Etter liste

Deres ref:	Vår ref:	Saksbehandler:	Dato:
	2022/863-1	Trine Lise Dyngeland	31.01.2022

Nye arealer for psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Tromsø: Høring angående valg av virksomhetsalternativ

Styret ved Universitetssykehuset Nord Norge HF fattet gjennom behandling av styresak nr. 46/2021 *«Plassering av bygg Psykisk helse- og rusbehandling»* (møte 19.05.21) 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 kompenserende 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 for Helse Nord RHF fattet gjennom etterfølgende behandling av styresak nr. 91-2021 (møte 30.06.21) et vedtak som blant annet ga UNN i oppdrag å:

- Uttrede prosjektet ytterligere både for Åsgård, Breivika og delt løsning, som likeverdige løsninger, med bakgrunn i momenter i styresaken
- Konkretisere faglige vurderinger slik at disse kommer tydeligere frem i det videre arbeidet.
- Følge opp at innspill fra eksterne interessenter blir innarbeidet i den endelige konseptfaserapporten gjennom en høring- eller innspillsrunde.
- Vektlegge at det videre arbeid skjer i nært samarbeid og drøftes med tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerorganisasjoner i UNN og regionalt.

Som oppfølging av dette har det vært etablert en overordnet medvirkningsgruppe i UNN utgått fra Psykisk helse- og rusklinikken. Gruppen har hatt bred sammensetting av fagpersoner, ledere, tillitsvalgte og representanter fra brukersiden, samt representanter fra Universitetet i Tromsø og somatiske klinikker i UNN. Representant oppnevnt av henholdsvis Brukerutvalget i UNN og byggeprosjektet har møtt som observatører.

Overordnet medvirkningsgruppe har gjennom sitt arbeid foretatt en likeverdig faglig vurdering av de aktuelle virksomhetsalternativene (Åsgård, Breivika og delt løsning Breivika-Åsgård), og har gjennom dette beskrevet fordeler, ulemper og kompenserende tiltak for hvert av virksomhetsalternativene for ulike pasientgrupper. Gruppen er delt med hensyn til valg av virksomhetsalternativ: 17 medlemmer går inn for Åsgård som virksomhetsalternativ, mens 5 medlemmer går inn for Breivika som virksomhetsalternativ. Vedlagte rapport fra arbeidet skal inngå i tilleggsnotatet til konseptrapporten, som svarer ut den samlede bestillingen fra Helse Nord-styret og presiseringene i UNN styresak nr. 72.4/2021.

Parallelt med arbeidet i overordnet medvirkningsgruppe har det vært gjennomført ROS-analyser som omfatter usikkerheter som eies av eksterne, og kan påvirke løsningsforslagene m.h.t. tid, kostnad og prosess. Disse er vedlagt. Vedlagt er også arkitektfaglige vurderinger og skisser av alternativene.

Administrerende direktør ber gjennom høringsrunde om innspill på rapport med faglige vurderinger fra overordnet medvirkningsgruppe, gjennomførte ROS-analyser og arkitektfaglige vurderinger av de ulike virksomhetsalternativene.

Høringsfrist mandag 21. februar 2022.

Vennlig hilsen
Universitetssykehuset Nord-Norge

Anita Schumacher	Njål Bjørhovde	Eirik Stellander
Direktør	Prosjektleder OU	Prosjekteier OU

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.

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 Breivika-alternativet 14
5.2 Åsgård-alternativet 14
5.3 Delt løsning 14
6 Overordnet medvirkningsgruppes faglige vurderinger av alternativene 15
6.1 Breivika-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: Breivika-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 trafikktetthet. 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 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/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 som tjenestene i Breivika.

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 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 Breivika-alternativet og ingen stemte for delt løsning Breivika-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 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 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 tydeliggere 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 avgrensing

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 intermediærpost*

- *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)
- Klinikksjef (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 styrer.*
>
> *Tidsramme for arbeidet er primo oktober måned 2021 til ultimo januar måned 2022. I etterkant av arbeidet skal det innhentes innspill fra eksterne interessenter (jamfør 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 sjukhustomternas begränsningar. Inte alla somatiska sjukhus ligger naturnära med plats att bygga psykiatriska vårdavdelningar med markkontakt. ….* (side 81)

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

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

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

4.1 Område for bygging av PHV/TSB

4.1.1 «Område» for bygg for psykisk helsevern og TSB

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

a. Urbant område: Område som er tett bebygd inntil virksomheten og trafikk som ikke er relatert til virksomheten i PHV/TSB. Urbane områder har i denne sammenheng høye bygg omkring. For noen pasienter er mye trafikk forbundet med stress.

b. Ruralt område: Område med frie arealer mellom virksomhet og annen virksomhet/bebyggelse. Området preges av lite trafikk, ut over det som er innrettet mot virksomheten.

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

4.1.2 Uteområder

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

Kvalitetene er primært knyttet til:

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

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

Uteområder er kategorisert i 3 hovedkategorier:

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

B. Uteområdet i tilknytning til bygg (i møteserien kalt «*mellom-området*»)
    a. Bygningsnære uteområder. Dette er uteområder rundt bygget. Det gir muligheter for å være ute uten fysiske hindre. Dette arealet vil i større eller mindre grad ha avstand til omkringliggende bygg og virksomhet. Avstand til omkringliggende bygg innvirker på innsyn til dette uteområdet.
    b. Uteområdet tilrettelagt for aktivitet: Dette er områder som disponeres av virksomheten og som er tilrettelagt for uteaktivitet som del av behandlingen. Det kan være sitteområde, bevegelsesområde (f.eks. gangbaner, stier) og område for idrettsaktivitet (ballbane, ballvegg ol.). Område kan i ulik grad være skjermet fra omgivelsene med tomtegjerde/beplanting eller med høye gjerder for å verne pasientens integritet, og pasientsikkerhet/samfunnsvern (gjelder spesialt lukkede enheter).

C. «Perifere» uteområder
    a. Urbane uteområder: Dette er urbane områder utenfor sykehusområde som gir pasienter mulighet til bruk av servicetilbud, trening i dagliglivsaktivitet mm. For mange representerer urbant område «normalitet».
    b. Park/anlegg: Anlegg i offentlige rom, og som kan benyttes av virksomheten. Dette kan være idrettspark, ordinær park/grøntareal.
    c. Friluftsområder (natur): dette er større områder i offentlig rom, med naturlig vegetasjon, gjerne med turstier.

4.1.3 Stigma[1]

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)

Brukerrepresentantene 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 ivaretakelse 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 levesett over lang tid, og forsterkes av at pasienter i mindre grad enn gjennomsnittbefolkningen 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 anestesi-personell.

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/ helintegrert**: 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 bildediagnostikk 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 framskriving 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 utageringssitasjoner 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 oppmøtesteder, 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 kunnskapsutviklings-prosesser 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 undervisnings-personell, gir transportulemper. 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 ambulansehelikopter.

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 bebygd 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 ambulansehelikopter nært bygget. Denne trafikken er uregelmessig, og flyvninger skjer til alle døgnets tider. Disse forholdene kan være en stressfaktor, kanskje spesielt ambulansehelikopter med landlingstidspunkt 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 trafikktetthet.

6.1.2 Uteområder

Atrieløsningene 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 personelldeltakelse. 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-medisinering»* mens pasienten er innlagt. I medvirkningsgruppen er det påpekt at pasienthotell har alkoholservering og at dette kan vi tilsvarende utfordringer for pasienter.
Tilgrensende **marka-område** har gode kvaliteter for friluftsaktivitet for pasienter med fri utgang og for organisert aktivitet for pasienter med personelldeltakelse.

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 *Breivika-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 tilsvarer 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

Breivika-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 Breivika 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 ekstern 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 vaktsystemene.

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-, forskning- 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.

Prosessen 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 vaktsystemene.

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 tilleggskostnad, sammenlignet med gangavstand.

Kompenserende tiltak:
Åsgård må være selvhjulpen 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 geriatriteam, 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 undersøkelse 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 sikkerhetsenhetene.

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-medisinering».

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

Kompenserende tiltak:
Det er ikke framkommet behov for kompenserende 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 kompenserende 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 ***Breivika delt*.**

6.3.1 Klinisk samarbeidsbehov/pasientgrupper:

For pasienter i *Breivika 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.

Akuttpasientene 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 nærlokalisering.

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 døgnenheter 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 *integrert*. 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 vaktsystemer, 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.

Vaktsystemene i PHV/TSB vil utfordres med todeling. Dette kan løses med to vaktsystemer 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:

		Breivika delt				
		A) Akuttpsykiatri døgn	**B)** Alderspsykiatri, døgn og poliklinikk	**C)** Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), døgn og poliklinikk	**D)** SPHR (almennpsykiatri) poliklinikk	**E)** Forskning, fagutvikling, utdanning (FFU)
Åsgård delt	**1)** Sikkerhets-poster (LSA/RSA)	A1				E1
	2) Psykose- og rusenheten (PRE)					
	3) Intermediær, døgn (ny)					
	4) SPHR (almennpsykiatri) 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 tidskritisk. 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 *Breivika-alternativet* med sikkerhetspsykiatri som ligger ca. 1 km unna.

D4) Delt SPHR (DPS) er vurdert som svært uheldig fordi det reduserer muligheten for arenafleksibel 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 arenafleksibel organisering av kompetanse både faglig og ressursmessig riktig. Den arenafleksible modellen tilsier at personell krysser døgn-poliklinikkgrenser, for direkte pasientkontakt eller indirekte individtilpasset utveksling av kunnskap/ planlegging mm.

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

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

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

6.3.2 Samhandlingsformer

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3.3 Uteområder

Presentasjon fra Ratio i møte 3 er grunnlaget for vurdering.

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

De negative sidene relatert til trafikktetthet 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 uttegnede 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. Atrienes 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 poliklinikksamtale ikke kunne tilføre merverdi av betydning.

For akuttpostene er uteområdet vesentlig verktøy i tjenestetilbudet. Uteområdet er anerkjent stressreduserende 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 atrienes 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 bebygd 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 bebygd 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 ivaretakelse 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 vaktsystemet 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 kostnadskrevende 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 måte 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.

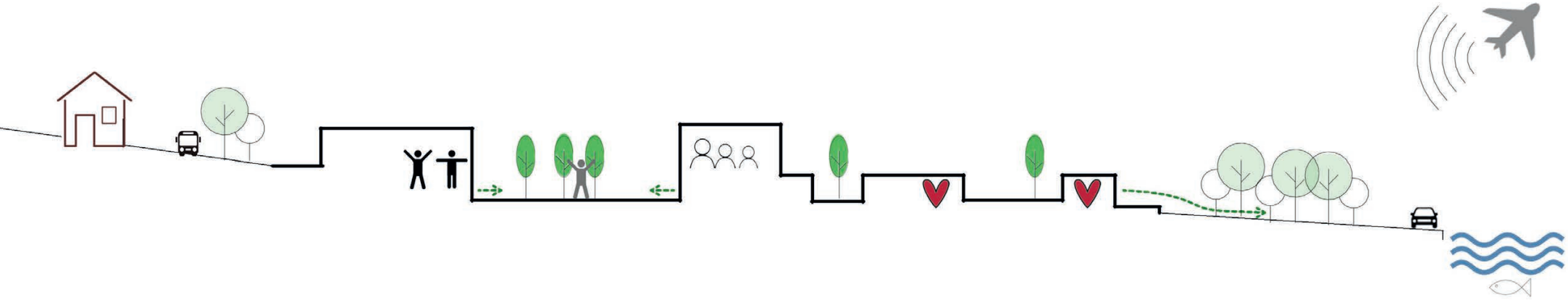
Ratio

Konseptforslag - alternativer

UNN PHR Konseptfase Steg 1

Nye arealer for psykisk helsevern og rusbehandling

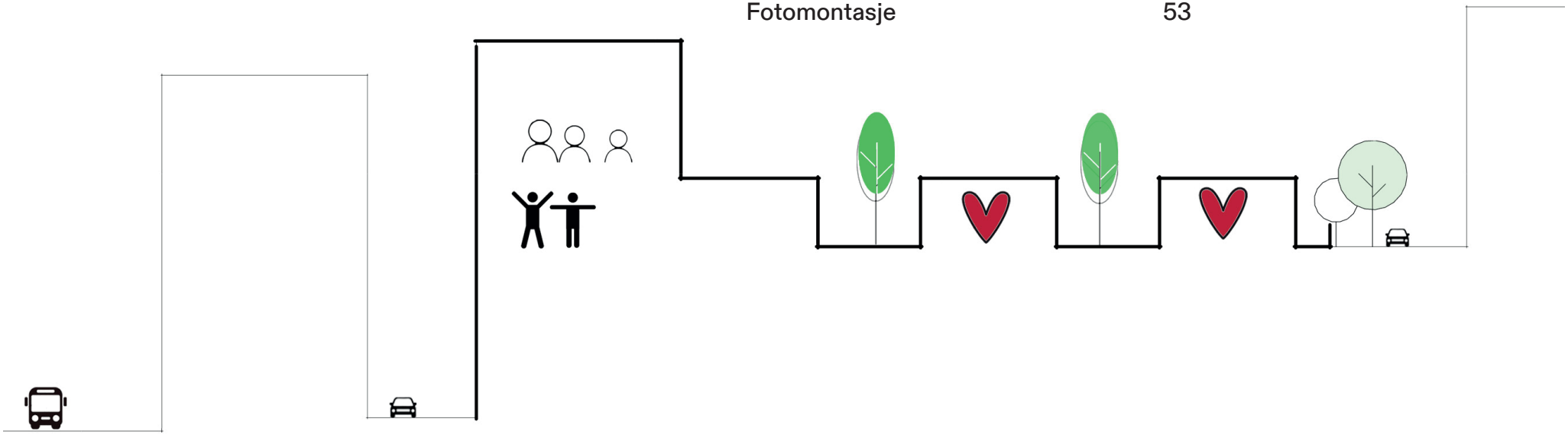
Versjon 01 - 31.01.22 Bilag notat overordnet medvirkning

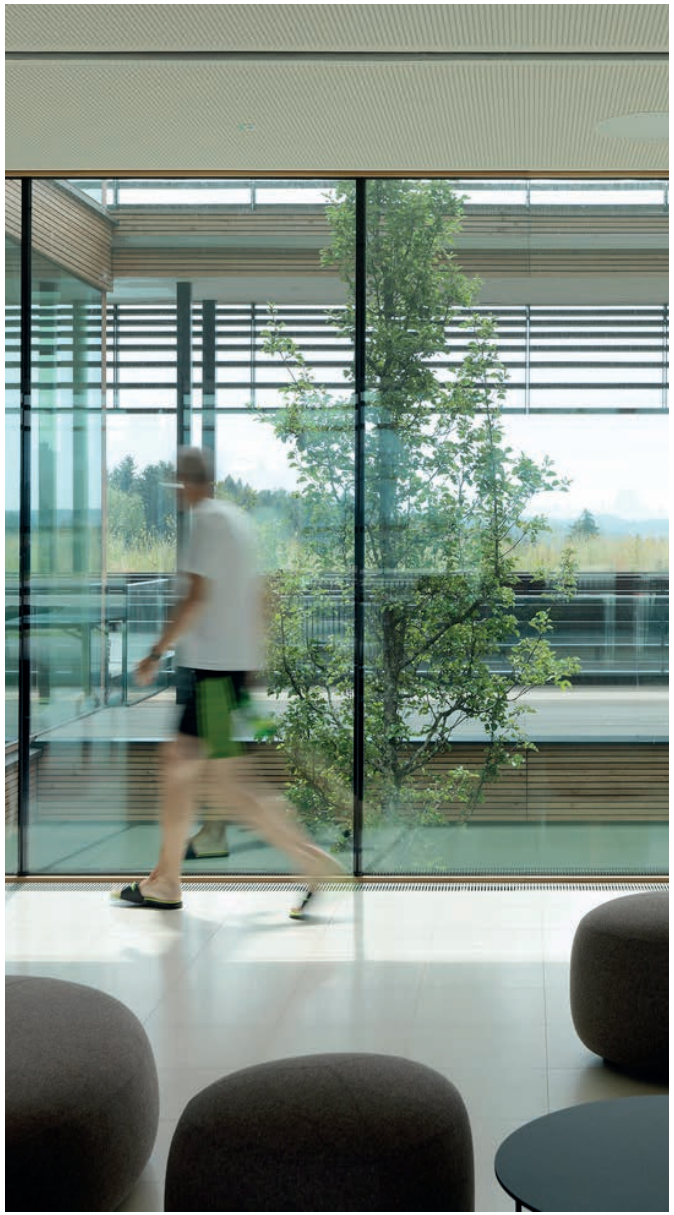


Innhold

Ratio

Innledning	3
Alternativ B3 Breivika	4
Alternativ Å3 Åsgård	20
Alternativ ÅB delt	38
Oppsummering	51
Fotomontasje	53





Dette dokumentet ”Konseptforslag -alternativer ” , versjon 1 vil være illustrasjonsbilag til Notat fra overordnet medvirkningsgruppe.

Konseptforslagene for alternativ Breivika 3, alternativ Åsgård Å3 og delt løsning AB blir presentert tilsvarende slik de ble presentert på medvirkningsmøtene i Tromsø i nov 21 -jan 22, men i tilpasset format.

Høsten 2021 startet prosjektgruppen arbeidet med ytterligere utredninger i Steg 1 av konseptfase UNN PHR slik det ble forutsatt i styrevedtak Helse Nord av 30.06. 21.

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

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 megler programmet inn på tomtene på en best mulig måte.

I og med tomtenes ulike karakter er da også løsningsforslagene ulike for Breivika og Åsgård.

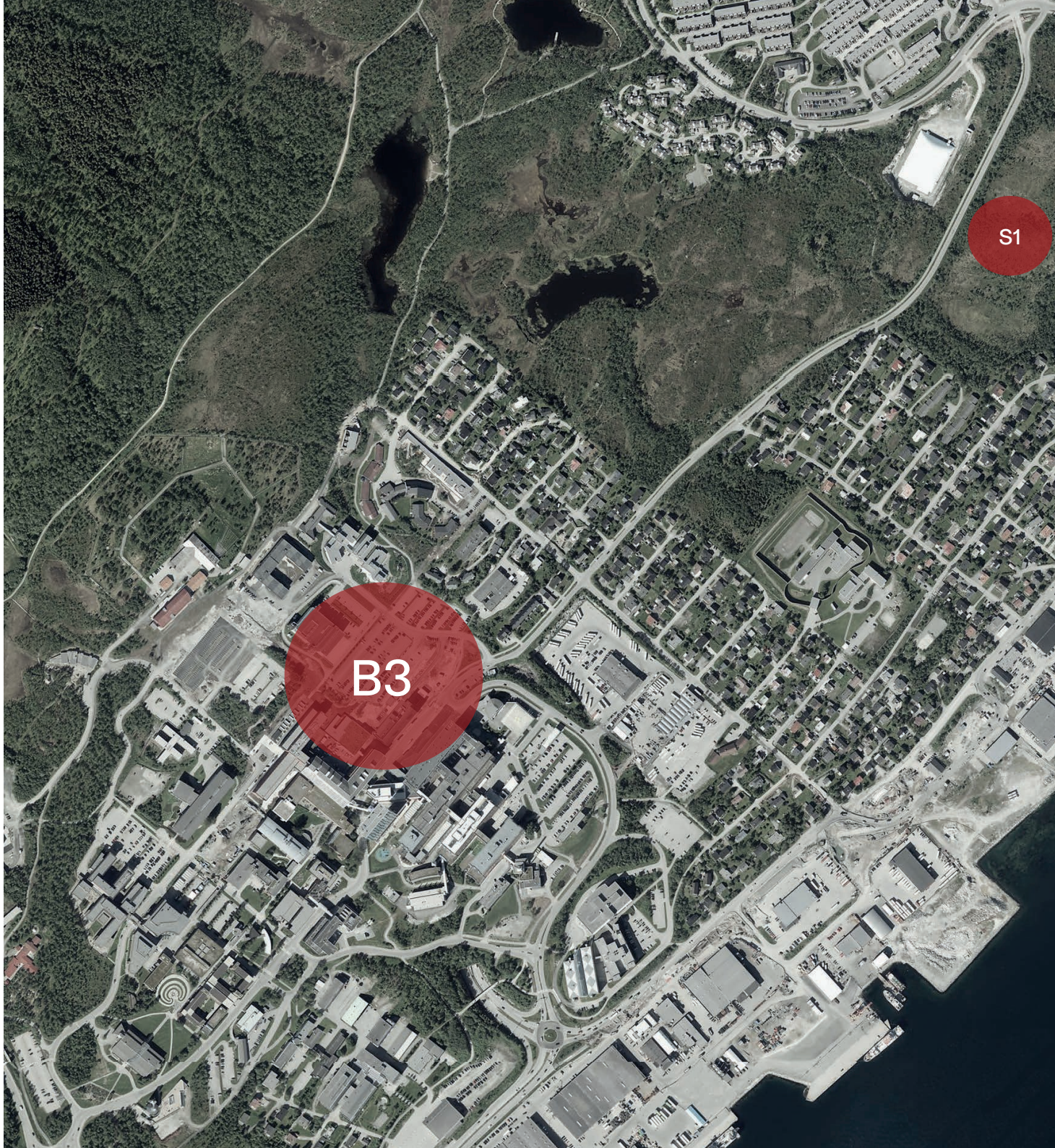
Gjennomgangen av alternativene følger samme oppsett for lokasjonene og det delte alternativet er sammensatt av vurderingene fra hver lokasjon.

