UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Hovedprogram

Nye arealer Psykisk helse og rusbehandling i Tromsø (PHR)

Prosjektnummer	
Prosjekt	Type rapport/ dokument
Nye arealer Psykisk helse og rus (PHR)	Hovedprogram

UTARBEIDET AV		
Tone Opdal Mo	Sykehusbygg HF	tone.opdal.mo@sykehusbygg.no
Renate Hansen	Sykehusbygg HF	Renate.hansen@sykehusbygg.no

Revisjon	Revisjonen gjelder	Dato:	Utarbeidet av:	Kontrollert av:	Godkjent. av:
1.0	Til styrebehandling, UNN	24.10.2022	Tone Opdahl Mo Renate Hansen	PIN/ML	RH
1.0	Til styringsgruppen, Steg 2	30.09.2022	Tone Opdahl Mo Renate Hansen	PIN/ML	RH
0.92	Til styrebehandling UNN	22.03.2021	Ole John W. Førland Renate Hansen	RH	AS
0.91	Til styringsgruppen, Steg 1	11.05.2021	Ole John W. Førland Renate Hansen	RH	AS
0.8	Vedlegg til Delrapport Steg 1 konseptfase	06.05.2021	Ole John W. Førland Renate Hansen	RH	AS

0. INNLEDNING ---- 4

HENSIKT ---- 4
PROSESS ---- 6
MEDVIRKNING FRA BRUKERE OG ANSATTE ---- 7

1. FUNKSJON ---- 9

1.1. DAGENS SITUASJON FOR VIRKSOMHET OG BYGG ---- 9
Virksomhet lokalisert til området ---- 9
Psykiatrisk avdeling ---- 12
DPS: Senter for psykisk helse og rus (SPHR) Tromsø ---- 14
Rusavdelingen, russeksjon Tromsø ---- 15
Fag, forskning og utdanning (FFU) ---- 15
Samarbeid med primærhelsetjenesten ---- 16
1.2. ENDRING FRA NÅ- TIL FRAMTIDIG SITUASJON ---- 17
1.3. FRAMSKRIVING OG KAPASITETER ---- 19
1.4. OVERORDNEDE FØRINGER, DRIFTSKONSEPTER OG SAMMENHENGER ---- 24
1.5. PRINSIPPER FOR LOGISTIKK, PERSON OG VAREFLYT ---- 35
1.6. BESKRIVELSE AV FUNKSJONER ---- 40
Hovedinngang ---- 40
Pasientmottak ---- 40
Ambulanseinngang ---- 41
Døgnområder ---- 42
Sikkerhetspsykiatri ---- 46
TSB ---- 48
Uteområder ---- 48
Poliklinikkområder ---- 50
FFU Fag, forskning og undervisning ---- 52
Aktivitetssenter ---- 53
Undervisningssenter ---- 53
Stabsenheten ---- 53
Kontor/merkantile tjenester ---- 54
Funksjonelle krav – oppsummering ---- 54

2. TEKNIKK ---- 64

3. UTSTYR ---- 65

4. OVERORDNET IKT-KONSEPT ---- 68

5 ROM OG AREAL ---- 69

5.1. ETABLERING AREAL OG ROM ---- 69
5.2. OVERSIKT FUNKSJONER ROM OG AREAL ---- 70
5.3. TOTAL OVERSIKT AREAL FUNKSJONSOMRÅDER ---- 76

6. VEDLEGG ---- 77

Tabeller

Tabell 1 Funksjon endring fra nå -til framtidig situasjon 18
Tabell 2 Avdeling/behandlingsenheter PHV-V og TSB ved UNN Tromsø som inngår i framskrivingen 20
Tabell 3 Framskrevet aktivitet fra 2019 til 2035 og 2040 21
Tabell 4 Framskriving - beregnet kapasitet for senger og poliklinikkrom fra 2019 til 2035 og 2040 21
Tabell 5 Anbefalte kapasiteter PHR 24
Tabell 6 FFU undervisningsaktivitet 52
Tabell 7 Funksjonelle krav – beskrivelser døgnområder 56
Tabell 8 Avfallsfraksjoner og mengder Åsgård 2021 62
Tabell 9 Utstyrskalkyle PHR 67
Tabell 10 Romoversikt standard døgnenhet 70
Tabell 11 Romoversikt Personal og støtterom døgnenheter 71
Tabell 12 Romoversikt døgnenheter sikkerhet og treningsleiligheter 72
Tabell 13 Romoversikt aktivitet og pårørende 73
Tabell 14 Romoversikt poliklinikkområde 75
Tabell 15 Total oversikt funksjonsareal 76

Figurer

Figur 1 Prinsippskisse som viser hvordan konseptfasen utføres i to steg 5
Figur 2 Hovedprogram områder og utvikling 6
Figur 3 Organisering av prosjektgruppen 7
Figur 4 Lokalisering av klinikkens funksjonsområder 11
Figur 5 Organisasjonskart PHRK UNN 2022 12
Figur 6 Prinsipper i modellen for framskriving av aktivitet og kapasitetsberegninger 19
Figur 7 Overordnet prinsipp funksjon og nærhet 37
Figur 8 Overordnet flytdiagram 38
Figur 9 Struktur korridorer 38
Figur 10 Prinsipp personalsamarbeid i døgnområder 38
Figur 11 Sone skjerming kontaktsmitte i døgnområder 38
Figur 12 Samlet poliklinikkområde og nærhet 39
Figur 13 Samlet poliklinikkområde delt i soner 39

0. 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 etterprøvbar). Hovedprogrammet er vedlegg til Konseptrapport Steg 2. Programmet gir videre føringer for arkitektens mulighetsstudier.

Hensikt

Arbeidet med hovedprogrammet tar utgangspunkt i sentrale føringer og beslutninger på regionnivå, og er i tråd med sentrale rammebetingelser uttrykt i strategisk utviklingsplan for Universitetssykehuset i Nord Norge HF (UNN HF), regionale planer og ambisjoner, samt nasjonal helse- og sykehusplan. Disse sentrale føringer og beslutninger med henvisninger er ivaretatt i prosjektets styringsdokument[1]. 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[2].

Hovedprogrammet klargjør de forutsetninger som skal ligge til grunn for utbyggingen, og hensikten med hovedprogrammet er å gi et godt grunnlag for videre planlegging og prosjektering. Hovedprogrammet beskriver dagens situasjon for virksomhet og bygg, hvilke funksjonsområder som skal inn i bygget, hvilken kapasitet funksjonene skal ha, hvordan funksjonene skal henge sammen og hvilke funksjonskrav de ulike funksjonene skal ha, rom- og arealbehov, i tillegg til en beskrivelse av overordnede krav til teknikk, utstyr og IKT.

Hovedprogrammet bygger på idéfasen og utviklingsplanen. Hovedprogrammet avklarer hvilken virksomhet som inngår i prosjektet og beskriver krav og forutsetninger som utviklingsplanen vektlegger for fremtidig bygg og virksomhet ved Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK). De dimensjonerende forutsetningene for framtidig virksomhet i helseforetaket og konsekvensene av endringer er beskrevet i utviklingsplanen. Utredningene skal i hovedsak bygge på disse, men det vil likevel være behov for en kvalitetssikring, avgrensing og evt. detaljering av den framskriving som er foretatt i arbeidet med utviklingsplanen.

[1] PHR-0000-Z-AA-0001 PHR UNN Styringsdokument Konseptfase
[2] Meld. St. 7 (2019 – 2020), Melding til Stortinget, Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023

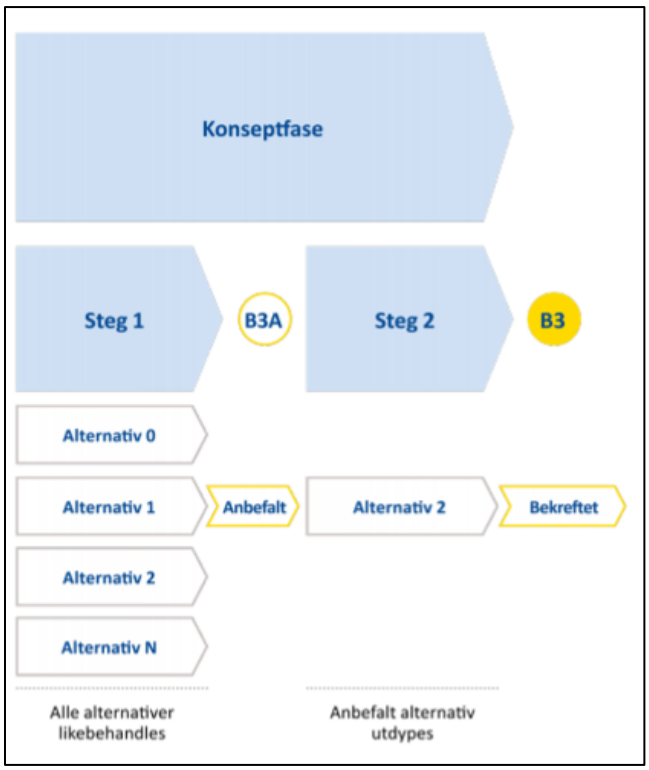
Hovedprogrammet inneholder en beskrivelse av fremtidige driftskonsepter og en overordnet organisering av virksomheten, som stiller krav og gir rammer for det fysiske sykehusbygget. Hovedprogrammet består av fem delprogram:

1. Funksjon
2. Teknikk
3. Utstyr
4. Overordnet IKT-konsept
5. Rom og areal

I veileder for tidligfasen forutsettes det at ca. 80 % av hovedprogrammet vil være klart i steg 1 av konseptfasen, mens programmet kompletteres parallelt med utarbeidelsen av skisser og kalkyler i konseptfasens steg 2. Det understrekes at prosjektet vil utvikles og detaljeres videre i prosjektfasene, men at videre prosjektutvikling bygger på rammene for prosjektet som er vedtatt i Steg 1.

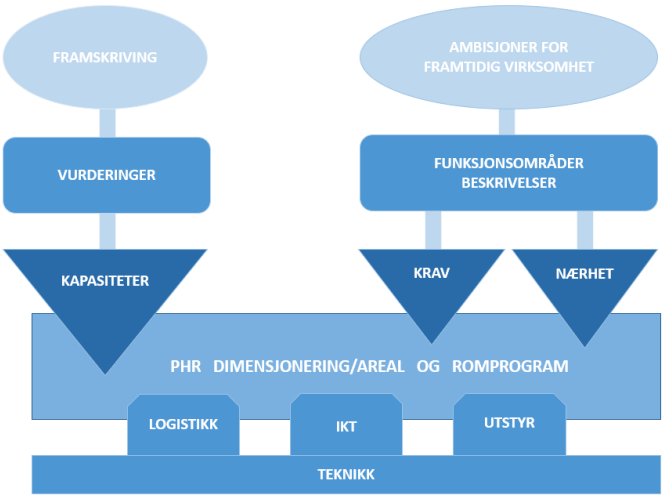
Etter en alternativvurdering i steg 1 av konseptfasen, godkjennes hovedprogram og hovedalternativ som grunnlag for videre utdyping i form av detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger (beslutning B3A), vist i figur 1. Komplett Hovedprogram følger som vedlegg til konseptrapporten.

Basert på areal i romprogram på funksjonsnivå, blir det beregnet estimater for prosjektkostnader, utstyrsbehov og IKT. Prosjektets romprogram dokumenteres i romdatabase (dRofus), som i steg 2 er synkronisert 1-1 med arkitektmodell (BIM/skisseprosjekt).



Figur 1 Prinsippskisse som viser hvordan konseptfasen utføres i to steg: Steg 1: Hovedprogram og alternativvurdering. Steg 2: Valg av det alternativet som skal utdypes gjøres som regel av prosjektorganisasjonen i beslutning B3A, som skjer mellom steg 1 og 2 i konseptfasen.

Figur 1 Prinsippskisse som viser hvordan konseptfasen utføres i to steg



Figur 2 Hovedprogram områder og utvikling

Prosess

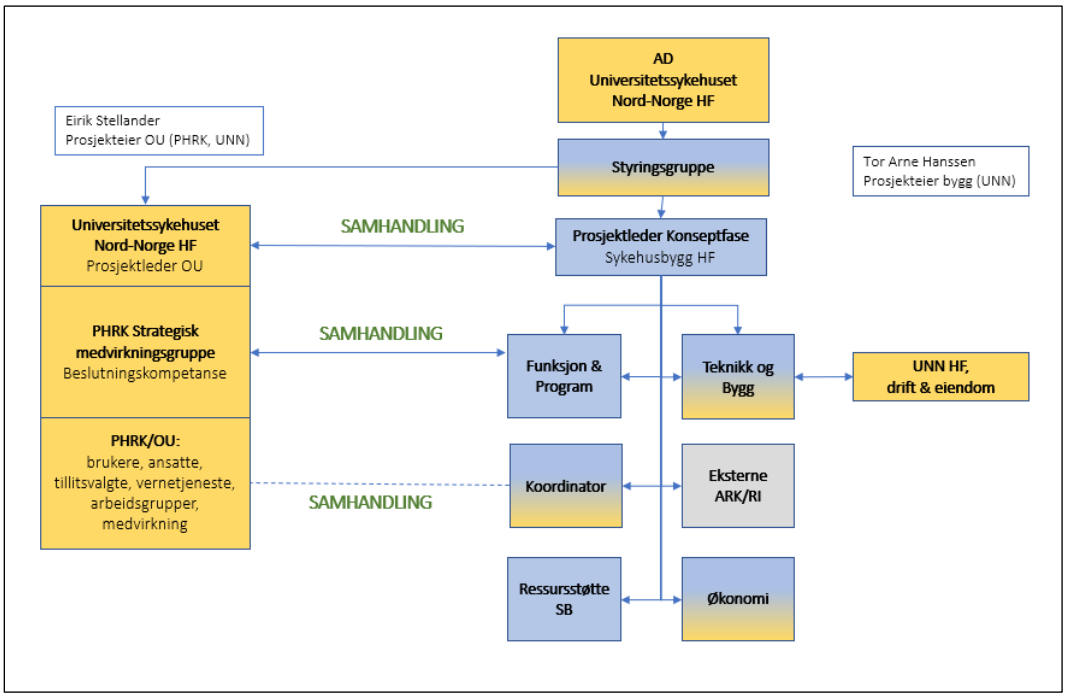
Overordnet styrings- og samhandlingsstruktur
Arbeidet med funksjonsprogram for nytt bygg for psykisk helsevern og rus på UNN HF (PHR UNN) er gjennomført i tråd med veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter[3], veileder for hovedprogram[4] og gjeldene retningslinjer for medvirkning fra ansatte, brukere, vernetjenesten og tillitsvalgte i utviklingsprosesser ved UNN HF.

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

Prosjektorganisering
Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) er prosjekteier, og leder prosjektorganisasjonen i konseptfasen. Styringsgruppen er oppnevnt av UNN og ledes av administrerende direktør for UNN HF. Prosjektet PHR er organisert i form av et byggeprosjekt og et organisasjonsutviklingsprosjekt (OU.) Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) har prosjektlederansvar for organisasjonsutviklingen. Prosjektorganisasjonen har en felles styringsgruppe, og samarbeider med klinikker og avdelinger i prosjektutvikling og gjennomføring.

Sykehusbygg (SB) er rådgivende prosjektleder bygg med hovedansvar for prosess og utarbeidelse av dokumenter, herunder hovedprogram, volummodeller og konseptrapport. PHRK stiller med prosjektledelse OU. Prosjektene jobber tett sammen under konseptfasen. Leder for OU er med i prosjektgruppen bygg.

[3] Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter sept./okt. 2017
[4] Veileder for hovedprogram 2019



Figur 3 Organisering av prosjektgruppen

Medvirkning fra brukere og ansatte

UNN har hatt ansvar for å koordinere medvirkning samt å sikre forankring hos brukere og ansatte i egen organisasjon.

Det er etablert medvirkningsgrupper med hvert sitt temaområde:

- Døgn
- Poliklinikk og ambulant
- Forskning, fag og utvikling

Det ble 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 fikk gruppene tematiserte oppgaver for beskrivelse av egen virksomhet, vurdering av arealbehov, nærhetskrav etc. Dette både som grunnlag for drøfting i møtene, og som grunnlag for selve hovedprogrammet.

Da planleggingen av nye bygg i Psykisk helse- og rusklinikken i Tromsø startet, hadde prosjektet blant annet som mål å sikre at pasientenes, brukernes og de pårørendes stemmer skulle bli hørt. Gjennom prosjektets faser har man derfor lagt til rette for brukermedvirkning slik at ulike perspektiver kommer frem.

Det har vært gjennomført en 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[5] møter, dialogmøter med verneombud og tillitsvalgte, samt jevnlige 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 en Bruker Spør Bruker-undersøkelse for å innhente synspunkter fra pasienter.

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

Korte tidsfrister og den arbeidsbelastningen prosjektet i perioder har båret med seg, har til tider vanskeliggjort dekningsgraden av brukermedvirkning. Dette har vært forsøkt løst ved at man i de mest hektiske møteperiodene har benytte seg av varaer, samtidig som det har vært viktig med en viss kontinuitet inn mot deltakerne og medvirkerne i prosjektet. Prosjektet søker derfor å opprettholde og videreutvikle brukermedvirkningen, da både på system- og individnivå, i de videre fasene i prosjektet.

Det er opprettet arbeidsgrupper for områdene:

- Bygg og teknikk
- Logistikk
- IKT

For bygg, teknikk og IKT har det vært gjennomført en møteserie på fire møter, felles oppstartsmøte samt tre møter med gjennomgang av krav per fagområde.

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

Høsten 2021 ble det i tillegg gjennomført en møteserie med en overordnet medvirkningsgruppe for å svare ut vedtaket i Helse Nord styresak 91-2021. Helse Nord ba i styresaken adm. direktør UNN følge opp at en konkretisering av faglige vurderinger kommer tydeligere fram i det videre arbeidet. Overordnet medvirkningsgruppe har vurdert de tre alternativenes fordeler, ulemper og kompenserende tiltak.

Grunnet de særskilte behovene sikkerhetspsykiatrisk seksjon har, ble det høsten 2021 opprettet en egen funksjonsgruppe for sikkerhetspsykiatri. Funksjonsgruppa har hatt en møteserie for å vurdere tomtealternativer i Breivika, sikring, behov for duplisering av areal og gjennomgang hovedprogram.

Overordnet medvirkningsgruppe og funksjonsgruppe sikkerhet har fått mulighet til å gi innspill til hovedprogrammets versjon 0.91 som ble lagt fram for styrebehandling våren 2021.

[5] Kvalitet og arbeidsmiljøutvalg

I steg 2 av konseptfasen ble det etablert medvirkningsgrupper for følgende funksjonsområder:

1. Døgnvirksomhet TSB
2. Døgnvirksomhet SPHR[6] (DPS)
3. Døgnvirksomhet Psykiatrisk avdeling ekskl. sikkerhetspsykiatri
4. Sikkerhetspsykiatri (etablert 2021)
5. Poliklinisk og ambulant virksomhet
6. Fagutvikling, forskning og utdanning (inkludert kontorer og fellesarealer)

I tillegg kommer de samme funksjonsgrupper innenfor teknisk drift, IKT og logistikk/forsyning) som ble etablert i Steg 1.

Prosjektet hadde opprinnelig planlagt 3 møteserier med funksjonsgruppene med oppstart primo mai 2022. I lys av B3-vedtak i Helse Nord april 2022 der det ble presisert at prosjektet skal skaleres til UNN sin bæreevne, samt at det ble pekt på ytterligere gjenbruk av eksisterende bygg, valgte prosjektet å utsette medvirkning til medio juni og redusere til 2 møteserier grunnet stram tidsfrist.

I mai/juni ble det gjennomført bæreevneanalyse (UNN) og vurdering av funksjonell egnethet av flere eksisterende bygg.

Det er gjennomført 2 møteserier i funksjonsgruppene. Møtene med de kliniske funksjonsgruppene er gjennomført fysisk i Tromsø, mens de fleste møtene med teknisk drift/IKT/logistikk/forsyning er gjennomført digitalt. Mellom møtene er det gjennomført Gruppelederforum digitalt, med representanter både fra klinikken og Drift – og eiendomssenteret.

1. Funksjon

1.1. Dagens situasjon for virksomhet og bygg

Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ligger på Åsgård, om lag 5 km fra UNN Breivika. Klinikken på Åsgård samler alle tjenestetilbud innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Området på Åsgård ble bygd ut som psykiatrisk sykehus med flere bygg og store friarealer på 1960-tallet. PHRK er den største klinikken ved UNN målt i antall ansatte (ca. 1000 årsverk pr 2022) og budsjett (747 mill. kr i 2022). Klinikkens virksomhet omfatter to fagområder: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern for voksne (VOP).

Virksomhet lokalisert til området

Prosjektet omfatter alle enheter som ligger på Åsgård. På området er følgende sykehusfunksjoner innen psykisk helsevern for Ofoten, Troms og Finnmark lokalisert (Psykiatrisk avdeling):

- 3 regionaliserte akuttposter: Akuttpost nord (opptaksområde tidl. Finnmark og Nord-Troms), Akuttpost sør (opptaksområde Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms) og Akuttpost Tromsø

[6] SPHR Senter for psykisk helse og rusbehandling

(opptaksområde Tromsø, Lyngen, Balsfjord og Storfjord). Samtlige er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. Psykisk helsevernloven.

- Psykose- og rusenheten. Godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. Psykisk helsevernloven.
- 3 sikkerhetsposter: Sikkerhetspsykiatri døgn og Sikkerhetspsykiatri rehabilitering samt regionale sikkerhetsplasser. Samtlige er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. Psykisk helsevernloven.
- Alderspsykiatrisk post. Godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. Psykisk helsevernloven.
- Alderspsykiatrisk poliklinikk

Innenfor TSB (Russeksjon Tromsø) er det lokalisert følgende tilbud med regional funksjon:

- Ruspoliklinikk (inkludert forebyggende familieteam og Legemiddelassistert rusbehandling LAR)
- Avrusning med akuttilbud. Godkjent for tvang iht. Helse- og omsorgstjenesteloven.
- Rusbehandling Restart. Godkjent for tvang iht. Helse- og omsorgstjenesteloven.
- Rusbehandling Ung. Godkjent for tvang iht. Helse- og omsorgstjenesteloven.

