

Nybygg psykisk helse SSK

Konseptrapport – revidert

Dato: 22-04-2016

Versjon 3.1



Dokumentinformasjon

Versjon	Dato	Navn	Forfatter	Godkjent dato	Godkjent av
1.0	5.5.2014	Konseptrapport Ny psykiatrisk sykehusavdeling (PSA), Sørlandet sykehus HF	Rådgivergruppe	5.5.2014	Marte Lauvsnes
2.0	27.11.2014	Konseptrapport Ny psykiatrisk sykehusavdeling (PSA), Sørlandet sykehus HF	SSHF/Rådgivergruppen	27.11.2014	Per W. Torgersen
1.0	14.1.2015	ABUP konseptrapport	SSHF	14.1.2015	Per W. Torgersen
3.0	18.3.2016	Nybygg psykisk helse Konseptrapport – revidert	SSHF/SBHF	18.3.2016	Knut Ola Haug
3.1	22.4.2016	Nybygg psykisk helse SSK Konseptrapport - revidert	SSHF/SBHF	22.4.2016	Per W. Torgersen

Leseveiledning

Versjon 2.0 av konseptrapport Ny psykiatrisk sykehusavdeling datert 27.11.2014 ble styrebehandlet i SSHF 11.12.2014¹ hvor konsept ble valgt. Det er derfor i versjonen 3.1 valgt å beholde teksten fra 2014 som omhandler framskrivning, alternativer og vurderinger som kommer fram til det valgte konseptet. Dette er i hovedsak gjeldende for kapitlene 1-10 som kun er justert og oppdatert. Mens sammendrag, kapitlene 1.5, 11 og 12 er nye kapitler i versjon 3.1. De nye kapitlene beskriver optimalisering av valgt konsept og plan for det videre arbeidet.

Nye kapitler er **markert** og det står skrevet i overskriftene og toppetekst.

¹ (sak 094-2014)

Definisjoner og begrepsavklaringer

Sentrale begreper som er benyttet i konseptrapporten er definert i tabellen under:

For-kort-else	Betydning	Forklaring
ABUP	Avdeling for barn og unges psykisk helse	Avdeling i Klinikk for psykisk helse. Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) er det spesialiserte helsetilbudet innen psykisk helsevern til barn og unge og deres pårørende i Agderfylkene.
ARA	Avdeling for rus og avhengighets-behandling	Avdeling i Klinikk for psykisk helse. Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) er spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud til personer med rus- og avhengighetsproblemer, og til barn og pårørende.
DPS	Distriktpsikiatriske sentere	Avdeling i Klinikk for psykisk helse. Desentraliserte spesialisthelsetilbud i psykisk helsevern til innbyggere over 18 år.
ECT	<i>Electro Convulsive Treatment</i>	Elektrokonvulsiv behandling, elektrostimulering. Medisinsk behandlingsform som anvendes i behandling av psykiske lidelser.
FDVU	Forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling	Ved bruk av nybygget vil bygget gjennomgå naturlig slitasje og kvalitetsforringelse som med jevne mellomrom må kompenseres ved vedlikehold og utbedring. For å etterkomme krav, må det foretas en utvikling eller oppgradering av bygget.
HSØ RHF	Helse Sør-øst regionalt helseforetak	Helse Sør-øst er et av de fire regionale helseforetakene i Norge.
KPH	Klinikk for psykisk helse	Klinikk i Sørlandet sykehus helseforetak (SSHf). Omfatter psykisk helse, psykiatri og avhengighetsbehandling
KSK	Kvalitetssikring konseptvalg	Ekstern kvalitetssikring. Kvalitetssikring av konseptvalg (KSK) skal sikre at de utredningene som er gjennomført i konseptfasen på en tilfredsstillende måte har ivaretatt overordnede krav. Videre at spesifikke krav til metode og innhold i utredninger og analyser knyttet til gevinstrealisering, struktur og sammenheng i tjenestetilbud, forholdet til samhandlingsreformen, beregning av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov, omstilling og effektivisering, miljøhensyn, pasientsikkerhet og befolkningens krav til tjenesten er ivaretatt.
OTP	Overordnet teknisk program	Viser krav til teknisk infrastruktur, og dokumenterer blant annet konsekvenser av overordnede krav til energieffektivitet, miljøbelastning, sikkerhet, transportløsninger og tekniske systemer.
P ₃₅	Styringsramme	P-verdier viser styringsrammen for prosjektet. Ved P ₃₅ er det 35 % sannsynlighet for at kostnaden vil være lavere enn styringsrammen.
P ₅₀	Styringsramme	P-verdier viser styringsrammen for prosjektet. Ved P ₅₀ er det 50 % sannsynlighet for at kostnaden vil bli lavere, men også 50 % sannsynlighet for at den kan bli høyere enn styringsrammen.
P ₈₅	Styringsramme	P-verdier viser styringsrammen for prosjektet. Ved P ₈₅ er det 85 % sannsynlighet for at kostnaden vil være lavere enn styringsrammen.
PHV	Psykisk helsevern for voksne	Spesialisthelsetjenestene innen psykisk helse og psykiatri.
PSA	Psykiatrisk sykehusavdeling	Avdeling i Klinikk for psykisk helse. Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) er det spesialiserte sykehusstilbudet innen psykisk helsevern til den voksne befolkningen i Agderfylkene.
SBHF	Sykehusbygg helseforetak	Sykehusbygg HF eies av de fire helseregionene i Norge, og er et nasjonalt kompetansemiljø for sykehusplanlegging og –bygging. Helseforetakene i landet er forpliktet til å benytte Sykehusbygg på større byggeprosjekter (over 500 MNOK).
SO	Sykehusområde	Område tilhørende Sørlandet sykehus HF.
SSHf	Sørlandet sykehus helseforetak	Sørlandet sykehus er et av de 11 helseforetakene i HSØ.

Sammendrag – nytt kapittel revisjon 2016

Anbefaling

Etter optimalisering av det konseptet som styret for SSHF vedtok i desember 2014, anbefaler denne konseptrapporten at det etableres et nytt bygg til Psykiatrisk sykehusavdelings (PSA) døgnplasser for Vest-Agder samlokalisert med Avdeling for barn og unges psykisk helse (ABUP) døgnplasser for både Aust-Agder og Vest-Agder på Eg i Kristiansand, med kapasiteter som vist i tabell 1. PSAs virksomhet i Arendal og ABUPs virksomhet bortsett fra Ungdomsklinikken i Arendal videreføres. Konseptutredningen har pågått over flere år. For sammenligning er det i tabellen tatt med tall fra tidligere konseptrapporter.

Tabell 1: Oppsummering av det anbefalte alternativet

	Alt 2 m ABUP nov 2014	Alt 2 m ABUP april 2015	Alt 2 m ABUP april 2016
Døgnplasser Nybygg SSK PSA + ABUP	80 + 10	80 + 10	70 + 10
Videreførte døgnplasser Arendal PSA (eks. ABUP)	40	40	40
Døgnplasser totalt SSHF PSA + ABUP	120 + 10	120 + 10	110 + 10
Bruttoareal nybygg	13 470	15 302	12 495
Areal videreføres Arendal (eks. ABUP)	5 140	5 140	5 140
Arealbehov totalt	18 610	20 442	17 635

Prosjektet har en beregnet kostnad, ekskl. prisstigning og finanskostnader, som er innenfor styrets vedtatte kostnadsramme:

$P_{50} = 761,2$ MNOK, prisenivå mars 2015

$P_{50} = 777,6$ MNOK, prisenivå mars 2016

Bakgrunn og behov

PSA og ABUP inngår organisatorisk i Klinikken for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH).

PSA er det spesialiserte sykehustilbudet innen psykisk helsevern til den voksne befolkningen på Agder og har enheter lokalisert i Arendal og i Kristiansand. Avdelingen gir behandlingstilbud ved behov for øyeblikkelig hjelp, alvorlige psykiske lidelser, sikkerhetspsykiatri og alvorlig allmennpsykiatri.

ABUP er det spesialiserte helsetilbudet innen psykisk helsevern for aldersgruppen 0-18 år på Agder, og har enheter lokalisert i Lister, Kristiansand, og i Arendal. Avdelingen har polikliniske og ambulante tjenester samt døgntilbud i Ungdomsklinikken. Enheten ivaretar øyeblikkelig hjelp, gir akuttbehandling og stabilisering ved uro/forvirringstilstander og en tidsbegrenset utredning/behandling ved alvorlige og sammensatte tilstander.

PSA i Kristiansand holder til i fire bygg fra 1881, 1940 og 1961. Byggene er lite funksjonelle og i svært liten grad tilpasset kravene til moderne behandling og godt arbeidsmiljø. I Arendal holder PSA til i et funksjonelt og teknisk godt bygg fra 1992/2007.

ABUP Ungdomsklinikken har seks døgnplasser og en skjermingsenhet i et eldre bygg på sykehusområdet i Arendal. Bygget er svært lite funksjonelt og gir utfordringer i forhold til sikkerhet. Pga. kapasitetsbegrensninger legges barn/unge også inn i psykiatriske døgnenheter for voksne.

Idéfaseutredningen for nye lokaler til PSA i Kristiansand (høsten 2011) konkluderte med at virksomheten ikke kan drives på en hensiktsmessig måte i fremtiden i eksisterende lokaler. Idéfaserapporten utredet fire alternative løsningsmodeller som spenner fra nybygg via delvis utnyttelse av eksisterende lokaler til kun mindre oppgraderinger og tilpasninger av eksisterende bygg. Det er ikke utført idéfase for ABUP ungdomsklinikken, men flere utredninger som beskriver behovet for nybygg.

Brukermedvirkning

Det har gjennomgående vært bred involvering av egne fagmiljøer og brukere i både idé- og konseptfasen. Representanter for brukerorganisasjoner, erfaringskonsulenter, representanter for kommunehelsetjenesten og ansatte i PSA og ABUP har deltatt i arbeidsgrupper. Brukerrepresentant har vært med i styringsgruppen. I tillegg har Ungdomsrådet ved SSHF bistått i arbeidet med ABUP Ungdomsklinikken. Relevante brukerorganisasjoner har blitt informert gjennom konseptfasen.

Konseptutredningen

HSØRHF godkjente i desember 2012 oppstart av konseptfase. Frem til desember 2014 omfattet prosjektet bare PSA. Etter vedtak i SSHFs styre, ble det laget en egen konseptutredning for ABUP som bl.a. drøfter ulike driftsmodeller alene eller sammen med PSA. Fra mai 2015 omfatter prosjektet – og denne konseptrapporten – både PSAs døgntilbud for Vest-Agder og ABUPs døgntilbud for Aust-Agder og Vest-Agder. I konseptfasen er PSAs virksomhet i både Kristiansand og Arendal vurdert og sett i forhold til SSHFs utviklingsplan.

Styret for SSHF gjorde prinsippvedtak om konseptvalg med 80 døgnplasser for PSA i Kristiansand i desember 2014, men ba om at prosjektet ble bearbeidet. I mai 2015 vedtok styret for SSHF en økonomisk ramme for prosjektet som var lavere enn beregnet kostnad på det tidspunkt. Konseptutredningen er etter dette betydelig revidert.

Konseptutredningens forhold til Utviklingsplan 2030 og Nasjonal helse- og sykehusplan

Parallelt med konseptutredningen har SSHF arbeidet med en langsiktig utviklingsplan. Ved behandlingen av Utviklingsplan 2030 i februar 2015, vedtok SSHFs styre å videreutvikle en driftsmodell med tre sykehus i foretaket. Anbefalingen i foreliggende konseptrapport med døgntilbud i PSA både i Arendal og i Kristiansand er i samsvar med vedtaket om utviklingsplanen.

Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at det skal være døgnberedskap i DPSer. Det optimaliserte konseptet i denne rapporten forutsetter at det fortsatt er døgnplasser i DPSer på Sørlandet, selv om Utviklingsplan 2030 anbefaler en omlegging fra døgn- til dagdrift i DPSene. Rapportens anbefalinger er således i samsvar med overordnede føringer.

Kapasitetsvurderinger

Beregning av fremtidig kapasitetsbehov for PSA og ABUP Ungdomsklinikken er basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) prognoser for befolkningsutvikling, egne vurderinger av sykdomsutvikling og faglig utvikling, intern omstilling og samhandling med andre deler av helsetjenesten, forutsetning om realvekst for poliklinisk behandling og sammenligning med tilsvarende prosjekter. Med en ambisiøs forutsetning om at omstilling reduserer behovet for døgnplasser, er behovet for PSA beregnet til ca. 100 døgnplasser i 2030 totalt for Aust-Agder og Vest-Agder.

Behovet for døgnplasser er også avhengig av sykehusstruktur og driftsmodell. For det valgte konseptet med videreføring av PSAs virksomhet i Arendal, ble kapasitetsbehovet opprinnelig beregnet til 10 døgnplasser for ABUP + 80 døgnplasser for PSA i Kristiansand inkl. overføring av ca. 10 døgnplasser fra DPS. Etter optimalisering av

konseptet innenfor den økonomiske rammen, er kapasiteten redusert til 70 døgnplasser for PSA i Kristiansand + 10 døgnplasser for ABUP. Det forutsettes da at det fortsatt er døgnplasser i DPSene, og at disse ikke overføres til PSA. Den anbefalte byggløsningen kan utvides ved evt. senere behov.

Alternative virksomhetsmodeller

I alt seks ulike driftsmodeller for PSA og Ungdomsklinikken er vurdert i tillegg til 0-alternativet ved kombinasjoner av disse valgene:

- A. PSA delt, ikke samlokalisert med Ungdomsklinikken, ikke døgnplasser i DPS
- B. PSA delt, samlokalisert med Ungdomsklinikken i Kristiansand, ikke døgnplasser i DPS
- C. PSA samlet ett sted, ikke samlokalisert med Ungdomsklinikken, døgnplasser i DPS
- D. PSA samlet ett sted, samlokalisert med Ungdomsklinikken, døgnplasser i DPS
- E. PSA samlet ett sted, ikke samlokalisert med Ungdomsklinikken, ikke døgnplasser i DPS
- F. PSA samlet ett sted, samlokalisert med Ungdomsklinikken, døgnplasser i DPS

Kriteriene som har vært benyttet for å vurdere de ulike virksomhetsmodellene, har vært faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp, samfunnsmessig bærekraft, tilgjengelighet, økonomi og fleksibilitet. Alternativ B scorer høyt på alle kriteriene og totalt sett høyest av alle alternativene. I revidert konsept hvor antall døgnplasser for PSA er redusert, er driftsmodell B modifisert fra 80 til 70 døgnplasser ved at det forutsettes fortsatt døgnplasser i DPS.

Byggalternativer

I tillegg til 0-alternativet er det beskrevet og vurdert fem utbyggingsalternativer som møter arealbehovet til de ulike virksomhetsmodellene:

- Alt. 1: Oppgradering av eksisterende bygg + noe nybygg
- Alt. 2: Nybygg for PSA Kristiansand
- Alt. 2 med ABUP: Nybygg for PSA Kristiansand + ABUP Ungdomsklinikk
- Alt. 3: Nybygg for en samlet PSA
- Alt. 3 med ABUP: Nybygg for en samlet PSA + ABUP Ungdomsklinikk

Byggalternativene har blitt vurdert ut fra kriteriene kapasitet, fleksibilitet, nærhet til somatikk og servicefunksjoner, attraktivitet, arkitektur og helhetsinntrykk, gode og trygge omgivelser for pasienter og ansatte, adkomst til bygget, driftsulemper under bygging/oppussing og økonomisk bærekraft.

De bygningsmessige alternativene skiller seg i hovedsak på investeringskostnader, driftsulemper under bygging og kvalitet og fleksibilitet. Alt. 2 scorer jevnt høy for alle de valgte kriteriene. Dette er et alternativ som kan dekke behovet til den foretrukne virksomhetsmodellen, og det er samtidig utvidbart ved eventuelt behov for kapasitetsøkning i fremtiden.

Alt. 1 er forkastet fordi det ville legge sterke begrensninger på langsiktig utvikling av sykehuset på Eg, særlig somatiske funksjoner. Dette alternativet ville også ha gitt uakseptabelt store ulemper for virksomheten i byggeperioden.

I alt fire tomter har vært vurdert i løpet av idé- og konseptfase, én nord for dagens hovedbygg somatikk og tre på sørsiden. Den tomt som nå er valgt, ligger lengst sør på Egsjordene. Denne plassering gir tilstrekkelig nærhet mellom somatikk og psykiatri, og gir samtidig gode utviklingsmuligheter for hele sykehuset på lang sikt. Tomten tilbyr fine uteområder som kan brukes aktivt i pasientbehandling og rekreasjon. Ny reguleringsplan for sykehusområdet legger godt til rette for et nytt bygg for psykisk helse på denne tomten.

Grunnleggende forutsetninger for konsept og skisseprosjekt har vært:

- Standardisering i utforming av enheter og rom
- Flexibilitet i forhold til fremtidig virksomhet, endringer i behandlingsform og utnyttelse av arealer til ulike pasientgrupper
- Elastisitet i forhold til varierende kapasitetsbehov for ulike pasientgrupper

Ekstern kvalitetssikring

Konseptrapporten fra 27.11.2014 er kvalitetssikret eksternt (KSK). KSK-rapporten konkluderte med at konseptutredningen ga tilstrekkelig dokumentasjon til å fatte det konseptuelle valget, og sluttet seg til det anbefalte alternativet med en virksomhetsmodell der PSA er fordelt på to lokaliteter, men der ABUP er samlokalisert med PSA på Eg. KSK-rapporten pekte på områder med vesentlig usikkerhet og enkeltelementer som var mangelfullt behandlet. De momentene som ble påpekt ved ekstern kvalitetssikring, er fulgt opp i det videre arbeidet med konseptutredningen frem til denne reviderte rapporten.

Intern kvalitetssikring

HSØRHF foretok våren 2015 en gjennomgang av konseptutredningen i samarbeid med SSHF. I rapporten fra denne gjennomgangen vises det til behovet for å optimalisere det valgte konsept innenfor den økonomiske rammen gitt av SSHFs styre. Det anbefales en bearbeiding med følgende prioritering:

1. *Gjennomgang/reduksjoner i romstørrelser ut fra sammenlignbare prosjekter*
2. *Revurdering/reduksjoner av rombehov og kapasiteter innenfor gjeldende funksjoner i konseptet*
3. *Revurdering av fysiske løsninger for å etablere bygg med lavere investerings- og driftskostnader*
4. *Revurdering/reduksjoner av funksjoner*

Det ble også anbefalt å engasjere Sykehusbygg HF (SBHF) til både administrativ og faglig bistand.

Optimalisering av det valgte konseptet

I samsvar med ovennevnte anbefaling, ble SBHF fra sommeren 2015 engasjert til å forestå en revisjon av konseptutredningen.

1. Etter en kritisk gjennomgang og sammenligning med bl.a. det nye sykehuset i Østfold er arealet for sengerom, skjermingsenheter, enkelte bad og diverse andre rom redusert. Arealstandard for kontorer er opprettholdt, da mange av disse også skal benyttes til pasientkonsultasjoner.
2. Antall døgnplasser for voksne i PSA Kristiansand er redusert fra 80 til 70. SSHF samlet får da den samme kapasiteten for døgnplasser i sykehusavdelingene i forhold til innbyggertallet (fremskrevet til 2020) som Sykehuset Østfold HF. Hvis tekniske senger regnes med, får SSHF noe mindre kapasitet enn SØHF. I Nybygg psykisk helse SSK legges det til rette for fleksibel bruk av det totale antall døgnplasser. Det forutsettes fortsatt døgnplasser i DPS.
3. Etter reduksjon av sengetallet i PSA, er sengeenheterne samlet i to moduler mot tidligere i tre. Begge moduler ligger nå på bakken på vestsiden (mot Baneheia). Fortetting av areal med redusert utkraging uten endring av konsept gir en mindre kompleks konstruksjon, en mer kompakt løsning med vesentlig mindre fotavtrykk og utgraving. Kvaliteten i bygget er opprettholdt.
4. Alle døgnenheter har en generell utforming med 10 sengerom samt en skjermingsenhet. To og to døgnenheter er samlokalisert med felles bruk av støtterom. ECT funksjonen er tatt ut av konseptet og forutsettes ivaretatt i det somatiske bygget på Eg.

Innhold

SAMMENDRAG – NYTT KAPITTEL REVISJON 2016	5
DEL I: BAKGRUNN	15
1 Bakgrunn, rammebetingelser og målsetting	15
1.1 Grunnlag for konseptfasen	15
1.2 Idéfasen (beslutningspunkt B2)	16
1.2.1 Utviklingsplan 2030 og konsekvenser for virksomheten	17
1.3 Mandat og rammebetingelser	18
1.3.1 Mandat for konseptfasen	18
1.3.2 Viktige rapporter og dokumenter	19
1.4 Mål	20
1.4.1 Samfunns mål	20
1.4.2 Effektmål	20
1.4.3 Resultatmål	20
1.5 Endringer i forutsetninger underveis i utredningen – nytt kapittel revisjon 2016	21
1.5.1 Begrensninger av byggalternativ	21
1.5.2 ABUP Ungdomsklinikken	21
1.5.3 Kostnadsramme for prosjektet	21
1.5.4 Nasjonal helse- og sykehusplan	21
1.6 Kvalitetssikring (KSK) datert 8.12.2014 av konseptrapport 27.11.2014	22
2 Organisering av arbeidet med konseptfasen	23
2.1 Brukermedvirkning	23
3 Metode og datagrunnlag	24
3.1 Metode for tidligfaseplanlegging	24
3.2 Metode for demografisk framskrivning av aktivitet	24
3.3 Metode for utarbeidelse av overordnet teknisk program	24
3.4 Metode for beregning av driftsøkonomiske konsekvenser	25
3.5 Metode for kostnadsberegning av utstyr	25
3.6 Metode for usikkerhetsanalyse	26
3.7 Metode for økonomisk bærekraft	26
3.7.1 Metode for beregninger av investeringskostnader	26
3.7.2 Metode for beregning av bærekraft	26
4 Status dagens virksomhet	28
4.1 Organisering av virksomheten	28
4.1.1 Kapasitet	28
4.1.2 Aktivitet	30
5 Status dagens bygg	32
5.1 Adkomst og tilgjengelighet	32
5.1.1 PSA Kristiansand	32
5.1.2 PSA Arendal	33

5.1.3	ABUP Ungdomsklinikken	34
5.2	Byggeteknisk tilstand	35
5.2.1	PSA Kristiansand	35
5.2.2	PSA Arendal	35
5.2.3	ABUP Ungdomsklinikken	35
5.3	Funksjonell egnethet	36
5.3.1	PSA Kristiansand	36
5.3.2	PSA Arendal	39
5.3.3	ABUP Ungdomsklinikken	39
5.4	Samlet vurdering av dagens bygg	39
5.4.1	Oppsummert areal og kapasiteter i dagens bygg i PSA	40
6	Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov	41
6.1	Befolkningsutvikling	41
6.2	Omstilling og endret samhandling med DPS, og kommunehelsetjenesten PSA og ABUP	43
6.2.1	Generell reduksjon i oppholdstid	46
6.2.2	Realvekst for poliklinisk behandling	46
6.2.3	Epidemiologi og økt kompleksitet	46
6.2.4	Levekår	46
6.2.5	Behov for døgnbasert tilbud om avgiftning og kortvarig rusbehandling	46
6.3	Kapasitetsbehov 2030	47
DEL II: UTREDNING AV ALTERNATIVER		48
7	Alternative virksomhetsmodeller	48
7.1	0-alternativet	48
7.2	Virksomhetsmodell A	49
7.3	Virksomhetsmodell B	49
7.4	Virksomhetsmodell C	49
7.5	Virksomhetsmodell D	50
7.6	Virksomhetsmodell E	50
7.7	Virksomhetsmodell F	50
8	Byggalternativer	52
8.1	Forutsetninger for byggalternativene	53
8.1.1	Valg av tomt	53
8.1.2	Nærhetsforholdet mellom somatikk og psykisk helsevern	54
8.1.3	Generalitet, fleksibilitet og elastisitet	54
8.1.4	Konsept for døgnhetene	55
8.1.5	Funksjonelle krav	56
8.1.6	Sammenheng mellom virksomhetsmodellene og byggalternativene	57
8.1.7	Logistikk, person- og vareflyt	57
8.1.8	Overordnede tekniske føringer	57
8.2	0-alternativet	58
8.2.1	Funksjonsprogram, arealbehov og driftsmodell	58
8.2.2	Investeringskostnader	58
8.2.3	Usikkerhetsanalyse	58
8.2.4	Driftsøkonomiske konsekvenser	59
8.2.5	Økonomisk bærekraft	59

8.3	Alternativ 2	59
8.3.1	Funksjonsprogram arealbehov og driftsmodell	60
8.3.2	Løsninger (skisseprosjekt)	60
8.3.3	Investeringskostnader	60
8.3.4	Usikkerhetsanalyse	61
8.3.5	Utstyrstbehov	61
8.3.6	Driftsøkonomiske konsekvenser	61
8.3.7	Økonomisk bærekraft	61
8.4	Alternativ 2 med ABUP	62
8.4.1	Funksjonsprogram arealbehov og driftsmodell	62
8.4.2	Løsninger (skisseprosjekt)	62
8.4.3	Investeringskostnader	62
8.4.4	Usikkerhetsanalyse	62
8.4.5	Utstyrstbehov	63
8.4.6	Driftsøkonomiske konsekvenser	63
8.4.7	Økonomisk bærekraft	64
8.5	Alternativ 3	64
8.5.1	Funksjonsprogram arealbehov og driftsmodell	64
8.5.2	Løsninger (skisseprosjekt)	64
8.5.3	Investeringskostnader	64
8.5.4	Usikkerhetsanalyse	65
8.5.5	Utstyrstbehov	65
8.5.6	Driftsøkonomiske konsekvenser	65
8.5.7	Økonomisk bærekraft	66
8.6	Alternativ 3 med ABUP	66
8.6.1	Funksjonsprogram arealbehov og driftsmodell	66
8.6.2	Løsninger (skisseprosjekt)	66
8.6.3	Investeringskostnader	67
8.6.4	Usikkerhetsanalyse	67
8.6.5	Utstyrstbehov	67
8.6.6	Driftsøkonomiske konsekvenser	67
8.6.7	Økonomisk bærekraft	69
8.7	Mulighetsstudier av utbygging i Arendal	69
 DEL III: VALG AV ALTERNATIV		 70
9	Kriterier for valg av alternativ	70
10	Vurdering og rangering av alternativene	73
10.1	Vurdering av virksomhetsmodeller	73
10.1.1	Faglig kvalitet	73
10.1.2	Helhetlige pasientforløp	74
10.1.3	Samfunnsmessig bærekraft	75
10.1.4	Tilgjengelighet	76
10.1.5	Økonomi	76
10.1.6	Fleksibilitet	77
10.1.7	Samlet vurdering av virksomhetsmodellene	78
10.2	Vurdering av utbyggingsløsninger	79
10.2.1	Kapasitet	80

