21</sup> med robusthetsmatrise og robusthetssoner vil bli etablert.

I skisseprosjekt vil arkitektens modell bli synkronisert med dRofus database og være 1-1 i henhold til BIM manual<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> [www.klassifikasjonssystemet.no](http://www.klassifikasjonssystemet.no)

<sup>20</sup> <https://sykehusbygg.no/kunnskapsdeling/verktøy>

<sup>21</sup> PHR-0000-Z-AA-0006 PHR Spesielle funksjonskrav for psykiatribygg med robusthetsmatrise

<sup>22</sup> PHR-0000-Z-AA-0004 PHR Prosjektspesifikk BIM-manual



## 6 TEKNIKK

### 6.1 Ambisjonsnivået for tekniske løsninger (Målsetninger og overordnede føringer)

Programdel teknikk definerer ambisjonsnivået for tekniske løsninger og bygningsdesign på et overordnet nivå. Programmet viser overordnede krav til bygningsutforming, teknisk infrastruktur, energieffektivitet, miljøbelastning, sikkerhet, transportløsninger og tekniske systemer. Programmet definerer i tillegg hvilke delområder som skal risikovurderes (ROS), kostnadsvurderes (LCC) og livssyklusvurderes (LCA).

Programdel teknikk er et styrende dokument i planleggingen av et nytt bygg for psykisk helsevern og rusbehandling i Tromsø. Det bidrar til å skape en overordnet felles teknisk referanse for ulike grupper og aktører gjennom hele planleggingsprosessen. Programdel teknikk danner sammen med hovedfunksjonsprogram og hovedprogram utstyr grunnlag for arbeid med skisseprosjekt, forprosjekt og detaljprosjekt.

I forprosjektfasen skal programdel teknikk videreføres og detaljeres i samarbeid med arkitekt og rådgivergruppen slik at det foreligger et godt underlag for gjennomføring av detaljprosjektering.

Overordnede krav i programdel teknikk er ivaretatt av en prosjektspesifikk kravliste som inkluderer ansvar og rollefordeling. Hensikten med dette oppsettet er at føringer som har betydning for kostnader og design blir fanget opp før utarbeidelse av skisser, kostnadskalkyler og usikkerhetsanalyser.

Listen over teknisk krav er delt i følgende kategorier med basis i Bygningstabellen (NS3451):

- Tverrgående føringer
- Bygning
- VVS
- Elkraft
- IKT og automasjon
- Andre installasjoner
- Utendørs

Sykehusbygg har under hver av de overnevnte kategorier utarbeidet en database med funksjonskrav. Det er i etterfølgende liste i kap. 6.6 satt sammen krav fra denne databasen tilpasset dette prosjektet. Listen i kap. 6.6 er gjennomgått med fagansvarlige ved UNN og vil bli gjennomgått og utsjekket med rådgivergrupper når de er kontrahert inn i prosjektet og hovedalternativ er valgt.

Andre styrende dokumenter ift. teknikk som må hensyntas er:

- PHR Spesielle funksjonskrav for psykiatribygg med robusthetsmatrise (PHR-0000-Z-AA-0006)
- PHR dRofus database
- PHR Prosjektspesifikk BIM – manual (PHR-0000-Z-AA-0004)
- Standardromskatalogen
- Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter
- Byggveileder for smittevern

## 6.2 Viktige forutsetninger for PHR UNN bygg

For krav til bygg som en del av behandlingen, vises det til kapittel 4.8.

## 6.3 Robusthetsmatrise

Begrepet "robusthet", "robust utførelse" omfatter krav for å redusere pasientens mulighet for vandalisering/demontering, hending (antiligatur utførelse), selvskading eller voldning av skade på andre personer. Sykehusbygg har utviklet en oversikt over spesielle krav til utforming av bygg og tekniske komponenter i bygg for psykisk helsevern og rus. Denne oversikten (robusthetsmatrise) er under kontinuerlig endring som en følge av erfaringer fra prosjektene. Samlet gir Sikkerhets- og robusthetsprogrammet en systematisk oversikt over krav til utstyr, teknikk og bygg på flere kvalitetsnivåer fordelt på soner i et bygg for psykisk helsevern.

Sikkerhet og robusthet bygges inn som en naturlig del av byggets arkitektur ved utforming av romløsninger, materialvalg og utstyr. Alle tekniske komponenter i rom med robusthetsnivå R1-gul og R2-oransje/R3-rød, som pasienter kan komme i fysisk kontakt med, skal tilfredsstillende krav til robusthet, og skal fremlegges til oppdragsgiver for godkjenning før bestilling. Ingen bygningskomponenter skal kunne åpnes uten nøkkellås eller spesialverktøy. Med spesialverktøy menes f.eks. bruk av sikkerhets-torx eller tilsvarende.

I prosjektet PHR vil det defineres 4 nivå i robusthetsmatrise:

- Grønn farge: Ingen robusthetskrav.

Dette er rom/soner der pasienter ikke oppholder seg, eller rom der pasienten ikke oppholder seg uten at det er en planlagt hendelse og hvor personalet har rutiner som tar hensyn til at de tar pasienter med i usikret, ikke robust sone. Eksempel på rom er personalrom, kontorer, bygg-tekniske rom etc. Her er ingen spesielle robusthetskrav utover det som er vanlig i kontorer og ellers ved tilsvarende rom ved somatiske sykehus. Det er

dog krav til overfallsalarm i rom tilknyttet rom med robusthetsnivå R1-gul og R2-oransje/R3-rød.

- Gul farge: Robusthetsnivå 1 (R1-gul). Medium robusthetskrav.

Dette er rom /soner der pasienten ikke regelmessig og planlagt er alene, og der omfattende utagering eller selvskading som en regel oppdages og forhindres av ansatte. Eksempel på rom er stuer, fellesrom og aktivitetsrom. Utforming av bygg i gul sone skal ta hensyn til at der det er pasienter kan det forekomme situasjoner med utagering eller trusler hvor personalet fysisk må ta kontroll over pasienten for å begrense farlige situasjoner. Ved inngripen og utagering kan det oppstå kontakt med vegger, gulv og inventar, med stor energi. For å unngå /begrense skade på personer må det i utforming av bygg være minst mulig vinkler, utstikk ol som øker fare for skade. Her oppholder pasienter seg alltid med personaloppfølging.

- Orange farge: Robusthetsnivå 2 (R2-oransje). Omfattende robusthetskrav.

Dette er rom der pasient regelmessig og planmessig er alene (hovedsakelig pasientrom og pasientbad). Dette medfører at ansatte ikke har oversikt til enhver tid og at situasjoner med selvskading, vold og hærværk ikke oppdages umiddelbart. I denne sone er det derfor behov for omfattende robusthetskrav med forsterket innfesting av alle elementer, anti-heng utforming (antiligatur utforming), og ingen gulv og taklister eller andre bygningselementer som kan rives av og brukes til selvskading eller vold mot andre. Der pasient er alene deler av døgnet, redusert oppdagelsesmulighet for personalet (selvskading, angrep og skadelig aktivitet)

- Rød farge: Robusthetsnivå 3 (R3-rød). Svært omfattende robusthetskrav.

Dette er i hovedsak for døgnområde seksjon for sikkerhet, Seksjon for utviklingshemmede og autismediagnoser (SUA), samt forsterkede enheter. Ekstra krav til robusthet knyttet til vold og aggresjonsproblematikk og økte krav til rømningssikkerhet. Områdesikring er definert som rød sone.

Alle rom får definert robusthetsnivå i romfunksjonsprogrammet.

## 6.4 Sikkerhet og trygghet

*Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter* skal sikre at lovpålagte og vesentlige sikkerhetsaspekter ivaretas på en systematisk måte i alle sykehusprosjekter. PHR-prosjektet legger

denne veilederen til grunn og vil i steg 2 gjennomføre sikringsrisikoanalyse og utarbeide sikringskonsept.

Veilederens anbefalte grunnsikringsprinsipper ved sikring av sykehusbygninger benyttes som utgangspunkt ved gjennomføring av forenklet sikringsrisikovurdering i prosjektet. I steg 2 vil soneinndeling, områdesikring/perimetersikring, utvendige/innvendige krav til vegger, dører og vinduer, elektroniske sikringsanlegg (videoovervåking, adgangskontroll, innbruddsalarm, ransalarm, overfallalarm, brannalarm, talevarsling), merking/skilting, sikring av teknisk infrastruktur og særlig sikringstiltak for utvalgte områder gjennomgå.

I kapittel 4.8 beskrives krav i de ulike funksjonsområdene og det gis en anbefaling på korridorbredde, netto takhøyde, teknologi i behandling (lysfiltrering, døgnrytmelys), utforming av skjermingsområder. Sikkerhet og trygghet skal ivaretas både for pasient og ansatte.

## 6.5 Smittevern – viktige forutsetninger

Generell hygiene og smittevern ivaretas ihht Sykehusbyggs Byggveileder for smittevern og standardromkatalog. Hensyn til smittevern er tatt inn som ett element i beskrivelsen av krav til funksjon kap. 4.8 og under tverrfaglige forutsetninger i kap. 6.6.

Hvilke miljøkrav som stilles til materialvalg, blant annet renholdsvennlighet, vil bli detaljert i steg 2 i miljøoppfølgingsprogrammet (MOP).

## 6.6 De enkelte fagområder

### 6.6.1 Tverrgående føringer

Offentlige bestemmelser	Eier av krav	Ansvar
Berørte aktører i byggeprosjektet plikter og sette seg inn i reguleringsplaner, planbestemmelser og kommunale bestemmelser for de aktuelle byggeområdene	SB/BH	ARK
Generalitet, fleksibilitet og elastisitet (tilpasse nye funksjoner, endre arealer, utvide/nedskalere)	Eier av krav	Ansvar
Material- og produktvalg må velges med fokus på vedlikehold i driftsfasen. Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er det stor slitasje på bygg og inventar. Det må velges standard-produkter	SB/BH	ARK

<p>som er lett tilgjengelig i driftsfase. Det henvises til egen robusthetsmatrise for detaljerte krav</p>		
<p>Bygningsmessige forhold knyttet til påbygging skal belyses etter at det er tatt en beslutning på antall rom og fremtidige utvidelser</p>	SB/BH	ARK
Arkitektur	Eier av krav	Ansvar
<p>Bygningsstruktur, rom og overflater skal utformes med hensyn til sin primære funksjon som er behandling av mennesker i en sårbar livssituasjon</p>	SB/BH	ARK
<p>Det skal legges vekt på utforming av fysiske omgivelser som støtter pasientens behov, helse og tilfriskning. Chalmers Konseptprogram legges til grunn.</p>	SB/BH	ARK
Standardisering og industrialisering	Eier av krav	Ansvar
<p>For å realisere prosjektet innenfor kostnadsrammen må det legges stor vekt på standardisering av bygningsmessige og tekniske løsninger</p>	SB/BH	ARK
<p>Det skal vurderes om det er mulig å oppføre deler av bygningsmassen med høy grad av prefabrikering og industriell produksjon. Det skal bygges ved et sykehus i full drift, prefabrikasjon og industriell produksjon bidrar til å minimere byggetiden.</p>	SB/BH	ARK
<p>Det skal legges til rette for at byggeprosessen i størst mulig grad kan benytte standardiserte byggemetoder.</p>	SB/BH	ARK
BIM	Eier av krav	Ansvar
<p>BIM skal brukes aktivt i prosjektet for bedre oppgaveforståelse, prosjektering, koordinering, kommunikasjon, kvalitetssikring og kontroll.</p>	SB/BH	ARK
<p>BIM skal benyttes til å etablere basis for overlevering av FDVU-data til driftsorganisasjonen. Prosjektet må også levere 2D tegninger, dagens FDV system er Plania.</p> <p>Kommende BIM strategi i HN RHF må sjekkes ut.</p>	SB/BH	ARK/RI

BIM utføres i henhold til krav i Sykehusbygg sin BIM manual, med prosjektspesifikke tilpasninger ift. f.eks. merking	SB/BH	ARK/RI
Det må gjøres relevante oppmålinger av tomten og tilstøtende bygninger som underlag til modellering. SB lager slim-BIM av eksisterende bygningsmasse Åsgård, Norconsult lager slim-BIM av eksisterende bygningsmasse ved Breivika.	SB/BH	ARK/RI
Det skal benyttes eksisterende aksennett.	SB/BH	ARK/RI
Alle parter i byggeprosessen skal benytte BIM-programvare som er sertifisert for IFC.	SB/BH	ARK/RI
FDVU	Eier av krav	Ansvar
Det skal etableres hensiktsmessige løsninger for drift og overvåking av alle tekniske anlegg. Anleggene skal tilpasses etablerte og eksisterende systemer ved sykehuset for å ikke komplisere driftssituasjonen ytterligere. UNN lager en liste over de rammeavtaler som prosjektet må forholde seg til (automatikk, brannvarsling, pasientsignal, osv.)	SB/BH	RIE/RIE
Det skal etableres anlegg som er lette å vedlikeholde og hvor det er lett å skifte ut komponenter	SB/BH	RIV/RIE
Anleggene skal være veldokumentert. Det vises til UNN sine kravdokumenter ift. merkesystem og fysisk merking.	SB/BH	RIV/RI
Import av FDVU data i Plania må planlegges og gjennomføres slik at dette ikke påfører driftsorganisasjonen ekstrakostnader etter at prosjektet er fullført og overlevert.	SB/BH	ARK/RI
Det skal være fokus på HMS i både bygge og driftsfase. (eksempelvis tilkomst)		
Logistikk, personflyt, vareflyt	Eier av krav	Ansvar
Anlegg for Logistikk, personflyt og vareflyt planlegges slik at de fremmer mål om kostnadseffektive driftsformer både for de ikke-medisinske tjenester, og de overordnede mål for pasientbehandling.	SB/BH	ARK/RI

Rørpost-anlegg til medisinrom vurderes. Det må sjekkes ut om det er mulig å koble seg på eksisterende rørpostanlegg i Breivika og om det skal etableres nytt på Åsgård.	SB/BH	ARK/RI
Sikkerhet og tilgjengelighet	Eier av krav	Ansvar
Sikkerhetsfilosofi: UNN sjekker ut hva som finnes av dokumenter ift. dette.	SB/BH	ARK/RIE
Sikkerhetsfilosofien skal omfatte fysiske sikringstiltak som glass, låser og dører. Tilpasses den eksisterende sikkerhetsfilosofien.	SB/BH	ARK/RIE
Brannstrategi	Eier av krav	Ansvar
Det skal utarbeides brannstrategi som ivaretar personsikring og verdisikring/funksjonalitet i rom med kostbart utstyr, serverrom, kommunikasjonsrom, og hovedtavlerom. Erfaringer fra APØ og NSØ innhentes.	SB/BH	RiBR
Teknisk forsyning og forsyningsstrategi	Eier av krav	Ansvar
Sikkerheten i kritiske systemer skal optimaliseres med basis i ROS analyser og LCC vurderinger relatert til systemenes funksjonalitet og kritikalitet	SB/BH	RIV/RIE
Reservekapasitet	Eier av krav	Ansvar
Eventuell reservekapasitet skal bygge på behovsanalyser knyttet til fremtidig utbygging eller ombygging Må vurderes for både Åsgård og Breivika	SB/BH	ARK,RIE,RIV,RIB
ROS-analyser	Eier av krav	Ansvar
Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) skal benyttes til vurdering av risikobilde for alle kritiske system (teknisk forsyningsikkerhet, bygningsnær IKT sikkerhet, skallsikring og adgangskontroll, brannrømning-evakuering, overvåkning, personsikkerhet)	SB/BH	ARK,RIE,RIV,RIB
Tiltak som kommer frem i ROS-analyser som er vesentlig for driftsfasen må iverksettes og ferdigstilles innen overlevering.	SB/BH	ARK,RIE,RIV,RIB
LCC-analyser	Eier av krav	Ansvar

Livsløpberegninger (LCC) skal benyttes til å vurdere kost-nytteverdi av alternative system og løsninger som har signifikant innflytelse på investeringsbudsjett/driftsbudsjett før endelig valg foretas	SB/BH	ALLE
---	-------	------

ENERGI	Eier av krav	Ansvar
Nye bygg skal oppnå passivhusnivå i henhold til NS3701. Det kan gjøres fravik på U-verdikravet gitt at varmetapsrammen opprettholdes. Dagslysstyring kan utelates gitt at krav til LENI tall opprettholdes	SB/BH	RIEN
Byggrapport II (grønt sykehus) er under revidering. Det må tas høyde for at det kommer skjerpede krav som har økonomisk konsekvens.	SB/BH	RIEN
Nye bygg skal oppnå energikarakter B (i henhold til energimerkeforskriften (det er ekstern leveranse av fjernvarme)	SB/BH	RIEN
Nye bygg skal oppnå lysegrønt energimerke i henhold til energimerkeforskriften.	SB/BH	RIEN
Energiforsyningen skal ivareta overordnede krav til leveringssikkerhet og redundans	SB/BH	RIV
Det skal ikke benyttes fossile oljeprodukt til grunnlast/spisslast	SB/BH	RIV
Miljø	Eier av krav	Ansvar
Det blir utarbeidet eget miljøoppfølgingsprogram (MOP) for prosjektet som skal ivareta byggherrens miljøambisjoner og myndighetenes miljøkrav	SB/BH	
Smittevern (se også Byggeveileder for smittevern utarbeidet av Sykehusbygg)	Eier av krav	Ansvar



Hygieneklassifisering av rom skal ligge til grunn for materialvalg (se smittevernveilederen)	SB/BH	ARK
dRofus krav relatert til smittevern (materialvalg, trykksoning, tetthetskrav med mer) er absoluttkrav	SB/BH	ARK, RiE, RiV, RiB
Romutforming og fast innredning skal prosjekteres og utføres slik at effektivt og grundig renhold kan gjennomføres. «Smussfeller» skal unngås	SB/BH	ARK, RiE, RiV, RiB, utførende entreprenør
Smittevern skal inngå som et element i vurdering av møblering av rom for å sikre at prosedyrer kan følges på en forsvarlig måte	SB/BH	ARK/ prosjekteringsleder
Smittevern skal inngå som et element i vurdering av logistikk-løsninger	SB/BH	ARK/ Logistikk-rådgiver/ prosjekteringsleder
Smittevern skal inngå som ett element i vurderingen av prosjekterte løsninger, anskaffelser, utførelser og sluttkontroll	SB/BH	Prosjekterings- leder
Kritiske områder og beslutninger for smittevern skal ROS vurderes	SB/BH	Prosjekterings- leder

Bygning, generelt	Eier av krav	Ansvar
Det skal fokuseres på kompakt bygningsform, enkel geometri, minst mulig omhyllingsflate og minst mulig sprang i plan, snitt og fasader	SB/BH	ARK
Det skal fokuseres på å oppnå god arealeffektivitet (brutto/nettofaktor).	SB/BH	ARK
Det skal vurderes bruk av WPS (weather protection system) for å redusere fuktproblemer i hele bygget eller deler av det i byggefasen	SB/BH	ARK
Alle bygningsmessige og tekniske løsninger må velges med lave LCC-kostnader	SB/BH	RiB
Det skal velges robuste materialer med lang levetid som legger til rette for et godt innemiljø (ref. robusthetsmatrise)	SB/BH	ARK

Materialer, overflater og overflatebehandling skal tilpasses aktuelt bruksområde (ref. robusthetsmatrise)	SB/BH	ARK
Det skal legges til rette for standardiserte byggemetoder, repeterbare løsninger samt prefabrikkerte rom og moduler	SB/BH	ARK
Lufting sengerom i vindu/lufteluke må vurderes sett opp mot hensiktsmessighet og sikkerhet. Tilkomst til fasaden skal begrenses mtp. overlevering av farlige gjenstander og rusmidler for å ivareta sikkerhet for pasient og personalet. Valg av utforming må vurderes i samråd med klinikk og drift.	SB/BH	ARK
Vegger skal utformes ihht robusthetsmatrisen og må tåle utagerende adferd, slag og spark.	SB/BH	ARK
Dører til sengerom skal være enfløyet, det anbefales helsveiset stålkarm med robust innfesting i vegg. Robust skyvedørsløsning til bad kan vurderes.	SB/BH	ARK
Hovedinngangen må utformes med tanke på sikkerhet. Rondeller unngås, fortrinnsvis velges skyvedørsløsning. Det må forhindre trekk av kald luft utenfra. Valg av utforming må vurderes i samråd med klinikk og drift.	SB/BH	ARK
Låssystem bør baseres på tilgangsstyrt låssystem for å ivareta fleksibilitet i pasientenes tilgang til pasientområder i bygget. Kortsystem vurderes som mest anvendelig.	SB/BH	ARK
Badenes plassering må vurderes mht sikkerhet og innsyn til pasientrom fra korridor og teknisk drift/vedlikehold. Det søkes mot løsning med bad vendes mot korridor.	SB/BH	ARK
Grunn og fundamenter	Eier av krav	Ansvar
Det må gjennomføres geotekniske undersøkelser som bekrefter at valgt tomt er byggbar. Det må redegjøres for hvilke undersøkelser som allerede er gjort før prosjektet	SB/BH	RiGeo
Det skal gjennomføres miljøundersøkelser av grunnen (forurensning) (dette gjelder spesielt tomt Breivika)	SB/BH	RIM
Bæresystemer	Eier av krav	Ansvar

Seismiske krav til bæresystemet må avklares (NB beredskapskrav)	SB/BH	RIB
Behov for reservekapasitet i fundamenter, bæresystem og vertikale sjakter skal avklares og redegjøres for i prosjektet	SB/BH	RIB
Yttervegger	Eier av krav	Ansvar
Kuldebro-problematikk skal ivaretas ved at ikke-bærende yttervegger festes utenpå dekkeforkanten	SB/BH	RiByFY
Glassfasader skal dimensjoneres for å tåle fremtidig klimabelastning, funksjonelle forhold og sikkerhetskrav	SB/BH	ARK
Vinduer, dører og porter må tåle fremtidig klimabelastning, funksjonelle forhold og sikkerhetskrav (ref. robusthetsmatrise)	SB/BH	ARK
Der det velges sikkerhetsglass på vinduer må dette medtas for både inn- og utvendig glass.	SB/BH	ARK
Utvendig kledning og overflater må være robuste, tåle klimabelastningene og vurderes med basis i LCC beregninger.	SB/BH	ARK(ref.
Det skal installeres solavskjerming på solutsatte fasader. Byggherre foretrekker screens framfor persiener.	SB/BH	ARK/RiEn
Innervegger (inklusive kledning på innvendig side av yttervegg)	Eier av krav	Ansvar
Bruk av bærende innervegger skal minimaliseres av hensyn til fleksibilitet. Oppbygning av vegger sees i sammenheng med robusthetsmatrise.	SB/BH	ARK
Alle pasientrom skal være vandalsikre (minimum kryssfiner og 2 lags robustgips). Ref. robusthetsmatrise.		
Dekker	Eier av krav	Ansvar
Arealer med tungt utstyr/teknikk skal identifiseres og hensyntas ved dimensjonering av dekke	SB/BH	RIB
Fuktsikring og radonproblematikk skal ivaretas	SB/BH	RIB
Det skal velges overflatebelegg på gulv og vegger som er tilpasset rommenes belastning og bruk. Erfaring fra drift tilsier at det ikke er ønskelig med gummibelegg eller parkett.	SB/BH	ARK

Gulvbelegg skal være 2 mm homogent belegg med lav rullemotstand og velges ut fra hygienekrav, miljøkrav og kostnadseffektivt vedlikehold	SB/BH	ARK
Himling i korridorer skal være enkel å montere/demontere uten bruk av spesialverktøy	SB/BH	ARK
For himling i pasientrom vises til robusthetsmatrise.	SB/BH	ARK
Yttertak	Eier av krav	Ansvar
Støy og rotorvind fra helikoptertrafikk i Breivika og flystøy på Åsgård må ivaretas gjennom bygningsmessige konstruksjoner	SB/BH	RiAku
Byggherre ønsker ikke gress/mosetak.	SB/BH	ARK
Prosjekteringen må ivareta hensiktsmessige løsninger for permanent sikkerhet ved adkomst/arbeid/vedlikehold av tak og fasade.	SB/BH	ARK/Ri
Taktekkingen må være robust og tåle lokale klimaforhold	SB/BH	ARK
Trapper, balkonger m.m.	Eier av krav	Ansvar
Alle materialer skal overflatebehandles i henhold til bruksområde og eksponering	SB/BH	ARK
Utvendige trapper skal ha snøsmelteanlegg, innvendige trapper bør ha terrasso eller lignende (ikke belegg)	SB/BH	RIV/RIE

### 6.6.2 VVS-installasjoner

Sanitær		
Avløp fra spill- og overvann etableres. Dialog med Tromsø Kommune.	SB/BH	RVA
Systemet for forbruksvann skal utformes slik at det ikke er risiko for oppblomstring av legionella -	SB/BH	RIV

Spillvann skal tilkoples det kommunale nettet. Kommunale krav skal ivaretas	SB/BH	RVA
For produktvalg henvises det til robusthetsmatrise. Erfaringer fra APØ og andre tilsvarende prosjekter skal sjekkes ut og produktvalg gjøres i et samarbeid mellom SB og UNN:		
Varme	Eier av krav	Ansvar
Varmeanlegget skal dekke romoppvarming, varmt tappevann og oppvarming av ventilasjonsluft og snøsmelteanlegg	SB/BH	RIV
Snøsmelteanlegg skal være prognosestyrt med egen måler for energioppfølging.	SB/BH	RIV
Bygget skal forsynes med fjernvarme. Det må etableres ny fjernvarmsentral uavhengig av hvilket tomte-alternativ som velges. Det skal tilstrebes løsninger med lav retur-temperatur.	SB/BH	RIV
Varmeanlegget skal etableres som lavtemperaturanlegg	SB/BH	RIV
Varmeanlegget skal utføres som 2-strengsanlegg og være mengderegulert	SB/BH	RIV
For pasientrom psykiatri ivaretas oppvarming via ventilasjon.	SB/BH	RIV
Brannsløkking	Eier av krav	Ansvar
Det skal installeres heldekkende sprinkleranlegg i områder som klassifisert i risikoklasse 6. I data- og elektrorum skal det benyttes sprinkler med preaction.	SB/BH	RIV
Sprinkleranlegg skal sikres med separat vannforsyning	SB/BH	RIV
Prosesskjøling	Eier av krav	Ansvar
Kjøleanlegget skal dekke prosesskjøling.	SB/BH	RIV
Sikkerhet i kjøleanlegget skal vurderes ved hjelp av ROS-analyse	SB/BH	RIV

Det skal vurderes om varmeoverskudd kan flyttes til områder med varmebehov	SB/BH	RIV
Overskuddsvarme som ikke kan utnyttes skal primært fjernes med frikjøling	SB/BH	RIV
Kritiske system skal sikres med redundans - for eksempel med nettvannskjøling	SB/BH	RIV
Luftbehandling	Eier av krav	Ansvar
Luftinntak utformes slik at de håndterer alle klimasituasjoner uten unødig bruk av energi. Luftinntak skal være med inntakskammer med varmekabel.	SB/BH	RIV
Avkast og luftinntak plasseres slik at det ikke er fare for overføring av forurensninger og lyd	SB/BH	RIV
Kanalnett vurderes i forhold til brannseksjonering	SB/BH	RIV
Så langt det er mulig skal luftbehandlingen inndeles i systemer som dekke områder med ensartet virksomhet og ensartet krav til luftkvalitet og temperatur	SB/BH	RIV
Virksomhet som ikke kan benytte roterende varmegjenvinning skal skilles ut på egne system	SB/BH	RIV
I arealer hvor det forventes ombygging/endring av virksomhet skal ventilasjonsaggregat og vertikale kanalføringer ha reservekapasitet (rådgiver-vurdering) Reservekapasiteten vurderes ut fra behovsanalyse (UNN-vurdering)	SB/BH	RIV
Aggregatrom skal plasseres sentralt i forhold til luftfordelingsnettet	SB/BH	RIV
Luftmengder skal vurderes ut fra forskriftskrav, samt krav til termisk-, atmosfærisk- og akustisk miljø	SB/BH	RIV
Behovsstyring vurderes med bakgrunn i tilstedeværelse (bruksmønster) og LCC kostnader. Relevans i pasientrom sees i sammenheng med planløsning	SB/BH	RIV

Komfortkjøling	Eier av krav	Ansvar
I områder med moderat kjøle behov skal det benyttes ventilasjonskjøling, dersom beregninger viser at dette er nødvendig for å tilfredsstille operativt temperaturkrav ved dimensjonerende utetemperatur - sommer	SB/BH	RIV
I rom med leverandørkrav benyttes lokale kjøleenheter (fan-coil, kjøleblafler etc.) til å fjerne overskuddsvarme	SB/BH	RIV
Andre VVS-installasjoner	Eier av krav	Ansvar
Klinikkens behov for medisinsk gass løses ved bærbare kolber. Det er ikke behov for sentralisert gassanlegg.	SB/BH	RIV

### 6.6.3 Elkraft

Elkraft, generelt	Eier av krav	Ansvar
Tekniske løsninger og systemer skal oppfylle krav til universell utforming.	SB/BH	RIE
Bygget skal ha egen hovedtavle.		
Anlegget skal dokumenteres i nettdok. Anlegget skal ha full selektivitet.	SB/BH	RIE
Det skal være minimum 30 % reservekapasitet i alle tekniske rom og føringer ved overtagelse.	SB/BH	RIE
For normalkraft og nødstrømskraft (generatoranlegg og UPS) samt for alle spesielle kraftforsyningssystem i prosjektet, skal behovene analyseres og det utarbeides et effektregnskap som grunnlag for prosjekteringen.		
Uavhengig av tomtevalg anbefales en sentralisert UPS for hele bygget.	SB/BH	RIE
Ved tomtevalg Åsgård: Ny og gammel bygningsmasse må dekkes.		

Ved tomtevalg Breivika: Eget aggregat		
Effektberegninger som legges til grunn for dimensjonering av kraftforsyning skal hensynta samtidighet og synliggjøre sikkerhetsmarginer. Beregningene vurderes opp mot reelle forbruksdata fra sykehus i drift av nyere dato	SB/BH	SB/BH
Reservekapasitet i el-nett og nettstasjoner skal bygge på behovsanalyse. For begge tomtealternativer må Arva kraft etablere ny trafo. Høyspentrom for trafo må ha tilgang og dør i ut det fri (over terreng)	SB/BH	SB/BH
Basisinstallasjon for elkraft	Eier av krav	Ansvar
Det skal være strukturerte og ordnede, tekniske føringsveier med god tilkomst til kabler så langt som mulig for å sikre effektiv drift og vedlikehold, herunder effektiv feilsøking.	SB/BH	RIE
Føringsveier for de ulike krafttypene skal være separert (f.eks. egen sjakt for nødstrøm).	SB/BH	RIE
Det skal trekkes egen jording fra hovedskinne i hovedfordelingsrom som går innom alle data-/teletekniske rom/fordelinger. Etter dårlig erfaring fra A-fløy må dette kravet spesifiseres bedre slik at dette ivaretas ved prosjektering og bygging. Medisinsk klassifisering av rom: Se på erfaring fra nytt akuttbygg og nytt sikkerhetsbygg i Trondheim (APØ/NSØ)	SB/BH	RIE
Ny jordelektrode for psykiatribygg kobles sammen med jordelektrode for eksisterende bygg (somatikk). Bør beregne ny for begge tomte-alternativene.	SB/BH	RIE
Øvrige bygg på begge tomter har lynvernanlegg. Lynvernsvurdering må utarbeides i forprosjektet som grunnlag for behov	SB/BH	RIE
Høyspent forsyning	Eier av krav	Ansvar
Rom med risiko for vannlekkasje skal ikke plasseres rett over nettstasjonene/tavlerommene	SB/BH	RIE



Hovedtavlerom plasseres med tanke på at de ikke skal kunne påvirke ømfintlig utstyr	SB/BH	RIE
Lavspent forsyning	Eier av krav	Ansvar
Hovedfordelinger utformes som frittstående modultavler med pluggbare effektbrytere for innganger og avganger	SB/BH	RIE
Hovedfordelingene skal etableres i tilknytning til nettstasjonene og etableres som egne brannceller for de ulike strømtypene	SB/BH	RIE
Hovedfordelinger plasseres sentralt i sykehuset for å unngå lange kabelføringer for stigeablene. Avhengig av tomtevalg, spesifiseres etter B3A beslutning.	SB/BH	RIE
Hovedfordeling tilknyttes SD-anlegg for overvåkning (overvåkning av kraftforsyning med multimeterfunksjon, jordfeilovervåkning for stigeledninger, overvåkning av avganger)	SB/BH	RIE
Lavspent fordelingsystem skal være 400/230V V TN-S system. Må verifiseres med Arva kraft vedr ny trafo	SB/BH	RIE
Underfordelinger skal ha reserveplass (kapasitet og areal) på min. 30% ved overlevering	SB/BH	RIE
Lys	Eier av krav	Ansvar
Det skal benyttes lysarmaturer med LED	SB/BH	RIE
Som standard skal det være 3000K / 830	SB/BH	RIE
Det skal vurderes HCL belysning i egnede områder. Omfang i behov for ansatte og pasienter avklares i forprosjektfase	SB/BH	RIE
Lysarmaturer i pasientomgivelser må ha egenskaper ihht robusthetsmatrise	SB/BH	RIE
Det må velges produkter som også er lett tilgjengelig i driftsfasen da det er stor slitasje på bygg og inventar i enkelte områder. Fokus på kort leveringstid og god tilgjengelighet	SB/BH	RIE
Det skal etableres et sentralisert nødlysanlegg ihht krav i NS1838. Nødlysmatruer inngår i den generelle belysningen,	SB/BH	RIE

men forsynes av avbruddsfri kraft. Omfang av ledelinjer langs vegg begrenset til et minimum, ledelinjer i gulv bør unngås		
<b>Elvarme</b>	<b>Eier av krav</b>	<b>Ansvar</b>
Direkte el-varme skal bare brukes i spesielle tilfeller hvor det generelle vannbårne varmeanlegget ikke bør benyttes	SB/BH	RIE
Dersom EL-varme ønskes brukt skal dette avklares på forhånd med prosjektet pga krav til passivhus-standard	SB/BH	RIE
<b>Nødstrøm</b>	<b>Eier av krav</b>	<b>Ansvar</b>
Sykehuset generatoranlegg har ikke ledig kapasitet til å forsyne nybygg med nødkraft generatorstrøm. Det etableres eget hovedtavle for nødstrøm generator i egen branncelle i bygget	SB/BH	RIE
Det skal etableres et sentralisert UPS-anlegg etableres i egne rom i tilknytning til hovedfordeling.  Kapasitet dimensjoneres ut fra behovet til kritiske funksjoner, med spesielt fokus på sikkerhet for ansatte og hensyn til pasienter	SB/BH	RIE
Med basis i LCC beregninger velges løsning som gir lavest levetidskostnader	SB/BH	RIE
Strømforsyning til virksomhet/utstyr/tekniske systemer som ikke kan akseptere avbrudd, forsynes med avbruddsfri kraft og definerte nødsystemer (eksempelvis ledelys, adgangskontroll, brannalarm, etc.)	SB/BH	RIE
Det planlegges slik at det er mulig å ta ut en UPS til service uten å skape avbrudd (N+1 løsning). Skal være modulbasert UPS-system	SB/BH	RIE

#### 6.6.4 IKT, tele og automatisering

<b>IKT og automatisering. Generelt</b>	<b>Eier av krav</b>	<b>Ansvar</b>
--	---------------------	---------------

Strømforsyning til server/maskinparken/nettverkselektronikk skal være tilknyttet avbruddsfri strømforsyning (UPS)	SB/BH	RIE
Byggautomasjon må kunne integreres med Honeywell	BH	RIE
Kjøling på hoveddatarommet (HKR) må utføres med redundans og må være utbyggbar	SB/BH	RIV
Det skal planlegges med tilstrekkelig mulighet for reservekapasitet i tekniske anlegg og i rom for fremtidig utvidelsesbehov. 30% reservekapasitet kan benyttes som føring. Grad av reservekapasitet skal beskrives for de ulike tekniske anleggene og tekniske rom gjennom kost-/ nyttebetraktninger	SB/BH	RIE
Det skal etableres en infrastruktur med kommunikasjonsrom (KR) som medfører redundant stige-/stamkabler til to ulike hovedkommunikasjonsrom (HKR)	SB/BH	RIE
Basisinstallasjon for IKT og automatisering (IKT BYGGNÆR)	Eier av krav	Ansvar
Det skal etableres egne arealer for kommunikasjonsrom (KR), samt eventuelt hoved-kommunikasjonsrom (HKR) og grensesnitts rom (GR)	SB/BH	RIE
All tilkøpling til Norsk Helsenett, regionalt stamnett og offentlig nett skal være redundant og forutsettes utført ved bruk av fiberkabel. Utstyr fra offentlige tjenesteleverandører plasseres fortrinnsvis i grensesnittsrom	SB/BH	RIE
Det skal være strukturerte og ordnede, tekniske føringsveier med god tilkomst til kabler så langt som mulig for å sikre effektiv drift og vedlikehold, herunder effektiv feilsøking	SB/BH	RIE
Det skal etableres antenner med full dekning for nødnett og offentlig mobilnett. Rom (GR) for offentlig mobilnett må ivaretas	SB/BH	RIE
Tilgjengelig kapasitet ved eksisterende IKT anlegg (eks. HKR-rom) må kartlegges i forprosjektet	SB/BH	RIE
Alle datarom (KR og HKR) plasseres i god avstand fra tekniske installasjoner som kan medføre elektromagnetisk forstyrrelser,	SB/BH	RIE

f.eks. høyspentanlegg, transformatorer, hovedfordelinger, hovedføringsveier for elkraftkabler, heismaskinrom, VVS-tekniske sentraler med frekvensregulert motordrift samt elektromedisinsk utstyr som kan generere elektromagnetisk forstyrrelser.

Det skal ikke føres vannrør over HKR/KR/GR

Basisinstallasjon for IKT og automatisering (IKT BYGGNÆR)	Eier av krav	Ansvar
<p>Det skal etableres ett fysisk datanett som i hovedsak består av følgende struktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-2 knutepunkt/grensesnitt mot eksterne nett</li> <li>-Redundant Stamnett (horisontalt nett mellom bygninger)</li> <li>-Redundant Stigenett (vertikalt nett mellom etasjer)</li> <li>-Spredenett (horisontalt nett i de enkelte etasjer)</li> </ul>	SB/BH	RIE
Integrert kommunikasjon (IKT INFRASTRUKTUR)	Eier av krav	Ansvar
Det skal etableres et redundant stabilt høyhastighetsnettverk med stamnett som tilkobles eksisterende IKT-anlegg ved sykehuset	SB/BH	IKT
Det skal etableres et gjennomgående trådløst nettverk (wifi) innendørs med mulighet for QOS samt utendørs dekning i relevante utendørs arealer. Radioplanlegging utføres av Helse Nord IKT	SB/BH	IKT
Datakilder skal kunne kobles til ett felles fysisk nettverk, segmentert i VLAN. Kun unntaksvis skal eventuelle flere fysiske nettverk planlegges	SB/BH	IKT
Nettverkselementer (IP-kamera, basestasjoner og liknende) skal kunne forsynes med strøm via PoE	SB/BH	IKT
Infrastruktur skal være basert på gjeldende normer, forskrifter og veiledninger	SB/BH	IKT
Deler av datanettverket må kunne modifiseres eller byttes ut uten at dette har innvirkning på hele datanettverket	SB/BH	IKT

Det skal etableres trådløst nettverk for bruk av pasienter og besøkende (gjestenett), personale og medisin tekniske systemer	SB/BH	IKT
Det skal etableres tilstrekkelig basestasjoner for å sikre nødvendig kapasitet samt tilgjengelighet på det trådløse datanettet, hvis en basestasjon skulle falle ut	SB/BH	IKT
Det skal etableres en egnet meldingsinfrastruktur for håndtering av flere typer meldinger mellom ulike anlegg og tjenester	SB/BH	IKT
<b>Telefoni og personsøking (IKT INFRASTRUKTUR)</b>	<b>Eier av krav</b>	<b>Ansvar</b>
Fast telefonisystem skal i utgangspunktet baseres på IP-telefoner, hvor IKT nettverket også anvendes til telefoni. Avklares nærmere i forprosjektet/ detaljprosjekt	SB/BH	IKT
Beredskapstelefoner. IP-telefonisystemet suppleres med nødtelefoner som fallbackløsning med en minimumsløsning, hvor antall og type nødtelefoner skal spesifiseres i forprosjekt/ detaljprosjekt	SB/BH	IKT
Telefoniteknologi trådløst/mobilt avklares i forprosjekt/detaljprosjekt	SB/BH	IKT
<b>Alarm og signalsystemer</b>	<b>Eier av krav</b>	<b>Ansvar</b>
Brannalarmanlegget skal være heldekkende, adresserbart system med automatisk deteksjon, manuelle meldere og talevarsling. Tilknyttes eksisterende brannalarmanlegg ved sykehuset (Siemensanlegg)	SB/BH	RIE
Bruk av optisk alarm vurderes der det ansees nødvendig	SB/BH	RIE
I områder med krav til tidligdeteksjon (f.eks. datarom og nettstasjoner), skal det benyttes egnet utstyr	SB/BH	RIE
I områder hvor ordinære detektorer ikke er egnet, for eksempel i høye, åpne arealer, skal aspirasjonsdetektorer, eventuelt linjedetektorer, vurderes	SB/BH	RIE
Det skal gjennomføres trusselvurderinger og ROS-analyse som grunnlag for planlegging av sikkerhetsanlegg	SB/BH	RIE

Det skal medtas adgangskontrollanlegg. Det er behov for både generell adgangskontroll i/inn til bygget, samt adgangskontroll av pasientrom (kan være et eget system. Skal være kablet anlegg). Erfaringer fra nylig gjennomførte psykiatri-prosjekt må hensyntas	SB/BH	RIE
Elektronisk skallsikring, adgangskontroll, innbrudd og video-overvåkning skal tilknyttes og styres fra overordnet nivå	SB/BH	RIE
Det skal medtas overfallsanlegg, muligheter for integrasjon/videreføring av eksisterende anlegg, type Ascom. Omfang avklares i forprosjekt	SB/BH	RIE
Det skal installeres ITV-anlegg i og rundt bygget. Sikkerhet, fasade, samt pasientovervåkning)	SB/BH	RIE
Det skal installeres alarmanlegg for inntrengning og rømning	SB/BH	RIE
Pasientsignalanlegg. Det skal etableres et system hvor pasient og personale skal kunne tilkalle hjelp. Dette vurderes ivaretatt av trådløst utstyr for de pasienter/rom som har behov for dette	SB/BH	RIE/IKT
Lyd og bildesystemer (IKT BYGGNÆR)	Eier av krav	Ansvar
TV signaler går over IP, dvs det benytter datanettet	SB/BH	IKT
Lydanlegg/PA-anlegg skal medtas i arealer hvor flere/større ansamlinger av personer kan foregå (f.eks. kantineområde, vrimleområde)	SB/BH	IKT
Det skal installeres teleslynge for hørselshemmede i alle undervisningsrom der elektroakustisk taleforsterkning anvendes	SB/BH	RIE
Teleslynge installeres i skranker og ekspedisjoner beregnet for publikum	SB/BH	RIE
Det skal installeres IP-TV i fellesområder og forberedes på alle pasientrom. Omfang/behov avklares nærmere i forprosjekt/detaljprosjekt	SB/BH	IKT

Det skal installeres lyd og bilde systemer i alle møterom, grupperom, auditorier, rom for videokonsultasjoner og undervisningsrom	SB/BH	IKT
Større auditorier og møterom skal kunne koples mot norsk helsenett for videokonferanser	SB/BH	IKT
Automatisering	Eier av krav	Ansvar
Det er etablert et toppsystem for sentral driftskontroll. Anlegg tilhørende nytt psykiatrisenter tilknyttes eksisterende (Honywell)	SB/BH	RIE
Betjeningen av SD-anleggets hovedsentral skal kunne skje via intranett, teknisk nett, og internett med ordinære nettleser	SB/BH	RIE
SD-anlegget skal kunne kommunisere mot tekniske bygningssystemer som FDVU-system, brannvarslingsanlegg, adgangskontrollanlegg, heiser, romstyring, økonomisystem etc., samt mot vanlige databaser	SB/BH	RIE
SD-anlegget skal benytte BACnet/IP som kommunikasjonsbærer. HS/ US skal støtte alle vanlige åpne standarder som benyttet i bransjen. Mellom HS og US benyttes ethernet (TCP/IP)	SB/BH	RIE
Det skal etableres forbruksregistrering med separate målinger på elektriske- og termisk energi/effekt. Omfang av målepunkt avklares i forprosjekt	SB/BH	RIE
Bygget skal etableres som egen energiblokk i Energinet	SB/BH	RIE
Det skal etableres forbruksregistrering på gass, trykkluft, kaldtvann og varmtvann	SB/BH	RIV
Styring av belysning baseres på tilstedeværelse og dagslysstyring i hht NS3701. Krav om dagslysstyring kan avvikes hvis LENI-tallet ivaretas	SB/BH	RIE
LCC avgjør om ventilasjon skal behovsstyres - dvs reguleres på bakgrunn av temperatur, tilstedeværelse eventuelt CO2	SB/BH	RIV

EOS-systemet skal ha et automatisk innsamlingsystem for energioppfølging for rapportering/oppfølging mot passivhus krav	SB/BH	RIE
SD-anlegget skal minimum inneholde funksjoner som er nødvendig for god drift og over-våking av bygningenes tekniske systemer, dvs VVS-automatikk, romstyring, brann, overvåking av nød- og ledelys, adgang/innbrudd, jordfeil/isolasjonsovervåking, energioppfølging, alarmbehandling, historikk, trendlogger mv.	SB/BH	RIE/RIV
Sonesystemløsning skal utføres med KNX buss system	SB/BH	RIE

### 6.6.5 Andre installasjoner

Prefabrikkerte rom	Eier av krav	Ansvar
Prefabrikkerte badrom skal vurderes der det er hensiktsmessig. Krav i robusthetsmatrise skal følges.	SB/BH	ARK
Person- og varetransport	Eier av krav	Ansvar
Det skal etableres heiskapasitet som ivaretar person, seng og varetransport i henhold til funksjonsprogrammer	SB/BH	ARK/RIV
Heisstoler skal ha fender for å forhindre skader fra vare- og persontransport med traller, senger mv.	SB/BH	ARK
Kvaliteten på heisanlegget må ha en maksimal gjennomsnittlig ventetid på ca. 30 sekunder. (Sjekk heisforskrift/andre prosjekt psykiatri).	SB/BH	RIE
Fasade og takvask skal kunne gjennomføres på en sikker og effektiv måte	SB/BH	ARK
Det skal vurderes om det er behov for rørpostanlegg med tur/retursløyfe	SB/BH	
Det skal etableres mottak for ambulanse	SB/BH	ARK
Det legges opp til skjermet mottak av pasienter både for sikkerhets- og akuttmottak	SB/BH	ARK
Avfall og støvsuging	Eier av krav	Ansvar



Det skal være kjøling for avfallsrom	SB/BH	RIV
Søppelsug og tøysug vurderes i forprosjekt	SB/BH	RIV
Det skal etableres miljøstasjoner dimensjonert for kildesortering – se MOP (utarbeides i steg 2)	SB/BH	ARK

### 6.6.6 Utendørs

Utendørs, generelt	Eier av krav	Ansvar
Det skal gjennomføres undersøkelser som bekrefter at valgt tomt er byggbar i forhold til fremtidige klimabelastninger	SB/BH	RiGeo
Det skal tilrettelegges for sykkel-parkering ved bygget. Parkering må være under tak, frostfri og kunne være avlåst (med registrering)	SB/BH	LARK
Prosjektet må ivareta areal for parkering. Behov for nybygg PHR er ca. 300 parkeringsplasser. Dersom det velges tomt Breivika må det i tillegg tas høyde for 180 parkeringsplasser ekstra		
Bearbeidet terreng	Eier av krav	Ansvar
Det skal sikres forsvarlig håndtering av overvann, enten dette gjøres ved lokale fordrøynings-/ infiltrasjonsløsninger eller ved bygging av tradisjonelle overvannsledning	SB/BH	RIVA
Det skal utarbeides en helhetlig plan for alle utomhus områdene som tar for seg alle utendørsanlegg	SB/BH	LARK
Anleggene skal planlegges nøkternt, men slik at de støtter opp om virksomhetene	SB/BH	LARK
Utendørs røranlegg	Eier av krav	Ansvar
Ledningsnett og installasjoner for spillvann/avløp skal utføres slik at Forurensningslovens krav og gjeldende utslippstillatelser oppfylles	SB/BH	RIVA
Det skal anlegges snøsmelteanlegg i inngangsparti og sikrings- og akuttmottak	SB/BH	RiV/RiE

De skal installeres snøsmelteanlegg i alle atrier (hager), ved hovedinngang og på terrasser		
Utendørs elkraft	Eier av krav	Ansvar
Det skal etableres funksjonssikre elektriske løsninger på alt utendørs utstyr (stikk, lamper, ...)	SB/BH	RIE
Utvendig belysning skal skape en trygg atmosfære for ansatte, besøkende og pasienter (LED)	SB/BH	RIE
Utvendig belysning skal planlegges slik at den reduserer kriminell aktivitet og sørger for at sikringsanlegg fungerer optimalt (lys for overvåking/gjenkjenning)	SB/BH	RIE
Dimensjonering av behov for effekt for lading av elbiler må hensyntas (dersom sykehusets hovedfordeling skal forsyne dette)	SB/BH	RIE
Veger og plasser	Eier av krav	Ansvar
Det skal tilrettelegges for intransport av varer og gods, samt tilkjøring av tyngre kolli i for bindelse med bygging og senere service/utskifting	SB/BH	LARK
Det skal tilrettelegges for gangtrafikk, sykkeltrafikk og rullestoltransport, samt hensiktsmessig adkomst for pasienter som ankommer med taxi eller ambulanse	SB/BH	LARK
Avkjørsler og veiløsning tilpasses tomt, bygningsmasse og eksisterende veinett	SB/BH	LARK
Adkomstveier dimensjoneres for utrykningskjøretøy	SB/BH	LARK
Behov for oppstillingsplass for utrykningskjøretøy vurderes i samråd med lokalt brannvesen	SB/BH	LARK
Det må vurderes om minimumskravet til El-ladestasjoner er tilstrekkelig (4% av parkeringsplasser)	BH	RIE
Parker og hager	Eier av krav	Ansvar
Det skal tilrettelegges for en skjermet røyking under tak for pasienter	SB/BH	ARK/LARK

Utvendige arealer skal opparbeides og gis et parkmessig preg - se MOP (steg 2) for krav til planter	SB/BH	ARK/LARK
Benker mm må utføres i tilnærmet vedlikeholdsfrie materialer	SB/BH	LARK
Innvendig atrium/gårdsrom skal ha vannkran og drenering/sluk	SB/BH	LARK
Gangfelt i innvendig atrium/gårdsrom skal ha snøsmelteanlegg	SB/BH	LARK
Adkomst til gårdsrom for inn-/uttransportering av utstyr for vedlikehold (ATV/liten gravemaskin, etc.) etableres med størst mulig dørbredde/høyde	SB/BH	ARK
Gårdsrom skal ha høy robusthet og sikkerhet, som hindrer at pasient kan skade seg selv eller andre	SB/BH	ARK/LARK
Grøntareal i gårdsrom skal være vedlikeholds vennlig	SB/BH	LARK
Evt. takterrasser skal ha vannkran og drenering/sluk	SB/BH	RIV
Evt. takterrasser skal ha høy robusthet og sikkerhet, som hindrer at pasient kan skade seg selv eller andre	SB/BH	ARK
Evt. takterrasser skal ha snøsmelteanlegg	SB/BH	RIV

## 7 UTSTYR

Kalkyle for utstyr utarbeides i konseptfasen steg 1 og videre detaljering av utstysprogrammet lagt til konseptfase steg 2.

Hovedprogram utstyr skal gi overordnede føringer og retningslinjer for utstysprosjektet for å ivareta bygg- og funksjonsutstyr.

Hovedprogrammet skal

- definere begreper og avgrensninger
- avklare mål og programforutsetninger
- etablere overordnede strategier for valg av utstyr
- beskrive utviklingstrekk som påvirker areal, funksjon og valg av utstyr
- gi en kort beskrivelse av utstysforutsetninger for de enkelte funksjonsområdene

- avklare prinsipper for gjenbruk av utstyr

Hovedprogram for utstyr utarbeides normalt en overordnet kalkyle i steg 1. I steg 2 blir kalkylen bearbeidet og ytterligere detaljert.

Hovedfasene i utstysprosjektet etter konseptfasen, er:

- Forprosjekt (programmering av utstyr)
- Detaljprosjekt
- Anskaffelse av utstyr
- Mottak, kontroll og overtakelse
- Opplæring og ibrukstakelse av utstyret

### Ambisjonsnivå/forutsetninger

Det vil i forkant av hver fase være en gjennomgang av behov for ansatt- og brukermedvirkning.

## 7.1 Byggutstyr og funksjonsutstyr

I større utbyggingsprosjekter skiller det som regel mellom bygg- og funksjonsutstyr.

Byggutstyr inkluderer fastmontert inventar og annet fast utstyr som inngår i byggets infrastruktur og kalkuleres som en del av entreprisekostnadene.

Funksjonsutstyr er knyttet til funksjonen i rommet og omfatter i hovedsak løst utstyr. Utstyret budsjetteres via egen budsjettpost og inngår normalt ikke i entreprisekostnadene. Kostnader for hjelpearbeider i forbindelse med installasjon av utstyr tas med i bygg- og teknikkentreprisene.

### *Medisinsk teknisk utstyr*

Medisinsk teknisk utstyr kan defineres som

*Ethvert medisinsk utstyr, inklusiv in vitro-diagnostisk medisinsk utstyr, inkludert programvare og systemløsninger, beregnet for mennesker til diagnose, overvåkning og/ eller behandling på medisinsk grunnlag og som for å fungere er avhengig av en energikilde (strøm, lys, gass- eller væsketrykk) samt nødvendig tilbehør til slikt utstyr.*

ECT-behandling skal fortsatt utføres i Brevika uavhengig av tomtevalg.

En regner med at det vil programmeres små mengder MTU i det nye sykehuset. På mottaks og undersøkelsesrom vil det kunne være utstyr som elektroniske blodtrykksapparat, EKG registreringsutstyr og AED- apparat (hjertestarter).

IKT-utstyr som er direkte tilknyttet medisinsk teknisk utstyr og som brukes til å betjene eller drive utstyret, regnes også som MTU.

#### *Grunnutrustning*

Kategorien omfatter generell sykehusutrustning som for eksempel utstyr for logistikk, senger, utstyr for avfallshåndtering og verkstedutstyr.

#### *IKT-/AV-utstyr*

Overordnede prinsipper for IKT beskrives i Hovedprogrammet -Overordnet IKT-program. Kategorien omfatter PC-er, skrivere, skjermer/monitører o.l. og vil typisk omfattes av utstyr som leveres via avtaler med Sykehuspartner. Servere som betjener funksjonsutstyr inngår i kategorien, mens dedikerte servere knyttet til IKT-infrastruktur defineres som byggutstyr.

Dataprogrammer og IKT-løsninger som er en del av de regionale prosessene regnes ikke som en del av funksjonsutstyret, disse dekkes via tjenesteavtalen mellom Helse Nord IKT og ekstern tjenesteleverandør og/eller som en del av O-IKT (eks. RIS/PACS, lab-system, elektronisk kurve).

Utstyrsprosjektet dekker utstyrs kostnad, levert og installert av leverandør, samt opplæringskostnader. O-IKT prosjektet dekker kostnader for å etablere løsningen i IKT-arkitekturen, herunder ligger utarbeidelse av løsningsdesign og ROS-analyse, applikasjonsdistribusjon/pakking, servere, databaser, åpning av brannmurer, lagring og lignende.

Sensortechnologi som nærvær radar vil kreve utstrakt kabling.

#### *Møbler og løst inventar*

Denne kategorien omfatter løse møbler og inventar i alle områder i sykehuset. Fast inventar som skap og hyller inngår ikke i samme kategori, men må planlegges sammen med dette slik at det nye bygget får et helhetlig inntrykk når det gjelder inventar.

### *Bygg- og installasjonspåvirkende utstyr (BIP)*

Bygg- og installasjonspåvirkende utstyr defineres som utstyr som har egenskaper som innebærer at det i prosjektering av bygg eller rom må tas spesielle hensyn til utstyret. Eksempler på bygg- og installasjonspåvirkende utstyr kan i dette prosjektet være vaskemaskiner, desinfektorer og kjøkkenutstyr til matbearbeiding.

Det er viktig å tenke på at også utstyr som senger er installasjonspåvirkende. Dørbredden må være slik at det skal være mulig å flytte standard senger inn ut av pasientrom uten at sengene helt eller delvis må demonteres.

All informasjon om utstyret skal være tilgjengelig i prosjektets utstyrsdatabase.

## 7.2 Målsetninger og overordnede føringer for utstyr

*Hovedmålsettingene for utstyrsprosjektet er å:*

- sikre at alle avdelinger/rom har et komplett utstyrsprogram som ivaretar den planlagte funksjonen og kapasiteten i arealet
- utruste funksjonene med utstyr som minst viderefører dagens utstyrsstandard
- anskaffe moderne, effektivt utstyr
- sikre at utstyr som anskaffes er sikkert/sertifisert, brukervennlig og miljøvennlig
- sikre driftseffektive løsninger med lavest mulig levetidskostnader
- sikre ansatte i driftsorganisasjonen medvirkning i valg av teknologi og løsninger
- få til sambruk av teknologi/utstyr der det er mulig
- standardisere løsninger så langt det er mulig
- gjennomgå eksisterende utstyrsark med henblikk på mulighet for gjenbruk
- sikre god og tilstrekkelig opplæring, slik at utstyret utnyttes best mulig,
- innhente all nødvendig informasjon som kan påvirke utforming og dimensjonering av bygg og teknikk
- fastslå tidspunkt for når nytt utstyr skal kjøpes inn

*De viktigste suksesskriteriene for utstyrsprosjektet er:*

- Planlegging og anskaffelse skal gjennomføres innenfor definerte tids- og kostnadsrammer
- Involvering av brukerne av utstyret på en hensiktsmessig måte
- Godt samarbeid mellom prosjekt- og driftsorganisasjon
- God koordinering og klare grensesnitt mellom utstyr, IKT og teknikk i alle faser av prosjektet

## 7.3 Strategier for valg av utstyr

### 7.4 Teknologisk utvikling og utstyrskonsekvenser

Utviklingen innen medisinsk teknologi har stor betydning for den kliniske virksomheten. Utviklingen går raskt og utstyret blir stadig bedre og mer avansert. Det forventes en raskere og mer effektiv behandling, både før, under og etter behandling på sykehus. Flere fagdisipliner, både klinikere og teknologer må samarbeide for å finne gode og effektive behandlingsmetoder.

En økende mengde utstyr blir digitalt. Digitaliseringen medfører en større mulighet og et økende behov for integrasjon med både administrative og kliniske IKT-systemer.

Flerfaglige diskusjoner vil skje i møterom ved hjelp av bildevisning fra flere modaliteter. Det er behov for å kommunisere om data, bilder og video både internt i UNN og med andre foretak. Det må derfor legges til rette for en utstrakt bruk av videokonferanse.

Det vises til overordnede beskrivelser i kap. 2.9. og overordnet IKT-konsept i kap. 8.

### 7.5 Vurdering av gjenbruk

På dette stadiet kan kostnadsberegninger bare i begrenset grad bygge på kunnskap om det konkrete utstyrsbehovet i prosjektet. Erfaringsmessig er det minst å hente på overflyttbart inventar i forhold til andre utstyrs kategorier i nye prosjekter. I mange tilfeller er inventar av eldre dato, og det er ønskelig å gi et tiltalende uttrykk i nye lokaler.

Det er vurdert at gjenbrukspotensialet er minimalt. Det legges derfor foreløpig til grunn gjenbruksprosent på 0.

Gjenbruk og gjenbrukspotensiale vil vurderes i steg 2.

### 7.6 Utstyrs kalkyle

Kostnadskalkyle utstyr inngår å prosjektets totale kostnadsestimat. Det forutsetter i første omgang nytt utstyr og nye møbler. Kostnadsoverslaget utarbeides på grunnlag av utstyrsprogrammering i samarbeid med klinikken av hvert enkelt rom i prosjektet.

Det legges til grunn en utstyrs kostnad på 3000,- eksklusiv mva per brutto m<sup>2</sup> for de generelle områdene. For noen områder er det usikkerhet og det er derfor lagt inn en høyere pris per kvm for disse arealene, se tabell under.

Prosjektets arealramme er 34 000 m<sup>2</sup> BTA. Kostnadsoverslaget stemmer godt overens med andre pågående prosjekter innenfor PHV.

Tabell 15 Utstyr - overordnet kalkyle

	Areal (BTA)	Pris (per kvm)	Sum
Generelle områder (døgn, poliklinikk etc.)	30 400	3000	91 200 000
Sikkerhet	1400	4000	5 600 000
Klinisk støtte	200	4000	800 000
Aktivitetssenter	1300	4000	5 200 000
Garderobe, vaskeri, mottakskjøkken	700	4000	28 00000
Brutto utstyrskostnad			105 600 000
Administrasjon (10%)			105 600 00
Totalt ekskl. mva			116 160 000
Mva			29 040 000
Totalt inkl. mva			145 200 000



## 8 IKT KONSEPT

### 8.1 Innledning

IKT integreres i økende grad i sykehusenes arbeidsprosesser og er en viktig faktor i driften av sykehusene, både for den kliniske virksomheten og for et velfungerende bygg. Overordnet IKT konsept er i denne sammenheng et overordnet underlag for å kunne gjøre kvalifisert estimering på leveringsomfang innen IKT i en tidlig fase og utgjør en del av Hovedprogrammet slik som beskrevet i «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017).

Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT i UNN skal:

UNN skal på utvalgte områder ha en ledende rolle regionalt i utvikling og implementering av IKT og E-helseløsninger, og skal være nasjonalt ledende innen elektronisk samhandling og digitale pasienttjenester

Stimulere til bruk av IKT-løsninger som bidrar til økt pasientsikkerhet, forbedret pasientbehandling og kvalitet, og som også understøtter UNNs ansvar for forskning, utdanning, læring- og mestring og samhandling

Bidra til å prioritere tiltak og prosjekter innenfor IKT-området og som legger føringer for fremtidige investeringer på IKT området

### 8.2 Nasjonale, regionale og lokale strategiske føringer for IKT

IKT i PHR UNN-prosjektet vil forholde seg til både nasjonale, regionale og lokale føringer for IKT i helsesektoren i Norge. Nedenfor følger en oversikt.

#### 8.2.1 Nasjonale føringer

PHR UNN-prosjektet følger de nasjonale strategiske føringer laget for informasjons- og kommunikasjonsteknologi i norsk helsesektor som Nasjonal sykehusplan, En innbygger - en journal og Samhandlingsreformen. PHR UNN følger ellers tett agendaen for den nasjonale utvikling på IKT/e-Helse området for å sikre at planlegging og gjennomføring er i samsvar med nasjonale føringer fra blant annet Nasjonal IKT og Direktoratet for e-Helse. Videre følges føringer fra:

- Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022
- Én innbygger – én journal
- Nasjonal IKT, IKT-strategi for spesialisthelsetjenesten
- Nasjonal Helse- og sykehusplan
- Direktoratet for e-Helse
- Normen.no, Norm for informasjonssikkerhet

## 8.2.2 Regionale føringer

IKT for PHR UNN planlegges i samsvar med Helse Nord RHF's strategiske og tekniske føringer, og i tett samarbeid med Helse Nord IKT. Regionale strategier og teknologiske valg fra Helse Nord IKT skal være førende for PHR UNN-prosjektet. Øvrige regionale føringer for IKT-utvikling vil være:

- *Oppdragsdokument Helse Nord/ UNN*
- *Virksomhetsplan Helse Nord IKT*
- *Arkitekturplan*
- *Sikkerhetsplan*

## 8.2.3 Lokale føringer for Nye PHR UNN

Nye PHR UNN skal benytte seg av teknologiske løsninger i samhandlingen med PHR UNN både om undervisning, utdanning, veiledning og om den enkelte pasient.

**Forutsetninger og forventninger:**

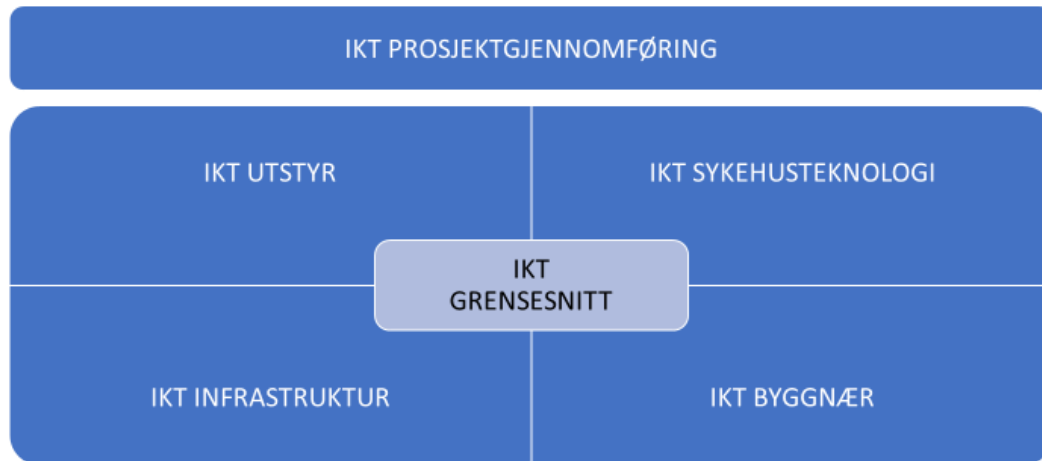
## 8.3 IKT Sentrale områder

I konseptfasen av prosjektet vil vi skissere på overordnet nivå en gruppering av hovedprogrammer for IKT med mulig oppgavefordeling. I Forprosjektfasen vil endelig fordeling og fastsettelse av ansvar foretas. Likeledes vil det i forprosjektet redegjøres for hvilke leveranser som vil håndteres av *Helse Nord-IKT* og hvilke leveranser som må anskaffes gjennom entreprisen eller etablerte og nye rammekontrakter.

IKT i PHR UNN-prosjektet foreslås å deles opp i følgende sentrale områder:

- IKT BYGGNÆR (nært bygget, tradisjonelle anlegg)
- IKT INFRASTRUKTUR (basis infrastruktur slik som datanettverk/telefoni)
- IKT SYKEHUSTEKNOLOGI (spesiell IKT infrastruktur for sykehus)
- IKT UTSTYR (brukerutstyr/endeutstyr/periferiutstyr)
- IKT PROSJEKTGJENNOMFØRING (ledelse, prosjektstyring og koordinering)
- IKT INTEGRASJONER (som skaper merverdi mellom leveranser)

## IKT SENTRALE OMRÅDER



### 8.4 Ansvarsoppgaver, leveranser og prosjekter

Ansvar og oppgaver må fordeles imellom sentrale aktører. Antatte aktører vil være Helse Nord, Helse Nord IKT, UNN, Sykehusbygg og Entreprenør(-er). Oversikt over hvilke IKT leveranser som planlegges, samt hvem som har ansvaret samt finansieringskilde er gjengitt i *Vedlegg Leveranseoversikt IKT PHR UNN*

### 8.5 Ansvarsoppgaver

PHR UNNs oppgaver og ansvar

Forslag til oppgaver og ansvarsområder nevnt nedenfor må avklares nærmere i for- og detaljprosjektet

- Krav og behov
- Forankring/innføring av nye systemer og nye arbeidsprosesser
- Organisasjonsutvikling & IKT
- Informasjon- og kommunikasjon ansatte/brukere
- Delta i testing
- Medvirke/rådgivning i beslutninger innen IKT
- Opplæring

Sykehusbyggs oppgaver og ansvar

Sykehusbygg sine oppgaver og ansvar er ikke avklart fremover for IKT området. Sykehusbygg HF kan imidlertid bistå med rådgivning ut fra erfaring fra tilsvarende byggeprosjekter og IKT.

## Helse Nord IKTs oppgaver og ansvar

Forslag til oppgaver og ansvarsområder nevnt nedenfor må avklares nærmere i for- og detaljprosjektet

- Prosjektledelse IKT
- Grensesnitthåndtering/koordinering
- Migrering og sanering
- Integratortjenester IKT – IKT
- Integratortjenester IKT – Medisinsk teknisk utstyr
- Integratortjenester IKT – IT programvare
- Testing
- Prøvedrift/overlevering drift

## 8.6 Leveranser/ prosjekter:

### IKT UTSTYR (Helse Nord IKT)

Forslag til leveranseomfang nevnt nedenfor må avklares nærmere i for og detaljprosjektet.

- PCer, faste og bærbare
- Nettbrett
- Printere, kopi, multifunksjonsmaskiner
- Skjermer
- PACS-arbeidsstasjoner
- Dikteringsutstyr
- Løst periferiutstyr/brukerutstyr IKT
- IT-sikkerhetsløsninger og autentisering
- Klientplattform inkl. testing
- Servere og Digital lagring/ SAN
- AV-utstyr

### IKT BYGGNÆR (Entreprenør)

Forslag til leveranser og prosjekter nevnt nedenfor, må avklares nærmere i for- og detaljprosjekt, både i omfang, hva som er aktuelt og hvem som skal være ansvarlig for hva:

- Føringsveier
- Kommunikasjonsrom
- Strukturert kabling
- Serverrom
- Nødnett
- Personsøk

- Basisinfrastruktur mobiltelefoni/4G
- TV og TV-distribusjon
- AV-utstyr montering
- Pasientsignalanlegg

### IKT INFRASTRUKTUR (Helse Nord IKT)

Forslag til leveranser og prosjekter nevnt nedenfor, må avklares nærmere i for- og detaljprosjekt, både i omfang, hva som er aktuelt og hvem som skal være ansvarlig for hva:

- Teknisk infrastruktur
- Nettverksteknologi (nettverk, virtuelle nett, sikkerhetssoner, etc.)
- Sporingsteknologi
- Trådløst nettverk med baser og sentral teknologi
- Meldingsinfrastruktur sentral teknologi
- Telefoniteknologi fast telefoni inkl. sentralbordløsninger og beredskapsløsninger
- Telefoniteknologi trådløs/mobil telefoni

### IKT SYKEHUSTEKNOLOGI (Helse Nord IKT)

Forslag til leveranser og prosjekter nevnt nedenfor, må avklares nærmere i for- og detaljprosjekt, både i omfang, hva som er aktuelt og hvem som skal være ansvarlig for hva:

- Tilkallingsløsninger/alarmering
- Selvinnsekkkløsninger, selvbetjeningsløsninger
- Informasjonstavler
- Sikkerhetsløsninger
- TV/bildebruk pasientrom
- Fall-løsning
- Posisjoneringsløsninger
- Sensorteknologi

### IKT GRENSESNITT (Helse Nord IKT)

Forslag til leveranser og prosjekter nevnt nedenfor, må avklares nærmere i for- og detaljprosjekt, både i omfang, hva som er aktuelt og hvem som skal være ansvarlig for hva:

- Grensesnitt med byggtekniske løsninger (brann, adgangssystem, innbruddsalarm og overvåkning)
- Medisinsk teknisk utstyr (lite omfang innen psykiatri)
- Meldingsvarsler og kommunikasjon

## 8.7 Overordnet kalkyle/ budsjett

I konseptfasen er det fremdeles mange usikre variabler og det er for tidlig å gjøre endelig valg av løsninger og teknologi innen IKT.

Kalkyle ligger vanligvis rundt 3-4000 per m<sup>2</sup> for arealer til psykisk helsevern. Det er vanlig å legge IKT utstyr og AV utstyr på utstyrsbudsjettet. Etter diskusjon med Helse Nord IKT legges det foreløpig til grunn 3000,- kr per m<sup>2</sup> i PHR-prosjektet. En overordnet kalkyle etter modellen under vil utarbeides i steg 2.

Tabell 16 IKT overordnet kalkyle

IKT OMRÅDE	BUDSJETT EKS. MVA
IKT PROSJEKTJENNOMFØRING	
IKT GRENSESNIITT	
IKT UTSTYR (Budsjett i utstyrsprogrammet)	
IKT SYKEHUSTEKNOLOGI	
IKT INFRASTRUKTUR	
IKT BYGGNÆR (Budsjett i Elektro-entreprisen)	
	SUM



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

# Delrapport Mulighetsstudier

PHR Tromsø

Konseptfase «PHR Tromsø»

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling

Revisjon:	Revisjonen gjelder:	Godkjent:	Dato:
Versjon 0.9	Til styringsgruppe		11.05.21
Versjon 0.1	Til KSK		07.05.21
Utkast 0.0	Under arbeid		06.03.21
<b>Prosjektnr:</b>	<b>Arkiv/dokumentnr:</b> PHR-0000-Z-RA-0001	<b>Løpenr:</b>	<b>Saksbeh:</b>

**Dokumenttittel:**

Delrapport Mulighetsstudier

Konseptfase «PHR Tromsø» BYGG



<b>1</b>	<b>INNLEDNING MULIGHETSSTUDIER</b>	<b>3</b>
1.1	BAKGRUNN FOR MULIGHETSSTUDIET	3
1.2	VEDTAK FOR UTREDNING AV ALTERNATIVER	4
<b>2</b>	<b>DAGENS SITUASJON BYGG OG TOMT</b>	<b>6</b>
2.1	ÅSGÅRD	6
2.1.1	Historikk Åsgård	6
2.1.2	Område, tomt, landskap	7
2.1.3	Grunnforhold	7
2.1.4	Trafikkforhold	7
2.1.5	Planstatus og regulering	8
2.1.6	Vern/kulturminner	9
2.1.7	Eierforhold og interessenter	13
2.1.8	Eksisterende bygninger	14
2.2	BREIVIKA	19
2.2.1	Historikk Breivika	19
2.2.2	Område, tomt, landskap	20
2.2.3	Trafikkforhold	21
2.2.4	Planstatus og regulering	23
2.2.5	Eksisterende bygninger, tomt og eierforhold	24
<b>3</b>	<b>PROGRAMKRAV</b>	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>ALTERNATIVENE</b>	<b>27</b>
4.1	ALTERNATIV Å – Å SAMLE ALL PHR VIRKSOMHET PÅ ÅSGÅRD	27
4.1.1	Å0 (Nullalternativet)	27
4.1.2	Å1 – Bruk av eksisterende bygningsmasse og nybygg på tomten	29
4.1.3	Å2 – Nybygg på vest-tomta	33
4.2	ALTERNATIV B – Å SAMLE ALL PHR VIRKSOMHET I BREIVIKA	35
4.2.1	Alternativ B1 – Sengepost på ervervet tomt	36
4.2.2	Realistiske løsninger, B3 og B4	37
4.3	ALTERNATIV ÅB – DELT ALTERNATIV	39
4.3.1	Vurdering virksomhetsalternativer, klinikk	41
<b>5</b>	<b>MULIGHETSSTUDIER ARK, RATIO</b>	<b>54</b>

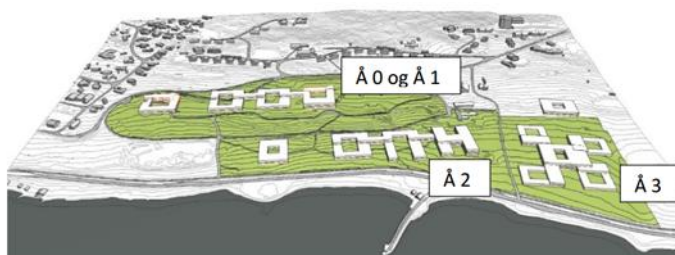
# 1 Innledning mulighetsstudier

Mulighetsstudien er en samling av tidligere utredninger gjennomført i Idéfasen, i tiden mellom Idéfasen og konseptfasen av eksterne rådgivere, og nye utredninger i konseptfasens steg 1. Det er utført tilstrekkelige utredninger i forkant av konseptfasen, og prosjektet velger å gjenbruke noe av materialet. Videre har prosjektet gjort to nye vurderinger på de aktuelle tomtene i Breivika og Åsgård.

