



Styresak 007-2021

Arealutviklingsplan Nordlandssykehuset Rønvik - Hovedprogram Konseptfasen - Steg 1

Saksbehandler: Trude Grønlund, Otto Larsen

Dato dok: 08.02.2021

Møtedato: 18.02.2021

Vår ref: 2019/1117

Vedlegg (t): Rapport «Hovedprogram for konseptfasen, steg 1, Nordlandssykehuset Rønvik»

Innstilling til vedtak:

1. Styret viser til den vedlagte rapporten Konseptfasen, steg 1, Hovedprogram for Nordlandssykehuset Rønvik. Styret gir sin tilslutning til de skisserte premissene for virksomhetsinnhold og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, dimensjoneringsgrunnlag arealer, og alternativ vurderinger.
2. Styret ber direktøren iverksette Konseptfasen, steg 2, innen en budsjetttramme på 3 mill. kr og ber om at konseptfasen, steg 2, presenteres for styret i perioden årsskiftet 2021/22.
3. Styret forutsetter at framtidig byggeprosess finansieres over Nordlandssykehuset og Helse Nord RHF's langsiktige investeringsplan.

Bakgrunn:

Det vises til tidligere framlagte saker under Arealutviklingsplan, Nordlandssykehuset Rønvik. Styret i Nordlandssykehuset HF behandlet i sitt møte 27. mars 2019 styresak 018-2019 «Godkjenning for oppstart av prosjektinnramming nybygg og modernisering av bygg til psykisk helse- og rusbehandling» og i desember-19 Styresak 102-2019 «Prosjektinnramming arealutviklingsplan Nordlandssykehuset Rønvik, overgang til konseptfase utredning» hvor følgende vedtak ble gjort:

1. *Styret viser til sakens dokument «Prosjektinnramming arealutviklingsplan for Nordlandssykehuset Rønvik» og gir sin tilslutning til den anbefalte prosjektinnramming og styringsdokumentene for Konseptfasen slik det fremkommer av dokumentet.*
2. *Styret gir derved direktøren fullmakt til å iverksette neste fase, Konseptfasen, med det foreslåtte mandat.*
3. *Styret ber om at innovasjon, nye og framtidsrettede behandlingsformer og involvering av pasienter og pårørende vektlegges i arbeidet med konseptutredningen.*

4. *Styret ber om at konseptfasen, steg 1 (Hovedprogram) presenteres for beslutning styret i perioden 01.10.20 -31.12.2020.*
5. *Styret gir sin tilslutning til at Konseptfasen steg 1 finansieres over Nordlandssykehusets budsjett med kr 1,25 mill. med tillegg av kostnader møter egne ansatte.*
6. *Styret forutsetter at eventuell framtidig byggeprosess finansieres over Nordlandssykehuset og Helse Nord RHF's langsiktige investeringsplan.*

Direktøren har med bakgrunn i ovennevnte vedtak iverksatt arbeidet med Konseptfasen steg 1, som nå er gjennomført i tråd med Sykehusbygg HF's Veileder for tidligfasen, heretter kalt «Veilederen». Styret inviteres med denne saken til å videreføre prosjektet til neste fase, Konseptfasen steg 2, hvor følgende skal besluttet (jfr veilederen beslutningspunkt B3A):

- Godkjenne fremlagt Hovedprogram
- Anbefalt alternativ fra steg 1, Hovedprogram, utdypes videre
- Skisser og modeller av anbefalte alternativ med tilhørende kalkyler mv utarbeides i steg 2.

Konseptfasen, steg 1, er gjennomført i tråd med forutsetningene i Veilederen. Sykehusbygg og Nordlandssykehuset har i samarbeid framskrevet aktiviteten for Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) med utgangspunkt i dagens normerte sengetall fram til 2035 og vurdert eksisterende bygningsmasse mot dette behovet. Dagens bygningsmasse vurderes som lite egnet for en effektiv og kvalitativt god drift, selv med omfattende ombygging. Det vurderes at et nybygg for deler av virksomheten i kombinasjon med oppussing av de mest egnede lokalene, bør inngå i den senere konseptutredning og den økonomiske langtidsplan for Nordlandssykehuset.

Den vedlagte rapport «Hovedprogram» inneholder alternativutredninger og kriterier for valg av alternativer. Det redegjøres i rapporten for 4 alternativer; nullalternativet, alternativ 2A og 2B samt alternativ 3, på en slik måte at det tydelig framkommer hvilke av disse alternativer som er hensiktsmessig å utrede videre i steg 2 av konseptfasen. Prosjektgruppen anbefaler at alternativ 2A belyses med hensyn til bygningsmessige muligheter før man går videre til konseptfasens steg 2. Dette for å få kvalitetssikring av Prosjektgruppens anbefaling om å gå videre med alternativ 2B i konseptfasen, steg 2.

Prosjektgruppen anbefales, med forbehold som omtalt ovenfor, å gå videre med alternativ 2B for videre detaljplanlegging og utredning av mulige skisser, modeller, beskrivelser og kalkyler i konseptfasen, steg 2.

Hovedprogrammet klargjør også premissene for virksomhetsinnhold, dimensjonering og funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer og infrastruktur. En stedsanalyse er gjennomført og det er innhentet vurderinger og skisser for plassering av nybygg i det valgte areal mellom den gamle bygningsmassen og Salten DPS på Mellomåsen.

Medvirkning

Det vises til vedlagte Hovedprogram, kap.3 hvor organiseringen av prosjektet er presentert. Som det framgår av dette har det vært involvering av brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten på flere nivå.

Referansegruppe

Referansegruppen har bestått av sju personer fra brukerorganisasjoner, verneombud, tillitsvalgte og representanter for klinikken. Gruppens oppgave er å komme med innspill til fremlagte dokumenter og medvirke i prosessen. Det har vært avviklet to møter med referansegruppen.

Tillitsvalgte og vernetjenesten (TV/VO) har vært representert i arbeidsgruppene og andre arenaer for medvirkning. I tillegg er TV/VOs representasjon ivaretatt i referansegruppen. Prosjektet ble invitert til TV/VO's dialogmøte ved behov.

Brukere av sykehusets tjenester (pasienter, pårørende eller pasientorganisasjoner).

Representanter fra brukerne skal medvirke og gi råd om utforming og valg av løsninger, bidra til premissavklaringer, universell utforming mv. for å sikre at løsningene er tilpasset pasient og pårørendes behov. Brukerutvalget har fått mulighet til å få informasjon om prosjektet i egne møter. Brukerutvalget og Ungdomsrådet har hatt representanter i Referansegruppen. Det har også vært representanter for Brukerutvalget i de kliniske arbeidsgruppene.

Direktørens vurdering:

Direktøren vurderer at konseptfasen, steg 1, er gjennomført i tråd med de krav til prosessen som legges i Veilederen for nye sykehusbygg. Den vedlagte rapporten synliggjør fire alternativer for løsning av psykiatriens behov for en moderne bygningsmasse. I rapporten vurderes følgende alternativer:

- *0-alternativet -omfatter dagens løsning med oppussing av eksisterende rom og mindre endringer*
- *Alternativ 2 - utvalgte funksjoner flytter ut i nytt bygg, deler av eksisterende pusses opp til dagens standard*
- *- 2A hvor kun Akuttpsykiatrisk avdeling og enhet for akutt rusbehandling flytter til nytt bygg*
- *- 2B hvor Akuttpsykiatrisk avdeling og hele Avdeling for russ, psykiatri og avhengighet (ARPA) flytter til nytt bygg*
- *Alternativ 3 - nytt bygg for alle funksjoner*

Prosjektgruppen har, på basis av omforente kriterier for valg av alternativ og evaluering i arbeidsgruppene, anbefalt at en går videre til konseptfasens steg 2 med detaljutredning av alternativ 2B. Men samtidig anbefaler prosjektgruppen at alternativ 2A belyses med hensyn til bygningsmessige muligheter før man går videre til konseptfasens steg 2. Dette for å få kvalitetssikring av Prosjektgruppens anbefaling om å gå videre med alternativ 2B i konseptfasen, steg 2. Et sentralt argument i avveiningen av alternativene har vært at det faglig sett er særdeles viktig at Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARPA) blir samlokalisert.

Direktøren slutter seg til denne anbefalingen. Jeg vurderer det slik at også mulighetsrommet i den gamle bygningsmassen (ref 2A) må avklares gjennom en «prefase» før steg 2. Foretaket må for å avklare dette etablere en arbeidsgruppe med byggteknisk og teknisk kompetanse som gjennomfører en teknisk vurdering av handlingsrommet i «gammelfløyene» med sikte på å avklare hvorvidt alternativ 2A er mulig å gå videre med. Alternativet må kostnadsberegnes i forhold til ombygging og rehabilitering av de eksisterende lokalene, og man må finne best mulige løsninger for å ivareta forskriftsmessige krav til bygg og uteområder for de avdelinger som fortsatt skal holde til i den gamle bygningsmassen. Jfr ovennevnte argument om å holde

ARPA samlet, må alternativ 2A da innbefatte å flytte kun Akuttpsykiatrisk avdeling til nytt bygg.

Når det gjelder kostnadsbildet for de ulike alternative løsningene for arealutviklingsplanen, er dette noe som vil kunne påvirkes av alternative valg for steds plassering, modell for løsning av rombehov etc. De framlagte grovskisser for de ulike alternativene, presentert i hovedprogrammet, må anses som et utgangspunkt for å skille mellom de ulike løsningene samt gi en grov skisse av størrelsesorden på kostnadene. Det anses mest formålstjenlig å beregne mer presise kalkyler når en starter arbeidet med konseptfasen, steg 2.

Det framlagte hovedprogrammet for prosjektet Nordlandssykehuset Rønvik anses å gi en god beskrivelse av dagens virksomhet, antatt framtidig virksomhet, dimensjonering og arealbehov, i tillegg til overordnede tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur. Formålet med hovedprogrammet er å klargjøre de forutsetninger som skal ligge til grunn for utbyggingen.

Bygningenes egnethet for den kliniske driften er beskrevet i de tidligere rapporter og er betegnet som uegnet for forsvarlig og moderne behandling innen psykisk helsevern. Når det gjelder byggene, vurderes det som sannsynlig at det rent bygningsmessig og teknisk kan være mulig å gjennomføre en full oppussing, hvor en kan planlegge avdelinger med ny romløsning, ved å fjerne alle lettvegger og skifte ut alle tekniske installasjoner. Dette er imidlertid ansett å være svært kostbart og arealet totalt i den gamle bygningsmassen vil ikke være tilstrekkelig for det dimensjoneringsgrunnlaget som foreslås i Hovedprogrammet.

Et nytt bygg vil redusere denne ombyggingen, og nye tidsriktige lokaler med gjennomtenkte løsninger, som gir mulighet for gode faglige intervensjoner, vil kunne ivareta pasientsikkerhet, riktig kvalitet på tjenesten samt trygghet for personalet. Personalet er den viktigste ressursen for opprettholdelse av tjenestetilbudet til psykisk syke og vurdering av bærekraft må sees opp mot ivaretagelse av denne personalressursen.

Dagens elektive senger i Psykisk helse og rus klinikken har en faglig profil som i liten grad gjør at de på kort tid kan omstille virksomheten. Det vil derfor være helt nødvendig med en kontinuerlig organisasjonsutvikling som gjør organisasjonen i stand til å endre tjenestetilbudet i tråd med behovene til pasientene og strategiske føringer i nasjonal helse- og sykehusplan, regional utviklingsplan, samt Nordlandssykehusets strategiske plan.

Den del av våre behandlingstilbud som utfordres mest av beskrevne endringer og utfordringer vurderes å være innenfor vårt poliklinisk behandlingstilbud og lokalsykehusfunksjoner. Hvis fremtidens politikk fra myndighetene vil være en fortsatt oppgaveforskyvning mot kommunene vil organisasjonen påvirkes betydelig. Kompetansebygging og veiledning av kommunene vil i så fall måtte utgjøre en større del av oppgavene til våre Distriktpsykiatriske sentra (DPSer). Det er derfor viktig at klinikken tilpasser seg framtidig arbeidsdeling mellom nivåene i helsesektoren for en mest mulig hensiktsmessig og effektiv pasientflyt. I forhold til kommunehelsetjenesten så er kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger med ansvar for behandling av lettere og moderate lidelser) i varierende grad tilgjengelig. Det er også utfordrende å få kommunene til å etablere forsterkede botilbud til pasienter med behov for dette. Samhandlingen med kommunene må derfor være et fokusert område i organisasjonsutviklingen.

Nye behandlingsmetoder, der nettbehandling er i stadig utvikling, vil få betydning for antall pasienter som får behandling, kortere ventetid, mindre fristbrudd etc. Organisasjonen må

derfor tilpasses bruk av teknologiske hjelpemidler både i pasientbehandling og innenfor veiledning og samarbeid med kommuner.

Direktøren vurderer at det er ønskelig og riktig å hensynta de politiske og styringsmessige budskap om økt grad av samhandling og arbeidsdeling med primærhelsetjenesten samt økt bruk av digitale løsninger for pasientbehandling. Det vurderes derfor som en realistisk og nøktern framskrivning av kapasitet med den dimensjonering som er skissert i hovedprogrammet med unntak av på tre områder: TSB, Akuttpsykiatri og alderspsykiatri.

Framskrivningene tar utgangspunkt i dagens struktur for tjenestetilbudet. De private institusjonene og kjøp av gjestepasientdøgn er ikke tatt med, og framskrivningene er foretatt før effekten av ny tvangslovgivning var kjent. Dette gir seg størst utslag i forhold til TSB.

Det er et faktum at Nordlandssykehuset har en døgnkapasitet for TSB-pasienter som kun gir mulighet til å behandle i underkant av 20 % av egen pasientgruppe. Direktøren finner at det derfor er gode faglige argumenter for at det er behov for å gi et økt og bredere tilbud til en større andel av våre egne pasienter. Dette vil redusere de store gjestepasientutgiftene vi har i dag, og har hatt over år (gj.sn kr.30-35 mill. kr. pr. år).

Det vurderes at en styrking av TSB med 12 senger, ikke vil påvirke de øvrige regionale tjenestetilbyderne i stor grad, ettersom dette er en pasientgruppe som hovedsakelig profiterer på behandling i nærheten av sitt lokalområde med bedre samhandling med ulike aktører (kommunen, NAV, DPS, rusteam etc) og bedre pasientforløp. Av de 12 foreslåtte nye plassene er det 6 døgnplasser for akutt rusbehandling og 6 nye TSB døgnplasser. 4 av rusakuttplassene er gjennom år pålagt opprettet i Oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF.

Virksomheten ved en lokal privat institusjon innen demens/alderspsykiatri er ikke framskrevet. Dette er en institusjon som det forutsettes at klinikken har et økt samarbeid med i årene framover, og klinikken mener det er faglige grunner for å kunne overta døgnvirksomheten på 4 plasser fra den private institusjonen. I tillegg mener klinikken det er behov for å utvide antall plasser i dagens Alderspsykiatriske enhet med minimum 2 plasser. Prosjektgruppen vurderer at alderspsykiatrien på sykehusnivå har tilstrekkelig døgnkapasitet i forhold til framskrevet nivå. Klinikken ønsker for alderspsykiatrien er forståelige, men kan forutsette en omlegging av en privat, regional institusjon noe som må avklares med Helse Nord RHF i steg 2 av konseptfasen.

Akuttpsykiatrien har hatt en stigende kurve for innleggelser etter innføring av ny lov 01.09.17. Framskrivningen av behov for døgnplasser i Akuttpsykiatrisk avdeling er i stor grad basert på situasjonen før loven trådte i kraft. Erfaringen så langt i klinikken er at det er en betydelig økt bruk av vold, trusler og utagering hos pasientene. Dette har etter klinikkens erfaring sammenheng med at den nye lovgivningen gjør at pasientene er sikrere når de blir innlagt. Den økte pasientpopulasjonen som følger av at flere dømmes til behandling og/eller varetekts surrogati, gjør også at det er et økende behov for forsterkede behandlingsplasser innen akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri. Direktøren finner at det derfor er god grunn for å øke døgnkapasiteten på Akuttpsykiatrisk avdeling med 3 nye senger ut over det framskrevne behov.

Hovedprogrammet har tydelig beskrevet premissene for virksomhetsinnhold, dimensjonering og alternativvurdering samt funksjonelle og tekniske krav til bygg, utearealer og infrastruktur for nye Nordlandssykehuset Rønvik. Moderne lokaler for psykiatrien vil være et virkemiddel for økt kvalitet på behandlingen, god pasientsikkerhet, bedre HMS forhold for personalet og gi en bedre ressursutnyttelse av både menneskelige og økonomiske ressurser. Det vil være en

forutsetning for prosjektet at tiltaket inkluderes i Nordlandssykehusets og Helse Nord RHF's langsiktige investeringsplan.



Nordlandssykehuset HF Rønvik



Konseptfase Steg 1

Hovedprogram

PROSJEKTNUMMER /TITTEL		
	Hovedprogram Konseptfase Steg 1 Rønvik	Nordlandssykehuset HF

UTARBEIDET AV		
Nordlandssykehuset HF	Otto Larsen	otto.larsen@nordlandssykehuset.no
Sykehusbygg (SB)	Helge Havåg	Helge.havaag@sykehusbygg.no
Nordlandssykehuset HF	Trude Grønlund	trude.margareth.gronlund@nordlandssykehuset.no

DOKUMENTSTATUS					
1.0	20.01.2021	Konseptfase steg 1 Hovedprogram - utkast	20.01.2021	Styringsgruppe	NLSH
2.0	27.01.2021	Revidert utgave etter møte 20.01.2021			

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	5
1.1	Hensikten med hovedprogrammet	6
2	Bakgrunn for prosjektet	6
3	Mål og organisering i konseptfasen	7
3.1	Overordnet målsetting	7
3.2	Prosjektomfang	8
3.3	Organisering, roller og utvikling av hovedprogrammet	8
4	Dagens virksomhet for klinikk, bygg og teknisk drift	11
4.1	Dagens virksomhet - klinikk	11
	Spesialpsykiatrisk avdeling	12
	Avdeling for Rus, Psykiatri og Avhengighet (ARPA)	13
4.2	Bygg og teknisk drift	14
5	Prosjektutløsende faktorer	15
5.1	Bygningsmessige faktorer	15
5.2	Behandlingsmessige faktorer	15
6	Framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov	15
6.1	Framskrivings resultater	16
7	Mål og kriterier	18
7.1	Samfunnsmål	18
7.2	Effekt mål	18
7.3	Resultat mål	18
8	Medvirkning i konseptfasen	19
9	Organisasjonsutvikling	21
10	Programområde funksjon	23
10.1	Styrende prinsipper, bygningsmessige og driftsmessige	23
10.2	Krav til funksjonsområdene	24
11	Dimensjonering av døgnplasser	30
11.1	Begrunnelse for å utvide kapasiteten i forhold til framskrevet behov	30
12	Arealtabeller	34
13	Programdel teknikk og drift	35
13.1	Vurdering av dagens bygg	35
13.2	Vurdering av elektriske installasjoner for Rønvik gamle fløyer	35
13.3	Vurdering av VVS installasjoner for Rønvik	36
14	Programdel logistikk, vare -og tjenesteflyt	37
15	Programdel IKT	39
16	Programdel utstyr	40
17	Virksomhetsmodeller som er drøftet i konseptfasen	41
17.1	Virksomhetsmodell 0	41
17.2	Virksomhetsmodell 1	42

17.3	Virksomhetsmodell 2A.....	42
17.4	Virksomhetsmodell 2B.....	42
17.5	Virksomhetsmodell 3.....	43
18	Kriterier for valg av alternativ.....	44
19	Økonomi og økonomisk vurderinger.....	45
19.1	Kostnadsestimat.....	45
19.2	Gevinster i prosjektet.....	46
20	Mulighetsstudie.....	47
21	Anbefalinger.....	48
22	Vedlegg.....	50

1 Innledning.

«Rønvik sindssygeasyl» som det den gang het, ble tatt i bruk i 1902.

De to store fløyene (E og F) fra 1959 ble oppført som en del av en generell utvidelse og modernisering av hele sykehuset etter krigen. Sist tilkommende bygninger ble tatt i bruk i 2010, hvor bla Sikkerhetsenheten holder til.

Deler av dagens bygningsmasse vurderes som lite egnet for en effektiv og kvalitativ drift, selv med omfattende oppussing. Driften er lite effektiv bla. fordi det er liten mulighet for direkte samhandling mellom avdelinger. Det vil også være vanskelig å oppnå ønskelige krav til sikkerhet og robusthet. Den eksisterende bygningsmassen vil heller ikke dekke fremtidige økte arealbehov jfr framskrivninger vist i mulighetsstudien («Arealutviklingsplan NLSH VOP Rønvik») fra Sykehusbygg HF.

I styremøte mars 2019 fikk styret seg forelagt «Arealutviklingsplan NLSH VOP Rønvik» og det ble gjort vedtak i sak 018-2019 om å gå videre til fase «Prosjektinnramming». Rapport fra fase Prosjektinnramming ble forelagt styret og behandlet i sak 102-2019, hvor det ble vedtatt å gå videre og gjennomføre neste fase Konseptfasen steg 1.

I arbeidet med Arealutviklingsplan for Nordlandssykehuset HF (NLSH) Rønvik, har vi benyttet «Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekt» (heretter kalt Veilederen) utarbeidet av Sykehusbygg HF. Denne angir skjematisk fasene i prosjektutviklingen.

Figur 1.0 Faser og beslutningspunkter fra nasjonale og regionale føringer til investeringsbeslutning. Tidligfasen er markert innenfor stiple linje, mens beslutningspunktene er markert som gule sirkler



På grunnlag av et godkjent styringsdokument og mandat for oppstart av konseptfasen, starter arbeidet med å utvikle et hovedprogram. Hovedprogrammet skal klargjøre prosjektets forutsetninger for tiltaket ved å beskrive virksomhetsinnhold, dimensjoneringsgrunnlag, organisatoriske virkninger og overordnede funksjonelle og tekniske krav til bygg, utstyr og infrastruktur. I konseptfasens steg 1 klargjøres premissene for innholdet i bygget for deretter å identifisere, utvikle og utrede alternative konsepter (muligheter) for hvordan premissene (programmet) kan løses i form av fysiske løsninger.

Fig 1.1 Styrende dokumenter for prosjektet.



I tillegg bygger utvikling av hovedprogrammet på nasjonale føringer gitt i Nasjonal Helse -og Sykehusplan.¹

1.1 Hensikten med hovedprogrammet

Hensikten med hovedprogrammet er å gi et godt grunnlag for den videre planlegging og prosjektering. Hovedprogrammet inneholder rammer og prinsipper for videre utvikling av prosjektet i konseptfasens steg 2 og vil være førende i prosjektutvikling for arkitekter og andre rådgivere.

Fig 1.2 Prinsippskisse konseptfasen.



Beslutning om videreføring av konseptfasen til steg 2, tas i beslutning nevnt B3A.

Hovedprogrammet for prosjektet NLSH Rønvik beskriver dagens virksomhet, antatt framtidig virksomhet, dimensjonering og arealbehov, i tillegg til overordnede tekniske krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur.

For dette prosjektet består Hovedprogrammet av fem delprogram: 1) funksjon, 2) teknikk og drift, 3) logistikk 4) IKT konsept, 5) utstyr.

I veileder for hovedprogram forutsettes det at hovedprogrammet skal være 80% ferdig i steg 1. Det understrekes at prosjektet vil utvikles og detaljeres videre i prosjektfasene, men at videre prosjektutvikling bygger på rammene for prosjektet som er vedtatt i Steg 1.

I planprosessen for konseptfasen er det benyttet gjeldende veiledere og verktøy fra Sykehusbygg:

- Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter
- Veileder for hovedprogram
- Bygg veileder for smittevern i sykehusbygg
- Standardromskatalogen
- Teknologirapporten
- Nasjonal framskrivings modell for sykehusbygg
- Klassifikasjonssystemet for helsebygg

2 Bakgrunn for prosjektet

Psykisk helsevern har de senere årene hatt en dreining mot kortere opphold og bort fra langvarig omsorg. Dette er en utvikling som har vært styrt av politiske og faglige føringer, og det har medført at døgnplasser gradvis er blitt erstattet med ulike polikliniske tilbud. Presset på de døgnenhetene som er igjen, har økt betydelig. 1.september 2017 ble revidert utgave av Lov om psykisk helsevern gjeldende. Den klare

¹ Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Helse- og omsorgsdepartementet 2019

intensjon i det nye lovverket er at personer skal kunne si nei til innleggelse og behandling. Dette medfører økt risiko for tilbakefall og forverring i sykdomsbildet og økt risiko i forhold til samfunnsvernet. Sykere pasienter i akuttpsykiatrien øker behovet for lokaler som ivaretar krav til gjennomføring av riktige intervensjoner, herunder skjerming. Dagens lokaler gir manglende muligheter for å differensiere pasientbehandlingen og personalet møter stadig på utfordrende situasjoner pga. uhensiktsmessige og umoderne lokaler. Dette medfører skader på både personale og pasienter. Bygningsstrukturen har stor betydning både i forhold til det kliniske arbeidet med alvorlig syke mennesker og i forhold til helse, miljø og sikkerhet for personalet. Gode behandlingslokaler er viktig for å redusere muligheten for både utilsiktet skade, villet egenskade og selvmord, samt muligheten for å påføre andre skade.

Prosjektinnramming

Styresak 102-2019 Prosjektinnramming arealutviklingsplan Nordlandssykehuset Rønvik, overgang til konseptfase utredning

1. *Styret viser til sakens dokument «Prosjektinnramming arealutviklingsplan for Nordlandssykehuset Rønvik» og gir sin tilslutning til den anbefalte prosjektinnramming og styringsdokumentene for Konseptfasen slik det fremkommer av dokumentet.*
2. *Styret gir derved direktøren fullmakt til å iverksette neste fase, Konseptfasen, med det foreslåtte mandat.*
3. *Styret ber om at innovasjon, nye og framtidsrettede behandlingsformer og involvering av pasienter og pårørende vektlegges i arbeidet med konseptutredningen.*
4. *Styret ber om at konseptfasen, steg 1 (Hovedprogram) presenteres for beslutning styret i perioden 01.10.20 - 31.12.2020.*
5. *Styret gir sin tilslutning til at Konseptfasen steg 1 finansieres over Nordlandssykehusets budsjett med kr 1,25 mill. med tillegg av kostnader møter egne ansatte.*
6. *Styret forutsetter at eventuell framtidig byggeprosess finansieres over Nordlandssykehuset og Helse Nord RHF`s langsiktige investeringsplan.*

3 Mål og organisering i konseptfasen

Målene beskriver det som ønskes oppnådd i et prosjekt. Mål har en styrende funksjon, og gir retningslinjer og beslutningspremisser i prosjektet. Mål fungerer også som evalueringskriterier for arbeidet som utføres i prosjektet, og de er en legitimitetsfaktor for prosjektets eiere, prosjektdeltagere og mottakere av ferdig prosjekt.²

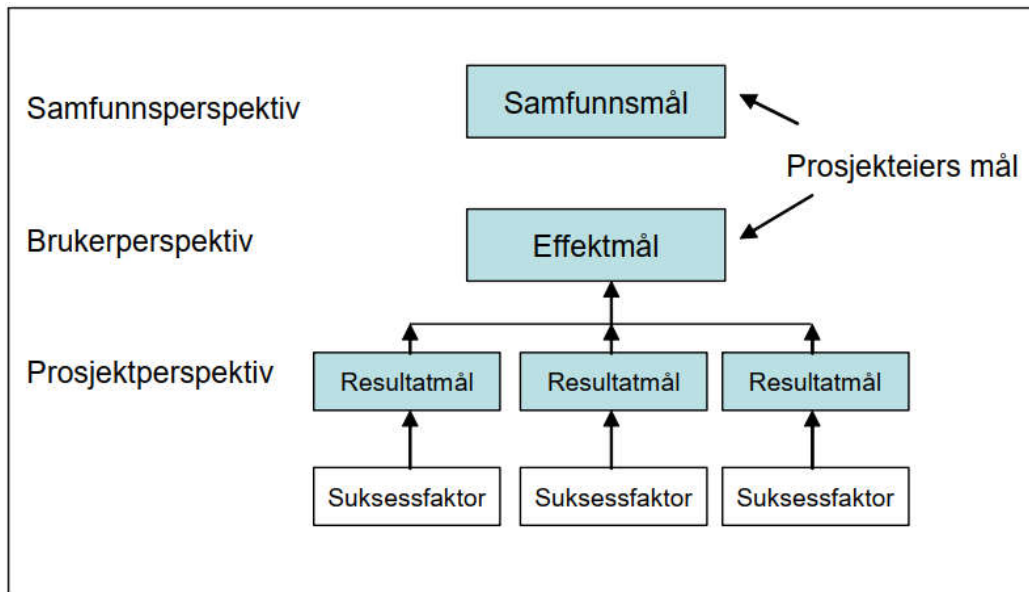
3.1 Overordnet målsetting

Den overordnede målsettingen for gjennomføring av prosjektet er å levere et best mulig prosjekt innenfor den til enhver tid vedtatte styringsramme. Prosjektet skal levere innenfor godkjent tidsplan og med den kapasitet, funksjonalitet og de kvaliteter som er gitt gjennom de ulike planleggingsfasene. «En vesentlig utfordring er foretakets lokaler for Psykisk helse og rus i Bodø. Kapasiteten er økt noe gjennom nybygg, men adresserer ikke behovet for en større oppgradering av hovedanleggene på Rønvik og Mellomåsen. De lokaler som tilbys i dag, har ikke ønsket kvalitet og kapasitet i tråd med forventninger vi har til dagens behandling. I tillegg er det en utslitt infrastruktur i byggene og i grunnen som krever betydelig innsats. Det er mulig å utvikle deler av bygningsmassen, men mer relevant er det nok å komplettere med tidsriktige behandlingslokaler i nye bygg. Det er derfor en klar målsetting i et 3-årsperspektiv å gjennomføre grundige analyser over tilstand og kapasitet og holde dette opp mot fremskrevet pasientgrunnlag og behov for behandlingstilbud for å etablere en arealutviklingsplan for denne bygningsmassen.» (Strategisk utviklingsplan for NLSH 2018-2035)

² Jacobsen D.I og Thorsvik, J (2002) Hvordan organisasjoner fungerer kap.2, s:42-46

Målene beskriver hva prosjektet konkret skal oppnå i form av et målhierarki med samfunns mål, effektmål og prosjektmål. Figuren under illustrerer målhierarkiet i prosjektet. Ved målkonflikt på et lavere nivå (for eksempel knyttet til resultatmål) må valget besluttes på overordnet nivå.

Fig 3.1 Målhierarki



Målene innen det skisserte målhierarkiet er konkretisert i kapittel 6.

3.2 Prosjektomfang

Prosjektnavn: NLSH Rønvik, konseptfase steg 1

Konseptfasen for NLSH Rønvik skal utrede fire virksomhetsmodeller:

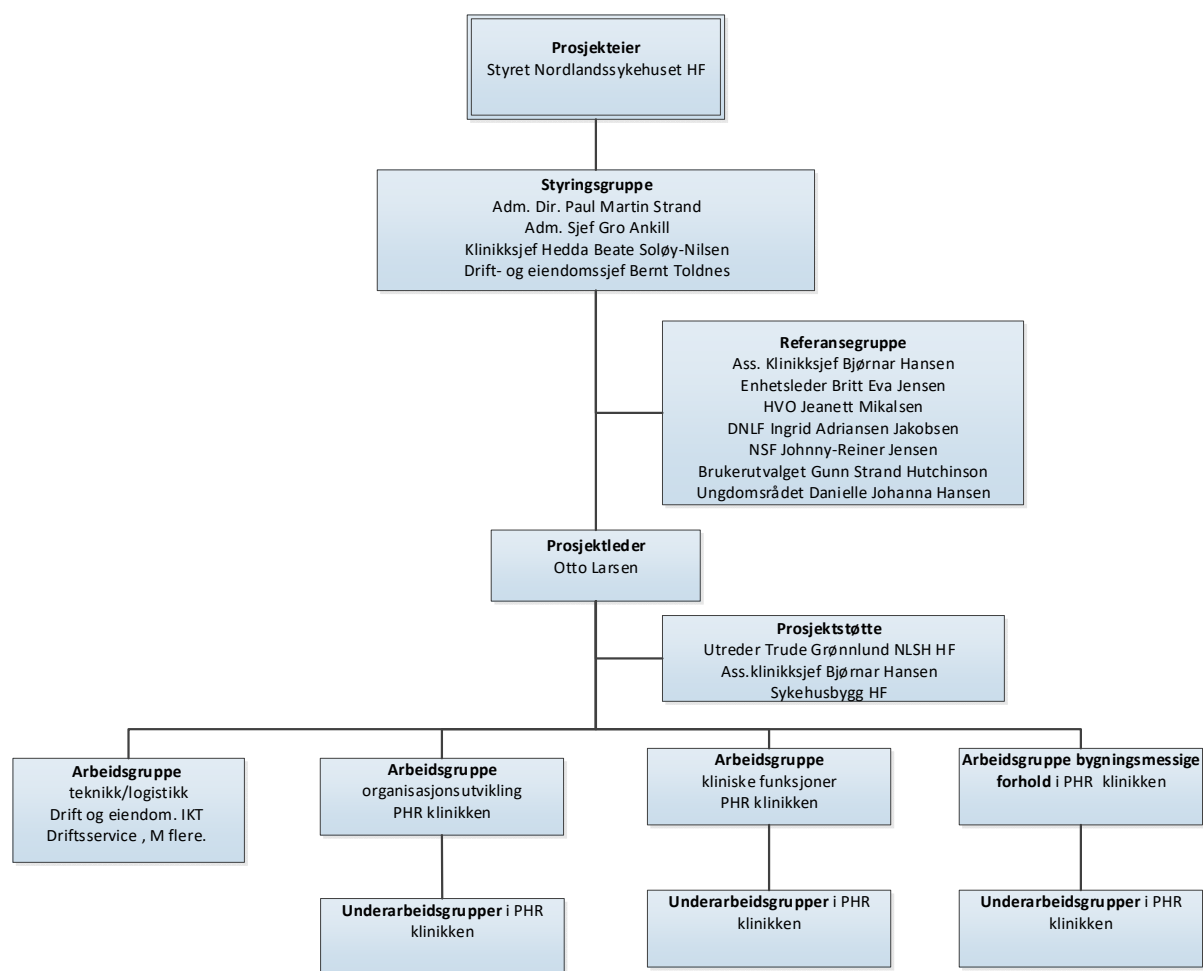
Tabell 3.1 Virksomhets alternativer

Alternativ		
0-alternativet	Eksisterende planløsning	
Alternativ 2		
	Alternativ 2A	Nytt bygg for alle akuttenebeter Full oppussing/ oppgradering til dagens nivå for avdelinger som plasseres i eksisterende bygg
	Alternativ 2B	Akuttenebeter, inklusive akutt rus, og alle ARPA-enbetene flytter ut i nytt bygg Døgnposter innen Spesialpsykiatrisk avdeling flytter inn i F og N og øvrige ledige lokaler benyttes til poliklinisk og administrativt arbeid.
Alternativ 3	Flytting av alle avdelinger i nytt bygg til annen lokasjon	

Oppgaven er å utvikle et bygg for psykisk helsevern som legger til rette for at Nordlandssykehuset kan oppfylle nasjonale mål for utvikling av denne delen av helsetjenesten i Nordland og Nord-Norge for regionale funksjoner.

3.3 Organisering, roller og utvikling av hovedprogrammet

Når etablerte behandlingstilbud utfordres og byggene endrer seg, medfører det endringer for organisasjonen. Ansatte, tillitsvalgte og brukere er viktige aktører i disse endringsprosessene.

Fig 3.2 Organisering**Prosjektgruppe**

For å sikre koordinering og forankring på tvers av arbeidsgrupper og delfunksjoner er det etablert en prosjektgruppe.

Følgende har deltatt i prosjektgruppen:

Otto Larsen	Prosjektleder, SDE*)	Nordlandssykehuset HF
Helge Havåg	Prosjektleder/sykehusplanlegger	Sykehusbygg
Trude M Grønne Lund	Utreder	Nordlandssykehuset HF
Bjørnar Hansen	Ass. Klinikkssjef, Psykisk helse og rus klinikk	Nordlandssykehuset HF
Kenneth Alsos	Avdelingsingeniør, SDE	Nordlandssykehuset HF
Reidun Skindlo	Sykehusplanlegger	Sykehusbygg
Lilian Leistad	Sykehusplanlegger	Sykehusbygg

*)SDE – Senter for drift og eiendom

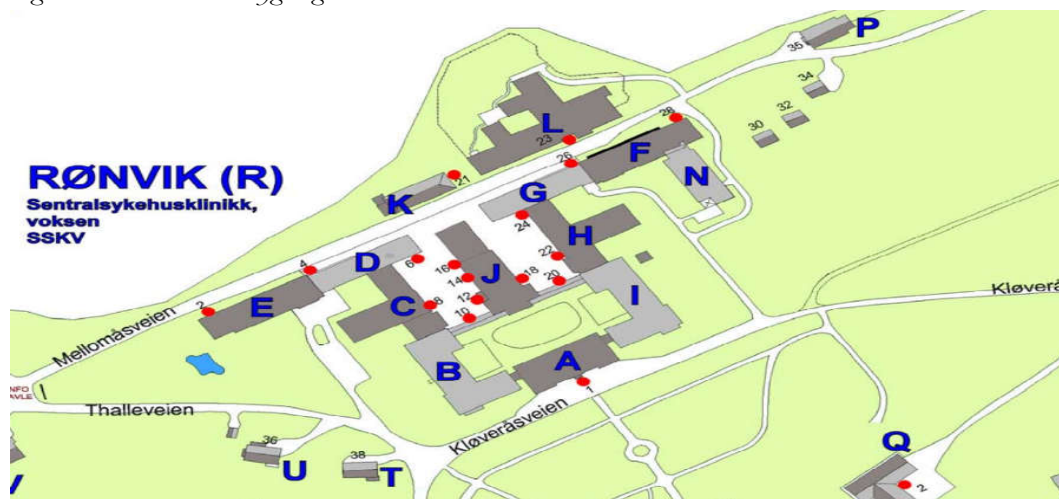
Tabell 3.2 Roller i prosjektorganisasjonen

Prosjekteier og byggherre	Det er Nordlandssykehuset ved styret som er prosjekteier og byggherre for tidligfaseplanlegging for NLSH Rønvik
NLSH Rønvik	Betegnelsen som benyttes for å omtale prosjektet for psykisk helsevern for Nordlandssykehuset Rønvik
NLSH Rønvik	Betegner prosjektorganisasjon som er etablert for å gjennomføre prosjektet i henhold til de rammer og forutsetninger som er gitt av styret i Nordlandssykehuset. Prosjektet rapporterer til et prosjektstyre
Sykehusbygg HF	Engasjert av Nordlandssykehuset for prosjektstøtte til prosjektledelsen i NLSH
Nordlandssykehuset HF	Helseforetaket som er ansvarlig for driften av dagens sykehus, og som er "mottaker" av prosjektet. Forkortes til NLSH
Ansatte	Samlebetegnelse på alle som inngår i organisasjonen NLSH og som ivaretar medisinsk/klinisk virksomhet, forsknings- og utdanningsvirksomhet og teknisk og administrativ drift. Begrepet inkluderer vernetjeneste og tillitsvalgte. Ansatte var trukket inn i prosjektarbeidet i konseptfasen for å medvirke til å sikre gode og funksjonelle løsninger, samt at prosjektet får en god forankring i driftsorganisasjonen. I senere faser vil aktivitetene også omfatte utstyrsanskaffelser, testing, utprøving, forberedelser til drift mv. Disse aktivitetene betegnes som medvirkning fra ansatte
Brukere	Brukere av sykehusets tjenester (pasienter, pårørende eller pasientorganisasjoner). Representanter fra brukerne vil bli trukket inn i prosjektarbeidet for å medvirke til premissavklaringer, universell utforming mv for å sikre at løsningene er tilpasset brukernes behov. Medvirkningen fra brukerne vil bli gjennomført via representative organer.
BHF	Forskrift om sikkerhet, helse og arbeidsmiljø på bygge- eller anleggsplasser (Byggherreforskriften) FOR-2016-06-03-568 fra 01.07.2017
Styringsgruppe	Har ansvar for å gjennomføre Konseptfase Steg 1 og 2, og fremlegge anbefalt forslag for B3 beslutning for styret i NLSH. Prosjektstyret har sitt mandat fra administrerende direktør NLSH.
Prosjektleder	Prosjektleder for gjennomføring av leveransen på vegne av prosjektstyret. Hovedansvar for alle prosesser knyttet til gjennomføring. PL rapporterer til styringsgruppen.
Referansegruppe	Gir innspill til prosessen
Arbeidsgrupper	Representerer sine fagområder, og skal gi faglige råd og synspunkt i planlegging av "Nye NLSH Rønvik".

4 Dagens virksomhet for klinikk, bygg og teknisk drift

Dette kapitlet gir en kort oversikt over dagens behandlingstilbud og kapasitet, kort beskrivelse av status for byggene som i dag benyttes til psykisk helsevern, og beskrivelse av bygg og teknisk drift av byggene.

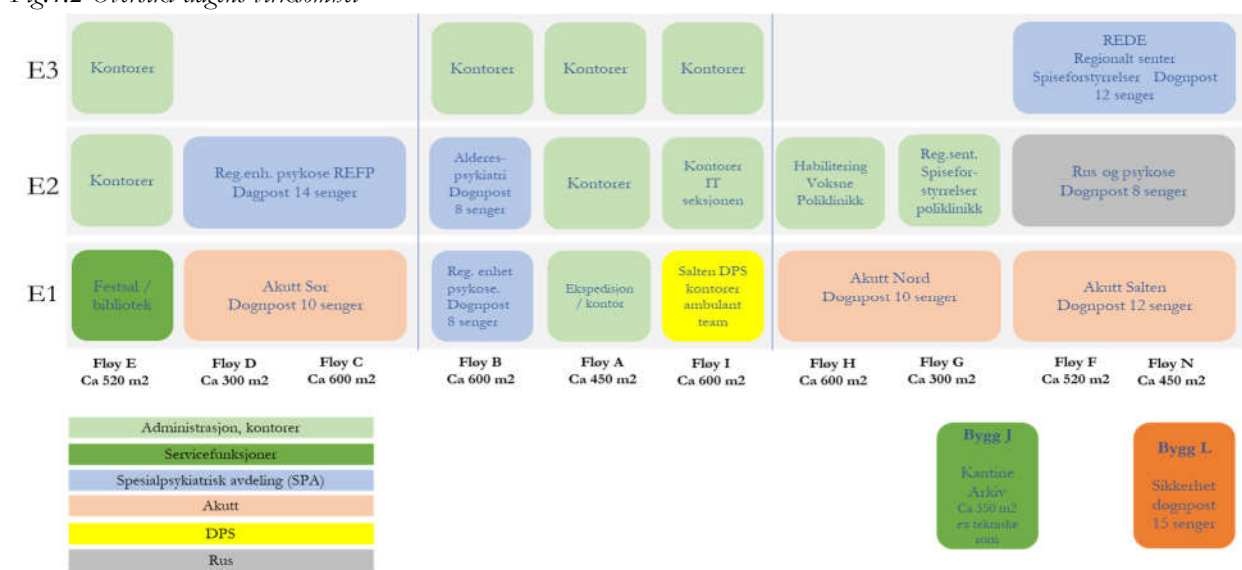
Figur 4.1 Oversikt over bygningsmassen i Rønvik



Virksomhet og bygg er beskrevet i Arealutviklingsplan for NLSH Rønvik (2019). Arealutviklingsplanen³ slår fast at dagens bygningsmasse oppfyller «i stor grad nødvendig kapasitet for nåværende aktivitet for de funksjonene som er der. Unntaket er for sikkerhetspsykiatrien hvor det rapporteres om overbelegg og utilstrekkelig kapasitet for PIT pasienter. Dårlige forhold og overbelegg i sikkerhetspsykiatrien medfører også at skjermingsplassene i akuttpostene er overbelastet, bla med pasienter fra sikkerhetsavdelingen». I vurderingen av virksomhetsmodellene (kap. 17), er fremtidig behandlingstilbud vurdert i forhold til delvis å benytte eksisterende bygningsmasse og å bygge nytt. I disse vurderingene er opprettelse av et tjenestetilbud for akutt rusbehandling og PIT døgnplasser en del av grunnlaget.

4.1 Dagens virksomhet - klinikk.

Fig.4.2 Oversikt dagens virksomhet



³ Arealutviklingsplanen kap.4,5 s:15

Akuttavdelingen

Akuttavdelingen (APA) har tre enheter, Akuttenhet Sør, Akuttenhet Nord og Akuttenhet Salten. Avdelingen har totalt 32 døgnplasser. (2018) Ved enheten gis det korttidsbehandling til personer med psykotiske tilstander, alvorlige affektive lidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser, akutt selvmordtruende pasienter samt personer med sammensatte tilstander. I og med at de tre enhetene er lokalisert uten direkte tilknytning til hverandre, er det ikke mulig å dele på personale med unntak av ved alvorlige hendelser der alarm utløses.

Spesialpsykiatrisk avdeling

Spesialpsykiatrisk avdeling består av enhetene: Regionalt senter for spiseforstyrrelser for voksne, Regional Enhet for psykoser 1 og 2 (fordelt over 2 etasjer er en post for unge nysyke med psykoser i alder 16-30 og en post for eldre, kronikere over 30), Alderspsykiatrisk enhet, Sikkerhetsenhet og Psykiatrisk innsatsteam, en regional ambulerende poliklinisk funksjon.

Regionalt senter for spiseforstyrrelser

Regionalt senter for spiseforstyrrelser (RESSP) gir spesialisert behandling av alvorlig spiseforstyrrelser hos voksne. Senteret består av en døgnenhet med 8 døgnplasser (2018) (REDE), samt et regionalt kompetanseteam (RKT). RKT er et tverrfaglig team med poliklinikk som også bistår fagmiljøene i regionen med veiledning og kompetanseoppbygging. Dette er et poliklinisk dagtilbud til pasienter med anoreksi, bulimi, overspisingslidelse og uspesifisert spiseforstyrrelse. Utredning innebærer somatiske undersøkelser, psykiatrisk utredning med kartlegging, standardiserte tester. Behandling tilpasses den enkelte person. Enheten har multifamiliegrupper og gruppebehandling for personer med overspisingslidelse som krever større grupperom.

Regional enhet for Psykose REFP (døgn)

Regional enhet for psykoser er en spesialenhet for utredning og behandling av psykoselidelser. REFP har 20 døgnplasser som er fordelt på 14 plasser i enhetens behandlingstilbud i 2.etg og 6 plasser i 1.etg. Enhetene drifter i nært samarbeid med hverandre og har en rekke felles aktiviteter og pasienttilbud. Psykoser er fellesbetegnelsen på en gruppe alvorlige psykiske lidelser, og kjennetegnes ved at man opplever å ha nedsatt eller manglende realitets-testende evne. Behandlingstilbudet tilpasses individuelt og kan vare fra noen uker til 3-6 mnd. Her inngår helhetlig diagnostisk utredning, igangsetting av behandling og etablering av passende oppfølging.

Alderspsykiatrisk enhet

Enheten har 8 døgnplasser. Lengden på opphold varierer, men ligger vanligvis mellom 4 til 8 uker. Alderspsykiatrisk enhet (APE) er en fylkesdekkende sykehusenhet i Nordland til eldre med behov for utredning eller behandling av kompliserte, alvorlige psykiske lidelser. Alderspsykiatri er spesialisthelsetjeneste for personer som får en alvorlig psykisk sykdom etter fylte 65 år. Det er en døgnpost med tilbud innen komplisert utredning og behandling.

Pasienter henvises til APE når behandling eller utredning fra kommunehelsetjenesten eller den lokale poliklinikken ikke har ført frem. Henvisning skal i all hovedsak da skje via fastlege til felles inntaksteam på sykehuset. Sykdomsbildet til pasientene er ofte komplisert av somatiske tilstander. Alderspsykiatriske lidelser er kjennetegnet ved at det er sammenheng mellom psykiatrisk og somatisk sykdom, eller mellom psykiatrisk sykdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomen. Andelen av de eldste i befolkningen er økende, og den psykiatriske sykdomsheten i denne gruppen er relativt høy. De fleste pasienter er ”ny-syke”, dvs. personer som ikke har hatt en kronisk lidelse gjennom livet.

Sikkerhetsenheten

Sikkerhetsenheten er et døgntilbud, uten lavdriftsperioder. Delvis planlagte innleggelser, men enheten har også ansvar for å ta pasienter på dom på kort varsel.

Enheten tar imot pasienter med alvorlige sinnslidelser og samtidig alvorlig voldspromatikk. Pasientene tas inn etter Lov om psykisk helsevern, som varetekts-surrogat, som soningsalternativ til soningsudyktige og til dom til psykisk helsevern.

Enheten har 15 døgnplasser til sikkerhetspasienter.

Ved Sikkerhetsenheten er behandlingen individuelt tilpasset hver enkelt pasient og organisert av primærgrupper. Primærgruppene er gjerne tverrfaglig sammensatt og har regelmessige møter med pasientene. Behandlingsforløpene er ofte lange. Den første tiden brukes til kartlegging av kognitivt funksjonsnivå, ADL-funksjoner, diagnosefastsettelse og generelle sårbarhetsområder. Ut fra kartleggingen lages en behandlingsplan med utgangspunkt i den enkeltes ressurser og behandlingsmålsettinger. I utskrivningsfasen jobbes det tett med hjelpeapparatet pasienten skal overføres til. Dette kan ta lang tid for noen og kan innebære at de i en periode pendler mellom Sikkerhetsenheten og bolig i hjemkommunen, DPS eller annet tilbud de skrives ut til.

Psykiatrisk innsatssteam er en regional ambulerende poliklinisk funksjon som yter ambulante utrednings-, behandlings- rådgivnings- og veiledningstjenester for hele regionen innen Helse Nords område. Enheten er lokalisert på Vensmoen i Saltdal samt Rønvik sykehus. Målgruppen er personer med psykisk utviklingshemming eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som autisme, som i tillegg har alvorlig psykiatrisk lidelse og/eller alvorlige atferdsproblem. Det er 2 regionale døgnbehandlingsplasser på Rønvik

Avdeling for Rus, Psykiatri og Avhengighet (ARPA)

Avdeling for Rus, Psykiatri og Avhengighet (ARPA) ble etablert som egen avdeling i januar 2018 for å styrke fokus og satsning på rusbehandling. ARPA har enheter som er spredd på to ulike lokalisasjoner. Avdelingen består av ruspoliklinikken (LAR og rus-team) og korttidsenhet rus (KER) som er lokalisert ved Mellomåsen (deler bygningsmasse med Salten DPS) og rus og psykiatri-enheten (ROP) som er lokalisert i Rønvik i andre etasje i bygg R/F.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

TSB tilbyr behandling innen alle former for rusmiddelproblemer og avhengighetstilstander. Dette gjelder både legale og illegale rusmidler.

NLSH HF har pr. dags dato ikke eget akutttilbud innen TSB, kun elektivt tilbud enten gjennom poliklinikk eller døgninnleggelse. Pasienter med behov for akutt behandling ivaretas ved de akuttpsykiatriske enhetene innen psykisk helsevern ved rusutløst psykose, suicidfare eller ved somatisk sengepost ved intoksikasjoner, delir m.m. Tilbudet er ikke dekkende for pasientpopulasjonen og det er behov for etablering av eget akutttilbud innen TSB.

Hovedtyngden av tjenestetilbudet er samlet under ARPA i form av Ruspoliklinikken og Korttidsenhet rus (KER). I tillegg er det etablert rusteam i både Lofoten og Vesterålen som er underlagt DPS LO/VE. All døgnkapasitet, totalt 95 senger i Helse Nord RHF, er regional. NLSH har 8 av disse sengene i sitt KER tilbud.

Ruspoliklinikken består av to team herunder Rusteamet og legemiddel assistert rehabilitering (LAR-teamet). Rusteamet tilbyr polikliniske tjenester som kartlegging, utredning og behandling til voksne over 18 år. Tilbudet består blant annet av individualterapi og gruppeterapi med fokus på endring av skadelig og avhengighetspreget bruk av rusmidler, spill og anabole steroider.

Enheten samarbeider/samhandler tett med øvrig hjelpeapparat og pårørende. Teamet leverer tjenester til

Bodø fengsel ved rusmestringsenheten, og til Nordland friomsorgskontor i forhold til etablering og gjennomføring av program ved ruspåvirket kjøring. Siden 2016 har det vært samarbeid med friomsorgen rundt narkotikaprogram ved domstolskontroll (ND-programmet).

Kortidsenhet rus (KER)

KER har 8 plasser. Enheten tilbyr kortere innleggelser på opptil 8 uker, og gjennomfører alt fra korte avrusninger, medisinjusteringer og stabiliseringsinnleggelser til behandling og/eller utredningsopphold. En del av pasientene som behandles ved enheten, tas inn etter henvisning fra helse og omsorgstjenestene i kommunene som fastlege, NAV og kommunal rus/psykiatritjeneste, og en stor del tas inn etter sekundærhenvisning fra øvrige enheter som Ruspoliklinikken, ROP, akuttpsykiatri og somatikk. KER er formelt sett regional på lik linje som alle andre døgninstitusjoner i TSB innen Helse Nord RHF, men i praksis er de fleste pasientene tilhørende Salten, Lofoten og Vesterålen.

Rus og psykiatrienheten (ROP)

ROP er en enhet på sykehusnivå som tilbyr utredning og behandling av alvorlige psykiske lidelser i kombinasjon med en rusavhengighet. Alvorlig psykiske lidelser er definert som alvorlig depresjon, angst, schizofreni, affektive psykoser, stemningslidelser og personlighetsforstyrrelser der disse forårsaker et vesentlig funksjonstap. Gjennomgående for pasientene er at de har et klart funksjonsfall og er klart behandlingstrengende. Poliklinisk behandling i kombinasjon med oppfølging lokalt er prøvd og funnet utilstrekkelig.

Enheten har 8 behandlingsplasser med tilhørende treningsleilighet. Tilbudet er beregnet for personer mellom 18-35 år, hvor de yngste prioriteres.

4.2 Bygg og teknisk drift.

Dagens bygningsmasse oppfyller i stor grad nødvendig kapasitet for nåværende aktivitet for de funksjonene som er der. Unntaket er for sikkerhetspsykiatrien hvor det rapporteres om overbelegg og utilstrekkelig kapasitet for PIT pasienter. Dårlige forhold og overbelegg i sikkerhetspsykiatrien medfører også at skjermingsplassene i akuttpostene er overbelastet, bla med pasienter fra sikkerhetsavdelingen. Det er i dagens kapasitet ikke etablert eget døgntilbud for akutt rusbehandling. Det er heller ikke etablert egne døgnplasser for PIT-pasienter. Disse behandles i dag ved Sikkerhetsenheten, noe som gir redusert kapasitet der. I arbeidet med Prosjektinnramming og Konseptfasen steg 1, har vi utelatt beskrivelse av evt behov for kapasitetsendringer ved Sikkerhetsenheten grunnet at det i 2018 var et parallelt løp vedrørende utredning av 3 nye sikkerhetsplasser samt 2 nye PIT døgnplasser i fløy I. I ettertid har Helse Nord RHF lagt dette prosjektet på is, noe som får konsekvenser først og fremst for behovet for flere døgnplasser ved Akuttpsykiatrisk avdeling. Dette begrunnes lenger bak i rapporten.

Bygningenes egnethet for den kliniske driften er beskrevet i de tidligere rapporter og er betegnet som uegnet for forsvarlig og moderne behandling innen psykisk helsevern. Når det gjelder byggene vurderes det som sannsynlig at det rent bygningsmessig og teknisk bør være mulig å gjennomføre en full oppussing hvor en kan planlegge avdelinger med ny romløsning ved å fjerne alle lettvegger og skifte ut alle tekniske installasjoner. Hovedombygging vil utløse krav i henhold til TEK17 standard, og vil berøre alle tekniske fag. Ved ombygging vil også hovedforsyninger for elkraft måtte vurderes.

Deler av anlegget på Rønvik ble fredet av Riksantikvaren i forskrift datert 16. februar 2012.

Fredningsvedtaket omfatter syv bygninger med tilhørende grøntanlegg i verneklasse 1, og én bygning i verneklasse 2. Dette gir begrensninger i forhold til plassering av nytt bygg, og spesielt for etablering av tørr forbindelse til Sikkerhetsbygget.⁴

⁴ Arealutviklingsplan NLSH Rønvik (2019) kap. 4.6 og 4.7

5 Prosjektutløsende faktorer

Prosjektutløsende faktorer er identifisert gjennom arbeidet med arealutviklingsplan og prosjekttinnramming. Identifiserte prosjektutløsende faktorer er grunnlaget i vurdering av virksomhetsalternativer samt kriterier for anbefaling.

