

# Lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk

En undersøkelse blant åtte helseforetak





# Lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk

En undersøkelse blant åtte helseforetak

Tone Opdahl Mo og Arild Vassenden

Foto/ill. forside:

Takhage for alderspsykiatrisk post, Tønsberg, Foto: Siv.no

Oversiktsbilde Sørlandet sykehus Ill: Rambøll

Oversikt Drammen sykehus Ill: Link Arkitektur, Ratio Arkitekter og Bølgeblikk/Aestetica

# Innhold

<b>Sammendrag</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Bakgrunn</b> .....	<b>6</b>
1.1 Om oppdraget	6
<b>2. Metode</b> .....	<b>6</b>
2.1 Utvalg av prosjekter og foretak	7
2.2 Gjennomføring av undersøkelsen	8
2.2.1 Intervjuguide	8
2.2.2 Utvalg av intervjupersoner	9
2.2.3 Gjennomføring av intervjuer	9
2.3 Avgrensninger	10
2.4 Utvalget i kontekst	10
<b>3. Lokalisering av bygg</b> .....	<b>13</b>
3.1 Tomtealternativer	13
3.2 Løsninger for lokalisering	13
3.3 Tiltak for sammenheng i tjenestene	17
3.4 Vurderinger ved valg av lokalisering	18
3.5 Organisasjonsutvikling for å utvikle samarbeid	23
<b>4. Uteområder</b> .....	<b>25</b>
4.1 Løsninger for uteområder	25
4.2 Vurderinger ved utforming av uteområder	27
<b>5. Avrunding</b> .....	<b>29</b>
<b>6. Vedlegg</b> .....	<b>30</b>
6.1 Vedlegg 1: Innsikt fra Chalmers-rapporten	30
6.2 Vedlegg 2: Gjennomgang av hvert enkelt prosjekt/foretak	34
6.2.1 Nordlandssykehuset HF, Rønvik	34
6.2.2 St. Olavs hospital HF: Akuttbygg Østmarka og Senter for psykisk helse	37
6.2.3 Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg	41
6.2.4 Sørlandet sykehus HF, Kristiansand	45
6.2.5 Helse Fonna HF, Haugesund sykehus	50
6.2.6 Sykehuset Østfold HF, Kalnes	52
6.2.7 Akershus universitetssykehus HF (AHUS), Senter for psykisk helse, Nordbyhagen	56
6.2.8 Vestre Viken HF: Drammen sykehus	58

## Sammendrag

Som del av arbeidet med utredning av det faglige grunnlaget for ulike alternativer for nytt bygg for psykisk helsevern og rus ved UNN, ble det innhentet informasjon fra et utvalg av nybyggprosjekter i Norge. Datainnsamlingen ble avgrenset til å se på de faktiske løsningene som er planlagt eller realisert for et utvalg ulike prosjekter og helseforetak, når det gjelder lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk. Gjennomgangen omfatter også uteromsløsninger. Videre beskrives vurderinger og avveininger som ligger til grunn for de valgene som er foretatt, samt informantenes vurdering av styrker og svakheter ved de valgte løsningene.

Intervjuene viser at nærhet til somatisk spesialisthelsetjeneste løftes frem som det viktigste hensynet i forbindelse med valg av lokalisering av bygg for psykisk helsevern for de inkluderte prosjektene/foretakene. Ingen oppga nærhet til grøntområder eller tilgang til natur som den viktigste grunnen til valgt lokalisering, men gode uteområder påpekes som vesentlig, og noe det har vært arbeidet mye med å finne gode løsninger for.

Vurderingene knyttet til de valgte lokaliseringsløsningene begrunnes ut fra flere forhold:

- Bedre kvalitet i tilbudet til pasientene ved bedre sammenheng i tjenestetilbudet
- Bedre helsetjenester for de pasientene som har størst behov for helsehjelp på tvers av psykisk helsevern/TSB og somatikk – styrke somatisk fokus
- Samle enheter for psykisk helsevern – sterkere fagmiljø
- Normalisering og avstigmatisering gjennom felles lokalisering

Det ble tydelig understreket fra flere at lokalisering nært somatikk i seg selv ikke fører til bedre samarbeid. Det er nødvendig å ta initiativ, og aktivt etablere samarbeidsrelasjoner, prosesser og systemer for å få effekt av lokalisering i nærheten av hverandre.

Løsninger med lave bygg og direkte utgang til grønne lunger/uteområder synes å være en slags gullstandard og en referanseramme for vurderingene av muligheter i prosjektene. Varierte uteområder som tilrettelegger for pasienter i ulike situasjoner og med ulike behov fremheves som viktig. Det understrekes behov både for tilretteleggelse av aktivitet og for ro. Alle prosjektene/foretakene etablerer atrier, og noen også balkonger og andre typer uteromsløsninger i tilknytning til bygget. De fleste har etablert direkte utgang til uteområde for en del av pasientene i døgnområder. Flere har laget egne skjermede uteområder for pasienter på skjerming. Takhager er tegnet inn eller tatt i bruk i flere av prosjektene. Det er lagt stor vekt på å få til variasjon i uteromsløsningene for ulike grupper. Flere fremhever at dette er noe de er fornøyde med å ha fått til, men det påpekes også at det vil vise seg hvordan det fungerer i praksis.

Prioritering av å bygge nært inntil somatiske bygg har gjort det utfordrende å få til løsninger med lav byggehøyde, noe som bidrar til at det kan være varierende hvor godt atriene gir innslipp av dagslys og sol og forhindrer innsyn. Et par bygg er etablert med en etasje og direkte utgang til atrier, men for de fleste er det flere etasjer rundt atriene. Enkelte prosjekter preges av tettbygde omgivelser og har begrensede grønne områder rundt byggene. Tilrettelagte uteområder nært

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

byggene finnes i mindre grad, men mange av prosjektene har tilgang til grøntområder i nærheten av byggene.

# 1. Bakgrunn

Helse Nord RHF (Helse Nord) behandlet den 30. juni 2021 styresak 91-2021, Arealer til psykisk helse og rusbehandling – konseptfase og valg av tomt, Universitetssykehuset Nord-Norge – Tromsø. Styresaken var en delbeslutning etter første fase av konseptfaseutredningen for prosjektet og omhandlet hovedprogram for prosjektet og tomteplassing av bygg. Styret gjorde et vedtak i 8 punkter, og ba Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN) om å følge opp 5 av punktene (2, 3, 4, 6 og 7) i videre utredning, samt å legge fram en oppdatert tidsplan for konseptfasen.

Styret i UNN fremmet en orienteringssak (sak 72-4) som beskrev hvordan AD i UNN ville legge til rette for at det videre arbeidet gjennomføres på en måte som sikrer at styret i Helse Nord får den informasjonen de etterspurte ved neste styrebehandling.

*Orienteringssaken beskrev hvordan det «i det videre arbeidet ville bli vektlagt å innhente og konkretisere faglige vurderinger fra ulike fagmiljøer lokalt og nasjonalt. Hensynet til å tilby god behandling for primært tilstandene psykiske lidelser og rus- og avhengighetslidelser vil bli særlig vektlagt. Samtidig vil flere andre relevante hensyn som eksempel samhandling med somatikk, forskningsaktivitet og rekruttering bli drøftet og vurdert. Det er ønskelig å innhente og formidle konkrete erfaringer og faglige innspill fra ulike nybygg-prosjekter både i inn- og utland».* (Styresak 72-4, UNN-styret 2021)

## 1.1 Om oppdraget

Som del av arbeidet med utredning av det faglige grunnlaget for ulike alternativer for nytt bygg for psykisk helsevern og rus ved UNN, ble det innhentet informasjon fra et utvalg av nybyggprosjekter i Norge. Datainnsamlingen ble avgrenset til å se på de faktiske løsningene som er planlagt eller realisert for et utvalg ulike prosjekter og helseforetak, når det gjelder lokalisering av bygg for psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og somatikk. Dette omfatter også hvilke uteromsløsninger den valgte løsningen omfatter. Videre beskrives vurderinger og avveininger som ligger til grunn for de valgene som er foretatt, samt informantenes vurdering av styrker og svakheter ved de valgte løsningene.

Gjennomgangen har til hensikt å bidra til å skaffe et bredere kunnskapsgrunnlag for vurdering av de ulike alternativene i UNN-prosjektet, ved å beskrive løsninger og vurderinger som ligger til grunn for valg av lokalisering av bygg og utforming av uteromsløsninger i andre relevante prosjekter og foretak. Utvalget av prosjekter og foretak er gjort for å skaffe kunnskap om vurderinger som er gjort for å legge til rette for gode fremtidige løsninger. Derfor ble det valgt ut prosjekter som er under planlegging eller i byggefase, eller som relativt nylig har tatt nye lokaler i bruk. Intervjuspørsmålene var i hovedsak rettet inn mot de fremtidige løsningene, og erfaringer med dagens situasjon har i begrenset grad vært tema.

# 2. Metode

For å besvare oppdraget ble det gjennomført en intervjuundersøkelse i åtte norske helseforetak. I samarbeid med klinikkledelsen og OU-prosjektet i UNN ble det gjort noen avgrensninger av

intervjuundersøkelsen. Det ble vurdert at kunnskap fra intervjuer i utvalgte norske prosjekter ville svare ut oppdraget. Vurdering av løsninger fra andre land er i dette arbeidet begrenset til gjennomgang av svenske og danske prosjekter som er gjort i Konseptprogram om bygg for psykisk helse fra Chalmers<sup>1</sup>. Se presentasjon i vedlegg 1 i denne rapporten.

### 2.1 Utvalg av prosjekter og foretak

Det ble gjort et utvalg av prosjekter og foretak som representerer ulike valg når det gjelder nærhet mellom bygg. Dette for å sikre at undersøkelsen skulle omfatte ulike valgsituasjoner og rammebetingelser, og vurderinger som er gjort av ulike alternative løsninger.

For å sikre at ulike typer løsninger skulle være representert blant de prosjektene som skulle inkluderes i undersøkelsen, ble de satt i ulike kategorier i henhold til avstand mellom de ulike delene av tjenestene (PHV, somatikk, TSB).

Begrepet «samlokalisering» benyttes som begrep på samling av tjenester. I diskusjon om lokalisering av bygg for psykisk helsevern snakker man ofte om samlokalisering med somatikk og evt. TSB. I noen sammenhenger benyttes begrepet konkret om plassering av tjenester i samme lokaler, mens man i andre sammenhenger snakker om tjenester på samme område, men med noe avstand. I noen tilfelles brukes også integrert eller «helintegrert» på lignende måte.

Vi har benyttet tre ulike nærhetskategorier:

1. Samlokalisert/helintegrert: Funksjoner er på samme arbeidsflate
2. Nærlokalisert: Gangavstand mellom bygg
3. Lokalisert med avstand: Kjøreavstand med personbil eller ambulanse

To av foretakene i utvalget har en såkalt «delt» løsning. Det vil si at deler av psykisk helsevern er lokalisert i gangavstand til somatikk, mens andre deler av psykisk helsevern ligger i kjøreavstand (5-10 km unna).

St. Olavs hospital HF er representert to steder i tabellen, og det er gjennomført to ulike intervjuer i dette foretaket. Dette er fordi det var ønskelig både å inkludere akuttbygget på Østmarka, som åpnet i 2017, og planleggingen av Senter for psykisk helse på Øya, som nå er i konseptfase.

---

<sup>1</sup> [Konseptprogram Lokaler-för-psykiatri.pdf \(sykehusbygg.no\)](#)



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Tabell 1 Oversikt over prosjekter og helseforetak i intervjuundersøkelsen

Avstand mellom psykisk helsevern og somatikk	Prosjekter under planlegging/bygging	Innflyttet
Kjøreavstand (somatikk- phv)	Nordlandssykehuset HF, Rønvik (TSB i gangavstand)	St. Olavs hospital HF, akuttbygg psykisk helsevern Østmarka, (Innflyttet 2017)
Gangavstand phv-somatikk (Kulvert, gangbro, eller noen hundre meters avstand mellom byggene)	Sørlandet sykehus HF, Kristiansand Akershus universitetssykehus HF, AHUS Vestre Viken HF, Drammen	Østfoldsykehuset Kalnes (Innflyttet 2015)
Integrert løsning (felles arbeidsflater)	(Drammen planlegger felles akuttmtottak med somatikk)	Helse Fonna HF, Haugesund sjukehus (Integrert akuttmtottak, innflyttet august 2021)
Delt løsning (deler av phv i gangavstand fra somatikk, andre deler i kjøreavstand)	St. Olavs hospital HF, Senter for psykisk helse, Øya	Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg (Innflyttet 2019)

De fleste foretakene i undersøkelsen har distriktpsikiatriske sentre (DPS, allmennpsykiatriske tjenester) som ligger et annet sted enn der spesialisttjenestene er lokalisert. Unntak fra dette er St. Olavs hospital Østmarka og Nordlandssykehuset Rønvik, som har gangavstand mellom spesialisthelsetjenester innen PHV og DPS. I dette prosjektet betraktes ikke løsninger der DPS er plassert i kjøreavstand til psykiatrisk helsetjeneste på spesialistnivå som et delt alternativ. Beskrivelsen «delt» brukes om situasjoner der noen enheter innen spesialistnivået i psykisk helsevern er lokalisert et annet sted enn andre deler av psykisk helsevern på samme nivå.

## 2.2 Gjennomføring av undersøkelsen

Undersøkelsen ble gjennomført i perioden november 2021 – januar 2022.

### 2.2.1 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med klinikkledelsen i UNN, OU-prosjektet og prosjektorganisasjonen i byggeprosjektet.

Intervjuene ble gjennomført som en semistrukturert intervjuprosess innenfor noen hovedtemaer og hovedspørsmål. Det ble stilt relativt åpne spørsmål for å gi intervjupersonene rom til å bruke egne ord.

Intervjuguiden omfattet disse temaene:

### Lokalisering og plassering av enheter

- Valgmuligheter mht lokalisering og tomt
- Løsninger for lokalisering av ulike deler av virksomheten i forhold til hverandre
- Tiltak som kan bidra til sammenhengende tjenester
- Vurderinger som ligger til grunn for lokalisering
- Styrker og svakheter ved løsninger som er valgt kn til lokalisering

### Uteområder

- Løsninger som er planlagt/etablert for uteområder (i bygget/atriene, i nærområdet, og mer perifere natur- og urbane områder)
- Vurderinger som ligger til grunn for utforming og bruk av uteområder
- Styrker og svakheter ved løsningene som er valgt kn til uteområder

## 2.2.2 Utvalg av intervjupersoner

Undersøkelsen hadde til hensikt å skaffe informasjon om valg som er gjort mht konkrete løsninger for lokalisering av bygg, og vurderinger som lå til grunn for disse valgene. For å kunne besvare spørsmål om slike forhold forutsettes det omfattende kunnskap om prosjektene og de avveiningene som er gjort i et tidlig stadium i prosjektet. Det var derfor viktig å få intervjupersoner som hadde vært tett involvert i planleggingen av nytt bygg, og som hadde den nødvendige oversikt. Brukerperspektiv på denne type forhold vil være ivaretatt ved prosesser for brukermedvirkning i planprosessene. Dette kan være beslutninger som fattes i prosjektets konseptfase, og er dels beslutninger som ligger langt tilbake i tid. Dette gjelder f.eks. St. Olavs hospital, som har hatt gjeldende tomt på planen siden byggingen av det somatiske sykehuset (ferdigstilt 2014).