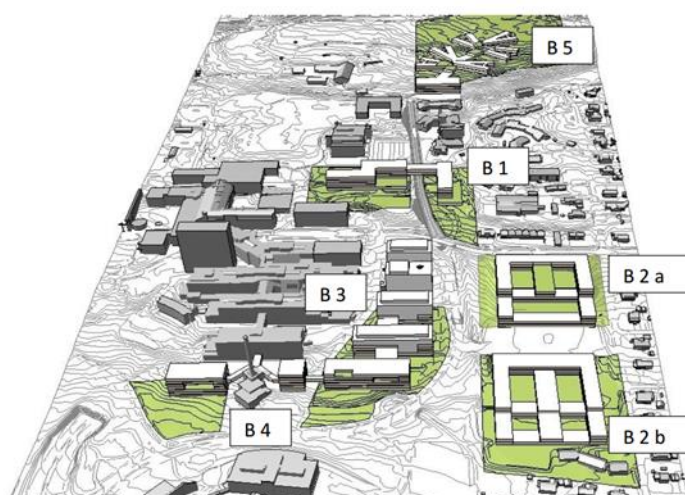
## 1.1 Bakgrunn for mulighetsstudiet

Idéfasens konklusjon i 2017 var å gå videre med å utrede 3 alternativer i konseptfasen:

- Å0-alternativet (utvikling av eksisterende bygningsmasse på Åsgård)
- Å2-alternativet (nybygg vest for eksisterende bygningsmasse på Åsgård)
- B2-alternativet (nybygg på Gimleveien 12, den såkalte busstomta i Breivika)



Åsgård - alternativer samlet



Breivika - alternativer samlet

Etter behandling av idéfaserapporten er det utført nye utredninger, i tillegg til at UNN har ervervet en tomt i tilknytning til idéfasens alternativ B1.

Basert på disse styrevedtakene (ref. konseptrapport del I) har prosjektet vurdert 3 hovedretninger i forhold til bygningsmessig løsninger og plassering:

1. Å samle all PHR virksomhet på Åsgård
2. Å samle all PHR virksomhet i Breivika
3. En deling av funksjonene om dette viser seg mest hensiktsmessig gjennom utarbeidelse av programmet.

## 1.2 Vedtak for utredning av alternativer

Sak ST 85-2020, 18.November 2020 la administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF frem endrede innstilling til styrets vedtak. Følgende endring ble enstemmig vedtatt: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF viser til vedtakspunkt 2 i sak 26/2017 Idéfase for psykiatri- og rusfeltet ved UNN og ber om at alternativene som skal inngå i konseptfasen justeres til:

- Revidert 0-alternativ: Nybygg på Åsgård- tomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygg.
- Alternativ 1: Bygge nytt med utgangspunkt i et utvidet B1 alternativ i Breivika, inkludert ervervet tomt Gimleveien 46.
- Alternativ 2: Delt løsning mellom 0-alternativet og alternativ 1.

Helse Nord RHF behandlet Styresak 156-2020 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - nybygg psykisk helse- og rusbehandling, konseptfase. Formålet med styresaken var å oppdatere vedtak i styresak 45-2017 med ny informasjon. Begrunnelsen var blant annet at idéfaserapporten var 3 år gammel, og det var behov for å oppdatere grunnlaget og justere alternativene. Vedtak i styresak 156-2020 ble som følger:

*Styret i Helse Nord RHF viser til vedtakspunkt 2 i styresak 45-2017 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - arealer til psykisk helse og rusbehandling, idéfaserapport, og ber om at alternativene som skal inngå i konseptfasen justeres til:*

- *Revidert 0-alternativ; Nybygg på Åsgård-tomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygg*
- *Alternativ 1: Utvidet B1-alternativ som inkluderer nyervervet tomt i Gimleveien 46 i Breivika*
- *Alternativ 2: Delt løsning mellom 0-alternativet og alternativ 1*

## Kjøp og salg av eiendom

### Gimleveien 46:

Styret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF vedtok i sak 21-2019 *Ervervelse av tomt. Ny behandling* å kjøpe tomt i Gimleveien 46. Tomten er regulert til næringsformål. Tomtekjøpet gir alternativ B1 fra idéfasen

større areal og mulighetsstudiet viser at etablering her er realistisk selv om forholdene ikke er optimale. Ref.: «Kriteria for valg av tomt for bygg til psykisk helse og rus, Utomhus området i Breivika, UNN HF, Sykehusbygg 6.11.2019.»

### Åsgårdmarka:

Bakgrunn: Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) vedtok i styresak 81-2013 Åsgårdmarka å oversende detaljreguleringsplan for Åsgårdmarka til Tromsø kommune med sikte på omregulering av området til boligformål og salg. Styret ba adm.dir. om innhenting av tillatelse av salg fra Helse Nord RHF, og forutsatte at inntektene helt eller delvis skal bidra til modernisering eller nybygg på rus- og psykiatriområdet

Styret i Helse Nord RHF vedtok i styresak 97-2020/5 *Salg av Åsgårdmarka, status i arbeidet* å legge tomta ut for salg. Tromsø kommune fikk i april 2021 tilbud om å kjøpe Åsgårdmarka. UNN og Troms og Finnmark fylkeskommune har fastsatt prisen til takst og kommunen må svare på tilbudet innen 9.juli 2021.

## 2 Dagens situasjon bygg og tomt

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har sin virksomhet i anlegget på Åsgård, som ligger ca. 5 kilometer fra somatikken i Breivika.



*Utklipp fra Kommune kart Tromsø/Norkart*

Prosjektet har vurdert en videreføring av anlegget på Åsgård, og en samling av PHV og TSB ved somatikk i Breivika. Det er også sett på ulike delte løsninger.

### 2.1 Åsgård

#### 2.1.1 Historikk Åsgård

Troms og Tromsø sykehus startet tidlig i 1950-årene sin psykiatriske avdeling i to moderniserte tyskerbrakker ("Brakka" og "Skattøra"), samt noen senger ved St. Elisabeth Hospital fra 1949. St. Elisabeth ble

nedlagt i slutten av 1950-årene, mens de øvrige psykiatriske tilbudene ("Brakka" og "Skattøra") ble nedlagt da klinikkavdelingen ved Åsgård sykehus ble tatt i bruk i 1966.

I 1948 kjøpte staten eiendommen Åsgård, gnr. 118, bnr. 1, i Tromsøysund. I 1961 var sykehuset ferdig bygget og klar for delvis drift og overført fra staten til Troms og Finnmark fylkeskommuner og bykommunene Harstad, Tromsø, Hammerfest, Vadsø og Vardø.

### 2.1.2 Område, tomt, landskap

Området er vestvendt, og ligger sentralt på Tromsøya med forholdsvis kort avstand til sentrum (ca. 2,5 km). Terrenget er godt tilrettelagt for å kunne skape uterom med universell utforming. Det er kort avstand til grøntområder og sjøen. Det ligger et boligområde ovenfor og langs Åsgårdvegen, og det kommer nye boliger på oversiden av Åsgårdvegen. Området for øvrig ligger skjermet for innsyn og har ingen naboer tett på. Det er mulighet for å skjerme mer enn i dag med vegetasjon mot offentlig vei.

Tomten gir gode muligheter for utsikt og lysforhold. Terrenget skråner slakt mot Sandnessundet. Vegetasjonsbelte på vestsiden av bebyggelsen skjermer for både innsyn og utsikt.

### 2.1.3 Grunnforhold

Multiconsult har gjort grunnundersøkelser i 2012 for å kartlegge risiko for kvikkleireskred. Det er gjort boreprøver på to områder på Åsgård og det er ikke funnet forekomst av kvikkleire. Området er ikke lokalisert som mulig skredfarlig. Det er kort dybde til fast fjell, og øvre lag er jordbruksjord.

### 2.1.4 Trafikkforhold

#### **Atkomst:**

Området har god tilgjengelighet til kollektiv, gang- og sykkelvegnett, dog noe begrenset sørover langs Åsgårdveien. Det er busstilbud fra Langnes og sentrum, men dette er noe begrenset utenfor rushtidene. Biltrafikk har atkomst via Åsgårdveien, som er en boliggate.

Tomten er stor og har gode parkeringsmuligheter. Atkomst er fra Åsgårdvegen.

Åsgårdområdet er ikke definert som et sentralt knutepunkt i kommunens overordnede byutviklingsstrategi. Breivika og sentrum er definert som mål for utvidelse og vekst, og vil være satsningsområde for utvikling av kollektivtilbud og trafikale vegløsninger, mens Åsgård ikke er underlagt en slik satsning. Åsgårdområdet er foretrukket til boligvekst. Det bør være mulig å etablere ny atkomst fra Kvaløyveien (eksisterende traktorvei) slik at det kollektive servicetilbudet vil bli noe bedret.

Deler av Åsgårdtomten er lagt ut for salg, og en ny vurdering må gjøres i råd med eiendomsutvikler av solgt område.

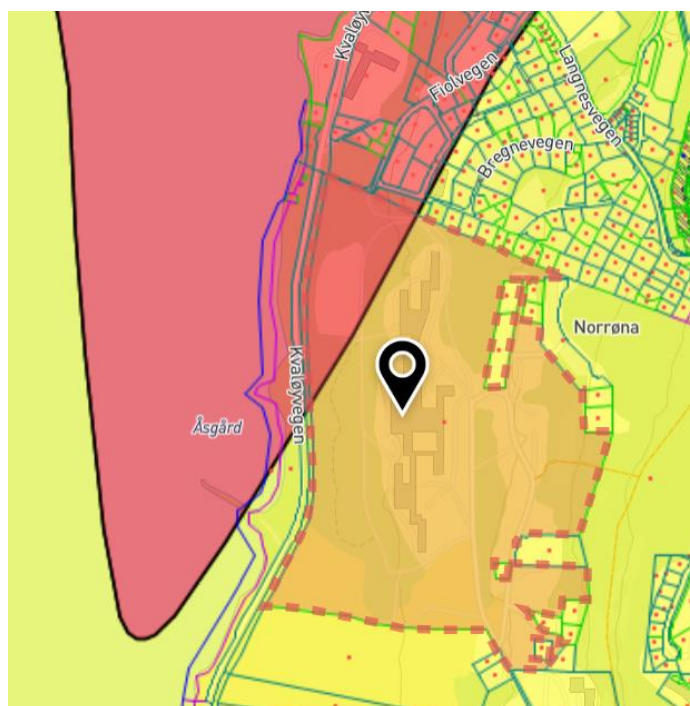
### Akuttadkomst:

I tillegg til vanlig biltrafikk-vei, har ambulanse også mulighet til å benytte bomvei for buss (nord mot flyplass.). Dette gir tilkomst til tomten fra nord og sør. Denne veien kan benyttes ved øvrig beredskap.

Ambulanse vurderer å etablere en base på Åsgård på sikt, i tillegg til hovedstasjon i Breivik.

### Flytrafikk

Dagens anlegg ligger i gul støysone ihht Avinor støysonekart. Et mindre område av tomta i nordvest ligger i rød støysone. Støy fra Langes flyplass gjelder i hovedsak flyavganger og propellflylandinger hhv. mot og fra sør. Langes flyplass har i gjennomsnitt ca. 100 flyvninger per dag. I tillegg er motortesting på flyplassen med høyt motorturtall en ytterligere støykilde. Dette kan også skje nattetid.



*Utklipp fra Kommunekart Tromsø/Norkart - støysoner Avinor*

### 2.1.5 Planstatus og regulering

Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området mellom Kvaløyveien og Åsgårdveien. I KPA er eksisterende sykehus avsatt til offentlig tjenesteyting (mot Åsgårdvegen). Mot vest/Kvaløyvegen og mot sør er det avsatt framtidig friområde. Det antas at man kan gjennomføre mindre bygningsmessige endringer i dagens anlegg uten utarbeiding av reguleringsplan.

Eksisterende bebyggelse er henholdsvis «angitt hensynssone bevaring kulturmiljø» og «båndlegging etter lov om kulturminner».

Dersom deler av bebyggelse som er verneklasse 2 rives vil det bli krav om detaljregulering. Ved utarbeiding av detaljregulering som er i strid med gjeldende formål i KPA, vil kommunen også kreve konsekvensutredning.

## 2.1.6 Vern/kulturminner

### Landsverneplan for spesialisthelsetjenesten

Komplekset Åsgård inngår i Helse- og omsorgsdepartementets *Landsverneplan for spesialisthelsetjenesten*.



Kart fra Landsverneplan for helsesektoren, Åsgård bygg 1-11

I planen heter det om vernet av anlegget:

«Formålet med vern av anlegget er å bevare bygningsstrukturen på Åsgård sykehus som landets eneste spesialsykehus bygget i sin helhet i etterkrigstiden. ( ... ) Vernet skal sikre bygningenes hovedstruktur, arkitektonisk uttrykk og opprinnelige detaljer og materialbruk.»

Planens anbefalinger ble fulgt opp gjennom fredning (2012) av byggene 7 (eksteriør) og 10 (eksteriør og noe interiør: inngangsparti) på selve sykehuset og fire av personalboligene i Lars Eriksens vei.

I fredningsvedtaket het det:

«Formålet med fredning er å bevare utvalgte bygninger på Åsgård sykehus som landets eneste helhetlige psykiatriske spesialsykehus bygget i sin helhet i etterkrigstiden. Åsgård sykehus er et betydelig helsehistorisk kulturminne. Formålet med fredning av de to bygningene 7 og 10, er å bevare utvalgte deler av bygningsstrukturen på Åsgård sykehus.»



Anbefalingene ble videre fulgt opp gjennom at øvrige foreslåtte verneobjekter ble satt i Verneklasse 2 – sektorens eget vern.

Det er ikke noe areal utomhus rundt bygningene som er fredet eller vernet, slik det i mange tilfeller er på de andre kompleksene som inngår i landsverneplanen.

Området er uregulert, men de vernede bygningene er angitt som hensynssone bevaring kulturmiljø i kommuneplanens arealdel. Der heter det i retningslinjene:

«Innenfor sonen skal hensynet til kulturmiljøet gis prioritet. Nye tiltak bør ikke tillates innenfor hensynssonen. Kommunedelplan for kulturminner, som er under arbeid, vil gjøre nærmere rede for de enkelte hensynssonene.»

Videreføring av eierskap/funksjoner i bygningsmassen har en samfunnsmessig egenverdi. Kulturminnenes framtid etter en eventuell avhending vil være høyst uvis.

Sykehusets bærende kulturminneverdier – lokalisering, struktur, arkitektur og innhold – kan sikres og videreføres selv om noen bygg må erstattes og det må gjennomføres omfattende bygningsmessige tiltak på all eksisterende bebyggelse. Kulturmiljøet vil altså forbli intakt. Et stykke på vei vil det også gjelde *opplevelsesverdien*. Gjennom grundig dokumentasjon kan kulturmiljøets *kildeverdi* i alt vesentlig sikres.



*Inngangsparti bygg 10*

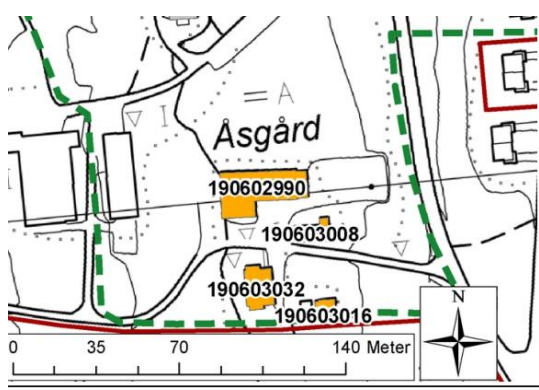
## Gårdsanlegget Aasgård

Gårdsanlegget Aasgård har både gitt arealer og navn til sykehuset. Våningshuset på Åsgård er oppført i sveitserstil engang på slutten av 1800-tallet. Hovedvolumet er en 1,5-etasjes laftet tømmerkasse med

langsiden vendt mot fjorden og en dekorativ ark i loftsetasjen. På motsatt side, mot sør, er det to fløyer, én på hver side av langsiden.

Åsgård sykehus har stor helsehistorisk verdi som landets eneste helhetlig planlagte psykiatriske sykehus fra etterkrigstiden. Anlegget har også betydelig pedagogisk verdi som det siste eksemplet på den gamle asylplanleggingen hvor institusjonene både skulle være selvforsynte med fødevarer og hvor arbeidet med jorda var et terapeutisk verktøy. Gårdsanlegget Aasgård har, til tross for relativt lav autentisitet, verneverdi i dette perspektivet og er satt i Verneklasse 2, bevaring. Vernet omfatter våningshuset, de to eldre småbygningene syd for våningshuset, og låven fra ca. 1950-tallet.

Vernet skal sikre hovedstruktur, arkitektonisk uttrykk, opprinnelige detaljer og materialbruk.



Våningshuset på Aasgård. Foto: Leif Maliks, Forsvarsbygg.

### Dialog med kulturminnemyndighet

Det er gjennomført to møter mellom prosjektet PHR UNN og Troms og Finnmark fylkeskommune (kulturminnemyndighet) der forslag til videre bruk av anlegget på Åsgård er presentert for fylkeskommunen. Prosjektet har presentert et realistisk utviklingsalternativ som ligger mellom nullalternativet og omfattende riving, som samtidig ivaretar pasientens behov, klinikkens behov og vern/fredning.

Fylkeskommunen ser positivt på å bli koblet på dette prosjektet tidlig og gir følgende tilbakemeldinger til prosjektet:

- Det er positivt at området fortsatt kan brukes til psykisk helsevern
- Det er fint å få rammet inn nytt anlegg med de gamle byggene. Fylkeskommunen anbefaler ikke å rive mer enn det som er skissert, og bygg 2 bør ikke rives. Det er ikke ønskelig at pasientareal bygges i flere etasjer enn det som er vist i forslaget. Alternativet er å utvide kontorbygg i høyden og evt. etablere pasientareal der.
- Det er ønskelig med størst fokus på og rundt bygg 7 og 10 som er fredet. Det er spesielt viktig med fokus på kvalitet byggene seg imellom, og uterom/innerom mellom byggene rundt disse to fredede byggene.

- o Vestdelen (nybygg sengeposter) bør holdes på ett plan
- o Gårdsrom: Det er lagt inn et nytt bygg inne i gårdsrommet mellom bygg 3 og bygg 10 (markert rødt). Fylkeskommunen ber om at dette uterommets kvalitet rendyrkes og at prosjektet ser på plassering av dette nye bygget.



- o Sikkerhetsavdeling: I det fremlagte forslaget er sikkerhetsavdeling plassert foran bygg 7, som er en optimal plassering med tanke på pasientbehandling og effektiv ressursutnyttelse (markert gult på illustrasjon under). Fylkeskommunen ber om at prosjektet ser på plassering av dette bygget, om mulig flytte det eller vinkler det 90 grader for å bedre hensynta bygg 7, som blir stengt inne av dette volumet. Byggene i sør har en mye friere plassering og er ikke fredet, så en plassering foran bygg 2 er mulig. Det er vanskelig å dra bygget lenger ned mot vest på grunn av rød flystøysone. Bygget som er tegnet inn er på ett plan og tar utsikt fra kjelleretasjen av bygg 7, men ikke etasjene oppover. Det er ikke utomhus fredning eller områdefredning rundt bygg 7. Sikkerhetsbygget kan legges for seg selv lenger sør på tomta, så lenge det ikke kommer i konflikt med gård som har kommunal fredning.



- o Formspråk: Arkitekt har tegnet deler av ny bygningskropp med saltak. Disse vil være opplagt nye bygg med et uttrykk som har referanser til den opprinnelige bebyggelsen. De nye sengepostene mot vest blir det som skiller seg ut og underordner seg.

Fylkeskommunen ser ikke behov for at nye bygg følger samme formspråk som det gamle.

Kontorvolumene kan være friere og må ikke ha saltak. Prosjektet står fritt til å velge et annet formspråk.

- o Korridorer: Fylkeskommunen ønsker at prosjektet i størst mulig grad bevarer korridorene, som er en kvalitet og et uttrykk som bør tas vare på. Prosjektet har beholdt eksisterende korridorer i «rammen» der pasienter ikke ferdes og ønsker å ivareta noe for å bevare uttrykket. Glasskorridorer er utvilsomt tiltrekkende selv om de ikke er funksjonelle. Prosjektet vil absolutt prøve å videreføre den ideen i det nye anlegget der det er mulig. I moderne psykisk helsevern er ikke slike korridorer gunstig, da mange pasienter kan reagere negativt på lengden og smal bredde.
- o Terrassert konsept: Terrengekoter tilsier at muligheter er bedre nedenfor bygg 2 enn resten av tomta. En terrassert bygningskropp blir et annet konsept og arkitekt har fulgt en ideell kote for å legge sengeposter i en figur, med myke vekt på tilpasning til landskap. Prosjektet kan tåle flere høydevarianter midt i komplekset, men ikke nært fredede bygg.
- o Innganger: Akuttinngang er plassert en etasje ned for hovedinngang, nedenfor bygg 9. Dette for å få inngangen sentrert i anlegget med nærhet til sengeposter, tilpasset et nytt bygg med kort avstand fra døgnenheter. Hovedinngang for pasienter er flyttet fra fredet bygg 10 og kommer nå på riktig nivå rett inn i hjertet av huset. Bygg 10 hovedinngang skal fortsatt brukes av ansatte, men krysser ikke pasienter. Fylkeskommunen er positiv til at den fredete gamle hovedinngang fortsatt vil være i bruk.

### 2.1.7 Eierforhold og interessenter

UNN er eier av området, og disponerer store andeler av planområdet. Mindre arealer er leid ut til Tromsø kommune og fylkeskommunen. Øvre del av tomta er lagt ut for salg og er per april 2021 tilbudt Tromsø kommune med svarfrist 9.juli 2021.

Kommunen drifter boliger til helseformål på området.

Vestsida av tomta er avsatt til grønt-struktur, men ingen deler av Åsgård tomta nedenfor vei er regulert. På overside av vei er området regulert til boligformål

Området er også ettertraktet for utvikling til boligformål.

Interessentbildet er viktig for å forstå de ulike grupperingene som det videre arbeid på en eller annen måte vil måtte forholde seg til. For Åsgård er der i dag et anlegg for PHR og der er ingen forventninger om at dette anlegget ikke skal fortsette å eksistere på Åsgård.

## 2.1.8 Eksisterende bygninger

Anlegget på Åsgård er et sammensatt bygningskompleks med mange lave enkeltbygninger forbundet med innvendige korridorer. Området omfatter del av eiendom gnr/bnr 118/1561 på i alt 304 888 m<sup>2</sup>. Tomta eies av UNN og eksisterende bygningsmasse som er i bruk til klinisk virksomhet er på ca.. 50.000 kvm.

Øvre del av tomten (Åsgårdmarka) er regulert til boligformål og er lagt ut for salg sammen med Troms og Finnmark fylkeskommune.



Utklipp fra Kommunekart Tromsø/Norkart - tomt gnr/bnr. 118/1561.

Under viser en oversikt over eksisterende bygg på Åsgård anlegget. I tillegg omfatter anlegget:

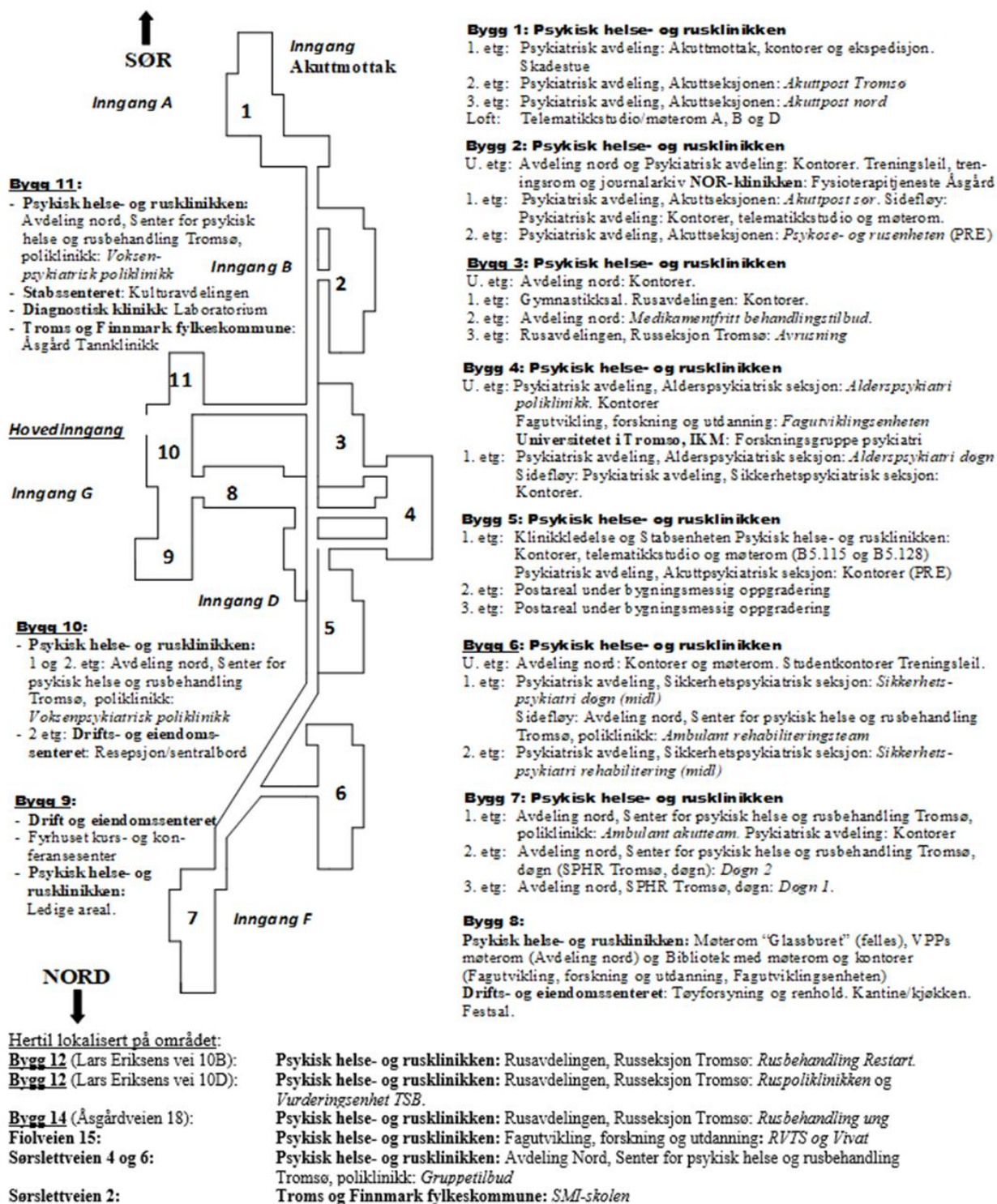
**Bygg 12**, rett sør for hovedanlegget i Lars Eriksens veg 10. Bygget er oppført samtidig som resten av anlegget og i tilsvarende stand. Benyttes til tverrfaglig spesialisert behandling og Restart. Ligger på tomten som er lagt ut for salg, med intensjon om tilbakeleie fra ny eier i påvente av nytt anlegg.

**Bygg 14**, også kalt Færingen, i Åsgårdveien 18. Bygget er oppført på 1990-tallet og er i bedre forfatning enn byggene 1-12, med noe preg av slitasje. Færingen tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling til ungdom og unge voksne. Bygget er ikke omfattet av vernebestemmelsene på anlegget.

**Sørslettvegen 2, 4 og 6**. Mindre boliger som benyttes som formålsbygg tilknyttet Åsgård. Boligene ligger på tomten som er lagt ut for salg med intensjon om tilbakeleie fra ny eier i påvente av nytt anlegg.

**Fiolvegen 15**. Innleide lokaler for RVTS Nord – ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

Disse byggene inngår ikke i nybygg for PHR-prosjektet, men kan brukes som rokaadeareal i byggeperioden.



Kart over anlegget, bygg 1-11

## Tilstandsanalyser

Multiconsult har foretatt en teknisk tilstandsvurdering av anlegget i 2017, med en oppdatering av tilstandsgrader i 2020.

Tilstandsgradene (Norsk Standard 3424) varierer fra en skala fra TG 0 (Meget god teknisk stand) til TG 3 (Dårlig stand). Bygningsmassen på Åsgård er totalt i svært dårlig stand der alle bygg med unntak av renoverte bygg 7 har teknisk tilstandsgrad 2 og dårligere. Samlet tilstandsgrad indikerer et betydelig forfall som krever store oppgraderinger. Som vi ser i tabellen *samlet tilstandsgrad over tid* er byggenes tilstandsgrad gradvis forverret de siste årene, med unntak av bygg 7 som er renovert og bygg 8 der tilstandsgrad er uendret :

Lokasjon	Bygg	Areal	År 2020	År 2015	År 2014	År 2011 mai	År 2011 jan
Åsgård	Bygg 1	2100	2,4	2	2	2,1	2,4
Åsgård	Bygg 2	4030	2,7	2,5	2,5	2,6	2,9
Åsgård	Bygg 3	3167	2,5	2,1	2,1	2,2	2,5
Åsgård	Bygg 4	2455	2,4	2,3	2,3	2,7	3
Åsgård	Bygg 5	2642	2,4	1,5	1,5	1,5	1,8
Åsgård	Bygg 6	3921	2,7	2,5	2,5	2,5	2,8
Åsgård	Bygg 7	3927	1,6	2,6	2,6	2,7	3
Åsgård	Bygg 8	3606	2,6	2,6	2,6	2,6	2,9
Åsgård	Bygg 9	1602	2,7	2,4	2,4	2,4	2,7
Åsgård	Bygg 10	2325	2,8	2,4	2,4	2,5	2,7
Åsgård	Bygg 11	916	2,6	2,5	2,5	2,5	2,9
Åsgård	Bygg 12	2697	2,4	1,6	1,6	1,6	1,8

*Multiconsult sammenlignet tilstandsgrad over tid*

Lokasjon	Bygg	Byggeår	Areal	Total	Bygg	VVS	Elkraft	Tele og auto	Andre innst.	Utendørs	
Åsgård	Blokk 1	1955	2100	2,4	2	3	3	3	3	2	3
Åsgård	Bygg 2	1961	4030	2,7	2,6	3	3	3	3	3	3
Åsgård	Bygg 3	1965	3167	2,5	2,2	3	3	3	3	3	3
Åsgård	Bygg 4	1965	2455	2,4	2	3	3	3	3	3	3
Åsgård	Bygg 5	1961	2642	2,4	2	3	3	3	3	3	3
Åsgård	Bygg 6	1961	3921	2,7	2,4	3	3	3	3	3	3
Åsgård	Bygg 7	1961	3927	1,6	1,8	1,5	2	1	1	1	1
Åsgård	Bygg 8	1962	3606	2,6	2,5	3	3	3	3	2,4	2,5
Åsgård	Bygg 9	1961	1602	2,7	2,5	3	3	3	3	3	3
Åsgård	Bygg 10	1965	2325	2,8	2,6	3	3	3	3	3	3
Åsgård	Bygg 11	1965	916	2,6	2,5	3	3	3	3	3	3
Åsgård	Bygg 12	1961	2697	2,4	2,2	2,5	3	3	3	3	3

*Multiconsult teknisk tilstandsgrad*

Byggene er ikke satt opp etter datidens gjeldende bygningsforskrift. Ved renoveringen av bygg 7 ble det avdekket svakheter ved fundamenteringen og fuktsikring mot grunn. Veggene står direkte på grunn

med gulvdekker støpt inntil veggene, veggene hadde ikke fuksikring. Dette er et gjennomgående problem i alle underetasjer på hele anlegget. Det er også avdekket dårlig betongkvalitet med risiko for lekkasje av vann gjennom vegger som ligger under terrengnivå. Det antas at denne svakheten også gjelder resten av bygningsmassen. Lekkasjer og varmetap gjennom kuldebroer antas å bli et økende problem på de byggene som ikke er etterisolert og tettet.

I tillegg ligger indikator for tilpasningsdyktighet på 1,9. Tilpasningsdyktighet større enn 1,5 tilsier at bygningsmassen er begrensende med tanke på endringer og potensial for bruk. Åsgård består av et stort omfang rigide bygninger og enkeltkomponenter, der det er vanskelig og kostnadskrevende å gjøre endringer. (se også avsnitt 4.1.1 *Nullalternativet*)

Bygg 7 ble totalrenovert i 2016 etter Byggteknisk forskrift TEK10. Dersom resterende bygningsmasse skal renoveres vil ny Byggteknisk forskrift TEK 17 ligge til grunn, som vil medføre strengere krav til bygningsfysikk og tekniske installasjoner. Erfaringer fra renoveringen viser at man ikke klarte å skape funksjonelle nok arealer for å kunne drive moderne behandling. Dette grunnet begrensninger i konstruksjon, bæresystem, takhøyder og yttervegg.

#### **Nødvendig vedlikehold og investeringer:**

I UNN styresak 8-2019 ble rapporten «Åsgård - Nødvendige tiltak og kostnader forbundet med dette sett i et 10-årsperspektiv» behandlet. Rapporten er utarbeidet av Drifts- og eiendomssenteret ved UNN. Denne analysen av bygningsmassen konkluderer med at det er nødvendig med en investering på 441 MNOK for å oppgradere bygningsmassen til et nivå som gir pasientene et verdig tilbud, ansatte en trygg arbeidsplass og rimelig gjenværende usikkerhet for å drifte trygt i en kommende 10-års periode fram til nytt bygg står ferdig. Det er kun tiltak som er kritisk og helt nødvendig å gjennomføre for å opprettholde klinisk drift i anlegget fram mot 2028 som er tatt med i rapporten.

Til sammenligning er det ifølge tilstandsrapport fra Multiconsult (2011/2017) et vedlikeholdsetterslep på 445 MNOK på anlegget. Det er gjort tiltak på noen av byggene, i begrenset omfang, slik at etterslepet på vedlikehold ikke er vesentlig redusert.

Med ovennevnte investering foreligger det likevel en betydelig restrisiko, spesielt innenfor lekkasjer i tak og fasader, avløp, varme deler av ventilasjon- og elektroanlegg. Andre usikkerheter:

- Drenering, vanninntrenging, fuktproblematikk
- Mulighet for skjulte elementer som asbest, PCB etc. som kan gi høye sanerings- og deponeringskostnader ved renovering
- Risiko for flere tilsynssaker og pålegg fra Arbeidstilsynet og sivilombud som for bygg 10, som nå er fraflyttet og erstattes av et modulbygg.



- Rapporten beskriver tiltak for bygg 1-11. Bygg 12 , 14 og Sørslettveien 2, 4 og 6, vernede gårdsbygninger, veksthus, driftsbygning/brakk, garasjeanlegg og naust ligger inne som en kostnadsrisiko da de ikke er medtatt i rapporten.
- Dårlig inneklime
- Sanitær – og varmeanlegg i de gamle byggene er en utfordring. Disse er ikke medtatt skiftet ut, fordi utskifting vil være en omfattende og kostnadskrevende jobb. I dette ligger det da en kostnadsrisiko forbundet med at akutte ting kan oppstå som krever at strakstiltak utføres.
- Svakheter i bygningstekniske forhold (yttervegger støpt rett på grunn i fuktig miljø, korrosjon armeringsjern, manglende isolasjon og fuktsperre i gulv, strukturelle svakheter i betongvegger)
- Elektriske hovedføringer, vannledninger og avløp ligger delvis under bygningsmassen og må skiftes.
- Ventilasjon er sist renoveret i 1990-tallet og må i sin helhet skiftes.

## 2.2 Breivika

### 2.2.1 Historikk Breivika

Det opprinnelige sykehuset ble bygd i 1922 i Tromsø sentrum og drevet i felleskap av Troms Fylke og Tromsø kommune. Troms fylke overtok som eeneier i 1964 og fikk navnet Sentralsykehuset i Tromsø. Etter stortingsvedtak i 1969 om å legge landets tredje universitet til Tromsø, ble det bestemt at et nytt sykehus skulle bygges.

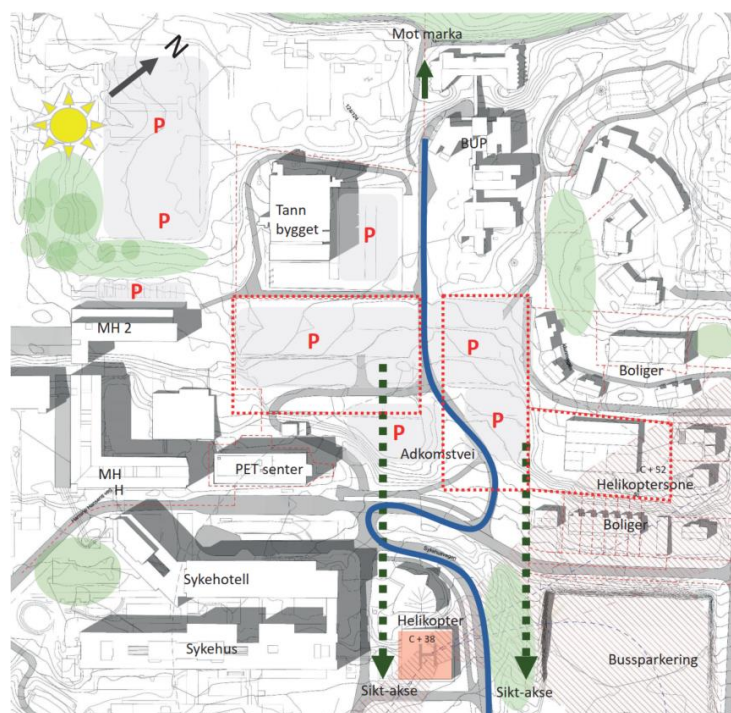
I 1975 ble navnet endret til Regionsykehuset i Tromsø (RiTØ). Det nye universitetssykehuset stod ferdig på tomten i Breivika i 1991. Navnet ble endret til Universitetssykehuset Nord-Norge i forbindelse med sykehusreformen i 2001/2002.



## 2.2.2 Område, tomt, landskap

Breivika ligger på østsiden av Tromsøya ca. 4 km fra sentrum. Tilgjengelig tomt for nytt bygg for PHR ligger i umiddelbarnærhet til somatiske klinikker i Breivika. Arealet er på ca. 13 000 m<sup>2</sup> (opprinnelig tomt B1) + 5000 m<sup>2</sup> (nyanskaffet tomt Gimleveien 46 B1+). Opprinnelig tomt B1 ligger øverst på sykehusområdet, delt av atkomstveien til BUP og Tannhelsebygget. Tomten vender mot sørøst og ligger på tvers av foreslått øst-vest gående fotgjengerakse på tvers av området og opp til marka. Det er lite eksisterende vegetasjon i området.

Nyanskaffet tomt i Gimleveien 46 ligger på nordsiden av atkomstvei, og er omgitt av boliger i Hansine Hansens gate, Lidskjalvvegen og Gimleveien. Tomten har atkomst via en privat vei.



Tomtene er plassert høyt i terrenget, og setter noe høydebegrensning til byggene.

Det er gode lysforhold med bra orientering både mot øst og vest. Det er kort avstand til friområde, med lysløype og stinettverk i Tromsømarka.

### 2.2.3 Trafikkforhold

Tomta har sentral beliggenhet med veldig god tilgjengelighet med alle transportmidler og kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass.

Det er i dag forsinkelser for biltrafikk ved rundkjøringen i ved krysset Stakkevollveien/Sykehusvegen, som er belastet med mye rushtrafikk. UNN jobber med en utbedring av deler av infrastrukturen på sykehusområdet i samarbeid med kommunen. Videre utbedringer er ikke besluttet p.t., men må sees i sammenheng med ny helikopterlanding og et eventuelt nytt bygg for PHV og TSB. Prosjektet er ikke kjent med eventuelle utvidelsesplaner ved universitetet eller kommunen. Kommunen er delaktig i planlegging av infrastruktur på området.

Tomtene ligger i umiddelbar nærhet til somatiske klinikker, universitetet og kommunale helsetjenester. Deler av nabotomtene er private boliger.

#### Parkering:

Tomta benyttes i dag til ca. 300 parkeringsplasser som må erstattes ved utbygging. Det er i dag begrenset med parkeringsmuligheter i Breivika. Et nytt anlegg for nybygg PHR i Breivika må hensynta eksisterende p-plasser på tomten, i tillegg til et behov som ivaretar hele klinikkens behov for parkering til ansatte og pasienter. En privat utbygger planlegger et nytt parkeringshus i Gimleveien 12, som ligger i umiddelbar nærhet med bilatkomst via Sykehusvegen. Dersom dette realiseres, kan UNN leie parkeringsplasser og redusere behovet for parkeringskjeller i nytt bygg.

Nybygg PHR skal tilrettelegges og planlegges med sykkelparkering for ansatte, fortrinnsvis under tak i nær forbindelse med garderobes og inngang for ansatte.

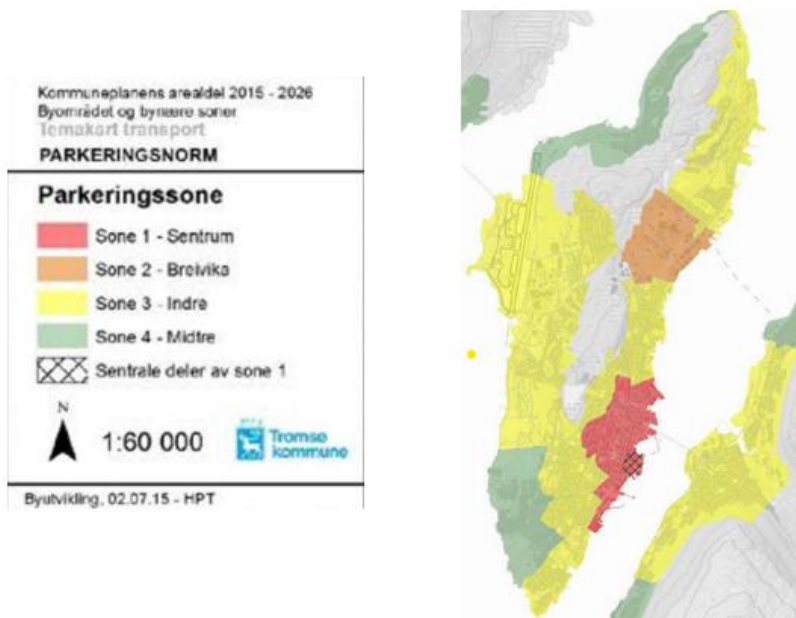
Kommuneplanens arealdel 2015-2026 del B Planbestemmelser angir krav til antall parkeringsplasser for biler og sykler i ulike soner. Breivika hører til sone 2.

Planbestemmelser:

- o Parkeringsplasser for bil skal så langt som mulig plasseres under terreng.
- o Det skal avsettes plass for biler og sykler i samsvar med krav om minste eller største antall plasser angitt i tabell 6
- o Sykkelparkering for ansatte skal være under tak, lett tilgjengelig og nærmest mulig inngangen.



- o 20% av plasser for ansattes biler og sykler skal ha ladefasiliteter.
- o I sone 2 bør bilparkering for ansatte legges under terrengnivå eller i parkeringshus
- o Virksomheter skal ha lett tilgjengelige sykkelplasser for besøkende nært inngangsparti
- o I sone 1 og 2 bør bilparkering for besøkende legges til underetasje eller parkeringshus



Kart over parkeringssoner KPA del B Planbestemmelser

Tab. 6: Krav til antall parkeringsplasser for bil og sykkel i sone 1-5

Kategori	Grunnlag for krav	Type parkering	1.* Sentrum	2. Breivika	3. Indre sone	4. Midtre sone	5. **) Ytre sone	
Parkering ved bolig	Boenhet	BIL – for beboere	Min 1,0	Min 1,0	Min 1,0	Min 1,0	-	
		BIL – gjesteparkering	Min 0,25	Min 0,25	Min 0,25	Min 0,25	-	
		SYKKEL	Min 2 i alle soner					
Parkering for ansatte	100 m <sup>2</sup> BRA	BIL	Maks 0,1	Maks 0,1	Maks 0,5	Min 0,25 Maks 1	-	
		SYKKEL	Min 2 i alle soner.					
Parkering reservert besøkende til virksomheter **	100 m <sup>2</sup> BRA	Besøk til handel og sørvis	BIL	Min 0,25	Min 0,25	Maks 1,5	Min 1 Maks 2	-
			SYKKEL	Min 2 i alle soner				
		Besøk til andre typer virksomhet	BIL	Min 0,25	Min 0,25	Min 0,25	Min 0,25 Maks 1	-
			SYKKEL	Min 0,5 i alle soner				

\* I sentrale deler av sone 1 skal det ikke avsettes bilparkering.

\*\* Besøkende virksomheter deles inn i to kategorier: a) handel og sørvis: virksomhet som i hovedsak er basert på at folk besøker lokalene. b) andre typer virksomheter: kontor, lager, produksjonsbedrifter, konsulentfirma, etc.

Parkeringsbehov for offentlige bygg som skole, sykehjem eller idrettsanlegg må vurderes særskilt.

Tabell 6 fra KPA del B Planbestemmelser

### Støy:

Deler av aktuell tomt i Brevika ligger i rød støysone fra helikopterlandingsplassen i UNN Breivika. Det antas at dette ikke endres betraktelig ved bygging av ny helikopterlanding. Eventuelt kan ny elevert landingsplass gi noe mindre støy.

Tomten er ikke særlig utsatt for bilstøy. Biler og busser holder lav fart, men til gjengjeld er det stor trafikk. Bilstøy kan skjermes fra byggene.



*Kommunekart Tromsø/Norkart - støysoner Avinor. Aktuell tomt for nybygg markert blått*

### 2.2.4 Planstatus og regulering



*Kommunekart Tromsø/Norkart – regulering*

Opprinnelig tomt B1 er avsatt til offentlig formål i gjeldende reguleringsplan og KPA. Nyinnkjøpt tomt i Gimleveien 46 er i dag regulert til industriformål, omkringliggende nabotomter er regulert til bolig. Det er ingen verneforhold å ta hensyn til. Det må avklares om tomten blir berørt av gjeldende bestemmelser for restriksjonsområde rund helikopterlandingsbanen/innflyvningszone.

### 2.2.5 Eksisterende bygninger, tomt og eierforhold

Begge aktuelle deler av tomte eies i dag av UNN. Opprinnelig tomt B1 er ubebygget og benyttes i dag til parkeringsplasser for UNN. På nyinnkjøpt tomt i Gimleveien 46 står det i dag et ubenyttet produksjonslokale. Bygget brukes midlertidig til lager, og er ikke planlagt til andre formål.

Den nye tomte i Gimleveien 46 er omkranset av privatboliger i Hansine Hansens vei og Lidskjalveien som må hensyntas ved utbygging.

Tomt merket med gult brukes i dag til parkering. Denne ligger tett opp til PET-bygget som har radiofarmaka produksjon. Dette er hensyntatt ved at det er blitt sprengt ut omkring PET-bygget.

Det er oppført ett bygg for lagring av gass like ved tomten. Videre går tilkomst til PET-senter og MH-bygg via tomten. Her går det varetransport og gassleveranse. Dette må hensyntas ved bygging.

På oppsiden av tomten ligger fylkeskommune sitt universitetssenter for tannklinikk, institutt for odontologisk klinikk.



*Kommunekart Tromsø/Norkart - flyfoto*

### 3 PROGRAMKRAV

Arkitektene brukte underlaget fra idéfasen i de første utredningene. Dette er påpekt i ARK mulighetsstudier. Etter nye framskrivninger og programmering, økte volumet betraktelig fra Idéfasen. Dette gav arkitekt nye utfordringer til å finne gode løsninger.

*Hovedprogrammet beskriver forutsetninger og føringer for «Nye areal PHR». Programmet klargjør premissene ved å beskrive virksomhetsinnhold, dimensjonering, og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur. Dokument: PHR-0000-Z-AA-0002, PHR Hovedprogram.*

*Dette er førende prinsipper som skal ligge til grunn i alle alternativer.*

Videre skal programmet beskrive prosjektets forutsetninger og forslag til arealbruk på et overordnet nivå, slik at forutsetninger og beregninger lett lar seg verifisere (gjennomsiktig og etterprøvbart).

Løsningene tar utgangspunkt i et bruttoareal på ca..35 000 brutto, med en kapasitet på 158

#### Prioriterte krav steg 1

Krav til struktur i helhetlig løsning.

Tabell 6 Prioriterte krav steg-1

Krav
Det legges til grunn til grunn generelle, standardiserte og likt strukturerte døgneheter. Sikkerhet døgneheterene baserer seg på de standardiserte døgneheterene, - men kan formes annerledes.
En kompakt helhetlig løsning som knytter alle funksjoner tett sammen for god samhandling, behandling og driftseffektivitet.
Felles hovedinngang for døgnområdene og poliklinikkområde med et åpent og velkomment adkomstparti med en «gate» til døgneheter og poliklinikkområde. Akutt flyt – adskilt i lukket korridor. Vareflyt - adskilt i lukket korridor. Egen personalinngang til garderobe.
Felles akuttmottak med tett nærhet til to aktuelle døgneheter.
Det opprettes Integrert felles personalbase for minst to døgneheter. Det legges til rette for at 4 døgneheter har samlokalisert felles område for personalbase.
Sone opprettes for skjermingsenheter og kontaktsmitterom. Sone kan sees i sammenheng mellom to døgneheter for å ivareta sikkerhet og driftseffektivitet.
Utsikt til natur fra hovedandel av pasientrommene og fellesrom.
Korridorer i døgneheter har 3 meter bredde
Samlet poliklinikkområde deles i 3 soner med fellesområde. Nærhet til døgnområdene.



Det legges til rette for uniformering for personalet i døgnområdene. Garderobeanlegg opprettes

Pasienter har lett tilgang til skjermede uteområde fra alle døgnenheter. Uteområde opprettes som deles av to døgnenheter.

Hovedandelen av døgnenhetene legges på bakkenivå med tilgang til uteområder, fortrinnsvis lukkede akuttposter, sikkerhet og alder.

Alt behandlingstilbud etableres i nybygg. PHVR (DPS) er integrert del av det helhetlige tjenestetilbudet og ivaretas i prosjektet som generelle døgnheter. Plassering i løsning vurderes senere.

Aktivitetssenterets funksjoner samles og er lett tilgjengelig for pasientene. Nærhet til døgnområdene.

Matkonsept og kantine er en del av det behandlings -og miljøterapimessige tilbudet. Kantine med nærhet til døgnområdet.

FFU legges som en samlet funksjon. FFU legges i nærhet til undervisningssenter.

## 4 Alternativene

Prosjektet har sett på mulighetene ved 3 ulike hovedretninger.

1. Å samle all PHR virksomhet på Åsgård
2. Å samle all PHR virksomhet i Breivika
3. En deling av funksjonene om dette viser seg mest hensiktsmessig gjennom utarbeidelse av programmet.

### 4.1 Alternativ Å – Å samle all PHR virksomhet på Åsgård

#### 4.1.1 Å0 (Nullalternativet)

Nullalternativet skal ta utgangspunkt i dagens konsept/løsning og lokalisering (Å1 på bildet), lovlig drift, framtidig behovstilfredsstillelse/dekningsgrad, og skal ikke bli dårligere enn på beslutningspunktet. Dette alternativet er allerede utredet i idéfasen. Alternativet inkluderes i denne mulighetsstudien, som et referanse-alternativ.



#### Funksjonell egnethet:

Åsgård består av et stort omfang av bygninger og enkeltkomponenter som er rigid, der det er vanskelig og kostnadskrevende å gjøre endringer. Byggenes tilstand er beskrevet nærmere i avsnitt 2.1.8.

Byggenes tilpasningsdyktighet er lav, samtidig som tilstandsgraden på en del av byggene er dårlige.

Byggets tilpasningsdyktighet sier noe om bygningens evne til å endre planløsning (fleksibilitet), evne til å endre bruk til annen funksjon (generalitet) samt evne til utvidelse (elastisitet). Tilpasningsdyktighet som er større enn 1,5 tilsier at bygningsmassen er begrensende med tanke på endringer og potensial for ulik bruk.

Tilpasningsdyktigheten på Åsgård varierer fra 1,4 (bygg 9) til 2,1 (bygg 5 og 3). Samlet vektet grad av tilpasningsdyktighet for alle bygningene på Åsgård er 1,9.

Sett i lys av dette, vurderes bygningsmassen på Åsgård til å ha begrenset funksjonalitet, og investering i oppgradering av disse byggene er ikke anbefalt.

## Vern/fredning

På- grunn av verneklasse II og fredning på flere av byggene, er der et begrenset mulighetsrom ved totalrenovering av byggene. For å tilfredsstillende krav til moderne PHV-behandling, arbeidsmiljølovens og arbeidsplassforskriftens krav til plass, er det svært utfordrende å utvikle dagens bygningsmasse tilfredsstillende. Store areal vil gå bort for å ivareta tekniske krav, og vil videre påvirke nettoarealet for den praktiske utformingen innenfor rammen av bygget. Dette hindrer oss i å legge til rette for god pasientbehandling og trygge omgivelser.

Erfaringene fra renoveringsfasen i bygg 7 (som er fredet) viste at man ikke klarte å skape de lokalene klinikken ideelt sett ønsket seg, for å kunne drive etter moderne prinsipper i psykisk helsevern. Ytterveggene og bæresystemene satte klare begrensninger for utformingen. Dette har gjort det svært vanskelig å etablere oversiktlige sengeposter som legger til rette for økt trygghet hos pasientene samt rasjonell personellbruk.

Prosjektets totalvurdering av bygningsmassen på Åsgård er at det vil være uforsvarlig i 2021 å planlegge å renovere eksisterende bygningsmasse med tanke på å drive døgnbasert pasientvirksomhet. Kravene som stilles til byggene for å legge til rette for moderne behandlingsformer er ikke forenlig med utformingen av de ytre rammene av bygningsmassen. I tillegg kommer de åpenbare svakhetene i de bygningstekniske forhold som vil være svært krevende og kostbart å opprette.

Nullalternativet åpner opp for en videreutvikling av 0-alternativet til å kunne tilfredsstillende tidsperioden det planlegges for. Videre at det skal kunne utføres lovlig drift (inkludert sikkerhet for pasient og ansatte) på lokasjonen. Prosjektet har i dialog med vernemyndigheter sett på mulige løsninger, der man ivaretar deler av eksisterende bygningsmasse til lettere funksjoner, og bygger opp nye behandlingsbygg som rammer inn og hensyntar vern og fredning. Prosjektet har utredet dette alternativet og kalt det Å1.

Nullalternativet blir i denne fasen et referansealternativ, der man ser på kostnadene av å ivareta byggene og drift på anlegget i et 10-års perspektiv.

#### 4.1.2 Å1 – Bruk av eksisterende bygningsmasse og nybygg på tomten

I idéfasen ble ett alternativ vurdert på eksisterende tomt. Vernede bygg ble forslått revet, og de fredede byggenes hensynssone ble ikke ivaretatt. Videre nådde ikke alternativet opp grunnet høy usikkerhet ved omregulering.

Prosjekter har sett på et framtdsrettet nullalternativ der deler av eksisterende bygningsmasse bevares i kombinasjon med nybygg.

Prosjektet har hatt en tett dialog med vernemyndigheter, for å forsøke å finne et alternativ som innenfor kravene til moderne drift og samtidig ivaretar kulturminner på en best mulig måte. Dette er utførlig beskrevet i avsnitt 2.1.6.

Mulighetsstudiet har sett på ett alternativ som viser utviklingen innen PHV, som i harmoni ivaretar de fredede byggene, noe av omfanget av verneklassen ved å koble sammen alle behandlingsbygg, aktivitet og fellesareal. Nye moderne døgnplasser ligger lavt i terrenget og ivaretar pasienten med trygge omgivelser.





## Teknikk

Det vises til *PHR-0000-Z-AA-0002 PHR Hovedprogram versjon 1.0 kap. 6. Teknikk* for kravlister per fag som detaljeres videre i skisseprosjekt Steg 2.

Det nye anlegget skal ved driftsstart ha en oppdatert teknisk standard som tilfredsstillers dagens krav til nybygg og ha tilstrekkelig framtidsrettet teknologi innenfor kostnadsrammen til PHR-prosjektet.

Ved å koble sammen eksisterende bygningsmasse med nytt anlegg er det en målsetning at anlegget skal fremstå som én enhet, funksjonelt og teknisk. Eksisterende bygg som rehabiliteres skal følge Bygningsteknisk forskrift TEK 17

Eksisterende bygg, bortsett fra bygg 7, må gjennom en betydelig oppgradering, f.eks.:

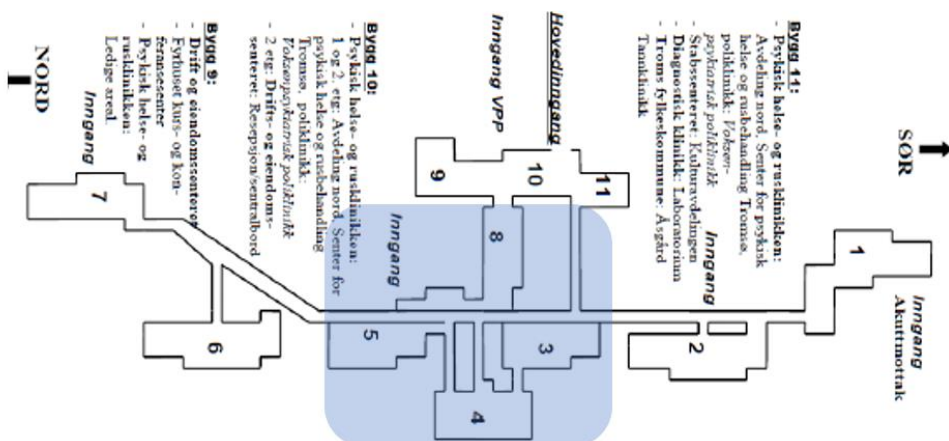
- Tekniske anlegg må oppgraderes
- Ventilasjon ihht. dagens krav
- Etablering av tekniske rom og føringsveier
- Isolering og fuktetting av yttervegg og gulv på grunn
- Oppgradering ihht. brannkrav
- Oppgradering ihht krav om universell utforming.

Ved totalrehabilitering av eksisterende bygg skal det rettes spesiell oppmerksomhet rundt bygg 7 og 10 som er fredet. På bakgrunn av erfaringer med rehabilitering av bygg 7 er det rimelig å anta at disse byggene ikke vil kunne oppnå standard som nybygg i funksjonalitet da rammene setter begrensninger. Ved oppgradering av bygg 7 i 2016 ble loft utnyttet til tekniske rom. Det har ikke fungert tilfredsstillende, og det antas derfor at en ordinær etasje i hvert eksisterende bygg som beholdes må benyttes til tekniske føringer. Disse byggene skal derfor benyttes til lettere funksjoner som fellesfunksjoner og støtteareal, kontorer, møterom og undervisning.

## Gjennomføring

I rive- og byggeperioden er det spesielle hensyn som må tas:

- Teknisk infrastruktur eksisterende bygg
- Teknisk kulvert i byggeperiode
- Tunge arbeider (graving, sprengning, massetransport, spunting) innebærer støy, støv, rystelser som igjen kan medføre risiko for påvirkning av drift, forstyrrende for pasienter og ansatte i omkringliggende bygg.
- For effektiv prosjektgjennomføring må det etableres gode riggforhold, som kan komme i konflikt med operativ klinisk drift
- Midlertidige behov for omlegging av person og vareflyt ved riving av bygg. Gjelder varemottak, matforsyning, tøysforsyning, vaskeri. Tiltak for dette må inngå i kalkylen. Kart under viser hvilke bygg som skal rives der det er slike funksjoner:



- o I tidlig byggefase der arbeidet består i grunn-betong-råbyggarbeider utføres arbeidene med store anleggsmaskiner med stort omfang av transport til og fra området. Farlige forhold og konflikter med virksomheten må unngås og det skal i størst mulig grad forsøkes å få til separate anleggsveier inn til rigg og byggeområdene.
- o Med en omfattende rokadeplan og planlagt bygging tett på operativt klinisk virksomhet er det risiko for at det kan oppstå hendelser og ikke-planlagte driftsforstyrrelser som påvirker driften negativt. Det antas at risiko for slike forstyrrelser er betydelig i en byggeperiode på Åsgård, så tett på eksisterende bygg planlagt i full drift med både poliklinikk og døgnvirksomhet (akuttpasienter). Risiko minimeres ved å sette opp sikkerhetsbygget først, dette forlenger total byggetid med 2 år.
- o Asbest: I forbindelse med rehabilitering av bygg 7 ble det gjort kartlegging og funnet asbest av typen krysotil og amositt i rørisolasjon og tettematter rundt varmerør. Det antas at det vil være samme forhold i de andre eksisterende bygg og det må tas hensyn til dette ved totalrehabilitering og riving.
- o Det må rettes spesiell oppmerksomhet på driftskritiske systemer i byggeperioden: IKT/Sikkerhet, avbruddsfri kraft, automatikk.

For nærmere beskrivelse av løsningen vises det til kap. 5 *Mulighetsstudier ARK*

### 4.1.3 Å2 – Nybygg på vest-tomta



Volumstudie har kun oppjustert alternativet med nytt program og areal ihht Hovedprogrammet. Løsningsalternativet som vises, har form som terrassert atriums bygg tilpasset tomtens høydeforskjell på ca. 8 meter. Identiske døgneheter med skjermede gårdsrom med markkontakt mot vest Senter og poliklinikker i bakkant mot øst og aktivitetsarealer mot sør. Sikkerhetsbygg er tilknyttet anlegget, og ikke frittliggende. Adkomst fra Kvaløveien må oppgraderes og krever KU ifølge Tromsø kommune.

Ved dette alternativet blir ikke sektorvern ivaretatt. Det kan vanskelig forsvares ved å bygge nytt anlegg på tomten ved siden av. Vest-tomten er avsatt til grønt formål, som sees i sammenheng med regulering på tomt med eksisterende vern. Dette innebærer regulering på to nivå og endring i KPA.

Salg av tomt med eksisterende bygningsmasse, kan bli krevende med nybygg på nedre del av anlegget. Den gamle bygningsmassen må tilpasses fredning og verneforhold og fremdeles ivaretas. Dette kan føre til en betydelig vedlikeholdskostnad for UNN. For å opprettholde drift på anlegget, er det svært få funksjoner som kan passe inn i bygningsmassen, og deler av bygningsmassen kan stå tomme.

Prosjektet har ikke vurdert dette alternativet nærmere, da reguleringsrisikoen ansees som høy. Om valget faller på Åsgård alternativet, kan det vurderes å se nærmere på dette alternativet, om prosessen med myndigheter vurderer dette som et bedre alternativ for videre utbygging av anlegget.

Tomten gir gode muligheter for utsikt og optimale lysforhold.. Det er kort avstand til grøntområder på øya og langs fjæra. Terrenget gir gode muligheter for å tilpasse ny bebyggelse til eksisterende landskap og oppnå Universell Utforming på uterom.

Det er noe begrensninger i utvidelsesmuligheter pga. at tomta ligger delvis i rød støysone. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse).



## Reguleringsmessige forhold

Formålet er i strid med overordnet plan (KPA). Området er avsatt til framtidig grønnstruktur i gjeldende KPA. Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området. Det forutsettes at det vil være krav om utarbeiding av reguleringsplan og ev. konsekvensutredning siden formålet er i strid med overordnet plan.

Verneforhold: Ingen.

Miljøforhold (støy): Området ligger i gul og delvis rød støysone ihht. Nye støysonekart fra Avinor og Tromsø kommune. Skjermingstiltak må påregnes. Foreslått bebyggelse er lagt utenfor rød støysone.

Brann: Krav om innsatstid på maks. 10 min (3,6 km) for brannbil er oppfylt. Det er tilkomst til alle brannseksjoner og etasjer og mulighet til kjørbar atkomst fra flere sider.

## Vurdering av bygningsmessige forhold

Eksisterende bygninger: Ingen eksisterende bygg

Bebyggelsesstruktur: Langstrakt struktur med lange gangavstander mellom funksjonene og mulighet for gode uterom.

Skjerming: Eksisterende Åsgård sykehus vil være nærmeste nabo mot øst. Det er Ingen naboer mot vest (sjøen). God mulighet for skjerming for innsyn fra offentlig veg og naboområder.

## Utbyggingspotensiale

Mulighet for trinnvis utbygging: Gode muligheter for trinnvis utbygging.

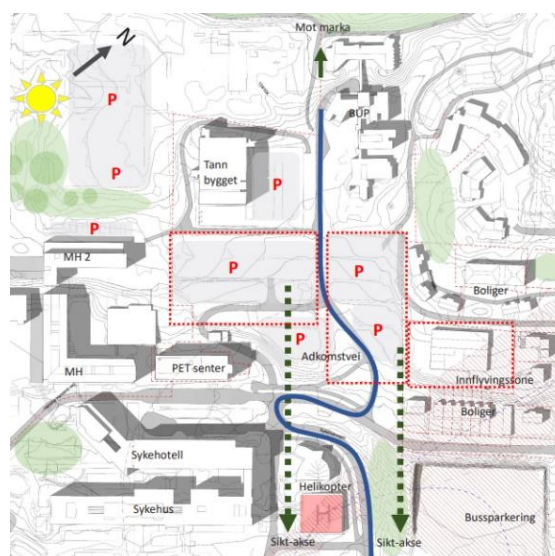
Begrensing for somatikk: Ingen

Området ligger med lang avstand til somatisk del av sykehuset. Utbygging i tråd med dette alternativet vil medføre at dagens fysiske splittelse mellom somatikk og psykiatri opprettholdes.

## 4.2 Alternativ B – Å samle all PHR virksomhet i Breivika

Alternativvurdering i Breivika endres på bakgrunn av ny ervervet tomt i Gimleveien 46. Dette kjøpet gir større areal til å utvikle alternativ B1 (utvidet B1) fra Idéfasen. Foreløpig volumskisse fra mulighetsstudie utført av Asplan Viak i 2020 viser at dette gir tilstrekkelig plass for et egnet behandlingsbygg for rus og psykisk helsevern. Utdfordringer som peker seg ut er plassering av sikkerhetspsykiatri, og om den vil kunne få plass i Breivika hvis en velger alternativet med flytting.

Somatiske avdelinger har vært tydelig på at somatiske pasienter med psykiske helse- eller rusplager kan få bedre behandling for sin somatiske lidelse ved bedre tilgang til tjenester og tilsyn fra rus og psykiatri.



#### 4.2.1 Alternativ B1 – Sengepost på ervervet tomt

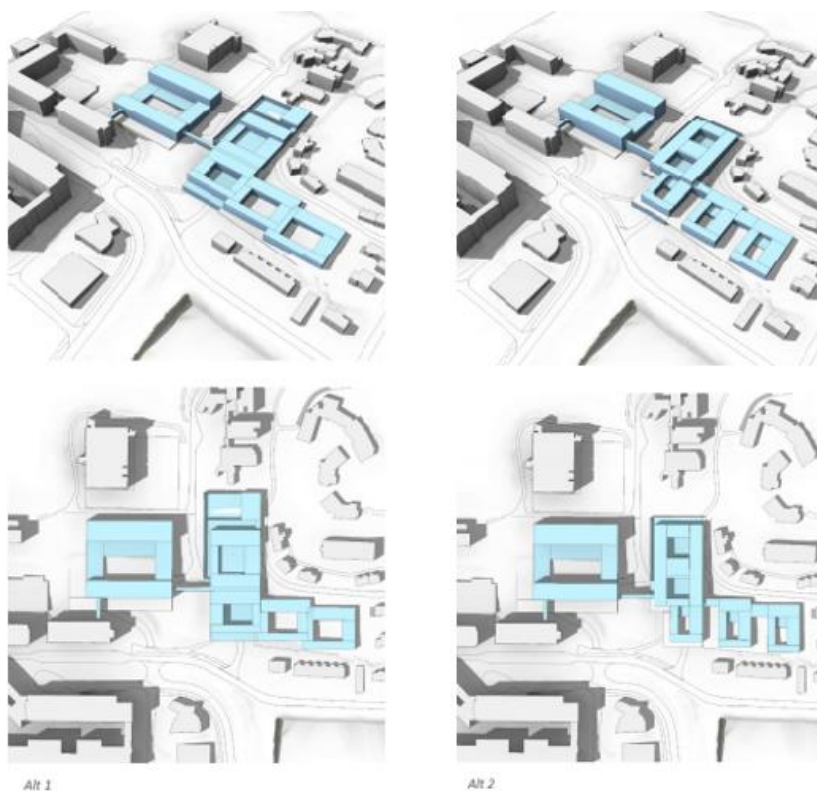
Mulighetsstudiet viser flere løsninger der ARK har sett på muligheten for å samle all PHR på tomtene samlokalisert med somatikken. Utfordringen er å lage en løsning som gir tilstrekkelig plass til sikkerhetspsykiatri sine behov for uteareal, som må legges på tak. Det er ikke plass til perimetersikring, og det blir en dårlig ansatte- og pasientflyt i bygget, og store avstander. En annen stor utfordring er tilkomst, og ved alle løsninger kommer sykehusbygget for tett opp til nabogrenser.

Flere PHR pasienter har somatiske tilleggslidelser, og somatiske pasienter har PHV/TSB tilleggslidelser. Flere større norske sykehusbygg prosjekter har hatt som mål å samle PHV, TSB og somatiske klinikker. Det er en antagelse at det vil være en fordel med samlokalisering mellom psykiatri og somatikk. Rent klinisk er det imidlertid ikke påvist fordeler ved samlokalisering utover det praktiske. Driftsmessig oppnås gevinster ved å samle driften ved en lokasjon, fremfor å ha full drift på to steder.

Videre hevdes det at stigma knyttet til en diagnose innen PHV/TSB kan reduseres ved at behandlingen samles med somatikk.

Flere klinikker i Breivika ytrer ønske om større geografisk nærhet, grunnet utfordringer og manglende kunnskap for pasienter med tilleggslidelse innen PHV/TSB. Ønsket er å ha tilgang på kompetent personell og rett kompetanse i umiddelbar nærhet.

Under er forslag illustrert. Se kap. 5 *Mulighetsstudie ARK* for videre beskrivelser.



*Mulige volummodeller på tomt B1/B1+*

## 4.2.2 Realistiske løsninger, B3 og B4

Sent i mulighetsstudien åpnet prosjekteier opp for at Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kunne plasseres på en separat tomt. Dette gav et større mulighetsrom for resten av funksjonene. PHV (med unntak av sikkerhetsavdeling) og TSB ble samlet i ett bygg, og veien gjennom tomten ble flyttet nærmere private boliger for å beholde avstand og hindre innsyn.

Løsningene B3 og B4 er forholdsvis like, men delene er satt sammen ulikt. Begge er mulige løsninger. Se kap. 5 *Mulighetsstudie ARK* for videre beskrivelser.

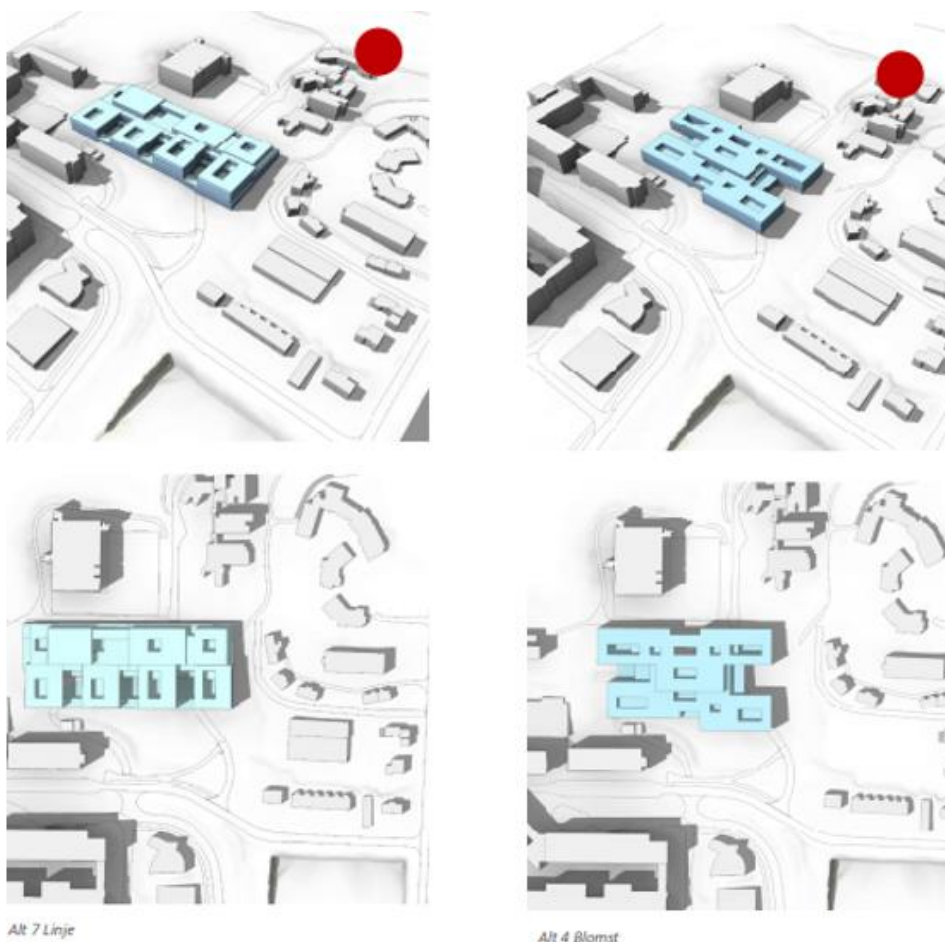
I begge illustrasjoner under er Sikkerhetspsykiatrisk seksjon tatt ut og forutsettes løst på en annen tomt.

