



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
26/2017	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	28.-29.3.2017
Saksansvarlig: Gina Marie Johansen		Saksbehandler: Tor-Arne Hanssen

Idéfase for psykiatri- og rusfeltet ved UNN

Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) godkjenner rapport for *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø*.
2. Styret anbefaler å gå videre med utredning av UNN Åsgård, 0-alternativet, UNN Åsgård, Vest-alternativet og UNN Breivika, Gimleveien 12-alternativet til neste fase av planleggingen.
3. Styret oversender rapport og anbefaling til styret ved Helse Nord RHF.

Bakgrunn

Helse Nord RHF (Helse Nord) vedtok i styresak 62-2016 mandat for *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø* og ba om å få fremlagt rapport med plan for oppstart av konseptfase når denne var behandlet av styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN).

Arbeidet med idefasen startet opp høsten 2016 med første styringsgruppemøte 19.9.2017. Arbeidsgruppen la frem ferdig rapport til behandling i styringsgruppen for prosjektet 22.2.2017. Styringsgruppen godkjente rapporten og videresendte den til styrebehandling.

Saksutredning

Idéfasearbeidet for arealer til psykisk helse- og rusbehandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har vært hektisk, men vært gjennomført på en ryddig og oversiktlig måte, med god involvering. Det har vært gjennomført fem møter i medvirkergruppen bestående av

pasientrepresentant, ledere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten ved Psykisk helse og rusklinikken (PHRK). Det er gjennomført en studietur til to forskjellige institusjoner for psykisk helse- og rusbehandling, henholdsvis i Gøteborg i Sverige og Slagelse i Danmark, for inspirasjon og kunnskapsbygging. Arbeidet har vært ledet av prosjektleder fra UNN samt innleide ressurser fra Sykehusbygg HF og Asplan Viak. Sykehusbygg har bidratt med virksomhetsfremskriving, arealplanlegging, gjennomføring av medvirkerprosess, vurdering av vern av Åsgård og redaktørarbeid for rapport. Arkitekter fra Asplan Viak har gjennomført mulighetsstudie og utredning av tomteforslag. Kostnadsberegninger er utført, og takst for UNN Åsgård er utarbeidet av Troms takst AS.

Det har totalt vært vurdert 10 alternativer, inkludert *0-alternativet*. Bortsett fra de anbefalte alternativer er det kun ett av de øvrige som scorer høyt på mulighetsstudien, UNN Åsgård, *Sør-alternativet*. Når dette likevel er tatt ut av videre anbefaling er det på bakgrunn av usikkerhet omkring reguleringsplan og erverv av tomt som ikke er i UNNs eie. Det ligger heller ikke inne i UNNs overordnede strategiske vurdering å erverve større tomtearealer omkring UNN Åsgård.

Rapportens hovedkonklusjoner er at UNN Åsgård, *0-alternativet* er svært lite egnet for videre langsiktig løsning av arealbehovet for funksjonene. Investeringsbehovet er i størrelsesorden som ved nybygg, og det vil dessuten være stor usikkerhet til langsiktig kvalitet for både teknisk og klinisk drift. Rapporten gir alternativet svært dårlig score, men på grunn av overordnede føringer må alternativet utredes videre.

Anbefalte alternativer for løsning er UNN Åsgård, *Vest-alternativet* og UNN Breivika, *Gimleveien 12-alternativet*. Begge disse alternativene scorer høyt på mulighetsstudiens matrise og er derfor vurdert som hensiktsmessige plasseringer for å løse oppgaven. Alternativene har forskjellige styrker og svakheter.

UNN Åsgård, *Vest* tilkjennegis av ansatterepresentanter og pasienter som det prefererte alternativ. Det ligger i samme område som dagens institusjon og vil ha samme naturskjønne beliggenhet, med kjente og trygge omgivelser som på en lett og trygg måte gir mulighet for bruk av omliggende friområder. På den andre siden er området under press av fremtidig boligbebyggelse. Nytt sykehusbygg vil endre adkomst og omgivelser, og det er avstand til UNNs øvrige somatiske virksomhet.

UNN Breivika, *Gimleveien 12* er en stor tomt som gir muligheter for utforming av bygg, kulvertforbindelse til dagens somatiske sykehusbygg og mulighet for parkeringsløsning og parkanlegg. Det er utbyggingssjefs og medvirkergruppens oppfatning at det er nødvendig med ekstrainvesteringer i parkeringsanlegg, kulvert og parkanlegg for å kompensere for de forhold som i dag får tomten til å se industriaktig og lite helsefremmende ut. I tillegg er det viktig å sikre den merverdi som flytting av virksomheten til Breivika kan gi i form av nærhet til somatikk.

Idéfasen har ikke lyktes klarlegge hvilken effekt samlokalisering av somatikk og psykiatri- og rusbehandling kan gi til pasientene. Somatiske avdelinger har vært tydelig på at somatiske pasienter med psykiske- eller rusplager kan få bedre behandling for sin somatiske lidelse ved bedre tilgang til tjenester og tilsyn fra rus og psykiatri. Det reises tvil omkring riktig behandlingsnivå for majoriteten av somatiske plager og primærprofylakse hos pasienter med psykisk sykdom og rus. Dette løses kanskje mer kostnadseffektivt ved bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

Videre arbeid med tidligfaseplanlegging av arealer til psykisk helse- og rusbehandling ved UNN er anslått å kunne gjennomføres på om lag 30 måneder. Det omfatter oppstart av organisasjonsutvikling med estimert varighet på 8 måneder med påfølgende hovedfunksjonsprogram, overordnet konseptskisse og avklaring av tomtevalg i løpet prosessens 12 første måneder. De

kommende 10 måneder går med til skisseprosjekt, person- og vareflyt, kostnadsberegning, usikkerhetsanalyse og utarbeiding av konseptrapport. Kvalitetssikring av konsept (KSK) vil være en følgeevaluering som pågår gjennom hele konseptfasen. Etter godkjent konsept og styrebehandling er forprosjekt estimert til 8 måneder frem til beslutning om bygging. Når prosess med konseptfase skal starte avhenger av prioritering i forhold til investeringsbudsjett i Helse Nord RHF.

Medvirkning

Saken var forelagt ansattes organisasjoner og vernetjenesten, Brukerutvalgets arbeidsutvalg og Arbeidsmiljøutvalget i egne møter 13. og 14.3.2017. Samtlige møter sluttet seg til at direktøren avslutter saken med den innretning saken var gitt.

Vurdering

Arbeidet med idéfaserapporten har vært gjennomført i henhold til *Veileder for tidligfaseplanlegger for sykehusbygg (2012)*. Arbeidet har pågått fra september 2016 til februar 2017 og har vært tilstrekkelig til å kunne avklare og belyse de nødvendige faktorer som skal klarlegges i idéfasen. Rapporten konkluderer med å gå videre med *0-alternativet* og to gode alternativer for realisering av nybygg for psykisk helse og rusbehandling i Tromsø. Arbeidet er i samsvar med UNNs strategiske utviklingsplan for bygg, og baseres på konklusjonene i dette arbeidet. Disse prosessene har vært sammenfallende i tid.

Arbeidet med idéfase for arealer for psykisk helse- og rusbehandling ved UNN Tromsø er gjennomført i henhold til tidsplan, økonomisk ramme og krav til prosess. Rapporten anbefaler å gå videre i neste fase med *0-alternativet* som går ut på å bli i eksisterende arealer ved UNN Åsgård med betydelig krav til oppussing og stor risiko knyttet til resultat, eller bygge nytt bygg på en av to alternative tomter med forskjellige fordeler og ulemper. Den ene anbefalte tomten ligger like vest for eksisterende bygg på Åsgård, den andre ligger like nord for eksisterende somatiske sykehusbygg i Breivika.

Konklusjon

Det er direktørens vurdering at overnevnte vurdering er godt forankret i arbeidet som er gjennomført og det anbefales derfor at styret vedtar denne strategien, godkjenner arbeidet og sender rapporten videre til behandling i Helse Nord styret.

Tromsø, 17.3.2017

Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg: Rapporten *Idéfase – arealer til psykisk helse- og rusbehandling*
Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) Tromsø



Idéfase – arealer til Psykisk helse - og rusbehandling

Universitetet i Nord-Norge HF (UNN) Tromsø

Idéfase arealer til psykisk helse- og rusbehandling UNN Tromsø

Prosjektnummer	
Prosjekt	Type rapport/ dokument
512301169 UNN Idéfase arealer psykiatri og rusbehandling	Idéfaserapport

UTARBEIDET AV		
navn		epostadresse
Kjell Magne Gerhardsen	Sykehusbygg HF	Kjell.gerhardsen@sykehusbygg.no
Liv Haugen	Sykehusbygg HF	liv.haugen@sykehusbygg.no
Ingrid Espejord	UNN, utbyggingsavdelingen	Ingrid.espejord@unn.no

DOKUMENTSTATUS			Marte Lauvsnes	Kjell M. Gerhardsen	Liv Haugen
28.02.2017	v. 06	Etter styringsgruppa			
08.03.2017	V 1.0	Til styrebehandling			

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
16.02.2017	22.2.2017	Styringsgruppa	22.02.17
08.03.2017	29.03.2017	Styret UNN HF	
	29.03 eller 26.04	Styret Helse Nord HF	

Innhold

1	Sammendrag	7
1.1	Bakgrunn for Idéfase arealer til psykisk helse- og rusbehandling UNN Tromsø	7
1.2	Utredningsprosessen.....	7
1.3	Arealtall og usikkerhet knyttet til disse	7
1.4	Tomtealternativene.....	7
1.5	Vurdering av alternativene.....	8
1.6	Konklusjon og anbefaling	10
1.7	Oppstart neste fase – Program og konseptutvikling.....	11
2	Mandat og mål	11
2.1	Bakgrunn for oppstart av Idéfase for psykisk helse og rusbehandling UNN	11
2.2	Avgrensning mot andre prosjekter i UNN	12
2.3	Mandat for Idéfase.....	12
2.4	Mål for Idéfase Psykisk helsevern og rusbehandling	13
2.5	Metode for Idéfase.....	13
2.6	Organisering og rammer for arbeidet.....	13
2.6.1	Overordnet organisering av utbyggingsprosjekt UNN.....	13
2.6.2	Prosjektorganisasjon Idéfase Psykiatri og rusbehandling UNN Tromsø	14
2.6.3	Involvering og forankring	14
3	Overordnede føringer	16
3.1	Nasjonale føringer	16
3.2	Regionale føringer	17
3.2.1	Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025	17
3.3	Føring gitt i UNN HF.....	18
3.4	«Føringer» i form av tilbakemeldinger fra brukerfora	19
4	Dagens virksomhet og organisering	19
4.1	UNN HF, Psykisk helse- og rusklinikken	19
4.1.1	Funksjonsfordeling innenfor Helse Nord	19
4.1.2	Organisering av klinikken	20
4.1.3	Enheter lokalisert på Åsgårdområdet:.....	21
4.2	Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg	22
4.2.1	Ansatte i Psykisk helse- og rusklinikken.....	24
4.2.2	Driftskostnader for bygningsmassen på Åsgård	24
4.2.3	Utvikling av døgnplasser (kapasitet) og poliklinikk/dagbehandling (aktivitet)	24
4.3	Klinikkenes vurdering av samlokalisering – faglige og praktiske forhold	26
4.3.1	Samlokalisering psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	26
4.3.2	Samlokalisering psykisk helsevern og rusbehandling med somatikk	27
5	Status dagens bygninger og anlegg	28
5.1	Bygningenes tilstand	28
5.1.1	Resultater fra tilstandsrapport Multiconsult	28

5.1.2	Erfaringer/ undersøkelse utført ved renovering bygg 7	29
5.1.3	Tilbakemeldinger fra brukerne og tilsynsmyndighet	32
5.2	Bygningenes funksjonelle egnethet	33
5.2.1	Byggenes tilpasningsdyktighet	33
5.2.2	Forholdet mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet.....	33
5.2.3	Tilbakemeldinger og erfaringer om byggenes utforming og egnethet.....	34
5.3	Landsverneplan for helsesektoren – fredning og vern på Åsgård.....	35
5.3.1	Landsverneplanen, foreløpig vurdering fra Sykehusbygg.....	35
5.4	Oppsummering.....	36
6	Dagens situasjon.....	37
6.1	Pasientforløp.....	37
6.1.1	Pasientforløp akuttpsykiatri	37
6.1.2	Pasientforløp alderspsykiatri.....	37
6.1.3	Pasientforløp rusbehandling (TSB)	37
6.1.4	Pasientforløp (DPS): Senter for psykiske helse og rusbehandling (SPHR)	39
6.2	Spesielle problemstillinger	40
6.2.1	Medikamentfri behandling.....	40
6.2.2	Sikkerhetspsykiatri	40
6.2.3	Døgntilbud til pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser	41
7	Utvikling mot 2030	41
7.1	Sykehuspsykiatri, DPS og kommunale funksjoner	41
7.1.1	Alderspsykiatri på DPS.....	42
7.1.2	DPS og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	42
7.1.3	Framtidens DPS-funksjon SPHR på Åsgård	42
7.1.4	Akuttpsykiatri	43
7.1.5	Alderspsykiatri på sykehusnivå.....	43
7.1.6	Medikamentfritt behandlingstilbud	43
7.1.7	Sikkerhetsseksjonen mot 2030.....	44
7.2	Videre utredning	44
8	Utdanning og forskning	44
8.1	Fagutviklingsenheten	44
8.1	Regionalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (RVTS) og Nasjonalt undervisningsprogram for selvmordsforebygging (VIVAT)	45
8.2	Forskning ved Psykisk helse- og ruskliniken	45
9	Framskrevet aktivitet og beregnet kapasitetsbehov	46
9.1	Framskrivingsmodellen	46
9.2	Datagrunnlaget	48
9.3	Resultater for PHV voksne UNN Tromsø	49
9.4	Resultatene fra TSB UNN Tromsø.....	51
9.5	Framskrivning og kapasitet – følsomhetsvurderinger	52
9.5.1	PHV voksne ved UNN Tromsø	52

9.5.2	TSB ved UNN Tromsø	53
10	Arealberegning UNN Tromsø, PHV og TSB	55
10.1.1	Mulig fordeling av areal ved delvis fraflytting fra Åsgård (alt. 3 b).....	58
11	Ide- og alternativsøk.....	59
12	Mulighetsstudien areal for psykisk helse og rusbehandling.....	60
12.1	Krav til funksjoner og areal.....	60
12.2	Oversikt over tomtealternativer.....	63
12.3	Vurdering av tomtealternativene	64
12.3.1	Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å0)	64
12.3.2	Alternativ 1: Delvis nybygg – delvis oppgradering eksisterende bygg på Åsgård	67
12.3.3	Alternativ 2 Nybygg på Åsgård – to alternative tomter vurdert, Å2 og Å3.....	70
12.3.4	Alternativ 3 a Nybygg i Breivika –fem forskjellige tomter (B1-B5)	76
12.3.5	Alternativ 3 b: Delvis flytting fra Åsgård til Breivika	93
12.4	Oppsummering av tomteanalysen	95
12.4.1	Konklusjon og anbefaling fra Mulighetsstudien	95
13	Investeringsbehov og bærekraftanalyse for alternative tomter	95
13.1	Investeringskalkyle.....	95
13.1.1	Kalkulasjonsgrunnlag for investeringskalkylen	96
13.1.2	Sammenstilling av investering knyttet til alternativene	96
13.2	Bærekraftanalyse	99
13.2.1	Tomtekjøp og avhending.....	100
14	Evaluerer og drøfter av alternativene	103
14.1	Overordnede betraktninger	103
14.2	Vurdering av alternativene.....	105
14.2.1	Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård.....	105
14.2.2	Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård (Å 1).....	106
14.2.3	Alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2).....	107
14.2.4	Alternativ 2 b: Bygge nytt på Troms Fylkeskommunes tomt - Åsgård-sør (Å 3)	107
14.2.5	Alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika (B1, B2 a og b, B3, B4 og B5).....	108
14.2.6	Alternativ 3 b: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med delvis å forlate Åsgård.....	112
14.3	Sammenstilling og anbefaling.....	113
14.3.1	Konklusjon og anbefaling	114
15	Program- og konseptutvikling (PKU), plan og mandat	115
15.1	Prosjekt og prosjekter	116
15.2	Overordnede rammer for Program- og konseptutvikling.....	117
15.2.1	Formål og rammer:.....	117
15.2.2	Samfunns mål.....	118
15.2.3	Pasientens helsetjeneste – en endret pasientrolle – brukerperspektivet.....	118
15.2.4	Effekt mål	118
15.2.5	Resultat mål	118
15.3	Rammer for prosjektet.....	119

15.4	Evaluering av alternativer.....	119
15.5	Gjennomføring av Program- og konseptutvikling.....	120
15.5.1	Hovedaktiviteter som skal gjennomføres i Program- og konseptutvikling:.....	120
15.5.2	Fremdrift og plan for Program- og Konseptutvikling.....	122
15.6	Organisering av Program- og konseptutvikling.....	122
15.7	Evaluering.....	123
Vedlegg		123

1 Sammendrag

1.1 Bakgrunn for Idefase arealer til psykisk helse- og rusbehandling UNN Tromsø

Det er behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen på Åsgård, både med hensyn til tekniske krav/brannkrav og tilpasning til moderne pasientbehandling innenfor psykisk helse og rusbehandling. Strategisk Utviklingsplan for UNN 2015-2025 beskriver behovet for å se psykisk helse og rusbehandling i sammenheng med somatiske lidelser og ber om en vurdering av en eventuell framtidig samlokaliseringsgevinst.

Disse faktorene danner bakgrunnen for vurderingen av ulike alternativer for renovering og eventuelt nybygg for hele eller deler av psykisk helse og rusbehandling i Tromsø, samt eventuell samlokalisering av tjenester til fremtidige lokaler for psykisk helsevern og rus ved somatikken i UNN Breivika.

Beslutning om å iverksette Idefaseutredning for UNN Tromsø, arealer til psykisk helsevern og rusbehandling ble tatt i styret for Helse Nord, sak 62-2016, i mai 2016.

1.2 Utredningsprosessen

Idefaseutredningen er gjennomført av UNN med utbyggingssjef Tor-Arne Hansen som prosjekteier og Ingrid Espejord som prosjektleder. Styringsgruppe har vært den samme som for alle utbyggingsprosjekter i UNN HF.

Medvirkningsgruppen har vært sammensatt av representanter for de kliniske funksjonene på Åsgård, en brukerrepresentant, brukerkoordinator ved UNN og tillitsvalgt for Sykepleieforbundet.

Asplan Viak AS har gjennomført Mulighetsstudien i samarbeid med prosjektledelsen. Inge Johnsen Prosjekt AS har gjennomført kostnadskalkylen. Økonomiavdelingen i UNN HF har bidratt med investerings- og bærekraftanalysen. Sykehusbygg HF har vært engasjert til dimensjonering og kapasitetsberegning, har ledet medvirkningsprosessen og hatt redaktøransvaret for hovedrapporten.

1.3 Areal tall og usikkerhet knyttet til disse

1.4 Tomtealternativene

Følgende alternativer er utredet i henhold til prosjektets styringsdokument:

Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å 0), 55.000 m²

Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård (Å 1), 110.000 m²

Alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2), 60.000 m²

Alternativ 2 b: Bygge nytt på Troms Fylkeskommunes tomt - Åsgård-sør (Å 3), 55.000 m²

Alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika (B1, B2 a, B2 b, B3, B4 og B5)

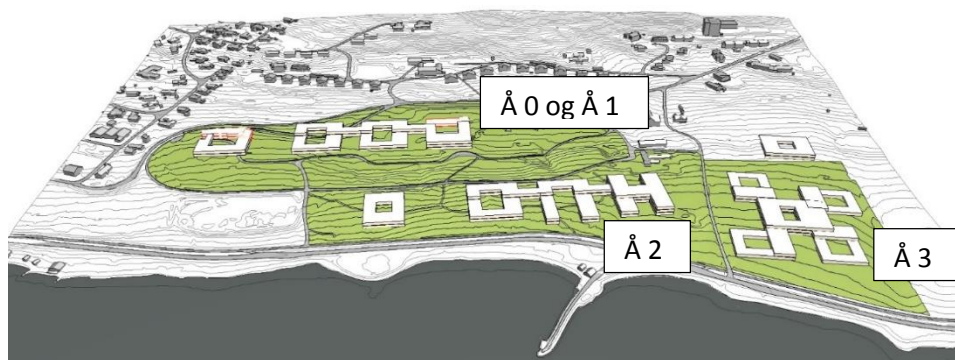
B1: BUP øst, 13.000 m²

B2 a og b: Gimleveien 12, øvre og nedre, 42.000 m²

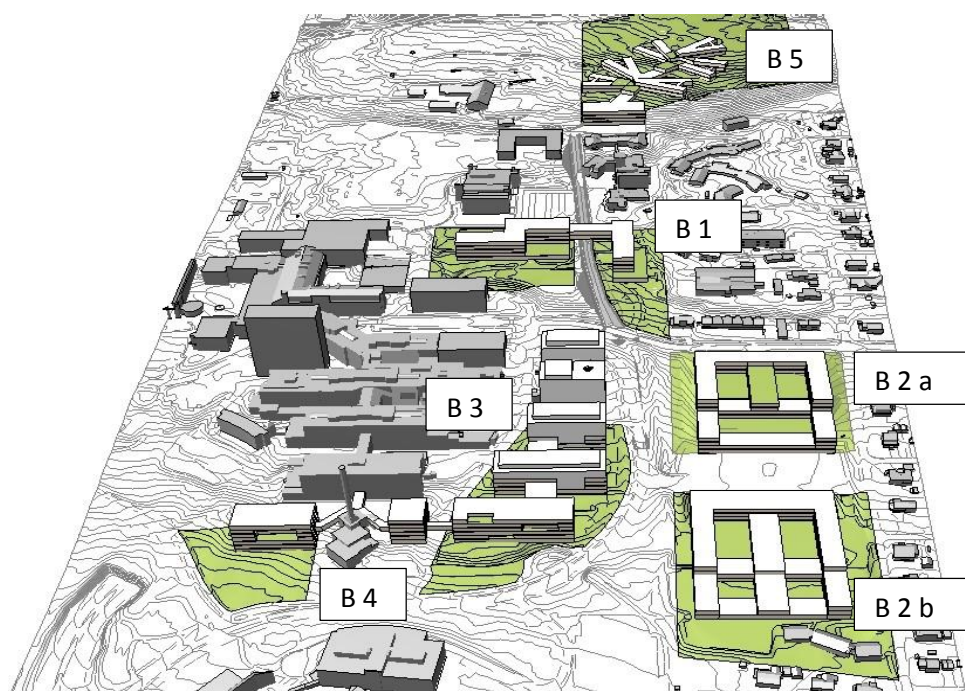
B3: Breivika parkeringsplass, 12.000 m²

B4: Breivika Gamle pasienthotell, 11.000 m²

B5: Breivika BUP vest, 32.000 m²



Åsgård - alternativer samlet



Breivika - alternativer samlet

1.5 Vurdering av alternativene

Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å 0)

Dagens bygningsmasse er i svært dårlig stand og vil være meget begrensende i forhold til å lage nye utforminger, tilpasset moderne behandlingsformer. Dette både på grunn av bygningenes bæresystemer, men også fordi bygningsmassen er underlagt et stort omfang av fysisk vern. Bygget vil kreve omfattende renovering på høyde med kostnader for nytt bygg. Kostnad: 1,321 mrd. kr. Omfattende renovering vil heller ikke, på grunn byggets fundamenteringsprinsipp, kunne forebygge nye fuktangrep på byggene.

Fordi 0- alternativet obligatorisk skal medtas i videre utredninger, anbefales denne videre utredet.

Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård (Å 1)

Delvis samme argumentasjon som alt 0. Dette alternativet har derfor minimert omfanget av

gjenbruk. Signaler fra forvaltningsmyndighet tilsier at det er en klar forventning om et langt større omfang av gjenbruk enn det som ligger implementert i dette alternativet. Det knyttes derfor stor risiko til alternativets gjennomførbarhet. Kostnad: 1,391 mrd. Anbefales ikke videre utredet.

Alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2)

Alternativet gir mulighet for ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming, gode avgrensede utearealer samt nærhet til friområder og gode utvidelsesmuligheter. Området må omreguleres ved bygging, og flystøy må kartlegges. Kostnad: 1,350 mrd. Anbefales videre utredet.

Alternativ 2 b: Bygge nytt på Troms Fylkeskommunes tomt- Åsgård-sør (Å 3)

Alternativet gir mulighet for ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming, gode avgrensede utearealer samt nærhet til friområder. Området krever omregulering ved bygging. Unn eier ikke tomte og det hefter usikkerhet ved hvorvidt det vil være mulig å erverve tomte. Kostnad: 1,343 mrd. Det ligger ikke i UNNs overordnede strategi å vurdere ytterligere ervervelse av mer tomt på Åsgårdområdet. Anbefales ikke videre utredet.

Alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika (B1, B2 a, B2 b, B3, B4 og B5)

Breivika BUP øst (B1)

Relativt liten tomt som krever et kompakt bygg uten muligheter for avskjermede utearealer, eller framtidig utvidelse, i tillegg til at den må gjenskape et betydelig antall av parkeringsplasser for somatikken. Kostnad: 1,414 mrd kr. Anbefales ikke utredet videre.

Breivika, Gimleveien 12, øvre og nedre (B2 a og b)

Alternativet gir mulighet for ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming samt gode avgrensede utearealer og utvidelsesmuligheter. Det forutsettes at hele området avsettes til arealer for psykisk helse og rusbehandling og dette kommer ikke i konflikt med somatikkens behov for framtidig utvidelse. Området må omreguleres ved bygging, og helikopterstøy må kartlegges.

Idéfasen for arealer psykisk helse og rusbehandling har kommet fram til at opsjonskostnader må legges til grunn sammen med kostnadsoverslaget, for at dette totalt sett skal være et alternativ som man kan anbefales videre utredet.

Kostnad: 1,49- 1.354 mrd kr avhengig av lokasjon på tomten. Opsjonskostnader for kulvert til somatikk, parkeringshus for all parkering på UNN samt et parkanlegg på tomt, til sammen 280 mill kr. Anbefales videre utredet.

Breivika parkeringsplass (B3)

Relativt liten tomt som krever et kompakt bygg uten muligheter for gode avskjermede utearealer, eller framtidig utvidelse. Ligger direkte i innflygingssonen til helikopteret og representerer en tydelig begrensning for en senere utvidelse av det somatiske sykehuset. Kostnad: 1,398 mrd. Anbefales ikke utredet videre.

Breivika gamle pasienthotell (B 4)

Relativt liten tomt som krever et kompakt bygg uten muligheter for gode avskjermede utearealer, eller framtidig utvidelse. Kan være et hinder for en senere utvidelse av det somatiske sykehuset. Kostnad: 1,363 mrd. Anbefales ikke utredet videre.

Breivika BUP vest (B5)

Stor tomt med muligheter for utvidelser, avskjermede uteområder og nært til friområder. Tomta er imidlertid bratt og avsidesliggende, og det vil ikke være mulig å etablere en adkomst opp mot tomta til UNN. Tomta vil heller ikke kunne betjene eget parkeringsbehov. Tomta eier ikke av UNN. Kostnad: 1,366 mrd. Anbefales ikke utredet videre.

Alternativ 3 b: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med delvis å forlate Åsgård.

Det er ikke gjort en detaljert utredning av dette alternativet som følge av konklusjonene i alternativ 0 og 1, der det konkluderes med at det ikke er hensiktsmessig å gjenbruke den gamle bygningsmassen. I tillegg ville man fått en ulempe med splitting av fagmiljøet over to lokasjoner. Ikke kostnadssatt. Anbefales ikke utredet videre.

1.6 Konklusjon og anbefaling

Arbeidet kan vise til å være i samsvar med UNNs strategiske utviklingsplan for bygg og bygger på konklusjonene i dette arbeidet, selv om disse prosessene har vært sammenfallende i tid.

Rapporten anbefaler å gå videre i neste fase med følgende alternativer:

Alternativ 2a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2)

Alternativ 3a: Bygge nytt i Breivika i Gimlevegen 12, øvre og nedre del (B 2 a og b).

Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å 0)

Begge alternativene, alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2) og alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika i Gimlevegen 12, øvre og nedre del (B 2 a og b) scorer høyt på mulighetsstudiens matrise, og er derfor vurdert som hensiktsmessige plasseringer for å løse oppgaven. Alternativene har forskjellige styrker og svakheter. Åsgård vest tilkjennevis av medvirkningsgruppen som det prefererte alternativ. Det ligger i samme område som dagens institusjon, og vil ha samme naturskjønne beliggenhet, med kjente og trygge omgivelser, som på en lett og trygg måte gir mulighet for bruk av omliggende friområder. På den andre siden er området under press av fremtidig bebyggelse, nytt sykehusbygg vil endre adkomst og omgivelser, og det er avstand til UNNs øvrige somatiske virksomhet.

Breivika Gimleveien 12 er en stor tomt som gir muligheter for utforming av bygg, kulvertforbindelse til dagens somatiske sykehusbygg og mulighet for parkeringsløsning og parkanlegg. Det er utbyggingssjefens og medvirkningsgruppens oppfatning at det er nødvendig med ekstrainvesteringer i parkeringsanlegg, kulvert og parkanlegg for å kompensere for de forhold som i dag får tomten til å se industriaktig og lite helsefremmende ut, samt sikre den merverdi som flytting av virksomheten til Breivika kan gi i form av nærhet til somatikk.

På grunn av føringer i overordnede veiledere, skal 0-alternativet utredes i neste fase som

referansealternativ. Denne innbefatter å bli i eksisterende arealer på UNN Åsgård, med betydelig krav til oppussing og stor risiko knyttet til resultat.

1.7 Oppstart neste fase – Program og konseptutvikling

Program- og konseptutvikling kan planlegges først når tentativt tidspunkt for byggestart er kjent. Kapasitets- og arealberegning og konseptdrøftinger vil alltid være «ferskvare» og bør ikke gjennomføres for tidlig i forhold til framtidig byggestart. Måten man organiserer og gjennomfører helsetjenester på er i stadig endring, ikke minst vil feltet psykisk helse og rusbehandling kunne bli endret som følge av økt ansvar på kommunenivå og utvikling av ulike typer E-helsetjenester.

Et foreløpig grovt overslag over tidsforbruk fra oppstart programarbeid til ferdig forprosjekt for nybygg for Psykisk helsevern- og rusklinikken er ca 2,5 år. Perioden relativt lang fordi det vil være behov for at virksomheten gjennomfører pasientforløpsanalyser – «fra-hjem-til-hjem» for å kunne utvikle riktig dimensjonering, fordeling av ulike typer areal og velge det mest hensiktsmessige konseptet for et nybygg. Pasientforløpsanalysene må involvere psykisk helsevern og rusbehandling med alle samhandlingsaktører - kommunale tjenester, somatiske enheter i Breivika, pasient- og pårørendes organisasjoner.

Beskrivelse av pasientforløpene med behov for samhandling med somatikken (i større eller mindre grad) vil kunne ha betydning for det endelige tomtevalget.

Beslutning om å iverksette neste fase må følges av at det settes av tilstrekkelig ressurser til å gjennomføre den på en tilfredsstillende måte. Det vil medgå tid for ansatte, og det vil være behov for eksterne rådgivere til programarbeid, konseptskisser, og gjennomføring av fullt skisseprosjekt. I tillegg skal hele program- og konseptfasen gjennom en ekstern kvalitetssikring, KSK før den kan legges fram til beslutning.

2 Mandat og mål

2.1 Bakgrunn for oppstart av Idéfase for psykisk helse og rusbehandling UNN

Det er behov for en betydelig oppgradering av bygningsmassen på Åsgård, både med hensyn til tekniske krav/brannkrav og tilpasning til moderne pasientbehandling innenfor psykisk helse og rusbehandling. Strategisk Utviklingsplan for UNN 2015-2025 beskriver behovet for å se psykisk helse og rusbehandling i sammenheng med somatiske lidelser og ber om en vurdering av en eventuell framtidig samlokaliseringsgevinst. Erfaringene fra renovering av bygg 7 på Åsgård viser så langt at det er svært kostnadskrevende å tilpasse bygget i henhold til teknikk, drift, vernehensyn og lovkrav. Resultatet blir et kompromiss for alle parter der resultatet ikke blir optimalt for noen av hensynskravene.

Disse faktorene danner bakgrunnen for vurderingen av ulike alternativer for renovering og eventuelt nybygg for hele eller deler av psykisk helse og rusbehandling i Tromsø, samt eventuell samlokalisering av tjenester til fremtidige lokaler for psykisk helsevern og rus ved somatikken i UNN Breivika.

Beslutning om å iverksette Idéfaseutredning for UNN Tromsø, arealer til psykisk helsevern og rusbehandling ble tatt i styret for Helse Nord, sak 62-2016, i mai 2016.

2.2 Avgrensning mot andre prosjekter i UNN

Psykisk helse og rusbehandling ivaretas i dag i en kombinasjon av desentraliserte tilbud på fem distriktspsykiatriske sentre (DPS), en rusklinikk og en sentral sykehusinstitusjon. DPSene i Harstad, Silsand, Storslett og på Storsteinnes er i relativt god bygningsmessig stand og egnet for formålet. Lokalene på Sjøvegan er leide lokaler og er relativt dårlig egnet for formålet. Lokalene til rusbehandling i Håkvik og for psykisk helse på Åsgård er i meget dårlig forfatning. En nærmere bygningsteknisk beskrivelse av byggene finnes i vedlagte tilstandsanalyse (vedlegg 1).

Lokalene til psykisk helse og rusbehandling i Håkvik planlegges samlokalisert med nytt sykehus i Narvik på Furumoen og ivaretas i planarbeidet for nytt sykehus.

Utbyggingen for somatiske funksjoner i Breivika planlegges uavhengig av Idéfasen for Psykisk helsevern- og rusklinikken. Valg av mulig tomt i Breivikaområdet (samlokalisering med somatikken) forutsetter koordinering med Bygningsmessig utviklingsplan for UNN med arealplan for Breivika som er under utarbeiding i samme periode.

2.3 Mandat for Idéfasen

Mandatet er beskrevet i Styringsdokument idéfase psykisk helse UNN, besluttet i styret for Helse Nord RH 18/19 mai 2016, sak 62-2016. Idéfasen skal gjennomføres i henhold til Veileder IS-1369 *Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*.

Grunnlagsdokumenter skal gjennomgås. Nødvendige oppdateringer og suppleringer av nåsituasjonen, datagrunnlag og de aktuelle pågående byggeprosjektene i UNN må gjennomføres. I tillegg skal idéfasen avgrense prosjektet fra andre prosjekt i UNN. Dette kan omfatte kapasiteter, arealer, investeringer og tid.

Idéfasen skal omfatte alternativutredninger for psykisk helse og rusbehandling med tilhørende støtte- og servicefunksjoner i UNN, også de som er organisert utenfor de nevnte klinikkene. I tillegg skal relevante fylkeskommunale- og universitetsfunksjoner medtas.

Idéfasen skal utføres innenfor en tidsramme med avslutning 08.02.2017.

Prosjektet skal styre mot en kostnadsramme på 3,5 mill kr inkl. mva.

Idéfasen skal redegjøre for 4 ulike alternativer inklusive nullalternativet på en slik måte at det tydelig framkommer hvilke av disse som er hensiktsmessig å utrede videre i en konseptfase. Nullalternativet skal vise krav til kostnadsoptimal utvikling av byggene for å opprettholde akseptabel ytelse for virksomheten over byggenes resterende levetid.

Følgende alternativer skal utredes

- Alternativ 0: oppgradere eksisterende bygg på Åsgård («0-alternativet»)
- Alternativ 1: delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård
- Alternativ 2: Bygge nytt på eksisterende tomt på Åsgård
- Alternativ 3: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med helt (3a) eller delvis å forlate Åsgård (3b)

Alternativene skal være «liv laga», definert som:

- Relevante – oppfylle de overordnede målene som gjelder for UNN HF
- Gjennomførbare – kan gjennomføres innenfor UNN HFs finansielle handlingsrom
- Levedyktige – UNN HFs økonomiske bæreevne skal kunne opprettholdes gjennom prosjektets levetid.

Idéfasen skal avsluttes med en Idéfaserapport. Den skal omfatte bearbeidet informasjon fra *Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025*, inkl. *del II – bygningsmessig utviklingsplan* (under utarbeidelse) for de aktuelle alternativene, samt oppsummere og presisere utredningene og analysene i idéfasen.

Idéfaserapporten skal redegjøre for mandat og plan for neste fase i tidligfaseplanlegging, Program og Konseptutvikling. Oppstart av neste fase for UNN HF, psykisk helsevern og rusbehandling vil først skje når sannsynlig byggetidspunkt er avklart. Da vil den nye veilederen for tidligfaseplanlegging være utarbeidet og godkjent, og vil måtte legges til grunn.

Idéfaserapporten vil derfor bli noe mindre detaljert utformet på dette punktet.

2.4 Mål for Idéfasen Psykisk helsevern og rusbehandling

Målet for idéfasen er, på bakgrunn av vedtatt Strategisk Utviklingsplan UNN 2015-2025 og Tilstandsanalyse – UNNs eiendommer 2015, å identifisere mulige prinsipielle løsninger og alternativer for behovet for psykisk helse og rusbehandlingstjenester i UNN, samt identifisere og videreutvikle de alternativene (konsepter) som best understøtter visjoner og målsetninger for helsetjenestene i hele opptaksområdet til UNN. Dette omfatter både virksomhetsmessige løsninger og fysiske bygningsløsninger. Første aktivitet i idéfasen er å presisere og avgrense det valgte prosjektet i forhold til andre tiltak.

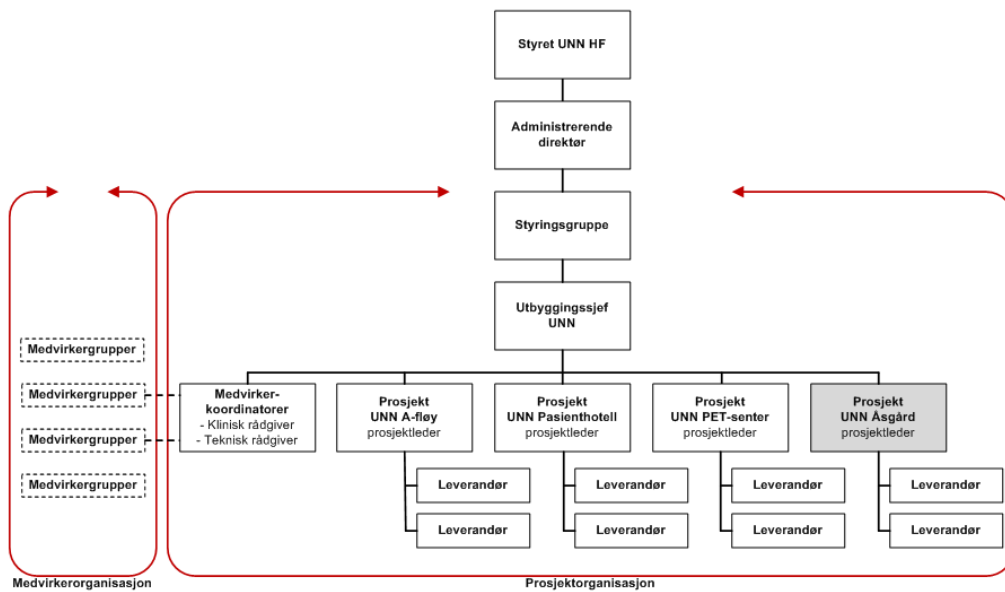
2.5 Metode for Idéfasen

Arbeidet med idéfasen er gjennomført i tråd med veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter utgitt av Helsedirektoratet og revidert av Sykehusbygg HF. Veilederen beskriver og gir anbefalinger om hvordan planprosessen for investeringsprosjekter i helseforetakene bør gjennomføres.

2.6 Organisering og rammer for arbeidet

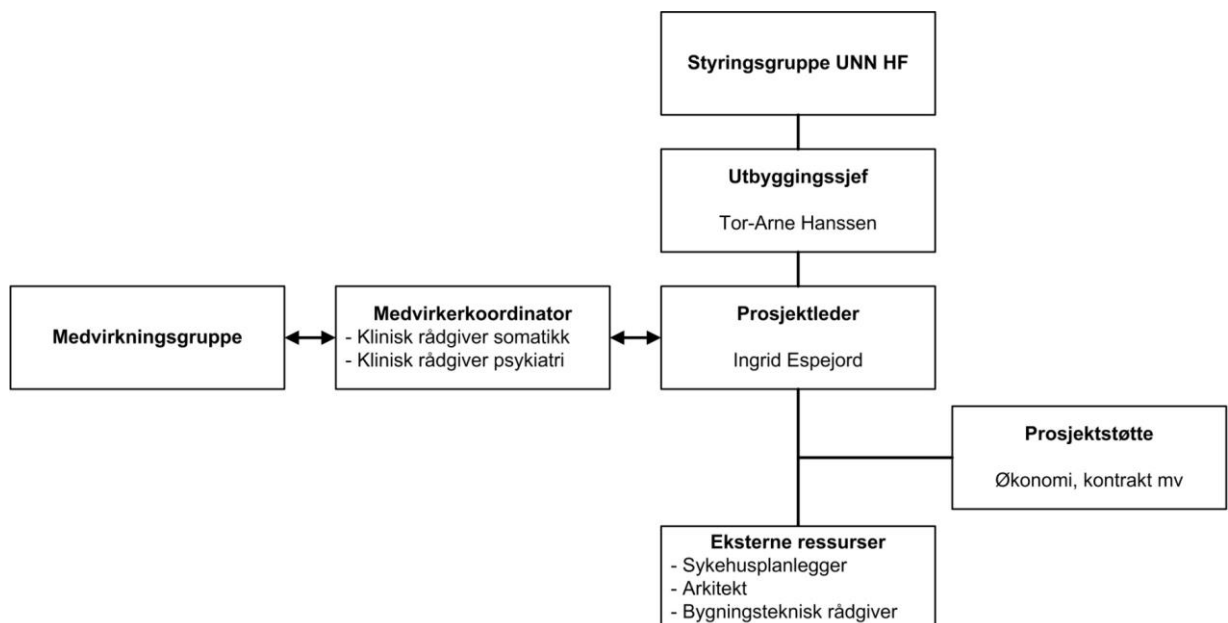
2.6.1 Overordnet organisering av utbyggingsprosjekt UNN

Illustrasjonen viser hvordan UNN organiserer sine utbyggingsprosjekter. De har felles styringsgruppe og felles utbyggingssjef.



Figur 2-1 Organisering av utbyggingsprosjekter i UNN HF

2.6.2 Prosjektorganisasjon Idéfase Psykiatri og rusbehandling UNN Tromsø



Figur 2-2 Organisering av Idéfasen for Psykiatri og rusbehandling UNN Tromsø

2.6.3 Involvering og forankring

Styringsgruppen for utbyggingsprosjekter i UNN er sammensatt slik:

Styringsgruppen for utbyggingsprosjekter i UNN er sammensatt slik:

Administrerende direktør Tor Ingebrigtsen

Viseadministrerende direktør Marit Lind

Klinikkssjef Psykisk helsevern og rusbehandling, Magnus Hald

Klinikkssjef Barne- og ungdomsklinikken, Elin Gullhav

Klinikkssjef Medisinsk klinikk, Markus Rumpsfeldt

Klinikkssjef Diagnostisk klinikk Gry Andersen

Klinikkssjef Nevro, orto og rehabiliteringsklinikken Bjørn-Yngvar Nordvåg

Drifts- og eiendomssjef Gina Johansen

Stabssjef Gørill Bertheussen

Foretakshovedverneombud Rita Vang

Bruker representant Cathrin Carlyle

Universitetet i Tromsø medisinsk fakultet, Trond Nylund

Avdelingsleder DPS Vest, Finnmarkssykehuset Robert Kechter

Direktør for forretningsutvikling Helse Nord RHF, Tor-Arne Haug

Det har vært gjennomført 3 møter i Styringsgruppen

Følgende personer har vært medlemmer i medvirkningsgruppen:

- *Carl-Erik Westgren, leder stabsenheten (klinikk), leder av medvirkningsgruppen*
- Ole Kristian Grønli, seksjonsoverlege (Psykiatrisk avdeling)
- Hans Yngve Bjerkås, sykepleier (Psykiatrisk avdeling)
- Rune Frydenlund, psykologspesialist (Rusavdelingen)
- Bente Simonsen, fagutvikler (Rusbehandling ung)
- Liv Ingrid Sollied, seksjonsleder (Avdeling nord)
- Helge Fodstad, seksjonsoverlege (Avdeling nord)
- Geir Øyvind Stensland, avdelingsleder (Fagutvikling, forskning og utdanning)
- Ingrid Espejord (Utbyggingsavdelingen)
- Guri Annie Albrigtsen (Brukerkoordinator)
- Esben Haldorsen (Brukerrepresentant)
- Ola Simonsen (Tillitsvalgt NSF)
- Elfrid Marjala, verneombud for virksomheten
- Lars Røslie, konst. klinikkssjef for akuttmedisinsk klinikk
- Kjell Magne Gerhardsen (Sykehusbygg HF)
- (Helge Havåg (Sykehusbygg HF)- deltatt på ett møte)

Representanten for Sykehusbygg har vært prosjektleder for medvirkningsprosessen, og representert ekstern sykehus-planfaglig kompetanse. Sykehusbygg har hatt redaktøransvaret for Idéfaserapporten.