For å få hjelp til å identifisere aktuelle intervjupersoner, ble kolleger i Sykehusbygg som arbeider med de utvalgte prosjektene kontaktet. De inngår i tett samarbeid med helseforetakene om prosjektene, og vil derfor ha oversikt over hvem i foretaket som har den nødvendige oversikt. Dette ble gjort også for å få rask respons ved henvendelse til foretakene. Det ble sendt e-post med beskrivelse av tema for intervjuundersøkelsen til postmottak i hvert HF, med kopi til de foreslåtte informantene, og med spørsmål om å få gjennomføre intervju med vedkommende person.

## 2.2.3 Gjennomføring av intervjuer

Alle foretak stilte med relevante intervjupersoner. Noen foretak kom med forslag til andre eller supplerende personer å intervju. Informantene kom fra følgende stillingskategorier: Klinikkdirktør/klinikksjef /ass klinikksjef PHV/TSB, prosjektdirektør, brukerkoordinator samhandling, klinikkoordinator, leder for OU-prosjekt, og spesialrådgiver. To av informantene hadde ikke-klinisk bakgrunn, de resterende hadde klinisk bakgrunn (i hovedsak medisin). En av informantene arbeider ikke lengre i det aktuelle HF-et, men sa likevel ja til å stille til intervju.

Det ble gjennomført et forarbeid med gjennomgang av relevant skriftlig materiale (konseptrapporter, andre prosjektdokumenter, samt tegninger av løsninger) for å skaffe oversikt over hovedtrekk i organisasjon og lokalisering før hvert intervju.

Intervjuer av en times varighet ble gjennomført på Teams i 8 foretak, med i alt 11 personer, i perioden 22.11 - 10.12.2021.

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Alle intervjuene ble gjennomført av to sykehusplanleggere fra Sykehusbygg HF. Intervjuerne fra Sykehusbygg har ikke deltatt i planlegging/bygging av de aktuelle prosjektene.

Utkast til rapport ble sendt til intervjupersonene for sitatsjekk og korrigerings av eventuelle faktafeil.

### 2.3 Avgrensninger

Denne undersøkelsen er ikke en evaluering, og den kan ikke fortelle hvordan ulike typer lokaliseringstiltak fungerer i den kliniske hverdagen, eller hvilke erfaringer pasienter og ansatte har med ulike løsninger. Dette ville kreve en annen tilnærming, og andre intervjupersoner. Det har ikke vært hensikten med denne undersøkelsen.

Undersøkelsen er først og fremst en beskrivelse av konkrete lokaliseringstiltak, og de vurderinger som ligger til grunn for løsningene. Erfaringer med dagens drift er ikke innhentet. I noen grad har intervjuene gått inn på hvordan man løser ting i dagens situasjon, for å få belyst noen forhold som tematiseres av ulike typer nærhetstiltak.

### 2.4 Utvalget i kontekst

De foretakene som undersøkelsen omfatter, representerer ca. 40 prosent av døgnplassene i psykisk helsevern og TSB, jfr. tabellen nedenfor. De inkluderte foretakene er markert i blått. Tallene for PHV omfatter døgnplasser både på spesialistnivået og i allmennpsykiatri (DPS).

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Tabell 2 Spesialisthelsetjenesten, døgnplasser VOP, BUP og TSB 2020. Kilde: Statistikkbanken SSB

	PHV (VOP og BUP <sup>2</sup> )	TSB
<b>Helseregion Sør-Øst totalt</b>	<b>1648</b>	<b>409</b>
Akershus universitetssykehus HF	233	60
Oslo Universitetssykehus HF (2009-)	269	86
Sykehuset Innlandet HF (2003-)	213	49
Sykehuset Østfold HF	187	33
Vestre Viken HF (2009-)	215	49
Sykehuset Telemark HF	121	13
Sykehuset i Vestfold HF	101	46
Sørlandet sykehus HF (2003-)	190	73
<b>Helseregion Vest totalt</b>	<b>793</b>	<b>205</b>
Helse Bergen HF	239	138
Helse Fonna HF	121	14
Helse Førde HF	70	21
Helse Stavanger HF	248	32
<b>Helseregion Midt-Norge totalt</b>	<b>454</b>	<b>109</b>
Helse Nord Trøndelag HF	92	16
Helse Møre og Romsdal HF (2011-)	155	59
St Olavs Hospital HF	207	0
Private inst. m/ driftsavtale Helseregion Midt-Norge	0	34
<b>Helseregion Nord totalt</b>	<b>355</b>	<b>103</b>
Helgelandssykehuset HF	30	8
Finnmarkssykehuset HF	34	12
Nordlandssykehuset HF	124	16
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	167	67

Utvalget av foretak er gjort i samarbeid med UNN, og det har vært lagt vekt på å sette sammen et utvalg av prosjekter og foretak som er ulike mht. de forholdene som er aktuelle i valgsituasjonen ved UNN. For å gi en bedre vurdering av om dette er et skjevt utvalg har vi også kort undersøkt om andre større prosjekter i Norge gjør andre valg mht. beliggenhet enn de vi har inkludert. Ut fra den oversikten vi har, ser det ut til at prosjektene i vårt utvalg er relativt typiske for lokaliseringsbeslutninger i norske prosjekter. De fleste prosjektene planlegger samlokalisering med somatisk helsetjeneste, men i enkelte tilfeller gjøres det andre valg.

<sup>2</sup> Voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Noen av de større sykehusprosjektene som planlegger samlokalisert løsning (Kun prosjekter som omfatter døgnvirksomhet på spesialistnivå er inkludert):

- Helse Møre og Romsdal, Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)
- Oslo universitetssykehus (OUS)/Aker sykehus
- Helse Førde - Bygger psykisk helsevern på samme tomt som somatikk allerede ligger
- Helse Stavanger - Bygger bygg for somatikk på Ullandhaug (fullf. 2024). Psykisk helsevern skal inn i byggetrinn 2. Inntil da blir psykiatrisk behandling på Våland (dagens lokalisering), 5 km unna
- Sykehuset Innlandet (Mjøssykehuset) – samlokalisering er en av flere muligheter som vurderes

Prosjekter som ikke planlegger samlokalisert løsning pr i dag:

- Oslo Universitetssykehus (OUS) planlegger regional sikkerhetsavdeling (RSA) atskilt fra annen psykiatri og fra somatikk

## 3. Lokalisering av bygg

### 3.1 Tomtealternativer

De åtte prosjektene/sykehusene som er inkludert i studien representerer ulike valg mht lokalisering i forhold til annen spesialisthelsetjeneste (somatikk og TSB). I to av prosjektene oppføres/oppførtes nybygg for både somatikk og psykisk helsevern samtidig i ulike bygg på samme område (Drammen) eller i samme bygningskompleks (Kalnes). Begge prosjekter hadde flere ulike muligheter mht tomtevalg.

Fem av prosjektene er nybygg for hele eller deler av psykisk helsevern, som oppføres på en tomt der det allerede ligger et somatisk sykehus (Ahus, St. Olav, Tønsberg, Haugesund). Kristiansand oppfører nybygg for psykisk helsevern 500 m unna det somatiske sykehuset.

De prosjektene som valgte å plassere seg nært somatikken hadde få eller ingen andre valgmuligheter enn der prosjektet ble lokalisert. Med utgangspunkt i at man ønsket en tomt nært eksisterende somatiske bygg ble alternativet beskrevet som «gitt». I ett tilfelle hadde den aktuelle tomten vært klar i mange år (St. Olav). I Haugesund har samlokalisering av felles akuttinntak soma/psyk/rus samt akuttpsykpost og avrusing vært inne i nybyggplanene siden konseptfasen.

Ett bygg for psykisk helsevern planlegges oppført 2,5 km unna det somatiske sykehuset (Rønvik). I dette tilfellet var det ikke mulig å få plass på samme tomt som somatikken, og man valgte å planlegge nytt bygg på samme område som eksisterende bygg. Dette tomtevalget ble oppfattet som det beste gitt de mulighetene som forelå.

To av prosjektene har etablert en delt løsning hvor deler av psykisk helsevern lokaliseres sammen med somatikken, og noen enheter lokaliseres noen km unna (St. Olav og Tønsberg). I begge tilfeller var den aktuelle tomten for lokalisering nært somatikk relativt trang, og ville ikke gitt plass til hele virksomheten i PHV samlet. I intervju ble det sagt at det ikke hadde vært vurdert at hele virksomheten (PHV) skulle flytte dit, ettersom deler av virksomheten hadde gode lokaler lengre unna.

Vedlegg 2 inneholder en gjennomgang av hvert enkelt prosjekt med bilder og beskrivelser av løsninger.

### 3.2 Løsninger for lokalisering

Tabell 3 gir en oversikt over prosjektene/foretakene i undersøkelsen og hvordan psykisk helsevern (PHV), TSB og somatikk er lokalisert i forhold til hverandre. Tabellen viser også lokalisering av lokal sikkerhetsavdeling og DPS.

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Tabell 3 lokalisering av PHV, TSB og DPS i forhold til hverandre

	PHV i forhold til somatikk	LSA	TSB	DPS
<b>Rønvik</b> Stoppet opp etter steg 1 i konseptfase	2 ½ km unna somatikk	LSA/RSA samlokalisert m PHV	Samlokalisert med Salten DPS 2-300 m unna PHV	2 DPS: Salten DPS (Bodø opptaksområde) 2-300 m unna, og DPS Lofoten og Vesterålen ligger på Gravdal i Lofoten
<b>St Olav Østmarka/Øya</b> Konseptfase	Dagens lokalisering av phv er 5 km unna somatikk. Senter for psykisk helse er under planlegging, og vil få delt løsning/oppgavedeling med sikkerhet (LSA og RSA) og rehab 5 km unna, og alder, akutt mm på samme område som somatikk	LSA og RSA 5 km unna somatikk. Ligger nært enkelte deler av PHV.	Ligger på Øya, 300 m fra kommende senter for psykiatri på Øya	3 DPS: Nidaros DPS (Østmarka) 5 km unna somatikk (samme omr som langtid og sikkerhet), Orkdal DPS (200 m unna Orkdal sykehus), Tiller (10 km unna St Olav, er slått sammen m Orkdal til Nidelv DPS og skal lokaliseres på Østmarka)
<b>Tønsberg</b> Innflyttet 2019	Delt løsning – langtid og sikkerhet (LSA) ligger 9 km unna somatikk. Akutt, alder, ungdomspost mottak/avklaring for phv og akutt rus ligger i gangavstand på samme område som somatikk	LSA 9 km unna somatikk og resten av PHV	Ligger på Nøtterøy, 9 km unna somatikk og PHV	1 DPS (DPS Vestfold) med tre døgnposter og syv poliklinikker hvorav en er ambulant akutteam (AAT). Nøtterøy 3 km unna somatikk (20 pl), DPS Sandefjord (6 pl), DPS Larvik (12 pl)
<b>Kristiansand</b> Byggefase	Bygger nytt bygg 500 m unna somatikk.	LSA samlokalisert med resten av PHV	Lokalisert i Kristiansand, 5 km unna sykehuset på Eg. Arendal (pol og døgn) og Byglandsfjord (døgn). Poliklinikk i tillegg i Mandal, Farsund og Flekkefjord	4 DPS: DPS Strømme (Kristiansand, 8 km unna sykehuset), DPS Østre Agder, DPS Lister (Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal), DPS Solvang
<b>Haugesund</b> Innflyttet 2021	Somatikk, phv og TSB lokalisert i samme bygningskompleks og samme etasje. Helintegrert akuttmottak, Valen sjukehus 3 timer unna	LSA 3 timer unna somatikk og resten av PHV (Valen sjukehus)	TSB i Haugesund (samme område som sykehuset) og på DPSene i Haugaland, Stord og Folgefonn	4 DPS: DPS i Haugaland (4 km unna), Karmøy, Stord og Folgefonn
<b>AHUS</b> Forprosjektfase fra 2022	Phv skal samles på Nordbyhagen i samme område som somatikk	LSA samlokalisert med resten av PHV	Ligger på Nordbyhagen, samme område som somatikk. I tillegg Elvestad, Follo, Groruddalen, Klosteret, Nedre og Øvre Romerike, Kongsvinger	5 DPS, Nedre Romerike er nærmest Ahus, (7 km unna). DPS i Follo, Groruddalen, Kongsvinger og Øvre Romerike.
<b>Kalnes</b> Innflyttet 2015	Nytt bygg hvor somatikk og phv ligger i hver sin fløy. All phv på sykehusnivå er samlet.	LSA samlokalisert med resten av PHV	Ligger i Moss, 28 km unna sykehuset	4 DPS, Fredrikstad, Nordre Østfold (Moss og Mysen)
<b>Drammen</b> Byggefase	Bygger nytt sykehus, både somatikk, phv og TSB samtidig på samme område. Tre bygg i rekke for hhv PHV, TSB og BUP	LSA samlokalisert med resten av PHV	Bygges sammen med de andre på Brakerøya, i eget bygg	5 DPS, Drammen m poliklinikk i sentrum (2 km unna), døgn litt utenfor (Konnerud, 8 km). I tillegg i Bærum, Asker, Kongsberg og Ringerike

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Oversikten viser at prosjektene/foretakene i hovedsak har valgt å lokalisere psykisk helsevern i gangavstand til somatikk. Unntak er Rønvik (Nordlandssykehuset), som er lokalisert og planlegger nybygg 2,5 km fra somatikken. Kristiansand har valgt en lokalisering 500 m unna det somatiske sykehuset, noe som kan være i gangavstand, men som i noen tilfeller vil bety behov for transport i bil eller ambulanse.

### TSB:

Fem prosjekter/foretak lokaliserer TSB sammen med resten av PHV (Rønvik, St Olav, Haugesund, Ahus og Drammen). Drammen deler TSB ved at rusakutt og avrusing skal inn på Brakerøya. Dette begrunnes med at de har fordeler med fellesskap med somatikk. To seksjoner for rus planlegges samlet utenfor resten av sykehuset. De har pasienter på langtidsbehandling, inntil 3 mnd.

I et par prosjekter hadde man tidlig i planleggingen en diskusjon om å få TSB med i prosjektet, men besluttet å ikke inkludere denne delen av tjenesten. I andre tilfeller var TSB aldri ikke inne i planen for nytt bygg (Dette gjelder for eksempel Kalnes).

### LSA:

Fem prosjekter/foretak lokaliserer lokal sikkerhetsavdeling (LSA) sammen med resten av PHV (Rønvik, Kristiansand, Ahus, Kalnes og Drammen).

### Totalløsning:

To prosjekter/foretak lokaliserer både somatikk, PHV inkludert LSA, og TSB på samme område (AHUS og Drammen).

### Delt løsning:

Som nevnt er det to prosjekt/foretak i utvalget som har lokalisert PHV på to steder. Dette er St. Olav, som planlegger Senter for psykisk helse på Øya i gangavstand til somatikken og TSB, og som har noen enheter på Østmarka 5 km unna.

Det andre foretaket er Sykehuset i Vestfold/Tønsberg, der PHV er delt mellom Tønsberg og Granli (9 km utenfor Tønsberg).

### DPS:

DPS-ene er i de fleste prosjektene/foretakene lokalisert i kjøreavstand fra spesialistnivået. Unntak er Rønvik og St. Olav, hvor DPS ligger i gangavstand fra PHV.

