

Konseptrapport Ny regional sikkerhetsavdeling

Oslo universitetssykehus HF



3.0	Revidert etter tilbakemeldinger fra KSK	24.05.17	RTT	RUR	DAB
2.0	For styrebehandling Oslo universitetssykehus HF	16.05.17	RTT	ELG	DAB
1.0	Grunnlag ekstern kvalitetssikring (KSK)	11.05.17	RTT	ELG	DAB
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent

Innholdsliste

Sammendrag.....	6
1 Begreper og forkortelser.....	11
2 Bakgrunn, mandat og målsetting.....	12
2.1 Hensikt	12
2.2 Grunnlag for konseptfasen	12
2.3 Prosjektutløsende faktorer	13
2.4 Rammebetingelser og mandat.....	13
2.4.1 Mandat for arbeidet frem til oppstart konseptfase.....	13
2.4.2 Mandatet for konseptfasen	13
2.4.3 Bakgrunn for lokalisering på Ila	15
2.4.4 Andre rammebetingelser	15
2.5 Organisering av arbeidet med konseptfasen.....	15
2.6 Nasjonale og regionale føringer.....	18
2.6.1 Pasient- og brukerrettigheter	18
2.6.2 Regionale utviklingsområder psykisk helsevern.....	18
2.6.3 Særskilt om sikkerhetspsykiatri.....	18
3 Mål.....	20
3.1.1 Samfunns mål.....	20
3.1.2 Effektmål	20
3.1.3 Resultatmål for konseptfasen	20
4 Medvirkning	21
4.1 Samhandling med Oslo universitetssykehus HF.....	21
4.2 Samhandling med Kriminalomsorgen	21
5 Status dagens virksomhet og bygg.....	22
5.1 Dagens virksomhet.....	22
5.1.1 Regional sikkerhetsavdeling	22
5.1.2 Lokale sikkerhetsenheter.....	22
5.1.3 Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme	22
5.1.4 Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.....	23
5.2 Dagens bygg	23
5.2.1 Granli, Dikemark.....	24
5.2.2 Verkensveien 19, Dikemark.....	24
5.2.3 Bygning 17, Gaustad	24
5.2.4 Bygg 7, Gaustad.....	25
6 Programkrav.....	26
6.1 Funksjon	26
6.1.1 Prinsipper for person- og vareflyt.....	26
6.1.2 Døgnerenheter og sengerom.....	27
6.1.3 Poliklinikk og besøksenhet.....	27
6.1.4 Aktivitetssenter	28
6.1.5 Undervisning og forskning	28
6.1.6 Uteområder	28
6.2 Teknikk.....	28
6.3 Utstyr og inventar	29
6.4 IKT-konsept.....	29
6.4.1 Teknologi og nye bygg.....	29
6.4.2 Viktige behov i nytt bygg	29
6.4.3 Teknologiske løsninger.....	30
6.5 Sikkerhet.....	30

6.6	Romprogram	32
7	Fremskrevet dimensjoneringsgrunnlag	34
7.1	Regional sikkerhetsavdeling (RSA).....	34
7.2	Enheter for lokal sikkerhetspsykiatri (LSA).....	35
7.3	Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme.....	35
7.4	Utnyttelsesgrad og kapasitet.....	36
8	Tomtealternativer	38
8.1	Vurdering av tomtealternativer.....	38
8.2	Beskrivelse av tomten	38
8.3	Regulering	39
9	Beskrivelse av alternativer.....	40
9.1	Alternativene	40
9.2	Nullalternativet.....	41
9.3	Alternativ 1 – Basisprogram.....	42
9.3.1	Funksjonell beskrivelse.....	43
9.3.2	Logistikk	44
9.3.3	Felles mottaksbygg.....	46
9.3.4	Bygg RSA.....	48
9.3.5	Bygg LSA og PUA	48
9.3.6	Generelt om døgnenhetene	49
9.3.7	Universell utforming.....	50
9.3.8	Sikkerhet	51
9.3.9	Robusthetsnivåer.....	51
9.3.10	Arkitektonisk utforming.....	51
9.3.11	Landskap.....	52
9.3.12	Energi og miljø	52
9.3.13	Arealoversikt	53
9.4	Etappevis utbygging.....	54
9.5	Etappe 2 etablert sammen med øvrig psykisk helsevern	56
9.6	Enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå	56
9.7	Mulige tiltak som kan bedre byggets plassering på tomten	57
9.8	Investeringskalkyle.....	61
9.8.1	Forutsetninger og avgrensninger.....	61
9.8.2	Basiskalkyle.....	61
9.8.3	Usikkerhetsanalyse	62
9.8.4	Ramme for ikke byggnær IKT.....	62
10	Økonomiske analyser.....	63
10.1	Økonomisk bæreevne prosjektnivå.....	63
10.1.1	Prosjektets nåverdi	64
10.1.2	Tilleggsberegning økte investeringskostnader som følge av endret plassering av bygg på tomten	65
10.2	Sentrale forutsetninger i de økonomiske analysene.....	67
10.2.1	Prosjektkostnad	67
10.2.2	Driftsgevinster	67
10.2.3	Finansieringsplan.....	68
11	Vurdering av alternativer.....	69
11.1	Prissatte effekter	69
11.2	Ikke-prissatte effekter.....	70
11.2.1	Kvalitet i pasientbehandling.....	70
11.2.2	Løsningens kvalitet og fleksibilitet.....	71

11.2.3	Støtte opp under bedre samhandling.....	71
11.2.4	Rekruttering og fag- og kompetanseutvikling	72
11.2.5	Understøtte miljømessige målsettinger	73
11.2.6	Forhold knyttet til tomt.....	73
11.3	Etappevis utbygging.....	73
11.3.1	Økonomi.....	73
11.3.2	Fagmiljøets vurderinger.....	73
11.3.3	Forhold knyttet til tomt.....	74
11.3.4	Kompleksitet i gjennomføringen	74
11.4	Etappe 2 etablert på Aker.....	74
11.4.1	Økonomi.....	74
11.4.2	Fagmiljøets vurderinger.....	74
11.4.3	Helsepolitiske og strategiske føringer.....	75
11.4.4	Forhold knyttet til tomt.....	75
11.5	Oppsummering av alternativvurdering.....	75
12	Plan for organisering og gjennomføring av forprosjekt	78
12.1	Hovedleveranser i forprosjektfasen	78
12.2	Suksesskriterier og særskilte utfordringer i prosjektet.....	78
12.3	Planprosess, organisering, medvirkning og ansvar	79
12.4	Planlagt fremdrift.....	80
12.5	Gjennomføring og kontraktsstrategi.....	81
12.6	Prinsipper for prosjekt- og risikostyring.....	81
12.7	Prinsipper for kvalitetssikring	82
12.8	Ressursbruk og kostnader knyttet til forprosjektfasen.....	82
12.9	Plan for gevinstrealisering	82
12.9.1	Ansvar	83
12.9.2	Eierskap	83
12.9.3	Tidsperspektiv.....	83
12.9.4	Plan for gevinstrealisering	83
12.10	Mandat for forprosjektfasen	84

Sammendrag

Grunnlaget for gjennomføring av konseptfase for ny regional sikkerhetsavdeling er vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ) i sak 053-2016, hvor det gis tilslutning til idéfaserapport om fremtidens Oslo universitetssykehus HF (OUS). Gjennom styrevedtaket er det etablert et målbilde for videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF som innebærer at helseforetaket utvikles med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

Alternativer som er utredet

I henhold til prosjektmandatet for konseptfasen er det utredet etablering av ny regional sikkerhetsavdeling på Ila. Konseptet er tilrettelagt for etappevis utbygging.

Etappe 1 omfatter virksomhetene:

- Regional sikkerhetsavdeling (32 plasser)
- Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Etappe 2 omfatter virksomhetene:

- Lokal sikkerhetspsykiatri (25 plasser)
- Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (12 plasser)

Det er videre gjort en forenklet vurdering av konsekvenser ved å plassere etappe 2 i tilknytning til den øvrige delen av sykehuspsykiatrien som planlegges på Aker.

I og med at formålet med prosjektet er å erstatte uhensiktsmessig, dårlig og til dels kondemnabel bygningsmasse for RSA, er det ikke etablert et ordinært nullalternativ for dette tiltaket. Det er gjort vurderinger av konsekvenser av å videreføre driften for PUA og LSA i nåværende lokaler på Dikemark og Gaustad.

Medvirkning

Medvirkning er gjennomført i tråd med gjeldende prosedyre for samhandling mellom prosjektorganisasjon og OUS. Brukere, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjenesten på sykehuset har tilført kunnskap og erfaringer til prosjektorganisasjonen gjennom deltagelse i en samhandlingsgruppe. Prosjektorganisasjonen har søkt råd hos Kriminalomsorgen når det gjelder sikkerhetsvurderinger knyttet til ny regional sikkerhetsavdeling.

Status dagens virksomhet og bygg

Regional sikkerhetsavdeling (RSA) er en del av Oslo Universitetssykehus HF og har en regional funksjon for å ivareta det høyeste sikkerhetsnivået innenfor psykisk helsevern. RSA har i dag 22 døgnplasser, hvorav 2 beredskapsplasser.

De lokale sikkerhetsenhetene (LSA) tilbyr utredning og behandling til pasienter med alvorlig psykisk sykdom med samtidighet av farlig atferd. OUS har 20 døgnplasser som er lokalisert på henholdsvis Dikemark og Gaustad.

Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA) har et regionalt ansvar for tilbud til personer med utviklingshemming og/eller autisme og samtidig alvorlig psykisk tilleggslidelse med store funksjonsvansker og høy voldsrisiko. Seksjonen har to døgnenheter med til sammen ti plasser, en spesialpoliklinikk for ambulante og polikliniske tjenester samt regional kompetansetjeneste for psykiatri, utviklingshemming/autisme. PUA er i dag lokalisert sammen med lokal sikkerhetsenhet på Dikemark.

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst (KPS), driver forskning, fagutvikling og bygger opp og sprer kompetanse innen fagfeltet. KPS er lokalisert på Gaustad.

Programkrav

De overordnede krav til funksjon, teknikk, IKT, bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur er beskrevet i hovedprogrammet.

Fremskrevet dimensjoneringsgrunnlag

Fremskrevet kapasitet i form av antall plasser i 2030 er beregnet å utgjøre:

RSA	32 plasser
LSA	25 plasser
PUA	12 plasser

Tomt

Ila er valgt som tomtealternativ for tiltaket.

Ila ligger innenfor markagrensen, men er regulert til offentlig tjenesteyting. Fylkesmannen i Oslo og Akershus har signalisert at de ikke vil motsette seg en regulering dersom også Bærum kommune er positive til saken. Den aktuelle tomten eies av Statsbygg og er langtidsutleid til Kriminalomsorgen (Ila fengsel og forvaringsanstalt). Kriminalomsorgen og Ila fengsel og forvaringsanstalt ser positivt på en etablering, og det forventes en avklaring av at tomten kan disponeres til formålet før sommeren.

Beskrivelse av løsning

Det foreligger en utbyggingsløsning som viser at hele programmet lar seg tilpasse på den aktuelle tomten på Ila, og konseptet fremstår som godt egnet til å løse de funksjonelle kravene som er satt til bygget.

Konseptet består av en gjennomgående struktur hvor virksomhetene RSA, LSA, PUA og KPS er fordelt på tre hovedbygg. De tre hoveddelene er skilt fra hverandre fysisk og funksjonelt samtidig som de henger sammen og skal kunne fungere sammen som ett anlegg/sykehus.

Hoveddisposisjonen legger til rette for at utbyggingen kan gjennomføres etappevis, der LSA og PUA utgjør innholdet i 2. etappe, alternativt at kun etappe 1 etableres på Ila.

Prosjektert totalareal utgjør 14 907 BTA m².

Forhold knyttet til tomt

Tomten innehar i utgangspunktet tilstrekkelig areal, men flere begrensninger har gitt utfordringer med å plassere anlegget optimalt. Slik situasjonen fremstår i dag er det riktig å påpeke at det er sannsynlig at gjennomføringsrisikoen øker dersom det besluttes å etablere hele anlegget på Ila.

Det er derfor sett på mulige tiltak som kan bedre dette forholdet:

- Flytte gartneriet tilhørende Ila fengsel og forvaltningsanstalt
- Innløsning av boligeiendommer
- Etablere adkomstvei og parkeringshus i øst
- Etablere RSA over 2 plan

Alle de nevnte tiltak innehar usikkerheter med hensyn på om tiltakene er gjennomførbare, samt at tiltakene også vil medføre økte investeringskostnader. Tiltakene må derfor bearbeides videre i neste fase for å kartlegge muligheter, begrensninger, usikkerheter og kostnadskonsekvenser.

Prosjektkostnad og finansierungsplan

Prosjektkalkylen (P50) viser at samtidig full utbygging på Ila er kalkulert til 1 155 MNOK. Inklusiv tomtekostnader og ikke-byggnær IKT¹ utgjør sum prosjektkostnad 1 266 MNOK.

Etappevis utbygging er kalkulert til å være 55 MNOK inkl. mva. (P50) høyere enn en full samtidig utbygging.

Dersom etappe 2 etableres på Aker vil tiltaket inngå som en del av den samlede investeringskostnaden for et nytt lokalsykehus, og det antas at investeringskostnadene ikke blir høyere enn ved en etablering på Ila. Dersom det besluttes at kun RSA og regionalt kompetansesenter skal etableres uten at man skal tilrettelegge for etappe 2, er det estimert at mottaksbygget kan reduseres med ca. 1 000 m². Kostnadmessig utgjør dette en reduksjon på ca. 40 MNOK inkl. mva.

Beløp i mill. kroner	Basis		Etappevis		Kun etappe 1	
Investering	MNOK		MNOK		MNOK	
Tomt og opparb. tomt	50		50		50	
P50-vurdering byggekostkalkyle	1 155		1 211		826	
Ikke-byggnær IKT*	61		61		36	
Sum prosjektkostnad	1 266		1 322		912	
Finansiering	MNOK	Andel	MNOK	Andel	MNOK	Andel
Lån HOD	886	70 %	925	70 %	638	70 %
Lån HSØ	-	-	-	-	-	-
Sum lånefinansiering	886	70 %	925	70 %	638	70 %
Avhending eiendom	-	-	-	-	-	-
Basisfordring mot HSØ	380	30 %	396	30 %	274	30 %
Sparing av overskudd	-	-	-	-	-	-
Sum egenfinansiering	380	30 %	396	30 %	274	30 %
Sum finansiering	1 266	100 %	1 322	100 %	912	100 %

*) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepreis fra Sykehuspartner. Behandles derfor som driftskostnad for HF i analysene.

Kostnader forbundet med eventuelle tiltak for å bedre byggets plassering på tomten slik det er listet over, kommer i tillegg og er anslagsvis beregnet til 150 – 280 MNOK inkl. mva.

¹ HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepreis fra Sykehuspartner. Behandles derfor som driftskostnad for HF i analysene.

Driftsøkonomi- og gevinster

Det er gjennomført driftsøkonomiske analyser som viser at det er estimert store gevinster ved å etablere tiltaket. En full utbygging på Ila er beregnet til å kunne gi en årlig driftsgevinst på ca. 120 MNOK, mens kun etappe 1 er beregnet til å gi driftsgevinster på ca. 60-70 MNOK.

Økonomisk bæreevne

Forutsatt ca. 2,7 % lånerente (gjennomsnitt) og 33 år økonomisk levetid, har alle alternativene økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Alternativ for samtidig utbygging (basisprogram) har best bæreevne, og sensitivitetsanalyser viser at bæreevnen til alternativet er positiv selv ved betydelige endringer i overordnede forutsetninger knyttet til lånerente, driftsgevinster og økonomisk levetid.

Det er gjort analyser av hvilken effekt det vil få for bæreevnen dersom tiltak som kan bedre byggets plassering på tomten gjennomføres helt eller delvis. Disse viser en negativ effekt på bæreevnen med 600 til 860 MNOK.

Vurdering av alternativer

Det foreligger en utbyggingsløsning for ny regional sikkerhetsavdeling som viser at hele programmet lar seg tilpasse på den aktuelle tomten på Ila, og konseptet fremstår som godt egnet til å løse de funksjonelle kravene som er satt til bygget.

Alternativet med full utbygging på Ila vil samle alle funksjoner innenfor retts- og sikkerhetspsykiatri i OUS på én lokalisasjon (Ila). Dette vil kunne gi effekter knyttet til driften i form av:

- Dynamisk pasientflyt mellom ulike behandlings- og sikkerhetsnivåer
- Økt samhandling mellom RSA, LSA, PUA og regional kompetansesenter når det gjelder fag- og kompetanseutvikling, evaluering og forskning, beredskapsmobilisering og legevaksordning
- Sikkerhetskontroll RSA er særskilt regulert i *psykisk helsevernloven* § 4A, mens LSA og PUA er regulert av de generelle bestemmelser i samme lov, og det er derfor pekt på at dette kan begrense sambruk av arealer mellom virksomhetene

Alternativet med å etablere etappe 2 på Aker vil samle fagområdet retts- og sikkerhetspsykiatri i OUS på to lokalisasjoner (Ila og Aker). Dette vil kunne gi effekter knyttet til driften i form av:

- Nærhet til akuttpsykiatri og den øvrige sykehuspsykiatrien med mulighet for beredskapsmobilisering og legevaksordning
- Nærhet til den somatiske virksomheten med enklere tilgang til somatiske undersøkelser og behandling
- Sikkerhetsmessige løsninger kan tilrettelegges for ett sikkerhetsnivå (nivå 1 på Ila og nivå 2 på Aker).

De påpekte faglige synergiene når det gjelder fag- og kompetanseutvikling, rekruttering, beredskapsmobilisering og legevaksordning vil utebli i perioden inntil etappe 2 realiseres.

Enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå

I idéfasen ble det anbefalt etablering av en enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå som en del av tiltaket. I henhold til prosjektmandatet skal dette utredes og besluttes særskilt, i en prosess som

involverer øvrige regionale helseforetak og Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst RHF har tatt initiativ til at en slik prosess gjennomføres, og resultatet av dette arbeidet må foreligge før det kan tas beslutning om enheten skal etableres.

Arealmessig er det estimert at to plasser vil kreve et brutto areal på ca. 430 m² inklusiv 80 m² sikret uteareal. En mulig plassering av høysikkerhetsenheten er vist i skisseprosjektet, men det forventes uansett at en slik enhet vil medføre relativt store endringer i forhold til slik konseptet nå foreligger.

Konklusjon og anbefaling

Det er gjennomført en konseptfaseutredning som har dokumentert at etablering av ny regional sikkerhetsavdeling på den foreslåtte tomten på Ila har positiv nåverdi på prosjektnivå og positiv bærekraft på helseforetaksnivå.

Skisseprosjektet viser utbyggingsløsninger på tomten for de ulike utbyggingstrinn som alle er realiserbare, dog med identifiserte forslag til justeringer knyttet til tomt, som vil kunne innarbeides i neste fase av prosjektet. Disse forslagene til utbedring inngår ikke den foreslåtte kostnadsrammen og vil til en viss grad være avhengig av hvilket utbyggingsvolum som besluttes (anslagsvis 150 – 280 MNOK).

Det er en prioritert og viktig oppgave å etablere nye lokaler til RSA. Konseptfaseutredningen viser at dette tiltaket, sammen med regionalt kompetansesenter, kan innplasseres på tomten på en god måte, spesielt hvis en legger til grunn at gartneriet flyttes og at det etableres adkomst fra øst. Videre er det tydeliggjort enkelte forhold som tilsier at det bør brukes noe mer tid på å avklare lokalisering av etappe 2. Dette gjelder innplassering på tomt, reguleringsrisiko og funksjonelle sammenhenger. For å få et bedre grunnlag for å vurdere fordeler og ulemper med å plassere PUA og LSA sammen med resten av psykiatrien på Aker, bør en avvente beslutning om disse virksomhetene skal lokaliseres til Ila eller Aker til konseptrapporten for Aker foreligger. Etter planen skal denne behandles innen utgangen av 2018.

På denne bakgrunn anbefales det å videreføre prosjektet med oppstart forprosjekt primo 2018 med sikte på styrebehandling av forprosjektet ultimo 2018. Med oppstart forprosjekt primo 2018 vil bygget kunne ferdigstilles medio 2021.

1 Begreper og forkortelser

Ny regional sikkerhetsavdeling benyttes som betegnelse på prosjektet jf. prosjektmandatet datert 20.03.17. Basisprogrammet for prosjektet inneholder imidlertid flere virksomheter, og i konseptrapporten benyttes følgende begreper og forkortelser for de virksomheter som inngår:

- *RSA* – regional sikkerhetsavdeling
- *LSA* – lokale sikkerhetspsykiatriske enheter i OUS
- *PUA* – regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme
- *KPS* – regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst RHF
- Behandlings- og sikkerhetsnivåer:

I *Meld. St. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, ble det definert tre behandlings- og sikkerhetsnivåer for gruppen særlig vanskelige eller farlige alvorlig sinnslidende pasienter.

- Nivå 3 – *Forsterket allmennpsykiatrisk avdeling*
 - Nivå 2 – *fylkesdekkende sikkerhetsavdeling*, som nå vanligvis kalles *lokal sikkerhetsavdeling*
 - Nivå 1 – *regional sikkerhetsavdeling* som inntil 2016 var det høyeste sikkerhetsnivået
 - Enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå – *I 2016 gav endringer i psykisk helsevernloven hjemmel for å etablere enda et sikkerhetsnivå som kan ivareta særlig høy sikkerhet. Loven gir hjemmel for å etablere en ny enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå underlagt en av de regionale sikkerhetsavdelingene, og at det innenfor en slik enhet gjelder særlige regler om sikkerhetstiltak.*
- *Enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå* benyttes i konseptrapporten om de plasser som er regulert i psykisk helsevernloven kap. 4A.



Figur 1 Ny regional sikkerhetsavdeling

2 Bakgrunn, mandat og målsetting

2.1 Hensikt

Målet med konseptfasen er å utrede og fremskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for å beslutte om prosjektet skal videreføres til forprosjektfasen. Konseptfasen skal gi grunnlag for å beslutte hvilket alternativ som best oppfyller målene innenfor de rammer som er definert i prosjektmandatet for ny regional sikkerhetsavdeling.

2.2 Grunnlag for konseptfasen

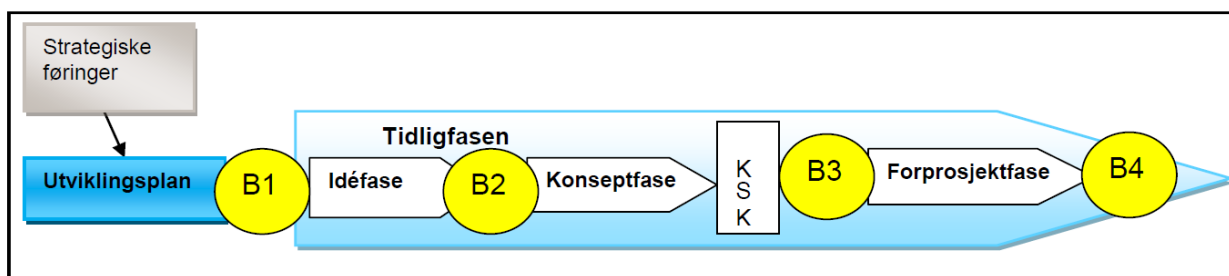
Grunnlaget for konseptfasen er vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF i sak 053-2016 hvor det gis tilslutning til idéfaserapport om fremtidens OUS – konkretisert etter høring i versjon 1.0 datert 28.01.2016. Gjennom styrevedtaket er det etablert et målilde for videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF som innebærer at helseforetaket utvikles med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

Ny regional sikkerhetsavdeling er beskrevet i egen idéfaserapport² versjon 0.9 datert 08.12.2015. Styret i Oslo universitetssykehus HF godkjente idéfaserapporten 28.01.2016.

Viktige presiseringer og forutsetninger for konseptfasen er gjort gjennom følgende dokumenter:

- Styrebehandling i Helse-Sør Øst RHF 16. juni 2016 (sak 53-2016)
- Mandat for videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF, datert 12.10.2016
- Prosjektmandat for Konseptfasen ny regional sikkerhetsavdeling, datert 20.03.2017

Konseptfasen er gjennomført i samsvar med gjeldende Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter, utgitt av Helsedirektoratet. Figur 2 viser planfasene og beslutningspunktene fra nasjonale- og regionale føringer, via en idéfase til konseptfase og forprosjektfase.



Figur 2 Faser og beslutningspunkter i tidligfasen.

B1 = Godkjenning av mandat for oppstart av idéfase, **B2** = Godkjenning av mandat for oppstart av konseptfase, **KSK** = Ekstern kvalitetssikring. **B3** = Godkjenning av anbefalt løsning/konsept og oppstart av forprosjektfase, **B4** = Beslutning om gjennomføring (investeringsbeslutning).

² OUS Idéfase RSA med tilgrensende funksjoner, november 2015

2.3 Prosjektutløsende faktorer

Prosjektutløsende behov er primært dårlig funksjonalitet grunnet bygningsmessig og sikkerhetsmessig tilstand ved eksisterende bygningsmasse for regional sikkerhetsavdeling (RSA) på Dikemark.

2.4 Rammebetingelser og mandat

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga i møte 16. juni 2016 (sak 053-2016) tilslutning til målbildet for videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF (OUS).

