

OUS Idéfase RSA med tilgrensende funksjoner

November 2015

Versjon 0.9 - 08.12.2015

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1 Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet	17
1.1 Bakgrunn	17
1.2 Mål for arbeidet	17
1.3 Mandat basert på bestillingen 20.08.2015	17
1.4 Organisering og rammer for arbeidet	18
1.5 Involvering og forankring	19
1.6 Metode og forholdet til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»	20
2 Identifisering og avgrensing ift utviklingsplanen og investeringsplanen. Overordnede krav og føringer.	21
2.1 Overordnede mål og strategiske føringer, referanse til spesielle strategiske dokumenter, virksomhetsmessig utviklingsplaner, bygningsmessige utviklingsplaner ol.	21
2.2 Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg.	23
2.3 Spesielle problemstillinger.	27
2.4 Interessentanalyse	28
2.5 Nåsituasjon, forventet utvikling, fremtidige aktivitet/behov, funksjoner/virksomhet, omstilling, driftsmodell, kapasitet, arealbehov og bygg	33
2.6 Dimensjonerende forutsetninger, forutsetninger for endring.	50
2.7 Arealbehov RSA med tilgrensede funksjoner	52
2.8 Mål, kritiske suksessfaktorer, målanalyse	53
2.9 Overordnet kravdokument.....	60
3 Idésøk. Alternativvurdering. Mandat for konseptfasen. Investeringsramme	62
3.1 Alternative løsninger / mulighetsstudier utredet i idefasen.	62
3.2 Dagens situasjon / Nullalternativet	64
3.3 Evaluering av de alternative løsningenes bidrag til måloppnåelse. Driftsmessige, fysiske og økonomiske konsekvenser av løsningene.	65
4 Plan for videre arbeid.....	76
4.1 Konseptfasens sluttresultat – hva skal leveres.....	76
4.2 Særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen av konseptfasen i dette prosjektet	76
4.3 Planprosess, organisering, ansvar og medvirkning	77
4.4 Kontraktstrategi for kontrahering av tjenester	77
4.5 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring	78
4.6 Tidsplan	78
4.7 Ressursbruk og kostnader knyttet til konseptfasen	80

Sammendrag

OUS idéfase RSA med tilgrensende funksjoner (mtf) er oppdatert med sikte på å styrke regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.

Resultatet av oppdateringen er i hovedsak:

- Oppdatert beregning av arealbehovet for RSA mtf
- Tre alternative forslag (mulighetsskisser) til lokalisering av RSA mtf
- Spesifikke krav til utforming av RSA mtf i neste fase: Konseptfasen (regulering og programmering)

1 Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet

1.1 Bakgrunn

OUS styret vedtok (2010, sak 141) en idéfaseutredning for psykisk helsevern og rusomsorg, særlig med sikte på regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.

Idefase-dokumentet, «Prosjekt: OUS idéfase utbygging psykisk helse og avhengighet» forelå 22.08.2011. På grunn av organisasjonsendringer i «Klinikk psykisk helse og avhengighet», endringer i arealbehov og arealstandard, samt endrede premisser (psykisk helsevernlov, vurdering av effekten av befolkningsframskrivingen, m.m.) ble en ny og oppdatert utgave av idéfaserapporten bestilt 20.08.2015.

1.2 Mål for arbeidet

Idéfase-rapporten skal legges frem for OUS styret 17.12.2015.

1.3 Mandat basert på bestillingen 20.08.2015

- Ny vurdering basert på 2011-rapporten
- Identifisering av mulige lokaliseringer med tilhørende tomter: Dikemark, Gaustad jf. forrige idéfase, Ila, Sogn/SSBU-tomta
- Mulighetsstudie
- Økonomiske analyser og evaluering
- Plan for videre arbeid

1.4 Organisering og rammer for arbeidet

Delprosjektet har vært organisert med styringsgruppe, leder/fagledergruppe, delprosjektleder, utredningsgruppe med brukerrepresentanter, fysiske løsninger/mulighetsstudie-gruppe, areal- og økonomi-gruppe, samt kommunikasjon- og prosjektstøtte.

1.5 Involvering og forankring

Overordnet forankring og bred involvering og medvirkning har vært sikret gjennom en rekke fora og møteformer (bl.a. dialog- og informasjonsmøter. Intranettside for delprosjektet er tatt i bruk.

1.6 Metode og forholdet til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»

«Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter» har vært retningsgivende for arbeidet og idéfaserapportens struktur.

2 Identifisering og avgrensing ift utviklingsplanen og investeringsplanen. Overordnede krav og føringer.

2.1 Overordnede mål og strategiske føringer, referanse til spesielle strategiske dokumenter, virksomhetsmessig utviklingsplaner, bygningsmessige utviklingsplaner o.l.

Det overordnede målet om *mer effektiv bruk av eiendomsressurser* ligger til grunn for oppdatert idéfase.

2.2 Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg

Overordnede rammebetingelser for investeringen fremgår primært av:

- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

sekundært av:

- Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven), § 167.

«Kravspesifikasjon for sikkerhetspsykiatribygg i Norge» blir en viktig del av grunnlaget for konseptfasen.

Ved oppstart av arbeidet med ny/oppdatert idéfase for RSA med tilgrensende funksjoner ble omfanget av organisasjonsenheter definert som følger:

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
- Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)
- Lokal sikkerhet Dikemark
- Lokal sikkerhet Gaustad
- Kompetansesenter Sikkerhets-, Fængsels- og Rettspsykiatri (KPS)

Lokalisering og bygningsareal 2015

Org.enh.	Adresse	Kommune	Byggnr	Byggnavn	Etasjer	BTA m ²
RSA	Sykehusveien 18	Asker	18	Granli	1. - 3.	4 480
PUA	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	¾	7 613
LS Dikemark	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	¼	2 538
LS Gaustad	Sognsvannsveien 21	Oslo	17	-	1. - 4.	3 651
KPS	Sognsvannsveien 21	Oslo	07	-	1. - 2.	1 111
I alt: 5	3	2	4		13	19 392

Kapazität: Døgnplasser 2015

Org.enh.	Døgnplasser 2015
RSA	20
PUA	10
LS OUS-sektor	12
LS LD sektor	8
Særlig høyt sikkerhetsnivå	2
KPS	-
I alt	52

Bruttoareal (BTA) pr døgnplass i 2015

I 2015 er bruttoarealet pr døgnplass: $19\,392 \text{ m}^2 \text{ BTA} / 52 \text{ døgnplasser} = \mathbf{373 \text{ m}^2 \text{ BTA /døgnplass}}$.

Personell 2015

Org.enh.	Årsverk
RSA	171
LS	83
PUA	73
KPS	16
I alt	343

Bygningsmassen er lite arealeffektiv og bære flere steder preg av stort vedlikeholdsetterslep.

2.3 Spesielle problemstillinger

Fire spesielle problemstillinger er drøft og konkludert i utredningsgruppen.

2.4 Interessentanalysen

Lokalisering av sikkerhetspsykiatrisk virksomhet har vist seg å være krevende ift interessenter i aktuelle omgivelser. Det er derfor gjennomført en interessentanalyse i idefasen. Her identifiseres flere tiltak for å redusere gjennomføringsrisikoen:

#	Interessent	Interesse/behov/krav: LOKALISERING RSA mtf	Holdning til tiltaket mot: - / for: + (skala: -3 / +3)	Antatt evne til å påvirke tiltaket (skala: 0 / +3)	Realiserings RISIKO	Mulige tiltak fra operativ / overordnet bestillers side
1	Pasienter	Normalitet, naturlige omgivelser	3	1	3	
2	Overordnet ledelse og samfunn	Nok areal (tomt, bygg). Sikkerhet.	3	1	3	
3	RSA, PUA, KPS	Nok areal (tomt, bygg). Avstand til nabo.	3	1	3	
4	LS, spesialisert døgntilrettelagt	Natur. Gode uteområder.	3	1	3	
5	Medarbeidere, tillitsvalgte, VO	Sikkerhetssone rundt bygget. Utbyggingsmulighet.	3	1	3	
6	Dikemark Grunneier	Utvikling og salg.	-1	2	-2	Dialog med grunneier
7	Dikemark Reguleringsmyndighet Admin.	Unngå konflikt med planlagt lokalsenter i Asker.	-1	2	-2	Dialog med planmyndighet
8	Dikemark Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
9	Dikemark Antikvarisk myndighet	Vernede bygg og utendørsarealer.	-1	1	-1	Dialog med antikvarisk myndighet
10	Gaustad Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
11	Gaustad Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
12	Gaustad Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
13	Gaustad Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på Gaustad.	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet
14	Ila Grunneier	Kriminalomsorgen ønsker samlokalisering	2	2	4	
15	Ila Reguleringsmyndighet Admin.	Åpen for tiltaket, samlokalisering m/krim.omsorg	1	2	2	
16	Ila Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
17	Ila Antikvarisk myndighet	(Ingen spesielle)	0	1	0	
18	SSBU Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
19	SSBU Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
20	SSBU Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
21	SSBU Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på SSBU	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet

2.5 Nåsituasjon, forventet utvikling, fremtidige aktivitet/behov, funksjoner/virksomhet, omstilling, driftsmodell, kapasitet, arealbehov og bygg

er nærmere beskrevet for henholdsvis:

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
- Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)
- Lokal sikkerhet Dikemark
- Lokal sikkerhet Gaustad
- Kompetansesenter Sikkerhets-, Fængsels- og Rettspsykiatri (KPS)

2.6 Dimensjonerende forutsetninger, forutsetninger for endring

Totalt behov for antall pasientplasser 2030

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	20	32
Lokal sikkerhet	20	25
PUA	10	12
Særlig høyt sikkerhetsnivå	2	4
Totalt	<u>52</u>	73

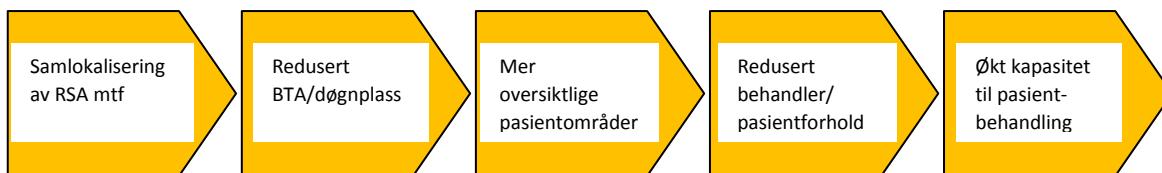
2.7 Arealbehov RSA med tilgrensede funksjoner

Arealbehovet for RSA med tilgrensede funksjoner er vist i tabellen under.

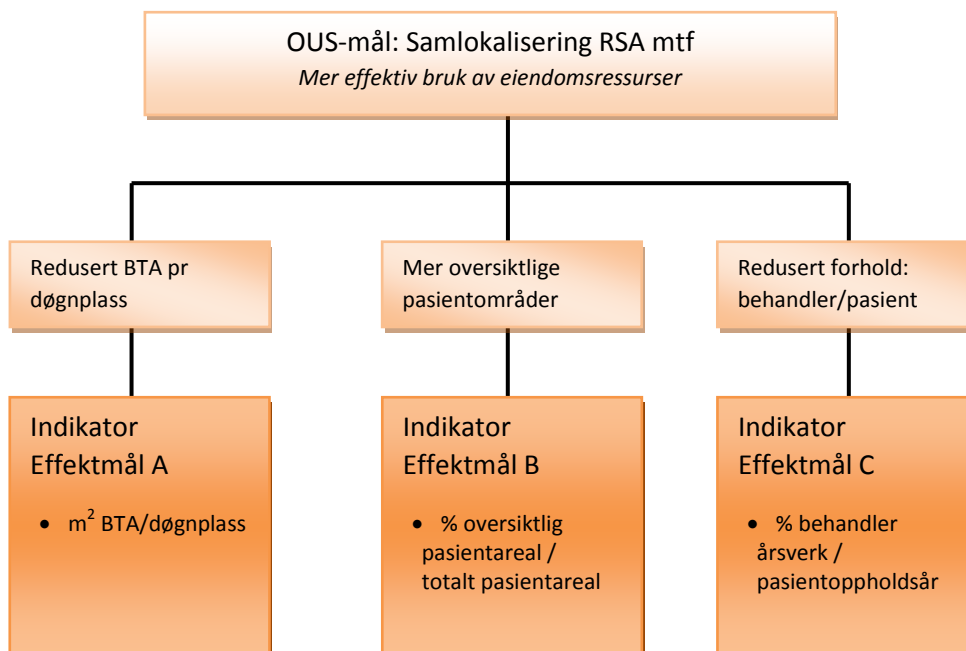
Areal	Plasser	BTA (m ²)
RSA	32	6 530
PUA	12	2 762
Lokal sikkerhet	25	4 729
Fellesfunksjoner		2 060
Særlig høyt sikkerhetsnivå	4	1 292
KPS		500
Totalt (avrundet)	73	18 000

2.8 Mål, kritiske suksessfaktorer, målanalyse

Relevans for investeringen - Resultatkjede for etablering av prosjektets målhierarki



Prosjektets målhierarki



2.9 Overordnet kravdokument

Absolutte minimumskrav ("Skal-krav")

MÅL / DELMÅL		EVALUERINGSKRITERIUM
GENERELLE KRAV		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	Sikkerhet for samfunn og pasienter
	Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt / Tilrettelagt for helsefremmende, godt og <i>sikkert arbeidsmiljø</i> .	Sikkerhet for ansatte
	En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør.	Vi skal legge <i>kost-nytte vurderinger</i> til grunn for innføring av ny teknologi og behandling
KRAV TIL LOKALISERING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og skal være tett integrert i <i>forskningsnære klinikker</i>
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	(7 skal-krav)
KRAV TIL UTFORMING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	(8 skal-krav)

Bør-krav / Vurderingskriterier

MÅL / DELMÅL		EVALUERINGSKRITERIUM
KRAV TIL LOKALISERING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Gode rekrutteringsmuligheter
2	Mål for bygg- og eiendomsutvikling	
	Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav.	(17 skal-krav)
	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transport-avstander for pasienter, ansatte og varer.	(2 skal-krav)
KRAV TIL UTFORMING		
2	Mål for bygg- og eiendomsutvikling	
	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transport-avstander for pasienter, ansatte og varer.	Samlokalisering av fag/funksjoner
	Tilfredsstillende kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav.	(3 skal-krav)

3 Idésøk. Alternativvurdering. Mandat for konseptfasen. Investeringsramme

3.1 Alternative løsninger / mulighetsstudier utredet i idefasen

#	Mulighet	Beskrivelse
Dikemark		
1	1) Granli	RIVE 4 270 m ² NYBYGG 15 000 m ² (2,3 et.)
2	2) Dagali / Kringsjå	DAGALI (eksternt vern): 4 832 m ² KRINGSJÅ (internt og eksternt vern): 3 024 m ² NYBYGG 7 144 m ² (1,4 et.)
3	3A) Furuli	FURULI (eksternt vern): 3 680 m ² NYBYGG 11 320 m ² (1.7 et.)
4	3B) Furuli/Bjerget	FURULI (eksternt vern): 3 680 m ² BJERGET (eksternt vern): 2 844 m ² NYBYGG 8 476 m ² (1.7 et.)
5	4) Øvre åsen	NYBYGG 15 000 m ² (3,7 et.)
6	5) Verkensveien 19 – Alt. 1	VERKENSVEIEN 19 (eksternt vern) 50 % = 5 075 m ² NYBYGG 10 000 m ² (2,0 et.)
7	5) Verkensveien 19 – Alt. 2	NYBYGG 15 000 m ² (2,0 et.)
Gaustad		
8	1) Østsiden Nord	BYGG 19: 3.671 m ² NYBYGG 19 349 m ² SAMLET AREAL: 23 020 m ² (ref Idefase 2011)
9	2) Østsiden Syd	BYGG 19: 3 671 m ² NYBYGG 4 685 m ² SAMLET AREAL: 8 356 m ² (Idefase 2011)
10	3) Nord	BYGG 17: 3 671 m ² NYBYGG 11 300 m ² (1,7 et.)
Ila		
11	1) Syd	NYBYGG 15 000 m ² (2,2 et.)
12	2) Nord	NYBYGG 15 000 m ² (2,0 et.)
SSBU-tomta (Sogn)		
13	1) Nord	RIVE BYGG 65: 929 m ² BYGG 63: 3 072 m ² BYGG 67: 2 589 m ² NYBYGG 9 339 m ² (1,5 et.)
14	2) Syd	BYGG 63: 3 072 m ² BYGG 67: 2 589 m ² BYGG 53: 1 254 m ² NYBYGG 8 000 m ² (2,6 et.)

3.2 Dagens situasjon / 0-alternativet

Videreføring av dagens situasjon (0-alternativet) innebærer fortsatt ineffektiv bruk av eiendomsressursene og fortsatt høy kost/nytte-forhold (kostnad pr døgnplass). Dagens situasjon vurderes ikke som levedyktig i et langsiktig perspektiv, og det ble i samlet idéfase (se rapport 2.0) forutsatt at et nybygg må til for å huse sikkerhetspsykiatrien også i 0-alternativet, men at lokalisering ikke er avklart. Det er derfor ikke regnet på et 0-alternativ basert på videreføring av dagens situasjon i foreliggende idéfase. Det foreligger planer for utbedring av kritiske vedlikeholdsetterslep på Dikemark, men planene er stanset inntil videre. I konseptfasen vil 0-alternativet for RSA med tilgrensede funksjoner vurderes nærmere, og da mest sannsynlig som et utsettelsesalternativ, ref. utbedringsplanene.

3.3 Evaluering av de alternative løsningenes bidrag til måloppnåelse. Driftsmessige, fysiske og økonomiske konsekvenser av løsningene

Grovsortering av alternative løsninger:

Mulighet	Vurdering mht krav	Konklusjon
0-alternativet	Innfrir 3 av 9 skal-krav	Beholdes som referanse
D 1) Granli	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 2) Dagali / Kringsjø	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3A) Furuli	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3B) Furuli/Bjerget	Innfrir 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 4) Øvre åsen	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 5) Verkensveien 19	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
G 1) Østsiden Nord	Innfrir 5 av 9 skal-krav	Forkastes
G 2) Østsiden Syd	Innfrir 4 av 9 skal-krav	Forkastes
G 3) Nord	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 1) Syd	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 2) Nord	Innfrir 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
S 1) Nord	Innfrir 7 av 9 skal-krav	Forkastes
S 2) Syd	Innfrir 7 av 9 skal-krav	Forkastes

FORKLARING

D: Dikemark, G: Gaustad, I: Ila, S: SSBU (Sogn)

Investeringskostnad

I tabellen under er investeringsanslaget for gjenværende alternativer. Det presiseres at dette er et grovt anslag i en tidlig fase, og anslaget må videreutvikles gjennom konseptfase og forprosjekt.

Post (Mkr)	Alt.:	Ila Syd	Dikemark Verkensvn 19 – alt. 1	Dikemark Verkensvn 19 – alt. 2	Gaustad Nord
Delsum		1 126	1 194	1 194	1 051
Byggelånsrenter		37	46	46	41
Påslag for usikkerhet (*)		113	119	119	105
SUM		1 280	1 360	1 360	1 200

Tabell 9: Investeringskostnad

Anslåtte beløp for postene: Nybygg, Ombygging, Infrastruktur, Parkering, Tomtekjøp og Perimetersikring, er ikke presentert her av hensyn til OUS sin forhandlingsposisjon (jf Offl. § 23).

*: Se 3.3.6.

Tid til ferdigstillelse

Forutsatt beslutning om oppstart for konseptfase RSA mtf innen 01.03.2016 er følgende tider til ferdigstilles anslått basert på kontakt med administrativ planmyndighet i henholdsvis Bærum, Asker og Oslo.

	Ila Syd	Dikemark Verkensveien 19	Gaustad Nord
Tid til ferdigstillelse	4 ¾ år	6 ¼ år	4 ¾ år
Ferdigstilt anno	2020	2022	2020

Evaluering ift bør-krav

Tabellen under viser den skjønsmessige vurderingen av resterende alternativer basert på eiendomsfaglige og psykisk-helsefaglige kriteriene dokumentert i tomteanalysene.

KRAV					Dikemark	Dikemark	Gaustad	Ila	
#	Kilde	Gjelder	Skal/Bør	Beskrivelse	V19 nyB	V19 nyB+omB	Nord	Syd	
11	Fremrager	Lokalisering	Bør	Rekrutering	4	4	6	5	
12	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Atkomst; eksisterende og fram	4	4	4	4	
13	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Offentlig kommunikasjon	4	4	5	4	
14	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Eksisterende bebyggelse: histo	5	3	3	5	
15	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Lydforhold (inkl støy)	5	5	4	4	
16	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Solforhold	5	5	4	5	
17	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Parkering	4	4	2	4	
18	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Utsiktsforhold	5	5	3	4	
19	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Topografi; vurdere tomt med he	5	5	5	5	
20	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Teknisk infra-/ultrastruktur mtp	5	5	5	5	
21	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Veier, interne	4	4	4	4	
22	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Karakteristiske trekk ved nabol	5	5	4	4	
23	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Beliggenhet i forhold til industr	5	5	3	5	
24	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Gjeldende reguleringsplan med	3	3	3	4	
25	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Vegetasjon; eksisterende veget	4	4	4	4	
26	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Luktforhold	5	5	4	5	
27	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Klima; temperatur, soleksponer	5	5	4	5	
28	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Service og nærmiljø; avstand til	4	4	5	3	
29	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til somatikk	3	3	5	4	
30	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til annen psykiatri	4	4	5	4	
RESULTAT EVALUERING									
					Poengsum	88	86	82	87
					Rangering	1	3	4	2

FORKLARING

V19: Verkensveien 19, nyB: Nybygg, omB: Ombygging eksisterende bygg

Samlet evaluering av gjenværende alternativene løsninger og anbefalte løsninger

På bakgrunn av gjennomførte analyser og vurderinger sammenstilles resultatene til en samlet evaluering i tabellen under. Tall i grå celler viser rangering for respektive hovedkriterium.

	0-alternativ	Dikemark V19 nyB	Dikemark V19 nyB+Omb	Gaustad Nord	Ila Syd
Levetidskostnad	4	3	3	1	2
Investering inkl usikkerhet, Mkr		1 360	1 360	1 200	1 280
Drift gjennom analyseperiode	(Beregnes i konseptfasen)	*	*	*	*
Avhending/restverdi/ alternativverdi		*	*	*	*
Kostnad pr døgnplass	(Høyest)	*	*	*	*
Gjennomførbarhet (lav realiseringsrisiko)		2	3	4	1
Planfaglige signaler		-2	-2	-4	+2
Tid til ferdigstillelse		2	2	1	1
Antatt tid til ferdigstillelse		6 ¼ år	6 ¼ år	4 ¾ år	4 ¾ år
Ytelse og kvalitet i løsningen		1	3	4	2
Innfrir skal-krav, (forskjellig elastisitet)		1 (6)	2 (5)	3 (4)	2 (5)
Innfrir bør-krav rangering (poeng)		1 (88)	3 (86)	4 (82)	2 (87)
Samlet rangering		2	4	3	1

Anbefalte løsninger

Følgende løsninger anbefales som grunnlag til mandat for konseptfasen:

- 1) Ila Syd
- 2) Dikemark Verkensveien 19, alt 1 – Nybygg
- 3) Gaustad Nord

Investeringsramme, forslag

1 400 Mkr.