5.1 Bygningsmessige faktorer

- De fleste pasientrom har ikke eget bad
- Det mangler tilstrekkelig med støtterom som f.eks skyllerom, eller de er plassert uhensiktsmessig eller i dårlig forfatning
- Uoversiktlige arealer fører til økt uro med mer vold og trusler mot personalet og medpasienter
- Smittevern er problematisk i nedslitte lokaler med felles toaletter og bad
- Sikkerhet og beredskap for personalet er ikke optimal da lokalene er store og uoversiktlige og enhetene ligger langt fra hverandre. Det tar tid å få hjelp fra andre enheter når alarmer utløses.
- Tilgang til friluft og aktiviteter knyttet til utearealer er svært begrenset
- Uhensiktsmessig plassering av skjermingsrom og medisinsrom gir begrensninger i bruk av pasientenes fellesrom.
- For få skjermingsrom
- Manglende venteværelser
- Mangel på garderobearealer for de ansatte
- For få rapporteringsrom/personalrom
- For få møterom med IKT fasiliteter
- Dårlig dekning for telefon i noen områder
- Behov for flere samtalerom/rom for gruppeterapi
- Mangel på rom/areal/adkomster med universell utforming

5.2 Behandlingsmessige faktorer

- Økt poliklinisk behandlingstilbud
- Færre døgnplasser
- Trygge fysiske rammer er avgjørende for å forebygge selvmord.
- Pasienter innlagt med skjermingsbehov får ikke godt nok tilbud
- Pasienter innlagt med infeksjonssykdommer (kontaktsmitte) kan ikke skjermes
- Sikre hensiktsmessig omsorgsnivå som «en-til-en kontakt»
- Minimere – fjerne farlige gjenstander
- Redusere overstimulering
- Om mulig - fjerne triggere for trusler, vold og aggresjon hos pasienten
- Sikkerhet – for ansatte og pasienter

6 Framskrivning av aktivitet og beregning av kapasitetsbehov

I dette kapitlet presenteres resultatene fra framskrivning av psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) for aktivitet og kapasitetsbehov. Dataunderlag og metodebeskrivelse samt beregningsgrunnlag for aktivitet er vist i vedlegg.

Sykehusbygg HF benytter aktivitetsdata fra norsk pasientregister (NPR), avdeling helseregistre i Helsedirektoratet og befolkningsframskrivinger fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Befolkningsframskrivingen

gir et anslag for framtidig utvikling av folkemengden og utarbeides av Statistisk Sentralbyrå⁵. Tidligere befolkningsframskrivninger viser til at det har vært godt samsvar mellom faktisk folketilvekst og framskrevet vekst⁶. Ved framskrivingen av aktivitet benyttes «RHF'enes modell for framskrivninger av aktivitet og kapasitet» (nåværende).

6.1 Framskrivings resultater

Framskrivningene er basert på all aktivitet innen psykisk helsevern for voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved NLSH Rønvik, driftsåret 2018 registrert i norsk pasientregister (NPR). For den demografiske framskrivingen har NPR koblet på vektorer mottatt fra statistisk sentralbyrå (SSB). Det er tatt utgangspunkt i beleggspersent og utnyttelsesgrader som benyttet i Arealutviklingsplanen fra 2019.

Døgnaktivitet PHV voksne og TSB

I tabellen under gis en oversikt over antall døgnopphold og liggedøgn for de ulike avdelinger. I neste tabell gis en oversikt over endringer fra 2017 til 2035 for samme aktivitet, faktiske tall og prosentvis endring.

Tabell 6.1 Antall døgnopphold oppholdsøgn (liggedøgn) beregnet i 2018 framskrevet til 2035 innen PHV voksne og TSB ved NLSH Rønvik, fordelt på avdelinger og/eller enheter innen akutt- og spesialpsykiatri samt korttidsenhet rus (KER).

Behandlingsenhet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser, NLSH Rønvik	Døgnopphold 2018	Døgnopphold 2035	Oppholdsøgn 2018	Oppholdsøgn 2035
Akuttpsykiatrisk avdeling - Akuttpsykiatrisk avdeling Nord, Sør, Salten	888	991	8 904	9 353
Spesialpsykiatrisk avdeling - Alderspsykiatrisk enhet, Regional enhet for psykose (REFP, døgn) Sikkerhetsenheten, Rus- og psykiatrienheten (ROP)	209	261	15 630	18 441
Spesialpsykiatrisk avdeling - Regionalt senter for spiseforstyrrelser	68	74	1 749	1 639
Sum PHV voksne	1 165	1 326	26 283	29 433
Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARAP) - Korttidsenhet rus (KER)	108	122	2 337	2 351
Sum PHV voksne og TSB	1 273	1 448	28 620	31 784

Tabell 6.2 Endring i antall og prosent døgnopphold og oppholdsøgn (liggedøgn) 2018 framskrevet til 2035 innen PHV voksne og TSB ved NLSH, Rønvik fordelt på avdelinger og/eller enheter innen akutt- og spesialpsykiatri samt korttidsenhet rus (KER).

Behandlingsenhet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser, NLSH Rønvik	Endring døgnopphold 2018-2035	%-vis endring døgnopphold 2035	Endring oppholdsøgn (lgd) 2018-2035	%-vis endring oppholdsøgn (lgd) 2018-2035
Akuttpsykiatrisk avdeling - Akuttpsykiatrisk avdeling Nord, Sør, Salten	103	11,6 %	449	5,0 %
Spesialpsykiatrisk avdeling - Alderspsykiatrisk enhet, Regional enhet for psykose (REFP, døgn) Sikkerhetsenheten, Rus- og psykiatrienheten (ROP)	52	24,9 %	2 811	18,0 %
Spesialpsykiatrisk avdeling - Regionalt senter for spiseforstyrrelser	6	8,8 %	-110	-6,3 %
Sum PHV voksne	161	13,8 %	3 150	12,0 %
Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARAP) - Korttidsenhet rus (KER)	14	13,0 %	14	0,6 %
Sum PHV voksne og TSB	175	13,7 %	3 164	11,1 %

⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/192644?ts=147ee2cb0a0>

⁶ H. Brunborg og M. Tønnessen. Økonomiske analyser 2/2013. SSB.

Tabellene viser at det innen PHV-V samlet sett for antall døgnopphold og oppholdsdøgn (lgd) antas en økning på henholdsvis rundt 14 og 12 prosent fra 2018 til 2035. Dette gir en årlig økning på omtrent 185 liggedøgn eller 0,7 prosent i året. Videre viser tabellene at det antas en økning i antall oppholdsdøgn (lgd) med 5 og 18 prosent for henholdsvis akuttpsykiatri og spesialpsykiatri unntatt spiseforstyrrelser. Innen spesialpsykiatri ved Regionalt senter for spiseforstyrrelser antas det en reduksjon i oppholdsdøgn (lgd) på omtrent 6 prosent. For TSB viser tabellene at det antas en økning i antall døgnopphold og liggedager på henholdsvis 13 og 0,6 prosent fra 2018 til 2035.

I Tabell 6.3 nedenunder presenteres den beregnede sengekapasiteten innen psykisk helsevern voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) basert på oppholdsdøgn (lgd) beregnet i 2018 framskrevet til 2035. Den normerte sengekapasiteten ved Akuttpsykiatrisk og Spesialpsykiatrisk avdeling, samt Korttidsenhet rus ved NLSH Rønvik er vist i samme tabell.

Tabell 6.3 Beregnet kapasitetsbehov for senger i 2018 framskrevet til 2035, samt normerte antall senger i 2018, innen PHV voksne og TSB ved NLSH Rønvik fordelt på avdelinger og/eller enheter innen akutt- og spesialpsykiatri, samt korttidsenhet rus (KER).

	Døgnplasser i dag (2018)	Døgnplasser framskrevet 2035
Akuttpsykiatrisk avdeling, døgnplass	32	33
Alderspsykiatrisk avdeling, døgnplass	8	8
Reg.sent. Spiseforstyrrelser	8	6
Reg.sent. Psykose (REFP), døgnplass	20	22
PIT døgnplasser	-2	2
Rus og psykiske lidelser (ROP), døgnplass	8	8
Korttidsenhet rus (KER), døgnplass	8	9
Sum døgnplasser - sikkerhet ikke medregnet	84	88
Sikkerhet døgnplasser	15	15
Sum døgnplasser	99	103

**) Sikkerhetsenheten er ikke en del av prosjektet - har 15 døgnplasser i dag*

Beregnet kapasitetsbehov i 2035

Beregningene i tabell 6.3 viser at det samlet sett blir et behov for 103 senger innen psykisk helsevern voksne (PHV-V) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) i 2035. Dette med basis i antall liggedøgn i 2018 framskrevet til 2035. Beregnet behovet for antall senger antas samlet sett å øke med fire senger totalt. Ved Regionalt senter for spiseforstyrrelser viser beregningene at behovet for senger reduseres til seks senger (-2). Ved Korttidsenhet rus (KER) viser beregningen at det vil være behov for ni senger i 2035, mot åtte senger i 2018. Beregningene forutsetter at befolkningsgrunnlaget og de kvalitative vurderinger er de samme.

7 Mål og kriterier

Det vises til den tidligere skissen over målhierarki, presentert i kap.3. I dette kapitlet presenteres de konkrete målene utarbeidet for konseptfasen og som skal ligge til grunn for bla vurdering av hvilke virksomhetsmodeller som best ivaretar de målene vi søker å oppnå.

7.1 Samfunns mål

Samfunns målet (gjelder hele prosjektet) er definert som hvilken samfunnsutvikling prosjektet skal bygge opp under, eller bruttoeffekten av prosjektet over tid, og er formulert som følger:

- *Nybygg psykisk helsevern NLSH Rønvik skal legge til rette for at Nordlandssykehuset HF kan oppfylle nasjonale mål for utvikling av denne delen av helsetjenesten i Nordland*
- *Prosjektet skal bedre kvaliteten på tjenestetilbudet i psykisk helse- og rusklinikk ved å planlegge for en framtidig bygningsstruktur på et tidsriktig nivå.*
- *Prosjektet skal gi virksomheten lokaler som sikrer gode og økonomisk effektive behandlingstilbud*
- *Bygget skal muliggjøre kontinuerlig utvikling av tilbudet til pasientene og samhandling med andre deler av helsetjenesten*

7.2 Effektmål

Effektmålene (gjelder for hele prosjektet) er knyttet til prosjektets virkning for brukerne. Brukere er i første rekke pasienter, men også ansatte, pårørende og samarbeidspartnere.

Bruker mål er formulert som:

- Byggene er planlagt for økt poliklinisk behandlingstilbud
- Antall døgnplasser er tilpasset nasjonale mål
- Lokaler og bygninger er utformet slik at de ivaretar pasientsikkerhet og forebygger selvmord
- Det er etablert skjermingsrom i alle enheter
- Det er etablert kontaktsmitterom i alle enheter for pasienter innlagt med infeksjonssykdommer
- Sikre hensiktsmessige rom som sikrer «en til en kontakt» (*omsorgsnivå som «en-til-en kontakt»*)
- Byggene er utformet slik at gjenstander og utstyr som utsetter pasienter og ansatte for risiko og skader, ikke er tilgjengelig
- Redusere overstimulering
- Om mulig - fjerne triggere for trusler, vold og aggresjon hos pasienten
- Byggene er utformet slik at de ivaretar trivsel og sikkerhet – for ansatte og pasienter
- Det er etablert rom for undervisning, og som legger til rette for samarbeid med universitet og høyskoler med fokus på utdanning og rekruttering.
- Nye bygg gir mer effektiv logistikk og drift.

7.3 Resultat mål

Resultat mål beskriver prosjektets sluttleveranse. Resultat mål⁷ må være konkrete og etterprøvbare. Det legges vekt på viktigheten av å ha en helhetlig tilnærming ved prioriteringer i alle planleggingsfaser.

Resultat mål for konseptfasen

Resultat målene for konseptfasen er:

- kvalitet på konseptrapport og tilhørende delutredninger gir tilstrekkelig grunnlag for å velge virksomhetsmodell, tomteplassing samt anbefaling og etterfølgende vedtak om oppstart for prosjekt og i neste omgang utbygging

⁷ Store Norske Leksikon, Teknologi og Industri: MÅL-Prosjektledelse

- en rapport som viser at prosjektet kan gjennomføres innenfor helseforetakets økonomiske bæreevne
- rapport levert innen tidsfrist og innenfor avsatt budsjett for planlegging

Resultatmål for hele prosjektet

Disse fastlegges endelig på grunnlag av konseptrapporten. I denne omgang foreligger det foreløpige formuleringer til disse målene:

- Samlokalisering av akuttpostene
- Samlokalisering av Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet
- Det er oppnådd driftsøkonomisk gevinst ved samlokalisering
- Det er etablert skjermet uteareal for alle enheter der pasienter selv regulerer utgang
- Det er etablert gode og effektive logistikk-løsninger
- Pasientsikkerhet er ivaretatt i nytt bygg

8 Medvirkning i konseptfasen

Det vises til organisasjonskartet for prosjektet, presentert i kap. 3 hvor det framgår at det har vært 4 arbeidsgrupper involvert i arbeidet samt en referansegruppe. Arbeidsgruppene har drøftet ulike tema som er sentrale for den videre planlegging, mens referansegruppen har vært rådgivende for prosjektgruppen i arbeidet med styringsdokumentet, målformuleringer og kriterier for alternativvurderinger.

Referansegruppe

Referansegruppen har bestått av sju personer fra brukerorganisasjoner, verneombud, tillitsvalgte og representanter for klinikken. Gruppens oppgave er å komme med innspill til fremlagte dokumenter og medvirke i prosessen, det har vært avviklet to møter med referansegruppen.

Tillitsvalgte og vernetjenesten (TV/VO) har vært representert i arbeidsgruppene og andre arenaer for medvirkning. I tillegg er TV/VO representasjon ivaretatt i referansegruppen. Prosjektet ble invitert til TV/VO's dialogmøte ved behov.

Brukere av sykehusets tjenester (pasienter, pårørende eller pasientorganisasjoner).

Representanter fra brukerne skal medvirke og gi råd om utforming og valg av løsninger, bidra til premissavklaringer, universell utforming mv. for å sikre at løsningene er tilpasset pasient og pårørendes behov. Brukerutvalget har fått mulighet til å få informasjon om prosjektet i egne møter. Brukerutvalget og Ungdomsrådet har hatt representanter i Referansegruppen.

Mandater for arbeidsgruppene og oppsummert resultat har vært som følger:

Arbeidsgruppe 1

Utrede faglige funksjoner og premisser for utforming av nytt bygg for akuttpsykiatri, herunder behov for evt andre enheter som bør tenkes inn i nytt bygg. Hvilke rammebetingelser for utformingen av bygget framkommer av behandlingsmetoder, pasientgruppens behov og personellens krav til forsvarlig behandling og sikkerhet for pasienter og personell.

Gruppens arbeid kan oppsummeres i disse hovedpunktene:

- Sentrale rammebetingelser for utforming (videreføre organiseringen med 3 enheter, skjermingsenheter, smitterom, mottakssluse, akuttmottak, osv.)
- Behandlingsmetoder
- Pasientgruppens behov
- Forsvarlig behandling og sikkerhet
- Smittevern, virusscreening
- Generalitet, lik utforming av pasientrom- bygg-teknisk besparende

Arbeidsgruppe 2

Utrede hvordan eksisterende bygningsmasse kan utnyttes for å ivareta øvrige enheter/avdelingers behov for forsvarlig og god behandling når Akuttavdelingen flytter ut av lokalene de har i dag. Herunder utrede hvordan den 1) allmennpsykiatriske virksomheten ved SDPS kan gis større kapasitet enn i dag for å ivareta den stadig økende pasientporteføljen inkludert nye metoder, 2) optimalisere alderspsykiatrisk enhet, 3) mulighet for å samle ARPA inkl rusakutt. Gruppen skal også definere evt behov for ombygging, oppussing eller modernisering innenfor de grunnstrukturer som eksisterer, for å ivareta enhetenes behov for utvikling av behandlingstilbudet.

Gruppens arbeid kan oppsummeres i disse hovedpunktene:

Denne arbeidsgruppen har lagt vekt på å få all virksomhet i ARPA inn i de gamle bygningene. De ønsker i tillegg at Alderspsykiatrisk enhet bør utvide kapasitet til 10 plasser og samtidig ha en fleksibilitet for en ytterligere utvidelse med 4 nye plasser dersom det som i dag kjøpes av private aktører blir overført til klinikken.

Videre er det et økende behov for døgnplasser for pasienter i sikkerhet- og akuttpsykiatrien, mht endringer i Lov om psykisk helsevern og straffeprosesslov. Dette er erfaringene på nasjonalt og internasjonalt.

Arbeidsgruppe 3

Organisasjonsutvikling er en forutsetning for alle nye sykehusbygg jfr Veilederen. Gruppe 3 skal utrede hvilke organisasjonstiltak som kan gjennomføres for å ivareta klinikkens framtidige behov for modernisering og effektivisering av driften, slik at en framstår som en effektiv og moderne virksomhet også i år 2035-2040. Klinikken må påregne endringer i årene som kommer og gruppen skal utrede mulige tilnærminger til både endrede rammebetingelser og faglige nyvinninger. Erfaringer fra drift under pandemien og de siste års endringer i driften jfr ny lovgivning, pakkeforløp, nye metoder mv må trekkes inn som en del av arbeidet.

Gruppens arbeid kan oppsummeres i disse hovedpunktene:

Frem til i dag har det vært gjort mange større og mindre endringer i organisasjonen. Ut fra faglige vurderinger er enheter opprettet, enheter avviklet og avdelingsstrukturer gjort om.

Klinikken vurderer at i forhold til «sentralsykehusfunksjonene» så vil behovet for døgnplasser ikke bli mindre enn det framskrivingene i prosjektarbeidet viser. Endringer i Lov om Psykisk helsevern (ny tvangsbegrensnings lov er under utredning), dømte til behandling, økt rusadferd i befolkningen samt flere eldre tilsier at det vil være behov for nye døgnplasser, spesielt gjelder dette sengeplasser innenfor TSB. Nordlandssykehuset må ha et kraftfullt tilbud innenfor TSB for sitt ansvarsområde. De geografiske og meteorologiske forhold, den demografiske utvikling og rekrutteringsutfordringer taler også for behov for sterke faglige senter.

Arbeidsgruppe 4

Det har vært hensiktsmessig å samle ikke kliniske fagområder i en arbeidsgruppe som hadde tema IKT og Bygg og tekniske fag. Fagområdene er tematisert iht til hovedprogramveilederen. I tillegg er logistikk definert som et eget tema. Hver enkelt temagruppe har levert sine innstillinger, som er tatt inn i rapporten i kap. 13, 14 og 15..

Den enkelte arbeidsgruppes besvarelse av mandatene er lagt ved i sin helhet som vedlegg, mens anbefalingene er lagt til grunn for vurdering av alternativmodeller og kriterieevaluering.

9 Organisasjonsutvikling

Organisasjonsutvikling er en forutsetning for alle nye sykehusbygg jfr. Veilederen. Hvilke organisasjonstiltak som kan gjennomføres for å ivareta klinikkens framtidige behov for modernisering og effektivisering av driften, slik at en framstår som en effektiv og moderne virksomhet også i år 2035-2040, vil måtte vurderes kontinuerlig i årene framover. Klinikken må påregne endringer i årene som kommer og det må utredes mulige tilnærminger til både endrede rammebetingelser og faglige nyvinninger. Erfaringer fra drift under pandemien og de siste års endringer i driften jfr. ny lovgivning, pakke-forløp og nye metoder mv må trekkes inn som en del av arbeidet. Offensiv bruk og utvikling av digitale behandlingsløsninger / oppfølging kan endre behov for de «lettere» elektive DPS-sengene slik de brukes i dag. Behandling kan skje i dagbehandlingstilbud, kriser kan avhjelpes uten fysisk oppmøte og samarbeid mellom ulike tjenestenivå kan avholdes uten fysisk oppmøte.. Lokaler må være tilpasset slik at fysisk møte også er mulig.

Når organisasjonstiltak skal fremskrives er det mange forhold som spiller inn.

- Demografisk utvikling i regionen (lav befolkningsvekst, flere eldre, færre yngre, sentralisering også innenfor Nord-Norge)
- Utfordring med rekruttering av fagpersoner (overleger, psykologspesialister og sykepleiere)
- Endring i klima som utfordrer god og stabile kommunikasjon på vei, sjø og i luften, og derigjennom transport av pasienter. Dette gjelder spesielt de som må innlegges akutt i Bodø
- Fagpolitiske strømninger (hva ønsker våre politikere innenfor det psykiatriske feltet)
- Oppgaveglidning og oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner i et lengre perspektiv
- Vil kommunene klare å etablere døgntilbud både innenfor krise og langtidsbehandling
- Hvordan kan modeller utviklet i det sentrale sør tilpasses det rurale nord
- Endring i lovverk (mindre bruk av tvang og mer bruk av dom for behandling)
- Utvikling av nye behandlingsmetoder for spesifikke tilstander
- Teknologien som arbeidsredskap i terapeutiske tilbud (nye metoder)
- Teknologi som arbeidsredskap for undervisning og veiledning
- Hvordan vil vedtatte endringer i Helgelandssykehuset og øvrig utvikling av den psykiatriske virksomheten i Helgelandssykehuset påvirke vår organisasjon
- Hvordan utvikler de private institusjonene i Nordland seg i forhold til utredning av demens i relasjon til oss
- Internasjonale pandemier

Dagens elektive senger i PHR- klinikken har en faglig profil som i liten grad gjør at de på kort tid kan omstille virksomheten. Det vil derfor være helt nødvendig med en kontinuerlig organisasjonsutvikling som gjør organisasjonen i stand til å endre tjenestetilbudet i tråd med behov hos pasienter og pasientflyt. I forhold til kommunene så er kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger) i varierende grad tilgjengelig. Det er også utfordrende å få etablert forsterkede botilbud til pasienter med behov for dette.

Den del av våre behandlingstilbud som utfordres mest av beskrevne endringer og utfordringer vurderes å være innenfor vårt poliklinisk behandlingstilbud og lokalsykehusfunksjoner. Hvis fremtidens politikk fra myndighetene vil være en fortsatt oppgaveforskyvning mot kommunalt ansvar for behandling av lettere og moderate lidelser, vil organisasjonen påvirkes betydelig. Kompetansebygging og veiledning av kommunene vil i så fall måtte utgjøre stor del av oppgavene til våre DPSer.

Nye behandlingsmetoder, der nettbehandling er i stadig utvikling, vil få betydning for antall pasienter som får behandling, kortere ventetid, mindre fristbrudd etc. Organisasjonen må derfor tilpasses bruk av teknologiske hjelpemidler innenfor veiledning og samarbeid med kommuner.

Behov for volumkompetanse vil kunne endre hvor behandlingstilbud er lokalisert i klinikken.

Hvis Helgelandssykehuset f.eks. på sikt ivaretar en større del av egen pasientportefølje, vil dette utløse endringer i PHR-klinikken.

Endringene nevnt over vil påvirke hvordan tjenestetilbudet blir organisert i klinikken. Mye vil avhenge av at klinikken klarer å rekruttere samt utdanne tilstrekkelig med fagpersonale innenfor ulike profesjonene.

Hvis ikke dette skjer, vil krav til forsvarlighet i driften kunne kreve betydelige omstruktureringer i organisasjonen. Det er derfor helt nødvendig at det under hele utbyggingsprosessen arbeides med organisasjonsutvikling i klinikken.

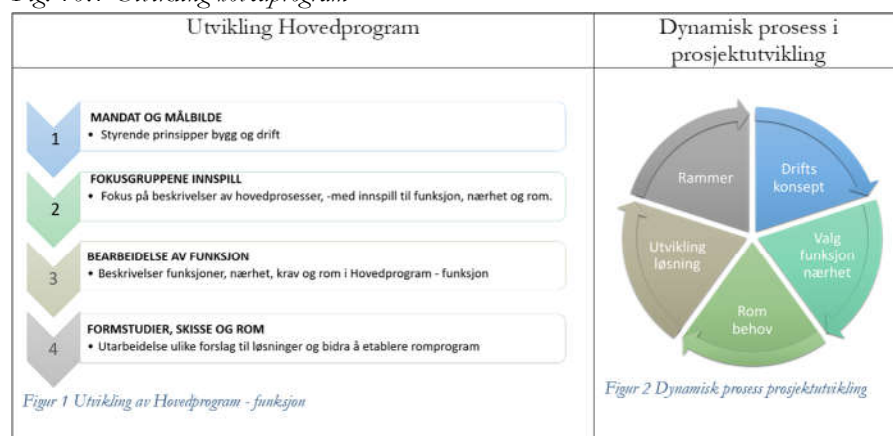
10 Programområde funksjon

Utvikling av hovedprogrammet bygger på de styrende prinsippene og rammebetingelser for prosjektet gitt i styrevedtak NLSH, herunder prosjektinnramming og mandat for konseptfasen steg 1.

Hovedprogrammet forutsetter at mulighetsrommet i form av virksomhetsinnhold, struktur og samfunnseffekter av det tiltaket som planlegges er tilstrekkelig vurdert, og at dette innholdet samsvarer med helseforetakets utviklingsplaner. Hovedprogrammet inngår som grunnlag i beskrivelse og vurdering av virksomhetsalternativene, herunder bygningsmessige løsninger og konsepter.

Det legges til grunn at forhold som kan påvirke fremtidig virksomhetsutvikling på Rønvik er avklart på overordnet ledelse - og strategisk nivå.

Fig. 10.1 Utvikling hovedprogram



10.1 Styrende prinsipper, bygningsmessige og driftsmessige

I utviklingen av Hovedprogrammet har det har vært viktig å skape enighet om et felles målbilde, overordnede føringer og beslutte viktige premisser som skal legges til grunn for arbeidet med nye areal for psykisk helsevern. Prosessen med å utvikle og forankre målbildet og bygningsmessige- og driftsmessige prinsipper er blitt drøftet i prosjektinnrammingsfasen og i arbeidsgruppene.

Fig. 10.2 Målbilde



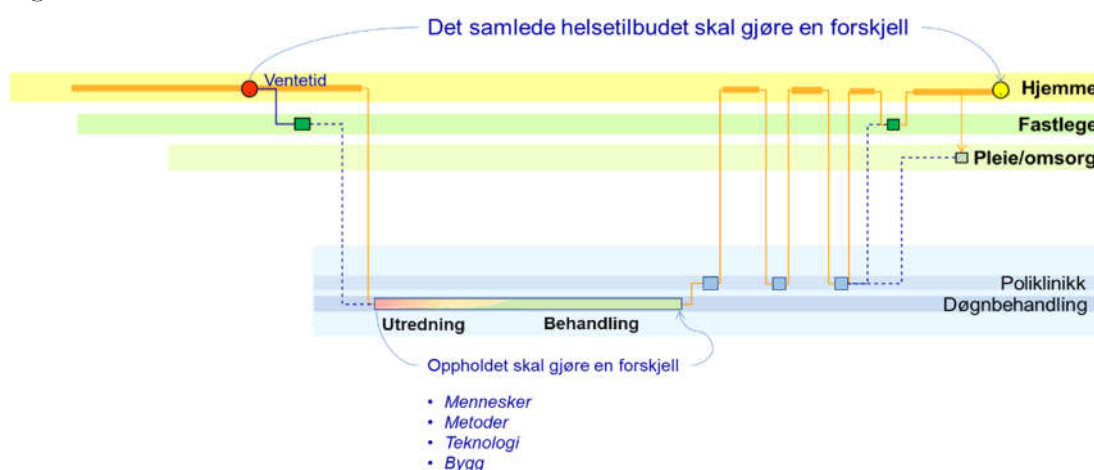
Med bakgrunn i målbildet og styrende prinsipper har prosjektet pekt på noen sentrale prinsipper for utforming og innhold som skal legges til grunn i videre planlegging:

- Generalitet – sengerom skal utformes likt
- Sikkerhet – sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at sikkerhet for pasienter og ansatte ivaretas
- Smittevern – legge til rett for håndtering av kontaktsmitte
- Skjermingsenheter – alle døgnposter skal ha skjermingsenhet
- Adkomster – det skal etableres egne akuttinnnganger for akuttavdelingen og for rusakuttenhet.
- Uteområder – pasienter skal ha tilgang til uteområder
- Samhandling – nye og gamle bygg skal ha fysisk forbindelse
- Aktivitet – nytt bygg skal legge til rett for fysisk aktivitet for pasientene

10.2 Krav til funksjonsområdene

Helsetjenestetilbudet til pasienter som kommer til Rønvik skal utgjøre en forskjell. Denne forskjellen skal også komme til uttrykk i byggets utforming. Nye bygg skal ivareta gode pasientforløp og legge til rette for moderne behandlingsmetoder. Dette krever også tilgang til ny og moderne teknologi. Selve byggene skal ivareta et godt fysisk arbeidsmiljø for alle ansatte, og både nybygg og ombygginger skal planlegges og gjennomføres i henhold til tekniske krav og miljøkrav.

Fig 10.3 Samlet helsetilbud



Understøtte behandlingsmetoder

Den fysiske utformingen skal vektlegge en vennlig og imøtekommende atmosfære som kan oppleves av pasienter, ansatte og besøkende. Samtidig skal bygningene og områdene rundt bygget bidra til å bygge opp under det behandlingstilbudet som til enhver tid blir gitt på Rønvik. Utformingen skal støtte opp under målsetningen om redusert og riktig bruk av tvang innenfor det psykiske helsevern.

Mange av pasientene har sammensatte problemer som forsterker hverandre. Behandlere må derfor kunne håndtere både akutte tilstander, psykososiale problemstillinger, mer spesifikk behandling i form av psykoterapi og medikamenter, somatiske problemstillinger og rusavhengighet. Pasienten skal aktivt kunne delta i behandlingen, enten det er i lukka områder, i åpne områder eller ute.

Funksjonelle krav til opphold- og behandlingsområder

Erfaring tilsier at fysisk utforming av funksjonsområder som poliklinikk, dag-, døgn- og behandlingsområder kan påvirke pasientopplevd kvalitet og eventuelt andre kvalitetsindikatorer.

Døgnområdene utformes slik at det gir en god oversikt fra arbeidsstasjon til oppholdsområder for pasienter. Sentrale støttefunksjoner som lager, medisinerom, møterom plasseres slik at det minimaliserer gangavstand til støttefunksjoner. Dette for å sikre at arbeidsprosessene i enhetene blir effektive og sikre og øker tryggheten til pasientene og sikkerhet for personalet.

En sentral prosjektutløsende faktor for Rønvik er å etablere ensengsrom med bad. Tilgjengelig forskning og erfaring understreker at ensengsrom til pasienter gir bedre pasientopplevd kvalitet. Her vises det også til nye bygg for psykisk helsevern og rus som er oppført- eller under planlegging i Norge (og Norden) hvor ensengsrom er en forutsetning)⁸

Nærhetsbehov -hvordan funksjonene henger sammen

Ansatte poengterer at akuttavdelingene (Nord/Sør/Salten) plasseres på samme etasje, med gode forbindelser mellom hver enhet. Det forutsettes også at akutttinngangen plasseres på samme etasje, med direkte forbindelse til avdelingen.

TSB poengterer også viktigheten av å samle all virksomheten i samme bygg, med gode forbindelser mellom enheter. Fremtidige areal skal sikre gode og helhetlige pasientforløp både for døgn- og poliklinisk virksomhet. Dette inkluderer ny Rusakutt og ny TSB døgnenhet.

For de avdelinger som skal videreføre sin virksomhet i eksisterende bygningsmasse vil mulighet for ombygginger være en begrensa faktor på grunn av byggets tekniske struktur og vernebestemmelser. Men det legges opp til at ombygging i størst mulig grad skal ivareta de funksjonelle krav som er langt til grunn (se kriterier).

Fig 10.4 Eksempel døgnområder



Sammenheng mellom eksisterende bygg og nybygg

Utbyggingsalternativene for Rønvik legger til grunn at det skal være virksomhet både i nye bygg og i eksisterende bygg. Arbeidsgruppene poengterer at det må etableres tørr forbindelse mellom nye og eksisterende bygg i form av kulvert eller overbygget korridor over bakken. Slik forbindelse skal sikre god kommunikasjon mellom byggene i vaksammenheng og sikre god logistikk for fellestjenester.

⁸ Nybygg psykisk helsevern Østmarka (Trondheim), NPK (Kristiansand), nytt bygg i Levanger, Tønsberg, Åhus, Østfoldsykehuset samt Slagelse, Aabenraa og Vejle (Danmark)

Bygningsmessige forbindelse etableres først og fremst mellom nytt bygg og fløy F og N i eksisterende bygg.

Smittevern

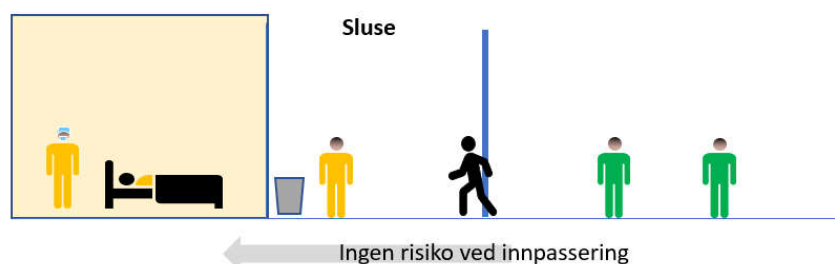
Det er lagt til grunn at minst et sengerom pr døgnpost skal bygges med sluse for kontaktsmitte håndtering. I tillegg skal det være mulig å skille rom i soner ifb. med kohort isolering. Rengjøring av senger bør planlegges i egne rom. Det primære målet er å verne personell og ikke-smittede pasienter i avdelingen mot smitte. Barrierer skal hindre at personell, brukt utstyr, og avfall sprer smitte.

Senere erfaring viser at smitteegenskapene til Korona er ekstreme. En vet med sikkerhet at virus rammer befolkningen flere ganger, og også med svært høyt smittepotensial.

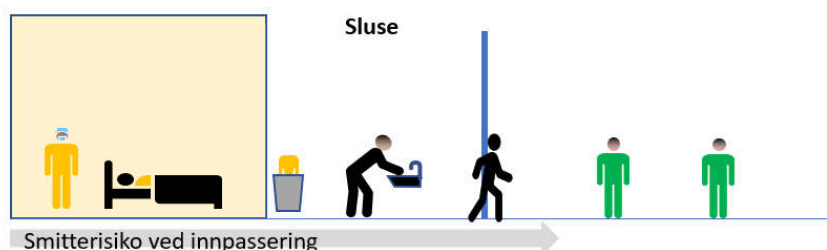
«Vanlig» influensa er årlig hendelse og eksempelvis Norovirus forekommer hyppig. Smitte er derfor en del av framtiden. Pasientgruppen i psykisk helsevern og rusfeltet er særlig krevende med tanke på smitteregime og behandling.

- Personal må ofte være tett på pasienten, og det er stor sannsynlighet for kroppskontakt ved utageringsproblematikk.
- Spyting og annen spredning av kroppsvæsker forekommer relativt ofte.
- Det er vanskelig å nå fram med informasjon om smittereduserende tiltak.
- Smittebekledning vil kunne eskalere utrygghet og øke sannsynlighet for utagering (ikke erfaringsgrunnlag, men vurdert etter generell kunnskap om alvorlige psykoser).
- Det er i praksis ikke mulig med overføring til somatikken før pasienten er så stabil at pasienten kan håndteres i somatisk enhet.

Fig 10.5 Eksempel døgnrom med sluse



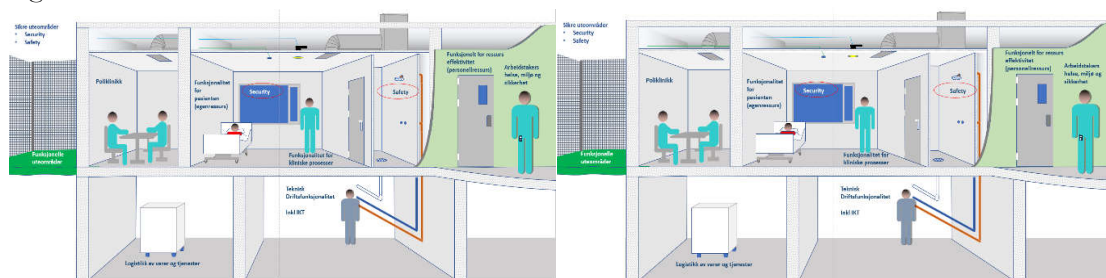
Pasientrom med sluse, i ulike kombinasjoner med skjermingsareal.



Generalitet

Hensikten med lik utforming av sentrale rom er å skape fleksibilitet og mulighet for å endre bruk av rommene ved etablering av nye behandlingsmetoder og nye pasientgrupper uten å måtte bygge om. Generalitet er ikke bare knyttet til rom, men også til funksjonsområder, det vil si utforming av enheter og avdelinger. Generalitet i utforming gir driftsfordeler – her nevnes likt utstyr og innredning, valg av logistikk-løsninger og i forhold til funksjonell og effektiv teknisk drift. Generalitet gir også fordeler for selve byggingen, her nevnes f.eks. industrialisert produksjon i byggefasen.

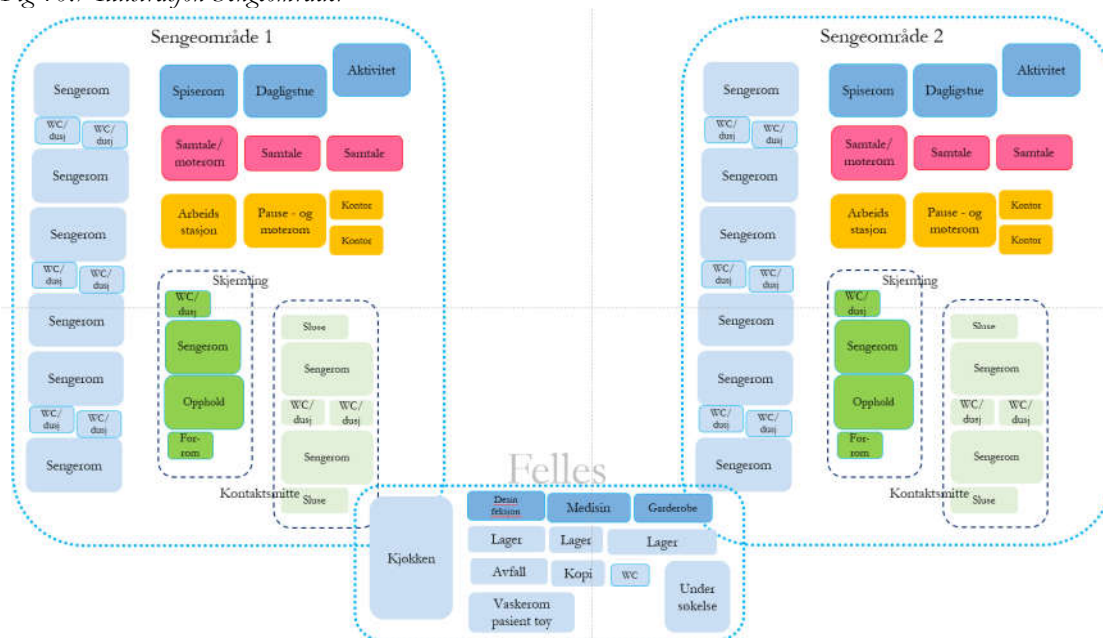
Fig 10.6 Generalitet



Døgnområder

Døgnområdene skal være standardiserte områder hvor alle sengerom er utført som ensengsrom med eget bad. Et døgnområde planlegges med 8 til 12 pasientrom pr enhet. Enhetene planlegges med egne interne ressurser som personalrom, møterom, kontor, samtalerom, dagligstue og aktivitetsrom. Funksjoner som kjøkken og spiserom, medisinsrom, pauserom for ansatte, møterom, desinfeksjonsrom og lager kan planlegges som felles areal for to eller flere enheter. I denne fasen beskrives utforming av døgnenheter likt.

Fig 10.7 Illustrasjon Sengeområder



Kunnskap og erfaringer viser at pasienter i faser av sykdomsforløpet er sensitive med hensyn til fysisk avstand – enten til medpasienter eller til behandlingspersonalet, og kan være en utløsende faktor for stress, angst og aggresjon. (se Chalmersrapport 2019) Oppholdsrom og andre fellesarealer skal gjenspeile dette slik at arealene er utformes for å bidra til at pasientene kan regulere eller opprettholde sin personlige grense. Dette gjelder også for korridorer hvor pasienter går eller oppholder seg, og hvor bredde på korridorer og dører tar hensyn til dette.

Skjermingsenhet

Det legges opp til at hver døgnenhet planlegges med minst 2 skjermingsenheter. Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet gir følgende definisjon:

§ 2.Definisjon

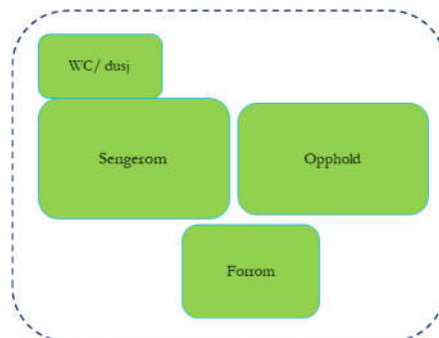
Med skjerming menes tiltak som innebærer at en pasient holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av, og omsorg, for pasienten. Tiltaket iverksettes av behandlingsmessige hensyn eller for å ivareta hensynet til andre pasienter.

§ 3. Skjermingsens innhold

Skjerming skal ikke gjøres mer omfattende eller inngripende enn det som er strengt nødvendig for å ivareta de hensyn som ligger til grunn for at tiltaket iverksettes, jf. psykisk helsevernloven § 4-2.

Skjerming kan innebære at pasienten henvises til opphold på sitt eget rom eller på en skjermet enhet eller lignende. Med skjermet enhet eller lignende menes lokaler som er atskilt fra fellesareal og pasientrom i avdelingen. Det er ikke adgang til å låse eller på annen måte stenge døren til rommet der pasienten befinner seg.

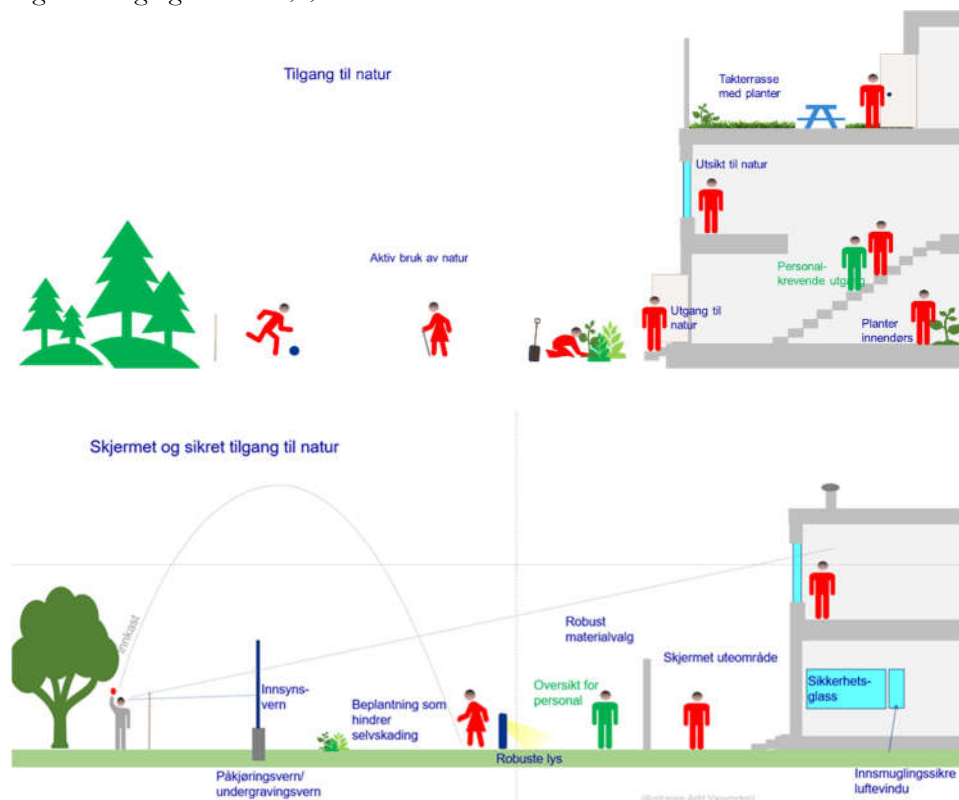
Utforming av skjermingsenheten skal bidra til at kan skjerming gjennomføres i henhold til forskrift. I nye bygg, og bygg under planlegging, innen psykisk helsevern er det etablert skjermingsenheter med ulik utforming. Men i all hovedsak er skjermingsenheter utformet med sengerom og bad, oppholdsrom og forrom.

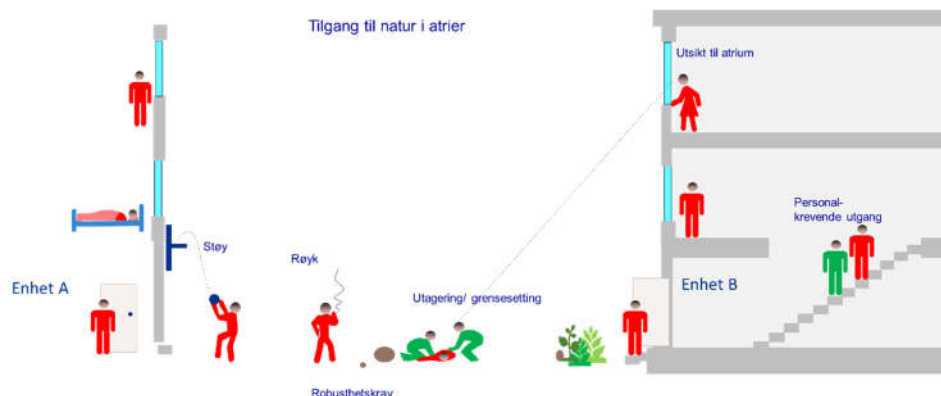


Ute/inne relasjonen

Tilgang til gode uteområder er sentrale i planlegging av bygg for psykisk helsevern og rus. Utforming av uteområder må være tilpasset pasientens sykdomstilstand og grad av utnyttelsesmulighet av uteområdene. Prinsippet for videre planlegging er at alle pasienter skal ha mulighet til å oppholde seg ute, enten i egne avgrensa uterom, atrier eller tilgang til parkanlegget. Utforming av uterom skal ivareta hensyn til sikkerhet, innsyn, utsikt, densitet, trygghet, aktivitet osv. Følgende illustrasjoner beskriver sentrale områder som legges inn som forutsetninger i videre planlegging:

Fig 10.8 Tilgang til natur 1,2,3

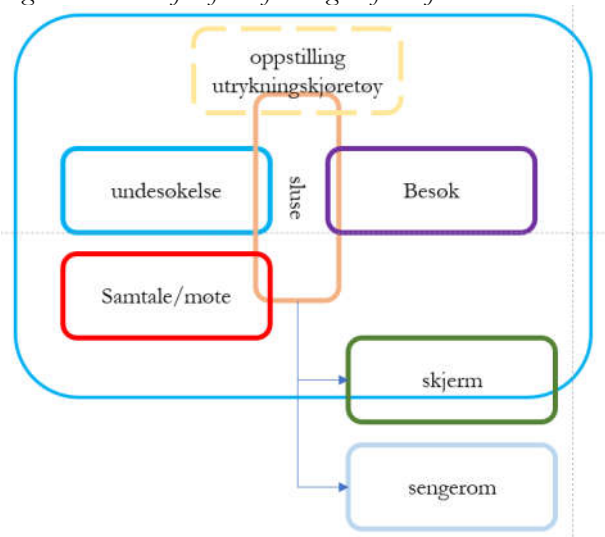




Adkomster

Det legges opp til at nytt bygg skal ha tre hovedadkomster – hovedinngang, varemottak og akuttinngang. En fjerde hovedadkomst vil være egen personalinngang i tilknytning til garderobeanlegget hvis ikke hovedinngang kan benyttes. Akuttavdelingene (PHV og Rusakutt) får egne akuttinnganger. Akuttinngangen er ment for pasienter som kommer til sykehus med utrykningskjøretøy, eller er i en tilstand der de må skjermes fra omgivelsene ved adkomsten. Akuttinngangen plasseres på samme plan som akuttavdelingene, med direkte tilgang til avdelingene.

Fig 10.9 Illustrasjon for utforming av funksjonsområde akuttinngang



Krav som bidrar til sikkerhet og robusthet

I Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern⁹, kapittel 3 pekes det på at *«for pasienter i døgnbeter er periodene rundt innleggelse og utskrivelse dokumenterte høyrisikoperioder for selvmord. Dette gjelder særlig rett etter innleggelse og i de første uker til måneder etter utskrivelse. Det mangler effektstudier på dette området, men erfaringsmessig er bygningsmessige og andre fysiske sikringstiltak av stor betydning. Det bør rettes spesiell oppmerksomhet mot fjerning eller tildekking av mulige festepunkter, da selvmord i institusjon oftest skjer ved hengning. Også sikring av vinduer kan sannsynligvis redusere pasienters mulighet til å ta sitt liv under oppholdet».*

Sikkerhet og robusthet setter søkelys på utforming av ute og inne -områder, på valg av materialer og utforming av overflater. Utforming og materialvalg skal hindre selvmord og hindre at pasienter skader seg selv eller andre. Robusthet i valg av materialer skal forebygge og hindre vandalisering og ødeleggelser av selve bygget og utsyr i rommet. Utstyr i rommet og valg av overflater skal trygge pasienter og sikre et trygt

⁹ Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, IS-1511 Sosial- og helsedirektoratet (2008)

arbeidsmiljø for ansatte.

Sykehusbygg har utviklet er oversikt over spesielle krav til utforming av bygg og tekniske komponenter i bygg for psykisk helsevern og rus. Sikkerhet- og robusthetsprogrammet gir en systematisk oversikt over krav til utstyr, teknikk og bygg på flere kvalitetsnivåer fordelt på soner i et bygg for psykisk helsevern.

Robusthetsmatrisen er delt inn i fire nivåer. Vurdering av sikkerhetsnivåer for ulike areal blir lagt til grunn i videre utvikling av steg og detaljering i forprosjekt.

Grønn sone: Ingen spesielle bygningsmessige krav. Pasienter har ikke opphold her
Gul sone: Her oppholder pasienter seg sammen med personalet
Oransje sone: Her oppholder pasienter seg alene deler av døgnet
Rød sone er forsterkning av oransje robustehts nivå, og benyttes for rom med stor fare for utagering og skade på person eller bygg.

11 Dimensjonering av døgnplasser

Beregning av behovet for døgnplasser har utgangspunkt i framskriving av aktivitet (se kapittel om framskriving) og NLSHs ledelse sin vurdering av fremtidig kapasitet på døgntilbudet i psykisk helse- og rusklinikken. I disse vurderingen pekes det spesielt på kapasitet innen rusfeltet. Det er foreslått å etablere Rusakutt med seks døgnplasser og en ny TSB døgnenhet med seks døgnplasser. I tillegg etableres to døgnplasser for pasienter med psykisk utviklingshemming og psykisk sykdom (PIT-plasser). Dette er regionale senger for Helse Nord. I tillegg foreslår klinikkens ledelse å utvide kapasiteten ved Akuttpsykiatrisk avdeling med 3 plasser samt å samle tilbudet til alderspsykiatriske pasienter på Rønvik ved å øke antall døgnplasser fra åtte til fjorten.

Tabell 11.1 Dimensjonering døgnplasser

	Døgnplasser i dag (2018)	Døgnplasser framskrevet 2035	Arbeidsgruppens anbefaling	Prosjekt gruppens anbefaling
Akuttpsykiatrisk avdeling, døgnplass	32	33	36	36
Alderspsykiatrisk avdeling, døgnplass	8	8	14	8
Reg.sent. Spiseforstyrrelser	8	6	6	6
Reg.sent. Psykose (REFP), døgnplass	20	22	22	22
PIT døgnplasser	(2)	2	2	2
Rus og psykiske lidelser (ROP), døgnplass	8	8	8	8
Ny Rusakutt, døgnplass			6	6
Ny TSB døgnenhet			6	6
Korttidshuset rus (KER), døgnplass	8	9	9	9
Sum døgnplasser - sikkerhet ikke medregnet	84	88	109	103
Sikkerhet døgnplasser	15	15	15	15
Sum døgnplasser	99	103	124	118

11.1 Begrunnelse for å utvide kapasiteten i forhold til framskrevet behov.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Hoveddelen av ressursene i *tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* er døgnbaserte tjenester. I Helse Nord er det totalt 186 døgnplasser innen TSB. Omtrent halvparten av døgnkapasiteten ytes av private aktører (91 døgnplasser). Døgnkapasiteten som ytes blant de private aktørene består hovedsakelig av langtidsplasser. Hovedtyngden av døgnkapasiteten innen TSB i helseforetakene er ved UNN som har 67 av 95 døgnplasser (3.4 senger pr. 10 000 innbyggere). Finnmarksykehuset har 12 plasser (1.6 senger pr. 10 000 innbygger) mens Nordlandssykehuset (0.58 senger pr. 10 000 innbygger) og Helgelandssykehuset

(1.06 senger pr. 10 000 innbygger) har 8 senger hver.

Innad i Helse Nord er det altså en veldig skjev geografisk lokalisering av døgnkapasiteten i Helse Nord hvor UNN og de private aktørene står for majoriteten av den totale døgnkapasiteten.

Tabell 11.2

Andel døgnopphold og døgnopphold innlagt (liggedøgn) i 2018 innen TSB området fordelt på behandlingssted og bostedsområde

Bostedsområdet	Kortidsenhet rus (KER) NLSH	Finnmarks-sykehuset HF	Universitets-sykehuset i Nord-Norge HF	Helgelands-sykehuset HF	Helse Nord private HF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst RHF
Nordlandsområdet	19,9 %	0,2 %	29,3 %	1,5 %	37,4 %	2,1 %	0,2 %	9,4 %
Helgelandsområdet	1,4 %	0,5 %	9,2 %	46,4 %	33,3 %	0,0 %	2,9 %	6,3 %
UNN - området	0,2 %	0,6 %	69,8 %	0,0 %	24,8 %	0,5 %	0,8 %	3,5 %
Finnmarksområdet	0,0 %	28,6 %	42,4 %	0,4 %	18,7 %	1,1 %	1,1 %	7,8 %

Bostedsområdet	Kortidsenhet rus (KER) NLSH	Finnmarks-sykehuset HF	Universitets-sykehuset i Nord-Norge HF	Helgelands-sykehuset HF	Helse Nord private HF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst RHF
Nordlandsområdet	9,7 %	0,1 %	22,8 %	1,6 %	44,0 %	1,7 %	0,0 %	20,2 %
Helgelandsområdet	1,5 %	0,8 %	6,7 %	25,2 %	49,5 %	0,0 %	3,1 %	13,3 %
UNN - området	0,1 %	0,8 %	48,9 %	0,0 %	39,8 %	0,8 %	0,9 %	8,7 %
Finnmarksområdet	0,0 %	28,0 %	26,3 %	0,1 %	27,2 %	0,2 %	1,0 %	17,2 %



Som det fremkommer av tabellen over (Andel døgnopphold i 2018 innen TSB området fordelt på behandlingssted og bostedsområde) så er de offentlige sengene innen TSB i Helse Nord i praksis i mindre grad regionalt tilgjengelig. Tabellen viser at med dagens sengekapasitet på 8 senger i Nordlandssykehuset så dekker dette kun ca. 20% av det totale døgnbehovet for befolkningen i sykehusets opptaksområde. Tabellen viser også at Nordlandssykehuset f.eks. kun får dekket ca.50 av sitt totale behov innenfor det offentlige mens UNN i større grad er selvforsynt og dekker noe over 70% av behovet i eget foretak. Kun 0.8% av pasientene tilhørende UNN behandles ved annet helseforetak og tabellen illustrerer at det i hovedsak er UNN sine senger som benyttes regionalt. Konsekvensen av dette er at Nordlandssykehuset er nødt til å kjøpe ca. halvparten av det totale døgnbehovet fra private aktører, noe som er høyeste kjøp av alle foretakene i Helse Nord.

Tabellen (Andel liggedøgn i 2018 innen TSB området fordelt på behandlingssted og bostedsområde) viser også at de private aktørene i vesentlig grad tilbyr langtidsbehandling og at privat kjøp som følge medfører til lengre behandlingstid, opptil 12 mnd. pr. pasientforløp. Dette kan være nødvendige i gitte saker, men en vesentlig årsak til høyere kjøp av privat behandling i Nordlandssykehuset skyldes at det fra UNN oppgis lang ventetid og at det for å unngå fristbrudd ender med privat kjøp.