I sak 053-2016 vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF følgende:

«Idéfase regional sikkerhetsavdeling videreføres til konseptfase. Videre programmering og prosjektering gjennomføres når tomtevalget er gjort. Prosjektet skal vurderes for trinnvis utvikling. Ansvar for konseptfasen overføres til Helse Sør-Øst RHF. Mandat for konseptfasen godkjennes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.»

2.4.1 Mandat for arbeidet frem til oppstart konseptfase

Høsten 2016 utarbeidet Helse Sør-Øst RHF et mandat som definerer oppgaver, ansvar og struktur for arbeidet frem til oppstart av konseptfase. Mandatet ble vedtatt i foretaksmøte OUS, og signert 12.10.2016. I mandatet defineres følgende oppgaver knyttet til etablering av RSA:

- *Avklare virksombetsinnhold og dimensjonerende faktorer som grunnlag for konseptfasene, berunder om PUA og lokal sikkerhet skal samlokaliseres med RSA*
- *Etablere samarbeid med Kriminalomsorgen vedrørende plasser for særlig høyt sikkerhetsnivå*
- *Avklare rammer og prinsipper for IKT*
- *Starte prosess med tomteavklaring og evt. erverv, samt følge opp reguleringsmessige forhold slik at tomtevalg avklares*
- *Utrede en overordnet fremdriftsplan med tilhørende estimer for investeringsprofil som grunnlag for konseptfasene*
- *Gjennomføre konkurranse for arkitekter og rådgivertjenester for konseptfasen (igangsatt per august 2016)*
- *Utarbeide mandat for konseptfasen som skal framlegges administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF for godkjenning*

2.4.2 Mandatet for konseptfasen

Prosjektmandatet for konseptfasen for ny regional sikkerhetsavdeling ble godkjent av HSØ den 20.03.2017. Mandatet beskriver overordnede føringer og mål, hvilke alternativer som skal utredes, dimensjoneringsgrunnlag og hvordan prosjektet skal organiseres og styres.

I mandatet legges det til grunn at følgende alternativer utredes i konseptfasen:

Nullalternativet:	Videreføring av eksisterende løsning
Alternativ 1:	Etablering av ny regional sikkerhetsavdeling på Ila, tilrettelagt for etappevis utbygging

Nullalternativet omfatter dagens løsning, med nødvendige investeringer for at alternativet skal kunne fungere frem til en definert tidshorisont og være sammenlignbart med å bygge nytt. I og med at forutsetningen for tiltaket er behovet for å erstatte uhensiktsmessig og dårlig bygningsmasse, gjøres det kun oppdaterte beregninger av nullalternativet med basis i tilgjengelige data.

Som forutsatt både i vedtak i styresak 053-2016 og i mandat for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF er det i mandatet for konseptfasen tydeliggjort at Ila er det ønskede lokaliseringalternativet som skal legges til grunn for konseptutredningen. En lokalisering på Ila vil legge til rette for et tettere og mer strukturert samarbeid mellom Kriminalomsorgen og retts- og sikkerhetspsykiatrien i OUS. Dette er et ønske fra begge instanser. Problemstillinger og faglige utfordringer er i mange tilfeller de samme, uavhengig av om brukerne håndteres innenfor strafferettens rammer eller psykisk helsevernloven. I og med at dette fagmiljøet og denne brukergruppen er såpass liten i Norge, er det en styrke å samle disse miljøene på ett sted.

Alternativ 1 omfatter etablering av ny regional sikkerhetsavdeling på Ila. Som del av alternativ 1 skal det utredes etappevis utbygging. Denne skal organiseres på følgende måte:

Etappe 1 omfatter virksomhetene:

- Regional sikkerhetsavdeling (32 plasser)
- Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst RHF

Etappe 2 omfatter virksomhetene:

- Lokal sikkerhetspsykiatri (25 plasser)
- Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (12 plasser)

Det skal videre vurderes om virksomhetene som omfattes av etappe 2 skal etableres sammen med øvrig psykisk helsevern i Oslo universitetssykehus, jamfør Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11) hvor det er et mål at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal integreres bedre i fremtidens spesialisthelsetjeneste slik at pasientenes behov for sammensatte tjenester imøtekommes.

I idéfasen ble det anbefalt å etablere en nasjonal enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå som del av tiltaket. Dette må utredes og besluttet særskilt, i en prosess som involverer øvrige regionale helseforetak og Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst RHF har tatt initiativ til at en slik prosess gjennomføres, og resultatet av dette arbeidet må foreligge før det kan tas beslutning om enheten skal etableres.

2.4.3 Bakgrunn for lokalisering på Ila

Som premiss for konseptfasen er det lagt til grunn at etableringen skal skje på Ila.

Bakgrunnen for dette er at begge institusjonene har ansvar for mennesker som har nærliggende risiko for å skade andres liv og helse, noen ganger med svært alvorlige konsekvenser.

De innsatte på Ila fengsel og forvaringsanstalt har langvarige fengselsopphold. Mange har psykiatrisk symptombelastning og noen har en alvorlig psykisk lidelse. Fengsel som straff er iverksatt fordi den innsatte har vært vurdert som tilregnelig i gjerningsøyeblikket.

Mens fengselet har behov for spesialisthelsekompetanse fra sikkerhetspsykiatrien, har RSA behov for kunnskap om sikring og håndtering av risikoatferd. Regionalt kompetansesenter for fengsel-sikkerhets- og rettspsykiatri vil være en ressurs- og kompetansebase for begge institusjonene.

Den psykiatriske spesialisthelsetjenesten kan for øvrig ved naboskap til Ila fengsel bistå med psykiatrisk tilsyn, vurdering og konsultasjonstjeneste.

En systematisk felles veiledning, undervisning og ferdighetstrening vil resultere i bedre pasientbehandling i sykehuset og økt kvalitet i soningen i fengselet. Av de lokalisasjoner som er vurdert er det kun Ila som legger til rette for en slik utvikling mellom Kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten.

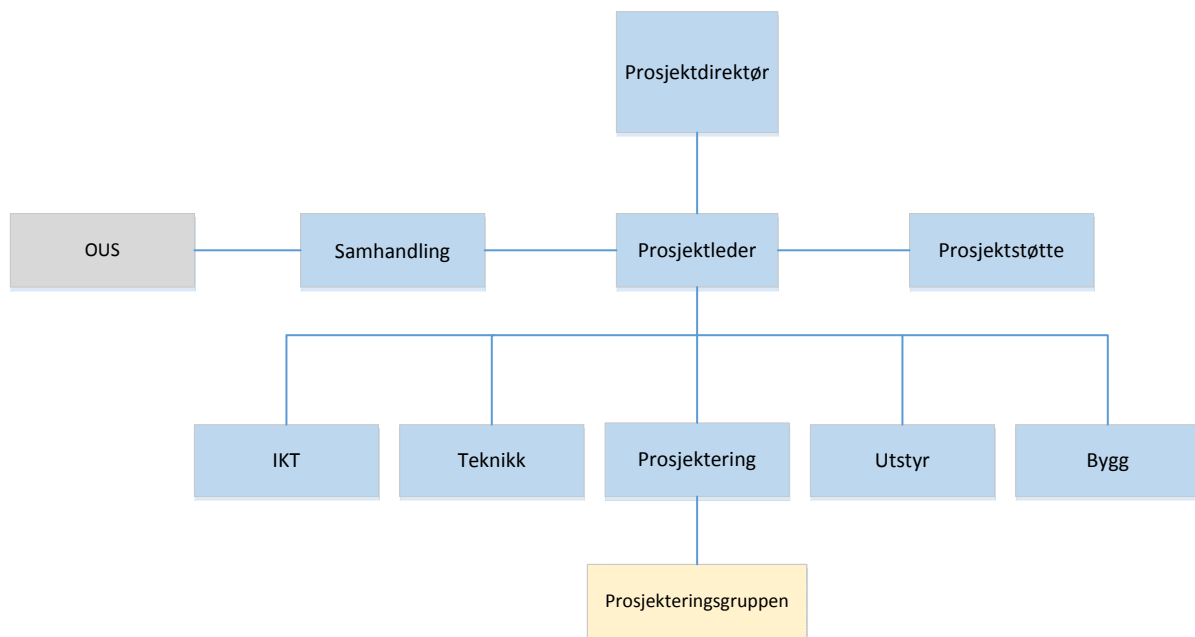
2.4.4 Andre rammebetingelser

Samlet brutto programareal var ifølge idefaserapporten beregnet til ca. 18 000 m². Antatt projektkostnad var på ca. 1 400 MNOK (prisnivå juni 2015) inklusive merverdiavgift.

2.5 Organisering av arbeidet med konseptfasen

I samsvar med vedtak 053-2016 i styret i Helse Sør-Øst RHF er ansvaret for den videre gjennomføring av prosjektet overført til Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen prosjektorganisasjon med ressurser fra Sykehusbygg HF til å lede arbeidet. Prosjektdirektør rapporterer til administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF eller den administrerende direktør utpeker.



Figur 3 Prosjektorganisasjon RSA HSØ

Prosjekteringsgruppen ble kontrahert i desember 2016, og har stått for utarbeidelse av skisseprosjektet og tilhørende kostnadskalkyler. Arbeidet er utført i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen. Prosjekteringsgruppen har bestått av:

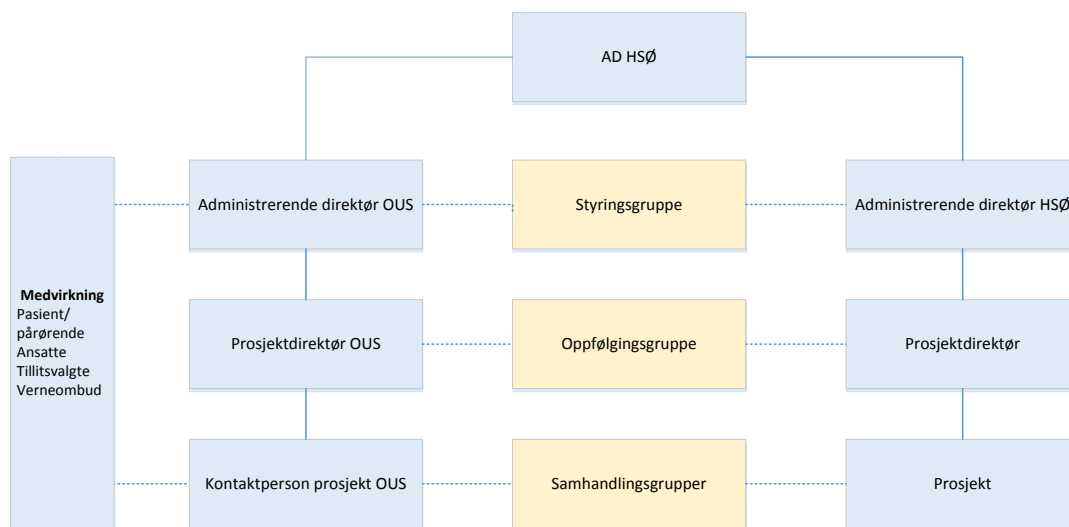
- Arkitema Architects og BSK Arkitekter
- Sweco som teknisk rådgiver, sikkerhetsrådgiver og gjennomføring av usikkerhetsanalyse
- AS Bygganalyse som rådgiver for utarbeidelse av kostnadskalkyler.

For å sikre tett oppfølging og kommunikasjon mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF, er det etablert en styrings- og samhandlingsstruktur slik det er vist i figur 4.

Formålet med styringsgruppen er å sikre at det gis fortløpende informasjon om prosessen, at forutsetninger og løsninger drøftes og at de forankres i de respektive organisasjoner.

Det er etablert en egen oppfølgingsgruppe med ansvar for å sikre at aktiviteter følges opp og koordineres mellom prosjektet og OUS, og som fungerer som det faste kontaktpunktet mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF i prosjektgjennomføringen.

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for å sikre nødvendig forankring av tiltak og løsninger mot brukere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten i egen organisasjon.



Figur 4 Styrings- og samhandlingsstruktur for ny regional sikkerhetsavdeling

Tabellen under viser den møtestruktur som er etablert for å ivareta samhandling mellom prosjektorganisasjon og driftsorganisasjon.

Tabell 1 Møtestruktur, hovedformål/tema og ansvar/deltagere

Møtetype	Hovedformål / Tema	Ansvar / Deltagere
Styringsgruppen	- Overordnet arena for informasjon, forankring og beslutning mellom HSØ, OUS og andre involverte aktører - Fremdrift og status for prosjektet i henhold til mandat - Beslutte aktiviteter og tiltak - Avklare eventuelle uavklarte saker fra Oppfølgingsgruppe	AD Helse Sør-Øst RHF (styringsgruppens leder) AD Oslo universitetssykehus HF Repr. ledelsen i Helse Sør-Øst RHF Repr. ledelsen i Oslo universitetssykehus HF Repr. brukerutvalg Repr. ansattes organisasjoner Repr. vernetjenesten Repr. Oslo kommune Repr. Universitetet i Oslo Repr. Kunnskapsdepartementet Helse- og omsorgsdepartementet (observatør)
Oppfølgings-gruppe	- Ansvar for å koordinere og sikre oppfølging av aktuelle aktiviteter - Gjensidig informasjon og oppdatering - Identifisere aktiviteter og eventuelt etablere arbeidsgrupper - Avklare eventuelle uavklarte saker fra Samhandlingsgruppene og evt. forberede saker til styringsgruppen	Helse Sør-Øst RHF Oslo universitetssykehus HF Prosjektorganisasjonen HSØ
Samhandlings-grupper	- Etablere funksjonsdyktig og pasientvennlige løsninger som understøtter god pasientbehandling, arbeidsmiljø for ansatte og driftsøkonomi - Ivareta tverrfaglighet og innhente innspill fra de ulike funksjonsområdene. - Sikre informasjon og forankring i egen avdeling/organisasjon	Prosjektorganisasjonen OUS

Avklaring av prosjektfaglige spørsmål med videre, følger den ordinære styringslinjen. Utover dette er det etablert nødvendige samhandlingsfora på prosjektnivå for å sikre at løsninger og konsepter utvikles i dialog med brukere, ansatte, ansattes organisasjoner og vernetjenesten.

2.6 Nasjonale og regionale føringer

2.6.1 Pasient- og brukerrettigheter

Det er et nasjonalt hovedmål å styrke pasientens stilling i helsetjenesten. Pasientene skal ha tilgang til kvalitetssikret informasjon om egen helse slik at de kan delta i beslutninger om egen behandling, og de skal være aktivt med i utforming av helsetjenesten.

Brukermedvirkning skal sikre at pasienter og pårørende blir hørt gjennom brukerutvalg både på regionalt nivå og foretaksnivå. Utvalgene er sammensatt av representanter fra bruker- og pasientorganisasjoner.

Brukerutvalgets hovedfunksjoner er å sikre tilbakemelding fra brukerne om erfaringer med helsetjenesten, samt å gi råd om forbedring og samhandling med andre aktører, jamfør Helse Sør-Øst RHF sine 13 prinsipper for brukermedvirkning. Disse er lagt til grunn for medvirkning i prosjektet.

2.6.2 Regionale utviklingsområder psykisk helsevern

Styret for Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 061-2010 regionale utviklingsområder innen psykisk helsevern. Blant en rekke punkter vedtok styret følgende enstemmig:

«Det skal være regionale behandlingstilbud innen sikkerhetspsykiatri, spiseforstyrrelser, samt for pasienter med både psykisk lidelse og sterkt nedsatt hørsel/døve»

Som en del av sykehusområdets overordnede områdeplan ba styret om et særskilt fokus på oppfølging av:

- pasienter som har behov for akuttpsykiatriske tjenester og behandling innen sikkerhetspsykiatrien*
- pasienter med selvmordsproblematikk, spiseforstyrrelser, sammensatte lidelser og dobbeltdiagnoser*
- tidlig intervensjon av ny-syke med psykoseproblematikk, samt sikre gode tilbud for langtidsrettet schizofrenibehandling*
- pasientgrupper med behov for langvarig poliklinisk behandling*
- pasientgrupper med ekstra sårbarhet relatert til alder, lidelse eller bakgrunn*

Styret ba videre om at det ble gjennomført et regionalt arbeid for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.

2.6.3 Særskilt om sikkerhetspsykiatri

Helse Sør-Øst RHF gjorde våren 2012 en statusgjennomgang av kapasitet, ventetid og pasientflyt innen sikkerhetspsykiatrien i egen helseregion.³

Arbeidet med den gjennomførte kartleggingen viste at det i de ulike sykehusområdene var noe variasjon i kapasitet i forhold til folketallet innen den lokale sikkerhetspsykiatrien. Det beskrives

³ brev av 19.03.12

at man har et godt samarbeid mellom regionalt og lokalt nivå, men at man i ulike sykehusområder/helseforetak til tider har en relativt presset situasjon på plasser innenfor lokal sikkerhetspsykiatri.

Samarbeidet mellom ordinær akuttpsykiatri og sikkerhetsenheter ble beskrevet som godt og vesentlig for å løse de konkrete situasjonene som oppstår.

Det ble beregnet et behov for 5-10 langtidsplasser til RSA, for å løse utfordringer knyttet til pasientgruppen med høy grad av farlighet og mer kronifiserte sykdomstilstander.

Helse Sør-Øst RHF besluttet på grunnlag av dette, i styresak 071-2012, å styrke kapasiteten på langtidsbehandling innen regional sikkerhetspsykiatri gjennom en økning av driftsbudsjettet.

3 Mål

Mandatet for konseptfasen definerer samfunns-, effekt- og resultatmål for prosjektet. Målene er beskrevet i de følgende kapitler.

Målene vil bli videreutviklet etter at konseptfasen er avsluttet, med basis i de forutsetninger og rammer som følger av godkjenningen, slik at de kan fungere som styringsreferanse og prioriteringsstøtte for gjennomføringen av prosjektet.

3.1.1 Samfunnsmål

Prosjektet ny regional sikkerhetsavdeling skal:

- Bidra til å oppfylle nasjonale mål for utvikling av tjenestene innenfor psykisk helsevern og til gode og samfunnsøkonomisk effektive behandlingstilbud til befolkningen i eget sykehusområde og i regionen.
- Ivareta Helse Sør-Øst RHF sin utvikling av helsetjenester i et langsiktig perspektiv

3.1.2 Effektmål

Prosjektet ny regional sikkerhetsavdeling skal sikre at man bygger på bærende elementer for et fremtidig og moderne tilbud innen spesialisthelsetjenesten med vekt på robuste bygg og løsninger som legger til rette for:

- god diagnostikk, utredning og pasientbehandling
- samling av faglige miljøer for å oppnå dette
- effektiv drift av eksisterende og fremtidige funksjoner
- forsvarlig samfunnsvern
- et trygt og godt behandlings- og arbeidsmiljø

3.1.3 Resultatmål for konseptfasen

Konseptfasens konkrete resultatmål er at det i juni 2017 foreligger tilstrekkelig grunnlag for å beslutte utbyggingskonsept med valg av alternativ som kan videreføres til forprosjektet.

Det valgte konseptet skal bidra til å tilfredsstille virksomhetsmodellen for regional sikkerhetsavdeling med den behandlingskapasiteten som er forutsatt og slik at konseptet er tilpasset Helse Sør-Øst RHF sine økonomiske rammebetingelser.

Konseptrapporten skal gi tilstrekkelig grunnlag for søknad om lånefinansiering fra Helse og omsorgsdepartementet.

4 Medvirkning

4.1 Samhandling med Oslo universitetssykehus HF

Det er etablert en struktur for medvirkning fra representanter for brukere, de ansatte, de ansattes organisasjoner og vernetjenesten i utvikling av løsninger og konsepter. Arbeidet er gjennomført i tråd med gjeldende prosedyre for samhandling mellom prosjektorganisasjon og OUS.

Samarbeidet med OUS om gjennomføring av konseptfasen har hatt som formål å oppnå:

- *sikre, funksjonsdyktige, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger*
- *sikre engasjement, forankring og eierskapsfølelse hos driftsorganisasjonen som grunnlag for god og vellykket opplæring, organisasjonsutvikling og drift*

Dette er ivare tatt ved at brukere, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjenesten på sykehuset har tilført kunnskap og erfaringer til prosjektorganisasjonen gjennom deltagelse i en samhandlingsgruppe.

Gruppen har vært ledet av avdelingsleder ved avdeling for nasjonale og regionale funksjoner ved klinikk for psykisk helse og avhengighet i OUS.

Samhandlingsgruppen har vært sammensatt av medvirkere med kompetanse innenfor følgende 5 funksjonsområder:

1. Kliniske funksjoner – regional sikkerhetsavdeling og enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå
2. Kliniske funksjoner – lokal sikkerhetspsykiatri og regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA)
3. Forskning, undervisning og kontorarbeidsplasser, inkl. regionalt kompetansesenter
4. Støttefunksjoner
5. Sikkerhet

Råd og innspill fra samhandlingsgruppen har medvirket til å beskrive og klargjøre virksomhetsinnhold og overordnede funksjonelle krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur.

Samhandlingsgruppen har også vært involvert i arbeidet med å identifisere, utvikle og utrede alternative konsepter (muligheter) for hvordan premissene (programmet) kan løses i form av fysiske løsninger.

Det har vært fem møter i samhandlingsgruppa, i tillegg til tre møter med gruppelederne.

4.2 Samhandling med Kriminalomsorgen

Prosjektorganisasjonen har søkt råd hos Kriminalomsorgen når det gjelder sikkerhetsvurderinger knyttet til ny regional sikkerhetsavdeling. Videre er *Funksjons- og arealveileder kravspesifikasjon for fengselsbygg*, utarbeidet (høringsutkast 1.1 26.06.2015) av Kriminalomsorgsdirektoratet og Statsbygg, benyttet som underlagsmateriale.

5 Status dagens virksomhet og bygg

5.1 Dagens virksomhet

5.1.1 Regional sikkerhetsavdeling

Regional sikkerhetsavdeling i Helse Sør-Øst RHF er en del av Oslo Universitetssykehus HF. Den har en regional funksjon og ivaretar det høyeste sikkerhetsnivået innenfor psykisk helsevern i fagfeltet sikkerhetspsykiatri.

Virksomheten skal sørge for mottak, omsorg og behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser med atferdsavvik, og som er til nærliggende og alvorlig fare for andre. Pasientene er i all hovedsak tvangsinnlagt etter psykisk helsevernloven. Mange er dømt til behandling eller har fått en rettslig kjennelse.

RSA har i dag 22 døgnplasser, hvorav 2 beredskapsplasser, og skal tilby behandling, et trygt arbeidsmiljø og tilstrekkelig samfunnsvern.

5.1.2 Lokale sikkerhetsenheter

De lokale sikkerhetsenheterne tilbyr utredning og behandling til pasienter med alvorlig psykisk sykdom med samtidighet av farlig, voldelig eller særlig vanskelig atferd. Disse pasientene har behov for en større grad av trygghet og rammer enn det som er vanlig i psykiatriske døgnerenheter.

Oslo Universitetssykehus HF har 20 døgnplasser for lokal sikkerhetspsykiatri, fordelt på 12 plasser tilhørende OUS-sektor, samt 8 plasser tilhørende Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. De er lokalisert på henholdsvis Dikemark og Gaustad. I tillegg har to pasienter plass i en psykoseenhet på Dikemark fordi det er fullt på de lokale sikkerhetsenheterne.

Utover OUS sine egne plasser leier Akershus universitetssykehus HF (Ahus) 10 plasser som betjener deler av Ahus sitt opptaksområde. Disse plassene er i dag lokalisert på Gaustad (Lokal sikkerhetsenhet A).

5.1.3 Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme

Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA) har et regionalt ansvar for tilbud til personer med utviklingshemming og/eller autisme og samtidig alvorlig psykisk tilleggslidelse med store funksjonsvansker og høy voldsrisiko. 60-70 prosent av pasientene er underlagt tvungent psykisk helsevern, og andelen er økende.

Seksjonen har to døgnerenheter med til sammen ti plasser, en spesialpoliklinikk for ambulante og polikliniske tjenester samt regional kompetansetjeneste for psykiatri, utviklingshemming/autisme.

PUA tilbyr utredninger, tilrettelegging av bolig (ambulant virksomhet), samtalebehandling og spesialisert miljøbehandling.

Pasientene som utredes og behandles poliklinisk har varierende grad av funksjon og sykелighet. Den største gruppen har en mindre kompleks problematikk som kan utredes uten

døgntilbud. En mindre gruppe har høy voldsrisiko og vil trenge et tilrettelagt døgntilbud.

PUA samarbeider med habiliteringstjenesten i fylkene, distriktpsykiatriske sentre (DPS), kommuner/bydeler og med annen spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern. PUA samarbeider også aktivt med pasientenes pårørende og tilbyr psykoedukative flerfamiliegrupper, samt pasient- og pårørendeundervisning

5.1.4 Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst (KPS) er ett av tre sentre i Norge som til sammen utgjør et nasjonalt kompetansesenternetverk.

Kompetansesentrene (SIFER) forsker, driver fagutvikling og bygger opp og sprer kompetanse innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

Kompetansesentrene har et nært og formelt samarbeid med helsedirektoratet, justis- og politimyndigheter, brukerorganisasjoner, høyskoler, universitet og kriminalomsorgen. Sentrene organiserer en etterutdanning i rettspsykiatri for psykiatere og psykologer, og underviser blant annet for allmennpsykiatrien og for fengselsvesen.