- Tomteanalyser
- Offentlige pkaner
- Konsepter
- Snitt og modeller
- Funksjonsdiagrammer
- Avdelingsoversikt
- Døgenheter
- Omgivelser og uteområder
- Typer uterom
- Innsynsstudier
- Solstudier
- Utvidelsespotensiale
- Fotos for referanse, intensjon og inspirasjon

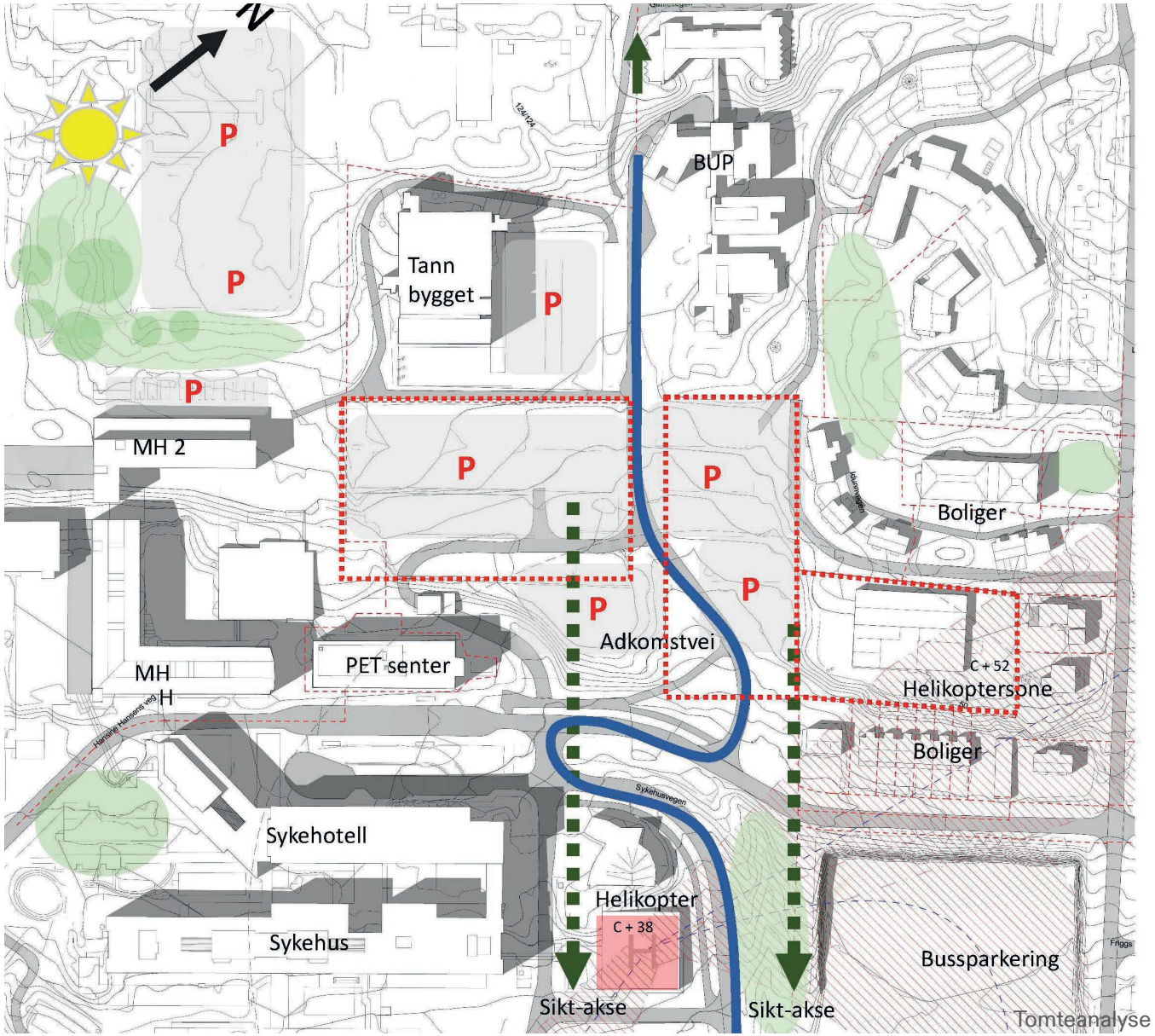
B3 +S1

Alternativ

Breivika



Ratio



Breivika - forhold tomt

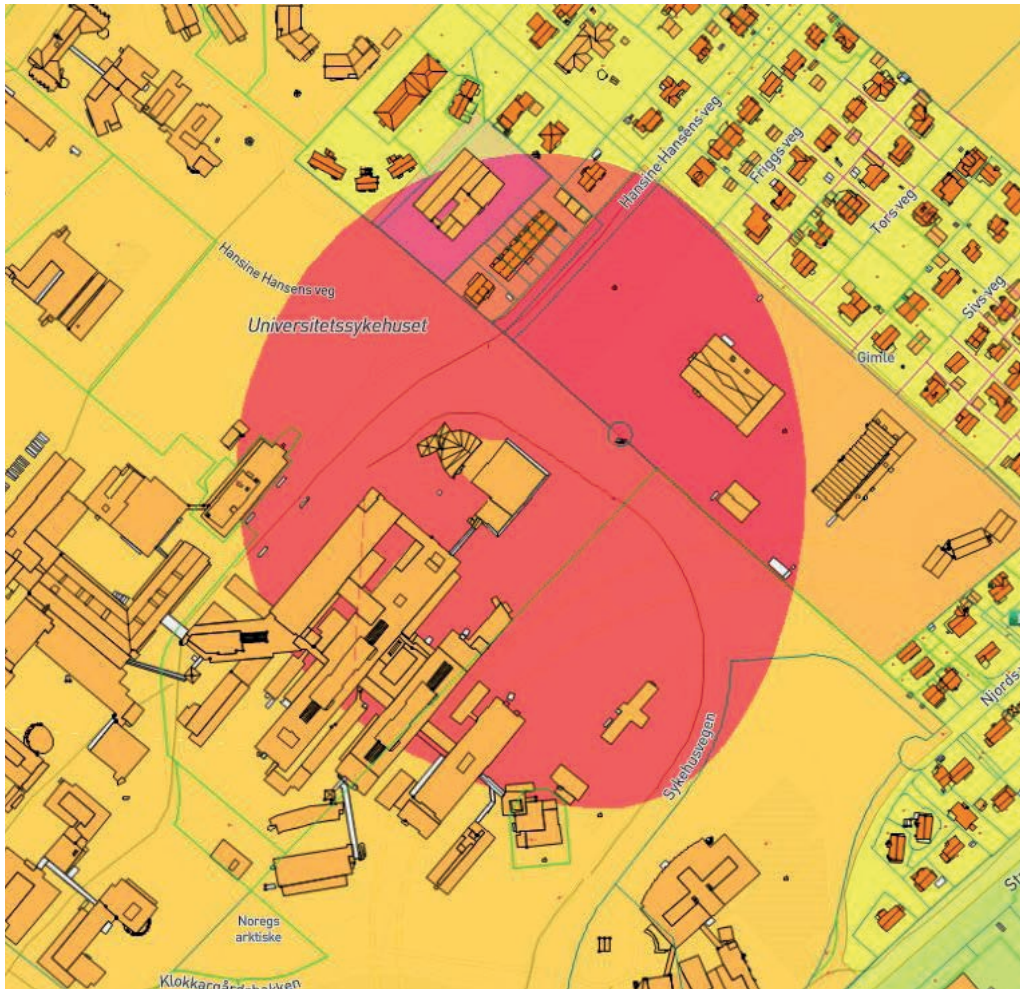
Tomtearealet i Breivika er ca 20 mål. Brutto bygningsmessig arealbehov for PHR (uten RSA/LSA) ca 30 000 m2 BTA.

Situasjonen på og rundt tomten i Breivika er kompleks, området er travelt, bebyggelsen i området er hovedsaklig institusjonsbygg, mange arbeidsplasser.
Området er allerede trafikkmessig overbelastet og etablering av UNN PHR her vil utfordre kapasitet på veinett og trafikkavviklingen i området ytterligere. For Breivika er det behov for å avklare vei, kryssløsning og innkjøring til parkering (se ROS-vurdering for ytterligere).

Det aktuelle tomtearealet har i dag ca 500 parkeringsplasser. Parkeringsplasser vil dels løses i p-kjeller i bygg for psykisk helsevern (350 pl) og dels i eksterne parkeringsbygg.

Fra Tromsø kommune er det varslet krav om åpning av bekkeløp over tomten. I konseptforslagene er det medtatt en trase som kan inngå som et miljøskapende og avgrensende element mot nabobebyggelse. Det er knyttet usikkerhet til dimensjonering og utførelse av denne.

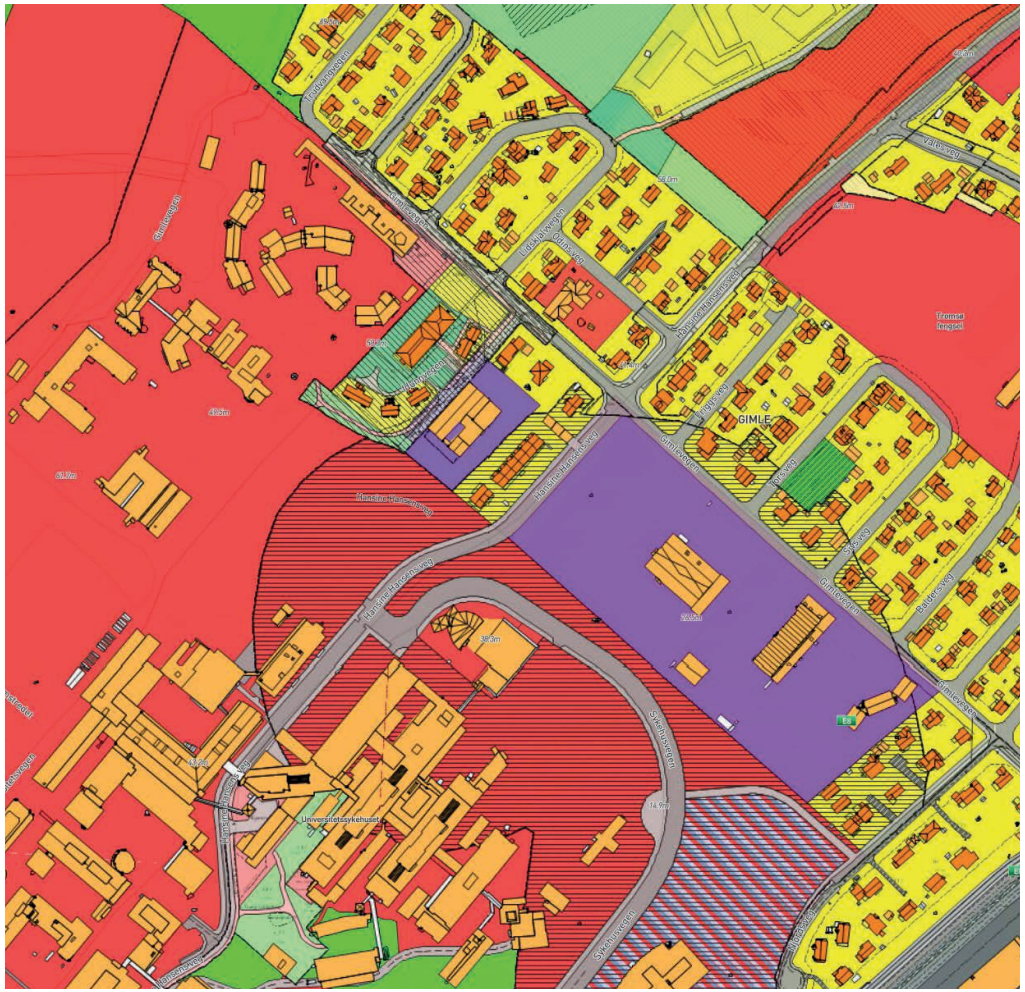
Tomtearealet ved Sykehuset er ikke stort nok eller egnet til sikkerhetspsykiatri, derfor er sikkerhetsspsykiatrien er foreslått lokalisert på egen tomt 1 km nord for sykehusområde (se eget avsnitt S1).



Støykart

Støy

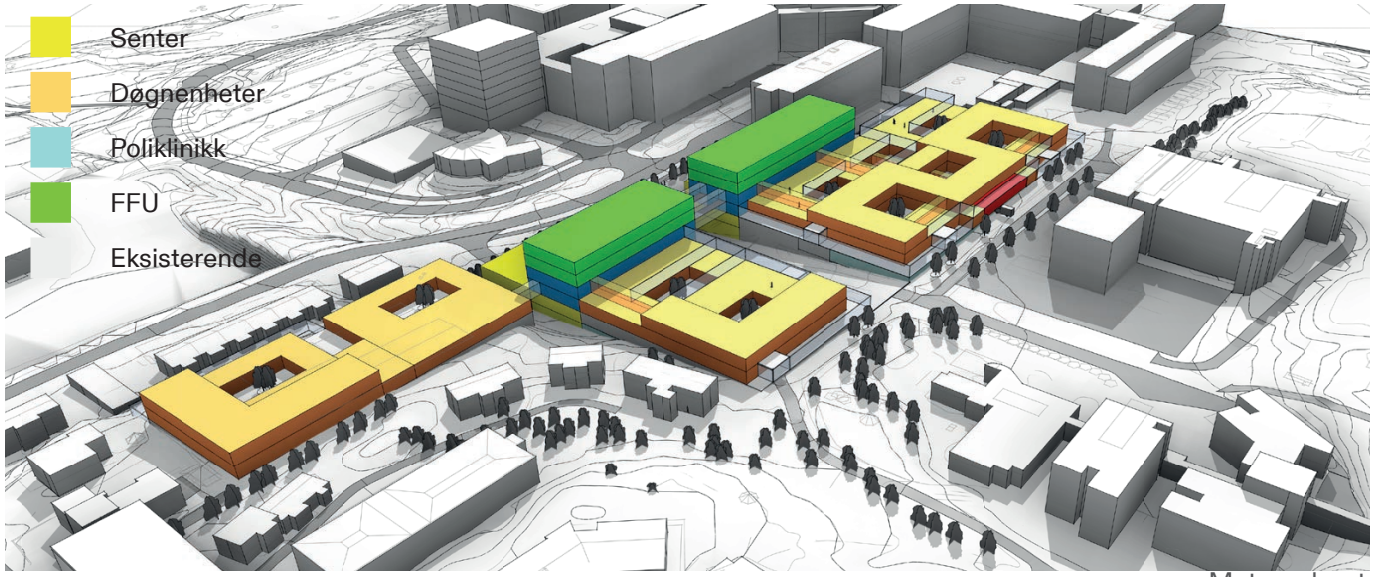
Deler av tomten ligger innenfor rød støysone (helikopter). Langs Sykehusveien er det også støybelastning fra bil og busstrafikk.



Plan ID

Regulering

Gjeldende gammel reguleringsplan for sykehusområdet, det vil bli krav om detaljregulering (o.15000m2) og regulering av tomt med Tromsprodukt.



Mot nordvest

Mot øst

Konsept B3 - Breivika

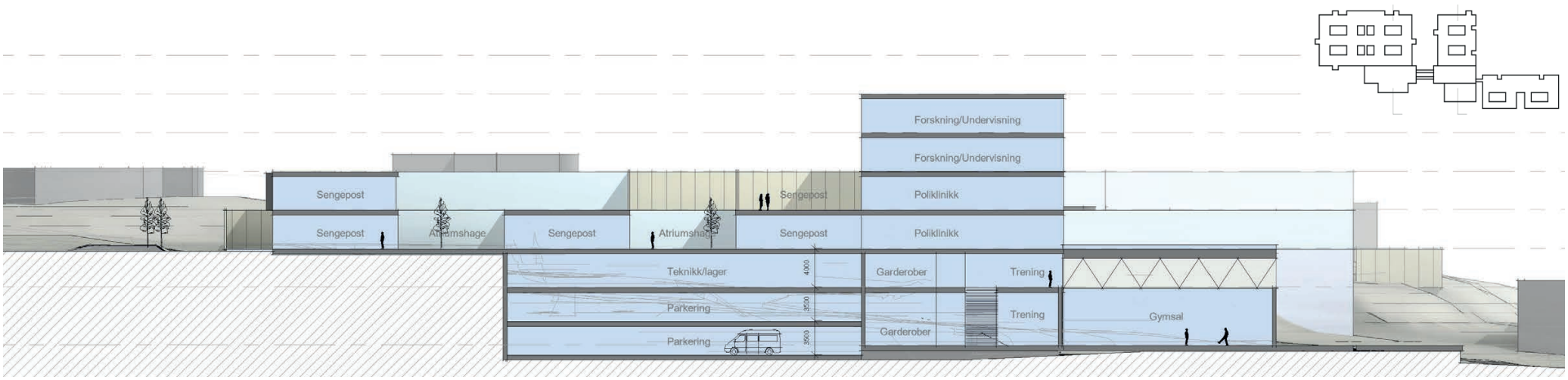
Breivikatomten med sin begrensede størrelse og nærhet til omliggende bygg, krever et bygningskonsept som i stor grad handler om å skjerme seg fra.

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. Disse bygningsmessige grepene gjør at løsningen i Breivika fremstår som en mer introvert struktur.

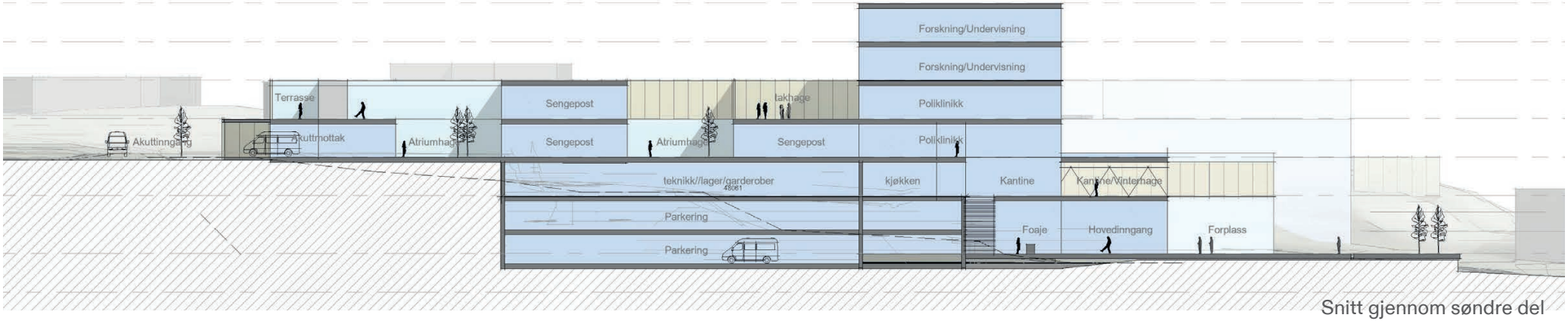
Døgnenheter på 1-2 etasjer er organisert rundt atriumshager i hht krav om plassering av flest mulig enheter på bakkeplan og direkte utgang til friluft. Atriumshagene vil være de primære utearealene i anlegget. For enhter i 2.etasje etableres uteareal takterrasser som vil skjermes med høye vegger. Døgnenhetene lengst nord på tomten vil kunne få utsikt mot øst og gode lysforhold, men arealet ligger i innflyvningssone til helikopter og må vurderes ift støy .

Tomtens beskaffenhet gir pasientområdene i Breivika begrenset grad av landskapsutsikt og begrenset tilgang til større skjermede utearealer der pasienter kan oppholde seg fritt.

Mot sykehusplassen legges bygningsvolumer med aktivitets- og fellesarealer for å artikulere hovedinngang.



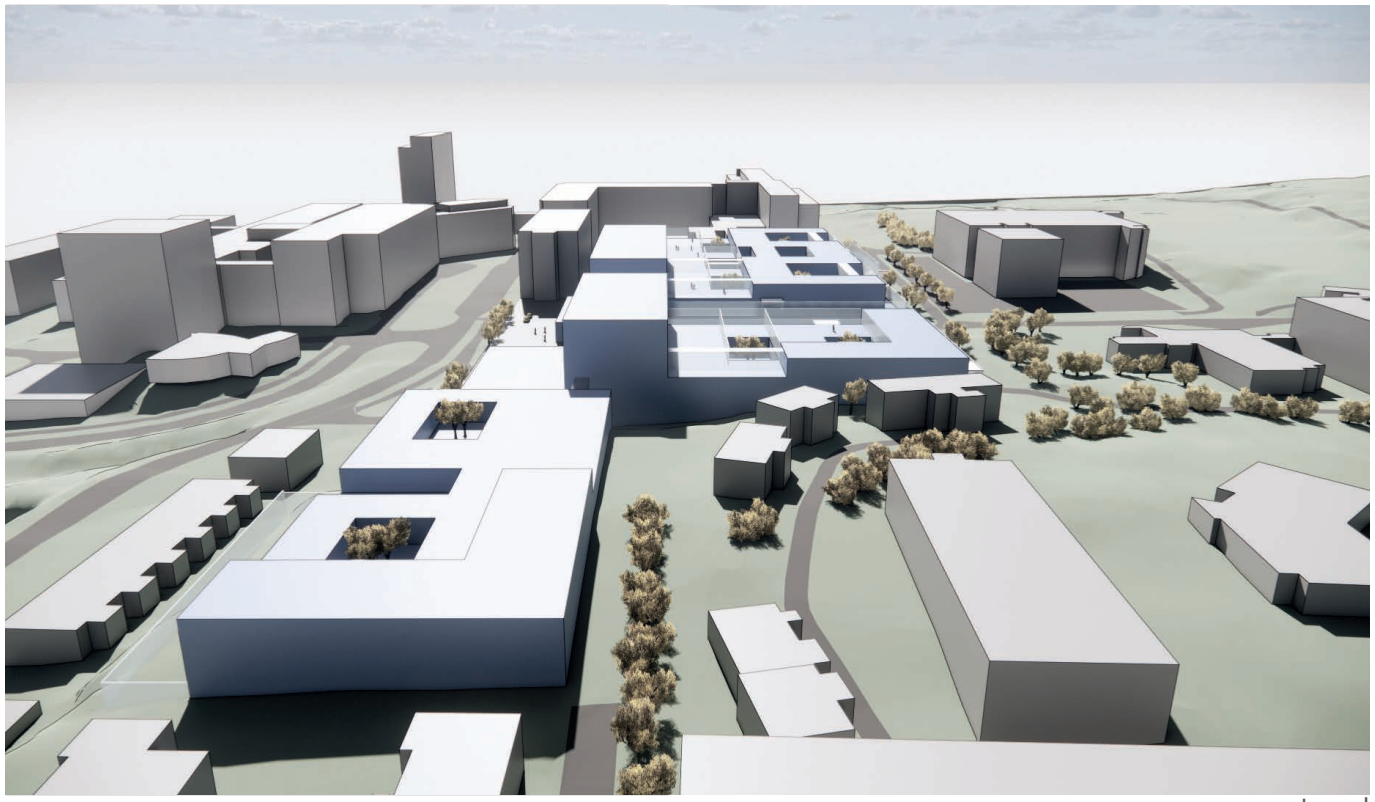
Snitt gjennom nordre del



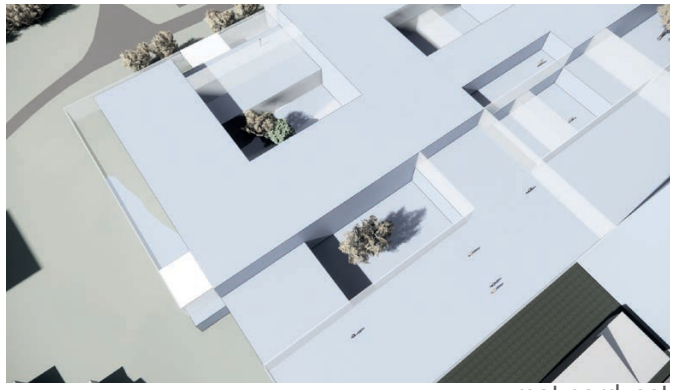
Snitt gjennom søndre del

B3 Snitt og modell

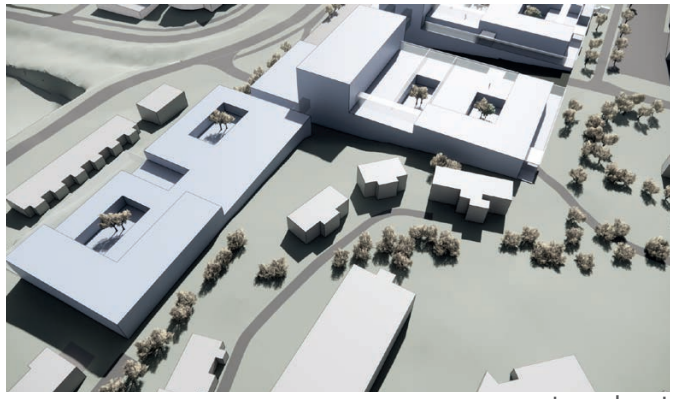
Tomten har terrengforskjell tilsvarende to etasjer (8 m) og bygningsstrukturen utnytter tomtens topografi.
I tråd med hovedprogrammet ligger hovedinngang og personalinngang på samme plan som sykehusplassen på plan 06. Dette vil være primæradkomst til poliklinikk, senter og administrative arealer. Mot vest på plan 08 er det pasientinngang og skjermet mottak. Mot øst og øvrig sykehusområde plasseres de mer utadvendte funksjoner som kantine, aktivitetsarealer og gymsal.