DPS for Tromsø lokalisert på området med:

- 2 døgnenheter: Døgn 1 og Døgn 2. Begge godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold iht. Psykisk helsevernloven.
- Regionalt medikamentfritt behandlingstilbud
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk (inkludert regionalt OCD-team samt rusteam)
- Ambulant akutteam

Fagutvikling, forskning og utdanning (FFU) lokalisert på området med:

- Fagutviklingsenhet
- Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
- Tvangsforsk
- Bibliotek
- *RVTS-Nord*
- *VIVAT*[7]

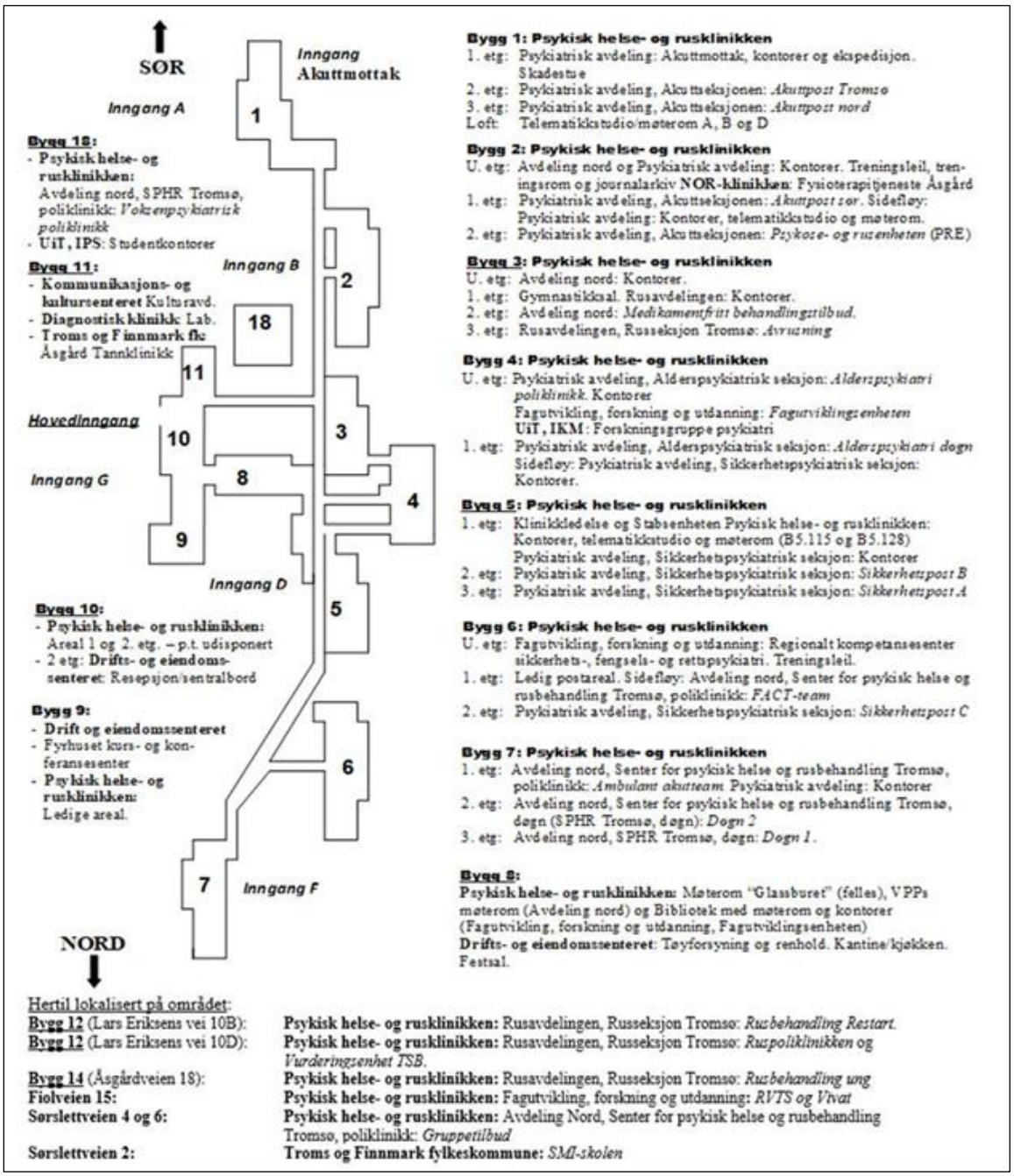
Ut over dette er følgende virksomhet lokalisert til området:

- Klinikkledelse med tilhørende stabsfunksjon
- Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet: Institutt for klinisk medisin (forskningsgruppe psykiatri) og Institutt for psykologi (studentkontorer profesjonsstudium psykologi)
- Kulturavdelingen (Kommunikasjons- og kultursenteret, UNN)
- Laboratorium (Diagnostisk klinikk, UNN),

[7] RVTS Nord og VIVAT er tatt ut av byggeprosjektet og leier egne lokaler.

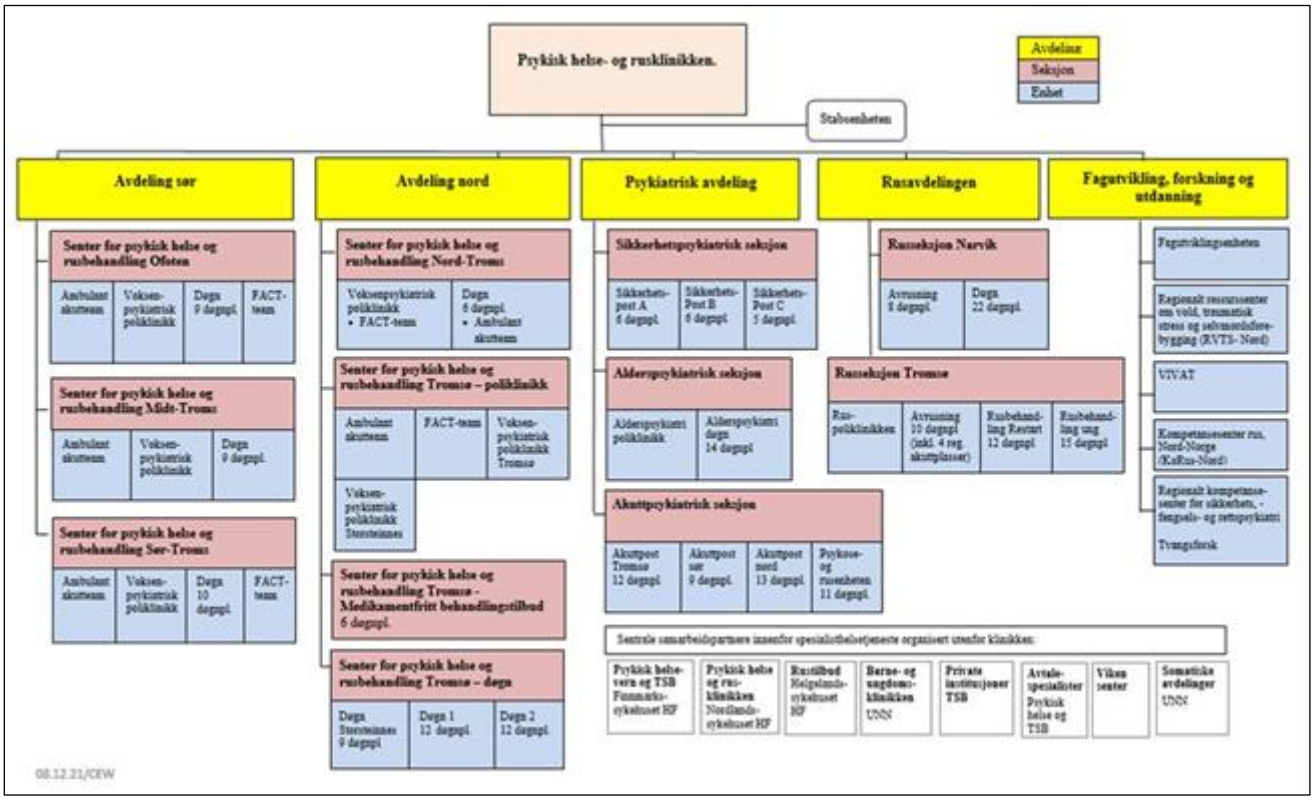
- Drifts- og eiendomssenteret, UNN (teknisk, renhold, sentralbord, tøyforsyning, catering og matforsyning)
- Fysioterapi (Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, UNN)
- Fyrhuset kurs- og konferansesenter, UNN
- Åsgård tannklinikk (Troms og Finnmark fylkeskommune)
- Sosialmedisinsk institusjonsskole (Troms og Finnmark fylkeskommune)

Lokalisering av klinikkens funksjonsområder illustreres i figuren nedenfor:



Figur 4 Lokalisering av klinikkens funksjonsområder

Store deler av dagens bygningsmasse i psykisk helsevern er ikke tilpasset dagens forventninger til god pasientbehandling. De legger ikke til rette for å ivareta høy kvalitet på pasientbehandlingen. Bygningsmassens utforming gjør det i mange til feller krevende å drifte på en hensiktsmessig måte. Dette gjelder både med tanke på bygningsmessige løsninger og i særlig grad byggenes tekniske tilstand. Det er behov for en betydelig oppgradering, både med hensyn til tekniske krav, brannkrav og krav knyttet til pasientbehandling. Det er krevende å ivareta sikkerhet og smittevern for både pasienter og ansatte i nåværende bygningsmasse. Byggenes tekniske tilstand samt teknisk oppgraderingsbehov er gjort rede for i konseptrapporten.



Figur 5 Organisasjonskart PHRK UNN 2022

Psykiatrisk avdeling

Psykiatrisk avdeling har tre seksjoner:

1. Akuttpsykiatrisk seksjon med 4 enheter
2. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon med 3 enheter
3. Alderspsykiatrisk seksjon med 2 enheter

Akuttpsykiatrisk seksjon består av 4 enheter med totalt 45 døgnplasser:

- Akuttpost sør (9 døgnplasser)
- Akuttpost nord (12 døgnplasser)
- Akuttpost Tromsø (13 døgnplasser)
- Psykose- og rusenheten (PRE) (11 døgnplasser)

Akuttpsykiatri ligger i bygg 1 og 2 med to sengeposter i hvert bygg. Beliggenhet i ulike etasjer begrenser mulighet for effektiv personellutnyttelse. De tre akuttpostene har ø-hjelp funksjon med sektorisert ansvar. Alle de fire døgnpostene har også noe poliklinisk aktivitet. Alle enhetene er lukket,

og har ansvar for store deler av klinikkens tilbud til personer som er i behov av behandling underlagt tvunget psykisk helsevern. Seksjonen tar også imot pasienter til frivillig innleggelse.

De tre akuttpostene har primært ansvar for å ta imot pasienter til øyeblikkelig hjelp, men har også enkelte planlagte innleggelser.

Psykose og rusenheten (PRE) har i hovedsak planlagte innleggelser. Pasientene kan være henvist direkte både fra kommune og fra øvrige deler av spesialisthelsetjenesten, inkludert overføringer fra seksjonens akuttposter. PRE er akuttseksjonens spesialiserte enhet innenfor ROP-lidelser.

Akuttpostene hadde i 2021 ca. 1100 innleggelser hvorav cirka en tredjedel var tvangsinnleggelser. Psykose og rusenheten hadde i 2021 ca. 80 innleggelser. Gjennomsnittlig liggetid er cirka 10 døgn på akuttpostene og 27 døgn på Psykose- og rusenheten.

Akuttpsykiatrisk seksjon har de siste årene hatt vedvarende høyt belegg, opp mot 110 % for seksjonen som helhet. Helsetilsynet anbefalte i 2001 at gjennomsnittlig belegg ikke bør overstige 85% i akuttpsykiatriske sengeposter. Med nærmest konstant overbelegg opplever de store kapasitetsutfordringer. Kombinert med mangel på spesialister og annet helsefaglig personell, medfører det høy belastning for ansatte og medfølgende høyt sykefravær, høy turnover samt høyt antall assistenter og ekstravakter. Dette går ut over faglighet, pasientflyt og økonomi.

Det er en utfordring at klinikken ikke har sengeposter med subakuttfunksjon. Overføringer fra akuttpostene til DPS døgnenheter fordrer at pasientene tilstandsmessig er i stand til å forholde seg til åpne dører og lavere bemanning. Det er i mange tilfeller for stor overgang fra akutt til åpen døgnpost, noe som medfører at akuttpostene i stor grad også må ivareta subakuttfunksjon. Mangel på tilfredsstillende boliger for personer med stort omsorgsbehov i kommunene fører til langvarige innleggelser og utskrivningsklare pasienter.

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon består av 3 enheter med totalt 17 døgnplasser:
- Regional sikkerhetsavdeling, Sikkerhetspost A (6 døgnplasser)
- Sikkerhetspost B, lokal sikkerhetspost (6 døgnplasser)
- Sikkerhetspost C, lokal sikkerhetspost (5 døgnplasser)

Sikkerhetspsykiatrien hører til i bygg 5, og har også arealer til rehabiliteringsenheten i bygg 6.

Sikkerhetspsykiatri er et høyspesialisert fagområde innenfor spesialisthelsetjenesten som er organisert for å ivareta mennesker som har en alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med vedvarende og alvorlig voldsrisiko. Pasienter som ivaretas ved Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har ofte høy grad av komorbide lidelser som personlighetsforstyrrelser, utviklingsforstyrrelser og ruslidelser.

Det er knyttet stor usikkerhet til utviklingen inne dette fagområdet. Mye tilsier økt kapasitetsbehov. De siste års lovendringer har medført at et stadig større antall mennesker blir dømt til tvunget psykisk helsevern. Et framtidig sikkerhetspsykiatrisk bygg med tilhørende uteområde må ivareta høy grad av fleksibilitet og mulighet for utvidelse ved økt behov.

Alderspsykiatrisk seksjon består av 2 enheter:
- Alderspsykiatrisk døgnenhet (14 døgnplasser)
- Alderspsykiatrisk poliklinikk

Alderspsykiatri befinner seg i bygg 4 med døgnpost i første etasje og poliklinikk 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.

Det tas imot ca. 80 innleggelser i året. Gjennomsnittlig behandlingstid er 40 dager. Døgnenheten tar imot elektive innleggelser (ca. 60%) og pasienter fra akuttpost (ca. 40%). Ca 30% av pasientene i døgnenheten er underlagt tvunget psykisk helsevern.

Alderspsykiatrisk poliklinikk får årlig ca. 150 henvisninger i UNN og ca. 100 henvisninger i Finnmarkssykehuset (ambulering). 140 pasienter i behandling i UNN og 36 i Finnmarkssykehuset. Den 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).

De eldre som kommer til døgnenheten har større oppfølgingsbehov og pleiebehov enn tidligere, og det er krevende å ivareta alle pasientene med omfattende oppfølgingsbehov i døgnenheten. Det er først og fremst pasienter med mye uro/utagering som blir ventende på ledig kapasitet. Det erfares også i stadig større grad et behov for å kunne skjerme ulike pasientgrupper fra hverandre, for eksempel i tilfeller da noen trenger ro mens andre er urolige.

DPS: Senter for psykisk helse og rus (SPHR) Tromsø

Senter for psykisk helse og rus (SPHR) Tromsø sorterer under Avdeling Nord og er organisert i tre seksjoner:

- SPHR Tromsø - poliklinikk har tre enheter.
- SPHR Tromsø - døgn har tre sengeenheter.
- SPHR Tromsø- Medikamentfritt behandlingstilbud, er et regionalt behandlingstilbud med 6 døgnplasser og poliklinisk oppfølging

Virksomheten er lokalisert på UNN-Åsgård, Storsteinnes og Tromsø sentrum (FACT/ACT). Fem DPS-enheter er lokalisert på UNN-Åsgård: Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tromsø med tilhørende dagtilbud i Sørslettveien, Ambulant akutteam, to døgnposter samt Medikamentfritt behandlingstilbud

SHPR er i dag plassert i flere ulike bygg. Poliklinikken flyttet over i et midlertidig modulbygg våren 2021. Lokaliseringen i ulike bygg gjør det vanskelig å bruke ressurser på tvers. SPHR har betydelige kapasitetsutfordringer. Dette gjelder tilbudene både innen poliklinikk og døgnbehandling. Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tromsø har over tid hatt utfordringer med å overholde behandlingsfrister grunnet stor pågang og begrensede ressurser. Døgnenhetene har utfordringer knyttet til overbelegg og god nok tilgang på behandlerressurser. Disse utfordringene er mest uttalt i opptaksområdet for Tromsø og Karlsøy. Behovet har overskredet kapasitet, og i tillegg er det betydelige utfordringer med å rekruttere leger/legespesialister. Leger bistår på tvers av enheter.

SPHR Tromsø blir utfordret på å oppfylle kjerneoppdraget i forbindelse med at sykehusfunksjoner som subakutte sengeposter er nedlagt. Nedbygging av sengeplasser har ikke i tilstrekkelig grad medført at det polikliniske tilbudet i SPHR Tromsø har blitt styrket. Døgnenhetene har i økende grad fått subakutt- og intermediæroppgaver, også utenfor opptaksområdet, noe som tidligere var ivaretatt av sentralsykehusfunksjoner.

Rusavdelingen, russeksjon Tromsø

Rusavdelingen består av to seksjoner: Russeksjon Tromsø og Russeksjon Narvik. Russeksjonen Tromsø tilbyr alle basistjenestene innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Alle døgnplassene i Russeksjon Tromsø er regionale plasser, dvs. at de brukes av pasienter fra Troms og Finnmark og Nordland. Rusavdelingen ved UNN godkjent for hele utdanningsforløpet til spesialisering som Rus- og avhengighetsmedisiner (RAM).

Russeksjon Tromsø består av fire enheter: Ruspoliklinikken, Avrusing, Rusbehandling Ung og Rusbehandling Restart.

Seksjonen ligger i dag i tre ulike bygg, hvorav to utenfor bygningsmassen på Åsgård, ca. 300 og 500 meter unna hovedinngangen. Dette medfører store driftsmessige utfordringer. Beliggenheten til Rusbehandling Ung gir lang avstand til øvrige del av TSB og andre avdelinger, noe som er utfordrende med tanke på sikkerhet og utagering. Det samme gjelder avstand til fellesfunksjoner som lab, treningsrom etc.

Etableringen av akuttilbud påvirker alle de kliniske TSB enhetene i Helse Nord, da det er behov for å utvikle behandlingskjeder som ivaretar pasienter som kommer inn til akutt TSB. Ved behov for og ønsker om videre behandling i TSB etter avrusning, er det et uttalt mål at pasienten skal direkte videre i annen behandling.

Dagens organisering dekker i liten grad tilbud til pasienter i mellomrommet mellom akutt-/avrusningsfasen og døgnbehandling.

Fag, forskning og utdanning (FFU)

I avdeling FFU er hoveddelen av klinikkens ressurser for arbeid med opplæring, fagutvikling og forskning samlet. FFU består av Fagutviklingsenheten (FUE), SIFER-Nord/Tvangsforsk, RVTS Nord, VIVAT og KoRus Nord (Narvik). RVTS Nord og VIVAT er tatt ut av hovedprogrammet/byggeprosjektet og leier egne lokaler.

FFU har i dag tilholdssted i tre forskjellige bygg på Åsgård, noe som begrenser mulighet for god ressursutnyttelse og samarbeid.

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

SIFER Nord driver forskning og kunnskapsutvikling/-spredning innen fagområdene sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri, rettspsykiatri og bruk av tvang i psykisk helsevern. I tillegg til dette kommer kliniske oppgaver poliklinisk utredning/behandling av pasienter innen det forensiske feltet.

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

Samarbeid med primærhelsetjenesten

UNN har etablert en struktur med Helsefellesskap for Troms og Ofoten. Partnerne i helsefellesskapet er Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), kommunene Balsfjord, Bardu, Dyrøy, Evenes, Gratangen, Harstad, Ibestad, Karlsøy, Kvæfjord, Kvænangen, Kåfjord, Lavangen, Lyngen, Lødingen, Målselv, Narvik, Nordreisa, Salangen, Senja, Skjervøy, Storfjord, Sørreisa, Tjeldsund og Tromsø, samt fastlegerepresentanter og brukerrepresentanter.

Sentralt i Helsefellesskapet står «Ishavserklæringen 2021-2023». Denne bygger på partnernes erkjennelse av felles utfordringer. Overordnet mål er «innbyggerens helsetjeneste» - en god og trygg helsetjeneste basert på innbyggernes behov og premisser. Helsefellesskapet vil satse på felles innsats for helsetjenester til personer med sammensatte behov, forebygging og egenmestring som en viktig del av innbyggernes helsetjeneste samt å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse i alle ledd av helsetjenesten. Gjennom Helsefellesskapet Troms og Ofoten skal UNN og kommunene samarbeide enda tettere, og gå fra å være parter til å bli partnere.

Helsefellesskapet er organisert med partnerskapsmøtet som øverste organ. Det er videre organisert et overordnet strategisk samarbeidsutvalg som overbygning for flere faglige samarbeidsutvalg (FSU): Fastlegerådet, FSU barn og unge, FSU akuttmedisin, FSU rekruttering og stabilisering. FSU psykisk helse og rus samt FSU samhandlingsavvik. De to sistnevnte er under etablering.

Klinikken er representert i Helsefellesskapet strategiske samarbeidsutvalg. FSU psykisk helse og rus kal arbeide for å sikre helhetlige forløp til personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer (som en av de fire prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023). FSU erstatter de fem tidligere lokale samarbeidsforaene innen Psykisk helse og rus i UNN-området. FSU psykisk helse og rus skal bestå av representanter fra kommunene, UNN (representasjon fra klinikkens ulike lokalisasjoner), brukerne og fastlegene.