Kompetansesenteret har et nærhetsbehov både til RSA og lokale sikkerhetsenheter i regionen.

5.2 Dagens bygg

I forbindelse med idéfasen i 2011 ble bygningsmassens tilstand vurdert av Multiconsult, jf. idéfaserapporten 2011, kap. 63. Vurderingen fra 2011 ble lagt til grunn for ny idéfase i 2015.

De virksomheter som berøres av alternativvurderingen i konseptfasen er i dag lokalisert på Dikemark og på Gaustad, som vist i tabell 2.

Tabell 2 Virksomheter som berøres av alternativvurderingen i konseptfasen

Virksomhet	Dagens lokalisering	Totalt BTA	Oppført År
Regional sikkerhetsavdeling (RSA)	Dikemark (Granli)	4 480	1925
Lokal sikkerhetsenhet A (Betjener deler av opptaksområde for Ahus)	Gaustad (bygg 17)	3 651	1920
Lokal sikkerhetsenhet B (Diakonhjemmet DS og Lovisenberg DS)	Gaustad (bygg 17)		1920
Lokal sikkerhetsenhet C (OUS-sektor)	Dikemark (Verkensv. 19)	2 538	1960
Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA)	Dikemark (Verkensv. 19)	7 613	1960
Kompetansesenter for regional sikkerhets-, fengsel- og rettspsykiatri	Gaustad (bygg 07)	1 111	1855
Totalt inkludert Lokal sikkerhetsenhet A		19 393	
Totalt eksklusiv Lokal sikkerhetsenhet A (opptaksområde Ahus)		17 568	

5.2.1 Granli, Dikemark

RSA er lokalisert på Dikemark i Asker kommune. Lokalene består av en hovedbygning og et aktivitetsbygg på til sammen 4 480 m² BTA. Hovedbygningen (Granli) er oppført i 1925, og var ikke bygget for dette formålet.

RSA har nylig (2017) utvidet kapasiteten til 22 døgnplasser. Tre døgnenheter er fordelt over tre etasjer i hovedbygning. Hovedbygningen har et areal på 3 935 m² BTA. I tillegg kommer luftegård med sluser, aktivitetsbygning med gymsal, garderober, aktivitetsrom og behandlerkontorer.

Området ble i 2012 sikret med et gjerde og port. Perimetersikringen tilfredsstiller ikke krav til rømningssikkerhet.

På bakgrunn av et varslingsnotat fra RSA vurderte fylkeslegen forholdene ved RSA i mars 2015. Fylkeslegen konkluderte med at byggene/anleggets tilstand var uheldig, men forsvarlig.

Prosjektering for utbedring av det mest kritiske vedlikeholdsetterslepet ble fullført november 2015. Bygningsmassen bærer likevel preg av mangelfullt vedlikehold.

5.2.2 Verkensveien 19, Dikemark

Lokal sikkerhetsenhet C og PUA er lokalisert i Verkensveien 19 på Dikemark. Bygget er fra 1960 og er forholdsvis godt vedlikeholdt. Vinduene er skiftet ut de siste årene.

5.2.3 Bygning 17, Gaustad

Lokal sikkerhetsenhet A og lokal sikkerhetsenhet B er lokalisert i bygning 17 på Gaustad. Bygget er oppført i 1922 og har et samlet bruttoareal på 3 651 m². Bygget består av fire etasjer med døgnenheter i henholdsvis 1. og 2. etasje, aktivitetsrom for pasienter i kjeller og kontorer i loftsetasje.

Teknisk sett har bygningene dårlig tilstand, der de fleste komponenter er vurdert med tilstandsgrad 2. Yttertak, takrenner og nedløp er vurdert som svært dårlig med akutt behov for oppgradering/utskifting.

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 lastkapasitet, 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 (ti pasienter) opplyses å være for store med hensyn til en hensiktsmessig driftssituasjon.

5.2.4 Bygg 7, Gaustad

Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri er lokalisert i bygg 7 på Gaustad. Bygget er blant den eldste bygningsmassen på Gaustad. Bygningen er oppført på 1850-tallet etter datidens byggeskikk, med tunge konstruksjoner, små rom, bærende innervegger, lav lastkapasitet og smal bygningskropp. På den positive siden er etasjehøydene og korridorbredder gode. Bygningen har et etasjeareal på ca. 380 m².

6 Programkrav

Dette kapitlet beskrives de overordnede krav til funksjon, teknikk, IKT, bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur for prosjektet. Programkravene er beskrevet i hovedprogrammet og følger som vedlegg til rapporten.

6.1 Funksjon

Programkravene for de overordnede funksjonelle krav til bygg, utearealer, utstyr og infrastruktur er beskrevet i del I av hovedprogrammet.

Programmet er utviklet på grunnlag av de rammer som er lagt for prosjektet, erfaring fra tidligere sykehusutbygginger og innspill fra Oslo universitetssykehus HF gjennom samhandlingsmøter hvor representanter fra brukere, ansatte, tillitsvalgt og verneombud har medvirket.

6.1.1 Prinsipper for person- og vareflyt

Pasienter som innlegges i sikkerhetspsykiatriske avdelinger har som hovedregel en akutt eller kronisk, alvorlig psykisk sykdom og samtidig en farlig, voldelig eller særlig vanskelig atferd. Det er viktig å tilrettelegge omgivelsene slik at pasientene på en best mulig måte unngår å skade seg selv og/eller andre.

Det er lagt til grunn at det etableres tre innganger til bygget:

- Hovedinngang (for ansatte, besøkende og pasienter)
- Pasientmottak (for pasienter som skal innlegges)
- Varemottak

For å kunne ivareta kravene til sikkerhet og for at virksomheter med ulikt sikkerhetsnivå skal kunne sambruke enkelte funksjoner, er det lagt som premiss at samtlige funksjoner plasseres innenfor en felles innpasseringskontroll. Det vil i praksis bety at alle som skal inn i bygget (pasienter, ansatte, pårørende o.a.) må registreres og kontrolleres jf. sikkerhetskontroller på flyplasser. Det må innen oppstart av forprosjektet avklares hvorvidt en slik praksis vil være i henhold til gjeldende lovverk på området.

Pasientene følges som regel av personell når de skal bevege seg fra døgnettenhet til fellesarealer, sikrete uteområder etc., og ferdselsveier må tilrettelegges med oversiktighet og rom til at pasient og personale kan ferdes trygt.

Besøkende, det være seg pårørende, venner, eksterne leverandører eller andre som har et ærend i bygget, går inn hovedinngang og henvender seg i ekspedisjonen. Besøkende til pasientene skal ikke inn i døgnettene, men ledsages direkte til egen besøksenhet.

Personell går inn hovedinngang og innpasseringskontroll, og via et personaltorg med personalfasiliteter som garderobe, kantine og møterom, på vei til pasientarealene.

Varer kommer til eget varemottak. Oslo sykehusservice vil levere varer (mat, rent tøy og forbruksvarer generelt og uttransport av skittent tøy og avfall) til sluse i varemottak. Vareflyten

bør tilrettelegges slik at den i minst mulig grad forstyrrer, dvs. kommer i kontakt eller konflikt med, pasienter og pasientbehandlingen.

6.1.2 Døgnerheter og sengerom

Det legges til grunn at det etableres kun ensengsrom med eget WC/bad.

Tabellen under viser antall plasser for regional sikkerhetsavdeling, lokal sikkerhetsenhet og PUA, fordelt på sengerom og skjermingsrom.

Tabell 3: Antall plasser, sengerom og skjermingsrom

Virksomhet	Ant. plasser	Ant. sengerom (14 m ²)	Ant. sengerom (17 m ²)	Ant. skjermingsrom	Totalt ant. sengerom	Ant. rom i beredskap
RSA	32	20	8	6	34	2
LSA	25	12	6	8	26	1
PUA	12	5	3	4	12	0
Totalt	69	37	17	18	72	3

Det er et uttalt ønske fra fagmiljøet at døgnerhetene ved RSA lokaliseres på bakkeplan. Følge og transport av pasienter i trapp eller heis oppgis å være en sikkerhetsrisiko man ønsker å unngå.

Døgnerhetene må utformes slik at de understøtter muligheten for å kunne observere flere enheter fra en felles personellbase (arbeidsstasjon). Ved en slik løsning er det mulig å redusere bemanningen på f.eks. natt betydelig i forhold til dagens praksis hvor man trenger ekstra personellressurser på grunn av at enhetene er plassert i tre etasjer.

Oppholdsrom og andre fellesarealer bør være romslige og tilrettelegges slik at pasienter i størst mulig grad kan opprettholde og regulere sin private sone når andre er i rommet. Dette gjelder også for korridorer hvor pasienter oppholder eller beveger seg. Bredden på slike korridorer må være minimum 3 meter netto.

6.1.3 Poliklinikk og besøksenhet

PUA driver i dag polikliniske tjenester, og det antas at også enheter for lokal sikkerhetspsykiatri og regional sikkerhetsavdeling vil øke sin polikliniske virksomhet i de nærmeste år. Arealer for polikliniske undersøkelser er samlokalisert og organisert i en felles sikkerhetspsykiatrisk poliklinikk.

I besøksenheten skal pasientene kunne motta besøk, både fra familie og venner, men også fra kontrollkommisjon, advokater, sakkyndige m.fl.

Det legges til grunn at bildediagnostiske undersøkelser vil bli utført ved annet sykehus.

Laboratorieprøver kan tas på sengerom og sendes for analyse til laboratorium innen OUS. Det er likevel programmert et mindre laboratorium i poliklinikken for å kunne gjøre enkle laboratorieanalyser.

6.1.4 Aktivitetssenter

Ny regional sikkerhetsavdeling skal understøtte et bedre og mer differensiert skole-, arbeids- og aktivitetstilbud til langtidspasienter. Dette er ifølge fagmiljøet viktig for livskvalitet og kvalitet på behandlings- og rehabiliteringsforløp. Aktivitetsrom planlegges samlet i et felles aktivitetssenter for alle enheter sentralt plassert i mottaksbygget. Rommene skal trygt kunne brukes av flere pasientgrupper og flere enheter.

6.1.5 Undervisning og forskning

Kompetansesenteret skal samlokaliseres med all annen undervisning. Det legges til grunn at kontorer, møterom etc. i størst mulig grad skal samles i tilknytning til personaltorget. Det vil kunne gi stor synergieffekt ved å samle behandlere fra alle seksjoner innenfor ett kontorområde.

Det vil være behov for noe areal til undervisning og forskning, som benyttes i sambruk mellom sykehus og universitet.

6.1.6 Uteområder

Alle døgnetenhetene skal ha direkte tilgang til sikrede uteområder. Uteareal skal bidra til positive distraksjoner og samtidig ivareta kravene til sikkerhet.

6.2 Teknikk

Programkravene for tekniske anlegg er beskrevet i hovedprogrammets del II Overordnet teknisk program (OTP). Programmet er basert på erfaringer fra tidligere sykehusutbygginger og innspill fra OUS, samhandlingsmøter og bidrag fra prosjektets tekniske rådgivere for konseptfasen.

OTP legger føringer for dimensjonering og omfang av de tekniske anleggene som inngår for å ivareta funksjons-, program-, robusthets- og sikkerhetskrav. Tekniske anlegg skal i tillegg til intern funksjonalitet og sikkerhet, ivareta ekstern tilknytning av vann, avløp, termisk energi, elkraft og kommunikasjon.

OTP beskriver på overordnet nivå kravene til forsyningssikkerhet, kapasiteter, reserver og funksjon for disse anleggene, samt omfanget av installasjonene. I særlig grad beskrives omfanget av anlegg for å ivareta sikkerheten for ansatte og pasienter i et behandlingsmiljø med spesielle utfordringer gitt av de kategorier pasienter som dette konseptet er ment å skulle ivareta.

Det er lagt særlig vekt på at tilfeldige brudd i strømforsyningen ikke skal forårsake skadelige forstyrrelser av virksomheten eller svekkelse av sikkerheten, verken for ansatte, pasienter, eller samfunnet for øvrig.

OTP danner grunnlag for skisseprosjektets beskrivelse og dimensjonering av tekniske løsninger og derav det kostnadsnivå som er lagt til grunn for konseptfaserapporten.

6.3 Utstyr og inventar

Overordnede krav, føringer og retningslinjer for utstyrsprosjektet er beskrevet i hovedprogrammets del III Hovedprogram utstyr.

Det skal anskaffes robuste løsninger tilpasset de forskjellige sikkerhetsnivåene. Mange av pasientene skal bo her over lang tid og det skal derfor legges vekt på løsninger som gir sengerom og oppholdsrom et hjemlig preg, samtidig som sikkerhet både for pasienter og personale ivaretas.

6.4 IKT-konsept

6.4.1 Teknologi og nye bygg

Områdeplan IKT OUS HF 2017-2021⁴ beskriver et målbilde for IKT i 2021 som er basert på regionale planer og føringer. Dette danner derfor også en viktig rammebetingelse for IKT som skal gjelde ved tidspunkt innflytting i ny regional sikkerhetsavdeling.

For kliniske løsninger skal bl.a. en strukturert og prosessstøttende journal, gjennomgående kurve og et multimedialt arkiv være ferdig innført. For administrative løsninger skal bl.a. regional ERP og forbedring av styringsverktøy være etablert. OUS planlegger også å ha innført en modernisert IKT Infrastruktur innenfor dette tidsrommet.

Vedtak om bygging av nye sykehus innebærer et omfattende strategisk tiltak i Helse Sør-Øst RHF og binder opp store økonomiske midler for virksomheten. Det er derfor viktig at investeringene på løsninger innenfor IKT og teknologi understøtter de målsettingene som ligger til grunn for det nye bygget. Dette innebærer at løsninger og teknologi, som skal innføres fram mot 2021, skal være hensiktsmessig tilrettelagt slik at nye løsninger og ny teknologi i bygget kan tilkoples og integreres, og slik at de samlede løsningene senere kan videreutvikles og optimaliseres.

6.4.2 Viktige behov i nytt bygg

Det er viktig å tilrettelegge omgivelser, teknologi og løsninger slik at pasientene på en best mulig måte unngår å skade seg selv og/eller andre.

De ansatte skal til enhver tid ha god oversikt over det som skjer i enheten, men uten at pasientene føler seg overvåket. Oversikt i døgnenhetene fra vaktrom/arbeidsstasjon er viktig både for faglig observasjon og for sikkerhet for pasienter og ansatte. Løsninger og teknologi i det nye bygget må derfor understøtte behovet for god oversikt, observasjon og nødvendig overvåking av pasientens tilstand. Videre er det viktig å kunne samhandle med kliniske fagspesialister i andre deler av virksomheten for å kunne analysere og vurdere pasientens tilstand nærmere og beslutte tiltak.

⁴ OUS styresak 70/2016 «Områdeplan IKT for OUS HF 2017-2021»

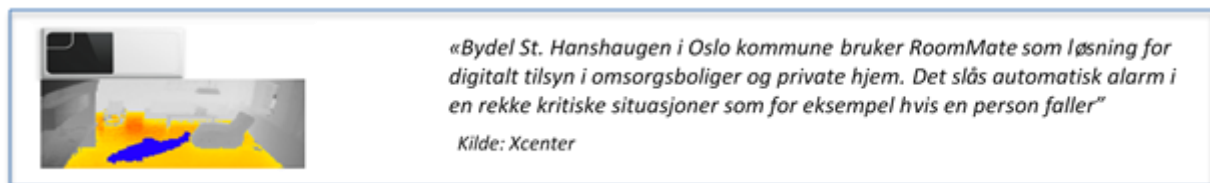
God logistikk i bygget, og løsninger og teknologi som understøtter dette, er et virkemiddel for å oppnå god funksjonalitet, fremme gode og effektive arbeidsprosesser, samt å sikre driftsøkonomisk gevinst.

6.4.3 Teknologiske løsninger

Det er en utfordrende oppgave å identifisere riktige teknologiske løsninger som skal ligge til grunn for et nytt bygg i et lengre tidsperspektiv. Del IV av hovedprogrammet Overordnet IKT Konsept, har vurdert nærmere hvilke teknologiske trender som sannsynlig vil påvirke utforming av bygget og hvilken teknologi og utstyr som bør følge dette.

De viktigste trendene er knyttet til digitalisering av sykehus. Gjennom en modernisert infrastruktur for IKT vil ansatte ha mulighet til å arbeide raskere og mer fleksibelt og til å benytte IT-løsninger uansett sted og tid. Digitale interne og eksterne samhandlingsløsninger vil innebære at spesialist fra en annen lokasjon kan analysere data og bilder, gjennomføre en virtuell konsultasjon, overvåke, vurdere, diagnostisere eller avklare videre behandling.

Gjennom bygget vil det etableres tekniske løsninger for automatisering og logistikk. Løsninger for posisjonering og automatiske sensorer vil fremover kunne tilby mer effektiv utnyttelse av ressurser og kan gi pasienter og ansatte mer sikkerhet og fleksibilitet. Kamerateknologi kan brukes til å tidligdetektere urolige pasienter, se Figur 5.



Figur 5: Tidlig deteksjon

IKT-infrastruktur i nytt bygg skal være moderne og skal løses slik at kritisk teknologi og løsninger i nytt bygg er tilgjengelig for virksomhetene og kan fungere på tross av større ytre hendelser. Sikkerhetsløsninger skal være tilstrekkelig integrert med annen teknologi og IKT slik at riktig sikkerhetsnivå for ansatte og pasienter er ivarettatt og slik at hensiktsmessig pasientbehandling kan gjennomføres.

6.5 Sikkerhet

I det nye bygget er det viktig å oppnå god sikkerhet rundt pasientene som behandles. De tiltak som settes inn for å oppnå ønsket sikkerhetsnivå kan komme i konflikt med en målsetting om gode behandlingsmiljøer for pasientene. Fysiske sikkerhetstiltak, organisatoriske og dynamiske sikkerhetstiltak må derfor vurderes opp mot tiltak for å oppnå god behandling.

Følgende forhold som har betydning for sikkerhetsnivåene skal vurderes:

- Materialvalg og tekniske installasjoner. Det skal velges robuste materialer og løsninger for å redusere muligheten for selvskading og hærverk.
- Planløsninger skal gi god oversikt og korridorer og rom skal være romslige. Bruk av trapp og heis er ikke ønskelig.

Der hvor det ikke er mulig å redusere risiko ved bruk av fysiske tiltak må det vurderes organisatoriske og dynamiske tiltak. Personalets kompetanse og prosedyrer vurderes sammen med de fysiske tiltakene.

Det er i dette prosjektet benyttet Norsk standard NS5830 og «*Samfunnssikkerhet - Beskyttelse mot tilsiktede uønskede handlinger*» som utgangspunkt for å definere sikkerhetsnivå og prosjektere de fysiske sikkerhetsløsninger i det nye bygget, men også for å gi et bilde av hvilke organisatoriske og dynamiske sikkerhetstiltak som må settes inn der de fysiske tiltakene ikke gi tilstrekkelig sikkerhet.

Det er engasjert egen sikringsrisikorådgiver til å bistå i denne prosessen. Sikringsrisikorådgiver har i samarbeid med prosjektorganisasjonen, prosjekteringsgruppen og OUS utarbeidet en sikringsrisikoanalyse i henhold til NS5832 og «*Sikringsrisikoanalyse i sykehus*» utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF. Analysen er lagt til grunn for de sikkerhetstiltak som er innarbeidet i skisseprosjektet. Det er definert sikringsmål for prosjektet. Analysen vil bli bearbeidet videre i forprosjektet.

Sikringsrisikoanalysen har vist at det hovedsakelig må sikres mot at pasienten rømmer, skader seg selv eller skader andre når de er innenfor området til ny regional sikkerhetsavdeling. Som utgangspunkt for skisseprosjektet er det lagt til grunn at pasienter ved både RSA, LSA og PUA kan utgjøre en fare for seg selv og andre. Bygget må derfor utformes for å forebygge at slike hendelser oppstår og for å begrense skadevirkninger. Det er også lagt inn noen føringer som vil begrense sikringens omfang:

- Det er ikke lagt til grunn at det er risiko for at utenforstående ønsker å bistå eller skade de som er innlagt på RSA, LSA eller PUA. Dette er en trussel som kun er relevant ved etablering av enhet for særlig høy sikkerhet.
- Det er ikke avklart om innpasseringskontroll av alle pasienter, besøkende og ansatte kan benyttes for både RSA, LSA og PUA. Dette må avklares innen oppstart av forprosjektet.

Prosjekteringsgruppen har i skisseprosjektet kommet med konkrete løsninger som sammen med organisatoriske og dynamiske sikringstiltak, vil gi nødvendig sikkerhet for pasienter, ansatte, besøkende og samfunnet for øvrig. Disse er beskrevet nærmere i vedlagt skisseprosjekt samt oppsummert i kapittel 9.3.8 Sikkerhet. Robustheten er også beskrevet i skisseprosjektet samt i kapittel 9.3.9 Robusthetsnivåer.

6.6 Romprogram

Tabell 4 viser netto programareal fordelt på bygg og delfunksjoner. Netto programareal er 6 927 m². Bygg RSA (32 plasser) er 1 737 m² netto, bygg LSA og PUA (37 plasser) 2 296 m² og mottaksbygget er 2 894 m².

Tabell 4 Netto programareal fordelt på delfunksjoner og bygg (netto programareal)

Bygg RSA		Bygg LSA og PUA		Felles mottaksbygg	Totalt	
Enhet	NTA	Enhet	NTA	Enhet	NTA	NTA
RSA døgnerhet 1	236	LSA døgnerhet 1	218	Ekspedisjon og sikkerhetssentral	212	
RSA døgnerhet 2	236	LSA døgnerhet 2	218	Pasientmottak	204	
RSA døgnerhet 3	236	LSA døgnerhet 3	218	Poliklinikk og besøkssenter	245	
RSA døgnerhet 4	236	LSA støttefunksjoner	365	Personaltorg, kontorer, KPS	1 091	
RSA støttefunksjoner	365	LSA skjermingsenhet	515	Garderobe	94	
RSA skjermingsenhet	431	PUA døgnerhet	342	Kjøkken	84	
		PUA støttefunksjoner	163	Aktivitetssenter	748	
		PUA skjermingsenhet	258	Varemottak	217	
TOTALT	1 737		2 296		2 894	6 927
Sikret uteområde	160				40	200
TOTALT inkl. ute	1 897		2 296		2 934	7 127

Tabell 5 viser hvilken fordeling jf. prosjektmandatet som er lagt til grunn ved en eventuell etappevis utbygging.

Etappe 1 har et virksomhetsinnhold bestående av RSA og regionalt kompetansesenter. I henhold til romprogrammet utgjør den første utbyggingsetappen 4 052 m² netto, fordelt på 32 plasser og kompetansesenteret.

Etappe 2 har et virksomhetsinnhold bestående av LSA (25 plasser) og PUA (12 plasser). I henhold til romprogrammet utgjør den andre utbyggingsetappen 2 875 m² netto, fordelt på 37 plasser.

Tabell 5 Netto programareal fordelt på utbyggingsetappe 1 og 2

Etappe	Ant. pl.	Netto m ²	Merknad
Etappe 1			
RSA	32	1 737	80 % av fullt utbygd mottaksbygg
Fellesfunksjoner inkl. RSA		2 315	
Total etappe 1	32	4 052	
Etappe 2			
LSA	25	1 534	20 % av fullt utbygd mottaksbygg
PUA	12	762	
Fellesfunksjoner		579	
Total etappe 2	37	2 875	
Totalt funksjonsareal	69	6 927	

I styresak 090-2014 har styret i Helse Sør-Øst RHF vedtatt at en høy utnyttelsesgrad skal beholdes som en grunnforutsetning ved planlegging og godkjenner av utbyggingsprosjekter. Med bakgrunn i RSA sine spesielle krav i forhold til beredskaps- og langtidsplasser har det vært behov for å tilpasse utnyttelsesgraden til dette.

RSA vil være den første regionale sikkerhetsavdeling i Norge som bygges for formålet. Det betyr at de arealstandarder som er utviklet for bygg for psykisk helsevern ikke har vært hensiktsmessig å benytte for alle funksjoner knyttet til RSA.

Programmet har lagt til grunn en arealstandard for RSA på 54 m² netto pr døgnplass. I arealnормen inngår sengerom og bad, i tillegg til alle støttefunksjoner innenfor døgnenheten som personalbase, desinfeksjonsrom, samtalerom, undersøkelses- og behandlingsrom m.m.

For LSA og PUA er det lagt til grunn en arealnорм som er høyere, henholdsvis 61 m² og 64 m². Dette skyldes at felles støtterom deles på færre plasser.

7 Fremskrevet dimensjoneringsgrunnlag

I all hovedsak er forutsetningene fra idéfasen om fremtidig kapasitet videreført inn i konseptfasen. Fremskrevet aktivitet baserer seg på at utviklingen av behovet for antall plasser vil være identisk med Statistisk sentralbyrå sin prognose for befolkningsutviklingen i Helse Sør-Øst RHF. I arbeidet med idéfaserapporten ble det foretatt en vurdering av endringsfaktorer utover demografi, som f.eks. sykdomsutvikling, behov for ungdomsplasser, utviklingen av antall dømt til behandling og migrasjon. Det er forutsatt at en økning utover befolkningsutviklingen, som følge av nevnte endringsfaktorer, skal kompenseres ved forebygging, rehabilitering og styrking av mottaksapparatet.