mot nord

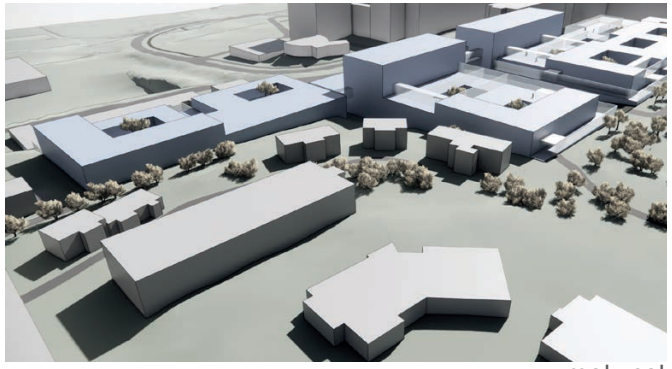


mot nordvest

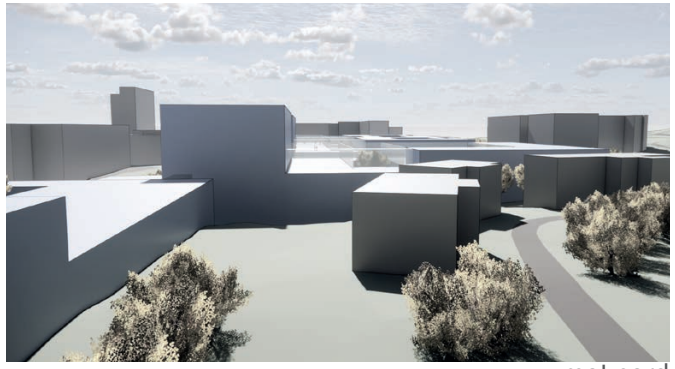


mot nordvest

mot øst

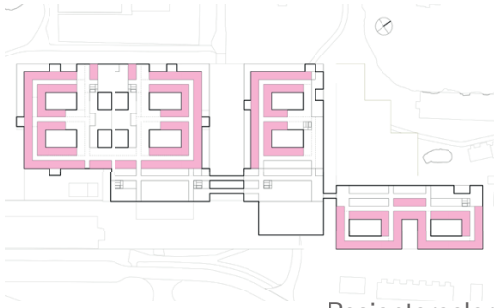


mot vest

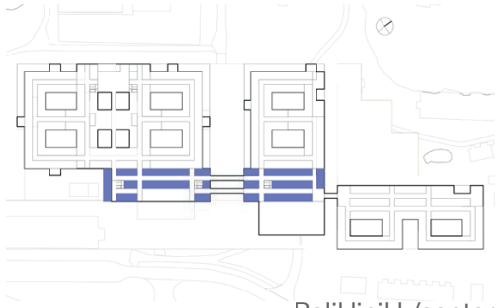


mot nord

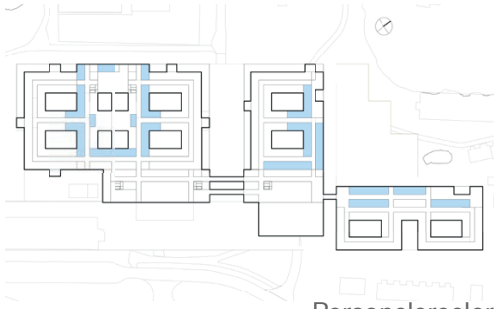
Plan 8



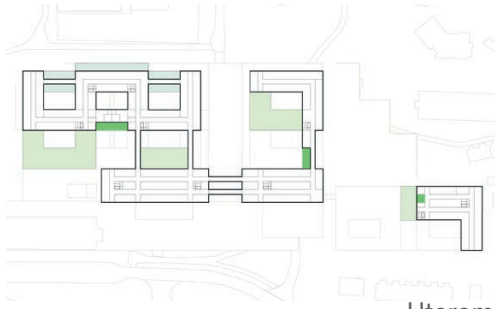
Pasientarealer



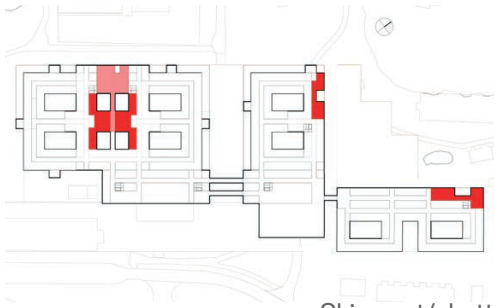
Poliklinikk/senter



Personalarealer



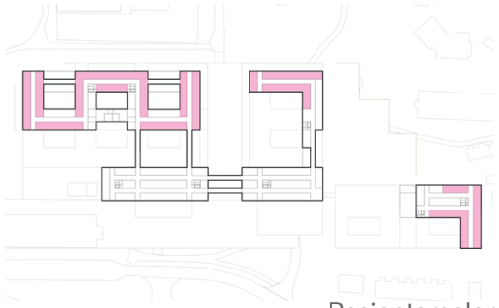
Uterom



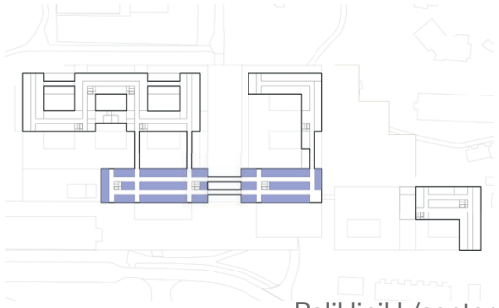
Skjermet/akutt

Samlet

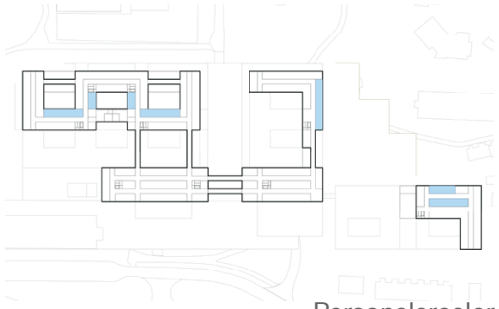
Plan 9



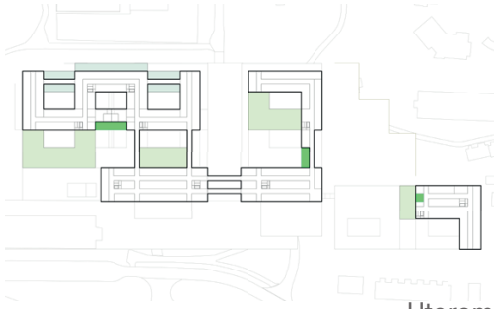
Pasientarealer



Poliklinikk/senter

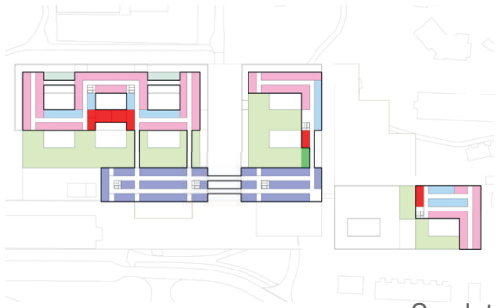


Personalarealer



Uterom

Skjermet/akutt



Samlet

B3 Funksjonsdiagram

Funksjonsområdene og planløsningene skal legge til rette for god flyt og effektive arbeidssløyfer. 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 utenfra. Akutt/mottak er plassert sentralt og ligger i tilknytning til skjermet og rett ved akuttposter på samme plan.

Ratio

B3 - avdelingsoversikt

Avdelinger som antas ha størst behov for nærhet til somatikk er plassert nærmest sykehusområdet slik at kulvertforbindelse er mer tilgjengelig. Kulvertforbindelse på plan 05.

Alderspsykiatri i 2.etasje (plan 9) med utgang takhage. Arealer for rusbehandling og DPS er plassert på nordsiden av Sykehusveien.

- 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

Ratio

B3 døgnenhet x 2

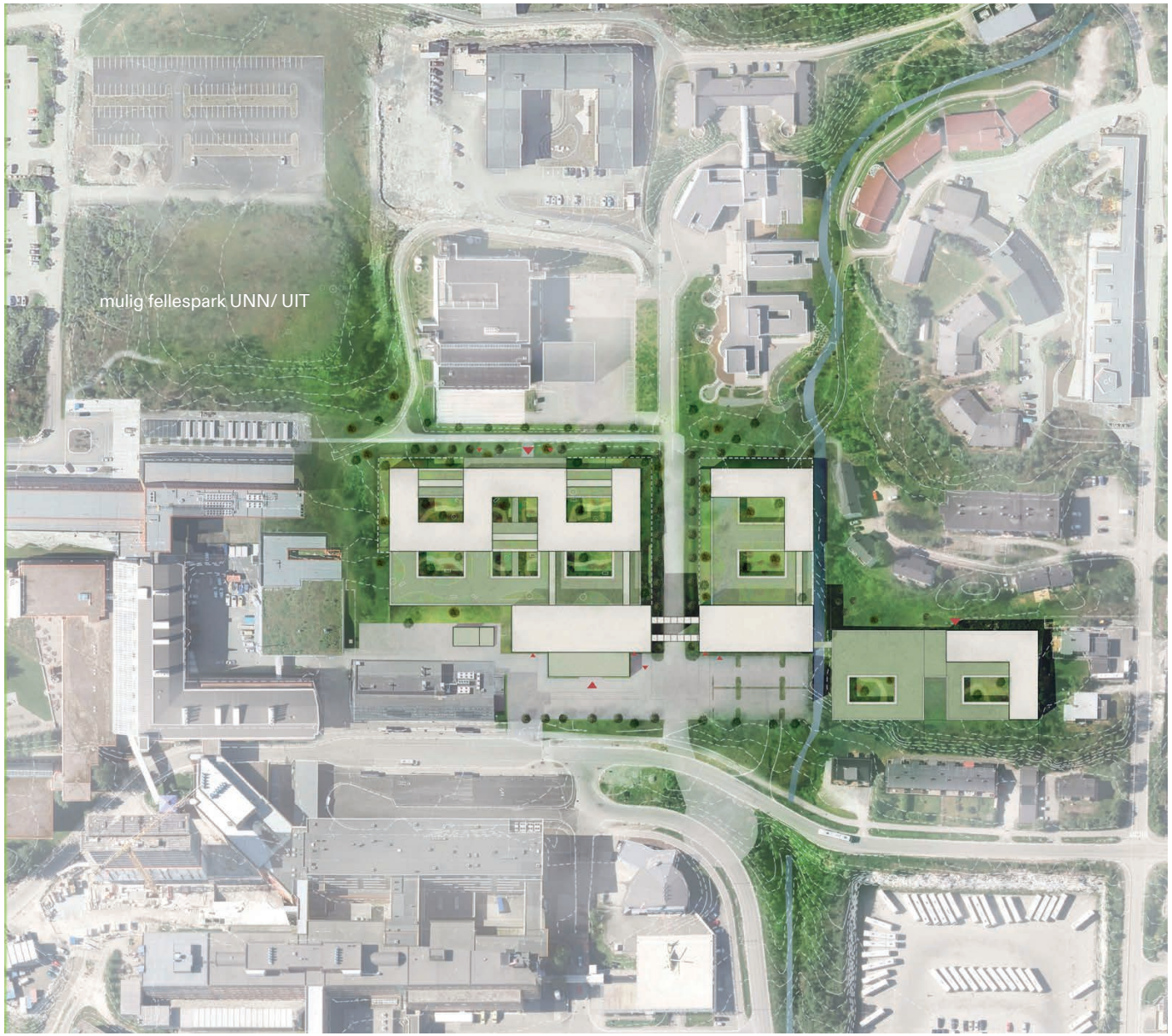
Det er et premiss i hovedprogrammet at de fleste døgnenheter skal ligge på bakkeplan, og at helst tre døgnenheter skal ligge på samme nivå som og nært akuttmottak.

Døgnenhetene er programmert med 12 pasientrom inkl skjermede arealer, og forutsetter at to døgnenheter deler fellesarealer som møterom, kjøkken etc.

Hver døgnenhet har egen atriumshage og skjermenhet. Skjermenhetene er lokalisert slik at personalet i tilliggende enhet kan samarbeide og bistå hverandre.

Inne i døgnenheten ligger pasientrommene i ytterkant av bygningene, fellesarealer som spiserom, oppholdsrom og stue vender inn mot atriumshagene, med kontakt mot forhage via klimatisert vinterhage.

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 kurateres.



Breivika

Omgivelser og uteområder

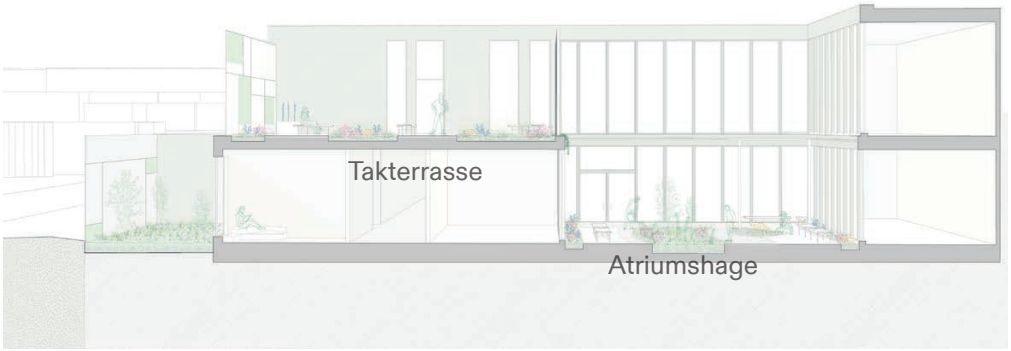
Sykehus og universitet er samlokalisert i Breivika. Området ligger sentralt på Tromsøya, ca. 4 km nord for Tromsø sentrum.

Situasjonen i Breivika er kompleks, området er travelt og befolkningstett. med mange institusjonsbygg.

Området er preget av å ikke ha en helhetlig plan for grøntstruktur, vei, parkering etc. Mye restarealer mellom bygg og parkeringsplasser. Det finnes ikke dedikerte friområder i umiddelbar nærher, lysløypa og marka ca 500 meter unna.

Tilgang på differensierte utearealer og aktivetet er viktig for psykisk helsevern. UNN eier begrenset areal i området . Dedikerte større uteområder til PHR må evt skje ved anskaffelse eller leieavtaler med andre aktører. Forslag om anskaffelse av tomt for LHLboliger som er tilgrensende er spilt inn, og evt opparbeidelse av felles parkområde med UiT parkeringstomt ved siden av Tannbygget.

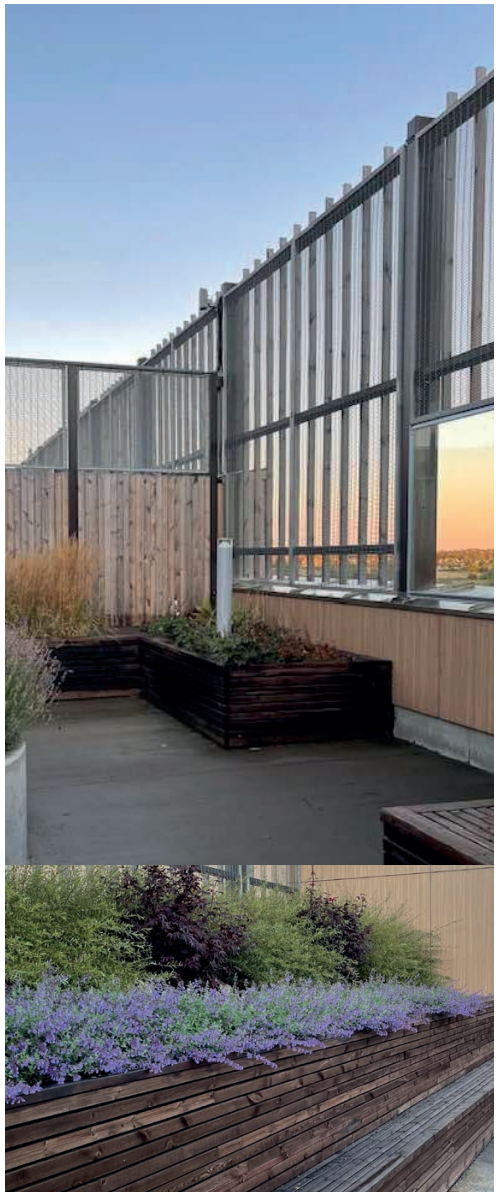
Kommunen har satt krav om åpning av bekk over tomtearealet. Dette kan inngå som en blå-grønn faktor og være et miljøskapene element.



Snitt gjennom uterom, Breivika

Østra sjukhuset. Gøteborg

Atriumshage, Kronstad DPS



Takhage/takterrasse, Tønsberg psykiatri

Atrier og hager

Atriumshagene er de primære uteoppholdarelene i Breivika. De vil i tillegg til å være uteoppholdsareal med direkte utgang fra enhetene, gi lysinslipp og elementer av natur inn i dype bygningskropper.

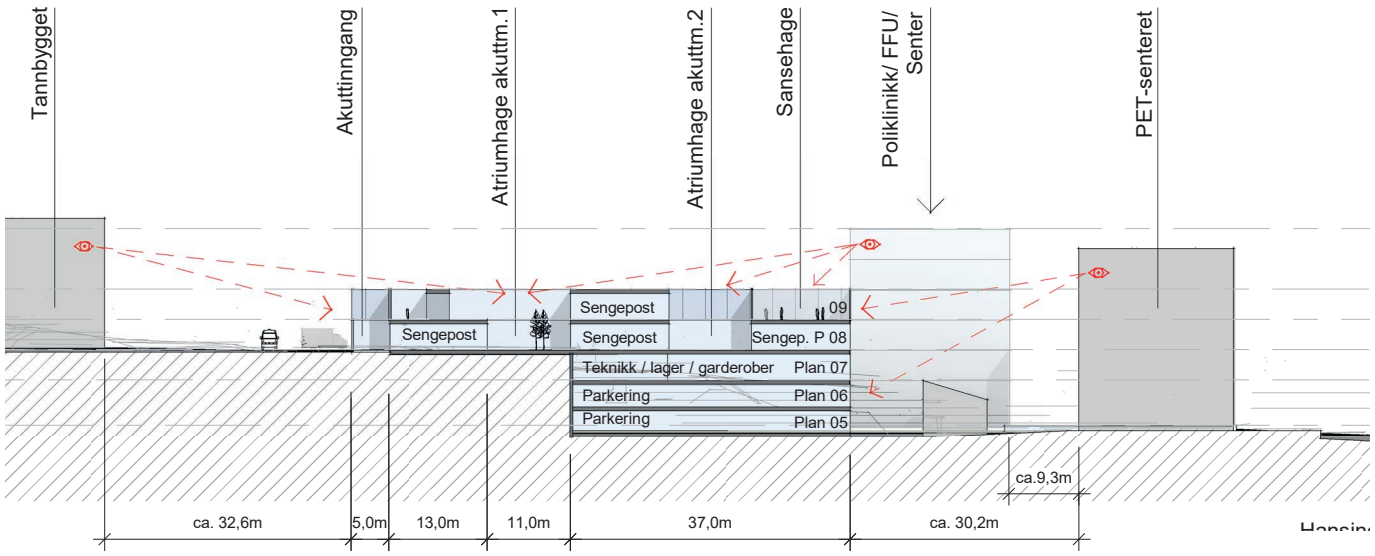
Som en konsekvens av dette blir det svært viktig og en kritisk faktor at de utearealene som pasientene har fri tilgang til innenfor bygningskroppen (atrier og takhager) blir utført i høy kvalitet. Dette gjelder også det pasient skal se ut på, skjermende gjerder og murer der disse opptrer i bygget

Situasjon Breivika B3
typer uterom

1. Forhage
2. Takhage
3. Skjermet hage
4. Terrasse
5. Atriumshage
6. Aktivitetshage

7. Forslag fellespark UIT | UNN
8. Forslag friareal ved kjøp LHL

Ratio

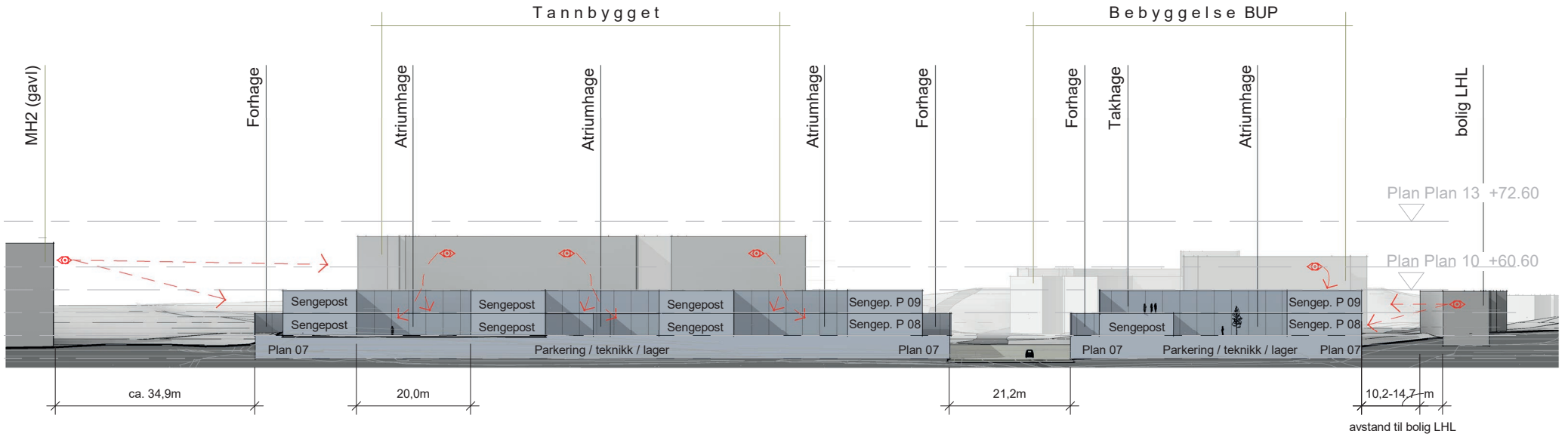


Hansine Hansens veg (nord-øst)

B3 Innsyn

Illustrasjonene peker på at det vil være innsynsproblematikk i Breivika fra omkringliggende bebyggelse. Dette gjelder blant annet fra PETbygget i øst, Tannbygget i vest og fra boligbebyggelsen 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.



