



MØTEINNKALLING

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Dato: 22. mars 2022 kl 14.00
23. mars 2022 kl 08.30

Sted: Tromsø, Linken kurs- og konferansesenter



MØTEINNKALLING

UTVALG:	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
MØTESTED:	Tromsø, Linken kurs- og konferansesenter
DATO:	22.03.2022 kl. 14.00-18.00 23.03.2022 kl. 08.30-15.30

Forfall meldes til Administrasjonen, telefon 776 69122/776 27654 eller Hilde.Anne.Johannessen@unn.no

Vararepresentanter møter kun ved særskilt innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Representerer
Roald Linaker	Leder	
Helga Marie Bjerke	Nestleder	
Eirik Kjus Aahlin	Medlem	
Sverre Håkon Evju	Medlem	
Anne Sissel Faugstad	Medlem	
Erik Arne Hansen	Medlem	
Marianne Starup	Medlem	
Grete Kristoffersen	Medlem	
Jan Eivind Pettersen	Medlem	
Monica Fyhn Sørensen	Medlem	
Kirsti Baardsen	Observatør	Leder Brukerutvalget



ST 22-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Saksnr.	Innhold
ST 22-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 23-2022	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 24.02.2022
ST 24-2022	Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø. Beslutning om plassering
ST 25-2022	Årsregnskap 2021 med styrets beretning
ST 26-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2022
ST 27-2022	Konseptrapport for Nyfødt intensiv ved UNN Tromsø, 2. gangs behandling
ST 28-2022	Salg Narvik sykehus
ST 29-2022	Årlig melding 2021
ST 30-2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i>2. Kvalitet og pasientsikkerhet - pasienthistorie – <i>mundlig</i>3. Salg av Åsgårdmarka – oppsummering – <i>skriftlig</i>4. Status handlingsplan for informasjonssikkerhet 2022 – <i>skriftlig (unntatt offentlighet)</i>
ST 31-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Årsrapport Ungdomsrådet UNN 20212. Årsrapport Brukerutvalget UNN 20213. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 01.03.20224. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 07.03.20225. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 07.03.20226. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 09.03.20227. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 10.03.20228. Referat fra møte II i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 10.03.20229. Protokoll fra drøftingsmøte III med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 16.03.2022
ST 32-2022	Eventuelt

Roald Linaker (s.)
styreleder

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Styresak:	23/2022
Møtedato:	22.03.2022
Arkivsak:	2022/32-2
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 24.02.2022

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 24.02.2022.

Tromsø, 11.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Møteprotokoll fra styremøte UNN 24.02.2022



MØTEPROTOKOLL

Møtetype:	Styremøte ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Møtedato:	24.02.2022 - kl. 10.15- 14.50
Møtested:	Tromsø, Linken kurs- og konferansesenter og digital deltakelse

Tilstede

Roald Linaker	styreleder	
Helga Marie Bjerke	styrets nestleder	
Eirik Kjus Aahlin	styremedlem	
Sverre Håkon Evju	styremedlem	<i>Digital deltakelse</i>
Anne Sissel Faugstad	styremedlem	<i>Digital deltakelse</i>
Erik Arne Hansen	styremedlem	
Grete Kristoffersen	styremedlem	
Marianne Starup	styremedlem	
Jan Eivind Pettersen	styremedlem	
Monica Fyhn Sørensen	styremedlem	
Kirsti Baardsen	observatør	Brukerutvalget

Fra administrasjonen

Anita Schumacher	administrerende direktør
Ingrid Lernes Mathiassen	administrasjonssjef (<i>styrets sekretær</i>)
Einar Bugge	kst. viseadministrerende direktør/ forsknings- og utdanningssjef
Elin Gullhav	kst. viseadministrerende direktør
Lars Øverås	økonomisjef
Kristian Bartnes	klinikkssjef, Hjerte og lungeklinikken
Fredrik Sund	kst. klinikkssjef Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken
Eirik Stellander	klinikkssjef Psykisk helse- og rusklinikken
Marianne Nordhov	kst. klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken
Kate Myräng	klinikkssjef Diagnostisk klinikk
Grethe Andersen	senterleder Drifts- og eiendomssenteret
Bjørn Yngvar Nordvåg	klinikkssjef Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken
Gøril Bertheussen	personal- og organisasjonssjef
Snorre Manskow Sollid	fungerende klinikkssjef Operasjon- og intensivklinikken
David Johansen	klinikkssjef Medisinsk klinikk
Hilde Annie P. Kvalvik	kommunikasjonssjef
Jon Mathisen	klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk
Kristian Bartnes	klinikkssjef Hjerte- og lungeavdelingen

Ved styremøtets start orienterte styreleder om følgende:

ST 18-2022 Orienteringssak 3 - Forskning i UNN legges frem først i møtet

ST 18-2022 Orienteringssak 4 - Økonomisk status og budsjett 2022 behandles rekkefølgemessig etter ST 13-2022

ST 21-2022 Oppdragsdokument 2022 behandles rekkefølgemessig etter ST 17-2022

ST 10-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

ST 10-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
ST 11-2022	Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 26.01.2022
ST 12-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2021
ST 13-2022	Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2022 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
ST 14-2022	Investering ny CT maskin
ST 15-2022	Tertialrapport 3, 2021 for byggeprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF
ST 16-2022	Handlingsplan 2022 for oppfølging av overordnet strategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021-2025 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
ST 17-2022	Justerte hovedindikatorer 2022
ST 18-2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – <i>mundlig</i>2. Klinikkpresentasjon – Operasjons- og intensivklinikken - <i>mundlig</i>3. Forskning i UNN – presentasjon av klinisk forskningsprosjekt – <i>mundlig</i>4. Økonomisk status og budsjett 2022 – <i>mundlig og skriftlig</i> <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>
ST 19-2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 25.01.20222. Referat fra møte i Ungdomsrådet, datert 31.01.20223. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 07.02.20224. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 07.02.20225. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 09.02.20226. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 16.02.2022. <i>Protokollen var ettersendt.</i>
ST 20-2022	Eventuelt <i>Styremedlem Sverre Håkon Evju fremmet sak - orientering om konferanse.</i>
ST 21-2022	Oppdragsdokument 2022 <i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>

Roald Linaker (s.)
styreleder

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som fremkom under behandling av saken.

ST 11-2022 Godkjenning av møteprotokoll til styremøte 26.01.2022

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 26.01.2022.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner møteprotokoll fra styremøte 26.01.2022.

ST 12-2022 Kvalitets- og virksomhetsrapport desember 2021

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2021* til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for desember 2021* til orientering.

ST 13-2022 Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2022

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for januar 2022* til orientering.

Styreleder la frem forslag til vedtakspunkt 2:

Styret viser til direktørens orientering og fremlagte handlingsplan for å møte de økonomiske utfordringene. Styret ber om status og orienteringer i de kommende styremøter om fremdriften i dette arbeidet.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapport for januar 2022* til orientering.
2. Styret viser til direktørens orientering og fremlagte handlingsplan for å møte de økonomiske utfordringene. Styret ber om status og orienteringer i de kommende styremøter om fremdriften i dette arbeidet.

ST 14-2022 Investering ny CT maskin

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner investering av ny CT maskin til 19 mill. kroner.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner investering av ny CT maskin til 19 mill. kroner.

ST 15-2022 Tertialrapport 3, 2021 for byggeprosjekter ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2021 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar tertialrapporten pr. 31.12.2021 om byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF til orientering.

ST 16-2022 Handlingsplan 2022 for oppfølging av Overordnet strategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021-2025

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar handlingsplanen for 2022 for oppfølging av foretakets strategi til orientering.
2. Styret ber om å få kortfattet status på oppfølging av handlingsplanen sammen med status på oppfølging av dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør etter første halvår 2022.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar handlingsplanen for 2022 for oppfølging av foretakets strategi til orientering.
2. Styret ber om å få kortfattet status på oppfølging av handlingsplanen sammen med status på oppfølging av dialogavtalen mellom styret og administrerende direktør etter første halvår 2022.

ST 17-2022 Justerte hovedindikatorer 2022

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for 2022:

- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende somatikk
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse voksne
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse barn og unge
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende TSB
- Andel aktive fristbrudd (venteliste nyhenviste)
- Andel kontakter avviklet innen fastsatt tid (interne ventelister)
- Andel operasjoner som strykes etter kl. 14.00 dagen før operasjon
- Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste seks månedene
- Sykefravær
- Månedsværk
- Innleie
- Antall henvisninger til stormottakersatsningen
- Andel kreftpakkeforløp oppstart innen anbefalt frist

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende hovedindikatorer for 2022:

- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende somatikk
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse voksne
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende psykisk helse barn og unge
- Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende TSB
- Andel aktive fristbrudd (venteliste nyhenviste)
- Andel kontakter avviklet innen fastsatt tid (interne ventelister)
- Andel operasjoner som strykes etter kl. 14.00 dagen før operasjon
- Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste seks månedene
- Sykefravær
- Månedsværk
- Innleie
- Antall henvisninger til stormottakersatsningen
- Andel kreftpakkeforløp oppstart innen anbefalt frist

ST 18-2022 Orienteringssaker

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
Administrerende direktør informerte om følgende:
 - Prosessen vedrørende plassering av bygg Psykisk helse og rusbehandling
2. Klinikkpresentasjon – Operasjons- og intensivklinikken - *mundlig*
3. Forskning i UNN – presentasjon av klinisk forskningsprosjekt – *mundlig*
Saken ble presentert som første sak i styremøtet.
4. Økonomisk status og budsjett 2022 - *mundlig og skriftlig*
Saksdokumentene var ettersendt. Saken ble behandlet rekkefølgemessig etter ST 13-2022.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar fremlagte saker til orientering.

ST 19-2022 Referatsaker

Innstilling til vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering.

1. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 25.01.2022
2. Referat fra møte i Ungdomsrådet, datert 31.01.2022
3. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 07.02.2022
4. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 07.02.2022
5. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 09.02.2022
6. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 16.02.2022.
Protokollen var ettersendt.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering.

ST 20-2022 Eventuelt

Helsekonferansen Fremtidens Helsetjeneste v. 3.0

Styremedlem Sverre Håkon Evju informerte om at Helsekonferansen Fremtidens Helsetjeneste v. 3.0 arrangeres i Narvik. Konferansen arrangeres i samarbeid med UNN, UIT, Helse Nord og Narvik kommune og blir fysisk i Narvik 26. og 27. september 2022. Temaene er: Innovasjon, samhandling og beredskap.

ST 21-2022 Oppdragsdokument 2022

Saksdokumentene var ettersendt.

Saken ble behandlet rekkefølgemessig etter ST 17-2022.

Innstilling til vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF* til etterretning.
2. Styret gir administrerende direktør ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.

Enstemmig vedtatt.

Styrets vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til Universitetssykehuset Nord-Norge HF* til etterretning.
2. Styret gir administrerende direktør ansvar for å følge opp helseforetakets gjennomføring av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet.

Tromsø, 24.02.2022

Roald Linaker
styreleder

Helga Marie Bjerke
nestleder

Anne Sissel Faugstad

Erik Arne Hansen

Grete Kristoffersen

Jan Eivind Pettersen

Marianne Starup

Eirik Kjus Aahlin

Sverre Håkon Evju

Monica Fyhn Sørensen



STYRESAK

Styresak:	24/2022
Møtedato:	22.03.2022
Arkivsak:	2020/10153-11
Saksbehandler:	Tor-Arne Hanssen

Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø. Beslutning om plassering

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar alternativ Åsgård som hovedalternativ for steg 2 i konseptfasen for prosjektet Nybygg psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø.
2. Styret ber om at det utarbeides skisseprosjekt og investeringsgrunnlag for vedtatt alternativ som legges fram som konseptrapport for styret høsten 2022 sammen med ekstern kvalitetssikringsrapport av konseptfasen (KSK).
3. Styret ber om at det i videre prosess utarbeides areal- og kostnadseffektive bygningsløsninger.
4. Styret ber organisasjonsprosjektet legge fram en delrapport som viser hvordan Psykisk helse- og rusklinikken innenfor gjeldende økonomiske rammer tenker å utvikle sitt helhetlige tilbud, inkludert hvordan tjenesteutvikling og samhandling kan bedre somatisk helse til klinikkens forskjellige pasientgrupper.
5. Styret oversender sin innstilling til plassering for videre behandling og endelig beslutning i Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) behandlet i styremøte den 19.05.2021 styresak 46/2021 Plassering av bygg Psykisk helse- og rusbehandling og gjorde følgende vedtak:

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF slutter seg til prosjektets innstilling for plassering av framtidig bygg for psykisk helse- og rusbehandling, og vedtar at alternativ B, nybygg Breivika tas videre til steg 2 i konseptfasen, utdyping av hovedalternativ. Det er en forutsetning for styrets vedtak at en i dette alternativet finner egnet tomt til sikkerhetspsykiatri.
2. Styret vektlegger viktigheten av å få et kvalitativt godt tilbud innen kjernevirksomheten psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Styret vektlegger viktigheten av å få forbedret samhandlingen og pasientforløpene mellom psykisk helse-, rusbehandling og somatiske tjenester. Styret ber om at prosjektet jobber frem kompensierende tiltak for håndtering av de usikkerheter som er beskrevet i saken.
3. Styret ber om at endelig konseptfaserapport legges fram for styrebehandling senest november 2021.
4. Styret oversender sin innstilling til plassering for videre behandling og endelig beslutning i Helse Nord RHF.

Styret i Helse Nord RHF (Helse Nord) behandlet på møte 30.06.2021 styresak 91-2021 *Arealer til psykisk helse og rusbehandling – konseptfase og valg av tomt, Universitetssykehuset Nord-Norge – Tromsø*. Slikt vedtak ble fattet gjennom behandlingen av saken:

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

Helse Nord ba gjennom brev datert 01.07.2021 UNN om å følge opp vedtakspunktene 2, 3, 4, 6 og 7. Gjennom brev fra Helse Nord datert 10.12.2021 ble det gitt en avklaring i forhold til oppfølgingen av vedtaks punkt 5.

Styret ved UNN er gjennom sak nr. 72/2021, i styremøte 15.09.2021, orientert om plan for oppfølging av Helse Nord styresak nr. 91-2021. Videre er styret i styremøte 13.10.2021 orientert om fremdrifts- og milepælsplan gjennom sak nr. 80/2021.

Formål

Denne saken presenterer videre utredninger som styret i Helse Nord har bedt om. Utredningen er presentert som et vedlegg til konseptrapporten som belyser de forhold som er etterspurt. Saken inviterer styret i UNN å vedta plassering av nybygg for psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø.

Saksutredning

Prosess

For å sikre riktig fokus i prosessen fram til denne styresaken har det vært gjort avklaringer med administrasjonen i Helse Nord omkring nivå på utredning og ansvarsdeling i forhold til styrevedtaket. Helse Nord har skriftlig svart ut vedtakspunkt 5 (ref.2021/1881-1/330) og anbefaler at UNN legger til grunn dagens kapasiteter av regionale funksjoner. Det har vært vektlagt å ha en felles forståelse av hva et delt alternativ innebærer, og samme notat fra Helse Nord bekrefter at UNN og Helse Nord har felles forståelse av hvilket delt alternativ som legges til grunn for utredningen.

For å sikre at faglige vurderinger kommer tydelig fram i prosessen har det vært gjennomført en omfattende prosess med bred deltakelse fra Psykisk helse- og rusklinikken. Dette i form av en overordnet medvirkningsgruppe bestående av fagpersoner, ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten, erfaringskonsulent, bruker- og pårørenderepresentanter, representanter fra somatiske klinikker og representanter fra Universitetet i Tromsø. Overordnet medvirkningsgruppe har gjennom sitt arbeid foretatt en likeverdig faglig vurdering av de aktuelle virksomhetsalternativene.

Parallelt har det blant annet vært gjennomført arbeid med hensyn til avklaring av tomt for sikkerhetspsykiatri i Breivika-alternativet og ROS-analyser som omfatter usikkerheter som eies av eksterne, og som kan påvirke løsningsforslagene med hensyn til tid, kostnad og prosess for de ulike tomtealternativene.

Prosjektet er følgeevaluert med tanke på utarbeidelse av rapport *Kvalitetssikring av konseptfase* (KSK) som er et nødvendig vedlegg til lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet. Foreløpig vurdering fra KSK-arbeidet er at arbeidet med dette prosjektet er godt gjennomført og har et noe høyere detaljeringsnivå enn vanlig for tilsvarende beslutningsnivå.

Hvilke alternativer er utredet?

I denne fasen av prosjektet er det utredet og videre bearbeidet 3 alternativer. Alle 3 alternativer forutsetter at pasientbehandling skal legges til nybygg og at eventuelle renoverte bygg benyttes til merkantile funksjoner.

Åsgård-alternativet er uendret fra styrebehandlingen våren 2021, men er bearbeidet med hensyn til usikkerheter og gjennomføring. Alternativet består av delvis nybygg og delvis rehabilitering av vernet og fredet bygningsmasse.

Breivika-alternativet er korrigert i forhold til aktuell lokalisering av sikkerhetspsykiatri på tomt 1 km nord av hovedbygget. Det er utført betydelig videreutvikling av bygningsutforming. All bygningsmasse består av nybygg. Det er inngått intensjonsavtale med Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske universitet (UiT) om kjøp tomt til sikkerhetspsykiatri. Foretaket har sammen med arkitekter fra Asplan Viak vurdert mulighetsrommet for utvidelser av somatisk virksomhet hvis psykisk helse- og rusbehandling flyttes til Breivika. De mest hensiktsmessige arealene for utvidelse ligger på parkering rett nord for eksisterende sykehus, og kan totalt gi rom for om lag 100.000m² bygningsareal. Dette er nær en dobling av eksisterende areal i Breivika, og oppfattes som en solid utviklingsreserve hvis den forvaltes på en rasjonell måte.

Et delt alternativ er fullstendig omarbeidet fra tidligere behandling, og er delt opp med fag og forskning, akutt psykiatri, alderspsykiatri, og rusbehandling i Breivika. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon, intermedier post og DPS er lokalisert på Åsgård. Bygningsmassen i Breivika består av nybygg og bygningsmassen på Åsgård består i hovedsak av nybygg.

Arkitektløsning

Bygningsmessige løsninger er vurdert i forhold til ett sett med kriterier og kvaliteter.

Omgivelser og tomt	Tomtens karakter, størrelse og omgivelser definerer muligheter og begrensninger for utforming av bygg og arealer for virksomheten.
Utsikt til natur	Løftet som et prioritert krav i hovedprogrammet; utsikt til natur har vist seg ha en stressreducerende effekt. Stressreduksjon er en viktig faktor for psykiatrisk behandling.
Utearealer	Enkel tilgang til uteområder er et prioritert krav i hovedprogrammet, og en rettighet nedfelt i psykisk helsevernloven. Aktiviteter i natur og uteområder er en viktig del av behandlingstilbudet.
Innsynsproblematikk	Virksomheten er spesielt sensitiv, og pasientenes integritet skal vektlegges i psykisk helsevern. Diskresjon og skjerming er spesielt viktig i pasientområder.
Støyforhold	Deler av pasientgruppen har økt sensibilitet mot sanseintrykk. Både Åsgård og Breivika er støyutsatt fra hhv fly og helikopter, noe som må vies aktsomhet i planleggingen.
Dagslysforhold	Dagslys er essensiell faktor for velvære, døgnrytme og søvn, dagslysets betydning er sterkt vektlagt i moderne psykiatrisk behandling. Dagslyskrav er definert i teknisk forskrift. Soldiagrammer vil vise dagslysforhold på tomtene.
Døgnenheter /pasientområder	Pasientområdene er kjernen av virksomheten og kvalitet i utforming er essensiell for effektiv drift, pasientens tilfriskning og autonomi. Dette omfatter tilrettelagte romforløp og planløsninger, romlig dimensjonering, differensierte muligheter som gir mestring for pasienten og gode arbeidsforhold for personalet.

Senterfunksjon	Det er programmert inn senterfunksjon for poliklinikker, aktivitetsarealer og fellesfunksjoner som skal være tilgjengelig og fungere fra både fra utsiden og innsiden.
Nærhet og flyt	Effektive arbeidssløyfer, kollegastøtte mellom enheter, flyt fra mottak og videre ut til døgnenheter er viktig. Funksjonsdiagrammer viser fordeling og plassering av funksjoner.
Generalitet og fleksibilitet, utvidelse	Robusthet til å ta opp i seg endringer og senere utvidelser er en vektlagt faktor i hovedprogrammet ref. fleksibilitet og generalitet.
Byggetrinn, gjennomføring	Prosjektgjennomføring vil være utfordrende i alle alternativer, forhold rundt byggetrinn og gjennomføring er belyst.
Kultur og miljø	I varetakelse av verdier knyttet til sosial, kulturell, miljømessig bærekraft.

På generell basis kan en oppsummere at Åsgårdtomten og tomt for sikkerhetspsykiatri i Breivika ivaretar arealer og utvendige faktorer, mens hovedtomten i Breivika må inngå kompromisser for å løse utvendige krav. Innholdsmessig er alternativene likeverdige i forhold til å ivareta pasientene, mens avstand mellom sikkerhetspsykiatri og øvrig virksomhet i Breivika, og det delte alternativet utfordrer faglig samarbeid og driftslogistikk. Alle 3 alternativene innebærer at hovedprogrammet for virksomheten løses. I alle løsningene er det lagt vekt på å få flest mulig sengeposter med direkte utgang til bakkenivå. Dette er løst noe forskjellig, men hovedsakelig er alle tre alternativene lave bygg for pasientvirksomhet med merkantile funksjoner, forskning og poliklinikker samlet i høyere bygningskropper. I Breivika alternativet er det lagt inn takterrasser som uteområde for noen sengeposter. Innen i byggene er hovedlogistikk og løsninger lik i alternativene. Det som skiller alternativene i utforming er omgivelser og uteområder. Det er hovedsakelig delt i 3 typer uteområder:

- Skjermede og begrenset område, eksempelvis atrier
- Nærområde med skjerming mot omgivelser, eksempelvis naturlig friområde umiddelbart på bygg
- Øvrige natur og rekreasjonsområder

Alle 3 alternativene legger til rette for skjermet og begrenset område i atrier. Åsgård- og delt alternativ nyttiggjør seg et større grøntareal på Åsgårdtomten. Dette gir et anlegg som har mulighet til å tilby skjermet uteområde for pasienter og pårørende. Det er rimelig å tro at området er under press fra bolig og annen virksomhet som vil bli etablert omkring Åsgård som følge av eiendomssalg.

Alle 3 alternativene vil ha tilgang til annen natur og rekreasjonsområder. Vernet «Bymark» område ligger tilgjengelig med om lag lik avstand til begge tomtealternativer. Nær Åsgård ligger Langnes med urbant kjøpesenterområde og bussterminal. Nær Breivika ligger store idrettsanlegg med mulighet for variert rekreasjon og umiddelbar nærhet til bussholdeplass. Utvikling av Tromsø by har over lengre tid ventet på veiutbygging og infrastruktur som skal dekke behovet. Utviklingen av dette har størst usikkerhet på vestsiden av Tromsøya der det planlegges ny forbindelse til Kvaløya og skal startes arbeid med ny tverrgående forbindelse mellom øst og vestsiden av øya gjennom tunnel.

Hovedarkitekt fra Ratio arkitekter oppsummerer slik:

Brevika alternativet

Tomtens beskaffenhet, størrelse og omgivelser, fordrer et bygningsmessig grep som i stor grad handler om å skjerme seg fra omgivelsene. Krav om utsikt og døgnenheter på bakkeplan i lave bygg er ikke forenlige størrelser. Pasientområdene i Brevika får begrenset grad av utsikt til natur og liten tilgang til større skjermede utearealer utover atriumshager der pasienter kan oppholde seg fritt. Lysløype og store turområder med flere vann ligger i nærheten. Høy bygningsmasse mot øst skjermer pasientområder mot aktivitet og støy fra sykehusets forplass. Forhager er nødvendig for å hindre innsyn og begrense tilgang utenfra. Disse bygningsmessige grepene gjør at løsningen i Brevika i stor grad fremstår som et introvert anlegg. I konseptforslaget på tomten i Brevika oppfylles byggeprogrammets rent funksjonelle krav, men tomtens karakter gjør det svært utfordrende å oppfylle generelle og spesifikke kvalitetskrav knyttet til ro, utsikt og gode lysforhold samt ivaretagelse av krav om tilgang til skjermede uteområder av en viss størrelse. Tomten har utvidelsesmulighet i høyden, og det er muligheter på andre arealer i UNNs eie i Brevika f.eks. Habiliteringstomten ved BUPA.

For Sikkerhetsbygget S1:

Tomten og omgivelsene oppfyller isolert sett kravene satt til de sikkerhetspsykiatriske enheter og det vil være gode muligheter for å lage kvalitetsmessig gode arealer for pasientene på området S1 så lenge det blir satt av nok areal til skjerming.

Åsgård alternativet

På Åsgård tomten er bygningskonseptet i all hovedsak en tilpasning av nybygg inn i den eksisterende struktur av Åsgård anlegget av i dag. Dette gjør det i større grad enklere å legge ut byggeprogrammet på Åsgård tomten. Pasientområdene legges mot vest, noe som ivaretar lys og utsikt og skjermes mot øst med høyere nybygg eller bevart eksisterende bygningsmasse. Åsgård tomtens størrelse og omgivelser gir stor grad av mulighet for å ivareta kvaliteter som ro, utsikt og gode lysforhold. Den åpner også for mulighet til direkte tilgang til større skjermede/kontrollerte uteområder for pasient. Eksisterende naturområde mot vest vil også kunne disponeres som friluftens areal ved et nybygg på eksisterende anlegg. Utfordringen i gjennomføring av byggeprosjektet på Åsgård er i større grad knyttet til samtidighet bygg/ drift, byggetrinn og rocade. Gjenbruk av eksisterende bygg er utfordrende, men gir også en kvalitet. Samsillet og integrering av de eksisterende kvaliteter i de vernede byggene vil gi anlegget en unik karakter og estetisk kvalitet.

Alternativ ÅB – delt løsning

Flere forhold og momenter som gjelder for Alternativ Å3 og Alternativ B3 vil gjelde for delt løsning ÅB. Også i B delt vil det i stor grad være nødvendig å skjerme seg fra omgivelsene. Krav om utsikt og døgnenheter på bakkeplan i lave bygg er ikke forenlige størrelser. Pasientområdene får begrenset grad av utsikt til natur. Forhager er nødvendig for å hindre innsyn og begrense tilgang utenfra. B delt vil i stor grad fremstå som et introvert anlegg. B delt oppfyller de rent funksjonelle krav isolert sett, men tomtens karakter gjør det svært utfordrende å oppfylle generelle og spesifikke kvalitetskrav knyttet til ro, utsikt og gode lysforhold. Tilgang til uteområder av en viss størrelse er mulig å etablere, men dette vil ha innsyn fra nabotomt (LHL-boliger). Utvidelsespotensiale bedres noe på den aktuelle tomten ved at det kan bygges andre etasjer tilsvarende som i B3. I Å delt er ikke eksisterende bygg

utnyttet til programareal ihht premiss om at all klinisk virksomhet skal være i nybygg. Dette fremstår som en lite bærekraftig løsning. I Å delt vil salg av tomteareal i sør medføre usikkerhet knyttet til mulig bebyggelse tett på og evt. reduksjon av tilgjengelig friareal.

Tomt for sikkerhetspsykiatri i Breivika

Det er inngått intensjonsavtale med Universitetet i Tromsø om erverv av tomt til sikkerhetspsykiatri. Avtalen spesifiserer ikke arealstørrelser for erverv, dette må avklares i en eventuell kjøpsprosess. Tomten ligger 1 kilometer nord for UNN Breivika langs Hansine Hansens vei, og er relativt flat med noe myr. Det finnes kjente kvikkleireområder med lav risikograd i nærheten, men dette arealet er ikke spesifikt undersøkt.

Det foreligger en eldre reguleringsplan for området med regulering til offentlig formål. I Tromsø kommunes Kommuneplan for areal (KPA) ønsker kommunen også å benytte arealet til boligformål. Videre reguleringsprosess må avklare hvordan UNNs krav til best mulig skjermede omgivelser kan ivaretas med noe boligutvikling.

Tomten er vurdert som egnet av arkitekt, sikkerhetspsykiatrisk seksjon og klinikkledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken, - gitt at det av sikkerhets- og samfunnsvern hensyn og hensyn til diskresjon for pasientene avsettes tilstrekkelig areal til skjerming og buffersone mot området med eksisterende (og mulig framtidig) bebyggelse, samt areal til adkomst og parkering og framtidig utvidelse.

Psykiatrisk avdeling har gjort en samlet vurdering og har frarådet løsningen. Begrunnelsen for dette er at avstandene mellom de ulike delene av virksomheten i for stor grad splitter opp et fagmiljø hvor de ulike delene av miljøet er gjensidig avhengige av hverandre. Videre vil en splittelse gi behov for endrede vaktordninger, noe som vil kreve økte ressurser, både personellmessig og økonomisk.

Det foreligger forskjellige vurderinger omkring hva som er tilstrekkelig areal for sikkerhetspsykiatri. Byggeprosjektet mener at det ut fra prosjektnivået per nå ikke er mulig å si noe sikkert om arealbehovet for nytt bygg Sikkerhetspsykiatri i Breivika-alternativet, og at hva som faktisk vil være et tilstrekkelig areal må avklares gjennom videreutvikling av tomt og bygg for sikkerhetspsykiatrien.

Faglige vurderinger

For å svare ut Helse Nord-styrets ønske om konkretisering av faglige vurderinger, ble det etablert en overordnet medvirkningsgruppe som fikk i oppdrag å vurdere fordeler, ulemper og kompensierende tiltak ved de tre virksomhetsalternativene for nybygg. Overordnet medvirkningsgruppe har hatt en bred sammensetning som tidligere beskrevet. I tillegg har representanter fra brukerutvalget i UNN og byggeprosjektet møtt som observatører. Gruppen utredet de tre virksomhetsalternativene i 3 møter i perioden 19.10.2021 – 14.01.2022.

Arbeidet som har blitt gjort av overordnet medvirkningsgruppe viser at virksomhetsalternativene har forskjellige styrker og svakheter, og at det i valg av virksomhetsalternativ må gjøres en avveining mellom svært forskjellige kvaliteter. Rapporten

fra overordnet medvirkningsgruppe utformet av Sykehusbygg HF i samarbeid med organisasjonsutviklingsprosjektet (OU-prosjektet) gir følgende oppsummering av virksomhetsalternativene:

*I et områdeperspektiv er **Åsgård-alternativet** best egnet for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det gjelder vurdering av bydelsområdet som kjennetegnes av god avstand til øvrig bebyggelse og lav trafikk tetthet. Området har store arealer med natur utenom sykehusområdet. Tomten gir spillerom for gode bygg for psykisk helsevern med lite innsyn, god utsikt og mange muligheter for utgang til uteområder. Det er gode og varierte uteområder til bruk som virkemiddel i terapi og normalisering. Det er egnet areal til bygg og uteområder for sikkerhetspsykiatri, integrert med øvrig virksomhet. Det er vurdert som viktig for pasientforløp og ressursbruk innad i PHV/TSB at tjenestene i PHV/TSB holdes samlet. Området gir god mulighet for diskresjon, for pasientene som mottar tjenester i enhetene selv om sykehusområdet tradisjonelt er beheftet med stigmatiserende oppfatning om psykisk sykdom. Ulempen er avstand til somatikk og universitet, og andre helsetjenester i Breivika (kommunale tjenester, legevakt, og barne- og ungdomspsykiatrien). Denne ulempen kan for de fleste formål kompenseres med tilpasning av både PHV/TSB og somatiske tjenester.*

***Breivika-alternativets** fortrinn er nærhet til det somatiske sykehuset og universitet. Det er gangavstand mellom somatikk og PHV/TSB, og til UiT og andre tjenester i Breivika. Gangavstanden innebærer at det ikke er samme arbeidsflate for PHV/TSB og somatikk, og alt samarbeid må organiseres (planlegges, ressurssettes). Breivika-området vurderes å gi begrensinger for virksomheten i PHV/TSB. Tomtens beliggenhet og avgrensing gir begrensede muligheter for bygg med tilgang til gode uteområder. Uteområdene er begrenset i omfang og tilgjengelighet. Området er eksponert for innsyn pga. topografi og omkringliggende høye bygg. Eget bygg for PHV/TSB i relativt tettbefolket område reduserer mulighet for diskresjon for pasienter og pårørende. Områdebegrensning for bygg og uteområde i Breivika gjør i sum at ulemper i liten grad kan kompenseres. At sikkerhetspsykiatri er planlagt adskilt med kjøreavstand er vurdert som en forringelse av sikkerhet for personell og faglig samarbeid. Sikkerhetspsykiatri får heller ikke samme tilgjengelighet til somatikk.*

***I delt løsning** vil de respektive enhetene som er lokalisert til Breivika og Åsgård kunne utnytte fordelene med de to områdene. Kvalitetene identifisert i Åsgård-alternativet er de samme som for funksjonene foreslått lokalisert på Åsgård delt. De forholdene som er identifisert som kompenserende løsning for å sikre tilgang til tjenester mellom PHV/TSB og somatikk er som for det samlede Åsgård-alternativet. For tjenester foreslått lokalisert i Breivika delt er kvalitetene som i Breivika-alternativet. Fortrinnet er gangavstand mellom PHV/TSB, somatikk og UiT og andre tjenester i Breivika. Reduksjon av virksomheten i Breivika som følge av deling frigjør areal for uteområder, men vurderes til å ikke utgjøre en vesentlig forbedring av*

uteområder i tilknytning til bygget. Ulempene med tomten og uteområder er derfor de samme som i Breivika-alternativet. Det er vurdert som viktig for pasientforløp og ressursbruk innad i PHV/TSB at tjenestene i PHV/TSB holdes mest mulig samlet. Oppsplitting av PHV/TSB vurderes som en svekkelse av helhet og sammenheng i pasientforløpene. Oppdelt fagmiljø i PHV/TSB vurderes som en risiko for utvikling av sterkt, ressurseffektivt og rekrutterende fagmiljø.

Det ble i etterkant av siste møte i overordnet medvirkningsgruppe gjennomført en avstemming blant medlemmene i gruppen over de ulike virksomhetsalternativene. Resultatet er delt: 17 av medlemmene stemte for Åsgård-alternativet, 5 stemte for Breivika-alternativet og ingen stemte for delt løsning Breivika-Åsgård. Samtlige medlemmer avga stemme. De fleste medlemmene begrunnet sitt valg, men det framkom ingen nye faglige argumenter/vurderinger.

ROS analyser

ROS-analyser fra COWI A/S kan oppsummeres slik: Gjennom ROS-analysene er momenter klassifisert på en skala med K1 (neglisjerbart), K2 (Lav konsekvens, Moderat kostnad – tidstap måneder), K4 (alvorlig – betydelig kostnadskonsekvens) og K5 (svært alvorlig – utenfor tenkelig budsjettamme). For å oppnå tydelig prioritering mellom risikoer benyttes ikke verdien K3 (moderat konsekvens).

ROS-analysen av Breivika-alternativet viser tre K4-vurderinger (gammel reguleringsplan, krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning og trafikale forhold). ROS-analyse av tomt for sikkerhetspsykiatri i samme alternativ viser to K4-vurderinger (gammel reguleringsplan for området og krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning). For Åsgård-alternativet viser ROS-analysen ingen vurderinger over K2 (lav – moderat kostnadskonsekvens).

Formålet med ROS-analysen på dette tidspunkt er å avdekke forhold som må ha spesifikt fokus i kommende fase, slik at risiko reduseres og ivaretas i prosjektet.

ROS-analyser har ikke avdekket forhold som kan stoppe prosjektet på noen av alternativene. Regulering er et av momentene med størst konsekvensgrad. Kommunen har i møte med UNN signalisert at de deler ROS-analysens forståelse om noe mer komplekse forhold i Breivika. Kommunen ønsker uavhengig av lokalisasjon å kjøre prosess med detaljregulering og konsekvensutredning for valgt alternativ. Dette er tidskrevende prosesser som må starte umiddelbart etter vedtak om plassering.

Prosjektet har på bakgrunn av signalene fra kommunen vurdert at det er realistisk å redusere konsekvensgraden for Breivika til samme nivå som for Åsgård-alternativet. Trafikkbelastning i Breivika må løses uansett om nybygg PHR etableres i området, men et nybygg øker belastningen. De mulige økonomiske konsekvensene av usikkerhetene i alternativene er tatt med i investeringsrammen for de respektive alternativene.

Andre foretak

Sykehusbygg har utført en systematisk intervju-undersøkelse i 8 ulike helseforetak om hvilke forhold foretakene har vektlagt ved sine avgjørelser for plassering av nybygg for psykiatri- og rusbehandling.

Undersøkte sykehus er Nordlandssykehuset Rønvik, St. Olav, Tønsberg, Kristiansand, Haugesund, Akershus, Kalnes og Drammen.

Oversikten viser at prosjektene/foretakene i hovedsak har valgt å lokalisere psykisk helsevern i gangavstand til somatikk. Unntak er Rønvik som er lokalisert og planlegger nybygg 2,5 km fra somatikken. Kristiansand har valgt en lokalisering 500 m unna det somatiske sykehuset, noe som kan være i gangavstand, men som i noen tilfeller vil bety behov for transport i bil eller ambulanse.

Fem foretak (Rønvik, St Olav, Haugesund, Ahus og Drammen) har plassert TSB sammen med PHV. Drammen deler TSB ved at rusakutt og avrusing skal inn på Brakerøya, noe som begrunnes med nærhetsbehov mot somatikk. To TSB-enheter som tilbyr behandling opp til 3 måneder skal etableres et annet sted. I et par prosjekter hadde man tidlig i planleggingen diskusjon omkring å inkludere TSB, men besluttet å ikke gjøre dette. I andre tilfeller var TSB ikke en del av prosjektet. Dette gjelder for eksempel Kalnes.

Fem foretak (Rønvik, Kristiansand, Ahus, Kalnes og Drammen) har besluttet å lokalisere lokal sikkerhet (LSA) sammen med resten av PHV, mens to foretak (Ahus og Drammen) planlegger å lokalisere somatikk, PHV inkludert LSA, og TSB på samme område.

To foretak har valgt å lokalisere PHV på to ulike steder, det vil si delt løsning. St. Olav skal bygge senter for psykisk helse på Øya, i gangavstand til somatikk og TSB, mens de andre funksjonene er på Østmarka 5 km unna. Det andre foretaket er sykehuset i Vestfold/Tønsberg, hvor PHV er delt mellom Tønsberg og Granli 9 km utenfor Tønsberg.

Begrunnelsen for å velge beliggenhet nært somatikk ble knyttet til mulighetene til å få et mer sammenhengende pasientforløp og bedre samarbeid mellom psykisk helsevern/TSB og somatikk. Undersøkelsen konkluderer med at det er lagt vekt på liasontjenester fra psykiatri til somatikk for å dekke en stor etterspørsel av psykiske helsetjenester i somatikken. Det er i mindre grad laget løsninger for motsatt vei for somatiske tjenester. En systematisk evaluering av Kalnes sykehus har vist at samlokaliseringen har gjort det lettere å få somatisk tilsyn for pasienter innlagt for psykiatriske lidelser.

Hovedbegrunnelsen for valg av lokalisering av bygg for psykisk helsevern var nærhet til somatisk helsetjeneste. Alle prosjektene i undersøkelsen oppga nærhet til somatiske spesialisthelsetjenester som viktig i forbindelse med valg av lokalisering og tomt, selv om løsningene i ulik grad ivaretar dette. Alle sykehusforetak, med unntak av St. Olav med enkelte funksjoner på Østmarka, har valgt løsninger som er tettere enn avstanden mellom Åsgård og Breivika.

Ingen av de inkluderte prosjektene oppga nærhet til grøntområder eller tilgang til natur som den viktigste grunnen til valgt lokalisering. Å kunne tilby gode uteområder ble likevel oppgitt

som svært vesentlig, og et tema som man hadde brukt mye tid på å diskutere og arbeide for å få best mulig løsning på, gitt tomtens muligheter og begrensninger.

Investeringskostnad

Det er utført en ny beregning av investeringsestimater med noe høyere detaljnivå enn det som ble utarbeidet til forrige behandling. Metodikken som er valgt er bedre egnet til å spesifisere ulike risiko knyttet til alternativene. Estimaterne er ment som en pekepinn på forventet kostnad (P50-nivå uten gjennomført usikkerhetsanalyse) og er ikke godt nok gjennomarbeidet til å foreta en investeringsbeslutning. Kostnadsnivået baseres hovedsakelig på erfaringstall hentet fra andre psykiatriprosjekter i Norge, samt priser fra Norsk Prisbok. Kalkyle av kostnader vil først bli utført etter gjennomført skisseprosjekt i neste del av konseptfasen, og vil bli framlagt til B3-beslutning høsten 2022. B3-beslutningen innebærer godkjenning av konseptfase og skisseprosjekt for valgt alternativ, vedtak og investering og lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet.

For samtlige alternativer er det tatt utgangspunkt i en huskostnad (Kapittel 1-6 etter bygningsdelstabellen). Videre er kostnad til grunn og fundamentering trukket ut og beregnet for seg, basert på det man vet om grunnforholdene for de ulike lokasjonene. Rivekostnader for eksisterende bebyggelse er også tatt med. For hvert alternativ er det gjort et forsøk på luke ut de kostnadene som er prosjektspesifikke og grovestimerte dette for seg selv (rokadekostnader, kulverter, takhager, bekkeløp etc.). Det er lagt inn høyere usikkerhet på grunn av forventet økning av råvarepriser på betong, arbeidskraft, samt generell markedssituasjon. Det er også vurdert at markedssituasjonen i Nord-Norge vil påvirkes av et prosjekt av denne størrelsen. Dette kommer til uttrykk gjennom høyere usikkerhetsavsetning. I løpet av 2021 ble det også tatt i bruk en ny standard for miljø og klima i helseforetakene, dette er tatt inn i oppdaterte prisestimater. Usikkerheten i markedet vil kreve at prisvekst blir særskilt behandlet fram til B3-beslutningen og investeringskalkylen skal besluttes.

Endringene av investeringsestimater for Åsgård-alternativet er på ca. 4 % og skyldes i hovedtrekk kostnader som følge av forholdene beskrevet over. Investeringsestimater for Breivika-alternativet er økt med 700 mill. kroner fra steg 1-rapporten. Dette utgjør en økning på ca. 25 %. Endringen skyldes blant annet økt kostnad til parkeringskjeller som ikke var med i steg 1 (200 mill. kroner). I tillegg er det økte kostnader knyttet til grunnforhold. Dette skyldes både to lokasjoner med tilsvarende økt fotavtrykk, samt grunnforhold. For sikkerhets-psykiatri vil det være behov for å flytte en myr, mens i Breivika vurderes det at det kreves betydelig utsprenning av fjell for etablering av parkering. Det er også noe økt areal i Breivika-alternativet, som skyldes dublering av funksjoner på grunn av at sikkerhetspsykiatri blir plassert 1 km unna Breivika.

Oppsummering estimat investeringskostnad	Investerings- estimat UTEN parkeringskjeller	Investerings- estimat inkludert parkeringskjeller
Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg	2 864 921 301	2 864 921 301
Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet egen plassering)	3 211 471 054	3 423 982 127
Alternativ ÅB - delt løsning	3 388 716 406	3 601 227 479

Drift

Det er gjennomført oppdaterte vurderinger av driftsøkonomiske gevinster basert på de oppdaterte alternativene. Ved identifisering av gevinstmuligheter er det lagt spesielt fokus på å identifisere driftsøkonomiske effekter av de ulike alternativene. De oppdaterte vurderingene er gjennomført av Psykisk helse- og rusklinikken og Drifts- og eiendomssenteret. De driftsøkonomiske effektene er basert på avledede konsekvenser av det utarbeidede hovedprogram, samt foretakets effektmål for prosjektet. Analysene viser størst gevinstpotensial ved Breivika-alternativet, mens delt alternativ kommer betydelig dårligere ut enn de øvrige.

Estimat gevinstpotensiale	Åsgård	Breivika	Delt løsning
Estimerte gevinster klinisk personell	24 200 000	20 200 000	21 000 000
Estimerte effekter FDVU	18 563 872	23 607 048	17 696 672
Estimerte effekter FDVU areal	3 770 646	3 920 646	3 230 646
Sum netto gevinstestimat	46 534 518	47 727 694	41 927 318

Bærekraft

I alternativ Breivika og i det delte alternativet er det lagt inn salgsverdi fra hele eller deler av Åsgård. Det er knyttet usikkerhet til en eventuell salgsverdi på grunn av vernestatus på bygningsmassen. Det er gjort ulike verdivurderinger av anlegget, og Sykehusbygg har gjort en overordnet vurdering basert på erfaring fra tilsvarende prosjekt. Det er satt en potensiell salgsverdi for hele anlegget på 250 mill. kroner, og på 125 mill. kroner for deler av anlegget (Åsgård sør). Salgsinntekten er lagt inn 10 år etter ferdigstilling av prosjektet. Dette er basert på tidsplan for tilsvarende salgsprosesser i andre helseforetak. Bærekraftsanalysen viser at akkumulert over 25 år kommer Åsgård alternativet 50 mill. kroner bedre ut enn Breivika-alternativet.

For at akkumulert bærekraft for Breivika-alternativet skal bli likeverdig som Åsgård-alternativet må salgsinntekten for Åsgård-anlegget være 300 mill. kroner. Det mest optimistiske anslaget for salgsverdi ligger noe over 500 mill. kroner.

Alternativ	År	Sum renter og avdrag	Bærekraft / akkumulert bærekraft
Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg	1	148 975 908	-105 441 390
	25	3 036 816 579	-1 948 453 629
Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet egen plassering)	1	168 868 495	-121 140 801
	25	3 442 319 317	-1 999 126 967
Alternativ ÅB - delt løsning	1	176 213 253	-134 285 935
	25	3 592 039 390	-2 418 856 440

Parkering

Prosjektet har vurdert mulighet for etablering av parkering i kjeller under bygget i Breivika. Ved Åsgård er det ikke tatt høyde for kostnader til parkering. Parkeringskjeller i Breivika er kostnadsestimert til 212 mill. kroner. Prosjektet har forutsatt at bærekraften av prosjektet

skal være nøytral. Dette krever gjennomsnittlig inntekt per kalenderdag på 88 kroner per parkeringsplass.

UNN jobber med å utvikle en felles parkeringsstrategi for sine sykehus. Denne strategien vil legge føringer for vurdering av framtidige parkeringsbehov sett opp mot samfunnsmessige miljømål, investeringsløsninger ved nye behov og driftsmodeller. Det tas sikte på å legge dette fram for styrebehandling i løpet av 2022, før investeringsbeslutning for dette prosjektet skal vedtas.

Miljø

I 2021 ble det vedtatt *Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter*. Prosjektet har vedtatt eget miljøprogram der miljøledelse skal være en integrert del av prosjektledelsen.

Prosjektets miljøprogram inkluderer blant annet følgende hovedpunkter:

- Klimafotavtrykk skal være 40 % redusert i forhold til referanseprosjekt
- Energibehov i nybygg skal være 25 % under energikarakter klasse A
- Avfall i byggeperioden skal minimeres og ikke overstige 25 kg per kvadratmeter bygg
- Prosjektet skal legge til rette for ombruk av arealer, bygningselementer og inventar (sirkulær økonomi)
- Lokale kvaliteter skal ivaretas gjennom byggefasen og ulemper i byggefase skal minimeres
- Prosjektet skal sertifiseres i henhold til BREEAM NOR nivå Excellent

Klimagassvurderinger av alternativene har ikke avdekket store forskjeller, men har en svak favoritt i retning av Åsgård-alternativet svarende til 1 % per kvadratmeter og 6 % totalt. Et noe høyere totalareal i Breivika-alternativet og gjenbruk på Åsgård utgjør forskjellen mellom alternativene. Forskjellene er små i forhold til usikkerheter for beregningene. Dette gjør at Sykehusbyggs prosjektgruppe ikke tillegger dette vesentlig betydning.

Høringsuttalelser

Rapport fra overordnet medvirkningsgruppe, ROS-analyse fra COWI og framstilling/vurdering fra Ratio arkitekter AS ble utsendt på høring til eksterne interessenter 31.01.2022.

Rapporten *Steg 1 Nye arealer PHR, UNN HF konseptfase* fra Sykehusbygg, støyberegninger, sikringsrisikoanalyser, og rapporten *Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk* var ikke ferdigstilte og ble ikke sendt på høring.

Det er mottatt 10 høringsuttalelser fra 11 ulike høringsinstanser.

I sum viser høringsuttalelsene fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud, Tromsø kommune samt Troms og Finnmark fylkeskommuner, en klar preferanse for Åsgård som virksomhetsalternativ. Dette med bakgrunn i påpekte kvaliteter for området (gode og differensierte uteområder, muligheter for aktivitet, ivaretagelse av diskresjon og kultursensitivitet, samling av fagmiljøet, utvidelsesmuligheter, mindre gjennomføringsrisiko mv.). Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset tilkjenner ingen preferanser gjennom sine høringsuttalelser.

Ivaretagelse av somatisk helse hos pasienter med psykiske lidelser og rus

Det er god dokumentasjon for at pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller rusavhengighet har betydelig kortere levetid enn normalbefolkningen på grunn av koeksisterende somatisk sykdom. Dette forholdet har vært underliggende for at Helse- og omsorgsdepartementet i Nasjonal helse og sykehusplan har gitt føringer for samlokalisering med somatikk eller andre tiltak som kan utjevne denne skjevheten.

Prosjektet har forsøkt å finne tall på omfang av somatiske lidelser blant pasienter innlagt og behandlet på Åsgård. Dette har det vært vanskelig å framskaffe. Det har på samme måte ikke latt seg gjøre å framskaffe sikre tall på somatisk konsultasjoner. Når en verken kan si noe sikkert om underliggende behov eller status per i dag er det særdeles vanskelig å anslå hva som er riktig nivå på somatiske tjenester for gruppen. På generell basis vet man fra forskning at oversykkeligheten er høy, og at overdødeligheten gir sterke holdepunkter for at det i dagens situasjon foreligger underdiagnostikk og underbehandling, spesielt ved hjerte- og karsykdom. Det er imidlertid ikke opplagt hvor i sykdomsforløpet dette kan identifiseres og forbedres.

Mange av helseproblemene til pasientgruppen er kroniske livsstilsbetingende sykdommer. Noen av disse plagene forsterkes ved medikamentbivirkninger nødvendig for behandlingen av deres psykiske lidelser. Optimal behandling av den psykiske lidelsen og fysisk aktivitet reduserer behovet for antipsykotiske medikamenter og gir reduserte bivirkninger. God forebygging initiert av spesialisthelsetjenesten ved behandlingsoppstart, og oppfølging i regi av primærhelsetjenesten er essensiell for å unngå utvikling av sykdom. Behandling av etablert sykdom som hjerte- karlidelser og diabetes krever spesialistbehandling og oppfølging utenfor institusjon. Gode resultater fordrer samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, fastlege, kommunehelsetjenesten og bruk av oppsøkende helsetjeneste team (ACT- og FACT team). UNNs satsning på stormottakere kan også utvikle dette tilbudet. Teknologisk utvikling går i retning av større grad av tjenester levert hjem til pasientene. Dette har i svært liten grad vært utprøvd for denne pasientgruppen.

I dagens helsetjeneste er det et godt prinsipp at pasientene skal få mest mulig av sine tjenester dekket der pasienten befinner seg, og at tjenestene i større grad enn tidligere skal komme til pasienten. Ved tidligere byggeprosjekter i UNN har Brukerutvalget vært opptatt av å legge til rette rundt pasienten. Dette prinsippet krever planlegging og koordinering, men ivaretas enklest ved å samle pasientbehandlingen fysisk. Prinsippet er gjennomført fullt ut i planleggingen og pågående bygging av Nye UNN Narvik.

Ved etablering av nybygg for psykisk helse og rus i Breivika vil det sannsynligvis være enklere å koordinere tjenestene rundt pasientene og gi bedre somatisk tilbud for pasientene. Hurtig somatisk avklaring er viktig for uavklarte akutte tilstander, alderspsykiatriske pasienter og akutte ruspasienter. Hvordan UNN i fremtiden skal sørge for bedring av den somatiske helsen for disse pasientgruppene innenfor foretakets økonomiske rammer, må utredes nærmere og jobbes videre med i kommende faser av prosjektet.

Ivaretagelse av pasienter med rusproblematikk eller psykiske lidelser innlagt i somatikk

I de somatiske tjenestene i UNN Breivika er det beskrevet et udekket behov for hjelp, tilsyn og konsultasjoner omkring pasienter som blir lagt inn for somatisk sykdom med samtidig rus-

eller psykisk lidelse. Det er i prosjektet ikke fremskaffet datagrunnlag som tallfester behovet. Dette er ofte akutte innleggelser med uavklarte tilstander eller kreftsykdom som krever langvarig behandling. En spesielt utsatt gruppe er pasienter med selvmordsrisiko og suicidal adferd.

Spekteret dekker hele den somatiske tjenesten og behandlere i somatiske tjenester har utfordringer med å følge opp den psykiatriske lidelsen samtidig med avansert somatisk behandling. Kortere fysiske avstander mellom enhetene vil sannsynligvis bidra til å gjøre det enklere å få psykiatrisk bistand og tilsyn. Uavhengig av lokalisering av bygg for psykisk helse og rusbehandling må det videreutvikles bedre systemer for konsultasjon liaison tjenester (CL-team). Riktig omfang og organisering av dette må utarbeides i neste fase av prosjektet.

Samhandling mellom voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri

Grensesnitt mellom barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri kan være krevende med overføring av pasient til voksenpsykiatrien. Hovedsakelig er dette organisatoriske utfordringer som ikke er avstandsrelatert. Det er ikke utredet om tettere lokalisering mellom enhetene kan føre til nye samarbeidsflater som ikke finnes i dag.

Samhandling med kommunale helsetjenester

Gode og sammenhengende helsetjenester fra «hjem til hjem» er viktig for å ivareta pasientgruppene innenfor psykisk helse og rus. Psykisk helse- og rusklinikken har gode systemer og samarbeidsflater mot kommunene i opptaksområdet for å ivareta dette. Likevel finnes områder som kan utvikles opp mot kommunal legevakt og helsehus i Tromsø kommune. Vertskommunen utgjør nær halvparten av befolkningen i opptaksområdet for akuttenhetene i klinikken.

UNNs satsning på pasientsentrerte team er også et område som gjenstår å utvikle opp imot pasientgruppene. Hvorvidt lokalisering av nybygg er av betydning for utvikling av disse samarbeidsflatene er ikke vurdert.

Medvirkning

Denne fasen av prosjektet har hatt stor medvirkning, både av interne og eksterne parter. Overordnet medvirkningsgruppe har bestått av fagpersoner, ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten, erfaringskonsulent, bruker- og pårørenderepresentanter, representanter fra somatiske klinikker og representanter fra Universitetet i Tromsø. ROS analysene har hatt medvirkning fra byutvikling i Tromsø kommune, legevakt, politi, brann, veimyndigheter med flere. I tillegg har det vært gjennomført en bred høringsrunde.

Saken er forelagt arbeidsmiljøutvalget, brukernes arbeidsutvalg og ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne medvirknings og drøftingsmøter i uke 10. Referat og protokoller fra møtene presenteres til styret som referatsaker i styremøtet.

Vurdering

I denne saken legges det fram et stort materiale som belyser spørsmål omkring lokalisering av nybygg for psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø. Dette er en beslutning for fremtiden.

Demografiske trender og kjent sykdomsutvikling tilkjenner at helseforetakene kommer til å stå i et økende gap mellom behov og ressurser. Det vil bli færre tilgjengelige helsepersonell per pasient, og økonomiske ressurser vil ikke øke. Et kritisk spørsmål for styret å ta stilling til blir derfor hvordan UNN som helhet løser sine framtidige utfordringer på en ressurseffektiv måte som samtidig ivaretar dagens og framtidens pasienter og sikrer den best mulige pasientbehandling?

Et delt alternativ når ikke opp i sammenlikning med de øvrige alternativene. Det utnytter mulighetene for nærhet til somatikk for de pasientgruppene som har størst behov for avklaringer og gir gode uterom for pasienter som er innlagt lengre tid uten behov for somatiske avklaringer. Imidlertid kommer det svakest ut for investering, driftskostnad, miljø og faglige vurderinger slik at dette ikke kan anbefales.

I vurderingen mellom Breivika- og Åsgård-alternativet er det flere forhold som trekker i forskjellige retninger for beslutningen. Investeringskostnaden er fordelaktig i Åsgård-alternativet. Åsgård-alternativet er det eneste alternativet som beholder et samlet fagmiljø i Psykisk helse- og rusklinikken.

Driftskostnader er fordelaktig i Breivika-alternativet, og bærekraftsanalysen viser en hårfin margin for Åsgård gitt en forutsetning med en forsiktig anslått salgssum av for Åsgård. Et heldigere salg vil gi fordel Breivika. Miljøavtrykket i alternativene viser ingen sikker forskjell mellom Åsgård- eller Breivika-alternativet.

Samhandling med kommune, universitet og resterende spesialisthelsetjeneste trekker i fordel Breivika-alternativet, og viser i konseptrapporten steg 1 og tidligere styresak muligheter for bedre rekruttering og økt forskningsaktivitet.

Resultatet av en grundig fagprosess har vurdert alternativene og faller ned i fordel Åsgård der gruppen som har evaluert dette har gjort en votering med 17 stemmer for Åsgård og 5 stemmer for Breivika. Konklusjonen i rapporten støttes sterkt av brukere og pårørende som har deltatt i prosessen, samt brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og vernetjenesten i UNN som har kommentert i høringsuttalelser.

En egen rapport har innhentet vurderinger fra 8 andre foretak i Norge der alle har vurdert samlokalisering som viktigste parameter for deres lokalisering av bygg for psykisk helse- og rusbehandling.

Bygningsmessig er det tilgang til nære, skjermede og differensierte uteområder som er hovedskille mellom alternativene. Omgivelser i Breivika krever bygningsmessige grep for å skjerme virksomheten mot innsyn, og utsikt til - og tilgang til umiddelbar natur er begrenset i forhold til Åsgård. Innholdsmessig er byggene likeverdige. Plassering av sikkerhetspsykiatri 1 km unna resterende bygningsmasse i Breivika er omdiskutert der hovedargument mot plasseringen er av driftsmessig årsaker og ikke knyttet til pasientbehandling.

En tydelig brukerstemme gir støtte til Åsgård-alternativet og har vektlagt tilgang til rolige uteområder, utsikt og et helhetsbilde.

Klinikkledelsen i Psykisk helse- og rusklinikken har tatt et aktivt standpunkt på bakgrunn av de faglige vurderingene og støtter Åsgård-alternativet. Klinikkledelsen legger spesielt vekt på bruker- og pårørendesidens ønsker samt at Åsgård-alternativet har gode og skjermede uteområder som gir mulighet for å skape tilrettelagte og differensierte uteområder i umiddelbar nærhet til byggene, noe som kan bidra til økt aktivitet og redusert bruk av tvang i behandlingen av pasienter med psykisk sykdom og/eller ruslidelser.

Administrerende direktørs vurdering er at det er utredet 3 gode alternativer som hver for seg vil kunne gi god pasientbehandling. I vurderingen av alternativene kommer et delt alternativ svakest ut. Det vil gi foretaket størst økonomisk omstilling, samtidig med at pasientene og ansatte får størst ulemper.

I forholdet mellom Åsgård- og Breivika-alternativene har prosessen med videreutvikling av prosjektene ført til større klargjøring av forskjellene mellom alternativene, både styrker og svakheter. Hovedskillet mellom alternativene er fortsatt vurdering av verdi av samlokalisering mot en bedre egnet tomt. For 8 andre helseforetak i samme situasjon har samlokalisering veid tyngst. I vårt valg står majoriteten innen fagmiljøene psykisk helse- og rusbehandling sammen med brukerorganisasjoner og pårørende om å vektlegge fysiske forhold sterkere enn samlokalisering.

På bakgrunn av en vurdering av all informasjon som er innhentet gjennom en prosess på nær 2 år velger administrerende direktør å anbefale styret å gå inn for å legge nybygg for psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø til Åsgård-tomten. Det må i videre arbeider legges klare planer og gjennomføres tiltak for å forsterke innsatsen for somatisk helse for pasientgruppene og samarbeidet med somatiske klinikker i foretaket.

Tromsø, 11.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

Vedlegg 1 steg 1, svar Helse Nord_PHR UNN, 28.02.22

Vedlegg 1 til vedlegg1 til vedlegg ROS vurderinger tidlig fase

Vedlegg 2 til vedlegg 1 Støyberegninger

Vedlegg 3 til vedlegg 1 Sikringsrisikoanalyse tidlig fase

Vedlegg 4 til vedlegg 1 Konseptforslag arkitekt

Vedlegg 5 til vedlegg 1 Rapport Lokalisering av bygg for PHV_TSB og somatikk -

En undersøkelse blant 8 helseforetak

Vedlegg 6 til vedlegg 1 Rapport overordnet medvirkningsgruppe

Vedlegg 2 Klinikkledelsen ved PHRK vurdering av virksomhetsalternativene



Vedlegg

Steg 1

Nye areal PHR, UNN HF

Konseptfase

Oppfølging Vedtak 91-2021 Helse Nord RHF –

Alternativvurdering

Prosjekt:

Nye areal PHR, UNN HF

Vedlegg Steg 1 Konseptrapport

Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent
1.0	Til styringsgruppen 28.2.2022	28.2.2022	AS/RH/TF	RH	AS
Utarbeidet av: Sykehusbygg, v/Tor-Arne Hanssen UNN HF		Dokumentnummer: PHR-0000-Z-RA-0002		Antall sider: 77	

1	INNLEDNING	3
2	REVIDERTE LØSNINGSALTERNATIVER	4
2.1	ALTERNATIV BREIVIKA	6
2.2	ALTERNATIV ÅSGÅRD	13
2.3	ALTERNATIV DELT LØSNING, ÅB	18
3	TEKNISK OG ØKONOMISK UTREDNING AV TOMTER	23
3.1	ROS ANALYSER	23
3.2	STØYBEREGNINGER	24
3.3	AREALPLAN BREIVIKA	26
3.4	VERDIVURDERING ÅSGÅRD	32
3.5	INTENSJONSAVTALE KJØP AV TOMT S1/S4	34
4	HOVEDPROGRAM	35
4.1	OPPSUMMERING	35
4.2	ENDRINGER	38
4.3	MULIG AREALREDUKSJON	41
5	KLIMA OG MILJØ	42
5.1	MILJØPROGRAM	42
5.2	KLIMAGASSVURDERINGER	44
6	FAGLIGE VURDERINGER	46
6.1	FAGLIGE VURDERINGER FRA OVERORDNET MEDVIRKNINGSGRUPPE	46
6.2	ERFARINGSINNHENTING: «LOKALISERING AV BYGG FOR PHV/TSB OG SOMATIKK»	49
7	USIKKERHETER	56
7.1	USIKKERHETER SOM MÅ UTREDES NÆRMERE	59
7.2	MULIGHETER	60
8	ØKONOMISKE ANALYSER	63
8.1	PROSJEKTKOSTNAD - ESTIMERING AV ALTERNATIVER	63
8.2	DRIFTSØKONOMISKE VURDERINGER	66
8.3	BÆREKRAFTSANALYSER	66
9	OPPSUMMERING OG VURDERING	70
9.1	OPPSUMMERING	70
9.2	VURDERINGER	72
9.3	ET UNN PROSJEKT	73
10	VEDLEGG	75
11	FIGURER OG TABELLER	75

1 Innledning

Styret for Helse Nord RHF behandlet på sitt møte 30.06.21 sak nr. 91/2021 «Arealer til psykisk helse og rusbehandling – Alternativvurdering – Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø».

Ved behandling av saken fattet styret slikt vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar Hovedprogram Nye arealer for psykisk helsevern og rusbehandling ved UNN Tromsø, konseptfase, til orientering

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

Dette vedlegget er et svar på vedtakene som angår byggeprosjektet. Prosjektet har utredet løsningsalternativene, gjennomført teknisk og økonomisk utredning av tomter, bearbeidet hovedprogrammet, utarbeidet miljøprogram og klimagassvurderinger, identifisert usikkerheter og muligheter og gjort analyser av økonomi, prosjektkostnad, driftsøkonomi og bærekraft.

Overordnet medvirkningsgruppe har konkretisert faglige vurderinger. Prosjektet v/Sykehusbygg har sett på løsninger hos andre sykehus og utarbeidet rapporten «Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk»

Vedtak 4: Behov for regionale funksjoner

I et brev til UNN, datert 10.12.2021 har Helse Nord gitt avklaringer rundt vedtakspunkt 4. Helse Nord skriver:

«Som eksempel beskrives det i nasjonale framskrivning at en antar at det vil være økt behov for døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien, mens kapasiteten i Nord-Norge i dag er langt over nasjonalt gjennomsnitt. Dette innebærer at Helse Nord RHF er usikker på om det er behov for særlig økning av døgnantall i regionen, på tross av at samlet nasjonal kapasitet trolig økes»

Det oppsummeres videre generelt for alle regionale funksjoner:

«Det ingen pågående prosesser som tilsier større endinger knyttet til regionale funksjoner. Det anbefales derfor at dagens kapasiteter i UNN HF legges til grunn for dimensjoneringen»

2 Reviderte løsningsalternativer

Høsten 2021 startet prosjektgruppen arbeidet med ytterligere utredninger i Steg 1 av konseptfasen for å svare ut styrevedtaket i ovennevnte sak 91-2021 Helse Nord.

Arkitekt har bistått med utredninger, belysning og konkretisering av forhold og usikkerheter gjennom nye, justerte og mer detaljerte konseptforslag.

Med utgangspunkt i det premissgivende hovedprogrammet (kap. 4), samt hensyn til offentlige planer, nasjonale og lokale føringer og regelverk som vil gjelde for tiltaket, har arkitekt prøvd ut flere ulike bygningskonsepter på tomtene i Brevika og Åsgård for å komme frem til konseptforslagene som foreligger nå.

Fokus i arkitektarbeidet har vært å optimalisere romlige og funksjonelle kvaliteter gjennom konsepter som megler program og forutsetninger inn på tomtene på en best mulig måte.

Konseptforslagene er utformet med tanke på å legge til rette for at det kan oppføres bygg og omgivelser som sikrer gunstige forhold for kjernevirksomheten, psykisk helsevern og rusbehandling, sitt særpreg og behov. I tillegg til å løse de rent funksjonelle og programmessige behov definert i hovedprogrammet er det i alternativstudiene også lagt vekt på å legge til rette for kvalitetsmessige gode løsninger for arkitektur og omgivelser.

Faktorer av betydning for å oppnå slike kvaliteter er systematisk undersøkt gjennom studier av ulike forhold som kommer frem i tabellen nedenfor.

I de arkitektfaglige vurderingene under de enkelte alternativer oppsummeres konsekvenser, begrensninger og muligheter i løsningsalternativene sett i lys av disse faktorene.

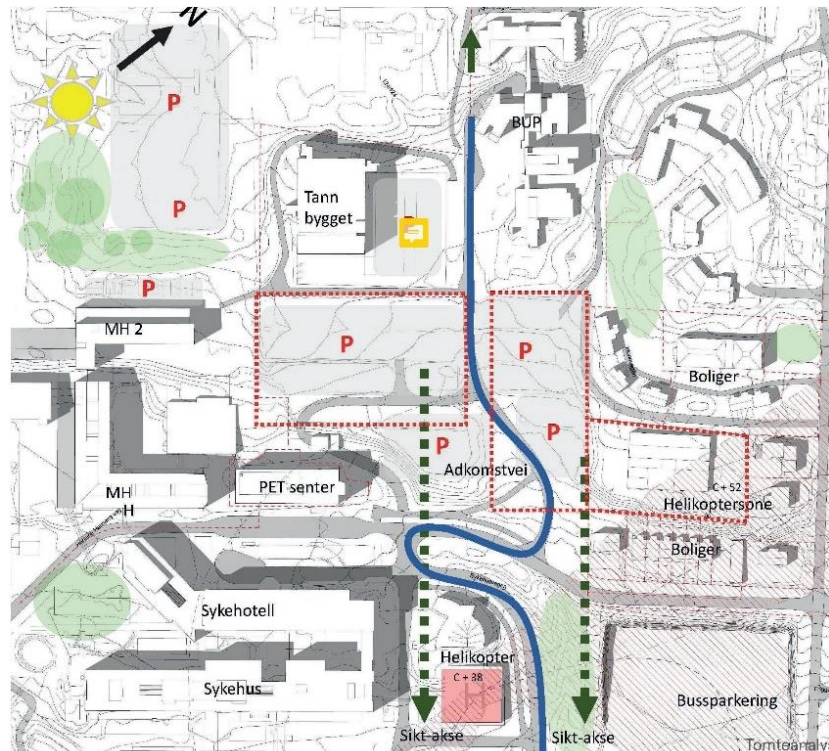
Det vises til vedlegg 4 «Konseptforslag – alternativer» som er arkitektens illustrerte vedlegg for mer utdypende informasjon og illustrasjoner. For ytterligere evidensbaserte studier for betydning av arkitektur og omgivelser i helsebygg generelt og psykisk helsevern spesielt vises til forskning fra Chalmers.



Faktorer undersøkt og vurdert i alternativene:

Omgivelser og tomt	Tomtens karakter, størrelse og omgivelser definerer muligheter og begrensninger for utforming av bygg og arealer for virksomheten.
Utsikt til natur	Løftet som et prioritert krav i hovedprogrammet; utsikt til natur har vist seg ha en stressreducerende effekt. Stressreduksjon er en viktig faktor for psykiatrisk behandling.
Utearealer	Enkel tilgang til uteområder er et prioritert krav i hovedprogrammet, og en rettighet nedfelt i psykisk helsevernloven. Aktiviteter i natur og uteområder er en viktig del av behandlingstilbudet.
Innsynsproblematikk	Virksomheten er spesielt sensitiv, og pasientenes integritet skal vektlegges i psykisk helsevern. Diskresjon og skjerming er spesielt viktig i pasientområder.
Støyforhold	Deler av pasientgruppen har økt sensibilitet mot sanseintrykk. Både Åsgård og Breivika er støyutsatt fra hhv fly og helikopter, noe som må vies aktsomhet i planleggingen.
Dagslysforhold	Dagslys er essensiell faktor for velvære, døgnrytme og søvn, dagslysets betydning er sterkt vektlagt i moderne psykiatrisk behandling. Dagslyskrav er definert i teknisk forskrift. Soldiagrammer vil vise dagslysforhold på tomtene.
Døgneheter /pasientområder	Pasientområdene er kjernen av virksomheten og kvalitet i utforming er essensiell for effektiv drift, pasientens tilfriskning og autonomi. Dette omfatter tilrettelagte romforløp og planløsninger, romlig dimensjonering, differensierte muligheter som gir mestring for pasienten og gode arbeidsforhold for personalet.
Senterfunksjon	Det er programmert inn senterfunksjon for poliklinikker, aktivitetsarealer og fellesfunksjoner som skal være tilgjengelig og fungere fra både fra utsiden og innsiden.
Nærhet og flyt	Effektive arbeidsløyfer, kollegastøtte mellom enheter, flyt fra mottak og videre ut til døgneheter er viktig. Funksjonsdiagrammer viser fordeling og plassering av funksjoner.
Generalitet og fleksibilitet, utvidelse	Robusthet til å opp i seg endringer og senere utvidelser er en vektlagt faktor i hovedprogrammet ref. fleksibilitet og generalitet.
Byggetrinn, gjennomføring	Prosjektgjennomføring vil være utfordrende i alle alternativer, forhold rundt byggetrinn og gjennomføring er belyst.
Kultur og miljø	I varetakelse av verdier knyttet til sosial, kulturell, miljømessig bærekraft.

2.1 Alternativ Breivika



Figur 1 Tomt Breivika B3

Området ligger sentralt på Tromsøya i 3 km avstand fra sentrum med et godt kollektivtilbud. Tomtearealet til disposisjon i Breivika er på ca. 20 mål og skråner mot øst. Bebyggelsen i området er hovedsakelig institusjonsbygg med mange studie- og arbeidsplasser og det er et tilgrensende boligområde. Avstand til lysløypa og turområder ca. 500 meter.

Området er trafikkmessig belastet og etablering av bygg for UNN PHR vil utfordre kapasitet på veinett og trafikkavviklingen i området. For bygg på denne tomten må kryssløsning og innkjøring til parkeringskjeller avklares opp mot overordnede planer. (se ROS-vurdering kap. 3.1)

Ved bygg på tomten har Tromsø kommune ytret at de sannsynligvis vil sette krav om åpning av bekkeløp for overvannshåndtering. I forslagene her er det vist at et åpent bekkeløp kan inngå som et miljøskapende og avgrensende element mot nabobebyggelse. Dimensjonering og utførelse er ikke avklart i denne fase og det kan ha konsekvenser for viste løsningsforslag. (ref. ROS-vurdering kap. 3.1)

Sikkerhetspsykiatri har krav og hensyn som ikke kan realiseres på området og er foreslått lokalisert på egen tomt 1 km nord for sykehusområde (se eget avsnitt 2.1.2).

Brutto bygningsmessig arealbehov for PHR (uten sikkerhetspsykiatri) er ca. 31 000 m² BTA.



2.1.1 Konseptforslag Breivika B3

Tomten i Breivika har et areal på 20 mål og er omringet av annen bebyggelse. For å imøtekomme krav til bygningskonsept for psykiatri vil det for deler av anlegget være behov for å skjerme seg fra omgivelsene.



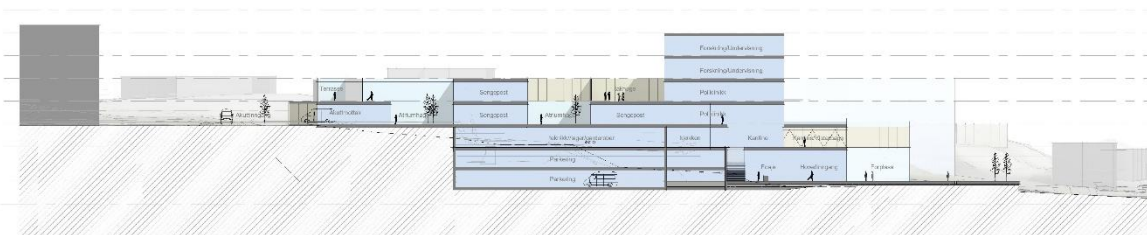
Figur 2 Breivika B3 sett fra nord-øst

Døgnerhetene på 1-2 etasjer er organisert rundt atriumshager for å svare ut programpremisset om flest mulig enheter på bakkeplan med direkte utgang til friluft. Atriumshagene vil være de primære utearealene i anlegget. For enheter i 2. etasje etableres uteareal på takterrasser skjermet med høye vegger. Mot sykehusplassen legges bygningsvolumer med aktivitets- og fellesarealer for å artikulere hovedinngang. Døgnerhetene lengst nord på tomten vil kunne få utsikt mot øst, arealet ligger i innflyvningszone til helikopter

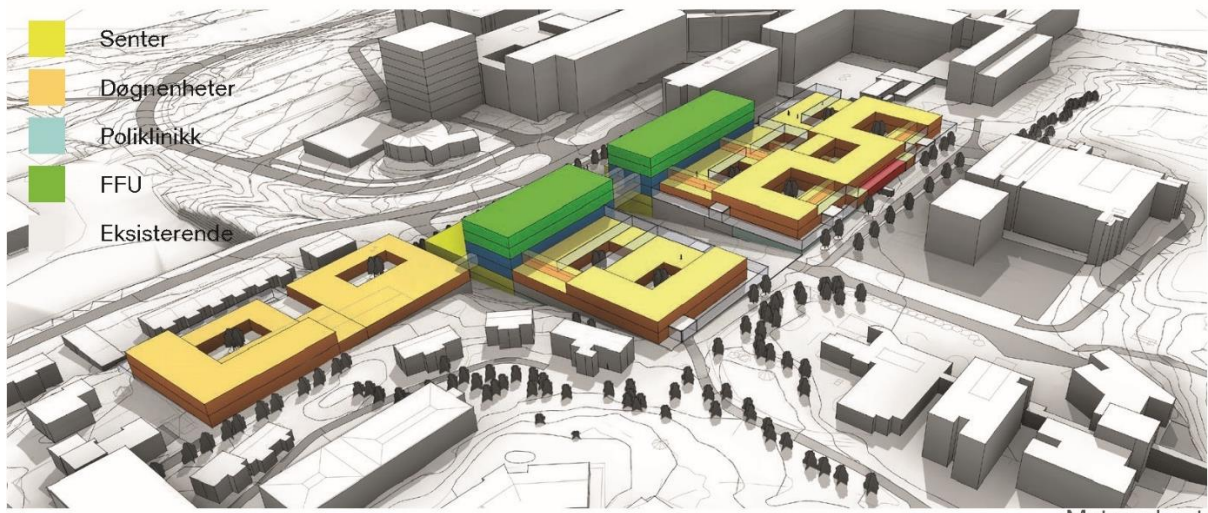
I konseptforslaget skjermer høye bygningsvolum med administrative og polikliniske funksjoner i øst de mer sensitive døgnerhetene i vest mot aktivitet på sykehusets forplass og mot støy fra helikopterlandingsplassen. Det er opprettet forhager til sengerom på førsteetasjeplan i deler av anlegget for å hindre innsyn og begrense tilgang utenfra.

Bygningsstrukturen utnytter tomtens topografi og terrengfall på 8 meter (tilsvarende to etasjer).

Figur 3 Snitt/plan alternativ Breivika



Hovedinngang og personalinngang ligger på samme plan som sykehusplassen (plan 6). I tråd med hovedprogrammet er dette tenkt som primæradkomst til poliklinikk, senter og administrative arealer. Mot vest, på plan 8, er det pasientinngang /-utgang for inneliggende pasienter og skjermet mottak



Figur 4 Oversikt funksjoner alternativ Breivika

Premisser i hovedprogrammet om nærhet mellom funksjoner ivaretas. Senterfunksjoner er plassert sentralt og tilgjengelig både fra innsiden og utenfra. Akutt/mottak er plassert sentralt i tilknytning til skjermede enheter og rett ved akuttposter på samme plan. Avdelinger som antas ha størst behov for nærhet til somatikk er plassert nærmest sykehusområdet slik at kulvertforbindelse er mer tilgjengelig. Kulvertforbindelse til somatiske enheter forutsettes via eksisterende kulvert på plan 5 i kjeller av PET-senter. Arealer for rusbehandling og DPS er plassert på nordsiden av Sykehusveien.

Utearealer



Figur 5 Utearealer alternativ Breivika

De skjermede atriene gir direkte utgang til friluft i døgnerhetene. For å få tilgang til nære, større og skjermede utearealer er det vurdert fremtidige muligheter på naboeiendommer hhv en fellespark på universitetsområdet (7) og et evt. oppkjøp av LHL-boliger (8), men dette inngår ikke foreløpig i løsningene. Avstand til Lysløypa og turområder er ca. 500 meter.



2.1.2 Konseptforslag Breivika S1 Sikkerhetspsykiatri

Grunnet de særskilte behovene for sikkerhetspsykiatri ble det opprettet en egen funksjonsgruppe for sikkerhetspsykiatrisk seksjon med bred deltakelse fra klinikk/seksjon, erfaringskonsulent, brukerrepresentant, verneombud og tillitsvalgt. Arkitekt og andre fra prosjektgruppa har deltatt. Funksjonsgruppa har i en møteserie ledet av Sykehusbygg høsten 2021 sett på tomtealternativer i Breivika og spilt inn endringer til hovedprogrammet.

Sikkerhetspsykiatrien har egne dimensjonerende krav bl.a. perimetersikring og sikkerhetssone. Det er ikke plass til funksjonen på hovedtomten i Breivika sammen med øvrig PHV/TSB. I alternativ Breivika vil RSA/LSA måtte etableres på egen tomt.



Figur 6 Konseptforslag tomt S1

Av fire vurderte tomter nær UNN Breivika er tomt S1 vurdert som best egnet. Tomten ligger på et område eid av UiT og er ikke bebygget. Området er regulert til offentlig formål. UiT har avsatt arealer sør på området for utvidelse av eksisterende boligområde, men det krever omregulering. Tomten har terrengfall fra Hansine Hansens vei, vidt utsyn over det store landskapsrommet mot øst og gode lysforhold. Grunnen er myrlendt, og det må regnes med kompensierende tiltak for reetablering av myr.

Fokus i skissert konsept er å plassere bygget godt og mest mulig diskret i landskapet for i å vareta virksomhetens krav til sikkerhet og for å skjerme pasientarealene.

Figur 7 Konseptforslag S1 plassert i landskap



Terrengfallet på tomten åpner for at pasientarealene kan legges et plan lavere enn inngang mot vest. Konseptet grupperer funksjonene i tre bygningsvolum; ett for administrasjon, ett for aktiviteter og fellesarealer og ett for døgnenheter. Dersom universitetet går videre med reguleringsprosess for utbygging med boliger på nabotomt i sør må det regnes med å etablere et skjermende vegetasjonsfelt her.

Med de sikkerhetspsykiatriske enheter på separat tomt utløses et behov for duplisering av funksjonsarealer til bl.a. varemottak, støttefunksjoner, personalarealer som garderober og spiserom. Planlagt løsning og

støttefunksjoner muligjør utvidelse av seksjonen. Det er ikke tatt høyde for utvidelse i tomteinvesteringene i dagens estimat, men muligheter foreligger.

Figur 8 Oversikt Breivika, avstand mellom B3 og S1



2.1.3 Gjennomføring Breivika B3

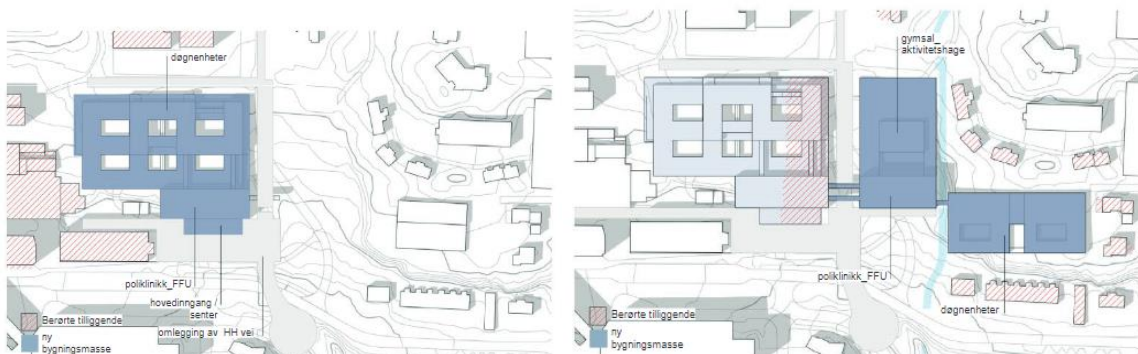
I gjennomføring vil det være mange interesser og forhold som krever koordinerte løp både eksterne og interne. Omkringliggende sykehus- og universitetsfunksjoner bl.a. avdeling for komparativ medisin og PET-senter har sensitiv virksomhet og byggearbeider må utføres skånsomt av hensyn til dette. Tilkomst til virksomheter som Tannbygget, BUPA og Helsehuset må sikres og opprettholdes under byggeperiode for UNN PHR.

Kompleksiteten av samlede forhold medfører at utbyggingen i Breivika trolig må utføres i to byggetrinn slik at trafikkavvikling og virksomheter rundt kan ha normal drift i byggeperioden.

Byggetrinn 1: Utbygging av tomt 1, ny vei og nytt kryss. Midlertidig vei legges over tomt 2.

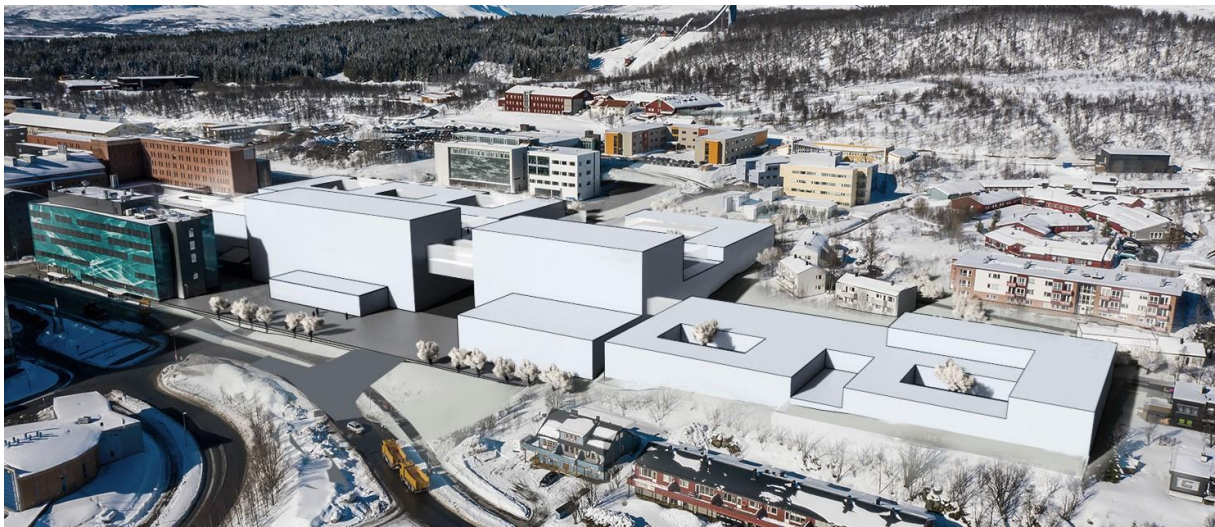
Byggetrinn 2, tomt 2 bygges, trafikk flyttes til ny vei og bekkeløp etableres.

Figur 9 Byggetrinn 1 og 2 Breivika B3





2.1.4 Arkitektfaglig vurdering av løsning



Figur 10 Breivika B3 fotoillustrasjon

Tomtens beskaffenhet, størrelse og omgivelser, fordrer et bygningsmessig grep som i stor grad handler om å skjerme seg fra omgivelsene. Krav om utsikt og døgnenheter på bakkeplan i lave bygg er ikke forenlige størrelser. Pasientområdene i Breivika får begrenset grad av utsikt til natur og liten tilgang til større skjermede utearealer utover atriumshager der pasienter kan oppholde seg fritt. Lysløype og store turområder med flere vann ligger i nærheten.

Høy bygningsmasse mot øst skjermer pasientområder mot aktivitet og støy fra sykehusets forplass. Forhager er nødvendig for å hindre innsyn og begrense tilgang utenfra. Disse bygningsmessige grepene gjør at løsningen i Breivika i stor grad fremstår som et introvert anlegg.

I konseptforslaget på tomten i Breivika oppfylles byggeprogrammets rent funksjonelle krav, men tomtens karakter gjør det svært utfordrende å oppfylle generelle og spesifikke kvalitetskrav knyttet til ro, utsikt og gode lysforhold samt ivaretagelse av krav om tilgang til skjermede uteområder av en viss størrelse. Tomten har utvidelsesmulighet i høyden, og det er muligheter på andre arealer i UNNs eie i Breivika f.eks. Rehabiliteringstomten ved BUPA.

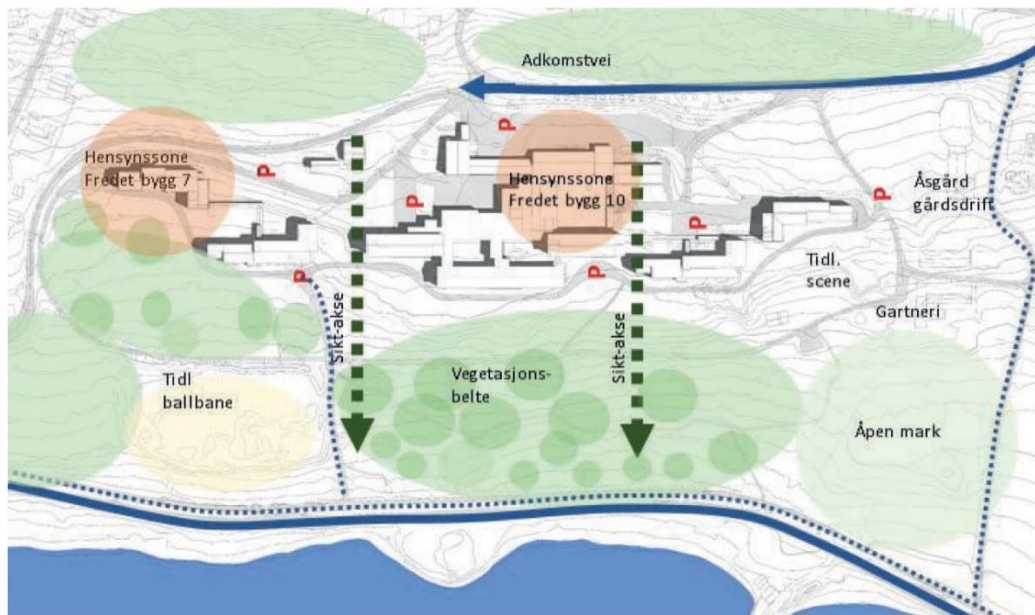
For Sikkerhetsbygget S1:

Tomten og omgivelsene oppfylder isolert sett kravene satt til de sikkerhetspsykiatriske enheter og det vil være gode muligheter for å lage kvalitetsmessig gode arealer for pasientene på området S1 så lenge det blir satt av nok areal til skjerming.

Tabell 1 Oppsummerende tabell over undersøkte momenter B3 og S1

	BREIVIKA B3 Psykisk helsevern og TSB	BREIVIKA S1 Sikkerhetspsykiatrisk seksjon
Omgivelser og tomt	Travel, tett befolket. Det er nærhet til lysløype og turområder i skog med flere vann. Botanisk hage på universitetsområdet.	Romslige forhold
Utsikt til natur	Liten grad av utsikt til natur fra pasientområder /døgneheter.	Gode utsynsforhold
Utearealer	Liten tilgang til større skjermede uterom, kun direkte tilgang til atrier for pasient.	God tilgang til egnede utearealer for virksomheten
Innsynsproblematikk	Høy grad av innsyn fra omkringliggende bygg. Fullverdig skjerming er vanskelig å oppnå	Lite innsynsproblematikk
Støyforhold	Rød støysone i deler av anlegget Støykompenserende tiltak i fasade og atrier.	Ikke undersøkt. Tomten ligger ikke i støysone fly/helikopter. .
Dagslysforhold	Noe skygge fra omkringliggende bebyggelse.	Ingen skygge fra omkringliggende bebyggelse.
Døgneheter /pasientområder	Atrier med vegger på tre sider av to etasjer, Lys og interne innsynsforhold vil påvirkes, begrenset utgang påvirker bevegelsesmuligheter.	Atrieløsninger og pasientområder på et plan, gode lysforhold
Senterfunksjon	Utstrakt avstand i anlegget, senterfunksjon splittes av vei, forbindes med kulvert og bro.	Ikke del av anlegget
Nærhet og flyt	Anlegget er todelt forbindes med kulvert og bro. Sikkerhetsbygg er 1 km unna. Nærhet til somatikk, BUPA, Helsehuset og universitet.	Avstand til øvrig virksomhet UNN PHR er 1 km unna
Generalitet og fleksibilitet, utvidelse	Lite robust for endringer pga tomtestørrelse gir begrensning. Utvidelse i høyde har begrensninger for døgneheter.	Robust for endringer og utvidelse (betingelser investering i større tomt)
Gjennomføring	Rekkefølgebegrensninger ift. overordnede planer. Trang byggeplass vil medføre ulemper for ekstern virksomhet inkl. somatikk.	Overordnede planforhold kan påvirke. Bygging av S1 anses ikke som problematisk
Kultur og miljø	Miljømessig gunstig å bygge på parkeringsplass.	Mulig erstatning av myrområde

2.2 Alternativ Åsgård



Figur 11 Tomt og omgivelser Åsgård

Området ligger sentralt på vestsiden av Tromsøya 2,5 km fra sentrum, fremstår med et landlig preg og består hovedsakelig av boligområder og tidligere landbrukseiendommer. Det vil bli boligfortetting i området øst for sykehuset (ref. reguleringsplan Åsgårdmarka). Planlagt boligområde er inntegnet på viste illustrasjoner, høyder på de nye boliger er oppgitt til maks tre etasjer. Totalt antall boenheter i området er regulert til 580 boliger.

UNN eier et stort område på Åsgård, totalt 190 mål, terrenget skråner slakt mot Sandnessundet med utsikt og gode lysforhold. Et vegetasjonsbelte på vestsiden av bebyggelsen skjerner for både innsyn og utsikt.

Det er nærhet til sjøen og avstanden til marka ca. 300 meter. Åsgård-naustet nede ved fjorden er gjenoppbygd etter brann. Eksisterende sykehus er omfattet av Landsverneplanen for helsesektoren (se eget punkt).

Det er avstand til øvrig bebyggelse, trafikk og veiforhold har ikke kapasitetsutfordringer. Dagens adkomst fra Åsgårdvegen kan beholdes og overflateparkering på egen tomt.



2.2.1 Konseptforslag Åsgård

I løsningskonsept for Åsgård er rammene av det verneverdige anlegget beholdt i nord, øst og sør. De eksisterende bygg 7, 9, 10 og 11 danner sammen med nye bygg for poliklinikker, gymsal og senter en skjermende bygningsmessig rygg for døgnenhetene mot vest.



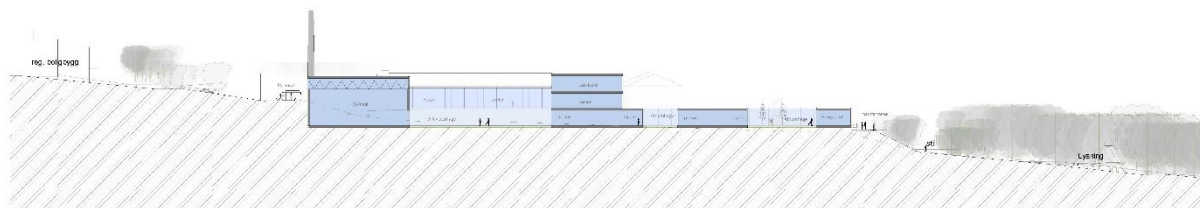
Figur 12 Konseptforslag Åsgård

Sammenflyttingene av eksisterende og nye bygg vil danne interessante rom i møtet mellom nytt og gammelt. Det vil imidlertid skape mange kompliserte grensesnitt mellom nybygg og eksisterende bygg ift. eldre tekniske løsninger.

Hovedinngang ligger sentralt i anlegget i bygg 9. Fyrhuset og festsal begge ikoniske steder i Tromsø beholder sine felles senterfunksjoner og sammenkobles av et nytt sentralt vrimleareal over to etasjer. Konseptet svarer ut ønsket om å etablere et senter i kjernen av anlegget.

Terrenget faller mot vest med ca. 4 meter, dette utnyttes til å legge døgnenhetene en etasje ned fra hovedinngangen, akuttmottaket legges ned på samme plan.

De minst sensitive virksomheter skjerner for de mer sensitive. Mot øst ligger f. eks kontorer, senterfunksjoner, gymsal og mot vest døgnenhetene. Pasientarealene blir godt skjermet fra oversiden. Terrenget faller videre ned mot fjorden og gir gode utsynsforhold fra bygningsanlegget.



Figur 13 Snitt/plan konseptforslag Åsgård

Fra døgnenhetene kan man gå rett ut på terreng enten i atriumshager, markterrasser, friluftsområdet eller aktivitetsarealer.

Det fredede bygg 7, ble totalrehabilitert i 2016. Det kan benyttes til «FFU» (fag forskning undervisning), uten større ombygging. Bygg 1 og deler av bygg 2 kan beholdes som en buffer for virksomheten eller kan frigjøres til andre funksjoner for UNN. I framtiden kan man se for seg at byggene kan rives og gi rom for utvidelse av døgnenhetene.

Intensjonen er å videreføre Åsgårds unike kvaliteter, samtidig som nybygg optimaliseres for psykisk helsevern. På den måten kan man lese utviklingen innen psykisk helsevern i anlegget

Hele klinikken inkludert sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan samles i dette alternativet. Det er gode utvidelsesmuligheter på tomten.



Figur 14 Oversikt funksjoner konseptforslag Åsgård

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon ønsker å drifte selvstendig i eget bygg i alle alternativer. Grunnet sikkerhetsnivået som innebærer høyeste krav til robusthet med innsuling og perimetersikring, så vil barrieren kreve at enkelte funksjoner dupliseres for å ivareta sikkerheten/eller redusere gjennomtrekk/eller for å ivareta størst mulig selvstendighet på avdelingen.

Figur 15 Utearealer konseptforslag Åsgård



På Åsgård har UNN store friarealer i eget eie. Det vil være mulig å tilrettelegge for differensierte tilbud utendørs i umiddelbar nærhet til bygget. Disse kan inngå i en utvikling av aktivitetsbasert behandling og rekreasjon for pasienter, ansatte og naboer.



2.2.2 Gjennomføring Åsgård

Alternativ Åsgård medfører bygging tett på sykehusdrift og det må tas høyde for perioder med støyende arbeider. Byggearbeider må utføres skånsomt av hensyn til pasientene. Dette er ytterligere omtalt i 7.1.

Gjennomføringen er skissert med to byggetrinn, og det må regnes med rokader av pasienter i perioden. Det vurderes ikke hensiktsmessig å rokkere ut av Sikkerhetspsykiatrisk seksjon i Bygg 5 og dette er en premissgivende faktor for gjennomføring.

Før igangsetting rives bygg 6. I dette bygget har sikkerhetspsykiatrisk seksjon en døgnpost, som må flyttes til andre eksisterende bygg.

I byggetrinn 1 bygges nytt sikkerhetsbygg og to døgnenheter. Ved ferdigstillelse av byggetrinn 1 og før igangsetting av byggetrinn 2 flytter pasientvirksomhet fra bygg 3, 4 og 5 til nybygg. Kontorlokaler og løsning for medikamentfritt behandlingstilbud må løses midlertidig i denne byggeperioden.

Ved ferdigstillelse av byggetrinn 2 flytter resterende pasientvirksomhet inn i nybygg. I ferdigstilt anlegg er bygg 7 tenkt benyttet til FFU, bygg 10 og 11 er tenkt benyttet til administrative funksjoner. Bygg 8 og bygg 9 gjenbrukes delvis til fellesfunksjoner. Bygg 1 og bygg 2 kan frigjøres til andre funksjoner for UNN

2.2.3 Arkitektfaglig vurdering av løsning



Figur 16 Fotoillustrasjoner konseptforslag Åsgård

På Åsgård tomten er bygningskonseptet i all hovedsak en tilpasning av nybygg inn i den eksisterende struktur av Åsgård anlegget av i dag. Dette gjør det i større grad enklere å legge ut byggeprogrammet på Åsgård tomten. Pasientområdene legges mot vest, noe som ivaretar lys og utsikt og skjermes mot øst med høyere nybygg eller bevart eksisterende bygningsmasse.

Åsgård tomtens størrelse og omgivelser gir stor grad av mulighet for å ivareta kvaliteter som ro, utsikt og gode lysforhold. Den åpner også for mulighet til direkte tilgang til større skjermede/kontrollerte uteområder for pasient.

Eksisterende naturområde mot vest vil også kunne disponeres som frilufts areal ved et nybygg på eksisterende anlegg.

Utfordringen i gjennomføring av byggeprosjektet på Åsgård er i større grad knyttet til samtidighet bygg/ drift, byggetrinn og rocade. Gjenbruk av eksisterende bygg er utfordrende, men gir også en kvalitet.

Samspillet og integrering av de eksisterende kvaliteter i de vernede byggene vil gi anlegget en unik karakter og estetisk kvalitet.

Tabell 2 Oppsummerende tabell over undersøkte momenter Åsgård

	ÅSGÅRD Å3 Psykisk helsevern og TSB
Omgivelser og tomt	Landlig, rolig
Utsikt til natur	Stor grad av utsikt til natur
Utearealer	God tilgang til større og mer differensierte uterom.
Innsynsproblematikk	Liten grad av innsyn fra omkringliggende bygg.
Støyforhold	Gul støysone for hele anlegget. Deler av uteområder er i rød støysone. Kompenserende tiltak kan være nødvendig for enkelte uteplasser.
Dagslysforhold	Lite skygge fra omkringliggende bebyggelse. Vestvendt med gode solforhold.
Døgneheter /pasientområder	Atrier har kun en etasje, kun interne innsynsforhold, god tilgang til bakkeplan og differensierte uteområder i tillegg til atrier. gir god autonomi og bevegelsesmuligheter.
Senterfunksjon	Ligger sentralt i anlegget, avstander forkortet i denne fasen.
Nærhet og flyt	Hovedkorridor ivaretatt, sikkerhetsbygg er tilknyttet via glassgate. Avstand til somatikk og universitet.
Generalitet og fleksibilitet,	Robust for endringer, god tomtestørrelse gir muligheter for utvidelser.
Gjennomføring/utvidelse	Samtidighet i drift og bygging gir vesentlige ulemper for intern virksomhet og uteområder ift. støy. Se også 7.1
Kultur og miljø	Kulturminner av verneverdi ivaretas.

2.3 Alternativ Delt løsning, ÅB

I steg 1 våren 2021 ble det lagt fram en delt løsning der TSB i sin helhet etableres i nybygg i Breivika, mens resten av klinikken blir værende på Åsgård.

Helse Nord anbefalte i styresak 91-2021 å utrede en alternativ delt løsning:

En løsning som flytter behandlingstilbudet til pasienter med behov for akutttilbud, pasienter som ofte har samtidig behov for somatisk utredning/behandling, fag/forskning, administrasjon og polikliniske tilbud til Breivika bør vurderes. Det bør utredes om en alternativ delt løsning kan redusere risikoen som i dag er beskrevet ved alternativene i Breivika og Åsgård.

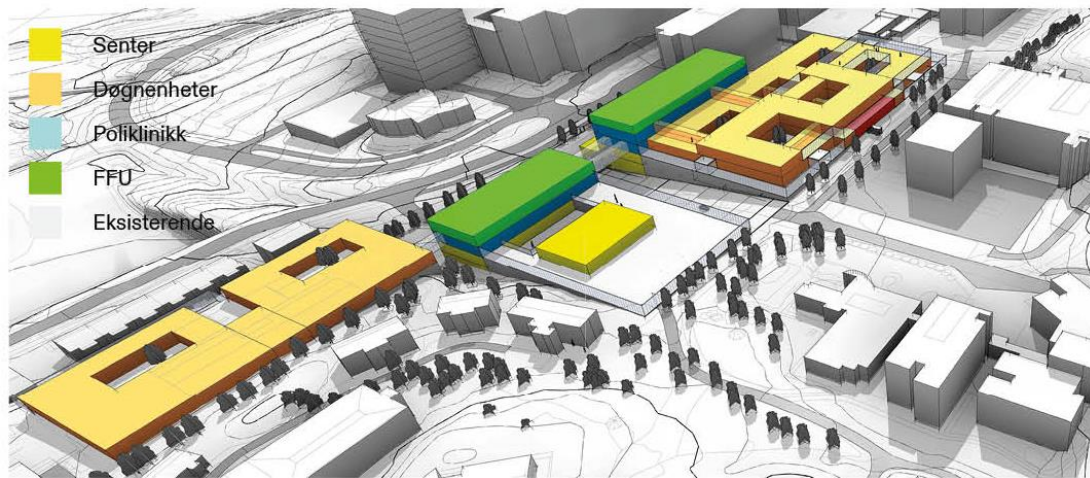
Hittil er bare ett alternativ for delt løsning vurdert: flytting av TSB til Breivika. En annen mulighet er å velge en alternativ delt løsning, f.eks. ved å flytte alle mottaks- og akuttfunksjoner, alderspsykiatri, poliklinisk virksomhet, forskning, opplæring sammen med tilbudet for rusbehandlingen, til Breivika. I et slikt scenario vil pasienter med behov for lengre døgnopphold og skjermede omgivelser forbli på Åsgård. Alternativet kan redusere usikkerhetene knyttet til alternativ B (tomtestørrelse, skjermede omgivelser, tilgang til uteområder) og alternativ A (avstand til somatikk og utdanning, støy og rokeløsningsprosesser i byggefasen). Dette alternativet kan gi lettere integrasjon med somatikk og forskning/utvikling, og kan redusere utfordringene knyttet til trafikk/parkering fordi de fleste ansatte jobber i døgnetenhetene.

Prosjektet har utredet delt løsning i tråd med styresaken.

I delt løsning fordeles virksomheten på tomtearealene i Breivika og på Åsgård, egen tomt for sikkerhetspsykiatri S1 utgår i dette alternativet. For beskrivelse av relevante faktorer på tomtene vises til kapittel Alternativ Breivika og kapittel Alternativ Åsgård.

Konseptforslag delt løsning ÅB er basert på de fulle alternativene på hver tomt. I prinsipp gjelder de samme funksjonskrav og behov for arealene og virksomheten uavhengig av hel eller delt løsning.

2.3.1 Delt løsning B Breivika



Figur 17 Funksjoner delt løsning Breivika

Prinsipielt gjelder samme konseptbeskrivelse som for alternativ Breivika B3 for hovedgrep og oppbygging. Det vises derfor til beskrivelse konseptforslag i alternativ B3.

Grunnet mindre program i B delt løsning er høyde og fotavtrykk redusert. Dette kan bidra til bedre lysforhold internt i prosjektet og gi bedre forhold for nabotomter spesielt har dette betydning for boligbebyggelsen i nord. I delt alternativ vil en større andel av døgnerhetene kunne ligge på bakkeplan. Det er kun alderspsykiatri som ligger i andre etasje i Breivika i dette alternativet.



Figur 18 Utearealer delt løsning Breivika

Reduksjon av fotavtrykk frigjør tomtearealet som kan benyttes til å etablere et nytt og større uteområde på egen tomt i tilknytning til gymsal. Dette er plassert mellom døgnerhetene i nord og døgnerhetene i sør der det i hovedalternativet var døgnerheter.



2.3.2 Delt løsning Åsgård



Figur 19 Funksjoner delt løsning Åsgård

Åsgård delt er en forkortet utgave av alternativ Å3 og det vises til beskrivelse av konseptforslag Å3 for beskrivelse av hovedgrep.

Det delte alternativet på Åsgård består i all hovedsak av arealer med pasientbehandling og lite administrasjons- og undervisningsarealer og poliklinisk virksomhet.

Fire døgneheter er lagt på bakkeplan i tillegg til Sikkerhetsbygget som løses tilsvarende som i alternativ Å3. All pasientbehandling er i tråd med programmet lagt i nybygg. De eksisterende byggene er ikke benyttet til programareal i dette alternativet. I delt alternativ er større andel av døgneheter på bakkeplan Kun avdeling for medikamentfri behandling er plassert i andre etasje på Åsgård.

Figur 20 Utearealer delt løsning Åsgård



I delt alternativ blir det undersøkt mulighet for delvis salg av tomta hvor bygg 1 og 2 ligger samt deler av friområdet. UNN beholder selv de fredede bygningene, samt deler av friområdet mot vest.



2.3.3 Gjennomføring delt løsning ÅB

Utbygging av delt løsning ÅB må koordineres mellom de to lokasjoner slik at aktuelle avdelinger og pasientbehandling kan overflyttes fra Åsgård til Breivika før byggetrinn 2 på Åsgård.

Breivika B gjennomføring

Se punkt 2.1.3

Åsgård Å gjennomføring

Se punkt 2.2.2. Som for gjennomføring av Å3 vil det være sykehusdrift under bygging på Å-delt.

Gjennomføringen er skissert med to byggetrinn også for Å-delt løsning. Sammenlignet med Å3 vil rocade være forenklet i byggetrinn 2, og enheter som vil bli påvirket av støy redusert bl.a. pga større avstand til byggegrøp.

- Før igangsetting byggetrinn 1 rives bygg 6,
- Byggetrinn 1 bygging av Sikkerhetsbygg.
- Før igangsetting av byggetrinn 2 flytter pasienter i bygg 4 og 5 til nybygg hhv Åsgård og Breivika
- Byggetrinn 2 bygging av 4 døgnenheter, medikamentfri og administrasjon- og senterfunksjoner.

Bygg 1, bygg 2, bygg 3, bygg 9 og bygg 10 kan frigjøres til andre funksjoner.

2.3.4 Arkitektfaglig vurdering



Figur 21 Fotoillustrasjoner delt løsning ÅB

Flere forhold og momenter som gjelder for Alternativ Å3 og Alternativ B3 vil gjelde for delt løsning ÅB.

Også i B delt vil det i stor grad være nødvendig å skjerme seg fra omgivelsene. Krav om utsikt og døgnenheter på bakkeplan i lave bygg er ikke forenlige størrelser. Pasientområdene får begrenset grad av utsikt til natur. Forhager er nødvendig for å hindre innsyn og begrense tilgang utenfra. B delt vil i stor grad fremstå som et introvert anlegg.

B delt oppfyller de rent funksjonelle krav isolert sett, men tomtens karakter gjør det svært utfordrende å oppfylle generelle og spesifikke kvalitetskrav knyttet til ro, utsikt og gode lysforhold. Tilgang til uteområder av en viss størrelse er mulig å etablere, men dette vil ha innsyn fra nabotomt (LHL-boliger). Utvidelsepotensiale bedres noe på den aktuelle tomten ved at det kan bygges andre etasjer tilsvarende som i B3.

I Å delt er ikke eksisterende bygg utnyttet til programareal ihht premiss om at all klinisk virksomhet skal være i nybygg.. Dette fremstår som en lite bærekraftig løsning. I Å delt vil salg av tomteareal i sør medføre usikkerhet knyttet til mulig bebyggelse tett på og evt. reduksjon av tilgjengelig friareal.

Tabell 3 Oppsummerende tabell over undersøkte momenter delt løsning

	BREIVIKA B Akuttposter, TSB, alle poliklinikker, FFU	ÅSGÅRD Å Sikkerhetspsykiatrisk seksjon, intermediær post, DPS.
Omgivelser og tomt	Travel, tett befolket. Det er nærhet til lysløype og turområder i skog med flere vann. Botanisk hage på universitetsområdet.	Landlig, rolig, gode plassforhold.
Utsikt til natur	Liten grad av utsikt til natur fra pasientområder /døgneheter.	Stor grad av utsikt til natur
Utearealer	Tilgang til eget større uterom, men liten tilgang til større skjermede uterom, kun direkte til skjermede atrier for pasient.	God tilgang også til større skjermede uterom, i tillegg til atrier.
Innsynsproblematikk	Høy grad av innsyn fra omkringliggende bygg. Fullverdig skjerming er vanskelig å oppnå.	Liten grad av innsyn fra omkringliggende bygg. Usikkerhet ved salg av deler av tomt.
Støyforhold	Rød støysone og gul støysone for deler av anlegget. Støyskjermende tiltak i fasade og atrier.	Gul støysone for hele anlegget. Deler av uteområder er i rød støysone. Støyskjermende tiltak for enkelte uteplasser kan være nødvendig.
Dagslysforhold	Noe skygge fra omkringliggende bebyggelse, bedre ift. egenskygge.	Lite skygge fra omkringliggende bebyggelse
Døgneheter /pasientområder	Atrier med vegger i to etasjer på tre sider. Lys og interne innsynsforhold påvirkes, begrenset utgang påvirker bevegelsesmuligheter.	Atrier har kun en etasje, kun interne innsynsforhold vil påvirkes, god tilgang til bakkeplan og differensierte uteområder i tillegg til atrier, gir bevegelsesmuligheter.
Senterfunksjon	Utstrakt avstand i anlegget, senterfunksjon splittes av vei, forbindes med kulvert og bro.	Uavklart hvordan senterfunksjon håndteres i delt alternativ Å. Uavklart hvordan mottak håndteres i delt alternativ Å.
Nærhet og flyt	Virksomheten splittes på to lokasjoner bl.a. poliklinikker ikke sammen med DPS. Sikkerhet ikke nær akutt. Nærhet til somatikk og universitet.	Virksomheten splittes på to lokasjoner bl.a. DPS splittes fra poliklinikk. Sikkerhet ikke nærhet til akutt, alle rusenheter flyttes fra Åsgård
Generalitet og fleksibilitet, utvidelse	Noe bedret for utvidelse og endring.	Robusthet ift. endringer, god tomtestørrelse gir muligheter.
Gjennomføring	Rekkefølgebestemmelser ift. overordnede planer. Trang byggeplass vil medføre ulemper for ekstern virksomhet inkl. somatikk.	Samtidighet i drift og bygging. Rokade, ulemper for intern virksomhet ift. støy. Noe mindre omfattende enn i Å3.
Kultur og miljø	Miljømessig god bærekraft å bygge på parkeringsplass.	Eksisterende virksomhet kan bygges videre på, men miljømessig lite bærekraftig å ikke utnytte eksisterende bygg til virksomheten.

3 Teknisk og økonomisk utredning av tomter

3.1 ROS analyser

ROS-analyser har hatt som formål å avdekke momenter som kan stanse eller sterkt forsinke et utbyggingsprosjekt i Breivika, alternativt Åsgård. Kliniske forhold er ikke vurdert.

Proessen er gjennomført som "innspillsmøter" hvor fokus har vært på offentlige prosesser, gjeldende areal- og reguleringsplaner, infrastruktur og andre forhold. Deltagere har vært representanter for Byplan Tromsø kommune, Brann og redning Tromsø, fagressurs fra Vann og avløp Tromsø kommune, fagressurs støy Statsforvalteren for Troms og Finnmark (Åsgård), fagressurs kulturminne og samferdsel (Åsgård) samt leverandører av strøm/fjernvarme.

Det er gjennomført separate møter for Breivika og Åsgård samt en forenklet innhenting av momenter for fristilt plassering av anlegg for Sikkerhetspsykiatri ved samling av all virksomhet til Breivika. ROS-analysene er vedlagt (Vedlegg 1) og oppsummeres her.

Breivika

Følgende forhold er vurdert som mest krevende eller vil ha størst tidsmessig konsekvens for Breivika-alternativet:

- Krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning (tid)
- Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan ikke realiseres innenfor foreslått tomteområde. Utpekt tomt har utfordringer knyttet til:
 - Kommunal arealplan (tid/kostnad/rekkefølgehensyn)
 - Grunnforhold (kostnad)
- Trafikale forhold – eksisterende trafikkforhold allerede utfordrende
- Støy (Avhenger av løsning for bl.a. helikopterlandingsplass ved UNN). Se vedlegg 2 Støyberegninger.

Tromsø brann og redningstjeneste har påpekt risiko knyttet til virksomhet ved havneområdet. Hendelser her vil ha konsekvenser langt ut over anlegg for nytt psykiatrisenter.

Åsgård

Følgende forhold er vurdert som mest krevende eller vil ha størst tidsmessig konsekvens for Åsgård-alternativet:

- Krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning (tid)

Vurderinger er oppsummert i egne notater. Momenter vil være et naturlig grunnlag for å sette opp liste med risikomomenter når lokasjon er bestemt. Sammenlignbare forhold mellom Breivika og Åsgård er gjennomgående vurdert til å ha lavere risiko for Åsgård-alternativet

Sikringsrisikoanalyse

Det er i tillegg til ROS-vurderinger gjort en innledende vurdering av sikkerhetshensyn. Hensikten med sikringsrisikovurderingene i konseptfase Steg 1 er å finne forskjeller mellom alternativene, identifisere kritiske sårbarheter og viktige risikoreduserende tiltak som det må arbeides videre med i påfølgende faser (for det alternativet som velges).

Vurdering er gjort på grunnlag av «Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter»¹, med utgangspunkt i arbeidsskjema for sammenlignende/komparativ risikovurdering for konseptfase. Videre er det gjort en særskilt vurdering av sikkerhetspsykiatrisk seksjon. Oppsummering fra møte 30.11.2021 med bl.a. klinikker, brukerrepresentant og Politiet er dokumentert med referat utarbeidet av Sykehusbygg HF, se vedlegg 3.

Det er for de fleste forhold ikke avdekket vesentlige avvik mellom prosjektene. Størst forskjell mellom konseptene er sannsynligvis av organisatorisk art om man i Breivika må skille ut sikkerhetspsykiatri på egen tomt. Hendelser som utløser behov for ekstra ressurser, vil ha lengre responstid.

Sikkerhet er tema som må forfølges ved detaljering av prosjektet. Det finnes erfaringer og løsninger fra nylig fullførte prosjekter andre steder i Norge man kan hente innspill fra. Sykehusbygg sin veileder vil uansett konsept være et grunnlag man kan legge til grunn for avklaringer og valg av løsninger.

3.2 Støyberegninger

Det vises til vedlegg 2 Støyberegninger for detaljert rapport.

Støyvurderinger er i stor grad basert på støyberegninger gjort i tilknytning til Tromsø lufthavn Langenes. Underlag til konsesjon for Tromsø lufthavn inkluderer beregninger for helikopterlandingsplass ved UNN. Begge tomtealternativ ligger innenfor støysoner for flytrafikk som krever vurderinger eller tiltak. For Breivika er det gjort detaljerte beregninger av støynivå på fasade fra helikoptertrafikk med det utbyggingskonseptet som foreligger.

En samlet vurdering skal inkludere påvirkning fra alle støykilder og her spesielt sum effekt av fly-/helikoptertrafikk og støy fra kjøretøyer.

Det er gjort en innledende vurdering av regelverk som vil gjelde og relevante støykilder for alternativene i Breivika og på Åsgård. For begge alternativ vil T-1442/2021 "Miljøverndepartementets retningslinje for støy i arealplanlegging" og Norsk Standard 8175:2012 "Lydforhold i bygninger - Lydklasser for ulike bygningstyper" bli gjeldende. Standard og retningslinje definerer krav til støynivå ved oppholdsareal utvendig og innvendig i ulike typer av rom. For helsebygninger gjelder særkrav for oppholdsareal utvendig.

Breivika

I Breivika ligger anlegget ekskl. Sikkerhetspsykiatri i sin helhet innenfor gul støysoner og er delvis dekket av rød sone for flystøy. Fasade mot Sykehusvegen ligger delvis mot gul sone for støy fra kjøretøyer. I hovedsak er det

¹ Sykehusbygg 2020

hensynet til støy fra helikoptertrafikk som vil være avgjørende. Oppføring av helsebygninger i rød støysone vil innebære et avvik fra gjeldende bestemmelser.

Alternativet i Breivika er allerede delvis tilpasset støybildet fra helikopteraktiviteten. Beregnede støyverdier på fasader og for utendørs oppholdsarealer tilsier at det skal være mulig å oppnå akseptable støynivå innvendig med fasadetiltak og plassering av de mest utsatte funksjoner i de minst utsatte områder av bygningsmassen. Fasadetiltak herunder vinduer med høy lydklasse vil ha en kostnadskonsekvens for prosjektet. For utendørs oppholdsarealer har organisering av bygningskroppen gitt tilstrekkelig skjerming slik at det skal gå an å oppnå akseptable verdier utendørs.

Prosjektets vurdering er at det til tross for at deler av anlegget ligger i rød støysone, bør være mulig å oppnå aksept for Breivika-alternativet, men at det vil kreve dokumentasjonsarbeid ved utarbeidelse av detaljregulering og konsekvensutredning.

På sikt kan bygningsmassen til UNN i Breivika binde opp frihetsgrader for plassering og utforming av helikopterlandingsplass. UNN må se disse sakene i sammenheng.

Åsgård

Hele tomten på Åsgård ligger i gul støysone for Tromsø lufthavn. En liten del av tomten mot nord-vest berører rød støysone. Slik anlegget er tegnet ut nå, berører ikke bygningskroppen rød støysone. Det vil dermed ikke innebære avvik fra bestemmelser å legge et psykiatryanlegg på Åsgård. Anlegget vil ligge utenfor gul støysone for trafikk på Kvaløyvegen, og trafikkstøy fra kjøretøyer er dermed neglisjerbar sammenlignet med flytrafikk.

Det foreligger ikke detaljerte fasadeberegninger for alternativet på Åsgård. Utforming av bygningsmassen er heller ikke optimalisert med tanke på støy. Slik bygningskroppen nå er lagt ut, kan det bli behov for lokale skjermingstiltak for oppholdsplasser utendørs, alternativt se på annen organisering av bygningsmassen. Støyverdiene er på et slikt nivå at det neppe er behov for fasadeløsninger ut over det man definerer som normalt. Det kan bli aktuelt med vindusløsninger ut over minstestandard. Dette må verifiseres ved detaljering av prosjektet.

Felles utfordringer og innbyrdes avveininger

Begge alternativer må ha fokus på støymessige kvaliteter for utearealer. Hyppighet og verdier for støyhendelser ligger ikke på nivå som defineres som helseskadelige, men i og med at det er snakk om helsebygninger må det i forlengelse av det forskriftsmessige gjøres en vurdering av hva som er mest utfordrende:

- Breivika: Få hendelser med høyere støynivå
- Åsgård: Flere hendelser med lavere støynivå

3.3 Arealplan Breivika

Utvidelse UNN i Breivika

UNN har avsatt tomter for utbygging av PHV/TSB i Breivika. Denne utbyggingen vil ikke komme i konflikt med eventuelt andre utbygginger av somatiske klinikker og enheter.

Asplan Viak utredet mulighetene for denne utvidelsen i desember 2021. Illustrasjonen under viser tomter avsatt til PHV/TSB i rødt, og mulig utvidelse av sykehuset i grønt.

Figur 22 Utvidelse somatikk Breivika



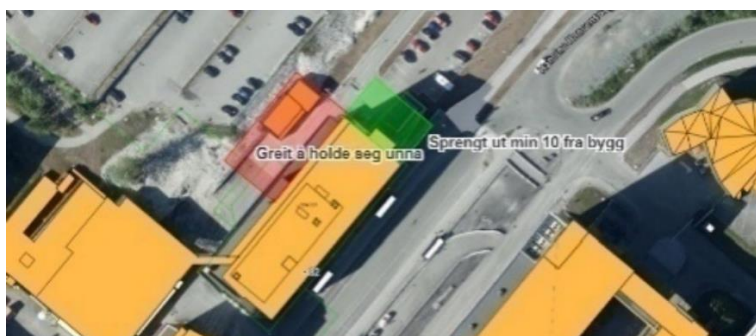
PET senter

UNN har vært i dialog med tidligere prosjektleder for bygging av PET senteret, som ligger mellom PHR tomt og somatiske klinikker.

I området mellom PET-senter og tomt PHR ligger «teknisk hus.» Det anbefales ikke å flytte bygget, grunnet dens funksjon og tekniske innhold. Føringer i bakken rundt bygget må sees nærmere på i neste fase om valget faller på Breivika. I følge tidligere PL er det mulig å bygge tett på og over teknisk hus.

På nordsiden av PET-senteret, er det tilrettelagt for en fremtidig utvidelse av bygget. Ved evt. bygging av nytt psykiatri bygg inntil PET senteret, må en slik utvidelse av PET-senteret hensyntas.

Figur 23 Utvidelses-areal merket med grønt i skisse



Ved eventuell bygging på PHR tomt, kan byggingen påvirke funksjoner i PET-bygget. Dette vil kreve god kartlegging og risikovurdering/konsekvensutredning i dialog med alle byggets brukergrupper.

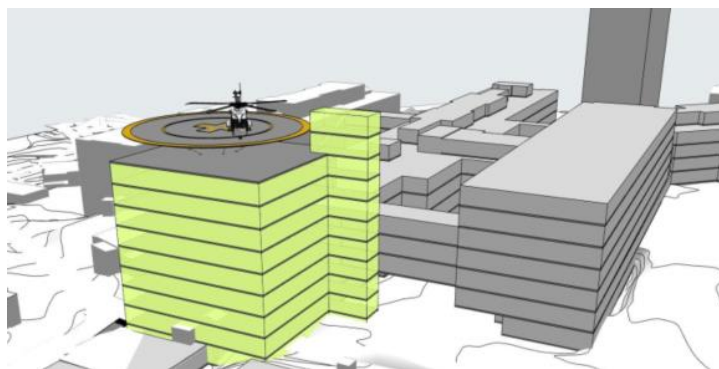


Ny helikopterlandingsplass

De nye redningshelikoptrene, Sar Queen AW 101, kan ikke lande ved eksisterende helikopterlandingsplass. Årsaken er at de er større, og har kraftigere rotorblad enn dagens redningshelikoptre. De nye redningshelikoptrene trenger en større sikkerhetssone, og vil sannsynligvis sette krav til en landingsplattform som ligger høyere i terrenget.

Dette er en kjent problemstilling ved de større sykehusene, og tiltak er under utredning. Med høy sannsynlighet vil det komme en ny og mer elevert landingsplass i nærheten av dagens landingsplass. Plassering grunnet nærhetsbehov til akutt/traumemottak. UNN har et pågående prosjekt hvor de ser på muligheter for å etablere et elevert helikopter landingsplattform, og har dialog med trafikkplanlegger i kommunen, fylket og Statens vegvesen.

Figur 24 Skisse av mulig nytt bygg med elevert helikopter landingsplattform



Prosjektet har utført støyberegninger basert på ny skissert landingsplass og nye helikopter. Se eget kapittel 3.2 og vedlegg 2 Støyberegninger.

Trafikk i Breivika

Det vurderes hvilke tiltak som må gjøres på Sykehusvegen for å kunne lande med det nye redningshelikopteret. Det er gjennomført en trafikkanalyse av Sykehusvegen i forbindelse med utredning av hvilke konsekvenser stenging av Sykehusvegen kan få. Kommunen har planer for Sykehusvegen og Klokkargårdsbakken på sikt.

Trafikkutfordringene gjelder ikke bare UNN, men også kommunens utvidelse av legevakt, tilkomst til universitetet, buss-trafikk, Helsehus, og flere mulige planer er utredet. Både trafikk og parkering i Breivika må ses i et større og mer langsiktig perspektiv, og vil ikke gjelde bare for dette prosjektet.

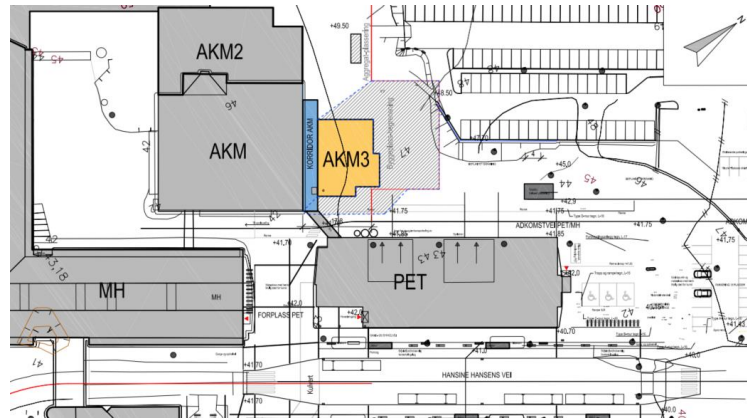
UNN og UIT har et felles ansvar for at infrastruktur, friområder, logistikksystemer og generell brukervennlighet i Breivika blir hensyntatt i alle større og mindre prosjekter.

UiT Norges arktiske universitet, nærmeste nabo

Prosjektet har blitt invitert med i møte mellom UNN utbygging og UIT eiendom, for orientering om universitetet sine planer i området. Det har ytterligere vært en tett dialog mellom UNN og UIT ved mulighetsanalyser for tomt og nytt bygg for Sikkerhetspsykiatri i Breivika.

Overordnet har ikke UIT planer om å øke fotavtrykket på sykehusområdet i Breivika. Det diskuteres muligheter for å etablere grønne områder, og UIT er positive til å se på mulig utvikling av, og felles bruk av nye grønt areal.

Kjente planer som vil ha en betydning for dette prosjektet, er siste byggetrinn på AKM (nabotomt), AKM3. Se figur:



Figur 25 Utvidelse AMK3

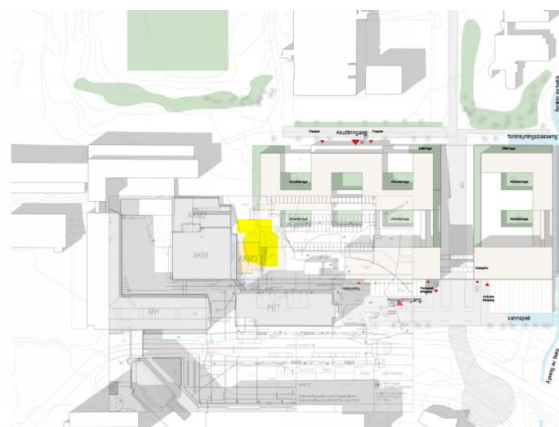
UiT Norges arktiske universitet har nylig utlyst en tilbudskonkurranse for totalentreprise for tilbygg til Avdeling for Komparativ Medisin, Byggetrinn 3 (AKM 3). Tilbygget, AKM 3, skal føres opp i 2 etasjer med totalt ca. 613 m² bruttoareal, hvorav ca. funksjonelle 196 m² i tilbyggets underetasje. Grunnarbeider er forberedt, og vi anser bygget som ferdigstilt, før en eventuell byggestart PHR. Videre informasjon om prosjektet AKM 3, vil bli gitt under befarung 22.februar.

Av tegninger ser det ut til at UIT planlegger å bruke PHR tomt som riggplass. Om bygget ferdigstilles til planlagt tid, vil ikke dette komme i hinder for PHR prosjekt.

Tomten for PHR er av begrenset størrelse til formålet, og prosjektet har sett på løsninger som utnytter hele tomten.

I 2016 ble det gjennomført en grunnavståelse mellom UNN og UIT, for å realisere AKM og PET. UIT har fått tillatelse til å føre opp AKM3 delvis på UNNs eiendom (Gnr124, bnr. 86.) Deler av foreslått løsning PHR, er oppført på UiTs eiendom. Dette er forhold som må avklares ved eventuelt valg av denne løsningen.

Område for diskusjon merket med gult i skisse.



Figur 26 Prosjektene AKM3 og PHR Breivika lagt over hverandre

Eksisterende parkeringsplasser

PHR-tomt som er avsatt til utbygging, rommer i dag p-plasser for gjester og ansatte i Breivika. Til sammen er det 522 p-plasser.

Prosjektet har utredet muligheter for midlertidige p-plasser. Parkeringsavgift finansierer etablering.

P-plasser Breivika	Mulige midlertidige	Tiltak	Kostand
Avslippsplass nedenfor E1 (eid UNN)	40 - 80	Graves og gruses	Eies
Bedriftshallen i Breivika (leie)	150	Ingen. Riggområde i dag. Vil bli ledig.	Leie
Svein Stormo, leie 2500-3000 m ²	150	Usikkert	Leie
Oversiden av TAN-bygget (eies av kommune)	50	grus og opparbeiding	Kjøpe eller leie
Nedre del av Breivika		Avstand må vurderes	
Totalt p-plasser:	380-400	Opparbeiding og grus	< 1 MNOK

Tabell 4 Midlertidige parkeringsplasser

Nye parkeringsplasser i Breivika

UNN utarbeider en ny parkeringsstrategi for alle sine sykehus, som vil hensynta miljøstrategi, og kommunale- og regionale føringer (grønt sykehus, miljøpakke, KPA mm.).

For Breivika gjelder KPA (2017-2026) B, *Kommuneplanbestemmelser 2017-2027*.

10.4.2. Krav til antall parkeringsplasser for biler og sykler

Parkeringsplasser for bil skal så langt som mulig plasseres under terreng. Det skal avsettes plass for biler og sykler i samsvar med krav om minste eller største antall plasser angitt i tabell 5.

Første, og deretter hver tjuende bilplass (4,5x6m) utformes for forflytningshemmede. I sentrale deler av sone 1 skal det ikke avsettes nye plasser til bilparkering (fig. 6). Undervisningsinstitusjoner skal ha sykkelparkeringsplasser for elver/studententer i henhold til Statens vegvesens håndbok V122 (sykkelhåndboka).

- *Virksomheter kan ha plasser reservert til tjenestekjøretøyer.*
- *Virksomheter i sone 3 og 4 kan tillates å ha høyere antall korttidsplasser for besøkende hvis de samme plassene også kan benyttes til innfartsparkering forbeholdt kollektivreisende.*

Tab. 6: Krav til antall parkeringsplasser for bil og sykkel i sone 1-5

Kategori	Grunnlag for krav	Type parkering	1.* Sentrum	2. Breivika	3. Indre sone	4. Midtre sone	5. **) Ytre sone	
Parkering ved bolig	Boenhet	BIL – for beboere	Min 1,0	Min 1,0	Min 1,0	Min 1,0	-	
		BIL – gjesteparkering	Min 0,25	Min 0,25	Min 0,25	Min 0,25	-	
		SYKKEL	Min 2 i alle soner					
Parkering for ansatte	100 m ² BRA	BIL	Maks 0,1	Maks 0,1	Maks 0,5	Min 0,25 Maks 1	-	
		SYKKEL	Min 2 i alle soner.					
Parkering reservert besøkende til virksomheter **	100 m ² BRA	Besøk til handel og sørvis	BIL	Min 0,25	Min 0,25	Maks 1,5	Min 1 Maks 2	-
			SYKKEL	Min 2 i alle soner				
		Besøk til andre typer virksomhet	BIL	Min 0,25	Min 0,25	Min 0,25	Min 0,25 Maks 1	-
			SYKKEL	Min 0,5 i alle soner				

* I sentrale deler av sone 1 skal det ikke avsettes bilparkering.

** Besøkende virksomheter deles inn i to kategorier: a) handel og sørvis: virksomhet som i hovedsak er basert på at folk besøker lokalene. b) andre typer virksomheter: kontor, lager, produksjonsbedrifter, konsulentfirma, etc.

Parkeringsbehov for offentlige bygg som skole, sykehjem eller idrettsanlegg må vurderes særskilt.

Tabell 5 Krav til antall parkeringsplasser

Parkeringsutredning Breivika

UNN har gjennomført en «Parkeringsutredning» av Breivika, datert februar 2022 ved Multiconsult. Ved etablering av PHR i Breivika, har de sett på behov, og muligheter for å etablere nye p-plasser.

Parkeringsbehov

Multiconsult har estimert at flytting av rus- og psykiatriklinikken fra Åsgård til Breivika vil gi en økning på rundt 800-900 ansatte ved Breivika. I klinikkens egen oversikt er tallet lavere, med rundt 400 ansatte til stede samtidig på dagtid i tillegg til om lag 200 besøkende og studenter. Registreringer og stikkprøver fra dagens situasjon i Breivika tilsier at det ikke er parkeringskapasitet til økt virksomhet med dagens overflateparkering ved UNN i Breivika. Det er per i dag rundt 200 parkeringsplasser knyttet til virksomheten i Åsgård.

Med en stor forbedring i kollektivdekning i Breivika sammenlignet med Åsgård bør behovet for antall parkeringsplasser kunne reduseres noe. Totalt behov for parkeringsplasser inkludert rus- og psykiatriklinikkk på kort sikt er estimert til rundt 1 150 parkeringsplasser for ansatte og besøkende til sammen.

Behov for parkering vil utredes ytterligere i tråd med parkeringsveileder for helseforetakene. I denne parkeringsveilederen anbefales foretakene å opprette såkalte mobilitetsutvalg for å se på behov for parkering for pasienter og ansatte.

Alternativvurdering parkeringsanlegg

Utredningen er begrenset til vurderingskriteriene parkeringskapasitet, trafikkforhold, grønn mobilitet, konflikt med utbyggingplaner og potensial for sambruk.



Multiconsult anbefaler bruk av P-plasser på alternativ P9, i kombinasjon med eksisterende parkeringsområder på kort sikt. Det er mulig å utvide med alternativ P4 på lengre sikt, når alternativ P8 ikke lengre vil være tilgjengelig. Dette er vurdert som den beste løsningen for den trafikale situasjonen som samtidig gir god nok kapasitet og ikke er i konflikt med framtidig utvikling.

PHR-Prosjektet kommer ikke i konflikt med utvikling av foreslåtte alternativer for parkeringsanlegg.



Figur 27 Illustrasjon av mulig plassering av de tre alternativene for samlet parkeringsanlegg

Tromsø kommune, ny legevakt

Etablering av en ny og utvidet Legevakt er under planlegging i Tromsø kommune. De ønsker å få på plass en samarbeidsavtale mellom UNN og Tromsø kommune for en konseptutredning av felles nybygg snarest.

Dagens legevakt ligger i tilknytning til helikopter landingsplass UNN, og er på ca. 500 m². Aktiviteten har økt betydelig siden legevakten ble bygd i 1994, og areal på ny legevakt estimeres til ca. 2500 m². Ved bygging i flere plan er nødvendig fotavtrykk ca. 1100 m². Det er ønskelig å legge til rette for fremtidig utvidelse, som er vurdert til 30 %.

Tromsø kommunes ønske er at legevakten etableres ved dagens plassering. Samlokalisering av legevakt nær de somatiske avdelingene har en rekke fordeler for tjenesten og muligheter innen tjenstedesign. Det er ikke aktuelt å plassere bygget i tilknytning til Helsehuset.

Konseptutredning og tjenstedesign av virksomhetene som er tiltenkt nybygget, er estimert til å ta 6-9 måneder. Etter fullført konseptutredning må det tas en ny beslutning om eventuell videreføring av prosjekt, og dette kan estimeres til høsten 2022. Tromsø kommune ønsker å flytte legevakten midlertidig. Hverken midlertidig, eller permanent lokalisering av legevakten er foreløpig avklart.

Legevakten blir ikke plassert ved Helsehuset, og tomt sør for Helsehuset kan være aktuelt å selge til UNN. Se kap. 7.2 Muligheter.

3.4 Verdivurdering Åsgård

Ekstern part, Bohavet AS, har utført en ny verdivurdering av Åsgård tomten 10. Januar 2022. Det er gjort en verdivurdering av hele tomten (alternativ 1), og av deler av tomten (alternativ2.) Det påpekes at verdiene skal brukes med forsiktighet, og at endelige verdier betinger at det utarbeides en verditakst.

Vurderingen baserer seg på taksten fra Troms takst i 2017, som bl.a. er basert på forutsetning om utvikling av 1 190 boliger. Dette er mer enn doblet utnyttelse enn faktisk regulert boligutvikling øst for Åsgårdvegen. Prosjektet ser ikke at verdivurderingen har hensyntatt gjeldende fredning av byggene 7 og 10, vern av anlegget. eller kompleksiteten på bygningsmassen.

Verdivurderingene baserer seg på tilstandsrapport fra Multiconsult datert 2016. Prosjektet og UNN er kjent med flere forhold ved byggene i ettertid av tilstandsrapporten. Flere bygg har blitt stengt i perioder med pålegg om utbedring før videre bruk.

Det er kjent at tomten ligger i et attraktivt område på Tromsøya. I 2021 solgte UNN nabotomta Åsgårdmarka for 464 MNOK til Tromsø kommune. Åsgårdmarka er 160 mål.

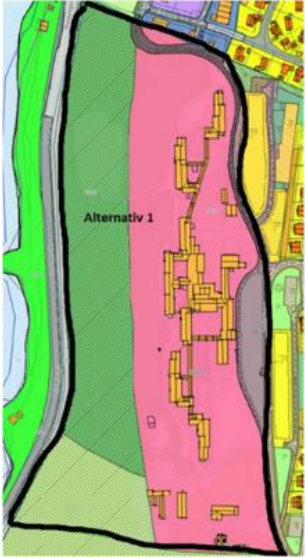
Dersom eiendommen selges til private på det åpne markedet, kan dette kreve omregulering og Tromsø kommune vil kunne regulere til hensynssone vern i tillegg til eksisterende fredning. Det er gjort vurderinger av teknisk verdi basert på ikke sammenlignbare eiendommer. Vi finner ikke at det er gjennomført befarings av Bohavet eller Troms takst.

Tomten er av en slik størrelse og kompleksitet, at et salg kan forventes å ta lang tid. Tomten kan vise seg vanskelig å selge, samtidig som en særinteressent kan tilby høyere pris enn hva som er vurdert i rapporten fra Bohavet AS.

Tomteverdi: Verdireduksjon er kalkulert ut fra tidligere forhåndstakst med henvisning til rapport fra Multiconsult. Tomteverdien er vurdert til 1.500 kr/m². Formål er offentlig eller privat tjenesteyting og grøntområder.

Verdivurdering: Prinsippet ved direkteavkastning basert på markedsleien er lagt til grunn for å verdivurdere eiendommen. Man beregner nåverdien av en framtidig pengestrøm ved å diskontere denne. Diskonteringsrenten er den implisitte renten i en markedstransaksjon for lignende eiendommer.

Tabell 6 Alternativer verddivurdering Åsgård

Alternativ 1: Verdi av hele tomten	Alternativ 2: Verdi av deler av tomten
<p>Tomtestørrelsen på Alternativ 1 er på ca. 190.000 m². Dagens anlegg består av bygg 1-11, som er oppført i perioden 1955-1965 og er til sammen på ca. 41.000 m² BTA. (korridorer og kulvert i tillegg 6.700 m² BTA)</p>	<p>Tomtestørrelsen på Alternativ 2 er på ca. 86.000 m². Dette alternativet inkluderer bygg 1, 2 og 11 som samlet har et areal på ca. 8.700 m² BTA.</p>
 <p>Bildet viser dagens anlegg skravert i rosa. Grønt areal er markert grønt. Den svarte streken omrisser hele tomten</p>	 <p>Bildet viser dagens anlegg skravert i rosa. Grønt areal er markert grønt. Den svarte streken omrisser alternativ 2</p>
<p>Tomteverdi ved salg: 285 MNOK</p>	<p>Tomteverdi ved salg: 129 MNOK</p>
<p>Eiendommens verdi basert på forventet neddiskontert leieinntekt: 590 MNOK <i>(betinges istandsetting til formål utleie)</i></p>	<p>Eiendommens verdi basert på forventet neddiskontert leieinntekt: 124 MNOK <i>(betinges istandsetting til formål utleie)</i></p>



3.5 Intensjonsavtale kjøp av tomt S1/S4

Dersom ny klinikk for rus og psykiatri skal ligge i Breivika, har UNN behov for ny tomt til sikkerhetspsykiatri. I den anledning har det vært dialog mellom UNN og UIT om en mulig tomt i Breivika, og et område på UiTs eiendom langs Hansine Hansens vei (Gnr. 125 Bnr. 451) egner seg godt til formålet. Tomten er regulert til offentlig formål.

Partene har en intensjon om å arbeide for overdragelse av eiendommen fra UIT til UNN, om dette blir aktuelt. Der er ikke en rettslig forpliktende avtale på nåværende tidspunkt.

Tiger Eiendomskompetanse Tromsø har utført en verdivurdering (markedsverdi) av deler av eiendommen. Tomteverdi er satt for kjøp av 20 dekar. Verdivurderingen er utført på bakgrunn av offentlig kjent informasjon og generell vurdering av markeds situasjonen. Markedsverdi 1.800 kr/m² tomt.

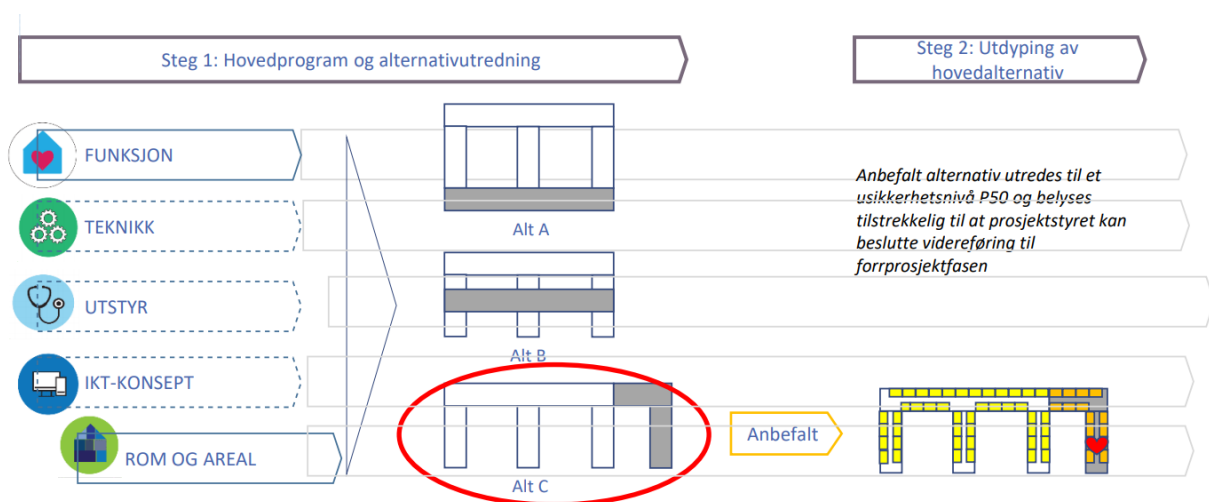


Figur 28 Kommuneplan S1

4 Hovedprogram

Ifølge tidligfaseveileder² skal det i forbindelse med konseptfasen utarbeides et hovedprogram. Hovedprogrammet skal klargjøre de forutsetninger som skal ligge til grunn for utbyggingen. Hovedprogrammet beskriver hvilken virksomhet som skal inn i bygget, grunnlaget for dimensjonering av framtidig funksjons- og kapasitetsbehov, og de overordnede funksjonelle og tekniske kravene til bygget, utearealene, utstyr og dets infrastruktur.

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



Figur 29 Visualisering hovedprogram

Basert på areal i romprogram på funksjonsnivå, beregnes estimater for utstyrbehov, IKT og for kostnader for prosjektet. Mer detaljerte kalkyler utarbeides i konseptfasen Steg 2.

Hovedprogram versjon 0.91 PHR-0000-Z-AA-0002 var vedlegg til Steg 1 rapport for B3A beslutning i UNN sak 46-2021 og Helse Nord sak 91-2021.

4.1 Oppsummering

Hovedprogrammet er grunnlaget som prosjektet skal vurdere alternativer ut fra. Målet er å utvikle «det beste prosjektet» på begge stedsalternativer, også delt løsning. Design/løsning skal så langt som mulig framstå likeverdig. Premisser fra hovedprogrammet kan gi ulike fysiske løsninger på de tre alternativer.

Arbeidet med funksjonsprogram PHR UNN er gjennomført i tråd med tidligfaseveileder, veileder for hovedprogram og gjeldende retningslinjer for medvirkning fra ansatte, brukere, vernetjenesten og tillitsvalgte i utviklingsprosesser ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

² Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017)

Hovedprogrammet legger til grunn følgende åpningstider, utnyttelsesgrader og behandlingstider for PHV og TSB:

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

Hovedprogrammet legger videre til grunn kapasiteter basert på framskriving fram mot 2035.

Prioriterte krav Steg 1

Her gis en oversikt over prioriterte krav i hovedprogrammet som har betydning for utforming av løsning i Steg 1. Det vil jobbes videre med digitale løsninger og teknologi i Steg 2.

Generelle, standardiserte og likt strukturerte døgneheter. Døgneheter sikkerhetspsykiatri baserer seg på de standardiserte døgnehetene, - men kan formes annerledes.