4 Plan for videre arbeid

4.1 Konseptfasens sluttresultat – hva skal leveres

IS-1369 Veileder: Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter følges i konseptfasen.

4.2 Særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen av konseptfasen i dette prosjektet

1)

Politisk reguleringsmyndighets holdning til lokalisering av RSA mtf er uavklart

Ifm idéfasen RSA mtf har det ikke vært kontakt med representanter fra kommunestyrene i Asker, Bærum eller Oslo. På bakgrunn av dialog med planadministrasjonen i respektive kommuner anslås risikoen for ikke å oppnå ønsket lokalisering av RSA mtf som «høy» til ukjent.

Anbefalt tiltak: Tidlig i konseptfasen bør OUS ta kontakt med øverste politisk og administrativt nivå i aktuelle kommune/r for å avklare holdningen til tiltaket

2)

Statlig reguleringsplan som alternativ prosess

Hvis det etter en politisk sondering viser seg at ingen av de aktuelle kommunene ønsker tiltaket, bør alternativet statlig reguleringsplan vurderes mtp å oppnå ønsket utvikling.

3)

Grunneier avklaring

For alle tre anbefalte alternativer er grunneieren kontakt mtp erverv. Muligheter for dette bør endelig avklares så raskt som mulig, mtp å inngå avtaler.

4)

Involvering i pågående reguleringsprosesser i Akser og Bærum.

Begge kommuner har signalisert at OUS bør engasjere seg i de pågående reguleringsprosessene i nevnte kommuner. Det med tanke på ikke tape tid pga forsinkelser ift fristene i reguleringsprosessene.

4.3 Planprosess, organisering, ansvar og medvirkning

Planprosess og prosjektorganisasjon er beskrevet.

4.4 Kontraktstrategi for kontrahering av tjenester

Det kontraheres prosjekteringsgruppe ved godkjent oppstart av konseptfasen.

4.5 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring

Kvalitetssikring gjennomføres på flere nivåer.

4.6 Tidsplan

Det forutsettes oppstart av konseptfasen RSA mtf innen 01.03.2016.

For alternativet Dikemark Verkensveien 19, i Asker, forventes en lengre reguleringsprosess enn for de to andre konspetalternativene.

4.7 Ressursbruk og kostnader knyttet til konseptfasen

Ved en konkretisert beregning ut fra prosjekteringsstimer per kvm, ender prosjekteringskostnader som del av konseptfase på i størrelsesorden 6 – 8 mill. kr. inkl. mva.

I tillegg kommer prosjektledelse, prosjektadministrativ støtte, programmering og utstysplanlegging som indikerer et samlet konseptfasebudsjett på ca 13 - 15 mill. kr. (inkl. mva), inkludert avsetning for usikkerhet på 15 %.

1 Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet

1.1 Bakgrunn

Generelt

Oslo universitetssykehus (OUS) trenger nye sykehusbygg av flere grunner; den svært gamle og dårlige bygningsmassen, behovet for å samle virksomhet for å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen, samt en betydelig forventet befolkningsvekst. Med utgangspunkt i dette har det vært gjennomført en idéfase om fremtidens OUS i et 2030-perspektiv.

Regional sikkerhetsavdeling (RSA) med tilgrensende funksjoner (mtf) spesielt

OUS styret vedtok (2010, sak 141) en idefaseutredning for psykisk helsevern og rusomsorg, særlig med sikte på regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.

Idefase-dokumentet, «Prosjekt: OUS idéfase utbygging psykisk helse og avhengighet» forelå 22.08.2011. På grunn av organisasjonsendringer i «Klinikk psykisk helse og avhengighet», endringer i arealbehov og arealstandard, samt endrede premisser (psykisk helsevernlov, vurdering av effekten av befolkningsframskrivingen, m.m.) ble en ny og oppdatert utgave av idéfaserapporten bestilt 20.08.2015.

1.2 Mål for arbeidet

Idéfase-rapporten skal legges frem for OUS styret 17.12.2015.

1.3 Mandat basert på bestillingen 20.08.2015

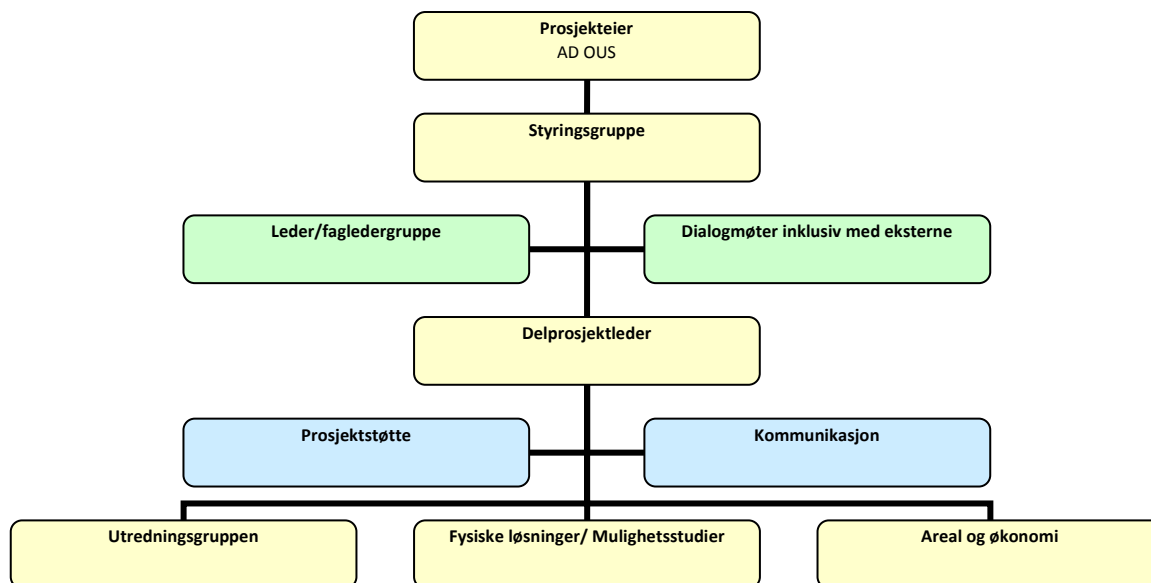
- Ny vurdering av behov/kapasitet/areal basert på forrige idefase for RSA med tilgrensende funksjoner (mtf), samt oppdatering av forutsetninger og kontroll mot det som nå er utredet ifm utbedringer på Dikemark.
- Identifisering av mulige lokaliseringer med tilhørende tomter: Dikemark, Gaustad jf. forrige idefase, Ila, Sogn/SSBU-tomta
- Mulighetsstudie
- Økonomiske analyser og evaluering
- Plan for videre arbeid (med sikte på at det eventuelt kan settes i gang en egen konseptfase for dette).

1.4 Organisering og rammer for arbeidet

OUS idéfase regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner (RSA mtf) inngår som et delprosjekt i hovedprosjektet: OUS idéfase.

En egen gruppe har revidert idéfaseutredningen fra 2011, «Prosjekt: OUS idéfase utbygging psykisk helse og avhengighet». Jan-Fredrik Wasmuth har ledet delprosjektet. Gruppens idéfaserapport inngår som vedlegg til rapporten fra hovedprosjektet.

Delprosjektet «Idéfase RSA mtf» har vært organisert som følger:



Følgende deltagere har inngått i styringsgruppen:

Marit Bjartveit	Klinikk psykisk helse og avhengighet, klinikkleder	OUS
Svein Petter Raknes	OUS idéfase, prosjektleder	OUS

Styringsgruppen har vært ansvarlig for at det er utarbeidet en rapport med basis i prosjektets mandat.

Følgende deltagere har inngått i leder/fagledergruppen:

Marit Bjartveit	Klinikk psykisk helse og avhengighet, klinikkleder	OUS
Trond H Noddeland	Avdeling Nasjonale og Regionale tjenester (NoR) Psykisk Helsevern	OUS
Bjarne Dahl	Regional sikkerhetsavdeling (RSA)	OUS
Anne-Karin Rustad Rudi	Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)	OUS
Thor Børre Sangesland	Avdeling psykisk helsevern døgnbehandling	OUS
Petter Andreas Ringen	Avdeling Spesialisert Døgnbehandling	OUS
Carl Fredrik Haaland	Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri (KPS)	OUS

Leder/fagledergruppen gjennomført ukentlige arbeidsmøter (torsdager, 10:30 - 11:30, sep. – nov.)

Møtene har vært åpne for alle i utredningsgruppen (deltakelse på bakgrunn av egen vurdering av relevans og interesse for tema på møteplanen). Møteplan og referat ble sendt til alle i utredningsgruppen.

Følgende deltagere har inngått i utredningsgruppen:

Marit Bjartveit	Klinikk psykisk helse og avhengighet, klinikkleder	OUS
Trond H Noddeland	Avdeling Nasjonale og Regionale tjenester (NoR) Psykisk Helsevern	OUS
Bjarne Dahl	Regional sikkerhetsavdeling (RSA)	OUS
Anne-Karin Rustad Rudi	Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)	OUS
Thor Børre Sangesland	Avdeling psykisk helsevern døgnbehandling	OUS
Petter Andreas Ringen	Avdeling Spesialisert Døgnbehandling	OUS
Carl Fredrik Haaland	Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri (KPS)	OUS
Lars Stefan Østerholm	Regional sikkerhetsavdeling (RSA)	OUS
Dina Tegle Stenstad	Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)	OUS
Trond Tangnes	"Avdeling Spesialisert Døgnbehandling, Seksjon Driftsenheten"	OUS
Hanne Neegaard	Lokal sikkerhet Dikemark	OUS
Harald Aulie	Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri	OUS
Agnete Bache-Wiig Mathisen	Sentral stab - Medisin, helsefag og utvikling	OUS
Hanne Rådstoga	NSF	OUS
Else Lise Skjæret	Fagforbundet	OUS
Birgit Aanderaa	Psykologforeningen	OUS
Arvid Nikolai Kildahl	Psykologforeningen	OUS
Tarje Tinderholt	Barne- og ungdomspsykiatrisk arbeidsgruppe (BUPA)	
Christian Smestad Torp	Klinikk psykisk helse og avhengighet	OUS
Marit Bjartveit	Klinikk psykisk helse og avhengighet	OUS
Peter Tomren	Brukerråd PUA	
Christine Rosenqvist	Brukerråd Klinikk psykisk helse og avhengighet	
Svein Petter Raknes	OUS Idéfase, prosjektleder	OUS
Jan Fredrik Wasmuth	OUS Idéfase RSA mtf, delprosjektleder.	OUS

Utredningsgruppen har gjennomført to arbeidsverksteder:

Arbeidsverksted 1: 03.11.2015: Behov, mål og krav (skal-, og bør-) ifm lokalisering

Arbeidsverksted 2: 12.11.2015: Grovsortering og evaluering av alternative mulighetsskisser

Ved arbeidsverksted 1 deltok arkitekt Knut H Bergsland, SINTEF, bl.a. ved å holde en presentasjon om «Hva kjennetegner gode omgivelser i behandlingstilstander i PHV».

1.5 Involvering og forankring

Prosjektets opplegg for involvering og forankring har vært organisert på følgende måte:

Overordnet forankring

HSØ er representert i styringsgruppemøter i hovedprosjektet OUS Idefase, der Idefase RSA mtf inngår som et delprosjekt.

Prosjektleder i hovedprosjektet OUS idéfase

Leder av delprosjektet Idéfase, RSA mtf har, deltatt i ukentlige prosjektmøter i hovedprosjektet, OUS Idéfase, for koordinering og avklaring.

Dialogmøter

Interne dialogmøter med de ansattes organisasjoner er opprettholdt etter tidligere praksis i idéfasearbeidet.

Brukerinvolvering

Representanter fra brukerutvalg har deltatt i utredningsgruppen.

Grunneiermøter

Møter og/eller telefonkontakt med aktuelle grunneiere er gjennomført.

Kontaktmøter/planmyndighet

Informasjonsmøter/kontaktmøter med aktuelle planmyndigheter er gjennomført enten via hovedprosjektet eller som egne møter i delprosjektet.

Informasjon

Linjelederne i respektive enheter har informert medarbeidere i egnede fora / kanaler

Delprosjektleder har deltatt i info-møter hos PUA og RSA.

En egen intranettside for delprosjektet er etablert og tatt i bruk.

1.6 Metode og forholdet til «Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter»

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

Målet for en idéfase er, på grunnlag av en vedtatt utviklingsplan for helseforetaket, å identifisere mulige, prinsipielle løsninger på et behov.

2 Identifisering og avgrensning ift utviklingsplanen og investeringsplanen. Overordnede krav og føringer.

2.1 Overordnede mål og strategiske føringer, referanse til spesielle strategiske dokumenter, virksomhetsmessig utviklingsplaner, bygningsmessige utviklingsplaner ol.

2.1.1 Overordnede mål og strategiske føringer

OUS gjennomførte en idefase for lokalisering av sikkerhetspsykiatri etter vedtak i OUS styret 2010: «Styret godkjenner at det igangsettes idefaseutredning for psykisk helsevern og rusomsorg, særlig med sikte på regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.»

Det overordnede målet om *mer effektiv bruk av eiendomsressurser* ligger til grunn for oppdatert idefase.

Relevante føringer fra «OUS Strategidokument 2013 – 2018» legges til grunn for idéfasen.

Virksomhetsmessig utviklingsplan, eller *bygningsmessige utviklingsplan* foreligger ikke på klinikknivå.

2.1.2 Rammebetingelser for investeringen

Overordnede rammebetingelser for investeringen fremgår primært av:

- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

sekundært av:

- Lov om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven), Kap 13. Personundersøkelse og rettspsykiatrisk undersøkelse, § 167.

Krav til sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå P.t. foreligger ikke spesifikke krav til sikkerhetstiltak i regionale sikkerhetsavdelinger og i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå.

OUS ba i november 2015 om en betenkning fra Justisdepartementet, der departementet klargjør hvilke sikkerhetskrav som vil stilles til en rettspsykiatrisk høysikkerhetsinstitusjon.

Statsbygg og Kriminalomsorgen har samarbeidet om en standard kalt «Kravspesifikasjon for fengselsbygg i Norge».

Den forventes godkjent i november 2015. Når «Kravspesifikasjon for fengselsbygg i Norge» foreligger, vil KPS bruke den som en del av grunnlaget for egen «Kravspesifikasjon for sikkerhetspsykiatribygg i Norge», sammen med bl.a. tilsvarende standarder for sikkerhetspsykiatribygg i Sverige.

«Kravspesifikasjon for sikkerhetspsykiatribygg i Norge» blir en viktig del av grunnlaget for konseptfasen.

Faglige referanser

- SINTEF/Teknologi og samfunn/Helse; Rapport 2014-03-20: Hva kjennetegner gode bygg i psykisk helsevern?; Knut H Bergsland.

2.1.3 Føringer for investeringen

Samfunns mål, effektmål og resultatmål fra forrige idefaserapport (2011) legges til grunn.

2.1.4 Forutsetninger for investeringen

- 1) Det forutsettes at deler (evt hele) anlegget trenger perimetersikring. (Krav til omfang av -, utforming av - og grunnareal til perimetersikring er p.t. uavklart. Det arbeides med identifisering av relevante referanser/krav)
- 2) Det forutsettes at enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå inngår i arealbehovet (anslått plassbehov: 2015: 2 plasser, 2030: 4 plasser)
- 3) På bakgrunn av pågående arbeid med lovendring, forventes en økning, fram mot 2030, i antall pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern (p.t. er forfordelingen, for denne pasientgruppen, regionalt / lokalt: ca 20 / 150).

2.2 Bakgrunn, beskrivelse av dagens sykehusvirksomhet, tilbud og bygg.

2.2.1 Organisasjonsenheter

Ved oppstart av arbeidet med ny/oppdatert idéfase for RSA med tilgrensende funksjoner ble omfanget av organisasjonsenheter definert som følger:

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA)
- Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)
- Lokal sikkerhet Dikemark
- Lokal sikkerhet Gaustad
- Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri (KPS)

2.2.2 Funksjoner / aktiviteter

Regional sikkerhetsavdeling (RSA)

RSA har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Utredning
- Behandling av sikkerhetspsykiatriske pasienter
- Nasjonal koordineringsenhet
- § 167 enhet (rettspsykiatrisk undersøkelse iht straffeloven)
- Aktivitetsbygg (gymsal)
- Aktivitetssenter (fysioterapi, undervisning)
- Poliklinikk (Oslo fengsel)
- Prejudisiell enhet (Oslo fengsel)

Avdeling Psykisk Utviklingshemming og Autisme (PUA)

PUA har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Utredning
- Døgnbehandling av personer med psykisk utviklingshemming/autisme og psykiske lidelser
- Poliklinikk
- Regional kompetansetjeneste (forskning, fagutvikling og formidling)
- Aktivitetsenhet

Lokal sikkerhet (LS) Dikemark

LS Dikemark har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Utredning
- Behandling av sikkerhetspsykiatriske pasienter
- Treningsrom/fysioterapi

Lokal sikkerhet (LS) Gaustad

LS Gaustad har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Utredning
- Behandling av sikkerhetspsykiatriske pasienter
- Aktivitetssenter (fysioterapi, gym, undervisning)

Kompetansesenter Sikkerhets-, Fengsels- og Rettspsykiatri (KPS)

LS Gaustad har følgende funksjoner / aktiviteter:

- Forskning
- Fagutvikling
- Formidling

2.2.3 Lokalisering og bygningsareal 2015

Org.enh.	Adresse	Kommune	Byggnr	Byggnavn	Etasjer	BTA m ²
RSA	Sykehusveien 18	Asker	18	Granli	1. - 3.	4 480
PUA	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	3/4	7 613
LS Dikemark	Verkensveien 19	Asker	211	Verkensveien 19	1/4	2 538
LS Gaustad	Sognsvannsveien 21	Oslo	17	-	1. - 4.	3 651
KPS	Sognsvannsveien 21	Oslo	07	-	1. - 2.	1 111
I alt: 5	3	2	4		13	19 392

BTA: Bruttoareal.

2.2.4 Kapasitet: Døgnplasser 2015

Org.enh.	Døgnplasser 2015
RSA	20
PUA	10
LS OUS-sektor	12
LS LD sektor	8
KPS	-
I alt	50

LD-sektor: Lovisenberg/Diakonhjemmet sykehus.

2.2.5 Bruttoareal (BTA) pr døgnplass i 2015

I 2015 er bruttoarealet pr døgnplass: $19\,392\text{ m}^2\text{ BTA} / 50\text{ døgnplasser} = \mathbf{388\text{ m}^2\text{ BTA/døgnplass}}$.

2.2.6 Personell 2015

Org.enh.	Årsverk
RSA	171
LS	83
PUA	73
KPS	16
I alt	343

2.2.7 Bygningenes tilstand 2015

Ref 2011-rapporten

Ifm idéfasen 2011 ble bygningsmassens tilstand vurdert av Multiconsult, jf idéfaserapporten 2011, kap. 63. Vurderingen fra 2011 legges til grunn i 2015 i det følgende er relevante deler av oppsummeringen fra 2011 gjengitt og supplert med ny informasjon.

Dikemark (RSA, PUA, LS Dikemark)

Bygningsmassen på lokasjonen bærer preg av mangelfullt vedlikehold. Den er generelt preget av eldre byggeskikk som har store begrensninger i forhold til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Forsyningsanleggene ved Dikemark er preget av elde, slitasje og en viss underkapasitet som representerer et gjennomgående behov for oppgraderinger og/eller vedlikehold.

Generelt vurderes bygningene å kunne huse enklere dagfunksjoner som kontorer, poliklinikker etc. i et langsiktig perspektiv

Granli (RSA)

Granli (hovedbygning og aktivitetsbygg): 4 480 m² BTA. Hovedbygget oppført i 1925.

På bakgrunn av et varslingsnotat fra RSA har Fylkeslegen vurdert forholdene ved RSA (mars 2015).

Fylkeslegen konkluderte med at byggene/anleggets tilstand er uheldig, men forsvarlig.

Prosjektering for utbedring av det mest kritiske vedlikeholdsetterslepet ble fullført november 2015.

Verkensveien 19 (PUA, LS Dikemark)

Verkensveien 19: 10 150 m² BTA. Oppført i 1960.

Bygget er forholdsvis godt vedlikeholdt. Vinduene er skiftet ut de siste årene.

Gaustad (LS Gaustad, KPS)

Bygningsmassen ved Gaustad har en stor andel vakker eldre bygningsmasse i nydelige omgivelser nært tilliggende friområder. En betydelig andel av bygningene er foreslått vernet i forslaget til Landsverneplan.

Bygg 17 (LS Gaustad)

Bygning 17: 3 651 m² BTA. Oppført i 1922.

Bygget består av fire etasjer. I kjelleren er det aktivitetsrom til pasientene og i loftsetasjen er det kontorer. I 1. og 2. etasje holder sikkerhets-psykiatrisk avsnitt til. I hver etasje er det to skjermede enheter og kapasitet på 10 pasienter.

Teknisk sett har bygningene dårlig tilstand, der de fleste komponenter er vurdert med tilstandsgrad 2, dvs. uakseptabel tilstand. Yttertak, takrenner og nedløp er vurdert som svært dårlig med akutt behov for oppgradering/utskifting. Dette er viktig i.f.t. risiko for skadeutvikling. Grunn, fundamenter og bæresystem, brannsløkkingsanlegg og heisene har god teknisk tilstand. Bygget er ikke sprinklet.

Bygning 17 er registrert med relativt omfattende begrensninger og fremstår som en rigid konstruksjon. Begrenset last-kapasitet, tunge/bærende innervegger, smal bygningskropp og dårlig heiskapasitet gir i sum få muligheter for endringer.

Lokalenes egnethet for den virksomheten som er der i dag er vurdert som dårlig.

Størrelsen/kapasiteten på enhetene i 1. og 2. etasje (10 pasienter) opplyses å være for mye iht en hensiktsmessig driftssituasjon. For å klare dette må enhetene alltid ha noen pasienter i permisjon. Egnetheten i stor grad begrenset av planløsningen som gir dårlig oversikt over pasientene, små sengerom, mangel på noen rom (legekontorer, grupperom/samtalerom) og mangel på avgrenset uterom. Bad for pasientene er ikke HC-tilpasset. Vaktrommet i etasjene er trangt og er ikke lydtett ut i korridor. Skjermingsenhetene opplyses å fungere bra. Bygningen har god beliggenhet og ligger i stille og rolige omgivelser, skjermet for innsyn.