UNN har også etablert en «Stormottakersatsing» som sin helhet handler om å tilpasse og forbedre helsetjenesten både i sykehus, kommunehelsetjeneste og i hjemmesituasjonen slik at pasienter med omfattende helsetjenestebehov møter en helsetjeneste som er trygg, godt koordinert og av god kvalitet. Dette uavhengig av alder, om hovedkontakten med helsetjenesten er i kommunehelsetjenesten eller sykehuset, eller om pasienten er under behandling i somatikk, psykisk helsevern eller rus- og avhengighets behandling. For å få dette til vil det være vesentlig å etablere tett samarbeid internt i UNN, med kommunehelsetjenesten, fastleger og brukerrepresentanter for å kunne forbedre kommunikasjon, koordinering, sikre gode overganger og for å identifisere pasienter med høy risiko for å bli stormottakere av helsetjenesten. Formålet et at en gjennom tett samarbeid med kommunene skal bedre helsetjenestene for personer med sammensatte og komplekse behov gjennom helsetjenester som er personsentrert, helhetlige og proaktive og gjennom god bruk av digitale løsninger. Relasjonen mellom klinikken og stormottakersatsingen er under utvikling.

Det er også etablert andre samarbeidsarenaer mellom klinikkens enheter og kommuner i opptaksområdet. Disse arbeider både på systemnivå rundt pasientforløp og tjenesteutvikling samt på klinisk nært nivå. Nytt bygg vil tilrettelegge for slike møtearenaer både i poliklinikk, akuttmottak, felles senterfunksjon og på de enkelte døgnenheter.

1.2. Endring fra nå- til framtidig situasjon

Nedenfor gis det en kort oppsummering av funksjonenes vesentligste endringer fra nåsituasjon til framtidig situasjon.

Funksjon	Beskrivelse
Akuttmottak	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. 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.
SPHR (DPS)	SHPR er i dag ikke samlokalisert og er plassert i flere ulike bygg på Åsgård. Døgnenhetene og ambulant akutteam er lokalisert til bygg 7, Medikamentfri behandling er i bygg 3, mens poliklinikken har tilholdssted i bygg 10 med sidefløy. Poliklinikken flyttet over i modulbygg i løpet av våren 2021. I framtidig løsning 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.
PHV - alderspsykiatri	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. 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 ambulant virksomhet må også styrkes.
PHV – sikkerhets-psykiatri	Sikkerhetspsykiatrien hører til i bygg 5, og har også arealer til rehabiliteringsenheten i bygg 6. Seksjonen ivaretar særskilte samfunnsvernoppgaver, og har de siste årene opplevd at flere er dømt til tvunget psykisk helsevern som konsekvens av at lovverket er endret. Regional sikkerhetsavdeling 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 ofte har svært lang liggetid. Nærhet til SIFER, både som kompetansesenter og poliklinikk må avklares.
PHV – akuttpsykiatri	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. 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.
TSB	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.

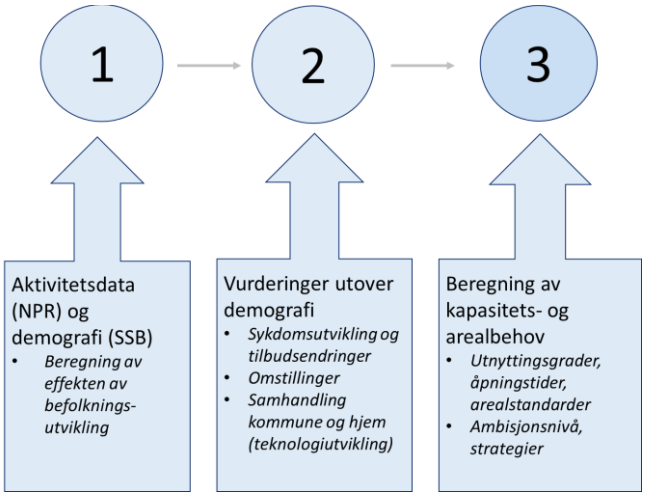
	Dagens organisering dekker i liten grad tilbud til pasienter i mellomrommet mellom akutt-/avrusningsfasen og døgnbehandling. I nye arealer vil all TSB-døgnvirksomhet være samlokalisert med et større subakutt-tilbud, noe som vil gi stor gevinst. Ruspoliklinikken vil ligge i felles poliklinikkområde, enten i egen sone eller evt. i sone sammen med rusteam ved VPP.
Poliklinikk-område	I dag ligger poliklinikkene spredt rundt omkring i flere ulike bygg, noe som ikke muliggjør samarbeid og god ressursutnyttelse. I framtida planlegges et felles poliklinikkområde med tre soner bestående av VPP, TSB og alderspsykiatri.
FFU	FFU har i dag tilholdssted i tre forskjellige bygg på Åsgård, noe som begrenser mulighet for god ressursutnyttelse og samarbeid. 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. 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 sammen med fagutviklingsenheten i bygg 4. Nye arealer vil gi bedre mulighet for samarbeid og integrasjon.
Aktivitetssenter	Virksomheten har de siste årene hatt et økende fokus på aktivitet som integrert del av behandling, og da med et særlig fokus på fysisk aktivitet. Det er bl.a. etablert to treningsrom, samt at gymsalen nylig er pusset opp. Det var tidligere et aktivitetssenter, men dette var ikke med et tilbud rettet mot fysisk helse. I framtidas bygg vil aktivitet ha en svært sentral plass som en del av behandlingstilbudet.
Pårørende-område	Man har i dag svært begrensede og dårlig tilpassende arealer til pårørende i bygningsmassen. I nye arealer 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.
Undervisnings-senter	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. 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.

Tabell 1 Funksjon endring fra nå -til framtidig situasjon.

1.3. Framskriving og kapasiteter

Metode for å beregne framtidig kapasitetsbehov

Sykehusbygg HF benytter aktivitetsdata fra norsk pasientregister (NPR) ved avdeling helseregistre i Helsedirektoratet. I tillegg benyttes befolkningsframskrivinger 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 tidligere «RHF'enes modell for framskrivinger av aktivitet og kapasitet» er benyttes. For nærmere beskrivelse av modellen henvises det til Sykehusbygg sin hjemmeside[8]. Figuren viser prinsippene i denne modellen for framskriving av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov.



Figur 6 Prinsipper i modellen for framskriving av aktivitet og kapasitetsberegninger

Tilpasninger utover standardmodellen

Selv om framskriving av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov tar utgangspunkt i framskrivingsmodellen beskrevet ovenfor, tilpasses framskrivingene etter regionale og lokale forhold. I denne framskrivingen er det gjort tilpasninger utover standardmodellen etter innspill fra klinikkledelsen. Disse er beskrevet nedenfor, samt nye forespørsler innen framskriving:

- Redusere effekten av kortere liggetider. Her vises det til vurderinger beskrevet i tidligere framskrivinger[2]. 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

[8] http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2014/10/Beskrivelse-av-Fremskrivingsmodellen-des-2014.pdf

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)
- Overføring til kommunehelsetjenesten (samhandling kommune/hjem) er satt til 50% i forhold til standardmodellen for alderspsykiatri, *Senter for psykisk helse og rusbehandling* (*SPHR*) Tromsø og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved Russeksjon Tromsø (både døgnopphold og poliklinisk virksomhet)
- Åpningstid for dagbehandling/poliklinisk virksomhet er satt til 8 timer
- Døgnopphold og liggedøgn ved seksjon «Medikamentfri behandlingsenhet» ved *SPHR* Tromsø er tatt ut av aktivitets- og kapasitetsberegningen. Dette gjelder 106 døgnopphold og 1 524 liggedager i 2019.
- Sammenligning av framskriving for liggedøgn mellom tidligere og benyttet modell i dette prosjektet med ny framskrivingsmodell.
- Aktivitet ved Ambulant rehabiliteringsteam Tromsø UNN (FACT/ACT)[9] er tatt ut av aktivitets- og kapasitetsberegningen.

Framskrevet aktivitet til 2035 og 2040

Oversikt over behandlingsenheter som inngår i framskrivingen av aktivitet og kapasitetsberegninger ved UNN Tromsø:

Avdeling	Behandlingsenhet	Sektor
Psykiatrisk avdeling	Sikkerhetspsykiatri UNN Tromsø	PHV-V
	Akuttpsykiatri UNN Tromsø	PHV-V
	Alderspsykiatri UNN Tromsø	PHV-V
SPHR avdeling nord	Senter for psykisk helse og rusbehandling UNN Tromsø	PHV-V, TSB
Rusavdelingen	Russeksjon UNN Tromsø	TSB

Tabell 2 Avdeling/behandlingsenheter PHV-V og TSB ved UNN Tromsø som inngår i framskrivingen

Nedenfor presenteres framskrevet aktivitet for psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved Psykiatrisk avdeling, Senter for psykisk helse og rus (SPHR), samt Russeksjon ved UNN Tromsø. Det er tatt utgangspunkt i de ulike behandlingsenhetene vist i tabellen over.

I Tabell 3 presenteres aktivitetstall for døgnbehandling, liggedøgn, dag og poliklinisk aktivitet[10]. Aktiviteten for dag og poliklinikk slått sammen og det er sammenslått aktivitetsmål som benyttes som basis for beregning av kapasitet for poliklinisk virksomhet. I denne aktiviteten inngår alle polikliniske konsultasjoner, også de ambulante utenfor egen institusjon.

[9] Flexible Assertive Community Treatment
[10] I tillegg er det registrert totalt 39 dagbehandling og poliklinikk ved Forskning psykiatri UNN Tromsø.

Type aktivitet	Sikkerhets-psykiatri Tromsø	Alders-psykiatri Tromsø	Akutt-psykiatri Tromsø	Sum Psykiatrisk avdeling Tromsø	SPHR Tromsø (PHV)*	Sum PHV	Russeksjon /Rus-omsorgen Tromsø	SPHR - Tromsø (TSB)**	Sum TSB	Sum PHV og TSB Tromsø
Aktivitet 2019										
Døgnopphold	33	90	1 203	1 326	499	1 825	533		533	2 358
Liggedager	6 214	3 715	15 743	25 672	7 641	33 313	11 975		11 975	45 288
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	110	1 841	386	2 337	19 458	21 795	9 380	1 577	10 957	32 752
Aktivitet 2035										
Døgnopphold	34	149	1 309	1 492	538	2 030	588		588	2 618
Liggedager	6 080	5 748	16 593	28 421	7 470	35 891	11 602		11 602	47 493
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	148	3 841	507	4 496	23 362	27 858	11 583	2 007	13 590	41 448
Prosentvis endring 2019-2035										
Døgnopphold	3,0 %	65,6 %	8,8 %	12,5 %	7,9 %	11,2 %	10,3 %		10 %	11,0 %
Liggedager	-2,2 %	54,7 %	5,4 %	10,7 %	-2,2 %	7,7 %	-3,1 %		-3 %	4,9 %
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	34,5 %	108,6 %	31,3 %	92,4 %	20,1 %	27,8 %	23,5 %	27,3 %	24 %	26,6 %
Aktivitet 2040										
Døgnopphold	34	157	1 305	1 496	539	2 035	586		586	2 621
Liggedager	6 175	5 710	16 401	28 286	7 242	35 528	11 205		11 205	46 733
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	146	4 441	527	5 114	24 171	29 285	12 133	2 060	14 193	43 478
Prosentvis endring 2019-2040										
Døgnopphold	3,0 %	74,4 %	8,5 %	12,8 %	8,0 %	11,5 %	9,9 %		9,9 %	11,2 %
Liggedager	-0,6 %	53,7 %	4,2 %	10,2 %	-5,2 %	6,6 %	-6,4 %		-6,4 %	3,2 %
Dagbehandling og polikliniske konsultasjoner	32,7 %	141,2 %	36,5 %	118,8 %	24,2 %	34,4 %	29,3 %	30,6 %	29,5 %	32,7 %

Tabell 3 Framskrevet aktivitet fra 2019 til 2035 og 2040

Kapasitetsberegninger

Følgende utnyttelsesgrader og åpningstider er benyttet i beregning av kapasitetsbehovet for senger og poliklinikkrom/dagplasser:

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

Type kapasitet	Sikkerhets-psykiatri UNN	Alders-psykiatri UNN	Akutt-psykiatri UNN	Sum Psykiatrisk avdeling Tromsø	SPHR Tromsø (PHV)*	Sum PHV	Russeksjon Tromsø	SPHR Tromsø (TSB)**	Sum TSB	Sum PHV og TSB UNN Tromsø
Kapasitet 2019 - beregnet										
Senger	21	12	51	84	25	109	42		42	151
Poliklinikkrom/dagplasser	1	2	1	4	16	20	8	2	10	30
Poliklinikkrom/dagplasser justert for ambulante pkl kons	1	1		2	15	17	7	1	8	25
Kapasitet 2035										
Senger	20	19	54	93	25	118	40		40	158
Poliklinikkrom/dagplasser	1	4	1	6	20	26	10	2	12	38
Poliklinikkrom/dagplasser justert for ambulante pkl kons	1	2		3	19	22	9	1	10	32
Kapasitet 2040										
Senger	20	19	53	92	24	116	39		39	155
Poliklinikkrom/dagplasser	1	4	1	6	20	26	10	2	12	38
Poliklinikkrom/dagplasser justert for ambulante pkl kons	1	2		3	19	22	9	1	10	32

Tabell 4 Framskriving - beregnet kapasitet for senger og poliklinikkrom fra 2019 til 2035 og 2040

Sett under ett, viser beregningene at sengebehovet for PHV-V og TSB ved UNN Tromsø vil være 158 i 2035, som er en økning på 7 senger fra behovet beregnet for 2019. Imidlertid som et resultat av færre liggedøgn framskrevet til 2040, viser beregningene at det vil være en økning på 4 senger fra 2019 til 2040, som er 3 senger færre enn framskrevet til 2035.

For dagbehandling/poliklinikk inkludert ambulante konsultasjoner, viser beregningene for PHV-V og TSB ved UNN Tromsø at det samlet vil være behov for 38 poliklinikkrom/dagplasser både i 2035 og 2040, som er en økning på 8 beregnet i 2019.

Ved å justere for ambulante konsultasjoner, viser beregningene at det vil være behov 32 poliklinikkrom/dagplasser i 2035 og 2040, som er 7 flere enn beregnet i 2019. Med dette utgjør effekten av ambulante konsultasjoner utenfor egen institusjon 6 poliklinikkrom/dagplasser i 2035 og 2040, som er en økning på 1 beregnet i 2019.

Vurdering av framskriving

Henvisning; 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 Nords Strategiske utviklingsplan 2035 [11]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.

<u>Sikkerhetspsykiatrisk seksjon</u>
Endret lovverk 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 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.

<u>Alderspsykiatrisk seksjon</u>
Seksjonen 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.

<u>Akuttpsykiatrisk seksjon</u>
Seksjonen har over flere år hatt en beleggsprosent 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. Akutt-team, ACT-team o.l. har utvilsomt bidratt til kvalitetsløft i tilbudet ved at de har kommet i kontakt med pasienter med alvorlig psykisk

[11] 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

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.
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.
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 døgnkapasitet ved SPHRT forutsetter en styrking av det polikliniske tilbudet.

Russeksjon Tromsø døgn og poliklinisk kapasitet
Helseatlaset 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 intermediærtilbud 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 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 regionen 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 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 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.

Anbefalte kapasiteter

Anbefalte kapasiteter for framtidig behov er basert på framskriving og klinikkens vurdering. Tabellen under vises anbefalt riktig nivå av dimensjonering og funksjonsfordeling av framtidig døgnkapasitet per enhet og totalt.

Funksjon	Dagens kapasitet døgnplasser	Antall sengeposter	Døgnplasser per sengepost	Totalt antall døgnplasser	Endring døgnplasser
Sikkerhetspsykiatri LSA* og RSA	17	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	0	1	12	12	+12
Alderspsykiatrisk post **	14	1,5	12	18	+4
Sum PHV	**76**	**8,5**		**92**	**+16**
Avrusning med akuttilbud	10	1	12	12	+2
Rusbehandling Restart	12	1	12	12	0
Rusbehandling Ung	15	1	12	12	-3
Sum TSB	**37**	**3**		**36**	**-1**
SPHR/DPS Tromsø	24	2	12	24	0
Medikamentfri**	6	0,5	6	6	0
Sum SPHR/DPS	**30**	**2,5**		**30**	**0**
Sum Døgnplasser	**143**	**14**		**158**	**+15**

* I tillegg planlegges 3 treningsleiligheter til sikkerhetsspykiatri
**Alderspsykiatri og Medikamentfri behandlingsenhet deler en sengepost (6 + 6 plasser)

Tabell 5 Anbefalte kapasiteter PHR

Etter anbefaling fra Sykehusbygg HF planlegges de fleste døgnenheter med lik utforming. Sikkerhetspsykiatri får en noe annen utforming og mer plass til aktivitet og opphold. Alderspsykiatri og medikamentfritt behandlingstilbud har en annen størrelse og trenger noe individuell tilpasning.

Det er programmert 12 generelle døgnenheter med 12 sengeplasser i tillegg til 2 døgnenheter med 10 senger hver for Sikkerhetspsykiatri. 3 ordinære døgnenheter skal driftes med 10 senger. Dette gir totalt programmerte 164 døgnplasser og 158 normerte senger. Skjermingssenger for Sikkerhetspsykiatri kommer i tillegg.

1.4. Overordnede føringer, driftskonsepter og sammenhenger

Lov og forskrift

Psykisk helsevernloven: 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.

For sikkerhetspsykiatri vises det til Kap. 4 A. Sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

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:

c) institusjonen skal så langt det er mulig gi tilbud om enerom til pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.
d) institusjonen skal ha tilstrekkelig med fellesarealer. Fellesarealene skal være oversiktlige.
e) institusjonen skal ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål.
f) institusjonen skal ha tilgang på egnede utearealer, som bør være i umiddelbar nærhet av institusjonen.
g) 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.
h) rom som tenkes brukt til isolasjon skal være egnet til formålet.
i) institusjonen skal ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter

Prosjektets effektmål og evalueringskriterier

I styringsdokumentet er det beskrevet effektmål og evalueringskriterier for prosjektet. Under vil ambisjonene beskrevet i effektmålene og evalueringskriterier tydeliggjøres for videre prosjektutvikling.

Behandlingen ivaretar pasientenes behov, og er preget av kvalitet og trygghet for pasienter og pårørende	
Effektmål	Evalueringskriterier
- Behandlingen understøtter pasientens egne ressurser. - UNN legger til rette for at pasienten kan medvirke i egen behandling. - Pasientopplevd kvalitet og behov ligger til grunn for tjenesteutvikling. - Pasienters og pårørendes erfaringskunnskap ses som likeverdig med fagkunnskap. - Behandlingen er tilpasset den samiske befolkningen og pasienter med annen kulturell bakgrunn.	- Ha tilstrekkelig kapasitet. - Legge til rette for god utredning og behandling tilpasset pasientens behov. - Tilrettelegge for at pasienten kan få god struktur i behandlingstilbudet og en innholdsrik og meningsfull hverdag som del av tilbudet. - Understøtte åpenhet rundt psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser - Sikre at pasienten har trygge omgivelser med aktivitets- og behandlingstilbud som stimulerer til mobilisering av egne ressurser. - Legge til rette for fysisk trening som integrert del av behandlingen. - Sikre at alle pasienter i lukkede sengeposter har tilgang på skjermede uteområder der pasienter kan gå uhindret ut.

	- Sikre at alle pasienter har enkel og god tilgang på egnede utearealer og natur som stimulerer til aktivitet. - Sikre mulighet for at pårørendes behov ivaretas, og at pårørende kan ta aktivt del i pasientens behandling. - Tilrettelegge for brukere med ulik kulturell bakgrunn. - Være tilrettelagt for å ivareta spesielle krav til sikkerhetsplasser

Prosjektutvikling - oppfølging av effektmål og evalueringskriterier.
○ Løsning understøtter åpenhet, normalitet og trygghet. ○ Løsning legger til rette for ulike soner for aktivitets- og behandlingstilbud i forhold til pasientforløp og pasientens egen mestring. ○ Det opprettes pasientkantine, aktivitetssenter og pårørendeområde. ○ Løsning legger til rette for pårørendes behov i akuttsituasjon, døgnområder og fellesarealer. ○ Det etableres egne skjermede uteområder med lett utgang fra alle døgnområder. ○ Løsning for lokal og regional sikkerhet ivaretar sikkerhetskrav og krav til større areal for hver pasient.

Behandlingen er sammenhengende og helhetlig	
Effektmål	Evalueringskriterier
- Behandlingsforløp planlegges under ett og i samarbeid med involverte enheter. - Pasienter med sammensatte/komplekse behov møtes av team, og behandling gjennomføres med samarbeid på tvers av fag. - Tjenesten ivaretar kontinuitet i behandlingen	- Legge til rette for godt samarbeid mellom ulike enheter innen PHV og TSB. - Legge til rette for godt samarbeid mellom PHV/TSB og somatiske avdelinger slik at pasienten får somatisk helsehjelp av høy kvalitet. - Legge til rette for godt samarbeid og veiledning/kunnskapsdeling mellom PHV/TSB og kommunale tjeneste. - Ha nærhet mellom kliniske enheter. - Understøtte muligheten for samarbeid i team der pasienter og pårørende kan være aktiv i utforming av behandlingstilbud. - Legge til rette for at pasienter med sammensatte og komplekse behov skal møtes med team sammensatt på tvers av fag (TSB, PHV og somatikk)

Prosjektutvikling - oppfølging av effektmål og evalueringskriterier.
○ Løsning legger til rette for ulike møterom/ samarbeidsarenaer i ulike soner. ○ Det legges til rette for utstrakt digital samhandling. ○ Tett nærhet mellom akuttmottak og to døgnenheter. ○ Tett nærhet mellom to eller flere samarbeidende døgnenheter. ○ Somatisk poliklinikk opprettes hvor det også samles støtte/medisinsk service. ○ Poliklinikkområde utformes fleksibelt som ivaretar konsultasjon, miniteam, gruppebehandling, digitale behandlere og ambulerende team. ○ Dagbehandlingsområde vurderes.

