



## Faglig vurdering av alternativer for lokalisering av tjenester for psykisk helsevern og TSB ved UNN Tromsø

1	Sammenfattet vurdering.....	1
2	Bakgrunn.....	2
2.1	Oppdragets avgrensing.....	4
3	Gjennomføring.....	5
4	Vurderingskategorier.....	7
4.1	Område for bygging av PHV/TSB.....	8
4.2	Klinikkrelaterte forhold.....	10
4.3	Rekruttering og stabilisering.....	12
4.4	Utdanning, forskning og fagutvikling.....	13
5	Alternativene.....	14
5.1	Brevika-alternativet.....	14
5.2	Åsgård-alternativet.....	14
5.3	Delt løsning.....	14
6	Overordnet medvirkningsgruppes faglige vurderinger av alternativene.....	15
6.1	Brevika-alternativet.....	15
6.2	Åsgård-alternativet.....	19
6.3	Delt løsning-alternativet.....	22
7	Oppsummering.....	28

### 1 Sammenfattet vurdering

Psykisk helse- og rusklinikken har fått i oppdrag å gi konkrete faglige vurderinger av tre ulike virksomhetsalternativ for tomtevalg for nytt sykehusbygg for psykisk helse og rusbehandling ved Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) Tromsø. De tre ulike virksomhetsalternativene er: Brevika-alternativet, Åsgård-alternativet og alternativ delt løsning.

Diskusjonen om de tre alternativene viser at det må gjøres en avveining mellom helt forskjellige kvaliteter.

I et områdeperspektiv viser møteserien at **Åsgård-alternativet** er best egnet for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det gjelder vurdering av området (bydelsområdet) som kjennetegnes av god avstand til øvrig bebyggelse og lav trafikk tetthet. Området har store arealer med natur utenom sykehusområdet. Tomten gir spillerom for gode bygg for psykisk helsevern med lite innsyn, god utsikt og mange muligheter for utgang til uteområder. Det er gode og varierte uteområder til bruk som virkemiddel i terapi og normalisering. Det er egnet areal til bygg og uteområder for sikkerhetspsykiatri, integrert med øvrig virksomhet. Det er vurdert som viktig for pasientforløp og ressursbruk innad i PHV/TSB at tjenestene i PHV/TSB holdes samlet. Området gir god mulighet for diskresjon for pasientene som mottar tjenester i enhetene selv om sykehusområdet tradisjonelt er beheftet med stigmatiserende oppfatning om psykisk sykdom.

Ulempen med **Åsgård-alternativet** er avstand til somatikk og universitet, og andre helsetjenester i Brevika (kommunale tjenester, legevakt, og barne- og ungdomspsykiatrien). Denne ulempen kan for de fleste formål kompenseres med tilpasning av både PHV/TSB og somatiske tjenester.

**Brevika-alternativets** fortrinn er nærhet til det somatiske sykehuset og universitet. Det er gangavstand mellom somatikk og PHV/TSB, og til UiT og andre tjenester i Brevika. Gangavstanden

innebærer at det ikke er samme arbeidsflate for PHV/TSB og somatikk, og alt samarbeid må organiseres (planlegges, ressurssettes).

Brevika-området vurderes å gi begrensinger for virksomheten i PHV/TSB. Tomtens beliggenhet og avgrensning gir begrensede muligheter for bygg med tilgang til gode uteområder. Uteområdene er begrenset i omfang og tilgjengelighet. Området er eksponert for innsyn pga. topografi og omkringliggende høye bygg. Eget bygg for PHV/TSB i relativt tettbefolket område reduserer mulighet for diskresjon for pasienter og pårørende. Områdebegrensning for bygg/uteområde i Brevika gjør i sum at ulemper i liten grad kan kompenseres.

At sikkerhetspsykiatri er planlagt adskilt med kjøreavstand er vurdert som en forringelse av sikkerhet for personell og faglig samarbeid. Sikkerhetspsykiatri får heller ikke samme tilgjengelighet til somatikk som tjenestene i Brevika.

I **delt løsning** vil de respektive enhetene som er lokalisert til Brevika og Åsgård kunne utnytte fordelene med de to områdene.

Kvalitetene identifisert i *Åsgård-alternativet* er de samme som for funksjonene foreslått lokalisert på *Åsgård delt*. De forholdene som er identifisert som kompensierende løsning for å sikre tilgang til tjenester mellom PHV/TSB og somatikk er som for det samlede *Åsgård-alternativet*.

For tjenester foreslått lokalisert i *Brevika delt* er kvalitetene som i *Brevika-alternativet*. Fortrinnet er gangavstand mellom PHV/TSB, somatikk og UiT og andre tjenester i Brevika. Reduksjon av virksomheten i Brevika som følge av deling frigjør areal for uteområder, men vurderes til å ikke utgjøre en vesentlig forbedring av uteområder i tilknytning til bygget. Ulempene med tomten og uteområder er derfor de samme som i *Brevika-alternativet*.

Det er vurdert som viktig for pasientforløp og ressursbruk innad i PHV/TSB at tjenestene i PHV/TSB holdes mest mulig samlet. Oppsplitting av PHV/TSB vurderes som en svekkelse av helhet og sammenheng i pasientforløpene.

Oppdelt fagmiljø i PHV/TSB vurderes som en risiko for utvikling av sterkt, ressurseffektivt og rekrutterende fagmiljø.

Det ble 18.-20.1.22 gjennomført en avstemming blant medlemmene i overordnet medvirkningsgruppe over de ulike virksomhetsalternativene. Resultatet er delt: 17 av medlemmene stemte for Åsgård-alternativet, 5 stemte for Brevika-alternativet og ingen stemte for delt løsning Brevika-Åsgård. De fleste medlemmene begrunnet sitt valg, men det kom gjennom dette ikke fram supplerende argumenter. Samtlige medlemmer avga stemme.

## 2 Bakgrunn

Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF fattet gjennom behandling av styresak nr. 46/2021 (møte 19.05.21) slikt 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 Brevika tas videre til steg 2 i konseptfasen, utdyping av hovedalternativ. Det er en forutsetning for styrets vedtak at en i dette alternativet finner egnet tomt til sikkerhetspsykiatri.*
2. *Styret vektlegger viktigheten av å få et kvalitativt godt tilbud innen kjernevirksomheten psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Styret vektlegger viktigheten av*

*å få forbedret samhandlingen og pasientforløpene mellom psykisk helse-, rusbehandling og somatiske tjenester. Styret ber om at prosjektet jobber frem kompenserende tiltak for håndtering av de usikkerheter som er beskrevet i saken. (Side 7 av 10).*

3. *Styret ber om at endelig konseptfaserapport legges fram for styrebehandling senest november 2021.*
4. *Styret oversender sin innstilling til plassering for videre behandling og endelig beslutning i Helse Nord RHF.*

**Helse Nord RHF** (Helse Nord) behandlet i møtet 30.06.21 **Styresak 91/2021**, Arealer til psykisk helse og rusbehandling – konseptfase og valg av tomt, Universitetssykehuset Nord-Norge–Tromsø.

Styresaken var en delbeslutning etter første fase av konseptfaseutredningen for prosjektet og omhandlet hovedprogram for prosjektet og tomteplassering av bygg.

1. *Styret i Helse Nord RHF tar Hovedprogram Nye areal for psykisk helse og rusbehandling ved UNN Tromsø, konseptfase, til orientering.*
2. *Styret mener at det er usikkerheter knyttet til anbefalte løsninger, og ber om at prosjektet utredes ytterligere både for Åsgård, Breivika og delt løsning, som likeverdige løsninger, med bakgrunn i momenter som går frem av denne styresak.*
3. *Styret ber adm. direktør følge opp at en konkretisering av faglige vurderinger kommer tydeligere frem i det videre arbeidet.*
4. *Styret ber adm. direktør følge opp at innspill fra eksterne interessenter blir innarbeidet i den endelige konseptfaserapporten gjennom en høring- eller innspillsrunde.*
5. *Styret ber adm. direktør følge opp at regionens samlede behov for regionale funksjoner innarbeides i konseptfaserapporten.*
6. *Styret vektlegger at det videre arbeid skjer i nært samarbeid og drøftes med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerorganisasjoner i UNN og regionalt.*
7. *Styret ber adm. direktør legge frem en oppdatert tidsplan for UNNs arbeid med konseptfasen for nye arealer psykisk helse og rus ved UNN Tromsø.*
8. *Styret understreker at eventuell forsinkelse ikke skal åpne for at andre tiltak blir prioritert foran dette prosjektet.*

Styret ba i brev datert 01.07.21 Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om å følge opp fem av vedtaks punktene (2, 3, 4, 6 og 7) i en videre utredning, samt å legge fram en oppdatert tidsplan for konseptfasen.

**Styret i UNN** behandlet i møte 15.09.21 en orienteringssak (**Styresak 72/2021 pkt-4**) som beskrev hvordan administrerende direktør i UNN ville legge til rette for at det videre arbeidet gjennomføres på en måte som sikrer at styret i Helse Nord får den informasjonen de etterspurte ved neste styrebehandling.

Som en del av dette ble det 15.09.2021 gjennomført et møte mellom administrerende direktør, klinikkledelse i Psykisk helse- og rusklinikken, utbyggingssjef, representanter fra fagmiljøet, brukerrepresentanter, vernetjeneste og tillitsvalgte i UNN og administrerende direktør og ledelse i Helse Nord for å sikre felles forståelse av vedtak i styresak nr. 91-2021.

Det ble i møtet presisert at OU-prosjektet/klinikkens oppgave er å ytterligere utrede og avklare usikkerheter knyttet til anbefalte løsninger, ved at prosjektet utredes ytterligere både for Åsgård, Breivika og delt løsning som likeverdige løsninger, samt sikre at konkretisering av faglige argumenter kommer tydeligere fram i det videre arbeidet. UNN ble bedt om å tydeligere beskrive/forklare de faglige argumenter for valg av virksomhetsalternativ, samt beskrive hvilke fordeler og ulemper de forskjellige virksomhetsalternativene har for forskjellige pasientgrupper, ut ifra et ønske om å redusere risiko for hver enkelt pasient.

Orienteringssaken beskrev hvordan det

*«i det videre arbeidet ville bli vektlagt å innhente og konkretisere faglige vurderinger fra ulike fagmiljøer lokalt og nasjonalt. Hensynet til å tilby god behandling for primærtilstandene psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser vil bli særlig vektlagt. Samtidig vil flere andre relevante hensyn som eksempel samhandling med somatikk, forskningsaktivitet og rekruttering bli drøftet og vurdert. Det er ønskelig å innhente og formidle konkrete erfaringer og faglige innspill fra ulike nybygg-prosjekter både i inn- og utland».* (Styresak nr. 72-4, UNN-styret 2021).