10.2.2	Generalitet, fleksibilitet og elastisitet	81
10.2.3	Kvalitet, attraktivitet, arkitektur og helhetsinntrykk	81
10.2.4	Adkomst til bygget	81
10.2.5	Driftsulemper under bygging	81
10.2.6	Økonomisk bærekraft	81
10.2.7	Samlet vurdering av de bygningsmessige alternativene	84
10.2.8	Oppsummert byggalternativer	85
10.3	Anbefalt alternativ for ny PSA og ABUP ungdomsklinikk	85
 DEL IV OPTIMALISERING AV VALGT KONSEPT		 86
11	Revisjon av konseptutredningen – nytt kapittel revisjon 2016	86
11.1	Oppfølging av KSK	86
11.2	Revidert konseptutredning mai 2015	87
11.2.1	Styrevedtak 21.5.2015	87
11.3	Rapport fra intern prosjektgruppe i HSØRHF og SSHF	88
11.4	Bearbeiding av konsept i regi av Sykehusbygg HF	88
11.4.1	Mandat, ramme og organisering	88
11.4.2	Styrevedtak SSHF 19.11.2015	88
11.4.3	Optimalisering av det valgte konseptet	89
11.5	Oppsummering og anbefaling av optimalisert konsept	92
11.6	Kostnadsberegning for optimalisert konsept	94
11.7	Økonomisk bærekraft for optimalisert konsept	95
11.7.1	Beregning av økonomisk bærekraft	96
11.7.2	Kontantbasert økonomisk bærekraft	97
 DEL V: PLAN FOR DET VIDERE ARBEIDET		 98
12	Plan for forprosjektfasen – nytt kapittel revisjon 2016	98
12.1	Tidligfaseplanlegging	98
12.2	Mål og forutsetninger	99
12.3	Suksessfaktorer	99
12.4	Gjennomføringsmodell	100
12.4.1	Kontraktsstrategi	100
12.4.2	Forprosjekt	100
12.4.3	Funksjonsprosjekt og utarbeidelse av underlag for utlysning av entrepriser	100
12.4.4	Kontrahering av entreprenører	100
12.5	Organisering og ansvarsdeling	101
12.6	Fremdriftsplan	102
12.7	Prinsipper for prosjekt- og risikostyring	104
12.8	Ressursbruk og kostnader knyttet til forprosjektfasen	104
12.9	Mandat for forprosjektfasen	104
12.10	Organisasjonsutvikling	104
 VEDLEGG		 105

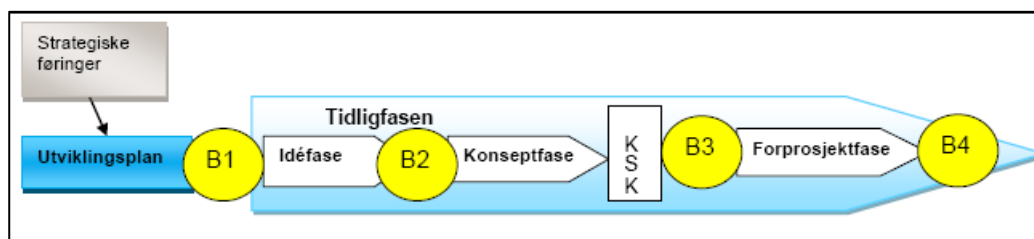
Del I: Bakgrunn

1 Bakgrunn, rammebetingelser og målsetting

I kapittel 1 beskrives hva som ligger til grunn for konseptet, anbefalt alternativ fra idéfasen, mandat, rammebetingelser og mål. I tillegg sies det noe om føringer som ligger i Utviklingsplan SSHF 2030, og endringer av forutsetninger underveis i utredningen og hvilke konsekvenser dette gir for Nybygg psykisk helse SSK.

1.1 Grunnlag for konseptfasen

Konseptrapporten Nybygg psykisk helse SSK beskriver utredningen for nybygg for PSA Kristiansand og ABUP Ungdomsklinikken Arendal. Målet med konseptrapporten er å gi et best mulig grunnlag for å beslutte om det skal igangsettes et forprosjekt. Rapporten er utarbeidet i henhold til Tidligfaseveileder i sykehusprosjekter² og bygger på Idéfaserapporten³ til PSA. Behovet for bygningsmessig forbedring av PSA i Kristiansand og samling av ABUP på Eg er forankret i Strategiplanen for SSHF 2009-2013.



Figur 2: Planprosess for tidligfase i sykehusprosjekter. Kilde: Tidligfaseveileder for sykehusprosjekter

Problemstillingen beskrevet i idéfasen er at PSA Kristiansand ikke vil kunne drive sin framtidige virksomhet på en hensiktsmessig måte i eksisterende lokaler. Byggene er i liten grad tilpasset kravene til moderne behandling og godt arbeidsmiljø. Ny kunnskap og nye behandlingsmetoder og retningslinjer krever endring av både virksomhet og bygg.

Det samme er gjeldende for ABUP Ungdomsklinikken. Det er gjennomført en omfattende utredning av bygningsmessige tiltak for ABUP Ungdomsklinikken. Konklusjonen ble at de løsninger som var mulig å få til innenfor eksisterende bygningsmasse ikke sto i forhold til kostnader, hverken bygningsmessig eller personellmessig. Det ville heller ikke innfri fremtidige krav til ungdomsklinikkens virksomhet.

Dagens bygningsmasse i PSA i Kristiansand og i ABUP Ungdomsklinikken er lite tilpasningsdyktige til nåværende og fremtidige behandlingsbehov, og understøtter ikke hensiktsmessig og effektiv drift. Bygningene har funksjonelle svakheter både i selve bygningskroppen, i oppdelinger og romutforminger, noe som gir reduserte behandlingsforhold og svekker pasienttilfredshet og pasientsikkerhet. Den tekniske tilstanden på bygningsmassen som omfattes er så dårlig at det er behov for total rehabilitering av bygningene. Det er gjennomført kortsiktige utbedringer, men disse er ikke tilstrekkelige til at byggene er levedyktige som sykehusbygg i fremtiden.

² Utgave IS-1369, 12 /2011.

³ Nytt bygg for psykiatrisk sykehusavdeling Idéfaserapport. 30.9.2011

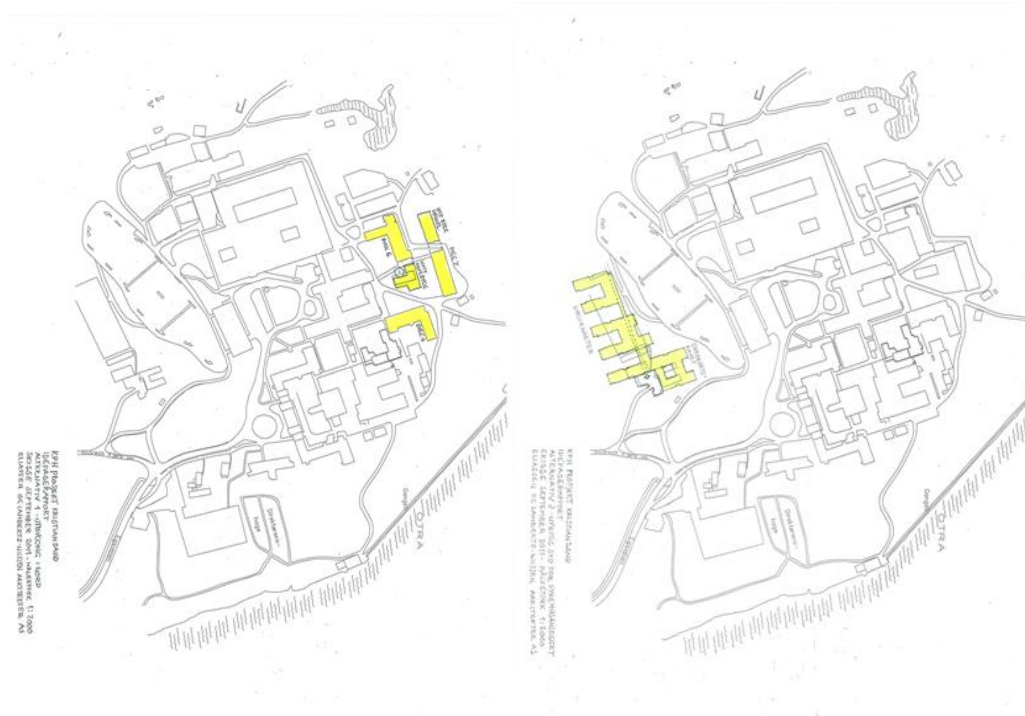
1.2 Idéfasen (beslutningspunkt B2)

Det ble i 2011 gjennomført idéfaseutredning for nybygg for PSA i Kristiansand. Mandat for idéfasen ble godkjent i HSØRHF den 15.2.2011, og Idéfaserapporten for PSA forelå den 30.9.2011.

Idéfaserapporten utredet fire byggalternativer som spenner fra nybygg, via delvis utnyttelse av eksisterende lokaler til fortsatt bruk, til kun mindre oppgraderinger og tilpasninger.

- 0-alternativet. 0-alternativet, fortsatt drift som i dag i eksisterende lokaler. Krever lettere ombygning/ oppgradering.
- 0-alternativetB Bruk av eksisterende bygg, men med redusert antall døgnplasser og noen flere konsultasjonsrom/ behandlerkontorer til poliklinisk virksomhet. Oppgradering og ombygging av bygg 2.
- Alternativ 1 Nybygg i sykehusets bakre område i kombinasjon med eksisterende anlegg. Krever ombygging av bygg 4,6, og 7. Gradvis utfasing av de dårligste byggene.
- Alternativ 2 Nybygg sør for eksisterende sykehusanlegg.

Anbefalt konsept i idéfasen er alternativ 2.



Skisse 1: Byggalternativ 1 og 2 Idéfase.

Idéfaserapporten ble den 27.10.2011 behandlet i styret for SSHF, sak 105-2011 Nytt psykiatribygg i Kristiansand. Styret godkjente idéfaserapporten, og ga en anbefaling overfor HSØRHF at prosjektet videreføres til konseptfasen. Styret i HSØRHF behandlet saken i møte 17.12.2012 og godkjente oppstart av konseptfase PSA. HSØRHF legger til grunn at det ved oppstart av forprosjekt er framlagt en finansieringsplan med vesentlig innslag av egenfinansiering.

Det er ikke gjennomført idéfase for ny Ungdomsklinikk i ABUP. Behovet for bygningsmessige tiltak er forankret i strategiplanen til KPH i tilknytning til strategiplanen for SSHF 2012-2014.

1.2.1 Utviklingsplan 2030 og konsekvenser for virksomheten

Utviklingsplan 2030 er en overordnet plan for fremtidig virksomhet og bygg i SSHF. Den gir grunnlag for prioritering av virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak som er godt begrunnet, fremtidsrettet og avstemt i forhold til en helhetlig utvikling. Styret for SSHF behandlet utviklingsplanen i februar 2015 og vedtok da bl.a. at det skal videreutvikles en struktur med tre sykehus i foretaket. Utviklingsplanen skal avstemmes mot nasjonal helse og sykehusplan, men den nasjonale planen gir ikke føringer som rokker ved dagens sykehusstruktur. Arbeidet med utviklingsplanen har også dokumentert at det ikke er økonomisk bærekraftig å bygge ett nytt sykehus på Sørlandet i overskuelig fremtid. Konseptutredningen for ny PSA og ny ABUP Ungdomsklinikk har derfor lagt til grunn at det vil være et stort somatisk sykehus på Eg i flere tiår fremover, og at det er mulig å samlokalisere sykehustjenester innen psykisk helsevern og somatikk der. SSHF-styrets vedtak om Utviklingsplan 2030 forutsetter videre en desentralisert struktur med DPSer for tilbud innen psykisk helse, psykiatri og avhengighetsbehandling.

Arbeidet med konsept for ny PSA og ABUP Ungdomsklinikk er koordinert med Utviklingsplan 2030, slik at det anbefalte alternativ bidrar til en framtidsrettet utvikling for spesialisthelsetjenesten ved SSHF. Alternativet medvirker til en ønsket organisasjons- og tjenesteutvikling for barn og voksne innen KPH, og det tar hensyn til fortsatt desentraliserte tjenester innen DPSer. Videre ivaretar alternativet de nærhetsbehov som psykisk helsevern og somatiske tjenester har til hverandre, og geografisk plassering er ikke til hinder for fremtidig utvikling og utvidelse av de somatiske helsetjenestene.

En arbeidsgruppe har i delrapporten "*Pasientforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2030*", kommet med anbefalinger til hvordan virksomheten bør utvikles fram mot 2030. Nedenfor følger de av rapportens anbefalinger som er særlig relevante for utvikling og dimensjonering av døgnvirksomheten innen PSA og ABUP:

- Sikre utviklingen av kunnskapsbasert praksis ved å styrke forskningsaktiviteten innen psykisk helse og Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer
- Sikre prioritering av innsatsen overfor barn og unge med særskilte behov og som har de alvorligste tilstandsbildene
- Bedre lokaliteter til døgnbehandling for barn og unge
- Ansvar for døgnbehandling overføres fra DPS til PSA⁴
- Sikre at nytt bygg for funksjoner i PSA Kristiansand blir realisert
- Følge de faglige anbefalingene fra handlingsplanen for det alderspsykiatriske tilbudet i Agder i forhold til styrking av ressursene og dreining av tjenestetilbudet i poliklinisk retning
- Sikre at utredning og det døgnbaserte behandlingstilbudet spesialiseres ytterligere ved alvorlige ruslidelser og sammensatt problematikk.

Døgnbehandling innenfor spesialisthelsetjenesten vil spesialiseres ytterligere og primært brukes ved behov for beskyttelse, ved utredning som krever døgnobservasjoner og ved behandling som krever spesialisert miljøterapeutisk innhold.

Arbeidsgruppen for arbeidet med Utviklingsplan 2030 ser for seg en vesentlig reduksjon i døgntilbudet for voksne innen psykisk helsevern. For barn og unge er det derimot behov for å øke kapasiteten til 10 døgnplasser for å kunne håndtere behovet for både akutte og elektive behandlingsplasser, og for å få på plass et døgnbasert spesialisert rusbehandlingstilbud og avgiftningstilbud for de under 16 år.

Demografisk framskriving viser en økning i antall eldre i planperioden. Tilbudet til disse er ved dagens status ikke godt nok utbygd og må styrkes ytterligere for å tilpasses aldersutviklingen i befolkningen. Tilbudet skal

⁴ Denne anbefalingen er noe moderert på bakgrunn av bl.a.: Reaksjoner etter høringsrunde for Utviklingsplan 2030 i 2014, endelig Utviklingsplan 2030 er ikke vedtatt for SSHF i påvente av behandling av Nasjonal helse og sykehusplan i Stortinget. Meld. St. 11 (2015–2016) og Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver at det skal være akutt plasser for døgninnleggelse på DPS-nivå. Dette legger føringer for en revurdering av dette punktet som drøftes mer i kap. 7.2

videreutvikle sin ambulante virksomhet. Her vektlegges det gode i at behandling skjer i pasientens nærmiljø, og at ambulant, tverrfaglig virksomhet kan ha god effekt både for hjemmeboende eldre og beboere i institusjon.

Videreutviklingen av lokalbaserte tjenester med støtte fra spesialisthelsetjenesten følger den langsiktige satsingen som KPH har hatt knyttet til desentraliserte polikliniske og ambulante tilbud for barn og unge, med organisert samarbeid inn mot barnevernsinstitusjoner og kommunale tjenester.

Med denne organisasjonsutviklingen tilrettelegges det for en klinikk med tilstrekkelig kapasitet på døgnbehandling, som tilbyr spesialiserte, differensierte og desentraliserte tjenester. Tilbudene innen psykisk helse og avhengighetsbehandling til barn, unge og voksne kan integreres med tanke på helhetlige og forutsigbare behandlingsforløp fra hjem og tilbake til hjem.

1.3 Mandat og rammebetingelser

1.3.1 Mandat for konseptfasen

Konseptfasen for Nybygg psykisk helse SSK er gjennomført i henhold til Helsedirektoratets veileder for "Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter"⁵. I følge veilederen skal forslagene til alternative løsninger fra idéfasen utredes i detalj. Utredningene skal være tilstrekkelig detaljerte og omfattende til å kunne gi grunnlag for å velge ett alternativ, dokumentere konsekvenser av det valget som gjøres og fatte beslutning om hvorvidt forprosjektfasen skal igangsettes.

Utredningene skal være likeverdige for alle alternativene, de skal vise om alternativene kan innpasses i investeringsrammene og hvilken effekt gjennomføringen har på helseforetakets økonomiske bærekraft. Alternativene skal analyseres og vurderes opp mot prosjektets mål og et definert sett av kriterier. Det beste alternativet anbefales som grunnlag for gjennomføring av et investeringsprosjekt.

Mandatet for PSA konseptfase ble vedtatt av styringsgruppen 18.2.2013 (vedlegg 13). I vedtaket er det lagt vekt på at Utviklingsplanen og PSA prosjektet sees på i en sammenheng, og at det skal være kort avstand mellom psykiatri og somatikk. I tillegg til at alternativene til løsning fra idéfasen utredes, er det blant annet listet opp forhold som skal vektlegges. Dette er svart opp i konseptrapporten.

I styringsgruppemøte for konseptfasen 2.6.2014 – sak 3/12 ble det besluttet å legge frem en anbefaling for styret i SSHF om å inkludere ABUP Ungdomsklinikken i PSA konseptfase. Videre ble det bedt om å se på hvordan ABUPs døgnplasser kan løses og inkluderes i prosjektet, både virksomhetsmessig og bygningsmessig. I styremøte 11.12.2014 vedtok styret at ABUP Ungdomsklinikken skal utarbeide en konseptutredning i henhold til "Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" og som bygger på konseptrapport ny PSA⁶.

⁵ Utgave IS-1369, 12 /2011.

⁶ Konseptrapport Ny Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA), 27.11.2014. V. 1.0.

1.3.2 Viktige rapporter og dokumenter

Det er en rekke dokumenter som gir forutsetninger for konseptfasen, blant annet idéfaserapporten for PSA, tidligere utredningsarbeid i ABUP, tidligere versjoner av konseptrapport for PSA og ABUP, nasjonale og regionale vedtak, styrevedtak for Utviklingsplan 2030 og strategiske planer for SSHF. Under er det en liste over aktuelle dokumenter:

- "Handlingsplan for det alderspsykiatriske tilbudet på Agder".
- Besøksrapport – Sørlandet sykehus, Kristiansand 7-9. september 2015 - Sivilombudsmannens forebyggingsenhet mot tortur og umenneskelig behandling ved frihetsberøvelse.
- Boligsosial handlingsplan. Kristiansand kommune 2011 - 2015.
- Distriktpspsykiatriske sentre, veileder IS-1388, Sosial- og helsedirektoratet 2006.
- Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne, SINTEF-rapport 1/09.
- Forskrift om barns opphold i institusjon
- HSØ styresak 061-2010 Regionale utviklingsområder i psykisk helsevern, 9. sep. 2010.
- Høring – utvidelse av virksomhetsområdet for strafferettslige særreaksjoner for utilregnelige som begår vedvarende og samfunnsskadelig kriminalitet. Justis- og Politidepartementet 2010.
- Idéfaserapport – Nytt bygg for psykiatrisk sykehusavdeling. Sørlandet sykehus HF, Kristiansand.
- Klassifikasjonssystem for helsebygg. Versjon 3.1 desember 2012. Veileder IS-1965. Helsedirektoratet.
- Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009, årsverkstatistikk og analyser av kommunal variasjon (SINTEF-rapport A14167, 2010).
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om psykisk helsevern
- Nasjonal helse og sykehusplan. Meld. St. 11 (2015–2016)
- Nasjonal Strategigruppe II, rapporter og anbefalinger fra de fem arbeidsgruppene (30. sep.2010).
- Norske sikkerhetspsykiatriske avdelinger 2008 (Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst).
- Områdeplan for psykisk helse – Psykiatri og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus HF. Delplan til Områdeplan – Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet på Agder 2012 – 2015.
- Områdeplan for rehabilitering, Sørlandet sykehus 2011.06.01.
- Pasienter i det psykiske helsevernet 2009, Rapport-1908 fra Helsedirektoratet.
- Plandokument for norsk alderspsykiatri 2010-2020, Norsk psykiatrisk forening.
- Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne, SINTEF-rapport 3/09.
- Rundskriv IS-5/2010. "Barn som pårørende". Helsedirektoratet. Strategiplan for barn og unges psykiske helse, "...sammen om psykisk helse...", Helsedepartementet, 2003.
- Spesialisthelsetjeneste for eldre, Handlingsplan for Helse Sør-Øst 2010-2020.
- St. meld nr 28 (2011-2012): Gode bygg for eit betre samfunn – Ein framtidsretta bygningspolitikk
- St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- St.prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998.
- Strategiplan 2015-2017 for Sørlandet sykehus HF
- Strategiplan for Klinikk psykisk helse 2011-2015 – Psykiatri og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus HF.
- Strategiplan for Psykiatrisk sykehusavdeling 2016-2018
- Tiltaksplan for unge 15-23 år i KPH, delrapport til Strategiplan 2011-2015 for KPH Sørlandet sykehus HF
- Utviklingsplan SSHF 2030: Delrapport Pasientforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2030
- Utviklingsplan Sørlandet sykehus HF 2030: Delrapport teknisk tilstand, bygg og infrastruktur - Sørlandet sykehus HF
- Veien videre i ABUP - Strategi og Handlingsplan 2014-2018

1.4 Mål

Prosjektets overordnede målsetting er å fremskaffe gode og hensiktsmessige lokaler med tilstrekkelig kapasitet for døgnenhetene i sykehusavdelingene innen psykisk helse for både voksne og barn/unge i Agder-fylkene.

Konseptutredningens overordnede målsetting er å gi et solid beslutningsgrunnlag for valg av driftsmodell og byggkonsept, samt å gi et grunnlagsmateriale for videre planlegging.

1.4.1 Samfunns mål

Følgende samfunns mål er formulert for prosjektet:

“Nybygg psykisk helse SSK skal legge til rette for at SSHF kan oppfylle nasjonale mål for utvikling av denne delen av helsetjenesten på Sørlandet. Prosjektet skal gi virksomheten lokaler som sikrer gode og samfunnsøkonomisk effektive behandlingstilbud. Bygget skal muliggjøre kontinuerlig utvikling av tilbudet til pasientene og samhandling med andre deler av helsetjenesten.”

1.4.2 Effektmål

Effektmålene for prosjektet beskriver ønsket effekt for brukerne. Brukere er i første rekke pasienter, men også ansatte, pårørende og samarbeidspartnere.

Nybygg psykisk helse SSK skal:

- Ha fleksible løsninger for å kunne møte fremtidens behov for spesialisert sykehusstilbud til ulike pasientgrupper, og evt. nye oppgaver
- Fremstå som et attraktivt bygg, med en spennende og utfordrende arkitektur som fremmer psykisk helse
- Gi de ansatte et godt fysisk arbeidsmiljø som bidrar til effektive arbeidsprosesser
- Sikre at pasientene får det faglig beste og mest effektive behandlingsforløp som er mulig å tilby
- Sikre god tilgjengelighet: likeverdig tilgang til sykehus tjenester for befolkningen på Agder, forsvarlig reisetid Ved akutte lidelser, samt fysisk tilgjengelighet til bygget og i bygget
- Legge til rette for at barn og unge med behov for døgnopphold legges inn i ungdomsklinikk med døgnåpent mottak
- Legge til rette for at ABUP Ungdomsklinikken bidrar til å utvikle tilbud om familiebehandling og ivaretagelse av barn som pårørende når voksne er innlagt i PSA
- Legge til rette for godt samarbeid mellom PSA og ABUP for å utnytte hverandres spisskompetanse og sikre effektive og helhetlige behandlingsforløp
- Bidra til en effektivisering av bemanning på natt og arealbruk ved samlokalisering og fellesfunksjoner for PSA og ABUP.

1.4.3 Resultatmål

Prosjektet skal fremskaffe lokaler som dekker virksomhetens behov i forhold til funksjoner, kapasitet og kvalitet som beskrevet i hovedfunksjonsprogram m.m. Dette utdypes i neste planleggingsfase.