Ellers er det primært den dårlige tilstanden, manglende vedlikehold og en svært rigid konstruksjon som trekker ned.

Bygningen antas å egne seg best til enklere funksjoner som kontor og dagområder.

Bygg 07 (KPS)

Bygning 07: 1 111 m² BTA. Oppført i 1855.

Bygningen er blant de eldste på Gaustad, fra 1850-tallet. Bygningen har 2 etasjer pluss kjeller og loft. Etasjearealet ca. 380 m². Bygningen bærer generelt preg av slitasje og elde, og mangelfullt vedlikehold gjennom mange år. Klimaskjermen har dårlig tilstand, med behov for utbedring av vinduer og yttertak i løpet av relativt kort tid (tilstandsgrad 3 for de fleste av byggene). Også tekniske installasjoner er i relativt dårlig stand, eller mangler helt. Bygget er preget av byggeskikken på 1850-tallet, med tunge konstruksjoner, små rom, bærende innervegger, lav lastkapasitet og svært smal bygningskropp. Kombinert med relativt lite etasjeareal i bygget, legger dette store begrensninger både på endrings- og bruksmulighetene. På den positive siden er etasjehøydene og korridorbredder gode. Heis-kapasitet/størrelse for dårlig til dagens behov. Bygningen benyttes i dag primært til kontorer, og det vil være denne typen funksjoner som også vil kunne være aktuell i fremtiden. Arealeffektiviteten vil imidlertid være lavere enn i tilsvarende nybygg.

2.3 Spesielle problemstillinger.

Følgende spesielle problemstillinger har vært drøftet i utredningsgruppen.

Sykehus i fengsel eller «fengsel» i sykehus?

Det er konkludert med: «Fengsel» i sykehus (utformet med graderte sikkerhetsnivåer).

Maksimum antall etasjer (for hvem)?

Ved definering av krav ble konklusjonen: Lavt bygg for pasientene (1-2 et., max: 3 et.) / døgnområde på bakkeplan. Poliklinikk, forskning, administrasjon kan være over PUA og RSA.

Hva slags sikkerhetskrav finnes / skal tas høyde for?

«Kravspesifikasjon for sikkerhetspsykiatribygg i Norge» blir en viktig del av grunnlaget for konseptfasen. Jf kap 2.1.2

Avstander til allmenheten / andre pasienter?

Ved definering av krav ble konklusjonen: Minste avstand til «sårbar» nabo (bolig, barnehage, o.l.) sette til 10 m fra ytterste sikkerhet (gjerde) (Jf Ila: 20 m. Minst 8 m mellom bygg, jf PBL § 29-4: skal byggverk ha en avstand fra nabogrense ikke under 4 m).

2.4 Interessentanalyse

2.4.1 Interessentgrupper

Følgende interessentgrupper vært involvert eller kontaktet ifm utredningen.

INTERNE (OUS)

- Ledere/fagledere
- Medarbeidere, tillitsvalgte, verneombud

EKSTERNE

- Pasienter ved brukerrådsrepresentanter (deltakere i utredningsgruppen)
- Grunneiere
- Reguleringsmyndighet/planfaglig representant
- Antikvariske myndigheter (Riksantikvaren, Byantikvaren)

2.4.2 Liste over øvrige eksterne interessenter

Øvrige eksterne interessentene mtp tiltaket (lokalisering av RSA mtf) er listet under. Alle interessentene merket med * har deltatt i møter og/eller i samtaler pr telefon.

Sted	Interessentgruppe	Organisasjon/navn
Dikemark	Grunneier	* Oslo kommune/Eiendoms og byfornyelsesetaten (EBY)
	Reguleringsmyndighet	* Asker kommune / Planfaglig administrasjon
	Reguleringsmyndighet	Asker kommune / Kommunestyret
Gautstad, SSBU	Grunneier	* OUS
	Grunneiere	Private
	Reguleringsmyndighet	* Oslo kommune/ Plan- og bygningsetaten (PBE)
	Reguleringsmyndighet	Oslo kommune/ Bystyret
	Antikvariske - Myndigheter	* Oslo kommune/ Byantikvaren (BYA) * Riksantikvaren (RA)
Ila	Grunneier	* Statsbygg
	Leietaker («grunneier»)	* Kriminalomsorgsdirektoratet
	Grunneier	* Carl Otto Løvenskiold (Løvenskiold Eiendom)
	Reguleringsmyndighet	* Bærum kommune / Planfaglig administrasjon
	Reguleringsmyndighet	Bærum kommune / Kommunestyret

2.4.3 Interessentmøter

Dato	Interessentgruppe	Organisasjon/navn
11.11.2015	Grunneier	Oslo kommune/Eiendoms og byfornyelsesetaten (EBY)
14.10.2015	Reguleringsmyndighet	Asker kommune / Planfaglig administrasjon
14.10.2015	Reguleringsmyndighet	Oslo kommune/ Plan- og bygningsetaten (PBE)
08.10.2015	Antikvariske - Myndigheter	Oslo kommune/ Byantikvaren (BYA) Riksantikvaren (RA)
18.09.2015	Grunneier	Statsbygg
21.10.2015	Leietaker («grunneier»)	Kriminalomsorgsdirektoratet
22.10.2015	Grunneier	Carl Otto Løvenskiold (Løvenskiold Eiendom)
04.11.2015	Reguleringsmyndighet	Bærum kommune / Planfaglig administrasjon

2.4.4 Interesseavklaringer

Navn på representanter (kontaktpersoner) for respektive interessenter fremgår av vedlegg X. Absolutte krav er angitt med **rød skrift**.

Pasienter ved brukerrådsrepresentanter

Lokalisering

- Ikke «fengsel» for PUA-pasienter
- Normalitet
- Gode og varierte uteområder
- Dublering kan være nødvendig hvis felles bygg, muligens også for RSA alene: arealer, funksjoner, sikkerhetsnivå
- Lavt bygg for pasienter

Utforming

- Lavt bygg for pasientene / døgnområde på bakkeplan (poliklinikk, forskning, admin kan være over PUA og RSA)
- Normalitet
- Høy sikkerhet for RSA, (noe) lavere for PUA
- Ikke fengselspreg, dvs ikke heldig med høye gjerder (i det minste for PUA-pasienter)
- Store nok arealer (korridorer, fellesrom) til at det kan brukes til flere funksjoner
- Unngå «løven i bur»

Overordnet ledelse og samfunnsinteresse

Generelt

- Nok areal
 - Bygg
 - Areal utenfor
- Sikkerhet
 - Samfunn
 - Ansatte
 - Pasienter
- Akseptabel kostnad
- Haster. Ikke nye alternativer.
- Robust nok vaktordning
- Nok fagfolk

RSA, PUA, KPS

Lokalisering

- Stor tomt
- Godt med uteareal
- Avstand til naboer
- Nærhet til marka
- Forsinkelse ved rømning
- Unngå urealistisk tomter / naboklager, organisasjoner somklager (markagrense)

Utforming

- Adgangskontroll / Særlig høy sikkerhet / Gradert sikkerhet innfor soner
- Normalt utsende bygg – Ikke fengselspreg
- Max 2 etasjer
- Små hus

- Uteareal i atrium
- Godt tilrettelagt aktivitetstilbud

Lokal sikkerhet, spesialisert døgntilbud

Lokalisering

- **Natur**
- **Gode uteområder**
- Enkelt atkomst (P-plasser)
- Nærhet til avgjørende tjenester, somatikk
- Nærhet til annen psykiatri / fagmiljøer
- Nærhet til bydelene i Oslo

Utforming

- **Terapeutisk arealer**
 - **Størrelse**
 - **Design**
 - **Organisering**
 - **Innhold**
- **Sikkerhet**
 - **Gradert**
- **Fleksibilitet**
- **Terapeutisk Mulighet til meningsfull aktivitet**

Medarbeidere, tillitsvalgte, verneombud (VO)

Generelt

- **Sikkerhetssone rundt bygget – Med perimetersikkerhet**
- **Parkeringsplasser**
- **Mulighet for atskilte uteområder**
- **Mulighet for uteaktivitet innenfor perimetersikringen**
- **Enkel atkomst til friluftsområder**

Lokalisering

- **Plass til å bygge ut**
- **Bevare fagmiljøer og kompetanse – Kontinuitet medarbeidere (nærhet til dagens institusjon)**
- **God tilgjengelighet – Også kollektivtransport**
- **Sikker atkomst – Flere veier inn i området**

Utforming

- **Pasientbehandling på ett plan**
- **Mange og fleksible skjermingsmuligheter: Mulighet til at alle plassene på RSA & PUA kan benyttes til skjerming / dele opp enheter**
- **Mulighet for differensiert sikkerhetsnivå**
- **Hindre atkomst utenfra til bygg**
- **Aktivitetsbygg (gymsal)**
- **God lydisolering; mellom rom og inn/ut av bygget**
- **God ventilasjon**
- **Brede korridorer (minst 2,5 m bredde)**
- **Plassering/innredning må være oversiktlig**
- **Store bad, uten blindsoner, > 5 - 6 m²**
- **Korridorer uten blindsoner**

- Bygg som ikke virker stigmatiserende (for nært fengsel, unngå piggrådgerder)
- Høyt under taket
- Mulighet til å skille mellom ungdom og voksne / dele opp enheter

Grunneiere Dikemark

Oslo kommune ved EBY ønsket i 2002 å selge større deler av eiendommen på Dikemark til staten. EBY har sammen med Asker kommune bidratt til arkitektkonkurranse mtp utvikling av Dikemark som et lokalsenter i Asker med 1 200 boliger.

Grunneiere Gaustad

OUS idéfase utreder framtidig bruk av eiendom ved Gaustad sykehus.

Grunneiere Ila

Statsbygg har ikke egen agenda/politikk for fengselseiendommen på Ila. Statsbygg forholder seg til leietaker, Kriminalomsorgen og henviser til leietaker mtp utvikling og bruk av eiendommen. Kriminalomsorgen ønsker samlokalisering med RSA mtf, men har av praktiske grunner ikke hatt anledning til egen møter om mulighetsskissene, for en slik løsning, i november/desember 2015.

Grunneier SSBU

OUS idéfase utreder framtidig bruk av eiendom ved Sognsvannsveien 53 / 67 (SSBU).

Reguleringsmyndighet/planfaglig representant Dikemark

Asker kommune planlegger utvikling av Dikemark som et lokalsenter i Asker med 1 200 boliger på sikt. P.t. er det ca 250 boliger på Dikemark. Kommunen planlegger 250 boliger i tillegg (i alt 500 boliger) før en påregner krav om rekkefølgebestemmelser. Det er lite sannsynlig at lokalisering av RSA mtf innenfor lokalsenter-området blir akseptert, med unntak av Granli og muligens Dagali/Kringsjø.

Reguleringsmyndighet/planfaglig representant Gaustad

Gaustad har vært vurdert mtp lokalisering av RSA. Medfører avstengning av områder.

Reguleringsmyndighet/planfaglig representant Ila

Bærum kommune ved planfaglige - og helsefaglige administrasjonen er åpen for tiltak som angitt ved begge skisserte muligheter (Ila Syd og Ila Nord). Plasseringene er ikke tilfeldige, men ses i sammenheng med aktivitetene til Kriminalomsorgen ved Ila fengsel og forvaringsanstalt.

Reguleringsmyndighet/planfaglig representant SSBU

SSBU-tomta ved Sogn har vært vurdert mtp lokalisering av RSA. Medfører avstengning av områder.

Antikvariske myndigheter (Riksantikvaren) Dikemark

Flere bygg og utomhus-arealer er vernet. RA kan ikke ta stilling til tiltaket/lokaliseringen før det foreligger en beskrivelse av hva en RSA mtf krever av infrastruktur, gjerder, vinduer, inngangspartier, sluser, akuttmottak etc.

Antikvariske myndigheter (Riksantikvaren, Byantikvaren) Gaustad

Gaustad: søndre område tåler en del, være forsiktig i nord.
RA og BYA er skeptiske til lokalisering av RSA mtf på Gaustad.

Antikvariske myndigheter (Riksantikvaren, Byantikvaren) SSBU

RA og BYA er skeptiske til lokalisering av RSA mtf på SSBU-tomta.

2.4.5 Interessentanalyse

Lokalisering av sikkerhetspsykiatrisk virksomhet har vist seg å være krevende ift interessenter i aktuelle omgivelser. Det er derfor gjennomført en interessentanalyse i idefasen. Her identifiseres flere tiltak for å redusere gjennomføringsrisikoen:

#	Interessent	Interesse/behov/krav: LOKALISERING RSA mtf	Holdning til tiltaket mot: - / for: + (skala: -3 / +3)	Antatt evne til å påvirke tiltaket (skala: 0 / +3)	Realiserings RISIKO	Mulige tiltak fra operativ / overordnet bestillers side
1	Pasienter	Normalitet, naturlige omgivelser	3	1	3	
2	Overordnet ledelse og samfunn	Nok areal (tomt, bygg). Sikkerhet.	3	1	3	
3	RSA, PUA, KPS	Nok areal (tomt, bygg). Avstand til nabo.	3	1	3	
4	LS, spesialisert døgnetilbud	Natur. Gode uteområder.	3	1	3	
5	Medarbeidere, tillitsvalgte, VO	Sikkerhetssone rundt bygget. Utbyggingsmulighet.	3	1	3	
6	Dikemark Grunneier	Utvikling og salg.	-1	2	-2	Dialog med grunneier
7	Dikemark Reguleringsmyndighet Admin.	Unngå konflikt med planlagt lokalsenter i Asker.	-1	2	-2	Dialog med planmyndighet
8	Dikemark Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
9	Dikemark Antikvarisk myndighet	Vernede bygg og utendørsarealer.	-1	1	-1	Dialog med antikvarisk myndighet
10	Gaustad Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
11	Gaustad Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
12	Gaustad Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
13	Gaustad Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på Gaustad.	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet
14	Ila Grunneier	Kriminalomsorgen ønsker samlokalisering	2	2	4	
15	Ila Reguleringsmyndighet Admin.	Åpen for tiltaket, samlokalisering m/krim.omsorg	1	2	2	
16	Ila Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
17	Ila Antikvarisk myndighet	(Ingen spesielle)	0	1	0	
18	SSBU Grunneier	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser.	2	2	4	
19	SSBU Reguleringsmyndighet Admin.	Ikke avstengning av områder.	-2	2	-4	Tilrettelegge forbindelser
20	SSBU Reguleringsmyndighet Politisk	?		3	?	Politisk avklaring
21	SSBU Antikvarisk myndighet	Skeptiske til lokalisering av RSA mtf på SSBU	-2	1	-2	Dialog med antikvarisk myndighet

Tabell 1 Interessentanalyse.

Politisk reguleringsmyndighets holdning til lokalisering av RSA mtf er uavklart

Ifm idéfasen RSA mtf har det ikke vært kontakt med representanter fra kommunestyrene i Asker, Bærum eller Oslo. På bakgrunn av dialog med planadministrasjonen i respektive kommuner anslås risikoen for ikke å oppnå ønsket lokalisering av RSA mtf som «høy» til ukjent.

Anbefalt tiltak: Tidlig i konseptfasen bør nøkkelpersoner i aktuelle kommunestyre/r kontaktes mtp å avklare holdningen til tiltaket

På bakgrunn av dialog og møter med ovennevnte interessenter er følgende behovskonflikter identifisert.

1)

Dikemark Grunneier (Oslo kommune/EBY) planlegger utvikling og salg av deler av eiendommen. Det usikkert om EBY vurderer at lokalisering av RSA mtf vil ha en negative effekt på markedsprisen. Anbefalt tiltak: Dialog med grunneier om vilkår for kjøp.

2)

Dikemark Reguleringsmyndighet/planfaglig representant ønsker å unngå konflikt med planlagt lokalsenter (med stor vekt på boliger) i Asker. Anbefalt tiltak: Dialog med planmyndigheten.

3)

Antikvarisk myndigheter i Asker, Bærum og Oslo ønsker å unngå konflikt med vernede bygg og utendørsarealer. Anbefalt tilta: Dialog med aktuell/e antikvarisk myndighet/er.

4)

Oslo kommune / Plan- og bygningsetaten ønsker ikke avstengning av områder på Gaustad og SSBU-tomta.

Anbefalt tiltak: Tilrettelegge for gode forbindelses linjer i aktuelle område/r.

2.5 Nåsituasjon, forventet utvikling, fremtidige aktivitet/behov, funksjoner/virksomhet, omstilling, driftsmodell, kapasitet, arealbehov og bygg

2.5.1 Regional sikkerhetsavdeling (RSA)

2.5.1.1 Overordnet beskrivelse RSA

Regional sikkerhetsavdeling ble opprettet i 1982 etter Stortingsvedtak om nedleggelse av Reitgjerdet sykehus. Avdelingen har en regional funksjon i Helse Sør-Øst og ivaretar det høyeste sikkerhetspsykiatriske nivået i helseregionen. Mandat for virksomheten følger av Stortingsmelding 25 Åpenhet og helhet kapittel 4, og Opptappingsplanen for psykisk helse kapittel 4.4.4. Avdelingen skal sørge for akutte og planlagte mottak av psykotiske pasienter med atferdsavvik og som er til nærliggende og alvorlig fare for andre, tilby et trygt behandlingsmiljø, et sikkert arbeidsmiljø og et tilstrekkelig samfunns-vern. Avdelingen har tre kliniske døgnenheter i Granlibygningen på Dikemark og poliklinikk i Oslo Fengsel og Bredtveit Fengsel. Krav til virksomheten er ingen ventetid for akutte målgruppepasienter, god tilgjengelighet for planlagte målgruppepasienter, høyes-te kompetanse på voldsriskovurdering og voldsriskohåndtering, absolutt rømningsikkerhet og forsvarlige utskrivelser.

2.5.1.2 Nåsituasjonen RSA

- Døgn

Regional sikkerhetsavdeling har i dag 20 døgnplasser og alltid beredskapskapasitet for hasteinnleggelser for målgruppepasienter fra fengsel og forvaringsinstitusjon, fra lokal sikkerhetspsykiatri, akuttpsykiatri og allmennpsykiatri, og fra ungdomspsykiatri og legevakt. Døgnenhetene er inndelt i Intensivpsykiatrisk døgnenhet, Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet og Rettspsykiatrisk døgnenhet, med i alt 180 årsverk og areal på 3 935 m² i Granlibygningen fordelt på tre etasjer. I tillegg kommer luftegård med sluser, aktivitetsbygning med gymsal, garderober, aktivitetsrom mv., og med behandlerkontorer i toppetasjen, samt perimetersikkerhet som benyttes bla til parkering og utegrupper.

Avdelingens mottaksenhet mottar hvert år 20 – 30 pasienter til døgnbehandling. Noen klienter kommer etter rettslig kjennelse om judisiell observasjon eller varetektssurrogat. Behandlingstiden varierer mye fra noen ukers observasjon til lang-tidsforløp over flere år. Pasientene er i all hovedsak tvangsinnlagt til sivilrettslig tvangsinnleggelse, etter behandlingsdom eller etter rettslig kjennelse. Videreføring av behandlingsforløpene til andre institusjoner er ofte svært krevende. Gjennomsnittlig behandlingstid for avsluttede opphold var i 2010 123 døgn. Dette er ut-skrevne pasienter som har oppnådd tilstrekkelig bedring til å få overføring til andre institusjoner. Gjennomsnittlig behandlingstid for pågående opphold var 294 døgn ved utgangen av 2010. Noen pasienter har hatt flere opphold. I 2010 ble 22 pasienter utskrevet fra avdelingen til døgntilbud i helseforetakene eller til fengsel og forvaringsinstitusjon.

Risikovurderinger og analyser av meldte avvikhendelser fra virksomheten viser forhøyet risiko for uheldige hendelser i pasientbehandlingen og i arbeidsmiljøet. Det arbeides kontinuerlig med risikoreducerende tiltak og kompetansehevende til-tak. Mye av risikoprofilen må tilskrives uegnet bygningsstruktur og mangelfull sta-tisk og perimeter sikkerhet.

- Poliklinikk og dagbehandling

Fengselspsykiatrisk poliklinikk i Oslo fengsel og Bredtveit kvinnefengsel er avdelingens polikliniske seksjon. Fengselsinnsatte har et bredt spekter av psykiske lidelser og har 3 – 4 ganger høyere risiko enn normalbefolkningen for psykiatrisk sykdom. Fengselspopulasjonen i Norge utgjør til enhver tid ~ 0.07% av befolkningen. Fengselspsykiatrisk poliklinikk har om lag 200 innsatte i behandling til en-hver tid, og har om lag 1 500 konsultasjoner hvert år. Poliklinikken disponerer kontorlokaler mv. på 250 m² og er stedlig bundet til fengslene. Funksjonen inngår derfor ikke i nybyggprosjektet og er ikke del av denne idéfaseutredningen.

- Prejudisiell enhet

foretar psykiatriske vurderinger på oppdrag fra politidistriktene tilhørende Oslo statsadvokatembeter og gjør primært vurderinger av siktedes strafferettslige tilregnelighet for videre anbefaling om det er behov for en full judisiell observasjon. Enheten foretar også fører-kortvurderinger, våpenlisensvurderinger, vurderinger av evne til å møte i retten, samt tilbyr undervisning og veiledning til politi og påtalemyndighet. Funksjonen ble overført fra Oslo politidistrikt (tidligere politilegens kontor) til OUS 01.01.2014. Enheten er lokalisert i Politihuset på Grønland og består i dag av enhetsleder, administrasjonskonsulent, psykologspesialist og psykiater. I tillegg har enheten knyttet til seg to psykiatere som bistår ved behov.

- Nasjonal koordineringsenhet for dom til behandling

skal være en administrativ og permanent del av gjennomføringen av dommer til tvungent psykisk helsevern og skal sikre god samhandling mellom helse- og justissektoren. Funksjonen skal være en integrert del av gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern og et viktig bidrag til sikkerheten og samfunnsvernet. Nasjonal koordineringsenhet er én av seks enheter i Regional sikkerhetsseksjon og har 1,4 ansatte. Det er stort behov for å få øk-te ressurser til enheten.

Nasjonal koordineringsenhet skal primært:

- utarbeide og oppdatere retningslinjer for samhandling ved etablering og gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern
- føre register som gir nødvendig oversikt over personer dømt til tvungent psykisk helsevern
- sørge for at alle parter har den informasjon som er nødvendig for at de lovpålagte oppgavene skal kunne løses på best mulig måte.