Behandlingen er ressurseffektiv både for virksomheten og for pasienten	
Effektmål	Evalueringskriterier
- Ved mottak gjennomføres kvalifisert beslutning om pasientens videre behandling. - Behandlingen skjer på det beste virkningsfulle nivå for pasienten. - Ressurser fra andre faglige enheter gjøres tilgjengelig for pasienten etter behov. - Ressursbruk som ikke fører til verdiskaping omstilles til andre prioriterte pasientgrupper (f.eks. prioritere de sykeste, stormottakere mm).	- Ha arealer som er godt tilrettelagt for mottak, vurdering og behandling av pasienter. - Legge til rette for nærhet mellom akuttfunksjoner innen PHV, TSB og somatikk. - Sikre at personalressurser kan utnyttes fleksibelt, og legge til rette for samhandling og ressursdeling slik at man unngår unødvendig høy personalfaktor. - Kunne utnytte tverrfaglig kompetanse på tvers av PHV, TSB og somatikk. - Unngå etablering av flere vaktordninger med lik funksjon.
Prosjektutvikling - oppfølging av effektmål og evalueringskriterier.	
○ Felles akuttmottak etableres, som reduserer muligheter for samtidighetskonflikter ○ Tett nærhet mellom akuttmottak og to døgnenheter. ○ Løsning legger til rette for ulike møterom/ samarbeidsarena i ulike soner. ○ Det vurderes ulike løsninger som ivaretar behovet for høy grad av samhandling og ressursdeling, spesielt for personalsoner og skjermingsenheter/kontaktsmitte.	

Psykisk helse- og rusklinikken er en attraktiv arbeidsplass for alle personellgrupper	
Effektmål	Evalueringskriterier
- Klinikken har stabilt fagmiljø og riktig kompetanse. - Klinikken har gode muligheter for etter- og videreutdanning. - HMS-situasjonen er tilpasset risikosituasjon hos ulike personellgrupper	- Ha helsefremmende arkitektur som sikrer at både pasienter og personale har gode fysiske rammer. - Ha fysiske rammer som virker forebyggende på uro og utagering. - Legge til rette for opplæring og utdanning samt videre- og etterutdanning av helsepersonell. - Legge til rette for opplæring og praksisundervisning av studenter. - Ha tilpassede lokaler for undervisning og trening på kliniske ferdigheter nært kliniske enheter (f.eks. simulerings lab). - I seg selv kunne virke rekrutterende og stabiliserende.
Prosjektutvikling - oppfølging av effektmål og evalueringskriterier.	
○ Det legges til grunn forskningsbasert kunnskap fra Chalmers «Konceptprogram Lokaler för psykiatri». Robusthetsplan utarbeidet av Sykehusbygg legges til grunn. ○ Lav sosial densitet ivaretas ved nødvendig areal pr pasient. ○ Areal for ansatte opprettes som ivaretar oversikt, dokumentasjon og samhandling. ○ Areal i døgnenheter og poliklinikk ivaretar plass for opplæring og praksisundervisning.	

- Undervisningssenter opprettes.
- Ferdighets -og simuleringssenter opprettes.
- Det legges til grunn uniformering i døgnenhetene, - det opprettes garderobeanlegg.

UNN bidrar med kompetanseutvikling i samfunnet	
Effektmål	Evalueringskriterier
- Forskning, kvalitetsutvikling og utdanning er integrert i virksomheten.	- Legge til rette for erfaringsutveksling samt opplæring av pasienter og pårørende. - Legge til rette for klinisk forskning og innovasjon. - Ha kompetansesenterfunksjoner og forskningsfasiliteter nær klinisk virksomhet. - Ha nærhet til Universitetet
Prosjektutvikling - oppfølging av effektmål og evalueringskriterier.	
○ FFU med kompetansesentre opprettes. ○ Undervisningssenter opprettes. ○ Pårørendeområde opprettes – informasjon og opplæring av pårørende ○ Møte/team rom opprettes i døgnenheter ○ Poliklinikkområde – konsultasjonsrom/sone for studenter opprettes. ○ Spesialister i utdanning ivaretas ○ Ferdighets- og simuleringssenter opprettes	

Byggene er funksjonelle og orientert mot fremtidsrettede behandlingsmetoder	
Effektmål	Evalueringskriterier
- Byggene legger til rette for virkningsfulle behandlingsforløp. - Byggene kan tilpasses endringer i behov. - Byggene kompenserer for mestringssvikt. - Byggene understøtter størst mulig grad av frivillighet. - Byggene ivaretar pårørende som ressurs og deres behov.	- Legge til rette for aktivitet som integrert del av behandlingen, både innendørs og utendørs. - Understøtte størst mulig grad av frivillighet og bidra til reduksjon av formell og opplevd bruk av tvang. - 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. - Sikre pasienter nødvendig konfidensialitet. - 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 effektmål og evalueringskriterier.	
○ Det legges til grunn flere muligheter for aktivitet i døgnenheter fellesområder og uteområder. ○ Det legges til grunn forskningsbasert kunnskap fra Chalmers «Konceptprogram Lokaler för psykiatri». Robusthetsplan utarbeidet av Sykehusbygg legges til grunn. ○ Løsning har uttrykksformer åpenhet, normalitet og trygghet og med areal som gir lav sosial densitet. ○ Løsningen ivaretar åpenhet og balanserer dette i forhold til pasientenes nødvendige konfidensialitet. ○ Løsning i døgnenheter legger til rette for å endre antall sikkerhetsplasser/døgnplasser. ○ Løsning har høy grad av generalitet/standardisering som ivaretar fleksibilitet i forhold framtidige organisatoriske endringer. Det legges til grunn generelle, standardiserte og likt strukturerte døgnenheter. ○ Løsning som ivaretar grunnleggende hygiene og smittevern og soner for kohort. Kontakt -og dråpesmitteisolat opprettes i hver døgnenhet. ○ Pårørendeområde opprettes. ○ Gode lysforhold og utsikt sikres ihht «Konceptprogram Lokaler för psykiatri».	

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

Overordnede prinsipper for kliniske områder

Nedenfor presenteres overordnede prinsipper for kliniske områder, som understøtter effektmål og evalueringskriterier.

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 pasientbehandling gjennom de ulike fasene i forløpet. Utformingen av bygget skal bidra til å redusere stress og aggresjon for pasientene, og oppnåelse av målet 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.

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 i omgivelsene og bidra til å bygge opp under den tverrfaglige behandlingen.
- Utformingen bidrar til stressreduksjon hos pasientene 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.

Kultur skaper bygg - Bygg skaper kultur		
Trygghet **Normalitet** **Åpenhet**		**Sikkerhet** **Robusthet** **Skjerming**

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 rømningssikkert 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. Eksempler er musikk- og kunstterapi, samt fysisk aktivitet. Dette er særlig relevant for inneliggende pasienter, men også for andre pasientgrupper vil dette kunne være viktig tilbud.

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. PHR-løsningen skal legge til rette for ivaretakelse av pårørendes rolle. 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.

Pasientbehandling – aktivitet og kapasitet
Framskriving, vurdering og anbefalte kapasiteter beskrives i kapittel om 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 pasienten et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Målet er å få mer innflytelse på behandlingen, og systematisk evaluering underveis. For virksomheten vil pakkeforløp bidra til omstilling av tjenestenes organisering, samt optimalisering av pasientforløpene. Dette betyr større fokus på:

- Samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og med kommunehelsetjenesten. Det må tilrettelegges for møteaktivitet og samhandling med kommunehelsetjenesten (møterom, treningsleiligheter).
- Somatisk helse og levevaner gjennom aktivitet med tilhørende uteområder for aktivitet og trening. Somatisk poliklinikkløsning.
- Tverrfaglighet og involvering av pårørende, noe som gjør at man trenger samtalerom av en viss størrelse
- Digital kommunikasjon med kommuner og SPHR 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.

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 kommuner. PHR-prosjektet skal bidra til å sikre økt samhandling, bedre oppgavedeling, optimal organisering og helhetlig ledelse. Når sykehusbasert behandling innen psykisk helsevern er 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 med somatikk

Bemanning og kompetanse
PHR ønsker å være en attraktiv arbeidsplass som tiltrekker seg de beste medarbeiderne. Det legges til rette for utvikling av organisasjon, behandlingsforløp og nye driftsformer, samt tilrettelegging for

forskning og innovasjon. Dette skal 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. 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 med somatiske enheter vil bidra til økt tverrfaglig kompetanse og tettere samarbeid rundt den enkelte pasient. Løsning etableres med tanke på generalitet der samspill mellom enhet kan endre seg.

IKT, utstyr og teknikk
Satsing innen teknologi- og utstyrsområdet bidrar til utvikling av kvalitet og pasientsikkerhet, økt effektivitet og bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i pasientbehandlingen. Generelt må sykehus bli i stand til å møte samfunnets forventninger til bruk både av digitale samhandlingsarenaer og digitale løsninger på behandlingsområdet.

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

Teknologi – behandling
Det er 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.

Forskning og innovasjon
Forskning, kvalitetsutvikling og utdanning er integrert i virksomheten, og vil benytte seg av løsningens arealer og 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.

Økonomi
Bygg og organisasjon sees 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 på natt for å dekke sikkerhet ved uventede utageringssituasjoner. Nye løsninger skal ivareta gode muligheter for samarbeid/hjelp mellom døgnområder.

Universell utforming
Det tilrettelegges for universell utforming, og gjeldende lov- og regelverk skal følges. Det må imidlertid regnes med at det i enkelte kliniske områder vil være nødvendig å søke om noen unntak som følge av sikkerhetshensyn.

Det understrekes av flere at det er ønskelig at byggene er enkle å orientere seg i og har god skilting. Det fremheves spesielt at alderspsykiatrisk døgnenhet oppleves som enkel å finne fram til da både pasienter og pårørende kan ha kognitiv svikt som gjør det vanskelig å orientere seg.

Pasienters og brukeres forventninger

UNN HF har gjennomført en Bruker-spør-bruker-undersøkelse for å få frem pasienter og brukeres forventninger og innspill til framtidas behandlingstilbud, og spesifikt forventninger til nytt sykehusbygg for PHV og TSB UNN Tromsø. Undersøkelsen er presentert i en egen rapport[12]. Når det gjelder forventninger til framtidas helsetjeneste, fokuseres det særlig på de følgende forholdene:

- Utvikle et mer differensiert tilbud, for bedre å kunne ivareta pasienters/brukeres behov.
- Rehabilitering og forebygging er viktig for kvalitet, og Recoveryorientering trekkes spesielt frem.
- Etablere et variert aktivitetstilbud og variert innhold i behandling.
- Sørge for kontinuitet i forbindelse med innleggelse og poliklinisk behandling, for eksempel ved å etablere behandlingsteam.
- Tilrettelegge for brukermedvirkning ved å sørge for forutsigbarhet, fleksibilitet og valgmulighet.

Forventningene til nytt sykehusbygg slik de ble beskrevet i undersøkelsen er del av grunnlaget for funksjonsbeskrivelsene for nytt bygg. Det er påpekt ønsker for løsninger for pasientrom og for pårørende, fellesarealer inkl. nøytralt livssynsrom, rom for aktiviteter og skole, og for uteområder.

[12] Bruker Spør Bruker undersøkelse av: Pasienters forventninger til framtidas behandlingstilbud og nytt bygg for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved UNN HF Tromsø. Astrid Weber og Annika Alexandersen UNN HF/KBT 2021

Det er også påpekt forhold knyttet til inneklima og smittevern, samt skilting og utsmykking, og somatisk legevakt.

Eksempler på innspill er ønsker om romslige, luftige rom for å slippe følelsen av trengsel. Det er ønskelig å unngå institusjonspreg, og bruke farger lys og sørge for hyggelige omgivelser. Når det gjelder utsmykning ble det blant annet pekt på ønsket om å gjenspeile samisk kultur. Videre å legge til rette for at pasienter kan velge mellom fellesskap eller å være alene, og at det tilrettelegges for variert aktivitet for alle pasienter. Når det gjelder uteområder er det viktig å kunne velge selv om man vil gå ut, uansett om man er innlagt frivillig eller på tvang. Det er også viktig å legge til rette for pårørende, i form av pårørenderom og barnerom. Det ble også pekt på mulighet for å styre lys, innsyn og temperatur selv, samt god lydisolering.

Mange av de forholdene som er påpekt er tatt inn i funksjonsbeskrivelsene. For detaljer henvises til rapporten.

Sikkerhetspsykiatri og brukermedvirkning

Brukermedvirkning innen strukturert voldsrisikoarbeid har generelt vært lite utviklet i sikkerhetspsykiatrien. Et forslag er at man anvender positive erfaringer med brukerinvolvering fra generell psykiatri og prøver disse tilnærmingene ut i sikkerhetspsykiatrien (Eidhammer, Fluttert og Bjørkly 2014, Jacobsen og Karlsson 2018 [13]). Brukermedvirkning betyr at tilbudet, så langt som mulig, skal utformes i samarbeid med pasienten, brukeren og pårørende. Sikkerhetspsykiatrien har et særlig oppdrag om samfunnsvern og en konsekvens av dette vil være at lovhjemler, risikovurdering og risikohåndtering ikke kan overstyres av pasientens egne mål. Det vil heller derfor være snakk om en mulig optimalisering av pasientens medvirkning innenfor disse rammene (Drennan og Aldred 2012[14]). En større grad av brukermedvirkning innenfor sikkerhetspsykiatrien, i den grad det er mulig, bør derfor etterstrebes.

Hvilken betydning den eventuelle løsningen har for grad av stigmatisering, pasienters behov for diskresjon og beskyttelse har vi ikke fått vurdert konkret med aktuelle virksomhetsalternativ, dvs. med egen tomt til Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og for denne pasientgruppen spesielt. Likevel vil det kunne være relevant å vise til innspill fra tidligere arbeid i medvirkningsprosessene. Her kommer frem vektlegging av tilgjengelighet til gode utemiljøer, lys og luft, som elementer av betydning for bedring og recovery. Pasientene fremhever disse tema som av betydning, og vektlegger dette som også elementer for å oppnå mindre stigma. Disse momentene kom frem blant annet i Bruker-spør-bruker-undersøkelsen og anses å kunne være gyldige også for denne pasientgruppen. Utover dette har man med bakgrunn i BSB-materialet også kunnet slå fast at tilgang til meningsfulle aktiviteter går igjen som viktig i hele døgnvirksomheten, også akutt og særlig sikkerhet (Weber og Alexandersen 2021:26 [15]).

---

[13] https://psykologisk.no/sp/2018/12/e12/, lesedato: 6/12-2021.
Eidhammer, G., Fluttert, F. A. og Bjørkly, S. (2014). User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities–a systematic literature review. Journal of Clinical Nursing, 23(19–20), 2716–2724.
Jacobsen, R. K., Sørgård, J., Karlsson, B. E., Seikkula, J. og Kim, H. S. (2018). "Open Dialogue behind locked doors" – exploring patients', family members', and professionals' experiences with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. Scandinavian Psychologist, 5, e5.

[14] Drennan G og Alred D (2012). Secure recovery. (2012). London: Routledge.

[15] Weber, A og Alexandersen, A. (2021). «Et behandlingstilbud der man blir trygg er en god plass å komme. Bruker Spør Bruker undersøkelse av: Pasienters forventninger til framtidas behandlingstilbud og nytt bygg for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved UNN HF Tromsø». UNN HF/KBT.

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.
Henvisning; Pasient- og brukerrettighetsloven[16], Pårørendes rettigheter[17] , Pårørendeveileder[18].

Pasientforløp frivillighet - tvang
Pasienter blir innlagt i sykehusbasert psykisk helsevern etter henvisning fra fastlege (planlagte innleggelser), 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).

1.5. 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.

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.

[16] Pasient- og brukerrettighetsloven utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet
[17] Pårørendes rettigheter. En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak. Utgitt av Helsedirektoratet.
[18] Pårørendeveileder. Utgitt av Helsedirektoratet. www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder

- 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
  - Sambruk av felles møte- og undervisningsrom.
  - SIFER samhandler med poliklinikk.

- Spesialister i utdanning skal ha tilgang til poliklinikk.

Prinsipper for varelogistikk som legges til grunn:

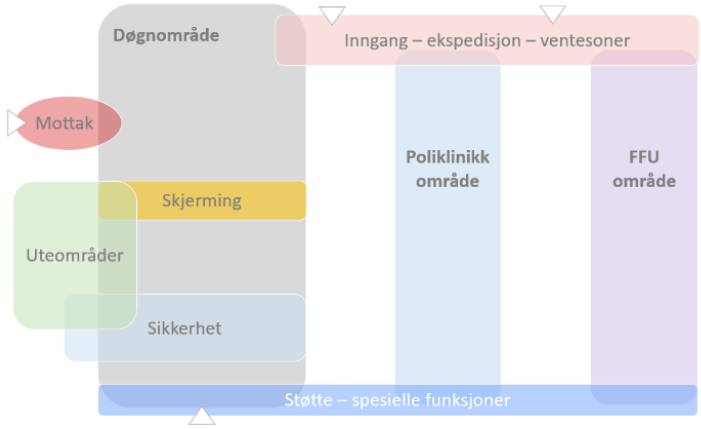
- At ansatte har tilgang til nødvendige varer med rett kvalitet i tilstrekkelig mengde og til rett tid, som bidrar til god og sikker pasientbehandling.
- Optimal og kostnadseffektiv forsyning, lagerstyring og vareflyt.
- Riktig størrelse på lagerrom og hensiktsmessig plassering i forhold til drift.
- 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 frigi 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 om ikke-medisinsk service.

Nærhets- og flytdiagrammer

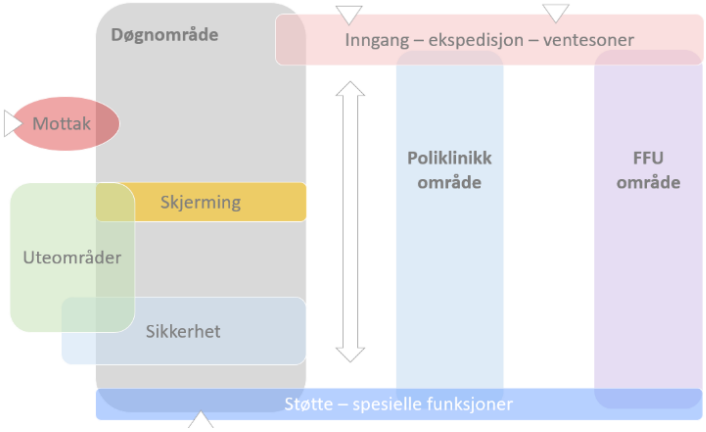
Her vises nærhet -og flytdiagrammer som er basert på de prioriterte krav og som har betydning for utforming av løsning i skisseprosjektet.

Overordnet prinsipp funksjonsdiagram og nærhet



Figur 7 Overordnet prinsipp funksjon og nærhet

Flytdiagram – åpne «gate» mellom døgn og poliklinikk



Publikums -og pasienthovedflyt mellom døgnområdene og poliklinikkområdet.

Figur 8 Overordnet flytdiagram

Flytdiagram struktur korridorer

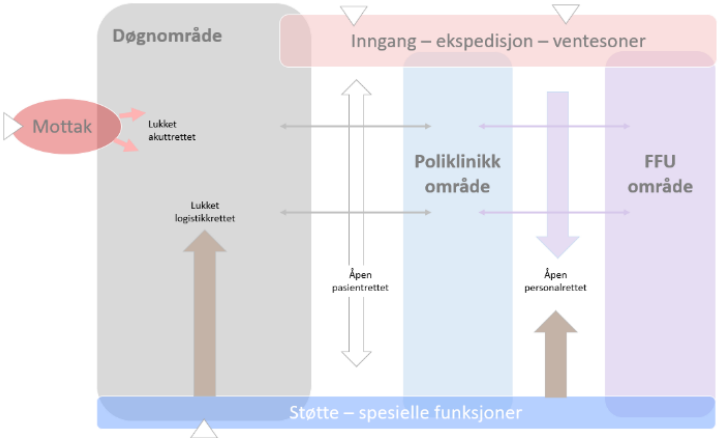


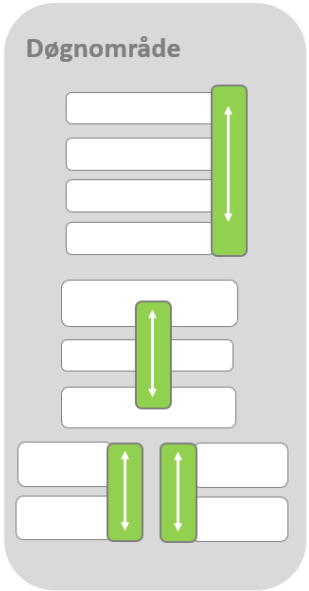
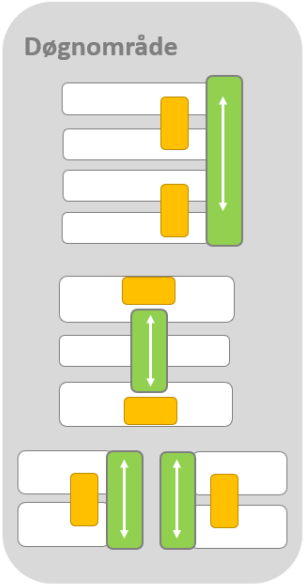
Diagram viser andre adskilte hovedflyter som må ivaretas;

Akutt flyt – adskilt i lukket korridor.

Vareflyt - adskilt i lukket korridor.