Fremskrivning av kapasitet er generelt forbundet med en grad av usikkerhet. Forhold som særlig vil påvirke fremtidig kapasitetsbehov innenfor retts- og sikkerhetspsykiatri vil være eventuelle endringer i lovverk.

For å korrigere for en dokumentert underdekning av plasser ved RSA er det i grunnlaget for framskrivningen lagt inn en justering med 5 plasser, slik at basis for fremskrevet kapasitet er 27 plasser i 2017.

Fremskrevet kapasitet i form av antall plasser i 2030 er beregnet å utgjøre. Prosentvis endring fra 2017 er vist i parrantes.

- RSA 32 plasser (45 %)
- LSA 25 plasser (14 %)
- PUA 12 plasser (20 %)

7.1 Regional sikkerhetsavdeling (RSA)

Forutsetningene fra idéfasen om fremtidig kapasitet er kvalitetssikret og videreført inn i konseptfasen. Tabell 6 viser fremskrevet kapasitet i form av antall døgnplasser, slik dette er lagt til grunn i idéfaserapporten.

Fremskrivningen baserer seg på at utviklingen av behovet for antall plasser vil være identisk med Statistisk sentralbyrå sin prognose for befolkningsutviklingen i Helse Sør-Øst RHF.⁵

Regional sikkerhetsavdeling har i dag 22 døgnplasser, hvorav 2 beredskapsplasser.

Helse Sør-Øst RHF foretok i 2012 en gjennomgang av kapasitet, ventetid og pasientflyt innen sikkerhetspsykiatrien. ⁶ Denne dokumenterte et behov for en økning på 5-10 langtidsplasser på RSA. Helse Sør-Øst RHF besluttet på grunnlag av dette, i styresak 071-2012, å styrke kapasiteten gjennom en økning av driftsbudsjettet med 5 MNOK i budsjett for 2013 og ytterligere 13,3 MNOK i budsjett for 2017.

⁵ Alternativ MMMM Middelst nasjonal vekst

⁶ brev av 19.03.12

Tabell 6: Antall døgnplasser RSA, fremskrevet i tråd med befolkningsprognoser fra SSB, gitt samme dekningsgrad som i 2015.

	2015	2017	2020	2025	2030	2035	2040
Befolkning Helse Sør-Øst. 18 år +	2 270 467	2 300 041	2 428 483	2 560 376	2 695 011	2 808 540	2 917 417
Befolkningsøkning			5,6 %	11,3 %	17,2 %	22,1 %	26,8 %
Ordinære sikkerhetsplasser	16	18	19	20	21	22	23
Beredskapsplasser	2	2	2	2	2	2	3
Langtidsplasser	2	2	2	2	2	2	3
Sum	20	22	23	25	26	27	28
Korrigert og fremskr. underdekning	5	5	5	6	6	6	6
Sum antall døgnplasser		27	29	30	32	33	34

7.2 Enheter for lokal sikkerhetspsykiatri (LSA)

Forutsetningene fra idéfasen om fremtidig kapasitet er kvalitetssikret og videreført inn i konseptfasen. Tabell 7 viser fremskrivning av antall døgnplasser, slik dette er lagt til grunn i idéfaserapporten. Fremskrevet kapasitet baserer seg på at utviklingen av behovet for antall plasser innenfor lokal sikkerhetspsykiatri vil være identisk med Statistisk sentralbyrå sin prognose for befolkningsutviklingen i Helse Sør-Øst RHF.

Med bakgrunn i dette er det beregnet et behov for 25 plasser i de lokale sikkerhetspsykiatriske enheter i OUS i 2030.

Tabell 7: Antall døgnplasser lokal sikkerhetspsykiatri, fremskrevet i tråd med befolkningsprognoser fra SSB, gitt samme dekningsgrad som i 2015.

	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Befolkning OUS-sektor 18 år +	199 515	218 252	233 450	246 768	257 705	267 955
Prosentvis befolkningsøkning		9,4 %	17,0 %	23,7 %	29,2 %	34,3 %
Ant. døgnplasser	12	13	14	15	15	16
Befolkning Lovisenberg og Diakonhj. sektor	230 928	252 747	267 383	279 253	288 657	297 073
Prosentvis befolkningsøkning		9,4 %	15,8 %	20,9 %	25,0 %	28,6 %
Antall døgnplasser	8	9	9	10	10	10
Sum lokale pl..	20	22	23	25	25	26

7.3 Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme

Forutsetningene fra idéfasen om fremtidig kapasitet er kvalitetssikret og videreført inn i konseptfasen. Tabell 8 viser fremskrivning av antall døgnplasser, slik dette er lagt til grunn i idéfaserapporten.

Tabell 8: Antall døgnplasser i PUA, fremskrevet i tråd med befolkningsprognoser fra SSB, gitt samme dekningsgrad som i 2015.

PUA	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Befolkning 16 år +	2 340 311	2 486 569	2 621 784	2 745 689	2 851 284	2 950 831
Prosentvis befolkningsøkning		6,2 %	12,0 %	17,3 %	21,8 %	26,1 %
Antall døgnplasser	10	11	11	12	12	13

Et døgntilbud for denne gruppen av pasienter har i hovedsak samme krav til lokaler, sikring og oversiktighet som pasienter innenfor lokal- og regional sikkerhetspsykiatri.

Det er beregnet en fremtidig kapasitetsøkning på 2 plasser, slik at dimensjoneringsgrunnlaget for antall plasser i PUA i 2030 er 12 plasser.

7.4 Utnyttelsesgrad og kapasitet

Ved å fremskrive antall plasser slik det er gjort i dimensjoneringsgrunnlaget, fremskrives samtidig den eksisterende utnyttelsesgraden.

For RSA bidrar dårlig funksjonalitet i eksisterende bygg til at det er vanskelig å oppnå en høy utnyttelsesgrad. Samtidig vil det være nødvendig å alltid ha en til to plasser i beredskap. Det er lagt til grunn at utnyttelsesgraden vil kunne økes med ca. 10 % som følge av nytt bygg som er tilrettelagt funksjonelt.

Tabellen under viser at ved å fremskrive antall oppholdsdøgn i tråd med befolkningsutviklingen, samt legge til grunn en utnyttelsesgrad på 75 %, vil det være behov for 21 plasser i 2030. En reservekapasitet på 11 plasser vil kunne dekke dokumentert underdekning, samt en eventuell økning i kapasitetsbehov som følge av endring av lovverk, storbyproblematikk, økt migrasjon og økt behov for ungdomsplasser. Reservekapasiteten vil bidra til man unngår ventetid for pasienter som skal overføres fra LSA til RSA.

Tabell 9: Antall oppholdsdøgn 2015, kapasitetsbehov og kapasitetsreserve 2030 (Antall oppholdsdøgn er hentet fra OUS LIS og kontrollert mot aktivitetsdata fra NPR som viser følgende ant. oppholdsdøgn: RSA 4 788, PUA 2 089, Psykosebehandling Dikemark som inkluderer både sikkerhetsenhet C og psykoseenhet 1 og 2: 10 068)

	Ant. oppholdsdøgn 2015	Utnyttelsesgrad 2015	Demografi 2015-2030	Ant. oppholdsdøgn 2030	Utnyttelsesgrad 2030	Kapasitetsbehov 2030	Ant. planlagte plasser	Reservekapasitet
						Ant. plasser	Ant. plasser	Ant. plasser
Regional sikkerhetsseksjon (RSA)	4 875	66 %	18,7 %	5 787	75 %	21	32	11
Lokal sikkerhetsenhet B (Gaustad) og C- (Dikemark)	6 736	92 %	22,2 %	8 231	90 %	25	25	-0
PUA	2 659	73 %	17,3 %	3 119	90 %	9	12	3
Sum	14 270			17 137		56	69	13

I motsetning til RSA viser tabellen at LSA har en høy utnyttelsesgrad. Utover en økning i tråd med befolkningsutviklingen vil det ikke være noen reservekapasitet i 2030.

Fire plasser som i dag tilhører bydelene Grorud, Stovner og Alna, og som skal tilbakeføres til OUS sitt sykehusområde, var ikke en del av dimensjoneringsgrunnlaget i idéfasen. Det har i arbeidet med konseptfasen blitt vurdert som riktig å ta de fire plassene med i dimensjoneringsgrunnlaget samt fremskrive disse i tråd med befolkningsutviklingen. Det betyr at det i 2030 vil være behov for 30 plasser for LSA.⁷ Det legges til grunn at plassene innarbeides i forprosjektet innenfor den eksisterende arealramme.

I vår vurdering av kapasitetsbehovet for lokale sikkerhetsplasser er det forutsatt at det vil være en buffer både på nivå 1 (RSA) og på nivå 3 (enheter for psykosebehandling). Det er i dag ikke noen klare indikasjoner for hvilke pasienter som skal behandles i henholdsvis lokale sikkerhetsenheter (nivå 2) eller i enheter for psykosebehandling (nivå 3). En vurdering av fremtidig kapasitetsbehov for lokal sikkerhet må derfor sees i sammenheng med det totale kapasitetsbehovet.

⁷ 25 plasser jf. idéfaseutredningen + 4 plasser tilhørende bydelene Grorud, Stovner og Alna fremskrevet til 5 plasser i 2030 = totalt 30 plasser

Forutsatt en utnyttelsesgrad på 90 % vil PUA ha en reservekapasitet på 3 plasser. Dette er i tråd med styresak 090-2014 hvor styret i OUS vedtok at en høy utnyttelsesgrad skal beholdes som en grunnforutsetning ved planlegging og godkjenning av sykehusprosjekter.

8 Tomtealternativer

8.1 Vurdering av tomtealternativer

Idéfasen evaluerte og rangerte 14 ulike tomtealternativer med anbefaling om å videreføre 3 tomtealternativer til konseptfasen for videre vurderinger. Dette var:

- Ila
- Dikemark Verkensveien 19
- Gaustad Nord

Idéfasen rangerte Ila som den mest egnede tomten.

Alternativet på Gaustad ble vurdert som vanskelig å realisere på grunn av at det kunne komme i konflikt med verneinteresser og øvrige utbyggingsplaner i OUS. Alternativet ble derfor ikke tatt med inn i konseptfasen.

En utbygging på Dikemark er i konflikt med OUS sine planer om å avvikle sykehuset sin virksomhet på området. I dialog med Asker kommune er det blitt klart at kommunen har alternative planer for utvikling av området. Dette alternativet ble derfor heller ikke tatt med inn i konseptfasen.

Ila ligger innenfor markagrensen, men er regulert til offentlig tjenesteyting. Fylkesmannen i Oslo og Akershus har signalisert at de ikke vil motsette seg en regulering dersom også Bærum kommune er positive til saken.

Den aktuelle tomten eies av Statsbygg og er langtidsutleid til Kriminalomsorgen (Ila fengsel og forvaringsanstalt). Kriminalomsorgen og Ila fengsel ser positivt på en etablering, og det er ikke fremkommet at Kriminalomsorgen eller Statsbygg har føringer på å skulle disponere tomten til egne formål.

Beslutningen om å prioritere Ila er i samsvar med fagmiljøene og brukerutvalget i OUS som gjennom ledelsen i OUS har fremmet ønske om at tiltaket lokaliseres på Ila. Dette vil bidra til å legge til rette for synergier gjennom bedre samarbeid mellom det psykiatriske fagmiljøet på RSA og tilsvarende fagmiljøer på Ila fengsel og forvaringsanstalt.

Som følge av ovennevnte og som det fremgår av mandat for konseptfasen er det kun tomten på Ila som er vurdert i konseptfasen.

8.2 Beskrivelse av tomten

Tomten ligger landlig til med fin omkringliggende natur med vegetasjon og bekkeløp. Idéfasen skisserte et bygg med et gjennomsnitt på 2,2 etasjer, men tok ikke tilstrekkelig hensyn til begrensinger knyttet til topografien (kupert tomt). Under videre modellering av bygget i skisseprosjektet har det vist seg at fotavtrykket trenger større plass. Tomten innehar i utgangspunktet tilstrekkelig areal, men en rekke begrensninger har gitt skisseprosjektet utfordringer med avstand til naboer, bevaringsverdig vegetasjon, kulturminner, drift av drivhusanlegg på fengselet, mulig kvikkleireforekomst og store høydeforskjeller.

Skisseprosjektet har utviklet et fotavtrykk og adkomstforhold som tar mest mulig hensyn til begrensningene og er teoretisk mulig å bygge, men det viser seg at plasseringen legger veldig press på avstand og synlighet mot naboer og drivhusanlegget. I kap. 9.7 er det derfor sett på mulige tiltak som kan bedre dette forholdet.



Figur 6: Tomten, Ila, Bærum kommune

8.3 Regulering

Tomten er i kommuneplanen avsatt til offentlig virksomhet/tjenesteyting og ligger innenfor markagrensen. Det foreligger ingen reguleringsplan for tomteområdet. Fylkesmannen i Oslo og Akershus har signalisert at de ikke vil motsette seg en regulering dersom også Bærum kommune er positive til saken.

Det er avholdt møte med Bærum kommune der det ble enighet om å videreføre dialogen med sikte på oppstart av reguleringsprosessen etter at styret i Helse Sør-Øst RHF har behandlet konseptrapporten 15. juni. Bærum kommune orienterte om tiltaket i formannskapsmøte 2. mai.

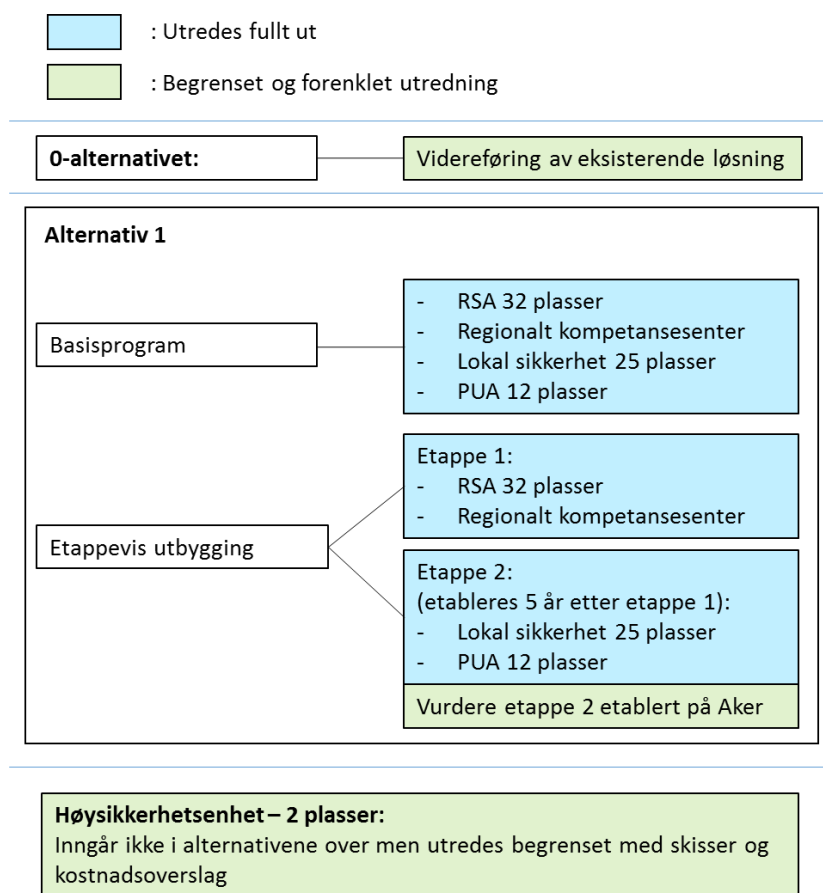
Videre har det blitt avholdt informasjonsmøte for Ila borettslag som er nærmeste nabo. Beboerne er kritiske til tiltaket.

9 Beskrivelse av alternativer

I dette kapitlet beskrives de alternativer som ifølge mandatet skal utredes. Alternativene og graden av utredninger fremkommer i figuren under.

9.1 Alternativene

Det lagt til grunn at konseptfaseutredningen skal struktureres på følgende måte:



Figur 7 Alternativer som skal utredes

Som følge av at bygningsmassen for regional sikkerhetsavdeling (RSA) er svært nedslitt og videre drift i dagens lokaler ikke er hensiktsmessig, hverken av funksjonelle, sikkerhetsmessige eller arbeidsmiljømessige årsaker, vurderes ikke nullalternativet som et reelt alternativ. Nullalternativet er derfor utredet i begrenset grad.

Løsninger for alternativ 1, både for full samtidig utbygging og etappevis utbygging, er utredet i skisseprosjektet.

En vurdering av konsekvenser ved å etablere etappe 2 på Aker er gjort begrenset ved at det er vurdert løsningskonsekvenser for etappe 1 på Ila, samt vurdert konsekvenser for

pasientbehandling og samhandling. En eventuell etablering av etappe 2 på Aker vil måtte utredes særskilt som del konseptfasen for nytt lokalsykehus på Aker.

Enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå er foreløpig ikke en del av prosjektet, men kan komme inn på et senere tidspunkt. Det er derfor kun gjort en grov vurdering av hvilke konsekvenser det vil få for skisseprosjektets løsninger hvis det besluttes at en slik enhet skal inkluderes i prosjektet.

9.2 Nullalternativet

En videreføring av dagens situasjon (nullalternativet) innebærer å fortsette driften i eksisterende bygningsmasse med nødvendige investeringer for at alternativet skal kunne fungere frem til en definert tidshorisont og være sammenlignbart med de øvrige alternativene. I og med at formålet med prosjektet er å erstatte uhensiktsmessig, dårlig og til dels kondemnabel bygningsmasse for RSA, er det ikke etablert et ordinært nullalternativ for dette tiltaket. Det er gjort vurderinger av konsekvenser av å videreføre driften for PUA og LSA i nåværende lokaler på Dikemark og Gaustad.

Oslo universitetssykehus HF har estimert behov for ekstra vedlikehold/oppgradering tilsvarende 5 MNOK pr år gitt at PUA og LSA videreføres i dagens arealer. I og med at disse virksomhetene, som omfattes av etappe 2, er forutsatt å etableres enten på Ila eller Aker, er dette definert som et utsettelsesalternativ. Beregningsteknisk er det lagt til grunn at etappe 2 etableres 5 år etter etappe 1.

9.3 Alternativ 1 – Basisprogram

Alternativ 1 viser et konsept for ny regional sikkerhetsavdeling. Konsept og utbyggingsløsning bygger på bærende elementer for et fremtidig og moderne tilbud innen spesialisthelsetjenesten med vekt på robuste bygg og løsninger som legger til rette for god pasientbehandling, effektiv drift, samling av faglige miljøer og et godt samfunnsvern.



Figur 8 Ny regional sikkerhetsavdeling

9.3.1 Funksjonell beskrivelse

Skisseprosjektet viser en utbyggingsløsning som består av en gjennomgående struktur med følgende tre hoveddeler/bygg:

- Felles mottaksbygg
- Bygg RSA
- Bygg LSA og PUA

De tre hoveddelene er skilt fra hverandre fysisk og funksjonelt samtidig som de henger sammen og skal kunne fungere sammen som ett anlegg/sykehus. Hoveddisposisjonen gjør det mulig med en evt. etappevis utbygging, der LSA og PUA utgjør innholdet i 2. etappe.

Felles mottaksbygg er plassert i front og er den delen av anlegget pasienter, besøkende og ansatte først møter. Bygget skal fremstå som imøtekommende. Mottaksbygget inneholder servicefunksjoner for de to kliniske byggene (bygg RSA og bygg LSA og PUA). En nøytral korridor binder mottaksbygget sammen med de to andre byggene.

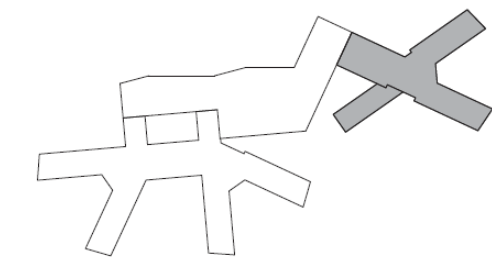
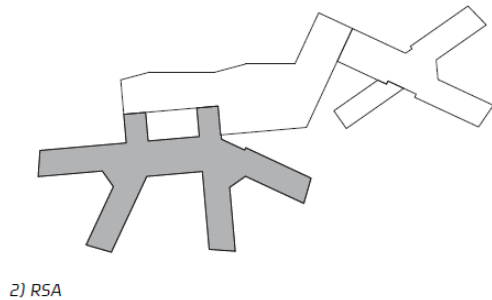
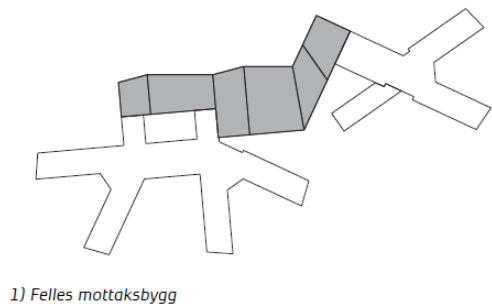
Mottaksbygget inneholder resepsjon og innpasseringskontroll, pasientmottak, varemottak, kjøkken, personalfunksjoner, møterom og kontorarbeidsplasser, samt poliklinikk, besøkssenter og aktivitetssenter. Mottaksbygget er i 2 etasjer.

Bygg RSA er plassert vest for inngangen til mottaksbygget og inneholder 4 døgnenheter. Bygget er planlagt med alle funksjoner på bakkeplan. Bygget og området rundt er sikret med en ringmur.

Bygg LSA og PUA er plassert øst for inngangen til mottaksbygget og inneholder 3 døgnenheter for LSA og 2 for PUA. Bygget er i 3 etasjer med PUA plassert på plan 1, mens LSA er plassert på plan U1 og U2. Bygget og området rundt er sikret med gjerde.

Tekniske rom er plassert i underetasjen til de to kliniske byggene, og på plan 2 og på tak av mottaksbygget. Nettstasjon er plassert på plan U1 i mottaksbygget.

Enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå er ikke vist i hovedalternativet, men det er utviklet skisser for en løsning som viser hvordan tiltaket kan innplasseres dersom det blir godkjent.



Figur 9: Hoveddisposisjon

9.3.2 Logistikk

Hovedprinsippet er at funksjonenes innbyrdes plassering understøtter en god pasientbehandling, en rasjonell og effektiv drift, og samtidig legger til rette for et organisatorisk skille mellom pasientgrupper med ulike krav til behandling og sikkerhet.

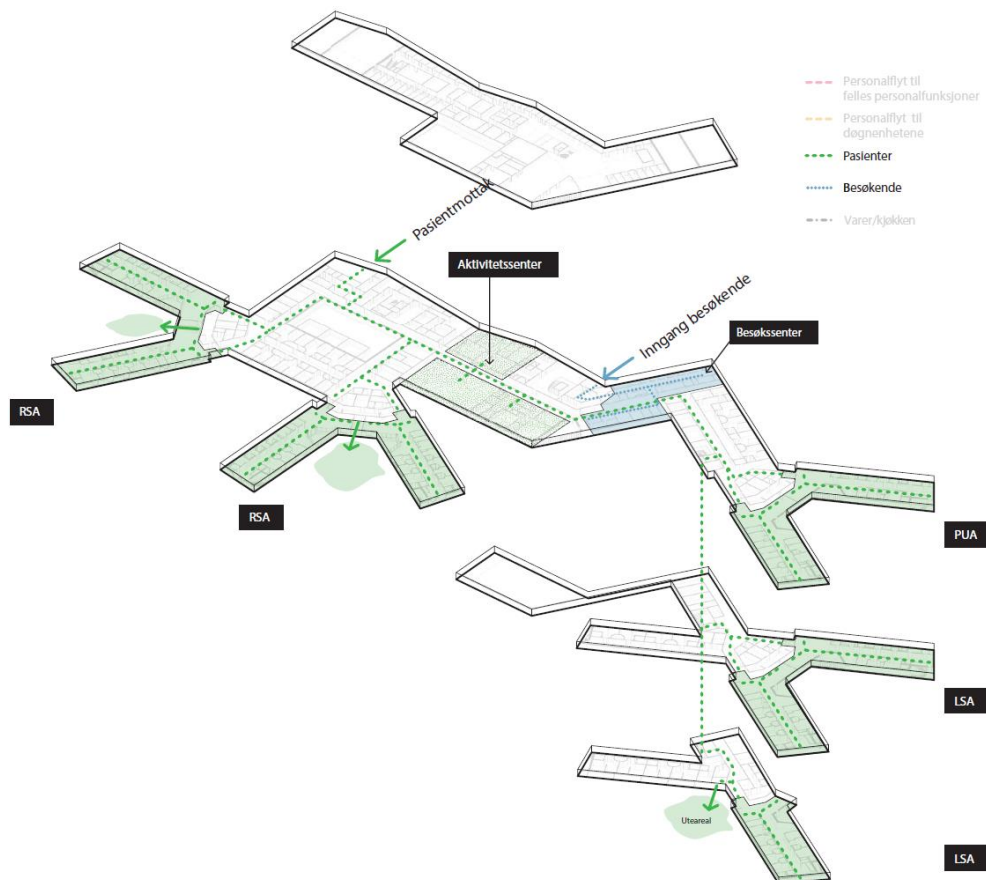
Pasientflyt

Mottak av pasienter til innleggelse skjer i eget pasientmottak tilknyttet ankomsthall for biltransport. I mottaket blir pasienten undersøkt, stabilisert og fysisk kontrollert via en innpasseringskontroll. Fra mottaket følges pasienten av personell via en indre nøytral korridor til den døgnenhet hvor de skal innlegges. De dårligste pasientene innlegges direkte i en skjermingsenhet i tilknytning til døgnenheten.