### Felles eller delt akuttmottak

Informantene ble spurt hvordan mottak av pasienter planlegges i ny løsning. To prosjekt/foretak har eller planlegger felles mottak med somatikk. Dette er Haugesund, som åpnet et integrert mottak i august 2021, og Drammen, som er i byggefase. Haugesund begrunner sitt valg om å bygge felles akuttmottak slik:

*Vi hadde noen identifiserte utfordringer knyttet til behandling av pasienter som ikke fikk tilstrekkelig psykiatrisk eller somatisk oppfølging. Det var en manglende sammenheng i behandlingstilbud på tross av at enhetene lå i nærheten av hverandre. Vi hadde beliggenhet vegg i vegg, og ting ble fortsatt ikke løst. (Haugesund)*



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Haugesund ønsket en bedre behandling av pasienter innlagt med komorbiditet i både psykisk helsevern og somatikk, med utgangspunkt i forskning som dokumenterte komorbiditet, overdødelighet og kortere levealder på grunn av sen eller manglende diagnostisering og underbehandling.

Flere nevnte at felles akuttmottak med somatikk kunne vært ønskelig, men at det ikke var praktisk gjennomførbart fordi de skulle bygge seg inntil allerede eksisterende somatiske bygg som hadde akuttmottak et annet sted på tomten.

Ett prosjekt planlegger separat mottak for PHV og TSB (Ikke ferdig planlagt, beliggenhet i ulike etasjer eller på ulike sider av bygget). (Rønvik)

Fire prosjekter/foretak har eller planlegger felles akuttmottak for PHV og TSB (St. Olav, Tønsberg, Kalnes, Ahus)

Tre prosjekter/foretak har eller planlegger i tillegg mottaks- og avklaringspost for PHV og akutt rus, hvor pasienter kan ligge 1-2 dager (St. Olav, Tønsberg, Kalnes).

Noen av intervjupersonene pekte på at det er ønskelig med en utvikling av akuttmottakets funksjonalitet i retning av å gjøre en mer omfattende vurdering i mottak.

*Vi må tenke litt mer som somatikken, at det skal skje en vurdering i mottak. De fleste legges inn, og vurdering skjer etter innleggelse. Vi burde være i stand til å ta stilling til hva som skal skje videre med pasienten allerede i akuttmottaket. (St.Olav/Østmarka)*

Dette ble litt ulikt vurdert. Noen har en mottakspost allerede, mens andre vurderte at vurdering i mottakelsen ikke ville være en gunstig bruk av personellressurser. Flere prosjekter har et utrednings-/utviklingsarbeid i gang for å utvikle løsning for fremtidig mottaksfunksjon (St. Olav, Ahus).

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Tabell 4 gir en oversikt over hvor akuttmottak er lokalisert i dag, og der man er i en planleggings- eller byggefase, hvordan det nye akuttmottakets funksjonalitet planlegges:

Tabell 4 Oversikt over hvor nåværende og fremtidig lokalisering av akuttmottak

	Akuttmottak i dag	Fremtid
<b>Rønvik</b> Stoppet opp etter steg 1 i konseptfase	PHV pasienter går rett til akuttpost Akutt rus går til PHV eller til somatikk.	Ønsker akuttmottak med vurdering av videre forløp. Behov for rusakutt.
<b>St Olav</b> Østmarka/Øya Konseptfase	Pasientene mottas inne på akuttposten og det gjøres en vurdering etter innleggelse. Pasienter med intox går til somatisk akuttmottak.	Planlegges felles mottak for PHV og TSB. Vurdering skal gjøres i mottak. Vurderer etablering av observasjonssenger/lettpost. Mottaksprosjekt etablert.
<b>Tønsberg</b> Innflyttet 2019	PHV mottak har mottaks- og avklaringspost for psyk og akutt rus, hvor man kan ligge 1-2 dager Rusakuttmottak organisert inn i akuttpsykiatrisk sløyfe. Sender ruspasienter videre til avrusningspost	
<b>Kristiansand</b> Byggefase	Pasienter tas rett inn i akuttpost	Mottak for PHV
<b>Haugesund</b> Innflyttet sept 2021	Etablert fullintegrert akuttmottak for psykiatri, TSB og somatiske pasienter. Eget venterom for barn, skjermet venterom rus mm. Tverrfaglig kompetanse tilgjengelig i akuttmottaket. Felles skjermingsenhet soma/psyk tilrettelagt for full somatisk overvåking av utagerende/uroelig pas. Telemetriovervåking i avd. for akuttpsykiatri samt avrusingsenhet	
<b>AHUS</b> Forprosjektfase fra 2022	Ikke arbeid med akuttfunksjonen i starten av prosjektet Vurdert at det er behov for en bedre mottaksfunksjon i nytt bygg	Planlegger akuttmottak PHV i plan m hovedinngang. Én inngang, romslig, plass til ambulanse, politi, komme raskt til heis, opp til mottakssone på samme plan som sengepost. Legge til rette for effektiv bruk av personale.
<b>Kalnes</b> Innflyttet 2015	Psykiatrisk akuttmottak voksne (PAM) m 8 plasser, hvor pasienter kan ligge 1-2 dager. Pasienter vurderes av psykiater v inntak, og sendes etter kort tid til en annen seksjon enn inntaksseksjonen.	
<b>Drammen</b> Byggefase	Egen mottaksseksjon på Blakstad, 12 senger, 0-3 døgn liggetid. Gjør avklaring og vurdering, undersøkelse inkl somatisk status.	Planlegger felles mottak med somatikk i det nye sykehuset.

### 3.3 Tiltak for sammenheng i tjenestene

Som del av undersøkelsen ble det spurt om det er iverksatt tiltak for å bedre sammenheng i tjenester mellom somatikk, PHV og TSB. Et eksempel på et slikt tiltak er CL-team (consultation-liaison), en betegnelse på forpliktende samarbeid mellom fagpersoner innen ulike disipliner. Konsultasjonspsykiatri beskriver en PHV-fagpersons vurdering av en pasient på bakgrunn av tilkalling fra somatikken, oftest ut fra behov ift diagnostikk eller rådgivning, eventuelt å gi

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

behandling<sup>3</sup>. Slike tiltak kan være etablert både der psykisk helsevern er lokalisert i gangavstand, og der de er i kjøreavstand fra hverandre.

Undersøkelsen viser at foretakene har etablert tiltak for å sikre sammenheng i behandlingen til pasientene. Det som ble hyppigst nevnt var konsultasjonsordninger fra PHV og evt. TSB inn mot somatikk. Nedenfor oppsummeres ulike liaison- ordninger som ble beskrevet:

- Liaisonsteam PHV/senter for psykisk helse i somatikken, rettet inn mot somatikk (de fleste foretakene oppga at de har dette)
- Liaisonstjenester eller team fra TSB i rettet inn mot både somatikk og PHV
- Samarbeid om akutttilsyn liaison i somatisk akuttmottak i regi av psykiatrisk bakvakt
- Liaisonkonsultasjoner mellom BUP og barne- og ungdomsklinikk
- Poliklinikk for psykosomatikk og traumer, liaisonfunksjon som dekker flere lokasjoner i samme foretak.

Det er et inntrykk at dette i stor grad går fra psykisk helsevern eller TSB inn mot somatikk. Det påpekes fra de som er lokalisert i kjøreavstand fra somatikk at det kan være vanskelig å få personell fra somatiske enheter til å dra ut, så psykisk helsevern og ruspasienter må bringes til somatikken for konsultasjon, blodprøver mm.

Det ble pekt på at somatikken etterspør mer enn tilsyn fra psykisk helsevern. Det kan være snakk om samarbeid på ulike fagområder, bistand i forbindelse med utagering, og tilstedeværelse i akuttmottak.

*Somatikken vil for eksempel gjerne ha psykiatrisk kompetanse til stede inn i sine behandlingssystemer, for eksempel i fedmepoliklinikken, kreft og nevrologi. Og akuttmottaket vil gjerne ha psykiatrisk kompetanse tilgjengelig for å få hjelp til vurdering ved innleggelse. (Østmarka/St. Olav)*

Det kom også innspill om at det er ønskelig fra PHV å videreutvikle den psykiatriske tilsynsfunksjonen:

*Vi har psykiatrisk tilsynsfunksjon i dag, og ønsker å utvikle den videre. Vi ønsker tettere samarbeid om temaer som selvmordsforsøk, spiseforstyrrelser, geriatri, grenseflaten mot nevrologi. (Drammen)*

Evalueringen av Kalnes viste at sykehuset har utarbeidet prosedyrer for å sikre at pasienter får tilsyn av spesialister under oppholdet. Erfaringer som kom frem i evalueringen var at liaisonstjenesten bidrar til samhandling begge veier, blant annet når det er behov for psykiatrisk avklaring ved selvpåførte forgiftninger eller selvmordsforsøk. Det ble også oppgitt at det gikk raskere å få tilsyn på Kalnes enn i det gamle sykehuset<sup>4</sup>.

### 3.4 Vurderinger ved valg av lokalisering

Intervjuene viste at hovedbegrunnelsen for valg av lokalisering av bygg for psykisk helsevern var nærhet til somatisk helsetjeneste. Alle prosjektene i undersøkelsen oppga nærhet til

---

1. <sup>3</sup> Legeforeningen.no: Diseth, T (2019): «Konsultasjon Liaison» - psykiatri; BUP i somatisk medisin

<sup>4</sup> Evaluering av Kalnes kap 7.5.1.1.

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

somatiske spesialisthelsetjenester som viktig i forbindelse med valg av lokalisering og tomt, selv om løsningene for prosjektene ivaretok slik nærhet i noe ulik grad.

Ingen av de inkluderte prosjektene oppga nærhet til grøntområder eller tilgang til natur som den viktigste grunnen til valgt lokalisering. Det å kunne tilby gode uteområder ble likevel oppgitt som svært vesentlig, og et tema som man hadde brukt mye tid på å diskutere og arbeide for å få best mulig løsning på, gitt tomtens muligheter og begrensninger. Uteområder omtales videre i kapittel 5.

De delte alternativene var utformet ut fra en vurdering av hvilke pasienter som ut fra en faglig vurdering antas å ha størst behov for nærhet til somatikk, og hvilke pasienter som vurderes å ha mindre behov for dette. Det ble sagt at noen pasienter ville ha større nytte av en beliggenhet med god tilgang til uteområder.

Det var flere ulike forhold som ble løftet frem som grunnlag for valg av beliggenhet i forhold til annen spesialisthelsetjeneste:

### **Bedre kvalitet i tilbudet til pasientene ved bedre sammenheng i tjenestetilbudet**

Begrunnelsen for å velge beliggenhet nært somatikk ble knyttet til mulighetene til å få et mer sammenhengende pasientforløp og bedre samarbeid mellom psykisk helsevern/TSB og somatikk. Dette var gjennomgående hos flere intervjupersoner.

*Vi ønsket å få et bedre helsetilbud, også innen somatikk, ved å samlokalisere tjenestene. Det ble en forutsetning at alt skulle være samlokalisert. Det var et sterkt ønske om ett felles bygg. (Kalnes)*

*Vi ville legge til rette for bedre sammenheng i tjenestetilbudet ved å samlokalisere psykisk helsevern og somatikk. Vi får ingen integrerte løsninger, men alt er i gangavstand fra hverandre. (Ahus)*

En motivasjon som ble trukket frem var tidligere erfaringer med at samsykelighet ikke ble godt nok tatt tak i. Det ble beskrevet uheldige hendelser hvor pasienter ikke hadde fått god nok behandling, og hvor manglende sammenheng i tilbudet ble sett som del av forklaringen på dette.

*Mange pasienter ble innlagt med samsykelighet. Vi hadde avvik og alvorlige hendelser på inneliggende pasienter pga. uoppdaget somatisk sykdom. Ved overføringer av pasienter kunne det være vanskelig å få et godt behandlingstilbud og god sammenheng. Vi så i praksis hvor galt det kunne gå hvis man ikke samhandlet. (Drammen)*

Del av problemet med manglende sammenheng ble beskrevet som manglende somatisk fokus i psykisk helsevern. Et eksempel kunne være at når pasienten kommer inn med en psykiatrisk diagnose på papiret, er det lett å behandle pasienten for tilbakefall til en psykiatrisk lidelse, med fare for å ikke gjøre en fullgod somatisk utredning. Samlokalisering ble beskrevet som tilrettelegging for å styrke oppmerksomhet mot somatisk helse i psykisk helsevern.

Videre ble det fremhevet at det er ønskelig med bedre kunnskap om psykisk helsevern i somatikk, og omvendt. Det ble gitt eksempler på at somatikken kan mangle kunnskap om hvor lite somatisk et psykiatrisk sykehus er – for eksempel at en pasient kan overflyttes med behandlingstiltak som ikke er egnet i psykisk helsevern, slik som pågående intravenøs

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

behandling. Videre kan pågående somatisk utredning medføre at pasienten flyttes frem og tilbake mellom somatikk og psykisk helsevern. Fysisk avstand ble beskrevet som et bidrag til at man har dårlig kjennskap til hverandre (Østmarka/St. Olav, Rønvik).

### Pasientgrupper og nærhetsbehov

Intervjupersonene ble bedt om å belyse hvilke pasientgrupper eller i hvilke situasjoner behovet for geografisk nærhet til somatikk er størst. Det er godt dokumentert at forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen ellers. I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i gruppen, kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer<sup>5</sup>.

Disse pasientgruppene og -situasjonene ble løftet frem:

#### Akuttpatienter/-enheter

- Fremheves av alle som en av de enhetene/pasientsituasjonene som har størst nytte av geografisk nærhet til somatikk, pga. at pasientene som kommer inn akutt kan ha behov for samtidig vurdering av uavklarte tilstander.
- Urolige/utagerende pasienter som er i behov av somatisk overvåking, for eksempel delirpasienter
- I akutfase kan det være behov for tilleggsbehandling fra somatikk, og behov for prøvetaking mm.
- Enheter som er lokalisert i kjøreavstand fra somatikken beskriver hyppig transport til og fra i forbindelse med utredning, for å få tatt nødvendige prøver mm.

*Det er en ulempe med avstand til somatikk, særlig i akutfase, knyttet til behov for prøvetaking, bilder og ulike typer avklaringer. Det blir mye kjøring frem og tilbake.  
(St. Olav/Østmarka)*

#### Alderspsykiatri

- Alderspsykiatri blir også vurdert å ha stor nytte av nærhet til somatikk. Antall kroniske sykdommer øker med alder. Det er mye somatisk komorbiditet og samtidig utredningsbehov. Pasientene har relativt hyppig behov for somatisk konsultasjon, prøver mm. Noen pasienter på alderspsykiatri er hyppige brukere av ECT-behandling.

*Alder kunne godt vært nært somatikken. De har endret seg mye, det er mye differensialdiagnostikk. Våre leger må ha mye somatisk kompetanse. (Rønvik)*

*For den alderspsykiatriske pasientpopulasjonen er det store fordeler med lokaliseringen. Ny post med egen sansehage og umiddelbar nærhet til alderspsykiatrisk poliklinikk, ECT-poliklinikk og geriatrisk sengepost og poliklinikk. For denne gruppen er det mange fordeler både med utforming og lokaliseringen. (Tønsberg)*

- Noen HF ser nytte av å samlokalisere alderspsykiatri med geriatrisk post, eller med nevrologi
- Haugesund har gått enda lengre og slått sammen alderspsykiatri og geriatri og opprettet Avdeling for eldremedisin.

---

<sup>5</sup> Helsedirektoratet.no: Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer (2018)

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

### Spiseforstyrrelser

- Pasienter med spiseforstyrrelser bli nevnt som en gruppe som har stor nytte av nærhet til somatikk. De kan også ha nytte av faglig samarbeid inn mot BUP.
- Vurdering av komorbiditet, samhandlingsbehov

### ECT-behandling

- Fremheves som en tjeneste som har nytte av nærhet til somatikk. Tjenesten er relativt hyppig brukt, særlig av pasienter i alderspsykiatri. Behov for observasjon og tilgang på anestesi. Noen har det lokalisert i somatikken og noen i PHV.