En kompakt helhetlig løsning som knytter alle funksjoner tett sammen for god samhandling, behandling og driftseffektivitet.

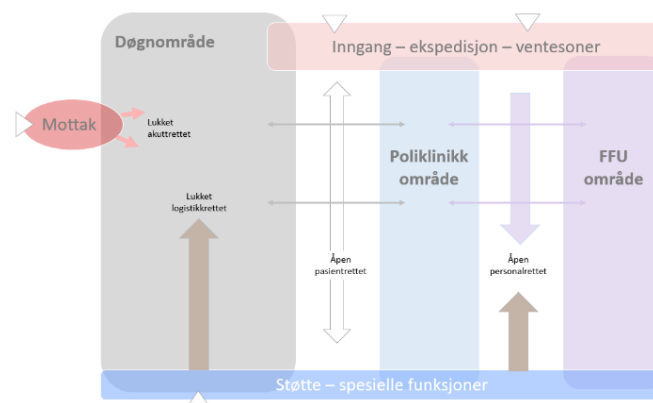
Felles akuttmottak med tett nærhet til to aktuelle døgneheter på samme plan. Akuttmottaket har skjermet tilkomst

Utsikt til natur fra hovedandel av pasientrommene og fellesrom.

Korridorer i døgneheter har 3 meter bredde

Felles hovedinngang for døgnområdene og poliklinikkområde med et åpent og velkomment adkomstparti med en «gate» til døgneheter og poliklinikkområde. Akutt flyt – adskilt i lukket korridor. Vareflyt - adskilt i lukket korridor. Egen personalinngang til garderobe.

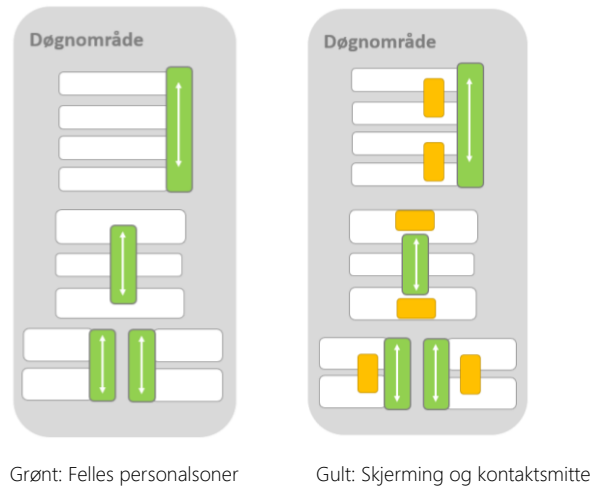
Figur 30 Felles hovedinngang med "gate" illustrert



Integrert felles personalbase for minst to døgnerheter. Det legges til rette for at 4 døgnerheter har samlokalisert felles område for personalbase.

Sone for skjermingsenheter og kontaktsmitterom. Sonen kan sees i sammenheng mellom to døgnerheter for å ivareta sikkerhet og driftseffektivitet.

Figur 31 Diagrammer for ulike muligheter for personellsamarbeid



Sikkerhetsseksjonens døgnerheter etableres på bakkeplan. Uteområdene tilknyttet døgnerhetene har perimetersikring.

Samlet poliklinikkområde deles i 3 soner med fellesområde og nærhet til døgnerådene.

Garderobeanlegg opprettes. Det legges til rette for uniformering for personalet i døgnerådene.

Uteområde opprettes som deles av to døgnerheter. Pasienter har lett tilgang til skjermede uteområder fra alle døgnerheter.

Hovedandelen av døgnerhetene legges på bakkenivå med tilgang til uteområder, fortrinnsvis lukkede akuttposter, sikkerhet og alder.

Alt behandlingstilbud etableres i nybygg. PHVR (DPS) er integrert del av det helhetlige tjenestetilbudet og ivaretas i prosjektet som generelle døgnerheter. Plassering i løsning vurderes senere.

Aktivitetssenterets funksjoner samles og er lett tilgjengelig for pasientene. Nærhet til døgnerådene.

Matkonsept og kantine er en del av det behandlings -og miljøterapimessige tilbudet. Kantine med nærhet til døgnerådet.

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

Hovedprogrammet utvikles videre i Steg 2 med oppstart medvirkning etter styrebehandling av B3A beslutning i Helse Nord i april 2022. Medvirkningsgruppene skal i Steg 2 beskrive flyten i ulike arbeidsprosesser, og hvordan ulike arealer brukes i arbeidet. I Steg 2 sees det nærmere på bl.a. pasientflyt, sambruk, plassering av funksjonsområder, romprogram og arealutnyttelse basert på overordnede føringer og driftskonsept beskrevet i

hovedprogrammet. Mulige områder for diskusjon er bl.a. antall døgnenheter knyttet til akuttmottak, antall døgnenheter knyttet til felles personalsoner, skjermingssoner, aktivitetsområder (samlet eller delt), poliklinikkområder og innganger.

4.2 Endringer

I videreutvikling av alternativene høsten 2021 er det sett spesielt på behovene til sikkerhetspsykiatrisk seksjon og duplisering av arealer ved delt løsning mellom Åsgård og Breivika.

I hovedprogrammets versjon 0.91 våren 2021 var planlagt areal 35.000 m².

Status etter videreutvikling av romprogrammet er en økning til 37.000 m² for alternativ Breivika + S1 sikkerhetspsykiatri.

Planlagt areal for Åsgård-alternativet er økt til 38.300 m². På Åsgård forutsettes deler av hovedprogrammet løst ved gjenbruk/ rehabilitering av eksisterende bygg. Ved gjenbruk må en ta høyde for større areal, da arealutnyttelsen er lavere sammenlignet med nybygg. Det må derfor legges til grunn noe større areal i Åsgård-alternativet, selv om behov for duplisering av areal for sikkerhetsbygget blir lavere.

Planlagt areal for alternativet ÅB Delt løsning er økt til ca. 38.800 m².

Kalkyle utstyr og IKT:

Kostnadsestimat utstyr og IKT inngår i prosjektets totale kostnadsestimat. Grunnet større planlagt areal er estimatet for utstyr og IKT økt med ca. 24 mill. kr. Kalkylen vil detaljeres videre i Steg 2.

Tekniske areal

Tekniske areal ble ikke definert i romdatabasen i Steg 1 våren 2021. Det er ikke angitt anbefalte størrelser på tekniske rom som ventilasjonsrom, kommunikasjonsrom, el-sjakter og fordelingsrom i Standardromkatalogen³ utviklet av Sykehusbygg. Prosjektet har tatt en gjennomgang av tekniske rom med prosjektet SPH (Senter for psykisk helse i Trondheim), som er et sammenlignbart prosjekt i konseptfasen med areal på ca. 30.000 m². På basis av denne gjennomgangen er det utarbeidet en romoversikt på bruttoareal teknikk som er lagt inn i romdatabasen. Arealet utgjør ca. 1400 m² og vil kvalitetssikres og videreutvikles i Steg 2 i samarbeid med rådgivende ingeniører og representanter for teknisk drift ved UNN.

Akuttmottak

I kravbeskrivelse for akuttmottak er det lagt til en presisering at akuttmottaket skal ha nærhet til to døgnenheter og TSB avrusning, på samme plan. Transport fra akuttmottak til døgnenheter via heis/trapp er ikke ønskelig. Minstekravet er nærhet til to døgnenheter, men nærhet til flere vurderes dersom hensiktsmessig og mulig ift. design. Krav om skjermet tilkomst for ambulanse og politi er lagt inn.

³ <https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/standardromkatalogen%20pr%20februar%202021.pdf>

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon ønsker å drifte selvstendig i eget bygg i alle alternativer. Det er sett på behov for duplisering av funksjoner, som vil ha et større omfang i Breivika-alternativet enn på Åsgård, da avstanden til resten av klinikken blir større.

Funksjonsgruppe sikkerhet og overordnet medvirkningsgruppe har fått mulighet til å gi innspill til hovedprogrammets versjon 0.91. Funksjonsgruppa har i en møteserie gått gjennom prinsippene i hovedprogram og gitt innspill til endringer både i tekst og romprogram som er innarbeidet i oppdatert hovedprogram PHR-0000-Z-AA-0002 versjon 0.92.

Innspill fra funksjonsgruppa og vurderinger fra funksjonsplanlegger har ført til en økning i programmert areal for Sikkerhetspsykiatrisk seksjon på 1.093 m² netto. Totalt areal for Sikkerhetsbygget ligger nå på 5 700 m² brutto. Uteområder kommer i tillegg.

Oppsummert:

- Perimetersikring. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon ønsker perimetersikring rundt begge døgnerhetene (lokalt og regionalt nivå)
- Treningsleiligheter. Det er ikke lagt til grunn personalbase i tilknytning til treningsleiligheter. Om personalbase skal etableres ved treningsleiligheter avhenger av hvilken avstand som legges til grunn i alternativene. Slik alternativene er skissert nå er treningsleilighetene plassert i nærhet til døgnerhetene, uten perimetersikring.
- Skjermingssenger. Opprinnelig versjon av hovedprogrammet la til grunn 2 døgnerheter med 10 plasser hver, der skjermingssenger var inkludert i sengetallet. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har meldt behov for 4 skjermingssenger og at disse defineres som tekniske senger. Dette er behandlet i prosjektet og det er nå lagt til grunn 2 døgnerheter med 10 plasser og 2 skjermingssenger hver. Totalt en økning på fire ordinære senger.
- Behandlerkontorer. I hovedprogrammets versjon 0.91 var 6 behandlerkontorer per døgnerhet lagt til felles senterfunksjon, som skal betjene hele klinikken. 12 av disse tilhører sikkerhetspsykiatrisk seksjon. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon ønsker å være så selvstendig som mulig innenfor eget bygg, da er det hensiktsmessig å flytte over disse 12 behandlerkontorene i fra senterfunksjonen til fellesområdet som betjener begge døgnerhetene i Breivika-alternativet. Prosjektet må ta stilling til om behandlerkontorene også skal trekkes ut i Åsgård-alternativet og delt løsning. Støtterom til disse 12 behandlerkontorene må dupliseres.
- Aktivitetsareal. Det er lagt til egen gymsal og treningsrom i sikkerhetsbygget. Det er et klart ønske fra Sikkerhetspsykiatrisk seksjon at aktivitetsarealer som gymsal og treningsrom er tilgjengelig innenfor eget bygg. Det vil være ressurskrevende å følge opp kontroll av pasienter dersom aktivitetsarealer skal være felles, og det er ikke ønskelig at andre pasienter benytter rom i sikkerhetsbygget, grunnet behov for kontroll på f.eks. innføring av gjenstander. Om det skal være garderobefasiliteter i en slik aktivitetszone

diskuteres. På Slagelse i Danmark benytter pasientene eget rom til skifte/dusj. På NSØ⁴ kan pasienter benytte garderobes i aktivitetsbygget.

- Støttefunksjoner. Personalkantine/spiserom, personalgarderobe, varemottak og resepsjon/servicetorg er lagt til slik at sikkerhetsbygget kan drifte selvstendig i Breivika-alternativet. Om det er behov for slike støtteareal i like stor grad i Åsgård-alternativet vurderes i Steg 2.
- Brukermedvirkning. Erfaringskonsulent har oversendt innspill til hovedprogrammet til tekst om brukermedvirkning i sikkerhetspsykiatri. Innspillet er tatt inn i sin helhet i hovedprogram versjon 0.92. Deler av innspillet siteres her:

«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 2018⁵). 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 2012⁶). En større grad av brukermedvirkning innenfor sikkerhetspsykiatrien, i den grad det er mulig, bør derfor etterstrebes.»

Delt løsning ÅB

For alternativet delt løsning er det nødvendig å duplisere funksjoner for å få til gode konsepter for virksomheten på begge steder. Følgende funksjoner er duplisert i romdatabasen:

Pårørendeområde, aktivitetsarealer, undervisningsarealer og inngangsområder (ekspedisjon, vestibyle og ventesoner), personellområder, garderobes og varemottak/mottakskjøkken.

⁴ Nytt sikkerhetsbygg på Østmarka, Trondheim

⁵ <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., Sørsgård, 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.

⁶ Drennan G og Alred D (2012). *Secure recovery*. (2012). London: Routledge.

4.3 Mulig arealreduksjon

Hovedprogrammet inkluderer funksjoner som ikke hører direkte til klinikken, men som i dag har arealer på Åsgård. Det er identifisert flere muligheter til arealreduksjon i prosjektet, både ved å ta ut funksjoner og ved å redusere brutto/netto-faktor på noe areal. Det er i tillegg programmert inn en del arealer for Universitetet, som det bør inngås leieavtale på.

Funksjon	Beskrivelse	BTA reduksjon
Tannlege	Undersøkelserom, røntgen og venterom. Tjenesten fins i Breivika (Tannbygget)	112 m ²
Vaskeri	Vaskeriet betjener i dag Åsgård, Breivika og andre UNN-lokasjoner. Lager for ren/urent tøy, vaskeri ren/uren side, kontorplasser og moppevaskeri.	350 m ²
SMI-skolen (fylkeskommunal)	Klasserom, kjøkken, kontorplasser, samtalerom og oppholdsrom.	380 m ²
Fysioterapi	Behandlingsrom og kontorplasser.	170 m ²
Drift/teknisk	Reduksjon av kontor, verksted og møterom.	190 m ²
Skjermingssenger	Romprogrammet følger prinsippet om generalitet for døgnposter med likt antall skjermingssenger per post. Det kan vurderes om noen døgnenheter kan redusere antall eller størrelse. Reduksjon av fire skjermingssenger foreslås.	460 m ²
Bibliotek	Arkivmagasin, kontorplass, lager og lesesal.	355 m ²
Gymsal sikkerhet	Det er programmert inn en egen stor og liten gymsal for sikkerhetspsykiatri i alle alternativer. Mulig reduksjon av stor gymsal i Åsgård-alternativet betinger sambruk av felles gymsal.	770 m ²
Undervisningscenter	Undervisningsarealer er godt dimensjonert i prosjektet. Arealet kan reduseres ved økt sambruk.	1 230 m ²
Reduksjon B/N-faktor	Brutto/netto-faktor kan reduseres for rene kontorarealer, undervisningsarealer og poliklinikkarealer dersom de plasseres hensiktsmessig og i nærhet til hverandre. Slike funksjoner utgjør ca. 5200 m ² . En reduksjon fra B/N-faktor 2,2 til 1,8 utgjør:	2 080 m ²

5 Klima og miljø

Sykehusbygg HF har på oppdrag fra eierne utarbeidet dokumentet *Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter*. Standarden stiller konkrete krav til hvordan helseforetakene (byggherre), prosjektledelse, arkitekter, rådgivere og entreprenører skal følge opp klima og miljø i det enkelte sykehusprosjekt. Formålet med standarden er å innføre effektive tiltak i byggeprosjektene slik at helseforetakene kan møte lavutslippssamfunnets krav og bidra til at Norge når sine klimagassutslippsmål.

Standarden er basert på følgende hovedprinsipper:

- **Miljømål** skal etableres og skal være et utgangspunkt for miljøledelse i alle nye sykehusprosjekter fra tidligfasen.
- **Miljøledelse** skal være en integrert del av prosjektledelsen allerede fra tidligfasen. God miljøledelse krever riktig kompetanse og at det settes av tid hos byggherren, i prosjektledelsen, i sykehusets driftsorganisasjon, i arkitekt- og prosjekteringsgruppen og i samhandlingen med entreprenør. BREEAM-NOR sertifisering skal vurderes.
- **Klima og miljø skal vektlegges**. Klima- og miljøhensyn skal ha stor betydning ved beslutning om nybygging vs. rehabilitering og i spørsmål knyttet til lokalisering.

Standarden er grunnlagsdokumentasjon som *Delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021-2030* er bygget på.

Styret i Helse Nord RHF har i sak 170-2021 gitt sin tilslutning til *Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter* og bedt om at standarden blir benyttet i alle sykehusprosjekter, både for nybygging og rehabilitering.

5.1 Miljøprogram

Ihht standarden har prosjektet PHR UNN utarbeidet et miljøprogram. Miljøprogrammet beskriver prosjektets miljømål og -hovedkrav, samt prinsipper for hvordan målene skal nås. Ved valg av utbyggingsløsning er målet at det skal legges like mye vekt på klima og miljø som økonomisk bærekraft, kvalitet, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Hovedprinsippet er at et miljømessig ufordelaktig alternativ ikke skal velges.

Arbeidet er ledet av Sykehusbygg høsten 2021 og utført i samarbeid med miljørådgiver UNN, prosjektleder utbyggingsenhet UNN og innleid miljørådgiver fra Cowi. Miljøprogrammet er besluttet i styringsgruppa januar 2022 og skal modnes og detaljeres videre gjennom konseptfasen.

Følgende hovedmål etablert for prosjektet:

1. Klimafotavtrykk
 - CO₂-utslipp fra materialer skal reduseres med 40 % til 271 kg CO₂-ekv. /m² bruttoareal bygget. Referansebygg-verdi (Sykehuset Østfold, Kalnes) er 451 kg CO₂-ekv. /m² BTA.
 - Byggeplassen skal være fossilfri og så langt det er praktisk mulig være utslippsfri.
2. Energibehov og effektutjevning
 - Redusere energiforbruket med 25% sammenlignet med referanseverdi som er: Energikarakter A, sykehus-areal 175 kWh/m² BTA, «sykehjems-areal» 145 kWh/m² BTA)

- Når vi bygger nytt, eller renoverer, skal vi være innovative og egenproduksjon skal økes (som bruk av varmepumpe, solenergi og bioenergisystem).
 - Alle nye bygg planlegges som energipositive bygg eller nullutslippsbygg.
 - Der det er hensiktsmessig, skal det være iverksatt tiltak for å modernisere eksisterende bygg til energieffektive-, nullutslipps- eller plussbygg.
 - Etablere en dialog med ENOVA og søke om støtte til energieffektive løsninger
 - Det skal stilles krav til lavt energi- og effektforbruk (standby-tid) på alt utstyr (herunder bygningsutstyr, IKT og utstyr til pasientbehandling)
3. Avfall fra byggeriet
- Byggeavfall skal reduseres, og ikke overstige 25 kg per bygget kvadratmeter. Minimum 90 % skal kildesorteres.
4. Sirkulær økonomi
- Prosjektet skal legge til rette for ombruk av areal, bygningselementer og inventar
 - PHR UNN skal prosjekteres for høy arealeffektivitet og lang levetid.
 - Endret bruk skal ikke kreve omfattende ombygging (fleksibilitet/generalitet).
 - Bygningsdeler skal prosjekteres slik bygget ved endt levetid kan demonteres og gjenbrukes i størst mulig grad.
 - Det skal velges materialer og utstyr av høy kvalitet og med lang holdbarhet.
 - Miljø-informasjon skal inngå i BIM-modellen.
5. Lokalmiljø og stedskvaliteter
- Det skal innføres særskilte tiltak for å redusere ulemper for nærliggende sykehusenheter under byggeperioden*.
 - Forbedre tomtas økologi/biologisk mangfold.
 - Det skal tilrettelegges for sikker og miljøvennlig adkomst, herunder lading av el-biler for besøkende.
 - Materialer og infrastruktur skal være tilpasset økte klimabelastninger og bidra til robust drift og forlenget levetid.

*) For å redusere ulemper for omgivelser og sykehus i drift er det av stor betydning at de prosjekterte løsningene muliggjør stor grad av prefabrikasjon. Dette vil redusere belastning på omgivelsene i form av redusert byggetid, støy, trafikk og støv.

6. Miljøsertifisering

- Prosjektet skal sertifiseres i henhold til BREEAM NOR nivå «Excellent». Pre-analyse gjennomføres i konseptfasen når lokasjon/tomt er valgt.

I denne fasen er miljøprogrammet retningsgivende. Det er relativt lang tid til byggestart, og krav, muligheter og teknologi utvikles, slik at det kan være andre/endrede krav som er relevante ved byggestart. Ny revisjon av miljøprogrammet utarbeides i konseptfasens Steg 2 i forkant av B3-beslutning. En analyse av miljøstatus skal gjennomføres for å komme ut med et foreløpig bilde av prosjektets miljøprestasjon. Revisjonen skal tydeliggjøre hvordan målene skal nås og estimere kostnadene forbundet med nødvendige tiltak

(prosjektkostnad, besparelser og verdi for driften). Miljøprogrammet vedtas endelig av eier før oppstart forprosjektering.

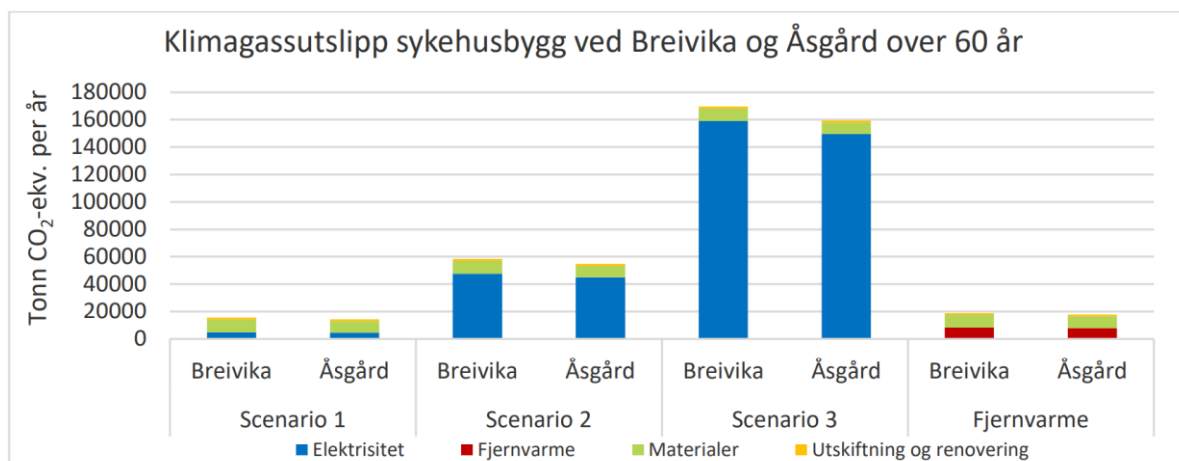
5.2 Klimagassvurderinger

Ihht *Standard for klima og miljø i sykehusprosjekter* er det utført et innledende klimagassbudsjett i konseptfasens Steg 1. Dette omfatter overordnede beregninger for klimagassutslipp fra produksjon av byggematerialer, byggefase, drift og vedlikehold over 60 år, samt avhending for sykehusbygg i Tromsø. Formålet med beregningene er å gi en indikasjon på byggenes klimagassutslipp gjennom hele livsløpet, som grunnlag til å gjøre det beste klimamessige valget mellom tomtealternativene.

Klimagassbudsjettet er utarbeidet iht. NS 3720:2018 Metode for klimagassberegninger for bygninger med omfang basis med lokalisering. Beregningene er basert på data/opplysninger tilgjengelige i konseptfasens Steg 1.

Det er gjennomført ett klimagassbudsjett for den totale bebyggelsen i Breivika og ett klimagassbudsjett for den totale bebyggelsen på Åsgård. Klimagassutslippene som er presentert for de to ulike tomtealternativene representerer utslippet for alle byggene samlet på hver lokasjon. Klimagassutslipp fra transport i drift er utelatt her på grunn av usikkerheten knyttet til transportavstanden for ansatte ved PHR UNN Tromsø.

Figur 32 viser at Åsgård-alternativet har et totalt klimagassutslipp omtrent 6 % lavere sammenlignet med Breivika. I beregningen er det lagt til grunn et noe mindre bruttoareal på Åsgård enn i Breivika, noe som bidrar til at det totale klimagassutslippet for Åsgård er noe lavere. Ser man på klimagassutslippet per m² er forskjellen mellom de to tomtealternativene på under 1 %.



Figur 32 Totalt klimagassutslipp for sykehusbygg ved Breivika og Åsgård over en 60-årsperiode.

	Breivika, totalt utslipp over hele livsløpet (60 år), tonn CO₂-ekv.	Åsgård, totalt utslipp over hele livsløpet (60 år), tonn CO₂-ekv.	Breivika, Enhetsutslipp, kg CO₂-ekv./m²	Åsgård, Enhetsutslipp, kg CO₂-ekv./m²
Scenario 1	15 328	14 281	411	406
Scenario 2	58 295	54 601	1 565	1 560
Scenario 3	169 692	159 296	4 556	4 551
Fjernvarme	18 869	17 546	507	501

Figur 33 Det totale klimagassutslippet over hele livsløpet (60 år)

Det er i denne tidligfasevurderingen såpass mange faktorer som er usikre, at det er vanskelig å konkludere på hvilket tomtealternativ som vil være det klimamessig beste valget. Det er likevel noen faktorer som kan bidra positivt eller negativt for de to alternativene som bør nevnes:

- o Deler av bygningsmassen på Åsgård skal ombygges, noe som gir potensial for gjenbruk/ombruk og dermed redusert klimagassutslipp. Siden det er planlagt for tung ombygging (mesteparten av den eksisterende bygningsmassen skal skiftes ut) er det potensiale for at flere elementer av den eksisterende bygningsmassen kan bevares og brukes i det nye bygget, dersom det er teknisk og økonomisk forsvarlig.
- o I Breivika-alternativet er aktuell tomt for sikkerhetsbygget (S1) et myrområde. Nedbygging av myr bidrar til økt klimagassutslipp samt at det svekker naturens evne til å binde karbon i fremtiden. Omfanget av utslipp fra nedbygging av myr er ikke blitt vurdert i denne fasen, og bør undersøkes nærmere.

Basert på de to punktene over, kan en kvalitativt vurdere at Åsgård har potensialet til å være mer klimavennlig enn alternativet på Breivika, dog marginalt og påvirket av usikkerheter.

6 Faglige vurderinger

I Helse Nord styresak 91-2021 vedtakspunkt 3 ber styret adm. direktør følge opp at en konkretisering av faglige vurderinger kommer tydeligere fram i det videre arbeidet.

Styret i UNN har i orienteringssak 72-4, sept. 2021 presisert:

- Det vil bli vektlagt å innhente og konkretisere faglige vurderinger fra et bredt medisinsk fagmiljø lokalt og nasjonalt.
- Det er ønskelig å formidle konkrete erfaringer fra foretak som har samlokalisert virksomhet på tvers av psykisk- helse, rus og somatikk.

6.1 Faglige vurderinger fra overordnet medvirkningsgruppe

For å svare ut vedtakspunkt 3, ble en overordnet medvirkningsgruppe utnevnt av administrerende direktør UNN, i samarbeid med ledelsen i PHRK. OU-prosjektet fikk i oppgave å lede gruppen, som skulle ytterligere utrede og avklare usikkerheter knyttet til alternative løsninger. Gruppen ble bedt om å tydeligere beskrive/forklare de faglige argumenter for valg av virksomhetsalternativ, samt beskrive hvilke fordeler og ulemper de forskjellige virksomhetsalternativene har for forskjellige pasientgrupper, ut ifra et ønske om å redusere risiko for hver enkelt pasient.

Den overordnede medvirkningsgruppen er en bred sammensetting av fagpersoner fra UNN, ledere, tillitsvalgte, representanter fra brukersiden, representanter fra UiT og somatiske klinikker. Rapporten fra gruppen er sendt på høring til eksterne og er vedlagt i sin helhet (Vedlegg 6).

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

Det vises til steg 1 rapport, hvor det problematiseres at alternativene gir svært forskjellige kvaliteter. Gruppen har derfor valgt å legge vekt på en avveining mellom ulike kvaliteter, for videre å finne mulige kompenserende tiltak i alle alternativ. Tiltakene er videre vurdert av prosjektet, og beregninger for mulige kompenserende tiltak er inkludert i økonomiske analyser.

Gruppen har konsentrert seg om det som skiller tomtealternativene fra hverandre innenfor kategoriene: Områdets karakter, uteområdene og nærhet til somatisk helsetjeneste. Prosjektet presiserer at dette er kvaliteter rundt bygget, og kvaliteter inne i bygget antas ivaretatt likeverdig for alternativene.

Faglig vurdering Åsgård

Det er ingen tvil om at gruppen mener at Åsgård-alternativet er best egnet for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det gjelder vurdering av området (bydelområdet) som kjennetegnes av god avstand til øvrig bebyggelse og lav trafikk tetthet. Området har store arealer med natur og gir spillerom for gode bygg for psykisk helsevern med lite innsyn, god utsikt og mange muligheter for utgang til uteområder. Det er egnet areal til bygg og uteområder for sikkerhetspsykiatri, integrert med øvrig

virksomhet. Området gir god mulighet for diskresjon for pasientene, selv om sykehusområdet er beheftet med stigmatiserende oppfatning om psykisk sykdom.

Det er vurdert som viktig for pasientforløp og ressursbruk innad i PHV/TSB at tjenestene i PHV/TSB holdes samlet.

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

Faglig vurdering Breivika

Det vurderes som et fortrinn at alternativet har nærhet til det somatiske sykehuset og universitet. Det er gangavstand mellom somatikk og PHV/TSB, og til UiT og andre tjenester i Breivika. Gangavstanden innebærer at det ikke er samme arbeidsflate for PHV/TSB og somatikk, og alt samarbeid må organiseres, planlegges og bemannes.

Området vurderes å gi begrensinger for virksomheten i PHV/TSB. Tomtens beliggenhet og avgrensing gir begrensede muligheter for bygg med tilgang til gode uteområder, som er begrenset i omfang og tilgjengelighet. Området er eksponert for innsyn pga. topografi og omkringliggende høye bygg, samt at et relativt tettbefolket område reduserer mulighet for diskresjon for pasienter og pårørende.

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

Det vurderes at ulempene i liten grad kan kompenseres grunnet områdebegrensning (tomtestørrelse) for bygg/uteområde.

Faglig vurdering «Delt Løsning, ÅB»

Gruppen viser til at ved en delt løsning, vil de respektive enhetene som er lokalisert til Breivika og Åsgård kunne utnytte fordelene med de to områdene.

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

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

Gruppen kategoriserer en oppsplitting av PHV/TSB som den største ulempen ved et delt alternativ. Det er viktig for pasientforløp og ressursbruk innad i PHV/TSB at tjenestene holdes mest mulig samlet. Et oppdelt fagmiljø innen PHV/TSB vurderes som en risiko for utvikling av sterkt, ressurseffektivt og rekrutterende fagmiljø.

Kliniske samarbeidsbehov/pasientgrupper

For mange pasienter ved PHV/TSB er det samlede helseutfordringsbildet sammensatt. Pasienter kan ha somatisk sykdom, psykisk sykdom, ruslidelser, og ulike kombinasjon av disse. Det er velkjent at pasienter med langvarig og alvorlige psykiske lidelser/rus- og avhengighetslidelser har dårligere somatisk helse enn gjennomsnittsbefolkningen. Dette henger sammen med helsereduserende leveste over lang tid, og forsterkes av at pasienter i mindre grad enn gjennomsnittsbefolkningen oppsøker somatiske helsehjelp.

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

Alt tverrfaglig samhandlingsbehov skal vurderes individuelt, for alle pasienter. Hvilken enhet pasienten er innskrevet i er ikke avgjørende, og det er klinikken som identifiserer og initierer behov.

Den faglige gruppen har diskutert, og finner det vanskelig å definere hvilke diagnosegrupper som har størst behov for tverrfaglig samarbeid. Pasienter med gitte diagnoser kan ha svært forskjellig somatisk helse og forskjellige egenomsorgsressurser. Det er allikevel noen grupper som har hyppigere samtidige psykosomatiske utfordringer enn andre. Gruppen har nevnt eldre pasienter, pasienter med spiseforstyrrelser, og pasienter med akutte intoksikasjoner og pasienter med behov for ECT.

Samhandling defineres som aktivitet hvor merverdi skapes for pasienten eller personell ved å koble sammen ulik kompetanse som ikke er organisert i samme enhet. Felles for alle alternativene er at det må være identifisert et samarbeidsbehov og den ansvarlige for pasienten må iverksette tiltak for å organisere samhandlingen, og samhandlingen må ressurs-settes (tid, antall personer, transportmidler). Ingen samhandling kommer av seg selv.

Utdanning, forskning og fagutvikling

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

Analyser

Det ble i medvirkningsprosessen også utført omfattende analyser for å gi en overordnet bakgrunn for hvordan pasientgrunnlag og dataflyt ser ut i dag (grunnlagsdata fra 2019). Tallgrunnlaget ble hentet fra NPR-melding/Sykehusbygg og KPP/Datavarehus fra UNN HF.

I analysene var det ønskelig å identifisere samtidig somatisk behandling av pasienter innen psykisk helsevern. I tillegg var det ønskelig å se på pasientflyt mellom ulike enheter. Det var ikke mulig å identifisere disse gruppene, da datakvalitet i tall-materialet ikke ble vurdert som godt nok.

Det ble gjort en overordnet analyse av volum av potensielle pasientgrupper, der det er etablert faglige argumenter for samarbeid mellom somatikk og psykisk helse / TSB.

Pasientgruppene det ble sett nærmere på er:

- Alderspsykiatri
- Akutt intox
- Selvmordsforsøk
- ECT-behandling

6.2 Erfaringsinnhenting: «Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk»

Som en del av arbeidet med å svare ut vedtakene i Helse Nord styresak 91-2021, fremmet styret i UNN en orienteringssak (sak 72-4, 2021). Den beskrev et ønske om å innhente og formidle konkrete erfaringer og faglige innspill fra ulike nybygg-prosjekter både i inn- og utland. Arbeidet skulle vektlegge og innhente og konkretisere faglige vurderinger fra ulike fagmiljøer lokalt og nasjonalt. Prosjektet har vektlagt en studie av nasjonale prosjekter, grunnet likhet i helsepolitiske føringer, styreform og geografiske forhold.

Datainnsamlingen ble avgrenset til å se på de faktiske løsningene som er planlagt eller realisert for et utvalg ulike prosjekter og helseforetak, når det gjelder lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk. Gjennomgangen omfattet også uteromsløsninger.

Undersøkelsen er gjort blant 8 helseforetak, og resultatene er samlet i rapport «*Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk.*», vedlegg 5. Her beskrives vurderinger og avveininger som ligger til grunn for de valgene som er foretatt, samt informantenes vurdering av styrker og svakheter ved de valgte løsningene.

Rapporten har til hensikt å bidra til å skaffe et bredere kunnskapsgrunnlag for vurdering av de ulike alternativene i UNN-prosjektet, ved å beskrive løsninger og vurderinger som ligger til grunn for valg av lokalisering av bygg og utforming av uteromsløsninger i andre relevante prosjekter og foretak. Undersøkelsen er ikke en evaluering, men en beskrivelse av konkrete lokaliseringsløsninger og de vurderinger som ligger til grunn for løsningene. Rapporten er vedlagt og oppsummeres i korte trekk her.

6.2.1 Lokalisering

Sykehusene som er inkludert i studien representerer ulike valg mht lokalisering i forhold til annen spesialisthelsetjeneste (somatikk og TSB). I diskusjon om lokalisering av bygg for psykisk helsevern snakker man ofte om samlokalisering med somatikk og TSB.

Det er benyttet tre ulike nærhetskategorier, i henhold til avstand mellom de ulike delene av tjenestene PHV, TSB og somatikk:

1. Samlokalisert/helintegrert: Funksjoner er på samme arbeidsflate
2. Nærlokalisert: Gangavstand mellom bygg
3. Lokalisert med avstand: Kjøreavstand med personbil eller ambulanse

Tabellen viser en oversikt over prosjektene i undersøkelsen og hvordan psykisk helsevern (PHV), TSB og somatikk er lokalisert i forhold til hverandre. Tabellen viser også lokalisering av lokal sikkerhetsavdeling og DPS. For de foretakene som ikke har tjenesten RSA (regional sikkerhetsavdeling), er ikke dette spesifisert.

Tabell 7 Oversikt sykehusprosjekter erfaringsinnhenting

	PHV i forhold til somatikk	LSA	TSB	DPS
Rønvik Stoppet opp etter steg 1 i konseptfase	2 ½ km unna somatikk	LSA/RSA samlokalisert m PHV	Samlokalisert med Salten DPS 2-300 m unna PHV	2 DPS: Salten DPS (Bodø opptaksområde) 2-300 m unna, og DPS Lofoten og Vesterålen ligger på Gravdal i Lofoten
St Olav Østmarka/Øya Konseptfase	Dagens lokalisering av PHV er 5 km unna somatikk. Senter for psykisk helse er under planlegging, og vil få delt løsning/oppgavedeling med sikkerhet (LSA og RSA) og rehab 5 km unna, og alder, akutt mm på samme område som somatikk	LSA og RSA 5 km unna somatikk. Ligger nært enkelte deler av PHV.	Ligger på Øya, 300 m fra kommende senter for psykiatri på Øya	3 DPS: Nidaros DPS (Østmarka) 5 km unna somatikk (samme område som langtids og sikkerhet), Orkdal DPS (200 m unna Orkdal sykehus), Tiller (10 km unna St Olav, er slått sammen m Orkdal til Nidelv DPS og skal lokaliseres på Østmarka)
Tønsberg Innflyttet 2019	Delt løsning – langtid og sikkerhet (LSA) ligger 9 km unna somatikk. Akutt, alder, ungdomspost mottak/avklaring for PHV og akutt rus ligger i gangavstand på samme område som somatikk	LSA 9 km unna somatikk og resten av PHV	Ligger på Nøtterøy, 9 km unna somatikk og PHV	1 DPS (DPS Vestfold) med tre døgnposter og syv poliklinikker hvorav en er ambulans akutteam (AAT). Nøtterøy 3 km unna somatikk (20 pl), DPS Sandefjord (6 pl), DPS Larvik (12 pl)
Kristiansand Byggefase	Bygger nytt bygg 500 m unna somatikk.	LSA samlokalisert med resten av PHV	Lokalisert i Kristiansand, 5 km unna sykehuset på Eg. Arendal (pol og døgn) og Byglandsfjord (døgn). Poliklinikk i tillegg i Mandal, Farsund og Flekkefjord	4 DPS: DPS Strømme (Kristiansand, 8 km unna sykehuset), DPS Østre Agder, DPS Lister (Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal), DPS Solvang

	PHV i forhold til somatikk	LSA	TSB	DPS
Haugesund Innflyttet 2021	Somatikk, PHV og TSB lokalisert i samme bygningskompleks og samme etasje. Helintegret akuttmottak, Valen sjukehus 3 timer unna	LSA 3 timer unna somatikk og resten av PHV (Valen sjukehus)	TSB i Haugesund (samme område som sykehuset) og på DPSene i Haugaland, Stord og Folgefonn	4 DPS: DPS i Haugaland (4 km unna), Karmøy, Stord og Folgefonn
AHUS Forprosjektfase fra 2022	PHV skal samles på Nordbyhagen i samme område som somatikk	LSA samlokalisert med resten av PHV	Ligger på Nordbyhagen, samme område som somatikk. I tillegg Elvestad, Follo, Groruddalen, Klosteret, Nedre og Øvre Romerike, Kongsvinger	5 DPS, Nedre Romerike er nærmest Ahus, (7 km unna). DPS i Follo, Groruddalen, Kongsvinger og Øvre Romerike.
Kalnes Innflyttet 2015	Nytt bygg hvor somatikk og PHV ligger i hver sin fløy. All PHV på sykehusnivå er samlet.	LSA samlokalisert med resten av PHV	Ligger i Moss, 28 km unna sykehuset	4 DPS, Fredrikstad, Nordre Østfold (Moss og Mysen)
Drammen Byggefase	Bygger nytt sykehus, både somatikk, PHV og TSB samtidig på samme område. Tre bygg i rekke for hhv PHV, TSB og BUP	LSA samlokalisert med resten av PHV	Bygges sammen med de andre på Brakerøya, i eget bygg	5 DPS, Drammen m poliklinikk i sentrum (2 km unna), døgnet utenfor (Konnerud, 8 km). I tillegg i Bærum, Asker, Kongsberg og Ringerike

Oversikten viser at foretakene i hovedsak har valgt å lokalisere psykisk helsevern i gangavstand til somatikk, der tilgjengelige tomter gjør det mulig.

TSB: Fem prosjekter lokaliserer TSB sammen med resten av PHV. Ett foretak deler TSB ved at rusakutt og avrusing skal inn ved somatikk. Øvrig rusbehandling er langtidsbehandling (inntil 3 mnd.), og planlegges samlet utenfor resten av sykehuset.

LSA: Fem prosjekter lokaliserer lokal sikkerhetsavdeling (LSA) sammen med resten av PHV.

Totalløsning: To prosjekter lokaliserer både somatikk, PHV inkludert LSA, og TSB på samme område. Ingen av foretakene med totalløsning har RSA.

Delt løsning: Det er to foretak i utvalget som har lokalisert PHV på to steder, der PHV er delt mellom lokalisering ved somatiske klinikker, og i kjøredistanse.

DPS: DPSene er i de fleste prosjektene lokalisert i kjøreavstand fra spesialistnivået. Men i gangavstand til øvrig PHV i to av tilfellene.

Vurderinger ved valg av lokalisering

Hovedbegrunnelsen for valg av lokalisering av bygg for psykisk helsevern var nærhet til somatisk helsetjeneste. Alle prosjektene i undersøkelsen oppga nærhet til somatiske spesialisthelsetjenester som viktig i forbindelse med valg av lokalisering og tomt, selv om løsningene for prosjektene ivaretok slik nærhet i noe ulik grad.

Ingen av de inkluderte prosjektene oppga nærhet til grøntområder eller tilgang til natur som den viktigste grunnen til valgt lokalisering. Det å kunne tilby gode uteområder ble likevel oppgitt som svært vesentlig, for å få best mulig løsning gitt tomtens muligheter og begrensninger.

Grunnlag for valg av beliggenhet i forhold til annen spesialisthelsetjeneste:

- Bedre kvalitet i tilbudet til pasientene ved bedre sammenheng i tjenestetilbudet
 - Nærhet til somatikk ble knyttet til mulighetene for et mer sammenhengende pasientforløp og bedre samarbeid mellom psykisk helsevern/TSB og somatikk.
 - Erfaringer med at samsykelighet ikke ble godt nok ivaretatt
 - *Erfaringer med avvik og alvorlige hendelser på inneliggende pasienter pga uoppdaget somatisk sykdom.*
 - Samlokalisering ble beskrevet som tilrettelegging for å styrke oppmerksomhet mot somatisk helse i psykisk helsevern.
 - bedre kunnskap om psykisk helsevern i somatikk, og omvendt
- Pasientgrupper og nærhetsbehov
 - *Pasientgrupper og -situasjoner med nærhetsbehov til somatikk:*
 - Akuttpasienter/-enheter,
 - Alderspsykiatri,
 - Spiseforstyrrelser
 - ECT-behandling
 - Pasienter med langvarig alvorlig psykoselidelse
 - Rus/TSB
 - *Pasientgrupper med mindre behov for geografisk nærhet til somatikk:*
 - DPS/allmennpsykiatriske pasienter
 - Elektivt innlagte pasienter
 - Rus langtidsbehandling/rehabilitering
 - Pasienter i lokal sikkerhetsavdeling (LSA)
 - Tilsvarende vurdering gjort for langtidsbehandling og sikkerhet (RSA)
 - *Samle psykisk helsevern*
 - For flere av prosjektene innebar et nytt sykehus at man ville få mulighet til å samle psykisk helsevern på en eller to lokasjoner
 - Der psykisk helsevern fortsatt vil være delt, kan ulempen knyttes til muligheten til å bistå hverandre i ulike situasjoner knyttet til sikkerhetsaspektet. Det å kunne spille på andre mht personell, og for ivaretagelse av sikkerhet.
 - *Nærhet til universitetet*

- Noen av prosjektene nevnte nærhet til universitetet som en av styrkene ved den valgte lokaliseringen. Det er en erfaring at det er vanskelig å få universitetet ut til enheter plassert utenfor hovedsykehuset.
- *Normalisering og avstigmatisering*
 - Samlokalisering kan være en ambisjon om å styrke psykiatriens status. Avstigmatisering, alminneliggjøring og av-institusjonalisering er begreper som løftes frem som begrunnelser for lokalisering av psykisk helsevern nært somatikk, og for hvordan byggene utformes.

Felles eller delt akuttmottak

To prosjekt/foretak har eller planlegger felles mottak for PHV, TSB og somatikk. Flere nevnte at felles akuttmottak med somatikk kunne vært ønskelig, men at det ikke var praktisk gjennomførbart fordi de skulle bygge seg inntil allerede eksisterende somatiske bygg som hadde akuttmottak et annet sted på tomten.

Fire prosjekter/foretak har eller planlegger felles akuttmottak for PHV og TSB. Tre prosjekter/foretak har eller planlegger i tillegg mottaks- og avklaringspost for PHV og akutt rus, hvor pasienter kan ligge 1-2 dager.

Noen av intervjupersonene pekte på at det er ønskelig med en utvikling av akuttmottakets funksjonalitet i retning av å gjøre en mer omfattende vurdering i mottak, mens andre vurderte at dette ikke ville være en gunstig bruk av personellressurser. Flere prosjekter har et utrednings-/utviklingsarbeid i gang for å utvikle løsning for fremtidig mottaksfunksjon, ikke bare isolert for PHV/TSB, men generelt for pasienter i akutfase.

Tiltak for sammenheng i tjenestene

Undersøkelsen viser at foretakene har etablert tiltak for å sikre sammenheng i behandlingen til pasientene. Det som ble hyppigst nevnt var konsultasjonsordninger fra PHV og evt. TSB inn mot somatikk.

Det er et inntrykk at dette i stor grad går fra psykisk helsevern eller TSB inn mot somatikk. Det påpekes fra de som er lokalisert i kjørevstand fra somatikk at det kan være vanskelig å få personell fra somatiske enheter til å dra ut, så psykisk helsevern og ruspasienter må bringes til somatikken for konsultasjon, blodprøver mm.

Det ble pekt på at somatikken etterspør mer enn tilsyn fra psykisk helsevern. Det kan være snakk om samarbeid på ulike fagområder, bistand i forbindelse med utagering, og tilstedeværelse i akuttmottak.

6.2.2 Organisasjonsutvikling for å utvikle samarbeid

Det påpekes at det ikke er tilstrekkelig med samlokalisering for å oppnå det man ønsker om et tettere samarbeid og mer sømløse tjenester for pasienter som trenger behandling på tvers av somatikk og PHV/TSB. Det understrekes av flere at det er viktig og nødvendig å arbeide med nye samarbeidsformer for å oppnå bedre sammenheng i behandling. Flere at prosjektene har igangsatt omfattende OU-prosjekter for å oppnå dette, og det pekes på at samarbeidet ikke kommer av seg selv. Prosjektene skal bidra til å nå de målene de har satt seg for en mer sammenhengende tjeneste.

Flere viste til erfaring ved at samarbeid utvikles over tid, og at den fysiske nærheten mellom somatikk og PHV legger bedre til rette for å utvikle relasjoner enn de erfarer med enheter som er lokalisert i kjørevstand.

6.2.3 Uteområder

Uteområder er i denne sammenheng primært beskrevet som verktøy i behandlingsprosesser. Det er faglig grunnlag for å si at uteområdenes kvaliteter kan utgjøre en forskjell i utforming av behandlingen. Kvalitetene ved uteområder kan blant annet være knyttet opplevelse av vær- og årstidsvariasjoner, muligheter for aktivitet og bevegelse, rom for samtaler og sosial kontakt, mulighet for frisk luft og frihetsfølelse, og eksponering og hverdagslivstrening. For pasienter underlagt tvang, og som har begrenset bevegelsesfrihet pga. sykdomsbilde, og spesielt med sykehusopphold over tid, kan variasjonen mellom inne og uteområde gi en større opplevelse av normalitet.

I gjennomgangen av prosjektenes og foretakenes etablerte eller planlagte uteromsløsninger er det brukt tre kategorier:

- A. Atrier, balkonger, terrasser, takhager o.l.
- B. Nærområder i tilknytning til bygg – inngjerdet eller åpne
- C. Friluftsområder, park eller turområder åpne for generell ferdsel

Løsninger som er valgt for uteområder ble knyttet til vurderinger av behov hos ulike pasientgrupper i ulike faser av et behandlingsforløp. Det ble påpekt at alle pasienter i alle faser av et forløp kan ha behov for å kunne gå ut, men at behovene vil være ulike.

Byggene (med PHV døgnplasser) som omfattes av denne undersøkelsen, har fra en til fire etasjer. Alle prosjektene planlegger eller bygger bygg rundt åpne atrier av varierende størrelse. Atriene er av ulik størrelse, og de store er gjerne inndelt i ulike soner for ulike aktiviteter. Det planlegges beplantning og tilretteleggelse av aktivitet. Flere prosjekt har ulike løsninger for takhager, og noen har luftbalkonger. To av prosjektene har også skjermede uterom eller balkonger for pasienter på skjerming. Flere prosjekter har også nærområder med ulike kvaliteter, slik som plener og grøntarealer. De fleste av disse er åpne for alminnelig ferdsel.

Når det gjelder mer perifere områder har alle tilgang på turområder o.l., som i noen tilfeller er tilgjengelig til fots, og i andre tilfeller ligger lengre unna og er tilgjengelig med buss eller bil.

Vurderinger ved utforming av uteområder

Prosjektene hadde hatt omfattende diskusjoner om hvordan de skulle få best mulige uteområder som ivaretok ulike pasientgruppers behov innenfor prosjektets rammer. Det pekes på at det viktigste skillet går mellom pasienter som fritt kan bruke uteområdene, og de som er innlagt på tvang og har restriksjoner på å kunne gå fritt ut, men fortsatt har krav på tilgang til frisk luft og dagslys.

Pasienter som er innlagt i kort tid er mindre avhengig av utearealer enn pasienter som er innlagt i flere måneder, selv om pasienter i alle faser at et forløp skal ha mulighet til å kunne gå ut. Forhold som andre pekte på var det å unngå at for mange pasienter oppholdt seg på samme sted, og å legge til rette for å kunne trekke seg unna, være for seg selv.

Det som ble fremhevet som en slags gullstandard for løsning av kombinasjonen bygg og uterom, var lave bygg med enkel og direkte utgang for flest mulig av pasientene på døgnopphold. Dette syntes å være en slags referanseramme for de fleste prosjektene når de snakket om utforming av uterom.

På grunn av begrensninger i tomtestørrelse, prosjektenes økonomiske rammer mm ble det funnet ulike utforminger som i størst mulig grad kunne oppfylle de ønskede kravene til løsninger. Det var likevel unntaksvis at byggene i utvalget er utformet med én etasje.

Det ble arbeidet med å finne varierte og gode løsninger for å kunne gå ut uten restriksjoner. Både atrier, terrasser, balkonger og takhager er inkludert i ulik utforming i prosjektene.

For pasienter som er innlagt over tid ble det pekt på behov for aktivitet og større grad av variasjon enn det som kan tilbys på begrensede tomteområder.

Flere av prosjektene påpekte at det urbane er viktig i rehabiliteringssammenheng, blant annet fordi det er det pasientene skal tilbake til. Det ble påpekt at dette ikke får like stort fokus i diskusjonene om tilrettelegging for rehabilitering som tilgang til grøntområder.

(Prosjektet påpeker at det som oppleves urbant, og hva man skal tilbake til, kan variere til en viss grad avhengig av lokalisering.)

6.2.4 En løsning som kan oppfylle alle ønsker?

Vurderinger som ligger til grunn for lokalisering av bygg for psykisk helsevern og utforming av uteområder, baserer seg på forskjellige rammebetingelser og derav ulike valg. Flere ulike forhold har vært viktige i vurderingene. Det omfatter blant annet hva som bør ligge i nærheten av hverandre for å få til god flyt og sammenhengende tjenester, tomtenes kvaliteter og tilgjengelighet, vurderinger av hva som karakteriserer gode bygg og områder for pasienter i ulike situasjoner, samt ulike økonomiske rammer.

Prosjektene vurderer at de får til gode løsninger med noen begrensninger. Noen peker på svakheter ved løsningene, som krever kompenserende tiltak – ingen får til alt. Det er heller ikke mulig å finne én løsning som kan oppfylle alle ulike ønsker. Slik sett er dette en studie av det muliges kunst. Hvordan det vil fungere, vil avhenge av praksis og ikke lokalisering alene.

7 USIKKERHETER

Tilgang til informasjon er minst i tidligfasen, men en investering i mer informasjon kan gi gevinst i form av redusert usikkerhet. I steg 1 rapporten påpekte prosjektet en rekke usikkerheter ved de ulike alternativene. Helse Nord ba om at usikkerhetene ble utredet nærmere, og likeverdig mellom alternativene.

Estimerte kostnader

Prosjektet har tilegnet seg mer kunnskap om flere tidligere usikkerheter, som nå er inkludert i estimatene for alternativene. Forholdet er kjent, og representerer ikke høyere risiko enn normale kostnadsvurderinger på ett tidlig stadium. Kostnadene er lagt til alternativene som en del av investering- og bygg kostnad og tilhørende usikkerhetsavsetning. Se eget kapittel med økonomiske analyser.

Usikkerheter korrigert til kostnader (inkludert i økonomiske analyser):

	Utsette	Kostnad	Endring av løsning	Påvirke kvalitet
ÅSGÅRD				
Rokade		x		
BREIVIKA				
Parkering		x	x	x
Kulvert/gangbro til somatiske klinikker		x		
Bekkeløp		x		
Kjøp av tomt til sikkerhetspsykiatri		x	x	x
Grunnforhold tomt S1/S4		x	x	x
Delt løsning				
Parkering		x	x	
Kulvert/gangbro til somatiske klinikker		x		
Bekkeløp		x		

Tabell 8 Usikkerheter korrigert til kostnader

Usikkerheter som eies av eksterne og knyttes til en større plan

Det er gjennomført ROS-analyser på tomtene i alle alternativ. Analysene er utført for å løfte frem informasjon fra eksterne, som er relevant for prosjektet. Dette er gjengitt i kap. 3.1.

De større usikkerhetene er knyttet til regulering, for alle alternativ. Reguleringer styres av Tromsø kommune, og blir i stor grad vurdert i sammenheng med øvrige planer. Denne usikkerheten kan eventuelt avklares ytterligere, gjennom dialog mellom UNN og kommune angående planer for Breivika, og nevnte myndigheter når det gjelder Åsgård.

Prosjektet har lagt inn en forventning om at reguleringsprosessen vil ta 1 år lengre tid ved Breivika-alternativet, og bærekraftsanalysen baserer seg på 1 års senere byggestart.

Med hensyn til forholdene rundt vern og fredning på Åsgård, har prosjektet en forventning om at et eventuelt salg av hele/eller deler av Åsgård kan bli tidkrevende. Bærekraftsanalysene reflekterer dette med en «forsinkelse» på realisering av en eventuell gevinst.

Regulering Åsgård

Anlegget på Åsgård har fredede bygninger, hele anlegget er vernet i sin helhet i klasse 2 av helsesektoren, og kommunen har båndlagt vernet på tomten. I idefasen ble dette vurdert som en for høy risiko. I dialog med kulturminnevernemyndigheter, ser prosjektet og UNN at det er gode muligheter for å realisere et godt bygg for PHV/TSB, og samtidig ivareta vern og fredning.

Kommunen har vist til at det beste vern av anlegget, er fortsatt drift ved anlegget. Arkitekt har/og kan, utvikle løsninger som både hensyntar vern og krav til PHV. En eventuell videre bearbeiding av løsningsalternativet må skje i dialog med vernemyndigheter, som nå er klar over kravene funksjonen PHV stiller til bygg.

Ved et eventuelt salg av tomten, er det knyttet stor usikkerhet til hvordan vern og fredning vil bli behandlet, og hvilke krav som vil bli ilagt kjøper. En verdivurdering av tomten på hele 190 mål reflekterer dette. Usikkerhet knyttet til gevinst på tomten, avhenger både av interessenter, videre bruk av tomten, og beslutninger fra reguleringsmyndigheter.

Utbygging av nye arealer for PHV og TSB ved Åsgård vil utløse krav om reguleringsplan som forventet, og antas gjennomførbart innen normert tid 1,5 år.

Regulering Breivika

Det er flere forhold som øker usikkerheten i Breivika. Dette er et område med høyere aktivitet, hvor både somatiske klinikker, universitet og kommune tilbyr tjenester. I sum er det flere usikkerhetsfaktorer som bæres av eksterne i Breivika.

Prosjektet har sett nærmere på arealplan for Breivika, hvor usikkerheter knyttet til parkering, trafikk, parallelle prosjekter med mer er utredet nærmere. Se kap. 3.3.

Videre er det utført støyanalyser i forhold til ny helikopterlandingsplass og ny helikoptertype, se eget kap. 3.2. Støytiltak er estimert for alternativet, og bygnings-løsninger utformet med hensikt om å skjerme for støy.

Tomtene i Breivika omfattes av 3 planer, og prosjektet har ikke vurdert sammenfallende eller motstridende krav for flere planområder. Tromsø kommune har signalisert at det er behov for et overordnet planarbeid i Breivika. Det er noe usikkerhet knyttet til aktiviteten i området, og det er for tidlig å si i hvilken grad prosjektet kan bli rammet av rekkefølgebestemmelser og parallelle utbyggingsplaner som kan få konsekvenser for byggetid.

Utfallet kan avhenge av andre utbyggingsplaner som er, og ikke er vedtatt, trafikk lokalt og avhengigheter til veinettet for hele Tromsøya, tilkomst til egen og andres tomt, prosess med naboer og andre eiere i området. Sannsynlighet og omfang er ikke mulig for prosjektet å vurdere på et så tidlig tidspunkt.

Tomt Sikkerhetspsykiatri Breivika

Prosjektet har sammen med UNN sett på flere mulige tomter til Sikkerhetspsykiatri i Breivika. Medvirkningsgruppe sikkerhetspsykiatri og OU-prosjektet har deltatt i dialog og befaringer.

Det stilles andre krav til areal for sikkerhetspsykiatri enn sykehusbygg generelt, og det har vært en utfordring å finne areal som både ivaretar nærhet, distanse, arealkrav og tomtekviteter ønsket. Samlet sett i forhold til krav

og muligheter, er tomt S1 den beste til formålet. Tomten eies av UIT, og UNN har inngått en intensjonsavtale om kjøp av tomt, som er regulert til offentlige formål.

I ROS-analysen har tomten fått en mulig K4, se kap. 3.1. Reguleringsplanen er fra 1973, men i eksisterende arealplan har Tromsø kommune synliggjort bruk av området med boliger og offentlig institusjonsbebyggelse. Det betyr at kommunen har andre planer for tomten i forhold til utvikling og fortetting av området, enn hva reguleringsplanen viser. Videre har UIT avsatt deler av tomt S1 til boligformål.

Det er mottatt signaler fra kommunen om at man anser området som sentralt og nær mange arbeidsplasser og skoler med ledig kapasitet. Tromsø kommune har rift om sentrale boligarealer og vektlegger generelt effektiv arealutnyttelse.

Tomt S1 kan bli del av en overordnet planprosess for området. Det er krav til regulering av tomten, og prosjektet ønsker å fremme risikoen for at planarbeidet kan ta tid og utsette prosjektet. Det er ikke mulig å tidfeste denne usikkerheten på nåværende tidspunkt.

UNN har innledet dialog med kommunen angående området.

Trafikk og vei

Trafikk og vei i Breivika er allerede belastet, og en realisering av alternativet i Breivika vil øke belastningen på veinettet. Trafikk-utfordringene gjelder ikke bare for PHR og UNN, men også kommunens utvidelse av legevakt, tilkomst til universitetet, buss-trafikk, Helsehus, og flere mulige planer er utredet for området. Både trafikk og parkering i Breivika må ses i et større, samlet og mer langsiktig perspektiv.

UNN og UIT har et felles ansvar for at infrastruktur, friområder, logistikksystemer og generell brukervennlighet i Breivika blir hensyntatt i alle større og mindre prosjekter.

Prosjektet har ikke mulighet til å vurdere hverken omfang eller kostnader som evt. påfaller prosjektet direkte.

I alternativet Breivika, har estimat og løsninger hensyntatt adkomst til PHR-bygget, omlegging av vei, håndtering av overvann, adkomst MH2-bygget (UIT), parkering permanent og midlertidig. Avklaringer rundt krysset nedenfor PHR-tomt er avhengig av andre prosjekt og et større trafikk-bilde. Prosjekter påpeker at ved ønske om P-kjeller i PHR-bygget, så må dette hensyntas ved omlegging av krysset.

Samtidighet

I Breivika er det flere øvrige utbyggingsplaner ved UNN, UIT og i kommunen. Ikke alle planer er vedtatt, og det er flere mulige utfall av endringer i området. Dette er en usikkerhet som må følges tett av UNN og prosjektet gjennom alle faser.

Støyberegninger

Vi viser til støysone kart for tomtealternativene, hvor både Åsgård tomten og Breivika tomten tangerer rød støysone. Det ble gjennom ROS-analysene signalisert et behov for å utføre nye støyberegninger for Breivika-alternativet i forbindelse med de nye redningshelikoptrene. På Åsgård har det tidligere vært utført en tilsvarende støyberegning med tanke på utvidelse av flyplassen på Tromsøya.

Vi viser til kap. 3.2. Støyberegninger og vedlegg 2 som omtaler detaljene i funnene.

Prosjektet vet med sikkerhet at byggene vil kreve ekstra støyskjerming, noe som også er normalt ved sykehusbygg for PHV. Skjermtiltak er delvis inkludert i estimater for alternativene, men vil være ett viktig utredningspunkt i videre faser, uansett alternativ.

Arkitekt har vurdert ulike løsninger der byggene i seg selv skal skjerme for noe av støyen i utearealene. Prosjektet har nå god oversikt over støybildet, og vil jobbe ut ifra dette ved videreutvikling av en løsning i skisseprosjekt.

Det er ikke lagt større vekt på støy i medvirkningsgruppene. Støy kan ikke reduseres i sin helhet. Det må eventuelle faglige vurderinger til for å vurder hvilken type støy som er mindre inngripende: Få hendelser med høyere støynivå/lydfrekvens, eller flere hendelser med lavere støynivå/lydfrekvens.

Prosjektet finner ingen forskning på dette. Generelt i befolkningen er helikopterstøy å anse som mer akseptabelt, men toleransen for ulike typer støy antas å kunne være ulik for pasienter innen PHV/TSB.

7.1 Usikkerheter som må utredes nærmere

Prosjektet har identifisert noen usikkerheter som anbefales å utredes ytterligere i neste fase. Det er ikke direkte krav til løsningene, men usikkerheten kan påvirke ulike kvaliteter i ulik grad.

Brevika: Tørrskodd forbindelse til somatiske klinikker

Det er knyttet usikkerhet til muligheten for tørrskodd forbindelse til somatiske klinikker i form av kulverter eller gangbroer. Kulvert kan komme i konflikt med tekniske føringer i bakken, og påkoblingsmuligheter til PET-senter må avklares nærmere med berørte enheter. Det er rene soner, produksjonsarealer, og større områder med uønsket ferdsel i PET-bygget. Muligheter for en alternativ gangbro via kontorarealer i PET-senter kan også vurderes.

Brevika: Tomteutnyttelse

AKM3 (MH-bygget) som skal bygges ut på nabotomt til PHR, har også høy utnyttelse av egen tomt. Usikkerheten er knyttet til grense-areal mellom tomtene, som tidligere har vært avsatt mellom UIT og UNN for å realisere ulike byggeprosjekter. Partene UNN og UIT kan eventuelt enes om nye inndelinger av tomtene. Løsningsalternativet i Brevika kan også hensynta tomtegrenser og justeres med skreddersøm.

Brevika: Ulemper under bygging

Prosjektet har ikke gjort vurderinger av ulemper som måtte påvirke omkringliggende drift under byggeperiode. Her tenker vi spesielt på pasienter, forskning og produksjon av radiofarmaka. Det er usikkerhet knyttet til hvilke ekstra tiltak som bør iverksettes i byggeperioden, både for prosjektet og for omkringliggende drift. UNN har gode erfaringer fra bygging av A-fløy og PET, og UIT har erfaring fra bygging av MH2 og AKM i samme område.

UNN har tidligere erfaringer med bygging tett på somatiske klinikker, og beskriver det som utfordrende, tross gode forberedelser. Driftsavbrudd kan oppstå i byggeperioden, og videre kan entreprenører måtte pause

arbeidet med hensyn til driften i sykehuset på grunn av støy og vibrasjoner. Klinikkene hadde blant annet øreklokker som ble brukt til både ansatte og pasienter ved behov.

I byggeperioden vil det være viktig med planlegging, kommunikasjon, og gode prosedyrer for varsling for å forberede ansatte og pasienter.

Åsgård: Byggetid og ulemper under bygging

Drift under bygging har vært problematisert av prosjektet ved Åsgård-alternativet. Prosjektet ser på mulige rokade løsninger som i mindre grad vil kreve flytting av pasienter i byggeperioden. Det kan være mulig at pasientene får bruke sengeposter i eksisterende-, og nybygg gjennom hele byggeperioden.

Det er derimot stor usikkerhet knyttet til hvordan byggestøy og uro vil påvirke kvalitet i pasientbehandling. Medvirkningsgruppen har ikke problematisert dette, men har ved flere anledninger presisert at dette er en svært sårbar gruppe pasienter, som er følsomme for urolige omgivelser og støy. Slikt ubehag kan resultere i økt utagering, større ressursbehov og byggetiden kan bli en krevende periode for pasienter og ansatte.

Åsgård har hatt kortere perioder med renovering av eksisterende bygg, og erfart oppføring av midlertidige bygg. Dette er minimale belastninger sammenlignet med bygging av et helt nytt anlegg.

Ulempen vil også oppstå ved Breivika alternativet, men her er omkringliggende bygg av nyere dato og vil bedre skjerme mot støy. På Åsgård er byggene dårlige, og klinisk behandling vil måtte utføres svært tett på byggeaktivitet.

Prosjektet kan ikke vurdere hva dette vil bety for pasientbehandling, og eventuelle økte driftskostnader. Det er viktig å presisere at mulige tilpasninger for å redusere støy/uro i stor grad, kan påvirke byggetid/ulempetid og kostnader både for drift og byggeprosjekt. Dette er en avveining mellom tid, kost og kvalitet. Det må beskrives, og planlegges for hvilke kvaliteter som skal opprettholdes i byggeperioden, for å sikre at dette kan håndteres både kvalitativt og kvantitativt.

7.2 Muligheter

Åsgård tomten er å anse som en verdifull tomt, både på grunn av beliggenhet, størrelse og tilbud/etterspørsel på Tromsøya. Etter ønske fra UNN er verdivurdering for hele og deler av tomten inkludert i bærekraftsanalyser for to av alternativene. *Se kap. 8.3.* Prosjektet vurderer ikke ytterligere mulighetene for salg av deler av tomten, og anser dette som en mulighet som kan vurderes innenfor foretakets strategi og økonomiske situasjon. Tomtens verdi vil sannsynligvis ikke forringes over tid, og disponering av verdier eies av foretaket.

Delt løsning

Delt løsning vil i utgangspunktet møte de samme usikkerhetene og mulighetene som øvrige alternativ, med unntak av usikkerheten knyttet til regulering og kjøp av tomt S1/S4 i Breivika alternativet.

Totalt vil prosjektet ha flere muligheter innenfor en delt løsning, ettersom areal-fleksibiliteten øker. Økning av areal er et fordyrende element, men kan prioriteres for å få til gode løsninger for krevende funksjoner.



Hovedprogrammet stiller krav til at all behandling skal ligge i nye bygg. Dette kan nyanseres noe, og det bør vurderes om totalrenoverte bygg fra 2017 (Åsgård) kan vurderes som godt nok til noen behandlingsfunksjoner.

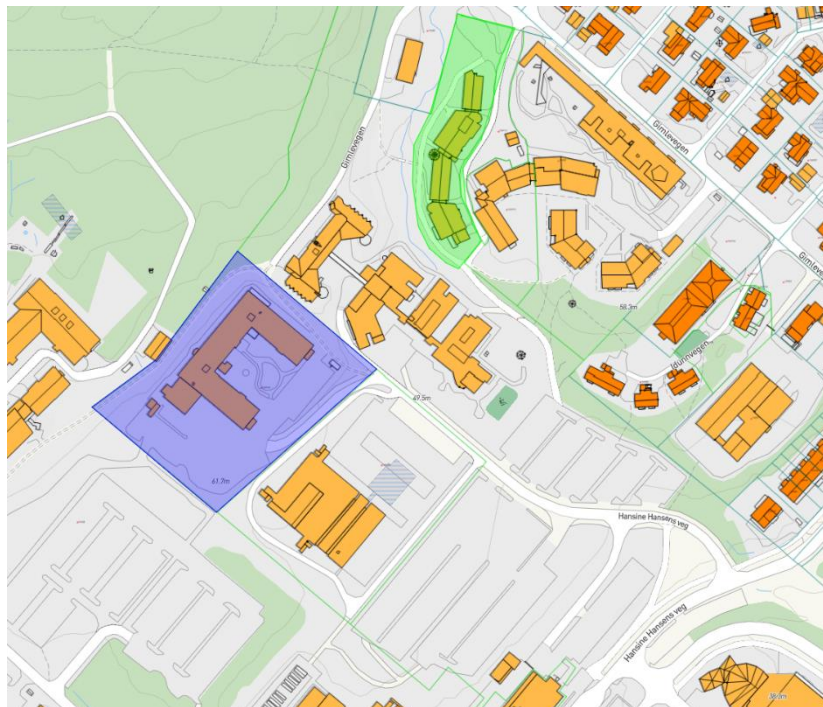
Det kan og vurderes om Habileringsbygget i Breivika kan benyttes i en delt løsning, evt. også i et rent Breivika-alternativ. Tomten er ca. 5 mål med ca. 150 m avstand til hovedtomten B3.

Dette kan eventuelt ta ned prosjektkostnader, og gi muligheter til å heller investere/prioritere kvalitet, mer teknologi eller flere samhandlingsareal med mer.

Tomt ved Helsehuset i Breivika

Prosjektet har hatt dialog med kommunens prosjektleder for ny kommunal legevakt i Breivika. Legevakt kommer ikke til å bli plassert ved Helsehuset og Tromsø kommune har uttalt at arealet sør for Helsehuset kan være aktuelt å selge dersom UNN har behov for arealer i dette området.

Figur 34 Habileringsbygget (lilla) og Helsehuset (grønt)



Ledig areal

I Åsgård alternativet og delt løsning vil ikke prosjektet kunne benytte seg av hele det eksisterende arealet i bygg som blir stående på Åsgård tomten. Muligheten for salg er diskutert i tidligere punkt. Men det er også store muligheter for å leie ut arealene, og/eller etablere samhandlingsarenaer med viktige samarbeidspartnere som primær-helsetjenesten, interesse organisasjoner, kommunen, BUPA, somatiske klinikker, UIT og andre fagmiljø. Ledige areal kan også benyttes av hele UNN, til fremtidige rokader, eller som en brikke for å løse større omstruktureringer.

Ved realisering av prosjektet vil Rusbehandling Ung flytte fra lokaler i Åsgårdveien 18 («Færingen»). Byggene er oppført i 1993 og har god tilstandsgrad. Her er det potensiale for utleie eller salg av 1700 m² NTA med en attraktiv tomt på ca. 9200 m². Området er regulert til offentlig formål. Tomt markert på kart:

Figur 35 Tomt og bygning Åsgårdveien 18



8 Økonomiske analyser

De økonomiske analysene er detaljert og oppdatert etter steg 1 rapporten med korrigeringer for endringer i alternativene. Det er gjort detaljerte investeringsestimater, som er justert i forhold til ulik risiko i de ulike alternativene. I investeringsestimaterne fra steg 1 rapporten var risiko beskrevet tekstlig, mens den i vedlegg til steg 1 rapporten er usikkerheten estimert og prissatt i investeringsanslaget. I tillegg er gevinstestimater oppdatert. Underkapitlene her beskrives endringene og resultatene av de oppdaterte økonomiske analysene.

8.1 Prosjektkostnad - estimering av alternativer

Det er utført en ny beregning av investeringsestimater. Estimaterne er oppdatert, og lagt inn på en-siffernivå fra kostnadsstedstabellen. Metodikken er valgt for å kunne spesifisere ulik risiko knyttet til de ulike alternativene. Det er gjennomført grove estimater på de ulike alternativene i denne fasen. Detaljeringsgraden på prosjektet er fortsatt lav og dette gjenspeiles også i investeringsestimaterne for de ulike alternativene. Estimaterne er ment som en pekepinn på forventet kostnad (P50-nivå uten gjennomført usikkerhetsanalyse) og er ikke godt nok gjennomarbeidet til å foreta en investeringsbeslutning. Dette vil bli gjennomført i B3-beslutning.

De ulike prisene er hovedsakelig hentet fra erfaringstall fra andre psykiatriprosjekter i Norge, pågående og ferdigstilte, samt priser fra Norsk Prisbok. Prisnivået for investeringsestimaterne representerer et prisnivå fra sep. 2020. Vi har i denne fasen ikke indeksjustert tallmaterialet, grunnet den uvanlige kostnadsutviklingen vi har sett i 2021. Det bør gjennomføres analyser i samarbeid med oppdragsgiver og enes om hvilken indekseringsmetodikk som bør legges til grunn for å fange opp reel prisutvikling for sykehusbygging. For samtlige alternativer er det tatt utgangspunkt i en huskostnad (Kapittel 1-6 etter bygningsdelstabellen) fra andre psykiatriprosjekter. Videre er kostnad til grunn og fundamentering trukket ut og beregnet for seg, basert på det man vet om grunnforholdene for de ulike lokasjonene. Rivningskostnader for eksisterende bebyggelse er også medtatt.

For hvert alternativ er det gjort et forsøk på å luke ut de kostnadene som er prosjektspesifikke og grovt estimerte dette for seg selv (rokadekostnader, kulverter, takhager, bekkeløp etc.). Rehabiliteringskostnader baserer seg på nybyggspriser, justert med en prosentmessig andel basert på lett, middels og tung rehabilitering.

Åsgård				
Prisnivå sep 20	Nybygg	Nybygg	Rehab	Rehab
Areal BTA	29 800	29 800	8 500	8 500
Areal BYA	20 900	20 900	-	-
Areal riving	25 200	25 200		
	Kr/m2 BTA	Kostnad	Kr/m2 BTA	Kostnad
Grunn og fundamentering	1 000	29 800 000	-	-
Riving	1 500	37 800 000		-
Huskostnader eks. grunn	36 584	1 090 203 200	-	-
Huskostnad	38 852	1 157 803 200	19 045	161 884 200
07 Utendørs	2 268	67 600 000	-	-
Entreprenørkostnad	41 121	1 225 403 200	19 045	161 884 200
08 Generelle kostnader	12 336	367 620 960	5 714	48 565 260
Byggekostnad	53 457	1 593 024 160	24 759	210 449 460
09 Spesielle kostnader	5 699	169 826 994	11 581	98 440 586
10 Merverdiavgift		440 712 789		77 222 511
Basiskostnad	73 945	2 203 563 943	33 844	287 671 971
Forventet tillegg	15 %	330 534 591	15 %	43 150 796
Prosjektkostnad	85 037	2 534 098 534	38 920	330 822 767

Tabell 9 Estimert investeringskostnad Åsgård-alternativet

For Åsgård-alternativet er investeringsestimert både for nybygg og rehabilitering på 2,8 milliarder kroner. Estimert tilsvarer P50.

Breivika						
Prisnivå sep 20	Breivika (B3)	Breivika (B3)	Sikkerhet (S1)	Sikkerhet (S1)	P-kjeller	P-kjeller
Areal BTA	31 500	31 500	5 700	5 700	8 300	8 300
Areal BYA	19 030	19 030	4 400	4 400	-	-
Areal riving	2 860	2 860				
	Kr/m2 BTA	Kostnad	Kr/m2 BTA	Kostnad	Kr/m2 BTA	Kostnad
Grunn og fundamenterer	2 000	63 000 000	3 000	17 100 000	-	-
Riving	1 500	4 290 000	-	-	-	-
Huskostnader eks. grunn	36 884	1 161 846 000	36 584	208 528 800	-	-
Huskostnad	39 020	1 229 136 000	39 584	225 628 800	13 701	113 718 300
07 Utendørs	2 500	78 750 000	3 000	17 100 000	-	-
Entreprisekostnad	41 520	1 307 886 000	42 584	242 728 800	13 701	113 718 300
08 Generelle kostnader	12 456	392 365 800	12 775	72 818 640	4 110	34 115 490
Byggkostnad	53 976	1 700 251 800	55 359	315 547 440	17 811	147 833 790
09 Spesielle kostnader	5 867	184 823 354	5 867	33 444 226	-	-
10 Merverdiavgift		471 268 789		87 247 916		36 958 448
Basiskostnad	74 805	2 356 343 943	76 533	436 239 582	22 264	184 792 238
Forventet tillegg	15 %	353 451 591	15 %	65 435 937	15 %	27 718 836
Prosjektkostnad	86 025	2 709 795 534	88 013	501 675 520	25 604	212 511 073

Tabell 10 Estimert investeringskostnad Breivika-alternativet

For Breivika-alternativet er investeringsestimert for nybygg i Breivika og for sikkerhetspsykiatri på 3,2 milliarder kroner. I tillegg er det lagt til estimert over parkeringskjeller under bygget i Breivika med plass til 350 parkeringsplasser. Estimert for parkering er på ca. 200 mill. kr. Totalt for hele prosjektet med bygg i Breivika, sikkerhetspsykiatri og parkeringskjeller er det estimert en kostnad på ca. 3,4 milliarder kr. Estimert tilsvarer P50.

Delt løsning

Prisnivå sep 20	Åsgård	Åsgård	Breivika	Breivika	P-kjeller	P-kjeller
Areal BTA	15 600	15 600	23 200	23 200	8 300	8 300
Areal BYA	14 190	14 190	18 150	18 150	-	-
Areal riving	20 000	20 000	2 860	2 860		
	Kr/m2 BTA	Kostnad	Kr/m2 BTA	Kostnad	Kr/m2 BTA	Kostnad
Grunn og fundamenterer	1 000	15 600 000	2 000	46 400 000	-	-
Riving	1 500	30 000 000	1 500	4 290 000	-	-
Huskostnader eks. grunn	36 584	570 710 400	36 884	855 708 800	-	-
Huskostnad	39 507	616 310 400	39 069	906 398 800	13 701	113 718 300
07 Utendørs	2 000	31 200 000	2 500	58 000 000	-	-
Entreprisekostnad	41 507	647 510 400	41 569	964 398 800	13 701	113 718 300
08 Generelle kostnader	12 452	194 253 120	12 471	289 319 640	4 110	34 115 490
Byggkostnad	53 959	841 763 520	54 040	1 253 718 440	17 811	147 833 790
09 Spesielle kostnader	6 750	105 294 361	6 750	156 591 613	-	-
10 Merverdiavgift		236 764 470		352 577 513		36 958 448
Basiskostnad	75 886	1 183 822 351	75 987	1 762 887 567	22 264	184 792 238
Forventet tillegg	15 %	177 573 353	15 %	264 433 135	15 %	27 718 836
Prosjektkostnad	87 269	1 361 395 704	87 385	2 027 320 702	25 604	212 511 073

Tabell 11 Estimert investeringskostnad Delt-løsning

For den delte løsningen er investeringsestimert for nybygg i Breivika og nybygg og oppgradering Åsgård på ca. 3,6 milliarder kroner. I tillegg er det lagt til estimert over parkeringskjeller under bygget i Breivika med plass

til 350 parkeringsplasser. Estimater for parkering er på ca. 200 mill. kr. Totalt for hele prosjektet med bygg i Breivika, sikkerhetspsykiatri og parkeringskjeller er det estimert en kostnad på ca. 3,8 milliarder kr. Estimater tilsvarer P50.

I tabellen under vises en oppsummering av investeringskostnadene for alternativene, med og uten parkeringskjeller. Årsaken til dette er at investering i parkering skal være selvfinansierende, og vurderes om det skal skilles ut i eget prosjekt.

Oppsummering estimat investeringskostnad	Investerings- estimat UTEN parkeringskjeller	Investerings- estimat inkludert parkeringskjeller
Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg	2 864 921 301	2 864 921 301
Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet egen plassering)	3 211 471 054	3 423 982 127
Alternativ ÅB - delt løsning	3 388 716 406	3 601 227 479

Tabell 12 Oppsummering estimat investeringskostnad Delt-løsning

8.1.1 Endring fra steg 1 – økonomisk estimat

I steg 1 ble det gjort økonomiske estimater på et overordnet nivå. De økonomiske estimatene er oppdatert i vedlegg til steg 1. I den oppdaterte versjonen er det gjort et estimat basert på referansepriser fra gjennomførte og planlagte prosjekter på ensiffer-nivå etter kostnadsstedstabellen. Det er lagt inn høyere usikkerhet på grunn av forventet økning råvarepriser (spesielt betong og arbeidskraft), samt markedssituasjon. Det er også vurdert at markedssituasjonen i Nord-Norge vil påvirkes av et prosjekt av denne størrelsen. Dette kommer til uttrykk gjennom høyere usikkerhetsavsetning. I løpet av 2021 ble det også tatt i bruk en ny standard for miljø- og klima, dette er tatt inn i oppdaterte prisestimater.

	Investeringsestima t steg 1	Investerings- estimat i vedlegg til steg 1	Endring fra steg1
Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg	2 744 561 500	2 864 921 301	120 359 801
Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet avklares)	2 723 625 000	3 423 982 127	700 357 127
Alternativ ÅB - delt løsning, TSB Breivika	2 836 811 500	3 601 227 479	764 415 979

Tabell 13 Endring investeringsestimater fra Steg 1 til vedlegg etter steg 1

Endringene av investeringsestimater for Åsgård-alternativet er på ca. 4% og skyldes i hovedtrekk økt bruk av areal (men mer areal gjenbrukes, så i prinsippet går investeringsestimater ned), samt økte kostnader som følge av forholdene beskrevet over.

Investeringsestimater for Breivika-alternativet er økt med 700 mill. kr fra steg 1-rapporten. Dette utgjør en økning på ca. 25%. Endringen skyldes blant annet økt kostnad til parkeringskjeller som ikke var med i steg 1 (200 mill. kr). I tillegg er det økte kostnader knyttet til grunnforhold. Dette skyldes både to lokasjoner med tilsvarende økt fotavtrykk, samt krevende grunnforhold. For sikkerhetspsykiatri vil det være behov for å flytte en myr, mens i Breivika vurderes det at det kreves betydelig utsprenning av fjell. Det er også noe økt areal i Breivika-alternativet, som skyldes dublering av funksjoner på grunn av at sikkerhetspsykiatri blir plassert 1 km unna Breivika.



8.2 Driftsøkonomiske vurderinger

Det er gjennomført oppdaterte vurderinger av driftsøkonomiske gevinster, basert på de oppdaterte alternativer og analyser gjennomført etter styresak Helse Nord RHF 91/2021. Ved identifisering av gevinstmuligheter er det lagt spesielt fokus på å identifisere driftsøkonomiske effekter av de ulike alternativene. De oppdaterte vurderingene er gjennomført av klinikk PHR og driftsseksjonen.

De driftsøkonomiske effektene er basert på avledede konsekvenser av det utarbeidede hovedprogram, samt foretakets effektmål for prosjektet.

Estimat gevinstpotensiale	Åsgård	Brevika	Delt løsning
Estimerte gevinster klinisk personell	24 200 000	20 200 000	21 000 000
Estimerte effekter FDVU	18 563 872	23 607 048	17 696 672
Estimerte effekter FDVU areal	3 770 646	3 920 646	3 230 646
Sum netto gevinstestimat	46 534 518	47 727 694	41 927 318

Tabell 14 Identifisert og oppdatert gevinstpotensialer for alternativene

Det følger en detaljert gevinstplan for de ulike alternativene med beskrevne tiltak, samt vurdering av effekt.

8.3 Bærekraftsanalyser

Det er oppdatert bærekraftsanalyser, basert på nye oppdaterte investeringsestimat, oppdatert gevinstestimat. I tillegg er det lagt inn to ulike scenarier, basert på forutsetning om salg av Åsgård.

Tabell 15 Forutsetninger for beregning av bærekraft

Lånetype	Serielån
Antatt andel lånefinansiering	80 %
Løpetid	25
Rentesats	2,5 %
Antall år byggeperiode	2 - 3

Bærekraft er foreløpig kun utført på prosjektnivå. UNN vil selv utføre bærekraft på foretaksnivå.

8.3.1 Bærekraft scenario 1 – uten salgsinntekt Åsgård

Nullalternativet eller «dagens situasjon» gir best bærekraft, men kan kun regnes som et utsettelsesalternativ som vist i tidligere utredninger. Av utbyggingsalternativene er det Åsgård-alternativet som gir minst negativ bærekraft når man ikke regner inn en forventet inntekt av salg fra Åsgård-anlegget.

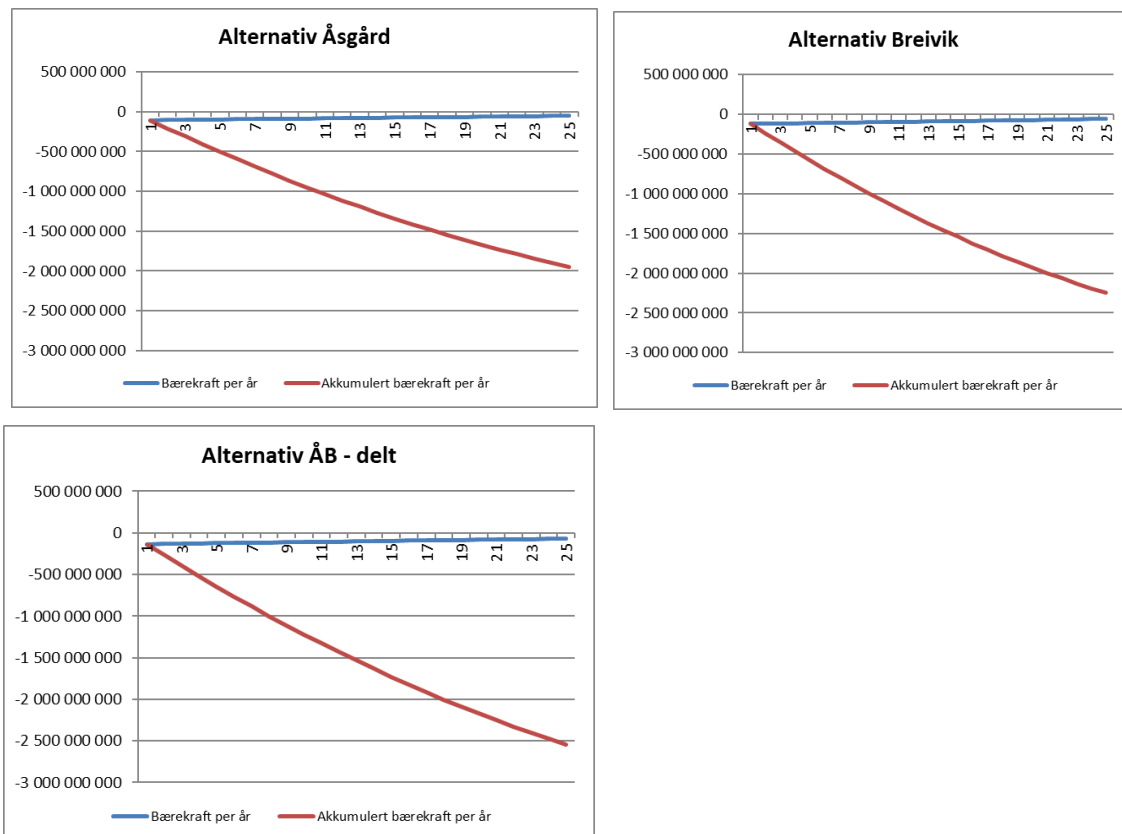
Hovedårsak til endring fra forrige beregning er at Brevika i prinsippet blir et delt alternativ med Sikkerhetspsykiatri lokalisert på egen tomt. Endringen påvirker både investeringskostnad, og redusert estimat for gevinster for Brevika-alternativet. Se beskrivelse i kapittel [8.1](#) Prosjektkostnad.

Investeringskostnaden er økt både som følge av estimert kjøp av tomt til sikkerhetspsykiatri, noe dublering av areal pga drift to steder, samt at en del av den beskrevne risiko fra våren 2021 er prissatt.

Alternativ	År	Sum renter og avdrag	Bærekraft / akkumulert bærekraft
Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg	1	148 975 908	-105 441 390
	25	3 036 816 579	-1 948 453 629
Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet egen plassering)	1	168 868 495	-121 140 801
	25	3 442 319 317	-2 249 126 967
Alternativ ÅB - delt løsning	1	176 213 253	-134 285 935
	25	3 592 039 390	-2 543 856 440

Tabell 16 Bærekraft år 1 og år 25 for alternativ uten beregnet salgsinntekt av Åsgård

Figur 36 Akkumulert bærekraft uten beregnet salgsinntekt Åsgård



8.3.2 Bærekraft scenario 1 – med salgsinntekt Åsgård

I tabellen under vises bærekraft år 1 og år 25 for prosjektet. Det er svært lik bærekraft etter 25 år for Åsgård-alternativet og Breivika-alternativet når forventet salgsinntekt er lagt inn.

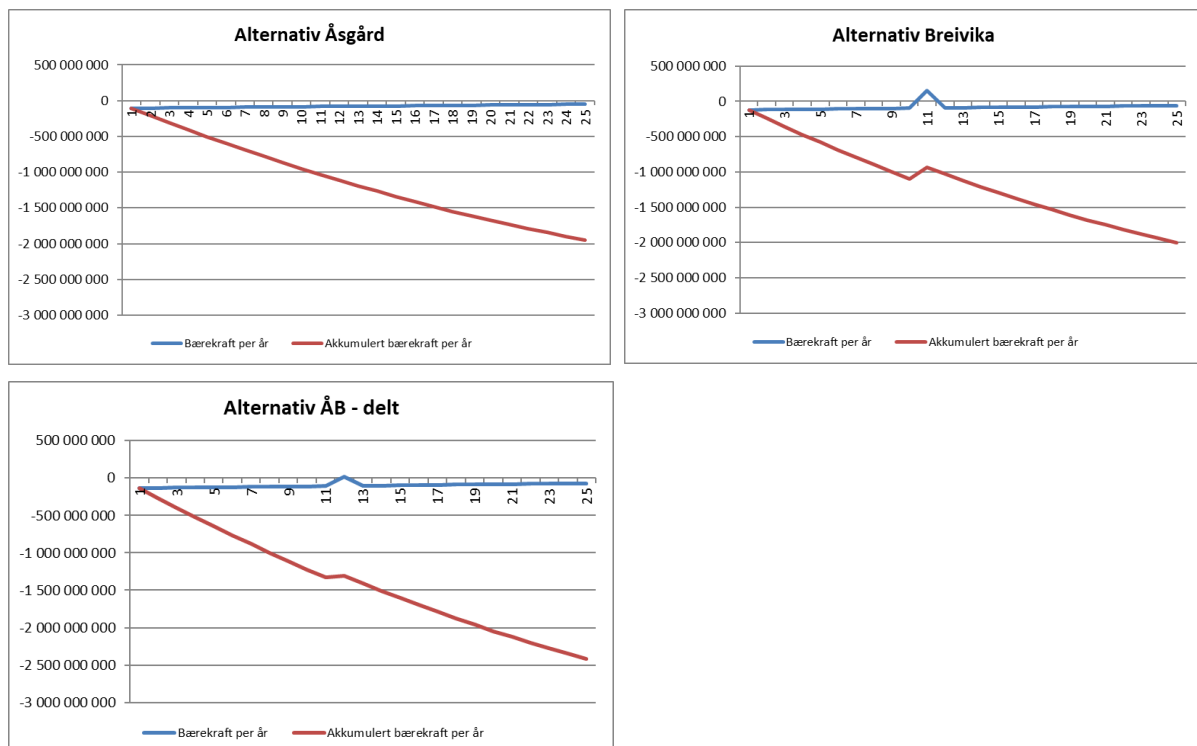
Alternativ	År	Sum renter og avdrag	Bærekraft / akkumulert bærekraft
Alternativ Å - alt på Åsgård, nybygg og evt. ombygg	1	148 975 908	-105 441 390
	25	3 036 816 579	-1 948 453 629
Alternativ B - alt i Breivika (sikkerhet egen plassering)	1	168 868 495	-121 140 801
	25	3 442 319 317	-1 999 126 967
Alternativ ÅB - delt løsning	1	176 213 253	-134 285 935
	25	3 592 039 390	-2 418 856 440

Tabell 17 Bærekraft scenario med salgsinntekt år 1 og år 25

I alternativ Breivika og det delte alternativet er det lagt inn salgsverdi fra hele / deler av Åsgård. Det er stor usikkerhet knyttet til en eventuell salgsverdi, på grunn av vernestatus på bygningsmassen. Det er gjort ulike verdivurderinger av anlegget, og Sykehusbygg har gjort en overordnet vurdering, basert på erfaring fra tilsvarende prosjekt. Det er satt en potensiell salgsverdi for hele anlegget på 250 mill. kr, og på 125 mill. kr for deler av anlegget (Åsgård sør). Salgsinntekten er lagt inn 10 år etter ferdigstilling av prosjektet. Dette er basert på tidsplan for tilsvarende salgsprosesser i andre helseforetak.

For at Breivika-alternativet skal bli «like bra» som Åsgård-alternativet må salgsinntekten for Åsgård-anlegget overstige 300 mill. kr.

Figur 37 Akkumulert bærekraft ved forutsatt salgsinntekt Åsgård



8.3.3 Bærekraft parkeringskjeller

I alternativ Breivika og i alternativ delt løsning er det forutsatt at det bygges en parkeringskjeller med plass til 350 parkeringsplasser under nybygget i Breivika. Det er forutsatt at bygging og drift av parkeringsplasser skal være selvfinansierende. Det er derfor regnet ut en egen bærekraft på prosjektnivå for parkeringskjeller. Det er estimert en kostnad på 212 mill. kr for å etablere parkeringskjeller.

	Investering parkering
Dagens situasjon	0
Alternativ Å - eksisterende parkering	0
Alternativ B - Parkeringshus, selvfinansierende	212 511 073
Alternativ ÅB - Parkeringshus, selvfinansierende	212 511 073

Tabell 18 Investeringsestimat parkeringskjeller

For å sikre at nåverdi ikke blir negativ, er det lagt inn en forventet inntekt på ca. 11 mill. kr pr år. Dette utgjør en forventet daglig inntekt på kr 88 pr plass (gjennomsnittsberegning).

Alternativ	Forventet årlig inntekt	Forventet årlig inntekt pr plass (350 plasser)	Inntekt pr plass pr dag
Dagens situasjon			
Alternativ Å - eksisterende parkering			
Alternativ B - Parkeringshus, selvfinansierende	11 263 087	32 180	88
Alternativ ÅB - Parkeringshus, selvfinansierende	11 263 087	32 180	88

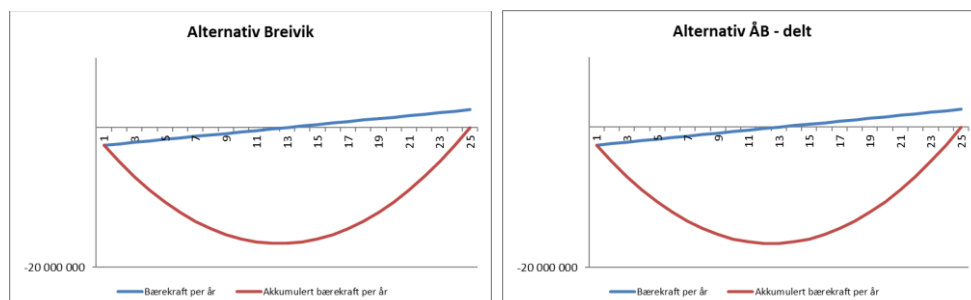
Tabell 19 Investeringsestimat parkeringskjeller

Ved å legge inn disse forutsetningene, blir bærekraftberegningene som følgende:

Alternativ	År	Sum renter og avdrag	Bærekraft / akkumulert bærekraft
Alternativ Å - eksisterende parkering	1	0	0
	25	0	0
Alternativ B - Parkeringshus, selvfinansierende	1	13 813 220	-2 550 133
	25	281 577 172	0
Alternativ ÅB - Parkeringshus, selvfinansierende	1	13 813 220	-2 550 133
	25	281 577 172	0

Tabell 20 Bærekraft parkeringskjeller år 1 og år 25

Figur 38 Akkumulert bærekraft for parkeringskjeller



9 Oppsummering og vurdering

9.1 Oppsummering

Prosjektet har utredet tre alternativer som svarer ut de prosjektutløsende faktorer og effektmål, i ulik grad. Alle tre alternativer vil levere teknisk funksjonsdyktige nye bygg tilrettelagt for moderne pasientbehandling. Andre faktorer, som effektiv bruk av personell, rekruttering og stabilisering samt spredning i tjenester mellom psykisk helse, fag, forskning og utdanning, TSB og somatikk har ulikt potensiale for løsning i alternativene.

Tomt for sikkerhetspsykiatri: Ihht UNN styresak 46-2021 «Plassering av bygg Psykisk helse- og rusbehandling», vedtakspunkt 1, har prosjektet funnet en alternativ tomt for Sikkerhetspsykiatri i Breivika. UNN har inngått intensjonsavtale med eier, UiT. Tomten er isolert sett vurdert som godt egnet til funksjonen. Klinikken vurderer at avstanden til resten av fagmiljøet blir uønsket lang og vil kreve dublering av primærvakt.

Lokalisering i andre prosjekter: Prosjektet har etter ønske fra UNN (orienteringssak 72-4, 2021) utarbeidet rapporten «Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk». Rapporten beskriver de faktiske løsningene som er planlagt eller realisert for et utvalg ulike prosjekter og helseforetak, når det gjelder lokalisering av bygg for psykisk helsevern, TSB og somatikk. Oversikten viser at foretakene i hovedsak har valgt å lokalisere psykisk helsevern i gangavstand til somatikk.

ROS-analyser har ikke avdekket forhold som kan stoppe prosjektet på noen av alternativene. Regulering er et av momentene med størst konsekvensgrad (K4 i Breivika-alternativet). Kommunen har i møte med UNN signalisert at de vil kjøre prosess med detaljregulering og konsekvensutredning for alle alternativer. Prosjektet har satt lavere konsekvensgrad for Åsgård-alternativet på momentet regulering, men det er mulig at konsekvensgraden kan justeres ned på samme nivå også for Breivika-alternativet. Trafikkbelastning i Breivika må løses uansett om nybygg PHR etableres i området, men et nybygg øker belastningen.

Støyberegninger viser at både Åsgård og Breivika er støyutsatt fra henholdsvis fly og helikoptertrafikk, og det må regnes med tiltak i fasader og atrier. UNN må ta en avveining på hva som er mest utfordrende av kontinuerlig flytrafikk på Åsgård med lavere støynivå eller få daglige hendelser med helikopterlandinger i Breivika med høyere støynivå.

Sikringsrisikoanalyse har ikke avdekket vesentlige forskjeller mellom alternativene. Framkommelighet er vurdert tilfredsstillende på Åsgård og i Breivika. Brannkonsept vil tilfredsstilles begge steder. Økt tetthet i Breivika er pekt på som en risiko ved utagering, samtidig er det bedre mulighet for bistand ved sjeldne hendelser som trusler og fysisk vold på sykehuset. Det er vurdert fare for rømning på begge lokasjoner, der det er busstrafikk både sentralt i Breivika, ved hovedinngang Åsgård og Kvaløyveien. Det bemerkes at Åsgård-

alternativet ikke ble behandlet like detaljert som Breivika-alternativet i analysen da dagens situasjon er godt kjent. Risiko for uro/utagering og hendelser anses likt for alle alternativer.

Klimagassvurderinger i tidlig fase har ikke avdekket vesentlige forskjeller mellom alternativene. Ser man på klimagassutslippet per m² er forskjellen mellom de to tomtealternativene på under 1 %, i favør Åsgård. Det er marginale forskjeller og justeringer i arealgrunnlaget kan påvirke resultatet. Arealgrunnlaget rapporten er basert på har økt noe i etterkant av tidspunkt for beregningen for Åsgård-alternativet. For Breivika-alternativet kan det komme krav om reetablering av myrområde for tomt S1.

Usikkerheter og muligheter som bør utredes videre er identifisert i prosjektet. Byggetid og ulemper i byggeperiode antas løsbart, men blir mer utfordrende for pasienter på Åsgård. For Breivika-alternativet må det tas hensyn til eksisterende somatisk virksomhet og nærhet til PET-senter. For Åsgård-alternativet vil rokader og støy i byggeperioden gi ulemper i lengre perioder for klinisk virksomhet. Det er identifisert muligheter for utleie og salg av ledig areal, bruk av eksisterende bygg og mulig tomtekjøp og tomtesalg.

Overordnet medvirkningsgruppe har stemt på Åsgård-alternativet som den beste løsningen med 17 mot 5 stemmer. Ingen har stemt for delt løsning. Gruppen vurderer Åsgård som det beste faglige alternativet med vekt på rolige omgivelser, gode uteområder og samling av fagmiljøet PHV og TSB. Ulempen er avstand til somatikk og universitet, og andre helsetjenester i Breivika. Psykisk helse og rusklinikken støtter overordnet medvirkningsgruppe i sine faglige vurderinger av Åsgård-alternativet som det beste alternativet for klinikken.

Høringsrunden som ble avsluttet ultimo februar 2022 har gitt eksterne muligheter til å gi høringssvar på rapporten fra overordnet medvirkningsgruppe samt ROS-analyser. Samtlige eksterne interessenter som har gitt høringssvar har uttrykt støtte til Åsgård alternativet.

Denne rapporten inkludert økonomiske analyser, støyberegninger (vedlegg 2), sikringsrisikoanalyser (vedlegg 3) og rapporten «Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk» (vedlegg 5) har ikke vært ute på høring. Det foreligger heller ikke en overordnet vurdering av mulige gevinster for UNN mht fleksibilitet, fremtidige endringer i organisasjonen og mulig samspill med eksterne.

Følgeevaluering: Prosjektet har gjennom hele utredningen blitt følgeevaluert av ekstern kvalitetssikrer (KSK). Deres vurdering er at prosjektet er på rett nivå i utredninger, og har på noen områder gått lenger i detaljeringsgrad enn normalt i Steg 1. Det gjelder bl.a. romprogram og skisserte løsninger.

Det pekes på at detaljer kan ta fokuset fra det overordnede perspektivet. Nasjonale føringer og oppfyllelse av effektmålene må også vurderes i sin helhet fra foretaket. Det er viktig at de prosjektutløsende behovene balanseres for klinikk og foretak.

Økonomiske analyser: I de oppdaterte økonomiske analysene er investeringsestimat oppdatert fra steg 1 rapporten. Oppdateringen inneholder to hoveddeler Det er gjennomført en justering av alternativene, dette er hensyntatt i de økonomiske beregningene. I tillegg er den delen av usikkerhet som kan identifiseres og

prissettes innarbeidet i investeringsestimaten. Estimat over gevinster som følge av endret drift er også oppdatert i tråd med reviderte alternativer. Investeringsestimaten er økt med om lag 4% for Åsgård-alternativet, 25% for Breivika-alternativet og 27% for det delte alternativet. Med de endrede forutsetningene er også bærekraft for alternativene endret fra steg 1. Det vil primært være økt investeringskostnad for Breivika- og delt alternativ, samt kjøp av tomt til sikkerhetspsykiatri som vil gjøre at Breivika-alternativet kommer dårligere ut, og at bærekraft i vedlegg til steg 1 er best for Åsgård-alternativet.

Det er imidlertid relativt små forskjeller i bærekraft mellom alternativene, men Åsgård er det alternativet som kommer best ut, også selv om man forutsetter salg av Åsgård i Breivika-alternativet. Når man ikke legger til grunn en inntekt fra salg av Åsgård, er bærekraften etter 25 år ca. 300 mill. kr bedre (mindre dårlig) for Åsgård-alternativet. Ved å legge inn forventet salgsverdi på ca. 250 mill. kr som beskrevet i økonomikapittel vil differansen mellom alternativene være på ca. 50 mill. kr over 25-årsperioden. For at alternativene skal bli likeverdige, må man minst oppnå en salgsverdi for Åsgård på 300 millioner kroner.

9.2 Vurderinger

Alternativene gir ulikt svar på effektmål og prosjektutløsende faktorer. Ser man bort fra kriteriet om teknisk funksjonsdyktige bygg, er andre faktorer vurdert i varierende grad.

Helse Nord styresak 91-2021 refererer til prosjektutløsende faktorer utarbeidet i prosjektinnramming:

Prosjektutløsende faktorer

De viktigste faktorer og bakgrunn for prosjektet om arealer til psykisk helse og rusbehandling i Tromsø er:

- En svært dårlig bygningsmasse som er dårlig tilrettelagt for å ivareta pasientsikkerhet og med bygningsstruktur som vanskeliggjør funksjonelle tilpasninger.
- Det er vanskelig å tilrettelegge for fleksibel og effektiv bruk av personell.
- Spredning i tjenester mellom psykisk helse, fag, forskning og utdanning, TSB og somatikk.
- Sårbar rekrutteringssituasjon, behov for faglig styrking og tidsriktige lokaler.

Styresak 91-2021 viser også til nasjonale føringer:

Nasjonale føringer

I Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) (2020–2023) heter det:

Regjeringen vil utforme sin strategi for utvikling av psykiske helsetjenester gjennom tre hovedgrep:

- 1. Avklare kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsetjenester*
- 2. Prioritere kvalitet og fagutvikling i tjenesten*
- 3. Videreutvikle tjenestene basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi*

Om behovet for bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi:

Det er svikt i tjenestene til personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse, blant annet er det ikke god nok systematikk og rutiner for somatisk undersøkelse og behandling.

- Det er mangelfull samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, og det svikter i overgangene.

- *Aktørene har ikke god nok kunnskap om hverandres tilbud og kompetanse.*

- (...)

Føringene finnes også i forrige Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Begrunnelse for samlokaliseringen av tjenestene innenfor psykisk helse/TSB og somatikk ved Nye UNN Narvik, er i tråd med disse føringene.

Videre arbeid

I skisseprosjekt bør det komme tydeligere frem hvordan byggene bedre skal legge til rette for samhandling og ønskede samhandlingsformer i fremtiden. Forbedringsprosesser og det som skal skje inne i byggene er ikke tillagt like stor vekt i prosessen til nå. En eventuell struktur- eller organisasjonsendring krever tid og planlegging, men det er i neste fase at byggene kan tilpasses i størst mulig grad for dette.

Moderne teknologi og digitale løsninger er en del av fremtiden i pasientbehandling og nye sykehusbygg. Mulige fremtidige behandlingsmetoder eller en mulig endring av pasientforløp, oppgaver eller organisering er også vurderinger som må tas inn i videre arbeid.

Utviklingen skjer raskere, ny teknologi og medisiner, digitalisering og hjemme- og dagbehandling øker, nye behandlingsformer utvikles, samtidig som endringer i befolkningen i stor grad kan påvirke mulighetene. Vi venter en eldrebølge samtidig som vi lever lengre og sannsynligheten for komorbiditet øker. En stor utfordring som flere sykehus allerede ser, er redusert tilgang på ressurser og spesialister.

Det er lagt stor vekt på medvirkning i dette prosjektet, men vi ser at der fremdeles er noen punkter som kan diskuteres og avklares nærmere:

- I hvilken grad skal UNN legge til rette for samarbeid med kommunaltjenesten, UiT eller andre eksterne?
- Kan Helsehuset i Breivika, som tilbyr akutt plasser, korttidsplasser, lindrende behandling, rehabilitering og behandling for rusproblematikk og psykiske lidelser, bli en samarbeidspartner?
- Kan kommunens planlagte boligutvikling i Åsgårdmarka gi muligheter for samarbeid om rehabilitering/treningsleiligheter? Kan eventuelle ledige arealer på Åsgård benyttes av eksterne som leverer tjenester til samme målgruppe?
- Kan plassering i Breivika gjøre klinikken mer synlig og attraktiv for studenter og dermed sikre framtidig bemanning? Kan et samlet fagmiljø i omgivelser på Åsgård oppfylle det samme?
- Regionale og nasjonale føringer viser til at barn- og unge innen PHV og TSB skal prioriteres. Kan BUPA UNN ha behov som er uoppdaget i de ulike alternativene?

9.3 Et UNN-prosjekt

Det er svært mange ønsker som skal realiseres i nybygg gjennom krav i hovedprogrammet. Dette øker totalarealet og kostnadene i prosjektet. Det er en risiko for at prosjektet må skaleres ned i areal da endelig ramme ikke er gitt fra UNN og investeringsbudsjettet i gjeldende økonomisk langtidsplan Helse Nord er basert på behov identifisert i idéfasen i 2016. Det er identifisert potensiale for arealreduksjon (kap. 4.3) og muligheter (kap. 7.2).

Bærekraft på prosjektnivå er negativ. Det er identifisert gevinster på prosjektnivå (effektivisering, drift og redusert FDVU) på i underkant av 50 mill. kr for de utredede alternativene. For at prosjektet skal bli realiserbart,

må foretaket bidra med om lag det dobbelte i forhold til det som i dag er identifisert. Foretaket må arbeide målrettet med gevinstrealisering og effektivisering videre i prosjektet.

Det mest prekære behovet til UNN er å få nye bygg til PHV og TSB. Dagens utdaterte bygg er i svært dårlig stand og lite egnet til funksjonene. Denne situasjonen forverres årlig, og det kan bli kritisk for UNN om flere av byggene fratras løyve om klinisk drift.

Det er vanskelig å finne én løsning som vektlegger alle behov i lik grad. UNN kan utføre en god helhetsvurdering av dette prosjektet, sett i forhold til hele virksomheten og foretakets økonomi. Det handler også om strategi knyttet til verdi og salg av eiendom, driftsløsninger og de ulike mulighetene hvert enkelt alternativ gir UNN som helhet.



10 Vedlegg

1. ROS vurderinger tidlig fase
2. Støyberegninger
3. Sikringsrisikoanalyse tidlig fase
4. Konseptforslag Arkitekt
5. Rapport erfaringsinnhenting: «Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk»
6. Rapport fra Overordnet medvirkningsgruppe

11 Figurer og tabeller

Figur 1 Tomt Breivika B3.....	6
Figur 2 Breivika B3 sett fra nord-øst	7
Figur 3 Snitt/plan alternativ Breivika	7
Figur 4 Oversikt funksjoner alternativ Breivika	8
Figur 5 Utearealer alternativ Breivika	8
Figur 6 Konseptforslag tomt S1	9
Figur 7 Konseptforslag S1 plassert i landskap	9
Figur 8 Oversikt Breivika, avstand mellom B3 og S1	10
Figur 9 Byggetrinn 1 og 2 Breivika B3.....	10
Figur 10 Breivika B3 fotoillustrasjon	11
Figur 11 Tomt og omgivelser Åsgård	13
Figur 12 Konseptforslag Åsgård	14
Figur 13 Snitt/plan konseptforslag Åsgård	14
Figur 14 Oversikt funksjoner konseptforslag Åsgård	15
Figur 15 Utearealer konseptforslag Åsgård	15
Figur 16 Fotoillustrasjoner konseptforslag Åsgård.....	16
Figur 17 Funksjoner delt løsning Breivika.....	19
Figur 18 Utearealer delt løsning Breivika.....	19
Figur 19 Funksjoner delt løsning Åsgård.....	20
Figur 20 Utearealer delt løsning Åsgård	20
Figur 21 Fotoillustrasjoner delt løsning ÅB	21
Figur 22 Utvidelse somatikk Breivika.....	26
Figur 23 Utvidelses-areal merket med grønt i skisse.....	26

Figur 24 Skisse av mulig nytt bygg med elevert helikopter landingsplattform.....	27
Figur 25 Utvidelse AMK3.....	28
Figur 26 Prosjektene AKM3 og PHR Breivika lagt over hverandre	28
Figur 27 Illustrasjon av mulig plassering av de tre alternativene for samlet parkeringsanlegg	31
Figur 28 Kommuneplan S1.....	34
Figur 29 Visualisering hovedprogram	35
Figur 30 Felles hovedinngang med "gate" illustrert.....	36
Figur 31 Diagrammer for ulike muligheter for personellsamarbeid.....	37
Figur 32 Totalt klimagassutslipp for sykehusbygg ved Breivika og Åsgård over en 60-årsperiode.....	44
Figur 33 Det totale klimagassutslippet over hele livsløpet (60 år).....	45
Figur 34 Habiliteringsbygget (lilla) og Helsehuset (grønt).....	61
Figur 35 Tomt og bygning Åsgårdveien 18.....	62
Figur 36 Akkumulert bærekraft uten beregnet salgsinntekt Åsgård	67
Figur 37 Akkumulert bærekraft ved forutsatt salgsinntekt Åsgård	68
Figur 38 Akkumulert bærekraft for parkeringskjeller.....	69
Tabell 1 Oppsummerende tabell over undersøkte momenter B3 og S1	12
Tabell 2 Oppsummerende tabell over undersøkte momenter Åsgård	17
Tabell 3 Oppsummerende tabell over undersøkte momenter delt løsning.....	22
Tabell 4 Midlertidige parkeringsplasser	29
Tabell 5 Krav til antall parkeringsplasser.....	30
Tabell 6 Alternativer verdivurdering Åsgård.....	33
Tabell 7 Oversikt sykehusprosjekter erfaringsinnhenting	50
Tabell 8 Usikkerheter korrigeret til kostnader	56
Tabell 9 Estimat investeringskostnad Åsgård-alternativet.....	64
Tabell 10 Estimat investeringskostnad Breivika-alternativet.....	64
Tabell 11 Estimat investeringskostnad Delt-løsning.....	64
Tabell 12 Oppsummering estimat investeringskostnad Delt-løsning	65
Tabell 13 Endring investeringsestimater fra Steg 1 til vedlegg etter steg 1	65
Tabell 15 Identifisert og oppdatert gevinstpotensialer for alternativene	66
Tabell 16 Forutsetninger for beregning av bærekraft.....	66
Tabell 17 Bærekraft år 1 og år 25 for alternativ uten beregnet salgsinntekt av Åsgård.....	67

Tabell 18 Bærekraft scenario med salgsinntekt år 1 og år 25	68
Tabell 19 Investeringsestimert parkeringskjeller.....	69
Tabell 20 Investeringsestimert parkeringskjeller.....	69
Tabell 21 Bærekraft parkeringskjeller år 1 og år 25	69



UNN Psykisk helse og rusklinikken

Konsekvensvurdering etter ROS-møter

Innledning:

Utvikling av ny klinikk for psykisk helse og rusbehandling er i tidligfase hvor det vurderes alternative lokasjoner og driftskonsepter:

- Breivika
- Åsgård
- Delt løsning Breivika og Åsgård

Som en del av vurderinger er det gjennomført ROS-møter for å avdekke forhold som kan stoppe, forringe eller påvirke gjennomføring av prosjektet.

Proessen er gjennomført som "innspillmøter" hvor fokus har vært på offentlige prosesser, gjeldende areal- og reguleringsplaner, infrastruktur og andre forhold. Det er gjennomført separate møter for Breivika og Åsgård samt en forenklet innhenting av momenter for fristilt plassering av anlegg for Sikkerhetspsykiatri ved samling av all virksomhet til Breivika.

I forlengelse av innspillmøtene har prosjektgruppen vurdert alle innspill og deres konsekvens for prosjektet. Det er videre iverksatt noen tilleggsaktiviteter for å styrke beslutningsgrunnlag for endelig vurdering ved valg av lokasjon. Konsekvensklasser og prosjektgruppens vurdering er gjengitt i separate dokumenter.

ROS-møter:

Alternativ/lokasjon Breivika

Tabell viser datoer for gjennomføring og deltagerliste for innspillmøte Breivika. Det foreligger et eget referat fra møtet.

29. juni 2021 kl. 09:00-14:00 via Teams		
Deltakere:		
Tromsø Kommune	Byplan	Roy Fossum
Tromsø Kommune	Byplan	Bodil Ruud
Tromsø Kommune	Byplan trafikk	Sten-Jarle Jensen
Tromsø Kommune	Byplan, vann og avløp	Cato Lind Eriksen
Tromsø Kommune	Brann	Kristian H. Fredriksen
Tromsø Kommune	Brann	Håvard Malmedal
Universitetet i Tromsø	Bygg og eiendom	Erland Loso
Arva/ Troms Kraft	Leveranse kraft	Kurt Tokle
Arva/Troms Kraft	Leveranse kraft	Øyvind Viktor Blix



Kvitebjørn	Leveranse fjernvarme	Frank Mathillas
Kvitebjørn	Leveranse fjernvarme	Bjørn Petlund
UNN	Utbyggingsjef	Thor Arne Hansen
UNN	Eiendom	Ragni Løkholt Ramberg
UNN	Seksjonsleder bygg	Ben Are Hansen
UNN	Seksjonsleder maskin	Odd Pedersen
Prosjekt PHR	UNN	Kjell Arne Thomassen
Prosjekt PHR	Ratio	June Welo
Prosjekt PHR	Ratio	Steinar Thomassen
Prosjekt PHR	Ratio	Marianne Dale
Prosjekt PHR	COWI	Sverre Inge Heimdal
Prosjekt PHR	Sykehusbygg	Aud Kamilla Sivertsen
Prosjekt PHR	Sykehusbygg	Renate Hansen

Alternativet med lokasjon i Breivika kan overordnet oppsummeres med at tilgjengelig tomt er utfordrende og enkelte forhold har restrisiko. I tillegg har hovedprogrammet krav som ikke harmonerer godt med valgt tomt som at pasientrom helst skal ligge nært bakkeplan og skjermet. Det er ikke tilstrekkelig areal på valgt tomt til å samlokalisere alle PHR-funksjoner. Spesielt krevende er sikkerhetspsykiatri med de krav som settes til utearealer, utforming av bygg samt hensyn til innsyn/ utsyn for funksjonen. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon må derfor plasseres på en annen tomt. For Breivika vil man også måtte hensynta fremtidige utbyggingsarealer mot nord og vest. Av andre ukjente faktorer som kan få stor betydning for prosjektet, kan nevnes helikoptertrafikk til og fra landingsplass ved akuttmottak med innfasing av nye redningshelikoptre.

Identifiserte risikomomenter og prosjektgruppens vurdering av konsekvens følger av separat dokument.

Alternativ/lokasjon Åsgård

Tabell viser dator for gjennomføring og deltagerliste for innspillmøter Åsgård. Av praktiske årsaker måtte de gjennomføres over flere dager. Det foreligger et eget referat fra møtene.

9. november 2021 kl. 12:15-13:00 via Teams: Særmøte VA		
10. november 2021 kl. 09:00-14:00 via Teams		
11. november 2021 kl. 09:30-10:30 via Teams: Særmøte støy		
Deltakere:		
Tromsø Kommune	Byplan	Roy Fossum
Tromsø Kommune	Byplan	Bodil Ruud
Tromsø Kommune	Brann	Kristian H. Fredriksen
Troms og Finnmark fylkeskommune	Kulturminne	Marit Reiersen
Troms og Finnmark fylkeskommune	Samferdsel	Johnny Berg
Troms og Finnmark fylkeskommune	Samferdsel	Hallgeir Austlid
Arva/ Troms Kraft	Leveranse kraft	Kurt Tokle
Arva/Troms Kraft	Leveranse kraft	Øyvind Viktor Blix Senere
Kvitebjørn	Leveranse fjernvarme	Bjørn Petlund
UNN	Eiendom	Ragni Løkholt Ramberg
UNN	Seksjonsleder bygg	Ben Are Hansen



UNN	Seksjonsleder elektro	Svein Erik Sødal Jamt
Tromsø Kommune	Vann og avløp	Cato Lind Eriksen
Statsforvalteren	Miljø	Bjørn Arne Karlsen
Prosjekt PHR	UNN	Kjell Arne Thomassen
Prosjekt PHR	Ratio	June Welo
Prosjekt PHR	Ratio	Steinar Thomassen
Tromsø Kommune	Planlegger samferdsel	Bjørn Roar Walsøe
Prosjekt PHR	COWI	Sverre Inge Heimdal
Prosjekt PHR	Sykehusbygg	Aud Kamilla Sivertsen
Prosjekt PHR	Sykehusbygg	Renate Hansen

Alternativet med lokasjon Åsgård kan overordnet oppsummeres med at dagens anlegg på Åsgård har behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen, både med hensyn til tekniske krav/brannkrav og tilpasning til moderne pasientbehandling. Dette krever omfattende renovering for å skape et akseptabelt innelima og verdige behandlingsarealer for pasientene. Utover dette finnes det vernehensyn for enkeltbygg og området som helhet.

Tilleggsalternativ/lokasjon sikkerhetspsykiatri Breivika

Parallelt med utvikling av løsninger for lokasjon Breivika er det utredet tilleggstomt for sikkerhetspsykiatri i rimelig nærhet til tomtealternativet for PHR i Breivika. Av fire mulige tilleggstomter har man endt opp med å utrede et eget anlegg for sikkerhetspsykiatri ca. 1 km nord for hovedtomt nær enden og øst for Hansine Hansens vei. For denne tilleggstomten er det gjort en tilleggsvurdering basert på de innspill man hadde for lokasjon Breivika supplert med noe ekstra underlag. I denne prosessen har det vært dialog med:

Tromsø Kommune	Byplan	Roy Fossum
Tromsø Kommune	Byplan, vann og avløp	Cato Lind Eriksen
Arva/ Troms Kraft	Leveranse kraft	Kurt Tokle
Kvitebjørn	Leveranse fjernvarme	Bjørn Petlund

For valgt tilleggstomt fremstår planhensyn og offentlige krav til arealutnyttelse som en utfordring. Området er av Tromsø kommune vurdert som et utviklingsområde nært større ansamling av private og offentlige virksomheter samtidig som det kan få en rolle i planer for overvannshåndtering ved urbane flomsituasjoner. Området må også gjennom geotekniske undersøkelser for å få et bedre bilde av kostnadsdrivere.

Vedlegg:

Identifiserte risikomomenter og prosjektgruppens vurdering av konsekvens følger av separat dokumenter:

- ROS-punkter Breivika fra møte 29.06.2021, Rev. 14.01.2022
- ROS-punkter Åsgård fra møter 9. – 11.11.2021, Rev. 14.01.2022
- ROS-punkter sikkerhetspsykiatri Breivika, Rev. 26.01.2022

NOTAT

TITTEL ROS-punkter Breivika fra møte 29.06.2021
 DATO 9. juli 2021, rev. 12.10.2021, rev. 14.01.2022
 TIL Sykehusbygg ved Aud Sivertsen
 KOPI
 FRA SIHE
 OPPDRAGSNR. A220051

ADRESSE COWI AS
 Otto Nielsens vei 12
 Postboks 4220, Torgarden
 7436 Trondheim
 Norge
 TLF +47 02 694
 WWW cowi.com
 SIDE 1/7

Innledning

Dette notatet oppsummerer vurderinger gjort av prosjektgruppe ledet av Sykehusbygg HF etter ROS-møte om Psykisk helse og rusklinikken Tromsø (PHR) lokasjon Breivika.

Momenter bragt opp i møtet klassifiseres ut fra konsekvens vurdert etter følgende inndeling:

K1 – Neglisjerbar

K2 – Lav (Moderat kostnadskonsekvens / Tidstap – måneder)

K3 – Moderat (Anvendes ikke)

K4 – Alvorlig (Betydelig kostnadskonsekvens / Tidstap – år)

K5 – Svært alvorlig (Utenfor tenkelig budsjetttramme / Vil stoppe prosjektet)

Vurderingen er kvalitativ, ikke kvantitativ. Sannsynlighet vurderes ikke.

Møtet var i stor grad innrettet mot å få avdekket forhold som belyses ved utarbeidelse av reguleringsplaner og søknad om rammetillatelse. Standard avsjekkingspunkter etter DIBK sin sjekklister har vært benyttet som underlag for valg av tema.

Konsekvens vurderes ut fra hva som må være avklart forut for beslutning og tillatelse til tiltak.

Vurdering

ID	Moment	S	K	Vurdering
	Gammel reguleringsplan for område som dekker sykehuset	-	K4	Gjeldende plan for det opprinnelige sykehusområdet er 0900 UITØ og RITØ, Breivika datert 21.08.1985. Gjeldende plan for de nord-østlige deler av sykehusområdet er 1196 Helikopterlandingsplass H1 med base RITØ (Universitetssykehuset). Tilleggstomt (Troms produkter) er dekket av plan 0647 Helsebu 124/26 og Tromsprodukt 124/27 Gimle. Det er ikke vurdert om eksisterende planer stiller sammenfallende eller motstridende krav for en bygningsmasse som vil dekke flere planområder.

				<p>Tromsø kommune kan konkludere med at det vil være behov for overordnet planarbeid. Det ble i møte konkret omtalt en områdeplan for Breivika.</p> <p>Med den komplekse aktiviteten som finnes i Breivika og parallelle utbyggingsplaner som vil utløse rekkefølgevurderinger, anses en overordnet planprosess som tidsmessig utfordrende.</p>
	Krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning	-	K4	<p>Detaljreguleringsplan skal sikre at tiltakshaver følger opp krav som vil følge av kommunale arealplaner og områderegulering.</p> <p>Planlagt areal er over 15.000 m². Dette utløser krav til konsekvensutredning (Forskrift Vedl. I, Pkt. 24 om næringsbygg, bygg for offentlig og privat tjenesteyting og bygg til allmennyttige formål med bruksareal over 15.000 m²). I tidlig fase skal det utarbeides et planprogram.</p> <p>Sykehusområdet i Breivika har en eksisterende detaljreguleringsplan med historiske føringer for prosjektet. Funksjon vil være ny innenfor planområdet som allerede har omfattende bygningsmasse.</p> <p>Krav om ny detaljreguleringsplan med konsekvensutredning er innenfor hva man måtte forvente.</p>
	Omkringliggende bebyggelse	-	K2	<p>Tomt er begrenset av bygg på nærmest alle kanter og har begrensede utvidelsesmuligheter.</p> <p>Tilgang og kvalitet på utearealer spesielt utfordrende.</p> <p>Virksomheten har hensyn til inn- og utsyn som skal ivaretas.</p>
	Konsekvenser for nærliggende / fremtidige utbyggingsarealer	-	K2	<p>Tilstøtende arealer mot nord og vest for eksisterende planområde har arealer med potensial for fremtidig utbygging. Hensyn til slik utbygging må ivaretas og må forventes som krav ved ny detaljreguleringsplan.</p> <p>Prosjektet bør søke en utforming som ikke unødig stenger akser for infrastruktur, innsatsstyrker og transport/samferdsel.</p>
	Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan ikke realiseres innenfor	-	K2/K4	<p>Et samlet fagmiljø med kort internavstand mellom behandlingssenheter er ikke gjennomførbart. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har arealkrav som ikke lar seg forene med valgt tomt. Det må finnes en annen tomt i rimelig nærhet som ikke forringer den</p>

	foreslått tomteområde			<p>faglige begrunnelse for å flytte fra Åsgård til Breivika og som samtidig begrenser potensial for nabousikkerhet/konflikter. (K4 om kjøp av tilleggstomt blir utfordrende)</p> <p>Problemstillingen har vært flagget tidligere og anses som kjent.</p>
	Trafikale forhold Økt trafikk i et allerede belastet område	-	K4	<p>Vegsystemet opp til og gjennom sykehusområdet er allerede hardt belastet med kødannelse morgen og kveld.</p> <p>PHR er UNN sin største enhet. Flytting av fra Åsgård vil øke belastning i Breivika. Driften er døgn-kontinuerlig med inntil 300 ansatte samtidig på jobb.</p> <p>Kollektivtilbudet rundt og gjennom sykehusområdet er godt.</p> <p>Det vurderes om man skal se på løsninger for adkomst til universitetsområdet fra øst. Dette kan berøre transportsystemene rundt PHR.</p> <p>Ny tunnel fra Breivika mot flyplassen kan på sikt redusere belastning på veisystem i dagen over øya.</p> <p>Avklaring av trafikale forhold anses som sentralt for kommunale beslutninger og må ses i et større bilde som omfatter det totale trafikkbildet i og rundt Breivika, bypakkeavtale og ambisjoner om 0-vekst.</p> <p>Det skal gjennomføres trafikktelling januar 2022 for å kartlegge omfang av utfordringer.</p>
	Trafikale forhold Sikre akseptabel tilkomst til funksjoner i nytt psykiatrisanlegg med hovedadkomst i nord og nord-øst	-	K2	<p>Kommunens planavdeling forventer at hovedadkomst vil bli via Sykehusvegen og inn fra syd-øst.</p> <p>Prosjektet må sikre tilstrekkelig adkomst for innsatsstyrker fra alle retninger.</p> <p>Tromsø kommune har signalisert at det er lite ønskelig med stor trafikk fra nord-øst gjennom boligområder via Gimlevegen.</p> <p>Problemstillingen har tidligere vært flagget fra kommunens planavdeling og anses som kjent.</p>
	Trafikale forhold Planlagt tomt vil ta av eksisterende parkeringsareal	-	K2	<p>Gjeldende reguleringsplan har maksimalkrav til parkeringsplasser avhengig av BTA. Det er ingen minimumskrav, men det må påregnes et visst antall parkeringsplasser knyttet til varetransport,</p>

				<p>besøkende og annen transport knyttet til virksomheten.</p> <p>Kommunens planavdeling bekreftet langt på vei at det ikke ville komme krav om å kompensere tapte parkeringsplasser. Hensynet til alle ansatte på sykehusområdet og besøkende gjør at det må finnes et visst antall parkeringsplasser som må innarbeides i prosjektets arealplaner.</p> <p>UNN har under utvikling en ny parkeringsstrategi som vil gjelde hele sykehusområdet. Her vurderes samarbeid eller utnytting av tilbud fra eksterne aktører som ønsker å utvikle parkeringstilbud i nærområdet.</p>
	Trafikale forhold Trase for gående/syklende og skiløype nord for MH2	-	K1	<p>UiT har planer om en gang- og sykkelvei nord for MH2 mot tannbygget. Det er videre ønske om å opprettholde mulighet for skiløype fra universitetsområdet mot utmark i nord.</p>
	Byggeprosjekter Mulig ny kommunal legevakt	-	K2	<p>Ny legevakt kan utløse koordineringsbehov. Det ligger allerede legevakt i området. Utvidet legevakt kan utløse økt trafikk- og parkeringsbehov. Arealer tilgjengelig for parkering kan bli berørt.</p> <p>Det drøftes alternative lokasjoner. Tiltaket er ikke besluttet.</p> <p>Tilkomst til og mulig utvidelse eksisterende virksomhet må hensyntas.</p>
	Byggeprosjekter UNN UNN vurderer ny elevert landingsplass for helikopter i forlengelse av B-fløy Mulig utvidelse PET-senter	-	K2	<p>Ny landingsplass for tyngre redningshelikopter AW101 vil generere støy og rotorvind som vil utgjøre en utfordring for krav til uteareal.</p> <p>Tiltak er ikke besluttet.</p>
	Byggeprosjekter UiT UiT planlegger bygging av ny AKM3 i randsonen av	-	K2	<p>Ny AKM3 kan utløse koordineringsbehov og mulige arealkonflikter knyttet til infrastruktur i grunn og plassering av reservekraftforsyning.</p> <p>Tilkomst til og mulig utvidelse eksisterende virksomhet må hensyntas.</p>

	planlagt tomt for PHR Tilkomst økonomi-gården MH2			
	Byggeprosjekter UiT UNN har avstått grunn til UiT for bygging av AKM3	-	K1	Kopi av erklæring om grunnavståelse datert 14.10.2016 oversendt UNN v. Kjell Arne Thomassen. Areal er av begrenset omfang.
	Byggeprosjekter UiT Ny campusplan	-	K2	UiT har planer om en ny utviklingsplan for campus. Campus skal ikke ekspandere, men gjenbruke og ombruke eksisterende bygg med beskjeden utvidelse av fotavtrykk. Kan få konsekvenser for annet planarbeid. Utvidelse av grøntareal kan åpne for sambruk.
	Eksterne støykilder		K2	Tiltaket ligger tett på helikopterlandingsplass for ambulans- og redningshelikopter ved UNN og berøres av både gul og rød støy sone. Hvorvidt ny PHR i Breivika er forenlig med sannsynlige inn- og utflygingssektorer vil kreve et stykke dokumentasjonsarbeid. For somatiske sykehus-funksjoner aksepteres normalt denne type konflikter. <u>Konsekvens for psykiatri kan bli revurdert opp til K4/K5 avhengig av beregningsresultater og krav til støyskjærmede utearealer.</u>
	Brann/Redning Breivika har en rekke risikoutsatte virksomheter	-	K2/K4	Tromsø brann- og redningstjeneste påpeker at Breivika-området har kaiområde med kjente hendelser og en rekke industriaktiviteter som ved en hendelse kan utløse evalueringspåbud i radius opp til 1.000 m. Sykehusområdet kan ved hendelser bli pålagt "milde" aksjoner som stans av ventilasjonsanlegg og mer drastiske tiltak som evakuering. (K4 ved krav om planprosesser som krever at man ser prosjektet i sammenheng med all annen aktivitet i Breivika) UNN har ikke forberedte lokaliteter for evakuering. Med ny PHR i Breivika forsterkes utfordringene ved evakuering. Risiko klassifiseres som både forutsigbar og uforutsigbar.

				UNN og UiT har også på eget område lagret farlige, brennbare stoffer og radioaktive isotoper (PET).
	Infrastruktur Vannforsyning	-	K1/K2	Anses håndterbart. Det garanteres ikke for kapasitet ut over slokkevannskapasitet. Konsekvens for vurdering av samtidighet av hendelser ikke omtalt.
	Infrastruktur Spillvann	-	K2/K4	Alle spillvannsledninger på området er private. Det har vært drøftet offentlig overtakelse av spillvannssystemet ved UNN (K4 om dette kobles til realisering av PHR). Tromsø kommune har ikke oversikt over det private ledningsnettet. Spillvannsnett antas delvis å være av eldre dato og kan ha asbestkomponenter (?). Kapasitet anses ikke som begrensning. Spillvann føres til et annet renseanlegg enn for Åsgård.
	Infrastruktur Overvann	-	K2	Det er i 2020 utarbeidet en ny kommunedelplan for overvann som berører området. Det er på planstadiet å utarbeide en områdeplan for VA som skal dekke Gimle-området. Kapasitet infrastruktur for overvann anses som en utfordring. Nye klimavurderinger og ny utbygging kan utløse krav til fordrøyning. I utgangspunktet er det ikke eksisterende traseer som vil kreve omlegging. Det er fra Tromsø kommune sin side ønskelig å åpne deler av berørte bekkeløp som nå ligger i rør.
	Infrastruktur Fjernvarme	-	K1	Tilgjengelig fjernvarmekapasitet skal kunne ivareta utbygging av PHR. Det er påkoblingspunkter i nærområdet. Påkobling vil utløse et "mindre" anleggsbidrag. Utfordringer med tilgang til fjernvarme ligger godt innenfor hva man kunne forente av et prosjekt med denne størrelse.
	Infrastruktur Strøm	-	K1	PHR vil bli forsynt fra Gimle trafostasjon i nærhet av det planlagte utbyggingsområdet. Forsyningsikkerhet fra overliggende nett anses som god og robust. Utfordringer med tilgang til strøm ligger godt innenfor hva man kunne forente av et prosjekt med denne størrelse.

Risiko- og tidsbegrensende tiltak

Følgende tiltak anbefales som risikoreduserende eller kan begrense fremtidig tidstap:

- > Løpende dialog med kommunale myndigheter om planprosesser som berører tiltaket
- > Iverksette ny støyberegning for berørte arealer som følge av nytt redningshelikopter med støysonekart og krav til støytiltak (Forurensningsforskrift eller veileder T-1442)
- > Tidlig avklaring fra UNN av langsiktig parkeringsløsning og kommunisere dette i fora med ansatte, planmyndigheter og andre berørte
- > Innspill fra Tromsø Brann- og Redningstjeneste vedr. generell risiko knyttet til Breivika og konsekvens av hendelser ved industri/lager med brennbare stoffer samt aktivitet om bord på skip ved kai gjelder all aktivitet ved UNN. Saken hører hjemme og bør behandles på et overordnet nivå med forankring i UNN sine generelle risikovurderinger. Saken er relevant i forhold til signaler fra DSB om at brann- og redningstjenestene tidlig involveres i planprosesser og hensyn knyttet til samfunns-sikkerhet.
- > Avklare med Tromsø kommune og andre berørte hvilke tema som kan utredes i parallell og tema hvor det vil være rekkefølgeavhengighet.

Innsynsløsning kommunale planer

Følgende nettside gir tilgang til en rekke kommunale planer:

<https://kommunekart.com/klient/tromso/publikum>

NOTAT

TITTEL ROS-punkter Åsgård fra møter 9. – 11.11.2021
 DATO 08.12.2021, rev. 14.01.2022
 TIL Sykehusbygg ved Aud Sivertsen
 KOPI
 FRA SIHE
 OPPDRAGSNR. A220051

ADRESSE COWI AS
 Otto Nielsens vei 12
 Postboks 4220, Torgarden
 7436 Trondheim
 Norge
 TLF +47 02 694
 WWW cowi.com
 SIDE 1/5

Innledning

Dette notatet oppsummerer vurderinger gjort av prosjektgruppe ledet av Sykehusbygg HF etter ROS-møte om Psykisk helse og rusklinikken Tromsø (PHR) lokasjon Åsgård.

Momenter bragt opp i møtet klassifiseres ut fra konsekvens vurdert etter følgende inndeling:

K1 – Neglisjerbar

K2 – Lav (Moderat kostnadskonsekvens / Tidstap – måneder)

K3 – Moderat (Anvendes ikke)

K4 – Alvorlig (Betydelig kostnadskonsekvens / Tidstap – år)

K5 – Svært alvorlig (Utenfor tenkelig budsjetttramme / Vil stoppe prosjektet)

Vurderingen er kvalitativ, ikke kvantitativ. Sannsynlighet vurderes ikke.

ROS-møtene er innrettet mot å få avdekket forhold som belyses ved utarbeidelse av reguleringsplaner og søknad om rammetillatelse. Standard avsjekkingspunkter etter DIBK sin sjekklister har vært benyttet som underlag for valg av tema.

ROS-skjema for Åsgård er basert på mal fra en tilsvarende øvelse for Breivika-alternativet og har tilnærmet samme struktur for å kunne vurdere alternativene opp mot hverandre.

Konsekvens vurderes ut fra hva som må være avklart forut for beslutning og tillatelse til tiltak.

Vurdering

ID	Moment	S	K	Vurdering
	Ingen reguleringsplan for område som dekker dagens sykehusområde	-	-	<p>Krav som måtte gjelde per dato følger av kommunal arealplan.</p> <p>Det foreligger relativt nye detaljreguleringsplaner for boligområder ovenfor sykehusområdet.</p>

	Krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning	-	K2	<p>Detaljreguleringsplan skal sikre at tiltakshaver følger opp krav som vil følge av kommunale arealplaner og områderegulering.</p> <p>Planlagt areal er over 15.000 m². Dette utløser krav til konsekvensutredning (Forskrift Vedl. I, Pkt. 24 om næringsbygg, bygg for offentlig og privat tjenesteyting og bygg til allmenntilrettelegging med bruksareal over 15.000 m²). I tidlig fase skal det utarbeides et planprogram.</p> <p>Åsgård-området har ikke eksisterende detaljreguleringsplan med historiske føringer for prosjektet. Funksjon finnes allerede på aktuell tomt.</p> <p>Tromsø kommune har gitt tydelige signaler at det vil bli krav om utarbeidelse av detaljreguleringsplan ved ombygging/nybygg på Åsgård. Et slikt krav ligger innenfor det man måtte forvente. Krav til planprosesser er omtalt i notat fra planavdelingen Tromsø kommune datert 10.11.2021.</p>
	Fredning og vernet bygningsmasse		K2	<p>Bygg 7 og 10 på Åsgård er fredet med en omkringliggende hensynssone. Området som helhet har videre vernestatus. Dette er en kjent problemstilling.</p> <p>Prosjektet har tidligere vært i dialog med fylkeskonservator og Tromsø Kommune om fredning/vern, og fikk i ROS-møte positive tilbakemeldinger på at man hadde hensyntatt innspill. Fylkets kulturminneavdeling og kommunen ga allikevel tydelige signaler på at de ønsket et ord med i laget når løsninger skal detaljeres.</p>
	Omkringliggende bebyggelse	-	K1	<p>Dette er ikke problematisert på annet vis enn at det kommer ny boligutvikling på oversiden av Åsgårdveien og man må forholde seg til fredede bygg på tomten. Anses ikke som spesielt utfordrende.</p> <p>Virksomheten har hensyn til inn- og utsyn som skal ivaretas.</p>
	Konsekvenser for nærliggende / fremtidige utbyggingsarealer	-	K1	<p>Ikke problematisert. Tomt anses å ha nødvendige arealer for fremtidig utvidelse og vil ikke være til hinder for utvikling på nærliggende arealer.</p>
	Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan ikke	-	K1	<p>Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan lokaliseres med tilstrekkelig nærhet til andre psykiatrifunksjoner.</p>

	realiseres innenfor foreslått tomteområde			
	Trafikale forhold Generelt	-	K1	Vegsystemet opp til og gjennom sykehusområdet på Åsgård anses å ha tilstrekkelig kapasitet selv med ny boligutbygging. Det er ikke kjente trafikale utfordringer i nærområdet. Avklaring av trafikale forhold anses som sentralt for kommunale beslutninger og må ses i et større bilde som omfatter det totale trafikkbildet i og rundt Kvaløyvegen med avkjøring til flyplass, bypakkeavtale og ambisjoner om 0-vekst.
	Trafikale forhold Sikre akseptabel tilkomst.	-	K1	Prosjektet må sikre tilstrekkelig adkomst for innsatsstyrker fra alle retninger. Forholdet anses som løsbart med to adkomstretninger inn mot sykehusområdet og internveier Det ble i ROS-møte omtalt en mulig direkteavkjøring fra Kvaløyvegen opp til sykehusområdet. Dette er ikke innarbeidet i noen eksisterende planforslag.
	Trafikale forhold Planlagt tomt vil ta av eksisterende parkeringsareal	-	K1	Ikke problematisert. Ikke planlagt konsekvenser for parkeringsplasser annet enn det som vil følge av ny strategi UNN.
	Trafikale forhold Trase for gående/syklende og tilkomst til skiløype/terreng	-	-	Ikke problematisert. Ikke kjent problemstilling.
	Byggeprosjekter Mulig ny legevakt i forlengelse av PET-bygg	-	K1	Ikke problematisert og har ikke parallell utfordring annet enn boligutvikling ovenfor sykehuset.
	Byggeprosjekter UNN UNN vurderer ny elevert landingsplass for helikopter i forlengelse av B-fløy	-	-	Ikke problematisert. Ikke relevant.

	Byggeprosjekter UiT UiT planlegger bygging av ny AKM3 i randsonen av planlagt tomt for PHR	-	-	Ikke relevant.
	Byggeprosjekter UiT UNN har avstått grunn til UiT for bygging av AKM3	-	-	Ikke relevant.
	Byggeprosjekter UiT Ny campusplan	-	-	Ikke relevant.
	Eksterne støykilder	-	K2	Tomt ligger innenfor gul sone for støy fra Tromsø Lufthavn Langnes tett på rød sone i nordvest. Det vil innebære begrensninger om rød støysone fra flyplassaktivitet presses sydover som følge av større flyaktivitet. Dette vil motvirkes av mer støysvake fly som allerede nå legges inn i fremtidige støyprognoser.
	Brann/Redning	-	K1	Tromsø brann- og redningstjeneste anser ikke plassering av sykehuset på Åsgård å ha spesielle utfordringer annet enn det man er kjent med fra den løpende virksomheten (ildspåsettelse mm.) UNN har ikke forberedte lokaliteter for evakuering. Ved brann vil man primært måtte rømme til nærliggende brannseksjoner.
	Infrastruktur Vannforsyning	-	K2	Det er kjent at det er begrenset vannkapasitet på vannforsyning til Åsgård. Ved en ny utbygging må denne oppgraderes for å kunne ivareta bl.a. krav til slukkevannskapasitet. Anses håndterbart.
	Infrastruktur Spillvann	-	K1	Spillvannsnett på Åsgård er av eldre dato og man må forvente oppgradering. Kapasitet anses ikke som begrensning. Kapasitet kommunal pumpekum nede ved Kvaløyvegen må verifiseres.
	Infrastruktur Overvann	-	K1	Det forventes ikke særskilte utfordringer med overvannshåndtering ved ny utbygging på Åsgård.

				Tomt har ikke bekker eller elveløp som vil binde opp deler av tomt.
	Infrastruktur Fjernvarme	-	K1	Tilgjengelig fjernvarmekapasitet skal kunne ivareta utbygging av PHR. Det ligger en hovedledning langs Åsgårdsvegen med mulighet for forsyning fra to sider. Videre har Åsgård en egen varmesentral som skal videreføres.
	Infrastruktur Strøm	-	K1	Per dato er det begrenset kapasitet på ny effekt for Åsgårdsområdet. Dette forventes å bli løst i løpet av noen år. Med ny utbygging kan man forvente bygg med bedre energiløsninger enn dagens og energituttaket bør ikke overstige dagens nivå. Eneste utfordring kan være effektuttak i byggefase.

Risiko- og tidsbegrensende tiltak

Følgende tiltak anbefales som risikoreduserende eller kan begrense fremtidig tidstap:

- > Løpende dialog med kommunale myndigheter om planprosesser som berører tiltaket
- > Dialog med kulturminneavdelingen hos Troms og Finnmark fylkeskommune om utforming og visuelle uttrykk
- > Dialog med vernemyndigheter
- > Avklare evt. utfordringer knyttet til flystøy og virksomhet ved Tromsø lufthavn Langenes med ajourføring av støysonekart og krav til støytiltak (Forurensningsforskrift eller veileder T-1442)
- > Avklare hvilke tema som kan utredes i parallell og tema hvor det vil være rekkefølgeavhengighet.

Innsynsløsning kommunale planer

Følgende nettside gir tilgang til en rekke kommunale planer:

<https://kommunekart.com/klient/tromso/publikum>

NOTAT

TITTEL ROS-punkter sikkerhetspsykiatri Breivika
 DATO 14.01.2022
 TIL Sykehusbygg ved Aud Sivertsen
 KOPI
 FRA SIHE
 OPPDRAGSNR. A220051

ADRESSE COWI AS
 Otto Nielsens vei 12
 Postboks 4220, Torgarden
 7436 Trondheim
 Norge
 TLF +47 02 694
 WWW cowi.com
 SIDE 1/7

Innledning

Dette notatet oppsummerer vurderinger gjort av prosjektgruppe ledet av Sykehusbygg HF for tilleggstomt til sikkerhetspsykiatri i Breivika. Notatet er gjort som "kontorforretning" basert på ROS-møte om Psykisk helse og rusklinikken Tromsø (PHR) for lokasjon Breivika med innhentede tilleggsopplysninger.

Tilleggstomt for sikkerhetspsykiatri som er vurdert, ligger helt nord ved Hansine Hansens vei og på østlig side.