## 2.1 Oppdragets avgrensning

Oppdraget til *overordnet medvirkningsgruppe* avgrenses til faglige vurderinger (helsefag, pasient- og pårørendekompetanse) av de tre alternativene, jfr. styresak 91-2021 pkt. 2 og 3. Dette oppfattes som hensyn til pasient og faglig utvikling av tjenesten. Drift og økonomi er ikke vurdert.

Helse Nord RHF ba gjennom brev datert 10.12.21 om at vurdering av **delt løsning** tar utgangspunkt i følgende funksjonsdeling:

### **Lokalisering Åsgård:**

- *Psykiatrisk avdeling:*
  - *Sikkerhetspsykiatri (2 sengeposter),*
  - *Psykose- og rusenheten og intermedieærpost*
  
- *Senter for Psykisk helse og rusbehandling Tromsø:*
  - *Døgn 1 og Døgn 2,*
  - *Ambulant akutt-team.*
  
- *Medikamentfritt behandlingstilbud*

### **Lokalisering Breivika:**

- *Psykiatrisk avdeling:*
  - *Akuttposter (3 sengeposter),*
  - *Alderspsykiatri døgn,*
  - *Alderspsykiatrisk poliklinikk*
  
- *Rusavdelingen:*
  - *Avrusning,*
  - *Rusbehandling Restart,*
  - *Rusbehandling Ung,*
  - *Ruspoliklinikken*
  
- *Senter for Psykisk helse og rusbehandling Tromsø:*
  - *Voksenpsykiatrisk poliklinikk*
  
- *FFU:*
  - *Fagutviklingsenhet,*
  - *RVTS,*
  - *VIVAT,*
  - *SIFER Nord*

### 3 Gjennomføring

I løpet av høsten 2021 har OU-prosjektet og klinikkledelsen, i samarbeid med tillitsvalgte, vernetjenesten, brukerrepresentanter, fagmiljøet og administrerende direktør, arbeidet med å lage en struktur/arbeidsform og plan for arbeidet.

Klinikkledelsen besluttet å sette sammen en overordnet medvirkningsgruppe med bred sammensetting av fagpersoner, ledere, tillitsvalgte, representanter fra brukersiden, representanter fra UiT og somatiske klinikker.

Sammensetningen av den overordnede medvirkningsgruppen var følgende:

- Representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner (3)
- Tillitsvalgte (2)
- Vernetjeneste (1)
- Representanter fra medvirkningsgruppene (4)
- Erfaringskonsulent (1)
- Avdelingsledere PHRK (5)
- Klinikk sjef (leder av gruppen)
- Representanter oppnevnt fra kliniske avdelinger somatikk (2)
- Representant fra Helsevitenskapelig fakultet ved UiT (2)
- Ekstern fagperson (1)

1 representant oppnevnt av Brukerutvalget i UNN og 1 representant fra byggeprosjektet har møtt som observatører. Ungdomsrådet ved UNN var invitert, men oppnevnte ikke observatør. Dette medfører at ønskede innspill fra denne gruppen ikke framkommer i rapporten.

Endelig mandat, sammensetning og arbeidsform/tidsplan ble godkjent av adm.dir. 05.10.21. (Revidert versjon godkjent 27.10.21).

*Medvirkningsgruppens arbeid skal oppsummere og presisere fordeler, ulemper og kompenserende/risikoreduserende tiltak ved de tre virksomhetsalternativene (Åsgård, Breivika og delt løsning).*

*Dette skal supplere hovedprogrammet og utdype grunnlaget for valg av virksomhetsmodell ved etterfølgende behandling i styringsgruppe og styret.*

*Tidsramme for arbeidet er primo oktober måned 2021 til ultimo januar måned 2022. I etterkant av arbeidet skal det innhentes innspill fra eksterne interessenter (jmfør vedtakspunkt 4 i Helse Nord styrets vedtak i sak nr. 91/2021).*

*Overordnet medvirkningsgruppe skal levere en skriftlig rapport med beskrivelse av fordeler, ulemper og kompenserende tiltak for hvert av de tre virksomhetsalternativene for ulike pasientgrupper. Rapporten skal inngå i tilleggsnotatet til konseptrapporten som svarer ut den samlede bestillingen fra Helse Nord-styret og presiseringene i UNN styresak 72.4.*

Det ble gjennomført en møteserie i perioden oktober 2021 til januar 2022. Møteserien besto av et halvdags digitalt oppstartsmøte med informasjon om prosjektet og oppdraget, et totimers møte for å avklare metodespørsmål, samt tre heldags arbeidsmøter (15.11.2021, 29.11.2021 og 14.01.2022).

#### **Opplegg for møtegjennomføring**

I tillegg til overordnet medvirkningsgruppe deltok OU-prosjektet i UNN, utbyggingssjef ved UNN, arkitekter fra Ratio AS og prosjektledelse og rådgivere fra Sykehusbygg HF. Sykehusbygg har fasilitert arbeidsmøtene.

De tre arbeidsmøtene ble i hovedsak strukturert på samme måte. En dag ble brukt på hvert virksomhetsalternativ: Breivika, Åsgård og delt løsning. Det ble lagt opp til at hvert alternativ skulle diskuteres på egne premisser og ikke sammenlignes med de andre alternativene.

Forut for diskusjon i hvert møte presenterte arkitekter fra Ratio AS skisser til respektive alternativ. Selve byggets løsninger ble ikke diskutert i arbeidsmøtene. Det ble forutsatt at kravene som er stilt til byggene i hovedprogrammet ivaretar likeverdighet i de bygningsmessige løsningene.

Arkitektene svarte på spørsmål om uklarheter og deltok i diskusjonene.

Det er ført referater fra møtene, som danner grunnlag for rapporten fra medvirkningsgruppen. Det ble gitt mulighet til å komme med innspill og korrigeringer til referatene for å sikre at synspunkter fra ulike deltakere ble tilstrekkelig ivarettatt.

### **Om diskusjonen**

Diskusjonen ble konsentrert om det som skiller alternativene fra hverandre:

- Områdets karakter
- Uteområdene
- Nærhet til somatisk helsetjeneste

Gruppene fikk tre oppgaver:

1. Hva er styrker og svakheter ved hvert enkelt alternativ, med tanke på ulike pasientgruppers behov?
  - a. Vurdering av kvaliteter ved området og løsninger for uteområdene.
  - b. Betydningen av fysisk nærhet til somatikken for ulike pasientgrupper.
  - c. Hvilke kompenserende tiltak kan gjennomføres?
2. Hvilke styrker og svakheter har alternativet som arbeidsplass og for rekrutteringspotensiale?
3. Hvilke styrker og svakheter har alternativet for tilrettelegging for forskning, fagutvikling og utdanning?

Metodisk ble overordnet medvirkningsgruppe delt i to grupper. På dag 1 og 2 (*Breivik-alternativet* og *Åsgård-alternativet*) diskuterte begge gruppene de tre hovedtemaene (*områdets karakter*, *uteområdene*, og *nærhet til somatikk*). Temaet *forskning, fagutvikling og utdanning* ble i tillegg diskutert av gruppe 1, mens temaet *attraktiv arbeidsplass/rekruttering* ble diskutert av gruppe 2. Til slutt ble resultatene fra gruppearbeidet presentert i plenum, slik at man kunne supplere hverandre.

På dag 3 «*Delt alternativ*», ga Sykehusbygg en innledning om hva pasientdata og tall fra UNNs datakilder kan fortelle om virksomheten, som grunnlag for diskusjonene. Det ble også gitt en presentasjon av funn fra intervjuundersøkelsen om løsninger fra andre prosjekter mht. lokalisering av PHV/TSB og somatikk.

Gruppediskusjonen på dag 3 ble konsentrert om forhold som aktualiseres av delt løsning, som vil si at noen enheter i PHV/TSB plasseres et annet sted enn andre enheter i PHV/TSB. Temaene her var konsekvenser for pasienter, konsekvenser for personale/ressurser og rekruttering, samt konsekvenser for fag og forskning. Det ble lagt vekt på å ikke gjenta diskusjoner som allerede var tatt opp i de foregående arbeidsmøtene.

### **Rapporten**

Rapporten er skrevet av Sykehusbygg i samarbeid med OU-prosjektet, og baserer seg på innspillene. Selv om diskusjonen var relativt åpen er det lagt vekt på å sortere argumenter i kategorier, ettersom dette forenkler sammenligning.

### **Votering**

Klinikkledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken avklarte med administrerende direktør at overordnet medvirkningsgruppe kunne få stemme over hvilket virksomhetsalternativ som vurderes som best egnet. I utgangspunktet skulle arbeidet i overordnet medvirkningsgruppe oppsummeres i et avsluttende møte i løpet av januar 2022, men dette har det dessverre ikke vært mulig å få til pga. forsinkelser som følge av pandemisituasjonen og nasjonale smittevernregler.

Det ble 18.-20.1.22 gjennomført avstemming blant medlemmene i overordnet medvirkningsgruppe over de ulike virksomhetsalternativene. Resultatet var delt; 17 av medlemmene stemte for Åsgård-alternativet, 5 stemte for Breivika-alternativet og ingen stemte for delt løsning Breivika-Åsgård. De fleste medlemmene begrunnet sitt valg, men det kom ikke fram supplerende argumenter. Samtlige medlemmer avga stemme.

## **4 Vurderingskategorier**

Hensikten med gjennomgangen av de ulike alternativene er å tydeliggjøre faglige vurderinger som skal inngå i beslutningsprosessen. *Faglig* i denne sammenheng er vurderinger gjort med helsefaglig kompetanse og kompetanse som pasient/bruker/pårørende. Rapporten skal vise sammenlignbare beskrivelser av faglig begrunnede fordeler og ulemper, og relevante kompenserende forhold i alle alternativer.

Det mest relevante evidensbaserte faglige grunnlaget for Nordiske forhold er *Konseptprogram, Lokaler för psykiatri, kunnskapsgrunnlag vid planering*, Chalmers 2018 («Chalmersrapporten»). Her er det gjort en oppsummering av utforming av bygg, kvaliteter i bygg og tilgang til uteområder. Grunnlaget er bygg i Sverige, Danmark, Norge og USA. Rapporten inneholder lite konkrete anbefalinger, men belyser dilemma om sykehusområder, uteområdenes kvaliteter og nærhet til somatikk.

*..... Argument för samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård handlar framförallt om patient och personaltransporter samt informationsutbyte. Patienter som vårdas inom psykiatrisk heldygnsvård har ofta även somatiska problem, ibland till följd av den psykiska sjukdomen. ECT-behandling kräver också somatisk anestesipersonal och psykiatrisk kompetens kan behövas även för somatiska patienter. .... (side 79)*

*Natur eller somatik? Ett dilemma som ofta uppstår vid önskan om samlokalisering är sjukhustomternas begränsningar. Inte alla somatiska sjukhus ligger naturnära med plats att bygga psykiatriska vårdavdelningar med markkontakt. .... (side 81)*

Chalmersrapporten referer til at sykehus i Skandinavia løser utfordringene på ulike måter.