### B3 - Linje, flytting av vei

Linje: Løsning fra arkitekt med sammenhengende bygg, innebærer flytting av vei.

### B4 - Blomst/rygg, sikkerhetspsykiatri plasseres alene på annen tomt

Blomst: Løsning fra arkitekt, sengeposter i høyden, poliklinikk under.



*Mulige volummodeller på tomt B1 uten Sikkerhetspsykiatrisk seksjon*

## Teknikk

Det vises til *PHR-0000-Z-AA-0002 PHR Hovedprogram versjon 1.0 kap. 6. Teknikk* for kravlister per fag som detaljeres videre i skisseprosjekt Steg 2.

Det nye bygget skal ved driftsstart ha en oppdatert teknisk standard som tilfredsstillers dagens krav til nybygg og ha tilstrekkelig framtidsrettet teknologi innenfor kostnadsrammen til PHR-prosjektet.

I hvor stor grad nybygg for PHR i Breivika skal kobles på eksisterende teknisk anlegg og infrastruktur detaljeres videre i Steg 2. Bygget vil bli det største på området, og eksisterende anlegg har ikke kapasitet til å forsyne bygget. Det må bl.a. etableres egen trafo, egen hovedtavle/nødstrømsaggregat, sentralisert UPS for hele bygget. Sikkerhetsavdelingen må etableres i et eget bygg på foreløpig uavklart tomt, mulighet til å koble seg på eksisterende anlegg avhenger av hvilken tomt som blir tilgjengelig.

## Gjennomføringsrisiko

Grunnforhold vil kartlegges gjennom grunnundersøkelser i Steg 2. Det etableres spuntavstivning mot eksisterende bygninger og utføres forsiktig sprenging. For nærliggende bygninger og ømfintlige installasjoner settes grenser for tillatte vibrasjoner fra grunnarbeider, riving og anleggstrafikk.

Spesielle hensyn som må tas:

- Tunge arbeider som graving, sprengning, massetransport og spunting innebærer støy, støv og rystelser som igjen kan medføre risiko for påvirkning av drift, forstyrrende for pasienter og ansatte i omkringliggende bygg. Dette gjelder spesielt PET-senteret med radiofarmaka produksjon, men kan også gjelde andre avdelinger som driver klinisk virksomhet eller forskning i området.
- PET-senteret som ligger tett på aktuell tomt for nybygg PHR er klargjort for framtidig utvidelse mot nord og det er allerede sprengt ut masser 10 meter ut fra bygget. PHR-prosjektet må hensynta framtidig utvidelse av PET-senteret.
- Eksisterende teknisk gassbygg ligger i nærhet til aktuell tomt og det er betydelige kostnader knyttet til flytting av dette. Nybygg for PHR bør planlegges i tilstrekkelig avstand.
- Tomten ligger i utflygningssone for helikoptertrafikk. Kranplan må hensynta dette.

### 4.3 Alternativ ÅB – Delt alternativ

Prosjektet har fått i oppgave å se på en eventuell delt løsning mellom lokasjonene Åsgård og Breivika. Det handler om å fortsette deler av driften ved anlegget på Åsgård, og flytte funksjoner med nærhetsbehov til somatikken, over til ubebygde tomt(er) i Breivika. PHRK skiller seg ut fra andre PHV klinikker i landet, ved at de historisk sett, og fortsatt har, all PHV, TSB og DPS samlet på ett anlegg. En delt løsning betyr å dele en samorganisert klinikk gjennom flere år. Det er derfor hensiktsmessig at klinikken først vurderer en splitting av funksjonene, og hvordan dette best kan løses i forhold til pasientens behov og forløp, organisasjon og drift, og behovet for å utnytte personell på tvers av funksjoner.

Klinikken har vurdert følgende virksomhetsalternativer:

- Alternativ ÅB1: SPHR i Breivika, resterende på Åsgård.
- Alternativ ÅB2: Akutt i Breivika (akutt TSB og akuttpsykiatri), resterende på Åsgård.
- Alternativ ÅB3: Akutt (akutt TSB og akuttpsykiatri) samt alderspsykiatri i Breivika, resterende på Åsgård.
- Alternativ ÅB4: Sikkerhetspsykiatri og DPS på Åsgård, resterende i Breivika.
- Alternativ ÅB5: TSB i Breivika, resterende ved Åsgård.

Arbeidsgruppene i OU prosjektet har pekt på at det er utfordringer knyttet til alle forslag om delte løsninger, og har i utgangspunktet ikke anbefalt å gå videre med noen av dem. Dette også med bakgrunn i at de pr. dags dato ikke ser vesentlige fordeler for pasientbehandlingen eller driften ved en eventuell delt løsning.

Både UNN og Helse Nord har gitt føringer til prosjektet om å se på en delt løsning. Denne vurderingen er knyttet til usikkerheter ved alternativ Å og B. Dette gjelder usikkerheter knyttet til hvorvidt tomten i Breivika faktisk kan romme hele virksomheten, og spørsmål om av-vern/av-fredning på eksisterende tomt på Åsgård samt reguleringsforhold på Åsgård vest tomta.

#### Somatiske klinikker i Breivika ønsker i stor grad en samling av all virksomhet

Nærhetsbehovet mellom somatiske klinikker, PHV og TSB har blitt drøftet med representanter fra enheter i somatikken som psykisk helsevern og rusbehandling samarbeider med. Diskusjonen har dreid seg om avstander og fysisk nærhet, samarbeid og avtalte prosesser, henvisningsrutiner, samt for hvilke pasientgrupper og andel pasienter dette i størst grad gjelder.

Det vises til referat fra drøftingsmøte med somatiske klinikker:

Noe av det som ble poengtert i møtet var:

- Fysisk nærhet gir grobunn til større samarbeid
- Nærheten må være i den grad at pasienter og ansatte kan gå tørrskodd mellom avdelingene
- Behovet for samarbeid kan være større enn uttrykt, men at det også kan løses ved tilgang på rett ressurs til rett tid, og tydeligere føringer på kommunikasjonslinjer og nivå

- Det ble ytret et behov for en sømløs plan for pasient når den beveger seg fra somatikk og over i PHV eller TSB. Og videre fra barn til voksen. Gruppen kunne se for seg fordeler ved nærhet, men at plan og samarbeid først må legges til grunn
- Behov for fysisk nærhet av psykiatere kan til tider være stort ved somatiske avdelinger, men at behovet er prekärt i enkelt-tilfeller og ikke i det daglige.
- Videre ble det diskutert fordeler og ulemper ved transport av pasienter og personell mellom anleggene. Her ble det også poengtert at fordelene ikke nødvendigvis oppfylles uten at pasienter og ansatte kan gå tørrskodd mellom avdelingene

### Utfordring og usikkerhet ved delte løsninger:

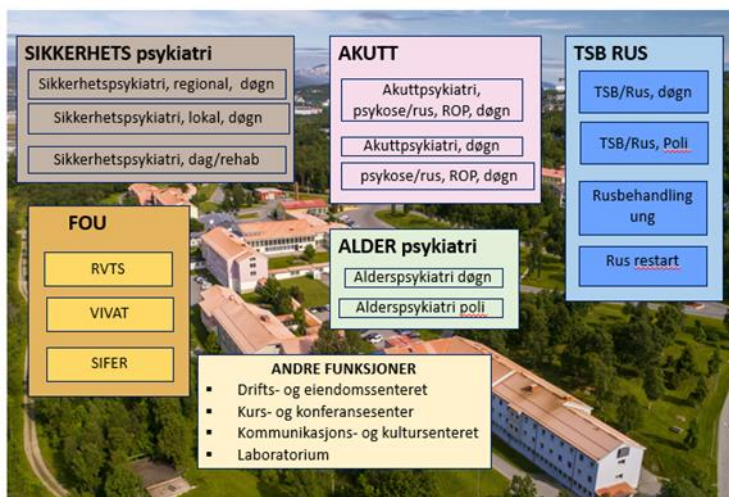
1. Utfordrende for prosjektet å forutse den totale gevinsten til UNN
2. Tilgjengelig tomt i Breivika har en avstand til somatiske klinikker som ikke er å anse som «nært nok» i flere tilfeller.
  - a. Avstanden mellom tomtene i Breivika kan føre til at noen pasienter må over i bil, personell må følge pasient, ansatte må innom garderobe o.l.
  - b. Fellestjenester/støttefunksjoner må dupleres grunnet avstand, eller manglende muligheter for kulvertforbindelse o.l.
  - c. En stor nytte for klinikkene ville ha vært en samling av akuttfunksjonene. Samlokalisering av akuttfunksjon med somatikk er ikke mulig grunnet avstand til tomt.
  - d. Logistikkssystemer har for store avstander til å kunne nyte store fordeler ved samlokalisering. Behov for flere varemottak etc.
3. Investerings- og Bygge kostnader
  - e. Det er mer kostbart å bygge på to anlegg, flere tomter og forskjellige lokasjoner
  - f. Et vernet og fredet anlegg på Åsgård må ivaretas og rehabiliteres ihht et stort vedlikeholdsetterslep, og nytt anlegg må utvikles på nye tomter i Breivika.
  - g. Usikkerhet knyttet til Åsgård tomta. Hvor stor andel av tomten beholder, og /eller selger UNN? Hvor stor andel skal renoveres og eventuelt videreutvikles?
  - h. Ved fortsatt drift på Åsgård anlegget, knyttes det også større usikkerhet til salg av deler av tomten, og verdi av tomten.
4. Driftskostnader
  - i. Å dele en funksjon på 2 lokasjoner øker driftskostnadene.
  - j. Logistikk kostnader stiger ved å drifte to lokasjoner
  - k. Utfordringen med å ha tilstrekkelig personell øker, ettersom avstander utfordrer ressursdeling og effektivisering.
  - l. Kostnader ved å splitte vaktlag som kan koordineres innen PHV og TSB

### 4.3.1 Vurdering virksomhetsalternativer, klinikk

#### 4.3.1.1 Alternativ ÅB1: SPHR i Breivika, resterende på Åsgård.

I dette alternativet, ÅB1, er lokalsykehusfunksjon SPHR (DPS) samlokalisert med somatiske klinikker i Breivika. Øvrige funksjoner innen PHV og TSB ligger igjen på Åsgård.

Alternativet legger til rette for et mer sømløst og helhetlig pasientforløp innen SPHR, kommune og somatikk. Kommunale tjenester som legevakt og helsehus, vil komme i gangavstand fra SPHR. I forhold til funksjonene som vil bli liggende på Åsgård, ivaretas nærhetsbehovet mellom PHR-sykehus funksjoner, men også sikkerhets psykiatrisk seksjon sine arealbehov. Tomten på Åsgård gir større mulighet til å realisere tilstrekkelig med sikringsområde rundt RSA og videre utvidelsesmuligheter på sikt for denne funksjonen. SPHR har alltid vært samlokalisert med sykehusfunksjonene i Tromsø, og har i større grad enn andre DPS fordeler ved en slik samlokalisering, grunnet at de er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.



SPHR i Breivika	Resterende PHV og TSB virksomhet på Åsgård
<b>Fordeler</b>	<b>Fordeler</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Somatikk og helsehus (ØHD-senger) får bedre tilgang til AAT.</li> <li>Økt samhandling mellom kommunale tjenester og PHV og TSB (jfr. Helse Nords anbefalinger om etablering av felles behandlingseenheter).</li> <li>Økt tilgjengelighet til tjenestetilbudet for pasienter, pårørende og ansatte gjennom bedre infrastruktur og kortere avstander.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nærhetsbehovet mellom akuttseksjonen og resterende virksomhet er ivaretatt.</li> <li>Arealbehovet til Sikkerhetspsykiatrisk seksjon ivaretatt.</li> <li>TSB er samlokalisert</li> <li>Aktivitetstilbudet og uteareal til pasienter med særlige behov er tilbaketrasket i rolige omgivelser på Åsgård.</li> <li>Samlokalisert akuttfunksjon</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduserer skillet mellom ulike pasientgrupper og kan bidra til mindre stigma.</li><li>• Tilfredsstillt nærhetsbehovet mellom Barne- og Ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) og PHV-V for smidigere overganger fra barn, ungdom og voksen (jfr. Strategisk utviklingsplan UNN 2015-2025 og Utviklingsplan for PHV og TSB 2016-2025 i Helse Nord)</li><li>• Økt tilgang på Kulturavdelingens tilbud i Breivika for pasienter og ansatte</li><li>• Økt nærhet til ECT behandling for pasienter i SPHR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Samlet akutt PHV og akutt TSB med felles akuttmottak.</li><li>• Mer sømløse og helhetlige akutte pasientforløp mellom psykisk helsevern og TSB</li><li>• Styrker rekrutteringen til begge fagfelt</li><li>• Legger til rette for fleksibelt bruk av fagkompetanse og personell på tvers av enheter i PHV og TSB.</li><li>• FFU samlokalisert.</li></ul>
--	---

#### Ulemper for alternativ ÅB1 (gjelder begge lokalisasjoner):

- Oppsplitting av fagmiljø
- Ikke mulighet til å samle polikliniske funksjoner med tilhørende støttefunksjoner
- Nærhetsbehov mellom akuttpost og AAT ikke ivaretatt
- Nærhetsbehov mellom SPHR og akuttseksjonen er ikke ivaretatt med tanke på sømløse pasientforløp mellom nivå,
- Mulighet for bistand ved akutt behov for personell fra andre døgneheter er borte og dermed forringes sikkerheten til ansatte.
- Vanskeliggjør sømløse pasientforløp mellom nivå
- Involvering fra andre tjenester og fagområder vanskeliggjøres pga. avstand
- Mer ressurskrevende med flere vaktlegeordninger pga. funksjonen til AAT
- Transport av pasienter og tjenester mellom lokasjonene.
- Økt bruk av ambulanse og politi for sikker transport fra Breivika til Åsgård da AAT ligger i Breivika og akuttmottak ligger på Åsgård.
- FFU på Åsgård medfører logistikkutfordringer mtp kurs og opplæring av ansatte, pasienter, pårørende og studenter.
- Begrenset tilbud for fysisk trening og aktivitet til pasientene i SPHR.
- Det må avklares hvorvidt SPHR fortsatt skal være godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

#### Konklusjon og anbefaling ÅB1:

Generelt er der flere fordeler ved å samlokalisere SPHR (VPP, ambulant akutt-team, rusteam Medikamentfri behandling og døgneheter) og somatikk i Breivika. SPHR i Breivika vil gi somatikken og BUPA økt

tilgjengelighet til mer spesialisert kompetanse og samhandling innen PHV. Alternativet ivaretar imidlertid ikke pasientgruppen med flest uavklarte og alvorlige somatiske tilstander forbundet med akutte innleggelser. Pasienter i SPHR har ofte ikke umiddelbare nærhetsbehov til somatikk. Det må påregnes kostnader til transport av pasienter og ansatte mellom lokasjonene. SPHR «alene» i Breivika (fysisk adskilt fra øvrig PHR) blir sårbar med tanke på sikkerheten til de ansatte, og det er et spørsmål om hvorvidt tvunget vern med døgnopphold kan gjennomføres. Alternativet vurderes totalt sett som krevende med tanke på logistikk, sikkerhet, delte vaktordninger (evt. ytterligere forvaktordning) og hensynet til pasientenes behov.

Oppsummert:

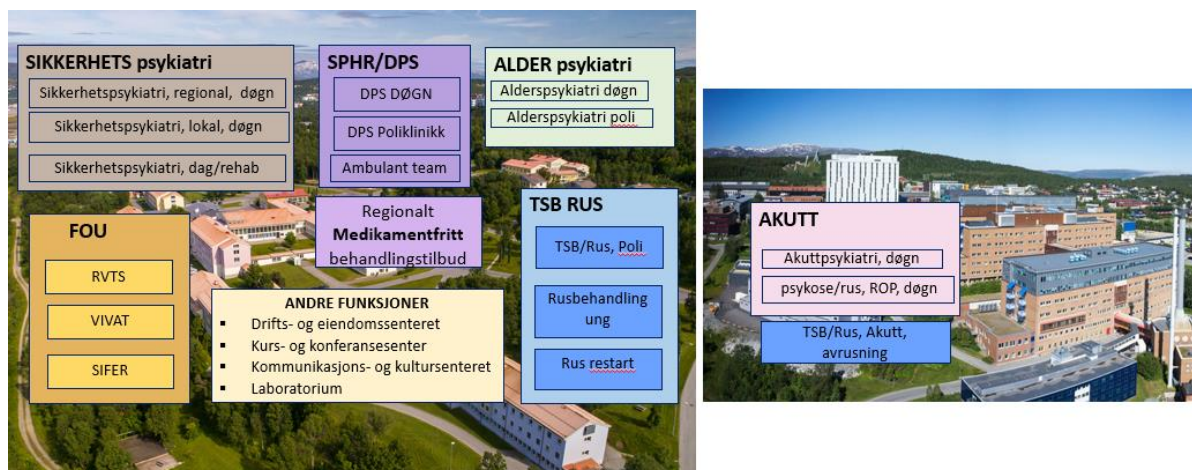
- «Feil» pasientgruppe plasseres nærmest somatikk.
- Negative konsekvenser for vaktordning PHV.
- Redusert sikkerhet for ansatte m.h.t. bistand.
- Negative konsekvenser pasientforløp SPHR – øvrig PHV og TSB.
- Alternativet splitter opp PHV. En samling av PHV gir større nytte.

**Det anbefales ikke å utrede dette alternativet videre.**

#### 4.3.1.2 Alternativ ÅB2: Akutt i Breivika (akutt TSB og akuttpsykiatri), resterende på Åsgård.

I alternativet ÅB2, er spesialiserte funksjoner innenfor akuttvirksomheten PHV og TSB samlokalisert i Breivika. Dette gir nærhet til legevakt, akuttmottak samt øvrige somatiske tilbud. Alternativet tilrettelegger for bedre ivaretagelse av helhetlige akutte pasientforløp innenfor overnevnte fagfelt.

Resterende funksjoner for PHV og TSB blir værende på Åsgård. Dette forringer nærhetsbehovet akuttpsykiatrien har til sikkerhetspsykiatri, noe som særskilt går utover ivaretagelse av pasienter med særlig alvorlig voldsproblematikk. Nærhetsbehov til ambulant akutt-team blir heller ikke ivare tatt, og alternativet krever delte vaktordninger. Denne løsningen kan også ivareta arealbehovet til sikkerhetsseksjonen på Åsgård. Øvrig PHV og TSB virksomhet samles på Åsgård, men vil ikke innfri nærhetsbehov mellom akutt og alderspsykiatri.



## Akutt PHV og akutt TSB i Breivika

### Fordeler:

- Samlokalisert akutfunksjon for PHV og akutt TSB med felles akuttmottak.
- Umiddelbar bistand for ivaretagelse av somatiske behov (avklaringer i forhold til akutte psykisk syke med spm. om alvorlig somatisk sykdom).
- Mer tilgjengelig spesialistinvolvering fra PHV og TSB til somatikk.
- Mer tilgjengelig spesialistinvolvering fra somatikk til PHV og TSB.
- Mer sømløse og helhetlige akutte pasientforløp mellom PHV, TSB og somatikk.
- Styrket mulighet for rekruttering.
- Økt tilgjengelighet for akutte pasienter, pårørende og ansatte gjennom bedre infrastruktur
- Kan bidra til å redusere skillet mellom pasientgrupper og stigma.
- Nærhetsbehov mellom akuttpostene blir ivaretatt.
- Økt samhandling mellom akutt PHV, akutt TSB og akuttenhet BUPA.
- Nærhet til UIT legger til rette for samarbeid omkring opplæring og undervisning,
- Legger til rette for fleksibel bruk av fagkompetanse og personell på tvers av PHV og TSB.

## Resterende funksjoner på Åsgård:

### Fordeler:

- Muliggjør fleksibel bruk av fagkompetanse og personell på tvers av PHV og TSB.
- Legger til rette for mer integrert virksomhet mellom SPHR og TSB.
- Legger også til rette for sterkere integrasjon mellom SPHR og alderspsykiatri.
- Arealbehovet til sikkerhetspsykiatrien er ivaretatt pga. større tomt og flere muligheter.
- Aktivitetstilbud og utearealer til pasienter med særlige behov er tilbaketrasket og i rolige omgivelser på Åsgård.
- Samlokalisert akutfunksjon PHV og TSB med felles akuttmottak.
- Mer sømløse og helhetlige akutte pasientforløp mellom PHV og TSB
- Styrket rekruttering.
- Legger til rette for fleksibel bruk av fagkompetanse og personell på tvers av PHV og TSB.
- FFU samlokaliseres

## Ulemper for alternativet ÅB2 (gjelder begge lokalisasjoner):

- Kan føre til dårligere tilgang til passende utearealer for de sykeste pasientene
- Stor og ikke ønskelig oppsplitting av fagmiljø.
- Nærhetsbehov mellom akutt og ambulant akutt-team ikke ivaretatt
- Nærhetsbehov mellom ambulant akutt-team (DPS funksjon) og somatikk ikke ivaretatt.
- Nærhetsbehov mellom SPHR og akutt PHV ikke ivaretatt.
- Utfordrer involvering fra resterende virksomhet mot akutte funksjoner i PHV og TSB.
- Ressurs- og kostnadskrevende med delte vaktordninger.

- Transport av pasienter og tjenester mellom lokasjoner er ressurs- og kostnadskrevende.
- Begrenset tilbud for fysisk trening og aktivitet for pasienter i akutte forløp.
- FFU på Åsgård medfører logistikkutfordringer mtp kursing, veiledning og opplæring av ansatte, studenter, pasienter og pårørende mfl. Transport er ressurs og kostnadskrevende.

### Konklusjon og anbefaling ÅB2:

Alternativet samler spesialisert akuttvirksomhet i Breivika, noe som gir mer integrerte tjenester knyttet til de sykeste pasientene. Løsningen fremmer et bedre samarbeid mellom akutte tjenester innenfor PHV, TSB og somatikk. Alternativet vil imidlertid gi store økonomiske driftskostnader til delt vaktordning da tilstedeværelse av lege anses nødvendig innenfor akuttvirksomhet, alderspsykiatri, TSB og SPHR. Ressurs og personellsituasjonen tillater ikke delte vaktordninger, og rekruttering vil fortsatt være en stor utfordring i fremtiden. Videre vil alternativet kreve stor ressursbruk relatert til transport av pasienter og personell mellom lokalisasjoner. I denne løsningen er sikkerheten til de ansatte ivaretatt på en hensiktsmessig måte, gjennom balansert fordeling av ansatte mellom lokasjonene. Den største ulempen er oppsplitting av fagmiljøene.

pasientene med størst behov for akutte og samtidige tjenester innen PHV, TSB og somatikk ivaretas på et sted.

Oppsummert:

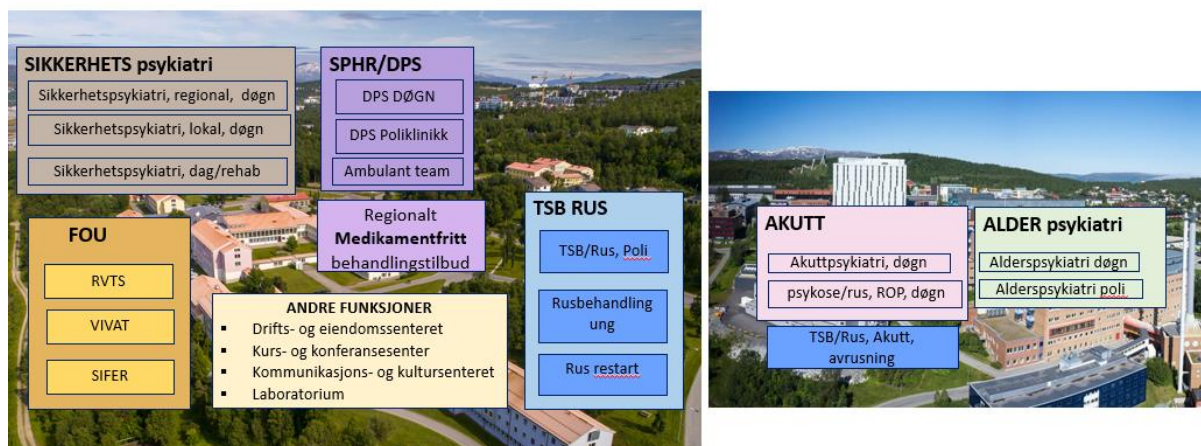
- Negative konsekvenser for vaktordninger PHV og TSB.
- Redusert sikkerhet for ansatte m.h.t. bistand (Åsgård).
- Splitter opp begge klinikkens fagområder.
- Negative konsekvenser pasientforløp.
- Det er ønske om å utvikle en intermediær post, for å bedre pasientflyt. Dette alternativet låser i en viss grad denne muligheten for organisering i fremtiden.
- Ivaretar pasientgrupper med behov for nærhet til somatikk. / pasientene med størst behov for akutte og samtidige tjenester innen PHV, TSB og somatikk ivaretas på et sted.

Ut fra en helhetsvurdering anbefales det ikke å utrede dette alternativet videre.

#### 4.3.1.3 Alternativ ÅB3: Akutt (akutt TSB og akuttpsykiatri) samt alderspsykiatri i Breivika, resterende på Åsgård.

I alternativ ÅB3 er spesialiserte funksjoner innen akuttvirksomheten for PHV og TSB samlokalisert. I Breivika ligger de nært legevakt, akuttmottak, geriatri og øvrig somatikk. Alternativet ivaretar pasientgrupper som

har et stort behov for samhandling med somatisk virksomhet. Med tanke på framskrivingen (demografisk utvikling) vil alderspsykiatriske pasienter være en sterkt voksende gruppe hvor det også forventes betydelig samsykelighet grunnet forventning om lengre levetid og «eldrebølge».



Alternativet ivaretar ikke nærhetsbehov som akutt PHV har til Sikkerhetspsykiatrisk seksjon for ivaretagelse av pasienter med særlig alvorlig voldsproblematikk. En delt løsning krever delt vaktordning, i tillegg til noe transport av pasienter og ansatte mellom lokasjonene. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon på Åsgård bidrar til sikkerhet for enhetene der.

### Akutt PHV-V, Akutt TSB og Alderspsykiatri i Breivika:

#### Fordeler:

- Samlokalisert akuttfunksjon.
- Samlet fagmiljø og kompetanse innen akutt PHV og akutt TSB.
- Ivaretar nærhetsbehov mellom alderspsykiatri og geriatrik seksjon, samt annen somatikk.
- Umiddelbar bistand for ivaretagelse av somatiske behov for eldre og avklaringer i forhold til akutt psykisk syke hvor det er snakk om eller mistanke om alvorlig somatisk sykdom.
- Samlokalisert alderspsykiatri og geriatri ivaretar nærhetsbehov.
- Mer sømløse og helhetlige pasientforløp med kommune og alderspsykiatri.
- Økt tilgjengelighet for spesialistinvolvering fra PHV og TSB til somatikk. Og motsatt vei: økt tilgjengelighet for spesialistinvolvering fra somatikk til PHV og TSB.
- Mer sømløse og helhetlige akutte pasientforløp mellom psykisk helsevern, TSB og somatikk
- Økt tilgjengelighet for pasienter, pårørende og ansatte ved bedre infrastruktur
- Kan bidra til å redusere skillet mellom ulike pasientgrupper og redusere stigma.
- Nærhetsbehov mellom akuttposter er ivaretatt.
- Nærhetsbehov mellom alderspsykiatri og akuttpostene er ivaretatt.
- Nærhetsbehov akutt RSS og UPS (BUPA) til akutt PHV og akutt TSB er ivaretatt

- Nærhet til UIT legger til rette for økt samarbeid omkring opplæring og undervisning.
- Styrket rekrutteringen.
- Nærhet til ECT behandling.

### Resterende funksjoner på Åsgård:

#### Fordeler

- Arealbehovet til Sikkerhetspsykiatrisk seksjon blir ivaretatt.
- Samlokalisering av SPHR.
- Legger til rette for fleksibelt bruk av fagkompetanse og personell på tvers av PHV og TSB.
- Legger til rette for mer integrert virksomhet mellom SPHR og TSB.
- Aktivitetstilbud/uteareal til pasienter med særlige behov tilbaketrukket i rolige omgivelser.
- FFU er samlet

### Ulemper med alternativ ÅB3 (begge lokalisasjoner):

- Dårligere tilgang til tilpassende utearealer for de aller sykeste pasientene.
- Stor og uønsket oppsplitting av fagmiljø i PHV og TSB.
- Nærhetsbehov mellom akuttposter og AAT ikke ivaretatt.
- Nærhetsbehov mellom SPHR Tromsø og akuttseksjonen ikke ivaretatt.
- Ressurs og personellkrevende med flere vaktordninger.
- Transport av pasienter og tjenester mellom lokasjoner.
- Økt bruk av ambulanse og politi for sikker transport mellom lokasjonene.
- Transport av ansatte mellom lokalisasjoner relatert til pasientbehandling og undervisning, veiledning, opplæring og kurs.
- Begrenset tilbud for fysisk trening og aktivitet til eldre og pasienter i akutte forløp.
- FFU på Åsgård medføre logistikkutfordringer mtp undervisning og opplæring av ansatte, pasienter, pårørende og studenter.

### Konklusjon og anbefaling ÅB3:

Alternativet styrkes ved at alderspsykiatrisk seksjon samlokaliseres med akuttvirksomheten i tillegg til fordelene ved å samle akuttvirksomheten i Breivika (ref. ÅB2.) Det er store kostnader knyttet til det å bygge og drifte på to steder, både med tanke på personalressurser og støttefunksjoner til tjenestene som også involverer forflytninger mellom lokalisasjoner. Delte vaktordninger, behov for ekstra forvaktordning samt betydelig antall pasient transporter og forflytninger av ansatte mellom lokasjonene taler imot alternativet.

Oppsummert:

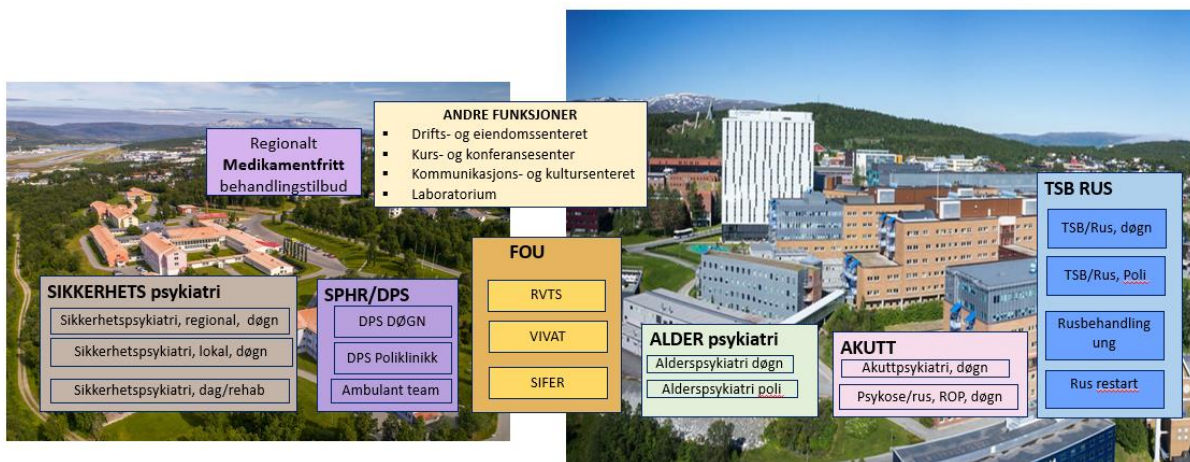
- Negative konsekvenser for vaktordninger PHV og TSB.
- Redusert sikkerhet for ansatte m.h.t. bistand (Åsgård).
- Splitter opp klinikkens fagområder.

- Negative konsekvenser pasientforløp. Hvor plasseres intermediaær? Låser organisering i framtiden. Splitter både PHV og TSB.
- Ivaretar pasientgrupper med behov for nærhet til somatikk. Sikrer nærhet alderspsykiatri – geriatri.

Det anbefales ikke å utrede dette alternativet videre.

#### 4.3.1.4 Alternativ ÅB4: Sikkerhetspsykiatri og DPS på Åsgård, resterende i Breivika.

I alternativ ÅB4 er funksjonene delt i forhold til nærhetsbehov til somatikk, som gjelder TSB, akuttfunksjoner og alderspsykiatri. SPHR har ikke åpenbare nærhetsbehov til somatikk, men kan ha fordeler av å være samlokalisert med annen døgnvirksomhet. SPHR poliklinikk og medikamentfri behandling organiseres sammen med døgnenhetene, og lokaliseres på Åsgård. Andre funksjoner som ikke er direkte knyttet til PHV funksjon kan deles mellom lokasjonene, og det gjelder også FFU. Ikke kliniske funksjoner kan evt. plasseres i eksisterende bygg på Åsgård.



#### Sikkerhetspsykiatri, SPHR og deler av FFU på Åsgård:

##### Fordeler:

- Arealbehov til Sikkerhetspsykiatrisk seksjon ivaretatt.
- Aktivitetstilbud/uteareal til pasienter med særlige behov ligger i rolige omgivelser.
- Samlokalisert SPHR.
- Legger til rette for økt samhandling mellom Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og SPHR
- SPHR får nødvendig støtte fra Sikkerhetspsykiatrisk seksjon.
- Nærhetsbehov mellom RVTS og SPHR ivaretatt.
- Nærhetsbehov mellom SIFER og Sikkerhetspsykiatrisk seksjon ivaretatt.

### Resterende virksomhet i Breivika:

- Økt tilgjengelighet for spesialistinvolvering fra PHV og TSB i somatikk.
- Mer sømløse og helhetlige pasientforløp med somatikk.
- Økt tilgjengelighet for pasienter, pårørende og ansatte gjennom bedre infrastruktur.
- Kan bidra til å redusere skillet mellom ulike pasientgrupper og mindre stigma.
- Tilfredsstillende nærhetsbehov mellom BUPA og PHV for smidigere overganger.
- Samlokalisert akuttfunksjon.
- Nærhetsbehov mellom akuttposter ivaretatt.
- Samlet kompetanse innen akutt PHV og akutt TSB.
- TSB samlokalisert..
- Samlokalisert TSB, alderspsykiatri, akutt PHV, BUPA og somatikk.
- Styrking av samarbeid mellom akuttseksjonen og kommunale ØHD-senger (KAD).
- Umiddelbar bistand for ivaretagelse av somatiske behov for eldre, pasienter i TSB og avklaringer i forhold til akutte syke i PHV og TSB med spm. om alvorlig somatisk sykdom
- Økt tilgjengelighet for spesialistinvolvering fra TSB og PHV i somatikken. Og motsatt vei: Økt tilgjengelighet for spesialistinvolvering fra somatikk til PHV og TSB.
- Bedre tilgjengelighet for pasienter, pårørende og ansatte gjennom bedre infrastruktur.
- Nærhetsbehov mellom alderspsykiatri og akuttposter ivaretatt,
- Nærhetsbehov mellom alderspsykiatri og geriatri ivaretatt.
- FUE sitt nærhetsbehov for samarbeid med UiT omkring undervisning ivaretatt.
- Nærhetsbehov mellom BUPA og akutt PHV og TSB ivaretatt.
- Styrket rekruttering.
- Nærhet til ECT behandling.

### Ulemper med alternativ ÅB4 (begge lokalisasjoner):

- Oppsplitting av fagmiljø.
- Oppsplitting av polikliniske funksjoner med støttefunksjoner.
- Nærhetsbehov mellom akuttpostene og AAT ikke ivaretatt.
- Nærhetsbehov mellom akuttposter og sikkerhet ikke ivaretatt.
- Nærhetsbehov mellom SPHR og akuttposter ikke ivaretatt.
- Vanskeliggjør sømløse pasientforløp mellom SPHR, alderspsykiatri og akuttseksjonen.
- Transport av pasienter mellom lokasjoner.
- Økt bruk av ambulanse og politi for sikker transport mellom lokasjoner.
- Logistikkutfordringer knyttet til transport av ansatte mellom lokalisasjoner.
- Tilbudet er ikke like godt tilrettelagt for fysisk trening og aktivitet.
- Dårligere tilgang til tilpassende utearealer for de sykeste pasientene i Breivika.
- Vanskeliggjør sømløse pasientforløp mellom spesialiserte funksjoner og SPHR.



- Ressurskrevende med ekstra forvaktvaktordning.
- Transport av pasienter mellom resterende virksomhet og Åsgård.
- Økt behov for ambulanse og politi for sikker transport mellom lokasjoner.
- Delt FFU medfører logistikkutfordringer mtp opplæring av ansatte, pasienter, pårørende og studenter.

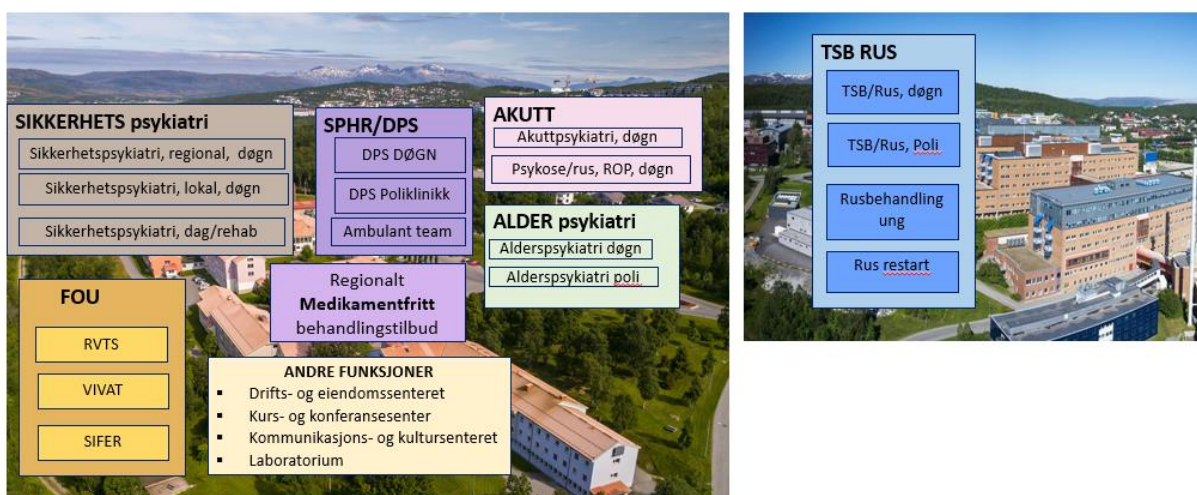
### Konklusjon og anbefaling ÅB4:

På tross av at nærhetsbehov til enkelte deler av virksomheten er ivaretatt vil ikke gevinstene veie opp for ulempene. Det er store utfordringer knyttet til drift, pasientlogistikk og delte vaktordninger. Alternativet gir heller negative konsekvenser for pasientforløpene. Alternativet ivaretar en mindre pasientgruppe med behov for nærhet til somatikk, fremfor å øke fordelene for en større pasientgruppe med behov for en samlet PHV tjeneste.

Det anbefales ikke å utrede dette alternativet videre.

### 4.3.1.5 Alternativ ÅB5: TSB i Breivika, resterende ved Åsgård.

Alternativet ÅB5 kom opp under medvirkningsprosessen i konseptfasen. TSB har et større behov for samlokalisering med somatiske klinikker, og ÅB5 ivaretar dette. Alternativet fraviker derimot fra Helse-Nord og UNN sine føringer om mer integrerte tjenester innen PHV, TSB og somatikk. Akutt avrusning viser seg å være den enheten i Psykisk helse- og rusklinikken som har størst nærhetsbehov til somatikk noe som ivaretas i denne løsningen. Alle PHV funksjoner samles på Åsgård, og nærhetsbehov mellom akuttpsykiatrisk seksjon, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon, poliklinikk og AAT blir ivaretatt.



En integrert tjeneste/nærhetsbehov mellom TSB og PHV ivaretas ikke, samt at TSB blir noe mer sårbar med tanke på å ivareta pasienter og ansattes sikkerhet. Alternativet gir ikke rom for felles akuttinntak for PHV og TSB.

TSB beskriver nærhetsbehovet til somatiske klinikker slik:

- Innføring av akutttilbud har ført til økt samhandling mellom somatikk og TSB. Noen pasienter innlagt med overdoser i somatikk overføres i dag til akutt TSB, særlig pasienter med alkoholmisbrukslidelser med langvarig uavbrutt alkoholinntak/høyere alder.
- Vi nå har mer kontakt med pasientgrupper hvor tilstandsbildet gir økt behov for samhandling med somatiske helsetjenester: Kramperisiko, elektrolyttforstyrrelser, dårlig regulert diabetes, delirium, sepsis.
- Tendens til flere overføringer fra somatikk til TSB, oftest fra medisinsk klinikk (obs-post, nyre-gastro, ortopedi).
- Det er behov for økt samhandling med infeksjonsmedisin (særlig pasienter med injiserende misbruk)
- Samarbeidet med smerteavdelingen over år, rundt pasienter med samtidig smerte- og rusmisbrukslidelse må videreføres.
- Planlagt innføring av nytt pakkeforløp «Oppfølging etter rusmiddeloverdose» i løpet av 2021 stiller krav om økt samhandling mellom prehospitale tjenester, somatikk og TSB.

Data omkring rus, sykehusinnleggelse, insidens, samsykelighet TSB og andre sykdommer:

- Nesten halvparten av traumapasienter i somatisk akuttmottak har rusmidler i blodbanen.
- 25 % av de pasientene som bruker alkohol, og som er innlagt i somatisk sykehus, har alkoholavhengighetssyndrom eller skadelig bruk av alkohol.
- Alkohol kan være medvirkende faktor til mer enn 60 ulike sykdommer.
- Opptil 15-30 % av alle sykehusinnleggelse kan skyldes rusbruk.
- 5-20 % av alle alkoholavhengige pasienter innlagt i sykehus utvikler abstinenslilstander som krever medikamentell behandling.
- 8- 40 % av pasienter i intensiv avdeling utvikler alkoholabstinenslilstand
- Pasienter med rus- og avhengighetslidelse bruker mer akutte tjenester og har flere innleggelse enn pasienter uten ruslidelse.

### TSB i Breivika:

#### Fordeler:

- Nærhetsbehov mellom TSB og somatikk ivaretatt.
- Mer sømløse og helhetlige akutte pasientforløp mellom TSB og somatikk.
- Legger til rette for økt samhandling innad i TSB og med somatikk.
- Nærhetsbehov innad i TSB ivaretatt.
- Akutte pasienter i TSB får bedre tilgang til somatiske tjenester.
- Bedre ivaretagelse av pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk i somatikk.

- Tilrettelegger for økt samhandling mellom prehospitaltjenester, somatikk og TSB
- En vaktordning for TSB.
- Økt tilgjengelighet for pasienter, pårørende og ansatte i TSB ved bedre infrastruktur
- Minsker skillet mellom ulike pasientgrupper og kan være mindre stigmatiserende for pasienter og pårørende i TSB
- Legger til rette for oppgaveglidning og smidigere overganger mellom BUPA og TSB.

### Alle PHV funksjoner på Åsgård:

#### Fordeler:

- Muliggjør ønskede og tilpassede utearealer på Åsgård.
- Aktivitetstilbud og uteareal til pasienter med særlige behov tilbaketrukket og i rolige omgivelser på Åsgård.
- Arealbehov til Sikkerhetspsykiatrisk seksjon ivaretatt.
- FFU samlokalisert.
- Nærhetsbehov innad i PHV ivaretatt.

#### Ulemper med ÅB5 (begge lokalisasjoner):

- Føringer i Strategisk utviklingsplan UNN 2015-2025 og Utviklingsplan PHV og TSB 2016-2025 i Helse Nord ikke innfridd.
- Oppsplitting av fagmiljø vanskeliggjør videreutvikling og integrasjon.
- Vanskeliggjør sømløse pasientforløp mellom spesialiserte funksjoner PHV og TSB
- Involvering fra andre tjenester og fagområder vanskeliggjøres pga. avstand
- Kostnader relatert til drift på to lokalisasjoner.
- Oppsplittet av poliklinisk funksjoner med tilhørende støttefunksjoner.
- Nærhetsbehov mellom PHV og TSB ikke ivaretatt. Herunder manglende nærhet mellom akuttpostene og akutt TSB ikke ivaretatt og mellom SPHR til TSB.
- Noe begrenset mulighet for bistand ved urosituasjoner.
- Transport av pasienter mellom lokalisasjonene.
- Transport av ansatte fra mellom lokalisasjonene.
- Begrenset tilbud for fysisk trening og aktivitet for pasienter i TSB.
- Rusbehandling skjer tett på BUPA.
- FFU på Åsgård medfører logistikkutfordringer mtp opplæring av ansatte, pasienter, pårørende og studenter.
- Ikke felles akuttmottak for PHV og TSB.

### Konklusjon og anbefaling ÅB5:

TSB yter større fordeler ved samlokasjon med somatikk i Breivika, enn andre PHV funksjoner. I motsetning til øvrige delte løsninger, fører ikke dette alternativet til behov for å etablere delte vaktordninger eller ny forvaktordning, ei heller at ett større omfang av pasienter må flyttes mellom lokasjonene. Det er rapportert om underforbruk av tjenester fra TSB innen somatikk, og et videre behov for denne kompetansen der. Tilgangen på TSB kompetanse vil kunne bedres gjennom denne løsningen, som ivaretar pasientgruppens behov for nærhet til somatikk. Løsningen vektlegger viktig pasientflyt innen TSB, og mellom TSB og somatikk, og den stykker ikke opp funksjonene PHV og TSB hver for seg. Alternativet ivaretar interne behov i russeksjon Tromsø og ikke minst avrusing/rusakutt sitt behov for nærhet til somatikk.

UNN og Helse Nord sine strategiske planer om samlokalisering av PHV og TSB blir imidlertid ikke innfridd gjennom dette alternativet. Alternativet reduserer dagens nærhet mellom klinikkens 2 fagområder (PHV og TSB) og stykker opp klinikken geografisk, med faglige og organisatoriske konsekvenser også for pasientforløp mellom PHV og TSB. TSB mener dette alternativet er aktuelt, og klinikken ønsker at det skal utredes videre.

### Konklusjon ÅB5:

Prosjektet ser det hensiktsmessig å vurdere dette alternativet videre. Der er gode muligheter for å utvikle et eget senter for TSB på tildelt tomt, som også ivaretar nærhetsbehovet til somatiske klinikker i Breivika. Dette alternativet må sees i sammenheng med videre utvikling av Breivika, og om andre funksjoner eventuelt kan inngå i bygg for TSB.

Bygningsmessige løsninger i form av volumskisser er vist og videre utredet i mulighetsstudier ARK.

## 5 Mulighetsstudier ARK, Ratio

## LESES BEST I TOSIDE-VISNING

UNN Tromsø Konseptutredning Steg 1 Nybygg for psykisk helsevern og rusbehandling

# Volum og tomter, muligheter og begrensninger



Dette dokumentet er en underrapport og supplement til rapporten Konseptfase «PHR Tromsø» BYGG v/ Sykehusbygg. Det vises til denne rapport for overordnet beskrivelse av prosjektet, bakgrunn og premisser.

REV	DATO	BESKRIVELSE	UTARB AV	KONTR. AV
02	10.05.21			
01	06.05.21	LEVERT ifbm KSK	JHW	
00	30.04.21	FORELØBIG VERSJON	JHW	

## Volum og tomter, muligheter og begrensninger Mulighetsstudier, steg 1

### 01 INNLEDNING 05

- 01 Bakgrunn 05
- 02 Beskrivelse av oppdraget
- 03 Prosess- steg 1
- 04 Arbeidsprosess og-metodikk 06

### 02 PROGRAM OG PREMISER 06

- 01 Fra Idefaserapporten 06
- 02 Fra hovedprogram-kriterier 08

### ALTERNATIV Å | SAMLE ALL PHR ÅSGÅRD 10

- 01 Tomteanalyse 11
- 02 Planforhold-gjeldende planer 13
- 03 Planforhold- verneplan 14
- ALTERNATIV 0 15

### ALTERNATIV Å1 16

- 01 Forvaltning av vern 16
- 02 Forslag til disponering 19
- 03 Volumstudier- utvikling og hovedalternativ 20
- 04 Romlige løsninger . prinsipper inne /ute 24
- ALTERNATIV Å2 33

### ALTERNATIV B | SAMLE ALL PHR BREIVIKA 34

- 01 Tomten generelt 35
- 02 Planforhold- gjeldende planer 36
- 03 Volumstudier- Utvikling og hovedalternativ 38
- 04 Romlige løsninger . prinsipper inne /ute 46

### ALTERNATIV ÅB | DELT LØSNING

- TSB i Brevika 60

### OPPSUMMERING 61

- Begrensninger og muligheter 61





Dronefoto Breivika - tomt B1 midt i bildet



Luftfoto Åsgård - tomt Å1 innenfor eksisterende bygg - tomt Å2 vest

## 1 INNLEDNING

### 01. Bakgrunn

Det er behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen på Åsgård, både med hensyn til tekniske krav/brannkrav og tilpasning til moderne pasientbehandling innenfor psykisk helse og rusbehandling. Strategisk Utviklingsplan for UNN 2015-2025 beskriver behovet for å se psykisk helse og rusbehandling i sammenheng med somatiske lidelser og ber om en vurdering av en eventuell framtidig samlokaliseringsgevinst.

Disse faktorene danner bakgrunnen for vurderingen av ulike alternativer for renovering og eventuelt nybygg for hele eller deler av psykisk helse og rusbehandling i Tromsø, samt eventuell samlokalisering av tjenester til fremtidige lokaler for psykisk helsevern og rus ved somatikken i UNN Breivika.

### 02. Beskrivelse av oppdraget

Hensikten med dette dokumentet er å illustrere de fysiske konsekvensene av

- program
- tomteforutsetninger
- evalueringskriterier

Det primære målet for Steg 1 av konseptfasen for dette prosjektet er valg av lokalisering for nybygg til psykisk helsevern og rusbehandling ved UNN i Tromsø.

Arkitektdelen i Steg 1 er å vise muligheter og begrensninger på gitte tomter i Breivika og ved dagens beliggenhet på Åsgård. Utredninger og volumstudier skal inngå som del av beslutningsunderlaget. I basis skal løsningene forholde seg til Hovedprogrammet; kriterier, premisser, rom- og arealbehov slik at alternativene kan evalueres mot mål og premisser satt for prosjektet.

Alternativer som er vurdert

- ALTERNATIV Å :-Å SAMLE ALL PHR VIRKSOMHET PÅ ÅSGÅRD
- ALTERNATIV B:- Å SAMLE ALL PHR VIRKSOMHET I BREIVIKA
- ALTERNATIV Å B:- DELT LØSNING

I utredningene vises mulige løsninger i form av overordnede volummodeller som synliggjør de fysiske konsekvenser av hovedprogram, rom og arealbehov. Mer inngående og detaljerte løsningsforslag vil inngå i skisseprosjektet i steg 2 av konseptfasen, etter at beslutning om lokalisering er fattet.

### 03. Prosess- steg 1

Arkitekt startet utredningene for steg 1 i februar 2021. Utredningsfasen har vært svært komprimert med fortettet prosess og med mange parallelle aktiviteter i prosjektgruppen. Parallelt med volumstudier for utbyggingsalternativene har det pågått arbeid og utvikling av Hovedprogram og romprogram, medvirkning og evaluering.

Volumstudiene benyttet derfor først romprogram, arealbehov og premisser fra Idefaserapporten fra 2017 som dimensjonerende. Kun et begrenset antall alternativer er utredet med nytt og økt arealbehov, de øvrige er dimensjonert ihht tidligere arealkrav fra idefasen av prosjektet.

Fra april er det arbeidet med arealkrav, premisser og program ihht Hovedprogram. Arealøkningen var vesentlig for dimensjoneringen av volumene. Nye forutsetninger om egen tomt RSA/LSA i alternativ B kom sent i prosessen da prosjekteier åpnet for å lokalisere denne på egen tomt.

## 04 Arbeidsprosess og -metodikk

- Gjennomgang av prosjektgrunnlag, bl.a dokumenter fra idéfase ; rapport og mulighetsstudier, andre dokumenter og tegningsunderlag tilgjengelig.
- Gjennomgang av reguleringsmessige forhold og vernespørsmål.
- I gang satt prosess og møter med antikvariske myndigheter v/ Fylkeskonservator og kontakt med kommunen for å avdekke potensielle risiki ift overordrende planer og krav om regulering.
- Virtuell befaring av tomter og områder ble utført med bl.a Google Earth, Tromsø kommunes 3Dkart pga reiserestriksjoner som følge av Covid.
- Tomteanalyse for topografi/landskapstrekk, naturkvaliteter, solforhold trafikk/infrastruktur, eksisterende bygningsmasse m.v
- Etablert og utviklet 3Dmodeller av tomter og bygningsmessige omgivelser i hhv Breivika og Åsgård som er benyttet til tomteanalyser, testing av alternativer og modellering av volumer
- Raske funksjonsanalyser ut fra foreliggende program. gjensidige avhengigheter, nærhetsbehov,
- For at volumstudiene skal gi et mest mulig riktig bilde av realistiske størrelser er det utarbeidet dimensjonerende underlag; av planløsninger og arealdisponering. Dette er basert på kvalifiserte vurderinger og erfaring med andre psykiatriske byggprosjekter .

Utformingsprinsipper som åpenbart uforenlige med tanke på funksjon, tomtenes og programmets premisser ble tidlig sortert ut og er ikke visualisert ytterligere

## 02 PROGRAM OG PREMISER

Mulighetsstudiene er basert på krav, areal og rombehov fra henholdsvis Idefaserapporten fra 2017 og Hovedprogrammet av april 2021. I første fase, frem til april var utredningene basert på størrelser og premisser fra Idefaserapporten. I andre fase fra april ble utredninger og studier basert på premisser og størrelser i Hovedprogrammet

### 01. Fra Idefaserapporten-vedlegg Mulighetsstudie UNN 22.01.2017

Følgende prinsipper ble lagt til grunn for idefase (sitat 2. Programmering)

#### Krav til funksjoner og areal

«- Betydelig redusert bygningsmasse/arealbehov i forhold til dagens bygningsmasse på Åsgård, som er på ca. 33.000 m2.

- Stipulert behov på 22 – 27.000 m2 legges til grunn i mulighetsstudiet.

- Trenden er at behandling vil gå fra medikamentbasert døgnbehandling til i hovedsak medikamentfri dagbehandling, hvilket medfører behov for færre sengeplasser enn de 137 sengeplassene som er i dag.














- Kompakte løsninger som har minst mulig institusjonspreg

- Tilgang til skjermet uteområde fra alle sengeposter. Nærhet til uteoppholdsareal på bakkeplan er en viktig kvalitet, som best kan ivaretas gjennom å bygge lavt (1-3 etasjer) og med en struktur som gir god tilgang.

- Min. 15 meter avstandssone fra nabobygg og offentlige arealer til sengeposter, der det er mulighet for innsyn.

- Flexibilitet er et viktig kriterium, siden det fortsatt er noe usikkerhet med hensyn til behovet for samlokalisering med somatikk og overgang fra døgnbehandling mot mer dagsbehandling i framtiden.»

Idefase- romprogram og areal

			NETTO	ca. BRUTTO	
Opphold psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger PHV (psykisk helsevern) 3735 m <sup>2</sup> / 83 senger	Normalsenger TSB (hverfagelig spesialisert rusbehandling) 1485 m <sup>2</sup> / 33senger	Normalsenger DPS (akutt/psykiatrisk senter) 990 m <sup>2</sup> / 22 senger	Opphold med sengeplasser samlet 6210 m <sup>2</sup> 	12 400 m <sup>2</sup> 
	Poliklinikk PHV (psykisk helsevern) 1050 m <sup>2</sup> / 35 plasser	Poliklinikk TSB (hverfagelig spesialisert rusbehandling) 450 m <sup>2</sup> / 15 plasser	Akuttinntak 100 m <sup>2</sup>	Poliklinikk samlet 1360 m <sup>2</sup> 	2700 m <sup>2</sup> 
	Ikke medisinsk service	Avfallshåndtering Å: 60 m <sup>2</sup> B: 20 m <sup>2</sup>	Renhold Å: 50 m <sup>2</sup> B: 30 m <sup>2</sup>	Sentrallager Å: 300 m <sup>2</sup> B: 50 m <sup>2</sup>	Drift Å: 410 m <sup>2</sup> B: 100 m <sup>2</sup> 
Adminstrasjon	Kontorfunksjoner 320 m <sup>2</sup>			Adminstrasjon 320 m <sup>2</sup> 	600 m <sup>2</sup> 
Personalservice	Garderobe 270 m <sup>2</sup> / 300 plasser	Kantine Å: 150 m <sup>2</sup> B: 0 m <sup>2</sup>	Overnatting Å: 30 m <sup>2</sup> / 2 plasser B: 0 m <sup>2</sup>	Personal Å: 450 m <sup>2</sup> B: 270 m <sup>2</sup> 	Å: 900 m <sup>2</sup> B: 500 m <sup>2</sup> 
Pasientservice	Bibliotek 45 m <sup>2</sup>	Rekreasjon 600 m <sup>2</sup>	Vestibyle Å: 100 m <sup>2</sup> B: 80 m <sup>2</sup>	Fellesareal Pasient Å: 745 m <sup>2</sup> B: 725 m <sup>2</sup> 	Å: 1500 m <sup>2</sup> B: 1400 m <sup>2</sup> 
Undervisning og forskning	Undervisning Å: 1350 m <sup>2</sup> B: 1000 m <sup>2</sup>			Undervisning Å: 1350 m <sup>2</sup> B: 1000 m <sup>2</sup> 	Å: 2700 m <sup>2</sup> B: 2000 m <sup>2</sup> 
			NETTO Åsgård 11310 m <sup>2</sup> Breivika 10450 m <sup>2</sup>	BRUTTO Åsgård ca. 22000 m <sup>2</sup> Breivika ca. 20000 m <sup>2</sup>	
Sikkerhetsseksjon RSA	RSA (Regional Sikkerhetsseksjon) 2400 m <sup>2</sup>			Sikkerhetsseksjon 2400 m <sup>2</sup>	4800 m <sup>2</sup>
Kompetansesenter RVTA VIVAT	RVTA+VIVAT (Regionalt ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordstere- ologing) 2200m <sup>2</sup>			Kompetanse- senter 2200 m <sup>2</sup>	4400 m <sup>2</sup>

Illustrasjon romprogram hentet fra Idefaserapport s 62

## 02 Hovedprogram- kriterier, prioritere krav og romprogram

Hovedprogram inkl romprogram for Nytt bygg UNN PHR er utviklet parallellt med utredninger og volumstudier og uavhengig av de aktuelle fysiske tomter og lokalisering i hhv Breivika og Åsgård.

Følgende kvalitative og kvantitative kriterier og premisser. er hentet fra hovedprogram.

### Evalueringskriterier

1. Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og pårørende
2. Behandlingen er sammenhengende og helhetlig
3. Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og pasienten
4. Psykisk helse- og rusklinikk er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper
5. UNN bidrar med kompetanseutvikling
6. Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder
7. Byggene er teknisk funksjonsdyktige

### Arealer pr april 2021

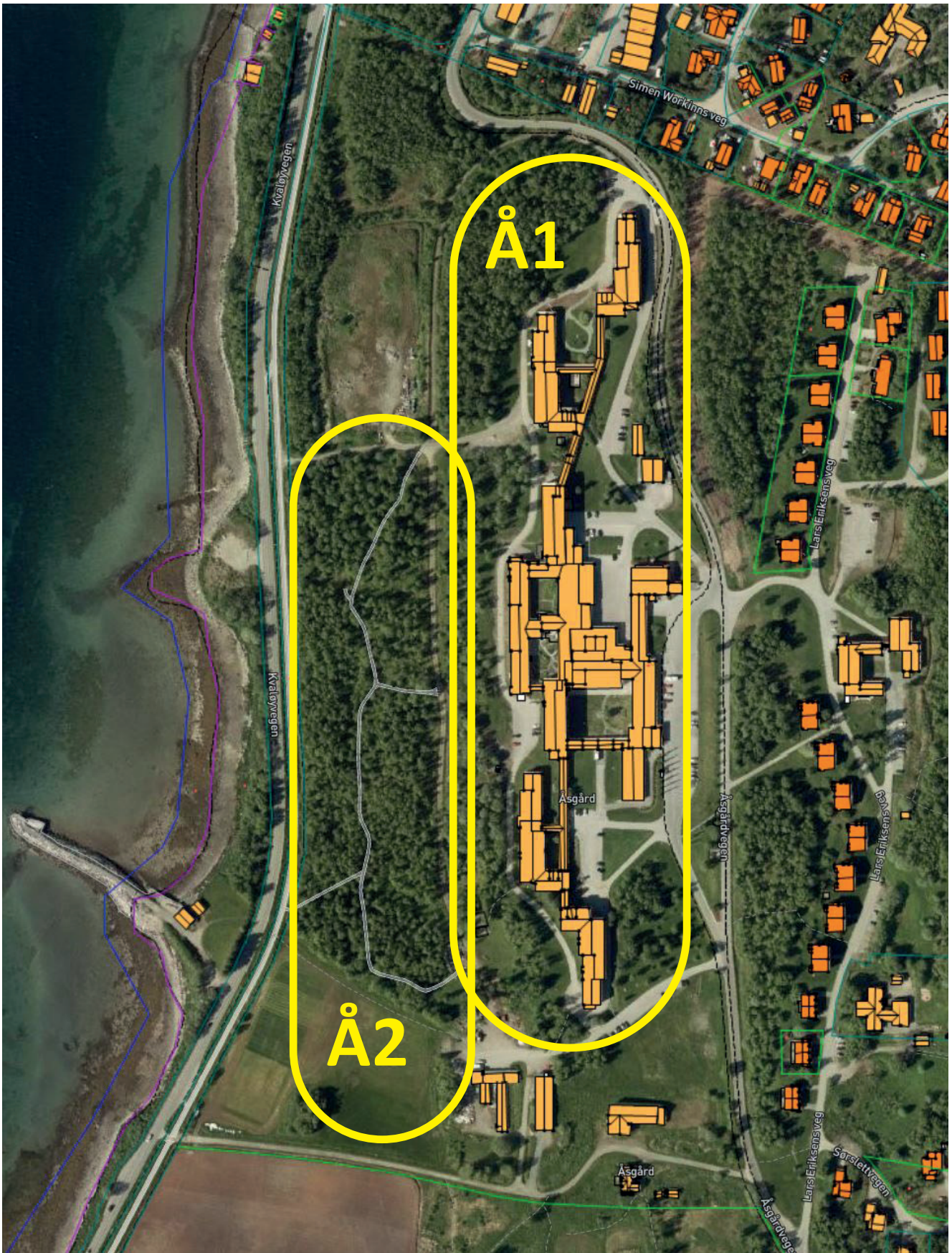
Romprogram i dRofus justeres løpende. Arealbehovet pr 24.04 er beregnet til ca 35000m<sup>2</sup>. Det er dette arealbehovet som er lagt til grunn for oppdaterte volumstudier slik at det er mest mulig samsvar og konsistens mellom Hovedprogrammet og de anbefalte utgaver av volumstudiene som legges til grunn for evalueringen

<b>10-40 Døgneheter inkl akuttmottak</b>	<b>16790</b>
Generell døgneheter, 12 stk Akuttmottak	7630
<b>50-53 Sikkerhetsavdelingen</b>	<b>3060</b>
LSA/RSA	1390
<b>60-65 Senter - fellesfunksjoner</b>	<b>6095</b>
Inngang/adkomst Stab/ledelse Behandlere Møte/undervisning FFU Aktivitet Pårørende Bibliotek /kantine	2770
<b>70 Poliklinikk</b>	<b>3390</b>
Poliklinikk 1-3	1540
<b>80 FFU Fag, forskning og utdanning</b>	<b>2500</b>
Fagutvikling/forskning/undervisning etc VIVAT RVTS SIFER	1140
<b>90 Støtte og diverse</b>	<b>3520</b>
Lager, avfall Drift, verksted Vaskeri, kjøkken Garderober	1600

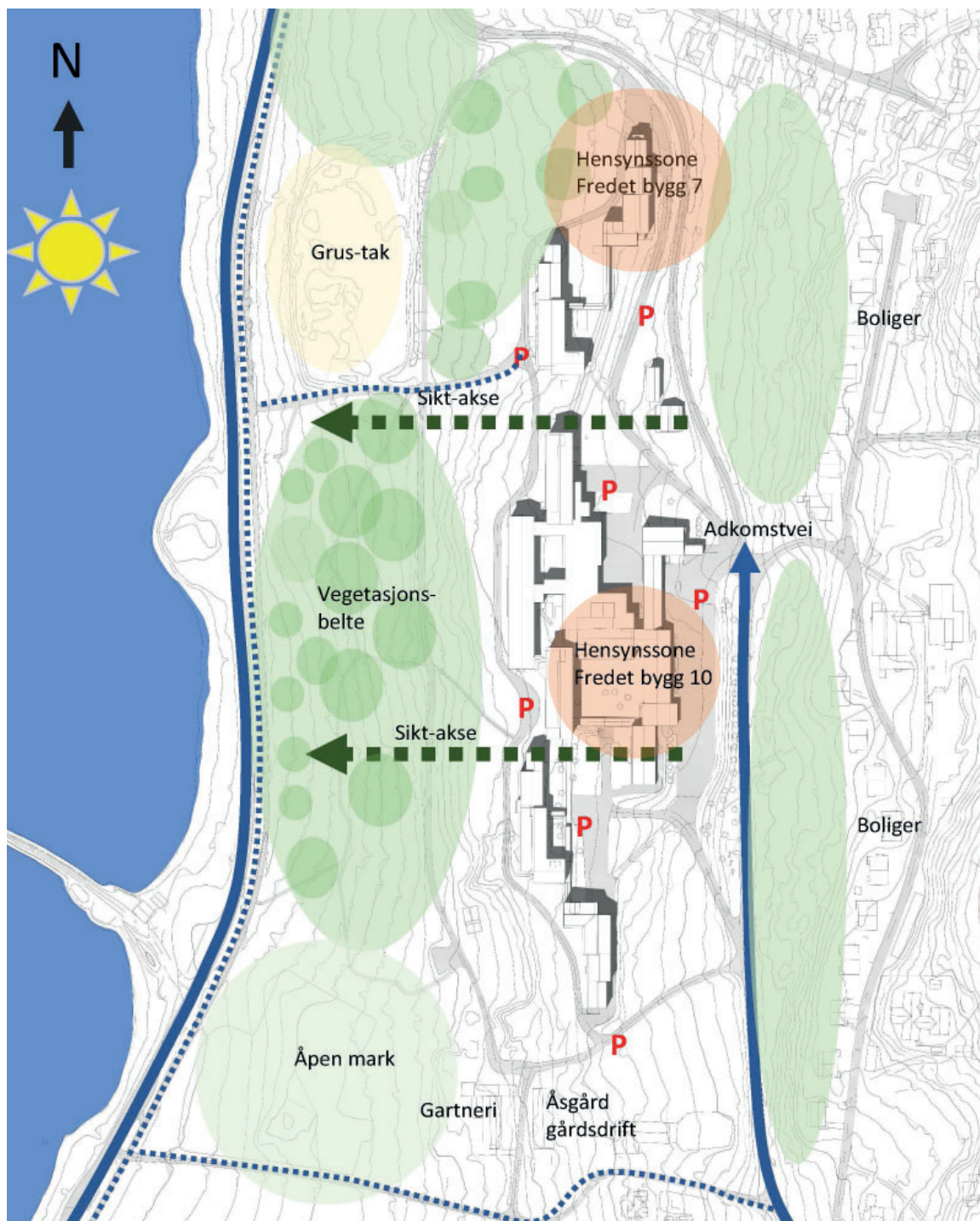
Tabell 6 Prioriterte krav steg-1

Krav
Det legges til grunn til grunn generelle, standardiserte og likt strukturerte døgnerheter. Sikkerhet døgnerhetene baserer seg på de generelle, standardiserte døgnerhetene, - men kan formes annerledes.
En kompakt helhetlig løsning som knytter alle funksjoner tett sammen for god samhandling, behandling og driftseffektivitet.
Felles hovedinngang for døgnerområdene og poliklinikkområde med et åpent og velkomment adkomstparti med en «gate» til døgnerheter og poliklinikkområde. Akutt flyt – adskilt i lukket korridor. Vareflyt - adskilt i lukket korridor. Egen personalinngang til garderobe.
Felles akuttmottak med tett nærhet til to aktuelle døgnerheter.
Det opprettes Integrert felles personalbase for minst to døgnerheter. Det legges til rette for at 4 døgnerheter har samlokalisert felles område for personalbase.
Sone opprettes for skjermingsenheter og kontaktsmitterom. Sonen kan sees i sammenheng mellom to døgnerheter for å ivareta sikkerhet og driftseffektivitet.
Utsikt til natur fra hovedandel av pasientrommene og fellesrom.
Korridorer i døgnerheter har 3 meter bredde
Samlet poliklinikkområde deles i 3 soner med fellesområde. Nærhet til døgnerområdene.
Det legges til rette for uniformering for personalet i døgnerområdene. Garderobeanlegg opprettes
Pasienter har lett tilgang til skjermede uteområde fra alle døgnerheter. Uteområde opprettes som deles av to døgnerheter.
Hovedandelen av døgnerhetene legges på bakkenivå med tilgang til uteområder, fortrinnsvis lukkede akuttposter, sikkerhet og alder.
Alt behandlingstilbud etableres i nybygg. PHVR (DPS) er integrert del av det helhetlige tjenestetilbudet og ivaretas i prosjektet som generelle døgnerheter. Plassering i løsning vurderes senere.
Aktivitetssenterets funksjoner samles og er lett tilgjengelig for pasientene. Nærhet til døgnerområdene.
Matkonsept og kantine er en del av det behandlings -og miljøterapimessige tilbudet. Kantine med nærhet til døgnerområdet.
FFU legges som en samlet funksjon. FFU legges i nærhet til undervisningscenter.

# ALTERNATIV Å | SAMLE ALL PHR VIRKSOMHET PÅ ÅSGÅRD



Illustrasjon - fotolufto Åsgård Å1 eksisterende tomt - Å2 Vestomt



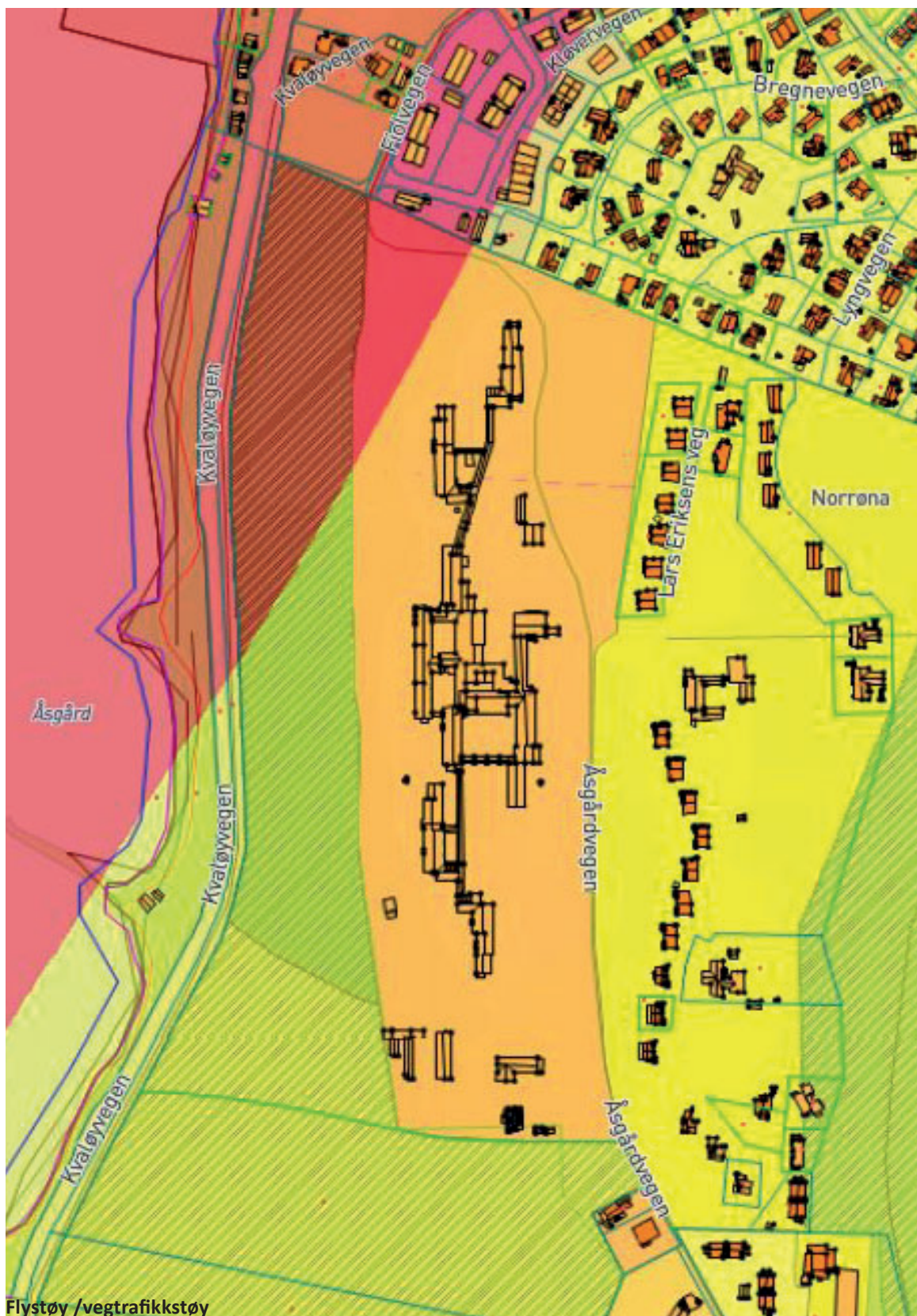
## 01. Tomten generelt

*Illustrasjon Tonteanalyse Åsgård*

Areal- eksisterende bebyggelse ca. 55 000 m<sup>2</sup> Å1.  
 Areal på vestsiden siden av eksisterende Åsgård sykehus Å2 ca. 60 000 m<sup>2</sup>

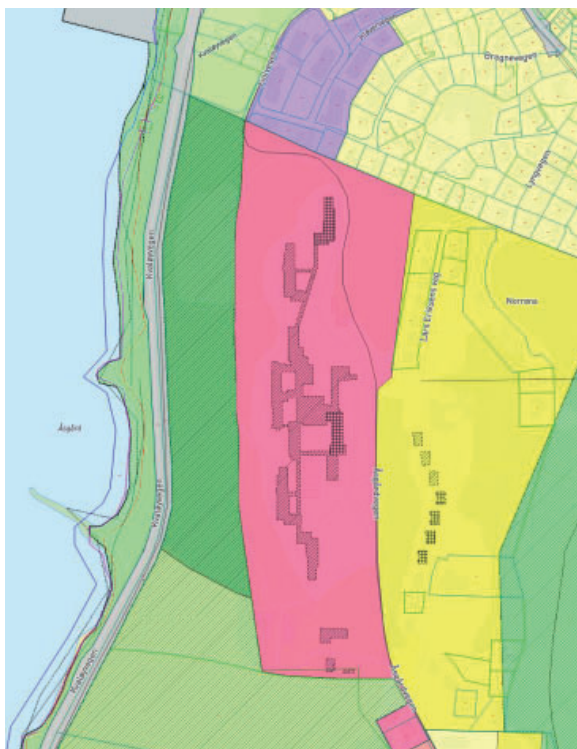
Området er vestvendt, og ligger sentralt på Tromsøya med forholdsvis kort avstand til sentrum (ca. 2,5 km). Tomten gir gode muligheter for utsikt og lysforhold. Terrenget skråner slakt mot Sandnessundet. Vegetasjonsbelte på vestsiden av bebyggelsen skjermes for både innsyn og utsikt. Det ligger et boligområde ovenfor og langs Åsgårdvegen, og det kommer nye boliger på oversiden av Åsgårdvegen. For øvrig ligger området skjermet for innsyn og har ingen naboer tett innpå. Området har gode parkeringsmuligheter. Atkomst er fra Åsgårdvegen.