- Ambulant virksomhet

Avdelingen har utviklet rehabiliteringstilbudet og det arenafleksible tilbudet, redusert kapasiteten med 50 % og redusert behandlingstiden med om lag 2/3 slik at antallet pasientmottak er opprettholdt. Samtidig har den samlede pleietyngde for innlagte pasienter de senere år blitt doblet ettersom de mindre intensive behandlingsforløpene er overført til helseforetakene. Det arenafleksible tilbudet er fra 2006 desentralisert og overtatt av helseforetakene og distriktspsykiatrien.

- Administrasjon og ledelse

Hver seksjon har leder, assisterende leder og en merkantil stilling. Avdelingens administrasjon og ledelse består av leder og assisterende leder, avdelingsoverlege og tre merkantile funksjoner. Totalt utgjør administrasjon og ledelse i Regional sikkerhetsavdeling 13 kontorarbeidsplasser inkludert poliklinikken. I tillegg kommer samhandlingsstrukturen med Kompetansesenter for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri.

- Forskning og undervisning

Det regionale ansvaret for Regional sikkerhetsavdeling innebærer en særlig forpliktelse til forskning, fagutvikling, kunnskapsformidling og veiledning. Regional sikkerhetsavdeling har høy undervisnings- og veiledningsaktivitet både internt og eksternt. Det er i tidligere idéfase anbefalt samlokalisering og ny samhandling med Kompetansesenter for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri for å styrke forskningen og fagutviklingen.

- Grensesnitt til andre virksomheter

Regional sikkerhetsavdeling samarbeider med helsetjenesten i fengsel og forvaringsinstitusjon, politi, påtalemyndighet og domstoler, og alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, særlig akuttpsykiatri og lokal sikkerhetspsykiatri. Avdelingen har mindre samarbeid med distriktspsykiatrien og kun sjelden med kommuner. Avdelingen samarbeider med annen døgnbasert psykiatrisk virksomhet på Dikemark for legevaktsordning o.a. støttefunksjoner. Regional sikkerhetsavdeling må videreutvikle grensesnittet mot Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, se nedenfor. Regional sikkerhetsavdeling har ikke direkte faglig grensesnitt mot klinikker som behandler pasienter for rusmiddelmisbruk eller psykisk utviklingshemming som hoveddiagnoser.

2.5.1.3 Utviklingsfaktorer RSA

- Befolkningsframskrivninger

Opptaksområdet for Regional sikkerhetsavdeling er Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust Agder og Vest Agder, dvs et befolkningsgrunnlag på ~ 2.3 millioner. Oslo benytter ~ 50 % og Akershus ~ 30 % av kapasiteten i Regional sikkerhetsavdeling. Det vil si at hovedstadsområdet benytter ~ 80 % av den regionale kapasiteten. Det vil pågå relativ immigrasjon til hovedstadsområdet frem til 2030. Denne urbaniseringen kan forsterke "storbyfenomenet" fordi vi vet at enkelte sykdomsgrupper migrerer til storbymiljøer. I tillegg kommer at de største transittpunkter inn til Norge ligger i Helse Sør-Øst. I Helse Sør-Øst ligger også de fleste og største fengslene i Norge. Både for noen immigrantgrupper og i fengselspopulasjonen er det påvist overhyppighet av psykisk sykdom.

- Epidemiologi

Regional sikkerhetsavdeling behandler pasienter i diagnosespekteret ICD10 F20 – F29 med komplikasjoner fra andre diagnosegrupper som tilleggspørsmål og med nærliggende og alvorlig risiko for voldelig atferd mot andre. De alvorligste sinnslidelsene har relativt stabil forekomst på til sammen i overkant av 1 % av befolkningen, og denne forekomsten er likeartet på tvers av landegrensene. Voldsrisiko for denne gruppen er 3 – 5 ganger høyere enn i normalbefolkningen. I tillegg kommer komplikasjon med rusmiddelmisbruk som øker voldsrisiko ytterligere og vanskeliggjør håndteringen og behandlingen. En undergruppe er pasienter med akutt eller kronisk paranoid psykosetilstand med persekutoriske vrangforestillinger og hallusinose, og med aggressiv og voldelig atferd. Denne gruppen bør identifiseres og få behandling som kan redusere symptomer og voldsrisiko. Håndtering av denne pasientgruppen er krevende, og ofte starter behandlingsløpet i Regional sikkerhetsavdeling. Avdelingen mottar også ofte henvisninger for tidligere pasienter som har fått tilbakefall eller forverring av sykdom og voldsrisiko og / eller fordi ansvarlig institusjon ikke håndterer voldsrisikoen og rømningssfare. Dessuten har man siden 2003 vurdert en ungdomsseksjon i avdelingen som fra tidligere har tatt imot pasienter ned til 13 års alder. Det er fremmet lovforslag om utvidet adgang til å pådømme overføring til tvungent psykisk helsevern. Slik lov som trolig trer i kraft i 2011 / 2012, vil bety økt behov for sikkerhetspsykiatriske behandlingsplasser.

- Samhandlingsreform

Det er ukjent hvorledes samhandlingsreformen vil påvirke Regional sikkerhetsavdeling. Avdeling har kun i sjeldne tilfeller et grensesnitt mot kommunehelsetjenestene i helseregionen.

Samhandlingsreformen kan bidra til at flere sikkerhetspsykiatriske pasienter får behandlingstilbud i kommunene slik at de lokale sikkerhets-avdelingene får bedre kapasitet for pasientmottak fra Regional sikkerhetsavdeling.

- Omstillinger, arbeidsmåter, teknologi

Avdelingen har gjennomført faglige og organisatoriske omstillinger i 2004, 2006 og 2009.

Virksomheten er ytterligere spesialisert og bygningsmassen og plasskapasiteten er halvert. Antall pasientmottak og videreføringer er imidlertid opprettholdt gjennom kompetanseutvikling og effektivisering av behandlingsforløpene.

I formålstilpasset bygning med samhandling med Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri vil kvaliteten og effektiviteten i utredning og behandling optimaliseres.

Avdelingen har allerede gjennomført en omfattende kompetansedreining mot en tydeligere regional funksjon. Antall spesialister er fordoblet i klinikken og poliklinikken, og avdelingens fagmiljø er betydelig styrket ved at rettspsykiatere er tilsatt. Videre spesialisering av Regional sikkerhetsavdeling kan best oppnås ved å styrke samarbeidet med Kompetansesenter for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri i Oslo universitetssykehus.

Det vil stilles krav til flerfaglig diagnostikk og utredning og bruk av nye metoder innen billeddiagnostikk (bl.a. PET, MR), biologisk utredningsverktøy (bl.a. nevrobiologi, nevrofysiologi) og nevropsykologi/nevropsykiatri. Dette er ressurskrevende undersøkelser både når det gjelder utstyr og kompetanse. Samlokalisering av avdelingene gjør dette samarbeidet enklest mulig.

2.5.1.4 Framtidig situasjon RSA 2030

- Døgn

Forekomsten av målgruppepasienter er lav og variabel, men stabil over tid. Pre-diksjon av fremtidig incidens og prevalens vil derfor på kort sikt ha noe feilmargen som kan gi underkapasitet og overkapasitet i ulike perioder, jf tidligere volum og kapasitetsberegninger for Regional sikkerhetsavdeling (Gunby-utvalget, Skaug-utvalget, Helse Sør-Øst 2008). Desentraliseringen av sikkerhets- og rettspsykiatrien har pågått på nasjonalt nivå siden 1982, og i distriktene siden 2000 / 2005, jf. de to statusrapportene fra kompetansesenteret fra 2005 og 2008. Dette har gitt flere behandlingsforløp på lavere og mer effektivt nivå. Det vil være behov for å styrke et regionalt sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatrisk fagmiljø for å sikre høy kvalitet i utredningen og behandlingen for en sjelden sykdomsgruppe med betydelig skadepotensiale.

- Poliklinikk og dagbehandling

Nytt Halden fengsel har overtatt noe av soningsoppgavene og Oslo fengsel vil i større grad ivareta varetektsfengslinger. Erfaringsmessig har varetektsinnsatte større behov for poliklinisk psykiatrisk behandling. Det er ikke grunn til å tro at Fengselspsykiatrisk poliklinikk vil få redusert aktivitet i årene som kommer.

- Forskning og undervisning

Frem mot 2030 er det viktig at det fagmiljøet i Regional sikkerhetsavdeling styrkes slik at fortsatt klinisk og teoretisk kunnskap for denne pasientgruppen videreutvikles. En mulig løsning for å oppnå dette er at iht. utredningsrapport fra Hartmark i 2008 bør samhandlingsstruktur mellom

Regional sikkerhetsavdeling og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo universitetssykehus forbedres på flere områder.

- Grensesnitt til andre virksomheter

Grensesnitt mot annen virksomhet for Regional sikkerhetsavdeling vil også i et fremtidsperspektiv i hovedsak være helsetjenesten i fengsel og forvaringsinstitusjon, politi, påtalemyndighet og domstoler, akuttpsykiatri og lokal sikkerhetspsykiatri, og Kompetansesenter for sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri. Oppgave-fordelingen mellom Regional sikkerhetsavdeling og de lokale sikkerhetsavdelingene avgjøres både i enkeltsaker og på systemnivå. Pasientgrunnlaget for det høy-este sikkerhetsnivået vil også i fremtiden trolig være for lavt til at det er lønnsomt med høysikkerhetsareal med spesialisert skjerming og isolater, samt luftegård og perimetersikkerhet i alle helseforetakene.

Om det etableres en ungdomsseksjon i avdelingen vil grensesnittet mot barne- og ungdomspsykiatrien formaliseres, og i det påtenkte ungdomsfengselet i Oslo fengsel har Regional sikkerhetsavdeling allerede fått et delansvar. Etter 2006 er grensesnittet mot kommuner og distriktspsykiatri i det alt vesentlige overtatt av lo-kal sikkerhetspsykiatri og distriktspsykiatrien, en ordning som trolig vil stå seg til 2030.

2.5.2 Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme (PUA)

Personer med psykisk utviklingshemning/autisme og alvorlig psykisk tillegglidelse utgjør en liten pasientgruppe. Tilstandene er imidlertid av svært kompleks karakter, noen som krever spesialisert kompetanse innen utredning, diagnostikk, igangsetting av behandling og veiledning til kommuner for videre behandling og oppfølging. Seksjonen har regional funksjon og tar imot pasienter fra hele Helse Sør-Øst. Ved kapasitet tas det imot søknader fra andre helseregioner enn Helse Sør-Øst.

2.5.2.1 Overordnet beskrivelse PUA

Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning/autisme (PUA) er en avdeling i psykisk helsevern som tilbyr høyspesialiserte psykiatriske tjenester til mennesker med utviklingshemning og/eller autisme.

Utviklingshemning og autisme er livslange tilstander som kan forekomme sammen eller hver for seg, og krever varierende grad av oppfølging og omsorgstjenester. Utviklingshemning og autisme er ikke psykiske lidelser som skal behandles i psykisk helsevern, men mennesker i denne gruppen er særlig utsatt for tilleggsproblematikk i form av psykiske vansker. PUA har spesialkompetanse på utredning og behandling av psykisk lidelse hos denne gruppen.

Det finnes per i dag ikke tilsvarende høyspesialiserte tilbud om døgnbehandling for denne pasient-gruppen i de andre helseregionene. PUA mottar pasienter fra hele landet og bistår ved kapasitet spesialisthelsetjeneste i de andre helseregionene. Dette gjør at PUA i dag er en viktig faktor i å sikre mennesker med utviklingshemning og autisme tilgang på likeverdige tjenester innenfor psykisk helsevern. Dette var et uttalt mål blant annet i Opptappingsplanen for psykisk helse¹, og i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets informasjons- og utviklingsprogram 2010-2013: Mennesker med utviklingshemning skal heller ikke diskrimineres!² Det ligger føringer i Nasjonal strategi for psykisk helsevern³ om at pasienter med lidelser og kombinasjoner av sykdommer som krever spesiell og sjelden kompetanse skal ha tjenester på sentralsykehusnivå.

Utredning og behandling av psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemning og/eller autisme krever bred faglig kompetanse langt utover generell psykiatri. PUA er i dag det største fagmiljøet i landet som jobber primært med denne typen problemstillinger. PUA jobber på mange ulike arenaer (arenafleksibelt) og er delt i fire enheter: To døgnenheter, en regional spesialpoliklinikk og en regional kompetansetjeneste. Nærheten mellom klinisk virksomhet og forskning/formidling er et av de forholdene som gjør at PUA har en unik posisjon i dette fagfeltet på nasjonalt nivå.

2.5.2.2 Nåsituasjonen PUA

- Døgnbehandling

PUA har i dag to lukkede døgnenheter med til sammen 10 behandlingsplasser, hvorav fire er tilrettelagt for skjerming. Døgnenhetene har ventelister og tar ikke imot pasienter akutt. Pasientene fordeles mellom døgnenhetene ut fra funksjonsnivå og grad av utviklingshemning. Ventetiden kan komme opp i 12 måneder. Pleiepersonalet i de to enhetene består av henholdsvis 28 og 27 årsverk, og det er avsatt ca. 4,5 årsverk til behandlere (leger og psykologer) til sammen i de to døgnenhetene.

Pasientene som tas imot til døgnbehandling ved PUA er pasienter med komplekse tilstander kjennetegnet av høy grad av komorbiditet inkludert utfordrende atferd, sterk uro, høy voldsrisiko, store funksjonsvansker og stort pleiebehov. Utredning og behandling som i dag gjennomføres i PUA er ressurskrevende og faglig utfordrende i en slik grad at det ville være vanskelig, og av

effektivitetshensyn uhensiktsmessig, å bygge opp tilsvarende tilbud innenfor desentralisert psykisk helsevern. Mange av pasientene har behov for skjerming og det er en stor utfordring å tilpasse behandlingsmiljøet godt nok med dagens bygningsmessige forutsetninger. For å sikre best mulig overganger for pasientene, jobber personalet i døgn-enhetene arenafleksibelt, blant annet i pasientenes boliger før og etter innleggelse.

I 2014 hadde døgnenhetene 20 utskrivelser, 8 kvinner og 13 menn. Diagnostisk hadde nesten halvparten av disse (45%) en psykoselidelse og en fjerdedel (25%) hadde en alvorlig affektiv lidelse. Det innebærer at 70% av pasientene som ble skrevet ut fra døgnenhetene i 2014 hadde det man ofte refererer til som en alvorlig psykisk lidelse i tillegg til sin autisme og/eller utviklingshemming. 10% av pasientene hadde en alvorlig personlighetsforstyrrelse, mens det i de resterende tilfellene var mistanke om alvorlig psykiatrisk problematikk som ble avkrefte. Døgnenhetene har de siste fire årene behandlet 71 pasienter, hvorav 31 fra Oslo, 33 fra andre helseforetak i Helse Sør-Øst og 7 pasienter henvist fra helseforetak utenfor Helse Sør-Øst. De sistnevnte fordeler seg over hele landet.

Kombinasjonen av høy voldsrisiko og stort pleiebehov hos mange av pasientene utgjør en spesiell utfordring for personalet i døgnpostene. Dette understrekes av at det i 2014 var 127 rapporter om angrep på personalet. Andre særegne utfordringer i PUA er blant annet mye høylytt atferd, pasienter med behov for døgnkontinuerlig observasjon, pasienter med fysiske handikap og bevegelsehemninger, pasienter med sensorisk hypersensitivitet, for eksempel for lyd, samt pasienter som trenger langt mer rom rundt seg enn det som vanligvis er mulig i en døgnavdeling. Mange av pasientene i PUA har for øvrig ikke egnet bolig, og arbeid med tilrettelegging av bolig inngår alltid som en del av en utredning i PUA. Denne typen endringer og tilpasninger er vanskelige å gjennomføre mens pasientene er hjemme.

Foruten utredning, samtalebehandling og spesialisert miljøbehandling blir pasienter i døgn-enhetene ofte behandlet med psykofarmaka. Oppstart, utprøving og omlegging av slik medisinerer til denne gruppen er en svært krevende oppgave, ettersom de ofte reagerer utypisk, paradoksalt eller med store og alvorlige bivirkninger på slike medikamenter. Opp-start og endring av denne type behandling vurderes ofte uforsvarlig å gjennomføre utenfor døgninstitusjon.

- Poliklinikk

Seksjonen åpnet 1. mai 2014 en regional spesialpoliklinikk. Denne er godkjent av fylkes-mannen i Oslo og Akershus som en refusjonsberettiget, psykiatrisk poliklinikk. Det er i dag knyttet 5,8 årsverk til poliklinikken. Av disse er det én lege/psykiater, to psykologer, én psykiatrisk sykepleier, enhetsleder og sekretær som har sin primære tilknytning til poliklinikken. I tillegg er mange av de ansatte i døgnenhetene knyttet til poliklinikken i mindre stillingsbrøker, ettersom de arbeider poliklinisk og arenafleksibelt både med pasienter som skal inn eller har vært innlagt før og etter innleggelsen, og i enkelte rent polikliniske saker.

Pasientene som i dag utredes og behandles poliklinisk har varierende grad av funksjon og sykighet, men kan deles i to hovedgrupper: Pasienter som har en lettere eller mindre kompleks grad av problematikk som kan utredes uten døgnkontinuerlig observasjon, eventuelt at henvisningen gjelder en mer avgrenset problemstilling og pasienter som har så alvorlig problematikk med blant annet høy voldsrisiko at det ville være uforsvarlig å legge dem inn til opphold på døgnenhetene slik disse er bygget opp og fungerer per i dag. Den sis-te gruppen er liten, men svært ressurskrevende. Dette er pasienter som gjerne mottar om-sorg gjennom private omsorgsfirmar på oppdrag fra det offentlige. I 2015 har poliklinikken hatt to slike saker.

Henvisningsgrunnlaget til poliklinikken er ofte det samme som man ser til døgnenhetene, og det krever derfor samme spesialkompetanse å utrede og veilede i disse sakene. At poliklinikken er samlokalisert med døgnenhetene og dermed kan benytte ansatte fra døgnenhetene med spesiell kompetanse også i de rene, polikliniske pasientforløpene er en viktig suksessfaktor.

Kompleksiteten i fagfeltet, kombinert med at pasientgruppen er liten, gjør det vanskelig å bygge opp en separat poliklinikk med tilstrekkelig bred og fleksibel kompetanse.

Poliklinikkens oppgaver er varierende og blir tilpasset behovene i hver enkelt sak. De fleste sakene dreier seg om ambulant utredning der pasienten bor, undervisning og rådgiving til 1. og 2. linjetjenesten, psykoedukasjon, familiearbeid og andre bidrag til kompetanseutvikling.

Ved en oppsummering fra 6. januar 2015 hadde poliklinikken 43 pågående saker. Av disse ble 8 arbeidet med i påvente av innleggelse og 15 ble arbeidet med poliklinisk etter døgn-opphold i seksjonen. 20 var rent polikliniske saker. Det var 3 saker på venteliste til poliklinikk på dette tidspunktet. I hele 2014 avsluttet poliklinikken 24 saker. Det er en klar tendens i henvisningene til seksjonen at antallet henvisninger til rent polikliniske forløp er økende.

- Administrasjon og ledelse

Det er til sammen er avsatt åtte årsverk til administrasjon og ledelse i PUA: Avdelingen har fire enhetsledere, avdelingsleder, avdelingsoverlege, administrasjons-konsulent og tre sekretærer/merkantile funksjoner. Flere av disse stillingene er delt mellom administrasjon og klinisk arbeid. Ledelsessystemene i PUA er sertifisert med ISO 9001 av Det norske Veritas.

- Forskning og undervisning

I 2014 ble PUA tildelt en regional kompetansetjeneste av Helse Sør-Øst. Denne er organisert som en egen enhet i seksjonen (tidligere fag- og forskningsenheten). Kompetansenenheten er fortsatt under utvikling. Enheten arbeider med fagformidling i form av publikasjoner i nasjonale og internasjonale tidsskrifter, undervisning og kurs, deltakelse og innlegg på relevante konferanser i inn- og utland. Enheten deltar i en nasjonal multisenterstudie som er en forløpsstudie av psykisk lidelse hos mennesker med autisme og utviklingshemming. Enheten har per i dag tre egne forskningsprosjekter. Disse omfatter et prosjekt om miljø-terapeutisk behandling og behandlingsmiljø, overvåkning og registrering av bivirkninger ved bruk av psykofarmaka og evaluering av seksjonens flerfamiliegrupper. Ytterligere ett prosjekt, om traume hos mennesker med utviklingshemming, er under planlegging.

Publikasjonene som har utgått fra PUA har vært nært knyttet til den kliniske virksomheten.

- Grensesnitt til andre virksomheter

PUA samarbeider med ulike instanser fra sak til sak. Lokal spesialisthelsetjeneste, enten i habiliteringstjeneste eller DPS, er samarbeidspartner for PUA i alle pasientforløp. Dette gjelder også fastlege og kommunale bo - og omsorgstilbud. I saker hvor det er nødvendig samarbeider PUA med andre instanser i spesialisthelsetjenesten, for eksempel sikkerhets-avdelinger, psykisk helse barn og unge, ruspoliklinikker og andre. Hyppig somatisk problematikk hos pasientgruppen gjør at samarbeid med ulike somatiske avdelinger er vanlig.

Når det gjelder samarbeid om fagutvikling og forskningsprosjekter jobber PUA tett med Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypnersomni (NevSom) ved OUS, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), Høgskolen i Oslo og Akershus, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Spesialseksjon for utviklingshemming og autisme-diagnoser med alvorlige psykiatriske symptomer/atferdsvansker (SUA) - Vestre Viken, samt Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourette og narkolepsi ved OUS.

Det er én annen døgnenhet i Helse Sør-Øst som arbeider med en pasientgruppe som er del-vis overlappende med PUAs: Spesialseksjon for utviklingshemning og autismediagnoser med alvorlige psykiatriske symptomer / atferdsvansker (SUA). SUA har områdefunksjon for Vestre Viken HF.

PUA har en god fordeling av søknader fra hele Helse Sør-Øst, med noe overvekt av søkna-der både til poliklinikk og døgnbehandling fra OUS sykehusområde.

2.5.2.3 Utviklingsfaktorer PUA

- **Befolkningsframskrivninger**

PUA tar primært mot pasienter fra Helse Sør-Øst, altså Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. De siste fire årene har døgnhenhetene behandlet 71 pasienter, hvorav 31 fra Oslo kommune og 33 hjemmehørende i de andre fylkene i RHFet. Når det gjelder polikliniske og ambulante saker, synes det å være en relativt høyere andel pasienter hjemmehørende i Oslo, men det er betydelig aktivitet også i de andre fylkene i regionen.