Rapportens innhold har begrenset verdi som sammenligningsgrunnlag for den konkrete problemstillingen medvirkningsgruppen er utfordret til å vurdere. Faglige vurderinger bygger derfor hovedsakelig på vurderinger og diskusjon fra overordnet medvirkningsgruppe (helsefaglig kompetanse og, pasient- og pårørende kompetanse).

For å kunne sammenligne er det i dette arbeidet definert noen kategorier som dekker ulike sider av samme begrep. Kategoriene ble utvidet underveis i tråd med innspill, og begrepene er så langt som mulig tilpasset ordbruken i medvirkningsgruppen. Innspillene er videre også systematisert etter kategoriene så langt det er mulig.

#### **4.1 Område for bygging av PHV/TSB**

##### **4.1.1 «Område» for bygg for psykisk helsevern og TSB**

Område i denne sammenhengen er tomt for aktuelt bygg og tomtens omgivelser. Klassifisering av «område» for å sammenligne med andre sykehusprosjekter er vanskelig fordi dette er relativt til lokalisasjonens størrelse og omkringliggende bebyggelse. Urbant i en liten by kan ikke sammenlignes med tilsvarende begrep i tettbefolket storby. For sammenligning innad i dette prosjektet kan begrepet «område» deles i to:

- a. Urbant område: Område som er tett bebygd inntil virksomheten og trafikk som ikke er relatert til virksomheten i PHV/TSB. Urbane områder har i denne sammenheng høye bygg omkring. For noen pasienter er mye trafikk forbundet med stress.
- b. Ruralt område: Område med frie arealer mellom virksomhet og annen virksomhet/bebyggelse. Området preges av lite trafikk, ut over det som er innrettet mot virksomheten.

Konsekvenser av den byggbare tomtens størrelse diskuteres av arkitekt. Områdets innvirkning på uteområder omtales i neste kapittel.

##### **4.1.2 Uteområder**

Uteområder er i denne sammenheng primært beskrevet som verktøy i de PHV/TSB-faglige behandlingsprosessene. Det er faglig grunnlag for at uteområdenes kvaliteter kan utgjøre en forskjell i utforming av behandlingen.

Kvalitetene er primært knyttet til:

- Sanseopplevelse (natur, lukt, sol/regn/snø, vekster, årstidsvariasjoner mm).
- Uteområde kan være alternativt område for kontakt og samtale (walk & talk) for terapeuter og pasienter, og også for pasient og pårørende.
- Verdien av bevegelse gjennom fysisk aktivitet (f.eks. ballspill), enkeltvis og i sosiale grupper.
- Det urbane uteområde kan benyttes til eksponering/dagliglivstrening og normalisering.
- For noen pasienter kan oppholdet i bygget gi symptomforverring pga. reduserte frihetsgrader, grensesetting, påvirkning av andre pasienter ol, og uteområder kan benyttes som «trykkavlastning». For disse pasientene er det holdepunkter for at gode muligheter for bruk av uteområder kan redusere bruk av tvang.
- For pasienter underlagt tvang, og som har begrenset bevegelsesfrihet pga. sykdomsbilde, og spesielt med opphold over noe tid, gir variasjonen mellom inne og uteområde større opplevelse av normalitet.

Hva som er tilstrekkelig størrelse på uteområder, er det ikke god kunnskap om. For klinikken er det viktig å ha tilstrekkelig varierte uteromsløsninger for å kunne gi individuell tilpasning til ulike pasienters behov.

Uteområder er kategorisert i 3 hovedkategorier:

- A. Atrier, balkonger, takhager: Disse er karakterisert ved at uteområdene har innramming av bygningskropp/-deler.



- B. Uteområdet i tilknytning til bygg (i møteserien kalt «*mellom-området*»)
- a. Bygningsnære uteområder. Dette er uteområder rundt bygget. Det gir muligheter for å være ute uten fysiske hindre. Dette arealet vil i større eller mindre grad ha avstand til omkringliggende bygg og virksomhet. Avstand til omkringliggende bygg innvirker på innsyn til dette uteområdet.
  - b. Uteområdet tilrettelagt for aktivitet: Dette er områder som disponeres av virksomheten og som er tilrettelagt for uteaktivitet som del av behandlingen. Det kan være sitteområde, bevegelsesområde (f.eks. gangbaner, stier) og område for idrettsaktivitet (ballbane, ballvegg ol.). Område kan i ulik grad være skjermet fra omgivelsene med tomtegjerde/beplanting eller med høye gjerder for å verne pasientens integritet, og pasientsikkerhet/samfunnsvern (gjelder spesielt lukkede enheter).
- C. «Perifere» uteområder
- a. Urbane uteområder: Dette er urbane områder utenfor sykehusområde som gir pasienter mulighet til bruk av servicetilbud, trening i dagliglivsaktivitet mm. For mange representerer urbant område «normalitet».
  - b. Park/anlegg: Anlegg i offentlige rom, og som kan benyttes av virksomheten. Dette kan være idrettspark, ordinær park/grøntareal.
  - c. Friluftsområder (natur): dette er større områder i offentlig rom, med naturlig vegetasjon, gjerne med turstier.

#### 4.1.3 Stigma<sup>1</sup>

Reduksjon av stigma er både et helsepolitisk og faglig mål. Det er fortsatt vanskeligere for mange å erkjenne, avsløre og kommunisere at en mottar behandling fra PHV/TSB, sammenlignet med å motta tjenester i somatikk. Det er fortsatt slik at samfunnet og helsetjenester håndterer psykiske lidelser og rusavhengighet annerledes enn somatiske sykdommer. Det kreves derfor innsats i helsetjenesten og på mange samfunnsområder for å redusere stigmatisering av pasientgrupper.

Det er ulik forståelse av begrepet stigma. Det er i hovedsak pasient og pårørende som bærer belastningen av stigmatisering.

I lys av dette vurderes område og område- og bygningsrelaterte faktorer som kan bidra til å redusere stigmatisering:

- i. **Egenverd:** I byggsammenheng er det sannsynligvis sammenheng mellom lokalenes kvalitet og pasienter og pårørendes opplevelse av egenverd. Det er ulik oppfatning av hva som er god kvalitet, men i dette tilfellet menes det bygg som er inviterende og holder minst like gode standarder som moderne somatiske sykehus. Gode lokaler og uteområder er et uttrykk for prioritet av pasientgruppe.
- ii. **Integritetsbevarende fysiske forhold:** Pasienter og pårørende kan ha behov for å bli skjermet for eksponering mot omgivelsene. Dette gjelder ankomstområder, uteområder og innendørsområder med innsyn fra omgivelsene. Pasienter bestemmer selv om dette er et behov, men når det er et behov skal det være mulighet for egenskjerming.

---

<sup>1</sup> Stigmatisering, betyr å merke og er i overført betydning brukt om det å merke noen negativt i sosial sammenheng; for eksempel stigmatisering av en minoritetsgruppe ved å hevde at gruppen generelt har spesielt dårlige egenskaper, er upålitelige og lignende. (Store Norske Leksikon)

Brugerrepresentantene har brukt begrepet «*ivareta diskresjon*». Dette tolkes som samme fenomen. Tjenesten har et særlig ansvar for å ivareta behovet diskresjon når pasienten er i en tilstand som gjør at egen ivaretagelse er redusert.

- iii. **Områdelokalisering:** Enheters plassering kan ha betydning for hvordan sykehuskontakt oppleves og kommuniseres. Det henger sammen med hvordan pasienter, brukere/pårørende og lokalsamfunn oppfatter, og omtaler ulike enheter og områder for psykisk helsevern og TSB. Ved nærlokalisering til somatikk kan pasienter i større grad «*nøytralisere*» typen helsehjelp pasienten mottar (f.eks. at pasienten skal til/behandles ved sykehuset, og ikke områdenavn for psykiatrisk enhet som i lokalsamfunn ofte belastende navn).

## 4.2 Klinikkrelaterte forhold

### 4.2.1 Kliniske samarbeidsbehov/pasientgrupper

For mange pasienter er det samlede helseutfordringsbildet sammensatt. Pasienter kan ha somatisk sykdom, psykisk sykdom, ruslidelser, og ulike kombinasjon av disse.

Det er velkjent at pasienter med langvarig og alvorlige psykiske lidelser/rus- og avhengighetslidelser har dårligere somatisk helse enn gjennomsnittsbefolkningen. Dette henger sammen med helsereduserende leveste over lang tid, og forsterkes av at pasienter i mindre grad enn gjennomsnittsbefolkningen oppsøker somatiske helsehjelp.

Det er også kjent at pasienter i somatiske tjenester med alvorlige somatiske lidelser (f.eks. kreft, alvorlig organsvikt mm.) kan ha funksjonsnedsettende og behandlingstrengende psykiske problemer.

Det er som overordnet prinsipp beskrevet tre prosesskategorier som har behov for samhandling mellom spesialiteter. Begrepet spesialiteter omfatter legespesialitetene, men er ikke begrenset til legeprofesjonen. Fokus på **prosess** er begrunnet med at det er klinikken som identifiserer og initierer behov.

Alt tverrfaglig samhandlingsbehov skal vurderes individuelt, for alle pasienter. Hvilken enhet pasienten er innskrevet i er ikke avgjørende.

- a. Der forløpene krever **rask avklaring** av somatisk tilstand: Dette er forløp med pasienter med uklart symptomtilstand (f.eks. symptomet «forvirring»), usikker årsak til symptomtilstand (f.eks. forvirring pga. intoksikasjon, sepsis eller psykose), eller somatiske medvirkende faktorer (for eksempel organsvikt, sidevirkning av legemidler).
- b. Prosesser med **hyppige behov** for utsekk/behandling av somatiske lidelser, i spesialisthelsetjenesten: Dette kan være pasienter med sammensatte lidelser (typisk for eldre), personer med samtidig diabetes, ustabil hjertesvikt ol.
- c. Prosesser som behandler pasienter som over lang tid har ervervet livsstilssykdommer, og som ikke direkte er årsak til den aktuelle lidelsen pasienten er innlagt for, men som pga. psykisk helseproblemer ikke oppsøker helsetjenester. Disse pasientene vil kunne være **tilgjengelig for undersøkelse og igangsetting av behandling**, mens pasienten er i PHV/TSB.
- d. Prosesser hvor pasienter har **samtidig, behandlingstrengende psykisk lidelse og somatisk lidelse**, og hvor det ikke finnes «*riktig avdeling*».