Tabellen under viser at UNN og Helse Nord's private institusjoner er framskrevet til totalt 53 senger for pasienter tilhørende NLSH's pasientpopulasjon. Framskrivningen som er gjort av Sykehusbygg i 2018 har kun framskrevet døgnplasser relatert til dagens sengetall ved KER. Prosjektgruppen og klinikken mener derfor at det bør etableres nye 6 TSB-senger for å kunne hente hjem pasienter som i dag må reise til behandling i Troms og Finnmark. Siden NLSH's andel av total sengekapasitet er aller minst i hele regionen, mener vi dette er en rimelig utvikling innen TSB når man nå etablerer økt areal og nye moderne lokaler.

Tabell 11.3 Beregnet kapasitet 2018

Beregnet kapasitetsbehov for senger 2018 framskrevet til 2035 innen TSB for pasienter bosatt i Nordlandsområdet

Behandlingssted innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Nordlandsområdet	Ant senger 2018 (beregnet og avrundet)	Ant senger 2035 beregnet	Ant senger 2035 avrundet
Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARAP) - Korttidsenhet rus (KER)	8	7,53	8
Finnmarkssykehuset	1	0,04	1
UNN Nord-Norge HF	18	17,42	18
Helgelandssykehuset HF	2	1,35	2
Helse Nord private HF	35	33,54	34
Helse Vest RHF	2	1,25	2
Helse Midt RHF	1	0,01	1
Helse Sør-Øst RHF	16	13,33	14
SUM antall senger	83	74,47	75



Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 stadfester at spesialisthelsetjenesten skal sørge for øyeblikkelig hjelp tilbud til pasienter med rus- og avhengighetslidelser. I nye nasjonale faglige retningslinjer stilles det krav om et eget akuttilbud i TSB. I henhold til Helse Nord sin regionale fagplan for TSB er det anbefalt at det etableres et rusakutt-tilbud i Bodø med minimum 4 plasser. I UNN har det siden 2019 vært etablert et rusakutttilbud ved Åsgård i Tromsø. Etter et års drift er deres erfaring at 4 senger er for lite og at tallet bør justeres opp til minimum 6 plasser.

Erfaringene fra UNN tilsier at vi kan forvente at primærhelsetjenesten vil være største leverandør av pasienter til rusakutt og at en del av pasientgrunnlaget vil være ny og ukjent for helsetjenesten (pasienter som har rusproblem men som har unngått helsehjelp tidligere).

Som følge av ovennevnte er det altså vår anbefaling at en større andel av det sengebehovet som Nordlandssykehuset har innen TSB fram mot 2035 bør etableres lokalt i stedet for regionalt som i dag. Konkret foreslås det etablering av rusakutt med 6 sengeplasser og 6 nye TSB døgnplasser som kan benyttes fleksibelt, totalt 12 senger.

Alderspsykiatri

Arbeidsgruppe 2 ønsker en økning av kapasiteten ved Alderspsykiatrisk enhet med følgende begrunnelse:

«Ut fra kjente demografiske framskrivninger forventer en nedgang i alle befolkningssegmenter fremover med unntak av de over 65. I den nye demensveilederen fremkommer det at spesialisthelsetjenesten får et større ansvar for å utrede også demens samt at det for alderspsykiatri blir et større utrednings- og veiledningsansvar fra de med spesialisert og volumkompetanse på feltet, og som ligger til sykehusdelen (altså ikke DPS nivå). Det er ikke noe som tyder på at den økende alvorlighetsgraden av lidelsene vi ser innenfor alderspsykiatrifeltet kommer til å endre seg- tvert imot blir det stadig mer sammensatte og komorbide tilstander, pasientgruppen kommer til å vokse, og kompleksiteten kan forventes også å gi utslag i oppholdslengde.

I øvrige faglige veiledere og utviklingsplaner på fagfeltet fremkommer generelle føringer, og disse må oversettes til konkrete planer fra de ulike utviklingsplaner og veiledere. Jfr. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 s.59 hvor det fremgår tydelig at kunnskapsgrunnlaget for framskrivning innenfor psykisk helse er for dårlig. Dagens modeller er utviklet for somatikk og klarer ikke å gi gode tall for psykiatri. Dette gir usikkerhet i forhold til hvordan å forstå utvikling, dimensjonering og arbeidsfordeling mellom nivåer på generelt grunnlag og det må derfor gjøres en konkret oversettelse og vurdering i det enkelte HF. Dette betyr at det må ses i sammenheng med klinikkens øvrige tilbud, dimensjonering, volumkompetanse, samt geografiske hensyn i tillegg til kjent og forventet arbeidsdeling på tvers av omsorgsnivå (1.linje og spesialisthelsetjeneste med volum og spisskompetanse).

Dette ligger også til grunn for anbefaling om å øke antall alderspsykiatriske sengeplasser fra dagens 8 uten mulighet for skjerming eller tilbaketrekning og til minimum 10 samt at en skjermingsmulighet må innfris i nytt bygg.

Status i dag er at alderspsykiatrisk enhet ved Spesialpsykiatrisk avdeling ikke har hverken mulighet for tilbaketrekning eller skjerming av pasienter da slike rom eller muligheter ikke finnes i dagens enhet. Følgelig må flere innenfor den alderspsykiatriske pasientpopulasjonen med alvorlige psykiske lidelser ivaretas på Akuttpsykiatrisk avdeling. Dette er ubehagelig for kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen. Pasienter innenfor den alderspsykiatriske populasjonen som ivaretas på akuttavdelingen er for eksempel pasienter med alvorlige psykiske lidelser som bipolar lidelse med hypomani/ mani, psykoselidelser med aktive positive symptomer, forvirringstilstander som krever mulighet for tilbaketrekning ol. I dag er det multimorbide tilstander og øvrige alvorlige psykiske lidelser som ikke nevnt over som kan ivaretas ved alderspsykiatrisk enhet, berunder for eksempel alvorlige depresjoner og angstlidelser samt innenfor F2- diagnosesegmentet (psykoselidelser mv) som er håndterbare uten skjermingsmulighet ol. Det vurderes derfor mer realistisk med minimum 10 senger i Alderspsykiatrisk enhet, men det forutsetter også at det finnes et spesialisert poliklinisk team på sykehusnivå i tillegg som i større grad enn i dag kan bidra til inn mot døgnheten.

I nå-situasjonen er det også en privat aktør som har en betydelig del av markedet innen alderspsykiatri/ demensutredning på spesialisthelsetjenestenivå i Nordland. Her kan det være mulighet for at Psykisk helse- og rusklinikken ved Nordlandssykehuset må ta større del av ansvaret og det betyr at klinikken må ha en beredskapskapasitet for å kunne ta en større del av ansvaret i Nordland. Det må derfor være beredskapskapasitet i areal til dette, og det kommer i tillegg. I dag tilsvarer dette 4 senger, inkludert skjermingsavsnitt samt poliklinisk virksomhet.»

Prosjektgruppen har innstilt på at Alderspsykiatrien på sykehusnivå beholder 8 døgnplasser med begrunnelse i de statlige føringene om at DPSer i samarbeid med kommunehelsetjenesten skal behandle hoveddelen av eldre med psykiske lidelser, og at det kun er de med komplekse og alvorlige lidelser som skal til døgninnleggelse på sykehusnivå. Basert på at øvrige HF i Helse Nord behandler en betydelig større andel av sine alderspsykiatriske pasienter ved DPSene, ca. 30 % i Finnmark og Helgeland, mens NLSH behandler rundt 5 % ved DPS, mener prosjektgruppen at klinikken har en ugjort jobb i forhold til arbeidsfordeling og kompetansebygging mot DPS og kommunehelsetjenesten.

Akuttpsykiatri

Hvis utviklingen innen sikkerhetspsykiatri og akuttpsykiatri fortsetter som nå, vil klinikken ilar kort tid ha et overbelegg og manglende beredskap for begge pasientpopulasjoner. For sikkerhetspsykiatri vil fremtidig utfordring være at pasientene er dømt til behandling på bakgrunn av endringer i lovverk vil medføre at det ikke er ledige plasser til ordinære sikkerhetspasienter. Disse pasientene vil måtte gis tilbud andre steder, og da er det forsterkede akuttpsykiatriske døgnplasser som er den eneste muligheten. Endringer i Lov om psykisk helsevern har medført at pasientene er mye sykere når de kommer til innleggelse på grunn av at terskelen for å ta imot pasienter på tvang er hevet, samtidig som de må skrives ut raskere og før tilfriskning sammenlignet med tidligere lovverk. Dette gjør at akuttpsykiatripasientene nå er sykere enn før og ofte i grenseland til å være sikkerhetspasienter. Det er dermed behov for økt kapasitet ved Akuttpsykiatrisk avdeling inkludert skjerming og bemanning. I tillegg er det fremmet ny lov om psykisk helsevern (tvangsbegrensningsloven) som ytterligere vil kunne bidra til høyere terskel for tvungent psykisk helsevern og en enda sykere pasientgruppe ved innleggelse. Dette medfører et fremtidig behov for styrkede senger for denne pasientgruppen når vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt.

12 Arealtabeller

Beregning av areal i konseptfase Steg 1 har utgangspunkt i beregninger fra Prosjektinnrammingen 2019¹⁰. Disse beregningene inkluderer kontor og poliklinikker. Beregningsfaktorer for funksjonsarealene er basert på standardiserte arealbeskrivelser for sentrale funksjonsområder og brutto/netto omregningsfaktor (B/N = 2,3). Arealer oppsummeres i tabellene som bruttoareal (BTA). Arealtabellene danner grunnlag for konkretisering av romprogram og skisseprosjekt i konseptfase Steg 2.

Arealutviklingsplanen la følgende arealstandarder til grunn:

Tabell 12.1 Arealstandard for funksjonsområder

Funksjoner	Areal - standard m2
Funksjonsområde døgnplass	45
Funksjonsområde skjerming	60
Funksjonsområde akuttmottak	105
Kontor	12

Det er i funksjonsprogrammet foreslått å etablere egen akuttinngang (akuttmottak) for akuttenhetene (psykisk helsevern) og egen for rusakutt. Funksjonsarealet for akuttmottak er økt fra 100 til 105 m2. Funksjonsarealet for PIT døgnplasser er planlagt med 60 m2 (som et skjermingsområde).

Skjermingsenhetene kommer i tillegg til normerte døgnplasser. Basert på tall fra gjennomførte prosjekt innen psykisk helsevern kan dette oppfattes som høyt. Begrunnelsen er at det er tidlig i planlegging av nytt bygg, og stor usikkerhet omkring arealer for teknisk anlegg, sjakter og korridorer.

Tabell 12.2 Samlet døgnplasser inklusiv skjerming, akuttmottak og kontor

Avdelinger	m2 BTA	m2 BTA	m2 BTA
	Framskrevet	Arbeidsgruppe anbefalinger	Prosjektgruppe anbefalinger
Akuttpsykisk avdeling	5 423	5734	5734
Alderspsykiatrisk avdeling	911	1532	911
Reg.sent. Spiseforstyrrelser	869	869	869
Reg.sent. Psykose (REFP)	2 719	2719	2719
PIT	386	386	386
Rus og psykiske lidelser (ROP)	1 235	1132	1132
Ny Rusakutt/Ny TSB døgnenhet		1856	1856
Korttidsenhet rus (KER)	1 097	1097	1097
Poliklinikker	1 380	1380	1380
Øvrig areal	1 979	1978	1978
	15 999	18 683	18 062

Arealstandarder og dimensjonering av poliklinikker og øvrig areal er hentet fra Arealutviklingsplan (2019). B/N faktor på 2,3 er benyttet for beregning av BTA. Arealberegninger inkluderer skjerming, akutt, kontor/behandlingsrom samt servicearealer

¹⁰ Rapport fra arbeidet med prosjektinnrammingen for arealutviklingsplan NLSH Rønvik

13 Programdel teknikk og drift

Dette kapitlet gir en kort beskrivelse av tilstand for bygg og tekniske anlegg på Rønvik. Disse forhold er utdypende beskrevet i Arealutviklingsplanen for Rønvik (2019) og tekniske kartlegginger i Multimap.

13.1 Vurdering av dagens bygg

Kløveråsveien 1 har hoved byggetrinn som ble tatt i bruk i 1902. Det har kontinuerlig tilkommet bygg på Rønvik. To store fløyer fra 1959 ble oppført som en del av en generell utvidelse og modernisering av hele sykehuset etter krigen. Utbyggingen, ombyggingen og nybyggingen ble ferdigstilt høsten 2009 med tilføyelse av fløy N og L. Deler av anlegget på Rønvik ble fredet av Riksantikvaren i forskrift datert 16. februar 2012. Fredningsvedtaket omfatter syv bygninger med tilhørende grøntanlegg i verneklasse 1, og én bygning i verneklasse 2. Kløveråsveien 1 er fredet og inngår i Landsverneplanen for helsesektoren (LVP Helse) som verneklasse 1 – fredning, eksteriør. Dette medfører at det ikke er tillat å endre på fasader eller bygningenes hovedstrukturer.

Hovedbygningen fra 1902 var i utgangspunktet inndelt med store saler (sovesaler), men disse er etter hvert ombygget og modernisert. Pasientrommene er i hovedsak uten toalett og bad. Det er felles toalett/bad på korridor. Bygningens utforming medfører at det er utfordrende å få etablert bad på pasientrom, som er et krav i dag. Utfordringen ligger også i at det er vanskelig å få en god utnyttelse av arealet da man må forholde seg til dagens fasadeinndeling pga. fredningsvedtaket fra 2012, brannskiller og lokalenes begrensede størrelse. Videre er det mangel på arealer og adkomster med universell utforming. I samarbeid med Nordlandssykehuset HF er bygningene kartlagt og vurdert med hensyn til teknisk tilstand og funksjonell egnethet for de ulike fløyene ved sykehuset. Resultatene fra kartleggingsarbeidet oppsummeres kortfattet her.

Den tekniske tilstanden for fløy A-L og fløy N er blitt kartlagt i 2019. Teknisk standard for bygg er vurdert mellom 0,4 og 1,9¹¹. Fløy L og N som ble bygget i 2009 har best karakter med henholdsvis 0,6 og 0,4. Funksjonell egnethet ble kartlagt i 2020. Da fikk alle fløyene unntatt fløy N, som ble bygd i 2009, karakter 3. Fløy N fikk karakter 1. På denne bakgrunn ble det konkludert med at det i et bygg-teknisk perspektiv vil la seg gjøre å videreføre aktivitet i disse byggene. Bygningene har imidlertid bærende innervegger samt vern av eksteriør som gjør at det er vanskelig å etablere gode planløsninger mht. døgnplasser og en effektiv og kvalitativ drift, selv med omfattende oppussing.

13.2 Vurdering av elektriske installasjoner for Rønvik gamle fløyer

Dagens el installasjon er basert på 3 fase 230V IT anlegg. Fordelt ut fra hoved tavle plassert i fløy J underetasje. Hoved underfordelere er plassert i underetasje i fløy A, C, D, G og H. Fløy B og I er forsynt fra C og H. Fløy E er forsynt fra D. Det skal installeres ny 230V IT hoved-tavle i fløy J underetasje i løpet av første kvartal 2021. Gammel hoved -tavle er utdatert og er en risiko for personell, utstyr og bygg. Det er satt opp ny ekstern transformator og nye inntakskabler er lagt i bakken inn til fløy J. Fløy F og N er forsynt fra hoved-tavle fløy L som er 400V TN.

Vurdering i forhold til alternativ 0 og 2A -for fløyene A, B, C, D, E, G, H, I:

- Hoved underfordeler, innkommende og utgående kabler er gamle og må byttes.
- Underfordelere i etasjene må byttes
- Utgående kursavganger (sikringer) kabler fra underfordelere rives og legges nytt.
- Stikkontakter, lysbrytere, lysarmaturer må rives og legges nytt.

¹¹ 0= meget bra, 1 = tilfredsstillende, 2 = betydelige svakheter, 3 = dårlig.

- Sprede-nett for data må i sin helhet byttes
- Eventuell Automasjon i fordelere/underfordelere byttes.
- Brannsentral og brannmeldere med kabling må byttes.
- Nødlys og markeringslys må byttes.
- Heiser i aktuelle fløyer må byttes.

Vurdering i forhold til alternativ 2B - for fløy F og N:

- Elektrisk anlegg oppgradert i 2009.

13.3 Vurdering av VVS installasjoner for Rønvik

Fløy F ble rehabilitert 2009, fløy L og N er nybygg fra 2009, VVS tekniske anlegg er tilfredsstillende for dagens bruk. Disse fløyene er fullsprinklet. For de øvrige fløyene må de tekniske anleggene i stor grad skiftes ut for å tilfredsstille ønsket krav. Unntaket er ventilasjon fløy A, som er oppgradert år 2000. Det er i den senere tid installert noen kompakt-aggregater, men ventilasjonsanleggene er generelt nedslitte, delvis rustskader, dårlig eller manglende gjenvinning, lave luftmengder og kanalnett med for liten dimensjon for å ventilere etter dagens krav. Andre forhold:

- Fløy E har ikke ventilasjon.
- Varme distribusjon, radiator anlegg og regulering utstyr er gammelt og må oppgraderes. Ventilasjonsanleggene har ikke kjøling.
- Avløpssystem av eldre dato, anbefales skiftet.
- Det er ikke sprinkel anlegg i fløyene. Unntaket er sprinklet svalgang mellom fløy C-J-H, samt noe korridor areal i fløy A.

Vurdering av fremtidige virksomhetsmodeller for alternativ 0 og 2A ,2B:

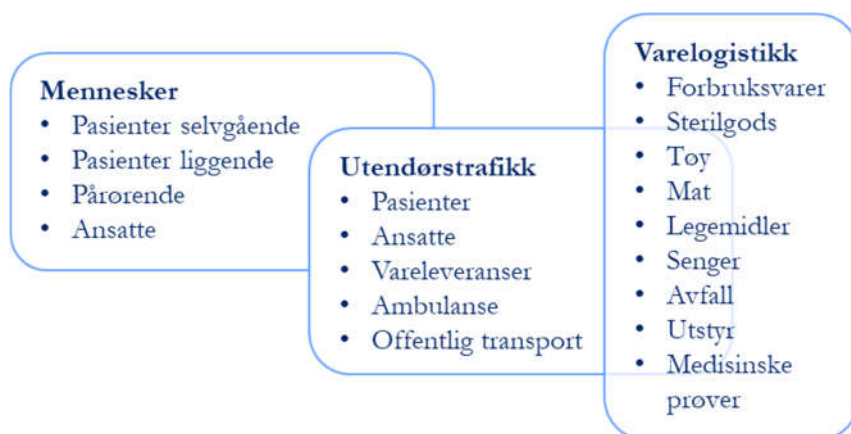
- VVS tekniske anlegg Fløy F-N-L beholdes og tilpasses ønsket bruk. Kjøleanlegg for ventilasjonsanlegg vurderes.
- For øvrig bygningsmasse anbefales full utskifting av de VVS tekniske anleggene for å tilfredsstille dagens krav. Bygningsmassen full sprinkles.

14 Programdel logistikk, vare -og tjenesteflyt

Dette dokumentet omhandler logistikk og vareflyt som en egen programdel.

Formålet med dette kapitlet er å belyse sentrale logistikkområder som vil inngå i den videre planlegging av byggene – enten i nybygg eller i ombygde lokaler. Kapitlet gir oversikt over sentrale logistikkområder som vil ha betydning for utforming av byggene samt organisering av tjenester. Sentrale områder for tjenesteflyt omfatter mennesker, trafikk og varer.

Fig 14.1 Logistikk



Tjenestelogistikk beskriver betydningen av nærhet og funksjonalitet for kliniske areal. Nærhet og tilgjengelighet er sentralt når kritiske situasjoner oppstår, og skal sikre gode og effektive arbeidsprosesser i det daglige arbeidet.

Logistikk er aktivitetene som skal sikre effektiv vareflyt fra opprinnelsessted til forbrukssted. God logistikk gir gevinster både i form av reduserte kostnader, effektivitet og økt vare-verdi. Kravet til god logistikk øker i takt med krav til effektiv drift og nye behandlingsmetoder.

Transport

Rønvik forsynes i dag med sentrale støttetjenester fra sykehusområdet i sentrum. Her nevnes mat – og matforsyning, tekstiler, driftsservice, medisiner og laboratorietjenester. Transport omfatter uttransport av avfall (alle fraksjoner). Det benyttes både internttransport og eksterne transportleverandører. Fremtidig trafikkareal må ta hensyn til at større biler har tilgang til varemottaket.

Trafikkareal

Nytt bygg for psykisk helsevern legger opp til egne akuttinnnganger både for akuttavdelingene og rusavdelingene. Dette er mottak som skal ivareta pasienter i akuttfasen, og som ikke kan benytte hovedinngangen. Akuttinngangene skal ligge i direkte tilknytning til døgnposter, og må utformes slik at det er plass til utrykningskjøretøy (ambulanse og politi). Hovedinngangen er sykehusets allmenninnngang. Alternative utbyggingsalternativ inkluderer både nytt bygg og ombygging i eksisterende bygg. Videre arbeid i konseptfase vil avklare om det kan etableres en felles hovedinnngang. Utvendig trafikkareal skal sikre:

- varemottak, avfall og parkering (bil, sykler)
- felles god innkjøring, separate varemottak for matlevering, varer og vaskeri, avskilt fra avfallshåndteringen
- mulighet for utvendig transport med varebiler og søppelbiler

Kulverter, heiser og korridorer skal sikre god og effektiv transport inne i bygget. Dette betyr at det må etableres «tørre» forbindelser mellom eksisterende bygg og nytt bygg. Internttransport skal sikre transport

av forbruksvarer, tekstiler, mat og matforsyning, avfall (alle fraksjoner), medisinforsyning og transport av utstyr, herunder renholds vogner, matvogner og senger. Interne tjenester skal ha tilgang til alle etasjer via (vare)heis og være terskelfritt samt automatiske døråpnere.

Interne trafikkareal for forsyning skal i størst mulig grad legges utenom behandlingsarealene.

Sentrale rom

Areal -og romprogram skal organiseres slik at alle leveranser blir ivaretatt på en sikker og effektiv måte. Romprogrammet skal sikre tilstrekkelig med lager for alle avdelinger og bygg for tekstiler, dyner/puter, renholds utstyr og maskiner, kontorrekvisita, smittevernustyr, medikamenter, rullestoler, arbeidstøy, ekstra senger mm. Avfallsrom for alle fraksjoner – fra den enkelte døgnavdelingen til transport ut av bygget og over på bil må være tilstrekkelig for å sikre god logistikk og unngå opphopning av avfall.

Tjenestelogistikk

En sentral forutsetning for nytt og ombygging av eksisterende bygg er å sikre gode pasientforløp og legge til rette for en god og effektiv arbeidsplass for ansatte. Viktige premissgivere for dette er:

- Bygg som legger til rette for mindre bruk av tvang og skjerming, og samtidig muliggjøre økt brukermedvirkning.
- Sikker og verdig akuttinnleggelse
- Ivaretagelse av kontaktsmitteutfordringer
- Økt samdrift på nattestid mellom enhetene
- Reduksjon av responstid ved overfallsalarm
- Ressurseffektiv bemanning ved innleggelser
- Felles kultur og behandlingsmiljøer på tvers av avdelingene/enhetene.

Hovedadkomster til bygget – hovedinngang, akuttinngang, varemottak og personalinngang med tilgang til garderober må være utformet slik at det bidrar til sikker og effektiv drift. Det må legges til rette for at ansatte kan benytte sykkel eller kollektive transportmiddel. Slik ambisjon må gjenspeiles i gode garderobeforhold og oppstillingsplasser for sykkel.

Pasientsikkerhet

Etablering av akuttmottak, utforming av korridorer og forbindelser mellom avdelinger, redusert forflytning over etasjer, og et tydelig skille mellom person og varetrafikk gir økt sikkerhet for pasienter og ansatte.

Utforming av fellesarealer og korridorer (korridorbrede) har betydning for sikkerheten for pasienter og ansatte. Det må legges opp til at det er tilstrekkelig med lager slik at korridorer og sluser ikke benyttes som oppstillingsplass for utstyr, senger eller varer.

Helse miljø og sikkerhet

Psykisk helsevernklubben er i dag organisert med virksomheter i flere bygg og har også forflytning av pasienter over etasjer i eksisterende bygninger. Dette er svært krevende og resulterer i risiko for personskafe. Nybygget må fungere som bidragsyter til å redusere denne problematikken.

Avklaringer i konseptfase Steg 2

Sentrale områder som må avklares i Steg 2:

- Prinsipper for mat -og matforsyning
- lager og lagerfunksjoner
- Prinsipper for tekstil -og tekstilforsyning

- Lagring og rengjøring av senger (på pasientrommet eller i egne sengesentraler)
- Drift og vedlikeholdstjenester (interne tjenester eller rammeavtaler)

15 Programdel IKT

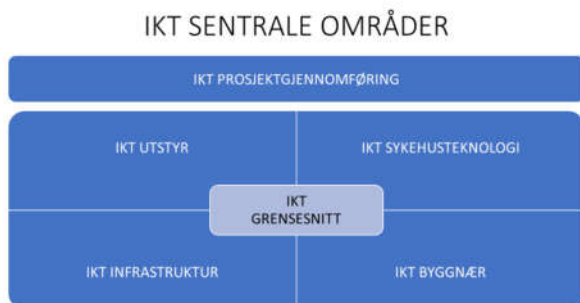
IKT er i økende grad integrert i sykehusenes arbeidsprosesser og er en viktig faktor i driften av sykehusene, både for den kliniske virksomheten og for et velfungerende bygg.

I «Strategisk utviklingsplan for Nordlandssykehuset HF, 2018-2035» er teknologi og E-helse beskrevet som et satsningsområde. Sitat «Nordlandssykehuset skal anvende teknologi og e-helse hensiktsmessig til kontinuerlig forbedring for å skape pasientens helsetjeneste. I dette ligger økt kvalitet og pasientsikkerhet, bedre pasientopplevelse og mer effektiv ressursutnyttelse». Bygg og IKT konseptet i kommende byggeprosjekter må i mye større grad enn tidligere legge til rette for de styringssignaler knyttet til vridningen fra fysiske til digitale konsultasjonsformer.

«Bruk av teknologi skal understøtte både kjernevirksomhet og støttevirksomhet. Økt digitalisering med integrerte systemer, automatisering og tilgjengeliggjøring av nødvendige data fra ulike kilder, vil kunne effektivisere både kliniske og administrative arbeidsprosesser».

Teknologi og nye bygg

Vi anbefaler å strukturere IKT konseptbeskrivelsen rundt de 5 sentrale områdene utstyr, sykehuset teknologi, infrastruktur, bygnær og grensesnitt. I tillegg kommer området prosjektgjennomføring. Dette gir en god og dekkende mal for å beskrive funksjonelt omfang og som grunnlag for tidlig kalkyler av økonomisk omfang for teknologi i nye bygg.



- Det vil være behov for et vidt spekter av IKT utstyr -alt fra datamaskiner, nettbrett, smarttelefoner, skjermer, skrivere, dikteringsutstyr med mer.
- IKT sykehuset teknologi er den del av IKT som gjerne er spesiell for sykehus og funksjoner i sykehus. Dette området omfatter infrastruktur kombinert med applikasjoner som yter kritisk IKT-støtte til pasientbehandling, drift og styring av virksomheten.

- IKT infrastruktur er selv nervesystemet i et sykehus og er nødt til å være robust og stabilt med stor kapasitet. Infrastruktur består av nettverksteknologi (trådbasert og trådløst, kommunikasjonsteknologi (trådbasert og mobil), meldingsinfrastruktur med mer.
- IKT bygnær defineres som den mer tradisjonelle, grunnleggende delen av IKT og gjerne den del av teknologien er tett integrert med bygget. Det gjelder blant annet fysisk nettverk, kommunikasjonsrom, serverrom, TV og distribusjonsanlegg, pasientsignalanlegg, infrastruktur for mobilnett og nødnett med mer.
- For å kunne realisere helhetlige IKT løsninger er man avhengig av en rekke IKT grensesnitt og integrasjoner mellom nye og gamle systemer. Informasjonsutveksling i form av grensesnitt og integrasjoner vil måtte forventes etablert mellom flere av områdene innenfor IKT bygnær, sykehuset teknologi og utstyr.

Sentrale områder i nytt bygg

For pasientbehandlingen er det viktig at hovedinngang/vestibyle, fellesområder og ventearealer tilrettelegges for fremtidsretta IKT-løsninger for selvbetjening (innsjekk/utsjekk), rettledning og

informasjon samt tilsvarende for ut- og hjemreise. Pasienter og pårørende skal ha tjenester som innebærer at de blir godt ivaretatt samtidig som de skal ha mulighet for å arbeide eller følge skoleundervisning. Sengerom og poliklinikker skal tilrettelegges med IKT-løsninger slik at mest mulig behandling, dialog, undervisning og opptrening skal kunne foregå nær pasienten.

Viktige behov i nytt bygg kan kanskje oppsummeres noe slik; nytt bygg må utformes og bidra til trygge og effektive pasientforløp ved at riktig informasjon gis til riktig tid til rett person igjennom anvendelse av prosess- og beslutningsstøtte, korte svartider, meldingsformidling, automasjon og av sensorteknologi ...» Dette fordrer at utviklingen av nytt bygg og nye IKT-løsninger må gå hånd i hånd.

Teknologiske løsninger

Igjennom strategisk utviklingsplan for Nordlandssykehuset pekes det på en rekke satsninger og tiltak som må tas hensyn til i planleggingen av IKT i det nye sykehuset. Fremtidens systemer i klinikken (FRESK) er det nye regionale programmet for IT-satsing i Helse Nord. Programmet har foreløpig seks delprosjekter, inkludert innføring av elektronisk kurve og medikasjon, og DIPS Arena.

Nordlandssykehuset skal delta i utvikling av løsninger som både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan nytte gjøre seg.

Oppsummering

Det er viktig at det igjennom bruk av fremtidsrettede IKT-løsninger, legges til rette for e-helse kommunikasjon med pasient i hjemmet, med førstelinjetjenesten og med samarbeidende sykehus og spesialistlegesenter. Fremtidsrettede IKT-løsninger for e-helse kommunikasjon må være lett tilgjengelige og ha god kapasitet i det nye sykehuset. Plan for utprøving av nye teknologiske løsninger må vurderes nærmere i for- og detaljprosjektet. Her under hvorvidt nye løsninger skal utprøves i eksisterende sykehus eller ikke.

16 Programdel utstyr

Hovedprogram utstyr skal gi overordnede føringer og retningslinjer for utstyrsprosjektet.

Hovedprogrammet skal

- definere begreper og avgrensninger
- avklare mål og programforutsetninger
- etablere overordnede strategier for valg av utstyr
- beskrive utviklingstrekk som påvirker areal, funksjon og valg av utstyr
- gi en kort beskrivelse av utstyrsforutsetninger for de enkelte funksjonsområdene
- avklare prinsipper for gjenbruk av utstyr

Hovedprogram utarbeides i konseptfasen. For dette prosjektet er utarbeidelse av utstyrsprogrammet lagt til konseptfase steg 2. Sentrale faser knyttet til utstyrsprogrammet er forprosjektfasen og detaljprosjektet, anskaffelse, mottak og kontroll samt opplæring og ibruktagelse av utstyret.

Det vil i forkant av hver fase være en gjennomgang av behov for ansatt- og brukermedvirkning.

I større utbyggingsprosjekter skilles det som regel mellom bygg- og funksjonsutstyr. Byggutstyr inkluderer fastmontert inventar og annet fast utstyr som inngår i byggets infrastruktur og kalkuleres som en del av entreprisekostnadene.

Funksjonsutstyr (tidl. kalt brukerutstyr) er knyttet til funksjonen i rommet og omfatter i hovedsak løst utstyr. Utstyret budsjetteres via egen budsjettpost og inngår normalt ikke i entreprisekostnadene.

Kostnader for hjelpearbeider i forbindelse med installasjon av utstyr tas med i bygg- og teknikkentreprisene.

17 Virksomhetsmodeller som er drøftet i konseptfasen.

Det er besluttet å utrede fire virksomhetsmodeller i steg 1. Målet er å velge en modell for videre utredning i konseptfase – steg 2 frem mot beslutning B3.¹²

Tabell 17.1 Utredningsalternativ vedtatt i prosjektinnramming

Alternativ		
0-alternativet	Eksisterende planløsning	
Alternativ 2		
	Alternativ 2A	<i>Nytt bygg for alle akuttenheter Full oppussing/oppgradering til dagens nivå for avdelinger som plasseres i eksisterende bygg</i>
	Alternativ 2B	<i>Alle akuttenheter, Rusakutt og alle ARPA-enhetene flytter ut i nytt bygg. Døgnposter innen Spesialpsykiatrisk avdeling flytter inn i F og N og øvrige ledige lokaler benyttes til poliklinisk og administrativt arbeid.</i>
Alternativ 3	Flytting av alle avdelinger i nytt bygg til annen lokasjon	

0-Alternativet vil si å pusse opp dagens romløsninger med overflater og liknende, uten vesentlige endringer i romgeometri.

Alternativ 2A omfatter bygging av et nytt bygg for alle akuttenheter, samt full oppussing/oppgradering til dagens nivå for avdelinger som plasseres i eksisterende bygg. Alternativet vil medføre at noe areal i eksisterende bygningsmasse ikke benyttes.

Alternativet 2B omfatter at både akuttenheter, (inklusive ny akutt rusenhet), samt alle ARPA-enhetene flytter ut i nytt bygg. Alternativet vil muligens medføre at en større andel arealer i eksisterende bygningsmasse ikke benyttes.

Alternativ 3 innebærer å flytte hele virksomheten på Rønvik til ny tomt.

17.1 Virksomhetsmodell 0

0-Alternativet vil si å pusse opp dagens romløsninger med overflater og liknende, uten vesentlige endringer i romgeometri.

Kapasiteten i dagens lokaler er 95 døgnplasser, døgnplasser 2018 = 86* Fremskrevet kapasitet 2035 er 103 døgnplasser og prosjektgruppen anbefaler 117 døgnplasser. I tillegg er det identifisert behov for noe økt skjermingskapasitet. I 0-alternativet vil man ikke kunne møte framskrevet kapasitet 2035.

**) Sikkerhetsenhetens 15 døgnplasser og 2 PIT døgnplasser er ikke tatt med her.*

Ved en slik løsning vil det ikke være mulig å etablere en samlet Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) med en samlet framskrevet aktivitet på 28 døgnplasser (Prosjektgruppens anbefaling). Samling av akuttenehetene med økt kvalitet for pasientbehandlingen, mulighet for en drift der en totalt sett i løpet av døgnet kan redusere personaltettheten, og samtidig gi en tryggere og mer robust situasjon for ansatte vil

¹² Prosjektinnramming rapport NLSH, Bodø 2019

ikke kunne gjennomføres.

Areal økning på grunn av krav til kvalitet på pasientbehandling og krav til smittevern innenfor alderspsykiatrien og Regional enhet for psykoser RESP, vil ikke kunne oppfylles i denne modellen. Totalt sett vil Virksomhetsmodell 0 ikke oppfylle krav til kapasitet, kvalitet på pasientbehandling, og sikkerhet for ansatte. Driftskostnader for teknisk drift (FDVU – kostnader) sammenliknet med øvrige alternativer er ikke vurdert i denne utredningen.

17.2 Virksomhetsmodell 1

Denne modellen er valgt bort under behandling av idefasen av styret i Nordlandssykehuset, etter anbefaling fra Mulighetsstudien behandlet januar-18. Den er således ikke behandlet i denne rapporten.

17.3 Virksomhetsmodell 2A

Nytt bygg for alle akuttenheter. Full oppussing/ oppgradering til dagens nivå for avdelinger som plasseres i eksisterende bygg.

Kapasiteten i dagens lokaler er 95 døgnplasser, døgnplasser 2018 = 86* Fremskrevet kapasitet 2035 er 106 døgnplasser og prosjektgruppen anbefaler 117 døgnplasser. I tillegg er det identifisert behov for noe økt skjermingskapasitet.

**) Sikkerhetsenhets 15 døgnplasser og 2 PIT døgnplasser er ikke tatt med her.*

I en slik løsning vil det være mulig å etablere en Ny TSB døgnenhet med en fremskrevet aktivitet på 6 døgnplasser.

Samlingen av Ny TSB døgnenhet i eksisterende bygningsmasse sammen med RESP og alderspsykiatri, med en økt standard til dagens nivå vil kreve at store deler av den bygningsmassen må bygges om til døgnenheter med dagens krav til standard

17.4 Virksomhetsmodell 2B

I denne modellen vil Akuttavdelingen samlokaliseres til effektive og moderne lokaler med potensiale for mer effektiv og kvalitativ drift. Ny rusakutt etableres i nærheten av akuttavdelingen i det nye bygget.

ARPA enhetene samlokaliseres, inklusive KER og rus poliklinikk fra Mellomåsen, til effektive og moderne lokaler i nytt bygg med potensiale for mer effektiv og kvalitativ drift.

Regionalt senter for psykose oppnår samlokalisering i bygg F og bygg N (evt. G) som allerede har en betydelig bedre standard enn den øvrige bygningsmassen. Klinikken har sett på andre alternativer for lokalisering av de enhetene i SPA som trenger nye og bedre lokaler, og de foreslår flytting til fløyene B, C, D og E. viktigst er å ikke binde seg til fløy F/G før en har beregnet arealet og kostnadene ved ombygging. Steg 2 vil avklare beste lokalisering.

Noe oppgradering bør påregnes også i disse byggene. Alderspsykiatri flytter til oppgraderte eksisterende lokaler med potensiale for mer effektiv og kvalitativ drift (bygg F/N).

Ledige lokaler kan benyttes til å f.eks. oppgradere eksisterende lokaler for etablering av regionale plasser for sikkerhet og PIT. For de ledige arealer i den gamle bygningsmassen må det utredes alternativ bruk av arealet for NLSH eller avhending. Alternativ bruk vil kunne være økt kapasitet for poliklinisk virksomhet, økte dagbehandlingsmuligheter, kontorplasser for klinisk og administrativt personell samt møterom og rom for forskning og undervisning som det pr. i dag er mangel på.

17.5 Virksomhetsmodell 3

Dette alternativet vil si å flytte alle funksjoner innen voksenpsykiatrien til en annen egnet tomt. Selv om psykisk helse har en lang historie på Rønvik, er det vanskelig å argumentere for at de verneverdige bygningene og parken i seg selv er av vesentlig viktighet for å kunne behandle pasienter inne psykisk helse.

De eksisterende bygningene vil ikke bli optimale for behandling i forhold til et nytt bygg med planløsninger og utforming etter dagens standard. Alternativet innebærer at alle døgnposter flytter til effektive og moderne lokaler i nytt bygg med potensiale for mer effektiv og kvalitativ drift, inklusive tilhørende kliniske kontorarbeidsplasser. Det vil ikke være risiko for driftsavbrudd i byggeperioden. Poliklinikkvirksomheten til rus og spiseforstyrrelser og sikkerhetsenheten bør også samlokaliseres i nytt bygg for best mulig ressursutnyttelse av behandlerstaben. Plassering av et slikt bygg trenger ikke være på Rønvik.

Eksisterende bygningsmasse på Rønvik kan benyttes til generelle kontorarealer i NLSH eller poliklinisk virksomhet. Alternativt kan en vurdere avhending/salg av bygningsmassen.

Markedsverdien for den verneverdig bygningsmasse og parken ved Rønvik vil være liten i forhold til kostnadene med å etablere nye lokaler for hele virksomheten. To av fløyene, N og F, er «nybygg» tatt i bruk i 2010, det samme er sikkerhetsenheten med 15 plasser. Disse lokalene er godt egnet til bruk for psykiatrisk behandling og er nær opp til dagens standard..

Et nytt bygg for hele dagens virksomhet tilknyttet Kløveråsveien 1, ville i areal blitt betydelig større enn det som nå foreslås i alternativ 2A/2B.

Av kostnadmessige årsaker er derfor virksomhetsmodell 3 ikke anbefalt.

18 Kriterier for valg av alternativ

Jfr Veilederen skal det utvikles et sett med kriterier for valg av alternativ. Disse nedenstående kriterier er utviklet i samarbeid mellom prosjektgruppe, de kliniske arbeidsgruppene og referansegruppen.

Tabell 19.1 Kriterier

Kriterier tematisert	Kriterier konkretisert
Generalitet	Sengerom skal utformes likt
	Skjermingsenheter skal utformes likt
	Opphold og behandlingsområder for pasienter skal ha samme bygningsmessige robusthetsnivå
	Alle døgnområder skal ha utgang til uteområder
Sikkerhet	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at det gir god oversikt
	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at sikkerhet for ansatte er ivaretatt
	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at sikkerhet for pasienter er ivaretatt
	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at det forebygger selvmord eller at pasienter skader seg
Smittevern	Minst ett sengerom pr døgnpost skal bygges med sluse for kontaktsmitte håndtering
	Mulighet for å skille av rom i soner ifb med smittehåndtering
	Det skal planlegges for rengjøring av senger og transportutstyr i egne rom
Skjermings plasser	Alle døgnposter skal ha to skjermingsenheter
	Skjermingsenheter skal være utformet med sengerom, oppholdsrom (observasjon), bad, sluse
Adkomster	Personalinngang med direkte tilknytning til garderobeanlegg
	Akuttingang for akuttavdeling og rusakutt (utformes slik at det er integritetsbevarende)
	Varemottak (adskilt fra hovedinngang)
	Almenninngang (hovedinngang)
Uteområder	Alle pasienter gis tilgang til natur for aktivitet og bevegelse
	Alle skjermingsenheter skal ha utgang til skjerma uteområde
	Uteområdet skal utformes slik at det hindrer innkasting
	Utformes slik at det hindrer innsyn
Samarbeid / samhandling	Nybygg og eksisterende bygg skal fysisk knyttes sammen
	Legge til rette for samarbeid mellom avdelinger og enheter (TSB/Akutt/Spesialavdelinger)
Garderobeanlegg	Legge til rette for parsonaltøy, herunder tøytlevering
Kapasitet	Skal sikre dreining av behandlingstilbud fra døgn til dag
	Skal sikre nok areal til poliklinisk behandling
	Skal sikre tilstrekkelig areal til døgntilbud
Aktivitet	Det skal planlegges for aktivitetsområder (f.eks gymsal)
	Det skal planlegges for sosiale soner i alle døgnenheter

Arbeidsgruppene har poengsatt de ulike alternativene i forhold til hvert enkelt kriterie etter en skala fra 1-5, hvor 1 er lavest score i forhold til egnethet og 5 høyest. Prosjektgruppen har så regnet sammen den totale poengsum for hvert alternativ og funnet det alternativ som har flest poeng.

Arbeidsgruppenes anbefaling

Gruppene 1 og 3 har rangert alternativ 2B betydelig høyere enn 2A, mens gruppe 2 har rangert alternativ 2A marginalt høyere enn 2B. (se vedlegg arbeidsgruppenes rangering)

Prosjektgruppen slutter seg til vurderingene fra flertallet og finner alternativ 2B som det mest ønskelige både av hensyn til å gi TSB og rusfeltet tilstrekkelig areal og samle virksomheten i et nytt moderne bygg samt å samle akuttvirksomhetene nær hverandre. Forskjellen på alternativ 2A og 2B kostnadsmessig er liten og alternativet medfører dermed at mere av den polikliniske virksomheten kan få plass i den gamle bygningsmassen ettersom Salten DPS er i stort behov av flere konsultasjonsrom og kontorer for

behandlingspersonell.

- Akuttenhetene samlokaliseres til effektive og moderne lokaler i nytt bygg med potensiale for mer effektiv og kvalitativ drift. Ny rusakutt etableres sammen med akutt i nytt bygg.
- ARPA enhetene samlokaliseres, inklusive KER og rus poliklinikk fra Mellomåsen, til effektive og moderne lokaler i nytt bygg med potensiale for mer effektiv og kvalitativ drift.
- Reg. senter for psykose kan samlokaliseres i bygg F og bygg N (evt. G) som allerede har en betydelig bedre standard enn den øvrige bygningsmassen. Det finnes også andre alternativer, belyst fra klinikken, som ønsker at en ikke skal binde seg til plassering av enheter i gammelbygget før det er gjort beregninger ift areal og laget skisser til løsning. Noe oppgradering bør påregnes også i disse byggene.
- Alderspsykiatri kan flytte til oppgraderte eksisterende lokaler med potensiale for mer effektiv og kvalitativ drift (bygg F/N eller annet alternativ)

19 Økonomi og økonomisk vurderinger

19.1 Kostnadsestimat.

Metoden for kostnadsestimatet, baseres seg på erfaringstall fra andre psykiatriprosjekter som er gjennomført eller under gjennomføring i Norge. På grunn av den manglende detaljeringsgraden av alternativene, er det ikke gjort konkrete vurderinger basert på eiendommens beskaffenhet i Rønvik, men som et gjennomsnitt. Når detaljeringsgraden øker gjennom konseptfasen og hovedalternativ blir valgt, kan en kalkyle som tar for seg de konkrete eiendommers beskaffenhet, produseres. Det anbefales således ikke å sette en kostnadsramme basert på dette notat, men å bruke det som erfaringstall i det videre arbeid. Alle priser som fremgår i dette notat, representerer et prisnivå per september 2020.

Alternativ 2a:

- Nybygg: **7 712 m²**
- Rehabilitering: **10 350 m²**

Alternativ 2b:

- Nybygg: **12 183m²**
- Rehabilitering: **5 879 m²**

Tabell 20.1 Estimerte kostnader inkl. mva.

	Alternativ 2a	Alternativ 2b
Prosjektkostnad - nybygg	607 695 154	960 003 897
Prosjektkostnad - rehab	724 500 000	411 530 000
Sum prosjektkostnad	1 332 195 154	1 371 533 897

NB! I tillegg til dette må det gjennomføres en lettere rehabilitering av resten av arealet i Kløveråsveien 1 (hovedbygningen) der disse arealene tilpasses ny virksomhet, for eksempel poliklinikker, kontorer, etc..

I alt 2a vil dette arealet være ca. 15 600m² og for alternativ 2b ca. 20 000m², rehabiliteringen er kostnadsberegnet til mellom 470 og 600 millioner.

Disse kostnadene er å anse som svært grove estimat, mer detaljerte kalkyler utarbeides senere i konseptfasen steg 2.

19.2 Gevinster i prosjektet

Gevinster kan deles inn i tre hovedtyper:

Effektiviseringsgevinster er gevinster som gir besparelser på budsjettene til virksomheter.

Eksempler på slike gevinster er redusert bemanning og reduserte utgifter til lokaler. Disse gevinstene bør verdsettes i kroner siden de skal synes på virksomhetenes budsjetter.

Kvalitetsgevinster er gevinster som medfører økt kvalitet på ett eller flere områder. Eksempler på kvalitetsgevinster er færre situasjoner med avvik fra normal drift, raskere svar, bedre arbeidsmiljø og økt tillit til en virksomhet. Disse gevinstene kan det være hensiktsmessig kun å tallfeste i fysiske størrelser og beskrive.

Gevinster for øvrige aktører er besparelser og kvalitetsgevinster for kommuner, statsforetak, privatpersoner og privat sektor. Eksempler på slike gevinster er reduserte utgifter til porto, lavere transportutgifter, redusert bemanning, bedre arbeidsmiljø og økt tillit.

Gevinstrealisering er prosessen der man planlegger, organiserer og henter ut forventede og eventuelle ikke-forventede gevinster av et prosjekt. Gevinstrealisering krever systematisk oppfølging gjennom hele prosjektets livsløp, i form av gode analyser i forkant og konkrete planer for oppfølgingen av gevinster underveis i og i etterkant av prosjektet. Hovedregelen er at det er linjeorganisasjonen som har ansvar for å følge opp et prosjekt og realisere de forventede gevinstene. Dette er noen kritiske suksessfaktorer for vellykket gevinstrealisering:

- erkjenne at ansvaret for gevinstrealisering ligger hos virksomhetsledelsen og ikke hos prosjektet
- identifisere tidlig tiltakets gevinster og forutsetningene som må oppfylles for at gevinstene skal bli realisert
- erkjenne at gevinstene ikke blir realiserte av seg selv, og at det derfor må settes av nok ressurser til arbeidet med gevinstrealisering¹³

Ved å bygge nye sykehuslokaler/bygge om deler av eksisterende bygning vil det isolerte gevinstbildet for NLSH Rønvik potensielt være:

- Lokaler som legger til rette for god og effektiv pasientbehandling, helhetlige pasientforløp og økt pasientsikkerhet.
- Lokaler er lagt til rette for moderne og fremtidsrettet behandling innenfor akuttpsykiatri, spesialpsykiatri og alderspsykiatri
- Lokalene ivaretar sikkerhet for pasienter og for ansatte
- Alle døgnplasser er likt utformet (fokus på generalitet)
- Nytt bygg ivaretar mulighet for pasienter til å benytte uteområder på en hensiktsmessig og sikker måte
- Det er etablert egnede lokaler for PIT pasienter
- Det er etablert rom for kontaktsmitte i alle enheter
- Det er etablert tilstrekkelig antall skjermingsrom i alle enheter
- Alle døgnplasser i sengeavdelingene er ensengsrom med bad og toalett
- Det er etablert medisinerrom i hver enhet
- Lokalene for akuttinntak ivaretar god sikkerhet for pasienter og ansatte
- Lokaler er lagt til rett for samarbeidet med pårørende og brukerorganisasjonene

¹³ Direktoratet for økonomistyring: Veileder Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter 2014 s:4

- Nye bygg gir bedre arbeidsmiljø for ansatte, noe som bidrar til at NLSH Rønvik blir en attraktiv arbeidsplass.

Ressurseffektive løsninger:

- Felles bruk av arealer
- Kosteffektiv drift av bygget
- Felles bruk av ressurser (f.eks. i akutte forløp)
- Felles drift av støttefunksjoner
- Kosteffektive logistikkfunksjoner:
 - Redusert behov for ambulansetransport mellom 1. og 2.linje
 - Felles forsyning og varemottak
 - Felles avfallshåndtering
 - Felles renhold, vaskeritjeneste og arbeidstøy
 - Felles matforsyning
- Miljøvennlig i drift
- LCC (livsløpskostnader)

De bygningsmessige strukturer, med mange, trange og uoversiktlige korridorer, manglende utgang til friluft og uhensiktsmessige romløsninger gir økt behov for personell.

Manglende muligheter for skjermet uteareal hvor pasientene selv kan regulere utegang, er ressurskrevende fordi det er behov for å følge pasienter ut til lufting eller røyking.

Generelt gir uhensiktsmessige lokaler og ineffektiv logistikk økt bemanningsbehov. Det er ikke urimelig å anta at kostnader ved oppvarming, ressursbruk for oppfølging av drift og andre levetidskostnader vil være høyere med eksisterende bygningsmasse enn ved et nybygg, men de økonomiske aspekter ved dette må eventuelt dokumenteres i konseptfasens steg 2.

Faktiske endringer i driften etter at den nye tvangslovgivningen ble vedtatt er utfordrende og personellintensiverende. Det er hevet over enhver tvil at krav til dagens behandlingstilbud med lengre observasjonstid og høyere terskel for skjerming og medikamentbruk utløser større personellbehov. Aktuelle tall som viser bruken av årsverk fra sykehusets virksomhetsportal viser et jevnt høyt overforbruk av innleie/overtid. Akuttavdelingen har meldt behov for å øke grunnbemanningen for å redusere presset på fast ansatte. Det er god pasient- og personellsikkerhet å ha fast ansatte med rett kompetanse til å ivareta de lovpålagte oppgavene. Nytt lovverk som nå er ute til høring vil, hvis det blir vedtatt, høyst sannsynlig medføre en enda større økning i antall stillingshjemler i Akuttavdelingen. Med et nytt bygg vil gevinstrealiseringen sannsynligvis handle om å stoppe, eller minimere, økt bruk av personellressurser.

20 Mulighetsstudie

Vi har gjennomført en innledende mulighetsstudie for de to alternativene prosjektgruppen anser som aktuelle, alternativ 2A og 2B.

Viktige kriterier som må legges til grunn for ny bygningsmasse; personer må kunne bevege seg innendørs mellom ny - og gammel bygningsmasse, nærhet til eksisterende anlegg i Kløveråsveien 1, begrense byggehøyde som betyr et bygg med større «fotavtrykk», legge til rette for fri tilgang til uteområde for pasienter, etc.

I området der det foreslås et utbygg er det utfordrende terrengforhold med en høydeforskjell på ca. 25 meter, vi antar området består av stort sett fjell. Vi har konsentrert oss om de etter vår mening mest

aktuelle modellene 2A og 2B.

Annet forhold som må avklares er forholdet til vern, som det fremgår av skisser vil utbyggingen delvis legges til et område som er vernet. Det kan her nevnes at gjeldende reguleringsplan og Landsverneplan for sykehussektoren ikke har samme omfang.

Eksempler på løsninger i mulighetsstudien ligger som vedlegg 8.

21 Anbefalinger

Framskrivningen som Sykehusbygg har lagt fram i Mulighetsstudien januar-18 viser at det blir et økt behov for flere døgnplasser innen voksenpsykiatrien fram mot 2035. Den eksisterende bygningsmassen vil ikke ha tilstrekkelig fremtidig areal for de avdelinger som befinner seg på Rønvik i dag. Den eksisterende bygningsmassen vil heller ikke ha plass til ny enhet for rus akutt og ny enhet innen korttidsbehandling TSB. Det er ikke mulig å samlokalisere korttidsenhet rus (KER) og rus poliklinikk med tilhørende avdelinger på Rønvik. Kapasiteten på skjermingsplasser må løses på en bedre måte. Sykehusbygg vurderer lokalene på Rønvik som lite egnede til å tilfredsstille dagens forventede spesialiserte krav til bygg med døgnplasser for psykisk helse, selv ved omfattende ombygging. Den eksisterende bygningsmassen kan med oppussing være godt egnet til kontorarealer eller poliklinikk.

Sykehusbygg har derfor i sin mulighetsstudie, behandlet i styret januar-18 anbefalt at alternativene 2 og 3 vurderes i økonomisk langtidsplan for videreføring til konseptfase. Styret sluttet seg til dette.

Prosjektgruppen og de kliniske arbeidsgruppene har anbefalt at man går videre med alternativ 2B. Dette fordi alternativet oppfyller de kriteriene vi har valgt for løsningsalternativ på best måte. Et helt sentralt argument i avveiningen av alternativene har vært at det faglig og driftsmessig er helt nødvendig at Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARPA) blir samlokalisert.

På bakgrunn av dette ønsker en at alternativet 2A blir omformulert i det videre arbeid til kun å flytte Akuttpsykiatrisk avdeling til nytt bygg og alternativ 2B flytte Akuttpsykiatrisk avdeling og ARPA til nytt bygg.

Prosjektgruppen har, på basis av omforente kriterier for valg av alternativ og evaluering i arbeidsgruppene, anbefalt at en går videre til konseptfasens steg 2, med videre detaljutredning av alternativ 2B.

Prosjektgruppen vurderer det likevel slik at også mulighetsrommet i den gamle bygningsmassen må avklares gjennom en prefase før steg 2, hvor NLSH etablerer en arbeidsgruppe med byggeteknisk og teknisk kompetanse, som gjennomfører en teknisk vurdering av handlingsrommet i «gammelfløylene» med sikte på å avklare hvorvidt alternativ 2A er mulig å gå videre med.

Alternativet 2A må kostnadsberegnes i forhold til ombygging og rehabilitering av de eksisterende lokalene, og man må finne best mulige løsninger for å ivareta forskriftsmessige krav til bygg og uteområder for de avdelinger som fortsatt skal holde til i den gamle bygningsmassen.

Flere eldre vil få psykiske lidelser, alderspsykiatrien på sykehusnivå skal ivareta døgninnleggelse for de med kompliserte og alvorlige psykiatriske diagnoser. Hovedtyngden av eldre med psykisk sykdom skal behandles i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og DPSene. Kompetanseoverføring til DPSene er dermed sentral i oppbyggingen av et desentralisert alderspsykiatrisk tjenestetilbud. Klinikken mener imidlertid at det er behov for 2 nye senger samt en fleksibilitet på 4 senger for en evt overtakelse av pasienter fra private aktører, se kap. 11- «Alderspsykiatri». Prosjektgruppen er enig i at det kan være grunnlag for å ha en viss fleksibilitet for dette formål.

Nordlandssykehuset har en andel av den regionale sengekapasiteten som ligger lavest i hele regionen. Det

er derfor gode argumenter for å ivareta en større andel av våre pasienter når man først utvider arealene for psykisk helsevern.

Det er gode faglige argumenter for å utvide antall TSB-plasser, slik at vi kan behandle egen pasientpopulasjon nærmest mulig det nærmiljøet som pasientene skal skrives ut til. Det letter samhandlingen med primærhelsetjenesten og gir grunnlag for bedre kvalitet på pasientforløp.