Momenter bragt opp i møtet klassifiseres ut fra konsekvens vurdert etter følgende inndeling:

- K1 – Neglisjerbar
- K2 – Lav (Moderat kostnadskonsekvens / Tidstap – måneder)
- K3 – Moderat (Anvendes ikke)
- K4 – Alvorlig (Betydelig kostnadskonsekvens / Tidstap – år)
- K5 – Svært alvorlig (Utenfor tenkelig budsjetttramme / Vil stoppe prosjektet)

Vurderingen er kvalitativ, ikke kvantitativ. Sannsynlighet vurderes ikke.

ROS-møter for Breivika og Åsgård har i stor grad vært innrettet mot å få avdekket forhold som belyses ved utarbeidelse av reguleringsplaner og søknad om rammetillatelse. Standard avsjekkingspunkter etter DIBK sin sjekklister har vært benyttet som underlag for valg av tema.

Konsekvens vurderes ut fra hva som må være avklart forut for beslutning og tillatelse til tiltak.

Vurdering

ID	Moment	S	K	Vurdering
	Gammel reguleringsplan for område som dekker sykehuset	-	K4	Gjeldende plan området som vurderes er 0075 Universitetsområdet II, Gimle - Nygård datert 25.01.1973. Tromsø kommune har i sin eksisterende arealplan synliggjort bruk av området helt nord i Hansine

				<p>Hansens vei med boliger i vest og Offentlig institusjonsbebyggelse i øst.</p> <p>Tromsø kommune kan konkludere med at det vil være behov for overordnet planarbeid. Det ble i ROS-møte omtalt en områdeplan for Breivika. Videre er det i samtale med planavdelingen mottatt signaler om at man anser dette som et sentralt område nær mange arbeidsplasser og skoler med ledig kapasitet. Tromsø kommune har rift om sentrale boligarealer og man vektlegger generelt effektiv arealutnyttelse.</p> <p>Med den komplekse aktiviteten som finnes i Breivika og parallelle utbyggingsplaner som vil utløse rekkefølgevurderinger, anses en overordnet planprosess som tidsmessig utfordrende.</p>
	Krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning	-	K4	<p>Detaljreguleringsplan skal sikre at tiltakshaver følger opp krav som vil følge av kommunale arealplaner og områderegulering.</p> <p>Planlagt areal er tett på eller kan båndlegge over 15.000 m². Dette utløser krav til konsekvensutredning (Forskrift Vedl. I, Pkt. 24 om næringsbygg, bygg for offentlig og privat tjenesteyting og bygg til allmenntilfelle formål med bruksareal over 15.000 m²). I tidlig fase skal det utarbeides et planprogram.</p> <p>Krav om egen detaljreguleringsplan er innenfor hva man må forvente. Selv om man tegner ut en løsning under 15.000 m² må man forvente krav om konsekvensutredning ut fra overordnede arealvurderinger.</p>
	Omkringliggende bebyggelse	-	K1	<p>Nytt anlegg vil ikke ha omkringliggende i umiddelbar nærhet.</p> <p>Virksomheten har hensyn til inn- og utsyn som skal ivaretas. Eksisterende situasjon gir akseptabel tilgang til utearealer og nødvendige kvaliteter kan etableres.</p> <p>Fremtidig utbygging i nærområdet vil være bundet av løsning uansett utforming.</p>
	Konsekvenser for nærliggende / fremtidige utbyggingsarealer	-	K1	<p>Fremtidig utbygging i nærområdet vil være påvirket av at tomt har en sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Mest konkret at planer fra samskipnaden om utbygging på samme side av Hansine Hansens veg.</p>

				<p>Prosjektet bør søke en utforming som ikke unødige stenger akser for infrastruktur, innsatsstyrker og transport/samferdsel.</p> <p>Punktet må ses i sammenheng med forventet krav om detaljreguleringsplan og evt. konsekvensutredning.</p>
	Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan ikke realiseres innenfor foreslått tomteområde	-	-	<p>Tomt for sikkerhetspsykiatri er valgt som konsekvens av at man ikke klarer å samlokalisere sikkerhetspsykiatrisk avdeling med andre psykiatrifunksjoner i Breivika og UNN. Tomt i nord og øst for Hansine Hansens veg har nødvendige arealer og kan gjøres tilgjengelig for prosjektet.</p>
	Trafikale forhold Økt trafikk i et allerede belastet område	-	K2	<p>Vegsystemet opp til UNN i Breivika og forbi tilleggstomt for sikkerhetspsykiatrisk avdeling er belastet med kødannelse morgen og kveld. Det finnes alternative akser frem til planlagt tomt, og trafikkbildet vurderes som noe bedre enn tilkomst til hovedstrukturen ved UNN.</p> <p>Sikkerhetspsykiatrisk avdeling er personalmessig av begrenset størrelse og har lav besøksintensitet.</p> <p>Kollektivtilbudet rundt og gjennom sykehusområdet ved UNN er godt og vesentlig bedre enn til Åsgård. Det eksisterer et busstilbud som vil passere nært opp til sikkerhetspsykiatrisk avdeling.</p> <p>Avklaring av trafikale forhold anses som sentralt for kommunale beslutninger og må ses i et større bilde som omfatter det totale trafikkbildet i og rundt Breivika, bypakkeavtale og ambisjoner om 0-vekst.</p>
	Trafikale forhold Sikre akseptabel tilkomst til funksjoner i nytt psykiatryanlegg med hovedadkomst i nord og nord-øst	-	K2	<p>Kommunens planavdeling forventer at hovedadkomst vil bli via Sykehusvegen og inn fra syd-øst.</p> <p>Prosjektet må sikre tilstrekkelig adkomst for innsatsstyrker fra alle retninger.</p> <p>Tromsø kommune har signalisert at det er lite ønskelig med stor trafikk fra nord-øst gjennom boligområder via Gimlevegen.</p> <p>Problemstillingen har tidligere vært flagget fra kommunens planavdeling og anses som kjent.</p> <p>Pt. er Hansine Hansens veg stengt for annen trafikk enn buss og taxi. Evt. utbygging på i nord ved</p>

				Hansine Hansens veg antas å utløse vurdering om generell tilgang.
	Trafikale forhold Planlagt tomt vil ta av eksisterende parkeringsareal	-	-	Punktet anses som ikke relevant.
	Trafikale forhold Trase for gående/syklende og skiløype nord for MH2	-	-	Punktet anses som ikke relevant.
	Byggeprosjekter Mulig ny kommunal legevakt	-	-	Punktet anses som ikke relevant.
	Byggeprosjekter UNN UNN vurderer ny elevert landingsplass for helikopter i forlengelse av B-fløy Mulig utvidelse PET-senter	-	K1	Avstand til helikopterlandingsplass vil være ca. 1 km. En eventuell konflikt knyttet til inn- og utflygingssektor anses som løsbart.
	Byggeprosjekter UiT UiT planlegger bygging av ny AKM3 i randsonen av planlagt tomt for PHR Tilkomst økonomi-gården MH2	-	K2	Punktet anses som ikke relevant.
	Byggeprosjekter UiT UNN har avstått grunn til UiT for bygging av AKM3	-	K1	Punktet anses som ikke relevant.

	Byggeprosjekter UiT Ny campusplan	-	K2	Punktet anses som ikke relevant.
	Eksterne støykilder		K1	Tiltaket ligger med god avstand til gul og rød støysone for helikopterlandingsplass ved UNN
	Brann/Redning Breivika har en rekke risikoutsatte virksomheter	-	K2/K4	<p>Tromsø brann- og redningstjeneste påpeker at Breivika-området har kaiområde med kjente hendelser og en rekke industriaktiviteter som ved en hendelse kan utløse evalueringspåbud i radius opp til 1.000 m. Sykehusområdet kan ved hendelser bli pålagt "milde" aksjoner som stans av ventilasjonsanlegg og mer drastiske tiltak som evakuering. (K4 ved krav om planprosesser som krever at man ser prosjektet i sammenheng med all annen aktivitet i Breivika)</p> <p>UNN har ikke forberedte lokaliteter for evakuering. Med ny PHR i Breivika forsterkes utfordringene ved evakuering.</p> <p>Risiko klassifiseres som både forutsigbar og uforutsigbar.</p>
	Infrastruktur Vannforsyning	-	K1	Vann kan hentes fra ledning i Hansine Hansens veg, alternativt Nordøyvegen. Kapasitet anses være tilstrekkelig, også slokkevannskapasitet.
	Infrastruktur Spillvann	-	K2	Det ligger kommunal spillvannsledning helt nord i kryss mellom Nordøyvegen og Hansine Hansens veg. Spillvann må derfor pumpes opp til dette punktet. Alternativ ny spillvannsledning i Nordøyvegen og Hansine Hansens veg finnes ikke i de mest kortsiktige planer for spillvannsnettet til Tromsø kommune, men kan presse seg frem om det kommer annen, større utbygging i området.
	Infrastruktur Overvann	-	K2	<p>Fagseksjon for VA i Tromsø kommune har vurdert areal hvor man vurderer sikkerhetspsykiatrisk avdeling som et sentralt område for å motvirke urban flom og bygge tiltak for klimatilpasning drevet av stadig fortetting. Det må forventes at forhold av denne type vil bli løftet frem i kommende revisjon av Tromsø kommunes arealplan.</p> <p>Overvann kan med selvfølgelig føres ned langs Nordøyvegen til Stakkevoldvegen og til sjø.</p>

	Infrastruktur Fjernvarme	-	K2	Det ligger ikke fjernvarmerør i umiddelbar nærhet, men nødvendig forsyning kan hentes ved at det legges fjernvarmerør opp fra Stakkevollveien. Tiltaket vil sannsynligvis utløse anleggsbidrag.
	Infrastruktur Strøm	-	K1	PHR vil bli forsynt fra Gimle trafostasjon i nærhet av det planlagte utbyggingsområdet. Forsyningssikkerhet fra overliggende nett anses som god og robust.
	Grunnforhold	-	K2	Området har et større myrparti. I nye retningslinjer er det lagt opp til at man ut fra klimahensyn i størst mulig grad skal skjerme myrområder, alternativt kompensere for tapte myrområder ved rehabilitering av myr andre steder. Sydøst for planlagt tomt for sikkerhetspsykiatri er det en kjent kvikklokalitet. Lokaliteten er bebygd. Området hvor det planlegges sikkerhetspsykiatrisk avdeling ligger innenfor marin grense og bør derfor tidlig kartlegges med tanke på å avdekke grunnforhold.

Risiko- og tidsbegrensende tiltak

Følgende tiltak anbefales som risikoreduserende eller kan begrense fremtidig tidstap:

- > Løpende dialog med kommunale myndigheter om planprosesser som berører tiltaket
- > Tidlig avklaring fra UNN av langsiktig parkeringsløsning og kommunisere dette i fora med ansatte, planmyndigheter og andre berørte
- > Innspill fra Tromsø Brann- og Redningstjeneste vedr. generell risiko knyttet til Breivika og konsekvens av hendelser ved industri/lager med brennbare stoffer samt aktivitet om bord på skip ved kai gjelder all aktivitet ved UNN. Saken hører hjemme og bør behandles på et overordnet nivå med forankring i UNN sine generelle risikovurderinger. Saken er relevant i forhold til signaler fra DSB om at brann- og redningstjenestene tidlig involveres i planprosesser og hensyn knyttet til samfunns-sikkerhet.
- > Avklare med Tromsø kommune og andre berørte hvilke tema som kan utredes i parallell og tema hvor det vil være rekkefølgeavhengighet.

Innsynsløsning kommunale planer

Følgende nettside gir tilgang til en rekke kommunale planer:

<https://kommunekart.com/klient/tromso/publikum>

UNN PHR - STØYFORHOLD

ALTERNATIV B3 OG Å3

ADRESSE COWI AS
Richard Johnsens gate 12
4021 Stavanger
Postboks 8034
4068 Stavanger
Norge
TLF +47 02694
WWW cowi.com

INNHold

1	Bakgrunn	2
2	Krav og retningslinjer	2
3	Alternativ B3 – Breivika	3
3.1	Vurderinger av utendørs støynivåer	4
3.2	Vurderinger av innendørs støynivåer	7
4	Alternativ Å3 Åsgård	10
4.1	Håndtering av grenseverdier for Åsgårdmarka	10
4.2	Vurderinger av utendørs støynivåer	12
4.3	Vurderinger av innendørs støynivåer	13
5	Oppsummering	14
5.1	Breivika	14
5.2	Åsgård	14
5.3	Felles utfordringer og innbyrdes avveininger	15
6	Referanser	16

PROJEKTNR.	DOKUMENTNR.				
-	-				
VERSJON	UTGIVELSESDATO	BESKRIVELSE	FORBEREDT	KONTROLLERT	GODKJENT
01	24.02.2022	Vurderinger støysituasjoner	JOOW	RGSI	JOOW

1 Bakgrunn

COWI er bedt om å bistå Ratio Arkitekter med støyfaglige vurderinger ifm. plassering av nye arealer for psykisk helsevern og rusbehandling i Tromsø.

2 Krav og retningslinjer

Ved prosjektering av nye helsebygninger legges "Teknisk forskrift etter Plan- og bygningsloven", TEK17, til grunn. I Veiledningen til TEK17 vises det til grenseverdier gitt i Norsk Standard 8175:2012, lydklasse C, "Lydforhold i bygninger – Lydklasser for ulike bygningstyper". Under vises tabeller som omhandler grenseverdier for innendørs og utendørs støy for helsebygninger.

Tabell 1. Grenseverdier fra NS 8175 for innendørs lydnivå fra utendørs lydkilder i helsebygninger.

Type brukerområde	Målestørrelse	Klasse C
I senge- eller beboerrom fra utendørs lydkilder	$L_{p,A,24h}$ (dB)	30
	$L_{p,AF,max}$ (dB) natt, kl. 23-07	45
I undersøkelsesrom, behandlingsrom, operasjonsstue, fra utendørs lydkilder	$L_{p,A,24h}$ (dB)	30
I fellesareal, TV-stue fra utendørs lydkilder	$L_{p,A,24h}$ (dB)	35

$L_{p,A,24h}$ er et ekvivalent støynivå midlet over 24 timer, mens $L_{p,AF,max}$ er maksimalt nivå i nattperioden kl. 23 - 07. Maksimalnivåer gjelder steder med stor trafikk om natten, ti hendelser eller flere som overskrider grenseverdien, ikke enkelthendelser.

Tabell 2. Grenseverdier fra NS 8175 for utendørs lydnivå ved helsebygninger.

Type brukerområde	Målestørrelse	Klasse C
Lydnivå på uteoppholdsareal fra utendørs lydkilder	L_{den} (dB)	Nedre grenseverdi for gul sone - 5 dB

"Nedre grenseverdi for gul sone" i Tabell 2 viser til Miljøverndepartementets retningslinje for støy i arealplanlegging, T-1442/2021. Grenseverdiene for støysonene i T-1442 er avhengig av typen utendørs lydkilde. F.eks. er det ulike grenseverdier for veitrafikk og luftfart. Lydnivået fra én lydkilde eller samlet fra flere ulike lydkilder skal ikke overskride den angitte grenseverdien.

Grenseverdiene for helsebygninger er 5 dB strengere enn i T-1442 og vist i Tabell 3 for støykildene som anses som gjeldende i prosjektet.

Tabell 3. Sammenstilling av gjeldende grenseverdier for utendørs støynivå i prosjektet.

Støykilde	Målestørrelse	T-1442 (gul sone)	NS 8175:2012 klasse C (-5 dB)
Vei	L _{den} (dB)	55	50
Luftfart	L _{den} (dB)	52	47

L_{den} er ekvivalent støynivå for dag-kveld-natt (day-evening-night) med 10 dB / 5 dB ekstra tillegg på natt / kveld.

L_{5AF} er maksimalt støynivå målt som overskrides av 5 % av hendelsene i løpet av natteperioden.

3 Alternativ B3 – Breivika

For alternativ B3 har SINTEF beregnet utendørs fasadenivåer for år 2035 med eksisterende helikopterlandingsplass og ny plassering av denne. Det foreligger også støysonekart for vei- og flystøy på Tromsø kommune sine nettsider [1].



Figur 1. Tomta ligger i delvis gul/rød støysone fra helikoptertrafikk og delvis gul sone fra veitrafikk.

En del av den planlagte bygningsmassen vil ligge i rød støysone, noe som avviker fra kommuneplanbestemmelsene til Tromsø kommune [2]. Ifølge bestemmelsene er rød sone ikke egnet til støyfølsomt arealbruk. Etablering av nye boliger kan likevel tillates:

- i viktige fortetningsområder og langs kollektivakser, i samsvar med kommunens knutepunktstrategi,
- med vilkår om at det gjennomføres støyreducerende tiltak i samsvar med støyfaglig utredning som dokumenterer at tiltakene vil gi tilfredsstillende støyforhold.

Ved etablering av boliger i rød støysone gjelder følgende:

- bebyggelsen/byggverket skal fungere som skjerm mot støykilden slik at det oppnås tilfredsstillende støyforhold innendørs og på uteoppholdsarealene,
- boenheter skal være gjennomgående og minimum ett av soverommene i hver boenhet skal ha vindu mot stille side,
- tiltak for solavskjerming eller kjøling bør iverksettes dersom naturlig lufting bare kan skje mot støyutsatt side,
- privat uteplass kan lages som innglasset balkong dersom dette er nødvendig for å oppnå tilfredsstillende støyforhold.

Oppføring av helsebygninger i rød støysone avviker fra bestemmelsene, men siden støykilden her er helikoptertrafikk ifm. sykehuset, bør det kunne argumenteres for at oppføring bør være mulig så lenge krav i NS 8175:2012 klasse C ivaretas med hensyn til innendørs støynivåer i sengerom o.l. og utendørs støynivåer på uteoppholdsareal.

Resten av den planlagte bebyggelsen ligger i gul støysone. Ifølge kommuneplanbestemmelsene tillates det støyfølsom arealbruk i gul støysone.

Veitrafikkstøy anses ikke som problematisk for B3 og støyforhold er utelukkende knyttet til helikoptertrafikk.

3.1 Vurderinger av utendørs støynivåer

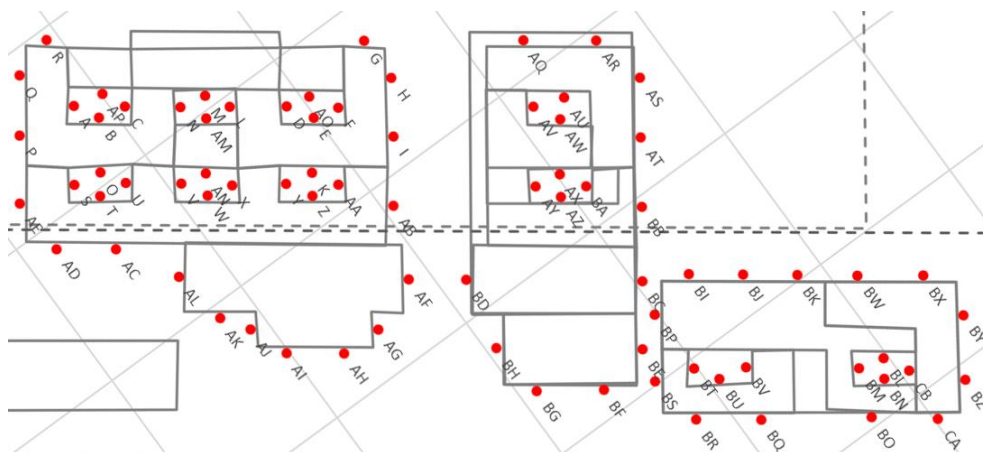
Figuren under viser typer uterom for B3. Det planlegges atriumshager og takhager. For å vurdere utendørs støynivå er det tatt utgangspunkt i nærmeste fasadepunkt fra SINTEFs beregninger.



Situasjon Breivika B3
typer uterom

- | | | |
|------------------|-------------------|----------------------------------|
| 1. Forhage | 5. Atriumshage | 7. Forslag fellespark UIT UNN |
| 2. Takhage | 6. Aktivitetshage | 8. Forslag friareal ved kjøp LHL |
| 3. Skjermet hage | | |
| 4. Terrasse | | |

Figur 2. Oversikt over planlagte uterom.



Figur 3. Beregningspunkter fra SINTEF

Tabell 4. Benyttet beregningspunkt fra SINTEFs beregninger for de ulike uterommene

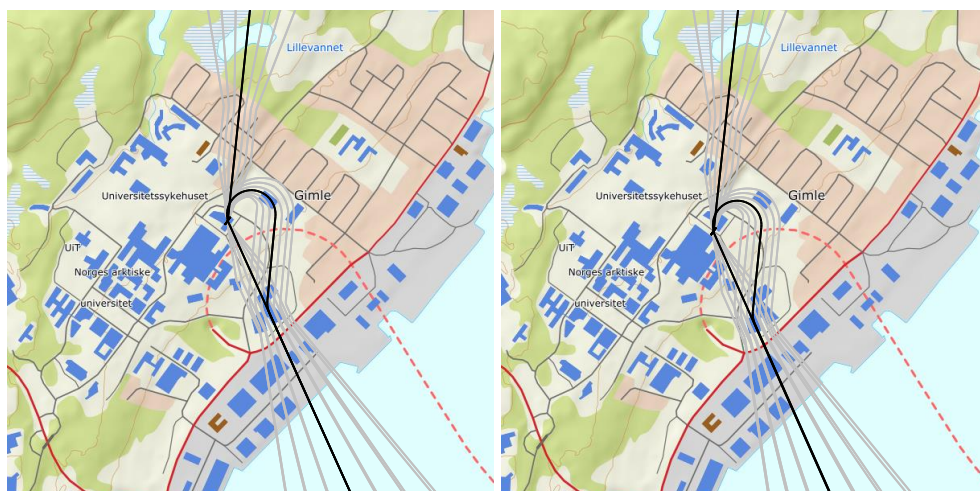
Uterom	Beregningspunkt
1. Forhage	Q
2. Takhage	AD (sør) BO (nord)
3. Skjermet hage	M
4. Terrasse	F
5. Atriumshage	BU
6. Aktivitetshage	BQ

Tabell 5. Vurderinger av L_{den} -nivåer på uteoppholdsarealene.

Uterom	Beregningspunkt	Eksisterende	Fremtidig
		L_{den} (dB)	L_{den} (dB)
1. Forhage	Q	44	46
2. Takhage sør	AD	44	44
2. Takhage nord	BO	60	65
3. Skjermet hage	M	42	43

4. Terrasse	F	42	42
5. Atriumshage	BU	40	43
6. Aktivitetshage	BQ	60	66

Lydnivå på uteoppholdsareal fra helikoptertrafikk skal ikke overskride L_{den} 47 dB, jmf. Tabell 2. SINTEFs beregninger viser at flere av de planlagte uterommene vil ivareta dette kravet, selv om det må presiseres at skjermingseffekten for atriumshagene virker å være noe optimistisk. For takhage nord og aktivitetshage er det benyttet fasadepunkter som vender mot støykilden uten vesentlig skjerming (BO, BQ). Resultatene her er L_{den} 60 dB, mens de ligger rundt L_{den} 40 - 46 dB inne i atriet. Slik volumene er vist i 3D er det ikke mye bygningsmasse som vil skjerme effektivt for en støykilde i god høyde over terrenget, men siden helikoptrene har relativt lav høyde ved inn- og utflygning får man likevel en god dempning her.



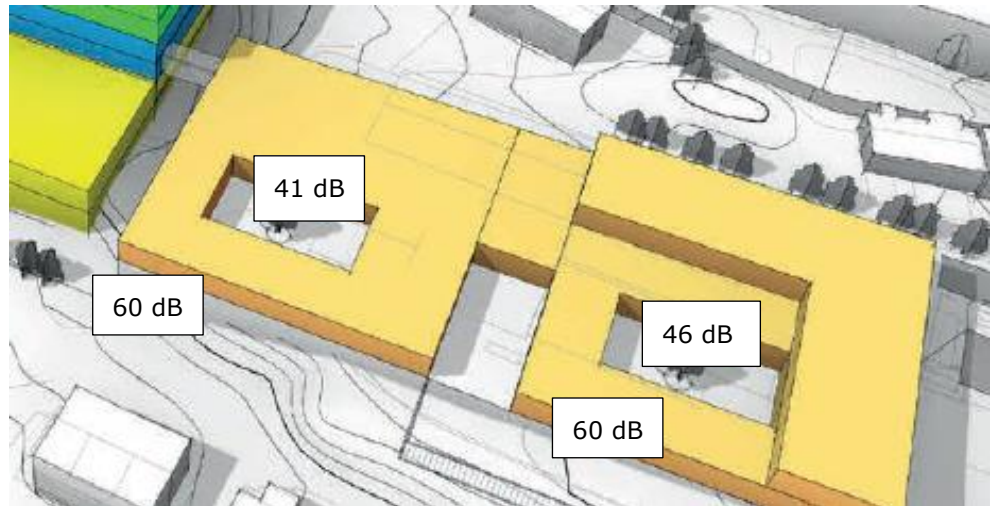
Figur 4. Plassering av eksisterende og ny helikopterlandingsplass

Fra målinger av støynivåer fra helikopterbevegelser ved St. Olavs i Trondheim så vi at et fasadepunkt som vendte bort fra helikopterlandingsplassen hadde 15 - 25 dB lavere nivåer enn et punkt med fri sikt til helikopterret og innflygningen.



Figur 5. Målepunkter ved St. Olavs.

På bakgrunn av dette, og på grunn av refleksjonsforhold inne i atrium-uteromene som ikke medtas i beregningene til SINTEF, anser vi det som sannsynlig at de høyeste beregnede nivåene er de mest representative for atriene. Disse er vist å være lavere enn grenseverdien L_{den} 47 dB og anses dermed som tilfredsstillende lave.



Figur 6. Fasadepunkter vist i 3D-figur (eksisterende situasjon).

L_{den} er et gjennomsnittlig støynivå over døgnet, men siden det forventes få og kortvarige støyhendelser (avganger/ankomster), vurderer vi denne støyindikatoren som lite egnet for helikopterstøy. Uteplassene kan ha akseptable støyforhold selv om krav til gjennomsnittsnivå er overskredet siden det vil være lange perioder uten helikopterstøy, og korte periode med høyt støynivå.

Selv om det ikke er en grenseverdi for maksimalnivåer i løpet av dagperioden når uteplassene vil være mest aktuelle å bruke, påpeker vi at det vil være høye nivåer i atriumshagene, $L_{Amax} > 93 - 95$ dB iht. beregninger for BL, BN, BM for eksisterende landingsplass og 98 dB for ny landingsplass. Dette støynivået kan gi ubehag for noen, men enkelte, korte hendelser vil ikke være skadelig for hørselen.

3.2 Vurderinger av innendørs støynivåer

Basert på beregnede utendørs støynivåer og krav om innendørs støynivå i Tabell 1, er det gjort grove vurderinger av nødvendig lydisolasjon for fasade og vinduer. Disse er vist i Tabell 6. Beregningene viser at høyeste nødvendige lydreduksjonstall vil være rundt $R_w + C_{tr} = 41$ dB. Dette vil være mulig å oppnå med normale klimavegger og vinduer med gode lydegenskaper.

Tabell 6. Grovt beregnet nødvendig lydreduksjonstall for facade/vinduer

Funksjon	Punkt	L_{Aeq24h}		Nødvendig reduksjonstall ($R_w + C_{tr}$)	
		Eksisterende	Fremtidig	Eksisterende	Fremtidig

Behandling/ kontor	AF	49	62	26	39
Behandling/ kontor	AG	50	64	27	41
Behandling/ kontor	AH	50	64	27	41
Behandling/ kontor	AI	49	52	26	29
Behandling/ kontor	AJ	45	57	22	34
Behandling/ kontor	AK	50	53	27	30
Behandling/ kontor	AL	33	49	10	26
Behandling/ kontor	BD	54	62	31	39
Behandling/ kontor	BE	47	48	24	25
Behandling/ kontor	BF	56	63	33	40
Behandling/ kontor	BG	59	64	36	41
Behandling/ kontor	BH	58	63	35	40
Sengerom nord	BO	55	55	32	37
Sengerom nord	BQ	55	55	32	38
Sengerom nord	BR	56	56	33	39
Sengerom nord	BS	54	54	31	39
Sengerom nord	BW	37	37	14	16

Sengerom nord	BX	39	39	16	17
Sengerom nord	BY	48	48	25	21
Sengerom nord	BZ	49	49	26	21
Sengerom nord	CA	54	54	31	36

4 Alternativ Å3 Åsgård

Det er ikke gjort tilsvarende støyberegninger fra SINTEF for alternativ Å3, men det foreligger støysonekart på kommunens nettsider. Bebyggelsen ligger i gul støysone fra flytrafikk.



Figur 7. Tomta ligger i gul støysone fra flytrafikk og utenfor gul sone fra veitrafikk.

Avbøtende tiltak er vanskelig når det er snakk om flystøy siden skjerming på bakken har liten effekt når støykilden i lufta. I kommuneplanbestemmelsene 2011-2022 stod det ang. avviksbestemmelser gjeldende flystøy i gul sone:

"Dersom støyverdier fra flystøy ikke kan overholdes på uteoppholdsplasser kan det tillates mindre avvik fra tabell pkt.2. Avvik må grunngis og kan tillates mot en kvalitetsmessig oppgradering av uteoppholdsareal som skal kompensere for den reduserte rekreasjonskvaliteten."

Dette er ikke tatt med i gjeldende kommuneplanbestemmelser, 2017-2026.

Støynivåene på tomten vil være i øvre sjikt av gul støysone, siden den ligger rett utenfor rød støysone. Trolig er nivåene rundt $L_{den} = 60$ dB nord på tomten og $L_{den} = 55$ dB sør. Dette er 3 – 8 dB avvik fra grenseverdien i T-1442 og dermed 5 – 13 dB avvik fra grenseverdi i NS 8175:2012 klasse C.

4.1 Håndtering av grenseverdier for Åsgårdmarka

Øst for Å3 ligger et planlagt boligfelt, "Åsgårdmarka". I dette prosjektet vil det også være behov for avbøtende tiltak siden boliger har krav til uteplasser med tilstrekkelig lave L_{den} -nivåer ($L_{den} \geq 52$ dB). I støyrapporten som er utarbeidet for prosjektet (D_1725_Støy, Asplan Viak, datert 2010-02-01 [3]) er støy fra flytrafikk vurdert som følger:

"Uteplasser med LDEN < 52/55 dB (fly/veitrafikk) kan etableres på østsiden boligene og, i praksis også på sydsiden fordi boligene gir innbyrdes skjermvirkning. Flystøy ved sydlige fasader er skjønnsmessig vurdert til å ligge ned mot 52 dB"

også uten skjerming. Nesten alle bygningene ligger slik at det vil det være mulig å etablere en uteplass ved sydlige fasade med areal over 25 m². Skjermvegger/levegger i forlengelse av vestlige fasader vil utvide området mot syd og også muliggjøre enkelte uteplasser mot nord."

"Enkelte eksisterende og nye boliger ut mot Åsgårdveien som ligger i gul sone både med hensyn til vegtrafikkstøy og flystøy. Overskridelsene er imidlertid små og ingen fasadetiltak vil være nødvendige for å sikre tilfredsstillende innenivå.

- Det er kun nødvendig å sikre uteplasser hvor LDEN < 52/55 dB.

- Slike uteplasser vil eksistere i ly av bygningsmassen på østsiden av boligene

- Uteplasser på vestsiden krever skjerming både mot vegtrafikkstøy og flystøy. Det er mulig å skjerme mot vegtrafikkstøy på vestsiden, men skjerming mot flystøy vil her i praksis kreve betydelig innglassing på grunn av ugunstig kombinasjon av innflyvningsbane og terreng."

"Kombinasjon av tilfredsstillende innenivåer og uteplasser gjør at det ikke er noen støymessige hinder for å bygge ut området slik som planlagt. Den eneste restriksjonen er at boligene på Åsgård ikke bare kan ha uteplasser langs vestlig fasade, det må være et tilgjengelig uteareal, ca. 25 m² per husstand, i syd, øst eller i noen tilfeller nord for bygningene der hvor nordsiden har en annen bygning som skjermer for en nordlig uteplass.

På grunn av solforhold og temperaturer så langt mot nord hadde det vært ønskelig å ha uteplasser mot vest.

Det vil være mulig å etablere stille utenivåer mot vest, for eksempel bak en skjerm på terrasser, men disse må da ha et tett rekkverk med glassskjerm på den øvre delen. Det vil være nødvendig med 2,0m til topp av glass for å sikre stille område på en 1,5m dyp terrasse på grunn av vinkelen mot flyenes innflyvningsbane. En slik løsning bør detaljberegnes fordi skjermhøyden vil avhenge av byggets og terrassens kotehøyde. På grunn av reflekser fra husets fasade for den flystøyen som går over skjermen, kan man ikke forvente at det gjennomsnittlige nivået på en slik vestvendt uteplassen eller terrasse vil bli redusert til mer enn så vidt under grenseverdikravet.

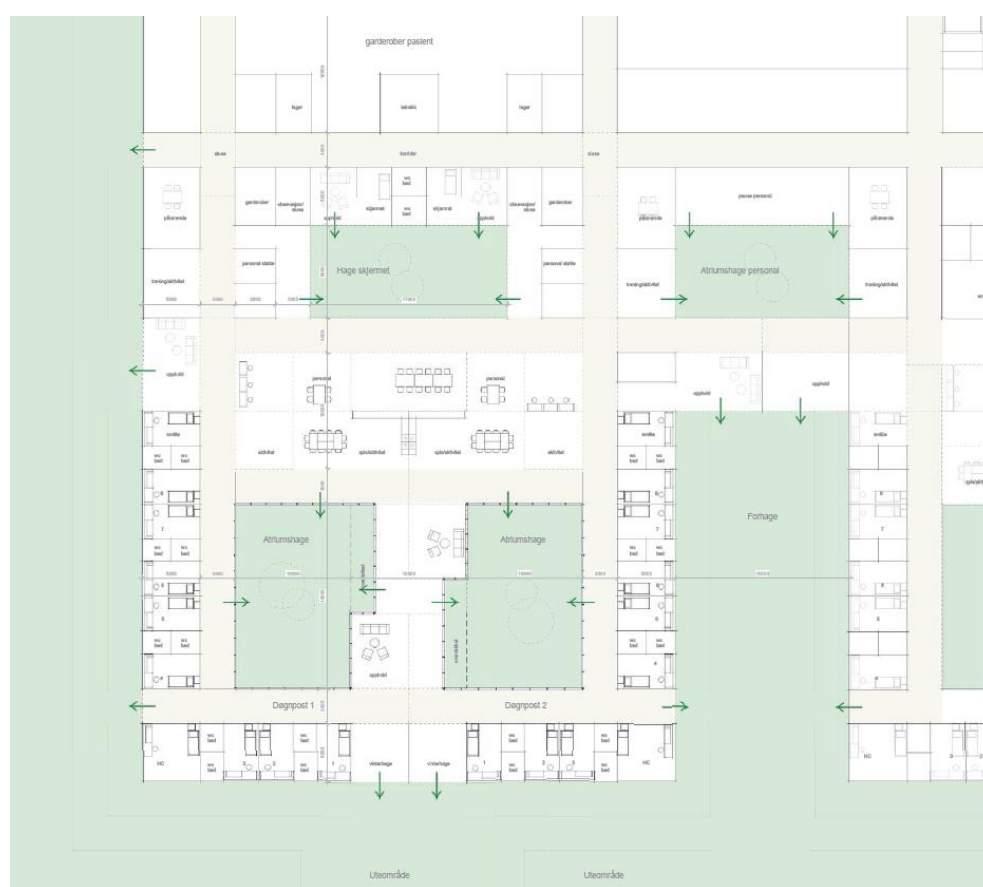
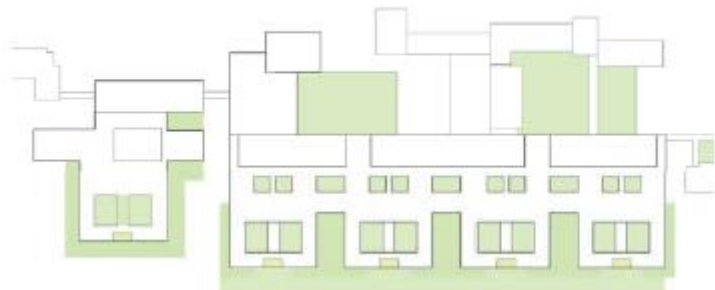
Andre varianter kan være et overbygd tak over terrassen i kombinasjon med levegger og lignende. Enkelte steder vil vestvendte uteplasser på bakkenivå kunne skjermes mot vegtrafikk samtidig som et overbygd tak vil kunne gi skjerming mot flystøy. Løsninger må detaljberegnes i hvert enkelt tilfelle."

Kommunestyret har nylig besluttet å kjøpe tomte som her er støyutredet i 2010, og det opplyses om at det skal bygges boliger her. Det antas at de avbøtende tiltakene i rapporten skal gjennomføres.

Sammenlignet med Å3 er støyskjermingen enklere for boligutbyggingen i Åsgårdsmarka på grunn av større avstand til støykilden og dermed lavere støynivåer. Boliger har også 5 dB mildere grenseverdier på uteplasser i forhold til hel-sebygninger.

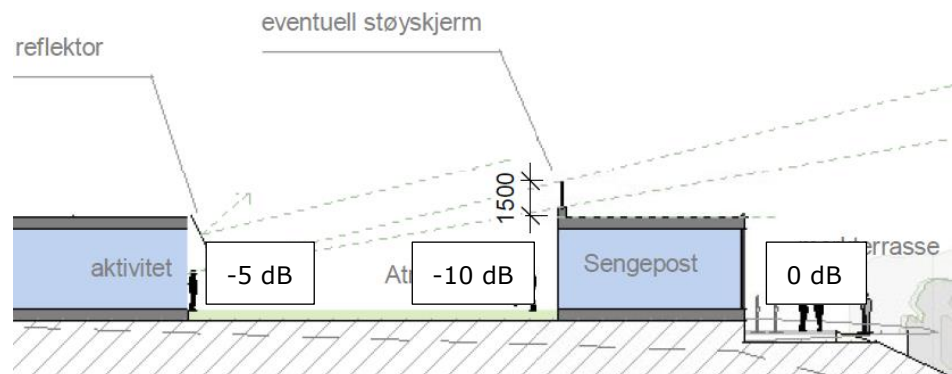
4.2 Vurderinger av utendørs støynivåer

Det planlegges ulike utearealer som stillehager, markterrasse, friluftsområde og aktivitetsarealer, i tillegg til atriumshager ved Å3.



Figur 8. Oversikt over planlagte uterom.

Støykildene er ved Å3 lenger vekk og høyere opp enn ved B3, noe som gjør at den effektive støyskjermingen av bygningene blir noe dårligere. Det forventes at bygningsmessige tiltak kan gi 5 – 10 dB reduksjon av støynivåene i atriumshagene.



Figur 9. Antatt mulig reduksjon av støynivåer i atriumshager ved Å3

Forventet støynivå er $L_{den} = 60$ dB nord på tomta og $L_{den} = 55$ dB i sør. Med antatt skjermingseffekt fra bygninger og evt. skjermer vil forventet støynivå fra flytrafikk ligge mellom $L_{den} 45$ og 55 dB i atriumshagene.



Figur 10. Forventede L_{den} -nivåer for Å3.

Det vil trolig ikke være mulig å oppnå $L_{den} 47$ dB på de uteplassene som er nærmest rød støysesone uten å tilpasse disse med overbygde tak e.l.

4.3 Vurderinger av innendørs støynivåer

Vi har ikke fasadeberegninger for Å3 som et utgangspunkt for å sette overordnede krav til fasade/vinduer, men støynivåene er ikke så høye at de vil utløse krav om spesielle konstruksjoner. Normale fasader og vinduer med gode lydisolierende egenskaper vil ivareta krav til innendørs støynivå i NS 8175:2012.

5 Oppsummering

Støyvurderinger er i stor grad basert på støyberegninger gjort i tilknytning til Tromsø lufthavn Langenes. Underlag til konsesjon for Tromsø lufthavn inkluderer beregninger for helikopterlandingsplass ved UNN. Begge tomtealternativ ligger innenfor støysoner for flytrafikk som krever vurderinger eller tiltak. For Breivika er det gjort detaljerte beregninger av støynivå på fasade fra helikoptertrafikk med det utbyggingskonseptet som foreligger.

En samlet vurdering skal inkludere påvirkning fra alle støykilder og her spesielt sum effekt av fly-/helikoptertrafikk og støy fra kjøretøyer.

Det er gjort en innledende vurdering av regelverk som vil gjelde og relevante støykilder for alternativene i Breivika og på Åsgård. For begge alternativ vil "Miljøverndepartementets retningslinje for støy i arealplanlegging", T-1442/2021 bli gjeldende sammen med Norsk Standard 8175:2012, "Lydforhold i bygninger - Lydklasser for ulike bygningstyper" med lydklasse C. Standard og retningslinje definerer krav til støynivå ved oppholdsareal utvendig og innvendig i ulike typer av rom. For helsebygninger gjelder særkrav for oppholdsareal utvendig.

5.1 Breivika

I Breivika ligger anlegget ekskl. Sikkerhetspsykiatri i sin helhet innenfor gul støysone og er delvis dekket av rød sone for flystøy. Fasade mot Sykehusvegen ligger delvis mot gul sone. I hovedsak er det hensynet til støy fra helikoptertrafikk som vil være avgjørende. Oppføring av helsebygninger i rød støysone vil innebære et avvik fra gjeldende bestemmelser.

Alternativet i Breivika er delvis tilpasset støybildet fra helikopteraktiviteten. Beregnede støyverdier på fasader og for utendørs oppholdsarealer tilsier at det skal være mulig å oppnå akseptable støynivå innvendig med fasadetiltak og plassering av de mest utsatte funksjoner i de minst utsatte områder av bygningsmassen. Fasadetiltak herunder vinduer med høy lydklasse vil ha en kostnadskonsekvens for prosjektet. For utendørs oppholdsarealer gir organisering av bygningskroppen tilstrekkelig skjerming til at det skal gå an å oppnå akseptable verdier utendørs.

Prosjektets vurdering er at det til tross for at deler av anlegget ligger i rød støysone bør være mulig å oppnå aksept for Breivika-alternativet, men at det vil kreve dokumentasjonsarbeid ved utarbeidelse av detaljregulering og konsekvensvurdering.

På sikt kan bygningsmassen til UNN binde opp frihetsgrader for plassering og utforming av helikopterlandingsplass. UNN må se disse sakene i sammenheng.

5.2 Åsgård

Hele tomten på Åsgård ligger i gul støysone for Tromsø lufthavn og en liten del av tomten mot nord vest berører rød støysone. Slik anlegget er tegnet ut nå, berører ikke bygningskroppen rød støysone. Det vil således ikke innebære avvik fra bestemmelser å legge et psykiatryanlegg på Åsgård. Anlegget vil ligge utenfor

gul støysone for trafikk på Kvaløyvegen og trafikkstøy fra kjøretøyer er således neglisjerbar sammenlignet med flytrafikk.

Det foreligger ikke detaljerte fasadeberegninger for alternativet på Åsgård. Utforming av bygningsmassen er tilsvarende som for B3, men på grunn av støykildenes plassering forventes det en lavere effektiv skjermingseffekt for Å3. Atriumshagene som ligger sør på tomte forventes at kan oppnå tilfredsstillende støynivå med bygningsmessige grep, men nord på tomte vil ikke dette være mulig uten innglassing e.l.

Støyverdiene er på et slikt nivå at det neppe er behov for fasadeløsninger ut over det man definerer som normalt. Det kan bli aktuelt med vindusløsninger ut over minstestandard. Dette må verifiseres ved detaljering av prosjektet.

5.3 Felles utfordringer og innbyrdes avveininger

Begge alternativer må ha fokus på støymessige kvaliteter for utearealer. Hyppigheter av støyhendelser ligger ikke på nivå som defineres som helseskadelige, i og med at det er snakk om helsebygninger må det i forlengelse av det forskriftsmessige gjøres en vurdering av hva som er mest utfordrende:

Breivika: Få hendelser med høyere støynivå

Åsgård: Flere hendelser med lavere støynivå

6 Referanser

[1] <https://www.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?appid=a66a5dee85254d6caa1d06fda9e1c756>

[2] <https://tromso.kommune.no/document/408>

[3] http://webhotel3.gisline.no/GisLinePlanarkiv/5401/1725/Dokumenter/Pb_1725.pdf



PHR UNN Workshop sikringsrisikoanalyse

Del 1: Medvirkningsgruppemøte Sikkerhetspsykiatrisk tilbud.

Dato: 30.11.2021 kl 09:00-11:30

Sted: Radisson Blu Hotel i Tromsø

Til stede:

Siren Hoven, PHRK UNN

Marita Haugen Høiseth, PHRK UNN

Ketil Røtvold, PHRK UNN

Janne Olsen, PHRK UNN

Line Wold Gudvangen, erfaringskonsulent UNN

Per Ola Rørvik, PHRK UNN

Bjørn Olsen, PHRK UNN

Thomas Solstad, politiet Tromsø

Aud Kamilla Sivertsen, Sykehusbygg

June Haugen Welo, Ratio Arkitekter

Steinar Thomassen, Ratio Arkitekter

Renate Hansen, Sykehusbygg

Tom Harder Hansen, PHRK UNN

Benjamin Simonsen, student UiT

Sverre Inge Heimdal, COWI

Jonny Svendsen, sikkerhet/beredskap UNN

Forfall:

Ole-Marius Johnsen, Mental Helse

Tor-Arne Hanssen, Utbyggingssjef UNN

Njål Bjørhovde, PHRK UNN

Eirik Stellander, PHRK UNN

Innledning:

Veileder for sikring av bygg og infrastruktur i sykehusprosjekter skal sikre at lovpålagte og vesentlige sikkerhetsaspekter ivaretas på en systematisk måte. Hensikten med sikringsrisikovurderingene i konseptfase Steg 1 er å finne forskjeller mellom alternativene, identifisere kritiske sårbarheter og viktige risikoreducerende tiltak som det må arbeides videre med i påfølgende faser (for det alternativet som velges).

Før B3A beslutning er arbeidet med sikring fokusert på:

1. Komparativ vurdering. Hva skiller alternativene, styrker og svakheter
2. Identifisere viktige og konstadsdrivende tiltak knyttet til konsepter
3. Danne grunnlag for videre arbeid (skisseprosjekt, forprosjekt)

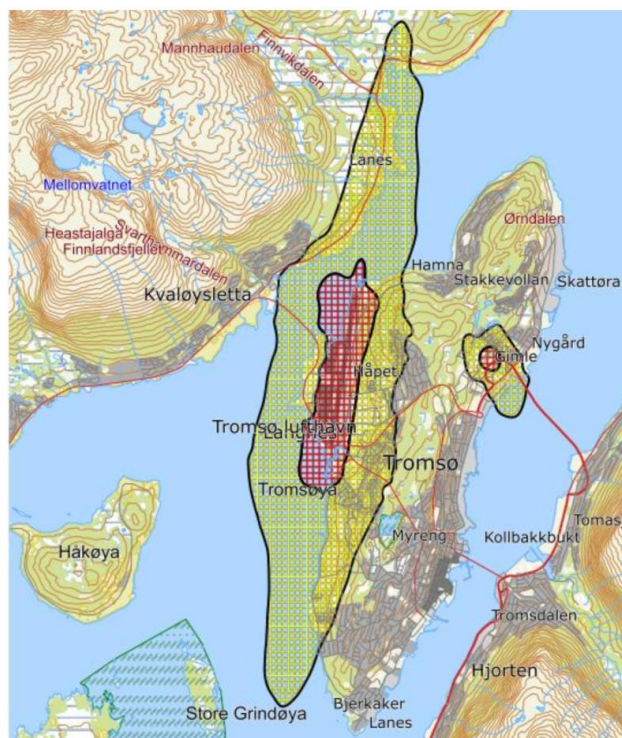
Etter at B3A-beslutning er tatt, vil arbeidet utdypes med systembeskrivelser og sikringskonsept, og det blir etablert flere arbeidsgrupper.

Dette er et innledende møte med en gjennomgang av nærområder, nabohensyn, tomtens egnethet, verdier, trusler og sårbarheter for alternativene Åsgård og Breivika og med spesielt fokus på sikkerhetspsykiatri.

Senere i prosjektet skal det sees på organisatoriske løsninger og fysiske sikringstiltak som adgangskontroll, dørmiljø, perimetersikring/barrierer, overvåking, deteksjon etc.



Begge alternativer skal utredes likeverdig ift. trafikk, fly/helikopterstøy, overvann, regulering, naboer, myrområder og kvikkleiresoner. Prosesser i planapparatet kan være tidkrevende og skape overraskelser. Hensyn til omgivelser er vanskelig å ha kjennskap til, og prosjektet ønsker innspill fra bl.a. politiet da det kan ha betydning for lokalisering.



Hele Åsgård-alternativet er innenfor gul flystøysone, deler av uteområder og sikkerhetstomten er i rød sone. Hoved tomte i Breivika er innenfor gul og rød støysone, mens sikkerhetsbygget er plassert utenfor en avstand fra resten.

På Åsgård er det godt kjent for naboer at sikkerhetspsykiatri har sin virksomhet der. Erfaring fra andre prosjekter i landet tilsier at det i Breivika kan bli en lengre prosess med naboer.

Orientering om alternativene

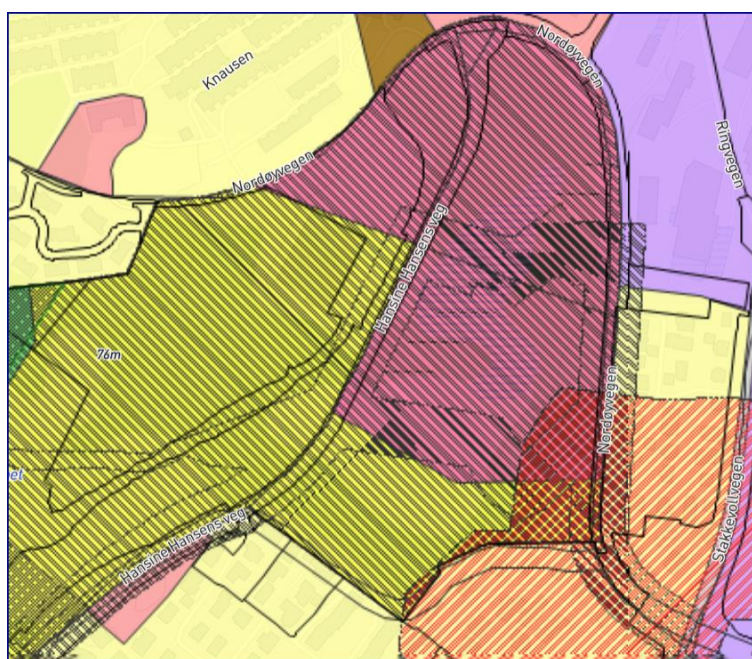
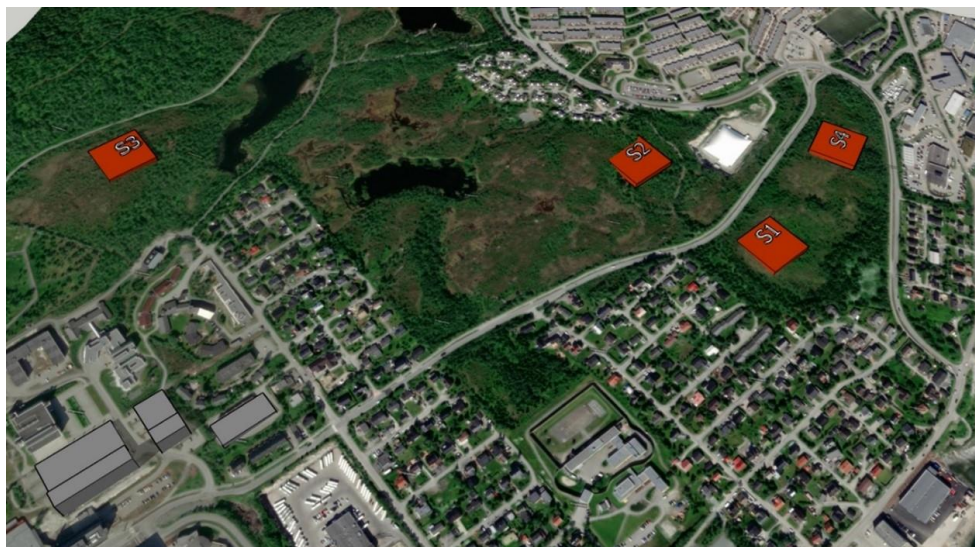
June Welo orienterte om tomtealternativer og konsept i Åsgård og Breivika. Arkitekt har hatt ansvar for nytt sikkerhetsbygg i Trondheim på Østmarka, som er et prosjekt av tilsvarende størrelse med totalt 21 plasser.

Modell Breivika:

Sikkerhetsbygget i Breivika presenteres som en volummodell

Grunnet særskilte krav til perimetersikring og krav om døgnenheter på bakkeplan er det ikke plass til sikkerhetspsykiatri på hoved tomten i Breivika. Prosjektet har sett på flere tomter i området og UNN og UiT går videre med en løsning som forutsetter kjøp/intensjonsavtale om tomt i området S1 / S4.

Området ligger ca. 1 km unna hoved tomten langs Hansine Hansen veg. Det er fengsel og boliger i nærheten, samt en idrettshall.



Tomten eies av UiT, og etter nylig dialog mellom UNN og UiT har prosjektet fått opplyst at deler av området nedenfor Hansine Hansens vei, der S1 er satt opp, er avsatt til framtidig boligformål i kommuneplanen. Det betyr at omgivelsene kan endre seg dersom det reguleres inn boliger, og det er en usikkerhet hvilke typer boliger som kan komme. UiT ønsker å beholde dette området, og sikkerhetsbygget må derfor plasseres innenfor det rosa området.

Modell Åsgård:

Åsgård-alternativet har ca. 15 mål tomt for sikkerhetspsykiatri. Deler av sikkerhetstomten ligger i rød flystøysone. Det er regulert inn 580 boliger på oversiden mot Åsgårdmarka, som blir en endring fra dagens



omgivelser. Sikkerhetsbygget er plassert 27 meter fra resten av anlegget, og det er planlagt tørrskodd forbindelse i kulvert.



Perimetersikring:

Perimetersikring kan i begge alternativer legges i selve bygningskroppen med avvisningsgjerde, eller som dobbelt gjerde (perimeter + avvisning). Bygningskroppen i front med kontorfunksjoner og treningsleiligheter kan fungere som en skjerming mot innsyn til døgnposter. Begge alternativene har som konsept en bygningskropp i høyde foran døgnpostene, slik at omgivelser lenger opp ikke har innsyn til pasientene. Det stilles spørsmål ved om man i Breivika på S1 får hindret innsyn fra Skattørafeltet lenger opp.

Sikringsrisikoanalyse

Det er ikke kjent for noen at prosjektet innebærer hensyn under sikkerhetsloven (skjermingsverdige verdier) eller sivilt beredskapssystem. Det er imidlertid et lager for medisinsk utstyr ikke langt fra Breivika-alternativet.

Hensyn nærområder:

Åsgård:

Politiets erfaring er at det er problematisk å vite hvor det skal rykkes ut til ved Åsgård-anlegget som består av mange bygg spredt på området. Det er ellers ingenting i omgivelsene som er spesielt sårbart.

Breivika:

Det kan være utfordrende å komme seg frem både med og uten blålys i Breivika når det er rushtid. Det kan ha betydning at transport i korte perioder kan bli mer tidkrevende.



Politiet har hatt en del tilbakemeldinger fra naboer om at det er belastende å ha nærhet til fengselet i Brevika. Det nevnes at det er en del aktivitet i området rundt idrettshallen mot Nordøyvegen.

Brannvesenet var tydelige i sin tilbakemelding på ROS-analyse av Brevika-alternativet at hendelser på havneområdet kan innebære en risiko med stor evakueringsradius. Det har vært tilfeller med gasslekkasjer fra industrivirksomhet som har råstoffer som kan innebære en risiko, og hendelsen med trålerbrann er godt kjent.

Inntrenging:

Sikkerhetspsykiatri kan ha høyere forekomst av forsøk på inntrenging, og ekstern hjelp til å rømme kan ikke utelukkes. Det kan være «høyprofilerte» pasienter under judisiell observasjon som kan innebære økt trusselnivå fra utsiden. Utrykningstid kan ha betydning i slike tilfeller.

Tiltak må gjøres for å verne mot inntrenging i tillegg til en organisatorisk plan. Både tilsiktede og utilsiktede hendelser må vurderes.

Fleksibilitet:

Det ble spilt inn at det kan komme lovendringer som fører til økt antall dømte. De siste årene er antallet dømte doblet. Det er viktig for Sikkerhetspsykiatrisk seksjon at et nybygg plasseres i et område med handlingsrom og mulighet for framtidig utvidelse.

Medvirkning:

Erfaringskonsulent vil spørre brukerforum om medvirkning fra pasient inn i dette prosjektet. Også pårørende bør representeres.

Diskusjon rundt lokasjon:

Grappa stilte spørsmål ved om UNN har nytte av å ha lokasjon flere steder og alternative steder å evakuere. Å samle all virksomhet innenfor somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling ble omtalt som «å legge alle eggene i en kurv». Dette er diskutert tidligere i ROS-analyser under innspill fra brannvesenet. Per i dag har somatikken ingen plan B og det er ikke aktuelt å evakuere somatiske pasienter til Åsgård.

Romfølelsen rundt har betydning. I tidligere konsept på Åsgård var sikkerhetsbygget plassert lenger ned på grusbanen. Bygget ble flyttet tettere på bygg 6 og 7 da hele grusbanen ligger i rød støysone.

Det er en viss frykt for at pasienter som er ute kan utagere. I Brevika er somatikken en av naboene man må tenke på da det er et åpent sykehus. Vil plassering i Brevika føre til at somatikken må «tåle» mer og gjøre organisatoriske tiltak?



Nærhet

Med avstand mellom hoved tomta i Breivika og S1 må det sees på felles vaktordning. Det er risiko for at det kan utvikle seg subkultur som på sikt kan skille enhetene, kontakt med kolleger har betydning. Avstanden betyr at det bli vanskelig å ha alarmberedskap for små enheter med ansvar for å utøve kontrolltiltak.

Breivika-alterantviet vil få 2 sikkerhetsobjekter med ulikt nivå og ulik innsats. Sikkerhetsbygget plassert på S1 må ha egen base for bl.a. beredskapsutstyr/smittevern.

Gjennomgang av sjekklister for prosjektinnramming.

Prosjektgruppa har hatt en gjennomgang av sjekklister for prosjektinnramming på veilederens side 52. Rådgiver for sikkerhet og beredskap (UNN) deltok også på denne gjennomgangen. Sjekklisten er ment for innledende arbeider med sikring der verdier, trusler og sårbarheter vurderes.

Gruppa fikk i dette møtet mulighet til å kommentere på dette innledende arbeidet. Nedenfor følger vurderinger gjort av prosjektgruppa og kommentarer på disse vurderingene gitt i møtet.

Tabell 12. Veileder for sikring - Sjekklister for sikring i prosjektinnramming

TEMA	J/N	KOMMENTARER/BESKRIVELSER
Verdier		
Vil sykehuset kunne ivareta funksjoner med lovpålagte sikringskrav? <i>Eksempler: Forsvarsinstallasjoner; skjermingsverdige objekt; strålevern; informasjon, informasjonssystemer, objekter eller infrastruktur som understøtter grunnleggende nasjonale funksjoner.</i>	Ja	Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har pasienter innlagt på dom til tvungent psykisk helsevern.
Vil sykehuset kunne ivareta funksjoner med kjente sikringsbehov? <i>Eksempler: Akuttmottak, (nærhet til) legevakt, spesielt psykisk helsevern, atom-/protonsender, HOT-lab, spesielle isolater for smittevern (nivå 4-isolater), CBNe-senter</i>	Ja	Akuttmottak, psykisk helsevern og sikkerhetspsykiatri. Nærhet til HOT-lab i PET-senteret i Breivika.
Vil sykehuset kunne ivareta viktige regionale og/eller nasjonale funksjoner? <i>Eksempler: Som over, men kan også omfatte ordinære sykehusfunksjoner av stor regional og/eller nasjonal viktighet.</i>	Ja	Sikkerhetspsykiatri, medikamentfritt behandlingstilbud, OCD team, VIVAT, SIFER og RVTS. Sykehusfunksjoner for Troms og Finnmark
Trusler		
<i>Lokalt politi bør involveres i vurderingene så langt det er mulig.</i>		
Er det tenkelig at sykehuset verdier, jf. kartlegging ovenfor, utløser spesielle trusler?	Ja (sjekk)	Fare for tyveri av medikamenter og kunst. Generelt for alle sykehus



TEMA	J/N	KOMMENTARER/BESKRIVELSER
		<p><i>Kommentar gitt i møtet:</i></p> <p><i>I sikkerhetspsykiatri kan noen ønske å få pasienten ut. Pasienten er da en verdi. Det kan være stor presseinteresse med samling av journalister og forsøk på å ta bilder fra luftgård. Det vises til hendelser i Danmark og Sverige der det er gjort forsøk på å hente ut pasient og innførsel av objekter til rømningsforsøk.</i></p>
Vil sykehuset kunne omfatte trussel utsatte funksjoner, som akuttmottak og psykisk helsevern?	Ja	Akuttmottak og psykisk helsevern
Vil sykehuset kunne plasseres i et område med særlige kriminalitetsutfordringer?	Nei	
Sårbarheter		
<p>Representerer prosjektet en ny måte å bygge og/eller drifte sykehus? (begrenset erfaring)</p> <p><i>Ny teknologi, nye arbeidsmetoder, nye prosjektmodeller, nye kontraktsformer, nye funksjoner m.m. kan medføre ukjente sårbarheter og risiko.</i></p>	Nei	<p>Relativt tradisjonelt bygningsmessig og driftsmessig. Avstand mellom akuttpost og sikkerhetspsykiatri kan bli en sårbarhet for organisasjonen</p>
<p>Omfatter prosjektet et stort antall ulike funksjoner, ansatt- og pasientgrupper?</p> <p><i>Store og komplekse sykehus kan medføre uoversiktlige og ukjente sårbarheter sammenlignet med mindre og mer oversiktlige sykehus.</i></p>	Ja, sjekk	<p>Kompleksitet, nye arbeidsmetoder og ny plassering kan utløse sårbarhet. Samlokalisering med rusbehandling og somatikk reduserer sårbarhet. Nye typer arbeidsflater, IKT, samarbeidsformer)</p> <p><i>Kommentar gitt i møtet:</i></p> <p><i>Plassering i Breivika gir en større kompleksitet i prosjektet, og det kan være en risikofaktor å ha det trangt. Området er for lite for samlokalisering.</i></p>
<p>Omfatter prosjektet særskilt sårbare verdier?</p> <p><i>Ressurser/innsatsfaktorer under kategoriene liv/helse, operativ evne og omdømme</i></p>	Nei	<p>Samlokalisering av psykisk helsevern med rusbehandling, somatikk og UIT - omdømme, stigma.</p> <p><i>Kommentar gitt i møtet:</i></p>



TEMA	J/N	KOMMENTARER/BESKRIVELSER
		<i>Det er vanskelig å skjønne hva kommentaren fra prosjektgruppa betyr.</i>
Berøres prosjektet av særlige utfordringer knyttet til teknisk infrastruktur i området? <i>Kjente områderelaterte utfordringer knyttet til opprettholdelse av strømforsyning, vannforsyning, avløp, overvann, IKT, atkomstveier m.m.</i>	Ja/Nei	Åsgård: Nei Breivika: Ja. Overvannshåndtering gjennom tomt i Gimleveien.
Omfatter prosjektet særlige utfordringer knyttet til å etablere effektive barrierer mellom trusler og utsatte verdier?	Ja/Nei	Åsgård: Nei Breivika: Ja, plasshensyn. Trang tomt, tilstrekkelig plass til barrierer, tilkomst.
Avklaring av lokalisering		
Vil sikringsrelaterte problemstillinger kunne tenkes å påvirke lokalisering av sykehuset? <i>Hvis «ja» bør det gjennomføres tilpasset arbeid med sikring i fasen «Avklaring lokalisering». Eksempelvis sikkerhetspsykiatri, akuttmottak, forsvarsinstallasjoner, nukleær aktivitet m.m.</i>	Ja	Plassering av sikkerhetspsykiatri og nødvendig sikring og uteareal. Ny tomt erverves for å ivareta dette i Breivika. Åsgård må også vurderes (boligutbygging)
Vil lokalisering av sykehuset kunne påvirke sikringskonseptet? <i>Hvis «ja» bør det gjennomføres tilpasset arbeid med sikring i fasen «Avklaring lokalisering». Eksempelvis nærhet til: kommunal legevakt; områder med høy kriminalitetsrate; «storulykkevirksomhet»; trussel utsatte offentlige virksomheter m.m.</i>	Nei	Ingen grunnleggende forskjeller. Breivika: Mindre tilgang på skjermet uteareal. Evakueringsradius havneområdet. Utagering. Kan påvirke sikringskonsept somatikk. Rømningskonsept innvendige hendelser mer komplekst. <i>Kommentar gitt i møtet: Det er risiko for å måtte endre sikringskonsept ved plassering i Breivika. Det har betydning for sikringskonseptet at akutt og sikkerhet må samarbeide annerledes i Breivika. Omgivelser og nærområdet vil ha betydning for hvor fort pasienter kan slippes ut. Ruspasienter inn i somatikken påvirker. Umiddelbar nærhet til busstopp med hyppige avganger påvirker.</i>



TEMA	J/N	KOMMENTARER/BESKRIVELSER
<p>I hvilken grad gir potensielle lokasjoner anledning til å etablere trinnvis opptrapping av beredskapen, som beskrevet for beredskapstrinn ALFA-DELTA i Sivilt Beredskapssystem (SBS), på en effektiv måte?</p> <p><i>Det må minimum gjøres en avsjekk mot anbefalte tiltak spesifisert i SBS, og vurdere hvordan og i hvilken grad potensiell lokasjon muliggjør effektivering av tiltakene. Viktige forhold er muligheten til å utøve kontroll og begrense atkomst til sykehusområdet og i sykehuset. Et annet viktig forhold som må vurderes er lokasjonens avstand til militære mål.</i></p>		<p>Vurderes av politiet</p> <p><i>Kommentar gitt i møtet: Det var ingen kjennskap til at PHRK har noen særskilt rolle i det sivile beredskapssystemet</i></p>
Informasjonssikkerhet i prosjektet		
<p>I hvilken grad omfatter prosjektet verdier (informasjon, objekter m.m.) som ved tap av konfidensialitet, integritet og/eller tilgjengelighet kan medføre betydelige konsekvenser for sykehusets evne til å ivareta liv og helse, operativ evne og/eller omdømme?</p> <p><i>Kritikalitetsnivåer for informasjonssikkerhetsplan: normal, hevet (f.eks. referanse til beskyttelsesinstruksen), begrenset/sikkerhetsloven.</i></p>	Ja	Behov for å gradere tilgang til underlag for sikkerhetssystemer (bygningmassen, oppbevaring FDV, forsyning)
Er det vurdert hvordan regionale IKT-foretak/enheter (Sykehuspartner HF, Helse Vest IKT, HMIT eller Helse Nord IKT) kan bistå i planleggingen av informasjonssikkerhet i prosjektet?	Ja	Prosjektet følger veileder for informasjonssikkerhet i sykehusprosjekter. Alle IKT-systemer er felles systemer for UNN/Helse Nord



Del 2: PHR Komparativ sikringsrisikoanalyse

Dato: 30.11.2021 kl 12:30-14:30

Sted: Radisson Blu Hotel i Tromsø

Til stede

Siren Hoven, PHRK UNN

Ketil Røtvold, PHRK UNN

Per Ola Rørvik, PHRK UNN

Thomas Solstad, politiet i Tromsø

Njål Bjørhovde, PHRK UNN

Carl-Erik Westgren, PHRK UNN

Eirik Stellander, PHRK UNN

Vemund Myrbakk, PHRK UNN

Mariell Hansen, PHRK UNN

Aud Kamilla Sivertsen, Sykehusbygg

June Haugen Welo, Ratio Arkitekter

Steinar Thomassen, Ratio Arkitekter

Renate Hansen, Sykehusbygg

Sverre Inge Heimdal, COWI

Jonny Svendsen, sikkerhet/beredskap UNN

Kjell Arne Thomassen, Prosjekt og utbygging UNN

Ruben Sletteng, PHRK UNN

Line Wold, Gudvangen, erfaringskonsulent UNN

Forfall:

Kristin Johannesen, PHRK UNN

Tor-Arne Hanssen, Utbyggingsjef UNN

Astrid Weber, erfaringskonsulent UNN

Innledning

Grappa fikk en oppsummering av arbeidet i del 1. I del 2 gjøres en vurdering av klinikken som helhet, inkludert sikkerhetspsykiatri.

Komparativ sikringsrisikovurdering er et hjelpemiddel for å løfte fram momenter av betydning for lokalisering. Begge alternativer har vært gjennom ROS-analyser der prosjektet har bl.a. sett på nærområder, brann/redning, reguleringsforhold, støyforhold og teknisk infrastruktur med deltakere fra fylkeskommune, kommune/byplan, statsforvalter, brannvesenet og leverandør av strøm og fjernvarme. Politiet har ikke deltatt i disse møtene.

Arbeidet som gjøres i steg 1 har konsekvenser for senere faser. Kontraktsformen med entreprenør avgjør hvilke frihetsgrader man har til å definere/utvikle løsninger og hvilke avgjørelser/krav som kan skyves fram i tid. En totalentreprise med fast pris kan begrense mulighet til medvirkning med mindre det er godt beskrevet i kontrakts underlaget. Samspillskontrakter kan gi mer tid til å skyve problemstillinger lenger fram.

Det ble vist et eksempel på hvordan metodikken i veilederen er benyttet i analyse for Helikopterlandingsplass ved Ullevål sykehus.



Gjennomgang av tabell 13.

Analyseskjemaet i veilederens kapittel 4.4 benyttes for en gjennomgang av generiske trussel scenario i sikringsarbeid i sykehusprosjekter. Hensikten er å avdekke forskjeller mellom alternativene. Det fins spørsmål som ikke har så stor tyngde at det kan velte prosjektet, men som på beslutningspunktet kan ha betydning for lokasjonsvalget. Det må også gjøres en vurdering av om de generiske trussel scenarioene er relevante og tilstrekkelige for å avdekke forskjeller.

Etter møtet kom det tilbakemelding fra deltakere om at Åsgård-alternativet ikke ble tilstrekkelig belyst i denne omgang. Det vil bli kalt inn til et møte der prosjektet følger opp dette, da er det mulig å vurdere om det er noen scenario som gjelder spesielt for delt løsning.

Tabellen nedenfor er justert fra oppsettet i veilederen, slik at Konsept A Brevika kommer først, deretter konsept B Åsgård. I veilederen er de stilt opp side ved side.

Tabell 23. Veileder for sikring – Arbeidsskjema for komparativ risikovurdering.

ID	Trusselscenario	Årsaker og sårbarheter <i>[kvalitativ beskrivelse, fri tekst]</i>	Konsept A Brevika	
			Anbefalte tiltak <i>[anbefalte tiltak hvis dette konseptet velges]</i>	Risikovurdering <i>[Lav - Medium - Høy]</i>
1	Trusler og fysisk vold mot mennesker på sykehuset (Dette gjelder både inne- og uteområder, alle mennesker som beveger på området).	<ul style="list-style-type: none"> - Økt tetthet av personer i kriser/tilstander uten impuls kontroll - Mindre mulighet for skjerming - Større risiko for somatiske pasienter i Brevika - Det kan være med utfordrende å ta pasient ut for å trene/teste, det er et deeskalerende tiltak å gå ut. - Tilbudet må forholde seg til at det blir tettere, hvilke konsekvenser har det for oppfølging og bruk av personell når det antas at en må oppholde seg mer innomhus. - Risiko for innføring av stoffer - Nærhet til BUP - Mer inngripen i utagerende situasjoner <p>Økt tetthet kan også gi trygghet, nærhet mellom somatikk, psykisk helse og rusbehandling kan øke samhandling på tvers. Økt tetthet kan gi lettere tilgang på kompetanse og ressurser, tid er en faktor.</p>	Erfaring fra andre sykehus	Lav. Brevika kan ha høyere tetthet. Dette er vanskelig å tallfeste. Hendelser antas sjeldent, men potensielt alvorlig



		<p>Det har vært hendelser mot personell på legevakt grunnet psykiatri og rus.</p> <p>-</p>		
2	Hærverk/ skadeverk på utstyr, bygning m.m.	Øker tetthet risiko? Se argumentasjon over.		
3	Tyveri av utstyr, eiendeler, medisiner, informasjon m.m.	Risikoen for uplanlagt tyveri er tilgjengelighet. F.eks til apotek.		
4	Fremsettelse av trusler om alvorlig handling mot sykehuset			
5	Selvskading på sykehuset			
6	Rømning fra sykehuset	<p>Impulsive rømninger f.eks på buss.</p> <p>Utprøving av «økt frihet» er mer krevende i et tett og uoversiktlig landskap. Det er enklere å komme vekk der det er god kommunikasjon.</p>		
7	Frihetsberøvelse på sykehuset	<p>Kategorier:</p> <p><u>Ulovlig frihetsberøvelse</u> Gisseltaking. Sjeldent</p> <p><u>Lovfestet frihetsberøvelse</u> Pasienter kan bli holdt inne i sykehuset i noe lengre tid grunnet omgivelsene i Brevika.</p> <p>Begge alternativene er bedre enn dagens situasjon ift. tilgang til utearealer og atrier der pasient kan velge å gå ut. Klinikken har hatt tilsyn fra sivilombudsmannen der manglende tilgang til utearealer er påpekt.</p>		
8	Offentlig uro (f.eks. demonstrasjon) på sykehusets eiendom			
9	Fysisk angrep (uautorisert tilgang) på digitale systemer: informasjons-tyveri, sabotasje			
10	Planlagt og målrettet fysisk angrep mot personer			
11	Planlagt og målrettet fysisk angrep mot kritisk funksjon eller infrastruktur			
12	Annet?	<p>Rushtrafikken kan i perioder gi problemer med fremkommelighet for brann og politi</p> <p>Klinikken er i større grad enn andre klinikker i UNN utsatt for</p>		



		<p><i>ildspåsettelse. Rom tas ut av drift ved branttilløp til de er renoveret. Tar tilgjengelige arealer for annen virksomhet. Brannkonsept vil tilfredsstilles begge steder.</i></p> <p><i>Tvangsreducerende tiltak: Plassering har konsekvenser for bygningsmessige løsninger. Det spilles inn at plasseringen kan føre til økt bruk av tvang på grunn av omgivelsene.</i></p>		
--	--	--	--	--

Konsept B Åsgård				
ID	Trusselscenario	Årsaker og sårbarheter	Anbefalte tiltak	Risikovurdering
		<i>[kvalitativ beskrivelse, fri tekst]</i>	<i>[anbefalte tiltak hvis dette konseptet velges]</i>	<i>[Lav - Medium - Høy]</i>
1	Trusler og fysisk vold mot mennesker på sykehuset (Dette gjelder både inne- og uteområder, alle mennesker som beveger på området).	-		
2	Hærverk/ skadeverk på utstyr, bygning m.m.			
3	Tyveri av utstyr, eiendeler, medisiner, informasjon m.m.			
4	Fremsettelse av trusler om alvorlig handling mot sykehuset			
5	Selvskading på sykehuset			
6	Rømning fra sykehuset	<i>Avstand gjør at pasient kan komme på avveie. Flere muligheter på buss både i Åsgårdveien og Kvaløyveien.</i>		
7	Frihetsberøvelse på sykehuset			
8	Offentlig uro (f.eks. demonstrasjon) på sykehusets eiendom			
9	Fysisk angrep (uautorisert tilgang) på digitale systemer: informasjons-tyveri, sabotasje			



10	Planlagt og målrettet fysisk angrep mot personer			
11	Planlagt og målrettet fysisk angrep mot kritisk funksjon eller infrastruktur			
12	Annet?	<i>Utrykningstid ambulanse</i>		

Det poengteres at det ikke er satt av beredskapsareal i noen alternativer. Pasientsikkerhet reduseres ved redusert kapasitet, og det er viktig å ha en bygningsmasse det er mulig å rokere i. Det spilles inn at dette bør inn i hovedprogrammet. Habiliteringsbygget i Breivika kan settes opp som en buffer.

Videre plan

B3 beslutning skulle ha skjedd i desember 2021. Etter at Helse Nord ikke godkjente B3A beslutning i juni 2021 er prosjektet bedt om å utrede usikkerheter og faglige vurderinger. Prosjektet skal levere et vedlegg som svarer ut spørsmål fra Helse Nord. Dette leveres til styringsgruppa i februar, videre til UNN styret i mars.

Faglige vurderinger gjøres av klinikken og sendes på høring i januar. Rapporten fra overordnet medvirkningsgruppe vil inneholde erfaringer fra andre sykehus, som Sykehusbygg er i ferd med å innhente.

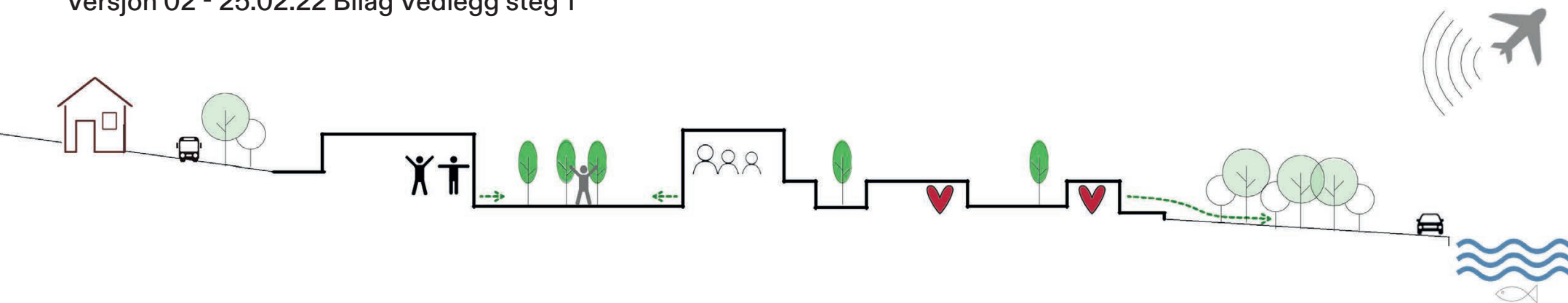
Konseptforslag - alternativer

UNN PHR Konseptfase Steg 1

Nye arealer for psykisk helsevern og rusbehandling

Versjon 01 - 31.01.22 Bilag notat overordnet medvirkning

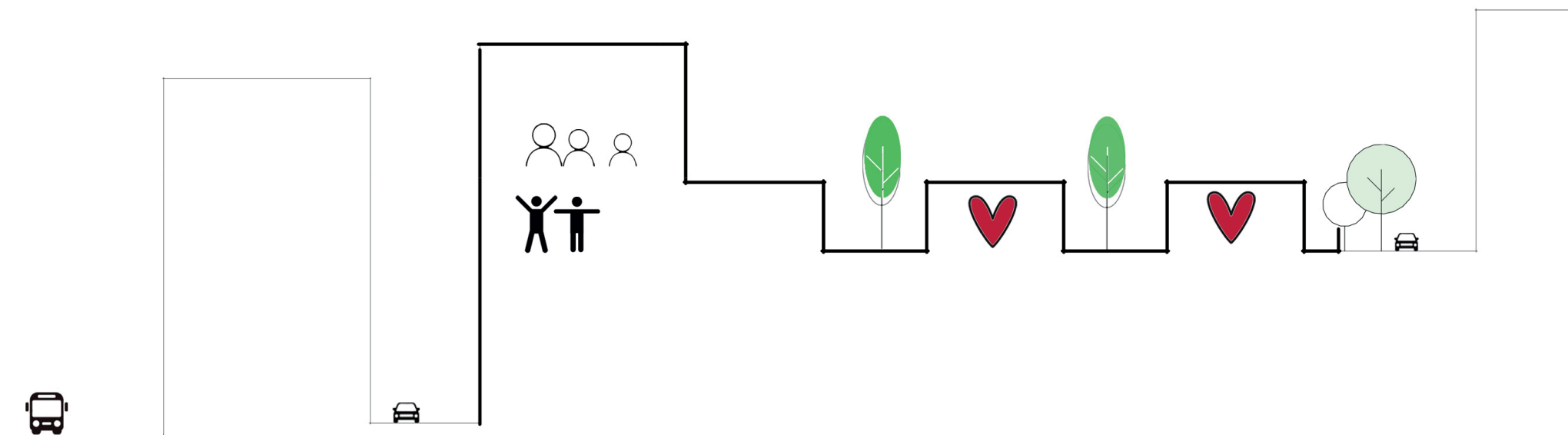
Versjon 02 - 25.02.22 Bilag Vedlegg steg 1



Innhold

Ratio

Innledning	3
Alternativ B3 Breivika	5
Alternativ Å3 Åsgård	25
Alternativ ÅB delt	47
Oppsummering	60



Innledning

Ratio

Konseptforslag - alternativer, versjon 2, dette dokument, er illustrasjonsbilag til Vedlegg steg 1.

Det er tidligere sendt ut i versjon 1 i forbindelse med høringsprosess Overordnet medvirkning.

Høsten 2021 startet prosjektgruppen arbeidet med ytterligere utredninger i Steg 1 av konseptfase for Nye arealer for UNN PHR slik det ble forutsatt i styrevedtak Helse Nord av 30.06. 21.

Arkitekt har bistått med utredninger og konkretisering av forhold og usikkerheter. Nye, justerte og mer detaljerte konseptforslag gir en grundigere belysning av utfordringer og muligheter på tomtene og alternativene.

I basis forholder forslagene seg til kriterier, premisser, rom- og arealbehov slik de fremgår i Hovedprogrammet. I tillegg kommer hensyn til offentlige planer, føringer og regelverk som vil gjelde for tiltaket.

Med utgangspunkt i det premissgivende hovedprogrammet har arkitekt prøvd ut flere ulike bygningskonsepter på tomtene i Breivika og Åsgård for å komme frem til konseptforslagene som foreligger nå.

Fokus i arkitektarbeidet har hele tiden vært å optimalisere romlige og funksjonelle kvaliteter gjennom konsepter som meglers programmet inn på tomtene på best mulig måte.

Konseptforslagene er utformet med tanke på å legge til rette for at det kan oppføres bygg og omgivelser som sikrer gunstige forhold for kjernevirksomheten, psykisk helsevern og rusbehandling, sitt særpreg og behov. I tillegg til å løse de rent funksjonelle og programmessige behov definert i hovedprogrammet er det i alternativstudiene også lagt vekt på å legge til rette for kvalitetsmessige gode løsninger for arkitektur og omgivelser tilpasset behov for psykisk helsevern.

Vesentlige faktorer og elementer er systematisk undersøkt og belyst, og listet opp i tabellen på neste side. Presentasjonen av konseptforslagene er organisert etter samme tema.

I oppsummering vurderes konsekvenser, begrensninger og muligheter for fysiske løsninger for virksomhetsalternativene på tomtene slik de har materialisert seg gjennom konseptforslagene.



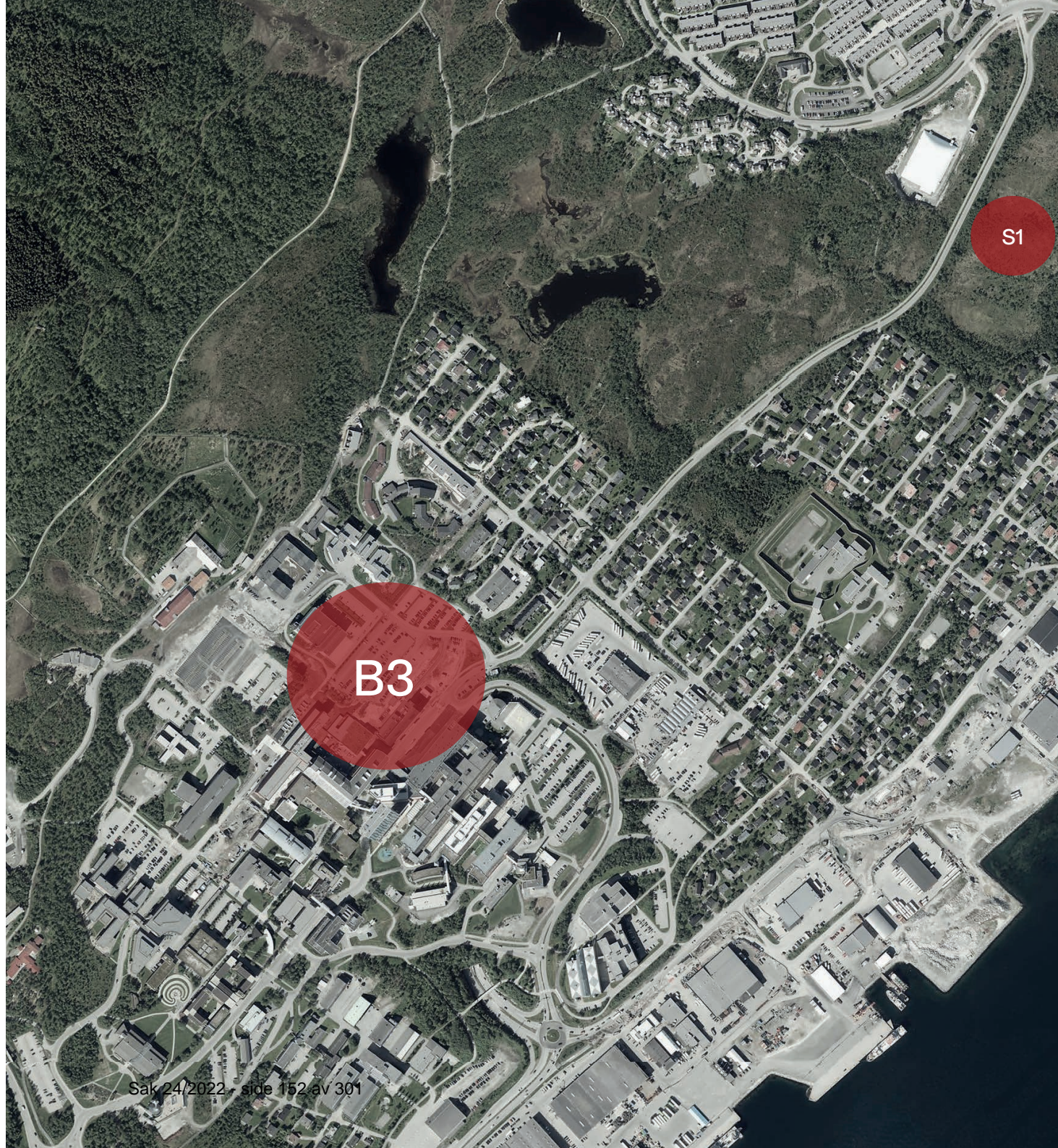
Fysiske løsninger- vesentlige forhold

Omgivelser og tomt	Tomtens karakter, størrelse og omgivelser definerer muligheter og begrensninger for utforming av bygg og arealer for virksomheten.
Utsikt til natur	Løftet som et prioritert krav i hovedprogrammet; utsikt til natur har vist seg ha en stressreducerende effekt. Stressreduksjon er en viktig faktor i psykiatrisk behandling.
Utearealer	Enkel tilgang til uteområder er et prioritert krav i hovedprogrammet, og en rettighet nedfelt i psykiisk helsevernloven. Aktiviteter i natur og uteområder, er en viktig del av behandlingstilbudet.
Innsynsproblematikk	Virksomheten er spesielt sensitiv, og hensyn til personlig integritet er viktig. Diskresjon og skjerming er spesielt i viktig i pasientområder.
Støyforhold	Deler av pasientgruppen har økt sensibilitet mot sanseinntrykk. Både Åsgård og Breivika er støyutsatt fra hhv fly og helikopter noe som må vies aktsomhet i planleggingen.
Dagslysforhold	Dagslys er essensiell fysiologisk faktor for velvære, døgnrytme og søvn, Dagslysets betydning er sterkt vektlagt i moderne psykiatrisk behandling. Dagslyskrav er definert i teknisk forskrift. Soldiagrammer vil vise dagslysforhold på tomtene.
Døgnenheter /pasientområder	Pasientområdene er kjernen av virksomheten og kvalitet i utforming er essensiell for effektiv drift, pasientens tilfriskning og autonomi. Dette omfatter tilrettede romforløp og planløsninger, romlig dimensjonering, differensierte muligheter for mestring for pasienten og gode arbeidsforhold for personalet.
Senterfunksjon	Det er en forutsetning i hovedprogram at poliklinikker, aktivitetsarealer og fellesfunksjoner organiseres som et senter i anlegget tilgjengelig fra både fra utsiden og innsiden.
Nærhet og flyt	Effektive arbeidssløyfer, kollegastøtte mellom enheter, flyt fra mottak og videre ut til døgnenheter er viktig. Funksjonsdiagrammer viser fordeling og plassering av funksjoner.
Generalitet og fleksibilitet, utvidelse	Robusthet til å opp i seg endringer og senere utvidelser er en vektlagt faktor i hovedprogrammet ref. fleksibilitet og generalitet.
Gjennomføring byggetrinn,	Prosjektgjennomføring vil være utfordrende i alle alternativer, forhold rundt byggetrinn og gjennomføring er belyst.
Kultur og miljø	I varetakelse av verdier knyttet til sosial, kulturell, miljømessig bærekraft.

B3 +S1

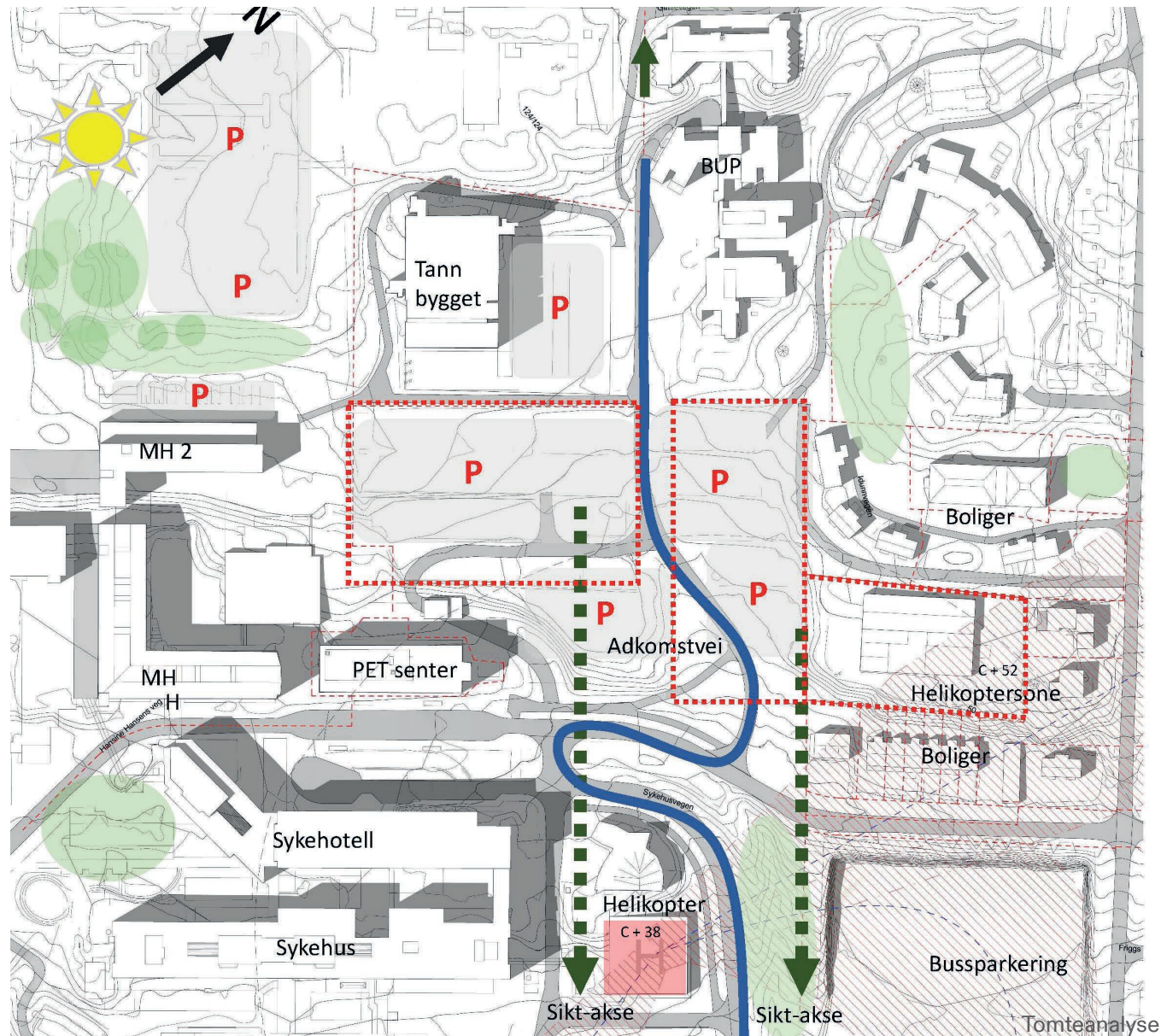
Alternativ
Breivika

UNN PHR Nye arealer



Alternativ B3

Ratio



Breivika - forhold på tomt

Tomtearealet i Breivika er ca 20 mål. Brutto bygningsmessig arealbehov for psykisk helsevern og rusbehandling inkludert sikkerhetsseksjon er ca 36 500 m².

Situasjonen på og rundt tomten i Breivika er kompleks, området er travelt, bebyggelsen i området består i hovedsak av institusjonsbygg.

Området er trafikkmessig belastet med persontrafikk, kollektivtrafikk, og syketransport. Etablering av UNN PHR vil utfordre kapasitet på veinett og trafikkavviklingen i området ytterligere. For Breivika er det behov for å få avklart vei, kryssløsning og innkjøring til parkering (se ROS-vurdering).

På det aktuelle tomtearealet er det i dag ca 500 parkeringsplasser. I konseptforslag nybygg for PHR er det anslått kapasitet på ca 350 p-plasser i p-kjeller.

Tromsø kommune har varslet pålegg om åpning av bekkeløp over tomten grunnet overvannshåndtering. I konseptforslagene vises trase for bekkeløp som kan inngå som et miljøskapende og avgrensende element mot nabobebyggelse (LHL). Utførelse av bekk er ikke avklart i denne fasen, kan ha konsekvenser for byggeløsning.

Ettersom tomtearealet ved sykehuset i Breivika ikke er stort nok eller er egnet til sikkerhetspsykiatri, er disse enhetene foreslått lokalisert på egen tomt 1 km nord for sykehusområde (se eget avsnitt S1 s 22).

Alternativ B3

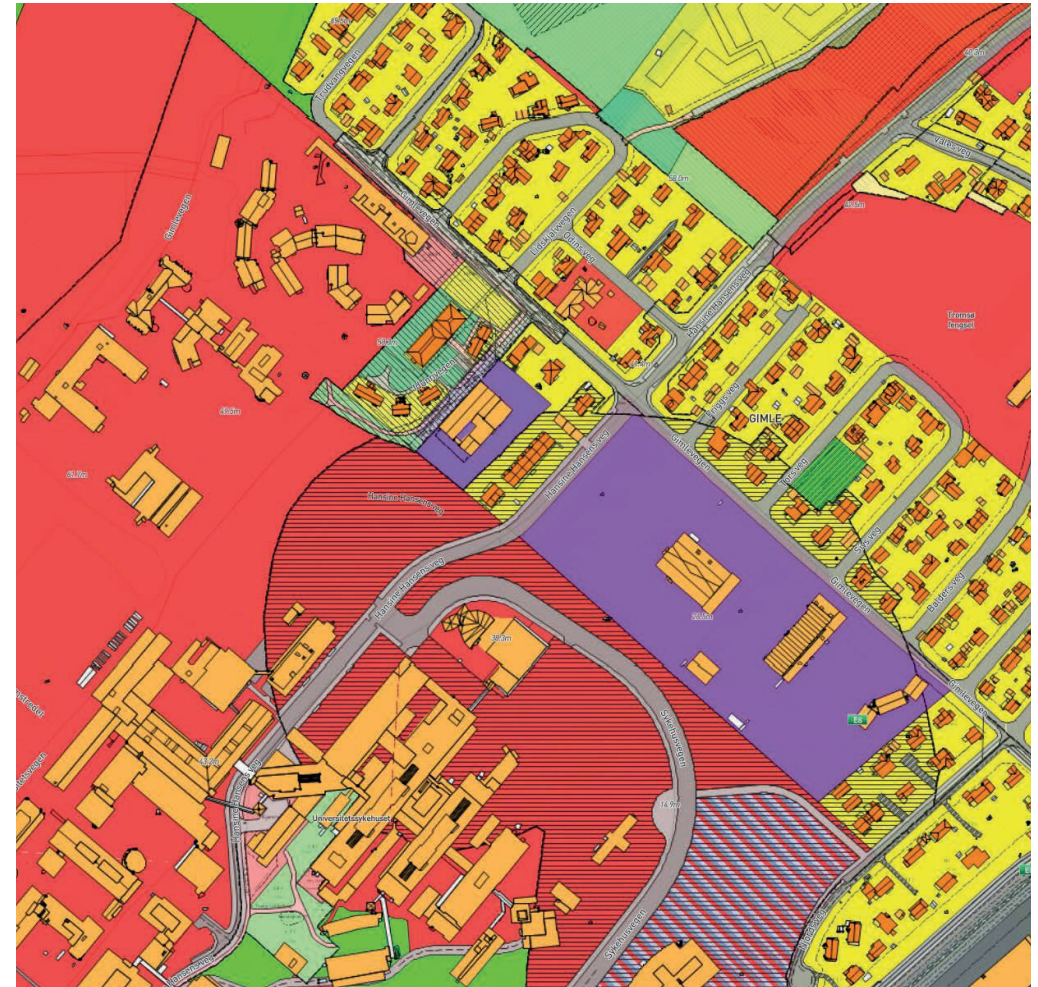
Ratio



Støysonekart

Støy

Deler av tomten ligger innenfor rød støysone (helikopter). Langs Sykehusveien er det også støybelastning fra bil og busstrafikk. Det er foretatt støytregninger av Sintef og støyvurderinger av Cowi (ref støymålinger og støyrapport Cowi)



Plan ID

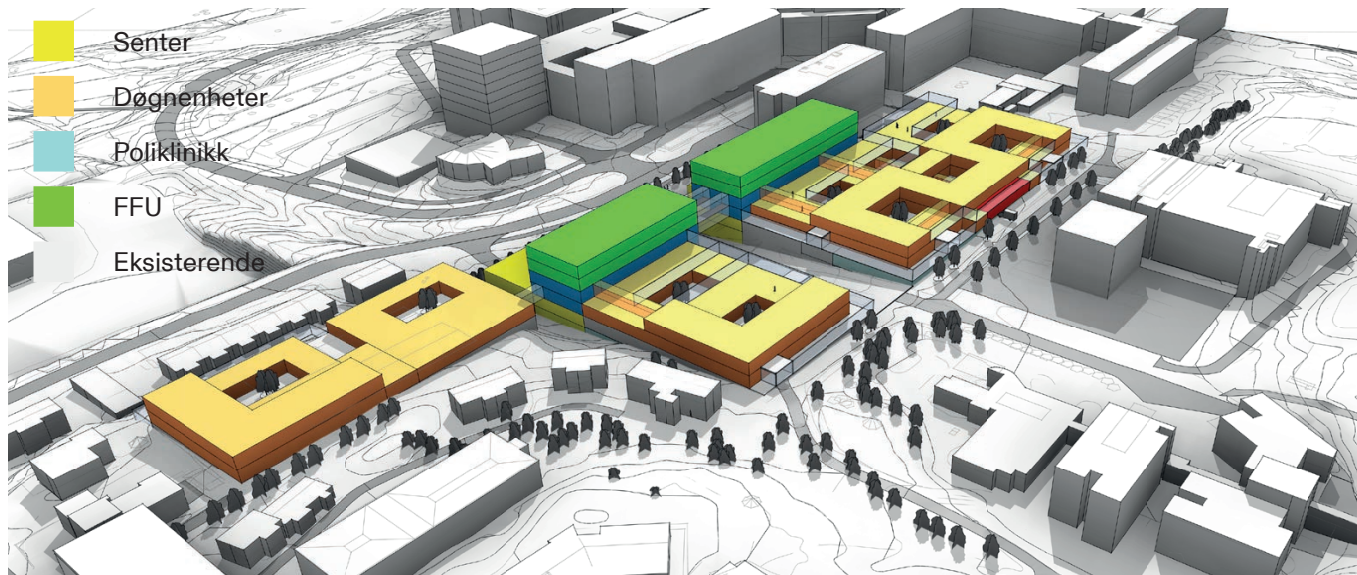
Regulering

Gjeldende gammel reguleringsplan for sykehusrområdet, det vil bli krav om detaljregulering (o.15000m2) og regulering av tomt med Tromsprodukt.

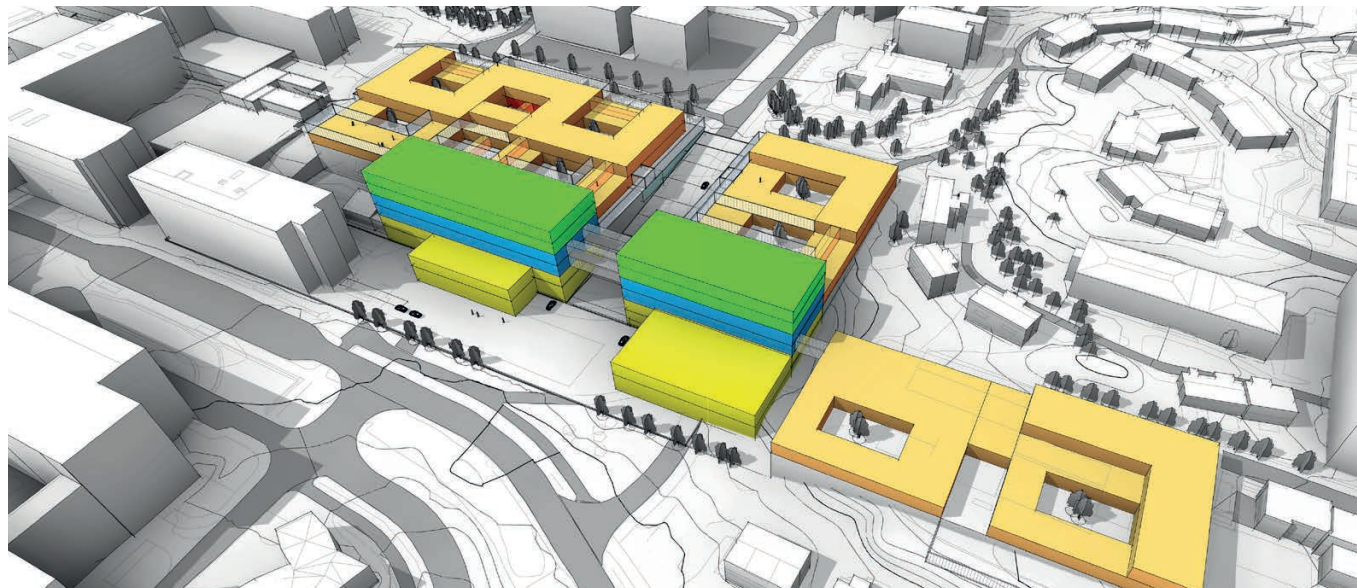
UNN PHR Nye arealer

Alternativ B3

Ratio



Mot nordvest



Mot øst

Konseptforslag B3 - Breivika

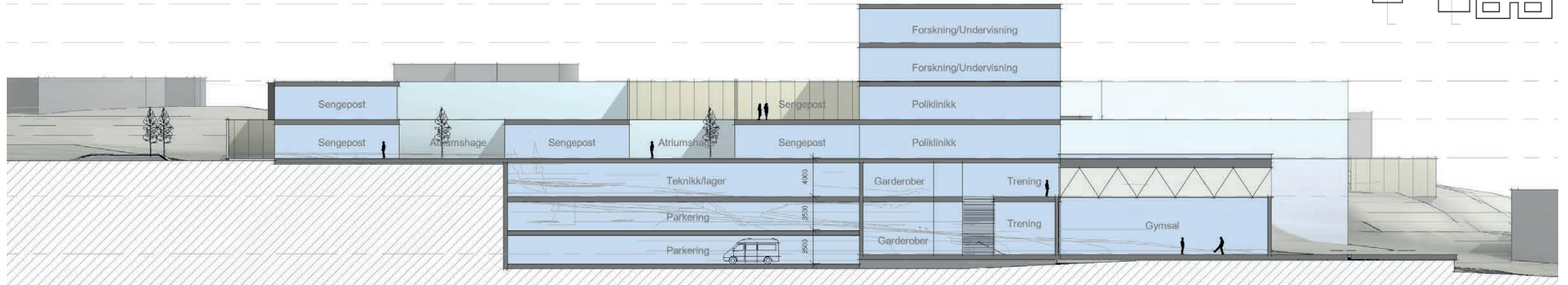
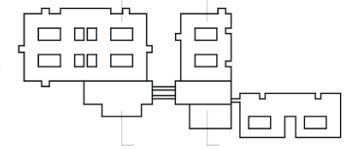
Breivikatommen med sin begrensede størrelse og nærhet til omliggende bygg, krever et bygningskonsept som i stor grad handler om å skjerme seg fra omgivelsene.

Høye bygningsvolum mot øst skjermer pasientområder mot aktivitet på sykehusets forplass og mot støy fra helikopterlandingsplassen. Det er opprettet forhager til sengerom på førsteetasjeplan i deler av anlegget for å hindre innsyn og begrense tilgang utenfra. Pasientområdene i Breivika begrenset grad av landskapsutsikt og begrenset tilgang til større skjermede utearealer. Disse bygningsmessige grepene gjør at løsningen i Breivika fremstår som en mer introvert struktur.

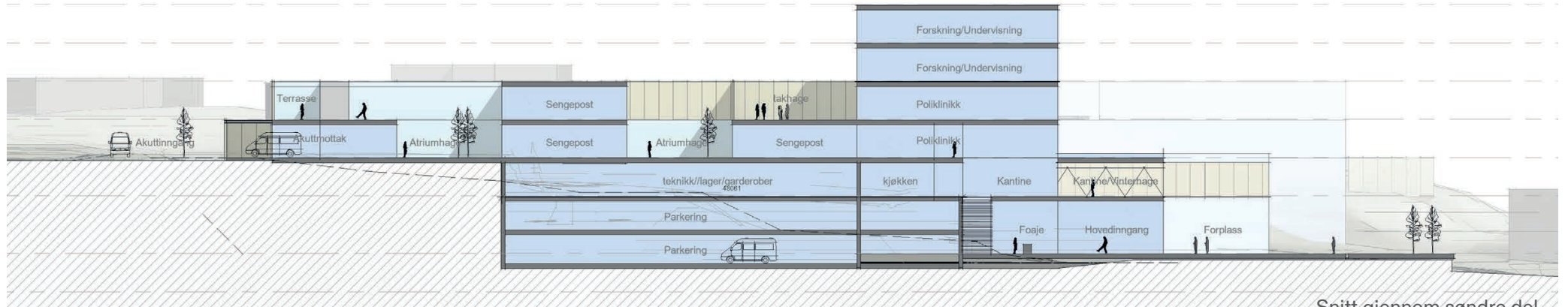
Døgneheter på 1-2 etasjer er organisert rundt atriumshager i hht krav om plassering av flest mulig enheter på bakkeplan og direkte utgang til friluft. Atriumshagene vil være de primære utearealene i anlegget. For enheter i 2.etasje er det foreslått utearealer på takterrasser som vil skjermes med høye vegger. Døgneheterene lengst nord på tomten vil kunne få utsikt mot øst og gode lysforhold, men arealet ligger i innflyvningszone til helikopter.

Mot sykehusplassen legges bygningsvolumer med aktivitets- og fellesarealer for å artikulere hovedinngang.

Alternativ B3



Snitt gjennom nordre del



Snitt gjennom søndre del

B3 Snitt og modell

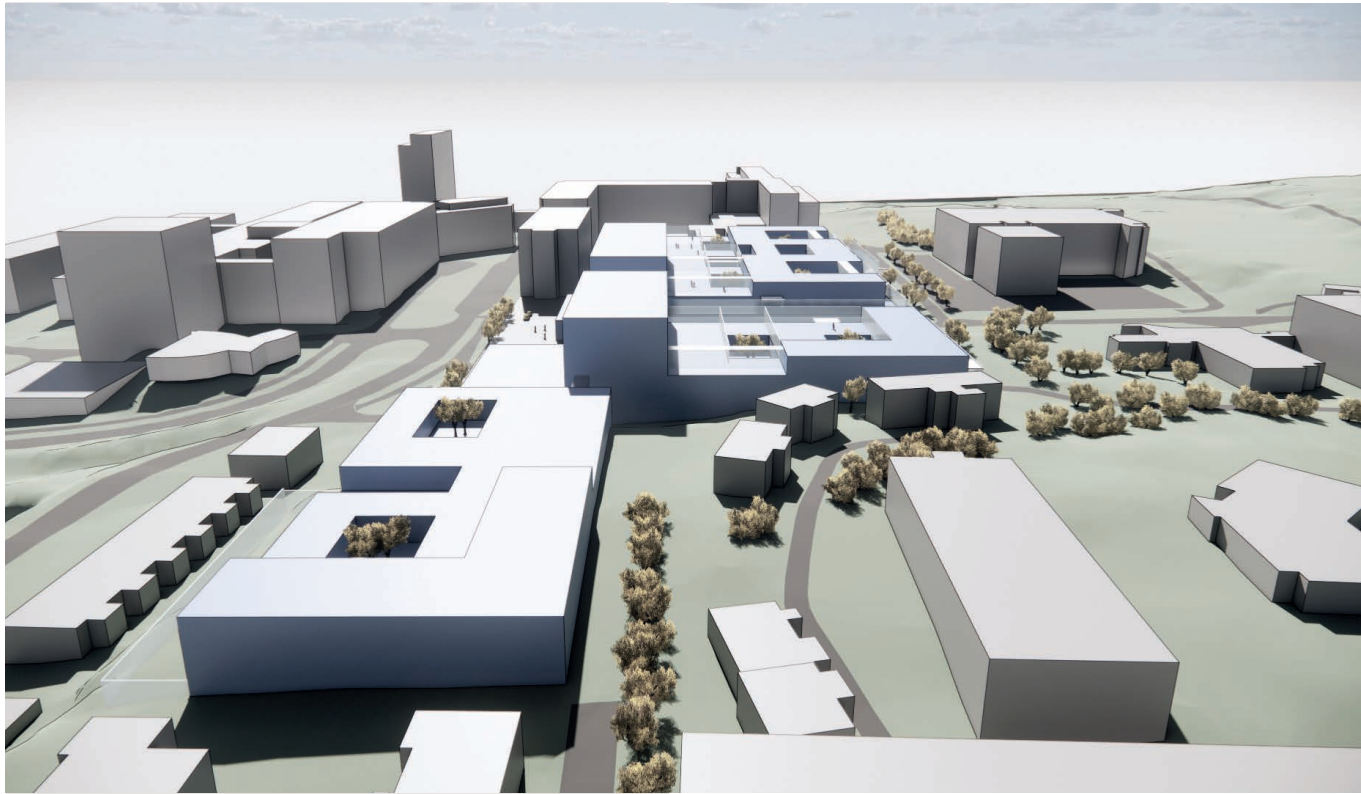
Tomten har nivåforskjell tilsvarende to etasjer (8 m) og bygningsstrukturen utnytter tomtens topografi. I tråd med hovedprogrammet ligger hovedinngang og

personalinngang på samme plan som sykehusplassen på plan 6. Dette vil være primæradkomst til poliklinikk, senter og administrative arealer. Mot vest på plan 8 er

det pasientinngang og skjermet mottak. Mot øst og øvrig sykehusområde plasseres mer utadvendte funksjoner som kantine, aktivitetsarealer og gymsal.

Alternativ B3

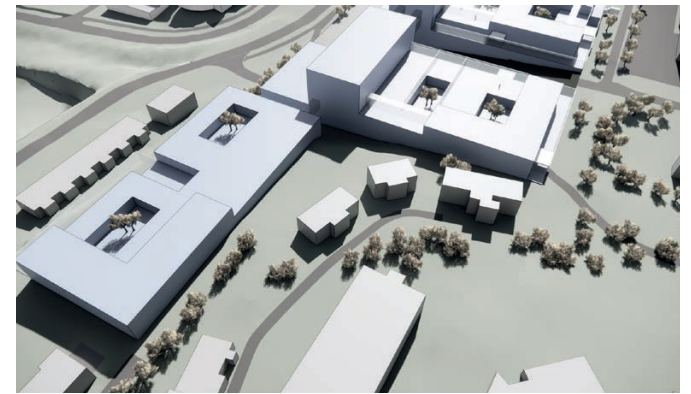
Ratio



mot nord



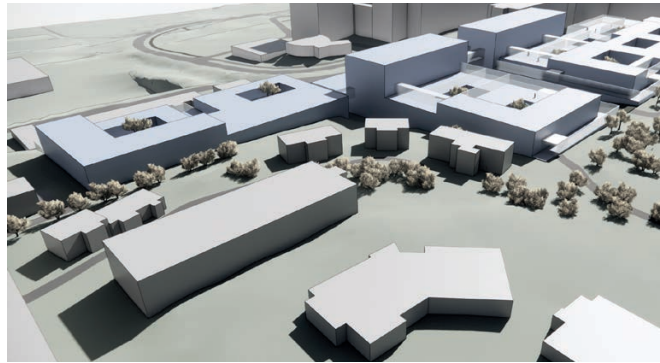
mot nordvest



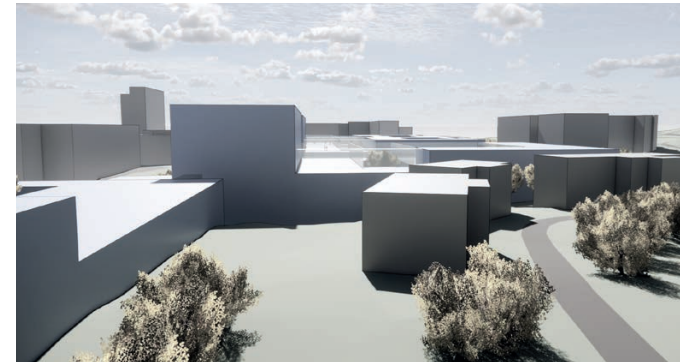
mot nordvest



mot øst



mot vest



mot nord

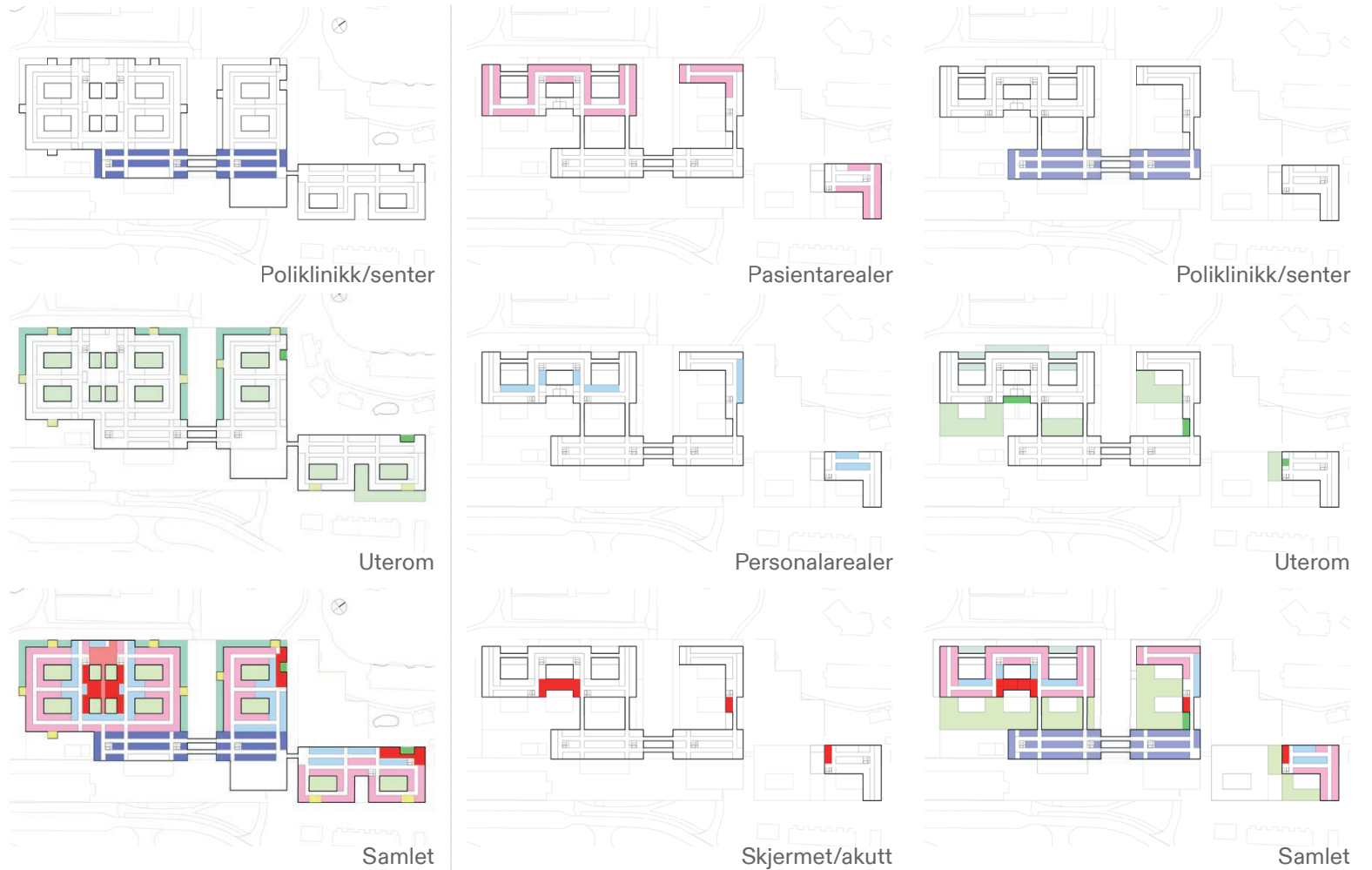
Alternativ B3

Ratio

Plan 8



Plan 9



B3 Funksjonsdiagram - nærhet og flyt

Funksjonsområdene og planløsningene skal legge til rette for god flyt og effektive arbeidsløyfer. En klar oversiktlig planløsning gir forutsigbarhet og trygghet.

Premisser i hovedprogrammet er i varetatt; nærhet mellom personalområder, poliklinikker og senterfunksjoner er plassert sentralt og tilgjengelig fra innsiden og uten-

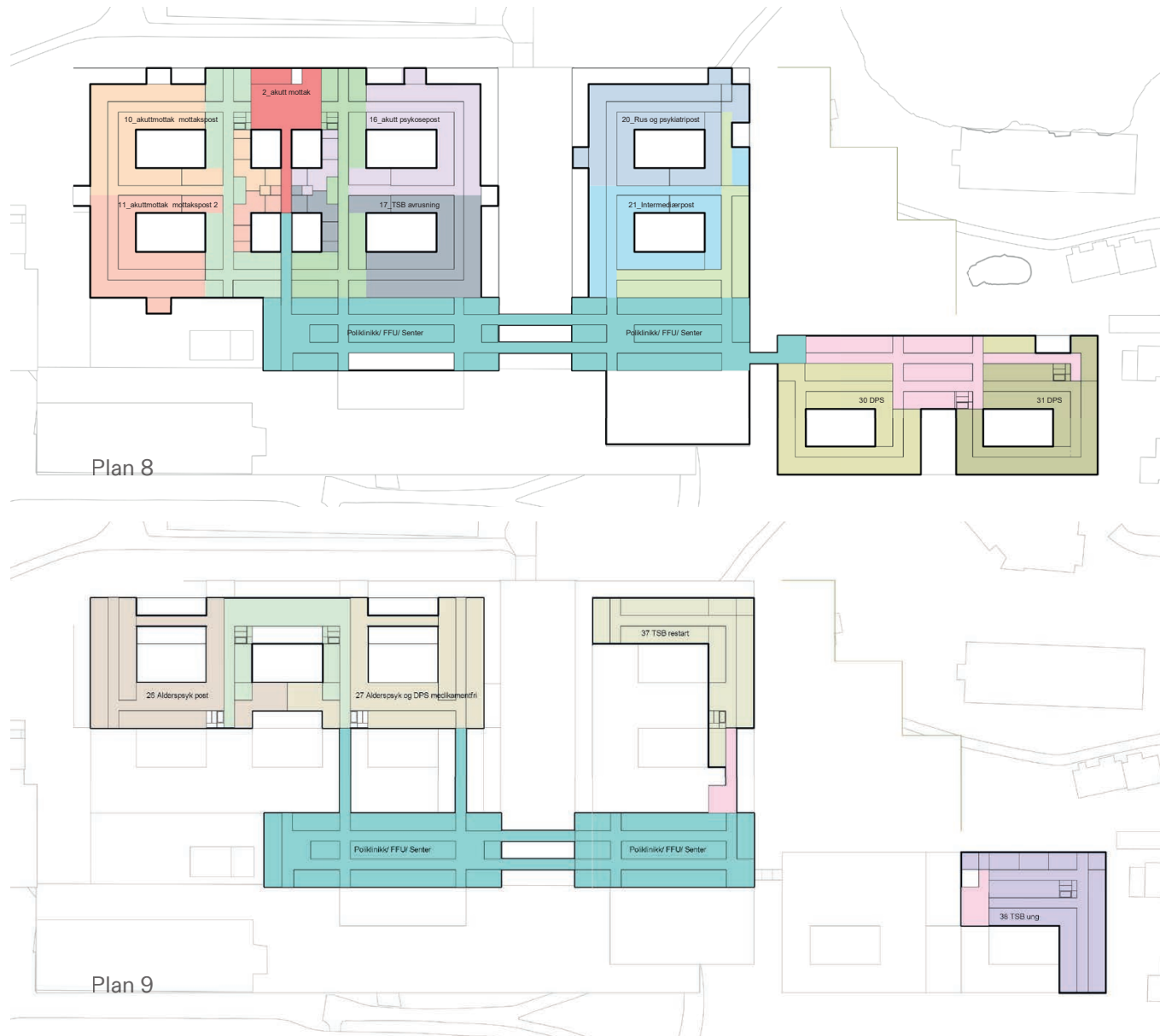
fra. Akutt/mottak er plassert sentralt og ligger i tilknytning til skjernet og rett ved akuttposter på samme plan.

Alternativ B3

B3 - avdelingsoversikt

Avdelinger som antas ha størst behov for nærhet til somatikk er plassert nærmest sykehusområdet slik at foreslått kulvertforbindelse på plan 5 er mer tilgjengelig. Det er usikkerhet knyttet til om bruk av kulvert er forenlig med krav til virksomheten i PET-senteret-

Alderspsykiatri i 2.etasje (plan 9) har utgang til takhage. Arealer for rusbehandling og DPS er plassert på nordsiden av Sykehusveien i dette alternativet.



- 02_Akuttmottak
 - 10_Akuttmottak mottakspost
 - 11_Akuttmottak mottakspost 2
 - 10_11_Felles
 - 16_akutt psykosepost
 - 17_TSB avrusning
 - 20_21_Felles
 - 30 DPS
 - 31 DPS
- 30_31_Felles
 - 37 TSB Restart
 - 38 TSB Ung
 - 37_38_Felles
 - 60_Fellesareal
 - 71_Poliklinikk
 - 80_Fag forskning utdanning
 - 20_Rus og psykiatripost
 - 21_Intermediærpost

B3 pasientområde, døgnettenhet

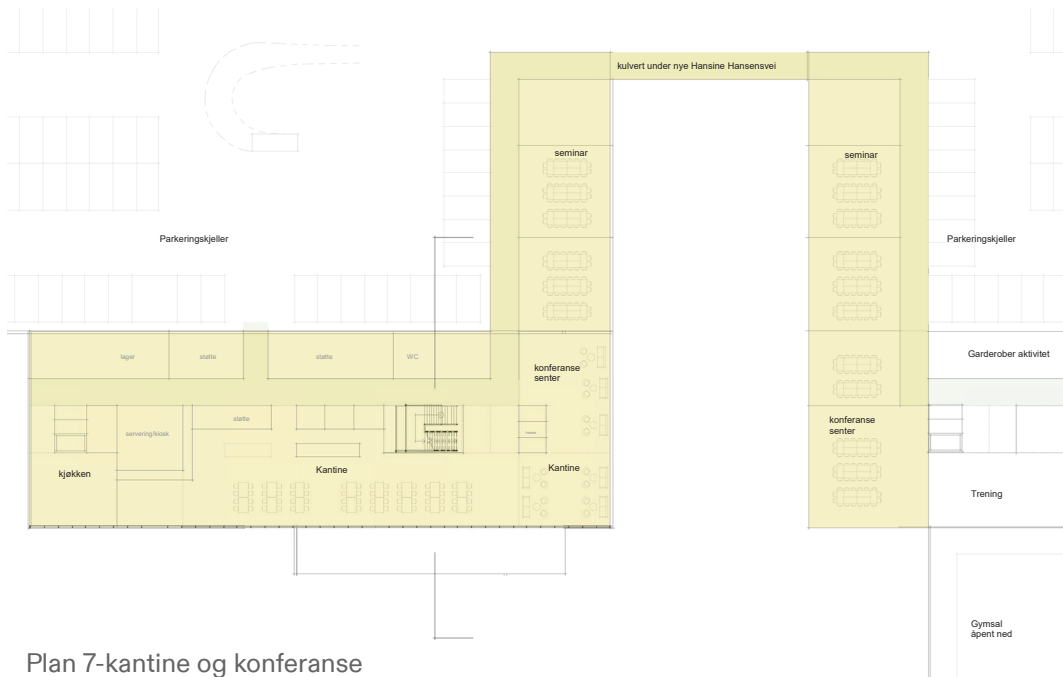


Det er et premiss i hovedprogrammet at de fleste døgnettenheter skal ligge på bakkeplan, og at helst tre døgnettenheter (akuttposter) skal ligge på samme nivå som og nært akuttmottak. Døgnettenhetene er generelt programmert med 12 pasientrom inkl skjermede arealer, og forutsetter at to døgnettenheter deler fellesarealer som møterom, kjøkken etc.

Hver døgnettenhet har egen atriumshage og skjermethet. Skjermettenhetene er lokalisert slik at personalet i tiliggende enhet kan samarbeide og bistå hverandre. Inne i døgnettenheten ligger pasientrommene i ytterkant av bygget, fellesarealer som spiserom, oppholdsrom og stue vender inn mot atriumshagene, med kontakt mot forhage via klimatisert vinterhage.

Pasientrommene får utsyn til inngjerdet forhage. Det er ikke tilrettelagt for utgang og opphold i forhagene av hensyn til diskresjon for pasientrommene som vender ut til denne. I denne løsningen er det spesielt viktig med utforming av forhagene. Utsynet til disse må kurteres.

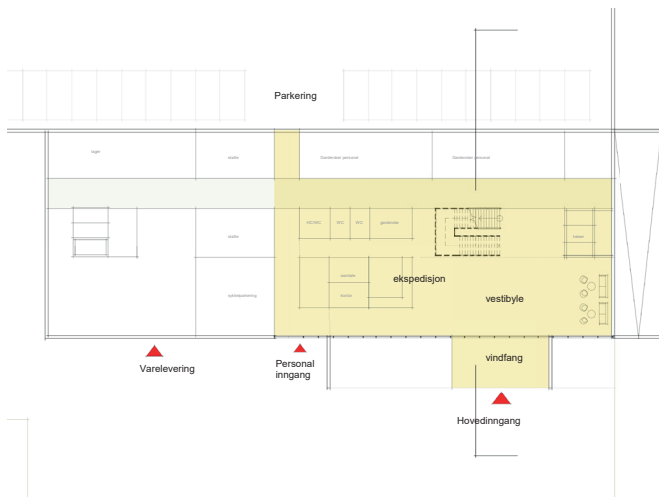
Alternativ B3



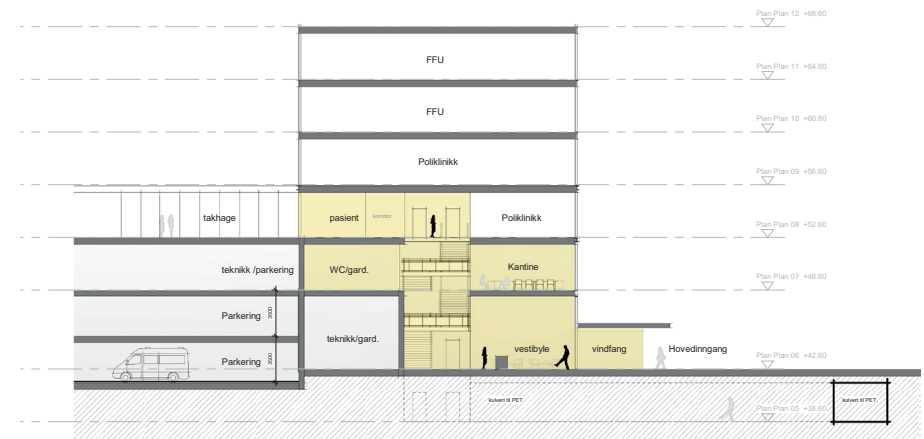
Plan 7-kantine og konferanse

B3 senter

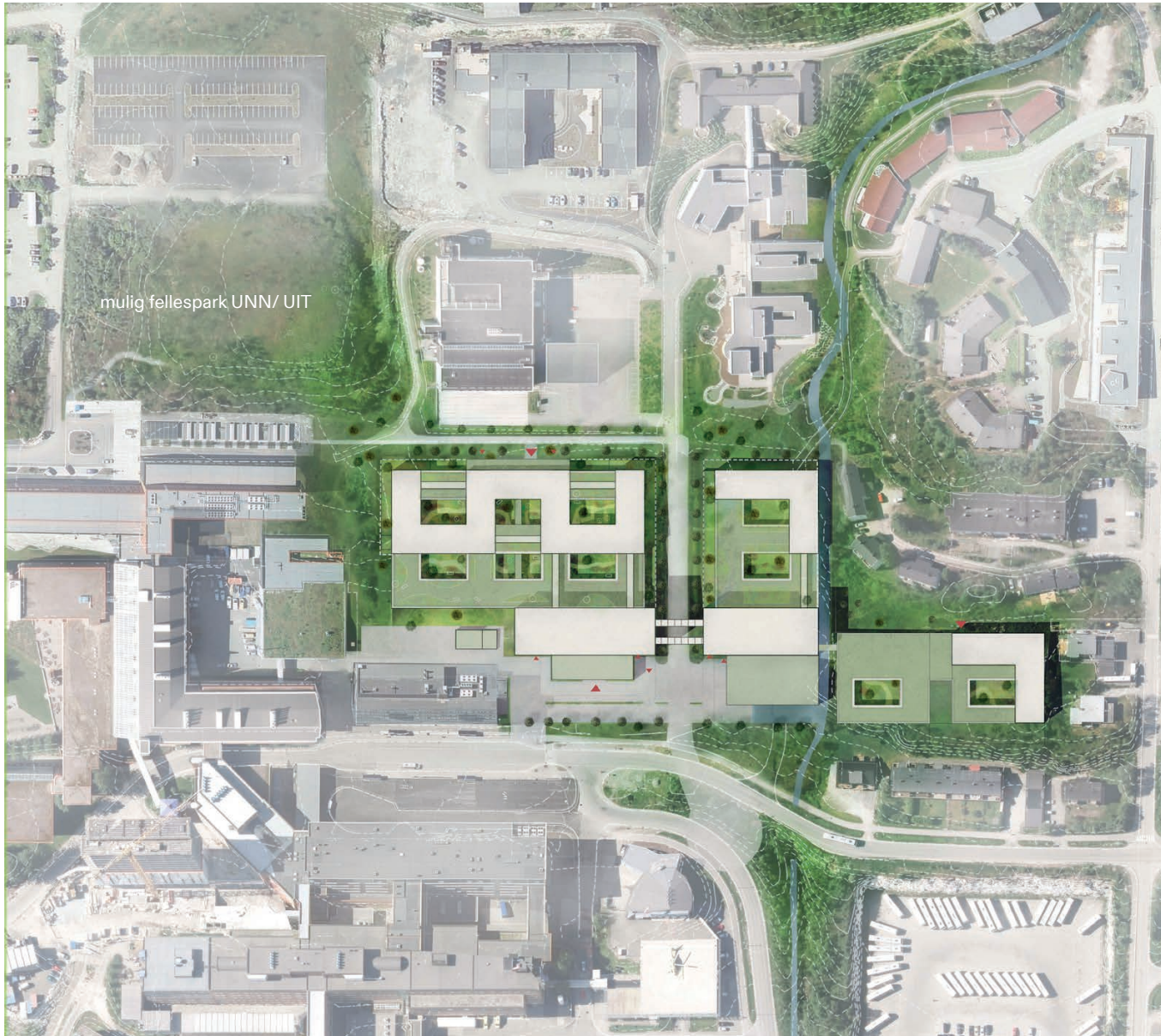
Hovedtyngde av senter i B3 ligger på mellomnivå mellom inngangssituasjon og pasientområde og er tenkt knyttet sammen av en romslig vertikal trappeforbindelse. Hovedinngang med tilhørende ekspedisjon og vestibyle er lagt på plan 6 på nivå med forplassen til sykehuset. Via hovedtrapp i vestibyle nås senteret på plan 7 med kantine og konferansesenter. Her legges funksjoner på begge sider av veien og knyttes sammen med kulvert. Hovedtrapp fortsetter opp til plan 8, hovedetasje for døgnenheter og til broforbindelsen som knytter seg til gymsal og aktivitetssenter på motsatt side av nye Hansine Hansens vei.



Plan 6-hovedinngang og ekspedisjon



snitt av senter



UNN PHR Nye arealer

Breivika

Omgivelser og uteområder

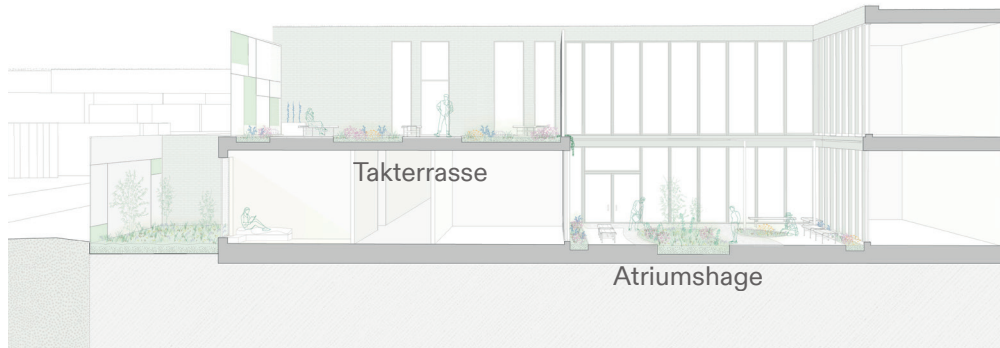
Sykehus og universitet er samlokalisert i Breivika. Området ligger sentralt på Tromsøya, ca. 4 km nord for Tromsø sentrum.

Området er preget av lite helhetlig planlegging for grøntanlegg, veier, parkeringsplasser mv. mellom virksomheter. Det er flere restarealer mellom bygg og parkeringsplasser, men få tilrettelagte nære arealer for utendørs opphold, avstand til Lysløypa er ca 500 meter.

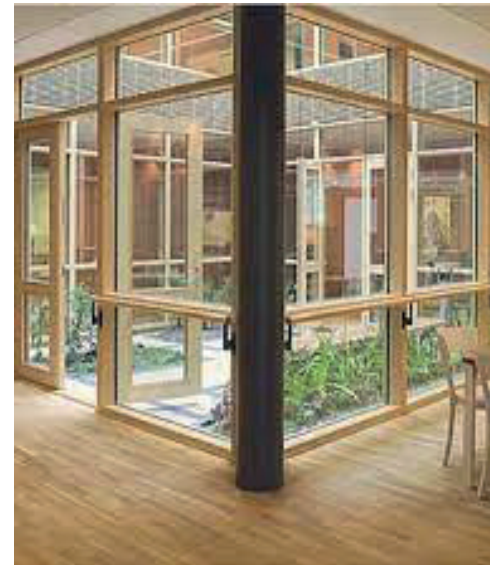
Tilgang til ulike typer uteområder er viktig for psykisk helsevern. UNN har selv få egnede arealer tilgjengelig. Tilgang til og etablering av dedikerte større arealer for UNN PHR må eventuelt løses ved kjøp, leie eller samarbeide med andre aktører som har tilgjengelig areal. Det er konkrete forslag om erverv av tilstøtende eiendom (LHL) samt et mulig felles mulig fremtidig samarbeid mellom UNN og UiT om etablering av felles parkområde ved siden av Tannbygget. Ingen av disse mulighetene er foreløpig en del av prosjektet.

Kommunen har satt krav om åpning av bekk over tomtearealet. Dette kan inngå som en blå-grønn faktor og være et miljøskapende element som i tillegg avgrenser prosjektet fra nabobebyggelse (LHL-boliger).

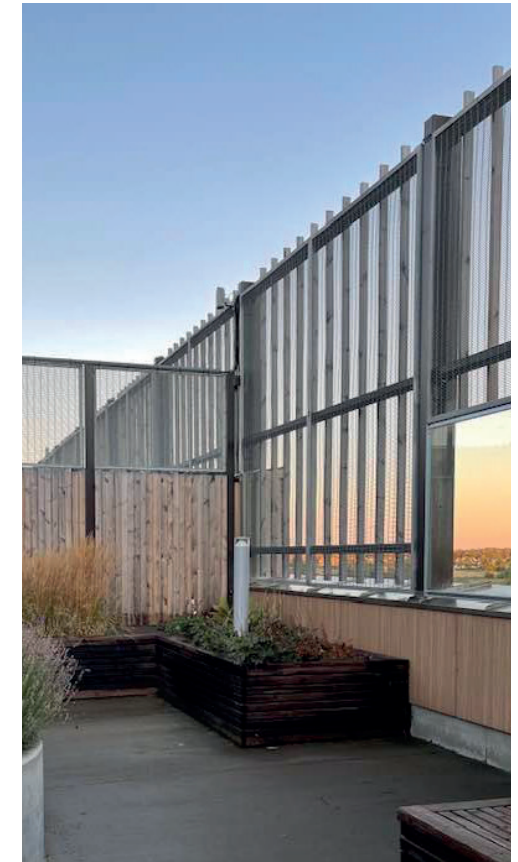
Alternativ B3



Snitt gjennom uterom, Breivika



Østra sjukehuset. Gøteborg

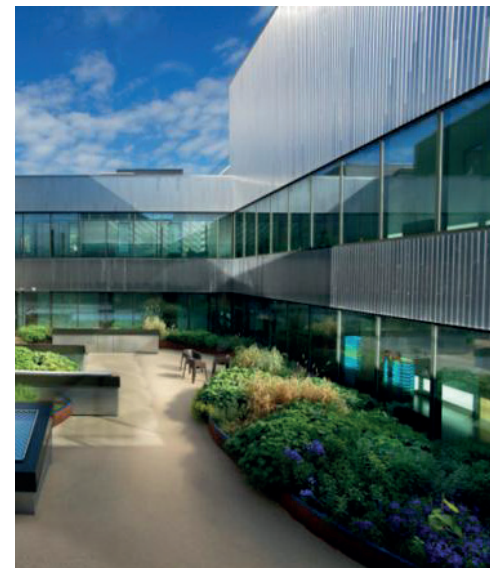


Takhage/takterrasse, Tønsberg psykiatri

B3 Utearealer

Atriumshagene vil være de primære uteoppholdsarealene i Breivika. De vil i tillegg til å være uteoppholdsareal med direkte utgang fra enhetene, bidra til dagslys inn i dype bygningskropper og bringe elementer av natur inn i pasientområdene.

Begrenset tilgang på utearealer og begrenset utsikt stiller høye krav til kvalitet og utførelse av de utearealene som pasientene har fri tilgang til innenfor bygningskroppen (atrier og takhager). Dette vil også gjelde for det pasient skal se ut på, skjermende gjerder og murer der disse opptrer i bygget.



Atriumshage, Kronstad DPS

UNN PHR Nye arealer

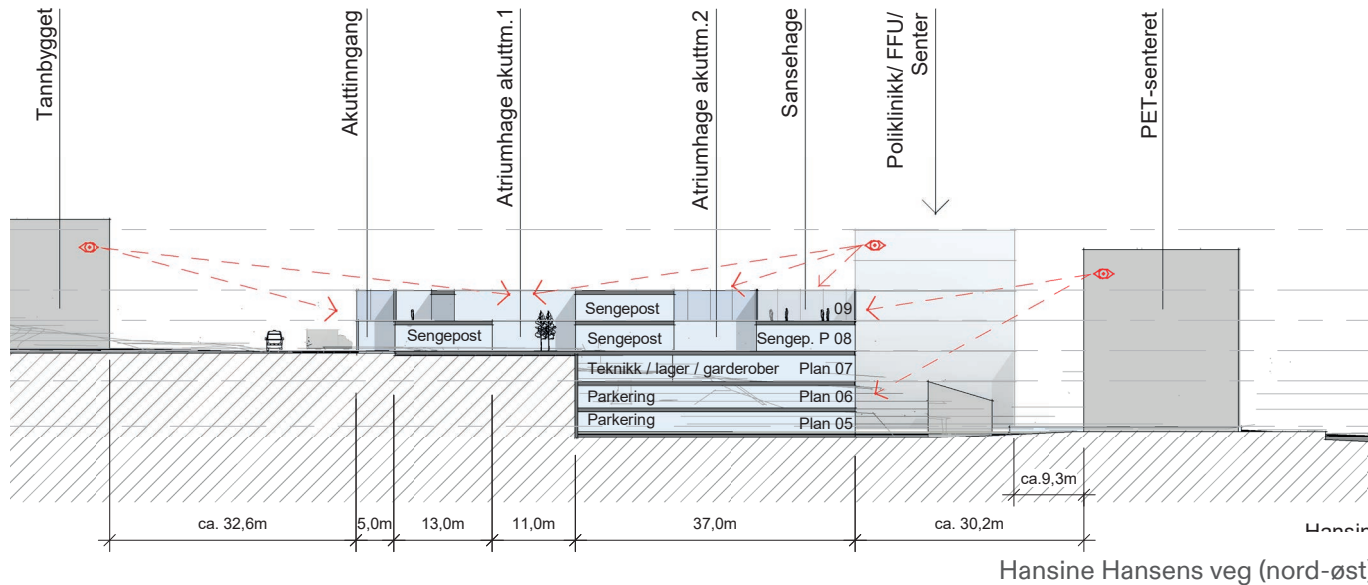


Situasjon Breivika B3 typer uterom

- | | | |
|------------------|-------------------|----------------------------------|
| 1. Forhage | 5. Atriumshage | 7. Forslag fellespark UIT UNN |
| 2. Takhage | 6. Aktivitetshage | 8. Forslag friareal ved kjøp LHL |
| 3. Skjermet hage | | |
| 4. Terrasse | | |

UNN PHR Nye arealer

Alternativ B3

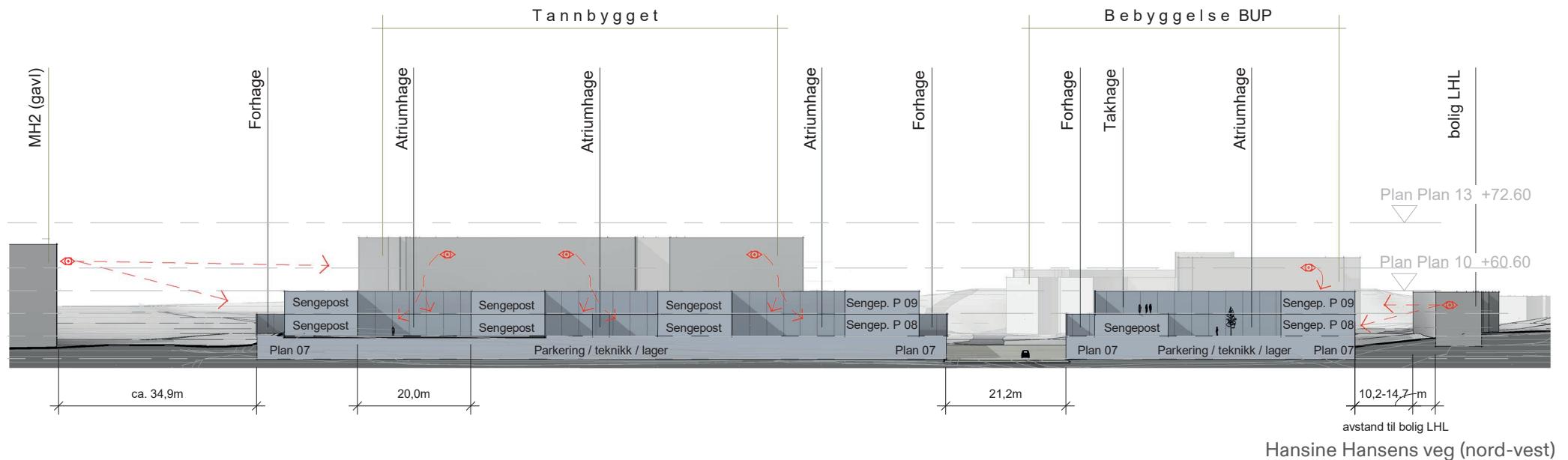


B3 Innsyn

Illustrasjonene peker på at det vil være innsynsproblematikk i Breivika fra omkringliggende bebyggelse. Dette gjelder blant annet fra PET-bygget i øst, Tannbygget i vest og fra boligbebyggelsen (LHL-boligene) i nord.

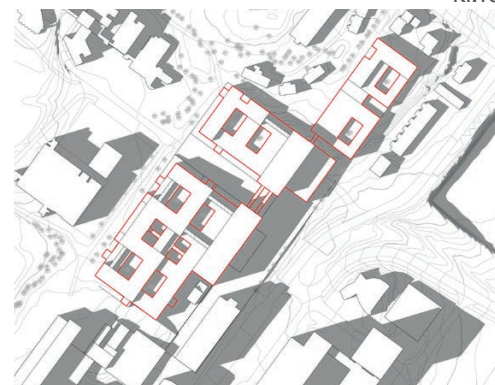
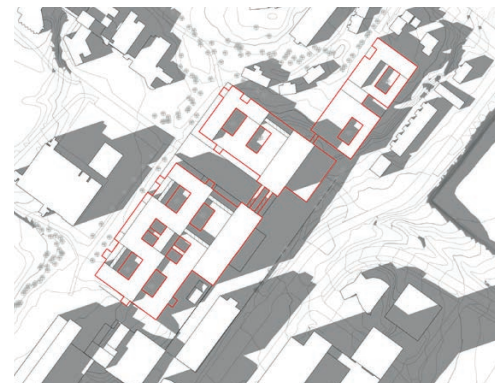
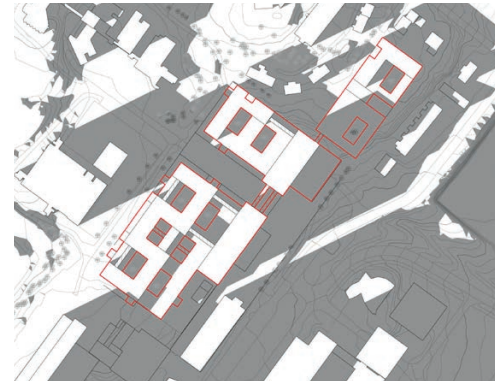
Sengerom på bakkeplan må skjermes for innsyn og det må forhindres at uvedkommende kommer til vinduer. Dette er tenkt løst med et omkransende gjerde som må utformes med høy standard og estetisk kvalitet.