Medvirkningsgruppen har gjennomført 5 møter og har utført arbeid mellom disse møtene. De har også deltatt på en befaring til Slagelse psykiatriske sykehus i Danmark samt Östra Sjukhuset i Göteborg, Sverige.

Det har vært avholdt et åpent møte for alle med interesse for utvikling av Psykisk helse- og rusklinikken.

3 Overordnede føringer

Idéfasen for Psykisk helsevern og rusbehandling, UNN Tromsø skal beskrive en utvikling og løsninger som bidrar til å ivareta føringer på alle nivå, nasjonalt, regionalt og lokalt. I hvor stor grad de ulike alternative løsningene oppfyller dette vil være en del av evalueringskriteriene når de skal vurderes.

3.1 Nasjonale føringer

Psykisk helsevern- og rusfeltet har over år vært gjenstand på fokus på nasjonalt nivå.

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008 medførte oppbygging av psykiske helsetjenester på kommunenivå og utbygging av distriktpsikiatriske senter (DPS). Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020) fokuserer på:

- *Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet*
- *Sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig*
- *Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat*
- *Alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse*
- *Utvikle og øke bruken av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer*

Planen følges av midler til ulike lavterskeltiltak på kommunalt nivå. For spesialisthelsetjenesten skal opptrappingen i varetas innenfor rammebevilgningene til helseforetakene med den presiseringen som ligger i den «gylne regel» om at det skal være høyere vekst for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå for spesialisthelsetjenesten.

Føringene ellers går ut på av hjelp skal tilbys der folk bor så langt det er mulig både for psykisk helsevern og rusbehandling. DPS-nivået skal representere veien inn i og ut av psykisk helsevern. Og fokus skal være på frivillighet framfor tvang.

Oppdragsdokument 2017 for Helse Nord RHF gir følgende overordnede styringsmål på området for denne Idéfaserapporten: Prioritere psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Under dette overordnede målet er det vektlagt at tjenestene skal i størst mulig grad tilbys lokalt i samarbeid med kommunale tjenester der det er nødvendig. Og at pasientene skal oppleve et psykisk helsevern med vekt på frivillighet og mindre bruk av tvang.

Konkrete mål for 2017:

- Høyere vekst for PHV og TSB enn for somatikk på regionnivå. DPS og PHV for barn og unge skal prioriteres innenfor psykiske helsevern.
- Antall tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbyggere reduseres sammenlignet med 2016, i samarbeid med kommunene
- Registrere tvangsmiddelvedtak med mål om å redusere antall pasienter i døgntilbud som har ett eller flere tvangsmiddelvedtak.
- Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgntilbud for TSB

3.2 Regionale føringer

Utviklingsplanen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025 ble sluttført i løpet av våren og styrebehandlet i juni 2016.

3.2.1 Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025

Utviklingsplanen beskriver innholdet i *pasientens helsetjeneste* for Psykisk helsevern og rusbehandling til 2025. Utviklingsplanen har noen utviklingsområder som vil ha betydning for virksomheten med tanke på dimensjonering og utforming av bygg. Det pekes på å kunne tilby tjenester i samhandling med kommunene, styrke behandlingstilbud til familier på tvers av faggruppene barn/voksne og TSB. Pasienter med sammensatte og samtidige behov skal tilbys koordinerte tjenester fra somatikk, psykiske helsevern og TSB. Digitale helsetjenester som internettbaserte selvhjelpsmoduler, e-poliklinikk og digitale vaktordninger skal videreutvikles.

Konkrete enkelttiltak: For TSB skal poliklinisk kapasitet økes til landsgjennomsnittet. Helse Nord skal etablere et tilpasset døgntilbud til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og samtidig alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse. Kapasitet og kompetanse for alderspsykiatri skal bygges opp for Helse Nord. Det bør etableres tilbud som fyller kriteriene for regional sikkerhetspost og etableres en regional kompetansenhet for sikkerhetspsykiatri.

Styrevedtak i Helse Nord RHF 15.06.2016, sak 74/2016:

- Utviklingsplanen vedtas for den videre utvikling av fagområdet i foretaksgruppen

- Etablering av 2 døgnplasser for personer med samtidig utviklingshemming og psykiske lidelser
- Etablering av 5 regionale sikkerhetspsykiatriske senger i regionen innen 2025, hvorav 3 ved UNN fra 2019.
- Etablering av en regional kompetansetjeneste for sikkerhetspsykiatri i Helse Nord

Sak 72/16 Plan 2017-2020 – inklusive rullering av investeringsplan 2017-2024:

- Styret ber adm. dir. om å sette prosjekt Universitetssykehuset i Nord-Norge Tromsø – arealer til psykisk helsevern og rusbehandling (Åsgård) på investeringsplanen ved rullering i 2017 etter at Idéfasen i prosjektet er avsluttet.

3.3 Føring gitt i UNN HF

Strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015 – 2025 ble vedtatt i 2014, og er gjeldende for denne Idéfasen. Som følge av Nasjonal helse- og sykehusplan skal alle regionale helseforetak med underliggende foretak utarbeide nye utviklingsplaner innen utgangen av 2018. Dette arbeidet er påbegynt i Helse Nord.

UNNs visjon er «*Det er resultatene for pasientene som teller! Vi gir den beste behandling*», med kjerneverdiene kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

I gjeldende Strategisk utviklingsplan er de generelle føringene:

- Å innrette seg i henhold til Samhandlingsreformen som forutsetter at kommunene overtar oppgaver fra spesialisthelsetjenesten,
- At overgangen fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling skal fortsette.

Psykiatri- og rusbehandling skal videreutvikles gjennom desentralisert tilbud og klar arbeidsdeling mellom sykehus- og DPS-nivå. Det er en uttrykt målsetting i SU 2015-2025 at pasienter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal bo hjemme i større deler av pasientforløpet og at mer behandling skal skje på DPS-nivå.

Ressurser skal omfordes fra tradisjonell døgnbehandling både for pasienter med somatiske sykdommer, rusavhengighet og psykiske lidelser.

Kapittel 5.2 i Strategisk utviklingsplan siteres i sin helhet:

Psykisk helsevern og rusbehandling

Det skal over tid være sterkere vekst innen psykisk helsevern og rus- og avhengighetsmedisin enn somatikk. Pasienter med rusavhengighet og psykiatrisk sykdom har dårligere somatisk helse og lavere levealder enn andre. Det skal derfor utvikles helhetlige og sammenhengende tilbud mellom somatikk, rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern. Tilbudene skal gis så nær pasientens hverdag som mulig. Dette medfører behov for mer robuste DPS-enheter, ytterligere spesialisering av sykehusstilbudet og kompetanseheving.

UNN skal

- Integrere tilbudene innen rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern på DPSene
- Styrke tilbudet innenfor alderspsykiatri ved DPSene
- Styrke samarbeidet mellom de somatiske lokalsykehusfunksjonene, rus- og avhengighetsmedisin og psykisk helsevern,
 - For å ivareta pasienter med psykiske lidelser som er under behandling i somatikken
 - For å forebygge og følge opp somatiske sykdommer hos pasienter med rusavhengighet og psykiske lidelser
- Utvikle medikamentfrie tilbud
- Arbeide for økt frivillighet samt riktig og redusert bruk av tvang
- Prioritere tidlig innsats overfor barn av psykisk syke og rusavhengige

- *Utvikle gode pasientforløp i overgangen mellom barn, ungdom og voksen*
- *Utvide og spisse det spesialiserte døgnbaserte sykehus tilbudet for barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser*
- *Differensiere tilbudet til langtidssyke med fokus på rehabilitering*

I styremøtet 23.08.2016 som behandlet Sivilombudsmannens rapport etter tilsynsbesøk på Åsgård, sak 67/16 ble det fattet vedtak om å utvikle en hovedindikator for utviklingene av bruk av tvang i psykiske helsevern over tid. UNN har utarbeidet en Plan for økt frivillighet for Allmennpsykiatrisk klinikk og spesialpsykiatrisk klinikk 6.1.2014.

Det er besluttet at det skal være 30% økning av poliklinikk for TSB innenfor UNN HF

3.4 «Føringer» i form av tilbakemeldinger fra brukerfora

Det har vært avholdt en åpen work-shop med deltakelse fra brukere, og arbeidet i Idefasen er presentert for brukermedvirkningsforumet for psykiatrisk avdeling.

Følgende punkter er kan oppsummeres fra disse to møtepunktene:

- Plassering av bygget må ta hensyn til tilgang til uteareal, kunne gå ut uten følge
- Kunne bevege seg utenfor bygge og samtidig være skjermet
- Tilrettelegging for fysisk aktivitet
- Avsette areal til aktiviteter (eks: drivhus, bod til uteutstyr, gymsal, bibliotek, musikkrom, grillsted/grillhytte)
- Bygget/plassering må ivareta ulike behov for pasienter med kort liggetid og lang liggetid
- Usikkerhet i tilbakemeldingene på om stigma eventuelt vil følge med fra Åsgård til Breivika
- Ønsker utvikling mot mer ambulante tjenester, inklusive hjemmebehandling
- Innrettingen på bygg og virksomhet i framtida for å ivareta pasienter ønsker og behov
- Komplexiteten i og med at det er forskjellige pasient-/brukergrupper med ulike behov

4 Dagens virksomhet og organisering

UNN HF er lokalisert på mange steder. Regionsykehusfunksjonen og lokalsykehusfunksjonen for Tromsø og omegn ligger i Breivika i Tromsø, Psykisk helse- og rusklinikken på Åsgård i Tromsø. I tillegg består HF'et av UNN Harstad, UNN Narvik, Longyearbyen sykehus Svalbard, fem senter for psykisk helse- og rusbehandling med behandlingsstedene Silsand, Sjøvegan, Storslett, Storsteinnes, Håkvik og Harstad. Det er i tillegg to distriktsmedisinske senter, på Finnsnes og Storslett.

4.1 UNN HF, Psykisk helse- og rusklinikken

Klinikken ivaretar både sykehusfunksjoner for UNN HF, regionaliserte funksjoner for Helse Nord og sykehusfunksjoner for Finnmarkssykehuset HF. Psykisk helse- og rusklinikken ble etablert 01.09.14 ved sammenslåing av to klinikker. Ny klinisk struktur og organisering ble etablert fra 01.01.2016. Virksomheten omfatter to fagområder, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for voksne.

4.1.1 Funksjonsfordeling innenfor Helse Nord

Regionaliserte behandlingsfunksjoner: Medikamentfritt behandlingstilbud ved Avdeling nord, Regionalt team for behandling av tvangslidelser (OCD-team) ved Avdeling nord, Rusavdelingen, og

kapasiteten ved Sikkerhetspostene ved Psykiatrisk avdeling UNN Tromsø og Nordlandssykehuset søkes håndtert regionalt. Helse Nord RHF benytter også plasser ved regional sikkerhetsavdeling ved St. Olavs Hospital, på Brøset i Trondheim.

Behandlingsfunksjoner for Finnmarkssykehuset HF: Psykiatrisk avdeling (akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, alderspsykiatri døgnet og poliklinikk, psykose- og rusenheten) dekker sykehusfunksjon for Finnmarkssykehuset HF.

Forskning og kompetanseutvikling: VIVAT(selvmordsforebygging) ved FFU (Fagutvikling, forskning og utdanning) har en nasjonal funksjon, mens RVTS Nord ved FFU har en regional kompetansefunksjon. Det samme gjelder KoRus som er et regionalt kompetansesenter for rusbehandling og ligger i Narvik.

4.1.2 Organisering av klinikken

Avdeling sør dekker DPS-funksjonene innenfor psykisk helsevern for Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms. Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Narvik, Harstad, Sjøvegan og Silsand.

Avdeling nord dekker DPS-funksjonene innenfor psykisk helsevern for Tromsøområdet og Nord-Troms. Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Tromsø, Storsteinnes og Storslett. Avdelingen organiserer i tillegg to regionale funksjoner lokalisert til Tromsø (medikamentfritt behandlingstilbud og poliklinisk OCD-tilbud for voksne).

Psykiatrisk avdeling dekker sykehusfunksjonene innenfor psykisk helsevern for Ofoten, Troms og Finnmark. Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Tromsø.

Rusavdelingen dekker sykehusfunksjon innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord RHF. Avdelingen har sin virksomhet lokalisert til Narvik og Tromsø. Både Narvik og Tromsø har avrusnings- og behandlingstilbud.

Fagutvikling, forskning og utdanning med virksomhet lokalisert til Narvik og Tromsø

Døgnplassene i Psykisk helse- og rusklinikken er fordelt slik:

Tabell 4-1 Døgnplasser 2016 Psykisk helse- og rusklinikken

Døgnplasser Psykisk helse- og rusklinikken 2016		
Avdeling Sør		
	Midt-Troms	12
	Ofoten	12
	Sør-Troms	12
totalt sør		36
Avdeling Nord		
	Nord-Troms	6
	Tromsø	31
	Medikamentfritt tilbud	6
totalt nord		43
Psykiatrisk avdeling		
	Akutt	35
	alder	14
	sikkerhet	12
	psykose-rus	11
totalt psyk.avd		72
Rusbehandling		
	Narvik	30
	Tromsø	37
totalt rusbehandling		67

4.1.3 Enheter lokalisert på Åsgårdområdet:

Følgende organisatoriske enheter og funksjoner ligger på Åsgårdområdet:

Psykiatrisk avdeling

Psykiatrisk avdeling inneholder: Sikkerhetspsykiatri, Alderspsykiatri med døgnplasser og poliklinikk, 3 akuttposter og en enhet for pasienter med kombinasjonen psykose- og ruslidelser

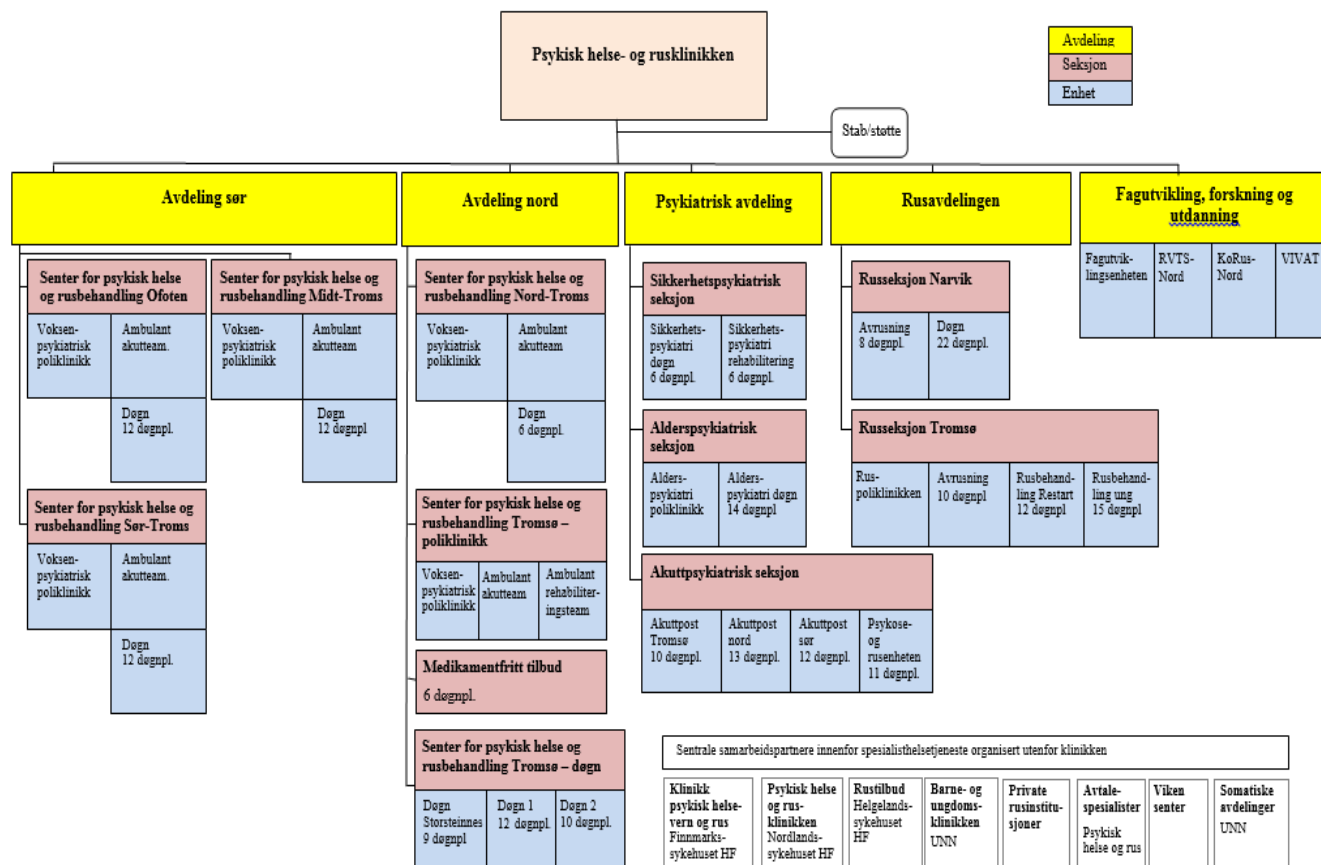
Avdeling Nord er organisatorisk delt i to enheter. Begge enheter ivaretar funksjoner som er tillagt DPS-nivået:

- *Avdeling Nord, Senter for Psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Tromsø, poliklinikk:*
Med Ambulant akutteam, Ambulant rehabiliteringsteam, Voksenpsykiatrisk poliklinikk,
- *Avdeling Nord, Senter for Psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Tromsø, døgn*
Dette er DPS sine døgnplasser i Tromsø, fordelt på 2 poster. Døgnplassene for Medikamentfritt behandlingstilbud for Helse Nord er organisert som egen seksjon, lagt til SPHR som hovedenhet.

Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø:

Avdelingen har poliklinikk, avrusning, og rusbehandling for voksne og for unge voksne.

Andre funksjoner som er lokalisert til Åsgårdområdet: Fagutviklingsenhet rus og psykiatri, RVTS Nord, VIVAT og klinikkens stabsenhet er lokalisert på Åsgård. Utover klinikken disponerer også Universitetet i Tromsø, Troms fylkeskommune (Åsgård tannklinikk), NOR-klinikken, Diagnostisk klinikk, Stabssenteret og Drifts- og eiendomssenteret arealer i bygningsmassen. UNNs kurs- og konferansesenter ligger på Åsgård.



Figur 4-1 Organisasjonskart Psykisk helse- og rusklinikken

4.2 Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg

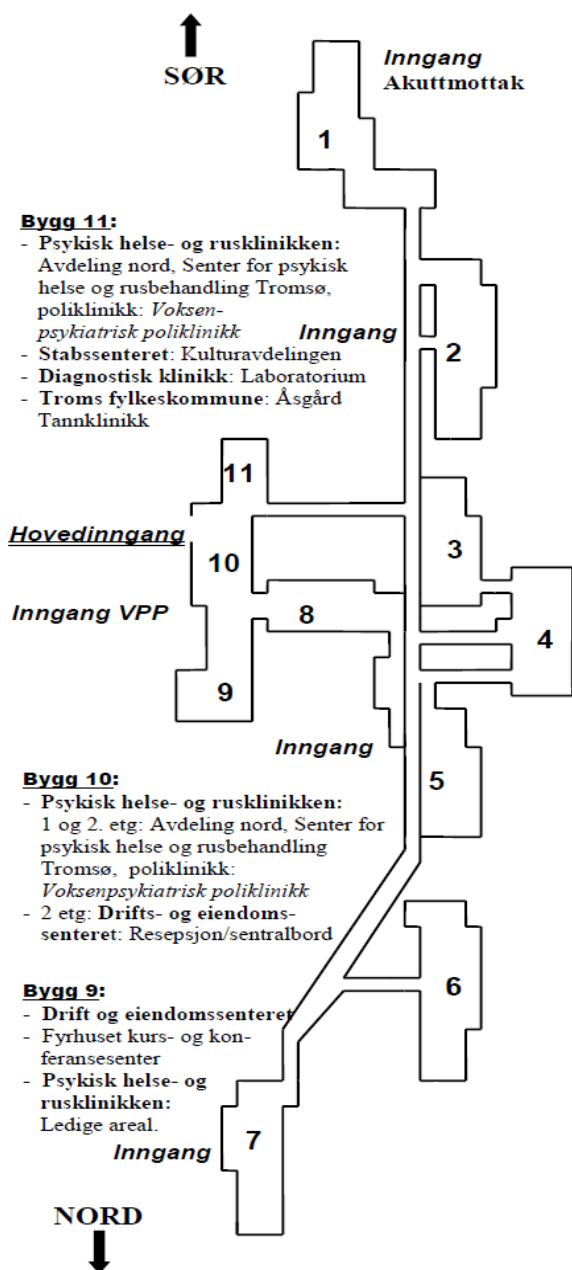
Åsgård utgjør et sammensatt bygningskompleks med mange lave enkeltbygninger forbundet med innvendige korridorer.

Kartet under illustrer bygningsmassen og beskriver hvilke funksjoner som ligger i hvert av byggene.

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE

07.02.17/CEW

Oversiktskart Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Åsgårdområdet ¹



Hertil lokalisert på området:

Bygg 12 (Lars Eriksens vei 10B):

Bygg 12 (Lars Eriksens vei 10D):

Bygg 14 (Åsgårdveien 18):

Fiolveien 15:

Sørslettveien 4 og 6:

Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Rusbehandling Restart*.

Psykisk helse- og rusklinikk: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Ruspoliklinikken*.

Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Rusbehandling ung*

Psykisk helse- og rusklinikken: Fagutvikling, forskning og utdanning: *RVTS og Vivat*

Psykisk helse- og rusklinikken: Avdeling Nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling
Tromsø, poliklinikk: *Gruppetilbud*

Bygg 1: Psykisk helse- og rusklinikken

1. etg: Psykiatrisk avdeling, Akuttmottak, kontorer og ekspedisjon.
Skadestue
2. etg: Psykiatrisk avdeling, Akuttseksjonen: *Akuttpost sør*
3. etg: Psykiatrisk avdeling, Akuttseksjonen: *Akuttpost nord*
- Loft: Telematikkstudio/møterom A, B og D

Bygg 2: Psykisk helse- og rusklinikken

- U. etg: Avdeling nord og Psykiatrisk avdeling: Kontorer, Treningsleiligheter og journalarkiv **NOR-klinikken:** Fysioterapitjeneste Åsgård
1. etg: Ledig postareal. Sidefløy: Psykiatrisk avdeling: Kontorer, telematikkstudio og møterom
2. etg: Psykiatrisk avdeling. Akuttseksjonen: *Psyko- og rusenheten*

Bygg 3: Psykisk helse- og rusklinikken

- U. etg: Avdeling nord: Kontorer.
1. etg: Gymnastikksal. Rusavdelingen: Kontorer.
2. etg: Avdeling nord: *Medikamentfritt behandlingstilbud*.
3. etg: Rusavdelingen. Russeksjon Tromsø: *Ayrrusning*

Bygg 4: Psykisk helse- og rusklinikken

- U. etg: Psykiatrisk avdeling, Alderspsykiatrisk seksjon: *Alderspsykiatri poliklinikk*. Kontorer
Fagutvikling, forskning og utdanning: *Fagutviklingsenheten*
Universitetet i Tromsø, IKM: Forskningsgruppe psykiatri
1. etg: Psykiatrisk avdeling, Alderspsykiatrisk seksjon: *Alderspsykiatri døgn*
Sidefløy: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Vurderingsteam TSB*.
Psykiatrisk avdeling, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon: Kontorer.

Bygg 5: Psykisk helse- og rusklinikken

1. etg: Klinikkledelse og Stabsenheten Psykisk helse- og rusklinikken: Kontorer, telematikkstudio og møterom.
Psykiatrisk avdeling, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon: Kontorer
2. etg: Psykiatrisk avdeling, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon: *Sikkerhethets-psykiatri rehabilitering*
3. etg: Psykiatrisk avdeling, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon: *Sikkerhets-psykiatri døgn*

Bygg 6: Psykisk helse- og rusklinikken

- U. etg: Avdeling nord: Kontorer og møterom. Treningsleiligheter
1. etg: Ledig postareal. Sidefløy: Avdeling nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, poliklinikk: *Ambulant rehabiliteringsteam*
2. etg: Avdeling nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, døg: *Døgn 2.*

Bygg 7: Psykisk helse- og rusklinikken

1. etg: Avdeling nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, poliklinikk: *Ambulant akutteam*. Psykiatrisk avdeling: Kontorer
2. etg: Psykiatrisk avdeling, Akuttseksjonen: *Akuttpost Tromsø*.
3. etg: Avdeling nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, døg: *Døgn 1*.

Bygg 8:

Psykisk helse- og rusklinikken: Møterom "Glassburet" (felles), VPPs møterom (Avdeling nord) og Bibliotek med møterom og kontorer (Fagutvikling, forskning og utdanning, Fagutviklingsenheten)

Drifts- og eiendomssenteret: Tøyforsyning og renhold. Kantine/kjøkken. Festsal.

¹ Målestokk m.h.t. bygningsmasse er heller omtrentlig. Fremstilt med illustrasjonsformål.

Hertil lokalisert på området:

Bygg 12 (Lars Eriksens vei 10B):

Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Rusbehandling Restart.*

Bygg 12 (Lars Eriksens vei 10D):

Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Ruspoliklinikken.*

Bygg 14 (Åsgårdveien 18):

Psykisk helse- og rusklinikken: Rusavdelingen, Russeksjon Tromsø: *Rusbehandling ung*

Fiolveien 15:

Psykisk helse- og rusklinikken: Fagutvikling, forskning og utdanning: *RVTS og Vivat*

Sørslettveien 4 og 6:

Psykisk helse- og rusklinikken: Avdeling Nord, Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø, poliklinikk: *Gruppetilbud*

4.2.1 Ansatte i Psykisk helse- og rusklinikken

Tabell 4-2 Antall ansatte fordelt på yrkesgrupper

Yrkesgrupper		Antall hele stillinger
	sykepleiere/vernepleiere	172,6
	psykologer	49,1
	leger	51,6
	helsefag/fagarbeidere/assistenter	75,6
	fagkonsulenter/konsulenter	68,8
	miljøterapeuter	85,5
	ledere	22,5
	merkantile/ rådgivere	30,3
	Totalt antall	557

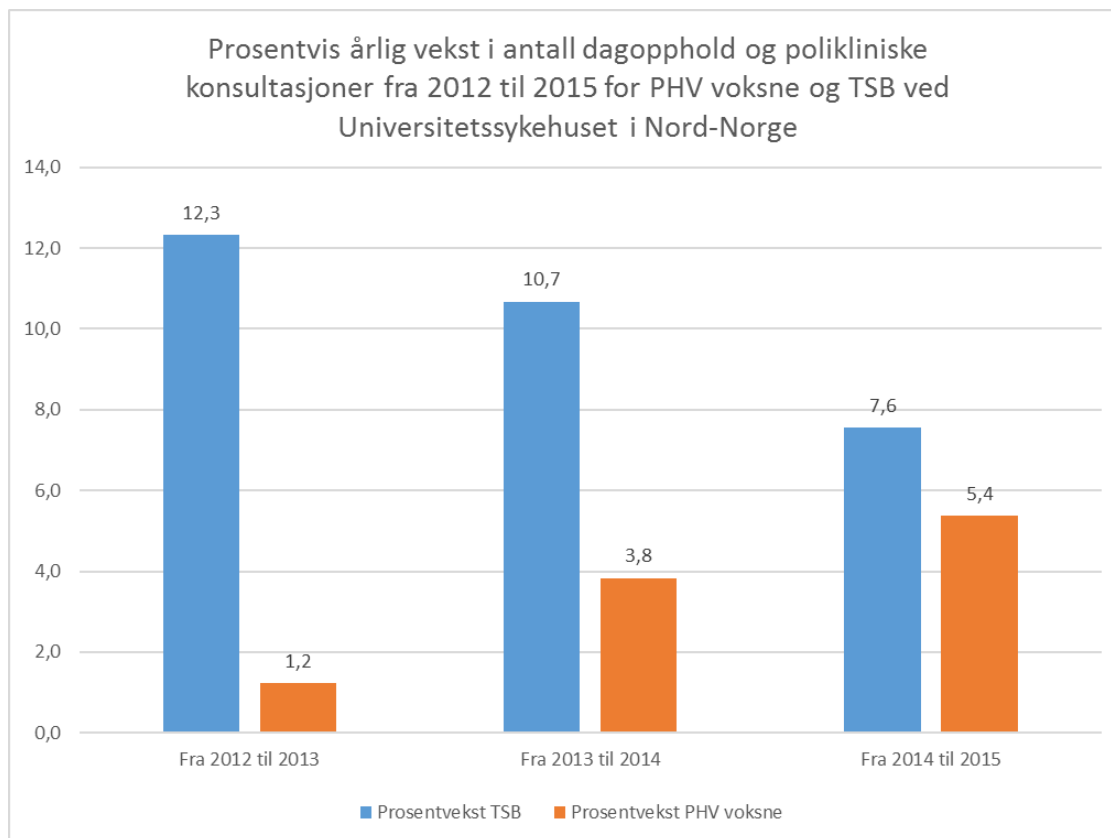
4.2.2 Driftskostnader for bygningsmassen på Åsgård

Kostnader for drift av bygningene på Åsgård er beregnet til ca. kr. 20 mill. kr per år. I tillegg kommer vedlikehold på mellom 10-20 mill. kr pr år.

4.2.3 Utvikling av døgnplasser (kapasitet) og poliklinikk/dagbehandling (aktivitet)

Aktiviteten for poliklinikk og dagbehandling for UNN, Psykisk helsevern- og rusklinikken i årene 2012-2015 viser økning både for psykisk helsevern og rus. Den prosentvise økning er størst for rusbehandling, hvilket er i tråd med nasjonale føringer.

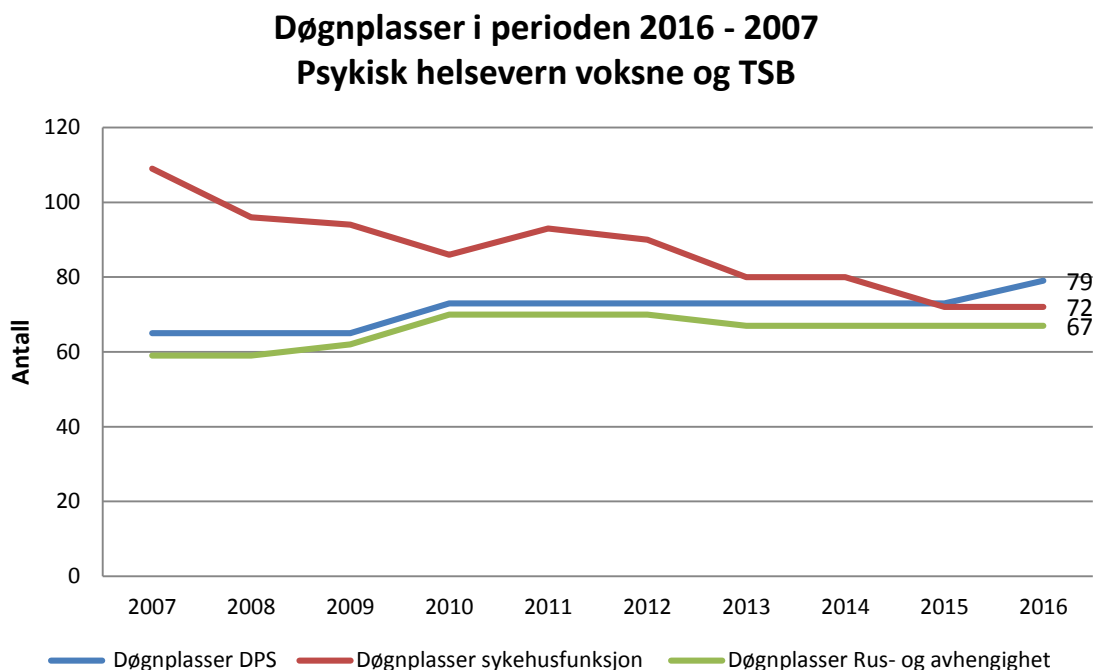
Utviklingen i antall døgnplasser 2007-2016 er også i tråd med nasjonale målsettinger om reduksjon i liggedøgn totalt, og vridning fra sykehus til DPS. Kapasiteten for rusbehandling skal trappes opp både på kommunalt nivå og på sykehusnivå. For UNN er det en liten økning i døgnplasser til rusbehandling. Også for rusbehandling er det sterk føring for å øke kapasiteten for poliklinisk behandling.



Figur 4-3 %-vis årlig vekst TSB og PHV UNN HF, 2012-2015

Tabell 4-3 Utvikling 2012-2015 Psykisk helsevern- og rusklinikken for antall konsultasjoner i poliklinikk og dagbehandling

Poliklinikk og dagbehandling	2012	2013	2014	2015
Psykisk helsevern	57 555	58 263	60 497	63 744
Rusbehandling	8 989	10 096	11 174	12 007



Figur 4-4 Døgnplasser 2007-2016, PHV voksne og TSB, UNN HF

Tabell 4-4 med NPR-tall for 2015 (siste tilgjengelige år) viser gjennomsnitt og spredning for liggetid i enhetene for psykisk helsevern på Åsgård. Det er rapportert både 0- og 1-døgnsopphold, som innebærer at noen innleggelser «snus i døra». 3 av enhetene har maks liggetid for 2015 på 365 dager - en eller flere pasienter var innlagt hele registreringsåret. Total liggetid for enkeltpasienter kan være lengre, men det kommer ikke fram gjennom dette uttrekket av data.

Tabell 4-4 Liggedøgn ved enheter for psykisk helsevern UNN Åsgård 2015

Tjenesteenhet kode	Tjenesteenhet navn	Antall opphold	Antall liggedøgn i rapporteringsperioden (2015)				
			Minimum	Mean	Median	Maximum	Sum
60000	Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn UNN	1 178	1	12,1	6	365	14 250
60050	Allmennpsyk. avd. sykehusseksjon Nord UNN	574	1	17,7	7	365	10 133
60060	Allmennpsyk. avd. sykehusseksjon Sør UNN	423	1	9,9	5	97	4 170
66000	Avdeling for sikkerhetspsykiatri UNN	30	4	139,4	39	365	4 183
67000	Alderspsykiatrisk avdeling UNN	120	1	36,6	30	129	4 394

4.3 Klinikkenes vurdering av samlokalisering – faglige og praktiske forhold

4.3.1 Samlokalisering psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Samlokalisering av psykisk helsevern og TSB har en rekke faglige fordeler knyttet til samlet utvikling av tjenestene (sammenheng sykehustilbud, tilbud ved SPHR og tilbud innenfor TSB) og felles fagutvikling.

Det foreligger klare føringer knyttet til utvikling av mer helhetlige og sammenhengende tilbud.

Sykehusfunksjoner innenfor psykisk helse og SPHR i Tromsø har i dag felles vaktordning for leger og nattavdelingssykepleierordning.

Det er økonomiske driftsfordeler knyttet til at virksomheten innenfor psykisk helse og TSB i Tromsø nå er samlet på Åsgårdområdet. Dersom det blir aktuelt å dele funksjonene for Klinikken mellom flere lokasjoner må driftsøkonomiske konsekvenser vurderes på nytt.

4.3.2 Samlokalisering psykisk helsevern og rusbehandling med somatikk

I strategisk utviklingsplan 2015-2025 er formuleringen: *UNN skal styrke samarbeidet mellom de somatiske lokalsykehusfunksjonene, rus- og avhengighetsmedisin og psykiske helsevern,*

- *For å ivareta pasienter med psykiske lidelse under behandling i somatikken*
- *For å forebygge og følge opp somatiske sykdommer hos pasienter med rusavhengighet og psykiske lidelser.*

Utover disse to formålene som er definert i SU 2015-2025, vil nærhet mellom akuttpsykiatri, rusakutt og det somatiske sykehuset med sitt diagnostiske apparat kunne bidra til raskere avklaringer av tilstander som framtrer som rusrelatert eller som psykisk lidelse, som kan ha somatisk etiologi.

Vurdering fra somatiske klinikker

Det er avholdt et møte¹ mellom klinikkledere i Breivika og prosjektledelsen for Idéfasen PHV_TSB. Fra BUK er vurderingen at innhold/kvalitet i samarbeid og rutiner er det viktigste for å ivareta overgangen for ungdommene mellom 18 og 23. Det er mindre viktig om pasientene etter overgang til VOP har behandlingssted i Breivika eller på Åsgård.

Det pekes samtidig på at vil være noen utfordringer knyttet til å ha behandlingstilbudet for barn med psykisk lidelser og voksen med psykiske og/eller ruslidelser i nærheten av hverandre. Dette må ivaretas i den videre planleggingen dersom PHV og TSB flyttes fra Åsgård til Breivika. BUK vil gjerne delta i vurdering av tomtealternativene i Breivika.»

Andre klinikker i somatikken peker på mulighetene for raskere avklaringer av akuttpasienten ved å ha funksjonene samlet. De ser mulighet for bedre samhandling rundt flere pasientgrupper, med faglige avklaringer, kjappe visitt/tilsynsrunder ved behov.

For operasjon/anestesi forenkles ECT-virksomhet ved større nærhet, og tilgang på psykiater-/psykologkompetanse kan gi bedre anestesistilbud til pasienter med komplekse traumer i sin historie.

I referatet er det oppsummert følgende konklusjon fra utbyggingssjef i UNN:

«Konklusjon av samtlige kommentarer etter dagens møte, er at kvaliteten på somatisk pasientbehandling for pasienter med både somatisk og psykisk sykdom kan bli bedre med forbedret samhandling. Økt nærhetsgrad av tilbudet kan bidra til økt samhandling. Dette må veies mot pasientens andre behov. Nærhetsfaktor kan i tillegg gi en mulig ressursbesparelse. Intensjonen er at pasienten skal få et bedre tilbud enn hva som tilbys i dag»

Vurderinger fra Psykisk helse- og rusklinikken

Fra medvirkningsprosessen i Idéfasen er følgende vurderinger hentet:

Det kan i fremtiden vurderes at det vil bli et økende behov for å kombinere vanlige sykehustjenester med psykisk helsevern. Et eksempel på dette er den kommende eldrebølgen og en sannsynlig økende forekomst av demenstilstander i befolkningen. Enkelte studier viser at blir stadig flere demente eldre med kompliserte og sammensatte lidelser. Det vil i den forbindelse være sentralt å kunne tilby røntgen, EEG, søvnregistrering, kirurgi og lignende tjenester til en større gruppe pasienter innen alderspsykiatrien.

Ved samlokalisering i Breivika vil tilgang til utearealer for pasienter som er innlagt over lengre tid (sikkerhetspasienter og andre) måtte ha spesielt fokus. Dette er godt løst på Åsgård.

Praktisk og økonomisk vil det være en del å hente på mindre reisetid, mindre ambulansetransport, enklere å arrangere møter og lettere tilgang til hverandres kompetanse i tilknytning til den enkelte pasient.

¹ Referat fra møte mellom prosjektledelsen for Idéfasen PHV og TSB og somatiske klinikker UNN Tromsø 10.01.17

Det pekes på at flere pasienter med sammensatte behov, alderssammensetning i befolkningen med en økende andel demenstilstander i framtida vil ha nytte av tettere samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern.

Innspill fra medvirkningsprosessen vurderer følgende når det gjelder pasienter med psykiske lidelser og langtidseffekt på somatisk helse:

Personer med betydelig psykiske problemer har som kjent over 10 års kortere levetid. Undersøkelser viser at dette sannsynligvis skyldes livsstilsfaktorer som røyking, rusmiddelbruk, kosthold, mangel på mosjon, unnlatelse av å følge opp egne somatiske sykdommer samt til en viss grad bruk av enkelte legemidler. Dette er kjente forhold som kan påpekes under innleggelser, men som i praksis må følges opp i primærhelsetjenesten. Det er ikke sannsynlig at mer nærhet til somatikk vil bidra vesentlig for å bedre de anførte livsstilsfaktorer.

Gjennom medvirkningsprosessen har fagfolk fra Psykisk helse- og rusklinikken samlet gitt uttrykk for at behov for samhandling mellom psykisk helse/rusfeltet og somatikken ikke uten videre løses gjennom samlokalisering i Breivika. En del av utfordringene kan løses med dagens plassering gjennom endring av pasientforløpsbeskrivelser og rutiner. Deres vurdering av potensiell gevinst ved flytting til Breivika vil være avhengig av tomtevalg og utbyggingsløsning.

Ved en eventuell oppdeling av funksjoner mellom Breivika og Åsgård, er det vurdert som hensiktsmessig at alderspsykiatri og akuttpsykiatri plasseres på samme sted.

5 Status dagens bygninger og anlegg

5.1 Bygningenes tilstand

5.1.1 Resultater fra tilstandsrapport Multiconsult

Multiconsult har foretatt teknisk tilstandsvurdering av hele bygningsmassen til UNN (Universitetssykehuset i Nord Norge). Denne ble utført både i 2011, men med en oppgradering av status i 2015. Dette innebærer at renoveringen av bygg 7 ikke er implementert i disse resultatene. Bygg 7 utgjør bare 9 % av bygningsmassen og nedenstående vurderinger vil derfor i all hovedsak likevel være gyldig som vurderingsgrunnlag.

Tilstandsgradene (Norsk Standard 3424) varierer på en skala fra TG 0 (meget god teknisk stand) til TG 3 (Dårlig stand).

Tabell 5-1 Vektet teknisk tilstandsgrad for bygningene på lokasjonen Åsgård, Kartlegging av bygningsmassen ved UNN (Universitetssykehuset i Nord-Norge) - Multiconsult²

Åsgård		Vektet tilstand pr hovedkomponent					
Bygg	Samlet vektet teknisk tilstand	Bygning	VVS	Elkraft	Tele og auto	Andre installasjoner	Utomhus
Bolig							
Bygg 11	2,5	2,4	2,9	3,0	3,0	-	2,0
Øvrige							
Blokk 1	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,5
Bygg 10	2,4	2,6	2,2	2,6	2,0	3,0	2,0
Bygg 12	1,5	1,6	1,5	1,4	1,0	-	1,5
Bygg 2	2,5	2,4	2,7	3,0	3,0	3,0	2,0
Bygg 3	2,1	2,1	2,2	2,0	2,0	3,0	2,0
Bygg 4	2,3	2,1	2,9	2,4	3,0	3,0	2,0
Bygg 5	1,5	1,4	1,0	1,6	2,0	3,0	2,0
Bygg 6	2,5	2,2	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0
Bygg 7	2,6	2,4	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0
Bygg 8	2,6	2,4	3,0	3,0	3,0	2,3	2,0
Bygg 9	2,4	2,4	2,5	2,0	2,0	3,0	2,0
Samlet	2,3	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5	2,0

Bygningsmassen på Åsgård har fått en samlet vektet tilstandsgrad på 2,3 (utilfredsstillende stand). En tilstandsgrad på 2,3 indikerer et betydelig forfall som krever et stort oppgraderingsbehov.

5.1.2 Erfaringer/ undersøkelse utført ved renovering bygg 7

Teknisk drift hos Universitetssykehuset i Nord Norge har opplyst om utfordringer med jevnt tilsig av vann til Åsgårdtomta, via terrenget på oversiden av området. I tillegg er det slik at grunnforholdene under bygningsmassen består av fjell i meget ulik høyde, og har en beskaffenhet som legger til rette

² Kartlegging av bygningsmassen ved UNN (Universitetssykehuset i Nord- Norge) – Multiconsult- 26.mai 2011 med oppdaterte resultater fra 2015.

for at det kan danne seg vannlommer. Luftlommer i kombinasjon med vanntilsig fører til en del vannansamlinger under byggene. Avdekte grunnforhold i forbindelse med graving utenfor bygg 7 bekrefter dette forholdet (bilde 2).



Figur 5-1Grunnforhold i området Brygg 7

Ved renoveringen av bygg 7 ble det avdekt en del svakheter ved fundamenteringen og fuktsikringen mot grunn. Ved graving under gulv på grunn, fant man at det ikke var etablert ordinært drencslag. Oppsiktsvekkende nok var det benyttet en blanding av stedlige, siltholdige masser (jord og leire), store steiner og bygningssjøppel (bilde 1). Disse massene bidrar til en kapillær effekt og utgjør en risiko for fuktopptrekk i konstruksjonen. Gulvene var heller ikke isolerte eller hadde et ventilert hulrom under seg.

Gjeldende bygningsforskrift (Byggeforskrift av 15 desember 1949)³ fra den tids byggeperiode, stilte krav om at gulv på grunn skulle være sikret mot fukt, enten gjennom etablering av ventilert hulrom eller gjennom «betryggende isolasjon mot grunnfuktighet».

Videre avdekte gravingen at veggene står direkte på grunn, med gulvdekkene støpt inntil veggene. Veggene hadde heller ingen fuktsikring, slik at også her representerer konstruksjonen en betydelig risiko for kapillært oppsug av fukt i veggene, både i inner- og yttervegger. Befaringer i alle bygg på Åsgård viste da også at dette er et gjennomgående problem i alle underetasjer i hele bygningsmassen.