Det er vanskelig å definere hvilke **diagnosegrupper** som har størst behov for tverrfaglig samarbeid. Pasienter med gitte diagnoser kan ha svært forskjellig somatisk helse og forskjellige egenomsorgsressurser. Det er allikevel noen grupper som har hyppigere samtidige psykosomatiske utfordringer enn andre:

- a. Det er vel kjent at økende **alder** gir økt samsykelighet. Tjenester som i hovedsak behandler eldre vil ha høyere frekvens av samhandlingsbehov med somatikk.
- b. Pasienter med **spiseforstyrrelser**. Disse pasientene har symptombelastning som svekker den somatiske helsen. Kontroll av somatisk tilstand, og også somatisk behandlingstiltak er viktige elementer i behandlingsforløpet. Tjenester som i hovedsak behandler pasienter med spiseforstyrrelser vil ha høyere frekvens av samhandlingsbehov med somatikk
- c. Pasienter med akutte **intoksikasjoner** trenger ofte initial behandling i somatikk. Langvarig rusadferd gir en betydelig belastning på ruspasientens somatiske helse. Tjenester som i hovedsak behandler **rus i akutt fase** vil ha høyere frekvens av samhandlingsbehov med somatikk.
- d. Pasienter med behov for ECT. Behandlingsprosessen omfatter alltid deltakelse fra anestesipersonell.

#### **4.2.2 Avstander mellom samarbeidsparter i kliniske prosesser (og kunnskapsprosesser)**

Begrepet «samlokalisering» benyttes som begrep på samling av tjenester. I noen sammenhenger benyttes begrepet konkret om tjenesteutøving i samme lokaler (for eksempel felles akuttmottak), mens i andre sammenhenger relateres begrepet samlokalisering til samling i et område, men med noe avstand (for eksempel på et sykehusområde/campus).

For å kunne sammenligne er avstander inndelt i 3 nærhetskategorier:

1. **Samlokalisert/ helintegreert:** Funksjoner der personell arbeider på samme arbeidsflate.
2. **Nærlokalisert:** Gangavstand mellom bygg.
3. **Lokalisert med kjøreavstand:** Pasient/personelltransport med personbil eller ambulanse.

Det er samme avstandskategorier for alle samarbeidsparter som er relevante i denne sammenheng (universitet, legevakt, somatikk, BUP, og mellom enheter i PHV/TSB).

I nærlokalisert løsning (nr. 2) er det ikke tatt hensyn til at det er ulike avstander til ulike enheter i større sykehusområder/campus og i større bygningskompleks.

Lokalisert med kjøreavstand (nr. 3) kan omfatte store avstander, for eksempel DPSer under UNN, men i dette konkrete arbeidet omfatter avstandskategorien kjøreavstandene innad i Tromsø fordi det er disse avstandene som skal sammenlignes.

Avstand innvirker på prosesskostnad. Gang- og kjøreavstand vil kreve mer ressurser til selve forflytningen enn ved integrerte løsning. Tidsforskjellen på kjøretid og gangtid er relativt liten, men ved bruk av bil kommer inn- og utlasting, og parkering i tillegg til kjøretid.

Ved transport med ambulanse/bårebil kan ventetid i hht. prehospital kapasitet og prioriteringskriterier komme i tillegg.

### 4.2.3 Samhandlingsformer

Samhandling er i denne sammenheng aktivitet hvor merverdi skapes for pasienten eller personell ved å koble sammen ulik kompetanse som ikke er organisert i samme enhet. Felles for alle alternativene er at det må være identifisert et samarbeidsbehov og den ansvarlige for pasienten må iverksette tiltak for å organisere samhandlingen, og samhandlingen må ressurs-settes (tid, antall personer, transportmidler). Ingen samhandling kommer av seg selv, men ved alternativ B (beskrevet under som *uplanlagt*) kan tilfeldig møte initiere et samarbeid.

Samhandlingsformer er kategorisert i 5 kategorier:

- A. **Parallelt** samarbeid: Dette er tjenester som utføres av en enhet parallelt med at pasienten er innskrevet i en annen. Det omfatter konsultasjoner, billedtaking (for psyk/TSB), liaison-tjeneste (tilsyn). Det kan være tidskritiske «konsultasjoner», som for eksempel hjelp fra hjertestans-team i psykiatrisk tjeneste, og mindre kritiske som billeddiagnostikk og spesialistvurdering av en tilstand. Denne samarbeidsformen kan kombineres med D *digitalt samarbeid*.
- B. **Uplanlagt** samarbeid: Dette er samarbeid som muliggjøres ved at personell tar kontakt fordi tjenester utøves på samme arbeidsflate. Eksempel på dette er felles akuttmottak mellom somatikk og psykisk helsevern, eller andre former for felles arbeidsflater der ulike fagområder møtes (f.eks. fagbibliotek).
- C. Fysiske faglige **samhandlingsmøter** som er planlagt: Gjelder faglig samarbeid med fysisk tilstedeværelse. Dette kan være multidisiplinære team-møter, med eller uten pasient. (eksempel hvor pasienter deltar i konsultasjon med psykosomatisk team, psykogeriatrisk team ol.). Disse samhandlingsmøtene kan være initiert som enkeltsak, eller regelmessig og kalenderfestet. Denne kan kombineres med D *digitalt samarbeid* (se neste).
- D. **Digitale** faglige samarbeid: Gjelder faglig samarbeid digitalt. Kan kombineres med A *konsultasjon* og C *faglige møter*. Som parallell samhandling kan dialog opprettes spontant. Digital samhandling organisert møte er hovedsakelig planlagt, men den digitale løsningen gir god mulighet for kort planhorisont.
- E. **Sekvensielt samarbeid**. Dette omfatter overføring av pasient og behandlingsansvar, f.eks. ved at pasient i psykisk helsevern overføres til somatikk, fra somatikk, og mellom ulike tjenester i PHV/TSB.

For samhandling mellom helsetjenestene og universitetet gjelder de samme samarbeidsprinsippene.

### 4.3 Rekruttering og stabilisering

Det har over en lengere periode vært vanskelig å sikre kvalifisert personell til spesialisthelsetjenesten, også i Nord-Norge. Nasjonal framskrivning av tilgang til helsepersonell viser at situasjonen sannsynligvis blir vanskeligere. Utfordringsbildet er svært sammensatt. God klinikk og godt arbeidsmiljø er anerkjent som rekrutterende og stabiliserende faktorer.

Byggenes kvaliteter har betydning for attraktivitet, og også konkret for helse, miljø og sikkerhet (HMS). For alle alternativene er det planlagt nye bygg. Byggenes kvaliteter for ansatte bygger på samme hovedprogram og forutsettes å være likestilt. Den særlige HMS-utfordringen ved utageringssituasjoner omtales under klinikkrelaterte forhold.

Det er anerkjent at fagpersonells utviklingsmulighet rekrutterer og stabiliserer. Dette er tilrettelegging i prosessene og ikke avhengig av bygg (se neste kapittel om *utdanning, forskning og fagutvikling*).

Vaktbelastning for behandlere som kan kombineres med privatliv er en viktig rekrutterende/stabiliserende faktor for mange, både unge og eldre. Løsninger som gir hyppigere vakt, eller ugunstige arbeidsforhold mens en har vakt, med reise mellom oppmøtestedet, kan redusere attraktivitet. (vurderes videre i *delt løsning*)

Det er allment anerkjent at tilhørighet til et godt og sterkt fagmiljø er viktig for kvalitet og arbeidsglede. Det kan allikevel legges ulik vekt på den tverrfaglige tilhørighet mellom somatikk, PHV/TSB og universitet, og vekt på tilhørighet til et sterkt fagmiljø innenfor spesialitetene.

Alt fagutviklingssamarbeid må planlegges og styres. Gjennomføring er begrenset av de samme avstandsfaktorene og samhandlingsformene som for klinikk.

Skillet mellom de tre alternativene for sammenligning er:

- a. **Samlet fagmiljø, alle fagområder** i somatikk, PHV/TSB og UiT på ett område (campus).  
  
*NB: Selv om Breivika-alternativet er tilnærmet kategori a) oppfylles ikke denne kategorien pga. sikkerhetspsykiatri i kjøreavstand fra campus) jfr. pkt. c.*
- b. **Samlet fagmiljø innad i PHV/TSB.** (Dette oppnås kun i *Åsgård-alternativet*).
- c. **Delt fagmiljø innad i PHV/TSB.** (*Delt alternativ og Breivika alternativet* pga. adskilt sikkerhetspsykiatri).

Kategoriene brukes i vurderingskapitelene

#### 4.4 Utdanning, forskning og fagutvikling

Utdanning, forskning og fagutvikling i denne sammenheng er kunnskapsutvikling og -formidling. Leveransen er innrettet mot samfunnets behov for kunnskap (utdanning), men kan også være spesifikt innrettet mot PHV/TSB, og evt. også helt lokalt. Deltakelse i gode kunnskapsutviklingsprosesser kan være en viktig faktor i rekruttering/stabilisering (se rekruttering og stabilisering forrige kapittel).

Utdanning av helsepersonell og spesialister er prosessrelatert. De alternative byggene antas å gi like bygningsmessige rammebetingelser. Avstandene for studenter i klinisk praksis, for personell som har delte stillinger og må forflytte seg mellom PHV/TSB og universitetet, og avstanden for undervisningspersonell, gir transportulempere. Det påvirker i liten grad de planlagte prosessene. Det må anses som unntak hvis forskning, undervisning og fagutvikling oppstår spontant pga. beliggenhet.

Det er to prinsipielt ulike hensyn som skiller alternativene:

- I. Utdanning, opplæring, forskning og fagutvikling som gjøres i **samarbeid med eksterne** (UiT /somatikk og andre eksterne samarbeidsparter
- II. Utdanning, opplæring forskning og fagutvikling **innad i PHV/TSB-enheter i Tromsø.**

I delte løsninger (gjelder *Breivika-alternativet* pga. sikkerhetspsykiatri) kommer merkostnadene til organisering og forflytning.

## **5 Virksomhetsalternativene**

### **5.1 Breivika-alternativet**

Breivika-alternativet omfatter nye bygg for psykisk helsevern, for voksne og TSB, unntatt bygg for sikkerhetspsykiatri, lokalisert på ett tomtealternativ i Breivika. Tomten er i gangavstand til somatisk sykehus og universitet, og det kan etableres innendørs forbindelse mellom somatikk og PHV/TSB.

Tomten er ikke stor nok til å romme de sikkerhetspsykiatriske tjenestene Regional sikkerhet (RSA) og lokal sikkerhet (LSA) på samme området som øvrig virksomhet innenfor PHV/TSB. Det er to tomtealternativer for nybygg til RSA og LSA i kjøreavstand nord for sykehusområde (ca. 1 km). Alternativt område for sikkerhetspsykiatri har pr. januar 2022 ubebygde næromgivelser, og er eid av universitetet. Det er heftet usikkerhet til hvorvidt tomten blir tilgjengelig, og hvor mye annen bebyggelse vil redusere dagens frie areal.

Breivika tomten er innrammet av Tromsøs to største arbeidsplasser (UiT og UNN), og preget av tett bebyggelse og relativt stor trafikk. Det er begrensede utvidelsesmuligheter for PHV/TSB.