Nybygg psykisk helse skal ferdigstilles innenfor de økonomiske rammer, tidsfrister og i henhold til programmet som blir besluttet. Bygget skal:

- Gi pasientene opplevelse av et godt og trygt behandlingsmiljø
- Skape rom for bevegelsesfrihet, og være tilpasset kort og lang liggetid
- Ha et utemiljø som kan brukes aktivt i behandling og rekreasjon
- Planlegges og bygges i samsvar med HSØs vedtatte eiendomsstrategi og miljømål
- Ha høy grad av standardiserte romtyper, innredninger, utstyr og installasjoner
- Ha stor generalitet i utforming av døgnenheter
- Ha utvidelsesmuligheter for evt fremtidig økt kapasitetsbehov
- Planlegges for industrialisert produksjon

1.5 Endringer i forutsetninger underveis i utredningen – nytt kapittel revisjon 2016

1.5.1 Begrensninger av byggalternativ

Tidlig i konseptfasen ble det vurdert fire hovedalternativer:

- 0-alternativet
- Alternativ 1: nybygg + oppgradering og ombygging av eksisterende bygg
- Alternativ 2: nybygg for PSA Vest-Agder med 80 døgnplasser
- Alternativ 3: nybygg for PSA Aust-Agder og Vest-Agder med 120 døgnplasser

For alternativ 1 var lokalisering låst til nåværende psykiatriområde på Eg. I Utviklingsplan 2030 er det skissert en fremtidig utvidelse av det somatiske sykehuset på det samme området. I Kristiansand kommunes arbeid med ny reguleringsplan, som har pågått parallelt med konseptutredningen, er det avklart at fremtidig utvikling av «somatiske beredskapsfunksjoner» ved SSK må skje nord for eksisterende sykehus på grunn av grunnforhold. Det ville i så fall oppstå en konflikt mellom alternativ 1 og en helhetlig, langsiktig utvikling av SSHF.

Alternativ 1 har også flere andre ulemper. I byggeperioden ville bygg 4, 6 og 7 ikke kunne bli brukt i pasientbehandling og provisorier måtte evt. etableres. En eventuell gjennomføring er ikke beskrevet eller kostnadsberegnet, men det er åpenbart at det hadde medført store praktiske utfordringer. Alternativ 1 hadde uansett måtte forholde seg til de eksisterende bygningskropper og en vesentlig del av de funksjonelle svakheter ville måtte bli videreført selv etter ombygging og teknisk oppgradering. Alternativ 1 ville i så måte kun i begrenset grad besvare problemstillingene som var utgangspunktet for idéfasen.

På denne bakgrunn bestemte prosjekteier at alternativ 1 ikke skulle utredes videre. De alternativer som behandles i sin fulle bredde i denne rapporten er 0-alternativet, alternativ 2 og alternativ 3.

1.5.2 ABUP Ungdomsklinikken

Konseptutredningen startet som et prosjekt for PSA. Nye lokaler for ABUPs Ungdomsklinikk har tidligere vært vurdert separat. I desember 2014 vedtok styret for SSHF å samlokalisere døgnplassene for PSA og ABUP. Det ble da laget en funksjonell konseptutredning for ABUP Ungdomsklinikken som er integrert i foreliggende konseptrapport. Prosjektet skiftet da navn fra «Ny psykiatrisk sykehusavdeling» til «Nybygg psykisk helse SSK».

Ovennevnte byggalternativ 2 og 3 ble utvidet til fire varianter, dvs begge alternativene med eller uten ungdomsklinikk. Foreliggende konseptrapport anbefaler en nybygg-løsning som alternativ 2 med ABUP Ungdomsklinikk, som vedtatt av styret 5.12.2014.

1.5.3 Kostnadsramme for prosjektet

Da styret for SSHF behandlet konseptutredningen 21.5.2015, ble det lagt frem et skisseprosjekt med forventet sluttkostnad på 884,3 MNOK. Dette var nesten 20 % høyere enn forventet sluttkostnad for det prosjektet som ble presentert for styret 11.12.2014.

I vedtaket fra møtet 21.5.2015 ba styret om at prosjektet bearbejdes slik at psykiatribygget kan realiseres innenfor en sluttsum på 765 MNOK. Etter dette er det lagt til grunn at prosjektet har en økonomisk ramme på 765 MNOK forstått som P₅₀ verdi fra usikkerhetsanalysen, prisenivå mars 2015 uten prisstigning og finansieringskostnader.

1.5.4 Nasjonal helse- og sykehusplan

Arbeidet med en nasjonal helse- og sykehusplan har pågått parallelt med konseptutredningen. Planen ble vedtatt i Stortinget.

Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at det skal være døgnberedskap i DPSene. Prosjektet oppfatter dette som et krav om døgnplasser (senger) i DPSene. Med en kapasitet på 70 døgnplasser for voksne og 10 døgnplasser for barn og unge i nybygget på Eg, er det en forutsetning at det finnes døgnplasser også i DPSene for at det samlede behovet til befolkningen i Agder-fylkene skal kunne dekkes. Generelt, og på dette punktet spesielt, er foreliggende konseptutredning i samsvar med de overordnede føringer som gis i nasjonal helse- og sykehusplan.

1.6 Kvalitetssikring (KSK) datert 8.12.2014 av konseptrapport 27.11.2014

Konseptrapporten fra 27.11.2014 er kvalitetssikret (KSK) av Terramar AS, Hospitaitet AS og Oslo Economics AS. Resultatene av den eksterne kvalitetssikringen ble presentert for styret i møtet 11.12.2014 sammen med konseptutredningen. Styret vedtok bl.a.: *Styret forutsetter at de momenter som er påpekt gjennom ekstern kvalitetssikring, følges opp i forberedelsene til og i forprosjektfasen.*

KSK-rapporten konkluderte med at konseptutredningen ga tilstrekkelig dokumentasjon til å fatte det konseptuelle valget, og sluttet seg til det anbefalte alternativet med en virksomhetsmodell der PSA er fordelt på to lokaliteter, men der ABUP er samlokalisert med PSA på Eg. KSK-rapporten pekte på områder med vesentlig usikkerhet og enkeltelementer som var mangelfullt behandlet. Dette gjaldt særlig:

- Usikkerhet i kapasitetsframskrivninger og forutsetningen om vesentlig omstilling i både PSA og DPSene. Behov for stor grad av fleksibilitet for fremtidig utvidelse ble understreket.
- Usikkerhet ved at SSHFs utviklingsplan ikke er vedtatt. Men anbefalt konsept ble vurdert som robust i forhold til alternative utfall av utviklingsplanen.
- Konkretisering av effekt- og resultatmål
- Overordnet teknisk program
- Skisseprosjekt
- Fremdriftsplan, plan for gjennomføring
- Ulike kriterier og standarder for energi og miljø.

Momentene som er påpekt gjennom ekstern kvalitetssikring, er fulgt opp i det videre arbeidet med konseptutredningen frem mot ny styrebehandling i mai 2015 og senere frem til foreliggende reviderte konseptutredning.

I kapittel 11.1 er det nærmere redegjort for funnene i KSK og hvordan disse er fulgt opp.

2 Organisering av arbeidet med konseptfasen

Konseptfasen har gått over flere år, og var i 2012 organisert som et PSA prosjekt. Fra og med 19.6.2014⁷ ble ABUPs døgnplasser inkludert i prosjektet. Det har derfor vært ulik organisering rundt prosjektet fra og med konseptfasens oppstart. Under er organiseringen for konseptfasen oppsummert.

SSHF ved administrerende direktør er prosjekteier, og styringsgruppens medlemmer ble oppnevnt av styret for helseforetaket og utgjør foretakets ledergruppe, foretakstillitsvalgt, hovedverneombud, brukerrepresentant og representanter fra HSØRHF.

Teknologidirektør ved SSHF har vært prosjektleder frem til starten av arbeidet med revidert konseptrapport i september 2015. Deretter ble SBHF engasjert som prosjektleder⁸. SBHF har i denne sammenheng overtatt koordineringsansvaret for rådgivergruppen. Personell som tidligere var engasjert via SINTEF var fra dette tidspunkt ansatt i SBHF. Andre rådgivere som har bistått i konseptfasen er: WSP (tidligere Faveo prosjektledelse), Nordic Arch, Rambøll, PwC og Cowi.

Deltakere i prosjektgruppen har bestått av prosjektleder, prosjektkoordinator, klinikkisjef KPH, avdelingsledelsen i PSA og ABUP, hovedtillitsvalgt, hovedverneombud og eksterne rådgivere.

2.1 Brukermedvirkning

Rapporten er utarbeidet med bred medvirkning fra pasienter og ansatte både innenfor klinisk- og teknisk drift. Det har gjennom konseptfasen vært brukergrupper som har bestått av enhetsledere, erfaringskonsulenter, brukerrepresentanter, representanter for kommunehelsetjenesten og andre ansatte i PSA og ABUP. I tillegg har Ungdomsrådet ved SSHF bistått i arbeidet med ABUP Ungdomsklinikken.

Brukergruppene har blant annet diskutert programgrunnlag, skisseprosjekt, kriterier for valg av alternativer og rangering av alternativene. I revisjon av konseptrapporten har ansatte deltatt i arbeidet med å optimalisere det valgte konseptet. Se del IV.

I tillegg har det vært et arbeidsutvalg med ansatte i PSA og ABUP og prosjektledelsen i SSHF som har jobbet med konseptrapporten.

Relevante brukerorganisasjoner har blitt informert gjennom konseptfasen og ved utarbeidelse av konseptrapporten.

⁷ Styremøte 19.6.2014 – sak 052-2014 pkt. 2: "Styret ber om at døgnplasser til ABUP inkluderes i det videre prosjektarbeidet"

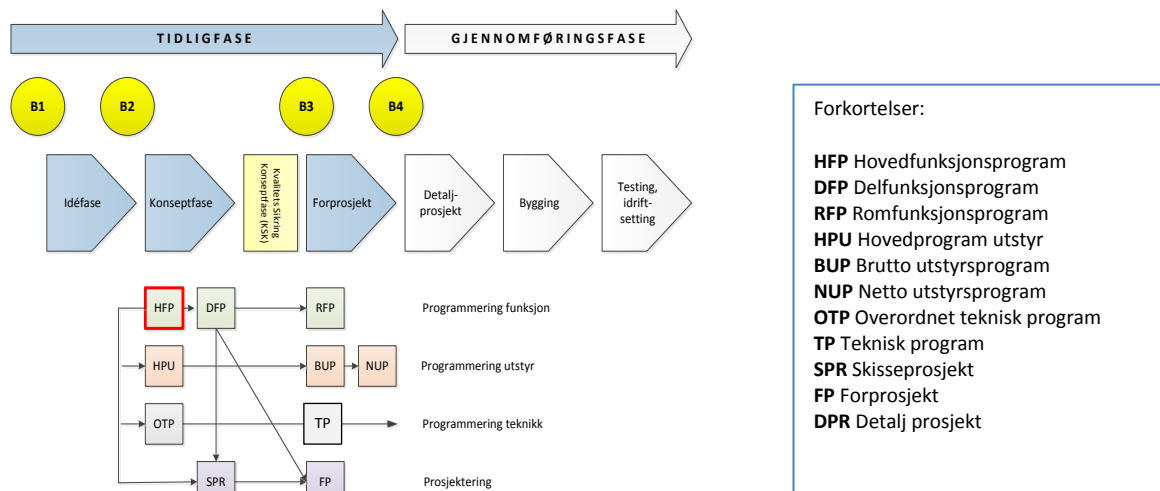
⁸ Rapport fra intern prosjektgruppe i HSØ og SSHF 22.6.2015

3 Metode og datagrunnlag

Kapittel 3 beskriver bruk av metode for utarbeidelse av grunnlag for konseptrapporten.

3.1 Metode for tidligfaseplanlegging

Veilederen tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter fra Helsedirektoratet⁹ beskriver og gir anbefalinger om hvordan planprosessen for investeringsprosjekter i helseforetakene bør gjennomføres.



Figur 3: Hovedelementer i et samlet prosjektforløp

3.2 Metode for demografisk framskriving av aktivitet

Aktivitetstall for 2011 er framskrevet demografisk til 2030. Dette er gjort ved at aktiviteter tilhørende de pasienter som har hatt tjenester fra KPH i 2011 er koblet sammen med forventet befolkningsutvikling i den hjemmehørende kommune.

Det betyr at det er den aktuelle pasientpopulasjon ved KPH i 2011 fordelt på alder, kjønn og diagnoser som gir utgangsverdien for framskrivingen, og ikke befolknings sammensetningen i opptaksområdet. Erfaring viser at denne metoden gir en mer presis demografisk framskrivning enn om det legges til grunn den generelle befolkningsutvikling. Det forutsetter imidlertid at utgangsåret (2011) er et normalår og ikke avviker vesentlig fra de siste 3-5 foregående år. Det er brukt SSB's anslag for middels vekst (MMMM).

3.3 Metode for utarbeidelse av overordnet teknisk program

Overordnet teknisk program (OTP), revidert 18.3.2016 følger vedlagt konseptrapporten (Vedlegg 6). OTP er sykehusets teknisk funksjonelle kravspesifikasjon og et teknisk krav- og målsettingsdokument. Dokumentet angir krav til hvordan bygning og tekniske anlegg og systemer skal planlegges og bygges.

OTP er utarbeidet av SBHF i samarbeid med SSHF og rådgivere. OTP vedlagt er utarbeidet i samsvar med tidligfaseveilederen for sykehusprosjekter. Programmet viser blant annet krav til teknisk infrastruktur, energieffektivitet, miljøbelastning, sikkerhet, transportløsninger og tekniske systemer.

Av tidligfaseveilederen fremgår det at OTP skal vise forventede kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygget (FDVU-kostnader). En generell vurdering er at dette savnes i gjennomgåtte OTP'er i flere tilsvarende prosjekter. Dette er også en vanlig tilbakemelding ved ekstern kvalitetssikring. I praksis er det ikke mulig å detaljere/estimere FDVU-kostnader på dette nivået før anlegg/løsninger er mer konkretisert. Føringer og

⁹ Helsedirektoratet, IS-1369, desember 2011

ambisjonsnivået i OTP som er vedlagt gir imidlertid grunnlag for overordnede forventninger om normalisert, lavere eller høyere FDVU-kostander ut fra gitte normer.

I forprosjektfasen vil informasjonen bli videre bearbeidet til et teknisk program for utbyggingen av Nybygg psykiske helse SSK.

3.4 Metode for beregning av driftsøkonomiske konsekvenser

Vedlegg 8 beskriver driftsøkonomiske konsekvenser knyttet til de ulike alternativene. Beregningene tar utgangspunkt i hvilke driftsøkonomiske konsekvenser som kan forventes relativt sett i forhold til 0-alternativet. Det er valgt ut endringer som med stor grad av sannsynlighet vil kunne realiseres.

PwC har gjennomført workshops i samarbeid med SSHFs økonomidirektør og ledelsen i PSA og ABUP for å identifisere de viktigste økonomiske driverne som vil medføre den største forskjellen mellom modellene.

Tabell 2: Identifiserte økonomiske drivere

Økonomiske drivere:
D1: Nattbemanning PSA
D2: Subakutt enhet
D3: Vaktordning KPH
D4: Tilstedeværelse overlege
D5: Stedlig leder
D6: Lik kvalitet
D7: Nattbemanning ABUP
D8: Redusert behov ekstravakter og overtid grunnet samhandling ABUP og PSA
D9: Korrigert pleiefaktor ABUP ved samlokalisering og nybygg.
D10: Økt behov for leger i vakt i ABUP ved alternativ 3
D10B: Økte kostnader ved videreføring av dagens ABUP-lokaler og begrenset antall døgnplasser
D11: Forvaltning-, drift- vedlikeholdskostnader

For å beregne forventede besparelser er det tatt utgangspunkt i situasjonen i dag. Arbeidsgruppen har beregnet forventede besparelser ut i fra nøkkeltall identifisert i de økonomiske analysene av grunnlagsdata og erfaringstall fra dagens drift. Forventede besparelser har innslag av estimater og det vil således være knyttet risiko til utfallet. Ved beregninger knyttet til samlokalisering av døgnenhet for ABUP med PSA er det hensyntatt at man for fremtiden estimerer et behov for 10 døgnplasser uavhengig av alternativ. Dagens kapasitet er 6 og dagens lokasjon påregnes ikke å kunne inneholde flere døgnplasser.

3.5 Metode for kostnadsberegning av utstyr

Hovedprogram utstyr følger som vedlegg 16. På dette stadiet av prosjektet kan kostnadsberegninger bare i begrenset grad bygge på kunnskap om det konkrete utstyrsbehovet til prosjektet. Erfaringsmessig er det minst å hente på overflyttbart inventar i forhold til andre utstyrs kategorier i nye prosjekter. Dette både pga. at inventar i mange tilfelle er av eldre dato, at det særlig i pasient-/publikumsarealer er ønskelig å gi et tiltalende uttrykk i nye/rehabiliterede lokaler. Det er derfor lagt til grunn en relativt lav gjenbruksprosent for inventar. Erfaringstall som er benyttet er fra Nytt Østfoldsykehus bygg for psykisk helsevern, samt BUPA – Stavanger.

I kalkylen for PSA er det lagt til grunn en utstyrs kostnad (dvs. uten administrasjonskostnader, men med overflyttbart utstyr) på kr. 1 500,- inkludert mva. pr brutto kvm. Dette er 15 % høyere enn nytt Østfoldsykehus og 25 % lavere enn BUPA. Det er forutsatt at dette grunnlaget for utstyrsbehov i ny ungdomsklinikk utredes ytterligere i forprosjektfasen.

3.6 Metode for usikkerhetsanalyse

Ved analyse av investeringskostnadene er WSP sitt verktøy for usikkerhetsanalyse benyttet. Dette verktøyet kombinerer kvalitative og kvantitative metoder med Monte Carlo-simulering som analyseteknikk. For ytterligere beskrivelse av metode vises det til Vedlegg 9 - Usikkerhetsanalyse revidert skisseprosjekt, mars 2016.

Det er tidligere i konseptfasen gjennomført usikkerhetsanalyser av alternative konsepter. Etter at konsept ble valgt gjennom vedtak i SSHFs styre i desember 2014, ble det gjennomført en ny usikkerhetsanalyse for det valgte og bearbejdede konseptet høsten 2015. Foreliggende usikkerhetsanalyse (vedlegg 9) er en revisjon av analysen fra 2015 basert på revidert skisseprosjekt pr mars 2016. Grunnkalkylen i usikkerhetsanalysen bygger dels på faktiske sluttkostnader og dels på kalkyler fra andre, sammenlignbare prosjekter. Kostnadsestimatet er basert på grunnkalkyle, hovedfunksjonsprogram, skisser og annen relevant dokumentasjon fra konseptfaseutredningen.

3.7 Metode for økonomisk bærekraft

3.7.1 Metode for beregninger av investeringskostnader

Investeringskostnader knyttet til nybygg, oppussing og rehabiliteringsbehov bygger på kostandskalkyler i skisseprosjekt som er utarbeidet av arkitekt¹⁰. Alle alternativene vil medføre omfattende investeringer som det vil være usikkerhet knyttet til. WSP har gjennomført usikkerhetsanalyse¹¹ av kostnads-kalkylene i skisseprosjektet. I bærekraftsanalysen er det benyttet verdi P_{50} i usikkerhetsanalysen¹² som investeringskostnad. Investeringskostnadene i bærekraftsanalysen er oppgitt med nominelle beløp og inkluderer rente på 3 % i byggeperioden.

3.7.2 Metode for beregning av bærekraft

Det er et krav at prosjekter kan gjennomføres innen foretakets «økonomiske bæreevne». Dette er et uttrykk for i hvilken grad HF og RHF kan håndtere sine økonomiske forpliktelser når bygget står ferdig, og gjennom byggets levetid¹³. Prosjektets økonomiske bærekraft er beregnet for å kunne evaluere de identifiserte besparelser opp mot de nødvendige investeringer hensyntatt foretakets generelle økonomi. Basis for denne rapporten er å kartlegge hvilken effekt de enkelte alternativer har med tanke på foretakets evner til å betjene eksternt og intern finansiering av investeringsprosjekter, løpende vedlikehold av bygningsmasse og infrastruktur, samt oppfyllelse av sine plikter som helseforetak.

Det er gjort tre beregninger for å vurdere hvorvidt de beregnede besparelsene på de identifiserte driverne er tilstrekkelig for å bære nødvendige investeringer.

3.7.2.1 Bærekraftsmodellen

Den ene beregningen er gjort i henhold til bærekraftsanalysen for sykehusprosjekter mottatt fra HSØRHF. Det er forutsatt 30 % egenfinansiering med krav til avkastning på 3 %. Bærekraften belastes med avdrag og renter tilknyttet låneopptak av serielån med 25 års løpetid¹⁴ og 3 % rente¹⁵. Låneopptak skjer i henhold til ferdigstilling av bygging/rehabilitering. Identifiserte besparelser i drift¹⁶ skaper positive bidrag til bærekraften. Foruten identifiserte besparelser budsjetteres det med et positivt bidrag fra øvrig drift i størrelsesorden 40 MNOK. Dette beløpet behandles nominelt gjennom kalkyler da det forutsettes at evt. resultatvekst utover prisstigning vil bli anvendt til kvalitets og kompetanseheving.

¹⁰ Vedlegg 4 - Skisseprosjekt, Nordic Arch, Konseptfaseutredning Ny PSA SSHF.

¹¹ Vedlegg 9 - Usikkerhetsanalyse, FAVEO, Konseptfaseutredning Ny PSA SSHF.

¹² P_{50} er det forventede totale kostnadsnivået som oppnås med 5 % sannsynlighet. Beregnet ved simuleringer gjennomført av WSP.

¹³ Ref Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter kap. 7 s 34.

¹⁴ Antall års løpetid for statlige investeringsprosjekter ble i statsbudsjett 2014 endret fra 20 til 25 år.

¹⁵ Renten er basert på 10-årige norske statsobligasjoner, årgjennomsnitt siste 5 år. <http://www.norges-bank.no/Statistikk/Rentestatistikk/Statsobligasjoner-Rente-Arsgjennomsnitt-av-daglige-noteringer/>

¹⁶ Identifiserte besparelser iht. beregninger i vedlegg 8 - Driftsøkonomiske konsekvenser

Det er i alle bygningsmessige alternativer forutsatt oppstart i nytt driftskonsept i år 2018 og år 1 er derfor satt til 2018. Det beregnes renter på akkumulert negativ eller positiv bærekraft tilsvarende 3 %. Det er brukt nominelle verdier i beregningen av økonomisk bærekraft. Modellen legger til grunn et serielånsperspektiv.

Innbetaling av egenfinansiering inngår ikke i bærekraftsanalysen. KPH har imidlertid beregnet forventet tilstrekkelig opptjent egenfinansiering innen 2018. Bærekraftsanalysen tar høyde for eventuell underdekning av egenfinansiering i de forskjellige alternativene.

3.7.2.2 Kontantstrømbasert bærekraftsmodell

Den kontantstrømbaserte bærekraftsmodellen tar utgangspunkt i HSØRHF sin modell for beregning av bærekraft i sykehusprosjekter. Denne er tilpasset for å hensynta en kontantstrømbasert tilnærming. Input i modellen er således PSA prosjektets inn- og utbetalinger. Modellen er nøytral for finansieringskilde, således at det er beregnet også 3 % avkastning på hele prosjektkostnaden. Det er videre en forutsetning i modellen at bidraget fra KPH drift samt identifiserte besparelser er rene kontantstrøm størrelser.

Input og forutsetninger for øvrig er tilsvarende som i bærekraftsmodellen.

3.7.2.3 Annuitetsmodellen

Den siste modellen er beregnet ved å ta sum investeringsbehov som et annuitetslån med 25 års nedbetalingstid og 3 % rente¹⁷. Den årlige beregnede annuiteten sammenholdes med bidraget fra KPH, samt det enkelte bygningsalternativs identifiserte besparelser.

¹⁷ Identifiserte besparelser iht. beregninger i vedlegg 8 - Driftsøkonomiske konsekvenser

4 Status dagens virksomhet

Beskrivelsen av dagens virksomhet er inndelt i en kort beskrivelse av behandlingstilbud og aktivitets- og kapasitetstall.

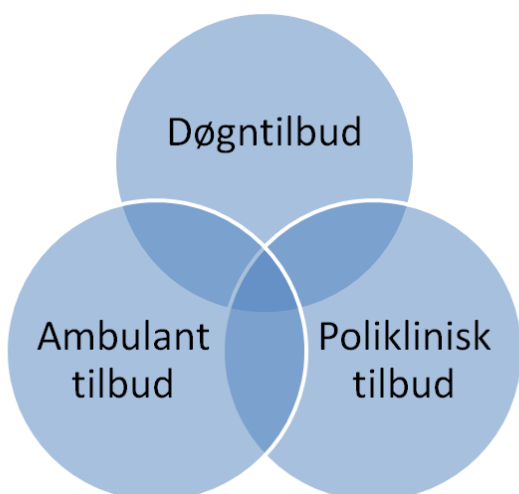
4.1 Organisering av virksomheten

PSA og ABUP inngår organisatorisk i KPH.

PSA er det spesialiserte sykehustilbudet innen psykisk helsevern til den voksne befolkningen i Agderfylkene, mens ABUP har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse for barnebefolkningen 0-18 år. PSA har enheter lokalisert i Arendal og Kristiansand og tilbyr behandlingstilbud innenfor øyeblikkelig hjelp, alvorlige psykiske lidelser (inkl. sikkerhetspsykiatri), alderspsykiatri og alvorlig allmenpsykiatri. Ved behov benyttes døgnplasser i PSA også til ungdom under 18 år. Ungdomsklinikken ABUP er eneste døgnpost for de under 18 år i Vest- og Aust-Agder og er lokalisert i Arendal. Målgruppen er i hovedsak ungdom mellom 13 og 18 år som har, eller hvor det er mistanke om, alvorlig sinnslidelse med påfølgende funksjonsfall. Enhetens behandlingstilbud omfatter akuttbehandling og stabilisering ved uro/forvirringstilstander og en tidsbegrenset utredning og behandling ved alvorlige og sammensatte tilstander. Omsorgspersoner er med som aktive deltakere i behandlingen.