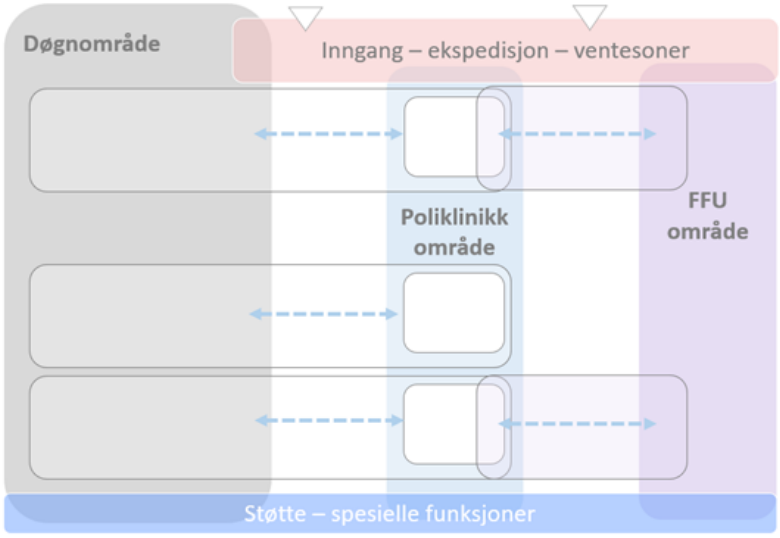
Egen personalinngang til garderobe.

Figur 9 Struktur korridorer

Døgnområder – personellsamarbeid	Døgnområder – sone skjerming/kontaktsmitte
	
Figur 10 Prinsipp personalsamarbeid i døgnområder	*Figur 11 Sone skjerming kontaktsmitte i døgnområder*

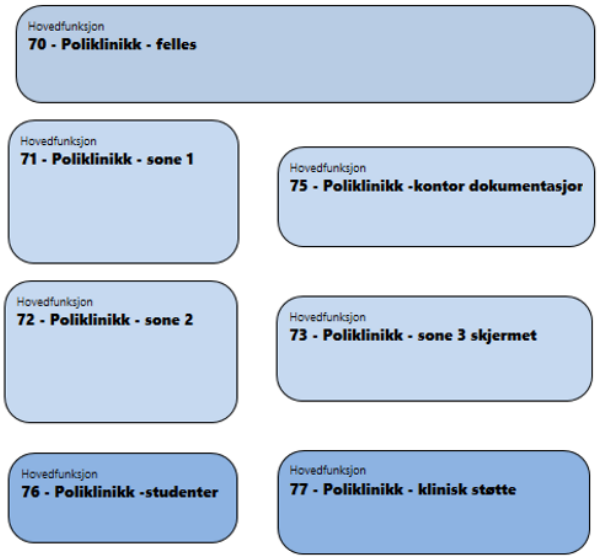
Diagrammet viser forskjellige muligheter for personellsamarbeid mellom døgnenheter. Det opprettes integrert felles personalbase for minst to døgnenheter.	Sone opprettes for skjermingsenheter og kontaktsmitterom. Sonen kan sees i sammenheng mellom to døgnenheter for å ivareta sikkerhet og driftseffektivitet.

Samlet poliklinikkområde delt i soner med nærhet til døgnområdene.



Figur 12 Samlet poliklinikkområde og nærhet

Samlet poliklinikkområde deles i 3 soner med fellesområde.



Figur 13 Samlet poliklinikkområde delt i soner

1.6. Beskrivelse av funksjoner

Parallelt med arbeidet i medvirkningsgrupper for å ferdigstille Hovedprogrammet for steg 2 har enhetene i Psykisk helse- og rusklinikken laget beskrivelser av dagens situasjon samt fremtidig driftskonsept og funksjonalitet for hver sine funksjonsområder. Disse beskrivelsene er ett av flere viktige grunnlag for funksjonsbeskrivelsene som står i dette kapittelet i Hovedprogrammet. Beskrivelsene fra de ulike enhetene ligger samlet i vedlegg 5. Noe av teksten er brukt i kap. 1.1 som omhandler en beskrivelse av nåsituasjonen.

Med funksjon menes en type formål eller virksomhet, for eksempel opphold, undersøkelse og behandling eller undervisning. Med funksjonsareal menes et areal som er utformet for formålet. Noe funksjonsareal kan benyttes til ulike funksjoner, altså er det et flerbruksareal (område /rom). Et funksjonsareal kan være spesifikt utformet og kun brukes til dette formålet, for eksempel medisinrom og baderom.

Areal som har flerbruksfunksjon og areal med smalt bruksområde kan sambrukes mellom enheter. Da benyttes det i så fall som sambruksrom. Rom med god kapasitet gjennom døgnet kan sambrukes. Eksempel på dette er legemiddelrom, spesialrom som er sjelden i bruk (testrom), lager og møterom.

Med funksjonsområde menes en samling av funksjonsareal som kan inneha ulike funksjoner, men som bør være samlet innenfor et hoved- eller delfunksjonsområde.

Funksjonsområdene i psykisk helse- og rusklinikken (PHR) som beskrives her, omfatter:

- Hovedinngang
- Pasientmottak/akuttmottak/ambulansemottak
- Døgnområder/opphold psykisk helse og rus, inkl. SPHR/DPS, herunder
    - Sikkerhetsenheten
    - TSB
- Utearealer
- Poliklinikk (undersøkelse og behandling)
- Kontorarbeidsplasser inkl. stab
- Arealer til forskning og undervisning
- Pårørendeområde
- Aktivitetsområde

Hovedinngang

Det etableres én felles hovedinngang til PHR. Inngangspartiet skal ha en ekspedisjon, og tydelig skilting til andre deler av bygget og andre tjenester i bygningsmassen. Pasienter som skal til poliklinikk, bruker denne inngangen. Det legges til rette for en skjermet inngang til poliklinikk i tillegg. Det bør være mulighet for selvinnsjekk for pasienter som skal til poliklinikk.

Pasientmottak

Det etableres felles akuttmottak for psykisk helsevern (DPS og VOP) og TSB. Pasientene som kommer til akuttmottaket, kan være delvis avklarte eller uavklarte. Pasientene kan komme sammen med politi og/eller ambulanse, sammen med pårørende eller andre instanser fra helsetjenestene. Lengde

på oppholdet i mottaket kan variere, og det tilstrebes at pasienter avklares så riktig og raskt som mulig og at de får hjelp på rett behandlingsnivå og -instans. Pasienten blir enten avklart poliklinisk og kan reise hjem, eller legges inn ved DPS, i en mottakspost eller i TSB.

Det må etableres flere undersøkelsesrom for avklaring før eventuell innleggelse, samt samtalerom, venteområde og oppholdsrom for pårørende. Arealene må lokaliseres hensiktsmessig med hensyn til pasientflyt, andre funksjoner i akuttmottaket og transport videre til døgnområdene.
I utgangspunktet legges det til grunn et ubemannet akuttmottak, men det tilrettelegges for fleksibilitet ved å ha tett nærhet til mottakende døgnenheter, som evt. senere kan omgjøres til mottaksenhet. Spesialiserte enheter som i hovedsak tar imot elektive pasienter vil kunne ta imot sine pasienter lokalt, altså ikke via akuttmottaket. Sikkerhetsenheten vil ha eget akuttmottak.
Følgende legges til grunn for utforming av løsning:

- Felles akuttmottak med tett nærhet til to aktuelle døgnenheter og TSB avrusning. Minstekravet er umiddelbar nærhet til to generelle døgnenheter, men nærhet opptil fire døgnenheter bør vurderes.
- Akuttmottaket har skjermet tilkomst og skal være på samme plan som to aktuelle døgnenheter.
- Nærhet til somatisk poliklinikk og lab er en fordel
- Tilretteleggelse for å ivareta pårørende i akuttmottak
- Akutt flyt bør være adskilt i lukket korridor

Akuttmottaket tilrettelegges for muligheter for samarbeid

- Forvakt PHV, TSB
- Ambulant akutteam
- Tilrettelagt for somatisk undersøkelse
- Pårørende som en ressurs i behandlingen
- Prehospitale tjenester
- Politi

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

Ambulanseinngang

Det etableres en ambulanseinngang i tilknytning til felles mottak, og en separat ambulanseinngang for sikkerhetsenheten (se egen beskrivelse). Ambulanseinngangen kan også benyttes for pasienter som kommer med politi. Inngangen bør være visuelt skjermet fra omgivelsene, være forutsigbar å navigere i, og ivareta behov for rømningssikkerhet.

Det må være direkte inngang til mottaksområdet, som bør ha skjermet plass til visitering og skanning. Dette for best og raskest mulig sikkerhetssjekk og mest mulig skånsom pasienthåndtering. Areal for sikkerhets- og voldsrisikovurdering bør ligge i nær tilknytning til begge mottakene.

Det er viktig at potensielt utagerende pasienter kan transporteres mest mulig skånsomt og raskt direkte til skjermede omgivelser inne i bygget. Dette vil gi mindre risiko for støy og blamering mot omgivelsene.

Døgnområder

Døgnområdene skal tilpasses pasienter fra allmennpsykiatri (DPS) og voksenpsykiatri (akutt og elektiv) med ulike psykiske lidelser. I tillegg alderspsykiatri, sikkerhetspsykiatri (LSA og RSA) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (akutt og elektiv), med både kort og lang liggetid. Sikkerhetspsykiatri og TSB utdypes ytterligere i senere kapitler. I døgnområdene foregår:

- Observasjon av pasientens adferd, funksjonsnivå, endring i sykdomsbilde/-tilstand
- Utredning, vurdering og behandling av somatisk og psykisk helsetilstand
- Miljøterapeutiske tiltak og intervensjoner (samtaler)
- Funksjonsvurderinger (alderspsykiatri)
- Aktivisering og sosialisering
- Bruk av atrier i behandling

Disse aktivitetene vil gjennomføres av både behandlere og miljøpersonell i rom inne i sengepost, i atrier/uteområder og i fellesareal i byggene.

Adkomst døgnenheter

For hver døgnenhet settes det av areal for adkomstsone, som bidrar til å gi et romslig og imøtekommende inntrykk. Hver døgnenhet bør ha et undersøkelsesrom med tilknyttet bad i direkte tilknytning til inngang, for undersøkelse og slusing.

Generalitet i løsninger

Historien har vist at kapasitetsbehov, behandlingsmetoder og organisering av virksomheter endres ofte. Det planlegges med standardiserte generelle sengeposter som kan tilpasses ulike pasientgrupper og fagområder. Det legges til grunn et prinsipp om mest mulig lik struktur på døgnavdelingene. Sengeområdene bør inneha en fleksibilitet som gir rom for å endre organisatorisk inndeling når kapasitetsbehov for en døgnenhet eller et fagområde endres.

- Et døgnområde planlegges som to enheter à 12 pasientrom som inkluderer 2 døgnplasser for skjerming. Alle døgnplasser er utført som ensengsrom med eget bad.
- To døgnenheter planlegges med annen størrelse for bedre å kunne tilpasses ulike enheter.
- Døgnområdene planlegges med uteområde (atrium på bakkeplan og veranda/takhage i etasjer lengre opp), og fellesområder bestående av administrative rom (arbeidsplasser, møterom), undersøkelsesrom og støtterom som kan deles på mellom enhetene.
- Døgnområdene har også samtalerom og oppholdsrom for pårørende.
- Hver døgnenhet har 6 kontorplasser for behandlere lokalisert i et eget kontorområde utenfor døgnenheten.
- Skjermingsrom har tilgang til privat uteområde.
- Døgnenhetene planlegges slik at minst to døgnenheter lett kan samarbeide i felles sone for personell.
- Døgnenheten er soneinndelt slik at rommene kan benyttes fleksibelt og i samarbeid med nærliggende døgnenhet.
- Hvert døgnområde har ett felles undersøkelsesrom. Somatiske undersøkelser og behandling kan også utføres på somatisk poliklinikk.
- Det legges til rette for at døgnenhetene kan deles opp i mindre enheter ved behov.

Sengerom
Alle døgnområder skal ha ensengsrom. Sengerommene skal ivareta hensynet til pasientsikkerhet, taushetsplikt, pasientens integritet og god hygiene. Det bør tilrettelegges for at pårørende kan være naturlig til stede som en støtte og ressurs for pasienten. Se eget avsnitt om pårørende.

Sengerommet skal ha plass for seng, enten tradisjonell sykehusseng eller «psykiatriseng», benk eller stol for besøkende, og sitteplass for bespisning. Det er også behov for skap/hyller for oppbevaring av pasienttøy og andre eiendeler.

Badet må inneholde vask, toalett og dusj, og være utformet for assistanse og bruk av hjelpemidler. Dusjen bør være åpen slik at personalet kan komme til for å hjelpe.

Sengerom for alderspsykiatri må ha justerbart sete i dusj og justerbar armstøtte ved wc. Disse bør være avtagbare.

Skjerming av pasienter innlagt i døgnenhet
Bruk av skjermingstiltak er regulert av psykisk helsevernloven og forskrifter. Med skjerming menes at pasienten har behov for å skjermes mot kontakt og impulser fra andre pasienter. 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.

Skjermingsbehovet er fysisk i form av vegger og låste dører, og skjermingsbehovet vil variere gjennom pasientforløpet og mellom pasienter. Det er derfor ønskelig at denne typen skjerming kan tilpasses pasientens behov. Disse rommene brukes også ved behov for kontinuerlig observasjon i forbindelse med selvmordsfare.

Ved pasienttransport til og fra skjermingsenhet kan det skapes uro i en døgnenhet, 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 døgnenheter.

- Skjermingsområde avgrenses fra andre funksjoner
- Sone for skjerming skal ha egne skjermede uteområder/balkonger
- Mulighet for å ha personale «i ryggen», tett inntil personalbase.
- Høy grad av robusthet og støydemping
- Skjermingsrom bør ligge ved inngangen til døgnenheten.

Alle døgnenheter planlegges med skjermingsarealer for å sikre fleksibilitet. Bruken av arealene kan variere mellom enhetene, og ikke alle har pasienter som trenger skjerming i lovens forstand. Bruken av arealene kan derfor tilpasses den enkelte enhets behov. Skjermingsrom utformes med forrom og eget oppholdsrom. Det kan være hensiktsmessig at to oppholdsrom kan slås sammen til felles bruk. Dette for økt fleksibilitet.

Korridorer i døgnområdene
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.

Korridor har en viktig funksjon som trafikkareal, bevegelses- og oppholdssone, og bør derfor være 3 meter bred for å ivareta:

- Pasientens intimsone, må ikke oppleves for tett og trang
- Sikkerhet ved uro- og utageringssituasjoner.

Felles oppholdsareal i sengepost
Døgnområdene må ha oppholds-/aktivitetsrom og samtalerom inne i sengeposten, samt arbeidsstasjon, toalett for personale og rent/tøylager.

Felles oppholdsareal i sengeposten bør tilrettelegges for ulike typer aktiviteter, som for eksempel samtale, lesing, TV-titting, spille spill mm. Det bør være mulig å tilpasse arealene til enhetenes ulike behov. Ett oppholdsrom skal være tilrettelagt for bespisning. Fellesarealene skal fungere som både rekreasjons-, undervisnings-, utrednings- og behandlingsareal.

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

Spiseareal for innlagte pasienter
De sykeste pasientene vil ha behov for å spise på sengerommet, mens de i løpet av oppholdet vil kunne spise sammen med andre og i mer åpne soner. Gjennomføring av måltider er for mange av pasientene en viktig del av utrednings- og behandlingsforløpet, og det bør derfor tilrettelegges for ulike typer spiseareal:

- på sengerommet
- spiserom i døgnområdet
- felles kantine i senteret (åpen sone)

Alle sengerom skal tilrettelegges for at pasienten skal kunne innta et måltid inne på sengerommet. Alle døgnområder bør ha et kjøkken for tilberedning av tørrmat og opplegging/servering av varmmat i tilknytning til døgnområdene (avdelingskjøkken). Dette kjøkkenet er felles for to døgnområder.

Areal for pårørende
Det bør være tilrettelagt for at pårørende på dagtid/kveld kan oppholde seg inne i døgnområdet sammen med pasienten, i sengerommet, i fellesarealer eller i pårørenderom. Hvert døgnområde har et pårørenderom som ligger i fellesområdet mellom to døgnenheter. Det vil i tillegg være aktuelt for pårørende og pasient å møtes ute i fellesareal, for eksempel i kantine.
Hensynet til barn som pårørende bør ivaretas på en hensiktsmessig måte. Rom for besøk av barn som pårørende bør plasseres utenfor døgnområdet og ikke slik at det gir siktlinje til døgnområdet og/eller dets uteområde fra besøksrommet.

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 er behov for ulike typer arealer og rom for aktiviteter:

- Aktivitetsrom i døgnområdene
- Ulike aktivitetsmuligheter utenfor døgnenhetene, tilgjengelig for felles bruk
- Aktivitetsmulighet i skjermede uteområder

Smittevern - døgnområder

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.) sårinfeksjoner, MRSA og tuberkulose. Pasienter som har behov for luftsmitteisolering, vil ivaretas i luftsmitteisolat ved UNN/somatikk. Tiltak baserer seg på *Byggveileder for smittevern* [19]hvor grunnleggende smittevernstiltak i psykisk helsevern som i somatikken:

- 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.

Sengerom for kontaktsmitte må ha et eget forrom/oppholdsrom og bad. Disse sengerommene kan benyttes som den andre typen skjermingsareal i alle døgnområdene. I forrommet bør det være plass til både pasient og ansatt, og må inneholde låsbart skap med håndvask og div. smittevernutstyr. Det bør være mulighet for at ansatte kan ha innsyn til forrommet fra korridor, og fra forrom til sengerommet.

Sikring mot skader og selvskading - døgnområder

I de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak fremhevet. For å svare ut disse retningslinjene må sengeområdene inklusive uteområdene bygges opp og innredes i henhold til ulike sikkerhets- og robusthetssoner, jfr. Sykehusbygg sin Sikkerhets- og robusthetsmatrise (se programdel Teknikk, vedlegg XX).

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. Rapporten *Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern*[20] omhandler forebyggingstiltak som institusjonene kan innføre uavhengig av risikovurderinger knyttet til enkeltpasienter. Rapporten kan gi støtte i byggeprosjekter og kontrollaktiviteter
Følgende forhold har generelt betydning for sikkerhetsnivå:

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

[19] https://sykehusbygg.no/kunnskapsdeling/veiledere
[20] Rapport utgitt av UKOM (Statens undersøkelseskommisjon for helse -og omsorgstjenesten) Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern. Rapport nr. 2 - 2021

Bruk av ny teknologi (se programdel teknikk og robusthetsmatrise for ytterligere detaljer)
Det vil være hensiktsmessig å ta i bruk ny teknologi, slik om sengematter, nattkamera, evt. andre nyvinninger innenfor omsorgsteknologi, for å kunne gi trygghet og tilsyn på en så lite inngripende måte som mulig (alderspsykiatri).

Sikkerhetspsykiatri

Beskrivelser av krav i kapittel om døgnområde legges til grunn for døgnområde sikkerhet. Ytterligere krav baserer seg på beskrivelser i kapittel om Sikkerhetspsykiatri.

Mottak - ambulanseinngang
Sikkerhetsseksjonen har behov for eget mottaksområde hvor pasienter kan tas imot og legges direkte inn til enhetene. Det er også behov for egen ambulanseinngang for enheten i tilknytning til mottaksområdet. For beskrivelse av funksjonalitet, se beskrivelse i kapittel om Døgnområder.

Døgn sikkerhet
Seksjonen skal kunne ta imot pasienter som har så høy voldsrisiko, rømningsrisiko eller annen særlig utfordrende problematikk at de ikke kan ha tilhold i annen psykiatrisk institusjon. Innleggelsenes varighet varierer, men ved dom til TPH/tvungent psykisk helsevern er disse ofte av flere års varighet. Dette setter særskilte krav til bygningsmessige forhold:

- Perimetersikring rundt hele bygningsmassen for å sikre samfunnsvern og uteområder som gir mulighet for aktiviteter og verdig ivaretakelse av pasienter som ikke kan bevege seg utenfor institusjonen.
- Aktivitetstilbud i form av treningsmuligheter, arbeidstrening og trening av dagliglivets ferdigheter innenfor perimetersikring og bygningsmassen
- Bygg med treningsleiligheter med personalbase utenfor perimetersikring for å ivareta rehabilitering og utskrivelse av pasienter til hjemkommune

Videre legges disse forholdene til grunn:

- Av sikkerhetsmessige hensyn har LSA/RSA krav til større plass og andre sikkerhetstiltak enn akuttpsykiatri, derfor er areal pr pasient og bemanningsfaktor vesentlig høyere enn ved vanlige døgnenheter.
- Døgnenhetene legges på ett plan, - bakkenivå.
- En av døgnenhetene vil i perioder kunne være åpen på dagtid til utearealer innenfor perimetersikringen. Dette etter konkret vurdering, (pasientgruppe, sammensetning, personalressurser etc.)
- For døgnenhetene legges det til rette for personalsamarbeid, fleksibilitet, slusing og kontroll samt flere soner for uteområder med ulik funksjon.
- Det er ingen absolutte nærhetskrav til andre funksjoner.

Håndtering av sikkerhet
Tradisjonelt håndterer seksjonen de pasientene som har størst voldspotensial og pasienter som ikke kan håndteres i andre deler av psykisk helsevern. Som følge av dette har seksjonen ekstra høye sikkerhetstiltak for bygning, uteområder og personalfaktorer.

- Døgnenhetene er lukkede enheter med høy grad av robusthet. Enhver som skal inn og ut vil kunne pålegges kontroll, herunder metalldetektor og visitasjon. Nektelse eller forsøk på unndragelse fra kontrolltiltak vil medføre avvisning.
- Det tillates som hovedregel ikke mobiltelefon eller andre kommunikasjonsmidler, uten tillatelse fra kontrollerende personell.
- Det vil kunne foretas undersøkelser av pasienten, rom og eiendeler, ved innleggelse, samt før og etter utgang for å hindre innføring av farlig gjenstand, medikamenter, rusmidler eller rømningshjelpemidler.
- I tillegg er det mulig for faglig ansvarlig å fatte vedtak om undersøkelse av kroppens hulrom etter gitte betingelser.
- Det legges til rette for at døgnenheter omfattes av krav til perimetersikring

Rehabilitering - treningsleiligheter
Det er en målsetting å få pasienten så raskt som mulig i kontakt med omverden, pårørende og nettverket for derved å bedre muligheten til å kunne fungere sammen med andre og øke sjansene for vellykket tilbakeføring til samfunnet. Dette er viktig for å kunne bistå pasienten til å reagere på andre måter enn ved utagering/vold, samt mer generelt få bedre kontroll og mestring av egen sykdom. Seksjonen er avhengig av tett samarbeid med pårørende, kommunene, fastlegene og andre deler av klinikken for å få til gode behandlingsforløp.