*ECT skal inn i PHV-bygget. I dag er det i et rom i akutt/hjertesenteret, med tilgang på anestesi og infrastruktur. Det gjøres før operasjonene, 8-10 om morgenen. Vi vil få det inn i senteret, få inn anestesipersonell, få bedre flyt og utvidet kapasitet, for eksempel i retning av affektive lidelser som eksempelvis resistent depresjon o.l. (St. Olav)*

### Pasienter med langvarig alvorlig psykoselidelse

- Pasienter i denne gruppen kan ha dårlig almenntilstand og trenge spesiell oppfølging av somatiske helseproblemer

### Rus/TSB

- Det fremheves at deler av TSB-feltet har mye somatikk og kan ha stor nytte av nærhet til somatisk helsetjeneste. Rusakutt fremheves spesielt.
- Det fremheves at mennesker med store rusproblemer også kan ha andre somatiske helseproblemer som er underbehandlet

*Rus- og PHV-pasienter trenger tverrfaglig vurdering. Rus er en egen spesialitet, men pasientene har ofte flere lidelser. Målet er å få en mer samlet vurdering i mottak, for å gi et mer helhetlig tilbud. Vi tenker på å få noen observasjons-/subakuttrom i senteret for å utnytte kapasitet. En ulempe med å flytte til Øya er jo at de trekkes bort fra miljøet. I dag er akutt tett opptil andre poster i PHV. (St.Olav)*

### Noen pasientgrupper ble beskrevet som å ha mindre behov for geografisk nærhet til somatikk:

- DPS/allmennpsykiatriske pasienter
- Elektivt innlagte pasienter
- Rus langtidsbehandling/rehabilitering
- Pasienter i lokal sikkerhetsavdeling (LSA)

Hvilke pasientgrupper som vurderes å ha størst nytte av geografisk nærhet til somatikk er spesielt tydelig i utformingen av de to delte alternativene, som i stor grad har lokalisert enhetene i tråd med de vurderingene vi også ser i denne undersøkelsen.

*«Vi har sett både på samhandling og behov for samtidige tjenester, og har tatt et aktivt valg knyttet til:*

- *Alderspsykiatri – det er mye somatisk komorbiditet og samtidig utredningsbehov*

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

- *Vi har valgt å fortsette å ha akutte sengeposter der hvor de er, fordi en del av pasientene har behov for somatisk behandling, og fordi en del pasienter kommer ved overføring etter behandling i somatikken*
- *Spiseforstyrrelser – poliklinikk og dagbehandling skal inn i nytt bygg – det er også etter vurdering av komorbiditet og samhandlingsbehov*
- *ECT-poliklinikk er plassert her pga. observasjon og behov for anestesi*

*Tilsvarende vurdering gjort for langtid og sikkerhet, hvor konklusjonen var at viktigheten av samlokalisering med somatikk var mindre». (Tønsberg)*

De delte alternativene viser at man ønsker å plassere nært somatikk de pasientgruppene de mener har størst nytte av en slik lokalisering.

## Samle psykisk helsevern

For flere av prosjektene innebar et nytt sykehus at man ville få mulighet til å samle psykisk helsevern på en eller to lokasjoner, fra tidligere å ha vært spredt på flere ulike steder i kjøreavstand til hverandre. Det ble løftet frem som en viktig dimensjon for flere prosjekter at psykisk helsevern kunne få til et bedre og tettere faglig samarbeid. Både Drammen, Ahus og St. Olav får nå et mer samlet tilbud.

*Det har aldri vært planlagt at hele psykisk helsevern skulle legges til Øya. Psykisk helsevern har vært lokalisert mange ulike steder. Nå skal de i hovedsak samles to steder: Ved senteret på Øya og på Østmarka. (St. Olav)*

Det understrekes samtidig når det gjelder St. Olav/ Østmarka at psykisk helsevern fortsatt vil være delt, og at de som flytter fra Østmarka til Øya mister fordelene med nærhet til andre enheter i psykisk helsevern. Dette beskrives som en ulempe.

Det ble også fremhevet at samlokalisering knyttes til muligheten til å bistå hverandre i ulike situasjoner, og at dette har et sikkerhetsaspekt:

*For BUPA sin del – de var i en mer sårbar situasjon før, for de var i eget bygg. Det var en sikkerhetsmessig utfordring når de sto i en situasjon hvor de trengte bistand. For dem en stor fordel å være samlokalisert, de kan spille på andre mht personell, og for ivaretagelse av sikkerhet. (Tønsberg)*

Ved å inngå i et samlet miljø understrekes muligheten til å kunne komme til unnsetning på tvers av enheter.

## Nærhet til universitetet

Noen av prosjektene nevnte nærhet til universitetet som en av styrkene ved den valgte lokaliseringen. Her skiller St. Olav seg ut ved å ha en integrert løsning med NTNU som del av løsningen. Dette er etablert for somatikk, og vil også gjennomføres i Senter for psykisk helse på Øya. Det er en erfaring at det er vanskelig å få universitetet ut til enheter plassert utenfor hovedsykehuset.



### Normalisering og avstigmatisering

Chalmersrapporten peker på at flere av sykehusene de har vært i kontakt med understreker ambisjonen om å styrke psykiatriens status. Dette skal dels skje gjennom samlokalisering med somatiske helsetjenester, og dels gjennom det de beskriver som «estetisk normalisering»<sup>6</sup>.

I de prosjektene som omfattes av denne studien ser vi noe av det samme. Avstigmatisering, normalisering og av-institusjonalisering er begreper som løftes frem som begrunnelser for lokalisering av psykisk helsevern nært somatikk, og for hvordan byggene utformes. Samlokalisering karakteriseres av flere som et bidrag til avstigmatisering og alminneliggjøring av psykisk sykdom.

På Østmarka ligger avdelingen i et parkområde med turstier, som benyttes av folk i nærområdet. Avdelingen ser ikke noe problem med dette:

*Det er ønskelig å normalisere det å være psykisk syk. (St. Olav/Østmarka)*

Man ønsker også å bryte med negative assosiasjoner til «institusjonspreg», og tilby fine bygg og en «arkitektur som bidrar til åpenhet» (Kristiansand). Sammen med integrering av tjenester på tvers karakteriseres dette som et bidrag til avstigmatisering.

*Lokalisering på samme område er et bidrag til å bryte stigma. Vi får et flott og inviterende bygg, og det i seg selv vil være anti-stigmatiserende. En bygningsmasse som er vakker spiller en rolle. Vi vil oppgradere synet på psykisk helsevern ved å tilby et flott bygg. (...) Normalisering er ønsket – minst mulig institusjonspreg, senke terskelen mellom inne og ute, få inn recoverytenkning, og bygget og omgivelsene skal hjelpe til med det. (Kristiansand)*

### 3.5 Organisasjonsutvikling for å utvikle samarbeid

I intervjuene påpekes det at det ikke er tilstrekkelig med samlokalisering for å oppnå det man ønsker om et tettere samarbeid og mer sømløse tjenester for pasienter som trenger behandling på tvers av somatikk og PHV/TSB. Det understrekes av flere at det er viktig og nødvendig å arbeide med nye samarbeidsformer for å oppnå bedre sammenheng i behandling. Flere av prosjektene har igangsatt omfattende OU-prosjekter for å oppnå dette.

*Lokalisering er i seg selv bare geografi – det blir ikke bedre somatiske tjenester av at du kutter avstand fra 5 km til 500 meter – det handler om hvordan man jobber. (...) Flytter du gammel organisasjon inn i nytt bygg får du ikke noen merverdi av det. Du får nye vegger, men nissen følger med på lasset. (Ahus)*

I Haugesund har akuttmottaket til psykisk helsevern ligget vegg i vegg med somatisk akuttmottak siden 1987. På tross av dette har man sett forbedringsområder i pasientforløpene. Derfor har de nå valgt å lage et helintegrert akuttmottak, i et bygg som ligger mellom somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det pekes på at samarbeidet ikke kommer av seg selv:

*Endre kultur er det vanskeligste. Fasilitetene er etablert. Det krever målrettet ledelsesarbeid å få det til å svinge. (Haugesund)*

---

<sup>6</sup> Chalmers konseptprogram s. 78.



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Dette understrekes også i intervjuet med Drammen:

*Løsningen legger til rette for tettere samarbeid og mer sammenhengende pasientforløp, men et bedre resultat er avhengig av at man finner ut hvordan man skal samarbeide.*  
(Drammen)

I Tønsberg har man erfaring med valgt løsning siden innflyttingen i 2019, da psykiatribygget på samme tomt som somatikkbygget ble tatt i bruk. Deres erfaring med valgt løsning understreker betydningen av å arbeide med å få til sammenhengende tjenester:

*Samarbeid går smidig begge veier, men det er fortsatt potensiale til å integrere psykisk helsevern og somatisk helsetjeneste bedre. Dette understrekes av at de har et eget bygg, eget akuttmottak og videreføring av egne strukturer. Men samarbeidet går smidig, og mye er prosedyrefestet og har en systematikk rundt seg.* (Tønsberg)

AHUS, Kalnes og St. Olav har hatt eller har omfattende OU-prosjekter, og understreker betydningen av dette for å nå de målene de har satt seg for en mer sammenhengende tjeneste. Kalnes åpnet det nye sykehuset i 2015, og har noen års erfaring med samlokaliserte tjenester. I intervjuet ble det pekt på at samarbeidet utvikles over tid, og at en erfaring er at den fysiske nærheten mellom somatikk og PHV legger bedre til rette for å utvikle relasjoner enn de erfarer med enheter som er lokalisert i kjøreavstand.

## 4. Uteområder

Undersøkelsen omfattet også spørsmål om hva slags uteområder foretaket hadde etablert eller planlagt for nytt sykehusbygg for PHV/TSB. Uteområder er i denne sammenheng primært beskrevet som verktøy i behandlingsprosesser. Det er faglig grunnlag for å si at uteområdenes kvaliteter kan utgjøre en forskjell i utforming av behandlingen. Dette er blant annet dokumentert i Chalmers' rapport om bygg for psykisk helse, som er nevnt tidligere.

Kvalitetene ved uteområder kan blant annet være knyttet opplevelse av vær- og årstidsvariasjoner, muligheter for aktivitet og bevegelse, rom for samtaler og sosial kontakt, mulighet for frisk luft og frihetsfølelse, og eksponering og hverdagslivstrening. For pasienter underlagt tvang, og som har begrenset bevegelsesfrihet pga. sykdomsbilde, og spesielt med sykehusopphold over tid, kan variasjonen mellom inne og uteområde gi en større opplevelse av normalitet.

I gjennomgangen av prosjektenes og foretakenes etablerte eller planlagte uteromsløsninger har vi brukt tre kategorier:

- A. Atrier, balkonger, terrasser, takhager o.l.
- B. Nærområder i tilknytning til bygg – inngjerdet eller åpne
- C. Friluftsområder, park eller turområder åpne for generell ferdsel

### 4.1 Løsninger for uteområder

Løsninger som er valgt for uteområder ble knyttet til vurderinger av behov hos ulike pasientgrupper i ulike faser av et behandlingsforløp. Det ble påpekt at alle pasienter i alle faser av et forløp kan ha behov for å kunne gå ut, men at behovene vil være ulike. Tabell 5 oppsummerer de løsningene som de inkluderte prosjektene har etablert, planlagt eller har tilgang til:

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

Tabell 5 Løsninger for uteområder

	Bygg og uteløsninger	Atrier, terrasser takhager	Nærområder	Frie turområder
<b>Rønvik</b> Stoppet opp etter steg 1 i konseptfase	Ikke kjent hvordan fremtidig bygg blir	Luftgård v eksisterende bygg, utgang m tilsyn Planlegger atrier i fremtidig bygg	Åpne grøntområder rundt bygg	Stor fredet park nært byggene Turområder
<b>St Olav</b> Østmarka/Øya Konseptfase	3 og 4 et. bygg (planlagt på Øya) 1 og 2 etg bygg på Østmarka	Planlegger atrier og takhager på Øya Har atrier i akuttbygget på Østmarka	Bebygd område, bystruktur	Turområde på Østmarka Turstier på Øya
<b>Tønsberg</b> Innflyttet 2019	3 etg bygg (døgnplasser)	Atrium, 410 m <sup>2</sup> Skjermede balkonger ut fra skjermingsrom Takhage 660 m <sup>2</sup> , sansehage	Inngjerdet terapihage inndelt i tre soner - to lukkede avdelingshager med direkte tilgang fra avdelingene og én stor fellehage. Ellers bebygd område, bystruktur	Gangavstand til grøntområder. 2-3 km til Slottsfjellet
<b>Kristiansand</b> Byggefase	1 og 2 etg bygg	Atrier, 4 stk. Skjermede atrier for skjermingsplasser	Åpne grøntområder rundt bygg	Turstier i Baneheia
<b>Haugesund</b> Innflyttet sept 2021	2 og 3 etg bygg	3 atrier, 1 eget for skjermingsenhet Takhager	Bebygd område, bystruktur	Turområde Nært urbane områder Sykkel- og gangsti med grøntområder rundt avdelingen.
<b>AHUS</b> Forprosjektfase fra 2022	2 og 3 etg bygg	Atrier, 200 m <sup>2</sup> Takhager	Åpne grøntområder rundt bygg	Grøntområder rundt byggene Tilgang på turområder
<b>Kalnes</b> Innflyttet 2015	4 etg bygg	To atrier Takhage Luftbalkonger	Åpne områder rundt deler av bygg	Turområder i nærheten Ikke nært urbane områder
<b>Drammen</b> Byggefase	3 etg bygg	Atrier, 400 m <sup>2</sup> pr bygg	Åpne grøntområder rundt bygg	Turområder Gangsti inn til sentrum

Byggene som omfattes av denne undersøkelsen (dvs. de byggene som rommer døgnplasser) har fra en til fire etasjer. Alle prosjektene planlegger eller bygger bygg rundt åpne atrier av varierende størrelse, bortsett fra Rønvik, som foreløpig ikke har konkretisert fremtidig løsning for bygg for psykisk helsevern. Atriene er av ulik størrelse, og de store er gjerne inndelt i ulike soner for ulike aktiviteter. Det planlegges beplantning og tilretteleggelse av aktivitet. Flere prosjekt har ulike løsninger for takhager, og noen har luftbalkonger. To av prosjektene har også skjermede uterom eller balkonger for pasienter på skjerming.

Flere prosjekter har også nærområder med ulike kvaliteter, slik som plener og grøntarealer. De fleste av disse er åpne for alminnelig ferdsel. Tønsberg har etablert en skjermet «terapihage» inndelt i én stor fellehage og to lukkede avdelingshager med direkte tilgang fra avdelingene.

Når det gjelder mer perifere områder har alle tilgang på turområder o.l., som i noen tilfeller er tilgjengelig til fots, og i andre tilfeller ligger lengre unna og er tilgjengelig med buss eller bil.