4.1.1 Kapasitet

Pr 1.1.2014 disponerer KPH 282 døgnplasser, fordelt på 66 døgnplasser ved ARA, 97 døgnplasser ved fire DPSer, 113 døgnplasser i PSA (75 i Kristiansand og 38 i Arendal) og 6 døgnplasser ved ABUP.¹⁸ I ABUP ble døgnplassene redusert fra 12 til 6 i 2008. Dette ble gjort for å bygge opp ambulante tjenester i den hensikt å forebygge innleggelse, redusere varighet av opphold ved innleggelse og til en viss grad utgjøre alternativ til innleggelse. Av den grunn har ABUP 6 døgnplasser og dette utgjør 37 % av landsgjennomsnittet¹⁹. ABUPs polikliniske tilbud omfatter behandling og oppfølging både i egne lokaler og i stor grad i barns nærmiljø. Ambulant tjeneste kobles på når problematikken krever mer intensiv oppfølging, eller observasjoner for å kunne gi rett behandling. Døgnbehandling benyttes når ikke poliklinisk eller ambulant tilnærming er tilstrekkelig. Følgende figur illustrerer modell for behandlingstilbudet:



Figur 4: Behandlingstilbud

¹⁸ Pr. april 2016 disponerer KPH 280 døgnplasser, fordelt på 73 døgnplasser ved ARA, 90 døgnplasser ved fire DPSer, 111 døgnplasser i PSA og 6 døgnplasser ved ABUP.

¹⁹ Samdatarapport 2013, s. 223.

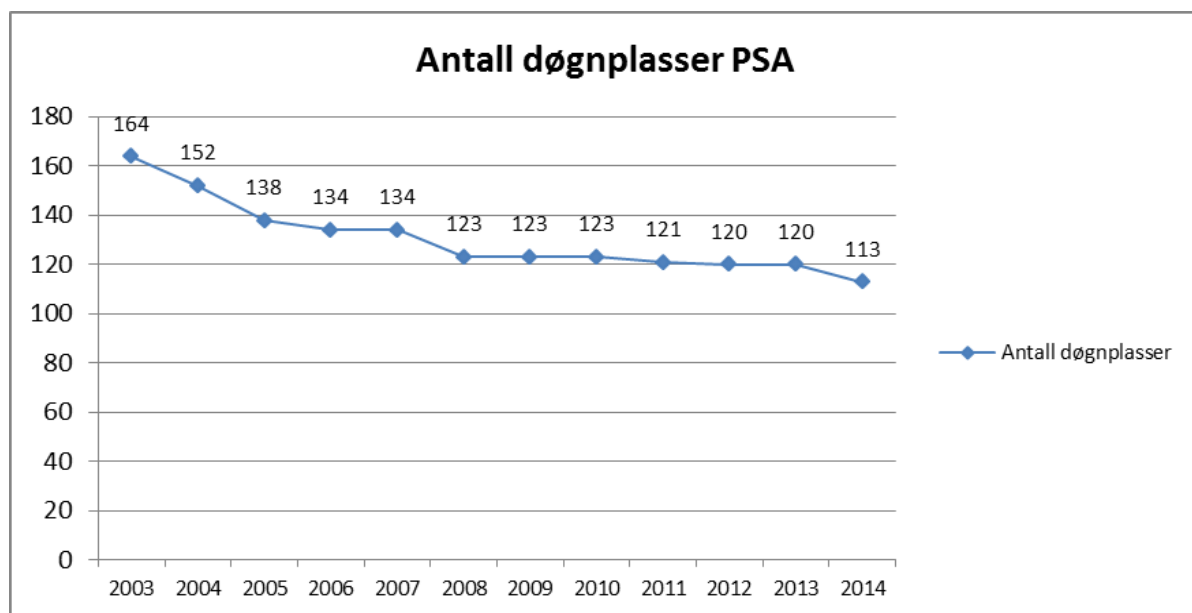
Tabell 3 viser kapasitet pr 1.1.2014 ved PSA, fordelt på døgnenheter.

Tabell 3: Kapasitet PSA, døgnplasser pr. 1.1.2014

Kapasiteter døgnplasser PSA 2013				
Enheter	Enhet	Bygg	Etg	Døgnpl.
PSA Kristiansand				
Akutt	Enhet 6.1	6	1	14
Akutt	Enhet 6.2	6	2	10
Sikkerhet	Enhet 4.2	4	2	10
Psykiatrisk spesialenhet	Enhet 4.1	4	1	12
Enhet førstegangpsykose	Enhet 2.1	2	1	10
Psykiatrisk spesialenhet	Enhet 7.2	7	2	8
Alderspsykiatri	Enhet 7.1	7	1	11
Delsum				75
PSA Arendal				
Akutenhet	A	150	1	8
Akutenhet	B	150	1	9
Allmennpsykiatri	C	150	2	11
Psykiatrisk spesialenhet	D	150	1	10
Delsum				38
Totalt PSA				113

Pr. april 2016 disponerer KPH 280 døgnplasser, fordelt på 73 døgnplasser ved ARA, 90 døgnplasser ved fire DPSer, 111 døgnplasser i PSA og 6 døgnplasser ved ABUP.

Figur 5 viser hvordan døgnkapasiteten har utviklet seg fra 2003 til 2014. Antall døgnplasser ble kraftig redusert fra 2003 til 2008 (41 døgnplasser), mens antall døgnplasser har vært relativt stabilt fra 2008 til 2013, før en nedgang i 2014 på 7 plasser.



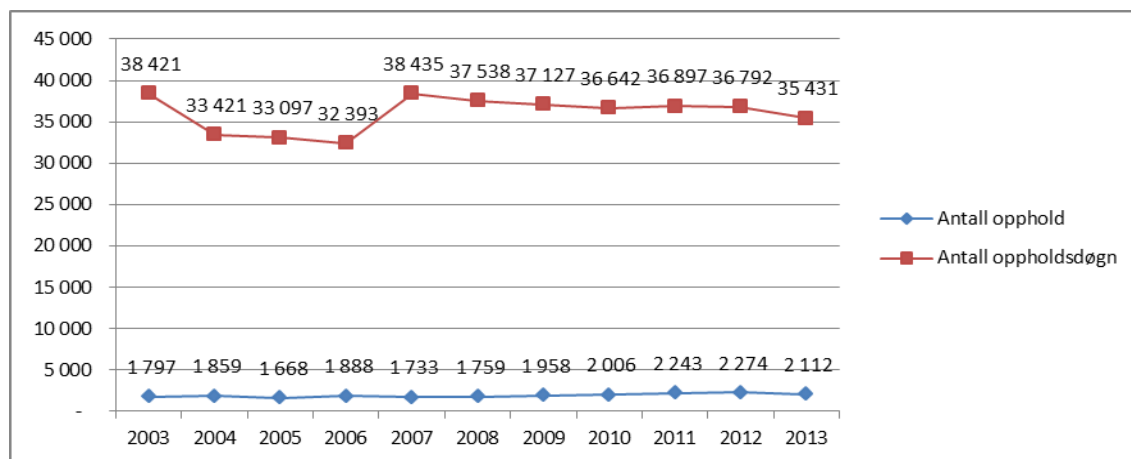
Figur 5: Utvikling i antall døgnplasser i PSA fra 2003-2014

4.1.2 Aktivitet

I KPH ble det i 2011 registrert 4 839 døgnopphold, fordelt på 16 % ved ARA, 35 % ved de fire DPSene, 46 % ved PSA og 2 % ved ABUP. De 2 243 oppholdene ved PSA utgjorde til sammen 37 227 oppholdsdøgn.

Tall fra 2013 viser en reduksjon i antall opphold og oppholdsdøgn i PSA på ca. 5 % fra 2011 til 2013.

Figur 6 viser utvikling i antall opphold og døgnopphold i PSA fra 2003 og 2013. Mens det ble registrert en nedgang i antall opphold fra 2006 til 2007 (9 %), har det vært en relativt jevn økning fra 2007 til 2012 (6 % pr år), før en nedgang i 2013. Samtidig viser figuren at antall oppholdsdøgn fra 2007 til 2013 er redusert med 1,4 % pr år. Dette kan forklares med at den gjennomsnittlige oppholdstiden er redusert. For PSA var gjennomsnittlig oppholdstid i 2013 på 15,7 dager.

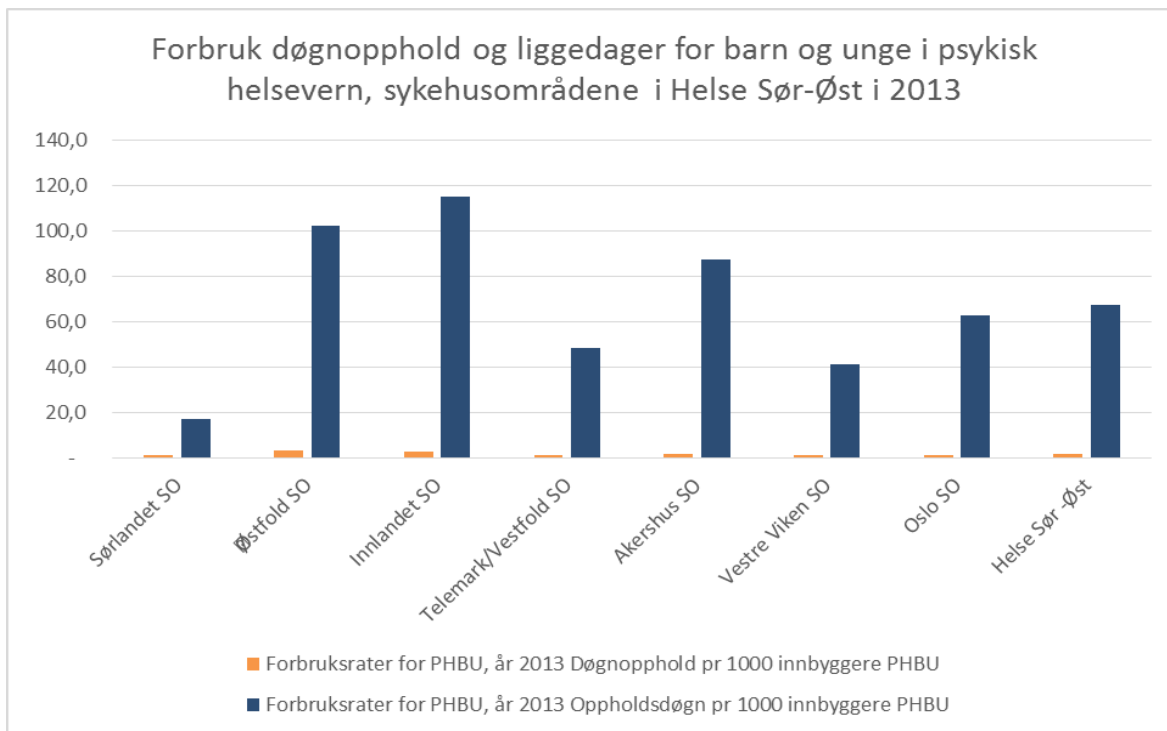


Figur 6: Antall opphold og oppholdsdøgn ved PSA fra 2003 til 2012

Tabellen og figuren under viser at innbyggere i Sørlandet sykehusområde har det laveste forbruket av liggedager av alle i HSØRHF, og antall døgnopphold per 1000 innbygger < 18 år er like lavt som OsloSO. Samtidig benytter ABUP i stadig større grad døgnplasser i voksenpsykiatriske døgnposter til akutte innleggelser av ungdom, og i perioder har kapasitetsutfordringer medført inntaksstopp for planlagte innleggelser.

Tabell 4: Forbruksrater psykisk helsevern for barn og unge i sykehusområdene i HSØ, 2013

Forbruksrater for PHBU, år 2013				
Sykehusområde	Innbygger tall (0-19 år)	Døgnopphold pr 1000 innbyggere PHBU	Oppholdsdøgn pr 1000 innbyggere PHBU	Dag-behandling og poliklinikk pr 1000 innbyggere PHBU
Sørlandet SO	75 938	1,0	16,9	949,0
Østfold SO	68 348	3,3	102,3	709,8
Innlandet SO	86 046	2,8	115,1	1068,5
Telemark/Vestfold SO	94 746	1,3	48,5	926,9
Akershus SO	131 809	1,6	87,6	804,6
Vestre Viken SO	118 457	1,3	41,4	682,3
Oslo SO	108 585	1,0	62,5	918,3
Helse Sør -Øst	683 929	1,7	67,3	858,2



Figur 7: Døgnopphold og liggedager for barn og unge i sykehusområdene i HSØ, 2013

Det ble i 2011 registrert 116 271 polikliniske konsultasjoner²⁰, fordelt med 18 % ved ARA, 56 % ved DPSene, 2 % ved Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer, 4 % ved PSA og 21 % ved ABUP.

Tall fra 2013 viser totalt 117 720 polikliniske konsultasjoner, dvs. en økning på ca. 5 % på 2 år.

²⁰ Utvalg/filter: "på egen institusjon".

5 Status dagens bygg

I dette kapittelet er det en beskrivelse av dagens bygg tilhørende PSA og ABUP Ungdomsklinikken, i forhold til adkomst og tilgjengelighet, bygningsmessig tilstand og funksjonell egnethet. For PSA omtales bygg i både Kristiansand og Arendal.

5.1 Adkomst og tilgjengelighet

5.1.1 PSA Kristiansand

PSA Kristiansand er lokalisert til sykehusområdet på Eg, i hovedsak i bakkant av hovedadkomsten til sykehuset mot Baneheia.

Bygningene ved PSA Kristiansand (bygg 2, 4, 6 og 7) svarer som helhet svært lite tilfredsstillende på de funksjonelle kravene til egnethet. Byggene som ligger i bakre område på Eg har vanskelig og uoversiktlig adkomstforhold, og ved at de er selvstendige bygg gjør det vanskeligere enn nødvendig å få til samarbeid mellom enheter.

Bygg 2 er lokalisert i bygningsmassen til tidligere Eg sykehus, som ble bygget som landets andre psykiatriske sykehus i 1881. Bygget nås via Egsveien.



Bilde 1: Bygg 2 og bygg 7

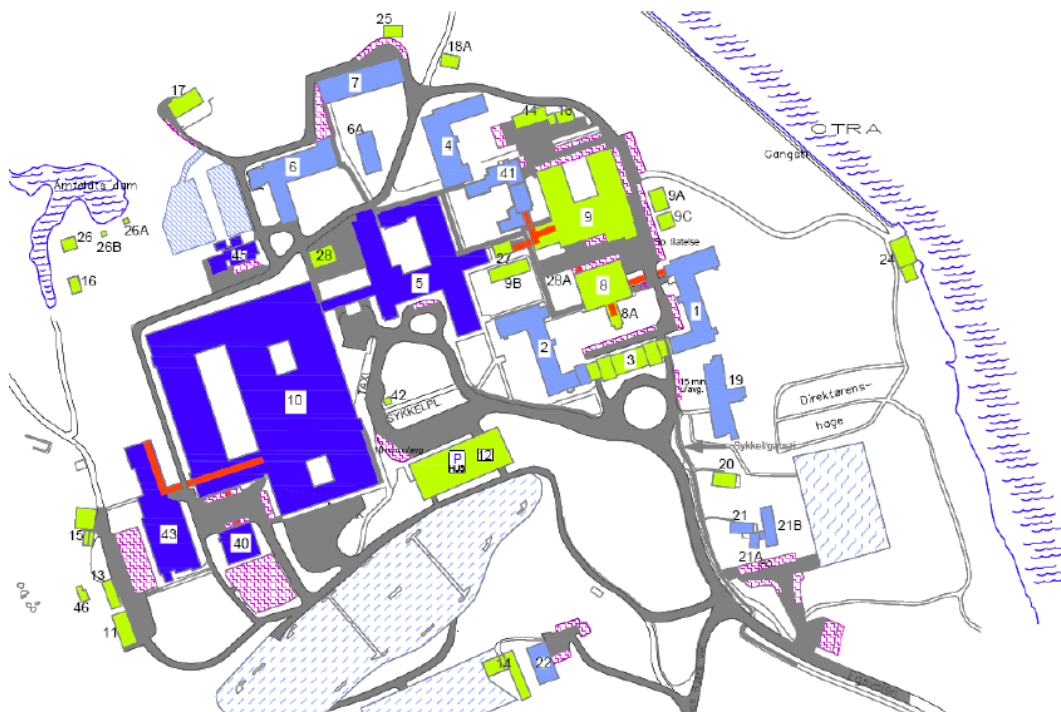
Bygg 4, 6 og 7 er plassert mellom bygg 5 og bygg 9 mot sør, Egsheia mot nord og Otra mot øst.



Bilde 2: Bygg 4 og bygg 6, akuttmottak

Hovedadkomsten til dagens PSA skjer gjennom en portal i det gamle sykehuset fra 1881 (bygg 3) og videre mellom Otra og bygg 9, som huser Avdeling for Teknologi og e-helse. Det er også veiforbindelse rundt bygg 10 (somatikk hovedbygg), forbi Senter for kreftbehandling (SFK) og Kristiansand legevakt, men dette gjelder kun for anleggstrafikk og ambulanse.

For gående er byggene forbundet med en overdekket gangvei. Det er anlagt et begrenset antall parkeringsplasser ved hvert bygg og mellom bygg 10 og bygg 6. Ansatte og pasienter kan også benytte hovedparkeringsplassene for sykehuset. Det er kulvertforbindelse mellom byggene. Det er heiser mellom etasjene i alle bygg.



Figur 8: Orienteringsplan SSHF Kristiansand. Virksomheten til PSA foregår i byggene 2, 4, 6 og 7

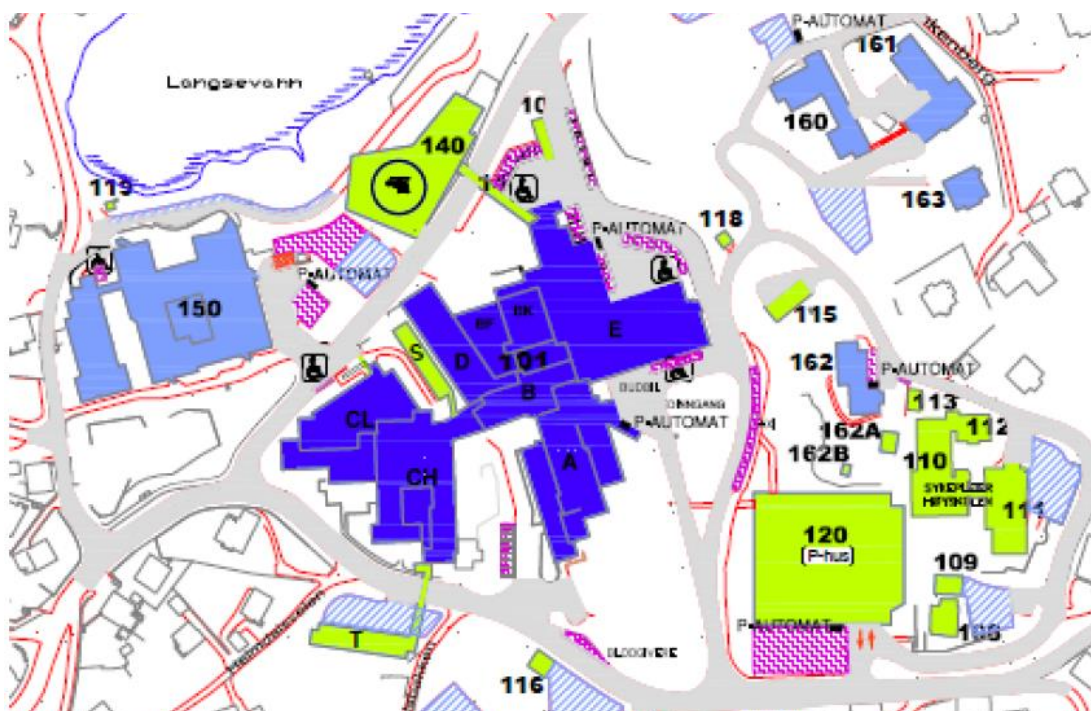


Bilde 3: Sykehusområdet på Eg, Kristiansand

5.1.2 PSA Arendal

Bygget for PSA Arendal (bygg 150) utgjør 5 140 kvm og er lokalisert i tilknytning til det somatiske sykehusets hovedbygg (bygg 101) i Dydens vei. Bygget stod ferdig i 1992, ble utvidet mot vest i 2007, fremstår funksjonelt og har en meget god teknisk tilstand. PSA har også en del av sin polikliniske virksomhet i Arendal lokalisert på Bjorbekk. Den bygningsmessige tilstanden til dette bygget (bygg 167) er her ikke beskrevet.

En kulvert under Dydensvei forbinder bygg 150 med hovedbygg somatikk. Bygget er plassert i terreng ned mot Langsævann.



Figur 9: Orienteringsplan SSHF Arendal. Virksomheten til PSA foregår i bygg 150, og ABUP Ungdomsklinikken bygg 162



Bilde 4: Bygg 150, PSA Arendal

5.1.3 ABUP Ungdomsklinikken

Ungdomsklinikken ligger på sykehusområdet i Arendal med adkomst fra Sykehusveien (bygg 162, se figur 9). Det er begrenset antall parkeringsplasser på utsiden av bygget, forbeholdt av- og påstigning og akuttbiler. Ansatte, besøkende, pasienter og pårørende er henvist til sykehusets hovedparkeringsplasser. Det er mulig å komme til bygget med bil fra to sider. Adkomst fra somatikkbygget er svært bratt og benyttes lite vinterstid. Hovedinngang og vestibyleområde er lite, og alle henvendelser skjer umiddelbart ved inngangspartiet. Alle innganger til bygget har adkomstbegrensninger.

Bygget ligger i lang avstand til PSA, noe som bidrar til svekket sikkerhet i akutte situasjoner hvor døgnposten har behov for legebistand eller behov for ressursforsterkning. Denne usikkerheten medfører derfor ekstra driftsutgifter i form av ekstravakter og overtid for å opprettholde tryggheten hos pasientene og i personalgruppa.



Bilde 5: Bygg 162, ABUP Ungdomsklinikken

5.2 Byggteknisk tilstand

5.2.1 PSA Kristiansand

Den tekniske tilstanden for bygg 2, 4, 6 og 7 er blitt kartlagt i 2006 og 2012. Teknisk standard ble i 2012 vurdert for bygg 2 å være teknisk tilstandsgrad 2, og bygg 4, 6 og 7 fikk teknisk tilstandsgrad 1,3-1,4²¹. På denne bakgrunn ble det konkludert med at det i et bygg-teknisk perspektiv vil la seg gjøre å videreføre aktivitet i disse byggene. Bygningene har imidlertid bærende innervegger, og er dermed lite fleksible for endringer.

Som del av arbeidet med Utviklingsplan 2030 ble bygg og infrastruktur gjennomgått på nytt²². Rapporten bemerker en rekke betydelige svakheter når det gjelder teknisk tilstand. For en utfyllende beskrivelse av teknisk tilstand vises det til delrapport "*Bygg og infrastruktur*" (Utviklingsplan 2030).

5.2.2 PSA Arendal

Bygg 150 består dels av kjeller og to etasjer. I 2007 ble bygget utvidet mot vest, og sammenkoblet med eksisterende bygg. Som del av arbeidet med Utviklingsplan 2030 ble bygg og infrastruktur gjennomgått og det bemerkes at bygget framstår som meget godt vedlikeholdt. Byggets tekniske kulvert medfører fleksibilitet med hensyn til ombygging. For en utfyllende beskrivelse av teknisk tilstand vises det til delrapport "*Bygg og infrastruktur*" (Utviklingsplan 2030).

5.2.3 ABUP Ungdomsklinikken

Teknisk tilstand for grunn, fundamenter, yttervegger og yttertak er beregnet som god (tilstandsgrad 1) i delrapport bygg og infrastruktur. Det er ikke tilfredsstillende svakstrømsanlegg i bygget (tilstandsgrad 3), bygget har ikke tilfredsstillende anlegg for vann og sanitær eller varme og kjøling (tilstandsgrad 2-3). Variablene sammenhengende arealmengde per etasje, netto etasjehøyde (overkant gulv til underkant dekke), mulighet for fri flate (ikke kommunikasjonsveier) og bredde på kommunikasjonsveier (korridorer innenfor funksjonsområde) har alle tilstandsgrad 3. Bygget har ikke heis, og bæring i korridorvegg (søyler eller bærende vegg) og bygningsbredde (dybde) samt vertikale sjakter / installasjonsplass er vurdert til tilstandsgrad 3.

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

²² Utviklingsplan Sørlandet sykehus HF. Delrapport: Bygg og infrastruktur

5.3 Funksjonell egnethet

5.3.1 PSA Kristiansand

Det har vært lagt energi og ressurser i å opprettholde en viss standard, men en lykkes ikke med å endre funksjonaliteten i byggene. PSA Kristiansand har ved flere anledninger fått klager og innspill på den bygningsmessige standarden fra brukere og pårørendeorganisasjoner. Kontrollkommisjonen og pasientombudet har også flere ganger påpekt mangler ved den bygningsmessige standarden. Begreper som *"lite verdig"* og *"ikke respektfullt"* er blitt brukt om de bygningsmessige forholdene ved enhetene i Kristiansand.



Bilde 6: Bilder fra korridor i døgnenheter i bygg 4 og 6, SSHF Kristiansand

Dagens bygg er i svært liten grad tilpasset kravene til moderne behandling og godt arbeidsmiljø. Begrensningene viser seg blant annet på følgende områder:

Flere separate bygg

Virksomheten er oppdelt i flere bygg som ligger spredt på området, noe som reduserer tilgjengeligheten enhetene imellom. Dette gjør det utfordrende å utnytte personellressurser i et samarbeid når situasjonen tilsier det, noe som har betydning for sikkerheten og som ikke gir en optimal utnyttelse av bemanningsressursene. Avstand mellom bygningene medfører også at det er vanskelig å skape et felles arbeidsmiljø, utveksle fagkompetanse og samarbeide rundt pasientforløp. Den spredte bygningsmassen innebærer at kontorpersonellet er lokalisert på fem forskjellige steder. Dette vanskeliggjør arbeidsfordeling og opprettholdelsen av et samlet arbeidsmiljø.