Planlagt bygg og uteområder ligger delvis i rød støysone for ambulanshelikopter.

### **5.2 Åsgård-alternativet**

Åsgård-alternativet omfatter bygg for alle enheter for PHV/TSB på ett tomteområde på Åsgård. Tomten ligger landlig til, med mye friareal rundt byggene. De utbygde områdene rundt sykehusområdet er i hovedsak boligområde med lave bygg. Området øst for området er regulert til utbygging av boliger noe som gjør at bebyggelse vil komme tettere på virksomheten i PHV/TSB.

Området ligger i gul støysone til Tromsø lufthavn og en mindre del av det planlagte uteområdet til sikkerhetspsykiatri ligger i rød støysone.

Det er gode utvidelsesmuligheter for PHV/TSB.

### **5.3 Delt løsning**

Delt løsning er basert på de samme tomtene som i Breivika-alternativet og Åsgård-alternativet. Den delte løsningen reduserer bygningsmasse begge plasser og gir noen muligheter for tilpasning av bygg og uteområder.

I arbeidsmøte 3 ble det opplyst at noe av det frigjorte området sør på Åsgård må regnes som solgt (fra «bygg 2» og sørover). Hvilke konsekvenser et salg vil kunne få for området Åsgård er ukjent, men det ligger en usikkerhet i om det blir bebygget og hvordan. Denne usikkerheten reduserer de frie arealene i sør, men endrer ikke de umiddelbare uteområdene i tilknytning til bygg, og ikke friarealene vest og nord for sykehusbyggene. Salg av areal vil kunne redusere utvidelsesmuligheter for PHV/TSB.

## 6 Overordnet medvirkningsgruppes faglige vurderinger av virksomhetsalternativene

### 6.1 Breivika-alternativet

Presentasjon fra Ratio er grunnlaget for vurdering. Medvirkningsgruppen vurderte ikke konkrete skisser av sikkerhetsbygg i Breivika-alternativet, men begrenset vurderingen til at sikkerhetsbygg ligger i ca. 1 km avstand til sykehusområdet.

#### 6.1.1 «Område» for bygg for psykisk helsevern og TSB

Breivika-tomten er innrammet av Tromsøs 2 største arbeidsplasser (UiT og UNN). Dette innebærer relativt stor trafikk rundt og mellom bygg for PHV/TSB, og til og fra parkering under bygget. Dette er vurdert som uheldig. Dette kan oppleves som negativ stressfaktor.

I tillegg er det daglig transport med ambulanshelikopter nært bygget. Denne trafikken er uregelmessig, og flyvninger skjer til alle døgnets tider. Disse forholdene kan være en stressfaktor, kanskje spesielt ambulanshelikopter med landingstidspunkt om natten. I Chalmers rapporten påpekes verdien av å redusere stress, men det er i rapporten ikke relatert til uteområder.

#### **Kompenserende tiltak:**

Støyisolering av bygg (støy i uteområde kan ikke kompenseres).

Innkjøring til parkering under bygget slik at denne minst mulig påvirker virksomheten i PHV/TSB.

Etablere parkeringshus lokalisert i avstand fra bygget for å redusere trafikk tetthet.

#### 6.1.2 Uteområder

**Atrielløsningene** er vurdert hensiktsmessige for klinisk virksomhet, som supplerende uteareal til andre uteareal. Løsningen innebærer noe innsyn fra eget bygg og omkringliggende bygg. Byggets totale høyde og utforming begrenser lysforholdene inn i atriene noe. Takterrasser gir mindre innsyn, og mer sol.

**Uteområdet rundt bygget** er begrenset pga. andre bygg og veier. Det gir pasientene begrenset mulighet for bevegelser i området rundt bygget («*mellomområde*»), og dette uteområdet er eksponert for innsyn fra eksterne.

Det inntegnede området mellom DPS og hovedbygg er vurdert som viktig (ballbane mm.) og kan skjermes noe. På grunn av topografi/omkringliggende bygg er de faktiske skjermingsmulighetene begrenset. Plassering av dette uteområdet er mindre tilgjengelig for pasienter i den inntegnede akuttavdelingen, som i arkitektskissene ligger i motsatt ende av bygget. Området er lett tilgjengelig for TSB og DPS. Dette uteområdet er delvis på tomt som ikke eies av UNN og det er derfor heftet usikkerhet om dette området er tilgjengelig for det aktuelle formålet. Selv med dette uteområdet er uteområdene i Breivika-alternativet vurdert som mangelfullt i forhold til konkrete behov. Muligheter for utforming av- og tilgang til skjermede, differensierte og tilrettelagte uteområder er i sum fremhevet som svært begrenset med betydelige ulemper for virksomheten.

Det er ikke åpne park-/idrettsanlegg i umiddelbar nærhet, men det er skissert et slikt område noen hundre meter fra bygget. Området vil bli fellesområde for UiT og UNN. Bruken av dette krever «fri utgang» eller med personeldeltakelse. Det er fortsatt så langt unna at det ikke har kvalitet som «*mellomområdet*».

Det **urbane området** er tilgjengelig for pasienter med eller uten følge av personell. Det er ikke umiddelbar nærhet til butikker, men god tilgang til sykehusets servicetilbud (kiosk, kantine, kafe ol.). Det er god nærhet til sykehusapotekets publikumssalg. Dette er god løsning for pasienter som utskrives, og som kan få med legemidler hjem. Mange pasienter har ikke tilsvarende god tilgang til apotek ved bosted. For noen pasienter kan god tilgang til apotekvarer være problematisk med tanke på «*skygge-medisiner*» mens pasienten er innlagt. I medvirkningsgruppen er det påpekt at pasienthotell har alkoholserving og at dette kan vi tilsvarende utfordringer for pasienter. Tilgrensende **marka-område** har gode kvaliteter for friluftaktivitet for pasienter med fri utgang og for organisert aktivitet for pasienter med personeldeltakelse.

#### **Kompenserende tiltak:**

Ulempen med trange uteområder beskrevet som «*mellomområde*» kan ikke kompenseres for. Innsynsproblematikk fra eksterne kan delvis kompenseres for med skjermingseffekter i bygg og beplantning.

Opparbeiding av felles (UIT/UNN) park/idrettsanlegg på tomt i nrområdet i nordvest kan avhjelpe mangel på uteareal noe, men erstatter ikke «*mellomområde*». Muligheten for etablering av et slikt område er ikke avklart.

Kjøp av LHL-tomt for å etablere skjermet uteareal på DPS/TSB siden.

### **6.1.3 Stigma**

I *Brevika-alternativet* ligger PHV og TSB, unntatt sikkerhetspsykiatri, på samme sykehusområde og gir pasienter/nærpersoner muligheter for å kommunisere at vedkommende skal til «sykehuset». Det planlagte bygget er adskilt fra øvrige sykehus med egen inngang for gående og eget akuttmottak. Bevegelse inn og ut av bygget er observerbar fra omgivelsene. Omgivelsene er tett befolket med de største arbeidsplassene i nrområdet til de nye lokalene, og sannsynlighet for å bli observert av kjente er til stede. Brukere opplever dette som en belastning. For akuttmottak er det planlagt bygningsmessig avskjerming slik at det ikke blir innsyn i av- og pålastingssonen. Hvor skjermet uteområdene og inn- og utpasseringer i sikkerhetsbygget er det p.t ikke grunnlag for å vurdere.

#### **Kompenserende tiltak:**

Det er ingen kompensierende bygningsmessige tiltak for ankomstområdet for gående. For pasienter kunne bruk av kulvert i prinsippet være en mulighet, men kulvert vil mest sannsynlig bli tilgangsstyrt av hensyn til trafikkregulering inne i sykehusbyggene.

### **6.1.4 Klinisk samarbeidsbehov/pasientgrupper:**

Alle pasienter, unntatt de innlagt ved Sikkerhetspsykiatrisk seksjon, er samlet på ett område. Det er derfor ikke relevant å diskutere hvilke av disse som har størst samhandlingsbehov mellom spesialitetene.



Sikkerhetspsykiatri har erfaringsmessig ikke høyest frekvent samarbeidsbehov med somatikk. Pasientene har ofte langvarig psykisk helsesvikt, og har tilsvarende redusert somatisk helsetilstand som følge av livsbelastning og redusert egenomsorgsevne. Oppholdene er ofte lange og mulig å planlegge godt, og tilstanden er ofte slik at det er nødvendig å planlegge konsultasjoner i andre enheter godt. For samarbeidsbehov er avstandsutfordringen mellom sikkerhetsbygg-tomten og sykehuset tilsvarende *Åsgård-alternativet*.

Samhandling mellom sikkerhetsenheter i PHV/TSB tilsvarende vurderingen i *Delt løsning*

**Kompenserende tiltak:**

For PHV og TSB, unntatt sikkerhetspsykiatri, er det ikke behov for kompenserende tiltak, som følge av lokaliseringen.

For sikkerhetspsykiatriens samhandling med somatikk, se vurdering av *Åsgård-alternativet*

Egen skjermet alternativ inngang for poliklinikk er foreslått, slik at pasientene slipper å gå inn hovedinngangen.

### **6.1.5 Samhandlingsformer**

Brevika-alternativet er geografisk lokalisert slik at det ikke kan etableres felles arbeidsflate for somatisk medisin og PHV/TSB. Alternativet omfatter derfor ikke samhandlingsform B: *uplanlagt samarbeid*.

Alternativet i Brevika har ca. 5 min *gangavstand* mellom PHV/TSB og de somatiske spesialitetene. Det krever at samarbeidsbehov er identifisert og samarbeid må forespørres/prioriteres/bookes. Den kliniske problemstilling vil bestemme prioritet og hastegrad.

For sikkerhetspsykiatri er det samme *kjøreavstand* mellom sikkerhetsenhetene og øvrig PHV/TSB, som til somatikk.

Netto gangtid og kjøretid skiller med noen få minutter. For tid med bil mellom sykehuset og sikkerhetsenhetene kommer inn- og utlasting og parkering i tillegg til kjøretid. Transport med ambulanse/bårebil kan det medføre ventetid iht. prehospital kapasitet og prioriteringskriterier. Samhandling må planlegges på lik linje som ved gangavstand.

Det er pasientens tilstand som tilsier hvor mye personell som må ledsage vedkommende, også ved gangavstand. Det er konsultasjonens/møtets lengde, inkludert ventetid som avgjør hvor lenge personell blir borte. Dette er i praksis pasientens tilstand som bestemmer antall som følger, og ikke avstand.

Ved akutte somatiske tilstander må tjenesten håndtere de første minuttene med egen kompetanse. Personell i PH/TSB har nødvendig profesjonsutdanning til dette, men anvendbar ferdighet krever at det er etablert kontinuerlig opplærings- og øvingssted. Seksjonen må i tillegg ha oppdaterte prosedyrer og utstyr.