Løsningen er ikke forenlig med utsikt fra pasienterom.



Alternativ B3

Ratio



B3 Soldiagram

Solstudier for Breivika viser at dagslysforholdene i perioder er utfordret.

Omkringliggende bygg og tomtens orientering bidrar til dette.

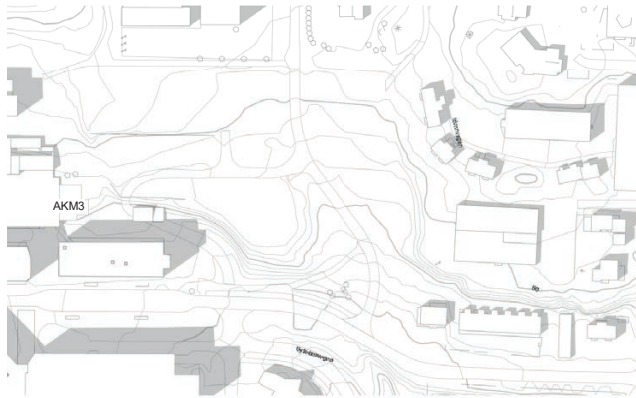
Soldiagrammer for Breivika viser at omkringliggende bygg til tider vil kaste skygge på utearealer og påvirke lysforholdene også inne i byggene. I de mindre hagene for skjermede enheter blir det minimalt med sollys i vinterhalvåret.

I sommerhalvåret vil solen nå ned i atrier mellom kl 10-16.

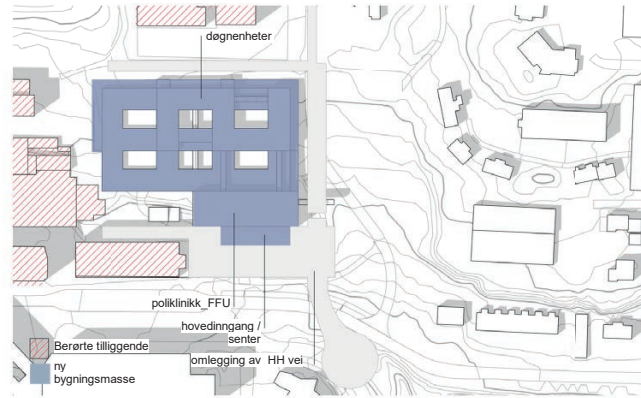
Alternativ B3

Ratio

B3 Gjennomføring



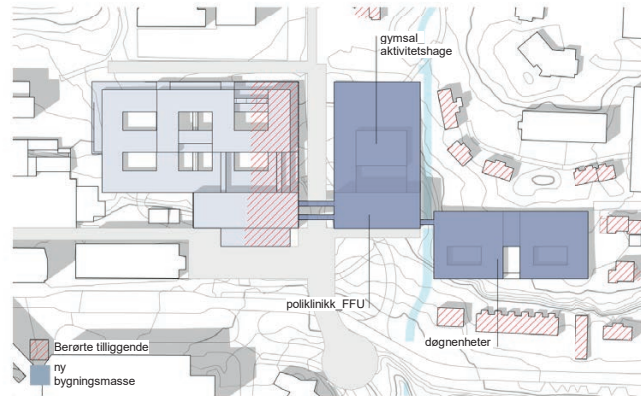
EKSISTERENDE



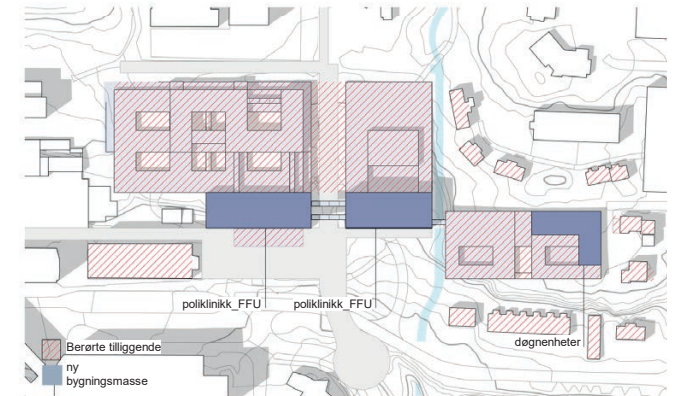
BYGGETRINN 1



FERDIGSTILT



BYGGETRINN 2



BYGGETRINN X
UTVIDELSE

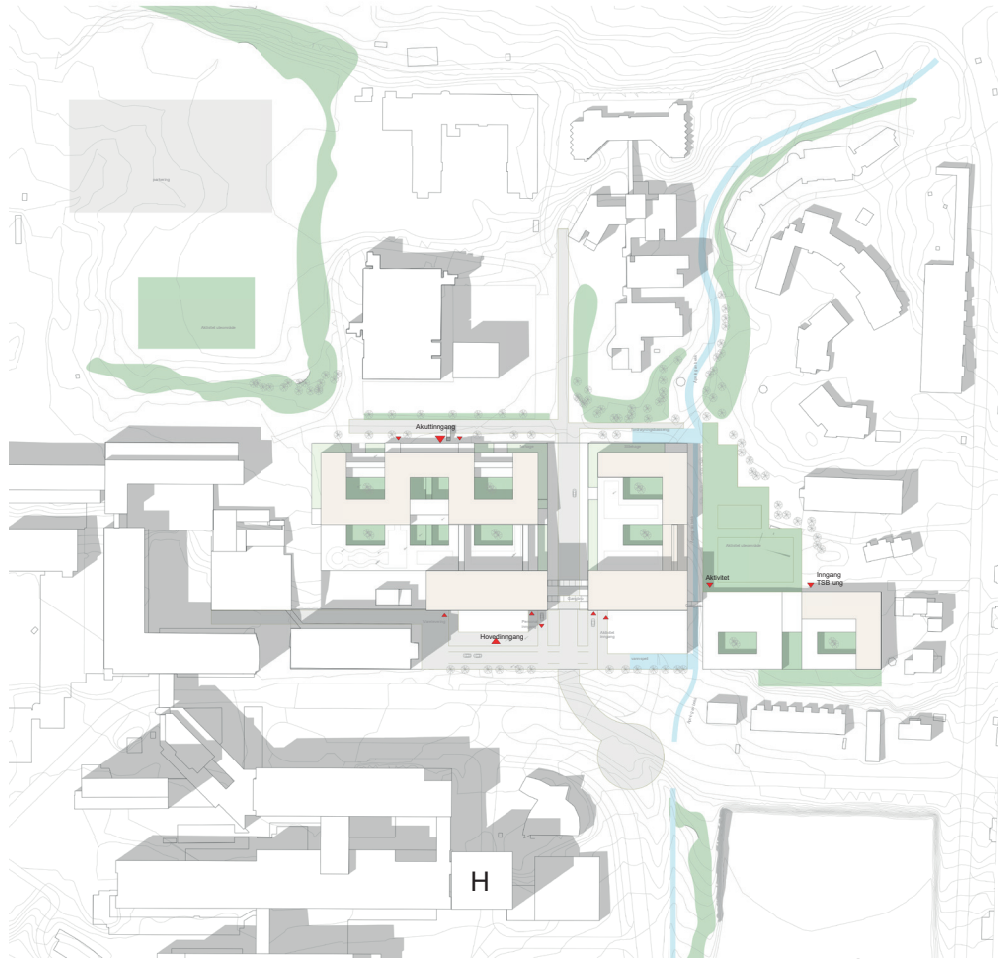
Avklaringer opp mot overordnede planer og regulering må skje før byggestart. Dette omtales i andre vedlegg til saken. I byggeprosjektet vil det være mange interesser og forhold som krever koordinerte løp både eksterne og interne. Omkringliggende sykehus- og universitet bl.a avdeling for komparativ medisin og PET-senter har sensitiv virksomhet og byggearbeider må utføres skånsomt av hensyn til dette. Tilkomst til Tannbygget, BUPA og Helsehuset må sikres og opprettholdes under byggeperiode for UNN PHR. Komplexiteten av de samlede forhold medfører at utbyggingen i Breivika trolig må utføres i to byggetrinn slik at trafikkavvikling og, virksomheter rundt kan ha normal drift i byggeperioden.

Byggetrinn 1 : utbygging av tomt 1, kulvert, ny vei og nytt kryss. Midlertidig vei legges over tomt 2.

Byggetrinn 2: tomt 2 bygges, trafikk flyttes til ny vei og bekeløp etableres.

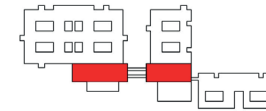
Alternativ B3

Ratio

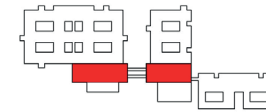


Situasjonsplan

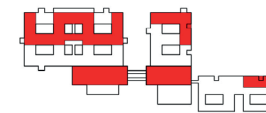
Arealer brutto Breivika B3+S1



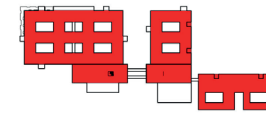
2.350m²



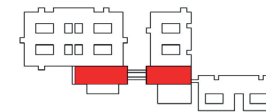
2.350m²



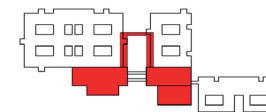
7.000m²



13.300m²



2.300m²



4.200m²

sum nybygg B3 Breivika=
31.500 m²



Sum Sikkerhetsbygg S1 =
5.500m²

S1

Sikkerhetspsykiatrisk seksjon

Sikkerhetspsykiatrien har egne dimensjonerende krav bl.a perimetersikring og sikkerhetssone som ikke lar seg løse på hovedtomten sammen med øvrig PHR. Seksjonen etableres på egen tomt.

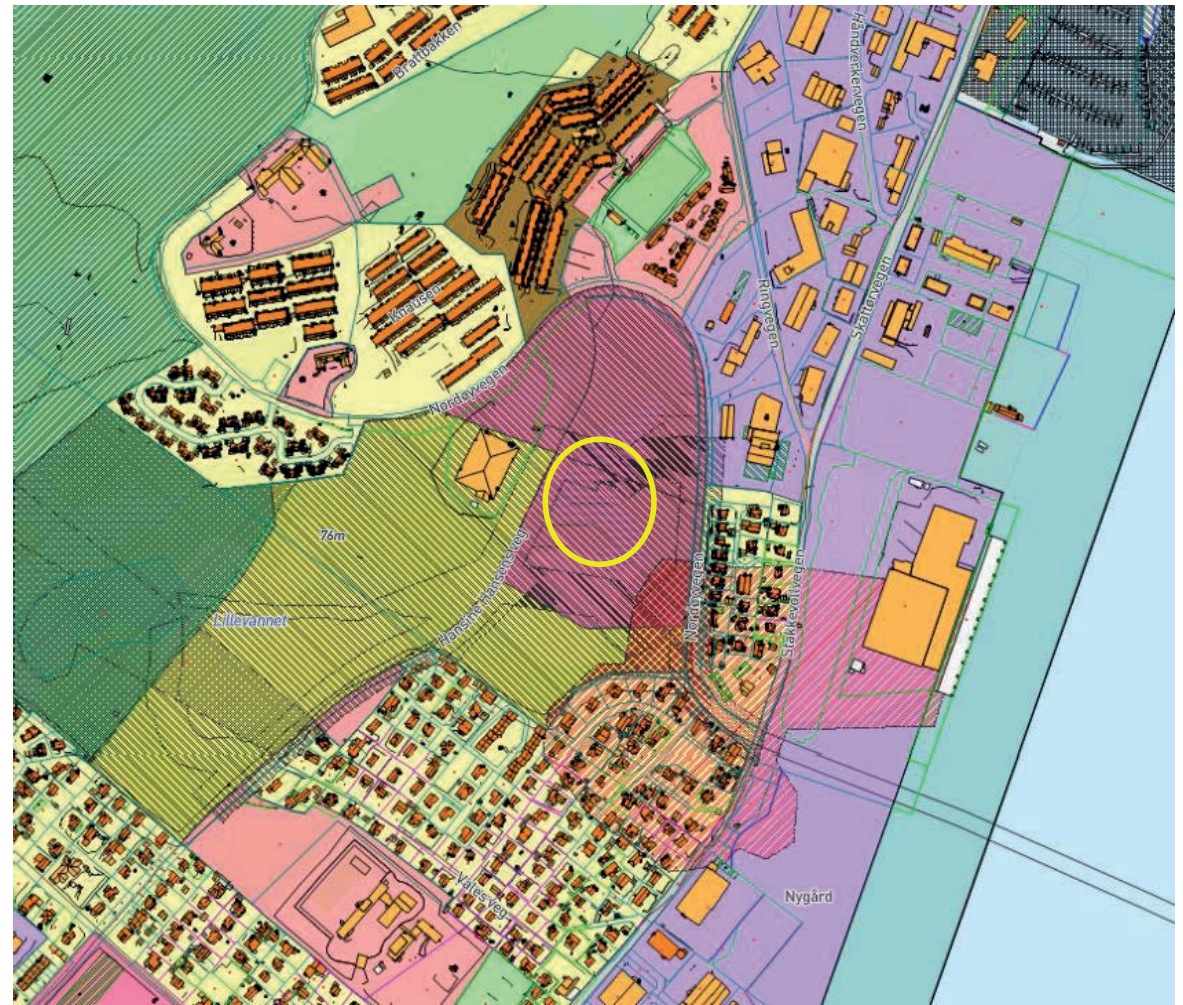
Av fire vurderte tomter nær UNN Breivika er tomt S1 vurdert som best egnet for virksomheten. Tomten ligger på et område eid av UiT og er ikke bebygget. UiT har avsatt arealer sør på området for utvidelse av eksisterende boligområde.

Tromsø kommune har signalisert forutsetninger om større fortetting av området pga sental beliggenhet. Dette fremgår i ROS-vurdering.

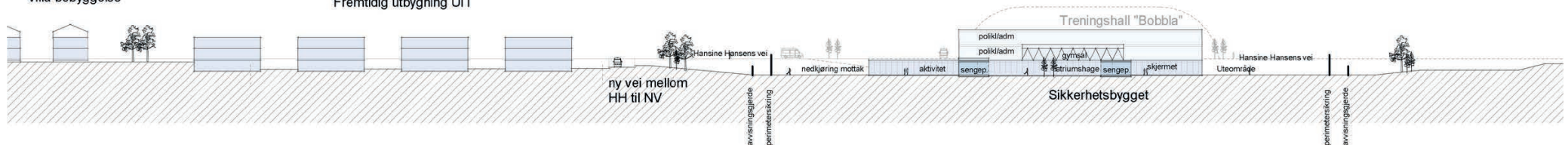


eksisterende villa bebyggelse

Oversikt tomtealternativer
Fremtidig utbygning UiT



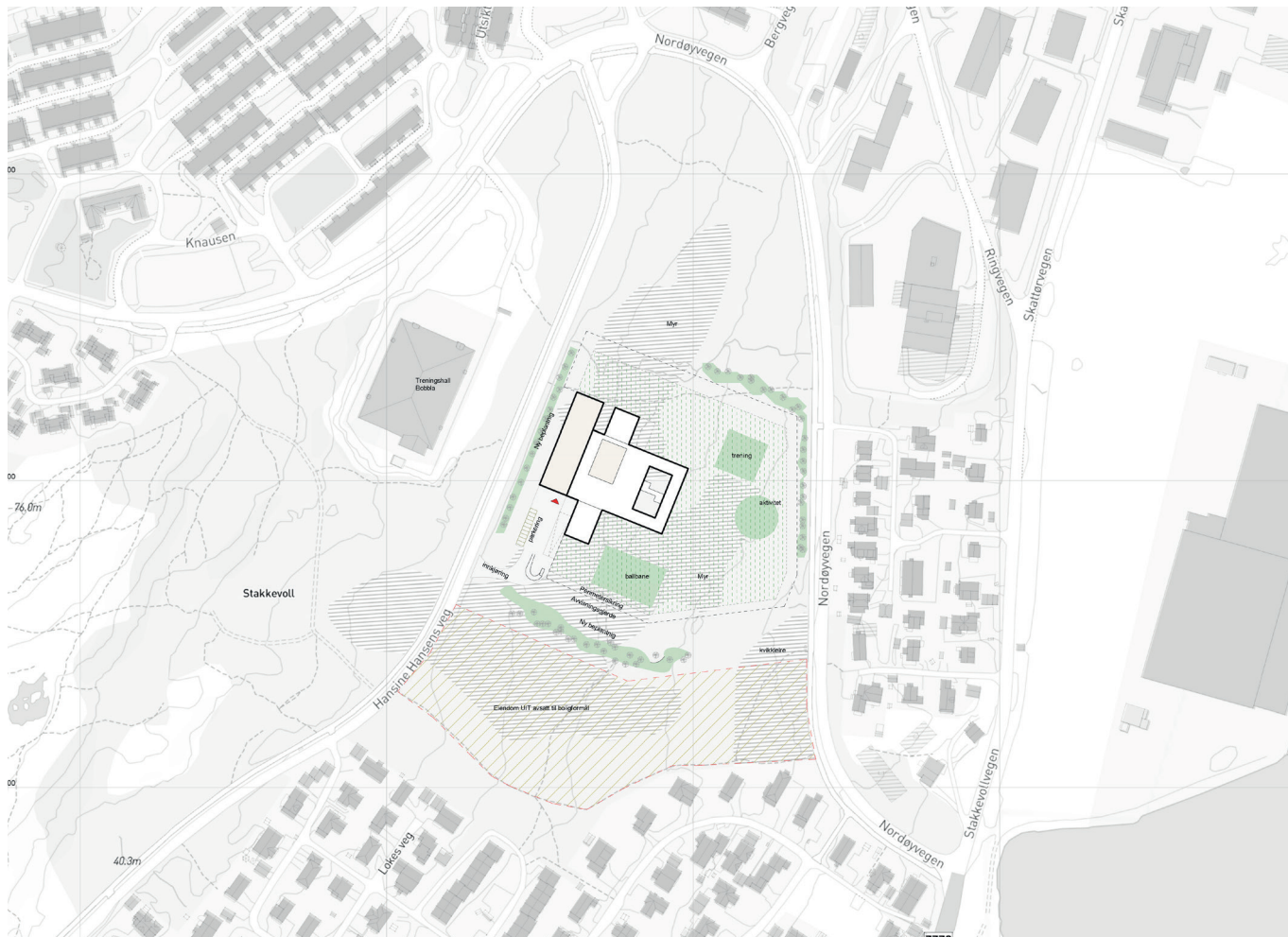
Kommuneplan



UNN PHR Nye arealer

Alternativ S1

Ratio



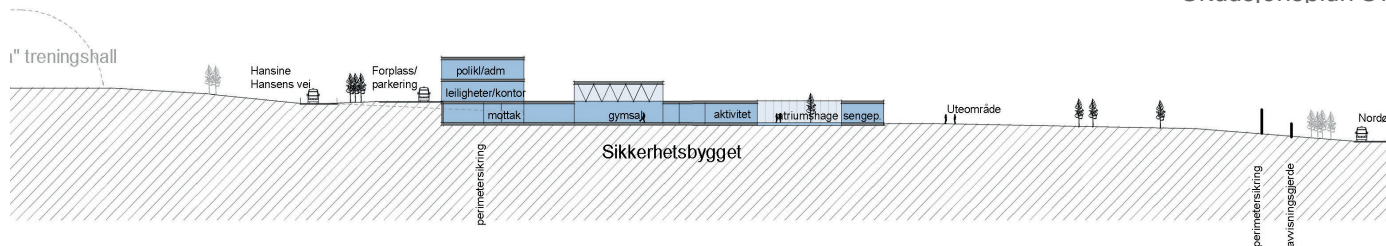
Situasjonsplan S1



S1, mot sørøst



Oversikt, avstand mellom B3 og S1

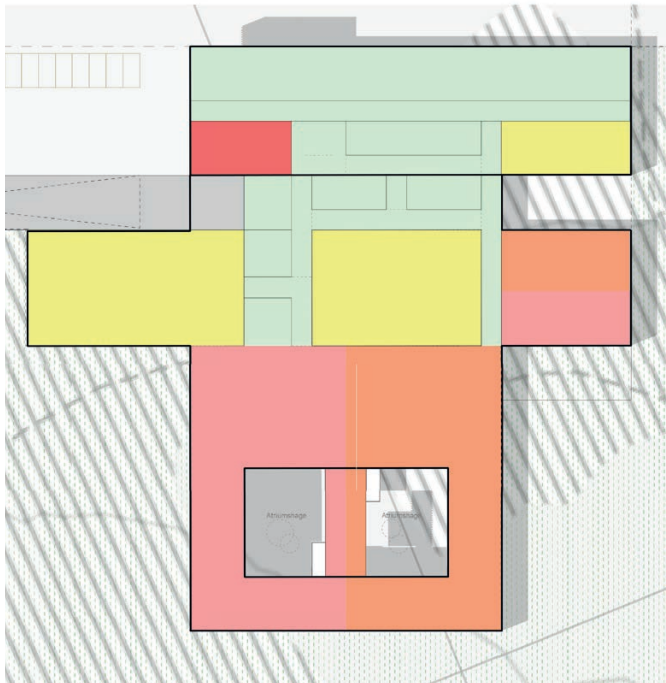


UNN PHR Nye arealer

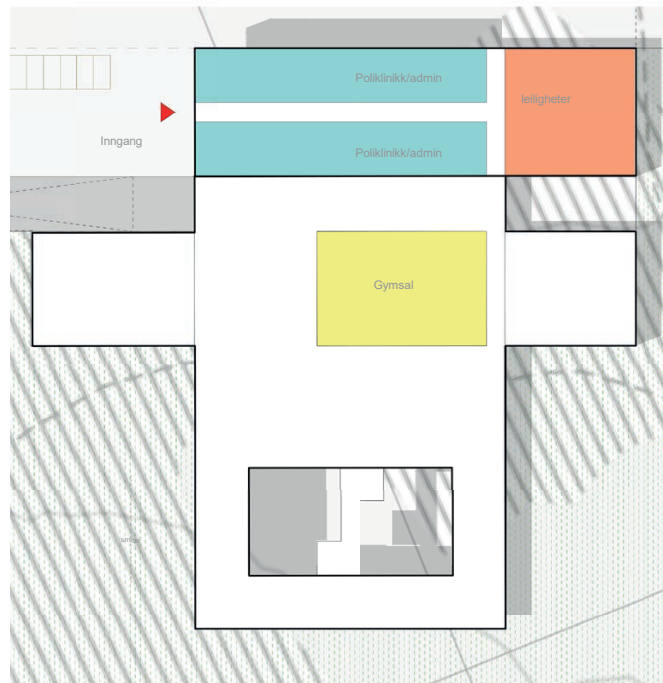
Tomten har terrengfall mot øst, vidt utsyn over det store landskapsrommet og gode lysforhold. Grunnen er myr-lendt, og kompenserte tiltak for reetablering av myr må påregnes.

Alternativ S1

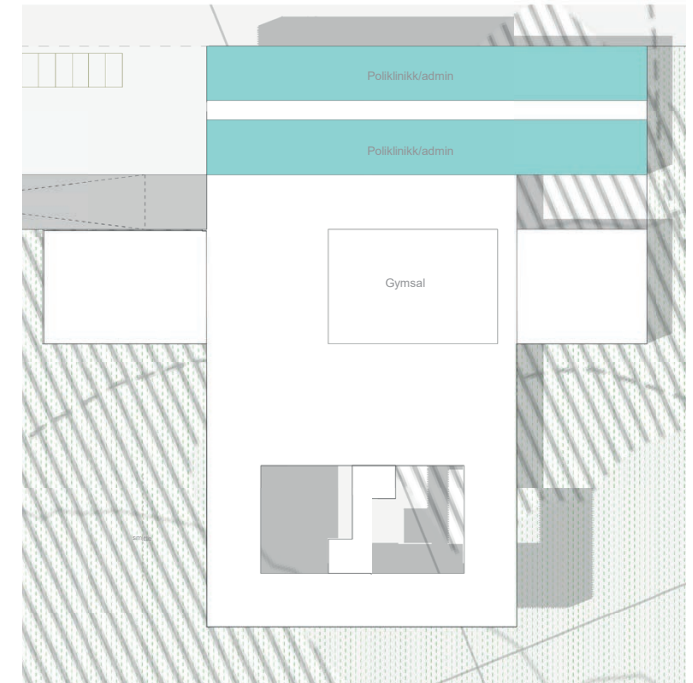
Ratio



Plan 1



Plan 2



Plan 3

S1 Sikkerhetspsykiatrisk seksjon Konseptforslag

I skissert konsept er det fokus på å plassere bygget godt og mest mulig diskret i landskapet, samt ivareta krav til sikkerhet og skjerme pasientarealene. Terrengfallet på tomten åpner for at pasientarealene kan legges et plan lavere enn inngang mot vest.

Konseptet grupperer funksjonene i 3 bygningsvolum; ett for administrasjon, ett for aktiviteter og fellesarealer og ett for døgnenheter.

For å unngå innsynsproblematikk fra eventuell fremtidig utbygging med boliger på nabetomt i sør, må det påregnes å etablere et skjermende vegetasjonfelt her.

Med sikkerhetspsykiatri på egen tomt utløses et behov for duplisering av funksjonsarealer.

Det antas sannsynlig at totalareal vil øke med ca 500 m².

- 50_Sikkerhet lokal
- 50_Sikkerhet lokal/regional
- 60_Fellesareal
- 71_Poliklinikk
- 80_Fag forskning utdanning

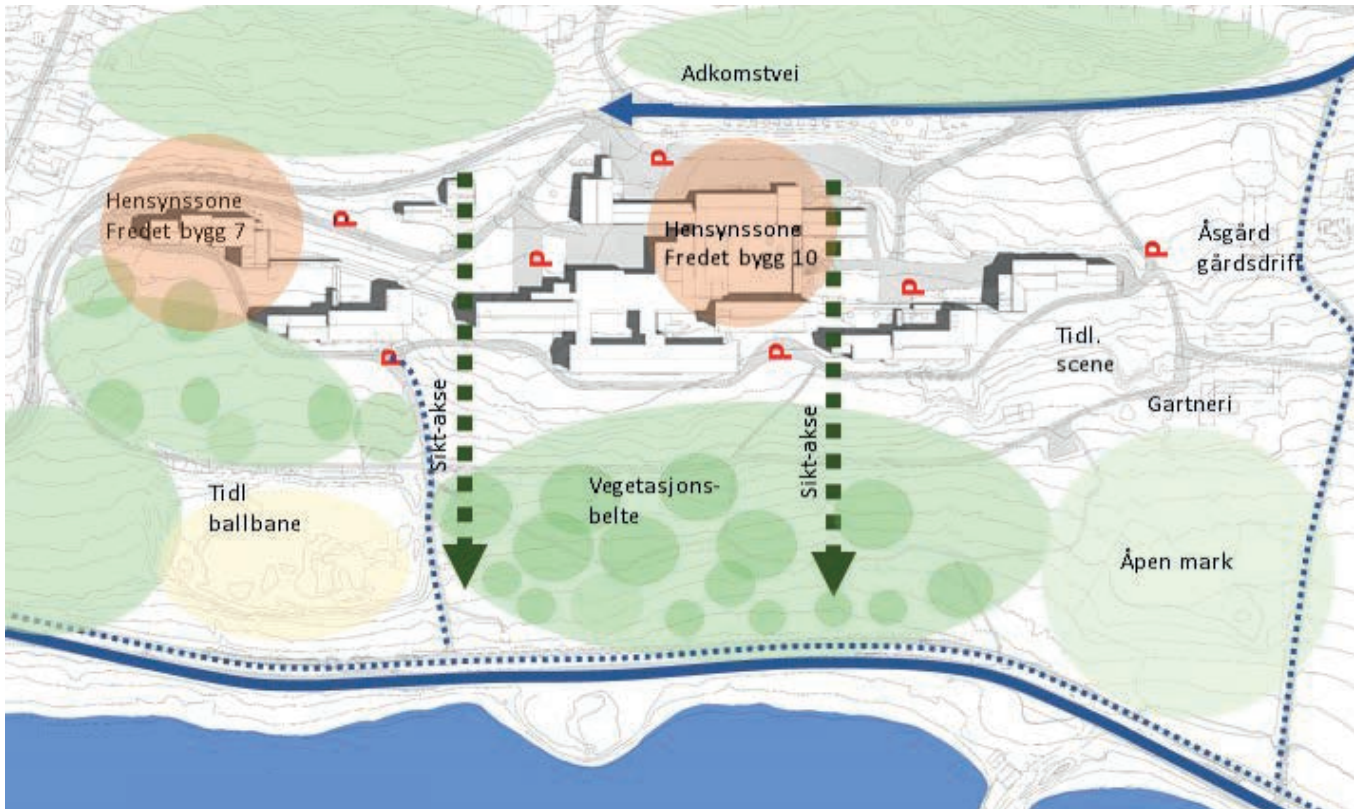
Å3

Alternativ
Åsgård



Alternativ Å3

Ratio



Åsgård - forhold tomt

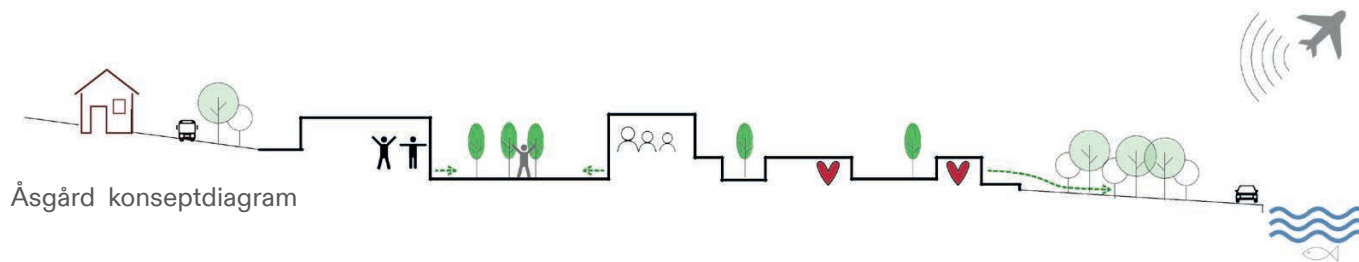
Eksisterende sykehus er omfattet av Landverneplanen for helsesektoren (se eget punkt).

Det er god avstand til øvrig bebyggelse, trafikk og veiforhold har ikke kapasitetsutfordringer. Dagens adkomstforhold kan beholdes.

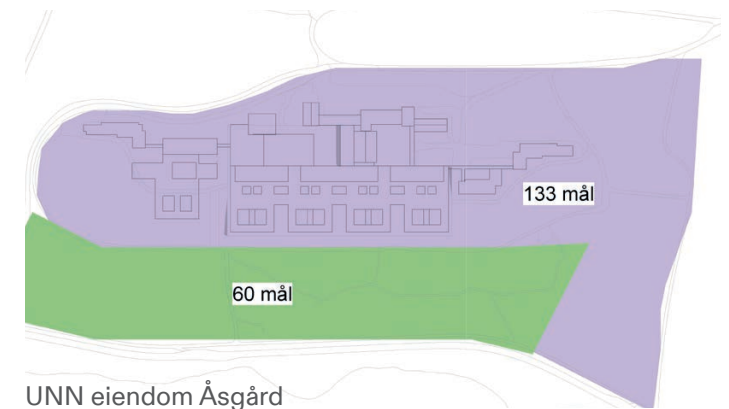
UNNs eiendom på Åsgård er på totalt 190 mål. All psykiatri kan samles, også sikkerhetspsykiatrisk seksjon vil ligge på Åsgård i dette alternativet. På Åsgård har UNN store friarealer i eget eie. Disse kan inngå i en utvikling av aktivitetsbasert behandling og rekreasjon for pasienter, ansatte og naboer.

Det er gode utvidelsesmuligheter på tomten og godt potensiale for bygg og arealer uten innsyn. Tomtens terrangfall gir muligheter for utsikt fra døgnenhetene.

Tomteanalyse Åsgård



Åsgård konseptdiagram

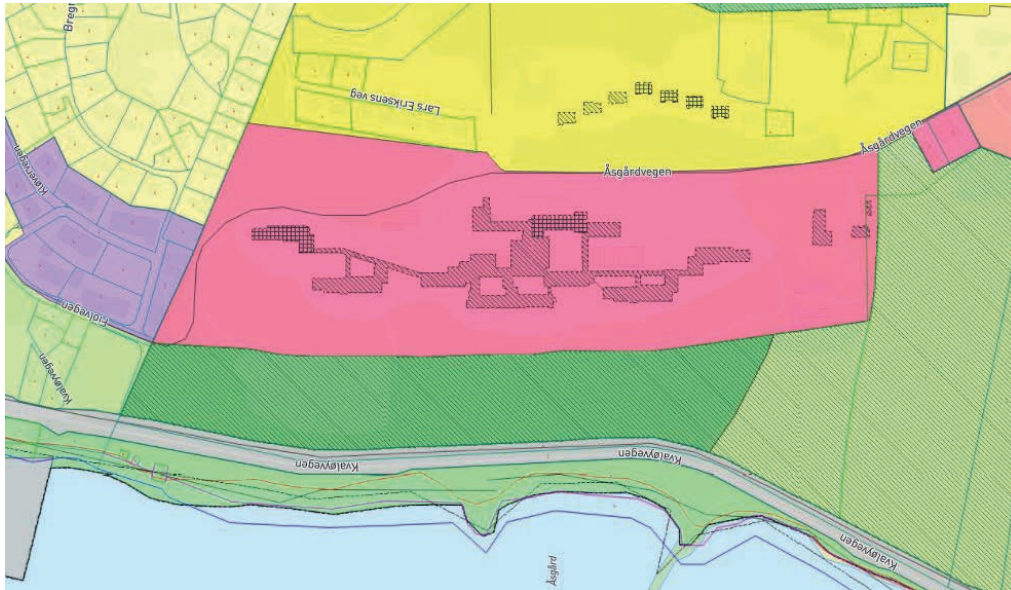


UNN eiendom Åsgård

UNN PHR Nye arealer

Alternativ Å3

Ratio



Kommuneplan



Støysonekart

Kommuneplan og støy

Området på vestsida av Åsgårdveien er avsatt til sykehus, landbruk og grøntområde i kommuneplanen. Bygg i grøntområde vil kreve endringer i kommuneplan og konsekvensutredning. Det er høyderestriksjoner i området pga innflyngstrase.

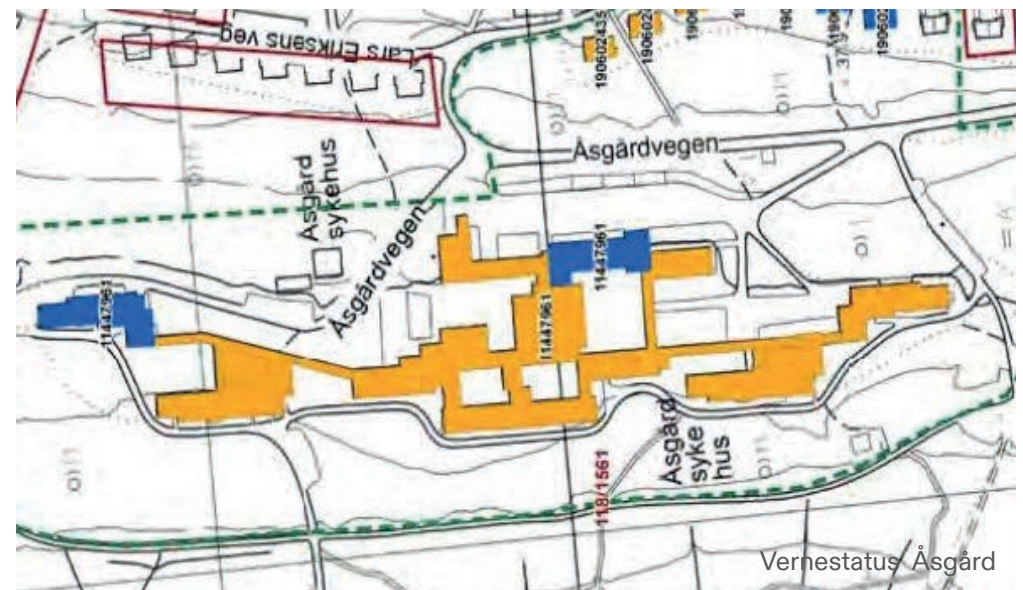
Hele Åsgårdfeltet ligger innenfor gul støysone. En mindre del av UNNs arealer innenfor rød støysone (flyplass).

Regulering og vern

Aktuelle reguleringsplaner i området: Åsgårdmarka, 580 boliger.

UNNs arealer v/Åsgård sykehus er ikke regulert. Tiltak /nybygg vil kreve regulering.

Landsverneplan for helsebygg, sektorens eget vern viser Bygg 7 og Bygg 10 i anlegget fredet og øvrig bygningstruktur har vernestatus (gult).



Vernestatus/ Åsgård



Bygg 9 - Fyrhuset

Vernede kvaliteter

Fortsatt bruk vil være det beste vern av Åsgård som helsehistorisk kulturarv. Åsgårds unike kvaliteter videreføres, nybygg optimaliseres for psykisk helsevern. Anlegget har unike kvaliteter og er også en identitetsbærer av kollektiv verdi. Fyrhuset og festsalen er eksempler på dette.



Bygg 10 - Hage

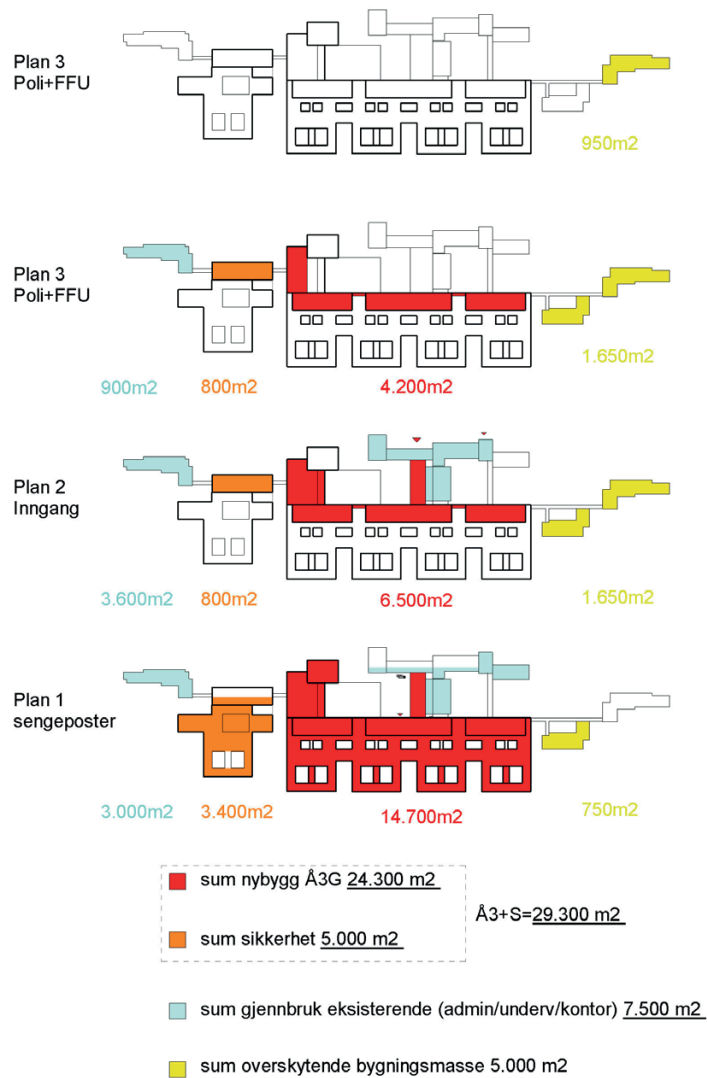


Bygg 10 - Interiør

Alternativ Å3

Ratio

Arealer brutto Åsgård Å3

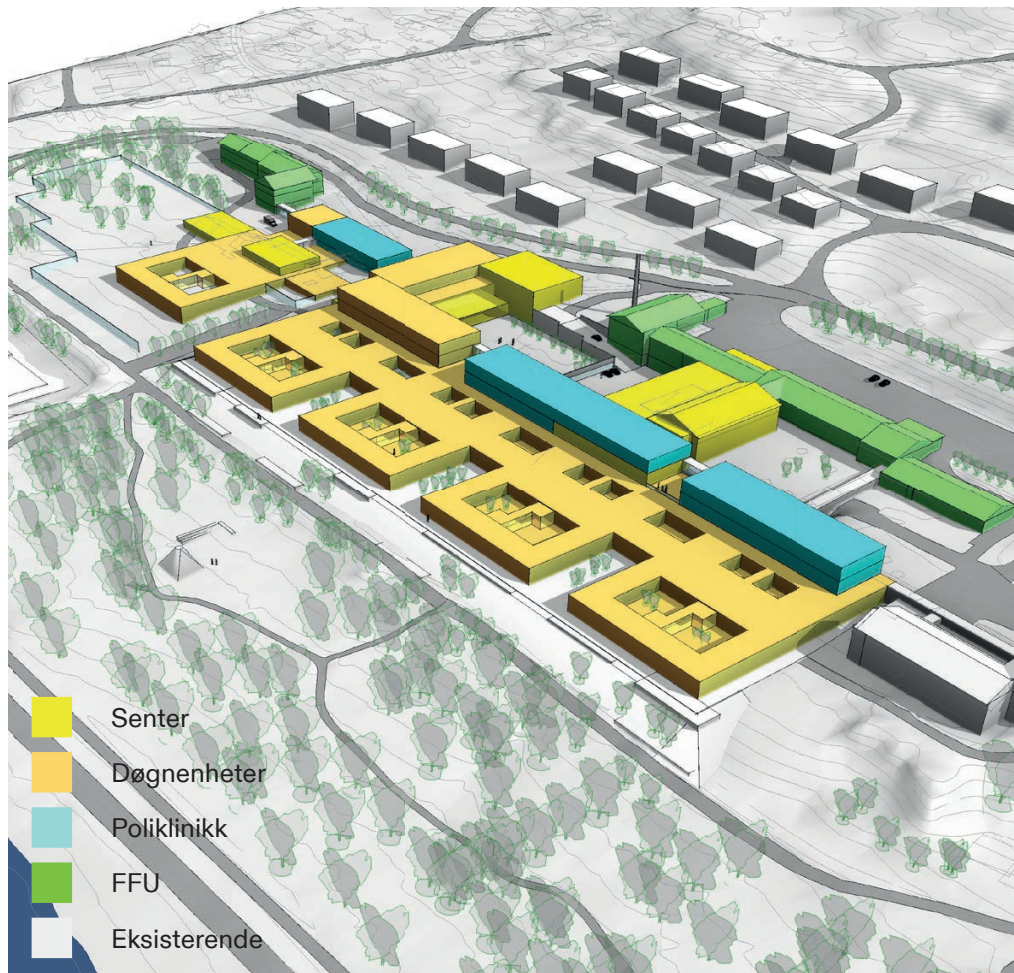


Byggetrinn - riving

Rives



Alternativ Å3



mot sørvest



mot nordøst

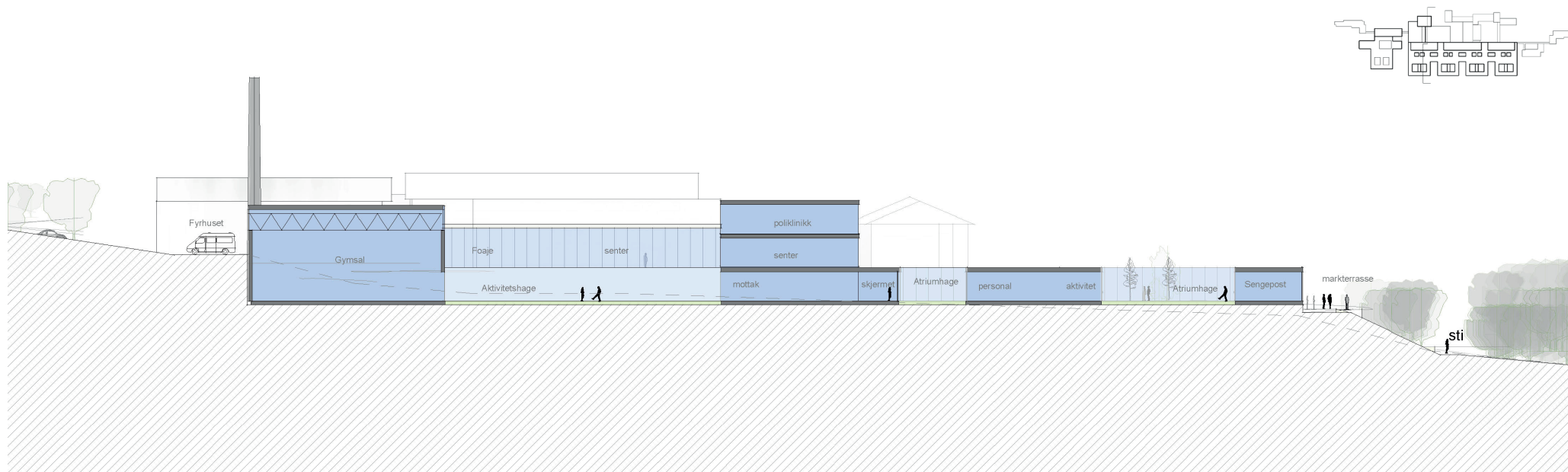
Å3 Konseptforslag

I løsningskonsept for alternativ Å3 Åsgård er rammene av det verneverdige anlegget beholdt i nord, øst og sør. De eksisterende bygg 7, 9, 10 og 11 danner sammen med nye bygg for poliklinikker, gymsal og senter en skjermende bygningsmessig rygg for døgneheterne mot vest.

Sammenflettingen av eksisterende og nye bygg vil danne mange interessante rom i møtet mellom nytt og gammelt. Konseptet svarer ut ønsket om å etablere et senter i kjernen av anlegget. Hovedinngang ligger sentralt i anlegget i bygg 9.

Alternativ Å3

Ratio



Å3 - Snitt og modeller

Terrenget faller mot vest med ca 4 meter, dette utnyttes til å legge døgnenhetene en etasje ned fra hovedinngangen, akuttmottaket legges ned på samme plan. De minst sensitive virksomheter skjerner for de mer sensitive. Mot øst ligger f. eks kontorer, senterfunksjoner, gymsal og mot vest døgnenhetene.

Pasientarealene blir godt skjermet fra oversiden. Terrenget faller videre ned mot fjorden og gir gode utsynsforhold fra bygningsanlegget. Fra døgnenhetene kan man gå rett ut på terrenget enten i atriumshager, markterrasser, friluftsområdet eller aktivitetsarealer.

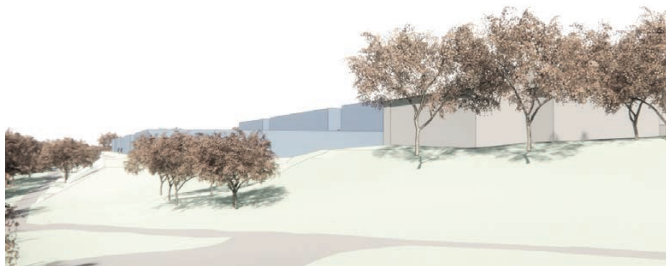
Fyrhuset og festsal begge ikoniske steder i Tromsø beholder sine felles senterfunksjoner og sammenkobles av et nytt sentralt vrangleareal over to etasjer. Konseptet svarer ut ønsket om å etablere et senter i kjernen av anlegget.

Alternativ Å3

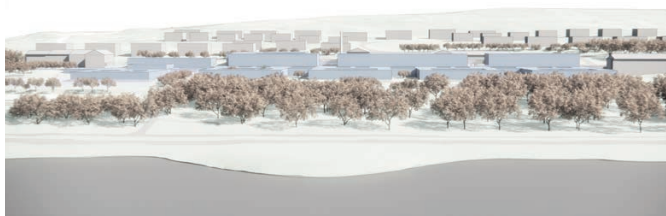
Ratio



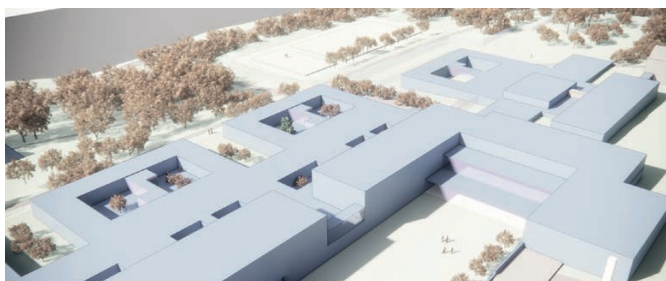
mot øst



mot sørvest



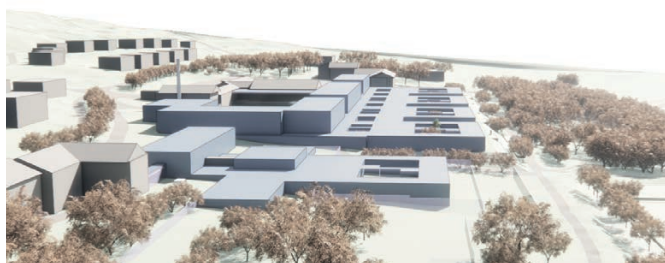
mot vest



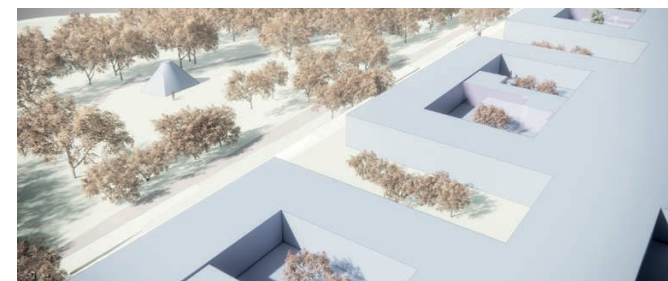
mot sørøst



mot sørøst



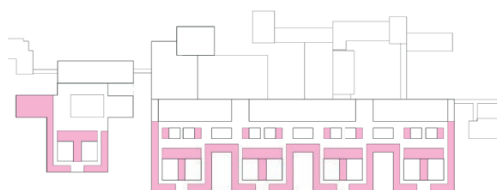
mot nord



Alternativ Å3

Ratio

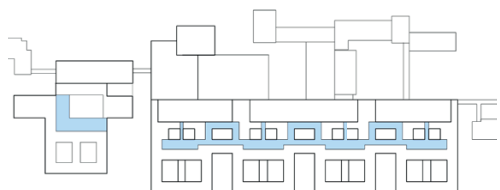
Plan 1



Pasientarealer



Senter



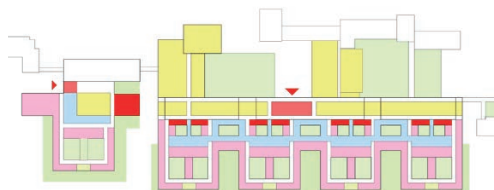
Personalarealer



Uterom



Skjermet/Akutt



Samlet

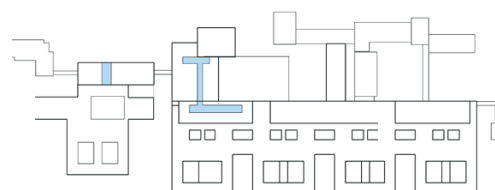
Plan 2



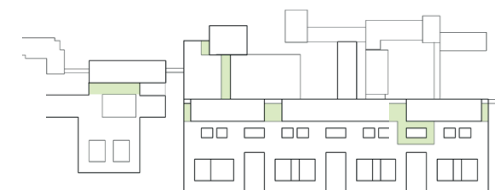
Pasientarealer



Senter



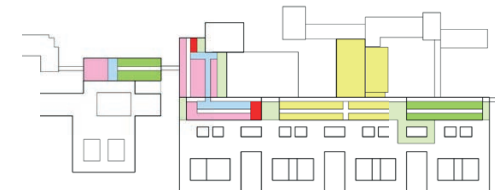
Personalarealer



Uterom



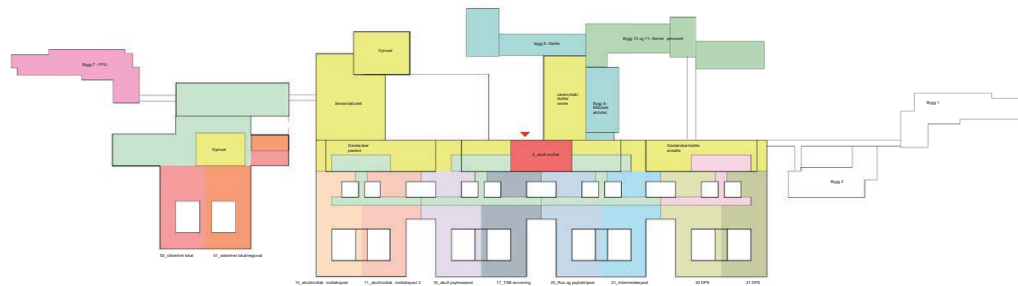
Poliklinikk



Samlet

Å3 Funksjonsdiagrammer - nærhet og flyt

Funksjonsdiagrammene viser organisering og flyt i anlegget.



Plan 1

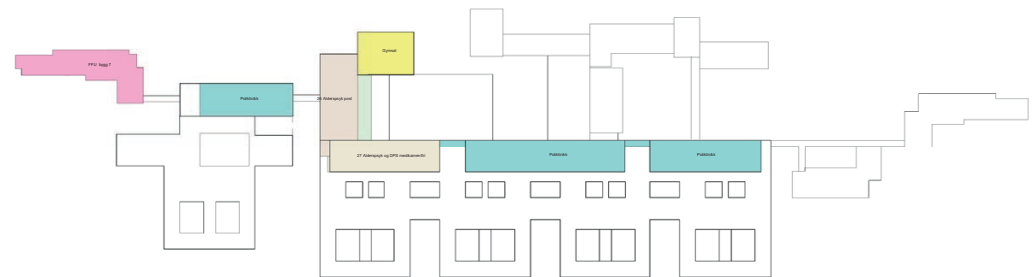


Plan 2

Å3 Avdelingsoversikt

All pasientbehandling er planlagt i nybygg, eksisterende bygg vil benyttes til administrative funksjoner og FFU.

- | | | |
|---|--|---|
| ■ 02_Akuttmottak | ■ 20_Rus og psykiatripost | ■ 38 TSB Ung |
| ■ 10_Akuttmottak mottakspost | ■ 21_Intermediærpost | ■ 37_38_Felles |
| ■ 11_Akuttmottak mottakspost 2 | ■ 20_21 Felles | ■ 50_Sikkerhet lokal |
| ■ 10_11_Felles | ■ 30 DPS | ■ 50_Sikkerhet lokal/regional |
| ■ 16_akutt psykosepost | ■ 31 DPS | ■ 60_Fellesareal |
| ■ 17_TSB avrusning | ■ 30_31_Felles | ■ 71_Poliklinikk |
| ■ 16_17 Felles | ■ 37 TSB Restart | ■ 80_Fag forskning utdanning |



Plan 3

Alternativ Å3



Ratio

Å3 Pasientområde - døgnet

Døgnetenhetene er programmert med 12 pasientrom inkludert skjermede arealer, og det forutsettes at to døgnetenheter deler fellesarealer som møterom, kjøkken etc. Hver døgnetenhet har egen atriumshage og skjermenhet. Skjermenhetene er lokalisert slik at personalet i tiliggende enhet kan samarbeide og bistå hverandre.

Pasientrommene ligger i ytterkant av bygningene, fellesarealer som spiserom, oppholdsrom og stue vender i hovedsak inn mot atriumshagene, men har forbindelse til ytterfasade og videre ut på terreng.

Atriumshagene er i tillegg til å være uteoppholdsareal sentrale for å få dagslys inn til funksjoner i dype bygningskropper. Bygningsvolumene for døgnetenhetene på Åsgård er en etasje høye og lysforholdene blir meget gode. På Åsgård vil det være gode muligheter for utgang direkte ut til differensierte utearealer som f.eks; stillehager, markterrasse, friluftsområde og aktivitetsarealer.



Alternativt løsning med vindukar-napp kan optimalisere utsikt fra sengerom og redusere innsyns-problematikk.

Alternativ Å3

Ratio



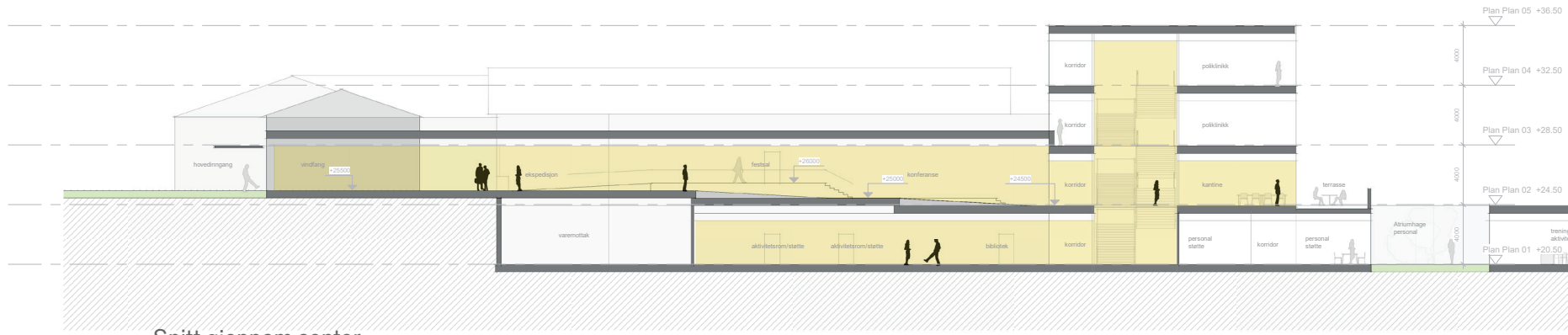
plan 1 senter



plan 2 senter

Å3 | senter

Storparten av senter i Å3-alternativet er lagt på nivå av hovedinngang på plan 2. Et nytt bygningsvolum binder sammen eksisterende bevarte bygg (kantine og festsal) med nytt hovedvolum. Nytt tilbygg megler de ulike etasjenivåene med ramper og trapper. Eksisterende kvaliteter som festsal, kantine og "Fyrhuset" blir reaktivisert (og delvis omprogrammert) og vil inngå i det nye senteret. Via hovedinngang ankommer du vestibyle med ekspedisjon og fordeles ut til senterets deler. Hovedvestibyle faller via ramper ned til ny kantine som legger seg mot vest med utsikt over landskapet og fjorden. Hovedtrapp ved kantine skaper den vertikale forbindelsen til poliklinikker og FFU over og ned til et nytt aktivitetsområde med bibliotek på plan 1 (kantine i dag).



Snitt gjennom senter



Åsgård Omgivelser og uteområder

Åsgård ligger sentralt på vestsiden av Tromsøya 2,5 km fra sentrum. Omgivelsene består hovedsaklig av boligområder og tidligere landbrukseiendommer. Området har et landlig preg.

Det er nærhet til sjøen og avstanden til marka er ca 300 meter. UNN eier et stort område på Åsgård og har et stort potensiale for å tilrettelegge for differensierte tilbud utendørs i umiddelbar nærhet til bygget.

I friluftsområdet nedenfor sykehuset har det tidligere vært en kulturarena som blant annet ble benyttet til konserter og festivaler. Denne er revet pga teknisk tilstand. Åsgårdnaustet nede ved fjorden er gjenoppbygd etter brann.

Det vil bli boligfortetting i området øst for sykehuset ref reguleringsplan Åsgårdmarka. Planlagt boligområde er inntegnet på viste illustrasjoner, høyder på nye boliger er maks tre etasjer. Totalt antall boenheter i området er regulert til 580 boenheter inkludert eksisterende .



Hage ved bygg 6

UNN PHR Nye arealer



Turvei



Hage mellom bygg 8 og 10

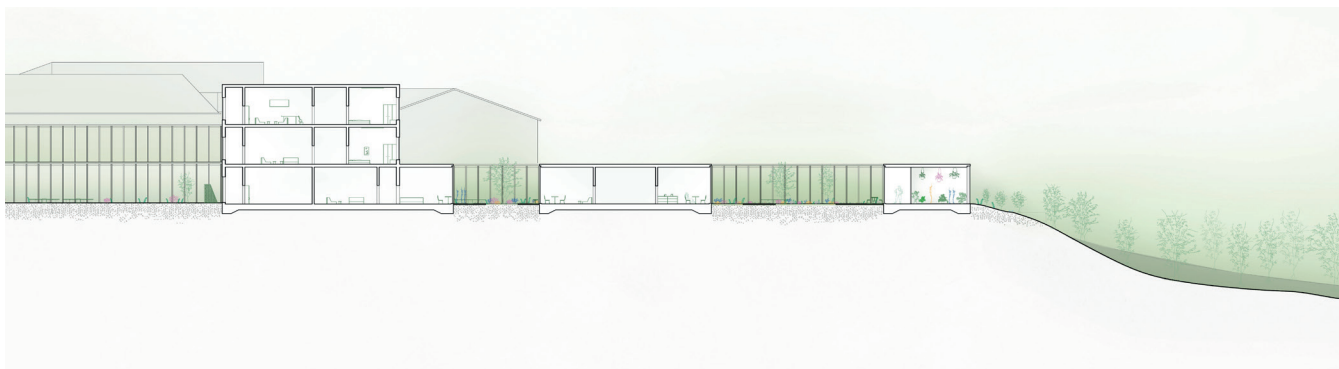
Utearealer Åsgård i dag

Det finnes unike kvaliteter å bygge videre på i det eksisterende anlegget på Åsgård. Det er flere hagerom som er avgrenset av bygningskropper; en kvalitet som atriumshagene i døgnenhetene bygger videre på. I naturområdet mot vest er det turstier og spor etter aktivitetsbane og kulturscene som kan reetableres. I de nye byggene vil tilgangen til uteområder bli forenklet.

Alternativ Å3

Utearealer Åsgård

Ratio



Snitt gjennom uterom



Atrium Ballerup psykiatri. DK



Hagerom

UNN PHR Nye arealer



Atrium. Ballerup rettspsykiatri, DK



Josefhof, Graz Østerrike

Uterom - inspirasjon

Uterom er viktige verktøy i behandlingen og benyttes terapeutisk: for å ta ned uro, for å trekke seg tilbake, for å prøve ut og teste hvor mye, hvor langt, variasjon og valg, se langt, se kort, se inn og se ut, drømme, teste kapasitet, åpne opp, trene på konfrontasjon, utagere, meditere, sporte, fiske, sosialisere, mestre..

Alternativ Å3

Ratio

Utearealer Å3 typer uterom

- | | | | |
|-------------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| 1. Område RSA/LSA | 4. Terrasser | 7. Stille hager | 10. Aktivitetsområde |
| 2. Atriumshage | 5. Markterrase | 8. Eksisterende hage | 11. Friluftsområde |
| 3. Skjermet hage | 6. Aktivitetsgård | 9. Gartneri | 12. Kulturscene |
| | | | 13. Åsgårднаustet |

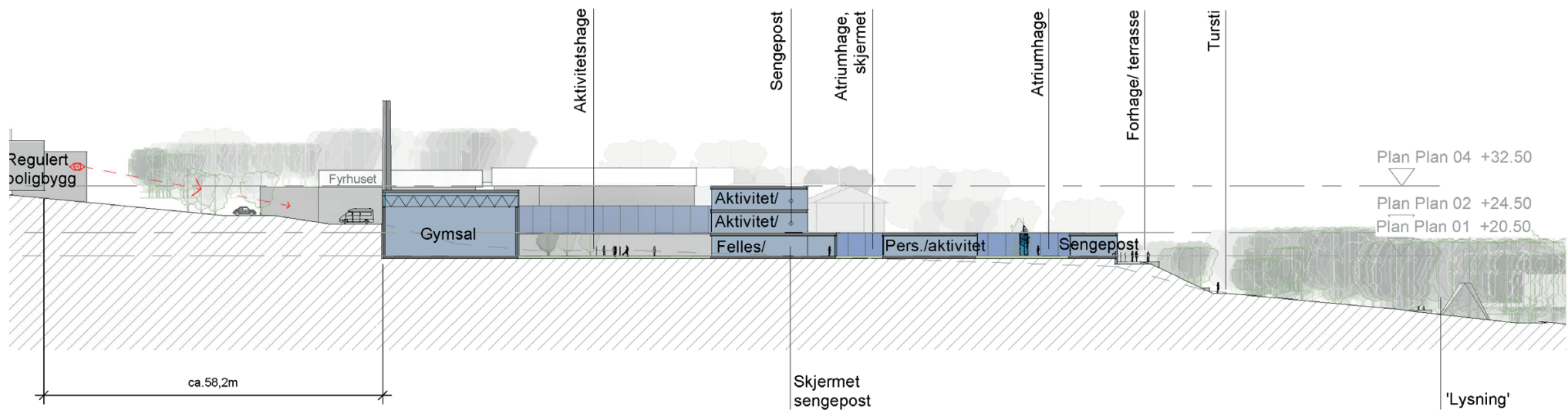
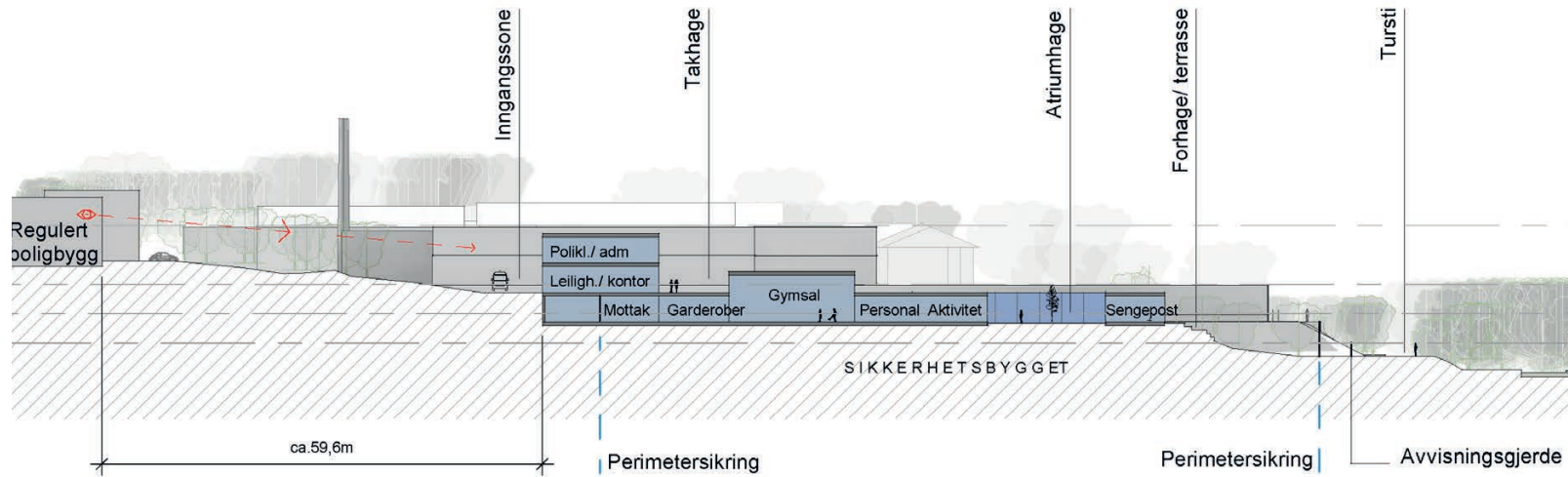


Alternativ Å3

Ratio

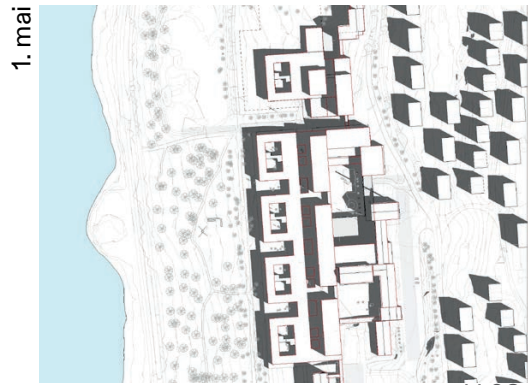
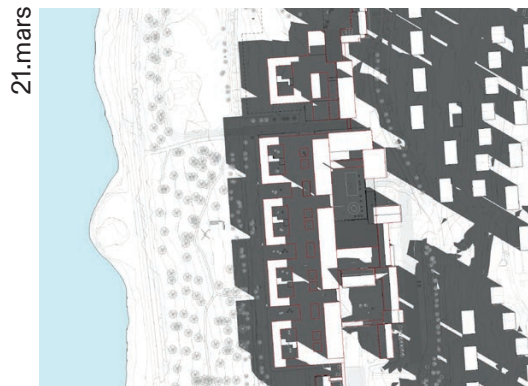
Å3 Innsyn

Illustrasjonene viser at det ikke vil være vesentlig innsynsproblematikk fra omkringliggende bebyggelse i Åsgård.



Alternativ Å3

Ratio



Å3 Soldiagram

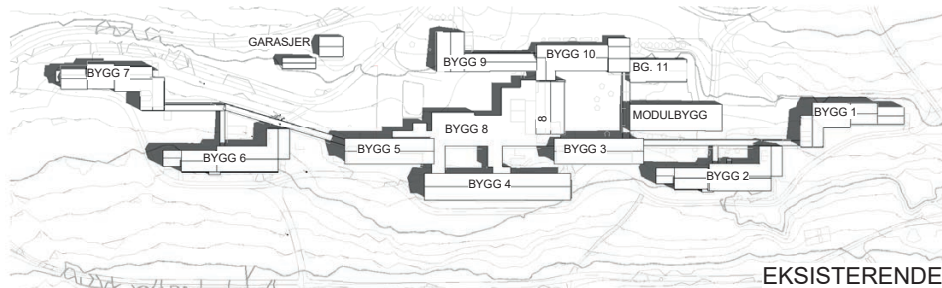
Soldiagrammene for Åsgård viser gode solforhold, gitt av tomtens vestvendte beliggenhet og avstand til øvrig bebyggelse.

I mai kommer solen ned i atriumshagene tidlig om morgenen og gir sollys til tidlig kveld (18).

Også ved vårjevndøgn (i mars) vil solen gi gode lysforhold til pasientrommene.

Alternativ Å3

Å3 Gjennomføring

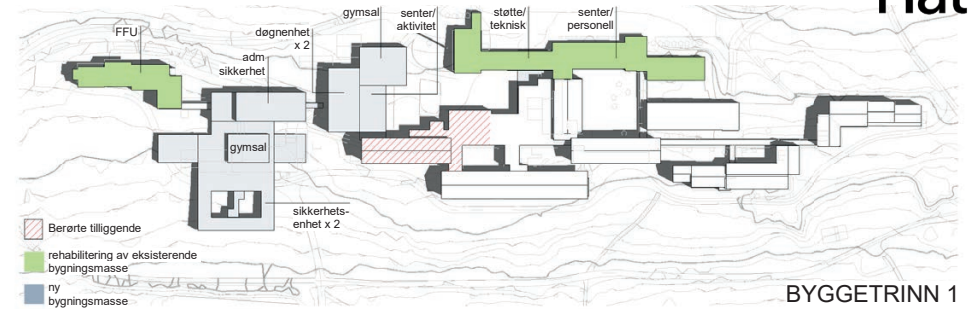


Før igangsetting rives bygg 6. I første byggetrinn bygges sikkerhetsbygg og to døgnenheter. Før igangsetting av byggetrinn 2 flytter pasientvirksomhet fra bygg 3, 4 og 5 til nybygg. Ved ferdigstilling flytter resterende pasientvirksomhet på sykehuset og fra rusenhetene på øvre Åsgård inn i nybygg. I ferdigstilt anlegg er Bygg 7 tenkt benyttet til FFU, bygg 10 og 11 er tenkt benyttet til administrative funksjoner. Bygg 8 og 9 gjenbrukes delvis til fellesfunksjoner. Bygg 1 og bygg 2 kan frigjøres til andre funksjoner for UNN.

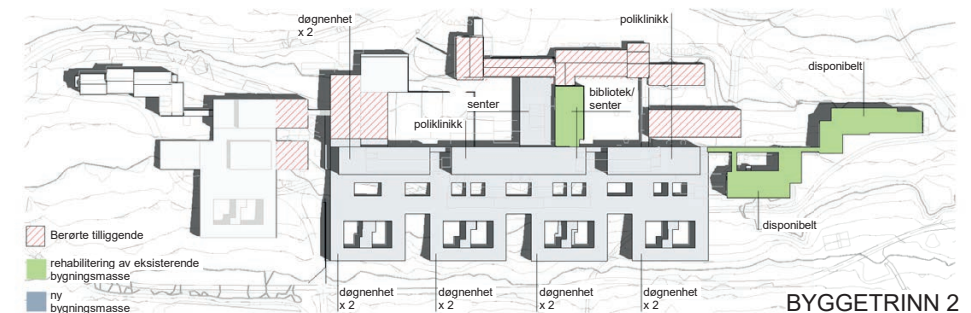
På Åsgård er en av utfordringene at man har samtidighet i drift og bygging. Dette kan forandre en utførelse som innebærer større bruk av prefabrikasjon og elementbygging for å ta ned støy under oppføring. Den foreslåtte bygningsstrukturen på Åsgård er godt egnet for oppføring som modulbasert bygging. Strukturen har lav høyde, høy grad av generalitet og repetisjon. Det er gode tilkomstmuligheter fra vest, slik at etter utførte grunnarbeider vil det være mulig å heise på plass større bygningslementer/moduler. Dette vil kunne redusere og forkorte periode med byggestøy og gi tett hus raskere.

UNN PHR Nye arealer

Ratio



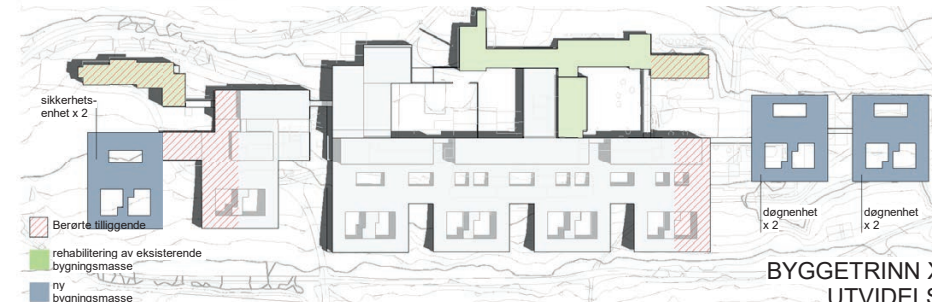
BYGGETRINN 1



BYGGETRINN 2



FERDIGSTILT



BYGGETRINN X - UTVIDELSE

ÅB

Delt løsning

Breivika&Åsgård

UNN PHR Nye arealer



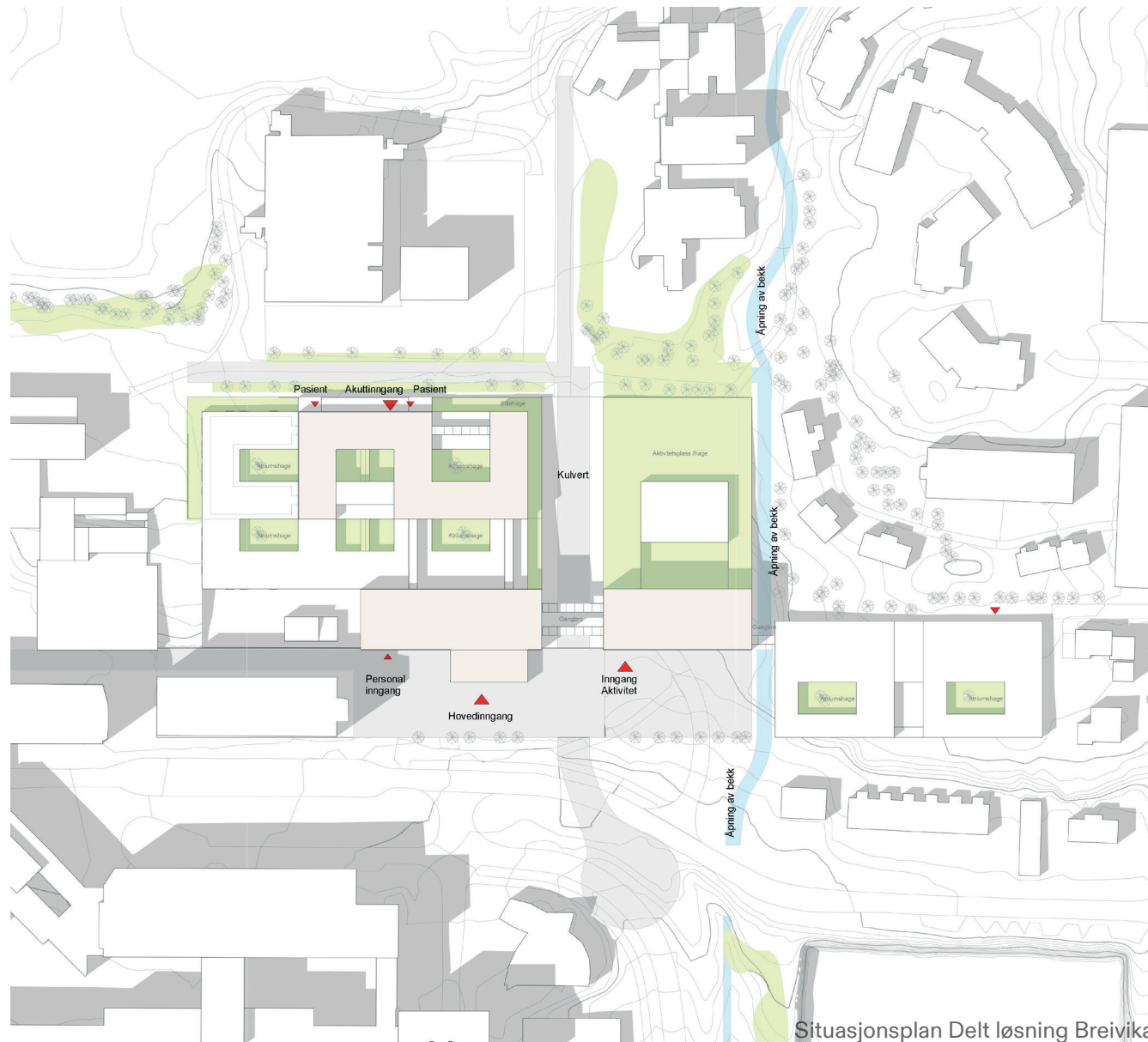
Sak 24/2022 - side 192 av 301 Breivika B - delt



Åsgård Å - delt

Alternativ B

Ratio

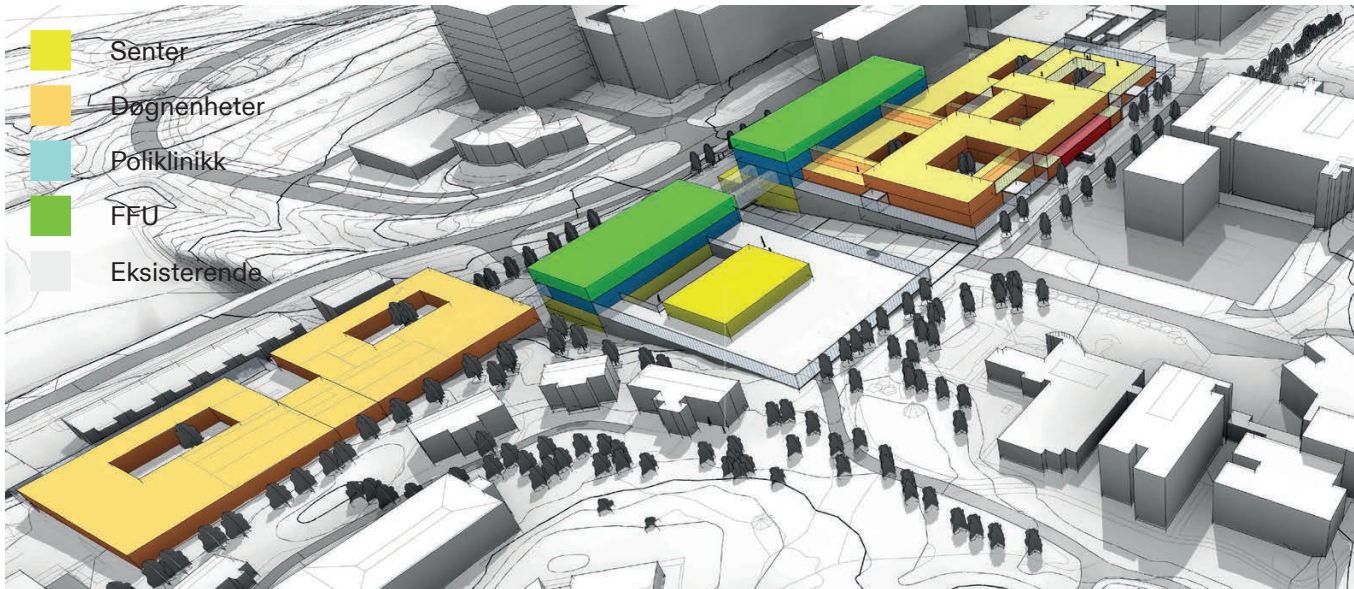


B delt - tomtehold

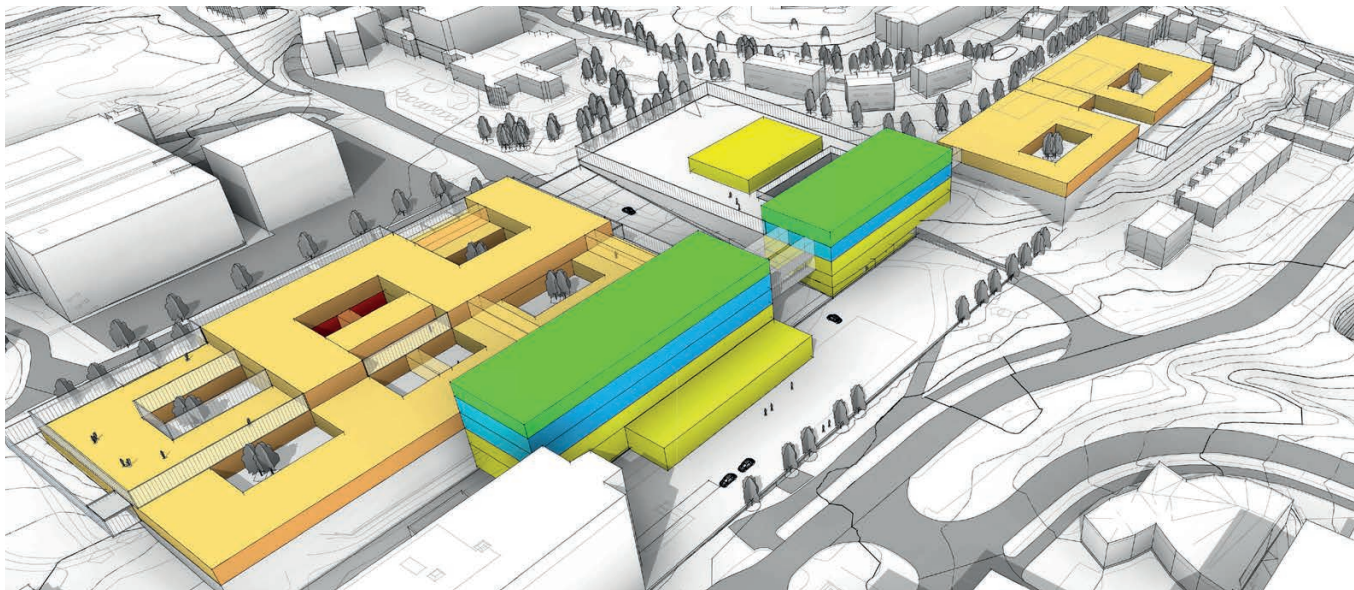
I delt løsning fordeles virksomheten på tomtearealene i Breivika og på Åsgård. Tomt S1 for Sikkerhetspsykiatrisk seksjon utgår i dette alternativet.

For delt løsning Breivika vil tomteforhold belyst i Breivika B3 gjelde. For beskrivelse av relevante faktorer for tomten vises til dette temaet på side 6 Alternativ Breivika B3.

Alternativ B



mot nordvest



mot sørøst

UNN PHR Nye arealer

Ratio

B delt - konseptforslag

Konsept for delt alternativ bygger på de respektive konseptforslagene på hver tomt. Løsningene er skalert ned, men prinsippene er de samme. Konseptene er til en viss grad fleksible og skalerbare. Det vises derfor til beskrivelse konseptforslag i alternativ B3 se side 8.

Ved å dele funksjonene mellom to steder er det mindre areal som skal inn på hvert sted og det gir større areal til å forbedre løsningene, spesielt i Breivika .

I Breivika delt vil det være mulig å få et uteområde i bygningsanlegget mellom døgnerhetene i nord og døgnerhetene i sør. Frontbyggene reduseres i høyde og generell reduksjon av bygningsvolum vil gi bedre lysforhold og bedre utsiktsforhold og mindre ulemper for nabobebyggelse, spesielt for boligområdet i nord.

Alternativ B



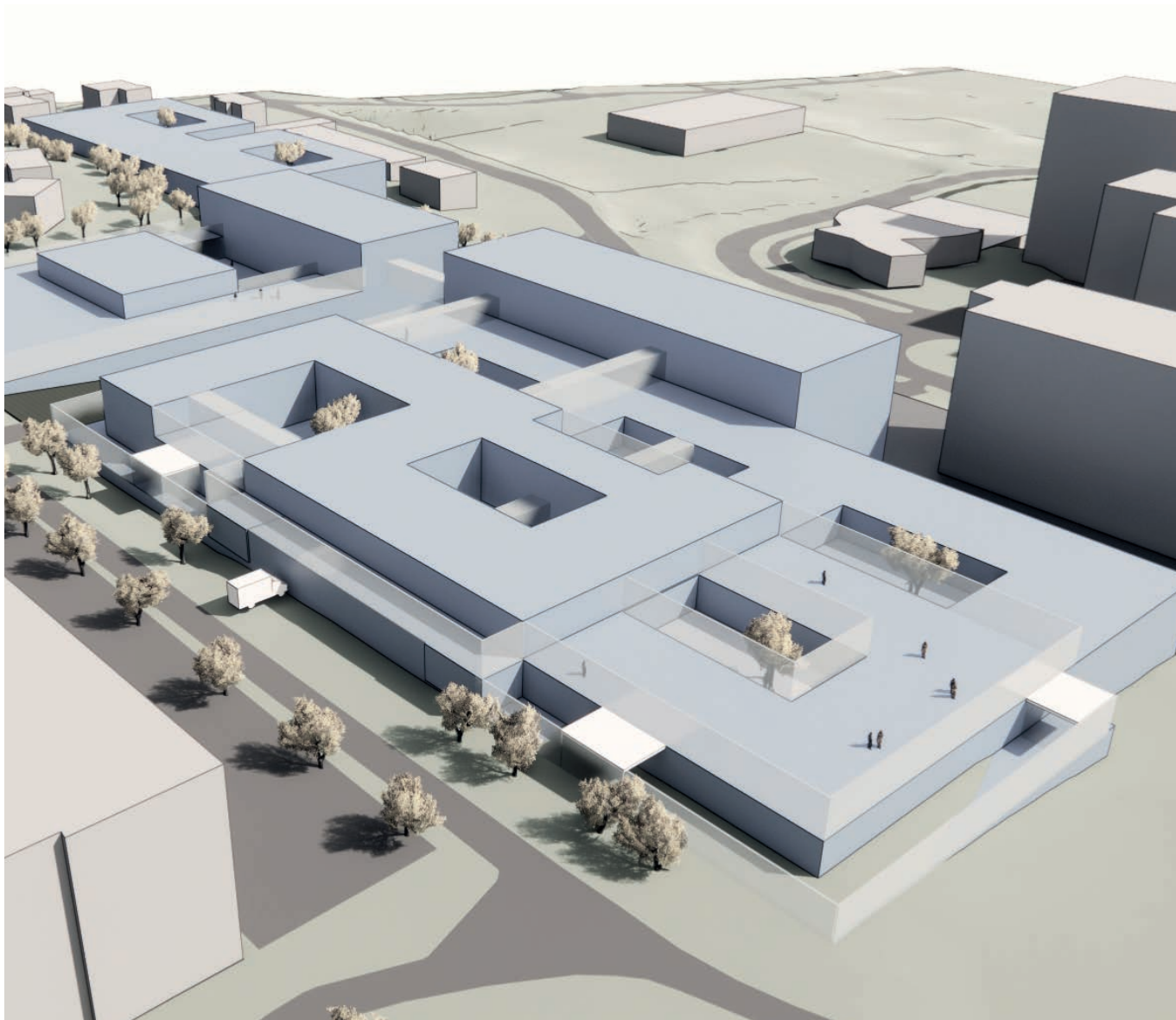
mot sørøst



mot vest



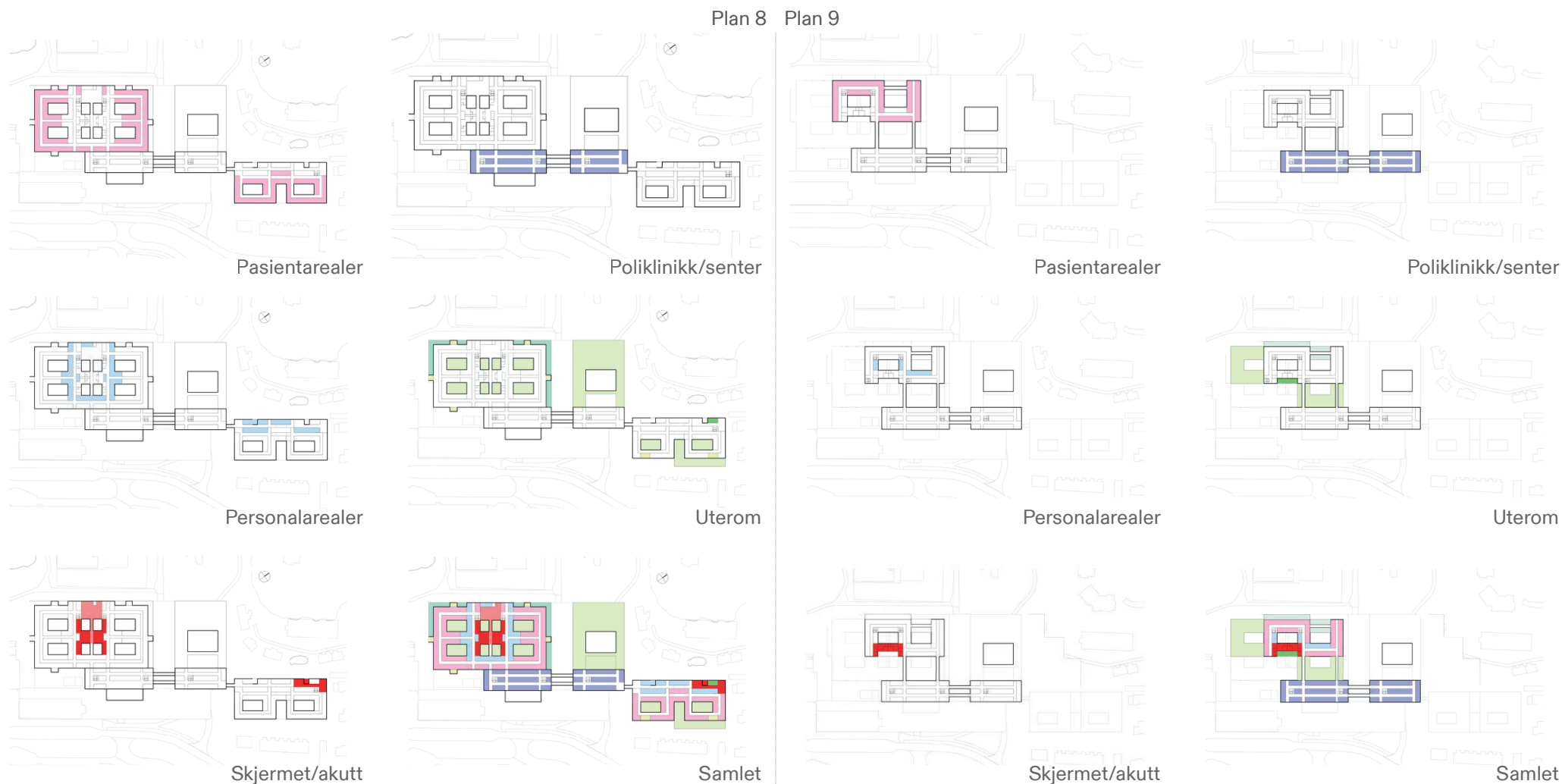
mot nord



mot sørvest

Alternativ B

Ratio

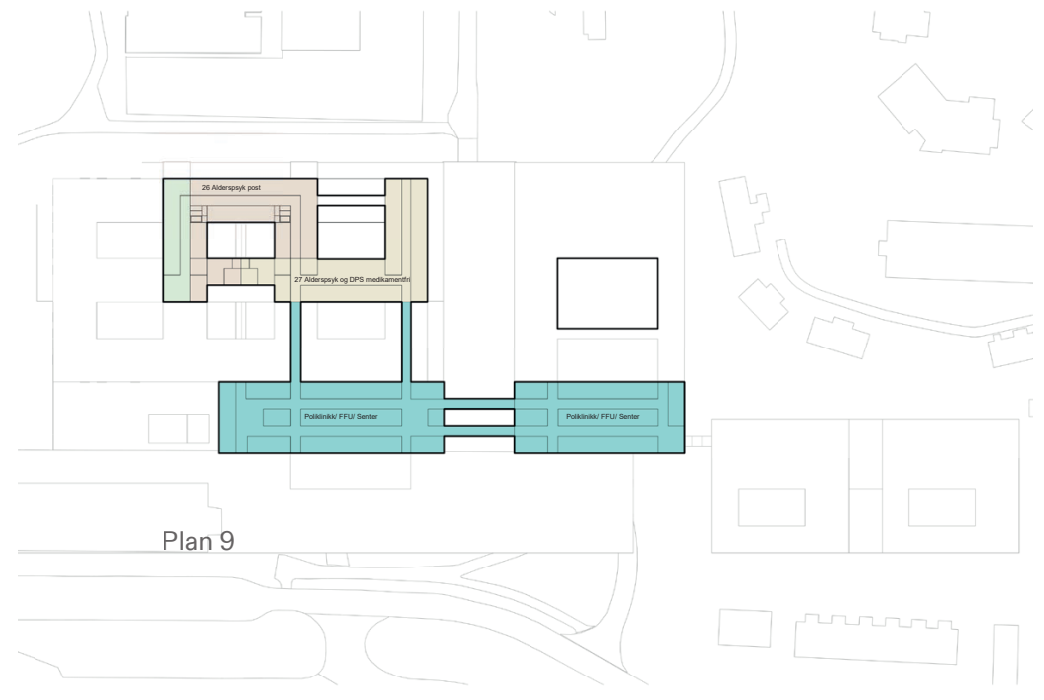
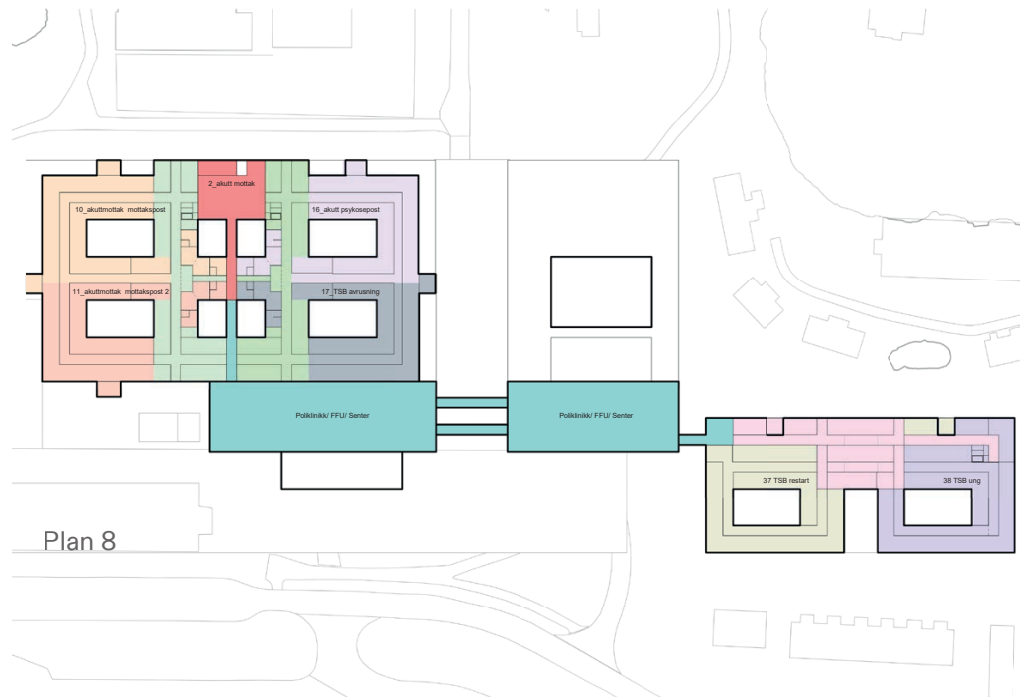


B delt - funksjonsdiagrammer

Funksjonsdiagrammene viser organisering, nær og flyt i anlegget.

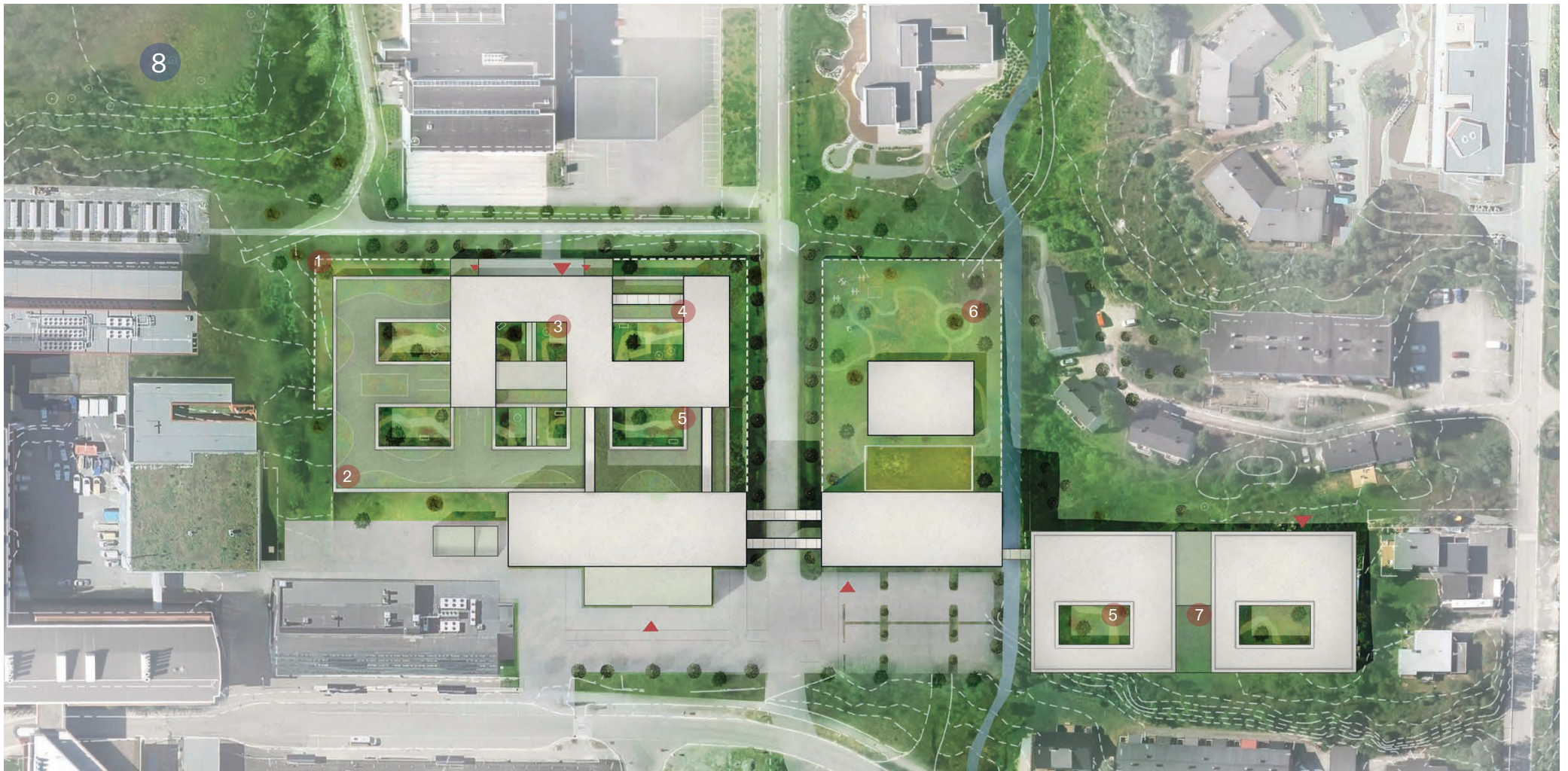
Alternativ B

Ratio



B delt Avdelingsoversikt

- | | |
|---|---|
| ■ 02_Akuttmottak | ■ 37 TSB Restart |
| ■ 10_Akuttmottak mottakspost | ■ 38 TSB Ung |
| ■ 11_Akuttmottak mottakspost 2 | ■ 37_38_Felles |
| ■ 10_11_Felles | ■ 60_Fellesareal |
| ■ 16_akutt psykosepost | ■ 71_Poliklinikk |
| ■ 17_TSB avrusning | ■ 80_Fag forskning utdanning |
| ■ 16_17 Felles | |



- 1. Forhage
- 2. Takhage
- 3. Skjermet hage
- 4. Terrasse
- 5. Atriumshage
- 6. Aktivitetsområde
- 7. Stillehage
- 8. Forslag om fellespark med UNN UIT

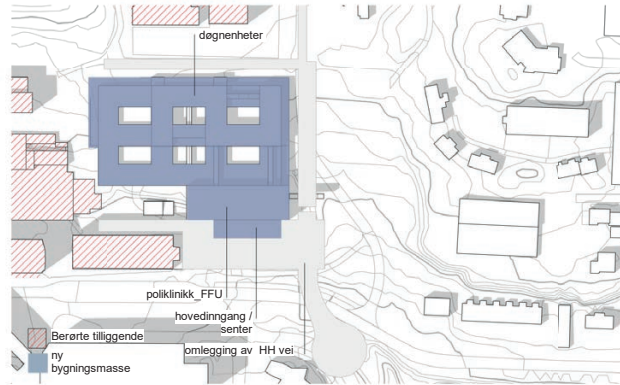
Situasjon Breivika - B delt løsning
typer uterom

Alternativ B

Ratio



EKSISTERENDE



BYGGETRINN 1



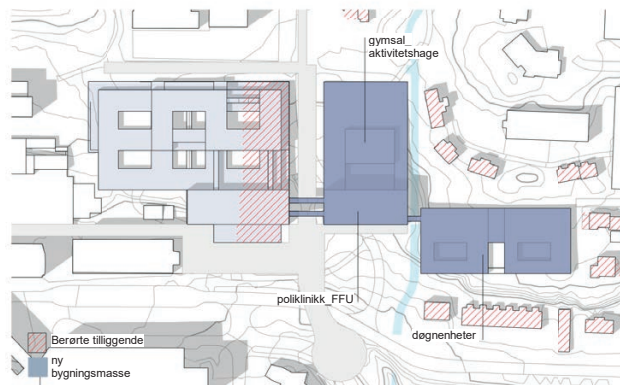
FERDIGSTILT

B Gjennomføring

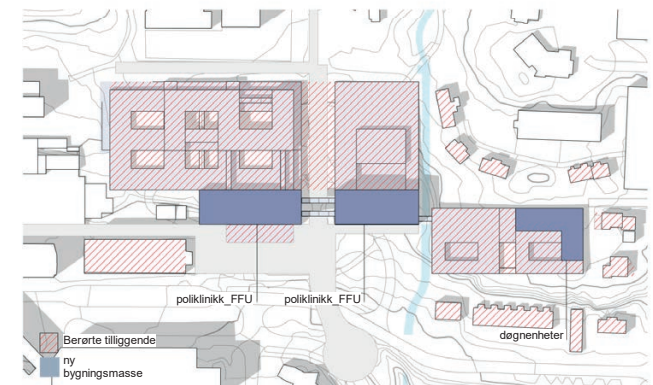
Som for gjennomføring av alternativ B3 vil det være mange interesser og forhold som krever koordinerte løp både eksterne og interne.

Omkringliggende sykehus- og universitetsfunksjoner bl.a avdeling for komparativ medisin og PET-senter har sensitiv virksomhet og byggearbeider må utføres skånsomt av hensyn til dette. Tilkomst til virksomheter som Tannbygget, BUPA og Helsehuset må sikres og opprettholdes under byggeperiode for UNN PHR.

Kompleksiteten av samlede forhold medfører at utbyggingen i Brevika trolig må utføres i to byggetrinn slik at trafikkavvikling og, virksomheter rundt kan ha normal drift i byggeperioden.



BYGGETRINN 2



BYGGETRINN X
UTVIDELSE

Byggetrinn 1 : utbygging av tomt 1, kulvert, ny vei og nytt kryss. Midlertidig vei legges over tomt 2.

Byggetrinn 2 : tomt 2 bygges, uteareal trafikk flyttes til ny vei og bekkeløp etableres.

Alternativ Å

Ratio



Omfang riving

Rives



Å delt Situasjonsplan

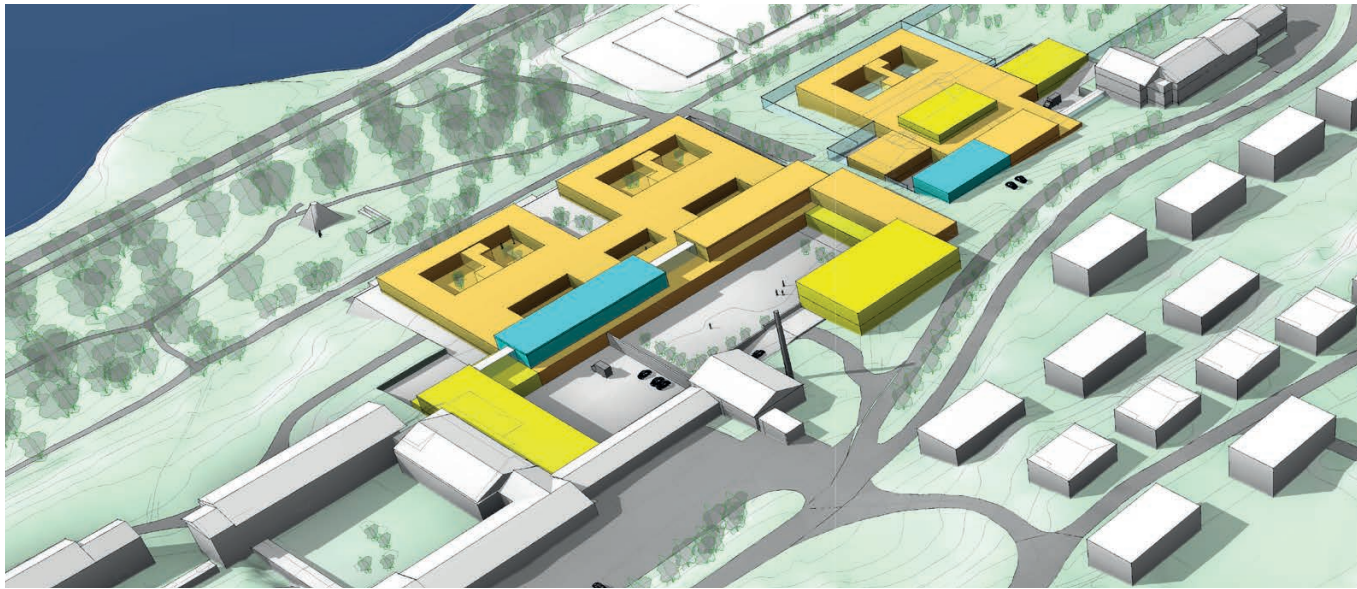
Delt løsning på Åsgård innebærer at det er behov for mindre del av arealet på Åsgård og det åpner at det store tomtearealet kan fradeles, og enten selges eller leies ut.

Det er den nordre delen som bebygges, UNN beholder selv de fredede bygningene 7 og 10.

Ellers gjelder de samme momenter som for Åsgård Å3. Se side 26 for beskrivelse av tomt.

Alternativ Å

Ratio



mot øst



mot vest

UNN PHR Nye arealer

Å delt Konseptforslag

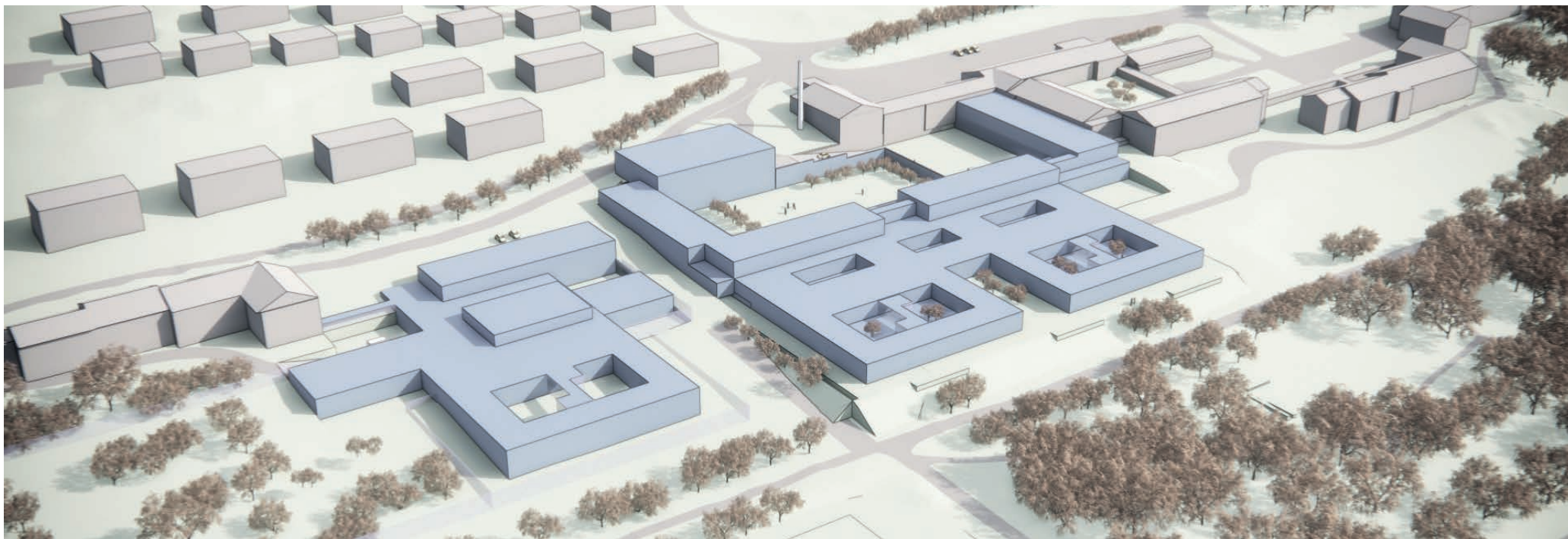
Løsningene i delt alternativ bygger på hovedkonseptene for hver tomt. Løsningene er skalert ned, men prinsippene i konseptforslagene er de samme. Å delt er en forkortet utgave av alternativ Å3 og det vises til beskrivelse av konseptforslag Å3 for beskrivelse av hovedgrep (se s 30).

I det delte alternativet på Åsgård er det i hovedsak arealer for pasientbehandling og lite med administrasjons- og undervisningsarealer og poliklinisk virksomhet.

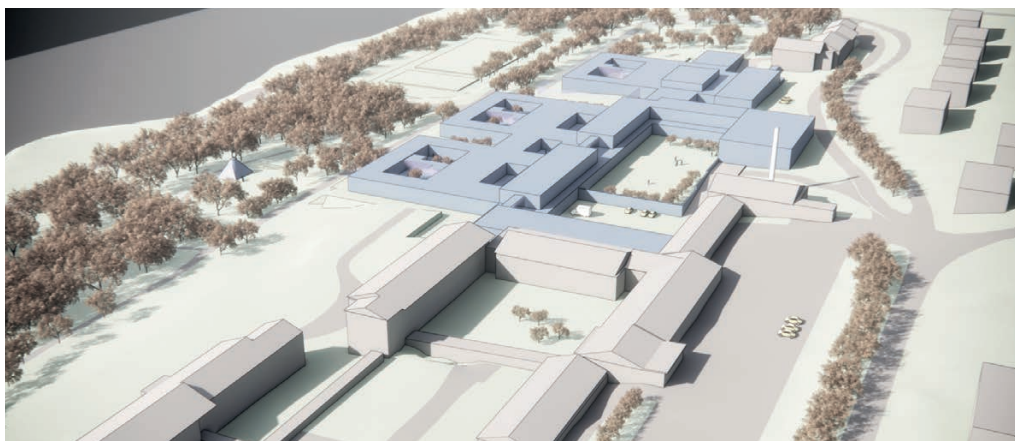
Fire døgneheter er lagt på bakkeplan i tillegg til Sikkerhetspsykiatrisk seksjon som løses tilsvarende som i alternativ Å3. All pasientbehandling er i tråd med programmet lagt i nybygg. De eksisterende byggene er ikke benyttet til programareal.

I delt alternativ er en større andel av døgneheter på bakkeplan. Kun avdeling for medikamentfri behandling er plassert i andre etasje på Åsgård.

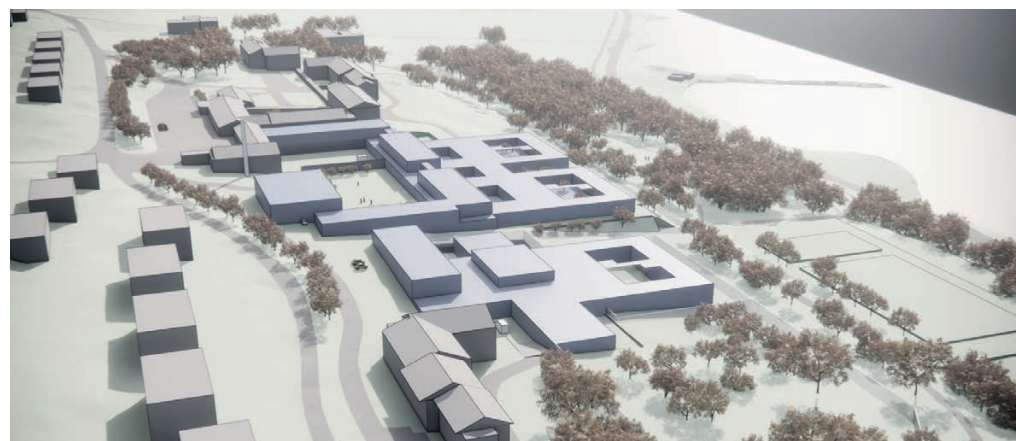
Sikkerhetspsykiatrisk seksjon har intern forbindelse til resten av anlegget, og har samme løsning som i Å3.



mot vest



mot sørøst



mot nord

Alternativ Å

Ratio



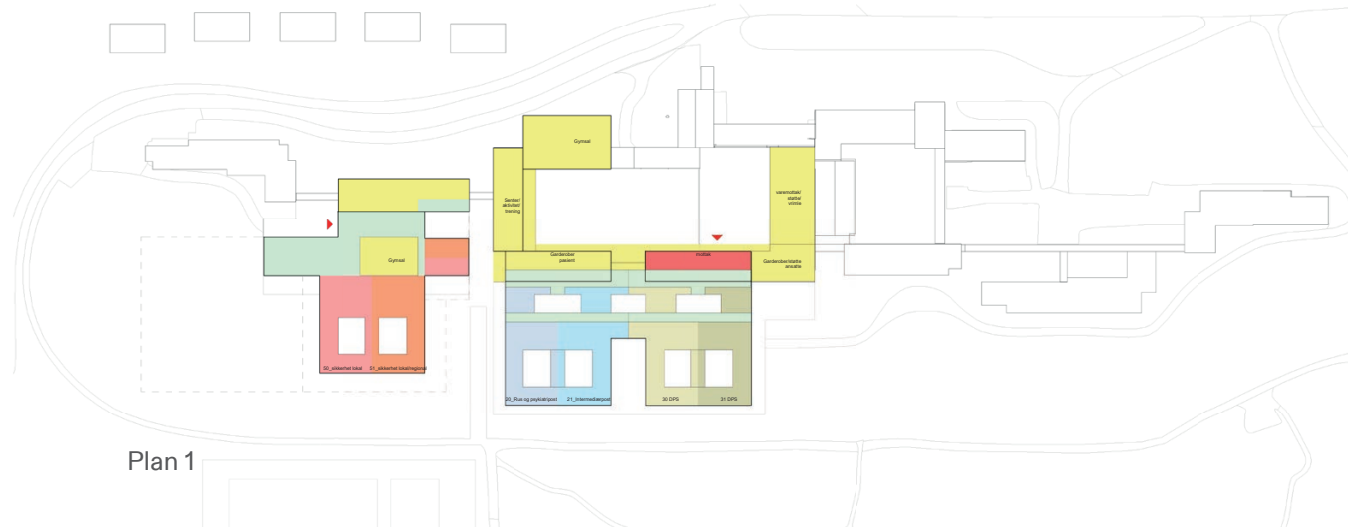
Å_delt Funksjonsdiagrammer

Funksjonsdiagrammene viser organisering, nærhet og flyt i anlegget.

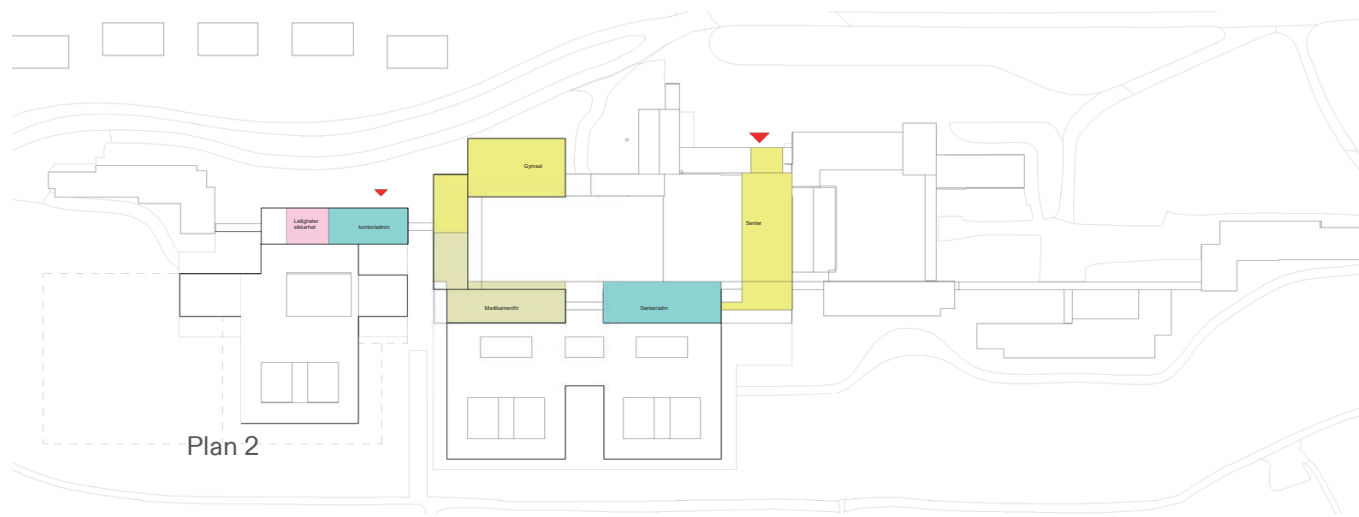
Alternativ Å

Ratio

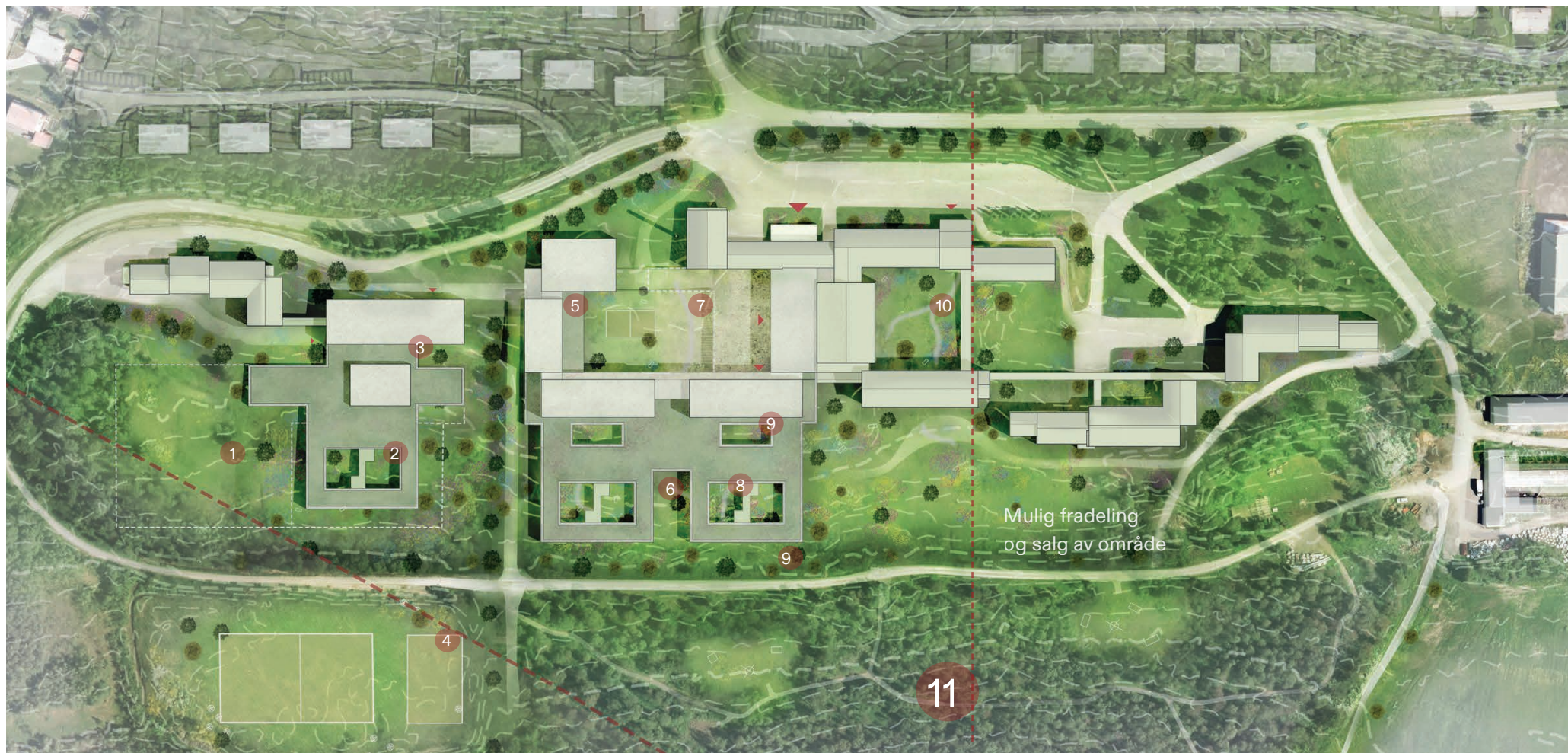
Å delt - Avdelingsoversikt



- 20_Rus og psykiatripost
 - 21_Intermediærpost
 - 20_21 Felles
 - 30 DPS
 - 31 DPS
- 30_31_Felles
 - 50_Sikkerhet lokal
 - 50_Sikkerhet lokal/regional
 - 60_Fellesareal
 - 71_Poliklinikk



Ingen poliklinikker og lite støttearealer.



Situasjon Åsgård Å - delt løsning typer uterom

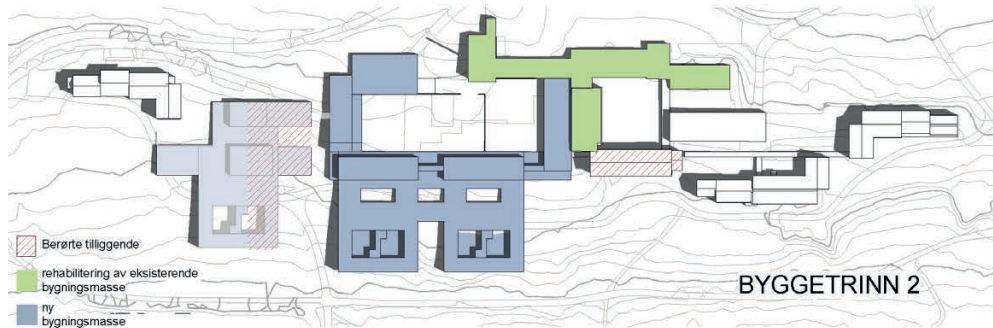
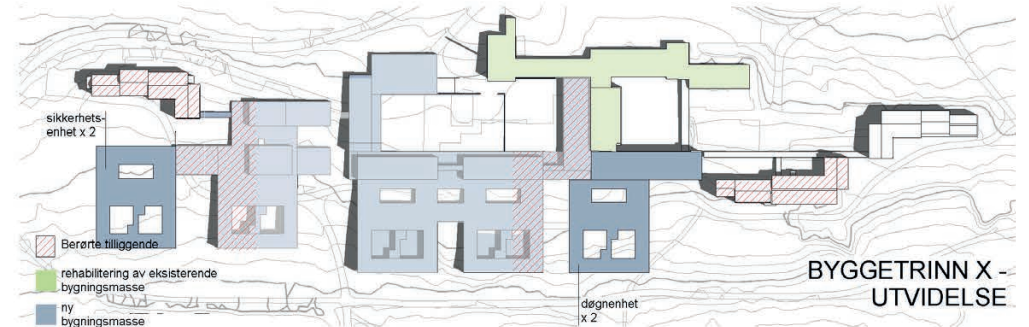
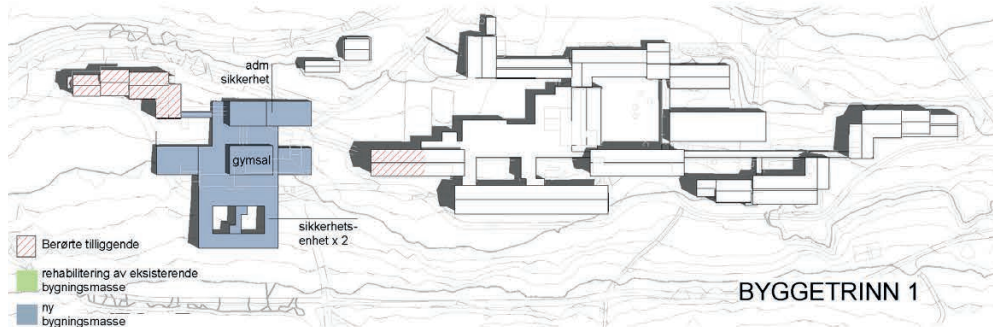
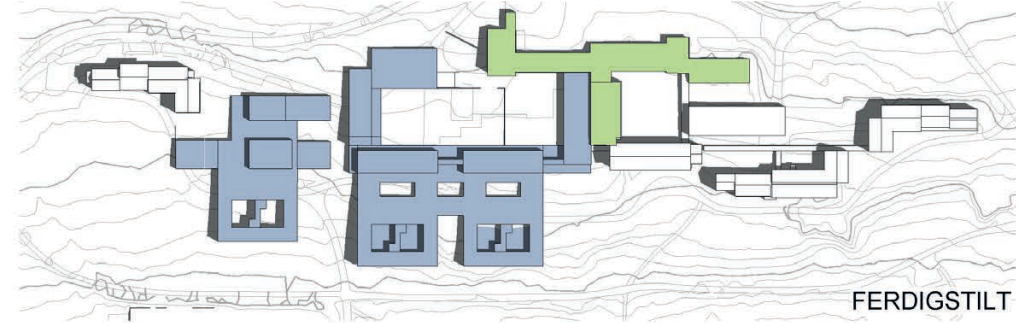
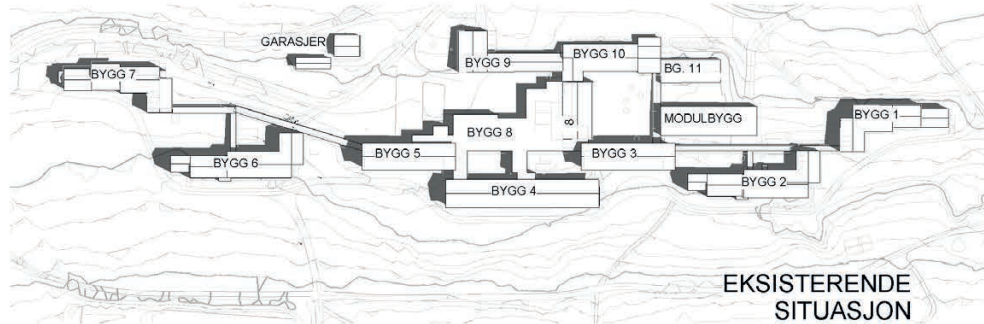
- 1. Område sikkerhet
- 2. Atriumshage
- 3. Skjermet hage
- 4. Aktivitetsområde

- 5. Terrasser
- 6. Stillehage
- 7. Aktivitetsgård
- 8. Atriumshage

- 9. Markterrasse
- 10. Eksisterende hage
- 11. Friluftsområde

Alternativ Å

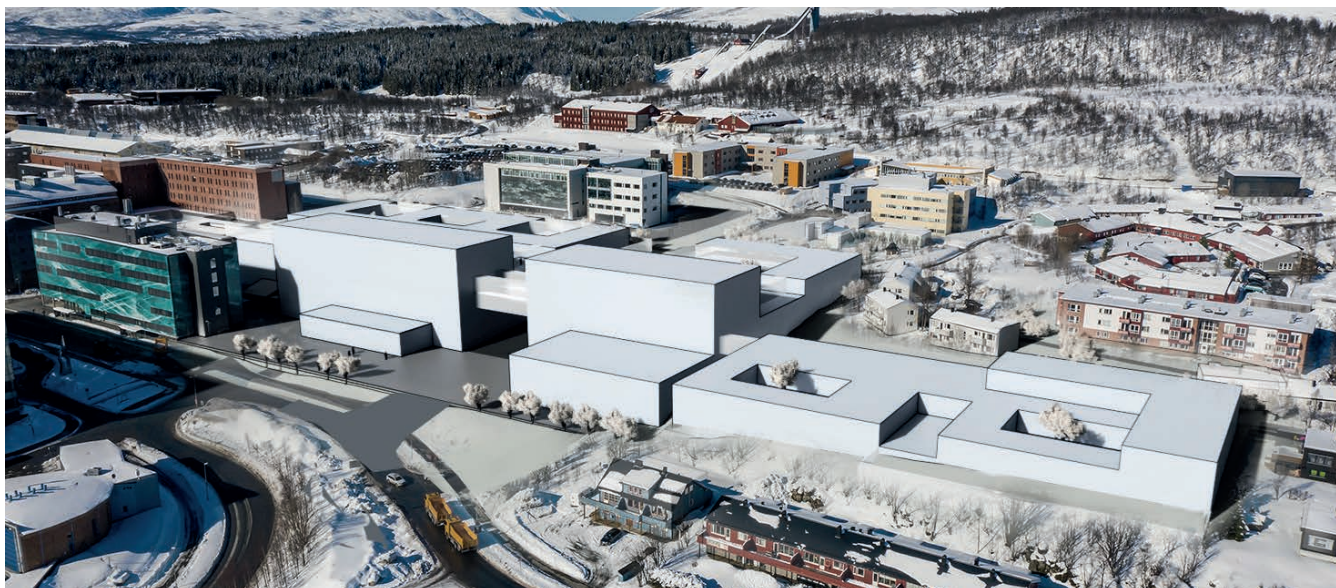
Ratio



Å Gjennomføring

Som for alternativ Å3 vil det være sykehusdrift under bygging på Å delt. Det er et premiss at Sikkerhetsbygget bygges først grunnet at virksomheten er svært vanskelig å innlemme i et rokadeprojekt. Gjennomføringen er skissert med to byggetrinn Rokade for delt løsning vil være forenklet i BT2 enn i alternativ Å3 og færre enheter blir påvirket av støy.

Før byggetrinn 1 rives bygg 6, i byggetrinn 1 bygges Sikkerhetsbygg.
Før byggetrinn 2 flytter pasienter i bygg 4 og 5 til nybygg i hhv Åsgård og Breivika
I byggetrinn 2 bygges fire døgnenheter, medikamentfri og adm. senter.
Bygg 1, bygg 2, bygg 3, bygg 7 og bygg 10 kan frigjøres til andre funksjoner.

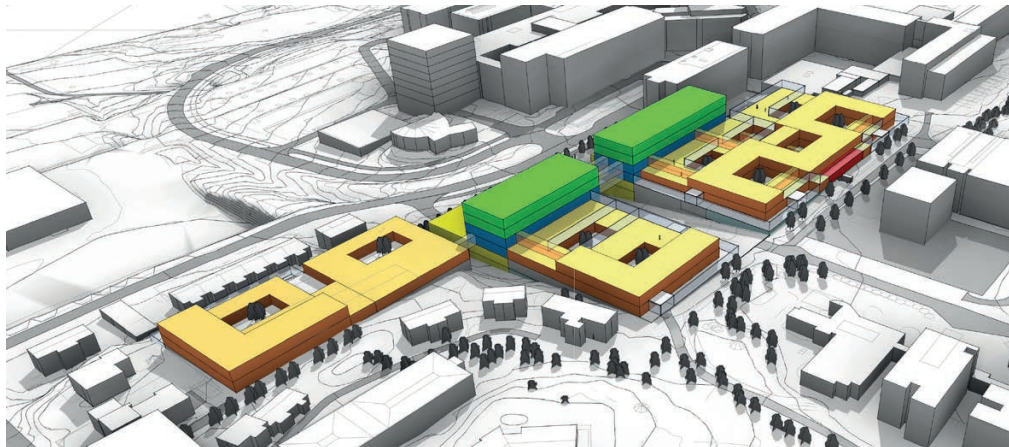


Breivika B3 mot nordøst



Breivika B3 mot vest

Oppsummering Breivika B3 + s1



Breivika B3 mot nordvest

Alternativ B3 - arkitektfaglig vurdering

Breivikatomtens med sin beliggenhet og begrensede størrelse krever et bygningskonsept som i stor grad dreier seg om å skjerme seg fra omgivelsene. Høy bygningsmasse mot øst skjermer pasientområder mot aktivitet og støy fra sykehusets forplass. Forhager er nødvendig for å hindre innsyn og begrense tilgang utenfra. Disse bygningsmessige grepene gjør at løsningen i Breivika fremstår som en introvert struktur. Tomtens beskaffenhet gir pasientområdene begrenset utsikt og liten grad av tilgang til større skjermede utearealer.

I konseptforslaget på tomten i Breivika oppfylles byggprogrammets rent funksjonelle krav, men tomtens karakter gjør det svært utfordrende å oppfylle kvalitetskrav knyttet til ro, utsikt og gode lysforhold samt ivaretagelse av krav om tilgang til skjermede uteområder av en viss størrelse. Gjennomføringsmessig er alternativet utfordrende med mange interesser og forhold som krever koordinerte løp. Trange forhold og mange hensyn til tilstøtende bygg, gir liten fleksibilitet og generalitet i bygget. Utvidelse må skje i høyden, det kan være med på forringe kvaliteter på det bygde bl.a for lysforhold.

Alternativ S1 - arkitektfaglig vurdering

Tomten og omgivelsene oppfyller isolert sett kravene satt til de sikkerhetspsykiatriske enheter og det vil være gode muligheter for å lage kvalitetsmessig gode arealer for pasientene på området S1 så lenge det blir satt av nok areal til skjerming. Gode muligheter for utvidelser.

Avstanden til UNN Breivika er en km noe som er utenfor satte betingelser. Tromsø kommune har signalisert at utnyttelse til Sikkerhetsbygg, ikke er i tråd med overordnede planer for området

	B3 TSB / PHV	S1 SIKKERHET RSA/LSA
Omgivelser og tomt	Travel, tett befolket	Romslige forhold
Utsikt til natur	Liten grad av utsikt til natur fra pasientområder /døgneheter.	Gode utsynsforhold
Utearealer	Liten tilgang til større skjermede uterom, kun direkte tilgang til atrier for pasient.	God tilgang til egnede utearealer for virksomheten
Innsynsproblematikk	Høy grad av innsyn fra omkringliggende bygg. Fullverdig skjerming er vanskelig å oppnå	Lite innsynsproblematikk
Støyforhold	Rød støvsone i deler av anlegget krever dispensasjon, kompensierende tiltak i fasade, tilgang, bør reguleres ved helikopterankomst/avgang.	Ikke undersøkt, antatt ikke være spesiell problematikk med helikopter og flystøy på tomt for S1.
Dagslysforhold	Noe skygge fra omkringliggende bebyggelse, perioder med lite sollys ned i atrier, skjermet i vinterhalvåret.	Ingen skygge fra omkringliggende bebyggelse.
Døgneheter /pasientområder	Atrier med tre sider av to etasjer, Lys og interne innsynsforhold vil påvirkes, begrenset tilgang på skjermet uterom	Atrieløsninger og pasientområder på et plan, gode lysforhold
Senterfunksjon	Utstrakt avstand i anlegget, senterfunksjon splittes av vei, forbindes med kulvert og bro.	Ikke del av anlegget.
Nærhet og flyt	Anlegget er todelt forbindes med kulvert og bro, Sikkerhetsbygg er 1 km unna øvrig PHR.	Avstand til øvrig virksomhet UNN PHR er 1 km unna.
Generalitet og fleksibilitet, utvidelse	Lite robust for endringer tomtestørrelse gir begrensning. Utvidelse i høyde har tar lys, utvidelser på eksterne tomter.	Robust for endringer og utvidelse
Gjennomføring	Rekkefølgebestemmelser ift overordnede planer. Trang byggeplass vil medføre ulemper for ekstern virksomhet inkl. somatikk.	Tiltak ikke ihht overordnede planer i kommunen, kan påvirke. Bygging av S1 anses ikke som problematisk
Kultur og miljø	Nærhet til universitet og somatikk. Miljømessig gunstig å bygge på parkeringsplass.	Ikke i hht til miljøstandard å bygge på tidligere ubebygde areal.



Åsgård Å3 mot nord



Åsgård Å3 mot sør

Oppsummering Åsgård Å3



Åsgård Å3 mot sørvest

Å3 - arkitektfaglig vurdering

På Åsgård er bygningskonseptet i all hovedsak en tilpasning av nybygg inn i den eksisterende struktur av Åsgårdanlegget av i dag. Dette gjør det i større grad enklere å legge ut byggeprogrammet på Åsgårdtomten. Pasientområdene legges mot vest, noe som ivaretar lys og utsikt og skjermes mot øst med høyere nybygg eller bevart eksisterende bygningsmasse.

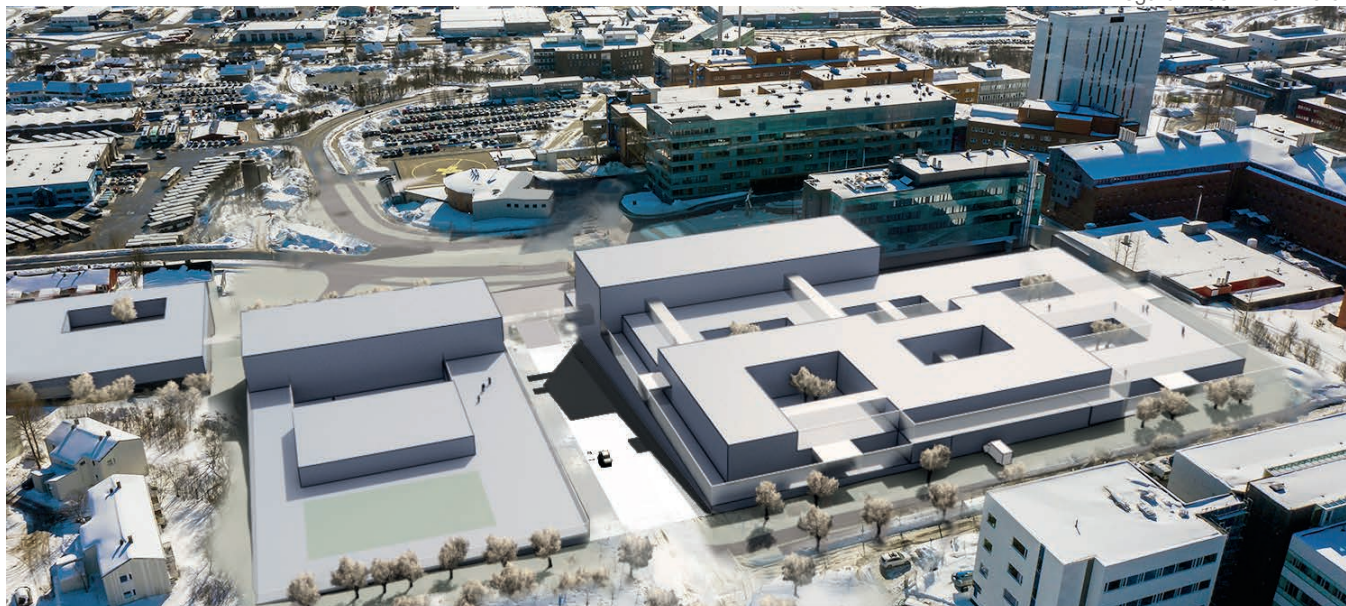
Åsgårdtomtens størrelse og omgivelser gir stor grad av mulighet for å ivareta kvaliteter som ro, utsikt og gode lysforhold. Den åpner også for mulighet til direkte tilgang til større skjermede/kontrollerte uteområder for pasient. Eksisterende naturområde mot vest har reminisenser av tidligere aktiviteter som fotballbane, festivalscene og gartneri og utgjør et potensiale. Ved fremtidig opprustning kan de inngå i terapeutiske tilbud som del av et evt. nytt Åsgård som bærer av identitet, historisk og kulturell verdi.

Utfordringen på Åsgård er i stor grad knyttet til samtidighet bygg/ drift, byggetrinn og rokkade. Gjenbruk av eksisterende bygg er utfordrende, men gir også en kvalitet. Samspillet og integrering av de eksisterende kvaliteter i de vernede byggene vil gi anlegget en unik karakter og estetisk kvalitet.

	Å3
Omgivelser og tomt	Landlig, rolig, gode plassforhold
Utsikt til natur	Stor grad av utsikt til natur
Utearealer	God tilgang også til større skjermede uterom, i tillegg til atrier.
Innsynsproblematikk	Liten grad av innsyn fra omkringliggende bygg.
Støyforhold	Gul støysone for hele anlegget. Kompenserende tiltak kan være nødvendige for enkelte uteplasser.
Dagslysforhold	Lite skygge fra omkringliggende bebyggelse
Døgneheter /pasientområder	Atrier har kun en etasje, kun interne innsynsforhold, god tilgang til bakkeplan og differensierte uteområder og bevegelse ut
Senterfunksjon	Ligger sentralt i anlegget, avstander forkortet i denne fasen.
Nærhet og flyt	Hovedkorridor ivaretar nærhet, Sikkerhetsbygg er tilknyttet via glassgate. God nærhet mellom aktivitet, senter og døgneheter.
Generalitet og fleksibilitet utvidelse	Robust for endringer, god tomtestørrelse gir muligheter for utvidelser. Ledige arealer i eksisterende bygg som kan benyttes.
Gjennomføring	Samtidighet i drift og bygging gir ulemper for intern virksomhet ift støy og drift på hver side av byggegrupp. Godt egnet for modulbygg, kan avhjelpe støy og byggetid.
Kultur og miljø	Eksisterende kvaliteter i bygg og kultur i virksomhet kan bygges videre på. Miljømessig god bærekraft å ta vare på bygg og miljø -

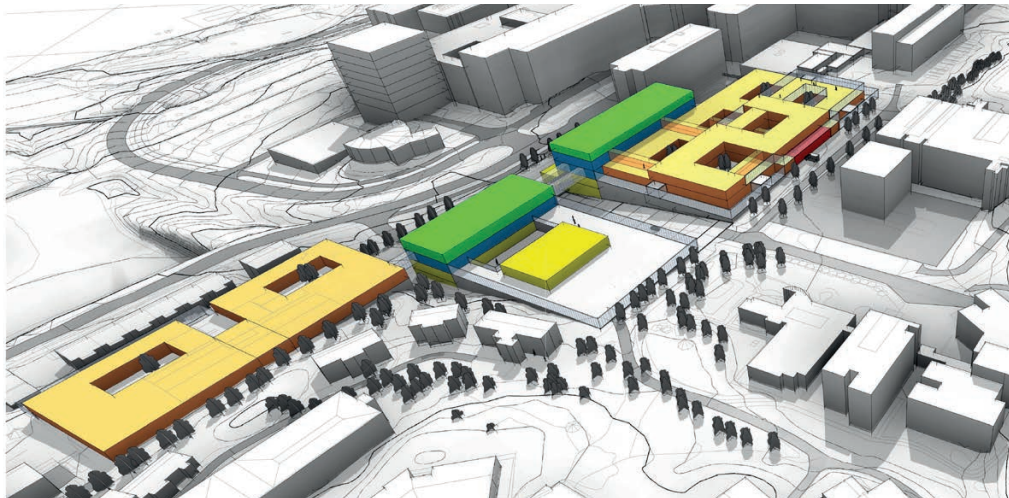


Åsgård Å delt mot nord



Brevika B delt mot vest

Oppsummering
ÅB delt løsning



Brevika B delt mot nordvest

Alternativ ÅB - arkitektfaglig vurdering

Konsept for delt alternativ bygger på de respektive konseptforslagene på hver tomt. Løsningene er skalert ned, men prinsippene er de samme. Flere forhold og momenter, som gjelder for alternativ Å3 og alternativ B3 vil derfor gjelde for delt løsning ÅB.