Adkomst

Byggene som ligger i det bakre området har vanskelige og uoversiktlige adkomstforhold. Det er mange innganger og disse er til dels vanskelig lokalisert. For personer som ikke er kjent på området er det til svært vanskelig å finne frem. Ved enkelte av enhetene benyttes en felles inngang for pasienter, personal, besøkende, forsyning inn og søppel ut. Ved flere av enhetene kommer besøkende rett inn i fellesområdet, noe som kan være svært lite respektfullt i situasjoner med uro eller utagering og som er tvilsomt med hensyn til taushetsplikt. Inngang til PSAs og KPHs administrasjon, møte og undervisningslokaler går rett igjennom korridor for en av døgnenheterne, dette er også problematisk med hensyn til taushetsplikt.

Uoversiktighet

Flere av døgnenheterne er lite oversiktlige. Det er vanskelig å holde oversikt over pasienter i fellesområdene og vanskelig å fange opp om det er situasjoner som bør oppbemannes. Utformingen er dermed ikke med på å skape et trygt miljø, verken for pasienter eller personalet. Dette medfører at pleieressurser som kunne vært benyttet i direkte pasientkontakt må brukes til å holde oversikt over enhetene.

Enhetenes utforming

Foruten oversiktligheten og adkomsten er det flere av forholdene rundt utformingen av enhetene som skaper problemer. Det er lite fleksibilitet i byggene, det er vanskelig å utnytte rom til flere formål og delt bruk mellom enheter. Generelt er ikke enhetene laget for "aktivitet" og pasienter opplever å bli passivisert i løpet av et opphold. Tilgang til treningslokaler på utsiden av enhetene er svært begrenset. Flere av enhetene er bygget opp med lange smale korridorer som ikke er egnet til å lage gode behandlingsmiljø. På enhet for alderspsykiatri er det mange pasienter som kommer fra sykehjem. De er vandt til å ha en del plass å bevege seg på, i enhet 7.1 er plassen til å bevege seg begrenset. God plass har for denne pasientgruppen vist seg å ha en helbredende effekt. Heisen i bygg 7 er så trang at det ikke går inn sykehussenger. Det er ikke mulig å dele av enhetene for å skjerme deler av pasientgruppen. Besøksrom eller møterom er ikke avskjermet fra resten av enheten. Besøkende må derfor gå gjennom enheten på vei inn og ut. Spesielt problematisk blir dette når barn kommer på besøk. Godt samarbeid med pårørende krever egnede rom for å møtes, egnede rom for samarbeid/opplæring, og ikke minst barn i lukkede enheter. For flere av enhetene er garderobeforholdene for ansatte svært slitt, preget av mugg og sopp. Dette gjør at flere vegrer seg mot å bruke dem, noe som igjen medfører at det er mindre motivasjon for å delta sammen med pasienter i treningsammenheng. Samtalerom og behandlerkontorer er i flere enheter ombygde grovkjellere, som bærer preg av å være gamle lagerlokaler. Venterom for poliklinikk er vanskelig tilgjengelig.

Pasientrommenes utforming

Flere pasientrom er svært små og trange, andre er uhensiktsmessig store. Mange bad er trange og det er vanskelig å bistå pasienter med stort hjelpebehov til daglig hygiene. Lysforhold i flere av rommene i bygg 7 er dårlige. Det er i noen enheter svært lytt mellom rommene, noe som både vanskeliggjør et skjermet privatliv og medfører en utfordring hva gjelder taushetsplikt. Flere av rommene har dør rett ut i felleslokaler som benyttes til aktiviteter eller er spisestue.

Sikkerhet

Blant annet på grunn av uoversiktligheten er enhetene lite egnet til å ivareta balansen mellom sikkerhet for pasienter og personalet med et godt behandlingsmiljø. Ved uro og aggresjon er det viktig å ha tilstrekkelig "rom" til å deeskalere situasjonen. På grunn av utformingen må deeskalering ofte foregå i fellesmiljøet noe som er lite verdig og medfører at pasienter er en trussel overfor medpasienter og blamerer seg overfor dem. Byggene er dårlig tilrettelagt for innsatte i fengsel/varetekt som er i behov av innleggelse.

Utearealer

Det er for flere av enhetene begrenset tilgang til skjermede uteområder, enkelte enheter har verandaer, men disse er små og ikke egnet til mye annet enn å "ta en røyk". Pasienter må derfor ofte ha følge når de skal ut og har derfor ikke fri tilgang til frisk luft. Dette betyr på den ene siden at pasienter får mindre mulighet til selv å bestemme når de skal gå ut, samtidig som ressurser som benyttes til utgang kunne vært brukt i annen direkte pasientkontakt. I dag brukes det mye ressurser på å følge pasientene ut for å røyke samtidig som det oppleves som lite respektfullt å ikke la pasienter velge selv når de vil ut å trekke frisk luft eller ta en røyk. Utformingen bidrar derfor til en opplevelse av å miste frihet.

Skjerming

Mulighet til skjerming av pasienter fra det øvrige miljøet med samtidig respekt for pasientens behov for variasjon i oppholdsmiljøet (tilgang til friluft, oppholdsrom, aktiviteter, osv.) er vanskelig i dagens bygningsmasse. Dette gjelder spesielt den ene akutteneheten. Enkelte av skjermingene er ikke tilstrekkelig lydisolert og har en uhensiktsmessig plassering i enheten. Selv om flere av skjermingslokalene er blitt oppgradert de siste år er de fortsatt trange, uten eget tilpasset rom for personal som deltar i skjermingen. Samlet sett medfører dette til dels uverdige forhold ved behov for vedvarende skjerming av forvirrede pasienter.

Mottak av pasienter

Akuttmottak av pasienter foregår nå i et påbygd areal som ikke sikrer hensiktsmessig kontakt med døgnenheten. Nye pasienter kommer rett inn i den ene akuttettenheten. Pasienter som kommer i følge med politiet blir i enkelte tilfeller fulgt inn i andre pasienters påsyn.

ECT-behandling

PSA har ansvar for gjennomføring av elektrokonvulsiv behandling, ECT, for både inneliggende og polikliniske pasienter. Dagens tilbud til polikliniske pasienter er oppmøte ved en travel akuttettenhet i det somatiske bygget på Eg. Dette er lite egnet for både pasienten og personalet som følger opp denne pasientgruppen. For pasientene, som i all hovedsak behandles for depresjon, betyr det lite diskresjon, stor grad av uforutsigbarhet og manglende mulighet for tett oppfølging av personalet både før og etter selve behandlingen. Dette går ut over kvalitet og sikkerhet.

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsmessig er det utfordrende å svare opp anbefalingene i de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging med hensyn til bygningsmessige sikringstiltak. Jevnlige skjerpes forventningene om at byggene i seg selv skal være selvmordsforebyggende, dvs. ikke inneha områder eller punkter som er uoversiktlige eller kan gi mulighet for risikoatferd. Dette er eksempelvis utfordrende på grunn av vindusutforming og fordi alle elektriske anlegg ligger åpne. Det gjøres regelmessig gjennomgang av byggene med slik risikovurdering som viser at det stadig må gjøres justeringer. Slike justeringer og tilpasninger er dyre og gir, på grunn av byggenes utforming og manglende fleksibilitet, ofte suboptimale løsninger.

Lyd

Når det gjelder lyd er det viktig at de ansatte fanger opp det de skal, samtidig som pasientene skjermes for utagering og bråk. Det oppleves noe dårlig lydisolering av pasientrom og samtalerom i dagens bygg, og det fører til at taushetsplikt og privatliv krenkes. Prat ute i fellesområdet høres inne på pasientrommene. Pasienten opplever dårlig søvn når det er lett å høre uro og prat mellom rom. På enkelte samtalerom medfører støy fra ventilasjonsanlegg og fra enheten forøvrig at det er vanskelig å føre samtaler.

Lys

Flere av enhetenes fellesrom og pasientrommene har små lysflater og lite innslipp av dagslys. Dette gir en dunkel atmosfære samtidig som mye av de opplyste arealer oppleves "kunstig". Gode lysforhold er avgjørende for den psykiske helsen og effekten av behandling.

Luft og inneklima

Luft er viktig, både i form av god ventilasjon og romfølelse. I flere enheter opplever pasientene å føle seg innestengt. Inneklimaet for pasienter og ansatte (ventilasjonssystemet) er dårlig og gammelt. Det er mottatt hyppige klager på tørr luft og dårlig ventilasjon. På flere pasientrom, fellesrom og kontorer er det plagsomt varmt om sommeren og kaldt om vinteren. Eksisterende ventilasjon skifter kun ut luft, uten oppvarming/kjøling/fuktighetsregulering. Ventilasjonen slås av på natten noe som medfører dårligere inneklima.

Kvalitet og opplevelse av verdighet

I enkelte enheter bærer pasientrom og fellesarealer preg av "asyllrom". Bygget og rommene forsterker et stigmatiserende inntrykk av psykisk lidelse og bidrar i liten grad til opplevelse av verdighet. For flere av pasientene skal rommene være deres hjem over flere måneder, i noen tilfeller år. Med dagens utforming er dette ikke egnet til å øke selvspekt.

De funksjonelle svakhetene gir redusert pasienttilfredshet og pasientsikkerhet, hindrer effektive behandlingsforløp og gir vanskelige behandlingsforhold. Både bygningskroppen for de enkelte byggene og romutforming, fellesarealer osv. legger i dag lite til rette for moderne miljøterapi.

Det er fortløpende gjennomført oppgraderinger for å bedre forholdene og tilpasse bygningsmassen til dagens krav og forventninger til klinisk virksomhet. Denne oppgraderingen blir stadig mer utfordrende blant annet fordi bygningsmessige endringer ofte medfører nye tekniske krav som er fordyrende.

5.3.2 PSA Arendal

Bygget for psykisk helsevern (bygg 150) i Dydens vei oppleves å være funksjonelt med hensyn til den virksomheten som drives her i dag.

5.3.3 ABUP Ungdomsklinikken

Ungdomsklinikken (bygg 162) er fra 1920, og består dels av en gammel villa i 3 etasjer og et tilbygg som stod ferdig i 1994. Bygget og tomten har lav eller ingen elastisitet og svarer som helhet svært lite tilfredsstillende på funksjonelle krav til egnethet. Innvendige ombygginger vil ha begrenset verdi fordi rommene fortsatt vil være små og beliggende over tre etasjer. Bygget kan ikke utvides i noen retning uten at det går på bekostning av vitale funksjonsområder som av- og påstigningsområde og skjermet uteområde. Huset er ikke tilrettelagt for å ivareta barns særlige rettigheter under innleggelse. Lokalene tilfredsstiller heller ikke krav satt til forsvarlighet for pasienter og ansatte. Døgnposten er uoversiktlig og gir ikke tilstrekkelig plass til å regulere nærhet og avstand. Dette er ofte en forutsetning for å oppnå stabilisering og trygghet. Videre har døgnposten ikke en egnet skjermingsenhet og er ikke tilrettelagt for fysisk funksjonshemmede.

Den nyeste delen av bygget rommer døgnplasser og skjermingsenhet. Bygget har ikke heis, og etasjene forbindes med en smal trapp og korridorer. Det er påvist dårlig isolering mellom flere rom i bygget, noe som i gitte situasjoner kan føre til brudd på taushetsplikten. Dette er også påpekt av Fylkesmannen. Det er ikke tilstrekkelig kapasitet og fleksibilitet i bygget til å ivareta mottak – og behandling på en tilfredsstillende måte.

I perioden 2012-2013 gjennomgikk Ungdomsklinikken en evaluering av blant annet enhetens lokaler. Ansatte vurderte sikkerheten for både dem selv og pasienter som svært dårlig, og de tilbakemeldte muntlig om at de ofte følte seg utrygge på jobb. Undersøkelsen viser at denne opplevelsen økte fra 2012 til 2013. I denne perioden hadde Ungdomsklinikken hyppig bruk av både vektertjenesten og PSA til å håndtere utageringsproblematikk. Dette kunne vanskelig forebygges eller håndteres i de begrensede lokalene

Fylkesmannen i Aust-Agder har også synliggjort behovet for nye lokaler gjennom tilsyn, senest dokumentert i brev datert 4.9.13:

Klinikk for psykisk helse har i notat fra budsjettmøtet varslet at det er igangsatt arbeid med å finne andre lokaler, og det uttales: "Det er enighet mellom klinikkjef og ABUP at bygget ikke er egnet til håndtering av pasientgruppen ungdom med spesielle behov." Fylkesmannen er enig i denne vurderingen, men er inneforstått med at det vil ta tid å finne egnede lokaler.

5.4 Samlet vurdering av dagens bygg

Dagens bygninger ved PSA Kristiansand tilfredsstiller samlet sett ikke dagens krav til effektive og respektfulle behandlingsbygg for det psykiske helsevern og svarer som helhet svært lite tilfredsstillende på de funksjonelle kravene til egnethet. Byggene er dermed heller ikke egnet for tilpassing til framtidig utvikling av behandlingstilnærming og pasientforløp. Ny kunnskap om behandlingsmetoder og faglige retningslinjer krever endringer av både virksomhet og bygg.

Egnetheten for framtidig drift er avhengig av hvordan bygg og enheter lar seg tilpasse framtidige arbeidsmåter, aktivitet og organisering. Dagens enheter er lokalisert i bygg som allerede er blitt ombygd en rekke ganger, for best mulig å innfri de løpende krav. Enhetene er på tross av dette funksjonelt lite hensiktsmessige og er lite fleksible. Nye endringer blir stadig vanskeligere å få til. Selv mindre ombyggingsprosjekter viser seg å bli uforholdsmessig kostbare da det ofte oppstår uforutsette utgifter eksempelvis på grunn av bygningstekniske krav. Det er en rekke

funksjonelle svakheter som gir vanskelige arbeidsforhold og dårlige behandlingsforløp i samtlige fire bygg som PSA bruker på Eg.

Alt i alt er bygningsmassen uegnet for framtidig virksomhet forutsatt at byggene skal gi god pasienttilfredshet og pasientsikkerhet, romme moderne behandlingsmetoder, sikre gode arbeidsforhold og gi en god driftsøkonomi.

Bygningene for PSA Arendal i Dydens vei svarer som helhet godt på de funksjonelle kravene til egnethet. Teknisk har bygget en reservekapasitet når det gjelder vann og avløp. Bygget er fleksibelt med hensyn til ombygging.

Bygningsmassen til dagens ABUP Ungdomsklinikk vurderes som uegnet for en fremtidsrettet døgnbehandling. I denne vurderingen sammenholdes areal, funksjonell egnethet og bygningsmessig standard. Virksomheten kan ikke gjennomføres innenfor forsvarlige og sikkerhetsmessige rammer. Begrensningene bidrar til redusert aktivitet, hindrer effektive pasientforløp og gir vanskelige forhold for behandling, miljøterapi og samarbeid med pårørende og nettverk. Bygget har ikke potensiale til å møte fremtidige behov for økt kapasitet, som for eksempel tilbud om avgiftning, eller til å gi et differensiert tilbud til de under 13 år. Ungdomsklinikken kan på grunn av avhengigheten til vaktordningen i PSA ikke ligge alene, men må samlokaliseres med PSA for å kunne ta imot innleggelses på døgnbasis.

5.4.1 Oppsummert areal og kapasiteter i dagens bygg i PSA

Tabell 5 gir en sammenstilling av enheter, kapasitetsbærende rom og bruttoareal fordelt på bygg i PSA. Tilsvarende er ikke visualisert for ABUP Ungdomsklinikken da dette bygget uansett er for begrenset til at dette blir hensiktsmessig.

Kapasiteter og arealer i PSA 2014									
Enheter	Enhet	Bygg	Etg	Døgnpl.	Dagpl.	Undersøkelse / behandlingsrom	Kontor/ kons.	Gruppe /møter pas.	Brutto areal
PSA Kristiansand									
Akutt	Enhet 6.1	6	1	14		3		2	3 028
Akutt	Enhet 6.2	6	2	10		2			
Behandlerkontorer og adm		6	U				6	1	2 717
Sikkerhet	Enhet 4.2	4	2	10		2	1	2	
Psykiatrisk spesialenhet	Enhet 4.1	4	1	12		3		2	
Behandlerkontorer og adm		4	U				4		4 412
Enhet førstegangpsykose	Enhet 2.1	2	2				3	1	
Enhet førstegangpsykose	Enhet 2.1	2	1	10	6	3	2	3	
Psykiatrisk spesialenhet	Enhet 7.2	7	2	8		2		3	3 029
Alderspsykiatri	Enhet 7.1	7	1	11		1		1	
Behandlerkontorer og adm		7	U			1	9	2	
Delsum				75	6	17	25	17	13 186
PSA Arendal									
Akutt	A	150	1	8			1		5 140
Akutt	B	150	1	9		3		3	
Allmennpsykiatri	C	150	2	11		2		4	3 029
Psykiatrisk spesialenhet	D	150	1	10		1		3	
Behandlerkontorer og adm		150	U				1	4	
Behandlerkontorer og adm		150	1 og 2			1	22	3	
Alderspsykiatri		150	2				3		
Delsum				38	0	7	27	17	5 140
Bjorbekk, Enhet for førstegangpsykos		167	1 og 2			1	7	5	1 999
Delsum						1	7	5	
SUM Totalt				113	6	25	59	39	20 325

Tabell 5: Funksjonelle enheter innenfor PSA Kristiansand og PSA Arendal, antall kapasitetsbærende rom og bruttoareal fordelt på bygg.

6 Framskrivning av aktivitet og kapasitetsbehov

I kapittel 6 blir dagens aktivitet framskrevet for å kunne definere et framtidig kapasitetsbehov for PSA og ABUP.

Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og cirka en tredjedel i løpet av ett år. Forekomsten av psykiske lidelser i Norge er omtrent på nivå med det vi finner i andre vestlige land. Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet/ misbruk er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser i den norske befolkningen. Psykiske lidelser debuterer som regel tidlig i livet, og er ofte kroniske med gjentatte forverringsepisoder gjennom livsløpet.

Resultater fra de fleste store studier tyder på at det ikke har vært noen vesentlig endring i forekomst av de alvorligste psykiske lidelsene de siste tiårene. Det er ikke forutsatt økning i antall oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten som følge av endringer i psykiatrisk epidemiologi utover befolkningsøkningen.

Ved beregning av fremtidig kapasitetsbehov for PSA og ABUP Ungdomsklinikken er følgende endringsfaktorer tillagt vekt:

- Befolkningsutvikling (demografi)
- Omstilling og endret samhandling med DPS og kommunehelsetjenesten
- Epidemiologi og økt kompleksitet
- Generell reduksjon i oppholdstid
- Realvekst for poliklinisk behandling
- Behov for tilbud om avgiftning og kortvarig rusbehandling for ungdom

6.1 Befolkningsutvikling

Befolkningen i opptaksområdet for SSHF øker i perioden 2012 til 2030 med totalt 25,5 %, gitt SSBs sin befolkningsprognose for alternativet middels nasjonal vekst (alternativ MMMM). Den eldre del av befolkningen øker relativt sett mer enn den yngre, noe tabell 6 viser:

Tabell 6: Framskrevet folkemengde for Aust-Agder og Vest-Agder. Befolkningsprognose fra SSB alternativ Middels Nasjonal Vekst

		2012	2015	2020	2025	2030	Prosentvis endring 2012-2030
Aust-Agder	0-9 år	13 703	14 838	16 048	17 032	17 472	27,5
	10-19 år	15 127	15 024	15 728	17 121	18 151	20,0
	20-29 år	13 487	14 260	15 261	15 041	15 390	14,1
	30-39 år	14 288	14 741	15 903	17 174	17 607	23,2
	40-49 år	15 741	16 631	17 023	17 270	18 208	15,7
	50-59 år	14 698	14 957	16 174	17 594	17 751	20,8
	60-69 år	12 812	13 662	14 073	14 676	15 911	24,2
	70-79 år	6 815	7 816	10 314	11 827	12 377	81,6
	80-89 år	3 889	3 785	4 063	5 098	6 964	79,1
	90-99 år	927	940	894	910	1 066	15,0
	100 år og eldre	8	17	20	21	21	162,5
		111 495	116 671	125 501	133 764	140 918	26,4
Vest-Agder	0-9 år	22 486	23 838	25 834	27 829	28 680	27,5
	10-19 år	24 306	23 965	24 703	26 616	28 409	16,9
	20-29 år	23 074	24 656	26 369	25 813	26 173	13,4
	30-39 år	22 862	23 153	25 403	27 672	28 399	24,2
	40-49 år	24 720	25 451	25 446	25 769	27 518	11,3
	50-59 år	21 343	22 523	24 602	26 023	25 796	20,9
	60-69 år	17 702	18 786	19 816	21 547	23 548	33,0
	70-79 år	10 345	11 532	14 513	16 528	17 640	70,5
	80-89 år	6 112	6 153	6 410	7 708	9 982	63,3
	90-99 år	1 351	1 405	1 462	1 523	1 715	26,9
	100 år og eldre	23	33	37	37	44	91,3
		174 324	181 495	194 595	207 065	217 904	25,0

Demografisk framskrivning av aktiviteten ved KPH fra 2011 til 2030 viser at antall opphold øker med 26 %. Antall oppholdsdøgn øker med 22 551, tilsvarende et kapasitetsbehov på 73 døgnplasser forutsatt en utnyttelsesgrad på 85 %. Utnyttelsesgraden er i tråd med tilsvarende prosjekter i HSØ, og tar hensyn til fleksibiliteten som akuttenehetene må tilstrebe å ha. Internasjonale, kunnskapsbaserte anbefalinger tilsier at det innen psykisk helsevern ikke anbefales å planlegge for en høyere beleggprosent enn 85 % da dette medfører økt bruk av tvang, utagering og generelt et dårligere terapeutisk miljø. Denne type føring er også lagt i styresak om regionale utviklingsområder psykisk helsevern.

Prognosen tyder på at veksten vil bli noe sterkere innenfor PSA enn for DPSene, forutsatt at ikke pasientpopulasjonen endres. Dette kan ha sammenheng med at pasientene i PSA har en høyere gjennomsnittsalder sammenlignet med pasienter i DPSene.

Tabell 7: Antall opphold, oppholdsdøgn og gjennomsnittlig oppholdstid for ARA, DPS, PSA og ABUP i 2030. Prosentvis økning fra 2011 til 2030

	ARA			DPS			PSA			ABUP		TOTALT			
	0-18 år	19 +	Alle	% -vis endring		Alle	% -vis endring		Alle	% -vis endring					
				2011-2030	0-64 år		65 +	2011-2030		0-64 år	65 +		2011-2030	Alle	2030
Antall opphold	0	983	983	24,7	1 933	198	2 131	25,5	2 375	470	2 845	26,8	138	25,5	6 097
Antall oppholdsdøgn	0	23 390	23 390	25,7	33 181	3 361	36 542	26,0	37 592	9 507	47 099	26,5	1 763	25,0	108 794
Gjennomsnittlig oppholdstid	-	23,8	23,8		17,2	17,0	17,1		15,8	20,2	16,6		12,8		17,8

I tabell 8 vises endringer i den polikliniske virksomheten kun som følge av demografi. Antall polikliniske konsultasjoner på egen institusjon øker med 24,5 %. Økningen gir et kapasitetsbehov på 26 poliklinikrom forutsatt en utnyttelsesgrad på 230 dager/år, 6 timer/dag, og gjennomsnittlig konsultasjonstid på 75 minutter. I romprogrammet er det medtatt 3 undersøkelsesrom til poliklinikk. Resten dekkes innenfor kliniske kontorfunksjoner.

Tabell 8: Antall polikliniske konsultasjoner, på egen institusjon (Vest-Agder og Aust-Agder), ambulant og indirekte pasientkontakt for ARA, DPS, PSA og ABUP i 2030

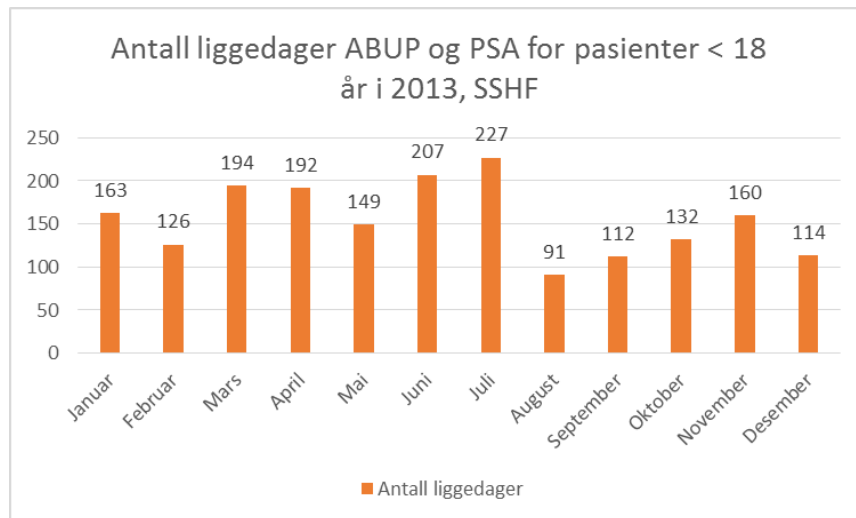
	Antall polikliniske konsultasjoner 2030					
	ARA	DPS	PST (*)	PSA	ABUP	Totalt
Antall polikliniske konsultasjoner på egen institusjon	26 328	78 272	2 553	6 313	30 072	143 538
Antall polikliniske konsultasjoner ambulant virksomhet	1 388	11 058	48	2 275	6 352	21 121
Indirekte pasientkontakt	6 886	19 562	164	911	45 263	72 786
Totalt	34 602	108 892	2 765	9 499	81 687	237 445

Aktivitetsdata for pasienter under 18 år innlagt i ABUP og PSA²³ viser at det er store variasjoner gjennom året. Det gjelder både for 2012, 2013 og 2014. I dag legges en del unge under 18 år inn i voksenpsykiatrisk avdeling. Det er også, unntaksvis, pasienter under 18 år som mottar døgnbehandling i ARA, da for avhengighetsproblematikk. De under 18 år bør generelt sikres opphold i ABUP. Dersom man legger sammen aktiviteten for ABUP og PSA viser tabellen og figuren på neste side at antall liggedager varierer fra 91 til 277 liggedager per måned, noe som gir et kapasitetsbehov mellom 4 og i overkant av 10 senger (med 73 % utnyttelsesgrad – som er den samme som er benyttet i utviklingsplanen og i aktivitets- og kapasitetsanalyse for HSØ).