For mange pasienter kan avstand til hjemkommunen være svært stor. Det er derfor ofte behov for at betydelige deler av rehabiliteringsarbeidet foregår ut fra seksjonen, for eksempel ved bruk av rehabiliteringsleilighet en kortere eller lengre periode før utskrivning. Det etableres tre treningsleiligheter som er tilrettelagt for rehabilitering. De skal primært ligge i en egen enhet med fri utgang. Enheten ligger utenfor sikkerhet døgnområde og utenfor perimetersikringen. Det er mulighet for å tilknytte personal til leilighetene.

Perimetersikring - uteområder
Døgnenhetene med tilhørende skjermede uteområder omfattes av krav til perimetersikring. Nivå på perimetersikringskrav tilsvarende nivå på andre etablerte og planlagte RSA, jfr. for eksempel nybygg i Trondheim. Døgnområde sikkerhet har 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 døgnenhetene.
- Uteområdene tilknyttet døgnenhetene har perimetersikring.

I tillegg benyttes åpne usikrede uteområder og offentlige uteområder.

Poliklinikk sikkerhet
Seksjonen har poliklinisk oppfølging av en rekke pasienter som mottar samtaler, injeksjon med antipsykotika og påfølgende observasjonstid på inntil tre timer. Det er derfor behov for egnede lokaler både for å sette injeksjoner, gjennomføre samtaler samt observasjonstid. Disse lokalene må være i nærheten til personal på enheten av sikkerhetsmessige årsaker, men bør samtidig ha en slik utforming at observasjonstiden på flere timer gir mulighet for bespisning, sosialt samvær/aktivitet uten at de har tilgang til sengeposten og innlagte pasienter.

TSB

Beskrivelser av krav i kapittel om døgnområde legges til grunn for døgnområde TSB. Ytterligere krav baserer seg på beskrivelser i kapittel om TSB.

Mottak TSB

Pasienter som kommer til russeksjonen, bruker samme mottaksområde som pasienter som skal legges inn i psykisk helsevern. For beskrivelse av funksjonalitet, se beskrivelse i kapittel om Pasientmottak.

Seksjonen har behov for å tilrettelegge for mottak av pasienter med betydelig nedsatt somatisk funksjon og med behov for observasjon. Disse kan komme inn enten henvist akutt eller overført fra somatisk sengepost, i seng eller i rullestol, og med omfattende behov for oppfølging og pleie. Det er behov for nærhet fra akuttmottak til Avrusning med akuttfunksjon og somatisk overvåkningsrom. For å sikre verdighet for pasientene bør det tilrettelegges for at pasienter kan ta en dusj og skifte klær i akuttmottaket før de legges inn på døgnenhet.

Opphold TSB døgn

Seksjonen skal kunne ta imot voksne pasienter med alle typer rusmiddellidelser. Innleggelsenes varighet vil kunne variere fra et par dager til flere måneder. Det må tilrettelegges både for pasienter med et stort aktivitetsbehov til pasienter med stort pleiebehov. Noen vil også være innlagt på tvang i forhold til helse og omsorgstjenesteloven, samt gravide rusmiddelmisbrukere med særegne behov for tilrettelegging. Dette setter krav til særskilte bygningsmessige forhold:

- Medisinsk observasjonsrom tilknyttet Avrusning. Tilrettelegges for utstyr på et av skjermingsrommene.
- Gruppeterapirom tilrettelagt i døgnområdet eller umiddelbar nærhet.
- Aktivitetstilbud både innenfor døgnområde og i skjermede uteområder.
- Tilgang til felles uteareal for TSB på området.
- Mulighet til å dele enhetene inn i kvinne- og mannsfløyer for å skjerme sårbare pasienter.
- Alle enheter skal ha skjermingsrom for å kunne tilrettelegge for pasienter med særlige behov og utagerende pasienter, for ivaretakelse av pasientens og andres sikkerhet.

Uteområder - TSB

Seksjonen behov for uteareal er sammenfallende med øvrig virksomhets behov for differensiering og soneinndeling av uteareal beskrevet i hovedprogrammet, og kan forenklet beskrives slik:

- Avrusning/Akutt: trenger skjermede uteareal, sansehage, tilrettelagt for rullestol
- Restart/intermediærenhet: Trenger både inngjerdede områder, og mulighet for direkte utgang/aktivitet
- Rusbehandling (langtids): Ønskelig med eget uteområde tilrettelagt for aktivitet, avslapping og stressreduserende omgivelser. Hvis enheten ikke ligger på bakkeplan, er det ønskelig med egen altan/takhage.

Uteområder

Tilgang på uteområde er hjemlet i psykisk helsevernloven §4.2 om at forholdene skal legges til rette for at pasienten får "*anledning til å delta i daglige uteaktiviteter*". I forskrift til lov om psykisk helsevern kapittel 1. § 3 vises det til at institusjon for døgnopphold skal «*ha tilgang på egnede utearealer som skal være i rimelig nærhet av institusjonen*».

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)[21]. Uteområdet er en like viktig del av utrednings- og behandlingsarealet som de innvendige arealene, og benyttes både i utrednings- og behandlingsøyemed, samtidig som det er en del av aktivitets- og rekreasjonsområdet til pasientene. Pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern har ikke nødvendigvis fri utgang til å bevege seg utenfor bygget, men de har krav på tilgang til frisk luft og dagslys. Andre pasienter kan være i en helsemessig tilstand som medfører at de ikke kan forlate avdelingen/enheten.

Tilgjengelige utearealer er en viktig del av det terapeutiske tilbudet til pasienter, spesielt i døgnområdene. Det er ønskelig med direkte utgang fra sengeområder på bakkeplan. Pasientene skal kunne benytte uteområdene uten følge av ansatte. Uteområdet må ivareta pasientenes behov for skjerming fra omgivelsene for å unngå blamering, og for å ivareta pasientenes behov for integritet, redusere fare for skade på seg selv eller andre og/eller rømning til et minimum. Uteareal bør være differensiert ift. fysisk funksjonsnivå. Det må tilrettelegges for rullestolbruk.

Uteområdene bør ha ulike kvaliteter. Erfaringer fra flere alderspsykiatriske enheter er at pasientene har nytte og glede av tilrettelagte uteområder slik som sansehage, vannspeil og områder som er beplantet med ulike vekster.

Uteområdene bør ha en god atmosfære, og gjerne være soneinndelt. Det bør tilrettelegges for å kunne benyttes hele året. Det er nødvendig med takoverbygg over deler av uteområdet. Pasientene vil ha behov for å bevege seg og sitte ned. Det bør velges møbleringsløsninger som gjør at pasientene kan være for seg selv eller sammen med andre. Det er viktig med mye bruk av naturelementer, beplantning og utsikt, og at pasientene gis mulighet til å kunne gjennomføre ulike typer aktiviteter, både sportslig eller andre typer aktiviteter. Uteområder kan for eksempel legge til rette for dyrking av urter eller andre vekster.

Det er behov for et egnet areal tilrettelagt for røyking i tilknytning til alle sengeområder.

Skjerming for innsyn fra etasjene må ivaretas.

Alle uteområdene for innlagte pasienter må ha høy grad av robusthet (safety), det vil si at pasienten ikke skal kunne skade seg selv eller andre, at det er mulig å ha god oversikt over arealet innenfra slik at pasienten kan gå ut i uteområdet uten følge av personal (driftseffektivt og av hensyn til pasienters behov for autonomi), og at det er mulig å sikre kontroll på distribusjon og tilgang på rusmidler.

Det er også viktig at pasientenes sikkerhet (security) ivaretas i uteområdene. Både i forhold til sikkerhet mot rømming og sikkerhet mot inntrenging. Dette betyr at konstruksjon og dynamisk sikkerhet i form av teknisk overvåking og deteksjon bør ivaretas.

Utsikt fra pasientrom og fellesrom til natur prioriteres. Lett mulighet for å gå tur i naturområder er en fordel. Tilgangen på åpne utearealer er lett tilgjengelig og legger til rette for å oppfylle kravene til uteområder slik de ble skissert i kriteriene for valg av Åsgård som alternativ.

[21] Konceptprogram LOKALER FÖR PSYKIATRI, kunskapsunderlag vid planering, 2018-10-16 utgitt av Chalmers, Centrum för vårdens arkitektur

Poliklinikkområder

Det opprettes et sammenhengende poliklinikkområde, hvor poliklinikkrommene inndelt i flere soner slik at man kan ivareta variasjon og utvikling av fagområdene. Det tilrettelegges for ulike former for aktivitet, men der arealene er såpass generelt utformet at det lar seg gjøre å foreta mindre bygningsmessige endringer uten for store kostnader. Det har blitt mer vanlig de siste årene å gjennomføre samtaler via digitale løsninger, og noe areal bør derfor også tilpasses dette.

Polikliniske behandlingsforløp omfattes i hovedsak av samtaleterapi – individuelt eller i gruppe – med en eller flere behandlere til stede samtidig. Noen samtaler gjennomføres også med pårørende og/eller tolk til stede. 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,
- Miniteam
- Gruppebehandling

Ved behov ut over dette benyttes møterom/undervisningsrom.

I arealene planlegges det for følgende dag- og poliklinisk virksomhet som gjennomfører utredning, behandling, utdanning, undervisning og forskning som en del av sin aktivitet:

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk (SPHR)
- Ambulant akutteam (AAT)
- Alderspsykiatrisk poliklinikk
- Ruspoliklinikk
- Somatisk poliklinikk
- Poliklinikk i regi av SIFER
- ACT og FACT (DPS) er oppsøkende team lokalisert utenfor sykehus, som fast/regelmessig benytter seg av poliklinikklokalene.
- Opplæringspoliklinikk/studenter v UiT
- Areal for depotinjeksjoner/TUD (aktuelt for flere enheter, kan settes i poliklinikk eller døgnenhet)
- Fysioterapi

Prinsipper og krav for poliklinisk område:

- Nærhet mellom poliklinikkområder og døgnområdene
- En inngang (hovedinngangen), en felles ekspedisjon, med venteplasser i sonene.
- Mulighet for selvinnsjekk som gir mulighet til å vente i vestibyle eller kantine
- 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 poliklinikkrommene.
- Det etableres skjermet tilkomst til en mindre sone i poliklinikkområde for enkelte pasienter/pasientgrupper.
- Det legges til rette for en somatisk poliklinikk, dvs. arealer hvor det kan gjennomføres somatiske undersøkelser av pasienter i PHR, tas enkle prøver, gjennomføres overvåkning av visse tilstander mm.
- Det vil være behov for mulighet til videokonsultasjoner

- Det er viktig at arealene er lydisolerte slik at kravet til konfidensialitet og taushetsplikt ivaretas.
- Alle kliniske områder bør ha funksjonelle alarmeringssystemer.

De polikliniske arealene bør utformes med en blanding av behandlingskontorer, undersøkelses-/behandlingsrom, større samtalerom og rom for gruppeterapi og møter. 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.

Ved behov for flere deltakere i samme samtale og for gruppebehandling benyttes felles bookbare samtale- eller møterom. Det vil være hensiktsmessig å sambruke venteareal, samtidig som det er viktig at det ikke blir for store venteområder. Det er ikke ønskelig å samle mange pasienter i ett og samme område.

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

Dersom poliklinikken har pasienter som kan medføre fare for alvorlige trusler/utagering

- Må rommet ha funksjonelle alarmeringssystemer
- Konsultasjoner med antatt eller kjent risiko skal kunne gjennomføres i egnede rom med nærhet til kollegahjelp («risikorom»)
- Rommets møblering må organiseres med tanke på evakuering ved trusler og utagering

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

Driftskonsept

Bygget skal understøtte følgende driftskonsepter for dag-/poliklinisk areal i tillegg til de overordnede driftskonseptene:

- Samlokalisere enheter som sammen gir en god ressursutnyttelse på tvers og utnytte hverandres fagkompetanse.
- Legge til rette for god sambruk av areal slik at man kan ha en best mulig arealutnyttelse
- Tilrettelegge for felles møtepunkt (møterom, ventesoner, mm)

Det er et viktig prinsipp at arealene er så fleksible og generelle som mulig slik at de kan tilpasses ulike driftsformer, sykdomsbilder og behandlingsmetoder uten å måtte foreta store bygningsmessige tilpasninger.

Dagbehandlingstilbudet i Sørslettveien til personer med personlighetsforstyrrelser ønsker ikke lokalisering i det nye sykehusbygget. Utgangspunktet for etableringen av tilbudet var ønske og behov fra pasientene om et tilbud som ikke var «sykehusaktig». Det er to alternative muligheter for

fremtidig lokalisering, som vil avklares: Den ene er å videreføre leiekontrakt der de har lokaler pr i dag. Det andre er å flytte til bygg 7.

Fysioterapitjenesten
Tjenesten undersøker, kartlegger og behandler voksne med moderate til alvorlige psykiske lidelser med kroppen som innfallsvinkel. Fysioterapeutene møter hovedsakelig inneliggende pasienter, men har også en stor andel poliklinisk oppfølging. Det tilbys i dag individuell oppfølging som foregår på behandlingsrom, på sengeposter, i større bevegelsesrom (gymsal) og/eller på treningsrom. Det vil etter hvert bli oppstartet bevegelsesgrupper.

Fremtidig behov/nærhet til funksjoner og oppgaver:
- Det er behov for kontorarbeidsplasser og behandlingsrom, samt tilgang til treningsrom
- Lokalisering i poliklinikkområdet

FFU Fag, forskning og undervisning

FFU er en samling av tjenester og kompetansesentre for opplæring, utdanning og forskning. FFU planlegges som en integrert tjeneste, og legges som en samlet funksjon med nærhet til undervisningssenter. Det legges vekt på samlokalisering av fellestjenester/funksjoner som bidrar å utvikle relasjoner mellom de ulike tjenestene.

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

Fagutviklingsenheten har en viktig rolle i utviklingen av trygge og virkningsfulle pasienttilbud. Satsingsområder er brukermedvirkning, forskning, pasientsikkerhet, kompetanseheving, e-helse, veiledning og utdanning. Forskning UiT: Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) har forskningsprosjekter innenfor helsetjenesteforskning, psykiatrisk epidemiologi og kliniske studier. SIFER Nord/Tvangsforsk driver forskning og kunnskapsutvikling/spredning, samt kliniske oppgaver i form av poliklinisk utredning og behandling av pasienter innen det forensiske feltet.

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

Tabell 6 FFU undervisningsaktivitet

Fremtidig behov/nærhet til funksjoner og oppgaver:

- Det er behov for kontorarbeidsplasser, stillerom og møterom. Behov for felleskontor og noen enekontorer

- Det er behov for tilrettelagte poliklinikkrom med skjermet inngang for SIFERs pasienter. Dette kan tilrettelegges i poliklinikkområdet i nybygget eller evt. i bygg 7.
- Simuleringsenheten har behov for sengerom for testing, lager, og rom for ferdighetstrening.
- Fagutviklingsenheten ønsker tilgjengelighet til den kliniske virksomheten inkludert pasienter og pårørende, og ønsker å være lokalisert nært undervisnings- og aktivitetslokaler.
- Generelt ønske om samlokalisering av enhetene i FFU.

Aktivitetssenter

Aktivitetssenteret er en samling av ulike typer aktiviteter rettet mot pasienter og pårørende. Ambisjonen er å tilrettelegge for aktivitet som 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 med nærhet til døgnområdene.
Funksjoner

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

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.
Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har egne aktivitetsrom og gymsal, men kommer også til å benytte felles rom i aktivitetssenteret.

Undervisningssenter

Undervisningssenteret inneholder en samling av undervisningsrom som ivaretar FFU aktivitet, og skal samtidig dekke undervisningsbehovet for døgnområder og poliklinikkområdet, samt samarbeidspartnere.
I undervisningsrommene legges det til grunn virtuell kommunikasjon og arenaer for samhandling med ulike aktører. Undervisningssenteret kan også benyttes til større møteaktiviteter.

Stabsenheten

Stabsenhetens oppgave er lederstøtte til klinikksjef og avdelingsledere ved kliniske avdelinger. Enhetens oppgaver knytter seg videre til utrednings- og saksbehandlingsoppgaver, samt administrative oppgaver og systemfunksjoner på klinikknivå. Enheten har 5 stillinger inkludert leder som er del av klinikkledelsen.

Stabsenheten er lokalisert opp mot klinikksjef. Spørsmål om hvor klinikksjef (og avdelingsledere) mest hensiktsmessig skal lokaliseres i nye arealer vil dermed påvirke lokalisering av stabsenheten. Stabsenheten har også flere grensesnitt opp mot Fagutviklingsenheten i FFU (bl.a. i forhold til kvalitetsrådgiverfunksjonen som i dag er i FUE og enkeltprosjekter)

Funksjoner: I utgangspunktet vil Stabsenheten ha behov for ett lederkontor og 4 kontorer til rådgivere. I tillegg har det vist seg å være behov for 1-2 gjestekontorer, f.eks. for avdelingsleder lokalisert utenfor Tromsø, økonomirådiver og for eventuelle prosjektoppdrag med eksterne deltakere. Enheten må ha tilgjengelighet på møterom.

Kontor/merkantile tjenester

Merkantile/kontorfaglige stillinger i Tromsø er i dag organisert i hhv. Avdeling nord, Psykiatrisk avdeling og Rusavdelingen (inkl. vurderingsteam TSB). De kontoransatte har en seksjons-/avdelingsovergripende funksjon og sikrer dekning av kontorfaglig ressurser og oppgaver ved samtlige enheter. Tjenesten er enhetens/avdelingens ansikt utad og sikrer pasientflyt internt og mellom enheter, samt logistikk og administrasjon ved den enkelte enhet og koordinering på tvers av enheter.

Fremtidig behov/nærhet til funksjoner og oppgaver:

- Døgnenheter bør ha en kontoransatt med arbeidsplass inne i enheten. (nærhetsbehov til enhetsleder)
- To kontoransatte kan dele/ha oppgaver/funksjoner opp mot enhetene som deler lokaler.
- Felles mottak/skranke for polikliniske pasienter til VPP, alderspsykiatrisk poliklinikk og ruspoliklinikken.
- Behov for felleskontor og noen enekontorer - spesielt for de som jobber med kvalitetssikring, koding og inntaksarbeid mv.

Funksjonelle krav – oppsummering

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

TEMA	Funksjonelle krav som følges opp prosjektutvikling og løsning
Fleksibilitet og soneinndeling	Fleksibilitet 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.
Sikringskonsept **Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter.**	1. Sikring i forbindelse med avklaring lokalisering. Sikring i konseptfasen, del 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 ihht 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).
Selvmordsforebygging **Antiligaturutforming**	Festepunkter på pasientrom unngås. UKOM rapport; Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern.
Brann evakuering	Assistert evakuering – maksimalt en døgnenhet i samtidighet.
Hygiene smittevern	Generell hygiene og smittevern ivaretas ihht Sykehusbyggs Byggveileder for smittevern og standardromkatalog. Kontakt- og dråpesmitteisolering skal kunne ivaretas i hver døgnenhet.

	Mulighet for kohortisolering i en sone i hvert døgnområde.
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 ivaretakelse**	Innspill fra brukerrepresentanter, erfaringskonsultenter og rapport vurderes og så langt som mulig hensyntas. Henvisning; **Feil! Fant ikke referansekilden.**, **Feil! Fant ikke referansekilden.**
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-bespisning 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, Chalmers.**	○ Unngå trengsel: en-pasientrom med egen wc/dusj, bruk av flyttbare møbler i fellesareal, lav sosial densitet. ○ Miljøfaktorer: dempet lydmiljø, brede oversiktlige opphold/funksjons-korridorer (er ikke en vanlig trafikal korridor), innflytelse over miljø i pasientrommet. ○ 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. ○ God observasjon og direkte pasient-personalinteraksjon. Godt overblikk fra sentrale deler av døgnenheten.
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; ○ Utvidet begrep behandling/miljøterapi; mat og bespisning i ulike soner ○ Tilrettelegging for fysisk helse og aktivitet både i døgnenhet, felles i uteområder. ○ Samhandling somatikk – e helse (utvidet somatisk undersøkelse, behandling i løsningen, - det opprettes en somatisk poliklinikk.
Teknikk og behandlingsformer	○ Lysbehandling (blått lys filtrering) ○ Sensorteknologi - bevegelsessensor for pasientovervåkning. ○ SD anlegg- styring i pasientrom - pasient har påvirkningsmulighet på egen situasjon lys, screens, vann og luft. ○ Døgnrytmelys, - dynamisk belysning, som understøtter kroppens naturlige døgnrytme og bidrar til tilpasset belysning til funksjonene
Pasientrom	Pasientrom er fleksible, plassering av seng (inntil vegg, utfra vegg) og at det er plass til pårørende seng.

Intensiv/skjermingssone	Det opprettes 2 intensiv/skjermingsrom i hver døgnenhet 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 døgnenheter 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 døgnenhet til uteområde legges til grunn. Det vurderes behov for skjerming av innsyn til pasientområder/uteområder
Samhandling og sambruk	Det skal legge til rette for personellsamarbeid, samhandling og sambruk av støtterom mellom flere sengeposter. Felles område for personalrom og støtterom knytter sammen flere døgnenheter. 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 døgnområdene. Garderobeanlegg opprettes og tøyhåndtering ivaretas.
Hovedprosesser **Flyt og struktur**	Det etableres tydelige og adskilte ○ Pasientflyt akutt ○ Pasientflyt elektiv ○ Pårørende/besøkende til pasienter ○ Personellflyt og vareflyt.
Funksjonelle krav og nødvendig areal	Nødvendig areal for å ivareta lav sosial densitet, oversiktlighet, sikkerhet og robusthet: fortrinnsvis 3 meter brede korridorer og 3 meter netto høyde i korridor/rom.