Pasientens bevegelsesfrihet reguleres ut fra pasientenes helsetilstand, eksempelvis opphold i skjermingsenhet, innenfor døgnenheten, i sikret uteområde eller i aktivitetssenter i mottaksbygget.

Alle pasienter har mulighet til å komme ut i friluft på en trygg og god måte enten på balkong, eller i et sikret uteområde.

Noen pasienter skal til poliklinisk behandling. Dette gjelder hovedsakelig pasienter som er tilknyttet PUA. For å ivareta sikkerheten til alle innenfor bygget har poliklinikken tilgang via hovedinngang og innpasseringskontroll. Pasientene kommer ikke i kontakt med inneliggende pasienter.



Figur 10: Flyt diagram, pasienter og besøkende

Besøkende

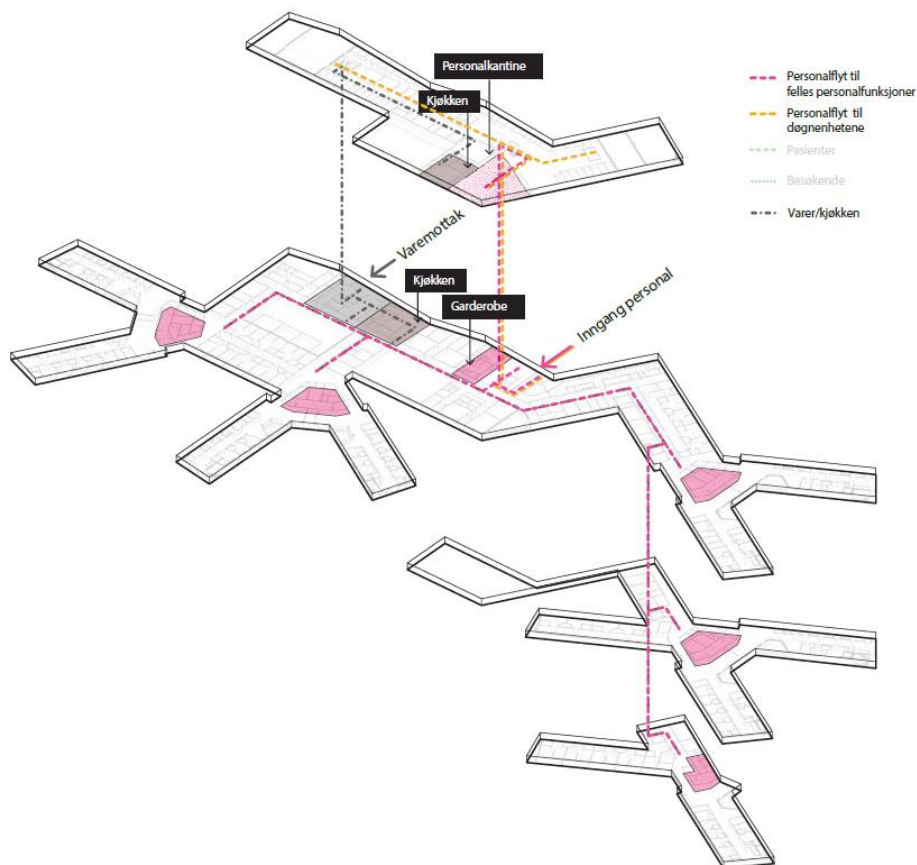
Alle besøkende går inn hovedinngang og henvender seg i ekspedisjonen. Her gjennomføres registrering, visuell og fysisk kontroll med gjennomlysning, før man blir hentet og ledsaget dit man skal. Det legges til rette for at alle besøkende skal kunne legge fra seg personlige eiendeler som telefoner etc. i avlåst skap utenfor sluse. Det må avklares hvordan en slik kontroll/begrensning kan gjennomføres innenfor gjeldende lovverk. Besøkende kommer ikke i kontakt med pasientarealer.

Personell

Personell går inn hovedinngang, identifiserer seg og passerer kontrollområde og sluse. Etter kontroll henter ansatte interne adgangskort, alarmer og legger fra seg mobiltelefoner og annet i egen avlåst sone. Videre kommer alt personell til et felles personalområde (personaltorg), med garderober, kontorer, møterom og kantine, før de tar seg videre til respektive arbeidsområder. Personaltoget er kun tilgjengelig for ansatte.

Flyt av varer

Varer tas imot i ren sluse i eget område for varemottak. Vareflyten er tilrettelagt slik at den i minst mulig grad forstyrrer, eller kommer i kontakt eller konflikt med, pasienter og pasientbehandlingen.



Figur 11: Diagram for vareflyt, personalflyt til døgnenhetene og til felles personalfunksjoner

Ny regional sikkerhetsavdeling planlegges med at varer bestilles fra sentralt forsyningssenter og leveres direkte til desentrale lager på de ulike enhetene (just-in-time prinsippet).

Mat leveres ferdig fra hovedkjøkken i Oslo sykehusservice og transporteres til mottakskjøkken og kantinekjøkken hvor maten varmes opp. Fra mottakskjøkkenet transporteres maten videre til spiseområder på hver enkelt døgnerhet. Oppvask og avfall transporteres samme vei tilbake, men til egen sluse for retur og urent til avhenting.

Pasienttøy vaskes i de enkelte døgnerheter, hvor det er tilrettelagt med egne vaskerom. flatt tøy til senger etc. vaskes i eksternt vaskeri, leveres på traller og transporteres inn til desentrale lager i den enkelte enhet. Skittent tøy transporteres samme vei tilbake.

Apotekvarer kommer i egne, låste transportcontainere og transporteres direkte til medisinerom på døgnerhetene.

Avfall er både husholdningsavfall, biologisk avfall og smitteavfall. Avfallet transporteres fra de desentrale avfallsrommene til en avfallssentral tilknyttet varemottaket.

9.3.3 Felles mottaksbygg

Innganger

I henhold til programforutsetningene er samtlige innganger lagt til felles mottaksbygg.



Figur 12: Felles mottaksbygg

Personaltorg

Personaltorget skal være en lett tilgjengelig møteplass for alle ansatte, uten tilgang for pasienter. Formålet med dette er å legge til rette for kontakt mellom ulike grupper av ansatte, som igjen vil bidra til kompetanseutvikling og et godt arbeidsmiljø. Her samles funksjoner som kantine og personalkjøkken, møte- og undervisningsrom, kontor-arbeidsplasser, bibliotek, garderober og andre fasiliteter.



Figur 13: Personaltorg

Administrasjon

Det legges til grunn at administrative og merkantile funksjoner samles i den grad det er hensiktsmessig for virksomheten.

Sikkerhetspsykiatrisk poliklinikk

Arealer for polikliniske undersøkelser er hovedsakelig tiltenkt pasienter tilknyttet PUA. Poliklinikken kan også benyttes til undersøkelser av pasienter som ikke kan skje i døgnenhetene, blant annet sårstell, enkle somatiske undersøkelser og psykologiske tester.

Alle rom er utformet slik at to eller flere ansatte av sikkerhetsmessige hensyn kan oppholde seg inne i rommet samtidig med pasient. For øvrig bør det planlegges med rom som kan brukes fleksibelt etter behov.

Besøksenhet

I besøksenheten kan pasientene møte familie og venner, men også eksterne instanser som advokat, representanter for påtalemyndigheten, kontrollkomisjon m.fl. Besøksrommene skal utformes innbydende og oppleves som et trygt sted for å møte pasienten.

Aktivitetssenter

Aktivitetsrom er planlagt samlet i et felles aktivitetssenter til bruk for alle pasienter. Aktivitetssenteret skal ivareta et bredt spekter av skole- arbeids- og aktivitetsrettede tilbud. Det planlegges blant annet bibliotek, treningskjøkken, et livssynsnøytralt rom og kiosk for pasienter. I tillegg er det lagt til rette for et aktivitetsrom desentralt i hver enhet for å ivareta behov for meningsfulle aktiviteter for de pasienter som ikke har mulighet til å benytte aktivitetssenteret.

Flerbrukshall

Det er planlagt en flerbrukshall som hovedsakelig skal benyttes til direkte pasientaktiviteter som ballspill (fotball, håndball, basket, volleyball m.fl.), andre treningsaktiviteter eller større kulturarrangementer. Dette kan gjøres mulig gjennom fleksible løsninger i forhold til møblering og oppbevaring av møbler og utstyr. Flerbrukshallen har en takhøyde som gjør det mulig med f.eks. basket og volleyball. Det er tilrettelagt for en sikker transportvei mellom flerbrukshallen og døgnenhetene.

Nøytralt kommunikasjonsareal for transport og vareflyt

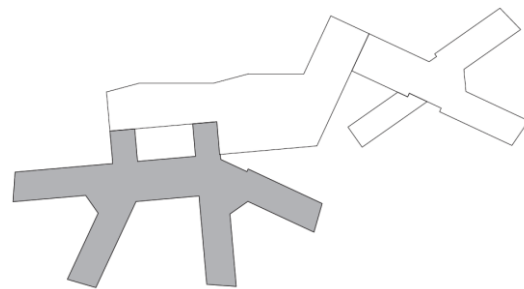
Allmenne korridorer, ganger, trapphus og liknende areal skal fungere som fellesareal og være en barriere mellom døgnenheter, aktivitetssenter, besøksavdeling og personallokaler. Sonen skal benyttes både for personalflyt mellom pasientområder og for vareflyt.

9.3.4 Bygg RSA

Bygg RSA består av 4 døgnenheter og 1 skjermingsenhet med 6 skjermingsplasser, alle med utgang til bakkeplan.

Døgnenheter RSA

Hver av de 4 døgnenhetene inneholder 7 sengerom og bad. Til hver enhet inngår spise- og oppholdsrom, i tillegg til et samtalerom, kontor, undersøkelse- og behandlingsrom og vaskerom.



Figur 14: Bygg RSA

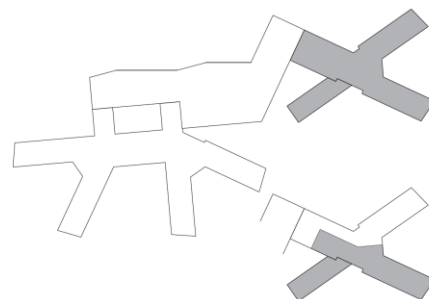
9.3.5 Bygg LSA og PUA

Bygg LSA og PUA består av 5 døgnenheter og 3 skjermingsenheter fordelt over 3 etasjeplan. På grunn av det kupert terrenget er det mulig å etablere direkte tilgang til bakkeplan for alle etasjer.

Døgnenheter LSA

LSA er plassert på plan U1 og U2. Det er lagt til grunn 3 døgnenheter, hver med 6 sengerom. I tillegg er det to skjermingsenheter med 8 plasser.

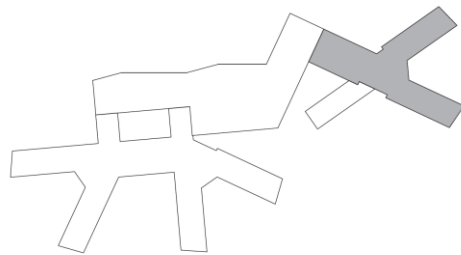
To døgnenheter og en skjermingsenhet på plan U1 deler felles personalbase og støtterom. I U2 ligger en døgnenhet og en skjermingsenhet.



Figur 15 : Bygg LSA og PUA

Døgnenheter PUA

De 12 plassene til PUA er fordelt på 2 døgnenheter på plan 1, med hver 4 sengerom. I tillegg kommer én skjermingsenhet med 4 plasser.



Figur 16: Bygg LSA og PUA

9.3.6 Generelt om døgnenheterne

Døgnenheterne sprer seg ut i landskapet, skjermet for innsyn av mottaksbygget. De ulike døgnenheterne er koplet til mottaksbygget via en nøytral hoved korridor. For å gi døgnenheterne så mye dagslys og utsikt som mulig, og for lettere å kunne tilpasse volumene til tomtens uregelmessige form og topografi, er de formet som lameller som spres ut i en vifteform i terrenget.

Døgnenheternes utforming understøtter de høye kravene til sikkerhet, og legger samtidig til rette for en best mulig pasientbehandling. De viktigste aspektene i dette er oversikt for både pasienter og personale, gode sammenhenger mellom de funksjoner som benyttes i hverdagen, separate transportveier og fysiske omgivelser som bidrar til å redusere stressnivå hos pasientene. Døgnenheterne er utformet for å gi pasientene sosiale rom med variasjon, dagslys, utsikt og muligheter til varierte uteopphold i sikre omgivelser.

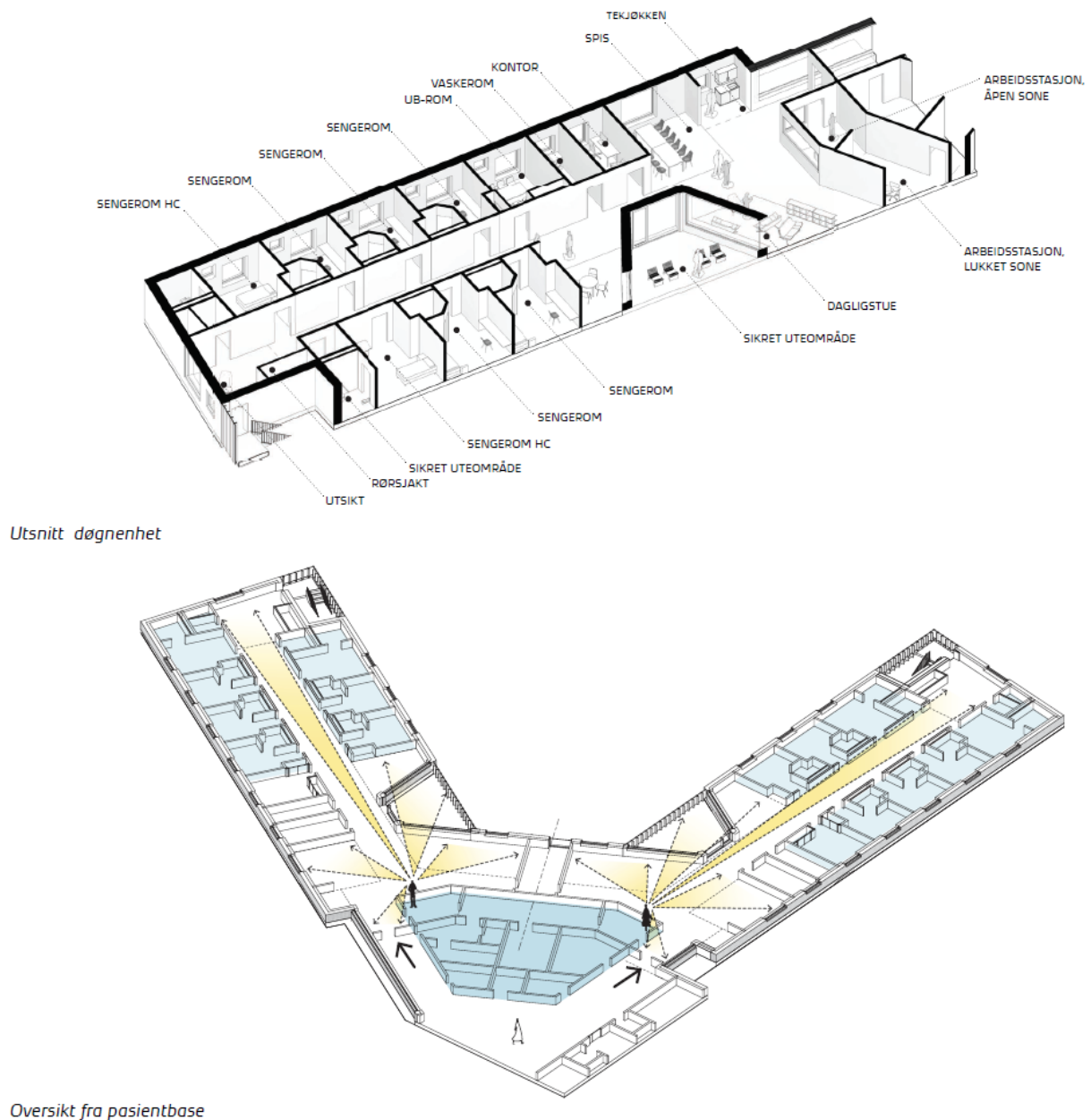
Det har vært et ønske at alle rom i RSA skal være på ett plan.

Selv om RSA, LSA og PUA har delvis ulike forutsetninger, er døgnenheterne standardiserte i sitt prinsipielle layout. To døgnenheter stråler ut fra en felles personalbase, der man fra en felles ekspedisjon/arbeidsstasjon har oversikt over begge døgnenheterne. I personalbasen er alle støttefunksjoner som bare personalet skal ha tilgang til plassert, f.eks. medisinerom, desinfeksjonsrom, lager og møterom.

Skjermingsenhetene er plassert i direkte tilknytning til personalbasen, og med nærhet til døgnenheterne. Skjermingsenhetene er utformet som like enheter, og kan benyttes fleksibelt mellom døgnenheterne.

På hver døgnenhet er det en balkong som er sikret slik at pasientene kan komme ut i frisk luft uten følge. I tilslutning til dagligstue/opphold er det plassert en egen utgang til uteoppholdsareal der pasientene må ha følge av personalet.

Under vises et utsnitt fra en døgnenhet og den visuelle oversikt fra personellbasen til rom og funksjoner i døgnenheterne.



Figur 17: Utsnitt fra døgnenhet og visuell oversikt fra personellbase

9.3.7 Universell utforming

Krav om universell utforming av byggverk (§12.1) fastslår at «Universell utforming av byggverk tilsier at hovedløsningene skal være utformet slik at de kan brukes av flest mulig på en likestilt måte».

Prosjektet defineres etter samme paragraf både som publikumsbygning og arbeidsbygning. Dette betyr at alle deler av bygget skal utformes universelt.

Døgnenhetene har 2 universelt utformede bad pr enhet som standard. Dette er mer enn minimum på «1/10 og minst ett» i forskriften.

9.3.8 Sikkerhet

Basert på sikringsrisikoanalysen er grunnsikringen etablert blant annet ved å ha gode romløsninger, klare grensesnitt, gode tekniske løsninger og riktig materialbruk. Det er i skisseprosjektet tatt med gode tekniske løsninger og arealer som vil understøtte en sikkerhetsorganisasjon som kan skal kunne være rustet til å håndtere sikkerheten på en god måte.

En differensiering av sikkerhetsnivåene mellom de ulike pasientgruppene må bearbeides videre i neste planfase. Dette gjelder i hovedsak i grensesnittene mellom RSA, LSA og PUA.

9.3.9 Robusthetsnivåer

Generelt vil alle områder hvor pasientene oppholder seg måtte ha en robusthet som kan motstå utagerende og umotivert anslag. Det er også viktig at det som blir bygget eller installert kan benyttes til å skade andre. Basisen for alle valg er dermed om materialene og produktene over et kortere eller lengre tidsrom kan motstå et skadeverk fra pasientene eller kan hindre at de vil bruke dette til å skade seg selv eller andre.

Skisseprosjektet definerer materialer og produkter som er tilpasset robusthetsnivået som er definert for hele bygget.

9.3.10 Arkitektonisk utforming

I et sikkerhetspsykiatrisk anlegg er arkitekturen en av flere avgjørende faktorer for et godt behandlings- og arbeidsmiljø. Høy sikkerhet stiller store krav til bygningenes utforming og logistikk. Det faktum at en liten gruppe pasienter og personale oppholder seg i samme lokale over lang tid, innebærer ytterligere utfordringer når det gjelder arkitektur og innredning.

Konseptet har som målsetning å skape omgivelser som oppmuntrer til samtaler og felles hverdagsaktiviteter, samtidig som pasientenes og medarbeidernes behov for adskilthet og integritet tilfredsstilles. Miljøet skal tilby variasjon, uten å inngå kompromisser med virksomhetens behov.



Figur 18: Sengerom

9.3.11 Landskap

Skisseprosjektet har vektlagt å bevare bekkedalen inklusive vegetasjon. Perimetersikringen er lagt i terrenget for å gi et visst utsyn over omkringliggende områder. Felles uterom skal gi mulighet og ro for mange brukere med ulike behov. Skisseprosjektet har lagt til grunn å benytte dagens adkomst inn på området.



Figur 19: Situasjonsplan

9.3.12 Energi og miljø

Det er gjennomført en foreløpig energiberegning for bygningsmassen. Denne viser at det på grunn av bygningsformen kan bli vanskelig å tilfredsstille passivhuskravene. RSA har strenge funksjonskrav som gjør at det ikke er mulig å få en så kompakt bygningskropp som man trenger for et passivhus. En kompakt bygningsform er svært viktig fordi det gir mindre overflate og dermed mindre varmetap gjennom klimaskjermen. Enkel geometri gir få kompliserte detaljer og dermed redusert risiko for luftlekkasjer, samt færre løpemeter kuldebroer. Terrasser og nivåforskjeller gir kuldebroer og overganger med risiko for luftlekkasjer.

En viktig føring for utforming av bygget har blant annet vært krav om at bygget som rommer RSA må være på ett plan. Det er også krav til å ha mange av funksjonene i mottaksbygget på ett plan. Dette gjør at disse byggene blir på henholdsvis ett og to plan.

LSA og PUA er derimot på tre plan og dette gjør det mer gunstig fordi man da får mindre overflate med varmetap per kvadratmeter bruksareal. Etasjehøyden er på over 4 meter og gjør

også at det blir et stort areal av yttervegger i forhold til bruksareal. Videre prosjektering vil avgjøre om det er mulig å oppnå passivhusstandard.

9.3.13 Arealoversikt

Dimensjonerende forutsetninger fremgår av kap. 6.1 Funksjon og kap. 7 Fremskrevet dimensjoneringsgrunnlag. En sammenligning mellom dagens bygg og prosjektert areal i nytt bygg er vist i tabellen nedenfor. Tabellen viser at alternativ 1 vil gi en god arealgevinst i forhold til eksisterende situasjon i og med samlet arealreduksjon på ca. 18 %.

Tabell 10 Arealoversikt

Areal	Areal 2015 BTA m ²	Prosjektert BTA m ²
RSA	4 480	3 448
PUA	7 613	1 854
Lokal sikkerhet	4 365	3 130
Fellesfunksjoner	-	5 879
KPS	1 111	596
Totalt (avrundet)	17 568	14 907
Planlagt ift. basis i 2015	100 %	82 %

9.4 Etappevis utbygging

I tråd med prosjektmandatet er etappevis utbygging utredet.

Etappe 1 består av bygg RSA og felles mottaksbygg og har et virksomhetsinnhold bestående av RSA (32 plasser), regionalt kompetansesenter og tilhørende fellesfunksjoner.

Etappe 2 består av bygg LSA og PUA og har et virksomhetsinnhold bestående av LSA (25 plasser) og PUA (12 plasser).

Det er beregningsteknisk lagt til grunn at etappe 2 realiseres 5 år etter at etappe 1 er ferdigstilt og idriftsatt.

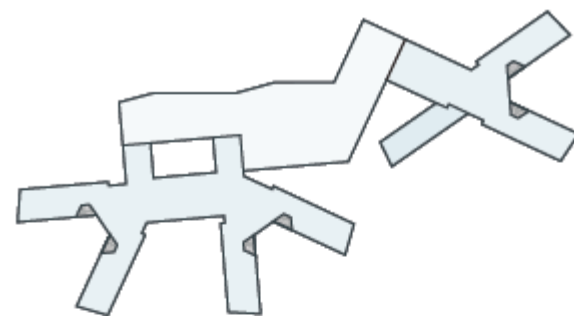
Felles mottaksbygg inneholder funksjoner som betjener alle de tre virksomhetene. Fellesfunksjoner i mottaksbygget som personaltorg, aktivitetssenter, resepsjon/vaktsentral, besøksenhet, pasient- og varemottak og tekniske rom er dimensjonert for også å kunne betjene etappe 2. Videre inneholder mottaksbygget noen kontorarealer og poliklinikk for PUA som virksomhetsmessig hører til etappe 2. I perioden frem til etappe 2 er ferdigstilt vil med andre ord mottaksbygget være noe overdimensjonert.

Dersom det besluttes at kun etappe 1 skal bygges uten at man skal tilrettelegge for en etappe 2 er det estimert at mottaksbygget kan reduseres med ca. 1000 m². Kostnadmessig utgjør dette en reduksjon på ca. 40 MNOK inkl. mva.

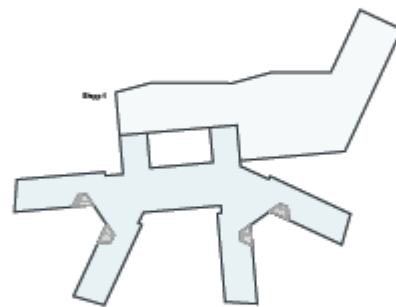
Investeringsmessig er det estimert at en etappevis utbygging vil være 55 MNOK dyrere sammenlignet med full samtidig utbygging. Dette begrunnes med:

- Mobilisering av prosjektet to ganger.
- Lengre total byggetid.
- Byggevirksomhet samtidig som full operativ drift av RSA vil medføre restriksjoner og ekstra krav til sikkerhet og vakthold.
- Ekstra bygningsmessige kostnader for sammenkobling etappe 1 og etappe 2.