For bistand fra somatisk avdeling ved akutte, tidskritiske tilstander hos pasienten kan *responstid* være ca. 2-3 min («stans-team»). Ved akutte livstruende tilstander ved sikkerhetspsykiatrien vil eksternt bistand måtte utføres med prehospital tjeneste, med responstid som for befolkningen i samme geografiske området i Tromsø for øvrig.

Ved farlige utageringssituasjoner som krever umiddelbar kollegahjelp må sikkerhetspsykiatri være selvhjulpen på grunn av avstand til øvrig virksomhet innen PHV/TSB. Tilsvarende kan ikke PHV og TSB-enhetene i Breivika påregne akuttbistand fra sikkerhetspsykiatri.

For somatiske enheter må det videreføres og videreutvikles opplæring og øving i mottak av pasienter med truende adferd pga. psykiatri-/rusadferd, for å kunne være selvhjulpen. Videre hjelp fra PHV/TSB krever planlegging og organisering for å kunne være robust og tilgjengelig. Konsultasjon fra PHV/TSB til somatiske enheter kan løses med konsultasjonsteam (CL team). Konsultasjonsteam kan organiseres regelmessig og i enkeltsituasjoner. Slike situasjoner løses med dedikert team eller gjennom vaktssystemene.

For samarbeid med universitetet gjelder de samme prinsipper som for samarbeid om pasient. Samarbeid oppstår ikke som følge av beliggenhet. Samarbeid må initieres, og samarbeidsprosjekter/-systemer planlegges og ressurs-settes.

NB: Prinsippene for samhandling mellom enheter i PHV/TSB omtales i *Delt løsning*.

#### **Kompenserende tiltak:**

Samarbeidet mellom enhetene i Breivika vil ikke skje automatisk som følge av gangavstand. Alt samarbeid må initieres og organiseres i arbeidsprosesser.

Samarbeid mellom sikkerhetspsykiatri og øvrige enheter er tilsvarende, men transport er logistikkmessig mer omfattende. Avstanden gir relativt liten tidsmessig forskjell hvis transportkjeden blir tilrettelagt med tilgjengelig biler og mulighet for reservert parkering nært klinikk begge steder. 24/7.

I et sykehus med PHV/TSB og somatikk nærløkalisert vil det for mange pasienter ligge gevinster i at somatikk fører tilsyn/konsultasjoner i lokalene til PHV/TSB. Tilsvarende vil det kunne være gevinster andre veien.

### **6.1.6 Rekruttering og stabilisering**

Breivika-alternativet oppfyller, med unntak av sikkerhetspsykiatri, kategori a) **Samlet fagmiljø, alle fagområder i somatikk, PHV/TSB og UiT**. Det geografiske *området* strekker seg over 500x500 meter. For sikkerhetspsykiatri er det 1 km til de andre enhetene

For alle praktiske formål aktivitet på tvers planlegges og organiseres. Kommunikasjonsmessig er det i gangavstand mellom enheter. For sikkerhetsenheten er det kjøreavstand.

Løsningen vil være preget av **opplevd** helhet. Argumentet samling for å styrke det totale kompetansemiljøet brukes også i andre prosjekter, selv om avstandene også er større. Effekten av samarbeid mellom fag kan ikke undervurderes, men om tilstedeværelse og synligheten på et område har stor effekt på rekruttering og stabilisering er usikkert. Gruppen vurderer at en samlet løsning, med nær og synlig PHV/TSB, gir bedre mulighet for rekruttering av helsefaglige studenter.

*Breivika-alternativet* vil måtte ha vaktordning i PHV/TSB med ansvar for tjenester med kjøreavstand på grunn av adskilt sikkerhetspsykiatri.

Medvirkningsgruppens vurdering av vaktordningens innvirkning på rekruttering og stabilisering beskrives under delt løsning.

**Kompenserende tiltak:**

Samarbeidet mellom enhetene i Breivika må organiseres og ressurs-settes hvis det skal oppnå intensjoner om en helhet.

### **6.1.7 Utdanning, forskning og fagutvikling**

Breivika-alternativet har avstandsbetingelser som legger til rette for kommunikasjonsmessig enkelt samarbeid innad og mellom ressursenheter. For sikkerhetspsykiatri er avstanden noe begrensende. Ideer om samarbeidsprosjekter kan oppstå spontant, men mindre sannsynlig pga. av nærlokalisering i samme bydel. Gjennomføring av utdanning, forskning og fagutvikling er omfattende prosesser som krever organisering og ressurser, og hvor avstanden mellom samarbeidsparter ikke er et vesentligste hinder når det er etablert. Digitale løsninger er egnet til å redusere forflytningsomkostningene i deler av disse prosessene.

For PHV er det uavklart hvor kompetanseenheten SIFER (sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri) bør lokaliseres. SIFER har samarbeidsflater mot sikkerhetspsykiatri, men også andre enheter, både de kliniske enhetene, og forsknings- og utviklingsmiljøene. I hovedprogrammet inngår SIFER som en integrert del av en samlet fag-, forsknings- og utdanningsavdeling (FFU), nærliggende undervisningssenter og andre senterfunksjoner.

**Kompenserende tiltak:**

Deling av kompetansemiljøer må organiseres og ressurs-settes.

## **6.2 Åsgård-alternativet**

### **6.2.1 Klinisk samarbeidsbehov/pasientgrupper:**

Alle pasienter i PH/VTSB er samlet på ett område. Det er derfor ikke relevant å diskutere hvilke av pasientene som har størst samhandlingsbehov med somatikk. Pasientgruppene har forskjellige behov, ulike behov for hast og ulik frekvens, men er avhengig av at prosessen organiseres slik at alt faglig nødvendig samarbeid oppfylles. Åsgård har innarbeid erfaring med samarbeid med somatikk på distanse.

Proessen krever mer ressurser (tid/organisering) til forflytning til og fra somatikk enn ved gangavstand, men forflytningen i seg selv er ikke mer risikabel enn ved gangavstand.

**Kompenserende tiltak:**

Behovet er knyttet til pasienten og kan ikke kompenseres eller omgås. Se videre under om samhandlingsformer.

### **6.2.2 Samhandlingsformer**

Åsgård-alternativet er geografisk lokalisert slik at det ikke kan etableres felles arbeidsflate for somatisk medisin og psyk/TSB. Alternativet omfatter derfor ikke samhandlingsform B: *uplanlagt samarbeid*

Utgangspunktet for samarbeid er at samarbeidsbehov er identifisert. Samarbeid må forespørres/prioriteres/kalenderføres. Den kliniske problemstilling vil bestemme prioritet, hastegrad og kapasitet.

Mellom Åsgård og Breivika er det 12 min *kjøretid* med ordinær bil, men dette varierer gjennom døgnet og ved ulike føreforhold. I tillegg til kjøretid kommer inn- og utlasting og parkering. Hasteforflytning må gjøres med ambulanse, som har delvis dedikert trasé. For transport med ambulanse/bårebil som ikke haster kan det være ventetid iht. prehospitalkapasitet og prioriteringskriterier.

Det er pasientens tilstand som tilsier hvor mye personell som må følge vedkommende, og det er konsultasjonens/møtets lengde, inkl. ventetid som avgjør hvor lenge personell blir borte. Dette er i praksis avhengig av pasientens tilstand og ikke avstand.

Ved behov for ekstern bistand ved akutte livstruende somatiske kriser på Åsgård må det kliniske miljøet sikre god akutthjelp inntil støtte fra prehospital forsterker akutthjelpen. Prehospital støtte vil være tilgjengelig som for befolkningen ellers i samme geografiske område i Tromsø.

Ved farlige utageringssituasjoner i PHV/TSB som krever umiddelbar kollegahjelp er alle funksjoner samlet på Åsgård.

I somatisk medisin kan det oppstå truende situasjoner/utageringssituasjoner som følge av psykiske lidelser eller rus. Somatisk medisin må håndtere situasjonen med eget personell, portører og evt. politi. Det kan organiseres bistand fra psykiatri som sekundær hjelp, i praksis etter akutte hendelser. Slike tjenester må organiseres i et planlagt system.

Konsultasjon fra PHV/TSB til somatiske enheter kan løses gjennom etablering av konsultasjonsteam (CL-team). Konsultasjonsteam kan organiseres regelmessig og i enkeltsituasjoner. Slike situasjoner løses med dedikert team eller gjennom vaktssystemene.

De samme prinsipper gjelder for samarbeid med universitet. Samarbeid oppstår ikke som følge av plassering, men må planlegges. For praktisk samarbeid er det forflytningsomkostningene med bil som er tilleggs kostnad, sammenlignet med gangavstand.

### ***Kompenserende tiltak:***

Åsgård må være selvhjulpent med kompetanse på akutthjelp ved somatiske kriser i responstiden for prehospitaltjenester. Personell har nødvendig profesjonsutdanning, men anvendbar ferdighet krever kontinuerlig opplæring og øving. I tillegg må enheten ha oppdaterte prosedyrer og utstyr.

For tjenester uten hast vil ambulerende somatiske tjenester til Åsgård øke tilgjengelighet til tjenesten. Dette kan være ambulerende geriatrieteam, ambulerende indremedisinsk spesialist, diabetessykepleier mfl. God regularitet i slike tjenester vil kunne redusere terskel for å drøfte problemstilling som en ellers ikke har god indikasjon for å henvise (tilnærmet *samhandlingsform B*).

Utvidede laboratorietjenester på Åsgård vil redusere ulempen med avstand. Det kan være noen analysemaskiner for betjening av personell i psykiatri, lab. tjenester med bemanning fra laboratorietjenestene, og service med blodprøvetaking både regelmessig og akutt.

Både pasient og klinisk personell i somatisk medisin vil være tjent med oppgradering av kunnskap og ferdighet i håndtering av pasienter med psykiatri-/ruslidelser. Dette kan redusere omfanget av at pasienter med pågående somatiske behandlingstiltak (f.eks. intravenøs behandling) overføres til PHV/TSB før behandlingen er avsluttet.

Videre kan tilrettelagte bygningsforhold på Åsgård, og oppgradering av kliniske ferdigheter legge til rette for gjennomføring av somatiske undersøkelser og behandlingstiltak.

### 6.2.3 Uteområder

Presentasjon fra Ratio er grunnlaget for vurdering.

**Atrieløsningene** er vurdert hensiktsmessige for klinisk virksomhet, som supplerende uteareal til andre uteareal. Løsningen innebærer noe innsyn fra eget bygg, men ikke fra omkringliggende bygg. Byggets totale høyde og utforming, inkl. takterrasser gir god soltilgang. Det er ikke innsyn til takterrasser fra uvedkommende.

Uteområdet rundt bygget er egnet for alle formål. Det er arealer rundt bygg, park/idrett og åpne friluftsområder. Det er tilpassede tilstrekkelige arealer til pasienter med særlige behov, som for eksempel sikkerhetsenheter.