I B delt vil det være et vesentlig behov for å skjerme seg fra omgivelsene. Forhager er nødvendig for å hindre innsyn og begrense tilgang utenfra. Utsikt fra døgnenheter er begrenset. B delt vil i stor grad fremstå som et introvert anlegg. Tilgang til uteområder av en viss størrelse er mulig å etablere, men får innsyn fra nabotomt (LHL).

Utvidelsespotensialet bedres i delt løsning, da det kan bygges andre etasjer som i B3. B delt oppfyller isolert sett de rent funksjonelle krav, men tomtens karakter gjør det svært utfordrende å oppfylle generelle og spesifikke kvalitetskrav knyttet til ro, utsikt og gode lysforhold.

I Å delt benyttes ikke eksisterende bygg til programareal ihht premiss om at all klinisk virksomhet skal være i nybygg. Å delt fremstår underprogrammert med få nødvendige støttearealer, areal antas å måtte øke. Evt salg av tomteareal i sør medfører usikkerhet knyttet til mulig bebyggelse tett på og evt reduksjon av tilgjengelig friareal. Å delt har gode muligheter for utvidelse. Kvalitetskrav knyttet til ro, utsikt og gode lysforhold i tillegg til god tilgang til differensierte uteområder kan oppfylles.

	B delt	Å delt
Omgivelser og tomt	Travel, tett befolket	Landlig, rolig, gode plassforhold.
Utsikt til natur	Liten grad av utsikt til natur fra pasientområder /døgnenheter.	Stor grad av utsikt til natur fra pasientområder /døgnenheter
Uteområder	Tilgang til eget større uteareal, liten tilgang til større skjermede uterom, kun direkte til skjermede atrier for pasient.	God tilgang også til større skjermede uterom, i tillegg til atrier.
Innsynsproblematikk	Høy grad av innsyn fra omkringliggende bygg. Fullverdig skjerming er vanskelig å oppnå.	Liten grad av innsyn fra omkringliggende bygg. Usikkert ved evt. salg av deler av tomt.
Støyforhold	Rød støysone og gul støysone for deler av anlegget. Støytiltak i fasade	Gul støysone for hele anlegget. Støytiltak for enkelte uteplasser kan være nødvendig.
Dagslysforhold	Noe skygge fra omkringliggende bebyggelse. I perioder vinterstid lite sollys i atrier på skjermet.	Lite skygge fra omkringliggende bebyggelse
Pasientområder	Atrier med vegger i to etasjer på tre sider. Lys og interne innsynsforhold påvirkes, begrenset utgang påvirker bevegelsesmuligheter.	Atrier har kun en etasje, god tilgang til bakkeplan og differensierte uteområder, gode bevegelsesmuligheter ut.
Senterfunksjon	Utstrakt avstand i anlegget, senterfunksjon splittes av vei, forbindes med kulvert og bro.	Uavklart hvordan senterfunksjon håndteres i delt alternativ Å. Uavklart hvordan mottak håndteres i delt alternativ Å.
Nærhet og flyt	Virksomheten splittes på to lokasjoner bl.a poliklinikker ikke sammen med DPS. Sikkerhet ikke nær akutt.	Virksomheten splittes på to lokasjoner bl.a. DPS splittes fra poliklinikk. Sikkerhet ikke nærhet til akutt, alle rusenheter flyttes fra Åsgård
Generalitet og fleksibilitet, utvidelse	Noe bedret for utvidelse og endring ift B3	Robust for endringer, god tomtestørrelse gir muligheter for utvidelser. Ledige arealer i eksisterende bygg som kan benyttes
Gjennomføring	Rekkefølgebestemmelser ift overordnede planer. Trang byggeplass vil medføre ulemper for ekstern virksomhet inkl. somatikk.	Samtidighet i drift og bygging. Rokade har ulemper for intern virksomhet ift. støy. Noe mindre omfattende enn i Å3.
Kultur og miljø	Nærhet universitet og somatikk. Miljømessig god bærekraft å bygge på parkeringsplass.	Kan bygge videre på eksisterende virksomhetskultur. Miljømessig lite bærekraftig å ikke utnytte eksisterende bygg til virksomheten.

Lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk

En undersøkelse blant åtte helseforetak



Lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk

En undersøkelse blant åtte helseforetak

Tone Opdahl Mo og Arild Vassenden

Foto/ill. forside:

Takhage for alderspsykiatrisk post, Tønsberg, Foto: Siv.no

Oversiktsbilde Sørlandet sykehus Ill: Rambøll

Oversikt Drammen sykehus Ill: Link Arkitektur, Ratio Arkitekter og Bølgeblikk/ Aestetica

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn	4
2.1 Forståelsen av oppdraget	4
3. Metode	5
3.1 Utvalg av prosjekter og foretak	5
3.2 Gjennomføring av undersøkelsen	6
3.2.1 Intervjuguide	6
3.2.2 Utvalg av intervjupersoner	7
3.2.3 Gjennomføring av intervjuer	7
3.3 Avgrensninger	8
3.4 Utvalget i kontekst	8
4. Lokalisering av bygg	11
4.1 Tomtealternativer	11
4.2 Løsninger for lokalisering	11
4.3 Tiltak for sammenheng i tjenestene	15
4.4 Vurderinger ved valg av lokalisering	17
4.5 Organisasjonsutvikling for å utvikle samarbeid	22
5. Uteområder	24
5.1 Løsninger for uteområder	24
5.2 Vurderinger ved utforming av uteområder	26
6. Avrunding	28
7. Vedlegg	29
7.1 Vedlegg 1: Innsikt fra Chalmers-rapporten	29
7.2 Vedlegg 2: Gjennomgang av hvert enkelt prosjekt/foretak	33
7.2.1 Nordlandssykehuset HF, Rønvik	33
7.2.2 St. Olavs hospital HF: Akuttbygg Østmarka og Senter for psykisk helse	36
7.2.3 Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg	40
7.2.4 Sørlandet sykehus HF, Kristiansand	44
7.2.5 Helse Fonna HF, Haugesund sykehus	48
7.2.6 Sykehuset Østfold HF, Kalnes	50
7.2.7 Akershus universitetssykehus HF (AHUS), Senter for psykisk helse, Nordbyhagen	54
7.2.8 Vestre Viken HF: Drammen sykehus	56

1. Sammendrag

Som del av arbeidet med utredning av det faglige grunnlaget for ulike alternativer for nytt bygg for psykisk helsevern og rus ved UNN, ble det innhentet informasjon fra et utvalg av nybyggprosjekter i Norge. Datainnsamlingen ble avgrenset til å se på de faktiske løsningene som er planlagt eller realisert for et utvalg ulike prosjekter og helseforetak, når det gjelder lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk. Gjennomgangen omfatter også uteromsløsninger. Videre beskrives vurderinger og avveininger som ligger til grunn for de valgene som er foretatt, samt informantenes vurdering av styrker og svakheter ved de valgte løsningene.

Intervjuene viser at nærhet til somatisk spesialisthelsetjeneste løftes frem som det viktigste hensynet i forbindelse med valg av lokalisering av bygg for psykisk helsevern for de inkluderte prosjektene/foretakene. Ingen oppga nærhet til grøntområder eller tilgang til natur som den viktigste grunnen til valgt lokalisering, men gode uteområder påpekes som vesentlig, og noe det har vært arbeidet mye med å finne gode løsninger for.

Vurderingene knyttet til de valgte lokaliseringsløsningene begrunnes ut fra flere forhold:

- Bedre kvalitet i tilbudet til pasientene ved bedre sammenheng i tjenestetilbudet
- Bedre helsetjenester for de pasientene som har størst behov for helsehjelp på tvers av psykisk helsevern/TSB og somatikk – styrke somatisk fokus
- Samle enheter for psykisk helsevern – sterkere fagmiljø
- Normalisering og avstigmatisering gjennom felles lokalisering

Det ble tydelig understreket fra flere at lokalisering nært somatikk i seg selv ikke fører til bedre samarbeid. Det er nødvendig å ta initiativ, og aktivt etablere samarbeidsrelasjoner, prosesser og systemer for å få effekt av lokalisering i nærheten av hverandre.

Løsninger med lave bygg og direkte utgang til grønne lunger/uteområder synes å være en slags gullstandard og en referanseramme for vurderingene av muligheter i prosjektene. Varierte uteområder som tilrettelegger for pasienter i ulike situasjoner og med ulike behov fremheves som viktig. Det understrekes behov både for tilretteleggelse av aktivitet og for ro. Alle prosjektene/foretakene etablerer atrier, og noen også balkonger og andre typer uteromsløsninger i tilknytning til bygget. De fleste har etablert direkte utgang til uteområde for en del av pasientene i døgnområder. Flere har laget egne skjermede uteområder for pasienter på skjerming. Takhager er tegnet inn eller tatt i bruk i flere av prosjektene. Det er lagt stor vekt på å få til variasjon i uteromsløsningene for ulike grupper. Flere fremhever at dette er noe de er fornøyde med å ha fått til, men det påpekes også at det vil vise seg hvordan det fungerer i praksis.

Prioritering av å bygge nært inntil somatiske bygg har gjort det utfordrende å få til løsninger med lav byggehøyde, noe som bidrar til at det kan være varierende hvor godt atriene gir innslipp av dagslys og sol og forhindrer innsyn. Et par bygg er etablert med en etasje og direkte utgang til atrier, men for de fleste er det flere etasjer rundt atriene. Enkelte prosjekter preges av tettbygde omgivelser og har begrensede grønne områder rundt byggene. Tilrettelagte uteområder nært byggene finnes i mindre grad, men mange av prosjektene har tilgang til grøntområder i nærheten av byggene.

2. Bakgrunn

Helse Nord RHF (Helse Nord) behandlet den 30. juni 2021 styresak 91-2021, Arealer til psykisk helse og rusbehandling – konseptfase og valg av tomt, Universitetssykehuset Nord-Norge – Tromsø. Styresaken var en delbeslutning etter første fase av konseptfaseutredningen for prosjektet og omhandlet hovedprogram for prosjektet og tomteplassing av bygg. Styret gjorde et vedtak i 8 punkter, og ba Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) om å følge opp 5 av punktene (2, 3, 4, 6 og 7) i videre utredning, samt å legge fram en oppdatert tidsplan for konseptfasen.

Styret i UNN fremmet en orienteringssak (sak 72-4) som beskrev hvordan AD i UNN ville legge til rette for at det videre arbeidet gjennomføres på en måte som sikrer at styret i Helse Nord får den informasjonen de etterspurte ved neste styrebehandling.

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

2.1 Forståelsen av oppdraget

Som del av arbeidet med utredning av det faglige grunnlaget for ulike alternativer for nytt bygg for psykisk helsevern og rus ved UNN, ble det innhentet informasjon fra et utvalg av nybyggprosjekter i Norge. Datainnsamlingen ble avgrenset til å se på de faktiske løsningene som er planlagt eller realisert for et utvalg ulike prosjekter og helseforetak, når det gjelder lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk. Dette omfatter også hvilke uteroms løsninger den valgte løsningen omfatter. Videre beskrives vurderinger og avveininger som ligger til grunn for de valgene som er foretatt, samt informantenes vurdering av styrker og svakheter ved de valgte løsningene.

Gjennomgangen har til hensikt å bidra til å skaffe et bredere kunnskapsgrunnlag for vurdering av de ulike alternativene i UNN-prosjektet, ved å beskrive løsninger og

vurderinger som ligger til grunn for valg av lokalisering av bygg og utforming av uteromsløsninger i andre relevante prosjekter og foretak. Utvalget av prosjekter og foretak er gjort for å skaffe kunnskap om vurderinger som er gjort for å legge til rette for gode fremtidige løsninger. Derfor ble det valgt ut prosjekter som er under planlegging eller i byggefase, eller som relativt nylig har tatt nye lokaler i bruk. Intervjuspørsmålene var i hovedsak rettet inn mot de fremtidige løsningene, og erfaringer med dagens situasjon har i begrenset grad vært tema.

3. Metode

For å besvare oppdraget ble det gjennomført en intervjuundersøkelse i åtte norske helseforetak. I samarbeid med klinikkledelsen og OU-prosjektet i UNN ble det gjort noen avgrensninger av intervjuundersøkelsen. Det ble vurdert at kunnskap fra intervjuer i utvalgte norske prosjekter ville svare ut oppdraget. Vurdering av løsninger fra andre land er i dette arbeidet begrenset til gjennomgang av svenske og danske prosjekter som er gjort i Konseptprogram om bygg for psykisk helse fra Chalmers¹. Se presentasjon i vedlegg 1 i denne rapporten.

3.1 Utvalg av prosjekter og foretak

Det ble gjort et utvalg av prosjekter og foretak som representerer ulike valg når det gjelder nærhet mellom bygg. Dette for å sikre at undersøkelsen skulle omfatte ulike valgsituasjoner og rammebetingelser, og vurderinger som er gjort av ulike alternative løsninger.

For å sikre at ulike typer løsninger skulle være representert blant de prosjektene som skulle inkluderes i undersøkelsen, ble de satt i ulike kategorier i henhold til avstand mellom de ulike delene av tjenestene (PHV, somatikk, TSB).

Begrepet «samlokalisering» benyttes som begrep på samling av tjenester. I diskusjon om lokalisering av bygg for psykisk helsevern snakker man ofte om samlokalisering med somatikk og evt TSB. I noen sammenhenger benyttes begrepet konkret om plassering av tjenester i samme lokaler, mens man i andre sammenhenger snakker om tjenester på samme område, men med noe avstand. I noen tilfelles brukes også integrert eller «helintegrert» på lignende måte.

Vi har benyttet tre ulike nærhetskategorier:

1. Samlokalisert/helintegrert: Funksjoner er på samme arbeidsflate
2. Nærlokalisert: Gangavstand mellom bygg
3. Lokalisert med avstand: Kjøreavstand med personbil eller ambulanse

¹ [Konseptprogram Lokaler-för-psykiatri.pdf \(sykehusbygg.no\)](#)

To av foretakene i utvalget har en såkalt «delt» løsning. Det vil si at deler av psykisk helsevern er lokalisert i gangavstand til somatikk, mens andre deler av psykisk helsevern ligger i kjøreavstand (5-10 km unna).

St. Olavs hospital HF er representert to steder i tabellen, og det er gjennomført to ulike intervjuer i dette foretaket. Dette er fordi det var ønskelig både å inkludere akuttbygget på Østmarka, som åpnet i 2017, og planleggingen av Senter for psykisk helse på Øya, som nå er i konseptfase.

Tabell 1 Oversikt over prosjekter og helseforetak i intervjuundersøkelsen

Avstand mellom psykisk helsevern og somatikk	Prosjekter under planlegging/bygging	Innflyttet
Kjøreavstand (somatikk- phv)	Nordlandssykehuset HF, Rønvik (TSB i gangavstand)	St. Olavs hospital HF, akuttbygg psykisk helsevern Østmarka, (Innflyttet 2017)
Gangavstand phv-somatikk (Kulvert, gangbro, eller noen hundre meters avstand mellom byggene)	Sørlandet sykehus HF, Kristiansand Akershus universitetssykehus HF, AHUS Vestre Viken HF, Drammen	Østfoldsykehuset Kalnes (Innflyttet 2015)
Integrert løsning (felles arbeidsflater)	(Drammen planlegger felles akuttmtottak med somatikk)	Helse Fonna HF, Haugesund sjukehus (Integrert akuttmtottak, innflyttet august 2021)
Delt løsning (deler av phv i gangavstand fra somatikk, andre deler i kjøreavstand)	St. Olavs hospital HF, Senter for psykisk helse, Øya	Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg (Innflyttet 2019)

De fleste foretakene i undersøkelsen har distriktpsikiatriske sentre (DPS, allmennpsykiatriske tjenester) som ligger et annet sted enn der spesialisttjenestene er lokalisert. Unntak fra dette er St. Olavs hospital Østmarka og Nordlandssykehuset Rønvik, som har gangavstand mellom spesialisthelsetjenester innen PHV og DPS. I dette prosjektet betraktes ikke løsninger der DPS er plassert i kjøreavstand til psykiatrisk helsetjeneste på spesialistnivå som et delt alternativ. Beskrivelsen «delt» brukes om situasjoner der noen enheter innen spesialistnivået i psykisk helsevern er lokalisert et annet sted enn andre deler av psykisk helsevern på samme nivå.

3.2 Gjennomføring av undersøkelsen

Undersøkelsen ble gjennomført i perioden november 2021 – januar 2022.

3.2.1 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med klinikkleddelsen i UNN, OU-prosjektet og prosjektorgasasjonen i byggeprosjektet.

Intervjuene ble gjennomført som en semistrukturert intervjuprosess innenfor noen hovedtemaer og hovedspørsmål. Det ble stilt relativt åpne spørsmål for å gi intervjupersonene rom til å bruke egne ord.

Intervjuguiden omfattet disse temaene:

Lokalisering og plassering av enheter

- Valgmuligheter mht lokalisering og tomt
- Løsninger for lokalisering av ulike deler av virksomheten i forhold til hverandre
- Tiltak som kan bidra til sammenhengende tjenester
- Vurderinger som ligger til grunn for lokalisering
- Styrker og svakheter ved løsninger som er valgt kn til lokalisering

Uteområder

- Løsninger som er planlagt/etablert for uteområder (i bygget/atriene, i nærområdet, og mer perifere natur- og urbane områder)
- Vurderinger som ligger til grunn for utforming og bruk av uteområder
- Styrker og svakheter ved løsningene som er valgt kn til uteområder

3.2.2 Utvalg av intervjupersoner

Undersøkelsen hadde til hensikt å skaffe informasjon om valg som er gjort mht konkrete løsninger for lokalisering av bygg, og vurderinger som lå til grunn for disse valgene. For å kunne besvare spørsmål om slike forhold forutsettes det omfattende kunnskap om prosjektene og de avveiningene som er gjort i et tidlig stadium i prosjektet. Det var derfor viktig å få intervjupersoner som hadde vært tett involvert i planleggingen av nytt bygg, og som hadde den nødvendige oversikt. Brukerperspektiv på denne type forhold vil være ivaretatt ved prosesser for brukermedvirkning i planprosessene. Dette kan være beslutninger som fattes i prosjektets konseptfase, og er dels beslutninger som ligger langt tilbake i tid. Dette gjelder f.eks St. Olavs hospital, som har hatt gjeldende tomt på planen siden byggingen av det somatiske sykehuset (ferdigstilt 2014).

For å få hjelp til å identifisere aktuelle intervjupersoner, ble kolleger i Sykehusbygg som arbeider med de utvalgte prosjektene kontaktet. De inngår i tett samarbeid med helseforetakene om prosjektene, og vil derfor ha oversikt over hvem i foretaket som har den nødvendige oversikt. Dette ble gjort også for å få rask respons ved henvendelse til foretakene. Det ble sendt e-post med beskrivelse av tema for intervjuundersøkelsen til postmottak i hvert HF, med kopi til de foreslåtte informantene, og med spørsmål om å få gjennomføre intervju med vedkommende person.

3.2.3 Gjennomføring av intervjuer

Alle foretak stilte med relevante intervjupersoner. Noen foretak kom med forslag til andre eller supplerende personer å intervju. Informantene kom fra følgende stillingskategorier: Klinikkdirktør/klinikksjef /ass klinikksjef PHV/TSB, prosjektdirektør, brukerkoordinator samhandling, klinikkoordinator, leder for OU-prosjekt, og spesialrådgiver. To av informantene hadde ikke-klinisk bakgrunn, de

resterende hadde klinisk bakgrunn (i hovedsak medisin). En av informantene arbeider ikke lengre i det aktuelle HFet, men sa likevel ja til å stille til intervju.

Det ble gjennomført et forarbeid med gjennomgang av relevant skriftlig materiale (konseptrapporter, andre prosjektdokumenter, samt tegninger av løsninger) for å skaffe oversikt over hovedtrekk i organisasjon og lokalisering før hvert intervju.

Intervjuer av en times varighet ble gjennomført på Teams i 8 foretak, med i alt 11 personer, i perioden 22.11 - 10.12.2021.

Alle intervjuene ble gjennomført av to sykehusplanleggere fra Sykehusbygg HF. Intervjuerne fra Sykehusbygg har ikke deltatt i planlegging/bygging av de aktuelle prosjektene.

3.3 Avgrensninger

Denne undersøkelsen er ikke en evaluering, og den kan ikke fortelle hvordan ulike typer lokaliseringsløsninger fungerer i den kliniske hverdagen, eller hvilke erfaringer pasienter og ansatte har med ulike løsninger. Dette ville kreve en annen tilnærming, og andre intervjupersoner. Det har ikke vært hensikten med denne undersøkelsen.

Undersøkelsen er først og fremst en beskrivelse av konkrete lokaliseringsløsninger, og de vurderinger som ligger til grunn for løsningene. Erfaringer med dagens drift er ikke innhentet. I noen grad har intervjuene gått inn på hvordan man løser ting i dagens situasjon, for å få belyst noen forhold som tematiseres av ulike typer nærhetsløsninger.

3.4 Utvalget i kontekst

De foretakene som undersøkelsen omfatter, representerer ca 40 prosent av døgnplassene i psykisk helsevern og TSB, jfr tabellen nedenfor. De inkluderte foretakene er markert i blått. Tallene for PHV omfatter døgnplasser både på spesialistnivået og i allmennpsykiatri (DPS).

Tabell 2 Spesialisthelsetjenesten, døgnplasser VOP, BUP og TSB 2020. Kilde: Statistikkbanken SSB

	PHV (VOP og BUP)	TSB
Helseregion Sør-Øst totalt	1648	409
Akershus universitetssykehus HF	233	60
Oslo Universitetssykehus HF (2009-)	269	86
Sykehuset Innlandet HF (2003-)	213	49
Sykehuset Østfold HF	187	33
Vestre Viken HF (2009-)	215	49
Sykehuset Telemark HF	121	13
Sykehuset i Vestfold HF	101	46
Sørlandet sykehus HF (2003-)	190	73
Helseregion Vest totalt	793	205
Helse Bergen HF	239	138
Helse Fonna HF	121	14
Helse Førde HF	70	21
Helse Stavanger HF	248	32
Helseregion Midt-Norge totalt	454	109
Helse Nord Trøndelag HF	92	16
Helse Møre og Romsdal HF (2011-)	155	59
St Olavs Hospital HF	207	0
Private inst. m/ driftsavtale Helseregion Midt-Norge	0	34
Helseregion Nord totalt	355	103
Helgelandssykehuset HF	30	8
Finnmarkssykehuset HF	34	12
Nordlandssykehuset HF	124	16
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	167	67

Utvalget av foretak er gjort i samarbeid med UNN, og det har vært lagt vekt på å sette sammen et utvalg av prosjekter og foretak som er ulike mht de forholdene som er aktuelle i valgsituasjonen ved UNN. For å gi en bedre vurdering av om dette er et skjevt utvalg har vi også kort undersøkt om andre større prosjekter i Norge gjør andre valg mht beliggenhet enn de vi har inkludert. Ut fra den oversikten vi har, ser det ut til at prosjektene i vårt utvalg er relativt typiske for lokaliseringsbeslutninger i norske prosjekter. De fleste prosjektene planlegger samlokalisering med somatisk helsetjeneste, men i enkelte tilfeller gjøres det andre valg.

Noen av de større sykehusprosjektene som planlegger samlokalisert løsning (Kun prosjekter som omfatter døgnvirksomhet på spesialistnivå er inkludert):

- Helse Møre og Romsdal, Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)
- Oslo universitetssykehus (OUS)/Aker sykehus
- Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset)
- Helse Førde - Planlegger bygg for psykisk helsevern på samme tomt som somatikk allerede ligger
- Helse Stavanger - Bygger bygg for somatikk på Ullandhaug (fullf. 2024). Psykisk helsevern skal inn i byggetrinn 2. Inntil da blir psykiatrisk behandling på Våland (dagens lokalisering), 5 km unna

Prosjekter som ikke planlegger samlokalisert løsning pr i dag:

- Oslo Universitetssykehus (OUS) planlegger regional sikkerhetsavdeling (RSA) atskilt fra annen psykiatri og fra somatikk

4. Lokalisering av bygg

4.1 Tomtealternativer

De åtte prosjektene/sykehusene som er inkludert i studien representerer ulike valg mht lokalisering i forhold til annen spesialisthelsetjeneste (somatikk og TSB). I to av prosjektene oppføres/oppførtes nybygg for både somatikk og psykisk helsevern samtidig i ulike bygg på samme område (Drammen) eller i samme bygningskompleks (Kalnes). Begge prosjekter hadde flere ulike muligheter mht tomtevalg.

Fem av prosjektene er nybygg for hele eller deler av psykisk helsevern, som oppføres på en tomt der det allerede ligger et somatisk sykehus (Ahus, St. Olav, Tønsberg, Haugesund). Kristiansand oppfører nybygg for psykisk helsevern 500 m unna det somatiske sykehuset.

De prosjektene som valgte å plassere seg nært somatikken hadde få eller ingen andre valgmuligheter enn der prosjektet ble lokalisert. Med utgangspunkt i at man ønsket en tomt nært eksisterende somatiske bygg ble alternativet beskrevet som «gitt». I ett tilfelle hadde den aktuelle tomten vært klar i mange år (St. Olav). I Haugesund har samlokalisering av felles akuttmottak soma/psyk/rus samt akuttpsykpost og avrusing vært inne i nybyggplanene siden konseptfasen.

Ett bygg for psykisk helsevern planlegges oppført 2,5 km unna det somatiske sykehuset (Rønvik). I dette tilfellet var det ikke mulig å få plass på samme tomt som somatikken, og man valgte å planlegge nytt bygg på samme område som eksisterende bygg. Dette tomtevalget ble oppfattet som det beste gitt de mulighetene som forelå.

To av prosjektene har etablert en delt løsning hvor deler av psykisk helsevern lokaliseres sammen med somatikken, og noen enheter lokaliseres noen km unna (St. Olav og Tønsberg). I begge tilfeller var den aktuelle tomten for lokalisering nært somatikk relativt trang, og ville ikke gitt plass til hele virksomheten i PHV samlet. I intervju ble det sagt at det ikke hadde vært vurdert at hele virksomheten (PHV) skulle flytte dit, ettersom deler av virksomheten hadde gode lokaler lengre unna.

Vedlegg 2 inneholder en gjennomgang av hvert enkelt prosjekt med bilder og beskrivelser av løsninger.

4.2 Løsninger for lokalisering

Tabell 3 gir en oversikt over prosjektene/foretakene i undersøkelsen og hvordan psykisk helsevern (PHV), TSB og somatikk er lokalisert i forhold til hverandre. Tabellen viser også lokalisering av lokal sikkerhetsavdeling og DPS.

	PHV i forhold til somatikk	LSA	TSB	DPS
Rønvik Stoppet opp etter steg 1 i konseptfase	2 ½ km unna somatikk	LSA/RSA samlokalisert m PHV	Samlokalisert med Salten DPS 2-300 m unna PHV	2 DPS: Salten DPS (Bodø opptaksområde) 2-300 m unna, og DPS Lofoten og Vesterålen ligger på Gravdal i Lofoten
St Olav Østmarka/Øya Konseptfase	Dagens lokalisering av phv er 5 km unna somatikk. Senter for psykisk helse er under planlegging, og vil få delt løsning/oppgavedeling med sikkerhet (LSA og RSA) og rehab 5 km unna, og alder, akutt mm på samme område som somatikk	LSA og RSA 5 km unna somatikk. Ligger nært enkelte deler av PHV.	Ligger på Øya, 300 m fra kommende senter for psykiatri på Øya	3 DPS: Nidaros DPS (Østmarka) 5 km unna somatikk (samme omr som langtid og sikkerhet), Orkdal DPS (200 m unna Orkdal sykehus), Tiller (10 km unna St Olav, er slått sammen m Orkdal til Nidelv DPS og skal lokaliseres på Østmarka)
Tønsberg Innflyttet 2019	Delt løsning – langtid og sikkerhet (LSA) ligger 9 km unna somatikk. Akutt, alder, ungdomspost mottak/avklaring for phv og akutt rus ligger i gangavstand på samme område som somatikk	LSA 9 km unna somatikk og resten av PHV	Ligger på Nøtterøy, 9 km unna somatikk og PHV	1 DPS (DPS Vestfold) med tre døgnposter og syv poliklinikker hvorav en er ambulant akutteam (AAT). Nøtterøy 3 km unna somatikk (20 pl), DPS Sandefjord (6 pl), DPS Larvik (12 pl)
Kristiansand Byggefase	Bygger nytt bygg 500 m unna somatikk.	LSA samlokalisert med resten av PHV	Lokalisert i Kristiansand, 5 km unna sykehuset på Eg. Arendal (pol og døgn) og Byglandsfjord (døgn). Poliklinikk i tillegg i Mandal, Farsund og Flekkefjord	4 DPS: DPS Strømme (Kristiansand, 8 km unna sykehuset), DPS Østre Agder, DPS Lister (Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal), DPS Solvang
Haugesund Innflyttet 2021	Somatikk, phv og TSB lokalisert i samme bygningskompleks og samme etasje. Helintegrert akuttmottak, Valen sjukehus 3 timer unna	LSA 3 timer unna somatikk og resten av PHV (Valen sjukehus)	TSB i Haugesund (samme område som sykehuset) og på DPSene i Haugaland, Stord og Folgefonn	4 DPS: DPS i Haugaland (4 km unna), Karmøy, Stord og Folgefonn
AHUS Forprosjektfase fra 2022	Phv skal samles på Nordbyhagen i samme område som somatikk	LSA samlokalisert med resten av PHV	Ligger på Nordbyhagen, samme område som somatikk. I tillegg Elvestad, Follo, Groruddalen, Klosteret, Nedre og Øvre Romerike, Kongsvinger	5 DPS, Nedre Romerike er nærmest Ahus, (7 km unna). DPS i Follo, Groruddalen, Kongsvinger og Øvre Romerike.
Kalnes Innflyttet 2015	Nytt bygg hvor somatikk og phv ligger i hver sin fløy. All phv på sykehusnivå er samlet.	LSA samlokalisert med resten av PHV	Ligger i Moss, 28 km unna sykehuset	4 DPS, Fredrikstad, Nordre Østfold (Moss og Mysen)
Drammen Byggefase	Bygger nytt sykehus, både somatikk, phv og TSB samtidig på samme område. Tre bygg i rekke for hhv PHV, TSB og BUP	LSA samlokalisert med resten av PHV	Bygges sammen med de andre på Brakerøya, i eget bygg	5 DPS, Drammen m poliklinikk i sentrum (2 km unna), døgn litt utenfor (Konnerud, 8 km). I tillegg i Bærum, Asker, Kongsberg og Ringerike

Oversikten viser at prosjektene/foretakene i hovedsak har valgt å lokalisere psykisk helsevern i gangavstand til somatikk. Unntak er Rønvik (Nordlandssykehuset), som er lokalisert og planlegger nybygg 2,5 km fra somatikken. Kristiansand har valgt en lokalisering 500 m unna det somatiske sykehuset, noe som kan være i gangavstand, men som i noen tilfeller vil bety behov for transport i bil eller ambulanse.

TSB:

Fem prosjekter/foretak lokaliserer TSB sammen med resten av PHV (Rønvik, St Olav, Haugesund, Ahus og Drammen). Drammen deler TSB ved at rusakutt og avrusing skal inn på Brakerøya. Dette begrunnes med at de har fordeler med fellesskap med somatikk. To seksjoner for rus planlegges samlet utenfor resten av sykehuset. De har pasienter på langtidsbehandling, inntil 3 mnd.

I et par prosjekter hadde man tidlig i planleggingen en diskusjon om å få TSB med i prosjektet, men besluttet å ikke inkludere denne delen av tjenesten. I andre tilfeller var TSB aldri ikke inne i planen for nytt bygg (Dette gjelder for eksempel Kalnes).

LSA:

Fem prosjekter/foretak lokaliserer lokal sikkerhetsavdeling (LSA) sammen med resten av PHV (Rønvik, Kristiansand, Ahus, Kalnes og Drammen).

Totalløsning:

To prosjekter/foretak lokaliserer både somatikk, PHV inkludert LSA, og TSB på samme område (AHUS og Drammen).

Delt løsning:

Som nevnt er det to prosjekt/foretak i utvalget som har lokalisert PHV på to steder. Dette er St. Olav, som planlegger Senter for psykisk helse på Øya i gangavstand til somatikken og TSB, og som har noen enheter på Østmarka 5 km unna.

Det andre foretaket er Sykehuset i Vestfold/Tønsberg, der PHV er delt mellom Tønsberg og Granli (9 km utenfor Tønsberg).

DPS:

DPSene er i de fleste prosjektene/foretakene lokalisert i kjøreavstand fra spesialistnivået. Unntak er Rønvik og St. Olav, hvor DPS ligger i gangavstand fra PHV.

Felles eller delt akuttmottak

Informantene ble spurt hvordan mottak av pasienter planlegges i ny løsning. To prosjekt/foretak har eller planlegger felles mottak med somatikk. Dette er Haugesund, som åpnet et integrert mottak i august 2021, og Drammen, som er i byggefase. Haugesund begrunner sitt valg om å bygge felles akuttmottak slik:

Vi hadde noen identifiserte utfordringer knyttet til behandling av pasienter som ikke fikk tilstrekkelig psykiatrisk eller somatisk oppfølging. Det var en manglende sammenheng i behandlingstilbud på tross av at enhetene lå i nærheten av

hverandre. Vi hadde beliggenhet vegg i vegg, og ting ble fortsatt ikke løst.
(Haugesund)

Haugesund ønsket en bedre behandling av pasienter innlagt med komorbiditet i både psykisk helsevern og somatikk, med utgangspunkt i forskning som dokumenterte komorbiditet, overdødelighet og kortere levealder på grunn av sen eller manglende diagnostisering og underbehandling.

Flere nevnte at felles akuttmottak med somatikk kunne vært ønskelig, men at det ikke var praktisk gjennomførbart fordi de skulle bygge seg inntil allerede eksisterende somatiske bygg som hadde akuttmottak et annet sted på tomten.

Ett prosjekt planlegger separat mottak for PHV og TSB (Ikke ferdig planlagt, beliggenhet i ulike etasjer eller på ulike sider av bygget). (Rønvik)

Fire prosjekter/foretak har eller planlegger felles akuttmottak for PHV og TSB (St. Olav, Tønsberg, Kalnes, Ahus)

Tre prosjekter/foretak har eller planlegger i tillegg mottaks- og avklaringspost for PHV og akutt rus, hvor pasienter kan ligge 1-2 dager (St. Olav, Tønsberg, Kalnes).
Noen av intervjupersonene pekte på at det er ønskelig med en utvikling av akuttmottakets funksjonalitet i retning av å gjøre en mer omfattende vurdering i mottak.

Vi må tenke litt mer som somatikken, at det skal skje en vurdering i mottak. De fleste legges inn, og vurdering skjer etter innleggelse. Vi burde være i stand til å ta stilling til hva som skal skje videre med pasienten allerede i akuttmottaket.
(St.Olav/Østmarka)

Dette ble litt ulikt vurdert. Noen har en mottakspost allerede, mens andre vurderte at vurdering i mottakelsen ikke ville være en gunstig bruk av personellressurser. Flere prosjekter har et utrednings-/utviklingsarbeid i gang for å utvikle løsning for fremtidig mottaksfunksjon (St. Olav, Ahus).

Tabell 4 gir en oversikt over hvor akuttmottak er lokalisert i dag, og der man er i en planleggings- eller byggefase, hvordan det nye akuttmottakets funksjonalitet planlegges:

	Akuttmottak i dag	Fremtid
Rønvik Stoppet opp etter steg 1 i konseptfase	PHV pasienter går rett til akuttpost Akutt rus går til PHV eller til somatikk.	Ønsker akuttmottak med vurdering av videre forløp. Behov for rusakutt.
St Olav Østmarka/Øya Konseptfase	Pasientene mottas inne på akuttposten og det gjøres en vurdering etter innleggelse. Intoxpasienter går til somatisk akuttmottak.	Planlegges felles mottak for PHV og TSB. Vurdering skal gjøres i mottak. Vurderer etablering av observasjonssenger/lettpost. Mottaksprosjekt etablert.
Tønsberg Innflyttet 2019	PHV mottak har mottaks- og avklaringspost for psyk og akutt rus, hvor man kan ligge 1-2 dager Rusakuttmottak organisert inn i akuttpsykiatrisk sløyfe. Sender ruspasienter videre til avrusningspost	
Kristiansand Byggefase	Pasienter tas rett inn i akuttpost	Mottak for PHV
Haugesund Innflyttet sept 2021	Etablert fullintegrert akuttmottak for psykiatri, TSB og somatiske pasienter. Eget venterom for barn, skjermet venterom rus mm. Tverrfaglig kompetanse tilgjengelig i akuttmottaket. Felles skjermingsenhet soma/psyk tilrettelagt for full somatisk overvåking av utagerende/uroelig pas. Telemetriovervåking i avd. for akuttpsykiatri samt avrusingsenhet	
AHUS Forprosjektfase fra 2022	Ikke arbeid med akuttfunksjonen i starten av prosjektet Vurdert at det er behov for en bedre mottaksfunksjon i nytt bygg	Planlegger akuttmottak PHV i plan m hovedinngang. Én inngang, romslig, plass til ambulans, politi, komme raskt til heis, opp til mottakssone på samme plan som sengepost. Legge til rette for effektiv bruk av personale.
Kalnes Innflyttet 2015	Psykiatrisk akuttmottak voksne (PAM) m 8 plasser, hvor pasienter kan ligge 1-2 dager. Pasienter vurderes av psykiater v inntak, og sendes etter kort tid til en annen seksjon enn inntaksseksjonen.	
Drammen Byggefase	Egen mottaksseksjon på Blakstad, 12 senger, 0-3 døgn liggetid. Gjør avklaring og vurdering, undersøkelse inkl somatisk status.	Planlegger felles mottak med somatikk i det nye sykehuset.

4.3 Tiltak for sammenheng i tjenestene

Som del av undersøkelsen ble det spurt om det er iverksatt tiltak for å bedre sammenheng i tjenester mellom somatikk, PHV og TSB. Et eksempel på et slikt tiltak er CL-team (consultation-liaison), en betegnelse på forpliktende samarbeid mellom fagpersoner innen ulike disipliner. Konsultasjonspsykiatri beskriver en PHV-fagpersons vurdering av en pasient på bakgrunn av tilkalling fra somatikken, oftest ut fra behov ift diagnostikk eller rådgivning, eventuelt å gi behandling². Slike tiltak kan være etablert

1. ² Legeforeningen.no: Diseth, T (2019): «Konsultasjon Liaison» - psykiatri; BUP i somatisk medisin

både der psykisk helsevern er lokalisert i gangavstand, og der de er i kjøreavstand fra hverandre.

Undersøkelsen viser at foretakene har etablert tiltak for å sikre sammenheng i behandlingen til pasientene. Det som ble hyppigst nevnt var konsultasjonsordninger fra PHV og evt TSB inn mot somatikk. Nedenfor oppsummeres ulike liaison- ordninger som ble beskrevet:

- Liaisonsteam PHV/senter for psykisk helse i somatikken, rettet inn mot somatikk (de fleste foretakene oppga at de har dette)
- Liaisontjenester eller team fra TSB i rettet inn mot både somatikk og PHV
- Samarbeid om akutttilsyn liaison i somatisk akuttmottak i regi av psykiatrisk bakvakt
- Liaisonkonsultasjoner mellom BUP og barne- og ungdomsklinikk
- Poliklinikk for psykosomatikk og traumer, liaisonfunksjon som dekker flere lokasjoner i samme foretak.

Det er et inntrykk at dette i stor grad går fra psykisk helsevern eller TSB inn mot somatikk. Det påpekes fra de som er lokalisert i kjøreavstand fra somatikk at det kan være vanskelig å få personell fra somatiske enheter til å dra ut, så psykisk helsevern og ruspasienter må bringes til somatikken for konsultasjon, blodprøver mm.

Det ble pekt på at somatikken etterspør mer enn tilsyn fra psykisk helsevern. Det kan være snakk om samarbeid på ulike fagområder, bistand i forbindelse med utagering, og tilstedeværelse i akuttmottak.

Somatikken vil for eksempel gjerne ha psykiatrisk kompetanse til stede inn i sine behandlingssystemer, for eksempel i fedmepoliklinikken, kreft og nevrologi. Og akuttmottaket vil gjerne ha psykiatrisk kompetanse tilgjengelig for å få hjelp til vurdering ved innleggelse. (Østmarka/St. Olav)

Det kom også innspill om at det er ønskelig fra PHV å videreutvikle den psykiatriske tilsynsfunksjonen:

Vi har psykiatrisk tilsynsfunksjon i dag, og ønsker å utvikle den videre. Vi ønsker tettere samarbeid om temaer som selvmordsforsøk, spiseforstyrrelser, geriatri, grenseflaten mot nevrologi. (Drammen)

Evalueringen av Kalnes viste at sykehuset har utarbeidet prosedyrer for å sikre at pasienter får tilsyn av spesialister under oppholdet. Erfaringer som kom frem i evalueringen var at liaisontjenesten bidrar til samhandling begge veier, blant annet når det er behov for psykiatrisk avklaring ved selvpåførte forgiftninger eller

selvmordsforsøk. Det ble også oppgitt at det gikk raskere å få tilsyn på Kalnes enn i det gamle sykehuset³.

4.4 Vurderinger ved valg av lokalisering

Intervjuene viste at hovedbegrunnelsen for valg av lokalisering av bygg for psykisk helsevern var nærhet til somatisk helsetjeneste. Alle prosjektene i undersøkelsen oppga nærhet til somatiske spesialisthelsetjenester som viktig i forbindelse med valg av lokalisering og tomt, selv om løsningene for prosjektene ivaretok slik nærhet i noe ulik grad.

Ingen av de inkluderte prosjektene oppga nærhet til grøntområder eller tilgang til natur som den viktigste grunnen til valgt lokalisering. Det å kunne tilby gode uteområder ble likevel oppgitt som svært vesentlig, og et tema som man hadde brukt mye tid på å diskutere og arbeide for å få best mulig løsning på, gitt tomtens muligheter og begrensninger. Uteområder omtales videre i kapittel 5.

De delte alternativene var utformet ut fra en vurdering av hvilke pasienter som ut fra en faglig vurdering antas å ha størst behov for nærhet til somatikk, og hvilke pasienter som vurderes å ha mindre behov for dette. Det ble sagt at noen pasienter ville ha større nytte av en beliggenhet med god tilgang til uteområder.

Det var flere ulike forhold som ble løftet frem som grunnlag for valg av beliggenhet i forhold til annen spesialisthelsetjeneste:

Bedre kvalitet i tilbudet til pasientene ved bedre sammenheng i tjenestetilbudet

Begrunnelsen for å velge beliggenhet nært somatikk ble knyttet til mulighetene til å få et mer sammenhengende pasientforløp og bedre samarbeid mellom psykisk helsevern/TSB og somatikk. Dette var gjennomgående hos flere intervjupersoner.

Vi ønsket å få et bedre helsetilbud, også innen somatikk, ved å samlokalisere tjenestene. Det ble en forutsetning at alt skulle være samlokalisert. Det var et sterkt ønske om ett felles bygg. (Kalnes)

Vi ville legge til rette for bedre sammenheng i tjenestetilbudet ved å samlokalisere psykisk helsevern og somatikk. Vi får ingen integrerte løsninger, men alt er i gangavstand fra hverandre. (Ahus)

En motivasjon som ble trukket frem var tidligere erfaringer med at samsykelighet ikke ble godt nok tatt tak i. Det ble beskrevet uheldige hendelser hvor pasienter ikke hadde fått god nok behandling, og hvor manglende sammenheng i tilbudet ble sett som del av forklaringen på dette.

³ Evaluering av Kalnes kap 7.5.1.1.

Mange pasienter ble innlagt med samsykelighet. Vi hadde avvik og alvorlige hendelser på inneliggende pasienter pga uoppdaget somatisk sykdom. Ved overføringer av pasienter kunne det være vanskelig å få et godt behandlingstilbud og god sammenheng. Vi så i praksis hvor galt det kunne gå hvis man ikke samhandlet. (Drammen)

Del av problemet med manglende sammenheng ble beskrevet som manglende somatisk fokus i psykisk helsevern. Et eksempel kunne være at når pasienten kommer inn med en psykiatrisk diagnose på papiret, er det lett å behandle pasienten for tilbakefall til en psykiatrisk lidelse, med fare for å ikke gjøre en fullgod somatisk utredning. Samlokalisering ble beskrevet som tilrettelegging for å styrke oppmerksomhet mot somatisk helse i psykisk helsevern.

Videre ble det fremhevet at det er ønskelig med bedre kunnskap om psykisk helsevern i somatikk, og omvendt. Det ble gitt eksempler på at somatikken kan mangle kunnskap om hvor lite somatisk et psykiatrisk sykehus er – for eksempel at en pasient kan overflyttes med behandlingstiltak som ikke er egnet i psykisk helsevern, slik som pågående intravenøs behandling. Videre kan pågående somatisk utredning medføre at pasienten flyttes frem og tilbake mellom somatikk og psykisk helsevern. Fysisk avstand ble beskrevet som et bidrag til at man har dårlig kjennskap til hverandre (Østmarka/St. Olav, Rønvik).

Pasientgrupper og nærhetsbehov

Intervjupersonene ble bedt om å belyse hvilke pasientgrupper eller i hvilke situasjoner behovet for geografisk nærhet til somatikk er størst. Det er godt dokumentert at forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen ellers. I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i gruppen, kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer⁴.

Disse pasientgruppene og -situasjonene ble løftet frem:

Akuttpasienter/-enheter

- Fremheves av alle som en av de enhetene/pasientsituasjonene som har størst nytte av geografisk nærhet til somatikk, pga at pasientene som kommer inn akutt kan ha behov for samtidig vurdering av uavklarte tilstander.
- Urolige/utagerende pasienter som er i behov av somatisk overvåking, for eksempel delirpasienter
- I akutfase kan det være behov for tilleggsbehandling fra somatikk, og behov for prøvetaking mm.

⁴ Helsedirektoratet.no: Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (2018)

- Enheter som er lokalisert i kjøreavstand fra somatikken beskriver hyppig transport til og fra i forbindelse med utredning, for å få tatt nødvendige prøver mm.

Det er en ulempe med avstand til somatikk, særlig i akutfase, knyttet til behov for prøvetaking, bilder og ulike typer avklaringer. Det blir mye kjøring frem og tilbake. (St. Olav/Østmarka)

Alderspsykiatri

- Alderspsykiatri blir også vurdert å ha stor nytte av nærhet til somatikk. Antall kroniske sykdommer øker med alder. Det er mye somatisk komorbiditet og samtidig utredningsbehov. Pasientene har relativt hyppig behov for somatisk konsultasjon, prøver mm. Noen pasienter på alderspsykiatri er hyppige brukere av ECT-behandling.

Alder kunne godt vært nært somatikken. De har endret seg mye, det er mye differensialdiagnostikk. Våre leger må ha mye somatisk kompetanse. (Rønvik)

For den alderspsykiatriske pasientpopulasjonen er det store fordeler med lokaliseringen. Ny post med egen sansehage og umiddelbar nærhet til alderspsykiatrisk poliklinikk, ECT-poliklinikk og geriatrisk sengepost og poliklinikk. For denne gruppen er det mange fordeler både med utformingen og lokaliseringen. (Tønsberg)

- Noen HF ser nytte av å samlokalisere alderspsykiatri med geriatrisk post, eller med nevrologi
- Haugesund har gått enda lengre og slått sammen alderspsykiatri og geriatri og opprettet Avdeling for eldremedisin.

Spiseforstyrrelser

- Pasienter med spiseforstyrrelser bli nevnt som en gruppe som har stor nytte av nærhet til somatikk. De kan også ha nytte av faglig samarbeid inn mot BUP.
- Vurdering av komorbiditet, samhandlingsbehov

ECT-behandling

- Fremheves som en tjeneste som har nytte av nærhet til somatikk. Tjenesten er relativt hyppig brukt, særlig av pasienter i alderspsykiatri. Behov for observasjon og tilgang på anestesi. Noen har det lokalisert i somatikken og noen i PHV.

ECT skal inn i PHV-bygget. I dag er det i et rom i akutt/hjertesenteret, med tilgang på anestesi og infrastruktur. Det gjøres før operasjonene, 8-10 om morgenen. Vi vil få det inn i senteret, få inn anestesipersonell, få bedre flyt og utvidet kapasitet, for eksempel i retning av affektive lidelser som eksempelvis resistent depresjon o.l. (St. Olav)

Pasienter med langvarig alvorlig psykoselidelse

- Pasienter i denne gruppen kan ha dårlig almenntilstand og trenge spesiell oppfølging av somatiske helseproblemer

Rus/TSB

- Det fremheves at deler av TSB-feltet har mye somatikk og kan ha stor nytte av nærhet til somatisk helsetjeneste. Rusakutt fremheves spesielt som en «*somanær tilstand*».
- Det fremheves at mennesker med store rusproblemer også kan ha andre somatiske helseproblemer som er underbehandlet

Rus- og PHV-pasienter trenger tverrfaglig vurdering. Rus er en egen spesialitet, men pasientene har ofte flere lidelser. Målet er å få en mer samlet vurdering i mottak, for å gi et mer helhetlig tilbud. Vi tenker på å få noen observasjons-/subakuttrom i senteret for å utnytte kapasitet. En ulempe med å flytte til Øya er jo at de trekkes bort fra miljøet. I dag er akutt tett opptil andre poster i PHV. (St.Olav)

Noen pasientgrupper ble beskrevet som å ha mindre behov for geografisk nærhet til somatikk:

- DPS/allmennpsykiatriske pasienter
- Elektivt innlagte pasienter
- Rus langtidsbehandling/rehabilitering
- Pasienter i lokal sikkerhetsavdeling (LSA)

Hvilke pasientgrupper som vurderes å ha størst nytte av geografisk nærhet til somatikk er spesielt tydelig i utformingen av de to delte alternativene, som i stor grad har lokalisert enhetene i tråd med de vurderingene vi også ser i denne undersøkelsen.

«Vi har sett både på samhandling og behov for samtidige tjenester, og har tatt et aktivt valg knyttet til:

- *Alderspsykiatri – det er mye somatisk komorbiditet og samtidig utredningsbehov*
- *Vi har valgt å fortsette å ha akutte sengeposter der hvor de er, fordi en del av pasientene har behov for somatisk behandling, og fordi en del pasienter kommer ved overføring etter behandling i somatikken*
- *Spiseforstyrrelser – poliklinikk og dagbehandling skal inn i nytt bygg – det er også etter vurdering av komorbiditet og samhandlingsbehov*
- *ECT-poliklinikk er plassert her pga observasjon og behov for anestesi*
Tilsvarende vurdering gjort for langtid og sikkerhet, hvor konklusjonen var at viktigheten av samlokalisering med somatikk var mindre». (Tønsberg)

De delte alternativene viser at man ønsker å plassere nært somatikk de pasientgruppene de mener har størst nytte av en slik lokalisering.

Samle psykisk helsevern

For flere av prosjektene innebar et nytt sykehus at man ville få mulighet til å samle psykisk helsevern på en eller to lokasjoner, fra tidligere å ha vært spredt på flere ulike steder i kjøreavstand til hverandre. Det ble løftet frem som en viktig dimensjon for flere prosjekter at psykisk helsevern kunne få til et bedre og tettere faglig samarbeid. Både Drammen, Ahus og St. Olav får nå et mer samlet tilbud.

Det har aldri vært planlagt at hele psykisk helsevern skulle legges til Øya. Psykisk helsevern har vært lokalisert mange ulike steder. Nå skal de i hovedsak samles to steder: Ved senteret på Øya og på Østmarka. (St. Olav)

Det understrekes samtidig når det gjelder St. Olav/ Østmarka at psykisk helsevern fortsatt vil være delt, og at de som flytter fra Østmarka til Øya mister fordelene med nærhet til andre enheter i psykisk helsevern. Dette beskrives som en ulempe.

Det ble også fremhevet at samlokalisering knyttes til muligheten til å bistå hverandre i ulike situasjoner, og at dette har et sikkerhetsaspekt:

For BUPA sin del – de var i en mer sårbar situasjon før, for de var i eget bygg. Det var en sikkerhetsmessig utfordring når de sto i en situasjon hvor de trengte bistand. For dem en stor fordel å være samlokalisert, de kan spille på andre mht personell, og for ivaretagelse av sikkerhet. (Tønsberg)

Ved å inngå i et samlet miljø understrekes muligheten til å kunne komme til unnsetning på tvers av enheter.

Nærhet til universitetet

Noen av prosjektene nevnte nærhet til universitetet som en av styrkene ved den valgte lokaliseringen. Her skiller St. Olav seg ut ved å ha en integrert løsning med NTNU som del av løsningen. Dette er etablert for somatikk, og vil også gjennomføres i Senter for psykisk helse på Øya. Det er en erfaring at det er vanskelig å få universitetet ut til enheter plassert utenfor hovedsykehuset.

Normalisering og avstigmatisering

Chalmersrapporten peker på at flere av sykehusene de har vært i kontakt med understreker ambisjonen om å styrke psykiatriens status. Dette skal dels skje gjennom samlokalisering med somatiske helsetjenester, og dels gjennom det de beskriver som «estetisk normalisering»⁵.

I de prosjektene som omfattes av denne studien ser vi noe av det samme. Avstigmatisering, normalisering og av-institusjonalisering er begreper som løftes frem som begrunnelser for lokalisering av psykisk helsevern nært somatikk, og for hvordan

⁵ Chalmers konseptprogram s. 78.

byggene utformes. Samlokalisering karakteriseres av flere som et bidrag til avstigmatisering og alminneliggjøring av psykisk sykdom.

På Østmarka ligger avdelingen i et parkområde med turstier, som benyttes av folk i nærområdet. Avdelingen ser ikke noe problem med dette:

Det er ønskelig å normalisere det å være psykisk syk. (St. Olav/Østmarka)

Man ønsker også å bryte med negative assosiasjoner til «institusjonspreg», og tilby fine bygg og en «arkitektur som bidrar til åpenhet» (Kristiansand). Sammen med integrering av tjenester på tvers karakteriseres dette som et bidrag til avstigmatisering.

Lokalisering på samme område er et bidrag til å bryte stigma. Vi får et flott og inviterende bygg, og det i seg selv vil være anti-stigmatiserende. En bygningsmasse som er vakker spiller en rolle. Vi vil oppgradere synet på psykisk helsevern ved å tilby et flott bygg. (...) Normalisering er ønsket – minst mulig institusjonspreg, senke terskelen mellom inne og ute, få inn recoverytenkning, og bygget og omgivelsene skal hjelpe til med det. (Kristiansand)

4.5 Organisasjonsutvikling for å utvikle samarbeid

I intervjuene påpekes det at det ikke er tilstrekkelig med samlokalisering for å oppnå det man ønsker om et tettere samarbeid og mer sømløse tjenester for pasienter som trenger behandling på tvers av somatikk og PHV/TSB. Det understrekes av flere at det er viktig og nødvendig å arbeide med nye samarbeidsformer for å oppnå bedre sammenheng i behandling. Flere at prosjektene har igangsatt omfattende OU-prosjekter for å oppnå dette.

Lokalisering er i seg selv bare geografi – det blir ikke bedre somatiske tjenester av at du kutter avstand fra 5 km til 500 meter – det handler om hvordan man jobber. (...) Flytter du gammel organisasjon inn i nytt bygg får du ikke noen merverdi av det. Du får nye vegger, men nissen følger med på lasset. (Ahus)

I Haugesund har akuttmottaket til psykisk helsevern ligget vegg i vegg med somatisk akuttmottak siden 1987. På tross av dette har man sett forbedringsområder i pasientforløpene. Derfor har de nå valgt å lage et helintegreert akuttmottak, i et bygg som ligger mellom somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det pekes på at samarbeidet ikke kommer av seg selv:

Endre kultur er det vanskeligste. Fasilitetene er etablert. Det krever målrettet ledelsesarbeid å få det til å svinge. (Haugesund)

Dette understrekes også i intervjuet med Drammen:

Løsningen legger til rette for tettere samarbeid og mer sammenhengende pasientforløp, men et bedre resultat er avhengig av at man finner ut hvordan man skal samarbeide. (Drammen)

I Tønsberg har man erfaring med valgt løsning siden innflyttingen i 2019, da psykiatribygget på samme tomt som somatikkbygget ble tatt i bruk. Deres erfaring med valgt løsning understreker betydningen av å arbeide med å få til sammenhengende tjenester:

Samarbeid går smidig begge veier, men det er fortsatt potensiale til å integrere psykisk helsevern og somatisk helsetjeneste bedre. Dette understrekes av at de har et eget bygg, eget akuttmottak og videreføring av egne strukturer. Men samarbeidet går smidig, og mye er prosedyrefestet og har en systematikk rundt seg.
(Tønsberg)

AHUS, Kalnes og St. Olav har hatt eller har omfattende OU-prosjekter, og understreker betydningen av dette for å nå de målene de har satt seg for en mer sammenhengende tjeneste. Kalnes åpnet det nye sykehuset i 2015, og har noen års erfaring med samlokaliserte tjenester. I intervjuet ble det pekt på at samarbeidet utvikles over tid, og at en erfaring er at den fysiske nærheten mellom somatikk og PHV legger bedre til rette for å utvikle relasjoner enn de erfarer med enheter som er lokalisert i kjøreavstand.

5. Uteområder

Undersøkelsen omfattet også spørsmål om hva slags uteområder foretaket hadde etablert eller planlagt for nytt sykehusbygg for PHV/TSB. Uteområder er i denne sammenheng primært beskrevet som verktøy i behandlingsprosesser. Det er faglig grunnlag for å si at uteområdenes kvaliteter kan utgjøre en forskjell i utforming av behandlingen. Dette er blant annet dokumentert i Chalmers' rapport om bygg for psykisk helse, som er nevnt tidligere.

Kvalitetene ved uteområder kan blant annet være knyttet opplevelse av vær- og årstidsvariasjoner, muligheter for aktivitet og bevegelse, rom for samtaler og sosial kontakt, mulighet for frisk luft og frihetsfølelse, og eksponering og hverdagslivstrening. For pasienter underlagt tvang, og som har begrenset bevegelsesfrihet pga. sykdomsbilde, og spesielt med sykehusopphold over tid, kan variasjonen mellom inne og uteområde gi en større opplevelse av normalitet.

I gjennomgangen av prosjektenes og foretakenes etablerte eller planlagte uteromsløsninger har vi brukt tre kategorier:

- A. Atrier, balkonger, terrasser, takhager o.l.
- B. Nærområder i tilknytning til bygg – inngjerdet eller åpne
- C. Friluftsområder, park eller turområder åpne for generell ferdsel

5.1 Løsninger for uteområder

Løsninger som er valgt for uteområder ble knyttet til vurderinger av behov hos ulike pasientgrupper i ulike faser av et behandlingsforløp. Det ble påpekt at alle pasienter i alle faser av et forløp kan ha behov for å kunne gå ut, men at behovene vil være ulike. Tabell 5 oppsummerer de løsningene som de inkluderte prosjektene har etablert, planlagt eller har tilgang til:

	Bygg og uteløsninger	Atrier, terrasser takhager	Nærområder	Frie turområder
Rønvik Stoppet opp etter steg 1 i konseptfase	Ikke kjent hvordan fremtidig bygg blir	Luftgård v eksisterende bygg, utgang m tilsyn Planlegger atrier i fremtidig bygg	Åpne grøntområder rundt bygg	Stor fredet park nært byggene Turområder
St Olav Østmarka/Øya Konseptfase	3 og 4 etg bygg (planlagt på Øya) 1 og 2 etg bygg på Østmarka	Planlegger atrier og takhager på Øya Har atrier i akuttbygget på Østmarka	Bebygd område, bystruktur	Turområde på Østmarka Turstier på Øya
Tønsberg Innflyttet 2019	3 etg bygg (døgnplasser)	Atrium, 410 m ² Skjermede balkonger ut fra skjermingsrom Takhage 660 m ² , sansehage	Inngjerdet terapihage inndelt i tre soner - to lukkede avdelingshager med direkte tilgang fra avdelingene og én stor fellehage. Ellers bebygd område, bystruktur	Gangavstand til grøntområder. 2-3 km til Slottsfjellet
Kristiansand Byggefase	1 og 2 etg bygg	Atrier, 4 stk Skjermede atrier for skjermingsplasser	Åpne grøntområder rundt bygg	Turstier i Baneheia
Haugesund Innflyttet sept 2021	2 og 3 etg bygg	3 atrier, 1 eget for skjermingsenhet Takhager	Bebygd område, bystruktur	Turområde Nært urbane områder Sykkel- og gangsti med grøntområder rundt avdelingen.
AHUS Forprosjektfase fra 2022	2 og 3 etg bygg	Atrier, 200 m ² Takhager	Åpne grøntområder rundt bygg	Grøntområder rundt byggene Tilgang på turområder
Kalnes Innflyttet 2015	4 etg bygg	To atrier Takhage Luftbalkonger	Åpne områder rundt deler av bygg	Turområder i nærheten Ikke nært urbane områder
Drammen Byggefase	3 etg bygg	Atrier, 400 m ² pr bygg	Åpne grøntområder rundt bygg	Turområder Gangsti inn til sentrum

Byggene som omfattes av denne undersøkelsen (dvs de byggene som rommer døgnplasser) har fra en til fire etasjer. Alle prosjektene planlegger eller bygger bygg rundt åpne atrier av varierende størrelse, bortsett fra Rønvik, som foreløpig ikke har konkretisert fremtidig løsning for bygg for psykisk helsevern. Atriene er av ulik størrelse, og de store er gjerne inndelt i ulike soner for ulike aktiviteter. Det planlegges beplantning og tilretteleggelse av aktivitet. Flere prosjekt har ulike løsninger for takhager, og noen har luftbalkonger. To av prosjektene har også skjermede uterom eller balkonger for pasienter på skjerming.

Flere prosjekter har også nærområder med ulike kvaliteter, slik som plener og grøntarealer. De fleste av disse er åpne for alminnelig ferdsel. Tønsberg har etablert en skjermet «terapihage» inndelt i én stor fellehage og to lukkede avdelingshager med direkte tilgang fra avdelingene.

Når det gjelder mer perifere områder har alle tilgang på turområder o.l., som i noen tilfeller er tilgjengelig til fots, og i andre tilfeller ligger lengre unna og er tilgjengelig med buss eller bil.

5.2 Vurderinger ved utforming av uteområder

Prosjektene hadde hatt omfattende diskusjoner om hvordan de skulle få best mulige uteområder som ivaretok ulike pasientgruppers behov innenfor prosjektets rammer. Flere av prosjektene oppgir at det har vært mye diskusjon om uteromsløsninger og om hvilke pasienter som har hvilke behov. Det pekes på at det viktigste skillet går mellom pasienter som fritt kan bruke uteområdene, og de som er innlagt på tvang og har restriksjoner på å kunne gå fritt ut. 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. Videre pekte flere av intervjupersonene på at pasienter som er innlagt i kort tid er mindre avhengig av utearealer enn pasienter som er innlagt i flere måneder, selv om pasienter i alle faser at et forløp skal ha mulighet til å kunne gå ut.

St.Olav oppga å ha definert noen krav til ulike typer uteområder for Senter for psykisk helse som bygges på Øya: Det må etableres muligheter for pasienter på skjerming til å gå ut, og barn og unge må ha plass til å være aktive, skjermet fra voksenpsykiatri og innsyn. Videre må det være uteområder knyttet til første plan.

Forhold som andre pekte på var det å unngå at for mange pasienter oppholdt seg på samme sted, og å legge til rette for å kunne trekke seg unna, være for seg selv. Det ble også påpekt at uteromsløsningene må utformes slik at man unngår innkasting av narkotika og ulike gjenstander mm. I intervjuene påpekes det at det er viktig å ha varierte muligheter for pasienter i mange ulike situasjoner og behov.

Det som ble fremhevet som en slags gullstandard for løsning av kombinasjonen bygg og uterom, var lave bygg med enkel og direkte utgang for flest mulig av pasientene på døgnopphold. Dette syntes å være en slags referanseramme for de fleste prosjektene når de snakket om utforming av uterom.

På grunn av begrensninger i tomtestørrelse, prosjektenes økonomiske rammer mm ble det funnet ulike utforminger som i størst mulig grad kunne oppfylle de ønskede kravene til løsninger. Det var likevel unntaksvis at byggene i utvalget er utformet med én etasje (Kristiansand og St. Olav/akuttbygg Østmarka).

Ved St. Olav vil flere enheter flytte fra Østmarka når Senter for psykisk helse åpner. Flyttingen fra Østmarka til Øya beskrives som en overgang fra et landlig område til en bystruktur:

Hovedtomta er på dagens parkeringsplass ved nevrosenteret. Den er ikke stor, så det må bygges i høyden. Det gir litt ulike muligheter for uterom. Vi har ikke planlagt ferdig. Vi har tenkt takhage med ulik terrassering som vender bort fra sykehusstrukturene og i retning av boligene bortenfor. Vi ser også på muligheter for balkonger og inntrukkede etasjer. (St. Olav).

Også Tønsberg, Kalnes og Ahus beskriver en lignende situasjon, hvor det er/var nødvendig å bygge i høyden, og hvor det arbeides med å få fleksible uteromsløsninger og direkte utgang for flest mulig.

Vi hadde en begrenset tomt med jernbanelinje på utsiden. Fotavtrykket var nok så gitt. Det var ønskelig å ha alle døgnposter på bakkeplan med direkte utgang, men det var ikke mulig, det var for liten plass. (Tønsberg)

Vi ønsket psykiatriske seksjoner på bakkenivå, et enetasjes bygg. Første utkast til løsning for bygget ble for dyrt og hadde for stort fotavtrykk. (Kalnes)

Vi må bygge i flere etasjer. Vi tror vi fikk det til bra for de som er i 1. etg som kan gå rett ut. Det er også blitt bra med utgang til atriumshage inne. Men det blir jo andre løsninger for de som er i andre etasje og må bruke takhager. Det ser bra ut på tegningene, men vi vet jo ikke hvordan det blir i praksis. (Ahus)

Det ble arbeidet med å finne varierte og gode løsninger for å kunne gå ut uten restriksjoner. Både atrier, terrasser, balkonger og takhager er inkludert i ulik utforming i prosjektene. Dette ble beskrevet som løsninger som kan brukes på ulike måter også på begrenset areal. Atrier ble beskrevet som gode løsninger av flere årsaker: Det gir mulighet for enkel og direkte utgang for pasienter, også uten tilsyn, og de kan forhindre innsyn fra omverden. Ettersom atriene omsluttes av bygg kan det også være en beskyttelse mot innkasting av gjenstander, stoff o.l.

Atriehager ble sett som perfekt – det gir et skjermet uteområde. To av døgnenhetene vil få direkte utgang ut til dem. Sengeområdene blir ganske store, og mange pasienter har direkte utgang. (Ahus)

Imidlertid ble det løftet frem at atrier omgitt av fleretasjes bygg måtte planlegges godt mht hvem som kunne se inn. Haugesund pekte på at de tidligere hadde hatt et atrium for akuttpsykiatri, som man kunne se fra kantina. Dette ble ikke vurdert som en god løsning. Samtidig er dette også et element i normaliseringsdiskusjonen mht psykiske lidelser.

For pasienter som er innlagt over tid ble det pekt på behov for aktivitet og større grad av variasjon enn det som kan tilbys på begrensede tomteområder. Haugesund oppga at de har fått en løsning hvor uteområdene rundt bygget gir begrensede utemuligheter. De har imidlertid hatt et langvarig omstillingsarbeid for å sørge for at langtidspasienter skal få tilbud på DPS, og at spesialistfunksjoner ivaretas i Haugesund. Dermed vil pasienter på lengre opphold ikke være i bygget i Haugesund, hvor uteområdene beskrives som relativt begrenset.

Noen av prosjektene påpekte at det ikke bare er grøntområder som er viktige for pasienter under rehabilitering:

De fleste pasientene bor i bynære strøk. Når pasientene går ut, vil de gå i butikken. Det er en verdi i det urbane. (St. Olav/Østmarka)

Flere av prosjektene påpekte at det urbane er viktig i rehabiliteringssammenheng, blant annet fordi det er det pasientene skal tilbake til. Det ble påpekt at dette ikke får like stort fokus i diskusjonene om tilrettelegging for rehabilitering som tilgang til grøntområder.

6. Avrunding

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å beskrive utforming av løsninger og vurderinger som ligger til grunn for lokalisering av bygg for psykisk helsevern og utforming av uteområder. Gjennomgangen av prosjektene og intervjuer med informanter viser at prosjektene har hatt forskjellige rammebetingelser og har gjort ulike valg. Flere ulike forhold har vært viktige i vurderingene. Det omfatter blant annet hva som bør ligge i nærheten av hverandre for å få til god flyt og sammenhengende tjenester, tomtenes kvaliteter og tilgjengelighet, vurderinger av hva som karakteriserer gode bygg og områder for pasienter i ulike situasjoner, samt ulike økonomiske rammer.

Intervjuene viser at prosjektene vurderer at de får til gode løsninger med noen begrensninger. Informantene gir i hovedsak uttrykk for at de er fornøyde med de løsningene de har fått til, og som nå er under realisering. Noen peker også på svakheter ved løsningene, det som ikke ble optimalt – f.eks bygg som må bygges høyere enn man ønsker, uteområder som er litt for begrenset, eller løsninger som gir for mye innsyn. Alle løsningene krever kompensierende tiltak – ingen får til alt. Det er heller ikke mulig å finne én løsning som kan oppfylle alle ulike ønsker. Slik sett er dette en studie av det muliges kunst. Det gjenstår å se hvordan det vil fungere i praksis.

7. Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: Innsikt fra Chalmers-rapporten

I 2018 utarbeidet Centrum för vårdens arkitektur (CVA) ved Chalmers tekniske høyskole i Göteborg i samarbeid med Program för Teknisk Standard (PTS) et konseptprogram om lokaler for psykiatri⁶. Målet med dette arbeidet var å styrke planleggingen av slike bygg, ved å sammenstille relevant kunnskap basert på forskning, gode eksempler (best practice) og erfaringer fra pasienter, personell og personer som har arbeidet med å planlegge og bygge psykiatribygg. Rapporten bygger på internasjonal forskning og kunnskap innhentet om psykiatriske sykehus primært i Sverige, Danmark og Norge.

Rapporten er i hovedsak innrettet mot å beskrive løsninger for bygg og utforming av ulike typer rom. Vurdering av tomt, utemuligheter og nærhet til somatikk er ikke hovedfokus i rapporten, men det er gitt korte beskrivelser av avveininger knyttet til lokalisering og i noen tilfeller også uteområder som er relevant i denne sammenheng.

I det følgende skal vi kort kommentere åtte av de ni sykehusene som er inkludert i Chalmers' rapport. Det niende sykehuset er Kalnes, som allerede er med i vårt undersøkelsesmateriale. Derfor nevnes det ikke videre i dette kapittelet.

Det er fire svenske og fire danske sykehus med i gjennomgangen til Chalmers:

Sverige:	Danmark:
Östra sjukhuset, Göteborg	Psykiatrisk center Nordsjælland, Helsingør
Brinkåsen, Vänersborg	Aabenraa psykiatri
Vuxenpsykiatrin, Lund	Psykiatrisykehuset i Slagelse
Psykiatrins hus, Uppsala	Vejle psykiatri

Östra sjukhuset, Göteborg (120 døgnplasser) – Fremhever at en hensikt med utformingen av klinikken var å skape et miljø som bidrar til å motvirke stigma. Peker på at uteområdene (inngjerdet) er svært viktige, og at noen pasienter har fri utgang, mens andre må planlegge på tid. Hagene er utformet slik at personalet må gå ut sammen med pasientene, pga at det er skjermtak og espalier som det er mulig å klatre på.

Brinkåsen, Vänersborg (84 døgnplasser) – bygg for sikkerhetspsykiatri, som i tillegg har to psykoseposter. Ambisjonen for prosjektet var å bryte med gamle mønstre og unngå «det institusjonslike». Dette gjøres ved å etterligne samfunnet utenfor gjennom å inneholde bosted, fritid og arbeid. Avdelingene ligger på bakkeplan og har fri tilgang på atrier og parkområder. Naturnær beliggenhet atskilt fra annen bebyggelse gjør at store utemiljøer er tilgjengelige for pasientene.

⁶ [Konseptprogram Lokaler för psykiatri | Chalmers](#)

Vuxenpsykiatrin Lund (101 døgnplasser) – Lokalisering valgt bl.a. pga ønske om å komme nærmere somatikken enn tidligere – lokalisert ca 1 km unna. Tomten beskrives som begrenset.

Psykiatrins hus, Uppsala (99 døgnplasser) – Ambisjon om å samle all spesialistpsykiatri i ett hus og skape en nær kobling til somatikken. Tomtestørrelse og planbestemmelser var sterkt begrensende på bygningens utforming. Generelle lokaler, samspill mellom naboer og avstigmatisering av psykiatrien var viktige aspekter i prosjektet. Utgang for inneliggende pasienter kan bare skje på innglassede balkonger med personalets tillatelse eller på en takterrasse som krever følge av personalet.

Psykiatrisk center Nordsjælland, Helsingør (48 døgnplasser) – Ambisjon om å unngå assosiasjon til sykehus og å fokusere på det friske. Aktivitetsarealer er det første man kommer til når man kommer inn. Også sentralt å dra naturen inn: Mye glass og bruk av grønne atriumshager. Avdelingene er åpne så pasientene kan gå fritt ut. Lokaliseringen ble valgt fordi tomten var fin, nær natur og vann og det somatiske sykehuset i Helsingør. Dette er senere nedlagt. Beliggenhet langt unna andre deler av helsetjenesten, og for lite for effektiv drift.

Aabenraa psykiatri (111 døgnplasser) – Bygget som en forlengelse av det somatiske sykehuset. Samarbeid mellom somatikk og psykiatri var en viktig ambisjon. Felles akuttmottak mellom somatikk og psykiatri, som har tre psykiatriske akuttsenger hvor en pasient kan ligge i 48 timer, før de legges inn på døgnpost eller, som de fleste, skrives ut. Hagene er fritt tilgjengelig for pasientene.

Psykiatrisykehuset i Slagelse (194 døgnplasser) – Det største psykiatriske bygget i moderne tid i Danmark. Det er bygget ut fra ambisjoner om helende arkitektur, transparens og resiliens med tanke på fremtidige forandringer. Sykehuset er lokalisert i tilknytning til det somatiske sykehuset i Slagelse. Den integrerte parken skaper tilgjengelige uteområder, og lukkede indre hager utgjør en del av sikkerhetstenkningen. Fokus på transparens finnes igjen i det fysiske miljøets mange åpninger mot natur, og også i fravær av tydelige barrierer mellom pasientens og personalets områder. Poliklinikkens nøytrale samtalerom ligger i et åpent kontorbygg med arbeidsplasser i landskap på samme plan.

Vejle psykiatri (99 døgnplasser) - Det nye psykiatrihuset i Vejle samler områdets avdelinger for psykiatri, som tidligere var delt mellom to steder. Sykehusområdet ligger i utkanten av byen, med egen jernbanestasjon. Beliggenhet 500 m unna somatikken. Pasientene har fri utgang til to inngjerdede hager.

Rapporten beskriver noen temaer på tvers av sykehusbesøkene når det gjelder hva miljøene løfter frem som viktig i forbindelse med utforming av psykiatriske sykehus og lokaliseringen av dem:

- Skape et godt miljø for tilfriskning
- Bidra til å styrke psykiatriens status

- Bidra til attraktive arbeidsplasser
- Styrke sammenhengen i behandlingen
- Fremtidsrettet funksjonalitet

To dilemmaer de peker på av relevans for denne rapportens tema:

Natur eller somatikk?

Et dilemma som ofte oppstår ved ønsket om samlokalisering med somatikken er sykehusomtenes begrensninger. Det er ikke alle sykehus som ligger naturnært med plass til å bygge psykiatriske avdelinger med bakkekontakt. Chalmers gjennomgang peker på flere eksempler hvor man har valgt å bygge somatikknært fremfor å sørge for å ha mulighet til å bygge psykiatribygg på bakkeplan. Og selv med «riktig» tomtealternativ er det et spørsmål hvordan utemiljøet på en sikker måte skal innpasses i byggeprosjektet.

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

Sykehusmiljø eller tilfriskningsmiljø?

Tradisjonell tenkning rundt utforming av lokaler for psykiatrisk behandling har vært særlig oppmerksom på ivaretagelse av sikkerhet. I løpet av de siste 10-15 år har man i stadig større grad sett det fysiske miljøet som et verktøy for å støtte pasienters tilfriskning. Vanlige utformingsløsninger omfatter for eksempel visuell kontakt med og tilgang til natur, estetikk som er «hjemlig» heller enn institusjonslik, god akustikk, samt en utforming som støtter sosial interaksjon og pasienters opplevelse av kontroll.

Noen av byggene som er samlokalisert med somatiske sykehus beskriver at samlokaliseringen gjør at det må stilles strengere krav til hygiene. Dette gjør at «hjemlignende» omgivelser blir vanskeligere, det stiller særlige krav til materialbruk og muligheter for renhold, og omgivelsene kan oppleves som tekniske og instrumentelle.

En konsekvens som blir tydelig i framförallt i Uppsala och Kalnes är inverkan av strikt tolkade hygienkrav för sjukhusvård. Avsaknaden av gardiner, krukväxter, textila möbler och andra inredningsdetaljer påverkar såväl fysiska upplevelser som akustik. Samt upplevelsen av miljön som «hemlik» (ibid. s. 82).

Chalmers rapport gir et systematisk kunnskapsbasert grunnlag for valg av utforming av bygg for psykisk helse. Den har omfattende faglig baserte anbefalinger om prinsipper for utforming av ulike typer arealer i psykiatribygg. Rapporten har også noen vurderinger knyttet til lokalisering, utforming av uteområder og nærhet til somatikk, men er mindre fokusert på dette enn på ulike romløsninger.

I den korte gjennomgangen vi har gjort av sykehusene i Chalmers rapport ser vi at noen av de samme temaene kommer opp i vurderingene. Nærhet til somatisk helsetjeneste løftes frem som viktig i noen av sykehusene, men det som beskrives som «nært» kan være for eksempel en km unna –til forskjell fra et eksempel hvor det psykiatriske sykehuset tidligere lå utenfor byen. Samlokalisering med somatikk beskrives som et tiltak for å bidra til avstigmatisering og normalisering av det å være psykisk syk, for eksempel ved å bruke samme inngang og dele område med andre mennesker med ulike typer somatiske sykdommer. Det fremheves også som viktig for et sammenhengende behandlingstilbud. Betydningen av uteområder og mulighet til å gå ut uten følge løftes frem som viktig av flere.

Variasjonen er stor både i typer løsninger, om sykehusene ligger nært somatisk spesialisthelsetjeneste, om man bygger i høyden, og om man har uteområder som er variert og tilrettelagt for aktivitet. Også i disse eksemplene ser vi at det etterstrebes gode og varierte uteområder, lave bygg, og sammenhengende og helhetlige løsninger – med varierende resultat. Gjennomgangen viser at det er mange ulike måter å løse dette på, og ser ikke ut til at én type løsning er best på tvers av ulike prosjekter og rammebetingelser. Det må antas at det også er ulike erfaringer med hvor vellykket løsningene er for ulike brukere av bygg og uterom.

7.2 Vedlegg 2: Gjennomgang av hvert enkelt prosjekt/foretak

7.2.1 Nordlandssykehuset HF, Rønvik

Status: Prosjektinnramming og mulighetsstudie (2019) utført og godkjent. Prosjektet er satt på vent etter steg 1 av konseptfase.

Nåværende tilbud: Nordlandssykehuset Rønvik består av Sykehusavdelingene Spesialpsykiatrisk avdeling, med Regional enhet for psykoser, Sikkerhetsenheten, Regionalt senter for spiseforstyrrelser, Alderspsykiatrisk enhet og Psykiatrisk innsatsteam og Akuttpsykiatrisk avdeling, med 3 akuttposter. Videre inkluderer NLSH Rønvik Avdeling for Rus, Psykiatri og avhengighet, med sykehusavdelingen Rus og Psykiatri, Korttidsenhet for rus, rusteamet og LAR, samt Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og Salten DPS. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling består av Akuttenhet for ungdom, korttidsenhet for barn og ungdom, Autisteteam, Spiseforstyrrelsesteam, Familieavdeling og flere poliklinikker. Salten DPS har to døgnenheter og 3 allmennpsykiatriske poliklinikker (Bodø, Fauske og Ørnes), Psykoseteam og Ambulant akutt-team



Rønvik sykehus (Foto: Scanpix)

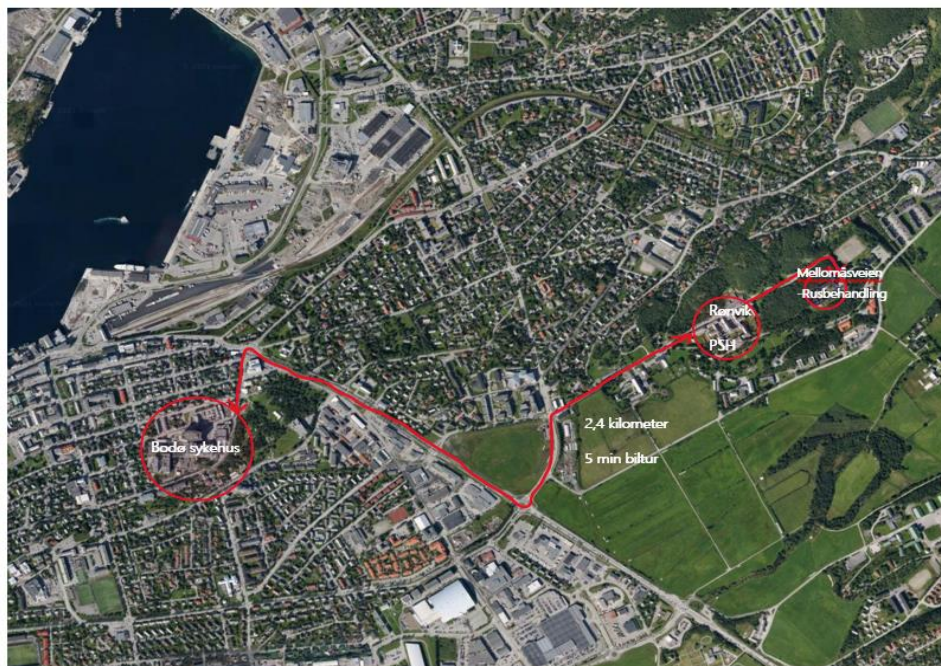
Lokalisering: Rønvik, 2,4 km fra sentralsykehuset i Bodø sentrum. Gammel og ærverdig bygningsmasse i grønne omgivelser. Del av et større område med rusbehandling og skole (Mellomåsveien). Prosjektinnrammingen vurderer dagens bygningsmasse som lite egnet for kvalitativ og effektiv drift. Dårlige muligheter for samhandling mellom avdelingene. Vanskelig å oppnå god sikkerhet og robusthet. Dekker ikke fremtidige arealbehov jf. framskrivning i mulighetsstudie fra Sykehusbygg.



Mellomåsveien (Foto: Nordlandssykehuset.no)

Prosjektinnramming og mulighetsstudie foreslår samlokalisering av enheter som hører sammen. Spesielt akutt voksen, inklusive tilbud for akutt rusbehandling innenfor TSB.

Vurderinger av lokalisering i prosjektinnrammingen: Arbeidsgruppen er av den oppfatning at helseforetaket har både tomt og mulig hensiktsmessig lokalisering for et nytt bygg innen egne arealer i Rønvik. Sentrale myndigheter har bedt om at man ved nybygg vurderer samlokalisering mellom somatisk virksomhet og psykisk helsevern. Arbeidsgruppen har vurdert situasjonen slik at somatisk virksomhet er plassert i et område av Bodø sentrum hvor det ikke er tilstrekkelige arealer til en utvidelse av bygningsmassen. En vurderer det også slik at dagens avstand mellom somatikk og psykiatri ikke medfører store ulemper for driften og at det er av større betydning for utvikling av tjenestetilbudene at samhandlingen og samlokaliseringen av avdelingene innen psykisk helsevern bedres.



Oversiktsbilde med avstand mellom Sentralsykehuset (somatikk) og PHV og rusbehandling

(Foto: Norgeskart.no)

Prosjektet er stoppet opp:

Planleggingen ble stoppet etter steg 1 i konseptfasen. Det er etter dette utarbeidet en «mellomstegsrapport», hvor det ble gjort en gjennomgang og vurdering av mulighetene for å bruke mer av eksisterende bygningsmasse enn opprinnelig tenkt. Det skulle også gis en vurdering av om det er sannsynlig at forskriftsmessige krav til bygg og uteområder kan ivaretas i eksisterende bygningsmasse.

Basert på de vurderingene som ble gjort konkluderer Arkitema med at alternativet ikke kan anbefales som helhet. Det vil kreves mer personell enn ved etablering i et nytt og moderne bygg, og det må aksepteres en organisering som ikke er best mulig. Det er sannsynlig at det gjennom et skisseprosjekt vil kunne vises bedre løsninger for enkelte av enhetene/funksjonene, men de mener at mulighetsstudien har tydeliggjort at det er svært usannsynlig at det vil kunne finnes tilfredsstillende løsninger for samtlige funksjoner/enheter i eksisterende bygningsmasse på NLSH Rønvik.

7.2.2 St. Olavs hospital HF: Akuttbygg Østmarka og Senter for psykisk helse



Østmarka (Foto: Nettside St. Olav.no)



Øya, med tomt for Senter for psykisk helse (Foto: Nettside St. Olav.no)

2005: Byggefase 1 av universitetssykehuset består av

- Nevrosenteret. 2005 - 2006
- Laboratoriesenteret. 2005
- Kvinne-barn-senteret. 2005

2013: Byggefase 2 universitetssykehuset fra oktober 2005 til september 2013 og består av

- 1902-bygget. 2008
- Forsyningscenteret. 2008
- Gastrocenteret. 2009
- Bevegelsessenteret. 2009
- Akutten og Hjerne-lungesenteret. 2009

- Kunnskapssenteret. 2013
- 2015: 1930-bygget på Øya og den tidligere kjøkkenbygningen var et etterbestilt oppdrag og ble det siste prosjektet i byggefase 2 som ble ferdigstilt og overlevert
- 2017: Det nye akuttpsykiatriske bygget på Østmarka ble offisielt åpnet.
- 2021: Oppstart av arbeidet med Senter for psykisk helse på Øya. Senteret var opprinnelig tenkt til å inngå i byggefase 2. Utbyggingen av St. Olavs hospital er ikke komplett før senteret er på plass.

Psykiatrisenter som en del av utbyggingsprosjektet for det nye universitetssykehuset ble begrunnet med at behandling av psykiske lidelser er en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Det var et ønske om å alminneliggjøre det å bli lagt inn på en psykiatrisk avdeling.

Det planlegges en delt løsning for psykisk helsevern ved St. Olav. Det har vært lokalisert mange ulike steder (BUP Lian, Tiller DPS, Østmarka (akutt og langtid), RSA og LSA på Brøset, Rus på Øya (nært St. Olav). Skal nå i hovedsak samles to steder: Ved senteret på Øya og på Lade/Østmarka.

Ved å samle virksomheten innen psykisk helsevern på færre steder ønsker St. Olav å gi bedre pasientforløp med raskere og mer presise avklaringer. En samling av akuttvirksomheten vil gi én vei inn for akutte henvendelser knyttet til psykisk helse og rus for barn, unge, voksne og eldre. Nærhet til somatiske avdelinger og akuttmottak, kommunal legevakt og Klinikk for rus og avhengighet vil kunne bidra til raskere avklaringer for pasienten.

Senter for psykisk helse på Øya skal huse disse funksjonene:

- Akutt- og mottaksfunksjon for rus og psykisk helse
- Akutte døgnplasser for rus og psykisk helse for voksne, unge og barn
- Elektive døgnplasser for barne- og ungdomspsykiatri (BUP døgn ligger på Lian i dag, planlegges flyttet inn i senteret, og Lian skal selges for å bidra til å finansiere senteret)
- Spesialiserte funksjoner
- Døgnplasser for elektiv avrusning
- Alderspsykiatri (ligger allerede på Øya, i nevrobygget ved geriatri. Ikke endelig avklart om de skal flyttes inn i senteret)
- Enhet for psykisk helse og rus i somatikken (konsultasjonsfunksjon)
- Forskning og utdanning (NTNU)

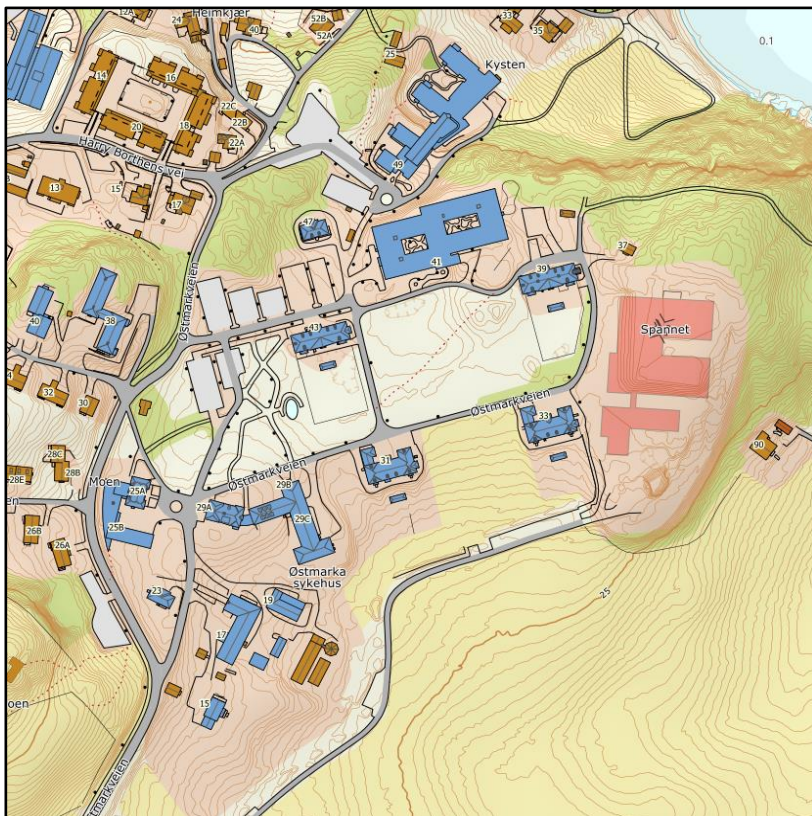
På Østmarka skal følgende enheter ligge:

- Avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (innflyttet nov 2021)
- Avdeling for psykose og rehabilitering (skal inn i nåværende akuttbygg)
- Avdeling Nidaros DPS
- Avdeling Nidelv DPS (dette er tidligere Orkdal DPS sammenslått med Tiller DPS, som pt ligger på Tiller)

Løsningen er også en del av NTNUs campusprosjekt. Fagmiljøer og enheter fra NTNU som skal inn i senteret:

- Institutt for psykologi ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
- Institutt for psykisk helse ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.

Mandatet for konseptfasen beskriver også gevinster for samarbeidet med NTNU og hvordan utbyggingen inngår i universitetets plan for utvikling av campus.



Oversiktskart over Østmarka. Nytt sikkerhetsbygg er rødt, til høyre på tegningen. Akuttbygget blått med to atrier.

(Foto: Norgeskart.no)

Bilde nedenfor viser et av atriene i akuttbygget på Østmarka

(Foto: St.Olav.no)





Plassering og prinsipper for Senter for psykisk helse på Øya i Trondheim:

- Kvartalsstruktur
- Selvstendige bygninger bundet sammen med kulvert og broer
- Hvert bygg sin identitet og egen hovedinngang
- Aktive arealer i nedre etasjer (for eksempel kantine, undervisning og poliklinikker)
- Tung behandling i midtre etasjer
- Døgnområder i de tre øverste etasjene
- Indre gårdsrom i forbindelse med vestibyle
- Grønne takflater



De bygningsmessige tomtealternativene som skal utredes er følgende:

Alternativ A: Hovedtomt (psykiatritomta) avsatt for formålet.

Alternativ B: Hovedtomt, ny fløy på Nevrosenteret og totalrehabilitering av E. Jarlsgt. 8

Alternativ C: Hovedtomt og oppføring av nytt bygg i E. Jarlsgt. 10

7.2.3 Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg

Byggestart mars 2017, ferdig mai 2019

Psykiatribygget er lokalisert på sykehusområdet i umiddelbar nærhet av somatiske poliklinikker og sengeposter. Ved å legge Psykiatribygget på sykehustomten understøtter det utvikling av samhandling med Somatikk- og andre viktige fellesfunksjoner ved SiV.

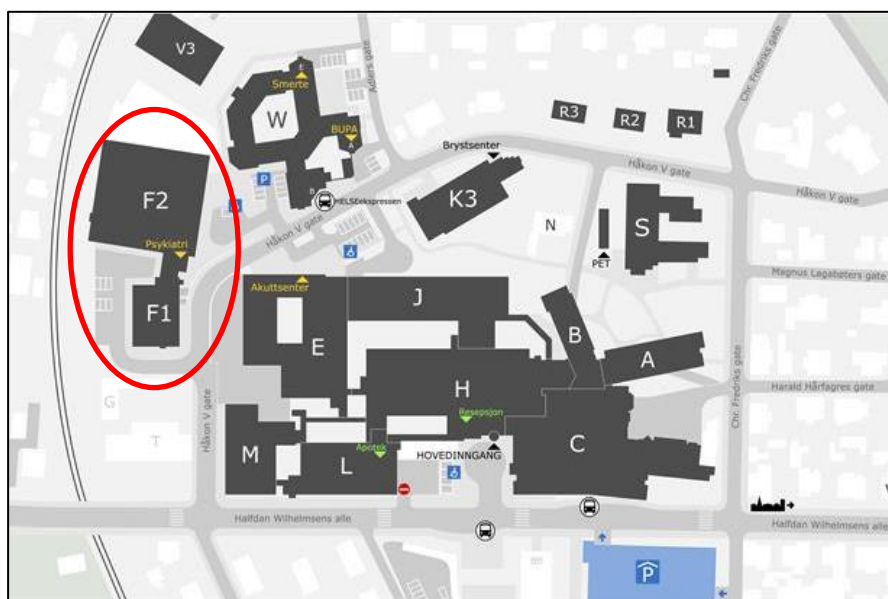
Bygget ivaretar øyeblikkelig hjelp-funksjon for psykisk helsevern, og akuttfunksjon for Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) for Vestfolds befolkning over 18 år. Sengeområdet skal også dekke behandlingstilbud til pasienter med spiseforstyrrelser samt døgnutredning for alderspsykiatri og hukommelsessvikt.

Det nye psykiatribygget har samlet flere avdelinger innen psykisk helsevern i én bygning på sykehusområdet i tett tilknytning til somatikkbygget. Bygget gir mulighet til å skjerme pasienter, samt gir en opplevelse av frihet og åpenhet.

Det er et adskilt bygg som har eget psykiatrisk akuttmottak, atskilt fra somatisk akuttmottak. Det er en psykiatrisk mottakspost med liggetid inntil 1-2 dager. De tar også imot akutt rus, og sender pasienten videre til innleggelse neste dag. Somatisk akuttmottak er i gangavstand gjennom kulvert.

Bygget er todelt, med et 3-etg bygg for psyk døgnplasser og et 5-etg bygg for poliklinikk og administrasjon, sammenkoblet.

Det ble planlagt 4 akuttposter og 1 alderspsykiatrisk post, med 40 sengeplasser på akutt og 10 på alderspsykiatri.



Øst på tomten ned mot jernbanelinjen ligger psykiatribygget, som en todelt poliklinikk (F1) og sengebygg (F2). Psykiatribygget vil ha hovedinngang i vest og ambulanseinngang øst. Ved området for hovedinngang på plan F1 og F2 etableres en adkomstsone for taxi og HC parkering samt oppholdsarealer, og parkeringsplass.

Det som driftes pr 2021 er:

- En mottaks- og avklaringspost for PHV og akutt rus
- 3 akuttpsykiatriske sengeposter (A, B, C) lukket
- 1 post for barn/unge (opptil 18 år)
- 1 alderspsykiatrisk post, med inntil 10 senger



Tønsberg (Foto:
Hundven
Clements
Photography/
Bølgeblikk)



Tønsberg (Foto:
Bølgeblikk)



Granli ved Tønsberg, med sikkerhetspost og psykiatrisk langtidspost (Foto: Siv.no)



Takhage for
alders-
psykiatrisk post,
Tønsberg
(Foto: Siv.no)

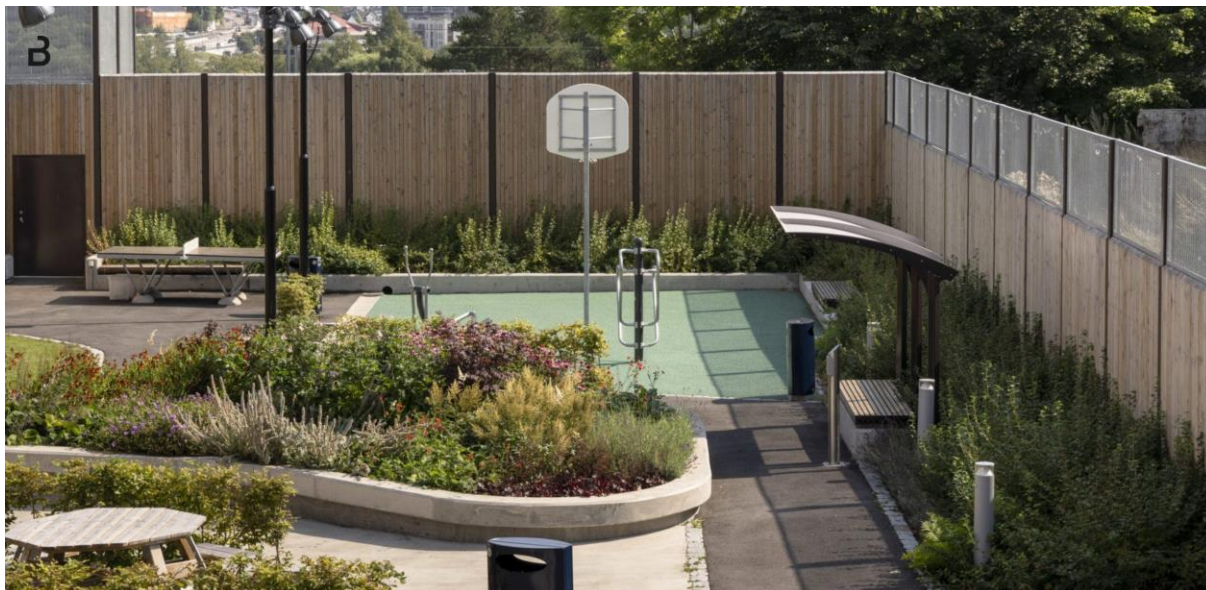
Uteområder, Tønsberg

Sengebygget (F2) har et indre atrium på plan U1 nivå. Atriet er på 410 m² og inndeles i fire - der tre rom disponeres av avdelinger og ett av personalet. Atriet brukes som utendørs oppholdsområde, og er utformet med rikelig vegetasjon. Alle avdelinger har en egen avdelingshage på bakkeplan med direkte tilkomst.

Sør for sengebygget på plan U1 nivå, er det anlagt terapihage på 1.100 m². Terapihagen er inndelt i tre soner - to lukkede avdelingshager med direkte tilgang fra avdelingene og én stor felleshage med adkomst fra både plan U1 og E1. Avdelingshagene har et tett, ytre skjermingsgjerde på 5 m, mens felleshagen skjermes av et 3 m gjerde. Felleshagen utformes med ulike oppholdssoner i tillegg til aktiviteter som basketball, bordtennis og sjakkbord. Det anlegges røykestasjoner i felleshagen.

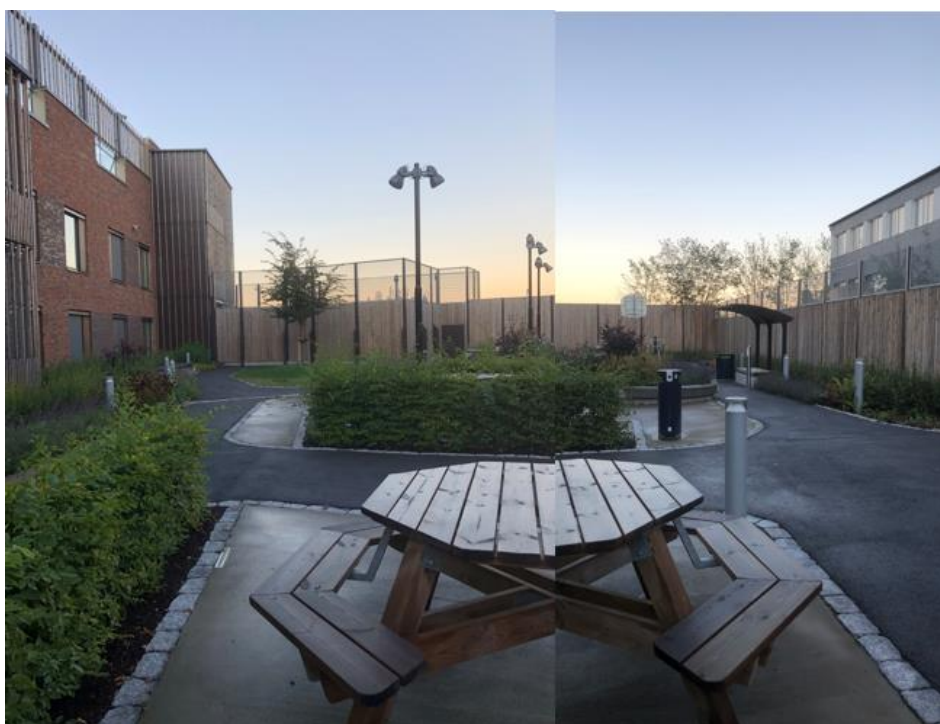


(Ill: Bølgeblick)



(Terapihage Tønsberg. Foto: Bølgeblikk)

På plan E2 i sengebygget er det etablert terapihage på tak for alderspsykiatri. Terapihagen får et areal på 660 m² som er todelt. Terrassen gis en delvis tett overdekning ved utganger som gir en glidende overgang med tanke på lysintensitet i ute/inne situasjon. Overdekningen vil være skjermende for vær og vind og skape lunhet i oppholdssonene. Betongdekket på terrassen legges med varmeanlegg, for å gjøre helårsbruk mulig. Ytre skjerming av terrassen vil i hovedsak være tett med enkelte åpne felt. Terapihagen for tak er utformet med romslige oppholdssoner i øst og vest, og med gangsoner rundt midtstilte arbeidsstasjoner og opphøyd vegetasjon. Langs ytre skjerming anlegges en vegetasjonssone som fysisk buffer.



Terapihagen
Lukkede
avdelingshager
bak gjerdet i
bakgrunnen,
direkte tilgang fra
avdelingene.
Felleshage med
ulike
oppholdssoner

*(Foto: Trude
Fagerli)*

7.2.4 Sørlandet sykehus HF, Kristiansand

Prosjektet er pt i byggefase. Byggestart 2020, ferdigstilling 2023.

Nybygg psykisk helse er plassert på Egsjordene, noen hundre meter sør for hovedsykehuset i Kristiansand, ved alléen i Andreas Kjærsvai. Baneheia er nærmeste nabo.

Enheter i dagens psykiatriske sykehusavdeling på Eg i Kristiansand skal flytte inn. Døgnplassene for ABUP i Arendal utvides til 10 plasser og innlemmes i nybygget i Kristiansand. Det skal inneholde totalt 80 sengerom med 80 døgnbehandlingsplasser (70 voksne, 10 barn/ungdom). De som skal inn i det nye bygget:

- Akuttfunksjoner, to enheter med 20 akutt plasser
- Enhet for førstegangpsykose
- LSA
- Alderspsykiatri
- ABUP

Nybygget rommer åtte enheter. De åtte enhetene og rommene er utformet likt. Prinsipp om generalitet og fleksibilitet. Sengerommene er på 13,5 m². Det er stort nok til å kunne sette inn en ekstra seng, slik at pårørende til pasienter i ABUPs enhet kan overnatte. Badene er 3,5 m², noen bad er større for å ivareta plass til rullestol. Alle enheter bygges for høyeste omsorgsnivå (LSA) og kan i prinsippet ha 80 sikkerhetsplasser. Samme krav til alle. Dette gir fleksibilitet mht nye oppgaver. Kan velge antall plasser i avdelinger/enheter. Det er utvidelsesmulighet for 40 senger på nabotomta nærmere somatikk ved behov.

Alle måltider til pasientene skal lages på produksjonskjøkkenet ved hovedinngangen, som også kan betjene kafeen. Mat serveres på spiserommene i hver enhet. I tillegg har hver enhet sitt kjøkken, for trening eller for å lage mat utenom faste måltider.



Oversiktsbilde. Ill: Rambøll

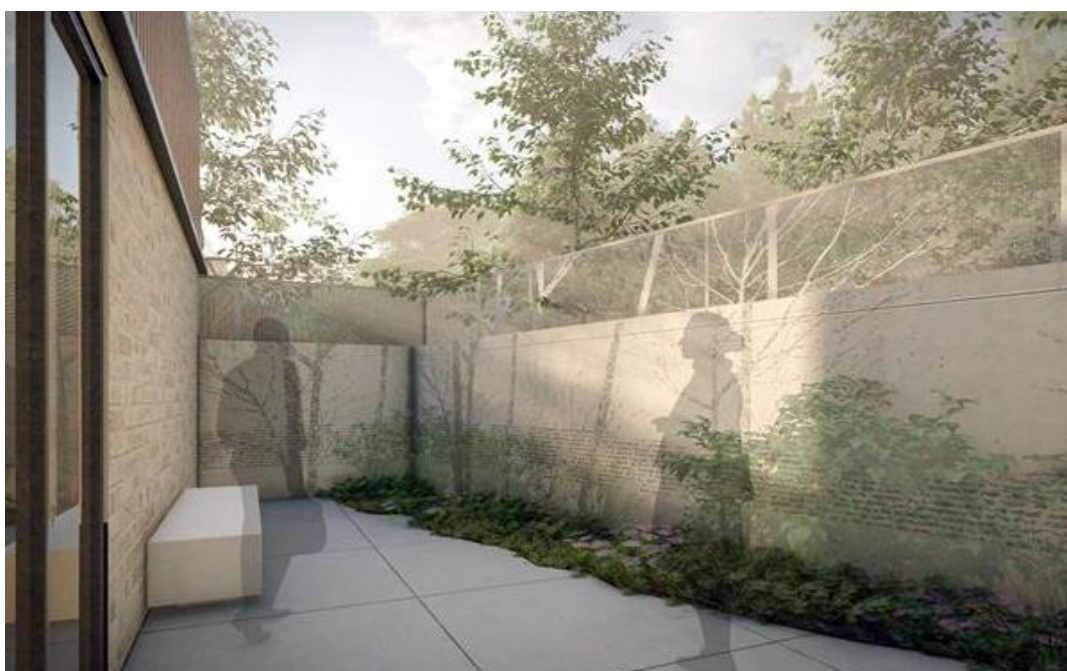
Styringsrammen er 927 millioner kroner. Bygget blir på 10 759 m² bruttoareal, 5 774 m² netto. Fotavtrykket er 7.700 m².

Løsninger

Hovedinngang er åpen og lys, med store glassflater. Det legges til rette for kafédrift i området. Det bygges en multihall (aktivitetshall) i tilknytning til inngangspartiet, i «gaten» i åpen sone. Det blir også et mindre treningsrom ved siden av.



Aktivitetshall (Ill: Rambøll)



Skjermet
uterom
(Ill:
Rambøll)



(Ill: Beplantning hovedplan, Rambøll/SSHF)

Utearealer

Nybygg psykisk helse er omsluttet av natur. Alle pasienter får tilgang til bakkeplan og utsyn til grøntområder. Alle enheter har utgang fra fellesarealene til et indre gårdsrom. Her er det også røykesoner. Mellom de fire fløyene ligger stillehagene, som hvert pasientrom har utsikt til.

Skjermingsenhetene har sitt eget uteområde, på 30-35 m². Hver enhet har én skjermingsenhet, med oppholdsrom i tillegg til sengerom. I alle enheter er det også to sengerom med forrom, som kan tas i bruk ved behov for skjerming og/eller ved kontaktsmitte.

7.2.5 Helse Fonna HF, Haugesund sykehus

Bruttoareal nytt bygg: 20.070 kvadratmeter

Samlokalisert løsning for psykiatri, somatikk og rus. Nytt felles integrert akuttmottak i mellombygg mellom somatikk og psykiatri, tatt i bruk august 2021.

Det nye sykehusbygget inneholder blant annet nytt felles akuttmottak for fysisk og psykisk syke, nye operasjonsstuer, ny fødeavdeling og nytt topp moderne laboratorium. I tillegg er det bygget intensivsenhet, postoperativ enhet, sammedagsmottak, post for gynekolog/barsel, akuttpsykiatrisk post og post for avrusing. Dette nye bygget er første trinn i en større utbygging av hele sykehusområdet. Man starter nå en rehabilitering av deler av eksisterende sykehus, før man snart også for fullt setter i gang med planleggingen av nok et bygg på området. Trinn to består av et nybygg som er noe mindre enn byggetrinn 1, og med en planlagt ferdigstillelse rundt 2030.

Det nye sykehuset i Haugesund har et nytt felles akuttmottak for alle typer av pasienter. Somatikk, PHV og TSB er lokalisert i samme bygningskompleks. Haugesund ønsket å ta løsningen videre og fullintegre akuttmottaket. Helintegre akuttmottak for alle funksjoner, og felles pauserom.

Det er flere ulike funksjoner i akuttmottaket: Skjermet traumerom og ordinært traumerom, eget venterom for barn, og eget skjermet venterom. Inngang fra felles skjermet venterom direkte til avrusing og til akuttpsykiatri. Mulig med full somatisk overvåkning. Bedre fysisk tilrettelegging av akuttmottaket enn før det ble integrert. Fast psykiater og psykiatrisk sykepleier samt overlege somatikk i akuttmottaket. Ordningen skal evalueres i 2022.



*Foto: Helse
Fonna, Eirik
Dankel*

Uterom: (arkitektens beskrivelse) Gode uterom og grønne lunger er viktige elementer i sykehuset. Vitenskapelige studier viser at tilgang til eller utsyn over utearealer med grønne elementer har en helende virkning på pasientene, og en stressdempende både på pasienter og ansatte. Vi jobber aktivt med å skape grønne lunger både i form av atriumshager og takhager på tomten. Utbyggingen vil skape nye og spennende byrom, alle med utsikt mot vest.

Unntatt atrier og takhager omfatter ikke denne løsningen tilgang på grønne områder i umiddelbar nærhet av bygget.



Akuttmottaket
Foto: Arve
Brekhus
Bygg.no



Takhage
Foto: Helse
Fonna, Eirik
Dankel

7.2.6 Sykehuset Østfold HF, Kalnes

Samlokalisert løsning for nytt Østfoldsykehus. Ikke felles akuttmottak med somatikk, men felles hovedinngang/ besøksinngang. Voksen og ungdomspsykiatrisk (0-18) har adskilte akuttmottak. Avdelingene ligger i samme bygg, men ulike fløyer.

Tilbud: 9 poster på spesialistnivå. All PHV på sykehusnivå er samlet.

- Psykiatrisk akuttmottak voksne (PAM), (8 plasser, pas kan ligge 1-2 døgn)
- Psykiatrisk akuttmottak ungdom
- Seksjon for affektive lidelser og ECT-behandling (11 plasser)
- Seksjon for psykosebehandling 1, 2 og 3, (1) rusrelatert psykose, 11 senger (lukket), (2) psykose/forvirring, 11 senger (lukket), (3) spesialseksjon m fylkesdekkende ansvar for psykosebehandling, 12 senger (lukket).
- Seksjon for psykiatrisk utredning (12 plasser)
- Alderspsykiatrisk seksjon og poliklinikk (bare elektivt)
- Sikkerhetsseksjon 1 og 2 (8 + 8 plasser)
- Ungdomspsykiatrisk seksjon døgn, akutt og elektiv

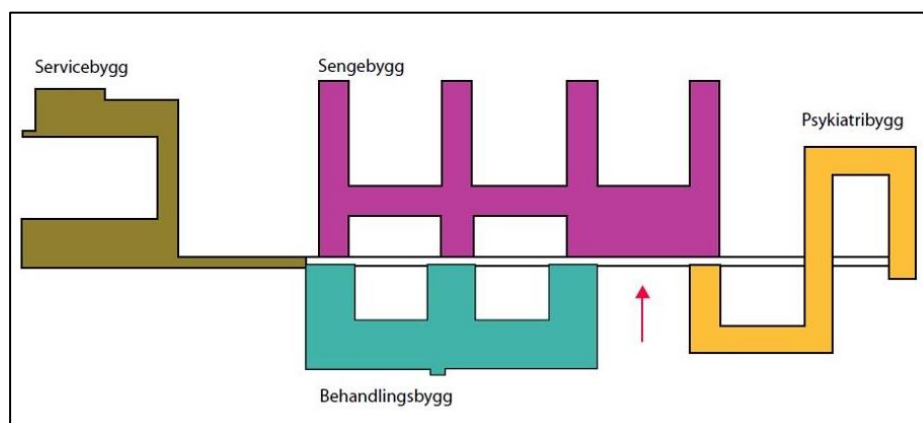
Bakgrunn for valg av løsning:

I den reviderte konseptrapporten (2008) ble det argumentert for å samle sykehusbasert psykisk helsevern med somatikk på Kalnes. Det var i hovedsak tre forhold som ble trukket fram som klare fordeler:

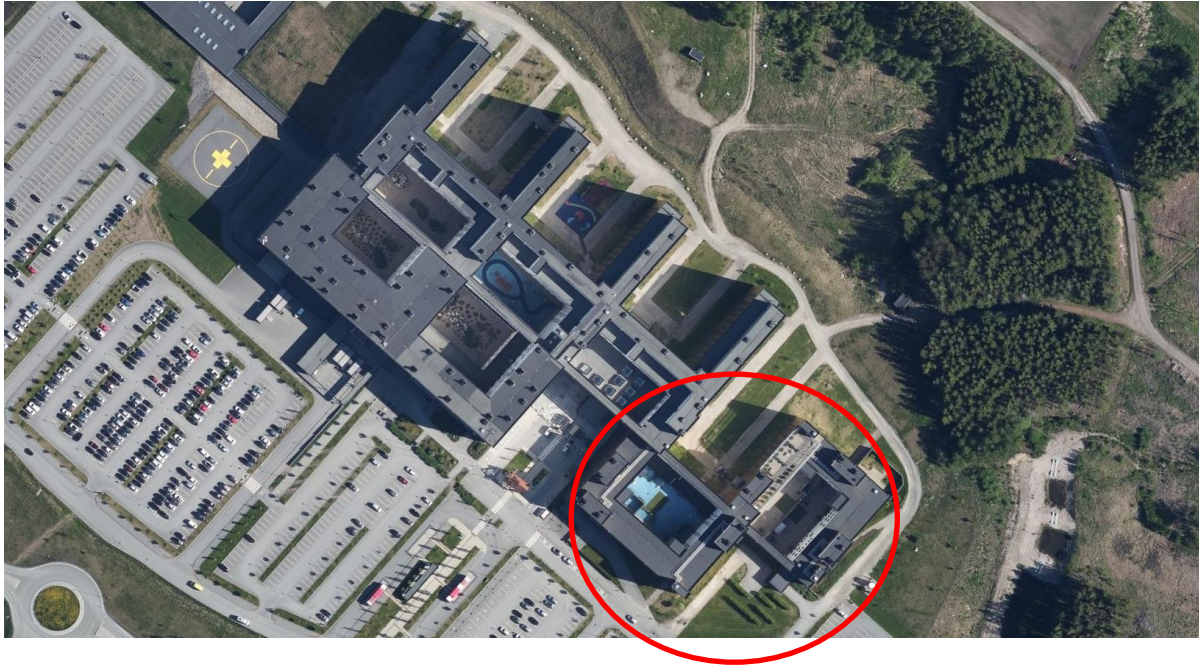
- Eksisterende lokaler på Veum nord for Fredrikstad var lite hensiktsmessige
- Samling av psykisk helsevern og somatikk ville gi et mer helhetlig tilbud for pasientene
- Samlet arealbruk for psykisk helsevern kunne reduseres

Løsningen innebar sengetun på og over bakkenivå har fellesrom med utsyn mot atrier. Sengetun over bakkenivå har enkelt pasientrom med utsikt til somatikkfløy (avstand 30m+). Stor andel av pasientrom har utsikt mot natur.

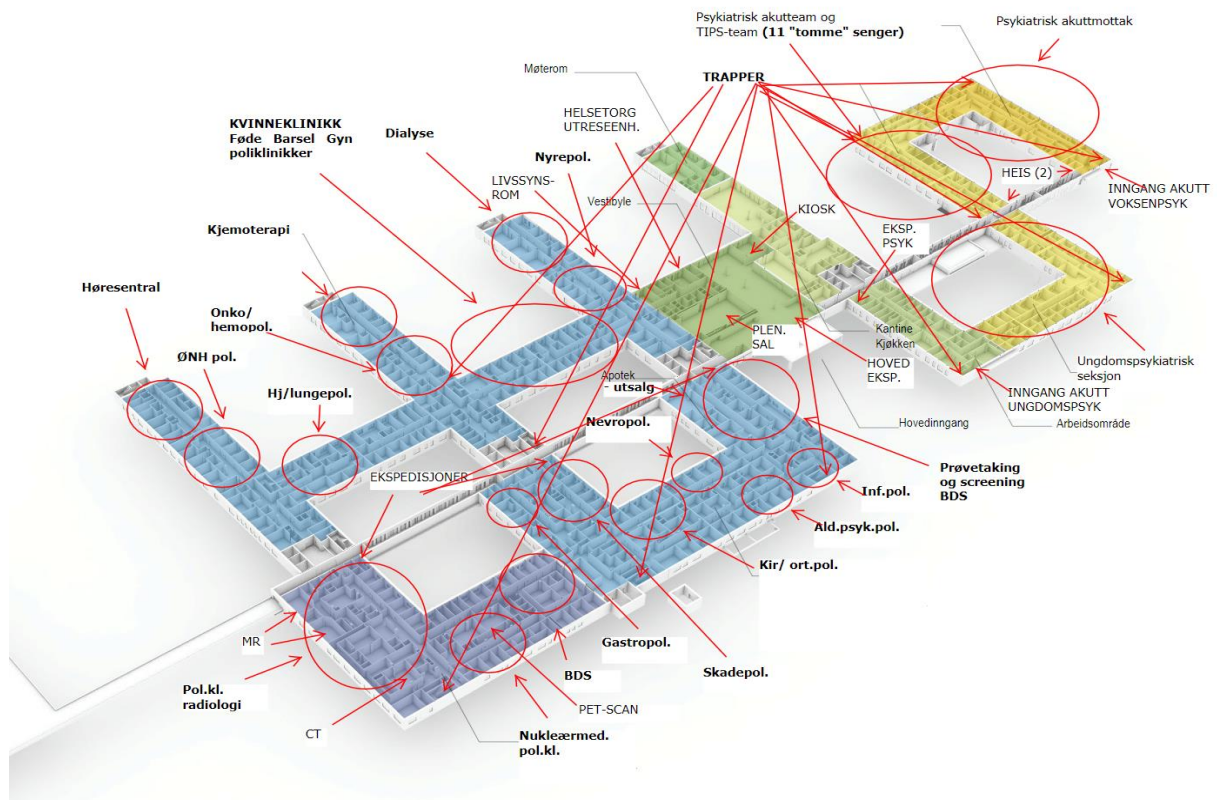
Uterom: Tomten grenser mot et naturområde, med tilgang til både vann og skog. En viktig ressurs for sykehuset som helhet, både psykiatri og somatikk. Stor takterrasse i forlengelse av ECT-klinikk. To lukkede atrier, takterrasse og balkonger.



Ill: Evaluerings-
rapport Kalnes



(Foto: Norgeskart.no)



(Ill: Evalueringsrapport Kalnes)



Uteområde Kalnes
(Foto: Evaluerings-
rapport Kalnes)

Fra evalueringsrapport Kalnes (kap 7.4.3):

Pasientene i sikkerhetsseksjonene har direkte tilgang til en delt innvendig gårdshage (atrium) der de kan gå ut og inn som de ønsker. De benytter uteområdet mindre enn planlagt fordi det er mørkt og har innsyn fra tre etasjer, fra balkonger og fra pasientrom.

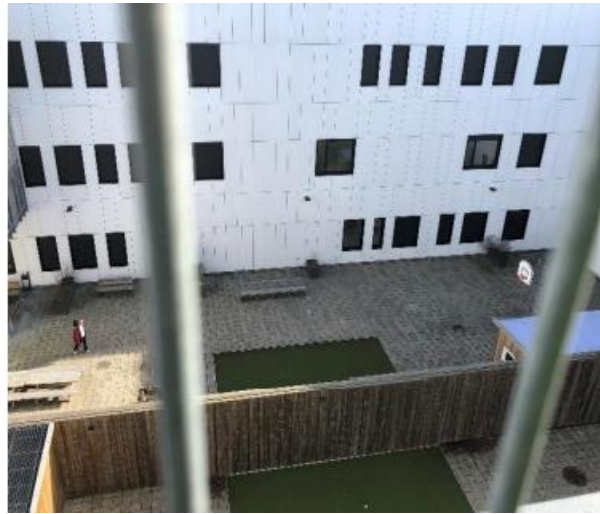
Også ved ungdomsseksjonen benyttes uteområdet mindre enn planlagt, blant annet fordi andre seksjoner reagerer på gjenklang og støy fra roping og ballspill. Ved psykiatrisk akuttmottak er tilgangen til uteområdet både utfordrende og ressurskrevende fordi det kan være vanskelig å gå med en syk pasient i trapper for å komme ut, og fordi én eller to ansatte må følge pasienten.

I seksjonene er det etablert en balkong utenfor pasientenes spiserom/stue. I tillegg har hvert skjermingsrom en egen mindre balkong som kan brukes for å få luft eller for å røyke. Etter innflytting er balkongene blitt forsterket for å øke sikkerheten. Det er montert plast for å skjerme vind og hindre innsyn til gårdshagen og til andre avdelinger, men balkongene er også blitt kritisert for å se ut som kanarifuglbur eller fengsel.

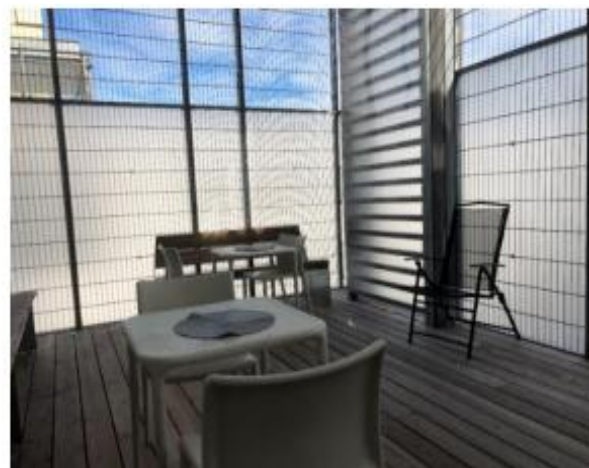
Felles balkong tilknyttet alderspsykiatrisk seksjon fungerer ifølge de ansatte godt ved at pasientene føler seg trygge når de skjermes for innsyn, og de har i mindre grad enn andre pasientgrupper ønske om utsikt til det som skjer ute i gårdshagen.

I 3. etg er det en stor takterrasse som kan benyttes av seksjonene. Terrassen har bord og benker, utsikt til skog og vann. I tillegg til bærbusker, er det plassert planter som skjermer utsikten til gårdshagen for sikkerhetspsykiatri. Pasientene må følges til terrassen, og i hovedsak blir den mest brukt av Alderspsykiatrisk seksjon.

Flere av de ansatte mente at Kalnes har mer institusjonspreg enn det tidligere psykiatriske sykehuset på Veum utenfor Fredrikstad. Dette ble begrunnet med at Veum var et lavt bygg som i større grad representerte normalitet, med kunst på veggene og tilgang til flere uteområder som kunne brukes terapeutisk.



Takterrasse og indre gårdshage/atrium Kalnes (Foto: Evalueringsrapport Kalnes)



Balkong på Kalnes, sett fra innsiden (Foto: Evalueringsrapport Kalnes)



Gårdshager/atrier (Foto: Evalueringsrapport Kalnes)

7.2.7 Akershus universitetssykehus HF (AHUS), Senter for psykisk helse, Nordbyhagen

Godkjent konseptrapport. Forprosjekt fra 2022. Byggestart 2023, ferdigstilling 2025

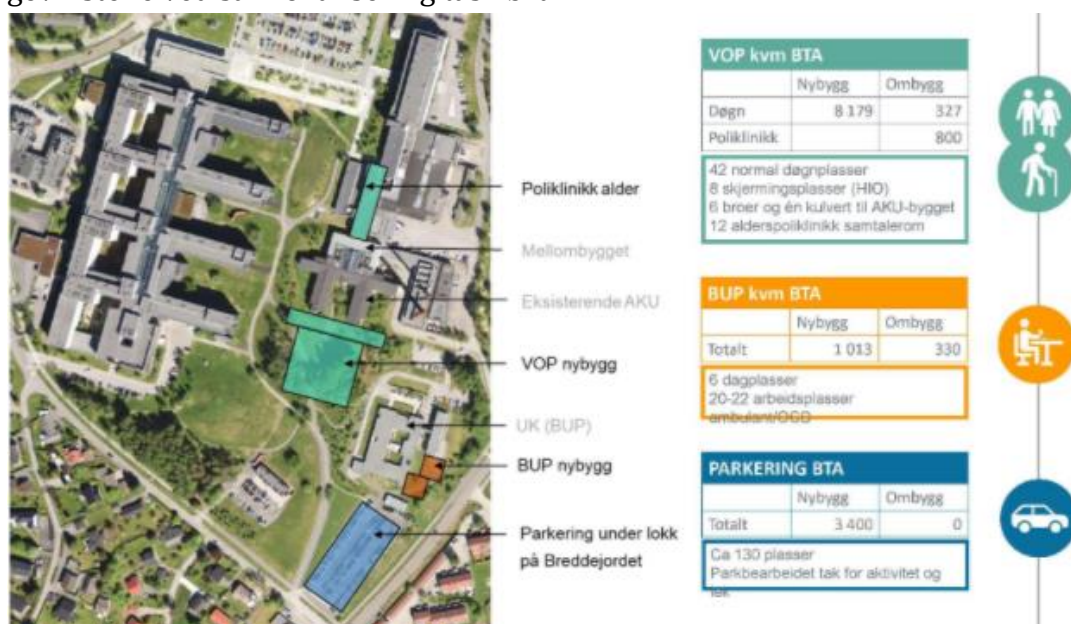
Nytt senter for psykisk helse skal bygges på eksisterende bygg for psykisk helse ved sentralsykehuset på Nordbyhagen. Med dette senteret ønsker Ahus på sikt å samle sykehusbasert psykisk helsevern for barn, unge og voksne innenfor akuttpsykiatri, alderspsykiatri, psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri. I dag er disse geografisk spredt, på Skytta, Gaustad, Lurud, Bråten, Sannerud og Nordbyhagen.

Byggeprosjektet består av fire delprosjekter. Det skal bygges 50 nye senger i voksenpsykiatri, som sammen med de 73 eksisterende sengene i akuttpsykiatri vil gi 123 senger for voksne i et døgnsender for psykisk helse for voksne (VOP)

I tillegg skal alderspsykiatrisk poliklinikk etableres i eksisterende lokaler i det som i dag kaller IR-bygget, som vil bli bygget om. Aktiviteten fra barne- og ungdomspsykiatrien på Bråten skal samlokaliseres med ungdomspsykiatrisk klinikk på Nordbyhagen til et barne- og ungdomspsykiatrisk dag- og døgnsender. Det vil bygges to nye tilpassede småhus i ytterkant av tomte på Nordbyhagen, fysisk sammenkoblet med Ungdomspsykiatrisk klinikk og skolens lokaler.

PHN-prosjektet skal dessuten inkludere et parkeringsanlegg på Breddejordet som er foreslått bygget under jorda, med et topplokk som opparbeides til aktiviteter for sykehuset og publikum.

Parallelt med byggeprosjektet pågår et organisasjonsutviklingsprosjekt som hadde oppstart i 2020, som skal sørge for å utvikle organisasjonen på en slik måte at gevinstene ved samlokalisering tas i bruk.



(Ill: Fra Ahus nettside, Nordic office of Architecture)

Lokalisering: Skal ligge på samme område som somatikk, forbundet med et grønt parkdrag. Planlagt med kulvert under bakken til somatikk.

ARA, avdeling for rus og avhengighet, innretter behandlingen for at pasientene skal oppleve helhetlige trygge, enhetlige og integrerte tjenestetilbud. Avdelingen er inndelt i fire poliklinikker og fire døgnsesjoner og tilbyr TSB. Rusbehandling/TSB er ikke inkludert i nybygg, men ligger på samme område (gåavstand).

Etableringen av et helhetlig tilbud for sykehusbasert psykisk helsevern vil gi gode pasientforløp og skape et høykompetent og attraktivt fagmiljø som er bedre integrert med den somatiske virksomheten. I tillegg vil samlokalisering i nye og tilpassede arealer gi bedre driftseffektivitet (fra prosjektets hjemmeside)



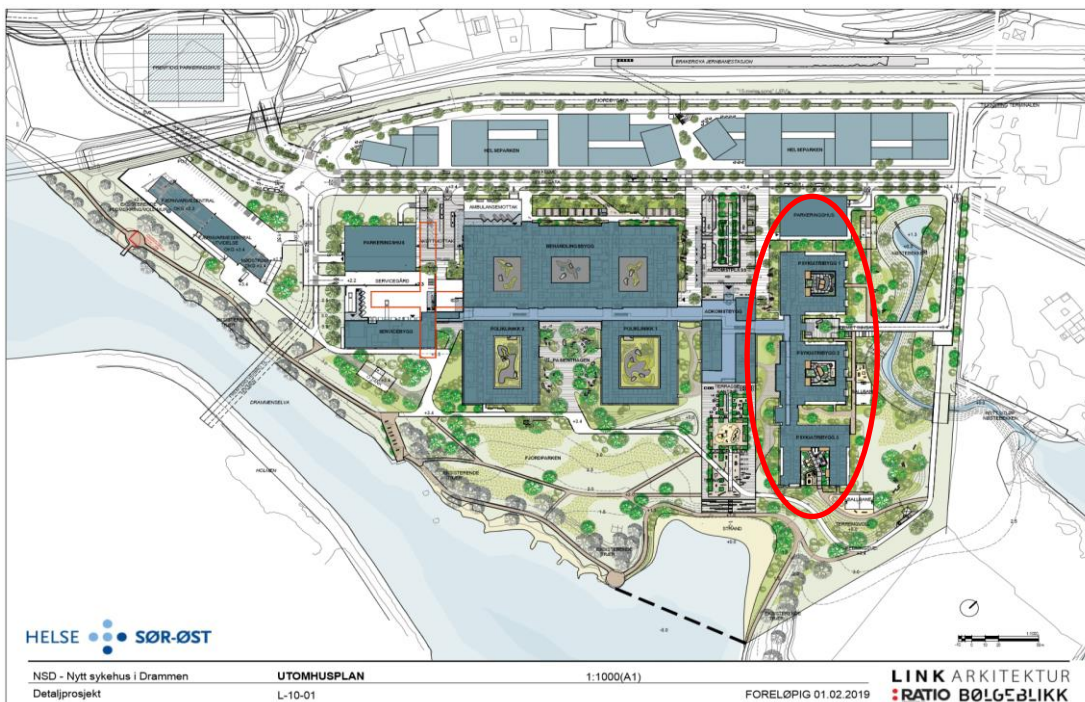
(Ill: Fra Ahus nettside, Nordic office of Architecture)

7.2.8 Vestre Viken HF: Drammen sykehus

Byggefase, byggstart 2019, ferdigstilling 2025

167 døgnplasser psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
Områdesykehus for hele Vestre Viken (550.000 innbyggere), lokalsykehus for Lier, Drammen, Asker (Hurum, Røyken) og Holmestrand (Sande) (200.000 innbyggere).

Somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal samlokaliseres i det nye sykehuset på Brakerøya, som skal erstatte dagens Drammen sykehus og Blakstad sykehus. All sykehuspsykiatri i Vestre Viken samles under ett tak i de nye psykiatribyggene.



Psykiatribyggene består av tre bygg med uteareal mellom byggene. Bygg 1 og 2 vil bestå av tre etasjer, mens bygg 3 lengst ned mot vannet vil bestå av to etasjer. Pr i dag er følgende avdelinger planlagt i de ulike byggene:

Psykiatribygg 1

1. etasje: Tverrfaglig rusbehandling | Akuttmottak
2. etasje: Akuttavdeling | Psykose
3. etasje: Akuttavdeling

Psykiatribygg 2 (midten)

1. etasje: Sikkerhet
2. etasje: Seksjon utviklingshemming og autisme (SUA)
3. etasje: Alder

Psykiatribygg 3

1. etasje: Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)
2. etasje: Utredningsseksjon for unge (USU)



Ill: Link
Arkitektur, Ratio
Arkitekter og
Bølgeblikk |
Aestetica

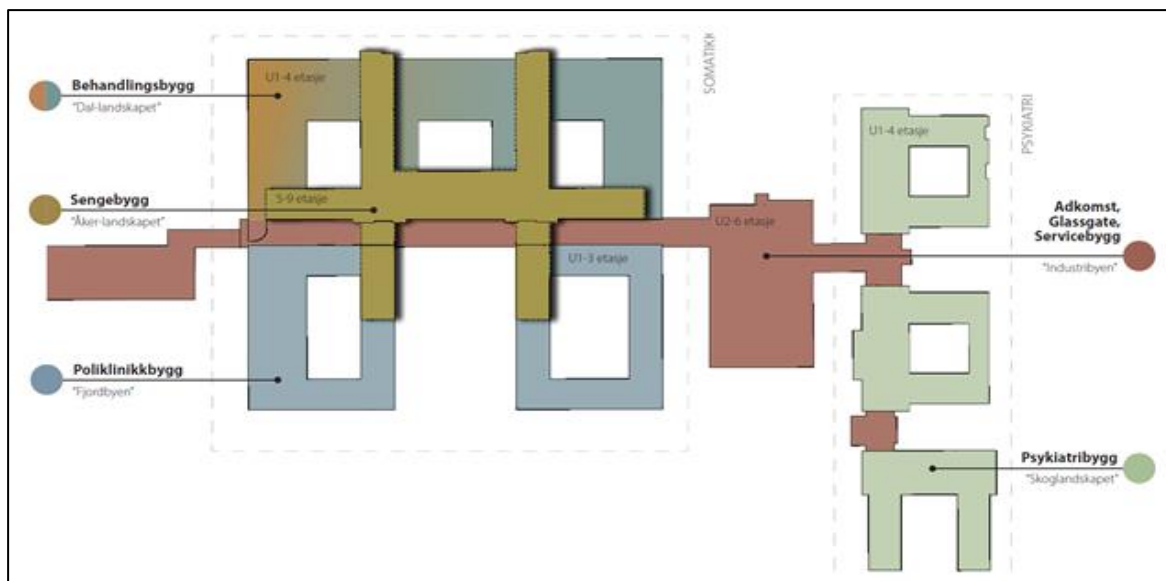


Ill: DARK
Design
group



Ill: Link
Arkitektur, Ratio
Arkitekter og
Bølgeblikk |
Aestetica

De ulike bygningsenhetene får hver sitt fargekonsept, noe som skal bidra til å gi oversikt over sykehusets inndeling og funksjoner.



[Farge- og interiørkonsept - Vestre Viken](#)

Uteområder:

To av byggene har lukkede atrier med tre etasjes bygg rundt, og takhager. Det siste (B/U) er et åpent stort gårdsrom tilgjengelig for barn og unge. Deler av det kan lukkes ved behov.

Atriene har ulike soner, aktivitet og beplantning. Pasienter på skjerming har egne balkonger.

Det anlegges en fjordpark med turstigi, og med en voll ned mot fjorden Dette begrenser innsyn.

Drammen sentrum ligger 20 min unna (gåavstand). Det er etablert gangsti inn til byen. Det er også kort avstand til Drammensmarka.



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

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

1 Sammenfattet vurdering

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Bakgrunn

Styret for Universitetssykehuset Nord-Norge HF fattet gjennom behandling av styresak nr. 46/2021 (møte 19.05.21) slikt vedtak:

1. *Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF slutter seg til prosjektets innstilling for plassering av framtidig bygg for psykisk helse- og rusbehandling, og vedtar at alternativ B, nybygg Brevika tas videre til steg 2 i konseptfasen, utdyping av hovedalternativ. Det er en forutsetning for styrets vedtak at en i dette alternativet finner egnet tomt til sikkerhetspsykiatri.*
2. *Styret vektlegger viktigheten av å få et kvalitativt godt tilbud innen kjernevirksomheten psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Styret vektlegger viktigheten av*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Orienteringssaken beskrev hvordan det

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

2.1 Oppdragets avgrensning

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

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

Lokalisering Åsgård:

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

Lokalisering Breivika:

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

3 Gjennomføring

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

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

Sammensetningen av den overordnede medvirkningsgruppen var følgende:

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

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

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

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

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

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

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

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

Opplegg for møtegjennomføring

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

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

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

Arkitektene svarte på spørsmål om uklarheter og deltok i diskusjonene.

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

Om diskusjonen

Diskusjonen ble konsentrert om det som skiller alternativene fra hverandre:

- Områdets karakter
- Uteområdene
- Nærhet til somatisk helsetjeneste

Gruppene fikk tre oppgaver:

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

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

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

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

Rapporten

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

Votering

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

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

4 Vurderingskategorier

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

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

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

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

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

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

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

4.1 Område for bygging av PHV/TSB

4.1.1 «Område» for bygg for psykisk helsevern og TSB

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

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

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

4.1.2 Uteområder

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

Kvalitetene er primært knyttet til:

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

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

Uteområder er kategorisert i 3 hovedkategorier:

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

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

4.1.3 Stigma¹

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Klinikkrelaterte forhold

4.2.1 Kliniske samarbeidsbehov/pasientgrupper

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2 Avstander mellom samarbeidsparter i kliniske prosesser (og kunnskapsprosesser)

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

For å kunne sammenligne er avstander inndelt i 3 nærhetskategorier:

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

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

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

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

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

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

4.2.3 Samhandlingsformer

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

Samhandlingsformer er kategorisert i 5 kategorier:

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

For samhandling mellom helsetjenestene og universitetet gjelder de samme samarbeidsprinsippene.

4.3 Rekruttering og stabilisering

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

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

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

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

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

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

Skillet mellom de tre alternativene for sammenligning er:

- a. **Samlet fagmiljø, alle fagområder** i somatikk, PHV/TSB og UiT på ett område (campus).

NB: *Selv om Breivika-alternativet er tilnærmet kategori a) oppfylles ikke denne kategorien pga. sikkerhetspsykiatri i kjøreavstand fra campus) jfr. pkt. c.*

- b. **Samlet fagmiljø innad i PHV/TSB.** (Dette oppnås kun i *Åsgård-alternativet*).
- c. **Delt fagmiljø innad i PHV/TSB.** (*Delt alternativ og Breivika alternativet* pga. adskilt sikkerhetspsykiatri).

Kategoriene brukes i vurderingskapitelene

4.4 Utdanning, forskning og fagutvikling

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

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

Det er to prinsipielt ulike hensyn som skiller alternativene:

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

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

5 Virksomhetsalternativene

5.1 Breivika-alternativet

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

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

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

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

5.2 Åsgård-alternativet

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

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

Det er gode utvidelsesmuligheter for PHV/TSB.

5.3 Delt løsning

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

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

6 Overordnet medvirkningsgruppes faglige vurderinger av virksomhetsalternativene

6.1 Breivika-alternativet

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

6.1.1 «Område» for bygg for psykisk helsevern og TSB

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

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

Kompenserende tiltak:

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

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

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

6.1.2 Uteområder

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

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

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

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

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

Kompenserende tiltak:

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

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

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

6.1.3 Stigma

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

Kompenserende tiltak:

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

6.1.4 Klinisk samarbeidsbehov/pasientgrupper:

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

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

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

Kompenserende tiltak:

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

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

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

6.1.5 Samhandlingsformer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kompenserende tiltak:

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

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

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

6.1.6 Rekruttering og stabilisering

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

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

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

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

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

Kompenserende tiltak:

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

6.1.7 Utdanning, forskning og fagutvikling

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

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

Kompenserende tiltak:

Deling av kompetansemiljøer må organiseres og ressurs-settes.

6.2 Åsgård-alternativet

6.2.1 Klinisk samarbeidsbehov/pasientgrupper:

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

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

Kompenserende tiltak:

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

6.2.2 Samhandlingsformer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kompenserende tiltak:

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

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

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

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

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

6.2.3 Uteområder

Presentasjon fra Ratio er grunnlaget for vurdering.

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

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

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

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

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

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

Kompenserende tiltak:

Det er ikke framkommet behov for kompensierende tiltak.

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

6.2.4 Stigma

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

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

Kompenserende tiltak:

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

6.2.5 Rekruttering og stabilisering

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

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

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

Kompenserende tiltak:

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

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

6.2.6 Utdanning, forskning og fagutvikling

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

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

Kompenserende tiltak:

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

6.3 Delt løsningsalternativ

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

6.3.1 Klinisk samarbeidsbehov/pasientgrupper:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabellen viser den delte løsningen. Røde felt omtales særskilt.

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

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

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

Kompenserende tiltak:

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

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

6.3.2 Samhandlingsformer

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

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

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

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

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

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

Kompenserende tiltak:

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

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

6.3.3 Uteområder

Presentasjon fra Ratio i møte 3 er grunnlaget for vurdering.

Breivika, delt

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

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

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

De perifere friluftsområdene og urbane omgivelser er ikke endret.

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

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

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

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

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

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

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

For TSB og alderspsykiatri er uteområder ordinært verktøy i tjenestetilbudet.

Kompenserende tiltak:

Som for Breivika-alternativet.

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

Åsgård, delt

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

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

I delte alternativer endres ikke atriens primære kvaliteter.

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

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

Kompenserende tiltak:

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

6.3.4 Stigma

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

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

6.3.5 Rekruttering og stabilisering

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

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

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

Kompenserende tiltak:

Som for andre enheter med kjøredistanse.

6.3.6 Utdanning, forskning og fagutvikling

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

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

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

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

Kompenserende tiltak

Som for andre enheter med kjøredistanse.

6.3.7 Kostnad

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

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

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

7 Oppsummering

Se kapittel 1.

Klinikkledelsen for Psykisk helse- og rusklinikken: Anbefaling om valg av virksomhetsalternativ for nye arealer for psykisk helse- og rusbehandling Tromsø

Helse Nord-styrets vedtak i sak. nr. 91/2021 gav UNN HF bl.a. i oppdrag å ytterligere utrede de tre virksomhetsalternativene som likeverdige alternativer og tydeliggjøre faglige argumenter for valg av virksomhetsalternativ. Det ble på bakgrunn av dette etablert en overordnet medvirkningsgruppe som fikk i oppdrag å vurdere fordeler, ulemper og kompenserende tiltak knyttet til de tre virksomhetsalternativene for nye arealer for psykisk helse (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Tromsø:

- **Virksomhetsalternativ 1: Breivika**
- **Virksomhetsalternativ 2: Åsgård**
- **Virksomhetsalternativ 3: Delt løsning Breivika-Åsgård**

Den overordnede medvirkningsgruppen har gjort et betydelig arbeid for å sikre en likeverdig faglig vurdering av de tre virksomhetsalternativene m.h.t. fordeler, ulemper og kompenserende tiltak. Arbeidet har avdekket og tydeliggjort styrker og svakheter ved hvert av virksomhetsalternativene, samt mulige kompenserende tiltak ved hvert av virksomhetsalternativene som kan bidra til å redusere risiko for pasienter og brukere. Gruppen har beskrevet mulige fordeler ved samlokalisering med somatisk virksomhet, Universitetet i Tromsø og kommunal legevakt og helsehus, ulemper knyttet til deling av små fagmiljøer og betydningen av gode og tilrettelagte uteområder for behandlingen av pasienter med psykisk sykdom og/eller ruslidelser. Temaer som risikoreduserende og helhetlige tjenester, samhandling og samarbeid, stigma knyttet til psykisk sykdom og ruslidelser, rekruttering og stabilisering og fagutvikling og forskning har vært sentrale i vurderingen av samtlige virksomhetsalternativer.

Arbeidet i overordnet medvirkningsgruppe er nå ferdigstilt. Gruppens medlemmer har utover vurdering av virksomhetsalternativene gjennom møtene også blitt gitt anledning til å gi sin anbefaling om hvilket virksomhetsalternativ som rent faglig sett vurderes som det beste. Dette har skjedd gjennom en avstemming pr. e-post. Resultatet av avstemmingen viser at den klare majoritet av deltakerne i overordnet medvirkningsgruppe vurderer Åsgård-alternativet som det beste virksomhetsalternativet. 17 medlemmer stemte for Åsgård-alternativet og 5 stemte for Breivika-alternativet. Ingen medlemmer har stemt for et delt virksomhetsalternativ. Samtlige medlemmer har avgitt sin stemme. Dette resultatet vil bli tatt med i rapporten som skal utarbeides på bakgrunn av arbeidet i overordnet medvirkningsgruppe. Rapporten skal i første omgang sendes på en høringsrunde til eksterne interessenter, jfr. Helse Nord-styrets vedtak, og senere inngå i grunnlaget for UNN-styrets og til slutt Helse Nord-styrets i valg av virksomhetsalternativ.

Klinikkledelsens standpunkt i valg av virksomhetsalternativ er følgende:

Klinikkledelsen takker for det store engasjementet fagpersoner, ledere, tillitsvalgte, erfaringskonsulenter og bruker- og pårørenderepresentanter har vist og den store innsatsen mange har lagt ned i OU-prosjektet. Klinikkledelsen anerkjenner og legger til grunn at den klare majoriteten av fagmiljøet og en samlet brukerside ønsker at nytt sykehusbygg blir lokalisert på Åsgård. Dette synspunktet har også kommet klart fram i arbeidet i OU-prosjektet, i møter med fagmiljøet, tillitsvalgte og brukersiden og i media.

Klinikkledelsen er omforent om at hensynet til å tilby god behandling for pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det viktigste grunnlaget for valg av virksomhetsalternativ. Hensynet til å sikre gode og helhetlige helsetjenester til alle våre pasienter og best mulig forutsetninger for forskning, fagutvikling og rekruttering og stabilisering av helsepersonell bør også vektlegges sterkt

i valget av virksomhetsalternativ. Klinikkledeisen mener at virksomhetsalternativene har forskjellige styrker og svakheter, og at alternativene er forbundet med ulik grad av usikkerhet. Usikkerheten ved Breivika-alternativet er først og fremst knyttet til tomtenes beliggenhet og størrelse, mens usikkerheten ved Åsgård-alternativet hovedsakelig handler om hvor mye av dagens bygningsmasse som blir stående og hvordan området rundt Åsgård vil utvikle seg i framtiden.