Illustrasjon støysonekart Åsgård

Tomten ligger i innflyvningssonen til Tromsø lufthavn. Området ligger i sin helhet i gul flystøysone, med unntak av et mindre område i nordvest, som ligger i rød støysone. Område i nordvest, som inngår i rød støysone, er dårlig egnet for helsebygg. Del av eiendommen mot Kvaløyvegen ligger både i gul flystøysone og i gul støysone fra vegtrafikkstøy.



Illustrasjon KPA

## 02. Planforhold- gjeldende planer

I gjeldende kommuneplanens arealdel (KPA) er eksisterende sykehus på Åsgård avsatt til framtidig offentlig tjenesteyting (mot Åsgårdvegen). Mot vest/Kvaløyvegen og mot sør er det avsatt framtidig friområde. Eksisterende bebyggelse er henholdsvis «angitt hensynssone bevaring kulturmiljø» og «båndlegging etter lov om kulturminner». Fremkommer av skravur i illustrasjon.

Området er uregulert. Området øst for tomten, inkludert boliger som er en del av Åsgård området er det nylig vedtatt en reguleringsplan for 450 boliger.

### Andre forhold

Området ligger i restriksjonssone for innflyging til Tromsø lufthavn, det vil derfor være restriksjoner på høyde på ny bebyggelse i området.

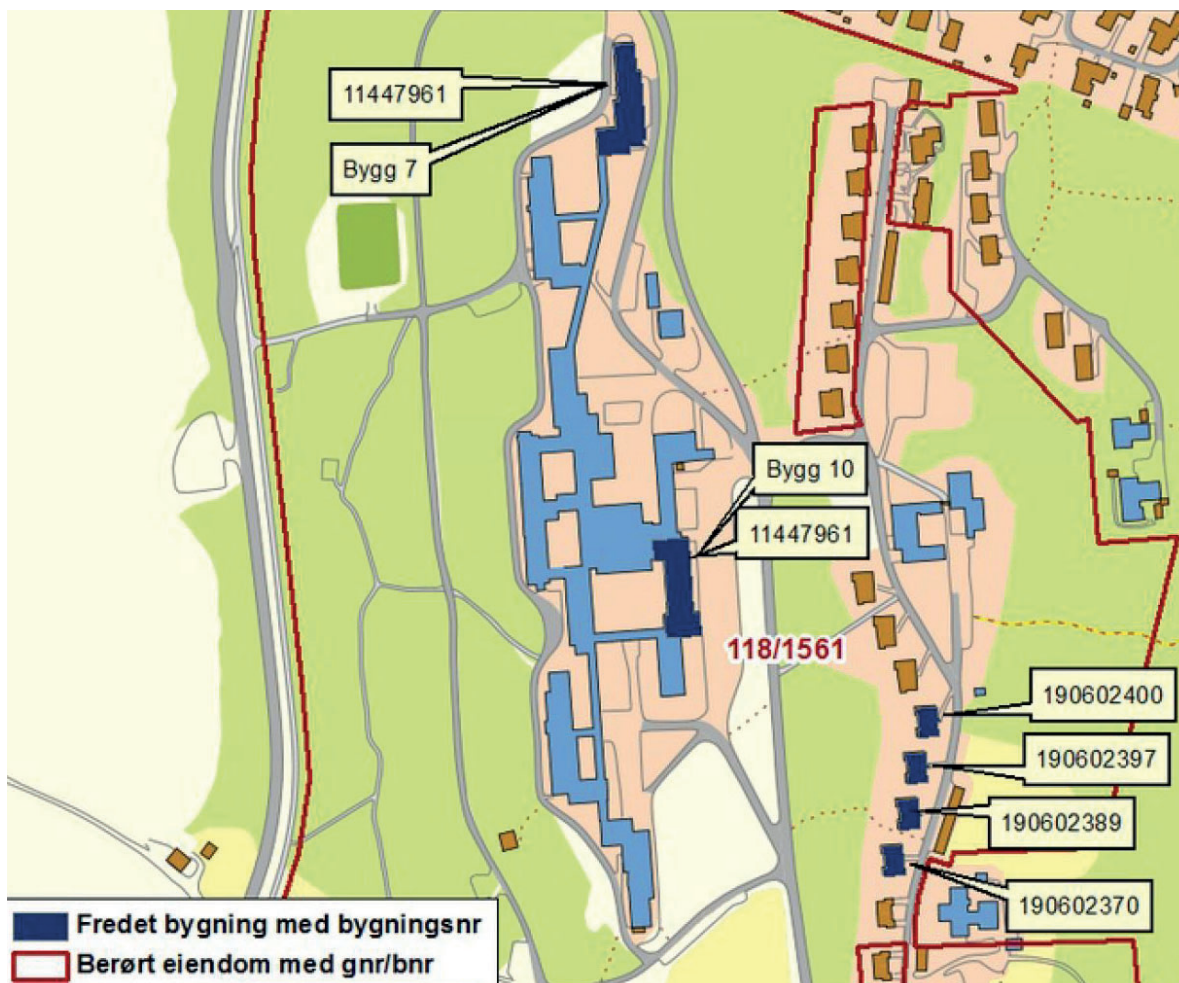
Etter samtale med planmyndighet:

Hvis man velger alternativ Å 1 hvor deler av bebyggelse som er verneklasse 2 rives, vil det bli krav om detaljregulering. Ved utarbeiding av detaljregulering som er i strid med gjeldende formål i KPA (avsatt friområde) – gjelder vestre del av tomten – alternativ Å2 vil kommunen også kreve konsekvensutredning (KU)



Illustrasjon reguleringsplan Åsgårdområdet

## 03. Planforhold- verneplan



Illustrasjon verneplan Åsgård

Området er vernet og deler av bebyggelsen fredet i Helse- og omsorgsdepartementets landsverneplan (2012). Hele sykehusområdet inklusiv gårdseiendom mot sør og en del av boligområdet på oversiden av Åsgårdvegen er vernet i planen.

I planen heter det om vernet av anlegget:

«Formålet med vern av anlegget er å bevare bygningsstrukturen på Åsgård sykehus som landets eneste spesialsykehus bygget i sin helhet i etterkrigstiden. Vernet skal sikre bygningenes hovedstruktur, arkitektonisk uttrykk og opprinnelige detaljer og materialbruk.»

Planens anbefalinger ble fulgt opp gjennom fredning (2012) av byggene 7 (eksteriør) og 10 (eksteriør og noe interiør: inngangsparti) på selve sykehuset og fire av personalboligene i Lars Eriksens vei. (Inngår ikke i dette prosjekt)

Bygg 7 ble renoveret i 2016 etter godkjenning fra Riksantikvaren. Det er blant annet foretatt fasaderenovering, innvendig renovering og mindre tilbygg. Den resterende bebyggelse er i dårlig stand. Det er behov for omfattende renovering jf. Tilstandsrapport Multiconsult

Prosjektet er i dialog med Troms og Finnmark fylkeskommune. Vi har gjennomført to møter. Målet er å finne en løsning som både ivaretar kulturminne og fremmer god pasientbehandling. Sykehusets bærende kulturminneverdier – lokalisering, struktur, arkitektur og innhold – kan sikres og videreføres selv om deler av eksisterende bygg rives (ca. 50 %) og det må gjennomføres omfattende bygningsmessige tiltak på all eksisterende bebyggelse.

Fylkeskonservator har vektlagt hensynssone til de to fredede bygg 7 og 10.

Fortsatt bruk vil være det beste vern av Åsgård som helsehistorisk kulturarv. I vårt løsningsforslag tilstreber vi å videreføre Åsgårds unike kvaliteter, samtidig som nybygg optimaliseres for psykisk helsevern. På den måten vil utviklingen innen psykisk helsevern kunne leses i anlegget.

## ALTERNATIV Å0 | BRUK AV EKSISTERENDE BYGNINGSMASSE



Illustrasjon : Foto Åsgård fra sørvest

## Å 0 (nullalternativet)

Dagens bygningsmasse er i svært dårlig stand og vil være meget begrensende i forhold til å lage nye utforminger, tilpasset moderne behandlingsformer. Dette både på grunn av bygningenes bæresystemer, men også fordi bygningsmassen er underlagt et stort omfang av fysisk vern. Bygget vil kreve omfattende renovering på høyde med kostnader for nytt bygg.

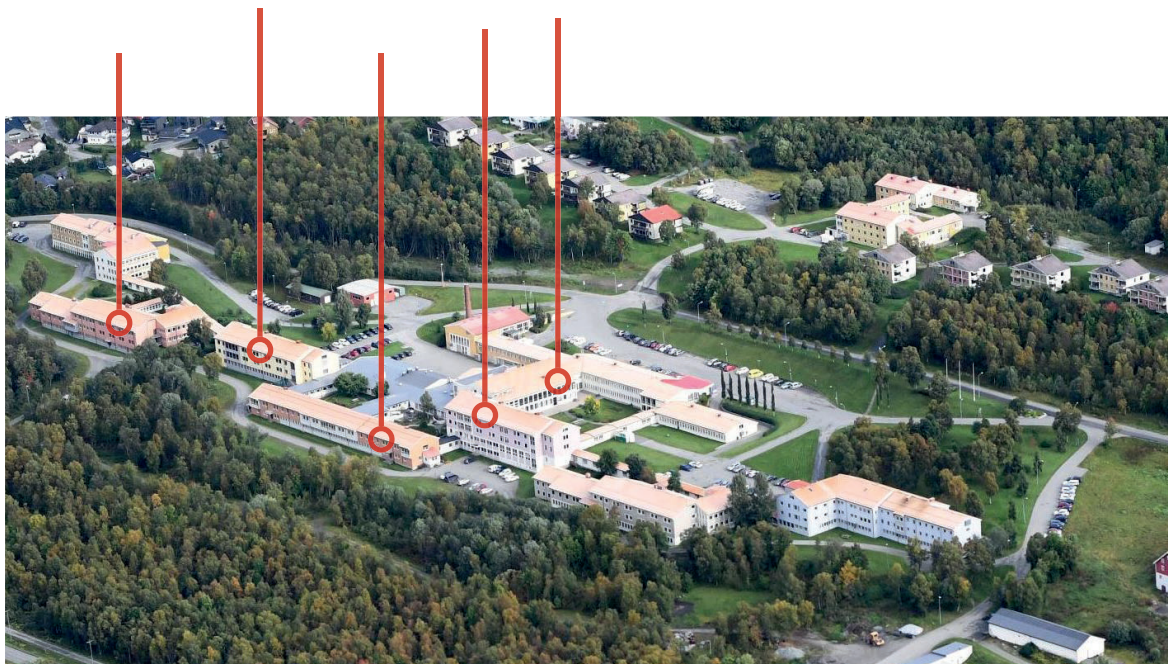
Videre bruk av eldre bygningsmasse vil generelt by på utfordringer for utvikling av gode fysiske rammer for framtidens psykiske helsevern. Gitte rammer legger føringer for arealdisponeringen, og kan gi en mindre effektiv arealbruk enn ved nybygg. Lave etasjehøyder og andre konstruksjonsmessige utfordrer gode tekniske løsninger og logistikk.

Se konseptfaserapport del II for mer detaljer om dette alternativet.



Illustrasjon : Foto Åsgård Bygg 7

## Å1. BRUK AV EKSISTERENDE BYGNINGSMASSE OG NYBYGG



Illustrasjon : Bygg som foreslås revet på Åsgård

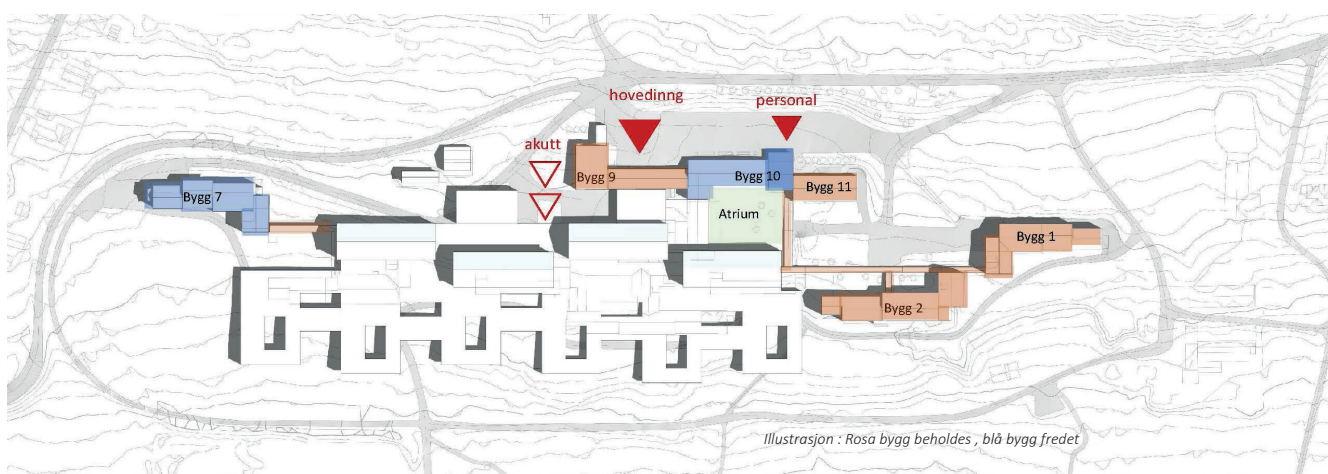
### 01 Forvaltning av vern

Bevaring av bebyggelsesstrukturen på Åsgård vanskeliggjør en effektiv og moderne drift av det psykiatriske sykehuset. I tillegg vanskeliggjør vernet salg av eiendommen for bruk til annet formål.

I henhold til LVP Helse er det av stor betydning å bevare Åsgård som en fortsatt benyttet lokalitet for spesialisthelsetjenesten. Dette fordi fortsatt bruk også vil være det beste vern av Åsgård som helsehistorisk kulturarv.

Det tas i dette mulighetsstudiet utgangspunkt i at man på sikt, etter å ha dokumentert bebyggelsen, vil kunne få opphevet vernet av den delen av bebyggelsen som ikke er fredet. Dette vil gi mulighet til å utvikle området gjennom delvis å totalrenovere eksisterende bygg, kombinert med å rive og bygge nytt.

Sykehusets bærende kulturminneverdier –lokalisering, struktur, arkitektur og innhold –kan sikres og videreføres selv om noen bygg må erstattes og det må gjennomføres omfattende bygningsmessige tiltak på all eksisterende bebyggelse. Kulturmiljøet vil altså forbli intakt. Fortsatt bruk vil være det beste vern av Åsgård som helsehistorisk kulturarv. Åsgårds unike kvaliteter videreføres, nybygg optimaliseres for psykisk helsevern.



Illustrasjon : Rosa bygg beholdes , blå bygg fredet



Illustrasjon : Foto Åsgård Bygg 10

#### Konklusjon / forslag til løsning.

I dagens anlegg er det syv pasientbygninger (bygg 1-7) fra nord til sør. Byggene er fordelt langs en gjennomgående korridor. I tillegg er det fire bygninger for fellesfunksjoner (bygg 8-11) hovedinngang, administrasjon, teknikk, poliklinikk, kurs / konferansesenter mm.

Bygningene har varierende høyde, fordelt på volumer som i hovedsak følger terrengretningen, men av og til brytes for å skape variasjon. Høydeforskjellene i terrenget er brukt aktivt slik at anlegget mot øst, fra inngangssiden oppleves som vennlig og lavt. Mellom byggene og korridorene dannes fire atrier.

Vi ønsker å videreføre kvalitetene i dagens anlegg. I vårt løsningsforslag bevarer vi rammene av eksisterende anlegg i nord, sør og øst, - de bygningene man møter når man ankommer til anlegget.

Byggene mot øst (9-11) beholdes. Bygg 10 dagens hovedinngang blir personalinngang. Bygg 10 beholder sin funksjon, men man kan ivareta de begrensningene det fredede interiøret gir. Det forutsettes at det for bygg 10 vil bli gitt tillatelse til omfattende renovering som det som er gjennomført for bygg 7. Ny hovedinngang flyttes til bygg 9, sentralt i anlegget. I tillegg til det fredede bygg 7, beholdes bygg 1 og 2. Deler av de mellomliggende korridorene beholdes og atriet ved bygg 10 videreføres.

De eksisterende byggene kan benyttes til fellesfunksjoner og støtteareal , f. eks. kontorer, møte og undervisning.

Disse arealene, bortsett fra bygg 7 må gjennom en betydelig oppgradering , f.eks:

- Tekniske anlegg må oppgraderes
- Ventilasjon ihht. til dagens krav
- Etablering av tekniske rom og føringsveier
- Isolering og fuktetting av y-vegg og gulv på grunn
- Oppgradering ihht til brannkrav
- Oppgradering ihht. til krav til universell utforming

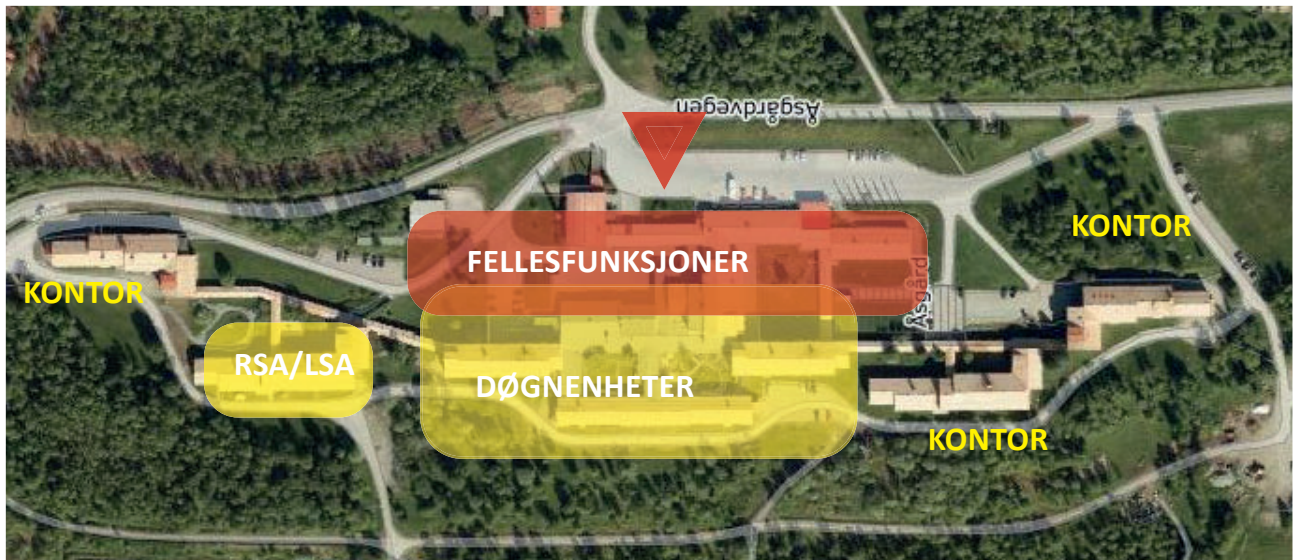
Videre prosjektering av ombygging og nybygg må skje i tett samarbeid med vernemyndighetene

Nybyggene tar opp i seg elementer fra Åsgård anleggets typologi og skala. Vi ønsker å videreføre Åsgårds unike kvaliteter, i et nytt og tidsriktig anlegg ,optimalisert for psykisk helsevern.

Løsningen søker å ivareta hensynssone til de to fredede bygg 7 og 10.



Illustrasjon : Foto Åsgård Bygg 10 fredet interiør



Illustrasjon :Soning av funksjoner -utgangspunkt for løsninger Åsgård

## 02 Forslag til disponering av eksisterende bygg og nybygg

Ny inngang symboliserer nytt liv og nye tider

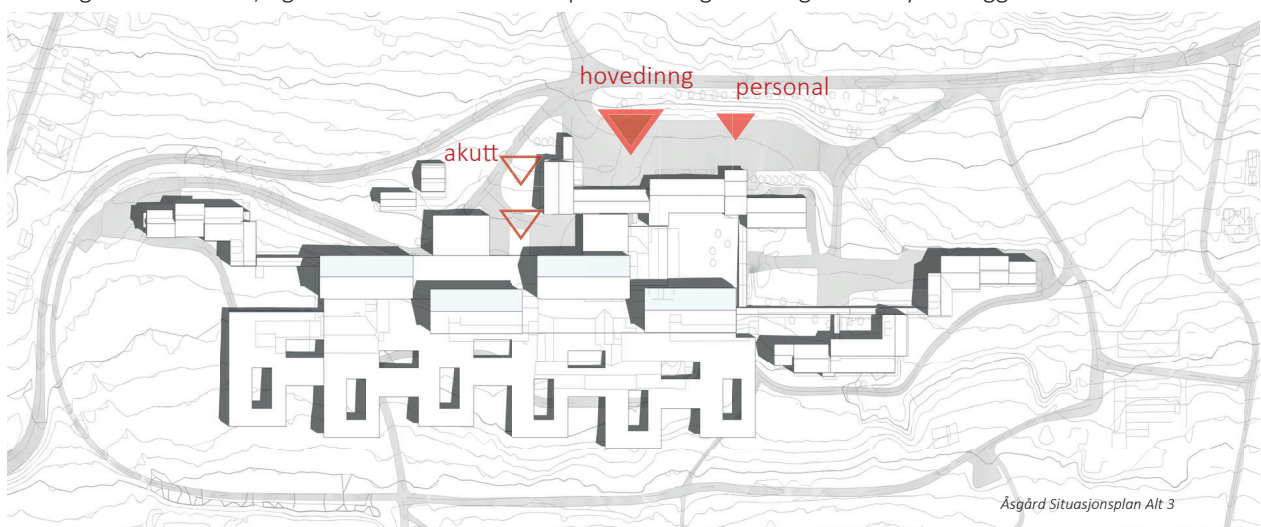
Med utgangspunkt i eksisterende situasjon er forslaget å ta vare på de deler av anlegget som fungerer og er underlagt fredning. Det er naturlig og hensiktsmessig å beholde adkomst på østsiden av bygget, men ved omdisponering av funksjonene er det hensiktsmessig å flytte hovedinngang og akuttinngang slik at disse blir lokalisert sentralt i det nye anlegget og avstander mellom sentrale funksjoner kortes ned.

Nytt hjerte, nye årer og organer på Åsgård

I illustrasjonen over fremkommer hvilke bygg som forslås revet for å realisere et nytt og velfungerende anlegg. Her fremkommer også en mulig disponering av funksjoner på tomten.

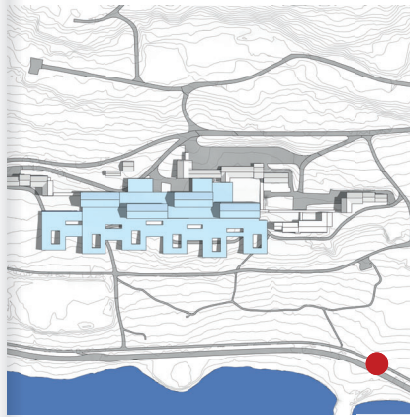
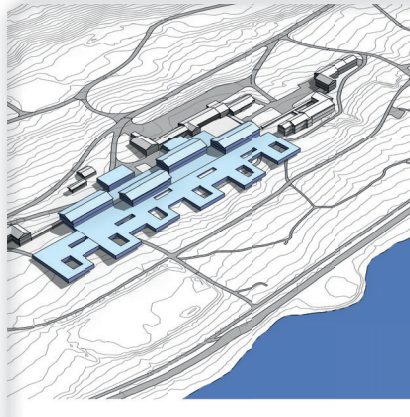
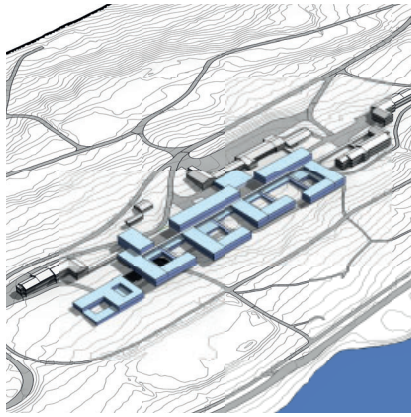
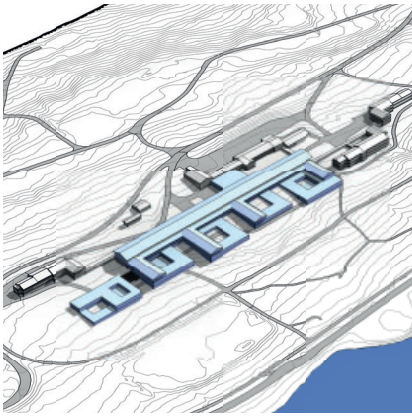
Felles- og senterfunksjon mot øst i umiddelbar nærhet til hovedinngang utgjør hjertet i anlegget, døgnenheter mot vest og sikkerhetsavdelingen RSA/LSA mot nord, enten koblet på anlegget eller frittliggende. Eksisterende bygg forslås benyttet til kontor, administrasjons- og undervisningsarealer som ikke har behov for umiddelbar nærhet til døgnenheter.

Soneinndelingen av funksjonene slik de fremgår foran er hensiktsmessig for disponering av arealene på den langstrakte tomten, og volumstudieneer basert på en slik organisering av det nye anlegget.



Åsgård Situasjonsplan Alt 3

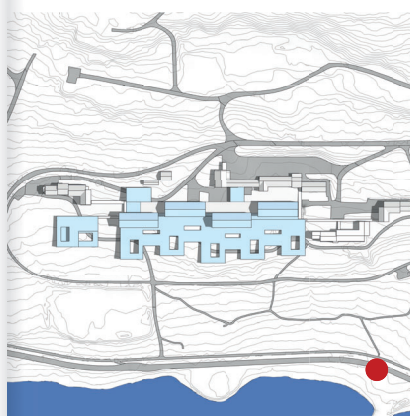
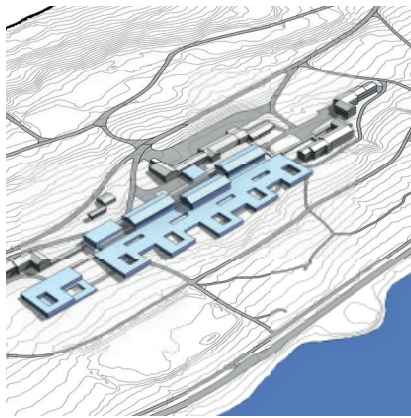
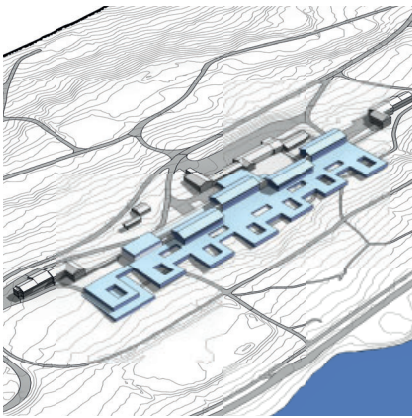




Åsgård Alt 1

Åsgård Alt 2

Åsgård Alt 3



Åsgård Alt 3 lang

Åsgård Alt 3 senket

Åsgård Alt 3 SP 2

### 03 Volumstudier- utvikling mot hovedalternativ Åsgård

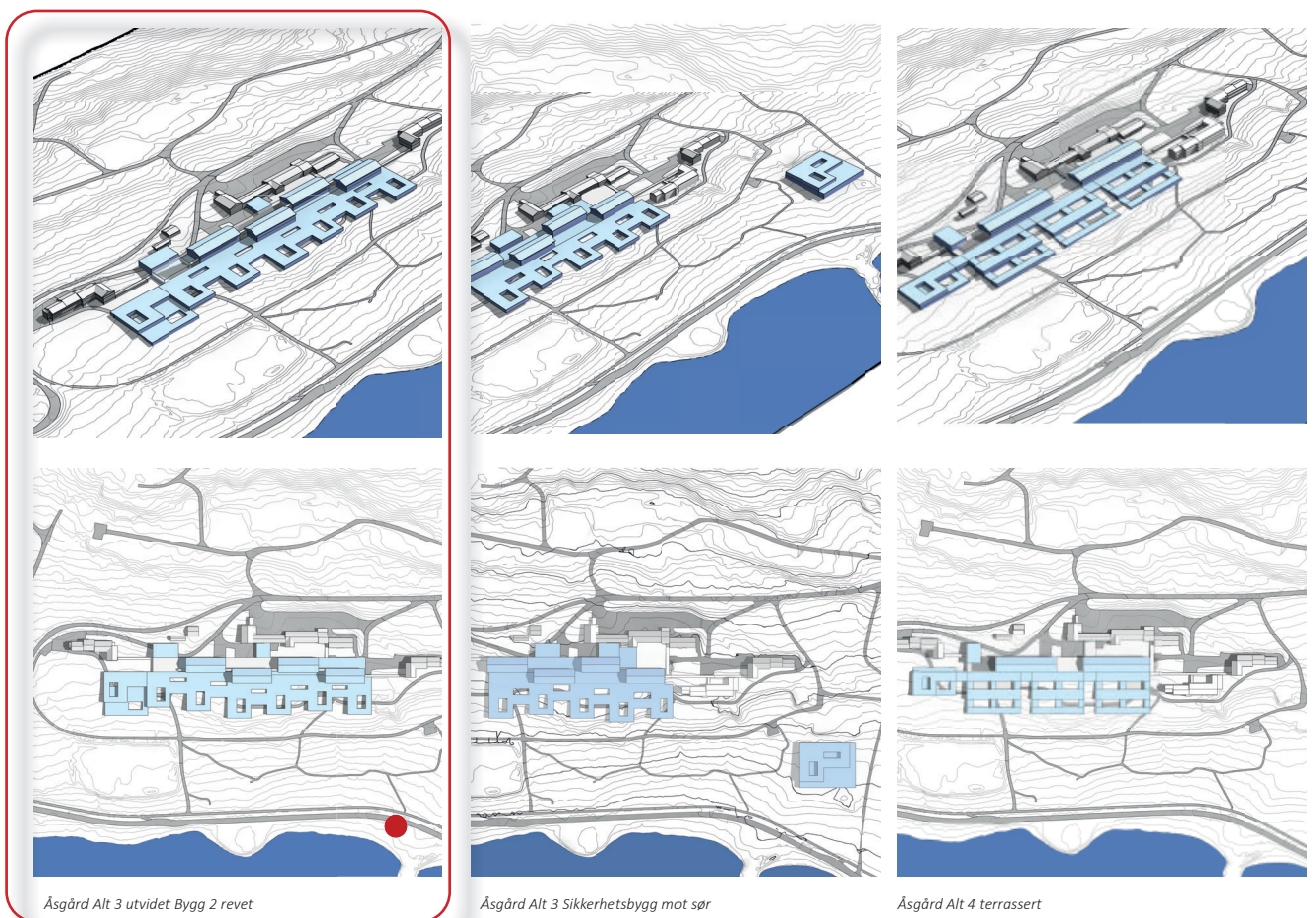
Illustrasjonene viser en oversikt over varianter av volumstudier på vei mot Hovedalternativet Å1. Arkitektens prosesslogg viser utviklingen av volumstudiene og det vises til denne for mer detaljer om vurderinger av de enkelte varianter. Det valgte alternativet Alt 3 vil presenteres nærmere i det følgende.

Tilgjengelig tomt på Åsgård er romslig, men krav knyttet til vern av eksisterende bygg vil være styrende for fremtidig utvikling. I volumstudier og løsningsforslag er det forutsatt at hensynet til vern vil stå sterkt og være premissgivende for å bygge på tomten. Volumforslagene forholder seg til dette ved å tilpasse seg og underordne seg eksisterende bygningsmasse. Konsepter som åpenbart går på tvers av disse hensyn er ikke utredet eller modellert. Det er lagt vekt på å fremsette realistiske alternativer som med sannsynlighet kan aksepteres som gode løsninger av vernemyndighetene og kan inngå i smidige prosesser frem mot gjennomføring.

Løsningene er basert på atriumløsninger for døgnenhetene, evt i kombinasjon med to døgnenheter i andre etasje som vil få en annen utforming. Alt 1, Alt 2 og Alt 4 foreslår generell disponering i to etasjer med større høyde mot vest. Disse alternativene er sortert ut fordi de vil fremstå for dominerende ift dimensjoner og skala i det vernede eksisterende anleg og fordi det ikke oppfyller krav i hovedprogrammet.

Best både for å ivareta vernehensyn og premisser i programmet er alternativ 3 med døgnenhetene i et terrengbygg som fremstår som en lavmælt base kombinert med oppbrutte langsgående bygningsvolumer 2-3 etasjer høye mot øst.

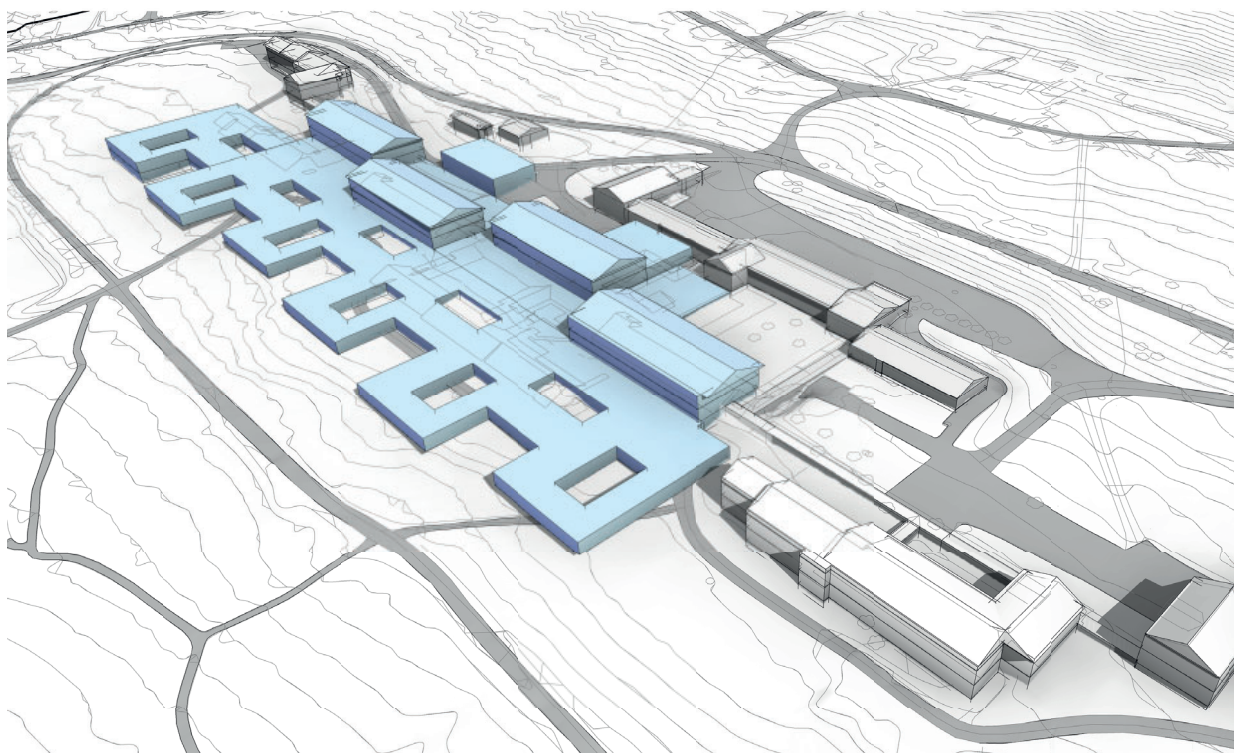
Alternativ 3 er fremlagt fylkeskonservator og møtt med positive tilbakemeldinger. Dette alternativet er mer inngående testet mot gjeldende romprogram, premisser og kriterier i Hovedprogrammet i tre varianter: Alt 3 SP 2 med sengeposter i 2. etasje, Alt 3 lang hvor bygg 2 er revet og Alt 3 med frittliggende sikkerhetsbygg sør på tomten.



Åsgård Alt 3 utvidet Bygg 2 revet

Åsgård Alt 3 Sikkerhetsbygg mot sør

Åsgård Alt 4 terrassert



Illustrasjon 3d mot sørvest

## Å 1 | Åsgårds unike kvaliteter videreføres , nybygg optimaliser

Bygningsmessig hovedgrep som tilpasser seg tomt og den eksisterende vernede bygningsmasse samtidig som krav i program oppfylles. Innordner seg det historiske bygningsmiljøet med en lav bygningsstruktur i form av en sammenhengende base på et plan, Planet inneholder døgnenheter mot vest, akuttinngang, aktivitetsområde og personalgarderober mot øst

### Bygningskropp/volum/geometri

Etasjer	En etasje mot vest, 3 etasjer mot øst
Utforming	Langstruktet anlegg, sør- nord
Tilpasning	Tilpasset terreng og eksisterende bebyggelse mht vern og utstrekning i flystøysone

Trafikk/adkomst	som dagens adkomst samt evt ny avkjøring fra Kvaløyvegen
Infrastruktur	se konseptrapport teknikk og idefaserapport
Parkering	overflateparkering som dagens løsning

Organisering	Døgnenheter mot vest, felles funksjoner og poliklinikker mot øst Plan U1, døgnheter, akuttmottak, aktivitet, varemottak, personalgarderober Plan 1, hovedinngang, fellesfunksjoner kantine etc, inngang fordeling poliklinikk Plan 2, poliklinikk, evt døgnenheter Plan 3, poliklinikk
--------------	--

Nærhet	Døgnenheter, akutt og aktivitet på samme plan Døgnenheter vertikal nærhet til poliklinikk
--------	--

Samlokalisert	Alle deler av UNN PHR samlokalisert, RSA/LSA kan integreres helt eller flyttes
---------------	--

Innganger	Akuttinngang, varemottak sentralt mot vest i plan U Hovedinngang, sentralt mot vest i plan 1 Personalinngang , i eksisterende hovedinngang Bygg 10
-----------	--

Utvidelsesmuligheter | gode utvidelsesmuligheter, begrenset av bestemmelser vern og flystøysone  
Nærhet og tilgang til utearealer | god tilgang til utearealer skjermet i og utenfor bygg og offentlige friområder  
Risiko og usikkerhet | Verneplan og kommunale planer , rokade.

Dagens Åsgård har utfordringer med å drive virksomheten effektivt i et langstrakt anlegg med store interne avstander og gangforbindelser som kun er "transportetapper". Dette er ressurskrevende og utgjør en sikkerhetsmessig utfordring bl.a ved utrykning, samarbeid mellom enheter og for tryggheten i anlegget.

Ved å rive og bygge nytt i midtpartiet kan viktige fellesfunksjoner som hovedinngang, akuttmottak, kantine og poliklinikker omlokiseres og flyt og logistikk endres. Kjernevirksomheten pasientbehandlingen konsentreres utfra midten mens det i de eksisterende byggene i ytterkantene legges funksjoner som ikke har behov for umiddelbar nærhet til døgnenheter og poliklinikk.

Døgnenhetene med pasientrommene vender mot vest, mer utadrettede funksjoner som mot øst. Døgnenhetene er organisert to og to rundt atirumshager. Sengerom ligger på ytterside for best mulig utsyn mot landskapet utenfor, de fleste fellesarealer, spise- og dagligstue ligger mot indre gårdsrom, men det er også mulig med oppholdsrom og utgang til landskapet mot vest fra enhetene. Skjermingsrom og smitterom ligger mot en ekstra skjermet hage overfor personalbase.

Det er gode forbindelser mellom døgnenheter, aktivitetsarealer og senterfunksjoner, Aktivitetsområde på samme plan som døgnenheter.

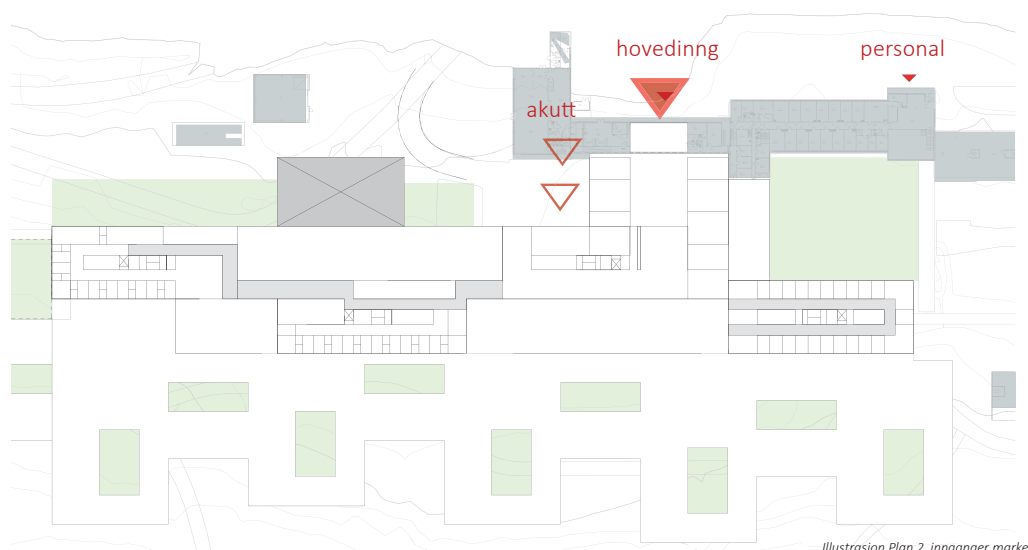
Den nye bygningstrukturen har lav høyde og underordner seg eksisterende bygningsstruktur og tilpasser seg terrenget. Dette er mulig etter som tomten har god størrelse. Anlegget fremstår nedtonet og diskret og gir god skjerming for funksjonene innenfor samtidig som det er mulig med utgang rett på omkringliggende terrenget og til indre gårdsrom. Lysforholdene er gode og muligheter for lysinnslipp er mange, også via overlys.

De ulike funksjonene speiles i de ulike volumene i møtekommende front mot adkomsten via oppgradering av de eksisterende fasader og døgnområdene i vest vender mot landskap og natur og en bred hovedkorridor- gate- binder de ulike delene sammen.

Volumstudien viser konsekvensene av premissene i Hovedprogrammet om nærhet, senterfunksjon og identisk utformede døgnenheter. Bygningsstrukturen vist har et stort fotavtrykk og utstrekning i situasjonen, men underordner seg eksisterende anlegg og terrenget og fremstår nedskalert og oppdelt. Det er mulig å oppnå lav sosial tetthet med god spredning over et større areal og direkte tilgang til uteområder på bakkeplan, også rett fra døgnenhetene.

Beliggenhet på Åsgård gir nærhet til uteområder og gode muligheter for direkte utgang på bakkeplan og videre ut i landskapet. Den viste bygningsstrukturen vil gi gode muligheter for en god utforming av pasientarealene på ett plan.

Beliggenhet på Åsgård har ikke nærhet til somatisk del av sykehuset og universitetet i Breivika. Realisering vil kreve rokade av pasientarealer til bygg som beholdes eller til andre egnede bygg utenfor området, evt i midlertidige erstatningsbygg. Dette må veies mot fordelene av å lokalisere virksomheten her.



Illustrasjon Plan 2 innganger markert

## 03 ROMLIGE LØSNINGER

### 01 Prinsipper og organisering

Selv om det i denne fasen ikke prosjekteres detaljert, er volumene dimensjonert og utformet slik at det innenfor viste volum kan realiseres rom og arealer som i varetar krav til funksjon og kvalitet i moderne psykiatribygg.

Omgivelsene skal formes og tilrettelegges for møtet mellom

- Personalet- viktigste ressurs både for sikkerhet, omsorg og behandling.
- Pasienten- skal bli i stand til å motta behandling og friskne til
- Pårørende- som ressurs og støtte i behandling, tilfriskning og oppfølging

Noen faktorer og kvaliteter som det er viktig å fremheve og ta hensyn til i de romlige løsninger.

- Omgivelsene skal preges av å være trygge og imøtekommende og hvor personlig integritet ivaretas
- Omgivelsene skal legge til rette for at usikkerhet og konflikter kan nedtones.
- Normalitet og sosialisering er en viktig del av behandlingsforløpet
- Nærhet mellom personalområder og pasientområder bidrar til opplevd trygghet
- Direkte tilgang til natur og uteområder, fasiliteter for trening og fysisk aktivitet er viktig del av tilbudet
- Lys og lydforhold; belysning, tilgang til dagslys, akustisk dempning er essensielle kvaliteter
- Omgivelsene skal fremstå som attraktive arbeidsplasser og fremme rekruttering
- Løsningene tilrettelegges for rasjonelle driftskonsepter ; vaktordninger og bemanning
- Pasientgruppen er sammensatt med ulike behov og helsetilstand.

Løsninger som legger til rette for dette som er basert på kjente og prøvde bygningsmessige utformingsprinsipper velegnet for psykiatrien.

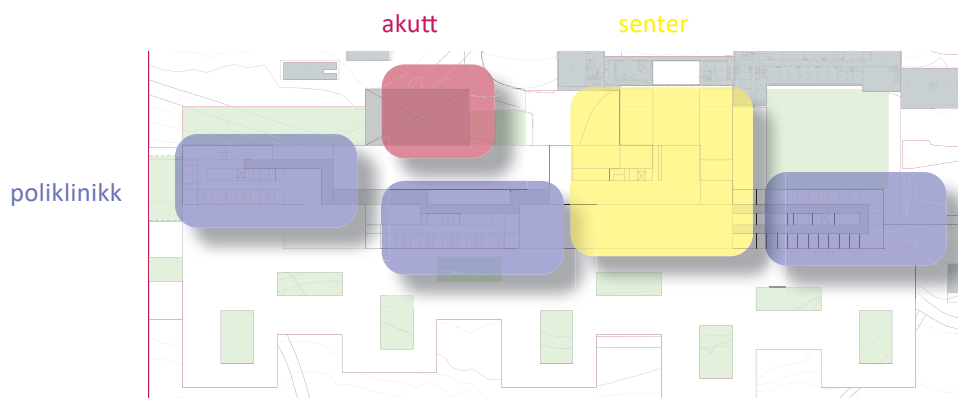
Oversiktlige konsepter med bevisst tilrettelagte planløsninger, romlig dimensjonering og skala gir både trygghet for pasienten og gode arbeidsforhold for personalet. Arealer kan underdeles på flere måter i mindre enheter for tryggere rammer, smitteforhold, kohorter.

Sikkerheten er integrert i form av romslighet, oversiktighet og bevisst avgrensing og inneslutning som ikke er basert på påfallende synlige sikkerhetstiltak. Enerom og enkel direkte tilgang til utearealer, god bevegelsesfrihet, selvregulering og flere grader og valg i sosiale soner og rom underbygger pasientens integritet.

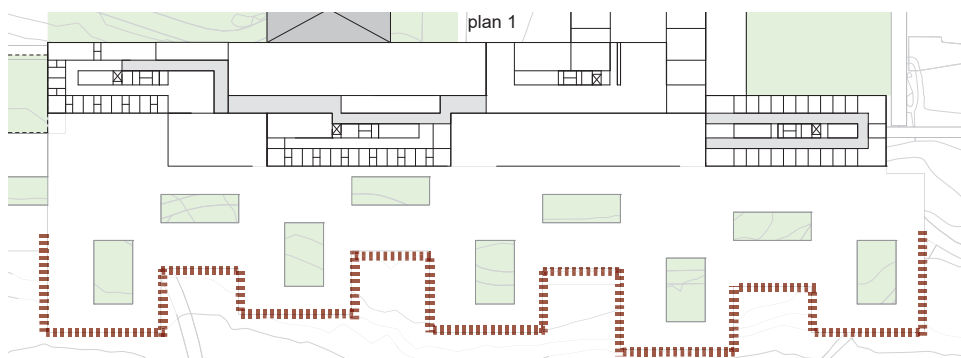
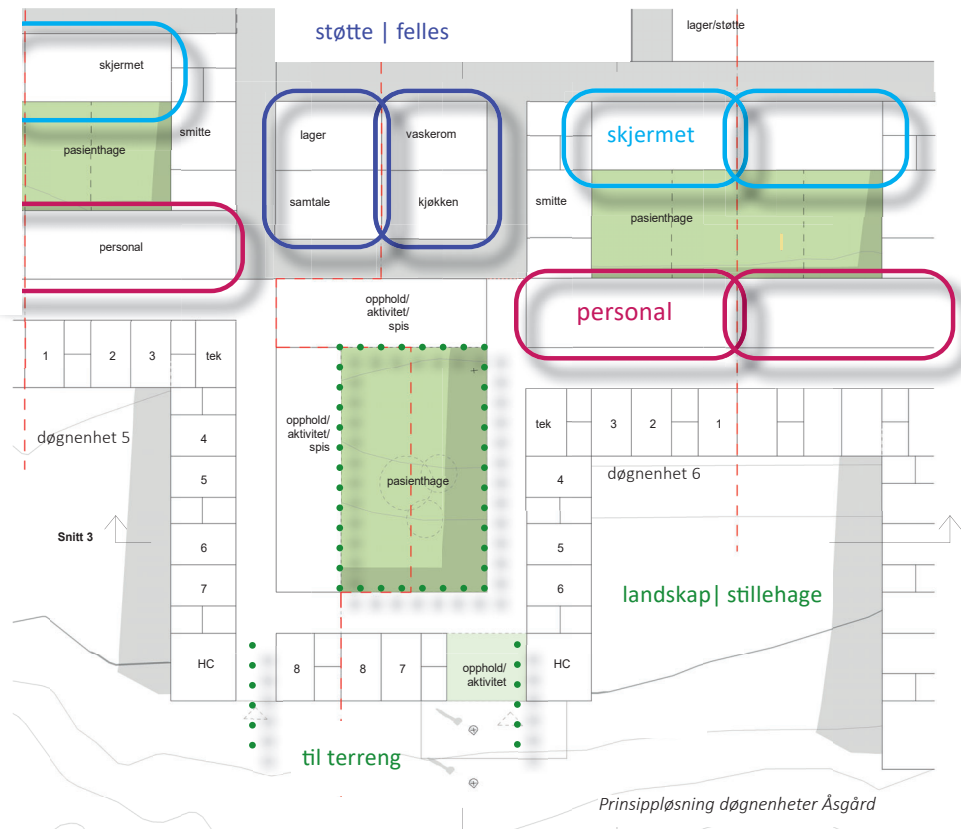
Døgnetenhetene er koblet sammen to og to, og deler personalone, støtterom og pasienthage. Skjermenheter ligger samlokalisert for to poster for samarbeid. Det er god tilgang til personalone med muligheter for å trekke seg tilbake, kollegastøtte, rasjonell drift, oversikt, nærhet til enheten.

#### Nærhetsdiagram

- Akuttmottak kort avstand til døgnetenhetene
- Hovedinngang felles for senter og døgnetenhetene og poliklinikk
- Nærhet mellom døgnetenhet og kantine/aktivitetsområde

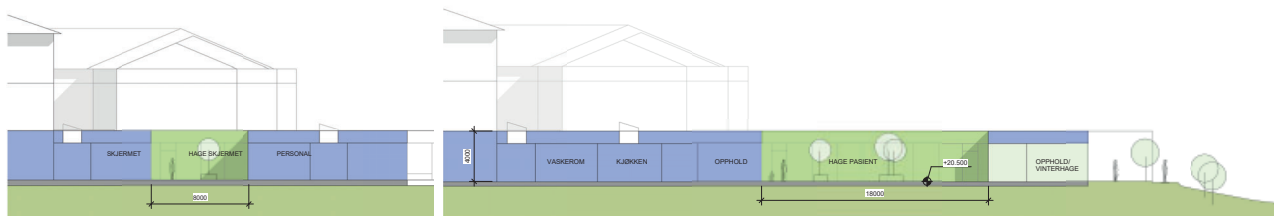


Nærhetsprinsipper - døgnetenhet- senter-poliklinikk



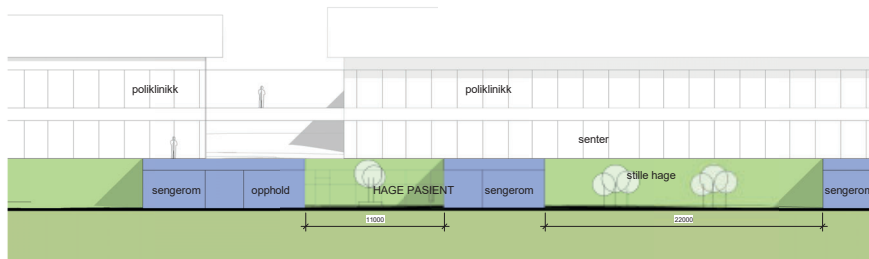


Illustrasjon : Atrium og gårdshage, eksempler fra ulike psykiatriske sykehus og institusjoner: Josefhof, Østerrike, Ballerup spiseforstyrrelser og rettspsykiatri og Helsingør Danmark



Snitt 2 Snitt gjennom hage skjermet sone

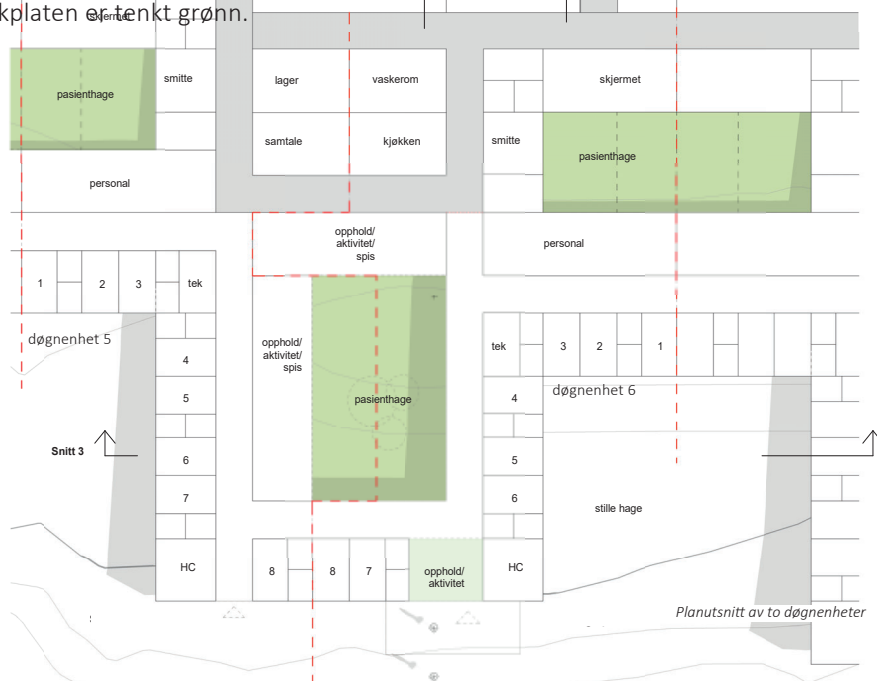
Snitt 1 Tverrsnitt gjennom døgnenhet - pasienthage og utgang til terreng



Snitt 3 Langsnitt gjennom pasienthage og stillehage /landskapsrom mellom døgnenheter

## 02 Utearealer- Åsgård prinsipper

På Åsgård kan døgnenhetene ligge på bakkeplan med pasienthager omkranset av bygningsstrukturen - det gir skjerming og sikkerhet ift rømning og kan benyttes fritt av pasientene i døgnenhetene. Mellom døgnenhetene er tenkt etablert stillehager eller at landskapet trekkes inn til bygningskroppen, trær og vegetasjon kan redusere innsyn. Skjermingsenhetene har egne pasienthager uten innsyn unntatt fra personalbasen. Den store takplaten er tenkt grønn.

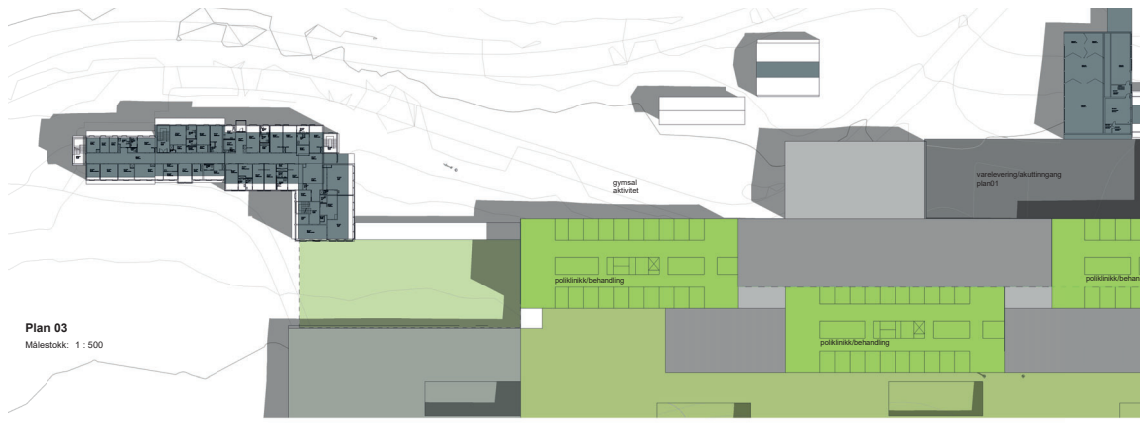


Planutsnitt av to døgnenheter

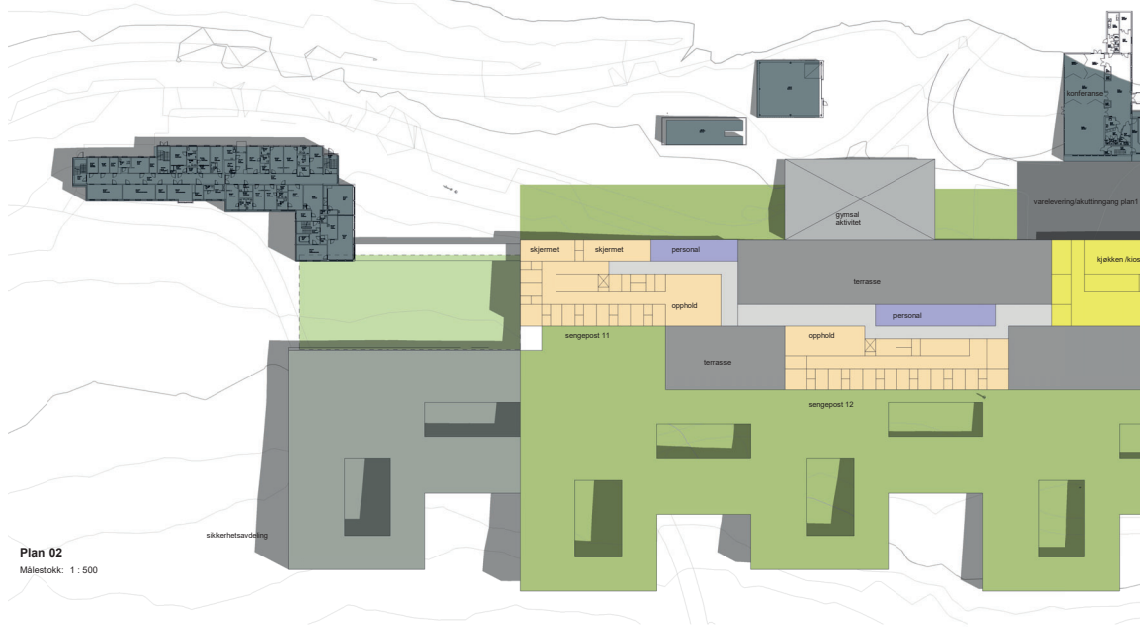


Oversiktsplan over anlegget i landskapet





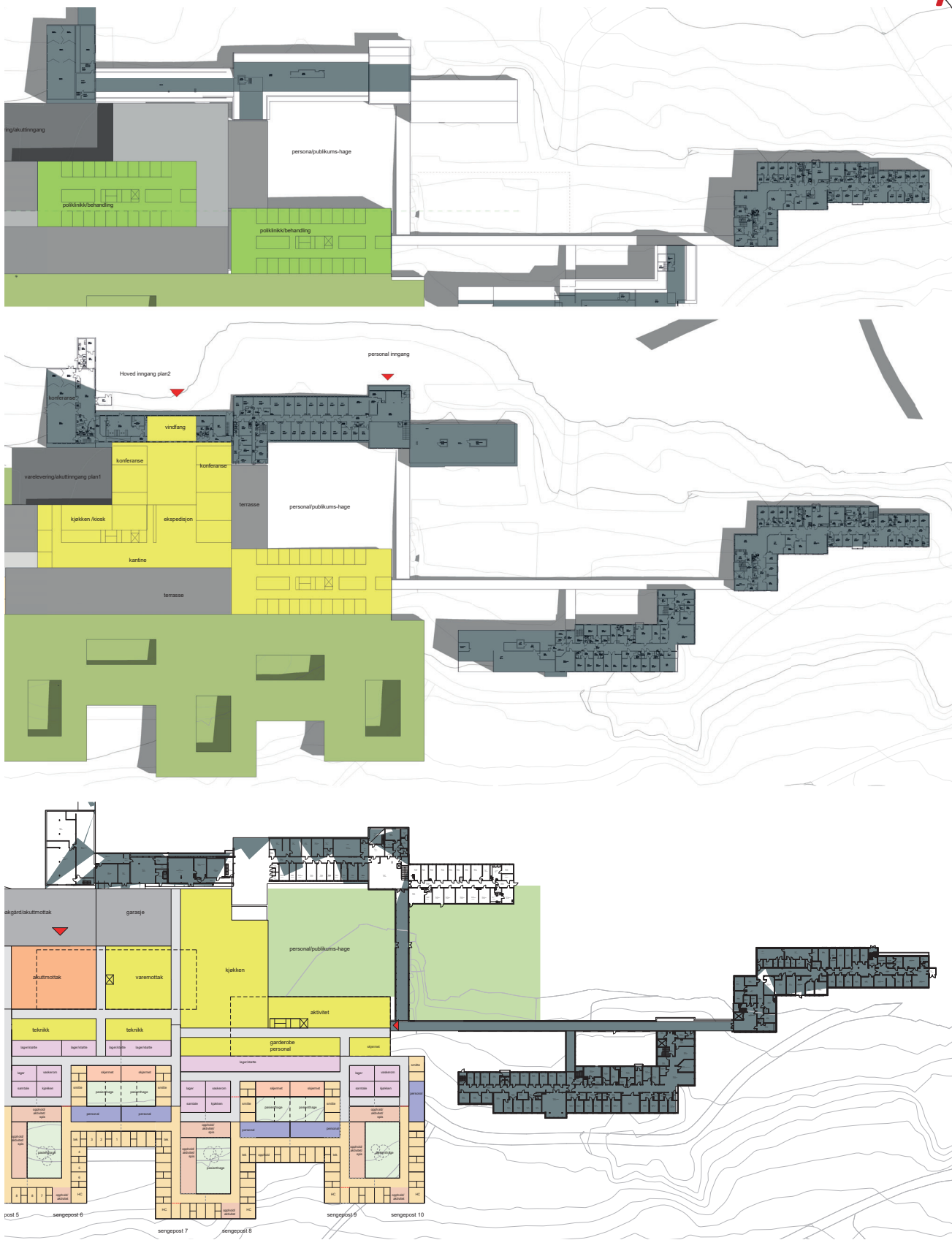
**Plan 03**  
Målestokk: 1 : 500

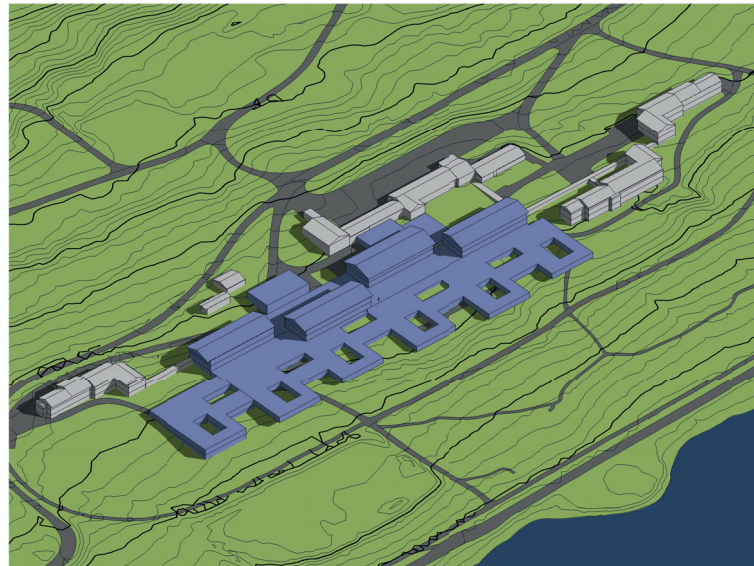


**Plan 02**  
Målestokk: 1 : 500



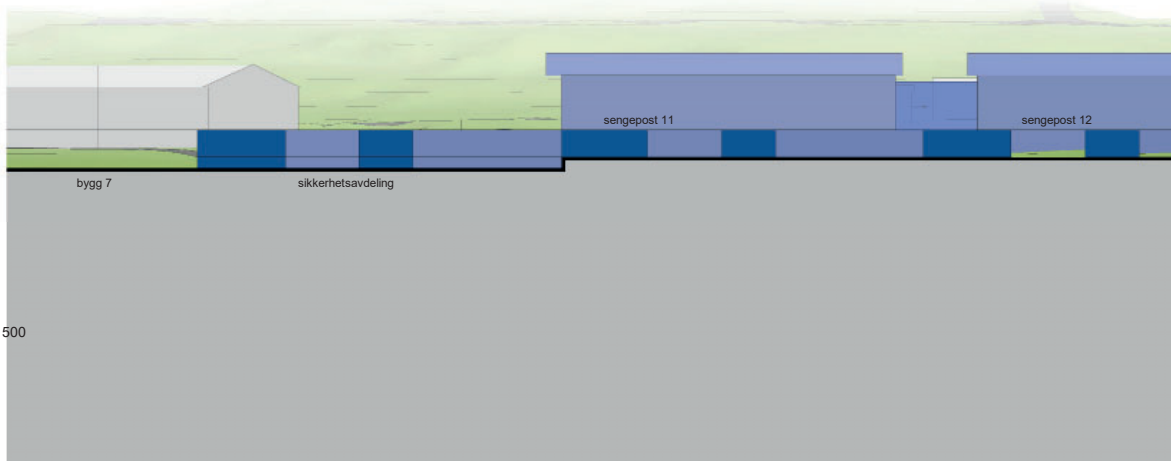
**Plan 01**  
Målestokk: 1 : 500





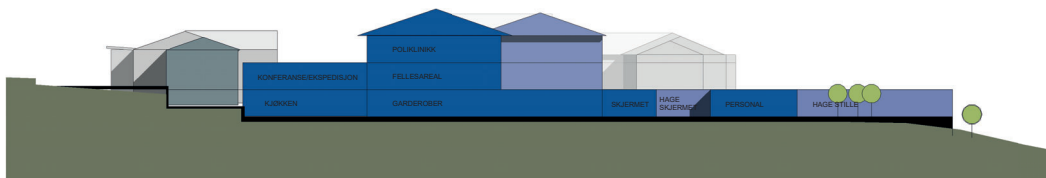
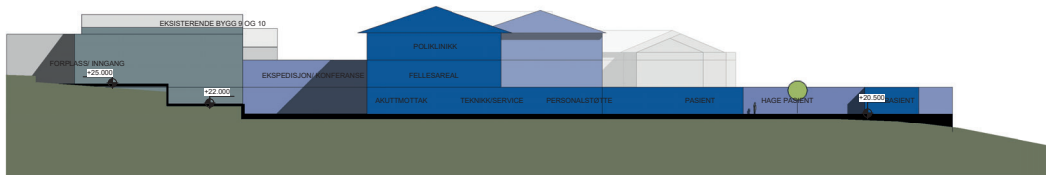
**3d illu snitt**

Målestokk:



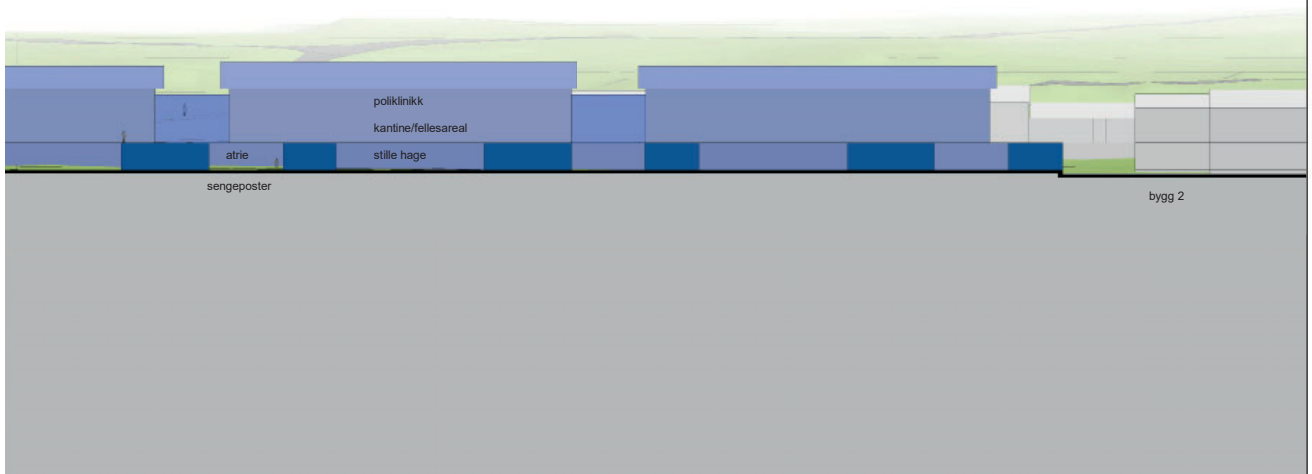
**langsnitt**

Målestokk: 1 : 500

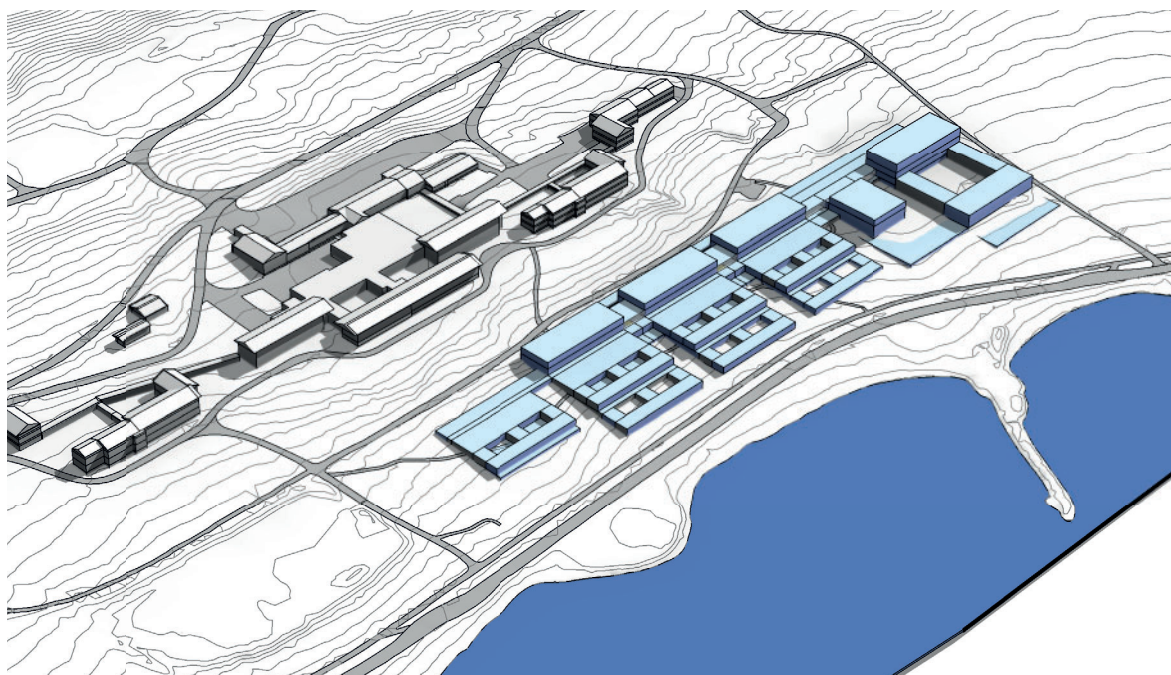


**Snitt 2**

Målestokk: 1 : 500







Illustrasjon Volumstudier Åsgård vesttomt

## Å2- Nybygg på vest-tomta

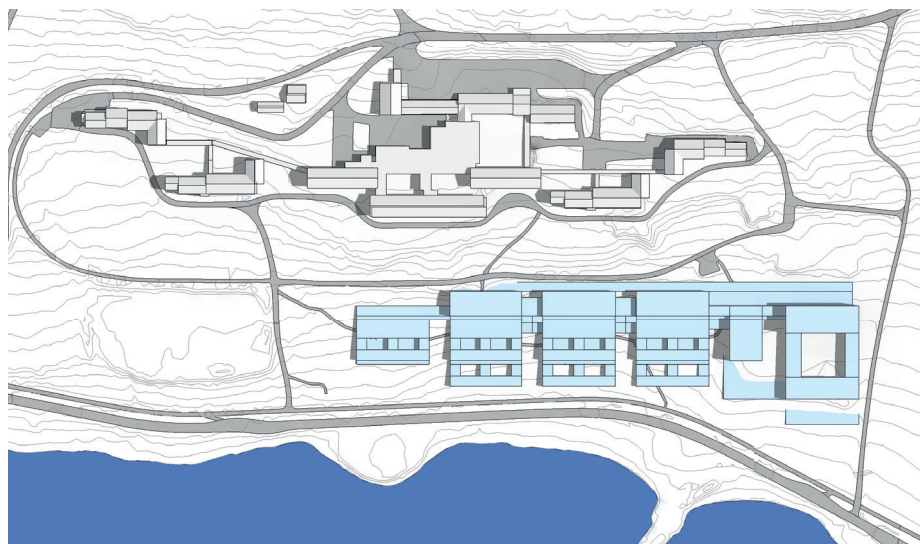
Volumstudien for dette utbyggingsalternativet er i denne fasen, besluttet kun oppjustert i hht Hovedprogrammet med økt areal.