³ Byggeforskrifter av 15 desember 1949, bind II-for-1949-12-15 nr 0000



Figur 5-2 Eksisterende drensmasser under gulv på grunn- Bygg 7

Betongkvaliteten som ble avdekt i underetasjen i bygg 7 var heller ikke den beste. Det bar preg av en del slurv i utførelsen, men steinreir under vinduer (bilde 3) og markante og brede støpeskjøter. Begge disse faktorene representerer en risiko for lekkasje av vann gjennom vegger som ligger under terrengnivå. Fuktmålingene bekreftet også at veggene var fuktholdige. Det er rimelig å anta at denne svakheten er gjennomgående for hele bygningsmassen på Åsgård, og gjelder for alle vegger mot øst (mot terreng) i byggenes underetasjer.



Figur 5-3 Typisk eksempel på støpekvaliteten- Bygg 7

Universitetssykehuset i Nord Norge bestilte en tilstandskontroll av fasadene i bygg 7 (Asplan Viak)⁴. Resultatene fra denne avslørte at armeringen står i korrosivt miljø, og rustningsprosessen måtte antas å akselerere hvis det ikke ble foretatt tiltak. I tillegg avslørte termograferingen av bygget at det var store varmetap gjennom fasadene. Innvendige vegger og dekker var ført ut gjennom vegg, og representerte betydelige kuldebroer med sine varmeutslipp. Alle bygg på Åsgård er bygd opp etter samme prinsipp, og teknisk drift har registrert lekkasjer og varmetap gjennom flere av fasadene som ikke er tettet på Åsgård.

Bygg 7 ble etterisolert og tettet, og noen av de andre byggene er allerede etterisolert og tettet for en del år tilbake. Det gjenstår imidlertid flere bygg der det ikke er utført etterisolering og tetting av fasadene. Lekkasjer og varmetap antas å kunne bli et økende problem i tiden framover for disse byggene.

5.1.3 Tilbakemeldinger fra brukerne og tilsynsmyndighet

Teknisk drift på UNN (Universitetssykehuset i Nord Norge) har registrert hyppige klager på inneklima fra brukerne på Åsgård.

De delene av arealene som i dag er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, balanserer på kravene til godkjenning. I tillegg er det over tid meldt en betydelig problematikk knyttet til forhold som ventilasjon, brannsikkerhet, setninger, fukt og trolig også forekomst av muggsopp.

Typiske rapporterte inneklimaplager som følge av disse utfordringene er vondt/ tung i hodet, tørr luft, slimhinneplager samt temperaturutfordringer (trekk, kalde flater, temperaturforskjeller).

⁴ Tilstandskontroll fasader- Bygg 7 Utgave: 1, 23.12.2013- Asplan Viak

Sivilombudsmannen var på besøk på Åsgård i april 2016. Konklusjonene fra dette besøket var at de fysiske forholdene var bekymringsfulle, og at de ikke var helsefremmende eller egnet til å drive behandling og omsorg på en skånsom og respektfull måte.⁵

5.2 Bygningenes funksjonelle egnethet

5.2.1 Byggenes tilpasningsdyktighet

Byggenes tilpasningsdyktighet er en viktig vurderingsparameter knyttet til utarbeidelse av strategiske prioriteringer og helhetsplaner for utvikling av bygningsmassen. Byggets tilpasningsdyktighet sier noe om bygningens evne til å endre planløsning (fleksibilitet), evne til å endre bruk til annen funksjon (generalitet) samt evne til utvidelse (elastisitet).

Samlet vektet grad av tilpasningsdyktighet for alle bygningene på Åsgård er 1,9.

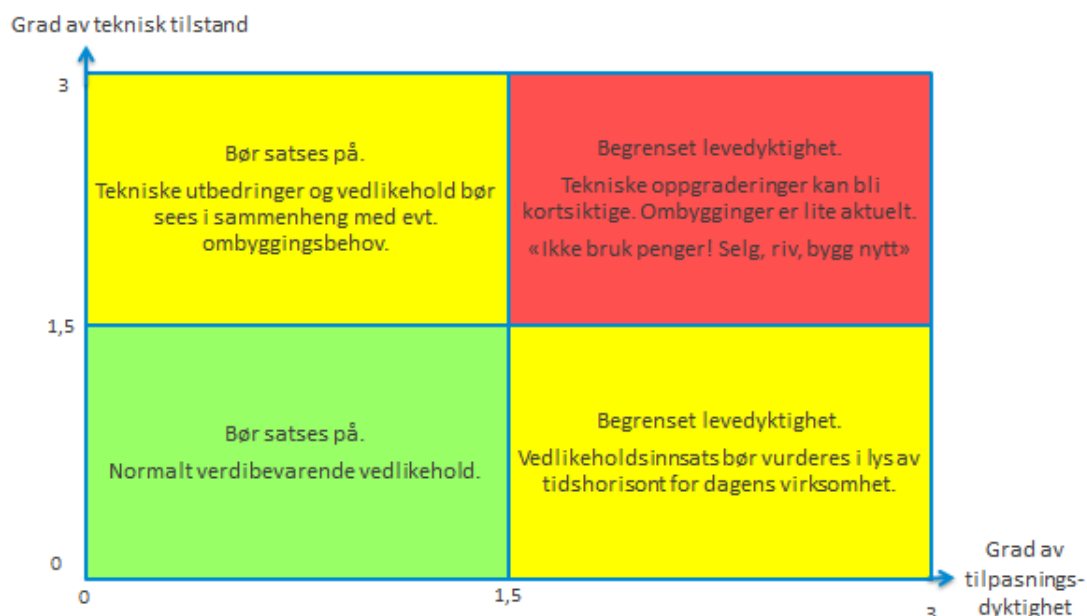
Tilpasningsdyktigheten varierer fra 1,4 (bygg 9) til 2,1 (bygg 5 og 3). Tilpasningsdyktighet som er større enn 1,5, tilsier at bygningsmassen er begrensende med tanke på endringer og potensial for ulike bruk.

For Åsgård viser indikatorverdien på 1,9 at bygningsmassen består av et stort omfang av bygninger og enkeltkomponenter som er rigid, der det er vanskelig og kostnadskrevenende å gjøre endringer.

5.2.2 Forholdet mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet

I tillegg til å vurdere tilstandsgrad og tilpasningsdyktighet separat, er sammenhengen mellom disse to faktorene vurdert. Sammenheng mellom faktorene gir et godt bilde på hvorvidt bygningsmassen har utviklingspotensial, og om det lønner seg å bruke ressurser på å oppgradere disse byggene.

Figuren nedenfor illustrerer sammenhenger og strategier.

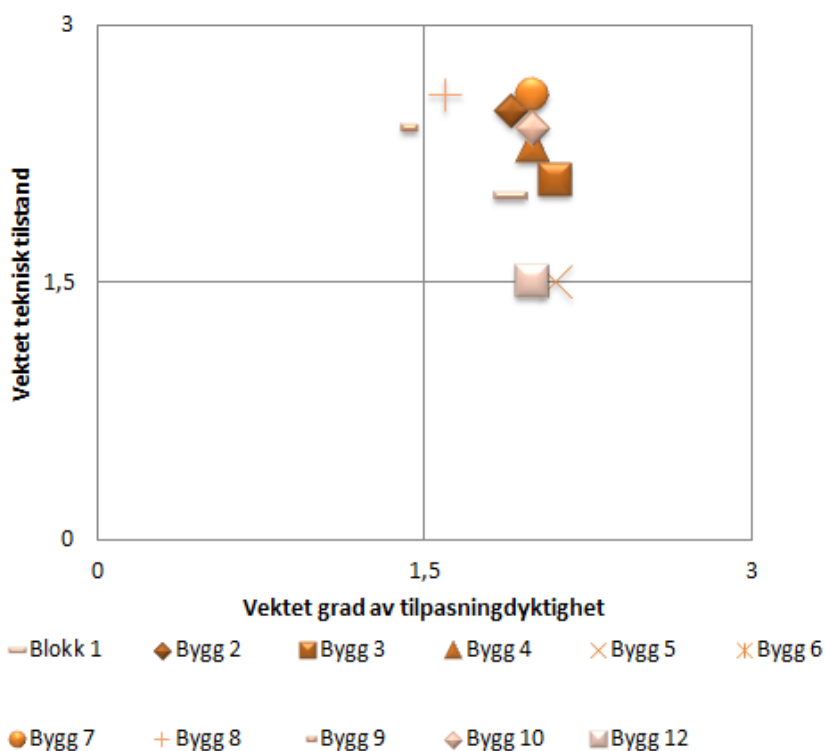


Figur 5-4 Sammenheng mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet (Multiconsult) Kartlegging av bygningsmassen ved

⁵ Sivilombudsmannens besøksrapport, 26-28. april 2016, vedlegg

UNN

Resultatene av sammenhengen mellom tilpasningsdyktighet og tilstandsgrad for Åsgård er illustrert i tabellen under.



Figur 5-5 Sammenheng mellom teknisk tilstand og tilpasningsdyktighet for bygningene, Kartlegging av bygningsmassen ved UNN (Universitetssykehuset i Nord- Norge) - Multiconsult

Vi ser av resultatene at byggenes tilpasningsdyktighet er lav, samtidig som tilstandsgraden på en del av byggene er dårlige. Sett i lys av dette, vurderes bygningsmassen på Åsgård til å ha begrenset funksjonalitet, og det anbefales ikke, ut fra dette perspektivet, å satse på å investere i oppgraderinger i disse byggene.

5.2.3 Tilbakemeldinger og erfaringer om byggenes utforming og egnethet⁶

Tilbakemeldingene fra brukerne understøtter funnene i Multiconsults rapport. Erfaringene fra renoveringsfasen i bygg 7 viste at man ikke klarte å skape de lokale klinikkene ideelt sett ønsket seg, for å kunne drive en psykiatrisk sengepost etter moderne prinsipper. Ytterveggene og bæresystemene satte klare begrensninger for utformingen. Dette har gjort det svært vanskelig å etablere oversiktlige sengeposter som legger til rette for økt trygghet hos pasientene samt rasjonell personellbruk.

Dagens bygningsmasse med sin utforming har også begrensninger på tilgang til avgrensede utearealer. Noen få sengeposter har direkte tilgang fra sengepostene til avgrensede utearealer, mens de fleste sengepostene har ikke denne fasiliteten. Sivilombudsmannens rapport påpekte

⁶ Vurdering av egnethet ved eksisterende bygg på Åsgårdområdet- mail fra leder av medvirkningsgruppa, datert 12.01.2017

behovet for direkte tilgang til frisk luft fra sengepostene. Med dagens bygningsmessige utforming som begrensning (i tillegg til at hele bygningsmassen er vernet), var det ikke mulig å etablere bedre forhold på dette punktet ved renovering av bygg 7.

5.3 Landsverneplan for helsesektoren – fredning og vern på Åsgård

Området er vernet og deler av bebyggelsen fredet i Helse- og omsorgsdepartementets landsverneplan (2012).

Hele sykehusområdet inklusiv gårdseiendom mot sør og en del av boligområdet på oversiden av Åsgårdvegen er vernet i planen. Fire enkeltbygninger på oversiden av Åsgårdvegen er fredet, og det gjelder også deler av Psyk. Avd. på nedsiden av Åsgårdvegen.

Verneklasse 1, fredning:

- Bygning 7, eksteriør
- Bygning 10, eksteriør og delvis interiør (inngangsparti)
- Lars Eriksens vei 4-7, eksteriør og interiør (boliger som ikke inngår i denne mulighetsstudien)

Formålet med fredning er å bevare utvalgte bygninger på Åsgård sykehus som landets eneste helhetlige psykiatriske spesialsykehus bygget i sin helhet i etterkrigstiden. Åsgård sykehus er et betydelig helsehistorisk kulturminne.

Formålet med fredning av de to bygningene, bygg 7 og 10, er å bevare utvalgte deler av bygningsstrukturen på Åsgård sykehus. Formålet med fredningen er videre å sikre hovedstrukturen i det arkitektoniske uttrykket og detaljeringen så som fasadeløsning, opprinnelig og eldre deler som dører og vinduer, samt materialbruk og overflater. Formål med fredning av utvalgte interiør er å opprettholde opprinnelig rominndeling med opprinnelig og eldre bygningsdeler, overflater og materialbruk, belysning, armaturer og detaljer, samt opprinnelig fast inventar.

Bygg 7 er gjennomgående renovert i 2016 etter godkjenning fra Riksantikvaren. Det er blant annet foretatt fasaderenovering, innvendig renovering og mindre tilbygg.

Konklusjon

Fredningen legger begrensninger på utvikling av området, og det må tas utgangspunkt i at de to fredede bygningene (bygg 7 og 10) må bevares. Det forutsettes at det for bygg 10 vil bli gitt tillatelse til tilsvarende omfattende renovering som det som er gjennomført for bygg 7, men med begrensning mht. interiør som er fredet. Fredete bygninger kan integreres i en ny struktur.

Bevaring av bebyggelsesstrukturen på Åsgård vanskeliggjør en effektiv moderne drift av det psykiatriske sykehuset. I tillegg vanskeliggjør vernet salg av eiendommen for bruk til annet formål.

Det tas i dette mulighetsstudiet utgangspunkt i at man på sikt, etter å ha dokumentert bebyggelsen, vil kunne få opphevet vernet av den delen av bebyggelsen som ikke er fredet. Dette vil gi mulighet til å utvikle området gjennom totalrenovering eller rive og etablere ny bebyggelse.

5.3.1 Landsverneplanen, foreløpig vurdering fra Sykehusbygg.

Åsgård-komplekset er tatt inn som et verdsatt helsehistorisk fredet/vernet anlegg i HODs landsverneplan for helsesektoren (LVP Helse) 2012. Eiendommene som inngår i LVP Helse, er tidstypiske bygninger – fra ulike epoker og av ulike typer. Samtidig har de en generalitet som gjør dem brukbare over tid. Ved grundige og faglig bredt nok riggede analyser av bruksmulighetene for

sektorens fredede og øvrige vernede bygninger og miljøer, vil man finne at man i stor grad kan benytte eksisterende eiendommer og bygningsstrukturer videre.

UNN HF's ansvar for fredet og vernet eiendom opphører ikke selv om et alternativ i Breivika velges. Jf. statlige sektorers sektorovergripende kulturminneansvar kan man ikke regne med at HOD vil oppheve det fysiske VK2-vernet på Åsgård. Og om HOD skulle oppheve hele eller deler av dette vernet, er det et åpent spørsmål hvor enkelt og raskt prosessen med å avhende de vernede eiendommene på Åsgård vil kunne la seg gjennomføre.

Iht LVP Helse er det av stor betydning å bevare Åsgård som en fortsatt benyttet lokalitet for spesialisthelsetjenesten. Dette fordi fortsatt bruk også vil være det beste vern av Åsgård som helsehistorisk kulturarv. Det kan dermed argumenteres godt for å tillate nokså vide rammer for utvikling/supplering av eksisterende struktur på Åsgård, slik at hele komplekset kan imøtekomme dagens krav. Ikke minst i kombinasjon med arkivmessig bevaring vil utviklingsmulighetene være betydelige også for den vernede bygningsmassen.

På rapportens side 29 leser vi: «Bebyggelsen er organisert som en egen struktur. Strukturen gir ikke mulighet for gode private utearealer.» Vi mener at man i større og tilstrekkelig fri grad bør vurdere utvikling/supplering av eksisterende struktur for å imøtekomme dagens krav til struktur og funksjonalitet. I rapporten savnes det derfor et utviklingsalternativ som ligger mellom Å0 (oppgradering) og Å1 (omfattende rivning). I et slikt alternativ må man vurdere egnethet for:

- vesentlig del av eksisterende bebyggelse (jf. den påpekte verdien av denne bygningsstrukturen) i sambruk med ny bebyggelse og
- annen del av eksisterende bebyggelse i kombinasjon med n, alternativ bruk (andre formål).

Konklusjon

Verken vernets tyngde eller de praktisk-økonomiske følgene av denne vernesituasjonen er i tilstrekkelig grad reflektert i den tilsendte versjon av rapporten. Det gjør at det kan settes spørsmålstegn ved rapportens konklusjon.

Det bør gjøres en grundigere og faglig bredt rigget vurdering av utviklingspotensialet på Åsgård.

5.4 Oppsummering

Tilstand på byggene er dårlig, ansatte klager stadig over inn klimaet, og har plager som følge av dette. Byggene bærer preg av slurvete utførelse og oppfylte ikke datidens bygningsforskrifter i forhold til fuktsikring fra grunnen. Universitetssykehuset i Nord Norge makter ikke per i dag å tilby sine pasienter fysiske omgivelser som legger til rette for verdig behandling. Selv om det foretas omfattende renovering av byggene, vil man ikke, på grunn avdekt utførelseskvalitet og prinsipp for fundamentering, kunne klare å demme opp for stadig fuktopptrekk fra grunnen. Byggteknisk vil eneste langsiktige løsning på fuktproblematikk være riving og nybygg, der basisprinsipper for fundamentering gjennomføres. Byggenes utviklingspotensial og tilpasning til moderne behandling er i tillegg svært begrenset.

Basert på disse tilstandsmessige vurderingsfaktorene anbefales det at dagens bygningsmasse på Åsgård ikke benyttes til fremtidige behandlingslokaler i regi av universitetssykehuset i Nord Norge, men avhendes (selges eller rives).

6 Dagens situasjon

6.1 Pasientforløp

6.1.1 Pasientforløp akuttpsykiatri

Pasienter i akuttenehetene legges oftest med tvangsvedtak, mens frivilling behandling som regel gis ved et akutt tilbud på en åpen DPS døgnenhet. Denne trenden er forsterket etter at de ambulante psykiatriske teamene (APT) er blitt sterkere involvert i de aller fleste innleggelsene. Gjennomsnittlig liggetid er 7-10 døgn, med spredning fra få timer opptil ett år for helt spesielle tilfelle. Utredning er hovedfokus i akuttfasen, og involverer laboratorietjenester, somatiske undersøkelser og enklere medisinsk behandling. Mer kompliserte tilstander som intoks behandles i somatikken, og ytterligere utredninger med bildediagnostikk og EEG og ECT-behandling utføres også i somatikken. I 2016 ble det gjennomført en registrering over 3 uker for alle reiser til Breivika for somatiske undersøkelser for pasienter innlagt i alderspsykiatri, akuttposter og PRE-enheten. Det var totalt 29 reiser – ca. 10pr. uke. I tillegg kommer ca. 400 pasienttransporter til ECT-behandling.

I enkelttilfeller kan det i løpet av en innleggelse dreie seg om opptil 20 kontakter med somatiske tjenester i løpet av et par uker mens andre ikke har noen kontakt med somatikk. Det finnes ikke sikre tall på dette forbruket.

6.1.2 Pasientforløp alderspsykiatri

Alderspsykiatrisk avdeling tar imot ca. 70% av pasientene elektivt, mens ca. 30% overføres fra akuttavdelingene, og noen få pasienter overføres fra somatiske avdelinger i Breivika. Pasienter med depresjon utgjør ca. 40% av innleggelser, demensrelatert ca. 40% og andre lidelser som psykose eller angst utgjør resten.

Gjennomsnittlig liggetid er 40 dager (landsgjennomsnitt for alderspsykiatriske avdelinger). Snittalder er 76 år. Noen pasienter blir liggende betydelig lenger, men det skyldes i hovedsak pasienter med demens som venter på sykehjemsplass i hjemkommunen.

Pasienter i alderspsykiatrisk enhet vil kunne ha behov for utredninger i somatikken, som f.eks. MR/ CT av hodet og andre organspesifikke utredninger. Per i dag er det relativ sparsom praksis for henvisning til geriatriisk tilsyn.

6.1.3 Pasientforløp rusbehandling (TSB)

Enheten har avrusningsenhet/ utredningsenhet med 10 døgnplasser, en døgnenhet for voksne (ReStart) med 12 plasser og en enhet (Rusbehandling ung) med i hovedsak pasienter mellom 18-35år, 15 døgnplasser.

Avrusning-utredning

Avrusning har 10 døgnplasser og gir et avrusningstilbud til pasienter som skal videre i behandling ved andre rusbehandlingssteder. De gir også tilbud til pasienter der det ikke er planlagt videre behandling. Dette kan gjelde opptrapping i LAR, vurdering av behov for videre behandling, nedtrapping av medikamenter.

Rusbehandling ung (enhet for døgnopphold)

Rusbehandling ung gir tverrfaglig spesialisert rusbehandling til menn og kvinner over 18 år som trenger hjelp med ulike typer rusproblemer. Pasientene er henvist til Vurderingsteamet ved UNN og videre prioritert til Rusbehandling ung. Pasientene behandles 1-2 uker ved Avrusning før de kommer til behandling ved Rusbehandling ung. Døgnbehandlingen kan ha en varighet på inntil 6 måneder og det gjøres individuelle vurderinger på behandlingens lengde i samarbeid med pasient og øvrig hjelpeapparat. Gjennomsnittlig liggetid er ca. 2-3 mnd. Snittalder ca. 25 år.

Behandlingstilbudet er i utgangspunktet basert på frivillighet. Enheten gir imidlertid mulighet for §12-soning/behandling. Gir også tilbud til gravide på tvang, samt andre unge pasienter på tvang med bakgrunn i fare for liv og helse. Rusbehandling ung gir også særskilt tilbud om sinnemestring.

I første del av behandlingen vektlegges kartlegging, utredning og diagnostikk. I tillegg til avhengighetsdiagnoser opptrer blant annet personlighetsforstyrrelser, bipolaritet, ADHD, PTSD, autismespekterforstyrrelser, og diagnoser opp mot psykoseproblematikk. Dette tilsier at Rusbehandling ung i perioder trenger bistand fra psykiatrien, enten i form av tilsynsvurdering og/eller overføring av pasient for en periode.

Det er lege og sykepleiefaglig virksomhet ved Rusbehandling ung som følger opp somatiske plager hos pasientene. Mulighet for bruk av skiftestue på Åsgård, for eksempel ved behov for EKG. Pasientene er imidlertid regelmessig henvist til undersøkelser og behandling på UNN, Breivika. Dette kan handle om skader og sykdomstilstander som skal utredes/behandles. Kan dreie seg om gjennomsnittlig 1-2 ganger i mnd.

Behandlingstilbudet ved Rusbehandling ung er i stor grad gruppebasert og samtidig tilpasset den enkelte pasient. Rusbehandling ung har en ukeplan med faste gjøremål, møter, måltider, grupper og fysisk aktivitet. Stort kjøkken hvor mat og hushold læres og er med på å sysselsette pasientene med realistiske hverdagsoppgaver. Ved å følge ukeplanen får pasientene en mulighet til å etablere en god døgnrytme og hverdagen blir treningsarena for å prøve ut ny kunnskap, samarbeide og å få gode mestringsopplevelser sammen med medpasienter. Enheten har en ung målgruppe som ofte har behov for at det skjer meningsfulle aktiviteter. Behandlingstilbudet vektlegger trening/ aktivitet, inne eller ute i nærliggende natur, og deltar på kulturelle begivenheter.

Spesielle utfordringer i behandlingstilbudet:

- Bygningen rommer ikke gode nok løsninger med tanke på muligheter for å skjerme pasient, for eksempel ved rusepisode.
- Rusbehandling ung gir tilbud til gravide med avhengighetsproblem, samt unge (primært menn) med utfordringer når det gjelder utagering. Dette passer ikke alltid like godt sammen. Også her kunne mulighet til skjerming bidra til å redusere problemet med kryssende hensyn.
- Ved full avdeling er det nødvendig at to pasienter deler rom.

ReStart – enhet for døgnopphold

Henvisning til Re-Start gjennomgås og prioriteres av Vurderingsteamet i UNN. De fleste pasienter er inne 1-2 uker på Avrusing før de kommer over til oss. De er da stort sett i relativt stabil form. Det

etableres et team på enheten som består av pasienten, lege, psykolog og behandler. Disse har hovedansvaret for behandlingsforløpet. Et vanlig forløp varer i 6-8 uker, deretter gjøres det avtaler om reinnleggelser, dagpasient, polikliniske avtaler. Ca. 30% av pasientene har en avtale i Breivika i løpet av oppholdet dvs. at det ca. 2 ganger pr mnd. drar pasienter fra ReStart til Breivika på en avtale.

Vi har et tilbud til alle typer avhengighetstilstander men vi har et hovedfokus på det å gi et tilbud til alkoholavhengige. I tillegg til miniteamene er en viktig del av behandlingen undervisningsprogrammet. Vi har nytt tema hver uke (nettverk, avhengighet, tilbakefall, endringsprosessen, rus og samfunn, psykisk helse, sosiale ferdigheter, livskvalitet, helseskader) der vi underviser og har samtalegrupper rundt ukens tema. Mange av våre pasienter har psykiatriske diagnoser i tillegg til avhengighet. Vi har ikke bemanning eller egnede lokaliteter til å gi et tilbud til pasienter som er akutt suicidale eller er inne i en aktiv psykose.

6.1.4 Pasientforløp (DPS): Senter for psykiske helse og rusbehandling (SPHR)

SPHR har to døgnenheter lokalisert til Åsgård med til sammen 22 døgnplasser. Disse døgnenhetene er begge godkjente for tvang. Døgnseksjonen gir et allmennpsykiatrisk- og rusbehandlingstilbud i form av akutte, planlagte og brukerstyrte innleggelser.

Akutt innleggelse: Kommer som henvendelse etter vurdering fra ambulant akutteam eller vakthavende lege. Det kan også være som overføring fra akuttpost i psyk. avd.. Døgnseksjonen tar imot de pasientene som er vurdert å kunne ivaretas innenfor de rammer, kompetanse og ressurser som Døgnseksjonen innehar. Lengde på opphold vurderes ut fra det akutte behovet og i samarbeid med en eventuelt poliklinisk behandler samt bruker og nettverk.

Planlagt innleggelse: Kommer som henvisning til inntaksteamet i Døgnseksjonen. Henvisningene vurderes ut fra gjeldene prioriteringsforskrifter. Henvisningene vurderes fortløpende hver uke, hvor pasienten tildeles plass med gitt lengde på den Døgnenheten som vurderes å kunne gi det aktuelle tilbudet.

Brukerstyrte innleggelser: 3 plasser disponeres til dette formålet. Det er ca 40 personer som har avtale. De kan selv ta kontakt med enheten ved behov for innleggelse og tas imot ved ledig plass i disse plassene. En innleggelse kan vare maksimalt 5 døgn med påfølgende karantenetid til dette tilbudet i tre uker.

Pasientene har ulike psykiatriske lidelser, hvor de vanligste er psykoser, depresjoner, personlighetsproblematikk og alvorlige angstlidelser. Flere har en tilleggsproblematikk i form av rus og medikamentavhengighet. Det er et økende antall pasienter med uavklarte tilstander i behov av utredning. Døgnenhetene tar nå også imot pasienter med behov for avrusning og som en forsterkning til rusbehandling med akutt krise.

Det legges vekt på en faglig profil i form av relasjon og nettverksarbeid hvor ønsker å inkludere pasientens eksterne private og profesjonelle nettverk inn i behandlingen. Det tilrettelegges for at brukeren aktivt kan delta i utformingen av eget behandlingsopplegg. Pasienten inngår som deltakende part i det interne behandlingsteamet som består av behandler, 2 miljøkontakter og ansvarlig lege. Ved de planlagte innleggelserne kan den polikliniske behandleren være behandlingsansvarlig, dette for å sikre kontinuitet og at innleggelsen blir en forsterking av den polikliniske behandlingen.

Det legges vekt på å fremme pasientperspektivet i behandlingen gjennom at pasienten deltar i utforming av egen behandlingsplan og kan få tilbud om selv å dokumentere behov og effekt av behandling i egen journal. Dette krever rombehov for å kunne dokumentere og jobbe sammen med elektronisk pasientjournal.

Det er i noen pasientforløp nødvendighet med somatisk undersøkelse, utredning eller tilsyn i UNN-Breivika.

Eventuelt framtidig økning i ambulante og polikliniske tjenester vil i stor grad være avhengig av at kommunen ivaretar sine oppgaver; bolig, oppfølging og andre tiltak som kan videreføre pasientforløpene som igangsettes ved sykehus og DPS.

6.2 Spesielle problemstillinger

6.2.1 Medikamentfri behandling

Medikamentfri behandlingsenhet med 6 døgnplasser ble opprettet i september 2016

Som ledd i arbeidet med å oppnå redusert og riktig bruk av tvang, har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) stilt krav til regionale helseforetak om etablering av medikamentfrie behandlingstilbud. Tilbudet etableres i dialog med brukerorganisasjonene og skal omfatte både voksne og unge under 18 år. Medikamentfri behandling skal tilbys i hele landet for pasienter som ønsker et terapeutisk alternativ der en tradisjonelt bruker medisiner, men hvor kravet til faglig forsvarlighet kan ivaretas også med annen behandling. Valgmuligheten skal også gis pasienter som ønsker å bruke færre medikamenter og/eller lavere doser der dette er aktuelt.

6.2.2 Sikkerhetspsykiatri

Sikkerhetspsykiatrien har ansvar for pasientbehandling av alvorlig psykisk syke med høy voldsrisiko og et samfunnsansvar ved å ta imot mennesker som er dømt til tvungent psykisk helsevern.

Sikkerhetspsykiatri i spesialisthelsetjenesten er delt i to behandlingsnivåer, et regionalt nivå (Nivå 1), og et lokalt nivå (Nivå 2) som skal være etablert i alle helseforetak eller sykehusområder.

Sikkerhetsnivå 1 innebærer krav om skall- og perimetersikring som kan stå imot frigjørelses-forsøk og kvalifiserte rømningsforsøk.

Sikkerhetsnivå 2 har krav til skallsikring, som kan stå imot rømningsforsøk.

6.2.2.1 Lokale sikkerhetsplasser, nivå 2

Sikkerhetspsykiatri døgn og sikkerhetspsykiatri rehabilitering er etablert på Åsgård med 6 senger hver.

For pasienter innlagt i sikkerhetspsykiatriske enheter på nivå 2 er behandling og stabilisering første faste. I denne fasen er fysiske rammer og sikring mot rømningsforsøk viktig. Etterhvert vil behandlingen ha mer åpne rammer. Dette gjennomføres etter hvert gjerne i sengepost med åpne dører. I slutfasen går behandling til videre rehabilitering og utprøving av funksjonsnivå og voldsrisiko i treningsleilighet før endelig utskrivelse. Dette er normalforløpene, men nesten ingen pasienter benytter seg av alle nivåene. Noen kommer f.eks. bare inn til akutt stabilisering på skjeringsenhet før de sendes tilbake til akutenhet. For mange av pasienten på sikkerhetsseksjonen er det snakk om forløp på over 10 år.

6.2.2.2 Regionale sikkerhetsplasser – sikkerhetspsykiatri nivå 1

Helse Nord kjøper i dag regionale sikkerhetsplasser (nivå 1) fra Helse Midt-Norge RHF. Det har de senere år vært en betydelig økning av antall dømte til tvungent psykisk helsevern og økt bruk av judisiell observasjon i sikkerhetsavdelinger. Kostnader til kjøp vil derfor sannsynligvis øke for pasienter tilhørende Helse Nord. En arbeidsgruppe nedsatt av Helse Nord har utredet spørsmålet om etablering av regionale sikkerhetsplasser i regionen mener økning i antall pasienter i sikkerhetspsykiatrien gir behov for å etablere både regionale og lokale sikkerhetsplasser i Helse Nord.

I henhold til Helse Nord styresak 74-2016 skal det etableres 3 regionale døgnplasser ved UNN fra 2019. Disse må planlegges innenfor evt. nybygg/renovering
Regionalt kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri ble vedtatt etablert uten at dette ble spesifisert ytterligere.

6.2.3 Døgntilbud til pasienter med samtidig psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser

I henhold til vedtak RHF-styresak nr. 74-2016 skal det etableres 2 regionale døgnplasser fra 2016 (2017). Disse plassene er ikke avklart med hensyn til plassering i RHF.

7 Utvikling mot 2030

Innenfor psykisk helsevern og behandling av rus- og avhengighetsmedisin (TSB) er signalene entydige. Poliklinisk og ambulant virksomhet skal trappes opp. Pasientene skal få tilbud nærmest mulig eget bosted. Det skal jobbes mot størst mulig brukerstyrt behandling med påfølgende reduksjon av bruk av tvang. Økt bruk av E-helse vil påvirke også behandlingstilbudene innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.

7.1 Sykehuspsykiatri, DPS og kommunale funksjoner

Klinikken har som føring for virksomheten at tilbudet skal gis så nær pasientens hverdag og livssituasjon som mulig. Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR – navnet på DPS i Tromsø) skal være inngangsporten til spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. SPHR skal ha en helt sentral plass i pasientforløpet. Tilbudet ved SPHR skal i størst mulig grad gis ambulant og poliklinisk. Innleggelse i døgnbaserte tilbud ved SPHR skal bare skje i de situasjoner der ambulant/poliklinisk tilbud ikke er tilstrekkelig. Tilbudet ved sengeposter på sykehusnivå skal bare ivareta problemstillinger som ikke kan ivaretas tilfredsstillende i andre døgnbaserte tilbud jamfør DPS-veilederen «Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner» (IS-1388) som også angir en type ansvars- og oppgavefordeling mellom sykehus og DPS.

Det en utvikling på gang for etablering av rusteam ved SPHR både i og utenfor Tromsø. Det foreligger videre en klar tenkning knyttet til styrking av ambulant virksomhet/ etablering av ACT-lignende team ved SPHR utenfor Tromsø (ACT-team er etablert i Tromsø, organisert under kommunen).

Etablering av kommunale senger for ø.hj. -senger også for psykisk helse og rus vil representere en utvikling som vi i dag ikke helt ha oversikt over når det gjelder konsekvenser for virksomheten ved SPHR.

Det er allerede bygget ut DPS-kapasitet i distriktene, og det er tatt ned mye kapasitet i Tromsø. Det er neppe behov for større utvidelse/bygging på DPS-nivå. I Tromsø kan klinikken tenke seg et klarere skille mellom sykehusfunksjoner og DPS-funksjoner. På den annen side kan dette innebære noen ulemper, da det er store fordeler på samhandling, pasientforløp og drift med tett samorganisering.

Man kan tenke seg en utvikling der kommunene i enda større grad enn i dag skal ivareta lokalsykehusfunksjoner, og man kan t.o.m. tenke seg at DPS overtas av kommunene. DPS skal i større grad enn i dag jobbe utadrettet og gi hjemmebehandling. Samtidig står vi i en situasjon der DPS-ene holder på å overta viktige funksjoner innen rusbehandling som de ikke har hatt tidligere. Det er fortsatt uklart hva som blir konsekvensene av dette.

Ved behov for nye bygg knyttet til enten DPS eller DMS på lokasjoner utenfor Tromsø, vil det være

aktuelt å vurdere om funksjonene kan samordnes.

7.1.1 Alderspsykiatri på DPS

Det er forventet en økning av antall eldre (>65 år) frem til 2030 på 40%, og ytterligere økning frem mot 2040 (SSB moderat vekstanslag).

Det er ikke noe som tilsier at sykdomspanoramet vil endre seg vesentlig, derfor vil det være et klart behov for styrking av det alderspsykiatriske tilbudet. Noe av veksten vil kunne ivaretas av kompetanseoppbygging på DPS, noe som vi arbeider aktivt med. Det vil imidlertid til enhver tid være eldre som har sykdom av en slik karakter at de ikke kan ivaretas på døgnenheter på DPS eller behandles poliklinisk. Denne gruppe pasienter vil ha behov for innleggelse på en alderspsykiatrisk sengepost. Det er mye erfaring både nasjonalt og internasjonalt som tilsier at denne gruppen ikke ivaretas i tilstrekkelig grad på en akuttpsykiatrisk sengepost.

En svært stor forventet vekst i behov for alderspsykiatriske tjenester er avhengig av en styrking av alderspsykiatri på DPS nivå, men en slik styrking alene vil ikke være tilstrekkelig for å møte det økte behovet. Nyere forskningsresultater av blant annet Tromsø 7-studien gir noe usikkerhet omkring effekten av demografiendring på sykkelighet hos eldre. Forskningsdata kan antyde at aldersbetingende sykdommer opptrer senere i dagens eldrepopulasjon enn det som har vært antatt, slik at samlet sykdomsprevalens ikke blir så stor som tidligere antatt. Det er for tidlig til å trekke konklusjoner av disse resultatene slik at vi foreløpig må anta en relativt betydelig økning av alderspsykiatriske pasienter i grunnlaget for framskriving.

En del av økningen i behovet for behandlingstilbud til alderspsykiatriske pasienter vil måtte dekkes opp på DPS-nivå, gjennom utvikling av fagkompetansen og bruke av polikliniske og ambulante tjenester.

7.1.2 DPS og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det framstår ennå ikke helt klart hvordan samarbeidet mellom rusbehandling og DPS vil utvikle seg framover.

Klinikkledelsen tror imidlertid at SPHR (Senter for psykisk helse og rusbehandling, DPS) vil bli supplement til rusbehandling i form av stabilisering og ivaretagelse/behandling under krise. Vi tror den langvarige rusbehandlingen i framtiden også vil finne sted i mer definerte rusbehandlingstilbud. Dette tilsier det samme behovet for sengeplasser som i dag.

Det jobbes aktivt med å kartlegge og forebygge drop-out fra rusbehandling. Man vet at flere enn de som kommer til behandling, trenger behandling. Man håper at man på sikt kan dra nytte av det arbeidet som gjøres i dag ved at flere ønsker å benytte seg av rusbehandlingstilbudet. Det vil kunne bety mer arealer til blant annet poliklinisk behandling (sammen med VOP), men også økt behov for innleggelse til døgnbehandling.

7.1.3 Framtidens DPS-funksjon SPHR på Åsgård

Det foreligger politiske føringer på at behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern og rus skal gis så nært pasienten som mulig. Dette innebærer i første omgang et ambulant og/eller poliklinisk tilbud på DPS nivå. Når dette tilbudet ikke er tilstrekkelig kan en forsterkning i form av innleggelse i døgnenhet være et alternativ. Innleggelse i psykiatrisk sykehusenhet skal kun skje når rammer, kompetanse og bemanning ikke er tilstrekkelig for å ivareta oppgaven på DPS nivå. Nye føringer til DPS er å øke kompetansen for å kunne gi tilbud innenfor rusbehandling, alderspsykiatri samt barn og unge. Dette innebærer at det allmennpsykiatriske tilbudet inklusive

tilbudet til alderspsykiatriske pasienter, i form av utredning og behandling, samt poliklinisk rusbehandling skal gis på SPHR.

Det har over de senere årene vært en forskyvning av oppgaver fra sykehusavdelinger til DPS, noe som innebærer flere oppgaver og utvidet ansvarsområde for SPHR'ene. Tilbudet om innleggelser har endret seg fra tidligere primært å gi tilbud om planlagte innleggelser, til nå hvor man i tillegg ivaretar 24/7 funksjonen med akutte og brukerstyrte innleggelser hele døgnet

Det er en økende andel unge personer mellom 18 og 25 år som blir innlagt, mange av disse med uavklarte psykiske tilstander og rusutfordringer.

Til tross for Samhandlingsreformen med blant annet målsetting om økning av funksjoner og tjenester innenfor psykisk helsevern og rusbehandling på kommunalt nivå samt at behandling i spesialisthelsetjenesten fortrinnsvis skal gis poliklinisk, har ikke behovet for kortvarige innleggelser på SPHR i Tromsø avtatt. Psykisk helsevern i UNN kjennetegnes av mange og kortvarige innleggelser og det oppleves fra klinikken å være stor pågang på døgnplasser.

Befolkningen i Tromsø øker hvert år med ca 1000 innbyggere, hvor den politiske satsningen på tilbud til den aktuelle pasientgruppen i kommunen ikke fremstår på en måte som tilsier at det vil være mindre behov for døgnplasser i SPHR.

7.1.4 Akuttpsykiatri

I et akuttperspektiv ser klinikken ikke for seg de store endringene i årene fremover. Med rimelig stor sannsynlighet antas det at innholdet i akuttpsykiatrien vil være nokså lik om 20-30 år som det er i dag. Det er faktorer som trekker i retning av både redusert behov (oppbygging kommunale tjenester, DPS med brukerstyrte senger mm) og økt behov (pasienter med rusutløste psykiske kriser, større andel av befolkningen med alvorlige traumer i sin livshistorie mm). De ressurskrevende pasientene vil også i årene framover komme til enheter med psykiatrisk sykehusfunksjon.

7.1.5 Alderspsykiatri på sykehusnivå

Selv om målet er økt poliklinisk virksomhet, tilsier naturligvis en vekst i antall eldre på 40-50% de neste 20 år at det ikke vil være mulig å gi et godt nok tilbud uten å øke den alderspsykiatriske sengekapasiteten. På en rekke alderspsykiatriske sengeposter har man et differensiert tilbud, en mindre sengepost for pasienter med demens og en større for pasienter med blant annet depresjon og angst. Noe av veksten vil kunne ivaretas av kompetanseoppbygging på DPS, noe som vi arbeider aktivt med. Vi ambulerer til DPS'er i opptaksområdet og har bistått i opprettelse av mindre alderspsykiatriske team ved flere DPS'er. Det vil imidlertid til enhver tid være eldre som har sykdom av en slik karakter at de ikke kan ivaretas på døgnenheter på DPS eller behandles poliklinisk. Denne gruppe pasienter vil ha behov for innleggelse på en alderspsykiatrisk sengepost. Det er mye erfaring både nasjonalt og internasjonalt som tilsier at denne gruppen ikke ivaretas i tilstrekkelig grad på en akuttpsykiatrisk sengepost.

En svært stor forventet vekst i behov for alderspsykiatriske tjenester er avhengig av en styrking av alderspsykiatri på DPS nivå, men en slik styrking alene vil ikke være tilstrekkelig for å møte det økte behovet.

7.1.6 Medikamentfritt behandlingstilbud

Feltet er så vidt kommet i gang og det er vanskelig å si noe om forløp her. Tilhengere av medikamentfri behandling viser til beskrivelser fra 50-tallet da antipsykotisk medisin ikke var oppfunnet, hvor pasienter med alvorlig sinnslidelse var innlagt sammenhengende i mye lengre tid

enn det som er vanlig i dag. Til gjengjeld ble de ikke lagt inn på nytt i like stor grad som dagens pasienter. Dersom dette kan overføres til dagens eller fremtidens psykiatri kan en kanskje forvente at behovet for sengeplasser vil øke hvis medikamentfri behandling får økende oppslutning. Ut fra dagens bilde hvor det er få pasienter på en fullt bemannet sengepost kan en også anta at personellfaktoren og derigjennom driftskostnadene til medikamentfri behandling blir høyere enn ved en ordinær døgnpost? På den andre siden er medikamenter relativt kostbare.

7.1.7 Sikkerhetsseksjonen mot 2030

Det har vært nedsatt flere arbeidsgrupper som har sett på behovene innen sikkerhetspsykiatri.

Gruppen som var nedsatt da den siste sengeposten ble nedlagt anførte at sikkerhetsseksjonen skulle utvides fra 6+6 pasienter til 8+8pasienter som et risikoreduserende tiltak.

En arbeidsgruppe i regi av Helse Nord konkluderte i 2015 med at UNN i tillegg skal etablere 3 regionale sikkerhetsplasser, se også avsnitt 6.2.2 for bakgrunn. Dermed er en økning med 4 lokale plasser, samt 3 regionale plasser det som er besluttet til nå.

Utover dette er det vanskelig å si noe sikkert om behovet, da noe av kapasitet avhenger av eventuelt nye lover, samt hvordan samfunnet velger å håndtere den nye gruppen av «brysomme» utilregnelige, som nå kan dømmes.

7.2 Videre utredning

Det vil være behov for en mer detaljert gjennomgang av utviklingen innenfor både psykisk helsevern og rusbehandling som innledning til Program- og konseptutvikling som er neste steg i planprosessen. En prosess med utarbeiding av pasientforløp fra «hjem-til-hjem» i samarbeid med brukerorganisasjonene og kommunal helsetjeneste vil være en mulig innfallspport. I denne prosessen må det også vurderes hvordan samhandling mellom PHV_TSB og somatikken inngår i forløpene. Hvordan vil samlokalisering påvirke samhandlingen, og hvordan må det løses dersom det ikke blir samlokalisering. Denne prosessen må eies av klinikken og enhetene som er berørt av planprosessen, og må utføres med forankring i foretakets strategier omkring pasientforløpstenkning og Lean-prosesser. Det er naturlig at arbeidet støttes av foretakets forløps- og organisasjonsutviklingsressurser og inkluderer sykehusplanleggere som skal utforme bygg basert på prosessresultat. Den endelige dimensjoneringen av areal til døgnenheter, poliklinikk og ambulante funksjoner gjøres etter gjennomført utredningsprosess.

8 Utdanning og forskning

Fagutvikling, Forskning og Utdanning (FFU) har hovedansvar for tilrettelegging av utdanning og forskning, og har i Tromsø virksomhet gjennom Fagutviklingsenheten, RVTS og VIVAT.

8.1 Fagutviklingsenheten

Enheten har omfattende oppgaver innen koordinering og gjennomføring av utdanning og praksis for helsepersonell samt oppfølging av forskning. PHRK gir hvert år undervisning/praksis til ca. 500 studenter innen ulike fagområder. For å gjennomføre denne opplæringen brukes det mange undervisningslokaler/grupperom som i dag er fordelt over hele bygningsmassen på Åsgård. Fagutviklingsenheten arrangerer også en rekke kurs og konferanser samt deltar i ulike arbeidsgrupper og opplæringsvirksomhet i ulike deler av klinikken. Selv i dag med tilgang på fyrhuset, festsalen og

flere store møte/undervisningsrom er det ofte store kapasitetsproblemer.