På bakgrunn av egne drøftinger, samt anbefalinger fra arbeidsgruppene i OU-prosjektet, innspill fra fagmiljøet og brukersiden og avstemming i Overordnet medvirkningsgruppe, har klinikkledeisen besluttet å samle seg bak det virksomhetsalternativet som medvirkningsgruppene, den klare majoriteten av fagmiljøet og en samlet brukerside ønsker. En samlet klinikkledeise vurderer nå Åsgård-alternativet som det beste virksomhetsalternativet. Åsgård som virksomhetsalternativ gir, etter klinikkledeisens oppfatning, de beste faglige rammebetingelsene for virksomheten fremover og er det virksomhetsalternativet som på best måte legger til rette for videreutvikling av virksomheten. Åsgård-alternativet er forbundet med minst usikkerhet og er det eneste virksomhetsalternativet hvor fagmiljøet ikke blir splittet opp.

Åsgård-alternativet vil pga. tomtens størrelse og beliggenhet gi de beste forutsetninger for å skape sammenhengende behandlingsforløp innenfor PHV og TSB, samt framtidig utvikling og utvidelse av bygningsmassen i tråd med anbefalinger og ønsker gitt i hovedprogrammet. Åsgård-alternativet har gode og skjermede uteområder som gir mulighet for å skape tilrettelagte og differensierte uteområder i umiddelbar nærhet til byggene, noe som kan bidra til økt aktivitet og redusert bruk av tvang i behandlingen av pasienter med psykisk sykdom og/eller ruslidelser.

Åsgård-alternativet gir ikke samme nærhet til somatikken som Breivika-alternativet. Dette betyr at klinikken må jobbe med å utvikle kompenserende strukturer for å sikre at pasienter med behov for behandling både innenfor PHV, TSB og somatikk får helhetlige og sammenhengende tjenester. En satsning på CL-team kan i så måte være et viktig tiltak for å skape et tettere samarbeid mellom somatikken og PHV. Samarbeidet ut mot kommunene vurderes likevel å ha størst betydning for kvaliteten av behandlingen for majoriteten av pasienter innen PHV og TSB.

Klinikkledeisen vil videre framover jobbe for at disse synspunktene og dette standpunktet kommer fram på en tydelig og klar måte i styringsgruppa, i toppledelsen i UNN og i styresaken til UNN-styret. Klinikkledeisen mener at en åpen, rettferdig og tillitsskapende prosess er avgjørende for troverdigheten til og aksepten av det valget UNN-styret og Helse Nord-styret skal ta. Klinikkledeisen vil derfor jobbe for at saken blir så godt opplyst som mulig slik at UNN-styret, og i siste instans Helse Nord-styret, får et tilstrekkelig, riktig og gjenkjennelig grunnlag for å ta en beslutning om valg av virksomhetsalternativ og lokalisering av nytt sykehusbygg for PHV og TSB i Tromsø.

Mvh

Eirik Stellander, klinikkssjef

Carl-Erik Westgren, leder Stabsenheten

Beathe Fridfeldt, avd. leder Avdeling Sør

Geir Øyvind Stensland, avd. leder Fagutvikling og forskning

Ruben Sletteng, avd. leder Rusavdelingen

Siren Hoven, avd. leder Psykiatrisk avdeling

Vemund N. Myrbakk, avd. leder Avdeling Nord



STYRESAK

Styresak:	25/2022
Møtedato:	23.03.2022
Arkivsak:	2020/1896-3
Saksbehandler:	Lars Øverås

Årsregnskap 2021 med styrets beretning

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar følgende innstilling til foretaksmøtet med Helse Nord RHF:

Det framlagte årsoppgjøret med resultatregnskapet og balanse, inkludert kontantstrøm og noter, samt disponering av årsresultat, fastsettes som Universitetssykehuset Nord-Norge HFs regnskap for 2021.

2. Styret innstiller overfor foretaksmøtet om at det gis tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønsfastsettelse.
3. Årsberetning 2021 vedtas.

Vurdering

Formålet med denne saken er å behandle årsberetning og årsregnskap for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for 2021. Regnskapet viser et underskudd på 89 329 353 kroner. Eiers opprinnelige resultatkrav for 2021 var pluss 40 000 000 kroner. Direktøren anbefaler at årsberetningen vedtas, og at regnskapet oversendes foretaksmøtet til endelig behandling og godkjenning.

Den viktigste årsaken til underskuddet er at det har vært brukt mer til personell og varekostnader som følge av pandemien enn hva som er tilført av midler. Pandemien har i sum kostet ca. 100 mill. kroner mer enn hva som er tilført av koronamidler.

Totalt er det et overforbruk på personalkostnader inklusive innleie på 18,3 mill. kroner. Kjøp av utstyr har et overforbruk på 38,7 mill. kroner, mens laboratorierekvisita og andre medisinske forbruksvarer har et overforbruk på henholdsvis 56,1 og 31,0 mill. kroner.

Tromsø, 11.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg

1. Årsregnskapet 2021
2. Styrets årsberetning 2021



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Årsregnskap 2021



Resultatregnskap

NOTE		2021	2020
	DRIFTSINNEKTER OG DRIFTSKOSTNADER		
3	Basisramme	5 531 318 000	5 236 378 997
3	Aktivitetsbasert inntekt	2 349 035 540	2 166 648 033
3	Annen driftsinntekt	757 206 344	633 710 551
2	Sum driftsinntekter	8 637 559 885	8 036 737 581
4	Kjøp av helsetjenester	483 254 677	381 261 837
5	Varekostnad	979 717 793	917 147 049
6/7	Lønn og annen personalkostnad	5 644 299 649	5 172 934 141
10	Ordinære avskrivninger	329 354 152	314 289 979
8	Annen driftskostnad	1 279 449 314	1 171 247 277
	Sum driftskostnader	8 716 075 585	7 956 880 283
	Driftsresultat	-78 515 700	79 857 298
	FINANSINNEKTER OG FINANSKOSTNADER		
9	Finansinntekt	2 907 491	5 532 872
9	Annen finanskostnad	13 721 143	19 258 867
	Netto finansresultat	-10 813 653	-13 725 995
	Resultat før skattekostnad	-89 329 353	66 131 303
	ÅRSRESULTAT	-89 329 353	66 131 303
	OVERFØRINGER		
15	Overført annen egenkapital	-89 329 353	66 131 303
	Sum overføringer	-89 329 353	66 131 303

Balanse pr 31. desember

NOTE		2021	2020
	EIENDELER		
	Anleggsmidler		
	Immaterielle driftsmidler		
10	Lisenser og programvare	658 958	963 536
	Sum immaterielle eiendeler	658 958	963 536
	Varige driftsmidler		
10	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	4 285 957 835	4 402 651 172
10	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	781 000 051	811 856 154
10	Anlegg under utførelse	1 084 109 852	671 781 215
	Sum varige driftsmidler	6 151 067 738	5 886 288 541
	Finansielle anleggsmidler		
12	Investering i andre aksjer og andeler	378 718 467	353 400 474
7	Pensjonsmidler	592 671 386	252 556 933
	Sum finansielle anleggsmidler	971 389 853	605 957 407
	Sum anleggsmidler	7 123 116 549	6 493 209 484
	Omløpsmidler		
5	Varer	127 353 380	125 031 572
18	Fordringer på selskap i samme konsern	265 437 620	371 355 932
13	Øvrige fordringer	178 446 044	176 222 497
14	Bankinnskudd, kontanter o.l.	223 522 246	197 772 152
	Sum omløpsmidler	794 759 290	870 382 153
	SUM EIENDELER	7 917 875 839	7 363 591 636

Balanse pr 31. desember

NOTE		2021	2020
	EGENKAPITAL OG GJELD		
	Egenkapital		
	Innskutt egenkapital		
15	Foretaks kapital	100 000	100 000
15	Annen innskutt egenkapital	4 531 253 844	4 531 253 844
	Sum innskutt egenkapital	4 531 353 844	4 531 353 844
	Opptjent egenkapital		
15	Udekket tap	-214 233 852	-124 904 500
	Sum opptjent egenkapital	-214 233 852	-124 904 500
	Sum egenkapital	4 317 119 992	4 406 449 344
	Gjeld		
	Avsetning for forpliktelser		
16	Andre avsetninger og forpliktelser	355 131 425	369 107 346
	Sum avsetninger for forpliktelser	355 131 425	369 107 346
	Annen langsiktig gjeld		
17	Gjeld til Helse Nord RHF	1 381 600 000	869 400 000
17	Øvrig langsiktig gjeld	95 574 105	97 172 566
	Sum annen langsiktig gjeld	1 477 174 105	966 572 566
	Sum langs. forpliktelser og annen lang. gjeld	1 832 305 530	1 335 679 912
	Kortsiktig gjeld		
	Skyldige offentlige avgifter	302 221 855	240 014 027
18	Kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	229 345 115	189 331 354
17	Annen kortsiktig gjeld	1 236 883 348	1 192 116 998
	Sum kortsiktig gjeld	1 768 450 318	1 621 462 379
	Sum gjeld	3 600 755 848	2 957 142 291
	SUM EGENKAPITAL OG GJELD	7 917 875 840	7 363 591 636

Tromsø, 23. mars 2022

Roald Linaker
StyrelederHelga Marie Bjerke
NestlederAnne Sissel Faugstad
StyremedlemErik Arne Hansen
StyremedlemGrete Kristoffersen
StyremedlemJan Eivind Pettersen
StyremedlemMarianne Starup
StyremedlemMonica Fyhn Sørensen
StyremedlemEirik Kjus Aahlin
StyremedlemSverre Håkon Evju
StyremedlemAnita Schumacher
Administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

NOTE	2021	2020
KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
15 Årsresultat før skattekostnad	-89 329 353	66 131 303
Tap ved salg av anleggsmidler	101 232	1 576 596
10 Ordinære avskrivninger	329 354 152	314 289 979
22 Endring i omløpsmidler	101 372 956	9 826 744
22 Endring i kortsiktig gjeld	148 968 770	187 583 013
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i		
7 pensjonsordninger	-340 114 453	-92 287 529
3 Inntektsført investeringstilskudd	-1 980 831	-2 002 659
Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	148 372 473	485 117 448
KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
Innbetalinger ved salg av driftsmidler	3 000	85 000
10 Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-593 933 003	-447 897 758
Utbetalinger ved kjøp av finansielle eiendeler	-25 317 993	-28 632 774
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-619 247 996	-476 445 532
KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
17 Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	550 000 000	0
17 Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-37 800 000	-37 800 000
19 Endring øvrige langsiktige forpliktelser	-15 574 382	34 775 703
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	496 625 618	-3 024 297
1 Netto endring i likviditetsbeholdning	25 750 095	5 647 619
1 Likviditetsbeholdning pr 01.01	197 772 151	192 124 533
1/14/18 Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12	223 522 246	197 772 152
Banksaldo ført opp som fordring/gjeld på/til RHF	122 073 957	221 875 400
Sum bankinnskudd, kontanter og lignende pr 31.12	345 596 203	419 647 552
14 Herav skattetrekk og andre bundne midler	223 420 722	197 772 151
Ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen	390 000 000	0
Likviditetsreserve pr 31.12*	512 175 480	221 875 401
Innvilget trekkramme i konsernkontoordningen pr 31.12	390 000 000	0

* Likviditetsreserve består av ubenyttet driftskreditramme, og bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet.

Note 1 Regnskapsprinsipper

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering

Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger, og er avlagt i samsvar med regnskapslov og god regnskapskikk i Norge gjeldende pr 31. desember 2021. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsipper om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter. Regnskapsprinsippene utdypes nedenfor. Når faktiske tall ikke er tilgjengelige på tidspunkt for regnskapsavleggelsen, tilsier god regnskapskikk at ledelsen beregner et best mulig estimat for bruk i resultatregnskap og balanse. Det kan fremkomme avvik mellom estimerte og faktiske tall.

Eiendeler/gjeld som knytter seg til varekretsløpet og poster som forfaller til betaling innen ett år etter balansedagen, er klassifisert som omløpsmidler/kortsiktig gjeld. Vurdering av omløpsmidler/kortsiktig gjeld skjer til laveste/høyeste verdi av anskaffelseskost og virkelig verdi. Virkelig verdi er definert som antatt fremtidig salgspris redusert med forventede salgskostnader. Andre eiendeler er klassifisert som anleggsmidler. Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som forringes avskrives. Dersom det finner sted en verdiendring som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning av anleggsmidlet.

Ved anvendelse av regnskapsprinsipper og presentasjon av transaksjoner og andre forhold, legges det vekt på økonomiske realiteter, ikke bare juridisk form. Betingede tap som er sannsynlige og kvantifiserbare, kostnadsføres. Tallene i notene er avstemt mot selskapets resultat- og balanse.

Andre generelle forhold

Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble stiftet 18.12.2001 i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. 01.01.02 overførte staten formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregion nord til Helse Nord RHF. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m.

Virksomhetsoverføringen har skjedd som et tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet er lagt til grunn. Dette innebærer at virkelige verdier pr. overdragelsestidspunktet er lagt til grunn for verdsettelsen av innskutte eiendeler.

Helseforetakene er non-profit-virksomheter. Eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital. Bruksverdi representerer derfor virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen, er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter, er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien, er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet.

For overførte anleggsmidler der det pr. 01.01.02 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

Det følger av Helseforetakslovens § 31- 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser.

Regnskapsprinsipper for vesentlige regnskapsposter

Inntektsføringstidspunkt

Behandlingsrelaterte inntekter regnskapsføres i den periode behandlingen har funnet sted. Basisramme inntektsføres i den perioden den mottas. Øvrig inntekt resultatføres når den er opptjent. Inntektsføring skjer følgelig normalt på leveringstidspunktet ved salg av varer og tjenester. Driftsinntektene er fratrukket merverdiavgift, rabatter, bonuser og fakturerte fraktkostnader.

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Andre driftsinntekter (-kostnader)

Vesentlige inntekter og kostnader som ikke har sammenheng med den ordinære virksomheten, klassifiseres som andre driftsinntekter og -kostnader.

Immaterielle eiendeler

Utgifter forbundet med forskning og utvikling kostnadsføres løpende som følge av at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklar. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi framtidige inntekter aktiveres. Avskrivninger beregnes lineært over eiendelenes økonomiske levetid.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler føres i balansen til anskaffelseskost, fratrukket akkumulerte av- og nedskrivninger. Dersom den virkelige verdien av et driftsmiddel er lavere enn bokført verdi, og dette skyldes årsaker som ikke antas å være forbigående, skrives driftsmidlet ned til virkelig verdi.

Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført.

Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, aktiveres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en viss økonomisk levetid, samt en vesentlig kostpris. Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen.

Leieavtaler

Leieavtaler vurderes som operasjonell eller finansiell leasing etter en konkret vurdering.

Avskrivninger

Ordinære avskrivninger er beregnet lineært over driftsmidlenes økonomiske levetid med utgangspunkt i historisk kostpris. Tilsvarende prinsipper legges til grunn for immaterielle eiendeler. For bygninger blir det ved beregningen av årlige avskrivninger legges til grunn en dekomponering hvor de ulike bygningsdelene avskrives over forskjellig levetid. Avskrivningene er klassifisert som ordinære driftskostnader. Balanseført leasing avskrives i henhold til plan, og forpliktelsen reduseres med betalt leie etter fradrag for beregnet rentekostnad.

Finansielle eiendeler

Behandling av felleskontrollerte virksomheter

Med felleskontrollert virksomhet (joint venture) menes virksomhet hvor deltakerne sammen har felles kontroll. Felleskontrollert virksomhet er enten felleskontrollert drift eller felles kontrollert selskap. Ingen deltaker alene har bestemmende innflytelse, men man har sammen bestemmende innflytelse. Samarbeidet må være regulert i en samarbeidsavtale som hjemler felles kontroll, og deltakelsen må ikke være midlertidig.

Det er i prinsippet to metoder for regnskapsmessig behandling av deltakelse i felleskontrollert virksomhet; egenkapitalmetoden og bruttometoden. Kostmetoden kan unntaksvis benyttes ved midlertidig deltakelse, eller dersom det ikke utarbeides konsernregnskap. I Helse Nord vurderes felleskontrollert virksomhet etter egenkapitalmetoden i selskapsregnskapet og i konsernregnskapet.

Valuta

Transaksjoner i utenlandsk valuta omregnes til kursen på transaksjonstidspunktet. Pengeposter i utenlandsk valuta omregnes til norske kroner ved å benytte balansedagens kurs. Ikke-pengeposter som måles til historisk kurs uttrykt i utenlandsk valuta, omregnes til norske kroner ved å benytte valutakursen på transaksjonstidspunktet. Ikke-pengeposter som måles til virkelig verdi uttrykt i utenlandsk valuta, omregnes til valutakursen fastsatt på måletidspunktet. Valutakursendringer resultatføres løpende i regnskapsperioden under andre finansposter.

Finansplasseringer

Andre investeringer i aksjer og andeler, klassifisert som anleggsmidler, vurderes til laveste av kostpris og virkelig verdi.

Investeringer i aksjer og andeler, klassifisert som omløpsmidler, vurderes til laveste av gjennomsnittlig anskaffelseskost og markedsverdi.

Varelager og varekostnad

Beholdninger av varer vurderes til det laveste av gjennomsnittskostnad og antatt salgspris. Kostpris for innkjøpte varer er anskaffelseskost. Årets varekostnad består av kostpris brukte/solgte varer med tillegg av nedskrivning i samsvar med god regnskapsskikk pr. årsslutt.

Fordringer

Fordringer er oppført til pålydende med fradrag for forventede tap.

Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnad

Pensjonsordninger behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk regnskapsstandard for pensjonskostnader. Helseforetaket følger oppdatert veiledning om pensjonsforutsetninger fra Norsk Regnskapsstiftelse, justert for foretaksspesifikke forhold. Benyttede parametere framgår av note om pensjoner.

Helseforetaket har pensjonsordninger som gir de ansatte rett til avtalte fremtidige pensjonsytelser, kalt ytelsesplaner. Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening basert på forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, fremtidig avkastning på pensjonsmidler, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuariemessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang, osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser på underfinansierte ordninger er balanseført som avsetning for forpliktelser, mens netto pensjonsmidler på overfinansierte ordninger er balanseført som langsiktig fordringer.

Norsk regnskapsstandard nr. 6 Pensjonskostnader, ble endret i 2019. Planendringsgevinster som oppstår i forbindelse med ubetingede planendringer, kan etter endringen benyttes til å redusere ikke-innregnede estimatavvik. Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at helseforetak skal bruke dette regnskapsprinsippet. Før endringen var det plikt til å resultatføre slike gevinster i sin helhet.

Endringer i pensjonsforpliktelser og pensjonsmidler som skyldes endringer i forutsetningene for beregning (estimatavvik), fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid for den del av endringene som overstiger 10% av brutto pensjonsforpliktelse/pensjonsmidler. Gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid er satt til 12 år.

Netto pensjonskostnad består av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på beregnet pensjonsforpliktelse, periodisert arbeidsgiveravgift og forventet avkastning på pensjonsmidler, virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner og resultatført avvik mellom faktisk og forventet avkastning. Netto pensjonskostnad klassifiseres som ordinær driftskostnad, og er presentert sammen med lønn og andre ytelser.

Skatt

Universitetssykehuset Nord-Norge HF driver ikke skattepliktig virksomhet, og det er derfor ikke foretatt noen skatteberegning

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Kontanter og kontantekvivalenter omfatter kontanter, bankinnskudd og andre kortsiktige, likvide plasseringer som umiddelbart og med uvesentlig kursrisiko kan konverteres til kjente kontantbeløp og med forfallsdato kortere enn tre måneder fra anskaffelsesdato.

Konsernregnskap

Regnskapet til Universitetssykehuset Nord-Norge HF inngår i konsernregnskapet til Helse Nord. Regnskapet til Universitetssykehuset Nord-Norge HF kan lastes ned fra www.unn.no, Konsernregnskapet til Helse Nord kan lastes ned fra www.helse-nord.no

Note 2 Virksomhetsinformasjon

Driftsinntekter per virksomhetsområde	2021	2020
Somatiske tjenester	6 387 238 042	5 985 784 969
Psykisk helsevern voksne	1 073 743 852	969 564 398
Psykisk helsevern barn og unge	220 184 784	206 936 177
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	265 765 599	242 127 551
Annet	690 627 607	632 324 486
Sum driftsinntekter	8 637 559 885	8 036 737 581

Driftskostnader per virksomhetsområde	2021	2020
Somatiske tjenester	6 528 092 768	5 995 907 606
Psykisk helsevern voksne	946 689 413	837 188 895
Psykisk helsevern barn og unge	223 198 766	193 655 242
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	247 638 622	226 215 327
Annet	770 456 017	703 913 213
Sum driftskostnader	8 716 075 585	7 956 880 283

Driftsinntekter fordelt på geografi	2021	2020
UNN HF sitt opptaksområde	8 575 587 475	7 979 992 094
Resten av landet	49 978 248	42 562 782
Utlandet	11 994 162	14 182 705
Sum driftsinntekter	8 637 559 885	8 036 737 581

Virksomhetsområdet benevnt "Annet" omfatter i hovedsak kostnader og inntekter knyttet til ambulanse og pasientreiser.

Note 3 Inntekter

Driftsinntekter	2021	2020
Basisramme	5 531 318 000	5 236 378 997
Basisramme	5 531 318 000	5 236 378 997
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region	1 740 747 585	1 655 906 029
Behandling av egne pasienter i andre regioner	69 153 652	63 113 588
Behandling av andre sine pasienter i egen region	49 978 248	42 562 782
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	391 605 607	330 949 768
Utskrivningsklare pasienter	43 688 328	28 393 877
Andre aktivitetsbaserte inntekter	53 862 120	45 721 990
Sum aktivitetsbasert inntekt	2 349 035 540	2 166 648 034
Annen driftsinntekt		
Kvalitetsbasert finansiering	31 642 000	34 677 000
Øremerkede tilskudd	507 323 841	381 847 160
Inntektsførte investeringstilskudd	24 455 861	24 633 367
Andre driftsinntekter	193 784 643	192 553 024
Sum annen driftsinntekt	757 206 344	633 710 551
Sum driftsinntekter	8 637 559 885	8 036 737 582

I forbindelse med COVID 19-pandemien fikk Universitetssykehuset Nord-Norge HF 12,6 mill. kroner i basisramme og 239,7 mill. kroner i øremerket tilskudd som kompensasjon for økte kostnader og tapte aktivitetsbaserte inntekter i 2021. For 2020 var tallene henholdsvis 267,6 mill. kroner og 125,2 mill. kroner

Aktivitetstall	2021	2020
Somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	74 725	71 836
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	73 337	70 637
Antall polikliniske konsultasjoner	230 706	207 904
Psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	205	181
Antall polikliniske opphold	36 160	28 968
DRG-poeng iht. eieransvaret	11 935	10 015
Psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	3 214	2 972
Antall polikliniske opphold	57 340	57 082
DRG-poeng iht. eieransvaret	8 645	8 614
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	790	720
Antall polikliniske opphold	9 239	8 507
DRG-poeng iht. eieransvaret	1 583	1 082

Note 4 Kjøp av helsetjenester

Kjøp av helsetjenester	2021	2020
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	222 520 118	199 954 665
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	32 352 331	20 964 816
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	12 684 275	16 051 769
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	46 031 878	26 184 816
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	5 568 988	4 705 441
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	2 316 578	1 135 936
Sum gjestepasientkostnader	321 474 167	268 997 443
Innleie av vikarer	148 427 331	99 212 432
Kjøp av ambulansetjenester	11 340 388	11 096 743
Andre kjøp av helsetjenester	2 012 790	1 955 220
Sum kjøp av helsetjenester	483 254 677	381 261 838

Note 5 Varer

Varelager	31.12.2021	31.12.2020
Sum lager til videresalg	0	0
Varelager til eget bruk	127 353 380	125 031 572
Sum varebeholdning	127 353 380	125 031 572
Kostpris	127 353 380	125 031 572
Nedskrivning for verdifall		
Bokført verdi 31.12	127 353 380	125 031 572

I forbindelse med COVID 19-pandemien mottok helseforetaket smittevernutstyr vederlagsfritt fra nasjonalt beredskapslager i 2020. I regnskapet er varene verdsatt til anskaffelseskost for tilsvarende varer i henhold til helseforetakenes avtalepris med leverandører. Verdien av mottatte varer utgjorde 9,1 mill. kroner, hvorav 4,8 mill. kroner inngår i varekostnad for 2021 og 4,3 mill. kroner inngår i varekostnad for 2020. 0 mill. kroner inngår i varebeholdningen per 31.12.21

Varekostnad	2021	2020
Legemidler	379 096 237	355 526 418
Medisinske forbruksvarer	517 600 198	483 274 162
Andre varekostnader til eget forbruk	69 192 918	64 257 721
Innkjøpte varer for videresalg	13 828 441	14 088 748
Sum varekostnad	979 717 793	917 147 049

Note 6 Lønn og andre godtgjørelser

Lønn- og personalkostnader	2021	2020
Lønnskostnader	4 520 879 824	4 351 019 884
Arbeidsgiveravgift	334 775 169	278 982 439
Pensjonskostnader inkl arb avgift	746 950 979	505 181 510
Andre ytelser	42 227 719	39 466 630
Balanseført lønn egne ansatte	-534 042	-1 716 322
Sum lønn- og personalkostnader	5 644 299 649	5 172 934 141

Som del av den generelle tiltakspakken fra regjeringen i forbindelse med COVID 19-pandemien ble arbeidsgiveravgiftssatsen redusert med 4 prosentenheter i 3. termin 2020 (mai-juni). For Universitetssykehuset Nord-Norge HF utgjorde dette 39,8 mill. kroner i redusert arbeidsgiveravgift i 2020.

Gjennomsnittlig antall ansatte	8 830	8 646
Gjennomsnittlig antall årsverk	7 159	7 002

Lønn til administrerende direktør

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
								Lønn	Pensjon og andre godtgj.
Anita Schumacher	Adm. direktør	2 054 770	378 548	5 248	2 438 566	1.1-31.12	1.1-31.12		

Administrerende direktør har oppsigelsestid på 6 mnd. Ingen særskilt sluttavtale.

Lønn til ledende personell

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Andre godtgj.	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen	
								Lønn	Pensjon og andre godtgj.
Marit Lind	Viseadm. direktør	1 914 926	341 928	5 248	2 262 102	1.1-31.12	1.1-31.12		
Gina Marie Johansen	Driftsleder	1 422 467	319 874	5 248	1 747 589		1.1-31.12		
Gry Andersen	Driftsleder	1 582 568	264 563	856	1 847 987	1.1-18.4	1.1-31.12		
Vibeke Haukland	Driftsleder	968 597	226 184	4 150	1 198 931	19.4-31.12	1.1-31.12		
Jon Henrik Mathisen	Klinikkssjef	1 337 637	252 722	5 248	1 595 607		1.1-31.12		
Elin Gullhav	Klinikkssjef*	1 575 500	272 581	3 784	1 851 865		1.1-31.12		
Solveig Marianne Nordhov	Klinikkssjef	1 945 248	323 003	785	2 269 036	23.8-31.12	1.1-31.12		
Kate Myreng	Klinikkssjef	1 232 786	255 167	856	1 488 809		1.1-31.12		
Kristian Bartnes	Klinikkssjef	1 853 226	251 628	5 248	2 110 102		1.1-31.12		
Truls Myrmed	Konst. klinikkssjef	1 911 623	285 546	785	2 197 954	31.5-22.8	1.1-31.12		
Rolv-Ole Lindsetmo	Klinikkssjef	1 800 295	264 940	5 248	2 070 483		1.1-31.12		
Fredrik Sund	Klinikkssjef	1 740 632	316 808	856	2 058 296	1.9-31.12	1.1-31.12		
David Johansen	Klinikkssjef	1 892 231	259 171	856	2 152 258		1.1-31.12		
Bjørn-Yngvar Nordvåg	Klinikkssjef	1 730 338	296 159	5 248	2 031 745		1.1-31.12		
Karl Ivar Lorentzen	Klinikkssjef	1 520 700	274 275	856	1 795 831	1.4-31.12	1.1-31.12		
Eva-Hanne Hansen	Klinikkssjef	1 632 011	356 734	856	1 989 601		1.1-31.12		
Tordis Høifødt	Klinikkssjef	916 534	227 812	2 686	1 147 032	1.1-4.5	1.1-31.12		
Eirik Stellander	Klinikkssjef	1 929 831	267 382	856	2 198 069	1.3-31.12	1.1-31.12		
Markus Rumpfeld	Senterleder	1 844 824	253 869	5 248	2 103 941		1.1-31.12		
Haakon Lindkleiv	Senterleder	1 567 401	246 452	856	1 814 709		1.1-31.12		
Einar Bugge	Senterleder**	1 896 703	253 382	3 784	2 153 869		1.1-31.12		
Stein Olav Skrøvsæth	Senterleder	1 121 020	246 787	5 248	1 373 055		1.1-31.12		
Grethe Andersen	Driftssjef	1 402 763	283 026	5 248	1 691 037		1.1-31.12		
Gøril Bertheussen	Personalsjef	1 452 726	374 127	5 248	1 832 101		1.1-31.12		
Hilde Annie Pettersen	Komm. sjef	1 230 173	272 725	5 248	1 508 146		1.1-31.12		
Lars Øverås	Økonomisjef	1 192 007	317 564	856	1 510 427		1.1-31.12		
		40 614 767	7 304 409	81 406	48 000 582			0	0

*Viseadm dir 23.8 - 31.12

** Kst viseadm 23.8 - 31.12

Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) definerer personer i stillingene knyttet til direktørens ledergruppe som ledende ansatte i helseforetaket.

Redegjørelse for lederlønnspolitikken i 2021

Lønn og godtgjørelse for ledende ansatte er fastsatt administrativt.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2021 hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2021 justert som følger:

Klinikk/senter, navn	Stilling	Årslønn	Årslønn	%-vis	Merknad
		1.1.21	31.12.21	endring	
Direktøren, Anita Schumacher	Adm. Direktør	2 029 000	2 063 493	1,70 %	
Direktøren, Marit Lind	Viseadm. direktør	1 879 889	1 926 889	2,50 %	
Driftsledelse Harstad, Gina Marie Johansen	Driftsleder	1 369 229	1 409 229	2,92 %	
Driftsledelse Narvik, Gry Andersen	Driftsleder	1 592 896	1 592 896	0,00 %	1.1-18-4
Driftsledelse Narvik, Vibeke Haukland	Driftsleder	1 050 000	1 150 000	9,52 %	19.4-
Akuttmedisinsk klinikk, Jon Henrik Mathisen	Klinikkssjef	1 313 163	1 353 163	3,05 %	
Barne- og ungdomsklinikken, Elin Gullhav	Klinikkssjef	1 494 767	1 537 767	2,88 %	Viseadm. dir. 23.8-
Barne- og ungdomsklinikken, Solveig Marianne Nordhov	Klinikkssjef	1 752 700	1 752 700	0,00 %	23.8-
Diagnostisk klinikk, Kate Myreng	Klinikkssjef	1 210 230	1 250 230	3,31 %	
Hjerte- og lungeklinikken, Truls Myrmel	Klinikkssjef	1 819 318	1 875 716	3,10 %	Konst. 31.5-22.8
Hjerte- og lungeklinikken, Kristian Bartnes	Klinikkssjef	1 819 318	1 865 318	2,53 %	
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Rolv-Ole Lindsetmo	Klinikkssjef	1 792 014	1 837 014	2,51 %	
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Fredrik Sund	Klinikkssjef	1 700 000	1 700 000	0,00 %	1.9-
Medisinsk klinikk, David Johansen	Klinikkssjef	1 800 000	1 845 000	2,50 %	
NOR-klinikken, Bjørn-Yngvar Nordvåg	Klinikkssjef	1 721 832	1 764 832	2,50 %	
NOR-klinikken, Karl Ivar Lorentzen	Klinikkssjef	1 509 217	1 552 217	2,85 %	1.4-31.12
Operasjons- og intensivklinikken, Eva-Hanne Hansen	Klinikkssjef	1 620 784	1 662 784	2,59 %	
Psykisk helse- og rusklinikken, Tordis Høifødt	Klinikkssjef	1 571 265	1 571 265	0,00 %	1.1-4.5
Psykisk helse- og rusklinikken, Eirik Stellander	Klinikkssjef	1 800 000	1 845 000	2,50 %	1.3-
E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret, Markus Rumpsfeld	Senterleder	1 800 000	1 845 000	2,50 %	
Forsknings- og utdanningssenteret, Einar Bugge	Senterleder	1 820 809	1 865 809	2,47 %	Konst. Videadm. Dir. 23.8-
Nasjonalt senter for e-helseforskning, Stein Olav Skrøvseth	Senterleder	1 100 508	1 135 508	3,18 %	
Fag- og kvalitetssenteret, Haakon Lindeklev	Fagsjef	1 490 000	1 533 000	2,89 %	
Drifts- og eiendomssenteret, Grethe Andersen	Driftssjef	1 377 097	1 419 097	3,05 %	
Stabssenteret, Gøril Bertheussen	Personalsjef	1 420 100	1 463 100	3,03 %	
Stabssenteret, Hilde Annie Pettersen	Kommunikasjonssjef	1 200 253	1 243 253	3,58 %	
Stabssenteret, Lars Øverås	Økonomisjef	1 162 550	1 205 550	3,70 %	

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF mener at lønnspolitikken i 2021 har vært i tråd med de statlige retningslinjene.

Retningslinjer for 2022

Med bakgrunn i endrede regler om lederlønn i allmennaksjeloven og at Nærings- og fiskeridepartementet fastsatte nye retningslinjer for lederlønn i selskaper med statlig eierandel 30.4.2021 ble helseforetakets vedtekter endret i foretaksmøte 2. februar 2022.

Retningslinjer for lederlønn legges frem for godkjenning for ordinært foretaksmøte fra og med 2022, i samsvar med asal § 6-16a og forskrift om retningslinjer og rapport om godtgjørelse for ledende personer. I tråd med helseforetakets vedtekter vil lønnsrapport i samsvar med asal § 6-16b og forskriften legges frem for ordinært foretaksmøte fra og med 2023.

Fastsettelsen av retningslinjer inngår med bakgrunn i dette ikke som en noteopplysning og integrert del av årsregnskapet fra og med 2021.

Note 7 Pensjon

Pensjonsforpliktelse	31.12.2021	31.12.2020
Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	17 311 204 591	15 754 980 903
Pensjonsmidler	14 919 566 429	13 218 581 898
Netto pensjonsforpliktelse	2 391 638 162	2 536 399 005
Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	169 806 310	180 084 330
Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-3 154 115 858	-2 969 040 268
Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-592 671 386	-252 556 933
herav balanseført netto pensjonsforpliktelser inkl aga		
herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	-592 671 386	-252 556 933

Spesifikasjon av pensjonskostnad	2021	2020
Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	705 828 372	588 418 703
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	276 773 317	318 644 602
Årets brutto pensjonskostnad	982 601 689	907 063 305
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-419 504 480	-471 888 487
Administrasjonskostnad	26 848 438	31 518 632
Netto pensjonskostnad inkl. adm. kost	589 945 647	466 693 450
Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kost	41 886 141	29 380 175
Resultatført actuarielt tap (gevinst)	102 635 589	4 846 873
Resultatført aga av actuarielt tap (gevinst)	11 992 223	3 286 018
Årets netto pensjonskostnad	746 459 600	504 206 516
Andre pensjonskostnader	491 379	974 994
Sum pensjonskostnader	746 950 979	505 181 510

Spesifikasjon av premiefond	2021	2020
Saldo pr 1.1	311 964 586	366 515 237
Tilført premiefond	443 452 373	78 329 349
Uttak fra premiefond	-127 531 000	-132 880 000
Saldo pr 31.12	627 885 959	311 964 586

Økonomiske forutsetninger	2021	2020
Diskonteringsrente	1,90 %	1,70 %
Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,70 %	3,10 %
Årlig lønnsregulering	2,75 %	2,25 %
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,50 %	2,00 %
Pensjonsregulering	1,73 %	1,24 %
Antall aktive personer med i ordningen	8 039	7 910
Antall oppsatte personer med i ordningen	12 509	11 929
Antall pensjoner med i ordningen	5 758	5 328

Foretaket har en ytelsesbasert tjenstepensjonsordning i KLP (/SPK m.fl). Denne pensjonsordningen tilfredsstiller i Lov om offentlig tjenstepensjon.

Pensjonsordningen

Tariffestet tjenestepensjon for de ansatte er sikret i KLPs kollektive pensjonsordninger. Dette gjelder alders-, uføre-, etterlatte-, tidligpensjon, AFP og betinget tjenestepensjon. Årskullene født før 1963 er sikret tidligpensjon og AFP 62-67 år. Årskullene født fra 1963 er sikret betinget tjenestepensjon eller livsvarig AFP. Når regelverket krever det samordnes pensjonene med utbetalingene fra folketrygden. Det tjenes ikke opp pensjon for lønn over 12G (folketrygdens grunnbeløp).

Regnskapsføring av tjenestepensjonsordninger med vedtektsfestet ytelsesnivå følger norsk regnskapsstandard NRS 6 pensjonskostnader. Alle statlige helseforetak i KLP inngår i en flerforetakspensjon. Siden offentlig AFP er tett integrert med ordinær tjenestepensjon inngår forpliktelsen for AFP som del av beregningen av pensjonsforpliktelsen.

Regelverksendringer i offentlig tjenestepensjon

Partene i arbeidslivet ble enige om ny offentlig tjenestepensjon (OfTP) fra 01.01.2020. Stortinget vedtok 11.06.2019 endringer av flere lover som regulerer pensjon innen offentlig sektor. Regelendringene er innarbeidet i KLPs vedtekter. Regnskapsstiftelsen gav ut egen veiledning i august 2019 om regnskapsmessig håndtering av endringene i offentlig tjenestepensjon. Denne veiledningen er lagt til grunn ved beregningene fra og med 2019. Fortsatt gjenstår deler av pensjonsreformen. Eventuelle vedtak i løpet av 2022 vil bli innarbeidet i neste års beregning.

Siden endelig vedtak om ny offentlig AFP ikke foreligger, angir veiledningen at man også for årskullene 1963 og yngre regner forpliktelsen etter dagens AFP ordning. Det er lagt til grunn samme antakelser om uttak av AFP som tidligere år

Beregningsforutsetninger

De økonomiske forutsetninger per 31.12.2021 følger siste veiledning gitt av Regnskapsstiftelsen i januar 2022. Basert på disse er det beregnet beste estimat brutto pensjonsforpliktelse per 31.12.2021. Regnskapsstiftelsen endret i 2020 metodikken for fastsettelse av forventet avkastning på pensjonsmidlene. Avkastningen bør nå fastsettes av hver leverandør for deres portefølje basert på aktivklassene denne er investert i. For leverandørene til de statlige helseforetakene gir aktivaallokeringen en forventet avkastning på 3,7%.

Demografiske forutsetninger	31.12.2021	31.12.2020
Anvendt dødelighetstabell	KLP2021	K2013BE
Anvendt uførefrekvens	KU2021	KU2020
Forventet uttakshyppighet AFP	15-42,5 %	15-42,5 %

Frivillig avgang i sykepleierordningen (i %)

Alder (i år)	< 20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Avgang (i %)	25	15	10	6	4	3	0

Frivillig avgang i fellesordningen og for sykehusleger (i %)

Alder (i år)	< 24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55
Avgang (i %)	25	15	7,5	5	3	0

Resultatførte estimatavvik

I samsvar med god regnskapsskikk, benytter Helse Nord reglene om "korridor" og fordeling over gjenværende opptjeningsstid ved behandling av estimatavvik knyttet til pensjonsordningen. Estimatavvik utover "korridoren" resultatføres med 1/12-del.

Note 8 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader	2021	2020
Pasientreiser	210 463 551	183 267 186
Bygninger og kontorlokaler inkl energi og brensel	160 574 262	144 792 062
Kjøp og leie av utstyr, maskiner mv.	112 370 199	124 869 402
Reparasjon, vedlikehold og service	152 995 629	157 491 967
Konsulenttjenester	45 507 972	28 113 607
Annen ekstern tjeneste	470 921 539	408 990 937
Kontor- og kommunikasjonskostnader	31 022 306	32 568 737
Kostnader forbundet med transportmidler	12 333 328	11 871 209
Reisekostnader	32 825 360	33 656 489
Forsikringskostnader	4 954 566	4 668 424
Pasientskadeerstatning	-8 384 440	3 099 935
Øvrige driftskostnader	53 865 042	37 857 323
Sum	1 279 449 314	1 171 247 278

Fra og med 2022 bortfaller egenandeler ved pasientskade. Finansiering av pasientskade innenfor spesialisthelsetjenesten vil da i sin helhet være i form av forsikringspremie. Som konsekvens av at det enkelte helseforetak fra og med 2022 ikke vil motta egenandelskrav er det ikke grunnlag for å bokføre en forpliktelse.

Note 9 Finansposter

Finansinntekter	2021	2020
Konserntinterne renteinntekter	2 907 332	5 525 730
Andre finansinntekter	159	7 142
Sum finansinntekter	2 907 491	5 532 872

Finanskostnader	2021	2020
Konserninterne rentekostnader	7 337 685	10 350 797
Andre rentekostnader	6 383 458	8 908 070
Sum	13 721 143	19 258 867

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2021 balanseført byggelånsrenter med 2,09 mill kr.

Note 10 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Immaterielle eiendeler	Lisenser og programvare	Sum
Anskaffelseskost 1.1	2 775 889	2 775 889
Tilgang	-	-
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-
Avgang	-	-
Fra anlegg under utførelse til....	-	-
Anskaffelseskost 31.12	2 775 889	2 775 889
Akk avskrivninger 31.12	2 116 931	2 116 931
Akk nedskrivninger 31.12	-	-
Balansført verdi 31.12	658 958	658 958
Årets ordinære avskrivninger	304 578	304 578
Årets nedskrivninger	-	-
Årets balansførte lånekostnader	-	-
Levetid	5 år	
Avskrivningsplan	lineær	

Varige driftsmidler	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1	672 760 869	6 571 198 181	671 781 216	1 492 159 179	373 417 166	9 781 316 611
Tilgang		197 070	507 210 172	64 715 921	21 809 840	593 933 003
Tilgang virksomhetsoverdragelse						0
Avgang				13 529 072	9 902 377	23 431 449
Fra anlegg under utførelse til....		46 386 018	-94 881 536	39 249 149	9 246 370	0
Anskaffelseskost 31.12	672 760 869	6 617 781 269	1 084 109 853	1 582 595 177	394 570 999	10 351 818 165,73
Akk avskrivninger 31.12	50 205 168	2 948 479 610		914 194 203	281 971 922	4 194 850 903
Akk nedskrivninger 31.12	5 899 526					5 899 526
Balansført verdi 31.12	616 656 176	3 669 301 658	1 084 109 853	668 400 974	112 599 077	6 151 067 737
Årets ordinære avskrivninger	1 072 100	162 204 326		132 591 517	33 181 632	329 049 574
Årets nedskrivninger						0
Årets balansførte lånekostnader			2 093 179			2 093 179
Levetider		Dekomponert 10-60 år		3-15 år	3-15 år	
Avskrivningsplan	lineær	lineær		lineær	lineær	

Finansielle leieavtaler	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Bokført verdi 31.12.21		95 574 105		
Årlige avskrivninger		1 984 133		
Estimert leiebeløp neste år		9 745 788		
Estimert leiebeløp 2 til 5 år		38 983 152		
Estimert leiebeløp utover 5 år		9 745 788		
Varighet (år)		10		

Operasjonelle leieavtaler	Tomter, boliger og barnehager	Bygninger	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp		55 593 387	1 199 123	3 172 813
Varighet		Løpende	Løpende	Løpende

For store deler av gruppene "tomter og boliger" og "bygninger" er det løpende kontrakter som gjelder til de blir sagt opp.

Langsiktige byggeprosjekter

Igangsatte og pågående prosjekter i 2021 med en totalt kostnadsramme som overstiger 50 millioner kroner.

Investeringsprosjekt	Akkumulert regnskap pr 31.12.21	Akkumulert regnskap pr 31.12.20	Total kostnadsramme	Prognose sluttsum	Planlagt tidspunkt for ferdigstilling
Nye UNN Narvik	788 119 906	395 703 896	2 270 000 000	2 270 000 000	2023
	788 119 906	395 703 896	2 270 000 000	2 270 000 000	

Note 11 Eierandeler i datterforetak, fellesk. virksomhet og tilknyttet selskap

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet eller tilknyttet selskap

Note 12 Investeringer i aksjer og andeler

Investeringer i aksjer og andeler	31.12.2021	31.12.2020
Norinnova AS	662 480	662 480
Egenkapitalinnskudd KLP	378 055 987	352 737 994
Sum investeringer i aksjer og andeler	378 718 467	353 400 474

Egenkapitalinnskudd KLP

Som gjensidig selskap har KLP dekket hoveddelen av sitt egenkapitalbehov gjennom egenkapitalinnskudd fra kundene. Bortsett fra det oppsamlede egenkapitalinnskudd finnes det egenkapital i form av et egenkapitalfond. Egenkapitalfondet er såkalt opptjent egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP kan endre seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra KLP til en annen pensjonsinretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjon der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Note 13 Kundefordringer og andre fordringer

Kundefordringer og andre fordringer	31.12.2021	31.12.2020
Kundefordringer	113 980 091	107 891 912
Påløpne inntekter	1 752 322	7 018 451
Andre kortsiktige fordringer	62 713 631	61 312 134
Sum kortsiktige fordringer	178 446 044	176 222 497

Aldersfordeling kundefordringer	31.12.2021	31.12.2020
Ikke forfalte fordringer	85 426 479	90 620 587
Forfalte fordringer 1-30 dager	4 950 728	3 184 568
Forfalte fordringer 30-60 dager	14 750 209	3 189 613
Forfalte fordringer 60-90 dager	2 326 913	1 801 970
Forfalte fordringer over 90 dager	6 525 762	9 095 175
Kundefordringer pålydende pr. 31.12.	113 980 091	107 891 912

Avsetning tap på fordringer	31.12.2021	31.12.2020
Avsetning for tap på fordringer pr. 1.1.	11 102 000	6 370 000
Årets avsetning til tap på krav	-883 844	4 837 576
Reverserte tidligere avsetninger	148 156	105 576
Avsetning for tap på fordringer pr. 31.12.	10 070 000	11 102 000
Årets konstaterte tap	3 221 266	3 627 821

Årets konstaterte tap bokføres som en reduksjon av fordringer. Endring i tapsavsetning og konstaterte tap er totalt kostnadsført med kr 2 189 266 i 2021. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ingen fordringer med forfall senere enn ett år.

Note 14 Kontanter og bankinnskudd

Kontanter og bankinnskudd	31.12.2021	31.12.2020
Skattetrekksmidler	223 420 722	197 662 691
Andre bundne konti		
Sum bunde kontanter og bankinnskudd	223 420 722	197 662 691
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	101 524	109 461
Sum kontanter og bankinnskudd	223 522 246	197 772 152

Note 15 Egenkapital

	Foretakskapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2020	100 000	4 531 253 844	0	-124 904 500	4 406 449 344
Egenkapital 1.1.2021	100 000	4 531 253 844	0	-124 904 500	4 406 449 344
Årets resultat				-89 329 353	-89 329 353
Egenkapital 31.12.2021	100 000	4 531 253 844	0	-214 233 853	4 317 119 991

Note 16 Avsetninger for forpliktelse

Avsetning for forpliktelse	31.12.2021	31.12.2020
Tariffestet utdanningspermisjon	203 346 389	193 387 449
Investeringsstilskudd	151 785 036	163 784 897
Avsetning til egenandeler vedrørende pasientskadeerstatning	0	11 935 000
Sum avsetning for forpliktelse	355 131 425	369 107 346
Antall ansatte som er omfattet av ordningen med tariffestet utdanningspermisjon	619	625
Uttakstilbøyelighet	100 %	100 %

Fra og med 2022 bortfaller egenandeler ved pasientskade. Finansiering av pasientskade innenfor spesialisthelsetjenesten vil da i sin helhet være i form av forsikringspremie. Som konsekvens av at det enkelte helseforetak fra og med 2022 ikke vil motta egenandelskrav er det ikke grunnlag for å bokføre en forpliktelse.

Note 17 Gjeld og obligasjoner

Kortsiktig gjeld	31.12.2021	31.12.2020
Leverandørgjeld	293 540 463	248 190 537
Påløpt lønn	138 798 253	160 270 273
Feriepenger	524 979 978	495 808 932
Påløpte kostnader	66 881 829	75 770 479
Annen kortsiktig gjeld	212 682 826	212 076 778
Sum	1 236 883 348	1 192 116 999

Langsiktig gjeld	31.12.2021	31.12.2020
Gjeld til Helse Nord RHF	1 381 600 000	869 400 000
Annen langsiktig gjeld	95 574 105	97 172 566
Sum langsiktig gjeld	1 477 174 105	966 572 566
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	1 169 028 571	680 400 000

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har tatt opp lån til finansiering av investeringer hos Helse Nord RHF. Lånene er konvertert til langsiktig lån med en løpetid beregnet som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de enkelte investeringene. Løpetid er 25-35 år.

Avdragsprofil	Saldo pr 31.12.21	2022	2023	2024	2025	2026	2027-
A-fløya	506 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	23 000 000	391 000 000
PET-senteret	325 600 000	14 800 000	14 800 000	14 800 000	14 800 000	14 800 000	251 600 000
Nye UNN Narvik	550 000 000				7 857 143	15 714 286	526 428 571
Sum	1 381 600 000	37 800 000	37 800 000	37 800 000	45 657 143	53 514 286	1 169 028 571

Note 18 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

Kortsiktige fordringer	31.12.2021	31.12.2020
Helse Nord RHF	233 790 295	329 828 323
Helse Nord IKT HF	1 193 479	862 190
Finnmarkssykehuset HF	7 245 587	9 345 991
Nordlandssykehuset HF	19 446 758	26 523 021
Helgelandssykehuset HF	3 370 155	4 031 503
Sykehusapotek Nord HF	391 347	764 903
Sum	265 437 620	371 355 931

Kortsiktig gjeld	31.12.2021	31.12.2020
Helse Nord RHF	212 283 268	159 743 960
Helse Nord IKT HF	-5 346 048	3 957 353
Finnmarkssykehuset HF	291 929	230 552
Nordlandssykehuset HF	360 941	401 035
Helgelandssykehuset HF	95 576	0
Sykehusapotek Nord HF	21 659 449	24 998 455
Sum	229 345 115	189 331 355

Alle Helseforetakene i Helse Nord er med i en konsernkontoordning i DNB og formelt er alle innskuddene i denne ordningen eid av Helse Nord RHF. I årsregnskapet er derfor alle innskudd og trekk på konti som er med i konsernkontoordningen satt som mellomværende med Helse Nord RHF.

Note 19 Nærstående parter

Foretakets nærstående er definert i regnskapslovens § 7-30b og regnskapsforskriftens § 7-30b-1. Vesentlige transaksjoner med nærstående parter framgår i denne og andre noter i årsregnskapet.

Ytelser til ledende ansatte er omtalt i note 6, og mellomværende med konsernselskaper er omtalt i note 17 og 18.

Foretaket mottar det vesentligste av sine inntekter fra eier, det vil si Helse Nord RHF som igjen er eid av staten v/Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD er også eier av de andre regionale helseforetakene.

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Nord-Norge og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i egne foretak får behandling i helseforetak utenfor Nord-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Foretakets kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 323,3 mill kroner i 2021 mot 269,0 mill kroner i 2020, tilsvarende salg utgjorde 50,0 mill kroner i 2021 mot 42,5 mill kroner i 2020. Det vesentligste av gjestepasientoppjøret er basert av avtalte beregningsmåter for prising.

Det vesentligste av transaksjoner i foretaksgruppen Helse Nord er Helse Nord RHF's overføringer av tilskudd og aktivitetsbaserte inntekter til datterforetakene. Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i 2021 kjøpt varer og tjenester for 42,7 mill kr. hos Helse Nord RHF, 329,7 mill kr. hos Helse Nord IKT HF og for 245,3 mill hos Sykehusapotek Nord HF. Fra Helse Nord IKT HF har UNN HF hovedsaklig kjøpt IKT-tjenester, fra Sykehusapotek Nord HF har UNN HF hovedsaklig kjøpt legemidler.

Medikamenter utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. I forskning og utvikling forekommer det samarbeid mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det regionale helseforetaket har inngått gjensidig forpliktende avtale med legemiddelindustrien omkring etikk knyttet til avtaler.

Foretaket har gjennomført en kartlegging og dokumentasjon av styremedlemmers og ledende ansattes verv som kan tenkes å komme i konflikt med relasjoner foretakene har til andre aktører. Helseregionen er blant annet underlagt lov om offentlige anskaffelser. I foretaket er det etablert rutiner som skal bidra til å sikre at ansatte som er ansvarlig for, eller har innflytelse på inngåelse av vesentlige innkjøps- og/eller salgsvtaler ikke sitter med verv eller har andre relasjoner til leverandører eller kunder mv som kan tenkes å komme i konflikt deres rolle i foretakene. Det er etablert gjennomgående rutiner og retningslinjer for kartlegging, vurderinger, dokumentasjon mv av dette i foretaket.

Note 20 Universitetet og høyskolers rettigheter til arealer i helseforetak

Undervisning er en sentral del av helseforetakets virksomhet. Dette innebærer at Universitetssykehuset Nord-Norge HF plikter å stille nødvendig arealer mv til disposisjon for universiteter og høyskoler.

Rettighetene er knyttet til areal vedr. kontor, undervisningsrom og forskning. UIT-Norges Arktiske Universitet har disponeringsrett på til sammen 3113 m2 ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Videre har Universitetssykehuset Nord-Norge HF disponeringsrett på til sammen 599 m2 ved UIT-Norges Arktiske Universitet.

Note 21 Garantiforpliktelser

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har ikke stilt noen garantiforpliktelser for andre

Note 22 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

	2021	2020
Endring i varelager	-2 321 809	-34 733 820
Endring i fordring på selskap i samme konsern	105 918 312	94 275 005
Endring i øvrige fordringer	-2 223 547	-49 714 440
Sum endring i omløpsmidler	101 372 956	9 826 745
Endring i skyldige offentlige avgifter	62 207 828	-7 940 359
Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern	40 013 760	38 965 162
Endring i annen kortsiktig gjeld	46 747 180	156 558 210
Sum endring i kortsiktig gjeld	148 968 768	187 583 013

Note 23 Forskning og utvikling

	2021	2020
Øremerkede tilskudd fra eier til forskning	26 580 792	31 094 617
Andre inntekter til forskning	39 640 953	40 857 051
Basisramme til forskning	161 210 686	141 312 984
Sum inntekter til forskning	227 432 431	213 264 652
Andre inntekter til utvikling		
Basisramme til utvikling	76 865 204	51 652 652
Sum inntekter til utvikling	76 865 204	51 652 652
Sum inntekter til forskning og utvikling	304 297 635	264 917 304

	2021	2020
Kostnader til forskning - somatikk	209 898 513	202 486 280
Kostnader til forskning - psykisk helsevern	15 331 222	10 035 224
Kostnader til forskning - TSB	2 202 696	743 148
Kostnader til forskning - annet		
Sum kostnader til forskning	227 432 431	213 264 652
Kostnader til utvikling - somatikk	72 623 091	44 700 667
Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	3 493 505	4 407 062
Kostnader til utvikling - TSB	748 608	2 544 923
Kostnader til utvikling - annet		
Sum kostnader til utvikling	76 865 204	51 652 652
Sum kostnader til forskning og utvikling	304 297 635	264 917 304

	2021	2020
Antall avlagte doktorgrader	14	22
Antall publiserte artikler	372	360
Antall årsverk forskning	184	182
Antall årsverk utvikling	64	43

Note 24 Skatt

Universitetssykehuset Nord-Norge HF driver ikke skattepliktig virksomhet.

Note 25 Betingede utfall

Universitetssykehuset Nord-Norge HF er ikke kjent med andre forhold, herunder rettsaker, potensielle offentlige pålegg eller lignende som har vesentlig innvirkning på regnskapet for helseforetaket ut over de avsetninger som er foretatt i regnskapet per 31.12.2021.



ÅRSBERETNING 2021 for Universitetssykehuset Nord-Norge HF

1. Opplysninger om arten av virksomheten og hvor virksomheten drives

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble stiftet 18.12.2001 som eget helseforetak. Foretaket er 100 % eid av Helse Nord RHF. UNN har regionalt ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og på Svalbard, og hadde i 2021 lokalsykehusfunksjon for 30 kommuner i Nordland, Troms og Finnmark, samt på Svalbard. Hovedvirksomheten knyttet til somatisk virksomhet og psykisk helsevern var i 2021 lokalisert til Tromsø, Harstad og Narvik. I tillegg er det etablert to distriktsmedisinske sentre (Nordreisa og Finnsnes) og sju distriktpsikiatriske sentre (Narvik, Harstad, Sjøvegan, Silsand, Tromsø, Storsteinnes og Storslett) i UNNs opptaksområde.

2. Redegjørelse for forutsetningen om fortsatt drift

I årsregnskapet er forutsetningen om fortsatt drift lagt til grunn da det etter styrets oppfatning ikke er forhold som tilsier noe annet. Det vises i denne sammenheng til § 5 i helseforetaksloven.

3. Virksomheten i 2021

Styrets hovedstrategier for virksomheten i 2021 var å sikre en økonomisk utvikling som gir et godt grunnlag for videre utvikling av UNN som region- og universitetssykehus, samt å bedre tilgjengeligheten for pasientene blant annet i form av kortere ventetider, færre fristbrudd, færre forsinkede avtaler og mer desentraliserte konsultasjoner ved hjelp av teknologi. Fokus på å utvikle organisasjonens evne til å arbeide etter prinsippet om kontinuerlig forbedring med bedre pasientforløp, økt kvalitet og pasientsikkerhet, styrking av forskningens omfang og posisjon, samt helseforetakets mulighet til å sikre nødvendig fornyelse av medisinteknikk utstyr og arealer har også vært viktig.

Pandemien har påvirket driften av foretaket både økonomisk og kapasitetsmessig også i 2021. Planlegging og oppfølging av beredskapsarbeidet, omdisponering av personell, opplæring og oppbemanning, smittesporing blant personell og pasienter og tiltak for å isolere mulig smittede og smittede fra øvrige pasienter har krevd vesentlige ressurser gjennom store deler av året. Særlig var intensivenehetene i UNN tungt belastet i perioden oktober til desember 2021.

Det har ikke vært noen større ulykker eller skader i foretaket i 2021.

4. Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

I styrets beretning til RHF har vi med en kort kommentar til følgende:

Somatisk virksomhet

Antall liggedager innen somatisk virksomhet var i 2021 164 082 dager, 4 % høyere enn plan, mens poliklinisk aktivitet med 282 922 kontakter også var noe over plan (5 %). DRG-aktiviteten var godt under plan for 2021 (-5,8 %). Også antall røntgenundersøkelser (-4,3 %) var under plan, mens antall laboratorieanalyser (+8,5 %) er over plan i 2021.

Den somatiske virksomheten ble også i 2021 preget av pandemien som startet i 2020.

Det har vært utført et stort arbeid med å videreutvikle og justere beredskap for covid-19 og håndtere pasientbehandling både av pasienter med (spørsmål om) covid-19 og andre pasienter. Dette har gjort at UNN har vært i stand til å ta imot et større antall pasienter med covid-19 i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets og Helse Nord RHF's krav om å forberede sykehusene for en situasjon med utbredt smitte. Nedstengningen våren 2020 medførte en vesentlig forverring av fristbrudd og ventetider, og UNN har gjennom hele 2021 hatt stort fokus på å opprettholde normal pasientbehandling og ta igjen etterslep fra nedstengingen i 2020.

Pandemien har medført omprioriteringer av andre oppgaver, men det har likevel vært fokusert på omstillinger, pasientforløp, pasientsikkerhet og kvalitet i virksomheten.

Det er ikke gjennomført store organisatoriske endringer i klinikkene.

Psykisk helse og rusbehandling

Virksomheten innenfor psykisk helsevern er organisert gjennom to klinikker: Psykisk helse- og rusklinikken og Barne- og ungdomsklinikken.

Psykisk helse- og rusklinikken ivaretar UNNs samlede tilbud innenfor psykisk helsevern for voksne, mens Barne- og ungdomsklinikken ivaretar tilbudet til barn og unge. Virksomheten inkluderer poliklinikk, døgntilbud og ambulant virksomhet. I samarbeid med kommuner i opptaksområdene er det etablert ACT/FACT- team ved SPHR Ofoten, SPHR Sør-Troms og SPHR Tromsø.

Regionale sikkerhetsplasser er etablering ved Psykiatrisk avdeling, åpnet i 2021. Regionalt senter for spiseforstyrrelser, medikamentfritt behandlingstilbud, psykisk helse og hørsel, og OCD-team inngår også i regionale funksjoner UNN ivaretar for Helse Nord.

Tilbudet innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ivaretas av Psykisk helse- og rusklinikken (ved Rusavdelingen) gjennom virksomheter lokalisert til Tromsø og Narvik. Kapasiteten innenfor TSB er regional for Helse Nord RHF. Det er polikliniske rusteam ved sentrene for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) i Ofoten, Sør-Troms, Midt-Troms, Tromsø og Nord-Troms.

Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som ble tatt til behandling i UNN i løpet av 2021 var 70 dager, som er seks dager lengre enn i 2019, en dag kortere enn i 2020, og over nasjonalt måltall. Median ventetid ved UNN var 50 dager for alle avviklede. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fortsatt stod på venteliste ved utgangen av 2021 var på 80 dager.

Pandemien medførte et betydelig antall fristbrudd og økte ventetider i 2020, og til tross for en rekke tiltak som beskrevet i kvartals- og virksomhetsrapportene for å korrigere fristbrudd og ventetider har foretaket ikke lyktes med å redusere ventetider og fristbrudd vesentlig i 2021. Situasjonen er stabilisert, men det må arbeides videre med å bedre måloppnåelsen i 2021.

Forskning og utvikling

UNN bidrar i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet og Helse Nord RHF, i hovedsak med klinisk forskning som tilstrebes å være av høy internasjonal kvalitet, innenfor de fleste kliniske fagområder og for et bredt spekter av helsepersonell. Forskningen fremskaffer ny kunnskap for å bedre pasientbehandlingen, styrke forskningskompetansen og bidrar i utdanningen av helsepersonell.

UNNs støttefunksjoner bistår forskere i UNN og Helse Nord med støtte, veiledning og praktisk gjennomføring av forskningsprosjekter, ivaretar sekretariatet for Helse Nord's utlyste forskningsmidler, deltar i nasjonale arbeidsgrupper på vegne av UNN og Helse Nord, arbeider strategisk, samt samarbeider med helseforetak og universitet i regionen. UNN implementerer «pakkeforløp» for kliniske studier, for å lette arbeidet med forskning i klinikken, frigjøre tid for lokal prosjektleder og bidra til å øke antall kliniske studier ved UNN. I tillegg er målet å sikre en bedre oppfølging av kliniske studier.

Forskningsposten er et ettertraktet tilbud ved UNN, som i 2021 har deltatt aktivt inn i 14 studier; inkludert 855 studiedeltagere, og gjennomført 1009 fysiske studievisitter og 480 telefonvisitter.

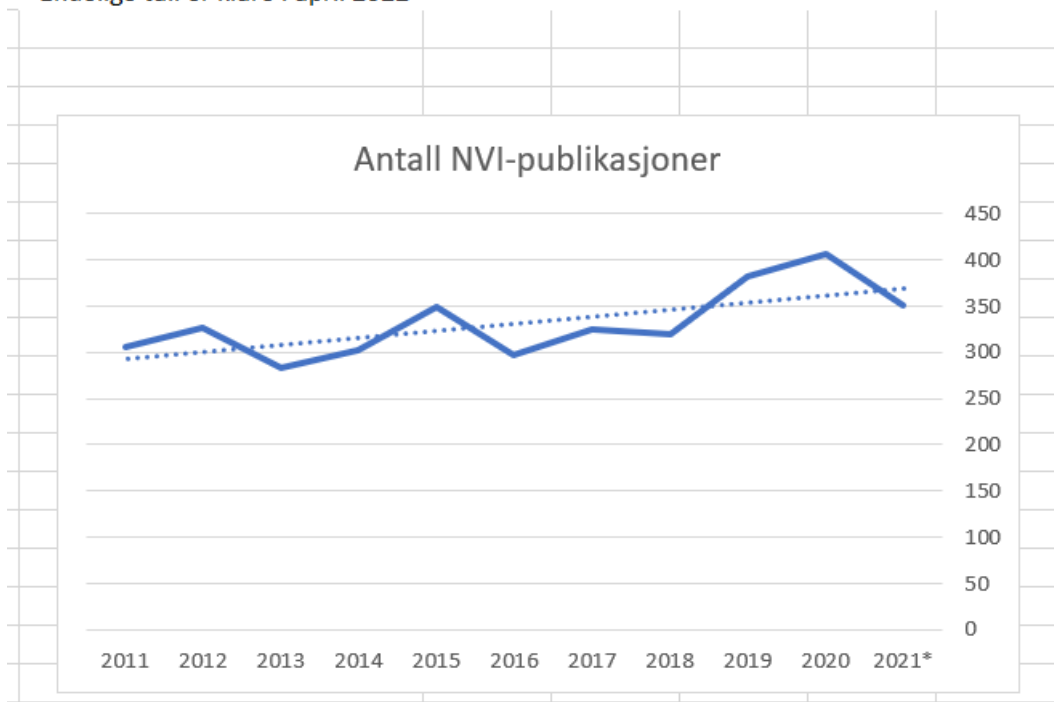
Arbeidet med brukermedvirkning i forskning er viktig, og i samarbeid med Helse Nord videreutvikles brukermedvirkning i forskning som kunnskapsfelt i regionen.

Det er stort fokus på aktiviteten rundt kliniske behandlingsstudier der forskningen er knyttet til den kliniske virksomheten, og resultatene raskt kan bidra til forbedringer i pasienttilbudet. Rapportering av foretakets kliniske behandlingsstudier vil foreligge i april 2021.

Forskningsaktiviteten i UNN har de siste årene vært i jevn positiv utvikling (Fig.1). Tallene for 2021 er foreløpige, og vil sannsynligvis endres noe før endelig rapportering foreligger i april. De foreløpige tallene tyder på at både antall vitenskapelige artikler, og antall doktorgrader utført av ansatte i foretaket har hatt en liten nedgang siste året. Det er usikkert hva nedgangen skyldes, men det kan være en mer naturlig svingning etter uvanlig mange publikasjoner i 2019 og 2020, og/eller ha sammenheng med pandemien. Figuren (Fig. 2) med antall publikasjoner fra UNN de siste 10 årene viser at trenden med økende antall over tid er stabil.

År	2021*	2020	2019	2018	2017
Antall NVI-publikasjoner	350	406	382	320	324
Publikasjonspoeng	-	276,88	268,38	231,57	224,93
Antall doktorgrader	15	21	30	30	23

*Endelige tall er klare i april 2022



5. Redegjørelse for årsregnskapet

Etter styrets oppfatning gir årsregnskapet en rettvise oversikt over utviklingen og resultatet av foretakets virksomhet og stilling.

De mest sentrale risiko- og usikkerhetsfaktorer som foretaket står overfor er:

UNN finansieres i all hovedsak av overføringer fra Helse Nord RHF. Aktivitetsnivå og inntekter er et resultat av Stortingets prioriteringer. Manglende økonomisk balanse resulterer i manglende evne til å få til nye prioriteringer og reduserer evnen til å sikre investeringsmuligheter som er noe av våre viktigste risiko

UNN vurderer likviditeten i foretaket som god.

UNN finansierer investeringer med egen likviditet og lån fra Helse Nord RHF. UNN avstemmer sitt investerings- og driftsnivå slik at foretaket planlegger med positiv likviditet i løpet av året.

UNN har ubenyttet trekkramme i konsernkontoordningen med Helse Nord RHF.

Kontantstrømmen i 2021 var positiv, jfr. kontantstrømpoppstillingen og utviklingen fra 2020 er en økning i likviditeten på 25,8 mill. kroner.

UNN har per 31.12.2021 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 17,3 milliarder kroner. Pensjonsmidler er 14,9 milliarder kroner. I tråd med regnskapsloven og Norsk

Regnskapsstandard er det per 31.12.2021 3,2 milliarder kroner i negative estimat- og planendringer som ikke er resultatført.

6. Økonomisk drift

Universitetssykehuset Nord-Norge HF hadde i 2021 følgende økonomisk styringsramme:

	Resultat 2021	Styringsmål 2021	Resultat 2020
Over-/ underskudd	-89,3 mill. kr	40,0 mill. kr	66,1 mill. kr
Resultatkrav fra RHF	40,0 mill. kr	40,0 mill. kr	40,0 mill. kr
Avvik fra eiers resultat mål	-129,3 mill. kr	0,0 mill. kr	26,1 mill. kr

Avvik mot styringsmål fra Helse Nord RHF i 2021 var følgelig på -129,3 mill. kroner.

Den viktigste årsaken til avviket er at det har vært brukt mer til personell og varekostnader som følge av pandemien enn hva som er tilført av midler. Pandemien har i sum kostet ca. 100 mill. kroner mer enn hva som er tilført av koronamidler.

7. Investeringer

Viktige investeringer i 2021 har vært:

Prosjekt	Beløp
Nye UNN Narvik (710210)	392 416 670,97
Ambulansebiler (761000)	26 289 658,41
Etablering av regionale døgnplasser bygg 5 (752000)	16 530 869,42
AFL - Dialyse (710340)	11 543 331,67
CT, Stråleterapi (721200)	9 228 571,35
NIPT, BUK (721700)	7 706 624,30
Utstyr trådløst nettverk.	6 625 316,52
Respiratorer Intensiv, 13 stk (721800)	5 656 258,75
734 Windows 10-pc ((726200)	5 090 000,00
Pasientovervåking, Oppvåking (721800)	5 047 499,00
Dataabling Breivika (IKT-nettverk) (764500)	4 685 548,14
Konvensjonell røntgen, Sonjatun (723000)	4 191 208,75
Akuttmottak fase 2, Harstad (764500)	3 801 286,84
Immunhematologi-instrument (2 stk. Harstad/Narvik) (733000)	3 184 375,00
500 pc - flåtekjøp (724900)	3 062 500,00
PRESTO ekstraksjonsrobot (721500)	2 701 112,44
Hemodynamiske målinger (721300)	2 426 250,00
UNN kjøkken Breivika (751000)	2 372 591,00
Ny hybridstue i Breivika (710510)	2 367 615,76
Infrastruktur fase 1-3 Harstad (721800)	2 282 400,00
ØNH-rack, AnOp (721800)	2 153 995,00
Vaskemaskin Renhold (744500)	2 117 872,25
Utvide trådløst nett-Breivika (IKT-nettverk) (764500)	2 100 717,50
Ultralyd, uro (721200)	2 015 790,00

8. Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøet i foretaket anses tilfredsstillende. Det har vært 9 møter i Arbeidsmiljøutvalget gjennom året, hvorav 2 av disse var fellesmøter med Kvalitetsutvalget. Det er blant annet iverksatt følgende tiltak for å bedre arbeidsmiljøet:

- Gjennomføring av ForBedring (medarbeidertilfredshetsundersøkelse)
- Kursing i konflikthåndtering og forebygging av konflikter
- Kunnskap om risikovurdering, med fokus på vold og trusler, implementere prosedyren og risikovurderingen i eget arbeidssted.

I 2021 utgjorde sykefraværet totalt 133 181 dager, hvilket tilsvarer 9,3 % av total arbeidstid. I 2020 var gjennomsnittlig sykefravær 8,9 %.

Foretaket har etablert system for oppfølging av helse- miljø og sikkerhet.

I 2021 har det vært registrert følgende arbeidsrelaterte skader og ulykker:

Type hendelse	Antall
Fysisk skade (ved fall, løft, kutt, kjemikalieskade mm)	288
Fysisk vold (hendelse primært med fysisk skade, kan gi psykisk belastning)	246
Psykisk vold (verbale trusler, truende adferd mm)	178
Seksuell vold/trussel (fysisk og psykisk skade)	28
Totalsum	740

Foretaket hadde i 2021 gjennomsnittlig 6824 årsverk mot 6611 årsverk i 2020 – en økning på 213.

9. Forsikring

Det er ikke tegnet forsikring for styrets medlemmer og daglig leder for deres mulige ansvar overfor foretaket og tredjepersoner og i tilfelle om forsikringsdekningen.

10. Likestilling

Styret i UNN HF består av 6 menn og 6 kvinner. Ledergruppen har i 2021 bestått 10 menn og 10 kvinner. Av alle ansatte er 27,5 % menn, noe som er en svak reduksjon fra 2020. I forhold til andel ansatte er kvinner underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene. Likestilling er ett av satsningsområdene i overordnet personalpolitikk. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere.

Det har ikke blitt gjennomført særskilte kartlegginger og tiltak knyttet til likeverd og likestilling. Ved rekruttering til utviklingstiltak har det imidlertid vært vektlagt å få balanse i sammensetningen. Fremover vil det å øke andelen kvinnelige ledere i mellom- og topplederstillinger være sentralt å følge opp.

	Antall kvinner	Antall menn	Andel kvinner	Andel menn
Kjønnsbalanse	5247	1987	72,5 %	27,5 %
Midlertidig ansatte	852	374	69,5 %	30,5 %
Deltidsarbeid, faktisk antall	1197	380	75,9 %	24,1 %
<i>Ufrivillig deltid</i>	75	8	90,35 %	9,65 %

	Kvinner	Menn
Gjennomsnittlig årslønn	557 313	617 362

	Kvinner	Menn	Totalsum
Ledelse	615 489	723 598	645 887
Utdanning	489 491	500 930	494 687
Andre pasientrettede stillinger	496 124	489 191	494 414
Leger	797 532	846 266	818 959
Psykolog	678 983	724 252	690 486
Sykepleier	518 416	522 309	518 944
Helsefagarbeider	442 833	448 219	443 796
Laboratoriepersonell	530 059	526 364	529 080
Apotek	751 181	797 500	782 060
Annet driftspersonell	433 649	460 586	445 258
Totalsum	557 313	617 362	573 755

I forhold til andel ansatte er kvinner underrepresentert i lederstillinger på mellomnivå i helseforetakene. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere.

Det har ikke blitt gjennomført særskilte kartlegginger og tiltak knyttet til likeverd og likestilling.

11. Diskriminering og tilgjengelighet

Alle nye byggeprosjekter og ombygginger følger myndighetenes krav til universell utforming for å sikre god tilgjengelighet. Tilpasninger og ombygginger gjennomføres også etter kravet om universell utforming.

Som en oppfølging av aktivitets- og redegjøringsplikten som følger av Lov om likestilling og forbud mot diskriminering, var det planlagt å starte opp et regionalt arbeid i løpet av våren 2021. Som følge av pandemien har det ikke vært kapasitet til å lage en plan for å fremme likestilling og hindre diskriminering. Dette vil bli fulgt opp i 2022.

For å hindre diskriminering skjer rekruttering i samsvar med WHO's internasjonale kode for etisk rekruttering av helsepersonell.

12. Ytre miljø

UNN påvirker ytre miljø både gjennom direkte og indirekte utslipp.

Oppfølgingsrevisjonen for ISO 14001:2015 er utsatt til 02.03.2022 grunnet pandemien.

Miljøarbeidet i UNN i 2021 har i stor grad vært rettet mot oppdraget om å lede arbeidet med ny delstrategi klima og miljø for Helse Nord, og utarbeidelsen av et nytt regionalt felles ledelsessystem klima og miljø.

UNNs drift i 2021 sammenlignet mot referanseåret for spesialisthelsetjenesten (2019)				
Indikator	%	2021	2019	Kommentar:

Utslipp av CO ² i tonn	-11 %	28043	31464	Miljøsmål på 3 % reduksjon er nådd.
Forbruk av medisinske gasser (kg)	-24%	1088	1425	Reduksjonen skyldes nedgang i innkjøpt mengde lystgass.
Temperaturkorrigert kwh pr m2 brutto areal UNN*	-5 %	298	315	Miljøsmål med reduksjon på 3 % er nådd.
Pasientreiser, reiste km	-6 %	3834610 6	4087516 8	Miljøsmål med på 3 % reduksjon er nådd
Ansattereiser, reiste km	-61 %	6884527	1770497 6	
Avfall i tonn levert totalt	-4 %	1924	2018	Den totale avfallsmengden er redusert fra referanseåret.
Avfall i tonn levert til gjenvinning	-5 %	399	422	Reduksjon i levert metall, papp/ papir og våtorganisk avfall.

*(Ikke alle bygg er målt. Alle bygg har ikke egne målere)

Resultatene er påvirket av pandemien. Det er fortsatt lavere reiseaktivitet. Da særlig for tjenestereiser. Dette bidrar til en vesentlig reduksjon i de direkte utslippene av CO². Mengden avfall som er levert er redusert. Det er også en reduksjon i mengde avfall levert til gjenvinning uten at dette kan forklares med annet enn endring i drift under pandemien.

13. Samfunnsansvar

Samfunnsansvar omhandler de fire kjerneområdene klima og miljø, menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon. Helse Nord samarbeider tett med de øvrige regionene gjennom interregionalt samarbeidsutvalg, og aktiviteten oppsummeres hvert år i *Spesialisthelsetjenesten rapport om samfunnsansvar*. UNN har lagt inn egne data i klimaregnskapet som er en del av rapporten.

Etiske retningslinjer og retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt følges opp i foretaksgruppen. E-læringsprogrammene for refleksjon utvikles og følges opp fortløpende.

Helse Nord jobber systematisk med mislighetsrisiko, herunder arbeid med antikorrupsjon.

14. Redegjørelse som gir grunnlag for å vurdere foretakets fremtidige utvikling

De mest sentrale utfordringene som foretaket står overfor er etter styrets vurdering evnen til å videreføre driften innen de økonomiske rammene, samtidig som en sikrer et godt tilbud med god kvalitet og tilgjengelighet til befolkningen. Nye og mer kostbare behandlingsmetoder og medikamenter, økte kostnader til kliniske og administrative IKT-systemer, og mangel på personell innen enkelte fag utfordrer helseforetakets økonomiske

rammer i stadig større grad. Evnen til å gjennomføre nødvendige økonomiske omstillingstiltak for å sikre driften er sentral for å sikre et godt tilbud.

Hovedsatsningen fremover for UNN vil fortsatt være kontinuerlig forbedring. Et gjennomgående og dyptgripende fokus på kontinuerlig forbedring vil gi UNN grunnlag for å møte de framtidige utfordringene. Dette forbedringsarbeidet forutsetter engasjement fra ledere og ansatte på alle nivå ved UNN. Målet med forbedringsarbeidet er å videreutvikle pasientens helsetjeneste, med økt kvalitet i pasientbehandlingen, god medvirkning fra pasienter og medarbeidere, god samhandling, bedre arbeidsmiljø og involvering og frigjøring av ressurser til prioriterte områder. Samhandlingen med primærhelsetjenesten er viktig gjennom Helsefellesskapet og det kontinuerlige arbeidet som har vært gjort med etablering og vedlikehold av avtaler inngått som følge av samhandlingsreformen, og skal videreutvikles i tråd med revidert Nasjonal helse- og sykehusplan. Stormottakersatsingen er UNNs viktigste arbeid på dette området.

Mangel på personell vil for helsevesenet være en stor utfordring på både kort og lang sikt. UNN vil derfor fortsette å ha stort fokus på både rekruttering og stabilisering av medarbeidere. Det er særlig mangel på spesialsykepleiere og spesialister innen enkelte fag, og for lokalsykehusene er det sistnevnte ekstra merkbart. Sterkt fokus på å bevare og utvikle UNN som en viktig utdanningsarena for alle typer helsearbeidere, både grunnutdanninger, videreutdanninger og spesialiseringer, er sammen med kontinuerlig arbeid med å utvikle god ledelse og godt arbeidsmiljø sentrale elementer i dette.

Den økonomiske utviklingen i 2021 har vært negativ og Helse Nords overskuddskrav ble ikke oppnådd. Resultatet for 2021 gir et lavere handlingsrom til å investere i medisinteknisk utstyr og mindre ombygginger i 2022.

Ved inngangen til 2022 er spesialisthelsetjenesten preget av beredskapsarbeidet i forbindelse med Covid-19. Pandemien forventes å påføre UNN ekstra kostnader og utfordringer også i første halvår 2022.

15. Resultatdisponering

Styret foreslår følgende disponering av årsresultat:

Overført til/fra annen egenkapital kr. 89 329 353

UNN, 23. mars 2022

Roald Linaker
Styreleder

Helga Marie Bjerke
Nestleder

Erik Arne Hansen
Styremedlem

Sverre Håkon Evju
Styremedlem

Anne Sissel Faugstad
Styremedlem

Eirik Kjus Aahlin
Styremedlem

Marianne Starup
Styremedlem

Grete Kristoffersen
Styremedlem

Jan Eivind Pettersen
Styremedlem

Monica Fyhn Sørensen
Styremedlem

Anita Elisabeth Schumacher
Administrerende direktør



STYRESAK

Styresak:	26/2022
Møtedato:	23.03.2022
Arkivsak:	2022/37-4
Saksbehandler:	Lars Øverås og Haakon Lindekleiv

Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2022

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Kvalitets- og virksomhetsrapporten for februar 2022* til orientering.

Bakgrunn

Kvalitets- og virksomhetsrapporten viser resultater ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) for februar 2022.

Formål

Informere styret om UNNs virksomhet og resultatutvikling.

Saksutredning

Det vises til vedlagt Kvalitets- og virksomhetsrapport for februar 2022.

Medvirkning

Saken er drøftet med ansattes organisasjoner og vernetjenesten i møte i uke 11. Protokoll fra møtet ligger som referatsak til styremøtet 22-23.03.2022.

Vurdering

Tilgjengelighet

Ventetidene for somatikk og psykisk helsevern voksne er vesentlig høyere enn måltallet, men var litt lavere i februar sammenlignet med januar. Det er positivt at ventetid for fortsatt ventende innen psykisk helsevern for barn og unge og for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er på eller nær nasjonalt måltall.

Tiltakene for å styrke tilgjengeligheten er forsterket som redegjort for i *Kvalitets- og virksomhetsrapport januar 2022*. Direktøren forventer at dette arbeidet følges godt opp i alle klinikkene og fra stabsenhetene, og at dette vil ha en positiv effekt på ventetidene utover våren.

Andelen kreftpasienter i pakkeforløp behandlet innen standardisert forløpstid er for lav. Den manglende måloppnåelsen er i hovedsak betinget i forsinkelser i pakkeforløpene kirurgi ved brystkreft og kirurgi ved tykk- og endetarmskreft. Det er besluttet en mer dynamisk tildeling av operasjonskapasitet til kreftpasienter og arbeidet videre med konkretisering av tiltak for å gjennomføre dette. Det forventes at ny praksis er på plass i april 2022 og at en vil se bedre resultater for pakkeforløpene i løpet av 1. halvår 2022. Arbeidet pågår i regi av overordnet komite for prioritering og organisering av operasjonsressursene.

Sykefravær og AML-brudd

Sykefraværet i februar på 13,2 % er det høyeste som har vært målt (tall fra de siste 5 årene). Det er særlig korttidsfraværet som er høyt, men også langtidsfraværet er høyere enn «normalt». Dette er i hovedsak knyttet til Covid, og det totale fraværet knyttet til pandemien er på 5860 dager i februar. Dette fordeles på egenmelding med 3925 dager, sykemelding 1462 dager og fravær knyttet til sykt barn/barnepasser med 453 dager. Det høye sykefraværet har ført til overtid, og som følge av det også et stort antall brudd på arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Av det totale antall brudd på arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser er korona og sykdom oppgitt som årsak til ca. halvparten. Et så høyt sykefravær setter organisasjonen i en svært utfordrende situasjon, og både de som har hatt fravær og de som har vært på jobb har opplevd det som krevende selv om aktiviteten er lavere enn planlagt. God oppfølging i arbeidsmiljøet blir viktig i tiden som kommer, og god dialog med vernetjeneste og tillitsvalgte må prioriteres av lederne.

Intensivvirksomheten

Intensivkapasitet har vært en utfordring gjennom ulike faser av pandemien, både på UNN og nasjonalt. Slik bemanningen er dimensjonert har en ikke klart å håndtere svingninger eller et gradvis økende behov over tid, uten å ty til overtid og innleie. Ved en relativt sett liten økning i antall pasienter ble det tatt i bruk administrative avtaler med økt avlønning. Februar var også preget av et høyt sykefravær, som medførte ytterligere behov for dyre løsninger for å sikre bemanning med adekvat kompetanse. Intermediærpasienter ble lagt på oppvåkningen, intensivpasienter på operasjonsstue, eller en avventet å flytte pasienter til intensiv til det var kapasitet. Det er meldt en rekke avvik som beskriver kapasitetsbrist også i en «normalsituasjon». Behov for å omdisponere personell fra operasjonsvirksomheten og sengeposter oppsto relativt tidlig i pandemien (gul fase), selv med relativt få pasienter. Begrenset intensivkapasitet påvirker operasjonsvirksomheten med jevne mellomrom enten

som en følge av at intensivpasienter må legges på operasjonsstuer, intermedieærpasienter «blokkerer» oppvåkningen eller at pasienter som trenger oppvåkning på intensiv må forskyves på grunn av kapasitetsutfordringer.

Tabell 1. Status intensivpostene Tromsø

Status intensivpostene Tromsø						
	MIHO			Intensivmedisin		
	2021	2022	Endring	2021	2022	Endring
Liggedøgn	430	452	22	391	461	70
Månedsværk	64	79	15	84	93	10
Regnskap	13 441 418	17 569 480	4 128 062	17 511 495	21 119 854	3 608 360
Budsjett	13 547 227	13 911 158	363 931	17 049 317	18 980 844	1 931 527
Budsjettavvik	105 809	- 3 658 322	- 3 764 131	- 462 178	- 2 139 010	- 1 676 833
regnskap innleie	2 596 733	4 269 850	1 673 117	3 461 953	3 733 424	271 471
Budsjett innleie	1 594 223	2 633 137	1 038 914	2 431 705	4 280 000	1 848 295
Avvik	- 1 002 509	- 1 636 713	- 634 204	- 1 030 248	546 576	1 576 824

Utskrivningsklare pasienter

UNN har over tid hatt utfordringer med et høyt antall utskrivningsklare pasienter. Dette legger beslag på ressurser i UNN. Tabell 2 viser beregnede merkostnader ved 30 og 50 utskrivningsklare pasienter.

Tabell 2. Beregning av merkostnader for utskrivningsklare pasienter

Beregning av netto merkostnad utskrivningsklare pasienter			
Antall pasienter	Ordinær drift	Forhøyet nivå	diff på forhøyet/ordinær
50	14 062 864	21 251 374	7 188 510
30	8 437 719	12 750 824	4 313 106

Ved 50 utskrivningsklare pasienter vil merkostnaden utover det en fakturerer kommunene være 14 mill. kroner ved ordinær drift og 21,2 mill. kroner ved forhøyede driftskostnader slik som UNN har hatt i 2022. Dette er årstall. Tilsvarende 8,4 og 12,7 mill. kroner ved 30 pasienter. Det er kun sett på lønnskostnader i tabellen over. Men en vet at det er merkostnad til kost og noe medisiner og forbruksvarer. En døgnpris for dette på 250 kroner vil gi 4,6 mill./2,7 mill. kroner i ytterligere merkostnad.

Den største økonomiske utfordringen for UNN med utskrivningsklare pasienter er at de begrenser mulighetene for nye pasienter inn som ville gitt oss ny inntekt. Cirka 90 % av pasientene tilhører somatikken. En beregnet merinntekt ved 45 pasienter som i snitt ligger 5 dager og gir ett DRG-poeng, tilsier at det er et inntektspotensial på 78 mill. kroner ved at en ikke hadde de 45 utskrivningsklare pasientene og tilsvarende 47 mill. kroner ved 27 utskrivningsklare pasienter. Døgnpasienter i psykisk helsevern gir ikke ISF-inntekt.

Økonomisk resultat

Februar endte med et negativt budsjettavvik på 78,4 mill. kroner. Inntektene havnet 27,3 mill. kroner bak budsjett. Den største driveren var ISF-inntektene som endte 26,7 mill.

kroner lavere enn budsjett. Poliklinikkvirksomheten falt med 1 000 konsultasjoner i forhold til samme periode i fjor og heldøgnsoppholdene var lavere enn fjoråret.

For varekostnader er det tre kostnader som driver opp. Laboratorierekvisita er 7,3 mill. kroner høyere enn budsjett samtidig som laboratorieinntektene øker med 3,0 mill. kroner i forhold til budsjett. Netto gir dette en økt belastning på 4,3 mill. kroner. Andre medisinske forbruksvarer har et betydelig overforbruk med 5,1 mill. kroner i februar, mens innleie av personell fra byrå har et negativt avvik på 8,1 mill. kroner. Høyt sykefravær i forbindelse med korona har resultert i høyere innleie, overtid og vikarbruk i februar.

Personalkostnader har i februar et kraftig overforbruk på 32,0 mill. kroner. Som beskrevet over har sykefravær i forbindelse med korona resultert i høyere overtid og vikarbruk. Sammenliknet med gjennomsnittlig overtidsforbruk de siste 13 måneder bruker vi 5 mill. kroner mer i februar. Årsaken til dette er sykefraværet. Månedsverkene fortsetter å øke. Det pågår et arbeid for å redusere antall månedsverk til 2019-nivå.

Driftskostnadene for februar har et positivt budsjettavvik på 1,3 mill. kroner. Mange faktorer bidrar til et positivt avvik, men den største er lavere reisevirksomhet enn budsjettet tilsier.

Koronakostnader i februar er på 15,8 mill. kroner. Personalkostnadene er største driver med 12,7 mill. kroner. I tillegg er det innkjøp av laboratorierekvisita på 2,1 mill. kroner som drar opp kostnadene knyttet til korona. Kostnadene til pandemien er målbare gjennom bruk av eget prosjektnummer. Det er ikke alle kostnader som registreres med prosjektnummeret, og totale pandemikostnader er dermed høyere enn tallene beskrevet her. Det er ikke bevilget midler for pandemien for 2022. Helse Nord RHF skal fordele sin andel av koronamidler i sitt styremøte i mars. Andelen til fordeling i regionen er 180 mill. kroner som skal dekke pandemien for 1. halvår.

Direktøren erkjenner at UNN er i en svært krevende situasjon som vanskeliggjør å utvikle seg som universitetssykehus. I driften er det lite midler til videreutvikling samtidig som UNN har lavere investeringsmidler enn behovet tilsier, noe som gir begrensninger for utvikling av universitetssykehuset.

Det jobbes med en ny prognose som vil komme i neste styremøte sammen med en konkret tiltaksplan for de tiltakene som skal snu den negative trenden.

Tromsø, 16.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Kvalitets og virksomhetsrapport februar 2022

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kvalitets- og virksomhetsrapport

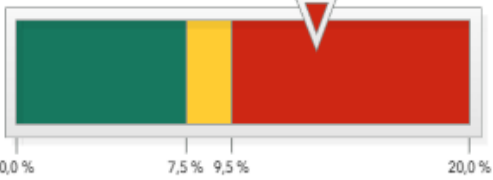
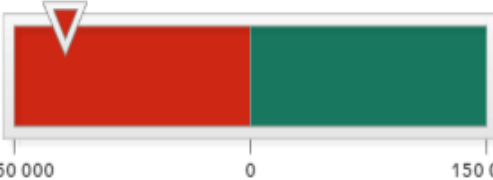
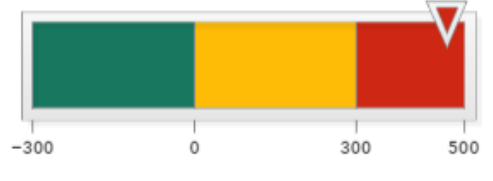

Februar 2022

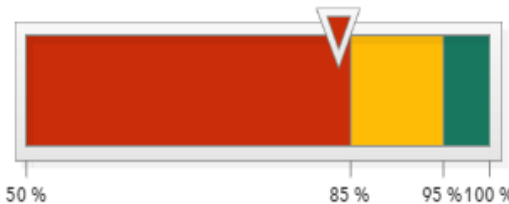
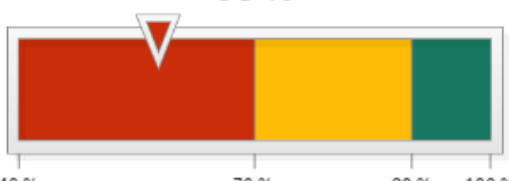

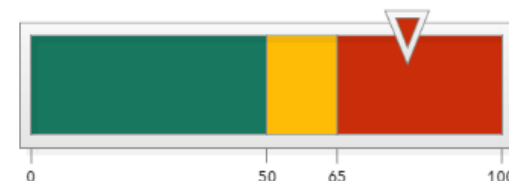


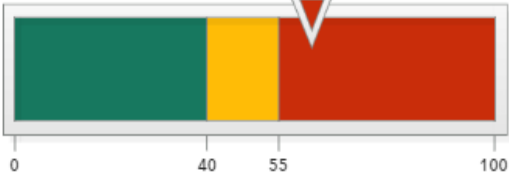
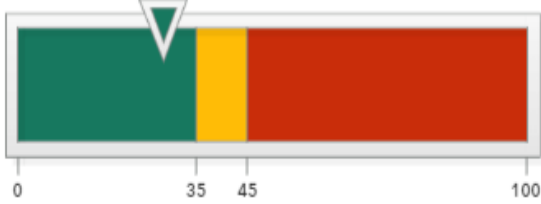
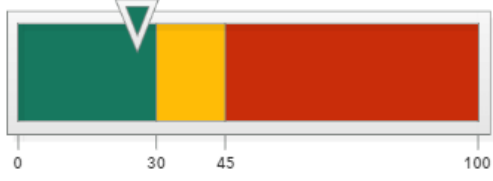
Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Hovedindikatorer	3
Pasientflyt.....	6
Kvalitet	7
Pakkeforløp – kreftbehandling.....	7
Pakkeforløp – psykisk helse og rus.....	9
Ventetid fortsatt ventende og avviklede.....	10
Fristbrudd.....	13
Korridorpasienter	14
Andel kontakter avviklet innen planlagt tid.....	15
Planleggingshorisont.....	16
Strykninger	17
Epikrisetid	18
Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern	19
Oppholdstid i akuttmottaket.....	19
Aktivitet.....	20
DRG.....	20
Liggetid på sykehusopphold - somatikk	21
Telemedisinsk aktivitet.....	21
Den gylne regel	22
Samhandling	23
Utskrivningsklare pasienter	23
Bruk av pasienthotell	24
Personal.....	25
Bemannings.....	25
Sykefravær.....	27
AML-brudd	28
Økonomi.....	29
Resultat	29
Prognose.....	30

Hovedindikatorer

<p>Sykefravær</p> <p>Måltall: < 7,5 %</p> <p>Februar: 13,2 %</p>	<p>Sykefravær (siste avslutta måned)</p> <p>13,2 %</p>  <p>0,0 % 7,5 % 9,5 % 20,0 %</p>
<p>Budsjettavvik akkumulert per februar</p> <p>-117,8 mill kr</p>	<p>Budsjettavvik i hele 1000</p> <p>-117 814</p>  <p>-150 000 0 150 000</p>
<p>Gjennomsnittlig endring månedsverk 2022 mot 2019</p> <p>Måltall: 0</p> <p>Februar: 467</p>	<p>Gj.snitt endring månedsverk 2022 mot 2019</p> <p>467</p>  <p>-300 0 300 500</p>
<p>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</p> <p>Måltall: < 5 %</p> <p>Februar: 8,8 %</p>	<p>Andel operasjoner strøket etter kl 14 dagen før</p> <p>8,8 %</p>  <p>0,0 % 5,0 % 7,5 % 15,0 %</p>

<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid</p> <p>Måltall: > 95 %</p> <p>Februar: 84 %</p>	<p>Kontakter avviklet innen planlagt tid</p> <p>84 %</p>  <p>50 % 85 % 95 % 100 %</p>
<p>Andel planlagte kontakter med fastsatt tid de neste 6 månedene</p> <p>Måltall: > 90 %</p> <p>Februar: 58 %</p>	<p>Kontakter med tildelt dato (neste 6 mnd)</p> <p>58 %</p>  <p>40 % 70 % 90 % 100 %</p>
<p>Andel aktive fristbrudd</p> <p>Måltall: 2 %</p> <p>Februar: 10,6 %</p>	<p>Andel fristbrudd (siste avslutta måned)</p> <p>10,6 %</p>  <p>0,0 % 2,0 % 5,0 % 20,0 %</p>
<p>Ventetid somatikk</p> <p>Måltall: < 50</p> <p>Februar: 80</p>	<p>Snitt ventetid somatikk (siste avslutta måned)</p> <p>80</p>  <p>0 50 65 100</p> <p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p>

<p>Ventetid PHV</p> <p>Måltall: < 40</p> <p>Februar: 62</p>	<p>Snitt ventetid PHV (siste avslutta måned)</p> <p>62</p> 
<p>Ventetid PHBU</p> <p>Måltall: < 35</p> <p>Februar: 29</p>	<p>Snitt ventetid PHBU (siste avslutta måned)</p> <p>29</p> 
<p>Ventetid TSB</p> <p>Måltall: < 30</p> <p>Februar: 26</p>	<p>Snitt ventetid TSB (siste avslutta måned)</p> <p>26</p> 

Pasientflyt

PASIENTFLYTT

Per siste avslutta måned og samme periode foregående år

År ▼	Nye henvisninger	År ▼	Antall inn øyeblik	År ▼	Inn på post	År ▼	Antall operert iht plan	År ▼	Antall ut av post
2019	1 282	2019	11 012	2019	6 173	2019	2 625	2019	18 900
2020	1 187	2020	10 567	2020	6 221	2020	2 642	2020	18 772
2021	975	2021	9 604	2021	6 089	2021	2 573	2021	17 316
2022	985	2022	10 217	2022	5 590	2022	2 357	2022	16 495
Poliklinikk									
År ▼	Nye henvisninger	År ▼	Inn på post	År ▼	Inn på post	POLIKLINISKE KONSULTASJONER			
2019	16 426	2019	10 368	2019	66 290	3 041	299		
2020	16 828	2020	10 023	2020	18 843	5 996	1 580		
2021	15 741	2021	9 116	2021	17 533	5 494	2 019		
2022	15 501	2022	9 749	2022	16 880				
Ø-Hjelp									
Totalt inkl hotell, og hestegrad udefinert									
År ▼	Inn på post	År ▼	Inn på post	År ▼	Ordinære	Telefon	Video		
2019	19 166	2019	19 166	2020	66 290	3 041	299		
2020	18 843	2020	18 843	2021	64 959	5 996	1 580		
2021	17 533	2021	17 533	2022	64 552	5 494	2 019		
2022	16 880	2022	16 880						
HEMNINGER									
Holden og døgbehandling									
År ▼	Nye henvisninger	År ▼	Antall inn øyeblik	År ▼	Inn på post	År ▼	Antall operert iht plan	År ▼	Antall ut av post
2019	1 282	2019	11 012	2019	6 173	2019	2 625	2019	18 900
2020	1 187	2020	10 567	2020	6 221	2020	2 642	2020	18 772
2021	975	2021	9 604	2021	6 089	2021	2 573	2021	17 316
2022	985	2022	10 217	2022	5 590	2022	2 357	2022	16 495
Ø-HJELP									
INNLÆGSELSE									
OPERASJONER									
ORDINVERT AVSLUTTA									
AVVISTE HENVISNINGER									
År ▼	Avviste henvisninger								
2019	2 882								
2020	2 851								
2021	2 512								
2022	2 397								

Kvalitet

Pakkeforløp – kreftbehandling

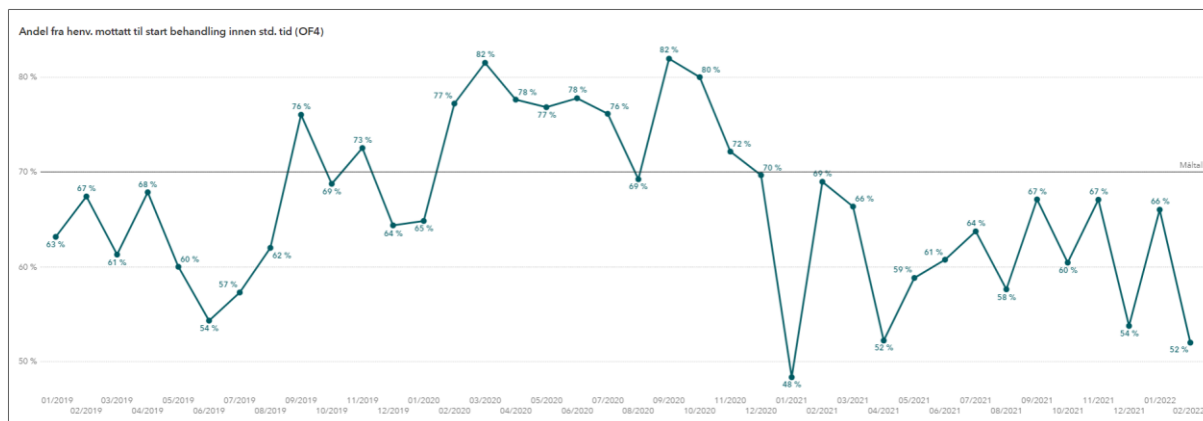
For pakkeforløp kreft fokuserer UNN på to indikatorer, andel nye pasienter i pakkeforløp og andel pakkeforløp innenfor behandlingsfrist. Begge er nasjonale indikatorer med et måltall på 70 %.

Figur 1 Andel nye pasienter i pakkeforløp



Andel som har startet pakkeforløp (OA1) av alle kreftpasienter. Eventuelle justeringer siste måned rettes opp påfølgende måned

Figur 2 Andel pakkeforløp innen behandlingsfrist



Andel pasienter som har startet kreftbehandling innenfor standard forløpstid (OF4)

Tabell 1 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (4 største)

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
Total		60%	107	178
Brystkreft	Kirurgisk behandling	38%	14	37
	Medikamentell behandling	75%	6	8
Lungekreft	Kirurgisk behandling	75%	3	4
	Medikamentell behandling	71%	5	7
	Strålebehandling	57%	8	14
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	100%	19	19
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgisk behandling	40%	6	15
	Medikamentell behandling	75%	3	4
	Strålebehandling	67%	2	3
Alle andre	Kirurgisk behandling	69%	25	36
	Medikamentell behandling	65%	15	23
	Overvåking uten behandling	33%	1	3
	Strålebehandling	0%	0	5

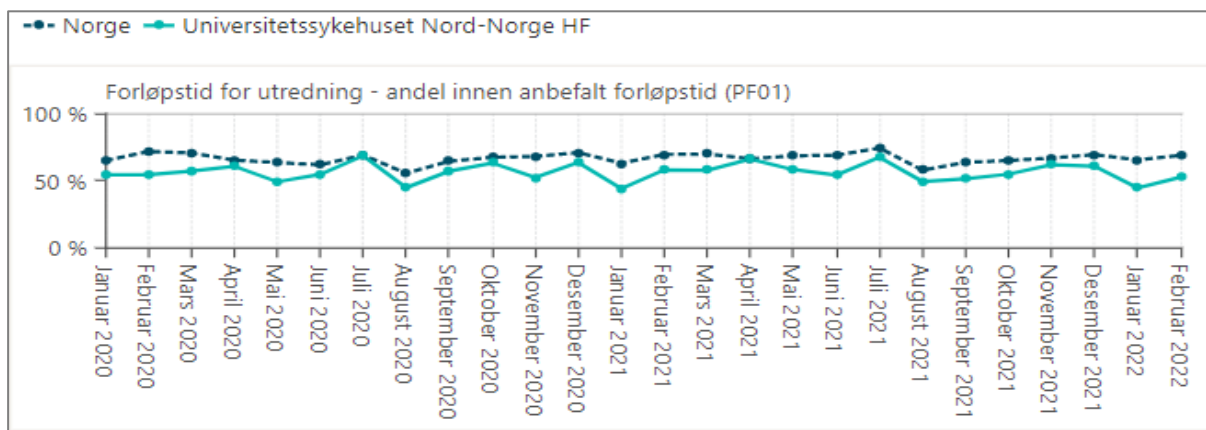
Tabell 2 Forløpstidene for pakkeforløp hittil i år (øvrige forløp)

Pakkeforløp navn	Behandlingstype	Andel fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. innen std. tid (OF4)	Ant fra henv. mottatt til start beh. (OF4)
Total		60%	107	178
Blærekreft	Kirurgisk behandling	50%	3	6
Brystkreft	Kirurgisk behandling	38%	14	37
	Medikamentell behandling	75%	6	8
Bukspyttkjertelkreft	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Eggstokkreft (ovarial)	Kirurgisk behandling	100%	3	3
Galleveiskreft	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Hjernekreft	Kirurgisk behandling	100%	2	2
	Strålebehandling	0%	0	2
Kreft hos barn	Kirurgisk behandling	100%	2	2
	Medikamentell behandling	100%	3	3
Kreft i spiserør og magesekk	Kirurgisk behandling	0%	0	1
	Medikamentell behandling	100%	1	1
	Strålebehandling	0%	0	1
Livmorhalskreft (cervix)	Kirurgisk behandling	100%	2	2
Livmorkreft (endometrie)	Kirurgisk behandling	100%	6	6
Lungekreft	Kirurgisk behandling	75%	3	4
	Medikamentell behandling	71%	5	7
	Strålebehandling	57%	8	14
Lymfomer	Medikamentell behandling	78%	7	9
	Strålebehandling	0%	0	2
Malignt melanom	Kirurgisk behandling	100%	19	19
Myelomatose	Medikamentell behandling	33%	1	3
Nyrekreft	Kirurgisk behandling	67%	2	3
Prostatakreft	Kirurgisk behandling	0%	0	5
	Medikamentell behandling	0%	0	2
	Overvåking uten behandling	0%	0	2
Sarkom	Kirurgisk behandling	100%	1	1
Skjoldbruskkjertelkreft	Kirurgisk behandling	67%	2	3
Testikkelkreft	Medikamentell behandling	60%	3	5
	Overvåking uten behandling	100%	1	1
Tykk- og endetarmskreft	Kirurgisk behandling	40%	6	15
	Medikamentell behandling	75%	3	4
	Strålebehandling	67%	2	3

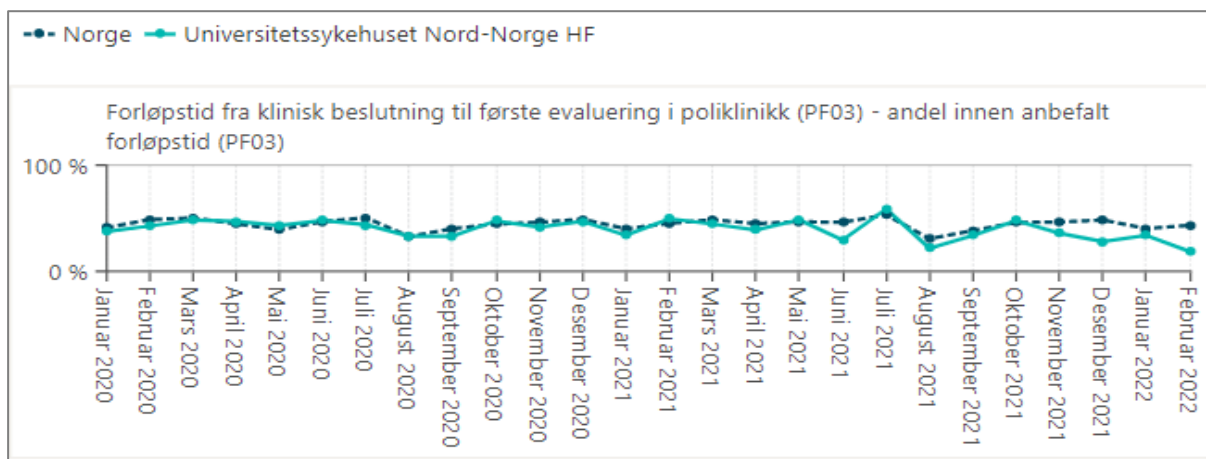
*Rødt markerer resultat som avviker fra målsettingen om 70 % innenfor standardforløpstid.
Bare pakkeforløp som er fullført fram til behandling er her listet.

Pakkeforløp – psykisk helse og rus

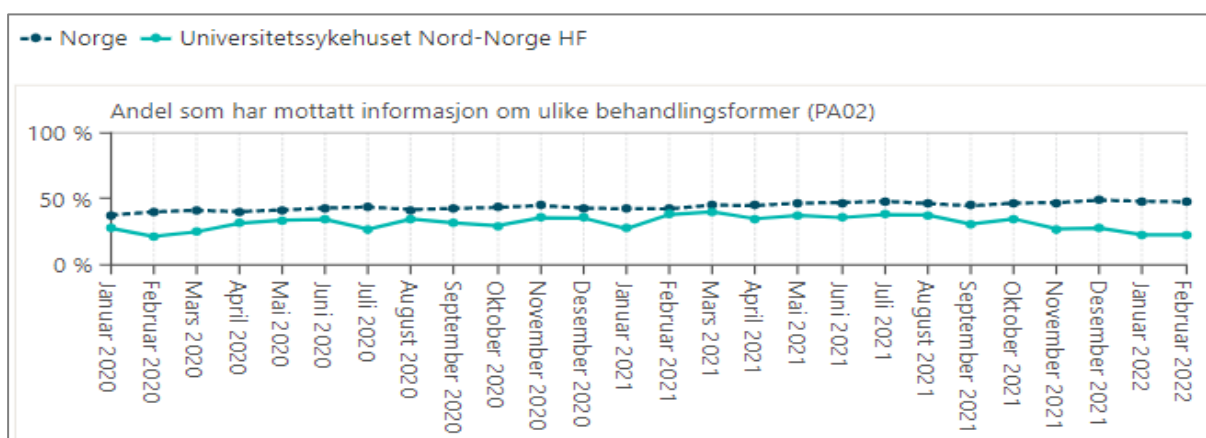
Figur 3 Forløpstid for utredning – andel innen anbefalt forløpstid



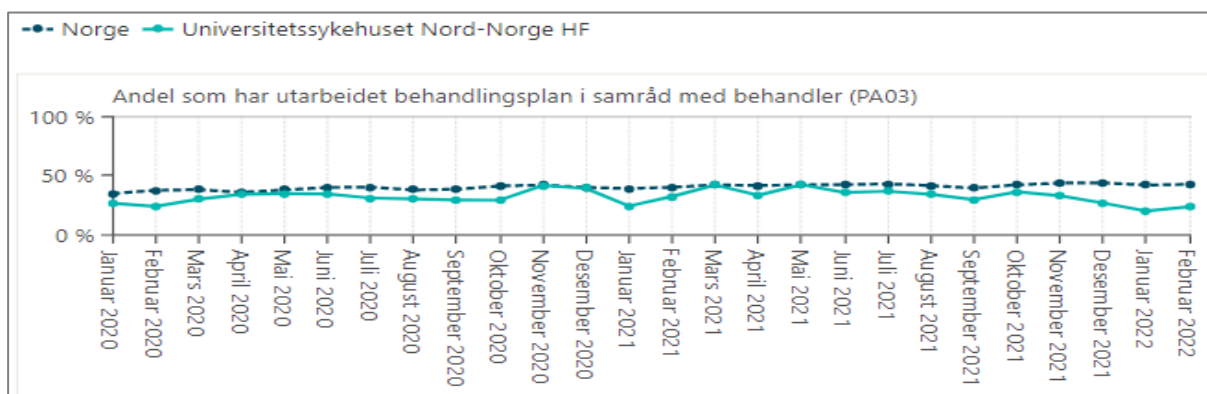
Figur 4 Forløpstid fra klinisk beslutning til første evaluering i poliklinikk – andel innen anbefalt forløpstid



Figur 5 Andel som har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer



Figur 6 Andel som har utarbeidet behandlingsplan i samråd med behandler



Ventetid fortsatt ventende og avviklede

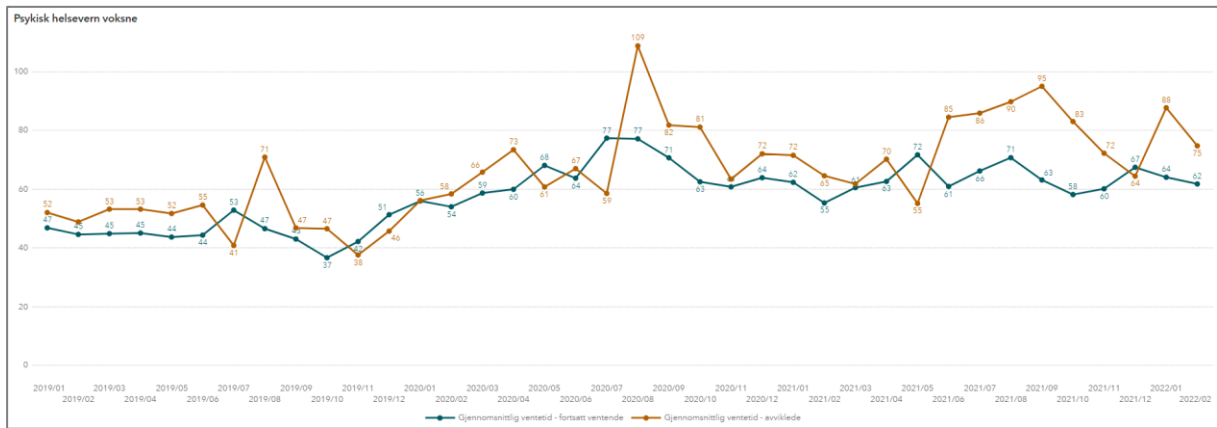
Figur 7 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede totalt



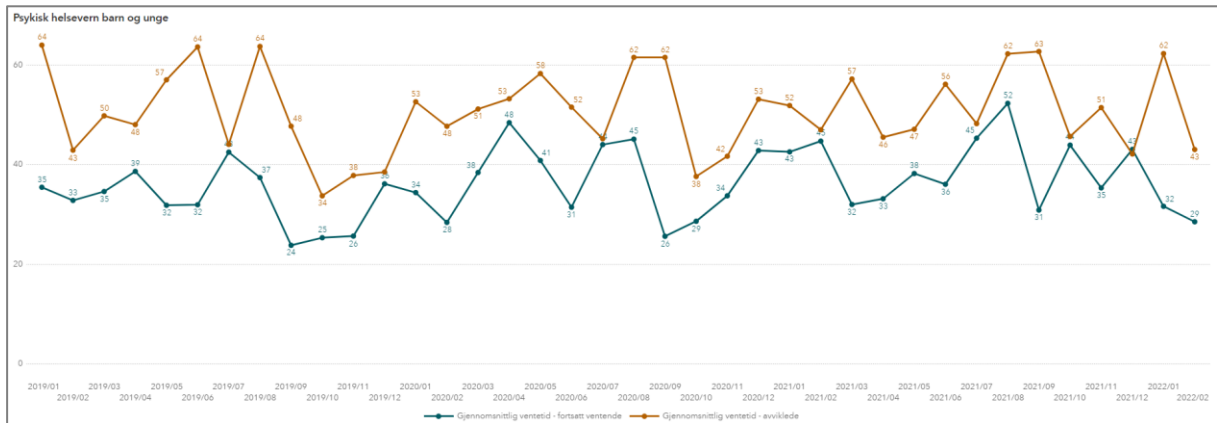
Figur 8 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – somatikk



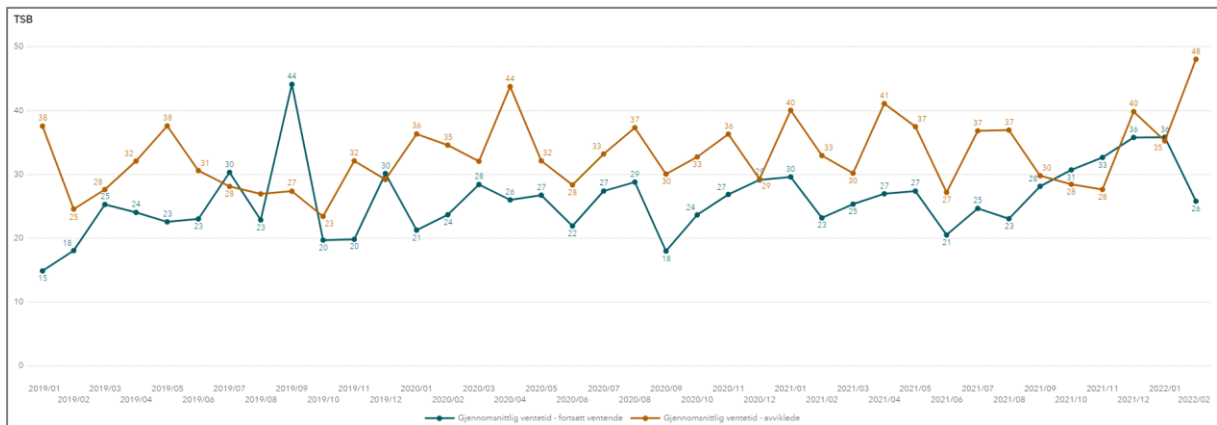
Figur 9 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern voksne



Figur 10 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede - psykisk helsevern barn og unge



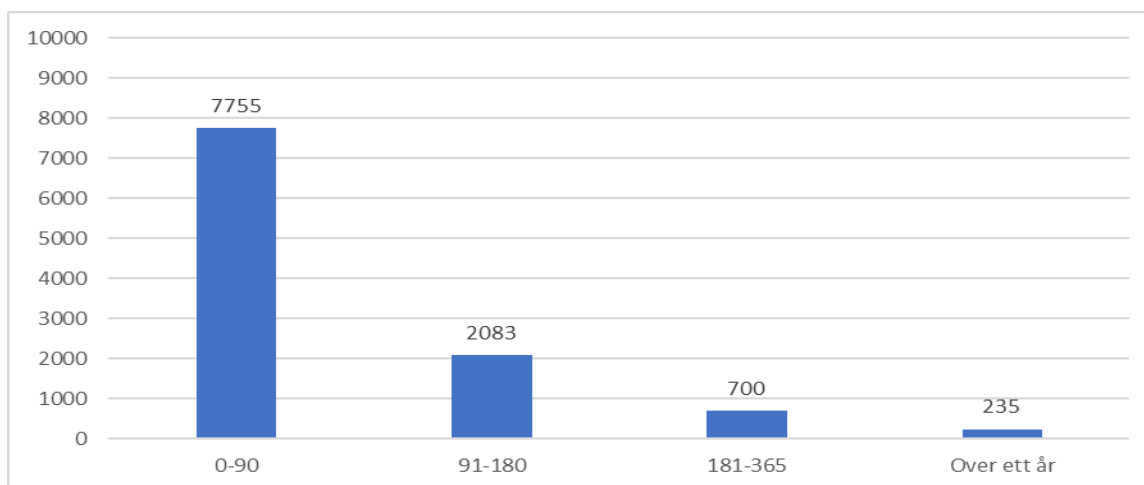
Figur 11 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede – TSB



Tabell 3 Gjennomsnittlig ventetid fortsatt ventende og avviklede hittil i år - fordelt på hovedfagområde

Hovedfagområde	Gjennomsnittlig ventetid - avviklede	Gjennomsnittlig ventetid - fortsatt ventende
Total	74	79
Somatisk virksomhet	74	81
Psykisk helsevern barn og unge	54	30
Psykisk helsevern voksne	82	63
TSB	40	30

Gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende og avviklede pasienter hittil i år.

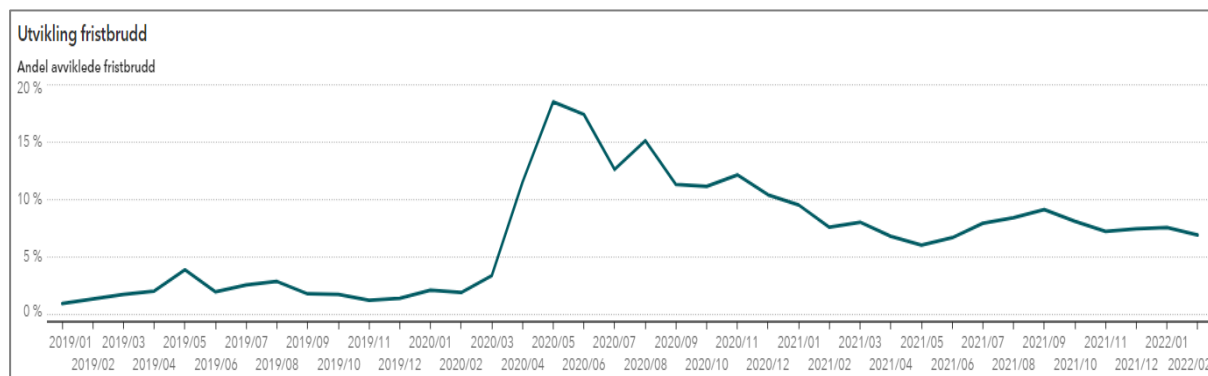
Figur 12 Antall pasienter på venteliste fordelt på ventetid (dager)

Fristbrudd

Tabell 4 Klinikker med fristbrudd ved utgangen av måneden

Måned ▼	februar		januar	
Klinikknavn - UNN ▲	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder	Fristbrudd som fortsatt venter - antall	AndelFristbrudd Perioder
Total	1124	10,6 %	1132	10,4 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	.	0	.
17 - Barne- og ungdomsklinikken	5	0,8 %	3	0,5 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	55	2,8 %	79	4,0 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	20	5,0 %	21	5,3 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	769	13,1 %	691	11,3 %
15 - Medisinsk klinikk	158	14,4 %	201	17,9 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	117	18,0 %	137	20,6 %

Figur 13 Prosent avvilede fristbrudd



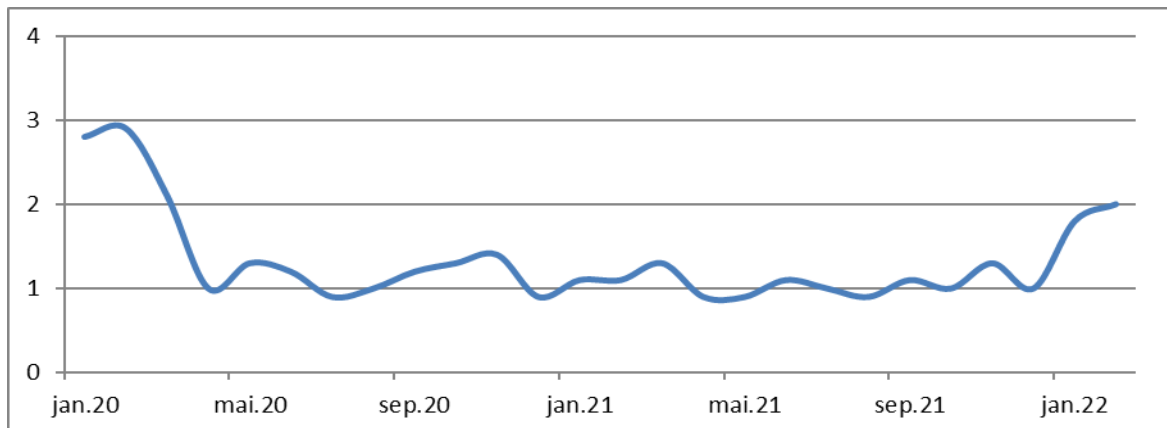
Andel avvilet etter frist per måned

Tabell 5 Antall avvilede fristbrudd fordelt på klinikk

Måned ▼	februar	januar
Klinikknavn - UNN ▲	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall	Avviklet fra venteliste med fristbrudd - antall
Total	381	442
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	75	52
13 - Hjerte- og lungeklinikken	22	28
15 - Medisinsk klinikk	63	75
17 - Barne- og ungdomsklinikken	3	14
18 - Operasjons- og intensivklinikken	0	0
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	168	193
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	50	80

Korridorpasienter

Figur 14 Korridorpasienter andel per måned – somatikk



Månedlig aggregering av antall innlagt i korridorseng kl. 07.00 daglig i andel av alle inneliggende kl 07.00.

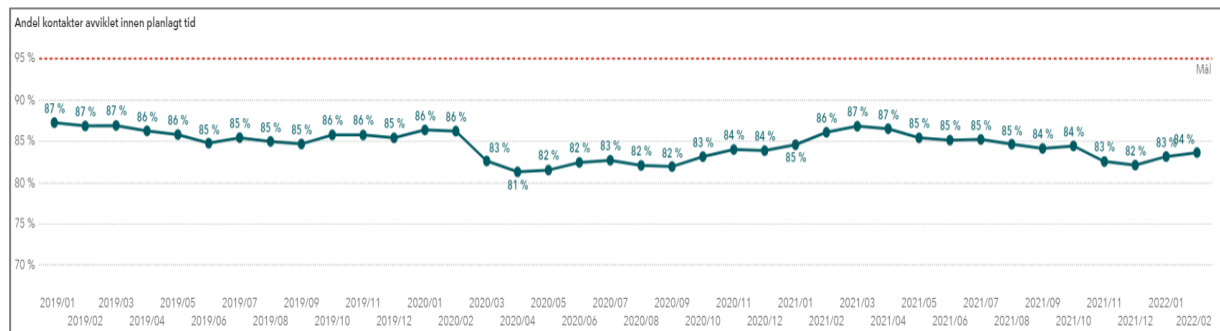
Tabell 6 Andel korridorpasienter per sengepost siste måned

Post	Inneliggende	Korridor	Andel
Fordøyelse-nyre post Tromsø	407	33	8,1 %
Lungemedisinsk post Tromsø	539	30	5,6 %
Geriatrisk post Tromsø	393	26	6,6 %
Hjertemed. post Tromsø	824	23	2,8 %
Ortopedisk post Harstad	398	20	5,0 %
Ortopedisk post Tromsø	731	19	2,6 %
Kirurgisk post Harstad	330	16	4,8 %
Endo-kvi-plast-uropost Tromsø	601	10	1,7 %
Kreftpost Tromsø	486	8	1,6 %
Ort-kir. post Narvik	391	8	2,0 %
Gastrokirurgisk post Tromsø	784	7	0,9 %
Medisinsk post A Harstad	456	5	1,1 %
Nevkir.-ønh-øyepost Tromsø	670	5	0,7 %
Nevro-hud-revmapost Tromsø	385	3	0,8 %
Barne- og ungdomspost Tromsø	299	2	0,7 %
HLK kir. post Tromsø	641	2	0,3 %
Medisinsk post B Harstad	412	1	0,2 %

Målepunkt: kl. 07:00 pr dag.

Andel kontakter avvirket innen planlagt tid

Figur 15 Andel kontakter avvirket innen planlagt tid



Andel kontakter avvirket innen planlagt tid av alle planlagte kontakter med tentativ måned eller planlagt dato.

Tabell 7 Antall og andel avvirket innen planlagt tid fordelt på fagområde (10 største)

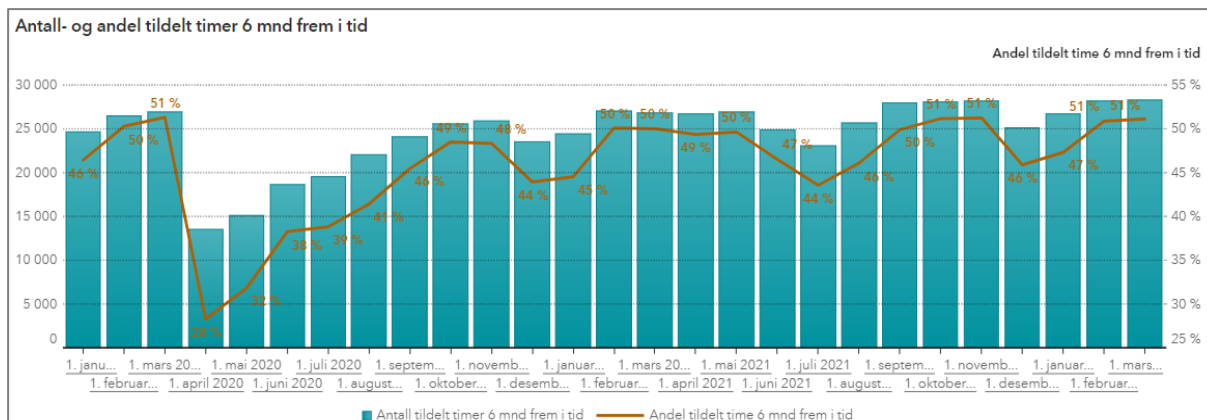
Fagområde	Måned ▲	februar		
	▼	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter	Antall passerte kontakter
Total		84 %	98 033	16 014
Lungesykdommer		73 %	2 510	677
Fordøyelsesykdommer		74 %	5 246	1 364
Øre-nese-hals sykdommer		74 %	7 040	1 801
Revmatiske sykdommer (revmatologi)		75 %	6 585	1 621
Gastroenterologisk kirurgi		77 %	3 339	771
Endokrinologi		79 %	3 225	688
Nevrologi		80 %	2 980	589
Øyesykdommer		81 %	6 228	1 200
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)		81 %	7 007	1 320
Psykisk helsevern voksne		89 %	7 688	879
Alle andre		89 %	46 185	5 104

Tabell 8 Antall og andel avvirket innen planlagt tid fordelt på klinikk

Klinikk	Måned ▲	februar		
	▲	Andel kontakter avvirket innen planlagt tid	Antall planlagte kontakter ▲	Antall passerte kontakter
Total		84 %	98 020	16 006
Operasjon- og intensivklinikk - UNN		95 %	395	21
Barne- og ungdomsklinikk - UNN		90 %	7 729	803
Psykisk helse og rusklinikk - UNN		88 %	10 948	1 308
Hjerte- og lungeklinikk - UNN		86 %	11 137	1 611
Medisinsk klinikk - UNN		76 %	12 588	3 058
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikk - UNN		90 %	15 638	1 581
Nevro-, orto- og rehabklinikk - UNN		81 %	39 585	7 624

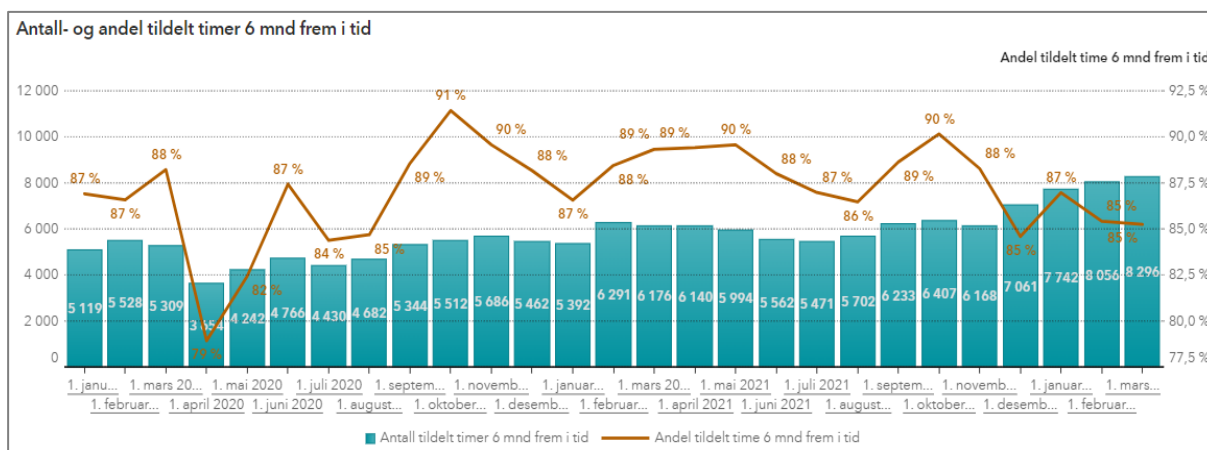
Planleggingshorisont

Figur 16 Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd – somatikk



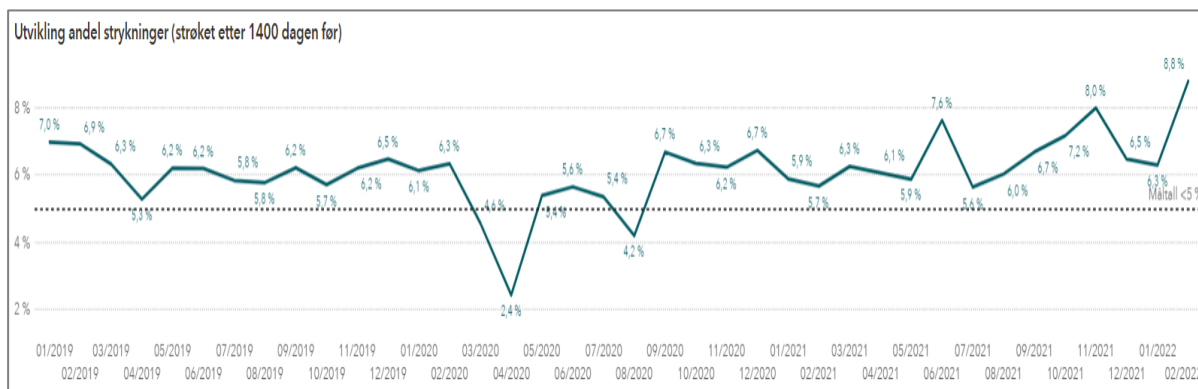
Antall planlagte kontakter som er tildelt time. Andel planlagte kontakter som er satt opp på time av totalt antall kontakter.

Figur 17 Utvikling i antall og andel tildelte timer med fastsatt tidspunkt de neste 6 mnd – psykisk helsevern og TSB



Strykninger

Figur 18 Andel operasjoner strøket etter kl 14.00 dagen før operasjon

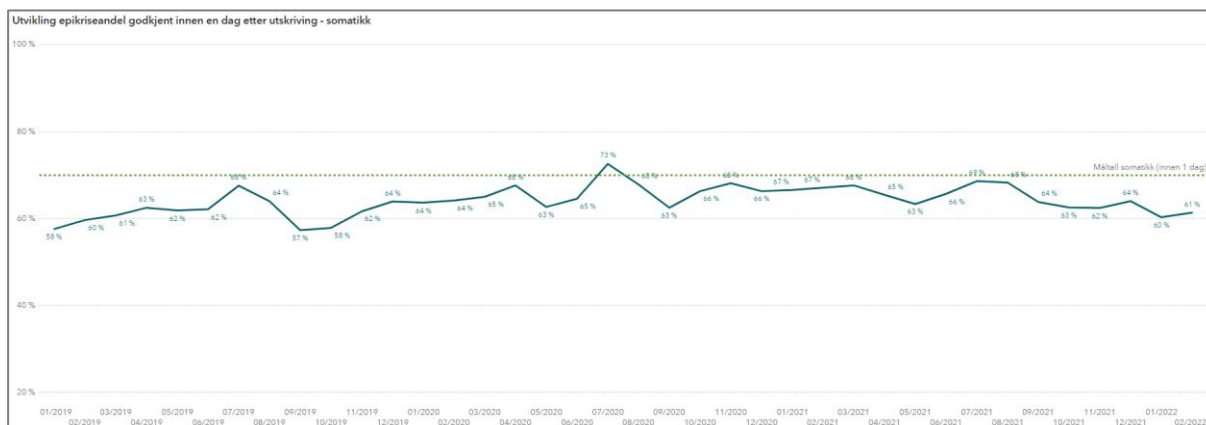


Tabell 9 Årsaker til strykninger av planlagte operasjoner siste måned

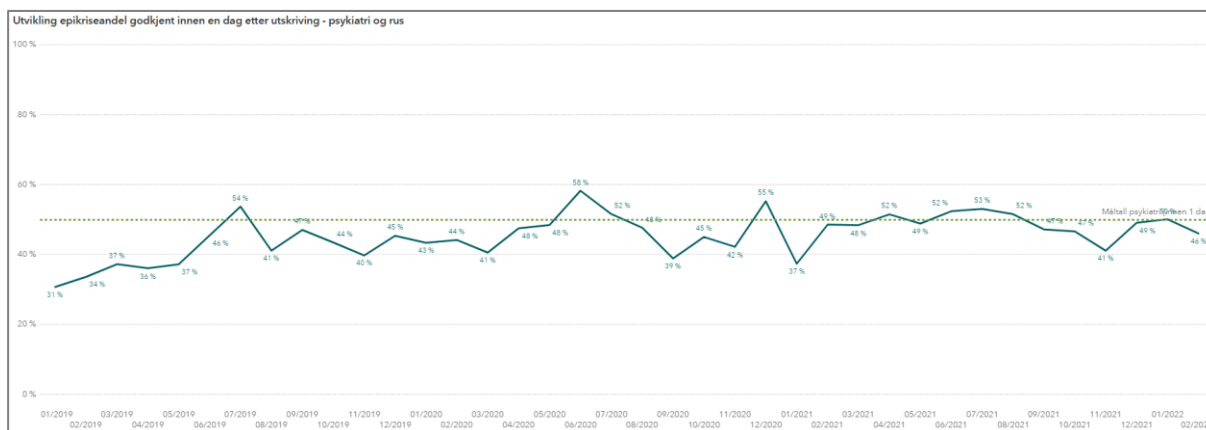
Strykingskategorier UNN	▲ Strøket 1400 dagen før
Total	168
Sykehus - ikke klinisk årsak	113
Sykehus - kliniske årsaker	19
Årsaker hos pasient	36

Epikrisetid

Figur 19 Epikriser - andel godkjent innen 1 dag- somatikk



Figur 20 Epikriser - andel godkjent innen 1 dag- psykiatri og rus

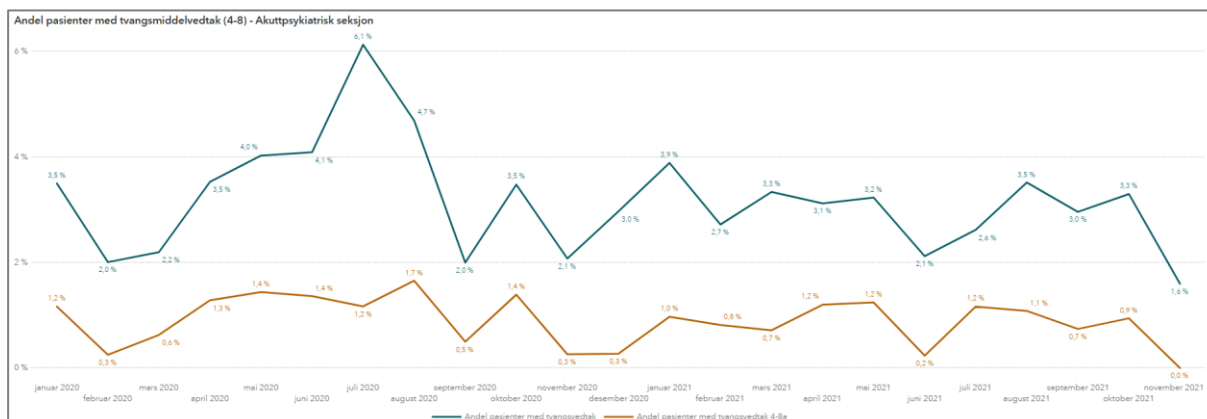


Tabell 10 Antall og andel epikriser godkjent innen 1 dag siste måned per hovedfagområde og klinikk

Hovedfagområde	Klinikk UNN	Antall epikriser godkjent innen 1 dag	Andel epikriser godkjent innen 1 dag
Total		1 674	60 %
Psykiisk helsevern, barn og unge	17 - Barne- og ungdomsklinikken	2	18 %
	22 - Psykiisk helse- og rusklinikken	100	46 %
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	22 - Psykiisk helse- og rusklinikken	27	51 %
Somatikk	12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	420	65 %
	13 - Hjerte- og lungeklinikken	265	55 %
	15 - Medisinsk klinikk	329	58 %
	17 - Barne- og ungdomsklinikken	43	60 %
	19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	488	65 %

Mekaniske tvangsmidler psykisk helsevern

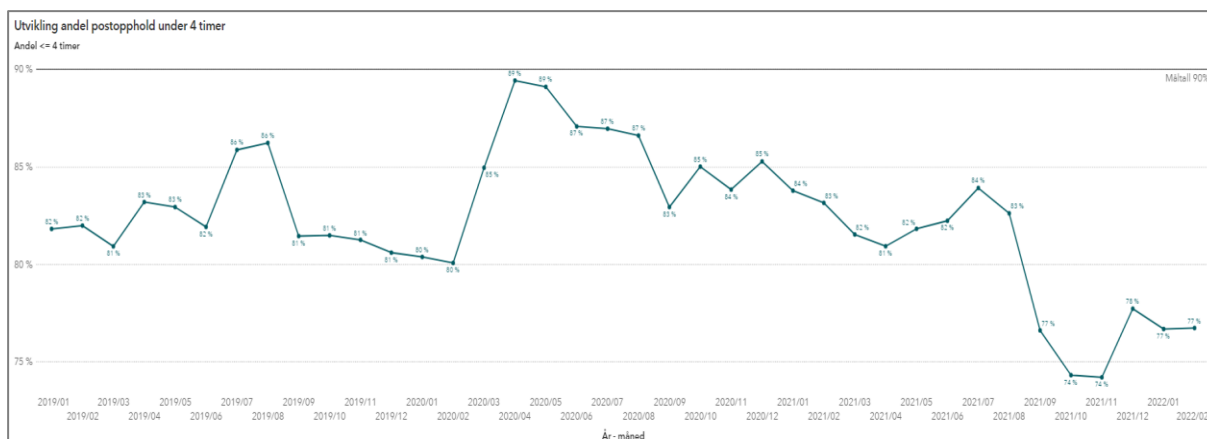
Figur 21 Andel pasienter utsatt for tvangsmiddelbruk innen psykisk helsevern voksne (nasjonal indikator)



Tall per november 2021.