Muligheter for utforming av- og tilgang til skjermede, differensierte og tilrettelagte uteområder er i sum fremhevet som svært gode med betydelige fordeler for virksomheten

Det urbane området er tilgjengelig for pasienter med eller uten følge av personell. Det er ikke umiddelbar nærhet til butikker, men innenfor gangavstand.

Det er ikke god nærhet til sykehusapotekets publikumssalg, men gangavstand til bydels-apotek. Dette er god løsning for pasienter som utskrives, og som kan få med legemidler med hjem. Mange pasienter har ikke god tilgang til apotek ved bosted. For noen pasienter er god tilgang til apotek problematisk med tanke på «skygge-medisinerings».

Det er vurdert ulikt om relativ kort avstand til trafikkert vei vest for anlegget, og om sjøen er en risiko (virkemiddel for selvsykdom). Det er også argumenter for at nærhet til sjø er positiv kvalitet for *Åsgård-alternativet*.

#### **Kompenserende tiltak:**

Det er ikke framkommet behov for kompensierende tiltak.

For risiko med suicidal hensikt vil dette måtte løses i den faglige prosessen og ikke ved lokalisering, bygg eller gjerder.

### 6.2.4 Stigma

Psykisk helsevern og TSB har institusjonsrelatert historikk som underbygger stigma. Åsgård skiller seg slik ikke fra andre institusjonsområder for PHV og TSB.

For pasienter og pårørende som mottar tjenester på området har gode muligheter for å skjerme seg mot allment innsyn. Det begrunnes med relativt god avstand til bebyggelsen, og at bebyggelsen er boliger, med lav bebyggelse og med lite trafikk som krysser adkomstområdene.

#### **Kompenserende tiltak:**

Det er ikke framkommet behov for kompensierende bygningsmessige tiltak for å sikre pasientens diskresjon i *Åsgård-alternativet*.

### 6.2.5 Rekruttering og stabilisering

Åsgård-alternativet oppfyller løsning b) **Samlet fagmiljø innad i PHV/TSB**. Løsningen tilsvarer dagens løsning.

*Åsgård-alternativet* tilsvarer kategorien **felles arbeidsflate** innad i PHV/TSB, selv om det er gangavstand mellom enheter. For alle praktiske formål kan aktivitet på tvers planlegges og organiseres uten avstandshindre.

Løsningen vil være preget av **opplevd samling i fagfeltet**. Argumentet om samling for å styrke det totale kompetansemiljøet brukes også i andre prosjekter, selv om avstandene også er større. Effekten av samarbeid mellom fag kan ikke undervurderes, men om tilstedeværelse og synligheten på et område har effekt på rekruttering og stabilisering er usikkert.

**Kompenserende tiltak:**

Det er ikke identifisert kompenserende bygningsmessige tiltak for prosjektet ut over verdien av moderne og gode bygg.

Systemer for utvikling av felles miljø og kompetanse vil sannsynlig gi fellesskapsopplevelse og stabilisere. Slike løsninger kan være klinikk-nær undervisning, enkeltkurs, kursprogrammer, hospitering, vikariat og felles utviklingsprosjekter.

### **6.2.6 Utdanning, forskning og fagutvikling**

Åsgård-alternativet har avstandsbetingelser som medfører forflytningsomkostninger til UiT og somatikk pga. kjøreavstand. For alle praktiske formål må disse tjenestene planlegges og organiseres.

Fagutvikling og forskningsenhetene (FFU) i PHV/TSB vil geografisk være adskilt fra UiT og UNN somatikk.

**Kompenserende tiltak:**

Det må videreutvikles systemer for utdanning, forskning og fagutvikling som tar hensyn til avstand. Aktiviteten i PHV/TSB kan styrkes og gjøres lettere tilgjengelig hvis aktivitet i regi av UNN/UiT gjennomføres i lokalene på Åsgård. Dette kan være forskningskurs, veiledning mm.

## **6.3 Delt løsningsalternativ**

De adskilte geografiske lokalisasjoner benevnes **Åsgård delt** og **Brevika delt**.

### **6.3.1 Klinisk samarbeidsbehov/pasientgrupper:**

For pasienter i **Brevika delt** er tilgjengelighet mellom PHV/TSB og somatikk innenfor gangavstand. Som beskrevet tidligere er samarbeid fortsatt avhengig av planlagte prosesser. Det kreves at det identifiseres et behov, og at det organiseres (tid, ressurser).

For pasienter med overdose/intox vil somatikken ha behov for TSB-kompetanse for vurdering, undersøkelse og akuttintervensjon.

For pasienter i somatikk med tilstander som har behov for faglig vurdering fra PHV/TSB er det ikke en spesiell enhet som etterspørres. Slike tjenester kan være organisert i CL-team som oppgave for vakthavende lege, eller etterspørres mer spesifikt for individuell tilpasning (for eksempel tidligere behandlerkontakt). Slike tjenester har lav hastegrad og avstand har mindre betydning.

For pasienter som har utviklet somatisk helsesvikt over lang tid vil de fleste være innskrevet i **Åsgård delt**. Dette er tjenester som særlig er innrettet mot pasienter med langvarig sykdom og redusert egenomsorgsnivå, og som har oppholdslengde som muliggjør organisering av utredning i somatikk.

Disse tjenestene har vanligvis ikke hast, og kan planlegges og samordnes (flere konsultasjoner, lab ol).

I *Breivika delt* er det bla planlagt akuttpsykiatrisk seksjon, alderspsykiatrisk seksjon og TSB. Dette er de pasientgruppene i PHV/TSB som erfaringsmessig har behov for nødvendige parallelle kontakter mot somatikk, primært for å avklare uavklarte forhold i forløpet.

I *Breivika delt* er det også planlagt allmennpsykiatri poliklinikk (unntatt ambulant akutt-team). Disse tjenestene vil i liten grad kombineres *parallelt* (samtidig) med somatiske tjenester, og nærhetslokalisering med somatikk gir liten merverdi. Pasienter med behov for flere fagutredninger, må henvises på tvers på lik linje med befolkningen for øvrig.

Akuttpatientene i PHV/TSB har erfaringsmessig samhandlingsbehov for å avklare usikkerhet om årsak til sykdomsbilde, og for raskt å kunne iverksette tiltak. I *Breivika delt* er tjenesten plassert innenfor gangavstand. Verdien av plassering øker med grad av hast.

Alderspsykiatri behandler pasienter med særlige aldersrelaterte problemstillinger. Med økende alder øker samsykelighet, og tilgang til somatiske tjenester er en fordel for mange pasienter. Hastegrad er mindre uttalt enn i akuttpsykiatri, men god tilgang øker effektivitet i forløpet. Erfaring i denne enheten er at den største samarbeidsflaten er mellom alderspsykiatri og eldre pasienter i andre tjenester i PHV/TSB.

Alderspsykiatri har hovedansvaret for ECT, og dette tilbudet er avhengig av *parallelt samarbeid* med anestesi. ECT er ressursmessig lettere å gjennomføre ved fysisk nærløkalisering.

For TSB er det vurdert som verdifullt å være i *Breivika delt*. Selv om enheter har pasientforløp med behov for områdekvaliteter tilsvarende de på Åsgård, og at opphold tilsvarer andre døgneheter i *Åsgård delt* ser TSB verdien av å være en samlet enhet slik det er foreslått. Dette begrunnes med at TSB er sårbar for deling pga. et lite fagmiljø.

Innad i PHV/TSB beskriver fagmiljøene tjenesten som *integreert*. Dette handler om grensesnitt ved individtilpasset samarbeid (se neste), men også det samarbeidet som er bygd inn i felles systemer og kultur for behandling, innenfor de to spesialitetene PHV/TSB. Det er felles grunnmur med felles ledelse, felles vaktssystemer, gjennomgående arbeidsrutiner, felles faglig basis, dokumentasjonssystem mm.

Ved deling av klinikken vurderes dette som en svekkelse av et samlet system og kultur. Dette antar fagmiljøet vil forsterkes over tid. Det legges vekt på at denne risikoen bør vektlegges i UNN spesielt fordi det som minste universitetssykehus i landet, og i en landsdel med spesielle rekrutteringsutfordringer, er sårbart som fagmiljø.

Vaktssystemene i PHV/TSB vil utfordres med todeling. Dette kan løses med to vaktssystemer eller ett felles for klinikken. Den todelte vil gi merkostnad av betydning. Samtidig vil todelt være vanskelig å bemanne. Felles vakt vil måtte lokaliseres der behovet er størst i hastegrad og volum. Dette betyr at vakthavende lege i praksis må lokaliseres i Breivika. Vaktarbeid med tilstedeværelse på Åsgård må gjennomføres med transport, og antas å heve terskelen for konsultasjon. Samlet sett vurderer medvirkningsgruppen en todelt vaktløsning som en svekkelse av tilbudet til pasientene.

Ut over den generelle vurderingen av samlet fagmiljø er det pekt på noen særlige utfordringer:

		Brevika delt				
		A) Akuttpsykiatri døgn	B) Alderspsykiatri, døgn og poliklinikk	C) Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), døgn og poliklinikk	D) SPHR (almenpsykiatri) poliklinikk	E) Forskning, fagutvikling, utdanning (FFU)
Åsgård delt	1) Sikkerhetsposter (LSA/RSA)	A1				E1
	2) Psykose- og rusenheten (PRE)					
	3) Intermediær, døgn (ny)					
	4) SPHR (almenpsykiatri) døgn				D4	
	5) Akutt ambulant team (AAT)					
	6) Medikamentfri behandling					

Tabellen viser den delte løsningen. Røde felt omtales særskilt.

**A1):** Fagmiljøene i akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri har særlige behov for samarbeid om pasienter, og systemer for god og sikker pasientbehandling. For akuttpsykiatri er farlighet ofte uavklart og kan oppstå overraskende, mens i sikkerhetspsykiatri er en av indikasjonene for innleggelse kjent farlighet. Farlige situasjoner oppstår erfaringsmessig i begge disse enhetstypene, og alvorligheten kan være like høy. Ved farlige hendelser er kollegahjelp avgjørende, og i mange situasjoner svært tidskrittisk. Det er nødvendig med felles systemer, opplæring og øving for å håndtere i slike situasjoner. Det er løpende kontakt mellom disse enhetene om faglige utfordringer. NB! Denne vurderingen gjelder også *Brevika-alternativet* med sikkerhetspsykiatri som ligger ca. 1 km unna.

**D4)** Delt SPHR (DPS) er vurdert som svært uheldig fordi det reduserer muligheten for arenaflexibel utveksling av kompetanse i behandlingen og kontinuitetsprinsippet. Noen pasienter kan ha separate poliklinikk og døgnopphold, mens for andre er dette sekvenser i samme behandlingsforløp. For noen pasienter er arenaflexibel organisering av kompetanse både faglig og ressursmessig riktig. Den arenaflexible modellen tilsier at personell krysser døgn-poliklinikkgrenser, for direkte pasientkontakt eller indirekte individtilpasset utveksling av kunnskap/ planlegging mm.