Akuttpsykiatrien har hatt en stigende kurve når det gjelder vold, trusler og utagering hos pasientene. Dette har etter vår erfaring sammenheng med at ny lovgivning gjør at pasientene er sykere når de blir innlagt. Den økte pasientpopulasjonen som følge av dom til behandling og varetekstsurrogat gjør at det er økende behov for forsterkede behandlingsplasser innen akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri. Vi mener derfor det også er grunn til å øke døgnkapasiteten på Akuttpsykiatrisk avdeling med 3 nye senger ut over det framskrevne behov, som var gjort før effektene av ny lovgivning var kjent.

Prosjektgruppen anbefaler at alternativ 2A belyses med hensyn til bygningsmessige muligheter før man går videre til konseptfasens steg 2. Prosjektgruppen anbefaler å gå videre med alternativ 2B i konseptfasen, steg 2. Det anbefales å legge til grunn et dimensjoneringsgrunnlag lik det prosjektgruppen foreslår i kap.10, med 118 døgnplasser og på ca 18 000 m² BTA.

22 Vedlegg

Vedlegg 1: Notat- NLSH VOP Rønvik, Kostnadsoverslag

Vedlegg 2: Kapasitet og arealtabeller samlet

Vedlegg 3: Arbeidsgruppenes rangering

Vedlegg 4: Oppsummering arbeidsgruppe 1

Vedlegg 5: Oppsummering arbeidsgruppe 2

Vedlegg 6: Oppsummering arbeidsgruppe 3

Vedlegg 7: Framskriving

Vedlegg 8: Mulighetsstudie

Notat

Fra

Tarje Otre, Byggøkonomisk rådgiver

Til

Prosjektgruppen VOP Rønvik

Kopi til

NLSH VOP Rønvik - Kostnadsoverslag

Prosjektet befinner seg i «Konseptfase – Steg 1» og ønsker et grovt kostnadsestimat over de to alternativene som er utarbeidet. Begge alternativer involverer rehabilitering av eksisterende og nybygg, hvor alternativ 2B har størst grad av nybygg.

Metode

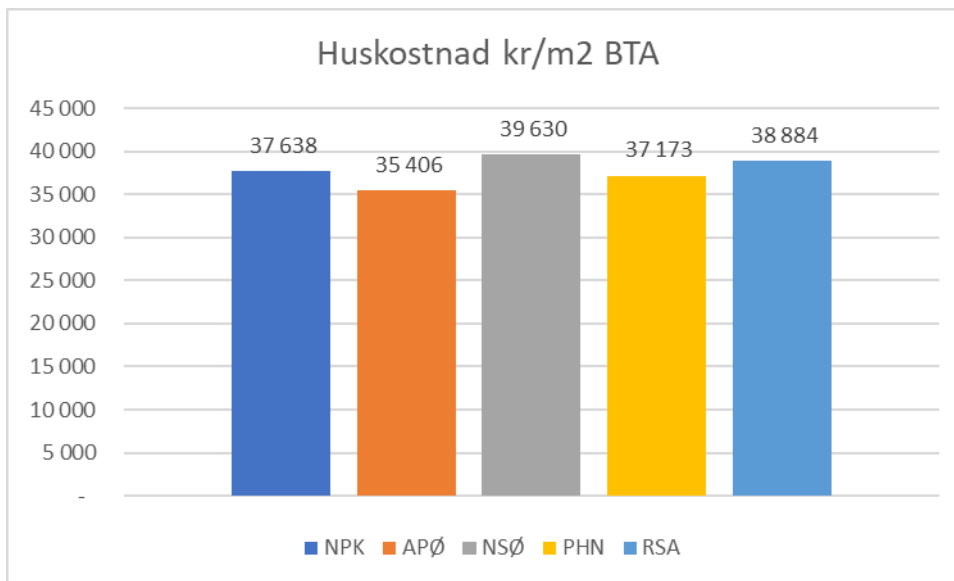
Metoden for kostnadsestimatet, baseres seg på erfaringstall fra andre psykiatriprosjekter som er gjennomført eller under gjennomføring i Norge. På grunn av den manglende detaljeringsgraden av alternativene, er det ikke gjort konkrete vurderinger basert på eiendommenes beskaffenhet i Rønvik, men som et gjennomsnitt. Når detaljeringsgraden øker gjennom konseptfasen og hovedalternativ blir valgt, kan en kalkyle, som tar for seg de konkrete eiendommers beskaffenhet, produseres. Det anbefales således ikke å sette en kostnadsramme basert på dette notat, men å bruke det som erfaringstall i det videre arbeid. Alle priser som fremgår i dette notat, representerer et prisnivå per september 2020.

Referanseprosjekter – nybygg

Erfaringstallene som er benyttet til å estimere kostnader til nybygg er *ny psykiatri Kristiansand (NPK)*, *akuttpsykiatri Østmarka (APØ)*, *nytt sikkerhetsbygg Østmarka (NSØ)*, *Ahus Nordbyghagen (PHN)* og *Regional sikkerhetsavdeling (RSA)*. Kostnadene til APØ baserer seg på sluttkostnader, kostnadene til NPK og NSØ baserer seg på forprosjekt, mens PHN og RSA baserer seg på konseptfase.

Huskostnader

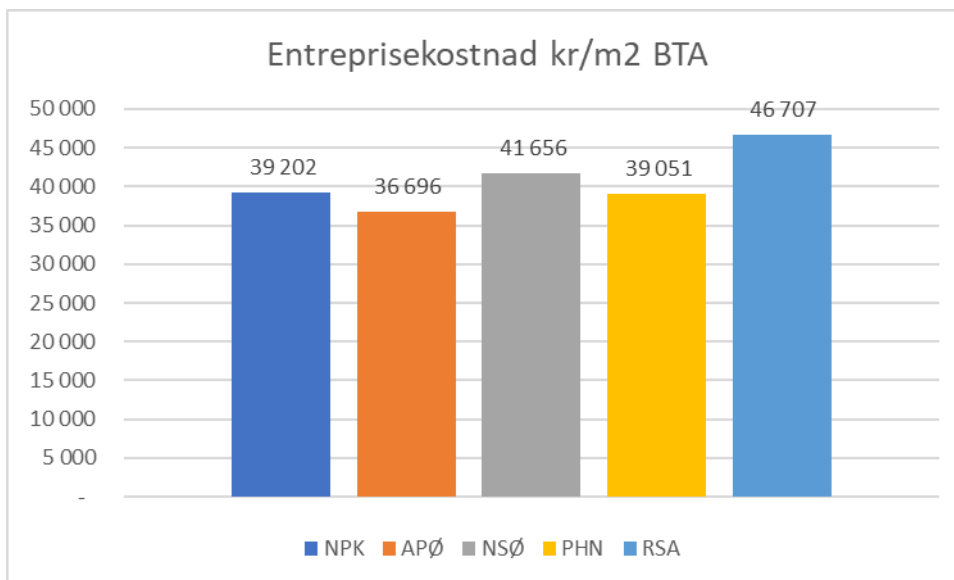
Huskostnader representerer summen av kapittel 1 – 6 etter «Bygningsdelstabellen» NS 3451. Under følger en grafisk fremstilling av huskostnadene for referanseprosjektene eks. mva.



Vi ser av grafen at huskostnadene for referanseprosjektene er forholdsvis like, med et totalt spenn på ca. 4 200 kr/m² BTA mellom billigst og dyrest.

Entreprisekostnad

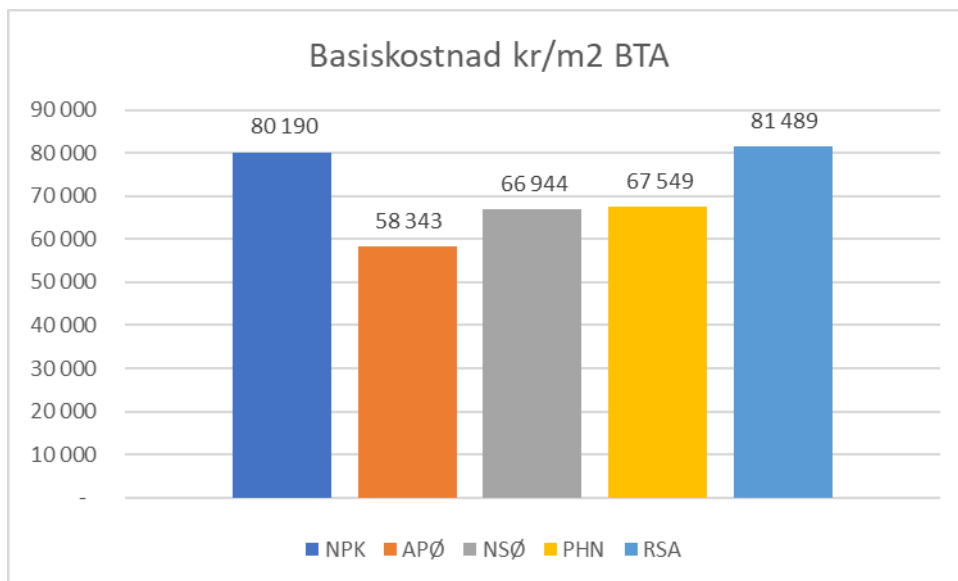
Entreprisekostnader representerer summen av kapittel 1 – 7 etter «Bygningsdelstabellen» NS 3451 eller huskostnad og utomhus eks. mva.



Vi ser av grafen at entreprisekostnaden er et større spenn enn huskostnaden og ved å inkludere utomhus blir forskjellene større. Spennet er på ca. 10 000 kr/m² BTA mellom billigst og dyrest.

Basiskostnad

Basiskostnaden representerer alle kjente kostnader, ink. mva., og summerer kapittel 1 – 10 etter «Bygningsdelstabellen» NS 3451. Dette er entreprisekostnader, generelle kostnader (byggherrekostnader), spesielle kostnader og merverdiavgift. Basiskostnaden representerer prosjektets kostnader uten usikkerhet.



Vi ser av grafen at spennet øker mellom billigst og dyrest til ca. 23 000 kr/m² BTA.

Rehabiliteringskostnader

Rehabiliteringskostnader for eksisterende bygninger varierer veldig fra prosjekt til prosjekt, basert på tilstanden til bygningen og hvor omfattende rehabiliteringen skal være. Det er derfor meget vanskelig å overføre kostnader fra et rehabiliteringsprosjekt til et annet. Vi har derfor satt opp en matrise for vurdering av kostnadene ved rehabilitering, basert på funksjon og grad av rehabilitering.

Anslag kr/m ² bta ink. mva.	Tung ombygging	Middels ombygging	Lett ombygging
Tunge funksjoner	90 000	70 000	30 000
Middels funksjoner	70 000	45 000	20 000
Lette funksjoner	50 000	30 000	15 000

Lett ombygging er definert som; Maling, gulvbelegg, lettvegger etc.

Middels ombygging er definert som: Endret tilpasning til andre funksjoner, slå sammen / åpne rom, nye tekniske anlegg (ventilasjon) etc.

Tung ombygging er definert som; Strukturelle endringer, nye baderom, stigeledninger, ventilasjon etc.

Basert på informasjonen vi har om prosjektet, vurderes ombyggingen som tung ombygging av middels funksjoner. Vi har derfor i det videre arbeidet lagt den totale kvadratmeterprisen BTA på 70 000 kr/m². Det er stor usikkerhet knyttet til prisene til rehabilitering og her er det mulig at Nordlandssykehuset sitter på bedre erfaringstall enn Sykehusbygg, på nåværende tidspunkt.

Alternativ 2a – resultater

Nybygg – 7 712 m²

Under følger en oppstilling av kostnader, basert på referanseprosjektene som ble gjennomgått tidligere i notatet. Prisene representerer snittpriser og det er lagt til sjablongmessig 10 % i forventet tillegg på basiskostnaden.

Bygningsdel	kr/m2 BTA	Kostnad	
Felleskostnader	6 437	49 645 549	
Bygning	19 366	149 351 823	
VVS	5 322	41 042 130	
Elkraft	3 357	25 889 536	
Tele og automatisering	3 203	24 699 472	
Andre installasjoner	327	2 522 470	
Huskostnad	38 012	293 150 981	
Utomhus	1 706	13 159 602	
Entreprisekostnad	39 719	306 310 583	
Generelle kostnader	14 622	112 764 870	
Byggekostnad	54 341	419 075 453	
Spesielle kostnader	2 967	22 884 659	
Mva.		110 490 028	
Basiskostnad	71 635	552 450 140	
Forventet tillegg		55 245 014	10 %
Prosjektkostnad	78 799	607 695 154	
Usikkerhetsavsetning			
Kostnadsramme			

Rehabilitering tung – 10 350 m²

Rehabiliteringskostnadene baserer seg på matrisen presentert på forrige side og det legges til grunn en projektkostnad på 70 000 kr/m2 BTA ink. mva.

Prosjektkostnad – rehabilitering tung	724 500 000 kroner ink.mva.
---------------------------------------	--------------------------------

Rehabilitering middels – 15 560 m²

Den resterende bygningsmassen i Kløveråsveien 1 vil også kreve noe mindre omfattende rehabilitering i forbindelse med prosjektet, herunder ventilasjon og bygningsmessig oppgradering generelt. Vi var valgt å legge til grunn en kvadratmeterpris på 30 000 kr/BTA ink. mva.

Prosjektkostnad – rehabilitering middels	466 800 000 kroner ink.mva.
--	--------------------------------

Alternativ 2b – resultater

Nybygg – 12 183 m²

Under følger en oppstilling av kostnader, basert på referanseprosjektene som ble gjennomgått tidligere i notatet. Prisene representerer snittpriser og det er lagt til sjablongmessig 10 % i forventet tillegg på basiskostnaden.

Bygningsdel	kr/m ² BTA	Kostnad	
Felleskostnader	6 437	78 427 350	
Bygning	19 366	235 937 923	
VVS	5 322	64 836 135	
Elkraft	3 357	40 898 888	
Tele og automatisering	3 203	39 018 888	
Andre installasjoner	327	3 984 862	
Huskostnad	38 012	463 104 046	
Utomhus	1 706	20 788 826	
Entreprisekostnad	39 719	483 892 872	
Generelle kostnader	14 622	178 139 836	
Byggekostnad	54 341	662 032 708	
Spesielle kostnader	2 967	36 151 944	
Mva.		174 546 163	
Basiskostnad	71 635	872 730 816	
Forventet tillegg		87 273 082	10 %
Prosjektkostnad	78 799	960 003 897	
Usikkerhetsavsetning			
Kostnadsramme			

Rehabilitering tung – 5 879 m²

Rehabiliteringskostnadene baserer seg på matrisen presentert på forrige side og det legges til grunn en prosjektkostnad på 70 000 kr/m² BTA ink. mva.

Prosjektkostnad – rehabilitering tung	411 530 000 kroner ink.mva.
---------------------------------------	--------------------------------

Rehabilitering middels – 20 000 m²

Den resterende bygningsmassen i Kløveråsveien 1 vil også kreve noe mindre omfattende rehabilitering i forbindelse med prosjektet, herunder ventilasjon og bygningsmessig oppgradering generelt. Vi har valgt å legge til grunn en kvadratmeterpris på 30 000 kr/BTA ink. mva.

Prosjektkostnad – rehabilitering middels	600 000 000 kroner ink.mva.
--	--------------------------------

Oppsummering – resultater

	Alternativ 2a	Alternativ 2b
Prosjektkostnad - nybygg	607 695 154	960 003 897
Prosjektkostnad – rehab tung	724 500 000	411 530 000
Sum prosjektkostnad ink. mva	1 332 195 154	1 371 533 897

NB! I tillegg til dette må det gjennomføres en lettere rehabilitering av resten av arealet i Kløveråsveien 1 (hovedbygningen) der disse arealene tilpasses ny virksomhet, for eksempel poliklinikker, kontorer, etc.

I alt 2a vil dette arealet være ca. 15 600 m² og for alternativ 2b ca. 20 000 m², rehabiliteringen er kostnadsberegnet til mellom 470 og 600 millioner.

Vi ser av tabellen at det forventes at alternativ 2b vil bli noe dyrere enn alternativ 2a, noe som naturlig forklares av at 2b består av en høyere andel nybygg med høyere kvadratmeterpris. Prosjektkostnadene er, som nevnt tidligere, grovt estimert basert på erfaringstall. Hvert prosjekt vil være unikt og priser fra andre prosjekter kan ikke nødvendigvis overføres til dette prosjektet, men det kan gi oss et anslag på hvor man kan forvente å havne basert på lignende prosjekter. Dette notat må derfor ansees som en bistand til mer detaljerte kalkyler senere i konseptfasen og ikke et dokument som avklarer hva prosjektet vil koste.

Dimensjonering 2018 og framskrevet dimensjonering 2035						B/N faktor 2,3		Arbeidsgruppene anbefalinger								Prosjektgruppe anbefalinger																
Funksjoner						Dimensjonerende antall plasser / rom			Areal-standar d m2	m2 NTA	m2 BTA		Døgn	Konto r	Skjer m	Akutt	Funksjo n m2	m2 NTA	m2 BTA		Alternativ 2A	Alternativ 2B	Døgn	Kontor	Skjer m	Akutt	Funksjo n m2	m2 NTA	m2 BTA	Alternativ 2A	Alternativ 2B	
						20182035																										
Akuttpsykiatrisk avdeling, døgnplass						32	33			45	1 485	3 416		36				45	1620	3726		Nytt bygg	Nytt bygg	36				45	1620	3726	Nytt bygg	Nytt bygg
Akutt skjerming								6		60	360	828			6			60	360	828				6			60	360	828			
Akuttmottak								1	105	105	242					1	105	105	242						1	105	105	242		5734	5734	
Akuttpsykiatrisk avdeling, kontorer							34		12	408	938			34			12	408	938				34			12	408	938				
Alderspsykiatrisk avdeling, døgnplass *)						8	8		45	360	828		14				45	630	1449				8			45	360	828	F/N	F/N		
Alderspsykiatrisk avdeling, kontorer								3	12	36	83			3			12	36	83					3		12	36	83				
Reg.sent. Spiseforstyrrelser døgnplasser						8	6		45	270	621		6				45	270	621				6			45	270	621				
Reg.sent. Spiseforstyrrelser kontorer							9		12	108	248			9			12	108	248				9			12	108	248				
Reg.sent. Psykose (REFP), døgnplass						21	22		45	990	2 277		22				45	990	2277				22			45	990	2277	4499	4499		
Reg.sent. Psykose (REFP), skjerming								2	60	120	276			2			60	120	276					2		60	120	276				
Reg.sent. Psykose (REFP), kontorer							6		12	72	166			6			12	72	166				6			12	72	166				
PIT døgnplasser						(2)	2		60	120	276		2				60	120	276				2			60	120	276	F/N	F/N		
PIT kontorer							4		12	48	110			4			12	48	110				4			12	48	110		F/N		
Rus og psykiske lidelser (ROP), døgnplass						8	8		45	360	828		8				45	360	828				8			45	360	828	F/N	Nytt bygg		
Skjerming									-	-	-																					

[illegible]

Vedlegg 3 - Arbeidsgruppenes rangering - Arbeidsgruppe 1

Kriterier tematisert	Kriterier konkretisert	0	2A	2B	(3)
Generalitet	Sengerom skal utformes likt	1	4	4	5
	Skjermingsenheter skal utformes likt	1	4	4	5
	Opphold og behandlingsområder for pasienter skal ha samme bygningsmessige robusthetsnivå	1	3	4	5
	Alle døgnområder skal ha utgang til uteområder	1	3	4	4
Sikkerhet	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at det gir god oversikt	2	4	4	5
	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at sikkerhet for ansatte er ivaretatt	1	3	3	5
	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at sikkerhet for pasienter er ivaretatt	1	3	3	5
	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at det forebygger selvmord eller at pasienter skader seg	1	3	4	5
Smittevern	Minst ett sengerom pr døgnpost skal bygges med sluse for kontaktsmitte håndtering	1	2	3	5
	Mulighet for å skille av rom i soner ifb med smittehåndtering	2	3	4	5
	Det skal planlegges for rengjøring av senger og transportutstyr i egne rom	1	3	4	5
Skjermings plasser	Alle døgnposter skal ha to skjermingsenheter	1	3	4	5
	Skjermingsenheter skal være utformet med sengerom, oppholdsrom (observasjon), bad, sluse	1	3	4	5
Adkomster	Personalinngang med direkte tilknytning til garderobeanlegg	1	3	4	5
	Akuttingang for akuttavdeling og rusakutt (utformes slik at det er integritetsbevarende)	1	4	5	5
	Varemottak (adskilt fra hovedinngang)	1	3	4	5
	Almenninngang (hovedinngang)	1	3	4	5
Uteområder	Alle pasienter gis tilgang til natur for aktivitet og bevegelse	5	5	5	5
	Alle skjermingsenheter skal ha utgang til skjerma uteområde	1	5	4	2
	Uteområdet skal utformes slik at det hindrer innkasting	1	4	4	1
	Utformes slik at det hindrer innsyn	1	4	3	1
Samarbeid / samhandling	Nybygg og eksisterende bygg skal fysisk knyttes sammen	1	5	5	1
	Legge til rette for samarbeid mellom avdelinger og enheter (TSB/Akutt/Spesialavdelinger)	1	4	5	5
Garderobeanlegg	Legge til rette for parsonaltøy, herunder tøylevering	1	3	4	5
Kapasitet	Skal sikre dreining av behandlingstilbud fra døgn til dag	1	5	5	5
	Skal sikre nok areal til poliklinisk behandling	2	3	4	5
	Skal sikre tilstrekkelig areal til døgntilbud	2	3	4	5
Aktivitet	Det skal planlegges for aktivitetsområder (f.eks gymsal)	1	5	5	5
	Det skal planlegges for sosiale soner i alle døgnenheter	4	5	5	5
		40	105	119	129

Vedlegg 3 - Arbeidgruppenes rangering - Arbeidsgruppe 2

Kriterier konkretisert	0	2A	2B	(3)
Sengerom skal utformes likt	1	4	4	5
Skjermingsenheter skal utformes likt	1	4	4	5
Opphold og behandlingsområder for pasienter skal ha samme bygningsmessige robusthetsnivå	1	4	4	5
Alle døgnområder skal ha utgang til uteområder	4	4	3	3
Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at det gir god oversikt	1	4	4	4
Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at sikkerhet for ansatte er ivaretatt	1	4	4	4
Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at sikkerhet for pasienter er ivaretatt	1	4	4	4
Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at det forebygger selvmord eller at pasienter skader seg	1	4	4	4
Minst ett sengerom pr døgnpost skal bygges med sluse for kontaktsmitte håndtering	1	4	4	5
Mulighet for å skille av rom i soner ifb med smittechåndtering	2	4	4	4
Det skal planlegges for rengjøring av senger og transportutstyr i egne rom	1	4	4	4
Alle døgnposter skal ha to skjermingsenheter	1	4	4	4
Skjermingsenheter skal være utformet med sengerom, oppholdsrom (observasjon), bad, sluse	1	4	4	4
Personalinngang med direkte tilknytning til garderobeanlegg	1	4	4	4
Akuttingang for akuttavdeling og rusakutt (utformes slik at det er integritetsbevarende)	1	4	4	4
Varemottak (adskilt fra hovedinngang)	1	4	4	4
Almenninngang (hovedinngang)	3	4	4	5
Alle pasienter gis tilgang til natur for aktivitet og bevegelse	1	5	5	5
Alle skjermingsenheter skal ha utgang til skjerma uteområde	1	3	3	5
Uteområdet skal utformes slik at det hindrer innkasting	1	1	1	1
Utformes slik at det hindrer innsyn	1	1	1	1
Nybygg og eksisterende bygg skal fysisk knyttes sammen	1	4	4	4
Legge til rette for samarbeid mellom avdelinger og enheter (TSB/ Akutt/Spesialavdelinger)	2	5	5	4
Legge til rette for parsonaltøy, herunder tøytlevering	4	5	5	5
Skal sikre dreining av behandlingstilbud fra døgn til dag	1	4	3	4
Skal sikre nok areal til poliklinisk behandling	1	4	3	3
Skal sikre tilstrekkelig areal til døgntilbud	1	4	4	4
Det skal planlegges for aktivitetsområder (f.eks gymsal)	2	4	4	4
Det skal planlegges for sosiale soner i alle døgnenheter	4	4	4	4
	43	112	109	116

menes at alle skal ha direkte utgang til pler til hage/

Ikke ønskelig løsning og utforming

Ikke ønskelig løsning og utforming

For sykehusavdelinger døgn ikke aktuelt å red , allerede underdimensjonert og allerede redusert

Kommentar: Se til rapport som gruppe 2 har laget vedr disponering av eksisterende bygg for alle sykehusavd, spes Inkludert mandat og premissgrunnlag for gr 2.

Vedlegg 3 - Arbeidsgruppenes rangering - Arbeidsgruppe 3

Kriterier tematisert	Kriterier konkretisert	0	2A	2B	(3)
Generalitet	Sengerom skal utformes likt	1	3	4	5
	Skjermingsenheter skal utformes likt	1	3	4	5
	Opphold og behandlingsområder for pasienter skal ha samme bygningsmessige robusthetsnivå	1	3	4	5
	Alle døgnområder skal ha utgang til uteområder	1	2	3	3
Sikkerhet	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at det gir god oversikt	2	3	4	5
	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at sikkerhet for ansatte er ivaretatt	2	3	4	5
	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at sikkerhet for pasienter er ivaretatt	2	3	4	5
	Sengeområder og oppholdsområder skal være utformet slik at det forebygger selvmord eller at pasienter skader seg	2	3	4	5
Smittevern	Minst ett sengerom pr døgnpost skal bygges med sluse for kontaktsmitte håndtering	1	2	3	5
	Mulighet for å skille av rom i soner ifb med smittehåndtering	2	3	4	5
	Det skal planlegges for rengjøring av senger og transportutstyr i egne rom	1	2	3	5
Skjermings plasser	Alle døgnposter skal ha to skjermingsenheter	1	3	4	5
	Skjermingsenheter skal være utformet med sengerom, oppholdsrom (observasjon), bad, sluse	1	3	4	5
Adkomster	Personalinngang med direkte tilknytning til garderobeanlegg	1	2	3	5
	Akuttgang for akuttavdeling og rusakutt (utformes slik at det er integritetsbevarende)	1	3	5	5
	Varemottak (adskilt fra hovedinngang)	1	2	3	5
	Almenninngang (hovedinngang)	1	1	4	5
Uteområder	Alle pasienter gis tilgang til natur for aktivitet og bevegelse	2	3	4	2
	Alle skjermingsenheter skal ha utgang til skjerma uteområde	1	3	3	2
	Uteområdet skal utformes slik at det hindrer innkasting	1	1	3	2
	Utformes slik at det hindrer innsyn	2	3	4	1
Samarbeid / samhandling	Nybygg og eksisterende bygg skal fysisk knyttes sammen	1	5	5	1
	Legge til rette for samarbeid mellom avdelinger og enheter (TSB/Akutt/Spesialavdelinger)	1	2	4	4
Garderobeanlegg	Legge til rette for parsonaltøy, herunder tøylevering	1	2	4	5
Kapasitet	Skal sikre dreining av behandlingstilbud fra døgn til dag	1	2	4	5
	Skal sikre nok areal til poliklinisk behandling	2	3	4	5
	Skal sikre tilstrekkelig areal til døgntilbud	2	3	4	5
Aktivitet	Det skal planlegges for aktivitetsområder (f.eks gymsal)	1	5	5	5
	Det skal planlegges for sosiale soner i alle døgnenheter	3	4	5	5
		40	80	113	125

Kommentar til de ulike alternativene.

Vi tror ikke det innenfor alternativ 2b lar seg gjøre å flytte alle resterende enheter (unntatt sikkerhet) inn i F/N-bygget. Det er rett og slett ikke plass til det arealet det krever

Kommentar til vurderingspunkt under.

Nybygg og eksisterende bygg skal fysisk knyttes sammen	1	5	5	1
--	---	---	---	---

Korrekturlesing.

Legge til rette for parsonaltøy, herunder tøytlevering.

Klinikken har ikke parsonal, og vi får ikke levert tøyer på døra 😊

Alternativ 2B

Akuttenheter, Akutt rus og alle ARPA-enhetene flytter ut i nytt bygg

*Døgnposter innen
Spesialpsykiatrisk avdeling
flytter inn i F og N og øvrige
ledige lokaler benyttes til
poliklinisk og administrativt
arbeid.*

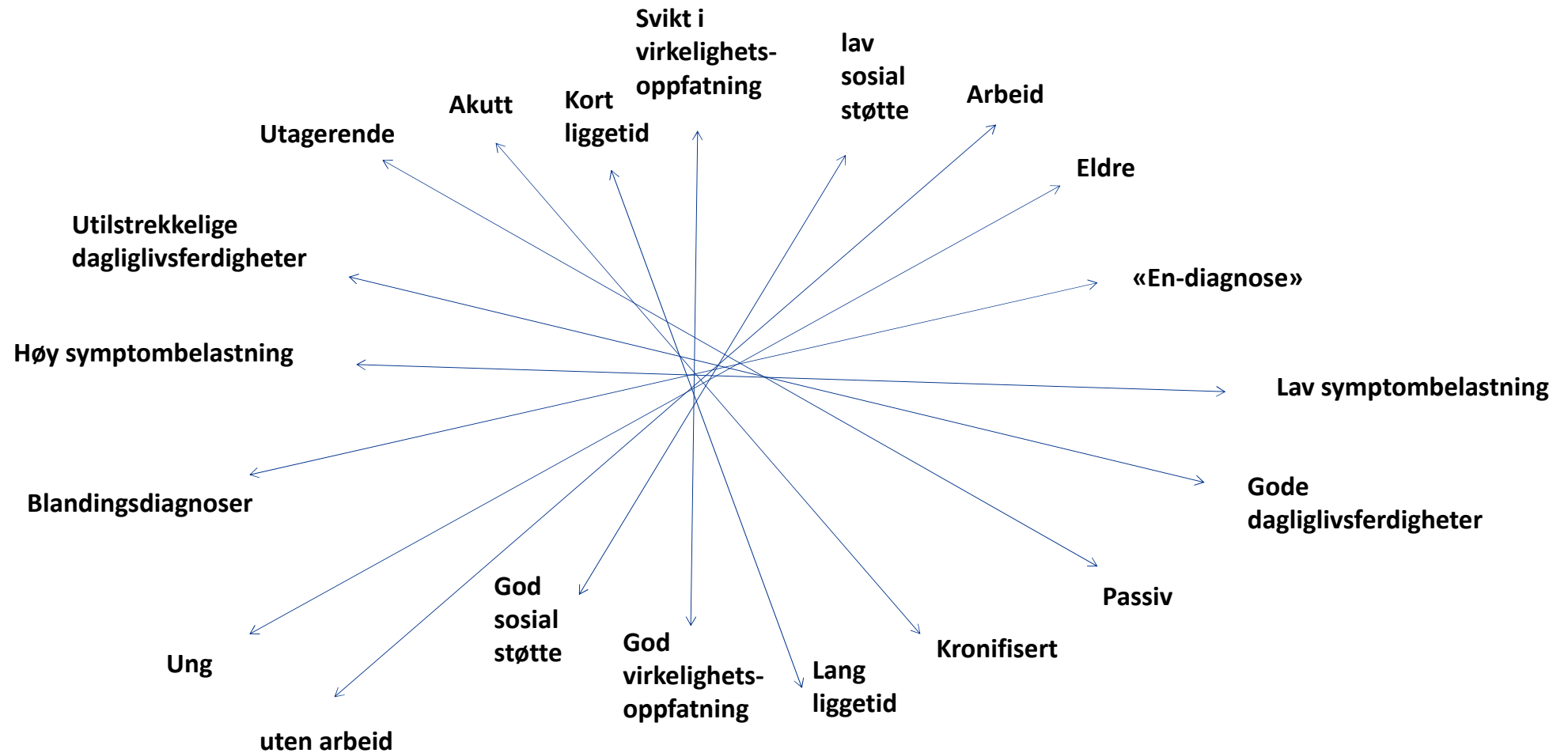
NLSH Rønvik

«Moderne bygg for psykisk helsevern i Nordland»

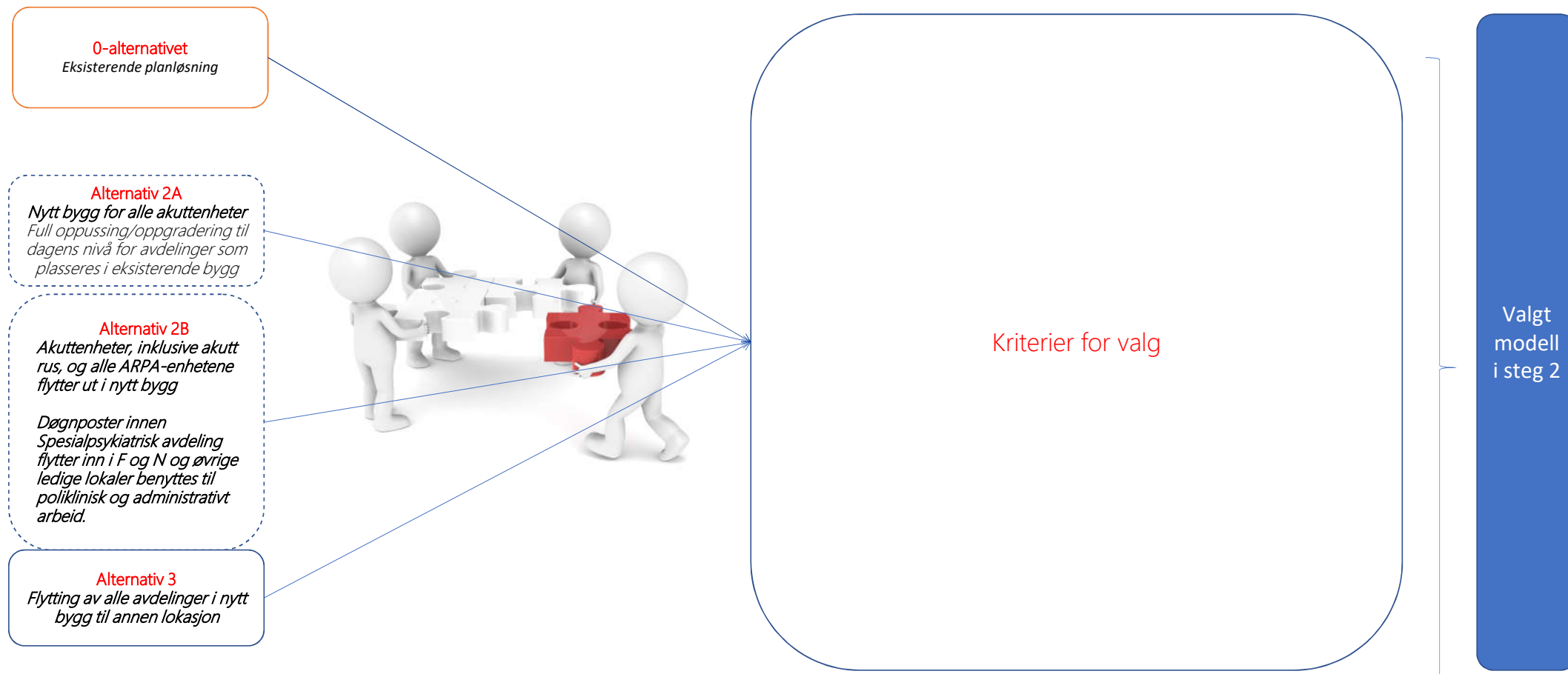
Oppsummering arbeidsgruppe 1



Ulike pasientbehov



Kriterier for valg av alternativ



Spørsmål til kliniske grupper

Klinisk perspektiv

Hvilke
bygningmessige
kvaliteter må
fremtidens
psykiatribygg ha?

Pasienten

1.Hvordan kan byggets utforming bidra til god
pasientbehandling
2.Hvordan kan enhetenes lokalisering bidra til gode
pasientforløp

Personalet

1.Hvordan kan byggets utforming bidra til gode å trygge
arbeidsplasser
2.Hvordan kan enhetenes plasseringer bidra til god
arbeidsflyt

Pårørende

1.Hvordan kan byggets utforming bidra til god samhandling
med pårørende

Utrede faglige funksjoner og premisser for utforming av nytt bygg for akuttpsykiatri, herunder behov for evt andre enheter som bør tenkes inn i nytt bygg.

Sammendrag gruppe 1:

Hvilke rammebetingelser for utforming av bygget framkommer av behandlingsmetoder, pasientgruppens behov og personellets krav til forsvarlig behandling og sikkerhet for pasienter og personell.

Sentrale rammebetingelser for utforming:

- Videreføre organisering med tre enheter (tre likelydende enheter)
- Etablere skjermingsenheter
- Etablere smitterom ved kontaktsmitte
- Akuttmottak
- Mottakssluse hvor hver enhet har ansvar for å ta i mot sine pasienter.
- Bør ha mulighet for å ta i mot flere samtidig, og pasienter som er urolig, som trenger dusj før ut i felleskap.
- Alt på en flate, for beredskap opp mot hverandre, sambruk, fellesbruk(lager, gymsal, mottaksrom, innganger, forsyning, varemottak, fellesområder,

Behandlingsmetoder

Rammebetingelser som påvirker behandling:

- Krav til reduksjon av tvang
- Endring av lowverk, evt forbud mot mekaniske tvangsmidler(belterom), samfunnsvern, kortvarig
- flere kommer til å bli dømt til behandling.

Viktig å å identifisere de svakheter vi har i dag, opp i mot nye utfordringer og nye behandlingsmetoder

Pasientgruppens behov

- Skjermingsbehov
- Redusere tvang
- Avklare rammer for tvang
- Videreføre sektoriseringsgrenser begrunnet i lokal kjennskap til pasienter og hjemmekommune
- Men samarbeid på tvers av geografiske grenser.
- Vektlegger fleksibilitet- *flytte pasienter mellom om vi føler at vi står fast, eller ikke kommer oss noe lengre i behandlingen*
- Pasienter må få ivaratt behov for somatisk utredning

Forsvarlig behandling og sikkerhet

smittevern, viruscreening



Sammendrag gruppe 1:

Utrede faglige funksjoner og premisser for utforming av nytt bygg for akuttpsykiatri, herunder behov for evt andre enheter som bør tenkes inn i nytt bygg.

Hvilke rammebetingelser for utforming av bygget framkommer av behandlingsmetoder, pasientgruppens behov og personellets krav til forsvarlig behandling og sikkerhet for pasienter og personell.

Generalitet

- Generalitet, lik utforming av pasientrom- bygg-teknisk besparende
- Samarbeid, bistand, samhandlende rom
- Robusthet
- Sambruk
- Sikkerhet, korridorbredde, materialvalg
- Mottaksrom/sluser
- IKT
- Forhold mellom ute/inne
- Forholdet mellom bygg, smittevern, tilgang tørrskodd ned til gammelbygget
- Kontorområder



Bygg	Samarbeid/relasjon	Virksomhet
• Alle pasientrom med eget bad	• Vekt på pasientflyt	• Vektlegge fysisk aktivitet
• Røykerom for pasienter	• Samhandling rus akutt og akuttpsykiatri	• Undervisning
• Tilstrekkelig med sengerom	• Sikkerhet fremmes ved oversikt og samarbeid	• Kontor
• Somatisk undersøkelsesrom	• Styrke forholdet mellom psykisk helsevern og somatikk	• Sprøtepoliklinikk
• Aktivitetsrom	• Sambruk taknisk utstyr/medisinsk lager	• Kommunikasjonsteknologi
• Undervisningsrom	• Pasientflytt mellom omsorgsnivå (akutt/DPS/kommune)	• Sikkerhet i forhold til plassering av funksjoner i bygget (1 etg eller 2 etg etc)
• Spesialiserte poliklinikkrom	• samhandling egen klinikk, dyrt å ligge på akutt 85 tusen pr kvadrat	• Gode areal skal sikre pasientopplysninger
• Skjerma uterom	• videoløsninger/konfidensielt	• Felles akuttbygg - identifisere felles bruk av rom f.eks aktivitetsrom
• Sikre at tekniske installasjoner ivaretar pasientsikkerheten		• Akuttavdeling på en etg
• Legge vekt på robust utforming av byggene		• Fokus på arealutnyttelse - felles bruk av rom
• Transparens		• LAB-tjenester
• Estetisk utforming		• Fokus på E-helse
		• Pasienter skal ha mulighet for egenskjerming



Bygg		
• bistand fra andre, lokalisering	• kontorer beh i enheten	
• taushetsplikt	• forbebygge tvang	
• egne skjermarom	• endringer i samfunnet	
• høyde under tak, vann , elektronikk, eget tv, robuste toalett, sikkerhetsvinduer, denpa belysning, brede dører	• fremtidens pas? Skrive rapport med pas	
• rømningsfare	• smitterom	
• belterom?	• tolkerom	
• ectrom?	• mørkt om natta/lysregulert	
• ikke bare sikkerhet, også trivsel		
• funksjonelt utstyr		



Rapport fra arbeidsgruppe 2 vedr Arealutviklingsplan Rønvik

Det har vært avholdt 3 møter i gruppen med følgende representanter:

Helge Havåg, sykehusbygg (forfall siste møtet)
Reidun Skindlo, sykehusbygg
Torill Nilsen, brukerrepresentant (forfall siste møtet)
Anette Rypeng, tv Parat
Morten Arntsen, tv NSF
Ruben Solbakken, verneombud
Knut Kjerpeseth, klinikkoverlege/ avd leder SPA
Kristin Nygård-Odeh, ass avd leder ARPA
Remi Fredheim, avd leder Salten DPS
Janne Sund, tv DNLF (forfall første og siste møte)
Hedda Soløy-Nilsen, gruppeleder

Mandat for gruppe 2:

Utrede hvordan eksisterende bygningsmasse kan utnyttes for å ivareta øvrige sykehusenheter/avdelingers behov for forsvarlig og god behandling når Akuttavdelingen flytter ut av lokalene de har i dag.
Herunder utrede hvordan den allmennpsykiatriske virksomheten ved SDPS kan gis større kapasitet enn i dag for å ivareta den stadig økende pasientporteføljen inkludert nye metoder. Optimalisere alderspsykiatrisk enhet, mulighet for å samle ARPA inkl rusakutt. Gruppen skal også definere evt behov for ombygging/modernisering for å ivareta enhetenes behov for utvikling av behandlingstilbudet videre.

Mandat endret underveis utfra innspill fra prosjektledelse; innspill vedr dimensjonering av sengeplasser og andre forhold som kan påvirke sykehusdriften.

Alle alternativene innbefatter at Kortidsenhet rus flyttes fra DPS lokalene på mellomåsen, slik at dette er derfor ikke kommentert videre. Pasientportefølje for fremtidens DPS er omtalt i gruppe 3.

Dimensjonering av sengeplasser fremskrevet 2035, elektive sykehusavdelinger:

SPA, Spesialpsykiatrisk avdeling:

Alderpsykiatrisk enhet døgn; Minimum 12+ 5 senger inkludert et skjermet avsnitt, ut fra siste års strategiske plan nasjonalt og regionalt, helsepolitiske satsning i tillegg til demografisk utvikling for denne pasientporteføljen samt helse og sykehusplan (skrøpelige eldre). Samtidig har Psykisk helse- og rusklinikken redusert antall sengeplasser for få år tilbake innen alderspsykiatri da det ble krav om

enkeltrom og bygget kun hadde dobbeltrom, dette tvang frem at enheten måtte redusere til 8 senger av bygningsmessige årsaker. I tillegg kommer pasienter fra Kløveråsen (alderpsykiatri og demensutredning i spesialisthelsetjeneste) som må «tas hjem», og hvor det i dag er 4 senger samt skjermet avsnitt og alderpsykiatrisk spesialpoliklinikk. Gruppen har fremmet behov for intermediærseng samt skjermet avsnitt for å avlaste akuttpsykiatrisk avdeling (også begrunnelse for å ikke øke antallet senger ved akuttpsykiatrisk avdeling. Enheten er fylkesdekkende. *Sykehusbygg undersøker også nærmere mht oppdatert fremskrivning.*

Regionalt senter for spiseforstyrrelser, døgn: 8 senger, hvor 2 er akuttsenger.

OBS poliklinikk øker ved RKT (regional poliklinikk og kompetansesenter), ny pasientgruppe; overspisingslidelse er tatt inn (er i drift).

Regional enhet for psykoser (REFP enhet 1 og 2): 22 senger inkludert to skjermingsavsnitt med sluse.

I tillegg fremtidig behov for spesialisert poliklinikk på sykehusnivå i tilknytning til REFP og sikkerhetsenhet for de alvorligste psykisk syke.

Sikkerhetsenhet (13 fylkesdekkende og 2 regionale plasser): 15 sengeplasser (inkludert 6 skjerming). I tillegg kommer 3 småhus (i dag hytter), som er helt avgjørende å videreføre mht å få pasientene skrevet ut til kommuner. Dette for å sikre samfunnsvernet ved å kunne gjennomføre trinnvise vurderinger mht farlighet og utskrivelser. Økende behov og praksis nasjonalt og internasjonalt mht endringer i Lov om psykisk helsevern og straffeprosesslov. Det er derfor et sterkt behov for å ha småhus/ hytter lokalisert fysisk nært enheten slik det er i dag, for å kunne ivareta sikkerheten og agere raskt ved behov slik at pasient kan hentes inn i enheten ved behov. Den fysiske avstanden fra sikkerhetsenheten til småhus/ hytte er derfor avgjørende. Det er svært viktig at ikke nytt akuttbygg kommer i veien for dette.

PIT døgn og poliklinikk: 4 sengeplasser, og 2 skjermingsavsnitt. Regionale døgnplasser og poliklinikk.

Poliklinikk «hentes hjem» fra Saltdal for å styrke samdrift og fagmiljø, samles til en felles lokalisert enhet.

ARPA, Avd for rus, psykiatri og avhengighetsmedisin:

Rus og psykiatridøgnpost (ROP), fylkesdekkende enhet: 10 sengeplasser, inkludert 1 skjermingsavsnitt.

Rusakutt, fylkesdekkende enhet: 6 rusakuttsenger og 6 subakutte senger, jfr redegjørelse vedr dimensjonering i eget vedlegg:

Kortidsenhet rus (KER), fylkesdekkende enhet: Anført 8 nå, kommer tilbake til dimensjonering fra Sykehusbygg.

Ruspoliklinikk/LAR tilhører også avdelingen.

Alternativer vedr plassering av gjenværende enheter i eksisterende bygningsmasse:

Gruppen skal se på følgende alternativer:

Alternativ 0: Dagens løsning. Ikke aktuell for gruppen å se på.

Alternativ 2a: Nytt akuttpsykiatribygg

Alternativ 2b: Nytt akuttpsykiatri og nytt bygg ARPA, samlokalisert

Alternativ 3: Flytte ut hele Rønvik. Mangler arealer til dette og det vurderes ikke av gruppen.

Alternativ 2a:

- **ARPA samlet inn i F og N (1,2 og 3 etg) samt poliklinikk og kontorer i G, 1. og 2. etg.**

Fordeler: Samlet gir robust tjeneste for fremtiden både mht drift og personell, herunder at det gir bedre rekrutteringsmuligheter med et samlet fagmiljø i et rekrutteringssvakt område, da dette er en ny medisinsk spesialitet (rus og avhengighetsmedisin) som nasjonalt og regionalt er et satsningsområde. Nærhet og kort vei til alarm og vaktberedskap for tilgrensede enheter (sikkerhet/ nytt akuttbygg mm). Rusakutt på bakkeplan med direkte ambulanseinngang til enheten. Samlet avdeling gir muligheter for fleksible sømløse pasientforløp og bedre ressursutnyttelse samt bedre muligheter for å ivareta og implementere de nye behandlingsmetoder, for eksempel depot medisin innen LAR-behandling.

Ulemper: Ikke identifisert, men kommentert at behov for oppgradering av vinduer i 1.etg, samt belysning av utearealer rundt.

- **Regional enhet for psykoser; REFP 1 og 2 samles i 2.etg i fløy B, C og D og E.**
Behandlerstab SPA (REFP, sikkerhet, alder) samlokalisert i E 2. og 3. etg som før. Her kan dermed spesialisert poliklinikk integreres lett.

Fordel: REFP 1 og 2 blir da til forskjell fra nå, samlokalisert i samme etg mht fag og drift. Det gir nærhet til utearealer (parken mv) samt andre døgnposter mht alarm og vaktberedskap (alderpsyk og sikkerhet). Behandlerstab SPA samlokalisert i E som før for fortsatt fleksibel drift og kvalitet/ fagkompetanse og med utvikling av spesialisert poliklinikk SPA. Luftige og relativt store rom og fellesarealer, som bidrar til fortsatt reduksjon av utagering og bruk av tvang.

Ulempe: Ikke identifisert

- **Alderpsykiatrisk enhet** med «ta med hjem pasienter» og økt dimensjonering døgnet på sykehusnivå samt skjermingsmulighet samles i 1.etg fløy B og C inkl kontorer for spesialisert poliklinikk, sykehusnivå.

Fordel: Plassert på bakkeplan mht pasientgruppe samt at det gir god og optimal ute/ inne-relasjon.

Ulempe: Ikke identifisert.

- **PIT døgnet og poliklinikk** samlet (poliklinikk hentes hjem fra Saltdal) lokaliseres i H og I 2.etg
Fordel: Samlokalisert for et mer robust og fremtidsrettet og samlet fagmiljø inkl driftsfordeler mht behandlere. Nærhet ved alarm og vaktberedskap. Egnede lokaler som tidl har vært sikkerhetspsykiatri.

Ulempe: Ikke identifisert

- **SPIS (døgnet og poliklinikk)** I fløya 1.etg, evt behov for noa av H mht samdrift døgnet og poliklinikk og utvikling av nye metoder og økning i pasientgruppe (overspisingslidelser, samt gruppebehandling).

Fordel: Bakkeplan mht pasientpopulasjon ute/ inne relasjon.

Ulempe: Ikke identifisert

Alternativ 2b)

Samlokalisere Akuttpsykiatrisk avdeling og Avdeling for rus psykiatri og avhengighet i nytt bygg.

Dette betyr at ROP (rus og psykiatripost) også er flyttet ut fra F og N. I tillegg vil Rusteam og LAR flyttes ut av DPS lokaler Mellomåsen.

Alderspsykiatrisk enhet og Regional enhet for psykoser 1 og 2: Lokaliseres som i alternativ 2a) av hensyn til fag og drift samt utrykning alarm, hhv 1. og 2. etg fløy B, C, D.

Fordel: REFP er klinikkens største sengepost og dette gir eneste mulighet for samlokalisering. Det må minimum ligge to enheter sammen mht utrykning på alarm.

Ulempe: I gjenværende bygningsmasse færre som kan rykke ut ved alarm og større avstand, SPA splittes opp mer og man mister faglig fordel mht fleksibilitet, drift og kompetanse.

PIT døgnet og poliklinikk: Kan fortsatt være i I fløya (som i alt 2a) evt kan den være i fløy F.

Fordel: I-fløy som i alt 2a. F ingen identifiserte.

Ulempe: Færre som kan rykke ut på alarm fra F/N fløya hvis ARPA er flyttet ut til akuttbygget. Er kun døgnetpost for spiseforstyrrelser som ligger nært, og dette vurderes svært uheldig mht tidsaspektet og fysisk avstand. Utfordrer sikkerhet og HMS. Det samme gjelder ved lokasjon i F, denne lokasjonen må oppgraderes i større grad enn I med for eksempel vinduer (I tidl sikkerhetsenhet).

Regional senter for spiseforstyrrelser: Være der de er i F og G.

Fordel: Ingen identifiserte

Ulempe: 2.etg mht pasientpopulasjonen. Ingen nærhet til andre enheter, ved alarm eller annet. Mer fragmentert enn i dagens situasjon. Uheldig mht drift og fagmiljø.

Samlet sett gir alternativ 2b) økt ressursbruk ifht alternativ 2a) mht personell da det er lengre avstand mellom akutt/ARPA og de store elektive sengepostene (REFP/ALDER/ sikkerhet/ PIT) slik at det tar lengre tid å komme seg til disse ved alarm og med potensielt uheldige konsekvenser ifht sikkerhet og HMS. I tillegg vil alternativ 2b) medføre at avdelinger splittes opp i større grad (SPA) og personell og kompetanse blir mer spredt dette gir økt bruk av ressurser mindre trygghet og mindre fordeler ifht å bygge opp fagmiljø og fleksibilitet.

Fordelen for ARPA er at den fortsatt er samlet i ett nytt akuttbygg, hvilket er helt avgjørende, og som den også vil være om den ligger samlet som i alternativ 2a).

Investeringsmessig vil alternativ 2b) medføre store ekstra kostnader uten at det fagmessig vil medføre noen store fordeler, ARPA som avdeling må samarbeide både med Akuttavdelingen og Spesialpsykiatrisk avdeling mfl også i fremtiden. Samdriftsfordeler med ARPA og Akutt vil uansett ikke være på fag da det er to helt forskjellige spesialiteter, men samdrift mht tekniske rom og felles romløsninger vil kunne gi effekt.

Øvrige momenter som må hensyntas:

Alle døgnenheter må ha undersøkelsesrom inne i enheten.

Spesifikk kommentar fra brukerrepresentant; viktig med tilpasning for funksjonshemmede og spørsmål om hvordan dette ivaretas videre. Kommentar fra Sykehusbygg om at dette kommer i senere fase, men kan være noe utfordring mht sikkerhetspsykiatri og akuttpsykiatri på skjermede avsnitt av hensyn til sikkerhet mv.

Sikkerhetsenhet: Videre bevare småhus (i dag hytter), som er helt avgjørende å videreføre mht å få pasientene overført til kommuner. Dette for å sikre samfunnsvernet ved å kunne gjennomføre trinnvise vurderinger mht farlighet og utskrivelser samt at dokumentasjon av tilstand og voldsrisikovurderinger lettere kan gjennomføres. Økende behov og praksis nasjonalt og internasjonalt mht endringer i Lov om psykisk helsevern og straffeprosesslov. Det er derfor et sterkt og økende behov for å videre ha småhus/ hytter lokalisert fysisk nært enheten slik det er i dag, for å kunne ivareta sikkerhet og agere raskt slik at pasient kan hentes inn i enheten ved behov. Dette reduserer bruk av tvang og isolasjon. Den fysiske avstanden fra sikkerhetsenheten til småhus/ hytte er derfor avgjørende. Det er svært viktig at ikke nytt akuttbygg kommer i veien for dette på området.

Relasjon inne/ ute og aktivitet:

Alle alternativer har behov for videreføring av aktivitetsseksjonen og det som tidligere ble kalt «Jobbhuset» men som nå overtas av klinikken. Denne er ikke plassert av gruppen.



Bodø 11.11.2020

Arbeidsgruppe 3.

Oppgaven.

Organisasjonsutvikling er en forutsetning for alle nye sykehusbygg jfr. Veilederen. Gruppe 3 skal utrede hvilke organisasjonstiltak som kan gjennomføres for å ivareta klinikkens framtidige behov for modernisering og effektivisering av driften, slik at en framstår som en effektiv og moderne virksomhet også i år 2035-2040. Klinikken må påregne endringer i årene som kommer og gruppen skal utrede mulige tilnærminger til både endrede rammebetingelser og faglige nyvinninger. Erfaringer fra drift under pandemien og de siste års endringer i driften jfr ny lovgivning, pakkeforløp, nye metoder mv må trekkes inn som en del av arbeidet.

Notat.

- Viser og til de to referatene fra gruppemøtene der tema er belyst

Psykisk helse- og rusklinikken (PHR) er en relativt ung organisasjon. Klinikken ble opprettet i forbindelse med klinikkdannelsen i Nordlandssykehuset i 2009. Da ble all psykiatriske virksomheten ved Nlsh Lofoten, Nlsh Vesterålen, Salten psykiatriske senter, Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk og Sentralsykehusklinikken for voksne samlet under felles ledelse i nye PHR. Frem til i dag har det vært gjort mange større og mindre endringer i organisasjonen. Ut fra faglige vurderinger er enheter opprettet, enheter avviklet og avdelingsstrukturer er gjort om. De to siste store endringene medførte et nytt felles DPS for Lofoten og Vesterålen, samt at Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet så dagens lys (januar 2018).

Klinikkens primære opptaksområde er regionene Salten (Bodø), Lofoten og Vesterålen med omlag 136 000 innbyggere. De største sykehusene innenfor både somatikk og psykiatri ligger i Bodø. Distriktspsykiatriske sentre er lokalisert Bodø, Lofoten og Vesterålen. Psykisk helse- og rusklinikken har også det som omtales som en sentralsykehusfunksjon, da inkludert inntak av pasienter fra Helgeland. Dette er innenfor flere fagområder. Her nevnes akuttpsykiatri, alderspsykiatri og TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Innenfor psykosebehandling, sikkerhetspsykiatri og spiseforstyrrelser har klinikken regionale behandlingstilbud. Dette gjelder og for Psykiatrisk innsatsteam.

Når organisasjonstiltak skal fremskrives er det mange forhold som spiller inn.