Fagutviklingsenheten har laget en beskrivelse av utdanningsvirksomheten i dag samt beskrevet dagens lokaler og en vurdering av framtidige behov (vedlegg 2 og 3). Merk at i beskrivelsen av framtidige behov er møterom/undervisningslokaler som i dag ligger fordelt i virksomheten tatt med, noe som bidrar til stor endring i arealbehov.

Fagutviklingsenhetens utdanningsvirksomhet i dag:

Det er i løpet av ett studieår 265 medisinerstudenter innom, med i alt ca 2250 studentdager. Det største antallet er tilstede i løpet av vårhalvåret.

I mai/juni foregår det mye eksamensvirksomhet på Åsgård for leger under utdanning.

For helsefagutdanningene (sykepleie, vernepleie, sosionom, ergoterapi) er antallet totalt 129 studenter i praksis i til sammen 49 uker for studieåret 2016/2017, der sykepleiestudentene utgjør både det største antallet studenter og mengde tilstedeværelse. Masterprogrammet for psykisk helse har 6 studenter i 8 uker. Politiskolen har 7 studenter i 3 uker. I tillegg er det to lærlingeplasser helsefag.

Psykologiutdanningen ved UiT har i alt 48 studenter med ulik tilstedeværelse avhengig av hvor studentene er i utdanningen. Hovedpraksis for embetsstudiet er 11 studenter som er der i 6 mnd.

Antall studenter varierer fra studieår til studieår og er lavere dette år enn forrige år. Dette skyldes bl.a. at det ikke er deltidskull sykepleie fra UiT i praksis dette studieåret. Det er heller ikke videreutdanningsstudenter i psykisk helse fra Harstad og fagskolen ute i praksis dette studieåret. Disse ville til sammen utgjort minimum 20 flere studenter.

8.1 Regionalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (RVTS) og Nasjonalt undervisningsprogram for selvmordsforebygging (VIVAT)

Disse kompetansesentrene er i all hovedsak eksternt finansiert, de leier sine lokaler utenfor Åsgård-området og driver sin opplæringsvirksomhet i egne lokaler eller eksternt. Virksomhetene er organisert under UNN, men har opplæringsvirksomhet som i hovedsak er rettet mot kommunene. Det må drøftes om denne virksomheten skal samlokaliseres i nytt bygg for Psykiatri og Rus, eller skal fortsette å leie egne lokaler. Vedlagt dette dokumentet er en beskrivelse av lokaler RVTS/VIVAT (samlokalisert) disponerer i dag, samt en beregning av framtidige behov.

8.2 Forskning ved Psykisk helse- og rusklinikken

Forskningsvirksomheten er for tiden lav på Åsgård da klinikken over lengre tid har vært uten forskningsleder som kunne drive dette arbeidet framover. Forskningsleder er nå under tilsetting, og det er da behov for kontor både til forskningsleder, merkantil funksjon og stipendiater. Det er også et tett samarbeid opp mot UiT rundt forskning, og universitetet disponerer en del rom på Åsgård. Forskningen baseres i hovedsak omkring kliniske og epidemiologiske studier, og har derfor et nærhetsbehov mot den kliniske virksomheten.

Fag og forskningsavdeling og universitetsansatte i psykiatri er samlokalisert i Psykiatrisk klinikk. Det er pågående samarbeid med øvrig miljø på UiT, f.eks. psykologi og helse/omsorgsfag. Det er usikkert om lokalisering nærmere UiT vil bidra til ytterligere økt samarbeid, det kan naturligvis ikke utelukkes. Igjen vil vi mene at pasientperspektivet bør veie tyngre enn eventuelle fordeler for UiT-

ansatte.

Fag og forskningsenhet og universitetsfunksjoner har svært mange kontorplasser i dagens bygg. I et eventuelt nybygg vil det være nødvendig at disse areal behov ivaretas og ikke summarisk legges inn i en pott for andre «standard funksjoner» for sykehus.

9 Framskrevet aktivitet og beregnet kapasitetsbehov

Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning er gjort med av Sykehusbygg utgangspunkt i aktivitetstallene for 2014.⁷ Resultatene er drøftet med medvirkningsgruppa. Sykehusbygg har gjennomført framskrivning for hele UNN HF og øvrige foretak i Helse Nord som ledd i arbeidet med ny utviklingsplan for Helse Nord RHF.

9.1 Framskrivningsmodellen

I framskrivningen av aktivitet har vi benyttet den «Sykehusbyggmodellen for framskrivninger av aktivitet og kapasitet». Dette er en modell som i sin tid ble utviklet av Kompetansenettverket for sykehusbygging i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og SINTEF. Sykehusbyggmodellen er benyttet i flere framskrivningsprosjekter i 2015 og 2016 og erfaringene fra disse prosjektene er innarbeidet i modellens ulike parametere som har betydning for framskrivningsresultatet. Figur 9-1 viser hvordan modellen er bygd opp.



Figur 9-1 Prinsippene i Sykehusbyggmodellen for framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning

Trinn 1 er en framskrivning av utgangsaktiviteten for den enheten som skal framskrives. Dette er i noen tilfeller deler av et HF eller hele HF-et og i noen tilfeller også hele RHF. I framskrivningen for UNN HF ble det benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR) fra driftsåret 2014 for aktiviteten ved alle enhetene i UNN HF. Det er som tidligere nevnt resultatene for PHV voksne og TSB ved UNN Tromsø som tas ut og gjengis her i kapittel 3.

I framskrivningen i trinn 1 kobles aktivitetsdata med befolkningsdata framskrevet av SSB

⁷ Hele dimensjoneringsnotatet følger som vedlegg

(demografisk framskrivning). Aktiviteten ved HF-et inndeles i ulike grupper avhengig av hvilke ICD-10⁸ diagnosekoder pasientene har fått gjennom oppholdet. I PHV voksne og TSB er det i underkant av 20 slike ICD10 – grupper, som sier noe om hvilken type lidelser pasientene får behandling eller oppfølging for. Grunnen til at man ønsker å framskrive aktiviteten på denne måten er at man ønsker å frigjøre seg fra dagens organisering av den kliniske aktiviteten da mye vil være endret framover i tid på dette området.

Tidsperspektivet for framskrivningene er 2030 og 2040. Her benyttes 1-årig alderskutt og separering av kjønn både i aktivitetsdata fra NPR og i befolkningsdata. På denne måten blir framskrivningstallene i trinn 1 et speilbilde av dagens aktivitetssammensetning i HF-et og HF-ets bidrag til forbruksnivået i bostedsområdet. Forbruksratene for hver alder framskrives som i dag, men når alderssammensetningen endres framover i tid endres også det gjennomsnittlige forbruket for pasientene da det er ulike forbruksrater avhengig av alder.

I trinn 2 gjøres noen kvalitative vurderinger som sier noe om endringen i framtidig aktivitet utover den demografiske veksten. Dette er faktorer som skal si noe om hvordan sykkeligheten eller etterspørselen etter spesialisthelsetjenestene endres samtidig som tilbudet endres. Videre er det gjort vurderinger av ulike tiltak i HF-et eller endringer i behandlingsnivå. Eksempler her er økt bruk av dagbehandling og overføring av pasienter til kommunehelsetjenesten for å nevne noen. I vedlegg 2 til notatet er disse faktorene presentert. Som nevnt over framskrives aktiviteten i et antall ICD10-grupper. I den demografiske framskrivningen (trinn 1) vil endringene i disse gruppene bli noe forskjellig framover i tid fordi det vil være ulik kjønns- og alderssammensetning i gruppene og gruppene vil ha ulik vekst og sammensetning i befolkningen fram mot 2030 og 2040. De skjønsmessige faktorene som benyttes i trinn 2 er lik for alle ICD10-gruppene i motsetning til modellen som benyttes i somatisk sektor. Det er flere grunner til at det har blitt slik, men en av grunnene er at det har vist seg å være vanskeligere å differensiere slike faktorer mellom gruppene skjønsmessig enn tilsvarende for somatisk. En annen grunn er at det kan være noe ulik praksis i kodingen og behandlingen av ulike lidelser i PHV og TSB noe som gjør at innholdet i noen av gruppene kanskje kan variere noe mellom HF. Dette tydeliggjøres gjennom at andelene av pasientene som kodes med diffuse eller ubestemte lidelser, varierer mye mellom HF. Generelt sett er det vel også riktig å si at det er noe færre erfaringsdata fra PHV og TSB enn fra somatisk sektor der modellen er benyttet i et større omfang av prosjekter. I delrapporten «Delrapport 2 Analyse av aktivitet og kapasitetsbehov psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling» utarbeidet av SINTEF 15.09.2014 i forbindelse med framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning for Helse Sør-Øst diskuteres disse skjønnsfaktorene nærmere og det vises til at det foreligger lite erfaringsgrunnlag som skulle tilsi mulighet for å differensiere vekst utover demografi mellom de ulike diagnosegruppene.

Faktorene er supplerte med erfaringstall og nye vurderinger som er gjort gjennom bruk av modellen. I siste utgave av modellen virker disse faktorene slik at den demografiske effekten på døgnopphold og liggedøgn dempes mens den demografiske effekten på dagbehandling og poliklinikk blir forsterket.

I trinn 3 gjennomføres kapasitetsberegningene basert på den framskrevne aktiviteten i trinn 2. Disse beregningene er basert på forutsetninger om åpnings- og behandlingstider samt utnyttelsesgrader som er dannet gjennom bruk av modellen. Det er utarbeidet et standardisert sett av disse som benyttes dersom det ikke er spesielle behov eller forhold som tilsier andre verdier for dette. I vedlegg

⁸ ICD-10 er en forkortelse for klassifikasjonssystemet «International classification of diseases and related health problems, 10th edition» Systemet tar utgangspunkt i ulike typer lidelser og gir disse koder sammensatt av bokstaver og tall som blant annet gjør det mulig å lage statistikk over sykdomsforekomst på en systematisk måte. En versjon nr 11 av systemet er under utarbeidelse nå.

3 er disse verdiene presentert i detalj for alle sektorer. Det generelle er at for sengeposter i PHV voksne er beleggsprosenten satt til 85 og tilsvarende for TSB er satt til 80 prosent. Som nevnt innledningsvis belyses i kapittel 4 effekten av å redusere beleggsprosenten i PHV voksne til 80 prosent. Dagaktiviteten har en åpningstid på 6 timer i begge sektorene. Antall dager åpent i året er satt til 230.

9.2 Datagrunnlaget

I framskrivningen til utviklingsplanen for hele HF-et ble det tatt utgangspunkt i den utgangsaktiviteten som var ved HF-et i 2014. Dette betyr at den oppgavedeling og/eller funksjonsdeling som er i 2014 også er den samme i den framskrevne aktiviteten i 2030 og 2040. Dette betyr at det i tallene for 2030 og 2040 også er UNN som er universitetssykehuset for regionen og at alle oppgave- og/eller funksjonsinndelinger i og mellom HF-ene er den samme som i 2014. Dette gjelder derfor også for tallene for PHV voksne og TSB ved UNN Tromsø. Framskrivningen var basert på de pasientene som i 2014 var ved UNN Tromsø, både for PHV voksne og for TSB, noe som betyr at den samme fordelingen av andel pasienter på bosted også gjelder for 2030 og 2040 selv om antallene øker framover i tid. Tabell 9.1 viser hvilket fylke i Helse Nord pasientene til PHV voksne ved UNN Tromsø kommer fra.

Tabell 9-1 Antall døgnopphold og summen av dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2014 for PHV voksne som er behandlet ved UNN Tromsø etter pasientenes bosted

Pasientens bosted	Antall døgnopphold	Pst-andel døgnopph	Antall dagopph og konsultasj	Pst-andel dagopph og polikl kons
Nordland fylke	83	4,1	325	1,2
Troms fylke	1 518	74,1	26 545	94,4
Finnmark fylke	423	20,7	794	2,8
Utenfor regionen	24	1,2	461	1,6
Sum PHV voksne UNN Tromsø	2 048	100,0	28 125	100,0

For døgnoppholdene kommer 74,1 prosent fra Troms fylke og 4,1 prosent fra Nordland fylke. Størstedelen av de som kommer fra Nordland fylke kommer fra de 6 kommunene som tilhører lokalsykehusområdet til UNN HF⁹. Fra Finnmark kommer 20,7 prosent av døgnoppholdene ved UNN Tromsø. Kun noen få døgnopphold kommer fra bosteder utenfor regionen. For dagaktiviteten (summen av dagopphold og poliklinikk) øker andelen fra Troms fylke mye og andelen fra Nordland og Finnmark reduseres selv om antallene er større. Det indikerer kanskje at en region funksjon innen PHV voksne betyr mindre for den polikliniske aktiviteten. De fremskrevne tallene til 2030 og 2040 vil ha samme sammensetning som den i 2030 dersom det ikke foretas korrigeringer utover det som ligger i modellen. Samme oversikt er presentert for TSB UNN Tromsø i tabell 9.2. pasienter tilknyttet LAR-behandlingen er inkludert i tallene for dagbehandling og poliklinikk i tabellen.

⁹ Dette er kommunene 1805 Narvik, 1850 Tysfjord (50%), 1851 Lødingen, 1852 Tjeldsund, 1853 Evenes og 1854 Ballangen

Tabell 9-2 Antall døgnopphold og summen av dagopphold og polikliniske konsultasjoner 2014 for TSB som er behandlet ved UNN Tromsø etter pasientenes bosted

Pasientens bosted	Antall døgnopphold	Pst-andel døgnopph	Antall dagopph og konsultasj	Pst-andel dagopph og polikl kons
Nordland fylke	83	19,9	2 000	19,5
Troms fylke	271	64,8	7 316	71,2
Finnmark fylke	62	14,8	868	8,4
Utenfor regionen	2	0,5	97	0,9
Sum TSB UNN Tromsø	418	100,0	10 281	100,0

Tabellen viser et betydelig lavere antall døgnopphold enn for PHV voksne samtidig som andelen bosatt i Nordland fylke øker i forhold til PHV voksne og reduseres fra Finnmark i forhold til PHV voksne. For dagaktiviteten er dette mønsteret enda tydeligere enn tilsvarende for PHV voksne. Dette er antakelig i stor grad knyttet til at UNN Tromsø hadde LAR-behandlingen fra de andre HF-enes sine bosteder i 2014. Dette er endret til at HF-ene i HN skal overta dette slik at for framskrivningstallene for Idéfasen må det korrigeres for dette. Samtidig er det en forventning om at det blir en vekst utover det som er framskrevet på 30 prosent for den justerte polikliniske aktiviteten. Disse justeringene gjøres i avsnitt 9.5 nedenfor.

9.3 Resultater for PHV voksne UNN Tromsø

I de to følgende kapitlene gjengis resultatene fra framskrivningen og kapasitetsberegningen for PHV voksne, kap.9.3 og TSB lokalisert ved UNN Tromsø, kap.9.4. Disse tallene er hentet fra rapporten «Aktivitets- og kapasitetsframskriving UNN HF 2014-2040»¹⁰. Her gjengis bare kortfattet hovedresultatene fra rapporten. Det tas utgangspunkt i disse framskrivningene når endringene belyses i kapittel 4 nedenfor. Dette betyr at det er ikke foretatt en ny framskrivning basert på andre data enn det som ligger i rapporten, men det er justert for noen av forutsetningene og faktorene som ligger i framskrivningen fra rapporten.

Her gjengis en oversikt over aktiviteten ved UNN Tromsø i 2014 framskrevet til 2030 og 2040. Tallene er hentet fra tabell 3.10 i rapporten til utviklingsplanen og omfatter bare det som i tabellen er beskrevet som PHV Tromsø og UNN. Det vil si at aktiviteten ved Storsteinnes er ikke inkludert. Tabell 9.3 oppsummerer framskrevet aktivitet for PHV Voksne ved UNN Tromsø. I tabellen er dagoppholdene slått sammen med polikliniske konsultasjoner og betegnet som poliklinikk og dagbehandling.

Tabell 9-3 Oversikt over aktiviteten PHV voksne ved UNN Tromsø framskrevet fra 2014 til 2030 og 2040. Prosentvise endringer presenteres også

Type aktivitet	År 2014	År 2030	År 2040	Pst endring 2014-2030	Pst endring 2014-2040
Døgnopphold	2 048	2 469	2 651	20,5	29,4
Liggedøgn	35 203	32 488	28 807	-7,7	-18,2
Kons. Polikl. og dagbeh.		37 003	41 656	31,6	48,1

¹⁰ Framskrivningen av aktivitet og beregning av tilhørende kapasitetsbehov for utviklingsplanen til UNN HF er presentert i rapporten «Aktivitets- og kapasitetsframskriving UNN HF 2014-2040» datert 12.12.2016. Denne rapporten ble også kommentert i styringsgruppemøte for idéfasen PHV og TSB UNN Tromsø 19.12.2016 og her ble det framsatt et ønske om å presisere sterkere hvilket datagrunnlag som var utgangspunktet for framskrivningen samt en beskrivelse av befolkningsutvikling for hele regionen og ikke bare lokalsykehusområdet for UNN HF. Disse endringene vil bli innarbeidet i en ny endelig utgave av rapporten.

Tabellen viser at det vil være en relativt sterk vekst i døgnoppholdene fram til 2030 og videre til 2040, mens liggedøgnene vil reduseres med henholdsvis 7,7 og 18,2 prosent til 2030 og 2040. Det er denne reduksjonen som ble drøftet i medvirkningsgruppen og som resulterte i et ønske om en ny vurdering som vi gjør i kapittel 4 nedenfor. Den polikliniske aktiviteten er forventet å vokse 31,6 prosent til 2030 og videre med 48,1 prosent til 2040.

Når dagaktiviteten skal benyttes som grunnlag for å beregne kapasitet er det viktig å justere konsultasjonene for den delen av den ambulante virksomheten som foregår utenfor eget behandlingssted. Vi har mottatt en oversikt over de ambulante konsultasjonene fra HF-et og vi har hatt en prosess med HF-et på å finne hvor stor andel av de ambulante konsultasjonene som har funnet sted utenfor eget behandlingslokale. Tabell 9.4 oppsummerer dette og tallene er hentet fra tabell 3.11 i rapporten for framskrivning til utviklingsplanen.

Tabell 9-4 Antall polikliniske konsultasjoner PHV Voksne ved UNN Tromsø framskrevet fra 2014 til 2030 og 2040 justert for ambulante konsultasjoner som behandles utenfor egne lokaler

Type aktivitet	År 2014	År 2030	År 2040	Pst endring 2014-2030	Pst endring 2014-2040
Dag og polikl	28 125	37 003	41 656	31,6	48,1
Ambul kons utenf egen inst	3 835	5 046	5 680	31,6	48,1
Dag og polikl ekskl ambulant	24 290	31 958	35 976	31,6	48,1

De ambulante konsultasjonene utenfor egne lokaler er framskrevet med samme prosentendring som konsultasjonene samlet noe som betyr at prosentendringen blir lik for hele materialet og de justerte. Kapasitetsbehovet for poliklinikk beregnes ut fra de justerte konsultasjonstallene markert med grønn farge i tabellen.

Tabell 9.5 viser hva beregnet kapasitetsbehov for PHV Voksne ved UNN Tromsø blir når aktiviteten fra tabell 9.4 benyttes som grunnlag. Tallene er hentet fra tabell 3.12 i rapporten for framskrivning til utviklingsplanen. Beregnet sengetall og beregnet antall rom er avrundet oppover fra 1. desimal. Noen av konsultasjonene er indirekte i form av aktivitet knyttet til en pasient, men ikke i form av en fysisk kontakt med pasienten. Dette kan være telefonkonsultasjoner med pasient, møter med kommune eller andre virksomheter knyttet til pasient osv. I beregning av kapasitet inngår de indirekte konsultasjonene med samme behandlingstid som en vanlig kontakt. Dersom behandler benytter samme behandlingssted for de indirekte kontaktene som for de fysiske, vil beregningen ta hensyn til behovet for plass for de indirekte kontaktene også.

Tabell 9-5 Beregnet kapasitet senger og poliklinikkrom for psykisk helsevern for voksne 2014, 2030 og 2040 basert på framskrivning av liggedøgn og konsultasjoner PHV voksne ved UNN Tromsø

Type kapasitet	År 2014 (beregnet)	År 2030	År 2040	Pst endring 2014-2030	Pst endring 2014-2040
Senger	114	105	93	-7,9	-18,4
Polikl justert for ambulant	27	35	40	29,6	48,1

Kapasiteten for 2014 er ikke den kapasiteten som UNN Tromsø faktisk hadde i 2014, men den kapasiteten som beregnes tilsvarende de framskrevne kapasitetene basert på aktivitetsdata for det aktuelle året. Dette betyr at kapasiteten i år 2014 viser hvor mye aktiviteten i 2014 ville kreve av kapasitet. Prosentendringene på kapasitetstallene avviker noe fra prosenttallene fra aktiviteten noe som skyldes at det er benyttet avrundede tall for kapasitet. Tallene i tabell 9.5 danner

utgangspunktet for videre drøftinger for framtidig kapasitet i PHV voksne ved UNN Tromsø i kapittel 9.5.

9.4 Resultatene fra TSB UNN Tromsø

I dette delkapitlet presenteres samme resultater for TSB ved UNN Tromsø som for PHV voksne. Forskjellen mellom dem er at det ikke var tilgjengelige tall for den ambulante virksomheten i sektoren slik at de konsultasjonene som gjøres ambulant utenfor egne lokaler er inkludert i tallene. Samtidig understrekes det igjen at det har skjedd omlegginger i LAR-behandlingen som gjør at tallene her blir urealistiske i forhold til framtidig aktivitet. Dette drøftes som nevnt videre i 9.5 nedenfor. I tabell 9.6 presenterer aktiviteten fra 2014 framskrevet til 2030 og 2040 for TSB UNN Tromsø. Dagopphold og polikliniske konsultasjoner er også her slått sammen til felles dagaktivitet som betegnes som poliklinikk. Tallene er hentet fra tabell 3.17 i rapporten for framskrivning til utviklingsplanen.

Tabell 9-6 Antall døgnopphold, liggedøgn og polikliniske konsultasjoner inkludert dagopphold 2014 framskrevet til 2030 og 2040 for TSB ved UNN Tromsø

Type aktivitet	År 2014	År 2030	År 2040	Pst endring 2014-2030	Pst endring 2014-2040
Døgnopphold	418	481	501	15,1	19,9
Liggedøgn	11 488	9 642	8 218	-16,1	-28,5
Kons. Polikl. og dagbeh.	10 281	13 462	14 738	30,9	43,4

Framskrivningen gir en økning i antall døgnopphold på 15,1 prosent fram til 2030 og videre 19,9 prosent til 2040. Døgnoppholdene øker prosentvis mindre her enn i PHV voksne. Samtidig viser tallene at liggedøgnreduksjonen blir prosentvis noe større her enn tilsvarende for PHV for voksne. Det er samme framskrivningsmodell som benyttes både i PHV og TSB, så her er det nok primært demografiforskjeller og forskjeller i sammensetning av ICD10-grupper som skaper disse forskjellene. Antall konsultasjoner øker også her betydelig mer enn døgnoppholdene og de prosentvise økningene her avviker ikke mye fra tilsvarende i PHV voksne.

I tabell 9.7 gjengis kapasitetsberegningene knyttet til aktiviteten i tabell 9.6. Det er som sagt ikke justert for ambulant aktivitet utenfor egne lokaler og heller ikke for den delen av LAR-konsultasjonene som foregår utenfor egne lokaler. Tallene er hentet fra tabell 3.18 i rapporten for framskrivning til utviklingsplanen.

Tabell 9-7 Beregnet kapasitet senger og poliklinikkrom for TSB 2014, 2030 og 2040 basert på framskrivning av liggedøgn og konsultasjoner TSB ved UNN Tromsø

Type kapasitet	År 2014 (beregnet)	År 2030	År 2040	Pst endring 2014-2030	Pst endring 2014-2040
Senger	40	34	29	-15,0	-27,5
Polikl inkl ambulant og LAR	12	15	17	25,0	41,7

Også her er det beregnet kapasitet for 2014 som er presentert og ikke den faktiske som var ved UNN Tromsø i 2014. Også her blir det forskjell i prosentveksten mellom kapasitet og aktivitet da kapasiteten er avrundet oppover fra 1. desimal. Det tas utgangspunkt i kapasiteten fra tabell 9-7 for justering i forhold til LAR og eventuell ambulant virksomhet i kapittel 9.5

9.5 Framskriving og kapasitet – følsomhetsvurderinger

Som nevnt tidligere tas det utgangspunkt i tallene presentert i kapittel 3 over i den videre drøftingen. Her belyses alle de momentene som ble omtalt innledningsvis nærmere. Kapitlet organiseres sektorvis da det ikke er sammenfall mellom alle punkter i drøftingen mellom sektorene.

Generelt sett vil det være slik at dersom det er avvik i noen av faktorene som ligger i framskrivingsmodellen i forhold til en reell eller mer sannsynlig utvikling, vil dette avviket føre til en stadig større effekt på framtidig aktivitet etter hvert som tidshorisonten øker. Det anbefales derfor å benytte framskrivningstallene fra 2030 i idéfasen for PHV voksne UNN Tromsø. Vi viser derfor bare effekten av endringene for 2030 i de videre drøftingene.

9.5.1 PHV voksne ved UNN Tromsø

For døgnaktiviteten og dermed beregning av sengekapasiteten var det følgende tre punkter som styringsgruppen ønsket å belyse nærmere:

- Redusere effekten av kortere liggetider i tråd med drøftingsnotatet (vedlegg 1)
- Effekten av å redusere beleggsprosenten til 80 i stedet for 85
- Effekt av redusert forbruksnivå for døgnpasientene i bostedsområdet

I det følgende beskrives effekten av disse tre suksessivt og til slutt den samlede effekten av disse på beregnet behov for senger i 2030 for PHV voksne ved UNN Tromsø. Som tidligere nevnt er det fortsatt samme oppgavefordeling i og mellom HF-ene i regionen som reflekteres i datagrunnlaget for 2014 i de framskrevne tallene.

Reduksjonen i omstillingsfaktor for liggetidsreduksjon

Det vises til notatet som beskriver denne vurderingen (vedlegg 1). Resultatet fra denne nye vurderingen viser at det allerede er tatt ut mye på liggetider for døgnpasienter i bostedsområdet for UNN HF. UNN Tromsø har den høyeste andelen av døgnoppholdene for PHV voksne for pasienter i bostedsområdet og det kan derfor antas at liggetiden er relativt kort målt i forhold til andre HF i landet. Anbefalingen fra vurderingen ble derfor å redusere effekt av denne omstillingsfaktoren med 80 prosent i forhold til hva som ligger i beregningen av antall senger i kapittel 3 over. Som vist i notatet vil dette gi en økning på 3999 liggedøgn i 2030 i forhold til hva som lå i framskrivningen til utviklingsplanen. Dette gir i 36 487 liggedøgn som gir et framtidig behov på 118 senger i stedet for 105 som vist i kapittel 3.

Endre beleggsprosenten til 80

I kapittel 3 var kapasitetsberegningen basert på en beleggsprosent på 85. Dersom denne endres til 80 ville beregningene i kapittel 3 isolert sett betydd en økning fra 105 til 112 senger. Hvis denne effekten legges sammen med redusert omstillingseffekt på fremtidige liggetider ville vi få en økning fra 118 til 125 senger. Dette betyr en samlet effekt av disse endringene i forhold til framskrivningen til utviklingsplanen fra 105 senger til 125 senger.

Lavere forbruk av døgnopphold

Fra tabell 5.1 i rapporten for framskrivningen til utviklingsplanen kan det hentes ut følgende sammenheng:

- Liggedøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre UNN HF bostedsområde er 3 126
- Liggedøgn per 10 000 innbyggere 18 år og eldre for landet er 2 747

Dette betyr at når forbruket måles i antall liggedøgn (samlet for DPS og sykehus) per 10 000

innbyggere ligger bostedsområdet for UNN HF høyere enn landet. Dersom forbruksraten i området settes lik 1 vil landsraten ha en faktor tilsvarende 0,88. I tabell 9-8 vises effekten på liggedøgn dersom liggedøgnssraten hadde vært lik landsraten og videre beregnet antall senger i 2030 for de ulike alternativene. Tabellen viser både den opprinnelige modellberegningen (som beregnet til utviklingsplanen) og hvordan beregningen blir med redusert effekt av liggetidsreduksjon tilsvarende drøftingsnotatet (vedlegg1)

Tabell 9-8 Effekt på liggedøgn og antall senger framskrevet til 2030 PHV voksne ved UNN Tromsø i to modellversjoner med faktiske rater og landsrater og to ulike beleggsprosjenter

Modellversjon	Liggedøgn med faktisk rate	Liggedøgn med landsrate	Antall senger med faktisk rate og 85% belegg	Antall senger med landsrate og 85% belegg	Senger med faktisk rate og 80% belegg	Senger med landsrate og 80% belegg
Med redusert oppholdstidseffekt	36 487	32 058	118	104	125	110
Uten redusert oppholdstidseffekt	32 488	28 545	105	93	112	98

Den nederste linjen i tabellen beskriver de ulike scenariene dersom modellforutsetningene belyst i kapittel 9 ellers gjelder. Den øverste linjen viser liggedøgn og sengetall når det antas en lavere effekt av modellens reduksjon i liggetid i tråd med drøftingsnotatet (vedlegg 1).

De to kolonnene helt til høyre viser samlede effekter dersom vi benytter faktisk forbruksrate og landsrate. Alle effekter tilsvarende de tre kulepunktene over gir i overkant av 32 000 liggedøgn i 2030 og et samlet behov på 110 senger.

For den polikliniske aktiviteten ønsket styringsgruppen å se effekt av følgende:

- Effekten av økt åpningstid for poliklinikk til 8 timer (mot 6 timer som benyttes i framskrivningen til utviklingsplanen)

Tabell 9-9 viser effekten av å endre åpningstiden fra 6 til 8 timer for aktiviteten i 2014 og 2030. Det er benyttet 1,5 timer i konsultasjonstid i begge alternativer.

Tabell 9-9 Effekten på antall poliklinikkrom 2014 og 2030 for PHV voksne ved UNN Tromsø ved økt åpningstid til 8 timer

Kapasitetsbehov	Konsultasjoner justert for ambulant	Antall rom 6 timer åpent	Antall rom 8 timer åpent
Kapasitetsbehov poliklinikk 2014 (beregnet)	24 290	27	20
Kapasitetsbehov poliklinikk 2030	31 958	35	27

En økning i åpningstiden til 8 timer effektiv åpningstid vil redusere rombehovet til fra 35 i 2030 til 27.

9.5.2 TSB ved UNN Tromsø

For TSB ønsket styringsgruppen å belyse følgende to punkter for den polikliniske virksomheten:

- Endring av LAR-behandlingen ved at HF-ene selv overtar denne
- En forventet vekst utover modellberegningen på 30 prosent fram mot 2030

Samlet sett var det i 2014 registrert 5074 konsultasjoner som LAR-konsultasjoner ved UNN Tromsø. Dette utgjorde 49,3 prosent av alle 10 281 konsultasjonene i 2014. Dersom det antas at det vil være samme andel i 2030 vil det bli 6 644 LAR-konsultasjoner av samlet 13 462 framskrevne konsultasjoner i 2030. Ved å se på pasientenes bostedskommune er det mulig å finne de som tilhører de andre HF-

ene i HN. Det antas videre at de få som kommer fra bosteder utenfor HN fortsatt vil være i UNN Tromsø og det antas også at all LAR-aktivitet i TSB for UNN HF skjer i UNN Tromsø. Tabell 9-10 oppsummerer hva som blir igjen av aktivitet i UNN Tromsø etter denne omleggingen. Videre antas det at det skjer en økning på 30 prosent utover aktiviteten som er framskrevet. Her antas at dette også gjelder LAR-pasientene, både de som overføres til andre HF og de som blir igjen.

Tabell 9-8 Oversikt over aktiviteten for TSB ved UNN Tromsø etter omlegging av LAR-behandlingen

Type poliklinikk	Antall kons 2014	Antall kons 2030	30 prosent økning i 2030
Alle konsultasjoner	10 281	13 462	17 501
Hvorav LAR	5 074	6 644	8 637
Overføres til andre HF	1 650	2 161	2 809
LAR-aktivitet igjen	3 424	4 483	5 828
Sum aktivitet igjen	8 631	11 301	14 692

Tabellen viser at det var 1 650 konsultasjoner registrert med LAR som hadde bosted tilhørende andre HF i HN. Dette utgjør 32,5 prosent av LAR-konsultasjonene. Dersom det antas samme andel i 2030 vil det være 2 161 av de 6 644 LAR-konsultasjonene i 2030 som vil tilhøre de andre HF-ene i HN. Dette betyr at det vil bli 11 301 konsultasjoner i 2030 hvorav 4 483 er knyttet til LAR.

Dersom det antas at det skjer en økning på 30 prosent utover det som er framskrevet, inkludert LAR-pasientene også, vil det samlet sett bli 14 692 konsultasjoner i 2030 hvorav 5 828 er LAR-pasienter. Dette er vist i kolonnen helt til høyre i tabellen. Dette betyr at det blir behov for 16 poliklinikkrom i stedet for 15 som vist i kapittel 3. Dersom åpningstiden her også økes til 8 timer vil det bli behov for 12 rom.

Dette er under forutsetning av at LAR-pasientene også behandles i vanlig poliklinikk-rom. I følge NPR er registrerte LAR-kontakter alle kontakter LAR-pasientene har og ikke bare utlevering av medisin på apotek for eksempel. Det bør derfor kartlegges hvor stor andel av disse konsultasjonene som er medisinkontakter og hva som er vanlige kontakter ved poliklinikk. Dersom det antas at 50 prosent av disse kontaktene er medisinkontakter ved apotek eller annet, så vil det bli behov for 3 færre rom dersom det antas 6 timer åpent og 2 færre rom dersom det antas 8 timer åpent. Kapasitetsberegningen er oppsummert i tabell 9-11.

Tabell 9-9 Kapasitetsberegning for poliklinisk aktivitet TSB UNN Tromsø i 2030

Kapasitet	Antall rom 6 timer åpent	Antall rom 8 timer åpent
Antall rom alle konsultasjoner	16	12
Antall rom inkludert 50% LAR	13	10

I disse tallene er det ikke justert for ambulant virksomhet da vi ikke har mottatt tall for dette. Når man går over i en konseptfase bør dette undersøkes og spesifiseres nærmere.

Tabellene under illustrerer sammenhengen mellom framskrevet og beregnet kapasitetsbehov for kapasitetsbærende rom og antallet som er lagt inn i arealberegningen.

Tabell 9-10 Sammenligning av kapasitet, i arealtabell med ulike beregningsmetoder for framskriving

Kapasitet døgnplasser			2030			
			beregninger med ulike rater og belegg%			
	Lagt inn i arealtabellen	beregnet behov 2014	faktisk rate, 85%	landsrate, 85%	faktisk rate, 80%	landsrate, 80%
døgn PHV sykehus	88					
døgn DPS	22					
sum PHV	110	114	118	104	125	110
døgn TSB	33					

Tabell 9-13 Sammenligning kapasitet arealtabell med ulike beregningsmetoder

Kapasitet poliklinikk		2014	2030	
			Beregninger med to forskjellige åpningstider	
	Lagt inn i arealtabellen		6 timer	8 timer
poliklinikk PHV	35	27	35	27
poliklinikk TSB m/ uttrekk 50% LAR			13	10
poliklinikk TSB, u/ uttak av 50% LAR	15		16	12

10 Arealberegning UNN Tromsø, PHV og TSB

Tabellene nedenfor viser samlet kapasitets- og arealbehov for nybygg på Åsgård og nybygg i Breivika, ved samlet utbygging. I tillegg vises det to mulige måter å dele opp funksjonene på.

Arealbehovet framkommer gjennom beregning av kapasitetsbærende rom og en vurdering av øvrige arealer, basert på erfaring fra andre prosjekter og innspill fra fagmiljøet gjennom medvirkningsgruppa.

For psykisk helsevern og rusbehandling vil de kapasitetsbærende rommene være døgnplasser og rom for poliklinisk behandling. Beregningsmetoden har som forutsetning at polikliniske konsultasjoner skjer i dedikerte rom i en generell poliklinikk. I psykisk helsevern og rusbehandling er det lite utbredt å bygge generelle poliklinikker med samtalerom, med noen mindre rom for en-til-en samtaler, og noen større for familie- eller gruppesamtaler. De fleste behandlere har konsultasjonene i sine «egne» behandlerkontorer. Endelig beslutning om dedikerte polikliniske rom eller behandling på behandlerkontor tas i programfasen. Det vil kunne påvirke fordeling mellom poliklinikk og kontorarbeidsplasser, men vil ikke endre det totale arealbehovet vesentlig.

Ved beregning av areal benyttes arealstandard for hver romtype, basert på erfaringstall fra nyere sykehusprosjekter. Sykehusbygg har utarbeidet en standardkatalog for romtyper som legges til grunn. Arealstandarden for en seng/døgnplass dekker pasientrom med bad, og alle nødvendige støttefunksjoner som: kontorarbeidsplass for enhetsleder, kontorarbeidsplasser av typen «sit-down» for leger og sykepleiere i sengeområdet, medisinerom, avfallsrom, skyllerom, pasientoppholdsrom etc. Tilsvarende dekker arealstandarden for poliklinikk ventrom/ ekspedisjon, toalett etc. I arealstandarden for kontorarbeidsplasser ligger alle på samme måte alle nødvendige støttefunksjoner.

Tabell 10-1 Arealstandarder for noen typer rom inkl. støtteareal (ikke uttømmende)

Arealstandarder	m2
Opphold somatikk voksen	30
Opphold somatikk barn	42
Opphold PHV/TSB/ DPS	45
Skjerming voksenpsykiatri	58
Opphold phv barn/unge	50
Dagplass	15
Poliklinikker somatikk	30
Poliklinikk spesialrom somatikk	45
Poliklinikk psykiatri	30
Kontorer administrativt	9
Kontorarbeidsplass	8,5
Behandlerkontor psykiatri, brukt som konsultasjonsrom	11
Møtelokaler, per plass	2
Garderober, per person/skap	0,9
Vaktrom/overnatting	15
Kantine, per plass	2,1
Prøvetaking	10

Ved rehabilitering og gjenbruk av eksisterende bygninger på Åsgård vil arealene få annen størrelse og sammensetning da arealstandarden i eksisterende bygg er annerledes og utnyttelsesgraden vil kunne variere. En lokalisering i Breivika kan gi felles bruk og lavere arealbehov for noen av støttefunksjoner.

Tabell 10-2 Kapasitets- og arealbehov ved samlet utbygging nybygg Åsgård

Romprogram UNN PHV, TSB. Lokalisering på Åsgård				
Hovedfunksjon	Delfunksjon	Kapasitet	Netto m2	Brutto m2
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger phv	88	3 960	
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger TSB	33	1 485	
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger DPS	22	990	
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Poliklinikk phv	35	1 050	
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Poliklinikk TSB	15	450	
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Akuttmottak		100	
Ikke medisinsk service	Avfallshåndtering		60	
Ikke medisinsk service	Renhold		50	
Ikke medisinsk service	Sentrallager		300	
Personalservice	Garderober	300	270	
Personalservice	Kantine/personalservice		150	
Personalservice	Overnatting	2	30	
Pasientservice	Pasientbibliotek		45	
Pasientservice	Rekreasjon		600	
Pasientservice	Vestibyle		100	
Undervisning og forskning (hvorav 30 kontorer)	Undervisning		1 350	
Romprogram RVTS Nord VIVAT (hvorav 35 kontorer)			904	
Kliniske og administrative kontorfunksjoner (146 kontorer)			1 465	
	Areal totalt ekskl RSA		13 359	26 050
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	DøgnplasserKontor, støtteareal RSA		2 400	
	Areal totalt inkl RSA		15 759	30 730

Tabell 10-3 Arealtabell samlet utbygging Breivika

Romprogram UNN PHV, TSB. Lokalisering i Breivika				
Hovedfunksjon	Delfunksjon	Kapasitet	Netto m2	Brutto m2
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger phv	88	3 960	
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger TSB	33	1 485	
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger DPS	22	990	
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Poliklinikk phv	35	1 050	
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Poliklinikk TSB	15	450	
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Akuttmottak		100	
Ikke medisinsk service	Avfallshåndtering		20	
Ikke medisinsk service	Renhold		30	
Ikke medisinsk service	Sentrallager		50	
Personalservice	Garderobe	300	270	
Personalservice	Kantine/personalservice		0	
Personalservice	Overnatting	0	0	
Pasientservice	Pasientbibliotek		45	
Pasientservice	Rekreasjon		600	
Pasientservice	Vestibyle		80	
Undervisning og forskning (hvorav 30 kontorer)	Undervisning		1 000	
Romprogram RVTS Nord VIVAT (hvorav 35 kontorer)			904	
Kliniske og administrative kontorfunksjoner (146 kontorer)			1 465	
	Areal totalt ekskl RSA		12 499	24 373
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	DøgnplasserKontor, støtteareal RSA		2 400	
	Areal totalt inkl RSA		14 899	29 053

Arealer lagt inn med bakgrunn i erfaringer fra andre sykehusprosjekt og innspill fra medvirkningsgruppa

Akuttmottak av pasienter: Dette er et erfaringstall basert på andre sykehusprosjekter.

Areal for avfallshåndtering: Erfaringsbasert arealtall, det er lagt inn ulike arealtall mellom Breivika og Åsgård basert på at man i Breivika vil kunne ha en mer frekvent tømning av disse arealene.

Sentrallager: Erfaringsbasert arealtall, det er forskjell mellom Åsgård-alternativene og Breivika-alternativene ut i fra avstand til UNN sentrallager.

Renhold: erfaringsbasert arealtall. Det er forskjell på alternativene på Åsgård og Breivika ut i fra at Breivika-alternativene har nærhet til UNN og deres renholdstjenester.

Garderobe: er lagt inn med et skjønnsmessig behov ut i fra oppgitt antall ansatte. Personale med eget kontor vil kunne benytte garderobeskap på kontor.

Kantine er lagt inn som et areal på Åsgård. I Breivika vil personale/pårørende/pasienter kunne benytte kantinen på UNN.

Overnattingsmuligheter for vakthavende leger: lagt inn på Åsgård. Dette er ikke tatt med i Breivika-alternativene. Der forutsettes det at overnattingsmuligheter finnes.

Pasientservice: Det er lagt inn et lite areal for pasientbibliotek og arealer for rekreasjon (treningsarealer og fritidsaktiviteter) på begge lokasjoner.

Vestibyle: lagt inn med noe større areal på Åsgård enn i Breivika.

Undervisning/forskning: er lagt inn etter innspill fra medvirkergruppen og i tråd med oppgitt og antatt behov. Arealet er noe redusert ved plassering i Breivika på grunn av nærhet til UiT.

RVTS/VIVAT: Areal lagt inn basert på innspill fra medvirkergruppen. Dette er likt for de ulike lokasjonene, og synliggjort i en egen tabell.

Sentraladministrative kontorfunksjoner: er kontorarealer for avdelingsledelse, klinikkledelse og stabsfunksjoner, lagt inn etter beskrivelse av behov fra medvirkningsgruppa. Beregnet med erfaringsbaserte arealstander

Kliniske kontorfunksjoner: Dette er i hovedsak behandlerkontorer fordelt på de ulike enhetene og er

basert på innspill fra medvirkergruppen.

Tabell 10-4 Antall kontorarbeidsplasser alle funksjoner

Fordeling av kontorarbeidsplasser	
funksjon	antall kontorer
VIVAT/RTVS	35
Undervisning	30
Administrative	38
Behandlerkontor	108

I Program og konseptfasen vil arealbehovet måtte gjennomgås på nytt med tanke på framtidig driftsmodeller, jfr. kap.7.2. Arealet til det som ikke er kapasitetsberegnet må også vurderes konkret ut fra tomtevalg og utbyggingsløsning.

10.1.1 Mulig fordeling av areal ved delvis fraflytting fra Åsgård (alt. 3 b)

Mandatet for Idéfasen beskriver at det under alternativ 3, nybygg i Breivika skal vurderes hel eller delvis fraflytting fra Åsgård. De neste tabellene beskriver to alternative mulige måter å dele arealene på. Dette er en foreløpig vurdering. Dersom dette alternativet – delvis flytting fra Åsgård tas med videre – må programmet gjennomarbeides i neste steg, Program- og konseptutforming. Til slutt vises arealtabell for kompetanse/forskningsenhetene som ligger på Åsgård i dag uten å være en del av Psykiske helsevern- og rusklinikken.

Arealbehovet for de delte alternativene er ikke beregnet fullt ut. Det er kun de beregnede kapasitetsbærende rommene som er beskrevet i de to følgende tabellene. Personalservice, pasientservice, undervisningsrom og alt knyttet til logistikk og forsyning må gjennomgås for å finne riktig fordeling mellom lokasjonene. Fordeling av areal på to steder gir erfaringsmessig behov for noe større samlet areal til støttefunksjoner.

Tabell 10-5 Kapasitetsbehov i Breivika for alternativ 3b-1¹¹

Romprogram UNN PHV, TSB. Flytte akutsenger, alderpsykiatriske senger, 3 plasser for rusakutt og tilhørende poliklinikker til Breivika 3b-1				
Hovedfunksjon	Delfunksjon	Kapasitet	Netto m2	Brutto m2
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger phv	63	2 835	
	Rus akutt	3		
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger TSB			
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger DPS			
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Poliklinikk phv	5	150	
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Poliklinikk TSB	0	0	

¹¹ Regneark som viser arealbehovet både i Breivika og på Åsgård legges som vedlegg.