- **Epidemiologi**

Mennesker med utviklingshemming/autisme er en uensartet og sammensatt gruppe. Som konsekvens av samfunns- og fagutvikling kan de beskrives som en populasjon i endring. Ansvarsreformen fra 1991 (HVPU-reformen) førte til at mennesker med utviklingshemming ble mer integrerte i og fikk større kontaktflate til samfunnet rundt seg. Kunnskap om psykisk lidelse hos mennesker med utviklingshemming har økt parallelt med desentralisering av omsorg for denne gruppen. Økt kunnskap fører til økte forekomsttall, men det at personer med utviklingshemming lever mer integrert i samfunnet skaper nye utfordringer. Spesielt ser man denne utviklingen når det gjelder rus- og traumeproblematikk. Mennesker med utviklingshemming/autisme er mer utsatt for overgrep og traumer enn befolkningen generelt. Denne typen problematikk blir i økende grad identifisert og utviklingen vil sannsynligvis fortsette med den forsknings- og fagutviklingsinnsats som legges ned på området.

Økt kunnskap om utredning og behandling av sykdommer hos mennesker med utviklingshemming har ført til langt bedre og mer tilpassede helsetjenester enn tidligere. Gjennomsnittlig levealder i gruppen er økt betraktelig de siste 20 år, noe som gir nye utfordringer knyttet til psykisk helse, spesielt aldringsrelatert problematikk. Personer med utviklingshemming har høyere risiko for demens enn befolkningen generelt og forekomsttallene er økende.

Mennesker med utviklingshemming/autisme som er født i andre deler av verden, hvor levekårene for denne gruppen er svært annerledes enn i Norge, har ofte store vansker. Spesielt gjelder dette de som har opplevd krig og krigsrelaterte traumer og overgrep. Denne pasientgruppen er svært krevende å behandle. Utviklingen i forekomsttallene for denne gruppen er vanskelig å forutsi, men man har ved PUA sett en økning de senere årene.

Prenatal diagnostikk av kromosom- og genavvik gjør at det i dag fødes færre barn med enkelte slike avvik. Det er imidlertid bare et mindretall av mennesker med utviklingshemming som har avvik av denne typen som er identifiserbare prenatalt.

Flere og tidligere fødte premature barn overlever i dag enn tidligere. Barn født før 25. svangerskapsuke ser ut til å ha stor risiko for utviklingshemming og andre utviklingsproblemer. De ser også ut til å være spesielt disponert for utvikling av psykisk lidelse. Allerede i dag ser man i PUA konturene av denne utviklingen, med en stor andel pasienter som har vært ekstrempremature og/eller har fått fødselsskader i forbindelse med prematurfødsler.

Omtrent halvparten av pasientene innlagt i PUA har en tilstand innenfor autismspekteret. Personer med utviklingshemming, autisme og psykisk tilleggslidelse er den gruppen i avdelingen som har de mest alvorlige tilstandene og representerer de største utfordringene for det lokale behandlingsapparatet. Forekomsten av denne kombinasjonen antas å være sta-bil på befolkningsnivå.

- Samhandlingsreform

PUA jobber kontinuerlig med å oppdatere sitt pasientforløp, blant annet med fokus på samhandling med resten av helsevesenet. Det har de siste årene skjedd en dreining av seksjonens virksomhet, med en opptrapping av den ambulante og polikliniske virksomheten. Flere pasienter behandles nå i sitt nærmiljø og blir ikke innlagt i døgnetenhetene. Videre blir pasienter som skal legges inn i døgnetenhetene fulgt tett opp både i forkant av innleggelse og etter utskrivelse. Disse endringene har medført at en stadig større del av avdelingens virksomhet foregår på andre arenaer enn i døgnetenhetene.

- Omstillinger, arbeidsmåter, teknologi

Med økning i aktivitet utenfor døgnetenhetene har det skjedd en endring av pasientpopulasjonen i avdelingen. Pasienter som kan utredes og følges opp ambulant blir ikke lagt inn, med det resultat at de inneliggende pasientene gjennomsnittlig har større vansker, høyere lidelsestrykk og er mer krevende enn tidligere. PUA har allerede i dag for få skjermingsplasser i forhold til behovet. På sikt vil denne utviklingen kunne medføre økninger i gjennomsnittlig liggetid og færre innleggelser innenfor dagens rammer, fordi enkeltpasientene som legges inn vil være mer krevende. Dette skaper også behov for flere sikkerhetstiltak og mer tilpassede bygningsmessige rammer.

Det er en økning i antallet søknader til PUA om bistand til yngre pasienter, også de under 18 år. Spesielt gjelder dette personer med autisme og begynnende psykisk lidelse. Personer med autisme ser ut til å ha tidligere debut av alvorlige psykisk lidelse enn andre grupper. Det finnes ikke noe tilbud til denne gruppen innenfor barne- og ungdomspsykiatri. Allerede i dag behandler PUA pasienter fra 16 år og oppover, og man mottar i økende grad henvisning på pasienter også under 16 år

2.5.2.4 Framtidig situasjon PUA 2030

- Døgnbehandling

For å opprettholde tilbud om døgnplasser til utredning, diagnostikk og igangsetting av behandling for Helse Sør Øst beregnes det at 13 plasser vil dekke dette. Da er det ikke tatt med behov for evt. akutt-plasser eller plasser for evt. judisielle observasjoner. Dersom denne avdelingen skal dekke døgntilbudet som det gjør i dag i framtiden, er det beregnet at døgnkapasiteten må være 13 plasser.

Alle behandlingsplassene ved PUA må være tilrettelagt for skjerming. Mindre krevende oppgaver vil bli løst ambulant eller på lavere behandlingsnivå, og ulike grader av skjerming vil være nødvendig for de fleste pasientene. Pasientene ved PUA vil fortsatt ha store og sammensatte vansker, samtidig forekommende psykisk utviklingshemming og/eller autismespekterforstyrrelser og alvorlige psykiske lidelser. Det vil også være kompliserende tilleggsproblematikk som for eksempel høy voldsrisiko, omfattende problematferd og soma-tisk komorbiditet som vanskelig kan behandles på lavere behandlingsnivå.

Dersom PUA også skal gi et tilbud til de under 16 år, vil det kreve bygningsmessige tilpasninger og nye arbeidsmetoder. Dette kan likevel være hensiktsmessig ettersom det i dag ikke finnes noen tilbud i barne- og ungdomspsykiatrien til pasienter som ligger innenfor PUAs kompetanseområde. For øvrig har PUA tidligere vært forespurt om å avsette en plass til pasienter med utviklingshemming som skal observeres judisielt

- Poliklinikk og dagbehandling

Henvisningene til poliklinisk utredning og behandling er økende, og det er sannsynlig at dette behovet vil bli større i årene framover. Dette vil kunne medføre behov for både større lo-kaler til poliklinikk og flere stillinger enn i dag. Nærhet til døgnetenheten vil imidlertid være avgjørende for at poliklinikken skal kunne bevare et tilstrekkelig bredt og fleksibelt fagmiljø.

- Regional kompetansetjeneste

PUA har mål om å være et ledende fagmiljø i Norge når det gjelder forskning på utviklingshemming/autisme og psykisk helse. Med opprettelsen av en regional kompetansetjeneste med til dels omfattende forsknings- og undervisningsaktivitet (til tross for beskjedne ressurser) er det lagt et godt grunnlag for en slik utvikling.

- Grensesnitt til andre virksomheter

Det vil med stor sannsynlighet bli som i dag, med forbehold om at avdelingen tildeles landsfunksjon eller får spesielle ansvarsområder knyttet til sin virksomhet som går ut over dagens arbeidsoppgaver. Det er for øvrig et mål at de ulike helseforetakene bygger opp kompetanse for å ivareta denne pasientgruppen på sikt. Det vil være naturlig at PUA bidrar med kompetanse i en slik utvikling, ettersom PUA er et større fagmiljø hvor klinisk virksomhet og forskning integreres.

2.5.3 Lokalsikkerhet (avdeling for spesialisert døgnbehandling): LS

2.5.3.1 Overordnet beskrivelse LS

Seksjonene for psykosebehandling på Gaustad og Dikemark tilbyr utredning og behandling til pasienter med psykiske lidelser med omfattende funksjonsnedsettelse og behov for døgnkontinuerlig opphold.

Hoveddelen av pasientene har psykoselidelser, mange har også vansker knyttet til rus og/eller farlighet. Seksjonene omfatter lokal sikkerhetspsykiatri (nivå 2) i tillegg til ordinære lukkede døgnplasser. Seksjonene har spisskompetanse på pasienter med psykose og pasienter med farlighetsproblematikk. Seksjonene har en vid samarbeidsflate, men samarbeider spesielt med distriktpsykiatriske sentra og bydeler/kommuner om videre behandling på beste effektive omsorgsnivå. Seksjonene søker å være aktiv del av et faglig nettverk mellom voksenpsykiatriske enheter det er naturlig å samarbeide med. Enkeltpersoner og grupper innen avdelingen tilbyr undervisning og vei-ledning til eksterne samarbeidspartnere, ofte i sammenheng med rehabiliteringsforløp til lavere omsorgsnivå.

Seksjonene vil fokusere på utviklingen av bedre miljø- og aktivitetsbehandling. Mindre prosjekter igangsatt. Seksjonene planlegger utvidelse av nåværende ambulant tjeneste.

Utredningsstandarder skal holde høyeste internasjonale nivå og leger og psykologer med ansvar for utredningene blir opplært i diagnostiske og psykometriske instrumenter. Alle pasienter har skriftlige utrednings- og behandlingsplaner. Alt arbeid med pasientene skal skje etter plan. Behandlingsplanelementene knyttes til arbeid med behandlingslinjer for psykose- og sikkerhetspasienter. Definert minimumskompetanse for alle personalgrupper og målrettet kompetansebygging mot ønsket kompetanse er under implementering.

2.5.3.2 Nåsituasjonen LS

Seksjonene består pr. i dag av 6 enheter og har virksomhet på 2 lokalisasjoner, Dikemark og Gaustad. 3 av disse enhetene er sikkerhetsenheter på nivå 2, hvorav 20 plasser er lokalisert på Gaustad og 10 på Dikemark. Av de 20 plassene på Gaustad er 10 øremerket Ahus, 8 Lovisenberg/Diakonhjemmet og 2 OUS. Samtlige 10 plasser på Dikemark betjener av OUS. Den lokale sikkerhetspsykiatrien i OUS skal dekke behovet for sikkerhetspsykiatrisk døgnbehandling for OUS' opptaksområde, inklusive LD, samt i perioden frem til også delvis for Ahus' opptaksområde (primært bydel Alna og Follo-kommunene).

I tillegg til sikkerhetsenhetene har Seksjonene 3 enheter som vektlegger psykosebehandling og rehabilitering. Klinikken har en tverrgående ergoterapiseksjon som arbeider på tvers.

I OUS' idéfase for nybygg er det våre sikkerhetsenheter som er aktuelle og dermed omtales videre.

- Døgn

Seksjonene har i dag 30 døgn sikkerhetsplasser fordelt på to lokalisasjoner, 20 på Gaustad og 10 på Dikemark, organisert under 3 enheter.

- Poliklinikk og dagbehandling

Seksjonene har i dag ingen poliklinisk virksomhet. En viss fremtidig poliklinisk virksomhet knyttet til oppfølging etter utskrivelse, evt. second opinion/spesialutredning er ønskelig.

- Ambulant virksomhet

Seksjonene har ambulant virksomhet organisert gjennom postpersonale i ordinær turnus. Pt er en stilling tverrgående og rent ambulant (rådgiver for samhandling). Seksjonene planlegger utvidelse av nåværende ambulant tjeneste, endelig organisering av dette er under utredning.

- Administrasjon og ledelse

De lokale sikkerhetsplassene er organisert i to forskjellige seksjoner på hver sine lokalisasjoner: Gaustad og Dikemark. Seksjonsledelsene består foruten seksjonsleder av avdelings-/seksjonsoverlege, Psykologfagligrådgiver/fag og kvalitetsrådgiver samt merkantile stilling-er. Det er egne enhetsledere på hver av de tre LS-enhetene. På Gaustad er det tilknyttet 2 sosionomer og en fysioterapeut til de to LS-enhetene. Til de to LS-enhetene på Gaustad er det tilknyttet tre overleger, to LIS og en psykologspesialist. Til LS-enheten på Dikemark er det tilknyttet 1 overlege og 2 LIS, en psykologstilling har vært holdt ledig. (I alt 4 ovl, 4 LIS, 2 psykologer)

- Forskning og undervisning

Forskning/fagutvikling: Seksjonene bestreber seg på å ha et aktivt og kompetent miljø av fagspesialister som kan sørge for kontinuerlig implementering av ny kunnskap. Flere mindre fagutviklingsprosjekter pågår til enhver tid.

Seksjonene har siden 2009 hatt et pilotprosjekt med sosialkognitiv trening. Fra 2010 er avdelingen pilotavdeling for innføring av rusmiddelbruksinstrumentene AUDIT og DUDIT i samarbeid med RKDD/Sykehuset innlandet Seksjonene har gjennomført fagutviklingsprosjekt på fysisk aktivitet som behandlingstiltak på to sikkerhetsenheter på Gaustad i samarbeid med forskning og fagutvikling i OUS samt HIO, sistnevnte finansierer prosjektet.

Det er i alle enheter i 2012-2014 gjennomført klinikknært forskningsprosjekt der en har undersøkt nytten av motiverende intervensjoner for å øke graden av fysisk aktivitet. Resultater ventes i 2016. Seksjonene er i ferd med å innføre Early Recognition Method(ERM) i samarbeid med HIO.

Undervisning: Seksjonene mottar legestudenter og psykologistudenter i klinisk praksis.

Seksjonene samarbeider med medisinsk fakultet om gjennomføring av basisgrupper og

eksamener for medisinstudenter. Seksjonene har omfattende intern undervisningsvirksomhet.

Samtlige enheter har internopplæringsystemer med kontinuerlig virksomhet.

- Grensesnitt til andre virksomheter

Seksjonene har en rekke samhandlingsflater der sikkerhetsenheterene er involvert i de fleste.

Samhandlingsflatene går på tvers av nivåer i sykehus og kommune. I tillegg er det samarbeidsflater knyttet opp mot politi, rettsvesen og fengselsvesen.

2.5.3.3 Utviklingsfaktorer LS

- Befolkningsframskrivninger

Se egent notat: OUS Idefase RSA-mft Notat-Døgnplasser-2015-20040_2015.10.26.

- Epidemiologi

Det er trekk i samfunnsutviklingen (øket migrasjon, større grad av urbanisering, endrede rusmiddelbruksmønstre, flere traumatiserte flyktninger) som kan bidra til øket prevalens av adferdsavvik med vold hos personer med alvorlige sinnslidelser, denne problematikken og trenden er spesielt stor i et storbyområde. Generelle anslag på ca. 1 % psykotiske i befolkningen og 5 ganger forhøyet voldsrisiko i gruppen, vil dermed være for lave i seksjonenes opptaksområde.

Det er grunn til å tro at pasienter med strafferettslige særreaksjoner vil øke i antall, i enda større grad dersom nye særreaksjoner tilkommer.

Sikkerhetsenheterene har hatt og vil fortsette å få en utvikling med økende antall pasienter med behov for rehabilitering til egnet bolig etter lengre behandlingsopphold. Kontinuitet i behandlingen er her en svært viktig utfordring. En gruppe som ikke nyttiggjør seg eksisterende behandlingstilbud og som krever lengre tids behandling og rehabilitering. Samfunnets krav til vern og antall dømt til behandling vil også påvirke behovet for lukkede døgnplasser. Det antas at antall som dømmes til behandling vil øke med 15 pr år nasjonalt. HSØs andel av dette er ca 60 %.

Denne gruppen behandles i dag i stor grad på lokale sikkerhetsavdelinger. I dag utgjør andelen på dom til behandling 60-70 % i OUS' lokale sikkerhetsavdelinger.

Forekomst av pasienter i dagens målgruppe for lokal sikkerhetsavdeling er høyere enn for det regionale nivået.

Omorganiseringer av behandlingen av nysyke vil kunne få konsekvenser. DPS vil få større oppdrag knyttet til tidlig oppdagelse.

- Omstillinger, arbeidsmåter, teknologi

Fysiske rammer

Bygningsmassen til lokal sikkerhet på Gaustad, har i hovedsak arkitektoniske løsninger fra 1920, og bygget lar seg ikke hensiktsmessig ombygge (jf. rapport fra prosjekt bygg 17 høsten 2010) til en moderne standard. Foruten rent sikkerhetsmessige mangler ved bygget, er det store mangler i forhold til bygningselementer som er kjent at kan påvirke helse (areal og arealutforming, dagslys).

De fysiske rammene i bygget i Verkensveien på Dikemark er bedre. God plass, brede korridorer, gode muligheter for skjerming. Aktivitets og treningsrom i samme etasje. Lett tilgang til utearealer. Kunne vært bedre vedlikeholdt, trenger utskifting av vinduer med mer. Burde vært bad/wc på hvert rom.

2.5.3.4 Framtidig situasjon LS 2030

- Døgn

Kapasiteten ved lokal sikkerhetspsykiatri kan ikke anses som overdimensjonert. (det eksisterer ingen beskrivelser om at DPS skal overta døgnbasert sikkerhetspsykiatri), snarere peker utviklingstrekk mot behov for flere plasser.

Økende antall pasienter med behov for rehabilitering til egnet bolig krever vektlegging av kontinuitet i behandlingen. I de fleste tilfeller vil det være mest egnet at relasjonene med erfaringer fra oppholdet i alvorlig sykdomsfase sammen med kompetansen fra spesialavdelingen kan videreføres sammen med pasienten til det nivået for en varig bosituasjon. Dette krever et øket fokus på ambulante funksjoner i avdelingen.

Samhandlingen mellom RSA og lokal sikkerhet i OUS er omfattende og kontakten mellom regional og lokal sikkerhet vil etter alt å dømme bli økende.

Forekomst av OUS-pasienter i dagens målgruppe for lokal sikkerhetsavdeling er høyere enn for det regionale nivået. Dersom regionale sikkerhetsplasser (nivå 1-sikkerhet) forbeholdes beredskap for hasteinnleggelse, vil det medføre at pasienter etter hvert er nødt til å videreføres til lavere nivå, uavhengig av nivå av farlighet. Konsekvensen av dette vil bli at lokal nivå 2-sikkerhet må etablere i prinsippet samme sikkerhetsstandarder som regionalt nivå.

Det er vanskelig å tenke seg at det skisserte fremtidige DPS-nivået vil kunne fylle behovet for klinikknære og oppegående fagmiljøer med spisskompetente fagfolk på alle felt i faget. Fagmiljøene, og dermed god klinisk praksis, er avhengig av fagmiljøer med tilgjengelige spisskompetente fagfolk. Det mer sentraliserte nivå over DPS-nivået bidrar på denne måten med viktig faglig "robusthet" i organisasjonen. Fremtiden vil kreve at disse fagmiljøene er enda mer tilgjengelige for klinikere i førstelinjen en de tradisjonelt har vært.

- Poliklinikk og dagbehandling

Det foreligger planer for økning av ambulant utadrettet virksomhet. Opprettelse av noe spesialpoliklinisk virksomhet bør vurderes for flere avdelinger på dette nivå.

Konsultasjoner/polikliniske avtaler i denne rammen vil kunne være nyttige i rehabiliteringsforløp etter utskrivelse, ved utredninger, ved mulig innsøking og ved second-opinion funksjon for DPS-nivået.

Det er god grunn til å tro at samhandlingsflaten mot de somatiske avdelingene vil øke i fremtiden, med et svakere skille mellom "psykisk" og "somatisk" helse. Nær lokalisering til somatiske avdelinger vil ha stort potensiale.

- **Forskning og undervisning**

For å følge opp føringer på dette er det nødvendig å legge til rette for levedyktige fagmiljøer av en viss størrelse med stor grad av spisskompetanse. Ny medisinsk kunnskap må skapes klinikknært og fagmiljøene må ha en kritisk samlokalisert "masse" for å kunne fungere dynamisk og produktivt. Forskere og klinikere må ha gode møteplasser. Dette krever en viss grad av sentralisering og spesialisering. Tilfredsstillende løsning av undervisningsoppgavene knyttet til universitetsfunksjonen er også i stor grad avhengig av disse faktorer.

- **Grensesnitt til andre virksomheter**

Antall samhandlingsflater vil øke, det bør være utstrakt samhandling internt i klinikken med god møteplasser på tvers, mer arbeid vil skje ambulant og "arenafleksibelt".

Fysiske rammer

Samlokalisering av regional med lokal sikkerhetspsykiatri vil ha store driftsmessige og faglige gevinster. Effektivisering vil kunne oppnås i beredskaps- vaktplaner, teknisk drift og vedlikehold og ved bruk av fellesfasiliteter. Samlokalisering bidrar til større fagmiljøer både på miljø- og behandler side. Mulighetene for samarbeid om forsknings- og fagutviklingsprosjekter vil bedres. Nåværende bygningsmasse er svært mangelfull i.f.t. sikkerhetsstandarder og psykososialt miljø for pasienter og ansatte, Det er sannsynlig at dette fører til dårlige kvalitet på behandlingen og driftsmessige merkostnader. Selve bygningsstandarden er foreldet ift energiutnyttelse/energiparing. Nybygg vil kunne medføre mer rasjonell drift med høyere kvalitet på behandlingen. En skal ikke underslå mulighetene som ligger i moderne arkitektoniske løsninger for å bedre effekt av behandling. Samlokalisering av regional og lokal sikkerhet med tett tilknytning til KPS på Gaustad vil kunne standarden på sikkerhetspsykiatrisk praksis og fagutvikling i hovedstadsområdet betydelig, samtidig som en kunne påregne betydelige rasjonaliseringsgevinster.

2.5.4 Kompetansesenter Sikkerhets-, Fængsels- og Rettspsykiatri (KPS)

2.5.4.1 Overordnet beskrivelse KPS

Kompetansesenteret har følgende oppgaver:

Forskning, langsiktig kompetanse- og fagutvikling, veiledning, kompetanse- og informasjonsspredning. Dette skal vi gjøre innenfor våre tre hovedfunksjonsområder; sikkerhets-, fængsels- og rettspsykiatri. Senteret skal betjene alle ansatte innenfor disse rammene i Helseregion Sør-Øst.

Kompetansesenteret er organisert som en enhet i Avdeling for psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF, Ullevål.

Oppgaver nasjonalt

- Nasjonale forsknings- og utviklingsprosjekter.
- Å styrke det rettspsykiatrisk arbeidet, blant annet ved å undervise i sakkyndigarbeid.
- Å styrke det nasjonale forsknings- og utviklingsarbeidet innen tvang, sedelighetsproblematikk, risikovurdering og risikohåndtering.
- Å samarbeide med internasjonale fagmiljøer.

Oppgaver regionalt

- Å ivareta fagområdene sikkerhets-, fængsels- og rettspsykiatri i helseregionene.
- Å bygge opp og spre kompetanse regionalt. Forskning og fagutvikling knyttet til de tre fagområdene.
- Å drive klinisk aktivitet i prosjektsammenheng.
- Å samarbeide med regionale og lokale sikkerhetsavdelinger.