- Demografisk utvikling i regionen (lav befolkningsvekst, flere eldre, færre yngre, sentralisering også innenfor Nord-Norge)
- Utfordring med rekruttering av fagpersoner (overleger, psykologspesialister og sykepleiere)
- Endring i klima som utfordrer god og stabile kommunikasjon på vei, sjø og i luften, og derigjennom transport av pasienter. Dette gjelder spesielt de som må innlegges akutt i Bodø
- Fagpolitiske strømninger (hva ønsker våre politikere innenfor det psykiatriske feltet)
- Oppgaveglidning og oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner i et lengre perspektiv
- Vil kommunene klare å etablere døgntilbud både innenfor krise og langtidsbehandling
- Hvordan kan modeller utviklet i det sentrale sør tilpasses det rurale nord
- Endring i lovverk (mindre bruk av tvang og mer bruk av dom for behandling)
- Utvikling av nye behandlingsmetoder for spesifikke tilstander
- Teknologien som arbeidsredskap i terapeutiske tilbud (nye metoder)

- Teknologi som arbeidsredskap for undervisning og veiledning
- Hvordan vil vedtatte endringer i Helgelandssykshuset og øvrig utvikling av den psykiatriske virksomheten i Helgelandssykshuset påvirke vår organisasjon
- Hvordan utvikler den private institusjonen Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter for demens i Nordland seg i relasjon til oss
- Internasjonale pandemier

Gruppen mener at i forhold til «sentralsykehusfunksjonene» så vil behovet for døgnplasser ikke bli mindre enn de framskrivninger er presentert i prosjektarbeidet. Endringer i Lov om Psykisk helsevern (ny tvangsbegrensningslov er under utredning), dømte til behandling, økt rusadferd i befolkningen samt flere eldre tilsier at det vil være behov for mye døgnplasser. Det vil være behov for flere sengeplasser innenfor TSB. Nordlandssykehuset må ha et kraftfullt tilbud innenfor TSB for sitt ansvarsområde. De geografiske og meteorologiske forhold, den demografiske utvikling, rekrutteringsutfordringer taler og mer mot behov for sterke faglige senter. Det vil være knekkpunkter der spesial- volumkompetanse innenfor spesifikke lidelser vil utfordre hvilke lokasjoner som kan gi hvilke behandlingstilbud.

Gruppen ser muligheter for at offensiv bruk og utvikling av digitale behandlingsløsninger / oppfølging kan endre behov for de «lettere» elektive DPS-sengene slik de brukes i dag. Behandling kan skje i dagbehandlingstilbud, kriser kan avhjelpes uten fysisk oppmøte og samarbeid med mellom ulike tjenestenivå kan avholdes uten fysisk oppmøte. Dette åpner for mulighet for at mer sengekapasitet blir tilgjengelig for god pasientflyt ut fra akuttpsykiatrisk behandling. Selv om klinikken nå er i forkant når det gjelder å ta i bruk konsultasjoner ved hjelp av telefon og video så må ikke det relasjonelle terapeutiske aspektet ved fysisk oppmøte ikke glemmes. Lokaler må tilpasses slik at fysisk møte er mulig.

Lokalenes beskaffenhet for å opprette terapitilbud i en pandemisituasjon har og blitt tydelig i den pågående pandemisituasjonen landet er i. Lokaler må være slik at smittevern kan ivaretas, både innenfor poliklinisk og døgnbehandling. Det er blitt tydelig for hvor viktig enekontorer, mulighet for smitteisolering på rom og nok «luft» i bygg er. Alle døgnenheter må ha mulighet for å ha pasienter som har en uavklart smittesituasjon i egnede lokaler. Dette gjør organisasjonen mye mer robust for å opprettholde et nødvendig psykiatrisk behandlingstilbud og i en pandemisituasjon.

Akuttavdelingen har utfordringer med at pasienter som skal enten skal utredes etter akutt fase eller trenger stabilisering før utskrivelse til hjem, blir værende for lenge i akuttseng. Dagens elektive senger i PHR- klinikken har en faglig profil som i liten grad gjør at de på med kort frist kan ta over pasienter. Dette gjelder og for pasienter fra andre foretak i Helse Nord. I forhold til kommunene så er kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger) veldig ulikt tilgjengelig. Det kan også være utfordrende å få etablert forsterkede botilbud til pasienter som er i behov av dette.

Oppsummering

Det eneste som er helt sikkert er at å se langt fram i forhold til organisering er en utfordrende og svært usikker øvelse. Variablene er for mange. Den del av våre behandlingstilbud som utfordres mest av beskrevne endringer og utfordringer vurderes å være innenfor vårt poliklinisk behandlingstilbud og lokalsykehusfunksjoner.

- Vil fremtidens politikk fra myndighetene være en fortsatt oppgaveforskyvning mot kommunalt ansvar for behandling av lettere og moderate lidelser, og i så fall hvordan vil vår organisasjon påvirkes av dette.
- Hvordan vil vår organisasjon måtte tilpasse seg nye behandlingsmetoder der nettbehandling er i stadig utvikling

- Hvordan vil vår organisasjon måtte endres av teknologiske hjelpemidler innenfor veiledning til og samarbeid med kommuner
- Hvordan vil volumkompetanse endre hvor behandlingstilbud er lokalisert i klinikken
- Hva vil et Helgelandssykshuset som på sikt ivaretar en større del av egen pasientportefølje utløse av endringer i PHR-klinikken
- Bør ikke det alderspsykiatriske spesialisttilbudet i Bodø samles innenfor Nordlandssykehusets organisasjon
- Hvis endringer nevnt over inntreffer vil vi da få mer tilgjengelig sengekapasitet til bruk for å øke overføringskapasitet fra akutt – og hvordan bør et slikt tilbud være organisert i klinikken?
- Vil klinikken klare å rekruttere samt utdanne nok fagpersonale innenfor ulike profesjoner, eller kan krav til forsvarlighet i drift kreve endringer i organisasjonen.

Vedlegg

Endring i aktivitet 2017-2018

I forbindelse med rapporten «Alternativvurderinger fra mulighetsstudien til konseptfasen» utarbeidet av Sykehusbygg HF i samarbeid med NLSH Rønvik i 2019, ble det gjennomført framskriving av aktivitet og kapasitetsberegninger, med basisåret for aktivitet i 2017 som ble framskrevet til 2035. Rapporten er en av innstillingene i «Rapport fra arbeidet med prosjektinnramming for arealutviklingsplanen Nordlandssykehuset Rønvik».

Nedenfor presenteres endringer i aktiviteten fra 2017 til 2018 innen psykisk helsevern voksne (PHV voksne) og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) ved NLSH Rønvik.

Tabell 1 Endring i antall og prosentandel døgnopphold fra 2017 til 2018 innen PHV voksne og TSB ved NLSH Rønvik. (Kilde: NPR)

Behandlingsenhet innen PHV voksne og TSB, NLSH Rønvik	Døgnopphold 2017	Døgnopphold 2018	Endring døgnopphold 2017-2018	%-vis endring døgnopphold 2017-2018
Akuttpsykiatrisk avdeling - Akuttpsykiatrisk avdeling Nord, Sør, Salten	915	888	-27	-3,0 %
Spesialpsykiatrisk avdeling - Alderspsykiatrisk enhet, Regional enhet for psykose (REFP, døgn) Sikkerhetsenheten, Rus- og psykiatrienheten (ROP)	202	209	7	3,5 %
Spesialpsykiatrisk avdeling - Regionalt senter for spiseforstyrrelser	56	68	12	21 %
Sum PHV voksne	1173	1 165	-8	-0,7 %
Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARAP) - Korttidsenhet rus (KER)	88	108	20	22,7 %
Sum PHV voksne og TSB	1261	1 273	12	1,0 %

Tabell 2 Endring i antall og prosentandel liggedøgn fra 2017 til 2018 innen PHV voksne og TSB ved NLSH Rønvik. (Kilde NPR)

Behandlingsenhet innen PHV voksne og TSB, NLSH Rønvik	Liggedøgn 2017	Liggedøgn 2018	Endring liggedøgn 2017-2018	%-vis endring liggedøgn 2017-2018
Akuttpsykiatrisk avdeling - Akuttpsykiatrisk avdeling Nord, Sør, Salten	8 922	8 904	-18	-0,2 %
Spesialpsykiatrisk avdeling - Alderspsykiatrisk enhet, Regional enhet for psykose (REFP, døgn) Sikkerhetsenheten, Rus- og psykiatrienheten (ROP)	16 170	15 630	-540	-3,3 %
Spesialpsykiatrisk avdeling - Regionalt senter for spiseforstyrrelser	2 149	1 749	-400	-18,6 %
Sum PHV voksne	27 241	26 283	-958	-3,5 %
Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARAP) - Korttidsenhet rus (KER)	2 104	2 337	233	11,1 %
Sum PHV voksne og TSB	29 345	28 620	-725	-2,5 %

Ifølge tabellene ovenfor har det totalt sett vært uendret antall døgnopphold fra 2017 til 2018 med en reduksjon på 0,7 prosent, mens det i samme periode har vært en reduksjon i liggetid på 3,5 prosent innen PHV voksne ved NLSH Rønvik i samme periode.

Innen TSB viser tabellene at det har vært en økning i antall døgnopphold og liggedøgn på henholdsvis 23 og 11 prosent fra 2017 til 2018 ved NLSH Rønvik. Det må tas med i betraktningen når det gjelder økningen i antall døgnopphold innen TSB at antallet er lavt i utgangspunktet (88).

Døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)

I dette delkapitlet presenteres døgnaktiviteten innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) for pasienter med bostedsområde i Helse Nord RHF, inkludert pasientstrømmer og framskriving av aktivitet og kapasitetsberegninger.

Pasientsømmer

I dette kapitlet vises en oversikt over hvor pasienter bosatt i Helse Nord RHF-områdene; Nordland, Helgeland, Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Finnmark blir behandlet.

En oversikter over hvor pasientene bosatt i Nordlandssykehusets HF-område (Nordlandsområdet) har fått døgnbehandling innen TSB, har som hensikt å belyse bruken av eget HF (egendekningen). I tabellene 3 og 4 presenteres en oversikt over prosentandel døgnopphold og liggedøgn for pasienter bosatt i Helse Nord RHF-områdene etter behandlingssted.

Tabell 3 Andel døgnopphold innen TSB 2018 fordelt på behandlingssted og bostedsområde. (Kilde: NPR)

Bostedsområdet	Kortidsenhet rus (KER) NLSH	Finnmarks-sykehuset HF	Universitets-sykehuset i Nord-Norge HF	Helgelands-sykehuset HF	Helse Nord private HF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst RHF
Nordlandsområdet	19,9%	0,2%	29,3%	1,5%	37,4%	2,1%	0,2%	9,4%
Helgelandsområdet	1,4%	0,5%	9,2%	46,4%	33,3%	0,0%	2,9%	6,3%
UNN - området	0,2%	0,6%	69,8%	0,0%	24,8%	0,5%	0,8%	3,5%
Finnmarksområdet	0,0%	28,6%	42,4%	0,4%	18,7%	1,1%	1,1%	7,8%

Tabell 4 Andel oppholdsdøgn innlagte (liggedøgn) innen TSB fordelt på behandlingssted og bostedsområde. (Kilde: NPR)

Bostedsområdet	Kortidsenhet rus (KER) NLSH	Finnmarks-sykehuset HF	Universitets-sykehuset i Nord-Norge HF	Helgelands-sykehuset HF	Helse Nord private HF	Helse Vest RHF	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst RHF
Nordlandsområdet	9,7%	0,1%	22,8%	1,6%	44,0%	1,7%	0,0%	20,2%
Helgelandsområdet	1,5%	0,8%	6,7%	25,2%	49,5%	0,0%	3,1%	13,3%
UNN - området	0,1%	0,8%	48,9%	0,0%	39,8%	0,8%	0,9%	8,7%
Finnmarksområdet	0,0%	28,0%	26,3%	0,1%	27,2%	0,2%	1,0%	17,2%

I tabellene ovenfor ser vi at for pasienter innen TSB bosatt i Nordlandsområdet er andelen døgnbehandlinger og liggedøgn høyest ved Helse Nord private HF med henholdsvis 37,5 og 40 prosent, deretter ved UNN med henholdsvis 29, 3 og 22, 8 prosent. Ved Kortidsenhet rus (KER) NLSH er andelen døgnopphold og liggedøgn henholdsvis på rundt 20 og 10 prosent.

Nordlandsområdet

I de neste kapitlene beskrives døgnaktiviteten innen TSB for pasienter med Nordland som bostedsområde.

Behandlingssteder

I tabell 3 gis en oversikt over behandlingssteder innen TSB når det gjelder døgnaktiviteten for pasienter med bostedsområde i Nordland.

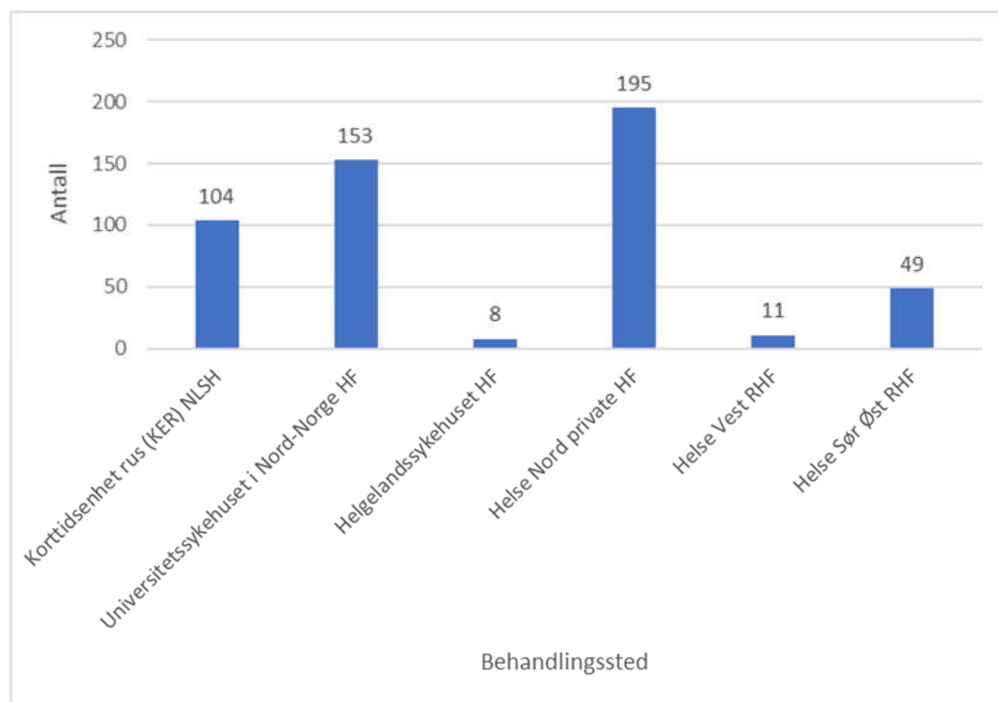
Tabell 5 Behandlingssteder innen TSB døgnbehandling for pasienter med bostedsområde i Nordland. (Kilde: NPR)

Behandlingssteder - Nordlandsområdet
Nordlandssykehuset HF, KER Bodø
Finnmarkssykehuset HF - Midt-Finnmark DPS
UNN Nord-Norge HF - Rus og Spesialpsykiatrisk klinikk
Helgelandssykehuset HF - Mo i Rana - Rusenhet
Helse Nord private HF - Sigma Nord AS, Stiftelsen Finnmarkskollektivet, KOA Psykiatriske senter AS
Helse Vest RHF - Stiftelsen Bergensklinikkene, Hjeltestad, Skuteviken og Poliklinikken
Helse Midt- Norge RHF - Lade behandlingssenter Blå Kors SA
Helse Sør-Øst RHF - Stiftelsen Trasoppklinikken, Kirkens Bymisjon, Oslo, Veslelien, Stiftelsen Fossumkollektivet, Sykehuset Østfold avd for rusbehandling, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Origosenteret, Stiftelsen Kvinnekollektivet Arken, Akershus HF, avd Rus og avhengighet, Sykehuset i Vestfold HF avd. Rusbehandling, OUS avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus, Rus og avhengighetsbehandling ARA polikl Vest-Agder,

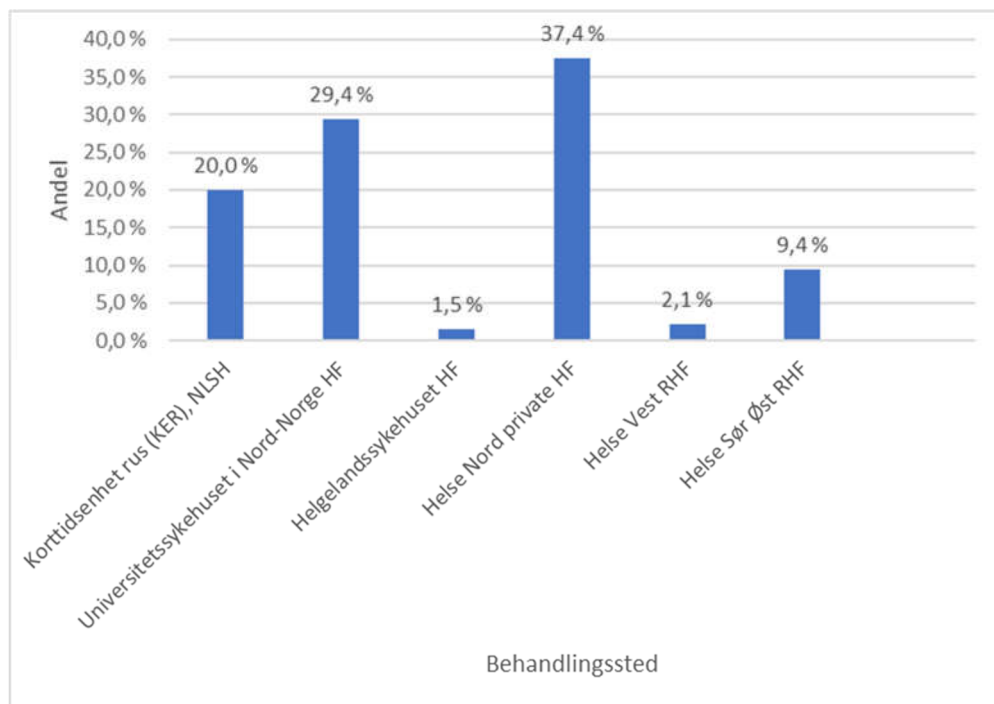
Tabellen viser at pasienter innen TSB bosatt i Nordlandsområdet mottar døgnbehandling i samtlige helseregioner.

Døgnopphold og liggedøgn innen TSB for pasienter bosatt i Nordlandsområdet

Her gis en oversikt over pasienter innen TSB bosatt i Nordlandsområdet i forhold til døgnopphold og liggedøgn i 2018. Både antall og prosentandel er vist. Nedenfor gis en oversikt over egendekning av døgntilbudet for pasienter bosatt i Nordlandsområdet (antall og andel).



Figur 1 Antall døgnopphold i 2018 innen TSB for pasienter bosatt i Nordlandsområdet fordelt på behandlingssted. (Kilde: NPR)



Figur 2 Andel døgnopphold i 2018 innen TSB for pasienter bosatt i Nordlandsområdet fordelt på behandlingssted. (Kilde: NPR)

I tillegg har få pasienter innen TSB døgnopphold ved Finnmarkssykehuset og Helse Midt RHF (ikke vist i figur).

Av figuren ovenfor ser man at flest pasienter bosatt i Nordlandsområdet har døgnopphold inne TSB ved Helse Nord private HF, som også vist i tabell 1.

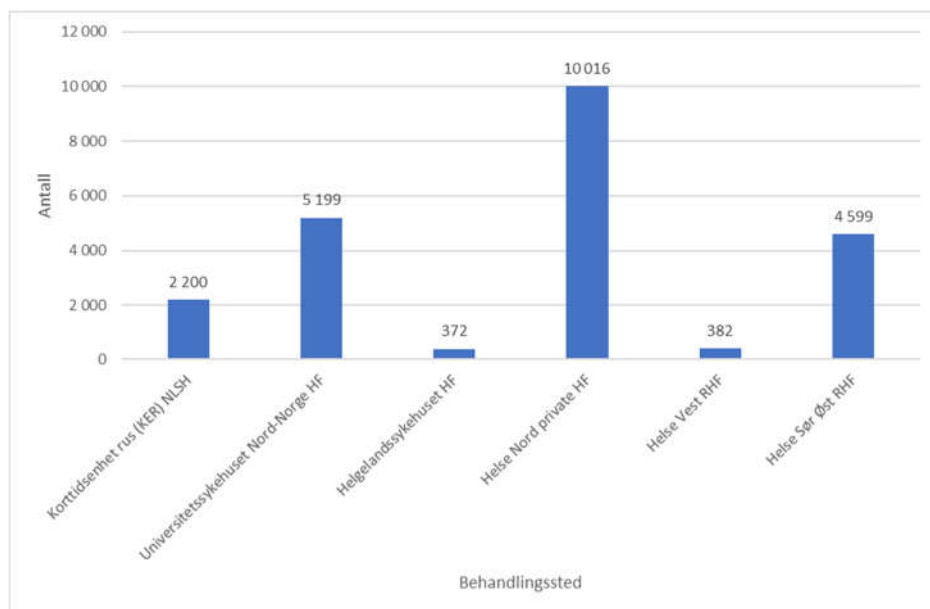
I tabellen nedenfor gis en oversikt over andel døgnopphold i 2018 for pasienter innen TSB med Nordland som bostedsområde fordelt på kommuner.

Tabell 6 Andel døgnopphold i 2018 for pasienter innen TSB bosatt i Nordlandsområdet fordelt på kommuner og behandlingssted. (Kilde: NPR)

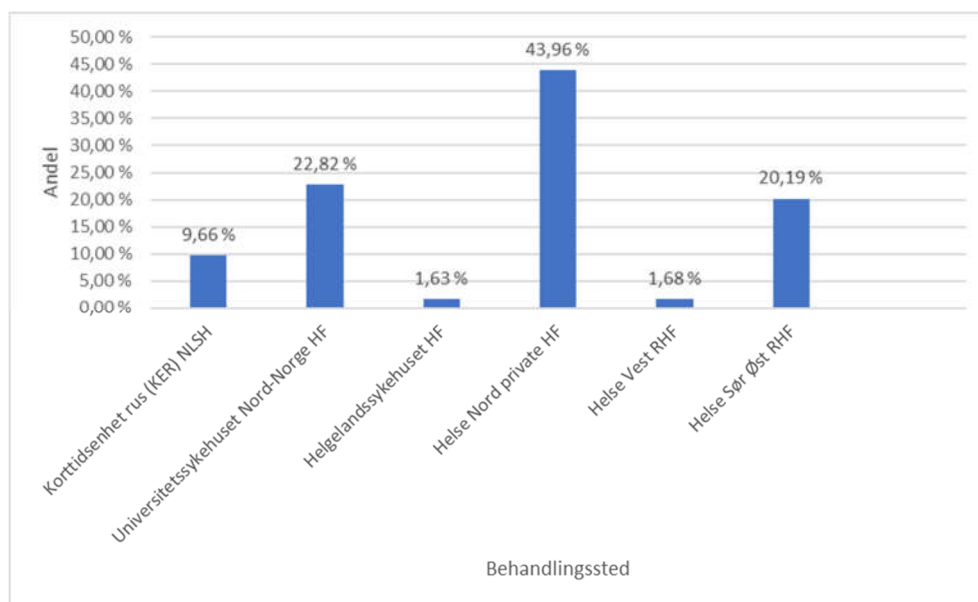
Bostedskommune	Korttidshet rus (KER) NLSH	Universitets-sykehuset Nord-Norge HF	Helgelands-sykehuset HF	Helse Nord private HF	Helse Vest RHF	Helse Sør Øst RHF
1804 Bodø	29,4 %	26,0 %	1,5 %	35,3 %	0,5 %	6,9 %
1837 Meløy	14,3 %	42,9 %	0,0 %	33,3 %	0,0 %	9,5 %
1838 Gildeskål	83,3 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1839 Beiarn	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1840 Saltdal	50,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %
1841 Fauske	8,7 %	28,3 %	2,2 %	45,7 %	0,0 %	15,2 %
1845 Sørfold	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %
1848 Steigen	26,7 %	20,0 %	0,0 %	53,3 %	0,0 %	0,0 %
1849 Hamarøy	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1850 Tysfjord	7,7 %	76,9 %	0,0 %	7,7 %	0,0 %	7,7 %
1856 Røst	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1857 Værøy	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1859 Flakstad	0,0 %	0,0 %	0,0 %	66,7 %	0,0 %	33,3 %
1860 Vestvågøy	20,3 %	20,3 %	0,0 %	35,6 %	6,8 %	16,9 %
1865 Vågan	6,1 %	42,4 %	0,0 %	45,5 %	0,0 %	6,1 %
1866 Hadsel	5,6 %	27,8 %	5,6 %	38,9 %	0,0 %	22,2 %
1867 Bø	0,0 %	33,3 %	0,0 %	66,7 %	0,0 %	0,0 %
1868 Øksnes	13,0 %	37,0 %	0,0 %	32,6 %	2,2 %	15,2 %
1870 Sortland	5,3 %	21,1 %	15,8 %	52,6 %	5,3 %	0,0 %
1871 Andøy	5,3 %	31,6 %	0,0 %	42,1 %	21,1 %	0,0 %
1874 Moskenes	0,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %
Totalt	20,0 %	29,4 %	1,5 %	37,4 %	2,1 %	9,4 %

Tabellen viser at det er stor variasjon mellom kommunene i Nordlandsområdet når det gjelder hvor pasientene innen TSB har hatt døgnoophold.

Nedenfor gis en oversikt over egendekning av liggedøgn for pasienter bosatt i Nordlandsområdet (antall og andel).



Figur 3 Antall liggedøgn i 2018 innen TSB for pasienter bosatt i Nordlandsområdet fordelt på behandlingssted. (Kilde: NPR)



Figur 4 Andel liggedøgn i 2018 innen TSB for pasienter bosatt i Nordlandsområdet fordelt på behandlingssted. (Kilde: NPR)

I tillegg var det til sammen 16 liggedøgn ved Finnmarkssykehuset HF og Helse Midt-Norge RHF (ikke vist i figur).

Av figuren ovenfor ser man at antall og andel liggedøgn innen TSB for de fleste pasienter bosatt i Nordlandsområdet er ved Helse Nord private HF, som også vist i tabell 2.

I tabellen nedenfor gis en oversikt over andel liggedøgn i 2018 for pasienter innen TSB med Nordland som bostedsområde fordelt på kommuner.

Tabell 7 Andel liggedøgn i 2018 for pasienter innen TSB bosatt i Nordlandsområdet fordelt på kommuner og behandlingssted. (Kilde: NPR)

Bostedskommune	Korttidssenhet rus (KER) - Bodø NLSH	Universitets-sykehuset Nord-Norge HF	Helgelands-sykehuset HF	Helse Nord private HF	Helse Vest RHF	Helse Sør Øst RHF
1804 Bodø	15,08 %	24,07 %	1,80 %	46,56 %	0,06 %	12,38 %
1837 Meløy	4,79 %	24,66 %	0,00 %	32,88 %	0,00 %	37,67 %
1838 Gildeskål	95,81 %	4,19 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
1839 Beiarn	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
1840 Saltdal	40,83 %	0,00 %	0,00 %	59,17 %	0,00 %	0,00 %
1841 Fauske	3,70 %	28,12 %	1,90 %	31,73 %	0,00 %	34,55 %
1845 Sørfold	0,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %	0,00 %	0,00 %
1848 Steigen	14,42 %	35,12 %	0,00 %	50,47 %	0,00 %	0,00 %
1849 Hamarøy	100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
1850 Tysfjord	5,07 %	75,94 %	0,00 %	8,51 %	0,00 %	10,47 %
1856 Røst	0,00 %	100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
1857 Værøy	0,00 %	100,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
1859 Flakstad	0,00 %	0,00 %	0,00 %	38,10 %	0,00 %	61,90 %
1860 Vestvågøy	13,16 %	20,43 %	0,00 %	40,39 %	1,52 %	23,98 %
1865 Vågan	4,03 %	29,91 %	0,00 %	41,82 %	0,00 %	24,25 %
1866 Hadsel	0,14 %	5,66 %	4,98 %	42,09 %	0,00 %	47,14 %
1867 Bø	0,00 %	13,86 %	0,00 %	86,14 %	0,00 %	0,00 %
1868 Øksnes	8,71 %	28,49 %	0,00 %	29,73 %	5,69 %	27,38 %
1870 Sortland	1,15 %	14,29 %	9,44 %	70,72 %	4,41 %	0,00 %
1871 Andøy	0,73 %	7,48 %	0,00 %	75,53 %	16,26 %	0,00 %
1874 Moskenes	0,00 %	3,32 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	96,68 %
Totalt	9,66 %	22,82 %	1,63 %	43,96 %	1,68 %	20,19 %

Tabellen viser at det er stor variasjon mellom kommunene i Nordlandsområdet når det gjelder hvor pasientene innen TSB har vært innlagt.

Framskriving av døgnaktivitet innen TSB

Her presenteres framskriving av døgnopphold og liggedøgn innen TSB for perioden 2018 til 2035 etter behandlingssted og bostedsområde.

I tabellen nedenfor gis en oversikt over framskriving av døgnopphold og liggedøgn innen TSB ved Korttidssenhet rus (KER) uavhengig av bostedsområde for perioden 2018 til 2035.

Tabell 8 Framskriving av døgnopphold og liggedøgn 2018 til 2035 for pasienter innen TSB ved KER NLSH uavhengig av bostedsområde. (Kilde: NPR)

Behandlingsenhet innen TSB NLSH Rønvik	Døgnopphold 2018	Døgnopphold 2035	Liggedøgn 2018	Liggedøgn 2035
Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARAP) - Korttidssenhet rus (KER)	108	122	2 337	2 351

Tabellen viser at antallet av både døgnopphold og liggedøgn antas å øke med 14 i perioden 2018 til 2035.

I tabellen nedenfor gis en oversikt over framskriving av døgnopphold og liggedøgn innen TSB etter behandlingssted for pasienter bosatte i Nordlandsområdet perioden 2018 til 2035.

Tabell 9 Framskrivning av aktivitet for døgnopphold og liggedøgn 2018 til 2035 innen TSB for pasienter bosatte i Nordlandsområdet fordelt på behandlingssted. (Kilde: NPR)

Behandlingssted innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Nordlandsområdet	Døgnopphold 2018	Døgnopphold 2035	Oppholdsdøgn (lgd) 2018	Oppholdsdøgn (lgd) 2035
Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARAP) - Korttidsenhet rus (KER)	104	117	2 200	2 198
Finnmarkssykehuset HF	1	1	12	10
UNN Nord-Norge HF	153	173	5 199	5 088
Helgelandssykehuset HF	8	10	372	394
Helse Nord private HF	195	221	10 016	9 793
Helse Vest RHF	11	14	382	365
Helse Midt RHF	1	1	4	4
Helse Sør-Øst RHF	49	51	4 599	3 891
Sum TSB voksne	522	588	22 784	21 743

Samlet sett viser tabellen ovenfor at antall døgnopphold øker med 12,6 prosent mens antall liggedøgn reduseres med 4,6 prosent for pasienter innen TSB bosatt i Nordlandsområdet.

Kapasitetsbehov for senger innen TSB

I tabellen nedenfor gis en oversikt over beregnet kapasitetsbehov for senger innen TSB ved Korttidsenhet rus (KER) for pasienter bosatte i Nordlandsområdet perioden 2018 til 2035.

Tabell 10 Beregnet kapasitetsbehov for senger 2018 framskrevet til 2035 innen TSB ved KER NLSH uavhengig av bostedsområde. (Kilde: NPR)

Behandlingsenhet innen TSB NLSH Rønvik	Ant senger 2018 (beregnet avrundet)	Ant senger 2035 beregnet	Ant senger 2035 avrundet	Faktisk antall normerte senger 2018
Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARAP) - Korttidsenhet rus (KER)	8	8,05	9	8

Kapasitetsberegningen anslår at man vil ha behov for en ekstra seng i 2035 i forhold til 2018 for pasienter behandlet ved KER og bosatt i Nordlandsområdet.

I tabellen nedenfor gis en oversikt over beregnet kapasitetsbehov for senger innen TSB etter behandlingssted for pasienter bosatte i Nordlandsområdet perioden 2018 til 2035.

Tabell 11 Beregnet kapasitetsbehov for senger 2018 framskrevet til 2035 innen TSB og for pasienter bosatte i Nordlandsområde fordelt på behandlingssted. (Kilde: NPR)

Behandlingssted innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Nordlandsområdet	Ant senger 2018 (beregnet og avrundet)	Ant senger 2035 beregnet	Ant senger 2035 avrundet
Avdeling for rus, psykiatri og avhengighet (ARAP) - Korttidsenhet rus (KER)	8	7,53	8
Finnmarkssykehuset	1	0,04	1
UNN Nord-Norge HF	18	17,42	18
Helgelandssykehuset HF	2	1,35	2
Helse Nord private HF	35	33,54	34
Helse Vest RHF	2	1,25	2
Helse Midt RHF	1	0,01	1
Helse Sør-Øst RHF	16	13,33	14
SUM antall senger	83	74,47	75

Tabellen ovenfor viser at kapasitetsbehovet for senger blant pasienter bosatt i Nordlandsområdet i 2018 var høyest ved Helse Nord private HF og UNN HF med henholdsvis 35 og 18 senger.

Framskrivningen til 2035 tyder på at dette behovet vil være det samme ved UNN HF mens det i Helse Nord private HF vil være behov for en seng mindre.

Samlet sett tyder resultatene vist i viser tabellen ovenfor på at kapasitetsbehovet for senger vil være 8 færre i 2035 enn i 2018 for pasienter innen TSB bosatt i Nordlandsområdet.

NLSH Rønvik

Mulighetsstudie for alternativ 2 - konseptfase steg 1



Innhold

Innledning.....03

Analyseområde.....04

Bakgrunn.....04

Program.....07

Alternativ 2A.....08

Alternativ 2A-1.....09

Alternativ 2A-2.....14

Alternativ 2B.....22

Alternativ 2B-1.....23

Alternativ 2B-2.....31

Alternativ 2B-3.....36

Innledning

Nordlandssykehuset har besluttet å gjennomføre konseptfase – steg 1 for utvikling av NLSH Rønvik. Grunnlaget for dette arbeidet er Strategisk utviklingsplan NLSH, Arealutviklingsplan NLSH Rønvik og Prosjektinnramming for utvikling av psykiatribyggene Rønvik.

Strategisk utviklingsplan peker på at kapasiteten på Rønvik er økt noe gjennom nybygg, men at dette ikke adresserer behovet for en større oppgradering av hovedanleggene på Rønvik og Mellomåsen. Det er derfor en klar målsetting at det i et 3-årsperspektiv gjennomføres grundige analyser over tilstand og kapasitet, slik at dette kan holdes opp mot fremskrevet pasientgrunnlag og behov for behandlingstilbud. Basert på dette etableres det en arealutviklingsplan for denne bygningsmassen.

I konseptfasens steg 1 utredes fires virksomhetsalternativer:

- 0-alternativet: Eksisterende planløsning.
- Alternativ 1: Full oppussing av eksisterende bygningsmasse.
- Alternativ 2: Utvalgte funksjoner i nytt bygg, deler av eksisterende bygningsmasse pusses opp.
- Alternativ 3: Flytting av alle avdelinger i nytt bygg til annen lokasjon.

Dette mulighetsstudiet knytter seg til oppdraget for konseptfase – steg 1. Hensikten med mulighetsstudiet er å utrede alternativ 2 ved å illustrere konsekvenser av alternativet gjennom volummodeller. Alternativ 2 er inndelt i to underalternativer:

- Alternativ 2A: Nytt bygg for alle akuttenheter. Full oppgradering for avdelinger som plasseres i eksisterende bygg.
- Alternativ 2B: Akuttenheter, inklusive akutt rus, og alle ARPA-enheter flyttes til et nytt bygg. Øvrige døgnposter innen psykose flytter til bygg F og N.

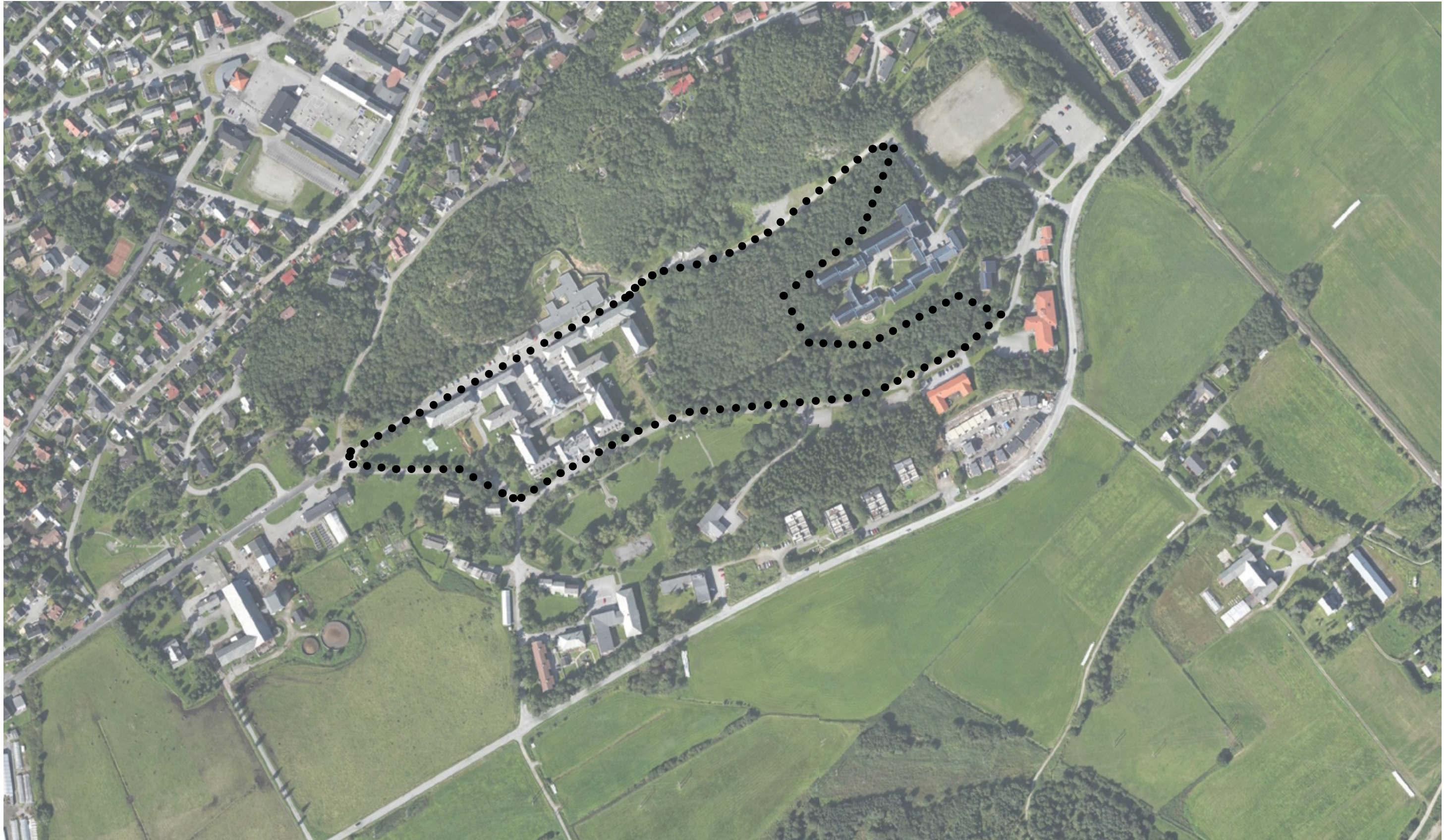
Mulighetsstudiet viser gjennom volummodeller og diagrammer konsekvenser og mulige løsninger for alternativ 2A og 2B. Hensikten er å synliggjøre konsekvenser ved de to alternativene samt å vise mulige overordnede løsninger for funksjonsinndeling og plassering på tomten.

Mulighetsstudiet inngår i materialet som presenteres i en samlet styresak i desember 2020.

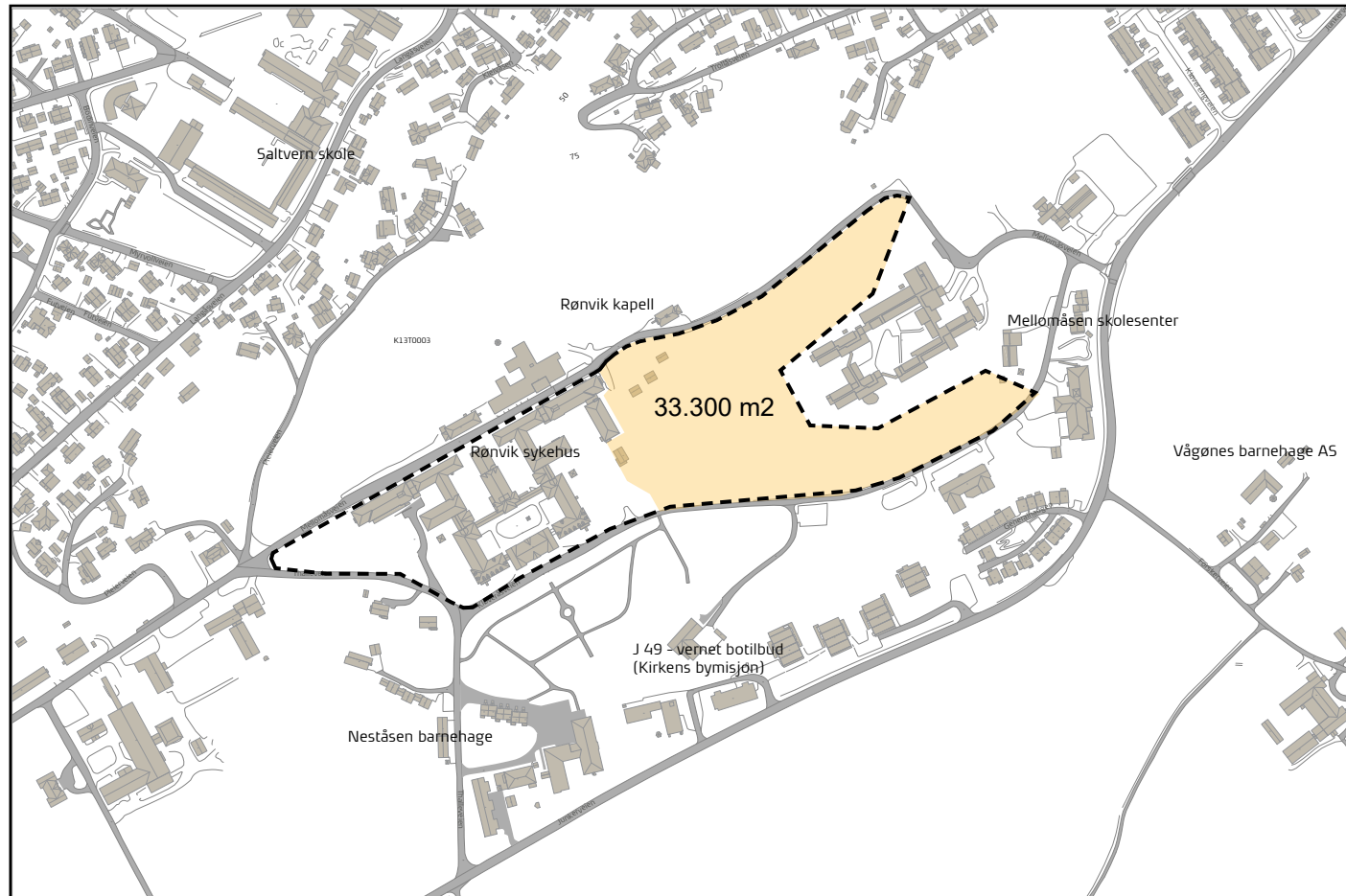


Rønvik asyl ble tatt i bruk i 1902. Anlegget imponerte på den tiden med sine moderne fasiliteter. Under krigen ble bygningene tatt i bruk av okkupasjonsmakten. Det eksisterende anlegget er vernet/forskriftsfredet.

Analyseområde

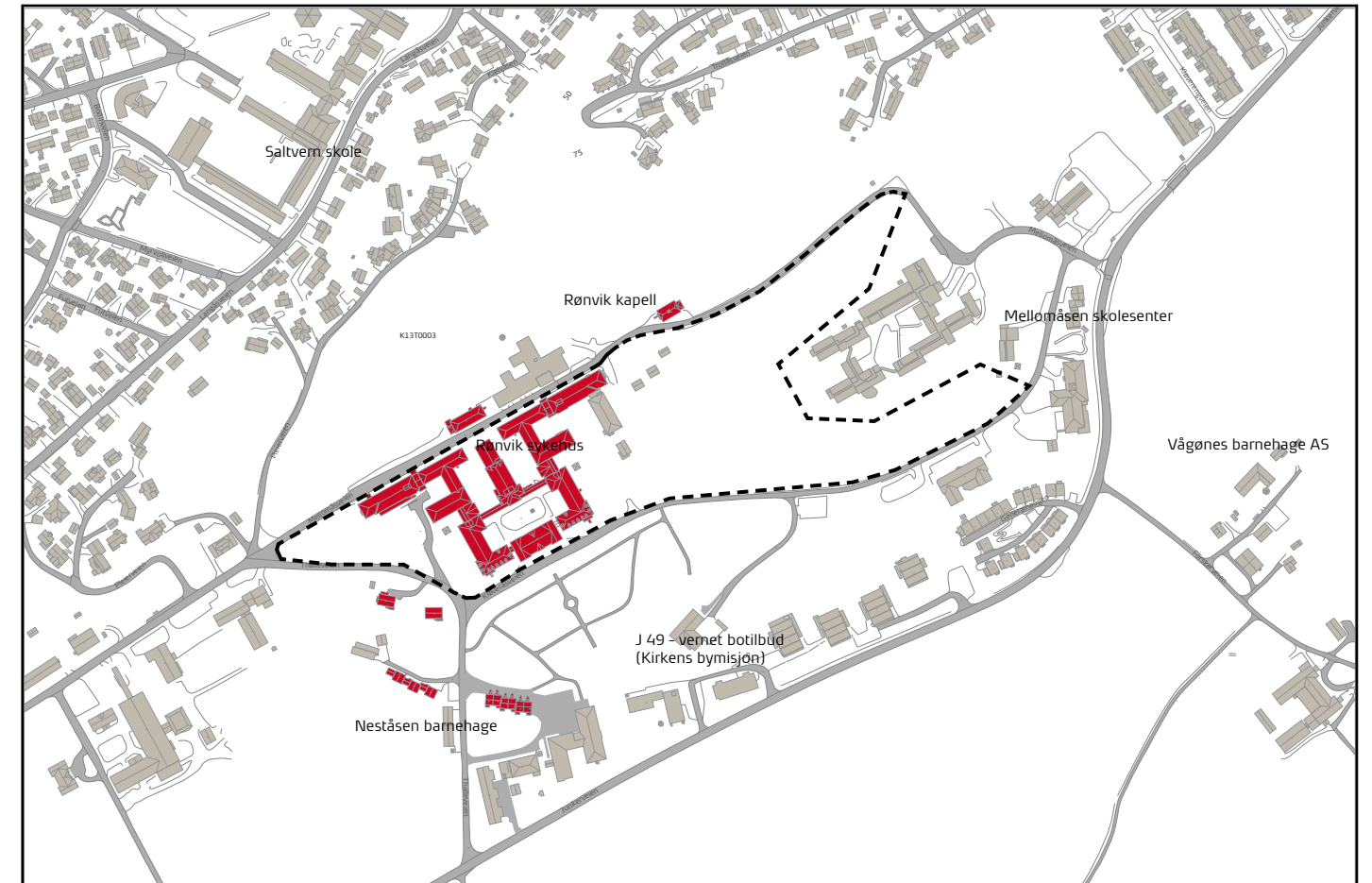


Stedsanalyse



Eksisterende bygg og veier

Det aktuelle området for utvidelse av NLSH Rønvik ligger mellom eksisterende sykehusbebyggelse og eksisterende bebyggelse på Mellomåsen. Området er totalt på cirka 33,3 daa og avgrenses av Mellomåsveien i nord og Kløveråsveien i syd.



Bevaringsverdige bygg

Rønvik sykehus ble vedtatt av Stortinget i 1894, og ble tatt i bruk i 1902. Tidligere hadde sinnslidende fra de tre nordligste fylkene ikke hatt noe tilbud, eller måttet reise sørover til Rotvoll eller Gaustad. Medisinaldirektør Holmboe utarbeidet planene i samarbeid med arkitekt Lars Solberg. Rønvik sykehus var utstyrt med moderne fasiliteter herunder vannforsyning, belysning og oppvarmning. Rønvik sykehus fikk således elektrisk lys lenge før Bodø by.

Det har kontinuerlig tilkommet bygg på Rønvik. I 1914 ble kolonibygningen Heimen oppført og i 1926, lasarettet for tuberkuløse pasienter. I 1939 ble også et par legeboliger i funksstil oppført, og ytterligere noen rekkehus frem mot 1970-tallet. To store fløyer fra 1959 ble oppført som en del av en generell utvidelse og modernisering av hele sykehuset etter krigen. I 2009 ble de siste bygningene tilføyet sykehuset.

Alle bygg fra 1902-1970-tallet er registrert som kulturminner og er forskriftsfredet.

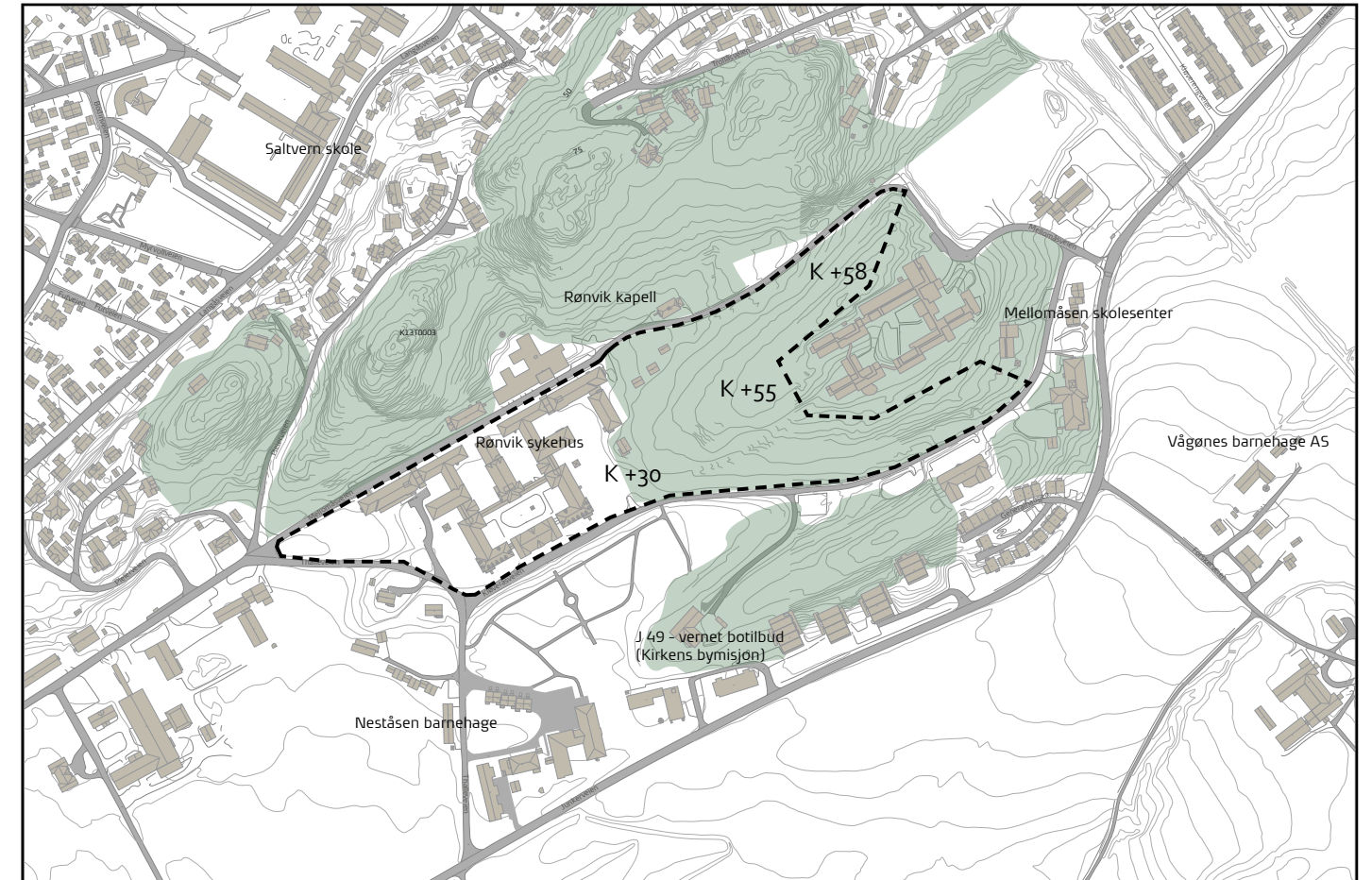
Stedsanalyse



Reguleringsplan

NLSH Rønvik samt de aktuelle arealene for utvidelse er regulert i "Reguleringsplan for Nordlandssykehuset Bodø psykiatri" (ikrafttredelsesdato: 21.6.2007). Området er regulert til grønnstruktur og offentlig bebyggelse. Verneverdig bebyggelse med tilhørende parkanlegg er regulert til bevaring.

Regulerte grønnstruktur forholder seg imidlertid ikke kun til parkanlegget, og forslag til utvidelse i henhold til alternativ 2A og 2B viser således bebyggelse i område som delvis er regulert til grønnstruktur. Området er imidlertid en del av kollen og terrenget som i reguleringsplanen delvis er regulert til offentlige formål.



Terreng og grønnstruktur

Området mellom NLSH Rønvik og Mellomåsen er kupert og består av skog og vegetasjon. Terrenget stiger fra cirka kote +30 ved eksisterende sykehusbebyggelse på Rønvik, til cirka kote +55 på Mellomåsen.