Oppholdstid i akuttmottaket

Figur 22 Oppholdstid i akuttmottaket postopphold (andel under 4 timer)



Aktivitet

Tabell 11 Aktivitet UNN hittil i år

Type	Hovedfagområde	Aktivitet 2019	Aktivitet 2022	Plan 2022	Avvik fra aktivitet 2019	Avvik fra plan 2022	Endring i % fra aktivitet 2019	Endring i % fra plan 2022
Delsum: Liggedøgn		42 481	39 591	42 229	-2 891	-2 638	-7 %	-6 %
Liggedøgn	Somatikk	31 185	28 494	30 562	-2 691	-2 068	-9 %	-7 %
	Psykisk helsevern, voksne	7 543	7 979	7 599	436	380	6 %	5 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	3 252	2 720	3 503	-532	-783	-16 %	-22 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	501	398	565	-103	-167	-21 %	-30 %
Delsum: Konsultasjoner		67 927	68 244	72 111	317	-3 867	0 %	-5 %
Konsultasjoner	Somatikk	48 345	49 036	53 953	691	-4 917	1 %	-9 %
	Psykisk helsevern, voksne	10 974	11 135	11 692	161	-557	1 %	-5 %
	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	2 348	1 867	2 352	-481	-485	-20 %	-21 %
	Psykisk helsevern, barn og unge	6 260	6 206	4 114	-54	2 092	-1 %	51 %

Aktivitet UNN HF		2019	2020	2021	2022	Plantall 2022	Endring fra 2019		Avvik fra plan 2022	
							Antall	%	Antall	%
Laboratorieanalyser	Somatikk	1 316 216	1 355 393	1 315 176	1 347 503	1 287 614	31 287	2,4	59 889	4,7
Røntgenhenvisninger	Somatikk	27 350	26 352	22 732	24 045	23 074	-3 305	-12,1	971	4,2
PET-undersøkelser	Somatikk	183	256	244	300	220	117	63,9	80	36,1

DRG

Tabell 12 DRG-poeng hittil i år fordelt på klinikk

Klinikk (Somatikk)	Faktisk	Plan	Avvik
Akuttmedisinsk klinikk	0	0	0
Barne- og ungdomsklinikken	318	434	-116
Hjerte- og lungeklinikken	2 075	2 198	-123
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	3 175	3 906	-731
Medisinsk klinikk	1 670	2 201	-531
Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	3 430	3 963	-533
Operasjons- og intensivklinikken	13	12	1
Totalt Somatikk	10 681	12 714	-2 032
Klinikk (Psykiatri/rus)	Faktisk	Plan	Avvik
Barne- og ungdomsklinikken	1 600	1 560	40
Psykisk helse og rusklinikken	2 024	2 440	-416
Totalt Psykiatri/rus	3 624	4 000	-376

Tabell 13 DRG-indeks og sykehusopphold per klinikk - alle omsorgsnivå

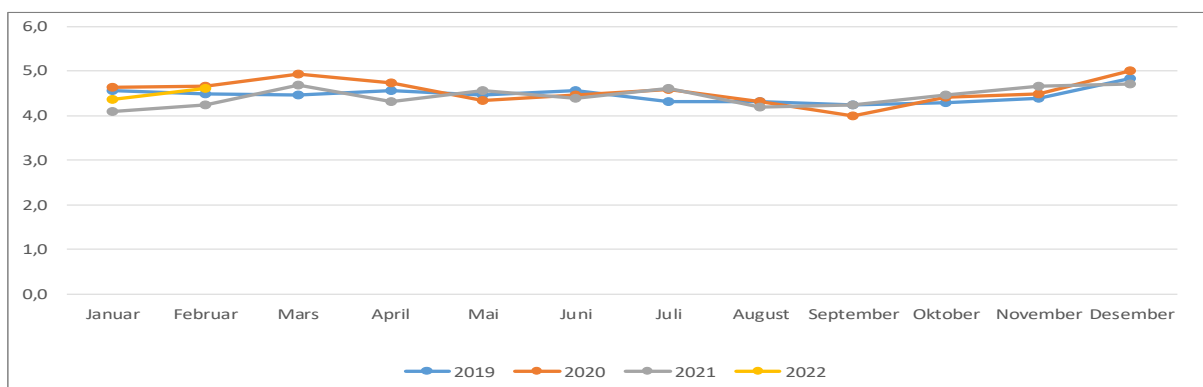
DRG indeks pr klinikk - Somatikk				DRG sykehusopphold		
Klinikk	Indeks			Dag, døgn og poliklinikk inkl. 470 (ISF)		
	2021	2022	Endring	2021	2022	Endring
Barne- og ungdomsklinikken	0,217	0,172	-0,045	2 091	1 935	- 156
Hjerte-lungeklinikken	0,711	0,603	-0,107	2 909	3 482	573
Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	0,285	0,263	-0,022	11 987	12 206	219
Medisinsk klinikk	0,195	0,211	0,016	7 683	8 008	325
Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken	0,142	0,144	0,002	25 085	24 122	- 963
OPIN	0,052	0,052	0,000	298	254	- 44
DRG indeks pr klinikk - PHV/TSB				Poliklinikk (ISF)		
Klinikk	Indeks			Poliklinikk (ISF)		
	2021	2022	Endring	2021	2022	Endring
Psykisk helse og rusklinikken	0,168	0,157	-0,011	11 478	11 892	414
Barne- og ungdomsklinikken	0,277	0,278	0,001	6 507	5 834	- 673

Liggetid på sykehusopphold - somatikk

Tabell 14 Liggetid sykehusopphold fordelt på klinikk

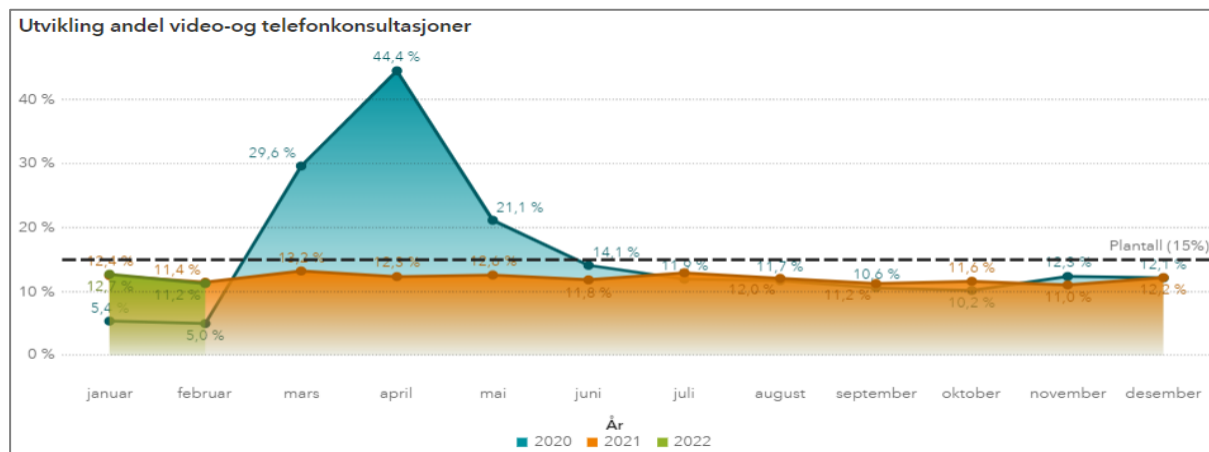
Klinikk	2019	2020	2021	2022
K3K	4,0	4,2	3,5	3,6
Hjerte- og lungeklinikken	4,1	4,2	4,3	4,3
Medisinsk klinikk	5,2	5,8	4,9	5,9
BUK	5,6	7,7	6,8	4,4
NOR	5,1	4,8	4,4	5,1

Figur 23 Liggetid sykehusopphold



Telemedisinsk aktivitet

Figur 24 Andel telemedisinsk aktivitet



Tabell 15 Antall og andel konsultasjoner per klinikk hittil i år

	Aktiviteter	Konsultasjoner	Andel VK + telefon	Video + telefon
Total	71 491	64 388	11,9 %	7 454
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 860	1 857	.	0
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	12 732	11 413	6,9 %	784
13 - Hjerter- og lungeklinikken	3 021	2 487	6,3 %	156
15 - Medisinsk klinikk	7 119	5 523	7,0 %	385
17 - Barne- og ungdomsklinikken	8 371	7 351	24,1 %	1 770
18 - Operasjons- og intensivklinikken	358	275	48,4 %	133
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	24 950	23 269	7,2 %	1 669
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	13 064	12 201	21,0 %	2 557
48 - Forsknings- og utdanningscenteret	16	12	0,0 %	0

Den gylne regel

Tabell 16 Den gylne regel (hittil i år)

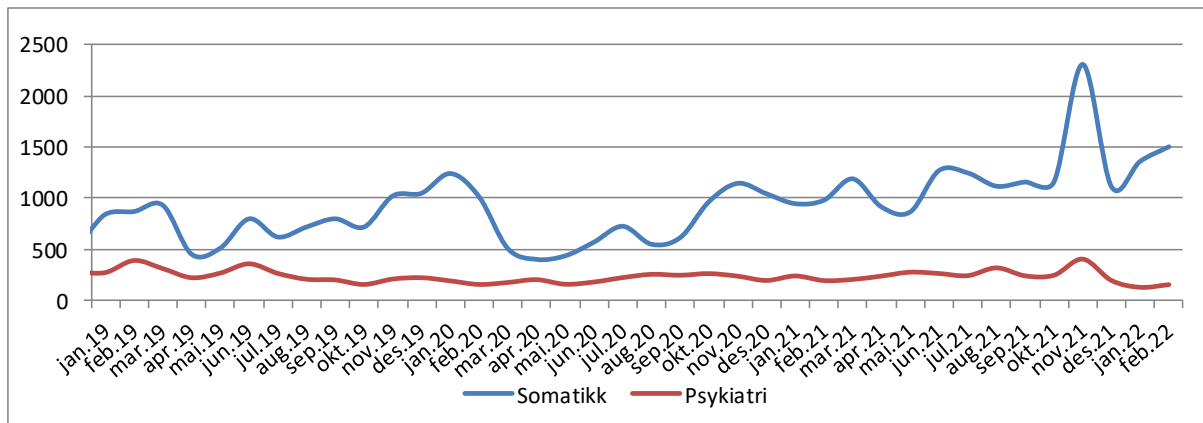
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2019	2022	Endring 19-22
Somatikk*	Økonomi	808 040	954 351	18,1 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	127 560	154 059	20,8 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	29 588	35 389	19,6 %
TSB	Økonomi	31 284	36 635	17,1 %
Somatikk	Konsultasjoner	48 345	49 036	1,4 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	10 974	11 135	1,5 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	6 260	6 206	-0,9 %
TSB	Konsultasjoner	2 348	1 867	-20,5 %
Somatikk	Ventetid	65,3	69,9	7,0 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	51,3	76,8	49,7 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	49,3	52,1	5,7 %
TSB	Ventetid	30,7	35,1	14,3 %

* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Konsultasjoner utført av «Legespesialisten» (fristbrudd HELFO i Voksenpsykiatri) telles ikke med her siden de ikke oppfyller rapporteringsplikten til NPR.

Samhandling

Utskrivningsklare pasienter

Figur 25 Utskrivningsklare døgn somatikk og psykisk helsevern

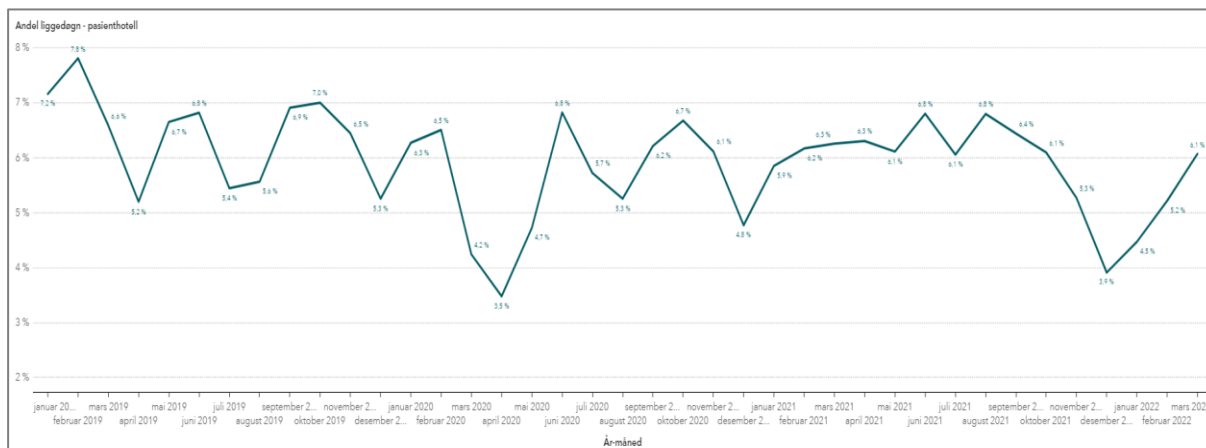


Tabell 17 Utskrivningsklare pasienter hittil i år fordelt på kommune

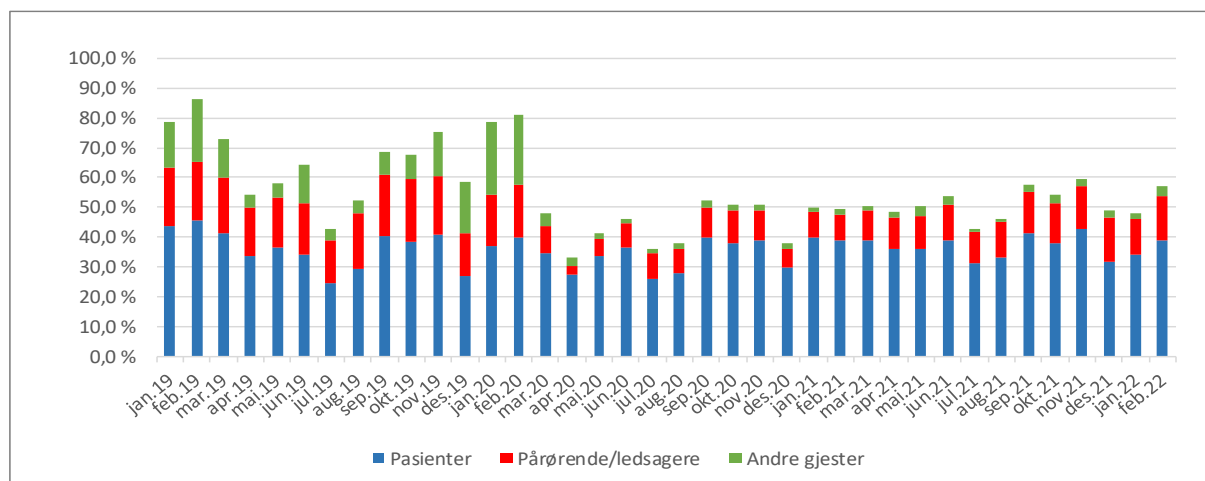
Kommune	Somatikk		Psykiatri/rus		Sum total	
	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere	Utskrivningsklare døgn	Utskrivningsklare døgn pr 1000 innbyggere
Harstad	529	21	60	2	589	24
Gáivuotna Kåfjord	33	16	16	8	49	24
Tromsø	1 608	21	113	1	1 721	22
Nordreisa	78	16			78	16
Ibestad	19	14	1	1	20	15
Lødingen	29	14	1	0	30	15
Lyngen	31	11	1	0	32	12
Narvik	191	9	32	1	223	10
Bardu	38	10	1	0	39	10
Tjeldsund	37	9	4	1	41	10
Balsfjord	53	10			53	10
Salangen	16	8	2	1	18	9
Evenes	11	8	0	0	11	8
Gratangen	9	8			9	8
Skjervøy	18	6	1	0	19	7
Senja	76	5	19	1	95	6
Kvæfjord	16	6			16	6
Kvænangen	2	2	3	3	5	4
Målselv	28	4			28	4
Karlsøy	5	2	1	0	6	3
Sørreisa	9	3			9	3
Lavangen	1	1			1	1
Dyrøy	1	1			1	1
Storfjord					0	0
SUM	2 838	15	255	1	3 093	16

Bruk av pasienthotell

Figur 26 Andel liggedøgn på Pingvinhotellet av alle heldøgn (postopphold)



Figur 27 Beleggsprosent på Pingvinhotellet fordelt etter oppholdstype



Personal

Bemanning

Månedsværk

Tabell 18 Gjennomsnittlig utbetalte månedsværk

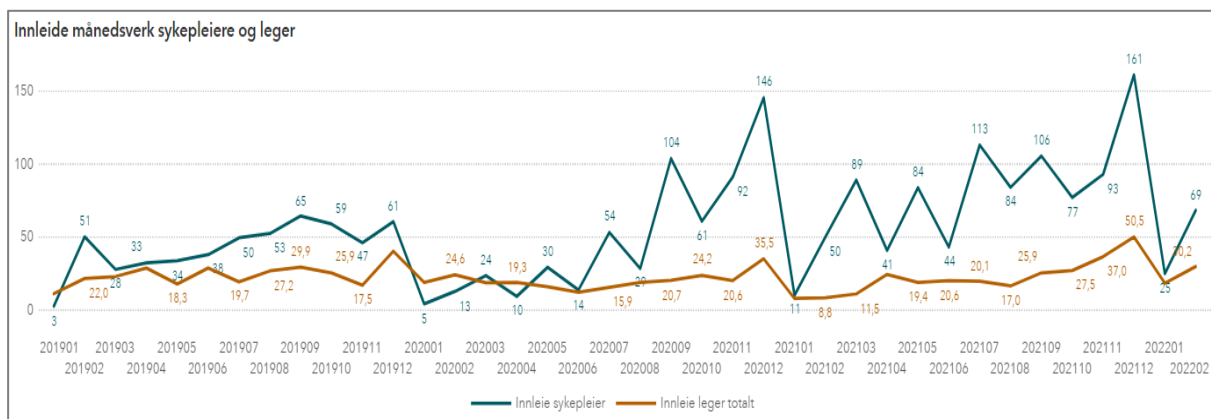
Loennselement ▲	Gj.snitt månedsværk 2019	Gj.snitt månedsværk 2021	Gj.snitt månedsværk 2022	Gj.snitt endring 2019 - 2022	Gj.snitt endring 2021 - 2022
Total	6 474	6 715	6 941	467	226
Etterregulering	32	28	28	-4	-0
Grunnlønn/basis	5 778	6 030	6 173	395	144
Mertid / timelønn	366	375	377	11	2
Overtid	183	164	250	67	86
UTA	73	80	77	5	-3
Utrykning påvakt	42	37	35	-7	-2

Gjennomsnittlige månedsværk hittil i 2019, 2021 og 2022.

Tabell 19 Gjennomsnittlig brutto månedsværk fordelt på klinikk og profesjon

Klinikk	Sum endring 2019-2022	01. Adm. og ledere	02. Pasientrettede stillinger	03. Leger	04. Psykologer	05. Sykepleiere	06. Helsefagarbeider/hjelpere	07. Diagnostisk personell	08. Apotekstiltninger	09. Drifts/teknisk personell	10. Ambulanspersonell	11. Forskning
10 - Akuttmedisinsk klinikk	53,1	3,8	14,2	0,3	-	10,3	0,0	-	-	-0,5	25,1	-
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	37,2	11,6	8,3	6,9	-	6,0	4,2	0,6	-	-2,1	-	1,8
13 - Hjerter- og lungeklinikken	96,0	-0,3	8,4	2,0	-0,8	83,9	3,1	1,1	-	-1,5	0,0	-
15 - Medisinsk klinikk	9,2	-1,0	6,8	-2,7	-0,9	-1,1	-4,3	11,5	-	1,5	-	-0,6
17 - Barne- og ungdomsklinikken	31,8	1,7	5,9	-0,9	11,8	12,3	-2,4	2,9	-	-0,6	-	1,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken	-7,5	2,8	-11,0	9,8	-0,3	-20,2	-5,6	-	-	17,0	0,0	-
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	93,4	4,7	20,8	11,4	11,4	36,5	9,4	-1,0	-	0,4	-	-0,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	42,1	6,2	14,5	-3,7	21,2	3,8	-2,3	-	-	2,2	-	0,3
30 - Diagnostisk klinikk	16,4	9,4	5,4	3,3	-	4,2	2,0	-15,5	2,7	6,7	-	-1,9
43 - Nasjonalt Senter For E-Helseforskning	21,0	9,6	0,1	-	-	-	-	-	-	-0,6	-	11,8
45 - Drifts- og eiendomsenteret	38,0	20,7	-0,3	-	-	-	-	-	-	17,7	-	-
46 - Fag- og kvalitetsenteret	-0,4	0,6	-1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
48 - Kvalitets- og utviklingsenteret	1,5	2,9	-	0,2	-	-0,3	-	-	-	-1,0	-	-0,3
49 - Senter for E-Helse, Samhandling og Innovasjon	58,4	15,1	9,9	3,3	-	8,7	-	19,3	-	-	-	2,1
50 - Direktøren	10,4	8,4	-	-	1,0	1,0	-	-	-	-	-	-
51 - Personal- og organisasjonssenteret	-8,2	-6,2	-1,0	-0,0	-	-0,2	-	-	-	-	-	-
53 - Kommunikasjons- og kultursenteret	-0,4	-0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55 - Økonomi- og analysesenteret	-5,7	-5,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
62 - Fellesinntekter/-kostnader	-22,2	-3,5	-13,0	-1,8	-3,6	-0,2	0,0	-	-	-	-0,1	-

Tabellen viser gjennomsnittlig endring i månedsværk 2019-2022 fordelt på profesjon.

Figur 28 Innleide månedsverk sykepleiere og leger

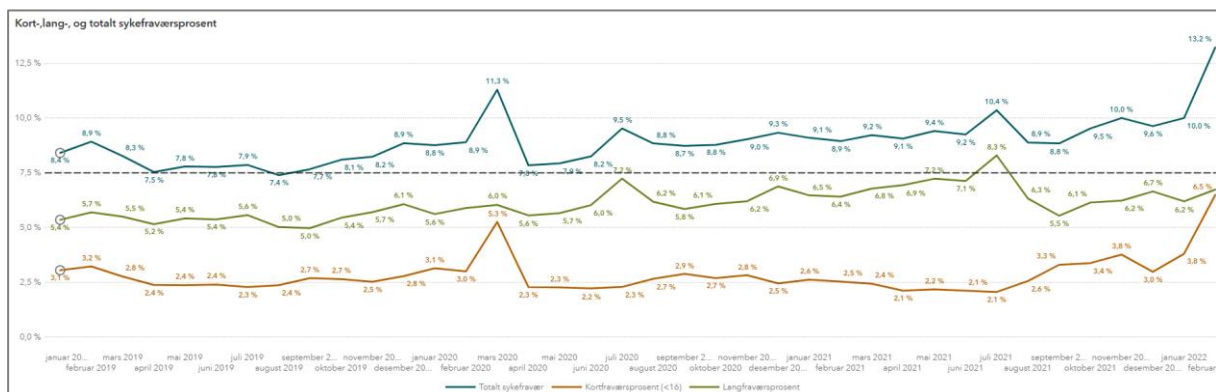
Beregning basert på nye avtaler for innleie av sykepleiere fra oktober 2019 og snittpris for innleie av leger 2019. Leger er inkludert innleie leger fra lønssystem.

Tabell 20 Innleide månedsverk per klinikk

Klinikknavn - UNN	År ▲	2019		2022	
		Innleie sykepleier (snitt)	Innleie leger totalt (snitt)	Innleie sykepleier (snitt)	Innleie leger totalt (snitt)
Total		26,9	16,8	47,0	24,5
10 - Akuttmedisinsk klinikk		-0,0	0,0	2,1	0,5
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken		3,8	0,6	2,2	3,9
13 - Hjerter- og lungeklinikken		0,0	0,0	18,1	0,2
15 - Medisinsk klinikk		0,6	3,5	0,5	2,7
17 - Barne- og ungdomsklinikken		-0,4	0,2	0,0	1,0
18 - Operasjons- og intensivklinikken		20,6	4,2	24,1	4,5
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken		3,7	1,0	0,0	2,0
22 - Psykisk helse- og rusklinikken		0,0	3,0	0,0	3,0
30 - Diagnostisk klinikk		0,0	4,4	0,0	6,6

Sykefravær

Figur 29 Sykefravær



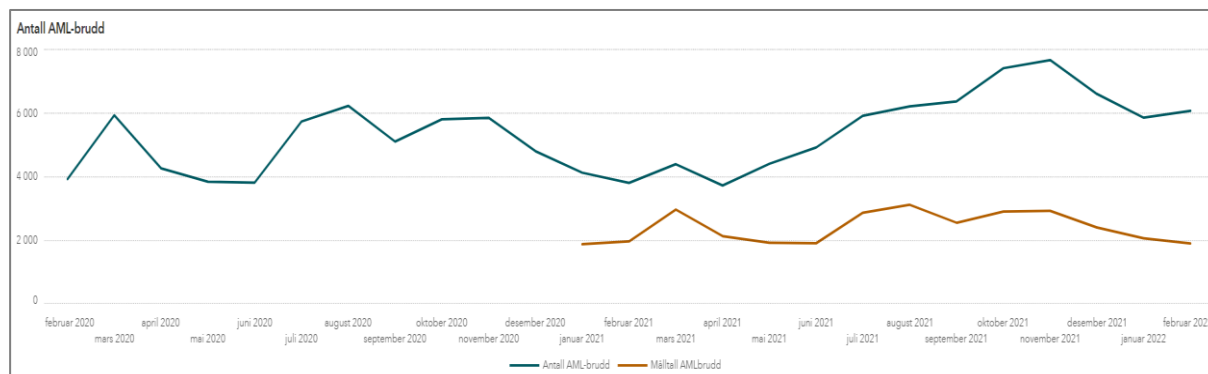
Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes opp påfølgende måned. Sykefravær inkluderer koronafravær.

Tabell 21 Sykefravær fordelt på klinikk

Klinikkvis sykefravær	Totalt sykefravær forrige måned	Korttidsfravær forrige måned	Endring korttidsfravær forrige mnd mot samme mnd 2019	Langtidsfravær forrige måned	Endring langtidsfravær forrige mnd mot 2019
Klinikknavn - UNN ▲					
Total	13,2 %	6,5 %	3,3 %	6,7 %	1,0 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	12,8 %	4,7 %	1,9 %	8,0 %	3,1 %
12 - Kirurgi, kreft- og kvinnehelseklinikken	13,1 %	7,1 %	4,3 %	6,0 %	1,3 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	11,5 %	6,3 %	3,9 %	5,3 %	-0,3 %
15 - Medisinsk klinikk	12,2 %	6,8 %	4,1 %	5,4 %	-0,4 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	12,2 %	6,8 %	2,8 %	5,5 %	0,0 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	14,7 %	7,0 %	4,3 %	7,7 %	0,6 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	14,1 %	7,4 %	3,9 %	6,7 %	0,7 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	15,9 %	7,0 %	2,9 %	8,9 %	1,8 %
30 - Diagnostisk klinikk	12,0 %	6,6 %	3,1 %	5,4 %	1,6 %
43 - Nasjonalt senter for e-helseforskning	7,3 %	3,6 %	-0,4 %	3,7 %	-0,1 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	13,7 %	5,5 %	2,4 %	8,2 %	2,3 %
46 - Fag- og kvalitetssenteret	11,6 %	2,8 %	.	8,8 %	.
48 - Forsknings- og utdanningssenteret	6,7 %	4,3 %	0,8 %	2,4 %	-1,5 %
49 - Senter for E-helse, samhandling og innovasjon	12,6 %	6,6 %	.	6,0 %	.
50 - Direktøren	5,8 %	0,6 %	-1,6 %	5,2 %	3,1 %
51 - Personal- og organisasjonssenteret	7,9 %	3,1 %	.	4,8 %	.
55 - Økonomi- og analysesenteret	15,0 %	6,3 %	.	8,7 %	.
Annet
53 - Kommunikasjons-, og kultursenteret	0,9 %	0,9 %	.	0,0 %	.

AML-brudd

Figur 30 Antall AML-brudd



Eventuelle etterregistreringer siste måned rettes op påfølgende måned.

Tabell 22 AML-brudd per klinikk

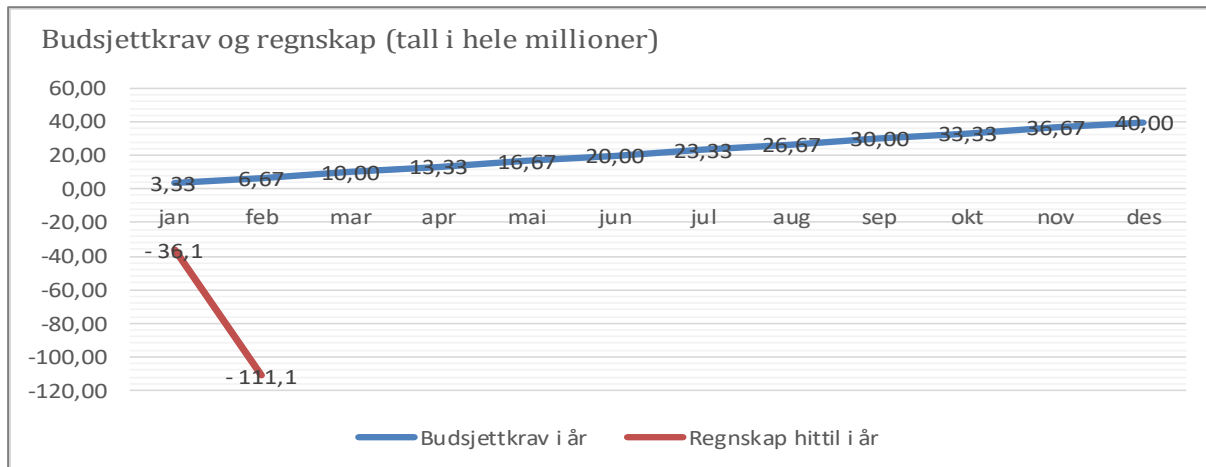
Klinikk - UNN ▲	Antall brudd forrige mnd ▼	Brudd forrige mnd i 2019	Endring i % forrige mnd mot samme mnd 2019
Total	6 026	3 909	54,2 %
10 - Akuttmedisinsk klinikk	1 057	636	66,2 %
22 - Psykisk helse- og rusklinikken	967	358	170,1 %
13 - Hjerte- og lungeklinikken	725	318	128,0 %
19 - Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken	723	637	13,5 %
12 - Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	685	411	66,7 %
18 - Operasjons- og intensivklinikken	649	679	-4,4 %
15 - Medisinsk klinikk	459	322	42,5 %
30 - Diagnostisk klinikk	365	242	50,8 %
17 - Barne- og ungdomsklinikken	190	126	50,8 %
45 - Drifts- og eiendomssenteret	177	173	2,3 %
55 - Økonomi- og analysesenteret	17	.	.
48 - Kvalitets- og utviklingssenteret	5	5	0,0 %
49 - Senter for E-helse, Samhandling og Innovasjon	5	2	150,0 %

Målsettingen er å halvere antall AML-brudd fra 2019 til 2022.

Økonomi

Resultat

Figur 31 Akkumulert regnskap og budsjett 2022



Tabell 23 Resultatregnskap 2022

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Februar				Akkumulert per Februar			
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Avvik i %
Basisramme	466,6	466,6	0,0	0 %	933,5	933,5	0,0	0 %
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	0 %	5,1	5,1	0,0	0 %
ISF egne pasienter	137,6	162,3	-24,7	-15 %	288,2	322,7	-34,4	-11 %
ISF av legemidler utenfor sykehus	7,6	8,0	-0,4	-5 %	24,5	24,0	0,5	2 %
Gjestepasientinntekter	1,1	3,5	-2,4	-67 %	4,8	7,0	-2,2	-32 %
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	19,4	16,4	3,0	18 %	38,2	32,7	5,4	17 %
Utskrivningsklare pasienter	7,0	2,6	4,5	173 %	10,9	5,2	5,7	111 %
Andre øremerkede tilskudd	25,2	25,9	-0,7	-3 %	51,2	49,4	1,8	4 %
Andre driftsinntekter	31,9	38,5	-6,6	-17 %	70,9	75,4	-4,5	-6 %
Sum driftsinntekter	699,2	726,4	-27,3	-4 %	1 427,3	1 454,9	-27,6	-2 %
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,5	21,3	-2,7	-13 %	43,9	40,4	3,5	9 %
Kjøp av private helsetjenester	7,5	5,1	2,4	47 %	10,9	10,3	0,5	5 %
Varekostnader knyttet til aktivitet	88,8	76,0	12,8	17 %	184,9	161,9	23,1	14 %
Innleid arbeidskraft	12,3	4,0	8,3	206 %	16,4	8,5	7,9	93 %
Lønn til fast ansatte	402,1	383,9	18,2	5 %	814,5	775,3	39,2	5 %
Overtid og ekstrahjelp	39,3	26,2	13,1	50 %	74,4	44,1	30,3	69 %
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	61,9	62,0	-0,1	0 %	124,0	124,1	0,0	0 %
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-25,5	-22,8	-2,6	12 %	-58,8	-45,2	-13,6	30 %
Annen lønnskostnad	36,1	32,6	3,5	11 %	70,6	64,7	5,8	9 %
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	464,2	423,9	40,4	10 %	917,2	847,5	69,7	8 %
Avskrivninger	27,5	27,6	-0,1	0 %	54,9	53,7	1,1	2 %
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0 %	0,0	0,0	0,0	0 %
Andre driftskostnader	104,7	106,0	-1,3	-1 %	200,6	207,6	-7,1	-3 %
Sum driftskostnader	773,2	721,7	51,5	7 %	1 536,4	1 445,5	90,8	6 %
Driftsresultat	-74,1	4,7	-78,7	-1679 %	-109,1	9,4	-118,5	-1263 %
Finansinntekter	0,3	0,3	0,1		0,8	0,5	0,3	
Finanskostnader	1,4	1,6	-0,2		2,8	3,2	-0,4	
Finansresultat	-1,0	-1,4	0,3		-2,1	-2,7	0,7	
Ordinært resultat	-75,1	3,3	-78,4	-2353 %	-111,1	6,7	-117,8	-1767 %

Tabell 24 Resultatregnskap 2022, ekskl. eksternfinansiering

Resultatrapportering (tall i mill kr)	Februar ekskl eksternfinansiering			Akkumulert per Februar ekskl eksternfinansiering		
	Resultat	Budsjett	Avvik i kr	Resultat	Budsjett	Avvik i kr
Basisramme	466,6	466,6	0,0	933,5	933,5	0,0
Kvalitetsbasert finansiering	2,6	2,6	0,0	5,1	5,1	0,0
ISF egne pasienter	137,6	162,3	-24,7	288,2	322,7	-34,4
ISF av legemidler utenfor sykehus	7,6	8,0	-0,4	24,5	24,0	0,5
Gjestepasientinntekter	1,1	3,5	-2,4	4,8	7,0	-2,2
Polikliniske inntekter (psykisk helse og lab/rtg)	19,4	16,4	3,0	38,2	32,7	5,4
Utskrivningsklare pasienter	7,0	2,6	4,5	10,9	5,2	5,7
Andre øremerkede tilskudd	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftsinntekter	31,9	38,5	-6,6	70,9	75,4	-4,5
Sum driftsinntekter	673,9	700,5	-26,6	1 376,1	1 405,5	-29,4
Kjøp av offentlige helsetjenester	18,5	21,3	-2,7	43,9	40,4	3,5
Kjøp av private helsetjenester	7,5	5,1	2,4	10,8	10,3	0,5
Varekostnader knyttet til aktivitet	87,8	75,0	12,8	182,9	159,9	23,0
Innleid arbeidskraft	12,3	4,0	8,3	16,4	8,5	7,9
Lønn til fast ansatte	389,0	370,5	18,5	788,1	749,8	38,3
Overtid og ekstrahjelp	36,3	23,2	13,2	68,5	38,4	30,1
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	58,7	58,7	0,0	117,5	117,8	-0,3
Tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-24,5	-21,9	-2,7	-56,9	-43,4	-13,5
Annen lønnskostnad	34,4	30,9	3,5	67,1	61,4	5,7
Sum lønn og innleie ekskl pensjon	447,4	406,6	40,8	883,1	814,7	68,5
Avskrivninger	27,5	27,6	-0,1	54,9	53,7	1,1
Nedskrivninger	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Andre driftskostnader	100,5	101,6	-1,2	192,0	199,4	-7,4
Sum driftskostnader	748,0	695,8	52,2	1 485,2	1 396,2	89,0
Driftsresultat	-74,1	4,7	-78,7	-109,1	9,4	-118,5
Finansinntekter	0,3	0,3	0,1	0,8	0,5	0,3
Finanskostnader	1,4	1,6	-0,2	2,8	3,2	-0,4
Finansresultat	-1,0	-1,4	0,3	-2,1	-2,7	0,7
Ordinært resultat	-75,1	3,3	-78,4	-111,1	6,7	-117,8

Tabell 25 Resultat fordelt på klinikk (beløp i mill kr)

Klinikk	Klinikk (T)	Februar			Akkumulert per februar		
		Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap - HiA	Budsjett - HiA	Avvik - HiA
10	Akuttmedisinsk klinikk	50,0	41,5	-8,6	97,1	86,0	-11,0
12	Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	30,7	13,1	-17,5	54,0	27,5	-26,5
13	Hjerte- og lungeklinikken	22,7	17,1	-5,6	44,5	34,7	-9,7
15	Medisinsk klinikk	40,5	29,5	-11,0	78,7	58,6	-20,2
17	Barne- og ungdomsklinikken	27,4	22,3	-5,0	55,5	44,8	-10,7
18	Operasjons- og intensivklinikken	72,8	63,6	-9,2	144,3	127,7	-16,6
19	NOR klinikken	32,1	24,8	-7,3	58,6	48,4	-10,2
22	Psykisk helse- og rusklinikken	70,1	64,8	-5,3	139,8	131,0	-8,8
30	Diagnostisk klinikk	62,8	53,9	-8,9	116,6	107,2	-9,4
43	Nasjonalt senter for e-helseforskning	0,2	0,2	0,0	0,4	0,4	0,0
45	Drifts- og eiendomssenter	58,2	54,9	-3,3	100,2	97,8	-2,4
46	Fag- og kvalitetssenteret	1,7	1,9	0,2	3,4	3,8	0,5
48	Kvalitets- og utviklingssenteret	4,1	5,0	0,9	7,4	9,4	2,0
49	Senter for E-Helse, Samhandling og Innovasjon	9,9	9,9	0,0	19,7	20,1	0,4
50	Direktøren	3,0	3,0	0,1	5,8	6,1	0,3
51	Personal- og organisasjonssenteret	5,3	4,9	-0,4	10,4	9,8	-0,6
53	Kommunikasjons- og kultursenteret	0,7	1,0	0,2	1,6	1,9	0,3
55	Økonomi- og analysesenteret	5,2	6,0	0,8	11,4	12,0	0,6
62	Fellesinntekter/-kostnader	-422,4	-420,8	1,5	-838,2	-834,0	4,2
Totalt		-75,1	3,3	-78,4	-111,1	6,7	-117,8

Prognose

Vi kommer tilbake med prognose etter møtet med RHF mandag 14.3.



STYRESAK

Styresak:	27/2022
Møtedato:	23.03.2022
Arkivsak:	2021/4148-2
Saksbehandler:	Tor-Arne Hanssen

Konseptrapport for Nyfødt intensiv ved UNN Tromsø, 2. gangs behandling

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF vedtar alternativ 3C med permanent helikopterløsning på tak av minimum 6 bygningsetasjer som foretrukket løsning av Nyfødt intensiv i C-fløya til estimert kostnad 886,9 mill. kroner hvor Nyfødt intensiv utgjør 329,4 mill. kroner.
2. Styret ber om at konseptrapport med tilleggsutredninger oversendes styret i Helse Nord RHF for videre behandling.

Bakgrunn

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) behandlet konseptrapport for Nyfødt intensiv ved UNN Tromsø i sak 95/2021 og ba om å få saken tilbake etter videre utredning.

Formål

Denne saken vil beskrive videre utredninger og konsekvenser ved valg av plassering for Nyfødt intensiv.

Saksutredning

Alternativer

Denne saken er oppfølging og videre utredninger av 2 alternativer fra konseptfasen, alternativ 3B og alternativ 5. I tillegg er det gjort videreføring av alternativ 3B, her kalt 3C samt en minimumsløsning av 3B for å se om det er mulig å kutte prosjektkostnad ytterligere (3B minimum).

Alternativ 3B er utbygging av Nyfødt intensiv i C-fløya over 2 etasjer og gangbro i 2 etasjer til B-fløya. I gangbroen er det plass til erstatningskontorer for tapte kontorer i grenseflaten mellom gammelt og nytt bygg og nødvendige kontorer for enheten. I tillegg blir det noe ledig kontorareal som kan benyttes av røntgenavdelingen. Alternativet var i forrige rapport utredet med eller uten 3 påliggende etasjer.

Alternativ 5 er utbygging av Nyfødt intensiv i B-fløya med 7 påliggende etasjer og forberedelse for ny helikopterlandingsplass på toppen av bygget.

Alternativ 3C er utbygging av Nyfødt intensiv over 2 etasjer i C-fløya, lik løsningen i 3B, men med 6 påliggende etasjer og forberedelse for ny helikopterlandingsplass på toppen av bygget.

Alternativ 3B minimum innebærer en reduksjon av broarealer mellom C og B fløy til kun en adkomst til Nyfødt intensiv uten kontorarealer.

Støy

Rådgivende ingeniør i COWI har utarbeidet en utredning og konsekvensanalyse av helikopterstøy fra dagens landingsplass for ny Nyfødt intensivavdeling lokalisert i C- fløya. Rapporten viser at det vil kreve 50dB demping av vegger og vinduer i ny Nyfødt intensivavdeling plassert i C-fløya for å sikre lydnivå på pasientrommene i avdelingen. Dette er mulig å oppnå med gjennomtenkte løsninger for fasade og vinduer. Spesielt vinduer krever doble strukturer og forutsetter at det ikke er åpningsbare løsninger. Løsningene er noe mer kostbare i forhold til vanlige fasader og vinduer. Påværende som oppholder seg i avdelingen over lengre tid vil kunne oppleve redusert komfort ved å ikke kunne lufte fra disse rommene, men objektiv luftkvalitet vil opprettholdes av ventilasjonsanlegg.

Innflygning

Innflygningskorridor til eksisterende helikopterlandingsplass blir nær et nybygg for Nyfødt intensiv. Luftambulans HF har vært forespurt om konsekvens, og henviser til Luftfartstilsynet. Tilsynets prinsipielle holdning til saken er at utbygger (UNN) må gjennomføre konsekvensanalyse av tiltaket og legge fram i søknad til tilsynet. Dette innebærer at det må lages modeller av framtidig bygg og simuleringer av vind for å få endelig vurdering. Dette er et omfattende arbeid som er igangsatt i samarbeid med Tromsø kommune og deres interesse av ny legevakt i området. Arbeidet med modell og simulering vil ikke være ferdig før nærmere sommeren 2022.

Videre arkitektløsning

Arkitekt har jobbet videre med løsning av Nyfødt intensiv i B-fløya (alternativ 5), en utvidet løsning i C-fløya med helikopterlandingsplass på toppen av C-fløya (alternativ 3C), og et minimalt alternativ i C-fløya.

Videreutvikling av alternativ 5 viser tydelig at alternativet gir en svært langstrakt avdeling og krever utflytting av Observasjonsposten (OBS-posten) i B-fløya. Det er ikke funnet noen god plassering for OBS-posten innenfor rimelig nærhet til akuttmottaket. På grunn av eksisterende

Løsning vil en ny Nyfødt intensiv i B-fløya framstå nærmest to-delt med en utfordrende intern logistikk. Det vil være lang avstand til Føde- og barsel sengepost. Akuttvei fra helikopterlandingsplass skaper også utfordringer for logistikken i avdelingen. Det kan være mulig å designe en mer kompakt og funksjonell enhet hvis utvidelsen av B-fløya fortsetter nordover inn i dagens legevakt/helikopterbase. Dette vil kreve at dagens landingsplass blir avviklet for å unngå støybelastning. Avstand til føde/barsel avdelingen ville bli enda lengre, hvilket ikke er anbefalt. Løsningen ville ikke omfatte OBS-posten som vil kunne forbli der den er.

Et utvidet alternativ i C-fløya (alternativ 3C) med helikopterlandingsplass lokalisert på toppen av et fleretasjes bygg har blitt vurdert spesielt med hensyn til mulighet for akuttveier fra helikopter til akuttmottak. Løsningen omfatter tre fulle etasjer over en ny Nyfødt intensiv, og minimum 3 mindre etasjer opp til helikopterlandingsplass. Akuttvei kan etableres med utenpåliggende heis fra landingsplass ned til bakkenivå og gangbru fra fløy C- til fløy B på plan 5. Løsningen berører i liten grad Nyfødt intensivløsningen i alternativ 3B, men flytter noen administrative kontorer for ansatte ut av avdelingens interne akse. Dette er et grep som lett kan implementeres senere i planleggingen av Nyfødt intensivavdelingen. Funksjonelt opprettholdes alle krav til Nyfødt intensiv.

Akuttvei og løsning for helikopterlandingsplass er vurdert av Akuttmedisinsk klinikk ved avdelingsleder for Luftambulansseavdelingen, avdelingsleder for Akuttmottak- og observasjonspostavdelingen, og medisinsk faglig ansvarlig for helikoptertjenesten. Disse vurderer løsningen som god og uproblematisk i forhold til pasienttransport.

Et minimumsalternativ i C-fløya er også bearbeidet videre. Løsningen forutsetter å fjerne erstatningskontorer i gangbro mellom B- og C-fløya. Det vil ikke være flere etasjer over Nyfødt intensiv og ikke fundamentering for å etablere flere etasjer. Løsningen er tilstrekkelig for funksjonen og har noe redusert kostnad ved redusert areal og rivekostnad for mammografi. Det har vært vurdert om det er mulig å kutte gangbroforbindelse til B-fløya. Dette anbefales ikke da det vil gi utfordrende tilgang til Nyfødt intensiv gjennom Føde- og barselavdelingen, noe som ikke kan fungere som en inngangsløsning til en ny Nyfødt intensiv. Ved å kutte kontorarealer på gangbro vil en få marginal kostnadseffekt, samtidig som kontorsituasjonen i UNN forverres. Dette anbefales ikke. Det største kostnadskuttet kommer gjennom å ikke rive eksisterende mammografibygg og gjenoppbygge dette med bedret fundamentering for ytterligere påbygg i høyden. Dette grepet hindrer senere påbygg av fløy C hvor det er sengeposter med 4 sengsrom som behøver ombygging til ensengsrom.

Alle alternativer med nyfødt intensiv i C-fløya legger til rette for bedre samarbeid mellom enheten og føde- og barselavdelingen, og oppfattes som en god plassering av begge fagmiljø.

Helikopterløsning

Framtidig landingsplass for redningshelikopteret (SAR Queen) må etter all sannsynlighet løses ved en landingsplass på toppen av en bygningskropp med tilstrekkelig høyde for å unngå farlig rotorvind på bakken. En selvstendig landingsplass vil være lite arealeffektiv for UNN, men kan realiseres økonomisk av det nasjonale redningshelikopterprosjektet, hvis denne løsningen anbefales. UNNs interne vurdering er at en selvstendig landingsplattform ikke er en egnet løsning. Påkobling til akuttaksen kan oppnås ved oppføring direkte nord for B-fløya. Plassering mellom B-fløya og helikopterlandingsplass vil sperre for videre utvikling av røntgen eller

operasjonsavdelingen. Andre plasseringer kommer i konflikt med eksisterende landingsplass, vei, akuttmottak eller framtidig utvidelse av sykehuset.

I denne sammenheng er det vurdert 2 realistiske alternativer, landing på en utvidelse av B-fløya eller en landingsplass på utvidelse av C-fløya. Begge disse alternativene kan få medfinansiering av det nasjonale redningshelikopterprosjektet i en størrelsesorden som svarer til en selvstendig landingsplass. Flyteknisk vil begge alternativer være gode og ivaretar funksjon. Akuttaksen fra et alternativ på C-fløya vil være omlag 60 meter lengre enn alternativ på B-fløya. Alternativene vurderes i praksis som likestilte i forhold til akuttfunksjon. Ved en utbygging i C-fløya må det påregnes perioder med driftsstans av dagens helikopterlandingsplass under oppføring av råbygg, mens en må påregne større påvirkning på dagens helikopterlandingsplass ved en utbygging i B-fløya. Ved B-fløyutbygging er det vurdert som relativt stor risiko for at UNN må finne midlertidig løsning mens råbygg og fasadearbeider pågår.

Ved en løsning på C-fløya kan dagens landingsplass med basestruktur opprettholdes inntil videre. Dette forskyver investering i ny base inntil videre utvikling av sykehuset krever utbygginger som vil sperre for innflygningskorridor. Ved utbygging av B-fløya tett på landingsplassen vil en kunne risikere uforutsigbare fallvinder som kan påvirke sikkerheten ved landing og avgang. Det er derfor stor sannsynlighet for at utbygging av B-fløya kan føre til at eksisterende landingsplass vil bli stengt av sikkerhetshensyn.

Økonomi

Alternativ 3B er beregnet til 248 mill. kroner isolert sett. Utbygging av C fløya med 3 ekstra etasjer i C-fløya på til sammen 4053 m² ekstra areal er kostnadsberegnet til totalt 694 mill. kroner.

Alternativ 5 med utvidelse av B fløya med 7 ekstra etasjer på til sammen 9700m² er beregnet til totalt 1267 mill. kroner.

Alternativ 3C som tilrettelegger for helikopterlandingsplass på tak vil gi til sammen 6453m². Totalkostnaden er da beregnet til 886,9 mill. kroner.

Alternativ 3B minimum er kostnadsberegnet til 226,3 mill. kroner.

For både alternativ 3C og alternativ 5, begge med helikopterlandeplass på taket, kan den umiddelbare investeringskostnaden reduseres hvis en velger å ikke innrede andre etasjer enn Nyfødt intensiv og de 2 overliggende etasjene. Resterende etasjer vil kun bestå av råbygg med fasade og branntiltak. Av hensyn til støy og vibrasjoner, som direkte vil påvirke pasientene på avdelingen anbefales ikke en slik utsatt innredning, men det er vurdert som mulig å gjennomføre gitt at en reduserer støy og vibrasjoner gjennom å ha fullført 2 etasjer over Nyfødt intensiv. Grove anslag er vurdert til reduksjon på om lag 200 mill. kroner. Denne gjennomføringsmodellen vil med senere utvikling av etasjene totalt sett bli noe mer kostbar enn å ferdigstille hele prosjektet umiddelbart. Det har vært vanskelig å anslå kostnadseffekten av dette.

Ved tilrettelegging for å etablere landingsplass på toppen av taket ved disse alternativene vil også deler av investeringen kunne dekkes av det nasjonale redningshelikopterprosjektet. Disse forholdene er ikke avklarte og er dermed heller ikke kostnadsberegnet.

En investeringskostnad til 886,9 mill. kroner vil gi foretaket en omstillingsutfordring på om lag 45 mill. kroner gitt samme forutsetninger som tidligere beregnet.

Konsekvens og mulighet ved C-fløy

En utbygging av Nyfødt intensiv i C-fløya bør vurderes i en helhet med et fullt utbygg med helikopterlandingsplass. I byggefase vil en rive Teknisk avdelings garasjeanlegg og dagens Brystdiagnostisk senter. Det er forutsatt gjenoppbygging av disse og en kan dermed få et bedre fungerende Brystdiagnostisk senter.

I plan 7, 8 og 9 vil en kunne bygge ut eksisterende sengeposter og legge til rette for ensengsrom som den pågående Covid pandemien har vist at UNN har behov for. Utvidelsene vil være på 980m² per etasje, og det vil være mulig å kombinere noe annen klinisk virksomhet i deler av arealet. Det er realistisk å legge til rette for dagbehandling eller poliklinikk. I tillegg vil det være mulig å realisere minimum 3 etasjer (plan 10-12) hvorav 1 vil inneholde tekniske installasjoner. De øverste etasjene vil være best egnet til ikke-kliniske funksjoner på grunn av tilgjengelighet. Mulighetene kan være kontorer, simulering, eller ny AMK sentral.

Konsekvens og mulighet ved B-fløy

Et utbygg av B-fløya kan gi tilstrekkelig areal til Nyfødt intensiv på bekostning av OBS posten. I plan 6 vil røntgen kunne få tilstrekkelig plass for sin aktivitet. I plan 7 kan en utvide med 4 operasjonsstuer på inntil 100 m² hver. I Plan 8 kan det bli plass til ytterligere kontorer for kliniske leger eller tilrettelegge for OBS post. I plan 9 vil en kunne utvide hjertelaboratorium som behøver plass. I tillegg vil en få 3 etasjer der 1 inneholder tekniske anlegg. Utnytting av de 3 øverste etasjene vil være lik de øverste etasjene i C-fløya.

Medvirkning

I denne fasen av prosjektet med ekstra utredninger har det vært mindre deltakelse fra ansatte enn i første del. Arbeidet har vært mest av teknisk art som har blitt drøftet i prosjektets styringsgruppe.

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 10. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

UNN Breivika har behov for begge beskrevne utbygginger av henholdsvis B- og C-fløya. Sammen vil disse ha mulighet til å løse de fleste behov som er beskrevet i arealplan Breivika. De vil ikke omfatte økt strålekapasitet eller ny ambulansestasjon.

For Nyfødt intensiv framstår alternativet i C-fløya som det beste. Det løser prosjektutløsende behov, inkludert nærhetsbehov til Føde- og barselavdelingen. Samtidig viser støyvurderinger at det er mulig å sikre pasientene mot helikopterstøy på en tilfredsstillende måte. Den største

gjenværende usikkerheten er innflyvningstrasé for eksisterende helikopterlandingsplass. Risikoen vurderes som moderat, og sannsynligvis løsbar. Videre utredning vil pågå fram mot sommeren.

Alternativet anbefales i sammenheng med en løsning der ny landingsplass for helikopter, med tilstrekkelig sikkerhet for omgivelser ved landing av SAR Queen, etableres på toppen av plan 12. En etablering av helikopterlandingsplass krever videre utredninger sammen med fagmiljø i Akuttmedisinsk klinikk, Luftambulansetjenesten HF og NAW SARH prosjektet. Investeringsrammen for bygg som tilrettelegger for landingsplass og Nyfødt intensiv er i denne konseptfasen beregnet til 886,9 mill. kroner. Av denne rammen er 329,4 mill. kroner rammen for Nyfødt intensiv.

Minimumsløsningen er beregnet til 226,3 mill. kroner, men vil stoppe senere mulighet for påbygg for nødvendige funksjoner som sengepostutvidelse og dagbehandling/poliklinikk i C-fløya. Løsningen framstår derfor som lite framtidsrettet og anbefales ikke.

Tromsø, 11.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Vedlegg 1 Støyrapport
- Vedlegg 2 Arkitektskisser
- Vedlegg 3 Kalkylegrunnlag

UNN BREIVIKA - NYBYGG STØY FRA AW101

ADRESSE COWI AS
Richard Johnsens gate 12
4021 Stavanger
Postboks 8034
4068 Stavanger
Norge
TLF +47 02694
WWW cowi.com

INNHold

1	Bakgrunn	2
2	Krav og retningslinjer	2
2.1	Grenseverdier oppsummert	3
3	Nybygg	4
4	Støyvurderinger	5
4.1	Vurderinger av fasadetiltak	7
5	Videre arbeid	8

PROJEKTNR.

A220051

DOKUMENTNR.

-

VERSJON

01

UTGIVELSESDATO

24.02.2022

BESKRIVELSE

Vurderinger støysituasjon

FORBEREDT

JOOW

KONTROLLERT

RGSI

GODKJENT

JOOW

1 Bakgrunn

COWI er bedt om å bistå Universitetssykehuset Nord-Norge HF med støyfaglige vurderinger ifm. et planlagt nybygg nær helikopterlandingsplassen ved sykehuset i Tromsø. Prosjektet er i en tidlig fase, og dette dokumentet er å anse som et innledende premissnotat med hensyn til støydempende tiltak.

2 Krav og retningslinjer

Ved prosjektering av nye helsebygninger legges "Teknisk forskrift etter Plan- og bygningsloven", TEK17, til grunn. I Veiledningen til TEK17 vises det til grenseverdier gitt i Norsk Standard 8175:2012, lydklasse C, "Lydforhold i bygninger – Lydklasser for ulike bygningstyper". Under vises tabeller som omhandler grenseverdier for innendørs og utendørs støy for helsebygninger.

Tabell 1. Grenseverdier fra NS 8175 for innendørs lydnivå fra utendørs lydkilder i helsebygninger.

Type brukerområde	Målestørrelse	Klasse C
I senge- eller beboerrom fra utendørs lydkilder	$L_{p,A,24h}$ (dB)	30
	$L_{p,AF,max}$ (dB) natt, kl. 23-07	45
I undersøkelsesrom, behandlingsrom, operasjonsstue, fra utendørs lydkilder	$L_{p,A,24h}$ (dB)	30
I fellesareal, TV-stue fra utendørs lydkilder	$L_{p,A,24h}$ (dB)	35

$L_{p,A,24h}$ er et ekvivalent støynivå midlet over 24 timer, mens $L_{p,AF,max}$ er maksimalt nivå i nattperioden kl. 23 - 07. Maksimalnivåer gjelder steder med stor trafikk om natten, ti hendelser eller flere som overskrider grenseverdien, ikke enkelthendelser. Utrykning av redningshelikoptre er estimert å føre til færre enn 10 hendelser per natt, og kravet $L_{p,AF,max} \leq 45$ dB anses derfor ikke å gjelde støy fra helikopterbevegelser. Kravet til ekvivalent støynivå, $L_{p,A,24h}$, vil gjelde i nybygget, men grunnet få hendelser vil det ekvivalente støynivået ved fasader som kommer nær landingsplassen være relativt lavt i forhold til maksimalnivåer.

Maksimalt støynivå fra enkelthendelser er likevel en problemstilling for bruksområdene som planlegges her, hvor høye lydnivå kan medføre stor belastning og helsemessige påvirkning for pasientene, selv om dette ikke er omtalt i NS 8175. Denne rapporten omhandler derfor tiltak som er nødvendige for å holde maksimalt innendørs støynivå ved støysensitive arealer under en akseptabel anbefalt grenseverdi fra et helseperspektiv. Aktuell grenseverdi som her legges til grunn for de mest sårbare arealene er innendørs maksimalt støynivå $L_{p,AF,max} = 60$ dB for enkelthendelser med redningshelikoptre AW101. Den samme grenseverdien har blitt benyttet i tilsvarende prosjekter for Sykehusbygg og videreføring anses som faglig forsvarlig. COWIs egne målinger av internt støynivå i andre sykehus og en gjennomgang av tilgjengelig litteratur på området viser at støy fra

aktivitet i sykehus (alarmer, ventilatorer, talende personell, dører som lukkes o.l.) kan være høyere enn $L_{pA,max} = 60$ dB, som betyr at helikoptersstøy vil kunne maskeres av denne type aktivitetsstøy.

Tabell 2. Grenseverdier fra NS 8175 for utendørs lydnivå ved helsebygninger.

Type brukerområde	Målestørrelse	Klasse C
Lydnivå på uteoppholdsareal fra utendørs lydkilder	L_{den} (dB)	Nedre grenseverdi for gul sone - 5 dB

"Nedre grenseverdi for gul sone" i Tabell 2 viser til Miljøverndepartementets retningslinje for støy i arealplanlegging, T-1442/2021. Grenseverdiene for støysonene i T-1442 er avhengig av typen utendørs lydkilde. F.eks. er det ulike grenseverdier for veitrafikk og luftfart. Lydnivået fra én lydkilde eller samlet fra flere ulike lydkilder skal ikke overskride den angitte grenseverdien.

Grenseverdiene for helsebygninger er 5 dB strengere enn i T-1442 og vist i Tabell 3 for støykildene som anses som gjeldende i prosjektet.

Tabell 3. Sammenstilling av gjeldende grenseverdier for utendørs støynivå i prosjektet.

Støykilde	Målestørrelse	T-1442 (gul sone)	NS 8175:2012 klasse C (-5 dB)
Vei	L_{den} (dB)	55	50
Luftfart	L_{den} (dB)	52	47

L_{den} er ekvivalent støynivå for dag-kveld-natt (day-evening-night) med 10 dB / 5 dB ekstra tillegg på natt / kveld.

L_{5AF} er maksimalt støynivå målt som overskrides av 5 % av hendelsene i løpet av natteperioden.

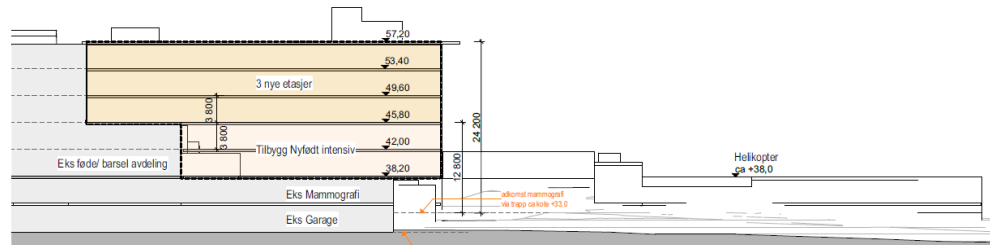
2.1 Grenseverdier oppsummert

Innendørs støynivåer skal ikke overskride $L_{p,Aeq24h}$ 30 dB i sengerom, behandlingsrom o.l. I tillegg anbefales en grenseverdi på $L_{p,AF,max}$ 60 dB for nyfødttintensiv og pasientrom.

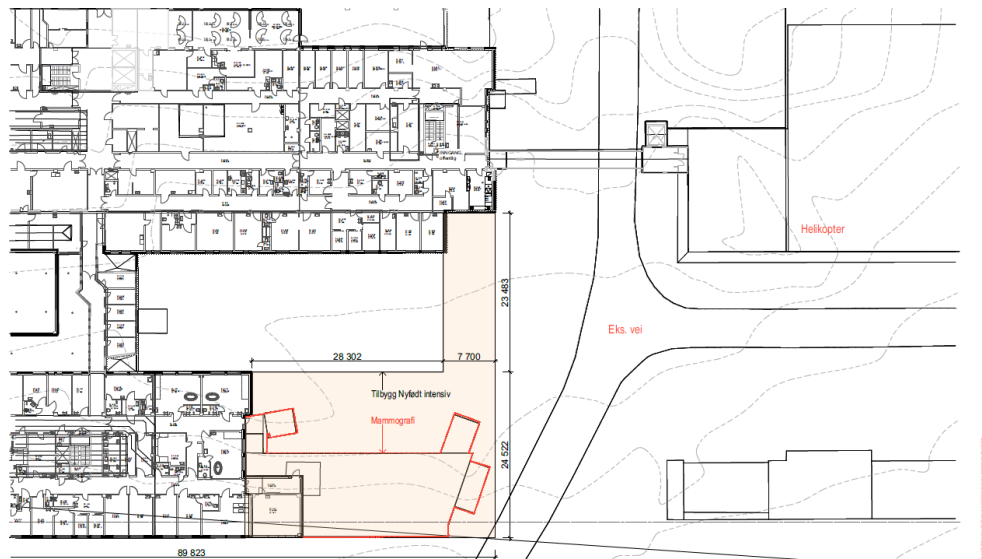
Evt. nye uteoppholdsarealer skal ha nivåer lavere enn L_{den} 47 dB iht. NS 8175:2012 klasse C.

3 Nybygg

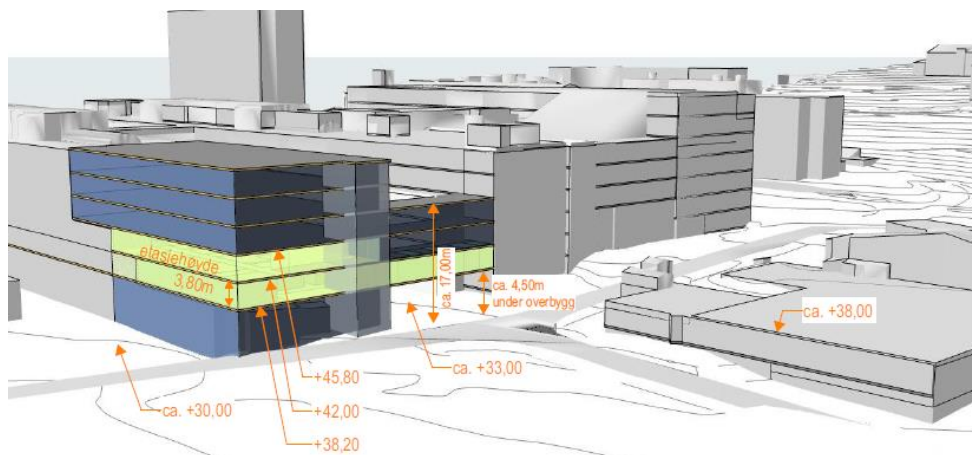
Det planlagte nybygget planlegges som et påbygg i tilknytning til eksisterende føde/barsel og mammografi. Det planlegges to etasjer nyfødtintensiv og tre nye etasjer over disse.



Figur 1. Planlagt nybygg, snitt



Figur 2. Planlagt nybygg, plassering



Figur 3. Planlagt nybygg, plassering 3D



Figur 4. Planlagt nybygg, plassering flyfoto (kart.finn.no)

4 Støyvurderinger

Det er ikke foretatt fasadeberegninger i nåværende fase, og vurderinger baserer seg derfor på erfaringer fra andre helikopterlandingsplasser. Det foreligger også støysonekart for vei- og flystøy på Tromsø kommune sine nettsider.



Figur 5. Tomta ligger i rød støysone fra helikoptertrafikk og utenfor gul sone fra veitrafikk.

En del av den planlagte bygningsmassen vil ligge i rød støysone, noe som avviker fra kommuneplanbestemmelsene til Tromsø kommune. Ifølge bestemmelsene er rød sone ikke egnet til støyfølsomt arealbruk. Etablering av nye boliger kan likevel tillates:

- i viktige fortettingsområder og langs kollektivakser, i samsvar med kommunens knutepunktstrategi,
- med vilkår om at det gjennomføres støyruserende tiltak i samsvar med støyfaglig utredning som dokumenterer at tiltakene vil gi tilfredsstillende støyforhold.

Ved etablering av boliger i rød støysone gjelder følgende:

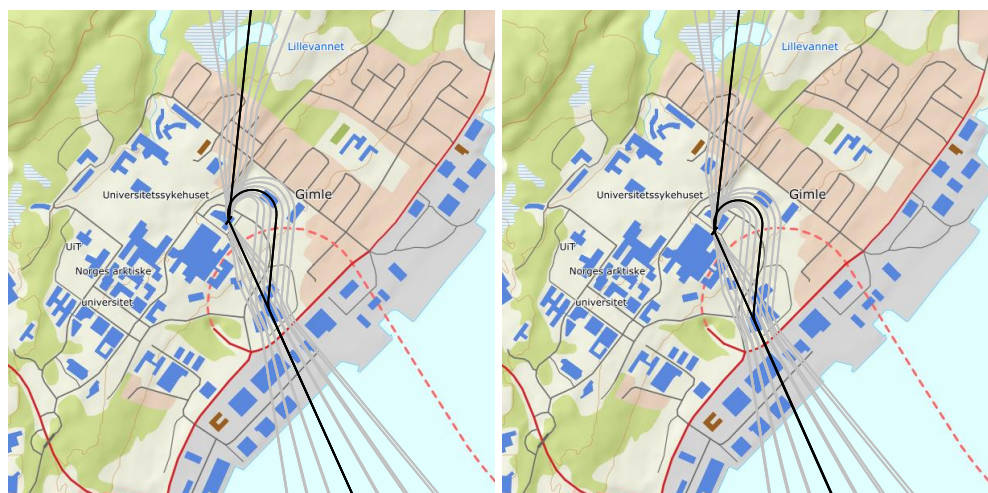
- bebyggelsen/byggverket skal fungere som skjerm mot støykilden slik at det oppnås tilfredsstillende støyforhold innendørs og på uteoppholdsarealene,
- boenheter skal være gjennomgående og minimum ett av soverommene i hver boenhet skal ha vindu mot stille side,
- tiltak for solavskjerming eller kjøling bør iverksettes dersom naturlig lufting bare kan skje mot støyutsatt side,
- privat uteplass kan lages som innglasset balkong dersom dette er nødvendig for å oppnå tilfredsstillende støyforhold.

Oppføring av helsebygninger i rød støysone avviker fra bestemmelsene, men siden støykilden her er helikoptertrafikk ifm. sykehuset, bør det kunne argumenteres for at oppføring bør være mulig så lenge krav i NS 8175:2012 klasse C ivaretas med hensyn til innendørs støynivåer i sengerom o.l. og utendørs støynivåer på uteoppholdsareal.

Ifølge kommuneplanbestemmelsene tillates det støyfølsomt arealbruk i gul støysone.

Veitrafikkstøy anses ikke som problematisk og støyforhold er utelukkende knyttet til helikoptertrafikk.

Bygget vil ligge svært nær innflygningstrasé fra sør, både for eksisterende og evt. fremtidig helikopterlandingsplass.



Figur 6. Traséer for eksisterende og mulig ny, hevet helikopterlandingsplass

Mottatt prognose for 2029 tilsier 2083 helikopterbevegelser i året, hvor 580 er med AW 101. Basert på dette, beregninger fra SINTEF ifm. vurderinger for UNN PHR, og målinger og beregninger av helikopterstøy ved St. Olavs, Ullevål, Rikshospitalet og Stavanger Universitetssykehus, anses det som sannsynlig at de støyeksponte fasadene for nybygget vil ha fasadenivåer rundt $L_{pAeq24h} = 70$ dB og $L_{p,AFmax} = 105$ dB.

4.1 Vurderinger av fasadetiltak

Basert på de forventede utendørs støynivåene, krav om innendørs støynivå i Tabell 1 og grenseverdien $L_{p,AF,max} 60$ dB, er det gjort grove vurderinger av nødvendig lydisolasjon for fasade og vinduer:

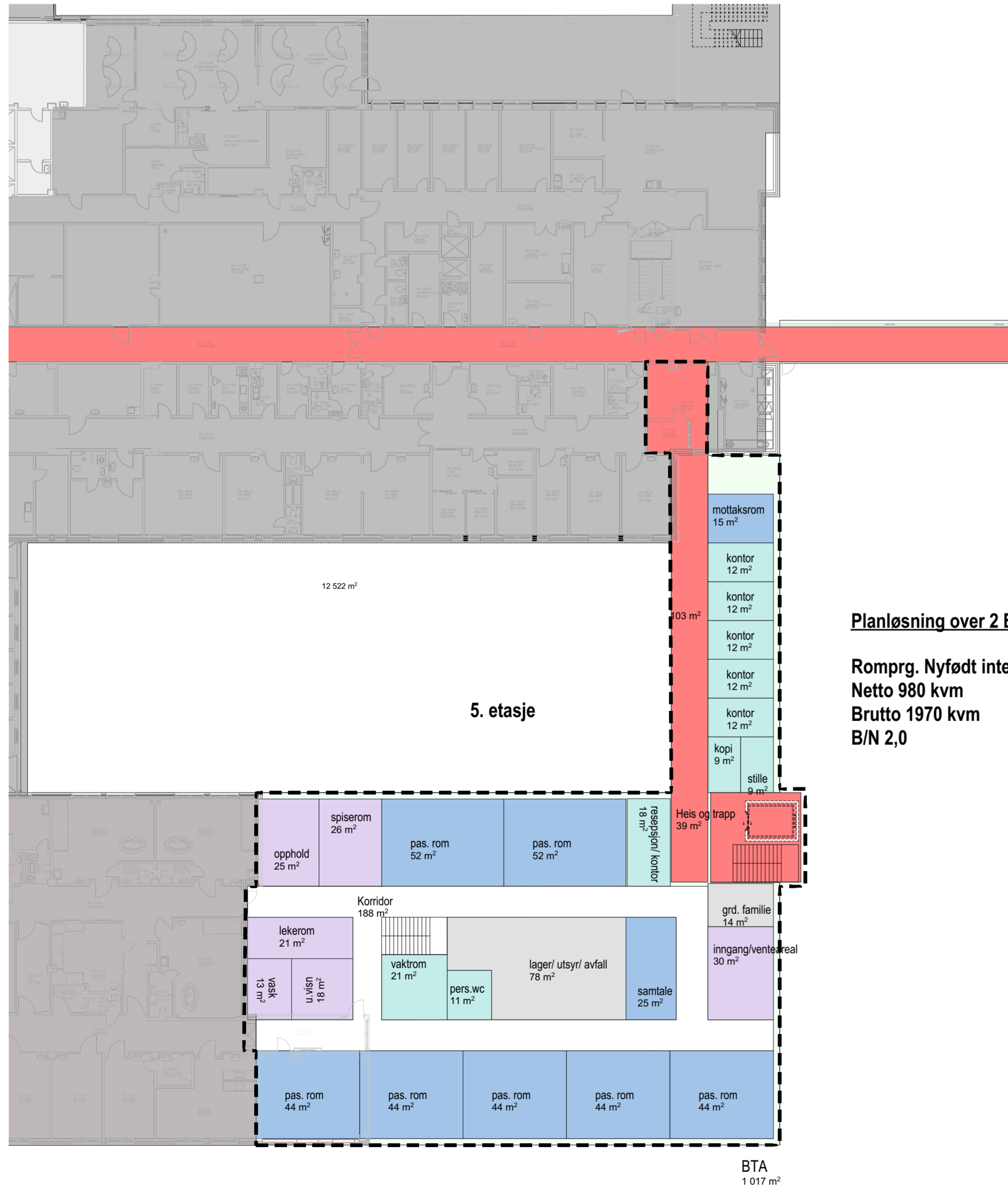
- I pasientrom som vender mot sørøst og nordøst må fasade og vinduer ivareta **$R_w + C_{tr} = 50$ dB**. Dette krever vinduer med spesialglass, eller en løsning med doble glass med i adskilte karmen.
- Pasientrom som vender inn mot eksisterende bygninger forventes å ha 10 dB lavere fasadenivåer. Her kan det derfor benyttes løsninger med **$R_w + C_{tr} = 40$ dB**. Dette kan også benyttes for kontorer, møterom o.l. hvor maksimalnivåer ikke er dimensjonerende. Dette vil være mulig å oppnå med normale klimavegger og vinduer med gode lydegenskaper.



Figur 7. Oversikt krav til facade/vinduer

5 Videre arbeid

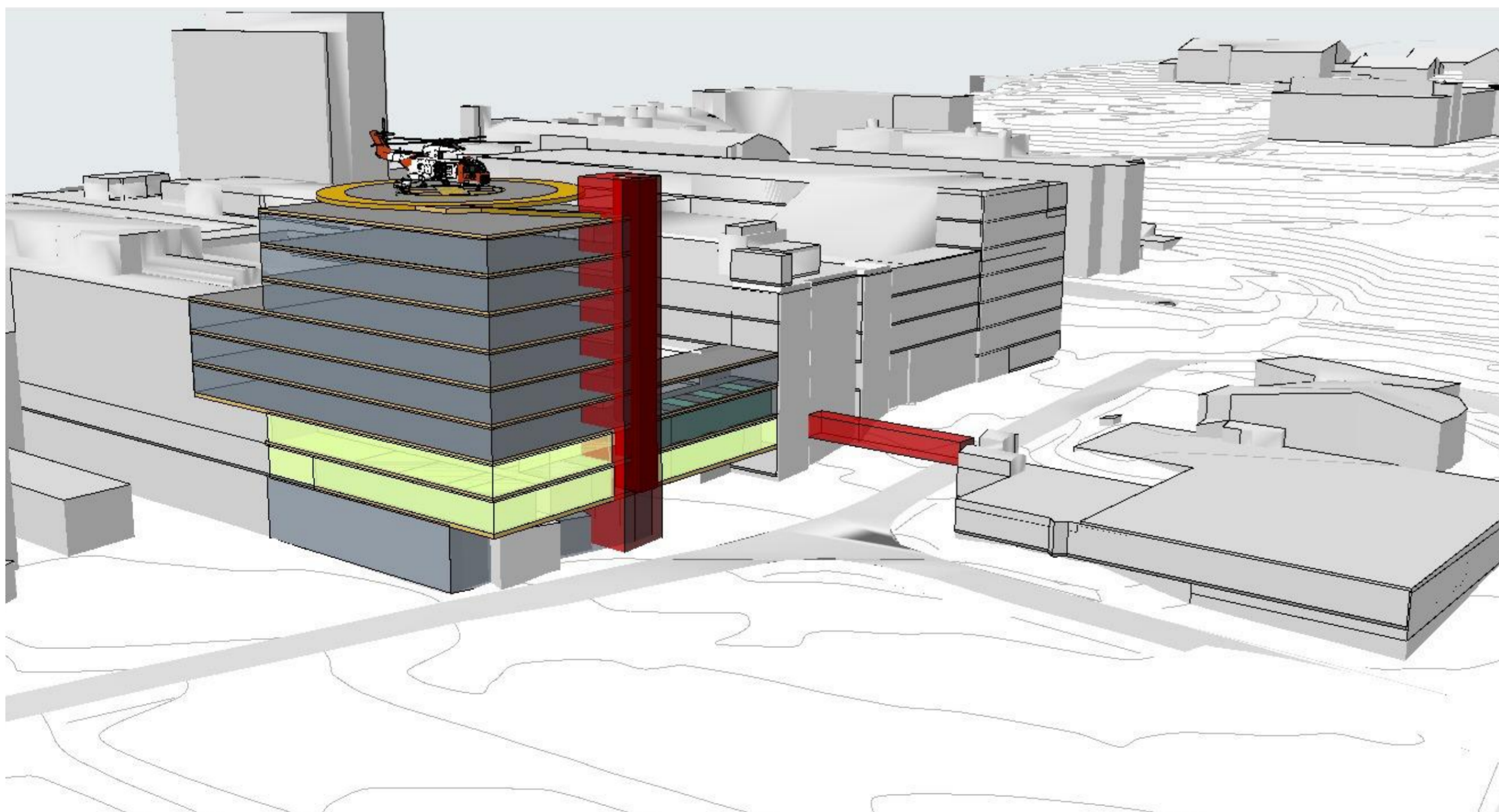
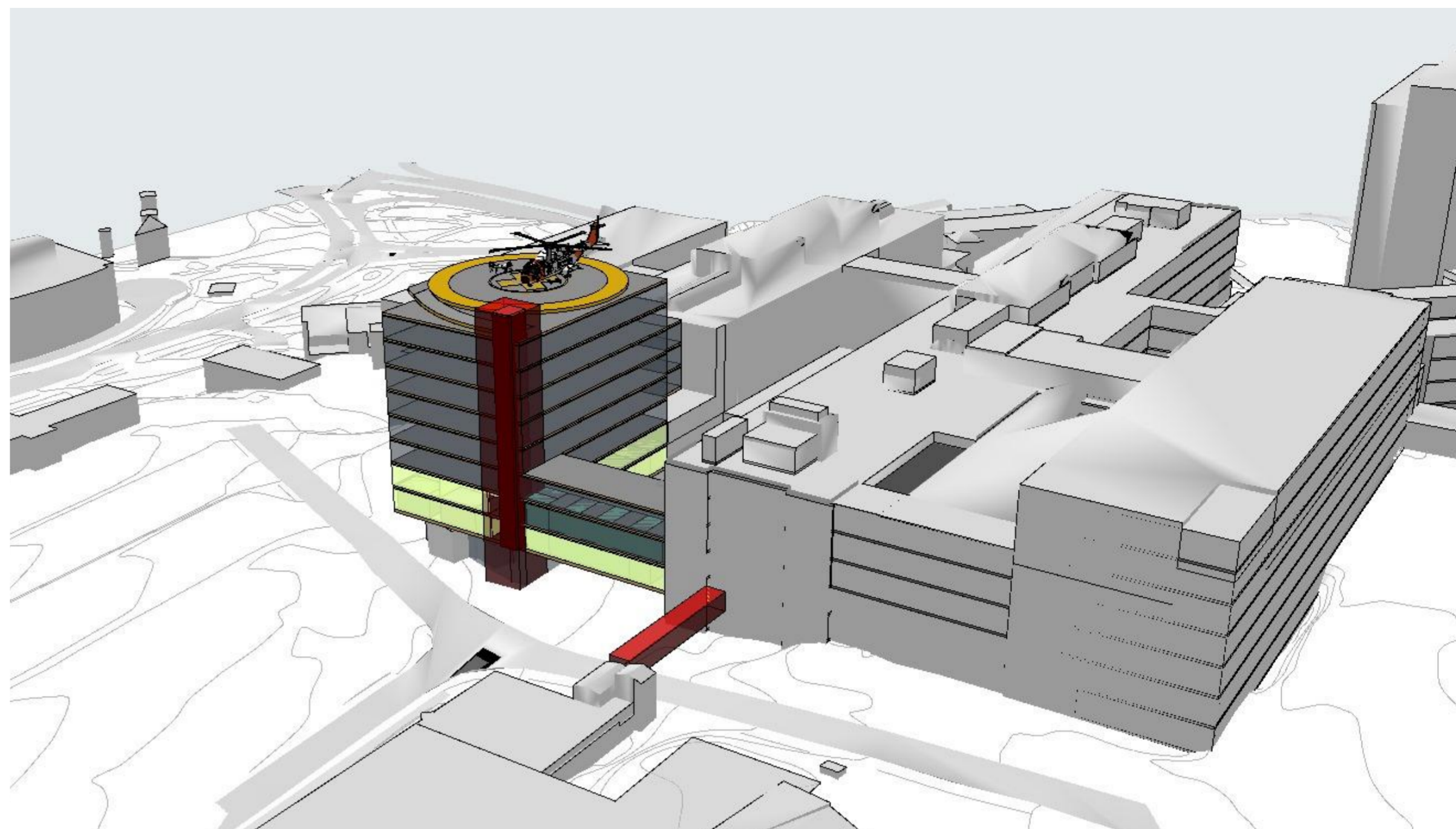
- Det bør utføres fasadeberegninger for det planlagte nybygget for å verifisere antakelsene som er gjort her vedr. utendørs støynivåer.
- For å inkludere brukerne i prosessen og informere dem om hvordan lydnivåer fra helikoptertrafikk håndteres i prosjektet, anbefales det at det holdes en presentasjon/demo med en såkalt "auralisering" hvor det spilles av lyd av AW 101 gjennom en simulert konstruksjon slik at man får et inntrykk av de beregnede lydnivåene og karakteren til lyden.

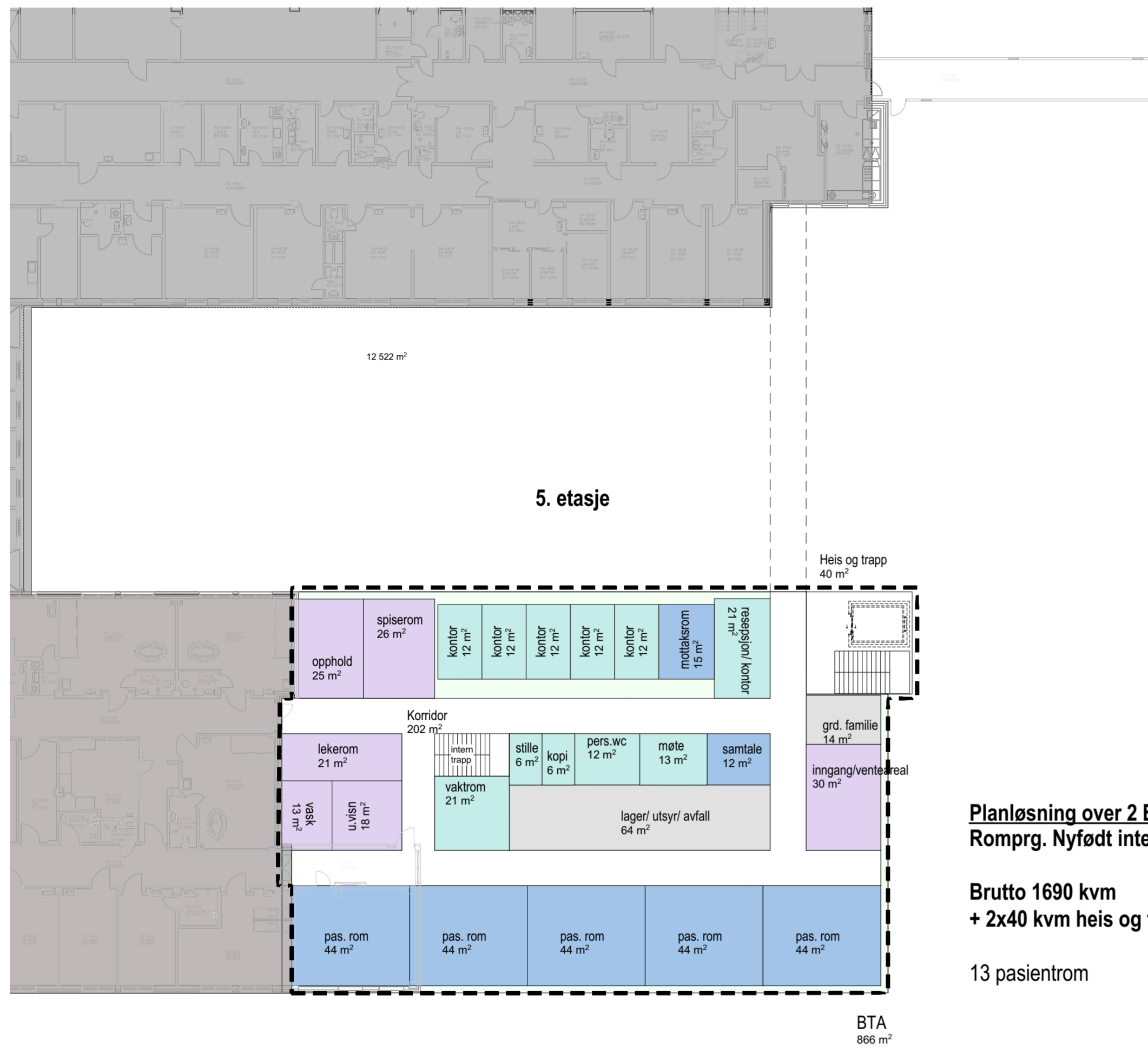


Planløsning over 2 ETASJER

Romprg. Nyfødt intensiv
Netto 980 kvm
Brutto 1970 kvm
B/N 2,0





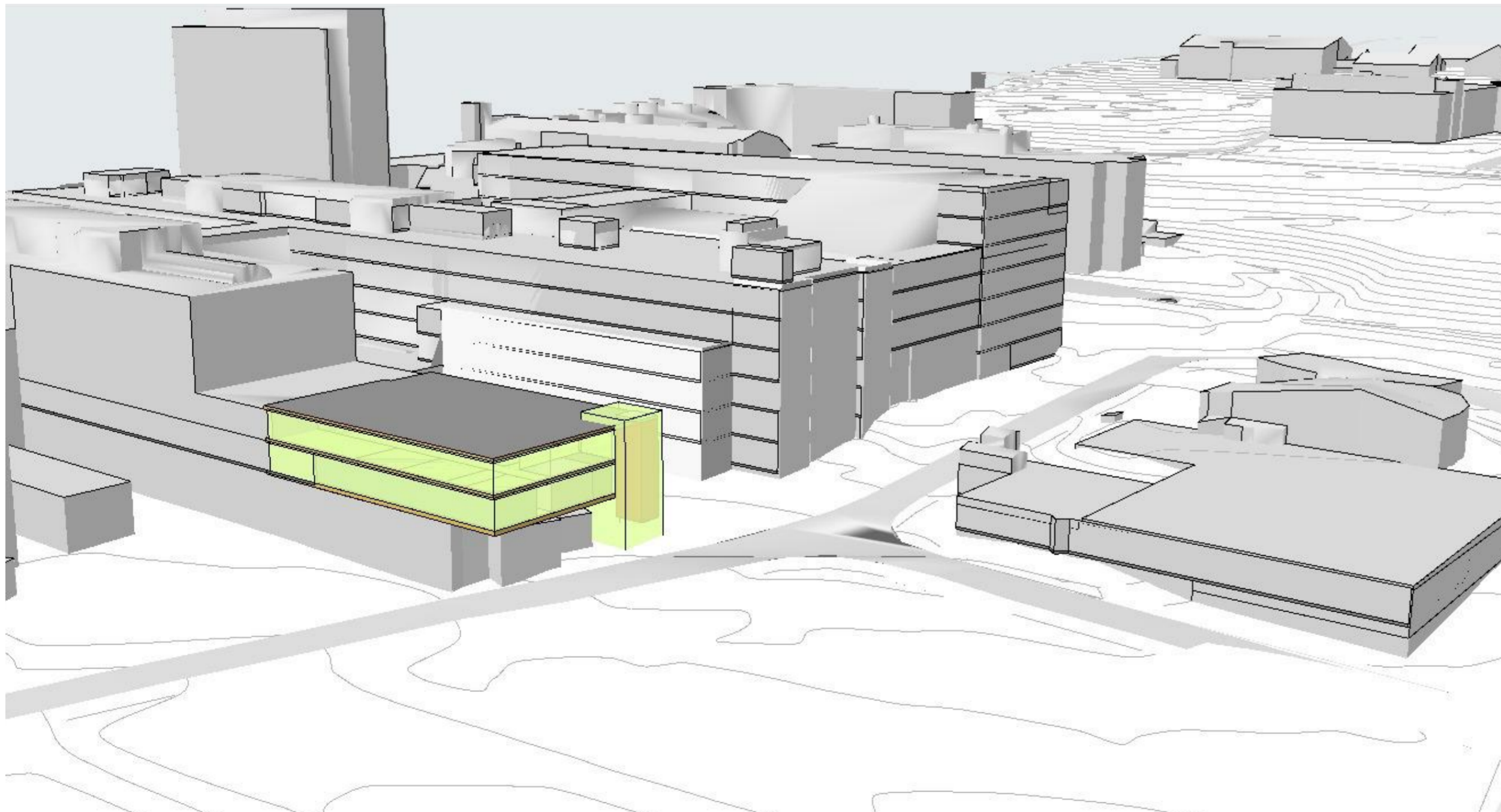
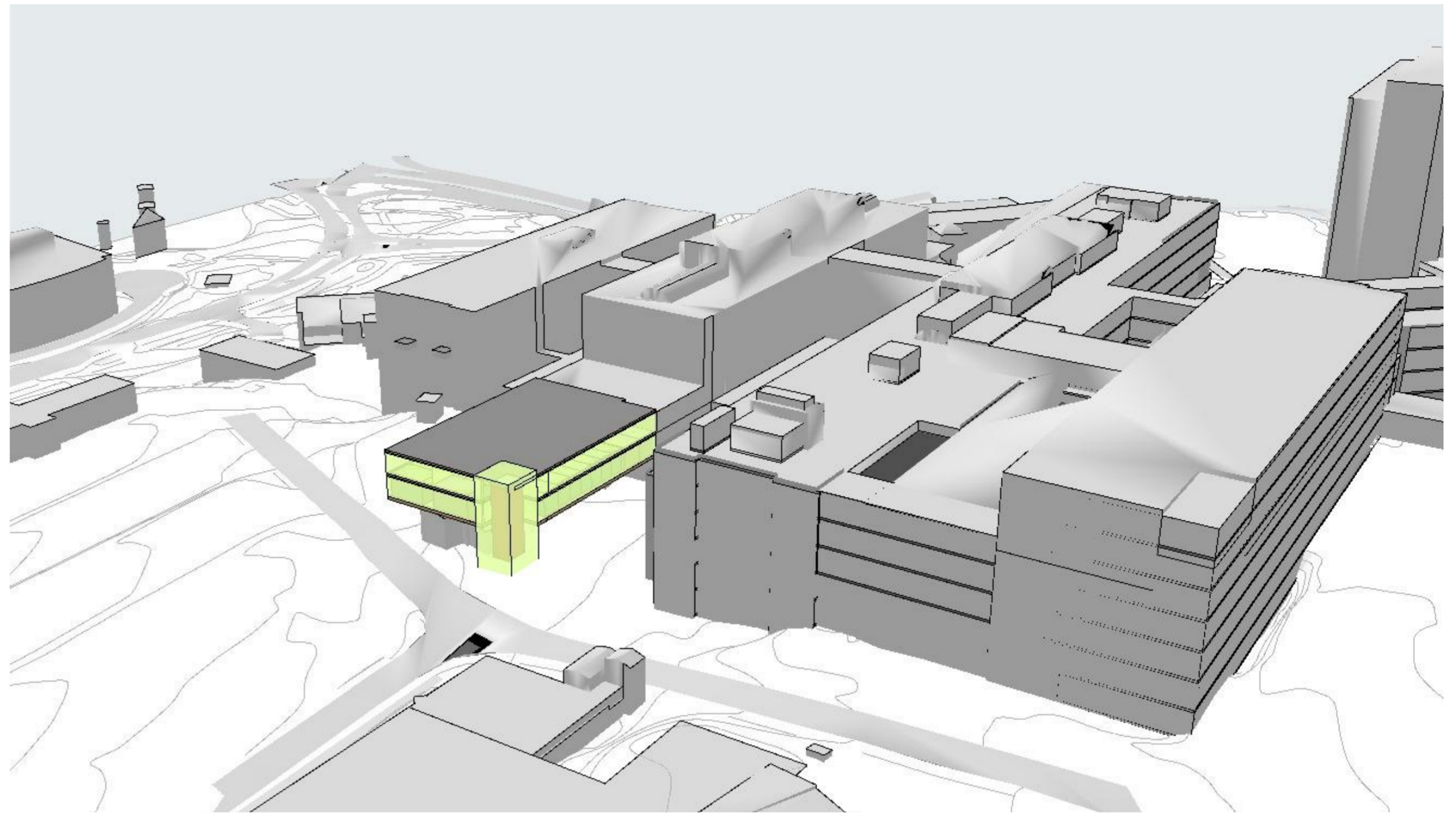


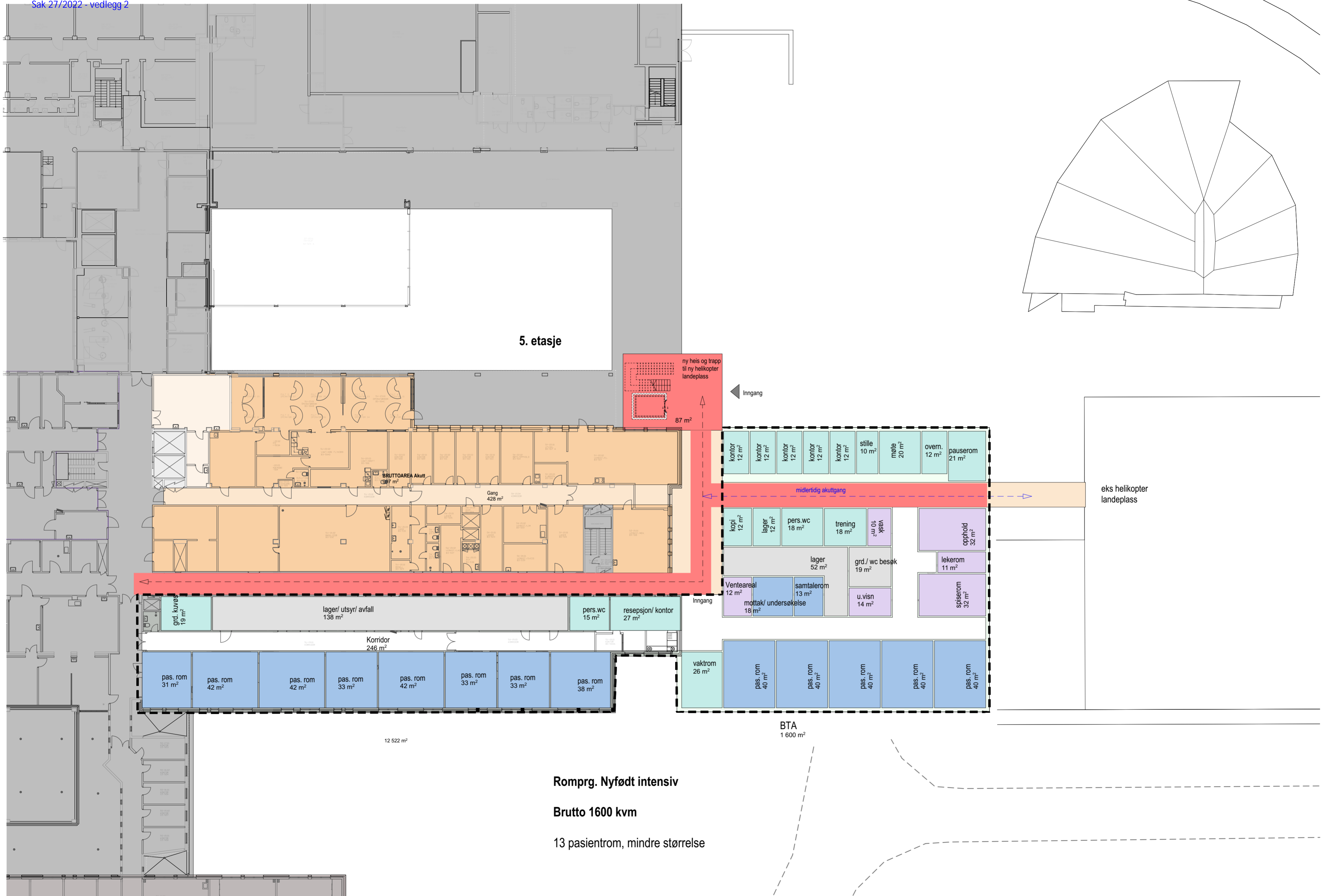
**Planløsning over 2 ETASJER
Romprg. Nyfødt intensiv**

**Brutto 1690 kvm
+ 2x40 kvm heis og trapp**

13 pasientrom







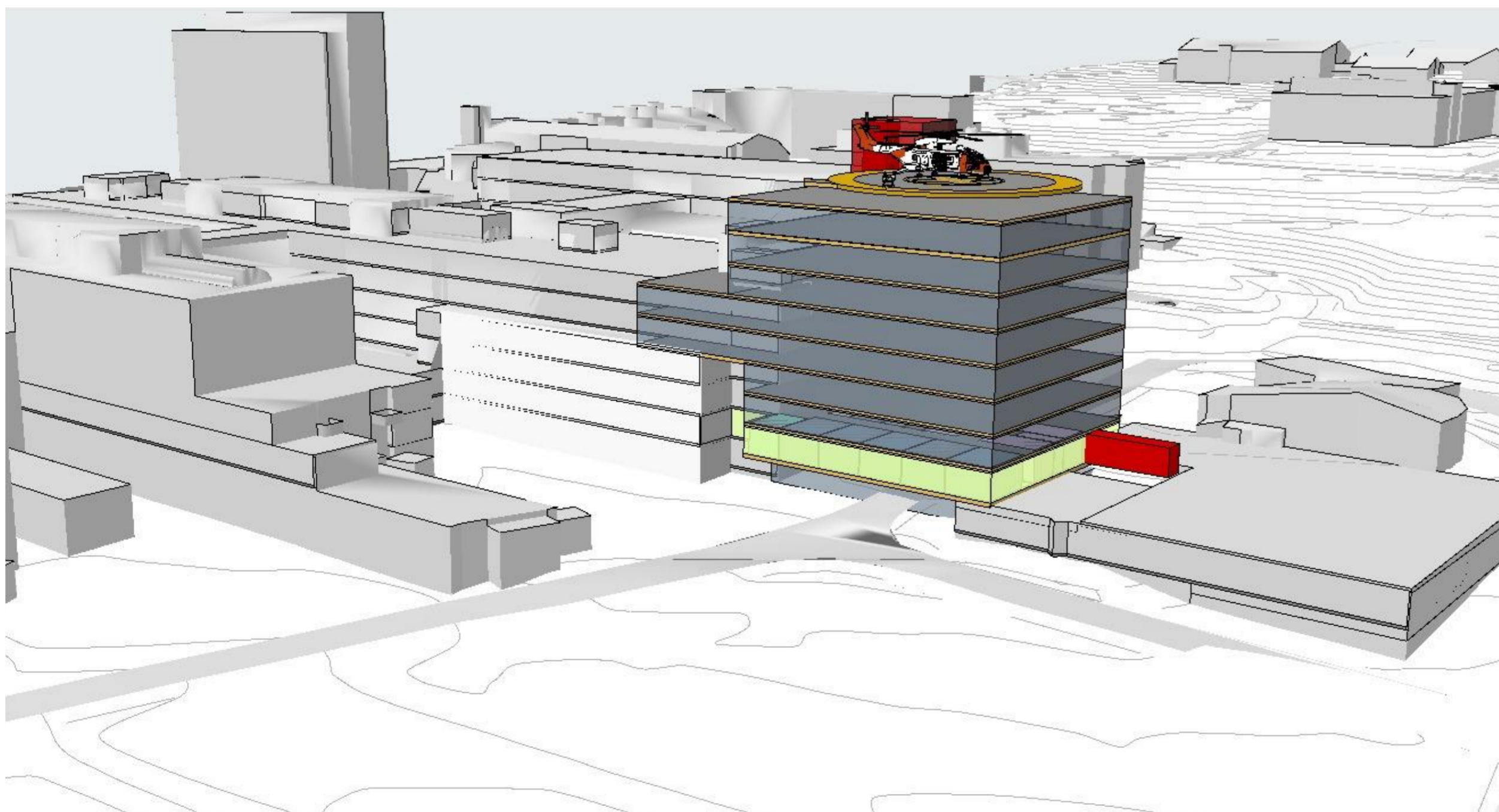
5. etasje

Romprg. Nyfødt intensiv

Brutto 1600 kvm

13 pasientrom, mindre størrelse

BTA
1 600 m²



Sak 27/2022 - vedlegg 3

	Alt 00	Alt01	Alt2	Alt03A	Alt 03B	Alt03C	Alt04	Alt05	Alt06
		B2-5	C2-5	C3-5	C3-5 2etg	C3-5 2etg	B3-5	B3-5	C1-5
Bruttoareal	570	1200	1100	1640	1970	1841	1740	2160	1185
Nettoareal etter romprogram	400	980	980	980	980	980	980	980	980
B/N-faktor		1,2	1,4	1,7	2	1,9	1,8	2,2	1,2
Areal som må flyttes ved Nybygg/ombygging m2		680	1085	250	32	30	1740	1290	1210
Tekn. areal som må flyttes ved Nybygg/ombygging		0	0	80	80	30	25	25	0
Investeringskostnader, eks utstyr	kr 42 740 702	kr 89 270 000	kr 90 200 000	kr 177 120 000	kr 212 760 000	kr 198 828 000	kr 142 680 000	kr 233 280 000	kr 107 120 000
Driftsøkonomiske konsekvenser									

Konto	Oppfyller ikke arealkrav						Oppfylder ikke arealkrav		
	Alt 00	Alt01	Alt2	Alt03A	Alt 03B	Alt 03C	Alt04	Alt05	Alt06
	B2-5	C2-5	C3-5	C3-5 2etg	C3-5 2etg	B3-5	B3-5	C1-5	
Huskostnader (1-6)	kr 19 191 401	kr 40 402 949	kr 37 036 037	kr 68 788 441	kr 82 630 018	kr 77 219 220	kr 58 584 276	kr 90 599 411	kr 39 897 912
07 Utendørs	kr 911 532	kr 1 919 015	kr 1 759 097	kr 4 094 550	kr 4 918 453	kr 4 596 382	kr 2 782 572	kr 5 392 822	kr 1 895 028
08 Generelle kostnader	kr 5 629 016	kr 11 850 559	kr 10 863 013	kr 16 378 200	kr 19 673 814	kr 18 385 529	kr 17 183 311	kr 21 571 288	kr 11 702 428
09 Spesielle kostnader	kr 4 861 506	kr 10 234 749	kr 9 381 853	kr 27 842 941	kr 33 445 483	kr 31 255 398	kr 14 840 385	kr 36 671 190	kr 10 106 814
Inventar og utstyr	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000	kr 15 000 000
10 Mva. (25%)	kr 11 398 364	kr 19 851 818	kr 18 510 000	kr 33 026 033	kr 38 916 942	kr 36 614 132	kr 27 097 636	kr 42 308 678	kr 19 650 545
11 Forventet tillegg ombygg (15%)	kr 6 839 018	kr 11 911 091	kr 11 106 000				kr 16 258 582		kr 11 790 327
11 Forventet tillegg nybygg (10%)				kr 15 013 017	kr 17 958 471	kr 16 807 066		kr 19 654 339	
Prosjektkostnad / styringsramme	kr 63 830 836	kr 111 170 182	kr 103 656 000	kr 180 143 182	kr 212 543 182	kr 199 877 727	kr 151 746 764	kr 231 197 727	kr 110 043 055
13 Usikkerhetsavsetning ombygg (15%)	kr 9 574 625	kr 16 675 527	kr 15 548 400				kr 22 762 015		kr 16 506 458
13 Usikkerhetsavsetning nybygg(10%)				kr 16 513 017	kr 19 458 471	kr 18 307 066		kr 21 154 339	
Kostnadsramme (nyfødt intensiv)	kr 73 405 462	kr 127 845 709	kr 119 204 400	kr 196 656 198	kr 232 001 653	kr 218 184 793	kr 174 508 778	kr 252 352 066	kr 126 549 513

Tilleggskostnader ifm alternativene									
Erstatningsareal for annen avdeling		Akuttavd.	Barsel	OBS	OBS	Føden/OBS	AMK,OBS, MT	OBS	Sengepost
Areal som må flyttes ved Nybygg/ombygging		kr 73 440 000	kr 117 180 000	kr 35 640 000	kr 12 096 000	kr 6 480 000	kr 190 620 000	kr 142 020 000	kr 130 680 000
Rokade- Midlertidige erstatningsareal for:	Nyfødt	Nyfødt	Føden	Mammo	Mammo	Mammo			
Midlertidige lokaler/rokadekostnader	kr 4 000 000	kr 4 000 000	kr 4 000 000	kr 4 000 000	kr 4 000 000	kr 4 000 000			
SUM	kr 77 405 462	kr 205 285 709	kr 240 384 400	kr 236 296 198	kr 248 097 653	kr 228 664 793	kr 365 128 778	kr 394 372 066	kr 257 229 513

Utvidelse/ekstra areal/flere etg mulig									
				Alt03A	Alt 03B	Alt 03C		Alt05	
Bruttoareal (BTA)				4660	4053	6409		9700	
kr pr m2 BTA				kr 90 000,00	kr 90 000,00	kr 90 000,00		kr 90 000,00	
Kostnad for riving og nytt bygg Mamografi + garasje				kr 81 400 000	kr 81 400 000	kr 81 400 000			
Investeringskostnader (inkl mva)				kr 500 800 000	kr 446 170 000	kr 658 210 000		kr 873 000 000	



STYRESAK

Styresak:	28/2022
Møtedato:	23.03.2022
Arkivsak:	2020/84-6
Saksbehandler:	Grethe Andersen

Salg Narvik sykehus

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF beslutter samsalg med Statsbygg av Narvik sykehus og personalboliger på gnr 39 bnr. 53, gnr. 39 bnr. 55 og gnr. 39 bnr. 1710, og ber Helse Nord RHF om godkjenning av salget.
2. Styret ber om at det utredes hvordan personalboliger som selges skal erstattes og ber om at denne forelegges styret tidlig høst 2022.

Bakgrunn

Det bygges nytt sykehus i Narvik med antatt ferdigstillelse medio 2024. Eksisterende sykehus ligger på festet tomt, som eies av Statsbygg. Ved utflytting fra sykehuset må bygget rives eller selges. Rivning av sykehuset er grovt estimert til 60 mill. kroner. Kostnader for eventuell rivning av bygget er ikke en del av investeringsrammen for nytt sykehusbygg i Narvik, og er foreløpig ikke hensyntatt i fremtidige bærekraftanalyser for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Formål

Styret inviteres til å godkjenne salg av Narvik sykehus samt personalboliger i samsalg med Statsbygg.

Saksutredning

Dagens sykehus ligger på festet eiendom gnr. 39 bnr. 53, med Statsbygg som bortfester. I tillegg fester UNN eiendommene gnr./bnr. 39/55 og 39/1710 fra Statsbygg i umiddelbar nærhet til

sykehuset. Sistnevnte er ubebygd og brukes til parkeringsareal. På eiendommen gnr./bnr. 39/55 står det i dag boliger. Statsbygg har, parallelt med UNNs prosess, startet en prosess for å rydde opp i sine eiendomsforhold i området. I tillegg til tomtene de bortfester til UNN, eier de tre teiger av gnr./bnr. 39/1 i samme område. De ønsker å selge sine tomter, herunder tomtene UNN fester. UNN har per nå følgende alternativ:

1. Rive bygningen innen utløp av festeavtalen.

Grovt estimert kostnad er 60 mill. kroner. Alternativet er ikke miljømessig bærekraftig forutsatt salg og bruksverdi for andre eiere.

2. Innløse tomten av Statsbygg for videresalg.

Alternativet fordrer enighet om innløsningssum med Statsbygg etter tomtefestelovens bestemmelser. En eventuell gevinst vil først realiseres ved et videresalg, men både kostnad og eventuell gevinst er vanskelig å forutsi. Alternativet åpner for at UNN kan fradele tomter med boliger på, og beholde disse for fortsatt egen bruk. Dette er et ressurskrevende og komplisert arbeid og forutsetter bruk av eksternt innleid kompetanse. En slik fremgangsmåte fordrer videre at UNN har mulighet til å avsette midler til å investere i en eiendom kun ment for senere videresalg.

3. Selge bygningsmassen på festet tomt.

UNN selger bygningsmassen der videre samarbeid med bortfester og ny eier av tomten og eventuell kjøper avklares uten involvering fra UNN. Fordelen med denne fremgangsmåten er muligheten til ulik behandling av de tre tomtene.

Eiendommen gnr./bnr. 39/1710 brukes til parkering i dag, og fremstår ikke å ha noen bruksverdi for UNN etter innflytting i nytt sykehusbygg, som ligger omtrent 3 km fra tomten. Ved innflytting til nytt sykehus vil festekontrakten sies opp/ikke forlenges for denne eiendommen.

For eiendommen gnr./bnr. 39/55 ligger to av de totalt seks boligene i området (de fire andre ligger på samme tomt som sykehusbygget). Det er høy dekningsgrad på boliger i Narvik, og dermed behov for boligene. Imidlertid blir de liggende over 3 km fra det nye sykehuset som er under oppføring på Furumoen. Boligene vil dermed få en begrenset verdi sammenholdt med dagens situasjon. Disse boligene har da ikke en større verdi for UNN enn andre boliger i området, som eventuelt ligger nærmere. For fremdeles å kunne bruke disse boligene, må enten festekontrakten med Statsbygg for eiendommen gnr./bnr. 39/55 forlenges, eller festetomten innløses. Det medfører en kostnad både i form av ressursbruk og investeringsmidler for anskaffelse av tomten. Takst for tomten foreligger ikke p.t.

Å beholde de fire boligene på gnr./bnr. 39/53, og samtidig selge sykehusbygget på samme tomt, fordrer at det fradeles en tomt der hvor boligene i dag står. Det er en prosess som både er ressurskrevende og vil forsinke et salg av sykehusbygget med minimum et år bare på grunn av saksbehandlingstid. Det krever også grunneiers samtykke for å fradele. Innledende samtaler med Statsbygg viser at dette ikke fremstår som sannsynlig å få.

4. Selge bygningen i samsalg med Statsbygg.

Eiendommen (sykehus bygning og festet tomt) selges i samsalg med Statsbygg. Et premiss fra Statsbygg er at eiendommene selges samlet. Det medfører at boliger på tomt gnr./bnr. 39/55, samt areal som i dag brukes som parkeringsareal på gnr./bnr. 39/1710 blir inkludert i salget.

Innledende dialog med Statsbygg har avklart sammenfallende interesser om å selge sykehusbygg og tomter sammen, for slik å optimalisere gevinst for både bortfester og fester. Eiendommen vurderes på grunn av sin arrondering å ha en høyere salgsverdi dersom den selges som en helhetlig eiendom hvor alle de ovennevnte eiendommene og parsellene inngår. Potensialet til å selge dette som en utviklingseiendom, er også av Statsbygg vurdert til å være større enn dersom den splittes opp. Uavhengig av fordelingsbrøk, vil dette også øke UNNs inntekter med salget. Det må forhandles med Statsbygg om en avtale om fordelingsnøkkel av både kostnader og inntekter, men ved enighet vil en samlet eiendom selges med alle tomter og bygninger som oppgitt over på det åpne markedet. Dette åpner for å nå ut til flere potensielle kjøpere, og det legges til grunn at man slik oppnår den beste pris på markedet. Det fremstår også som en mindre ressurskrevende fremgangsmåte med hensyn til salgsprosessen som sådan.

Ulempen med dette alternativet for UNNs vedkommende er at alle boligene i på eiendommene også vil inngå som en del av salgsobjektet. Dette er boliger som UNN har behov for, også etter innflytting i nytt sykehus.

Alle formålsbygg vil få utsatt overdragelse til flytting er gjennomført, selv om kontrakt om salg av eiendommen(e) inngås i inneværende år.

Medvirkning

Saken er forelagt brukernes arbeidsutvalg og ansattes organisasjoner og vernetjenesten i egne medvirknings og drøftingsmøter i uke 10. Referat og protokoller fra møtene presenteres til styret som referatsaker i styremøtet.

Vurdering

Salg av Narvik sykehus på festet tomt var UNNs utgangspunktet ved oppstart av prosessen. Det er tidligere bare tatt stilling til salg av selve sykehusbygget, og ikke tatt noen beslutning om hva som skal skje med de to øvrige eiendommer UNN fester. Innledende dialog med Statsbygg har avklart at det er mulig å selge sykehusbygg og tomter sammen, for slik å optimalisere gevinst for både bortfester og fester.

Direktøren er fornøyd med at det nå er reelle alternativer til rivning av bygningsmassen som både har en høy økonomisk kostnad og som ikke er miljømessig bærekraftig. Direktøren vurderer alternativ fire som det mest fordelaktige. Samsalg med Statsbygg for eiendommene og bygningene samlet sannsynliggjør størst økonomisk gevinst for UNN, samtidig med mindre ressursbruk og risiko enn de øvrige alternativene for salg.

Personalboligene i Narvik som berøres av et samsalg med Statsbygg må erstattes. Det igangsettes derfor et arbeid for å finne erstatningsboliger som er klar for overtakelse parallelt med innflytting i nytt sykehusbygg. Hvorvidt dette kan løses gjennom leie, kjøp eller en kombinasjon må inngå i utredningen. Styret vil bli forelagt utredningen tidlig høst 2022.

Konklusjon

Direktøren anbefaler at alle parseller, herunder Narvik sykehus og alle boligene, selges samlet sammen med Statsbygg. Utredningen av erstatning av personalboliger igangsettes og forelegges styret tidlig høst 2022.

Tromsø, 11.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

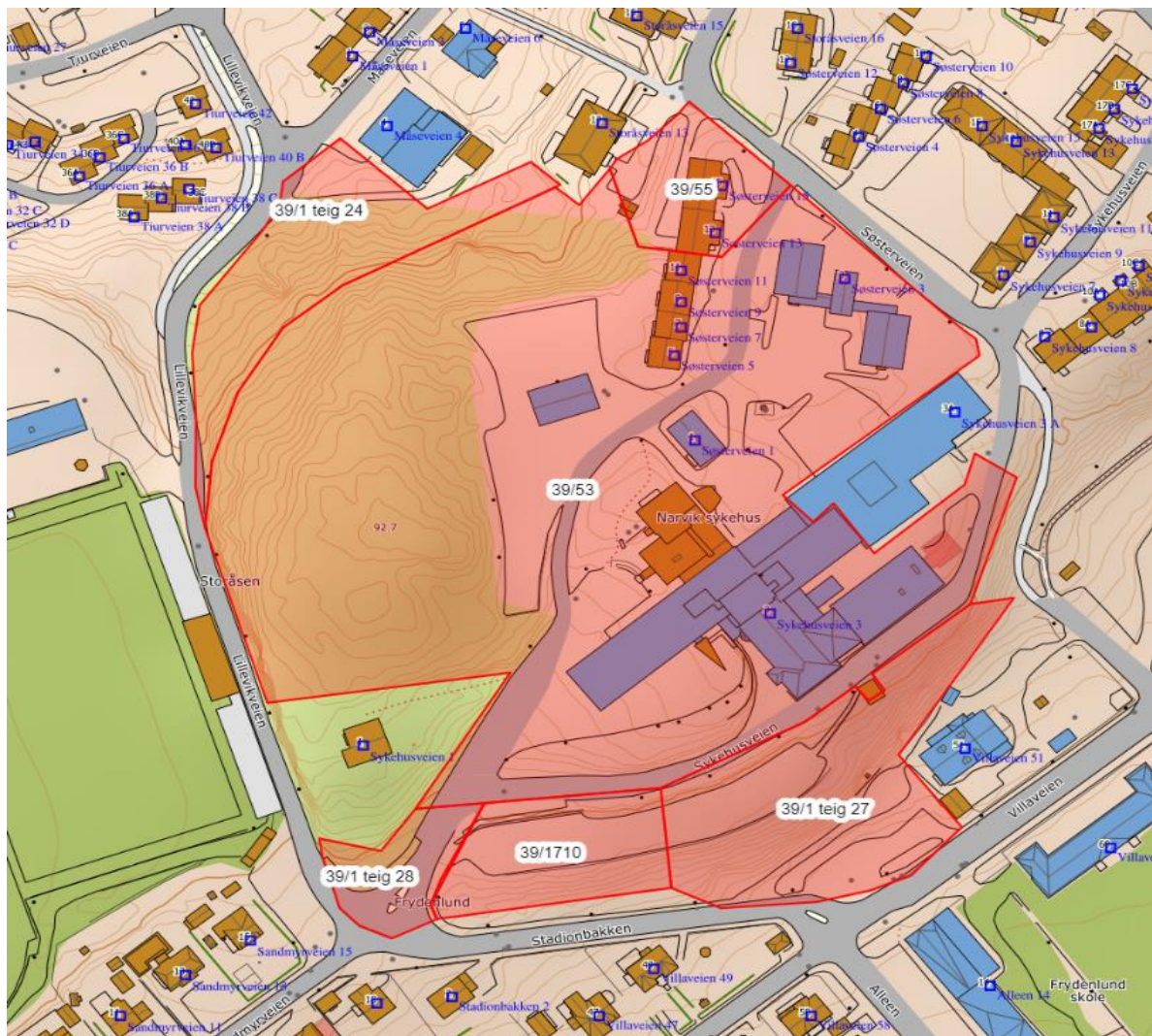
Vedlegg

1. Oversikt parseller
2. Oversiktskart parseller

Vedlegg 1 Oversiktstabell parseller

Gnr/bnr	Teig	Areal	Hjemmelshaver	Fester	Festeavgift	Festetid	Utløper
39/53	-	31 232 m ²	Statsbygg	UNN	146 031 kr	60 år	08.06.2031
39/55	-	1 564 m ²	Statsbygg	UNN	12 531 kr	80 år	31.12.2057
39/1710	-	2 152 m ²	Statsbygg	UNN	8 532 kr	80 år	31.12.2069
39/1	24	3 150,9 m ²	Statsbygg	Ingen	-	-	-
39/1	27	4 668,6 m ²	Statsbygg	Ingen	-	-	-
39/1	28	1 107,2 m ²	Statsbygg	Ingen	-	-	-

Vedlegg 2 Oversiktskart parseller





STYRESAK

Styresak:	29/2022
Møtedato:	23.03.2022
Arkivsak:	2022/1536-1
Saksbehandler:	Haakon Lindekleiv

Årlig melding 2021

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord- Norge HF godkjenner *Årlig melding 2021*.

Bakgrunn

Årlig melding 2021 beskriver hvordan Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har fulgt opp kravene i Oppdragsdokument 2021 fra Helse Nord RHF til helseforetakene. Årlig melding oversendes til Helse Nord RHF og danner grunnlag for videre rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet.

Formål

Godkjenne *Årlig melding 2021*.

Saksutredning

Oppfølgingen av oppdragene i Oppdragsdokumentet er nærmere beskrevet i vedlagt *Årlig melding 2021*. Denne er skrevet etter mal fra Helse Nord RHF.

Medvirkning

Saken er oversendt arbeidsmiljøutvalg, brukernes arbeidsutvalg samt ansattes organisasjoner og vernetjenesten til drøfting/innspill i egne møter i uke 10 og 11. Referater og protokoll fra disse møtene vil bli presentert for styret som referatsaker til styremøtet.

Vurdering

Årlig melding 2021 gir en representativ oppsummering av hvordan oppdragsdokumentet er løst innenfor gitte rammer og utfordringer som følge av pandemien. Pandemien medførte i 2021 endrede prioriteringer, merarbeid og økt sykefravær. Selv om dette påvirket oppfølgingen av oppdragsdokumentet er de fleste oppdragene enten oppfylt eller påbegynt. Arbeidet med oppdragene vil fortsette i 2022.

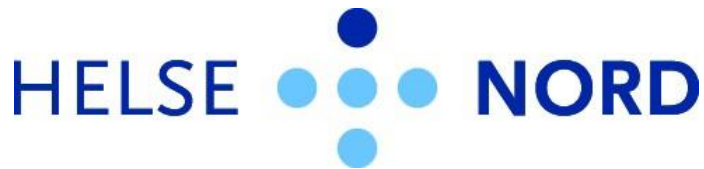
Selv om det har vært god fremdrift er resultatene ikke gode nok på flere områder. Direktøren vil spesielt trekke frem utfordringene med ventetid, fristbrudd og økonomi. Dette er nærmere redegjort for i Kvalitets- og virksomhetsrapportene fra UNN. Arbeidet med dette vil ha høy prioritet gjennom 2022.

Tromsø, 11.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1 Årlig melding UNN 2021



Årlig melding 2021 for Universitetssykehuset Nord Norge



Innhold

Innledning	3
Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder	4
<i>Sikre god pasient- og brukermedvirkning.....</i>	<i>8</i>
<i>Somatikk.....</i>	<i>9</i>
<i>Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....</i>	<i>11</i>
<i>Samhandling med leverandører av private helsetjenester</i>	<i>13</i>
Kvalitet i pasientbehandlingen	14
<i>Kvalitetsutvikling</i>	<i>20</i>
<i>Pasientsikkerhet</i>	<i>21</i>
<i>Smittevern</i>	<i>22</i>
<i>Klima- og miljøtiltak</i>	<i>22</i>
<i>Beredskap.....</i>	<i>23</i>
Bemanning og kompetanse	24
<i>Sikre gode arbeidsforhold.....</i>	<i>24</i>
<i>Tilstrekkelig kvalifisert personell</i>	<i>24</i>
<i>Utdanning av legespesialister.....</i>	<i>26</i>
<i>Helse, miljø og sikkerhet (HMS).....</i>	<i>27</i>
Forskning og innovasjon	27
Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling.....	30
<i>Anskaffelsesområdet.....</i>	<i>30</i>
Teknologi.....	30
<i>Informasjonssikkerhet.....</i>	<i>33</i>
Krav i foretaksmøte 15. juni 2021	35

Innledning

Mal for helseforetakenes årlige melding for 2021 til Helse Nord RHF. Nummereringen på kravene følger nummereringen i oppdragsdokumentet.

Det skal rapporteres på hvordan helseforetakene har fulgt opp oppdrag for 2021.

I utgangspunktet gjelder rapporteringskravene alle helseforetakene i Helse Nord, men foretaksspesifikke krav fremgår av oppdragsdokumentet 2021, og i denne malen.

Krav som ikke gjelder for det enkelte foretaket kan tas bort, men nummerering på krav må beholdes.

Rapportering på styringsparametere og andre oppgaver er innarbeidet i dokumentet, og følger ikke som eget vedlegg.

Rapporteringsteksten skal inneholde kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav og i hvilken grad målet er nådd. Hvis målet ikke er nådd, hvorfor ikke, og når forventer man å oppnå kravet?

Forkortelser:

OD HOD	-	Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet
RHF	-	Helse Nord RHF
FTP HOD	-	Foretaksprotokoll Helse- og omsorgsdepartementet
FIN	-	Finnmarkssykehuset HF
UNN	-	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
NLSH	-	Nordlandssykehuset HF
HSYK	-	Helgelandssykehuset HF
SANO	-	Sykehusapotek Nord HF
HNIKT	-	Helse Nord IKT HF

Oversikt over frister:

Rapportering	Frister
Årlig melding	Administrativt behandlet Årlig melding: 4. februar 2022. Styrebehandlet Årlig melding (styrevedtak): Mars 2022.

Pasientens helsetjeneste – felles for alle tjenesteområder

Kilde	Nr	Kravtekst	Gjelder foretak	Rapporteringsfrekvens
-------	----	-----------	-----------------	-----------------------

RHF	1	Bidra med oppfølging av strategien for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten i henhold til strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen .	Alle	Årlig melding
-----	---	---	------	---------------

Oppdraget er løst.

UNN har deltatt i regional arbeidsgruppe som har utarbeidet en handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenester for den samiske befolkning i Helse Nord. I tillegg har UNN hatt en intern ressursgruppe.

HoD	2	Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	---	--	----------------------	---------------

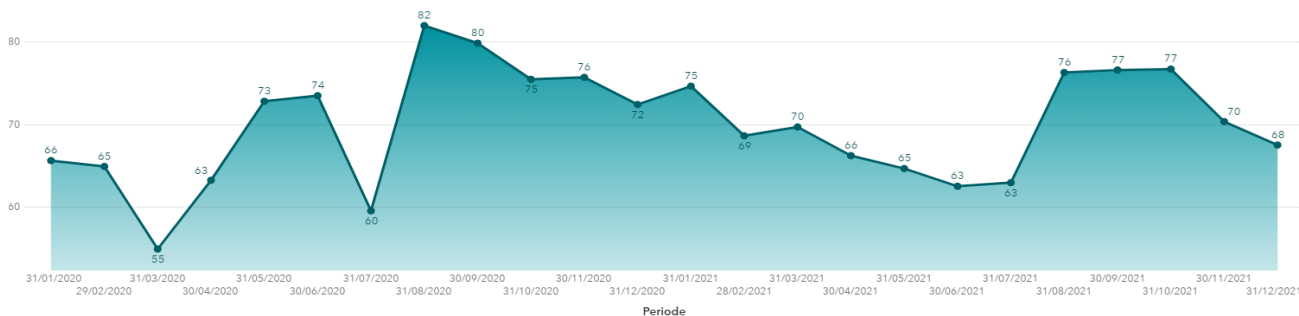
Under arbeid.

Ved utgangen av 2021 var ventetiden samlet for hele UNN på 68 dager. Det pågår et intensivt arbeid med å ta ned ventetiden og etterslepet som har oppstått som følge av pandemien som redegjort for i tidligere Kvalitets- og virksomhetsrapporter. Målet er å ha gjennomsnittlig ventetid under 50 dager ved utgangen av 2022.

Utviklingen er beskrevet i Figur.

Figur. Utvikling ventetid 2020-2021

Gjennomsnittlig ventetid i perioden



HoD	3	Overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Virksomhetsrapport, tertialrapport og Årlig melding
-----	---	--	----------------------	---

Under arbeid.

Andelen falt fra 87 % i mars 2021 til 82 % i desember 2021. Det arbeides aktivt i klinikkene med å øke andelen overholdte avtaler som del av arbeidet med å bedre tilgjengelighet på poliklinikker som redegjort for i tidligere Kvalitets- og virksomhetsrapporter.

Årlig melding 2021

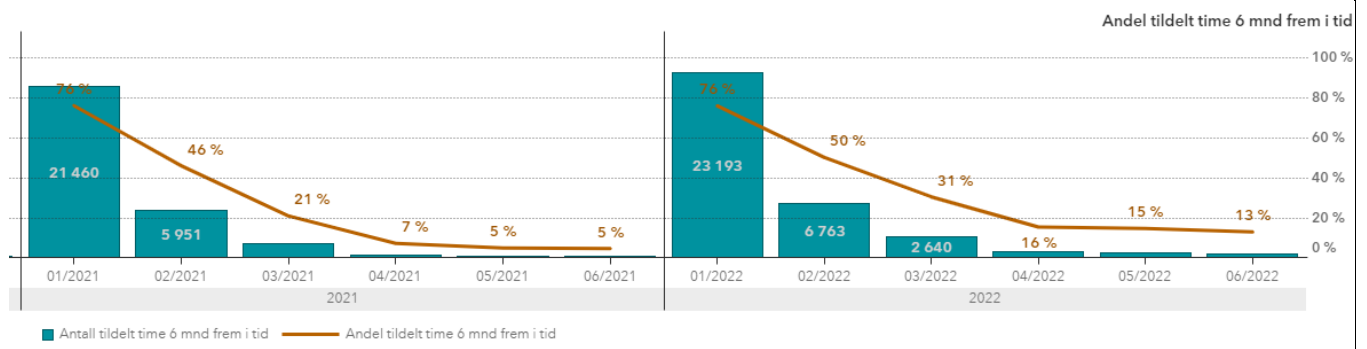
HoD	4	Øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	---	---	-------------------------------	--------------------------------------

Oppdraget er løst – forbedringsarbeidet fortsetter

Den nasjonale indikatoren har siden 2020 ikke vært tilgjengelig på grunn av tekniske utfordringer.

Våre interne tall viser resultatforbedring (se figur). Arbeidet med å øke andelen vil fortsette gjennom 2022.

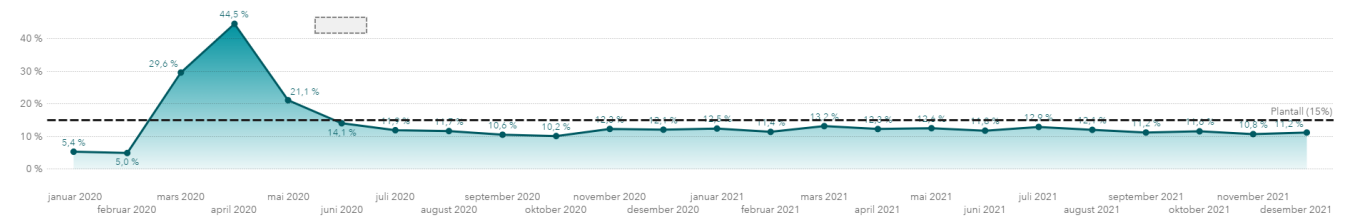
Figur. Andelen pasienter med fastsatt tidspunkt de neste seks månedene per henholdsvis 1.1.21 (venstre) og 1.1.22 (høyre)



HoD	5	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst. og økes sammenliknet med 2020. Finnmarkssykehuset skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	---	---	-------------------------------	--------------------------------------

Under arbeid, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022.

Andelen telefon og videokonsultasjoner har gjennom året stabilisert seg på mellom 11 og 13 % som er like under måltallet på 15 %. Arbeidet med å øke andelen vil fortsette i 2022 og tiltakene er under revisjon.



HoD	6	Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal være høyere enn 4,5 pst. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	---	---	-------------------------------	--------------------------------------

		for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.		
Under arbeid. UNN er ved utgangen av 2.tertial nærmere oppfyllelse av Den gylne regel. Veksten i somatiske konsultasjoner er noe større enn for psykiatri. Den store økningen i ventetiden innen psykiatri tilsier at UNN ikke fikk innfridd Den gylne regel fullt og helt i 2021.				
Den gylne regel				
Funksjon	Måleparameter	2019	2021	Endring 19-21
Somatikk*	Økonomi	4 409 787	4 851 951	10,0 %
Psykisk helse voksne	Økonomi	662 744	740 248	11,7 %
Psykisk helse barn og unge	Økonomi	151 394	172 565	14,0 %
TSB	Økonomi	170 749	190 228	11,4 %
Somatikk	Konsultasjoner	263 476	282 922	7,4 %
Psykisk helse voksne	Konsultasjoner	59 080	62 062	5,0 %
Psykisk helse barn og unge	Konsultasjoner	31 640	37 086	17,2 %
TSB	Konsultasjoner	13 131	14 304	8,9 %
Somatikk	Ventetid	64,5	69,8	8,2 %
Psykisk helse voksne	Ventetid	50,0	74,5	49,0 %
Psykisk helse barn og unge	Ventetid	50,3	51,7	2,8 %
TSB	Ventetid	29,8	34,0	14,1 %
* Somatikk inkluderer lab/rtg og rehabilitering. Konsultasjoner inkluderer indirekte tiltak for psykisk helse og TSB. Konsultasjoner utført av «Legespesialisten» (fristbrudd HELFO i Voksenpsykiatri) telles ikke med her siden de ikke oppfyller rapporteringsplikten til NPR.				

HoD	7	Vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppfylt.				
Behovet er vurdert. Ønsker om å styrke kompetanse og tilbudet er meldt inn som del av virksomhetsplanleggingen. Den økonomiske situasjonen i UNN begrenser inntil videre muligheten for å gjennomføre endringer.				
For øvrig henvises tilbakemelding i første og andre tertialrapport 2021.				

RHF	8	Følge opp Helse Nord sitt styrevedtak om valg av modell for overordnet organisering av pasientreiseområdet fremlagt i rapport Interregional utredning om organiseringen av pasientreiseområdet (2020) . Målsettingen er å oppnå fordelene som er påpekt i anbefalt alternativ. Dette oppnås best ved at pasientreiser i større grad organiseres sammen med prehospitaltjenester.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding
Oppfylt.				
UNN har vurdert modellene og valgt å fortsette organiseringen av Pasientreiser under Senter for økonomi og analyse. Det er startet et arbeid med tettere samarbeid med prehospitaltjenester.				

Årlig melding 2021

RHF	9	Ta i bruk nye pasientbrevmaler. En forutsetning for å kunne digitalisere pasientbrevene er oppdatert behandlingsinformasjon på sykehusets nettsider. Hvert helseforetak skal ha dedikert ressurs for å publisere behandlingsbeskrivelser. Krav om antall publiserte behandlingsbeskrivelser: <ul style="list-style-type: none"> • Helgelandssykehuset: 50 • Nordlandssykehuset: 150 • UNN: 200 • Finnmarkssykehuset: 50 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Oppfylt.				
Nye pasientbrevmaler er under implementering våren 2022. UNN har utarbeidet 200 behandlingsbeskrivelser.				

RHF	10	Implementere behandlingslinje for ervervet hjerneskade.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Under arbeid, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022.				
Ny behandlingslinje for ervervet hjerneskade er under etablering.				
Det er enighet mellom foretakene at det skal etableres et fase 3 tilbud i Helse Nord, men de tildelte ressursene for 2021 var ikke tilstrekkelig til å etablere tilbudet. Den økonomiske situasjonen i UNN har ikke muliggjort omdisponering i 2021. For 2022 er tilskuddet økt fra 1,9 mill. til 5,0 mill. kr.				

RHF	11	Delta med fagekspertter til metodevurderinger i Nye metoder.	UNN, NLSH	Årlig melding
Oppfylt.				
UNN har deltatt med fagekspertter på forespørsel fra Helse Nord RHF. Unntaket har vært dersom driftssituasjonen (i hovedsak pga pandemien) ikke har muliggjort fristilling av medarbeidere.				

Sikre god pasient- og brukermedvirkning

RHF	14	Kartlegge og evaluere tilbudet med erfaringskonsulenter på sykehusene. Arbeidet bør gjøres i samarbeide med Brukerutvalg og Ungdomsråd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>Under arbeid, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022.</p> <p>Tilbudet med erfaringskonsulenter i UNN er kartlagt og det er per 1.1.22 ansatt 5 erfaringskonsulenter ved Psykisk helse- og rusklinikken, 1 erfaringskonsulent i 40 % stilling i direktørens stab og 2 erfaringskonsulenter i 50 % stilling ved Forsknings- og utdanningscenteret. Arbeidsbelastningen i 2021 har ikke muliggjort en formell evaluering.</p>				
RHF	15	Utvikle diagnoseuavhengig kurs ved Lærings- og mestringssentrene, tilpasset ungdom som lever med varige og sammensatte helseproblemer. Ungdomsrådene skal involveres i utformingen av kursene. Nordlandssykehuset skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>Oppfylt.</p> <p>UNN har deltatt i arbeidsgruppen ved Nordlandssykehuset og utvikler de aktuelle kursene.</p>				
RHF	16	Sikre brukerrepresentasjon fra spesialisthelsetjenesten i planlegging og etablering av helsefelleskapene.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p>Oppfylt.</p> <p>Brukerutvalget og Ungdomsrådet i UNN deltok i planleggingen av og er representert i helsefelleskapene.</p>				
RHF	17	Bidra i utviklingen av nasjonale prosjekter og tiltak innenfor pasientreiseområdet i henhold til « Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon ».	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Oppfylt.</p> <p>UNN har bidratt i det nasjonale prosjektet på utvikling av tiltak innenfor pasientreiseområdet.</p>				
RHF	19	Lede det interregionale arbeidet med tiltak 8 i rapporten Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon .	UNN	Årlig melding
<p>Oppdraget er frafalt ettersom ledelsen av prosjektet er overtatt av Helse-Nord RHF.</p>				

Somatikk

HoD	20	Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Ikke oppfylt, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022				
<p>Andelen kreftpakkeforløp innenfor standard forløpstid var 63%. Hovedårsaken til dette var forsinkelser i OF3 kirurgi (tid fra beslutning om behandling til oppstart av kirurgi). Dette må sees i sammenheng med mangel på anestesileger og operasjonskapasitet som har vært forsterket pga omdisponeringer og mangel på vikarer under pandemien.</p> <p>Samtidig er alle pasientene operert. Vi har i 2021 hentet erfaringer fra andre sykehus og ser at det er mulig å øke andelen innen standard forløpstid for OF3 kirurgi dersom operasjonsplanleggingen gjøres mer dynamisk og at kapasiteten for kreftkirurgi økes i perioder det kommer mange kreftpasienter. Hittil har operasjonskapasiteten i stor grad vært lagt en gang i året. Dette vil innføres i løpet av våren 2022.</p>				
HoD	21	Sørge for at det er mer tilrettelagte tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier, og tilstrekkelig kompetanse gjennom barnepalliative team. UNN skal koordinere arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Under arbeid, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022.				
UNN har ledet et regionalt arbeid for å bedre tilrettelegge tilbudet om barnepalliasjon. Arbeidsgruppens rapport ble ferdigstilt februar 2022. Denne vil danne grunnlag for videre oppfølging gjennom 2022.				
HoD	22	Sørge for at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset dersom kvinnen selv ønsker det, samt sørge for at alle kvinner som blir behandlet på sykehus ved spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppfylt.				
<p>Alle som ønsker å utføre svangerskapsavbruddet på UNN får tilbud om dette.</p> <p>Alle spontanaborter følges opp systematisk ved at pasientene blir oppringt av sykepleier og får tilbud om kontakt med Amatheia. Ved senaborter får pasientene omfattende oppfølging fra sykehuset.</p>				
HoD	23	Bidra i arbeidet med å etablere en Kontaktfamilieordning for gravide som skal føde et barn med diagnose påvist i svangerskapet, og for gravide med foster hvor det er påvist en diagnose og hvor kvinnen er usikker på om hun vil søke om å avbryte svangerskapet. Tilbudet skal etableres i tjenesten i samarbeid med aktuelle pasientorganisasjoner. Helse Nord RHF vil lede arbeidet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppdraget med kontaktfamilieordning ble frafalt av Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2021.				

HoD	24	Følge opp Stortingets vedtak om bioteknologiloven: <ul style="list-style-type: none"> • Forberede innføring av tilbud om tidlig ultralyd og NIPT til gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk slik at dette kan gis fra høsten 2021. Behovet for kompetansehevende tiltak, mer personell, tilstrekkelig analysekapasitet og investeringer i utstyr må blant annet vurderes. Helsedirektoratet skal involveres i vurderingene vedrørende kompetansehevende tiltak. • Starte opp med kompetansehevende tiltak for jordmødre, leger og annet personell, og sørge for kapasitet på sykehusene slik at tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide kan innføres i 2022. UNN skal lede arbeidet, herunder vurdere hvordan avtalespesialister kan få nødvendig tilleggskompetanse i tidlig ultralyd. 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppfylt.				
NIPT ble etablert ved UNN 15.11.21.				
UNN har ledet et regionalt arbeid med å starte kompetansehevende tiltak for jordmødre og leger for tidlig ultralyd. Arbeidet med å styrke tilbudet om tidlig ultralyd vil fortsette i 2022.				
RHF	25	Oppfylle de definerte «sterke anbefalinger» som fremkommer av Nasjonal traumeplan.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Oppfylt.				
Sterke anbefalinger er oppfylt. Vi har følgende bemerkninger:				
<ul style="list-style-type: none"> - Traumeleder, 4 års kirurgi erfaring; der ikke primærvakt oppfyller kravet har denne egen "skyggevakt" som oppfyller kravet - Kravet om en egen traumatologisk sengepost er møtt gjennom etablering av 2 dedikerte heldøgnsenger på Intensivavdelingen. 				
RHF	26	Tilsette tarmscreeningskoordinator i 20 prosent stilling, tidsavgrenset til perioden 2021 til og med 2023. Nærmere spesifisering knyttet til kravet vil komme i eget brev.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Oppfylt.				
Det er tilsatt tarmscreeningskoordinator i 20 % stilling.				
RHF	27	I samarbeid med regional traumekoordinator - arrangere kurs i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam i eget helseforetak og Finnmarkssykehuset.	UNN	2. tertial og Årlig melding
Oppfylt.				
Kurs er avholdt i hemostatisk nødkirurgi for traumeteam med deltakelse fra Finnmarkssykehuset				

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

HoD	30	Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Ikke mulig å rapportere for 2021.				
UNN har implementert pakkeforløpene for psykisk helse og TSB, men det foreligger ikke korrekte tall fra Helse Nord på nettsiden til Helsedirektoratet på indikatorer da det mangler i NPR-meldingen. Dette følges opp av HN-IKT og Fagavdelingen i Helse Nord RHF.				
HoD	31	Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Ikke mulig å rapportere for 2021.				
UNN har implementert pakkeforløpene for psykisk helse og TSB, men det foreligger ikke korrekte tall fra Helse Nord på nettsiden til Helsedirektoratet på indikatorer da det mangler i NPR-meldingen. Dette følges opp av HN-IKT og Fagavdelingen i Helse Nord RHF.				
HoD	32	Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Ikke mulig å rapportere for 2021.				
UNN har implementert pakkeforløpene for psykisk helse og TSB, men det foreligger ikke korrekte tall fra Helse Nord på nettsiden til Helsedirektoratet på indikatorer da det mangler i NPR-meldingen. Dette følges opp av HN-IKT og Fagavdelingen i Helse Nord RHF.				
HoD	33	Minst 60 prosent av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Under arbeid, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022.				
Ved utgangen av året er 47 % av epikrisenes sendt ut innen en dag. Det er fremdeles noe variasjon mellom enhetene i klinikken, og det arbeides fortsatt med tiltak for å øke andelen og oppnå måltallet.				
HoD	34	Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.	UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
Under arbeid.				
UNN hadde et høyere antall tvangsmiddelvedtak i 2021 sammenlignet med 2020. Det bemerkes at UNN de siste årene har hatt en nedgang i antall vedtak om mekanisk tvangsmidler, men antall vedtak om kortvarig fastholdelse har økt (som er mindre inngripende og er kortvarige). Dette har bidratt til økningen i det totale antall tvangsmiddelvedtak.				

HoD	35	Barnevernet skal etablere team for kartlegging av helsesituasjonen for barn som plasseres utenfor hjemmet, med formål å få bedre grunnlag for valg av omsorgsbasis. Teamene foreslås forankret ved de statlige akuttinstitusjonene for ungdom og ved spe- og småbarnsentrene for mindre barn, jf. høringsnotat fra Barne- og familiedepartementet. Helseforetaket skal bidra med spesialistkompetanse inn i teamene innenfor rammen av de midler som stilles til disposisjon til formålet. Det forutsettes gradvis oppstart fra høst 2021.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Oppfylt.

Stillingene BUPA skal avgi til THK er lyst ut. Psykologspesialist og legespesialist er under tilsetning. Før personell fra UNN kan bidra med klinisk arbeid i THK må det etableres en samarbeidsavtale mellom UNN og Bufetat. Foretaksadvokaten til UNN har sendt en forespørsel til Helsedirektoratet med spørsmål og problemstillinger som må avklares før det kan inngås en samarbeidsavtale. Helsedirektoratet har gitt signaler om at det vil komme et svar i løpet av januar 2022.

HoD	36	Delta i regionalt kompetansenettverk for forebygging av selvmord. Nettverket skal også bestå av samiske fagfolk innenfor feltet for å ivareta den samiske befolkningens behov.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	-----------------------------

Oppfylt

UNN deltar i det regionale kompetansenettverket.

HoD	37	Etablere områdefunksjoner innen psykisk helsevern og TSB for innsatte. Dette skal sikre faste stedlige tjenester til faste tider innenfor begge fagområder i alle fengsler, jf. plan som er utarbeidet i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	-----------------------------

Oppfylt.

Områdefunksjonen er etablert og vil evalueres i løpet av høsten 2022.

HoD	38	Delta i det regionale fagnettverket for innsatspersonell, jf. Meld. St. 15 (2019 – 2020) Også vi når det blir krevet - Veteraner i vår tid.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	-----------------------------

Oppfylt.

UNN deltar ved RVTS Nord.

HoD	39	I tråd med Opptrappingsplan mot vold og overgrep, sørge for at klinisk kompetanse på behandling av seksuelle atferdsproblemer blant barn og unge etableres i helseforetaket. Oppgaven gjøres i samarbeid med nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med skadelig seksuell adferd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	-----------------------------

Oppfylt.

Personell fra BUPA har deltatt på de regionale utdanningsprogrammene som har vært arrangert. Det er i tillegg kommet øremerkede bevilgninger fra Helse Nord som gjør at 3-4 fagpersoner frikjøpes for å delta i aktuelle kompetansehevende tiltak.

HoD	40	I 2021 etablere et regionalt behandlingstilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn, etter modell utarbeidet av Helsedirektoratet. Behandlingstilbudet utarbeides i samarbeid med Helsedirektoratet, SIFER, SANKS og de øvrige regionale helseforetakene. Tilbudet skal tilpasses behovene i den samiske befolkningen.	UNN	2. tertial og Årlig melding
-----	----	---	-----	-----------------------------

Oppfylt,

UNN ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri etablerte «Det finnes hjelp» (DFH) i april 2021. Dette er et mestringsorientert og forebyggingsfokuseret samtaletilbud til personer over 18 år, som opplever seksuell interesse for barn under 16 år, men som ikke har utøvet seksuallovbrudd. Det omfatter også personer som er tidligere dømt for seksuallovbrudd mot barn og som er ferdig med straffegjennomføring av dom, men som opplever vedvarende seksuell interesse for barn.

Tilbudet er initiert av helsedirektoratet og består av en nasjonal nettportal (detfinneshjelp.no), en nasjonal hjelpelinje (chat) og regionale samtaletilbud innenfor spesialisthelsetjenesten - psykisk helse og rusbehandling. Personer i målgruppen kan etablere kontakt med samtaletilbudene via hjelpelinjen eller direkte til samtaletilbudet i sin region. De registreres som selvhenviste pasienter og betaler egenandel. Tilbudet skal ikke følge nasjonale faglige råd for Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp».

Tilbudet er etablert i tråd med føringene fra Helse Nord RHF.

Samhandling med leverandører av private helsetjenester

RHF	41	Rapportere på innhold og samhandling med inngåtte samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Rapporteringen skal inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • Antall samarbeidsavtaler. 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	-----------------------------------

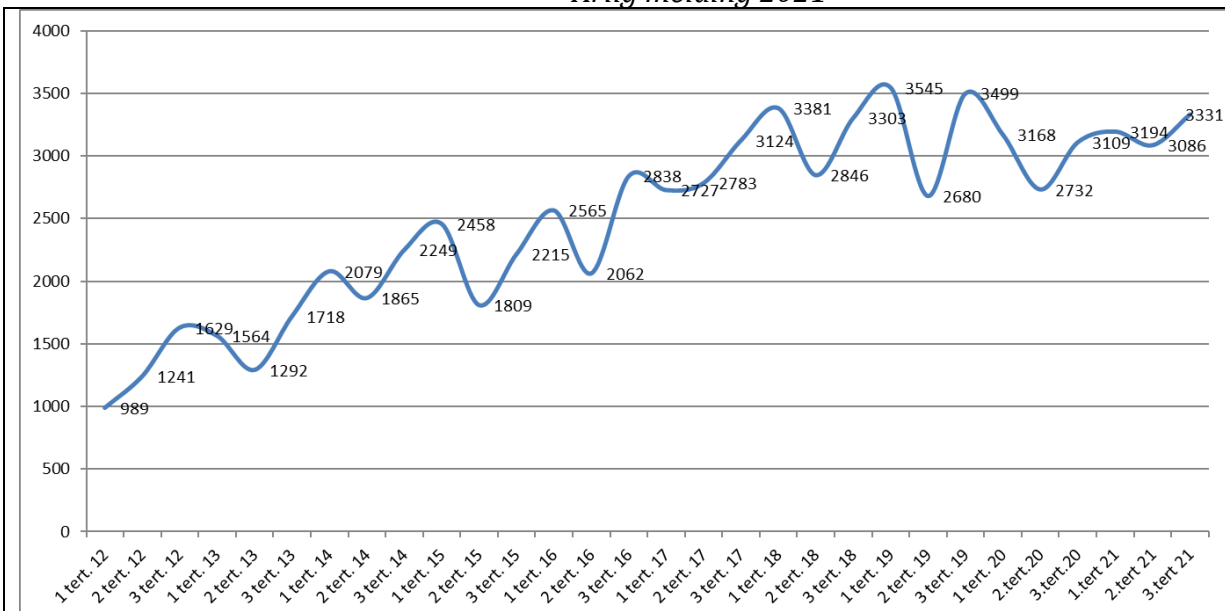
		<ul style="list-style-type: none"> Hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd. 		
Oppfylt.				
<ul style="list-style-type: none"> Psykisk helsevern Barn og unge 1 avtale Urologi 1 avtale Hjertespesialist 3 avtaler under arbeid. Kvinneklinikk 3 avtaler Fordøyelse 1 avtale Øye 7 avtaler ØNH 4 avtaler Psykisk helse og rus 20 avtaler Lunge 1 avtale 				

RHF	42	Rapportere på innhold og samhandling med private leverandører av helsetjenester. Rapporteringen skal inneholde hvilket konkret samarbeid foretaket har om f.eks. ventetider/fristbrudd.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppfylt.				
<p>UNN har inngått avtale med to private sykehus i Tromsø for å øke dagkirurgisk kapasitet slik at vi kan operere det etterslepet av inngrep som har oppstått i forbindelse med utbruddet av covid-19. Dette inkluderer fagområder innen plastikkirurgi, ortopedi, nevrokirurgi og øre-nese-hals. Avtalen inkluderer leie av anestesi og operasjonsressurser, mens UNN bidrar med kirurg.</p> <p>For øvrig benyttes ulike regionale avtaler om kjøp av tjenester, herunder radiologi der undersøkelser sendes fra UNN til privat røntgeninstitut for granskning.</p> <p>Det har vært inngått halvårige avtaler basert på en kartlegging av hvilke fagområder som har behov for økt kapasitet, og hvem som har hatt personellressurser (kirurger) til å ha ekstern aktivitet. Dette gjelder: Ortopedi, nevrokirurgi, ØNH, urologi, gastrokirurgi, gynekologi og Brystkirurgi.</p>				

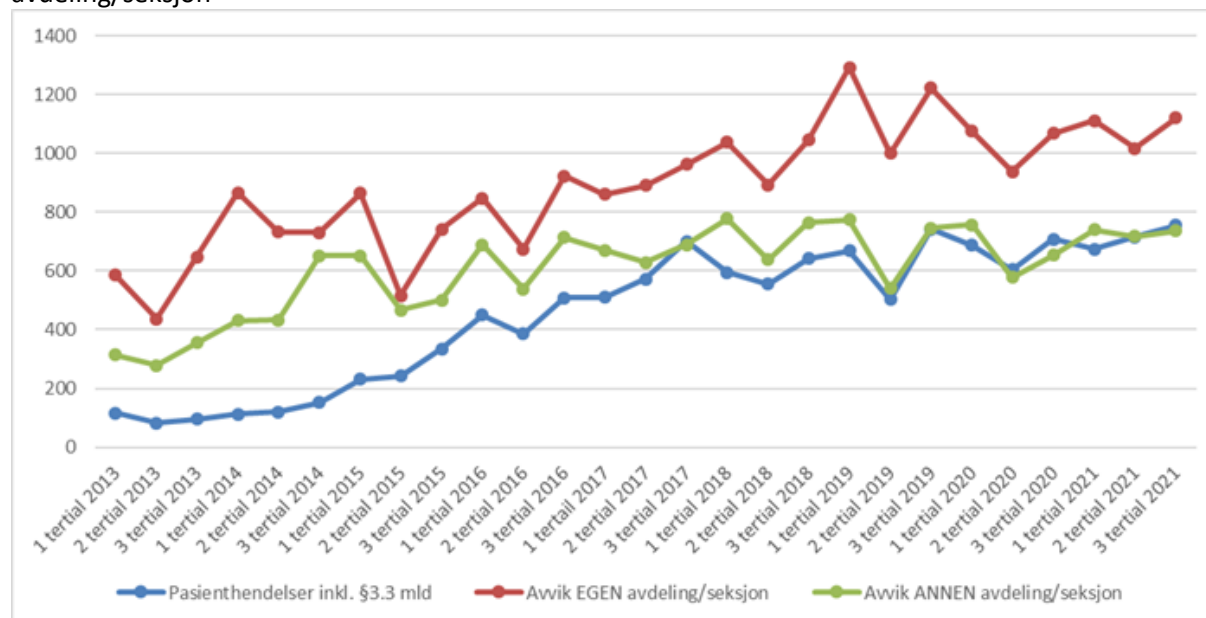
Kvalitet i pasientbehandlingen

FTP	43	Vurdere om tiltak som er satt i verk for å bedre meldekulturen og evnen til å lære av uønskede hendelser har hatt forventet effekt, samt redegjøre for videre plan for tiltaksarbeidet. Arbeidet må sees i sammenheng med oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelse i 2018 av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten , samt foretaksmøtets krav i 2020 om å rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppfylt.				
<p>UNN har jobbet med ulike tiltak for å bedre meldekulturen i organisasjonen. For å øke andelen pasienthendelser som meldes og varsles gjennomførte klinikkene seminarer i 2018-2019 der tema var å definere «Hva er relevant å melde hos oss?» (Melde for å lære). UNN hadde en betydelig økning i antall meldte pasienthendelser i perioden 2012-2019. Etter 2019 er antallet stabilt og vi melder fortsatt på samme nivå som vi kom opp i perioden 2018-2019. Figurene 1 og 2 viser utviklingen i antall meldte avvik totalt (figur 1) og fordelt på pasienthendelser, avvik egen avdeling/seksjon og avvik annen avdeling/seksjon (figur 2). Figur 1 Totalt antall meldte avvik i perioden 1. tertial 2012 – 3. tertial 2021</p>				

Årlig melding 2021



Figur2 Antall meldte avvik fordelt på pasienthendelser, avvik egen avdeling/seksjon og avvik annen avdeling/seksjon



Pasientsikkerhetsutvalget startet samtidig en mer aktiv tilnærming for å bidra til læring etter hendelser. Tidligere tilbakemeldinger fra fagmiljøene var at de aldri hørte noe etter å ha meldt en pasienthendelse. En av tiltakene ble å gi mer konkrete tilbakemeldinger på meldte hendelser, både i forhold til selve oppfølgingen og hvordan de skulle sikre læring til resten av enheten og eventuelle andre enheter som kan ha nytte av læringen. Responsen fra fagmiljøene er positiv.