## 4.2 Vurderinger ved utforming av uteområder

Prosjektene hadde hatt omfattende diskusjoner om hvordan de skulle få best mulige uteområder som ivaretok ulike pasientgruppers behov innenfor prosjektets rammer. Flere av prosjektene oppgir at det har vært mye diskusjon om uteromsløsninger og om hvilke pasienter som har hvilke behov. Det pekes på at det viktigste skillet går mellom pasienter som fritt kan bruke uteområdene, og de som er innlagt på tvang og har restriksjoner på å kunne gå fritt ut. Pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern har ikke nødvendigvis fri utgang til å bevege seg utenfor bygget, men de har krav på tilgang til frisk luft og dagslys. Videre pekte flere av intervjupersonene på at pasienter som er innlagt i kort tid er mindre avhengig av utearealer enn pasienter som er innlagt i flere måneder, selv om pasienter i alle faser at et forløp skal ha mulighet til å kunne gå ut.

St.Olavs oppga å ha definert noen krav til ulike typer uteområder for Senter for psykisk helse som bygges på Øya: Det må etableres muligheter for pasienter på skjerming til å gå ut, og barn og unge må ha plass til å være aktive, skjermet fra voksenpsykiatri og innsyn. Videre må det være uteområder knyttet til første plan.

Forhold som andre pekte på var det å unngå at for mange pasienter oppholdt seg på samme sted, og å legge til rette for å kunne trekke seg unna, være for seg selv. Det ble også påpekt at uteromsløsningene må utformes slik at man unngår innkasting av narkotika og ulike gjenstander mm. I intervjuene påpekes det at det er viktig å ha varierte muligheter for pasienter i mange ulike situasjoner og behov.

Det som ble fremhevet som en slags gullstandard for løsning av kombinasjonen bygg og uterom, var lave bygg med enkel og direkte utgang for flest mulig av pasientene på døgnopphold. Dette syntes å være en slags referanseramme for de fleste prosjektene når de snakket om utforming av uterom.

På grunn av begrensninger i tomtestørrelse, prosjektenes økonomiske rammer mm ble det funnet ulike utforminger som i størst mulig grad kunne oppfylle de ønskede kravene til løsninger. Det var likevel unntaksvis at byggene i utvalget er utformet med én etasje (Kristiansand og St. Olav/akuttbygg Østmarka).

Ved St. Olav vil flere enheter flytte fra Østmarka når Senter for psykisk helse åpner. Flyttingen fra Østmarka til Øya beskrives som en overgang fra et landlig område til en bystruktur:

*Hovedtomta er på dagens parkeringsplass ved nevrosenteret. Den er ikke stor, så det må bygges i høyden. Det gir litt ulike muligheter for uterom. Vi har ikke planlagt ferdig. Vi har tenkt takhage med ulik terrassering som vender bort fra sykehusstrukturene og i retning av boligene bortenfor. Vi ser også på muligheter for balkonger og inntrukkede etasjer. (St. Olav).*

Også Tønsberg, Kalnes og Ahus beskriver en lignende situasjon, hvor det er/var nødvendig å bygge i høyden, og hvor det arbeides med å få fleksible uteromsløsninger og direkte utgang for flest mulig.

*Vi hadde en begrenset tomt med jernbanelinje på utsiden. Fotavtrykket var nokså gitt. Det var ønskelig å ha alle døgnposter på bakkeplan med direkte utgang, men det var ikke mulig, det var for liten plass. (Tønsberg)*

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

*Vi ønsket psykiatriske seksjoner på bakkenivå, et enetasjes bygg. Første utkast til løsning for bygget ble for dyrt og hadde for stort fotavtrykk. (Kalnes)*

*Vi må bygge i flere etasjer. Vi tror vi fikk det til bra for de som er i 1. etg som kan gå rett ut. Det er også blitt bra med utgang til atriumshage inne. Men det blir jo andre løsninger for de som er i andre etasje og må bruke takhager. Det ser bra ut på tegningene, men vi vet jo ikke hvordan det blir i praksis. (Ahus)*

Det ble arbeidet med å finne varierte og gode løsninger for å kunne gå ut uten restriksjoner. Både atrier, terrasser, balkonger og takhager er inkludert i ulik utforming i prosjektene. Dette ble beskrevet som løsninger som kan brukes på ulike måter også på begrenset areal. Atrier ble beskrevet som gode løsninger av flere årsaker: Det gir mulighet for enkel og direkte utgang for pasienter, også uten tilsyn, og de kan forhindre innsyn fra omverden. Ettersom atriene omsluttet av bygg kan det også være en beskyttelse mot innkasting av gjenstander, stoff o.l.

*Atriehager ble sett som perfekt – det gir et skjermet uteområde. To av døgnetene vil få direkte utgang ut til dem. Sengeområdene blir ganske store, og mange pasienter har direkte utgang. (Ahus)*

Imidlertid ble det løftet frem at atrier omgitt av fleretasjes bygg måtte planlegges godt mht. hvem som kunne se inn. Haugesund pekte på at de tidligere hadde hatt et atrium for akuttpsykiatri, som man kunne se fra kantina. Dette ble ikke vurdert som en god løsning. Samtidig er dette også et element i normaliseringsdiskusjonen mht. psykiske lidelser.

For pasienter som er innlagt over tid ble det pekt på behov for aktivitet og større grad av variasjon enn det som kan tilbys på begrensede tomteområder. Haugesund oppga at de har fått en løsning hvor uteområdene rundt bygget gir begrensede utemuligheter. De har imidlertid hatt et langvarig omstillingsarbeid for å sørge for at langtidspasienter skal få tilbud på DPS, og at spesialistfunksjoner ivaretas i Haugesund. Dermed vil pasienter på lengre opphold ikke være i bygget i Haugesund, hvor uteområdene beskrives som relativt begrenset.

Noen av prosjektene påpekte at det ikke bare er grøntområder som er viktige for pasienter under rehabilitering:

*De fleste pasientene bor i bynære strøk. Når pasientene går ut, vil de gå i butikken. Det er en verdi i det urbane. (St. Olav/Østmarka)*

Flere av prosjektene påpekte at det urbane er viktig i rehabiliteringssammenheng, blant annet fordi det er det pasientene skal tilbake til. Det ble påpekt at dette ikke får like stort fokus i diskusjonene om tilrettelegging for rehabilitering som tilgang til grøntområder.

## 5. Avrundning

Hensikten med denne undersøkelsen har vært å beskrive utforming av løsninger og vurderinger som ligger til grunn for lokalisering av bygg for psykisk helsevern og utforming av uteområder. Gjennomgangen av prosjektene og intervjuer med informanter viser at prosjektene har hatt forskjellige rammebetingelser og har gjort ulike valg. Flere ulike forhold har vært viktige i vurderingene. Det omfatter blant annet hva som bør ligge i nærheten av hverandre for å få til god flyt og sammenhengende tjenester, tomtens kvaliteter og tilgjengelighet, vurderinger av hva som karakteriserer gode bygg og områder for pasienter i ulike situasjoner, samt ulike økonomiske rammer.

Intervjuene viser at prosjektene vurderer at de får til gode løsninger med noen begrensninger. Informantene gir i hovedsak uttrykk for at de er fornøyde med de løsningene de har fått til, og som nå er under realisering. Noen peker også på svakheter ved løsningene, det som ikke ble optimalt – f.eks. bygg som må bygges høyere enn man ønsker, uteområder som er litt for begrenset, eller løsninger som gir for mye innsyn. Alle løsningene krever kompenserende tiltak – ingen får til alt. Det er heller ikke mulig å finne én løsning som kan oppfylle alle ulike ønsker. Slik sett er dette en studie av det muliges kunst. Det gjenstår å se hvordan det vil fungere i praksis.

## 6. Vedlegg

### 6.1 Vedlegg 1: Innsikt fra Chalmers-rapporten

I 2018 utarbeidet Centrum för vårdens arkitektur (CVA) ved Chalmers tekniske høgskole i Gøteborg i samarbeid med Program för Teknisk Standard (PTS) et konseptprogram om lokaler for psykiatri<sup>7</sup>. Målet med dette arbeidet var å styrke planleggingen av slike bygg, ved å sammenstille relevant kunnskap basert på forskning, gode eksempler (best practice) og erfaringer fra pasienter, personell og personer som har arbeidet med å planlegge og bygge psykiatribygg. Rapporten bygger på internasjonal forskning og kunnskap innhentet om psykiatriske sykehus primært i Sverige, Danmark og Norge.

Rapporten er i hovedsak innrettet mot å beskrive løsninger for bygg og utforming av ulike typer rom. Vurdering av tomt, utemuligheter og nærhet til somatikk er ikke hovedfokus i rapporten, men det er gitt korte beskrivelser av avveininger knyttet til lokalisering og i noen tilfeller også uteområder som er relevant i denne sammenheng.

I det følgende skal vi kort kommentere åtte av de ni sykehusene som er inkludert i Chalmers' rapport. Det niende sykehuset er Kalnes, som allerede er med i vårt undersøkelsesmateriale. Derfor nevnes det ikke videre i dette kapittelet.

Det er fire svenske og fire danske sykehus med i gjennomgangen til Chalmers:

Sverige:	Danmark:
Östra sjukhuset, Gøteborg	Psykiatrisk center Nordsjælland, Helsingør
Brinkåsen, Vänersborg	Aabenraa psykiatri
Vuxenpsykiatrin, Lund	Psykiatrisygehuset i Slagelse
Psykiatrins hus, Uppsala	Vejle psykiatri

**Östra sjukhuset, Gøteborg (120 døgnplasser)** – Fremhever at en hensikt med utformingen av klinikken var å skape et miljø som bidrar til å motvirke stigma. Peker på at uteområdene (inngjerdet) er svært viktige, og at noen pasienter har fri utgang, mens andre må planlegge på tid. Hagene er utformet slik at personalet må gå ut sammen med pasientene, pga at det er skjermtak og espalier som det er mulig å klatre på.

**Brinkåsen, Vänersborg (84 døgnplasser)** – bygg for sikkerhetspsykiatri, som i tillegg har to psykoseposter. Ambisjonen for prosjektet var å bryte med gamle mønstre og unngå «det institusjonslike». Dette gjøres ved å etterligne samfunnet utenfor gjennom å inneholde bosted, fritid og arbeid. Avdelingene ligger på bakkeplan og har fri tilgang på atrier og parkområder. Naturnær beliggenhet atskilt fra annen bebyggelse gjør at store utemiljøer er tilgjengelige for pasientene.

**Vuxenpsykiatrin Lund (101 døgnplasser)** – Lokalisering valgt bl.a. pga ønske om å komme nærmere somatikken enn tidligere – lokalisert ca 1 km unna. Tomten beskrives som begrenset.

<sup>7</sup> [Konseptprogram Lokaler för psykiatri | Chalmers](#)

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

**Psykiatris hus, Uppsala** (99 døgnplasser) – Ambisjon om å samle all spesialistpsykiatri i ett hus og skape en nær kobling til somatikken. Tomtestørrelse og planbestemmelser var sterkt begrensende på bygningens utforming. Generelle lokaler, samspill mellom naboer og avstigmatisering av psykiatrien var viktige aspekter i prosjektet. Utgang for inneliggende pasienter kan bare skje på innglassede balkonger med personalets tillatelse eller på en takterrasse som krever følge av personalet.

**Psykiatrisk center Nordsjælland, Helsingør** (48 døgnplasser) – Ambisjon om å unngå assosiasjon til sykehus og å fokusere på det friske. Aktivitetsarealer er det første man kommer til når man kommer inn. Også sentralt å dra naturen inn: Mye glass og bruk av grønne atriumshager. Avdelingene er åpne så pasientene kan gå fritt ut. Lokaliseringen ble valgt fordi tomten var fin, nær natur og vann og det somatiske sykehuset i Helsingør. Dette er senere nedlagt. Beliggenhet langt unna andre deler av helsetjenesten, og for lite for effektiv drift.

**Aabenraa psykiatri** (111 døgnplasser) – Bygget som en forlengelse av det somatiske sykehuset. Samarbeid mellom somatikk og psykiatri var en viktig ambisjon. Felles akuttmottak mellom somatikk og psykiatri, som har tre psykiatriske akuttsenger hvor en pasient kan ligge i 48 timer, før de legges inn på døgnpost eller, som de fleste, skrives ut. Hagene er fritt tilgjengelig for pasientene.

**Psykiatrisygehuset i Slagelse** (194 døgnplasser) – Det største psykiatriske bygget i moderne tid i Danmark. Det er bygget ut fra ambisjoner om helende arkitektur, transparens og resiliens med tanke på fremtidige forandringer. Sykehuset er lokalisert i tilknytning til det somatiske sykehuset i Slagelse. Den integrerte parken skaper tilgjengelige uteområder, og lukkede indre hager utgjør en del av sikkerhetstenkningen. Fokus på transparens finnes igjen i det fysiske miljøets mange åpninger mot natur, og også i fravær av tydelige barrierer mellom pasientens og personalets områder. Poliklinikkens nøytrale samtalerom ligger i et åpent kontorbygg med arbeidsplasser i landskap på samme plan.

**Vejle psykiatri** (99 døgnplasser) - Det nye psykiatrihuset i Vejle samler områdets avdelinger for psykiatri, som tidligere var delt mellom to steder. Sykehusområdet ligger i utkanten av byen, med egen jernbanestasjon. Beliggenhet 500 m unna somatikken. Pasientene har fri utgang til to inngjerdede hager.

Rapporten beskriver noen temaer på tvers av sykehusbesøkene når det gjelder hva miljøene løfter frem som viktig i forbindelse med utforming av psykiatriske sykehus og lokaliseringen av dem:

- Skape et godt miljø for tilfriskning
- Bidra til å styrke psykiatriens status
- Bidra til attraktive arbeidsplasser
- Styrke sammenhengen i behandlingen
- Fremtidsrettet funksjonalitet

To dilemmaer de peker på av relevans for denne rapportens tema:

### **Natur eller somatikk?**

Et dilemma som ofte oppstår ved ønsket om samlokalisering med somatikken er sykehusomtenes begrensninger. Det er ikke alle sykehus som ligger naturnært med plass til å bygge psykiatriske avdelinger med bakkekontakt. Chalmers gjennomgang peker på flere



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

eksempler hvor man har valgt å bygge somatikknært fremfor å sørge for å ha mulighet til å bygge psykiatribygg på bakkeplan. Og selv med «riktig» tomtealternativ er det et spørsmål hvordan utemiljøet på en sikker måte skal innpasses i byggeprosjektet.

*.... Argument för samverkan mellan somatisk och psykiatrisk vård handlar framförallt om patient- och personaltransporter samt informationsutbyte. Patienter som vårdas inom psykiatrisk heldygnsvård har ofta även somatiska problem, ibland till följd av den psykiska sjukdomen. ECT-behandling kräver också somatisk anestesipersonal och psykiatrisk kompetens kan behövas även för somatiska patienter. .... (ibid. s. 79)*

### Sykehusmiljø eller tilfriskningsmiljø?

Tradisjonell tenkning rundt utforming av lokaler for psykiatrisk behandling har vært særlig oppmerksom på ivaretagelse av sikkerhet. I løpet av de siste 10-15 år har man i stadig større grad sett det fysiske miljøet som et verktøy for å støtte pasienters tilfriskning. Vanlige utformingsløsninger omfatter for eksempel visuell kontakt med og tilgang til natur, estetikk som er «hjemlig» heller enn institusjonslik, god akustikk, samt en utforming som støtter sosial interaksjon og pasienters opplevelse av kontroll.

Noen av byggene som er samlokalisert med somatiske sykehus beskriver at samlokaliseringen gjør at det må stilles strengere krav til hygiene. Dette gjør at «hjemlignende» omgivelser blir vanskeligere, det stiller særlige krav til materialbruk og muligheter for renhold, og omgivelsene kan oppleves som tekniske og instrumentelle.