Program

Tabell: Samlet døgnplasser inklusiv skjerming, akutt, kontorer, poliklinikk og øvrig areal

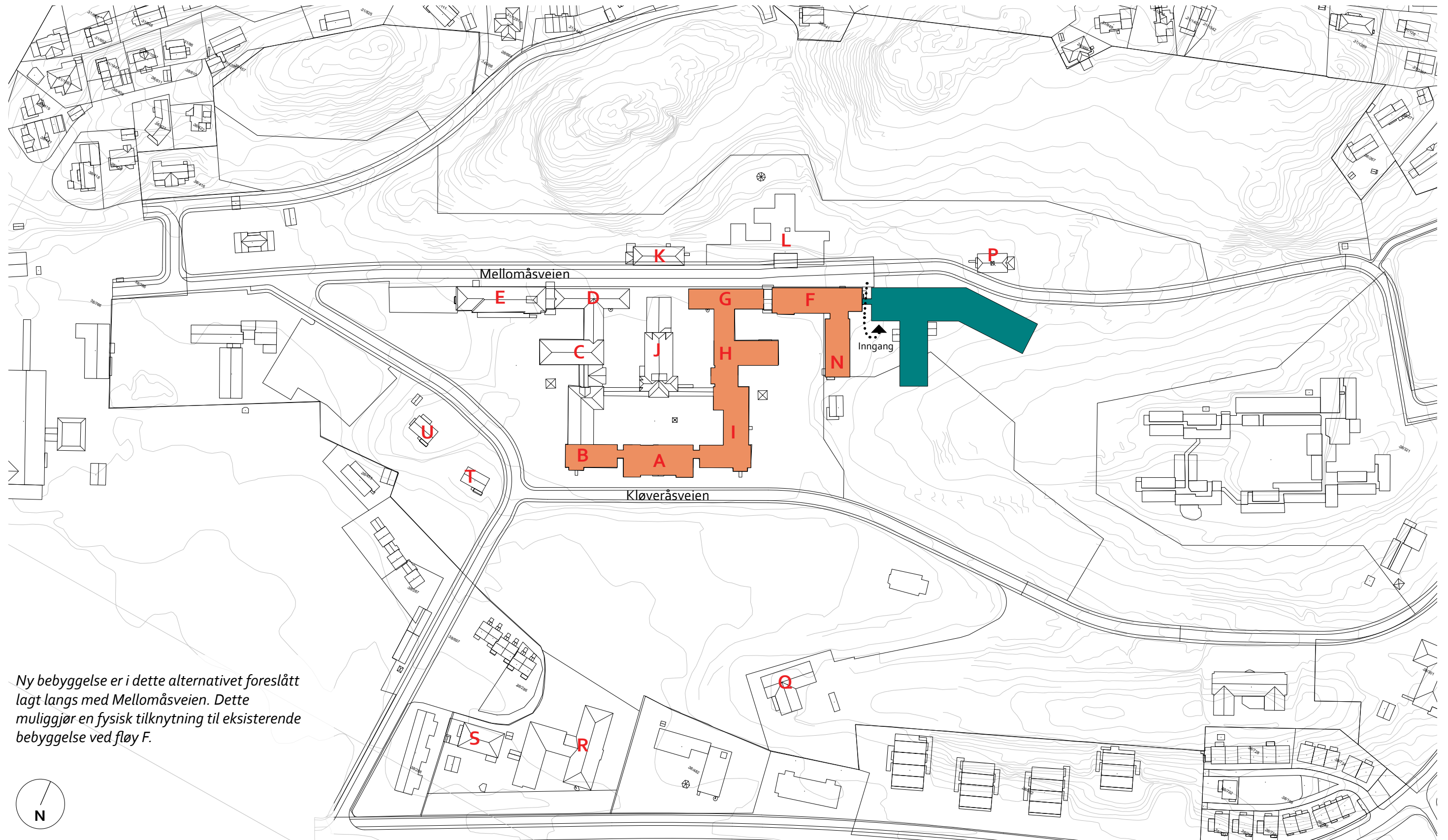
Mulighetstudiets utgangspunkt

	Dimensjonering 2018 og framskrevet dimensjonering 2035							B/N faktor 2,3		Arbeidsgruppenes anbefalinger						Prosjektgruppe anbefalinger										
Funksjoner	Dimensjonerende antall plasser / rom					Areal - standard m2	m2 NTA	m2 BTA		Døgn	Kontor	Skjerm	Akutt	Funksjon m2	m2 NTA	m2 BTA	Døgn	Kontor	Skjerm	Akutt	Funksjon m2	m2 NTA	m2 BTA	Alternativ 2A	Alternativ 2B	
	2018	2035																								
Akuttpsykiatrisk avdeling, døgnplass	32	33				45	1 485	3 416		33				45	1485	3416	33				45	1485	3416	Nytt bygg	Nytt bygg	
Akutt skjerming				6		60	360	828			6		60	360	828			6		60	360	828				
Akuttmottak					1	105	105	242				1	105	105	242				1	105	105	242	5423			5423
Akuttpsykiatrisk avdeling, kontorer			34			12	408	938		34			12	408	938		34			12	408	938				
Alderspsykiatrisk avdeling, døgnplass	8	8				45	360	828		17				45	765	1760	8				45	360	828	F/N	F/N	
Alderspsykiatrisk avdeling, kontorer			3			12	36	83		3			12	36	83		3			12	36	83				
Reg.sent. Spiseforstyrrelser døgnplasser	8	6				45	270	621		6			45	270	621		6			45	270	621	4499			4499
Reg.sent. Spiseforstyrrelser kontorer			9			12	108	248		9			12	108	248		9			12	108	248				
Reg.sent. Psykose (REFP), døgnplass	22	22				45	990	2 277		22			45	990	2277		22			45	990	2277				
Reg.sent. Psykose (REFP), skjerming				2		60	120	276			2		60	120	276			2		60	120	276				
Reg.sent. Psykose (REFP), kontorer			6			12	72	166			6		12	72	166			6		12	72	166				
PIT døgnplasser	(2)	2				60	120	276		6				60	360	828	2				60	120	276	F/N	F/N	
PIT skjerming						60		-					60	0	0					60	0	0	331	331		
PIT kontorer			2			12	24	55		2			12	24	55		2			12	24	55				
Rus og psykiske lidelser (ROP), døgnplass	8	8				45	360	828		8				45	360	828	8				45	360	828	F/N	Nytt bygg	
Skjerming						60	-	-				1	60	60	138				1	60	60	138				
Rus og psykiske lidelser (ROP),kontorer			6			12	72	166			6		12	72	166		6			12	72	166				
Ny Rusakutt, døgnplass							-	-		6			45	270	621		6			45	270	621	3774			3774
SUB akutt							-	-		6			45	270	621		5			45	225	518				
Ny Rusakutt/ subakutt, kontorer											6		12	72	166			6		12	72	166				
Akuttmottak					1	105	105	242				1	105	105	242				1	105	105	242				
Korttidsenhet rus (KER), døgnplass	8	9				45	405	932		10				45	405	932	9				45	405	932			
Korttidsenhet rus (KER), kontorer			6			12	72	166			6		12	72	166			6		12	72	166				
Sikkerhetsenheten, døgnplass	17	17								17							17									
SUM Døgn	103	105		8	2		5 472		10 902	131		8	3		6789	15 615	116		8	3		6099	14 028			
Poliklinikker		1				30	30	69																F/N	F/N	
Reg.komp.enhet spiseforstyrrelser (RK1) samtale		9				12	108	248																		
Reg.komp.enhet spiseforstyrrelser (RK1) behandlere		2				30	60	138																1380	1380	
Spesialpsykiatrisk avdeling, samtale		7				30	210	483																		
Ruspoliklinikk/LAR inkl legemiddelutdeling, samtale		16				12	192	442																		
Ruspoliklinikk/LAR inkl legemiddelutdeling, behandlere							0	-																		
								1 380																		
Øvrig areal, alternativ helt nytt bygg annen lokasjon							0	-																		
Kontorer klinikledelse, stab		5				12	60	138																		
Felles møterom		5				12	60	138																Nytt bygg	Nytt bygg	
Felles aktivitetsfunksjoner, gymsal etc		1				200	200	460																		
Personal/garderober		200				1	200	460																1978	1978	
Byggservice, renhold, kjøkken, varemottak etc		1				300	300	690																		
Lager pasienteffekter		1				40	40	92																		
							1 460	1 978	3 358																	
Beregnet arealbehov BTA									14 260							18 973							17 386			

Alternativ 2A

Alternativ 2A-1

■ Eksisterende ■ Nybygg



Ny bebyggelse er i dette alternativet foreslått lagt langs med Mellomåsveien. Dette muliggjør en fysisk tilknytning til eksisterende bebyggelse ved fløy F.

Alternativ 2A-1

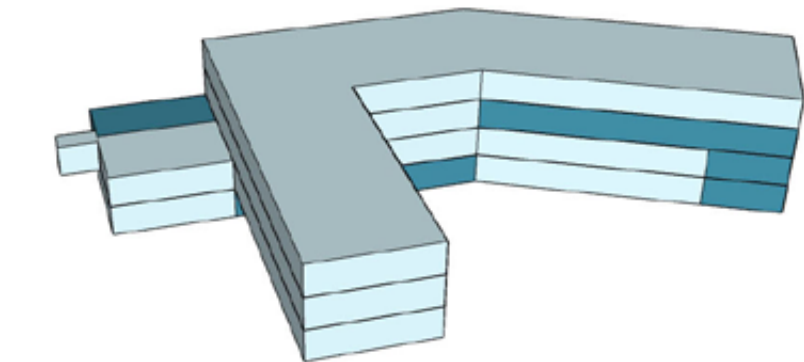
OVERORDNET FUNKSJONSINNDELING

Eksisterende bygg

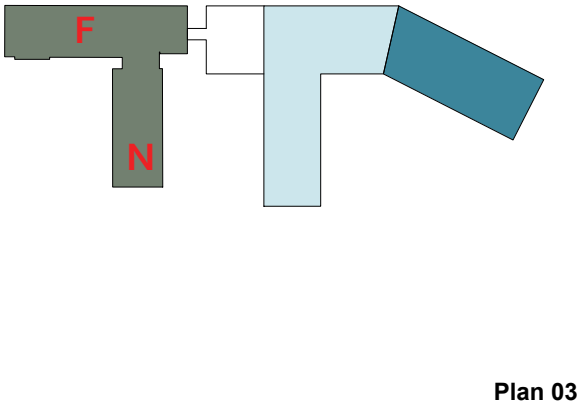
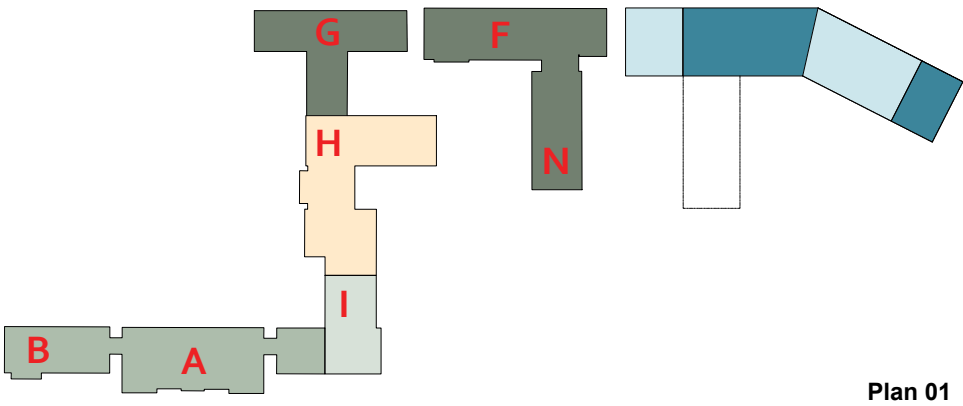
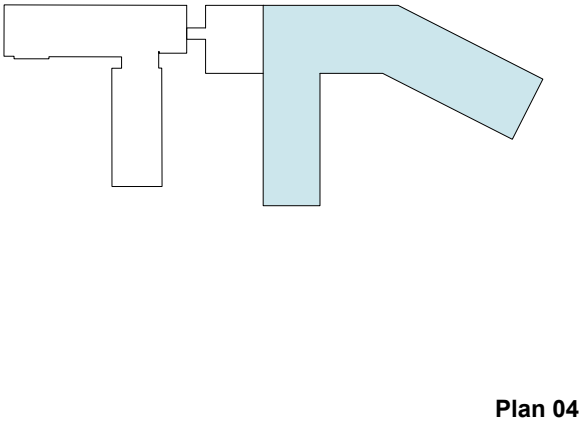
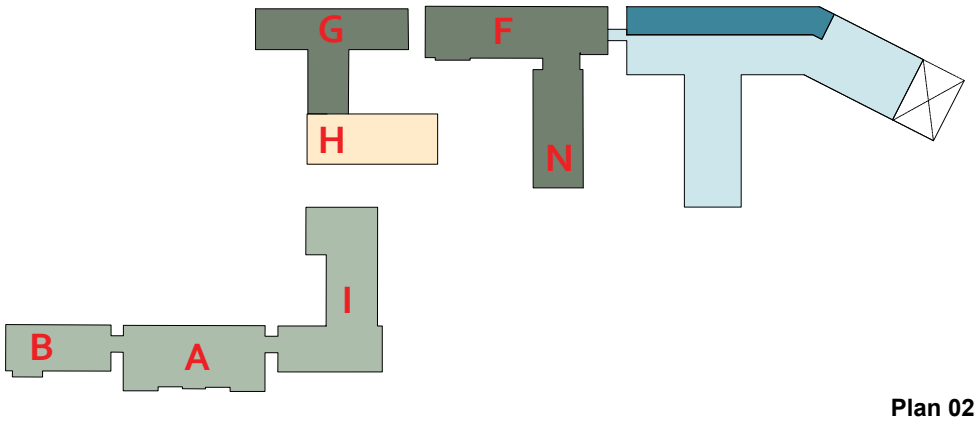
- Døgnavdeling spesialpsykiatrisk avdeling - BTA 4499 m²
- Døgnavdeling TSB - BTA 3774 m²
- PIT - BTA 331 m²
- Poliklinikker - BTA 1300 m²

Nybygg

- Øvrige areal - BTA 1978 m²
- Døgnavdeling akutt - BTA 5423 m²

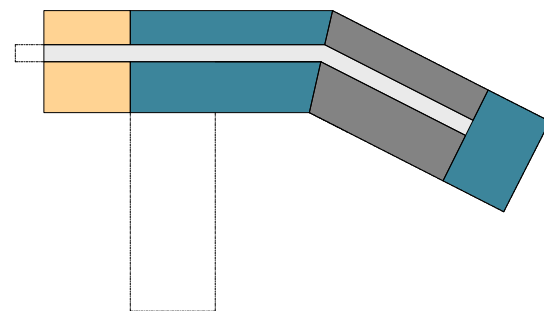
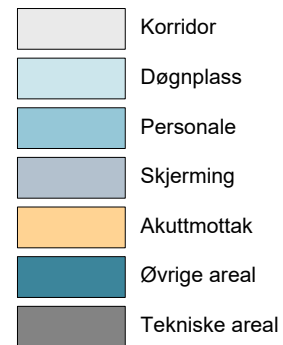


Forslaget viser 7.401 m² ny bebyggelse fordelt på 5.423 m² for døgnavdeling akutt og 1.978 m² for øvrige arealer. Funksjoner som legges i eksisterende bygninger tar opp to etasjer i fløyene A, B, G, H og I samt tre etasjer i fløyene F og N. Nye døgnplasser forslås i en fløy mot syd, som bygges inn i terrenget.

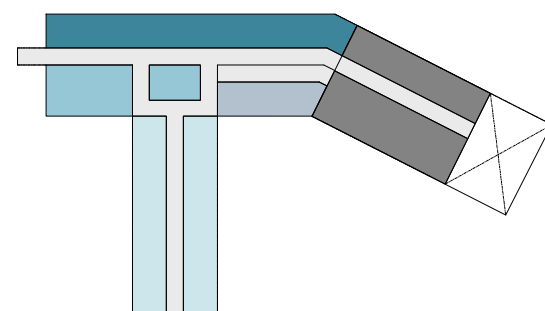


Alternativ 2A-1

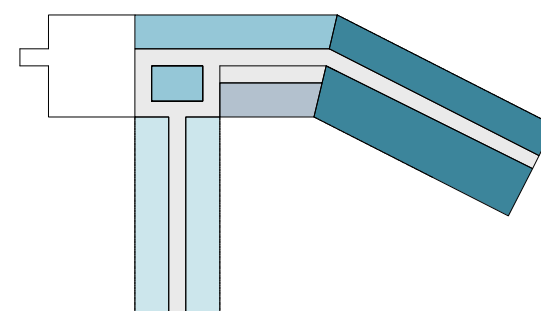
FUNKSJONSINDELING NYBYGG



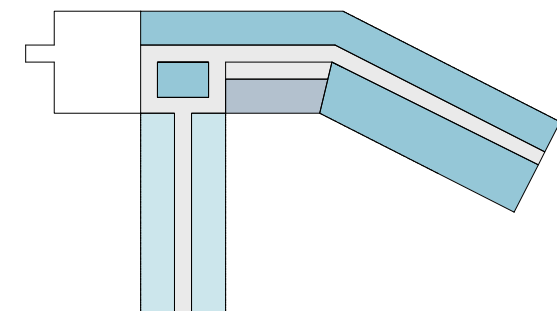
Plan 01



Plan 02



Plan 03



Plan 04

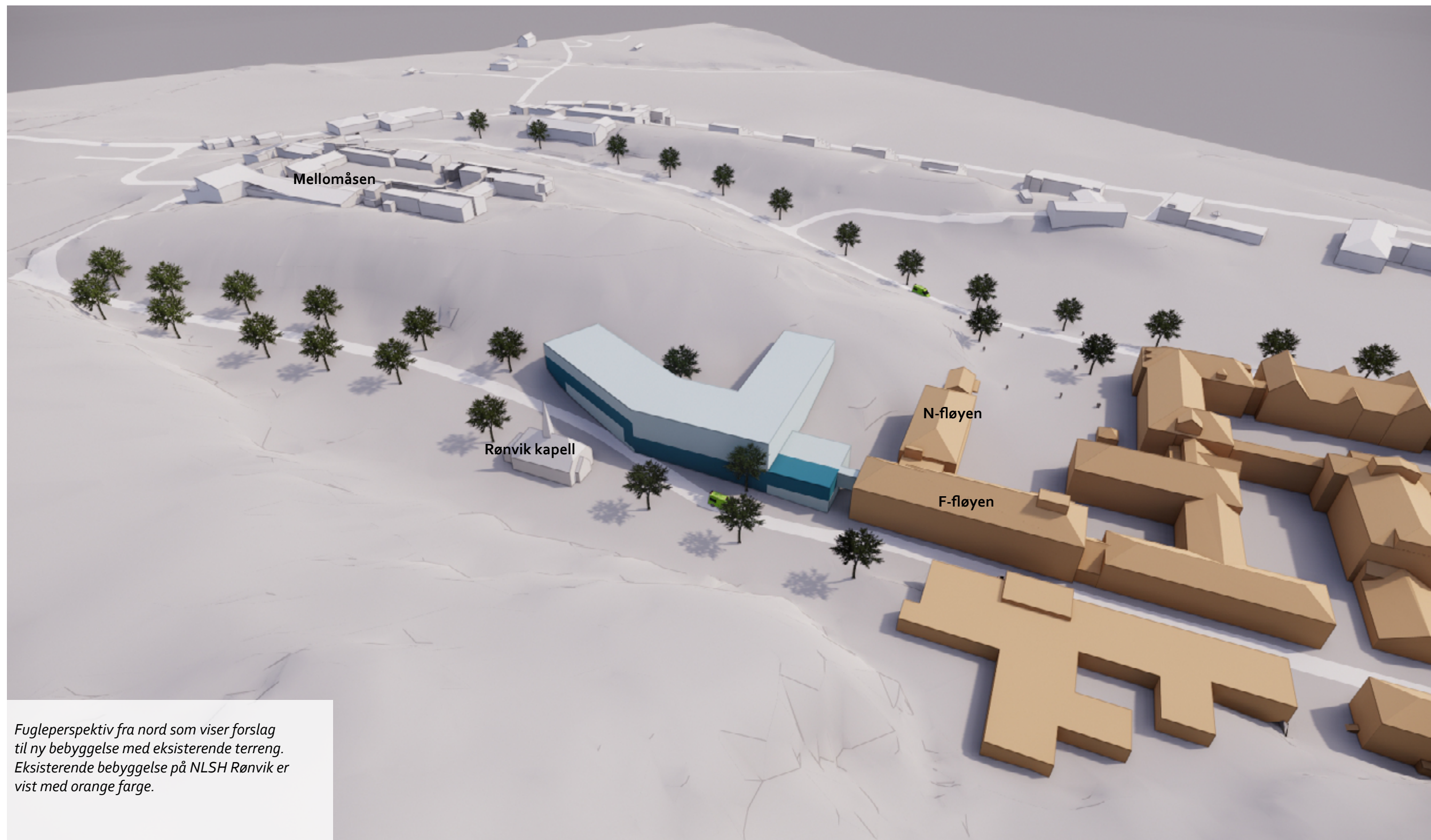


- Lite inngrep i kollen
- God kobling til eksisterende bygg - tørrskodd kobling
- Døgnenhetene ligger mot sør - dermed gode lysforhold
- Døgnenhetene er skjermet fra Mellomåsveien.
- Bygget ligger godt i terrenget
- Mulighet for innkjøring under bygget fra Mellomåsveien
- Hver døgnenhet er en egen fløy for å forhindre undøvendig trafikk gjennom døgnenhetene



- Døgnenhetene for akutt ligger ikke på samme etasje.

Alternativ 2A-1



Fugleperspektiv fra nord som viser forslag til ny bebyggelse med eksisterende terreng. Eksisterende bebyggelse på NLSH Rønvik er vist med orange farge.

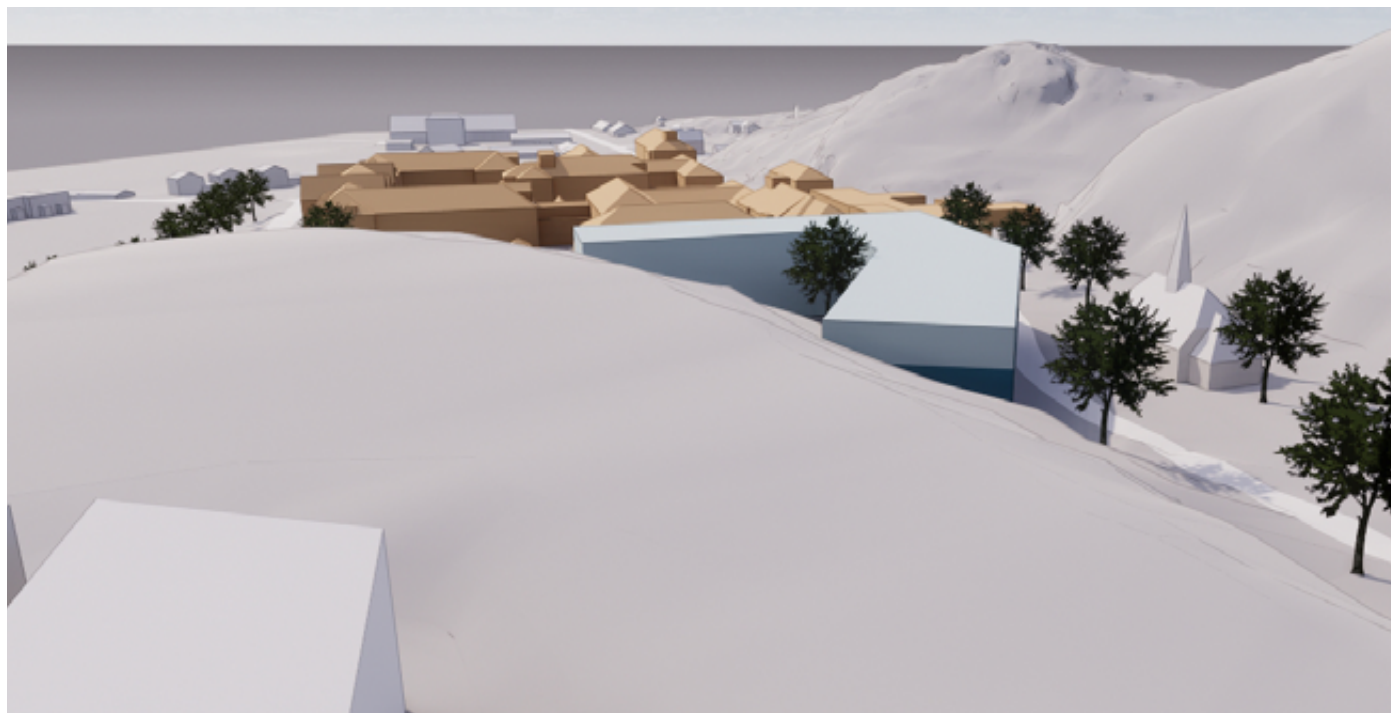
Alternativ 2A-1



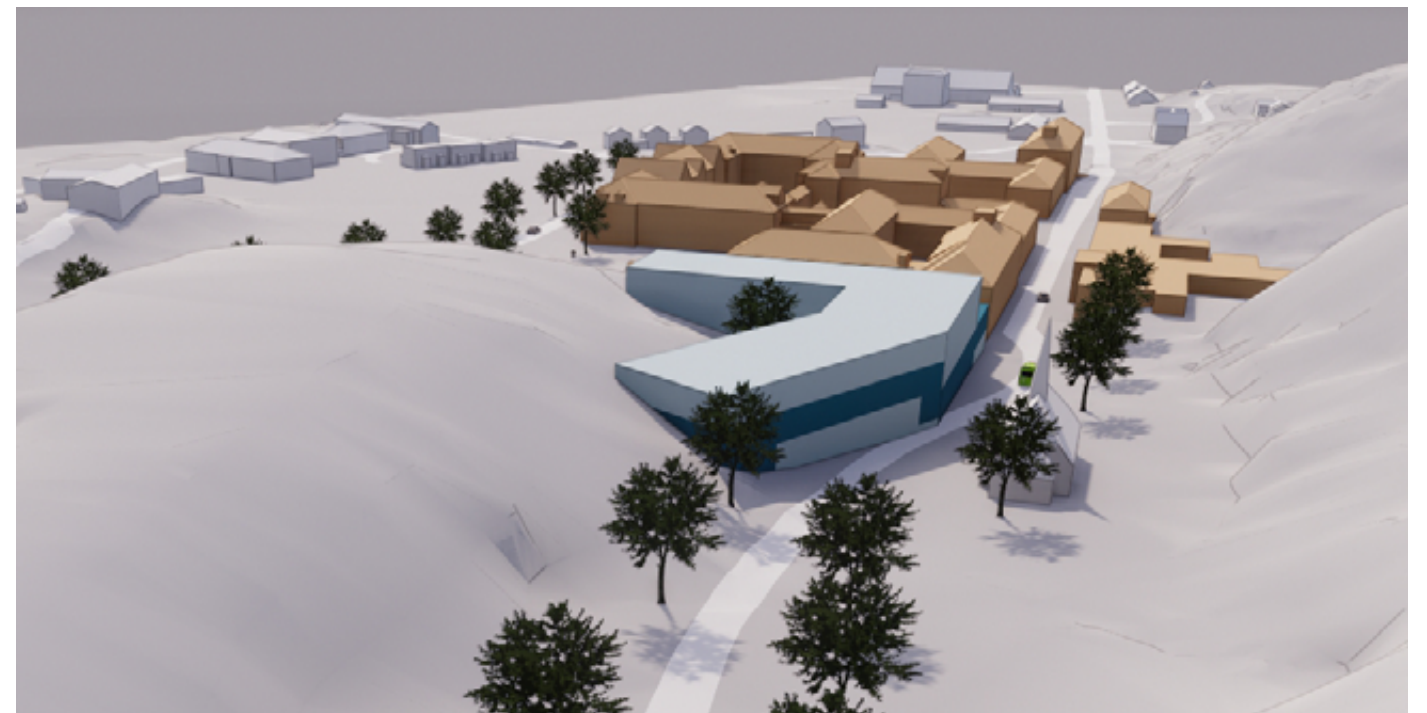
Fugleperspektiv fra vest. Fløyen med nye døgnplasser ligger fint i terrenget.



Perspektiv fra Mellomåsveien. Kapellet er fortsatt hovedmotivet i denne aksen.



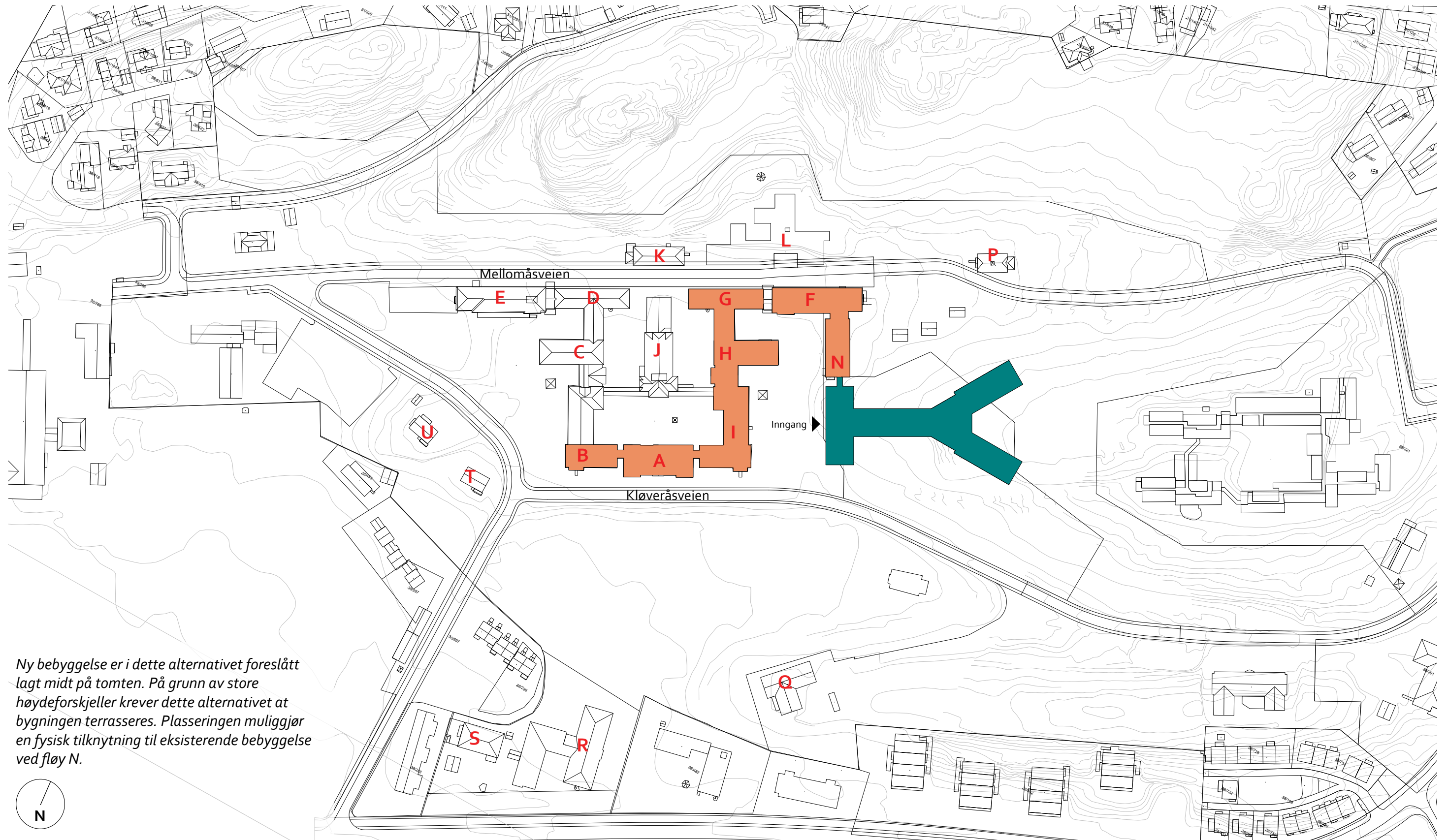
Fugleperspektiv fra Mellomåsen. Ny bebyggelse bygges inn i terrenget og vil være lavere enn kollen.



Fugleperspektiv fra nordøst. Ny bebyggelse henvender seg til eksisterende adkomst fra Mellomåsveien.

Alternativ 2A-2

■ Eksisterende ■ Nybygg



Ny bebyggelse er i dette alternativet foreslått lagt midt på tomten. På grunn av store høydeforskjeller krever dette alternativet at bygningen terrasserer. Plasseringen muliggjør en fysisk tilknytning til eksisterende bebyggelse ved fløy N.

Alternativ 2A-2

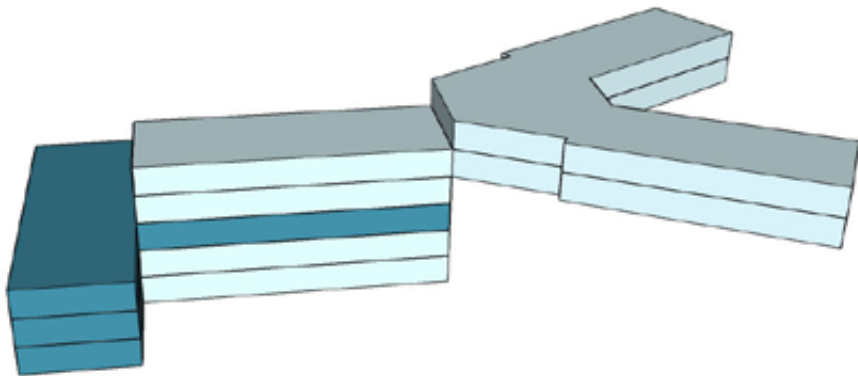
OVERORDNET FUNKSJONSINNDELING

Eksisterende bygg

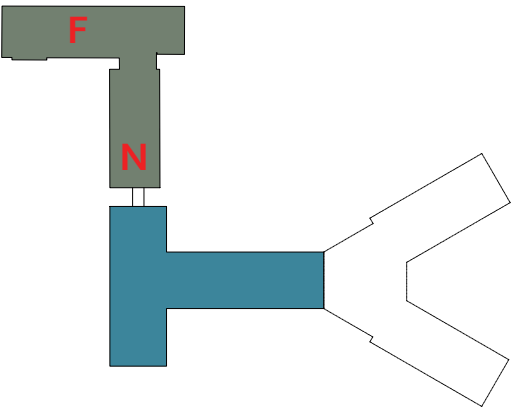
- Døgnavdeling spesialpsykiatrisk avdeling - BTA 4499 m²
- Døgnavdeling TSB - BTA 3774 m²
- PIT - BTA 331 m²
- Poliklinikk - BTA 1300 m²

Nybygg

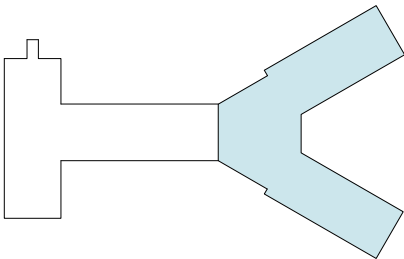
- Øvrige areal - BTA 1978 m²
- Døgnavdeling akutt - BTA 5423 m²



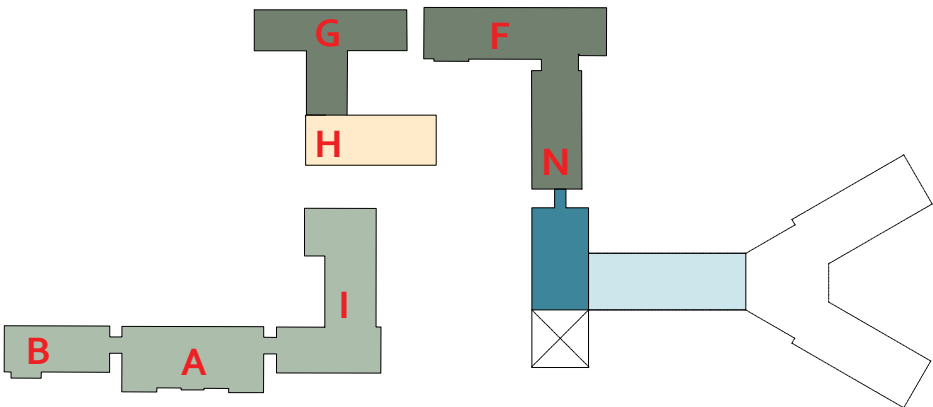
Forslaget viser 7.401 m² ny bebyggelse fordelt på 5.423 m² for døgnavdeling akutt og 1.978 m² for øvrige arealer. Funksjoner som legges i eksisterende bygninger tar opp to etasjer i fløyene A, B, G, H og I samt tre etasjer i fløyene F og N. Nye døgnenheter forslås i en vifteform mot øst. Bebyggelsen terrasseres for å ta opp eksisterende terreng.



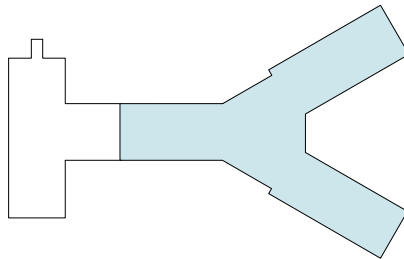
Plan 03



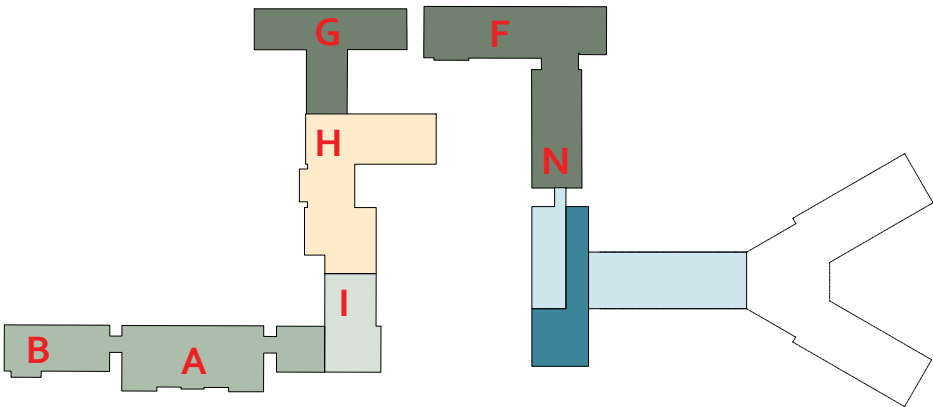
Plan 06



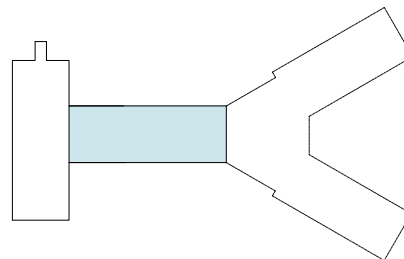
Plan 02



Plan 05



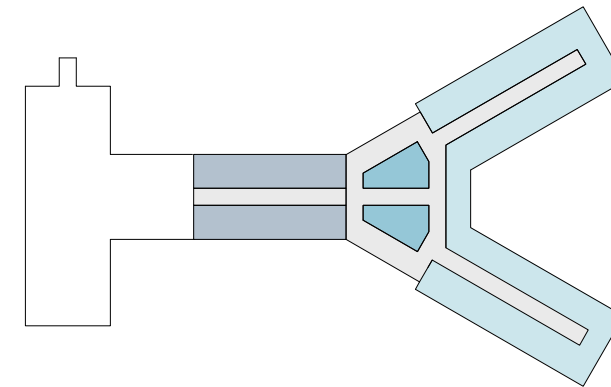
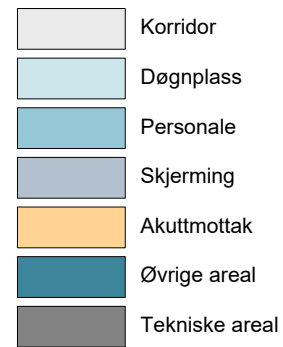
Plan 01



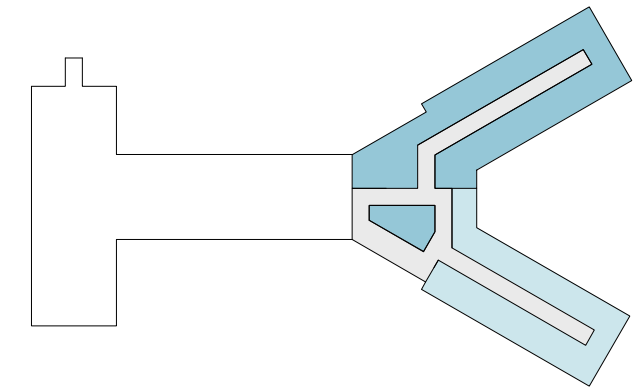
Plan 04

Alternativ 2A-2

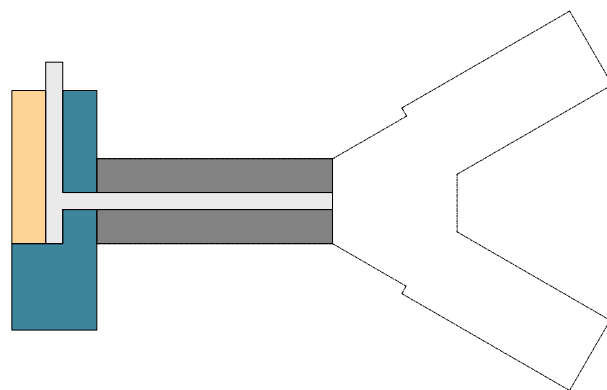
FUNKSJONSINDELING NYBYGG



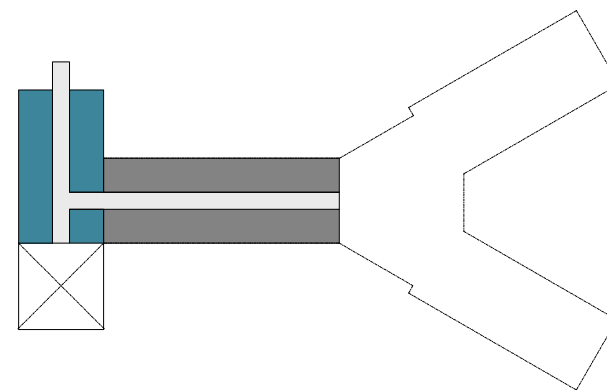
Plan 05



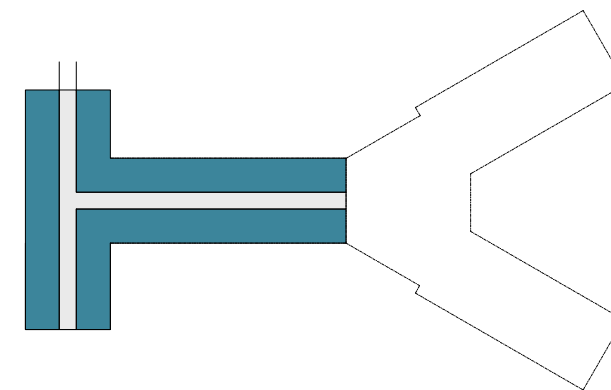
Plan 06



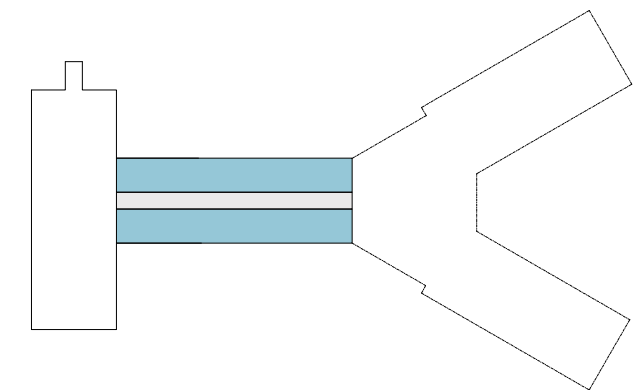
Plan 01



Plan 02



Plan 03



Plan 04

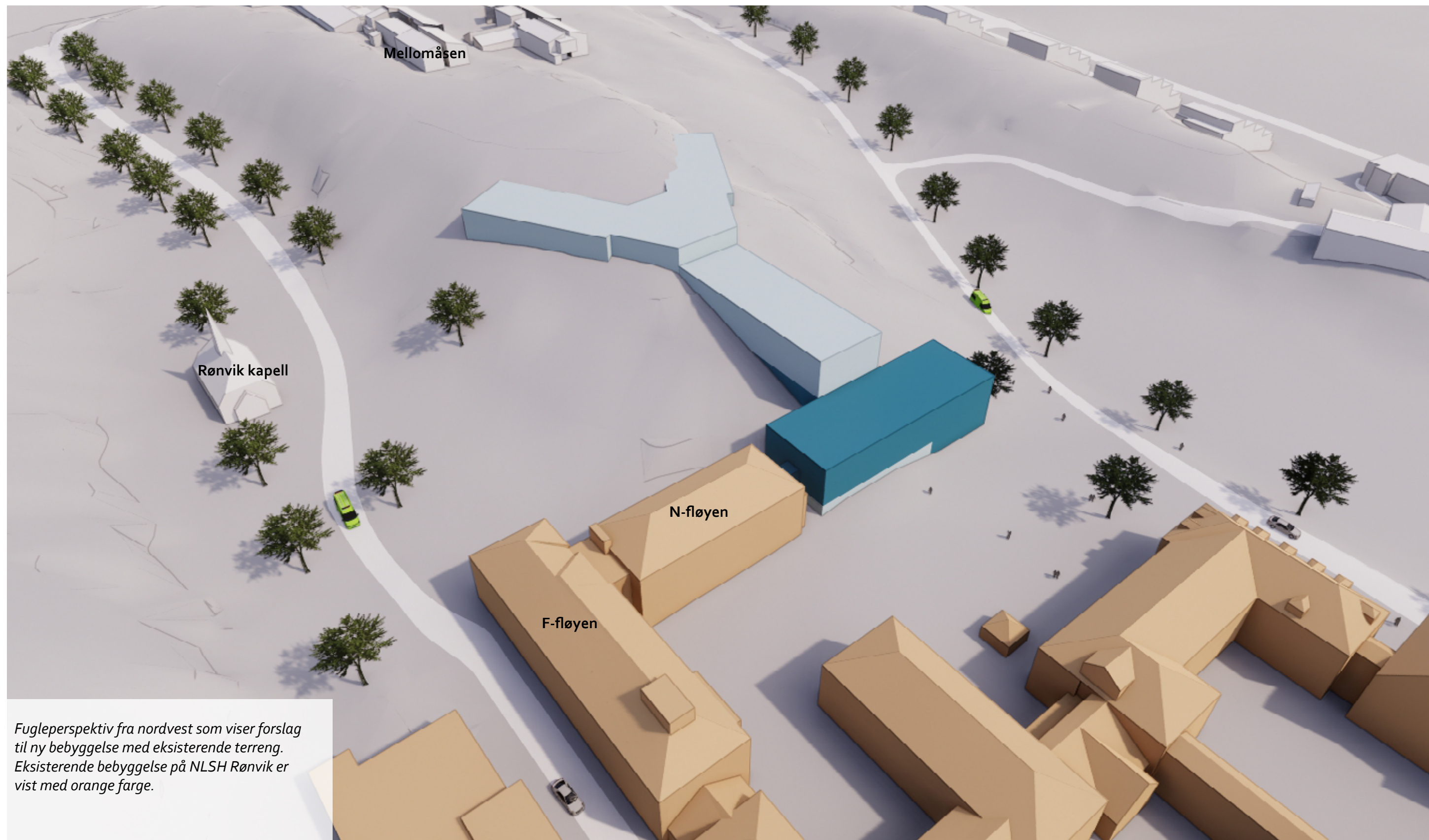


- God kobling til eksisterende bygg - mulighet for tørrskodd kobling
- Fin utsikt og gode lysforhold fra døgnenhetene
- Vifteformen skaper skjermede uterom
- Bygget ligger godt i terrenget
- God oversikt over døgnenheten fra personalbasene
- Hver døgnenhet er en egen fløy for å forhindre undøvendig trafikk gjennom døgnenhetene



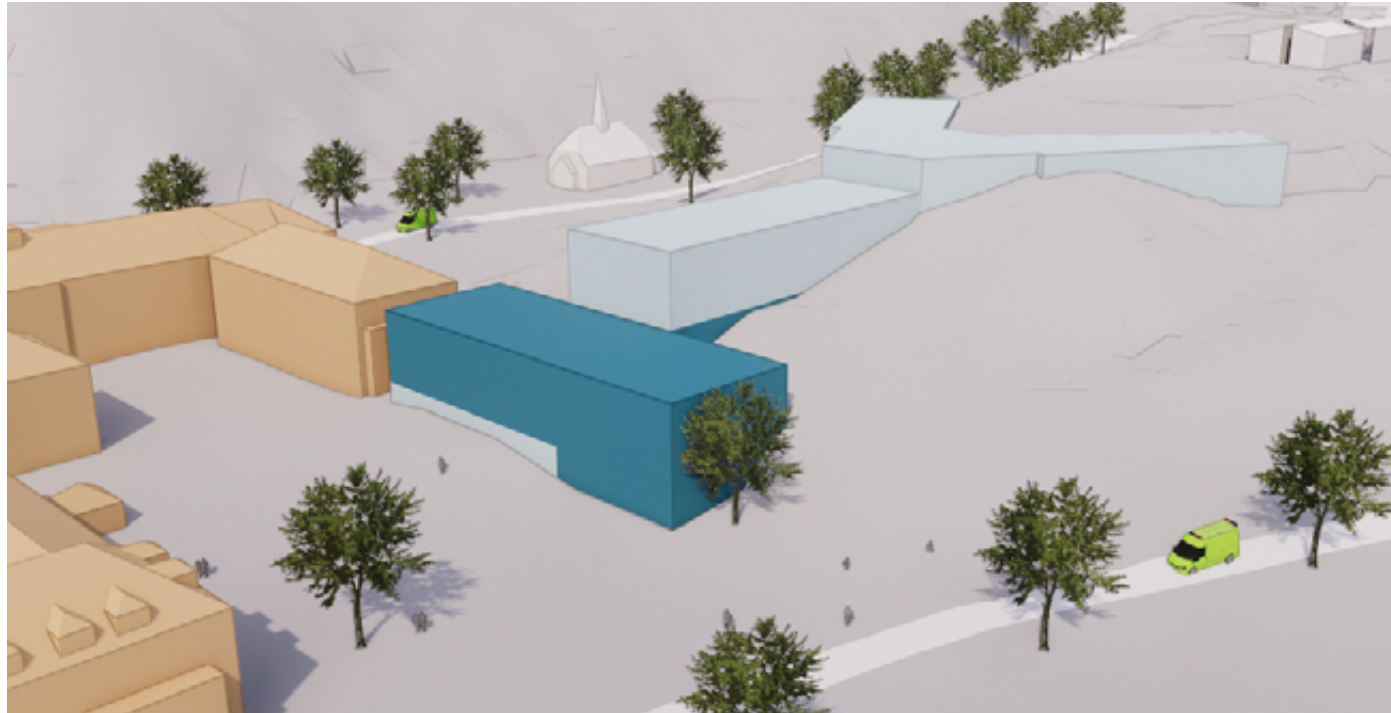
- Alle døgnenhetene for akutt ligger ikke på samme etasje.
- Mange etasjer
- Noe større inngrep i kollen enn 2A-1

Alternativ 2A-2

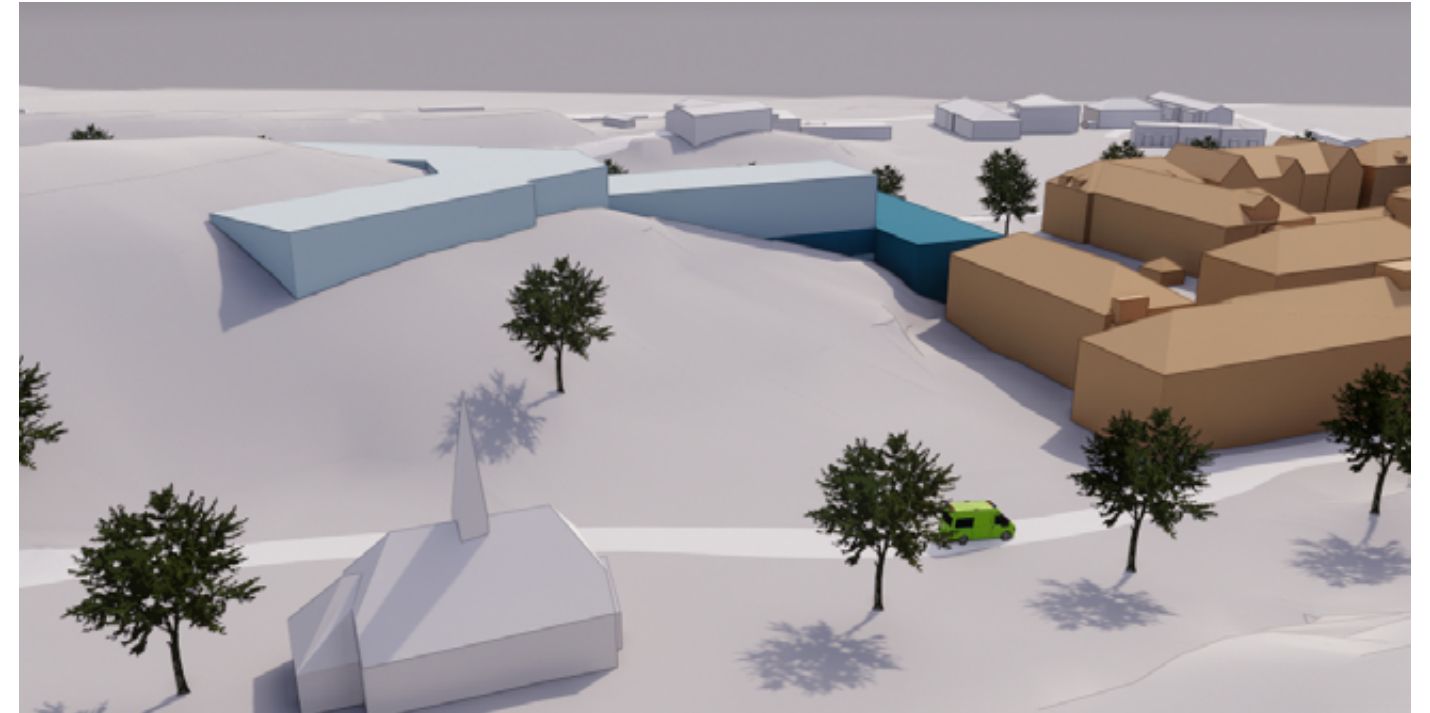


Fugleperspektiv fra nordvest som viser forslag til ny bebyggelse med eksisterende terreng. Eksisterende bebyggelse på NLSH Rønvik er vist med orange farge.

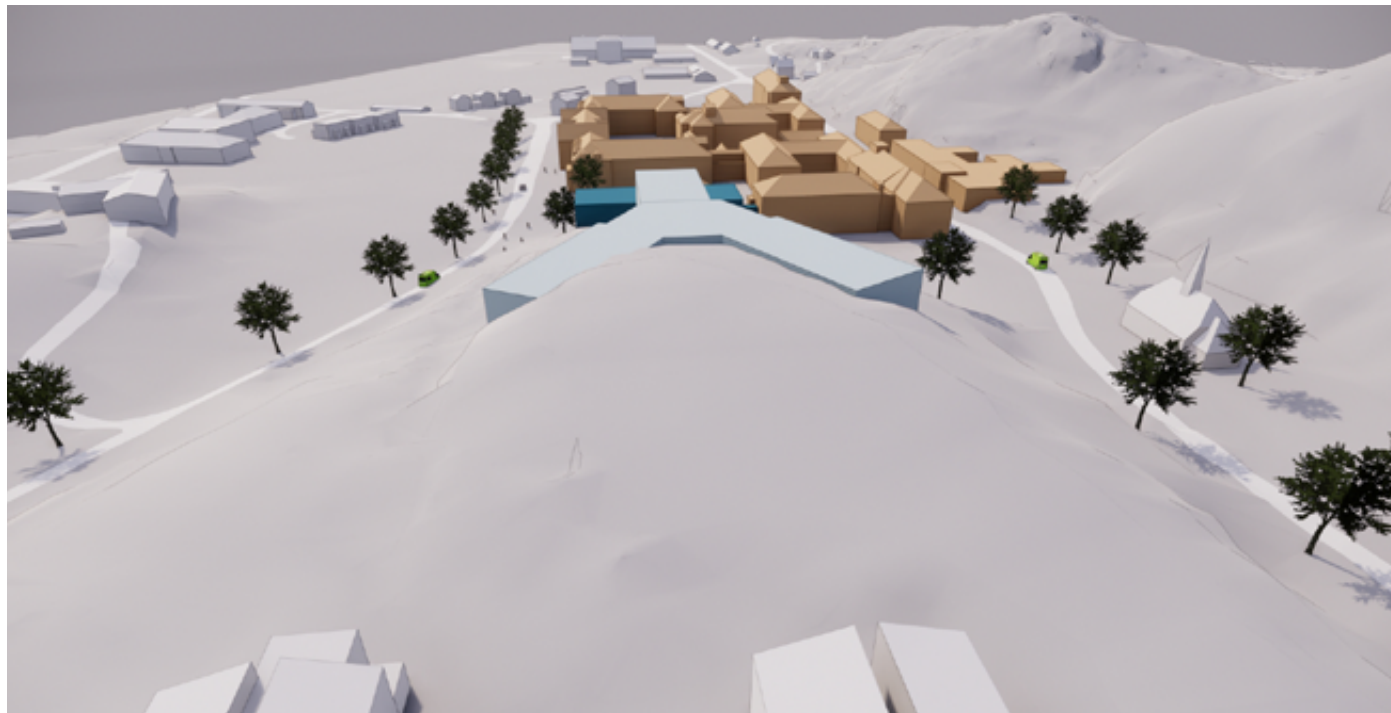
Alternativ 2A-2



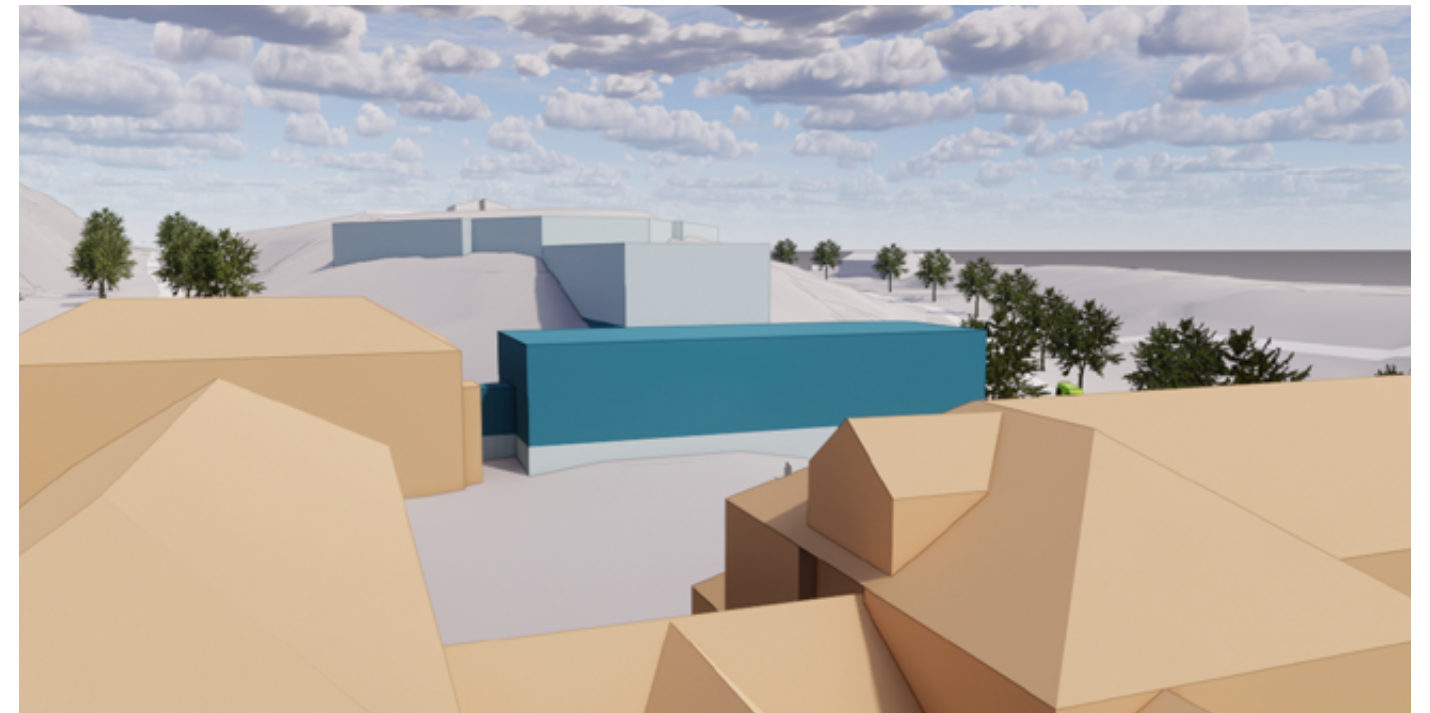
Fugleperspektiv fra sydvest. Fløyen med nye døgnplasser ligger på toppen av kollen.