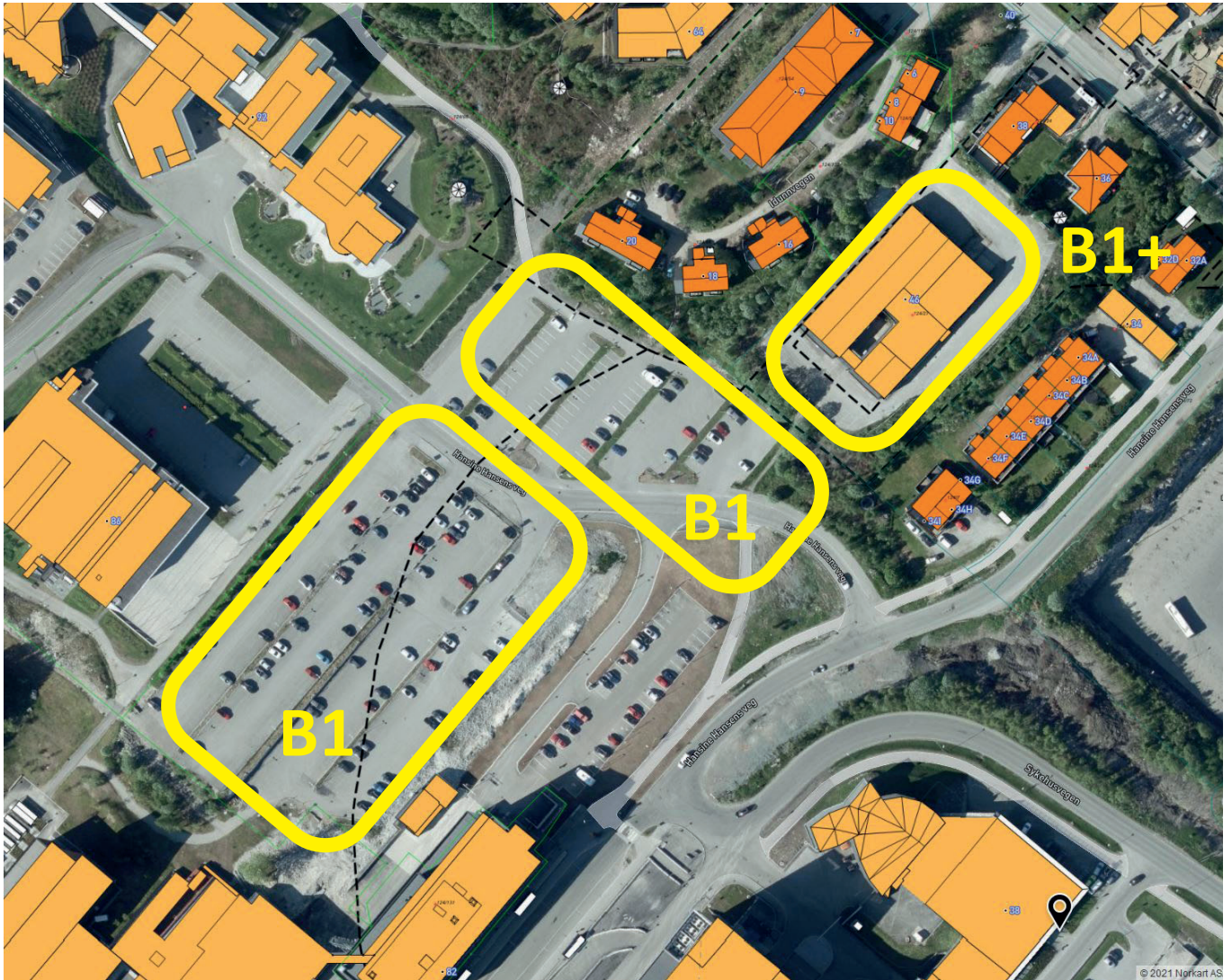
Bygningsvolumet er vist som et terrassert atriumsbygg som forholder seg til tomtens høydeforskjell på ca 8 meter med identiske døgnheter. Senter og poliklinikker er i dette forslaget lagt i bakkant mot øst og aktivitetsarealer mot sør. Sikkerhetsbygg er tilknyttet anlegget i nord. Oppslaget er ikke vurdert mht funksjonalitet, nærhetsbehov her.

Oppslaget viser at tomten er forholdsvis smal og at bygningsmassen kommer nær gangvei og Kvaløyvegen. . Adomst fra Kvaløyveien må oppgraderes.

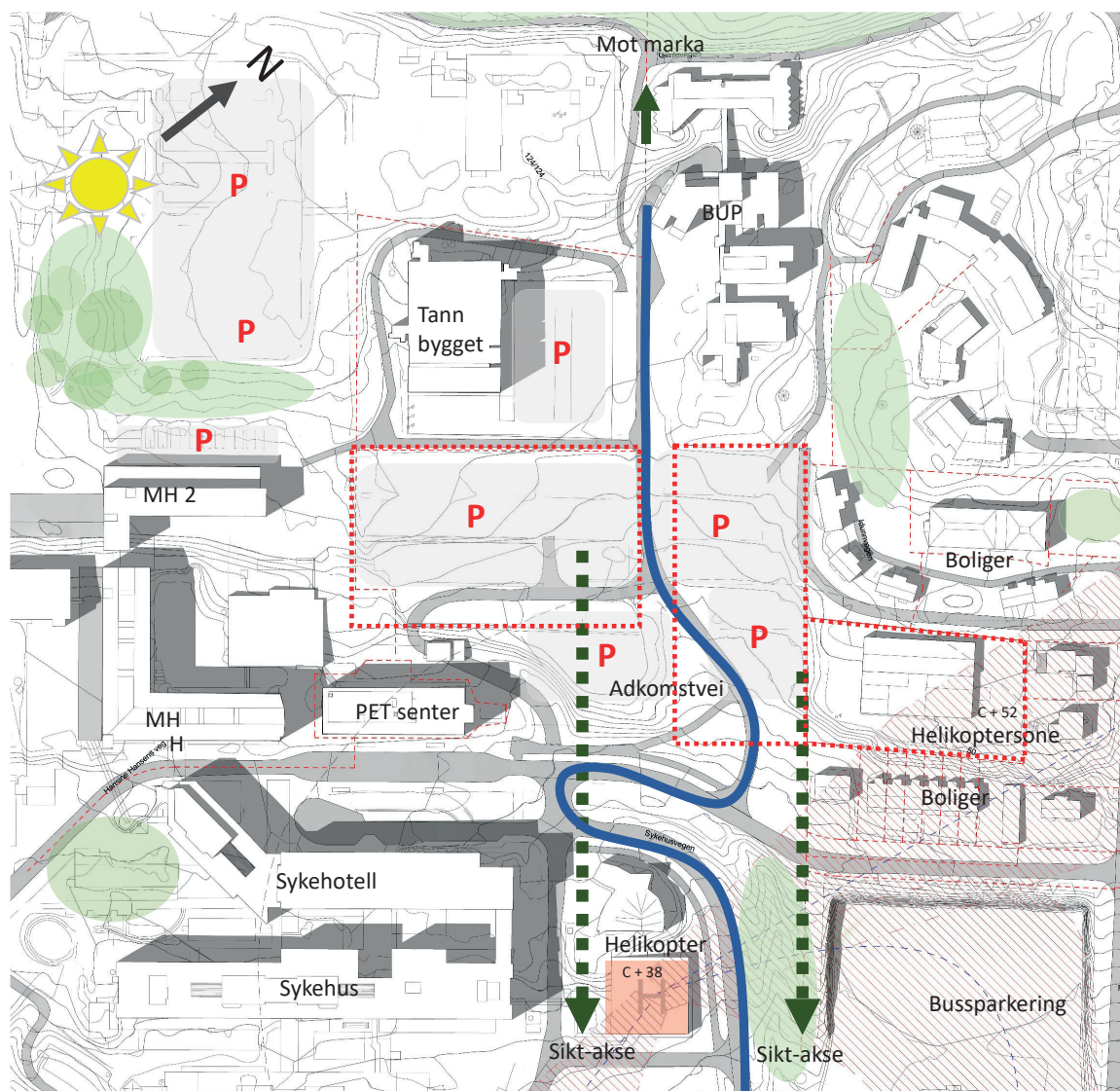
Tomten er begrenset av Kvaløyvegen i vest , flystøysone i nord , vernehensyn mot Åsgård og tomtegrense i sør. Tomt er avsatt til friområde i KPA. Hvis man skal bygge på tomten vil det kreve konsekvensutredning , ifl g Tromsø kommune.

Det er ikke foretatt ytterligere analyser eller undersøkelser om det vil bli stilt krav til offentlige krav til bygg på tomten. Det vises ellers til informasjon om dette utbyggingsalternativet i Idefaserapporten.





Illustrasjon Tomteområdet i Breivika



Illustrasjon Tomteanalyse Brevika

## B 01. Tomten generelt

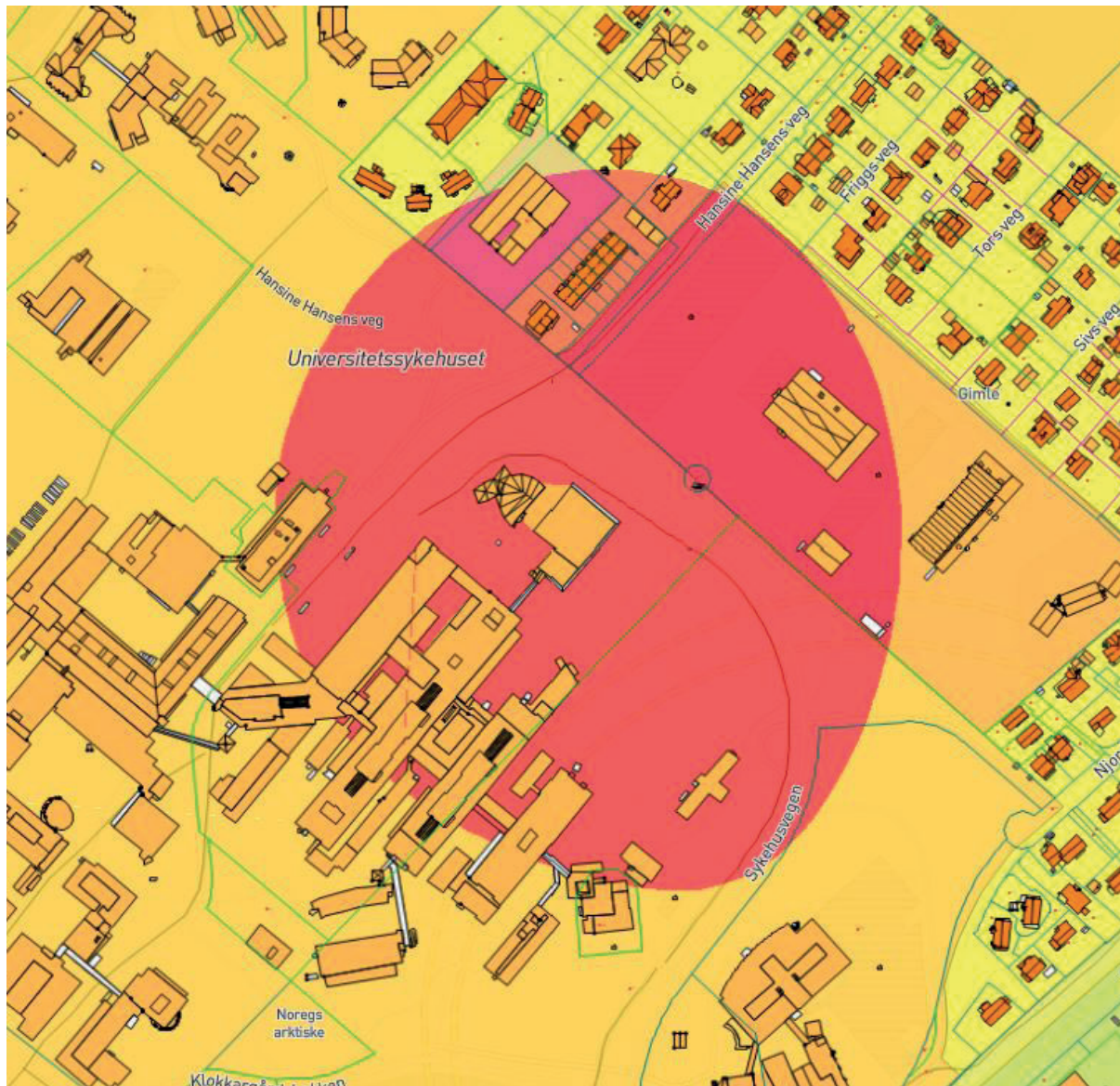
Areal ca. 13 000 (B1 ) + 5000 m2 nyanskaffet tomt.

Tomt B1 : Området ligger på østsiden av Tromsøya innenfor eksisterende bebyggelse på sykehuset og universitetet, øverst på sykehusområdet, fordelt på nord- og sørsiden av atkomstveg til BUP og Tannhelsebygget. Tomten er i dag parkeringsareal for sykehuset. (Cirka 300 parkeringsplasser blir fjernet ved utbygging.) Tomten vender mot sørøst, den ligger på tvers av foreslått grønn øst-vest gående fotgjengerakse på tvers av området og opp til Marka. Det er lite eksisterende vegetasjon i området.

Nyanskaffet tomt :

Ligger i forlengelsen av tomt B1 på nordsiden av adkomstvei. Ny tomt er forholdsvis smal, 54 meter, omgitt av boliger mot nord, vest og syd. Dette vil medføre utfordringer mht. innsyn. Tomten har adkomst fra Gimlevegen i øst via en privat vei som fungerer som adkomstvei til boligene rundt.





Illustrasjon Støysonenkart Breivika

## Støy

Området ligger i henholdsvis gul og rød flystøysone som følge av helikopterlandingsbanen innenfor området.

## Andre forhold

Området ligger i restriksjonsområde omkring helikopterlandingsbane se pkt. vedr. Planforhold-gjeldende planer

## B 02 BREIVIKA gjeldende planer

### Tomt B1-

Området er i kommuneplanens arealdel avsatt til offentlig og privat tjenesteyting, Breivika er avsatt til offentlig formål i reguleringsplan for UITØ og RITØ, plan nr. 900, Breivika fra 1985, revidert 2000 og plan nr. 1195 for helikopterlandingsplass fra 1993.

Gjeldende bestemmelser for restriksjonsområde omkring helikopterlandingsbanen (plan 1195):  
«Utnyttelsesgraden TU skal være maks. 35 % av netto bebyggbart areal. Byggehøyden skal ikke overstige 2 etasjer, 9 m over ferdig terreng (landingsplass)»

Det må avklares om deler av tomt B1 blir berørt av innflyvnings sone

### Tilleggstomt- Gimlevegen 46

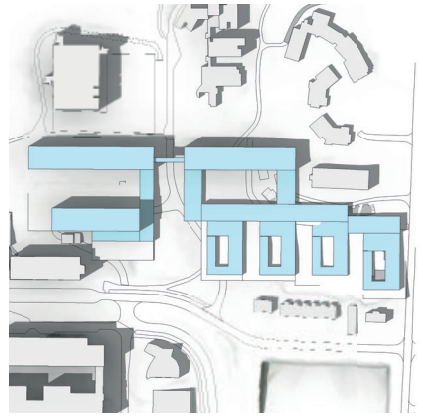
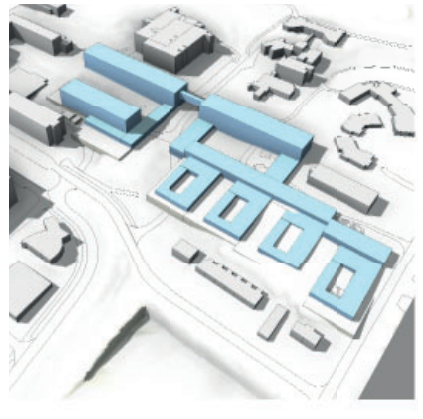
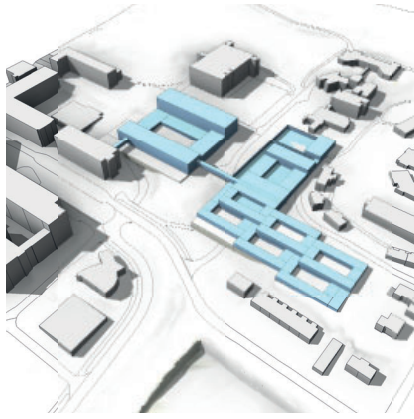
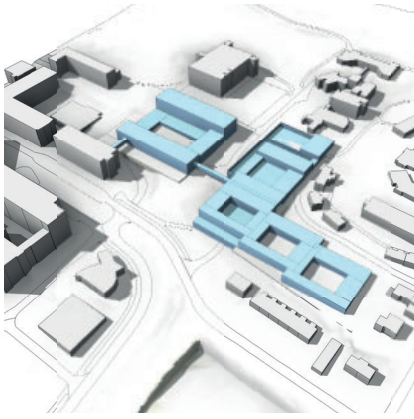
Tomt er regulert til industri. Nabotomter er regulert til bolig. Tilleggstomt- For nabotomt på oversiden ble det i 2017 vedtatt detaljregulering for ca. 40 boliger. (Konsentrert småhusbebyggelse og blokkbebyggelse ) Vei langs tilleggs tomt er avsatt til felles kjøreveg for disse boligene Det vil det bli krav om detaljregulering og forhold rundt vei må avklares hvis tilleggstomt skal tomt benyttes.

Helikopterlandingsplass ligger i dag på cote + 38

Det må avklares om deler av tomt B1 blir berørt av innflyvnings sone



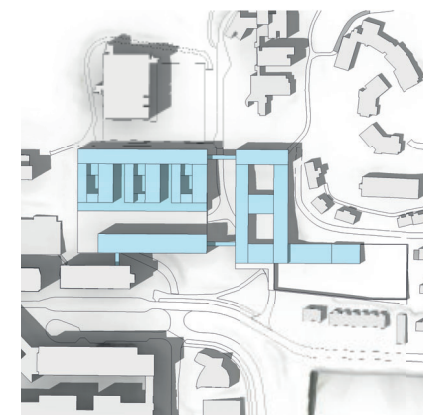
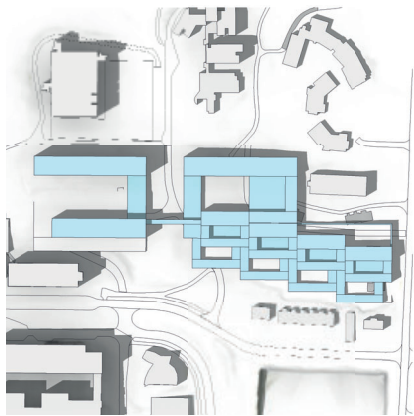
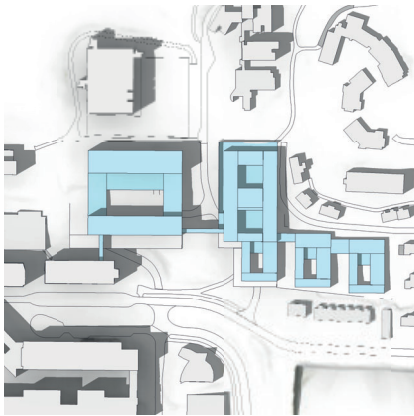
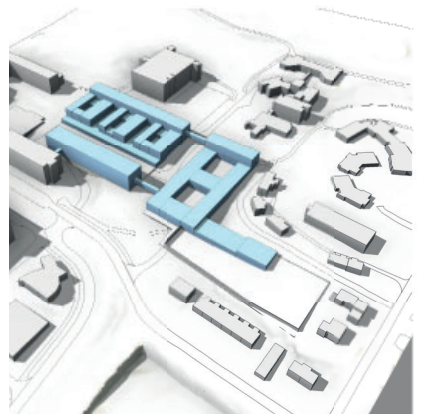
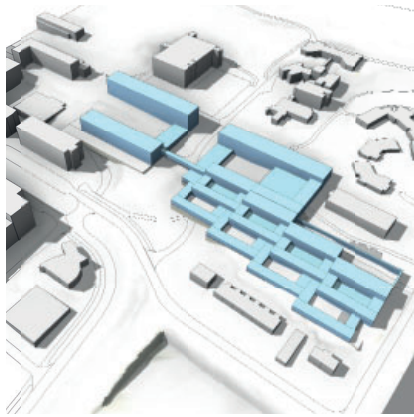
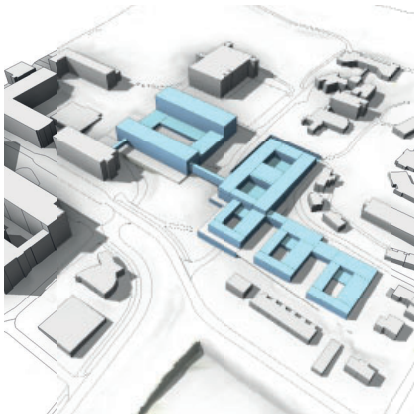
Illustrasjon Reguleringsplaner Breivika



Alt 1

Alt 1 terrassert

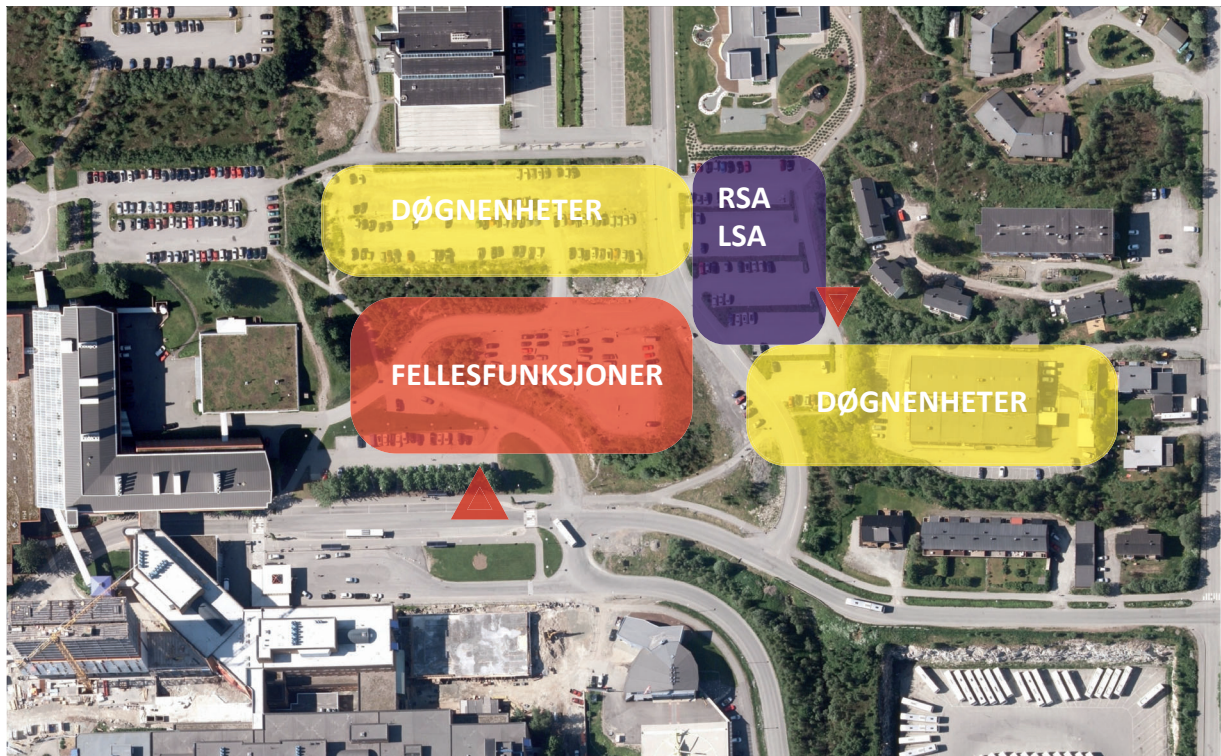
Alt 1 utvidet tomt



Alt 2

Alt 2 utvidet tomt

Alt 2 SP Syd



### B.03 Volumstudier- utvikling mot hovedalternativ Breivika

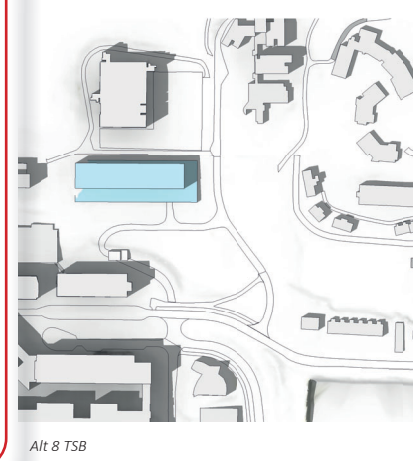
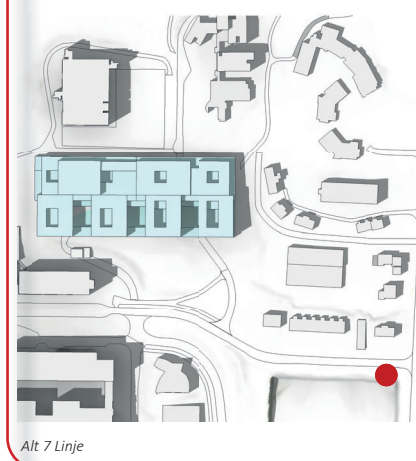
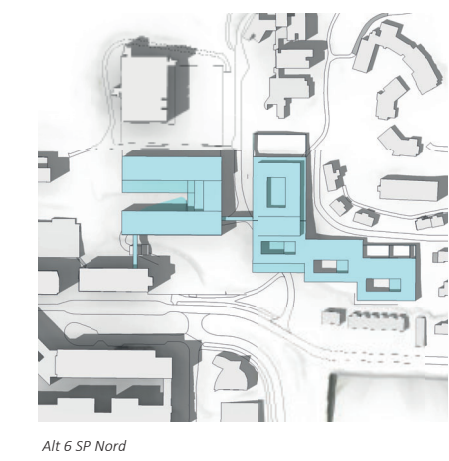
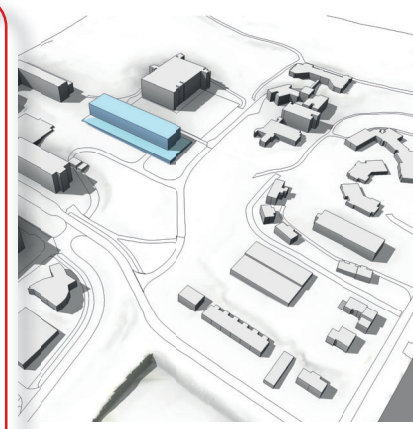
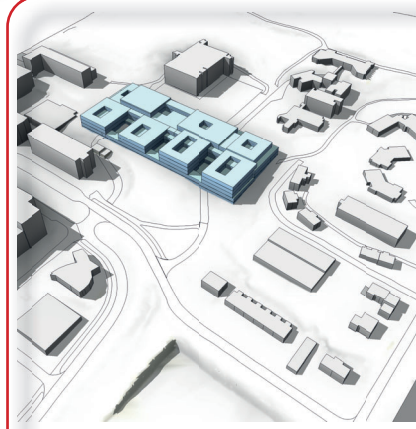
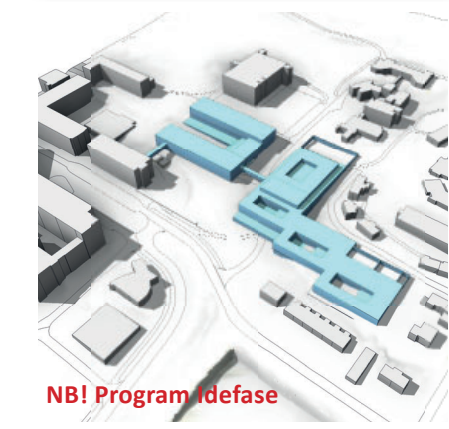
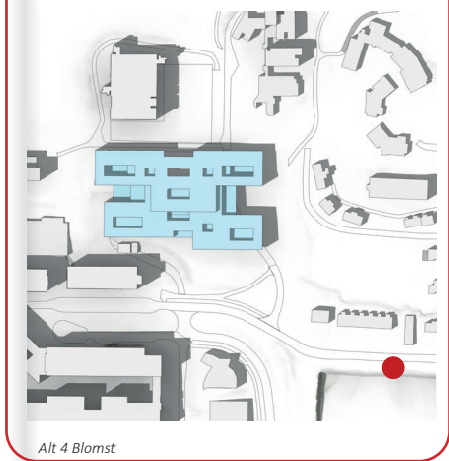
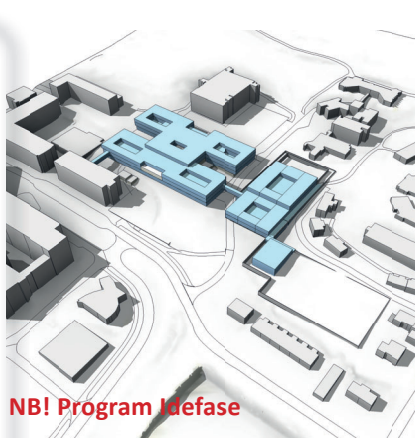
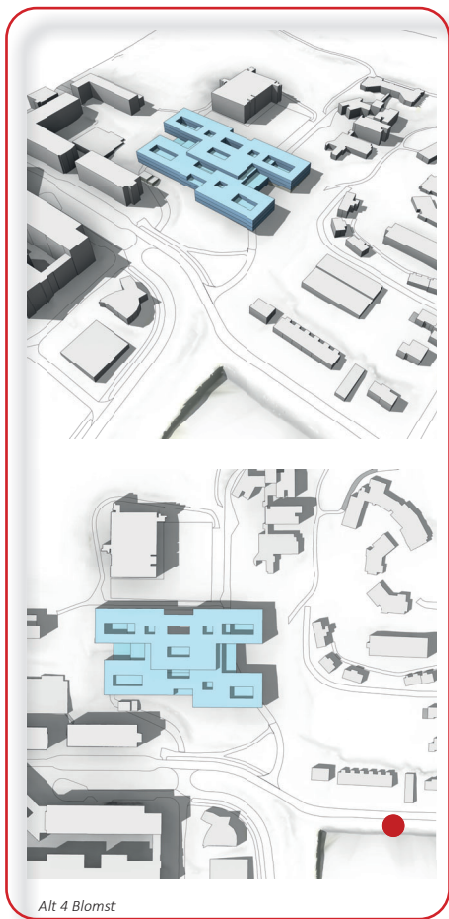
Tomtearealet i Breivika er på tilsammen ca 18 000 m<sup>2</sup>, sammensatt av tre teiger og delt av vei til bakenforliggende område bl.a til Tannbygget og BUP. Oppslaget over viser utgangspunkt for soning av funksjoner i tidlig stadium av mulighetsstudiene.

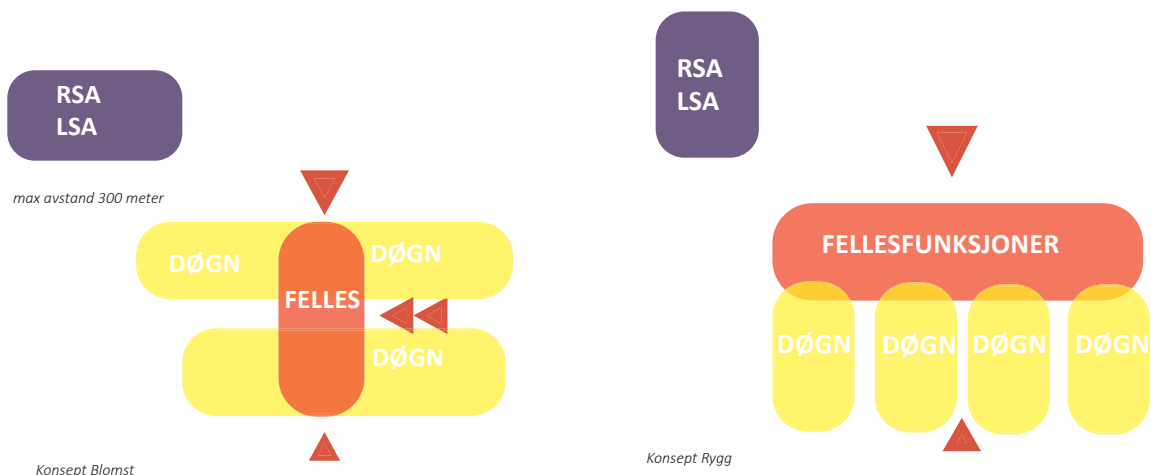
En rekke alternativer er testet ut med mål om å plassere døgnenheter og sikkerhetsbygg på nordre side av tomtearealet. Det var ønskelig å utnytte kvalitetene i dette området ettersom beliggenhet og karakter i utgangspunktet fremstår godt egnet for psykiatriske døgnenheter. Tomten ligger mer skjermet mot boligområdet, det er mulig å bygge uten innsyn mot øst, med utsikt osv. Ved volumstudier viser plasseringen her seg lite forenlig med forutsetninger i programmet om optimalisert drift, god intern logistikk og nærhet mellom enheter og ulike funksjoner og ideen om et felles senter. Arealet er ikke stort nok til programmet. Terrengforskjeller, adkomst, naboforhold og lokalisering av akuttinngang er problematisk. Disse forhold sammen med at krav og premisser i Hovedprogrammet i høy grad ikke kunne oppfylles gjorde at dette forslaget til disponering av funksjonene ble lagt til side. Prosesslogg gir ytterligere innsikt i vurderinger av de enkelte variantene av volumstudier. Det vises også til tidligere egnethetsanalyser utført av Sykehusbygg for tilleggstomten i 2019.

Ved ytterligere tomteerwerb av tilliggende tomter vil forholdene på denne siden kunne bedres betraktelig, Alt 1 og Alt 2 utvidet, har undersøkt dette potensialet, Det er ikke aktuelt å løse inn tilliggende tomter, eiendommene har mange hjemmelshavere, Det bemerkes også at det er et reguleringsvedtak på naboeiendommen Gimletun om oppføring av boligblokk med inntil 40 boenheter. I denne reguleringsplanen er veien inn til Gimlevegen 46, tilleggstomten, utvidet og oppgradert noe som har konsekvenser for disponering av arealet.

En enklere bygningsstruktur vil være mulig å etablere på tomten, men generaliteten og premisser i programmet må da endres. Det kan også være mulig å disponere arealet til skjermet friområde og aktiviteter for PHR eller for helse sykehuset. Alt 2 SP og Alt 4 Kvartal viser tomten med aktivitetsbygg og friareal/idrettsbane. Området ligger i helikopterstraseen og begrensninger i byggehøyde kan være sannsynlig, men det er usikkerhet knyttet til konsekvens av ny landingsplass for helikopter.

Tomteareal sør (bak PET) er bredere og større og det er bedre plassforhold for bygningskonsepter som svarer opp premisser i Hovedprogrammet. Ved å flytte alle eller majoriteten av døgnhetene på denne siden legges det mer tilrette for å kunne oppfylle programmessige forutsetninger om blant annet driftseffektivitet, nærhet, senterfunksjon. Døgnhetene vil også kunne få en fysisk tilknytning til den somatiske delen av sykehuset med kulvert eller bro (f.eks via Petsenteret).





### Hovedprogram- økte arealer

De senere volumstudier (i april) har konsentrert seg om tyngdepunkt på sørsiden av tomteområdet for å svare opp programmet( se oversikt over volumstudier ).

Prosjektets arealbehov er blitt vesentlig høyere enn forutsatt i Idefasen (fra ca 28 000 m<sup>2</sup> til 35000 m<sup>2</sup>). Dette gir konsekvenser for dimensjonering og skala på volumene. De tidlige volumstudiene før april er basert på Idefaserapport ca 28 000 m<sup>2</sup>.

Alt 4 Kvartal ble først utviklet med basis i arealer fra Idefasen. Alternativet viser en meget kompakt enhet i tråd med premisser om nærhet, generalitet, men har altså ikke rom og areal nok ift nytt program. Alt 4 Kvartal ble utviklet og oppskalert til Alt 4 Blomst. Sykehusvegen flyttet mot nord for å frigjøre sammenhengende areal på sørsiden til utvidet volum. Dette møter premisser i Hovedprogrammet bedre, men volum- og arealmessig er oppskalering problematisk. Dimensjonene på bygningsmassen blir meget stor; med stort fotavtrykk som sperrer for og påvirker trafikflyt mellom øvre og nedre del av området.

Selv med stor grad av bearbeiding vil et slikt konsept fremstå massivt i omgivelsene. Det er et fortettet konsept som er effektivt i drift, men gir høy sosial densitet noe som er problematisk for bygg for psykisk helsevern.

### Nye forutsetninger- ny løsning for RSA/LSA i Breivika

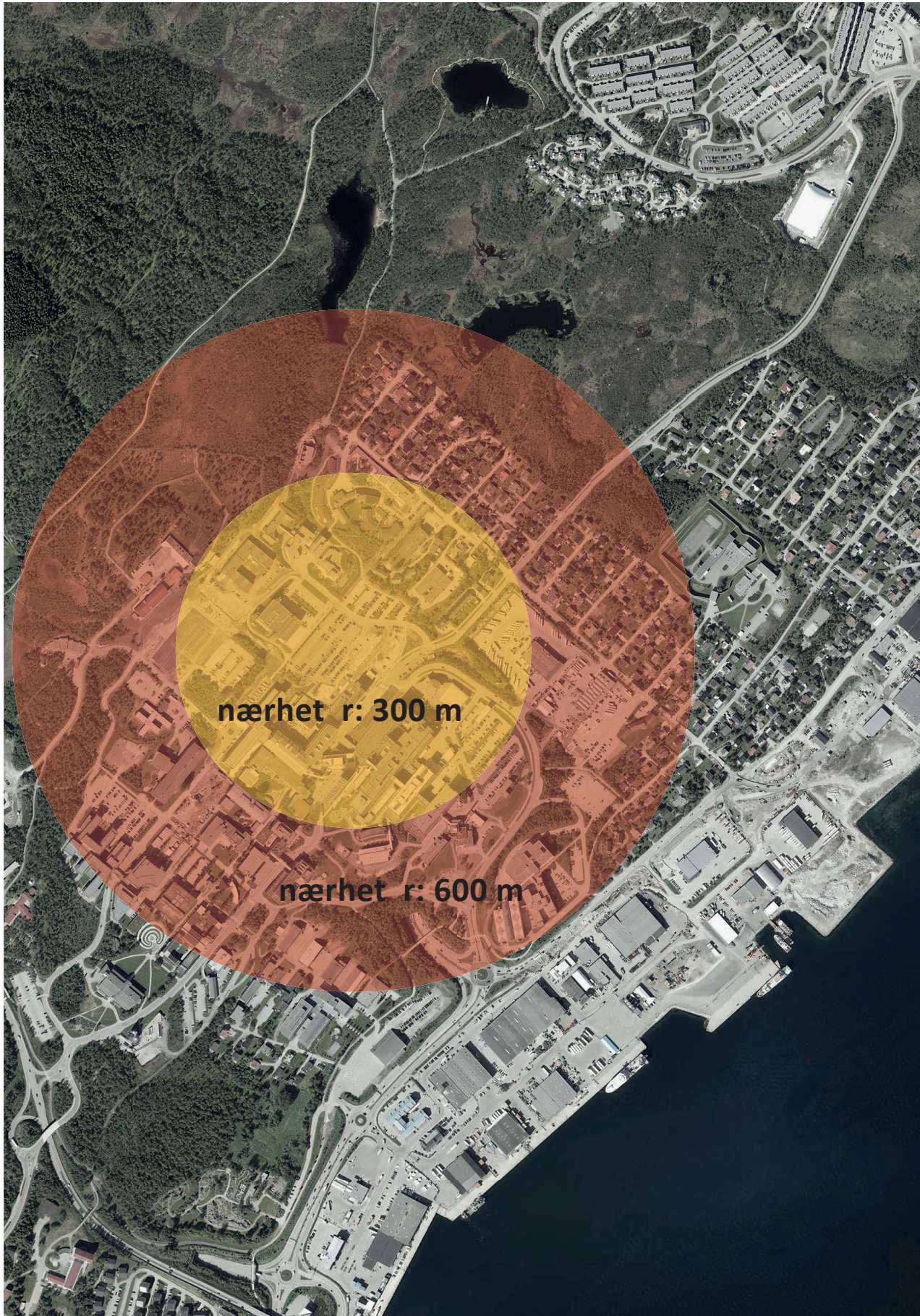
Det er svært utfordrende å finne en tilfredsstillende løsning for Sikkerhetsenhetene innenfor de gitte tomtene i Breivika, Virksomheten er plasskrevende, behov for et stort fotavtrykk og krav om perimetersikring rundt anlegget med stort skjermet uteområde er noen av årsakene. Videre er avstand til naboer, innsynsproblematiske og adkomst noe som må hensyntas.

Alternativ B har som premiss at Sikkerhetsavdelingen skal flytte fra Åsgård sammen med øvrige psykiatri om Breivika skal kunne velges som lokasjon for Nye PHR. Det har derfor ikke vært aktuelt å se på delte løsninger uten sikkerhetsenhetene på det gitte tomtearealet.

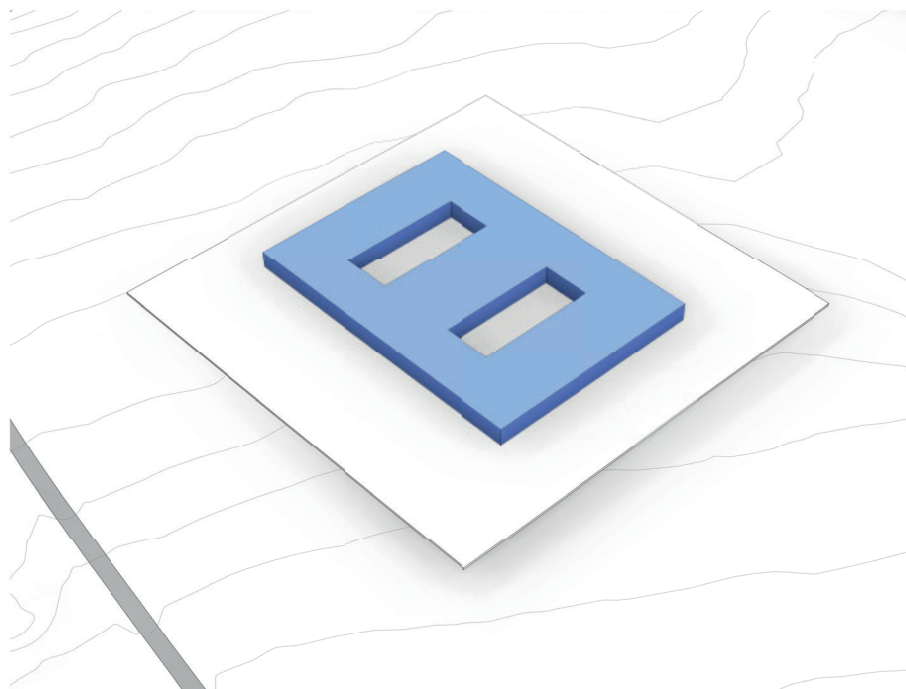
Det er etterhvert nå åpnet for at Sikkerhetsavdelingen kan etableres på egen egnet tomt i definert nærhet til UNN i Breivika. Undersøkelser for evt tomteanskaffelse er påbegynt.

Mulighetsrommet som oppstår for øvrige funksjoner og organisering av anlegget i Breivika etter at det er åpnet for at sikkerhetsenhetene kan legges utenfor de tomtene som hittil er definert er ikke utredet grundig av fremdriftsmessige hensyn.

Hovedprogrammets strenge presisering om generalitet som bl.a identiske døgnenheter er likevel utfordrende og få løst på et begrenset tomteareal om man ikke bygger over mange etasjer på et begrenset fotavtrykk.



Illustrasjon Luftfoto med nærhetsradius for potensielle tomter LSA/RSA i Breivika



## B1 Alternativ PHR Breivika- Sikkerhetsenhetene RSA/ LSA

I alternativ B PHR i Breivika inngår Sikkerhetsavdelingen LSA/RSA og det forutsettes at avdelingen legges nær de øvrige enhetene som inngår i PHR, LSA/RSA har krav om stort skjermet uteareal perimetersikret og har også et større arealbehov pr plass enn øvrige enheter. Døgneheter, aktivitetsrom og personalbase bør ligge på bakkeplan og det gir et stort fotavtrykk på bygget. Kontor- og personalfunksjoner og leiligheter evt i plan 2.

### Bygningskropp/volum/geometri

Etasjer	1 etasjer generisk volum, ca 5400 m <sup>2</sup>
Utforming	
Tilpasning	Avhenger av valgt tomt

Trafikk/adkomst	ikke kjent
Infrastruktur	
Parkering	evt parkeringskjeller

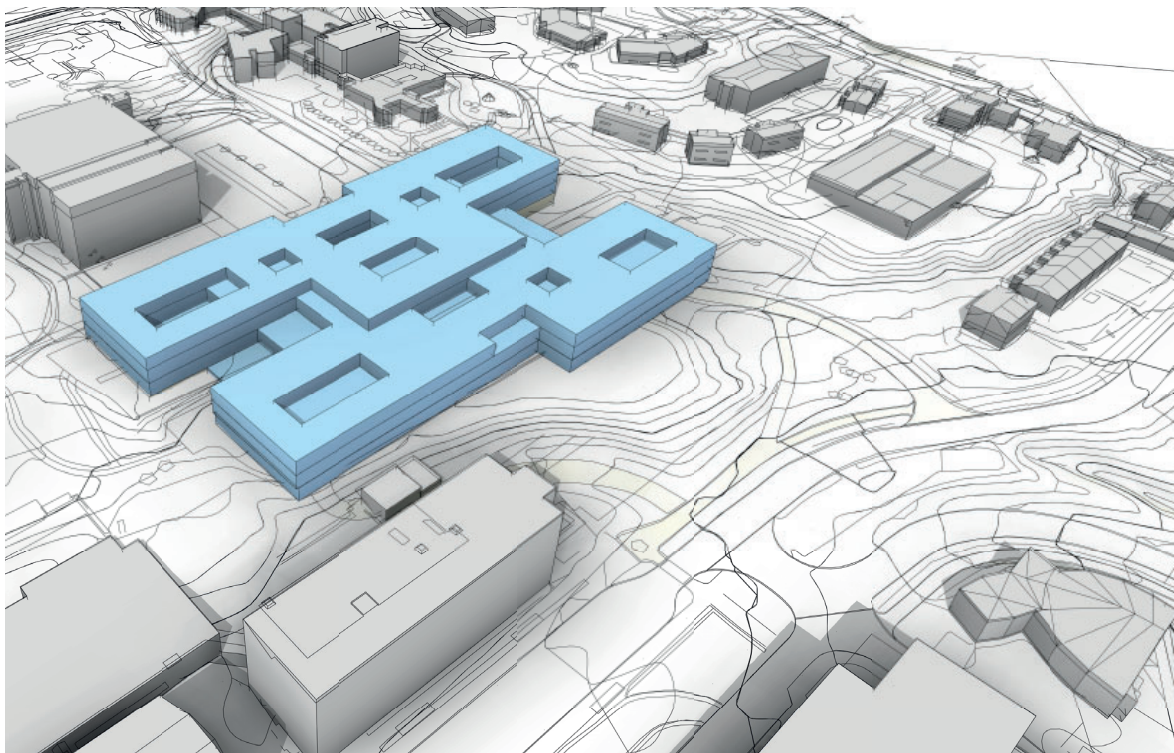
Nærhet	Max 300-600 meter avstand til UNN PHR   Fellesfunksjoner, aktivitet på samme plan som døgneheter
--------	---

Samlokalisert	Nær UNN PHR en forutsetning
---------------	-----------------------------

Innganger	ikke bestemt
-----------	--------------

Nærhet og tilgang til utearealer	forutsetter tilgang til små og større utearealer skjermet med perimeter
Gjennomføringsrisiko, usikkerhet	anskaffelse av egnet tomt, antatt behov minimum 10 mål
Trinnvis utbygging, utvidelse	mulig utvidelse, settes som premiss for anskaffelse





## B1 Alternativ PHR i Breivika- Alt 4 Blomst

Volumstudiet viser en sammenhengende bygningsstruktur som svarer opp programmet, er kompakt og effektivt organisert. Døgneheter organiseres rundt atrier på henholdsvis en og to etasjer. Trappet og orientert for å få gode lysforhold inn i bygget, forutsetter at veitrase legges om. Bygningsvolumets fotavtrykk er meget stort; bryter med skala og struktur på området og har konsekvens for sikt og bevegelseslinjer i området.

### Bygningskropp/volum/geometri

Etasjer	Tre etasje mot vest, 4 etasjer mot nord
Utforming	Kompakt anlegg, med atrium og gårdshager
Tilpasning	Tilpasset nivåforskjeller på tomt, høyde tilpasset omkringliggende bebyggelse, Volum bryter med skala og danner barriere mot vest
Trafikk/adkomst	som dagens adkomst, økt belastning
Infrastruktur	se konseptrapport teknikk og idefaserapport
Parkering	parkeringshus-kjeller
Organisering	Døgneheter mot øst, felles funksjoner og poliklinikker mot vest Plan U1, parkering Plan 1, akuttmottak, FFU, fellesarealer Plan 2, senter, hovedinngang Plan 3, 8 døgneheter Plan 4. 4 døgneheter, fellesareal /aktivitet evt takhage
Nærhet	Døgneheter, akutt, poliklinikk og aktivitet vertikal nærhet   Fellesfunksjoner på samme plan
Samlokalisert Innganger	Alle deler av UNN PHR samlokalisert, unntatt RSA/LSA plassert på tomt i nærheten   Akuttinngang, varemottak, mot nord   Hovedinngang, sentralt mot øst i plan 1   Personalinngang, mot vest i plan U1
Nærhet og tilgang til utearealer offentlige friområder	tilgang til utearealer skjermet i atrier, på terrasser, takterrasser og til
Gjennomføringsrisiko, usikkerhet	parkering, trafikkforhold, størrelse, tekniske forhold bl.a brannsikkerhet
Trinnvis utbygging, utvidelse	ikke utvidelse eller trinnvis

Beliggenhet i Breivika gir nærhet til og gode muligheter for fysisk kobling til somatisk del av sykehuset og nærhet til universitetet.

Bygningsvolumene tenkes her organisert over 3-4 etasjer med funksjonsareal og parkering under terreng erstatter overflateparkering som er på tomten i dag.

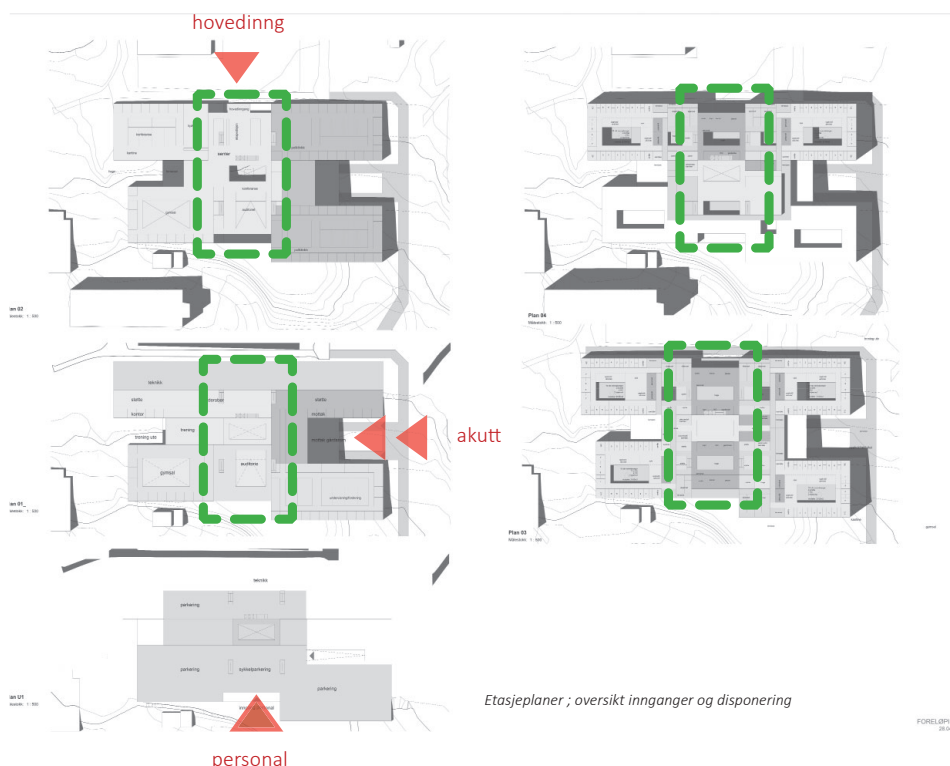
Romprogrammet disponeres i en kompakt og funksjonell bygningskropp som sikrer korte og effektive arbeids- og beredskapssløyfer i bygget og mellom de ulike enhetene. Det er kort avstand mellom poliklinikker og døgnenheter, senter og fellesfunksjoner både fra innsiden for døgnpasienter og fra utsiden for dagpasienter.

Inngangsetasjen ligger på plan 2. i høyde med tannklinikken. Akuttmottak er sentralt plassert i anlegget på plan 1 med innkjøring fra nord og har vertikal nærhet til døgnenheter, primært mot hhv akutt rus og akutt. Administrasjon, kantine og kontor- og møteromsarealer for FFU og klinisk personell er lagt til nedre etasjer; plan 2 og plan 1.

Døgnenheterne er organisert to og to rundt atriumshager på hhv en og to etasjer. Enhetene mot sør er på en etasje og mot nord to etasjer, Tilgang til skjermet uterom er løst med direkte tilgang til interne atrier/gårdshager I atriene med to etasjer er det to plan;gårdshage nederst og terrasse i øverste plan. Aktivitetsarealer kan enten plasseres i etasjer under døgnenheter eller i plan 4. Muligheter for overdekkede uterom på tak for ulike aktiviteter, evt halvklimaliserte rom. Beliggenhet i

Breivika gir nærhet til og gode muligheter for fysisk kobling til somatisk del av sykehuset og nærhet til universitetet. Overflateparkering må reetableres et annet sted før tomten kan frigjøres for oppstart av byggearbeid. Parkering kan etableres i parkingskjelleretasje under nybygget. Forslaget viser parkering på nedre halvdel og rommer ca 300 plasser, kapasitet kan økes ved å grave ut mer areal i terrenget.

Volumstudien viser konsekvensene av premissene i Hovedprogrammet om nærhet, senterfunksjon og identisk utformede døgnenheter. Bygningsstrukturen vist har et meget stort fotavtrykk og utstrekning i situasjonen og sperrer for eksisterende bevegelse- og siktlinjer i området. Dette må bearbeides ved evt senere utvikling. Anlegget blir stort og kompakt og vil gi en høy sosial tetthet og begrenset direkte tilgang til uteområder på bakkeplan. Dette premisset er ikke oppfylt på optimal måte, men på den beste måte som beliggenheten og tomtesituasjonen tillater. Dette må veies mot fordelene av å lokalisere virksomheten her.



## 03 ROMLIGE LØSNINGER- BREIVIKA

### 01 Prinsipper og organisering-Breivika

Selv om det i denne fasen ikke prosjekteres detaljert, er volumene dimensjonert og utformet slik at det innenfor viste volum kan realiseres rom og arealer som i varetar krav til funksjon og kvalitet i moderne psykiatribygg.

Omgivelsene skal formes og tilrettelegges for møtet mellom

- Personalet- viktigste ressurs både for sikkerhet, omsorg og behandling.
- Pasienten- skal bli i stand til å motta behandling og friskne til
- Pårørende- som ressurs og støtte i behandling, tilfriskning og oppfølging

Noen faktorer og kvaliteter som det er viktig å fremheve og ta hensyn til i de romlige løsninger.

- Omgivelsene skal preges av å være trygge og imøtekomende og hvor personlig integritet ivaretas
- Omgivelsene skal legge til rette for at usikkerhet og konflikter kan nedtones.
- Normalitet og sosialisering er en viktig del av behandlingsforløpet
- Nærhet mellom personalområder og pasientområder bidrar til opplevd trygghet
- Direkte tilgang til natur og uteområder, fasiliteter for trening og fysisk aktivitet er viktig del av tilbudet
- Lys og lydforhold; belysning, tilgang til dagslys, akustisk demping er essensielle kvaliteter
- Omgivelsene skal fremstå som attraktive arbeidsplasser og fremme rekruttering
- Løsningene tilrettelegges for rasjonelle driftskonsepter ; vaktordninger og bemanning
- Pasientgruppen er sammensatt med ulike behov og helsetilstand.

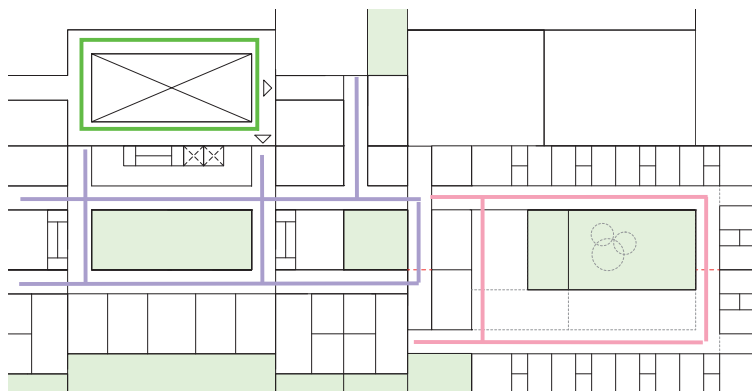
Løsninger som legger til rette for dette som er basert på kjente og prøvde bygningsmessige utformingsprinsipper velegnet for psykiatrien.

Oversiktlige konsepter med bevisst tilrettelagte planløsninger, romlig dimensjonering og skala gir både trygghet for pasienten og gode arbeidsforhold for personalet.

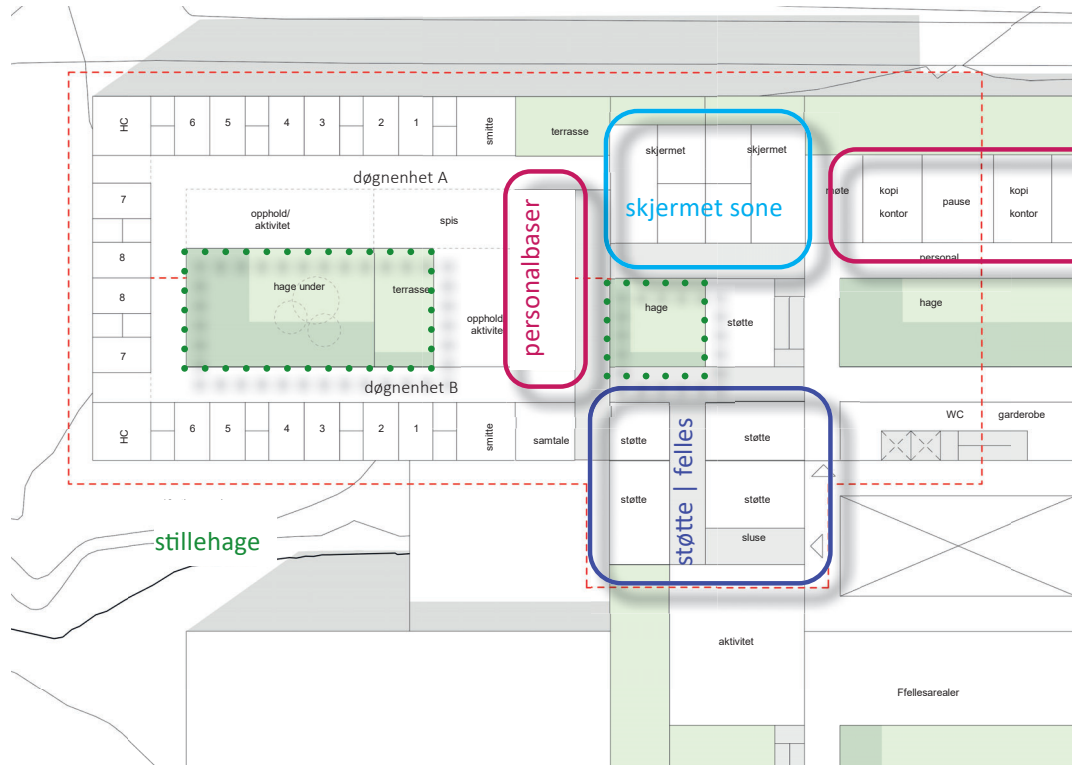
Arealer kan underdeles på flere måter i mindre enheter for tryggere rammer, smitteforhold, kohorter.

Sikkerheten er integrert i form av romslighet, oversiktlighet og bevisst avgrensning og inneslutning som ikke er basert på påfallende synlige sikkerhetstiltak. Enerom og enkel direkte tilgang til utearealer, god bevegelsesfrihet, selvregulering og flere grader og valg i sosiale soner og rom underbygger pasientens integritet.

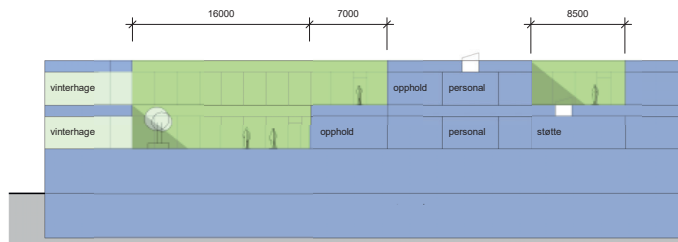
Døgnetenhetene er koblet sammen to og to, og deler personalsone, støtterom og pasienthage. Skjermenheter ligger samlokalisert for to poster for samarbeid. Det er god tilgang til personalsone med muligheter for å trekke seg tilbake, kollegastøtte, rasjonell drift, oversikt, nærhet til enheten.



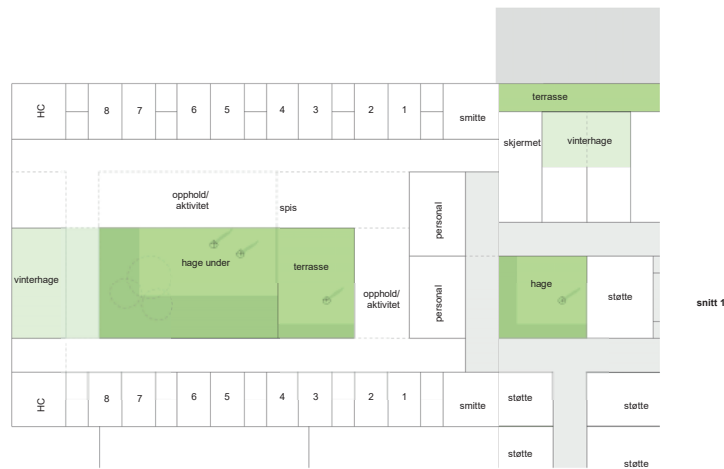
Flyt - personal -pasient



Prinsipløsning døgneheter Brevika



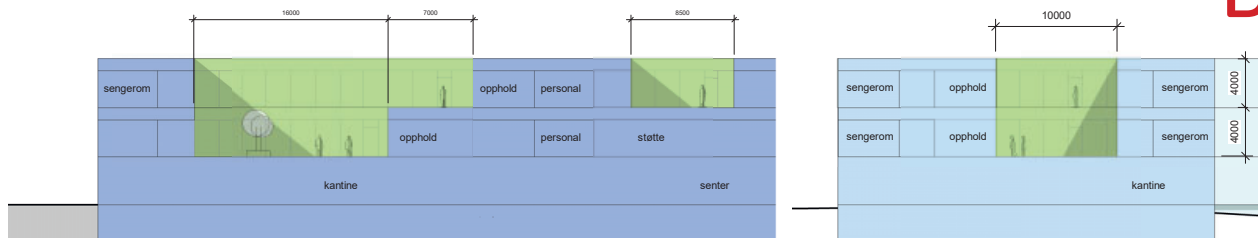
snitt 1



Alternativ med vinterhage i fasade



*Illustrasjon fotos fra Kronstad DPS, Bergen*



Snitt 1 Snitt gjennom gjennom pasienthage, terrasse og skjermet hage, på øvre plan

Snitt 2 Tverrsnitt pasienthage over to plan.

## 02 Uteområder- Breivika

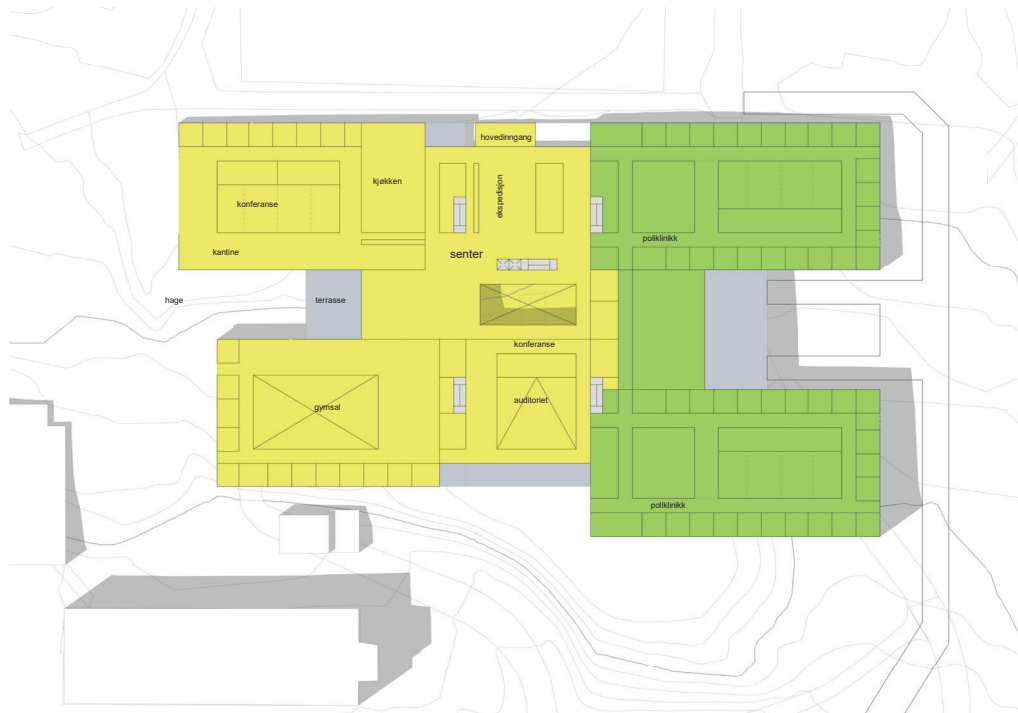
I Breivika vil døgnenhetene ligge over flere etasjer. Gårdshagene er omkranset av bygningsstrukturen - som gir skjerming og sikkerhet ift utspring. Gårdshagene er over maks to etasjer og er tenkt benyttet fritt av pasientene i døgnenhetene som uterom. Mellom døgnenhetene er tenkt etablert rolige hager da pasientrommene vender ut mot disse, trær her kan redusere innsyn og være fint å se på. Skjermingsenhetene vil få tilpassede terrasser. Det foreslås å etablere grønne tak for alle takkonstruksjoner som er synlig fra selve bygningen og fra det omkringliggende landskapet.



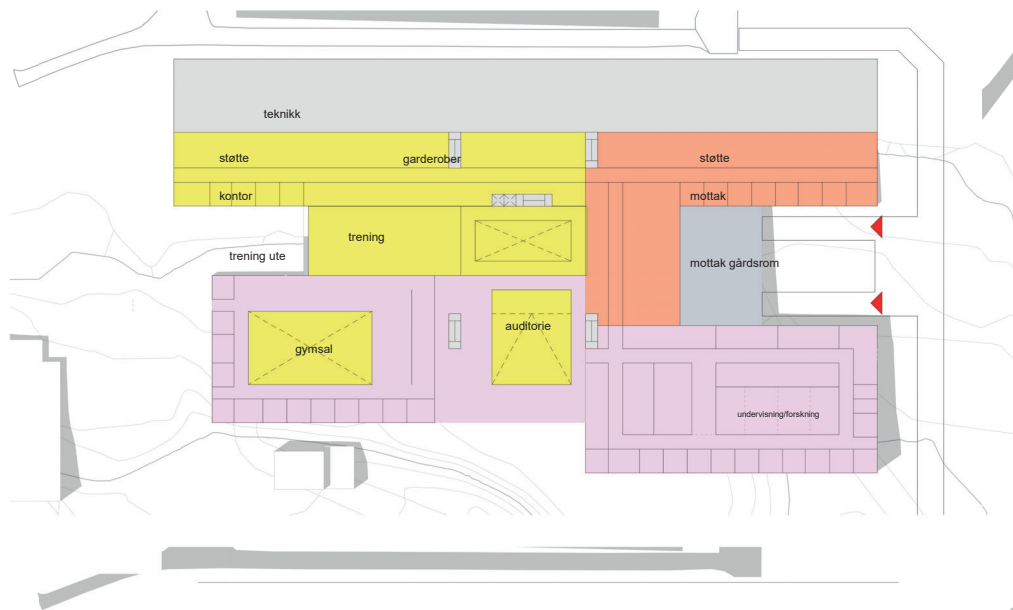
Planløsning oversikt over uterom; Pasienthage, skjermet hage, terrasse og vinterhage



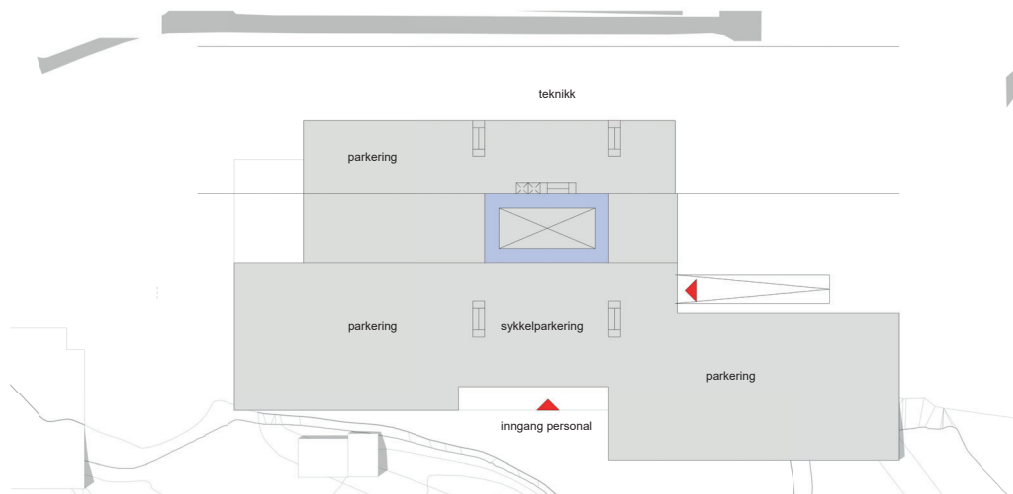
Oversiktsplan - bygningsvolum plassert i landskapet



Plan 02  
Målestokk: 1 : 500



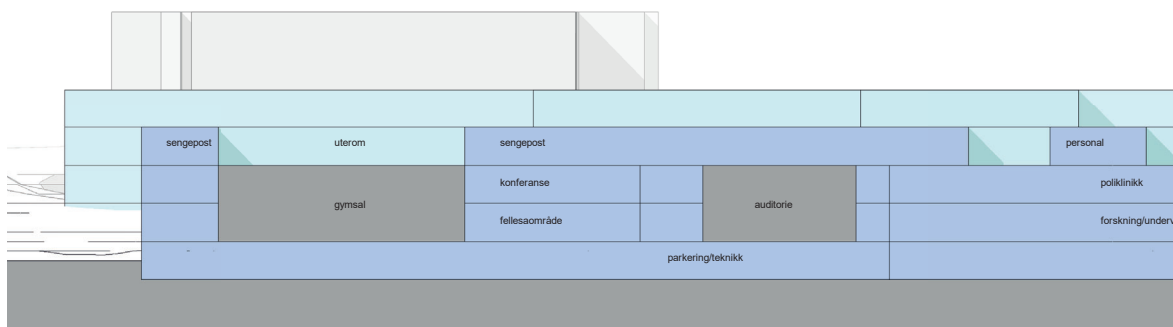
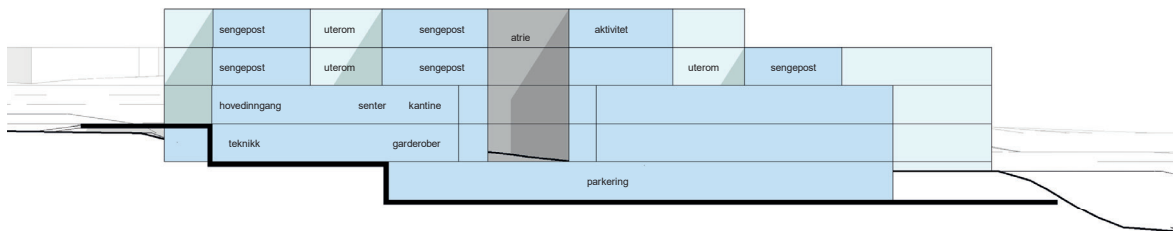
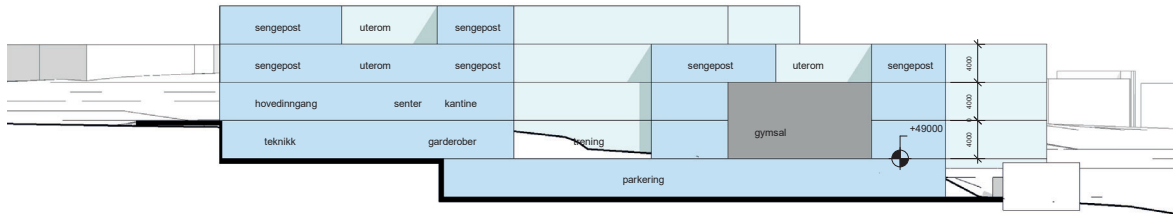
Plan 01\_  
Målestokk: 1 : 500

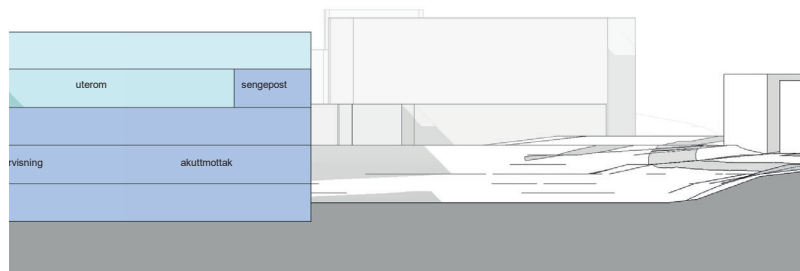
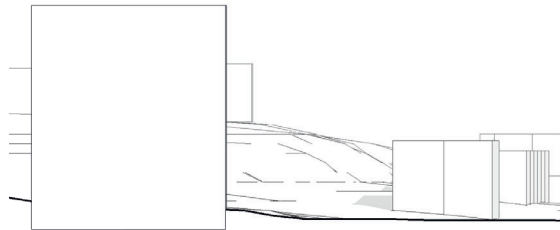


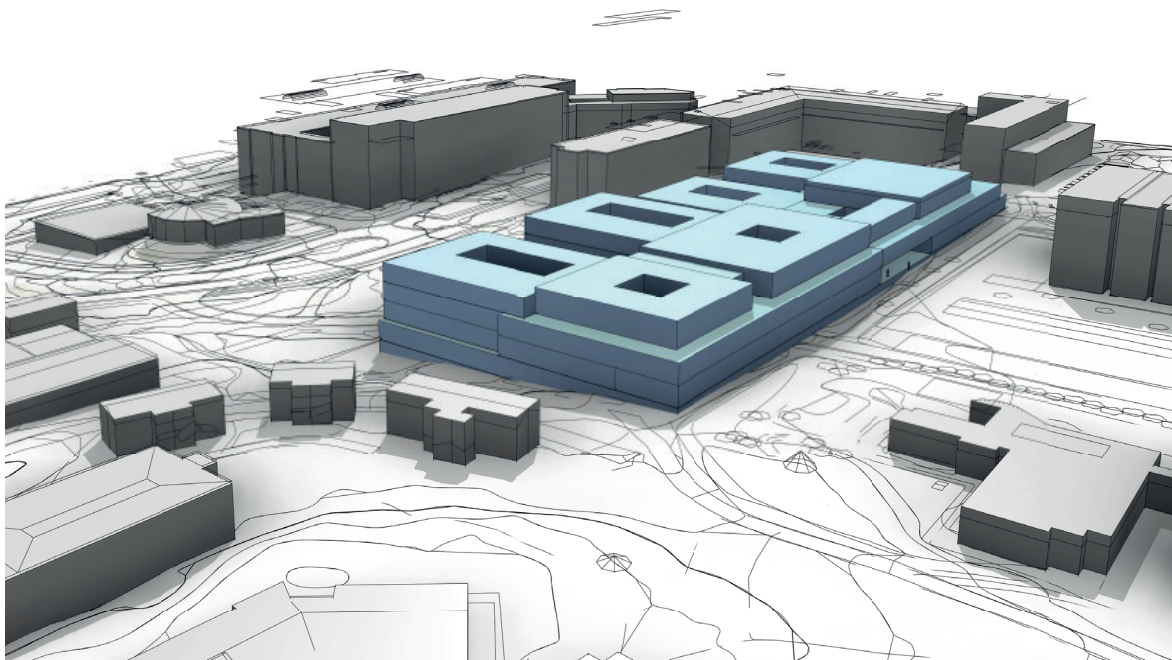
Plan U1  
Målestokk: 1 : 500











### B1 Alternativ PHR i Breivika- Alt 7 Rygg

Sammenhengende stor skjematisk bygningsstruktur som svarer opp programmet, er kompakt og effektivt organisert. Døgneheter organiseres rundt atrier på hhv en og to etasjer. Trappet og orientert for å få gode lysforhold inn i bygget, forutsetter at veitrase legges om. Lang sammenhengende bygningsmasse hindrer kontakt mellom øvre og nedre nivå av området. Volumet sprenger skalaen i området og må skaleres ned, deles opp mot evt realisering.