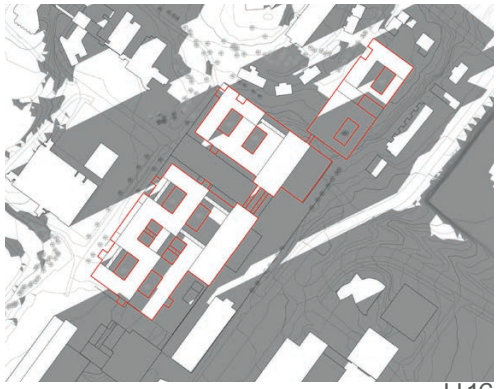
Hansine Hansens veg (nord-vest)

Ratio

21.mars

kl.08

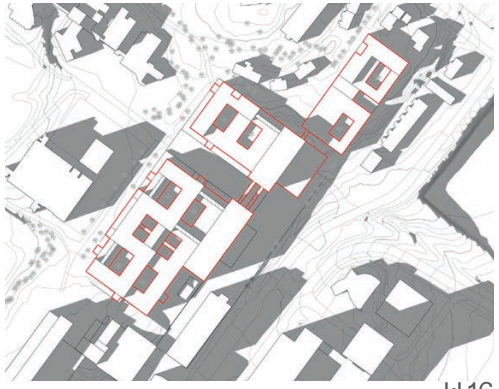
kl.12


kl.16

1. mai

kl.08

kl.12


kl.16

21.juni

kl.08

kl.12

kl.16

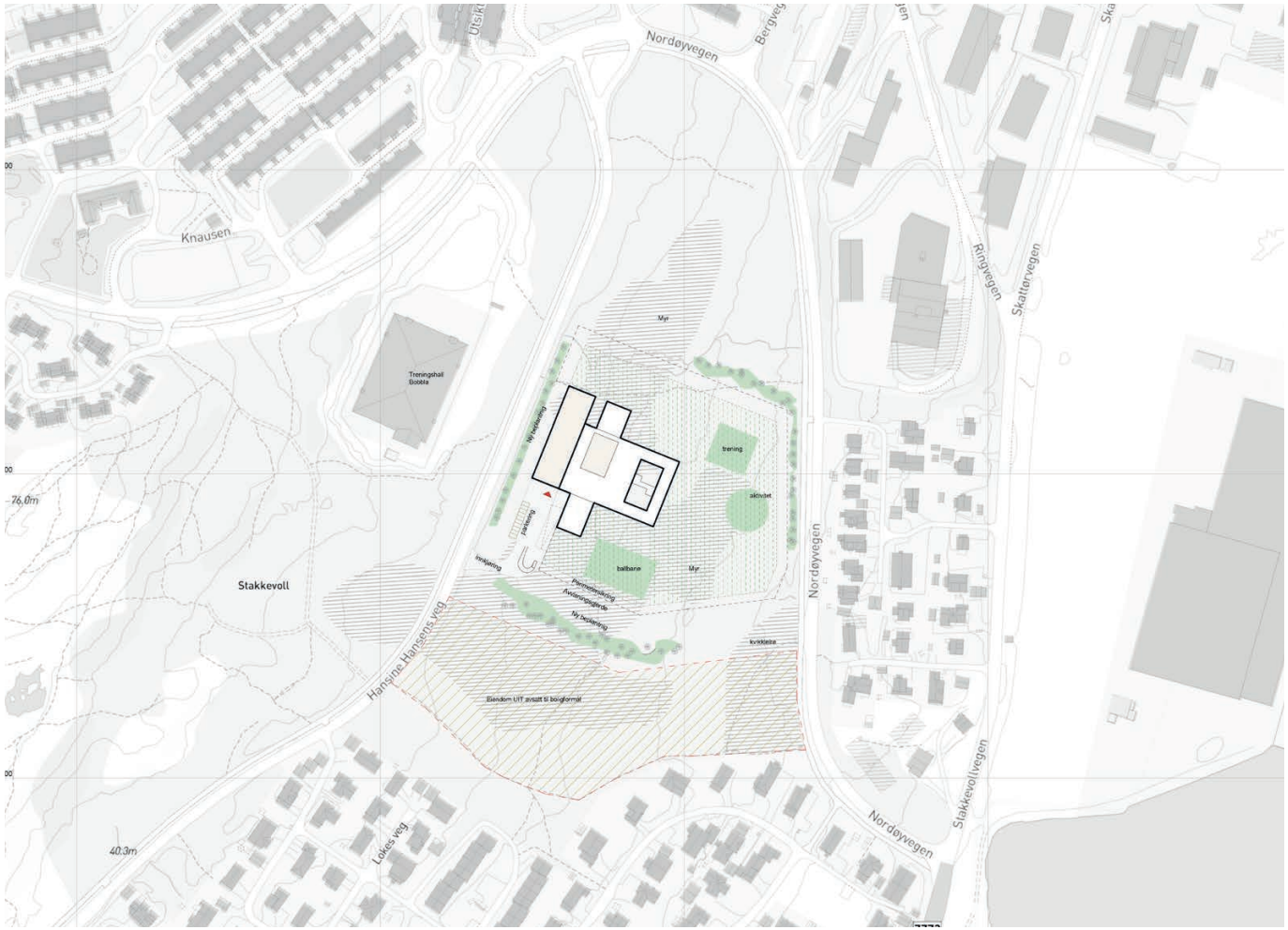
B3 Soldiagram

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 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.



Situasjonsplan S1

S1, mot sørøst

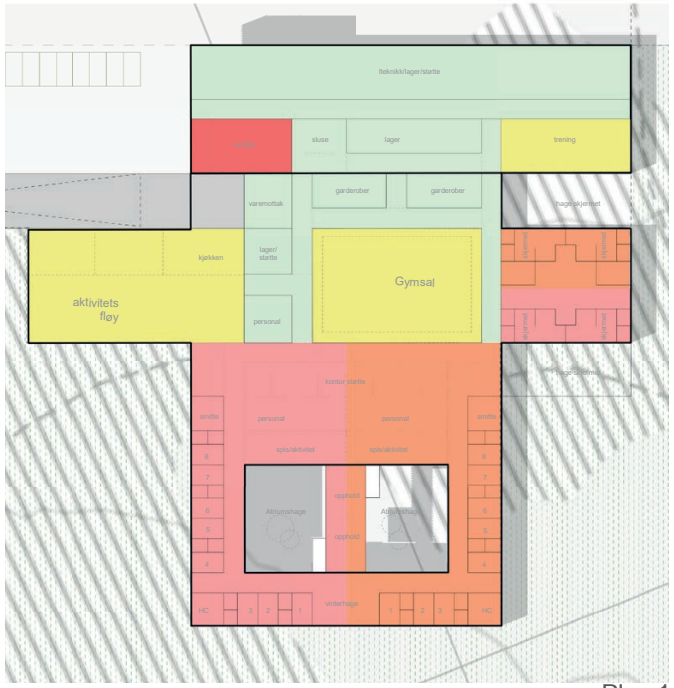
Oversikt , avstand mellom B3 og S1

S1 Sikkerhetsavdeling

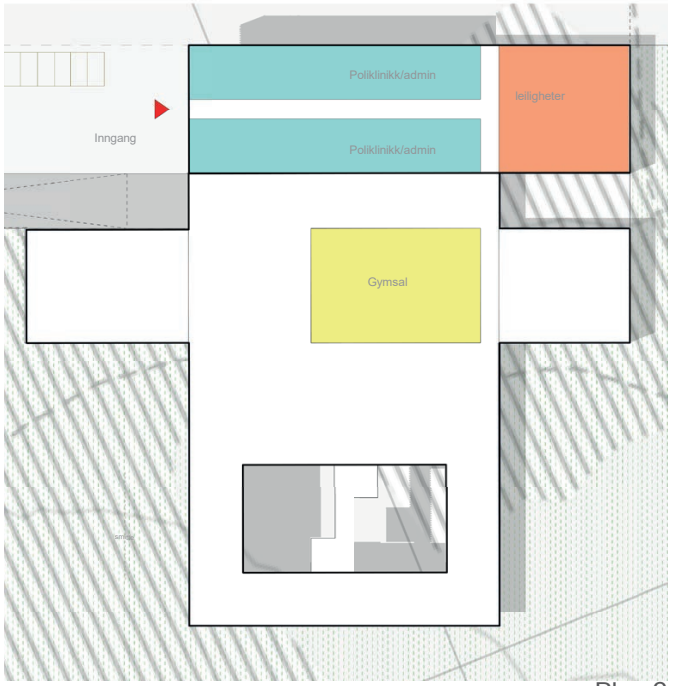
Sikkerhetsspsykiatrien har egne dimensjonerende krav som ikke lar seg løse på hovedtomten sammen med øvrig PHV/TSB. I Alternativ Breivika vil RSA/LSA etableres på egen tomt i Breivika.

Av aktuelle tomter nær UNN er S1 er vurdert som best egnet. Tomten ligger i et område eid av UiT og er ikke bebygget. UiT har avsatt arealer sør på området for utvidelse av eksisterende boligområde (se sit.plan over)

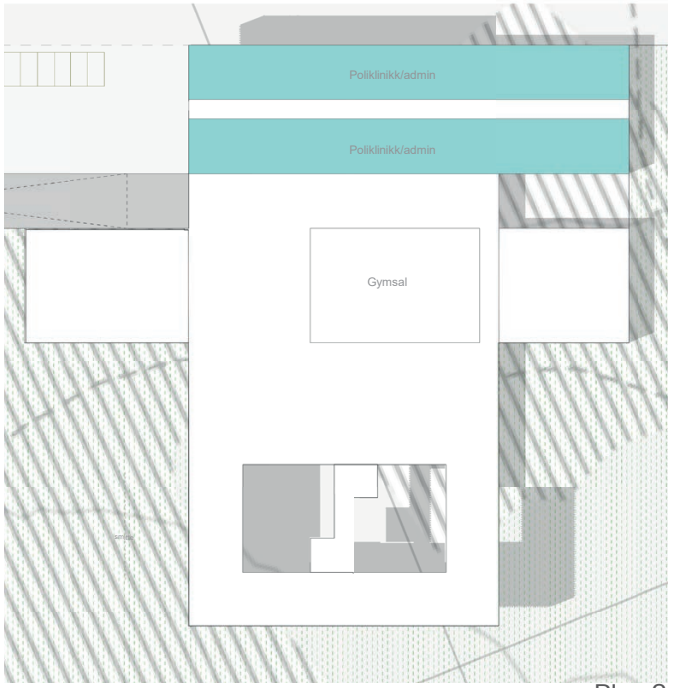
Tomten har terrengfall fra Hansine Hansens vei, har vidt utsyn over det store landskapsrommet mot øst og gode lysforhold. Grunnen er myrlendt, det må påregnes kompenerende tiltak for reetablering av myr.



Plan 1



Plan 2



Plan 3

S1 Sikkerhetsavdeling RSA/LSA

I skissert konsept er det fokus på å plassere bygget godt og mest mulig diskret i landskapet , 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 et for døgnenheter.

For å unngå innsynsproblematikk fra evt utbygging med boliger på nabotomt i sør må det påregnes å etablere et skjermende vegetasjonfelt her.

Med sikkerhetspsykiatri på egen tomt vil det utløse et behov for dubliseirng av funksjonsarealer.

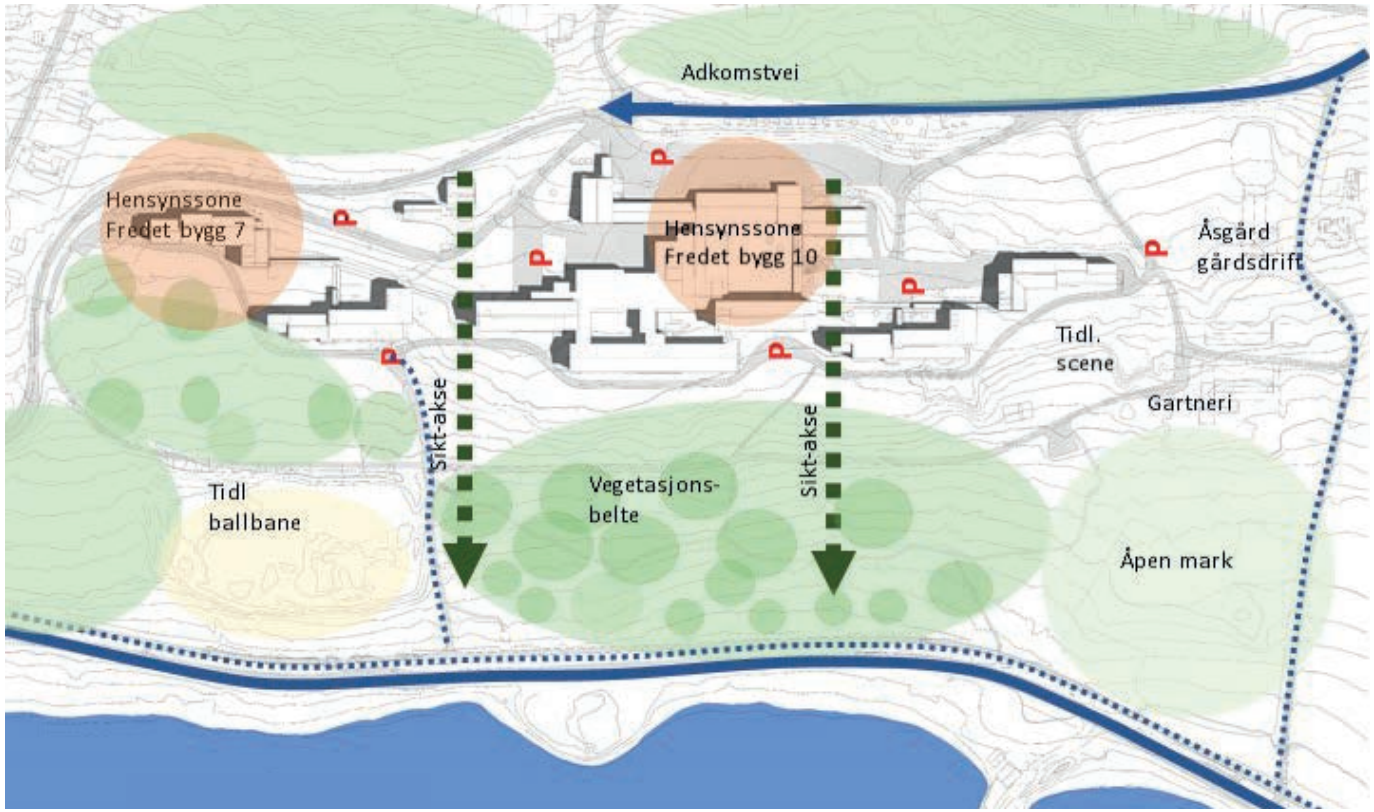
- 50_Sikkerhet lokal
- 50_Sikkerhet lokal/regional
- 60_Fellesareal
- 71_Poliklinikk
- 80_Fag forskning utdanning

Å3.

Alternativ

Åsgård

Ratio



Åsgård - forhold tomt

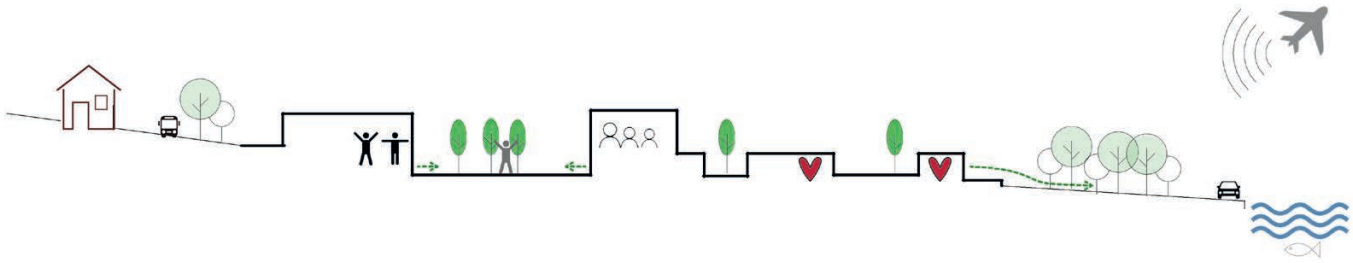
Eksisterende sykehus er omfattet av Landverneplanen for helsesektoren (se eget punkt).

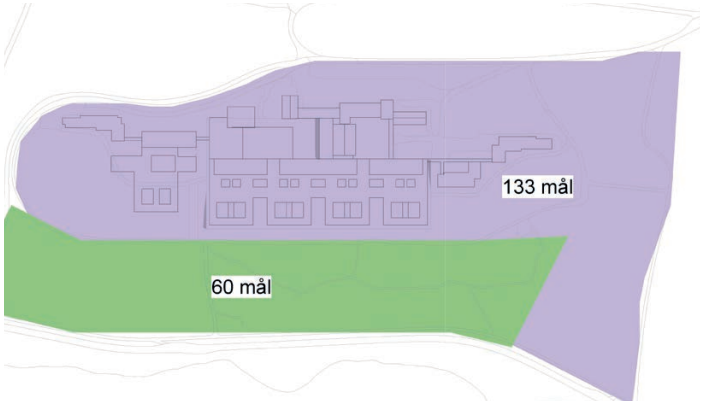
Det er god avstand til øvrig bebyggelse, trafikk og veiforhold har ikke kapasitetsutfordringer. Dagens adkomstforhold kan beholdes.

UNNs eiendom på Åsgård er på totalt 190 mål.
All psykiatri kan samles,også sikkerhetspykiatrisk 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 pg rekreasjon for pasienter, ansatte og naboer.

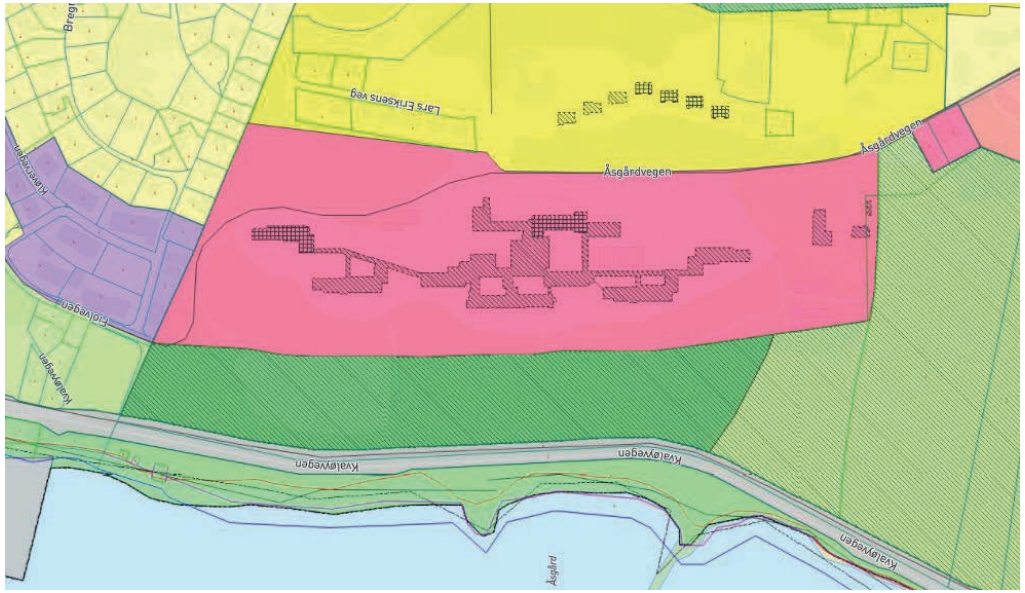
Det er gode utvidelsesmuligheter på tomten og godt potensiale for bygg og arealer uten innsyn, Tomtens terrengfall gir muligheter for utsikt fra døgnenhetene.

Tomteanalyse Åsgård





Ratio



Kommuneplan

Kommuneplan og støy

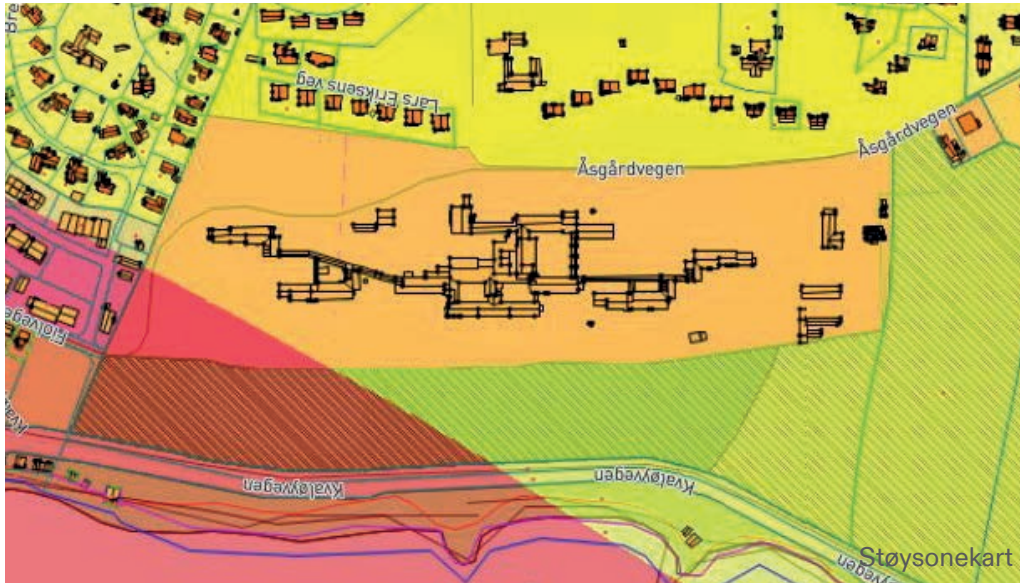
Området på vestside av Åsgårdveien er avsatt til sykehus, landbruk og grøntområde i kommuneplanen. Bygg i grøntområde vil kreve endringer i kommuneplan og konsekvensutredning. Det er høyderestriksjoner i området pga innflyningstrase.

Hele Åsgårdfeltet ligger innenfor gul støysone. En mindre del av UNNs arealer innenfor rød støysone (flyplass).

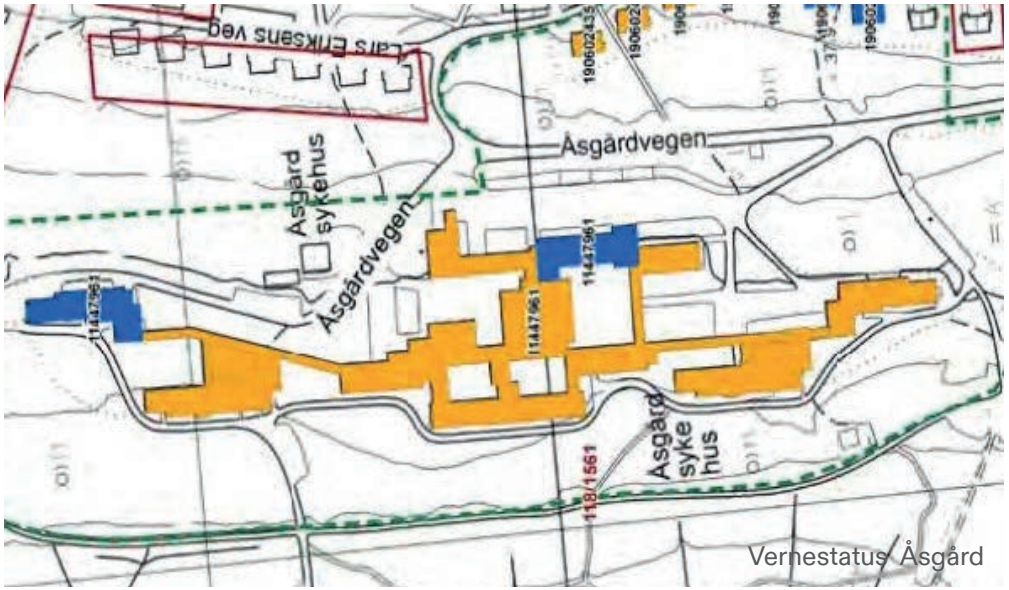
Regulering og vern

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 bygningsstruktur har vernestatus (gult).



Støysonekart



Vernestatus Åsgård

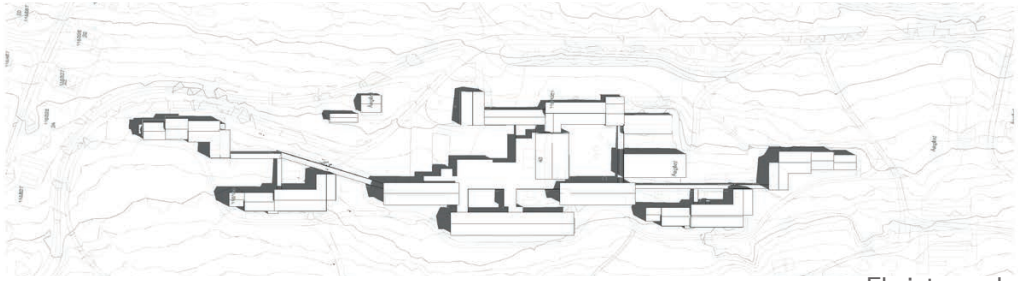
Bygg 9 - Fyrhuset

Vernede kvaliteter

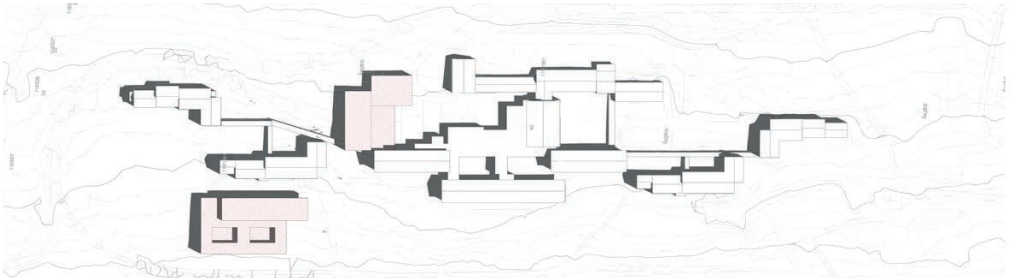
Fortsatt bruk vil være det beste vern av Åsgård som helsehistorisk kulturarv. Åsgårds unike kvaliteter videreføres, nybygg optimaliseres for psykisk helsevern. Anlegget har unike kvaliteter og er også en identitetsbærer av kollektiv verdi. Fyrhuset og festsalen er eksempler på dette.