Fugleperspektiv fra nord. Bebyggelsen terreasseres slik at den følger eksisterende terreng best mulig.



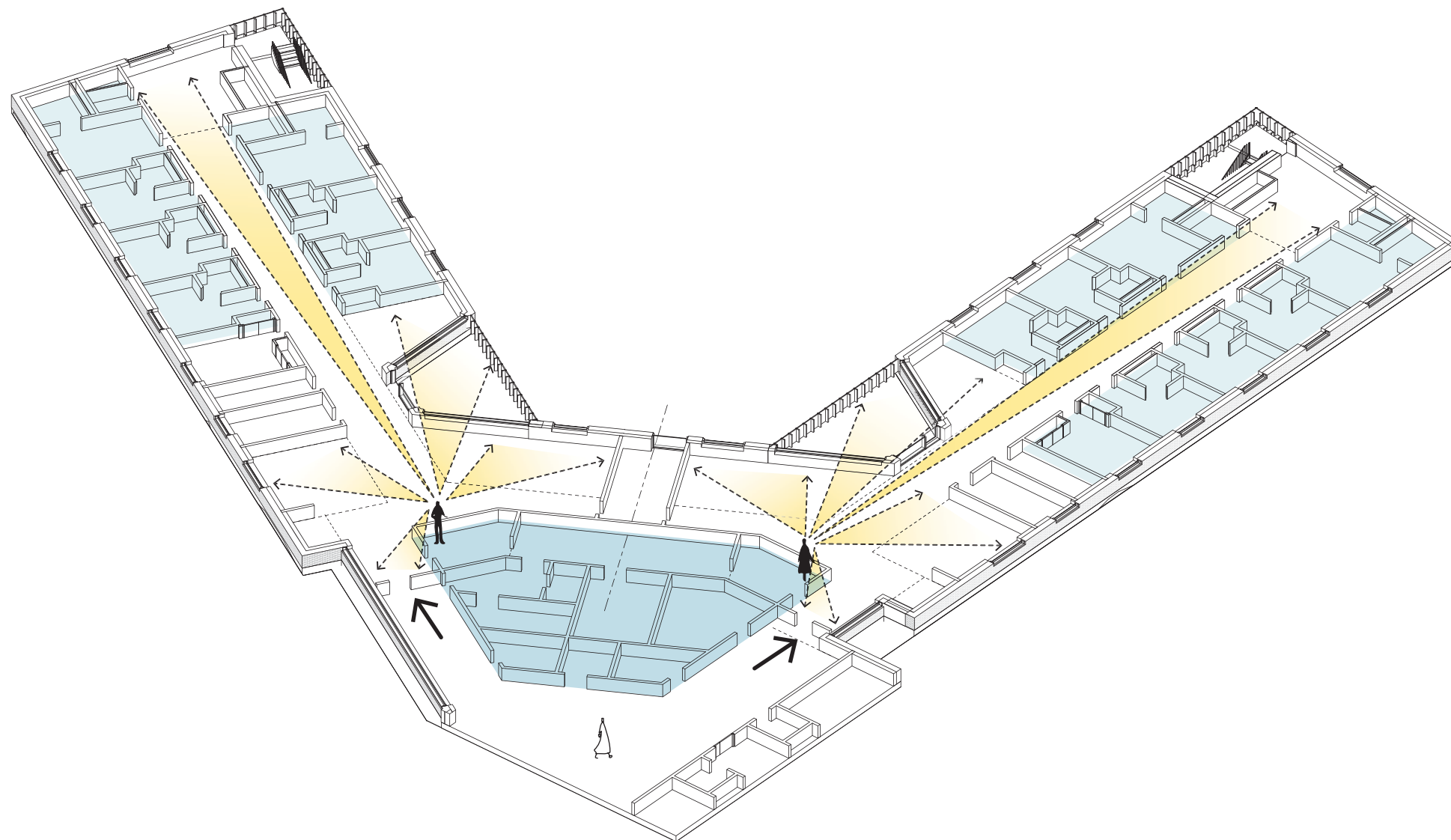
Fugleperspektiv fra Mellomåsen. Ny bebyggelse terrasseres til toppen av kollen, noe som gir mulighet for en fysisk tilknytning til eksisterende bebyggelse på Mellomåsen.



Fugleperspektiv fra vest. Ny bebyggelse knyttes til F-fløyen med samme etasjeantall som eksisterende bebyggelse.

Alternativ 2A-2

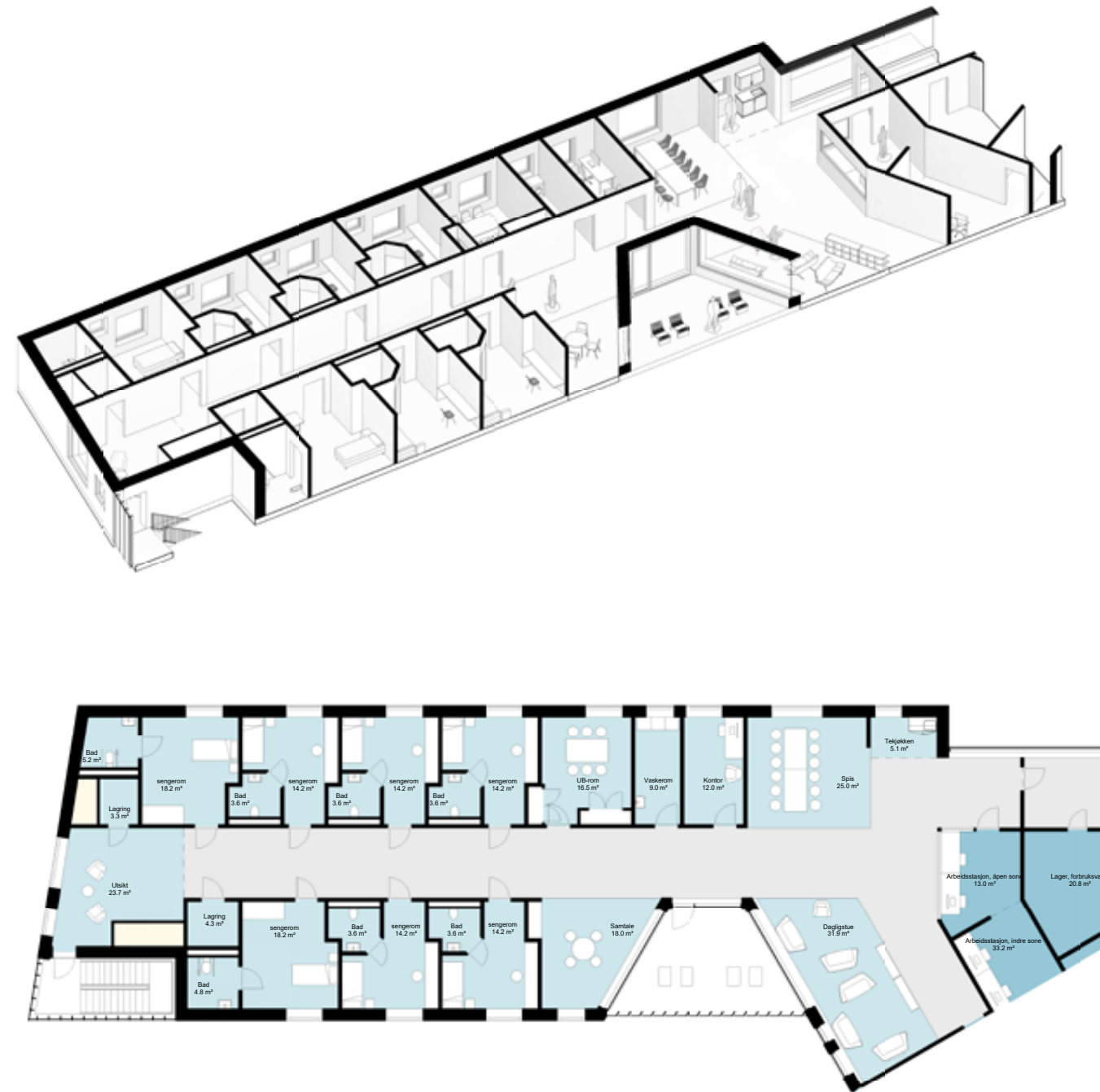
EKSEMPEL PÅ UTFORMING AV DØGNEHET I VIFTEFORM



- Sentral personalbase med oversikt over to døgneheter.
- Fra vaktrommet i personalbasen er det full oversikt over felles oppholdsrom, balkong og den midtstilte korridoren/trafikksonen.
- Nøytrale korridorer inn til hver døgnet, og det er derfor ikke nødvendig å gå gjennom en døgnet for å komme til en annen.
- Personalet kan bevege seg innenfor rommene i personalbasen uten å møte på pasienter.

Alternativ 2A-2

EKSEMPEL PÅ UTFORMING AV DØGNENHET I VIFTEFORM



- Midtstilt korridor med sengerom på begge sider og ut mot fasade.
- Innebygd balkong i tilknytning til pasientenes fellesområder.
- Fellesområdene ligger tett på den sentrale personalbasen for at de ansatte skal ha best mulig oversikt.

Alternativ 2A-2

EKSEMPEL PÅ UTFORMING AV DØGNENHET



Utsikt fra personalbase ut til fellesrom og den midtstilte korridoren i døgnenheten

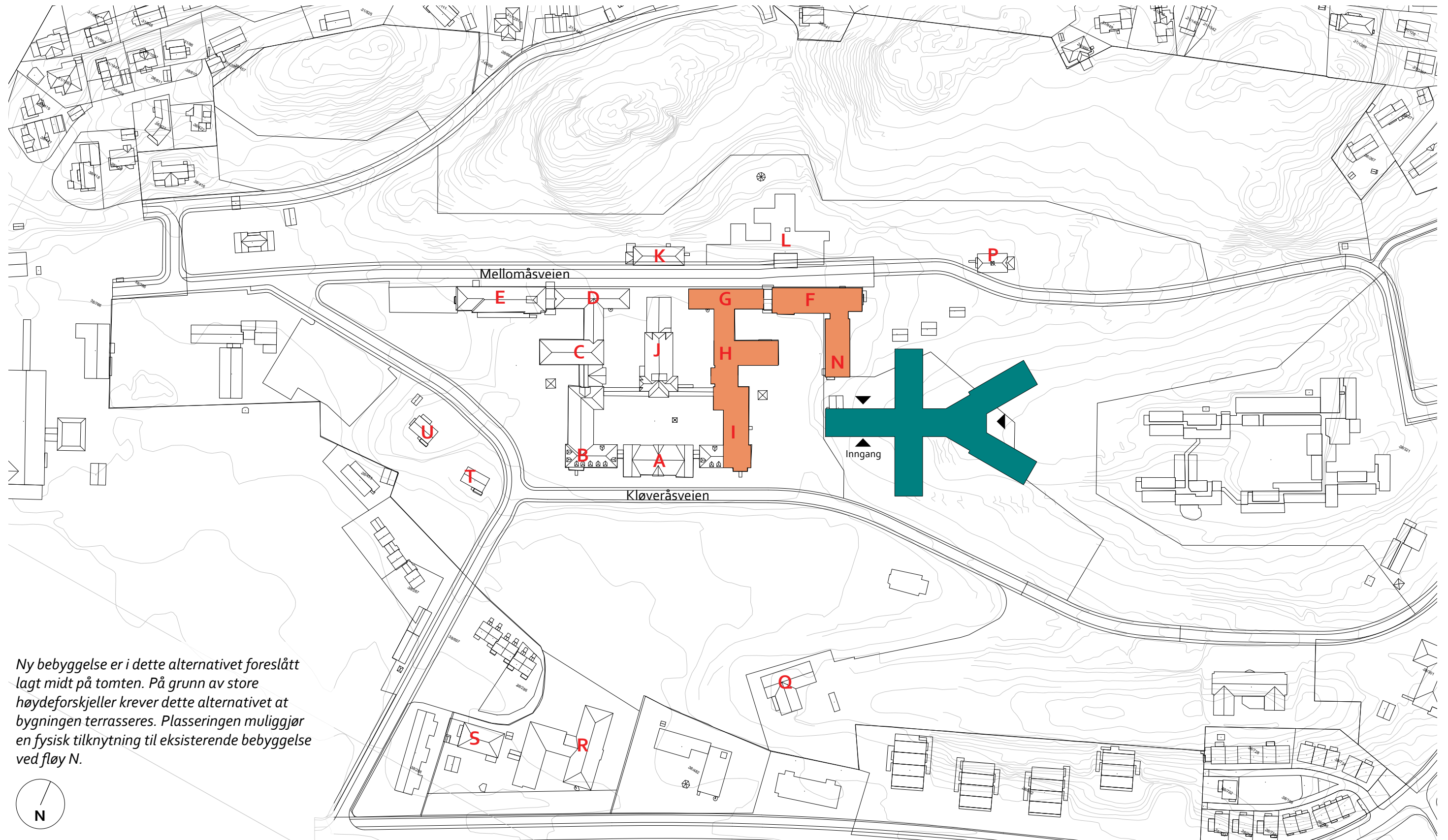


Eksempel på utforming av pasientrom

Alternativ 2B

Alternativ 2B-1

■ Eksisterende ■ Nybygg



Ny bebyggelse er i dette alternativet foreslått lagt midt på tomten. På grunn av store høydeforskjeller krever dette alternativet at bygningen terraseres. Plasseringen muliggjør en fysisk tilknytning til eksisterende bebyggelse ved fløy N.

Alternativ 2B-1

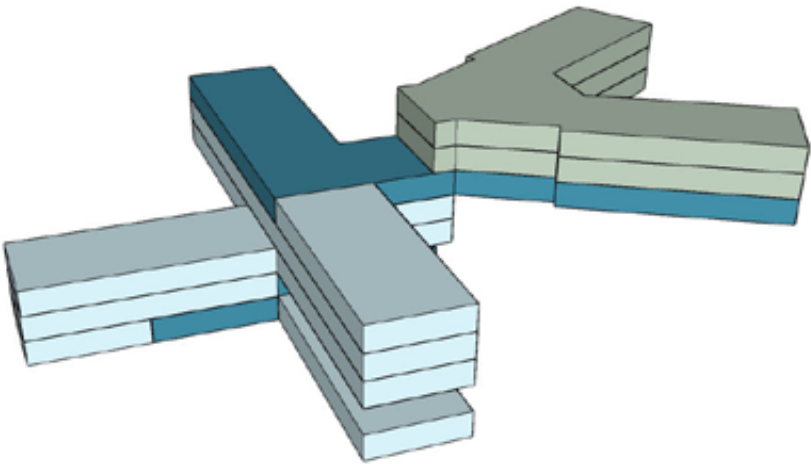
OVERORDNET FUNKSJONSINNDELING

Eksisterende bygg

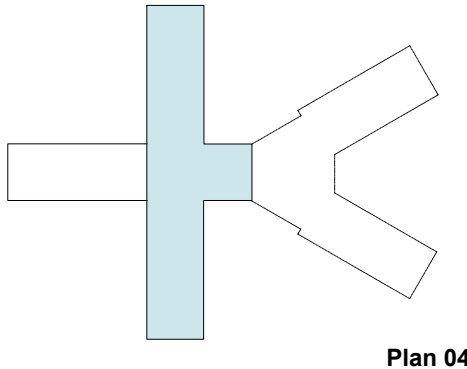
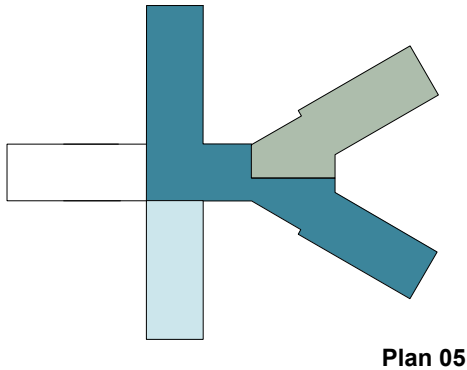
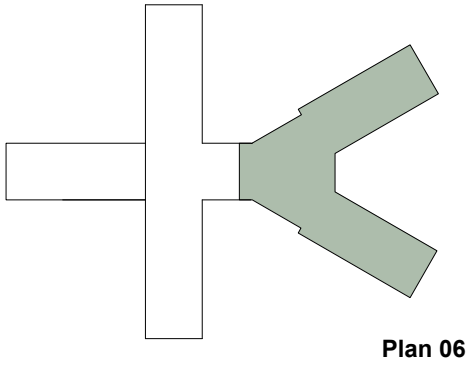
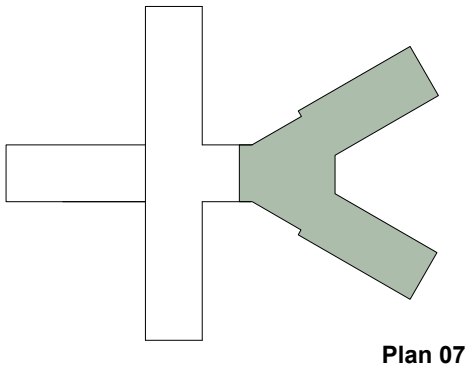
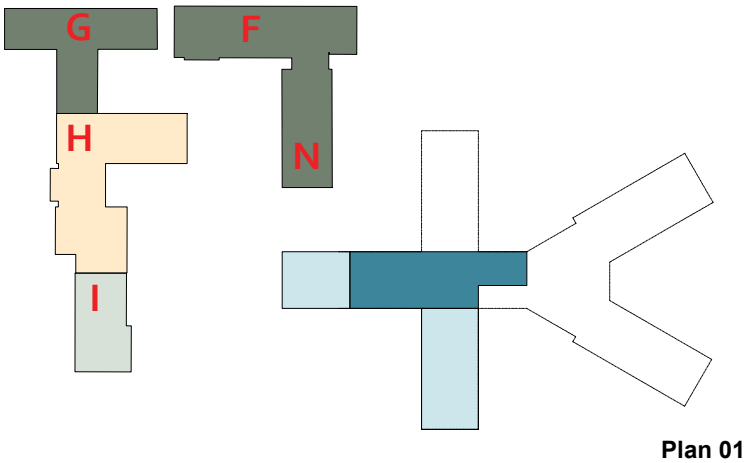
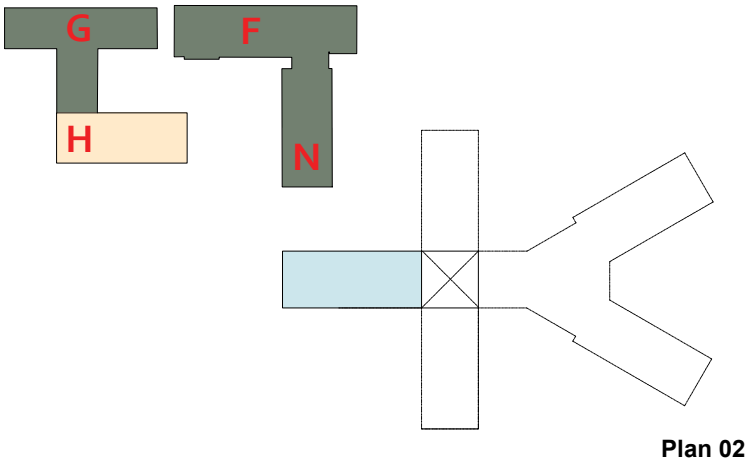
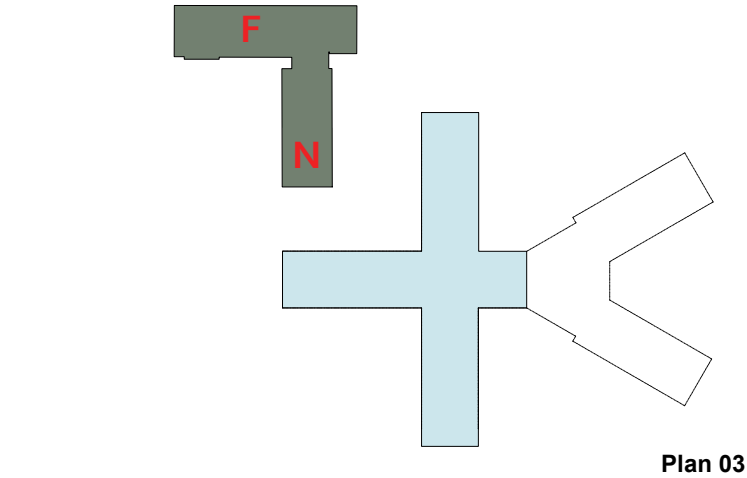
- Døgnavdeling spesialpsykiatrisk avdeling - BTA 4499 m²
- PIT - BTA 331 m²
- Poliklinikker - BTA 1300 m²

Nybygg

- Øvrige areal - BTA 1978 m²
- Døgnavdeling akutt - BTA 5423 m²
- Døgnavdeling TSB - BTA 3774 m²

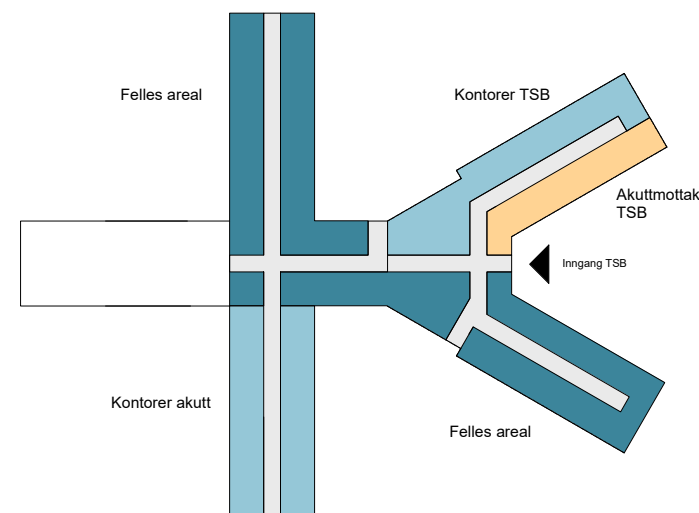
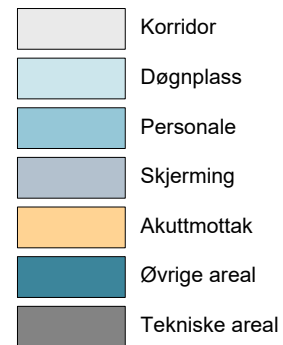


Forslaget viser 11.175 m² ny bebyggelse fordelt på 5.423 m² for døgnavdeling akutt, 3.774 m² døgnavdelinger TSB og 1.978 m² for øvrige arealer. Funksjoner som legges i eksisterende bygninger tar opp én etasje i fløy I, to etasjer i fløyene G og deler av H samt tre etasjer i fløyene F og N. Nye døgnenheter forslås i en vifteform mot øst. Bebyggelsen terrasseres for å ta opp eksisterende terreng.

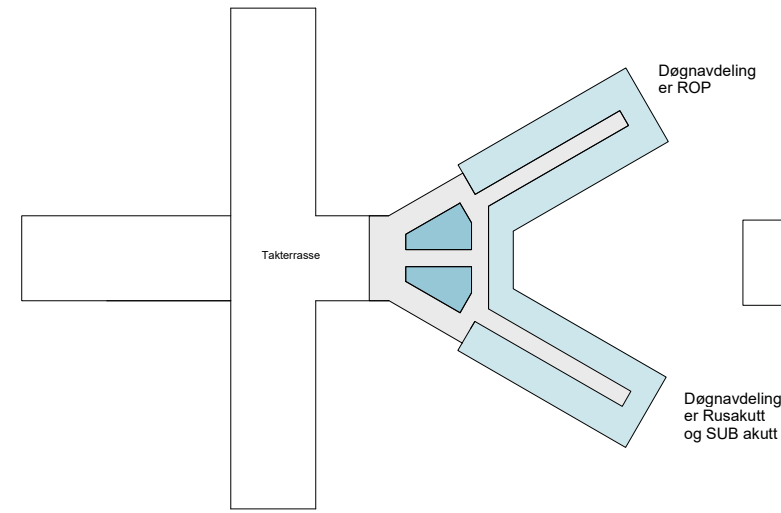


Alternativ 2B-1

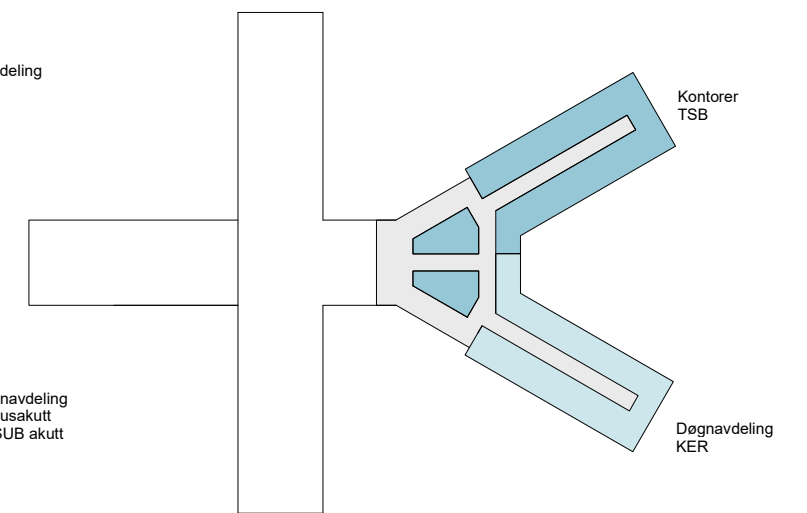
FUNKSJONSINDELING NYBYGG



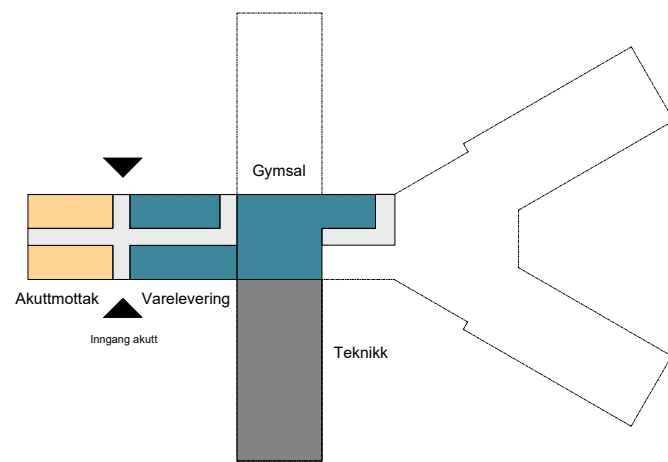
Plan 05



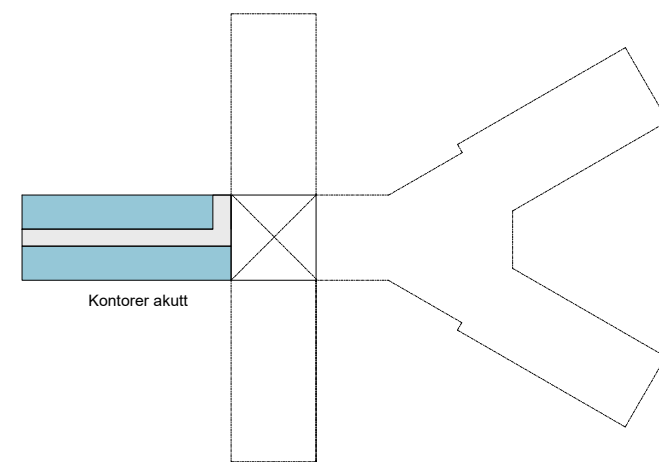
Plan 06



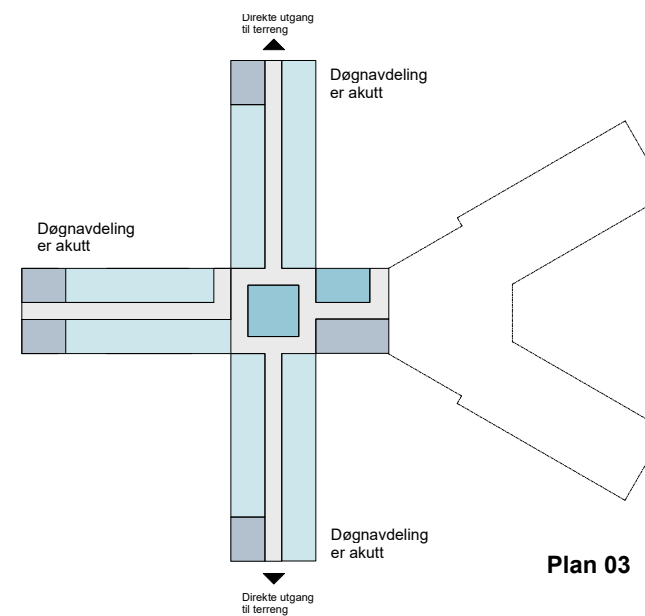
Plan 07



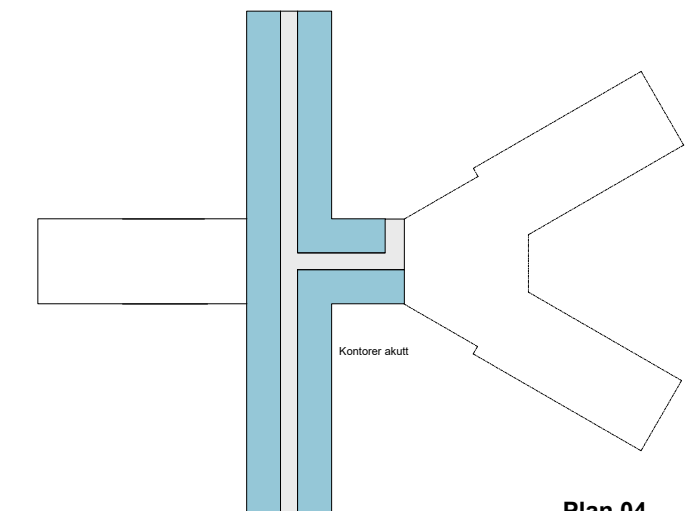
Plan 01



Plan 02



Plan 03



Plan 04

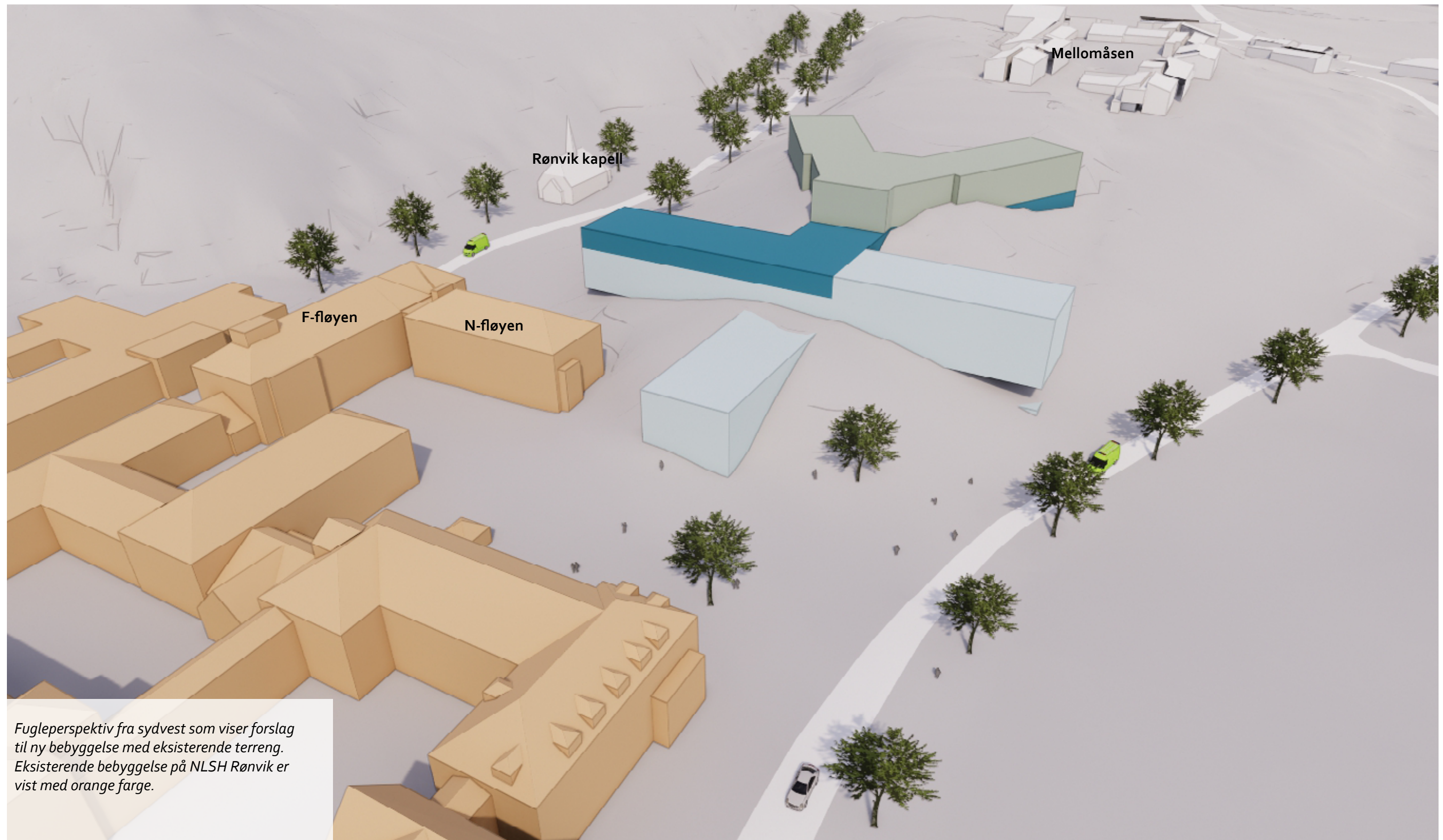


- Frittstående bygg, ikke til sjanse for eksisterende bygg
- Egen inngang til akutt og TSB i hver sin ende av bygget
- Fin utsikt og gode lysforhold fra døgnenhetene
- Vifteformen skaper skjermede uterom
- Bygget ligger godt i terrenget
- God oversikt over døgnenhetene fra personalbasene
- Døgnenhetene for akutt ligger på samme etasje
- Hver døgnenhet er en egen fløy for å forhindre undøvendig trafikk gjennom døgnenhetene



- Mange etasjer
- Inngrep i terrenget
- To ulike adkomsituasjoner kan skape noe forvirring for besøkende
- Alle døgnenhetene for TSB ligger ikke på samme etasje

Alternativ 2B-1

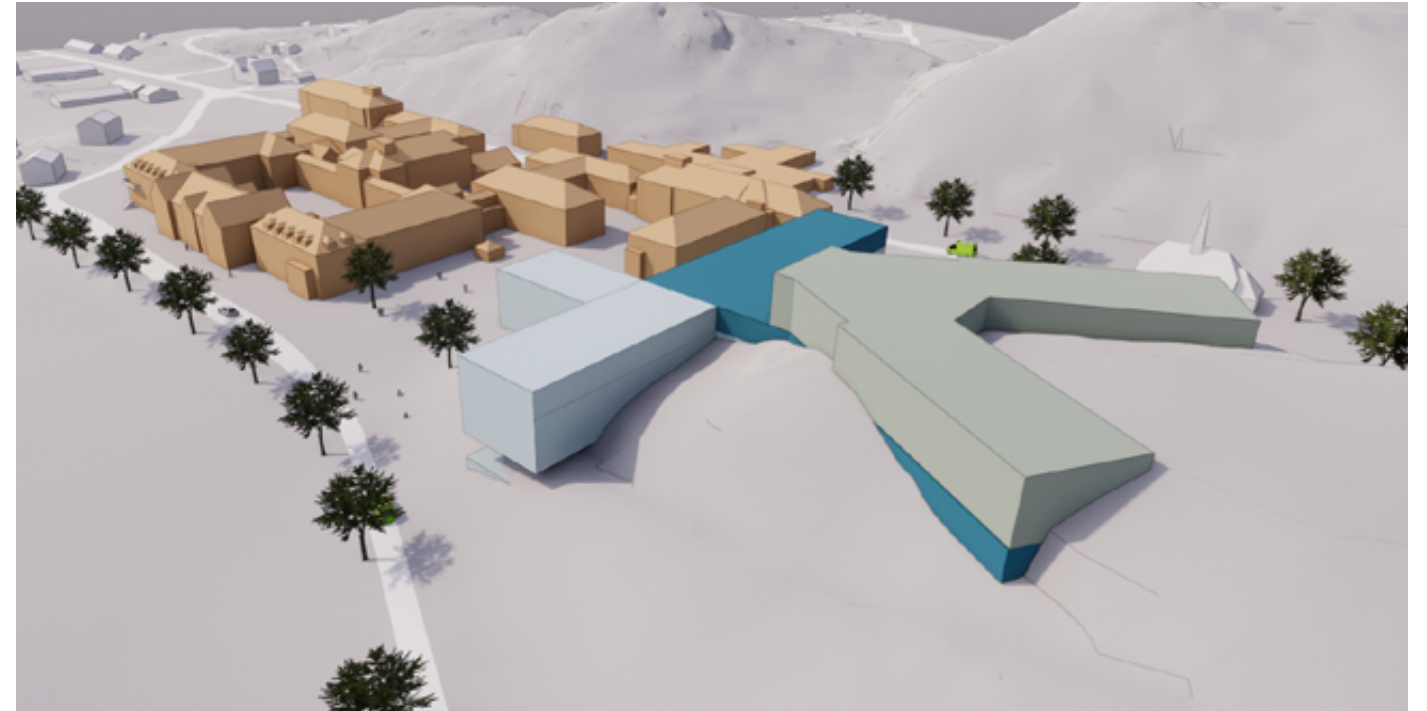


Fugleperspektiv fra sydvest som viser forslag til ny bebyggelse med eksisterende terreng. Eksisterende bebyggelse på NLSH Rønvik er vist med orange farge.

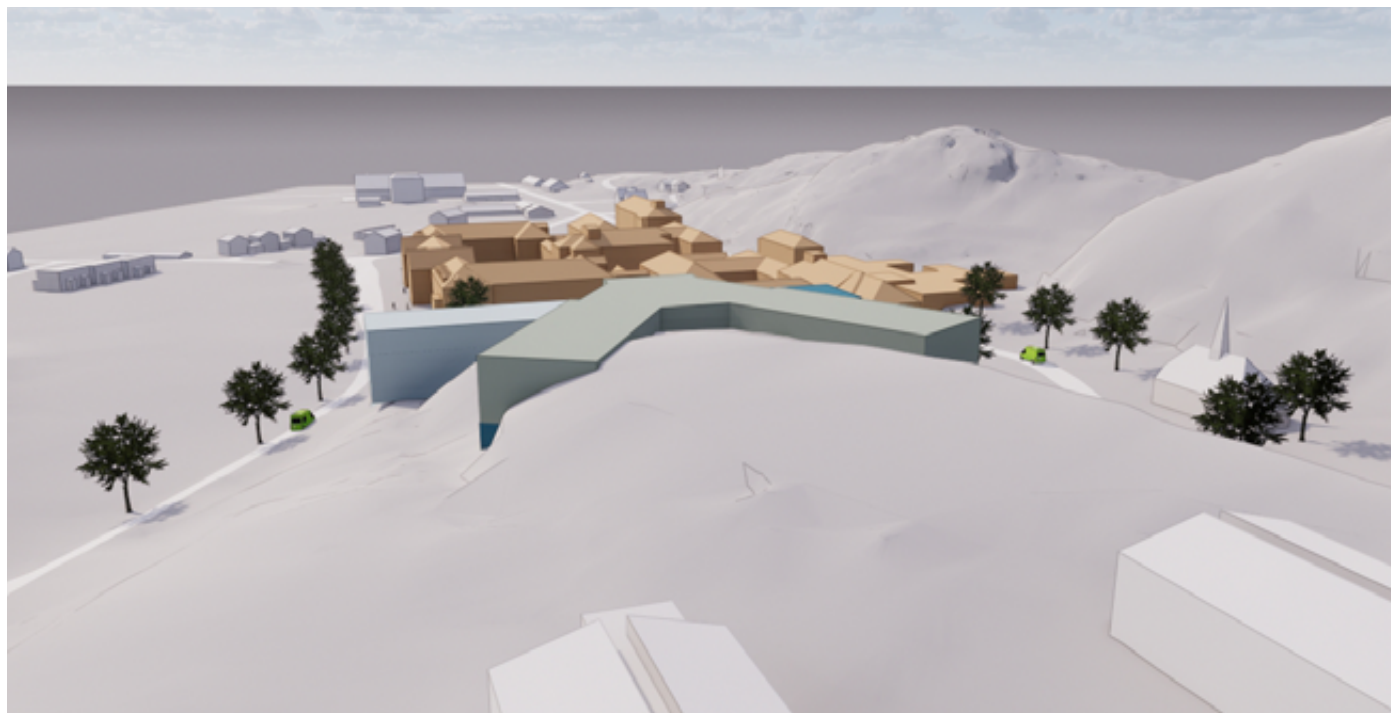
Alternativ 2B-1



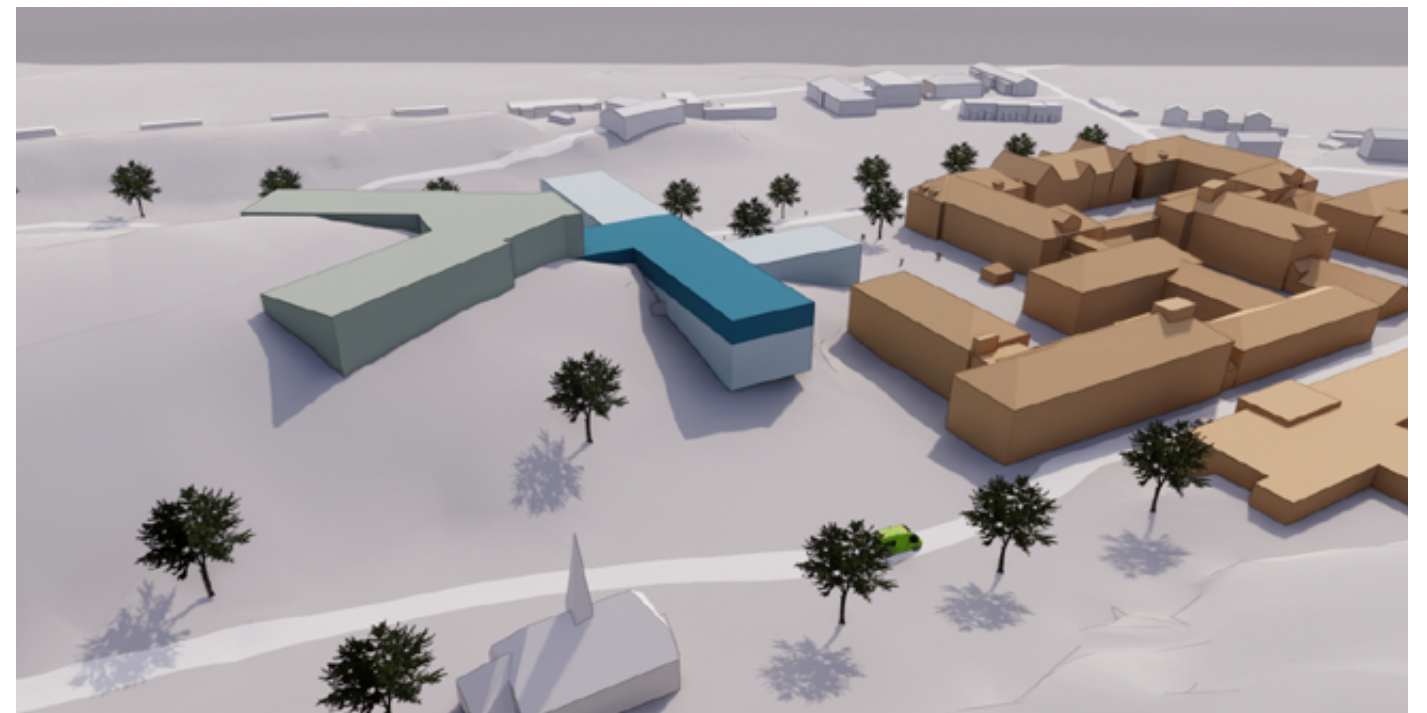
Fugleperspektiv fra vest. Bebyggelsens plassering gir mulighet for tilkopling til N-fløyen samt adkomst fra Kløveråsveien.



Fugleperspektiv fra sydøst. Bebyggelsen terreasseres slik at den følger eksisterende terreng best mulig.



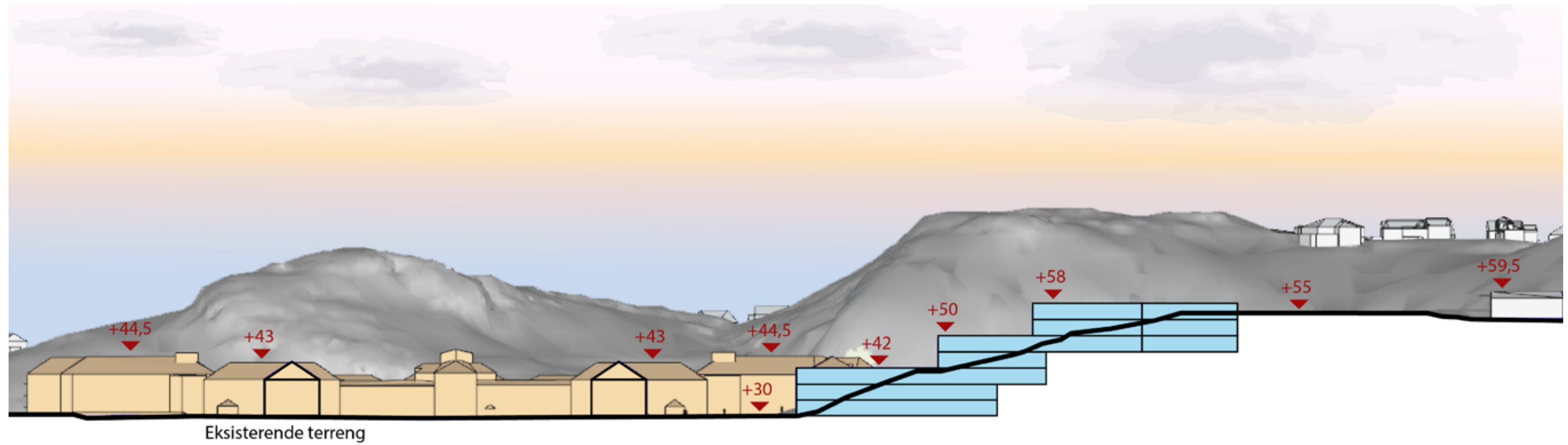
Fugleperspektiv fra Mellomåsen. Ny bebyggelse terrasseres til toppen av kollen, noe som gir mulighet for en fysisk tilknytning til eksisterende bebyggelse på Mellomåsen.



Fugleperspektiv fra nordøst. Nye døgnposter får fin utsikt over eksisterende bebyggelse.

Alternativ 2B-1

Snitt AA



Alternativ 2B-1



Fugleperspektiv fra sydvest som viser forslag til ny bebyggelse med bearbeidet terreng og faader. Hensikten er å gi en tydeligere forståelse av volumet og konsekvensene for terrenget. Eksisterende bebyggelse på NLSH Rønvik er vist med orange farge.

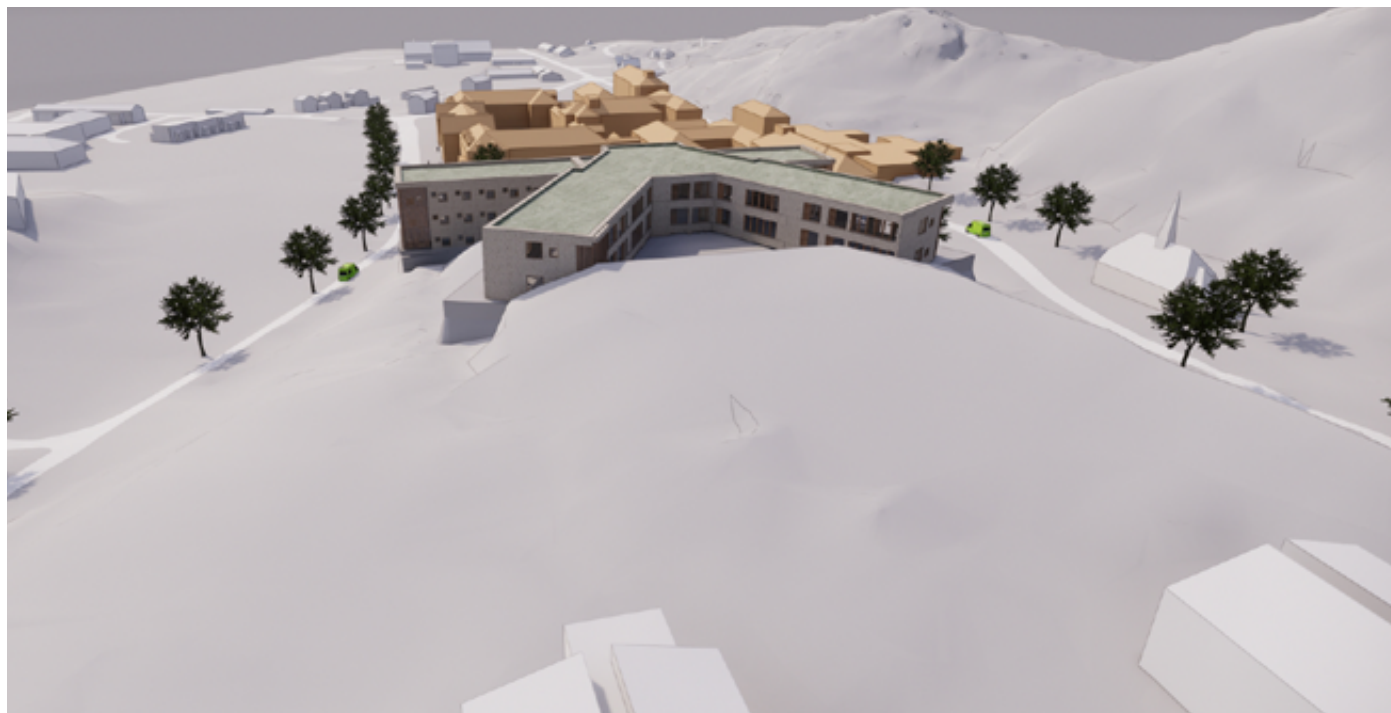
Alternativ 2B-1



Fugleperspektiv fra vest.



Fugleperspektiv fra sydøst.



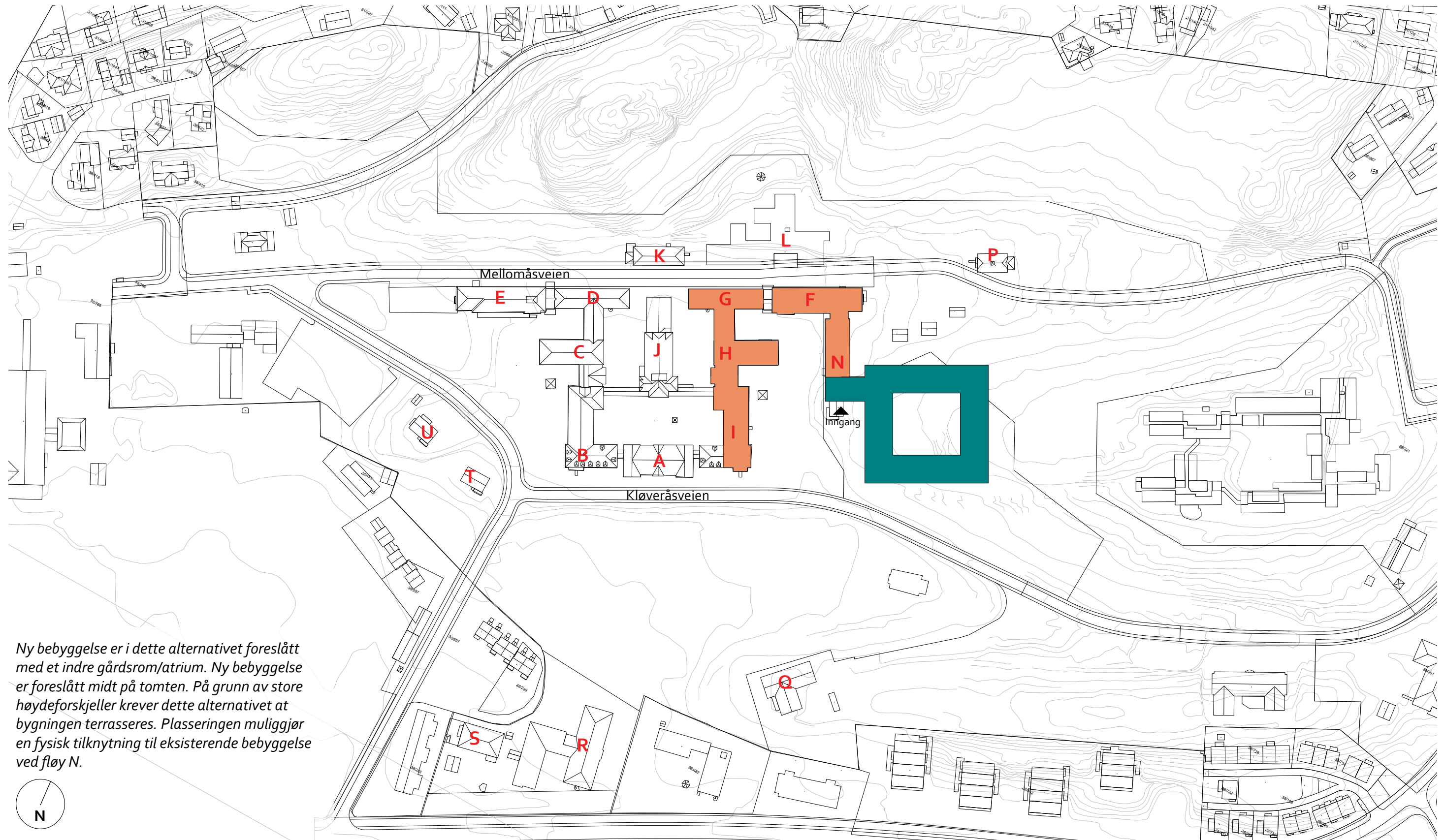
Fugleperspektiv fra Mellomåsen.



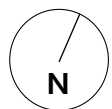
Fugleperspektiv fra nordøst.

Alternativ 2B-2

■ Eksisterende ■ Nybygg



Ny bebyggelse er i dette alternativet foreslått med et indre gårdsrom/atrium. Ny bebyggelse er foreslått midt på tomten. På grunn av store høydeforskjeller krever dette alternativet at bygningen terrasseres. Plasseringen muliggjør en fysisk tilknytning til eksisterende bebyggelse ved fløy N.