**E1):** Dette omtales i kapitlet om utdanning, forskning og fagutvikling.

#### **Kompenserende tiltak:**

De kompenserende mekanismene når klinikken deles, som innebærer at noen med behov for somatiske tjenester er lokalisert på Åsgård, er beskrevet i kapittel om samarbeid med *kjøreavstand*.

Den polikliniske virksomheten i SPHR har i mindre grad behov for somatisk tjenester parallelt og kan derfor lokaliseres i *Åsgård delt*, og kompenserer dermed samarbeidsbehovet innad i SPHR.



### **6.3.2 Samhandlingsformer**

Det er mye større volum av samarbeid innad PHV/TSB enn mellom PHV/TSB og somatikk

I delt løsning vil samarbeidsformer i pasientbehandling mellom PHV/TSB og somatikk, som er beskrevet for *Åsgård-alternativet* være likelydende for enhetene i *Åsgård delt*.

Den integrerte samhandlingsformen innad i PHV/TSB (samme arbeidsflater) kan praktiseres innad i *Breivika delt*, og innad i *Åsgård delt*.

Organisert samarbeid innad i PHV/TSB, mellom Åsgård og Breivika om enkeltpasienter, systemarbeid (møter), undervisning ol vil kunne skje som ved *Åsgård-alternativet*. Det medfører ekstra ressursomkostninger med *kjøreavstand*, og krever organisering.

Terskelen for å ta tak i hverdagslige utfordringer er erfaringsmessig høyere når samhandling må organiseres, og i praksis reduseres slikt samarbeid.

Fagmiljøet peker på at oppdelt tjenester vil medføre ekstra transporter mellom tjenester innad i PHV/TSB.

#### **Kompenserende tiltak:**

Opprettholdelse av enhetlig drift i delt lokalisasjon krever ledelse og systemer som understøtter samhandling.

Gode praktiske systemer for transport reduserer tidsbruk. Dette kan være reserverte parkeringsmuligheter, spesielt i Breivika.

### **6.3.3 Uteområder**

Presentasjon fra Ratio i møte 3 er grunnlaget for vurdering.

#### **Breivika, delt**

Selv om deler av virksomheten er planlagt på Åsgård endrer det ikke tidligere vurdering av området Breivika.

De negative sidene relatert til trafikk tetthet i område er ikke endret. Nærhet til Nord-Norges største arbeidsplasser endres ikke, og omkringliggende høye bygg preger området, både opplevelse av å være «*inneklemt*» og mht. innsyn.

Område for aktivitet i park og urbant byområde er ikke endret.

De perifere friluftsområdene og urbane omgivelser er ikke endret.

I det utregnede forslaget for *Breivika delt* trekkes høyden på den planlagte bygningsmassen ned. Dette gir noe bedre solforhold inne i atrier, og mindre innsyn fra egen virksomhet inn i atriene. Atriens primære kvaliteter endres ikke.

Fotavtrykket i *Breivika delt* er ikke vesentlig redusert sammenlignet med *Breivika-alternativet* med alle funksjoner (unntatt sikkerhet), og fotavtrykket for *Breivika delt* frigjør derfor i liten grad det frie området rundt bygget, tidligere omtalt som «*mellomområde*».

Det planlagte nær-uteområdet dedikert for aktivitet for pasienter er endret. Det er flyttet inn i sykehustomta (I *Breivika-alternativet* var areal for uteområde planlagt ut over tomt som UNN eier). Størrelsen på dette arealet tilsier at den kan utformes som begrenset, men delvis hensiktsmessig uteområde, men ligger i forslagene fortsatt ugunstig plassert i forhold til akuttpostenes behov.

Uteområdet for aktivitet er i *Breivika delt* kommet nærmere akuttpostene, men ikke vesentlig i forhold til at trafikken fra akutt må skje gjennom noe avstand i bygget.

En forbedring er at alle bygg og uteområder planlegges på eiet tomt. Ved at LHL-byggene ikke er berørt vil disse ha særdeles uheldig innsyn i uteområde, og høydeforskjellene mellom LHL-byggene og uteområdet gjør at det ikke er realistisk med avskjerming mot innsyn.

Av tjenestetypene som er planlagt i *Breivika delt* er det store volumet poliklinikkpasienter i SPHR. Dette er pasienter som i praksis har minst behov for uteområder. Relatert til øvrige timer i døgnet, uker og måneder vil uteområde i en 1-2 timers poliklinikk samtale ikke kunne tilføre merverdi av betydning.

For akuttpostene er uteområdet vesentlig verktøy i tjenestetilbudet. Uteområdet er anerkjent stressreducerende faktor. For pasienter under tvungent psykisk helsevern er det helt nødvendig med tilrettelagte skjermede uteområder.

For TSB og alderspsykiatri er uteområder ordinært verktøy i tjenestetilbudet.

**Kompenserende tiltak:**

Som for Breivika-alternativet.

Kjøp av tomten med LHL-byggene vil redusere innsyn til PHV/TSB, og øke kvalitet på uteområdene.

**Åsgård, delt**

Selv om deler av virksomheten er planlagt i Breivika endrer det ikke tidligere vurdering av området Åsgård. De frie og landlige omgivelsene er ikke endret.

Område for frie uteområder (park og friluftsområder) og tilgjengelighet til urbant byområde er ikke endret.

I delte alternativer endres ikke atriens primære kvaliteter.

Ved bortfall av funksjoner på Åsgård reduseres fotavtrykket sammenlignet med det rene *Åsgård-alternativet*. Dette frigjør området rundt byggene.

I møte 3 ble det opplyst at noe av det frigjorte området mot sør må regnes solgt (fra «bygg 2» og sørover). Hvilke konsekvenser et salg vil kunne få for område Åsgård er ukjent, men det ligger usikkerhet i om det blir bebygget og hvordan. Denne usikkerheten reduserer de frie arealene mot sør, men endrer ikke de umiddelbare uteområdene i tilknytning til bygg, og ikke friarealene.

**Kompenserende tiltak:**

Ved salg og utbygging av sørdelen av området kan det etableres skjermingsløsninger. Løsningene er sannsynligvis lite omfattende hvis det solgte området blir bebygget med lave bygg.

#### **6.3.4 Stigma**

De forholdene som skiller stigma, slik de er beskrevet i de respektive *Åsgård-alternativet* og *Breivika-alternativene* gjelder for respektive områder i delt løsning. Oppsummert er Åsgård-navnet forbundet med mer stigmatiserende holdninger enn Breivika, men gir samtidig større mulighet for diskresjon for den enkelte pasient.

Breivika-navnet er mindre stigmatiserende, men de separate byggene for PHV/TSB og de tette omkringliggende byggene gir mindre mulighet for ivaretagelse av diskresjon.

#### **6.3.5 Rekruttering og stabilisering**

Tilhørighet til et felles fagmiljø er høyt verdsatt av fagmiljøene. I medvirkningsgruppene pekes på at den viktigste faktoren er tilhørighet innad i fagfeltet PH/TSB.

I todelt løsning vurderes sannsynligheten for utvikling av to organisasjonskulturer som stor. Det er generelt vanskelig å ha tilhørighet til to miljøer. Det er entydig vurdering i arbeidsgruppene at styrking av fagmiljøet innad i PHV/TSB best understøtter utvikling innad i dette fagfeltet.

Todeling av vaktssystemet er vurdert som lite gunstig for rekruttering og stabilisering. En delt vaktløsning med to oppmøtesteder kan oppleves som merbelastning. Redusert vaktbelastning er for mange hensyn som vektlegges når unge leger vurderer spesialitet og arbeidsplass. Vaktbelastning sammenlignes her med tradisjonelle somatiske fag med vakt. For unge leger, og særlig de med små barn er vakt avgjørende faktor i valg av arbeidssted. Gode vaktordninger er også viktig for eldre spesialister.

#### **Kompenserende tiltak:**

Som for andre enheter med kjøredistanse.

#### **6.3.6 Utdanning, forskning og fagutvikling**

Utdanningsløpene blir delt i todelt løsning. For praksisarbeid over uker, måneder og år er sted av mindre betydning. Felles kurs og konferanser, for den ene eller andre lokalisasjonen, utgjør merbelastning i forbindelse med reisetid. For løpende praksisopplæring, kortere faglige møter og sanntidsveiledning vurderes delt løsning som uheldig.

**E1)** Kompetanseenhetene i FFU forutsettes å ligge i Breivika, noe som gir nærhet til somatikk og de kliniske enhetene i *Breivika delt*. For tilbudene på Åsgård er avstanden vurdert som uheldig. Det bemerkes at det er en viktig samarbeidsflate mellom sikkerhet og kompetansesenteret for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER). SIFER har allikevel samarbeidsbehov med de andre foretakene i Helse Nord og er derfor avhengig av etablerte samarbeidsløsninger på distanse. Til sammenligning er SIFER lokalisert i sikkerhetsbygget v/St. Olavs, men ikke i Bergen og Oslo. Oslo planlegger delvis samlokalisering i ny RSA.

SIFER er også en viktig ressurs for andre enheter, og da spesielt akuttpostene. Disse har lokalisasjonsmessig god forbindelse dersom de plasseres i *Breivika delt* som foreslått.

Utfordring med SIFER i forhold til distanse gjelder også det rene Breivika-alternativet hvor den sikkerhetspsykiatri ligger ca.1 km unna.

### **Kompenserende tiltak**

Som for andre enheter med kjøredistanse.

#### **6.3.7 Kostnad**

Kostnader er ikke vurdert i de tre arbeidsmøtene. Det er ikke lagt fram kostnadstall for noen av alternativene, men dette ble likevel belyst i diskusjon om delt alternativ.

Det er en generell vurdering av at kostnad er høyere for to anlegg. Videre er innspillene begrunnet med en bekymring for at todelt løsning ikke oppfyller konseptbeskrivelsen og romprogram, med god tilgjengelighet for alle enheter. Det er en rekke kostnadskrevenne funksjonsområder som må dubleres, hvis tjenestetilbudet skal oppfylle beskrivelsene i konseptrapporten. Det ble pekt spesielt på relativt store arealer til aktivitet og gymsal. Mulig dublering av vaktordning vil også medføre økte kostnader

Fagmiljø og brukere rettet en særlig bekymring for at slike områder blir prioritert ned, og/eller at kostnadene vil måtte kreve kutt som går ut over andre prioriterte kvaliteter. Brukere var spesielt opptatt av funksjoner som styrker pårørendes behov og funksjon, og som lett kan bli prioritert ned i en kuttprosess med arealreduksjon/kostnadsreduksjon.

## **7 Oppsummering**

Se kapittel 1.