*En konsekvens som blir tydelig i framförallt i Uppsala och Kalnes är inverkan av strikt tolkade hygienkrav för sjukhusvård. Avsaknaden av gardiner, krukväxter, textila möbler och andra inredningsdetaljer påverkar såväl fysiska upplevelser som akustik. Samt upplevelsen av miljön som «hemlik» (ibid. s. 82).*

Chalmers rapport gir et systematisk kunnskapsbasert grunnlag for valg av utforming av bygg for psykisk helse. Den har omfattende faglig baserte anbefalinger om prinsipper for utforming av ulike typer arealer i psykiatribygg. Rapporten har også noen vurderinger knyttet til lokalisering, utforming av uteområder og nærhet til somatikk, men er mindre fokusert på dette enn på ulike romløsninger.

I den korte gjennomgangen vi har gjort av sykehusene i Chalmers rapport ser vi at noen av de samme temaene kommer opp i vurderingene. Nærhet til somatisk helsetjeneste løftes frem som viktig i noen av sykehusene, men det som beskrives som «nært» kan være for eksempel en km unna – til forskjell fra et eksempel hvor det psykiatriske sykehuset tidligere lå utenfor byen. Samlokalisering med somatikk beskrives som et tiltak for å bidra til avstigmatisering og normalisering av det å være psykisk syk, for eksempel ved å bruke samme inngang og dele område med andre mennesker med ulike typer somatiske sykdommer. Det fremheves også som viktig for et sammenhengende behandlingstilbud. Betydningen av uteområder og mulighet til å gå ut uten følge løftes frem som viktig av flere.

Variasjonen er stor både i typer løsninger, om sykehusene ligger nært somatisk spesialisthelsetjeneste, om man bygger i høyden, og om man har uteområder som er variert og tilrettelagt for aktivitet. Også i disse eksemplene ser vi at det etterstrebes gode og varierte uteområder, lave bygg, og sammenhengende og helhetlige løsninger – med varierende resultat. Gjennomgangen viser at det er mange ulike måter å løse dette på, og ser ikke ut til at én type

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

løsning er best på tvers av ulike prosjekter og rammebetingelser. Det må antas at det også er ulike erfaringer med hvor vellykket løsningene er for ulike brukere av bygg og uterom.

## 6.2 Vedlegg 2: Gjennomgang av hvert enkelt prosjekt/foretak

### 6.2.1 Nordlandssykehuset HF, Rønvik

**Status:** Prosjektinnramming og mulighetsstudie (2019) utført og godkjent. Prosjektet er satt på vent etter steg 1 av konseptfase.

**Nåværende tilbud:** Nordlandssykehuset Rønvik består av Sykehusavdelingene Spesialpsykiatrisk avdeling, med Regional enhet for psykoser, Sikkerhetsenheten, Regionalt senter for spiseforstyrrelser, Alderspsykiatrisk enhet og Psykiatrisk innsatsteam og Akuttpsykiatrisk avdeling, med 3 akuttposter. Videre inkluderer NLSH Rønvik Avdeling for Rus, Psykiatri og avhengighet, med sykehusavdelingen Rus og Psykiatri, Korttidsenhet for rus, rusteamet og LAR, samt Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og Salten DPS. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling består av Akuttenhet for ungdom, korttidsenhet for barn og ungdom, Autismeteam, Spiseforstyrrelsesteam, Familieavdeling og flere poliklinikker. Salten DPS har to døgnenheter og 3 allmennpsykiatriske poliklinikker (Bodø, Fauske og Ørnes), Psykoseteam og Ambulant akutt-team.



*Rønvik sykehus (Foto: Scanpix)*

**Lokalisering:** Rønvik, 2,4 km fra sentralsykehuset i Bodø sentrum. Gammel og ærverdig bygningsmasse i grønne omgivelser. Del av et større område med rusbehandling og skole (Mellomåsveien). Prosjektinnrammingen vurderer dagens bygningsmasse som lite egnet for kvalitativ og effektiv drift. Dårlige muligheter for samhandling mellom avdelingene. Vanskelig å oppnå god sikkerhet og robusthet. Dekker ikke fremtidige arealbehov jf. framskrivning i mulighetsstudie fra Sykehusbygg.



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk



Mellomåsveien (Foto: Nordlandssykehuset.no)

Prosjektinnramming og mulighetsstudie foreslår samlokalisering av enheter som hører sammen. Spesielt akutt voksen, inklusive tilbud for akutt rusbehandling innenfor TSB.



Oversiktsbilde med avstand mellom Sentralsykehuset (somatikk) og PHV og rusbehandling

(Foto: Norgeskart.no)

### Prosjektet er stoppet opp:

Planleggingen ble stoppet etter steg 1 i konseptfasen. Det er etter dette utarbeidet en «mellomstegsrapport»<sup>8</sup>, hvor det ble gjort en gjennomgang og vurdering av mulighetene for å bruke mer av eksisterende bygningsmasse enn opprinnelig tenkt. Det skulle også gis en vurdering av om det er sannsynlig at forskriftsmessige krav til bygg og uteområder kan ivaretas i eksisterende bygningsmasse.

Basert på de vurderingene som ble gjort konkluderer Arkitema med at alternativet ikke kan anbefales som helhet. Det vil kreves mer personell enn ved etablering i et nytt og moderne bygg, og det må aksepteres en organisering som ikke er best mulig. Det er sannsynlig at det gjennom et skisseprosjekt vil kunne vises bedre løsninger for enkelte av enhetene/funksjonene, men de

<sup>8</sup> VOP Rønvik, «Mellomsteg», mulighetsstudie for videre bruk av eksisterende bygningsmasse. Arkitema 2021.

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

mener at mulighetsstudien har tydeliggjort at det er svært usannsynlig at det vil kunne finnes tilfredsstillende løsninger for samtlige funksjoner/enheter i eksisterende bygningsmasse på NLSH Rønvik.



## 6.2.2 St. Olavs hospital HF: Akuttbygg Østmarka og Senter for psykisk helse



Østmarka (Foto: Nettside St. Olav.no)



Øya, med tomt for Senter for psykisk helse (Foto: Nettside St. Olav.no)

2005: Byggefase 1 av universitetssykehuset består av

- Nevrosenteret. 2005 - 2006
- Laboratoriesenteret. 2005
- Kvinne-barn-senteret. 2005

2013: Byggefase 2 universitetssykehuset fra oktober 2005 til september 2013 og består av

- 1902-bygget. 2008
- Forsyningssenteret. 2008
- Gastroenteret. 2009
- Bevegelsessenteret. 2009
- Akutten og Hjerne-lungesenteret. 2009
- Kunnskapsenteret. 2013

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

- 2015: 1930-bygget på Øya og den tidligere kjøkkenbygningen var et etterbestilt oppdrag og ble det siste prosjektet i byggefase 2 som ble ferdigstilt og overlevert
- 2017: Det nye akuttpsykiatriske bygget på Østmarka ble offisielt åpnet.
- 2021: Oppstart av arbeidet med Senter for psykisk helse på Øya. Senteret var opprinnelig tenkt til å inngå i byggefase 2. Utbyggingen av St. Olavs hospital er ikke komplett før senteret er på plass.

Psykiatrisenter som en del av utbyggingsprosjektet for det nye universitetssykehuset ble begrunnet med at behandling av psykiske lidelser er en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Det var et ønske om å alminneliggjøre det å bli lagt inn på en psykiatrisk avdeling.

Det planlegges en delt løsning for psykisk helsevern ved St. Olav. Det har vært lokalisert mange ulike steder (BUP Lian, Tiller DPS, Østmarka (akutt og langtid), RSA og LSA på Brøset, Rus på Øya (nært St. Olav). Skal nå i hovedsak samles to steder: Ved senteret på Øya og på Lade/Østmarka.

Ved å samle virksomheten innen psykisk helsevern på færre steder ønsker St. Olav å gi bedre pasientforløp med raskere og mer presise avklaringer. En samling av akuttvirksomheten vil gi én vei inn for akutte henvendelser knyttet til psykisk helse og rus for barn, unge, voksne og eldre. Nærhet til somatiske avdelinger og akuttmottak, kommunal legevakt og Klinikk for rus og avhengighet vil kunne bidra til raskere avklaringer for pasienten.

Senter for psykisk helse på Øya skal huse disse funksjonene:

- Akutt- og mottaksfunksjon for rus og psykisk helse
- Akutte døgnplasser for rus og psykisk helse for voksne, unge og barn
- Elektive døgnplasser for barne- og ungdomspsykiatri (BUP døgn ligger på Lian i dag, planlegges flyttet inn i senteret, og Lian skal selges for å bidra til å finansiere senteret)
- Spesialiserte funksjoner
- Døgnplasser for elektiv avrusning
- Alderspsykiatri (ligger allerede på Øya, i nevrobygget ved geriatri. Ikke endelig avklart om de skal flyttes inn i senteret)
- Enhet for psykisk helse og rus i somatikken (konsultasjonsfunksjon)
- Forskning og utdanning (NTNU)

På Østmarka skal følgende enheter ligge:

- Avdeling for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (innflyttet nov 2021)
- Avdeling for psykose og rehabilitering (skal inn i nåværende akuttbygg)
- Avdeling Nidaros DPS
- Avdeling Nidelv DPS (dette er tidligere Orkdal DPS sammenslått med Tiller DPS, som pt ligger på Tiller)

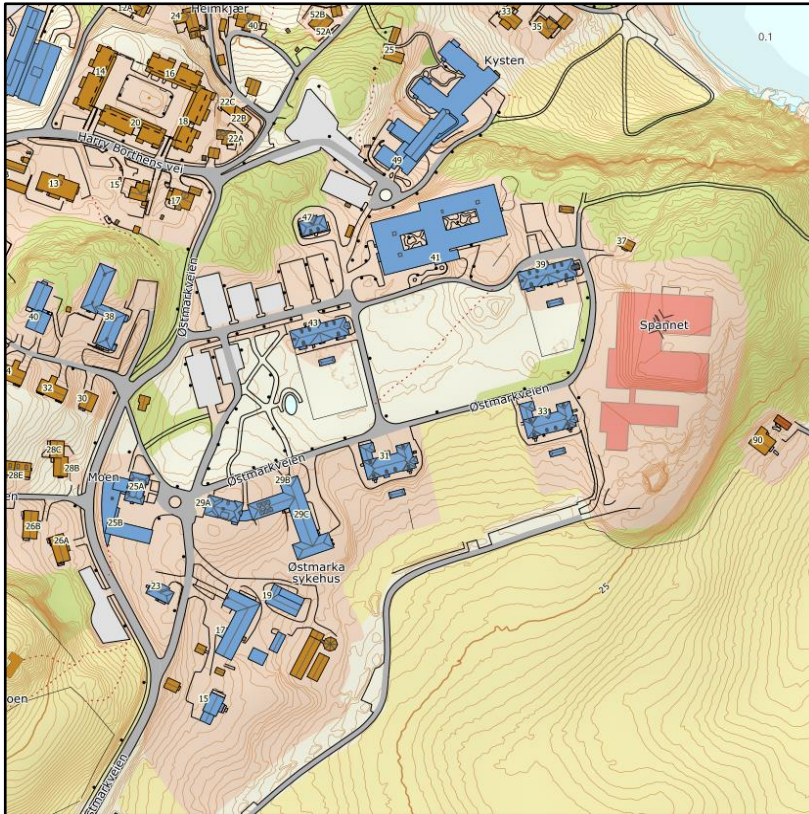
Løsningen er også en del av NTNUs campusprosjekt. Fagmiljøer og enheter fra NTNU som skal inn i senteret:

- Institutt for psykologi ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
- Institutt for psykisk helse ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.

Mandatet for konseptfasen beskriver også gevinster for samarbeidet med NTNU og hvordan utbyggingen inngår i universitetets plan for utvikling av campus.



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk



Oversiktskart over Østmarka. Nytt sikkerhetsbygg er rødt, til høyre på tegningen. Akuttbygget blått med to atrier.

*(Foto: Norgeskart.no)*

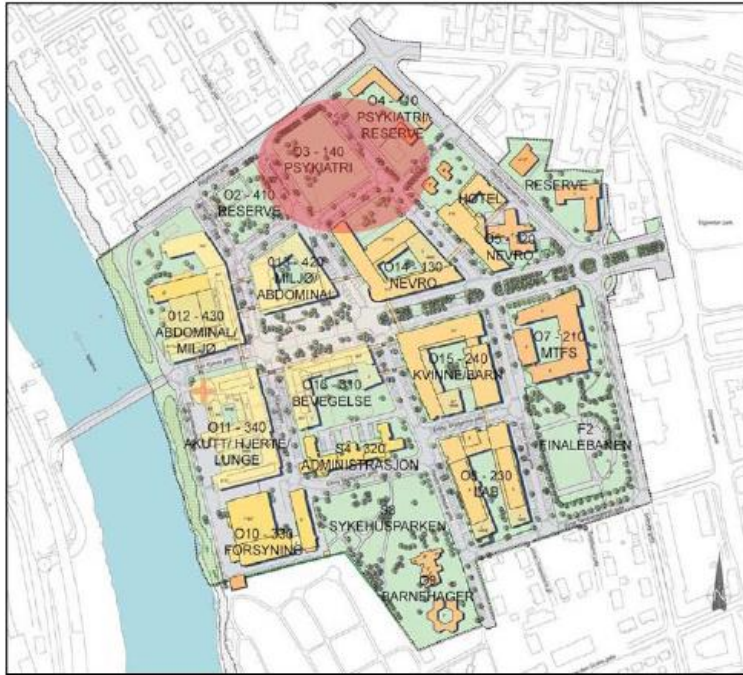
Bilde nedenfor viser et av atriene i akuttbygget på Østmarka

*(Foto: St.Olav.no)*





## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk



Plassering og prinsipper for Senter for psykisk helse på Øya i Trondheim:

- Kvartalsstruktur
- Selvstendige bygninger bundet sammen med kulvert og broer
- Hvert bygg sin identitet og egen hovedinngang
- Aktive arealer i nedre etasjer (for eksempel kantine, undervisning og poliklinikker)
- Tung behandling i midtre etasjer
- Døgnområder i de tre øverste etasjene
- Indre gårdsrom i forbindelse med vestibyle
- Grønne takflater



De bygningsmessige tomtealternativene som skal utredes er følgende:

**Alternativ A:** Hovedtomt (psykiatritomt) avsatt for formålet.

**Alternativ B:** Hovedtomt, ny fløy på Nevrosenteret og totalrehabilitering av E. Jarlsgt. 8

**Alternativ C:** Hovedtomt og oppføring av nytt bygg i E. Jarlsgt. 10





## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

- 1 post for barn/unge (opptil 18 år)
- 1 alderspsykiatrisk post, med inntil 10 senger



Tønsberg (Foto: Hundven Clements Photography/Bølgeblikk)



Tønsberg (Foto: Bølgeblikk)



Granli ved Tønsberg, med sikkerhetspost og psykiatrisk langtidspost (Foto: Siv.no)



Takhage for  
alders-  
psykiatrisk post,  
Tønsberg  
(Foto: Siv.no)

### Uteområder, Tønsberg<sup>9</sup>

Sengebygget (F2) har et indre atrium på plan U1 nivå. Atriet er på 410 m<sup>2</sup> og inndeles i fire - der tre rom disponeres av avdelinger og ett av personalet. Atriet brukes som utendørs oppholdsområde, og er utformet med rikelig vegetasjon. Alle avdelinger har en egen avdelingshage på bakkeplan med direkte tilkomst.