Tabell 7 Funksjonelle krav – beskrivelser døgnområder

Medisinsk service

Laboratoriemedisin

Laboratoriemedisin på Åsgård ivaretar prøvetaking, preanalyse og postanalyse av prøver (1 årsverk). Ved dagens situasjon utfører laboratoriemedisin på Åsgård prøvetaking på dagtid i ukedager. For fremtiden kan det vurderes hvordan prøvetaking på kveld, natt og helg ivaretas i, og hvem som skal utføre disse prøvetakingene.

Det legges til grunn at prøvetaking foregår i undersøkelsesrom, ikke på pasientrom eller i korridor. Undersøkelses-/behandlingsrom som benyttes til prøvetaking skal ha retrettmulighet (to utganger).

Det er to typer prøvetakingssteder:

- Prøvetaking i tilknytning til avdelingene (undersøkelsesrom).
- Poliklinisk prøvetaking i tilknytning til arealer for laboratoriemedisin.

Funksjonsareal for laboratoriemedisin:

- U/B-rom til poliklinisk prøvetaking
- Lab.-areal for preanalyse og postanalyse
    - 1 arbeidsplass
    - Plasskrevende lab.-utstyr, kjøleskap, sentrifuge, oppbevaring av prøver.

- Felles garderobe benyttes for garderobefasiliteter. Oppbevaring av personlige eiendeler i tilknytning til lab.-areal.
- Pauserom, felles med poliklinikk
- For møter bookes felles møterom

Når det gjelder utforming av arealene til laboratoriemedisin må fasongen på arealet vurderes, ettersom det kan påvirke hvor effektivt arealet utnyttes. Omtrentlig kvadratisk utforming foretrekkes framfor langstrakt rektangulær utforming.

Flyt og nærhetsbehov:

- Laboratoriemedisin tjener hele bygget, både døgn og poliklinikk, og plasseres gjerne sentralt for god tilkomst til/fra alle enheter. Laboratoriemedisinsk personell vil gå til/fra undersøkelses-/behandlingsrommene for prøvetaking i avdelingene. I tillegg er det pasienter som går til poliklinisk prøvetaking. Laboratoriemedisin bør plasseres i nærhet av poliklinikk.

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 forsyningssikkerhet.

Nedenfor gis det en beskrivelse varemottak og miljøstasjon, de ulike forsynings- og støttetjenestene, samt transportløsninger. Det gis en beskrivelse av forsyningskjede/driftskonsept, tilhørende funksjonsareal til de ulike områdene, aktiviteter og behov samt nærhetsbehov.

Varemottak og miljøstasjon

Det planlegges med felles varemottak på Åsgård for alle vareleveranser. Varemottak og miljøstasjon samlokaliseres for felles bruk av veg- og manøvreringsareal. Det utvendige trafikkarealet i forbindelse med varemottak og miljøstasjon bør være mest mulig adskilt fra hovedinngang og uteområder for ansatte, pasienter, pårørende, studenter og besøkende.

Varemottakets aktiviteter og behov:

- Mottak og forsendelse av varer
- Forsendelser og retur av tomme vogner
- Oppstillingsplasser og oppbevaring i påvente av interntransport og ekstern forsendelse
- Arbeidsstasjon med mulighet til registrering av varer inn/ut
- Ompakking
- Låsbart rom for midlertidig oppbevaring av legemidler vurderes.

Miljøstasjonens aktiviteter og behov:

- Oppsamling av avfall i påvente av henting. Lukket kaldhall med kontainere for oppsamling av avfall (ikke tilgang for forbigående). Rampe med løftevender og komprimatorer ulike fraksjoner som skal i kontainere.
- Oppstilling av vogner med urent tøy i påvente av henting. Vurderes som eget rom.
- Oppstillingsplass for avfallsvogner og trekk-truck.
- Kjølerom for smitteavfall.
- Kjølerom for matavfall.
- Vaskemaskin for avfallsvogner.

Annet:

- Varer til sikkerhetsbygget leveres via varemottaket. Intern transport til sikkerhetsbygget hvor det er et eget område for kontroll inn til bygget. Mottakskontroll og videre håndtering av vareleveranser beskrives videre i arbeid med sikringskonseptet.
- I dagens situasjon håndteres prøver, pakker og brevpost via sentralbordet. Det er behov for å avklare videre hvordan disse håndteres i fremtiden.

Nærhetsbehov:

- Varemottak og miljøstasjon samlokaliseres for felles bruk av veg- og manøvreringsareal.
- Samlet plassering av forsynings/støttefunksjoner.
- Åsgård kjøkken har behov for nærhet til varemottak og miljøstasjon.
- Tøyforsyningen har behov for nærhet til varemottak og miljøstasjon.
- Ren/uren sone må ivaretas ved varemottak og miljøstasjon mtp. ren/uren vareflyt.

Forsyning av forbruksvarer

- Prinsipp for innkjøp, lager og forsyning
    - Varesortiment som brukes av flere avdelinger kjøpes inn til Sentralforsyningen i Breivika. Leveranser av avdelingspakkede vogner fra sentralforsyningen i Breivika til det enkelte avdelingslager på Åsgård.
    - Avdelingsspesifikke varer som ikke er på lager i Sentralforsyningen i Breivika som bestilles direkte fra leverandør.
    - I dagens løsning bestiller avdelingene forbruksvarer selv. I nybygg må det tilrettelegges for at det i fremtiden kan være aktiv forsyning, hvor arbeidsoppgaver som bestilling, leveranse og vareplassering ivaretas av service-medarbeider.
- Lagernivå
    - Sentralforsyningen i Breivika som leverer til flere avdelinger
    - Avdelingslager
- Transport av forbruksvarer fra varemottak til avdelingene.
- Bruk av IKT-system for bestilling, innkjøps- og lagerstyring og forsyning med tilhørende utstyr (f.eks. skannere).

I forbindelse med forsyningskjeden forbruksvarer benyttes logistikkarealer som planlegges i tilknytning til andre funksjoner. Logistikkarealer som er relatert til forsyningskjeden forbruksvarer er: varemottak, oppstillingsplass for vogner (felles for flere), avdelingslager, transportforbindelser.

Matforsyning

Her beskrives forsyningskjeden mat, Åsgård kjøkkens aktiviteter og behov i forbindelse med funksjonsareal, flyt og nærhetsbehov for Åsgård kjøkken, og krav som må ivaretas mtp. matforsyning. Avdelingskjøkken, spis-/oppholdsrom og treningskjøkken beskrives i tilknytning til de kliniske funksjonene.

Beskrivelse av forsyningskjeden mat:

- Hovedproduksjonsformen for varmmat er kok-kjøl (5-porsjoner og 1-porsjoner), som produseres ved hovedkjøkkenet i Breivika. 5-porsjoner inneholder kun hovedrett (kjøtt/fisk). 1-porsjoner er komplette måltider.
- Hovedkjøkkenet i Breivika ivaretar:
    - Produksjon av varmmat til inneliggende pasienter (kok-kjøl, 5-porsjoner og 1-porsjoner).
    - Daglige leveranser av mat til kjøkkenet og avdelingskjøkken på Åsgård. I tillegg mottar Åsgård kjøkken alle volums-varer direkte fra leverandørene.
- Åsgård kjøkken ivaretar:
    - Mottak av leveranser fra hovedkjøkkenet i Breivika.
    - Mottak av leveranser av volumsvarer direkte fra leverandører. Disse leveransene inkluderer tilbehør til hovedrett (5-porsjoner).
    - Produksjon av lunsjretter, spesial- og ønskekost til inneliggende pasienter.
    - Produksjon av kantinemat.
    - Møtemat og catering.
- Kantine ivaretar:
    - Salg av kantinemat til pasienter, ansatte, studenter, besøkende og pårørende.
    - Kaffebar/kiosk som en del av kantinetilbudet.
    - Åpen kantine, felles for alle brukere av bygget.
    - Sitteplasser for bespisning.
- Avdelingskjøkken i døgnposter ivaretar:
    - Oppvarming/regenerering av middagsmåltidene i regenereringsvogn, for å tilrettelegge for ulike spisetider i avdelingene. 1-porsjoner kan også varmes opp i mikrobølgeovn.
    - Servering av måltider fra buffet til inneliggende pasienter.
    - Frokost og kveldsmat.
    - Enkel tilberedning av mat ved behov.
- Annet:
    - Det planlegges med treningskjøkken i felles aktivitetssenter for å tilrettelegge kjøkkenaktivitet som en del av pasientbehandlingen.

Åsgård kjøkkens aktiviteter og behov:

- Mottak og utpakking av varer.
- Lager for kjøle-, fryse- og tørrvarer.
- Varmt- og kaldtkjøkken.
- Oppstilling av vogner.
- Oppvask med oppvasklinje med grovskrubb og steamer.

- Rengjøring av regenereringsvogner (skjer i arealer for oppvask).
- Egne garderober og toalett for kjøkkenpersonalet.
- 2 kontorarbeidsplasser.
- Kjølt avfallsrom i nærheten av kjøkkenet (planlegges i tilknytning til miljøstasjon).

Nærhetsbehov for Åsgård kjøkken:

- Nærhet til varemottak.
- Kantine i nærhet av hovedinngang.
- Ivareta skille mellom ren/uren sone i kjøkkenet.
- Sentral plassering av kjøkkenet i forhold til sengeområder foretrekkes framfor i ytterkant av bygget, med tanke på gåavstander ved levering av mat.

I forsyningskjeden mat må følgende krav ivaretas:

- Hygiene og mattilsyn
- Kjølekjeder og varmekjeder
- Lagring og oppbevaring
- Ergonomi

Legemiddelforsyning

Sykehusapotek Nord leverer legemidler fra apoteket i Breivika til det enkelte medisinrom på Åsgård. Rom og systemløsninger skal understøtte for eventuell innføring av lukket legemiddelsløyfe. Sikker transport og håndtering av legemidler må ivaretas. Det legges til rette for at det kan være apotekstyrte lager i framtiden på Åsgård.

Arealer relatert til legemiddelforsyningen som planlegges er:

- Medisinrom (planlegges i tilknytning til de kliniske funksjonene).
- Låsbart areal i tilknytning til varemottak mtp. sikker transport og håndtering.
- 2 kontorarbeidsplasser, 1 for apoteketekniker og 1 for klinisk farmasøyt.
- Areal for å ivareta utpakking og pakking av leveranser til medisinrom vurderes.

Tøyforsyning

Her beskrives tøyforsyningen, inkludert internt vaskeri. Det planlegges med arealer for tøyforsyningen, som består av internt vaskeri samt øvrige arealer for tøyforsyningen. *Å ta ut internt vaskeri fra Åsgård ligger som et mulig kutt-tiltak i prosjektet. Dersom internt vaskeri skulle utgå, vil det fremdeles være behov for en del arealer til tøyforsyningen, og det må i så fall undersøkes hva som da blir tøyforsyningens arealbehov.*

Internt vaskeri leverer tjenester til både Breivika og Åsgård (dyner, puter, madrasser, pasientrettet behandlingsutstyr, interiørtekstil). Det er planer om å levere noen tjenester til Harstad og Narvik.

I dagens situasjon er det aktiv forsyning av tøy i Breivika, men ikke på Åsgård. Det kan være mulig å ha aktiv forsyning av pasienttøy i fremtiden på Åsgård, og en slik løsning kan vurderes.

Forsyningskjeden tøy:

- Pasienttøy (sengetøy, håndklær m.m.):
    - Leveranser av rent pasienttøy (avdelingspakket) fra eksternt vaskeri til det enkelte avdelingslager, via varemottaket.
    - Oppsamling av urent tøy. Løsning må avklares (tøysjakt eller oppsamling i avfallsrom). *De fleste døgnenhetene ligger på samme plan som varemottak og miljøstasjon.*
    - Oppstilling av urent tøy i uren sone i tilknytning til miljøstasjon i påvente av henting av eksternt vaskeri.
- Personaltøy:
    - Leveranser av rent personaltøy fra eksternt vaskeri til tøylager ved garderober, via varemottaket.
    - Løsning for personaltøy må understøtte sporing.
    - Løsning for utlevering av rent tøy ved garderober må avklares.
    - Løsning for oppsamling av urent tøy ved garderober må avklares.
    - Oppstilling av urent tøy i uren sone i tilknytning til miljøstasjon i påvente av henting av eksternt vaskeri.

Tøyforsyningen har behov for funksjonsareal basert på følgende aktiviteter og behov:

- Vaskerifunksjon med barrieremaskiner (ren og uren side) for vask av dyner/puter, behandlingsutstyr, interiørtekstiler, madrasser.
- Moppevaskeri (for renholdssentralens mopper og tuer) kan inngå i internt vaskeri.
- Lager for rene interiørtekstiler, behandlingsutstyr og madrasser.
- Lager for oppstilling av vogner med rent pasienttøy, personaltøy, og dyner og puter.
- Lager for urent tøy (oppstilling av vogner).
- Sortering av urent tøy.
- Kontorarbeidsplass
- Møterom med arbeidsplass/PC (felles med renholdssentral)

I forbindelse med garderobeareal planlegges det med areal til innlevering og utlevering av tøy.

Nærhetsbehov:

- Tøyforsyningens arealer, inkludert internt vaskeri, må plasseres i nærhet av varemottak.
- Tøyforsyningen bør plasseres i nærhet av renholdssentralen.

Avfallshåndtering

Nybygg på Åsgård planlegges med miljøstasjon. Miljøstasjonens aktiviteter og behov er beskrevet under Varemottak og miljøstasjon. Her beskrives avfallshåndtering i tillegg til at det vises det en oversikt over avfallsfraksjoner og mengder på Åsgård. Avfallsrom planlegges i tilknytning til funksjonene.

Avfallshåndtering:

- Oppsamling av ulike avfallsfraksjoner i avfallsrom i avdelingene.
- Transport av avfall fra avfallsrom til miljøstasjon.

- Ekstern renovatør henter de fleste avfallsfraksjoner ved miljøstasjonen. Sikkerhetsmakulering og folieplast transporteres til miljøstasjonen i Breivika for videre håndtering.

Oversikt over avfallsfraksjoner og mengder på Åsgård (2021) oppgitt i tabell under. Avfallsmengdene inkluderer avfall fra Rus ung (Færingen) og bygg 12. Fraksjonene sikkerhetsmakulering og folieplast fraktes fra Åsgård til Breivika for videre håndtering og framkommer derfor ikke i tabellen.

Fraksjonsnavn	Mengde	Enhet	i %
Personbildekk på felg pr stk	100	Stk	0,07%
Blandet glassemballasje	140	Kg	0,09%
Kabler og ledninger	280	Kg	0,19%
Gips	400	Kg	0,27%
Sandwich-elementer	480	Kg	0,32%
Blandet bearbeidet trevirke	480	kg	0,32%
Kontorpapir	840	Kg	0,56%
Avfall med ftalater	841	Kg	0,57%
Blandet glass	1580	Kg	1,06%
Behandlet trevirke	2180	Kg	1,47%
Blandede metaller	4220	Kg	2,84%
Blandet EE-avfall	5420	Kg	3,65%
Papp	6040	Kg	4,06%
Blandet avfall usortert	14900	Kg	10,02%
Matavfall	26950	Kg	18,12%
Brennbart avfall sortert	83980	Kg	56,48%
Totalt	**148 831**	**Kg**	**100,09%**

Tabell 8 Avfallsfraksjoner og mengder Åsgård 2021

Renholdstjeneste, renholdssentral og vask av senger

Renholdsavdelingen leverer renholdstjenester til byggene på Åsgård. Renholdsavdelingen utfører renhold av alle arealer, med unntak av kjøkkenarealer (mottakskjøkken, avdelingskjøkken, treningskjøkken). I tillegg tilrettelegger renholdsavdelingen med mopper som enhetene kan bruke ved behov.

Det planlegges med renholdssentral på Åsgård, i tillegg til eget rom for renhold i sikkerhetsbygget. Det planlegges ikke med bøttekott i tilknytning til avdelingene. Mopper som enhetene kan bruke ved behov oppbevares for eksempel i desinfeksjonsrom.

Vask av senger utføres i dag av klinisk personell. I fremtiden kan det vurderes om renhold skal ivareta vask av senger. Det planlegges ikke med eget rom for vask av særlig tilsølte senger.

Renholdssentralens aktiviteter og behov:

- Moppevaskeri for vask av mopper og kluter (kan være en del av internt vaskeri).
- Kjølelager for rene mopper og kluter.
- Lager for oppstilling renholdsvogner og gulvvaskemaskiner, støvsugere, diverse utstyr, m.m.

- Lager for maskiner, vaskestaver, utstyr for spesialrenhold, m.m.
- Legge til rette for renholdsroboter i fremtiden. Oppstilling for renholdsroboter, samt mulighet for tømming og lading.
- Møte/pauserom med arbeidsplass/PC (felles med tøyforsyningen).
- En kontorarbeidsplass.
- Oppbevaring av personlige eiendeler i tilknytning til renholdssentralen. Felles garderobe benyttes for garderobefasiliteter.

I tillegg planlegges det med et satellittrom for renhold i sikkerhetsbygget.

Nærhetsbehov:

- Renholdssentralen bør være sentralt plassert i bygget med god tilkomst til funksjonsområder via korridorer og heis.
- Felles møte/pauserom med tøyforsyningen for fellesskap.

Uteseksjonen

Uteseksjonen disponerer arealer på Åsgård i dag og leverer tjenester til både Åsgård og Breivika. Det planlegges ikke med nye arealer til uteseksjonen i prosjektet. Eksisterende arealer for Uteseksjonen beholdes.

Transportløsninger

Det vil være behov for transport mellom Breivika og Åsgård. For interntransport på Åsgård planlegges det med manuell transport.

2. TEKNIKK

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 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.

Som vedlegg til Hovedprogrammet finnes en prosjektspesifikk kravliste (Vedlegg 2) for PHR 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 tekniske 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 Vedlegg 2 satt sammen krav fra denne databasen tilpasset dette prosjektet. Listen er gjennomgått med fagansvarlige ved UNN og utsjekket med rådgivergrupper i skisseprosjektet.

Den prosjektspesifikke kravlisten vil bli benyttet under planlegging og prosjektering for å sikre at alle krav, og flest mulige mål, blir ivaretatt i ferdig bygg. Hvor det er motstrid mellom mål / krav og hva som er mulig å realisere i prosjektet skal dette behandles eventuelt avviks behandles og besluttes i riktig forum, slik at man er omforent om løsning.

Andre styrende dokumenter som må hensyntas i forhold til teknikk 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

- PHR Miljøprogram [22] (PHR-0000-J-AA-0001)
- Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter
- Byggveileder for smittevern[23]
- Ukom rapport nr. 1-2021: Utforming av skjermingsenheter i det psykiske helsevernet
- Ukom rapport nr. 2-2021: Festepunkter på pasientrom i psykisk helsevern

3. UTSTYR

Hovedprogram utstyr (HPU) for prosjektet PHR (Psykisk helse og rus) UNN Tromsø er utarbeidet i henhold til Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter.

Utstyr skal bidra til et effektivt og velfungerende sykehus og legge til rette for gode arbeids- og studiesituasjoner både innen pasientbehandling, forskning- og undervisning. HPU gir overordnede føringer og retningslinjer for arbeid med funksjonsutstyr i prosjektet, se eget vedlegg.

Hovedprogram utstyr skal gi overordnede føringer og retningslinjer for arbeid med utstyr i prosjektene. Det skal

- definere begreper og avgrensninger
- avklare mål og programforutsetninger
- etablere overordnede strategier for valg av utstyr
- klargjøre behov for integrasjon mellom utstyr og IKT
- inkludere en vurdering av mulighet for gjenbruk av utstyr

Utstyrs- og teknologiutviklingen går raskt og den økende digitaliseringen og integrasjonen mot IKT vil kunne medfører behov for areal til servere og IKT-systemer tett på kliniske funksjoner. Den teknologiske utviklingen vil kunne ha konsekvenser for utforming av bygg og arealer, og det er derfor viktig at det tilrettelegges for fleksibilitet i bruk av arealene.

Målsetninger og suksesskriterier

For å ivareta de overordnede føringene og forutsetningene blir hovedmålsettingene for utstyrsplanleggingen i prosjektet å:

- sikre at alle avdelinger/rom har et komplett utstyrsprogram som ivaretar den planlagte funksjonen og kapasiteten i arealet
- sikre at utstyr ivaretar føringer og forutsetninger lagt i funksjonsprogrammet
- anskaffe moderne, fremtidsrettet og effektivt utstyr som minst viderefører dagens utstyrsstandard
- sikre at utstyr som anskaffes er sikkert/sertifisert, brukervennlig og miljøvennlig
- sikre driftseffektive løsninger med lavest mulig levetidskostnader
- sikre ansatte i PHR medvirkning i valg av teknologi og løsninger

[22] Følger «Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter» vedtatt desember 2021
[23] Byggveileder for smittevern (qualisoft.no)

- tilstrebe 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 utstyrsinformasjon som kan påvirke utforming og dimensjonering av bygg og teknikk
- avklare ansvar for anskaffelser
- oppgradere funksjonene med tidsriktig utstyr som understøtter valgte driftskonsept
- utarbeide anskaffelsesplaner som er koordinert med overordnede fremdriftsplaner i prosjektet, investeringsplaner for PHR samt regionale og nasjonale anskaffelser

De viktigste suksesskriteriene for arbeidet er:

- Planlegging og anskaffelse skal gjennomføres innenfor definerte tids- og kostnadsrammer
- Involvering av ansatte i PHR på en hensiktsmessig måte
- Godt samarbeid mellom prosjekt- og driftsorganisasjon
- God koordinering mellom utstyr, IKT og teknikk i alle faser av prosjektene

Denne prosessen blir videreført i forprosjektfasen.

HPU er vedlagt hovedprogrammet og beskriver hva som er kartlagt i konseptfasen.