Interne revisjoner, hendelsesanalyser og risikovurderinger er også viktige kilder til oversikt over områder med risiko for svikt. Da Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring for helse- og omsorgssektoren ble lansert i januar 2017 startet UNN et revideringsarbeid for å sikre etterlevelse av forskriften. Først ute var system for interne revisjoner. Det ble etablert en to-nivå-modell for interne revisjoner, der det gjøres revisjoner både på foretaks- og klinikknivå (RL1186). Klinikkerne har ansvaret for gjennomføring av revisjoner på klinikknivå. Koronarestriksjoner begrenset reising og gjorde det vanskelig å arrangere fysiske kurs som tidligere. Det gjorde det nødvendig å se på nye måter å gjennomføre opplæringen. Det ble utviklet eget webbasert opplegg for intern opplæring av nye revisorer i klinikk og sentre. I 2021 ble det gjennomført 5 webinarer med totalt 50 nye revisorer. Alle klinikker og sentre har egne revisorer og har fått på plass egne revisjonsprogram. På foretaksnivå er det både et treårig revisjonsprogram på tema, for å sikre kontinuitet og forutsigbarhet, og et

årlig mer detaljert revisjonsprogram. Det nye systemet for interne revisjoner har medført at vi har større kapasitet til å bruke revisjoner både til å avdekke mangler og til å vurdere etterlevelse og effekt. Et annet viktig tiltak har vært å etablere system for hendelsesanalyser i UNN (RL6397). Arbeidet ble påstartet i 2017. Også her ble det etablert et to-nivåsystem. Det gjennomføres 2-3 fullverdige hendelsesanalyser per år. I tillegg gjennomfører klinikkene forenklede hendelsesanalyser på varslede alvorlige pasienthendelser etter Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. I 2021 ble 31 alvorlige pasienthendelser varslet Helsetilsynet. Hendelsesanalyse som metode har bidratt til å avdekke bakenforliggende årsaker på system og organisering. Analysene har bidratt til å øke bevisstheten om at det er viktig å legge til rette på systemnivå, slik at vi gjør det lett å gjøre rett. UNN har gjennomført en hendelsesanalyse i samarbeid med Tromsø kommune/ legevakt. UNN gjennomførte også et forbedringsarbeid i samarbeid med Harstad kommune der vi sammen gjennomførte flere hendelsesanalyser, både for å se på hendelser der vi svikter i overføring av pasienter og hendelser der vi lykkes. Målet er å dra ut læring til forbedring av samarbeidet om pasienter som er på tvers av helsetjenestenivåene. Arbeidet ble igangsatt i februar 2020. Covid-19-pandemien forårsaket noe forsinkelser, men rapporten fra analysearbeidet ble ferdigstilt i november 2021. Det oppfølgende arbeidet er helt i startgroppen. Det er besluttet at UNN-styret skal få presentert hendelsesanalyser på enkeltpasienthendelser. Den første var planlagt presentert på styreseminar for UNN-styret i november 2021. Denne ble utsatt og planlegges presentert i 2022.

UNN gjorde i 2020 de første to hendelsesanalysene på hendelser som ikke var relatert til en pasienthendelse. Den første ble gjort på en situasjon i en poliklinikk der en pasient raserte rommet og kom med trusler overfor ansatte. Den andre ble gjort på hendelse der offentlig journal ble publisert uten å være skjermet. Erfaringene er svært gode. Direktøren besluttet i LGG 2020 at det skal gjøres hendelsesanalyse på en fremtidig hendelse vedrørende avvik på personvern og informasjonssikkerhet, for å lære mer om hvordan disse hendelsene kan skje.

UNN har de siste par år registrert at det utarbeides mange tiltaksplaner der flere av tiltakene går igjen, og startet i 2020 etableringen av et helhetlig system for å se på funn samlet og på tvers av avvik, pasienthendelser, varslede 3-3a, hendelsesanalyser, interne revisjoner og risikovurderinger. Et eksempel på dette er å sammenstille funn i læringsnotater etter hendelsesanalyser. Hensikten er å synliggjøre hvilke funn som går igjen på tvers av rapporter og gi kliniksjefer muligheten til å prioritere oppfølgende tiltak i egen klinikk. Den helhetlige tilnærmingen skal bidra til at vi forener kreftene i oppfølgingsarbeidet.

I 2020 utarbeidet UNN et nytt malverk for risikovurderinger på operativt nivå (PB1967). Dette ble gjort på tilbakemeldinger fra klinikkene om at malene vi hadde var vanskelig å bruke uten prosesstøtte fra stabsfunksjoner. Det nye malverket bygger forståelse for risikovurderingens faser underveis i arbeidet. Malverket setter tydelige rammer for risikovurderingen i tillegg til å være tilstrekkelig fleksibelt og oppleves enkelt i bruk. Arbeidet med risikoreduserende tiltak har fått større oppmerksomhet og risikovurdering gjennomføres i større grad ved endringer. Høsten 2021 ble det utviklet et web-basert kurs i bruk av risikovurdering som metode. Web-kurset piloteres på nyåret 2022.

Svarprosenten på Forbedringsundersøkelsen ble 76,1 % i 2021, som er noe ned fra toppåret 2020, men fortsatt vurdert som en meget god deltakelse. Den nest høyeste vi har hatt ved UNN.

Resultatene fra undersøkelsen viser kun marginale endringer fra 2020, men har en svakt positiv trend. Denne blir særlig synlig om vi strekker tidshorisonten og understreker samtidig det langsiktige perspektivet i denne type arbeid. Pandemien har med andre ord ikke gitt synlige utslag på resultatene for 2021. Unntaket finner vi i enkeltpåstanden «Her arbeides det godt med smittevern» som gikk opp hele 8,0 punkter. I den kvalitative evalueringen vi har gjort for 2021-gjennomføringen kommer det tilbakemeldinger om at pandemien har påvirket negativt i hvilken grad ForBedring er blitt fulgt opp i mange enheter. Her er imidlertid variasjonen stor i tilbakemeldingene og påstanden «Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedringskartleggingen» ligger stabilt på rundt 60 poeng (+0,4 poeng fra 2020).

Et annet viktig tiltak har vært å øke forbedringskompetansen i organisasjonen. 17 medarbeidere fullførte den regionale forbedringsutdanningen QI Nord i 2019 og 22 i 2020. I 2021 startet kull fem av QI nord. 33 medarbeidere i UNN deltok. I tillegg deltok UNN med 6 medarbeidere på den nye regionale forbedringsveilederutdanning i 2021. UNN er også i gang med ny lederopplæring – Lederprogrammet i UNN. Det nye lederprogrammet inkluderer innføring i virksomhetsstyring, i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring for helse- og omsorgssektoren. Høsten 2021 startet arbeidet med å utvikle en e-læring for Innføring i virksomhetsstyring, som vil inngå som kursmaterialet på lederprogrammet. E-læringen piloteres første gang i februar 2022.

Hendelsesanalyser, tilsynssaker og pasientklager viser at svikt i kommunikasjon mellom helsepersonell, samt mellom helsepersonell og pasient er en av de viktigste bakenforliggende årsakene til uønskede hendelser. UNN ønsket å styrke helsepersonells kompetanse innen kommunikasjon med pasienter og pårørende, og kurset Fire gode vaner - klinisk kommunikasjon for leger i spesialisering er nå en etablert læringsaktivitet til felles kompetansemål for leger i UNN. Det ble gjennomført ett kurs i «4 gode vaner» for leger i spesialisering i 2020 og fire kurs i 2021. Arbeidet med klinisk kommunikasjon er langsgående og vil bestå av ulike tilnæringer i årene framover. e-læring i «Klinisk kommunikasjon» er under utarbeidelse, og blir ferdigstilt i 2022. Overgangen fra TILT til NEWS2 inngår i e-læringen.

Gjennom arbeidet med klinisk kommunikasjon rettes også et økt fokus på rapporteringskompetanse. Gjennom småskala utprøving har utvalgte avdelinger fått opplæring i strukturert kommunikasjon om pasienter. Tilbakemelding fra fagmiljøene er at både kurset Fire gode vaner - klinisk kommunikasjon for leger i spesialisering og opplæring i strukturert kommunikasjon mellom helsepersonell er nyttig og relevant, og etterspørres av stadig flere fagmiljøer.

Det er også viktig å sørge for at vi ivaretar våre medarbeidere på en god måte, både når uønskede hendelser har skjedd og i krevende situasjoner der medarbeidere trenger støtte. Utbruddet av covid-19 har krevd mye av ansatte og ledere. Sykehusprestetjenesten har bidratt med kollegastøtte i form av undervisning, oppfølging av arbeidsmiljø og enkeltpersoner etter alvorlige hendelser, veiledningsgrupper og enkeltsamtaler med ansatte. Det har de senere år vært økende etterspørsel etter kollegastøtte, og det gis svært positive tilbakemeldinger på dette tiltaket. Direktøren har besluttet at det etableres en struktur for kollegastøtte i UNN. UNN har etablert rådgivningstjenesten Psykososialt team som tilbyr støtte og rådgivning til medarbeidere og ledere. Hensikten er å støtte medarbeidere og ledere til å stå i arbeid og forebygge stress og utbrenthet. Tilbakemeldinger fra medarbeidere er at vold- og trusselsituasjoner oppleves belastende, og at oppfølging fra et psykososialt team også vil være et viktig ivaretagende og stabiliserende tiltak. Direktøren har besluttet at det psykososiale støtteamet videreføres permanent, men i ny form.

I LGG 2020 besluttet direktøren å styrke arbeidet med psykologisk trygghet, som del av oppfølgingen av faktoren sikkerhetsklima i ForBedringsundersøkelsen. I den forbindelse ble psykologisk trygghet satt som hovedtema på UNNs årlige KVAM-dag, 21. oktober 2021.

Direktøren i UNN etablerte Pasientsikkerhetsvisitter høsten 2020. Erfaringer fra Pasientsikkerhetsvisittene ble presentert for et samlet Arbeidsmiljøutvalg og Kvalitetsutvalg i april 2021. Pasientsikkerhetsvisitt er en samtale mellom administrerende- / viseadministrerende direktør og en tverrfaglig gruppe ansatte ved enheten som besøkes. Samtalen tar utgangspunkt spørsmål omkring hva de får godt til ved pasientsikkerhet og hva de har av utfordringer. I løpet av møtet prioriteres bevaringsområder og problemstillinger som enheten skal følge opp i KVAM-strukturen. Dernest presenterer Klinikksjefene sine klinikkers erfaringer og status i oppfølgende arbeid etter visittene for Kvalitetsutvalget.

Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet.

Styret involveres i større grad i saker vedrørende kvalitet og pasientsikkerhet, ved at de får presentert:

Oversikt over alle varslede § 3-3a.

En pasienthistorie i hvert styremøte.

Enkelte § 3-3a-saker med redegjørelse fra klinikksjefer om det oppfølgende arbeid.

Orientering om status i arbeidet med Klinisk kommunikasjon

Oversikt over eksterne tilsyn og interne revisjoner, inkludert handlingsplaner.

Oversikt over alle interne revisjoner på foretaksnivå, inkludert revisjonsfunn og besluttede handlingsplaner.

I tillegg vedtar styret årlig revisjonsprogrammet på foretaksnivå.

RHF	44	Samarbeide om å etablere felles regional standard for oppfølging og implementering av høykostlegemidler. UNN HF skal lede arbeidet.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	--	-----------------------------------

Oppfylt.

Regional legemiddelkomites(RML) forslag til Retningslinje – Forskrivning og oppfølging av HF-finansierte legemidler (H-reseptlegemidler) og implementering av vedtak i Beslutningsforum er levert og ble behandlet og vedtatt i fagsjefmøte 18.11.2021. Arbeidet har vært ledet av UNN. Dokumentet er lagt i regional DS8175 Nasjonale og regionale retningslinjer, veiledere, prioriteringsveiledere og pakkeforløp.

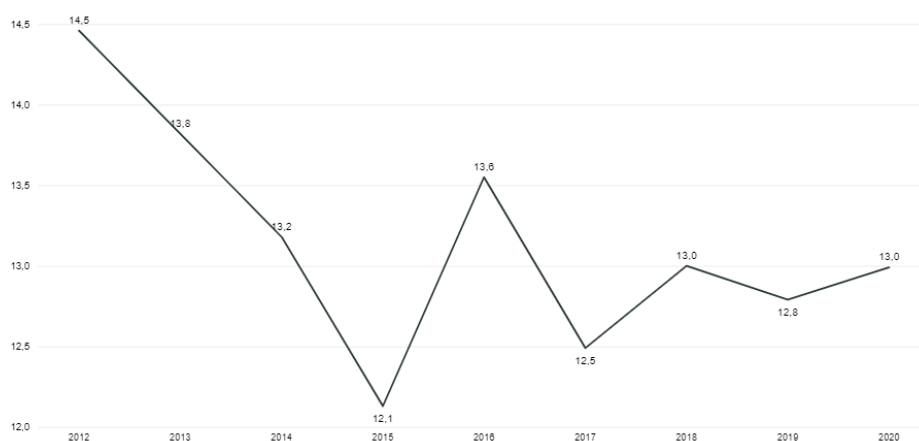
RHF	45	Rapportere status på §3-3a varsler, gitt til foretakets styre.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	--	--	--------------------------------------

Oppfylt.

Styret får hvert tertial presentert skriftlig oversikt over § 3-3a-varsler.

HoD	46	30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspekret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	--------------------------------------

● Universitetssykehuset Nord-Norge HF 15.0



Ikke oppfylt, men det bemerkes at UNN siden 2012 har vært blant universitetssykehusene med lavest forbruk av antibiotika. Potensialet til å redusere forbruket har derfor vært lavere i UNN enn i sammenlignbare helseforetak. Arbeidet følges tett av a-team, klinikkene og har god ledelsesmessig forankring.

HoD	47	Ingen korridorpasienter.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--------------------------	-------------------------------	---------------

Under arbeid.

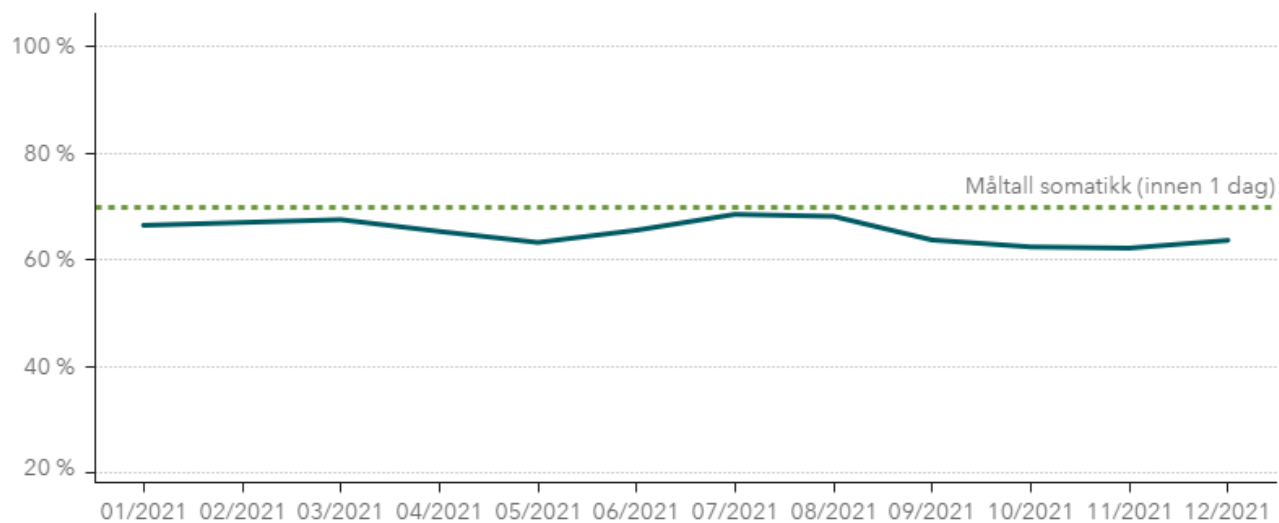


UNN har i 2.tertial 2021 den hatt 3 pasienter pr døgn på koridor i gjennomsnitt. Dette tilsvarer 0,8% av pasientene. Dertte er den laveste andelen siden målingene startet i 2011.

HoD	48	Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	---------------

Ikke oppfylt.

Utvikling epikriseandel godkjent innen en dag etter utskriving - somatikk



Andelen epikriser sendt *innen en dag* har i 2021 variert mellom 62 og 68 %.

RHF	49	Delta i det regionale arbeidet med å utarbeide veiledende behandlingsplaner til DIPS Arena behandlingsplan.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Oppfylt.				
UNN har i 2021 deltatt med flere fagpersoner innen flere fagområder med å utarbeide veiledede behandlingsplaner i DIPS arena. I tillegg er gjennomført høringer på ferdige planer som personell fra UNN har deltatt i.				

Kvalitetsutvikling

RHF	50	Helse Nord RHF skal oppdatere regional utviklingsplan (2023–2038) innen desember 2022. Helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet.	Alle	Årlig melding
Oppfylt.				
UNN har nå startet arbeidet med ny utviklingsplan (tidligere Strategisk utviklingsplan) for perioden 2022-2038. Arbeidet vil foregå frem mot sommeren, og et forslag er planlagt på høring i mai/juni. Den nye utviklingsplanen skal endelig vedtas av styret ved UNN høsten 2022. En overordnet arbeidsgruppe, ledet av Forsknings- og utdanningsjef leder prosessen. Klinikker, sentre, tillitsvalgte, vernetjenesten, brukerutvalg, ungdomsråd m.fl vil bli involvert underveis.				
Arbeidsgruppen henter innspill direkte fra UNNs ansatte og fagmiljøer. Noen aktuelle tema til den nye utviklingsplanen er:				
<ul style="list-style-type: none"> Hvilke nye behandlingsmuligheter vil prege de neste 10-15 årene, og hva må til for at UNN skal levere disse behandlingene minst like godt som andre universitetssykehus? 				

- Hvilke muligheter vil ny teknologi gi frem mot 2038, og hvordan må UNN prioritere - innenfor stramme rammer - for å ha råd til å delta i denne utviklingen?
- Hvordan skal vi jobbe med å endre måten vi leverer helsetjenester på når vi vet at antallet eldre og personer som lever med flere kroniske sykdommer øker, samtidig som befolkningsutviklingen betyr at vi ikke kan regne med å bli så mange flere helsearbeidere?

RHF	51	51 Gjennomføre ledelsens gjennomgang i henhold til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren, innen 31. august. Rapporten skal være en del av tertialrapport 2. Status på eksterne tilsyn og revisjoner skal vedlegges.	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Oppfylt.

Ledelsens gjennomgang (LGG) 2020 ble gjennomført i direktørens ledermøte 13. april 2021 og behandlet av styret i UNN 19. mai 2021.

Direktørens ledergruppe i UNN vedtok ny modell for gjennomføring av LGG i januar 2018, i tråd med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den nye modellen innebærer å gjennomføre LGG både på avdeling-, klinikk/senter- og foretaksnivå. Implementeringsperioden ble besluttet å skulle foregå frem til 2022. Så langt har seks klinikker og et senter gjennomført LGG etter ny modell. Antallet er noe mindre enn først planlagt, grunnet forsinkelser forårsaket av covid-19-pandemien. Resterende klinikker og senter gjennomfører LGG 1. kvartal 2022. Det vises forøvrig til tertialrapport 2 og status på eksterne tilsyn og revisjoner er vedlagt.

RHF	52	Klargjøre sine nasjonale medisinske kvalitetsregistre for overføring av data til Helseanalyseplattformen i tråd med Hersedataprogrammets prosessbeskrivelse og plan.	UNN, NLSH	Årlig melding
-----	----	--	-----------	---------------

Under arbeid.

HoD	53	Delta i arbeidet med å utrede og etablere et nasjonalt genomsenter tilhørende registerløsninger for lagring og bruk av genetiske opplysninger for helsehjelp, kvalitetssikring og forskning. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF og skal gjøres i samarbeid med HelseDirektoratet og Direktoratet for e-helse.	UNN	Årlig melding
-----	----	--	-----	---------------

Oppfylt.

UNN deltar i det nasjonale arbeidet.

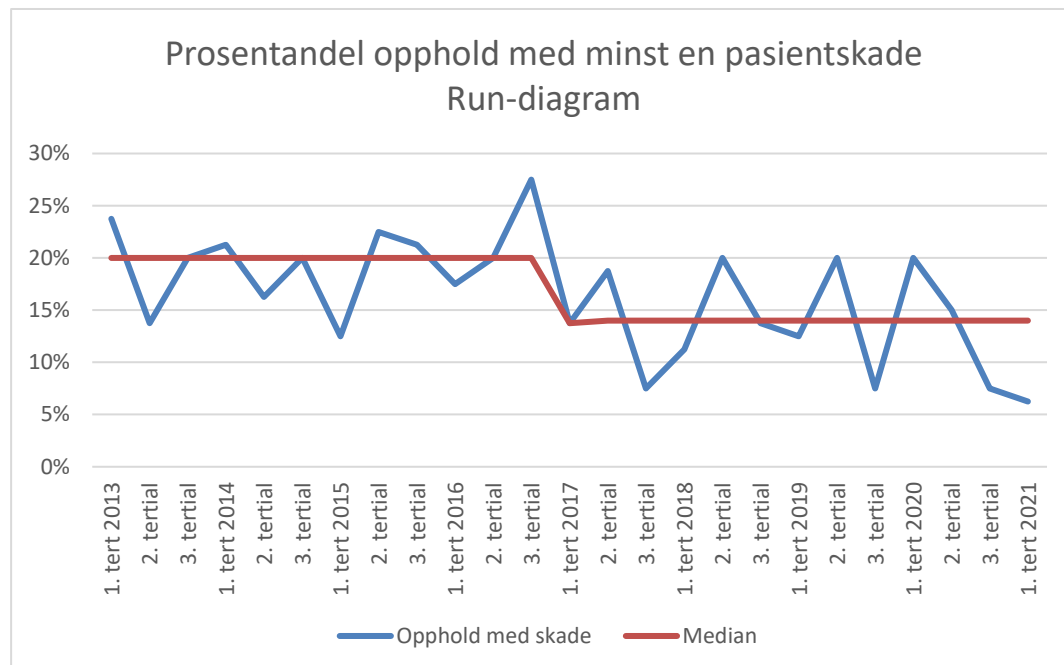
Pasientsikkerhet

HoD	55	Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 prosent innen 2023.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
-----	----	--	----------------------	---------------

Oppfylt.

GTT antyder færre pasientskader per opphold ved UNN i 2017-2020 sammenlignet med 2013-2016. Det observeres færre legemiddelrelaterte skader og infeksjoner. Dette sammenfaller tidsmessig med UNNs

satsning på legemiddelsamstemming og smittevernvisitter. De to viktigste årsakene til pasientskader ved UNN er infeksjoner og postoperative komplikasjoner. Ved de to siste tertialvise målingene var resultatet henholdsvis 8 % og 6 %. Resultatene for 2. tertial er ikke klare enda.



Det er usikkert om tallene representerer reell endring i andel pasientskader. Det bemerkes at vi i perioden har hatt betydelige utskiftninger i teamet som gjennomgår journalene. Metoden er omdiskutert og det er nylig vist av von Plessen et al at «GTT in its present form is not a reliable measure of harm rate over time» (J Patient Saf . 2021 Oct 1;17(7):e593-e598).

Smittevern

HoD	56	I samarbeid med Norsk Helsenettt legge til rette for at En vei inn-løsningen/melde.no tas i bruk i virksomhetene for melding av uønskede hendelser, herunder bivirkninger av legemidler og vaksiner.	FIN, UNN, NLSH, HSYK, SANO	Årlig melding
Under arbeid. Helse Sør-Øst er gitt ansvaret å koordinere arbeidet med å legge til rette for at «En vei inn-løsningen/melde.no» tas i bruk i virksomhetene. Det ble etablert arbeidsgruppe med deltakere fra alle regionale helseforetak. Helse Nord har 2 deltakere i arbeidsgruppen; en fra Nordlandssykehuset og en fra UNN. Det ble gjennomført 3 arbeidsgruppemøter høsten 2021. Arbeidet videreføres i januar 2022.				

Klima- og miljøtiltak

RHF	57	Det skal etableres felles miljøstyringssystem for foretaksgruppen. UNN HF skal lede arbeidet og øvrige foretak bidrar i prosessen.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. Oppdraget med å utarbeide et felles miljøstyringssystem har pågått i 2021. Hovedfokus har vært utarbeidelsen av Delstrategi klima og miljø Helse Nord. Delstrategien er ferdigstilt og vedtatt av styret i helse Nord. Fra oktober 2021 har det pågått arbeid utkast til felles styringssystem for klima og miljø basert på de				

eksisterende håndbøkene og prosedyrene. Det foreligger et utkast som regional klima og miljøgruppe i Helse Nord skal ha gjennomgått 13.1.2022. Styringsystemet skal forelegges i en felles ledermøtesak for alle foretakene etter felles gjennomgang i workshopen.

Beredskap

FTP	58	Videreutvikle sine beredskaps- og smittevernplaner i lys av erfaringer og evalueringer av koronapandemien.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Oppfylt.
UNN har gjort flere justeringer i beredskaps- og smittevernplaner gjennom året som følge av endringer i behov og erfaringer underveis. Det pågår revisjon av overordnet Pandemiplan RL 1632 ved oppstarten av 2022. Planen ble evaluert sommeren 2021 med positive tilbakemeldinger.

FTP	59	Delta i pilot som skal utvikle operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret. Erfaringer fra piloten skal kunne brukes som grunnlag for å utvikle beredskapsplaner i alle regioner. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF.	FIN, UNN	Årlig melding
-----	----	---	-------------	---------------

Oppfylt.
UNN har deltatt med god representasjon fra toppledelse, klinikk, driftsledere lokalsykehus og beredskapsrådgivere i de møter Helse Nord har tatt initiativet til.

RHF	60	Prøve ut løsninger for å sikre adekvat tilgang på blod og blodprodukter lokalt og regionalt i Nord-Norge.	FIN, UNN	Årlig melding
-----	----	---	-------------	---------------

Oppfylt.
UNN bidrar i prosjekt 191 Blodberedskap - pilot Finnmark. Laboratoriemedisin bidrar i styringsgruppen, Arbeidsgruppe 1 Blodbank, Arbeidsgruppe 2 Klinikk og Arbeidsgruppe 3 Logistikk. Bioingeniør- og legeressurs har vært delaktig i opplæring lokalt av helsepersonell i fullblodstransfusjon samt i rekruttering av vandrende blodbank.

FTP	61	Bistå Direktoratet for strålevern og atomberedskap med planlegging og gjennomføring av nasjonal atomberedskapsøvelse 2022.	UNN, NLSH	Årlig melding
-----	----	--	--------------	---------------

Oppfylt.
Beredskapsrådgiver fra UNN har deltatt i arbeidsgruppe for planlegging av evaluering i øvelsen

Samhandling med primærhelsetjenesten

RHF	63	Etablere helsefelleskapene sammen med kommunene i tråd med rammeavtale mellom Regjeringen og KS.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	--	-------------------------------	-----------------------------

Oppfylt.
Helsefelleskapet Troms og Ofoten ble etablert 22. april 2021.

RHF	64	Drive felles planlegging sammen med kommunene av tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene, (jf Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023) barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
-----	----	---	-------------------------------	-----------------------------

Under arbeid, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022.

SSU vedtok i sept. 21 å avvente prosess til ny veileder for tjenesteavtaler foreligger og lovkravet trer i kraft. Sak til SSU juni og september om prioritering av innsatsområder. FSU barn og unge og FSU psyk. og rus etableres primo 2022, og vil jobbe spesifikt med fellestjenester. Arbeidet med gruppene kronisk syke og eldre ivaretas gjennom stormottakerprosjektet. Arbeidet med etablering av PSHT-samarbeid med alle UNN-kommunene pågår.

Bemanning og kompetanse

Sikre gode arbeidsforhold

FTP	65	Iverksette tiltak for å ivareta medarbeiderne på en god måte og ha et særskilt fokus på arbeidsmiljø og arbeidsforhold i lys av koronapandemien i tråd Regional handlingsplan for koronapandemi .	Alle	Årlig melding
Oppfylt.				
<p>1. For å ivareta psykososialt arbeidsmiljø ble det etablert psykososialt støtteteam for ansatte og ledere som et lavterskel tilbud. Psykososialt team består av psykologer, spesialrådgivere og sykepleiere ved UNN og tilbyr støtte og rådgivning som kan hjelpe deg å stå i arbeid og forebygge stressbelastninger.</p> <p>2. Organisering av kollegastøtteordning i UNN. Kollegastøtte er et støttetilbud hvor arbeidstakere som opplever psykiske påkjenninger i jobbsituasjonen får støtte og bistand fra en kollega til å bearbeide opplevelsene. Det er et lavterskel tilbud, som gir mulighet til å kontakte noen i eget arbeidsmiljø etter man har vært i utfordrende situasjoner. Å ha dedikerte, egnede personer i rollen vil kunne bidra til rask og god ivaretagelse av sine kollegaer. UNN HF ønsker dette etablert i alle klinikker.</p> <p>3. Prosessarbeid i arbeidsmiljø knyttet til håndtering av stressreaksjoner i forbindelse med Koronapandemien. Dette tiltaket har vært løst gjennom undervisning, prosessarbeid og veiledning til ansatte og ledere.</p> <p>4. Etablere retningslinjer for risikohåndtering av arbeidsmiljøet knyttet til SARS-CoV-2 smitte og bistand til å gjennomføre individuelle risikovurderinger og tilrettelegging for ansatte. Retningslinje for risikohåndtering har som hensikt å veilede arbeidsgiver i vurdering av:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hva kan gå galt ved aktuelle eksponering/oppgave?: Smitte med SARS-CoV-2. o Hva kan konsekvensene bli?: Covid-19 sykdom, i sjeldne tilfeller død. o Hva kan gjøres for å forhindre dette?: God organisering av arbeidet, systematisk og standardisert opplæring i smittevern, korrekt bruk av smittevernutstyr, samt at enkelte arbeidsoppgaver ikke utføres av ansatte med økt risiko for alvorlig covid-19-sykdom ved smitte eller mulig smitte, i den grad det er mulig for gjennomføring av driften <p>5. Fokus på riktig bruk og riktig valg av åndedrettsvern for å redusere risiko for smitte av SARS-CoV-2. Det ble etablert en arbeidsgruppe som ble involvert i "maskesaken" der UNN fikk falske P2 masker der det ble avdekt at maskene var falske og ikke ga tilfredsstillende beskyttelse. Arbeidsgruppen har jobbet med anbefaling av bruk av masketetthetsmålinger og valg av riktig maske og rett maskebruk for å minimere risiko for SARS-CoV-2 smitte.</p>				

Tilstrekkelig kvalifisert personell

RHF	66	Gjennomføre tiltak i henhold til strategisk handlingsplan for inkluderingsdugnaden og rapportere på status i dette arbeidet innen 1. april 2021.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Oppfylt UNN har laget egen rapport på arbeidet med inkluderingsdugnaden som er sendt Helse Nord.				
RHF	67	Delta i utarbeidelse og implementering av felles strategi for personell, utdanning og kompetanseutvikling i Helse Nord, under ledelse av Helse Nord RHF.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. UNN deltar i regionale arbeidet.				
FTP	69	Sørge for jevnlig vurdering av bemanningsplaner i lys av scenarier fra Folkehelseinstituttet om smitteutviklingen.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Oppfylt. Ved UNN har omdisponerte ressurser hatt ansvarsområde som bemanningskoordinator for å sikre kontinuerlig oppfølging og gjennomgang av bemanningsplanene i lys av scenarier fra FHI om smitteutviklingen				
RHF	70	Delta i å utarbeide en regional opptrappingsplan som i løpet av 2022 sikrer nødvendig antall øremerkede utdanningsstillinger (x antall stillinger av 6 måneder) for sykehuspraksis for ALIS-leger (leger i spesialisering i allmenmedisin). <ul style="list-style-type: none"> • Planen skal også ivareta hvordan ALIS kan tilbys en sykehuspraksis som er tilpasset allmennlegers behov tilknyttet fastsatte læringsmål og i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene. • Opptrappingsplanen skal ferdigstilles innen 1.august 2021 slik at ordningen kan iverksettes i regionen fra tredje tertial 2021. I planen må det inngå opplegg for systematisk evaluering for å sikre riktig kapasitet/antall. • Planarbeidet skal gjøres i samarbeid med Regionalt ALIS kontor/ALIS Nord, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering og ledes av UNN HF. ALIS-kontoret for Nord-Norge gis ansvar for å rekruttere fastleger og LIS-leger under utdanning for deltagelse i utredningsarbeidet. 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Oppfylt. Arbeidsgruppen som ble ledet av UNN fullførte 31.8.21 sitt arbeid og leverte rapport til Helse Nord RHF i tråd med oppdraget.				

RHF	72	Øke antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleiere (ABIØK) til minimum: <ul style="list-style-type: none"> • Universitetssykehuset i Nord-Norge HF: 80 stillinger • Nordlandssykehuset HF: 40 stillinger • Finnmarkssykehuset HF: 15 stillinger • Helgelandssykehuset HF: 15 stillinger 	FIN, UNN, NLSH, HSYK	1. tertial og Årlig melding
Oppfylt. UNN har 80 utdanningsstillinger i tråd med oppdraget.				

Utdanning av legespesialister

RHF	73	Innen 1. juni 2021 utarbeide funksjonsbeskrivelse for rollen som utdanningsansvarlig overlege/lege (UAO) som sikrer ivaretagelse av kvalitet, koordinering og samarbeid om spesialistutdanning av leger. Innen utgangen av 2021 skal alle utdanningsløp i foretaket være dekket av en UOA.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppfylt. Funksjonsbeskrivelse for utdanningsansvarlig overlege ble vedtatt i UNNs ledermøte i juni 2021. Alle aktuelle avdelinger/seksjoner har fått i oppdrag å utpeke UAO innen utgangen av 2021, og ved utgangen av året er dette på plass.				

RHF	74	Sikre at LIS-enes progresjon dokumenteres systematisk i Kompetansemodule, og at data er oppdatert per 1. mars og 1. september.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppfylt. UNN sender ut påminelse til alle LIS om dette gjennom Kompetansemodule to ganger årlig, en måned før fristen 1.3. og 1.9. Det oppfordres i alle aktuelle sammenhenger til at LIS i UNN oppdaterer kompetansemodule kontinuerlig.)				

HoD	75	For å sikre gjennomføring av utdanningsløp hos leger i spesialisering og minimere forsinkelser under den pågående pandemien, bør de fire Regionale utdanningssettene digitalisere flest mulig av de nasjonale kursene i 2021. Dette gjelder først og fremst kurs som ikke inneholder praktiske øvelser.	UNN	Årlig melding
Oppfylt. RegUt Nord har sammen med de faglige kursarrangørene gjort en stor innsats for å digitalisere alle kurs som ikke har et innhold som krever fysisk oppmøte. Vi har kommet langt med dette. Erfaringene er gjennomgående gode, og vi vil fortsette å utvikle dette også etter at pandemien er over.				

Helse, miljø og sikkerhet (HMS)

HoD	76	Andel enheter med godt sikkerhetsklime i et helseforetak skal være minst 75 % innen 2023. Målt gjennom undersøkelsen Forbedring og beregnet med Helsedirektoratets definisjon på indikatoren.	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Oppfylt.

UNN gjennomfører ForBedring årlig i henhold til overordnet regional plan. Det er et krav om at det skal etableres handlingsplaner og at disse følges opp. Arbeidet er forankret i KVAM strukturen, og i AMU og Kvalitetsutvalget. De årlig gjennomføringene blir evaluert og konkrete tiltak iverksatt. I år er tiltakene i hovedsak rettet inn mot oppfølging av resultater, herunder styrket lederstøtte og bruk av forbedringsmetodikk i oppfølgingsarbeidet.

RHF	77	Delta i utarbeidelse og implementering av felles retningslinjer for varsling i Helse Nord under ledelse av RHF-et.	Alle	Årlig melding
-----	----	--	------	---------------

Oppfylt.

UNN har deltatt i arbeidsgruppe ledet av Helse Nord og utarbeidelse av retningslinjer er ferdigstilt. Implementering er i prosess og kommer på plass i 2022.

RHF	78	Delta i utarbeidelse og implementering av felles veileder for vernetjenesten i Helse Nord under ledelse av RHF-et med utgangspunkt i nasjonal strategi for verneombudene (2019-2024).	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Oppfylt.

UNN deltar i regionalt arbeid.

RHF	79	Med utgangspunkt i nivå for 2019, redusere foretakets behov for innleid personell med 30 % innen utgang 2023. Herunder utrede mulig etablering av et foretaksinternt bemanningssenter som også administrerer all innleie av personell fra eksterne vikarbyrå.	FIN, HSYK, UNN	Årlig melding
-----	----	---	----------------------	---------------

Under arbeid.

Arbeidet har ikke vært mulig å gjennomføre pga pandemi. Arbeid fortsetter i 2022, og et av tiltakene vi iverksetter er sjekklister til bruk før innleie.

Forskning og innovasjon

RHF	81	Utarbeide interne retningslinjer/policy for samarbeid med næringslivet.	Alle	Årlig melding
-----	----	---	------	---------------

Oppfylt.

RHF	82	Sikre oppfølging av retningslinjer for åpen publisering jf. veileder for Norges Forskningsråd.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Oppfylt.</p> <p>Som et ledd i oppfølgingen av rapporter til Helse Nord's forskningsprogram har publiseringspraksisen med tanke på publisering med åpen tilgang blitt gjennomgått. Dette ble rapportert i USAM-sak 26-2021. Der ble det gitt et nytt oppdrag i å følge dette opp blant involverte forskerne.</p> <p>Oppfølging i form av melding per e-post ble sendt ut den 17.11, til alle prosjektledere og stipendiater i de prosjektene som leverte årsrapport i siste runde med fokus på kommende rapportering for 2021.</p> <p>Det er også i forbindelse med utlysning av Helse Nord's forskningsmidler blitt produsert informasjonsmaterieill i form av skriftlige veiledere, informasjonsvideoer og lydfiler, der fokuseres det på åpen publisering.</p> <p>UNN arbeider med å få ut informasjon om retningslinjer for åpen publisering gjennom relevante kurs, via vår kursvirksomhet.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informasjonsmøter avholdes med forskere ved UNN -Planlegging av gjennomføring av informasjonsmøter ved den enkelte avdeling ved UNN i løpet 2022 -Planlegging av forbedring og sørge for kontinuerlig oppdatert informasjon på både intranett og internett -Alle de relevante utlysningene som vi blir oppmerksom på blir publisert som nyhets sak på intranett 				

HoD	83	Antall kliniske behandlingsstudier som inkluderte pasienter i 2021 skal økes med minst 15 prosent sammenliknet med året før.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Oppfylt.</p> <p>Rapporteringsfristen for 2020 var 26. mars 2021 og fristen for rapportering av kliniske behandlingsstudier for 2021 vil være innen 1. april 2022 (hvilket betyr at fullstendige tall for 2021 vil foreligge først i mai/juni 2022).</p> <p>Oversikten over industristudier ved UNN viser en økning fra 5 studier i 2020 til 9 studier i 2021, dvs en økning på 80 %. UNN har også bidratt i flere KLINBEFORSK studier i 2021 som "Faecal Transplantation for Irritable Bowel Syndrome – First Phase-III Clinical Trial", TWIST, OVERLORD-MS, NOR-TEST2, og IMPRESS.</p>				

HoD	84	Følge opp handlingsplan for kliniske studier .	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Oppfylt.</p> <p>Handlingsplan for kliniske studier er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentert i Ledergruppen for UNN HF • Presentert på Onsdagsmøte for hele UNN HF • Presentert internt på Avdelingsmøte for hele Klinisk Forskningsavdeling, samt at alle ansatte har fått utdelt et personlig eksemplar av Handlingsplan for Kliniske studier • Et "Pakkerforløp" for kliniske studier er under utarbeidelse for å lage "en vei inn" for alle søknader om rådgivning og ressursbruk ved KFA for å gjøre det enklere for forskere • NorTrials er et nasjonalt samarbeid under NorCRIN og en stor satsning for en vei inn for 				

industri studier som vi deltar aktivt i den nåværende planleggingsfasen. UNN vil etter all sannsynlighet få et Nor-Trials senter i løpet av 2022.

- Forskningsposten er ikke lengre en felles kjernefacilitet med UiT og forskningspostens ressurser skal dreies mer ut mot klinikkene og brukes mer til kliniske behandlingsstudier
- Det arbeides med å øke synliggjøringen av KFAs sine rådgivende funksjoner og ressurser ut til klinikkene for å kunne oppfylle målene i Handlingsplan for kliniske studier

RHF	85	Sikre at Forsknings- og innovasjonsmiljøer sender søknader om ekstern finansiering på samtlige relevante utlysninger ved Norges Forskningsråd og Europeisk Forskningsråd.	UNN	Årlig melding
-----	----	---	-----	---------------

Oppfylt.

Det ble sendt en søknad våren 2021 i samarbeid med SPKI og flere aktive fagmiljøer ved UNN for opprettelse av et KG Jebsen senter. Denne fikk dessverre ikke tilslag. UNN var også med som partner i andre KG Jebsen-søknader som dessverre heller ikke fikk tildeling.

Det ble vurdert å søke Forskningsrådets Forskningsssenter for klinisk behandling, men etter grundig vurdering og dialog fant vi det ikke riktig å sende endelig søknad. NSE er svært aktive med å sende søkander til både NFR og EU ved relevante utlysninger.

Det er godt samarbeid med seniorrådgiver på UiT (felles finansiert av RHF og Det helsevitenskapelige fakultet) for å promotere EU-søknader og utlysninger for eksternt finansierte prosjekter. Et årshjul for calls and deadlines for 2022 ble publisert på intranett 21.12.21.

Uttelling for NSE på søknader til NFR og EU ved relevante utlysninger i 2021.

Tabell 5: Oversikt over totalt antall søknader og innslag søknader i 2017, 2018, 2019, 2020 og hittil i 2021

Statistikk søknader	Søkte midler tilslag			Søkte midler avslag			Søkte midler uavklart		
	Søknads- beløp MNOK	i % av totalt beløp	Antall søknader	Søknads- beløp MNOK	i % av totalt beløp	Antall søknader	Søknads- beløp MNOK	i % av totalt beløp	Antall søknader
2017	20,0	11,3 %	7	156,2	88,7 %	39	-	0,0 %	-
2018	22,0	11,5 %	10	168,6	88,5 %	37	-	0,0 %	-
2019	35,6	18,1 %	14	161,4	81,9 %	38	-	0,0 %	-
2020	68,2	33,5 %	14	135,6	66,5 %	30	-	0,0 %	-
2021 per 30.11	10,7	15,6 %	5	44,4	64,9 %	11	13,3	19,4 %	5
Sum	156,4		50	666,1		155	13,3		5

Det gjennomføres også oppdragsprosjekter i samarbeid med ulike aktører hvor ekstern part har finansiert hele eller deler av oppdraget. Tabell 6 viser en oversikt over finansiering fra oppdragsgivere som ikke er basert på søknader gjennom konkurranseutsatte programmer. Senteret har én aktiv avtale om samarbeid med Blå Kors som antas videreført i 2022.

Tabell 4: Oversikt over tilslag per finansør i perioden 2017 – 2021 i MNOK

Finansør	Tilslag i beløp (i MNOK)									
	EU / EØS		Helse Nord		NFR		Andre		Sum	
	Nasjonalt senter for e-helseforskning	Samarbeids-partnere	Nasjonalt senter for e-helseforskning	Samarbeids-partnere	Nasjonalt senter for e-helseforskning	Samarbeids-partnere	Nasjonalt senter for e-helseforskning	Samarbeids-partnere	Nasjonalt senter for e-helseforskning	Samarbeids-partnere
2017	-	-	10,2	-	9,8	186,4	-	-	20,0	186,4
2018	7,1	42,1	10,6	-	4,3	16,0	-	-	22,0	58,1
2019	24,2	176,6	8,0	-	2,5	94,0	0,9	0,1	35,6	270,7
2020	18,1	61,9	2,1	4,4	45,4	7,3	2,6	28,3	68,2	101,8
2021 per 30.11	-	-	0,3	-	10,4	16,0	-	-	10,7	16,0
Sum tilslag	49,5	280,5	31,1	4,4	72,5	319,6	3,4	28,4	156,4	632,9

Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

Anskaffelsesområdet

RHF	89	Bidra med ressurser til team i regi av Sykehusinnkjøp HF, som skal implementere og vedlikeholde malverket i tiltak 6 <i>Drosjemarked, anbud og avtaler.</i>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Oppfylt. UNN har oppnevnt representant som skal ivareta UNNs interesser i regional referansegruppe, samt kunne være regionens representant i den nasjonale forvaltningsgruppen.				

Teknologi

RHF	90	Aktivt avvismelde IKT-sikkerhetsbrudd, avvik fra NSM's tiltaksliste og styringssystem for informasjonssikkerhet, herunder om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter. NSMs grunnprinsipper med definert tiltaksliste, representerer et minimumsnivå og skal ligge til grunn for alt arbeid med IKT i Helse Nord.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. Avvik meldes i hht rutiner og om nødvendig til relevante tilsynsmyndigheter.				

RHF	91	Innen utløpet av 2021 avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer, ikke påvirker Helse Nord IKT HF's ansvar og oppgaver. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. UNN er representert i arbeidsgruppen som jobber med å avklare nødvendige drifts- og forvaltningsmodeller, samt hvilke implikasjoner dette vil medføre for hele regionen (samhandling, infrastruktur og økonomi). Kravet er videreført i OD-22, og arbeidsgruppen forventer å ha en første modell klar til bruk ila Q1 2022 og ferdigstille arbeidet i løpet av Q2 2022."				

RHF	92	Delta i prosjektet for innføring av og ta i bruk system for, medikamentell kreftbehandling i Helse Nord. Det forutsettes at helseforetakene etablerer egne lokale mottaksprosjekt.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. Kreftavdelingen deltar i arbeidet, og har et hovedansvar for kurbibliotek i HN				

RHF	93	Allokere nødvendige ressurser til deltagelse og gjennomføring av prosjektene to-faktor autentisering og automatisert tilgangsstyring. Arbeidet i felles kundeprosjekt ledes av Helse Nord RHF. Ressursbehov konkretiseres gjennom prosjektets styringsgruppe.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. UNN har deltatt med ressurser i kartlegging, til utvidet prosjektet og i styringsgruppen. Videre deltakelse vil være i innføringsprosjektet når dette starter.				

RHF	94	Benytte statens standardavtaler (SSA) for dokumentasjon av IKT-leveranser i foretaksgruppen.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. Statens standardavtaler (SSA) er benyttet for dagens driftsavtale mellom foretakene og HN IKT. SSA benyttes i utarbeidelse av ny/revidert driftsavtale med Helse Nord IKT. Arbeidet startet i 2021 og forventes fullført i løpet av første halvår 2022.				
RHF	95	Innen utløpet av 2021, oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene i tråd med tidligere bestillinger fra Helse Nord RHF samt med bestillinger i årets oppdragsdokument gjeldende Helse Nord IKTs tekniske og merkantile ansvar og oppgaver.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. Tjenesteavtaler og databehandleravtaler inngås fortløpende og oppdateres etter behov.				
RHF	96	Aktivt sette av ressurser samt prioritere arbeidet som gjennomføres i regi av prosjektet digitale innbyggertjenester.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. UNN ha avsatt ressurser og prioriterer arbeidet i flere prosjekter som omhandler digitale innbyggertjenester. I 2021 har UNN bl.a. deltatt i: Prosjektet Digitale pasient- og samhandlingstjenester i nord: <ul style="list-style-type: none"> • EPJ-rådgivning. • Test av ny funksjonalitet • Deltar i utvikling av ny funksjonalitet. • Lager prosedyre og opplæringsmateriell. • Stiller med inntil 50% ressurs, mer ved behov Lokalt UNN: <ul style="list-style-type: none"> • Digitale pasient -og samhandlingstjenester • Klart Språk 				
RHF	97	Overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT etter tilsvarende modell som for forvaltning av regionale kliniske systemer. Helseforetakene skal benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT, innenfor avgrensingen gitt ovenfor. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. Sykehusforetakene, SANO og Helse Nord IKT skal i perioden 2021–2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Under arbeid, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022. Forvaltningssentrene for radiologi og lab (FSR og FSL) er nå overført fra Diagnostisk klinikk til E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret på UNN. Beslutning i RHF-et om at de skulle overføres til HN-IKT ble endret og overflyttingen til ESI-senteret er nå ferdigstilt, kun noen tekniske ting gjenstår. Roller og ansvar ved teknisk og merkantil forvaltning er ikke endelig avklart, og dette må på plass før en				

overføring kan gjøres. UNN benytter Helse Nord IKT ved anskaffelser og innføring av nye systemer.				
RHF	98	<p>Helse Nord IKT har ansvaret og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester til helseforetakene på følgende områder: IKT-drift, IKT-produksjon, levering og innstallering av brukerstyr, systemintegrasjon samt brukerstøtte og andre forvaltningsoppgaver som naturlig tilknyttes områdene nevnt ovenfor. Ytterligere tydeliggjøring vil fremkomme i styringssystem for informasjonssikkerhet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styringskravet gjelder ikke området medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter. • Innen utløpet av 1. kvartal avklare om det foreligger andre områder som setter særlige lov/forskriftskrav krav for utførelse av de IKT-oppgaver her nevnt, og behandle slike i forbindelse med klargjøring av drifts- og forvaltningsmodeller med Helse Nord IKT. 	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Under arbeid, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022.</p> <p>Drift og forvaltning av områdene må gås opp og det må gjøres avklaring på roller og ansvar. Helseforetakene har fått et utkast til forvaltning på sluttbrukerstyr - pc-er. Dette arbeidet tar tid og vil måtte pågå i 2022 også.</p> <p>IFront-prosjektet, som ledes av HN IKT, har startet kartlegging av infrastruktur på UNN.</p>				

RHF	99	<p>Prioritere innføring av meldingsstandard for henvisning og helsefaglig dialog innen utløpet av 2021/tidlig 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.</p>	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Under arbeid.</p> <p>Når det gjelder Helsefaglig dialogmelding så er den utsatt inntil videre og det er ikke kommet ny nasjonal innføringsplan og det frarådes bruk av melding inntil videre. DIPS har heller ikke utvikla den så må bare ha den på lista i tilfelle det blir noe jobbing i 2022, for eksempel testing eller deltakelse i utviklingsgrupper med DIPS.</p> <p>Når det gjelder Henvisning 2.0. Så er DIPS i gang med å utvikle melding «Status på henvisning» (den nye elektroniske tilbakemeldingsmeldinga). Regional forvaltning er med i utviklingsgruppe/ressursgrppe og har møte med DIPS hver 14. dag og gir innspill til utvikleingstrinnene. Det er plan om testing i testmiljø og ev pilotering her i HN i løpet av vinteren 2022. DIPS har ikke oppgitt noe eksakt tidspunkt for når de skal levere «Status på henvisning» eller de andre meldingene på standarden (Ny tilstand, Viderehenvisning). Helse Nord har åpnet for mottak av henvisning Ny tilstand og Viderehenvisning ettersom Helse Midt har utvikla meldingene. Her gjorde vi ende testing i 2021 sammen med HN IKT og Helse Midt. Det er innført i september 2021 og er gått greit. Nasjonal innføringsplan sier at alle meldingene på Henvisning 2.0. skal være innført i løpet av 2020, og det er jo lenge siden, så uvisst når DIPS fortsetter å utvikle. De har for eksempel utvikla Viderehenvisning, men den er så dårlig at den ikke er mulig å ta i bruk i Helse Nord, FRESK har gitt innspill til forbedring av meldinga.</p>				

RHF	100	Planlegge og ta i bruk ny nasjonal personidentifikator og felles hjelpenummer fra 2022. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF på oppdrag av Helse Nord RHF.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Under arbeid.				

RHF	101	Innen tredje kvartal 2021 levere Helse Nord RHF en oversikt over samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene hvor relevant programvare i tillegg er dokumentert i Sureway (sureway.no). Asset i Sureway og andre applikasjoner, registreres i Helse Nord IKTs asset/managementverktøy når Helse Nord IKT har ferdigstilt innføring. Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iv. Helseforetakene skal ved oversendelse til Helse Nord RHF også oversende kopi av alle avtaler tilknyttet de aktuelle applikasjoner.	SANO, FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
Under arbeid, sannsynlig at UNN vil nå målet i 2022. Oversikt over programvare er registrert i Sureway og oversikt er levert Helse Nord RHF. Det er registrert over 600 systemer, og arbeid med å registrere all påkrevd informasjon per system er omfattende på grunn av antall system og innhenting av dokumentasjon. Arbeidet vil derfor fortsette i 2022, og ressurser er satt av til dette.				

Informasjonssikkerhet

FTP	105	Følge opp Riksrevisjonens hovedfunn, merknader og anbefalinger fra undersøkelsen om helseforetakenes forebygging av angrep mot sine IKT-systemer .	Alle	Årlig melding
Oppfylt. Det er utarbeidet en handlingsplan for informasjonssikkerhet i UNN som omhandler både sikkerhetstiltak og styringsaktiviteter for forbedring av informasjonssikkerheten. Handlingsplanen er i tråd med funn og anbefalinger fra Riksrevisjonen, og bygger på NSMs grunnprinsipper.				
FTP	106	Benytte Norsk Helsenett SFs årlige rapport om trusler, trender, sårbarheter og relevante tiltak som sektoren kan benytte i sitt arbeid med risiko- og sårbarhetsvurderinger	Alle	Årlig melding
Under arbeid. Det nasjonale prosjekt "Modernisert folkeregister" er utsatt til 2023. NHN (Norsk HelseNett) har besluttet å lage nytt brukergrensesnitt (OpenAPI).				

RHF	107	Innen 1. april 2021 utarbeide en handlingsplan som er dekkende for å lukke påpekte svakheter på kort og lang sikt. Handlingsplanen skal ha en tidfestet fremdriftsplan og oppgavefordeling. Handlingsplanen skal som minimum dekke de 10 anbefalte tiltak i nasjonal strategi for digital sikkerhet, og NSM sine grunnprinsipper for IKT-sikkerhet med tiltak.	Alle	1. tertial og Årlig melding
Oppfylt. Handlingsplanen er utarbeidet og vedtatt i UNN styret 17.03.21.				

RHF	108	Inkludere informasjonssikkerhet i virksomhetskulturen ved å kartlegge virksomhetens sikkerhetskultur, og identifisere hva som kan forbedres. Helseforetakene skal beskrive og fastsette ønsket kultur, og gjennomføre tilpasset årlige opplæringsprogram for å fremme god sikkerhetskultur. Opplæringen skal tilpasses den enkeltes oppgaver.	Alle	Årlig melding
Under arbeid. UNN v/ESI har deltatt i arbeidsgruppen i det regionale prosjekt Digital sikkerhetskultur. Foretaket har gjennomført undersøkelsen og resultatene var klare i slutten av 2021. Dette danner grunnlag for forbedring, fastsetting av ønsket sikkerhetskultur og tilpassing av opplæring for ansatte. Arbeidet vil fortsette i 2022 og ledes av ESI. UNN har i tillegg gjennomført sikkerhetsuke med informasjon gjennom blant annet egenutviklede plakater som har vært delt ut til klinikker og sentre.				

RHF	109	Innen 1. juni 2021 styrebehandle status fra arbeidet med informasjonssikkerhet. Status skal som minimum inneholde: <ul style="list-style-type: none"> • status for fremdrift for handlingsplan for å lukke kjente svakheter utvikling i trusselbildet • resultater fra gjennomførte risikovurderinger, inntrengingstester, sikkerhetstester og sikkerhetsrevisjoner • oppsummering fra avviksrapportering • behov for endringer i styringssystem for informasjonssikkerhet 	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
Oppfylt. Det har vært rapportert og informert om informasjonssikkerhet i UNNs styremøter og styreseminar i 2021. Handlingsplanen ble godkjent i styremøte 17.03.21. Status i arbeid med informasjonssikkerhet ble orientert i styremøtene 18.05.21 og 16.12.21. Informasjonssikkerhet har vært tema i styreseminar 15.06.21 og 09.11.21.				

RHF	110	Med utgangspunkt i oppfølging fra Riksrevisjonens dokument 3:2 (2020-2021) , skal helseforetaket sikre at organisering av informasjonssikkerhet i eget helseforetak er i tråd med styringssystem for informasjonssikkerhet. Helseforetakene skal også bidra i regionale forbedringsaktiviteter slik at nødvendige korrigerende tiltak blir iverksatt.	Alle	Årlig melding
Oppfylt. UNN har utarbeidet retningslinje for organisering av informasjonssikkerhet i foretaket, hvor det beskrives roller og ansvar. UNN deltar i Felles fagråd for informasjonssikkerhet (FRIS) i Helse Nord, hvor det jobbes kontinuerlig med forbedring av informasjonssikkerhet.				

--

Krav i foretaksmøte 15. juni 2021

RHF		Rapportere i årlig melding for 2021 om rutiner og prosesser for involvering av ansatte i planlegging og evaluering av nye sykehusbygg.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Årlig melding
<p>Oppfylt.</p> <p>Universitetssykehuset Nord Norge HF ved Prosjekt og utbyggingsavdelingen i Drifts- og eiendomssenteret har skriftlige rutiner for bruker- og ansattemedvirkning i byggeprosjekter som inkluderer vernetjeneste og smittevern. De to pågående prosjektene; Nye UNN Narvik og Psykisk helse og Rusbehandling Tromsø har gjennomført dette i henhold til rutiner. Prosedyrene for dette har vært gjennomgått med foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud i 2021 uten at det kom opp forhold som burde forbedres.</p> <p>Tidligere gjennomførte store prosjekter; Pasienthotell, A-fløy og PET-senter har vært gjenstand for evalueringsprosess i regi av Sykehusbygg HF i 2020 og 2021. Arbeidet har tatt lengre tid enn forutsatt, dels på grunn av arbeidsmengden i Sykehusbygg og pågående pandemi med reiserestriksjoner. Det forventes at rapporter fra evalueringene blir ferdigstilt i Q2 i 2022.</p>				

RHF		Etablere tverrfaglig regional senfølgeklinikk for utredning og diagnostisering av pasienter som får langvarige, komplekse og sammensatte symptomer etter akuttforløpet med covid-19, hvor funksjonsnivået påvirkes i uttalt grad. God samhandling med primærhelsetjenesten bør vektlegges, både i organisering av tilbudet og i oppfølgingen av den enkelte pasient. Universitetssykehuset Nord-Norge HF må påse at det kliniske arbeidet suppleres med relevant følgeforskning.	UNN	Årlig melding
<p>Oppfylt.</p> <p>UNN har etablert regional covid senfølgepoliklinikk innen fristen.</p>				



STYRESAK

Styresak:	30/2022
Møtedato:	23.03.2022
Arkivsak:	2022/33-3
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Orienteringssaker til styremøte 23.03.2022

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar orienteringssakene til orientering.

1. Informasjon fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
2. Kvalitet og pasientsikkerhet – pasienthistorie – *mundlig*
3. Salg av Åsgårdmarka - oppsummering – *skriftlig*
4. Status handlingsplan for informasjonssikkerhet 2022 – *skriftlig (unntatt offentlighet)*

Tromsø, 11.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



ORIENTERINGSSAK TIL STYRET

Møtedato:	23.03.2022
Arkivsak:	2020/4988-8
Saksbehandler:	Grethe Andersen

Salg av Åsgårdmarka - oppsummering

Bakgrunn

I 2009 startet Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) arbeidet med å omregulere øvre del av tomtene på Åsgård til boligformål for å klargjøre eiendommen for salg. Saken har vært til behandling og orientering i styret i perioden 2008-dd.

I kommunestyremøtet 26.01.2022 ga Tromsø kommune (TK) aksept til tilbud om kjøp av eiendommen fra UNN, og prosessen er i avslutningsfasen.

Formål

Formålet med saken er å gi styret en oppsummert orientering om prosessen vedrørende salg av Åsgårdmarka.

Saksutredning

Åsgårdmarka er et tomteområde eid av UNN og Troms og Finnmark fylkeskommune (TFFK) med henholdsvis 85 % og 15 % eierandel.

I 2009 startet arbeidet med å omregulere de samlede eiendommene til boligformål. Styret i UNN vedtok i styresak 81/2013 *Åsgårdmarka* å oversende detaljreguleringsplan for Åsgårdmarka til Tromsø kommune med sikte på omregulering av området til boligformål og salg. Styret ba administrerende direktør om innhenting av tillatelse av salg fra Helse Nord RHF, og forutsatte at inntektene helt eller delvis skal bidra til modernisering eller nybygg på rus- og psykiatriområdet. I påvente av behandling av reguleringsplanen i Tromsø kommune ba styret i Helse Nord RHF i styresak 17/2014 Helse- og omsorgsdepartementet om fullmakt i foretaksmøtet til å avhende eiendommen Åsgårdmarka, under forutsetning av godkjent reguleringsplan. Fullmakt ble gitt i foretaksmøte 29.08.2014. Tromsø kommune vedtok reguleringsplan for Åsgårdmarka i møte 27.09.2017. Helseforetaksloven definerer virksomheten til foretakene. I samråd med Helse Nord RHF har UNN derfor konkludert med at strategien er å selge eiendommen som den er. Strategien innebærer at innhenting av kostnadsanalyser for infrastruktur eller andre forberedelser til utbygging overlates til kjøper.

Det ble avholdt flere møter mellom UNN og TFFK i perioden 2017-2019 for å diskutere muligheter for en omforent felles strategi for avhending av hele eiendommen. Reguleringsplanen inkluderer flere rekkefølgebestemmelser i forhold til boligutbygging og infrastruktur, som tilsier at det for en eiendomsutvikler vil være formålstjenlig å eie hele området samlet. På bakgrunn av dette ble det vurdert som hensiktsmessig å selge eiendommen



samlet, med økt sannsynligheten for å oppnå markedspris, enn ved salg hver for seg. Høsten 2019 inngikk TFFK og UNN et uformelt, konkret samarbeid om salg av eiendommen. Høsten 2020 ble samarbeidsavtalen mellom UNN og TFFK formalisert.

UNN innhentet takst for den samlede eiendommen i 2018, og markedsverdi satt til 453 mill. kroner. Summen ble stadfestet våren 2021.

Sykehusbygg ble innleid for å bistå i den videre prosessen. Det omfattende arbeidet med due diligence ble igangsatt, og juridiske vurderinger vedrørende forkjøpsrett etter samhandlingsreformen ble utført. Konklusjonen var at TK ikke hadde forkjøpsrett. UNN sendte som en velvillighet informasjon til TK i november 2019 med spørsmål om interesse fra kommunen om direktekjøp til markedsverdi. Henvendelsen ble ikke besvart.

I november 2020 mottok UNN en henvendelse fra TK med ønske om å kjøpe Åsgårdmarka direkte fra UNN og TFFK. Kommunen hadde ved en feil oversett forespørselen fra UNN året før. Engasjert megler var på det tidspunktet klar til å legge eiendommen for salg i markedet. I styremøte i UNN 10.02.2021, styresak 06/2021, ble det truffet vedtak om å tilby TK å kjøpe tomten direkte, til takst. Det ble fremmet tilbud til TK på vegne av UNN og TFFK i brev av 26.04.2021, med forbehold om aksept i styrende organ hos begge parter.

I fylkestinget i juni (sak 44/21) ble det vedtatt salg av Åsgårdmarka. Det ble ikke tatt stilling til direktosalg i fylkestingets vedtak.

I juni 2021 utløp samarbeidsavtalen mellom TFFK og UNN. Det ble avholdt møte mellom TFFK og UNN om videre samarbeid 01.07.2021. Fylkeskommunens administrasjon skulle avklare juridiske forhold for direktosalg til Tromsø kommune, hvorpå saken skulle behandles av fylkesråd og fylkesting. Det ble understreket at saken fra UNNs side hadde hastverk, og det ble bedt om at saken skulle prioriteres.

I august 2021 ble det innhentet ny takst på hele eiendommene fra fylkeskommunen. Tromsø kommune og UNN var verken involvert i eller orientert om at ny takst ble innhentet. UNN ble gjort klar over denne nye taksten i november 2021. Det samme gjelder Tromsø kommune. I fylkestinget i desember 2021 vedtok Troms og Finnmark fylkeskommune på nytt å selge eiendommen direkte til Tromsø kommune, men stilte flere vilkår og la til grunn ny pris. UNN var ikke orientert om eller enig i disse vilkårene.

UNN varslet Troms og Finnmark Fylkeskommune om at det var ønskelig å selge direkte til Tromsø kommune uavhengig av Troms og Finnmark Fylkeskommune i brev av 17.12.2021.

UNN sendte nytt tilbud til Tromsø kommune om kjøp av UNNs eiendom i Åsgårdmarka 11.01.2022, etter forutgående møter. Nyeste takst ble lagt til grunn, som for UNNs andel av eiendommen er kr. 407 434 000,-. Tilbudet ble godkjent i kommunestyremøtet 26.01.2022, uten forbehold.

Primo mars 2022 venter UNN på at tomten formelt skal fradeles (forsinkelse i prosessen på grunn av en inkurie hos Tromsø kommune) og at detaljer knyttet til hjemmelsoverføring skal avklares. Det er enighet om innholdet i kontrakten på alle vesentlige punkter, og den forventes signert i løpet av mars/april 2022. Overdragelse antas å skje i mai 2022.



Vurdering og konklusjon

Prosesen har vært tidkrevende, men er nå uavhengig av eventuell videre prosess mellom Tromsø kommune og TFFK. UNN er tilfreds med at eiendommen nå er solgt til Tromsø kommune. Samarbeidet med Tromsø kommune har vært godt hele veien, og det er oppnådd en god pris på eiendommen.

Tromsø, 11.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



STYRESAK

Styresak:	31/2022
Møtedato:	23.03.2022
Arkivsak:	2022/35-3
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Referatsaker til styremøte 23.03.2022

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar referatsakene til orientering.

1. Årsrapport Ungdomsrådet UNN 2021
2. Årsrapport Brukerutvalget UNN 2021
3. Referat fra møte i Kvalitetsutvalget, datert 01.03.2022
4. Referat fra møte i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 07.03.2022
5. Protokoll fra drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 07.03.2022
6. Referat fra møte i Arbeidsmiljøutvalget, datert 09.03.2022
7. Protokoll fra drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 10.03.2022
8. Referat fra møte II i Brukerutvalgets arbeidsutvalg, datert 10.03.2022
9. Protokoll fra drøftingsmøte III med ansattes organisasjoner og vernetjenesten, datert 16.03.2022

Tromsø, 16.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør



Årsrapport for 2021 Ungdomsrådet UNN



Innhold

	Side
1 Forord	3
2 Organisering og administrasjon	4
3 Mandat - et utdrag	5
4 Sammensetning av ungdomsrådet	6
5 Ungdomsrådets arbeid i 2021	6
6 Økonomi 2021	11
7 Hilsen fra leder av ungdomsråd UNN	11
8 Avslutning og planer for 2022	13

Vedlegg

Mandat for Ungdomsrådet ved UNN



1 Forord

«Årets arbeid i UR har gitt meg muligheten til å gi innspill til endringer jeg har savnet i tjenester jeg selv har benyttet.»

Medlem av UR UNN

Aktiviteten i ungdomsrådet i 2021 har vært høy, og saker har strømmet inn til ungdomsrådet som aldri før, til tross for at året var preget av pandemi. Noen saker er kortvarige, andre går over år.

Møtene har stort sett vært gjennomført som planlagt, med både fysisk oppmøte og via video. Begge deler fungerer bra, selv om fysiske møter gir en dimensjon ungdommene ofte savner ved nettmøter – småpratene, spise sammen osv.

Årets høydepunkt ble nettopp et møte hvor det sosiale sto i sentrum. De tre Ungdomsrådene i Helse Nord gjennomførte i oktober en fysisk helgesamling i Hammerfest med stor suksess. Vi takker for det gode samarbeidet med de andre ungdomsrådene fra Finnmark og Nordland, koordinatorene hos alle, og bidragsyterne som denne gang var sykehusdirektørene i alle Helse-Nords helseforetak samt administrerende direktør i Helse-Nord.

I 2022 skal vi konstituere nytt råd for perioden 2022-2024 – spennende!



Nestleder Johanne Kristine Mortensen og leder Mathias Halvorsen



2 Organisering og administrasjon

Ungdomsrådet UNN (UR UNN) er et foretaksovergrepene organ for ungdoms brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten – et råd for hele UNN. Organisatorisk er Ungdomsrådet plassert under direktøren, og likestilt med Brukerutvalget (BU) i UNN. Ungdomsrådets arbeid og prioriteringer styres av medlemmene, med koordinatorene som tilrettelegger for rådets arbeid. Referat fra rådets møter legges på internett og lagres i sykehusets saksarkiv.

Se ungdomsrådet på internett: <https://unn.no/om-oss/ungdomsradet#kontaktpersoner-for-ungdomsr%C3%A5det>

Rådet har administrativ forankring i Barne- og ungdomsklinikken (BUK) i klinikkjefens stab. Budsjett og driftsansvar ligger til klinikkjefen i BUK, og klinikkrådgiver Elisabeth Mia Warvik har sekretærfunksjon for rådet. Støttefunksjoner til koordinering er hentet fra klinikkrådgiver samt Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA/RSS) ved rådgiver Mariann Sundström og Barne- og ungdomsavdelingen (BUA) ved seksjonsleder Marit Nordmo. Av hensyn til kontinuitet og fleksibilitet har vi svært god erfaring med at rådet driftes av en gruppe fagpersoner i samarbeid og fra ulike fagområder.

2.1. Kontaktinfo koordinatorene og sekretær:

Koordinator Mariann H Sundström, e-post: Mariann.sundstrom@unn.no, telefon 77755753/41326354

Koordinator/Sekretær: Elisabeth Mia Warvik, E-post: Elisabeth.lorentsen.Warvik@unn.no, telefon 77626336/95758579

Koordinator Marit Nordmo, e-post: marit.nordmo@unn.no, telefon: 77669513

2.2 Oppgaver for koordinator/sekretær for ungdomsrådet – ofte i samarbeid med leder og nestleder for rådet

1. Bistå leder/nestleder og andre medlemmer av rådet vedrørende rådets oppgaver. Planlegge og avholde faste møter i arbeidsutvalget (AU) med nevnte representanter i forkant av rådets møter.
2. Være kontaktperson for interne og eksterne henvendelser. Herunder svare på henvendelser og bidra til god flyt og etterrettelighet i samhandlingen med samarbeidspartene, lokalt og nasjonalt.
3. Gjennomføre opplæring og innføring i aktuelle faglige temaer knyttet til ungdomsrådets oppgaver, saker, og drift. Herunder et særlig ansvar for innføring i fagområdet brukermedvirkning i sykehus.
4. Års- og møteplanlegging, møteinnkallinger, saksforberedelser og referater.



5. Kontinuerlig utvikling av strategier, planer og strukturer for bedring av ungdomsrådets drift og funksjon internt, i UNN-systemet og i forholdet til Helse-Nord.
6. Ansvar for rekrutteringsprosess hver 2.år og ved behov utenom.
7. Planlegging og gjennomføring av helgesamlinger.
8. Tilpasse metodikk rundt saker for aldergruppen.
9. Rapportere ungdomsrådets virksomhet.
10. Bistå ungdomsrådets medlemmer ved ulike kommunikasjons- og representasjonsoppgaver.
11. Holde seg orientert innen fagområdet ungdomshelse/ungdomsmedisin. Formidle faglig utvikling til ungdomsrådet.
12. Lage utkast til årsrapport.
13. Tilrettelegge, opprettholde og gjennomføre ungdomsrådets kontakt utad, herunder samarbeidet med helse-Nord, de øvrige ungdomsrådene i Helse-Nord, og ungdomsrådernes samarbeid på landsbasis.

3 Mandat – et utdrag

Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom i alderen 12-25 år i UNN. Det skal være et rådgivende organ for UNN og en høringsinstans for sykehusets arbeid med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. Ungdomsrådet skal også være et rådgivende organ for Brukerutvalget ved UNN.

Ungdomsrådet skal arbeide for å:

- Fremme brukerperspektivet for ungdom i sykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseplager og de utfordringer denne gruppen har overfor helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter.
- Gi konkrete råd til forbedring av tjenester for ungdom på UNN.
- Dele sin erfaring som brukere til nytte for annen ungdom.
- Kommunisere med alle klinikker i sykehuset som behandler ungdom.
- Fremme kontakt med brukerorganisasjoner.
- Fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus

Ungdomsrådet skal være bredt sammensatt. Det skal gjenspeile den demografiske sammensetningen i opptaksområdet, bredden i de aktuelle pasientgrupper og mangfoldet i diagnoser og erfaring med sykehuset.

Se for øvrig vedlagt fullstendig mandat.



4 Sammensetning av Ungdomsrådet

Rådet har 11 plasser. Vi skiller ikke mellom medlem og varamedlem.

Mathias Halvorsen	(leder), Tromsø
Iben Einan	(nestleder perm fra juni) Balsfjord
Johanne Kristine Mortensen	(nestleder fra juli) Tromsø
Regine Elvevold	Tromsø
Surajja Zeynalli	Tromsø
Kamilla Mari Sørensen	Tromsø
Kamilla Hammari Olsen	Alta
Magnhild Hjelme	Harstad
Elise Marie Nilssen-Broderstad	Evenskjer
Marius Sundstrøm	Tromsø
Mia Berggren Nordahl	Tromsø
Helena Andersen	Tromsø

5 Ungdomsrådets arbeid i 2021

Møter og helgesamling

Ungdomsrådet har avholdt 6 møter i 2021, noen fysiske og noen digitalt. Fordelene med fysiske samlinger er mange. Blant annet så kan man jobbe i grupper og diskutere på en annen måte. I 2021 fikk vi derfor til noen fysiske møter hvor avstandskrav og smittevern var hensyntatt. Digitale møter har vi også etter hvert gode erfaringer med, selv om de blir annerledes. Sakene ble tilpasset og møtene noe kortere. På møtene i ungdomsrådet er det i 2021 behandlet rundt 40 saker.

I tillegg hadde de tre ungdomsrådene i Helse Nord helgesamling i Hammerfest i oktober. Programmet var innholdsrikt. Her nevnes virtuell presentasjon av nye sykehus i Hammerfest og Narvik, individuell jobbstøtte til ungdom, hva bør du som ungdomsrepresentant tenke gjennom før du deler dine erfaringer, brukermedvirkning i praksis, møte med sykehusdirektørene fra Finnmark, UNN og NLSH – med tema: Dette er viktig for ungdomsrådene i Helse Nord. I tillegg var det tid til sosialt, bytur og god mat sammen. Det ble en flott tur med en glad og fornøyd gjeng ungdommer som inspirerte hverandre til videre arbeid med ungdomshelse.



Bilde over er av UR UNN under samlingen i Hammerfest oktober.



Helgesamling i Hammerfest for ungdomsrådene i Helse Nord oktober 2021



Et utvalg av saker fra året 2021 UR UNN

«Jeg har kunnet drøftet og diskutert temaer innen ungdomshelse med andre engasjerte ungdommer»

Medlem av UR UNN

- Mandatet for arbeidet i UR UNN ble revidert i starten av året. Viktig med en oppdatering.
- Brukermedvirkning på tjenestenivå i samarbeid med Forbedringsenheten på UNN
- Nye UNN Narvik, nytt sykehusbygg
- Nye psykiatribygg i Tromsø
- Helsefellesskapet Troms og Ofoten ble etablert, og ungdomsrådet har fast plass med stemmerett i Strategisk samarbeidsutvalg, Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge, og Faglig samarbeidsutvalg for psykiatri og rus.
- Planlegging og gjennomføring av samling for ungdomsrådene i Helse Nord
- Dialogmøte med styret
- Dialogmøte med Pasient- og brukerombudet
- Arbeid med Rekruttering og etablering av brukerbank
- Honorering av brukerrepresentanter
- Ny strategi for UNN
- Logo for UR UNN
- Diagnoseuavhengige ungdomskurs
- Involvering i en rekke prosjekter innen digitalisering av helsetjenester og bruk av videokonferanse i behandling. Verdens helseorganisasjon produserte en video om tematikken med ungdomsrådets nestleder Johanne-Kristine Mortensen. Videoen ble vist på en stor konferanse i Moskva i desember 2021.
- Gode overganger fra barne- til voksenorienterte helsetjenester. Ungdomsrådet har mottatt forslag til rutiner fra Barne- og ungdomsavdelingen og har gitt svar på høringen. I Docmap dokumentnummer: RL 9091 finnes retningslinjene som er utarbeidet som et grunnlag for overgangsrutiner.
- Oppdragsdokument fra Helse Nord til helseforetakene for 2022. Ungdomsrådet ble invitert til å komme med innspill sammen med de øvrige ungdomsrådene i Helse-Nord.

Listen er ikke uttømmende.



Foredragsvirksomhet, utvalg, møter ol 2021

- Pasientsikkerhetskonferansen i Helse Nord, februar i Tromsø
- Artikkel i Troms folkeblad i mars om ungdomsrådet og fokus på rekruttering. Leder Mathias Halvorsen ble intervjuet
- Partnerskapsmøte i forbindelse med etablering av Helsefelleskapet i april
- Rutiner for gode overganger i Barne- og ungdomsavdelingen. Leder Mathias Halvorsen deltok på et møte i april for å belyse tema
- Onsdagsmøte på UNN er et møte hvor hele sykehuset inviteres. Tema i høst var gode overganger og det ble spilt inn en flott film hvor medlem Johanne Kristine Mortensen bidro
- Samarbeidsmøte med Regional brukerutvalg Helse Nord i november. Medlemmene Regine Elvevold og Kamilla Hammari Olsen deltok i Bodø.

Listen er ikke uttømmende.





Bildet over er fra møte med Regionalt brukerutvalg i Bodø i november. Fra venstre Kamilla Hammari Olsen UR UNN, Marie Dahlskjær UR NLSH og Regine Elvevold UR UNN

UR UNN er representert i flere prosjekter, fagdager og lignende:

- «Engasjert», forbedringsverktøy for brukermedvirkning. Deltager er Kamilla Hammari Olsen og Mariann H Sundstrøm.
- Verdensdagen for Psykisk helse Tromsø.
- CAPA (Choice and partnership approach) i Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) UNN. Forløpsprosjekt. Deltager fra UR er medlem Kamilla M Sørensen.
- ADHD og Omega 3. Forskningsprosjekt BUP UNN.
- Involvert. Prosjekt ved Regionalt kunnskapssenter for barn og unges psykiske helse, UiT/ Helsedirektoratet. Etablering av nasjonalt nettsted for brukermedvirkning, samt forskningsprosjekt. Deltager fra UR UNN er medlem Kamilla M Sørensen og koordinator Mariann H Sundstrøm.
- Nye Narvik sykehus. Presentert ved Lars Rye, prosjektleder UNN. Framover er hele rådet involvert men med nytt medlem Elise Broderstad Nilsen kom inn sent på høsten som kontaktperson.
- Frivillighet i UNN. Ressursgruppe. Deltagelse fra UR ved koordinator Elisabeth M Warvik.

Listen er ikke uttømmende.



6 Økonomi 2021

Art	Art (T)	Beløp
5099	Periodisering lønn	-497,5
5390	Andre avg.pl godtgjørelser	50500
5400	Arbeidsgiveravgift	4187,01
5600	Kurs, seminarer, kongresser og lignende	2500
5900	Gaver til ansatte	305
6860	Servering v/møter	26033,44
7149	Reisekostnader utenom reiseregnsyst.	60180,28
7797	Andre kostnader	2000
		145208,23

Under pandemien bruker ungdomsrådet mindre penger på møter og reiser.

7 Hilsen fra leder av Ungdomsrådet UNN

Året som har gått ble nok kanskje ikke helt slik vi alle hadde sett for oss. En berg- og dalbane av hjemmeskole, avstandskrav, stengte utesteder, en etterlengtet gjenåpning inn mot sommeren, smittebølger og en ny virusvariant bidro til at også det andre året med koronapandemi ble krevende for de fleste av oss. Også i 2021 har virusets herjinger utvilsomt satt et visst preg på arbeidet til oss i ungdomsrådet på UNN.

Likevel har rådet jobbet utrettelig med sine satsningsområder og bidratt med solide innspill i de enkelte sakene hvor vår kompetanse har vært etterspurt. De siste årenes sterke innsats for å øke ungdomsrådets synlighet overfor både interne og eksterne aktører har utvilsomt betalt seg, og dette har vi dratt nytte av gjennom hele året. Ikke bare har saksmengden økt, men man får også inntrykk av at tyngden av våre tilbakemeldinger har blitt større. Vi har blitt tatt med og lyttet til på arenaer hvor store beslutninger blir tatt. Dermed sikrer vi at unge pasienter blir hørt, og at deres meninger har reell påvirkningskraft. Dette er store skritt, helt i tråd med vår visjon.

Blant mange spennende prosjekter og saker vi har jobbet med, kan nevnes innspill til nye bygg både for rus og psykiatri ved UNN Tromsø og sykehusbygget ved nye UNN Narvik, større fokus på digitalisering av helsetjenester (særlig om økt bruk av videokonsultasjoner) og gode strategier for økt brukermedvirkning. Rådet har også vært representert på en rekke viktige møter. Her kan nevnes dialogmøte med sykehusets styre og brukerutvalg, møter med regionalt brukerutvalg samt direktør i Helse Nord RHF, i tillegg til møter i en rekke ulike prosjektgrupper. Vi er også veldig glade for å ha fått tildelt en plass i det regionale helsefellesskapet, som er et samarbeids- og beslutningsorgan mellom UNN og kommunene i Troms og Ofoten.

Vi har også fått til flere fysiske rådsmøter i året som har gått, hvor vi ved hjelp av større lokaler har kunnet kombinere god avstand med hektisk møtevirksomhet og hyggelig sosialt samvær. I oktober fikk vi heldigvis også gjennomført felles samling med ungdomsrådene i Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset. Dette var en kjempes fin helgetur til Hammerfest



hvor vi både diskuterte felles problemstillinger og fikk muligheten til å bli bedre kjent med hverandre på tvers av vår langstrakte landsdel.

I løpet av sommeren og høsten har vi også fått inn noen nye medlemmer i rådet, alle med verdifulle erfaringer og sterke stemmer. Ekstra nyttig er det at vi nå igjen har en representant med samisk bakgrunn, siden vi lenge har manglet samiske perspektiver på arbeidet vårt. I 2022 går vi inn i et valgår (dette ble utsatt et år pga. pandemien), og som leder håper jeg at både våre relativt nye og flere av våre mer erfarne medlemmer velger å fortsette sitt engasjement for det fantastiske ungdomsrådet i UNN.

Med ønske om et godt (og etter hvert kanskje også koronafritt) nytt år til alle!

Tromsø, 04.01.2022

Mathias Halvorsen

Mathias Halvorsen

Leder, Ungdomsrådet UNN





8 Avslutning og planer for 2022

Av årsmelding for 2021 kan vi oppsummere to hovedmomenter – det har vært høy aktivitet i rådet med møter og mange saker, og det nesten umulige ble mulig med tanke på fysisk samling av rådene i Hammerfest. God planlegging og godt gjennomført.

I 2022 satser vi for fullt med møter, videreføring og inntak av saker, og ikke minst å ta inn nye medlemmer. Rekruttering av nytt råd ble utsatt fra 2021 til 2022. På slutten av året har vi derfor startet prosessen, hvor vi blant annet går bredt ut til brukerorganisasjoner for å rekruttere nye medlemmer.

Høsten 2021 var vi heldige og fikk med flere nye pga frafall i rådet. Vi ser med glede fram til 2022, med en mix av veteraner, nye i 2021 og helt nye medlemmer fra 2022.

«I 2021 valgte jeg å bli med i UR UNN fordi jeg ville prøve noe nytt, som jeg vet kan være positivt for både meg og andre ungdommer rundt meg»

Nytt medlem av UR UNN



Fra møte på The Edge høsten 2021



Vedlegg

Mandat for Ungdomsrådet ved UNN

Grunnlag

Ungdomsrådets oppgaver bygger på prinsippet om at det er pasientens behov som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, og at brukermedvirkning skal brukes som en kunnskapskilde til forbedring av praksis. Ungdoms brukererfaringer og forslag til tiltak skal systematisk brukes for å forbedre sykehusets tilbud til ungdom.

Overordnede føringer

- Barnekonvensjonens artikkel 12 sier at ungdom har rett til å si sin mening og bli hørt. Barnekomiteen i Genève har videre slått ettertrykkelig fast at det er voksne som har ansvar for å legge til rette for at de blir hørt.
- Nasjonal helse- og sykehusplan: I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 nevnes flere aktuelle momenter blant annet at ungdomsrådene skal ha reell innflytelse. Barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet (s9)
- Brukermedvirkning i helseforetak - Lov om helseforetak § 35, og retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå.
- Visjon for brukermedvirkning i Helse Nord: *Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.*
- Definisjon på brukermedvirkning: "De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud" (Stortingsmelding nr. 34-1996-97).

Formål

Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom i alderen 12-25 år i UNN. Det skal være et rådgivende organ for UNN og en høringsinstans for sykehusets arbeid med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. Ungdomsrådet skal også være et rådgivende organ for Brukerutvalget ved UNN.

Ungdomsrådet skal arbeide for å:

- Fremme brukerperspektivet for ungdom i sykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseplager og de utfordringer denne gruppen har overfor helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter.
- Gi konkrete råd til forbedring av tjenester for ungdom på UNN.
- Dele sin erfaring som brukere til nytte for annen ungdom.
- Kommunisere med alle klinikker i sykehuset som behandler ungdom.
- Fremme kontakt med brukerorganisasjoner.
- Fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus



Organisering og administrasjon

Ungdomsrådet arbeider for ungdoms brukermedvirkning i UNN. Ungdomsrådet er et selvstendig utvalg sidestilt med Brukerutvalget på UNN. Ungdomsrådet jobber selvstendig med utvalg av saker og uttalelser i saker. Det skal være samarbeid mellom UR og BU. Lederne for rådene kan stille som observatører i det andre utvalget.

Ungdomsrådet skal i det daglige ha administrativ forankring i BUK gjennom koordinatorene som representerer henholdsvis somatisk og psykisk helsevern. Det skal etableres et arbeidsutvalg som består av koordinatorene, samt leder og nestleder i ungdomsrådet.

For at ungdomsrådet skal kunne bidra med reell brukermedvirkning, foreligger det særlige behov for tilrettelegging av metode og arbeidsform.

Koordinatorer har en særskilt rolle i tilretteleggingen og deres oppgaver er:

- Være ambassadører for ungdomsrådet og ivareta et formidlingsansvar for Ungdomsrådets virke og arbeid.
- Være prosessledere og sørge for egnet metodikk tilpasset aldersgruppen.
- Bistå ungdomsrådets leder/nestleder i deres funksjoner.
- Bidra til effektiv linje for saksbehandling.
- Sørge for møteplan, møteinnkalling samt skrive referat fra rådets arbeidsutvalg og øvrige møter.
- Være et bindeledd mellom ungdomsrådet, brukerutvalget og øvrig ledelse i BUK og på UNN.
- Administrere møte- og reisegodtgjørelser for ungdomsrådets representanter.
- Send ut referat fra møter til Brukerutvalget på UNN, administrasjonssjef, utvidet lederteam i BUK, de andre ungdomsrådene i regionen og Regionalt brukerutvalg.
- Drive rekrutteringsprosessen i forbindelse med valg av nytt råd og ved behov for nye medlemmer underveis i perioden.

Arbeidsutvalg

- Samarbeide om utarbeidelse av møteplan, sakliste og forberedelse av saker.
- Samarbeide om arrangementer og større saker/prosesser hvor det er behov for en bredere saksforberedelse eller utredning.
- Koordinatorer foreslår prioritering av saker og kommer med anbefalinger i saker hvor det er nødvendig.

Sammensetning

Ungdomsrådet skal være bredt sammensatt. Det skal gjenspeile den demografiske sammensetningen i opptaksområdet, bredden i de aktuelle pasientgrupper og mangfoldet i diagnoser og erfaring med sykehuset.

Rådet skal bestå av 11 medlemmer mellom 12-25 år, fordelt etter alder, kjønn, etnisk bakgrunn og bosted, som avspeiler helseforetakets nedslagsfelt. Ungdomsrådet skal ha minst en representant med samisk bakgrunn. Det er ønskelig at minst en representant i ungdomsrådet har erfaring som pårørende.

Ungdomsrådet skal ha minst 2 representanter fra hvert av områdene somatisk, habilitering og psykisk helsevern. Det er et krav at ungdommene skal ha personlige erfaringer som pasient/pårørende i sykehus. Ungdommene må være villige til å dele sine erfaringer, og ha et ønske om å bidra til bedre helsetjenester for ungdom.



Rekruttering og konstituering

Utlysning etter nye rådsmedlemmer formidles allment, i BUK og ved henvendelse til brukerorganisasjoner. Brukerorganisasjonene foreslår aktuelle kandidater blant sine medlemmer. Ungdommer som ønsker å være med i rådet kan selv ta kontakt med UNN.

Ved valg av nytt råd foreslås følgende arbeidsfordeling: utlysning, behandling av søknader, intervjuer og innstilling gjøres av koordinatorene i samarbeid med klinikk-sjef BUK og evt administrasjonssjef. I innstillingen foreslås også leder og nestleder. BUK klinikkledelse gjør det endelige vedtaket om sammensetningen av rådet.

Rådsmedlemmer sitter i 2 år, med mulighet for reoppnevning. Maksimalt kan kandidatene velges for tre perioder. Det er ønskelig at ikke hele rådet skiftes ut på samme tid. Det inngås en skriftlig avtale med rådsmedlemmene. Rådsmedlemmer under 18 år må ha muntlig samtykke fra foresatte til å sitte i rådet.

Godtgjøring og møteaktivitet

Møtegodtgjøring skjer etter egne satser og skal følge anbefalingen gitt av Helse Nord. Reisegodtgjøring skjer etter statens reiseregulativ.

Ungdomsrådet har inntil 8 møter i året, med anbefaling om at minst to av disse gjennomføres via videokonferanse. Et møte i året er en helgesamling og teller da som to møter. Det utbetales honorar for to møter (8 timer). I tillegg kan ungdomsrådet inviteres til frivillig deltakelse ved andre forespørsler (møter med ledelse, foredrag etc.). Honorar for oppdrag utenfor ungdomsrådets faste møteagenda, avtales i det enkelte tilfelle.

Leder og nestleder møter i ungdomsrådets arbeidsutvalg, i Brukerutvalget UNN, i dialogmøte med styret i UNN og i klinikkledermøter i BUK ved behov. Representasjon av ungdomsrådet i ulike fora og eventuelt annet kan også bli aktuelt.

Referanser

Brukermedvirkning i helseforetak – med hjemmel i Lov om helseforetak:

http://www.lovdatabasen.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7

FN's Barnekonvensjon: <http://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#12>

Norsk Forening Unges Helse (NFUH) <http://www.ungeshelse.no/>

Unge Funksjonshemmede: <http://www.ungefunksjonshemmede.no/>



Mandat for Ungdomsrådet ved UNN

Grunnlag

Ungdomsrådets oppgaver bygger på prinsippet om at det er pasientens behov som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, og at brukermedvirkning skal brukes som en kunnskapskilde til forbedring av praksis. Ungdoms brukererfaringer og forslag til tiltak skal systematisk brukes for å forbedre sykehusets tilbud til ungdom.

Overordnede føringer

- Barnekonvensjonens artikkel 12 sier at ungdom har rett til å si sin mening og bli hørt. Barnekomiteen i Genève har videre slått ettertrykkelig fast at det er voksne som har ansvar for å legge til rette for at de blir hørt.
- Nasjonal helse- og sykehusplan: I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 nevnes flere aktuelle momenter blant annet at ungdomsrådene skal ha reell innflytelse. Barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet (s9)
- Brukermedvirkning i helseforetak - Lov om helseforetak § 35, og retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå.
- Visjon for brukermedvirkning i Helse Nord: *Brukere har rett til å medvirke, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.*
- Definisjon på brukermedvirkning: "De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud" (Stortingsmelding nr. 34-1996-97).

Formål

Ungdomsrådet representerer brukergruppen ungdom i alderen 12-25 år i UNN. Det skal være et rådgivende organ for UNN og en høringsinstans for sykehusets arbeid med å utvikle og opprettholde gode helsetjenester for ungdom. Ungdomsrådet skal også være et rådgivende organ for Brukerutvalget ved UNN.

Ungdomsrådet skal arbeide for å:

- Fremme brukerperspektivet for ungdom i sykehuset, med spesielt fokus på ungdom med langvarige helseplager og de utfordringer denne gruppen har overfor helsepersonell, sykehusledelse og helsemyndigheter.
- Gi konkrete råd til forbedring av tjenester for ungdom på UNN.
- Dele sin erfaring som brukere til nytte for annen ungdom.
- Kommunisere med alle klinikker i sykehuset som behandler ungdom.
- Fremme kontakt med brukerorganisasjoner.
- Fremme generelle problemstillinger for ungdom i sykehus



Organisering og administrasjon

Ungdomsrådet arbeider for ungdoms brukermedvirkning i UNN. Ungdomsrådet er et selvstendig utvalg sidestilt med Brukerutvalget på UNN. Ungdomsrådet jobber selvstendig med utvalg av saker og uttalelser i saker. Det skal være samarbeid mellom UR og BU. Lederne for rådene kan stille som observatører i det andre utvalget.

Ungdomsrådet skal i det daglige ha administrativ forankring i BUK gjennom koordinatorene som representerer henholdsvis somatisk og psykisk helsevern. Det skal etableres et arbeidsutvalg som består av koordinatorene, samt leder og nestleder i ungdomsrådet.

For at ungdomsrådet skal kunne bidra med reell brukermedvirkning, foreligger det særlige behov for tilrettelegging av metode og arbeidsform.

Koordinatorer har en særskilt rolle i tilretteleggingen og deres oppgaver er:

- Være ambassadører for ungdomsrådet og ivareta et formidlingsansvar for Ungdomsrådets virke og arbeid.
- Være prosessledere og sørge for egnet metodikk tilpasset aldersgruppen.
- Bistå ungdomsrådets leder/nestleder i deres funksjoner.
- Bidra til effektiv linje for saksbehandling.
- Sørge for møteplan, møteinnkalling samt skrive referat fra rådets arbeidsutvalg og øvrige møter.
- Være et bindeledd mellom ungdomsrådet, brukerutvalget og øvrig ledelse i BUK og på UNN.
- Administrere møte- og reisegodtgjørelser for ungdomsrådets representanter.
- Sende ut referat fra møter til Brukerutvalget på UNN, administrasjonssjef, utvidet lederteam i BUK, de andre ungdomsrådene i regionen og Regionalt brukerutvalg.
- Drive rekrutteringsprosessen i forbindelse med valg av nytt råd og ved behov for nye medlemmer underveis i perioden.

Arbeidsutvalg

- Samarbeide om utarbeidelse av møteplan, sakliste og forberedelse av saker.
- Samarbeide om arrangementer og større saker/prosesser hvor det er behov for en bredere saksforberedelse eller utredning.
- Koordinatorer foreslår prioritering av saker og kommer med anbefalinger i saker hvor det er nødvendig.

Sammensetning

Ungdomsrådet skal være bredt sammensatt. Det skal gjenspeile den demografiske sammensetningen i opptaksområdet, bredden i de aktuelle pasientgrupper og mangfoldet i diagnoser og erfaring med sykehuset.

Rådet skal bestå av 11 medlemmer mellom 12-25 år, fordelt etter alder, kjønn, etnisk bakgrunn og bosted, som avspeiler helseforetakets nedslagsfelt. Ungdomsrådet skal ha minst en representant med samisk bakgrunn. Det er ønskelig at minst en representant i ungdomsrådet har erfaring som pårørende.

Ungdomsrådet skal ha minst 2 representanter fra hvert av områdene somatikk, habilitering og psykisk helsevern. Det er et krav at ungdommene skal ha personlige erfaringer som pasient/pårørende i sykehus. Ungdommene må være villige til å dele sine erfaringer, og ha et ønske om å bidra til bedre helsetjenester for ungdom.



Rekruttering og konstituering

Utlysning etter nye rådsmedlemmer formidles allment, i BUK og ved henvendelse til brukerorganisasjoner. Brukerorganisasjonene foreslår aktuelle kandidater blant sine medlemmer. Ungdommer som ønsker å være med i rådet kan selv ta kontakt med UNN.

Ved valg av nytt råd foreslås følgende arbeidsfordeling: utlysning, behandling av søknader, intervjuer og innstilling gjøres av koordinatorene i samarbeid med kliniksjeff BUK og evt administrasjonssjef. I innstillingen foreslås også leder og nestleder. BUK klinikkledelse gjør det endelige vedtaket om sammensetningen av rådet.

Rådsmedlemmer sitter i 2 år, med mulighet for reoppnevning. Maksimalt kan kandidatene velges for tre perioder. Det er ønskelig at ikke hele rådet skiftes ut på samme tid. Det inngås en skriftlig avtale med rådsmedlemmene. Rådsmedlemmer under 18 år må ha muntlig samtykke fra foresatte til å sitte i rådet.

Godtgjøring og møteaktivitet

Møtegodtgjøring skjer etter egne satser og skal følge anbefalingen gitt av Helse Nord. Reisegodtgjøring skjer etter statens reiseregulativ.

Ungdomsrådet har inntil 8 møter i året, med anbefaling om at minst to av disse gjennomføres via videokonferanse. Et møte i året er en helgesamling og teller da som to møter. Det utbetales honorar for to møter (8 timer). I tillegg kan ungdomsrådet inviteres til frivillig deltakelse ved andre forespørsler (møter med ledelse, foredrag etc.). Honorar for oppdrag utenfor ungdomsrådets faste møteagenda, avtales i det enkelte tilfelle.

Leder og nestleder møter i ungdomsrådets arbeidsutvalg, i Brukerutvalget UNN, i dialogmøte med styret i UNN og i klinikkledermøter i BUK ved behov. Representasjon av ungdomsrådet i ulike fora og eventuelt annet kan også bli aktuelt.

Referanser

Brukermedvirkning i helseforetak – med hjemmel i Lov om helseforetak:

http://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7

FN's Barnekonvensjon: <http://barneombudet.no/for-voksne/barnekonvensjonen/hele-barnekonvensjonen/#12>

Norsk Forening Unges Helse (NFUH) <http://www.ungeshelse.no/>

Unge Funksjonshemmede: <http://www.ungefunksjonshemmede.no/>



Årsrapport 2021

Brukerutvalget

ved

Universitetssykehuset Nord Norge HF

Godkjent i Brukerutvalget 23.2.2022

Utvalgets sammensetning 2021

Nåværende brukerutvalg for Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) ble oppnevnt i styremøte i UNN 22.4.2020, med funksjonstid frem til april 2022. Oppnevningen skjedde etter forslag fra brukerorganisasjonene.

Rammen for brukerutvalgets arbeid er *Strategi for brukermedvirkning ved UNN HF* og *Mandat for brukerutvalget ved UNN*. Utvalgets leder eller nestleder har, i tråd med mandatet, deltatt som observatør i UNNs styremøter med møte- og talerett.

Utvalgets medlemmer pr. 31.12.2021

NAVN	ORGANISASJON	
Medlemmer:		
<i>Kirsti Baardsen (leder)</i>	Kreftforeningen - Brystkreftforeningen	Tromsø
<i>Paul Dahlø (nestleder)</i>	FFO Troms - LHL Troms	Finnsnes
<i>Hans-Johan Dahl</i>	Fylkeseldrerådet	Tromsø
Nina Nedrejord	SAFO Nord – Norsk forbund for utviklingshemmede	Karasjok
Ulf J Bergstrøm	Kreftforeningen	Harstad
Merete Krohn	SAFO Nord – Norges Handicapforbund	Tromsø
Ingolf Kvandahl	Nordland eldreråd	Ballangen
Merethe Saga Lønnum	FFO – Mental helse	Tromsø
Terje Olsen	FFO – Huntingtonforeningen	Storslett
Siv Elin Reitan	Marborg	Narvik
Vararepresentanter:		
Mildrid Pedersen	FFO Troms – Norges Astma- og allergiforbund	Bardufoss
Thomas Engelskjøn	Kreftforeningen	Tromsø
Nina Benjaminsen	Rio Nord	Storslett
Inger Marie Olsen	Hørselshemmedes landsforbund	Tromsø
Målfrid Ovanger	Pensjonistforbundet Finnmark	Vadsø

De tre første medlemmene (i kursiv) utgjør utvalgets arbeidsutvalg (BAU).

Sekretariat

Hilde Anne Johannessen, sekretær

Ingrid Lernes Mathiassen, administrasjonssjef (direktørens representant i utvalget fra 12.08.2019)

Utvalgets aktivitet 2021

Sammendrag

Møtevirksomheten til Brukerutvalget har vært påvirket av koronapandemien i 2021. Det har derfor vært avholdt 3 digitale møter av til sammen 6 møter i Brukerutvalget. I Brukerutvalgets arbeidsutvalg har det vært avholdt 9 møter der kun ett møte har vært fysisk.

Utvalgets leder har deltatt i UNNs styremøter i tråd med mandatet. Utvalget har hatt egne temasekvenser med viseadministrerende direktør i møtene, der det har blitt utvekslet informasjon og innspill til ulike saker. Det har vært behandlet tilsammen 70 saker i Brukerutvalget i 2021.

Sakslisten til brukerutvalgsmøtene forberedes og settes av arbeidsutvalget i samarbeid med sekretariatet på grunnlag av plan for styresaker, samt innkomne henvendelser og innmeldte saker fra brukerutvalgets medlemmer og fra UNN HF. Styresaker blir gjennomgått og informert om til brukerutvalgets arbeidsutvalg i forkant av hvert styremøte. Det har blitt lagt vekt på å sikre at brukerutvalget gjennom uttalelser og innspill i møter får påvirke planer og styresaker på tidligst mulig tidspunkt.

Pasient- og brukerombudet i Troms møtte i utvalgets møte 24.02.2021 og presenterte sin årsrapport for 2020.

Representant fra Brukerutvalget har i 2021 deltatt i arbeidet med UNNs overordnede strategi 2021-2025.

Videre har Brukerutvalget hatt fokus på det store byggeprosjektet som pågår med Nye UNN Narvik. Representant fra utvalget har også deltatt i overordnet medvirkningsgruppe for Nye arealer for psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Tromsø samt i styringsgruppen for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling Tromsø – konseptfase.

Dialogmøter med styret ved UNN og Ungdomsrådet avholdes 2 ganger årlig. På grunn av koronapandemien ble ett dialogmøte avholdt digitalt, og ett fysisk.

I 2021 har Brukerutvalget hatt et særlig fokus på følgende saker:

- Overordnet strategi for pårørende. Brukerutvalget har bedt Regionalt brukerutvalg om å prioritere denne saken
- Rus og psykiatri – behandlingsskapiteten
- Utsatte operasjoner og ventetid på grunn av pandemien
- Det nye Helsefellesskapet
- Seineffekt kreft – oppfølging og informasjon om etablering av seineffekt kreft poliklinikk
- Utfordringer for pasienter på grunn av Covid-19

Det gjennomføres møter med sekretariatsfunksjonene til Brukerutvalget og Ungdomsrådet slik at saker koordineres og for å optimalisere samarbeidet mellom utvalgene.

Handlingsplan 2020-2022

Brukerutvalget vedtok i møte 7.11.2018 å godkjenne og rullere handlingsplan for 2018 – 2020. I Brukerutvalgets møte 08.12.2021 ble det gjort enkelte endringer i Handlingsplanen. En grundigere revidering er planlagt høsten 2022 når valg av nytt brukerutvalg er foretatt. Nåværende Handlingsplan med gyldighet 2020-2022 er slik:

1. Følge opp kvaliteten på tjenestene ved å:

- Ha fokus på ulike nasjonale kvalitetsindikatorer. Særlig viktig er ventetider, antall fristbrudd og sykefravær samt UNNs planer og rutiner for å innfri målkravene
- Helhetlige pasientforløp innenfor rus og psykiatri må sikres gjennom aktiv brukermedvirkning, særlig knyttet til mottak og formidling av informasjon
- Delta i og følge opp omorganiseringsarbeid med sikte på at forholdene for pasienter og pårørende kontinuerlig forbedres
- Sikre ulike sakers etiske perspektiv
- Bidra aktivt i arbeidet med å sikre brukermedvirkning i tråd med UNNs overordnede strategi
- Være pådriver i å gjenetablere «Møteplassen» i samarbeid med brukerorganisasjonene. Planlagt i vestibylen i UNN Tromsø
- Bidra til at samer, som urfolk, blir ivaretatt med hensyn til språklige og kulturelle behov
- Bidra å oppnå likebehandling av alle pasienter ved at det tas hensyn til pasientenes kulturelle, fysiske, psykiske, sosiale og åndelige bakgrunn og behov.

2. Sikre brukerkompetanse i UNNs styrende ledd:

- Gjennom utvalgsleders deltakelse i styremøtene (med tale- og forslagsrett)
- Gjennom direktørens deltakelse i brukerutvalgsmøtene med gjensidig informasjonsutveksling og orienteringer
- Ved å sikre at utvalgets møteplan muliggjør reell brukermedvirkning i saker som skal behandles av styret, herunder halvårlige dialogmøter med styret
- Gjennom at alle KVAM-utvalg har en brukerrepresentant

3. Sikre medvirkning i UNNs plan og budsjettprosesser ved å:

- Bidra til å etablere konkrete rutiner for medvirkning, og å sikre at brukermedvirkning synliggjøres i klinikkene
- Tilpasse dagsorden i det siste møte før virksomhetsplanen skal styrebehandles hvert år, slik at direktøren kan delta og gå mer i dybden

4. Styrke kontakt og samhandling i alle ledd som har med pasientbehandling å gjøre gjennom lokalt brukerutvalg, regionalt brukerutvalg og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

- Ved å gjøre seg kjent med oppdragsdokumentet
- Ved å gjøre den regionale strategien kjent i foretaket
- Ved å ha årlige møter med pasient- og brukerombudet (når ombudets årsmelding foreligger)
- Gjennom fast deltakelse (minimum én representant) i overordnet samarbeidsorgan (SSU)

5. Øke Brukerutvalgets kunnskap og forståelse for spesialisthelsetjenestens utfordringer

- Gjennom direktørens aktive deltakelse i brukerutvalgsmøtene
- Gjennom orienteringer fra klinikker og fagmiljøer
- Gjennom deltakelse i relevante prosjekter og arbeidsgrupper på klinikknivå

6. Synliggjøre Brukerutvalgets arbeid overfor pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner ved:

- Sterkere profilering av utvalget og utvalgets meninger (i enkeltsaker og på systemnivå) i media generelt samt Pingvinavisa
- Å øke fokus på medlemmenes kontakt med den/ de organisasjonen(e) de representerer
- Å jevnlig oppdatere Brukerutvalgets virksomhetsområde på UNNs internettside

7. Fremme saker av betydning for brukerne overfor helseforetaket

- På eget initiativ eller på bakgrunn av innkomne saker, fremme forslag overfor UNNs ledelse til forbedring av UNNs tilbud og tjenester
- Gjennom å nyttiggjøre seg de informasjonskanalene UNN har etablert for å gjøre pasienter og pårørende bedre kjent med de tilbudene som finnes ved UNN

8. Fokuserer på brukermedvirkning i innovasjonsprosesser:

- Ved å delta aktivt i ulike prosesser for utvikling og bruk av digitale hjelpemidler i pasientbehandlingen, og i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Prosjektarbeid 2021 – deltakelse

Utvalgets medlemmer har vært representert i følgende prosjekter, styringsgrupper, arbeidsgrupper og møter i løpet av 2021 (1.1. – 31.12.2021):

PROSJEKT/UTVALG/AKTIVITET	REPRESENTERT VED
Styret ved UNN	Kirsti Baardsen
Kvalitetsutvalget ved UNN	Kirsti Baardsen
Ungdomsrådet	Kirsti Baardsen
Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K (prosjektgruppe)	Kirsti Baardsen
OSO (Overordnet samarbeidsorgan) nå SSU	Paul Dahlø
Samhandlingsforum Somatikk i Tromsø, Harstad og Narvik (underutvalg av OSO/SSU)	Paul Dahlø
KLIN-REG-prosjekt: Likeverdige helsetjenester	Paul Dahlø
Etablering av Helsefelleskap	Paul Dahlø
Arbeidsgruppe om helsefelleskap	Paul Dahlø

Prostatasenteret ved UNN	Hans-Johan Dahl
KVAM-utvalg Hjerter- og lungeklinikk	Hans-Johan Dahl
Fagråd for Akuttmedisinsk tjeneste	Hans-Johan Dahl
KVAM-utvalg Akuttmedisinsk klinikk	Nina Nedrejord
Utvikling av sykepleierstudentenes praksisstudier (BU referansegruppe i prosjektet)	Nina Nedrejord
Etablering av robotassistert PCI	Nina Nedrejord
Pårørende – arbeidsgruppe	Nina Nedrejord
Ressursgruppe for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning	Nina Nedrejord
Prehospitalt sepsisregister og forskningsprosjekt	Nina Nedrejord
Referansegruppe til Prosjekt Brukerbanken	Nina Nedrejord
Sykehusapotekets brukerutvalg	Terje Olsen
Frivillighetsrepresentant i Frivillighetsgruppen	Terje Olsen
KVAM-utvalg Diagnostisk klinikk	Terje Olsen
KVAM-utvalg Kirurgi-, kreft- og kvinnehelelinikk	Terje Olsen
Klinisk Etikkomité	Terje Olsen
Faglig samarbeidsutvalg (tidligere SSU) rekruttering og stabilisering av helsepersonell i UNN-området	Terje Olsen
Styringsgruppe for Nye UNN Narvik	Siv Elin Reitan
Samvalgsverktøy – muskelknuter/livmorhalsknuter	Marit Stemland
Pasient-app-sak Helse Nord Fresk	Martin A Moe
Referansegruppe for behandlingshjelpemidler	Martin A Moe
Helse I Arbeid	Mildrid Pedersen
KVAM-utvalg Medisinsk klinikk	Mildrid Pedersen
Utviklingsplan UNN 2020-2038: Bemanning/kompetanse Akuttmottak Utvikling av tilbud til voksne med alvorlig psykisk sykdom og rusproblemer Utvikling av tilbud til skrøpelige eldre og pasienter med flere kroniske sykdommer	Mildrid Pedersen Thomas Engelskjøn Nina Benjaminsen Målfrid Evanger
Prosjekt Arealplan UNN Harstad	Ulf J Bergstrøm
Kunstig intelligens innen radiologisk diagnostikk	Ulf J Bergstrøm
Stormottakersatsingen/Pasientsentrert helseteam	Ulf J Bergstrøm
Prehospitalt sepsisregister og forskningsprosjekt	Ulf J Bergstrøm
Parkeringsutvalget	Merete Krohn
KVAM-utvalg Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikk	Merete Krohn
KSU 1/2020 – Helhetlig gjennomgang av tjenesteavtale 2	Merete Krohn
Pårørende – arbeidsgruppe	Merete Krohn
KVAM-utvalg Operasjons- og intensivklinikken	Merethe S Lønnum
Styringsgruppe for Nybygg psykisk helse- og rusbehandling i Tromsø – konseptfase	Merethe S Lønnum
Revisjon av UNNs overordnede strategi	Merethe S Lønnum
Pingvin TV - Kulturavdelingen	Merethe S Lønnum

Nye arealer for psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Tromsø- overordnet medvirkningsgruppe	Merethe S Lønnum
Kloke valg	Merethe S Lønnum
Utviklingsplan UNN 2022-2038 – arbeidsgruppe	Merethe S Lønnum
Pårørende – arbeidsgruppe	Merethe S Lønnum
KVAM-utvalg psykiatri- og rusklinikk	Nina Benjaminsen
Pårørende – arbeidsgruppe	Nina Benjaminsen
Nye UNN Narvik: – prosjektgruppe, undergruppe, styringsgruppe	Eksterne brukerrepresentanter: Esben Haldorsen Anita Fjellfoss Cathrin Carlyle Marit Myklevoll

Inviterte foredragsholdere

Utvalget har invitert en rekke personer til å presentere og orientere om status i arbeidet med ulike prosjekter og aktiviteter ved og i tilknytning til UNN i 2021:

TEMA	FOREDRAGSHOLDER
Presentasjon av Årsmelding for 2020 for pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark	Pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark Odd Arvid Ryan
Direktørens time	Viseadm. direktør Marit Lind (vår) og Fung.viseadm.direktør Einar Bugge (høst)
Bedre oppfølging av legemidler ved UNN	Fagsjef ved Kvalitets- og utviklingsavdelingen Håkon Lindekleiv
Orientering om arbeidet ved Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS)	Seksjonsleder ved Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) Agnes Syversen
Nye UNN Narvik - status i prosjektet	Cathrin Carlyle og Anita Fjellfoss, brukerrepresentanter
Nye UNN Narvik og nye arealer psykisk helse- og rusbehandling, Tromsø - status i prosjektene	Utbyggingssjef for Prosjekt og utbygging, Tor- Arne Hanssen, og prosjektlederne Lars Rye Nye UNN Narvik og Njål Bjørhovde Psykisk helse og rus
Pårørende – arbeidsgruppe	Brukerrepresentant Merethe Saga Lønnum
Ny funksjonalitet for rekvirerte pasientreiser lansert på helsenorge.no	Leder ved Pasientreiser, Bernt Nerberg
Årsmelding Brukerutvalget UNN 2020	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen
Oppdragsdokumentet 2021	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen
Forskningsmidler og brukermedvirkning	Rådgiver ved Klinisk forskningsavdeling, Helen Sagerup, og Gunnhild Berglen og Nikolai Raabye Haugen, erfaringskonsulenter
Arbeidet med Samvalg – fremdrift og status i UNN og landet forøvrig	Kst. avdelingsleder ved Samvalgssenteret Anne Regine Lager
Orientering om arbeidet i strategisk samarbeidsutvalg SSU	Nestleder Paul Dahlø
Barne- og ungdomsklinikken – generell orientering	Klinikkjef ved Barne- og ungdomsklinikken, Elin Gullhav

Psykisk helse- og rusklinikken – generell orientering	Klinikkssjef Eirik Støllander ved Psykisk helse- og rusklinikken
Presentasjon av videokonsultasjonssystemet <i>Whereby</i>	Prosjektleder Ehelse, Lars Erik Tunby
Handlingsplan 2020-2022 Brukerutvalget UNN	Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen
Utprøvende legemiddelbehandling	Legemiddelfaglig rådgiver ved Fag- og kvalitetsavdelingen Trude Giverhaug
Etablering av seineffekt kreft poliklinikk	Overlege Anne Gry Bentzen, Kreftavdelingen
Kreftpakkeforløp i kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken	Klinikkssjef ved Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken Fredrik Sund
Orientering pakkeforløp hjem	Rådgiver ved fag- og kvalitetscenteret Harald Roar Lind


Referat fra møte i Kvalitetsutvalget (KU) UNN
Tid: Tirsdag 01.03.2022 10.00 – 11.50

Sted: Digitalt TEAMS-møte

Tilstede	Einar Bugge Kristian Bartnes Gøril Bertheussen Kirsti Baardsen Elin Gullhav David Johansen Gina Marie Johansen Hilde Annie Pettersen Kvalvik Haakon Lindekleiv Jon Mathisen Tove Cathrine Mack Torni Myrbakk Bjørn Yngvar Nordvåg Marianne Nordhov Markus Rumpfeld Eirik Stellander Snorre Manskow Sollid Fredrik Sund Lars Øverås	Forsknings- og utdanningssjef/fungerende viseadministrerende direktør (<i>møteleder</i>) Klinikksjef HLK-klinikken (<i>til 10.10</i>) Personalsjef Leder Brukerutvalget Fungerende viseadministrerende direktør Klinikksjef Medisinsk klinikk Driftsleder Harstad Kommunikasjonssjef Fagsjef, Senterleder Fag- og Kvalitetssenteret Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk (<i>til 10.55</i>) Hovedverneombud Smittevernoverlege Klinikksjef NOR-klinikken Fungerende Klinikksjef Barne- og ungdomsklinikken Senterleder E-helse og IKT Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken Fungerende klinikksjef OpIn-klinikken Fungerende Klinikksjef K3K-klinikken Økonomisjef UNN
Forfall	Anita Schumacher Kate Myreng Grethe Andersen Vibeke Haukland	Administrerende direktør Klinikksjef Diagnostisk klinikk Drifts- og eiendomssjef Driftsleder Narvik
Øvrige	Grete Steinry Åsvang Hege Signete Fredheim-Kildal Inger Andreassen Jensen Marte Lødemel Henriksen Gunnar Skov Simonsen	Avdelingsleder Kvalitetsavdelingen Rådgiver Kvalitetsavdelingen Foretaksadvokat Medisinskfaglig rådgiver Avd.leder Avd. for mikrobiologi og smittevern
Referent	Konsulent Kvalitetsavdelingen	Heidi Robertsen

Sak nr.	Sakstittel	Ansvar
08/22	Godkjenning av agenda og referat fra KU-møtet 25.01.2022 (Elements 2022/64)	
	Referat vedlagt	Einar Bugge
	Agenda og referatet ble godkjent med rettelse som fremkom i møtet.	
09/22	Hendelsesanalyser: Opplæring av analyseledere og dokumentasjon av analyse	
	<u>Beslutningssak</u>	Hege Signete Fredheim- Kildal
	<i>Saksfremlegg og vedlegg (2) vedlagt</i>	Inger Andreassen Jensen
	<u>Beslutning</u>	Anita Schumacher Frist: 1.3.2022
	1. Utarbeidede maler for referat og rapport skal benyttes for å dokumentere hendelsesanalyser i UNN.	
	2. Analyseleder for forenklet hendelsesanalyse (UNN-metoden) skal ha gjennomført UNN internt kurs i «forenklet hendelsesanalyse/UNN-metoden»	Klinikksjefer Frist: 1.3.2022
	3. Analyseleder for fullverdig hendelsesanalyse skal ha gjennomført kurs i hendelsesanalyse i regi av Helsedirektoratet.	Haakon Lindekleiv Frist: 1.3.2022
10/22	Samarbeid om læring for økt pasientsikkerhet	
	<u>Beslutningssak</u>	Hege Signete Fredheim- Kildal
	<i>Saksfremlegg og vedlegg (2) vedlagt</i>	Haakon Lindkleiv
	<u>Beslutning</u>	
	1. Rapport etter samarbeidsprosjekt med Harstad kommune: <i>Samarbeid om læring for økt pasientsikkerhet</i> tas til orientering.	
	2. E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret bes i	

	samarbeid med Fag- og kvalitetssenteret og aktuelle klinikker utarbeide en handlingsplan med bakgrunn i funnene i rapporten og koordinere tiltak mellom UNN og kommunene med tanke på læring på tvers.	ESI/FAGKVAL Frist: KU-møte, november 2022
<i>Pause</i>		
11/22	Rapport antibiotikaresistens	
	<u>Beslutningssak</u>	Gunnar Skov Simonsen
	<i>Saksfremlegg og vedlegg (2) vedlagt</i>	Jeanette Schultz Johansen
	<u>Beslutning</u>	
	1. Kvalitetsutvalget tar saken til orientering.	
	2. Klinikksjefene skal invitere A-team til klinikklederteammøter for å presentere resultatene for egen klinikk og diskutere det videre arbeidet i klinikken.	Klinikksjefer Frist: 1.5.2022
	3. Klinikksjefene skal påse at alle somatiske kliniske enheter definerer spesifikke mål og tiltak for forbedring av antibiotikabruk.	Klinikksjefer Frist: 1.6.2022
	<i>PP-presentasjon vedlagt</i>	
Eventuelt		
1. Plan for pasientsikkerhetsvisitter våren 2022		
<i>Vedlegg vedlagt</i>		
<u>Vedtak</u>		
Plan for pasientsikkerhetsvisitter tas til orientering.		



MØTEREFERAT

Brukerutvalgets arbeidsutvalg (BAU) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Dato: Mandag 07.03.2022 kl. 10.30 – 11.55

Sted: Teamsmøte

Tilstede: Kirsti Baardsen, Paul Dahlø og Hans-Johan Dahl

Forfall:

Fra adm: Ingrid Lernes Mathiassen (administrasjonssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

BAU 15/22 Styresaker – behandling av drøftingsaker til styremøte 23.03.2022

Drøftingsdokument med utkast til styresaker ble oversendt BAU fredag 04.03.2022.

Plassering av bygg Psykisk helse og rusbehandling

Behandles i eget drøftingsmøte 10.03.2022.

Konseptrapport for Nyfødt intensiv i Tromsø – 2. gangs behandling

Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen orienterte kort.

Beslutning:

BAU ser at viktige utbyggingssaker blir prioritert bort av økonomiske grunner. Dette er ikke en fremtidsrettet løsning for pasientene. Vi trenger mer areal i Breivika, og Brukerutvalgets arbeidsutvalg støtter derfor utbygging av helikopterlandingsplass på toppen av ei blokk. Dette kan på sikt gi mer areal for somatiske avdelinger i Breivika.

Salg Narvik sykehus

BAU har ingen kommentar til Salg Narvik sykehus og tar denne til orientering.

Årlig melding 2021

Fag- og kvalitetssjef Haakon Lindekleiv.

Saken er godt redegjort for i saksfremlegget. Det er gledelig at UNN har oppnådd så mange mål til tross for utfordringer dette året.

BAU har ingen kommentar til Årlig melding 2021 og tar denne til orientering.

Årsregnskap med styrets årsberetning

BAU har ingen kommentar til Årsregnskap med styrets årsberetning og tar denne til orientering.

Beslutning

BAU gir sin tilslutning til at sakene fremmes for behandling i styret 23.03.2022.

BAU 16/22 Direktørens time

BAU har foreløpig følgende innspill til Direktørens time 27.04.2022:

- Strategisk plan for utvikling av kliniske fagområder i NOR og K3K: Hva er prosessen i arbeidsgruppen og styringsgruppen, og hva er problemstillingen nå?
- Orientering om Kontaktlegeordningen

Beslutning/oppfølging:

Administrasjonen formidler nye innspill til viseadministrerende direktør i god tid før møte i BU.

BAU 17/2022 Orientering: Tilstedeværelse for partner på føde/barsel

BAU ønsker en orientering om hvordan mangel på tilstedeværelse for partner på føde/barsel under pandemien har påvirket mødre og barn. I tillegg ønsker BU en orientering om hvordan det registreres avvik.

Beslutning/oppfølging

BAU inviterer representant fra Føde- og barselavdelingen til en orientering i BU-møte 27.04.2022.

BAU 18/2022 Brukerstyrt poliklinisk oppfølging

Lars Erik Tunby ønsker å orientere BU om brukerstyrt poliklinisk oppfølging.

Beslutning/oppfølging

BAU inviterer Lars Erik Tunby til BU-møtet 24.-25. mai 2022 for en orientering.

BAU 19/2022 Dialogmøte med styret og Ungdomsrådet 28.04.2022

BAU/BU vil komme tilbake til hva de ønsker tatt opp i dialogmøtet den 28.04.2022.

Beslutning/oppfølging

Saken settes opp til neste møte i BAU 04.04.2022.

BAU 20/22 Forslag til dagsorden for BU-møte 27.04.2022

SAKER	Tid og beskrivelse
1. Godkjenning av innkalling og sakliste	Kl 11.00
2. Godkjenning av referat fra Brukerutvalgets møte 23.02.2022	
3. Ikke stikk meg uten grunn	Kl 11.10-11.30 Heidi Høifødt m.fl.
4. Strategisk utviklingsplan	Kl 11.30-12.00 Heidi Høifødt og Einar Bugge
5. Direktørens time	Kl 12.00-13.00 Einar Bugge
Pause	Kl 13.00-13.20
6. Pasientreiser <ul style="list-style-type: none"> - Hva er svakhetene ved Pasientreisers system sett fra deres ståsted - Elektronisk utfylling av reiseregning - Avviksregistrering 	Kl 13.20-13.50 Stine Schouten
7. Orientering fra Føde- barselavdelingen <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan har mangel på tilstedeværelse for partner på føde/barsel under pandemien påvirket mødre og barn - Avviksregistrering 	Kl 13.50-14.20 Invitere noen fra Føde- barselavdelingen
8. Brukerbank: Avklaring av roller omkring brukerutvalget og brukerbank	Invitere noen til å si noe om dette?
Pause	Kl 14.40-14.50
9. Orienteringssaker <ul style="list-style-type: none"> - Rapportering fra prosjekter og arbeidsgrupper 	Kl 14.50-15.40
10. Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> - Referat fra møte i Sykehusapoteket Nord, 06.12.2021? -Referat fra møte i BU Helgelandssykehuset, 20.04.2022? -Referat fra møte i UR, 09.12.2021xx -Referat fra møte i BU Finnmarkssykehuset, 17.03.2022? - Protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg, 07.04.2022? -Referat fra møte i KU,01.03.2022 - Referat fra møte i BAU, 07.03.2022 -Referat fra møte i BU Nordlandssykehuset, 16.03.2022 	Kl 15.40
11. Eventuelt	

BAU 21/22 Eventuelt**1. Revisjon av prosedyrer for tekniske hjelpemidler**

Prosjektet ønsker en brukerrepresentant til å delta i et utvalg som skal revidere prosedyrene for "håndtering av tekniske hjelpemidler".

Beslutning/oppfølging:

Administrasjonen sender ut forespørsel til BU med kort svarfrist. BAU tar deretter en avgjørelse på dette.

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 23.03.2022**

Dato: 07.03.2022

Tidspunkt: 14.30 – 14.55

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai-Britt Martinsen, NSF
Grethe Andersen, Drift og eiendomsjef	Rune Moe, Fagforbundet
Lars Øverås, økonomisjef	Einar Rebni, FVO
	Lillian Haugen FTV YLF

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Rune Moe valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Innledningsvis orienterte administrasjonssjefen om at styresak *Konseptrapport Nyfødt intensiv Tromsø 2. gangs utlysning* vil bli gjenstand for drøfting i drøftingsmøte II torsdag 10.02.2022 når styresak *Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø- beslutning om plassering* skal drøftes.

Arbeidstitel	Merknad/ grunnlag
1. Salg Narvik sykehus	Grethe Andersen orienterte og svarte ut spørsmål om saken. Ansattes organisasjoner gav tilbakemelding om at det i vedtaket må fremkomme tydelig at personalboliger må stå klare når man flytter inn i NUN, eventuelt ved at dagens personalboliger opprettholdes inntil nye personalboliger er på plass. Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
2. Årlig melding 2021	<i>Utsettes til drøftingsmøtet onsdag 16. mars.</i>
3. Årsregnskap 2021 med styrets beretning	Lars Øverås orienterte og svarte ut spørsmål. Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.

Tromsø, 07.03.2022

Mai-Britt Martinsen (s.)
NSFRune Moe (s.)
FagforbundetIngrid Lernes Mathiassen (s.)
administrasjonssjef

Dokumentet er signert elektronisk og kan derfor være uten signatur.



Protokoll fra møte i Arbeidsmiljøutvalget ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Tid: Onsdag 9.3.2022 kl. 13.00-15.30

Sted: Digitalt via teams

Arkiv: 2022/31

Medlemmer		Varamedlemmer	
Anita Schumacher, administrerende direktør		Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef	x
Gøril Bertheussen, personal og organisasjonssjef		Hanna Uleberg, avd.leder personal og organisasjonssenteret	
Kate Myräng, klinikkssjef Diagnostisk klinikk	x	Eva-Hanne Hansen, klinikkssjef OpIn	
Grethe Andersen, drift- og eiendomssjef, DES	x	Fredrik Sund konst. klinikkssjef Kirurg, kreft- og kvinnehelseklinikken	
Jon Mathisen, klinikkssjef Akuttmedisinsk klinikk		Kristian Bartnes, klinikkssjef Hjerter- og lungeklinikken	
Gina Johansen, driftsleder UNN Harstad	XFra kl.13.40	Vibeke Haukland, driftsleder UNN Narvik	
Tove Mack, FVO (leder)	x	Rita Vang, FHVO	
Rune Moe, fagforbundet	x	Camilla Pettersen, KTV Samfunnsviterne	
Monica Fyhn Sørensen, HTV UNN	x	Hanne Sofie Ytervik, HTV NSF Harstad	
Karina Olsen, DNLF (FTV)	x	Solveig Nergård, DNLF (FTV)	
Rita Vestgård, HTV Fagforbundet UNN Harstad	x		
Geir Magne Lindrupsen, FTV Nito	x	Monica Sjøvoll, NSF	

Til stede (x)

Møteleder: Tove Mack

Saksforbereder: HMS-rådgiver Karina Fredheim

Referent: Anne Christina Simonsen-Sagerup

Fra BHT: Paul Martin Hansen.

På sak 15.22 møtte rådgiver Ole-Martin Andersen, på sak 16.22 møtte medisinsk faglig rådgiver Heidi Høifødt, og på styresakene møtte Fag- og kvalitetssjef Haakon Lindekleiv og utbyggingsjef Tor-Arne Hanssen.

SAKSOVERSIKT		Frist	Ansvarlig
12.22	Godkjenning av innkalling og sakliste Godkjent.		Tove Mack
13.22	Protokoll fra AMU-møtet 9.2.2022 Møteprotokollen var vedlagt innkallingen, protokollen er godkjent på e-post før møtet. Godkjent.		Tove Mack
BESLUTNING			
14.22	Søknad om velferdsmidler – UNNqulele Tromsø UNNqulele hadde sendt inn søknad om velferdsmidler til å dekke instruktør og bevertning av avslutning. <u>Vedtak</u> Arbeidsmiljøutvalget vedtar å støtte UNNqulele Tromsø med beløp 17.750 kr til instruktør og bevertning til avslutning våren 2022.		Karina Fredheim
INFORMASJONS-, DISKUSJONS- OG DRØFTINGSSAKER			
15.22	ForBedring – Implementering av ny mal for handlingsplaner Formålet med saken var å redegjøre for evalueringen av ny handlingsplan etter ForBedring 2021 og på den bakgrunn beslutte implementering. Rådgiver Ole-Martin Andersen møtte på sak. <u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget slutter seg til anbefalingen om å ta i bruk en ny mal for handlingsplaner etter ForBedring. Malen understøtter prinsipper og metoden i kontinuerlig forbedring.		Gøril Bertheussen/Ole-Martin Andersen
16.22	Utviklingsplan 2022-2038 Formålet med saken var gjennom en workshop å få AMU sine innspill til arbeidet med å oppdatere UNN sin utviklingsplan for perioden 2022-2038. Medisinsk faglig rådgiver Heidi Høifødt møtte på sak. <u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget deltok i workshop og gav innspill til saken. Innspillene tas med videre av		Heidi Høifødt

	<p>arbeidsgruppen som jobber med utarbeidelse av høringsutkastet.</p> <p>Innspill kan sendes til utviklingsplan2038@unn.no innen 15. mars 2022</p>		
17.22	<p>Innhold i HMS-grunnopplæring</p> <p>Formålet med saken var å få innspill fra AMU på det arbeidet som er gjort med å revidere HMS-grunnopplæringen i UNN jamfør AMU sak 35.20. Det er utarbeidet et HMS grunnkurs som skal sette ledere, verneombud, KVAM- og AMU-medlemmer i stand til å arbeide systematisk med HMS i UNN.</p> <p>AMU hadde en diskusjon rundt innholdet i opplæringen og hvilke utfordringer som gjør seg gjeldende – viktig at innholdet settes opp mot tidsbruken og at man sikrer at det er gjennomførbart for målgruppen.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>1. Arbeidsmiljøutvalget støtter innholdet i HMS grunnopplæringen slik det fremkommer i saksfremlegget, hvorav 3 dager gjennomføres med fysisk oppmøte (vedlegg 1). Arbeidsmiljøutvalget anbefaler videre det gjøres en evaluering etter første gjennomføring av opplæringen. Evalueringen skal ha fokus på om deler av opplæringen kan erstattes med e-læring, og om det kan differensiere for ulike ledere/VO i forhold til oppmøtekravet.</p> <p>2. Arbeidsmiljøutvalget støtter forslag om å profesjonalisere innspilling av de deler som skal være e-læring i HMS opplæringen.</p> <p>3. Arbeidsmiljøutvalget støtter at ledere, verneombud, KVAM- og AMU-medlemmer skal ta hele HMS grunnkurs opplæringen, og den skal gjentas hver 10. år.</p>		Gøril Bertheussen/Karina Fredheim
18.22	<p>Revisjon Måldokument HMS 2022-2023</p> <p>Formålet med saken var å orientere AMU om det reviderte Måldokument HMS 2022-2023. Arbeidsgruppen som har jobbet med revisjonen anbefaler at de 4 overordnede HMS satsningsområder bibeholdes: Opplevd lederadferd, Arbeidsforhold, Psykososiale arbeidsmiljø og HMS systemforbedring. En endring fra tidligere dokument er at det er beskrevet muligheten for å måle/se status via Forbedringsundersøkelsen og egenrapporteringen på HMS i Ledelsens gjennomgang.</p>		Gøril Bertheussen/Karina Fredheim

	<p><u>Konklusjon</u></p> <p>1. Arbeidsmiljøutvalget slutter seg det fremlagte forslaget til Måldokument HMS 2022-2023.</p> <p>2. Arbeidsmiljøutvalget støtter forslaget om at Handlingsplan etter ForBedring undersøkelsen også skal inkludere tiltak basert på Måldokument HMS 2022-2023. Handlingsplan skal legges i dialogavtalen som tidligere.</p>		
19.22	<p>Status på tiltak fra AMU-seminaret i høst</p> <p>Det ble gitt muntlig oppdatering på det arbeidet som pågår med tiltakene som AMU igangsatte på AMU-seminaret høst 2021.</p> <p><u>Tiltak 1: Sjekkliste til saksbehandling av AMU-saker.</u> <u>Tiltak 2: Sikre at AMUs rolle synliggjøres i revisjon av HMS opplæringen.</u> <u>og 3: Alle nye medlemmer i AMU skal gjennomføre standardisert opplæringspakkeopplæring.</u></p> <p>Siden høst-seminaret har det vært jobbet med disse tiltak. Arbeidsgruppen har kommet frem til at det fremover i sakslisten til AMU-møtene bli tydeliggjort hvilket perspektiv AMU skal ha på de enkelte saker slik at sakene oppleves mere relevante.</p> <p>Det vil også bli laget et introduksjonskurs for nye AMU-medlemmer slik at de blir bedre sporet inn på hvilket perspektiv de må ha på AMU-møtene.</p> <p>I tillegg skal alle AMU-medlemmer gjennomgå HMS-opplæring ved oppstart av verv, HMS-opplæringen er under utarbeidelse.</p> <p><u>Tiltak 4: Kommunikasjon/informasjon om AMU i ulike kanaler ut i organisasjonen.</u> Arbeidsgruppen har jobbet med tiltak for å synliggjøre AMU sitt arbeide slik at AMU blir bedre kjent og relevant for KVAM-strukturen, vernetjenesten og den enkelte medarbeider. Det vil komme en sak med konkrete tiltak i løpet av våren 2022.</p>		Karina Fredheim/Paul Martin Hansen
20.22	<p>Orientering fra Hovedverneombudet</p> <p>Orientering fra Hovedverneombud utgikk fra dette møte grunnet prioritering av hastesak som ble tatt under eventuelt.</p>		Tove Mack
21.22	<p>Orientering fra Bedriftshelsetjenesten + Årsrapport</p> <p>AMU fikk gjennomgang av de viktigste punkter i årsrapporten. BHT anbefaler fire fokusområder i 2022:</p> <p>-Jobbe systematisk for å oppnå målsetningene i HMS-måldokument i UNN HF.</p>		Paul Martin Hansen

	<p>-Jobbe for at flere enheter i UNN deltar i bransjeprogrammet IA i sykehus, Der skoen trykker satser i stor grad på forebygging rettet mot arbeidsmiljøfaktorer i spesialisthelsetjeneste</p> <p>-Forbedre arbeidet med å planlegge for bistand fra BHT i henhold til RL7071 i klinikker og senter. Dette som ett ledd i å styrke det systematisk HMS-arbeidet i UNN</p> <p>-Fortsette arbeidet med å styrke det systematiske HMS-arbeidet i UNN.</p> <p><u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget tar årsrapporten fra BHT 2021 til orientering.</p>		
STYRESAKER			
22.22	<p>Styresaker til Følgende styresaker var på forhånd valgt ut av AU til gjennomgang i AMU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Årlig melding – Haakon Lindekleiv orienterte om saken. • Konseptrapport for Nyfødt intensiv i Tromsø – Tor-Arne Hansen orienterte om saken. • Plassering av bygg psykisk helse og rusbehandling – Tor-Arne Hansen orienterte om saken. <p><u>Konklusjon</u> Arbeidsmiljøutvalget tar styresakene til orientering.</p>		Tove Mack
EVENTUELT			
23.22	<p>Søknad om velferdsmidler – Pingvinrevyen UNN - innspilling av påskekrim Leder av AMU hadde rett før møtet mottatt søknad om velferdsmidler som det haster med å få avklart, derfor tas den som eventuellsak i dette møte.</p> <p><u>Vedtak</u> Arbeidsmiljøutvalget vedtar å støtte Pingvinrevyen med beløp 70.000 kr til innspilling av påskekrim som kan være til glede for pasienter, pårørende og ansatte.</p>		

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte II med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 22.-23.03.2022**

Dato: 10.03.2022

Tidspunkt: 12.00- 13.00

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai-Britt Martinsen, NSF
Tor-Arne Hanssen, utbyggingssjef	Rune Moe, Fagforbundet
Eirik Stellander, klinikkssjef	Einar Rebni, FVO
Njål Bjørhovde, prosjektleder	Eirik Inge Nordmark, psykologforeningen
	Christian Eidissen Myrland, psykologforeningen
	Geir Magne Lindrupsen, NITO
	Karina Olsen, Dnlf
	Jan-Eivind Pettersen, Delta

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Rune Moe valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
1. Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø. Beslutning om plassering	<p>Tor-Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål om saken.</p> <p><u>Protokolltilførsel fra ansattes organisasjoner og vernetjenesten:</u></p> <p><i>Tillitsvalgte og vernetjenesten er svært fornøyd med at innstillingen går for Åsgård-alternativet. Det er en klok avgjørelse. Vi er glad for at direktøren i sin innstilling har valgt å lytte til brukerstemmen og faglige argumenter, men vi er fortsatt bekymret for at styret i UNN eller RHF kan gå for Brevika.</i></p> <p><i>Basert på en grundig utredning ser vi at det er flere alvorlige svakheter ved Alternativ B (Brevika).</i></p> <p><i>ROS-analysene peker på flere K4 momenter som kan medføre utsatt oppstart, betydelig kostnadssprekk og i verste fall at det ikke vil være mulig å realisere prosjektet.</i></p> <p><i>De største bekymringene omhandler at det blir en delt løsning og alt for dårlige utearealer til å drive god pasientbehandling.</i></p> <p><i>De faglige vurderingene er tydeliggjort i rapporten fra OMG, og synliggjør hvordan Brevika-alternativet er et delt alternativ, og også er uttalt dårligere enn den samlede (Åsgård), samt hvilke ulemper dette vil ha for et godt tilbud til pasientgruppene det er snakk om. De delte løsningene vil være uheldig for stabilisering og rekruttering. I tillegg vil det være klart mer kostnadskrevende i form av delte vaktordninger og duplisering av flere fellesfunksjoner.</i></p>

	Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.
2. Konseptrapport for Nyfødt intensiv i Tromsø, 2. gangs behandling	Tor-Arne Hanssen orienterte og svarte ut spørsmål om saken. Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken slutføres og forelegges styret til endelig behandling.

Tromsø, 10.03.2022

Mai-Britt Martinsen (s.)
NSF

Rune Moe (s.)
Fagforbundet

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)
administrasjonssjef

Dokumentet er signert elektronisk.



MØTEREFERAT

Brukerutvalgets arbeidsutvalg (BAU) ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Dato: Mandag 10.03.2022 kl. 11.00-11.30
Sted: Teamsmøte
Tilstede: Kirsti Baardsen og Hans-Johan Dahl
Forfall: Paul Dahlø
Fra adm: Ingrid Lernes Mathiassen (administrasjonssjef) og Hilde Anne Johannessen (adm.kons./ referent)

BAU 15/22 Styresaker – behandling av drøftingssaker til styremøte 22-23.03.2022 – ettersending

Ettersending av utkast til styresak *Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø. Beslutning om plassering* ble oversendt BAU onsdag 09.03.2022.

Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø. Beslutning om plassering
Utbyggingssjef Tor-Arne Hanssen orienterte om saken.

Beslutning

BAU støtter innstillingen slik den foreligger fra direktøren, og er fornøyd med at momenter og innspill som BU har gitt gjennom høringsuttalelse er tatt med i styresaken.

BAU gir sin tilslutning til at saken fremmes for behandling i styret 22.03.2022.

PROTOKOLL

Tema: **Drøftingsmøte III med ansattes organisasjoner og vernetjenesten vedrørende styresaker til styremøte ved UNN 22.-23.03.2022**

Dato: 16.03.2022

Tidspunkt: 09.00-09.30

Sted: Teamsmøte

Fra arbeidsgiver	Fra arbeidstaker
Ingrid L. Mathiassen, administrasjonssjef	Mai-Britt Martinsen, NSF
Lars Øverås, økonomisjef	Marianne Starup, Fagforbundet
Haakon Lindekleiv, fag- og kvalitetssjef	Einar Rebni, FVO
	Eirik Inge Nordmark, psykologforeningen
	Geir Magne Lindrupsen, NITO

Protokollsignering:

Fra arbeidstakersiden ble Mai-Britt Martinsen og Marianne Starup valgt til signering av protokollen. Administrasjonssjef Ingrid Lernes Mathiassen signerte fra arbeidsgiversiden.

Arbeidstittel	Merknad/ grunnlag
1. Kvalitets- og virksomhetsrapport februar 2022	<p>Lars Øverås og Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål om saken.</p> <p>Punkter som ble tematisert i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sykefraværet er meget høyt, dette er bekymringsfullt. Hvordan ivareta de ansatte i forhold til fagkompetansen og driften med stabilisering - Meget bra at styresaken har med økonomiske beregninger for erstatning av sykefravær, utskrivningsklare pasienter og intensivkostnadene - Situasjonen ved UNN med mange utskrivningsklare pasienter er krevende for de ansatte, og medfører store kostnader for UNN - dette bør ha høyt fokus videre fremover - Månedsverkene kontra innleie <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>
2. Årlig melding 2021	<p>Haakon Lindekleiv orienterte og svarte ut spørsmål om saken.</p> <p>Punkter som ble tematisert i møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Området rekruttering og stabilisering bør følges opp i det videre arbeidet - UNN bør sikre en sterkere kopling til det systematiske forbedringsarbeidet under punktet hendelsesanalyser - Handlingsplan for oppfølging av HMS-området - sikre at handlingsplanene følges opp i alle enheter i foretaket <p>Ansattes organisasjoner sluttet seg til at saken sluttføres og forelegges styret til endelig behandling.</p>

Tromsø, 16.03.2022

Mai-Britt Martinsen (s.)
NSF

Marianne Starup (s.)
Fagforbundet

Ingrid Lernes Mathiassen (s.)
administrasjonssjef

Dokumentet er signert elektronisk.



STYRESAK

Styresak:	32/2022
Møtedato:	23.03.2022
Arkivsak:	2022/36-3
Saksbehandler:	Ingrid Lernes Mathiassen

Eventuelt til styremøte 23.03.2022

Ingen saker til behandling.

Tromsø, 11.03.2022

Anita Schumacher (s.)
administrerende direktør