Sør for sengebygget på plan U1 nivå, er det anlagt terapihage på 1.100 m<sup>2</sup>. Terapihagen er inndelt i tre soner - to lukkede avdelingshager med direkte tilgang fra avdelingene og én stor felleshage med adkomst fra både plan U1 og E1. Avdelingshagene har et tett, ytre skjermingsgjerde på 5 m, mens felleshagen skjermes av et 3 m gjerde. Felleshagen utformes med ulike oppholdssoner i tillegg til aktiviteter som basketball, bordtennis og sjakkbord. Det anlegges røykestasjoner i felleshagen.

---

<sup>9</sup> Teksten i dette delkapittelet er hentet fra forprosjektrapporten: Tønsbergprosjektet, forprosjektrapport, Bygetrinn 7, Sykehuset i Vestfold, 2016, s. 60.



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

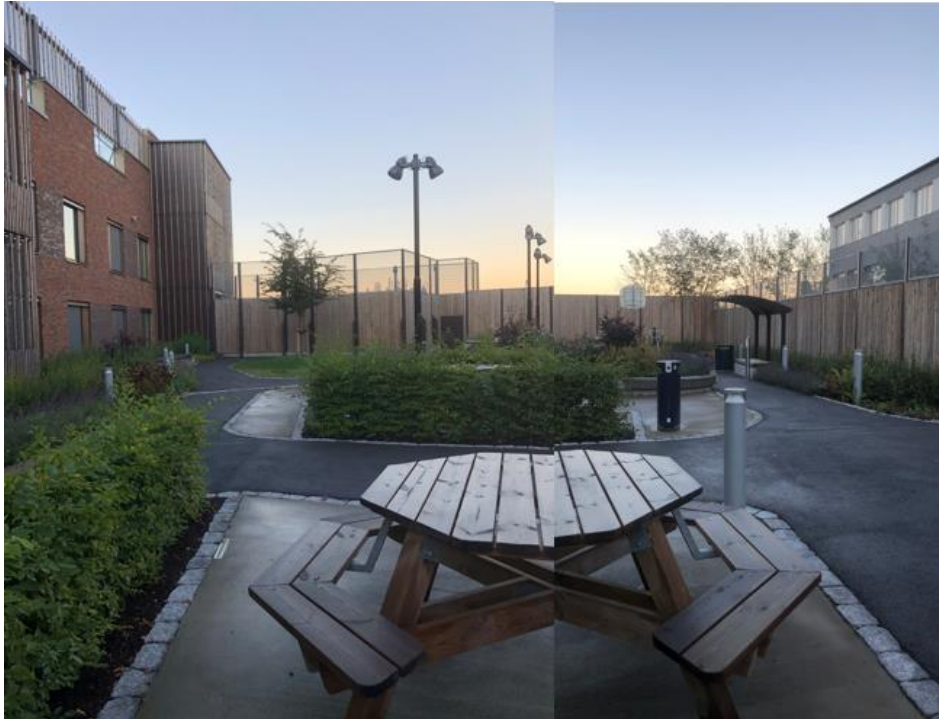


(Ill: Bølgeblikk)



Terapihage Tønsberg. Foto: Bølgeblikk)

På plan E2 i sengebygget er det etablert terapihage på tak for alderspsykiatri. Terapihagen får et areal på 660 m<sup>2</sup> som er todelt. Terrassen gis en delvis tett overdekning ved utganger som gir en glidende overgang med tanke på lysintensitet i ute/inne situasjon. Overdekningen vil være skjermende for vær og vind og skape lunhet i oppholdssonene. Betongdekket på terrassen legges med varmelegg, for å gjøre helårsbruk mulig. Ytre skjerming av terrassen vil i hovedsak være tett med enkelte åpne felt. Terapihagen for tak er utformet med romslige oppholdssoner i øst og vest, og med gangsoner rundt midtstilte arbeidsstasjoner og opphøyd vegetasjon. Langs ytre skjerming anlegges en vegetasjonssone som fysisk buffer.



Terapiahagen  
Lukkede  
avdelingshager  
bak gjerdet i  
bakgrunnen,  
direkte tilgang fra  
avdelingene.  
Felleshage med  
ulike  
oppholdssoner

*(Foto: Trude  
Fagerli)*

### 6.2.4 Sørlandet sykehus HF, Kristiansand

Prosjektet er pt i byggefase. Byggestart 2020, ferdigstilling 2023.

Nybygg psykisk helse er plassert på Egsjordene, noen hundre meter sør for hovedsykehuset i Kristiansand, ved alléen i Andreas Kjærsvai. Baneheia er nærmeste nabo.

Enheter i dagens psykiatriske sykehusavdeling på Eg i Kristiansand skal flytte inn. Døgnplassene for ABUP i Arendal utvides til 10 plasser og innlemmes i nybygget i Kristiansand. Det skal inneholde totalt 80 sengerom med 80 døgnbehandlingsplasser (70 voksne, 10 barn/ungdom). De som skal inn i det nye bygget:

- Akutfunksjoner, to enheter med 20 akutt plasser
- Enhet for førstegangpsykose
- LSA
- Alderspsykiatri
- ABUP

Nybygget rommer åtte enheter. De åtte enhetene og rommene er utformet likt, noe som ivaretar prinsipp om generalitet og fleksibilitet. Sengerommene er på 13,5 m<sup>2</sup>, noe som er stort nok til å kunne sette inn en ekstra seng, slik at pårørende til pasienter i ABUPs enhet kan overnatte. Badene er 3,5 m<sup>2</sup>. Noen bad er større for å ivareta plass til rullestol. Alle enheter bygges for samme omsorgsnivå (LSA). Dette gir fleksibilitet mht nye oppgaver, og innebærer at man kan velge antall plasser i avdelinger/enheter. Det er også utvidelsesmulighet for 40 senger på nabotomta nærmere somatikk.

Alle måltider til pasientene skal lages på produksjonskjøkkenet ved hovedinngangen, som også kan betjene kafeen. Mat serveres på spiserommene i hver enhet. I tillegg har hver enhet sitt kjøkken, for trening eller for å lage mat utenom faste måltider.



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk



Oversiktsbilde. Ill: Rambøll

Styringsrammen er 927 millioner kroner. Bygget blir på 10 759 m<sup>2</sup> bruttoareal, 5 774 m<sup>2</sup> netto. Fotavtrykket er 7.700 m<sup>2</sup>.

### Løsninger

Hovedinngang er åpen og lys, med store glassflater. Det legges til rette for kafédrift i området. Det bygges en multihall (aktivitetshall) i tilknytning til inngangspartiet, i «gaten» i åpen sone. Det blir også et mindre treningsrom ved siden av.



Aktivitetshall (Ill: Rambøll)



Skjernet  
uterom  
(Ill:  
Rambøll)





(Ill: Beplantning hovedplan, *Rambøll/SSHF*)

### Utearealer

Nybygg psykisk helse er omsluttet av natur. Alle pasienter får tilgang til bakkeplan og utsyn til grøntområder. Alle enheter har utgang fra fellesarealene til et indre gårdsrom. Her er det også røykesoner. Mellom de fire fløyene ligger stillehagene, som hvert pasientrom har utsikt til.

Skjermingsenhetene har sitt eget uteområde, på 30-35 m<sup>2</sup>. Hver enhet har én skjermingsenhet, med oppholdsrom i tillegg til sengerom. I alle enheter er det også to sengerom med forrom, som kan tas i bruk ved behov for skjerming og/eller ved kontaktsmitte.





## 6.2.5 Helse Fonna HF, Haugesund sykehus

### Bruttoareal nytt bygg: 20.070 kvadratmeter

Samlokalisert løsning for psykiatri, somatikk og rus. Nytt felles integrert akuttmottak i mellombygg mellom somatikk og psykiatri, tatt i bruk august 2021.

Det nye sykehusbygget inneholder blant annet nytt felles akuttmottak for fysisk og psykisk syke, nye operasjonsstuer, ny fødeavdeling og nytt topp moderne laboratorium. I tillegg er det bygget intensivsenhet, postoperativ enhet, samedagsmottak, post for gynekolog/barsel, akuttpsykiatrisk post og post for avrusning. Dette nye bygget er første trinn i en større utbygging av hele sykehusområdet. Man starter nå en rehabilitering av deler av eksisterende sykehus, før man snart også for fullt setter i gang med planleggingen av nok et bygg på området. Trinn to består av et nybygg som er noe mindre enn byggetrinn 1, og med en planlagt ferdigstilling rundt 2030.

Det nye sykehuset i Haugesund har et nytt felles akuttmottak for alle typer av pasienter. Somatikk, PHV og TSB er lokalisert i samme bygningskompleks. Haugesund ønsket å ta løsningen videre og fullintegre akuttmottaket. Helintegret akuttmottak for alle funksjoner, og felles pauserom.

Det er flere ulike funksjoner i akuttmottaket: Skjermet traumerom og ordinært traumerom, eget venterom for barn, og eget skjermet venterom. Inngang fra felles skjermet venterom direkte til avrusning og til akuttpsykiatri. Mulig med full somatisk overvåkning. Bedre fysisk tilrettelegging av akuttmottaket enn før det ble integrert. Fast psykiater og psykiatrisk sykepleier samt overlege somatikk i akuttmottaket. Ordningen skal evalueres i 2022.



*Foto: Helse Fonna, Eirik Dankel*

**Uterom:** Unntatt atrier og takhager omfatter ikke denne løsningen tilgang på grønne områder i umiddelbar nærhet av bygget.



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk



Akuttmottaket  
*Foto: Arve  
Brekhus  
Bygg.no*



Takhage  
*Foto: Helse  
Fonna, Eirik  
Dankel*

## 6.2.6 Sykehuset Østfold HF, Kalnes

Samlokalisert løsning for nytt Østfoldsykehus. Ikke felles akuttmottak med somatikk, men felles hovedinngang/ besøksinngang. Voksen og ungdomspsykiatrisk (0-18) har adskilte akuttmottak. Avdelingene ligger i samme bygg, men ulike fløyer.

**Tilbud:** 9 poster på spesialistnivå. All PHV på sykehusnivå er samlet.

- Psykiatrisk akuttmottak voksne (PAM), (8 plasser, pas kan ligge 1-2 døgn)
- Psykiatrisk akuttmottak ungdom
- Seksjon for affektive lidelser og ECT-behandling (11 plasser)
- Seksjon for psykosebehandling 1, 2 og 3, (1) rusrelatert psykose, 11 senger (lukket), (2) psykose/forvirring, 11 senger (lukket), (3) spesialseksjon m fylkesdekkende ansvar for psykosebehandling, 12 senger (lukket).
- Seksjon for psykiatrisk utredning (12 plasser)
- Alderspsykiatrisk seksjon og poliklinikk (bare elektivt)
- Sikkerhetsseksjon 1 og 2 (8 + 8 plasser)
- Ungdomspsykiatrisk seksjon døgn, akutt og elektiv

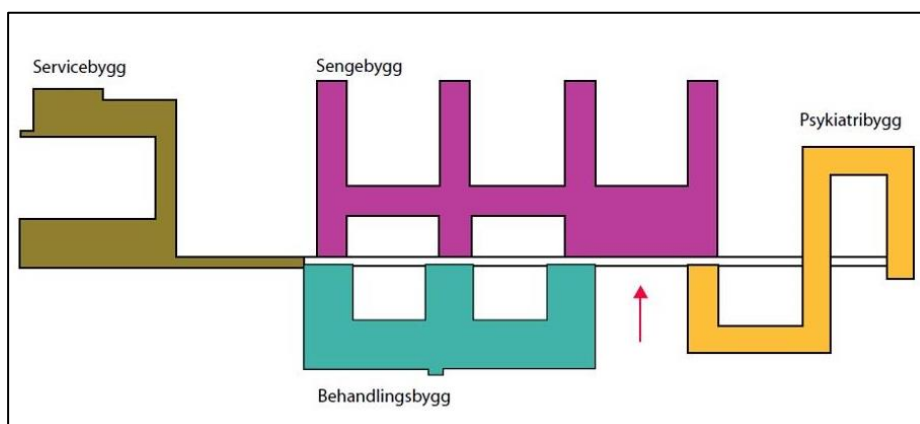
### Bakgrunn for valg av løsning:

I den reviderte konseptrapporten (2008) ble det argumentert for å samle sykehusbasert psykisk helsevern med somatikk på Kalnes. Det var i hovedsak tre forhold som ble trukket fram som klare fordeler:

- Eksisterende lokaler på Veum nord for Fredrikstad var lite hensiktsmessige
- Samling av psykisk helsevern og somatikk ville gi et mer helhetlig tilbud for pasientene
- Samlet arealbruk for psykisk helsevern kunne reduseres

Løsningen innebar sengetun på og over bakkenivå har fellesrom med utsyn mot atrier. Sengetun over bakkenivå har enkelt pasientrom med utsikt til somatikkfløy (avstand 30m+). Stor andel av pasientrom har utsikt mot natur.

**Uterom:** Tomten grenser mot et naturområde, med tilgang til både vann og skog. En viktig ressurs for sykehuset som helhet, både psykiatri og somatikk. Stor takterrasse i forlengelse av ECT-klinikk. To lukkede atrier, takterrasse og balkonger.



Ill: Evaluerings-  
rapport Kalnes







*Uteområde Kalnes  
(Foto: Evaluerings-  
rapport Kalnes)*

Fra evalueringsrapporten Kalnes<sup>10</sup>:

Pasientene i sikkerhetsseksjonene har direkte tilgang til en delt innvendig gårdshage (atrium) der de kan gå ut og inn som de ønsker. De benytter uteområdet mindre enn planlagt fordi det er mørkt og har innsyn fra tre etasjer, fra balkonger og fra pasientrom.

Også ved ungdomsseksjonen benyttes uteområdet mindre enn planlagt, blant annet fordi andre seksjoner reagerer på gjenklang og støy fra roping og ballspill. Ved psykiatrisk akuttmottak er tilgangen til uteområdet både utfordrende og ressurskrevende fordi det kan være vanskelig å gå med en syk pasient i trapper for å komme ut, og fordi én eller to ansatte må følge pasienten.

I seksjonene er det etablert en balkong utenfor pasientenes spiserom/stue. I tillegg har hvert skjermingsrom en egen mindre balkong som kan brukes for å få luft eller for å røyke. Etter innflytting er balkongene blitt forsterket for å øke sikkerheten. Det er montert plast for å skjerme vind og hindre innsyn til gårdshagen og til andre avdelinger, men balkongene er også blitt kritisert for å se ut som kanarifuglbur eller fengsel.

Felles balkong tilknyttet alderspsykiatrisk seksjon fungerer ifølge de ansatte godt ved at pasientene føler seg trygge når de skjermes for innsyn, og de har i mindre grad enn andre pasientgrupper ønske om utsikt til det som skjer ute i gårdshagen.