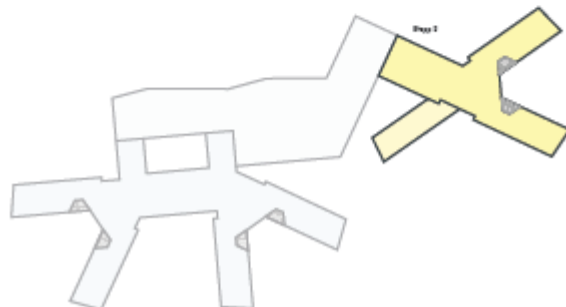
For driftsmessige kostnadskonsekvenser vises det til kapittel 9 Økonomiske analyser.



Full utbygging



Etappe 1



Etappe 2

Figur 20: Full og etappevis utbygging

Tabellen under viser hvordan prosjektert bruttoareal på 14 907 m² fordeler seg på henholdsvis utbyggingsetappe 1 og 2:

Tabell 11 Fordeling av areal på etappe 1 og etappe 2

Areal	Etappe 1 BTA m ²	Etappe 2 BTA m ²	Sum
Totalt (avrundet)	9 798	5 109	14 907



Figur 21: Ny regional sikkerhetsavdeling, etappe 1

9.5 Etappe 2 etablert sammen med øvrig psykisk helsevern

I tråd med prosjektmandatet er det foretatt en vurdering av om virksomhetene som omfattes av etappe 2 (LSA og PUA) bør etableres sammen med øvrig psykisk helsevern i Oslo universitetssykehus. Mandatet viser i den forbindelse til Nasjonal helse- og sykehusplan (Meld. St. 11) hvor det er et mål at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal integreres bedre i framtidens spesialisthelsetjeneste slik at pasientens behov for sammensatte tjenester imøtekommes.

Ved en eventuell etablering av etappe 2 i tilknytning til nytt lokalsykehus på Aker, vil retts- og sikkerhetspsykiatrien i OUS være lokalisert på to steder (Ila og Aker). Lokal sikkerhetspsykiatri og PUA vil få en nærhet til akuttpsykiatri og den øvrige delen av sykehuspsykiatrien i OUS.

En slik løsning innebærer at kun RSA og kompetansesenteret blir etablert på Ila og det vil kreve at løsningen må bearbeides noe. Blant annet vil det som nevnt være mulig å redusere arealene i mottaksbygget med ca. 1000 m².

Dersom kun RSA og kompetansesenteret etableres på Ila vil det bety at de sikkerhetsmessige løsningene vil forholde seg til kun ett sikkerhetsnivå (nivå 1). Det kan gjøre det enklere å tilpasse et riktig sikkerhetsnivå og unngå at det legges for sterke sikkerhetsmessige begrensninger på pasientene i PUA og LSA.

9.6 Enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå

Med enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå menes enhet innenfor regional sikkerhetsavdeling som kan ta imot pasienter der det på grunn av særlig risiko for rømning, gisseltaking, alvorlig voldelig atferd eller angrep mot pasienten selv, medpasienter eller personell, er nødvendig med særlig forhøyet sikkerhet.

I idéfasen ble det anbefalt etablering av en enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå som en del av tiltaket.

I henhold til prosjektmandatet skal dette utredes og besluttes særskilt, i en prosess som involverer øvrige regionale helseforetak og Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst RHF har tatt initiativ til at en slik prosess gjennomføres, og resultatet av dette arbeidet må foreligge før det kan tas beslutning om enheten skal etableres. Enheten inngår derfor ikke i de alternativer som utredes og vurderes i konseptfasen.

Som en del av konseptfasen har man likevel gjort en vurdering av muligheten for å innplassere en slik enhet i ny regional sikkerhetsavdeling.

Enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå må tilrettelegges med et høyere sikkerhetsnivå enn det som nå er lagt til grunn for ny regional sikkerhetsavdeling. Krav og forutsetninger knyttet til drift, bygg og tekniske anlegg for en slik enhet er ikke definert, men det forventes at den vil medføre relativt store endringer i forhold til konseptet slik det nå foreligger.

Arealmessig er det estimert at en enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå med to plasser vil kreve et brutto areal på ca. 430 m², inklusiv ca. 80 m² sikret uteareal. En mulig plassering er vurdert, men

avsatt areal vil ikke være tilstrekkelig uten at man gjør noen endringer i bygningsgeometrien. Plasseringen baserer seg på tanken om et «løkprinsipp», ved at det er flere lag med skallsikring før man kommer inn til enheten for særlig høy sikkerhet.

Hvis enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå skal inkluderes i prosjektet vil det medføre en videre bearbeiding og avklaring av løsningen. Dette er først og fremst fordi man ennå ikke har avklart nødvendige krav til sikkerhet, bygg og tekniske anlegg. Dersom enheten skal etableres samtidig med RSA er det nødvendig at man får en beslutning om dette før oppstart av forprosjekt.

Forutsatt et brutto areal på 430 m² er det grovt estimert at en slik enhet vil koste i størrelsesorden 45 MNOK inkl. mva.

9.7 Mulige tiltak som kan bedre byggets plassering på tomten

Som nevnt tidligere har tomten enkelte begrensninger som har fremkommet i skisseprosjektet. Utfordringer med plassering av byggets fotavtrykk og adkomstforhold i kombinasjon med avstand til naboer, bevaringsverdig vegetasjon, kulturminner, drift av drivhusanlegg på fengselet, mulig kvikkleireforekomst og store høydeforskjeller har gjort det nødvendig å se på tiltak som kan bedre disse forholdene.

Enkelte av tiltakene innehar usikkerhet med hensyn på gjennomførbarhet og kostnader. Tiltakene må derfor bearbeides videre i neste fase for å kartlegge muligheter, begrensninger, usikkerheter og kostnadskonsekvenser.

Flytte gartneriet

Ved å flytte gartneriet unngår man konflikt mellom nytt bygg og gartneriet. I tillegg vil man øke avstanden fra anlegget til boligeiendommene, og oppnår en mer gunstig plassering av det nye bygget. En mulig ny plassering for gartneriet er nord for fengselet. Deler av gartneriet er vernet og en flytting forutsetter at man får fritak fra eventuelle restriksjoner mot flytting. Gartneriet består av en bygningsmasse på totalt ca. 3 800 m² hvorav selve drivhusene utgjør 2 600 m².

Ila fengsel er positive til en eventuell flytting av hele gartneriet, men forutsetter at nytt gartneri i hovedsak er etablert og idriftsatt før eksisterende gartneri rives. Det vil si at man kostnadmessige må legge til grunn at det bygges nytt gartneri, med unntak av verneverdig bygg som flyttes. Med denne bakgrunnen er det grovt estimert at kostnaden for å frigjøre dagens gartneritomt er 35-50 MNOK inkl. mva.

Fremdriftsmessig er det foreløpig vurdert at tiltaket kan gjennomføres uten at det vil få konsekvenser for prosjektets total fremdrift, men dette forutsetter en tidlig oppstart med etablering av nytt gartneri.

Innløsning av boligeiendommer

Ved å løse inn boligeiendommer som ligger nærmest anlegget vil man kunne oppnå større avstand til gjenværende boligeiendommer. Kostnadene for dette tiltaket er avhengig av hvor mange boligeiendommer som må innløses, men det er grovt vurdert at tiltaket i størrelsesorden vil koste 30-50 MNOK inkl. mva.

Tidsperspektivet for dette tiltaket er usikkert, men det vurderes uansett som mulig å kunne starte byggearbeidene før innløsning av eiendommene er utført. Behovet for tiltaket er avhengig av utbyggingsomfang.

Etablere adkomstvei og parkeringshus i øst

Etablering av adkomstvei i øst vil gi rom for å senke adkomsten og dermed muligheten til å senke hele bygningskomplekset. Anlegget kan legges lavere i terrenget og flyttes utover i ravinedalen for å legge mindre press på naboeiendommer og gartneriet. Løsningen vil medføre betydelig håndtering av masse.

Tiltaket er også sammenfallende med Ila fengsel sitt synspunkt om at det er ønskelig med en separat adkomst til sykehus. Videre vil en separat adkomstvei fra øst også være positivt for borettslaget som da ikke vil bli berørt av trafikk til sykehuset.

Ny adkomstvei fra øst er grovt estimert til å få en kostnad på 90-140 MNOK inkl. mva, avhengig av trasévalg og bruløsning. Kostnad for tomeerverv er inkludert i oppgitt beløp.

I skisseprosjektet er det forutsatt at man kan utvide parkeringsplassen til Ila fengsel med 150 plasser, og at denne parkeringsplassen kan sambrukes med Ila fengsel. I slutfasen av konseptfasen har imidlertid Ila fengsel og forvaringsanstalt gitt tydelige signaler på at det ikke er ønskelig med en sambruk av parkeringsplass, og at fengselet forutsetter at det etableres en egen parkeringsplass for sykehuset. Som en del av tiltaket med å etablere ny adkomstvei fra øst vil det derfor være naturlig at det også inkluderes et parkeringshus med plass til 150 biler. Kostnader for et parkeringshus er grovt estimert til 30-40 MNOK inkl. mva.

Etablering av adkomst og parkeringshus på østsiden forutsetter grunnerv av tomt fra privat grunneier (Løvenskiold). Det har foreløpig ikke vært kontakt med grunneier om forholdet. Tidsperspektivet for erverv av tomt er usikkert, og dette kan få konsekvenser for prosjektets fremdrift.

Etablere RSA over to plan

I henhold til funksjonsprogrammet er det et krav at døgnenheter for RSA skal ligge på bakkenivå. Hvis man derimot kan fravike dette kravet slik at RSA kan etableres over to plan vil dette medføre et betydelig mindre fotavtrykk.

Kostnadmessig er det grovt estimert at dette tiltaket vil medføre en kostnadsreduksjon på 10 MNOK inkl. mva. som følge av mindre grunnarbeider og mindre takflate. Fremdriftsmessig er det vurdert at tiltaket ikke vil få noen konsekvenser i forhold til konseptet slik det nå foreligger.

Illustrasjoner av mulige tiltak

Illustrasjon under viser full utbygging hvor tomten for gartneriet benyttes. Bygg RSA er over ett plan mens bygg LSA/PUA er over 3 plan, slik vist i skisseprosjektet.



Figur 22: Full utbygging hvor gartneritomten benyttes

Illustrasjonen under viser kun etappe 1, og hvor tomten for gartneriet er benyttet. Ved å legge RSA over to plan, vil man tilnærmet kunne få samme fotavtrykk også ved en full utbygging.



Figur 23: Kun etappe 1 hvor gartneritomten benyttes. Ved å legge RSA over to plan, vil man tilnærmet kunne få samme fotavtrykk også ved en full utbygging.

Illustrasjonen under viser full utbygging med alle døgnavdelinger over to etasjer, og hvor tomten for gartneriet benyttes og RSA er etablert over to plan.



Figur 24: Full utbygging hvor gartneritomten benyttes og RSA er etablert over to plan

9.8 Investeringskalkyle

9.8.1 Forutsetninger og avgrensninger

Det er utarbeidet følgende investeringskalkyler:

- Full samtidig utbygging
- Etappe 1
- Etappe 2

Følgende forutsetninger ligger generelt til grunn for basiskalkylene:

- Prisnivå januar 2017
- Tomtekostnader er ikke inkludert
- Finanskostnader er ikke inkludert
- Det er lagt inn 0,5% av entreprisekostnad til kunstnerisk utsmykking
- Oppgradering av kommunal adkomstvei er inkludert med kr. 13 MNOK eks. mva.
- Utvidelse av Ila fengsel sin eksisterende parkeringsplan med 150 plasser er inkludert med kr. 1,4 MNOK eks. mva.

Økonomisk ramme for ikke bygnær IKT, inngår ikke i basiskalkylen eller i usikkerhetsanalysen, men inngår i vurdering av økonomisk bæreevne.

9.8.2 Basiskalkyle

Basiskalkylen vist i tabell 12 er basert på de løsninger og de kvaliteter som er beskrevet i skisseprosjektet. Kostnader for ekstra tiltak for å bedre byggets plassering på tomten kommer i tillegg og er anslagsvis beregnet til 150 – 280 MNOK.

Tabell 12 Basiskalkyle

Post	Beskrivelse	Full samtidig utbygging (NOK)	Etappe 1 (NOK)	Etappe 2 (NOK)	Etappe 1+2 (NOK)
1	Felleskostnader	112 589 763	81 476 126	43 823 466	125 299 591
2	Bygning	267 639 289	180 190 044	90 055 988	270 246 031
3	VVS-installasjoner	66 448 738	44 963 510	21 911 128	66 874 638
4	Elkraft	36 224 010	25 889 107	11 263 840	37 152 947
5	Tele og automatisering	68 627 165	45 725 685	22 901 480	68 627 165
6	Andre installasjoner	5 152 175	6 852 175	1 300 000	8 152 175
Sum 1-6	Huskostnad	556 681 140	385 096 646	191 255 901	576 352 548
7	Utendørs	83 906 592	76 593 392	9 550 100	86 143 492
Sum 1-7	Entreprisekostnad	640 587 732	461 690 038	200 806 001	662 496 040
8	Generelle kostnader	218 835 729	145 883 810	75 268 738	221 152 548
Sum 1-8	Byggekostnad	859 423 461	607 573 849	276 074 739	883 648 587
9	Spesielle kostnader	30 749 152	19 808 264	11 050 430	30 858 694
10	Mva	221 742 419	156 268 416	71 530 285	227 798 700
Sum 1-10		1 111 915 032	783 650 528	358 655 453	1 142 305 981
	Kr/BTA	74 590	78 973	71 961	76 629

9.8.3 Usikkerhetsanalyse

Det er gjennomført en usikkerhetsanalyse av prosjektkostnaden og resultatet fra denne er gitt i tabell 13. Komplette rapport fra usikkerhetsanalysen er gitt i vedlegg.

Tabell 13 Resultat fra usikkerhetsanalyse

	Full utbygging (MNOK)	Etappe 1 (MNOK)	Etappe 1+2 (MNOK)
Basiskalkyle	1 111,9	783,7	1 142,3
Forventet tillegg	43,3	42,3	68,3
Forventet tillegg (%)	4%	5%	6%
P50	1 155,2	826,0	1 210,6
Usikkerhetsavsetning	186,8	139,0	198,4
Usikkerhetsavsetning (%)	16%	17%	16%
P85	1 342,0	965,0	1 409,0
Standardavvik	182,0	132,5	188,4
Standardavvik (%)	15,8%	16,0%	15,5%

Tabellen over viser at P50 estimatet for etappevis utbygging er kalkulert til å være 55 MNOK høyere enn en full samtidig utbygging. Hovedforklaringen på denne økte kostnaden er:

- Mobilisering av prosjektet to ganger.
- Lengre total byggetid.
- Byggevirkosomhet samtidig som full operativ drift av RSA vil medføre restriksjoner og ekstra krav til sikkerhet og vakthold.
- Ekstra bygningsmessige kostnader for sammenkobling etappe 1 og etappe 2.

Ekstra virksomhetskostnader som følge av full operativ drift under byggeperioden for etappe 2 er ikke inkludert.

9.8.4 Ramme for ikke byggnær IKT

I konseptfasen har man ennå ikke dimensjonerende kriterier for å kalkulere et nærmere arbeidsomfang for ikke byggnær IKT og en økonomisk ramme for dette er derfor basert på erfaringstall fra tilsvarende gjennomførte byggeprosjekter. Det er videre gjort en overordnet vurdering av utstyrstetthet og hvilken teknologi virksomheten og et slikt bygg krever med utgangspunkt i programmets del IV Overordnet IKT Konsept.

Ved å legge dette til grunn, er man kommet fram til en ramme på 49 MNOK eks mva. for disse arbeidene.

10 Økonomiske analyser

Et investeringsprosjekt eller helseforetak vil ha økonomisk bæreevne over investeringsprosjektets levetid dersom summen av driftsgevinstene (netto fri kontantstrøm) overstiger avdrag og renter på finansieringen. Samtidig må prosjektets eventuelle behov for mellomfinansiering etter ferdigstilt prosjekt være innenfor helseforetakets og regionens handlingsrom. Analysene skal forbedre kvaliteten av beslutningsgrunnlaget og bidra til økt bevisstgjøring av driftsøkonomiske konsekvenser av investeringsprosjektet. De økonomiske beregningene inngår i den samlede vurderingen for gjennomføring av prosjektet, som ett av vurderingselementene sammen med helsefaglige, bygningstekniske og kvalitative vurderinger av alternativene.

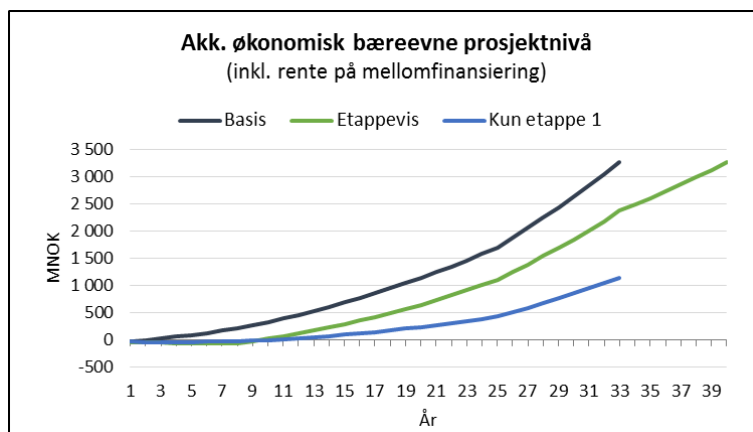
Utredningen Oslo universitetssykehus HF har gjort av driftsøkonomiske effekter av investeringene har identifisert potensiale for vesentlig forbedret driftsøkonomi. Investeringsanalysene viser at alle tre alternativene har økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Blant alternativene som er analysert, vurderes Basisprogrammet å ha best bæreevne, samt høyest nåverdi og internrente. Dette hovedsakelig ved at økonomiske gevinster for både LSA og PUA realiseres på et tidligere tidspunkt enn ved etappevis utbygging, noe som gir høyere netto nåverdi.

Alternativet med gjennomføring av kun Etappe 1 (RSA og KPS) har også positiv bæreevne og netto nåverdi, men relativt lavest blant de tre utredningsalternativene. Dette som følge av at driftsøkonomiske gevinster for dette prosjektsalternativet er mindre, og som følge av at det omfatter mindre virksomhet enn de andre utbyggingsalternativene. Internrenten for alternativet er fortsatt betydelig positiv.

Sensitivitetsanalyser viser at rangeringen av alternativene er relativt robust for endringer i overordnede forutsetninger som f.eks. lånerente og økonomisk levetid. Samtidig er bæreevnen til det enkelte alternativ sensitiv for endringer i spesielt kjernedriftsgevinster. Den økonomiske bæreevnen vil være avhengig av i hvor stor grad estimerte driftsgevinster realiseres. Med dagens lave rentenivå er det også risiko knyttet til en eventuell fremtidig renteøkning.

10.1 Økonomisk bæreevne prosjektnivå

Analysen av prosjektets økonomiske bæreevne (uten egenfinansiering) gir et grunnlag for å vurdere prosjektets driftsøkonomiske konsekvenser opp mot totalinvesteringen, uavhengig av finansieringsform. Figur 25 oppsummerer resultatene fra bæreevneanalyser på prosjektnivå for de utvalgte alternativene. For at prosjektet skal ha bæreevne må den akkumulerte bæreevnen være positiv ved utgangen av økonomisk levetid. Gitt forutsetning om ca. 2,7 % lånerente (snitt av rentebane) og 33 års økonomisk levetid per etappe, har alle alternativene økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Basisprogrammet har best bæreevne, og sensitivitetsanalyser viser at bæreevnen til Basisprogrammet er positiv selv ved endringer i overordnede forutsetninger knyttet til lånerente, driftsgevinster og økonomisk levetid.



Figur 25: Oppsummering av prosjektets økonomiske bæreevne per alternativ.

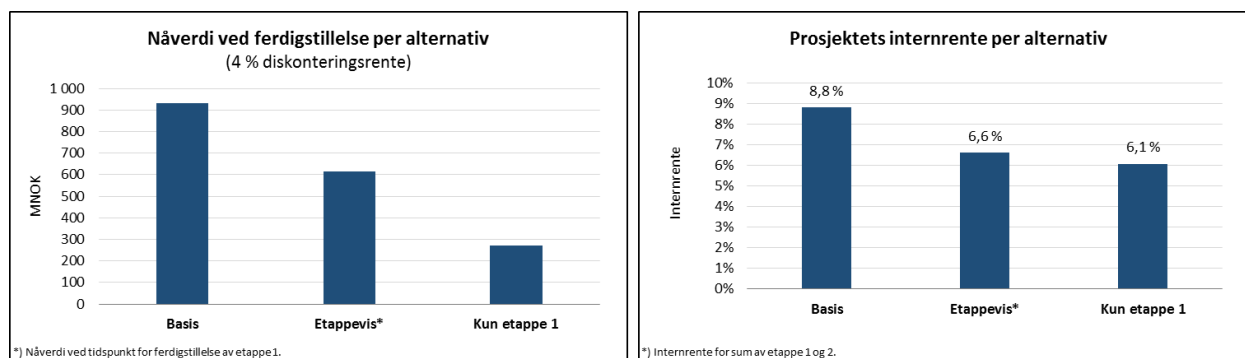
De økonomiske analysene er sensitive for endringer i overordnede forutsetninger. Endringer i estimerte kjernedriftsgevinster og lånerente gir størst påvirkning på økonomisk bæreevne over prosjektets levetid.

10.1.1 Prosjektets nåverdi

Nåverdianalysene legger til grunn økonomisk levetid på 33 år per etappe, og nåverditidspunktet er satt til tidspunkt for ferdigstillelse av prosjektet. For alternativet med etappevis utbygging er nåverditidspunktet satt til tidspunkt for ferdigstillelse av etappe 1. Netto nåverdi består av summen av investeringskostnadene og neddiskonterte årlige driftsgevinster som følge av investeringsprosjektet. Internrenten er den kalkulasjonsrenten som gir en netto nåverdi lik 0.

Gitt forutsetning om 4 % diskonteringsrente, har alle alternativene positiv netto nåverdi. Basisprogrammet har høyest netto nåverdi og internrente, og fremstår økonomisk som det beste alternativet.

Figur 26 oppsummerer netto nåverdi og internrente for de utvalgte alternativene.



Figur 26: Netto nåverdi ved ferdigstillelse (ekskl. avhenging eiendom) og internrente per alternativ.

10.1.2 Tilleggsberegning økte investeringskostnader som følge av endret plassering av bygg på tomten

I sluttfasen av konseptfasen ble det vurdert forskjellige tiltak som kan forbedre byggets plassering på tomten på Ila. Disse kostnadene er ikke inkludert i investeringskostnaden for de enkelte alternativene. Det er imidlertid gjort analyser av hvordan disse tiltakene og tilhørende kostnader vil påvirke den økonomiske bæreevnen. Tabell 14 oppsummerer tilleggskostnadene for tiltakene som er identifisert.

Tabell 14 Estimater for tilleggsinvesteringer for å forbedre byggets plassering på tomten. Beløp i 2017-kroner

Beløp i mill. kroner	Full utbygging (høyt anslag)	Kun etappe 1 (høyt anslag)
Innløsning av boligeiendommer	50	
Flytting av gartneri	50	50
Etablere ny adkomstvei	110	110
Parkeringshus	40	40
Tomteerverv for ny vei og parkering	30	30
Sum tilleggskostnader	280	230

Disse ekstra investeringskostnadene øker samlet prosjektkostnad, men de økonomiske driftsgevinstene som ligger til grunn for de enkelte alternativene vil ikke endres som følge av disse tiltakene.

Beregnet effekt på prosjektets økonomiske bæreevne utgjør ca. -730 mill. kroner for Basisalternativet, ca. 860 mill. kroner for etappevis utbygging og ca. 600 mill. kroner for alternativet med kun etappe 1 på Ila. Alle alternativene beholder likevel bæreevnen.

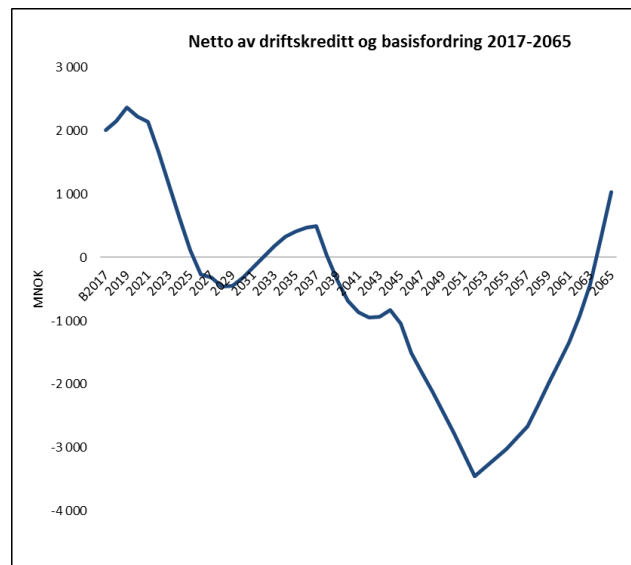
Internrenten reduseres til ca. 6,9 % for Basisalternativet, ca. 5,2 % for etappevis utbygging og ca. 4,3 % for kun etappe 1 på Ila. Netto nåverdi reduseres tilsvarende tilleggskostnadene for de respektive alternativene (dvs. -280 mill. kroner for Basisalternativet og etappevis utbygging, og -230 mill. kroner for kun etappe 1 på Ila). Økonomisk bæreevne helseforetaksnivå

Ved vurdering av helseforetakets bæreevne er egenfinansiering og øvrige investeringsbehov og -planer ved helseforetaket inkludert, herunder deres tilhørende finansiering og økonomiske gevinster. Vurderingen er gjennomført som del av økonomisk langtidsplan 2018–2021 for Oslo universitetssykehus HF, hvor alternativet med etappevis utbygging i 2 etapper er innarbeidet. Den økonomiske bæreevnen på helseforetaksnivå er sensitiv for hvilken driftseffektivisering sykehuset oppnår i planleggingsperioden.