Tabell 10-6 Kapasitet og arealtabell i Breivika for alternativ 3b-2

Romprogram UNN PHV, TSB. Flytte SPHR (med medikamentfrie senger, DPS, TSB med poliklinikker) til Breivika 3b-2				
Hovedfunksjon	Delfunksjon	Kapasitet	Netto m2	Brutto m2
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger phv	0	0	
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger TSB	27	1 215	
Opphold, psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger DPS	22	990	
Opphold psykisk helse og rusbehandling	Medikamentfri	6	270	
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Poliklinikk phv	30	900	
Undersøkelse og behandling, psykisk helse og rusbehandling	Poliklinikk TSB	15	450	

Dersom det skulle vise seg å påvirke mulighetene for å unytte de forskjellige tomtene, er arealbehovet for de to nasjonale og regionale funksjonene synliggjort i tabell 10-4.

Tabell 10-7 Arealbehov for "leietakerne" VIVAT og RVTS, alternativ 3c

Romprogram UNN PHV, TSB. VIVAT og RVTS 3C				
Hovedfunksjon	Delfunksjon	Kapasitet	Netto m2	Brutto m2
Undervisning og forskning, inkl RVTS og VIVAT	Undervisning		1 350	2 633
Romprogram RVTS Nord VIVAT			904	1 763
				4 395

11 Ide- og alternativsøk

Mandatet for Idéfaserapporten beskriver at det skal utredes 4 alternativer for bygningsmessige løsninger for PHV og TSB ved UNN Tromsø.

O-alternativet er gitt – det vil inneholde nødvendig oppgradering av dagens bygningsmasse for framtidig drift innenfor byggenes mulige levealder. Både økonomiske og driftsmessige effekter vil bli analysert.

Alternativ 1: Devis oppgradering og delvis nybygg på Åsgård for alle funksjoner i tråd med programmet som er beskrevet i Idéfaserapporten.

Alternativ 2: Nybygg for alle funksjoner på Åsgård (2 tomter vurderes)

Alternativ 3: Nybygg i Breivika på egnet og tilgjengelig tomt (flere tomter vurderes)

Alternativ 3A: Nybygg i Breivika for alle funksjoner – Åsgård forlates

Alternativ 3B: Nybygg i Breivika i kombinasjon med at deler av virksomheten forblir på Åsgård.

3B- alternativet kan ha ulike oppdelinger av funksjoner ut fra ulike nærhetsbehov og krav til uteområder rundt enkelte funksjoner. I alle alternativene med deling av funksjonene mellom Åsgård og Breivika er alle funksjoner som har pasienter innlagt i døgnenhet over lengre tid tenkt beholdt på Åsgård av hensyn til tilgang på friområder.

Arealer som ikke er en del av klinikken kan vurderes for leieareal fra andre utleiere. Vurdering av eksisterende arealer på Åsgård må bli samme som for alternativ 1 – hva kan benyttes – hva må bygges nytt. Om deler av Åsgård i framtida kan benyttes til ikke-kliniske funksjoner, som administrasjon, undervisning etc. er ikke nærmere vurdert i Idéfasen.

Alt.3B.1: Akuttpsykiatri, alderspsykiatri, noen få døgnplasser for rusakutt legges til nybygg i Breivika. Øvrige funksjoner (DPS med poliklinikk, medikamentfri døgnenhet, utrednings- og behandlingssenger for TSB, og sikkerhetspsykiatri, psykose-ruslidelser) forblir på Åsgård.

Begrunnelse for oppdeling: Nærhet til somatikken er spesielt viktig for disse funksjonene

Alt. 3B.2: Alle DPS-funksjoner (døgn, ambulant og poliklinikk for PHV og TSB + medikamentfri døgnenhet) flyttes til nybygg i Breivika, med fokus på nærhet til kommunale funksjoner som skal bygges ut i samme område. Akuttpsykiatri, alderspsykiatri, sikkerhetspsykiatri, psykose-ruslidelser blir liggende på Åsgård.

Begrunnelse: Dette alternativet vil ta vare på en mulig framtidig overføring av DPS-funksjon fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Det vil også ta vare på behovet for nærhet mellom rusakutt og somatisk akuttavdeling i Breivika. Det vil også medføre at pasienter til poliklinisk behandling innenfor PHV og RUS får samme «adresse» som somatiske poliklinikker.

Alt. 3C: Uavhengig av alternativene over kan det vurderes om funksjoner som ikke tilhører klinikken kan leie arealer andre steder i Breivika (i tilknytt til UiT, i sykehus- eller privateide arealer) eller i andre utleiearealer i Tromsø. Eventuelt om de kan ligge igjen på Åsgård dersom deler av eller alle andre funksjoner flyttes. Dette alternativet vil kun ha relevans dersom det påvirker muligheten for å bygge på noen av de aktuelle tomtene.

Det kan være ytterligere ett alternativ som ikke spesifikt er beskrevet i bestillingen i mandatet; å flytte alle funksjoner til Breivika fordelt på ulike tomter.

12 Mulighetsstudien areal for psykisk helse og rusbehandling

12.1 Krav til funksjoner og areal

Mulighetsstudiet er en del av tidligfaseutredningen i prosjektet, og spesifikt romprogram vil utarbeides i senere fase. Følgende prinsipper for program legges til grunn for mulighetsstudiet:

- Betydelig redusert bygningsmasse/arealbehov i forhold til dagens bygningsmasse på Åsgård, som er på ca. 33.000 m².
- Stipulert behov på 20 - 31.000 m² legges til grunn i mulighetsstudiet. I de ulike alternativer er det illustrert bebyggelse med volum på henholdsvis 22.000 m² for Åsgård og 20.000 m² i Breivika. På Åsgård er det i tillegg vist et volum på 4.800 m² for egen sikkerhetsinstitusjon (RSA). I Breivika er mulig volum for RSA illustrert på overordnet mulighetsskisse.

Kompetansesenter på 4.400 m² kan plasseres som tilbygg eller eget bygg i alle alternativer på Åsgård. I Breivika kan kompetansesenter legges til som ekstra etasjer. Kompetansesenteret er ikke inkludert i de viste 3D-illustrasjoner.

- Trenden er at behandling vil gå fra medikamentbasert døgntil behandling til medikamentfri dagbehandling, hvilket medfører behov for færre sengeplasser enn de 137 sengeplassene som er i dag.
- Kompakte løsninger som har minst mulig institusjonspreg
- Tilgang til skjermet uteområde fra alle sengeposter. Nærhet til uteoppholdsareal på bakkeplan er en viktig kvalitet, som best kan ivaretas gjennom å bygge lavt (1-3 etasjer) og med en struktur som gir god kontakt mellom sengeposter og uteareal.
- Min. 15 meter avstandssone fra nabobygg og offentlige arealer til sengeposter, der det er mulighet for innsyn.
- Fleksibilitet er et viktig kriterium, siden det fortsatt er noe usikkerhet om framdrift og grad av gjennomføring av samlokalisering med somatikk og overgang fra døgntil behandling mot dagbehandling i framtiden.

Følgende romprogram fra UNN er lagt til grunn:

				NETTO	ca. BRUTTO
Opphold psykisk helse og rusbehandling	Normalsenger PHV (psykisk helsevern) 3735 m ² / 83 senger	Normalsenger TSB (hverdagelig spesialisert rusbehandling) 1485 m ² / 33senger	Normalsenger DPS (distrikts/klonisk senter) 990 m ² / 22 senger	Opphold med sengeplasser samlet 6210 m ² 	12 400 m ² 
Undersøkelse og behandling psykisk helse og rusbehandling	Poliklinikk PHV (psykisk helsevern) 1050 m ² / 35 plasser	Poliklinikk TSB (hverdagelig spesialisert rusbehandling) 450 m ² / 15 plasser	Akuttattak 100 m ²	Poliklinikk samlet 1360 m ² 	2700 m ² 
Ikke medisinsk service	Avfallshåndtering Å: 60 m ² B: 20 m ²	Renhold Å: 50 m ² B: 30 m ²	Sentrallager Å: 300 m ² B: 50 m ²	Drift Å: 410 m ² B: 100 m ² 	Å: 800 m ² B: 200 m ² 
Adminstrasjon	Kontorfunksjoner 320 m ²			Adminstrasjon 320 m ² 	600 m ² 
Personalservice	Garderobe 270 m ² / 300 plasser	Kantine Å: 150 m ² B: 0 m ²	Overnatting Å: 30 m ² / 2 plasser B: 0 m ²	Personal Å: 450 m ² B: 270 m ² 	Å: 900 m ² B: 500 m ² 
Pasientservice	Bibliotek 45 m ²	Rekreasjon 600 m ²	Vestibyle Å: 100 m ² B: 80 m ²	Fellesareal Pasient Å: 745 m ² B: 725 m ² 	Å: 1500 m ² B: 1400 m ² 
Undervisning og forskning	Undervisning Å: 1350 m ² B: 1000 m ²			Undervisning Å: 1350 m ² B: 1000 m ² 	Å: 2700 m ² B: 2000 m ² 
				NETTO Åsgård 11310 m ² Breivika 10450 m ²	BRUTTO Åsgård ca. 22000 m ² Breivika ca. 20000 m ²
Sikkerhetsseksjon RSA	RSA (Regional sikkerhetsseksjon) 2400 m ²			Sikkerhetsseksjon 2400 m ²	4800 m ²
Kompetansesenter RVTA VIVAT	RVTA+VIVAT (Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordstale- bygging) 2200m ²			Kompetanse- senter 2200 m ²	4400 m ²

12.2 Oversikt over tomtealternativer

Oppdraget fra Styringsdokumentet er å belyse følgende alternativer. Under alternativ 2 og 3 er det vurdert flere mulige tomter.

- Alternativ 0: Oppgradere eksisterende bygg på Åsgård («0-alternativet»)
- Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård.
- Alternativ 2: Bygge nytt på eksisterende tomt på Åsgård.
- Alternativ 3: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med helt (3a) eller delvis å forlate Åsgård (3b).

Alternativer Åsgård:



Alternativer Breivika:



12.3 Vurdering av tomtealternativene

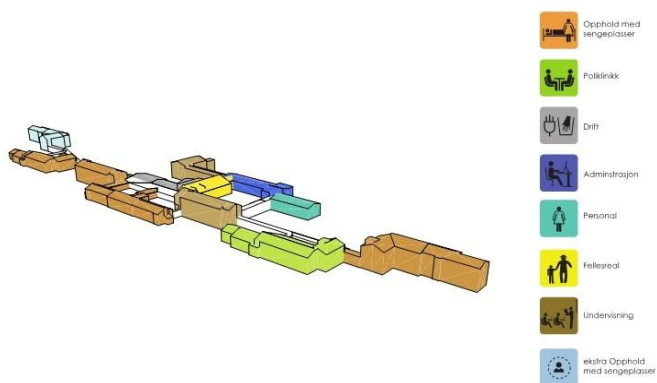
Hvert alternativ vurderes i forhold til samme kriterier vurdert etter en skala på -1, 0 og +1 (dårlig, ok og bra). Type bygg vil variere med tomtenes størrelse og utforming. Noen tomter gir mulighet for lavere bebyggelse enn andre. Tilsvarende vil det variere hvordan tilgang til uteområder direkte av døgnetenhetene kan løses

12.3.1 Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård (Å0)



Mulig tomteareal:

Området omfatter eksisterende Åsgård sykehus med areal på ca. 55 000 m².



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealer og administrasjon i egne bygg. Bygg 10 foreslås som atkomst og administrasjon. Oppholdsarealer og sengeposter i egne bygg i prinsippet som i dag.



3D-illustrasjon eksisterende bebyggelse

Området omfatter del av eiendom gnr/bnr 118/1561 på i alt 304 887 m². Eksisterende bebyggelse omfatter et areal på ca. 55 000 m². Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomteevaluering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk	Området har busstilbud fra Langnes og sentrum, men noe begrenset utenfor rushtidene. Gang og sykkeltilbudet sørover langs Åsgårdvegen er noe begrenset.	0
2	Trafikkforhold biltrafikk	Atkomst fra Åsgårdvegen, som primært er boliggate, er ikke optimalt.	0
3	Parkering	Gode parkeringsmuligheter pga. stor tomt.	1
4	Orientering og lysforhold	Dagens bygningsmasse er ikke optimalt tilrettelagt mht. lys.	0
5	Tilgang til friområde	Kort avstand til grøntområder på øya og med sjøen.	1
6	Terrengforhold	Slakt skrånende terreng mot vest gir god mulighet for utsikt, lysinnfall og skjermede utearealer uten innsyn. Terrengen ligger godt til rette for å kunne skape uterom med UU	1
7	Utvidelsesmuligheter	Gode muligheter for utvidelse pga. stor tomt. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området.	1
8	Tilgang til skjermet uterom	Direkte tilgang fra noen av sengepostene, men på langt nær alle.	0

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
9	Regulering	Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området. Mindre bygningsmessige endringer antas likevel å kunne gjennomføres uten utarbeiding av reguleringsplan. Området er avsatt til offentlig formål i overordnet plan (KPA).	1
10	Verneforhold	Eksisterende bebyggelse er vernet, noe som kan legge begrensninger på utviklingen av bygningsmassen. Det antas likevel at istandsetting og mindre ombygging og tilbygg vil kunne tillates jf. nylig istandsetting av bygg 7.	-1
11	Miljøforhold (støy)	Området ligger i gul støysone i hht nye støysonekart fra Avinor og Tromsø kommune. Skjermingstiltak må påregnes.	0
12	Skjerming	Det er eksisterende og planlagt boligområde ovenfor og langs Åsgårdvegen. For øvrig ligger området skjermet for innsyn og har ingen naboer tett innpå. Det er mulighet for å skjerme mer enn i dag med vegetasjon mot offentlig veg.	1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
13	Eksisterende bygninger	I dårlig stand. Selv om det tas høyde for omfattende renovering, vil konstruksjonsprinsippet ikke kunne demme opp for fuktopptrekk fra grunnen. Utforming er heller ikke optimal for psykiatriens moderne behov.	-1

Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Mulighet for trinnvis utbygging	Mulighet for å renovere bygg for bygg.	1
15	Begrensning for somatikk	Ingen	1
16	Langsiktig utvikling for UNN	Området ligger med lang avstand til somatisk del av sykehuset.. Utbygging i tråd med dette alternativet vil medføre at dagens fysiske splittelse mellom somatikk og psykiatri opprettholdes. Det vurderes som positivt at anlegget vil få nærhet til eksisterende rusklinikk i området, med muligheter som samhandling med rusbehandling.	-1

Konklusjon alt.0: Å0 Oppgradering eksisterende bygningsmasse

Alternativet anbefales ikke, pga. dårlig bygningstekniske forhold, upraktisk organisering med lange avstander og begrensninger som følge av at bebyggelsen er vernet.

Området er generelt vurdert som dårligere egnet enn alternativene i Breivika pga. dårligere tilgjengelighet for gående, syklende og kollektiv. Tomta har heller ikke optimal tilgjengelighet for biltrafikk.

12.3.2 Alternativ 1: Delvis nybygg – delvis oppgradering eksisterende bygg på Åsgård

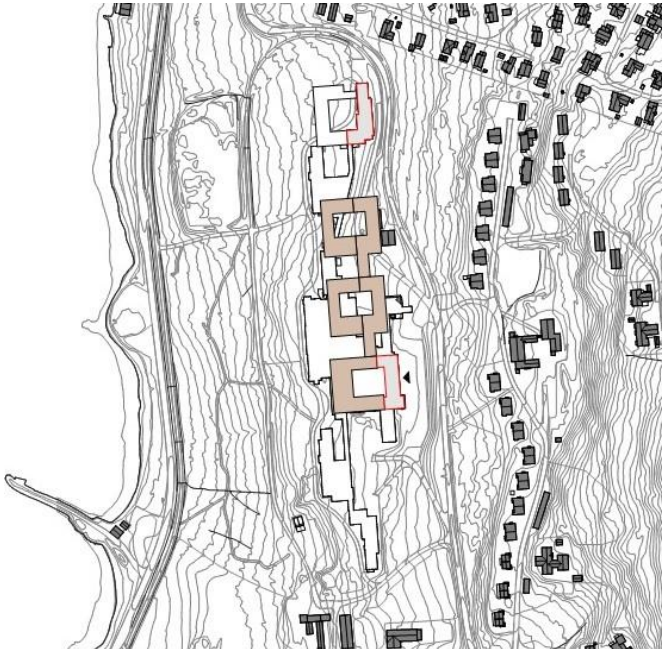


Mulig tomteareal:

Areal ca. 110 000 m² inklusiv eksisterende Åsgård sykehus.

Situasjonsplan mulig plassering:

Nybygg og oppgradering av eksisterende bebyggelse. Fredete bygninger vist med rød kant er forutsatt bevart, mens øvrig bebyggelse er forutsatt revet. Foreslått nybygg er utformet som atrium-/klyngebebyggelse i henholdsvis en, to og tre etasjer. Bebyggelsen ligger på langs av terrenget og følger terrengets nedtrapping mot vest.

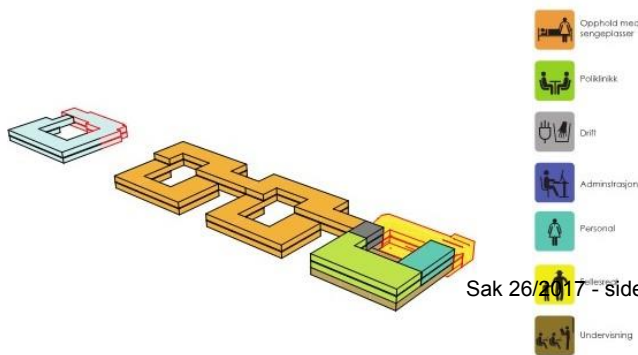


Atkomst fra Åsgårdvegen som i dag. Mulighet for ny atkomst Kvaløyvegen (eksisterende traktorveg).

Private utearealer på bakkeplan i omsluttende atrium.

Egen frittliggende avdeling for RSA er foreslått i eksisterende fredet bygg 7 samt nybygg i tilknytning til denne.

Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:



I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealer og administrasjon i eget bygg nærmest atkomstveg samt oppholdsarealer og sengeposter i egne atriumbygg.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Området omfatter del av eiendom gnr/bnr 118/1561 på i alt 304 887 m². Mulig tomteareal ca. 111 000 m². Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomteevaluering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst; gang, sykkel og kollektivtrafikk	Området har busstilbud fra Langnes og sentrum, men noe begrenset utenfor rushtidene. Gang og sykkeltilbudet sørover langs Åsgårdvegen er noe begrenset.	0
2	Trafikkforhold biltrafikk	Atkomst fra Åsgårdvegen, som primært er boliggate, er ikke optimal. Ev. mulighet for atkomst direkte fra Kvaløyvegen	0
3	Parkering	Gode parkeringsmuligheter parkering på bakken.	1
4	Orientering og lysforhold	Gode muligheter for utsikt og optimale lysforhold for ny bebyggelse.	1
5	Tilgang til offentlig friområde	Kort avstand til grøntområder på øya og langs sjøen.	1
6	Terrengforhold	Terrengtet legger godt til rette for å oppnå UU på utearealene.	1
7	Utvidelsesmuligheter	Gode muligheter for utvidelse. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse).	1
8	Tilgang til skjermet uterom	Tilgang til atrium i hver av de fire byggene. Tilgang via trapp fra 2. etasje.	1

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
9	Regulering	Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området. Det forutsettes at det vil være krav om utarbeiding av reguleringsplan. Området er avsatt til offentlig formål i overordnet plan. Det hersker høy usikkerhet om hva man vil få lov til å bygge og rive, samt bygging inntil fredede bygg.	0
10	Verneforhold	Eksisterende bebyggelse er vernet, hvilket vil komplisere en utbygging. Det antas likevel at tilbygg vil kunne tillates jf. nylig istandsetting av bygg 7.	-1
11	Miljøforhold (støy)	Området ligger i gul støysone fra i hht nye støysonekart fra Avinor og Tromsø kommune. Skjermingstiltak må påregnes.	0
12	Skjerming	Det er eksisterende og planlagt boligområde ovenfor og langs Åsgårdvegen. For øvrig ligger området skjermet for innsyn og har ingen naboer tett innpå. Det er mulighet for å skjerme gjennom tilrettelegging av ny bebyggelse og med vegetasjon mot offentlig veg.	1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
13	Eksisterende bygninger	Eksisterende bygninger er i dårlig stand. De fleste av byggene foreslås revet i dette alternativet. De fredete byggene begrenser utformingen noe, men i langt mindre grad enn for alt.0	0

Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Mulighet for trinnvis utbygging	Kan være problematisk med trinnvis bygging, da dette berører eksisterende bygg som er i bruk.	-1
15	Begrensning for somatikk	Ingen	1
16	Langsiktig utvikling for UNN	Området ligger med lang avstand til somatisk del av sykehuset. Utbygging i tråd med dette alternativet vil medføre at dagens fysiske splittelse mellom somatikk og psykiatri opprettholdes. Det vurderes som positivt at anlegget vil få nærhet til «Færingen», med muligheter som samhandling med rusbehandling.	-1

Konklusjon alt.1: Delvis nybygg på Åsgård, eksisterende egen tomt

Alternativet anbefales ikke, spesielt pga. mulige begrensninger for utbygging som følge av vern av eksisterende bebyggelse. Det er også vurdert som vanskelig med trinnvis utbygging siden dette berører eksisterende bygg som er i bruk. Det vil kunne bli behov for bruk av midlertidige bygg i byggeperioden. Området er generelt vurdert som dårligere egnet enn alternativene i Breivika pga. dårligere tilgjengelighet for gående, syklende og kollektiv. Lokaliteten har heller ikke optimal tilgjengelighet for biltrafikk.

12.3.3 Alternativ 2 Nybygg på Åsgård – to alternative tomter vurdert, Å2 og Å3 Alternativ 2 a: Nybygg på eksisterende tomteareal på Åsgård (Å2)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 60 000 m² på vestsiden siden av eksisterende Åsgård sykehus.

Situasjonsplan mulig plassering:

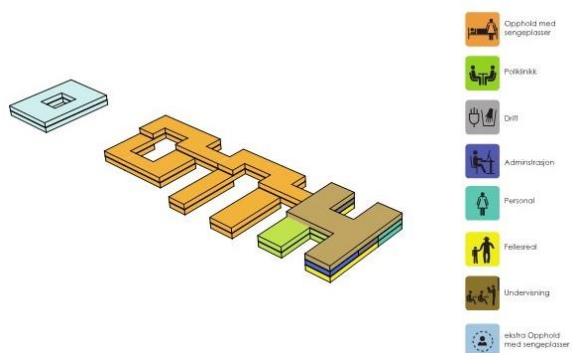
Foreslått nybygg er utformet som atrium-/klyngebebyggelse i henholdsvis en, to og tre etasjer. Bebyggelsen ligger på langs av terrenget og følger terrengets nedtrapping mot vest.



Atkomst fra eksisterende traktorveg fra Kvaløyvegen. Atkomstveg og avkjørsel fra Kvaløyvegen er forutsatt oppgradert.

Private utearealer på bakkeplan i henholdsvis omsluttende atrium og åpne gårdsrom, som åpnes opp mot vest.

Egen frittliggende avdeling (RSA) på tomta.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealer og administrasjon i eget bygg nærmest atkomstveg samt oppholdsarealer og sengeposter i egne atriumbygg.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Området omfatter del av eiendom gnr/bnr 118/1561 på vestsiden av eksisterende sykehus mot Kvaløyvegen. Mulig tomteareal ca. 111 000 m². Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomte vurdering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst; gang, sykkel og kollektivtrafikk	God tilgjengelighet til kollektiv, gang- og sykkelvegnett. Området har busstilbud fra Langnes og sentrum, men noe begrenset utenfor rushtidene.	1
2	Trafikkforhold biltrafikk	Adkomst via oppgradert adkomstvei fra Kvaløyvegen.	1
3	Parkering	Gode parkeringsmuligheter, kan etableres som flateparkering	1
4	Orientering og lysforhold	Tomten gir gode muligheter for utsikt og optimale lysforhold.	1
5	Tilgang til offentlig friområde	Kort avstand til grøntområder på øya og langs fjæra.	1
6	Terrengforhold –Universell utforming av utearealer	Gode muligheter for å tilpasse ny bebyggelse til eksisterende landskap og oppnå Universell Utforming på utenom.	1
7	Utvidelsesmuligheter	Noe begrensning pga. at tomte ligger delvis i rød støysone. Imidlertid ingen stor begrensning. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse).	1
8	Tilgang til privat felles uteareal	Tilgang til atrium eller åpent gårdsrom i hver av de fire byggene. Tilgang via trapp fra 2. etasje.	1

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
9	Regulering	Formålet er i strid med overordnet plan (KPA). Området er avsatt til framtidig grønnstruktur i gjeldende KPA. Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området. Det forutsettes at det vil være krav om utarbeiding av reguleringsplan og ev. konsekvensutredning siden formålet er i strid med overordnet plan.	-1
10	Verneforhold	Ingen.	0
11	Miljøforhold (støy)	Området ligger i gul og delvis rød støysone ihht. nye støysonekart fra Avinor og Tromsø kommune. Skjermingstiltak må påregnes. Foreslått bebyggelse er lagt utenfor rød støysone.	0
12	Brannmessige forhold	Krav om innsatstid på maks. 10 min (3,6 km) for brannbil er oppfylt. Det er tilkomst til alle brannseksjoner og etasjer og mulighet til kjørbare atkomst fra flere sider.	1
13	Skjerming	Eksisterende Åsgård sykehus vil være nærmeste nabo mot øst. Ingen naboer mot vest (sjøen). God mulighet for skjerming for innsyn fra offentlig veg og naboområder.	1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Eksisterende bygninger	Ingen eksisterende bygg	1
15	Bebyggelsesstruktur	Langstrakt struktur med lange gangavstander mellom funksjonene. Gode uterom.	0

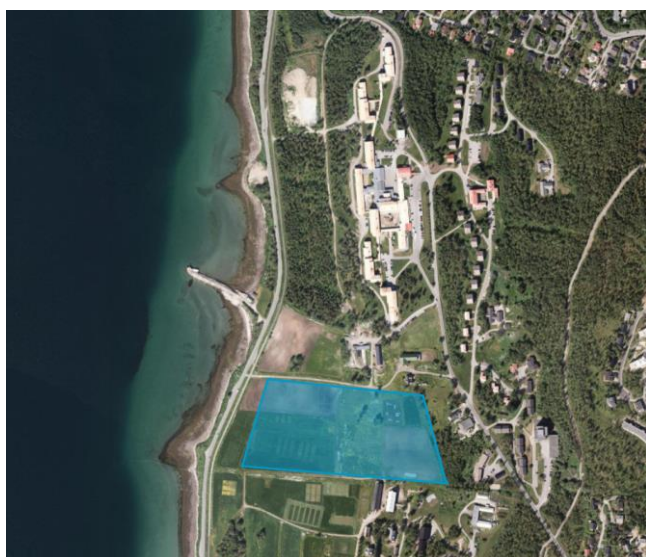
Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
16	Trafikkforhold	Området har busstilbud fra Langnes og sentrum. Bra gang og sykkeltilbud langs Kvaløyvegen.	1
17	Mulighet for trinnvis utbygging	Gode muligheter for trinnvis utbygging.	1
18	Begrensing for somatikk	Ingen	1
19	Langsiktig utvikling for UNN	Området ligger med lang avstand til somatisk del av sykehuset.. Utbygging i tråd med dette alternativet vil medføre at dagens fysiske splittelse mellom somatikk og psykiatri opprettholdes.	-1

Konklusjon alt.2 a: Å2 «egen tomt»

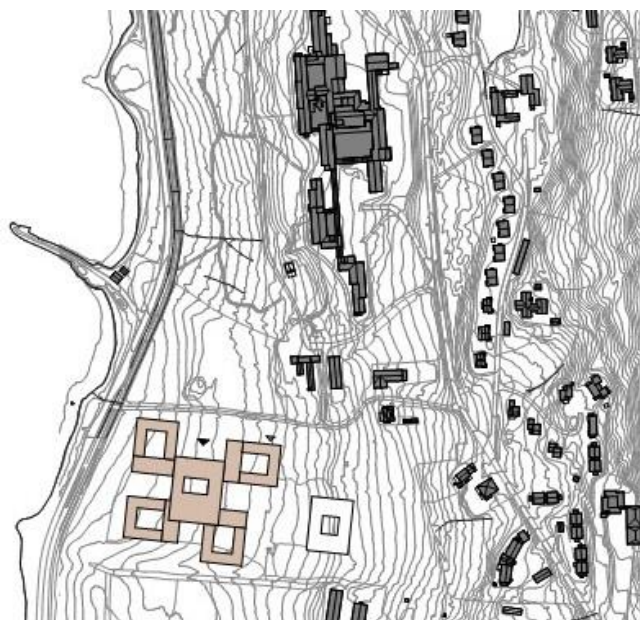
Alternativet anbefales som et av alternativene som UNN bør gå videre med, da dette vurderes som den beste løsningen på Åsgård. Alternativet er imidlertid usikkert med hensyn til om man vil få tillatelse til regulering og utbygging, siden området er avsatt til grønnstruktur i gjeldende arealdel.

Alternativ 2 b: Nybygg på tomt eiet av Troms fylkeskommune, Åsgård-sør (Å3)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 55 000 m² på sørsiden av UNN sin eiendom på Åsgård.



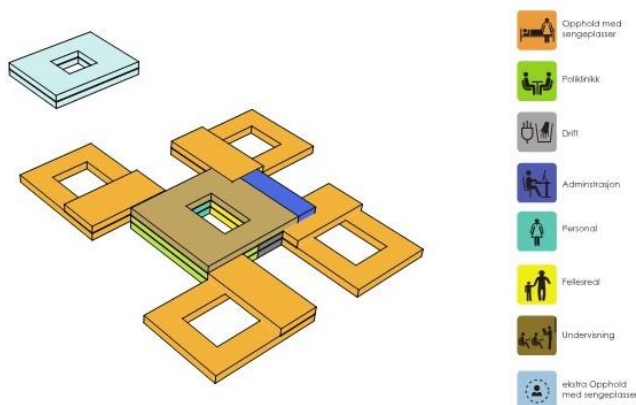
Situasjonsplan mulig plassering:

Foreslått nybygg er utformet som atriumbebyggelse i henholdsvis en, to og tre etasjer.

Atkomst fra eksisterende traktorveg fra Kvaløyvegen. Atkomstveg og avkjørsel fra Kvaløyvegen er forutsatt oppgradert.

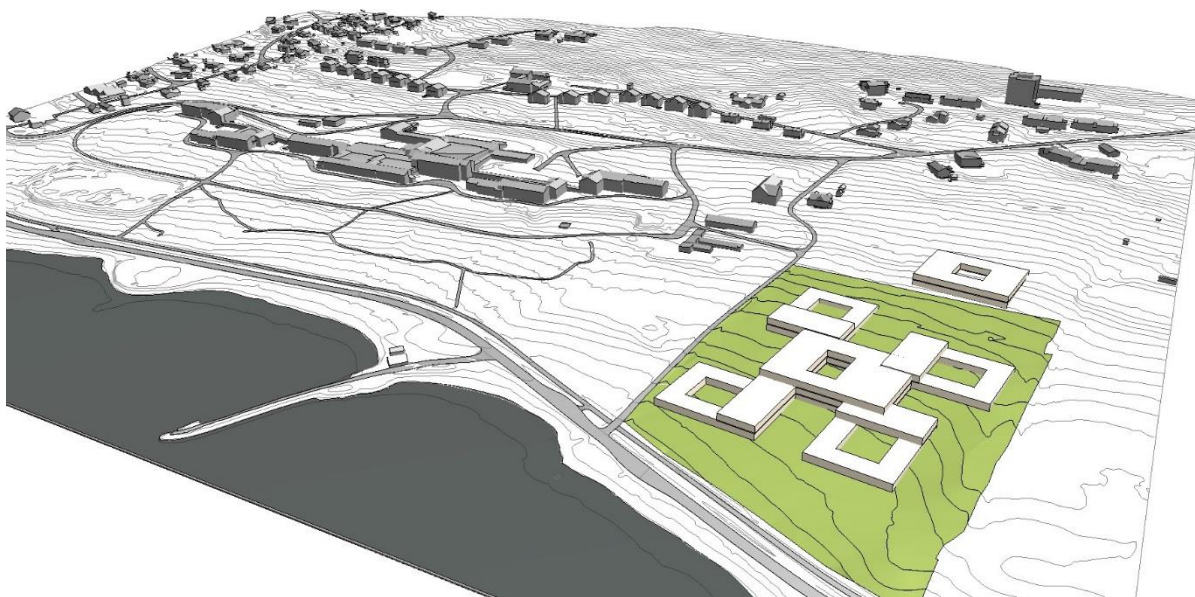
Private utearealer på bakkeplan i fire atrium.

Egen frittliggende avdeling (RSA-regional sikkerhetsseksjon) på tomten.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealet, administrasjon, samt oppholdsarealer i midten og sengeposter i fire egne atriumbygg.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten ligger rett sør for eksisterende sykehustomt, nedenfor UNN sin eksisterende rusklinikk på eiendom gnr/bnr 118/1026. Eiendommen er en del av gnr/bnr 118/1. Tomteareal er ca. 55 000 m². Eier: Troms fylkeskommune.

Tomtevurdering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk	God tilgjengelighet til kollektiv, gang- og sykkelvegnett. Adkomst via oppgradert adkomstvei fra Kvaløyvegen.	1
2	Trafikkforhold biltrafikk	God atkomst fra Kvaløyvegen	1
3	Parkering	Gode parkeringsmuligheter kan etableres som flateparkering	1
4	Orientering og lysforhold	Gode muligheter for utsikt og optimale lysforhold.	1
5	Tilgang til friområde	Kort avstand til friområder på øya og langs sjøen.	1
6	Terrengforhold	Gode muligheter for å tilpasse ny bebyggelse til eksisterende landskap og oppnå Universell Utforming på uterom	1
7	Utvidelsesmuligheter	Muligheter for utvidelse. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustert bebyggelse).	1
8	Tilgang til skjermet uteareal	Tilgang til atrium i hver av de seks byggene. Tilgang via trapp fra 2. etasje.	1

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
9	Regulering	Formålet er i strid med overordnet plan (KPA), hvor området er avsatt til framtidig grønnstruktur. Det er ingen vedtatt reguleringsplan for området. Det forutsettes at det vil være krav om utarbeiding av reguleringsplan og ev. konsekvensutredning siden formålet er i strid med overordnet plan. Endring av formål bør gå via overordnet plan (KPA).	-1
10	Verneforhold	Ingen.	0
11	Miljøforhold (støy)	Området ligger i gul støysone fra flystøy i hht nye støysonekart fra Avinor og Tromsø kommune. Skjermingstiltak må påregnes. Foreslått bebyggelse er lagt utenfor rød støysone.	0
12	Skjerming	Eiendommen ligger inntil eksisterende rusklinikk til UNN. Ingen naboer mot vest(sjøen). Mot sør grenser området til Holt forsøksgård til Landbruks- og matdepartementet. Boligområde ovenfor og langs Åsgårdvegen.	1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
13	Eksisterende bygninger	Ingen eksisterende bygg	1

Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Mulighet for trinnvis utbygging	Gode muligheter for trinnvis utbygging.	1
15	Begrensing for somatikk	Ingen	1
16	Langsiktig utvikling for UNN	Området ligger med lang avstand til somatisk del av sykehuset. Utbygging i tråd med dette alternativet vil medføre at dagens fysiske splittelse mellom somatikk og psykiatri opprettholdes. Det vurderes som positivt at anlegget vil få nærhet til «Færingen», med muligheter som samhandling med rusbehandling.	-1

Konklusjon alt.2 b: Å3 «Fylkeskommunens» tomt

Alternativet får høy score i vurderingen, men pga. at eiendommen ikke eies av UNN vurderes alternativ Åsgård vest (Å2) som bedre. Alternativet er, tilsvarende som Åsgård vest, usikkert med hensyn til om man vil få tillatelse til regulering og utbygging, siden området er avsatt til grønnstruktur i gjeldende arealdel.

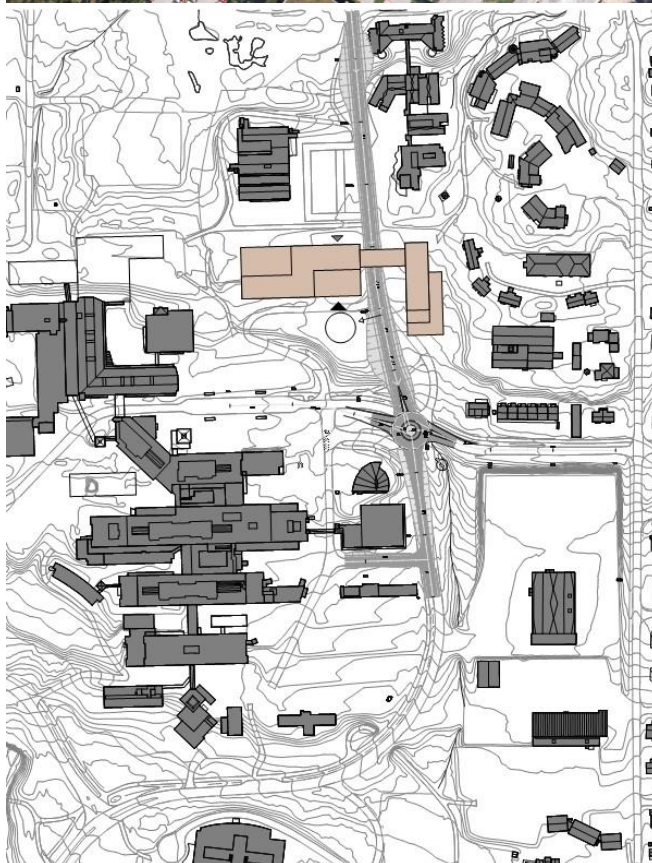
12.3.4 Alternativ 3 a Nybygg i Breivika –fem forskjellige tomter (B1-B5)

Alternativ 3a: Breivika – BUP øst (B1)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 13 000 m² på sørsiden av eksisterende Barne- og Ungdoms Psykiatri (BUP) og tannhelsebygget.

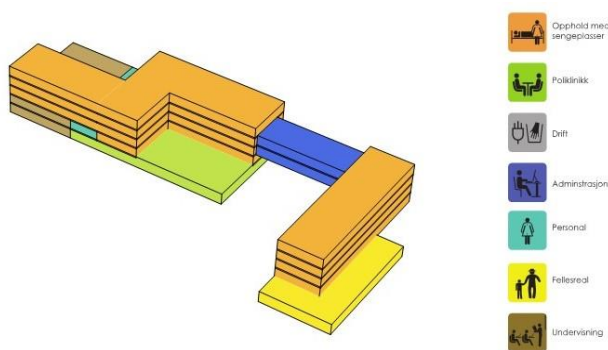


Situasjonsplan mulig plassering:

Foreslått nybygg er utformet som et bygg (punkt/ kompakt) på hver side av intern atkomstveg. Mot nord trappes bebyggelse ned mot øst. Bebyggelsen kompletterer eksisterende frittstående bygningsstrukturer i området, og danner fasade mot oppgradert intern atkomstveg.

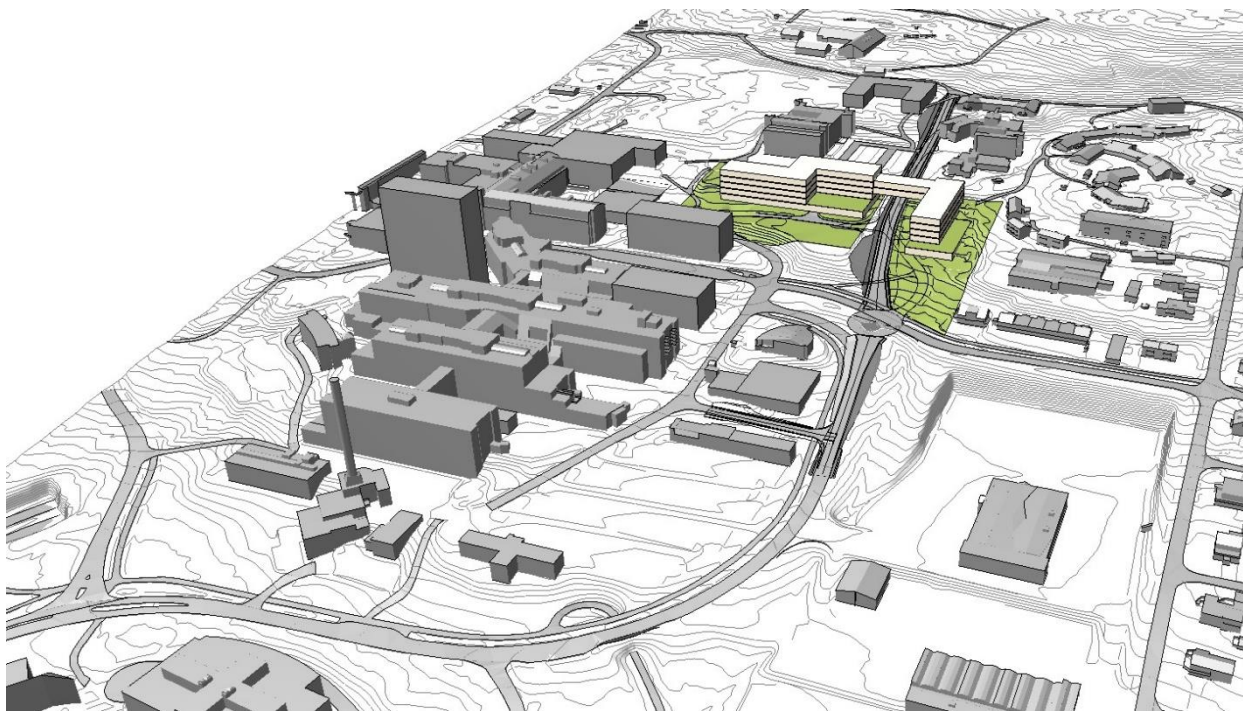
De to bygningene forbindes med intern glassgang over intern veg. Mulighet for intern forbindelse til BUP.

Private utearealer på tak.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet for etablering av poliklinikker og fellesarealer i underetasjer, administrasjon i midten, samt oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten er en del av sykehusets eiendom gnr/bnr 124/86. Området ligger på østsiden av BUP (UNN) og Tannhelsebygget (Troms fylkeskommune), på oversiden av hovedinngangen til sykehuset. Området er på ca. 13 000 m² fordelt på nord- og sørsiden av atkomstveg til BUP og Tannhelsebygget. Tomten er i dag parkeringsareal for sykehuset. Henvendelse mot sørøst. Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomteevaluering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst; gang, sykkel og kollektivtrafikk	Sentral beliggenhet med veldig god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass.	1
2	Trafikkforhold biltrafikk	Bilatkomst fra forlengelse av Sykehusvegen via forbedret kryss ved Hansine Hansens veg. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/ Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag.	-1
3	Parkering	Cirka 300 parkeringsplasser blir fjernet ved utbygging. Behov for mellom maks 240-295 nye parkeringsplasser med nybygg (jfr. kommuneplans p-bestemmelsene) som kan løses i eget p-hus felles for sykehusområdet. Mulighet for opparbeidelse av egen parkering under nybygg.	1
4	Orientering og lysforhold	Bra orientering/ utsikt mot både øst og vest. Gode lysforhold.	1
5	Tilgang til friområde	Kort avstand til lysløype og stinettverk i Tromsømarka	1
6	Terrengforhold	Terrenget skråner slakt mot øst. Ikke plass til uterom med UU	0
7	Utvidelsesmuligheter	Ingen utvidelsesmulighet (bortsett fra ev. i høyden).	-1
8	Tilgang til skjermet uterom	Tilgang til utearealer på tak.	-1

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
9	Regulering	Området er avsatt til offentlig formål i gjeldende reguleringsplan og overordna plan (KPA).	1
10	Verneforhold	Ingen	1
11	Miljøforhold (støy)	En mindre del av nedre område ligger i rød støysone fra helikopter-landingsplassen på UNN.	0
12	Skjerming	Vanskelig å skjerme utearealer for innsyn.	-1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
13	Eksisterende bygninger	Ingen	1

Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Mulighet for trinnvis utbygging	Området kan bygges ut i to etapper, ellers vanskelig pga. kompakt struktur.	0
15	Begrensning for somatikk	Representerer ingen åpenbar begrensning for utvidelse av somatikkbygg	1
16	Langsiktig utvikling for UNN	Lokaliteten ligger sentralt i sykehusområdet på Breivika og utbygging på dette område vil kunne styrke en ny øst-vest forbindelseslinje i området som kan tilrettelegges spesielt for myke trafikanter. Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri gir mulighet for økt samhandling.	0

Konklusjon alt. 3a (B1) BUP-tomta

Alternativet anbefales ikke. Hovedbegrunnelse er liten tomt og dermed ingen mulighet for utvidelse og manglende tilgang til skjermede uterom og skjerming generelt.