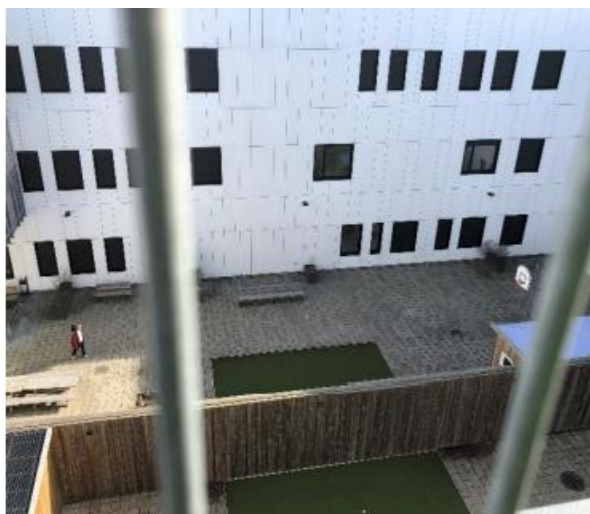
I 3. etg er det en stor takterrasse som kan benyttes av seksjonene. Terrassen har bord og benker, utsikt til skog og vann. I tillegg til bærbusker, er det plassert planter som skjermer utsikten til gårdshagen for sikkerhetspsykiatri. Pasientene må følges til terrassen, og i hovedsak blir den mest brukt av Alderspsykiatrisk seksjon.

Flere av de ansatte mente at Kalnes har mer institusjonspreg enn det tidligere psykiatriske sykehuset på Veum utenfor Fredrikstad. Dette ble begrunnet med at Veum var et lavt bygg som i større grad representerte normalitet, med kunst på veggene og tilgang til flere uteområder som kunne brukes terapeutisk.

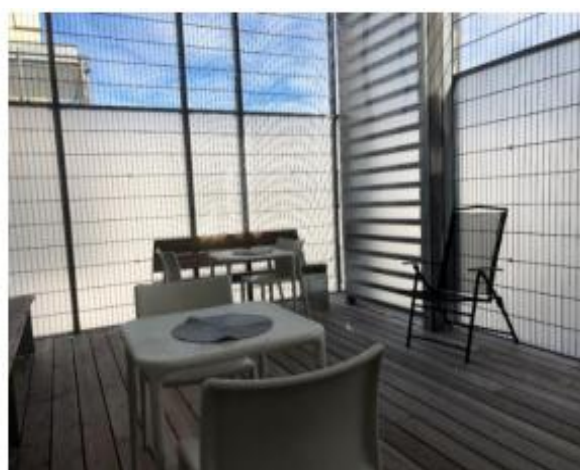
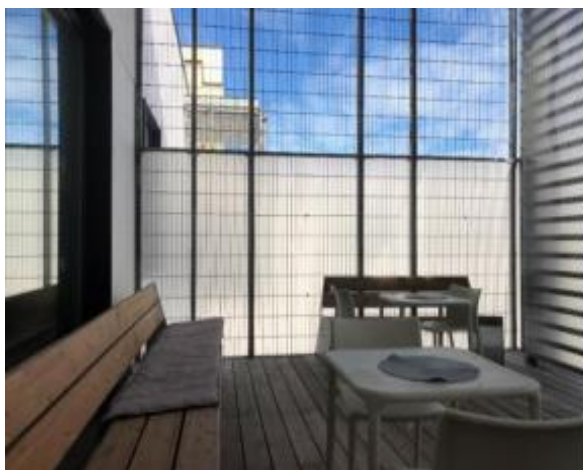
<sup>10</sup> Hovedrapport Evaluering av nytt Østfoldsykehus. Sykehusbygg HF 2020, kap. 7.4.3 s 305-307.



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk



Takterrasse og indre gårdshage/atrium Kalnes (Foto: Evalueringsrapport Kalnes)



Balkong på Kalnes, sett fra innsiden (Foto: Evalueringsrapport Kalnes)



Gårdshager/atrier (Foto: Evalueringsrapport Kalnes)



## 6.2.7 Akershus universitetssykehus HF (AHUS), Senter for psykisk helse, Nordbyhagen

Godkjent konseptrapport. Forprosjekt fra 2022. Byggestart 2023, ferdigstilling 2025

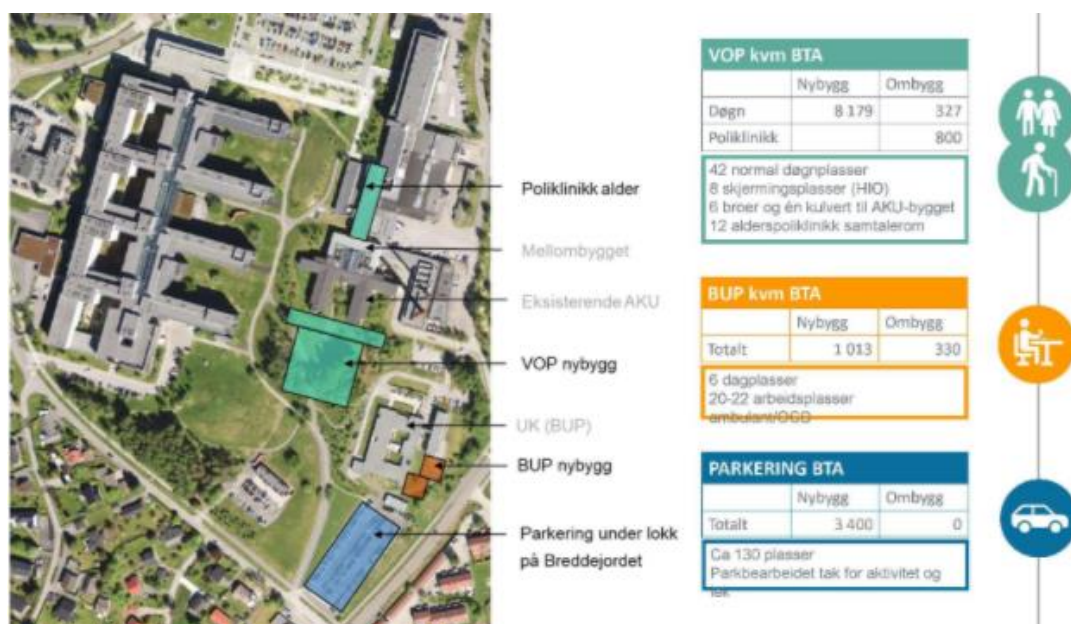
Nytt senter for psykisk helse skal bygges på eksisterende bygg for psykisk helse ved sentralsykehuset på Nordbyhagen. Med dette senteret ønsker Ahus på sikt å samle sykehusbasert psykisk helsevern for barn, unge og voksne innenfor akuttpsykiatri, alderspsykiatri, psykosebehandling og sikkerhetspsykiatri. I dag er disse geografisk spredt, på Skytta, Gaustad, Lurud, Bråten, Sannerud og Nordbyhagen.

Byggeprosjektet består av fire delprosjekter. Det skal bygges 50 nye senger i voksenpsykiatri, som sammen med de 73 eksisterende sengene i akuttpsykiatri vil gi 123 senger for voksne i et døgnsender for psykisk helse for voksne (VOP)

I tillegg skal alderspsykiatrisk poliklinikk etableres i eksisterende lokaler i det som i dag kaller IR-bygget, som vil bli bygget om. Aktiviteten fra barne- og ungdomspsykiatrien på Bråten skal samlokaliseres med ungdomspsykiatrisk klinikk på Nordbyhagen til et barne- og ungdomspsykiatrisk dag- og døgnsender. Det vil bygges to nye tilpassede småhus i ytterkant av tomte på Nordbyhagen, fysisk sammenkoblet med Ungdomspsykiatrisk klinikk og skolens lokaler.

PHN-prosjektet skal dessuten inkludere et parkeringsanlegg på Breddejordet som er foreslått bygget under jorda, med et topplokk som opparbeides til aktiviteter for sykehuset og publikum.

Parallelt med byggeprosjektet pågår et organisasjonsutviklingsprosjekt som hadde oppstart i 2020, som skal sørge for å utvikle organisasjonen på en slik måte at gevinstene ved samlokalisering tas i bruk.



(Ill: Fra Ahus nettside, Nordic office of Architecture)

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

**Lokalisering:** Skal ligge på samme område som somatikk, forbundet med et grønt parkdrag. Planlagt med kulvert under bakken til somatikk.

ARA, avdeling for rus og avhengighet, innretter behandlingen for at pasientene skal oppleve helhetlige trygge, enhetlige og integrerte tjenestetilbud. Avdelingen er inndelt i fire poliklinikker og fire døgnsesjoner og tilbyr TSB. Rusbehandling/TSB er ikke inkludert i nybygg, men ligger på samme område (gåavstand).

Etableringen av et helhetlig tilbud for sykehusbasert psykisk helsevern vil gi gode pasientforløp og skape et høykompetent og attraktivt fagmiljø som er bedre integrert med den somatiske virksomheten. I tillegg vil samlokalisering i nye og tilpassede arealer gi bedre driftseffektivitet (tekst hentet fra prosjektets hjemmeside).



(Ill: Fra Ahus nettside, Nordic office of Architecture)

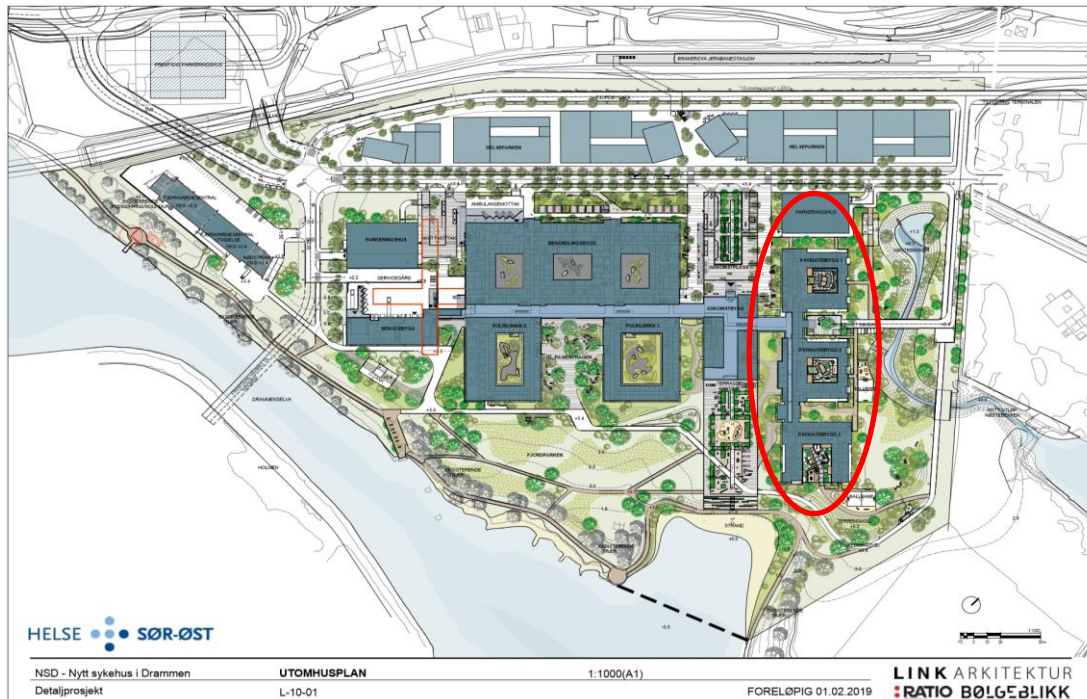
## 6.2.8 Vestre Viken HF: Drammen sykehus

Byggefase, byggestart 2019, ferdigstilling 2025

167 døgnplasser psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Områdesykehus for hele Vestre Viken (550.000 innbyggere), lokalsykehus for Lier, Drammen, Asker (Hurum, Røyken) og Holmestrand (Sande) (200.000 innbyggere).

Somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal samlokaliseres i det nye sykehuset på Brakerøya, som skal erstatte dagens Drammen sykehus og Blakstad sykehus. All sykehuspsykiatri i Vestre Viken samles under ett tak i de nye psykiatribyggene.



Psykiatribyggene består av tre bygg med uteareal mellom byggene. Bygg 1 og 2 vil bestå av tre etasjer, mens bygg 3 lengst ned mot vannet vil bestå av to etasjer. Pr i dag er følgende avdelinger planlagt i de ulike byggene:

### Psykiatribygg 1

1. etasje: Tverrfaglig rusbehandling | Akuttmottak
2. etasje: Akuttavdeling | Psykose
3. etasje: Akuttavdeling

### Psykiatribygg 2 (midten)

1. etasje: Sikkerhet
2. etasje: Seksjon utviklingshemming og autisme (SUA)
3. etasje: Alder

### Psykiatribygg 3

1. etasje: Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)
2. etasje: Utredningsseksjon for unge (USU)



## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk



Ill: *Link*  
*Arkitektur, Ratio*  
*Arkitekter og*  
*Bølgeblikk |*  
*Aestetica*



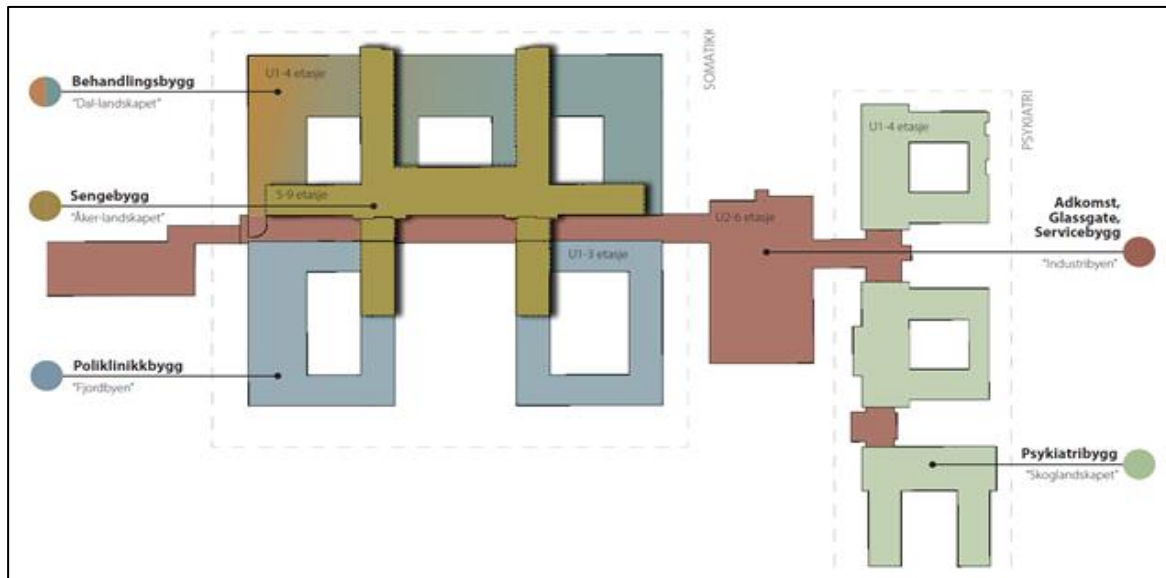
Ill: *DARK*  
*Design*  
*group*



Ill: *Link*  
*Arkitektur, Ratio*  
*Arkitekter og*  
*Bølgeblikk |*  
*Aestetica*

## Lokalisering av bygg for PHV/TSB og somatikk

De ulike bygningsenhetene får hver sitt fargekonsept, noe som skal bidra til å gi oversikt over sykehusets inndeling og funksjoner.



### [Farge- og interiørkonsept - Vestre Viken](#)

#### Uteområder:

To av byggene har lukkede atrier med tre etasjes bygg rundt, og takhager. Det siste (B/U) er et åpent stort gårdsrom tilgjengelig for barn og unge. Deler av det kan lukkes ved behov.

Atriene har ulike soner, aktivitet og beplantning. Pasienter på skjerming har egne balkonger.

Det anlegges en fjordpark med turstigi, og med en voll ned mot fjorden Dette begrenser innsyn.

Drammen sentrum ligger 20 min unna (gåavstand). Det er etablert gangsti inn til byen. Det er også kort avstand til Drammensmarka.