#### Bygningskropp/volum/geometri

Etasjer	3 etasjer mot sør, 4 etasjer mot nord, trappet
Utforming	Kompakt anlegg, med atrium og lysgårder
Tilpasning	Tilpasset nivåforskjeller på tomt, høyde tilpasset omkringliggende bebyggelse, Fotavtrykk bryter med skala og danner barriere mot vest

Trafikk/adkomst	som dagens adkomst, men økt belastning
Infrastruktur	se konseptrapport teknikk og idefaserapport
Parkering	parkeringshus-kjeller

Organisering	Plan U1, parkering Plan 1, FFU, akuttmottak og fellesarealer Plan 2, Hovedinngang, senter, poliklinikker Plan 3, Døgneheter, 8 stk Plan 4, Døgneheter, 4 stk, aktivitet og hage
--------------	---

Nærhet	Døgneheter, akutt, poliklinikk og aktivitet vertikal nærhet   Fellesfunksjoner på samme plan
--------	---

Samlokalisert	Alle deler av UNN PHR samlokalisert, men RSA/LSA plassert i nærheten
---------------	--

Innganger	Akuttinngang, varemottak, mot nord   Hovedinngang, sentralt mot øst i plan 2   Personalinngang, mot vest i plan 1
-----------	---

Utvidelsesmuligheter | få utvidelsesmuligheter, trinnvis utbygging ikke optimalt

Nærhet og tilgang til utearealer | tilgang til utearealer skjermet i atrier over ett eller to etasjer og til offentlige friområder

Gjennomføringsrisiko og usikkerhet | Trafikkforhold og parkering, byggetillatelse

Bygningsvolumene tenkes her organisert over 3-4 etasjer med funksjonsareal. Parkering under terreng erstatter overflateparkering som er på tomten i dag.

Romprogrammet disponeres i en kompakt og funksjonell bygningskropp som sikrer korte og effektive arbeids- og beredskapssløyfer i bygget og mellom de ulike enhetene. Det er kort avstand mellom poliklinikker og døgnenheter, senter og fellesfunksjoner både fra innsiden for døgnpasienter og fra utsiden for dagpasienter.

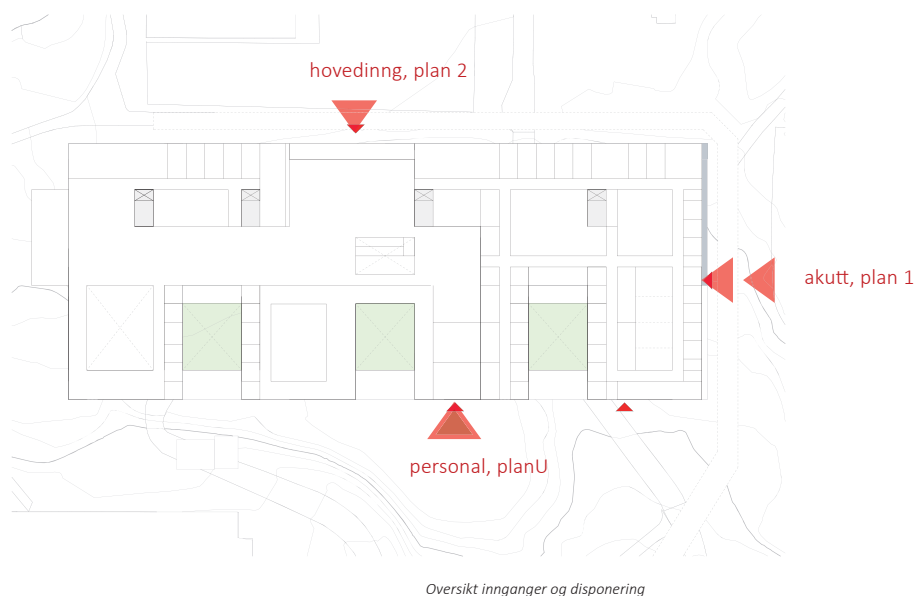
Inngangsetasjen ligger på plan 2. i høyde med tannklinikken. Akuttmottak er sentralt plassert i anlegget med innkjøring fra nord og har vertikal nærhet til døgnenheter. primært mot hhv akutt rus og akutt. Administrasjon, kantine og kontor- og møteromsarealer for FFU og klinisk personell er lagt til nedre etasjer.

I konsept Rygg skjærer fløy med fellesfunksjoner døgnområdet fra gaten ved tannklinikken, Døgnenhetene er organisert to og to rundt atriumshager på hhv en og to etasjer. Enhetene mot sør er på en etasje og mot nord to etasjer, Tilgang til skjermet uterom er til interne atrier/gårdshager over hhv ett og to plan (se egne illustrasjoner)

Aktivitetsarealer enten under døgnenheter eller på tak i plan 4. Muligheter for overdekkede uterom på tak for ulike aktiviteter, evt halvklimaliserte. Beliggenhet i Breivika gir nærhet til og gode muligheter for fysisk kobling til somatisk del av sykehuset og nærhet til universitetet. Overflateparkering må reetableres et annet sted før tomta kan frigjøres for oppstart av byggearbeider Parkering kan etableres i parkingskjelleretasje under nybygget. Forslaget viser parkering på nedre halvdel og rommer ca 300 plasser, kapasitet kan økes ved å grave ut mer areal i terrenget.

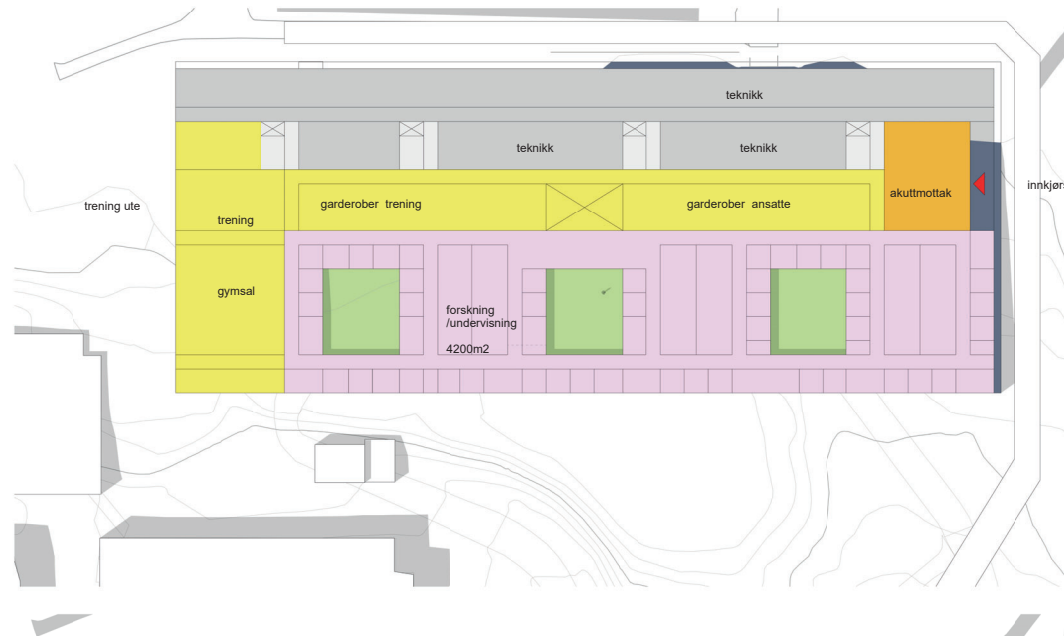
Volumstudien viser konsekvensene av premissene i Hovedprogrammet om nærhet, senterfunksjon og identisk utformede døgnenheter. Bygningsstrukturen vist har et meget stort fotavtrykk og utstrekning i situasjonen og sperrer for eksisterende bevegelse- og siktlinjer i området. Dette må bearbeides ved evt senere utvikling.

Anlegget er stort og kompakt og vil gi en høy sosial tetthet med begrenset direkte tilgang til uteområder på bakkeplan. Dette premisset er ikke oppfylt på optimal måte, men på den beste måte som beliggenheten og tomtesituasjonen tillater. Dette må veies mot fordelene av å lokalisere virksomheten her





**Plan 02 rygget**  
Målestokk: 1 : 500

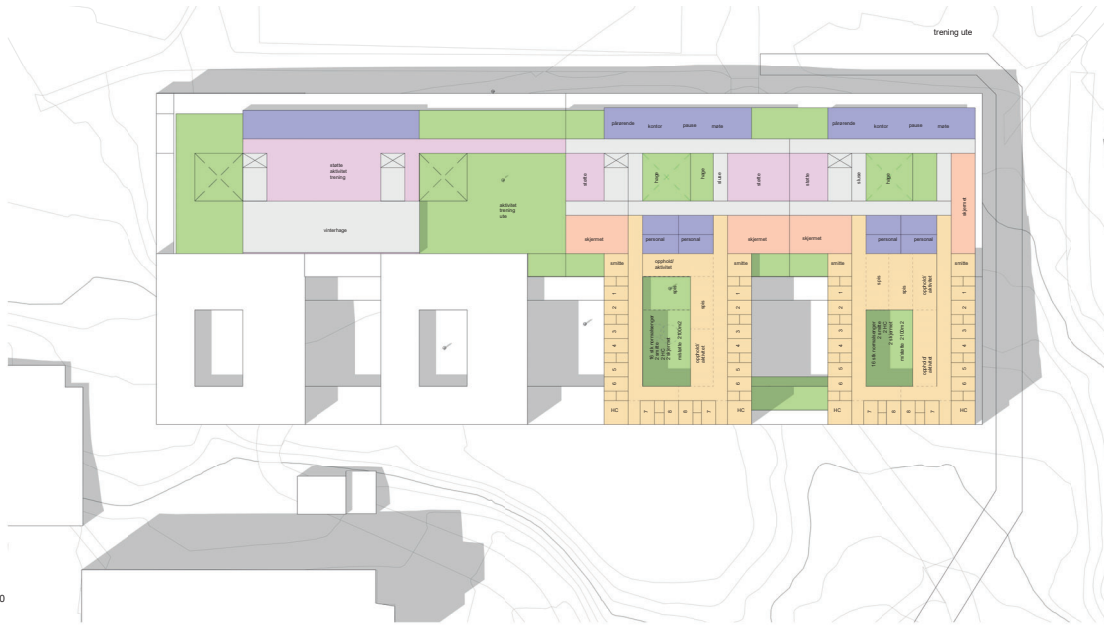


**Plan 01 rygget**  
Målestokk: 1 : 500

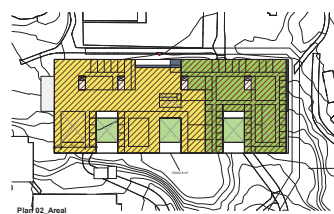


**Plan U1 rygget**  
Målestokk: 1 : 500

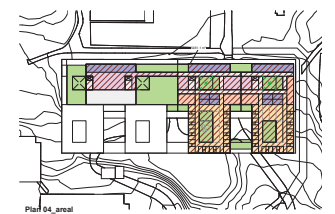
Plan 04 rygg  
Målestokk: 1 : 500



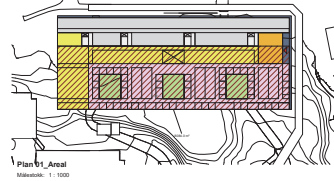
Plan 03rygg  
Målestokk: 1 : 500



Plan 02\_Areal  
Målestokk: 1 : 1000



Plan 04\_areal  
Målestokk: 1 : 1000

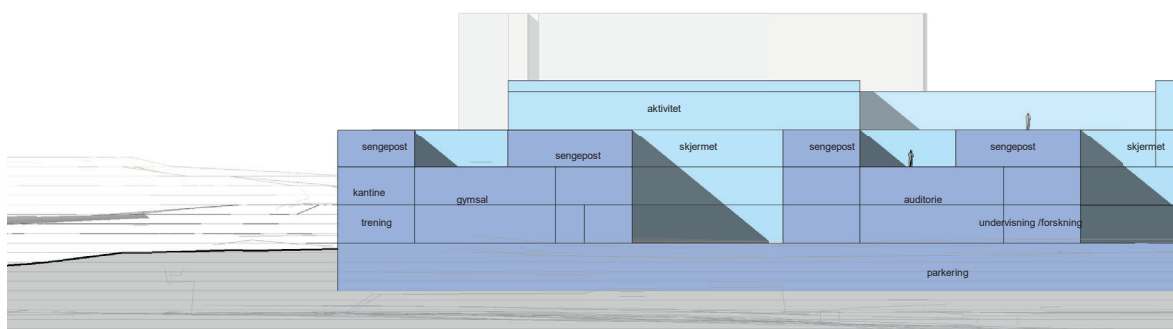
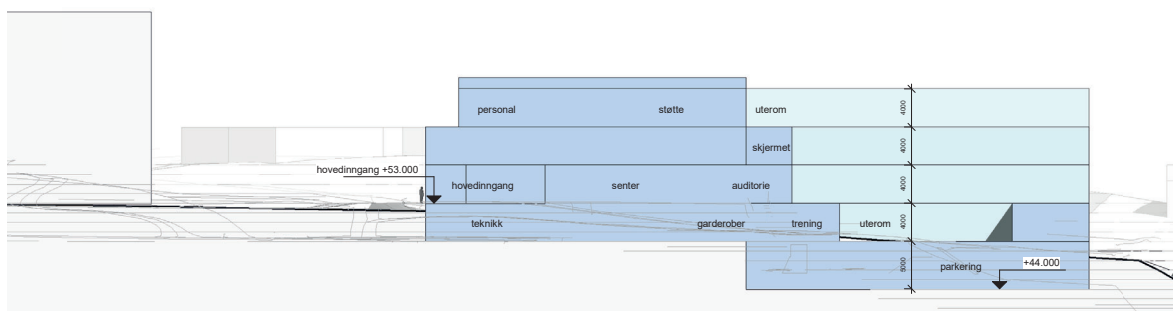
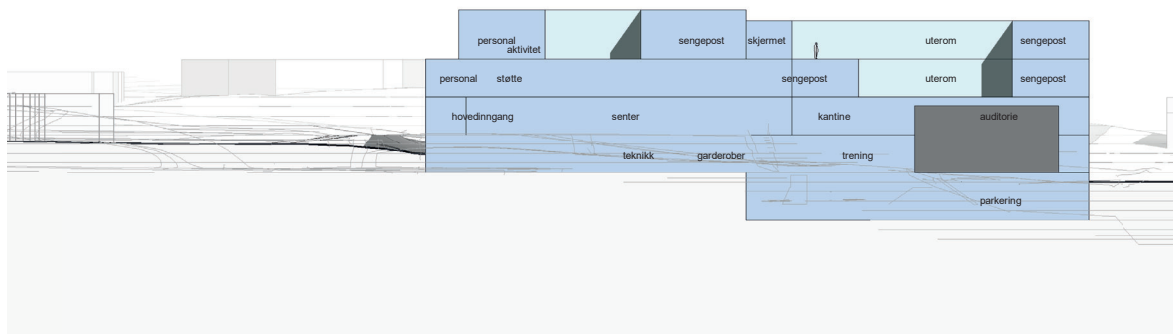


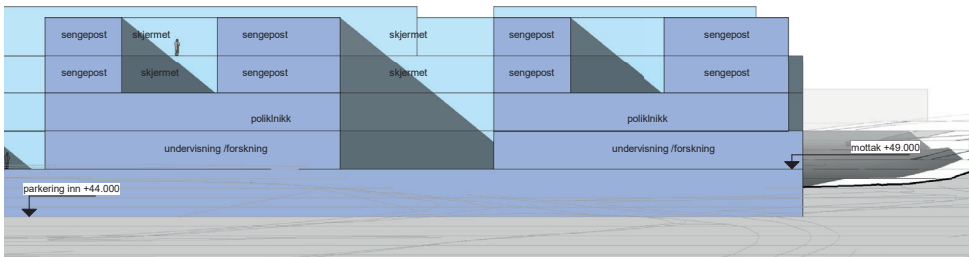
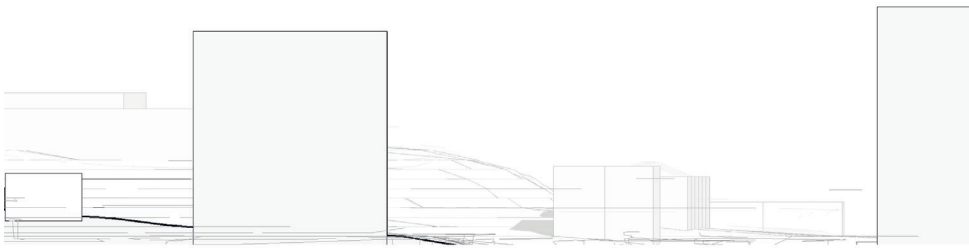
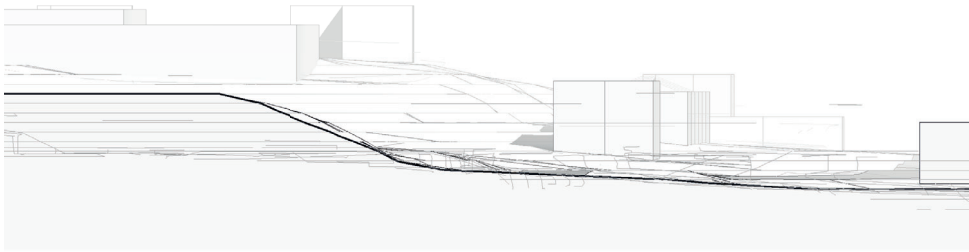
Plan 01\_Areal  
Målestokk: 1 : 1000



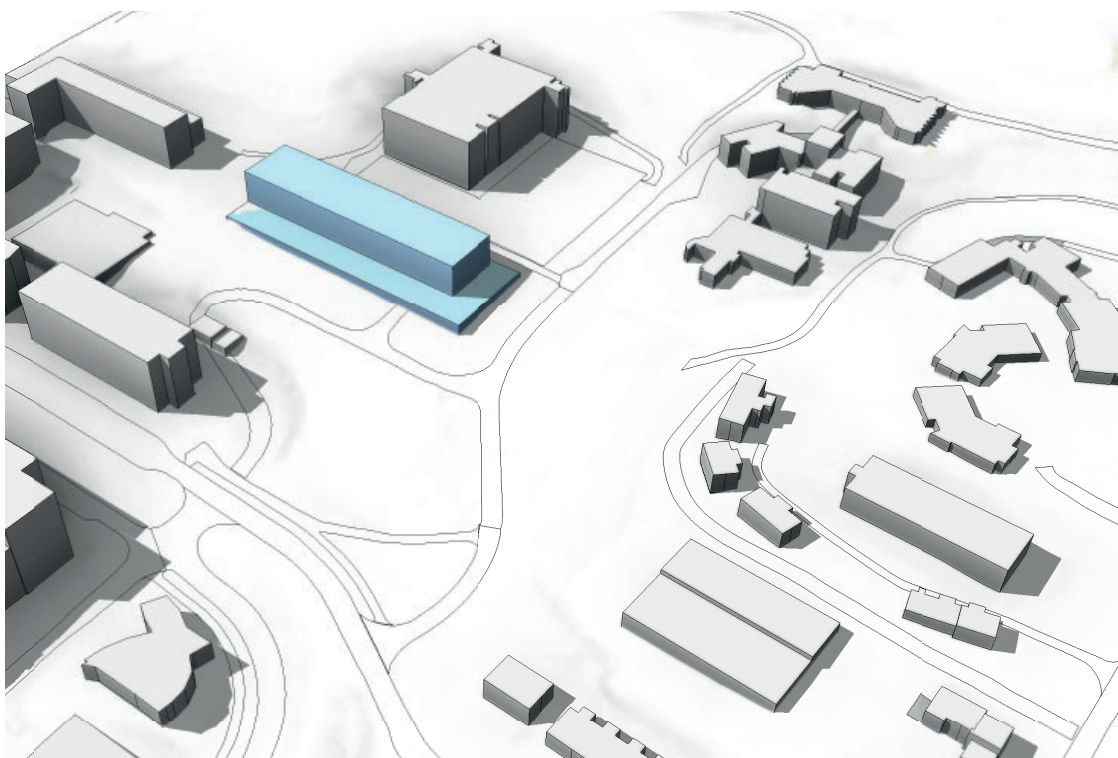
Plan 03\_areal  
Målestokk: 1 : 1000

- Plan 01 8.100m<sup>2</sup>
- Plan 02 10.350m<sup>2</sup>
- Plan 03 9.420m<sup>2</sup>
- Plan 04 58.620m<sup>2</sup>
- Sum 86.530m<sup>2</sup> (inkludert atrier)
- (ca 21.000 uten atrier)









## ÅB Delt alternativ TSB i Breivika

Bygningsvolum er kun modellert for størrelse, ikke løsning ihht funksjon.

### Bygningskropp/volum/geometri

Etasjer	3 etasjer generisk volum, ca 6500 m <sup>2</sup>
Utforming	Kompakt anlegg sammen med andre ukjente funksjoner
Tilpasning	Vil inngå i en større utbygging

Trafikk/adkomst	som dagens adkomst
Infrastruktur	se konseptrapport teknikk og idefaserapport
Parkering	parkeringshus-kjeller

Organisering | Organiseres sammen med andre funksjoner, ikke eget bygg

Nærhet | Døgnenheter, akutt, poliklinikk og aktivitet  
| Fellesfunksjoner på samme plan

Samlokalisert | Kun TSB samlokalisert med somatikk

Innganger | Akuttinngang, varemottak, mot nord  
| Hovedinngang, sentralt mot øst i plan 1  
| Personalinngang, mot vest i plan

Nærhet og tilgang til utearealer | tilgang til utearealer skjermet i evt atrier og til offentlige friområder  
Gjennomføringsrisiko, usikkerhet | trafikkforhold og parkering, bygges ikke alene?  
Trinnvis utbygging, utvidelse | kan utvides, trinnvis ikke relevant

## OPPSUMMERING VOLUM- OG TOMTESTUDIER

Volumstudiene og utredningene belyser løsninger på begge tomter med mål om å realisere nybygg for UNN PHR. Mulighetsstudiene har blitt utført over kort tid og forutsetninger og premisser har vært i utvikling parallellt. De viste alternativer må regnes som et steg på veien og ikke endelige svar, men tjener til å belyse forhold av avgjørende betydning for realisering av nybygg på gitte tomter.

### Åsgård- Breivika , ulik karakter gir ulike løsninger

De bygningsmessige løsninger på de to lokasjonene vil bli forskjellige ettersom tomter og omgivelser har forskjellig karakter og gir ulike forutsetninger for utforming av bygg. Tomtearealene som er stilt til disposisjon har ulik geometri, størrelse og kontekst.

Åsgård ligger i et stort natur- og friområde og har tilgang på et relativt store friluftsarealer i umiddelbar nærhet også utenfor tomten for dagens psykiatriske sykehus. Det er å bemerke at det er planer om fortetting med boliger i området så karakteren av omgivelsene vil endre seg noe i fremtiden, først og fremst i øst.

På Åsgård er tilgjengelig tomteareal anslått til 110 000 m<sup>2</sup>? (Å1 og Å2 samlet), og med gode muligheter til å bygge ut med lave bygg som har stor grad av markkontakt og muligheter for å gå ut på terreng relativt skjermet. Dette gir til gjengjeld et større fotavtrykk, og lengre avstander internt i anlegget.

Brevika har et annet bygningsmiljø med flere større og relativt høye institusjonsbygg for UiT og UNN, i tillegg til et boligområde mot nord. Det gitte tomtearealet har gode lysforhold delvis med godt og vidt utsyn, ligger på en høyde og det er i noen grad mulig å tilrettelegge for enkelte skjermede arealer uten innsyn om bygg plasseres med omhu. I Brevika er størrelse på det samlede tilgjengelig tomteareal anslått til ca 18000 m<sup>2</sup>. Dette betyr mer kompakte bygningsmessige løsninger over flere etasjer. Det er også naturlig i omgivelsene ettersom omkringliggende bygg er høyere og det er høyere press på tomteutnyttelse i området.

### Åsgård- begrensninger

Beliggenhet på Åsgård har ikke nærhet til somatisk del av sykehuset og universitetet i Breivika. Realisering vil kreve rokade av pasientarealer til bygg som beholdes eller til andre egnede bygg utenfor området, evt i midlertidige erstatningsbygg.

På Åsgård er begrensningene først og fremst knyttet til vernet av eksisterende bygningsmasse og at de nye arealene må underordne seg dette.

Avstander mellom ytterpunktene av funksjonene i anlegget er relativt lange.

### Åsgård- muligheter

Fordelen med lokalisering i Åsgård er at plassforhold og omgivelser gir gode vilkår for tilgang til utearealer med nærhet til uteområder og gode muligheter for direkte utgang på bakkeplan og videre ut i landskapet, i tillegg til skjermede hager. Den viste bygningsstrukturen vil gi gode muligheter for en god utforming av pasientarealene på ett plan med en tilpasset bygningsstruktur for pasientgruppen med lavere sosial tetthet og romsligere forhold og sarer ut hovedprogrammets premisser godt, også mht tilgang til terreng og skjermede utearealer.

Bygningsmessig kan tilpasningen mot de vernede byggene gi anlegget en unik karakter og estetisk kvalitet som vil ha opplevelsesmessig kvalitet.

De store tomtearealet på Åsgård gir god fleksibilitet og flere muligheter bygningsmessig så lenge det forholder seg il vernestatus. Det vil være mulig å utfordre langstraktheten i viste alternativ i en videre bearbeiding om generaliteten og arealer i Hovedprogrammet kan utfordres.

### Brevika- begrensninger

Hovedprogrammet er utviklet uavhengig av tomter og begrensninger.

Tomtearealets størrelse og form i Brevika gjør det meget utfordrende å få plassert arealer og premisser i Hovedprogrammet på en god måte i omgivelsene.

Volumstudien viser konsekvensene av premissene i Hovedprogrammet om nærhet, senterfunksjon og identisk utformede døgneheter. De viste løsninger i form av en sammenhengende bygningsmasse som gir optimal oppfyllelse av program og kriterier fremstår dominerende i omgivelsene. Bygningsstrukturen vist har et meget stort fotavtrykk og utstrekning i situasjonen og sperrer for eksisterende bevegelse- og siktlinjer i området. Dette må bearbeides ved evt senere utvikling.

En fortettet bygningsstruktur kan også gi for høy sosial tetthet i pasientgruppen og direkte tilgang til utearealer er begrenset til tilgang til atrier og terrasser. Dette premisset er ikke oppfylt på optimal måte, men på den beste måte som beliggenheten og tomtesituasjonen tillater.

### Brevika- muligheter

Fordelen med lokalisering i Brevika er at UNN kan samle sine tjenester for psykiatri i Tromsø, nærhet til og andre fagmiljøer.

Tilpasninger av program og premisser bl.a ved å åpne for mer differensierte døgneheter og grader av nærhetsbehov mellom funksjoner kan gi bygg mer tilpasset omgivelsene og med lavere sosial tetthet for pasientene (ref tidlige volumstudier) f.eks bla med atrier over kun en etasje. Ytterligere tomteerverv vil kunne gi bedre plassforhold og bedre løsninger.

Bygningsstrukturen vil måtte deles opp slik at bevegelseslinjer (gang og vei) til bakenforliggende område med Tannbygget og BUP kan opprettholdes som planlagt.

Dette vil utfordre funksjonalitet; premisser om nærhet og korte interne avstander mellom funksjoner, felles inngang og senterfunksjon i programmet. Fremdeles vil det være utfordrende å svare ut behov for tilgang til uteområder ettersom tomtearealet ikke er stort nok og nabobebyggelse er tett på.





Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

# Konseptrapport Steg 1

Bakgrunn

Alternativvurdering

Konseptfase «PHR Tromsø»

Psykisk helse- og ruslinikken Tromsø



Revisjon:	Revisjonen gjelder:	Godkjent:	Dato:
Versjon 0.1	Til Styringsgruppen		11.05.21
Utkast 0.1	Til KSK		09.05.21
Utkast 0.0	Til KSK		19.04.21
<b>Prosjektnr.:</b>	<b>Arkiv/dokument nr.:</b> PHR-0000-Z-AA-003	<b>Løpenr.:</b>	<b>Saksbeh:</b>

Dokumenttittel: Konseptrapport Steg 1

Bakgrunn og alternativvurdering

Konseptfase «PHR Tromsø» BYGG

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>HENSIKT</b>	<b>6</b>
2.1	GRUNNLAGSDOKUMENTER FOR KONSEPTFASEN	7
2.2	MANDAT	7
2.3	PROSJEKTUTLØSENDE FAKTORER	8
2.4	MÅLBILDET	9
2.5	UNIVERSITETSSYKEHUSET	10
2.6	MEDVIRKNING	10
<b>3</b>	<b>STATUS DAGENS VIRKSOMHET, PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN</b>	<b>12</b>
3.1	DIMENSJONERING OG ANSVARSOMRÅDER, PHRK ÅSGÅRD	12
3.2	DAGENS KAPASITET	14
<b>4</b>	<b>KAPASITET OG FRAMSKRIVING</b>	<b>16</b>
4.1	METODE FOR Å BEREGNE FRAMTIDIG KAPASITETSBEHOV	16
4.2	FRAMSKREVET AKTIVITET TIL 2035	17
4.3	VURDERING AV FRAMSKRIVING	18
4.4	ANBEFALTE KAPASITETER	20
<b>5</b>	<b>HOVEDPROGRAM</b>	<b>22</b>
5.1	VIKTIGE FORUTSETNINGER FOR PSYKISK HELSEVERN OG BYGG	23
5.2	FUNKSJON	24
5.3	TEKNIKK	25
5.4	UTSTYR	27
5.5	IKT-KONSEPT	28
5.6	ROMPROGRAM	29
<b>6</b>	<b>FORSKNING: «KONSEPTPROGRAM LOKALER FÖR PSYKIATRI».</b>	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>ALTERNATIVVURDERING</b>	<b>36</b>
7.1	Å SAMLE ALL PHR VIRKSOMHET PÅ ÅSGÅRD	37
7.1.1	Presentasjon av konseptet, Å1	37
7.1.2	Vurdering alternativ Å1	40
7.2	Å SAMLE ALL PHR VIRKSOMHET I BREIVIKA	41
7.2.1	Presentasjon av konseptet B4 Blomst	42
7.2.2	Vurdering alternativ B4 Blomst	44
7.2.3	Sikkerhetspsykiatri på separat tomt	44
7.3	DELT LØSNING	46
7.3.1	Presentasjon av konseptet ÅB5	46
7.3.2	Vurdering alternativ ÅB5	47
<b>9</b>	<b>PROSJEKTKOSTNAD – ØKONOMISKE ANALYSER</b>	<b>48</b>
9.1	ESTIMAT INVESTERINGSKOSTNAD PR ALTERNATIVER	48
9.2	POTENSIELLE GEVINSTER PR ALTERNATIV	49
9.3	FORELØPIG BEREGNINGER BÆREKRAFT PÅ PROSJEKTNIVÅ	49
9.4	FINANSIERING	50
<b>10</b>	<b>EVALUERING AV ALTERNATIVENE</b>	<b>52</b>
10.1	METODE OG GJENNOMFØRING	52
10.2	RESULTAT FRA EVALUERING I ARBEIDSGRUPPENE	52
<b>11</b>	<b>USIKKERHET</b>	<b>55</b>
11.1	RISIKOVURDERING PHR TROMSØ	55

11.2	MULIGHETER	59
<b>12</b>	<b>SAMMENSTILLING ALTERNATIVER</b>	<b>60</b>
12.1	KONKLUSJON	62
<b>13</b>	<b>VEDLEGG</b>	<b>63</b>



# DEL I

# BAKGRUNN

# 1 Innledning

Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), ligger ved Åsgård, om lag 5 km fra UNN Breivika. Klinikken på Åsgård er unik i den grad at den samler alle tjenestetilbud innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på ett anlegg. En fortsatt lokalisering på Åsgård området var det foretrukne alternativ fra idéfasen.

Området på Åsgård ble bygd ut som psykiatrisk sykehus med flere bygg og store friarealer på 1960-tallet. Slik utformingen av byggene er i dag, oppnås ikke tilstrekkelig god pasientbehandling. Dagens bygningsmasse er i svært dårlig stand, og etter pålegg fra arbeidstilsynet og sivilombud har UNN blitt nødt til å flytte driften ut av flere bygg og inn i midlertidige lokaler.

Det er behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen på Åsgård, både med hensyn til tekniske krav, brannkrav og tilpasning til moderne pasientbehandling. Tiltak i forhold til noen av de observerte forholdene vil medføre tunge, kostnadsdrivende ombygginger. Flere av byggenes tilstand tilsier at det er nødvendig med full renovering og ombygging. Situasjonen på Åsgård er prekær, og rammer en sårbar pasientgruppe.

Nasjonal helse- og sykehusplan, legger til grunn at fremtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted. UNN har ervervet en ny tomt i Breivika siden Idéfasen, og muligheten for å samle alle funksjoner i Breivika er nå større. På den andre siden ligger Åsgård i rolige omgivelser, med god avstand til naboer. Forskning viser at nærhet til natur kan bidra til å redusere stress hos en psykiatrisk pasient, og derfor bidra positivt i behandlingen.

Konseptfasens steg 1 har i hovedsak lagt vekt på å finne den beste hovedretningen for prosjektet. Hvilke fordeler og ulemper knytter det seg til de to ulike tomtevalgene? Byggeprosjektet har jobbet sammen med Organisasjonsutviklingsprosjektet (OU), og det er lagt stor vekt på utvikling av evalueringskriterier og involvering.

## Konseptrapporten

- Del I – Bakgrunn
- Del II – Program
- Del III – Alternativvurderingen, steg 1
- Del IV – Skisseprosjekt Hovedalternativ, steg 2
- Del V Plan for videre arbeid
- Sammendrag, konseptrapport



## STEG 1, B3A:



Vedlegg i steg 1:

- Framskrivninger
- Hovedprogram
- Mulighetsstudier

## STEG 2, B3:



Vedlegg i steg 2:

- Usikkerhetsanalyse
- Rapport fra Ekstern kvalitetssikrer, KSK

## 2 Hensikt

Formålet med konseptfasen for «Nye areal for Psykisk Helsevern og rus i Tromsø» (PHR) er å utrede og fremskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det konseptet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er definert for prosjektet. Gjennomføringen av konseptfasen skal tilrettelegges slik at styret i Helse Nord RHF i desember 2021, kan vedta en konseptrapport som grunnlag for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet, og dermed bearbeides videre i en forprosjektfase.

Gjennomføringen av konseptfasen følger prosjektmodellen «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.» I 2017 gjennomførte UNN en Idefase, etter «gammel» veileder. Det er i denne konseptfasen derfor lagt vekt på føring i ny veileder, om at: « ..... *det utredes tilstrekkelig, men heller ikke mer enn tilstrekkelig, for de valg som skal gjøres, og at dobbeltarbeid og repeterende utredninger fra fase til fase unngås.*» De to veilederne overlapper hverandre til en viss grad, og prosjektet har videreført en del av underlaget som foreligger i Idefaserapporten.

## 2.1 Grunnlagsdokumenter for konseptfasen

Konseptfasen skal bygge på en godkjent utviklingsplan og et mandat for oppstart av konseptfase. Interne rapporter som danner grunnlag for konseptfasen for Prosjekt PHR, «Nye areal for Psykisk Helsevern og rus i Tromsø» er beskrevet detaljert i *styringsdokumentet, dok. PHR-0000-Z-AA-0001*

Konseptfasen skal også bygge på nasjonale, regionale og lokale styrende dokumenter, som blant annet: «Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023» og «Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernforskriften)», «Regional utviklingsplan Helse Nord 2035» og «Strategisk utviklingsplan UNN 2015-2025.»

## 2.2 Mandat

Sak ST 85-2020, 18. November 2020 la administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF frem endrede innstilling til styrets vedtak. Følgende endring ble enstemmig vedtatt: Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF viser til vedtakspunkt 2 i sak 26/2017 Idéfase for psykiatri- og rusfeltet ved UNN og ber om at alternativene som skal inngå i konseptfasen justeres til:

- Revidert 0-alternativ: Nybygg på Åsgård- tomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygg.
- Alternativ 1: Bygge nytt med utgangspunkt i et utvidet B1 alternativ i Breivika, inkludert ervervet tomt Gimleveien 46.
- Alternativ 2: Delt løsning mellom 0-alternativet og alternativ 1.

Helse Nord RHF behandlet Styresak 156-2020 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - nybygg psykisk helse- og rusbehandling, konseptfase. Formålet med styresaken var å oppdatere vedtak i styresak 45-2017 med ny informasjon. Begrunnelsen var blant annet at idéfaserapporten var 3 år gammel, og det var behov for å oppdatere grunnlaget og justere alternativene. Vedtak i styresak 156-2020 ble som følger:

*Styret i Helse Nord RHF viser til vedtakspunkt 2 i styresak 45-2017 Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - arealer til psykisk helse og rusbehandling, idéfaserapport, og ber om at alternativene som skal inngå i konseptfasen justeres til:*

- Revidert 0-alternativ; Nybygg på Åsgård-tomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygg
- Alternativ 1: Utvidet B1-alternativ som inkluderer nyervervet tomt i Gimleveien 46 i Breivika
- Alternativ 2: Delt løsning mellom 0-alternativet og alternativ 1

## **Styresak 156-2020    Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - nybygg psykisk helse- og rusbehandling, konseptfase**

### **Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak:**

Styret i Helse Nord RHF viser til vedtakspunkt 2 i *styresak 45-2017*  
*Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø - arealer til psykisk helse og rusbehandling,*  
*idéfaserapport*, og ber om at alternativene som skal inngå i konseptfasen justeres til:

- **Revidert 0-alternativ; dvs vedlikehold av deler av eksisterende bygg kombinert med nybygg på tomten. *Nybygg på Åsgård-tomten, eventuelt kombinert med utvikling av eksisterende bygg.***
- **Alternativ 1: Utvidet B1-alternativ som inkluderer nyervervet tomt i Gimleveien 46 i Breivika.**
- **Alternativ 2: Delt løsning mellom 0-alternativet og alternativ 1.**

*Enstemmig vedtatt.*

I henhold til styrenes vedtak ble det utarbeidet et mandat for gjennomføring av konseptfasen for Nybygg psykisk helse og rusbehandling Tromsø. Styringsgruppen godkjente mandat i styringsgruppemøte 1, 14. desember 2020. Mandatet beskriver overordnede føringer og mål, hovedaktiviteter og hvordan prosjektet skal organiseres og styres. Konseptrapporten (dette dokumentet) svarer ut krav og forventninger i mandatet.

### **2.3 Prosjektutløsende faktorer**

Prosjektutløsende behov beskrevet i OU-prosessen og gjengitt i styringsdokumentet. I hovedtrekk vises det til en svært dårlig bygningsmasse som er dårlig tilrettelagt for å ivareta pasientsikkerhet. Det vises til byggenes funksjonelle egnethet som er lite fleksible for endring i pasientgrupper og behov. Det er vanskelig å tilpasse arealene til nye behandlingstilbud som for eksempel akutt, samt tilrettelegging for aktivitet og trening integrert i behandling.

De byggetekniske forholdene er svært dårlig, og grunnfeil/mangler som vanskelig eller ikke lar seg utbedre påvirker HMS. Det er påtrengende behov for renovering, men med begrensede muligheter pga. vern og fredning. Det er en teknisk utdatert bygningsmasse, og bygningsstrukturer vanskeliggjør funksjonelle tilpasninger.

Bygningsmassen gjør det vanskelig å tilrettelegge for fleksibel bruk av personell på tvers av enheter, og arealene og utformingen av disse i begrenser effektiv utnyttelse av personell. Det er behov for bedre integrerte tjenester mellom psykisk helsevern, TSB og somatikk, og det er krevende å få til samarbeid på tvers når enheter ligger langt unna hverandre.

Klinikken er i en sårbar rekrutteringssituasjon, og har behov for faglig styrking. Dette krever arealer som understøtter forskning, faglig utvikling, studentundervisning, simulering og bruk av ny teknologi.

## 2.4 Målbildet

Psykisk helsevern og TSB er et av UNNs prioriterte utviklingsområder. Prosjektet skal bidra til å styrke utviklingen på dette området. Prosjektets samfunns- og effektmål er styrende for hva prosjekteier ønsker å oppnå med gjennomføring av konseptfasen for det framtidige målbildet.

### Samfunns mål

*Det overordnede samfunns målet for UNN er «å sikre godt og effektivt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i foretakets ansvarsområde».*

Prosjektet skal basere seg på nasjonale føringer, Helse Nord sine planer og UNNs ansvar for å tilby gode tjenester til befolkningen i Troms, Finnmark og Nordland.

### Effektmål

*Effektmål er den ønskede gevinsten av prosjektet, og peker tilbake på de behov eller problemer som er grunnlaget for prosjektet.*

<b>Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og pårørende</b>
<b>Behandlingen er sammenhengende og helhetlig</b>
<b>Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten</b>
<b>Psykisk helse- og rusklinikk er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper</b>
<b>UNN bidrar med kompetanseutvikling</b>
<b>Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder</b>
<b>Byggene er teknisk funksjonsdyktige</b>

Organisasjonsutvikling prosessen har høsten 2020 beskrevet målene, og evalueringskriteriene. Dette er beskrevet i detalj i styringsdokumentet. Effektmålene for prosjektet bygger på målene fra «Strategisk utviklingsplan UNN 2015-2025».

### Resultatmål for konseptfasen

*Å utarbeide en konseptrapport/et beslutnings-grunnlag godt nok til at UNN og Helse Nord kan beslutte om man skal gå videre i en forprosjektfase med valgt alternativ. Videre skal det være godt nok til å gi grunnlag for lånesøknad til departementet.*

Prosjektet skal i konseptfasen utrede og framskaffe et faglig grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er definert i mandatet for konseptfasen, og utdypet med prosjektets tolkning i styringsdokumentet for prosjektet. Innenfor OU-prosjektets tidsplan og økonomiske ramme skal fremtidig behandlingstilbud, ressursbehov og organisering av disse beskrives, som grunnlag for etablering av nye arealer for psykisk helse og TSB ved UNN Tromsø.

## 2.5 Universitetssykehuset

*UNN er et universitetssykehus. Dette innebærer et ansvar for å fremme forskning og utdanning. Ref. «Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020»:*

**Forskrift om godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus medfører at følgende vilkår for Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) må være oppfylt:**

- 1. bidrar vesentlig i forskningsbasert utdanning i medisin og annen helsefaglig utdanning**
- 2. bidrar vesentlig i doktorgradsutdanning i de fleste kliniske fag innen medisin og andre helsefaglige disipliner**
- 3. kan dokumentere at det utføres biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innen de fleste kliniske fagområder og**
- 4. kan dokumentere forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde.**

Avdelingen FFU (Fagutvikling, Forskning og Utdanning) tilhører Psykisk helse- og Rusklinikken. Som et ledd i samlokalisering av PHR, har prosjektet vektlagt avdeling FFU på lik linje med PHV og TSB. FFU har hatt en egen medvirkningsgruppe, og det er avsatt tilstrekkelig areal i programmet. Som Universitetssykehus skal UNN drive mer forskning med nye behandlingsmetoder eller diagnostikk som testes ut på pasienter, og tidligfase kliniske studier, og de har større bredde i fagområdene det forskes på. Det vektlegges derfor å få tilstrekkelig areal til forskning og opplæring i nær tilknytning til behandlingsareal, samt egnede simuleringens areal. Dette er et delmål for å øke kunnskap og kompetanse av høy kvalitet innen fagfeltene.

## 2.6 Medvirkning

*Organiseringen av prosjektet er basert på høy grad av medvirkning fra ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere. Prosjektgruppen har vært samorganisert med Organisasjonsutviklingsprosjektet (OU), og har arbeidet tett mot ledelsen ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK UNN).*

UNN hadde som plan at OU-prosjektet skulle ha levert et grunnlag ved start av byggeprosjektet. OU-prosessen ble forsinket grunnet covid-19 utbruddet, og har derfor gått parallelt med byggeprosjektet. Konseptfasen skal sikre sammenheng mellom løsningsalternativ bygg, og organisering av drift. Prosjektene har derfor jobbet tett i utvikling av virksomhetsalternativer og hovedprogram.

Steg 1 ble igangsatt vinter 2020/21 og innledet med bred involvering og informasjon om prosjektet. Organisasjonsutviklingsprosjektet (OU) ledet av Psykisk helse- og rusklinikken har hatt et stort engasjement. Prosjektet har jobbet grundig med målhierarkiet, og for å sette dette i sammenheng med evalueringskriteriene. Dette arbeidet har inkludert både OU og bygg, og har vært godt forankret i organisasjonen. Det har vært bred deltakelse på tvers av klinikkene i UNN, ansatte, brukere og pårørende, møter med politi og kommune, presentasjoner i administrerende direktørs ledergruppe, arbeidsmiljøutvalg og brukerutvalg. Kriterier og mål er en del av prosjektets styringsdokument som er vedtatt av prosjektets styringsgruppe. Dette omfattende arbeidet sikrer et solid grunnlag for videre beslutninger i prosjektet.

Prosjektene har jobbet tett med vurderinger på hvilke avdelinger / seksjoner/ pasientgrupper med flere som skal samles/flyttes sett opp mot nærhetsbehov i varierende grad. Dette er en del av effektiviseringsprosessen og mulige gevinstrealiseringer ved prosjektet som skal å sikre UNN godt grunnlag for fremtidig drift.

For å sikre og tydeliggjøre strategiske føringer for overgripende virksomheter har det vært holdt jevnlig møter mellom UNN, PHRK, OU og prosjektorganisasjonen for konseptfasen. Viktige avklaringer og beslutninger har blitt løftet til Styringsgruppen.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF har hatt ansvar for å koordinere medvirkningen, samt å sikre nødvendig forankring av tiltak og løsninger mot brukere og ansatte i egen organisasjon.

Avklaringer og beslutninger om innhold, omfang og organisering av virksomheten er utført i samråd med UNN. Videre har UNN hatt ansvar for medvirkningsgrupper med hvert sitt temaområde:

1. Døgn
2. Poliklinikk og ambulant
3. Forskning, fag og utvikling

Det er også opprettet felles arbeidsgrupper for områdene:

- Teknisk drift og sikkerhet
- Logistikk
- Utstyr
- IKT og teknologi

For bygg, teknikk, og IKT har det vært gjennomført flere møteserier med gjennomgang av krav per fagområde. For logistikk er det gjennomført møter med representanter for matforsyning, tørforsyning, apotek, miljørådgiver (avfallshåndtering), uteseksjon, laboratoriemedisin og renhold. I disse møtene er nåsituasjonen kartlagt, og krav til nybygg er gjennomgått.



### 3 Status dagens virksomhet, Psykisk helse- og rusklinikken

*Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) er den største klinikken ved UNN målt i antall ansatte (ca. 870 faste stillinger) og budsjett (2020: 747 mnok). Klinikken virksomhet omfatter 2 fagområder: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern for voksne (PHV).*

Klinikken dekker sykehusfunksjon innenfor psykisk helsevern for voksne for Ofoten, Troms og Finnmark, og regional sykehusfunksjon innenfor TSB for Helse Nord RHF. I tillegg har klinikken ansvar for lokalsykehusfunksjoner for Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og omegn samt Nord-Troms (ivaretas gjennom Sentre for psykisk helse og rusbehandling, SPHR, tilsvarende nasjonal betegnelse DPS). Klinikken har virksomheter lokalisert 7 steder: Narvik, Håkvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Tromsø, Storsteinnes og Storslett.

Klinikken virksomhet er organisert gjennom 5 avdelinger:

- Avdeling sør (bestående av SPHR Ofoten, SPHR Sør-Troms og SPHR Midt-Troms)
- Avdeling nord (bestående av SPHR Tromsø og SPHR Nord-Troms)
- Psykiatrisk avdeling (bestående av Sikkerhetspsykiatrisk seksjon, Alderspsykiatrisk seksjon og Akuttpsykiatrisk seksjon)
- Rusavdelingen (bestående av Russeksjon Narvik og Russeksjon Tromsø)
- Fagutvikling, forskning og utdanning (bestående av Fagutviklingsenheten, RVTS-Nord, VIVAT, KoRus-Nord, Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri samt Tvangsforsk.

*Prosjektet omfatter virksomheter lokalisert til Åsgård, Tromsø.*

#### 3.1 Dimensjonering og ansvarsområder, PHRK Åsgård

##### SYKEHUSFUNKSJONER INNEN PSYKISK HELSEVERN

Opptaksområde: Ofoten, Troms og Finnmark. Samtlige er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. psykisk helsevernloven (med unntak av poliklinikk.)

- Regionale akuttposter x3: Akuttpost nord, akuttpost sør og akuttpost Tromsø
- Psykose- og rus enhet
- 3 sikkerhetsposter: Sikkerhetspsykiatri døgn, sikkerhetspsykiatri rehabilitering og regionale sikkerhetsplasser
- Alderspsykiatrisk post
- Alderspsykiatrisk poliklinikk

##### TSB (Russeksjon Tromsø), regional funksjon:

Godkjent for tvang iht. Helse- og omsorgstjenesteloven (med unntak av poliklinikk.)

- Avrusning med akutttilbud
- Rusbehandling restart
- Rusbehandling ung

- Ruspoliklinikk, med forebyggende familieteam og LAR (Legemiddelassistert rusbehandling)

#### DPS (SPHR) Tromsø:

- 2 døgnenheter, begge godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. Psykisk helsevernloven
- Regionalt medikamentfritt behandlingstilbud
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk
  - OCD-team (Obsessive-Compulsive Disorder, tvangslidelse) for voksne, regionalt
  - Rusteam
- Ambulant akutte team
- Ambulant rehabiliteringsteam (under omforming til FACT-team)
- ACT-team

#### Avdeling FFU, Fagutvikling, forskning og utdanning:

- Fagutviklingsenhet
- Bibliotek
- SIFER-Nord: Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
  - Tvangsforsk (nasjonalt nettverk for forskning og kunnskapsutvikling på bruk av tvang i det psykiske helsevernet i Norge)
- RVTS-Nord: Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
- VIVAT selvmordsforebygging (nasjonal funksjon)

#### Utover dette er følgende virksomhet lokalisert til Åsgård området:

- Klinikkleidelse med tilhørende stabsenhet
- Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet: Institutt for klinisk medisin (forskningsgruppe psykiatri) og Institutt for psykologi (studentkontorer for profesjonsstudium i psykologi)
- Kulturavdelingen (Kommunikasjons- og kultursenteret, UNN)
- Laboratorium (Diagnostisk klinikk, UNN)
- Drifts- og eiendomssenteret, UNN (teknisk, renhold, sentralbord, tømforsyning, catering og matforsyning)
- Fysioterapi (Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, UNN)
- Fyrhuset kurs- og konferansesenter, UNN
- Åsgård tannklinikk (Troms og Finnmark fylkeskommune)
- Sosial-medisinsk institusjonsskole (Troms og Finnmark fylkeskommune)

## 3.2 Dagens kapasitet

Tabellen nedenfor gir en oversikt over samlet døgnkapasitet i 2020 for behandling psykisk helsevern på Åsgård.

Tabell 1 Døgnkapasitet – PHRK Åsgård

Avdeling	Funksjoner	Antall døgnplasser	Lokalisering	BYGG
Akuttpsykiatrisk seksjon	Akuttpsykiatri	34	Åsgård	Bygg 1
Akuttpsykiatrisk seksjon	Psykose- og rus enhet	11	Åsgård	Bygg 2
Sikkerhetspsykiatrisk seksjon	Regionale plasser (RSA)	3	Åsgård	Bygg 5
Sikkerhetspsykiatrisk seksjon	Lokale plasser (LSA)	7	Åsgård	Bygg 5
Sikkerhetspsykiatrisk seksjon	Rehabilitering	7	Åsgård	Bygg 6
Alderspsykiatrisk seksjon	Alderspsykiatri	14	Åsgård	Bygg 4
<b>Psykiatrisk Avdeling Tromsø</b>		<b>76</b>		
TSB	Avrusning med akutttilbud	10	Åsgård	Bygg 3
TSB	Rusbehandling restart	12	Åsgård	Bygg 12 (L.E.vei)
TSB	Rusbehandling ung	15	Åsgård	Bygg 14 (Åsg.vei)
<b>Rusavdeling og russeksjon Tromsø</b>		<b>37</b>		
DPS	SPHR/DPS Tromsø (PHV)	24	Åsgård	Bygg 7
DPS	Medikamentfri behandling	6	Åsgård	Bygg 3
<b>Avdeling Nord, Senter for Psykisk Helse- og Rus (døgnseksjon) (DPS)</b>		<b>30</b>		
<b>SUM Døgnplasser</b>		<b>143</b>		

Byggene hvor poliklinikkene har holdt til, er ikke godkjent til forsvarlig drift. Det bygges et midlertidig modulbygg på Åsgård-anlegget, som skal romme 43 poliklinikk-rom.

## DEL II

# PROGRAM

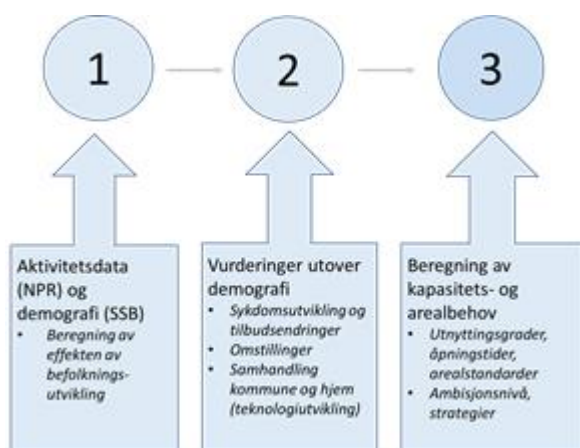


## 4 Kapasitet og Framskriving

Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) er den største klinikken ved UNN målt i antall ansatte. Behandlingsenheter som inngår i framskrivingen av aktivitet og kapasitetsberegninger ved UNN Tromsø: Akuttpsykiatri, Alderspsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, TSB og DPS funksjoner.

### 4.1 Metode for å beregne framtidig kapasitetsbehov

Nedenfor vises utdrag fra framskrivings rapporten. Denne rapporten bygger på nasjonale føringer angitt Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023. Det er beregnet kapasitetsbehov innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved behandlingsenheter i UNN Tromsø. Til dette er den nasjonale framskrivings modellen benyttet med tilpasninger til UNN Tromsø etter innspill fra ledelsen i PHRK. Framskrivingene baserer seg på aktivitetsdata fra 2019. Vi ser inn i ett 2035 perspektiv, og framskrivingene viser et kalkulert kapasitetsbehov for PHR UNN Tromsø. Antagelser om trender og utvikling er også ivaretatt.



Figur 1 Metode framskriving

Den nasjonale framskrivings modellen ble i sin tid utviklet av «Kompetansenettverket for sykehusbygging» i 2011 (KNS) i samarbeid med de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og SINTEF. Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivinger.

#### Tilpasninger utover standardmodellen

Framskrivingene tilpasses etter regionale og lokale forhold. I denne framskrivingen er det gjort tilpasninger beskrevet nedenfor.

- Redusere effekten av kortere liggetider.
- Overføring til kommunehelsetjenesten (samhandling kommune/hjem) er satt til 0 for sikkerhets- og akuttpsykiatri (både døgnopphold og poliklinisk virksomhet)
- Overføring til kommunehelsetjenesten (samhandling kommune/hjem) er satt til 50% i forhold til standardmodellen for alderspsykiatri, SPHR)/DPS Tromsø og TSB (både døgnopphold og poliklinisk virksomhet)
- Åpningstid for poliklinisk virksomhet er satt til 8 timer



- Døgnopphold og liggedøgn ved seksjon «Medikamentfri behandlingssenhet» (regional funksjon) ved SPHR Tromsø er tatt ut av aktivitets- og kapasitetsoversiktene.
- For alle behandlingssenhetene ble omstillingsfaktoren «Pst-ending i medisinskteknisk utvikling (inkludert effektivisering)» redusert med 80 prosent i forhold til standard i framskrivningsmodellen. Dette fordi behandling innen PHV og TSB ikke oppnår den samme nytten av medisinsk teknisk utvikling som somatisk behandling.

### Åpningstider, utnyttelsesgrader og behandlingstider PHV-V og TSB – standard og justert

- Belegg senger PHV-V: 85%
- Belegg senger TSB: 80%
- Åpent dager i året for elektiv virksomhet: 230 dager
- Justert åpningstid for dagbehandling/poliklinikk per dag: 8 timer
- Standard åpningstid: 6 timer
- Behandlingstid poliklinikk: 1,5 timer (90 minutter)

## 4.2 Framskrevet aktivitet til 2035

Tabellen under viser oversikt over aktiviteten for psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) etter behandlingssenhet ved UNN Tromsø. Aktivitet framskrevet fra 2019 til 2035. Prosentvise endringer presenteres også. (Kilde: NPR, Helsedirektoratet, SSB)

Tabell 2 Framskrivning – oversikt aktiviteter

Type aktivitet	Sikkerhets- psykiatri Tromsø	Alders- psykiatri Tromsø	Akutt- psykiatri Tromsø	Sum Psykiatrisk avdeling Tromsø	SPHR Tromsø (PHV)*	Russeksjon Tromsø	SPHR - Tromsø (TSB)**	Sum PHV og TSB Tromsø
<b>Aktivitet 2019</b>								
Døgnopphold	33	90	1 203	1 326	499	533		2 358
Liggedager	6 214	3 715	15 743	25 672	7 641	12 050		45 363
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	110	1 841	386	2 337	24 036	9 380	1 579	37 332
<b>Aktivitet 2035</b>								
Døgnopphold	34	149	1 309	1 492	538	587		2 617
Liggedager	6 080	5 748	16 593	28 421	7 470	11 653		47 544
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	148	3 841	507	4 496	29 087	11 583	2 009	47 175
<b>Prosentvis endring 2018-2035</b>								
Døgnopphold				12,5 %	7,9 %	10,1 %		11,0 %
Liggedager				10,7 %	-2,2 %	-3,3 %		4,8 %
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner				92,4 %	21,0 %	23,5 %	27,3 %	26,4 %

Innen PHV-V og TSB UNN Tromsø viser tabellen at det samlet sett blir en økning i døgnoppholdene og liggedager på henholdsvis 11 og 5 prosent fra 2019 til 2035, men endringene varierer mellom behandlingssenhetene. Videre viser tabellen at dagbehandling/poliklinisk aktivitet samlet sette øker med rundt 26 prosent fra 2019 til 2035, men økningen variere også her mellom behandlingssenhetene.

## Kapasitetsberegninger

Med utgangspunkt i tabell 2.3 og 2.4 med framskrevet aktivitet, beregnes kapasitetsbehovet for senger og poliklinikkrom/dagplasser. Følgende utnyttelsesgrader og åpningstider er benyttet:

- Utnyttelsesgrader: 85% belegg innen PHV-V, 80% belegg innen TSB
- Åpningstider: Dagbehandling/poliklinisk aktivitet: 8 timer

Tabellen under viser beregnet kapasitet for senger og poliklinikkrom/dagplasser innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved Psykiatrisk avdeling, SPHR og Russeksjon Tromsø 2019 og 2035.

Tabell 3 Framskrivning - beregnet kapasitet

Type kapasitet	Sikkerhets-psykiatri UNN	Alders-psykiatri UNN	Akutt-psykiatri UNN	Sum Psykiatrisk avdeling Tromsø	SPHR Tromsø (PHV)*	Russeksjon Tromsø	SPHR Tromsø (TSB)**	Sum PHV og TSB UNN Tromsø
<b>Kapasitet 2019 - beregnet</b>								
Senger	21	12	51	84	25	42		151
Poliklinikkrom/dagplasser	1	2	1	4	20	8	2	34
Poliklinikkrom/dagplasser justert for ambulante pkl kons	1	1	0	2	18	7	1	28
<b>Kapasitet 2035</b>								
Senger	20	19	54	93	25	40		158
Poliklinikkrom/dagplasser	1	4	1	6	24	10	2	42
Poliklinikkrom/dagplasser justert for ambulante pkl kons	1	2	0	3	21	9	1	34

## 4.3 Vurdering av framskrivning

Henvisning; Styringsgruppemøte 09.04.21 sak SG EX-15 «Framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov PHV og TSB ved UNN Tromsø, - 2019 framskrevet til 2035».

I Helse Nords Strategiske utviklingsplan 2035<sup>1</sup> er det slått fast at Helse Nord skal prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester, og at Helse Nord skal sikre at psykisk helsevern gir et riktig tilbud til personer med flere samtidige alvorlige og langvarige lidelser (5 – 10 % av gruppen). Dette legger føringer for økt satsing på, og aktivitet i PHV og TSB i årene framover, noe som vil kreve økt kapasitet både innenfor PHV og TSB.

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon

Endret lowerk som gjelder kriterier for utilregnelighet vil sannsynligvis også føre til at flere blir dømt til tvunget psykisk helsevern. Kapasiteten ved sikkerhetspsykiatrisk seksjon er allerede fullt utnyttet. Det er behov for beredskapskapasitet til akutte opphold for å bistå/avlaste akuttpsykiatrisk seksjon. Det er også

<sup>1</sup> Regional utviklingsplan 2035

Helse Nords regionale utviklingsplan legger føringer for utviklingen av helsetjenestene fram mot 2035. Vedtatt av styret i Helse Nord RHF 19. desember 2018

behov for inntil 2 sengeplasser for å kunne tilby judisielle døgnobservasjon, tjeneste alle regionale sikkerhetsavdelinger skal kunne tilby.

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har et behov for "treningsleiligheter" i rehabiliteringssammenheng. For denne pasientgruppen foreligger det et klart behov for utprøving utenfor sengepost for å kunne dokumentere at pasientene klarer seg uten rammene av lukkede poster før utskrivning til hjemkommune.

Alderspsykiatrisk seksjon tar imot pasienter til akutte/raske opphold, men har ikke plikt til å yte ø-hjelp (slik akuttpsykiatrisk seksjon har). En velutviklet ambulant tjeneste, økt alderspsykiatrisk kompetanse ved SPHR samt utvikling av kommunale tilbud vil være faktorer som bidrar til at man vil kunne klare seg med noe lavere døgnkapasitet enn det framskrivningen tilsier.

Akuttpsykiatrisk seksjon har over flere år hatt en beleggspersent nær, og i flere perioder over 100 %. Åpne døgnenheter og ambulante akutteam dekker andre behov og andre pasientgrupper enn de pasienter som er i behov av innleggelse i Akuttpsykiatrisk seksjon. Behovet for akuttpsykiatriske sengeplasser har over tid i betydelig grad overskredet dagens kapasitet. Økt kapasitet i akuttpsykiatrien vil kunne bidra til at de to forannevnte seksjonene kan klare seg innenfor beskrevet kapasitet.

SPHR Tromsø døgn og poliklinisk kapasitet: Forslaget til uendret døgnkapasitet forutsetter økt poliklinisk/ambulant virksomhet og en forventning om styrking av kommunale tilbud (inkl. styrking av kommunale forsterkede botilbud). SPHR Tromsø har ansvaret for oppfølging av tvungne vern uten døgnopphold (TUD). Senterets døgnenheter er godkjente for oppfølging av pasienter på tvang. Bruk av tvang er mer ressurskrevende enn frivillig behandling. Erfaringsmessig er proaktiv tilrettelegging for frivillige tilbud mer ressurskrevende. Uendret døgnkapasitet ved SPHR forutsetter en styrking av det polikliniske tilbudet.

Russeksjon Tromsø døgn og poliklinisk kapasitet:

Helseatlasen viser at Nord-Norge har relativt mye døgnbehandling i TSB og forholdsvis lite poliklinisk aktivitet. De siste årene har vi sett en dreining innen TSB fra ren elektiv virksomhet over mot mer akuttbehandling. Det er framholdt behov for å utvikle intermedieært tilbud for å få til bedre behandling og en bedre mulig pasientflyt. Et slikt tilbud vil frigjøre akuttkapasitet og gjøre det mulig å tilby videre utredning, stabilisering og behandling i forkant av behandlingstilbud i døgnenheter eller poliklinisk/ambulant.

Økt oppmerksomhet på rusmisbruk blant pasienter innenfor somatisk virksomhet vil også kunne få kapasitetsmessige konsekvenser. Et av hovedmålene med nybygg for Psykisk helsevern og TSB i Tromsø vil være å oppnå helhetlige og sammenhengende tilbud for pasientene.

Utdanning av spesialister er en av UNNs hovedoppgaver. UNN er per i dag det eneste helseforetaket i vår helseregion hvor leger kan gjennomføre hele utdanningsløpet i Rus- og avhengighetsmedisin (RAM).

Det er behov for å styrke poliklinisk TSB uten å ta ned døgnkapasiteten.



## Samlet vurdering

Det er totalt sett et behov for økt kapasitet på sykehusnivå. Behovet for økt kapasitet er størst i Psykiatrisk avdeling (akuttpsykiatri, alderspsykiatri og sikkerhetspsykiatri). Kapasitetsøkningen som foreslås innen PHV er tett koblet mot dagens underkapasitet og behandlingsmessige utfordringer som virksomheten har. Underkapasiteten er betydelig større innen PHV enn TSB. Muligheten for et skifte fra døgn til dag (inkludert ambulant virksomhet) vurderes å være størst på DPS/SPHR-nivå og innenfor TSB.

## 4.4 Anbefalte kapasiteter

Anbefalte kapasiteter basert på framskriving og klinikkens vurdering vises i tabell under pr funksjon og totalt.

Tabell 4 Anbefalte kapasiteter

Funksjon	Dagens kapasitet døgnplasser	Antall sengeposter	Døgnplasser pr. sengepost	Totalt antall døgnplasser	Endring døgnplasser
Sikkerhetspsykiatri lokal* inkl. 3 RSA	14 + 3	2	10	20	+3
Akuttpost med mottaksfunksjon	34	2	10	20	-14
Akuttpost psykose (omgjort)	0	1	10	10	+10
Rus- og psykiatripost (omgjort PRE)	11	1	12	12	+1
Fleksibel intermediærpost (ny)	0	1	12	12	+12
Alderspsykiatrisk post	14	1,5**	12	18	+4
<b>Sum PHV</b>	<b>76</b>	<b>8,5</b>		<b>92</b>	<b>+16</b>
Avrusning med akutttilbud	10	1	12	12	+2
Rusbeh. restart	12	1	12	12	0
Rusbeh. ung	15	1	12	12	-3
<b>Sum TSB ***</b>	<b>37</b>	<b>3</b>		<b>36</b>	<b>-1</b>
SPHR Tromsø	24	2	12	24	0
Medikamentfri	6	0,5**	6	6	0
<b>Sum SPHR</b>	<b>30</b>	<b>2,5</b>		<b>30</b>	<b>0</b>
<b>SUM Døgnplasser</b>	<b>143</b>	<b>14</b>		<b>158</b>	<b>+ 15</b>

\*I tillegg planlegges 3 utflyttings-/treningsleiligheter til sikkerhetspsykiatri.

\*\* Alderspsykiatri og Medikamentfri behandlingseter deler en sengepost (6+6 plasser).

\*\*\* Usikkerhet vedrørende kapasitet jamfør omtale av regional kapasitet.

Alle sengeposter planlegges med lik utforming, med unntak av sikkerhetspsykiatri (2 sengeposter) som får en noe annen utforming med færre pasientrom (10) og mer plass til aktivitet og opphold.

Det legges til grunn 12 generelle døgnposter med 12 sengeplasser, hvor 3 døgnenheter driftes med 10 senger (akuttpost mottak og psykose). Normerte senger blir totalt 158, hvor dette gir totalt programmerte 164 døgnplasser. Sikkerhets vil få en annen utforming med større areal pr pasient.

Vi har tenkt at det er riktig og hensiktsmessig å tenke framtidig aktivitet og kapasitet inn i «malen» for nytt sykehusbygg. Det er likevel en ønsket faglig utvikling og framtidig behov for kapasitet som skal bestemme endelig utforming, dimensjonering og lokalisering av nytt sykehusbygg.



## 5 Hovedprogram

*Hovedprogrammet beskriver forutsetninger og føringer for «Nye areal PHR». Programmet klargjør premisene ved å beskrive virksomhetsinnhold, dimensjonering, og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur. Dokument: PHR-0000-Z-AA-0002, PHR Hovedprogram.*

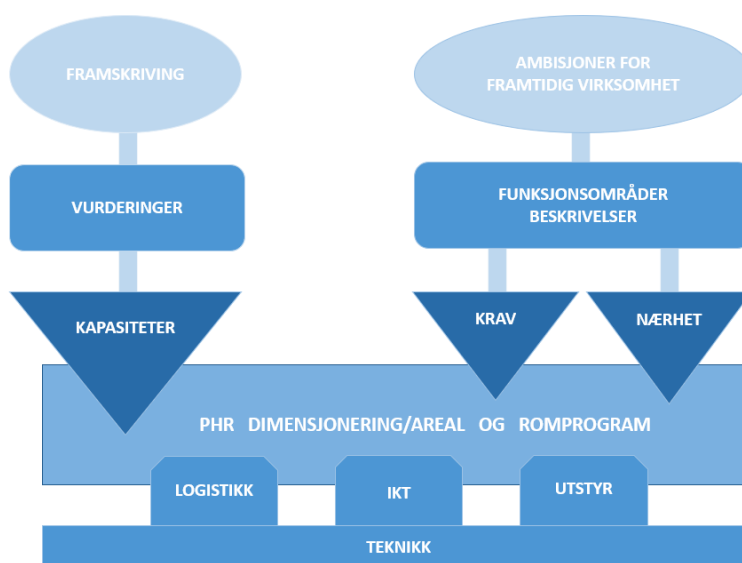
*Dette er førende prinsipper som skal ligge til grunn i alle alternativer.*

Programmet gir anvisning til arkitekter og rådgivere om viktige prinsipper for utvikling av prosjektet både for steg-1 og i steg-2. Programmet gir underlag for å utarbeide konsept og investeringskalkyle. Videre skal programmet beskrive prosjektets forutsetninger og forslag til arealbruk på et overordnet nivå, slik at forutsetninger og beregninger lett lar seg verifisere (gjennomsiktig og etterprøvbare). Hovedprogrammet er utarbeidet etter «Veileder for hovedprogram» (2019). Foreløpig Hovedprogram for steg 1 er vedlagt.

*Hovedprogrammet vil i steg 2 bli oppdatert på grunnlag av valgt hovedalternativ, og innspill fra medvirkningsgrupper, styregruppen, IKT-konsept, KSK og de utredninger som er utført i steg 1. Skisseprosjektet skal vise løsning for anbefalt hovedalternativ som er i samsvar med Hovedprogrammets forutsetninger.*

Med bakgrunn i overordnede føringer fra styringsdokumentet, effektmål og evalueringskriterier beskrives overordnede ambisjoner for fremtidig virksomhet.

Disse ambisjonene er førende for de 4 programdelene; funksjon, teknikk, utstyr, IKT konsept.



Nedenfor følger et kort sammendrag fra hvert av programområdene.

## 5.1 Viktige forutsetninger for psykisk helsevern og bygg

*Institusjonen må være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig behandling kan ivaretas. Jfr.. Forskrift om tvungent psykisk helsevern*

### Psykisk helsevernlov

Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet.