Det utføres planarbeid for flere store investeringsprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF, f.eks. nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og fremtidig sykehusstruktur ved Aker og Gaustad. Ved gjennomføring av store investeringer kan periodisering for de ulike prosjektene kunne ha innvirkning på helseforetakets totale bæreevne. Disse prosjektene er også innarbeidet i den økonomiske langtidsplanen for helseforetaket. Investeringsprosjektene vil belaste resultatregnskapet med en økning i avskrivings- og rentekostnader, og likviditeten vil bl.a. belastes med økning i avdragsbetalinger.

Figur 27 viser framskrevet utvikling av netto driftskreditt og basisfordring gitt investeringsplanene ved Oslo universitetssykehus HF. Dersom netto likviditet i grafen er negativ i en periode, har sykehuset et behov for tilsvarende lån av likviditet fra morselskapet Helse Sør-Øst RHF.

Analysene indikerer at Oslo universitetssykehus HF vil ha likviditetsmessig bæreevne til å gjennomføre RSA-prosjektet. Reduksjon i netto av driftskreditt og basisfordring etter 2037 knytter seg til ordinære driftsinvesteringer og reinvesteringer som helseforetaket foreløpig har budsjettet. Forutsatt helseforetakets økonomiske langtidsplan, vil helseforetaket ikke ha behov for mellomfinansiering fra Helse Sør-Øst RHF i tilknytning til RSA-prosjektet.



Figur 27: Utvikling netto av driftskreditt og basisfordring i perioden 2017–2065.

10.2 Sentrale forutsetninger i de økonomiske analysene

10.2.1 Prosjektkostnad

Tabell 15 viser sum projektkostnad som er lagt til grunn for analysene. Investeringskostnader er beregnet i faste priser per januar 2017. Byggelånsrenter er ikke inkludert i framstillingen.

Tabell 15: Estimert projektkostnad (P50 inkl. tomt og mva.) per alternativ. Beløp i 2017-kroner.

Beløp i mill. kroner	Basis	Etappevis	Kun etappe 1
Tomt og opparb. tomt	50	50	50
P50-vurdering byggekostkalkyle	1 155	1 211	826
Ikke-byggnær IKT*	61	61	36
Sum projektkostnad	1 266	1 322	912

*) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepris fra Sykehuspartner. Behandles derfor som drifts-kostnad for HF i analysene.

Kostnadene for ikke-byggnær IKT er foreløpige estimater basert på overordnet plan IKT (O-
IKT), og må bearbeides i videre arbeid.

Dersom det besluttes gjennomføring av alternativet med kun etappe 1 (RSA og KPS) er det ventet at byggekostnaden kan reduseres noe sammenlignet med kalkylen, som følge av senere optimalisering av tiltaket samt bortfall av tilrettelegging for senere utbygginger. Dette er ikke innarbeidet i analysene.

10.2.2 Driftsgevinster

Beregning av de driftsøkonomiske effektene av investeringsalternativene er gjennomført av Oslo universitetssykehus HF, basert på bl.a. workshop hvor berørte klinikk- og avdelingsledere vurderte hvordan nybyggalternativene vil påvirke driften. Det er utarbeidet et notat hvor Oslo universitetssykehus HF har oppsummert vurderinger av bemanningsbehov og driftsøkonomiske effekter.

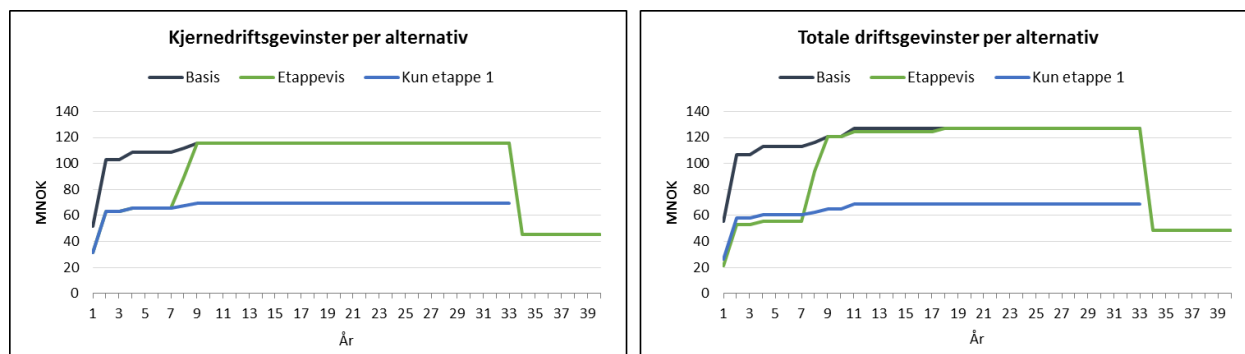
Kjernerdriftsgevinster består i hovedsak av nettoeffekter for lønns- og driftskostnader for kliniske/pasientbehandlende funksjoner og sikkerhet. Totale driftsgevinster inkluderer i tillegg netto kostnadsendring for forvaltning, drift og vedlikehold (FDV), samt kostnader i forbindelse med ikke-byggnær IKT og allokert prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift. For etappevis utbygging er det også lagt inn kostnader forbundet med utsettelse av etappe 2.

Virksomheten som omfattes av prosjektet genererer allerede i dag en prosjektuavhengig fri kontantstrøm. Driftsgevinstene for nybyggprosjektene er estimert som endringer fra videreføring av dagens drift, og kommer i tillegg til denne underliggende (prosjektuavhengige) kontantstrømmen. Prosjektuavhengig fri kontantstrøm fra drift kan også benyttes til å dekke økonomiske forpliktelser generert av prosjektet. Det er lagt til grunn at likviditeten videreføres etter at investeringsprosjektet er realisert.

Det er ikke utarbeidet selvstendige estimater av flyttekostnader eller kostnader knyttet til OU-prosess og mottaksprosjekt for noen av alternativene. Disse effektene er indirekte tatt hensyn til ved at det er lagt inn redusert effekt av estimerte driftsgevinster første driftsår. Full effekt av estimerte driftsgevinster er lagt inn fra og med andre driftsår. Fagmiljøet vurderer det som

sannsynlig at driften kan tilpasses relativt raskt da man flytter inn i et selvstendig, nytt bygg på ny tomt.

Over prosjektenes økonomiske levetid, er Basisprogrammet estimert til å gi høyest totale driftsgevinster. Bygging av alternativet kun Etappe 1 på Ila er estimert til å gi lavest driftsgevinster blant alternativene da det ikke medfører nybygging for LSA/PUA.



Figur 28: Oppsummering av årlige netto kjernedriftsgevinster og årlige totale driftsgevinster per alternativ.

10.2.3 Finansieringsplan

Tabell 16 viser en sammenstilling av prosjektkostnaden og fordeling av finansiering på hhv. låne- og egenfinansiering. Det presiseres at endelig finansieringsløsning fastsettes av styret i Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med den enkelte investeringsbeslutning.

Gjennomføring av prosjektet kan gjøre det mulig å selge eiendommer på Dikemark. I tabellen nedenfor er egenfinansiering vist som bruk av basisfordring, men når et salg av Dikemark gjennomføres vil det motregnes bruk av regional basisfordring.

Tabell 16: Sammenstilling av investeringskostnad (P50 inkl. tomt og mva.) og fordeling av finansiering på låne- og egenfinansiering. Beløp i 2017-kroner.

Beløp i mill. kroner	Basis		Etappevis		Kun etappe 1	
Investering	MNOK		MNOK		MNOK	
Tomt og opparb. tomt	50		50		50	
P50-vurdering byggekostkalkyle	1 155		1 211		826	
Ikke-byggnær IKT*	61		61		36	
Sum prosjektkostnad	1 266		1 322		912	
Finansiering	MNOK	Andel	MNOK	Andel	MNOK	Andel
Lån HOD	886	70 %	925	70 %	638	70 %
Lån HSØ	-	-	-	-	-	-
Sum lånefinansiering	886	70 %	925	70 %	638	70 %
Avhending eiendom	-	-	-	-	-	-
Basisfordring mot HSØ	380	30 %	396	30 %	274	30 %
Sparing av overskudd	-	-	-	-	-	-
Sum egenfinansiering	380	30 %	396	30 %	274	30 %
Sum finansiering	1 266	100 %	1 322	100 %	912	100 %

*) HF dekker investeringen i form av årlig tjenestepriis fra Sykehuspartner. Behandles derfor som driftskostnad for HF i analysene.

11 Vurdering av alternativer

I og med at det kun er utredet ett fullverdig hovedalternativ (alternativ 1) er det gjort en vurdering av hvordan dette alternativet tilfredsstiller definerte målsettinger og nytteeffekter.

For alternativ 1 er både full samtidig utbygging og etappevis utbygging vurdert. Videre er det foretatt en forenklet vurdering av hvilke konsekvenser det får hvis det velges å etablere virksomhetene som omfattes av etappe 2 i tilknytning til lokalsykehus Aker.

11.1 Prissatte effekter

De prissatte effektene er:

- Prosjektkostnad
- Økonomisk bæreevne på prosjektnivå, inkludert prosjektets nåverdi
- Økonomisk bæreevne på helseforetaksnivå
- Driftskostnader
- Finansierungsplan

Det vises her til kapittel 10 Økonomiske analyser.

Tabellen under viser en oppsummering av et utvalg prissatte effekter.

Tabell 17 Prissatte effekter, investeringskostnad, finansiering og gevinstrealisering. Beløp i mill. kroner.

	Full samtidig utbygging	Etappevis utbygging	Etappe 1 på Ila
Investeringskostnad (P50 inkl. tomt og infrastruktur)	1 266	1 322	912
Sum egenfinansiering (30 %)	380	396	274
Lån fra HOD (70 %)	886	925	638
Byggelånsrente	49	49	38
Gevinstrealisering (2030)	120	120	65

I tillegg er det utført beregninger som inkluderer kostnader knyttet til endringer som vil medføre en bedre plassering av bygget på tomten. Internrenten reduseres til ca. 6,9 % for basisalternativet, ca. 5,2 % for etappevis utbygging og ca. 4,3 % for kun etappe 1 på Ila.

11.2 Ikke-prissatte effekter

De ikke-prissatte effektmål med tilhørende indikatorer som er benyttet i vurderingen vises i tabellen under. Effektmålene er definert ut fra prosjektets målsettinger og krav definert i mandat for konseptfasen, hovedprogram og idéfasen.

Nr.	Effektmål	Indikatorer
1	Kvalitet i pasientbehandling Inkluderer følgende effektmål fra mandat: - <i>God diagnostikk, utredning og pasientbehandling</i>	- Sikkerhet for pasienter og ansatte - Sikrede og trygge uterom - Utsikt og nærhet til natur - Pasientbehandling og døgnavdelinger på bakkenivå - Oversiktlige døgnavdelinger - Tilstrekkelig og gode muligheter for skjerming. - Redusert og kvalitetssikret bruk av tvang - Nærhet til somatisk spesialisthelsetjeneste - Nærhet til akuttpsykiatri
2	Løsningens kvalitet og fleksibilitet Inkluderer følgende effektmål fra mandat: - <i>Forsvarlig samfunnsvern</i>	- Samfunnsvern - Skal ikke fremstå som fengsel, dette er et sykehus. - Standardiserte og fleksible løsninger - God logistikk (varer, avfall, pasienter, ansatte, besøkende) - Utbyggingsmuligheter på tomten -
3	Støtte opp under bedre samhandling Inkluderer følgende effektmål fra mandat: - <i>Effektiv drift av eksisterende og fremtidige funksjoner</i> - <i>Samling av faglige miljøer</i>	- Samarbeid med Kriminalomsorgen - Synergier bemanning - Synergier arealbruk (kontorfunksjoner, aktivitetsrom etc.) - Synergier kompetanse - Nærhet mellom klinikk og forskningsmiljø
4	Rekruttering og fag- og kompetanseutvikling Inkluderer følgende effektmål fra mandat: - <i>Et trygt og godt behandlings- og arbeidsmiljø</i>	- Moderne og tiltalende bygg, attraktiv arbeidsplass - Økt kompetansesamling gir forbedret fagmiljø og høyere anseelse
5	Understøtte miljømessige målsettinger	- Tilfredsstiller krav til passivhus - Tilfredsstiller krav til «Grønt sykehus»
6	Forhold knyttet til tomt	- Tilpasning av anlegget til tomten

11.2.1 Kvalitet i pasientbehandling

Konseptet som er utviklet legger til rette for økt kvalitet i pasientbehandlingen, uavhengig av utbyggingsvolum.

De konseptuelle løsninger som er innarbeidet i nybyggkonseptet som særlig vil gi økt kvalitet i pasientbehandlingen er:

- Pasientbehandling og døgnavdelinger på bakkenivå for RSA (unntak LSA og PUA)
- Oversiktlige døgnenheter
- Tilstrekkelig og gode muligheter for skjerming
- Tettere integrasjon med forskning og undervisning bl.a. gjennom samlokalisering med regional kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri
- Sikkerhet for pasienter og ansatte
- Sikrede og trygge uterom

- Utsikt og nærhet til natur

Det er tilrettelagt for en nærhet mellom de kliniske funksjonene og regionalt kompetansesenter, hvilket understøtter mulighetene for systematisk evaluering, forskning og kompetansebygging.

Konseptet legger til rette for en dynamisk pasientflyt mellom ulike behandlings- og sikkerhetsnivåer, avhengig av hvilket utbyggingsvolum som velges.

11.2.2 Løsningens kvalitet og fleksibilitet

De konseptuelle løsninger som er innarbeidet og som særlig vil påvirke løsningens kvalitet og fleksibilitet er:

- Godt samfunnsvern ved at nytt bygg, perimetersikring og tekniske anlegg vil tilfredsstille dagens sikkerhetsmessige krav til denne type virksomhet
- Arkitektonisk utformet slik at bygget i minst mulig grad fremstår som et fengsel
- Oversiktlige og trygge arealer som kan hindre selvskading og skade mot andre
- God logistikk for pasienter, ansatte, besøkende, varer og avfall ved gjennomtenkte plasseringer av de ulike funksjoner

De særskilte kravene til robusthet og sikkerhet har bidratt til å redusere fleksibiliteten i konseptet noe. Eksempelvis vil det være mer krevende å skulle flytte vegger som er bygd i tråd med høye krav til robusthet, fremfor vegger bygd etter normal standard.

Løsninger som er innarbeidet har likevel en høy *generalitet*, dvs. evne til å møte vekslende funksjonelle krav uten at det må gjøres vesentlige bygningsmessige eller tekniske tiltak. Døgnetenhetene er i hovedsak utformet like både innenfor RSA og LSA. Dette gjør at det vil være mulig å benytte døgnetenhetene til ulike pasientgrupper innenfor sikkerhetspsykiatrien.

Et annet eksempel kan være skjermingsenheter som kan benyttes til sengerom om behovet for skjermingsplasser skulle avta.

Innenfor kriteriet *Løsningens kvalitet og fleksibilitet* inngår også en vurdering av løsningens *elastisitet*. Med elastisitet menes mulighetene for tilvekst til (økning av funksjonsareal) eller underoppdeling av arealene (reduksjon av funksjonsareal) i en bygning.

Slik konseptet fremstår i skisseprosjektet vil det ikke være utvidelsesmuligheter på tomten ved en full utbygging.

11.2.3 Støtte opp under bedre samhandling

Konseptet legger til rette for økt samhandling mellom de aktuelle virksomhetene (RSA, LSA og PUA) både når det gjelder fag- og kompetanseutvikling, evaluering og forskning, beredskapsmobilisering og legevaktsordning.

For å oppnå effektmålet om at OUS skal kunne betjene befolkningen i regionen og sykehusområdet med et tidsmessig riktig spesialisthelsetjenestetilbud vil det være viktig at fagmiljøet innenfor retts- og sikkerhetspsykiatrien styrkes og at fagområdet videreutvikles. En

formålstilpasset bygning hvor klinikk og forskning er integrert vil understøtte arbeidet med å øke kvaliteten innenfor utredning og behandling.

Det vil i fremtiden stilles høye krav til flerfaglig diagnostikk og utredning og bruk av nye metoder innenfor medisinsk teknologi. Dette er ressurskrevende undersøkelser både når det gjelder utstyr og kompetanse, og en samlokalisering av flere virksomheter vil gjøre et slikt samarbeid mere robust.

Konseptet legger til rette for effektiv arealbruk ved at enkelte rom og funksjoner forutsettes benyttet av flere virksomheter. Dette gjelder i særlig grad arealer i mottaksbygget (pasientmottak, varemottak, merkantile servicefunksjoner, kontor- og møterom, personalfasiliteter, flerbrukshall og andre aktivitetsrom).

RSA, LSA og PUA er regulert i to ulike lovverk som eksplisitt gir anledning til strengere kontrolltiltak for pasienter ved RSA enn hva som er tilfellet for pasienter ved LSA og PUA.⁸ Loven skiller videre mellom pasienter som er innlagt i døgnenhet og pasienter som benytter polikliniske tilbud. Disse forhold tilsier at det er usikkert om man kan gjennomføre en innpasseringskontroll og ilegge alle som skal inn i bygget samme begrensninger i form av f.eks. ransakelse av bagasje og eiendeler, ingen adgang til bruk av egne mobiltelefoner i bygget, etc.

For å kunne bearbeide konseptet knyttet til sikringskonsept og -tiltak videre i neste fase, vil det være viktig at prosjekteier får avklart hvilke kontrollrutiner som kan la seg gjennomføre innenfor gjeldende lovverk.

Ved å lokalisere virksomheter i sikkerhetspsykiatrien i OUS på Ila, vil det legges til rette for et økt samarbeid med helsetjenesten i Ila fengsel og forvaringsanstalt. Mange av de innsatte på Ila har sammensatte psykiske behov, og noen har også lavt funksjonsnivå. Økt faglig samarbeid mellom Ila landsfengsel og forvaringsanstalt og Oslo universitetssykehus HF er ønsket fra begge parter og en avgjørende årsak til at tiltaket er lokalisert på Ila.

Samhandling med kommunene vil hovedsakelig foregå mellom PUA/LSA og kommunehelsetjenesten i pasientens bostedskommune.

11.2.4 Rekruttering og fag- og kompetanseutvikling

Medarbeiderne er virksomhetens viktigste ressurs, og følgelig er rekruttering av medarbeidere en av virksomhetens mest kritiske prosesser. Det er et effektmål at ny regional sikkerhetsavdeling skal gi et trygt og godt behandlings- og arbeidsmiljø. Dette vil igjen bidra til god rekruttering og fag- og kompetanseutvikling.

Konseptet slik det foreligger i skisseprosjektet innebærer løsninger som vil understøtte en god rekruttering:

- Moderne og tiltalende bygg, attraktiv arbeidsplass

⁸ Sikkerhetskontroll i RSA er særskilt regulert i psykisk helsevernloven § 4A-5. LSA og PUA er ikke særskilt regulert i psykisk helsevernloven når det gjelder kontrolltiltak. Det vil her være de alminnelige regler i psykisk helsevernloven kapittel 4 som kan komme til anvendelse, avhengig av blant annet om den enkelte pasient er underlagt tvungen psykisk helsevern. Helsedirektoratet legger i en fortolkning fra 2006 til grunn at det ikke er juridiske hindre for installering av metalldetektor ved akuttmottak i det psykiske helsevernet, og juridisk seksjon ved OUS legger til grunn at et slikt tiltak derfor også vil kunne anvendes i LSA og PUA.

- Økt kompetansesamling gir forbedret fagmiljø og høyere anseelse

Generelt er det en sammenheng mellom attraktiviteten til en arbeidsplass og muligheten for god rekruttering. Ny regional sikkerhetsavdeling vil med stor sannsynlighet bidra til at fagmiljøet gis en høyere anseelse og derav vil tiltrekke seg kompetente medarbeidere.

11.2.5 Understøtte miljømessige målsettinger

Helse Sør-Øst RHF stiller strenge krav til miljømessige målsettinger gjennom rapport «Miljø- og klimatiltak i innen bygg og eiendomsforvaltning i spesialisthelsetjenesten». Dette inkluderer blant annet at alle nye sykehusbygg skal tilfredsstillе passivhusnivå, oppnå energikarakter A og oppvarmingsmerke grønt.

De konseptuelle løsninger som er innarbeidet og som særlig vil understøtte miljømessige målsettinger er:

- Bygningsmessige og tekniske løsninger med fokus på passivhus. På grunn av bygningsformen med stor grunnflate og liten bygningshøyde kan det imidlertid bli vanskelig å fullt tilfredsstillе passivhuskravene. Videre prosjektering i neste fase vil avgjøre om det er mulig å oppnå passivhusstandard.
- Bygg og tekniske anlegg tilfredsstiller krav til «Grønt sykehus» (med eventuelt unntak av punktet over)

11.2.6 Forhold knyttet til tomt

Skisseprosjektet har utviklet et fotavtrykk og adkomstforhold som tar mest mulig hensyn til begrensningene og er teoretisk mulig å bygge, men det viser seg at plasseringen legger veldig press på avstand og synlighet mot naboer og drivhusanlegget. Det er sett på mulige tiltak som kan bedre dette forholdet, men disse innehar usikkerheter med hensyn på gjennomførbarhet og har en grovt estimert kostnad på 150-280 MNOK inkl. mva. Tiltakene må derfor bearbeides videre i neste fase for å kartlegge muligheter, begrensninger, usikkerheter og kostnadskonsekvenser.

11.3 Etappevis utbygging

11.3.1 Økonomi

Det er gjort beregninger som indikerer at investeringskostnadene øker med i størrelsesorden 55 MNOK inkl. mva. dersom utbyggingen deles i to etapper på Ila.

11.3.2 Fagmiljøets vurderinger

Ved en etappevis utbygging vil de faglige synergiene når det gjelder fag- og kompetanseutvikling, rekruttering, beredskapsmobilisering og legevaktsordning reduseres i perioden inntil etappe 2 realiseres.

11.3.3 Forhold knyttet til tomt

Det vises her til de samme forhold som er omtalt i kap. 11.2.6.

11.3.4 Kompleksitet i gjennomføringen

Ved etappevis utbygging vil det være full drift i RSA og mottaksbygget mens bygging av etappe 2 pågår. Det vil kreve ekstra tiltak for å sikre nødvendig aktsomhet slik at utbyggingen ikke medfører reduksjon i sikkerhet eller andre uakseptable forhold for pasienter og pårørende. Dette vil ha fremdrifts- og kostnadsmessige konsekvenser. Blant annet må man i byggeperioden påregne ekstra vakthold og restriksjoner i forhold til tidspunkt og støy.

11.4 Etappe 2 etablert på Aker

11.4.1 Økonomi

Dersom etappe 2 etableres på Aker vil tiltaket inngå som en del av den samlede investeringskostnaden for et nytt lokalsykehus. Det foreligger ikke et sammenlignbart alternativ i form av et skisseprosjekt, men det bør være rimelig å anta at investeringskostnadene ikke blir høyere enn ved en etablering på Ila. Dette fordi det på Aker skal etableres et lokalsykehus med robust og nøktern standard, med løsninger og kvadratmeterpriser som en kjenner fra blant annet Sykehuset Østfold HF og Vestre Viken HF. Imidlertid vil en måtte påregne kostnader forbundet med forlenget drift av nåværende lokasjoner for PUA og LSA. OUS har som tidligere nevnt estimert at en utsettelse av etableringen av PUA og LSA vil medføre økt vedlikeholdsbehov i størrelsesorden 5 MNOK pr. år.

Dersom kun etappe 1 etableres på Ila vil man likevel bygge ca. 80 % av planlagt støtteareal som mottaksområder, kantine, møterom, flerbrukshall m.m. En del av disse vil også måtte etableres på Aker uten at dette er beregnet nærmere. Man må i forlengelsen av dette anta at det vil være noe sambruksgevinster med akuttpsykiatrien og evt. andre deler av det psykiske helsevern som er tiltenkt Aker.

11.4.2 Fagmiljøets vurderinger

Ved en eventuell etablering av etappe 2 på Aker, vil fagområdet retts- og sikkerhetspsykiatrien i OUS være lokalisert på to steder (Ila og Aker). Dette vil kunne redusere muligheten for å oppnå en dynamisk pasientflyt mellom ulike behandlings- og sikkerhetsnivåer.

En deling av sikkerhetspsykiatrien på to steder vil gi ulemper knyttet til fag- og kompetanseutvikling ved at det blir to delte fagmiljøer fremfor ett samlet. Muligheten for samhandling mellom virksomhetene RSA, LSA og PUA når det gjelder beredskapsmobilisering og legevaksordning vil bli redusert.