Bygg 10 - Hage

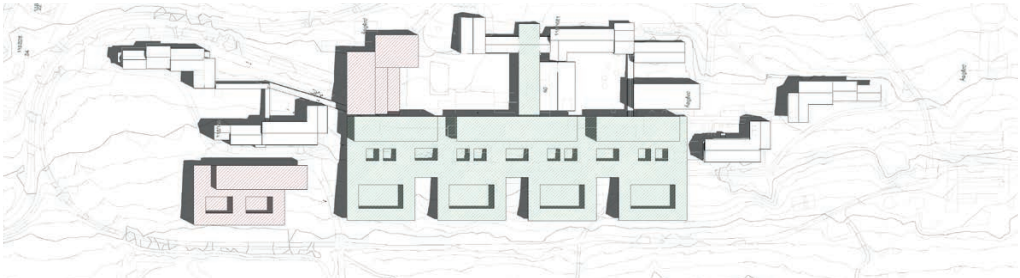
Bygg 10 - Interiør



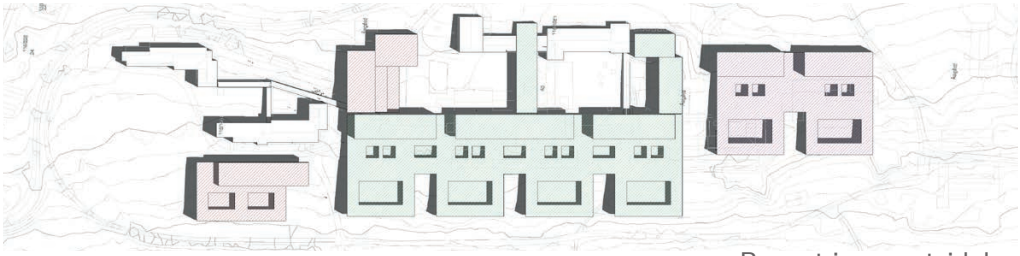
Eksisterende



Byggetrinn 1



Byggetrinn 2 - Gjenbruk 11 og modulbygg



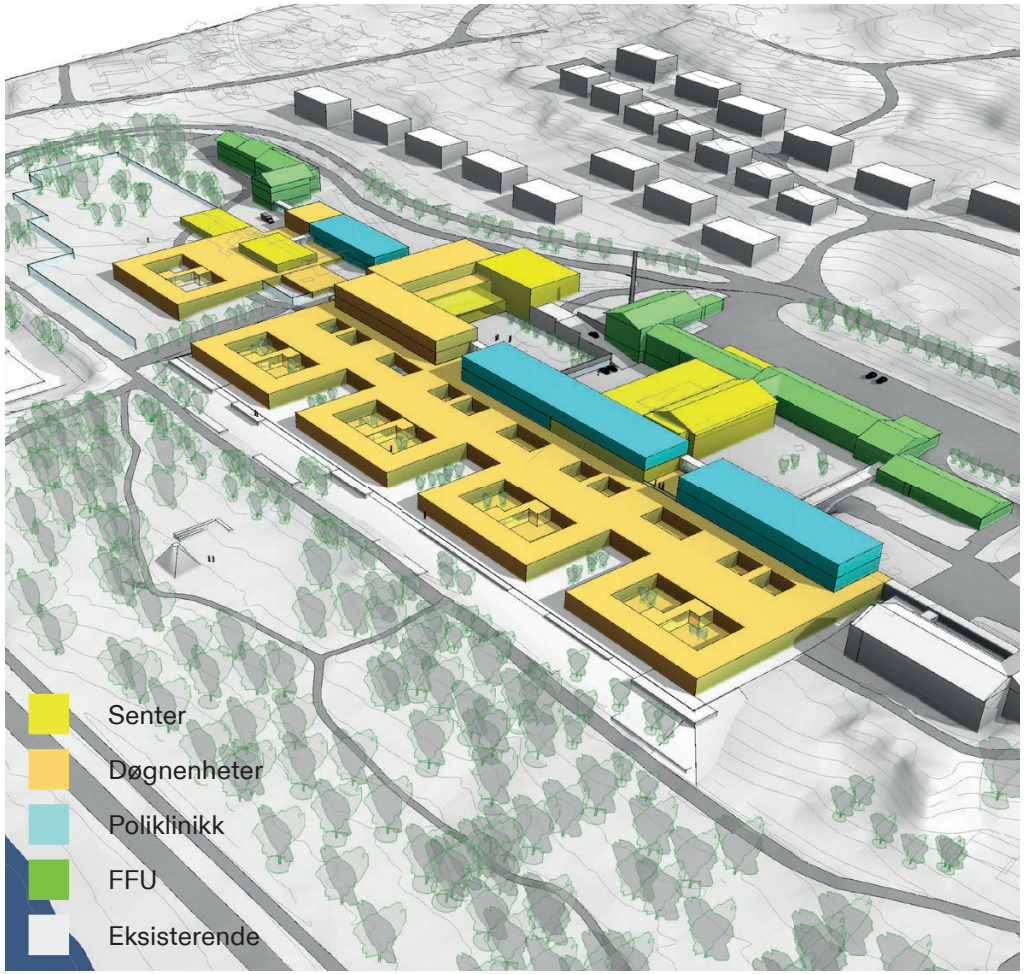
Byggetrinn x - utvidelse

Byggetrinn - riving

Rives

Vurderes

Alternativ Åsgård medfører sykehusdrift under bygging. Gjennomføring er skissert med to byggetrinn. Før igangsettelse rives bygg 6, i første byggetrinn bygges sikkerhets-bygg og to døgnenheter. Før igangsettelse av byggetrinn 2 flytter pasientvirksomhet fra bygg 3, 4 og 5 til nybygg. Ved ferdigstillelse flytter resterende pasientvirksomhet på sykehuset og fra rusenhetene på øvre Åsgård inn i nybygg. I ferdigstilt anlegg er Bygg 7, 10 og 11 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.



mot sørvest

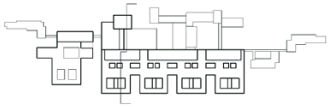
mot nordøst

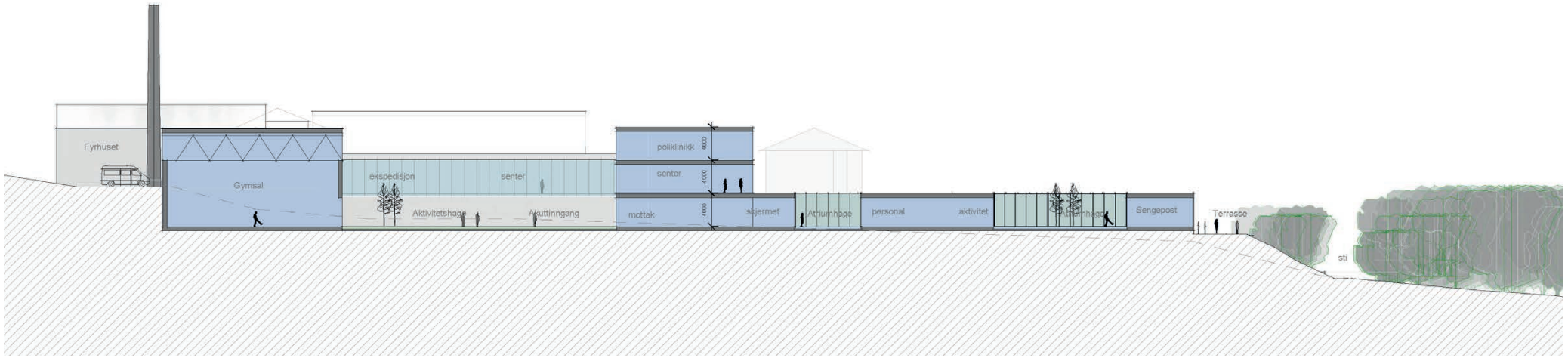
Å3 Konsept

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.

Sammenflettingen av eksisterende og nye bygg vil danne mange interesante rom i møtet mellom nytt og gammelt. Konseptet svarer ut ønsket om å etablere et senter i kjernen av anlegget. Hovedinngang ligger midt i.

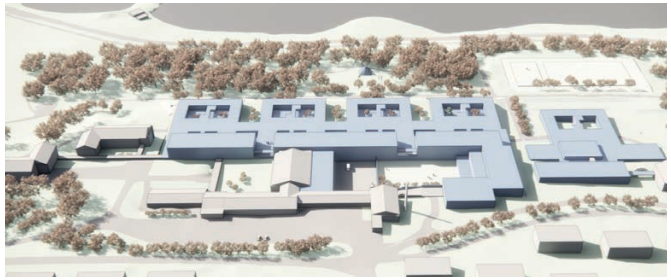
Ratio



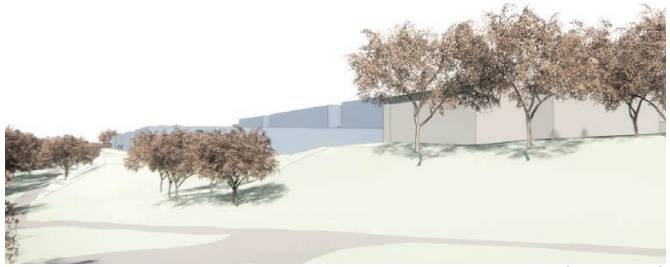


Å3 - Snitt og modeller

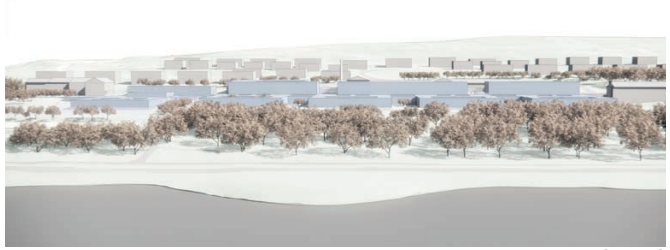
Terrenget faller mot vest med ca 4 meter , dette utnyttes til å å legge døgnenhetene en etasje ned fra hovedinngangen, akuttmottaket legges ned på samme plan.
De minst sensitive virksomheter skjermer for de mer sensitive. Mot øst ligger f. eks kontorer, senterfunksjoner, gymsal og mot vest døgneenhetene. 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 terreng enten i atriumshager, markterrasser, friluftsområdet elller aktivitetsarealer.



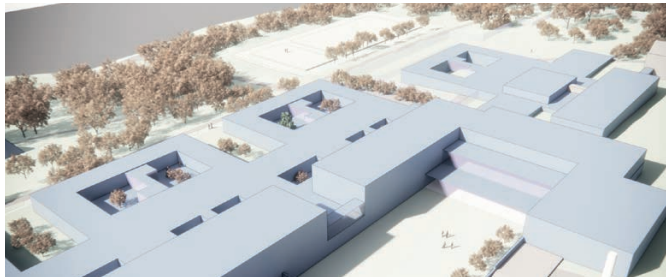
mot øst



mot sørvest

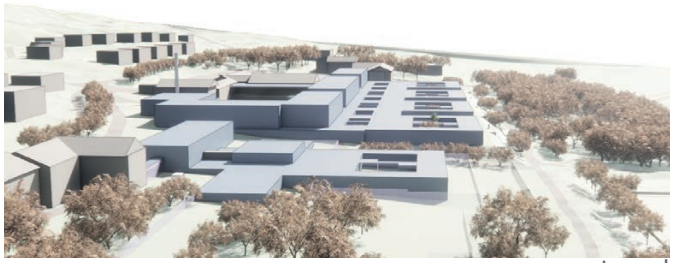


mot vest

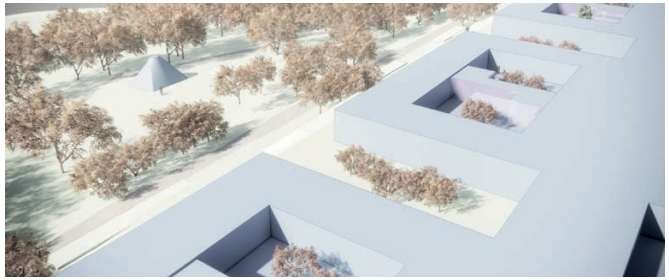


mot sørøst

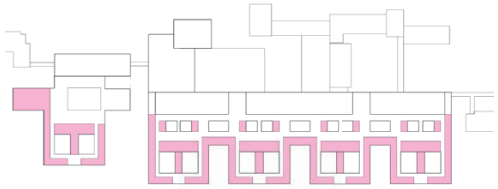
mot sørøst



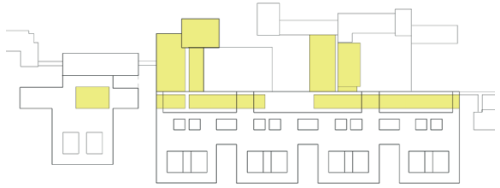
mot nord



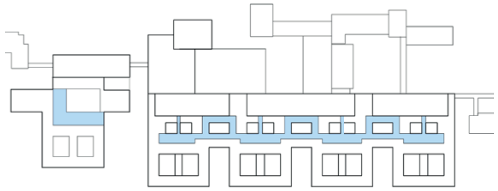
Plan 1



Pasientarealer



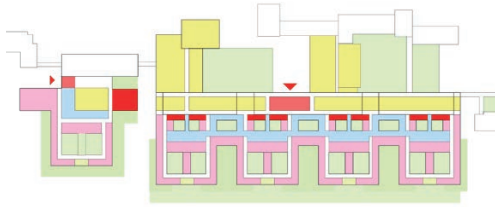
Senter



Personalarealer

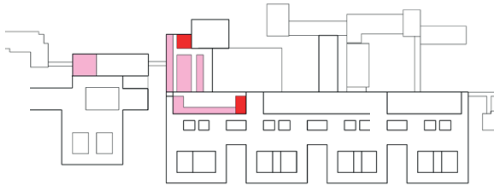
Uterom

Skjermet/Akutt

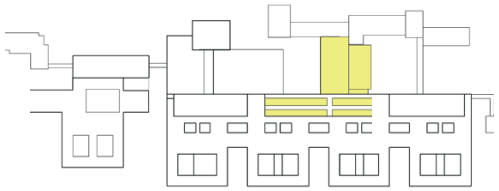


Samlet

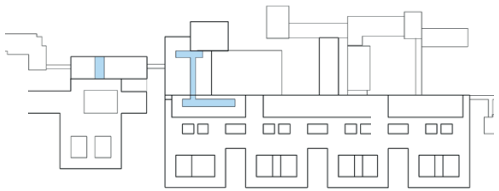
Plan 2



Pasientarealer

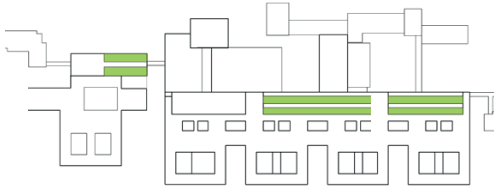


Senter

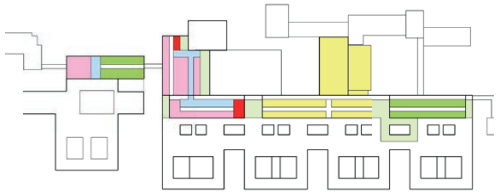


Personalarealer

Uterom



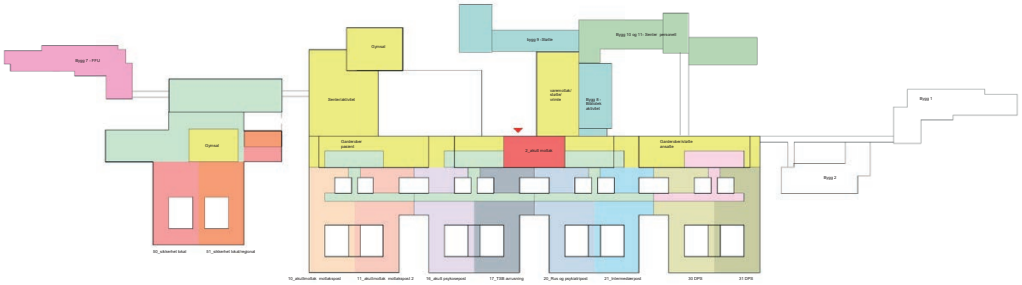
Poliklinikk



Samlet

Å3 Funksjonsdiagrammer

Funksjonsdiagrammene viser organisering og flyt i anlegget.

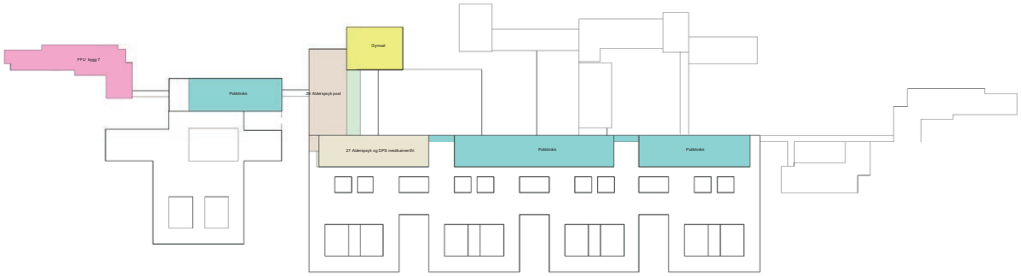


Plan 1

Plan 2

Å3 Avdelingsoversikt

Eksisterende bygg er ikke planlagt benyttet til paisentbehandling, men vil benyttes til administrative funksjoner og FFU.



Plan 3

- 02_Akuttmottak
- 10_Akuttmottak mottakspost
- 11_Akuttmottak mottakspost 2
- 10_11_Felles
- 16_akutt psykosepost
- 17_TSB avrusning
- 16_17 Felles
- 20_Rus og psykiatripost
- 21_Intermediærpost
- 20_21 Felles
- 30 DPS
- 31 DPS
- 30_31_Felles
- 37 TSB Restart
- 38 TSB Ung
- 37_38_Felles
- 50_Sikkerhet lokal
- 50_Sikkerhet lokal/regional
- 60_Fellesareal
- 71_Poliklinikk
- 80_Fag forskning utdanning

Å3 - døgnenhet x2

Døgnenhetene er programmert med 12 pasientrom inkl skjermede arealer, og programmet forutsetter at to døgnenheter deler fellesarealer som møterom, kjøkken etc. Hver døgnenhet har egen atriumshage og skjermenhet. Skjermenhetene er lokalisert slik at personalet i tilliggende enhet kan samarbeide og bistå hverandre.

Inne i døgnenheten ligger pasientrommene i ytterkant av bygningene, fellesarealer som spiserom, oppholdsrom og stue vender inn mot atriumshagene, men har også tilgang ut på terreng.

Atriumshagene er i tillegg til å være uteoppholdsareal sentrale for å få dagslys inn til funksjoner i dype bygningskropper. Bygningsvolumene for døgnenhetene på Åsgård er kun en etasje høye, 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 aktivetetsarealer. Atriumshagene er et av flere typer uteoppholdsarealer i løsningen for Åsgård.

Ratio

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, men er sentralt beliggende.

Det er nærhet til sjøen og avstanden til marka ca 300 meter. UNN eier et stort område på Åsgård og det er 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 reg.plan 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 boliger.

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.
Nye bygg vil forenkle tilgangen til området.

Snitt gjennom uterom

Atrium Ballerup psykiatri. DK

Atrium. Ballerup rettspsykiatri, DK

Josefhof, Graz Østerrike

Uterom - inspirasjon

Uterom er viktige verktøy 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

Ratio

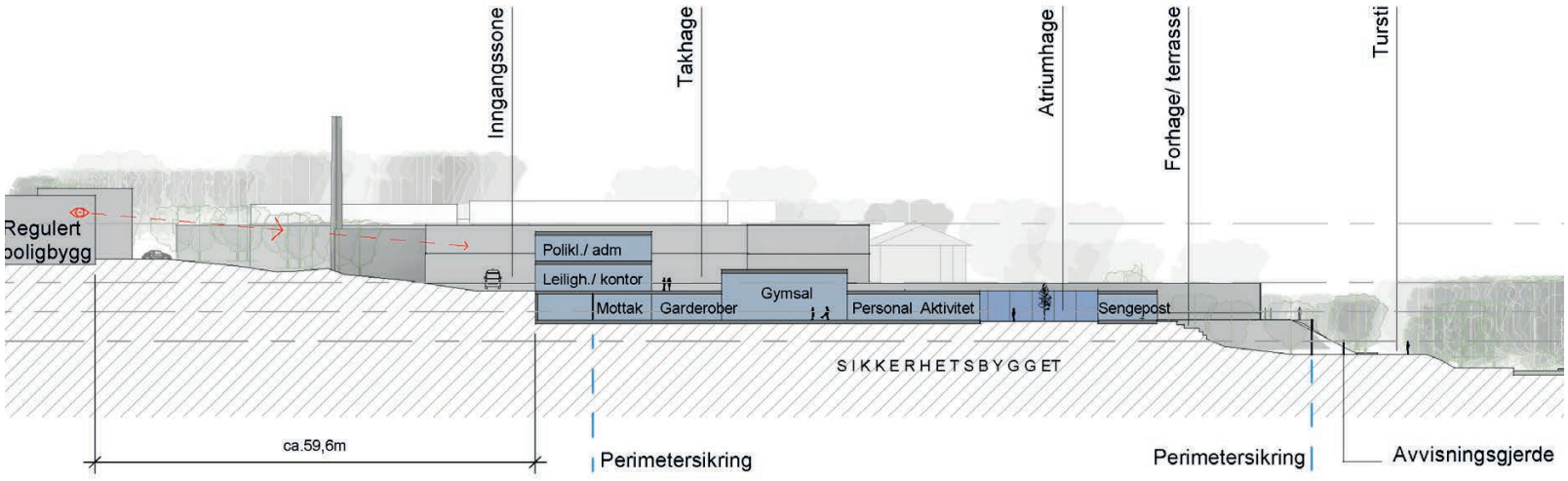
Situasjon Åsgård Å3
typer uterom

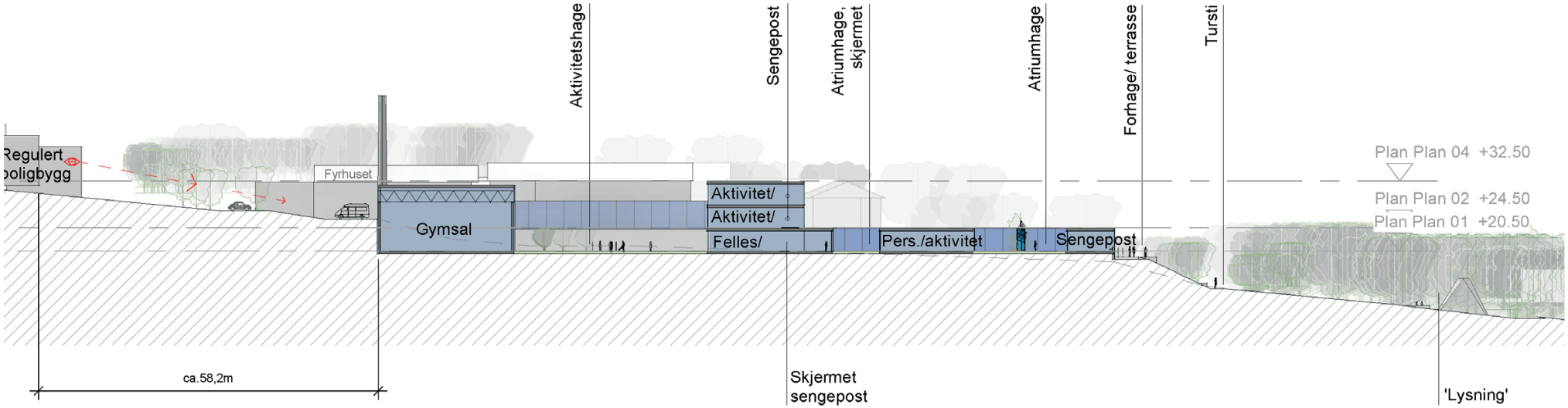
1. Område RSA/LSA
2. Atriumshage
3. Skjermet hage
4. Terrasser
5. Markterrase
6. Aktivitetsgård
7. Stille hager
8. Eksisterende hage
9. Gartneri
10. Aktivitetsområde
11. Friluftsområde
12. Kulturscene
13. Åsgårdnaustet

Ratio

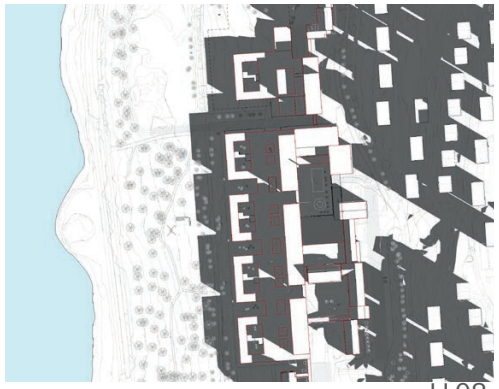
Å3 Innsyn

Illustrasjonene viser at det ikke vil være vesentlig innsynsproblematikk fra omkringliggende bebyggelse i Åsgård.