²³ Innhentet fra ABUP og PSA, SSHF.

Tabell 9: Aktivitet døgnopphold barn og unge 0-18 år, ABUP og PSA 2013

Aktivitet døgnopphold barn og unge 0-18 år i UK ABUP og PSA, 2013													
	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	Totalt
Antall innleggelser	17	8	18	15	12	7	16	9	19	12	13	7	178
Antall liggedager	163	126	194	192	149	207	227	91	112	132	160	114	1867
Behov døgnplasser	7,4	5,8	8,9	8,8	6,8	9,5	10,4	4,2	5,1	6,0	7,3	5,2	7,0



Figur 10: Antall liggedager for pasienter < 18 år innenfor psykiske helsevern i SSHF i 2013

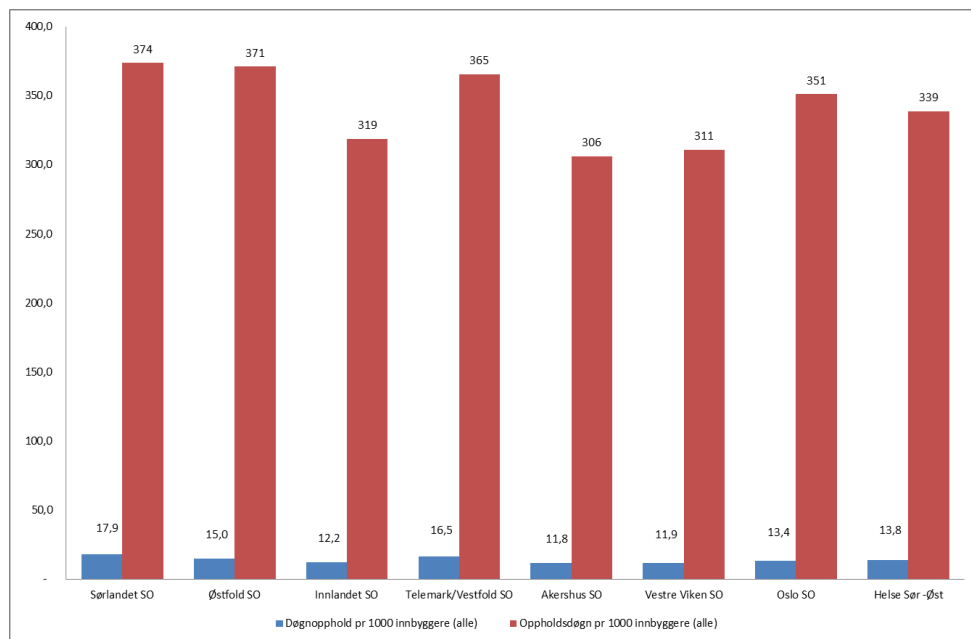
6.2 Omstilling og endret samhandling med DPS, og kommunehelsetjenesten PSA og ABUP

Samhandlingsreformen og de nye lovene er tydelige på at psykiske lidelser og rusavhengighet er likestilt med somatiske lidelser. Det betyr også at den utvidede plikten til øyeblikkelig hjelp fra 2016 og kravet til avtaler mellom kommuner og helseforetak er gjeldende også for området psykisk helsevern for voksne. Tilskuddsordningen for oppbygging av Kommunale øyeblikkelige hjelp plasser (KØH) gjelder foreløpig hovedsakelig for somatikk, men i følge Helsedirektoratet²⁴ utelukkes det ikke at kommunene kan etablere tilbud som også omfatter psykisk helse og rus. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider i den forbindelse med hvordan økonomiske virkemidler kan innføres også for brukere med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser.

Det er en målsetning for KPH å arbeide for å redusere behovet for døgninnleggelser, gjennom å tilby alternativer til døgnbehandling. Det er vanskelig å kvantifisere en forventet effekt av dette arbeidet frem mot 2030 og en kvantifisering vil tjene mer for å synliggjøre et mål, enn som en eksakt beregning. Det vil i denne vurderingen være naturlig å se til hvilken endring som har skjedd i bruken av døgnbehandling siden opprettelse av SSHF, hvordan forbruket av døgnopphold er ved andre helseforetak i Norge og hvordan en eksempelvis i Storbritannia har utviklet et bredt spekter av alternative behandlingstilbud. På denne bakgrunn anses det å være en moderat målsetning å redusere behovet for døgnopphold i psykisk helsevern for voksne med 30 % som følge av en vesentlig spissing og spesialisering av behandlingstilbudet. Dette utgjør en reduksjon på ca. 14 000 oppholdsdøgn som tilsvarer 46 døgnplasser. SINTEF-rapporten "Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene" (2013), konkluderer med at sju prosent av pasientene i psykisk helsevern er utskrivningsklare og venter på et kommunalt tilbud, mens tilsvarende andel i Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer er beregnet til en prosent. Årsaken til at pasientene ikke er utskrevet, er ifølge forskerne stort sett at de mangler et kommunalt boligtilbud.

²⁴ «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold», veiledningsmaterieell, rev. 2/2014. Helsedirektoratet

Dersom man sammenligner forbruksrater for døgnopphold og oppholdsdøgn for befolkningen i opptaksområdet til SSHF med de øvrige opptaksområder i HSØRHF, er forbruket på Sørlandet høyest pr 1 000 innbyggere. Det er et forbruk som er mer enn 20 % høyere enn de sykehusområdene som har lavest forbruk. Dette viser at det kan være et potensial i å endre aktivitet fra døgn- og dagopphold og polikliniske konsultasjoner.



Figur 11: Forbruksrater for døgnopphold og oppholdsdøgn i PHV i sykehusområdene i HSØ, 2013

Arbeidsgruppen "Pasientforløp psykisk helsevern og rus" (Utviklingsplan 2030) foreslår at døgntilbudet i DPS på sikt bør nedtrappes og planmessig avvikles og den spesialiserte døgnbehandlingen samles i PSA. Dette vil gjøre det mulig å styrke og øke ressurstilgangen til den polikliniske og ambulante kompetansen ytterligere i DPS. Forutsatt en slik utvikling anslås det kun ca. 20 % av pasienter som i dag har døgntilbud i DPS vil overføres PSA. De øvrige 80 % vil få et bedre faglig tilbud ved poliklinisk og hjemmebasert behandling.

Det kan tenkes en tredeling av den pasientgruppen som i dag er innlagt i DPS til et fremtidig tilbud slik:

1. De fleste får et bedre tilrettelagt, spesialisert terapeutisk tilbud uten innleggelse. DPS er ansvarlig avdeling.
2. Kommunene bygger opp kommunale botilbud der pasientene dels mottar omsorgstjeneste og behandlingstilbud gitt av primærhelsetjenesten, gjerne under veiledning og konsultativ bistand fra DPS.
3. Gruppen med sammensatte, langvarige og spesielt ressurskrevende behandlingsbehov får dette i sykehusavdelingen.

En forutsetning for å lykkes med dette er at kommunene oppfyller dagens forventninger til bo- og omsorgstilbud og ivaretagelse av mindre kompliserte behandlingsoppgaver. For de mer sammensatte tilstandene må oppfølgingen skje i et tett samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste med en tydelig ansvars- og oppgavefordeling.

Dette forslaget innebærer at all døgnbehandling i DPS omgjøres til nærhetsbasert poliklinisk og ambulant behandling. Forslaget er radikalt og må nødvendigvis bearbeides i samarbeid med kommunene. Arbeidsgruppen har ikke vurdert konsekvensene for de enkelte kommuner, men ser at tjenestetilbudene der må avpasses både med hensyn til størrelse, geografi mv. Dette vil utfordre kommunene. Tilbakemeldinger fra høringsinstanser i forbindelse med utviklingsplanen viser at kommunene er urolig for at dette forslaget vil medføre økt belastning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Både i arbeidet med utviklingsplanen og med konseptrapporten er det en anerkjennelse i SSHF for denne uroen. Kommunene på Agder har i ulik grad greid å oppfylle dagens forventninger til et godt tjenestetilbud for pasientgruppen.

Selv om omleggingen er radikal i forhold til dagens døgnplassfordeling, innebærer den ingen annen grunntanke enn den som har vært førende helt fra Opptrappingsplanens²⁵ grunnidé. Denne var nettopp dreining fra langvarige døgnopphold med asylpreg til nettverksbasert og befolkningstilgjengelige tjenester. Noe av middelet for å oppnå dette var vektleggingen av døgnplasser i DPS, for å understreke distriktsprofilen. Det ønskes nå å utvikle dette konseptet videre og styrke hjemmebehandling med utstrakt fleksibilitet og tilgjengelighet som noe av tiltakene. Tilbud som er helt nødvendig å gi som døgnopphold spesialiseres ytterligere enn i dag og gis i sykehusavdelingen. Dette medfører altså ingen ny sentralisering av tjenesten, men en ytterligere differensiering mellom det nødvendige døgnbehandlingstilbudet og behandling uten innleggelse. Det er langt den største pasientgruppen som ikke trenger innleggelse, men bedre kan få behandling hjemme.

En særlig utfordring for kommunene er pasienter med sammensatte behov og liten boevne. Ofte er problemene på bakgrunn av en kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer. Erfaringer med såkalt Aktiv oppsøkende behandling (ACT - Assertive Community Treatment) i et strukturert opplegg har vist seg svært lovende. Her må forpliktende samhandling skje der spesialisthelsetjenesten står ansvarlig for behandlingstiltakene i tett dialog med kommunen om bo- og omsorgstiltak. Denne ordningen skal bygges ut videre med de erfaringene som er opparbeidet. Denne pasientgruppen hører til kjerneoppgavene for SSHF også når de ikke er innlagt til døgnbehandling. PSA som døgnbasen skal ivareta behov for døgnopphold for disse i faser med forverring som ikke kan dempes uten innleggelse.

Utviklingsplanen er hovedsakelig en plan for den langsiktige retningen en ønsker for tjenestetilbudet fremover og bygningsmassen må innebygge fleksibilitet med hensyn til hvordan dette vil se ut i 2030. Nytt bygg for PSA og ABUP vil ikke være avhengig av en detaljert beslutning om hvordan organisering og ansvarsfordeling skal skje. Det er en viktig presisering at arbeidet med reduksjon av døgnplasser skjer i et langsiktig perspektiv. De fem strategiplanperiodene (å tre år) frem mot 2030, med sine evalueringer og dialog med kommunene, vil medføre mulighet for justeringer i målsettingen om full omlegging fra døgn til poliklinikk i DPS. Hver av disse periodene vil adressere neste fase med omlegging og erfaringene vil steg for steg innarbeides i neste strategidokument og de årlige virksomhetsplaner. Målsettingen om full omlegging til alternativer til døgnbehandling står fast som en ønsket utviklingsretning. Denne justeres fortløpende i perioden i et samarbeid med kommunene. Helseforetaket vil sikre at tilbudet til enkeltpasienter ikke affiseres negativt ved omleggingen slik samarbeidsavtalene med kommunene allerede tydelig omtaler.

Forslaget om avvikling av døgntilbudet i DPS et altså et signal om en ønsket utviklingsretning for tjenesten, heller enn en absolutt målsetning. Forslaget medfører derfor usikkerhetsmomenter, men innebærer også en vesentlig fleksibilitet med tanke på dimensjoneringen av PSA og oppgavefordelingen mellom DPS og PSA. Ettersom dreiningen av tjenestetilbudet skal gå over flere år, også etter at et nytt bygg for psykisk helsevern står ferdig ligger det er en vesentlig buffer med tanke på døgnplasskapasiteten.

For ABUP handler det om økt samhandling med kommunene. ABUP deltar sammen med barnevernet i Kristiansandsregionen i et nasjonalt nyvinningsprosjekt hvor målsetningen er å utvikle nye samarbeidsformer som skal bidra til raskere og bedre koordinert akutt hjelp for barn, ungdom og familier. Det samarbeides også med barnevern, familiekontorer og politi om tidlig intervensjon ved vold. ABUP har generelt stort fokus på veiledning og samarbeid med alle kommuner, og det antas at økt samarbeid i større grad enn tidligere vil bidra til å avdekke psykiske lidelser og sykdomsfremkallende hjemmemiljø. Gitt dette så vil behovet for å utvikle samhandling og behandlingsformer som mer presist imøtekommer de med størst hjelpebehov sannsynligvis øke i fremtiden. Dette vil være en ønsket utvikling og kan påvirke kapasitetsbehovet for døgnplasser i psykisk helsevern.

²⁵ St.prp. nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

6.2.1 Generell reduksjon i oppholdstid

I programmet forutsettes det at den gjennomsnittlige oppholdstid ved innleggelse i PSA reduseres med 5 % fram til 2030, noe som tilsvarer i underkant av 1 døgn kortere liggetid. Reduksjonen skal tas over ca. 17 år.

6.2.2 Realvekst for poliklinisk behandling

Et tilbakeblikk på utviklingen av den polikliniske virksomheten innenfor både somatikk og psykisk helsevern viser at økningen har vært sterkere enn hva den demografiske utviklingen skulle tilsi. Dette har blant annet sammenheng med en ønsket vridning fra døgnbehandling til dagbehandling og poliklinisk virksomhet. Det ønskes enda tydeligere dreining i denne retningen og det er til grunn en realvekst på 50 % i tillegg til demografi for den polikliniske virksomheten ved PSA fram til 2030. I antall utgjør dette en økning på ca. 3 300 polikliniske konsultasjoner. Denne økningen vil primært skje overfor de pasientgruppene med alderspsykiatriske tilstander. I ABUP er virksomheten allerede dreid betydelig i poliklinisk retning, og det påregnes en økning i tråd med økning i barnebefolkningen.

6.2.3 Epidemiologi og økt kompleksitet

Betydelig flere barn og unge mottar behandlingstilbud fra psykisk helsevern i dag enn tidligere. Selv om det er lavere terskel for å få hjelp enn før er det fortsatt slik at 15-20 % av barn under 18 år har nedsatt funksjon grunnet symptom på psykisk lidelse, og omtrent halvparten (8 %) av disse har psykisk lidelse som krever behandling²⁶. Fagmiljøet i ABUP rapporterer om en generell økning av henvisninger med kompleks og alvorlig problematikk, og en kan anta at dette også vil påvirke målgruppe og behandlingsforløp i døgnposten. Vi vet ikke hvorvidt dette er en utvikling som vil fortsette.

Høyest forekomst har angst- og depresjonslidelser, som ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er de lidelsene som antas å øke mest i årene fremover. Levekårsundersøkelser for Agder viser en større forekomst av angst- og depresjonssymptomer enn i resten av landet²⁷. Videre meldes om en økning av rusproblematikk hos ungdom som legges inn i ABUP og PSA. Rusmidler mer potente enn før og farligere for unges uferdige hjerne. Vi kjenner ennå ikke senvirkningene av disse er ukjente, men vet at utsatt og sårbar ungdom også er i risikosone for å utvikle rusavhengighet.

6.2.4 Levekår

Agderfylkene har gjennom generasjoner skåret lavt på levekårsdata, og en del barn og unge lever under marginale omsorgsforhold. En stor andel av den voksne befolkningen sliter i forhold til arbeid, økonomi og helse. Et stort antall har lav tilknytning til arbeidslivet. Fylkene har høy andel uføretrygdede (2-3 % over landsgjennomsnittet), mange av disse er unge i alderen 18-30 år. Videre har fylkene flere langvarige sykemeldinger enn gjennomsnittet i landet, og det å være utenfor arbeidslivet har stor betydning og øker sjansene for fattigdom, dårlig helse og ensomhet. En problemfylt hverdag for familien påvirker de voksnes omsorgskapasitet og utgjør en risiko for barn og unges psykiske helse. Uten å kunne si noe nærmere om effekt på døgnplasser, er det naturlig å anta at levekårene i Agderfylkene påvirker befolkningens behov for helsetjenester generelt.

6.2.5 Behov for døgnbasert tilbud om avgiftning og kortvarig rusbehandling

ABUP og ARA skal samarbeide om behandlings-/forløpslinjer for medisinsk avgiftning og kortvarig rusbehandling. Medisinsk avgiftning vil kunne ha to fremtidige forløp når en tar hensyn til ungdommens alder og en helhetlig vurdering av problematikk:

1. Innleggelse i ABUP. I hovedsak ungdom tom. 16 år. Behandlingsplan utarbeides i samarbeid med ARA. ABUP har behandlingsansvar og skal konsultere ARA.
2. Innleggelse i ARA. I hovedsak ungdom 16-18 år. Behandlingsplan utarbeides i samarbeid med ABUP. ARA har behandlingsansvar og skal konsultere ABUP.

²⁶ Folkehelseinstituttet, Psykiske lidelser hos barn og unge. <http://www.fhi.no/artikler/?id=84062>

²⁷ Agderforskning, Regional Monitor, FoU rapport 2/2011. Barns levekår og hverdagsliv i Agder, publ 3/2012 og 8/2012.

6.3 Kapasitetsbehov 2030

Oppsummert fører de omtalte endringsfaktorene til et kapasitetsbehov isolert sett for PSA i 2030 på ca. 2 000 opphold og 30 600 oppholdsdøgn, det vi si en reduksjon fra 2011 til 2030 på 13 % og 22 % for henholdsvis antall opphold og antall oppholdsdøgn. Kapasitetsbehov i 2030 blir omregnet ca. 100 døgnplasser gitt en gjennomsnittlig beleggsprosent på 85 %. Utnyttelsesgraden er i tråd med tilsvarende prosjekter i HSØ, og tar hensyn fleksibiliteten som akutenhetene må tilstrebe å ha.

Forutsatt at døgntilbudet i de DPSene på sikt bør nedtrappes og planmessig avvikles og den spesialiserte døgnbehandlingen samles i PSA, anslås det at ca. 20 % av pasienter som i dag har døgntilbud i DPS vil overføres til PSA. Kapasitetsbehovet ved et samlet døgntilbud for voksenpsykiatri for KPH i PSA blir dermed ca. 120 døgnplasser. For den polikliniske virksomheten forutsettes en realvekst på 50 %. Estimert kapasitetsbehov i 2030 for poliklinikk utgjør ca. 8 000 konsultasjoner på egen institusjon.

Tabell 10 og 11 gir en oppsummering av hvilke forutsetninger som er lagt til grunn for beregning av et framtidig kapasitetsbehov når det gjelder antall døgnplasser og antall rom for poliklinisk virksomhet.

Tabell 10: Beregnet kapasitetsbehov for døgnplasser i PSA 2030

	2011	Demografi	Omstilling (30 %)	reduksjon i liggetid (5 %)	Kapasitets behov 2030
	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt
Antall opphold	2 243	602	-854	0	1 992
Antall oppholdsdøgn	37 227	9 872	-14 130	-2 355	30 614
Beregnet kapasitetsbehov ant. senger	120	32	-46	-8	99

Tabell 11: Beregnet kapasitetsbehov for poliklinikk i PSA 2030

	2011	Demografi	Omstilling (10 %)	Realvekst poliklinikk (50 %)	Kapasitets behov 2030
	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt
Antall polikliniske konsultasjoner på egen institusjon	4 778	1 920	-670	3 349	9 377
Antall polikliniske konsultasjoner ambulant virksomhet	1 643	632	-683	1 138	2 730
Indirekte pasientkontakt	616	295	-273	456	1 093
Totalt	7 037	2 847	-1 626	4 942	13 200
Beregnet antall poliklinikkrom	7	3	-1	5	14

For ABUP Ungdomsklinikken vektlegges særlig *fremtidig økning i barnebefolkningen og behov for døgnbasert tilbud om avgiftning og kortvarig rusbehandling* som en med sikkerhet kan si at gir et økt behov. Dersom man regner et gjennomsnitt over året er det behov for 7 senger i 2013. Ved et tillegg for befolkningsutviklingen vil det være behov for en ytterligere økning av kapasitetsbehov, tilsvarende ca. 20 % ved SSB's fremskrivingsalternativ MMMM (middels vekst). Dersom det legges til 20 % på gjennomsnittet av liggedager over året vil kapasitetsbehovet være 8,4 senger. Skal det dekkes en andel av variasjonsbehovet, vil imidlertid 10 senger være et mer rimelig anslag for fremtidig behov. Det vil også bidra til forutsigbarhet for at pasienter skal sikres et likeverdig og behovstilpasset døgntilbud uavhengig av variasjoner i akutte saker. To skjermingsenheter kommer i tillegg. Estimert har usikkerheter som avhenger av mange variabler. Det bør legges til rette for å kunne øke eller redusere med 2-3 døgnplasser ved behov. Ved behov for økt kapasitet kan dette besørges gjennom en ønsket organisasjonsutvikling, hvor det etableres døgnplasser for unge voksne innen PSA, i nærhet til Ungdomsklinikken.

Del II: Utredning av alternativer

I veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter forutsettes det analyser og avklaringer av ulike alternativer. Det er ikke spesifisert om det gjelder ulike virksomhetsmodeller eller byggalternativer. I konseptutredningen for Nybygg psykisk helse SSK er det valgt å se på ulike virksomhetsmodeller som i første rekke handler om organisering av tjenesten. Disse er beskrevet i kapittel 7. Byggalternativene er knyttet til alternative løsninger for et nytt psykiatribygg på Eg i Kristiansand. Disse er beskrevet i kapittel 8. Alle byggalternativene vil ikke ha kapasitet til å romme alle virksomhetsalternativene. Det endelige konseptet vil bestå av en anbefalt virksomhetsmodell med et byggalternativ som er tilpasset virksomheten.

Ved utredningen av alternativene var det alt. 3: Ett sykehus som var det anbefalte alternativet for Utviklingsplan 2030, som innebar en samlokalisering av de spesialiserte og mest ressurskrevende spesialisthelsetjenestefunksjonene på Eg. Dette lå til grunn for alternativvurderingene som ble utført i 2014.

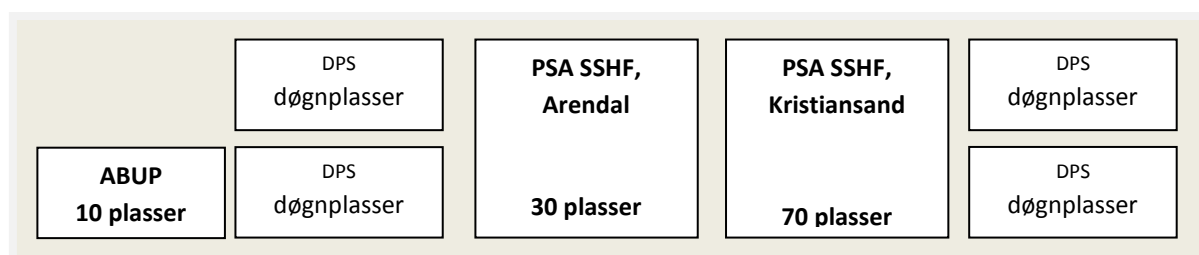
7 Alternative virksomhetsmodeller

Det er utredet syv alternative modeller for å organisering av virksomheten til PSA og ABUP Ungdomsklinikken. Alle alternativene legger til grunn at PSA skal romme et spesialisert sykehustilbud innen psykisk helsevern til den voksne befolkningen i agderfylkene.

Det er tatt utgangspunkt i dagens virksomhet og framskriver denne i tråd med forventet befolkningsutvikling fram mot 2030. Deretter justeres den endelige kapasitetsberegningen ut fra de omstillinger som er beskrevet. Omstillinger og endringer er i alternativene behandlet likt. I framskrivingen i kapittel 6 er det beskrevet en usikkerhet omkring framskriving og fremtidig kapasitetsbehov. For å ta høyde for denne usikkerheten er det i første rekke viktig å legge til rette for fleksibilitet i bygningsmassen slik at denne kan endres i forhold til behov. Dette er nærmere beskrevet i skisseprosjektet og løsningsmodellene.

7.1 0-alternativet

0-alternativet opprettholder dagens deling av PSA mellom PSA Kristiansand og PSA Arendal, samt døgnplasser i DPS som i dag.



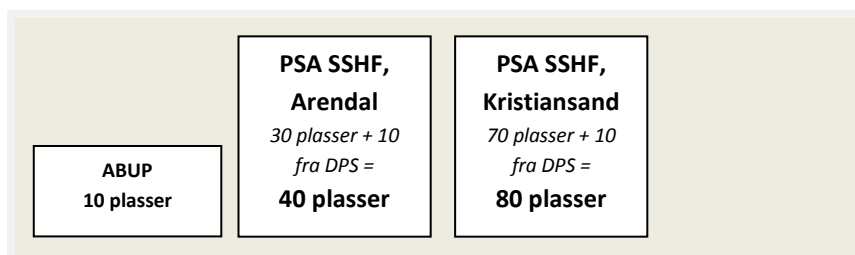
Figur 12: 0-alternativet, illustrasjon

0-alternativet er fremskrevet som for alle andre alternativ, og fordelt mellom PSA Arendal og PSA Kristiansand. Organisering av DPS er som i dag med DPS ved 4 lokasjoner, alle med døgnplasser. Dette er et alternativ som hindrer den ønskede bevegelsen i tjenestetilbudet fra døgnbasert behandling til utadrettet poliklinisk tilbud. Økt poliklinisk tilbud betinger at det skjer en omstilling av tjenestetilbudet i DPS ved å redusere antall døgnplasser. Dette er en utvikling som allerede har skjedd over de siste 10-15 år, men et 0-alternativ med opprettholdelse av døgnplasser i DPS vil hindre en videreutvikling i samme retning.