Faser i prosjektet

Planprosessen for brukerutstyr preges av noen viktige forhold:

- Programmering av bygg og utstyr legger grunnlag for prosjekteringen av bygget. Det betyr at bygget skal løses slik at den framtidige virksomhetens rom- og utstyrsbehov kan ivaretas. Selv om det sannsynligvis vil være lite BIP-utstyr som skal ivaretas i PHR, vil også utstyr som møbler og inventar være dimensjonerende for rom og må på et tidlig tidspunkt tegnes inn.
- Prosjektering av bygget er den tidskritiske og mest kostnadskrevende av planleggingsaktivitetene. Derfor må programmering legges opp slik at prosjekteringen får nødvendig informasjon til rett tid.
- Det er kritiske avhengigheter mellom prosjektering og bygging på den ene side og utstyrsanskaffelse på den annen. Planprosessen for prosjektet samlet må derfor gjennomføres på en slik måte at disse avhengighetene blir ivaretatt.

Hovedfasene i arbeidet med utstyr etter konseptfasen, er:

- Forprosjekt
- Detaljprosjekt
- Anskaffelse
- Leveranse inkl. testing, kontroll og overtakelse
- Opplæring og ibruktakelse

Anskaffelse

Det skal utarbeides en detaljert anskaffelsesplan for funksjonsutstyr. Planen skal koordineres med PHR sine årlige investeringsplaner for årene frem til ibruktagelse av de nye sykehusene.

Anskaffelser i prosjektet koordineres i den grad det er mulig med regionale og nasjonale utstyrsanskaffelser.

Basert på detaljprogrammet utarbeides en detaljert anskaffelsesplan, samt en anskaffelsesstrategi.

Utstyrskalkyle

Kalkyle for funksjonsutstyr er basert på kostnad/funksjonsareal. Ved utarbeidelse av kalkylen er det tatt utgangspunkt i

- Hovedprogrammets del I Funksjonsprogram med tilhørende arealtabeller
- Føringer beskrevet i Hovedprogrammet
- Administrasjonskostnader for å ivareta alle forhold rundt planlegging, anskaffelse og leveranse. Dette inkluderer også kostnader i forbindelse med grensesnitts håndtering, spesielt det økende behovet for integrasjon mot IKT
- Gjenbruk/overflytting inkl. utstyrsanskaffelser PHR frem til ibruktagelse av nytt sykehus

Utstyrskalkyle PHR		
Brutto utstyrskalkyle	75 936 500,-	MTU, IKT, GRU, INV
Overflyttes/anskaffes av PHR	7 593 650,-	10 %
Netto utstyrskalkyle / anskaffes vi prosjektmidler	68 342 850,-	Brutto minus gjenbruk
Administrasjon	7 593 650,-	10% av brutto kalkyle
SUM UTSTYRSKOSTNADER INKL. ADM	75 936 500,-	
MVA	18 984 125,-	
TOTAL UTSTYRSKALKYLE INKL. MVA	**94 920 625,-**	

Tabell 9 Utstyrskalkyle PHR

Prinsipper for utarbeidelse av kostnadsoverslag

For å beregne bruttobehov for brukerutstyr, er det benyttet en erfaringsmessig bruttokostnad per romtype sett i relasjon til romprogrammet og erfaringstall for utstyrskostnader fra andre sykehusprosjekter. Det er lagt til grunn at brukerutstyret skal ha en alminnelig god, moderne standard tilpasset de funksjoner og oppgaver enheten skal ivareta.

4. Overordnet IKT-konsept

I konseptfasen er det gjort en overordnet vurdering av behovet for IKT og teknologi, integrasjoner og tilpasninger i eksisterende bygg og systemer. Hensikten med delprogrammet er å gi føringer for det videre arbeidet slik at IKT og teknologi kan bidra til et effektivt og velfungerende sykehus og legge til ette for gode arbeidssituasjoner både i pasientbehandling, forskning og undervisning.

Hovedformålet i arbeidet med å etablere et overordnet IKT-konsept, er å avklare prinsipper ift. hva som skal leveres av IKT leveranser for å oppnå et velfungerende operativt bygg. Samt avklare hvem som skal ha ansvaret for hvilke leveranser, samt avklare finansieringskilder.

Det en forutsetning at det blir etablert stabile, robuste og framtidsrettede IKT-løsninger. Planlegging, tilrettelegging og realisering av fremtidsrettede IKT-løsninger skal skje i samsvar med føringer og IKT-utviklingen for øvrig i UNN og Helse Nord RHF. PHR UNN vil bli en naturlig del av foretakets IKT-landskap. Regionale strategier og teknologiske valg skal være førende for IKT-prosjektet, samt at lokale forutsetninger samt videreføring av eksisterende løsninger skal ivaretas. Samarbeid mellom Helse Nord IKT (HNIKT), og PHR-prosjektet innenfor valg av IKT løsninger er viktig for å tilstrebes å etablere felles standardiserte IKT løsninger.

HNIKT vil være den mest sentrale leverandøren av IKT til PHR-prosjektet, og det anbefales at det etableres tidlig samarbeid med HNIKT for videre planlegging av prosjektet. (HNIKT er representert i konseptfasen gjennom en sentral representant fra HNIKT med ansvar for byggeprosjekter i regionen.)

Det har høy prioritet for prosjektet å muliggjøre sammenhengende og effektiv drift både i eksisterende bygg og nybygg, både klinisk og teknisk. Dette forutsetter at IKT og byggautomasjon er gjennomgående, noe som videre forutsetter avklaringer for en rekke enkeltsystemer – om de skal breddes over fra eksisterende bygg til nytt bygg slik de er, etter oppgraderinger, eller kun innføres i nybygg.

IKT -konseptet skal gi grunnlag for beregning av forventet kostnad til O-IKT. IKT Utstyrskostnader inngår i utstyrsprogrammet, samt Byggnær IKT inngår i kap. 5 ihht Bygningsdelstabellen (Elektro).

Det henvises til vedlegg 4 *Delprogram Overordnet IKT konsept* for redegjørelse for mer informasjon og detaljer.

5 ROM OG AREAL

5.1. Etablering areal og rom

Kapasitetsgrunnlaget for utvikling av romprogram er angitt i Tabell 4.

Utvikling av romprogram for døgnområder og poliklinikkområder har vært basert på valgte kapasiteter med tilhørende areastandarder. Kapasitetsgrunnlaget for utvikling av romprogram er angitt i Tabell 5. Romprogrammet skal bidra til å understøtte prosjektets effektmål, evalueringskriterier, funksjonelle behov og krav.

I prosjektet benyttes dRofus romdatabase, som 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 døgnenhet: 45 m² pr standard døgnplass
- Sone for skjerming: 60 m² pr skjermet døgnplass
- Sikkerhet: 60 m² pr døgnplass
- Poliklinikk: 25 m² pr poliklinikkrom.
- Kontorplass: 8 m²

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

Romprogram utvikling

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, riktig nivå på romstørrelser og til slutt vurdering av om rom er overflødig og kan utgå.

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[24].

Prosjektet har i perioden mai-august 2022 jobbet med nedskalering av prosjektet. Dette på oppdrag fra adm. direktør etter gjennomført analyse av UNN sin bæreevne.

Status pr 07.02.2022		Status pr 17.09.2022	
Netto funksjonsareal:	18.368 m²	Netto funksjonsareal:	15.428 m²
Brutto funksjonsareal:	36.736 m²	Brutto funksjonsareal:	30.856 m²

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.

[24] PIMS: Psykisk helse/rus UNN › Sakregister › 83860

5.2. Oversikt funksjoner rom og areal

Under vises utvalgte pasientrettede funksjoner med rom og areal. For total arealoversikt for alle funksjoner vises det til Tabell 15 *Total oversikt funksjonsareal*

Standard døgnenhet

Hver døgnenhet består av 12 døgnplasser, hvorav 8 standard, 2 skjermingsplasser, 1 kontaktsmitte og 1 HC.

Areal per døgnenhet:	461 m² netto
Totalt areal 12 ordinære døgnenheter:	5.532 m² netto

Navn	Antall rom	Prog areal:	Sum
Sum	**37**		**461,00**
10 A Standard døgnenhet	**37**		**461,00**
1 Standard døgnplass	**16**		**144,00**
Bad sengerom, Bad	8	4,00	32,00
Sengerom, Standard døgnplass	8	14,00	112,00
2 Skjermingsplass	**6**		**104,00**
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
3 Kontaktsmitte	**3**		**30,00**
Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00
Forrom, Forrom	1	8,00	8,00
Kontaktsmitte sengerom, Kontaktsmitteisolat	1	16,00	16,00
4 HC døgnplass	**2**		**22,00**
Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00
HC sengerom, HC sengerom	1	16,00	16,00
5 Spis aktivitet opphold	**6**		**87,00**
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
6 Samtale gruppe	**2**		**32,00**
Samtale gruppe, Samtale gruppe	1	20,00	20,00
Samtale, Samtale	1	12,00	12,00
9 Personal	**2**		**42,00**
Arbeidsstasjon miljø, Arbeidsstasjon miljø	1	12,00	12,00
Arbeidsstasjon, Arbeidsstasjon	1	30,00	30,00

Tabell 10 Romoversikt standard døgnenhet

Personal og støtterom døgnenheter

Areal personal/felles støtterom per 2 døgnenheter: 317 m² netto
Totalt areal 12 ordinære døgnenheter: 1.902 m² netto

Navn	Antall rom	Prog areal:	Sum
Sum	**27**		**317,00**
12 A-B Felles	**27**		**317,00**
1 Personal	**8**		**127,00**
Garderobe, Ytterklær	1	8,00	8,00
Kontorplass 1 møte	2	12,00	24,00
Kontorplass 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
2 Støtte	**7**		**86,00**
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
3 Inngang	**4**		**44,00**
Sluse, Sluse inngang	2	16,00	32,00
WC HC, WC HC	2	6,00	12,00
4 Samtale gruppe	**1**		**20,00**
Samtale gruppe, Samtale gruppe	1	20,00	20,00
5 Pårørende	**1**		**20,00**
Opphold, Pårørende	1	20,00	20,00
8 Sanitær	**6**		**20,00**
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

Tabell 11 Romoversikt Personal og støtterom døgnenheter

Lokal -og regional sikkerhet

Lokal- og regional sikkerhet døgnenhet har større areal per pasient enn en standard døgnenhet.

En døgnenhet for sikkerhetsseksjonen har større sengerom og flere oppholds – og aktivitetsrom, og inkluderer 12 døgnplasser, hvorav 10 standard, 1 kontaktsmitte, 1 HC. Det er i tillegg 2 skjermingsplasser per døgnenhet.

Areal per døgnenhet sikkerhet:	556 m² netto
Totalt areal 2 døgnenheter:	1.112 m² netto
3 treningsleiligheter	142 m² netto

51 Lokal og regional sikkerhet	**37**		**556,00**
1 Sikkerhet døgnplass	**16**		**176,00**
Bad sengerom, Bad	8	6,00	48,00
Sengerom, Sikkerhet døgnplass	8	16,00	128,00
2 Skjermingsplass	**6**		**104,00**
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
3 Kontaktsmitte	**3**		**30,00**
Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00
Forrom, Forrom	1	8,00	8,00
Kontaktsmitte sengerom, Kontaktsmitteisolat	1	16,00	16,00
4 HC døgnplass	**2**		**22,00**
Bad stort, Bad stort	1	6,00	6,00
HC sengerom, HC sengerom	1	16,00	16,00
5 Spis aktivitet opphold	**7**		**162,00**
Aktivitet , fysisk/kreativt	2	30,00	60,00
Opphold nisje, Sittenisje	2	15,00	30,00
Opphold, Opphold TV	1	30,00	30,00
Spiserom aktivitet, Spiserom	1	30,00	30,00
Vaskerom, Vaskerom	1	12,00	12,00
6 Samtale gruppe	**1**		**20,00**
Samtale gruppe, Samtale gruppe	1	20,00	20,00
9 Personal	**2**		**42,00**
Arbeidsstasjon miljø, Arbeidsstasjon miljø	1	12,00	12,00
Arbeidsstasjon, Arbeidsstasjon	1	30,00	30,00
53 Leiligheter sikkerhet	**12**		**142,00**
1 Leilighet-1	**4**		**44,00**
Bad stort, LS leilighet	1	4,00	4,00
Døgnplass, LS leilighet	1	14,00	14,00
Kjøkken, LS leilighet	1	10,00	10,00
Opphold, LS leilighet	1	16,00	16,00

Tabell 12 Romoversikt døgnenheter sikkerhet og treningsleiligheter

Aktivitetssenter og pårørendeområde

Aktivitetssenter: 1.056 m² netto.
Pårørendesenter: 40 m² netto*.

Pårørende er i tillegg ivaretatt med egne rom i akuttmottak og i de enkelte døgnenheter.

65 SENTER aktivitet	**28**		**1 056,00**
10 Kantine	**7**		**213,00**
Kantine servering	1	30,00	30,00
Kantine, Pasient + åpen	1	170,00	170,00
WC HC	1	5,00	5,00
WC besøkende	4	2,00	8,00
14 Bibliotek	**1**		**50,00**
Arkiv, Magasin bibliotek	1	50,00	50,00
15 Fysisk aktivitet	**2**		**425,00**
Gymsal stor, Takhøyde 2 etg	1	350,00	350,00
Trening, Apparat	1	75,00	75,00
20 Avslappende aktivitet	**2**		**60,00**
Seremonirom, Flerkulturell livssynsrom	1	30,00	30,00
Yoga meditasjon etc, Flerbruk	1	30,00	30,00
30 Uttrykksterapi	**1**		**30,00**
Kunst, Uttrykksterapi	1	30,00	30,00
40 Mestring	**1**		**30,00**
Treningskjøkken, Kostholdsveiledning	1	30,00	30,00
70 Støtterom aktivitet	**2**		**40,00**
Lager	1	20,00	20,00
Lager, fysisk aktivitet	1	20,00	20,00
90 SMI skolen	**9**		**156,00**
Grupperom	3	12,00	36,00
Grupperom	1	20,00	20,00
Kjøkken	1	8,00	8,00
Kontorplass, Gruppekontor 5 plasser	1	30,00	30,00
Kontorplass, Med møteplass	1	12,00	12,00
Møte	1	30,00	30,00
Opphold, Opphold TV	1	20,00	20,00
95 Kulturavdeling	**3**		**52,00**
Kontorplass, 2 plasser	1	12,00	12,00
Musikk, Kulturavdelingen	1	20,00	20,00
Studio, Kulturavdelingen	1	20,00	20,00
66 Pårørendeområde	**2**		**40,00**
Barnerom, Pårørende	1	20,00	20,00
Informasjon, Pårørende	1	20,00	20,00

Tabell 13 Romoversikt aktivitet og pårørende

Poliklinikkområde

Poliklinikkområdet består av:

- Tre soner med poliklinikkrom
- Dokumentasjon
- Studentpoliklinikk
- Digital poliklinikk
- Somatisk poliklinikk
- Tannlege, fysioterapi, laboratorie og annen støtte/medisinsk service.

Areal poliklinikkområde: 1.491 m² netto.

Sum	**122**		**1 491,00**
70 Poliklinikk - felles	**35**		**351,00**
20 Spesialrom	**3**		**48,00**
Spesialrom, Testrom	3	16,00	48,00
21 Digital poliklinikk	**4**		**48,00**
Konsultasjon, Digital poliklinikk	4	12,00	48,00
22 Somatisk poliklinikk	**2**		**40,00**
Behandling, Behandling G2/ehelse	1	20,00	20,00
Undersøkelse, US rom G1	1	20,00	20,00
40 Støtte møte	**10**		**129,00**
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
50 Inngang ventesoner	**4**		**46,00**
Ekspedisjon, Ekspedisjon	1	16,00	16,00
Ventesone, Ventesone	3	10,00	30,00
8 Sanitær	**12**		**40,00**
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
71 Poliklinikk - sone 1	**16**		**205,00**
Dokumentasjon, 2 plasser	3	8,00	24,00
Konsultasjon, 3 personer	8	12,00	96,00
Konsultasjon, gruppe 8 pasienter	1	25,00	25,00
Konsultasjon, med dokumentasjon, 3 pers	2	14,00	28,00
Konsultasjon, miniteam, 6 personer	2	16,00	32,00

72 Poliklinikk - sone 2	**16**		**205,00**
Dokumentasjon, 2 plasser	3	8,00	24,00
Konsultasjon, 3 personer	8	12,00	96,00
Konsultasjon, gruppe 8 pasienter	1	25,00	25,00
Konsultasjon, med dokumentasjon, 3 pers	2	14,00	28,00
Konsultasjon, miniteam, 6 personer	2	16,00	32,00
73 Poliklinikk - sone 3 skjermet	**16**		**205,00**
Dokumentasjon, 2 plasser	3	8,00	24,00
Konsultasjon, 3 personer	8	12,00	96,00
Konsultasjon, gruppe 8 pasienter	1	25,00	25,00
Konsultasjon, med dokumentasjon, 3 pers	2	14,00	28,00
Konsultasjon, miniteam, 6 personer	2	16,00	32,00
75 Poliklinikk -kontor dokumentasjon	**16**		**196,00**
Dokumentasjon, 1 plass	6	6,00	36,00
Kontorplass, Gruppekontor 4 plasser	4	24,00	96,00
Kontorplass, Kontorplass	2	8,00	16,00
Kontorplass, Med møteplass	4	12,00	48,00
76 Poliklinikk -studenter	**8**		**128,00**
Konsultasjon, Konsultasjon	4	16,00	64,00
Kontorplass	2	8,00	16,00
Kontorplass, 4 plasser	2	24,00	48,00
77 Poliklinikk - støtte/medisinsk service	**15**		**201,00**
10 Tannhelse	**4**		**51,00**
Røntgen, tannlege	1	5,00	5,00
Undersøkelse, tannlege	1	16,00	16,00
Undersøkelse, tannlege	1	20,00	20,00
Venterom, tannlege	1	10,00	10,00
20 Prestetjeneste	**2**		**16,00**
Kontorplass, Kontorplass	2	8,00	16,00
30 Fysioterapi	**7**		**76,00**
Behandling, Fysioterapi	1	20,00	20,00
Behandling, Fysioterapi	1	16,00	16,00
Kontorplass	5	8,00	40,00
40 Ernæring	**1**		**8,00**
Kontorplass	1	8,00	8,00
60 Lab prøvetaking analyse	**1**		**50,00**
Laboratorium, prøvetaking analyse	1	50,00	50,00

Tabell 14 Romoversikt poliklinikkområde

5.3. Total oversikt areal funksjonsområder

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

Funksjon	Beskrivelse	NTA m²
Akuttmottak	Sluse, undersøkelsesrom, vaktrom, venteplass, pårørenderom og samtale	194
Døgn	Standard døgnenheter 12 stk	5 532
	Personal/støtte standard døgnenheter	1 902
Sikkerhetspsykiatri	Døgnområder sikkerhet regionalt og lokalt nivå inkl. personal/støtte	1 547
	Behandlerkontorer	98
	Aktivitet (gymsal og treningsrom). Det er i tillegg 4 aktivitetsrom i døgnområdene	268
	Treningsleiligheter	142
Inngangsområder	Vestibyleområde, ekspedisjon og ventesoner.	170
Senter personell	Kontorområde for stab og behandlere døgnenheter	610
Aktivitetssenter: Pasientrettet arealer for ulike typer aktivitet, trening og sosialisering.	Fysisk aktivitet (gymsal og treningsrom)	425
	Kantine inkl. servering og WC besøkende	213
	Bibliotek	50
	Seremonirom, yoga/meditasjon, kunst/utrykk	90
	SMI skole, treningskjøkken, kulturavdeling, lager	278
	Pårørenderom	40
Poliklinikkområde: Ivaretar kapasitet i henhold til 43 poliklinikkrom.	3 poliklinikksoner (1 skjermet), digital poliklinikk, somatisk poliklinikk og testrom	751
	Felles støtte, møterom, dokumentasjon/kontor	411
	Studentpoliklinikk	128
	Støttefunksjoner til poliklinikk: Tannhelse, fysioterapi, ernæring, lab prøvetaking, prestetjeneste	201
Undervisningssenter	Felles undervisningsrom for døgnområdene, poliklinikkområde og FFU.	420
FFU Fag forskning utdanning	Fagutvikling, Forskning/UiT, Simuleringssenter og SIFER.	689
Støttefunksjoner	Varemottak, vaskeri, miljøstasjon, mottakskjøkken, renhold service, teknisk personell, lager/garderober	1 269
Nettoareal		**15 428**
Bruttoareal (B/N-faktor 2,0)		**30 856**

Tabell 15 Total oversikt funksjonsareal

Steg 2 skisseprosjekt

Følgende bearbeiding er skjedd i løpet av Steg 2 skisseprosjekt:

- Rom er klassifisert i henhold til Klassifikasjonssystemet for helsebygg[25].
- Rom er tilknyttet standardromkatalog[26] (utviklet av Sykehusbygg).
- Robusthetsplan[27] med robusthetsmatrise og robusthetssoner er utarbeidet
- RFP romfunksjon beskrivelser vil bli utarbeidet og krav settes.

Fram mot forprosjekt vil utstyr tilhørende rom bli bearbeidet og sosial densitet vil bli beregnet for døgnområdene.

I forprosjekt vil arkitektens modell bli synkronisert med dRofus database og være 1-1 i henhold til BIM manual[28].

6. VEDLEGG

1. Rapport "Framskrevet aktivitet og kapasitetsberegninger PHV og TSB UNN Tromsø"
2. Delprogram Teknikk
3. Delprogram Utstyr
4. Delprogram Overordnet IKT konsept
5. Funksjonsbeskrivelser for PHRK (tilleggstekst)
6. Miljøprogram/MOP

[25] www.klassifikasjonssystemet.no

[26] https://sykehusbygg.no/kunnskapsdeling/verktoy

[27] PHR-0000-Z-AA-0006 PHR Spesielle funksjonskrav for psykiatribygg med robusthetsmatrise

[28] PHR-0000-Z-AA-0004 PHR Prosjektspesifikk BIM-manual