2.5.4.2 Nåsituasjonen KPS

KPS teller i 2015 16 årsverk/stillinger (dekket av 19 ansatte). Virksomheten holder til i Bygg 07, Gaustad sykehus (1 111 m² BTA, 2 etasjer) der den disponere 25 kontorplasser.

Det er mange personer som disponere kontorplasser hos KPS i forbindelse med prosjekter. KPS er p.t. bemannet med et minimum personer, av forskjellige årsaker.

2.5.4.3 Utviklingsfaktorer KPS

- **Befolkningsframskrivninger og epidemiologi**
Det er estimert en stor befolkningsøkning i HSØ, og den regionale sikkerhetsavdelingen vil måtte øke sin kapasitet. En volumøkning av målgruppepasienter vil også få konsekvenser for KPS i form av flere veiledningsoppgaver og flere second opinion-opdrag.
- **Samhandlingsreformen**
har medført at det i 2014 er etablert samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid som bistår kommunene ifm kompetanseoppbygging. I ti-den fremover vil det bli et økt behov for kompetansespredning av KPS sin kjerne-kompetanse også ut i kommunene.
- **Omstillinger, arbeidsmåter, teknologi**
Fagutviklingen i rettspsykiatri skal intensiveres i årene fremover, og KPS er tiltenkt en sentral funksjon i dette arbeidet. Nye arbeidsmåter i sikkerhetspsykiatrien end-rer seg i takt med ny kunnskap om psykisk lidelse og voldsproblematikk, og KPS vil fortsatt være et viktig bindeledd mellom internasjonal og nasjonal forskning og fagutvikling, og det kliniske praksisfeltet. Justis- og beredskapsdepartementet har nylig bestemt at fængselspsykiatrien

skal moderniseres, og KPS er utpekt som bidragsyter i den forbedrede fengselspsykiatrien i fengslene i

2.5.4.4 Framtidig situasjon KPS 2030

KPS vil øke bemanning frem mot 2030, bla ifm nytt Rettspsykiatrisk senter, som er en varig oppgave, og flere prosjekter. I 2030 trenger minst 30 kontorplasser: Enkeltkontorer til fast ansatte og de som er hos KPS hver dag, noen plasser i kontorfelleskap for medarbeidere som ikke har daglig fremmøte, og undersøkelsesfasiliteter, administrasjon og kontorplass for rettspsykiatrisk sakkyndige i *Rettspsykiatrisk senter*.

2.6 Dimensjonerende forutsetninger, forutsetninger for endring.

I forbindelse med oppdatering av idéfaseprosjektet og nytt bygg for Regional sikkerhetsseksjon (RSA), Lokale sikkerhetsplasser (LS) og Regional seksjon for psykisk helse og utviklingshemning/autisme (PUA) vurderte en egen arbeidsgruppe behovet for antall plasser fram til 2040. Arbeidsgruppen arbeid er oppsummert i et eget notat, 26.10.2015.

Metode

Gruppen har benyttet flere tilnæringer for å vurdere behovet for plasser:

- Beregnet dekningsgrad for dagens plasser, og med utgangspunkt i befolkningsframskrivninger til 2040 beregnet behovet for plasser gitt samme dekningsgrad
- Befolkningsframskrivingene er hentet fra SSB
- Sett på utviklingen av antall dømte til behandling
- Foretatt en faglig vurdering av utviklingstrekk i samfunnet som har konsekvenser for behovet

Antall plasser ut fra befolkningsframskriving

Behovet for antall plasser er beregnet ut fra befolkningsframskrivninger (18 år +) hentet fra SSB, middels utvikling. Framskrivningene er beregnet fram til 2040.

Behov for antall pasientplasser 2030

I samsvar med OUS idéfase legge prognosen for 2030 til grunn for dimensjoneringen. Fra 2015 til 2030 forventes en befolkningsøkning på 18 %.

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	20	32
Lokal sikkerhet OUS- og LD sektor	20	25
PUA	10	12
Sum	50	69

Tabell 2 Oppsummering av behov for antall døgnplasser i et nybygg.

Totalt behov for antall pasientplasser 2030

Inklusive plasser for særlig høyt sikkerhetsnivå er totalt beregnet behov, i 2030, 73 pasientplasser. Disse plassene er dimensjonerende for arealberegningen.

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	20	32
Lokal sikkerhet	20	25
PUA	10	12
Særlig høyt sikkerhetsnivå	2	4
Totalt	52	73

Tabell 3 Oppsummering av behov for totalt antall døgnplasser inkl. plasser for særlig høyt sikkerhetsnivå.

Antall årsverk ut fra befolkningsframskriving 2015 - 2030

I samsvar med OUS idéfase legges prognosen for 2030 til grunn for dimensjoneringen. Fra 2015 til 2030 forventes en befolkningsøkning på 18 %. Arbeidsgruppen la dette til grunn for beregning av antall årsverk i 2030.

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	171	197
Lokal sikkerhet OUS- og LD sektor	83	173
PUA	73	110
Sum	327	480

Tabell 4 Oppsummering av behov for antall årsverk 2030.

Totalt antall årsverk 2030

Inklusive anslåtte årsverk i KPS er det mtp 2030 beregnet 411 årsverk.

Årsverkene er lagt til grunn for beregningen av antall parkeringsplasser, ved at anslått andel av årsverkene som arbeider om natten, eller til tider det ikke er tilbud om kollektivtransport, får parkeringsplass.

Organisasjonsenhet	2015	2030
RSA	171	197
Lokal sikkerhet	83	173
PUA	73	110
KPS	16	19
Totalt	<u>343</u>	499

Tabell 5 Oppsummering prognose antall årsverk i 2030.

2.7 Arealbehov RSA med tilgrensede funksjoner

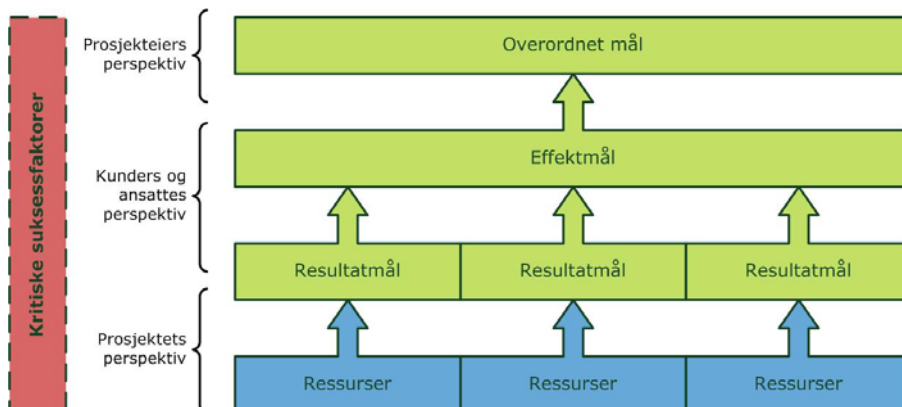
Årsverkene er lagt til grunn for beregningen av antall parkeringsplasser, ved at anslått andel av Det er gjennomført en beregning av arealbehovet for RSA med tilgrensede funksjoner basert på beregningen fra idéfasen i 2011 og behov for plasser i 2030 slik det er beskrevet i notat om sikkerhetsplasser fremover. Det er gjort justeringer av arealstandarder slik at disse er i tråd med de som ligger til grunn for samlet idéfase (se rapport 2.0). Arealbehovet for RSA med tilgrensede funksjoner er vist i tabellen under.

Areal	Plasser	BTA (m ²)
RSA	32	6 530
PUA	12	2 762
Lokal sikkerhet	25	4 729
Fellesfunksjoner		2 060
Særlig høyt sikkerhetsnivå	4	1 292
KPS		500
Totalt (avrundet)	73	18 000

Tabell 6 Arealbehov RSA mtf i 2030

Arealberegningen viser et større arealbehov enn tidligere. Dette skyldes økning grunnet plasser for lokal sikkerhet. Arealer til lokal sikkerhet har tidligere ikke vært inkludert i arealene for RSA, men i samlet areal for OUS. Videre er det en økning grunnet 4 plasser med særlig høyt sikkerhetsnivå, plasser som tidligere ikke har vært inkludert i idéfasearbeidet. Det er også en økning for RSA/PUA grunnet økning i antall plasser (7 nye plasser i 2016 og videre behov frem mot 2030).

2.8 Mål, kritiske suksessfaktorer, målanalyse



Figur 1: Prosjekt mål

2.8.1 Samfunns mål

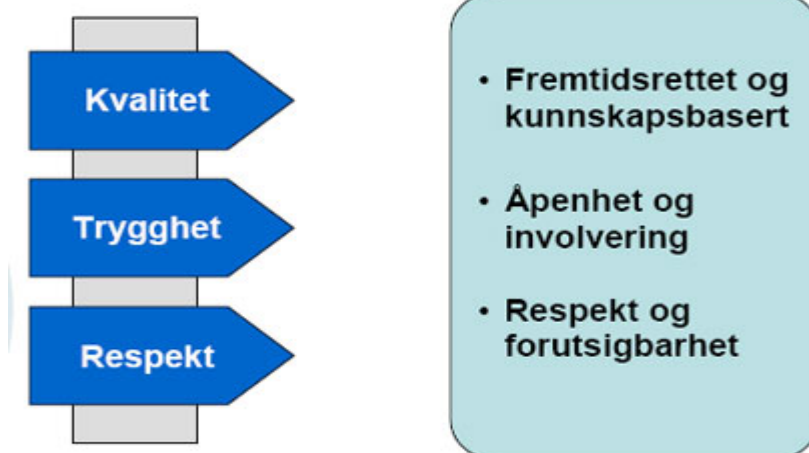
Samfunns målet for OUS er å sikre langsiktige løsninger for å oppnå et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehustilbud i eget sykehusområde, i regionen og på landsbasis. Prosjektet skal basere seg på de føringer som følger av nasjonale verdier og Helse Sør-Øst sin utvikling av helsetjenester i langsiktig perspektiv (jf bl.a. "program for utvikling og omstilling").

I de nasjonale verdiene for helsetjenesten er tre begreper vektlagt: kvalitet, trygghet og respekt.

I Helse Sør-Øst gjelder følgende visjoner og verdier for den framtidige helsetjenesten: *Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det? når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet.*

De tre nasjonale verdiene

For Helse Sør-Øst betyr dette:



Figur 2: Verdier Helse Sør-Øst

Det overordnede målet for OUS er å løse sine oppgaver på en kvalitativt og økonomisk god måte ved å samle og redusere arealbruk i psykiatrien og i størst mulig grad samle lands og regionsfunksjoner på Gaustad. For psykisk helse og avhengighet gjelder dette regionale døgn- og dagfunksjoner i den grad dette er hensiktsmessig.

Det er besluttet å frigjøre arealer på Dikemark. Videre er det behov for nybygg; dette er direkte utløst av prinsippet om samling av regionsfunksjoner.

2.8.2 Effektmål

Effektmålene er knyttet til at OUS i perspektivet mot 2030, skal kunne betjene befolkningen med et tidsmessig spesialisthelsetjenestetilbud. Effektmålene realiseres først når de konkrete utbyggingsbehov i sin helhet er dekket. Prosjektet skal sikre at man bygger på bærende elementer for et fremtidig og moderne tilbud innen spesialisthelsetjenesten med vekt på følgende:

- Bygg som legger til rette for korrekt diagnostikk, utredning og behandling.
- Bygg som legger til rette for at pasientene/brukerne skal motta kvalitativt gode tjenester.
- Bygg som legger til rette for samling til sterke og gode faglige miljøer for å oppnå dette.
- Bygg som legger til rette for at funksjoner samles når det er hensiktsmessig.
- Bygg som legger til rette for effektiv drift av eksisterende og framtidige funksjoner.
- Bygg som legger til rette for forsvarlig samfunnsvern.
- Bygg som legger til rette for trygt behandlingsmiljø.
- Bygg som legger til rette for sikkert arbeidsmiljø.

2.8.3 Resultatmål

Resultatmålet knyttet til denne fasen er at det skal framlegges en idéfaserapport som danner tilstrekkelig grunnlag for å fatte beslutning om igangsetting av en eventuell konseptfase.

Prosjektets konkrete resultatmål i idéfasen er at det framkommer en idéfaserapport som beskriver behovet for nybygg og ombygginger. Videre hvordan dette kan løses ved fire forskjellige steder (Dikemark, Gaustad, Ila og SSBU-tomte Sogn). Ulike alternativer skal beskrives og evalueres.

Den ønskede slutttilstanden er at lands- og regionfunksjonene kan samlokaliseres for å utgjøre både et faglig tyngdepunkt, og en effektiv ressursbruk sett fra et økonomisk ståsted.

Tidsplanen for OU idéfase RSA mtf har følgende milepæler:

Del	Milepæl	Tidspunkt
	Oppstartmøte utredningsgruppen	
1	Bakgrunn, mål, mandat, organisering og rammer for arbeidet	11.09.2015
1	Overordnede mål og strategiske føringer, referanse m.m.	11.09.2015
2	Identifisering og avgrensing. Overordnede krav og føringer	25.09.2015
2	Målanalysen	16.10.2015
2	Overordnet kravdokument	06.11.2015
3	Idésøk, mulighetsstudier. Alternativvurdering. Mandat for konseptfasen. Investeringsramme	12.11.2015
3	Oppsummering alternativvurdering, konseptmandat, investeringsramme	13.11.2015
4	Plan for konseptfasen	20.11.2015
0	Sammendrag og anbefaling	27.11.2015
	Presentasjon i OUS styret	10.12.2015

2.8.4 Suksesskriterier

Når idéfaserapporten er ferdig skal situasjonen være som følger:

- Det foreligger en idéfaserapport RSA mtf, iht gitt mandat, til avtalt tid.
- Idéfasen har fått styrets godkjenning og er godt forankret i organisasjonen
- Idéfasen har medvirket til nødvendige avklaringer om egnet lokalisering av RSA mtf
- Idéfasen har gitt grunnlag for utforming og programmering av løsninger i konseptfasen
- Kostnadsrammen for idéfasearbeidet er holdt.

2.8.5 Kritiske suksessfaktorer

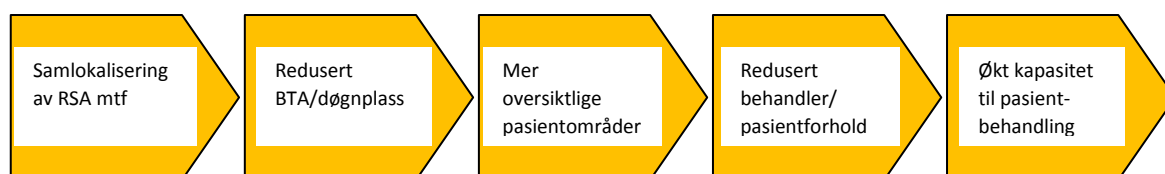
Følgende forhold anses som de mest kritiske suksessfaktorer:

- Prosjektdeltagerne, prosjekteier har felles målforståelse.
- Løpende avklaring og koordinering mot OUS idéfase.
- Nødvendige grunnlagsdata fra OUS/Klinikk psykisk helse og avhengighet framkommer i tide.
- Prosjektets leder/fagledergruppe gjør tydelige prioriteringer som grunnlag for dimensjonering
- God dialog og forankring mellom medvirkergruppens medlemmer og egen organisasjon

2.8.6 Relevans for investeringen

OUS styret ønsker samlokalisering av RSA mtf for å styrke regionsfunksjoner og for å legge grunnlag for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.

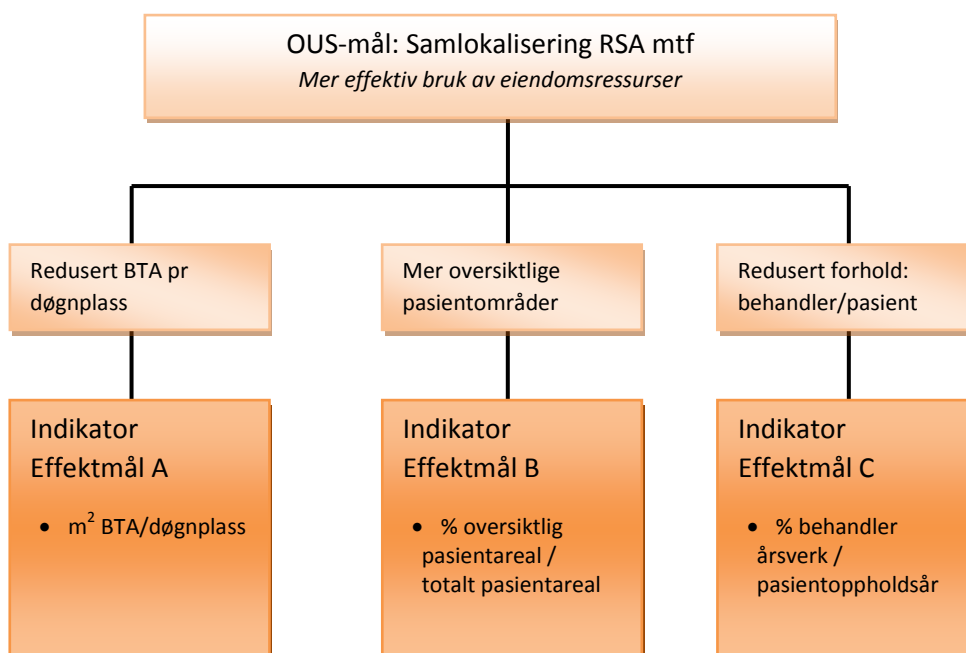
Med dette overordnede målet som utgangspunkt ses følgende resultatkjede for investeringen, der trinnene i resultatkjeden knyttes til det overordnede målet.



Figur 3 Resultatkjede for etablering av prosjektets målhierarki

2.8.7 Prosjektets målhierarki

På bakgrunn av resultatkjeden over er følgende målhierarki etablert, som grunnlag for påfølgende faser, der effektmålene bygger opp under OUS målet: Samlokalisering av RSA mtf, for mer effektiv bruk av eiendomsressurser.



Figur 4 Prosjektets målhierarki

2.8.8 Målanalyse basert på OUS Strategi 2013 - 2018

Utredningsgruppen har gjennomgått «OUS – Strategi 2013 – 2018» og funnet følgende mål og delmål relevante for lokalisering og utforming av bygg for RSA mtf.

1 Vi tar utgangspunkt i pasientenes perspektiv

1.1

Valg og prioriteringer som blir gjort i Oslo universitetssykehus SKAL ta utgangspunkt pasientenes behov (i sikkerhetspsykiatrien er samfunnsvern og pasientbehov to sider av samme sak).

1.3

Tilbudet til de pasientgruppene som har størst behov for vår spesialkompetanse SKAL prioriteres

1.7

Så langt det er mulig SKAL et tverrfaglig miljø som behandler en sykdom samles ved én lokalisasjon.

1.8

I arbeidet med å forbedre kvaliteten på behandlingstilbudet SKAL vi ta utgangspunkt i behandlingsresultater og andre kvalitetsmål som er relevante for pasientene. Resultatene SKAL være offentlige.

2 Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

2.1

Oslo universitetssykehus SKAL være en arbeidsplass der det er godt å arbeide og som det er grunn til å være stolt av.

2.6

Oslo universitetssykehus SKAL tenke forebygging og legge forholdene til rette for helsefremmende arbeidsplasser for medarbeiderne.

2.7

Bygninger og arbeidsverktøy SKAL vedlikeholdes, utvikles og fornyes for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø.

3 Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

3.3

Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og SKAL være tett integrert i forskningsnære klinikker.

4 En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

4.4

Vi SKAL legge etiske og kost-nytte vurderinger til grunn for innføring av ny teknologi og behandling.

4.9

Sykehuset SKAL drives og utvikles med bærekraftige og klimavennlige løsninger.

Følgende delmål er lagt til grunn som absolutte krav mtp lokalisering og utforming av bygg for RSA mtf

	Absolutte krav (skal-krav)
	<i>RSA med tilgrensende funksjoner - Lokalisering og utforming av bygg</i>
	Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt (2)
1	Bygninger SKAL vedlikeholdes, utvikles og fornyes for å skape et godt og <u>sikkert arbeidsmiljø</u> (2.7)
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (3)
2	Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og SKAL være tett integrert i <u>forskningsnære klinikker</u> (3.3)
	En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (4)
3	Vi SKAL legge <u>kost-nytte vurderinger</u> til grunn for innføring av ny teknologi og behandling (4.4)

2.9 Overordnet kravdokument

2.9.1 Absolutte minimumskrav ("Skal-krav")

MÅL / DELMÅL		EVALUERINGSKRITERIUM
GENERELLE KRAV		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	Sikkerhet for samfunn og pasienter
	Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt / Tilrettelagt for helsefremmende, godt og <i>sikkert arbeidsmiljø</i> .	Sikkerhet for ansatte
	En god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør.	Vi skal legge <i>kost-nytte vurderinger</i> til grunn for innføring av ny teknologi og behandling
KRAV TIL LOKALISERING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon er gjensidig kvalitetshevende og skal være tett integrert i <i>forskningsnære klinikker</i>
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	Nok areal: Bygg i 2030
		Nok areal: Ute i 2030
		Sikkerhetssone rundt bygget – Med perimetersikkerhet
		Nok avstand til sårbare naboer (bolig, barnehage, o.l.)
		Plass til å bygge ut (elastisitet)
		Gode uteområder
		Natur, nærhet til marka
KRAV TIL UTFORMING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv.	Ikke "fengsel" for PUA-pasienter
		Lavt bygg for pasientene / døgnområde på bakkeplan (poliklinikk, forskning, admin. kan være over PUA og RSA)
		Adgangskontroll / Særlig høy sikkerhet / Gradert sikkerhet innfor soner
		Normalt utsende bygg – Ikke fengselspreg
		Terapeutisk arealer: Størrelse Design Organisering Innhold
		Sikkerhet Gradert
		Pasientbehandling på ett plan
		Mange og fleksible skjermingsmuligheter: Mulighet til at alle plassene på RSA & PUA kan benyttes til skjerming / dele opp enheter

Tabell 7. Sammenhengen mellom mål / delmål og evalueringskriterier: Absolutte minimumskrav – kvalitativ evaluering.

I idéfasen legges «generelle krav» og «krav til lokalisering» til grunn for evaluering.

I konseptfasen suppleres evalueringsgrunnlaget med «kravene til utforming».