Det er i fordelingen mellom Kristiansand og Arendal lagt inn en relativ fordeling. Agderdekkende funksjoner ved de to lokasjonene har betydning for fordelingen. For ABUP sin del er rasjonale i kapittel 6 om kapasitetsbehov lagt til grunn med et fremtidig behov for 10 døgnplasser i ABUP. Lokaliseringen er fortsatt i Arendal.

7.2 Virksomhetsmodell A

Virksomhetsmodell A opprettholder en deling av PSA mellom PSA Kristiansand og PSA Arendal. Alt døgntilbud innenfor psykisk helsevern for voksne samles i PSA slik det er beskrevet i høringsutkastet til Utviklingsplan 2030. Til sammen utgjør dette en kapasitetsøkning for PSA på 20 plasser ut over de til sammen 100 som er fremskrevet for dagens virksomhet.

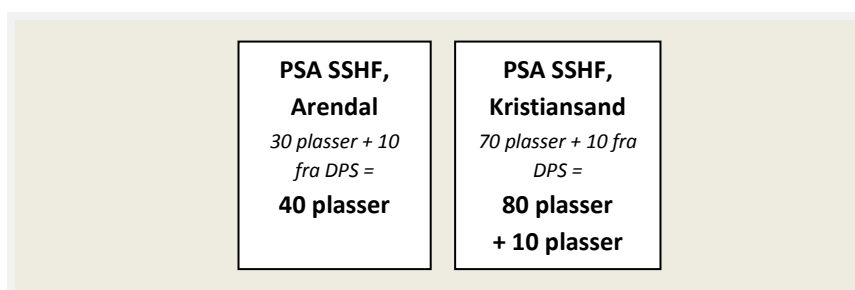


Figur 13: Virksomhetsmodell A, illustrasjon

Illustrasjonen er vist uten DPS døgnplasser, men DPSene har fortsatt omfattende funksjon med poliklinisk virksomhet og dagbehandling. ABUP Ungdomsklinikken er som i dag lokalisert i Arendal med et fremtidig behov for 10 døgnplasser (som i 0-alternativet).

7.3 Virksomhetsmodell B

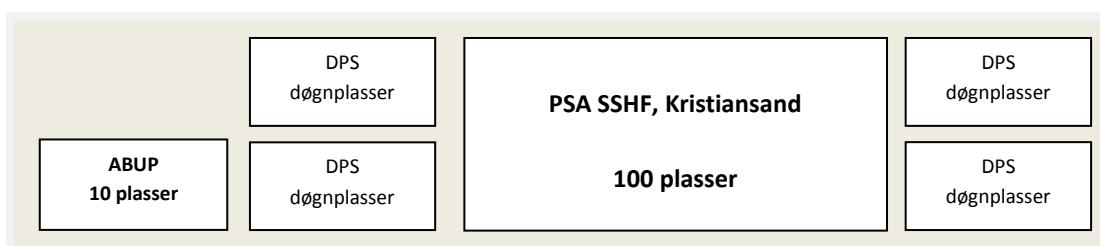
Virksomhetsmodell B er den samme som A, med unntak av at ABUP Ungdomsklinikken er samlokalisert med PSA i Kristiansand. Kapasiteten for ABUP er 10 plasser og til sammen har ABUP og PSA 90 døgnplasser.



Figur 14: Virksomhetsmodell B, illustrasjon

7.4 Virksomhetsmodell C

Virksomhetsmodell C forutsetter at PSA samles på ett sted, mens døgnplasser i både PSA og DPS opprettholdes. ABUP Ungdomsklinikken er som i dag lokalisert i Arendal med et fremtidig behov for 10 døgnplasser (som i 0-alternativet).



Figur 15: Virksomhetsmodell C, illustrasjon

Vurderingene som er gjort på bakgrunn av høringsutkastet til utviklingsplanen anbefalte en samling av sykehusfunksjonene i Kristiansand. Det beskrives også nærhetsbehov mellom deler av virksomheten i PSA og somatikkfunksjoner. Av den grunn er også et samlet PSA her vist til Kristiansand.

7.5 Virksomhetsmodell D

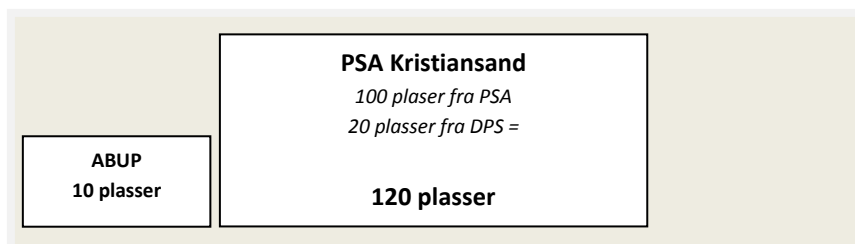
Virksomhetsmodell D er den samme som C, med unntak av at ABUP Ungdomsklinikken er samlokalisert med PSA i Kristiansand. Kapasiteten for ABUP er 10 plasser og til sammen har ABUP og PSA 110 døgnplasser.



Figur 16: Virksomhetsmodell D, illustrasjon

7.6 Virksomhetsmodell E

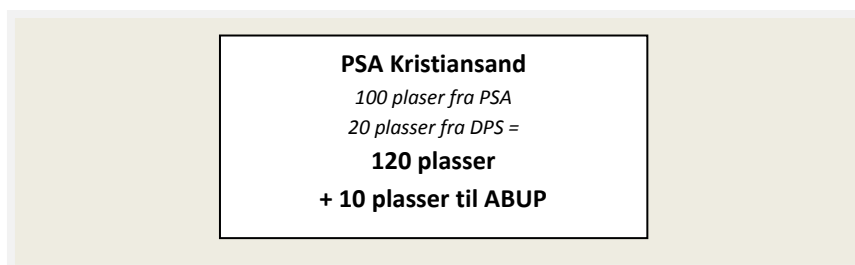
Virksomhetsmodell C forutsetter at PSA samles på ett sted, samtidig som døgntilbudet i DPS nedtrappes og planmessig avvikles. ABUP Ungdomsklinikken er som i dag lokalisert i Arendal med et fremtidig behov for 10 døgnplasser (som i 0-alternativet).



Figur 17: Virksomhetsmodell E, illustrasjon

7.7 Virksomhetsmodell F

Virksomhetsmodell F er den samme som E, med unntak av at ABUP Ungdomsklinikken er samlokalisert med PSA i Kristiansand. Kapasiteten for ABUP er 10 plasser og til sammen har ABUP og PSA 130 døgnplasser.



Figur 18: Virksomhetsmodell F, illustrasjon

Virksomhetsmodellene kan med fordel utvikles gradvis, noe som bør gjenspeiles i de byggalternativene ved en fleksibel løsning for økning av kapasiteten.

Tabell 12 er en oversikt over de sju virksomhetsmodellene. Det viser at det i Kristiansand vil være behov for 70 – 130 døgnplasser alt etter hvilken modell man velger. Valg av alternativ og kriterier for disse valgene er beskrevet i del III av konseptrapporten.

Tabell 12: Samlet oversikt over kapasitetsbehov i de ulike virksomhetsmodellene

Kapasiteter i alternative virksomhetsmodeller, PSA og ABUP 2030					
	Ny PSA		PSA Arendal	Kapasitet ABUP i Arendal	Døgnplasser i DPS
	Ny PSA	ABUP i Ny PSA			
Nullalternativet	70		30	10	Ja
Alternativ A	80		40	10	Nei
Alternativ B	80	10	40	0	Nei
Alternativ C	100		0	10	Ja
Alternativ D	100	10	0	0	Ja
Alternativ E	120		0	10	Nei
Alternativ F	120	10	0	0	Nei

8 Byggalternativer

Kapittel 8 beskriver utredningen av alternative bygningsmessige svar på virksomhetsalternativene. Det er i hovedsak utredet to byggalternativer (alt. 2 og 3) i tillegg til et 0-alternativ. Alternativ 2 og 3 viser et nybygg på hhv 80 og 120 døgnplasser for PSA. Kapasiteten er senere redusert. Begge disse alternativene kan kombineres med døgnplasser til ABUP Ungdomsklinikken, slik at det er fire varianter i tillegg til 0-alternativet:

- 0-alternativet – *ombygning og oppgradering av eksisterende bygg*
- Alternativ 2 – *nybygg 80 plasser*
- Alternativ 2 med ABUP– *nybygg 80 + 10 plasser*
- Alternativ 3 – *nybygg 120 plasser*
- Alternativ 3 med ABUP– *nybygg 120 + 10 plasser*

Tidlig i konseptfasen ble det vurdert et alternativ med kombinasjon av nybygg, ombygging og teknisk oppgradering av eksisterende bygg på Eg (kalt alternativ 1). Dette alternativet er ikke videreført med begrunnelse som redegjort for i kap 1.5.1.

I tillegg er det gjennomført en mulighetsstudie for utbyggingsmuligheter i tilknytning til eksisterende lokaler for PSA i Arendal. Et slikt alternativ er ikke videreført da det tidlig ble klart at tilgjengelig tomteareal ikke er tilstrekkelig. Se kapittel 8.7

Utredning av byggalternativer er gjort i 2014. Areal, kapasitet og kostnad er endret etter optimalisering og nedskalering av det valgte konseptet, Del IV. Det reviderte og anbefalte konseptet pr april 2016 har følgende nøkkeltall:

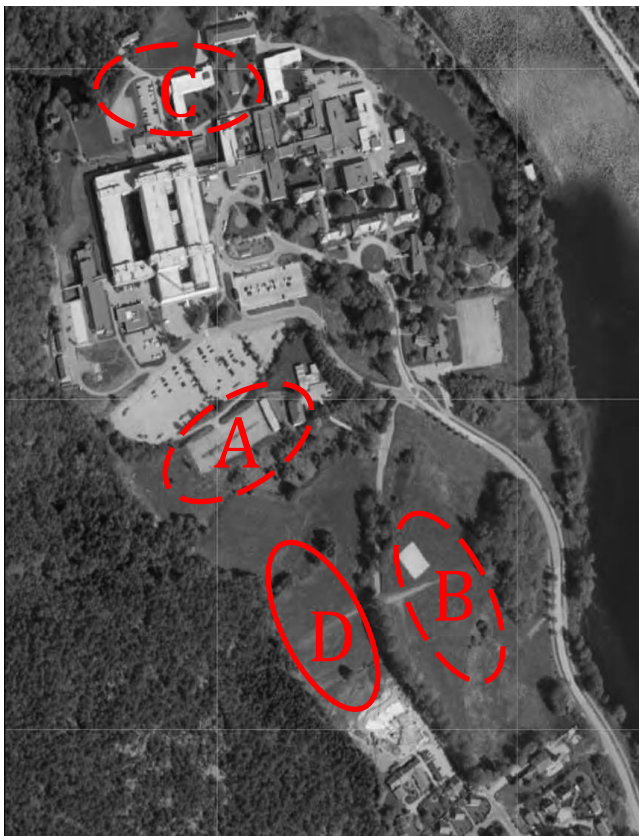
- Kapasitet: 70 døgnplasser for PSA + 10 døgnplasser for ABUP Ungdomsklinikken.
- Netto areal: 6 480 kvm.
- Kostnad P_{50} : 761,2 MNOK (mars 2015 kroner ekskl finansiering og prisstigning).

8.1 Forutsetninger for byggalternativene

I tillegg til kapasitetstall og arealstandard for funksjonsområdene, samt faglige innspill om forholdet mellom bygg og virksomhet innenfor psykisk helsevern, er konsept for drift av døgnenhetene førende for de bygningsmessige løsningene. Reguleringsplaner og tilgjengelige tomter gir muligheter og begrensninger i tillegg til forhold til eksisterende bygningsmasse, og særlig somatikk- og servicefunksjonene.

8.1.1 Valg av tomt

Byggalternativene skal svare ut kapasitetsbehovet som er beskrevet i virksomhetsalternativene. I alt fire tomter har vært vurdert i løpet av idé- og konseptfase, se nedenstående kart.



Bilde 7: Alternative tomter som er vurdert for nybygg psykisk helse på Eg.

I idéfasen ble det vurdert utbygging i området med eksisterende psykiatribygg (merket C på kartet) og nybygg like sør for nåværende somatisk hovedbygg og parkeringsområde (merket A på kartet). Idéfaserapporten anbefalte tomt A. Tidlig i konseptutredningen ble det vurdert en plassering på jordene sør-øst for dagens sykehus (merket B på kartet). Denne tomten ble imidlertid forkastet, da både SSHF, brukere og rådgiver vurderte dette som en dårligere løsning.

Arbeidet med Utviklingsplan 2030 startet etter at idéfaserapporten for PSA var ferdig. I utviklingsplanarbeidet har det vært ønskelig å reservere områder både nord og sør for dagens hovedbygg til fremtidig utbygging av somatikk. Det er leire og kvikkleire i grunnen på store deler av sykehusområdet på Eg. Nordsiden hvor dagens psykiatribygg ligger, har de beste grunnforholdene. I Kristiansand kommunes forslag til områdereguleringsplan²⁸ for hele sykehusområdet, er det lagt føringer for at fremtidig utbygging av «beredskapsfunksjoner» må skje på nordsiden

²⁸ Områdereguleringsplan for Eg. Kristiansand kommune.

av dagens sykehusbygg. Prosjekteier har derfor bedt om at det utredes en plassering av nybygg for psykisk helse lenger sør på eiendommen (merket D på kartet).

Skisseprosjektet i konseptutredningen forholder seg etter dette til to mulige tomter; tomt C og tomt D. Tomt C gjelder for null-alternativet og alt.1 (kombinert nybygg og oppussing). For et rent nybygg-alternativ (alt. 2, 2 med ABUP, 3 og 3 med ABUP) er det kun tomt D som er aktuell, og det er dette alternativet som anbefales. Denne plassering gir både psykiatri og somatikk gode ekspansjonsmuligheter i fremtiden, samtidig som bygg for somatikk og psykiatri gradvis kan bygges sammen.

Tomt D henvender seg østover mot et åpent kulturlandskap med god utsikt mot Otra og bebyggelsen øst for elva. Tomten har også god visuell kontakt med sykehuset i nord, bebyggelse i sør og grøntarealer i vest. Det er god adkomst til turområder. Tomten er omgitt av natur med flere stier og det er mange muligheter for rekreasjon i skog eller åpent landskap. Områdereguleringsplanen som behandles politisk i Kristiansand kommune våren 2016, legger godt til rette for nybygg psykisk helse SSK her.



Figur 19: Illustrasjoner av adkomst til, og nærområdene for nybygg psykisk helse på tomt D

8.1.2 Nærhetsforholdet mellom somatikk og psykisk helsevern

Behovet for bygningsmessig nærhet mellom somatikk og psykiatri har vært grundig drøftet blant annet i arbeidsgruppen. Nærhet til somatikk har stor betydning for å kunne gi effektiv helsehjelp til pasienter som befinner seg i skjæringsfeltet somatikk og psykisk helsevern. Det er også en forutsetning for god pasient- og personellflyt, for å ha tilgjengelighet på kompetanse og for videreutvikling av samarbeidsformer og forløpslinjer. Det er ulike behov for slik nærhet avhengig av hvilke pasientgrupper en forholder seg til. Nærhet til somatikk er svært viktig ved bl.a. alvorlige spiseforstyrrelser med somatiske komplikasjoner, intox, selvskading, alderspsykiatri. I for eksempel sikkerhetspsykiatri er denne nærheten mindre viktig, og kan til og med ses på som en ulempe.

Etter en samlet vurdering legges det til grunn at bygg for somatikk og psykisk helsevern bør legges i rimelig nærhet av hverandre (nabobygg eller campus). En tørrskodd forbindelse mellom byggene er imidlertid ingen betingelse.

8.1.3 Generalitet, fleksibilitet og elastisitet

Det forventes at det psykiske helsevernet vil endre seg i de kommende årene. Det må derfor tilstrebes bygg som har høy grad av elastisitet, i forståelsen av at det må være enkelt å utvide kapasiteten ved å bygge på eller bygge til. Bygg må også ha stor fleksibilitet som gjør det mulig å endre på funksjoner i bygget, uten at dette medfører store kostnader til ombygging.

I en samlet utbyggingsstrategi for somatikk og psykisk helsevern er det viktig å etablere et utbyggingsmønster som gir en hensiktsmessig drift. Eksempelvis vil dette bety etablering av:

- Et utbyggingsmønster som tilpasses tomten, landskapet og områdets infrastruktur og kommunikasjoner.
- Et utbyggingsmønster med "åpne ender", slik at plassering av tunge funksjoner ikke hindrer utvikling av sykehuset i tråd med Utviklingsplan 2030.

En høy andel av alle romtypene i programmet er standardisert for å nå resultatmålet om generalitet. I tillegg til standard romtyper er det et mål om høy andel av standard innredning, standard utstyr og standard tekniske installasjonsnivåer.

Byggene skal ha innbygd stor grad av fleksibilitet slik at framtidige driftsomlegginger, som vil komme, blir enkle. Endringer i pasientforløp og nye behandlingsmetoder må kunne innpasses uten større ombygginger til enhver tid. Det må planlegges for fleksible enhetsstørrelser med oppdelingsmuligheter i tilfelle ytterligere spesialisering av virksomheten.

Eksempelvis er det ikke gitt et antall sikkerhetsplasser i romprogrammet. Det tenkes at alle enheter skal være like, men at enheter med økt behov for sikkerhet kan tilpasses ved økt bemanning, adgangskontroll og egnet uteområde.

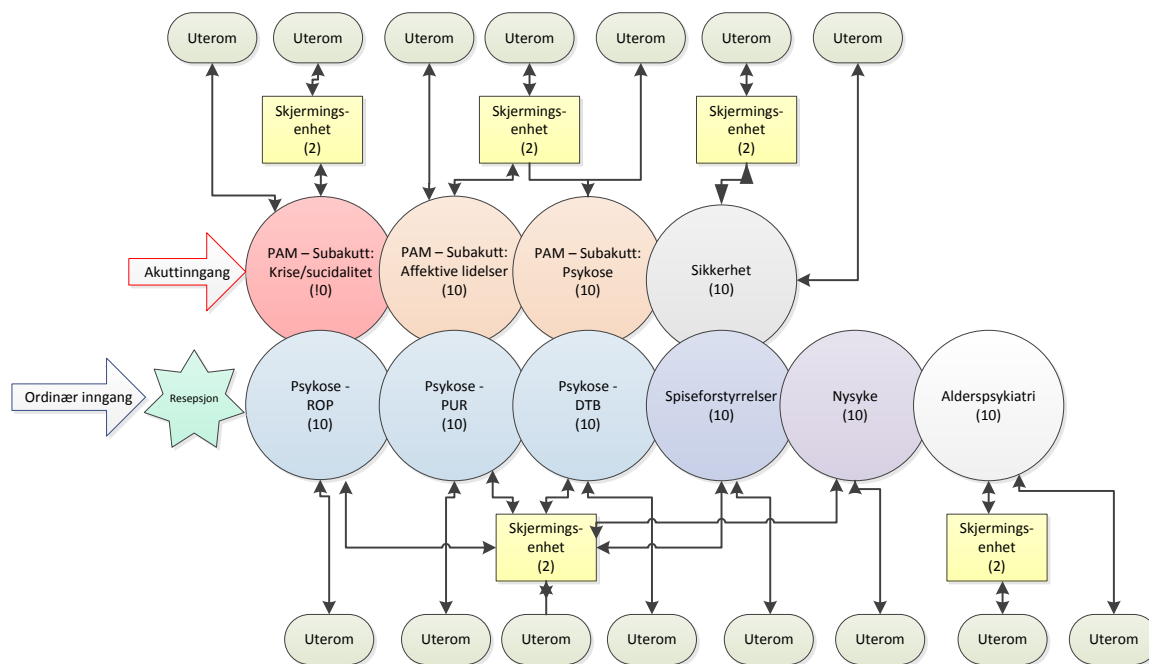
Med begrepet elastisitet forstår vi her evnen en bygning har til å møte vekslende behov for større eller mindre arealer. Det kan dreie seg om oppdeling eller utvidelser. Krav til høy elastisitet er særdeles viktig ettersom beregningene av et framtidig kapasitetsbehov er forbundet med flere usikre forhold (variasjoner i grensesnitt mellom sykehusfunksjoner, DPS-ene og kommunehelsetjenesten). En god bygningsmessig organisering og funksjonsdeling vil bidra til å gi bygget en høy elastisitet.

8.1.4 Konsept for døgnhetene

Selv om døgnbehandling ikke skal være hovedtilnærmingen når det gjelder behandling av mennesker med psykiske lidelser, gir dette behandlingstilbudet sterke føringer for areal og bygningsmessige løsninger. Det er viktig å ha fokus på prioritering av behandlingsarealer som grupperom, samtalerom, oppholdsområder og utearealer for å oppnå god funksjonalitet.

Døgnhetene er programmert med høye krav til terapeutisk miljø, funksjonalitet og sikkerhet. Referanser er blant annet hentet fra nyere norske, svenske og danske prosjekter innenfor bygg for psykisk helsevern (nytt Østfoldsykehus, nytt bygg for akuttpsykiatri ved Sykehuset i Vestfold HF (konseptfase), bygg for akuttpsykiatri, allmennpsykiatri og sikkerhetspsykiatri i Slagelse i Danmark, akuttpsykiatri og allmennpsykiatri ved Östra sjukhuset i Sverige, sikkerhetspsykiatri ved Brinkåsen og Rågården i Sverige).

Figur 20 viser et prinsippdiagram for sammenheng mellom ulike funksjoner som inngang, døgnheter, skjermingsenheter og uterom. Prinsippdiagrammet er en illustrasjon av hvordan døgnhetene kan organiseres, mens lokalisering av funksjonsområdene vises i skisseprosjektet. Prinsippmodellen er generell, her vist med kapasitet på totalt 100 døgnplasser + skjermingsplasser.



Figur 20: Prinsippdiagram for sammenheng mellom inngang, døgnenheter, skjermingsenheter og uterom. De ulike fagområdene tilknyttet døgnhetene er kun ment som en illustrasjon.

8.1.5 Funksjonelle krav

Med referanser til en rekke aktuelle prosjekter innenfor bygg for psykisk helsevern²⁹, er det både i programmering og prosjekt lagt opp til at to døgnenheter med 10 pasientrom og en skjermingsenhet i hver, deler enkelte fellesfunksjoner. Dette vurderes å legge til rette for bemannings- og driftsmessige fordeler. Den arkitektoniske og funksjonelle enheten bestående av to felles døgnområder på til sammen 20 pasientrom utgjør byggsteinene i prosjektet. I et alternativ med f.eks. 80 døgnplasser vil det være 8 døgnenheter på 10 pasientrom og en skjermingsenhet per enhet i tillegg.



Figur 21: Modell for døgnenheter og felles støtterom

Kravene til bygg blir i hovedsak beskrevet i delfunksjonsprogrammet. Noen spesielle bygningsmessige behov er fremhevet i hovedfunksjonsprogrammet:

Enkel tilgang til utearealer fra døgnhetene

Uterom kan dempe og skjerme traumatiske hendelser i enheten gjennom å bidra til avledning og "utladning". Å ha mulighet for å gå ut i et beskyttet gårdsrom og være i kontakt med natur og "kjenne været på kroppen", er viktig både med hensyn til behandling og trivsel. Døgnhetene plasseres slik at de har god tilgang til uteområder. I den grad takarealer benyttes til uteområde må disse sikres særskilt. Det tas spesielt hensyn til behovet for å etablere en sikring av uteområde for sikkerhetspsykiatri i henhold til gjeldende krav for middels sikkerhetsnivå. For pasienter med særlig forhøyet voldsrisiko har det i programarbeidet både vært lagt vekt på behovet for beskyttelse og kontroll, men også at pasientrom, bad og fellesareal har en standard som ivaretar pasientens behov for privatliv

²⁹ Nytt Østfoldsykehus, Konseptfase Sykehuspsykiatri Vestfold, Slagelse (Danmark), Rågården (Sverige), Östra sjukhuset (Sverige), Brinkåsen (Sverige)

og helsehjelp. Det er lagt til grunn at noen pasienter vi kunne ha sitt oppholdssted (hjem) i en sikkerhetsenhet i flere år.

En god måte å skape et naturlig uterom kan være å la bygningene i seg selv være "muren", som omslutter et innvendig gårdsrom. Tilgang til takterrasser og direkte tilgang til naturlige uteområder nært bygningene er mulige løsninger.

Fysisk sikkerhet

Bygget skal være romslig og oversiktlig, det betyr uten blinde vinkler og med gode lysforhold overalt. Den ytre sikkerhet (gjerder, dører, vinduer og låser), skal være både usynlig og utvetydig. Sett på avstand skal alt se "normalt ut", men ved nærmere ettersyn er det tydelig at f.eks. vinduer er uknuselige, dører er robuste og låser er solide.

Brede korridorer

Generelt må korridorbredden være større enn standard sykehuskorridor på 2,4 meter. Studier har vist at personer med psykose er sensitive med hensyn til å opprettholde riktig mellommenneskelig avstand, og kan svare med stress, angst, og av og til sinne når andre kommer innenfor sin personlige trygghetsone. Noe korridorareal kan konverteres til funksjonsareal f.eks. for å skape et miljø med mindre sittegrupper, uten at det går utover brannsikkerheten i bygget.

Robusthet

Utforming, utstyr og materialer må være tilpasset forventet stor slitasje og utagerende pasienter.

Det skal være et Psykiatrisk akuttmottak med skjermet inngang.