21.mars


kl.08

kl.12

kl.16

1. mai

kl.08

kl.12

kl.16

21.juni

kl.08

kl.12

kl.16

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 lysforld til pasientrommene.

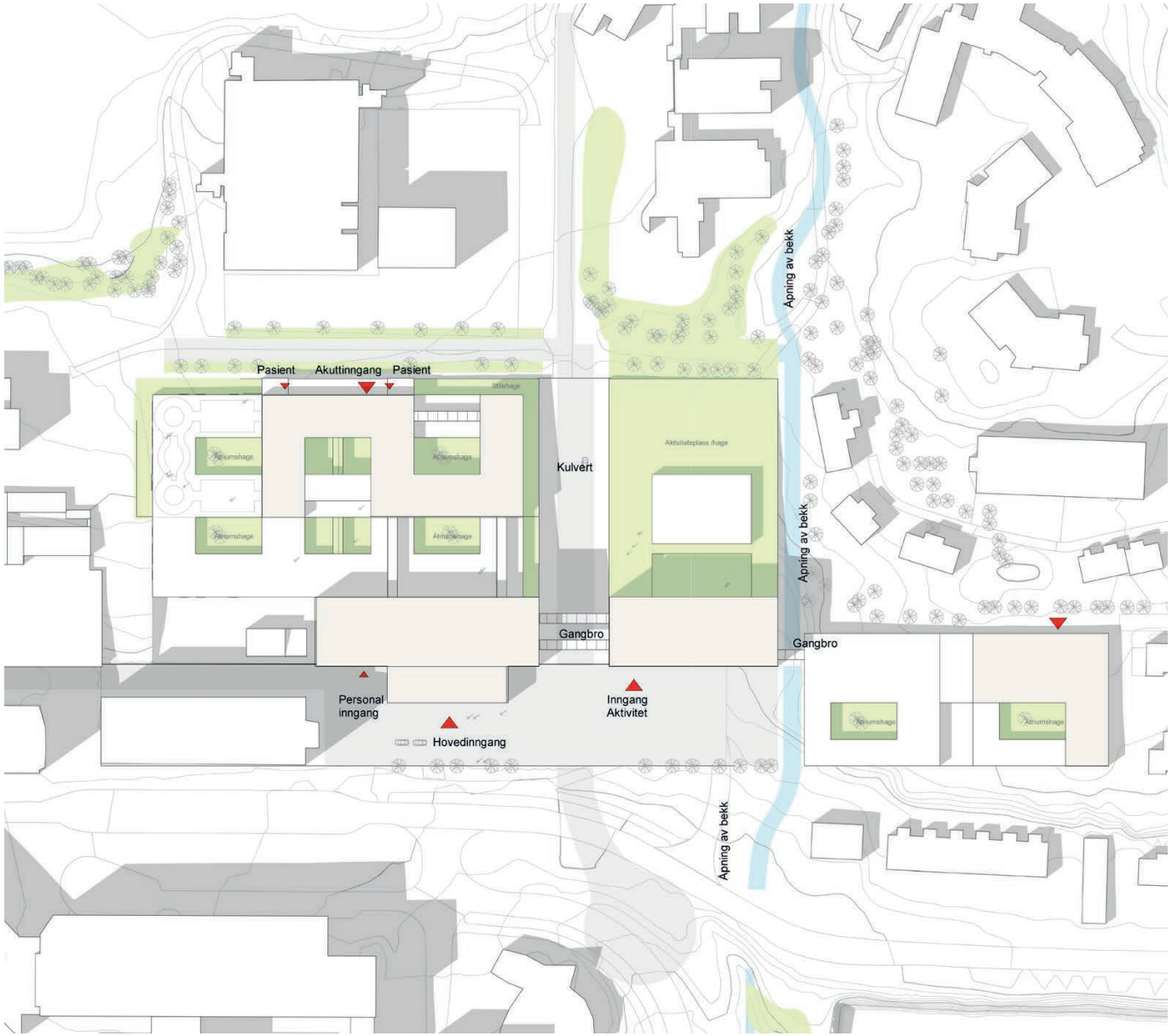
ÅB.

Delt løsning

Breivika&Åsgård

Breivika B - delt

Åsgård Å - delt



B delt - tomt

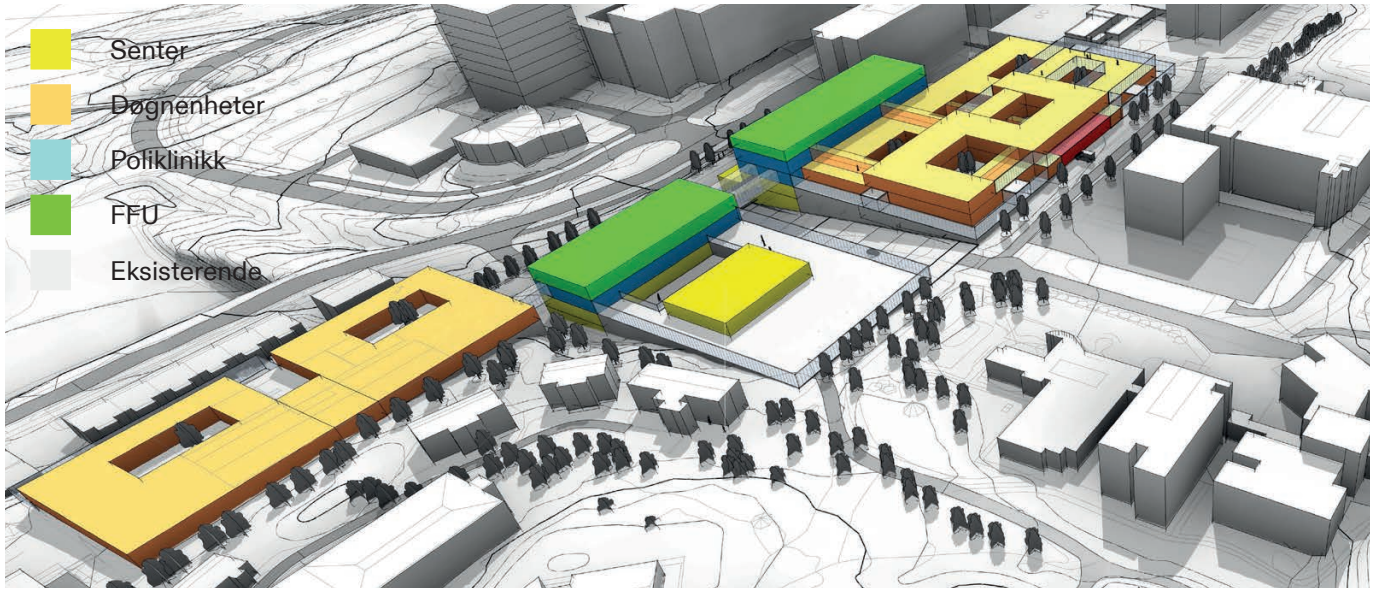
For delt løsning Breivika vil det være de samme forhold som gjelder for Breivika hovedløsning.

Tomtearealet i Breivika er ca 20 mål. Brutto bygningsmessig arealbehov for PHR (uten RSA/LSA) ca 30 000 m2 BTA.
Situasjonen på og rundt tomten i Breivika er kompleks, området er travelt, bebyggelsen i området er hovedsaklig institusjonsbygg, mange arbeidsplasser.

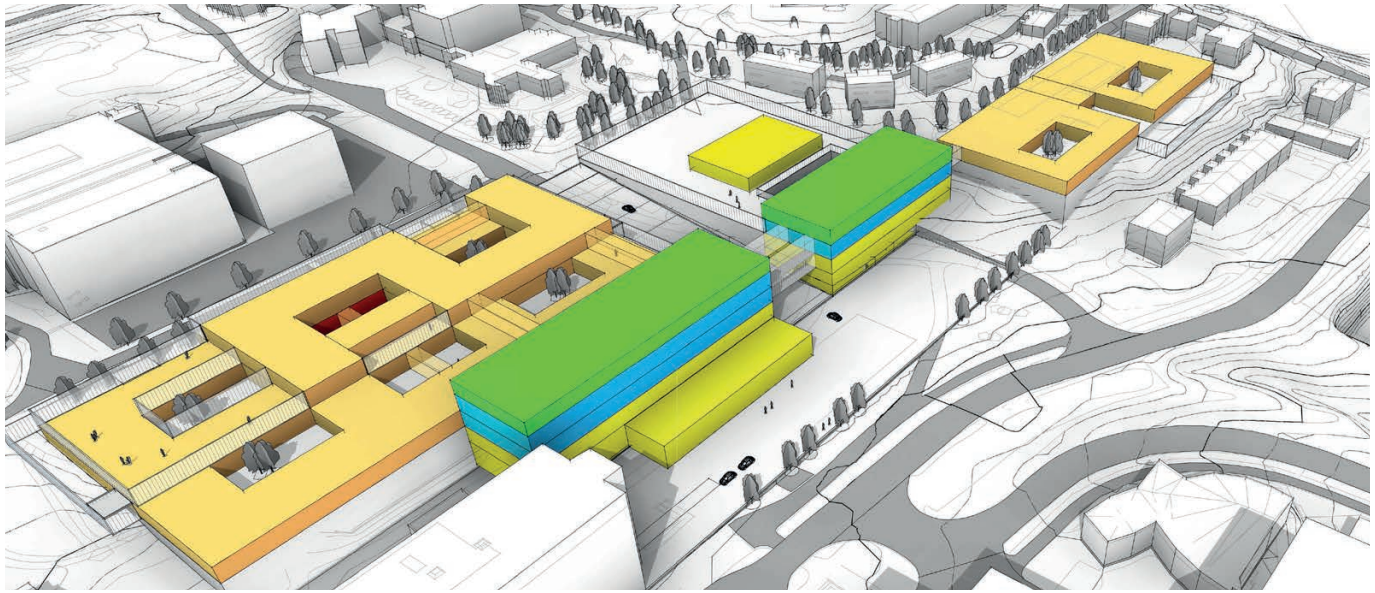
Området er allerede trafikkmessig overbelastet og etablering av UNN PHR her vil utfordre kapasitet på veinett og trafikkavviklingen i området ytterligere. For Breivika er det behov for å avklare vei, kryssløsning og innkjøring til parkering (se ROS-vurdering for ytterligere).

Det aktuelle tomtearealet har i dag ca 500 parkeringsplasser. Parkeringsplasser vil dels løses i p-kjeller i bygg for psykisk helsevern (350 pl) og dels i eksterne parkeringsbygg.

Fra Tromsø kommune er det varslet krav om åpning av bekkeløp over tomten. I konseptforslagene er det medtatt en trase som kan inngå som et miljøskapende og avgrensende element mot nabobebyggelse. Det er knyttet usikkerhet til dimensjonering og utførelse av denne Programmet som må løses på tomten reduseres og dette åpner for å etablere et større friareal på egen tomt. Ved at DPS, i dette alternativet forutsettes å ligge på Åsgård, kan arealet benyttes til eget aktivitetsområde



mot nordvest



mot sørøst

B delt Konsept

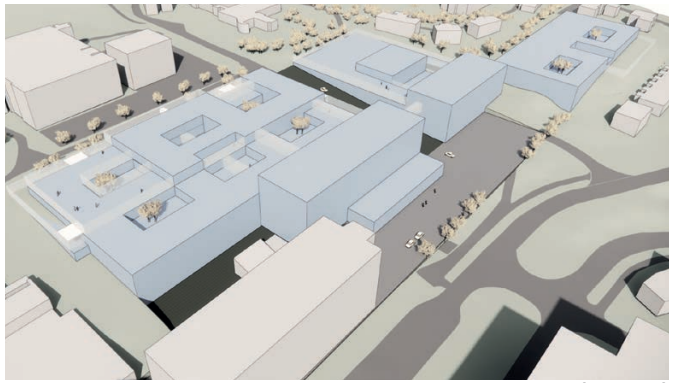
Konsept for delt alternativ bygger på hovedkonseptene på tomt. Løsningene er skalert ned, men prinsippene er de samme. Konseptene er til en viss grad fleksible og skalerbare.

Ved å dele funksjonene mellom to steder er det mindre areal som skal inn på hvert sted og det gir noe mer armslag for å forbedre løsningene.

I Brevika innebærer dette en utgave av hovedalternativet hvor det er tatt av hele eller deler av en etasje. Det blir bedre lysforhold internt i prosjektet, og bedre forhold for LHLboliger på nabotomt.

Lavere bygg mot øst kan på den annen side svekke skejrmingseffekten mot pasientområdene.

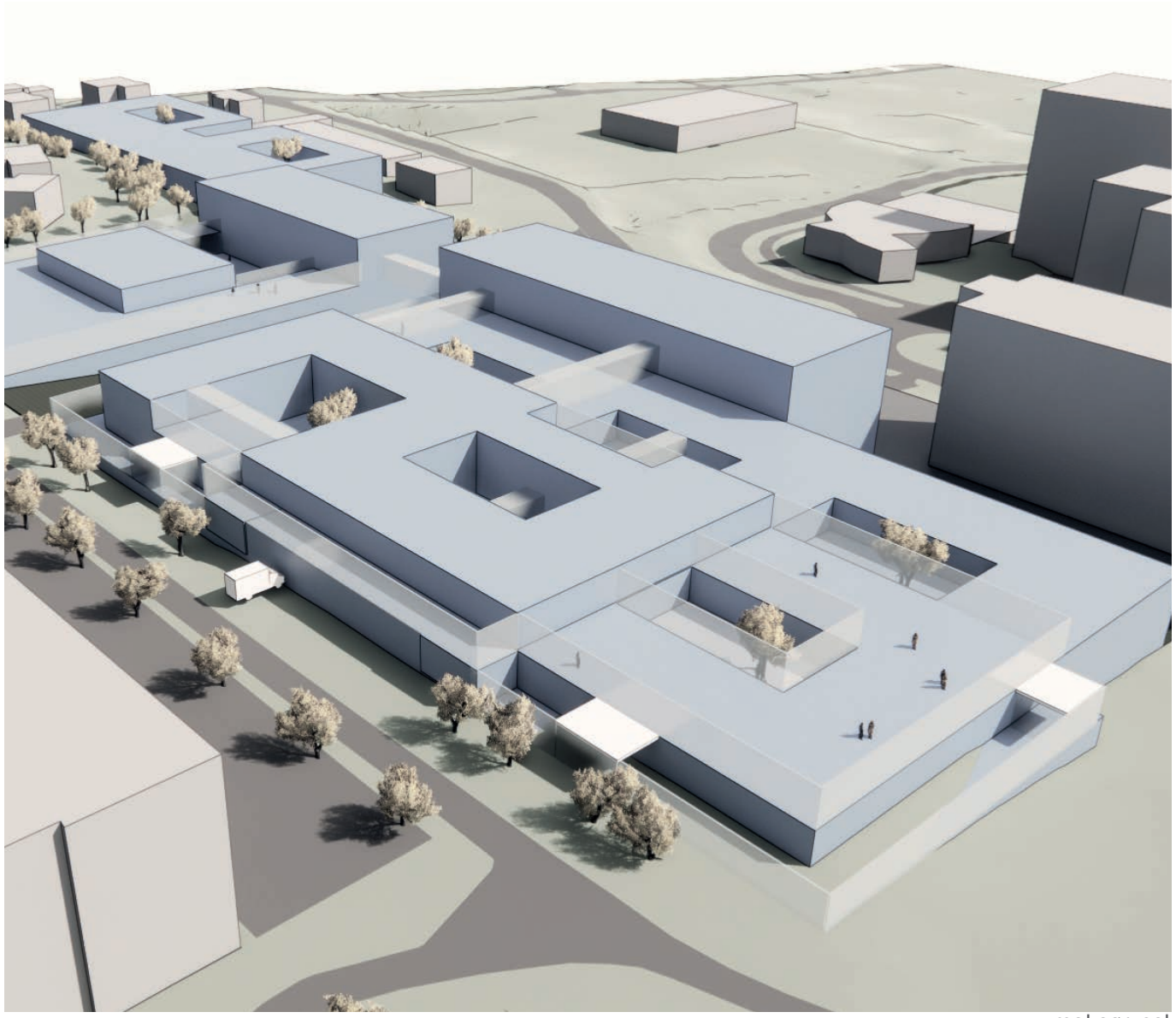
I Breivika vil det være mulig å få et uteområde i bygningsanlegget mellom døgnenhetene i nord og døgnenhetene i sør. Frontbyggene reduseres.