2.9.2 Bør-krav / Vurderingskriterier

MÅL / DELMÅL		EVALUERINGSKRITERIUM
KRAV TIL LOKALISERING		
1	Mål for sykehusets kjernevirksomhet	
	Et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.	Gode rekrutteringsmuligheter
2	Mål for bygg- og eiendomsutvikling	
	Tilfredsstille kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav.	Atkomst; eksisterende og framtidig mulighet for veitraseer
		Offentlig kommunikasjon
		Eksisterende bebyggelse: historikk, vern, egnethet mtp tiltenkt bruk
		Lydforhold (inkl støy)
		Solforhold
		Parkering
		Utsiktsforhold
		Topografi; vurdere tomt med hensyn til hellinger, orientering og bebyggbare flater
		Teknisk infra-/ultrastruktur mtp hinder for framtidig utvidelse
		Veier, interne
		Karakteristiske trekk ved nabolaget (strøkskarakteristikk)
		Beliggenhet i forhold til industriområder og sterkt trafikkerte områder
		Gjeldende reguleringsplan med vegsystem, felles-arealer, offentlige friområder (inkl markagrense) og utbyggingstakt
		Vegetasjon; eksisterende vegetasjon, vurdering av vegetasjons verdi med hensyn til klima, og framtidig bruk
		Luktforhold
		Klima; temperatur, soleksponering, vind, kald luft mht energikilder / energibruk, ekstremværfare
	Service og nærmiljø; avstand til skole, butikk og lignende	
	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transport-avstander for pasienter, ansatte og varer.	Nærhet til somatikk
		Nærhet til annen psykiatri
KRAV TIL UTFORMING		
2	Mål for bygg- og eiendomsutvikling	
	Samling og effektivisering av bygningsmassen, både klinisk og teknisk drift. Korte transport-avstander for pasienter, ansatte og varer.	Samlokalisering av fag/funksjoner
	Tilfredsstille kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav.	Fra døgnenhet til dag/poliklinikk
		Tilstrekkelig kapasitet behandlerkontorer
		Driftsøkonomiske enheter

Tabell 8: Sammenhengen mellom mål / delmål og evalueringskriterier: Bør-krav – kvalitativ evaluering.



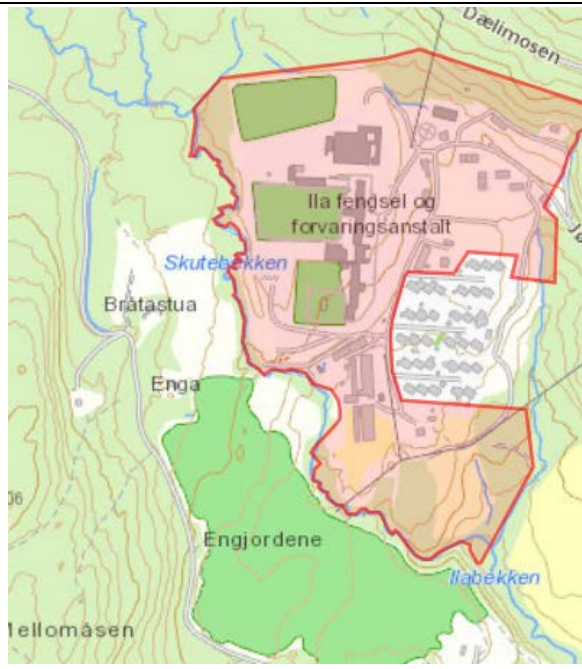
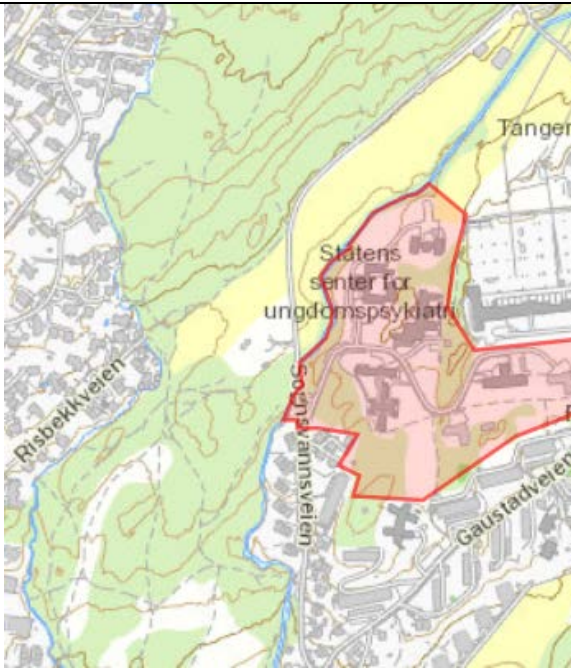
I idéfasen legges «krav til lokalisering» til grunn for evaluering.

I konseptfasen suppleres evalueringsgrunnlaget med «kravene til utforming».

3 Idésøk. Alternativvurdering. Mandat for konseptfasen. Investeringsramme

3.1 Alternative løsninger / mulighetsstudier utredet i idefasen.

Iht mandatet er følgende fire steder vurdert som utgangspunkt for å beskrive alternative løsninger og gjennomføre mulighetsstudier.

<p style="text-align: center;">DIKEMARK 0220/89/1</p> 	<p style="text-align: center;">GAUSTAD 0301/42/190, m.fl.</p> 
<p style="text-align: center;">ILA 0219/28/2</p> 	<p style="text-align: center;">SSBU-tomta 0301/42/132</p> 

Følgende muligheter er nærmere skissert i vedlegg 01 – Idefase RSA mtf - Konsepter. Av hensyn til framdriften i idefasen ble mulighetsstudiene påbegynt 01.09.2015, før arealbehovet 2030 var endelig definert. På bakgrunn av idefasen 2011 og oppdatert arealstandard ble arealbehovet anslått til 15 000 m² BTA. Anslaget ble gitt som ramme for mulighetsstudiene. Da arealbehovet 2030 ble endelig definert, viste det seg at denne rammen var for liten. Det endelige arealbehovet, ca 18 000 m², er lagt til grunn for evalueringen av alternativene, uten at mulighetsskissene er omarbeidet.

#	Mulighet	Beskrivelse
Dikemark		
1	1) Granli	RIVE 4 270 m ² NYBYGG 15 000 m ² (2,3 et.)
2	2) Dagali / Kringsjå	DAGALI (eksternt vern): 4 832 m ² KRINGSJÅ (internt og eksternt vern): 3 024 m ² NYBYGG 7 144 m ² (1,4 et.)
3	3A) Furuli	FURULI (eksternt vern): 3 680 m ² NYBYGG 11 320 m ² (1,7 et.)
4	3B) Furuli/Bjerget	FURULI (eksternt vern): 3 680 m ² BJERGET (eksternt vern): 2 844 m ² NYBYGG 8 476 m ² (1,7 et.)
5	4) Øvre åsen	NYBYGG 15 000 m ² (3,7 et.)
6	5) Verkensveien 19 – Alt. 1	NYBYGG 15 000 m ² (2,0 et.)
7	5) Verkensveien 19 – Alt. 2	VERKENSVEIEN 19 (eksternt vern) 50 % = 5 075 m ² NYBYGG 10 000 m ² (2,0 et.)
Gaustad		
8	1) Østsiden Nord	BYGG 19: 3.671 m ² NYBYGG 19 349 m ² SAMLET AREAL: 23 020 m ² (ref Idefase 2011)
9	2) Østsiden Syd	BYGG 19: 3 671 m ² NYBYGG 4 685 m ² SAMLET AREAL: 8 356 m ² (Idefase 2011)
10	3) Nordsiden	BYGG 17: 3 671 m ² NYBYGG 11 300 m ² (1,7 et.)
Ila		
11	1) Syd	NYBYGG 15 000 m ² (2,2 et.)
12	2) Nord	NYBYGG 15 000 m ² (2,0 et.)
SSBU-tomta (Sogn)		
13	1) Nord	RIVE BYGG 65: 929 m ² BYGG 63: 3 072 m ² BYGG 67: 2 589 m ² NYBYGG 9 339 m ² (1,5 et.)
14	2) Syd	BYGG 63: 3 072 m ² BYGG 67: 2 589 m ² BYGG 53: 1 254 m ² NYBYGG 8 000 m ² (2,6 et.)

Ifm mulighetsskissene er det gjennomført tomteanalyser på bakgrunn eiendomsfaglige - og psykisk-helsefaglige aspekter. Se vedlegg 02 – Idefase RSA mtf - Tomteanalyser.

3.2 Dagens situasjon / Nullalternativet

En videreføring av dagens situasjon (nullalternativet) innebærer at:

RSA

viderefører virksomheten i Granlibygget på Dikemark med den sikkerhetspsykiatriske infrastrukturen som er bygget opp der, med behov for strakstiltak for kritisk vedlikeholdsetterslep.

LS

blir værende på Gaustad (bygg 17) og på Dikemark (Verkensveien 19), i lokaler som er meget ressurskrevende og som ikke fyller dagens materielle krav slik de fremkommer i psykisk helsevernloven. Lokalen er store og lite hensiktsmessige.

PUA

fortsetter i samme lokaler som nå (Dikemark / Verkensveien 19. Lokalen er store og lite hensiktsmessige.

KPS

blir værende på Gaustad (bygg 07) i lite arealeffektive lokaler som kort tid (2016-2017) vil være for små ift kontorbehovet.

Bruttoareal (BTA) pr døgnplass i 2015

I 2015 er bruttoarealet pr døgnplass: $19\,392 \text{ m}^2 \text{ BTA} / 52 \text{ døgnplasser} = 373 \text{ m}^2 \text{ BTA} / \text{døgnplass}$

Kost/nytt basert på 2014 regnskapet

Årlig total driftskostnad pr døgnplass: $282,9 \text{ Mkr kr} / 52 \text{ døgnplasser} = 5,4 \text{ Mkr kr} / \text{døgnplass} / \text{år}$.

Videreføring av dagens situasjon (0-alternativet) innebærer fortsatt ineffektiv bruk av eiendomsressursene og fortsatt høy kost/nytte-forhold (kostnad pr døgnplass). Dagens situasjon vurderes ikke som levedyktig i et langsiktig perspektiv, og det ble i samlet idéfase (se rapport 2.0) forutsatt at et nybygg må til for å huse sikkerhetspsykiatrien også i 0-alternativet, men at lokalisering ikke er avklart. Det er derfor ikke regnet på et 0-alternativ basert på videreføring av dagens situasjon i foreliggende idéfase. Det foreligger planer for utbedring av kritiske vedlikeholdsetterslep på Dikemark, men planene er stanset inntil videre. I konseptfasen vil 0-alternativet for RSA med tilgrensede funksjoner vurderes nærmere, og da mest sannsynlig som et utsettelsesalternativ, ref. utbedringsplanene.

3.3 Evaluering av de alternative løsningenes bidrag til måloppnåelse. Driftsmessige, fysiske og økonomiske konsekvenser av løsningene.

3.3.1 Grovsortering av alternative løsninger

GROVSORTERING AV MULIGHETER		Rangering av Arbeidsverktøysted 2:													
#	Sted:	Dagens situasjon	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	Dilemark	2	3	1	
	Mulighet:	0-alc.	1) Granli	2) Dagali / Kr 3A) Furuli	3B) Furuli/Bj	4) Øvre åsen	5) Verfkensv	1) Øst/Nord	2) Øst/Syd	3) Nord	4) Gaustad	5) Nord	6) SSBU	7) Syd	8) Nord
AREALBEHOVFORDELING I BYGG															
A	Rive bygg. antall	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
B	Rive bygg. BTA	4 270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	929	0	0
C	Eksisterende bygg. antall	4 (5)	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	0	0
D	Eksisterende bygg. BTA	19 392	7 856	3 680	6 524	0	3 671	3 671	3 671	3 671	3 671	3 671	5 661	6 915	0
E	Nybygg. antall	1	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1
F	Gj.sn antall etasjer nybygg	2.3	1.4	1.7	1.7	3.7	2.0	2.5	2.5	2.5	2.5	1.5	2.6	2.2	2
G	Nybygg. BTA	15 000	7 144	11 320	8 476	15 000	19 349	4 685	19 349	9 339	8 000	15 000	14 915	15 000	15 000
H	Sum eksisterende - og nybygg. BTA	19 392	15 000	15 000	15 000	15 000	23 020	8 356	23 020	15 000	14 915	15 000	14 915	15 000	15 000
AREALBEHOVFORDELING TOMT															
I	Tomt størrelse m2	25 000	35 000	40 000	40 000	15 000	43 809	43 809	43 809	70 000	86 121	86 121	86 121	65 000	65 000
J	Eksisterende BYA m2	0	1 964	920	1 631	0	2 538	1 468	1 468	1 468	6 504	7 433	6 504	0	0
K	Ny BYA m2	6 522	5 103	6 659	4 392	4 054	7 740	1 874	7 740	7 740	6 226	3 077	6 226	6 818	7 500
L	Sum BYA m2	6 522	7 067	7 579	6 023	4 054	10 038	9 208	9 208	9 208	12 730	10 510	12 730	6 818	7 500
M	Trafikkareal m2 (atkomstveg innefor tomt)	50	500	500	500	250	500	500	500	500	500	500	500	250	750
N	Parkeringsareal m2	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	2 700	720	720	720	720	720	720	2 700	2 700
O	Uteoppholdsareal m2	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022	1 022
P	Reserveareal m2	14 706	23 711	28 199	29 755	6 974	32 359	38 225	58 550	71 149	73 369	54 210	54 210	53 028	53 028
Absolutte krav (ska ikrav) LOKALISERING															
1	Mer effektiv bruk av eiendomsressurser	388	245	245	245	245	245	245	245	245	245	245	245	245	245
2	Fonksjonsnære klinikk	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3	Nok areal Bygg 2030	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
4	Nok areal Ute 2030	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
5	Sikkerhetssone rundt bygget - Med perimetersik	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
6	Avstand til nærmeste nabo (sårbar: bolig, barr	Ja	15	230	230	10	20	19	24	24	100	100	100	70	240
7	Plass til å bygge ut (elastisitet)	14 400	14 400	24 000	24 000	7 200	150 000	36 400	36 400	79 200	24 025	24 025	36 000	40 000	40 000
7	Plass til å bygge ut (elastisitet)	1	1	3	3	1	5-6	1	1	4	1	1	4	5	6
8	Gode uteområder	1	1	5	5	5	2	2	2	4	4	4	4	5	6
9	Natur. nærhet til marka	0	0	0	0	0	0	530	530	530	530	40	40	40	0
RESULTAT GROVSORTERING:															
		X	X	?	?	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	✓

Mulighet	Vurdering mht krav	Konklusjon
0-alternativet	Innfri 3 av 9 skal-krav	Beholdes som referanse
D 1) Granli	Innfri 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 2) Dagali / Kringsjø	Innfri 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3A) Furuli	Innfri 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 3B) Furuli/Bjerget	Innfri 9 av 9 skal-krav, med kun noen lunde elastisitet	Forkastes, inntil videre
D 4) Øvre åsen	Innfri 5 av 9 skal-krav	Forkastes
D 5) Verkensveien 19	Innfri 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
G 1) Østsiden Nord	Innfri 5 av 9 skal-krav	Forkastes
G 2) Østsiden Syd	Innfri 4 av 9 skal-krav	Forkastes
G 3) Nord	Innfri 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 1) Syd	Innfri 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
I 2) Nord	Innfri 9 av 9 skal-krav	Vurderes nærmere
S 1) Nord	Innfri 7 av 9 skal-krav	Forkastes
S 2) Syd	Innfri 7 av 9 skal-krav	Forkastes

FORKLARING

D: Dikemark, G: Gaustad, I: Ila, S: SSBU (Sogn)

Skala Numerisk	Skala Verbal	Indikatornivå	
		fra	til
6	Særdeles godt	84 %	100 %
5	Meget godt	67 %	83 %
4	Godt	51 %	66 %
3	Nogen lunde	34 %	50 %
2	Lite godt	17 %	33 %
1	Ikke	0 %	16 %

3.3.2 Evaluering av gjenværende alternative løsninger

Dikemark 5) Verkensveien 19

er videre skissert i to alternativer:

- Alt. 1 NYBYGG 15 000 m² (2,0 et.)
- Alt. 2 Verkensvn. 19 (eksternt vern) 50 % = 5 075 m². NYBYGG 10 000 m² (2,0 et.)

Gaustad 3) Nord

Vurderes nærmere.

Ila 1) Syd

Ligger på eiendom til Statsbygg/Kriminalomsorgen som stiller seg positive til tiltaket, vurderes nærmere.

Ila 2) Nord

Utelates inntil videre, til tross for bedre kvaliteter, pga av at svar, om evt kjøp, fra grunneier Carl Otto Løvenskiold ikke foreligger p.t.

3.3.3 Investeringskostnad

I tabellen under er investeringsanslaget for gjenværende alternativer. Det presiseres at dette er et grovt anslag i en tidlig fase, og anslaget må videreutvikles gjennom konseptfase og forprosjekt.

Post (Mkr)	Alt.:	Ila Syd	Dikemark Verkensvn 19 – alt. 1	Dikemark Verkensvn 19 – alt. 2	Gaustad Nord
Delsum		1 126	1 194	1 194	1 051
Byggelånsrenter		37	46	46	41
Påslag for usikkerhet (*)		113	119	119	105
SUM		1 280	1 360	1 360	1 200

Tabell 9: Investeringskostnad

Anslåtte beløp for postene: Nybygg, Ombygging, Infrastruktur, Parkering, Tomtekjøp og Perimetersikring, er ikke presentert her av hensyn til OUS sin forhandlingsposisjon (jf Offl. § 23).

*: Se 3.3.6.

3.3.4 Driftsøkonomiske konsekvenser av løsningene.

FDV kostnader

I 2011 ble FDV-kostnadene nye bygg beregnet til 800 kr/m² (873 kr/m² i 2015, KPI-justert).

Nåverdiberegningene viste at gevinsten på 3 %-nivå er ubetydelig, og beskjeden på 6 %-nivå. Nåverdibetraktningene er følgelig ikke et avgjørende moment for valg av løsning/alternativer.

Følgende tiltak anbefales i konseptfasen:

10.12.2015

- Tidlig i konseptfasen kartlegges årlige FDV-kostnader ved byggene som er i bruk p.t. (0-alternativet)
- Ifm konseptfasen anslås årlige FDV-kostnader for fremtidige alternativer
- Ifm prosjekteringsfasene beregnes årlige FDV-kostnader for fremtidige alternativer

Nåverdiberegning av alternativene

Det er med bistand fra Helse Sør-Øst etablert en analysemodell for beregning av nåverdier for alternativene for RSA med tilgrensede funksjoner. Beregninger er gjennomført på prosjektnivå. Det vises også til hovedrapporten for idéfasen om økonomiske bæreevne for OUS.

Inngangsverdier for beregningene:

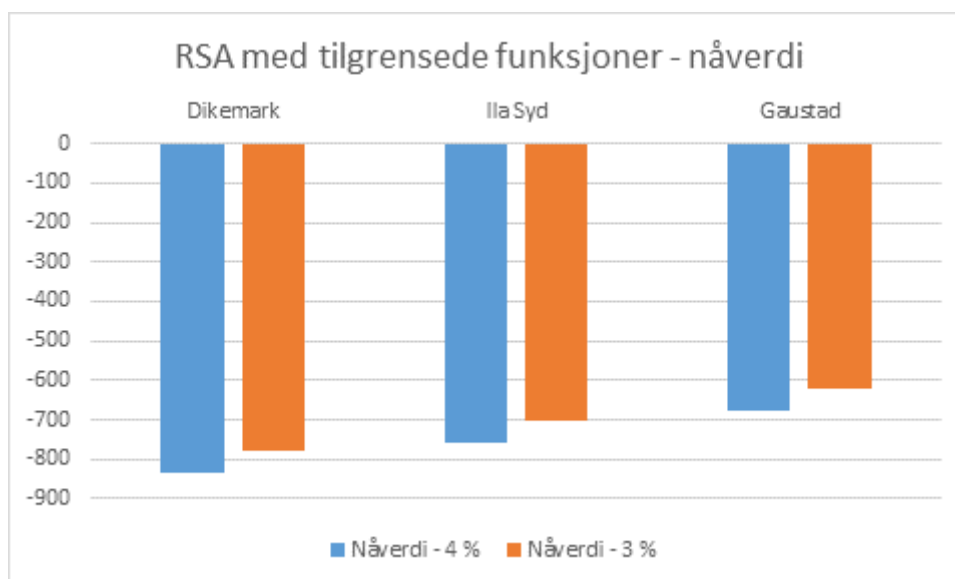
- Investeringsbehov (nybygg, ombygging, teknisk oppgradering, andre kostnader som infrastruktur, riving)
- Driftsgevinster (anslått til 10 % av årlige driftskostnader)

Forutsetninger:

- Rente på lån (årlig) 2,1 %
- Avdragstid lån 25 år
- Byggelånsrenter er inkludert i byggeperioden
- Diskonteringsrente nåverdi, 4 % (neddiskontert til ferdigstillelse av den enkelte etappe)
- Økonomisk levetid 27 år

I beregningen er det benyttet en diskonteringsrente på 4 %, tilsvarende som i idéfaserapport 2.0, noe som kan hevdes å være litt høyt. Det er derfor gjort en beregning med 3 % også.

Arbeidet med idéfase har vist at det ikke er et alternativ ikke å investere i nye bygninger for RSA med tilgrensede funksjoner i et 2030-perpsketiv. Det er i samlet idéfase (se rapport 2.0) forutsatt at et nybygg må til for å huse sikkerhetspsykiatrien også i 0-alternativet, men at lokalisering ikke er avklart. Reelt sett er derfor spørsmålet om hvor tiltaket skal realiseres. I figuren under er nåverdiene til de enkelte lokaliseringalternativene vist.



Figur 5 - Sum av nåverdier i millioner kroner for RSA med tilgrensede funksjoner

Beregningene viser at en anslått driftsgevinst på 10 % ikke er tilstrekkelig for å oppnå en positiv nåverdi. Alternativ med lokalisering på Gaustad har høyest økonomisk nåverdi av alternativene. Dette skyldes at anslaget på investeringsbehovet er lavest for Gaustad alternativet, mens driftsgevinstene er satt lik for alle alternativene.

3.3.5 Samlet økonomiske vurdering.

I 2011 ble investering i samlokalisering av forsterkede plasser vurdert til å gi en innsparing mellom 10 og 12 %.

Samlokalisering av forsterkede plasser for OUS og Louisenberg/diakonhjemmet sykehus, gir en høyere driftsmessig innsparing enn om alternativene etableres enkeltvis.

Vurdering fra 2011 om innsparing legges til grunn for resterende alternativer i 2015.