### Forskrift om tvungent psykisk helsevern

Institusjonen må være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig behandling kan ivaretas. *Kap. II. Krav til institusjoner som skal ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold (jf. psykisk helsevernloven § 3-1). § 4. Materielle krav*

Institusjonen må være fysisk utformet og materielt utstyrt på en slik måte at kravet til forsvarlig behandling kan ivaretas. For institusjoner som skal ha ansvar for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, stilles det i tillegg følgende krav:

- a) institusjonen skal så langt det er mulig gi tilbud om [enerom](#) til pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.
- b) institusjonen skal ha [tilstrekkelig med fellesarealer](#). Fellesarealene skal være [oversiktlige](#).
- c) institusjonen skal ha lokaler som er egnet til [fritidsaktiviteter og opplæringsformål](#).
- d) institusjonen skal ha tilgang på [egnede utearealer](#), som bør være i umiddelbar nærhet av institusjonen.
- e) institusjonen skal være [fysisk utformet og materielt utstyrt](#) på en slik måte at bruk av [tvangstiltak i størst mulig grad kan unngås](#). Dersom tvangstiltak likevel må benyttes, skal institusjonen sørge for at den er materielt utrustet på en slik måte at anvendelse av tvangstiltak er forsvarlig.
- f) [rom som tenkes brukt til isolasjon skal være egnet til formålet](#).
- g) institusjonen skal ha [tilfredsstillende skjermingsmuligheter](#)

På Åsgård er alle sykehusfunksjoner innen psykisk helsevern, og DPS/SPHR Tromsø, godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. Psykisk helsevernloven.

### Sikkerhet og robusthet

Begrepet "robusthet", "robust utførelse" omfatter krav for å redusere pasientens mulighet for vandalisering/demontering, henging (antiligatur utførelse), selvskading eller voldning av skade på andre

personer. Sykehusbygg har utviklet en oversikt over spesielle krav til utforming av bygg og tekniske komponenter i bygg for psykisk helsevern og rus. Samlet gir Sikkerhets- og robusthetsprogrammet en systematisk oversikt over krav til utstyr, teknikk og bygg på flere kvalitetsnivåer fordelt på soner i et bygg for psykisk helsevern. Sikkerhet og robusthet bygges inn som en naturlig del av byggets arkitektur ved utforming av romløsninger, materialvalg og utstyr.

## 5.2 Funksjon

Det er et mål at *løsningen skal legge til rette for gode pasientforløp, høy pasientsikkerhet, fremme gode og effektive arbeidsprosesser, god forsyningssikkerhet og god driftsøkonomi.*

Dette utvikles innenfor følgende ramme;

Pasienten og behandling	Løsningen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mest mulig pasientinvolvering og medbestemmelse</li> <li>• Løsningen i bygget skal understøtte pasientens dynamiske forløp, avhengig av pasientens funksjons- og mestringsnivå.</li> <li>• Det tilrettelegges for individuell terapi, gruppeterapi, miljøterapi, medikamentell behandling og medisinfri behandling, aktivitet og opplæring..</li> <li>• Høy grad av personell samhandling mellom døgnerhetene</li> <li>• Høy grad av sambruk av fellesrom.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Generalitet</u> som ivaretar funksjonelle løsninger</li> <li>• <u>Standardisering</u> av døgnplasser, døgnerhet og døgnområder.</li> <li>• <u>Fleksibilitet</u> som ivaretar pasientens valgmulighet, personalets mulighet for soneinndeling av pasientområder i døgnerheter og i døgnområde, personalets mulighet for samhandling, ledelsens mulighet for endring av organisatoriske enheter</li> </ul>

Her gis en oversikt over prioriterte krav som har betydning for utforming av løsning i steg-1.

Dokumentasjonsreferanse til hovedprogram.

*Tabell 5 Prioriterte krav steg-1*

Krav
Det legges til grunn til grunn generelle, standardiserte og likt strukturerte døgnerheter. Sikkerhet døgnerhetene baserer seg på de standardiserte døgnerhetene, - men kan formes annerledes.
En kompakt helhetlig løsning som knytter alle funksjoner tett sammen for god samhandling, behandling og driftseffektivitet.
Felles hovedinngang for døgnerområdene og poliklinikkområde med et åpent og velkomment adkomstparti med en «gate» til døgnerheter og poliklinikkområde.
Akutt flyt – adskilt i lukket korridor. Vareflyt - adskilt i lukket korridor.
Egen personalinngang til garderobe.
Felles akuttmottak med tett nærhet til to aktuelle døgnerheter.

Det opprettes Integrrert felles personalbase for minst to døgneheter. Det legges til rette for at 4 døgneheter har samlokalisert felles område for personalbase.
Sone opprettes for skjermingsenheter og kontaktsmitterom. Sonen kan sees i sammenheng mellom to døgneheter for å ivareta sikkerhet og driftseffektivitet.
Utsikt til natur fra hovedandel av pasientrommene og fellesrom.
Korridorer i døgneheter har 3 meter bredde
Samlet poliklinikkområde deles i 3 soner med fellesområde.
Nærhet til døgnområdene.
Det legges til rette for uniformering for personalet i døgnområdene. Garderobeanlegg opprettes
Pasienter har lett tilgang til skjermede uteområde fra alle døgneheter. Uteområde opprettes som deles av to døgneheter.
Hovedandelen av døgneheterne legges på bakkenivå med tilgang til uteområder, fortrinnsvis lukkede akuttposter, sikkerhet og alder.
Alt behandlingstilbud etableres i nybygg. SPHR (DPS) er integrrert del av det helhetlige tjenestetilbudet og ivaretas i prosjektet som generelle døgneheter. Plassering i løsning vurderes senere.
Aktivitetssenterets funksjoner samles og er lett tilgjengelig for pasientene. Nærhet til døgnområdene.
Matkonsept og kantine er en del av det behandlings -og miljøterapi-messige tilbudet. Kantine med nærhet til døgnområdet.
FFU legges som en samlet funksjon. FFU legges i nærhet til undervisningscenter.

### 5.3 Teknikk

Hovedprogrammets programdel teknikk definerer ambisjonsnivået for tekniske løsninger og bygningsdesign på et overordnet nivå. Det baserer seg på nybygg og viser overordnede krav til bygningsutforming, teknisk infrastruktur, energieffektivitet, miljøbelastning, sikkerhet, transportløsninger og tekniske systemer. Programdelen definerer i tillegg hvilke delområder som skal risikovurderes (ROS), kostnadsvurderes (LCC) og livssyklusvurderes (LCA).

Programdel teknikk er et styrende dokument i planleggingen av et nytt bygg for psykisk helsevern og rusbehandling i Tromsø. Det bidrar til å skape en overordnet felles teknisk referanse for ulike grupper og aktører gjennom hele planleggingsprosessen. Programdel teknikk danner sammen med programdel funksjon, utstyr og IKT grunnlag for arbeid med skisseprosjekt, forprosjekt og detaljprosjekt.

Overordnede krav i programdel teknikk er ivaretatt av en prosjektspesifikk kravliste i kap. 6.6. Kravlisten inkluderer ansvar og rollefordeling. Hensikten med dette oppsettet er at føringer som har betydning for kostnader og design blir fanget opp før utarbeidelse av skisser, kostnadskalkyler og usikkerhetsanalyser.

Listen over tekniske krav er delt i følgende kategorier med basis i Bygningstabellen (NS3451):

- Tverrgående føringer
- Bygning
- VVS

- Elkraft
- IKT og automasjon
- Andre installasjoner
- Utendørs

Programdel teknikk er utarbeidet av prosjektorganisasjonen i samarbeid med fagansvarlige ved UNN og vil bli gjennomgått og utsjekket med rådgivergrupper når de er kontrahert inn i prosjektet og hovedalternativ er valgt.

- PHR Spesielle funksjonskrav for psykiatribygg med robusthetsmatrise (PHR-0000-Z-AA-0006)
- PHR dRofus database
- PHR Prosjektspesifikk BIM – manual (PHR-0000-Z-AA-0004)
- Standardromskatalogen
- Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter
- Byggveileder for smittevern
- Ukom rapport nr. 1-2021: Utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet
- Ukom rapport nr. 2-2021: Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern

### Tverrfaglige prinsipper

Det skal velges en nøktern materiellstandard, med god kvalitet, kostnadseffektive, robuste og miljøriktige løsninger, tilpasset prosjektets kostnadsramme. Høyere materiell standard for spesielle områder, systemer, eller funksjoner, skal avklares og dokumenteres særskilt. Med god kvalitet, menes egenskaper som minimum svarer til spesifiserte krav, samt eiers og bruker sine forventninger.

### Generalitet, fleksibilitet og elastisitet

Den medisinske virksomheten samt medisinteknisk utstyr er i rask endring og bygget må derfor formes slik at det blir tilpasningsdyktig i møte med endringer i byggets levetid. Et tilpasningsdyktig bygg defineres gjennom generalitet, fleksibilitet og elastisitet:

- Generalitet: evne til å tilpasse seg ulike funksjoner uten vesentlige inngrep i arealer, innredninger eller installasjoner.
- Fleksibilitet: innenfor gitte rammer og modulsystemer kan arealer endres uten at dette virker inn på byggets primære løsninger (arealfleksibilitet).
- Elastisitet: evne til å tilpasse seg krav til utvidelser eller nedskalering.

Bygningen må være tilrettelagt for hyppig endring av aktiviteter uten at det krever omfattende ombygging. For å ivareta dette må det være klart definerte områder for generalitet og områder for fleksibilitet. Spesiell tilretteleggelse for generalitet og fleksibilitet i alle områder er ikke kostnadseffektivt, og det må tidlig i forprosjektet defineres i hvilken grad og med hvilke virkemidler generalitet og fleksibilitet skal gjennomføres.

For å oppnå fleksibilitet er det vesentlig at tekniske hovedføringer, tekniske rom og viktige rom som for eksempel sentralt hovedkommunikasjonsrom, hovedfordelinger, ventilasjonsrom mv. har innebygget mulighet for utvidelse og kapasitetsøkning. Flexibilitet i tekniske føringer krever ryddige opplegg med god atkomst til installasjoner uten å måtte rive og demontere, noe som bl.a. kan oppnås med bruk av vertikale føringssjakter. Avstengningsmuligheter for viktige tekniske systemer for redusert omfang av driftsavbrudd ved senere endringer er også viktig.

## 5.4 Utstyr

Hovedprogram utstyr skal gi overordnede føringer og retningslinjer for utstyrprosjektet for å ivareta bygg- og funksjonsutstyr.

Hovedmålsettingene for utstyrprosjektet er å:

- kostnadsestimat utstyr
- sikre at alle avdelinger/rom har et komplett utstyrprogram som ivaretar den planlagte funksjonen og kapasiteten i arealet
- utruste funksjonene med utstyr som minst viderefører dagens utstyrstandard
- anskaffe moderne, effektivt utstyr
- sikre at utstyr som anskaffes er sikkert/sertifisert, brukervennlig og miljøvennlig
- sikre driftseffektive løsninger med lavest mulig levetidskostnader
- sikre ansatte i driftsorganisasjonen medvirkning i valg av teknologi og løsninger
- få til sambruk av teknologi/utstyr der det er mulig
- standardisere løsninger så langt det er mulig
- gjennomgå eksisterende utstyrspark med henblikk på mulighet for gjenbruk
- sikre god og tilstrekkelig opplæring, slik at utstyret utnyttes best mulig,
- innhente all nødvendig informasjon som kan påvirke utforming og dimensjonering av bygg og teknikk
- fastslå tidspunkt for når nytt utstyr skal kjøpes inn

*De viktigste suksesskriteriene for utstyrprosjektet er:*

- Planlegging og anskaffelse skal gjennomføres innenfor definerte tids- og kostnadsrammer
- Involvering av brukerne av utstyret på en hensiktsmessig måte
- Godt samarbeid mellom prosjekt- og driftsorganisasjon
- God koordinering og klare grensesnitt mellom utstyr, IKT og teknikk i alle faser av prosjektet

### Kostnadsestimat

Kostnadsestimat utstyr inngår i prosjektets totale kostnadsestimat. Gjenbrukspotensialet er vurdert til minimalt. Det forutsetter i første omgang nytt utstyr og nye møbler. Kostnadsoverslaget utarbeides på grunnlag av utstyrprogrammering i samarbeid med klinikken av hvert enkelt rom i prosjektet.



Det er estimert henholdsvis 145 200 000 mnok inkl. mva. innenfor programmert areal på 35 000 m<sup>2</sup> BTA. Dette inkluderer ikke nye tekniske løsninger

### Byggutstyr og funksjonsutstyr

Det skilles mellom bygg- og funksjonsutstyr. Bygg utstyr inkluderer fastmontert inventar og annet fast utstyr som inngår i byggets infrastruktur og kalkuleres som en del av entreprisekostnadene.

Funksjonsutstyr er knyttet til funksjonen i rommet og omfatter i hovedsak løst utstyr. Utstyret budsjetteres via egen budsjettpost og inngår normalt ikke i entreprisekostnadene. Kostnader for hjelpearbeider i forbindelse med installasjon av utstyr tas med i bygg- og teknikkentreprisene.

### Bygg- og installasjonspåvirkende utstyr (BIP)

Bygg- og installasjonspåvirkende utstyr defineres som utstyr som har egenskaper som innebærer at det i prosjektering av bygg eller rom må tas spesielle hensyn til utstyret. Eksempler på bygg- og installasjonspåvirkende utstyr kan i dette prosjektet være vaskemaskiner, dekontaminator og kjøkkenutstyr til matbearbeiding.

Det er viktig å tenke på at også utstyr som senger er installasjonspåvirkende. Dørbredden må være slik at det skal være mulig å flytte standard senger inn ut av pasientrom uten at sengene helt eller delvis må demonteres.

All informasjon om utstyret skal være tilgjengelig i prosjektets utstyrsdatabase.

## 5.5 IKT-konsept

IKT i PHR UNN-prosjektet vil forholde seg til både nasjonale, regionale og lokale føringer for IKT i helsesektoren i Norge

Strategisk utviklingsplan for e-helse og IKT i UNN skal:

- UNN skal på utvalgte områder ha en ledende rolle regionalt i utvikling og implementering av IKT og E-helseløsninger, og skal være nasjonalt ledende innen elektronisk samhandling og digitale pasienttjenester
- Stimulere til bruk av IKT-løsninger som bidrar til økt pasientsikkerhet, forbedret pasientbehandling og kvalitet, og som også understøtter UNNs ansvar for forskning, utdanning, læring- og mestring og samhandling
- Bidra til å prioritere tiltak og prosjekter innenfor IKT-området og som legger føringer for fremtidige investeringer på IKT området

Nye PHR UNN skal benytte seg av teknologiske løsninger i samhandlingen med PHR UNN både om undervisning, utdanning, veiledning og om den enkelte pasient.

Ansvar og oppgaver må fordeles imellom sentrale aktører. Antatte aktører vil være Helse Nord, Helse Nord IKT, UNN, Sykehusbygg og Entreprenør(-er). Oversikt over hvilke IKT leveranser som planlegges, samt hvem

som har ansvaret samt finansieringskilde er gjengitt i *Vedlegg til Hovedprogram; Leveranseoversikt IKT PHR UNN*.

## 5.6 Romprogram

### Etablering areal og rom

Utvikling av romprogram for døgnområder og poliklinikkområde har vært basert på valgte kapasiteter med tilhørende areastandarder. Kapasitetsgrunnlaget for utvikling av romprogram er angitt i tabell 3 Anbefalte kapasiteter. Videre er det forutsatt at arealrammen for prosjektet er satt til ca. 35.000 m<sup>2</sup> brutto. Utfra disse rammene skal romprogrammet bidra til å understøtte prosjektets effektmål, evalueringskriterier, funksjonelle behov og krav.

### Arealstandarder

Benyttede arealstander for dette prosjektet er basert på arealnormer anbefalt av Sykehusbygg.

- Generell døgnenhet: 45 kvm pr standard døgnplass
- Sone for skjerming; 60 kvm pr skjermet døgnplass
- Lokal sikkerhet; 60 kvm pr døgnplass
- Regional sikkerhet: er basert på lokal sikkerhet, men kan justeres noe høyere.
- Poliklinikk 25 kvm pr poliklinikkrom
- Kontorplass 8 kvm

For rom som ikke omfattes av arealstander vil areal og rom utvikles og beregnes.

### Romprogram utvikling

Oppsummering rombehov i dRofus\_vises i diagram i hovedprogram. Arealoversikt er pr. 29.04.21

- Brutto funksjonsareal 34.560 m<sup>2</sup>
- Planlagt brutto funksjonsareal for prosjektet er ca. 35.000 m<sup>2</sup>
- I tillegg vil det bli programmert brutto tekniske areal og uteområder.
- Arealoversikt og gjeldende romprogram blir løpende oppdatert i romdatabasen dRofus.

## Total oversikt areal funksjonsområder

Under vises fullstendig oversikt over funksjonelle netto areal vist kvadratmeter (m<sup>2</sup>).

Tabell 6 Total oversikt areal funksjonsområder

Funksjon	Beskrivelse	m <sup>2</sup>
Akuttmottak	<i>Sluse, undersøkelsesrom, pårørenderom og samtale</i>	194
Døgnområder - standard	<i>Inkl. personal/støtte.</i>	7.434
Døgnområde - sikkerhet	<i>Inkl. personal/støtte og 3 treningsleiligheter.</i>	1.393
Inngangsområder	<i>Vestibyleområde, ekspedisjon og ventesoner.</i>	170
Personellområde	<i>Kontorområde for behandlere døgnetheter, stab/ledelse.</i>	702
Aktivitetssenter	<i>Pasientrettet arealer for ulike typer aktivitet, trening og sosialisering.</i>	1.300
Pårørendesenter	<i>Ivaretagelse av pårørende. I tillegg kommer rom i akuttmottak og døgnområdene.</i>	60
Poliklinikkområde	<i>Ivaretar kapasitet i henhold til 43 poliklinikkrom. Inkl. studentareal, støtte/medisinsk (321 m<sup>2</sup>).</i>	1.491
Undervisningscenter	<i>Felles undervisningsrom for døgnområdene, poliklinikkområde og FFU.</i>	562
FFU- fag forskning utdanning	<i>Fagutvikling, Forskning/UiT, Simulering, RVTS, VIVAT; SIFER.</i>	1.059
Støttefunksjoner	<i>Varemottak, mottakskjøkken, renhold, avfall, teknisk, vaskeri, garderobeanlegg.</i>	1.342
<b>Totalsum netto areal</b>		<b>15.709</b>
<b>Totalsum brutto areal</b>		<b>34.560</b>



## 6 Forskning: «Konseptprogram Lokaler för psykiatri».

*Sykehusbygg har bidratt inn i et konseptprogram for psykisk helse i samarbeid Centrum för vårdens arkitektur ved Chalmers i Gøteborg (oktober 2018). Målet er å støtte planlegging av nye bygg for psykisk helse ved å sammenstille relevant forskningsbasert kunnskap, «best practice» og erfaringer fra pasienter, klinisk personell og de som er involvert i planlegging og bygging av nye lokaler for psykisk helsevern.*

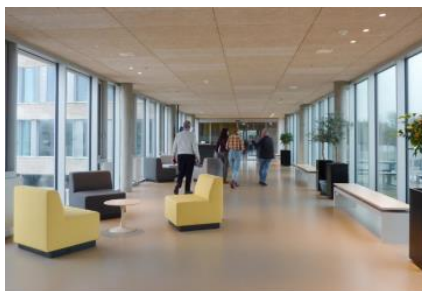
Konseptprogrammet skal bidra til forenkling av planlegging og raskere gjennomføring.

Tema som er beskrevet i konseptprogrammet er blant annet;

- «modell for å minske stress»
- Farger, materialvalg og kunst, natur
- Pasientsikkerhet og beskyttelse mot selvskading, sosial densitet
- Lyd og akustikk, lys
- Pasientrommet, normalisert hjemlig miljø
- Behandlingsareal og aktiviteter
- Ansattes tilgjengelighet og oversikt

Her følger en sjekklister mot evidensbaserte anbefalinger i Chalmers konseptprogram med en vurdering av i hvilken grad alternativene ivaretar anbefalingene:

### Sosial valgmulighet



Väntytan på öppenvårdsmottagningen i Sla med en variation av sittmöjligheter gör det möjli reglera grad av social interaktion. Soffmöbler är att lyfta och kasta, men lätta att

For å minske stress og aggresjon er det anbefalt at pasienter har kontroll på valg av bevegelsesmønster og nivå på sosial interaksjon. Dette krever tilstrekkelig med plass både i pasientrom og i fellesarealer. Målet er lavest mulig sosial densitet (avdelingens antall pasienter ved fullt belegg dividert med antall rom som er tilgjengelig for pasient). Dette ivaretas i alle alternativer.

### Lys

Dagslys og pasientrom mot sør har positiv innvirkning på pasienter med ulike diagnoser. Solskinn har en positiv effekt på pasienter med bipolar lidelse.

Cirkadisk belysning, dynamisk belysning som øker mengden blått lys på dagtid og reduserer mengden blått lys på kveld og natt, støtter naturlig døgnrytme og kan ha en positiv effekt for pasienter med søvnvansker og depresjon.

Det anbefales å lage løsninger med god dagslystilgang og belysning som gir støtte til god søvn.

I PHR prosjektet må det tas spesielt hensyn til mørketid og lyse sommernetter ved å støtte mulighet for styring og skjerming av lys. Dette ivaretas i alle alternativer.

## Natur

Den vanligste anbefalingen fra forskning og erfaringsbaserte retningslinjer handler om kontakt med natur. Det anbefales at pasienter får utsikt mot natur og lett tilgjengelig og uhindret tilgang til utemiljø med naturinnslag. Utemiljøet bør være utformet med sittemuligheter, aktiviteter og positive distraksjoner.



Dette ivaretas i alle alternativer. Prosjektet vurderer at Åsgård med sin beliggenhet i naturskjønne omgivelser vil oppfylle denne anbefalingen best. Breivika alternativet forutsetter at dette blir lagt stor vekt på i utforming av bygget. Videre kan man se på løsninger som hensyntar klima i Tromsø, som ved bruk av vinterhager kan gi kontakt med naturinnslag i lengre perioder av året.

## Observasjon

For å øke trygghet for både pasienter og personalet er det anbefalt at det er godt overblikk fra sentrale deler av avdelingen over fellesareal og pasientromdører. Pasienter bør kunne se utemiljø innenfra og lett kunne se personalet. Dette ivaretas i alle alternativer.

## Nærværende personal

Personalet skal kunne være til stede på enheten så mye som mulig. Dette øker pasientens og personalets trygghetsfølelse og stimulerer til sosial interaksjon. Det øker også pasientens delaktighet gjennom mulighet til informasjon. Dette ivaretas i alle alternativer, og løses både i utforming av bygg og organisatorisk.

## Det egne

Det er viktig med soner pasienten kan ha full kontroll over. Enerommet er en slik sone, en fredet plass for hvile og søvn. Pasient bør ha mulighet til selv å ha innflytelse på ulike faktorer i pasientrommet, f.eks. kontroll av lys, temperatur og visuelle bilder. Pasientrom bør være enerom med eget bad, og utsmykking i

form av bildekunst, gjerne med naturmotiv er å anbefale. Soner der pasienten oppholder seg bør ha et dempet lyd miljø uten ekko eller uforutsigbar lyd.

Dette ivaretas i alle alternativer. I PHR-prosjektet er det risiko for uforutsigbar lyd som flystøy eller helikopterstøy både i Åsgård og i Breivika, dette må kartlegges og hensyntas i utforming av bygget. I begge alternativ er det lagt vekt på at behandling ikke skal skje på pasientrommet, og det skal være lagt til rette for at prøver kan tas i andre rom.

## Fasiliteter

Pasienter har ulik grad av sykdom/tilfriskning. Som en positiv distraksjon og for å unngå pasifisering er det anbefalt å ha et variert tilbud av aktiviteter som fysisk aktivitet, sosial aktivitet, kreativ aktivitet og ro/avslapping.



Pusslande som en aktivitet på en avdeling i Lund.



Sportområde i parken på Brinkåsen oppmuntrar fysisk aktivitet i en naturmiljø.

Dette ivaretas i alle alternativer. I Breivika-alternativet blir det vanskeligere å ha delte fasiliteter ettersom sikkerhetsavdeling ikke får plass på hoved tomten og det må legges inn duplisering i romprogrammet slik at også disse pasientene får tilfredsstillende aktivitetstilbud.

## Tydelighet

Det bør være lett å finne fram i lokalene og lett å forstå hvordan miljøet kan brukes, hva som er private soner og hva som er fellesarealer. Dette krever landemerker i miljøet med tydelig adkomst og guiding/skiltsystemer med gjennomtenkt symbolikk. Dette ivaretas i alle alternativer.

## Arbeidsmiljø

Personalet er den viktigste ressursen og deres behov må ivaretas ift. sikkerhet, trygghet og arbeidsmiljø. Fysisk miljø kan lette personalets sikkerhetsarbeid og både forebygge og forhindre hendelser. Personalet bør ha dagslys og utsyn. Støttefunksjoner bør plasseres i nærheten, og forsyningssystemer bør være lett tilgjengelige og lette å drifte. Det bør tas hensyn til pasientfokusert organisering (personsentrert eller pasientnær behandling) i utforming av arealene. Utformingen bør støtte opp under muligheter for forskning, utdanning og utveksling av informasjon.

Dette ivaretas i alle alternativer. Breivika-alternativet gir klinikken fysisk nærhet til somatikken og universitetet, og legger til rette for å styrke samhandling.

## Lokalisering

Det er mange hensyn å ta i vurdering av lokalisering av bygg for psykisk helsevern. Personal som håndterer pasienter med flere akutte problemer som både er kroppslige og psykiatriske får lettere støtte ved samlokalisering. Det er en fordel med samlokalisering av psykiatrisk og somatisk akuttmottak, rus-akuttmottak, ECT-behandling og andre somatiske funksjoner. At psykiatri og somatikk integreres kan bidra til å minske stigmatisering som fortsatt fins rundt psykiske lidelser.

Nærhet til offentlige tjenester og kollektivtilbud i sentrumsbebyggelse kan bidra til å gjøre tjenester innen psykisk helsevern mer tilgjengelige og «hverdagslige». Chalmers konseptprogram kommer ikke med en tydelig anbefaling på lokalisering, men anbefaler en samlet bedømming i hvert tilfelle.

For PHR prosjektet er lokalisering et verdi-valg, da de to tomtealternativene og mulige konsepter gir ulike svar på hovedprogram og anbefalinger i konseptprogram.

## DEL III

# ALTERNATIVVURDERING





## 7 Alternativvurdering

*Konseptrapportens DEL II omfatter en oppsummering av mulighetsstudiet, de løsningsalternativer som er vurdert, og arbeidsprosessen som har ledet fram til valg av hovedalternativ for utdyping i konseptfasens steg 2, Skisseprosjektet. Dette arbeidet inkluderer en gjennomgang av tidligere utredninger gjennomført i Idéfasen, i tiden mellom Idéfasen og konseptfasen av eksterne rådgivere, for at repeterende utredninger fra fase til fase skal unngås. Arbeidet er utfyllende dokumentert i del-rapport «Mulighetsstudier ARK, PHR Tromsø» dokument PHR-8201-A-RA-0001.*

Mulighetsstudiet har tatt utgangspunkt i å finne realistiske og sammenlignbare alternativer til Åsgård og Breivika. Funksjonene PHV og TSB er lokalisert på Åsgård i dag, mens universitetet og de somatiske klinikkene er plassert i Breivika. Avstand mellom anleggene er ca. 5 km.

Alle alternativene er utredet i tråd med hovedprogrammet for steg 1. De har tilnærmet likt totalt areal nybygg, på ca. 35 000 m<sup>2</sup> brutto. Breivika alternativet har bare nybygg, mens Åsgård i hovedsak har behandlingsarealer i nybygg, og lettere funksjoner i eksisterende bygg som totalrenoveres.

Kapasitetsbehovet er likt fremstilt for alle alternativ, med 158 normerte døgnplasser og 43 poliklinikkrom. Alternativene ivaretar også behovet for aktivitetsareal, og Fag, forskning og Utvikling (FFU).

Utredningene i denne mulighetsstudien er ikke på et detaljert nivå, men skal synliggjøre hovedtrekkene og usikkerhetene ved å velge det ene fremfor det andre. Alternativene representerer svært ulike konsept for UNN som helhet:

- Å drifte to anlegg. Det betyr å beholde tradisjonen med et anlegg for PHR i naturskjønne omgivelser på Åsgård, og de somatiske klinikkene i Breivika. Dette vil medføre en styrking av psykisk helsevern, hvor man samler fagmiljø og behandling innenfor PHV, TSB og FFU. Avstanden til universitetet og de somatiske klinikkene innebærer transport, kostnader og legger ikke til rette for ETT miljø. På den annen side beholdes landlige omgivelser som føles trygt og helende for pasienter med lengre liggetid enn ved øvrige somatiske klinikker.
- Å samle all hovedvirksomhet på ett anlegg i Breivika. Dette medfører en utvikling av et cluster for fagmiljø og behandling innen helsefaget i Tromsø. Avstandene blir kortere mellom miljøene, men det vil også føre til stor aktivitet og økt trafikk på et mindre område. Mulighetene for utvidelse vil begrenses for alle parter. Anbefalinger som gjelder omgivelser for PHR er ikke tilstrekkelig ivaretatt i dette alternativet.

## 7.1 Å samle all PHR virksomhet på Åsgård

Å samle alle funksjoner ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) på Åsgård, er det åpenbare ønsket i klinikkens medvirkningsgrupper. Historisk har funksjonene alltid hatt sin plassering her, og ønsket om en samling med somatiske klinikker er ikke et sterkt uttrykt ønske fra flere. Behovet er nye moderne og funksjonelle bygg som kan legge til rette for god pasient-behandling.

Brukere og ansatte vektlegger omgivelsene på Åsgård, som består av natur og grønt areal. Forskning viser at dette er positivt for tilfriskning hos pasientene innen PHV, som også statistisk har lengre liggetid enn somatiske pasienter. P.t er omgivelsene rolige på Åsgård, men utviklingen av området rundt er usikker. Boligutviklingen vil med høy sannsynlighet øke, noe som kan medføre mer støy og økt trafikk på sikt. Videre ligger flyplassen nært anlegget og kan føre til økende støy i fremtiden.

Flere løsninger er vurdert i mulighetsstudie og tidligere idefaserapport. Vi viser til mulighetsstudie for utredning av løsningene.

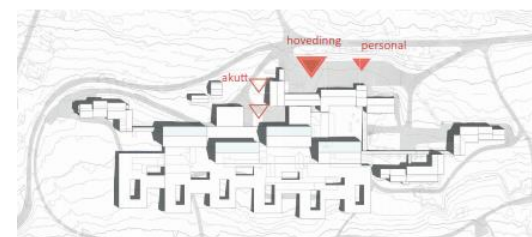
### 7.1.1 Presentasjon av konseptet, Å1

På Åsgård anbefaler vi en løsning som gjenbraker noen av de eksisterende byggene i kombinasjon med nye behandlingsbygg og Åsgårds unike kvaliteter videreføres. Bygningsmessig hovedgrep tilpasser seg tomt og eksisterende bygningsmasse samtidig som krav i program oppfylles. Alternativet innordner seg det historiske bygningsmiljøet med en lav bygningsstruktur i en form for sammenhengende base på et plan.



Ny inngang symboliserer nytt liv og nye tider, og hovedinngang og akuttinngang flyttes slik at de blir lokalisert sentralt i det nye anlegget og avstander til sentrale funksjoner kortes ned.

Planet inneholder døgnenheter mot vest, akutt inngang, aktivitetsområde, og personalgarderober mot øst



Felles- og senterfunksjon mot øst i umiddelbar nærhet til hovedinngang utgjør hjertet i anlegget, døgnenheter mot vest og sikkerhetsavdelingen RSA/LSA mot nord, enten koblet på anlegget eller frittliggende. Eksisterende bygg forslås benyttet til kontor, administrasjons- og undervisningsarealer som ikke har behov for umiddelbar nærhet til døgnenheter.

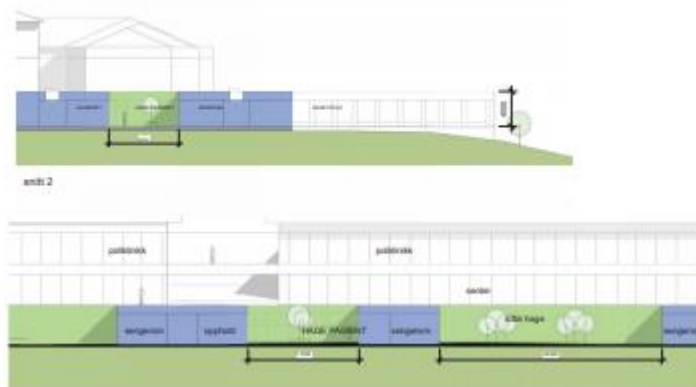
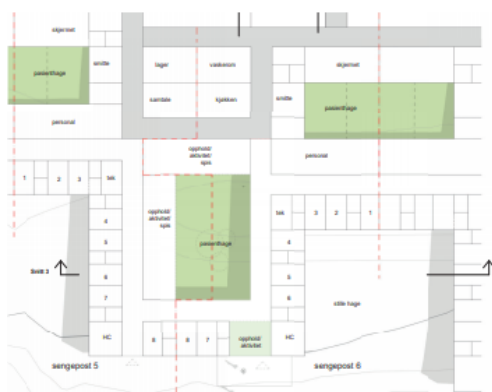


Soneinndelingen av funksjonene slik de fremgår foran er hensiktsmessig for disponering av arealene på den langstrakte tomten og volumstudiene forholder seg til dette.



Dagens Åsgård er langstrakt med store interne avstander og gangforbindelser. Ved å rive og bygge nytt i midtpartiet kan viktige fellesfunksjoner som hovedinngang og akuttmottak, og poliklinikker om lokaliseres, og kjernevirksomheten pasientbehandlingen konsentreres i hjertet av anlegget. I de eksisterende byggene i ytterkantene, legges funksjoner som ikke har behov for umiddelbar nærhet til døgneheter og poliklinikk.

Døgneheterene med pasientrommene vender mot vest, og er organisert to og to rundt atriumshager. Sengerom er plassert på utside og får best mulig utsyn mot landskapet utenfor. Det er gode forbindelser mellom døgneheter, aktivitet og senterfunksjoner. Anlegget fremstår nedtonet og diskret og gir god skjerming for funksjonene inne, samtidig som det er mulig med utgang rett på omkringliggende terreng og indre gårdshager. Lysforholdene er gode.



Bygningsstrukturen har et stort fotavtrykk, også i utstrekning. Det er mulig å oppnå lav sosial tetthet med god spredning over et større areal og direkte tilgang til uteområder på bakkeplan også rett fra døgneheterene. Beliggenhet på Åsgård gir nærhet til uteområder og gode muligheter til å bevege seg ut i landskapet.

## Logistikk og trafikk

Veitrafikkstøy og flystøy er den dimensjonerende støykilden for utearealer ved byggene i PHR-prosjektet på Åsgård. Støybelastning skal forsøkes minimert ved utforming av byggene og lukkede atrium. Spesielle arealer og rom med behov for høye lydkrav må kartlegges i steg-2.

## Bygging og gjennomføring

På Åsgård vil det være drift på anlegget under bygging på eksisterende tomt. Erfaringsmessig er dette en svært krevende prosess. I tillegg skal det tas hensyn til fredede og vernede bygg. De tunge funksjonene er plassert i hjerte av anlegget, og stiller spesielle krav og store tilpasninger i midlertidige bygg. Grunnet plassering av funksjonen sikkerhetspsykiatri i dagens anlegg, må de flyttes først.

Alternativ 1: Bygge sikkerhetsbygg først, byggetrinn 1. Sikkerhet flytter direkte inn i nytt bygg. I byggetrinn 2 rives eksisterende behandlingsbygg, og nye bygges opp. I denne perioden kreves det minst 24 midlertidige plasser til psykiatri. Kostnad min 30 mnok for midlertidig bygg. Her forlenges byggetid på anlegget, og fører til økt belastning på pasienter og ansatte. Grunnet at de tekniske anleggene er utdatert og svært gamle, kan uforutsette hendelser forekomme, økte kostnader i form av midlertidige løsninger, eller utfordrende tilkomst gi utfordringer med bygging og drift på ett sted.

Alternativ 2: Ett byggetrinn. Rive alle behandlingsbygg og bygge opp nye sengeposter først. Dette krever midlertidige bygg til minst 24 psykiatriske plasser, og 20 sikkerhetsplasser. Slike midlertidige bygg er aldri satt opp, og det knyttes så stor usikkerhet til dette at det ikke anbefales. Kostnad fra 40-80 mnok. De midlertidige byggene vil også sette krav til skjermet uteareal. Dette alternativet vil også gi en uønsket belastning på pasienter og ansatte.

Alternativ 3: Et alternativ er å leie sikkerhetsplasser ved andre institusjoner i landet. Om dette er mulig, er helt avhengig av ledig kapasitet. Dette alternativet kan føre til permitteringer og fare for å miste noe av personalet.

Perioden for bruk av midlertidige bygg må også sees i sammenheng med usikkerheten til byggetid og rivning av eksisterende bygg fra 50-tallet, og mulige utfordringer med teknisk anlegg.

## 7.1.2 Vurdering alternativ Å1

Positivt	Negativt	Usikkerhet
<ul style="list-style-type: none"><li>• Stor tomt, med betydelige muligheter for utvidelse</li><li>• God tilgang til natur</li><li>• Skjermede omgivelser</li><li>• Samling av PHV, TSB og FFU</li><li>• Mulighet til å legge alle sengeposter på ett plan</li><li>• Gode parkeringsmuligheter</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Drift under bygging. Ulempe for pasient og ansatte</li><li>• Flere flyttinger/midlertidige bygg under bygging.</li><li>• Flystøy.</li><li>• Stigma: Ikke sykehus-syke, men Åsgård-syke. Delte meninger om dette</li><li>• Avstand fra somatiske klinikker, universitet og kommunale tilbud</li><li>• Avstand til pasient-hotell</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vernet anlegg og fredede bygg</li><li>• Regulering</li><li>• Byggetid, minst 2 byggetrinn</li><li>• Ulempe i byggeperioden. Kostnader</li><li>• Tekniske utfordringer, gammelt</li><li>• Lang avstand til somatiske klinikker. Mer transport av/og belastning på pasienter og ansatte.</li><li>• Fremtidig utvikling av området</li></ul>

## 7.2 Å samle all PHR virksomhet i Breivika

Idéfasen anbefalte ikke dette alternativet grunnet liten tomt. I ettertid har UNN ervervet en tilleggstomt (B1+) i tilknytning til eksisterende. En samling av tomtene er lagt til grunn ved vurdering i konseptfasen. Areal ca. 13 000 (B1) + 5000 m<sup>2</sup> (b1+) nyanskaffet tomt.



En samling av alle funksjoner innen PHR, er arealkrevende. Behovene innenfor de ulike pasientgruppene har større individuelle forskjeller, i tillegg til at det stilles store krav til bygg, skjerming, sikkerhet og trygghet innfor funksjonene. Det er større krav til omgivelser og uteareal, korridorer, høyde på bygg med mer. Alt dette er med på å utfordre en ivaretagelse av behovene på tomten. Sikkerhetspsykiatri omfatter også regional sikkerhetsavdeling, med krav til avvisningsgjerd og perimetersikring. Tomten ligger tett på privat boliger, og en RSA tett på naboer kan virke skremmende, og er ikke å anbefale.

Prosjektet kunne ikke finne noen god løsning ved samling av all PHR på tomten, uten at fotavtrykket ble utvidet. I siste del av steg 1, besluttet UNN derfor at sikkerhetspsykiatri kan ligge alene på en tomt i nærheten. Dette er også en løsning andre sykehus har, og en løsning anbefalt i Idéfasen. Sikkerhetspsykiatri vektlegger nærhetsbehov til PHR, men det vil være vel så viktig for sikkerhetspsykiatri å ha en tomt som muliggjør utvikling av tilstrekkelig skjermet uteareal, og muligheten for utvidelse av driften på sikt, - her nevnes spesielt rehabiliteringsboliger.

Strategisk utviklingsplan viser til at UNN ønsker å styrke samarbeidet mellom de somatiske lokalsykehusfunksjonene, rus og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern. Dette innebærer også å utvikle helhetlige og sammenhengende tilbud mellom avdelingene. En samling av alle funksjoner i Breivika antas å styrke samarbeidet på tvers.

De somatiske fagmiljøene ønsker PHRK tettere på egen drift, og har tro på at en tørrskodd nærhet vil føre til økt samhandling og større tilgang på rett kunnskap. Det er videre uenighet om dette kan løses organisatorisk med rutiner og hospitering, eller ved økt bruk av e-teknologi. Ingen kan si med sikkerhet at økt nærhet fører til økt samarbeid/samhandling, men det vil bidra til å øke mulighetene.

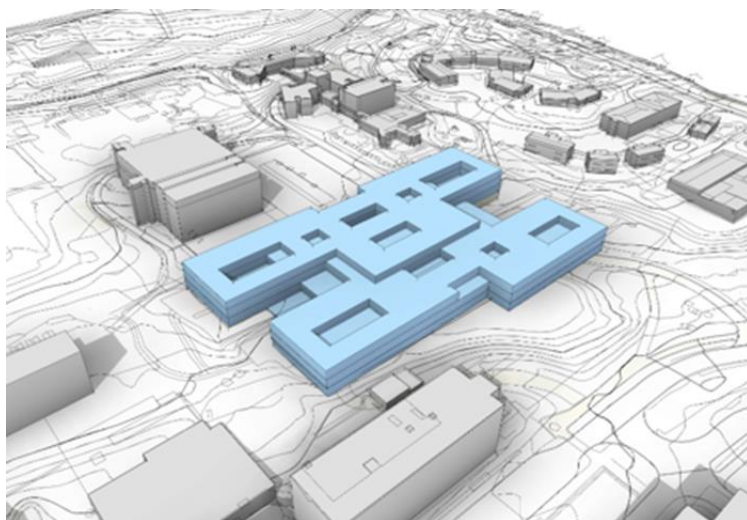
En av avdelingene i PHRK er Fag, forskning og utvikling (FFU). Her ligger både nasjonale og regionale funksjoner. Rekruttering, og tilstrekkelig kompetanse er en utfordring i nord. Å flytte behandling og

forskning (FFU) nærmere universitet og et større fagmiljø, antas å vekke større interesse for faget, samt deling av kunnskap som kan gi klinikken nytte på sikt.

Flere løsninger er vurdert i mulighetsstudie og tidligere idefaserapport. Vi viser til mulighetsstudie for utredning av løsningene.

### 7.2.1 Presentasjon av konseptet B4 Blomst

Volumstudiet viser en sammenhengende bygningsstruktur som svarer opp programmet, er kompakt og effektivt. Døgneheter organiseres rundt atrier på hhv en og to etasjer. Trappet og orientert for å få gode lysforhold inn i bygget. Alternativet forutsetter at veitrase legges om. Fotavtrykkets størrelse bryter med skala i området og har konsekvens for sikt og bevegelseslinjer i området.



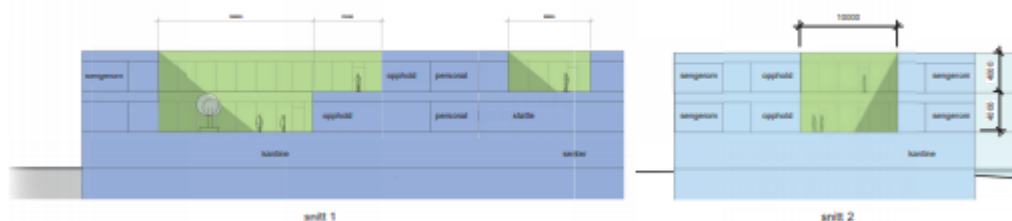
Utkast «Blomst»

Omgivelsene er preget av mer aktivitet, flere inntrykk og andre forhold som kan påvirke pasientenes nivå av stresspåvirkning og utagering. Videre vil kompaktheten i bygget øke muligheten til samhandling mellom de ansatte, og bedre ivaretagelse av de sykeste pasientene gjennom nærhet til somatikk.

Bygningsvolumene tenkes organisert over 3-4 etasjer med funksjonsareal i deler av underetasje. Parkering under terreng erstatter overflateparkering. Beliggenhet i Breivika gir nærhet til, og gode muligheter for fysisk kobling til den somatiske delen av sykehuset og nærhet til universitetet.

En kompakt og funksjonell bygningskropp sikrer korte og effektive arbeids- og beredskapssløyfer i bygget og mellom de ulike enhetene. Det er kort avstand mellom poliklinikker og døgneheter, senter og fellesfunksjoner både fra innsiden for døgnpasienter og fra utsiden for dagpasienter.

Inngangsetasjen ligger på plan 2. i høyde med tannklinikken. Akuttmottaket er sentralt plassert i anlegget med innkjøring fra nord og har vertikal nærhet til døgneheter, primært mot hhv akutt rus og akutt. Administrasjon, kantiner og kontor- og møteroms arealer for FFU og klinisk personell er lagt til nedre etasjer.



Døgnenhetene er organisert to og to rundt atriumshager på hhv en og to etasjer. Enhetene mot sør er på en etasje og mot nord to etasjer, Tilgang til skjermet uterom er til interne atrier/gårdshager over hhv en og to plan. I atriene med to etasjer er det to plan hhv gårdshage og terrasse.



Tilknytning til eksisterende bygningsmasse ved somatiske klinikker, kan løses med kulvertforbindelse og/eller gangbroer og innendørs forbindelse.

## Logistikk og trafikk

Breivika er et definert knutepunkt og belastet område. Utbedring av infrastrukturen vil inngå i kommunens og UNNs overordnede planer med tilrettelegging og forbedring i området. Området vurderes å ha mye trafikk, og høy belastning i rush-tider.

Vei over tomten må legges om. Det må skaffes midlertidige parkeringsplasser for parkeringsplasser på tomten. UNN har mottatt signaler om at privat utbygger vil etablere p-hus i Breivika. Det er ikke kjent hvor mange plasser, og når dette vil stå ferdig. Det er mulig å bygge parkeringskjeller under bygget.

## Gjennomføring

I Breivika antar vi at ett bygg kan bygges opp i ett byggetrinn, med samtidig bygging av sikkerhetspsykiatri på annen tomt. Antatt byggetid er 2-3 år, avhengig av om det planlegges for p-kjeller i bygget, og om særskilte hensyn må tas til PET-senteret.



## 7.2.2 Vurdering alternativ B4 Blomst

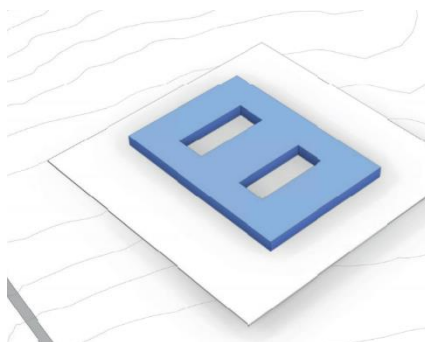
Det er en forutsetning at sikkerhetspsykiatri plasseres alene på annen tomt, og at det anskaffes en god nok tomt i Breivika. Det må avklares om deler av tomt B1 blir berørt av innflyvnings sone:

Positivt	Negativt	Usikkerhet
<ul style="list-style-type: none"><li>Nærhet til somatiske klinikker og universitetet/Samling av alle funksjoner og fagmiljø</li><li>Ingen ulemper i byggeperioden</li><li>Legger til rette for god driftsøkonomi</li><li>Gevinster for UNN</li><li>Godt kollektivt tilbud</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Plassering sikkerhetspsykiatri</li><li>Begrensede utvidelsesmuligheter</li><li>Knapphet på trygge uteareal</li><li>Trafikk og helikopter støy</li><li>Flere inntrykk</li><li>Ulemper for andre klinikker i byggeperiode</li><li>Tilkomst i form av belastning på området</li><li>Liten tomt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Uavklart tomt til sikkerhetspsykiatri</li><li>Belastning infrastruktur.</li><li>Regulering</li><li>P-plasser</li></ul>

Veitrafikkstøy og helikopterstøy er den dimensjonerende støykilden for utearealer ved byggene i PHR-prosjektet i Breivika. Støybelastning skal forsøkes minimert ved utforming av byggene og lukkede atrium. Spesielle arealer og rom med behov for høye lydkrav må kartlegges i steg-2.

## 7.2.3 Sikkerhetspsykiatri på separat tomt

Det har nylig blitt opprettet 3 nye regionale sikkerhetsplasser (RSA) i Tromsø. Det er fortsatt noe uklart i hvilke sikkerhetsnivå hele bygget skal ha. Avdelingen ønsker perimetersikring rundt RSA plassene. Øvrige sikkerhetsplasser har hatt en «åpen» sikring, og det diskuteres hvorvidt man skal beholde denne profilen i nye bygg. Fortrinnsvis legges det vekt på en viss nærhet til øvrig PHV.



Sikkerhetspsykiatri er arealkrevende, ettersom byggene og uteområdene skal ha sikring og rømningssikkert. Det stilles særskilte krav til utearealer og til fellesarealer/soner som deles med øvrige pasienter. 1 etasjer generisk volum, ca. 5400 m<sup>2</sup>

Arkitekt har laget flere løsningsforslag der sikkerhetspsykiatri plasseres på den nyervervede tomten i Breivika. Prosjektet finner ingen gode løsninger, som både ivaretar bygg på ett plan, og tilstrekkelig med

skjermede uteareal. Videre mener vi at det sikrede området kommer for tett på private boliger, og er ikke tilfredsstillende med tanke på innsyn og utsyn.

Helt på tampen av alternativ-vurderingen, fikk prosjektet tilbakemelding fra prosjekteier om at vi kunne legge sikkerhetsbygget på en mer hensiktsmessig tomt, og plassere det i nærhet til øvrige klinikker/tildelt tomt. Dette gav oss et helt nytt mulighetsrom for utforming av en løsning til PHR. Det vises med volumskisser at øvrig PHR kan få plass på eksisterende tomt, men ved et eventuelt valg av Breivika, må løsningen bearbeides og arealet tilpasses tomten

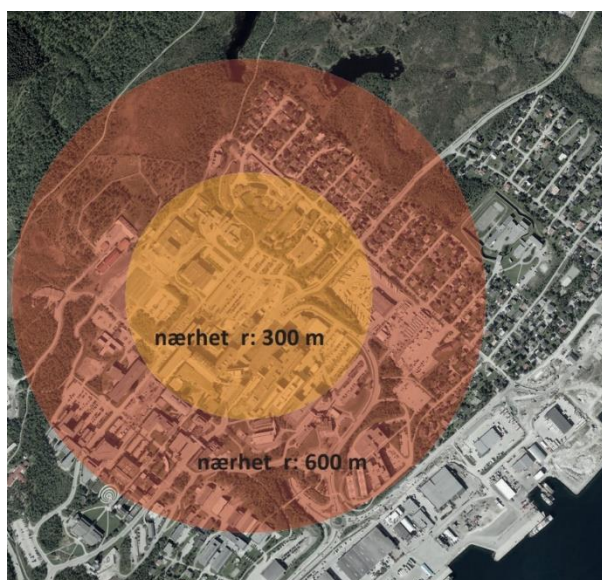
### **Et valg av Breivika alternativet, forutsetter at det fremskaffes en kvalitativ god nok tomt for sikkerhetspsykiatri i Breivika**

Den skal ligge i nærhet til øvrig PHR, men ikke så nært at det går på bekostning av gode utearealer og innsyn/utsyns-problematikk. Arbeidet med å finne en tomt bør settes i gang umiddelbart om valget faller på Breivika.

Prosjektet kjenner ikke til andre sykehusprosjekter hvor sikkerhetspsykiatri med både LSA/RSA plassert tett på øvrig sykehusdrift. Vi ser fordeler med en viss nærhet, for å bedre kunne ivareta pasientene og knytte de ansatte til fagmiljøet rundt.

Det er flere aktuelle tomter innenfor rimelig avstand. På bildet under, vises en radius med 300m avstand fra senter av tomt til PHR. Dette er å anse som nært på et sykehusområde. Eiere av aktuelle tomter på dette

området er UiT og UNN. Det må videre bli en vurdering fra sikkerhetsavdelingen om en plassering i dette området er hensiktsmessig med tanke på innretninger det kreves for sikring



På bildet er det laget en radius på 600m rundt senter av tomten (rødt.) Dette illustrerer muligheter for tomter som ligger noe mer skjermet fra private boliger. Eiere til tomtene er både private og offentlige.

Innenfor den røde sonen ligger både somatiske klinikker, PHR, universitet og deler av fengselet. Prosjektet anbefaler at tomten får denne nærheten som et minimum.

## 7.3 Delt løsning

Prosjektet har fått i oppgave å se på en eventuell delt løsning mellom lokasjonene Åsgård og Breivika. Det handler om å fortsette deler av driften ved anlegget på Åsgård, og flytte funksjoner med nærhetsbehov til somatikken, over til ubebygde tomt(er) i Breivika.

En delt løsning betyr å dele en samorganisert klinikk gjennom flere år. Det er derfor hensiktsmessig at klinikken først vurderer en splitting av funksjonene, og hvordan dette best kan løses i forhold til pasientens behov og forløp, organisasjon og drift, og behovet for å utnytte personell på tvers av funksjoner.

Klinikken har vurdert følgende virksomhetsalternativer:

- Alternativ ÅB1: SPHR i Breivika, resterende på Åsgård.
- Alternativ ÅB2: Akutt i Breivika (akutt TSB og akuttpsykiatri), resterende på Åsgård.
- Alternativ ÅB3: Akutt (akutt TSB og akuttpsykiatri) samt alderspsykiatri i Breivika, resterende på Åsgård.
- Alternativ ÅB4: Sikkerhetspsykiatri og DPS på Åsgård, resterende i Breivika.
- Alternativ ÅB5: TSB i Breivika, resterende ved Åsgård.

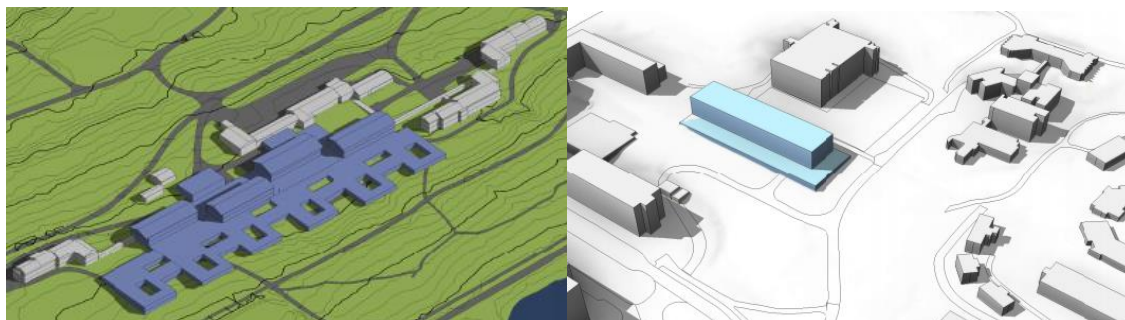
Arbeidsgruppene i OU prosjektet har pekt på at det er utfordringer knyttet til alle forslag om delte løsninger. Alternativet ÅB5 kom opp under medvirkningsprosessen i konseptfasen. TSB har et større behov for samlokalisering med somatiske klinikker, og ÅB5 ivaretar dette. Alternativet fraviker derimot fra Helse-Nord og UNN sine føringer om mer integrerte tjenester innen PHV, TSB og somatikk. Akutt avrusning viser seg å være den enheten i Psykisk helse- og rusklinikken som har størst nærhetsbehov til somatikk noe som ivaretas i denne løsningen. Alle PHV funksjoner samles på Åsgård, og nærhetsbehov mellom akuttpsykiatrisk seksjon, sikkerhets psykiatriske seksjon, poliklinikk og AAT blir ivaretatt.

Prosjektet ser det hensiktsmessig å vurdere dette alternativet videre. Der er gode muligheter for å utvikle et eget senter for TSB på tildelt tomt, som også ivaretar nærhetsbehovet til somatiske klinikker i Breivika. Dette alternativet kan sees i sammenheng med videre utvikling av Breivika, og om andre funksjoner eventuelt kan inngå i bygg for TSB.

### 7.3.1 Presentasjon av konseptet ÅB5

Denne løsningen er lik Åsgård Å1. Arealet blir noe mindre på Åsgård hvor all PHV og FFU samles. TSB flyttes til Breivika, og får nærhet til somatiske klinikker og universitet, samt kommunale tjenester.

Bygningsvolum er kun modellert for størrelse, ikke løsning ihht funksjon. Volum er vist i 3 etasjer, på totalt ca. 6500 m<sup>2</sup>. anlegg sammen med andre ukjente funksjoner Tilpasning | Vil inngå i en større utbygging



Det anbefales at TSB bygget eventuelt planlegges sammen med andre funksjoner eller utbyggingsprosjekt i Breivika.

### 7.3.2 Vurdering alternativ ÅB5

Dette alternativet vurderes likt med Åsgård Å1. Øvrige fordeler er at TSB får nærhet til somatikk. Det er klare ulemper ved et delt alternativ. UNN får blant annet drift over flere anlegg. Dette er det klart dyreste alternativet, og minst økonomisk å drifte.



## 9 Prosjektkostnad – økonomiske analyser

Det skal utføres en kalkyle som vil gi prosjektets forventede prosjektkostnad (P50) og prosjektets kostnadsramme (P85) i steg 2 av konseptfasen. I løpet av steg 1 er det utarbeidet estimer for å skille alternativene fra hverandre. Det er usikkerhet beheftet ved investeringsanslaget til man utfører kalkyle basert på skisseprosjekt med tilhørende usikkerhetsanalyse.

### 9.1 Estimat investeringskostnad pr alternativ

Prosjektkostnaden er basert på det programmerte arealet fra hovedprogrammet. Nettoarealet er multiplisert med en brutto-/nettofaktor på 2,2.

For Åsgård-alternativene er det sett på mulighet for å utnytte deler av eksisterende bygningsmasse i kombinasjon med nybygg. Det er lagt til 15% på det programmerte arealet i eksisterende bygg på grunn av erfaringstall som viser at bygget ikke kan utnyttes effektivt. Tillegget er på 1157 kvm, til 8867 kvm.

For det delte alternativet er det høyere programmert areal på grunn av dublering av støttefunksjoner.

For å komme frem til investeringskostnaden er det estimert arealbehov multiplisert med referansepriser fra andre prosjekter innen psykisk helsevern. Når det gjelder tung ombygging er det vurdert at dette vil være lik nybyggpris for anlegget på Åsgård.

Tabell 7 Referansepriser sykehuspsykiatri 2021

Estimat kvadratmeterpris	Nybygg	Tung ombygging (100%)	Middels ombygging (50%)	Lett ombygging (25%)	Riving
Snitt psykiatriprosjekter (referansedatabase)	75 000	75 000	37 500	18 750	2 000

Tabell 8 Arealbehov i alternativene

Estimat arealbehov (BTA)	Nybygg	Tung ombygging	Middels ombygging	Lett ombygging	Riving, anslag areal
<b>Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg</b>	26 850	8 867			32 912
<b>Alternativ B - alt i Breivika</b>	36 315				
<b>Alternativ ÅB - delt løsning, rus Breivika</b>	28 080	8 867			32 912

Investeringsestimater for de ulike alternativene blir da som følger:

Tabell 9 Estimert investering kostnad for alternativene

Estimat investeringskostnad	Nybygg	Tung ombygging	Riving	Sum investeringsbehov
<b>Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg</b>	2 013 750 000	664 987 500	65 824 000	<b>2 744 561 500</b>
<b>Alternativ B - alt i Breivika</b>	2 723 625 000	-	-	<b>2 723 625 000</b>
<b>Alternativ ÅB - delt løsning, rus Breivika</b>	2 106 000 000	664 987 500	65 824 000	<b>2 836 811 500</b>

Nullalternativet er et referansealternativ/utsettelsesalternativ. Det er utarbeidet en styresak med prioriterte investeringer<sup>2</sup> som følge av vedlikeholdsetterslep for å sikre videre drift i 10 år. Det er vurdert at det er behov for en investering på 411 millioner kroner for å sikre drift i 10 år. Dette vises i tabellen under. I tillegg

<sup>2</sup> Se styresak ST 8/2019 UNN Åsgård – Tilstandsvurdering av bygningsmassen

er det lagt inn antatt salgssum for vedtatt salg av Åsgårdlia som ligger adskilt fra dagens anlegg på Åsgård. Denne salgssummen vil være lik i alle alternativene.

Tabell 10 Bygningsmessig investeringsbehov for alternativene

	Bygg inv. behov	Salg
<b>Dagens situasjon</b>	411 000 000	400 000 000
<b>Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg</b>	2 744 561 500	400 000 000
<b>Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet avklares)</b>	2 723 625 000	400 000 000
<b>Alternativ ÅB - delt løsning, TSB Breivika</b>	2 836 811 500	400 000 000

## 9.2 Potensielle gevinster pr alternativ

I steg 1 av konseptfasen består de driftsøkonomiske vurderingene av en relativ beregning av gevinster i forhold til dagens driftssituasjon. Prosjektet har tilstrebet å nysansere eventuelle driftsgevinster for å se om de ulike alternativene har vesentlige forskjeller.

Videre arbeid med en gevinstrealiseringsplan vil utføres i steg 2 av konseptfasen. Planen skal bearbeides videre i løpet av de ulike fasene i prosjektet, og det skal være tydelig hvem som er ansvarlig for å gjennomføre tiltaket som fører til gevinsten. Det må også etableres et system for å måle om man oppnår den ønskede effekt.

I løpet av steg 1 i konseptfasen er det identifisert følgende gevinster:

Tabell 11 Foreløpige gevinster pr alternativ

	Dagens situasjon	Alternativ Å	Alternativ B	Alternativ ÅB
<b>Total årlig gevinst, avvik fra dagens situasjon</b>	-	<b>48 155 546</b>	<b>51 576 146</b>	<b>42 286 546</b>
Personell kjernedrift		20 000 000	18 000 000	17 000 000
Medisinsk støttefunksjoner		4 200 000	4 200 000	1 800 000
Andre støttefunksjoenr / FDVU		19 800 000	22 900 000	19 200 000
Reisekostnader		-	2 500 000	500 000
Endring driftskostnader bygg		4 155 546	3 976 146	3 786 546

Metoden for identifisering av gevinsten har vært å ta utgangspunkt i effektmålene, og vurdere hvordan de ønskede endringene vil påvirke den fremtidige driften. Det har vært nedsatt en arbeidsgruppe innen økonomi som har gjennomgått og satt foreløpige verdier på gevinstene.

## LCC-analyser

LCC-analyse (Livssykluskostnader) vil inngå som en del av arbeidet i steg 2 høsten 2021.

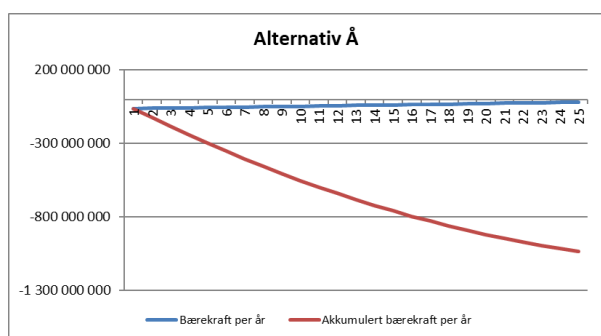
## 9.3 Foreløpig beregninger bærekraft på prosjektnivå

Det er utført foreløpige beregninger av bærekraft på prosjektnivå. Forutsetningene er et låneopptak på 70% av kostnadsrammen (P85) og 25 års nedbetalingstid av et serielån.

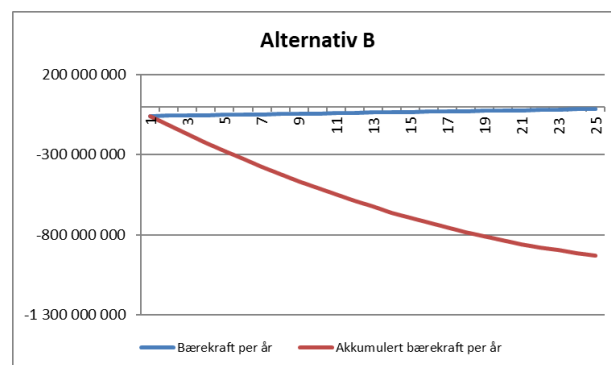


Tabell 12 Bærekraft år 1 og år 25 for alternativene

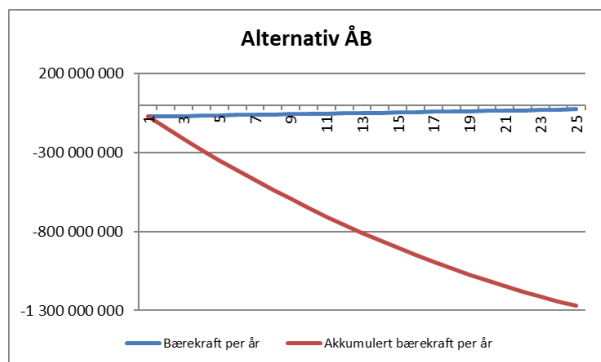
Alternativ	År	Sum renter og avdrag	Bærekraft / akkumulert bærekraft
<b>Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg</b>	1	111 601 127	-63 445 581
	25	2 238 587 320	-1 034 698 670
<b>Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet avklares)</b>	1	110 604 550	-59 028 404
	25	2 218 597 150	-929 193 500
<b>Alternativ ÅB - delt løsning, TSB Breivika</b>	1	115 992 227	-73 705 681
	25	2 326 667 620	-1 269 503 970



Figur 2 Bærekraft alternativ Åsgård



Figur 3 Bærekraft alternativ Breivika



Figur 4 Bærekraft delt alternativ med TSB i Breivika og resten på Åsgård

## 9.4 Finansiering

Det søkes om 70 % låneopptak (av P85). Foretaket forventes å sikre egenkapital for å dekke resterende investeringsbehov. Det forventes å sende lånesøknad etter ferdigstilling av konseptfasens steg 2.

Lånetype	Serielån
Antatt andel lånefinansiering	70 %
Løpetid	25
Rentesats	2,8 %
Antall år byggeperiode	2

I steg 2 av konseptfasen beregnes bærekraft på foretaksnivå, i tillegg til på prosjektnivå. Gevinstene som er identifisert på prosjektnivå dekker foreløpig omtrent halvparten renter / avdrag. Resten må dekkes inn på foretaksnivå.



## 10 EVALUERING AV ALTERNATIVENE

Etter steg 1 av konseptfasen, skal det velges ett alternativ som skal videreføres til steg 2 i konseptfasen med skisseprosjekt. For å velge alternativ er det utarbeidet kriterier som er utviklet basert på effektmålene for prosjektet. Effektmålene er igjen basert på målene fra foretakets utviklingsplan.

I det følgende beskrives kriteriene for vurdering og valg av alternativ, og evalueringen av alternativene. I tillegg skal resultatet av evalueringen vurderes mot prosjektets økonomi, slik som bærekraft, gevinstmuligheter og investeringsramme.

### 10.1 Metode og gjennomføring

Arbeidsgruppene har evaluert alternativene, basert på hvor godt de ulike alternativene oppfyller Kriteriene. Arbeidsgruppen har gitt karakterer mellom 1 og 5, der 1 er dårligst og 5 er best. Kriteriene har basis i målhierarkiet, som ble utarbeidet av OU-prosjektet. Ledelsen i PHR-klinikken har behandlet kriteriene, og til slutt ble de vedtatt i styringsgruppen 9. februar 2021. Kriteriene ligger i styringsdokumentet.

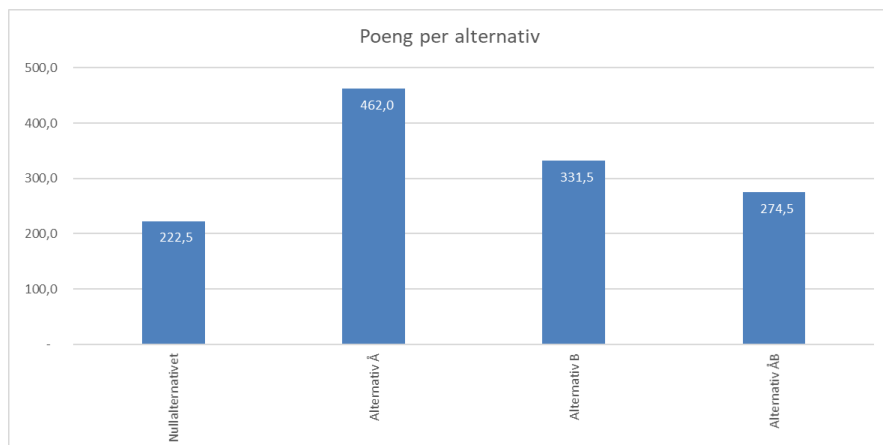
Det er det utarbeidet en vektning av kriteriene, der noen kriterier veier tyngre enn andre basert på hvilke utfordringer man primært ønsker løst. Denne vektningen er lik for alle alternativene som vurderes. I oversikten under vises vektningen av kriteriene, slik de ble vedtatt av styringsgruppen.

Tabell 13 Hovedkriterier og vektning vedtatt i styringsgruppe februar 2021

	Mål	Evalueringsskriterier	Vekt (HK)
1	Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og		20
2	Behandlingen er sammenhengende og helhetlig		15
3	Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten		15
4	Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper		10
5	UNN bidrar med kompetanseutvikling		10
6	Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder		20
7	Byggene er teknisk funksjonsdyktige		10
	SUM		100

### 10.2 Resultat fra evaluering i arbeidsgruppene

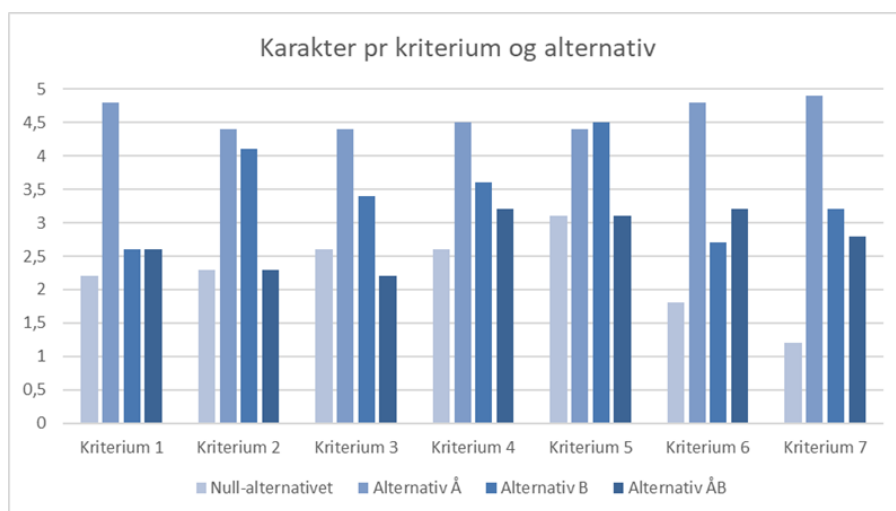
Evalueringen av de fire alternativene er gjennomført av deltakere i de tre arbeidsgruppene (Arbeidsgruppe 1: Døgnvirksomhet i psykisk helsevern og TSB, Arbeidsgruppe 2: Poliklinikk og ambulant virksomhet og Arbeidsgruppe 3: Fag, forskning, utdanning og kompetansefunksjoner).. Oppsummering av evalueringen i arbeidsgruppene fra OU-prosjektet er vist i tabellen under:



Figur 5: Resultat fra evalueringsprosess workshop 28.04.21

Evalueringen av resultatene i workshop vurderte Åsgård-alternativet som det beste alternativet, Breivika-alternativet ble vurdert betydelig lavere, med det delte alternativet på tredje plass.

Det ble gitt ulik vekt til de ulike alternativene, og dette vises i figuren under:



Figur 6: Detaljert resultat fra evalueringsprosess workshop 28.04.21

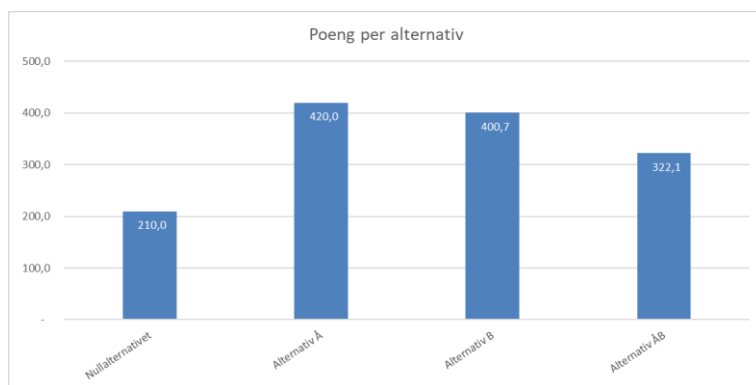
Erfaringer fra stemmegivningen var at det var svært varierende vurderinger av noen kriterier, mens andre ble vurdert svært likt. Samlet sett var det størst spredning (standardavvik) i vurderingen av kriteriene i forhold til Breivika-alternativet. I workshop ble det ikke gitt argumentasjon for karaktersetting. Det er derfor ikke mulig å trekke noen konklusjon om hvilke vurderinger som ligger under variasjon.

### Resultat fra evaluering i klinikkledelsen i PHR

Resultat fra workshop ble lagt frem for klinikkledelsen, i tillegg ble det gjennomført en egen evaluering i klinikkledelsen

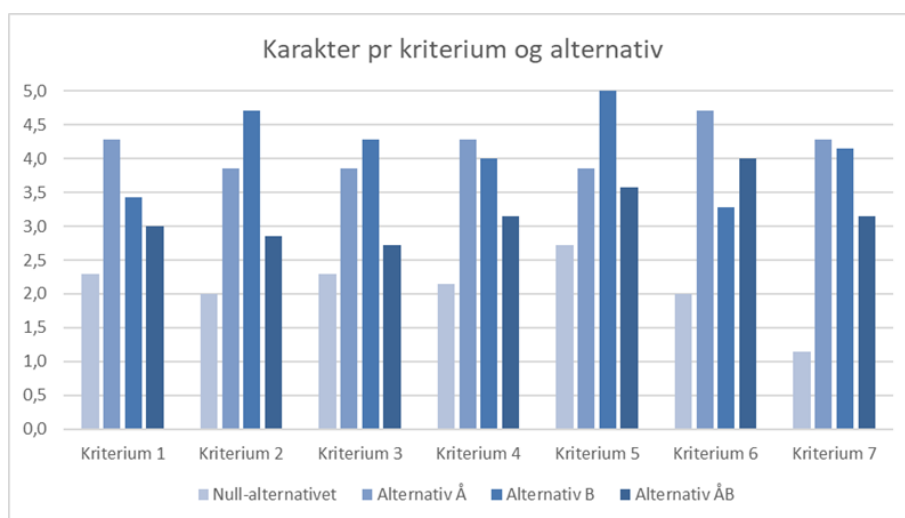


Tabell 14 Resultat fra klinikkledelsens evaluering 03.05.21



Klinikkledelsens evaluering gir også samme rekkefølge av alternativene som arbeidsgruppen kom frem til, men det er mindre avstand mellom Åsgård-alternativet og Breivika-alternativet. Under vises karakterene som ble gitt pr alternativ:

Tabell 15 Detaljert resultat klinikkledelsens evaluering 03.05.21



I ledergruppen var det størst variasjon knyttet til Breivika-alternativet, slik det også var i workshop. I og med at det ble argumentert i plenum for hvordan man vurderte karaktersetting, kom det frem at det ble lagt ulik vekt på nærhet til somatikk og nærhet til natur og uteområder. Det antas ledergruppens vurderinger også er representativ for vurdering i workshop.