Alternativ 3 a: Breivika – Gimleveien 12 øvre del (B2-a)

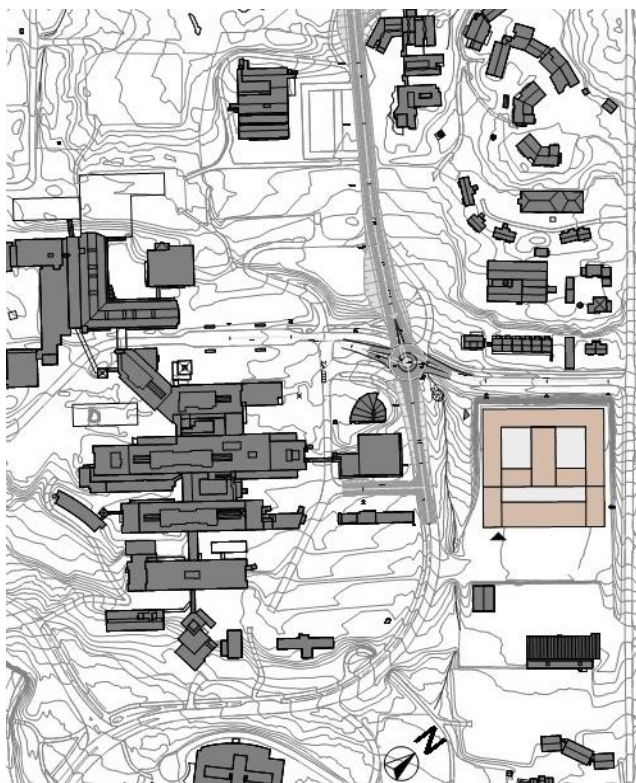


Mulig tomteareal:

Areal ca. 42 000 m² mellom Sykehusvegen og Gimleveien, på nordsiden av sykehuset.

Situasjonsplan mulig plassering:

Alternativ med plassering nordvest på eiendommen.



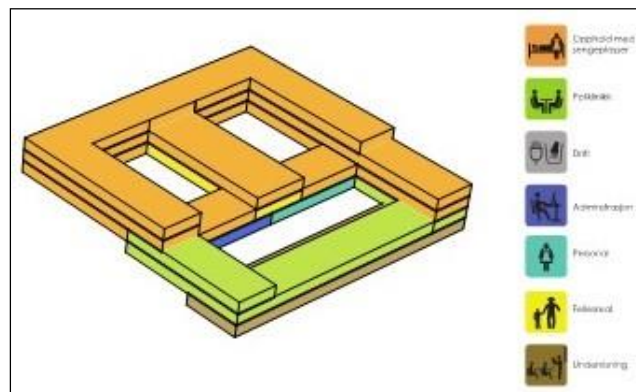
Foreslått nybygg er utformet som kompakt bebyggelse med parkering i minimum 2 etasjer i kjeller for å ta opp eksisterende høydesprang i terrenget etter utsprenning. Ovenpå parkeringsetasjene er det foreslått en kvartalsstruktur som trappes ned mot øst for å gi lys og utsikt. Strukturen danner overgang mellom sykehusets kompakte lamellstruktur og småhusbebyggelsen mot nord. Den kompakte bebyggelsen skal også danne skjerm mot støy fra helikopterlassen.

Atkomst fra Sykehusvegen og mulighet for sekundær atkomst fra Gimleveien.

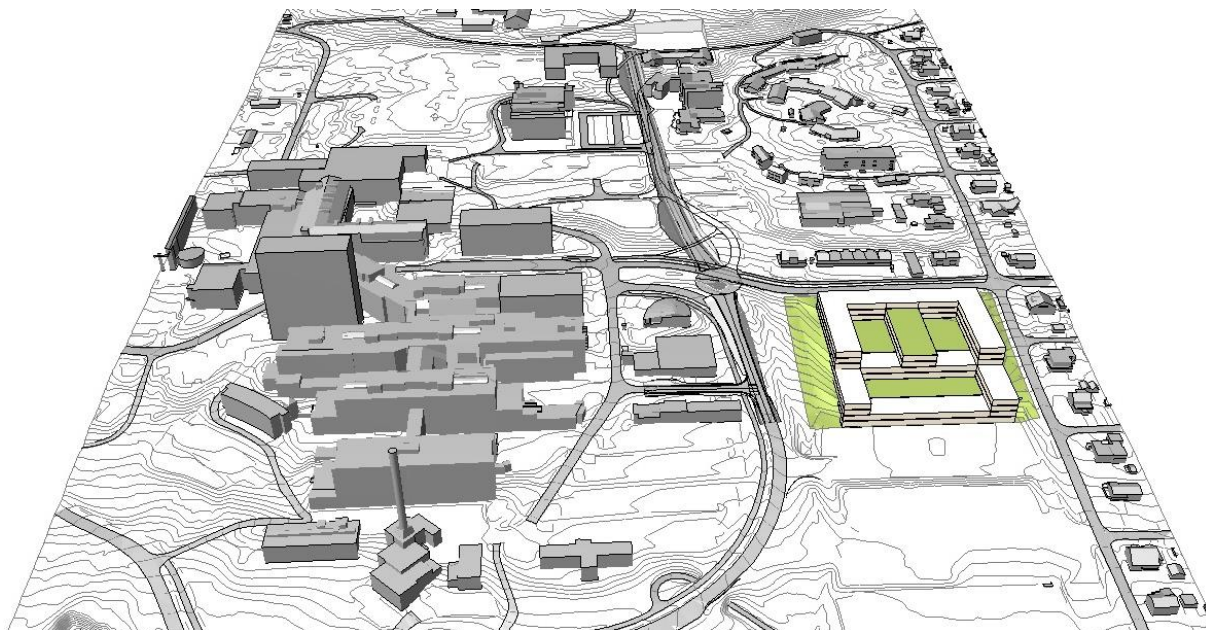
Mulighet for intern forbindelse til sykehuset med bru eller tunnel.

Private utearealer i gårdsrom på parkeringstak og på øvrige tak.

Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:



I prinsippet er det mulighet til parkering, poliklinikker, fellesarealet og administrasjon i underetasjer, og oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Eiendommen gnr/bnr 124/12 er på 42 000 m² og ligger mellom Sykehusvegen, Hansine Hansens veg og Gimlevegen nord for sykehusets eiendom. Eier: Gimleveien 12 Eiendom AS. Tomten må erverves. UNN er i forhandling om kjøp, og det forutsettes at erverv vil kunne gjennomføres.

Tomte vurdering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst; gang, sykkel og kollektivtrafikk	Sentral beliggenhet med god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass. Atkomst fra Sykehusvegen.	1
2	Trafikkforhold biltrafikk	Bilatomst fra Sykehusvegen. Enkel tilkomst, også mulighet til å komme via Gimlevegen. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen / Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag.	-1
3	Parkering	Gode muligheter for å etablere parkering i parkeringskjeller med flere plan (eget parkeringsanlegg som kan betjene hele sykehusområdet) under bygget	1
4	Orientering og lysforhold	Gode lysforhold og mulighet for orientering i flere retninger. Mørke arealer i nederste plan i nordvest, som blir under bakken. Disse kan anvendes til parkering eller andre funksjoner som ikke trener lys	1
5	Tilgang til friområde	Kort avstand til lysløype og stinettverk i Tromsømarka.	0
6	Terrengforhold	Tomta er sprengt ut og skiller seg dermed ut fra omgivelsene. Utbygging vil kunne reparere eksisterende sår i landskapet og skape en bedre helhet i forhold til området rundt. Forutsetter parkering i underetasje i forbindelse med utbygging (UNN jobber med eget parkeringsanlegg). Uterom med Universell Utforming er enkelt å skape.	1
7	Utviklingsmuligheter	Gode muligheter for utvidelse og flere funksjoner, bla. parkering i flere underetasjer. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse).	1
8	Tilgang til privat felles uteareal	Tilgang til atrium i kvartalet. Tilgang via trapp fra 2.og 3. etasje.	1

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
9	Regulering	Tomta er regulert til industri i gjeldende plan 1196, vedtatt 1993. Men det er sannsynlig at det i KPA er satt av til offentlig tjenesteyting, da dette har vært drøftet med kommunen og det var foreslått i KPA som ble vedtatt høst 2015 og siden opphevet igjen. Det anses som sannsynlig at man vil kunne få området omregulert.	0
10	Verneforhold	Ingen	1
11	Miljøforhold (støy)	Området ligger i rød støysone fra helikopterlandingsplassen på UNN og delvis i gul støysone fra vegtrafikkstøy (Sykehusvegen). Ny bebyggelse må tilrettelegges som lokal støyskjerm innenfor området.	-1
12	Skjerming	Området ligger mellom sykehuset og eksisterende boligområde. Det er mulig å tilrettelegge ny bebyggelse så man unngår innsyn til pasientområder ute og inne.	1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
13	Eksisterende bygninger	Kontor og garasjebygg forutsettes revet. Ingen begrensninger for nye bygg.	1

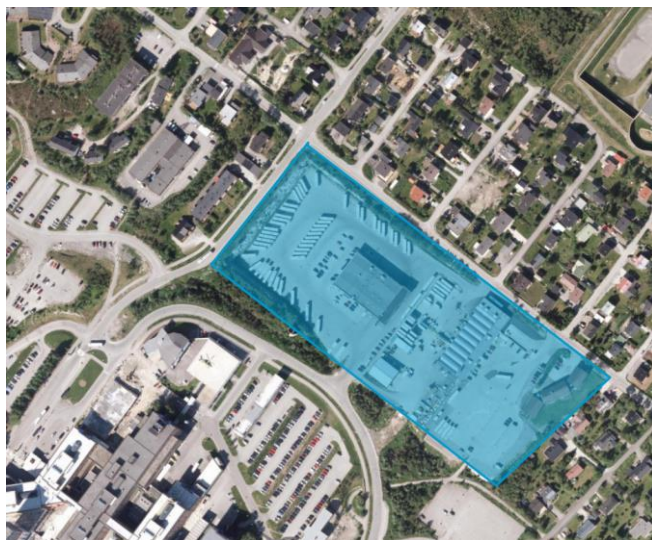
Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Mulighet for trinnvis utbygging	Stort potensiale for både trinnvis utbygging og utvidelse. Utbygging på den vestligste delen av tomte forutsetter for utnyttelse av kjelleretasjene (parkering).	1
15	Begrensning for annen bruk	Tomten er stor nok til å romme flere funksjoner og anses ikke å være noen begrensning for utvidelse av somatikk.	1
16	Langsiktig utvikling for UNN	Eiendommen ligger inntil sykehusområdet i Breivika og erverv av tomten vil kunne være en viktig ressurs for utvikling av området i forhold til utbyggingspotensiale. Etablering av p-anlegg for hele UNN vil i tillegg løse parkeringsproblematikken i området. Terrenget ligger til rette for inntil 5 etasjer med parkering i kjelleretasjer (totalt ca. 26500 m2/ inntil ca. 900 plasser). Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri.	1

Konklusjon alt.3 a: B2-a, «Busstomta» øvre del

Alternativet scorer høyt i vurderingen og tomte anbefales ervervet av UNN. Tomten gir svært gode utviklingsmuligheter, og parkering for hele området vil kunne løses under ny bebyggelse på tomten. Utbygging av eiendommen vil være positivt mtp å reparere eksisterende sår i landskapet. Det anbefales å prioritere den nedre del av tomten, jfr alternativ B2b, for psykiatri pga at denne delen av tomte er mindre støyutsatt enn den øvre delen. I tillegg vil man her være uavhengig av å løse parkeringsanlegg samtidig.

Alternativ 3 a: Breivika – Gimleveien 12 nedre del (B2-b)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 42 000 m² mellom Sykehusvegen og Gimlevegen, på nordsiden av sykehuset.

Situasjonsplan mulig plassering:

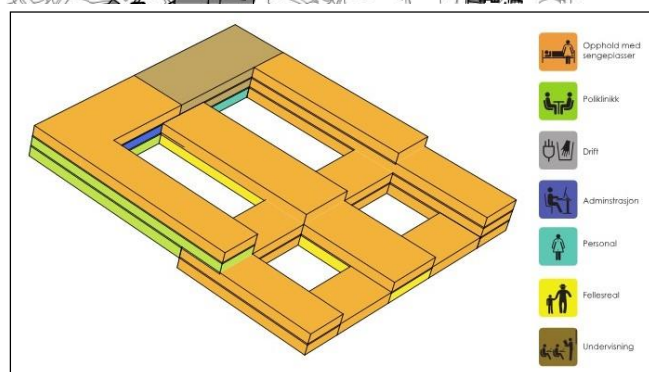
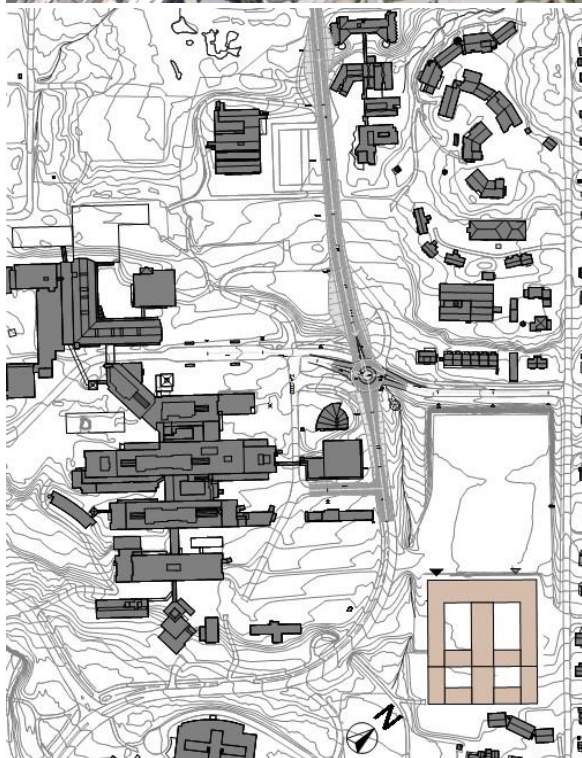
Alternativ plassering øst på eiendommen.

Foreslått nybygg er utformet som kompakt kvartalsstruktur som trappes ned mot øst for å gi lys og utsikt. Strukturen danner overgang mellom sykehusets kompakte lamellstruktur og småhusbebyggelsen mot nord. Den kompakte bebyggelsen skal også danne skjerm mot støy fra helikopterplassen.

Atkomst fra Sykehusvegen og mulighet for sekundær atkomst fra Gimlevegen.

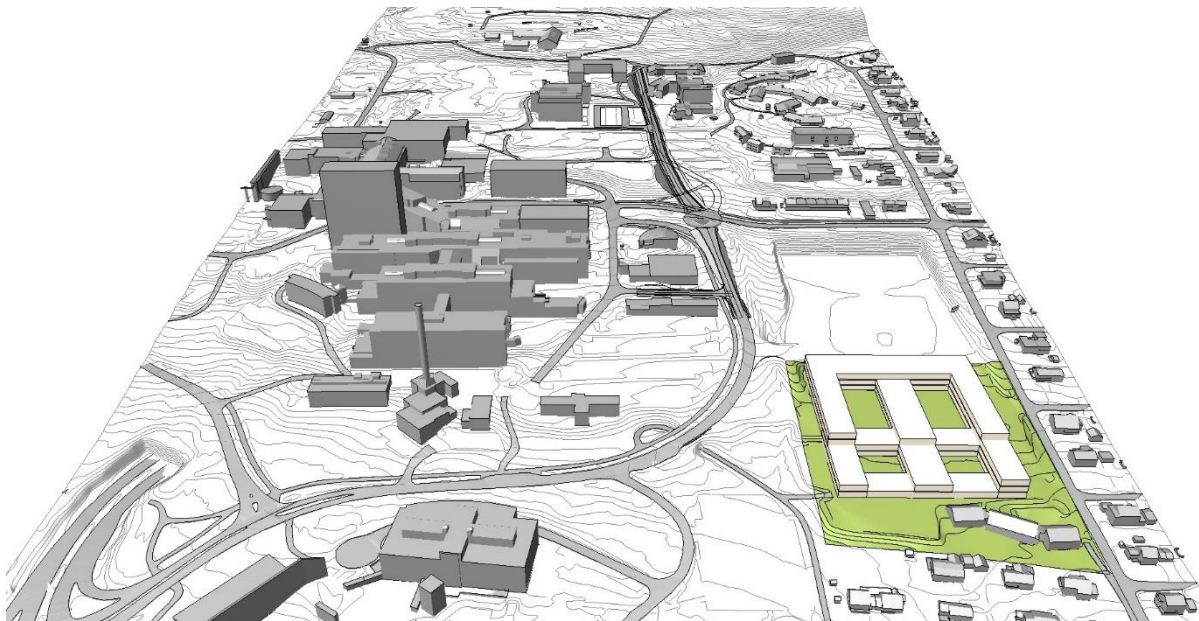
Mulighet for intern forbindelse til sykehuset med bru eller kulvert.

Private utearealer i gårdsrom og eventuelt på taket.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker, fellesarealet og administrasjon i underetasjer, og oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Eiendommen gnr/bnr 124/12 er på 42 000 m² og ligger mellom Sykehusvegen, Hansine Hansens veg og Gimlevegen nord for sykehusets eiendom. Eier: Gimleveien 12 Eiendom AS. Tomta må erverves. UNN er i forhandling om kjøp, og det forutsettes at erverv vil kunne gjennomføres.

Tomteevaluering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst gang, sykkel og kollektivtransport	Sentral beliggenhet med god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass.	1
2	Trafikkforhold biltrafikk	Atkomst fra Sykehusvegen. Bilatkomst fra Sykehusvegen. Enkel tilkomst, også mulighet til å komme via Gimlevegen. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag.	-1
3	Parkering	Gode muligheter for å etablere parkering i parkeringshus bak bygget (mot nordvest).	1
4	Orientering og lysforhold	Gode lysforhold og mulighet for orientering i flere retninger.	1
5	Tilgang til friområde	Kort avstand til lysløype og stinettverk i Tromsømarka.	0
6	Terrengforhold	Uterom med Universell Utforming er enkelt å skape	1
7	Utvidelsesmuligheter	Gode muligheter for utvidelse og flere funksjoner, bla. parkering i underetasjer. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse).	1
8	Tilgang til skjermet uterom	Tilgang til atrium i kvartalet. Tilgang via trapp fra 2. og 3. etasje.	1

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
9	Regulering	Tomta er regulert til industri i gjeldende plan 1196, vedtatt 1993. Men det er sannsynlig at det i KPA er satt av til offentlig tjenesteyting, da dette har vært drøftet med kommunen og det var foreslått i KPA som ble vedtatt høst 2015 og siden opphevet igjen. Det anses som sannsynlig at man vil kunne få området omregulert.	0
10	Verneforhold	Ingen	1
11	Miljøforhold (støy)	Området ligger i henholdsvis rød og gul støysone fra helikopterlandingsplassen på UNN, samt gul støysone fra vegtrafikkstøy (Sykehusvegen). Ny bebyggelse må tilrettelegges som lokal støyskerm innenfor området.	0
12	Skjerming	Området ligger mellom sykehuset og eksisterende boligområde. Det er mulig å tilrettelegge ny bebyggelse så man unngår innsyn til pasientområder ute og inne.	1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
13	Eksisterende bygninger	Kontor og garasjebygg forutsettes revet. Eksisterende bygninger representerer ingen begrensninger for nye bygg.	1

Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Mulighet for trinnvis utbygging	Stort potensiale for både trinnvis utbygging og utvidelse. Utbygging på den vestligste delen av tomten forutsetter utnyttelse til for eksempel parkering i etasjene under.	1
15	Begrensning for somatikk	Tomten er stor nok til å romme flere funksjoner og anses ikke å være noen begrensning for utvidelse av somatikk.	1
16	Langsiktig utvikling for UNN	Eiendommen ligger inntil sykehusområdet på Breivika og erverv av tomta vil kunne utgjøre en viktig ressurs for utvikling av området i forhold til utbyggingspotensiale samt å løse parkeringsproblematikken i området. Det forutsettes at man i tilfelle erverv vil erverve hele tomten. Terrenget på øvre del av tomten ligger til rette for 3-4 etasjer med parkering i kjelleretasjer. Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri.	1

Konklusjon alt.3 a: B2-b «Busstomta» nedre del

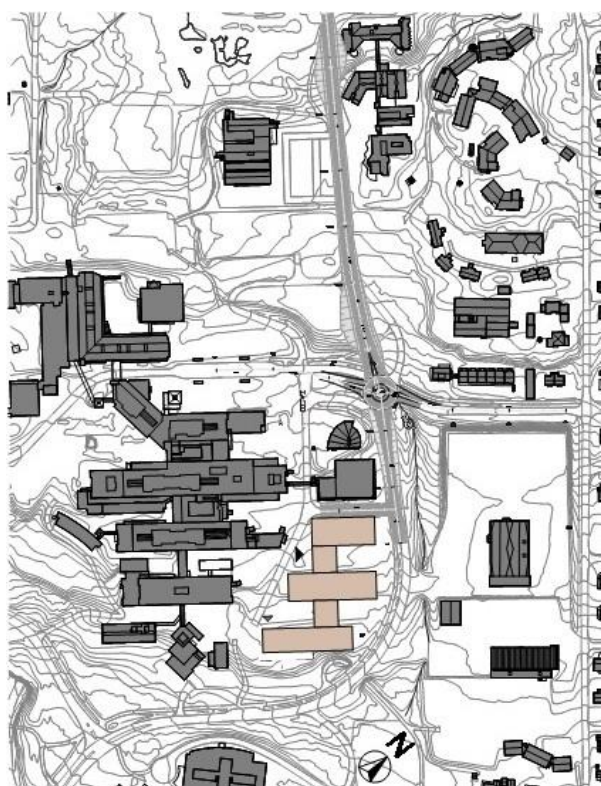
Alternativet anbefales som et av alternativene som UNN bør gå videre med. Tomta gir svært gode utviklingsmuligheter både for psykiatri og for utvidelse av somatikk, og det vil være et strategisk lurt grep å erverve denne. Det forutsettes at hele tomten erverves og parkering for hele UNN vil kunne løses under ny bebyggelse på tomten. Utbygging av denne eiendommen vil være et positivt grep i forbindelse med utvikling av Breivika som knutepunkt, og man vil få reparert eksisterende sår i landskapet.

Alt 3 a: Breivika – Sykehusvegen, nedenfor helikopterplassen (B3)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 12 000 m² på nordsiden av eksisterende sykehus.

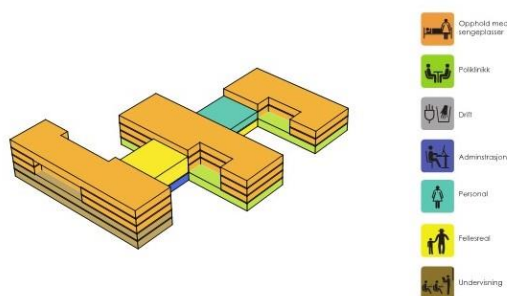


Situasjonsplan

Situasjonsplan mulig plassering:

Foreslått nybygg er utformet som en nedtrappet bebyggelse med struktur og organisering som er en videreføring av eksisterende overordna plan for sykehuset. Ny bebyggelse er utformet som tre lameller (punkt/ kompakt) i forlengelse av eksisterende sykehusfløyer. Mulighet for å bygge forbindelse til eksisterende sykehus med innvendige ganger over internveg.

Private utearealer på bakkeplan mot nord og på tak.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet til poliklinikker og fellesarealet i underetasjer og i midten, samt oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten er en del av sykehusets eiendom gnr/bnr 124/86. Området ligger på nordsiden av dagens sykehusbygg og nedenfor helikopterlandingsplassen til UNN. Tomta ligger i innflygingssonen for helikopteret til UNN, som medfører begrensning i høyde for ny bebyggelse. Området er på ca. 12 000 m² fordelt på nord- og sørsiden av intern nord-sørgående veg, og brukes i dag som parkeringsareal for sykehuset. Det står i tillegg et midlertidig bygg på tomten. Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomteevaluering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk	Sentral beliggenhet med veldig god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplasser	1
2	Trafikkforhold biltrafikk	Atkomst fra Sykehusvegen. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/ Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag.	-1
3	Parkering	Begrenset bilparkering. Mulighet for parkering under bygget (areal ca. 5900 m ² / opp til ca. 190 plasser).	-1
4	Orientering og lysforhold	Området ligger på nordsiden av eksisterende sykehusbebyggelse, som vil kaste en del skygge på tomten. Bra utsikt mot øst.	0
5	Tilgang til friområde	Kort avstand til lysløype og stinettverk i Tromsømarka.	0
6	Terrengforhold	Terrengen faller ca. 10 meter fra vest til øst. Terrengen gir mulighet for nedtrapping av bebyggelsen mot øst. Enkelt å skape uterom med Universell Utforming.	1
7	Utvidelsesmuligheter	Ingen utvidelsesmulighet (bortsett fra i høyden).	-1
8	Tilgang til skjermet uterom	Delvis, tilgang til uteområdet mot nord samt tilgang til tak.	0

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
9	Regulering	Området er avsatt til offentlig formål i gjeldende reguleringsplan og overordna plan (KPA).	1
10	Verneforhold	Ingen	1
11	Miljøforhold (støy)	Området ligger i rød støysonen fra helikopterlandingsplassen på UNN.	-1
12	Skjerming	Begrenset mulighet for skjerming av spesielt utearealer mot innsyn.	-1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
13	Eksisterende bygninger	Midlertidig kontorbygg til UNN som ikke representerer noen begrensninger for nye bygg.	1

Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Mulighet for trinnvis utbygging	Utbyggingen vil kunne deles opp i byggetrinn, likevel noe begrenset pga. kompakt bebyggelsesstruktur.	0
15	Begrensning for somatikk	Området er svært godt egnet som utvidelse av sykehuset, og bør forbeholdes til slik bruk. Bygging her legger direkte begrensning på utvidelse av somatikken	-1
16	Langsiktig utvikling for UNN	Eiendommen ligger sentralt i sykehusområdet på Breivika og utbygging på dette området vil kunne styrke en ny øst-vest forbindelseslinje i området for spesielt myke trafikanter. Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri. Samtidig begrensning for utvidelse av somatikk.	0

Konklusjon alt. 3 a: B3 v/ helikopterlandingsplassen

Alternativet anbefales ikke fordi det gir begrensninger på mulig fremtidig utvidelse for somatikk på samme område. I tillegg er tomten forholdsvis liten og gir dermed ingen mulighet for senere utvidelse eller tilgang til skjermede uterom og skjerming generelt.

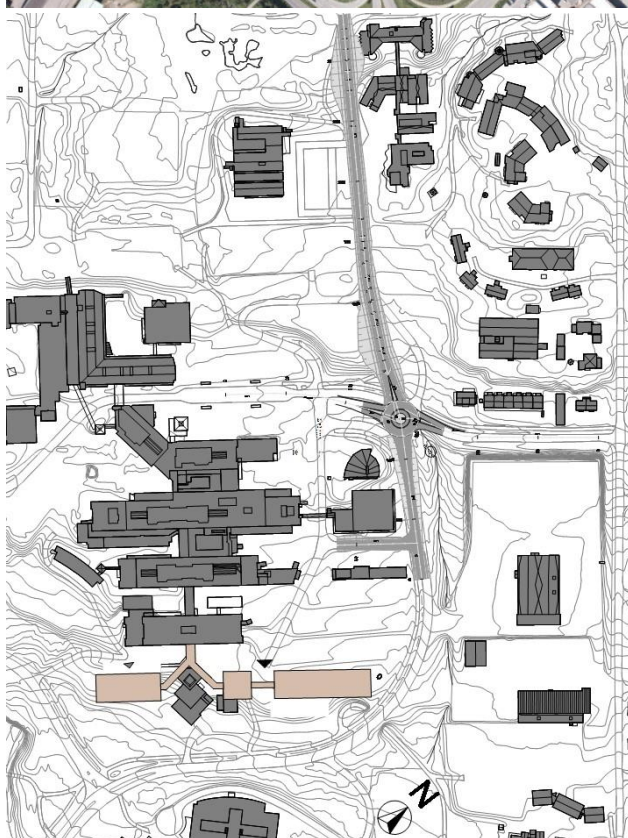
Alternativet forutsetter utbygging for somatikken vest for tomten og at helikopterlandingsplassen løftes opp, slik at det ikke blir konflikt med innflygingsbanen til helikopteret. Forholdet til innflyging må avklares med luftverksmyndigheten.

Alternativ 3 a Breivika - gamle pasienthotellet (B4)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 11 000 m² på nord- og sørsiden av eksisterende varmesentral til sykehuset (på østsiden av eksisterende sykehusbygg).

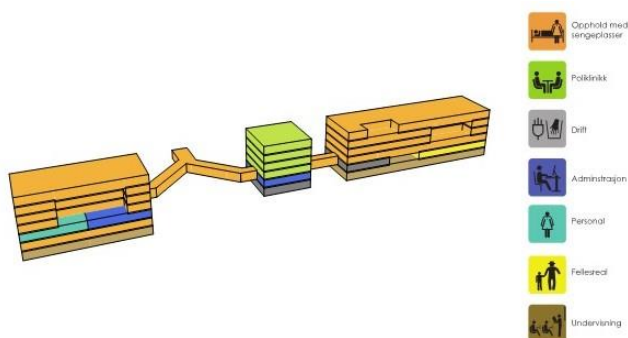


Situasjonsplan mulig plassering:

Foreslått ny bebyggelse er utformet som en lamellstruktur (punkt/ kompakt) med struktur og organisering i henhold til eksisterende overordna plan for sykehuset. Ny bebyggelse er utformet som en ekstra sykehusfløy, som er forbundet med eksisterende sykehus med innvendig gang som de øvrige eksisterende fløyene.

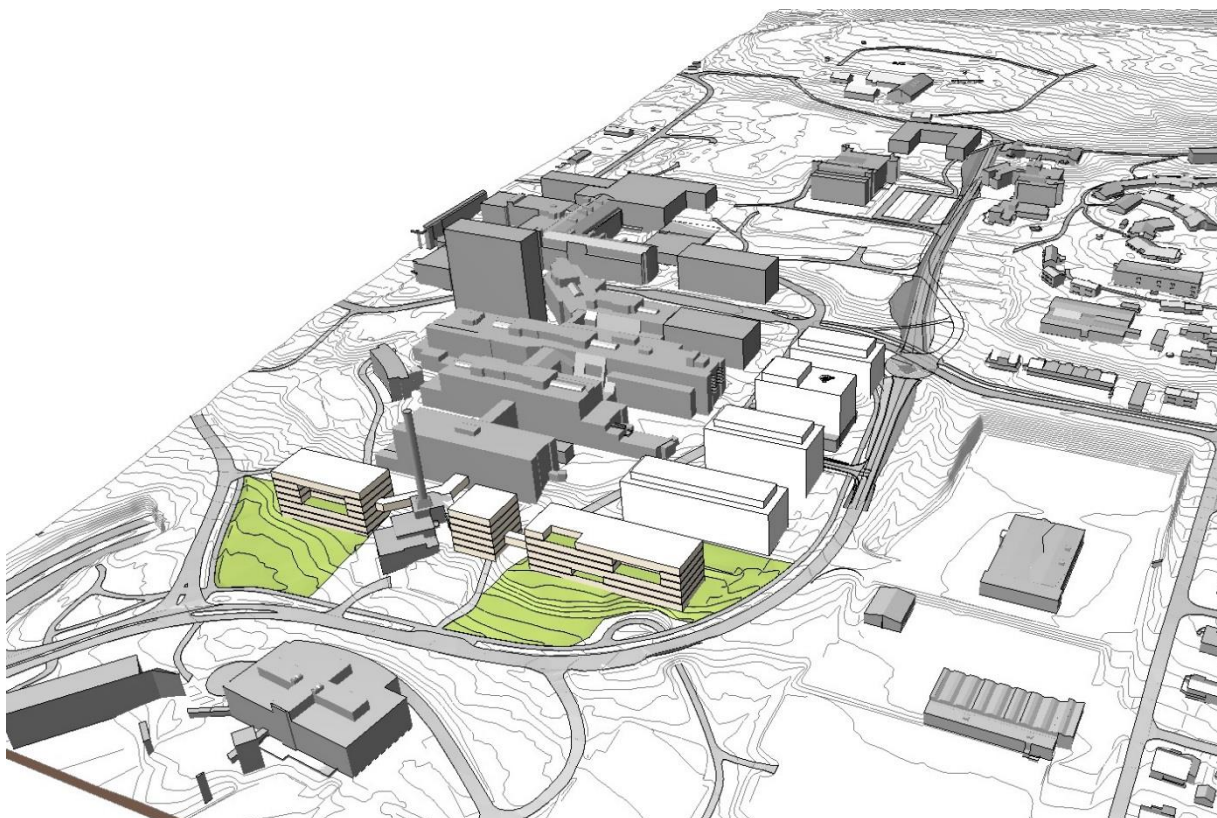
Utfordringen med konseptet er at bebyggelsen blir delt opp av eksisterende bygg til varmesentralen som ligger i midten.

Private utearealer kan være på tak



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet for å plassere poliklinikker og fellesarealet i underetasjer og i midten, samt oppholdsarealer og sengeposter i de øvre etasjene.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten er en del av sykehusets eiendom gnr/bnr 124/86. Området ligger på østsiden av dagens sykehusbygg. Det gamle pasienthotellet ligger innenfor området. Området er ca. 5 000 m². I tillegg er det mulig å se tomte i sammenheng med arealet på nordsiden av varmesentralen. De to områdene til sammen utgjør et areal på opp til ca. 8.000 m². Eier: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Tomte vurdering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk	Sentral beliggenhet med god tilgjengelighet med alle transportmidler. Kort avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass.	1
2	Trafikkforhold biltrafikk	Atkomst fra Sykehusvegen. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/ Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag.	-1
3	Parkering	Begrenset. Mulighet for parkering under bygget (areal ca. 3600 m ² / opp til ca. 100 plasser).	-1
4	Orientering og lysforhold	Orientering og lysforhold mot øst og nord som sykehuset for øvrig.	0
5	Tilgang til friområde	Litt lengre avstand til lysløype og sti- nettverk i Tromsømarka.	0
6	Terrengforhold	Terrengen faller forholdsvis mye, med opptil 6 m fra meter fra vest til øst. UU på utearealer er vanskelig.	-1
7	Utvidelsesmuligheter	Ingen utvidelsesmulighet (bortsett fra i høyden).	-1
8	Tilgang til privat felles uteareal	Ev. mindre uteareal på tak.	-1

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
9	Regulering	Området er avsatt til offentlig formål i gjeldende reguleringsplan og overordna plan (KPA).	1
10	Verneforhold	Ingen	1
11	Miljøforhold (støy)	Området ligger i gul og delvis rød støysone (mot nord) fra helikopterlandingsplassen på UNN.	0
12	Skjerming	Begrenset mulighet for skjerming av spesielt utearealer mot innsyn.	-1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Eksisterende bygninger	Tidligere pasienthotellet ligger innenfor området (mot sør).	-1

Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
15	Mulighet for trinnvis utbygging	Utbyggingen vil kunne deles opp i byggetrinn, likevel noe begrenset pga. kompakt bebyggelsesstruktur.	0
16	Begrensning for somatikk	Etablering av psykiatri her vil legge begrensning på mulighet for utvidelse av sykehuset og annen bruk av det tidligere pasienthotellet.	-1
17	Langsiktig utvikling for UNN	Eiendommen ligger sentralt i sykehusområdet på Breivika og utbygging på denne tomten vil kunne styrke en ny øst-vest forbindelseslinje i området for spesielt myke trafikanter. Nærhet til somatikk og mulighet for å utvikle samarbeidet mellom somatikk og Psykiatri. Samtidig begrensning for utvidelse av somatikk.	0

Konklusjon 3 a B4 «Pasienthotellet»

Alternativet anbefales ikke pga. liten tomt og dermed ingen mulighet for utvidelse, samt manglende tilgang til skjermede uterom og skjerming generelt. Det er en ulempe at området er delt i to av varmesentralen. I tillegg legger dette alternativet begrensninger på mulig fremtidig utvidelse for somatikk på samme område.

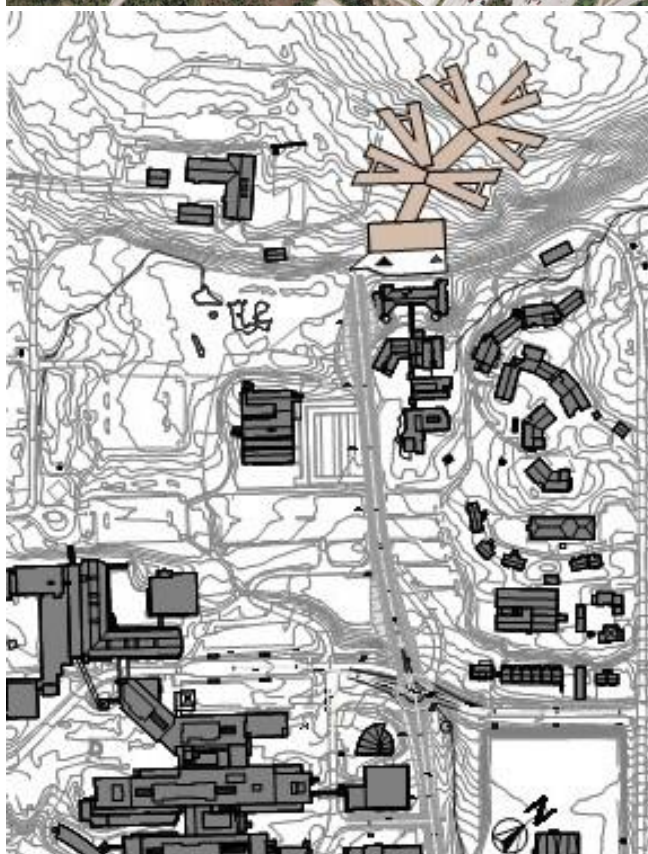
Det er uansett framtidig bruk av denne tomten at foreslått bebyggelse ikke kommer i konflikt med innflygingsbanen for helikopteret til UNN, men dette må avklares med luftfartsmyndigheten.

Alternativ 3 a: Breivika –BUP vest (B5)



Mulig tomteareal:

Areal ca. 32 000 m² på vestsiden av eksisterende BUP.

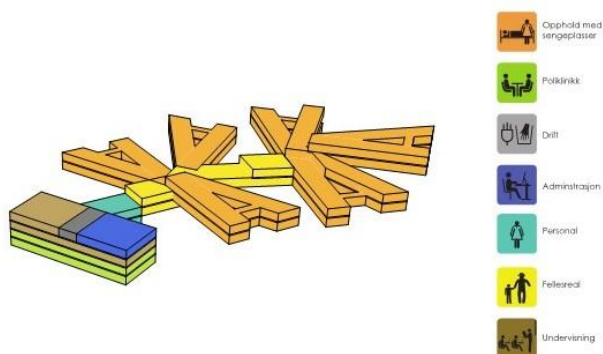


Situasjonsplan mulig plassering:

Foreslått ny bebyggelse er utformet som en forholdsvis lav stjernebebyggelse med et kompakt punkthus utformet som en lamell i front (mot øst). Bebyggelsen ligger terrengmessig for seg selv, men utgjør likevel en forlengelse fysisk og strukturelt av eksisterende bebyggelse for BUP. Ny bebyggelse kan forbindes til eksisterende bebyggelse med innvendig gang (tunnel eller bru) til BUP.

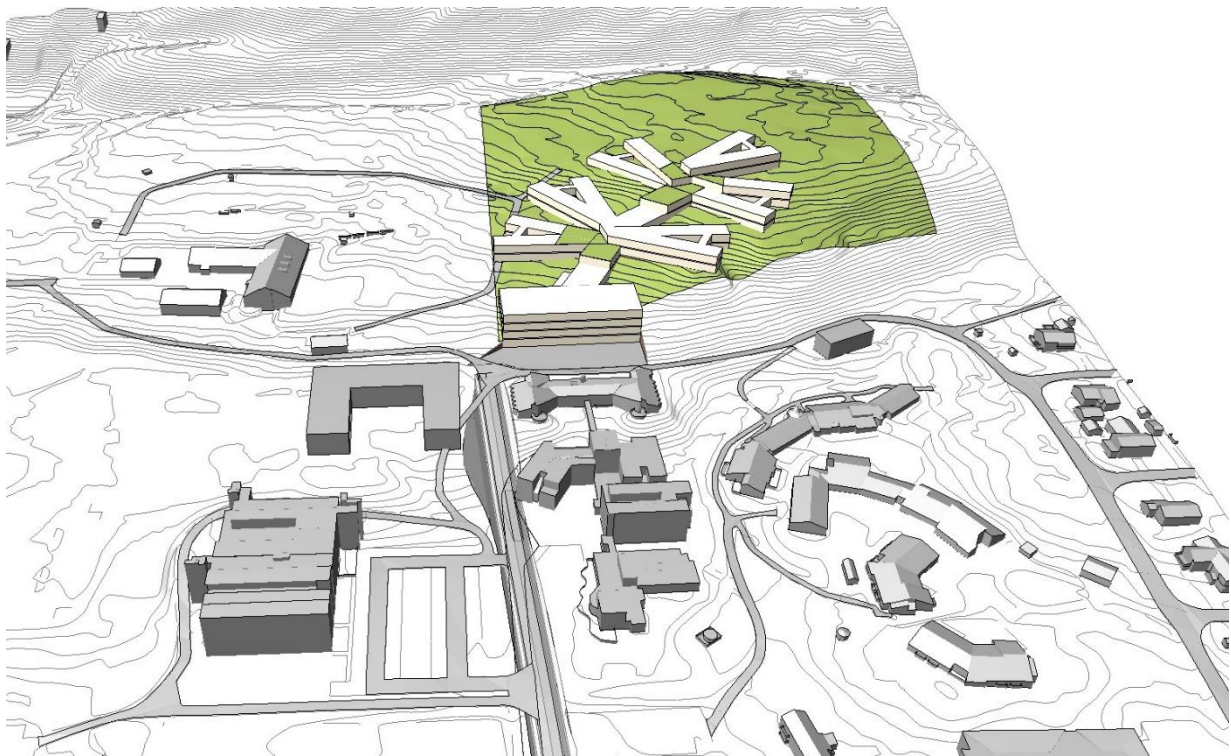
Private utearealer på tak.

Private utearealer på bakkeplan i seks indre gårdsrom, samt åpne uterom mellom byggene.



Skjematisk oppdeling av funksjoner i forhold til romprogram. Funksjoner er ikke nøyaktig plassert:

I prinsippet er det mulighet for etablering av poliklinikker og fellesarealet i kompakt blokk med inngang, samt oppholdsarealer og sengeposter i egne bygg.



3D-illustrasjon mulig bebyggelse

Lokaliteten er en del av eiendom gnr/bnr 124/28 – Universitetet er eier. Området ligger på vestsiden/ oversiden av BUP. Mulig tomteareal ca. 32.000 m². Det er høyst usikkert om UNN får kjøpt denne tomten, som bl.a. involverer deler av inngjerdet reinbeiteområde som tilhører arktisk biologi.

Tomteevaluering

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
1	Atkomst gang, sykkel og kollektivtrafikk	Mer perifer beliggenhet men god tilgjengelighet med alle transportmidler. Lenger avstand til hovednett for sykkel og bussholdeplass enn andre områder.	0
2	Trafikkforhold biltrafikk	Atkomst fra Sykehusvegen og eksisterende atkomstveg til BUP og Tannhelsebygget. Eksisterende veg foreslås rettet ut og det foreslås nytt kryss mellom Sykehusvegen og Hansine Hansens veg. Mulig alternativ atkomst fra Gimlevegen (primær boliggate og derfor ikke optimalt). Bratt adkomst. Forsinkelser ved kryss Sykehusvegen/ Stakkevollvegen oppleves som et stort problem i dag.	-1
3	Parkering	Bratt og vanskelig tomt, vanskelig å etablere parkering på tomten.	-1
4	Orientering og lysforhold	Orientering i hovedsak mot sør og øst. Terrenget gir gode muligheter for nedtrapping av bebyggelsen og gode utsikts- og lysforhold.	0
5	Tilgang til friområde	Ligger helt inntil Tromsømarka og sti-nettverket her.	1
6	Terrengforhold	Bratt skrånende terreng på nederste (østligste) del av området. Noe slakere skråning på resten av området. Terrengforholdene gir utfordringer i forhold til atkomst. Mulighet for Universell Utforming til bygget via heis og fra ulike nivå i bebyggelsen.	0
8	Utvikelsesmuligheter	Gode muligheter for utvidelse. Det vil være mulighet for nytt kompetansesenter innenfor området (i tillegg til illustrert bebyggelse).	1
9	Tilgang til skjermet uterom	Tilgang til atrium i hver av de seks byggene. Tilgang via trapp fra 2. etasje.	1

Reguleringsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
10	Regulering	Området er avsatt til offentlig formål i gjeldende reguleringsplan og overordna plan (KPA).	1
11	Verneforhold	Ingen.	1
12	Miljøforhold (støy)	Området ligger i gul sone fra helikopterlandingsplassen på UNN.	0
13	Skjerming	Gode muligheter for skjerming av arealer ute og inne.	1

Vurdering av bygningsmessige forhold

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
14	Eksisterende bygninger	Ingen begrensninger for nybygg.	1

Utbyggingspotensiale

	Kriterier	Beskrivelse	Poeng
15	Mulighet for trinnvis utbygging	Utbyggingen vil kunne deles opp i byggetrinn.	1
16	Begrensning for somatikk	Ingen begrensning for sykehuset.	1
17	Langsiktig utvikling for UNN	Eiendommen ligger sentralt i sykehusområdet på Breivika og utbygging på denne tomten med tilhørende etablering av tydelig akse gjennom Breivika vil kunne styrke en ny øst-vest forbindelseslinje i området, spesielt for myke trafikanter. Kjøp av eiendommen vil representere en utvidelse av mulig byggeareal for UNN.	0

Konklusjon 3 a: B5 BUP Vest «Universitetstomta»

Alternativet anbefales ikke pga. vanskelige at adkomstforhold og terrengforhold. Det er også stor usikkerhet knyttet til om man vil kunne få ervervet eiendommen.