Følgende tiltak anbefales i kommende prosjektfaser:

- Tidlig i konseptfasen kartlegges:
 - Pasientforløpstid
 - Behandlingstid (liggetid)
 - Evt ventetid (på pasientplass)
 - Bemanning pr pasient
- Ifm konseptfasen anslås forventet effekt, for ovennevnte parametere, for fremtidige alternativer
- Ifm prosjekteringsfasene beregnes effekt, for ovennevnte parametere, for fremtidige alternativer
- Ved drift av endelig løsning evalueres effekten, for ovennevnte parametere, ift beregnet effekt

3.3.6 Usikkerhet

Det er ikke gjennomført en egen usikkerhetsanalyse for tiltakene som inngår i idefase RSA mtf. Det er imidlertid lagt på et påslag for usikkerhet i samme størrelsesorden som for OUS idefasen samlet.

3.3.7 Tid til ferdigstilling

Fortsatt beslutning oppstart konseptfase RSA mtf innen 01.03.2016 er følgende tider til ferdigstilles anslått basert på kontakt med administrativ planmyndighet i henholdsvis Bærum, Asker og Oslo.

	Ila Syd	Dikemark Verkensveien 19	Gaustad Nord
Tid til ferdigstilling	4 ¾ år	6 ¼ år	4 ¾ år
Ferdigstilt anno	2020	2022	2020

Tabell 10: Tid til ferdigstilling

3.3.8 Ytelse og kvalitet i løsning (Evaluering ift Bør-krav)

Tabellen under viser den skjønsmessige vurderingen av resterende alternativer basert på eiendomsfaglige og psykisk-helsefaglige kriteriene dokumentert i tomteanalysene.

KRAV				Dikemark	Dikemark	Gaustad	Ila	
#	Kilde	Gjelder	Skal/Bør	Beskrivelse	V19 nyB	V19 nyB+omB	Nord	Syd
11	Fremragen	Lokalisering	Bør	Rekrutering	4	4	6	5
12	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Atkomst; eksisterende og fram	4	4	4	4
13	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Offentlig kommunikasjon	4	4	5	4
14	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Eksisterende bebyggelse: histo	5	3	3	5
15	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Lydforhold (inkl støy)	5	5	4	4
16	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Solforhold	5	5	4	5
17	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Parkering	4	4	2	4
18	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Utsiktsforhold	5	5	3	4
19	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Topografi; vurdere tomt med hei	5	5	5	5
20	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Teknisk infra-/ultrastruktur mtp	5	5	5	5
21	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Veier, interne	4	4	4	4
22	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Karakteristiske trekk ved nabol	5	5	4	4
23	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Beliggenhet i forhold til industr	5	5	3	5
24	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Gjeldende reguleringsplan med	3	3	3	4
25	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Vegetasjon; eksisterende veget	4	4	4	4
26	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Luktforhold	5	5	4	5
27	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Klima; temperatur, soleksponer	5	5	4	5
28	Tilfredsstill	Lokalisering	Bør	Service og nærmiljø; avstand til	4	4	5	3
29	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til somatikk	3	3	5	4
30	Samling og	Lokalisering	Bør	Nærhet til annen psykiatri	4	4	5	4
RESULTAT EVALUERING								
				Poengsum	88	86	82	87
				Rangering	1	3	4	2

Tabell 11: Evaluering ift bør-krav

3.3.9 Samlet evaluering av gjenværende alternativene løsninger og anbefalte løsninger

På bakgrunn av gjennomførte analyser og vurderinger sammenstille resultatene til en samlet evaluering i tabellen under. Tall i grå celler viser rangering for respektive hovedkriterium.

	0-alternativ	Dikemark V19 nyB	Dikemark V19 nyB+Omb	Gaustad Nord	Ila Syd
Levetidskostnad	4	3	3	1	2
Investering inkl usikkerhet, Mkr		1 360	1 360	1 200	1 280
Drift gjennom analyseperiode	(Beregnes i konseptfasen)	*	*	*	*
Avhending/restverdi/ alternativverdi		*	*	*	*
Kostnad pr døgnplass	(Høyest)	*	*	*	*
Gjennomførbarhet (lav realiseringsrisiko)		2	3	4	1
Planfaglige signaler		-2	-2	-4	+2
Tid til ferdigstillelse		2	2	1	1
Antatt tid til ferdigstillelse		6 ¼ år	6 ¼ år	4 ¾ år	4 ¾ år
Ytelse og kvalitet i løsningen		1	3	4	2
Innfrir skal-krav, forskjellig elastisitet		1 (6)	2 (5)	3 (4)	2 (5)
Innfrir bøl-krav rangering (poeng)		1 (88)	3 (86)	4 (82)	2 (87)
Samlet rangering		2	4	3	1

Tabell 12 Oppsummering av alternativanalysen

Anbefalte løsninger (se neste side)

Følgende løsninger anbefales som grunnlag til mandat for konseptfasen:

- 1) Ila Syd
- 2) Dikemark Verkensveien 19, alt 1 – Nybygg
- 3) Gaustad Nord

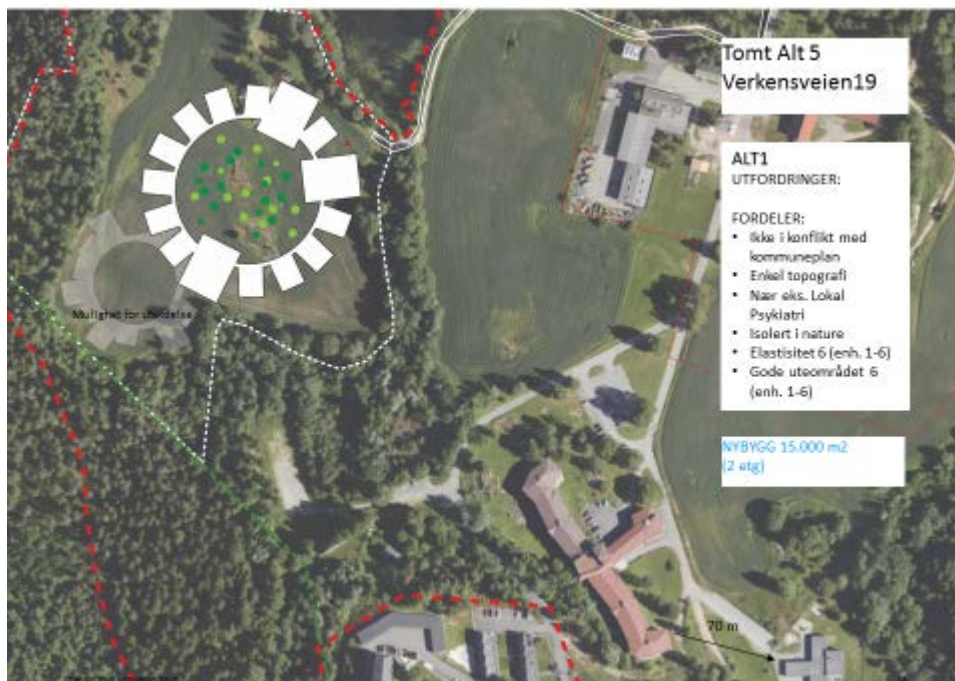
Investeringsramme, forslag

1 400 Mkr

Ila Syd



Dikemark Verkensveien 19, alt 1 – Nybygg



Gaustad Nord

**Sammendrag av nøkkeltall**

				2015	Utviklingsfaktor		2030
					Plan	Prognose	
RSA LS PUA KPS	TILBUD	Personell B/F/A	årsverk	343	45 %		499
		Døgnplasser	antall	52	40 %		73
		Plass BYGG	m2 BTA	19 392	-8 %		17 872
		Plass UTE	m2	?	?		1 022
		Kostnadsdekning	Kkr (2014)	282 888	26 %		357 418
	KOST/NYTT	Personell B/F/A	årsverk / døgnplass	6,6	4 %		6,8
		Plass BYGG	m2 BTA / døgnplass	373	-34 %		245
		Plass UTE	m2 / døgnplass	14	0 %		14
		Kostnadsdekning	Kkr / døgnplass	5 440	-10 %	-10 %	4 896

FORKLARING

B: Behandler, F: FoU, A: Administrativt

Tall med blå skrift: Grunnlag (input)

Øvrige tall: Resultat av regnearkformel (output)

MERK:

Årsverk 2030 er *ikke* justert for forventet reduksjon i årsverk/døgnplass (behandler/pasientforholdet) som følge av mer oversiktlig og mer funksjonelt utformet planløsning. Tallet angir kun forventet vekst i årsverk på bakgrunn av befolkningsframskrivingen (ref SSB).

4 Plan for videre arbeid

4.1 Konseptfasens sluttresultat – hva skal leveres

Konseptfasen skal resultere i en konseptrapport som vil være en sammenstilling av viktige data og en oppsummering av konklusjoner fra de analyser og delutredninger som er utført i konseptfasen. Et viktig krav er at konseptrapporten viser hvordan de anbefalinger og løsninger som det konkluderes med, vil bidra til måloppnåelsen. Konseptrapporten er grunnlag for beslutning om eventuell igangsetting av forprosjektet og må være tilstrekkelig detaljert for dette formålet.

Nedenfor angis de aktiviteter som inngår i konseptfasen og konseptrapporten:

- Hovedfunksjonsprogram (HFP))
- Hovedprogram utstyr (HPU)
- Overordnet teknisk program (OTP)
- Skisseprosjekt (SPR)
- Økonomiske analyser
 - Investeringsbehov, inkludert kalkyle og usikkerhetsanalyse
 - Driftsøkonomi
 - Finansiring
 - Samlet økonomisk bæreevne
- Evaluering av alternativer
- Plan for forprosjekt- og byggefase med hovedvekt på forprosjektfasen

4.2 Særskilte utfordringer knyttet til gjennomføringen av konseptfasen i dette prosjektet

1)

Politisk reguleringsmyndighets holdning til lokalisering av RSA mtf er uavklart

Ifm idéfasen RSA mtf har det ikke vært kontakt med representanter fra kommunestyrene i Asker, Bærum eller Oslo. På bakgrunn av dialog med planadministrasjonen i respektive kommuner anslås risikoen for ikke å oppnå ønsket lokalisering av RSA mtf som «høy» til ukjent.

Anbefalt tiltak: Tidlig i konseptfasen bør OUS ta kontakt med øverste politisk og administrativt nivå i aktuelle kommune/r for å avklare holdningen til tiltaket

2)

Statlig reguleringsplan som alternativ prosess

Hvis det etter en politisk sondering viser seg at ingen av de aktuelle kommunene ønsker tiltaket, bør alternativet statlig reguleringsplan vurderes mtp å oppnå ønsket utvikling.

3)

Grunneier avklaring

For alle tre anbefalte alternativer er grunneieren kontakt mtp erverv. Muligheter for dette bør endelig avklares så raskt som mulig, mtp å inngå avtaler.

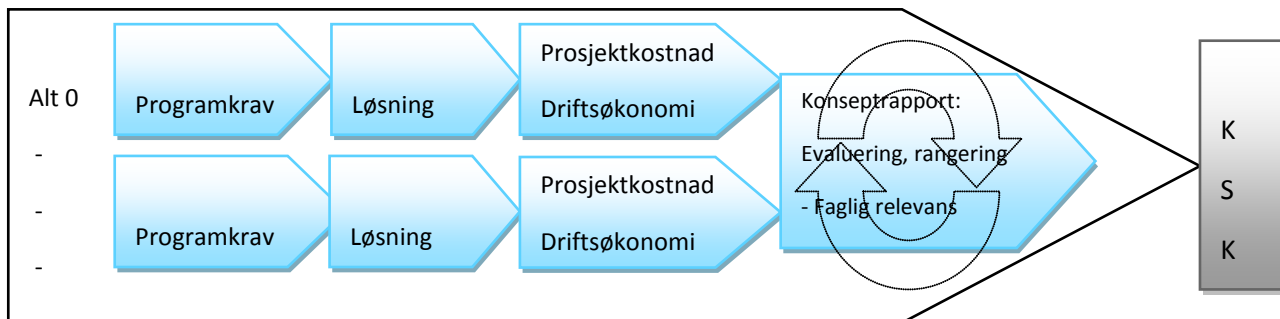
4)

Involvering i pågående reguleringsprosesser i Akser og Bærum.

Begge kommuner har signalisert at OUS bør engasjere seg i de pågående reguleringsprosessene i nevnte kommuner. Det med tanke på å ikke tape tid pga forsinkelser ift fristene i reguleringsprosessene.

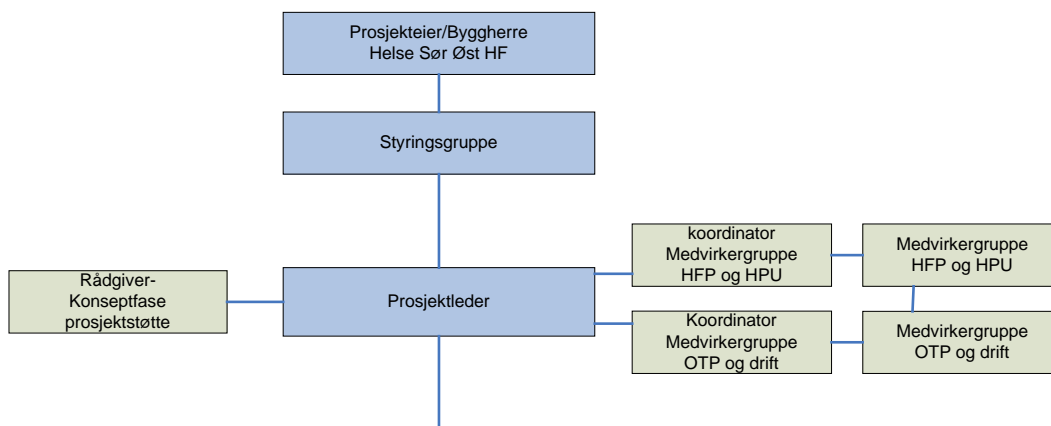
4.3 Planprosess, organisering, ansvar og medvirkning

4.3.1 Planprosess i konseptfasen



Figur 6: Modell for gjennomføring av konseptfasen

4.3.2 Prosjektorganisasjon



Figur 7: Konseptfasens organisasjonsplan

4.3.3 Brukermedvirkning i konseptfasen

Brukermedvirkning videreføres fra idéfasen. Det etableres to medvirkergrupper med hver sin koordinator:

Gruppe 1: Hovedfunksjonsprogram (HFP) og hovedprogram utstyr (HPU)

Gruppe 2. Drift og Overordnet Teknisk program (OTP)

4.4 Kontraktstrategi for kontrahering av tjenester

Tjenester hvor det foreligger kontrahering eller opsjon på videre tjenester i konseptfasen videreføres hvis det ikke foreligger konkrete grunner for å kontrahere på nytt.

Det må her kontraheres prosjekteringsgruppe ved godkjent oppstart av konseptfasen, slik at denne kan igangsette sitt arbeid så snart konseptfasens hovedfunksjonsprogram er ferdig utarbeidet.

4.5 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring

Kvalitetssikring gjennomføres på flere nivåer:

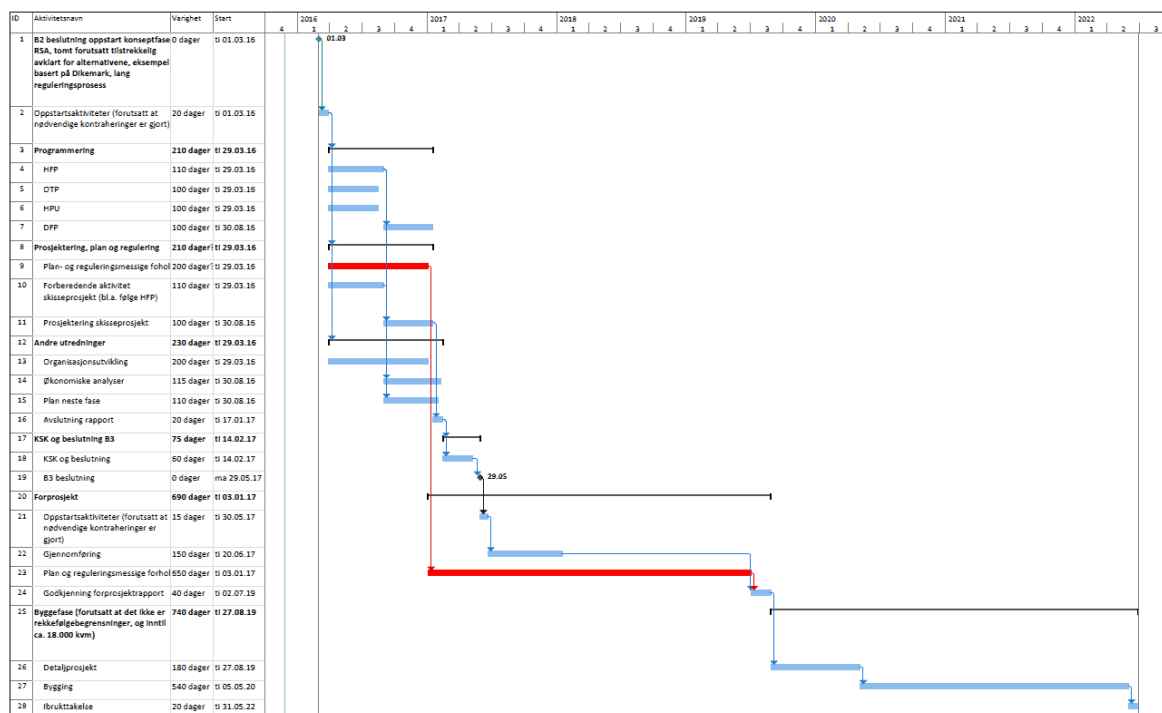
- Et overordnet styringsdokument for konseptfasen som grunnlag for oppfølging.
- Krav til kvalitetssystem hos leverandørene
- System for rapportering og kontrollplaner
- Usikkerhetsanalyse av kostnadskalkylen
- ROS-analyser på aktuelle områder
- Kvalitetssikring med bistand fra ekstern kompetanse (eventuelt følgeevaluering)

4.6 Tidsplan

Det forutsettes oppstart av konseptfasen RSA mtf innen 01.03.2016.

For alternativet Dikemark Verkenesveien 19, i Asker, forventes en lengre reguleringsprosess enn for to andre konseptalternativene.

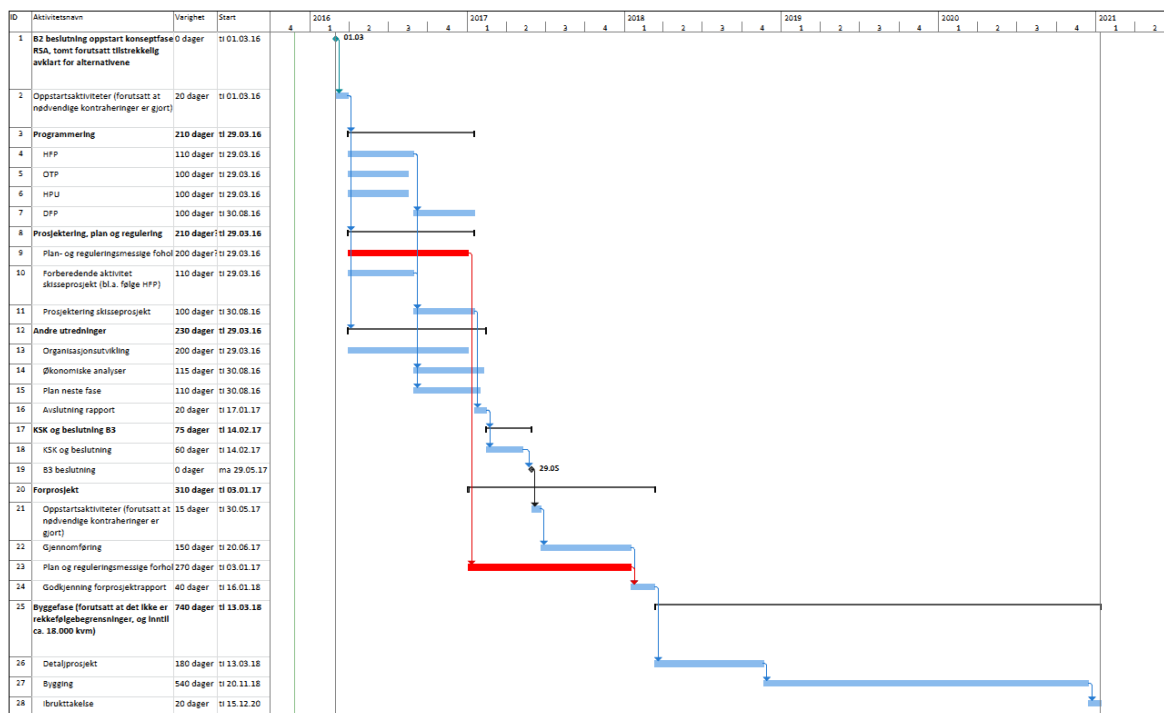
Tidsplan konseptfase til ferdig bygg RSA mtf med lang reguleringsprosess Dikemark/Asker:



Figur 8: Lang reguleringsprosess

For alternativene Ila Syd, i Bærum, og Gaustad Nord, i Oslo, forventes en kortere (normal) reguleringsprosess.

Tidsplan konseptfase til ferdig bygg RSA mtf med lang kort reguleringsprosess i Bærum og Oslo:



Figur 9: Tidsplan konseptfase til ferdig bygg RSA mtf uten tidskritisk reguleringsprosess

Det vil være prosjekteier som avgjør et evt valg mellom alternativene.

4.7 Ressursbruk og kostnader knyttet til konseptfasen

Ressursbruk og kostnader knyttet til konseptfase dreier seg primært om fire-fem områder:

- Prosjektledelse og prosjektadministrativ støtte
- Hovedfunksjonsprogram
- Utstyrplanlegging
- Overordnet teknisk program
- Prosjektering og regulering tomt
- Utredning av alternativer
- Kostnadsanalyser

Ved en konkretisert beregning ut fra prosjekteringsstimer per kvm, ender prosjekteringskostnader som del av konseptfase på i størrelsesorden 6 – 8 mill. kr. inkl. mva.

I tillegg kommer prosjektledelse, prosjektadministrativ støtte, programmering og utstyrplanlegging som indikerer et samlet konseptfasebudsjett på ca 13 - 15 mill. kr. (inkl. mva), inkludert avsetning for usikkerhet på 15 %.

I tillegg kommer sykehusets bruk av interne ressurser. Omfanget av dette påvirker budsjettet. Det samme gjør det dersom noen av disse ressursene belastes prosjektet.

Vedlegg:

- 01 OUS Idefase RSA mtf - Konsepter (Utrykket)
- 02 OUS Idefase RSA mtf - Tomteanalyser (Utrykket)
- 03 OUS Idefase RSA mtf - Notat-Døgnplasser 2015-2040 (Utrykket)
- 04 OUS Idefase RSA mtf - Datasammendrag (Utrykket)
- 05 OUS Idefase RSA mtf - Kravregister (Utrykket)
- 06 SINTEF Rapport 20140320: Hva kjennetegner gode bygg i psykisk helsevern, KH Bergsland (Utrykket)