mot sørøst

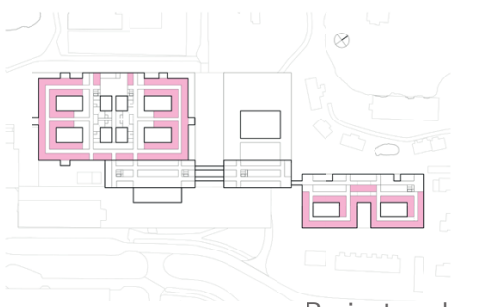
mot vest

mot nord

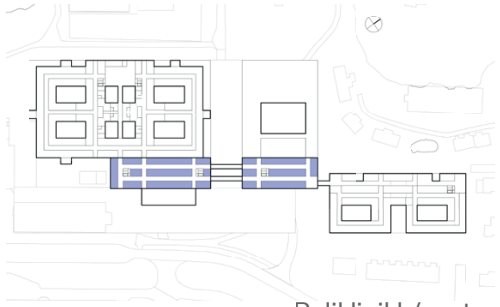


mot sørvest

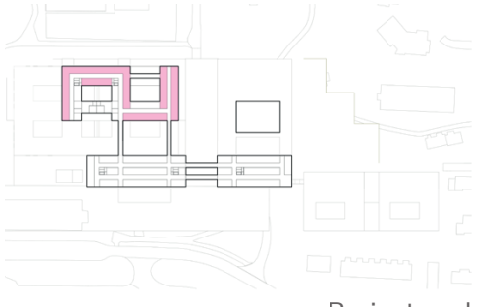
Plan 8 Plan 9



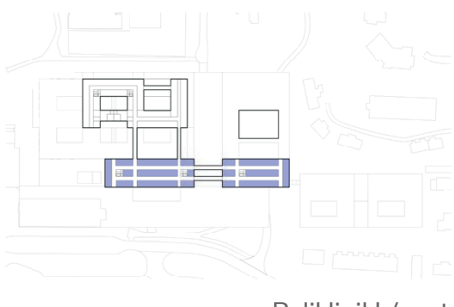
Pasientarealer



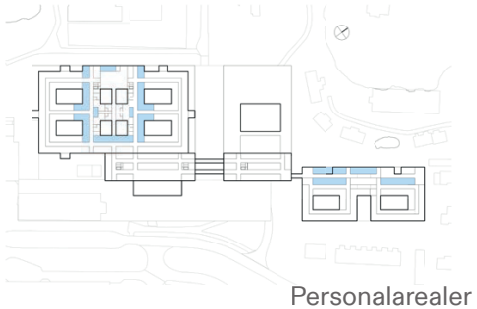
Poliklinikk/senter



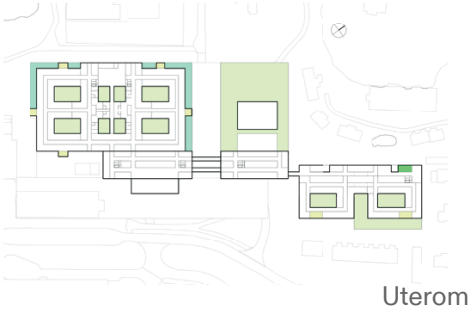
Pasientarealer



Poliklinikk/senter

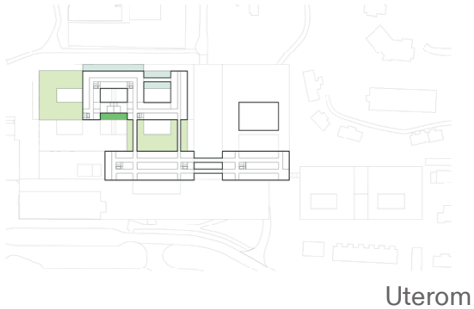


Personalarealer

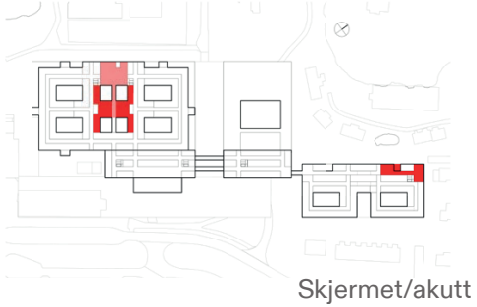


Uterom

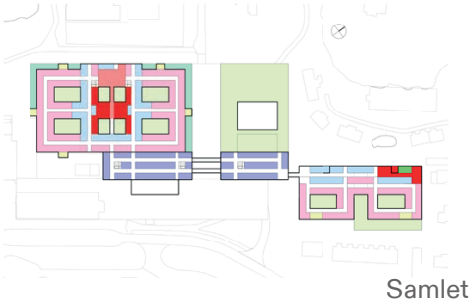
Personalarealer



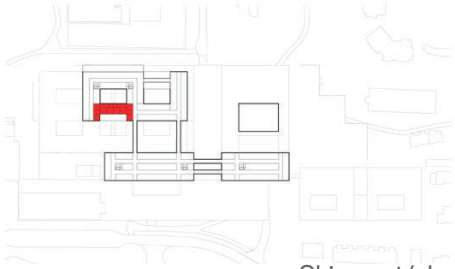
Uterom



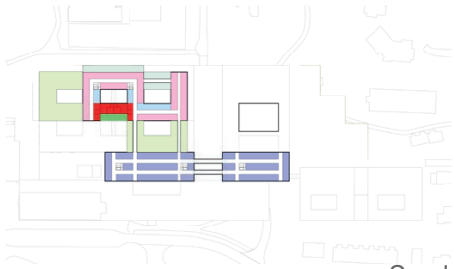
Skjermet/akutt



Samlet



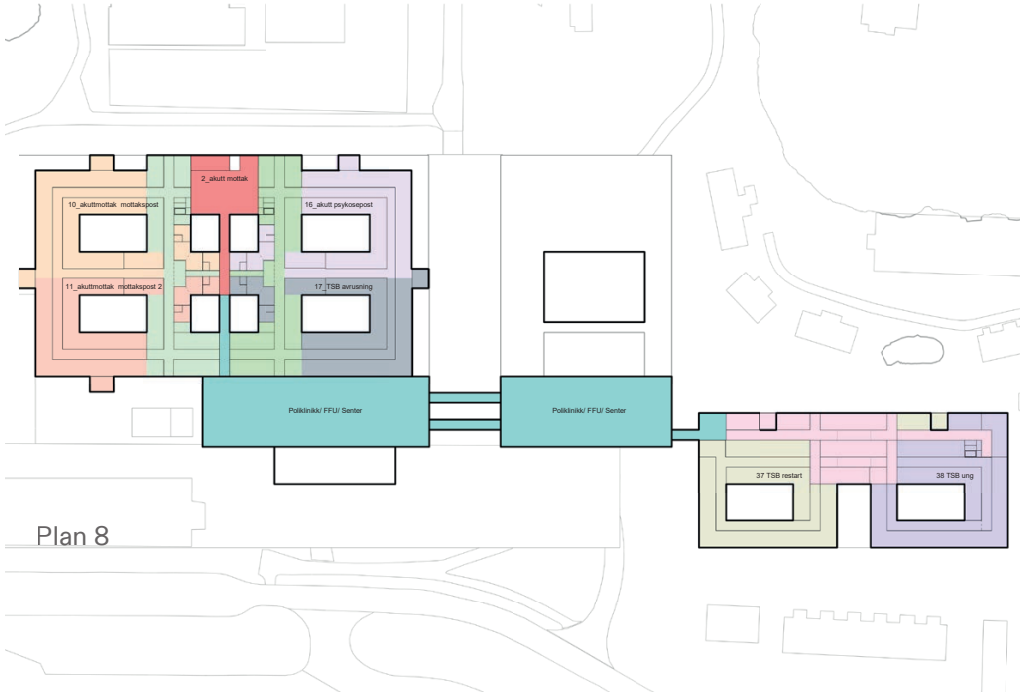
Skjermet/akutt



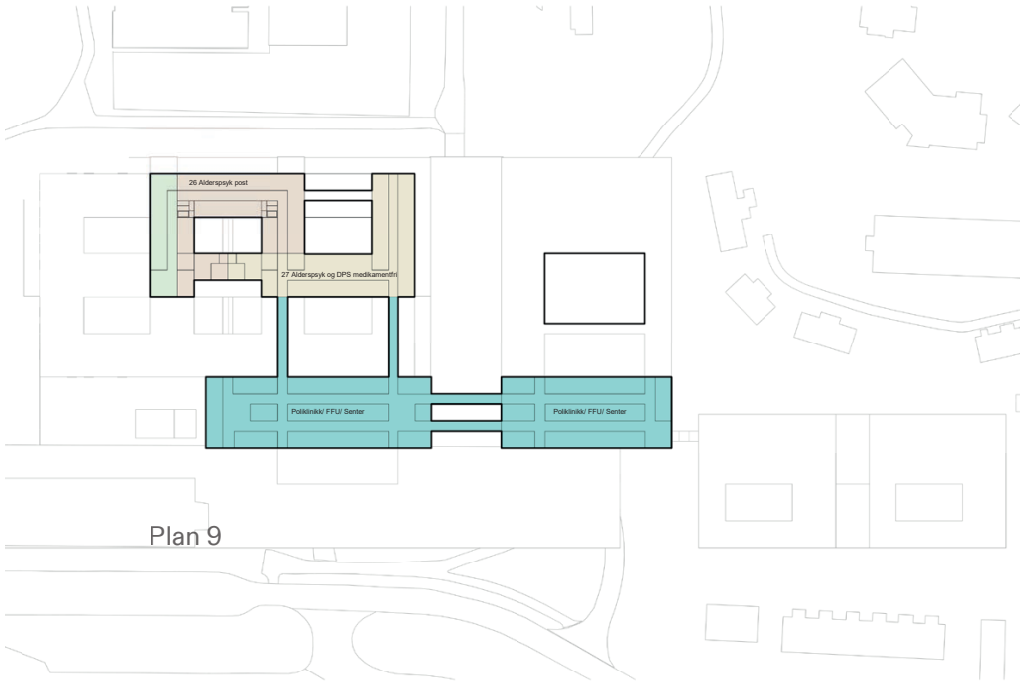
Samlet

B delt - funksjonsdiagrammer

Funksjonsdiagrammene viser organisering og flyt i anlegget.



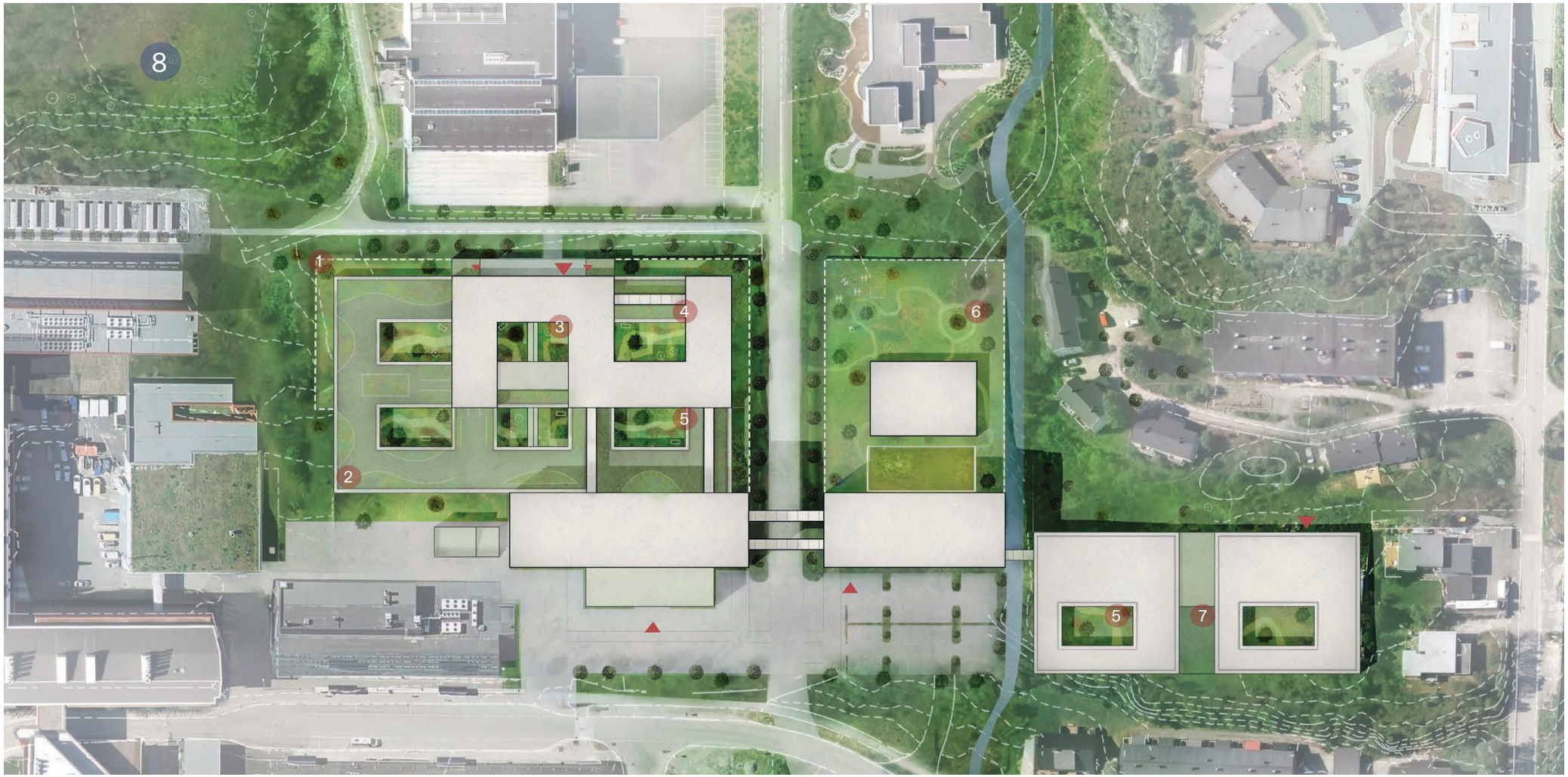
Plan 8



Plan 9

B_delt Avdelingsoversikt

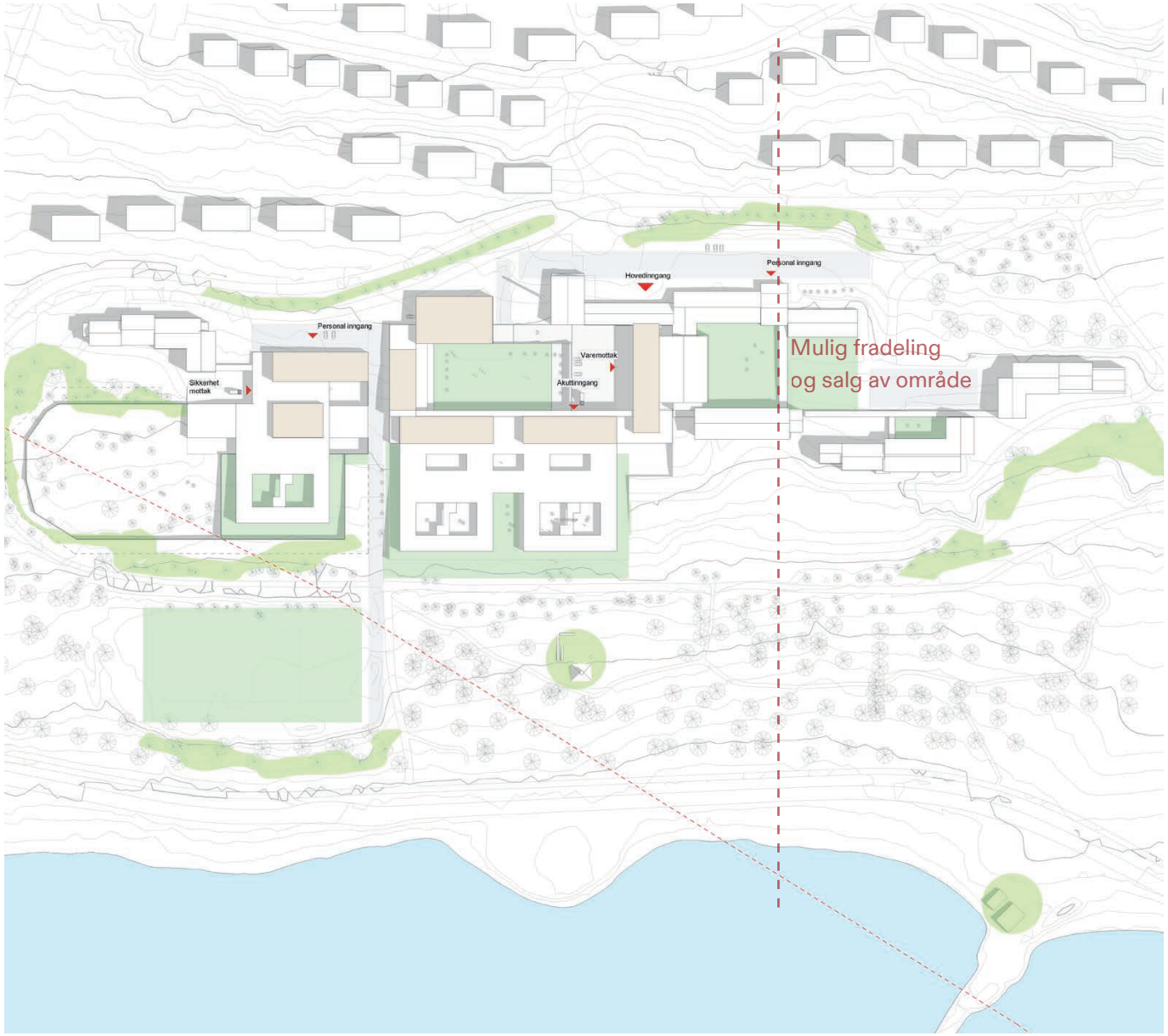
- 02_Akuttmottak
- 10_Akuttmottak mottakspost
- 11_Akuttmottak mottakspost 2
- 10_11_Felles
- 16_akutt psykosepost
- 17_TSB avrusning
- 16_17 Felles
- 37 TSB Restart
- 38 TSB Ung
- 37_38_Felles
- 60_Fellesareal
- 71_Poliklinikk
- 80_Fag forskning utdanning



1. Forhage
2. Takhage
3. Skjermet hage
4. Terrasse
5. Atriumshage
6. Aktivitetsområde
7. Stillehage
8. Mulig fellespark med UNN UIT

Situasjon Breivika - B delt løsning

typer uterom



Omfang riving

Rives

Vurderes

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 aom for Åsgård Å3

mot øst

mot vest

Å delt Konsept

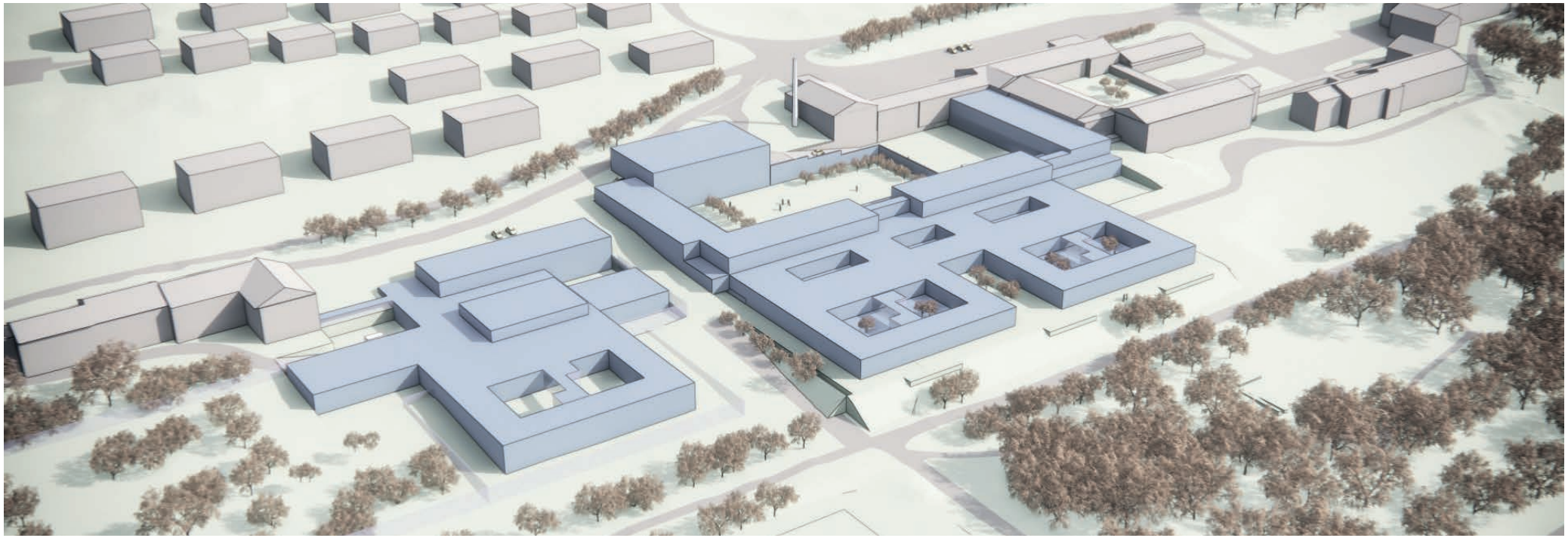
Løsningen for delt alternativ bygger på hovedkonseptene for hver tomt. Løsningene er skalert ned, men prinsippene er de samme. På Åsgård innebærer dette et ”forkortet” utgave av hovedalternativet da blir reduksjon i antall døgnenheter.

Det delte altenativet på Åsgård består i all hovedsak av arealer med pasientbehehandling, lite administrasjon og undervisningearealer. Det er ingen poliklinisk virksomhet på Åsgård i dette alternativet. Sikkerhetspsykiatrisk seksjon er skjermet med intern forbindelse til resten av anlegget. Arealmessig er det lite støtteareal for å kunne drift rasjonelt og dette må økes for at anlegget skal kunne fungere i praksis. I delt alternativ blir det undersøkt mulighet for delvis salg av tomta hvor bygg bygg 1 og 2 ligger, samt deler av friområdet mot vest.

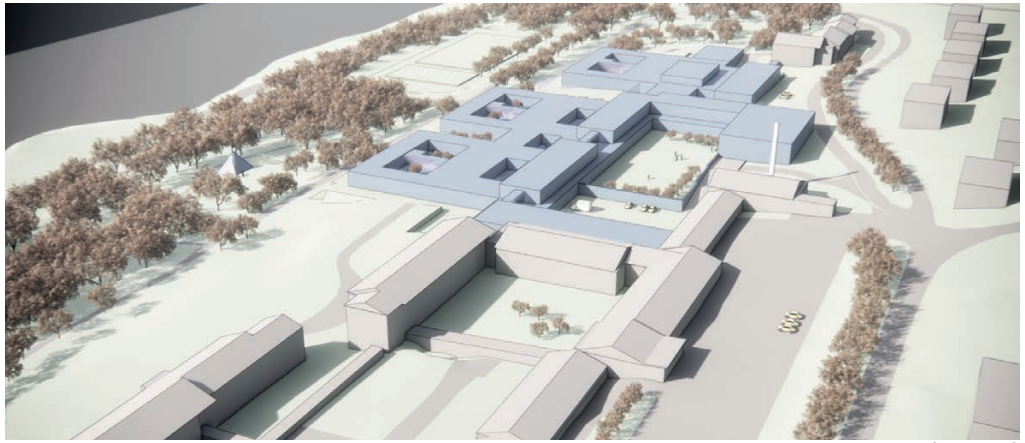
Bygningsavtrykket blir mindre og omfang reduserer. Det er også å bemerke at gjenstående eksisterende bygg i liten grad kan nyttiggjøres for programaerel i og med premiss om all pasientbehendling i nytbygg.

Bygningsmessig rygg gir skjerming fra overside og til døgnenheter mot vest.

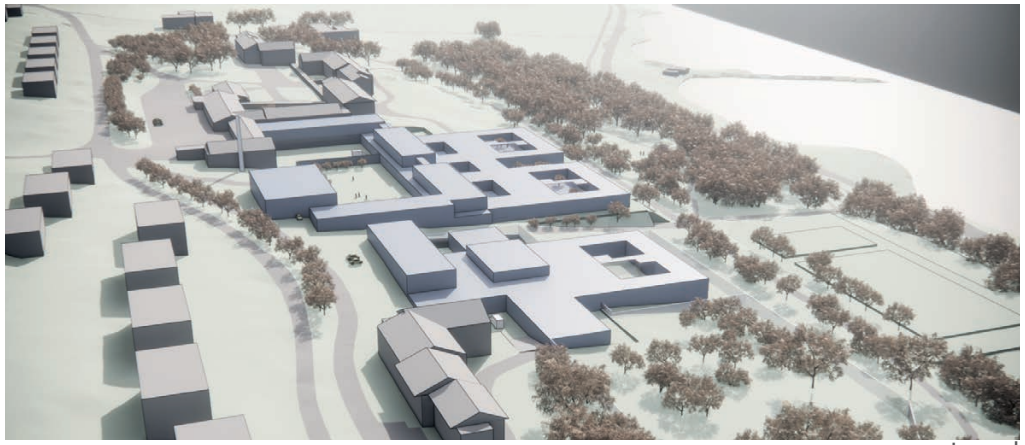
Dette er et nedskalert anlegg der all pasientbehandling er lagt i nybygg. De eksisterende byggene blir ikke utnyttet og heller ikke bygg 7 som er totalrehabilitert i 2016. Dette fremstår lite rasjonelt, og det er spilt inn om det



mot vest

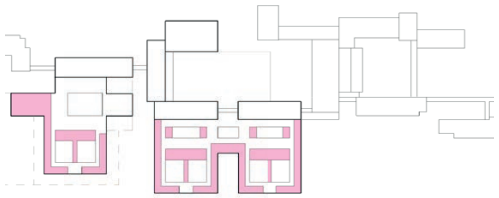


mot sørøst

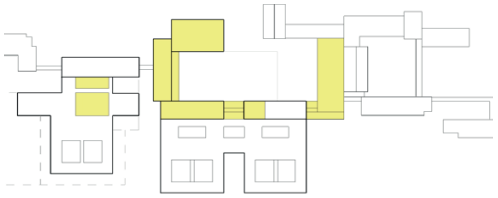


mot nord

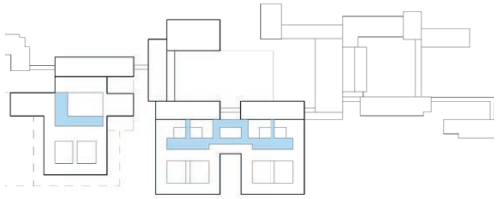
Plan 1 Plan 2



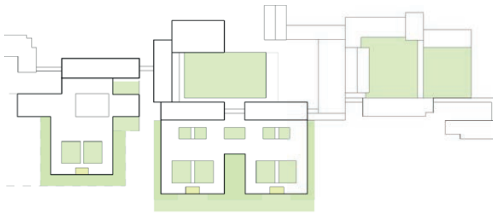
Pasientarealer



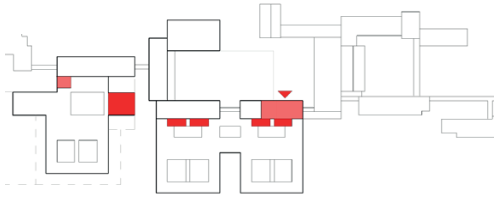
Senter



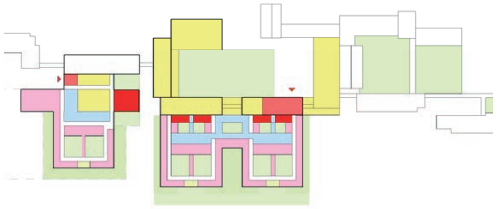
Personalarealer

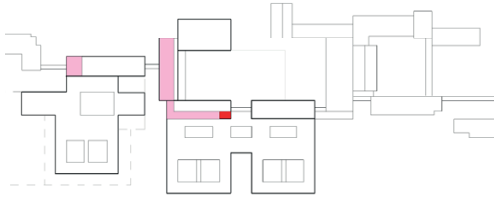


Uterom

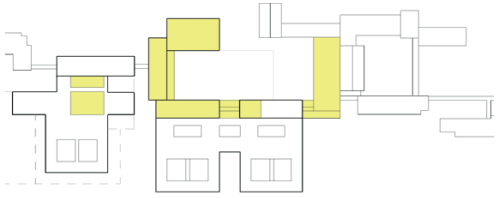


Skjermet/Akutt

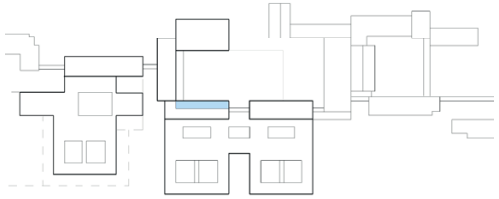




Pasientarealer



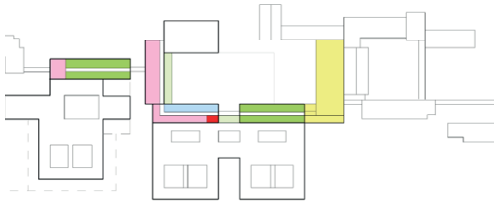
Senter



Personalarealer

Uterom

Samlet



Samlet

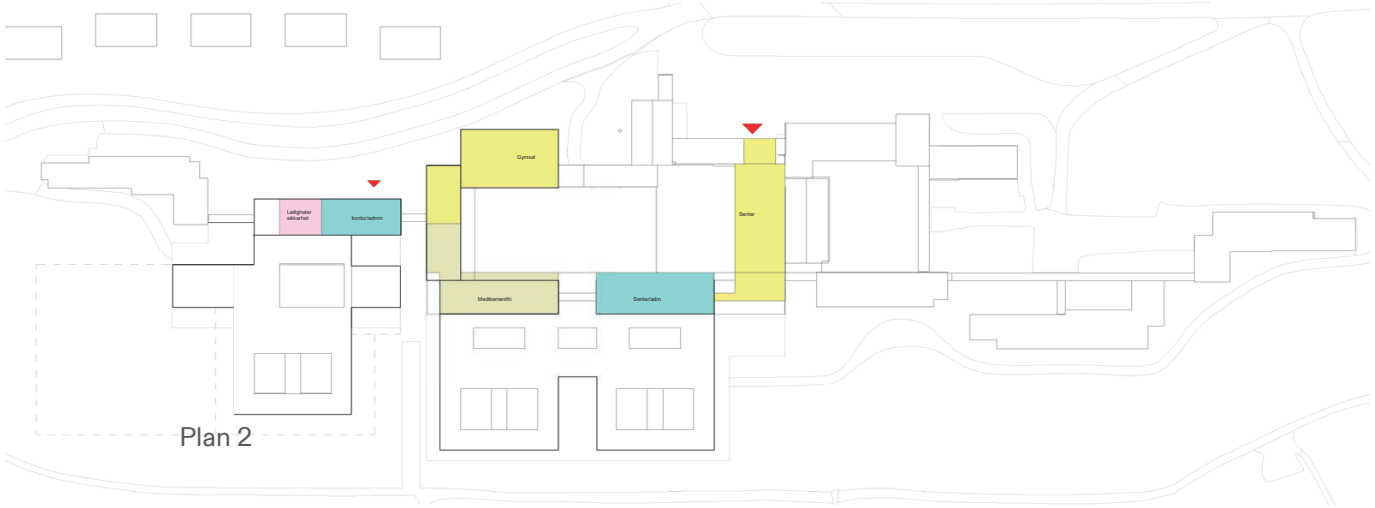
Å_delt Funksjonsdiagrammer

Funksjonsdiagrammene viser organisering og flyt i anlegget.