Ved en eventuell etablering av etappe 2 på Aker vil de lokale sikkerhetspsykiatriske enhetene og PUA komme nærmere akuttpsykiatrien og den øvrige sykehuspsykiatrien i OUS. Fagmiljøet er

likevel usikre på om samfunnsvernet kan bli tilfredsstillende ivaretatt på Aker innenfor en akseptabel økonomisk ramme.

11.4.3 Helsepolitiske og strategiske føringer

Departementet har bedt de regionale helseforetakene etablere rutiner som sikrer at pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får likeverdig utredning og behandling for somatiske helseproblemer. Forskning viser at alvorlige psykiske lidelser gir økt risiko for somatisk sykdom og at det skjer en underbehandling. Ved en eventuell etablering av etappe 2 på Aker vil de lokale sikkerhetspsykiatriske enhetene og PUA komme nærmere den somatiske spesialisthelsetjeneste.

11.4.4 Forhold knyttet til tomt

Ved en eventuell etablering av etappe 2 på Aker vil det samlede arealbehovet for lokalsykehuset på Aker øke. Samtidig vil fotavtrykket til anlegget på Ila reduseres og gi mulighet for en bedre plassering på tomten. Det vurderes likevel som fornuftig å se på en bearbeidet løsning hvor gartneritomt frigjøres og adkomst og parkering etableres i øst. Dette for å skap en større frihetsgrad for plassering av bygget på tomten, imøtekomme Ila fengsel sine synspunkter knyttet til adkomst og parkering samt for å unngå trafikk til og fra sykehuset forbi borettslaget.

11.5 Oppsummering av alternativvurdering

Det foreligger en utbyggingsløsning for ny regional sikkerhetsavdeling som viser at hele programmet lar seg tilpasse på den aktuelle tomten på Ila, og konseptet fremstår som godt egnet til å løse de funksjonelle kravene som er satt til bygget. Konseptet er tilrettelagt for etappevis utbygging.

Det er gjennomført driftsøkonomiske analyser som viser at det er store gevinster ved å etablere tiltaket. De største gevinstene er knyttet til en full utbygging på Ila og vil gi en årlig driftsgevinst på ca. 120 MNOK, mens etablering av kun RSA og regionalt kompetansesenter gir driftsgevinster på ca. 60-70 MNOK.

Alternativet for samtidig utbygging har best bæreevne, og sensitivitetsanalyser viser at bæreevnen til alternativet er positiv selv ved betydelige endringer i overordnede forutsetninger knyttet til lånerente og økonomisk levetid.

En vurdering av ikke-prissatte effekter viser at alternativ 1 (full utbygging på Ila) i stor grad vil imøtekomme effektmålene om et fremtidig og moderne tilbud innen sikkerhetspsykiatri med vekt på robuste bygg og løsninger.

Den utbyggingsløsning som vises i skisseprosjektet har imidlertid begrensninger som er knyttet til tomten. Tomten har i utgangspunktet tilstrekkelig areal, men begrensninger har gitt utfordringer med å plassere hele anlegget på tomten. Slik situasjonen fremstår i dag er det riktig å påpeke at det er sannsynlig at gjennomføringsrisikoen øker dersom det besluttes å etablere hele anlegget på Ila.

Det er sett på mulige tiltak som kan bedre byggets plassering på tomten, og samlet er kostnadene for disse tiltak grovt estimert til 150-280 MNOK inkl. mva. Dersom disse tilleggs kostnadene inkluderes, har fortsatt alle alternativene økonomisk bæreevne.

Ved en etappevis utbygging på Ila vil investeringskostnadene øke med i størrelsesorden 55 MNOK inkl. mva. I tillegg vil de faglige synergiene når det gjelder fag- og kompetanseutvikling, rekruttering, beredskapsmobilisering og legevaksordning utebli i perioden inntil etappe 2 realiseres.

Dersom etappe 2 etableres på Aker vil tiltaket inngå som en del av den samlede investeringskostnaden for et nytt lokalsykehus, og det anta at investeringskostnadene ikke blir høyere enn ved en etablering på Ila.

Ved en eventuell etablering av etappe 2 på Aker vil sikkerhetspsykiatrien i OUS være lokalisert på to steder (Ila og Aker), og dette vil kunne redusere muligheten for å oppnå en dynamisk pasientflyt mellom ulike behandlings- og sikkerhetsnivåer, samt realisere effekten av felles legevaktordning, kompetanseutvikling og beredskapsmobilisering. På den annen side vil etablering av LSA og PUA på Aker innebære at disse virksomhetene kommer nærmere den somatiske spesialisthelsetjenesten og det øvrige psykiske helsevern, med mulighet for å ta ut synergier knyttet til samordning med denne

Tabell 18 viser en oppsummering av de forhold som henholdsvis er knyttet til driften og til innplassering på tomten. Det gjentas her at det kun er foretatt en forenklet vurdering av hvilke konsekvenser det får hvis det velges å etablere virksomhetene som omfattes av etappe 2 i tilknytning til lokalsykehus på Aker. Dette som en støtte for å kunne fatte en beslutning om utbyggingsomfang.

Tabell 18: Effekter knyttet til drift og tomt for henholdsvis full utbygging (alternativ 1) og etablering av etappe 1 på Ila og etappe 2 på Aker

	Full utbygging på Ila	Etappe 1 på Ila etappe 2 på Aker
Forhold knyttet til virksomheten	Samler alle funksjoner innenfor retts- og sikkerhetspsykiatri i OUS på <i>én</i> lokalisasjon (Ila), <i>som gir effekter i form av:</i> • Dynamisk pasientflyt mellom ulike behandlings- og sikkerhetsnivåer • Økt samhandling mellom RSA, LSA, PUA og Regional kompetansesenter når det gjelder fag- og kompetanseutvikling, evaluering og forskning, beredskapsmobilisering og legevaktsordning • Estimert til å være driftsøkonomisk mest lønnsomt (ca. 120 MNOK pr år) • Sikkerhetskontroll for henholdsvis RSA, LSA og PUA er regulert i to ulike lovverk, og kan begrense sambruk av arealer mellom virksomhetene	Samler fagområdet retts- og sikkerhetspsykiatri i OUS på <i>to</i> lokalisasjoner (Ila og Aker) <i>som gir effekter i form av:</i> • Nærhet til akuttpsykiatri og den øvrige sykehuspsykiatrien med mulighet for beredskaps-mobilisering og legevaktsordning • Nærhet til den somatiske virksomheten med enklere tilgang til somatiske undersøkelser og behandling • Alternativ 2 er estimert til å gi lavere driftsgevinster da det kun genererer effekter for RSA og innebærer fortsatt drift i eksisterende lokasjoner for LSA og PUA (ca. 60-70 MNOK pr år) • Sikkerhetsmessige løsninger kan tilrettelegges for ett sikkerhetsnivå (nivå 1 på Ila og nivå 2 på Aker), noe som vil være en fordel jf. den trussel- og risikovurdering som er foretatt
Forhold knyttet til tomt	• Begrensninger gir utfordringer med å plassere hele anlegget på tomten og vil ikke gi utvidelsesmuligheter	• Etappe 2 på Aker reduserer arealbehovet på Ila

På bakgrunn av de analyser og utredninger som er gjennomført og de faktiske forhold som er kjent ved avslutningen av konseptrapporten, anbefales det at forprosjektet starter opp med basis i etappevis utbygging på Ila. Dette slik at etappe 1 prioriteres, og at beslutning om lokalisering av etappe 2 tas når konseptrapport for Aker foreligger.

12 Plan for organisering og gjennomføring av forprosjekt

Tidligfaseveilederen angir at det som del av konseptfasen skal beskrives en plan for forprosjekt- og byggefase med hovedvekt på forprosjektfasen. Dette kapitlet redegjør for plan for det videre arbeidet.

12.1 Hovedleveranser i forprosjektfasen

Forprosjektet er siste del av tidligfaseplanleggingen og skal gi grunnlag for å beslutte gjennomføring av en bygningsmessig løsning for det valgte alternativet. Forprosjektfasen bygger på konseptrapporten med underliggende delutredninger. Forprosjektrapporten skal gi en oppdatert prosjektkostnad og vise konsekvenser av eventuelle revisjoner av plangrunnlaget. Den skal gi grunnlag for å godkjenne evt. endringer og beslutte gjennomføring av investeringsprosjektet.

Forprosjektfasen omfatter følgende aktiviteter og leveranser:

- Videre detaljering av:
 - romfunksjonsprogram
 - planløsninger og bygningsmessig utforming
 - tekniske og bygningsmessige løsninger
- Videre arbeider med sikringsrisikoanalysen samt endelig avklaring av lover, regler og krav knyttet til sikkerhet
- Oppdaterte kostnadskalkyler og tilhørende usikkerhetsanalyse
- Medvirkningsprosesser med brukere og driftsorganisasjonen
- Plan for gjennomføring av detaljprosjektering og bygging frem til ferdigstilling, overlevering og idriftsetting
- Avklare entreprisestrategi

12.2 Suksesskriterier og særskilte utfordringer i prosjektet

Det er definert fem suksesskriterier for forprosjektfasen. Når forprosjektrapporten er levert skal situasjonen være som følger:

- Forprosjektet er levert innenfor gitt budsjett
- Forprosjektet er levert i henhold til avtalt tidsplan
- Forprosjektet er levert i henhold til program
- Forprosjektet godkjennes av styret i Helse Sør-Øst RHF med påfølgende B4-beslutning om oppstart av gjennomføringsfasen
- Finansieringsplan med lånetilsagn fra Helse- og omsorgsdepartementet foreligger

Videre er det en rekke kritiske suksessfaktorer som har innvirkning på måloppnåelsen i prosjektets forprosjektfase:

- Gode planleggings- og beslutningsprosesser
- God og hensiktsmessig organisering: Rett kompetanse på rett plass til rett tid, klare ansvarsroller og tydelige mandater
- Samhandling og forankring med Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo
- Åpen og transparent planprosess
- Tilstrekkelige økonomiske rammer og god kostnadsstyring
- Tilstrekkelig tilgang på nøkkelressurser med kapasitet til å arbeide i prosjektet
- Solid forankring av prosjektet
- Tidlig avklaring av interessentbildet
- Tett oppfølging av kritiske aktører og miljøer, blant annet gjennom samhandling med kommunene om funksjoner og funksjonsfordeling
- Tett samarbeid med Bærum kommune om regulering
- Fokus på markedstilpasset entrepriseform (jf. usikkerhetsanalysen)

I konseptfasen er det identifisert følgende forhold som vurderes som særskilte utfordringer, og som må avklares før oppstart forprosjekt:

- Byggets plassering på tomt er i ikke optimal i forhold til nærhet til naboer og gartneri. Forslag til tiltak som beskrevet i kapittel 9.7 *Mulige tiltak som kan bedre byggets plassering på tomten*, må bearbeides videre og det må avklares hva som skal legges til grunn for forprosjektet.
- Adkomstvei og parkering må avklares. Ila fengsel har gitt tydelige signaler på at vei til fengsel og vei til sykehus må skilles klart, samt at de også har gitt signaler om at sambruk av parkeringsplass ikke er ønskelig.
- Avklare av tomteerverv.
- Avklare om enhet for særlig høyt sikkerhetsnivå skal inkluderes i prosjektet, og i så fall avklare hvilke krav og forutsetninger som skal legges til grunn for videre prosjektering.

12.3 Planprosess, organisering, medvirkning og ansvar

Forprosjektet skal gjennomføres i samsvar med veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter og beslutninger som fremkommer av behandlingen av konseptrapporten i styret til Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF.

Gjennom forprosjektet skal prosjektet utvikles slik at det blir et gjennomarbeidet og komplett grunnlag for detaljprosjektering og som beslutningsgrunnlag for godkjenning av gjennomføring av prosjektet.

Ved oppstart av forprosjektfasen forutsettes det at Helse Sør-Øst RHF etablerer et eget prosjektstyre som gis mandat til å gjennomføre resterende faser av prosjektet frem til ferdigstillelse og ibruktakelse.

HSØ har i konseptfasen engasjert et eget prosjektteam fra Sykehusbygg HF med erfaring fra utbyggingene av nye Ahus og nytt østfoldsykehus. Det legges til grunn at dette teamet engasjeres for videreføring av prosjektet i gjenværende faser.

Prosjektdirektøren er ansvarlig for å planlegge, gjennomføre og styre prosjektet i henhold til de rammer og forutsetninger som er gitt av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF skal utvikle organisasjonen slik at den tilpasses det nye bygget, ny teknologi og nytt utstyr. Videre har OUS ansvar for å bidra til avklaringer og beslutninger som understøtter fremdrift og rammebetingelser i prosjektet.

Det skal som del av forprosjektet dette etableres en effektiv og god struktur for medvirkning med Oslo universitetssykehus HF og Universitet i Oslo, på alle nivå.

Medvirkningen skal ivareta koordinering, samhandling og helhetstenkning på en slik måte at utvikling og muligheter mellom sykehus, klinikker og andre samarbeidsparter (Universitetet i Oslo mv) blir belyst og ivaretatt. Videre skal medvirkningen tilrettelegges og gjennomføres slik at vedtatte overordnede økonomiske og fremdriftsmessige rammer blir overholdt.

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for å sikre involvering av brukere og ansatte i egen organisasjon. Dette omfatter forankring av tiltak og løsninger.

12.4 Planlagt fremdrift

Med bakgrunn i anbefalingen om at forprosjektet starter opp med basis i etappevis utbygging på Ila et det under satt opp en overordnet fremdriftsplan for prosjektet. I planen er det satt opp at byggearbeider for etappe 2 igangsettes 5 år etter at etappe 1 er ferdigstilt. Faktisk oppstart av etappe 2 må avklares nærmere i forbindelse med at beslutningen om lokalisering av etappe 2 tas.

	2017		2018				2019				2020				2021				2026				2027				2027			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Styrebehandling konseptfase	▼																													
Reguleringsbehandling																														
Avklaringer og bearbeiding av skisseprosjektets løsninger mhp. byggets plassering på tomten																														
Beslutning lokalisering etappe 2							▼																							
Kontrahering RI/ARK																														
Forprosjekt																														
Styrebehandling forprosjekt							▼																							
Detaljprosjektering																														
Bygging etappe 1																														
Testing og ibrugtagelse etappe 1																														
Bygging etappe 2																														
Testing og ibrugtagelse etappe 2																														

Figur 29: Fremdriftsplan

Planen legger opp til at man starter opp reguleringssaken i Bærum kommune rett etter styrebehandlingen av konseptrapporten i juni 2017. Parallelt med dette benyttes perioden frem til årsskifte 2017/18 til å avklare og bearbeide skisseprosjektets løsninger med hensyn på byggets adkomstforhold og plassering på tomt. Forprosjektet planlegges å kunne starte opp 2. kvartal 2018, og være ferdigstilt og klart for styrebehandling ved årsskifte 2018/19. Til styrebehandlingen vil også konseptrapporten for Aker være ferdigstilt med en anbefaling om etappe 2 skal lokaliseres på Ila eller på Aker.

Oppstart detaljprosjektering starter etter at forprosjekt er behandlet og godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF. Med to års avsatt tid til reguleringsbehandling blir tidligst oppstart byggearbeider i

medio 2019. Dette anses også som realistisk i forhold til nødvendig tid for detaljprosjektering og kontrahering av entrepriser for tidligarbeider (grunn- og fundament).

Med to års byggeperiode vil etappe 1 kunne være klart for operativ drift medio 2021.

Til tross for at det er satt av relativt god tid til reguleringsprosessen er det denne aktiviteten som vurderes som den største fremdriftsmessige usikkerheten i prosjektet. Dette med bakgrunn i forhold knyttet til naboer, adkomst og flytting av gartneri.

Valg av gjennomføringsmodell og entrepriseformer kan endre delfrister i planen, men sluttfrister forventes å kunne være uendret på grunn av slike valg.

12.5 Gjennomføring og kontraktsstrategi

Et ordinært gjennomføringsløp tilsier at forprosjektrapporten legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF til B4 beslutning før byggefasen starter. Reguleringsarbeidet vil pågå uavbrutt med videre planarbeid og offentlig saksbehandling for å sikre fremdriften i prosjektet.

Før oppstart av forprosjektet vil det gjennomføres en konkurranse for arkitekt og rådgivertjenester for de resterende fasene av prosjektet.

Alle konkurranser om tjenester og leveranser til prosjektet vil bli gjennomført i samsvar med Lov om offentlige anskaffelser og relevante norske standard kontraktsbetingelser vil bli benyttet. Eksisterende rammeavtaler vil bli brukt i den grad det er hensiktsmessig.

Som del av forprosjektet vil det bli utarbeidet en overordnet entreprisestrategi for gjennomføringen. Erfaringene fra nye Ahus, nytt østfoldsykehus og andre sykehusprosjekter vil legges til grunn for det videre arbeid. Det vil bli lagt vekt på en kontraktsstrategi som sikrer best mulig måloppnåelse for prosjektet samtidig som kompetanse og erfaring fra rådgivere og entreprenører kommer prosjektet til gode.

Det vurderes imidlertid allerede nå som at prosjektet er tydelig avgrenset og en bør kunne avklare og beskrive prosjektets kvalitetsnivå og omfang godt i en tidlig fase, hvilket kan peke i retning av en totalentreprisemodell. For å ha full kontroll på entrepriser knyttet til sikkerhetsanleggene kan det imidlertid være hensiktsmessig at disse holdes utenfor en eventuell totalentreprise.

Prosjektet skal videreføre Helse Sør-Øst RHF sin BIM-strategi. Gjennom konseptfasen og skisseprosjekt er det etablert en BIM-modell som er synkronisert med romprogrammet, slik at det er sikkerhet for at arealene i prosjektet er riktige. Denne modellen skal utvikles videre for å sikre at det foreligger en virtuell, helhetlig representasjon av bygningsmassen tilrettelagt for en optimalisert forretningsmessig forvaltning, kunnskapsdeling og samhandling når det ferdige prosjektet overleveres til helseforetaket.

Modellen skal benyttes i medvirkningsprosessen og til å gjennomføre virtuell ferdigbefaring med brukerne før detaljprosjektet og med entreprenørene før byggestart. I byggeprosjektet skal denne modellen benyttes til å generere all nødvendig dokumentasjon. Det tas sikte på at prosjektet skal være papirløst og at all dokumentasjon skal være tilgjengelig på bærbar, mobile enheter.

12.6 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring

Prosjektstyringen baseres på metodikk og styringsprinsipp utviklet i tidligere gjennomførte sykehusprosjekter.

Prosjektdirektøren skal rapportere månedlig status til prosjektstyret og prosjektstyret skal videre rapportere status hvert tertial til Helse Sør-Øst RHF.

Prosjektet skal etablere egen prosedyre for risikostyring basert på prinsippene i norsk standard NS5814. Rapportering av risiko skal inngå i de faste rapporteringene til prosjektstyret og Helse Sør-Øst RHF.

12.7 Prinsipper for kvalitetssikring

Kvalitetssikringen vil ivaretas på forskjellige nivåer i prosjektets ulike faser. Kvalitetssikringen vil bli spesifisert i en kvalitetsplan for prosjektets ulike faser samt at det vil bli stilt relevante krav til kvalitetssikringssystem hos leverandørene.

I forprosjektfasen vil det bli gjennomført ROS-analyser innenfor aktuelle områder samt at det vil bli gjennomført økonomiske usikkerhetsanalyser.

Det vil bli engasjert rådgivere for tredjeparts kontroll og andre kontrollfunksjoner i samsvar med relevante lover og forskrifter.

12.8 Ressursbruk og kostnader knyttet til forprosjektfasen

Ressursbruk og kostnader i forprosjektfasen dreier seg i hovedsak om følgende områder:

- Prosjektledelse og prosjektadministrativ støtte
- Arkitekt- og rådgivningstjenester
- Prosjekteringsledelse
- Utstyrplanlegging
- Kostnader knyttet til reguleringsprosessen
- Diverse spesialrådgivere og juridisk bistand

Hovedtyngden av kostnader i forprosjektet er kjøp av tjenester hvorav bistand fra Sykehusbygg HF samt arkitekter og rådgivere utgjør hovedtyngden.

Forprosjektet er anslått til å koste i størrelsesorden 25 MNOK inkl. mva.

12.9 Plan for gevinstrealisering

For å realisere de prissatte og ikke prissatte nytteeffekter som er beskrevet kreves fokus på tre sentrale områder:

- Virksomhets- og prosessutvikling
- Endringsledelse
- Mål- og resultatoppfølging

Realisering av de beskrevne nytteeffektene vil kreve en styrt virksomhetsutvikling i OUS der tiltak for måloppnåelse må konkretiseres og tidfestes. Ansvarsfordeling og eierskap til de identifiserte nytteeffektene må tydeliggjøres og sikres forankring i foretaksledelsen for å sikre gjennomføring av tiltakene. God endringsledelse er nødvendig for at virksomhetsutviklingen blir forberedt, gjennomført og evaluert. Mål- og resultatoppfølgingen må gjennomføres for å vise at effektene faktisk realiseres, eventuelt for å iverksette nye tiltak dersom dette er nødvendig for å sikre gevinstrealiseringen.

12.9.1 Ansvar

Det er helseforetakets ledelse som har det samlede ansvaret for å sikre at gevinstrealiseringen skjer. Klinikkleidelsen har ansvar for at gevinster blir identifisert og konkretisert, og at det utarbeides planer for realisering av disse.

12.9.2 Eierskap

Eierskapet til gevinstene og ansvar for realiseringen ligger i linjeorganisasjonen. For å sikre gjennomføring av tiltak må forventede effekter/gevinster kategoriseres og eierskap og ansvar tildeles for hvert gevinstområde. Kategorisering må gjøres i forhold til gevinstområdene beskrevet i avsnittene om prissatte og ikke prissatte nytteeffekter.

Ledelsen ved helseforetaket vil følge opp detaljering av planene og målsettingene til resultatforbedring i dialog med lederlinjen/klinikkleidere. Oppfølging av resultatoppnåelse vil inngå som del av administrerende direktørs løpende rapportering og oppfølging av klinikkenes resultater, men også være særskilt spesifisert som egen tiltaksrapportering. Administrerende direktørs oppfølging er i 2017 basert på månedlig innrapportering av resultat- og tiltaksgjennomføring med påfølgende møte mellom klinikkleider og administrerende direktør. Hvert tertial gjennomføres en utvidet oppfølging der administrerende direktør møter ledergruppen i den enkelte klinikk.

12.9.3 Tidsperspektiv

Effektene som er beskrevet overfor kan først realiseres fullt ut etter innflytting i nytt bygg. For å realisere effektene så raskt som mulig etter innflytting må det imidlertid fokuseres på å forberede dette godt gjennom virksomhetsutvikling som forbereder organisasjonen på driften i det nye bygget.

12.9.4 Plan for gevinstrealisering

For at handling skal sikres må det lages en konkret plan for gevinstrealisering. Planleggingen må starte samtidig som forprosjekt startes opp, slik at arbeidet med vurdering av nytteeffekter i konseptfasen blir videreført. Det videre arbeidet anbefales strukturert på følgende måte:

1. Utarbeide styringsdokumenter for gevinstrealisering

2. Identifisere gevinsteiere, dvs. personer/roller som er ansvarlige for gevinstrealiseringen per gevinstområde
3. Utarbeides planer for gevinstrealisering, dvs. tiltak i form av virksomhetsutviklingsprosjekter, per gevinstområde. Planene skal omfatte beskrivelse av tiltak, plan for 0-linjemåling og målinger frem til et definert tidspunkt når effekten skal være realisert.
4. Virksomhetsutviklingsprosjektene må eies av linjen, men det må sikres at de styres, koordineres og faktisk gjennomføres – dette må beskrives i styringsdokument jf. punkt 1

Måling og oppfølging av resultatoppnåelse påligger hver enkelt gevinsteier, mens det overordnede ansvar for oppfølging påligger prosjekteier.

12.10 Mandat for forprosjektfasen

Etter behandling av konseptfasen i styret i Helse Sør-Øst RHF vil det bli utarbeidet et mandat for videreføring av prosjektet hvor både innspill fra ekstern kvalitetssikring (KSK) og føringer fra den øvrige behandlingen av konseptfasen innarbeides.

I mandatet skal følgende hovedpunkter omtales:

- Mål for forprosjektet inkludert suksesskriterier
- Forutsetninger og rammer for det videre arbeid
- Beskrivelse av leveranser i forprosjektfasen
- Milepælsplan for gjennomføring av forprosjektet
- Organisering og gjennomføring
- Plan for samhandling og involvering av Oslo universitetssykehus HF.
- Plan for informasjon og kommunikasjon
- Plan for kvalitetssikring og rapportering

Grunnlaget for oppstart av forprosjektet skal baseres på:

- Styrebeslutning i Helse Sør-Øst RHF
- Styrebeslutning i Oslo universitetssykehus HF.
- Konseptfaserapporten med vedlegg

VEDLEGG

Utrykte vedlegg:

1. Hovedprogram, datert 28.04.2017
2. Skisseprosjektrapport, datert mai 2017 – Unntatt offentlighet jf. § 24 i Offentleglova
3. Økonomiske analyser – delrapport, datert 11.05.2017
4. Usikkerhetsanalyse, datert 28.04.2017
5. Mandat for konseptfasen, datert 20.03.2017
6. Sikringsrisikoanalyse, datert 09.05.2017 – Unntatt offentlighet jf. § 24 i Offentleglova