### Oppsummering resultat evalueringsprosess

Resultatet fra klinikken vurderer Åsgård-alternativet som det alternativet som best bidrar til å oppfylle klinikkens effektmål. Av karaktergivningingen i klinikkledelsen framkommer at det internt i ledergruppen er spesielt to forhold som skiller hvordan man gir karakterer til alternativene. Vurderingene som ligger til grunn for variasjon i stemmegivning ser ut til å bunne ut i hvor stor vekt man legger på direkte tilgang til uforstyrret natur som en integrert del av behandlingen vs. hvor stor vekt man legger på nærhet til somatiske funksjoner og universitetet.

## 11 Usikkerhet

*Usikkerhet kan være både positiv og negativ. Det er mangelfull eller ufullstendig informasjon eller kunnskap om utfallet av en hendelse eller beslutning i et prosjekt. Negativ usikkerhet er knyttet til uønskede hendelser, mens positiv usikkerhet gir muligheter som kan utnyttes.*



### 11.1 Risikovurdering PHR Tromsø

#### *INFRASTRUKTUR - Kan stoppe prosjektet*

Det er ikke medregnet større tilpasninger og eller omlegging av infrastruktur. På Åsgård er der planlagt boligutbygging i overkant av tomten. Dette kan medføre økt trafikk. Veiene er eid av kommunen, og der er gode muligheter for å bygge ut infrastrukturen fra flere hold.

I Breivika er utbygging av infrastrukturen under planlegging, og også sett i sammenheng med videre planlegging for infrastruktur til og fra Tromsøya. Breivika er et definert knutepunkt og belastet område. Utbedring av infrastrukturen vil inngå i kommunens og UNNs overordnede planer med tilrettelegging og forbedring i området. Kommunen kan vurdere at prosjektet bidrar til for høy fortetting av området, og dermed stoppe utbygging.

På selve utbyggingstomten må vei flyttes, men her har vi ikke identifisert noen risiko. Tomt for bygging av ny vei er ledig og eid av UNN. Tilkomst til MH bygget kan eventuelt løses ved bruk av midlertidig vei.

#### *REGULERINGSRISIKO – Kan stoppe prosjektet*

Kommunen har anslått at en byggesaksprosess er lik for Breivika og Åsgård. Åsgård tomte hvor anlegget står i dag er ikke regulert, og en eventuell omregulering av vest-tomta må sees i sammenheng med eksisterende tomt. Tomten i Breivika ligger i et svært belastet område, og må sees i sammenheng med flere andre planer, som omlegging av veier, fortetting, infrastruktur til/fra området og inne på området. I tillegg er en KPA under planlegging. Tid for begge prosesser anslo kommunen fra 1-1,5 år.

En regulering i Breivika ansees som en høyere risiko enn regulering av Åsgård anlegget. En eventuell regulering av vest-tomta på Åsgård ansees som høyst usikkert, og bør drøftes med kommune før eventuell videre vurdering.

### ***TOMT TIL SIKKERHETSPSYKIATRI BREIVIKA – Kan stoppe prosjektet eller ikke ivareta nærhetsprinsippet som ligger til grunn i programmet***

Det er ikke lagt inn kostnader for et evt. kjøp av tomt i Breivika for Sikkerhetspsykiatri. Ei heller et salg for Åsgård tomt. Risikoen vurderes ulik, og derfor ikke inkludert i økonomiske analyser.

Dette begrunner vi med at det kan bli vanskeligere å finne en egnet tomt i Breivika, som både er i nærheten av øvrig virksomhet, har tilstrekkelig med avgrenset uteareal, og kan ivareta nabo-hensynet.

Den økonomiske usikkerheten for kjøp av tomt, vurderes som lavere enn risikoen for å finne en kvalitativ god nok tomt.

Verdien for et eventuelt salg av Åsgård tomt er satt lik 0 i alle alternativ. Det er altså ikke lagt inn et eventuelt salg av Åsgård ved bygging i Breivika. Salgsinntekten som er lagt inn i modellen så langt er knyttet til salg av Åsgård-lia, og denne inntekten vil være lik for alle alternativene.

### ***VERN OG FREDNING, ÅSGÅRD TOMT – Kan stoppe prosjektet eller påvirke løsning***

Hele anlegget på Åsgård er vernet, og to av byggene er fredet. Det er et ønske om fortsatt drift av PHV og TSB på anlegget, men byggene er i svært dårlig stand og ikke tilpasset moderne drift.

Kostnader: Byggene krever omfattende renovering, og det er stor usikkerhet knyttet til resultatet/kvalitet og tidsomfang. Pris for totalrenovering er satt likt nybygg.

Reguleringer/beslutninger: Endringer skal godkjennes av Fylkeskommune, Tromsø kommune og helsesektoren sine vernemyndigheter. Prosjektet har tegnet ut mulige løsninger, og har en antagelse om at vi skal klare å finne en løsning som kan aksepteres av alle parter for anleggets beste. Det er noe uklart fra Tromsø kommune hva de legger i sitt vern. Dette er ikke avklart.

Tid: Byggene er fra 50-tallet, og der er en viss sannsynlighet for at rivning kan ta lengre tid grunnet krav til deponering. I forhold til tidsplan for renovering av eksisterende bygg, løses dette ved at alle behandlingsfunksjoner plasseres i nybygg for å sikre drift.

### ***HMS I BYGGEPERIODEN - Pasientperspektivet***

På Åsgård vil det være drift tett på bygging. Bygging tett på pasienter over lengre tid kan være svært belastende. PHV pasienter er ømfintlige for støy og stress, som kan føre til flere utageringer og «situasjoner». Dette kan medføre økt belastning på ansatte i perioden. Det knyttes også en høy risiko til om det kan skaffes midlertidige bygg som ivaretar krav til bygg for PHV, inkludert tvang og skjerming. Dette medfører ekstra kostnader, men mest av alt rammer den tryggheten og sikkerheten til pasienter og ansatte.

I Breivika er det også pasientbehandling i området. Det er mulig det må iverksettes støy-reduserende tiltak på bygg hvor pasienter oppholder seg i perioden. Slike tiltak kan påvirke byggetiden og gi økte kostnader.

### ***BYGGETID - Tid og kostnader***

I Breivika antar vi at ett bygg kan bygges opp i ett byggetrinn, med samtidig bygging av sikkerhetspsykiatri på annen tomt. Antatt byggetid er 2-3 år, avhengig av om det planlegges for p-kjeller i bygget, og om særskilte hensyn må tas til PET-senteret.

På Åsgård må vi anta minst to byggetrinn. 2 år med bygging av sikkerhetspsykiatri, og 2-3 år med rivning og bygging av behandlingsbygg, før videre renovering av eksisterende bygg. Til sammen minst 5 år. I tillegg vil det komme renovering av eksisterende bygg etter innflytting i nye behandlingsbygg. Tid for renovering er svært usikker. Vi antar 1-3 år for å kunne benytte noen av lokalene i perioden. Ytterste konsekvens er til sammen 5-8 år med byggeaktivitet på tomten.

### ***PARKERING - Kostnader***

Det er ikke medregnet bygging av p-plass anlegg under bakken. På Åsgård er der tilstrekkelig med plass for parkering ute. I Breivika planlegger ekstern part bygging av p-anlegg i umiddelbar nærhet til anlegget. Der er også muligheter for å bygge p-kjeller under anlegget i Breivika, men denne kostnaden er ikke inkludert. Usikkerhet knyttes til de 300 p-plassene som er på tomten i dag. Vil ekstern aktør ha ferdigstilt p-hus innen en eventuell bygging på vår tomt i Breivika starter? Risikoen er midlertidig, og eller økonomisk.

### ***EIE AV ÅSGÅRD TOMT, VED VALGT BREIVIKA ALTERNATIV – Kostnad, inntekt***

Om UNN velger å ikke fortsette driften på Åsgård, er der ikke planlagt alternative funksjoner på anlegget. Det betyr at UNN ikke lenger er den beste eier for å ivareta fredede bygg og vern på tomten. Vernet omfatter helseformål. Det er derfor knyttet usikkerhet til verdien av tomten. Det kan også bli en utgiftspost. Verdi av tomten er satt til 0 i økonomiske beregninger.

Det er også mulig å skape inntekt på tomten gjennom utleie til eksterne aktører. Grunnet behovet for teknisk oppgradering og renovering av byggene (411 mnok), driftskostnader og markedsinteresse - er det usikkert hvilken lønnsomhet dette kan gi UNN.

Det er mangel på boligtomter på Tromsøya, og Åsgård -tomten er en vakker og attraktiv tomt for eventuell utbygging. Det foreligger derfor også en mulig stor verdi i tomten. Dette vektlegges som en mulighet for eventuell inntekt ved valg av Breivika alternativet.

RISIKO	
Åsgård:	Breivika:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ulempe i byggeperioden. Belastning på pasienter og ansatte. Kan påvirke behandling og trivsel/sikkerhet/trygghet hos pasienter og ansatte. HMS risiko.</li><li>• Lang byggetid og flere byggetrinn. Økte kostnader</li><li>• Vernet anlegg og fredede bygg – løsbart, men kan gå utover utforming av arealer</li><li>• Tekniske utfordringer, gammelt anlegg. Økte kostnader, økt tidsbruk og HMS.</li><li>• Lang sikt. Usikkerhet knyttet til fremtidig utvikling av området rundt Åsgård.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regulering, byggesak og infrastruktur. Fortetting av området. Risiko for at prosjektet stoppes.</li><li>• Uavklart tomt til sikkerhetspsykiatri. Usikkerhet om man klarer å fremskaffe en god nok plassering av sikkerhetspsykiatri. En risiko for at prosjektet stoppes, eller å ikke ivareta prinsippet om nærhet til alle funksjoner.</li><li>• Begrensede utvidelsesmuligheter. Det er størst risiko knyttet til PHR.</li><li>• P-plasser. Det er mulig å bygge p-plasser under bygget. Kostnad og usikkerhet til midlertidig løsning for 300 p-plasser.</li></ul>

## 11.2 Muligheter

### Stordriftsfordeler

Om UNN samler alle funksjoner i Breivika, oppnår de driftsfordeler i form av å drifte ett anlegg fremfor to. Dette er gevinster knyttet til logistikk, drift, felles tjenester med mer. Dette er hensyntatt i gevinstanalyse. Det er mulighet til å ta ut større gevinster.

### Universitetssykehus

UNN er et universitetssykehus med Det Arktiske Universitet i umiddelbar nærhet i Breivika. Det legges til rette for undervisning i behandlingslokaler for begge alternativ. Klinikker i Breivika vil åpenbart være mer tilgjengelig for studentene. UNN har utfordringer med rekruttering, og dette kan bli en mulig større utfordring i fremtiden. Prosjektet vil si at muligheten for å gjøre PHV og TSB interessant for studenter, øker ved nærhet og tilgang på kunnskap. Videre vil større tilrettelegging for økt forskning på området gjøre faget attraktivt. Mulighetene til å skape større interesse for og kunnskap om PHR vurderes som større i Breivika enn på Åsgård.

### Styrking av fagmiljø og samhandling

Ved en samling av alle funksjoner på ett anlegg, legges det mer til rette for samhandling og læring. Dette kan bidra til å styrke fagmiljøene. I Breivika vil det kunne føre til en styrking mellom flere fagmiljø, mens på Åsgård legges det til rette for en fokusert satsning innen PHV og TSB under samme tak som FFU.

### Utvidelse

Framskrivninger tilsier ikke at det er behov for utvidelse i fremtiden. Nye behandlingsmetoder, lovendringer, og nye samarbeidsformer kan endre dette behovet.

I Breivika er det svært begrensede utvidelsesmuligheter, men det kan legges til rette for dette på sikkerhetspsykiatri, hvor usikkerheten vurderes som høyest. Videre kan øvrig PHV og TSB ha muligheten til å utnytte fleksibilitet inn mot somatiske klinikker.

På Åsgård er der svært gode utvidelses muligheter. Spesielt med tanke på å ivareta anbefalinger om gode bygg for psykisk helsevern.

MULIGHETER	
Åsgård:	Breivika:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Store utvidelses muligheter</li><li>• Verdien av en svært attraktiv tomt kan beholdes i UNN</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Høye driftsgevinster ved å drifte 1, fremfor 2 anlegg. Store besparelser fellesfunksjoner.</li><li>• Øker mulighetene for samhandling. Gir korte avstander.</li><li>• Styrking av fagmiljøene</li></ul>



## 12 Sammenstilling alternativer

### Kvalitative kriterier

Begge alternativer løser programmet, men har forskjellige tilnærminger. Om vi vektlegger kriteriet om god pasientbehandling for psykisk syke, er Åsgård det alternativet som best imøtekommer anbefalinger i forhold til omgivelse og utforming av bygg som skal bidra til økt tilfriskning. Medvirkningsgruppene og brukere mener at Åsgård er det kvalitative beste alternativet. I en tidsavgrenset periode (4 år eller mer), vil dette alternativet gi størst ulempe i forhold til drift under bygging, hvor støy og forflytninger er uheldig for pasienter og ansatte.

Brevika på den andre siden, legger bedre til rette for nye samhandlingsarenaer mellom psykisk helsevern og TSB med de somatiske klinikkene. Det blir ett sykehus, og det er nærliggende å tro at dette bedre kan bidra til helhetlige pasientforløp, og mindre transport mellom lokasjoner for ansatte og pasient. Et alternativ på en mindre tomt som i Brevika tilfellet, fører til at løsningene og areal må tilpasses for å innfri anbefalinger som kan redusere stress hos pasientene. Dette krever mye for å sikre gode og trygge uteområder i form av atrier. En mer kompakt bygningsmasse gjør at avstandene blir kortere, og ansatte kan enklere samhandle på tvers av avdelinger. Det gir også større mulighet til å dele fellesareal og uformelle møter.

Klinikledelsen hadde delte meninger i forhold til om Brevika eller Åsgård best oppfylte de kvalitative kriteriene i den gjennomførte evalueringen. Med hensyn til omgivelser er Åsgård klart best, men på lang sikt legger Brevika mer til rette for å ivareta de sykeste pasientene og samhandle med somatiske klinikker, kommunen og universitetet.

Hvordan kan vi best ivareta PHV og TSB pasienter i fremtiden? Pasientene og fagmiljøene vil legge vekt på ulike kriterier, også for å ivareta gode helhetlig pasientforløp. Demografisk utvikling viser en økning av eldre, men også en større dreining fra døgn til dag, og økt behandling nære pasienten med bruk av ambulante tjenester og teknologi.

*Begge alternativer har svært gode, men forskjellige kvaliteter. Det ene vektlegger omgivelser og det andre samling av kompetanse og korte avstander.*

### Økonomi og drift

Investeringskostnadene er forholdsvis lik for alternativene, i tillegg er det relativ lik bærekraft for alternativene. Det er ikke medregnet kostnad eller gevinst for salg og kjøp av eiendom. Mulighetene ved Brevika alternativet er større med tanke på salg av eksisterende eiendom på Åsgård, og økonomiske gevinster ved drift av ett anlegg, fremfor to. Det er høy risiko knyttet til om den rette tomten for sikkerhetspsykiatri er til salgs, og hva kostnaden for denne vil bli.

For Åsgård ivaretas vernet innenfor sektoren, og eldre bygningsmasse totalrenoveres. UNN beholder og ivaretar en attraktiv tomt. Kortsiktig ligger der store utgifter i drift under byggeperioden med

rokader/flyttinger og tilpasninger. Langsiktig vil UNN beholde en tomt av stor verdi og med muligheter for utvidelse.

### Usikkerhet - risiko

Usikkerhet er mangelfull eller ufullstendig informasjon eller kunnskap om et utfall. Prosjektet har vurdert ulike risikoer ved begge alternativ, samt muligheter. Den største risikoen ved Åsgård alternativet er drift under bygging. Det er både en økonomisk risiko, og en risiko for helse, miljø og sikkerhet for pasient, ansatte, og teknisk drift.

Breivika ligger i et belastet knutepunkt, og det knytter seg usikkerhet til om vi klarer å fremskaffe en god nok tomt for sikkerhetspsykiatri, og om kommunen vil godkjenne byggesaken og tilrettelegge infrastrukturen.

### Område utvikling- muligheter

Ved Åsgård er der gode muligheter for å utvide, og eventuelt samlokalisere med flere funksjoner. Et alternativ på Åsgård ivaretar fredede bygninger, sektorens eget vern, og en tradisjon ved å ha alle funksjoner innen PHV og TSB samlet i rolige omgivelser.

I Breivika kan UNN effektivisere og drifte mer økonomisk med alt samlet på ett anlegg. Videre er det mulig å selge en stor attraktiv tomt på Åsgård. Prosjektet kjenner ikke de samlede planene for utvidelse i Breivika, og det bør sikres at en samlokalisering med UNN sin største klinikk, ikke hindrer utviklingen i området og for de somatiske klinikkene.

UNN må se dette prosjektet i sammenheng med fremtidige planer for hele virksomheten og utviklingsplanen. Prosjektet klarer ikke å finne at Å1- eller B4-alternativet oppfyller den ene målsetningen mer enn den andre. Ref. kvalitative kriterier.

### Anbefaler ikke

Prosjektet anbefaler ikke en delt løsning, med PHV på Åsgård og TSB i Breivika. Dette er det mest kostbare alternativet, men det deler også PHR. UNN har valgt å satse på en utvikling ved samling av PHV og TSB.

## 12.1 Konklusjon

En samlet løsning på Åsgård eller i Breivika gir to gode alternativer, men som oppfyller ulike kvaliteter. Prosjektet betrakter skilnaden mellom alternativene som et verdivalg.

Prosjektet anbefaler at valg av løsning sees i sammenheng med øvrige planer for UNN, og vurderes i helhet med område planer for Åsgård og Breivika.



*Å ta et verdivalg mellom Åsgård og Breivika.*

*Prosjektet tror ikke videre utredning av forskjeller mellom tomtene vil skille alternativene bedre.*

*Hvordan ivaretar vi pasienten og ansatte best om 15 - 40 år?*

Med bakgrunn i samlet vurdering anbefales det at UNN gjør et verdivalg mellom å samle all virksomhet i Breivika, eller konseptet om å samle PHV og TSB på Åsgård. Det valgte alternativet videreføres til steg 2 av konseptfasen for en utdyping gjennom detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger.

Breivika vurderes til å være det beste sykehuskonseptet og svarer godt til effekt- og samfunnsmålene for prosjektet. Konseptet forutsetter en god nok tomt for sikkerhetspsykiatri, samt større «frihet» for arealtilpasninger i løsningen. Dette vil bli gjenstand for bearbeiding og nærmere analyser i steg 2.

Alternativet Åsgård vurderes til å være det beste konseptet for psykisk helsevern. Derav også det prefererte alternativet i medvirkningsgruppene. Alternativet har relativt store kortsiktige risikoelementer knyttet til seg i byggeperioden, men UNN vil bevare en verdifull tomt med utvidelsesmuligheter på lang sikt.

Endelig beslutning om valg av konsept som gir grunnlag for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet, og som skal bearbeides videre i en forprosjektfase, gjøres av styret for Helse Nord RHF i desember 2021.

## 13 VEDLEGG

Vedlegg 1: Hovedprogrammet for PHR, versjon 1, dokument PHR-0000-Z-AA-002

Vedlegg 2: Framskrivinger for PHR, 04. 2021, dokument PHR-0000-Z-AA-005

Vedlegg 3: Delrapport steg 1, Mulighetsstudier

### Figurliste

Figur 1 Metode framskrivning.....	16
Figur 2 Bærekraft alternativ Åsgård .....	50
Figur 3 Bærekraft alternativ Breivika .....	50
Figur 4 Bærekraft delt alternativ med TSB i Breivika og resten på Åsgård .....	50
Figur 5: Resultat fra evalueringsprosess workshop 28.04.21.....	53
Figur 6: Detaljert resultat fra evalueringsprosess workshop 28.04.21.....	53

### Tabell-liste

Tabell 1 Døgnkapasitet – PHRK Åsgård.....	14
Tabell 2 Framskrivning – oversikt aktiviteter.....	17
Tabell 3 Framskrivning - beregnet kapasitet.....	18
Tabell 4 Anbefalte kapasiteter .....	20
Tabell 5 Prioriterte krav steg-1.....	24
Tabell 6 Total oversikt areal funksjonsområder.....	30
Tabell 7 Referansepriser sykehuspsykiatri 2021.....	48
Tabell 8 Arealbehov i alternativene .....	48
Tabell 9 Estimert investering kostnad for alternativene .....	48
Tabell 10 Bygningsmessig investeringsbehov for alternativene .....	49
Tabell 11 Foreløpige gevinster pr alternativ .....	49
Tabell 12 Bærekraft år 1 og år 25 for alternativene .....	50
Tabell 13 Hovedkriterier og vektning vedtatt i styringsgruppe februar 2021 .....	52
Tabell 14 Resultat fra klinikkledelsens evaluering 03.05.21 .....	54
Tabell 15 Detaljert resultat klinikkledelsens evaluering 03.05.21.....	54

«Et behandlingstilbud der  
man blir trygg er en god  
plass å komme»

Bruker Spør Bruker undersøkelse av:

Pasienters forventninger til fremtidens  
behandlingstilbud og nytt bygg for psykisk helsevern  
og tverrfaglig spesialisert rusbehandling  
ved UNN HF Tromsø.

Astrid Weber og Annika Alexandersen

UNN HF/KBT 2021



*Bruker Spør Bruker Evaluering*

Psykisk helse og rusklinikken,  
Universitetssykehuset Nord- Norge HF  
i samarbeid med KBT - Kompetansesenter for  
brukererfaring og tjenesteutvikling,  
med malen fra Bruker Spør Bruker ANS  
Rapport 1/2021  
Astrid Weber og Annika Alexandersen, 2021

## Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen	5
1.2 Formål	5
1.3 Problemstilling for undersøkelsen	5
2.0 Metode	6
2.1 Evalueringsmetodikk	6
2.2 Deltakere og rekruttering	6
2.3 Gjennomføring og utvalg	7
2.4 Etske vurderinger	7
3.0 Hovedfunn	8
Forventninger til behandlingstilbud/viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud	8
Akutt til rehabilitering	8
Spesialiserte behandlingstilbud og recoveryorientering	8
Aktivitet og direkte utgang til uteområder	9
Mindre pasienter per enhet og ulike soner	10
Struktur	10
Personvern og slippe mellomstasjoner	10
Brukermedvirkning, kontinuitet og sikkerhetsnett	11
Oppfylle krav til nødvendig helsehjelp	12
Barn som pårørende	13
Mat/måltider	14
Bygg	14
Kvalitet i behandlingstilbudet	14
Behandlingstilbud det er behov for i fremtidens PHV og TSB ved UNN Tromsø	16
Behov for spesialiserte behandlingstilbud	17
Godt behandlingsmiljø	20

Kompetansebehov – forbedring av behandlingstilbud	20
Tverrfaglighet	21
Samisk kulturkompetanse	21
Erfaringskompetanse	22
Forventninger til nytt sykehusbygg	23
Beliggenhet	23
Pasientrom	23
Rom for aktiviteter	23
Livssyn og kultur	24
Skolebygg	24
Fellesareal	24
Inneklima	24
Pårørende	24
Utsmykking og skilting	24
Uteområder	25
Smittevern	25
Avdelinger generelt	25
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	25
Psykisk helsevern (PHV)	25
Somatikk og legevakt	26
4.0 Oppsummering	26
5.0 Referanser	27
6.0 Vedlegg Temaguide for intervju	28



## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

UNN HF gjennomfører et organisasjonsutviklingsprosjekt som skal beskrive og utvikle innholdet og organisering av virksomheten i forkant av oppstart av byggeprosjekt for nytt bygg for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Tromsø. Gjennomføring av prosjektet skal bidra til at fremtidig behandlingstilbud og ressursbehov, samt organisering av disse, sees i sammenheng med utforming av nye arealer for PHV og TSB. Prosjektet er organisert med styringsgruppe, prosjektgruppe, medvirkergrupper samt flere tiltak for å innhente relevante data. Sykehusbygg bistår med rådgivning i gjennomføring av prosjektet. Prosjektet inngår i utviklings- og kvalitetsarbeid.

Som del av å sikre et bredt kunnskapsgrunnlag og sørge for at pasienters og pårørendes innspill om forventninger til nybygg er del av dette arbeidet, ansees bruker- og pårørendemedvirkning sentralt. I tillegg til særskilte tiltak for å realisere gjennomgående brukermidvirkning i styringsgruppe, prosjektgruppe, medvirkergrupper, brukermøter og workshops for personer med særlig relevant erfaring, gjennomføres denne forventningsundersøkelse gjort med bruk av "Bruker Spør Bruker-metodikk."

### 1.2 Formål

Formålet med denne undersøkelsen er å få frem pasienter og brukeres forventninger og innspill til fremtidens behandlingstilbud og nytt sykehusbygg for PHV og TSB UNN Tromsø.

### 1.3 Problemstilling for undersøkelsen

Hvilke forventninger har pasienter til fremtidens behandlingstilbud og et nytt sykehusbygg?

- Hva mener du/dere er viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud?
- Hva er viktig for å få til god kvalitet i behandlingstilbudet, slik du/dere ser det?
- Hva betyr/kjennetegner godt samarbeid for deg/dere?
- Har du/dere noen synspunkt på hvilken kompetanse personalet bør ha?
- Hvordan tenker du/dere somatiske helsetjenester bør være når man er i behandling i psykiatrien (PHV) /rusbehandling?

- Hvilke behandlingstilbud er det behov for, slik du/dere ser det, i fremtidens psykiatri (PHV) og/eller rusbehandling (TSB)?
- Hvilke forventninger har du/dere til et nytt sykehusbygg?
- Har syns du/dere er viktige i nytt sykehusbygg?

## 2.0 Metode

### 2.1 Evalueringsmetodikk

Evalueringsmetoden “Bruker Spør Bruker” (BSB)([www.brukererfaring.no](http://www.brukererfaring.no)) har blitt utviklet og gjennomført i norsk psykisk helsetjeneste siden 1998. BSB brukes til å evaluere en tjeneste fra brukernes perspektiv og gjennomføres av utdannede prosessledere fra BSB. Metoden består av følgende trinn:

1. Det utarbeides problemstillinger for evaluering i samarbeid med tjenesten og tjenesten legger til rette for undersøkelsen ved forankring i egen organisasjon og praktisk tilrettelegging inkludert rekruttering av deltakere
2. Det gjennomføres gruppe- og individuelle intervjuer med brukere om deres erfaringer med tjenesten. Dette er basert på fokusgruppeintervju ut fra metodikken til Krueger og Casey (2000)
3. Analysen av dette materialet presenteres i en prosessrapport som brukes i en dialogkonferanse hvor tjenesterepresentanter og brukere invitert av tjenesten møtes for å diskutere og validere de foreløpige funnene. Samtidig er dialogkonferansen en fortsettelse av datainnsamlingen i den forstand at nye vinklinger og fokus som kommer frem innarbeides i sluttrapporten.
4. Sluttrapporten, som består av oppsummerende tekst og illustrerende sitater, er en omforent beskrivelse av hvordan tjenesten oppleves.

### 2.2 Deltakere og rekruttering

Deltakere i undersøkelsen har erfaring som pasienter ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF. Rekrutteringen ble gjort gjennom fagpersoner tilhørende ulike tjenestesteder i virksomheten med lokalisasjon i Tromsø. De som ble gjort kjent med muligheten for å delta fikk et informasjonsskriv om undersøkelsen og brosjyre med informasjon om formål, metode, intervjuere og mulig tidspunkt for fokusgruppeintervju, samt informasjon om mulighet for

ene-intervju dersom noen ønsket det.

### **2.3 Gjennomføring og utvalg**

Temaguiden ble først og fremst utarbeidet på grunnlag av OU-prosjektets målsetning (målilde), i tillegg ble erfaringer brukt fra tidligere Bruker Spør Bruker undersøkelser.

Intervjuene ble gjennomført i perioden januar og februar 2021. Det ble gjennomført 5 fokusgruppeintervju og 8 enkeltintervju, med totalt 22 deltakere.

Deltakerne representerer et bredt utvalg av erfaringer med behandlingstilbud innen Psykisk helse- og rusklinikken,

I de tilfellene der deltakerne har samtykket til det, har intervjuene blitt tatt opp som audiofil og deretter blitt transkribert. Enkelte har i tillegg sendt skriftlige innspill. Det er skrevet sammendrag fra samtlige intervjuer.

Undersøkelsen er utført av prosesslederne, Astrid Weber og Annika Alexandersen, som er ansatte i UNN HF og sertifiserte som prosessledere for “Bruker Spør Bruker” (BSB), et konsept som er utviklet av Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling i Midt-Norge (KBT Midt-Norge).

I denne undersøkelsen har vi fraveket evalueringsmetodikken ved at det ikke er invitert til dialogkonferanse (punkt 3).

### **2.4 Etiske vurderinger**

Alle deltakerne i evalueringen er over 18 år. Deltakerne har variert erfaring med ulike behandlingstilbud. Deltakerne fikk i forkant av intervjuene informasjon om formålet med undersøkelsen, at deltakelse er frivillig og samtykkebasert, om konfidensialitet og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. Det er ingen kobling mellom dataene og personidentifiserbare opplysninger. Anonymiseringen gjelder ene- og gruppeintervju med kvalitativ metode. Lydfilet med intervju ble håndtert i kryptert form og slettet da transkribering var fullført.

Vi har lagt vekt på å skape en trygg intervjusituasjon og har dermed gjennomført intervjuene der deltakerne selv ønsket at det skulle finne sted, også noen per telefon og noen på skype. Vi har ikke etterspurt sykdomsrelaterte eller personsensitive data, men kun konsentrert oss om

deltakernes forventninger til fremtidens behandlingstilbud og forventninger til nytt bygg. Selv om man ikke aktivt etterspør slikt materiale, vil det alltid være en mulighet for at det fremkommer bakgrunn for deltakernes erfaringer. Med dette har vi også fått innspill også på hva som fungerer bra og bør bevares. I etterkant av intervju situasjonen ble deltakerne spurt om hvordan de hadde opplevd intervjuet.

### **3.0 Hovedfunn**

#### **Forventninger til behandlingstilbud/viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud**

Her oppsummeres kort hva som går igjen med hensyn til hva deltakerne fremhever som viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud.

#### **Akutt til rehabilitering**

Forventningen fra deltakerne er at hjelpen finnes når det er akutt, og at man kan komme til spesialposter som kan tilrettelegge for behandling for folk med ulike plager. Under deres innspill på hva som utgjør kvalitet, trekkes rehabilitering og forebygging særskilt frem.

#### **Spesialiserte behandlingstilbud og recoveryorientering**

Det fremkommer en klar forventning om at spesialisthelsetjenesten skal ha spesialiserte behandlingstilbud. I dette ligger det å gå fra dagens organisering med gjennomgående allmennpsykiatriske tilbud til spesialiserte tilbud som kan møte pasienter på deres behov, og skape et trygt behandlingsmiljø med personell med særskilt relevant kompetanse.

*“Et behandlingstilbud der man blir trygg er en god plass å komme. Da er det lettere å be om hjelp når jeg blir syk. De ukene med planlagte behandlingsopphold kan jeg virkelig jobbe med meg selv, og det virker forebyggende. Det blir rett og slett bedre å være meg og det blir mindre “blålysnivå” når jeg trenger hjelp.”*

Recoveryorientering sees ikke som en motsetning til spesialisering, men som en forutsetning for å kunne få stabilitet og få trygghet til å jobbe med det man trenger å jobbe med for å få til en bedringsprosess. Det anes også viktig at spesialisthelsetjenesten gjør mer for å integrere folk med psykiske- og eller ruslidelse i samfunnet.

*“Her trenger man recoveryorientering, altså tenke helhetlig og at folk har muligheter. Det bør være et samarbeid med f.eks. Fontenehuset, studie med støtte og IPS (Individuell jobbstøtte) og aktivitetssentre i kommunene.”*

### **Aktivitet og direkte utgang til uteområder**

Samtlige deltagere i evalueringen trakk frem aktivitetstilbud og mulighet til aktivitet som en viktig del av behandlingstilbudet.

*“Jeg har en forventning om at pasienter får direkte utgang til uteområder og aktivitetsrom i sengepost slik at terskelen er lav nok. Det kan være trening, avspenning, kunstterapi, og noen aktivitetstilbud kan være felles. Aktivitet er viktig for å motvirke passivitet.”*

Aktivitet beskrives som en viktig del av miljøterapi.

*«Mesteparten av tiden man er innlagt er man sammen med miljøpersonell. Man har kanskje en time i blant med behandler, og hva skal man bruke resten av tida si på? Mye av behandlingen foregår jo sammen med miljøpersonell. Da bør det også finnes andre ting å gjøre enn å spille kortspill og Ludo. Det bør være muligheter for aktiviteter og bevegelse. Muligheter til å forberede seg på livet utenfor sykehuset. Kanskje mulighet for å finne ut hva ens egen drivkraft er, hva man liker å gjøre, og muligheter til å lære seg å håndtere følelser.»*

Aktivitet fremkommer som viktig også ved akuttinnleggelser:

*“Selv om man er innlagt akutt trenger man noe å holde på med, noe å gjøre. Man blir ikke bedre av å sitte å se i veggen. Det er viktig at det er gode muligheter for å gå turer, altså turer ut. Kjøreturer er veldig bra. Et variert aktivitetstilbud er også veldig viktig.”*

Nærhet til uteområder utdypes f.eks. slik:

*“Det er kjempe viktig med gode uteområder. Ei lysløype med allmenn ferdsel er ikke tilrettelagt uteområde. Nærhet til godt uteområde betyr at det er rett utenfor døren og at det er sykehuset som disponerer det. Noen av oss trenger uteområder der vi kan være med det vi strever med, litt skjermet uten å få opplevelsen av å være innesperret.”*

### **Mindre pasienter per enhet og ulike soner**

Dette beror på å ha mer tilpasset behandlingsmiljø som kan ivareta pasienter med ulike behov og dermed bli et tryggere behandlingsmiljø.

*“Det er for mange pasienter per sengepost. Når folk strever med veldig ulike ting kan det blir et urolig behandlingsmiljø. Det bør være rolige soner på akuttpostene og spesialiserte poster som bedre kan ramme inn behovet til pasientene, der man kan ha et behandlingsmiljø som pasienter med mani kan få anledning å få ut litt energi og ha tilrettelagte aktiviteter som kan hjelpe enn å finne litt ro og fokus.”*

### **Struktur**

Erfaringer med struktur i behandlingstilbudet fremkommer som viktig. Deltakerne som har erfart tilbud med en gjennomtenkt struktur og ukeplan fremhever at dette er nyttig for at innleggelses skal få et innhold. Her trekkes både en personlig ukeplan som utarbeides i samarbeid med team på post/avdeling frem, og en ukeplan på avdeling. F.eks. grupper med edukasjon og samtale, recoveryverksted, fysisk trening, kunstterapi osv. Dette fremkommer å være viktig å ta vare på ved de behandlingstilbudene som har det.

*“Aktivitetsplan er viktig. Vi lærer om kroppen, relasjonsmønster og oss selv å kjenne. Når man forstår hvordan det henger sammen er det lettere å jobbe med endring. Og gruppeaktiviteter er viktig, når man lærer andre å kjenne blir man bedre kjent med seg selv, og blir mindre alene.”*

Videre etterlyser deltakere som har erfart behandlingstilbud uten en slik struktur dette. Det fremkommer særskilt at DPS døgnenheter bør jobbe med å gi innhold i behandling.

### **Personvern og slippe mellomstasjoner**

*“I fremtiden håper jeg man kan bygge akuttpostene slik at man ivaretar taushetsplikt og personvern, både overfor dem som er i en vanskelig situasjon og kanskje må skjermes. Jeg ser for meg at postene utformes slik at man ikke trenger å gå gjennom hele posten for å komme til skjermingsenhet. Og i dag er det slik at man kommer inn i akuttmottaket i “kjelleren”, og må roes ned der for deretter å få komme til post. Det fungerer etter min erfaring dårlig, det blir for mye styr før man får komme inn til avdelingen der man skal legges inn. Det bør være mottak og skadestue nært avdelingene. Det er viktig at man slipper alle “mellomstasjonene”. Man må huske på at starten på oppholdet er viktig for resten av oppholdet.”*

### **Brukermedvirkning, kontinuitet og sikkerhetsnett**

Brukermedvirkning, kontinuitet, og sikkerhetsnett henger tydelig sammen med oppfattelse av hva som utgjør kvalitet i behandling. Deltakerne som har erfaring med helhetlige og sammenhengende tjenester beskriver det å ha et fast behandlingsteam, mulighet for re-opphold, videre poliklinisk oppfølging av fast behandlingsteam og forutsigbarhet som svært viktig.

Deltakerne som erfarer tjenestene som fragmenterte, erfarer at de selv må være koordinatorene mellom ulike tjenester internt i klinikken, og de etterlyser mykere overganger og bedre oppfølging ved utskrivelse. En sa det slik:

*“Det med innleggelser.. det bør være en “hjem-fase” så man kan prøve seg litt hjemme for så å kunne komme tilbake til sengeposten før utskrivelse. Det bør være en mykere overgang.”*

Sikkerhetsnett er her forstått som trygghet om å bli ivaretatt og ha tilgang til hjelp.

En annen sa det slik:

*“Brukerstyrte senger bør det bli mer av. Og behandlingsapparatet må gjøre tilbudet og mulighetene kjent for pasientene. Dette har vi alle mye å vinne på. Åpen retur er også bra, etter akuttinnleggelser. Uansett om man har hatt en debut, gjentatte episoder eller noe, så bør det tenkes helhet og langsiktighet. Det er helt absurd at folk med psykotisk episode eller selvmordstanker eller forsøk risikerer å bli skrevet ut uten at det er et godt sikkerhetsnett på plass før utskrivelse.”*

For tilrettelegging av brukermedvirkning fremheves bruk av behandlingsplan, brukerstyrte tilbud, nettverksmøter og frihet til å velge. En sier det f.eks. slik:

*“Så ønsker jeg at det skal være mulig å bli hørt om sine erfaringer med medisinerer. Den dialogen med behandlerne er vanskelig, siden de alltid “vet best”. Det må være mulig å få prøve seg med litt mindre så man ikke blir helt “parkert”. Behandlerne bør lytte til pasientenes erfaringer med medisinerer. Helst bør man selv få være med å bestemme. Man bør få frihet til å velge.”*

For DPS VOP etterlyses brukerstyrt ettervern:

*“Det bør være ettervern i poliklinikk, altså at man kan ta kontakt med sin behandler selv om man har avsluttet behandlingsfase. Det vil gjøre det tryggere å avslutte, prøve med mindre oppfølging og å vite at man har kort vei inn til poliklinikk hvis behovet kommer. Man kunne kalt det Brukerstyrt ettervern, der vi selv kan ta kontakt og komme raskt til samtale.”*

Sammenheng trekkes frem som en nødvendighet for at behandlingstilbudet skal fungere. Her utdyper flere gode erfaringer med fast behandlingsteam som følger en både ved innleggelse og poliklinisk, mulighet for å booke re-opphold, nettverksmøter og ansvarsgrupper.

Tilrettelegging og forutsigbarhet:

*“Det er veldig bra at vi har et fast behandlingsteam, og at de, når de ser at en ikke har det så greit, tilbyr en prat. Da vet vi at det er trygt å be om hjelp når det er noe som plager en. Når vi skrives ut har vi fortsatt vårt faste behandlingsteam, og kan ringe hit når som helst. Det er en veldig trygghet. Også kan man bestille re-opphold før man skrives ut. Det gir en veldig viktig forutsigbarhet.”*

Fleksibilitet og nettverksmøter er av betydning for å kunne medvirke i egen behandling.

*“ A: Hva som er viktig for selv å kunne medvirke? Fleksibilitet!*

*Nettverksmøter er bra, at jeg kan velge hvem som skal være med.*

*B: Ja, det er jeg veldig enig i. Det er betydningsfullt for å få til god behandling. Det kan være med behandlingsteamet, familie, nav osv. Da vet alle hva som skjer og hvem som har ansvar for hva. Før når det ikke var nettverksmøter så dro man herfra frustrert. Man dro herfra med uforrettet sak. Nettverksmøter har vært viktig for meg for å fortsette å kjempe for å bli rusfri. Det har gitt meg et løft, for det hjelper faktisk. Med uforrettet sak blir man motløs og får raskere tilbakefall. Det er behov for at man kommer styrket ut, og det gjør jeg nå jeg vet at det er et team som står med meg.”*

Å vite hva som skjer, hvem som gjør hva, ha en felles oppfattelse av hva som skal skjer videre og vite at man har et team som er der under hele forløpet, trekkes frem som en nødvendighet for å lykkes.

### **Oppfylle krav til nødvendig helsehjelp**

Når man ser materialet under ett fremkommer en klar forventning av at tjenesten skal kunne oppfylle krav til nødvendig helsehjelp.

I en fokusgruppe fremkommer det slik:

*“Flere sengeplasser! Det er kamp om de plassene som finnes. Pga. plassmangel får man ikke lengre opphold. Livet på “utsiden” kan være krevende når man ikke har det bra. Men likevel blir man skrevet ut mens man går på “tomgang” - man blir ikke ivaretatt. Og ventetiden i poliklinikken er alt for lang.”*



En annen beskriver det slik:

*“Ting bør henge bedre sammen, så man ikke går fra alt til ingenting. Det bør være et sikkerhetsnett. Det bør være en plan for videre oppfølging. Og hvis kommunen skal følge opp videre, bør personell fra kommunen komme å hilse på før utskrivelse, så man rekker å bli litt kjent. Og det bør være bedre informasjon på nettsidene til sykehuset om hvilke behandlingstilbud som finnes, og hva man kan forvente seg når man legges inn på spesifisert sengepost.”*

Prehospitale tjenester som kan møte veldig syke folk trekkes frem:

*“Man har et særskilt ansvar for de aller sykeste. De må prioriteres også i å ha prehospitale tjenester som kan møte veldig syke folk.”*

I dette med nødvendig helsehjelp fremkommer også at det bør tilrettelegges for så mye frivillig behandling som mulig, og dersom tvang er nødvendig, bør det gjøres så skånsomt som mulig.

### **Barn som pårørende**

Klinikken ansees å ha et forbedringspotensial når det gjelder å forstå at man som mor eller far har behov for å vite at ens barn blir godt ivaretatt når man er akuttinnlagt. Samtidig ansees det som et behov for at behandlingspersonellet ikke undervurderer betydningen av å være mor eller far samtidig som man er syk.

*“Klinikken har en lang vei å gå når det gjelder å ivareta barn som pårørende. Barnerommet er fint. Barn må få tilbud om barnesamtale med noen som kan det, og at det forberedes godt sammen med mor og eller far. Det bør tilrettelegges slik at barn kan komme på besøk og at det planlegges godt. Det ville være fint med en besøksleilighet der man kan spise et måltid og gjøre noen aktiviteter sammen. Da får barnet gode assosiasjoner, så når mor eller far skal hit igjen kan barnet føle seg trygg på at mor eller far blir godt ivaretatt. Man må ikke undervurdere barn. Når de ikke vet kan de forestille seg ting som gjør de engstelige. Det er bedre om barnet får eie sin egen historie. Når det blir lagt opp bra blir det lettere for barnet, mor og eller far å håndtere. Å styrke kvaliteten for barn som pårørende, vil trygge pasienten om at barnet har det bra. Det er viktig for både barn og mor/far å få trygge beskjeder, f.eks. å få vite at barnet er godt ivaretatt nå innleggelser skjer i huj og hast.”*

Det fremkommer at det finnes flinke folk på dette i sykehuset, men at det ikke nødvendigvis er de som jobber nærmest pasienten som vet om tilbudet og hva barn har krav på.

## Mat/måltider

Flere trekker frem måltider som et viktig tema. Både med hensyn til utforming av bygg, kvalitet på maten, ernæring og helse.

*“Det første som ryker når den psykiske helsen svikter kan jo være nettopp det å få i seg næring. Kost er viktig, og måltider er noe som skjer flere ganger om dagen og noe man kan se frem til. I fremtidig bygg bør det tilrettelegges for å spise blant folk, uten nødvendigvis å måtte samhandle med andre. F.eks. kan det å spise rundt et stort bord være vanskelig. Det bør være flere små soner, slik at man ikke enten må spise rundt et stort bord eller alene på rommet. En spisearena i sengepostene med flere små bord kunne være bra, da kan man velge å sitte for seg selv eller sammen med andre. Hvis man er i god nok form kan en kafeteria være bra, der kan man være litt anonym og være del av et større fellesskap samtidig.”*

Sunn kost og tilrettelagt meny savnes:

*“Jeg savnet sunn kost. Og det skulle vært slik her som i Breivika. Der er det en ukemeny, og en tilleggsmeny man kan velge fra.”*

## Bygg

Deltakerne har mange innspill til hva som er viktig med hensyn til bygg. Innspillene er utdypet og oppsummert i del “forventninger til nytt sykehusbygg”. Det som gikk igjen var behov for bedre inneklima, god tilgang til uteområder som disponeres av sykehuset, romslige sengeposter med flere soner og enheter med hybler, eget bad på alle pasientrom, fasiliteter for aktivitet, diskresjon - unngå lange korridorer, mest mulig på bakkeplan, arealer for røyking og unngå institusjonspreg.

*“God kvalitet for oss betyr at det ikke er for institusjonspreget.”*

## Kvalitet i behandlingstilbudet

Materialet fra undersøkelsen fremhever følgende som viktige kvaliteter for et godt behandlingstilbud.

## Verdighet

*“Verdighet!, - slippe å oppleve at den diagnosen du har fått tilsier at du ikke er verdig å få den hjelpen du trenger. Det gjelder innen psykisk helse og rus, men også somatikken, som har mange fordommer mot pasienter som har psykisk helse og ruslidelser.”*

**Tid, trygghet og tillit**

*“Forebygging er bedre enn rehabilitering. Psykose er grusomt, det vil jeg ikke oppleve igjen så nå gjør jeg det jeg kan for å forebygge. Vi med psykiske lidelser trenger ikke å bli presset i en pakke for normalitet, men vi ønsker oss så normale liv som mulig. Hvis du skjønner forskjellen? Et nytt sykehus bør ikke være et strømlinjeformet samleband, der pasienter presses inn i pakker eller strømlinjeforløp. Vi er forskjellige og trenger tid, trygghet og tillit.”*

**God kontinuitet**

*“God kontinuitet – tjenestene må henge sammen for at vi skal ha mulighet til å ha tillit til helsetjenesten.”*

*“Det er behov for at tjenestene snakker sammen - her internt altså. Det henger ikke sammen. Jeg erfarer at jeg må være “limet”, eller si.. selv koordinere i mellom de ulike tjenestene. F.eks. fortelle sengepost A eller B hva jeg og behandler har blitt enige om å jobbe med.”*

*“Behandlingsplan er bra. Men da bør en få være med å utforme den og personalet faktiske lese den, slik at de vet hva jeg trenger.”*

**Tilgjengelighet og forutsigbarhet for trygghet**

God relasjon til behandler fremkommer som svært vesentlig. Videre trekkes det frem at det er behov for å få god informasjon og mulighet til å ta valg.

*“Det kan være mange småting personalet tar for gitt, men man må huske på at når man ikke er frisk og rask og må finne ut av alt selv, så blir det.. Det bør gis god informasjon slik at det blir mer forutsigbart. Forutsigbarhet er viktig for at jeg skal kunne føle meg trygg, og med trygghet får man bedre rammer rundt tilbudet slik at man får jobbet med seg selv.”*

Brukerstyring - åpen retur eller mulighet for å søke re-opphold, at behandlingsteamet er tilgjengelig mellom innleggelser - poliklinisk fremheves som viktig del av å ha et sikkerhetsnett. Med gode relasjoner er det tryggere å be om hjelp ved behov (forebygge) og dette påvirker motivasjon til å stå i det - jobbe for å få det bedre.

*“Trenger man hjelp med en gang må den være tilgjengelig. Hvis man kan vente litt må man få vite at man får hjelp etter litt ventetid. Uforutsigbarhet skaper uhelse.”*

### **Fleksibilitet**

Fleksibilitet sees av deltakeren i sammenheng med å få et tilpasset behandlingstilbud, at det tilrettelegges for medvirkning og stabilitet.

*“Behandlingsforløp må ta høyde for at man har nedturer, tider der man har det ekstra vanskelig. Da bør behandlingstilbudet opprettholdes, og heller øke enn at man risikerer å bli fratatt stabilitet i behandlingstilbudet.”*

### **Samarbeid**

Samtlige deltakere ønsket større grad av samarbeid mellom de ulike partene som var delaktige i deres nettverk - både profesjonelt og privat. Det fremkom som svært varierende i hvilken grad spesialisthelsetjenestene tilrettelegger for gode samarbeidsarenaer. I de tilfellene der kommunikasjonen mellom ulike avdelinger eller spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten var marginal, måtte deltakeren selv fungere som koordinator.

For deltakerne var det viktig at det var sammenheng i behandlingstilbudet de mottok - både ved innleggelse, under oppholdet, ved utskrivelse og i poliklinisk behandling. For å sikre god sammenheng i tjenestene, var det sentralt at alle involverte parter hadde en felles forståelse.

Nettverksmøter ble fremhevet som en god arena for samarbeid mellom ulike tjenester. Her ble de menneskene som var viktige for deltakeren innkalt til et eller flere møter med jevne mellomrom, slik at alle var inneforstått med “hvor er vi nå,” og “hva er veien videre.”

## **Behandlingstilbud det er behov for i fremtidens PHV og TSB ved UNN Tromsø**

I materialet fremkommer det et tydelig ønske om at psykisk helsevern går fra allmenn<sup>1</sup> til et mer spesialisert behandlingstilbud i fremtiden. Deltakerne uttrykker en klar forventning om at et sykehus i spesialisthelsetjenesten har et tilspisset og bredt utvalg av behandlingstilbud i retning spesialpsykiatri. Det fremkommer beskrivelser av nå-situasjonen slik pasienter har erfart det, som belyser behovet for mer tilpasset behandling:

*“Det her henger sammen med kvalitet; behandlingstilbudet her i klinikken i Tromsø er ikke organisert hensiktsmessig. Nå er alt allmennpsykiatri, noe som gjør at det i beste fall blir “et minste felles multiplum”. Det blir for mange hensyn å ta når folk med veldig ulike problemer er innlagt på samme sted, istedenfor å ha et tilpasset behandlingstilbud. Slik det er nå fører det til at pasientene blir passivisert. Det bør*

---

<sup>1</sup> Allmennpsykiatrisk

*være mer spesialiserte poster: medikamentfritt må opprettholdes, egen post for traumebehandling, en sengepost for ROP og en for affektive lidelser, ja og en må ha et spesialisert tilbud for de med spiseforstyrrelser. Det bør jo være selvsagt i en spesialisthelsetjeneste, at man jobber spesialisert.”*

En annen sa det slik:

*“Traumebehandling! Mange med diagnoser som psykoser og personlighetsforstyrrelser har tunge traumer. Når det oversees blir det en verkebyll, istedenfor å få hjelp til å bearbeide. Når jeg har vært veldig sårbar og ikke klart å holde det vonde igjen, men snakket om det, har jeg opplevd at personell bare gå sin vei. Når personalet bare går, blir et fryktelig vondt - tåle de ikke det jeg på mitt mest sårbare må tåle? Jeg har også erfart at det er en kultur ved flere av sengepostene innen psykiatrien på Åsgård, der man bare blitt møtt med at det sies “hysj” i det man har nevnt ordet traume. Det trigger. Jeg vet ikke om en sengepost som har grunnleggende traumeforståelse. Det hjelper ikke å “hysje” det ned, det bare påfører oss mere skam.”*

## Behov for spesialiserte behandlingstilbud

Under fremkommer en oversikt over spesialiserte behandlingstilbud som deltakerne fremhevet som viktige å få med i fremtidens PHV og TSB:

**Traumebehandling:** Det er ønskelig med en traumesensitiv tjeneste der ansatte har generell grunnleggende traumeforståelse. Det fremheves at mange pasienter som er i behandling, enten innen PHV eller TSB har traumer av ulike art. Videre fremmes det også forslag om spesialisert poliklinisk traumebehandling og et dedikert døgntilbud. Et slikt behandlingstilbud kan ikke ha krav om hvor «frisk» man må være for å få hjelp.

*“Alle som jobber i psykiatrien bør ha grunnkompetanse om traumebelastning, hvordan det kan prege en og hva en kan gjøre for å hjelpe. Dette er viktig fra akutteam til sikkerhet.”*

**Spesialisert behandling for spiseforstyrrelser:** UNN HF mangler særkompetanse på alvorlige spiseforstyrrelser, til tross for at det til enhver tid er pasienter med denne typen problematikk i behandling. Sammenlignet med andre psykiske lidelser er anoreksi den lidelsen som har høyest dødelighet. Behandling av spiseforstyrrelser er kompleks, og krever en personalgruppe som har spesialisert kompetanse på området.

**Medikamentfritt behandlingstilbud:** Det fremkommer i materialet som viktig å videreføre medikamentfritt behandlingstilbud i sin nåværende form, som en egen spesialisert enhet med få sengeplasser. En burde også se på muligheten for medikamentfri behandling for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, og i akutte faser.

**Rusbehandling ung og Restart:** Behandlingstilbudet innen rusbehandling, både ung og restart, ønskes videreført slik det er i dag. Deltakerne ønsker separate tilbud, adskilt fra hverandre og sykehuskroppen, og mener at lik aldersgruppe skaper et bedre behandlingsmiljø.

**ROP:** En bør vurdere å gå tilbake til egen sengepost for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Per i dag oppfattes det av deltakere i denne undersøkelsen at det mangler et spesialisert tilbud for disse pasientene som ofte «havner mellom to stoler», der man enten har for mange symptomer på psykisk lidelse til å få behandling for ruslidelsen, eller har et avhengighetsproblem som av behandlingsapparatet ansees å ikke være forenelig med å få behandling for de psykiske helseutfordringene man har.

**Psykoselidelser:** Det fremkommer et ønske om en egen sengepost for pasienter i aktiv psykose, der posten er spesielt utformet til denne pasientgruppen. Sengeposten bør ha mulighet for å skjerme pasienter i verdige omgivelser dersom det er behov for det.

**Affektive lidelser:** Egen sengepost for pasienter med affektive lidelser, særlig manisk fase, som er utformet til å tåle ulike følelsesuttrykk, og med mulighet for å «ramme inn» dersom det er behov for det.

**Ung-voksen:** Deltakerne som hadde erfaring med både barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, kunne fortelle om en brå overgang mellom disse to instansene. Det ble fremhevet som særlig utfordrende dersom man var blant de «yngste voksne» og hadde behov for en akuttinnleggelse. Det fremkom forslag om ei «ung-voksen» avdeling, som kunne fungere som et bindeledd mellom barne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri, og dermed sikre bedre ivaretagelse og gode overganger.

### **Langtidsoppfølging med dagbehandlingstilbud**

Behovet for langtidsoppfølging kan være aktuelt for flere pasienter med ulik problematikk.

Som del av det fremkommer dagbehandlingstilbud som viktig:

*“Det skulle vært mer langtidsoppfølging med dagbehandlingstilbud. I perioder trenger man innleggelse, og da må det henge sammen med poliklinisk behandling. Når de ulike tjenestene har en vidt forskjellig tilnærming til det man strever med, det har hvert fall jeg erfart med selvskading, blir det fort forvirrende å være pasient, og pårørende. Det er fryktelig sårt å bli møtt med en holdning om å være til bry når man har det så vondt at man skader seg selv. Jeg ønsker at pasienter i fremtiden skal møte stabile behandlingstilbud, som gir forutsigbarhet og der man kan få til samarbeid. Når man har slitt hele livet tar det tid.”*

**Somatikk:** I materialet fremkom det generelt sett liten tro på at nærhet til somatisk sykehus kommer til å bidra til bedre somatisk oppfølging av pasienter i PHV og TSB. Dette ble begrunnet med at dersom man var i behov for en spesialisert undersøkelse eller behandling i somatikken, måtte man uansett over til en somatisk avdeling eller poliklinikk.

Deltakerne var derimot opptatt av å forbedre muligheten til å få en grunnleggende somatisk undersøkelse mens man var innlagt ved en sengepost i PHV eller TSB. Dersom det skulle oppstå somatiske problemstillinger mens man var i et behandlingsforløp, ble det fremhevet som viktig at disse ble tatt på alvor. Dette fremkom som svært viktig for pasienter med ruslidelse og det fremkom som svært viktig at somatiske helseplager ikke blir tilskrevet som et symptom på psykisk lidelse. En deltaker beskrev det slik:

*“Man må se tettere sammenheng mellom psykisk og fysisk helse. Det ene påvirker det andre, men jeg opplever at Åsgård avfeier mye somatiske plager med «det er bare psykisk». Jeg har sett det så ille at man har oppdaget kreft svært sent. Man bør få en grundig scanning av den fysiske helse når man er pasient i psykiatrien og i rusbehandling. Man må ta fysiske problemstillinger på alvor. Hvis det opprettes en egen somatisk helsesjekkpoliklinikk blir det kanskje mer attraktivt for sykepleiere å bruke den kompetansen de har på dette?”*

**Prehospitale tjenester:** Prehospitale tjenester er viktig med hensyn til kvalitet, og det videre forløpet. En deltaker beskrev hvor stor betydning veien inn til sykehuset hadde for resten av oppholdet, og en annen deltaker uttrykker det slik:

*“Prehospitale tjenester er også viktig med hensyn til kvalitet. Hvis man har opplevd at politiet dukker opp når man trenger helsehjelp vil man vegre seg for å be om hjelp. Da taper alle. Nå når politiet er bevæpnet og man leser om skyting av folk blir man jo*

*veldig skremt. Man har et særskilt ansvar for de aller sykeste, de må bli prioritert også i å ha prehospitaltjenester som kan møte veldig syke folk. Det skulle være psykiatrisk hjemmeteam på nødnett, med helsepersonell i front.”*

## **Godt behandlingsmiljø**

Det kommer frem varierte erfaringer med ulike behandlingstilbud. Deltakere i intervju trekker frem positive erfaringer med døgnbaserte behandlingstilbud som har et gjennomtenkt og strukturert innhold.

*“Mer som dette (red.kom: denne enheten), det er helt fantastisk! Her får du 8 ukers opphold og kan være dagpasient etterpå, bli vist tillit, jobbe med endring og prøve seg litt hjemme underveis. Fast behandlingsteam er en viktig del av at dette fungerer så bra.”*

Andre har erfaringer fra DPS-enheter som av enkelte beskrives som:

*“Det er generelt lite behandling når man er innlagt. Det blir ofte bare med den samtalen med legen. Det ville være fint med om man fikk oversikt over de tilbudene som finnes, for det er litt sånn at det er skrevne og uskrevne regler som an ikke får vite om. Da føler man seg litt dum når man hele tiden lurere på hva som er greit, hva som forventes av en og hvilke tilbud som finnes.”*

Flere deltakere har erfaring fra flere deler av virksomheten. Med et sammenligningsgrunnlag trekkes noen kvaliteter frem som noe som bør være gjennomgående:

*“Malen for det nye sykehuset ligger i medikamentfritt behandlingstilbud. Det er en god plass å være ved at de ansatte har tid. Det kan være travel der også, men der er en holdning om at man har tid. Det er ikke fylt opp til randen slik akuttpostene kan være, du kan selv søke deg inn, det fungerer forebyggende og forutsigbart, behandlingsinnhold med ulike aktiviteter i løpet av uka gjør at du kan jobbe med deg selv og faktisk lære noe. Slik bør alle døgnenheter jobbe.”*

Her trekkes også universell utforming frem som viktig for å redusere psykososial og fysiske funksjonsnedsettelse. I dette ligger f.eks. det å ha behandlingsmiljø som reduserer stress, altså understøtte trygghet.

## **Kompetansebehov – forbedring av behandlingstilbud**

På spørsmål om hvilken kompetanse deltakerne mener det vil være behov for dersom man tenker langsiktig, er flere av deltakerne opptatt av «nå-situasjonen».



*“Det virker som om alle skal kunne litt om alt, men lite om noe spesielt. Og om du sliter med noe, så er det ikke automatisk at man møter noen som kan noe om den problematikken. Det er klart at da kan det bli vanskelig å forstå, vanskelig å være tålmodig og trygg nok. Jeg trenger trygge folk hvis jeg skal klare å ta imot hjelp. Kompetanse tror jeg er viktig for å kunne være trygg som personal.”*

I disse beskrivelsene vektlegges det at de spesialiserte behandlingstilbudene som eksisterer i dag, fungerer godt da personalet har fått muligheten til å spesialisere seg innen et felt.

En sier det slik:

*“Skal du ha trygge pasienter, må du ha personale som har forståelse og kompetanse på dem man sliter med.”*

## **Tverrfaglighet**

Deltakerne etterspurte større grad av tverrfaglig samarbeid blant de ansatte på sengepostene. Det ble stilt spørsmål ved hvorfor samtlige yrkesgrupper, bortsett fra sykepleiere og vernepleiere, var ansatt som miljøterapeuter. Deltakerne var opptatt av at dersom personalet fikk bruke den utdannelsen de hadde i jobbsammenheng, ville det bidra til bedre kvalitet i behandlingstilbudet.

*“Det bør være mer tverrfaglig. Hva er greia med at alle som ikke er sykepleiere skal være miljøterapeuter fremfor å få bruke den fagligheten de har spesifikt? En bør ansette fysioterapeuter som fysioterapeuter, sosionomer, vernepleiere, ergoterapeuter osv. Og at de får bruke de sterke sidene ved sin faglighet.”*

Tverrfaglighet fremheves som viktig for å få hjelp til det man trenger hjelp til.

*“Det er bedre å ha et fast behandlingsteam med tverrfaglig sammensetning, så man får hjelp til det man trenger hjelp til. Det kan bidra til at hjelpen blir bedre.”*

## **Samisk kulturkompetanse**

Pasienter innen Psykisk helse- og rusklinikken må bli møtt med kultursensitivitet. Deltakerne oppfatter at den kompetansen mangler per nå.

*“Ved å ha det samiske integrert kan du føle at her er det rom for den du er. Det er mange samer som ikke kan språket men likevel har en samisk tilhørighet.”*

Det bør både rekrutteres personell med samisk kulturforståelse og språkforståelse, samtidig som øvrig personell får mulighet til kompetanseheving innenfor feltet. Deltakerne beskrev hvordan de forholder seg til både en indre og ytre verden, og at det var viktig med forståelse for at dette var en del av deres kultur og identitet, og ikke nødvendigvis sykdom. Det ble fremhevet som viktig med samisk kulturkompetanse nettopp fordi det kunne forhindre misforståelser og tilleggsdiagnoser. Det var også ønskelig med tilgang til guvllár (Læser)\*

*“Samer snakker side om side, to og to (Toeina). Nytt bygg bør ta opp i seg, tilrettelegge, for at man fører samtaler mens man gjør noe. Mens hendene holder på med noe, f.eks bygger bål eller lager mat, eller sitter side om side og ser mot noe sammen, kan samtalen finne sted. Vi er opplært til at man ikke blottlegger seg for en hel gruppe. Det betyr også at vi ikke har et “samisk rom” for den offentlige samtalen om psykisk helse og rus. Vi må bruke de rommene som finnes, og skape rom for den samiske pasienten innen psykisk helse og rus. Dette er avgjørende for kvalitet, tilgjengelighet og å kunne medvirke.”*

## Erfaringskompetanse

Det var ønskelig at relevant erfaring med å være pasient og/eller pårørende i større grad ble anerkjent som kompetanse i fremtidens sykehusbygg og behandlingstilbud. Dette kan gjøres på flere måter:

- Fortsette med undervisningsbolker der personer som har, eller fremdeles benytter seg av behandlingstilbudet innen Psykisk helse- og rusklinikken, foreleser for helsepersonell.
- Ansette flere erfaringskonsulenter, gjerne avdelingsvis slik at de er lett tilgjengelig for pasienter, brukere og pårørende.
- Skape rom der helsepersonell med egenerfaring får mulighet til å bruke bearbeidet egenerfaring som en del av deres spesialkompetanse.

*“Alle avdelinger burde ha én eller flere erfaringskonsulenter ansatt, gjerne avdelingsvis. Det er enklere å snakke med noen som har vært gjennom en del selv. Erfaringskonsulentene burde være lett tilgjengelig, slik at pasienter ser dem oftere og kan komme enklere i kontakt bl.a. for å kunne bli bedre opplyst om pasientrettigheter.”*

## Forventninger til nytt sykehusbygg

### Beliggenhet

- Det er ønskelig å beholde sykehuset på nåværende tomt - både for å ivareta diskresjon og behov for ro. Samtlige deltagere i evalueringen uttrykte bekymring for hvordan dette skulle ivaretas dersom sykehuset blir bygd i Breivika.
- Behov for beliggenhet med rolige omgivelser.
- Nærhet til natur og uteområder.
- Bør bygges slik at det begrenser ytre støy fra omgivelsene (for eksempel biltrafikk, og støy fra store folkemengder).
- Deltakerne ønsker ikke et sykehus som bygges i høyden, og mener høyder kan skape unødvendige utfordringer for folk.
- Tilgjengelighet til bygget, ved at det er lett å komme seg dit uten trengsel på f.eks. buss.

### Pasientrom

- Romslige rom som minsker opplevelsen av å være innesperret, og som samtidig ivaretar behovet for privatliv.
- Lyse rom, gjerne ulike farger på ulike rom.
- Egne bad tilknyttet rom, gjerne med mulighet for å låse dør på de sengeposter der man tenker det kan være forsvarlig.
- Lydisolering: man bør kunne ha samtaler på egne rom, dusje eller skylle ned på toalettet uten at andre pasienter hører hva som blir sagt eller gjort.
- Tilgang til internett.
- Mulighet for solavskjerming som kan styres fra rommet.
- Mulighet til å regulere temperatur på rommet selv.
- Det er ikke ønskelig med lys som dimmes eller slår seg selv av.

### Rom for aktiviteter

- Treningsrom med muligheter for ulik fysisk aktivitet.
- Rom for kreative uttrykk og håndarbeid.
- Rom for musikkterapi
- Gymsal
- Sanserom
- Sansehage
- Aktivitetsrom med mulighet for spill av feks biljard og bordtennis.
- "Medierom" - mulighet for bruk av datamaskiner og annet digitalt utstyr.
- Bibliotek
- Felles treningskjøkken
- Aktivitetssenter må være tilgjengelig for alle, også pasienter som har behov for følge av personal, er innlagt på akuttpost og er i akutt livskrise .

### Livssyn og kultur

- Stillerom/rom for mulighet til meditasjon og avspenning
- Livssynsnøytralt rom

### Skolebygg

- Et nytt sykehusbygg bør ha tilrettelagte lokaler som kan benyttes som skole for å sikre at pasienter som er under videregående utdanning kan fullføre, samt tilrettelegge utdanningsforløp. Det bør også være mulighet for å starte med utdanning.

### Fellesareal

- Mindre institusjonspreg
- Stor nok plass til å unngå trengsel
- Muligheter for ulike soner der man kan være sammen og allikevel selv velge om man vil ha en interaksjon med andre.
- Felles kafeteria som kan brukes av pasienter og pårørende.
- Røykerom/uteareal som er tilrettelagt for å røyke.
- Grupperom for undervisning og gruppeaktiviteter i behandling.

### Inneklima

- Mulighet for å regulere varme og avkjøling avdelingsvis ved behov. (I dag er det få eller ingen muligheter for dette, og deltakerne gir uttrykk for at det er for kaldt særlig på vinteren.)
- Ønske om vannbåren varme i gulv.

### Pårørende

- Besøksrom
- Barnerom
- Leilighet som pårørende og evt familier kan bruke.
- Det er ønskelig at rom som skal brukes av pårørende/familie/barsel er så lite institusjon preget som mulig.

### Utsmykking og skilting

- Det er viktig for deltakerne at det nye sykehuset har kunst, farger og hyggelige omgivelser.
- Utsmykning og kunst som gjenspeiler folkekulturen i Nord-Norge.
- Et tilbud om utsmykking bør ha krav om at den samiske kulturen gjenspeiles. Dette kan blant annet gjøres ved å ha mønstre fra tradisjonelt samisk håndverk og fotografier.
- Det bør være noen samiske rom som er bygd og innredet etter samisk byggeskikk (for eksempel lavvo eller gamme).

- Merking av skilt og rom bør gjøres både på Lulesamisk og Nordsamisk av noen som kan språkene. Skilting i dag er ikke tilfredsstillende.

#### Uteområder

- Mulighet for å komme seg ut uavhengig hvorvidt man er frivillig innlagt eller innlagt på tvangsparagraf.
- Atrier som minsker opplevelsen av å være innestengt.
- Uteområder som ivaretar både behov for fysisk aktivitet og ro:
  - Benker
  - Tuftepark (treningsapparater)
  - Ballbinge/mulighet for ballspill.

#### Smittevern

- Sykehuset må bygges slik at det ivaretar normal drift selv ved fremtidige pandemier.

#### Avdelinger generelt

- Fellesareal på avdelinger bør utformes slik at det er plass nok der det er naturlig at folk oppholder seg.
- Det beste er om alt kan være på et plan, i alle fall sengeposter, med direkte utgang ut, og med ulike soner i sengepostene så man kan velge om man vil trekke seg tilbake men likevel være i fellesmiljøet.
- Materialer som tåler å bli vasket.
- Tilrettelagt slik at man kan se mennesker uten å måtte samhandle med andre.
- Flere "soner" inne på avdelingen, særlig i spiseareal, slik at man ikke enten må spise på rommet eller rundt et stort bord.
- Egen tv-stue.
- Nok samtalerom.
- Mulighet for å vaske klær.
- Medisinrom bør utformes slik at det taushetsplikten kan overholdes. Det bør tilrettelegges slik at det er plass til å snakke med medisinromsansvarlig på eller i nærhet av medisinrom, og ikke ute i korridoren utenfor.

#### *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*

- Det er ønskelig fra deltakerne å holde Rusbehandling Ung, Restart og avrusning adskilt fra hverandre i egne enheter separat fra sykehusbygningen. Avdelingene bør ha hybler/små leiligheter med eget kjøkken og bad.
- Viktig at enhetene ikke utformes som ordinær sykehusavdeling.

#### *Psykisk helsevern (PHV)*

- For døgnenheter/rehabilitetning/spesialposter ønskes mindre enheter med 6-8 plasser.
- For samtlige døgnbaserte tilbud er direkte utgang/tilgang til uteområder trukket frem som viktig.

- Tilgang til meningsfulle aktiviteter går igjen som viktig i hele døgnvirksomheten, også akutt og særlig sikkerhet.
- For akuttpost spesifiseres nærhet til skadestue, tilrettelegging slik at adkomst til skjerming ivaretar personvern, og at akuttmottak og ambulanseinngang bør plasseres i nærhet av akuttpost, slik at man kan komme direkte videre til post.
- For sikkerhetspsykiatri og akuttpsykiatri spesifiseres behov for uteareal som ivaretar personvern.

#### Somatikk og legevakt

- Spesialisert fysikalsk avdeling.
- Lokaler som er tilrettelagt for somatiske undersøkelser.
- Egen legevakt som tar seg av henvendelser som omhandler psykisk helse og rus.

## 4.0 Oppsummering

Selv om det er deltakere med erfaringer fra alle deler av virksomheten i Tromsø (TSB og PHV) er det nokså sammenfallende hvilke forventninger som går igjen.

#### Forventninger til fremtidens behandlingstilbud

Det er en forventning om at fremtidens behandlingstilbud har flere spesialiserte behandlingstilbud innen psykisk helsevern. Dette for bedre å kunne ivareta pasienter og brukeres behov. For både TSB og PHV ansees rehabilitering og forebygging viktig for kvalitet. Recoveryorientering trekkes spesielt frem. Å ha et variert aktivitetstilbud og innhold i behandling fremkommer som et klart forbedringsområde.

Videre trekkes spesielt det å ha fast behandlingsteam med kontinuitet ved innleggelse og poliklinisk behandling frem som å være av betydning. Som faktorer for å tilrettelegge for brukermedvirkning ansees forutsigbarhet, fleksibilitet og valgmulighet som viktige.

Det anbefales å lese hele rapporten. Her fremkommer både synspunkter på hva som fungerer godt og bør tas vare på, og forventninger til hva som bør forbedres.

#### Forventninger til nytt sykehusbygg:

Med hensyn til forventninger til bygg er dette oppsummert i delen om "Forventninger til nytt sykehusbygg".

## **5.0 Referanser**

Kreuger, R. & Casey (2000). Focus Groups. 3rd edition. A practical guide for applied research. Thousand Oaks, Sage Publication

Wibeck, V (2000). Fokusgrupper – om fokuserande gruppeintervju som undersøkingsmetod. Lund: Studentlitteratur, Sverige. Recovery

## 6.0 Vedlegg

### Temaguide for intervju

Tema	Hovedspørsmål	Dybde/kontrast spørsmål
Forventninger til helsetjenester i nytt sykehusbygg	Hva mener du/dere er viktig for pasienter i fremtidens behandlingstilbud?	
Kvalitet, sammenheng og tilgjengelighet	<p>Hva er viktig for å få til god kvalitet i behandlingstilbudet, slik du/dere ser det?</p> <p>Hva mener du/dere kjennetegner god sammenheng mellom ulike tjenester?</p>	<p>På hvilken måte kan tjenestene være tilgjengelige?</p> <p>Hvordan bør tjenestene være for at du/dere skal kunne medvirke/bestemme selv/styre selv?</p> <p>På hvilken måte kan tjenestene samarbeide best mulig, slik du/dere ser det?</p>
Behandlingstilbud	Hvilke behandlingstilbud er det behov for, slik du/dere ser det, i fremtidens psykiatri (PHV) og/eller rusbehandling (TSB)?	Har du/dere noen synspunkt på hvilken kompetanse personalet bør ha?
Forventninger til nytt sykehusbygg	Hvilke forventninger har du/dere til et nytt sykehusbygg?	Har syns du/dere er viktige i nytt sykehusbygg?