Alternativ 2B-2

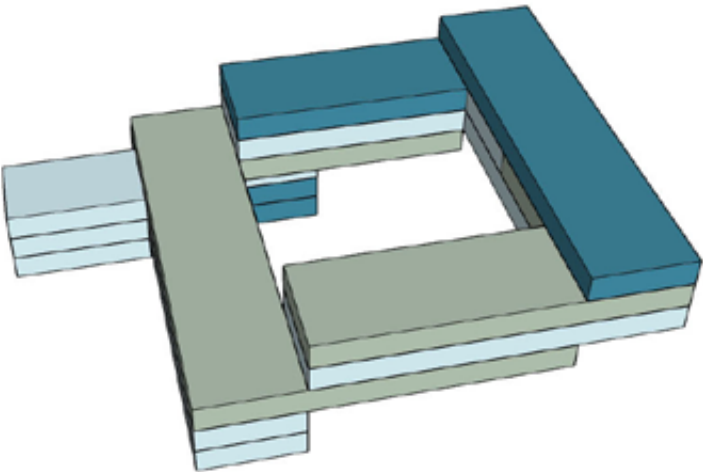
OVERORDNET FUNKSJONSINNDELING

Eksisterende bygg

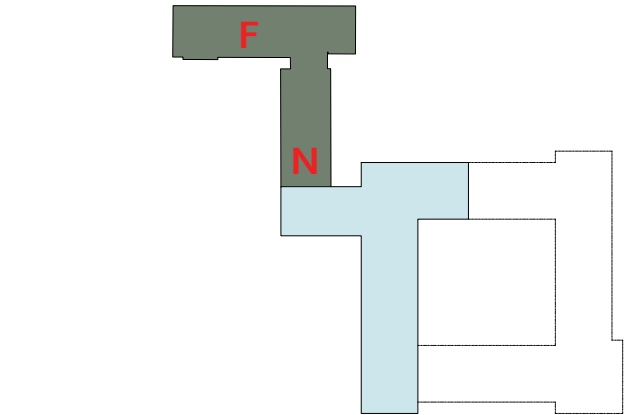
- Døgnavdeling spesialpsykiatrisk avdeling - BTA 4499 m²
- PIT - BTA 331 m²
- Poliklinikker - BTA 1300 m²

Nybygg

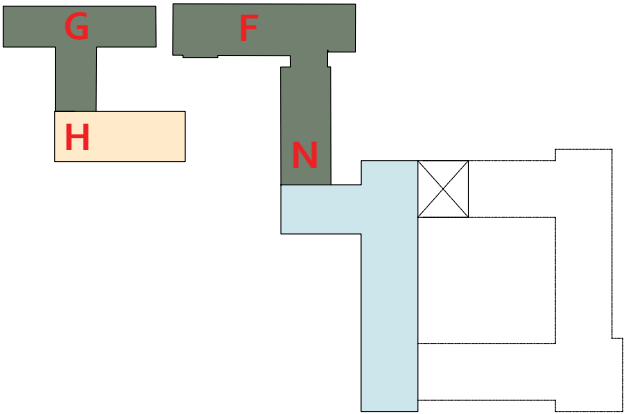
- Øvrige areal - BTA 1978 m²
- Døgnavdeling akutt - BTA 5423 m²
- Døgnavdeling TSB - BTA 3774 m²



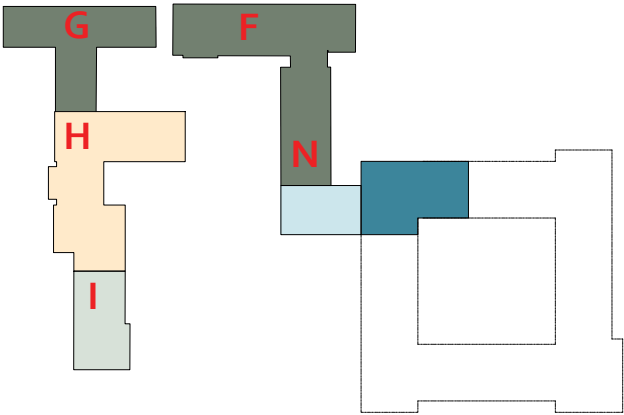
Forslaget viser 11.175 m² ny bebyggelse fordelt på 5.423 m² for døgnavdeling akutt, 3.774 m² døgnavdelinger TSB og 1.978 m² for øvrige arealer. Funksjoner som legges i eksisterende bygninger tar opp én etasje i fløy I, to etasjer i fløyene G og deler av H samt tre etasjer i fløyene F og N. Nye døgnenheter forslås i en kvartalsstruktur med et indre atrium. Bebyggelsen terrasseres for å ta opp eksisterende terreng.



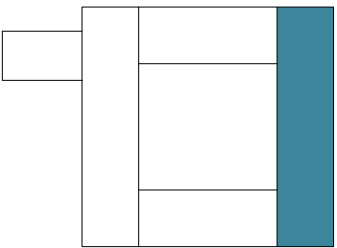
Plan 03



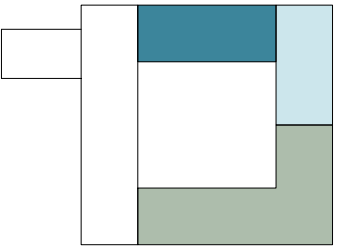
Plan 02



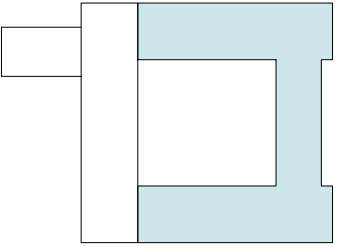
Plan 01



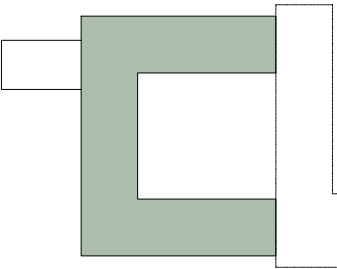
Plan 07



Plan 06



Plan 05

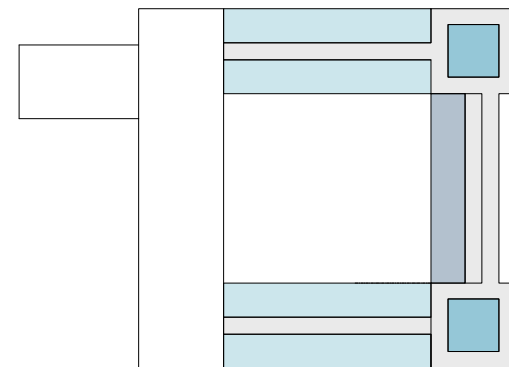


Plan 04

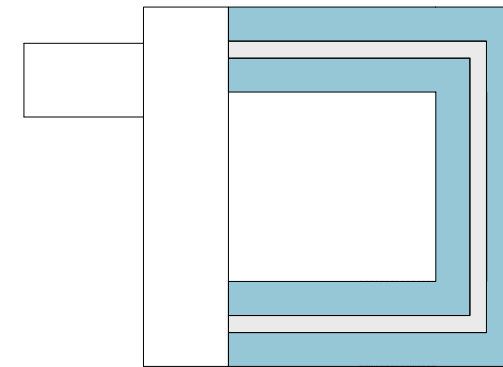
Alternativ 2B-2

FUNKSJONSINDELING NYBYGG

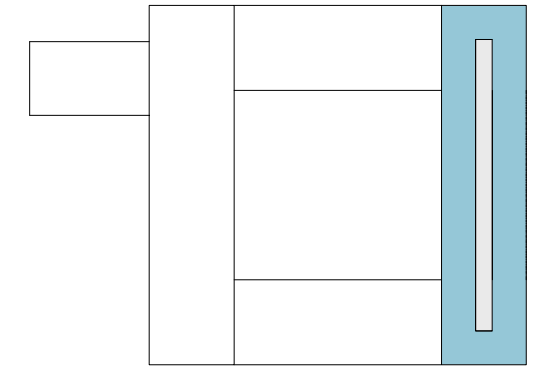
	Korridor
	Døgnplass
	Personale
	Skjerming
	Akuttmttak
	Øvrige areal
	Tekniske areal



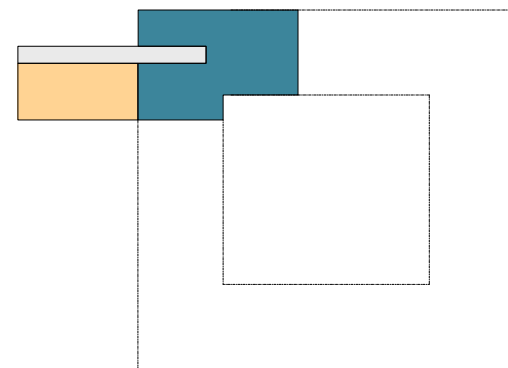
Plan 05



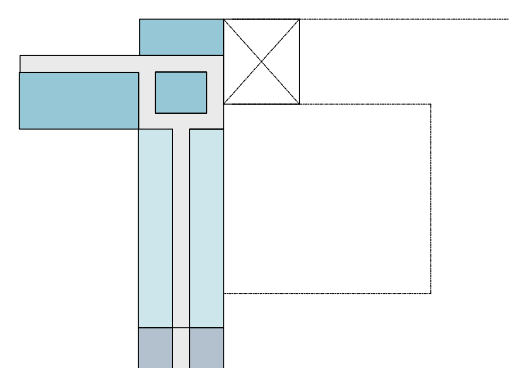
Plan 06



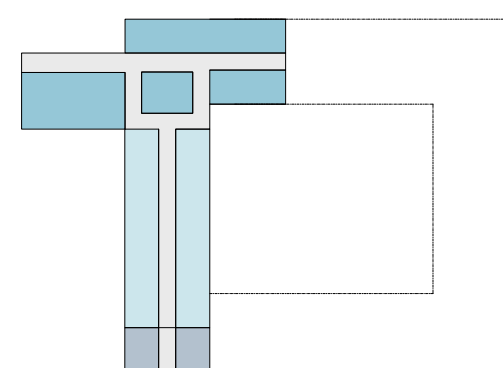
Plan 07



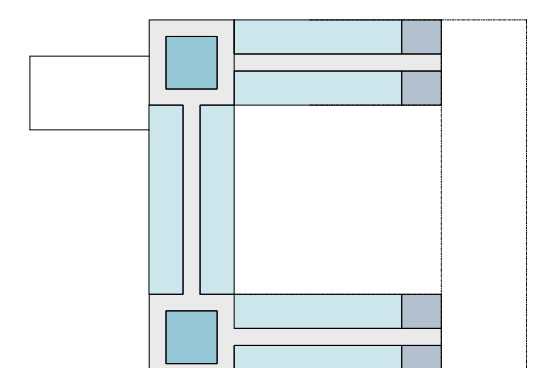
Plan 01



Plan 02



Plan 03



Plan 04

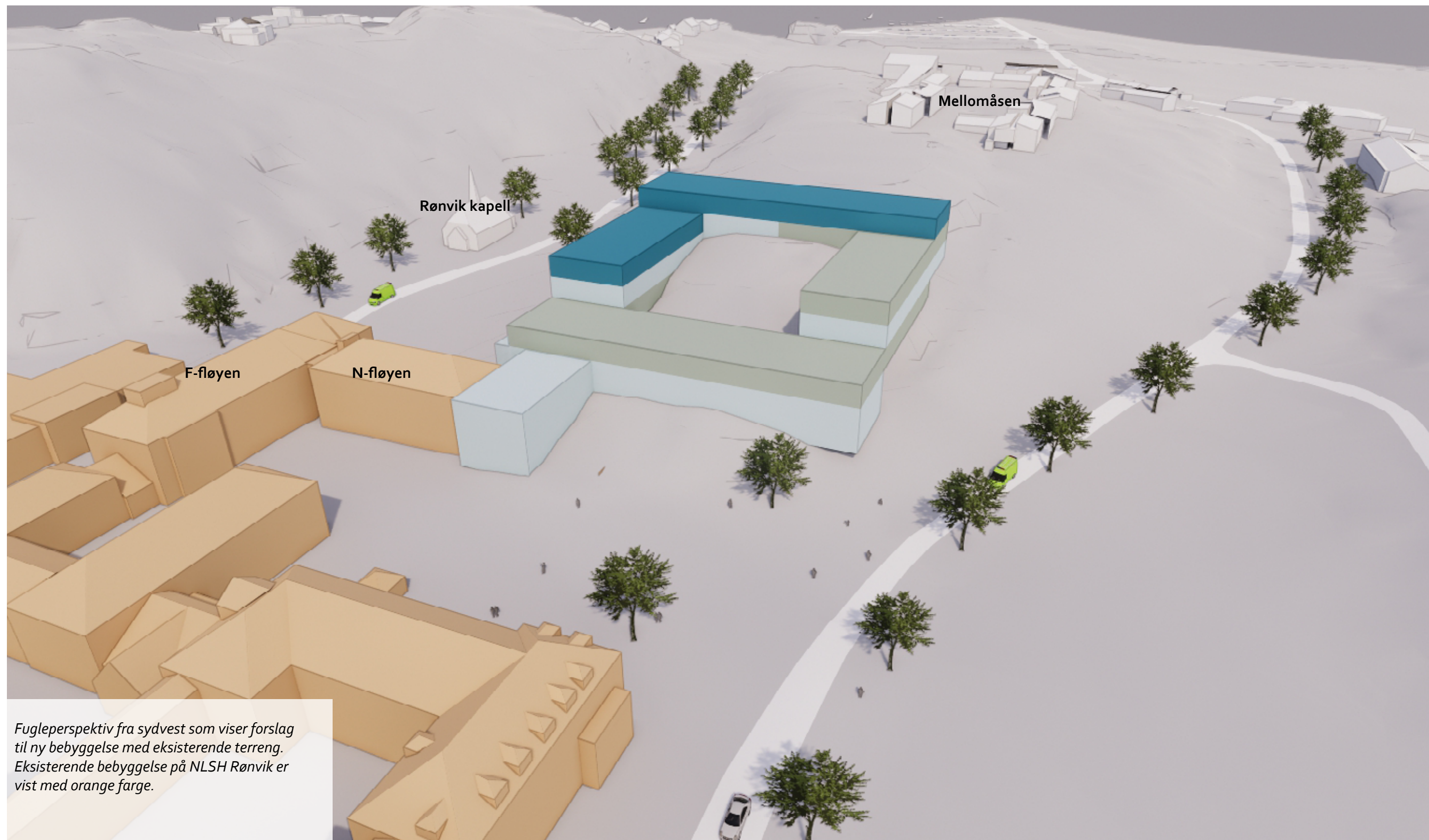


- God kobling til eksisterende bygg
- Fin utsikt og gode lysforhold fra døgnenhetene
- God oversikt over døgnenheten fra personalbasene
- Kompakt bygg med lite fotavtrykk og ikke fullt så stort inngrep i kollen



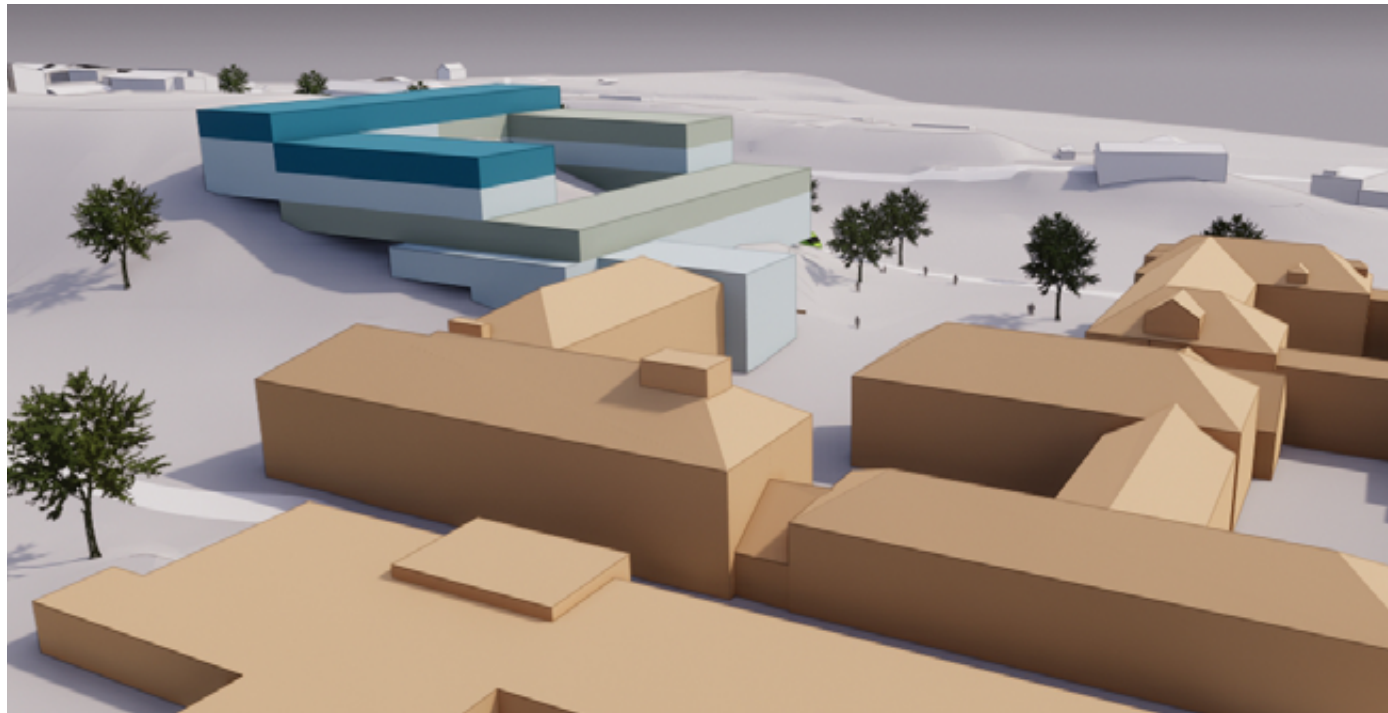
- Mange etasjer
- Alle døgnenhetene for TSB ligger ikke på samme etasje
- Døgnenhetene for akutt ligger ikke på samme etasje
- Atriumsformen skaper utfordringer for flyten i bygget. Det blir unødvendig mye trafikk gjennom døgnenhetene for å bevege seg videre til en annen enhet.

Alternativ 2B-2



Fugleperspektiv fra sydvest som viser forslag til ny bebyggelse med eksisterende terreng. Eksisterende bebyggelse på NLSH Rønvik er vist med orange farge.

Alternativ 2B-2



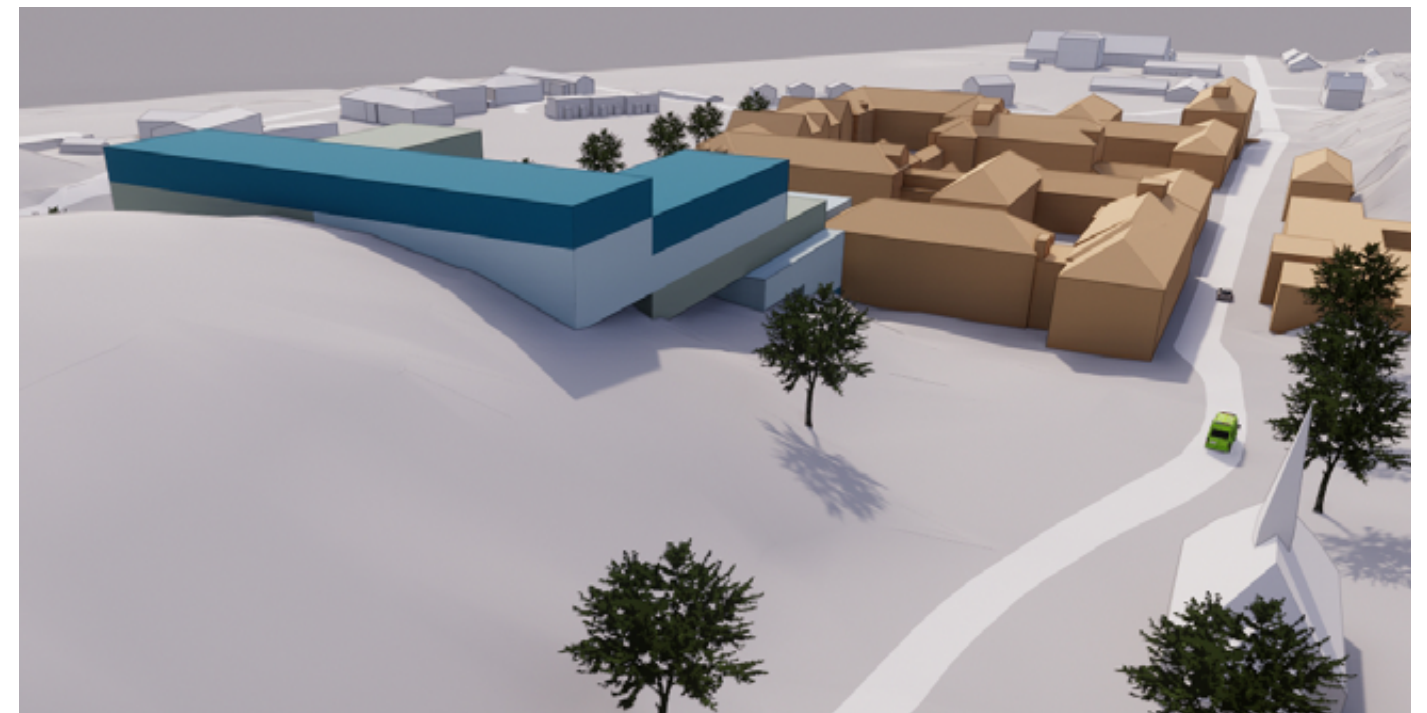
Fugleperspektiv fra nordvest. Bebyggelsen terreasseres slik at den følger eksisterende terreng best mulig.



Perspektiv fra Kløveråsveien. Bebyggelsens plassering gir mulighet for adkomst fra Kløveråsveien.



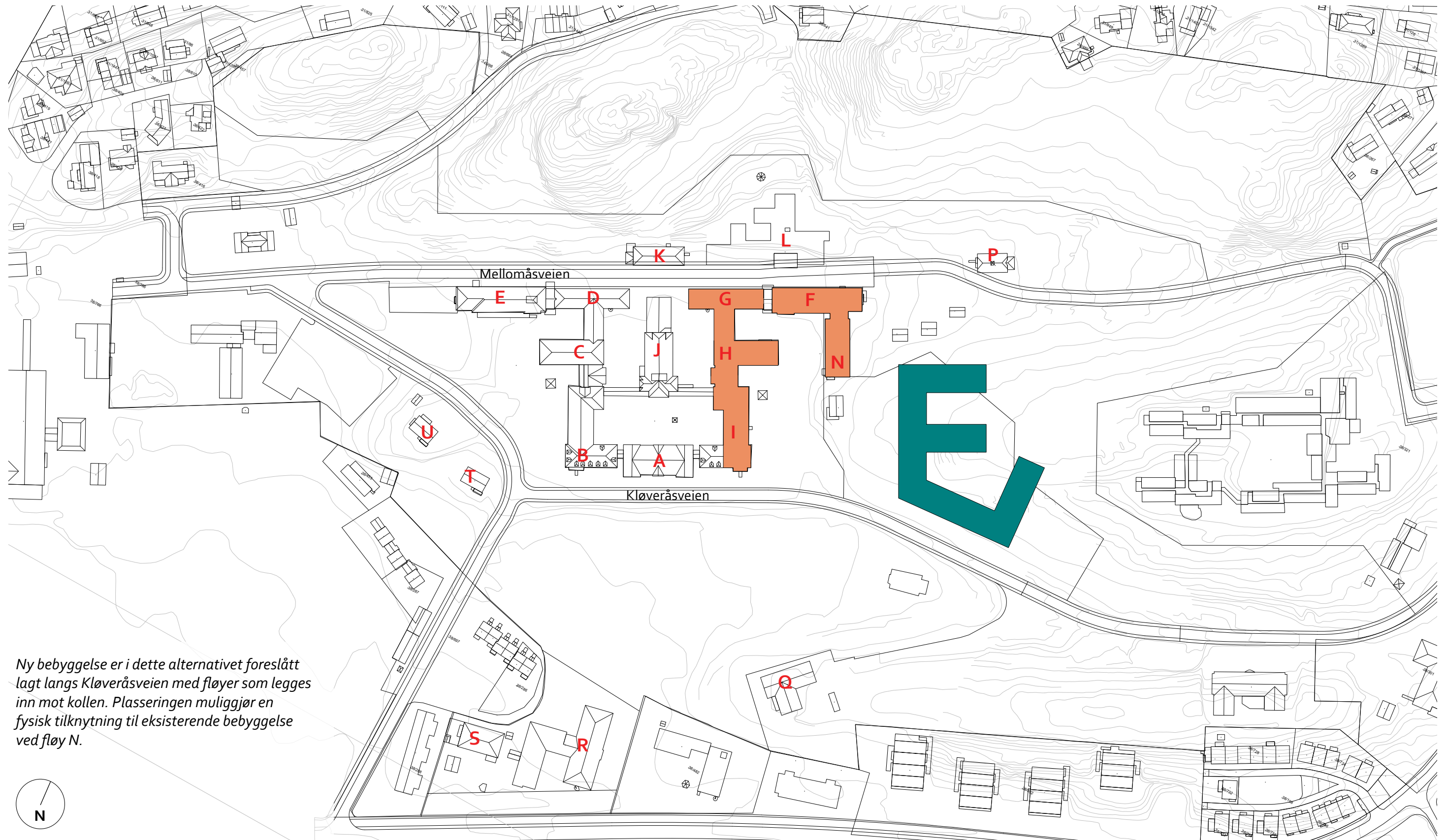
Fugleperspektiv fra Mellomåsen. Ny bebyggelse terrasseres til toppen av kollen, noe som gir mulighet for en fysisk tilknytning til eksisterende bebyggelse på Mellomåsen.



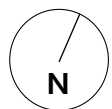
Fugleperspektiv fra nordøst. Nye døgnposter får fin utsikt over eksisterende bebyggelse.

Alternativ 2B-3

■ Eksisterende ■ Nybygg



Ny bebyggelse er i dette alternativet foreslått lagt langs Kløveråsveien med fløyer som legges inn mot kollen. Plasseringen muliggjør en fysisk tilknytning til eksisterende bebyggelse ved fløy N.



Alternativ 2B-3

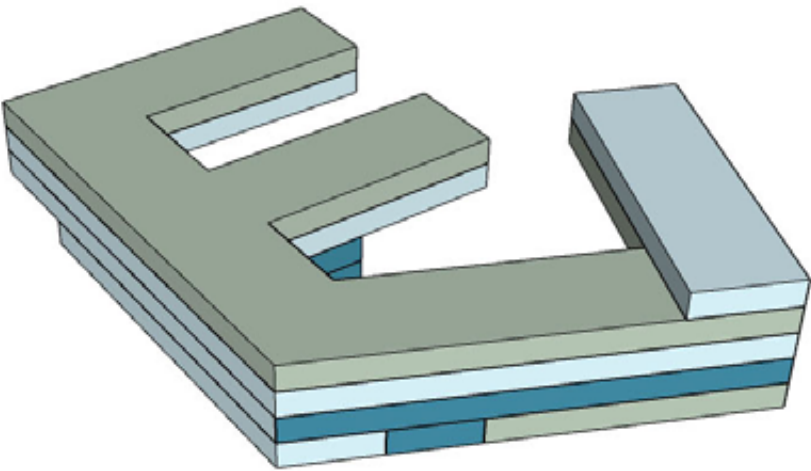
OVERORDNET FUNKSJONSINNDELING

Eksisterende bygg

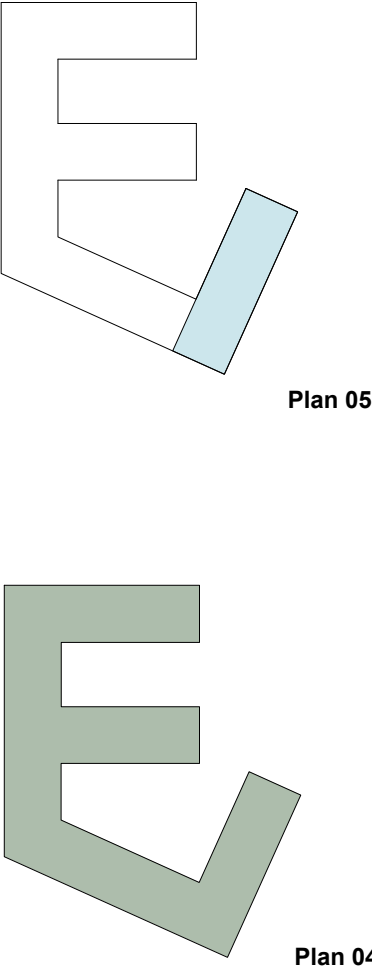
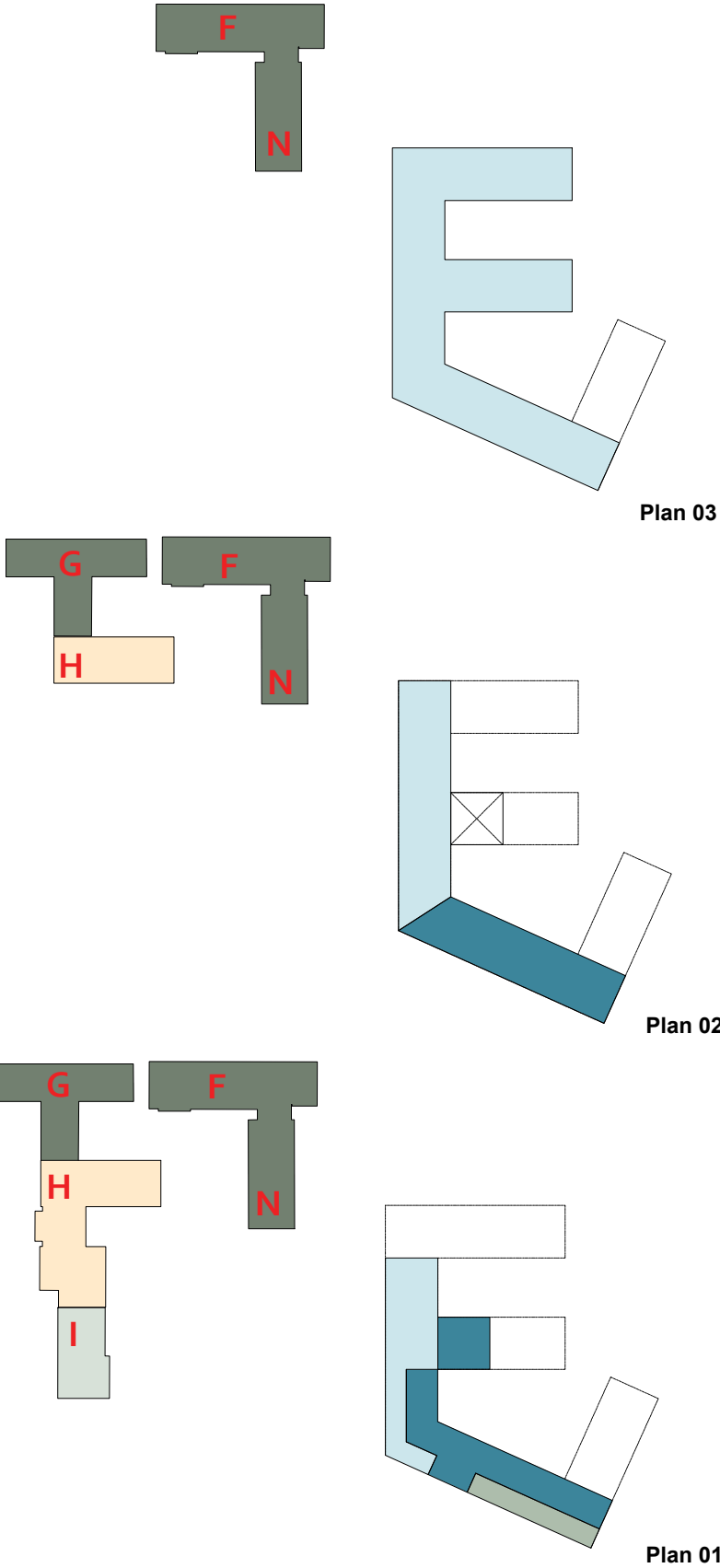
- Døgnavdeling spesialpsykiatrisk avdeling - BTA 4499 m²
- PIT - BTA 331 m²
- Poliklinikker - BTA 1300 m²

Nybygg

- Øvrige areal - BTA 1978 m²
- Døgnavdeling akutt - BTA 5423 m²
- Døgnavdeling TSB - BTA 3774 m²

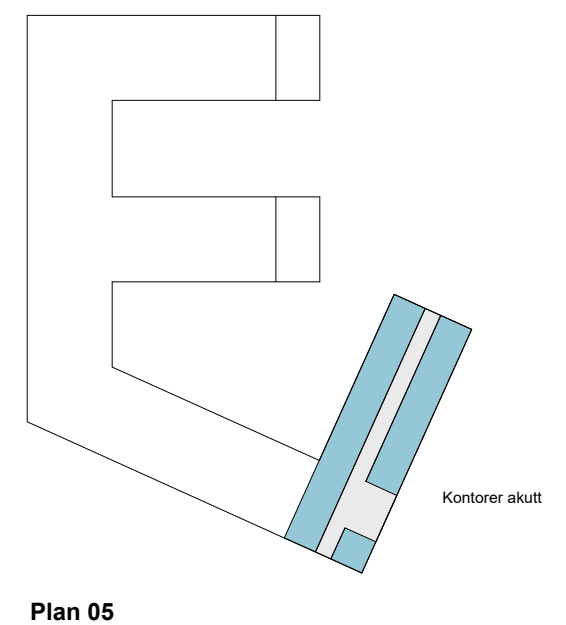
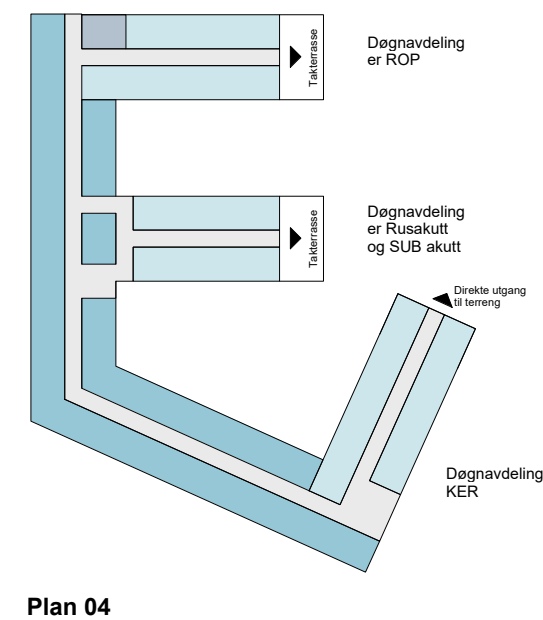
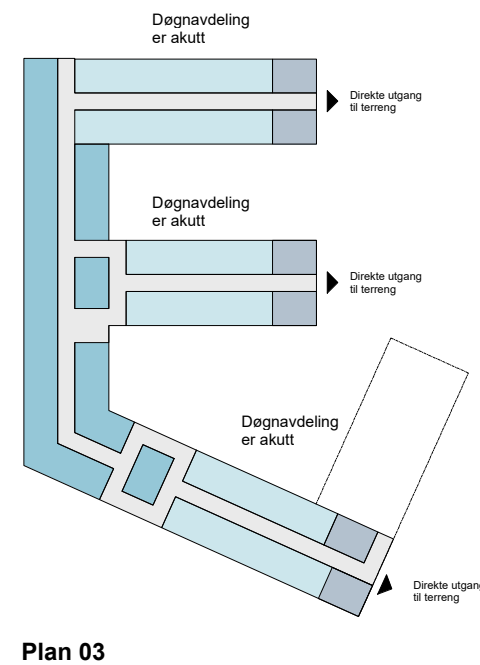
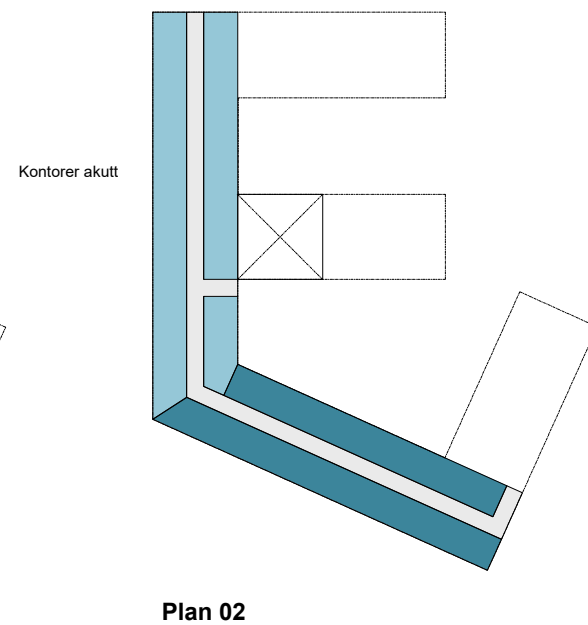
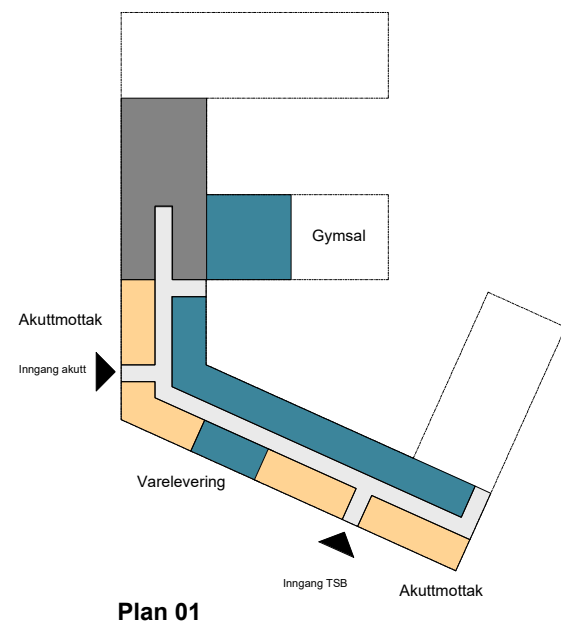
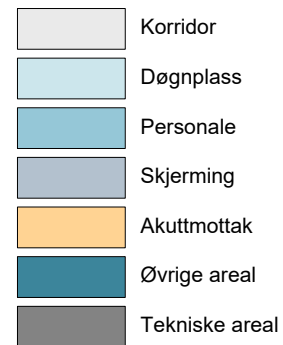


Forslaget viser 11.175 m² ny bebyggelse fordelt på 5.423 m² for døgnavdeling akutt, 3.774 m² døgnavdelinger TSB og 1.978 m² for øvrige arealer. Funksjoner som legges i eksisterende bygninger tar opp én etasje i fløy I, to etasjer i fløyene G og deler av H samt tre etasjer i fløyene F og N. Nye døgnenheter foreslås lagt i terrenget inn mot kollen.



Alternativ 2B-3

FUNKSJONSINDELING NYBYGG

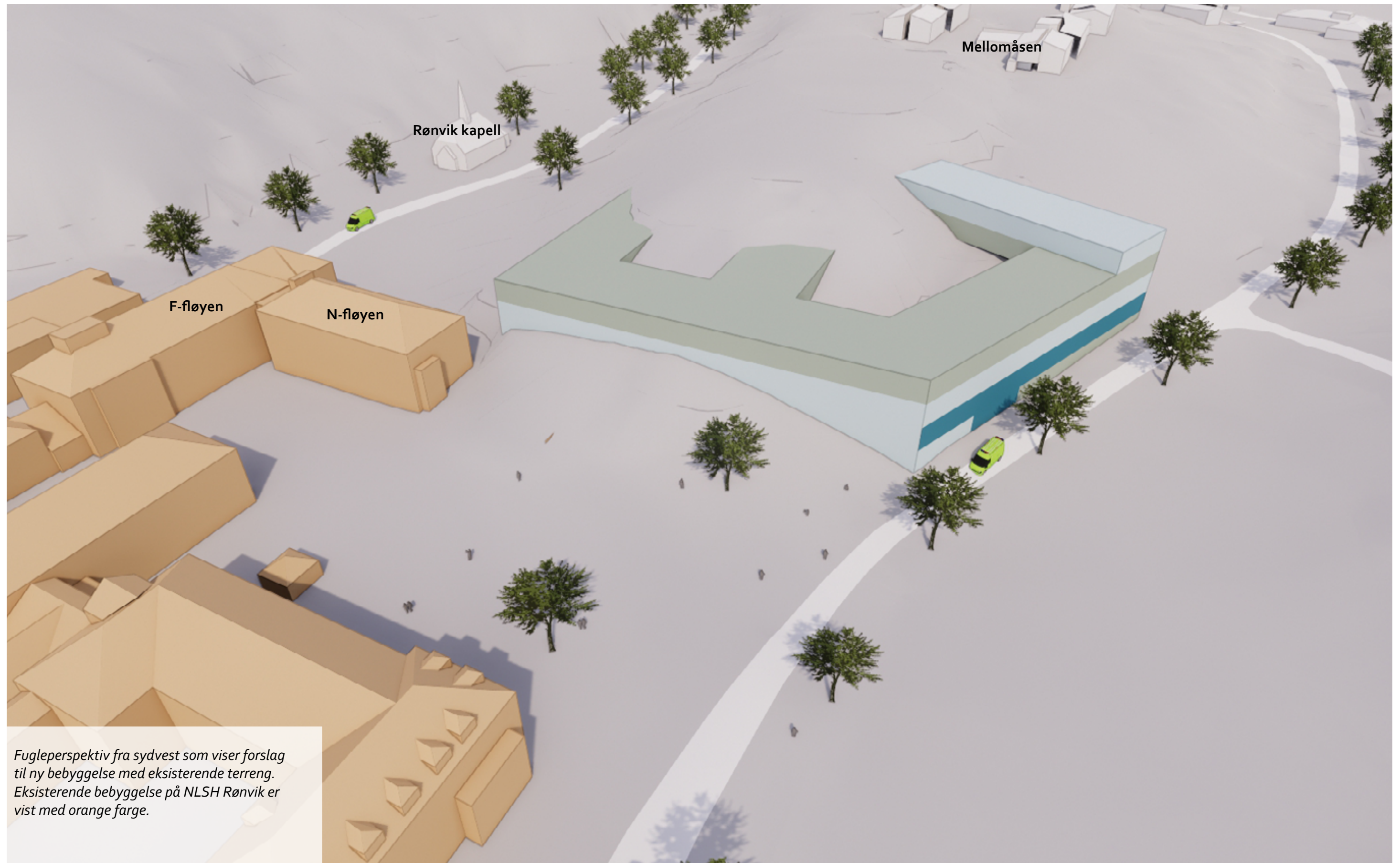


- Frittstående bygg, ikke til sjenanse for eksisterende bygg
- Egen inngang til akutt og TSB i samme etasje (plan 01)
- Bygget ligger godt i terrenget
- God oversikt over døgnenheten fra personalbasene
- Døgnenhetene for akutt ligger på samme etasje
- Døgnenhetene for TSB ligger på samme etasje
- Hver døgnenhet er en egen fløy for å forhindre undøwendig trafikk gjennom døgnenhetene



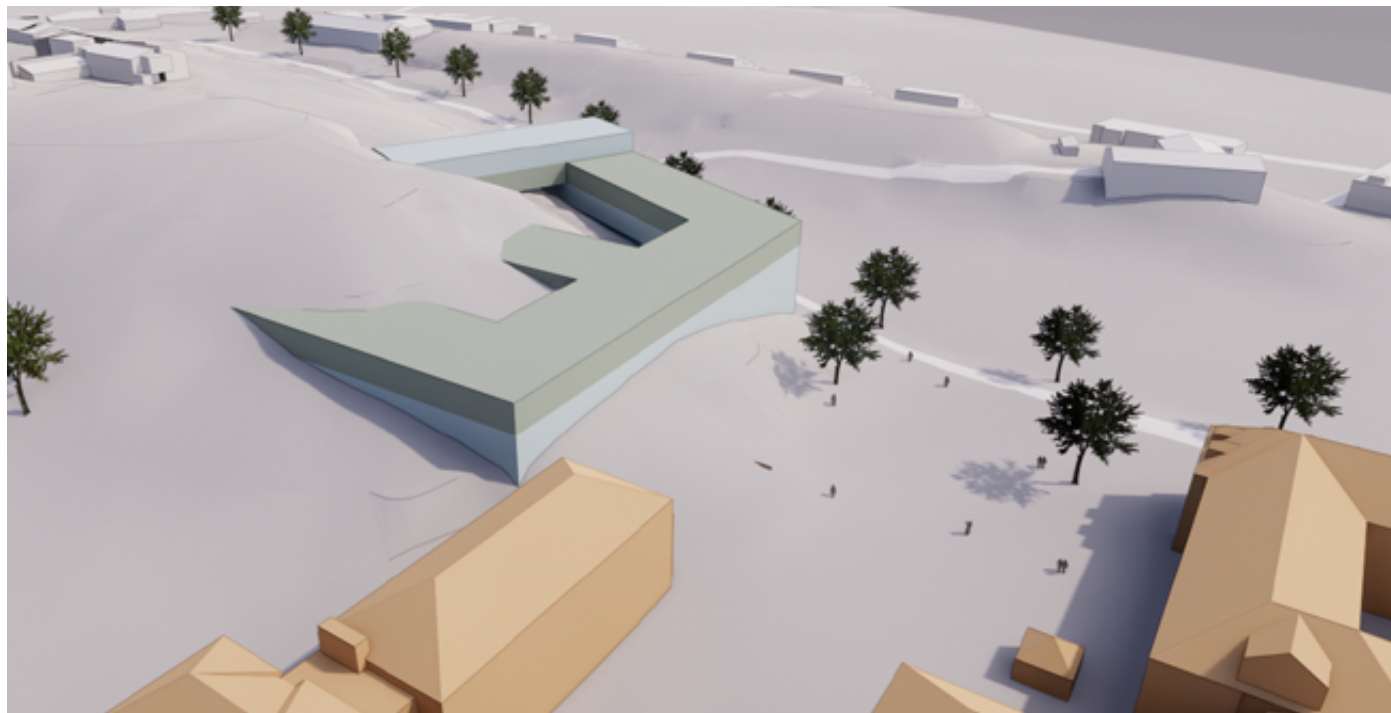
- Døgnenhetene ligger noe i skyggen, og har ikke like gode lysforhold som 2B-1
- Stort fotavtrykk og dermed store avstander på hvert plan

Alternativ 2B-3

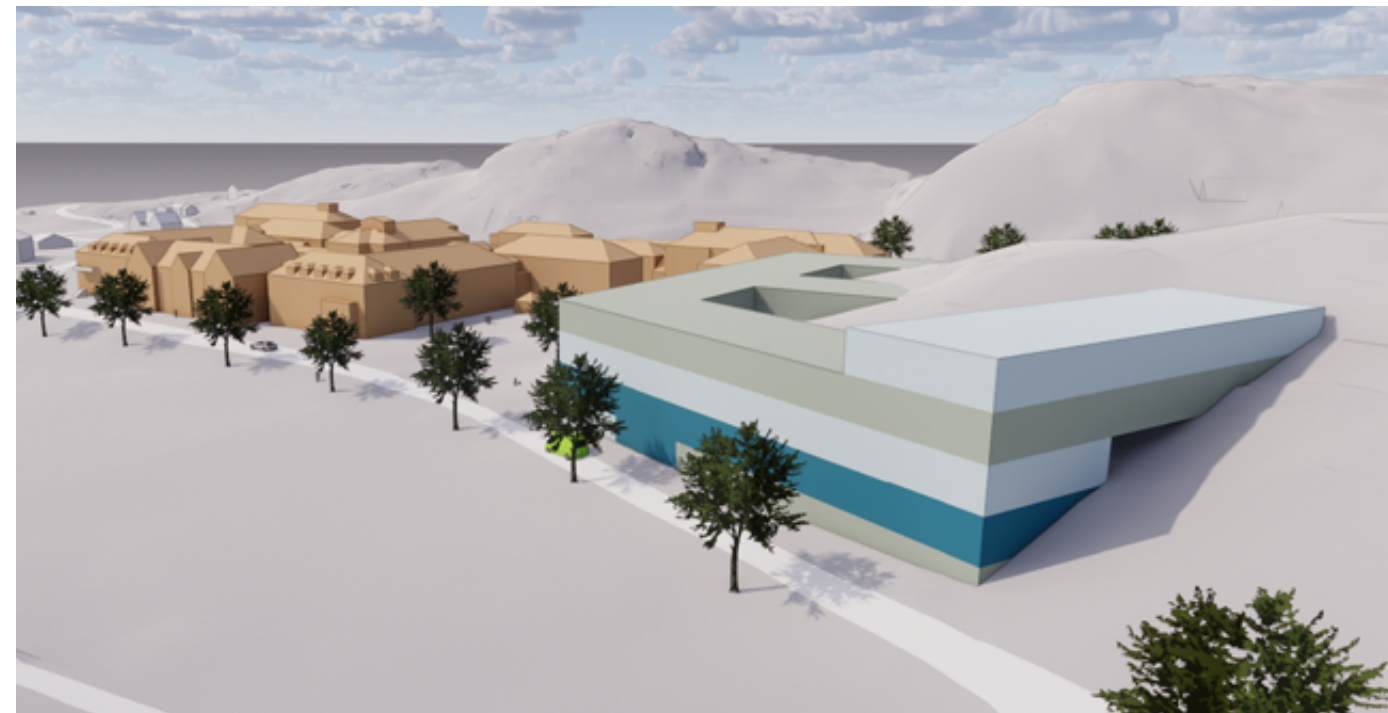


Fugleperspektiv fra sydvest som viser forslag til ny bebyggelse med eksisterende terreng. Eksisterende bebyggelse på NLSH Rønvik er vist med orange farge.

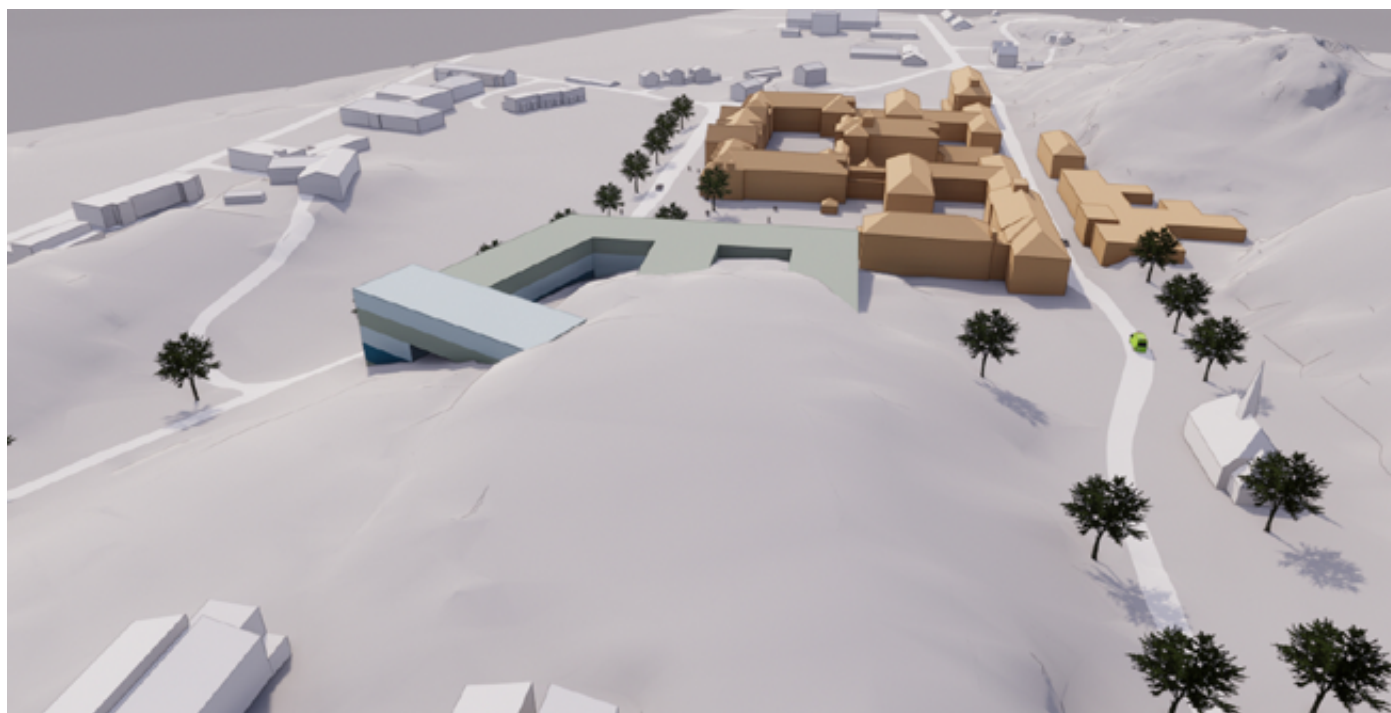
Alternativ 2B-3



Fugleperspektiv fra nordvest. Bebyggelsen terreasseres noe, men plasseringen vil kreve relativt store inngrep i terrenget.



Fugleperspektiv fra sydøst. Ny bebyggelse plasseres parallelt med Kløveråsveien.



Fugleperspektiv fra Mellomåsen. Ny bebyggelse terrasseres til toppen av kollen, noe som gir mulighet for en fysisk tilknytning til eksisterende bebyggelse på Mellomåsen.



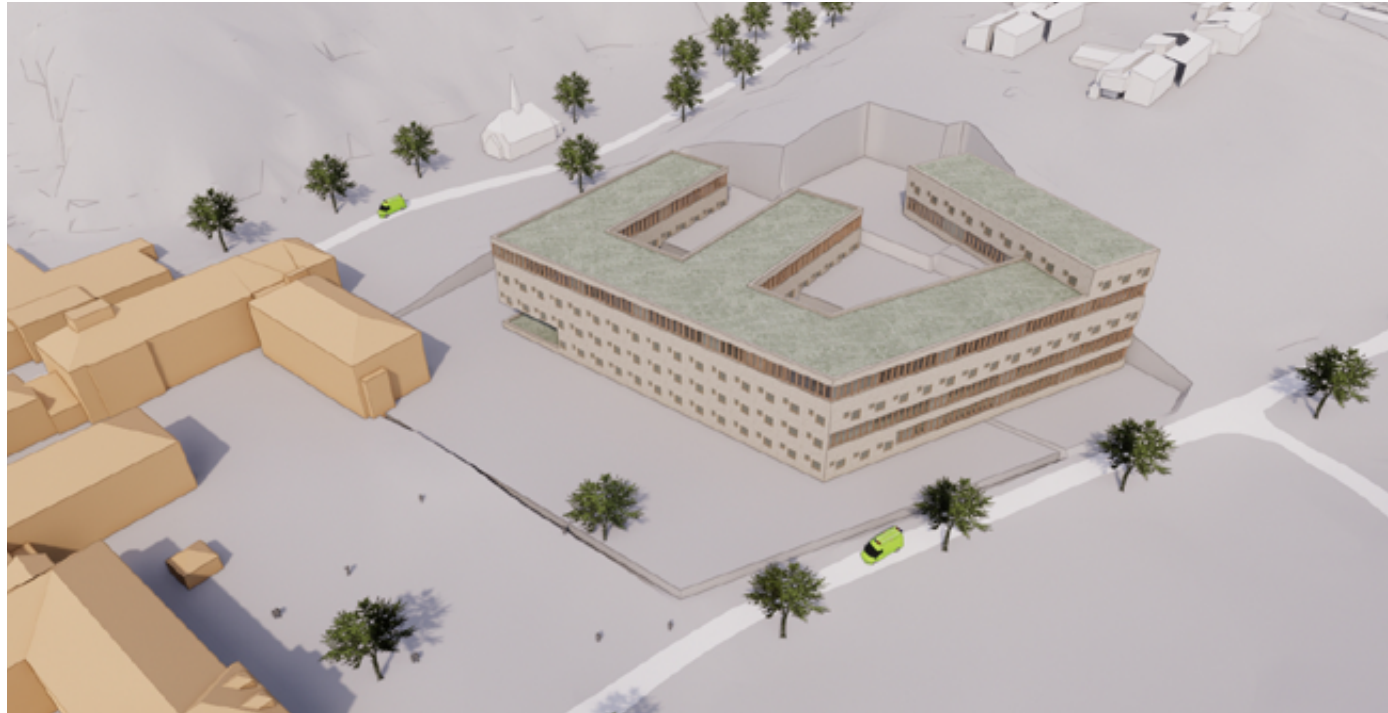
Perspektiv fra Kløveråsveien. Bebyggelsens plassering gir mulighet for adkomst fra Kløveråsveien.

Alternativ 2B-3



Fugleperspektiv fra nordvest som viser forslag til ny bebyggelse med bearbeidet terreng og faader. Hensikten er å gi en tydeligere forståelse av volumet og konsekvensene for terrenget. Eksisterende bebyggelse på NLSH Rønvik er vist med orange farge.

Alternativ 2B-3



Fugleperspektiv fra sydvest.



Fugleperspektiv fra sydøst.



Perspektiv fra syd.



Perspektiv fra Kløveråsveien.