12.3.5 Alternativ 3 b: Delvis flytting fra Åsgård til Breivika

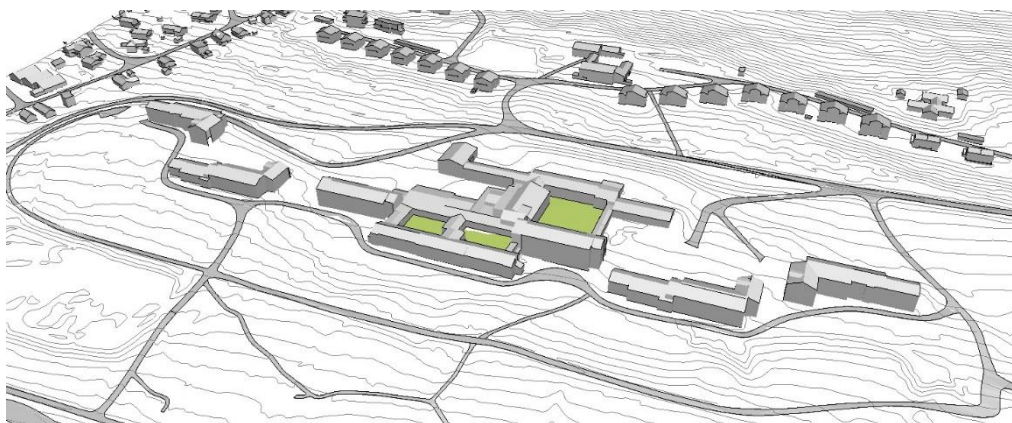
Det kan bli aktuelt med delvis flytting av funksjoner fra Åsgård til Breivika. Dersom dette blir aktuelt bør det uansett velges en tomt som har potensiale for full flytting på sikt, slik at man har denne muligheten. I samtlige av de foreslåtte alternativene i Breivika vil derfor første byggetrinn kunne fungere ved behov for delvis flytting fra Åsgård.

Mange psykiatriske pasienter har somatiske tilleggslidelser, det er derfor nærliggende å anta at det vil være en fordel med samlokalisering mellom psykiatri og somatikk, noe som har blitt en tendens i nyere norske prosjekter. Vurdert fra klinikken er det imidlertid ikke påvist fordeler ved samlokalisering utover det praktiske.

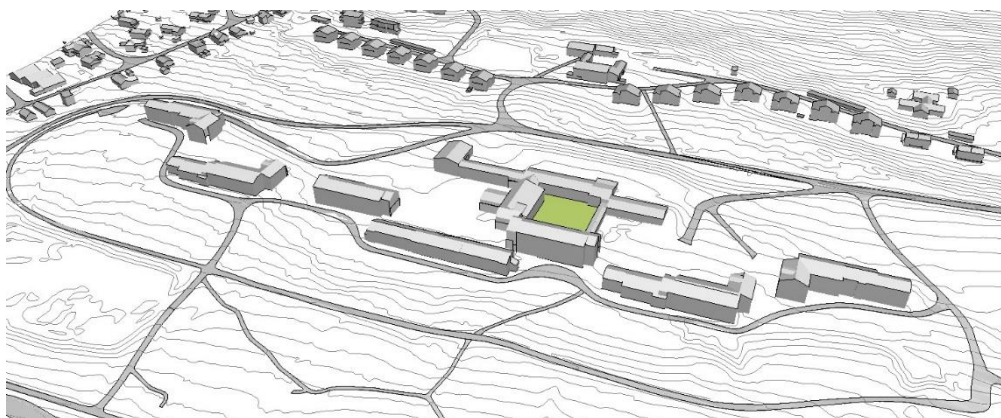
Man kan også tenke seg en integrering mellom psykiatri og lokalsamfunn. I det tilfelle vil det være en fordel at det kliniske preget reduseres mest mulig. I et slikt perspektiv kan det kanskje være aktuelt

med en delt løsning, hvor en del av institusjonen blir i igjen på Åsgård og etterhvert blir en integrert del av et attraktivt og trygt boligområde og lokalsamfunn. I England prøver man ut løsninger det psykisk helsevern er en del av lokalsamfunnet, og der hovedtanken er at tjenestene skal være en serviceytelse knyttet til en bydel, gjerne et boligområde. Utenfor London finnes et slikt eksempel på en institusjon med 28 plasser (Sintef-rapport «Hva kjennetegner gode bygg i psykisk helsevern», 2014).

Dersom bare en mindre del av institusjonen skal bli igjen på Åsgård, foreslås den sentrale bygningsmassen med inngangsparti (fredet) og nærliggende bebyggelse omkring felles atrium, som vil kunne fungere som en bra helhetlig institusjon.



Illustrasjon delvis bruksendring – trinn 1 (en del av Åsgård sykehus flyttes)



Illustrasjon delvis bruksendring – trinn 2 (en større del flyttes fra området)

12.4 Oppsummering av tomteanalysen

Nedenstående tabell viser vurderingstemaene og karaktersettinga for hver av tomtene oppsummert.

Sammenligning av de ulike alternativer i forhold til mål og overordna forutsetninger. Fargerne viser forskjell i måloppnåelse (grønn: bra, gul: akseptabel og rød: dårlig).

Tabell 12-1 Samlet tomteevaluering

	Kriterier	A 0 0-alt	A 1 Delvis nytt	A 2 Nytt vest	A 3 Nytt sør	B 1 BUP øst	B 2a buss-tomta	B 2b buss-tomta	B 3 Sykehusv.	B 4 Pasient hotell	B 5 BUP vest
1	Atkomst g/s/k-trafikk										
2	Trafikkforhold biltrafikk										
3	Parkering										
4	Orientering og lysforhold										
5	Tilgang friområde										
6	Terrengforhold										
7	Utvidelsesmuligheter										
8	Tilgang til skjermet uterom										
9	Regulering										
10	Verneforhold										
11	Miljøforhold (støy)										
12	Skjerming										
13	Eksisterende bygninger										
14	Trinnvis utbygging										
15	Begrensning for somatikk										
16	Langsiktig utvikling for UNN										
	Samlet poengsum (-1/0/1)	+4	+6	+11	+11	+4	+10	+11	-1	-5	+6

12.4.1 Konklusjon og anbefaling fra Mulighetsstudien

Generelt vurderes alle alternativer i Breivika som bedre enn Åsgård, pga. samlokalisering med somatikk, utnyttelse av eksisterende fellesfunksjoner på UNN, utvikling av Breivika som knutepunkt med god tilgjengelighet. Breivika gir også større fleksibilitet i forhold til framtidige endringer av bygningenes funksjon. Åsgård har stort potensiale for annen bruk, og har store begrensninger på grunn av vern. Begge områder har god tilgjengelighet til friluftsområder.

På bakgrunn av mulighetsstudien anbefales det å gå videre med disse alternativene:

1. «Busstomta» (B2, a og b)
2. Åsgård vest (Å2)

13 Investeringsbehov og bærekraftanalyse for alternative tomter

13.1 Investeringskalkyle

Inge Johansen Prosjekt AS (INJ Prosjekt) har på oppdrag fra Universitetssykehuset i Nord Norge foretatt kostnadsvurdering av de alternativer som er utarbeidet i rapporten fra Asplan Viak AS.

13.1.1 Kalkulasjonsgrunnlag for investeringskalkylen

Kalkulasjonsgrunnlag i INJ's kalkyler:

Det er generelt benyttet prisgrunnlag fra Norsk prisbok 2013 med følgende justeringer:

Areal som grunnlag for kostnadskalkyle er:

- 24.000 m² for nybygg i Breivika og 25.000 m² for nybygg på Åsgård
- Justert for prisstigning med 7,7%, til 2017 priser.
- Justert opp med 33 % på grunn av generell prisnivåforskjell («Tromsø priser») basert på erfaring med markedspriser.
- Prisene på VVS, elkraft og tele- og automatisering er identiske med prisene på renovering av bygg 7 på Åsgård, kun oppjustert med prisstigning (fra 2014 til 2017).
- Kostnaden for grunn- og fundamenteringsarbeider vil variere i forhold til fotavtrykket på bygningsmassen. Derfor har denne fått egen prispost i oppstillingen.
- Kostnaden for løst inventarer er medtatt med grunnlag i erfaringstall fra Bygg 7

Utendørs anlegg er medtatt med følgende omfang:

- Parkeringsanlegg ute på bakkenivå
- Parkeringsanlegg i parkeringshus (fortrinnsvis under bygningsmassen)
- Ny adkomstveg
- Internveier
- Oppgradering av VA anlegg der det er vurdert behov for det.

Reserver og marginer er beregnet som er påslag på byggekostnaden med 20%.

13.1.2 Sammenstilling av investering knyttet til alternativene¹²

Investeringsnivået for tomtealternativene er satt opp med relevante kostnader som kommer i tillegg til nybyggkostnad, noe ulikt mellom tomtene. Totalsummene varierer mellom 1,321 mrd. for laveste alternativ på Åsgård til 1,414 mrd. for dyreste alternativ i Breivika. Forskjellen i prosjektkostnad vil ikke være avgjørende for valg av alternativ.

Tabellene som viser beregnet prosjektkostnad angir i de første radene hva som ligger til grunn for kalkylen i form av areal (riving, renovering, nybygg) størrelse fotavtrykk, antall parkeringsplasser på bakkeplan eller i parkeringshus, og antall meter veg. Prosjektkostnaden framkommer som en sum av kostnadene knyttet til hvert enkelt element – som er synlig i rapporten fra INJ som er vedlagt.

¹² Rapporten fra INJ vedlegges i sin helhet, her vises oppsummeringen for alternativene

Tabell 13-1 Prosjektkostnad alternative tomter Åsgård

	ÅSGÅRD			
ANLEGG-/BYGNINGSDEL	Å00	Å01	Å02	Å03
Areal riving	0	24 419	0	0
Areal renovering	31 359	3 000	0	0
Areal nybygg	0	19 000	25 000	25 000
Fotavtrykk	6 642	9 526	9 565	8 800
Antall parkeringsplasser på bakken	0	200	200	200
Antall parkeringsplasser i parkeringshus	0	0	0	0
Ny adkomstveg	0	0	300	200
Internveier	0	300	800	449
Omlegging av adkomstveg	0	0	0	0
Prosjektkostnad	1 321 408 000	1 391 391 237	1 350 917 734	1 343 931 212

Tabell 13-2 Prosjektkostnad alternative tomter Breivika

	BREIVIKA					
ANLEGG-/BYGNINGSDEL	B01	B02a	B02b	B03	B04	B05
Areal riving	0	2 993	2 243	0	0	0
Areal renovering	0	0	0	0	0	0
Areal nybygg	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000
Fotavtrykk	5 714	8 000	8 000	6 300	3 600	24 000
Parkeringsplasser på bakken	0	300	300	0	0	300
Parkeringsplasser i park. hus	520	0	0	560	400	0
Ny adkomstveg	110	30	30	0	0	195
Internveier	0	0	0	0	0	350
Omlegging adkomstveg	0	0	0	0	0	0
Prosjektkostnad	1 414 695 526	1 349 090 595	1 354 288 542	1 398 828 180	1 363 543 165	1 365 784 349

Det er ulike opsjoner knyttet til tomtene. I Åsgårdalternativene er det lagt inn 200 parkeringsplasser på bakkenivå. For 3 av tomtene i Breivika er det mulig å bygge parkeringshus under bakken med større kapasitet enn det som er behovet for psykisk helse/rus alene.

Oppsummering:

De ulike investeringsalternativene (linjen med «prosjektkostnad») ligger relativt jevnt med hverandre i kostnad, og varierer fra kr. 1,321 mrd. (Å 0) til kr 1.414 mrd. (B01). Det billigste alternativet er 0-alternativet, som inkluderer full renovering av dagens bygningsmasse på Åsgård. På grunn av vedlikeholdsetterslep og dårlig teknisk tilstand, blir ikke 0-alternativet særlig billigere enn nybygg, men ligger tvert imot bare kr. 22 mill. lavere enn billigste nyinvestering (Å 03).

Det dyreste alternativet er BUP østre (B01) med kr 1,414 mrd. Hovedårsaken er at dette alternativet

får en forpliktelse til å erstatte alle parkeringsplasser for somatikken som blir beslaglagt til psykiatribygg.

Når det gjelder Gimleveien 12, så er en del kostnader her trukket ut som opsjoner, og ikke lagt på som en obligatorisk del av prosjektkostnaden. Dette fordi disse opsjonene ikke er nødvendige grep knyttet til å få opp bygget på denne tomte, men representerer noen merverdier som tomtevalget kan gi, og som i følge Medvirkergruppa er en premiss for at tomte kan velges. Disse er opparbeidelse av 13,5 mål parkanlegg inntil psykiatribygget, en kulvert slik at man kan gå tørrskodd til somatikken, samt muligheter for å bygge et parkeringshus, slik at all parkering for sykehuset samlet kan løses på en plass.

Tabellen nedenfor viser hvilke kostnader som må tas med i neste fase dersom «Busstomta» skulle vise seg å bli det foretrukne alternativet. Den foreløpige kalkylen utgjør vel 290 mill NOK.

OPSJONER som ikke er tatt med i kostnadskalkylen for tomt B02a og B02b			
PARKERINGSBUS FOR SOMATIKKEN (B02a)			
Mengde			920 stk
Prosjektkostnad	kr	208 488 330	
KULVERT MELLOM BUSSTOMTA OG SYKEHUSET (B02a)			
Mengde			200m
Prosjektkostnad	kr	35 000 000	
OPPARBEIDELSE AV PARKOMRÅDE PÅ NEDRE DEL AV "BUSS" TOMTA			
Areal (m2)			13 500
Prosjektkostnad	kr	47 250 000	

Det er ikke gjort noen tilsvarende beregning av hva som eventuelt må opparbeides av skjerming i form av beplantning og tilrettelegging ved valg av alternativ på Åsgård utover det som ligger på «utomhus» i alle kostnadsoverslagene.

For øvrig framgår det av tabellpresentasjonene av de ulike alternativene hva som er inkludert i kostnadsoverslagene.

Kostnader og evt. inntekter ved kjøp og salg av tomt er ikke medtatt i tabellen. Det er heftet store usikkerheter ved disse tallene på nåværende tidspunkt. I tillegg vil det være en strategisk vurdering som Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) må gjøre, hvorvidt hele/ deler av UNNs tomt på Åsgård skal legges ut for salg (se kap. 13.2 Takst over eiendommen på Åsgård) eller ikke.

13.2 Bærekraftanalyse

Bærekraft analysen er utført av UNN, økonomienheten. Følgende forutsetninger er lagt til grunn:

Tabell 13-3 Forutsetninger i bærekraftanalysen

Forutsetninger:	
Avskrivningstid (år)	30
FDV per kvm (kr)	1000
Lånebehov	70 %
Rentekostnad lån	3,0 %
Rente egen likviditet	2,8 %
Avdrag lån (år)	25
Dagens FDV kostnad (mill kr)	40

Tabell 13-4 Bærekraftanalyse for tomtealternativene

Alternativer	Areal (kvm)	Prosjekt kostnad	Lånebehov	Egen finansiering	Endring FDV kostnader	Årlige avskrivnings kostnader	Årlige rentekostnader	Sum økte kostnader per år
Å00	31 359	1 321	925	396	-8,6	44,0	38,8	74,3
Å01	22 000	1 391	974	417	-18,0	46,4	40,9	69,3
Å02	25 000	1 351	946	405	-15,0	45,0	39,7	69,7
Å03	25 000	1 344	941	403	-15,0	44,8	39,5	69,3
B01	24 000	1 415	990	424	-16,0	47,2	41,6	72,7
B02a	24 000	1 349	944	405	-16,0	45,0	39,7	68,6
B02b	24 000	1 354	948	406	-16,0	45,1	39,8	69,0
B03	24 000	1 399	979	420	-16,0	46,6	41,1	71,8
B04	24 000	1 364	954	409	-16,0	45,5	40,1	69,5
B05	24 000	1 366	956	410	-16,0	45,5	40,2	69,7

Tabell 13-4 viser en oppsummering av kostnader knyttet til de ulike alternativene for idfase Psykisk helsevern og rusbehandling. I disse alternativene er det prosjektkostnader som er utgangspunkt for beregninger. Det vil si at kostnader knyttet til kjøp og salg av tomter ikke er tatt med.

Økonomisk konsekvens av nybygg eller total renovering av lokalene på Åsgård er tilnærmelsesvis identiske i investeringskostnad. Det innebærer finansieringsbehov i form av låneopptak og egenfinansiering i størrelsesorden 70/30 og dertil hørende finanskostnad. I tillegg kommer avskrivningskostnad over en 40 års periode på bygg. Siden dagens bygningsmasse som erstattes er totalt nedskrevet i verdi, vil avskrivningskostnad komme som en utgift på driftsbudsjett i sin helhet. Samlet gir dette en total økning av driftskostnader for UNN på ca. 80-85 mill. kr første år og avtagende til 44 mill kr når lån er nedbetalt.

En mulighet for å redusere foretakets samlede omstillingsutfordring ved investeringen er å pålegge større driftsinnsparinger som resultat av mer effektiv drift i nytt bygg. Denne effekten anslås å kunne være større i nybygg enn ved 0-alternativet og større ved nybygg i Breivika enn ved nybygg på Åsgård. Ren arealeffektivisering og dermed mindre bygningsmasse å drifte gir også en gevinst på drift. Anslått driftskostnad per m2 er 1000 kr. Det gir en besparelse på 1 mill. kr pr 1000 m2 bespart areal.

13.2.1 Tomtekjøp og avhending

Vurdering av avhending er utført av to firma. Forhåndstakst over Åsgårdområdet parsell av gnr. 118, bnr. 1561, v/ Troms Takst AS og verdivurdering av næringseiendom, gbr. 124 bnr. 12, Tromsø v/Næringsmegling AS

13.2.1.1 Mulige verdier ved avhending av tomt på Åsgård- vest for Åsgårdvegen

Avhending av vestre del av Åsgårdtomta (avgrenset av Åsgårdvegen og Kvaløyvegen i hhv øst og vest) Taksten er utarbeidet med tanke på 3 tenkte scenarier:

1. UNNs tomt på Åsgård (på vestsiden av Åsgårdvegen) selges slik den framstår, med vernede og fredede bygg, 200 dekar
660 mill kr
2. UNNs tomt på Åsgård (på vestsiden av Åsgårdvegen) selges etter at den er omregulert til boligformål, 200 dekar
1.100 mill kr
3. Deler av UNNs tomt (på vestsiden av Åsgårdvegen) selges etter at denne er omregulert til boligformål, 120 dekar
329 mill kr

Scenario 1 og 2- Omfang



Scenario 3- Omfang



Drøftelse av takst og usikkerheter

Taksten er bestilt som en forhåndstakst og inneholder noen forutsetninger og usikkerheter, slik som muligheter for avfredning av eksisterende bygningsmasse og omregulering av området. Beløpene må derfor kun betraktes som en indikasjon på et inntekspotensial, og ikke som nøyaktige tall.

13.2.1.2 Mulige verdier ved avhending av tomt på Åsgård- øst for Åsgårdvegen, «Åsgård-lia»

UNN har over flere år arbeidet med å omregulere tomta øst for Åsgårdvegen. Denne er på omtrent 150 dekar. Formålet er å selge der inntekspotensialet er optimalisert. Det er ikke tatt takst på dette området, men inntekspotensialet har vært vurdert til å ligge mellom 100 og 250 mill kr i 2012. Tomteprisene har steget mye de siste årene. Fersk takst fra tomta på vestsiden av Åsgårdveien (scenario 2 i pkt. 3.2.1.1) viser et inntekspotensial på kr. 329 mill kr. Denne tomta har omtrent samme størrelse, og et inntekspotensial på kr. 300 mill kr er lagt til grunn.

13.2.1.3 Tomteervervelser

Kostnader ved tomteervervelse for Å 03 og B 02 a og b, samt B 05, er anslått- basert på en vurdering av dagens reguleringsforhold (hhv jordbruk og næring) og at disse må omreguleres til offentlige formål - 100 mill kr.

13.2.1.4 Tomteervervelser og avhending knyttet til de ulike alternativene

Tabell 13-5 Åsgårdalternativene, tomteerverv, avhending og byggekostnad

Alternativ	ÅSGÅRD			
	Å00	Å01	Å02	Å03
Prosjektkostnad	1 321 408 000	1 391 391 237	1 350 917 734	1 343 931 212
Kjøp av tomt	0	0	0	100 000 000
Salg av «Åsgårdlia»	-300 000 000	-300 000 000	-300 000 000	-300 000 000
Sum totalt	1 021 408 000	1 091 391 237	1 050 917 734	1 143 931 212
Salg av tomt omregulert Åsgård vest, 120 dekar			-329 000 000	
Salg av tomt på Åsgård, vestside Åsgårdvegen med dagens bygn.masse (200 da)	0	0	0	-660 000 000
Sum totalt	1 021 408 000	1 091 391 237	721 917 734	483 931 212
Salg Åsgård vest restpotensiale ved omregulering til bolig (200 da)	0	0	0	-658 900 000
Sum totalt	1 021 408 000	1 091 391 237	721 917 734	-174 968 788

Tabell 13-6 Breivika-alternativene, tomteerverv, avhending og byggekostnad

Alternativ	BREIVIKA					
	B01	B02a	B02b	B03	B04	B05
Prosjektkostnad	1 414 695 526	1 349 090 595	1 354 288 542	1 398 828 180	1 363 543 165	1 365 784 349
Kjøp av tomt, estimert kostnad	0	100 000 000	100 000 000	0	0	100 000 000
Sum kostnad inkl. tomteerverv	1 414 695 526	1 449 090 595	1 454 288 542	1 398 828 180	1 363 543 165	1 366 784 349
Salg av tomt på Åsgård, vestsida Åsgårdvegen med dagens bygn.masse (200 da)	-660 000 000	-660 000 000	-660 000 000	-660 000 000	-660 000 000	-660 000 000
Sum kostnad	754 695 526	789 090 595	794 288 542	738 828 180	703 543 165	706 784 349
Salg av Åsgårdlia	-300 000 000	-300 000 000	-300 000 000	-300 000 000	-300 000 000	-300 000 000
Sum kostnad:	454 695 526	489 090 595	494 288 542	438 828 180	403 543 165	406 784 349
Opsjon B02 a og b Kulvert til somatikk		35 000 000	35 000 000			
Opsjonsverdi B02 a og b Parkanlegg		47 250 000	47 250 000			
Sum (inkl. opsjoner)	454 695 526	571 340 595	576 538 542	438 828 180	403 543 165	406 784 349
Opsjon B02 a og b Parkeringshus hele UNN		208 488 330	208 488 330			
Sum (inkl. parkeringshus)		779 828 925	785 026 872			
Salg Åsgård vest restpotensiale ved omregulering til bolig (200 da)	-658 900 000	-658 900 000	-658 900 000	-658 900 000	-658 900 000	-658 900 000
Sum totalt	-204 204 474	120 928 925	126 126 872	-220 071 820	-255 356 835	-252 115 651

Kommentarer:

For Åsgårdalternativene vil inntekspotensialet variere fra 0 til 1,4 mrd kr, avhengig av om det er mulig å selge deler eller hele tomta på Åsgård. Videre er salgsinntektene splittet til å omfatte inntekter ved å selge tomta med eksisterende bygg, samt inntekter ved å omregulere hele eller deler av tomta til boligformål.

For nullalternativet (Å 0) og delvis gjenbruk (Å 1) vil det ikke være realistisk å selge noen deler av tomta på vestsiden av Åsgårdveien. Salg av østsiden av Åsgårdveien er tilgodeskrevet alle alternativene på Åsgård

For alternativ Å 02 (nytt vest) er det mulig å selge øvre del av tomta. Dette alternativet er tilgodeskrevet salg av dette området, omregulert til boligformål.

Alle Breivika-alternativene er tilgodeskrevet salg av hele eiendommen på Åsgård, der inntekspotensialet varierer i et spenn på 660 mill kr til 1,4 mrd kr.

Diskusjon

En beslutning om hvorvidt man ønsker å selge tomt på Åsgård, avhenger også av andre vurderinger enn de økonomiske. Dette gjelder faglige vurderinger av hvor et nytt bygg for rus og psykiatri bør være lokalisert. I tillegg kommer tomtestrategiske vurderinger, slik som å ivareta fremtidige utvidelser av sykehuset. Disse faktorene er drøftet under kap 14.

Det er store usikkerheter knyttet til omfanget av inntektene og også tidsaspektet for å få disse utløst. Inntekspotensial fra et evt. tomtesalg er derfor presentert løsrevet fra selve investeringskalkylen. Muligheter for å få omregulert tomta til boligformål avhenger direkte av om det er mulig å få avfredet alle byggene. Det ble i utgangspunktet lagt et stort omfang av fysisk vern på bygningsmassen, og det vil være en omstendelig og usikker prosess å forsøke å få til en avfredning av byggene. Vi har imidlertid tatt med et slikt scenario i vurderingen av mulige tomteverdier, siden dette utgjør en betydelig merpotensial for finansieringen av nybygg for helseforetaket og helseregionen

Det kan ikke påregnes sammenfall i tid mellom investeringskostnadene og mulige utløsninger av inntekter fra tomtesalg. Vi har likevel funnet det riktig å synliggjøre dette som et mulig inntekspotensial ved bygging av nytt bygg for psykisk helse og rusbehandling. UNN besitter tomteverdier som kan komme nytt bygg for psykisk helse og rusbehandling til gode i form av del- og eller helfinansiering av byggeprosjektet.

14 Evaluering og drøfting av alternativene

14.1 Overordnede betraktninger

I dette kapittelet drøftes en del problemstillinger som er relevante for framtidig tomtevalg, men ikke knyttet til en spesifikk tomt.

Regional sikkerhetsavdeling for Helse Nord (RSA)

Helse Nord har besluttet at det skal etableres 5 regionale sikkerhetsplasser i regionen, hvorav 3 plasser i Tromsø innen 2019. Prosessen med etablering av plassene er ikke iverksatt.

Regionale sikkerhetsplasser krever etablering av en egen enhet på ca. 4.400 m². Krav til slike plasser skiller seg fra psykiatrien for øvrig, ved at det stilles svært høye krav til sikkerhet og skallsikring, er mer arealkrevende og krever andre driftsformer. Denne type bygg med omkringliggende lukkede utemiljø vil i sin egenart skille seg fra psykiatrien for øvrig. Bygg for psykisk helsevern og rusbehandling legger vekt på åpenhet mot omverdenen, vennlige og imøtekommende bygg med tilgang til grønne rekreasjonsområder. Sambrukseffekten mellom sikkerhetsavdelingen og den øvrige del av psykisk helsevern vil også være begrenset. Andre steder i Norge vurderes det hvorvidt slike bygninger bør samlokaliseres med fengsel eller med psykiatri for øvrig.

Slik det vurderes i Idéfasen for psykisk helsevern og rusbehandling, kan et slikt bygg ligge på en separat tomt, uten at dette er til vesentlig ulempe for PHV_TSB eller at man gir avkall på driftsfordeler av vesentlig art.

I Idéfasen er det oppsummert at alle alternativer på Åsgård ha plass til en slik funksjon. I tillegg vil «busstomta» (B2a+B2b) i Breivika ha mulighet for plass til et slikt bygg. De andre tomtealternativene

vil ikke kunne gi plass til dette bygget.

Med bakgrunn i ovennevnte betraktninger har Idéfasen for psykisk helsevern og rusbehandling funnet det hensiktsmessig å begrense tomteevalueringene til å omfatte en betraktning av hvorvidt de ulike tomtene har plass til et slikt bygg. Men det er ikke tatt med som et fast kriterium eller vektlagt i mulighetsstudien, knyttet til vurdering av de ulike tomtevalgene.

Støysoner og tomtealternativer

Tomtealternativene på Åsgård ligger i sin helhet i gul flystøysone, med unntak av en et mindre område i nordvest som ligger i rød flystøysone. Noen steder på vestre del av tomta overlapper gul støysone fra veg med gul flystøysone. Dette innebærer normalt sett krav til skjerming, både for utendørs og for innendørs arealer.

Når det gjelder Breivika, ligger en del av tomtealternativene i rød støysone fra ambulansehelikopter og resten ligger i gul støysone fra samme helikopter. Tomtealternativet inntil Sykehusvegen ligger i tillegg i rød støysone fra vegtrafikkstøy. Dette innebærer normalt sett krav til skjermingstiltak, både for utendørs- men også for innendørsarealer.

Støy fra fly og støy fra ambulansehelikopter er noe som preger alle tomtealternativene, i større eller mindre grad. Støyproblematikk løses greit innendørs ved skjerming i bygg, men utearealer knyttet til opphold reguleres også av støykrav og gir utfordringer.

Når det gjelder støy fra flyplass, gjelder dette i hovedsak flyavganger og propellflylandinger hhv. mot og fra sør. Langnes flyplass har over 40.000 flybevegelser per år, noe som tilsvarer gjennomsnittlig ca. 100 flygninger per dag. I tillegg er motortesting på flyplassen med høyt motorturtall en ytterligere støykilde fra flyplassen. Dette kan også skje nattetid. Helikopteraktivitet til og fra sykehuset tilsvarer ca. 2400 helikopterflygninger per år, gjennomsnittlig ca. 7 flygninger per døgn.

Det anbefales få utført støymålinger for å kartlegge egenarten av støyen i Breivika der topografi og innflygingsbane vil påvirke hvordan støyen oppleves på ulike deler av «busstomta». På samme måte bør det foretas kartlegging av støy på Åsgård.

Byplanmessige betraktninger områdene Åsgård og Breivika

Åsgårdområdet er ikke definert som et sentralt knutepunkt i kommunens overordnede byutviklingsstrategi (kommuneplanens arealdel). Definerte knutepunktstrategier på Tromsøya er Sentrum, Breivika og Langnes, der Breivika og Sentrum er definert som mål for utvidelse og vekst. Dette innebærer at Breivika kommer til å være satsningsområde når det gjelder utvikling av kollektivtilbud og utvikling av trafikale vegløsninger, mens Åsgård ikke er underlagt en slik satsning. Dette området vil være foretrukket til boligvekst.

For noen av tomtealternativene på Åsgård er det likevel mulig å etablere ny adkomst mot Kvaløyvegen, slik at det kollektive servicetilbudet vil bli noe bedret. I mulighetsstudien (kap. 12) framkommer dette som et kriterium som er poengsatt innenfor vurderingen av de ulike alternativene.

Vurderinger fra medvirkergruppa – ansatte- og brukerrepresentanter

Beliggenheten og utformingen av et nytt sykehusbygg som skal ivareta behandling og omsorg innenfor psykisk helse og rusbehandling er av stor betydning. En bør i størst mulig grad vektlegge det som fremstår som «helbredende omgivelser» for disse pasientene.

Plassering av PHV_TSB på eller omkring nåværende Åsgård sykehus gir en opplevd merverdi i form av rolige omgivelser. Det gir en enkel adkomst til områder som ligger forholdsvis skjermet mot andre samfunnsinstitusjoner.

Plassering i Breivika gir generelt mer urolige omgivelser og det vil være vanskeligere å gi pasienter fri utgang fordi de vil eksponeres for potensielle risikosituasjoner i større grad.

Ved valg av tomt i Breivika vil det være viktig at byggene utformes slik at det blir mulig å gå direkte ut i skjermet område for pasienter som ikke har fri utgang (innlagt på tvang, og/eller ute av stand til å bevege seg ute uten følge). Plassering av bygget på tomta og tilrettelegging av uteområdene (f.eks. i form av park/grøntanlegg) kan til en viss grad kompensere for at bygget blir liggende i et mer «urolig» området med tilgang til potensielle risikosituasjoner. Kostnader til slike løsninger må tas med som grunnlag for evaluering og beslutning.

14.2 Vurdering av alternativene

I vurderingen av alternativene er både rene tomteforhold, tomtenes mulighet til å gi plass for bygg som ivaretar behovet for psykisk helse og rusbehandling, nærhet til somatisk sykehus og investeringskostnader tatt med.

14.2.1 Alternativ 0: Oppgradering av eksisterende bygg på Åsgård

0-alternativet krever en omfattende oppgradering og innvendig ombygging av eksisterende bygningsmasse.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomta vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette alternativet lav score. Dette baserer seg på begrenset uttelling på faktorer som trafikk, orientering og lysforhold, tilgang til skjermet uteareal, fysisk vern og fredning, muligheter for langsiktig utvikling mot somatikk, hensyn til eksisterende bygninger og muligheter for trinnvis utbygging (se for øvrig kap 12).

Det er svært begrenset hvor store tilpasninger som er mulig å utføre i dette alternativet. Bygningsstrukturen legger klare begrensninger i form av sin struktur og statikk. I tillegg er bygningsmassen i sin helhet vernet/ fredet, og dette vil legge ytterligere press på mulighetene til endringer og tilpasninger av dagens bygningsmasse.

Dagens bygningsstruktur gir en begrenset andel av sengepostene direkte tilgang til lukkede uterom, men bygget har svært nær tilgang til friområdet på vestsiden av bygningsmassen.

Bygningsmassen er svært slitt og det er påkrevd med omfattende renoveringer for å skape et akseptabelt inneklima og verdige behandlingsarealer for pasientene (jmf. kap 5). I kostnadsoverslaget for dette alternativet er det derfor tatt høyde for omfattende renoveringer. Selv ved omfattende renoveringer vil man på grunn av byggenes fundamenteringsprinsipp ikke kunne forebygge nye fuktskader i byggene.

Kostnadsoverslaget tar høyde for total renovering av byggene i tillegg til midlertidige lokaler i rokader i forbindelse med byggingen. Totalt gir dette alternativet en kostnad på kr. 1.321 mrd. (jmf. kap 13.1.2), og skiller seg derved ikke ut som billigere enn nybygg.

Konklusjon:

På grunn av store vedlikeholdsetterslep og utdaterte arealer i forhold til moderne behandlingsformer, vil en oppgradering føre til kostnader som er like store som om man bygger nye arealer til psykiatrien. I tillegg vil man heller ikke oppnå optimale utforming som behandlingslokaler, og man vil ikke kunne forebygge nye fuktangrep fra grunnen.

Når man vurderer omfanget av investering opp mot et potensielt sluttresultat, anbefales det derfor ikke å utrede dette alternativet videre.

14.2.2 Alternativ 1: Delvis oppgradere eksisterende bygg og delvis bygge nytt på Åsgård (Å 1)

Dette alternativet bygger på delvis gjenbruk av eksisterende bygningsmasse og delvis nye bygg som integreres med eksisterende bygningsmasse, alt på UNNs egen tomt. Det forutsettes i dette alternativet at man kun gjenbruker de to byggene som er fredet (bygg 7 og 10) og at resten kan rives og bygges nytt. Årsak til at man legger til grunn så vidt lite gjenbruk, er begrensninger og problematikk med eksisterende bygningsmasse som kan leses av 0- alternativet.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomta vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette alternativet lav score. Dette baserer seg på begrenset uttelling på faktorer som trafikk, regulering, tilgang til skjermet uteareal, fysisk vern og fredning, hensyn til eksisterende bygningsmasse, støyforhold, muligheter for trinnvis utbygging, muligheter for langsiktig utvikling mot somatikk, hensyn til eksisterende bygninger og muligheter for trinnvis utbygging (se for øvrig kap 12).

Dette alternativet vil kunne gi mye større grad av avskjermede uterom, der det gis muligheter til å etablere direkte adkomst til disse, fra sengepostene.

Utbyggingstrinnene, midlertidige arealer og sammenkoblinger mot eksisterende bygningsmasse vil utgjøre en større utfordring i sin gjennomføring enn de andre alternativene.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.391 mrd., og er like høyt som for bygging av nye psykiatribygg.

Alternativet krever omregulering av tomta, i tillegg må det gis et stort omfang av dispensasjon fra vernet. Instanser i Sykehusbygg, som er satt til å forvalte vernet, har allerede gitt sterke signaler på at de synes dette alternativet representerer altfor lite gjenbruk.

Risikoen ved å kunne gjennomføre alternativet slik det her er presentert, vurderes som svært høy, så høy at dette alternativet med stor sannsynlighet ikke vil være gjennomførbart i sin presenterte form.

Konklusjon:

Det anbefales ikke at alternativet utredes videre som følge av stor risiko for gjennomføringsevne i sin presenterte form, som følge av at eksisterende bygningsmasse er underlagt utstrakt fysisk vern.

14.2.3 Alternativ 2 a: Bygge nytt på eksisterende tomt Åsgård-vest (Å 2)

Alternativ 2 a omfatter bygging av nytt bygg på vestre del av UNNs egen tomt. Dette området er noe langt og smalt, og er per i dag regulert som friluftsområde. Størrelsen på tomten er på 60.000 m². Mulighetsstudiet viser at det går å plassere en hensiktsmessig bygningsstruktur med avskjermede uterom på arealet.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert. I forhold til andre tomtealternativ får dette alternativet høy score. Dette baserer seg på god uttelling for de fleste vurderte faktorene (se for øvrig kap. 12). Reguleringsforhold gis noe trekk som følge av at dette området er avsatt til fremtidig grøntareal i kommuneplanens arealdel. Det finnes ingen vedtatt reguleringsplan for området, og en bygging her vil kreve utarbeidelse av reguleringsplan og en eventuell konsekvensutredning, siden formålet er i strid med overordnet plan.

Av de alternativer som er vurdert på Åsgård, peker dette seg ut som et meget aktuelt alternativ. Det gir muligheter for ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming, gode avgrensede utearealer, muligheter for etablering av ny adkomst fra Kvaløyvegen der man frigjør boligfeltet fra trafikk til og fra offentlig institusjon og forbedrer kollektivforbindelsene til psykiatrien. Tomten gir også muligheter for en eventuell utvidelse.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.350 mrd.

Medvirkergruppen sine medlemmer og brukerrepresentant er tydelig på at plassering av PHV_TSB på, eller omkring Åsgård gir en opplevd merverdi i form av sine rolige omgivelser. Det gir en enkel adkomst til områder som ligger forholdsvis skjermet mot andre samfunnsinstitusjoner.

Konklusjon:

Alternativet er meget godt i den forstand at den oppfyller de fleste av kriteriene for et godt tomtevalg for psykiatrien.

Det anbefales at dette alternativet utredes videre i de neste faser av prosjektet, og at man undersøker muligheten med Tromsø kommune til å kunne omgjøre formålet for området.

Videre anbefales det at det utføres støy målinger for å kartlegge eksponering av fly- og støy fra biltrafikk.

14.2.4 Alternativ 2 b: Bygge nytt på Troms Fylkeskommunes tomt - Åsgård-sør (Å 3)

Alternativ 2 b omfatter bygging av nybygg for psykisk helse- og rusbehandling på Troms Fylkeskommunes tomt, som ligger på sørsiden av UNNs tomt på Åsgård. Størrelsen på tomten er på 55.000 m². Mulighetsstudiet viser at det går å plassere en hensiktsmessig bygningsstruktur med avskjermede uterom rundt en sentral akse. Tomten er bredere enn tomten på Åsgård vest (alt. 2 a), slik at man slipper å måtte bygge en lang bygningsstruktur med lange gangavstander mellom funksjonene.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette alternativet høy score. Dette baserer seg på god uttelling for de fleste vurderte faktorene (se for øvrig kap. 12). Reguleringsforhold gis noe trekk som følge av at dette området er avsatt til fremtidig grøntareal i kommuneplanens arealdel. Det finnes ingen vedtatt reguleringsplan for

området, og en bygging her vil kreve utarbeidelse av reguleringsplan og en eventuell konsekvensutredning siden formålet er i strid med overordnet plan.

Av de alternativer som er vurdert på Åsgård, peker dette seg ut som et meget aktuelt alternativ. Det gir muligheter for en ny bygningsstruktur og hensiktsmessig utforming, gode avgrensede utearealer, nær tilgang til friområder og muligheter for etablering av ny adkomst fra Kvaløyvegen, der man frigjør boligfeltet fra trafikk til og fra offentlig institusjon og forbedrer kollektivforbindelsene til PHV_TSB. Tomta gir også muligheter for en evt. utvidelse.

Den største ulempen med dette alternativet er at det ikke er UNN som eier tomten. Troms Fylkeskommune bruker området til beiteområde og dyrking av mark. UNN har ingen indikasjoner på hvorvidt Troms Fylkeskommune kunne være interessert i å selge denne tomten.

UNN har omfattende tomteareal på Åsgård slik det er i dag. Til sammen har UNN ca. 300 mål. Området på oversiden av Åsgårdvegen (136 mål) er i omreguleringsprosess til boligformål, og det foreligger planer for å selge denne tomten. UNN har da gjenstående ca. 170 mål på nedsiden av Åsgårdvegen der eksisterende bygningsmasse med sin veronesone opptar 110 mål av disse, og området regulert til grøntareal (alternativ 2 a) utgjør 60 mål.

Det er et tomtestrategisk spørsmål som UNN som tomteeier må vurdere.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.343 mrd., eksklusive tomtekostnad.

Medvirkergruppen sine medlemmer og brukerrepresentant er tydelig på at plassering av psykisk helsevern- og rusbehandling på, eller omkring Åsgård, gir en opplevd merverdi i form av sine rolige omgivelser. Det gir en enkel adkomst til områder som ligger forholdsvis skjermet mot andre samfunnsinstitusjoner. Den friheten til utforming av bygg som denne tomten gir er attraktiv og kan optimalisere bygget i større grad enn andre alternativ på Åsgård.

Konklusjon:

UNN som tomteeier må på generelt grunnlag vurdere om det er hensiktsmessig å utvide sin eiendom på Åsgård. Dette kan være en strategi, all den tid det er knyttet stor usikkerhet rundt hva man skal gjøre/ får lov til å gjøre med eksisterende bygningsmasse som opptar 110 mål. De resterende 60 målene av UNNs tomt, omtalt i alternativ 2a, ligger på en litt lang og smal parsell, men som likevel gir gode muligheter for å kunne etablere et hensiktsmessig nytt bygg for psykiatrien.

Hvis ikke UNN har klare planer for at Åsgård skal være et omfattende tomtestrategisk satsningsområde for psykiatrien eller andre virksomhetsområder, anbefales det at man utnytter eksisterende tomt, framfor å foreta ytterligere tomteervervelser. Dette til tross for at man ved å kjøpe denne tomten, ville hatt en tomt med svært hensiktsmessig form for å plassere et psykiatribygg.

Med forbehold om at man ikke i utviklingsplanen har konkludert med at tomtesatsningen på Åsgård skal være omfattende, anbefales det at man ikke utreder dette tomtealternativet videre i neste fase.

14.2.5 Alternativ 3 a: Bygge nytt i Breivika (B1, B2 a og b, B3, B4 og B5)

Breivika BUP øst (B1)

Alternativ B 1 omfatter bygging av nybygg for psykiske helsevern- og rusbehandling nedenfor dagens barne- og ungdomspsykiatri (BUP). Dette området er formet som en L, og er ca. 13.000 m². Området er regulert til offentlig formål. Dette er en trang tomt der det ikke vil være mulig å bygge et bygg med stort fotavtrykk, og man er derfor tvunget til å bygge et kompaktbygg i høyden på denne tomten uten avskjermede uterom. Dette alternativet medfører at man beslaglegger 320 parkeringsplasser som må erstattes, i tillegg til at man har tatt høyde for å etablere 300 parkeringsplasser til PHV_TSB. Alle parkeringsplassene er tenkt plassert i et parkeringshus under nybygget for PHV_TSB.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer, så får dette tomtealternativet lav score. Dette baserer seg på en del trekk for forhold som blant annet trafikk, manglende utvidelsesmulighet samt manglende tilgang til skjermet uterom.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.414 mrd.

Konklusjon:

Alternativet svarer ikke på oppgaven om å gi mulighet for avskjermede uterom, ei heller gir det potensiale for utvidelse. Det anbefales ikke at alternativet utredes videre.

Breivika, Gimleveien 12, øvre og nedre (B2 a og b)

Alternativ B2 a og b omfatter å bygge nybygg for PHV_TSB på privat tomt, som ligger nord for UNN i Breivika. Størrelsen på tomten er på 42.000 m². Mulighetsstudiet viser at det går an å plassere en hensiktsmessig bygningsstruktur med avskjermede uterom rundt en sentral akse, enten man plasserer bygget på øvre eller nedre del av tomten.

Ved å bygge på øvre del av tomten vil man kunne bygge parkeringshus under PHV_TSB-bygget som vil kunne løse hele parkeringsbehovet for UNN Breivika, inkludert nybygg.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette alternativet høy score. Dette baserer seg på god uttelling for de fleste vurderte faktorene (se for øvrig kap. 12), slik at som blant annet utvidelsesmuligheter, parkering, orientering og lysforhold samt tilgang til skjermet uterom. Trafikkforhold gis noe trekk som følge av at det ved en utbygging i Breivika kan bli en merbelastning av rundkjøringa mellom Sykehusvegen og Stakkevollvegen. Den øvre delen av tomten ligger i rød støysone mens nedre del av tomten ligger i gul støysone (se egen drøfting). Det er noe lengre fra dette alternativet til definert friområde (markagrensa) enn for alternativene på Åsgård, men adkomstmulighetene vurderes som hensiktsmessig.