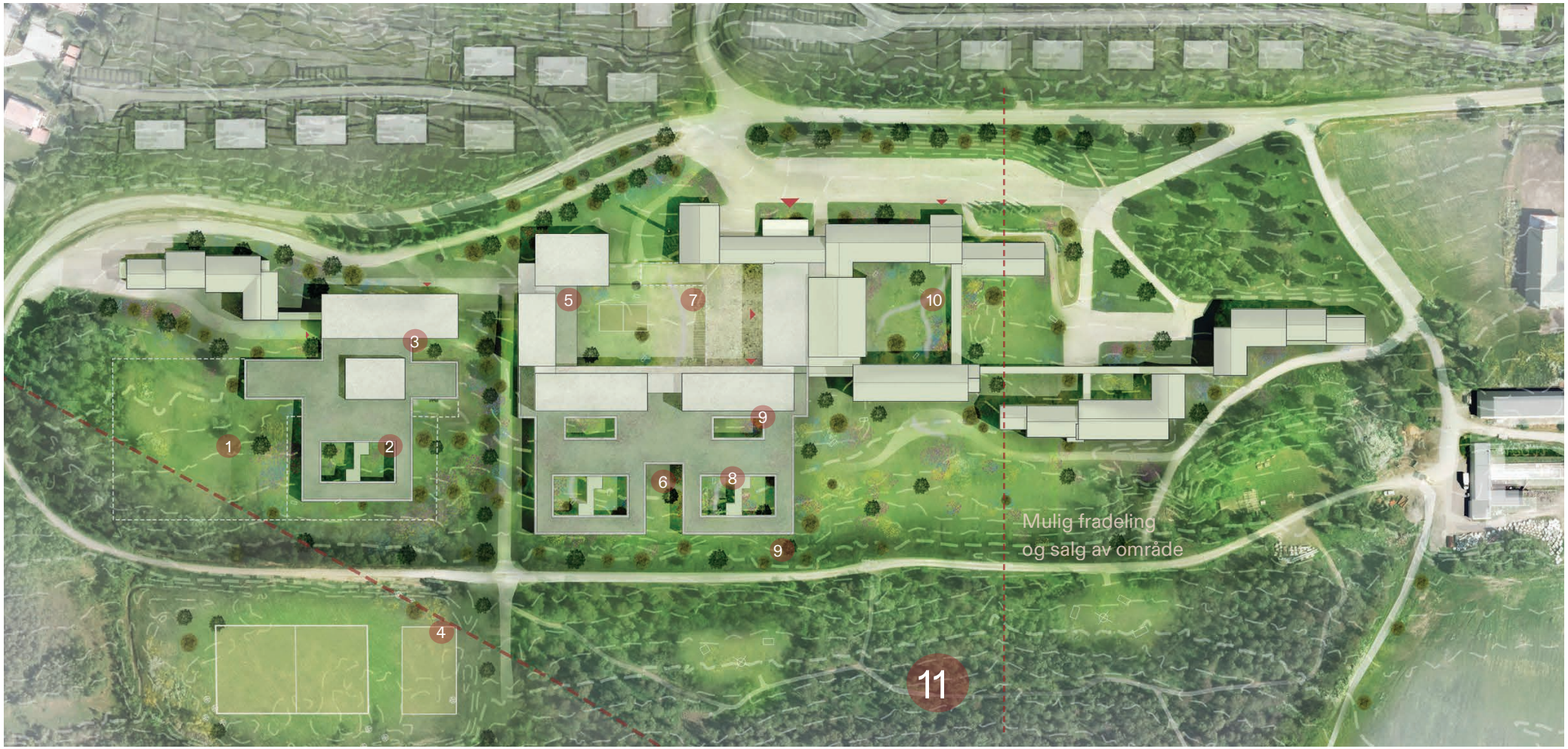
Ratio

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

Oppsummering

Alternativ B3 - Breivika

Breivikatomten med sin beliggenhet og begrensede størrelse krever et bygningskonsept som i stor grad har handler om ”å skjerme seg fra”.
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 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 lysforholdsamt ivaretakelse av krav om tilgang til skjermede uteområder av en viss størrelse.

Gjennomføringsmessig utfordrende med mange interesser og forhold som krever koordinerte løp.
Utvidelse i Breivika må skje i høyden, det kan være med på foringe kvaliteter på det bygde f.eks lysforhold.

Alternativ Å3 - Åsgård

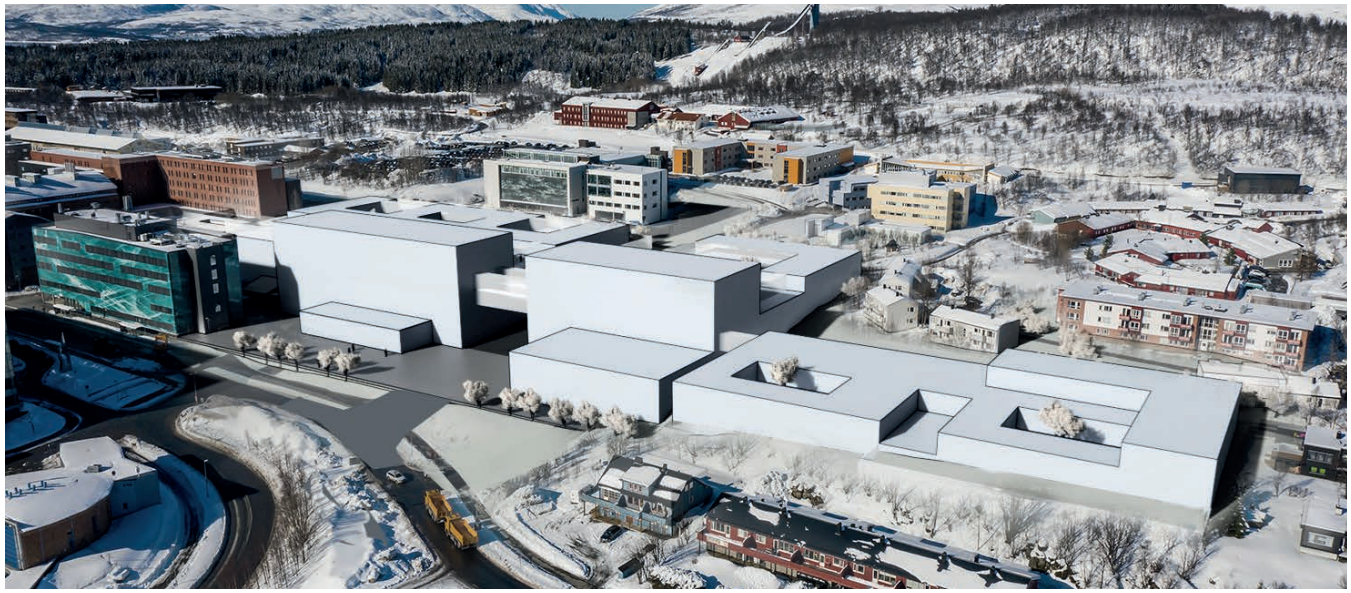
På Åsgårdtomten er bygningskonseptet i all hovedsak en tilpasning av nybygg inn i den eksisterende struktur av Åsgårdanlegget av i dag. Dette gjør det i større grad enklere å legge ut byggprogrammet på Åsgårdtomten.
Pasientområdene legges mot vest, noe som ivaretar lys og utsikt og skjermes mot øst med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

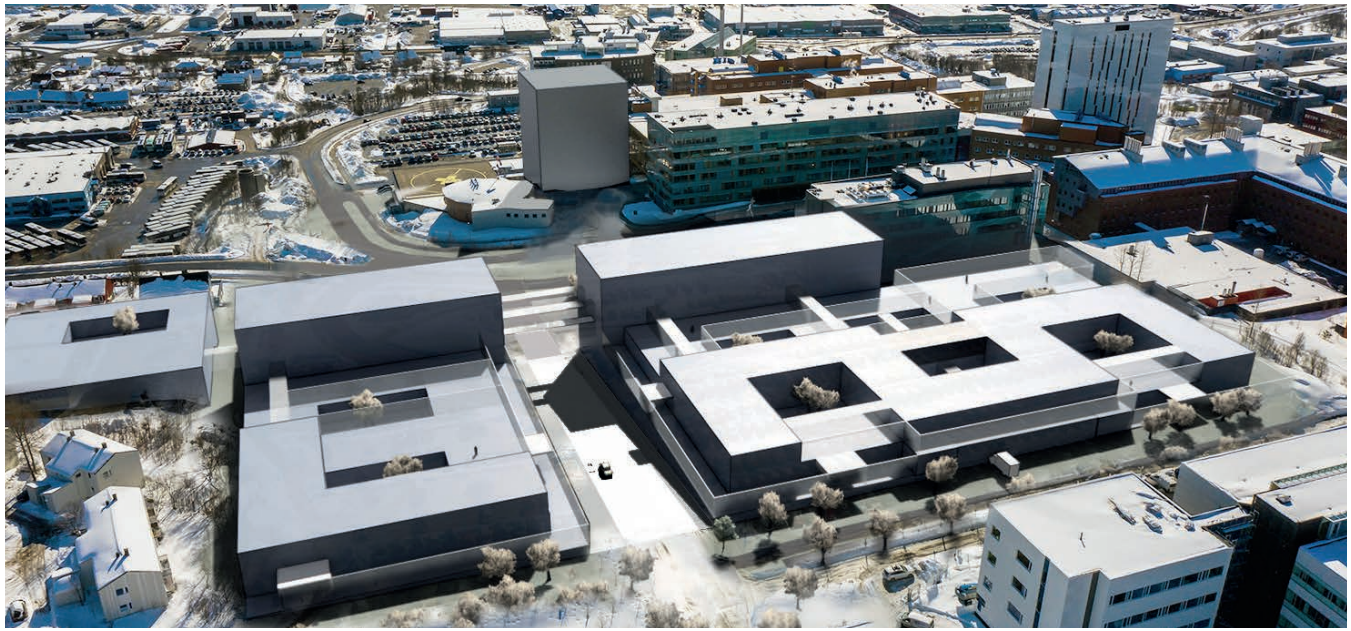
Eksisterende naturområde mot vest har remisenser av tidligere aktiviteter som fotballbane,festivalscene og gartneri og utgjør et potensiale. Ved fremtidig opprustning kan de inngå i behandlingen i et evt. nytt Åsgård som bærer av identitet, historisk og kulturell verdi.

Gjennomføring: Utfordringen på Åsgård er i større grad knyttet til samtidlighet bygg/ drift, byggetrinn og rokade.
Gjenbruk av eksisterende , utfordrende men også kvalitet samspillet og integrering av de eksisterende kvaliteter i de vernede byggene gi anlegget en unik karakter og estetisk kvalitet og opplevd kvalitet.

Alternativ ÅB - delt løsning

ref B3 og Å3



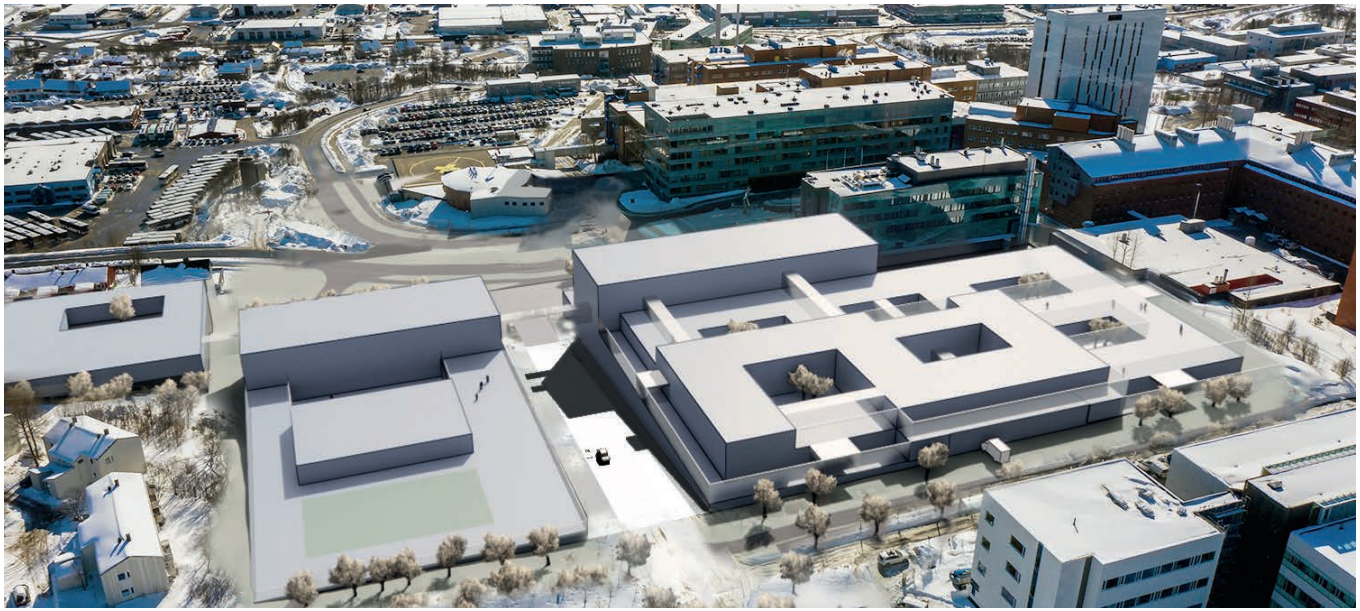


Fotoillustrasjon

Breivika B3

Fotoillustrasjon

Åsgård Å3



Fotoillustrasjon

ÅB delt løsning

NOTAT

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

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

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 budsjettramme / 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 sjekkliste 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.

				Tromsø kommune kan konkludere med at det vil være behov for overordnet planarbeid. Det ble i møte konkret omtalt en områdeplan for Breivika. Med den komplekse aktiviteten som finnes i Breivika og parallelle utbyggingsplaner som vil utløse rekkefølgevurderinger, anses en overordnet planprosess som tidsmessig utfordrende.
	Krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning	-	K4	Detaljreguleringsplan skal sikre at tiltakshaver følger opp krav som vil følge av kommunale arealplaner og områderegulering. 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. Sykehusområdet i Breivika har en eksisterende detaljreguleringsplan med historiske føringer for prosjektet. Funksjon vil være ny innenfor plan-området som allerede har omfattende bygnings-masse. Krav om ny detaljreguleringsplan med konsekvens-utredning er innenfor hva man måtte forvente.
	Omkringliggende bebyggelse	-	K2	Tomt er begrenset av bygg på nærmest alle kanter og har begrensede utvidelsesmuligheter. Tilgang og kvalitet på utearealer spesielt utfordrende. Virksomheten har hensyn til inn- og utsyn som skal ivaretas.
	Konsekvenser for nærliggende / fremtidige utbyggingsarealer	-	K2	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. Prosjektet bør søke en utforming som ikke unødig stenger akser for infrastruktur, innsatsstyrker og transport/samferdsel.
	Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan ikke realiseres innenfor	-	K2/K4	Et samlet fagmiljø med kort internavstand mellom behandlingsenheter 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

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

				besøkende og annen transport knyttet til virksomheten. 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. 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.
	Trafikale forhold Trase for gående/syklende og skiløype nord for MH2	-	K1	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.
	Byggeprosjekter Mulig ny kommunal legevakt	-	K2	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. Det drøftes alternative lokasjoner. Tiltaket er ikke besluttet. Tilkomst til og mulig utvidelse eksisterende virksomhet må hensyntas.
	Byggeprosjekter UNN UNN vurderer ny elevert landingsplass for helikopter i forlengelse av B-fløy Mulig utvidelse PET-senter	-	K2	Ny landingsplass for tyngre redningshelikopter AW101 vil generere støy og rotorvind som vil utgjøre en utfordring for krav til uteareal. Tiltak er ikke besluttet.
	Byggeprosjekter UiT UiT planlegger bygging av ny AKM3 i randsonen av	-	K2	Ny AKM3 kan utløse koordineringsbehov og mulige arealkonflikter knyttet til infrastruktur i grunn og plassering av reservekraftforsyning. Tilkomst til og mulig utvidelse eksisterende virksomhet må hensyntas.

	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 ambulanse- 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. Konsekvens for psykiatri kan bli revurdert opp til K4/K5 avhengig av beregningsresultater og krav til støyskjermede utearealer.
	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 ventilasjons-anlegg 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. Forsyningssikkerhet 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

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

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

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 budsjettramme / 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 sjekkliste 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

				Hansens vei med boliger i vest og Offentlig institusjonsbebyggelse i øst. 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. Med den komplekse aktiviteten som finnes i Breivika og parallelle utbyggingsplaner som vil utløse rekke-følgevurderinger, anses en overordnet planprosess som tidsmessig utfordrende.
	Krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning	-	K4	Detaljreguleringsplan skal sikre at tiltakshaver følger opp krav som vil følge av kommunale arealplaner og områderegulering. Planlagt areal er tett på eller kan båndlegge over 15.000 m². Dette utløser krav til konsekvens-utredning (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. 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 areal-vurderinger.
	Omkringliggende bebyggelse	-	K1	Nytt anlegg vil ikke ha omkringliggende i umiddelbar nærhet. Virksomheten har hensyn til inn- og utsyn som skal ivaretas. Eksisterende situasjon gir akseptabel tilgang til utearealer og nødvendige kvaliteter kan etableres. Fremtidig utbygging i nærområdet vil være bundet av løsning uansett utforming.
	Konsekvenser for nærliggende / fremtidige utbyggingsarealer	-	K1	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.

				Prosjektet bør søke en utforming som ikke unødig stenger akser for infrastruktur, innsatsstyrker og transport/samferdsel. Punktet må ses i sammenheng med forventet krav om detaljreguleringsplan og evt. konsekvensutredning.
	Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan ikke realiseres innenfor foreslått tomteområde	-	-	Tomt for sikkerhetspsykiatri er valgt som konsekvens av at man ikke klarer å samlokalisere sikkerhets-psykiatrisk 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.
	Trafikale forhold Økt trafikk i et allerede belastet område	-	K2	Vegsystemet opp til UNN i Breivika og forbi tilleggs-tomt 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. Sikkerhetspsykiatrisk avdeling er personalmessig av begrenset størrelse og har lav besøksintensitet. 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. 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.
	Trafikale forhold Sikre akseptabel tilkomst til funksjoner i nytt psykiatrianlegg med hovedadkomst i nord og nord-øst	-	K2	Kommunens planavdeling forventer at hovedadkomst vil bli via Sykehusvegen og inn fra syd-øst. Prosjektet må sikre tilstrekkelig adkomst for innsatsstyrker fra alle retninger. Tromsø kommune har signalisert at det er lite ønskelig med stor trafikk fra nord-øst gjennom boligområder via Gimlevegen. Problemstillingen har tidligere vært flagget fra kommunens planavdeling og anses som kjent. Pt. er Hansine Hansens veg stengt for annen trafikk enn buss og taxi. Evt. utbygging på i nord ved

				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 utflygings-sektor 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	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 ventilasjons-anlegg 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.
	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	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. Overvann kan med selvfall føres ned langs Nordøyvegen til Stakkevoldvegen og til sjø.

	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

NOTAT

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

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

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 budsjettramme / 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 sjekkliste 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 mor 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 sykehus-område	-	-	Krav som måtte gjelde per dato følger av kommunal arealplan. Det foreligger relativt nye detaljreguleringsplaner for boligområder ovenfor sykehusområdet.

	Krav om detaljreguleringsplan med konsekvensutredning	-	K2	Detaljreguleringsplan skal sikre at tiltakshaver følger opp krav som vil følge av kommunale arealplaner og områderegulering. 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. Åsgård-området har ikke eksisterende detalj-reguleringsplan med historiske føringer for prosjektet. Funksjon finnes allerede på aktuell tomt. 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.
	Fredning og vernet bygningsmasse		K2	Bygg 7 og 10 på Åsgård er fredet med en omkring-liggende hensynssone. Området som helhet har videre vernestatus. Dette er en kjent problemstilling. 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.
	Omkringliggende bebyggelse	-	K1	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. Virksomheten har hensyn til inn- og utsyn som skal ivaretas.
	Konsekvenser for nærliggende / fremtidige utbyggingsarealer	-	K1	Ikke problematisert. Tomt anses å ha nødvendige arealer for fremtidig utvidelse og vil ikke være til hinder for utvikling på nærliggende arealer.
	Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan ikke	-	K1	Sikkerhetspsykiatrisk seksjon kan lokaliseres med tilstrekkelig nærhet til andre psykiatrifunksjoner.

	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 (ildspåsettelser 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 energi-uttaket 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

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

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.

Prosessen er gjennomført som "innspillsmøter" 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 innspillsmøtene 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 dator for gjennomføring og deltagerliste for innspillsmøte 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	Utbyggingssjef	Thor Arne Hansen
UNN	Eiendom	Ragni Løkholm 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 innspillsmøter 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 Løkholm 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 inneklima 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