Av de alternativer som er vurdert i Breivika, peker dette seg ut som meget aktuelt. Tomtealternativet gir gode muligheter for en ny og hensiktsmessig bygningsstruktur, gode muligheter for etablering av skjerming mot omgivelsene og avgrensede uterom samt muligheter for etablering av et stort parkanlegg direkte tilknyttet et nybygg for PHV_TSB. Tomten gir også muligheter for en evt. utvidelse av psykiatrien samt muligheter for etablering av en tørrskodd forbindelse inn til det somatiske sykehuset.

Ved å etablere park for PHV_TSB på deler av tomteområdet vil dette representere et tilskudd til UNN i Breivika i form at et opparbeidet grøntområde. Dersom det bygges parkeringshus på «Busstomta» som løser parkeringsutfordringen for UNN i Breivika vil framtidig utvidelse av somatisk virksomhet ikke være avhengig av at deler av B2 er tilgjengelig. Ulike tomtealternativer utredet på eksisterende tomt i Breivika avslører at dagens tomt i Breivika har en utvidelseskapasitet på min. 60.000 m² forutsatt at flateparkering fjernes. Hvis man i tillegg flytter helikopterlandingsplassen i høyden, kan utvidelseskapasiteten utvides til 85.000 m². Dette utgjør en utvidelseskapasitet på ca. 60 % i forhold til dagens arealer for somatikk.

Tomta er per i dag regulert til industriformål, men det antas at en omregulering av området vil være uproblematisk, med bakgrunn i at kommunen har foreslått dette arealet avsatt til offentlig formål i kommunedelplan for Breivika som nettopp har vært ute på høring.

Tomta eies per i dag av private og brukes av Troms Fylkeskommune til bussparkering. Troms Fylkeskommune har imidlertid kjøpt en annen tomt i området som er påtenkt dette formålet, slik at tomta vil ikke være båndlagt med dagens virksomhet. UNN har tidligere vært i forhandlinger med tomteeier om kjøp av denne tomta, og salgsvillighet er et kostnadsspørsmål.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet spenner seg fra kr. 1.349 – 1.354 mrd., avhengig av om man bygger på øvre eller nedre del av tomta.

I tillegg kommer det ervervskostnader for denne tomta.

Medvirkergruppa ser at denne tomta kan være et realistisk alternativ for plassering av nybygg for PHV_TSB. Gruppa har klare innvendinger mot plassering i Breivika. I forhold til alternativene på Åsgård mangler området den ro, og opplevde trygghet som preger vestsiden av Tromsøya. Det fins ingen naturlig perimeter omkring tomten som kan være barriere mot at pasienter finner veien til risikofylte situasjoner. Spesielt rus, akutt- og alderspsykiatri opplever dette som problematisk. Medvirkergruppa ser det som nødvendig å bygge inn kompensierende tiltak på tomten Gimleveien 12. De foreslåtte opsjoner med parkeringshus for å behandle terreng, kulvert til eksisterende bygg og ikke minst parkanlegg oppleves som svært viktig for å tilrettelegge for funksjonelle behandlingsforhold for rus og psykiatri. Det er også nødvendig å bearbeide utformingen av bygg som virker lite hensiktsmessig slik Mulighetsstudien illustrerer bygg på de to delene av tomt B2.

Konklusjon:

Alternativet er meget godt i den forstand at den oppfyller de fleste av kriteriene for et godt tomtevalg for PHV_TSB. Medvirkergruppen har tydelige innvendinger mot alternativene i Breivika, men finner at alternativet kan være akseptabelt gitt de rette forutsetningene, med etablering av kulvert til øvrige sykehusareal og at spesielt utforming av bygg og parkanlegg gis prioritet

Den gir også et merpotensiale for samarbeid mellom somatikk og psykiatri. Den gir også muligheter for å frigjøre parkeringsareal på bakkeplan på eksisterende tomteareal i Breivika for utvidelse av somatikken.

Det anbefales at dette alternativet utredes videre i de neste faser av prosjektet, og det anbefales at det utføres støymålinger for å kartlegge eksponering av helikopter- og støy fra biltrafikk.

Breivika parkeringsplass (B3)

B3 omfatter bygging av ny psykiatri på UNNs tomt på området nedenfor dagens legevakt, og fram til og med dagens kontorbygg for utbygging (E4). Området utgjør ca 12.000 m². Området har høydebegrensninger i forhold til å ligge i direkte innflygningssone for ambulanshelikopteret. Dette alternativet krever at man erstatter 260 parkeringsplasser for somatikken, samt etablerer nye 300 plasser for psykiatri. Dette er tenkt etablert i et parkeringshus, plassert under PHV_TSB-bygget. Et slikt parkeringshus vil, på grunn av høydebegrensninger, ikke kunne løse alt parkeringsbehovet som må erstattes. Alternativet gir imidlertid gode muligheter for å etablere en tørrskodd forbindelse til eksisterende somatikkbygg.

Mulighetsstudien viser et potensiale for et bygg som bygges i tre lameller som en forlengelse av sykehusstrukturen for øvrig. Et slikt alternativ vil begrenset tilgang til uterom, der man ser for seg uterom på tak og noen muligheter for uterom på bakkeplan mot nord. Tomtealternativet gir ikke rom for utvidelse, og vil utgjøre en åpenbar begrensning for en naturlig utvidelse av de ulike fløyene for eksisterende bygningsmasse.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomta vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer får dette tomtealternativet lav score. Dette baserer seg på en del trekk for forhold som blant annet trafikk, parkering, manglende utvidelsesmulighet, tomta ligger i rød støysone fra ambulanshelikopteret, manglende tilgang til skjermet uterom samt en begrensning for utvidelse av somatikken.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.398 mrd.

Konklusjon:

Det anbefales ikke at alternativet utredes videre.

Breivika Gamle pasienthotell (B 4)

B 4 omfatter bygging av ny psykiatri på UNNs tomt på området nedenfor somatikkens D-fløy, fra og med det gamle pasienthotellet nordover, og fram til og med dagens kontorbygg for utbygging (E4). Området utgjør ca 11.000 m². Bebyggelsen blir delt opp av eksisterende bygg til varmesentralen. Bygget vil genere et behov for ca 300 parkeringsplasser til psykiatrien som er tenkt etablert i et parkeringshus, plassert under psykiatribygget.

Mulighetsstudien viser et et bygg som blir begrenset til å måtte bygges med varmesentralen integrert i bygningsmassen, slik at bygget deles på en lite hensiktsmessig måte. Et slikt alternativ vil kun gi uterom på tak og ingen avskjermede uterom på bakkeplan. Alternativet gir imidlertid gode muligheter for å etablere en tørrskodd forbindelse til eksisterende somatikkbygg. Tomtealternativet gir ikke rom for utvidelse, og vil utgjøre en begrensning for utvidelse av somatikken mot øst.

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomta vurdert, og i forhold til andre tomtealternativer, får dette tomtealternativet lavest score av alle. Dette baserer seg på en del trekk for forhold som blant annet trafikk, parkering, terrengforhold, manglende utvidelsesmulighet, manglende tilgang til skjermet uterom, eksisterende bygg som begrenser i utformingen, samt en begrensning for utvidelse av somatikken.

Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.363 mrd.

Konklusjon:

Det anbefales ikke at alternativet utredes videre.

Breivika BUP vest (B5)

Breivika 5 omfatter bygging av nytt bygg for PHV_TSB på Universitet i Tromsø (UIT) sin tomt, på området vest for Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Området utgjør ca 32000 m². Forslått bebyggelse er utformet som er stjerne og gir gode muligheter for avskjermede uterom, i tillegg til at friområdet ligger helt inntil bygget. Tomta gir rom for utvidelse. Bygget vil genere et behov for ca 300 parkeringsplasser til psykiatrien som - på grunn av tomtas utforming og stigningsforhold - ikke lar seg løse på samme tomt. Bygging på denne tomten vil derfor fordre at parkeringsbehovet løses på en annen tomt. Tomten er meget bratt i forkant, og det vil være derfor være utfordrende å få etablert en hensiktsmessig adkomstveg og adkomst til bygget, og man vil være avhengig av å få etablert adkomstvegen via Gimlevegen. Det vil også være komplisert å få etablert en hensiktsmessig forbindelse mellom barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og dette bygget.

I forhold til samlokalisering med somatikken vil denne ligge noe perifert, særlig siden adkomstvegen ikke kan etableres via sykehusets egen tomt, men må gå via Gimlevegen.

Universitetet eier tomten, og en evt. villighet til salg må avklares

I mulighetsstudien er ulike kvaliteter ved tomten vurdert. I forhold til andre tomtealternativer får dette tomtealternativet relativ lav score. Dette baserer seg på en del trekk for forhold som blant annet trafikk, parkering og terrengforhold. Kostnadsoverslaget for dette alternativet er på kr. 1.365 mrd.

UNN eier ikke denne tomten, og det har ikke vært mulig innenfor prosjektperioden å få avklart om UIT kunne være villig til å selge denne tomten. Tomten vil ikke være selvforsynt med parkering, det vil være vanskelig å etablere en ordentlig adkomst til dette bygget og det vil ligge noe perifert i forhold til somatikken. Med bakgrunn i dette anbefales det ikke å utrede dette alternativet videre

Kostnad: 1,366 mrd.

Konklusjon:

Alternativet kan gi en meget hensiktsmessig utforming av bygget med god tilgjengelighet til friområder med godt opparbeidet turstinnett. Beliggenheten er imidlertid tett opptil UIT sine arealer til naturforskning og beite for svaldbardrein, noe som gir stor risiko mhp. tomteerverv. Når adkomst og logistikk i tillegg trekker ned, anbefales det derfor ikke å utrede alternativet videre.

14.2.6 Alternativ 3 b: Bygge nytt i Breivika i kombinasjon med delvis å forlate Åsgård.

Dette alternativet er ikke utredet nærmere som selvstendig alternativ, men konklusjoner er basert på resultater framkommet om dagens bygningsmasse på Åsgård og delvis nybygg Åsgård (Å0 og Å1).

Dagens lokaler på Åsgård vil ikke kunne gi optimal utforming som behandlingslokaler, og man vil ikke, selv ved omfattende renovering, kunne forebygge nye fuktangrep fra grunnen. I tillegg har brukerne gitt klare tilbakemeldinger på at en deling av fagmiljøet vil være driftsmessig utfordrende for

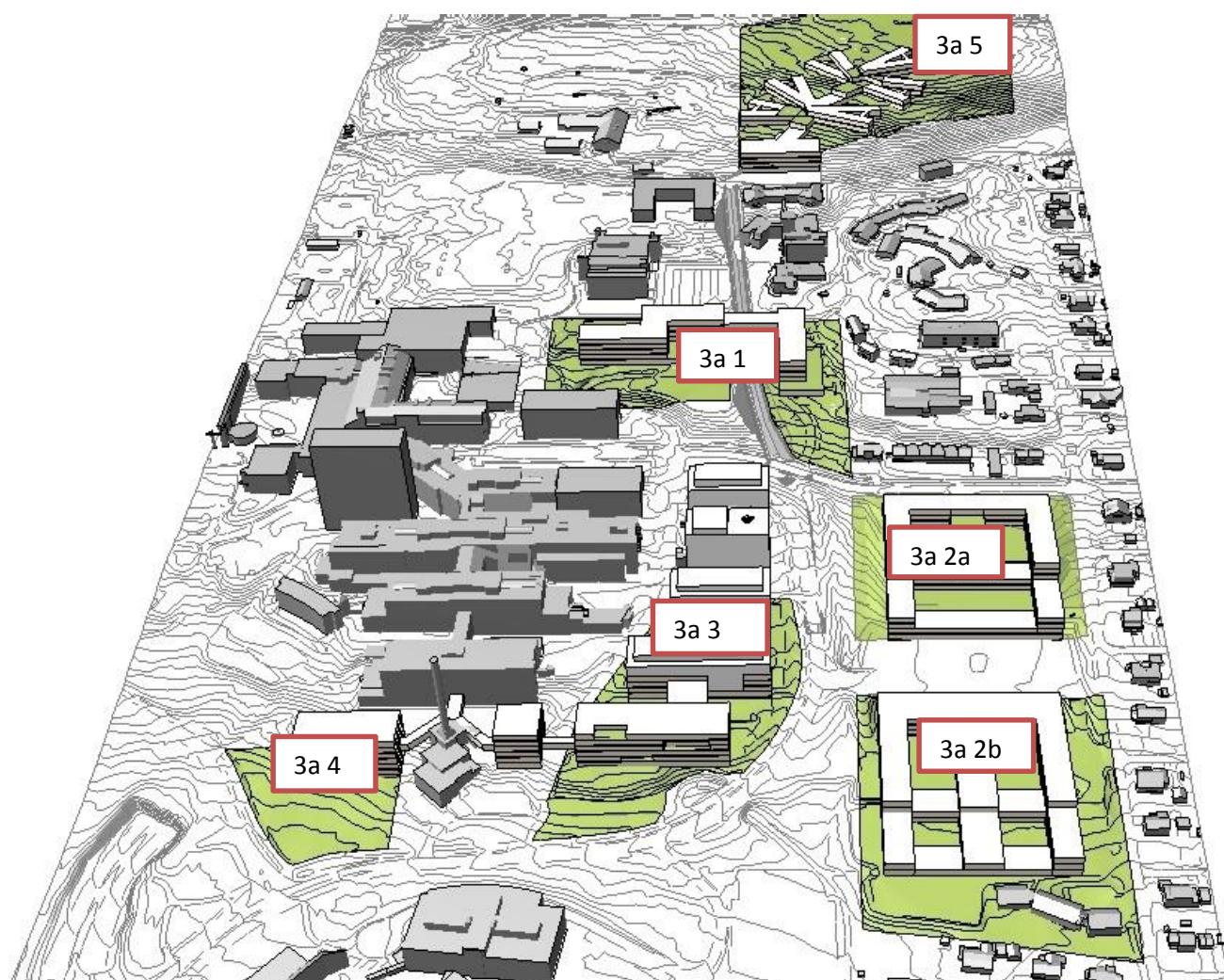
virksomheten. Ved å dele virksomheten mellom lite egnede lokaler på Åsgård, eksempelvis de fredede bygningene, og nybygg i Breivika, vil virksomheten få to store ulemper: Delvis uegnede bygg og delt drift. Begge disse faktorene bidrar til økte driftskostnader.

Konklusjon

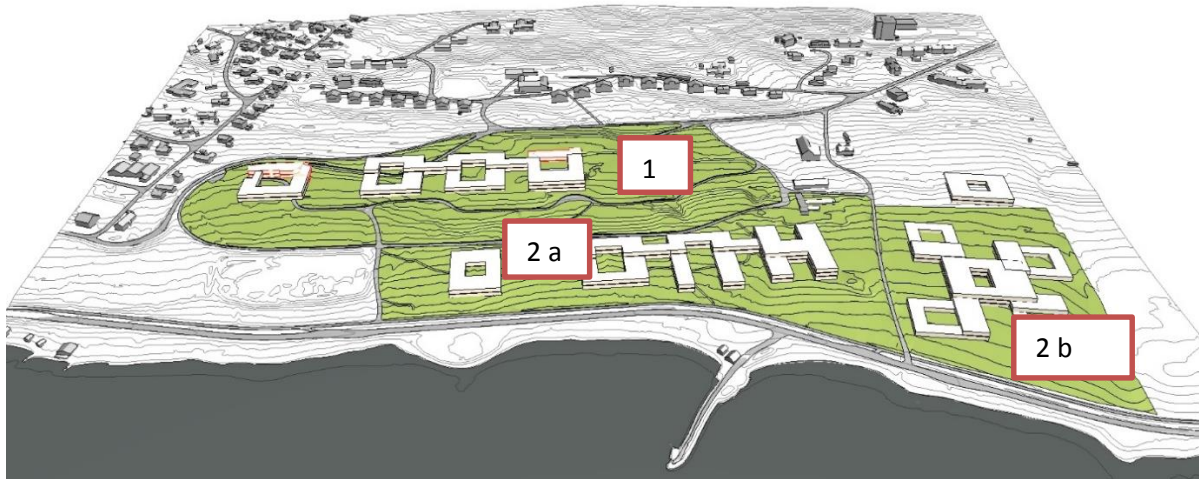
En samlet vurdering av disse faktorene tilsier at det ikke er tilrådelig å utrede dette alternativet videre.

14.3 Sammenstilling og anbefaling

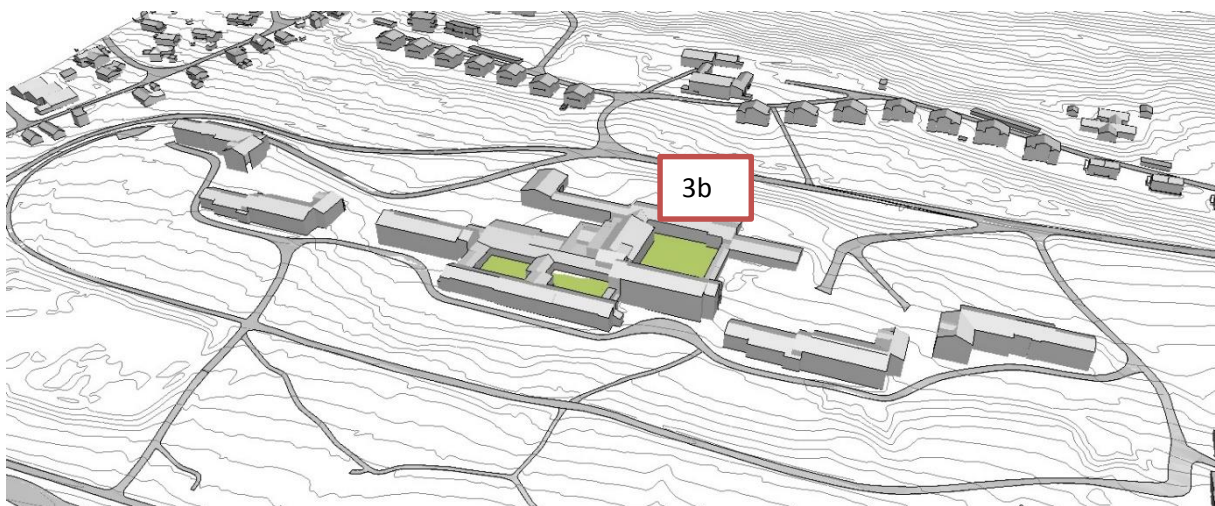
Illustrasjonene viser en samlet framstilling av alle tomtealternativene i henholdsvis Breivika og på Åsgård



Figur 14-1 Oversikt alternativene i Breivika



Figur 14-2 Oversikt over alternativene på Åsgårdområdet



Figur 14-3 Illustrasjon av tenkt gjenbruk ved delvis flytting fra Åsgård

14.3.1 Konklusjon og anbefaling

Mulighetsstudien viser at de to nye tomtene på Åsgård kommer bra ut. Dette er fordi man ved bygging på nye tomter unngår problemstillinger rundt vern og trafikkforhold, ettersom man i disse alternativene kan etablere ny adkomst fra Kvaløyvegen. Hovedproblemet med disse alternativene, i tillegg til vurderingene av overordna lokalisering jfr. forrige avsnitt, er at de er avsatt til friområde i KPA og at de planmessige forhold derfor er høyst usikre. For alternativ «Å 3 nytt sør» er det i tillegg et problem at UNN ikke eier tomta. Alternativ «Åsgård nytt vest, Å2» er derfor anbefalt alternativ på Åsgård.

Utfordringene for alle tomter i Breivika er knyttet til å gjenskape tilsvarende tilrettelagte og fredelige uteområder uten eksponering for andre samfunnsinstitusjon – slik nåsituasjonen er på Åsgård.

I Breivika kommer 4 av alternativene relativt dårlig ut, på tross av at Breivika som overordna

lokalisering vurderes som best i oppsummeringen av Mulighetsstudien. B1 «BUP øst» er problematisk pga. liten tomt med lite utvidelsesmuligheter og vanskelige forhold mtp. skjerming. B3 og B4, som ligger tett innpå eksisterende sykehus, er problematiske pga. at områdene er best egnet for framtidig utvidelse av somatikk, samt lite mulighet for utvidelse og skjerming pga. nærhet til eksisterende sykehus. B5 «BUP vest» er problematisk pga. bratt adkomst.

«Busstomta», B2 a og B2 b, er de to beste alternativene i Breivika. Disse kommer svært godt ut i forhold til nesten alle kriterier, og åpner i tillegg for en overordnet løsning på parkeringsproblematikken i Breivika fordi det kan etableres p-anlegg under bakken. Nordvestre del kan benyttes til PHV_TSB dersom man framdriftsmessig får koordinert utbygging av felles parkeringsanlegg for hele UNN. Hvis ikke vil sørøstre del av tomta være best egnet, slik at man fortsatt har mulighet til å etablere felles parkering i nordvest. Støyfaglig utredning må utarbeides og dette vil være med på å danne grunnlag for lokalisering av nybygg for PHV_TSB på tomta.

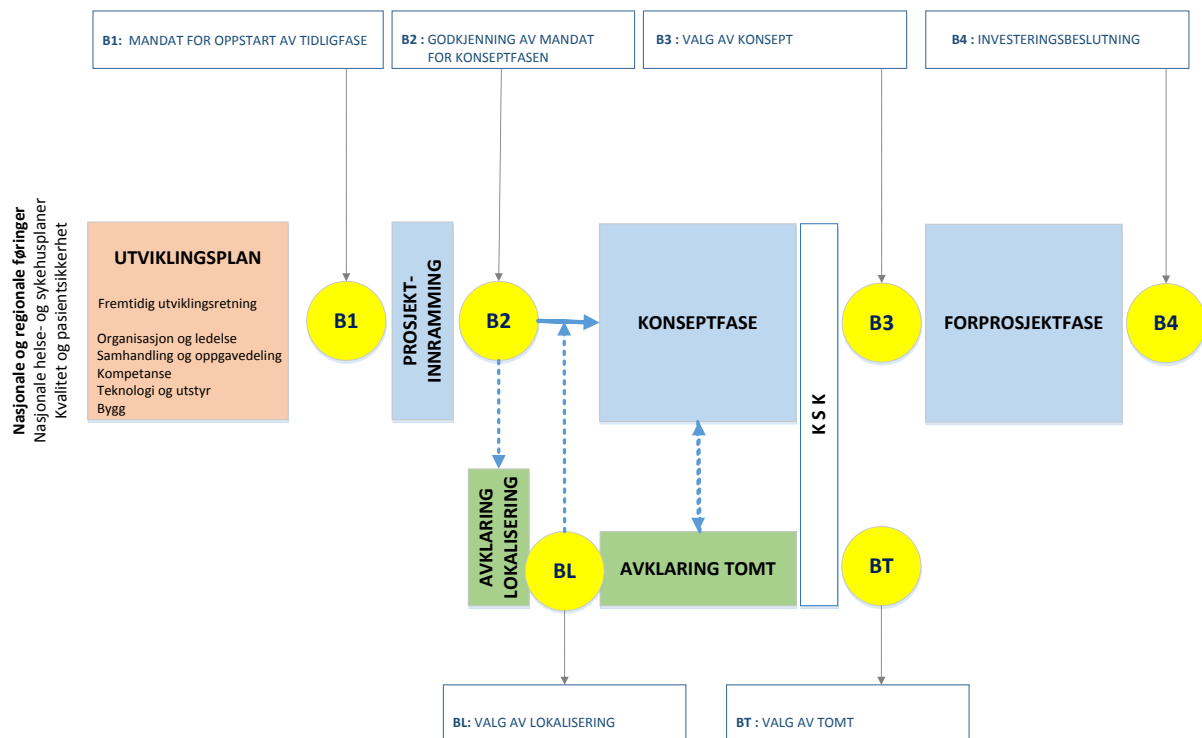
På bakgrunn av mulighetsstudien og interne drøftinger anbefales det å gå videre med disse alternativer i neste fase, Program og Konseptutvikling:

1. Buss-tomta (B2a og B2 b)
2. Åsgård nytt Vest (Å2)

I henhold til ny Veileder for tidligfaseplanlegging, skal valg av tomt gjøres før det utarbeides skisseprosjekt. Avhengig av tentativ byggestart for nybygg må prosessen iverksettes slik at det settes av tilstrekkelig tid og økonomisk ramme for utviklingsarbeidet som vil være nødvendig i forkant av konseptvalg. Valg av konsept for framtidig løsning for Psykisk helsevern og rusklinikken vil kunne være utslagsgivende for endelig tomtevalg.

15 Program- og konseptutvikling (PKU), plan og mandat

Sykehusbygg har fått i oppdrag fra RHF'ene å revidere veileder for tidligfaseplanlegging. Dette arbeidet avsluttes i løpet av februar 2017. Modellen for prosessen fra utviklingsplan til ferdig forprosjekt er i utkastet til veileder illustrert slik:



Figur 15-1 Faser og beslutningspunkter fra Utviklingsplan til og med Forprosjekt – med tomtevalg

Konsekvensen for UNN PHV_TSB vil være at den nye veilederen vil være gjeldende for neste fase som fra nå av kalles program- og konseptfasen. UNN PHV_TSB vil representere et overgangsprosjekt ved at det foreligger en Idéfaserapport ved oppstart av program- og konseptfasen. Den nye veilederens beskrivelse av «Prosjektinnramming» forutsettes ivarettatt av Idéfaserapporten med mandat for Program- og konseptfasen. For å tilfredsstille kravet til «prosjektinnramming» vil det i tillegg til Idéfaserapporten være behov for å avklare spørsmål om økonomiske rammer og eventuelt andre viktige føringer for gjennomføring av Program- og konseptfasen.

Formålet med Prosjektstrategi og mandat for PKU er å ha et felles styringsgrunnlag for alle som arbeider i prosjektet.

Dokumentet skal angi rammer og krav som er fastlagt og beskriver mål og strategi som prosjektet skal følge. Alle planer, budsjetter og aktiviteter som utføres skal være forankret i plandokumentet. Det er de overordnede forhold for program og konseptutvikling som beskrives i dette dokumentet. En ytterligere nedbryting og detaljering vil bli inkludert i Prosjektstrategien for nytt PHV_TSB-bygg i Tromsø, som utarbeides etter behandling av Idéfaserapporten i UNN HF og Helse Nord RHF. Dette dokumentet vil oppdateres jevnlig etter hvert som ny styringsinformasjon blir tilgjengelig.

15.1 Prosjekt og prosjekteier

Prosjektet benevnes til daglig: XX

Idéfaserapport utarbeidet i 2016 danner bakgrunnen for igangsetting av arbeidet i neste steg som er program- og konseptutvikling.

UNN HF er prosjekteier og leder prosjektets styringsgruppe.

Prosjektet omfatter utredning av flg. alternativer for XX:

Alternativ 0

Teknisk oppgradering (Eksisterende bygningsmasse Åsgård) – skal alltid dokumenteres

Alternativ

Nybygg på tomt v/ Åsgård 2

Alternativ

Nybygg på tomt i Breivika B2 a og b

Program- og konseptrapporten skal dekke kravene for utredning gitt i den nasjonale veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter (ny veileder, planlagt godkjent februar 2017), tilpasset øvrige rammebetingelser gitt av HN RHF og UNN HF

15.2 Overordnede rammer for Program- og konseptutvikling

15.2.1 Formål og rammer:

Målet med program- og konseptutvikling i fase er å utvikle et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det alternativet som best oppfyller målene innenfor definerte rammer. (ref. ny veileder for tidligfaseplanlegging)

Den nye veilederen har fjernet Idéfasen og erstatter overgangen mellom utviklingsplan og program- og konseptutvikling med et trinn som kalles «prosjektinnramming» som skal resultere i en prosjektstrategi og et mandat for det neste steget. For Nybygg PHV_TSB foreligger det en Idéfaserapport. Et eventuelt behov for ytterligere avklaringer i forhold til prosjektstrategi og mandat utover det som beskrives i dette kapitlet i Idéfaserapporten, gjøres gjennom utarbeiding og godkjenning av Prosjektstrategi for Program- og konseptutvikling

Etter ny veileder vil dette steget være todelt. I **første del** av Program- og konseptutvikling utarbeides *Hovedprogrammet* for Nybygg PHV_TSB. Hovedprogrammet skal avklare virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske virkninger og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utstyr og infrastruktur. Basert på hovedprogrammet starter arbeidet med å utvikle og utrede alternative konsepter.

Før skisseprosjektet startes skal det foretas et valg av tomt. Den nye veilederen forutsetter at det ikke utarbeides skisseprosjekt på flere tomter. For å kunne velge tomt må programmet med virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske virkninger være avklart. For UNN Tromsø innebærer det også at framtidig samarbeid mellom somatikk og PHV/TSB må gjennomarbeides.

Alternative løsningskonsepter på de forskjellige tomtene må belyses slik at muligheten for funksjonelle løsninger for å kunne drive god og effektiv behandling kan legges til grunn for valg av tomt.

I **del 2** av program- og konseptutvikling utarbeides skisseprosjekt på ett konsept på valgt tomt. Utredningene omfatter alle aktiviteter som kreves for å velge det best egnede konseptet, og utvikle dette til et nivå hvor eieren med akseptabel sikkerhet kan treffe beslutninger om gjennomføring av forprosjektet.

Det skal utarbeides en konseptrapport, som sammen med rapport fra KSK (kvalitetssikring av konseptvalg), vil være beslutningsgrunnlaget for styrebehandlingene i UNN HF og Helse Nord RHF (B3). Konseptrapporten og KSK danner også grunnlag for lånesøknad til departementet og eventuell

godkjenning etter spesialisthelsetjenesteloven.

Konseptrapporten skal baseres på de samfunns mål og effektmål som er definert for prosjektet. Resultatmålet for Program- og konseptutvikling er å komme frem til beslutning om valg av alternativ og videreføring i forprosjekt.

15.2.2 Samfunns mål

Det overordnede samfunns målet for UNN HF er «å sikre godt og effektivt spesialisthelsetjenestetilbud til befolkningen i foretakets ansvarsområde». Prosjektet skal basere seg på de nasjonale føringer, Helse Nord sine planer og UNN HFs ansvar for å tilby gode tjenester til befolkningen i Troms, Finnmark og Nordland.

Målet for UNN HF er å være førstevalget blant helsepersonell og pasienter. For å være førstevalget skal foretaket jobbe for en økonomisk bærekraftig virksomhet, og jobbe med pasientfokus, samhandling, oppgavedeling og rekruttering for å løse dagens og framtidige utfordringer. For flere detaljer om mål og strategier vises det til strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015-2030.

15.2.3 Pasientens helsetjeneste – en endret pasientrolle – brukerperspektivet

I sin første sykehustale i januar 2014 uttalte Helse- og omsorgsminister Bent Høie at hans mål var: **«Mitt prosjekt som helse- og omsorgsminister er å skape pasientens helsetjeneste»**

Han definerte i talen at det blant annet handler om å heve kvaliteten, korte ned ventetider, og gi pasienten større frihet til å velge behandlingssted. Et annet viktig premiss for organisering av helsetjenestene er prinsippet om «ingenting om meg uten meg» - som innebærer at pasientene i langt større grad skal involveres i eget behandlingsforløp og at de skal ha innflytelse på systemnivå når det gjelder planlegging og organisering av helsetjenester.

For Nybygg PHV_TSB innebærer dette at planleggingen må ha *pasientens helsetjeneste* som ledetråd. Hvordan planlegges et bygg for PHV og TSB for framtidens pasienter – i pasientenes perspektiv?

15.2.4 Effektmål

Nybygg PHV_TSB skal planlegges slik at det

- får løsninger som fremmer god logistikk, hensiktsmessig pasientflyt og effektiv bemanning
- blir fleksibelt i forhold til framtidig behov
- blir attraktivt som arbeidsplass
- blir «pasientens sykehus»; oppleves effektivt, trygt og være helsefremmende
- blir en samhandlingsarena mellom spesialisthelsetjeneste, kommunale helsetjenester og utdannings- og forskningsinstitusjoner

15.2.5 Resultatmål

Prosjektets resultatmål for Program- og konseptutvikling er at:

- Konseptrapporten skal være ferdig til samlet behandling i styringsgruppen ??? , forutsatt oppstart ???
- KSK skal være gjennomført parallelt med Program- og konseptutvikling slik at den KSK-rapporten ligger til grunn sammen med Konseptrapporten for behandling i styringsgruppe og for styrebehandling.
- Fasen skal samlet sett gjennomføres innenfor en økonomisk ramme på MNOK. I denne rammen inngår ikke kostnader for de sykehusansattes bruk av tid til medvirkning..
- Konseptrapporten gir tilstrekkelig grunnlag for å beslutte om forprosjekt skal igangsettes, slik at styrene for UNN HF og Helse Nord RHF kan ta stilling til igangsetting av neste steg som er

videreutvikling av valgt konsept gjennom forprosjekt.

- Prosessen er gjennomført med avtalt medvirkning i en åpen og transparent prosess

15.3 Rammer for prosjektet

Til grunn for videreføring av arbeidet med Nye Hammerfest sykehus fra Idefase til Konseptfase ligger følgende dokumenter:

Grunnlagsdokumenter

Nasjonal sykehusplan

Regionalt planverk

Strategisk utviklingsplan UNN HF

Idéfaserapport – UNN Tromsø Psykisk helsevern- og rusklinikken

Investeringsplan for Helse Nord RHF

Investeringsplan for UNN HF med bærekraftanalyse

Beslutningsdokumenter

Styrevedtak i UNNHF HF, behandling av Idéfaserapporten

Styrevedtak i Helse Nord RHF, behandling av Idéfaserapporten

Styrevedtak i UNN HF om å sette i gang neste fase, Program og konseptfasen.

15.4 Evaluering av alternativer

Det rette prosjekt skal gjøre UNN HF i stand til å levere spesialisthelsetjeneste for psykisk helsevern og rusbehandling til befolkningen, med god kvalitet i tjenesten og god kvalitet i bygningsmessige løsninger både for pasienter og ansatte. Gjennomførbarhet forutsetter at alternativet kan gjennomføres innenfor investeringsrammen som gis av UNN HF/ Helse Nord RHF, og at alternativet er løsbart på aktuell tomt. Idéfaserapporten konkluderer med at nytt sykehus på noen av tomtene som er utredet, fyller kravet til å være «liv laga»

Ved gjennomført Program- og konseptutvikling skal det foreligge tilstrekkelig dokumentasjon som gir grunnlag for evaluering og anbefaling av «det beste» alternativet. **Tidlig i første del** av Program- og konseptutvikling skal det tas beslutning om valg av tomt (BT). Det velges virksomhetsmessige konsepter som testes ut i forhold til løsninger på de ulike tomtealternativene. På beslutningspunkt B2 velges det konseptet som videreføres til detaljering av konsepter og skisseprosjekt, med alle tilhørende utredninger.

Med utgangspunkt i Konseptrapport og KSK besluttet (B3) det om investeringsprosjektet bør gjennomføres eller om man blir stående igjen med 0-alternativet.

Grunnlag for sammenligning av alternativer er utarbeidet som del av Idéfaserapporten, basert på samfunns mål og effektmål, UNN HFs fokusområder i strategisk utviklingsplan og kriteriene listet i tidligfaseveilederen. Hovedgruppering av kriteriene er vist i tabellen under. Ved endelig utarbeidelse *Prosjektstrategi* for Program og konseptutvikling bør evalueringskriteriene og vektning av dem kvalitetssikres og evt. oppdateres dersom det har kommet nye føringer eller rammebetingelser som vil kunne ha innvirkning på vurderingen.

1-3 evalueres kvalitativt, mens 4 er en kvantitativ evaluering (beregning). Til sammen dekker 1-4 Liv laga - vurderingen.

Tabell 15-1 Evalueringskriterier og vekting

Evalueringskriterier	Vekting	Type evaluering
1. Sykehusets Kjernevirksomhet	60%	Kvalitativ evaluering (Liv laga: 1 Relevans)
2. Bygg- og eiendomsutvikling	20%	
3. Lokalisering og tomtevalg	20%	
SUM	100%	
4. Økonomi (investering og drift, bærekraft)		Evaluering av økonomi (Liv laga: 2 Gjennomførbart og 3 levedyktig)

15.5 Gjennomføring av Program- og konseptutvikling

Framdrift og ressursbruk kan først beskrives nærmere når beslutning om oppstart av neste fase er tatt.

15.5.1 Hovedaktiviteter som skal gjennomføres i Program- og konseptutvikling:

Det foreligger en Idéfaserapport for Psykisk helsevern- og rusklinikken. Det er derfor ikke nødvendig å gjennomføre veilederens krav om «*Prosjektinnramming*». Utarbeiding av mandat og prosjektstrategi må sikre at det fanger opp kravene til innramming i tråd med ny veileder.

Del 0: Utarbeide mandat og prosjektstrategi for Program- og konseptutvikling

Med utgangspunkt i Idéfaserapporten og styrebeslutningene i UNN HF og Helse Nord RHF utarbeides mandat og prosjektstrategi for Program- og konseptutvikling. styringsdokumentet skal gi endelige føringer for PKU og avklare økonomiske rammer for et nybyggprosjekt og økonomiske rammer for gjennomføring av Program og konseptfasen. I tillegg må Styringsdokumentet avklare eventuelle større viktige spørsmål fra SU og Idéfase.

Del 1 av Program- og konseptutvikling

I tråd med utkastet til ny veileder for tidligfaseplanlegging skal første del av PKU utarbeide hovedprogram og alternative konsepter for løsning av hovedprogrammet. UNN HF har ?? alternative tomter som i utgangspunktet vil gi ulike løsninger. Spørsmålet om valg av tomt må avklares så tidlig som mulig i første del av PKU.

A) Utarbeide hovedprogram med sine fem deler:

- 1 Virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag og funksjonelle krav
- 2 Overordnede tekniske krav
- 3 Overordnet program utstyr
- 4 Overordnet program IKT
- 5 Romprogram

Hovedprogrammet erstatter Hovedfunksjonsprogram (HFP), Delfunksjonsprogram (DFP), Hovedprogram utstyr (HPU), Overordnet teknisk program (OTP) og Prinsipper for person og vareflyt

(PPV)

Under punkt 1 skal grunnlag og data fra idefasen kvalitetssikres og evt. tilpasses og presiseres.

For PHV_TSB ved UNN vil det være behov for nærmere gjennomgang av pasientforløp for å beskrive samarbeid mellom somatikk og PHV_TSB, utvikling av poliklinikk og ambulante tjenester, konsekvenser av E-helseløsninger, oppgavedeling mellom sykehusfunksjoner og DPS, og framtidig oppgavedeling mellom sykehus/ DPS og kommunehelsetjenesten. Planleggingshorisonten for dette prosjektet er 2030, og kravet til horisont for utviklingsplanene som alle HF/ RHF skal jobbe med i 2017, er 2035.

Dette arbeidet kan settes i gang umiddelbart fordi det er behov for det for Klinikken organisering av virksomheten framover. Det må imidlertid seinest starte umiddelbart når beslutning om å sette i gang Program og konseptfasen foreligger, og må være avsluttet/ ha de viktigste resultatene klar før utarbeiding av program og konseptskisser starter.

B) Utrede alternative tomter for beslutning

Mulige løsninger av konseptet på tomtene utredes til et nivå som gir grunnlag for beslutning (BT) om tomtevalg tidlig i første del. Gjenstående tid av del 1 må ha fokus på ulike måter å løse konseptet innenfor valgt tomt, slik at beslutning om hvilket konsept som skal etterprøves gjennom skisseprosjekt kan tas ved overgangen til del 2. (B2)

Del 2 av PKU

Utarbeide skisseprosjekt for valgt konsept med alle tilhørende utredninger. Skisseprosjektet skal dokumentere at valgt konsept svarer til funksjonelle behov slik de er utredet og beskrevet i Idefase og Hovedprogram, at det ligger innenfor kostnadsrammen for Nybygg PHV_TSB, og at det gir løsninger som muliggjør effektivisering og dermed bidrar til framtidig bærekraft.

Utarbeidelsen av skisseprosjektet skal gjennomføres med fokus på å avdekke og velge den mest bærekraftige løsningen for et nybygg for PHV_TSB. Det skal arbeides med arealbehov, overordnede funksjonssammenhenger, estetiske og tekniske konsept, helhet og økonomisk bæreevne.

Ved avslutning av del 2 av PKU skal det foreligge en Konseptrapport som sammenstiller delutredningene, evaluerer valgt konsept mot kriteriene som er satt opp for Nybygg PHV_TSB og gir en anbefaling til videre behandling. Anbefalingen vil være at prosjektet går videre til forprosjekt (nybygg) med valgt alternativ, eller at det ikke foreligger finansieringsevne eller bæreevne for nybygg, slik at 0-alternativet med sine begrensninger blir stående.

Konseptrapporten skal ha følgende vedlegg:

- Hovedprogram (med delementer beskrevet tidligere)
- Skisser og modeller av valgt alternativ (SPR) med tilhørende kalkyler
- Forslag til mandat for forprosjektet.
- Eventuelle andre vedlegg

Ekstern kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) skal gjennomføres for alle prosjekter med forventet prosjektkostnad over 500MNOK. Kvalitetssikringen kan gjennomføres som en følgeevaluering eller som en ett-punkts kvalitetssikring knyttet til B3. Generelt anbefales at KSK gjøres som en

følgeevaluering, blant annet fordi det vil kunne komme nyttige innspill underveis fra KSK som kan hensyntas. Det vil også forkorte sluttbehandlingsprosessen fordi de fleste spørsmål og kommentarer kan avklares underveis. Det må utarbeides en sjekkpunktliste for KSK tilsvarende det som er gjort for utviklingsplaner.

15.5.2 Fremdrift og plan for Program- og Konseptutvikling

Det vil være noe usikkerhet knyttet til framdrift og ressursbruk for Program- og Konseptutvikling inntil endelig versjon av ny veileder er godkjent av de regionale helseforetakene.

En foreløpig skisse vises her, for å synliggjøre hvilke elementer som inngår i prosessen. For Psykisk helsevern- og rusklinikken er det lagt inn en lengre periode i startfasen for prosessen med å utarbeide pasientforløpene som skal legges til grunn for dimensjonering av og konseptet for det nye bygget, s. kap.7.2 og kap.15.5.1 del 1

Framdriftsplanen må utarbeides endelig når beslutning om oppstart og omfanget av programfasen. Tabellen viser at det tar 22mnd fra beslutning om oppstart til Konseptrapport er ferdigstilt. Forprosjekt vil ta ca 8mnd, litt avhengig av kontraktsmodell med entreprenør. Totalt sett betyr dette at arbeidet med Program og konseptfase må startes ca 30mnd før planlagt byggestart. Hvis byggestart i 2022, oppstart Program og konseptfase i 2018-2019, hvis byggestart i 2025, oppstart Program og konseptfase 2021-2022.

Tabell 15-2 Utkast framdriftsplan Program- og konseptuivikling

Tentativ tidsramme for program og konseptutvikling		måneder fra oppstart																														
PKT	AKTIVITET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
0	Prosjektinnramming, rigging av prosjekt: organisering, mandater, opplæring, møteplan etc																															
0	Anskaffe KSK-rådgiver for følgeprosess																															
1	Oppstart alle delprosesser																															
2	Organisasjonsutvikling og virksomhetsalternativer																															
2	Pasientforløp fra "hjem-hjem"																															
3	Businesscase-studier																															
4	anskaffelse/utløse opsjon ARK og rådgivertjenester avklaring av timeomfang																															
5	Utarbeide hovedprogram, med DFP, OTP, HPU, IKT																															
6	Tomtekartlegging, geotekniske us. Kartlegging infrastruktur etc.																															
7	Alternative Konseptskisser overordnet nivå																															
8	Beslutning om tomt																															
9	Valg av konsept for skisseprosjekt 0.1																															
10	Utarbeide skisseprosjekt alt. 0.1																															
11	Person- og vareflyt																															
12	Kostnadkalkyler, samf.konsekvens, økonomisk bæreevne																															
13	usikkerhetsanalyse																															
14	Mandat, budsjett, styringsdokument for neste fase mm																															
15	Konseptrapport																															
16	KSK-rapport																															
17	Revisjon Konseptrapport etter KSK - ferdigstille rapport																															

= UNN

= arkitekt og tekniske rådgivere

=rådgivere og UNN i samarbeid

= beslutningspunkt

= rådgivere KSK

15.6 Organisering av Program- og konseptutvikling

Videre organisering avklares av UNN HF når beslutning om oppstart er tatt.

15.7 Evaluering

Prosjektet bør gjennomføre evaluering knyttet til effektmålene før og etter gjennomført utbygging (pre- & postoccupancy evaluation). Evalueringsområder, indikatorer og metode beskrives initialt i Program- og konseptutvikling, og tas inn i Styringsdokumentet for Nybygg PHV_TSB

Vedlegg

TRYKTE VEDLEGG:

- Mulighetsstudien Asplan Viak
- Tilstandsrapport MultiMap 2015
- Kostnadskalkyle INJ
- Notat om dimensjonering Sykehusbygg
- Rapport Regionale funksjoner innen sikkerhetspsykiatri i Helse Nord

UTRYKTE VEDLEGG

- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Oppdragsdokument Helse Nord 2017
- Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025
- Strategisk utviklingsplan for UNN HF 2015 – 2025
- Plan for økt frivillighet for Allmennpsykiatrisk klinikk og spesialpsykiatrisk klinikk 6.1.2014.
- Aktuelle styrevedtak UNN HF og Helse Nord RHF