Det forutsettes at ikke-medisinske servicefunksjoner som hovedkjøkken, varemottak og sengelager vil kunne gis fra det somatiske sykehuset.

De ulike funksjonskrav som ligger til grunn for alternativ 2 og 3 er grundig beskrevet i hovedfunksjonsprogram og delfunksjonsprogram. Se vedlegg 14 og 15.

8.1.6 Sammenheng mellom virksomhetsmodellene og byggalternativene

De bygningsmessige alternativene må romme de ulike virksomhetsalternativene i forhold til kapasitet, funksjonalitet og kvalitet. I tillegg skal de legges til rette for en hensiktsmessig og økonomisk god drift.

0-alternativet rommer dagens virksomhet, men ikke de øvrige virksomhetsmodellene. Byggalternativ 2 og 3 er nybygg, med eller uten ungdomsklinikk. Til sammen dekker disse variantene alle virksomhetsmodellene som er beskrevet.

8.1.7 Logistikk, person- og vareflyt

Det forutsettes at det er god forbindelse for vareforsyning fra nytt bygg til eksisterende hovdbygg for somatikk. Det vil være vareforsyning fra sentralt varemottak på bakkeplan til nybygg psykisk helse SSK. Det etableres eget varemottak for å ta imot varer fra sentrallager og mat fra hovedkjøkken, og for å sende ut avfall og urent tøy. Sengerengjøring vil skje på pasientrommene, og det er sentralt rengjøringsrom der alle rengjøringstraller og utstyr oppbevares.

Det vises til vedlegg 17 - Notat, Personell og vareflyt

8.1.8 Overordnede tekniske føringer

Overordnet teknisk program (OTP) baserer seg på nybygg, og hvilke krav som skal legges til grunn må defineres ytterligere i neste planfase. Generelt er de tekniske krav knyttet til utredning og behandling Psykisk helsevern for voksne mindre komplekse sammenlignet med somatikken. Krav til sikkerhet og sikkerhetssystemer er imidlertid høyt.

For nye bygg skal bygningsmessige og tekniske løsninger ivareta kravet til lave livssyklus kostnader (LCC).

Risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) benyttes for å sannsynliggjøre risiko for uønskede hendelser som konsekvens av en valgt løsning og konsekvensen av en slik uønsket hendelse.

I forbindelse med kostnadsberegninger for OTP medtas alle grunnleggende infrastrukturer knyttet til det enkelte fagområde som for eksempel IKT, hvor kabling i vegger, sentralutstyr m.v., fram til uttak eller tilknytning for sluttbruker er medtatt.

Det vises til vedlegg 6 - Overordnet teknisk program (OTP).

8.2 0-alternativet

0-alternativet innebærer oppussing av bygg 2, 4, 6 og 7. Alternativet innebærer oppgradering av bygg og lokaler for å oppfylle forskriftsmessige krav holdes på et minimum. 0 – alternativet gir bidrag til bærekraft, men har kun en estimert levetid på 2 år³⁰. Ved levetidens utløp må det iverksettes rehabilitering av bygningsmasse eller bygges nytt. I analysen er det forutsatt at for 0-alternativet så vil bygningsmassen i 2020 erstattes med nybygg likt som i alternativ 2 med ABUP.

0-alternativet viderefører antall døgnplasser for ABUP Ungdomsklinikken i bygg 162 i Arendal, med kapasitetsmangel og fragmentert døgn tilbud som konsekvens. Dette svarer ikke på fremtidige funksjonelle krav, hverken til nærhet til PSA, eller til utøvelse av forsvarlig klinisk virksomhet.

8.2.1 Funksjonsprogram, arealbehov og driftsmodell

Det er ikke først og fremst den tekniske standarden, men funksjonalitet som er bakgrunnen for behovet for nye bygg. 0-alternativet gir ingen funksjonsforbedring med tanke på drift av virksomheten. Alternativet vil ikke kunne oppnå effektmålene med prosjektet, eksempelvis krav til gode behandlingsmiljø og godt arbeidsmiljø for ansatte, rask behandling i tverrfaglige behandlingstilbud, effektive behandlingsforløp i moderne lokaler og sikkerhet for pasienter og ansatte. 0-alternativet vurderes ikke å kunne gi noen økonomisk gevinst verken for bemanning, bygningsmessig drift og vedlikehold.

8.2.2 Investeringskostnader

Uavhengig av Utviklingsplan 2030 vil det være nødvendig med erstatningsbygg for bygg 5 (kvinne- og barneklirikken) og kapasitetsutvidelser i somatikken innen få år. Det er en sannsynlighet for at dette må gjennomføres der dagens PSA-bygg ligger. Byggestart forutsettes her til å være 2020 slik at PSA må derfor også i 0-alternativet fraflytte dagens lokaler innen byggestart for somatikk-utvidelsene. Oppussingen i 0-alternativet har derfor kun en estimert levetid frem til 2020. I analysen er det 0-alternativet forutsatt at bygningsmassen etter disse årene erstattes med nybygg likt som i alternativ 2 med ABUP. Dette gir en oppussingskost før usikkerhetsanalyse på 29,7 MNOK. Det er ikke forutsatt investeringer til utstyr.

Det er gjennomført usikkerhetsanalyse og korrigeret for usikkerhet er det estimert P_{50} og P_{85} til hhv. 32,7 og 39,0 MNOK. Etter forventet levetid for oppussing er det medtatt kostnader til nybygget tilsvarende alternativ 2 med ABUP, se kapittel 8.4 Alternativ 2 med ABUP.

8.2.3 Usikkerhetsanalyse

For 0-alternativet frem til 2020 er det beregnet en forventet sluttkostnad hensyntatt usikkerhet på 33,1 MNOK. Kostnadsestimatet på 50 % sikkerhetsnivå (P_{50}) er 32,7 MNOK mens kostnadsestimat på 85 % sikkerhetsnivå (P_{85}) er 39,0 MNOK.

³⁰ Alle beregninger er gjort med utgangspunkt i 2018, men da det kun er lettere oppussing og vedlikehold som skal gjøres i 0 alternativet vil dette bidra med positiv bærekraft allerede fra 2015.

Fra 2020 er det medtatt kostnader til nybygget tilsvarende alternativ 2 med ABUP med tilhørende usikkerhetsanalyse, se kapittel 8.4 Alternativ 2 med ABUP.

8.2.4 Driftsøkonomiske konsekvenser

Vi har her kortfattet utredet for de driftsøkonomiske konsekvensene for dette alternativet. For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 8 – Driftsøkonomiske konsekvenser.

Lik kvalitet: Gitt like krav til kvalitet i tjenestene vil det kreve større bemanning i dagens bygningsmasse i forhold til rehabiliterte bygg og/eller nybygg. For å oppnå samme kvalitet så beregnes pleiefaktoren være 0,2 høyere i alt 0 (vil gjelde for 80 døgnplasser). For å oppnå lik kvalitet må kostnader økes med 10,2 MNOK i 0-alternativet.

Fra 2020 er det forutsatt driftsøkonomiske konsekvenser tilsvarende alternativ 2 med ABUP, se kapittel 8.4 Alternativ 2 med ABUP.

Tabell 13: Oversikt over identifiserte forskjeller i årlige driftskostnader i MNOK, 0-alternativet

Driver	Endring alt. 0
	Før 2020
D1: Nattbemanning PSA	
D2: Subakuttenhet	
D3: Vaktordning KPH	
D4: Tilstedeværelse overlege	
D5: Stedlig leder	
D6: Lik kvalitet	-10,2
D7: Nattbemanning ABUP	
D8: Redusert behov ekstravakter og overtid grunnet samhandling ABUP og PSA	
D9: Korrigert pleiefaktor ABUP ved samlokalisering og nybygg.	
D10: Økt behov for leger i vakt ABUP ved alternativ 3	
D11: Forvaltning-, drift- vedlikeholdskostnader	
SUM	-10,2

Vurderingen av de forskjellige alternativene er gjort opp mot 0-alternativet før 2020.

8.2.5 Økonomisk bærekraft

0 – alternativet gir bidrag til bærekraft men har kun en estimert levetid på 2 år³¹. Ved levetidens utløp må det iverksettes rehabilitering av bygningsmasse eller bygges nytt. I analysen er det forutsatt at for 0 -alternativet så vil bygningsmassen i 2020 erstattes med nybygg likt som i alternativ 2 med ABUP, se kapittel 8.4 Alternativ 2 med ABUP.

For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 10 – Økonomisk bærekraft.

8.3 Alternativ 2

Alternativ 2 forutsetter nybygg med kapasitet for PSA Kristiansand. Det forutsetter en kapasitet på 80 døgnplasser.

Alternativet er en løsning med all virksomhet i PSA, Kristiansand i nybygg med en lokalisering på sørsiden av Bygg 10 (hovedbygget for somatikk).

³¹ Alle beregninger er gjort med utgangspunkt i 2018, men da det kun er lettere oppussing og vedlikehold som skal gjøres i 0 alternativet vil dette bidra med positiv bærekraft allerede fra 2015.

8.3.1 Funksjonsprogram arealbehov og driftsmodell

Alternativ 2 er 80 døgnplasser. Funksjonsarealet utgjør 7.083 kvm netto fordelt på 80 døgnplasser, 8 skjermingsenheter, 12 poliklinikkrom, ECT-klinikk og fellesarealer. Bruttoareal utgjør 12.432 kvm.

Samlet sett vil alternativ 2 ha god kapasitet til å romme de to virksomhetsmodeller som forutsetter at PSA fortsatt er delt mellom Kristiansand og Arendal (0-alternativet og virksomhetsmodell A).

For beskrivelse av funksjonsområdene vises det til vedlegg 15 - Delfunksjonsprogram.

8.3.2 Løsninger (skisseprosjekt)

Psykiatrisk akuttmottak er plassert atskilt fra hovedinngang. Det er også atskilt inngang for vareleveranser.

Alle fellesfunksjoner for personal og pasienter er samlet i et langstrakt bygningsvolum over 3 plan som forbinder døgnenhetene og fellesfunksjonene med hverandre. Sentralt i denne delen ligger hovedinngangen med vestibyle og resepsjon med nærhet til vertikal kommunikasjon i form av trapp og heis. Det er lagt spesielt vekt på at et lyst og oversiktlig møte ved ankomst til bygget.

Skisseprosjektet datert 27.3.2015 viser alternativ 3 med tre volumer med sengeområder på toppen av en base som inneholder fellesfunksjoner. Det som skiller alternativ 2 og 3 i skisseprosjektet er hvor mange volumer med sengeområder man legger på toppen av basen.

Adkomstsituasjonen i sengeområdene er definert ved at heis og trapp vender direkte ut til en oppholdssone vendt ut mot det indre gårdsrommet. Fra denne er det direkte adkomst til to sengeområdene i hver etasje.

Uteaktiviteter er viktig for alle brukere og ballbane reetableres, samt at det tilrettelegges for uteopphold rundt bebyggelsen.

Løsningene vist for ny PSA viser at det er en stor variasjon i muligheter for tilgang til uteområder både i indre gårdsrom, på takterrasser over basen og tilrettelagte uteområdet rundt bygget. Det gjør det mulig å tilpasse behovet for ulike brukergrupper.

8.3.3 Investeringskostnader

For alternativ 2 er det medtatt kostnader til nybygget som har et bruttoareal på 12.432 kvm. Det er ikke medtatt kostnader til rivning eller oppussing/ omdisponering av fraflyttede bygg.

Alternativ 2 er kostnadsberegnet før usikkerhetsanalyse til 592,0 MNOK inkludert fremføring av vei og teknisk infrastruktur.

Det er gjennomført usikkerhetsanalyse og korrigert for usikkerhet er det estimert P_{50} og P_{85} til hhv. 691,1 og 777,2 MNOK.

I tillegg til kosten for oppføring av nybygget, inkludert fremføring av vei og teknisk infrastruktur, kommer utstyrsbehov. Utstyrsbehovet er estimert til 18,5 MNOK. Nærmere beskrivelse av utstyrsbehovet finnes i kapittel 8.3.5 Utstyrsbehov

Tabell 14: Totalt estimerte finansieringsbehov for alternativ 2

Finansieringsbehov	Beløp
Nybygg, vei og teknisk infrastruktur (P_{50})	+ 691,1 MNOK
+ Utstyrsbehov	+ 18,5 MNOK
= Estimert finansieringsbehov (P_{50})	= 709,6 MNOK

HSØ legger til grunn P_{50} , dermed hviler evt. finansieringsbehov utover P_{50} på foretaket.

8.3.4 Usikkerhetsanalyse

For alternativ 2 er det beregnet en forventet sluttkostnad hensyntatt usikkerhet på 694 MNOK. Kostnadsestimatet på 50 % sikkerhetsnivå (P_{50}) er 691,1 MNOK mens kostnadsestimat på 85 % sikkerhetsnivå (P_{85}) er 777,2 MNOK.

8.3.5 Utstysrbehov

Hovedprogram utstyr følger som vedlegg til konseptutredningen og viser en utstyrskalkyle for brukerstyr i prosjektet. Kostnadsoverslaget inkluderer ikke en spesifikk reserve, men er et anslag for reell anskaffelseskostnad. Nødvendig reserve bør innarbeides på et senere tidspunkt i prosjektet, vanligvis ved fastsettelse av budsjett for de ulike hovedkategorier av utstyr. I mange prosjekt er det satt av en reserve på omlag 10 %.

I tillegg til de rene anskaffelseskostnader for utstyr, må det beregnes en kostnad for administrering og drift av utstyrprosjektet. Ut fra erfaring fra andre prosjekt, er det anslått en administrasjonskostnad på omlag 10 % av brutto utstyrbudsjett. Ut fra ovenstående, fremkommer følgende kostnadsoverslag for brukerstyr.

Brutto utstyrskostnad for alternativ 2 er 18,5 MNOK inkl. MVA. Det er beregnet 10 % gjenbruk av utstyr.

Det vises for øvrig til vedlegg 16 – Hovedprogram utstyr.

8.3.6 Driftsøkonomiske konsekvenser

Det er kortfattet utredet for de driftsøkonomiske konsekvensene for dette alternativet. For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 8 – Driftsøkonomiske konsekvenser.

Nattbemanning PSA: Reduksjon i bemanning og tilhørende driftskostnader utgjør en estimert besparelse på 7,8 MNOK.

Forvaltning-, drift- og vedlikeholdskostnader: Et større areal medfører høyere FDVU-kostnader på 5,8 MNOK mens redusert energikostnad for nye bygg gir en redusert driftskostnad på 0,8 MNOK. Totalt reduserte FDVU-kostnader på 4,9 MNOK.

Tabell 15: Oversikt over identifiserte besparelser i MNOK, alternativ 2

Driver	Besparelse alt. 2
D1: Nattbemanning PSA	7,8
D2: Subakuttenhet	
D3: Vaktordning KPH	
D4: Tilstedeværelse overlege	
D5: Stedlig leder	
D6: Lik kvalitet	
D7: Nattbemanning ABUP	
D8: Redusert behov ekstravakter og overtid grunnet samhandling ABUP og PSA	
D9: Korrigert pleiefaktor ABUP ved samlokalisering og nybygg.	
D10: Økt behov for leger i vakt ABUP ved alternativ 3	
D11: Forvaltning-, drift- vedlikeholdskostnader	-4,9
SUM	2,9
Besparelse i forhold til 0-alternativet, dagens situasjon før 2020	13,2

8.3.7 Økonomisk bærekraft

Alternativ 2 har et positivt bidrag til bærekraft siden bidrag fra dagens drift og de ytterligere besparelser er høyere enn kapitalkostnadene for investering. Med de forutsetningene som er lagt til grunn så blir den akkumulert positiv effekten frem til 2050 ca. 817 MNOK i 2014-kroner.

For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 10 – Økonomisk bærekraft.

8.4 Alternativ 2 med ABUP

8.4.1 Funksjonsprogram arealbehov og driftsmodell

Alternativ 2 med ABUP er til sammen 90 døgnplasser, der 10 døgnplasser er for ABUP. Netto funksjonsareal utgjør 7 651 kvm fordelt på 90 døgnplasser, 9 skjermingsenheter, 12 poliklinikkrom, ECT-klinikk og fellesarealer. Bruttoareal utgjør 13 470 kvm.

Samlet sett vil alternativ 2 med ABUP ha kapasitet til å romme de to virksomhetsmodeller som forutsetter at PSA fortsatt er delt mellom Kristiansand og Arendal (0-alternativet og virksomhetsmodell A).

For beskrivelse av funksjonsområdene vises det til vedlegg 15 - Delfunksjonsprogram.

8.4.2 Løsninger (skisseprosjekt)

Psykiatrisk akuttmottak er plassert atskilt fra hovedinngang. Det er også atskilt inngang for vareleveranser.

Alle fellesfunksjoner for personal og pasienter er samlet i et langstrakt bygningsvolum over 3 plan som forbinder døgnenhetene og fellesfunksjonene med hverandre. Sentralt i denne delen ligger hovedinngangen med vestibyle og resepsjon med nærhet til vertikal kommunikasjon i form av trapp og heis. Det er lagt spesielt vekt på lyst og oversiktlig møte ved ankomst til bygget.

Illustrasjoner for løsningene er vist i skisseprosjekt datert 27.3.2015, og alle fire utbyggingsalternativer har det samme utgangspunktet med en base for fellesfunksjoner og sengeområdene som moduler på toppen av basen. Alternativene skiller seg fra hverandre i forhold til hvor mange moduler det vil bli plassert på toppen av basen.

8.4.3 Investeringskostnader

For alternativ 2 med ABUP er det medtatt kostnader til nybygget som har et bruttoareal på 13 470 kvm. Det er ikke medtatt kostnader til rivning eller oppussing/ omdisponering av fraflyttede bygg.

Alternativ 2 med ABUP er kostnadsberegnet før usikkerhetsanalyse til 635,4 MNOK inkludert fremføring av vei og teknisk infrastruktur.

Det er gjennomført usikkerhetsanalyse og korrigert for usikkerhet har man estimert P_{50} og P_{85} til hhv. 740,3 og 834,9 MNOK.

I tillegg til kosten for oppføring av nybygget, inkludert fremføring av vei og teknisk infrastruktur, kommer utstyrsbehov. Utstyrsbehovet er estimert til 20,0 MNOK. Nærmere beskrivelse av utstyrsbehovet finnes i kapittel 8.4.5 Utstyrsbehov.

Tabell 16: Totalt estimerte finansieringsbehov for alternativ 2 med ABUP

Finansieringsbehov	Beløp
Nybygg, vei og teknisk infrastruktur (P_{50})	+ 740,3 MNOK
+ Utstyrsbehov	+ 20,0 MNOK
= Estimert finansieringsbehov (P_{50})	= 760,3 MNOK

HSØ legger til grunn P_{50} , dermed hviler evt. finansieringsbehov utover P_{50} på foretaket.

8.4.4 Usikkerhetsanalyse

For alternativ 2 med ABUP er det beregnet en forventet sluttkostnad hensyntatt usikkerhet på 743,7 MNOK. Kostnadsestimatet på 50 % sikkerhetsnivå (P_{50}) er 740,3 MNOK mens kostnadsestimat på 85 % sikkerhetsnivå (P_{85}) er 834,9 MNOK.

8.4.5 Utstyrskostnader

Hovedprogram utstyr følger som vedlegg til konseptutredningen og viser en utstyrskalkyle for brukerutstyr i prosjektet. Kostnadsoverslaget inkludert ikke en spesifikk reserve, men er et anslag for reell anskaffelseskostnad. Nødvendig reserve bør innarbeides på et senere tidspunkt i prosjektet, vanligvis ved fastsettelse av budsjett for de ulike hovedkategorier av utstyr. I mange prosjekt er det satt av en reserve på omlag 10 %.

I tillegg til de rene anskaffelseskostnader for utstyr, må det beregnes en kostnad for administrering og drift av utstyrprosjektet. Ut fra erfaring fra andre prosjekt, er det anslått en administrasjonskostnad på omlag 10 % av brutto utstyrbudsjett. Ut fra ovenstående, fremkommer følgende kostnadsoverslag for brukerutstyr.

Brutto utstyrskostnad for alternativ 2 med ABUP er 20,0 MNOK inkl. MVA. Det er beregnet 10 % gjenbruk av utstyr.

Det vises for øvrig til vedlegg 16 – Hovedprogram utstyr.

8.4.6 Driftsøkonomiske konsekvenser

Det er her kortfattet utredet for de driftsøkonomiske konsekvensene for dette alternativet. For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 8 – Driftsøkonomiske konsekvenser.

Nattbemanning PSA: Reduksjon i bemanning og tilhørende driftskostnader utgjør en estimert besparelse på 7,8 MNOK. Nattbemanning ABUP: Samlokalisering av ABUP med PSA utgjør en estimert besparelse er på 2,0 MNOK.

Redusert behov ekstravakter og overtid grunnet samhandling ABUP og PSA: Samlokalisering av PSA og ABUP utgjør en estimert besparelse på 0,5 MNOK.

Korrigert pleiefaktor ABUP ved samlokalisering og nybygg: Samordning og samhandling gir en estimert besparelse³² på 3,7 MNOK.

Forvaltning-, drift- og vedlikeholdskostnader: Et større areal medfører høyere FDVU-kostnader på 5,8 MNOK mens redusert energikostnad for nye bygg gir en redusert driftskostnad på 0,8 MNOK. Totalt reduserte FDVU-kostnader på 5 MNOK.

Tabell 17: Oversikt over identifiserte besparelser i MNOK, alternativ 2 med ABUP

Driver	Besparelse alt. 2 med ABUP
D1: Nattbemanning PSA	7,8
D2: Subakuttenhet	
D3: Vaktordning KPH	
D4: Tilstedeværelse overlege	
D5: Stedlig leder	
D6: Lik kvalitet	
D7: Nattbemanning ABUP	2,0
D8: Redusert behov ekstravakter og overtid grunnet samhandling ABUP og PSA	0,5
D9: Korrigert pleiefaktor ABUP ved samlokalisering og nybygg.	3,2
D10: Økt behov for leger i vakt ABUP ved alternativ 3	
D11: Forvaltning-, drift- vedlikeholdskostnader	-5,0
SUM	8,4
Besparelse i forhold til 0-alternativet, dagens situasjon før 2020	18,7

³² Redusert pleiefaktor ved samlokalisering og nytt bygg vil i alternativ 2 med ABUP og 3 med ABUP være 0,5 årsverk for hver av de 10 døgnplassene. Dette utgjør totalt 5 årsverk. Kostnad per årsverk er beregnet basert på gjennomsnittlig grunnlønn for turnuspersonell på NOK 440 000 samt 45 % påslag for sosiale kostnader (sosiale avgifter, feriepeng og pensjon). Underlag oversendt av KPH.

8.4.7 Økonomisk bærekraft

Alternativet 2 med ABUP har bedre bærekraft enn det rene alternativ 2. Med de forutsetningene som er lagt til grunn så blir den akkumulert positiv effekten for alternativ 2 med ABUP frem til 2050 ca. 1.010 MNOK i 2014-kroner. Dette skyldes primært en bedre utnyttelse av ressurser på vakt ved å samlokalisere ABUP med PSA.

For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 10 – Økonomisk bærekraft.

8.5 Alternativ 3

8.5.1 Funksjonsprogram arealbehov og driftsmodell

Alternativ 3 er 120 døgnplasser. Netto funksjonsareal utgjør 9 175 kvm netto funksjonsareal fordelt på 120 døgnplasser, 12 skjermingsenheter, 12 poliklinikrom, ECT-klinikk og fellesarealer. Bruttoareal utgjør 16 022 kvm.

Samlet sett vil alternativ 3 ha god kapasitet til å romme alle virksomhetsmodeller med unntak av virksomhetsmodell F.

For beskrivelse av funksjonsområdene vises det til vedlegg 15 - Delfunksjonsprogram.

8.5.2 Løsninger (skisseprosjekt)

Psykiatrisk akuttmottak er plassert atskilt fra hovedinngang. Det er også atskilt inngang for vareleveranser.

Alle fellesfunksjoner for personal og pasienter er samlet i et langstrakt bygningsvolum over 3 plan som forbinder døgnenhetene og fellesfunksjonene med hverandre. Sentralt i denne delen ligger hovedinngangen med vestibyle og resepsjon med nærhet til vertikal kommunikasjon i form av trapp og heis. Det er lagt spesielt vekt på at et lyst og oversiktlig møte ved ankomst til bygget. Illustrasjoner for løsningene er vist i alternativ 2 i skisseprosjekt datert 27.3.2015, og alle fire utbyggingsalternativer har det samme utgangspunktet med en base for fellesfunksjoner og sengeområdene som moduler på toppen av basen. Alternativene skiller seg fra hverandre i forhold til hvor mange moduler det vil bli plassert på toppen av basen.

8.5.3 Investeringskostnader

For alternativ 3 er det medtatt kostnader til nybygget som har et bruttoareal på 16.022 kvm. Det er ikke medtatt kostnader til rivning eller oppussing/ omdisponering av fraflyttede bygg.

Alternativ 3 er kostnadsberegnet før usikkerhetsanalyse til 744,6 MNOK inkludert fremføring av vei og teknisk infrastruktur

Det er gjennomført usikkerhetsanalyse og korrigert for usikkerhet har man estimert P_{50} og P_{85} til hhv. 868,7 og 990,0 MNOK.

I tillegg til kosten for oppføring av nybygget, inkludert fremføring av vei og teknisk infrastruktur, kommer utstyrskostnader. Utstyrskostnadene er estimert til 23,8 MNOK. Nærmere beskrivelse av utstyrskostnadene finnes i kapittel 8.5.5 Utstyrskostnader.

Tabell 18: Totalt estimerte finansieringsbehov for alternativ 3

Finansieringsbehov	Beløp
Nybygg, vei og teknisk infrastruktur (P_{50})	+ 868,7 MNOK
+ Utstyrskostnader	+ 23,8 MNOK
= Estimert finansieringsbehov (P_{50})	= 892,5 MNOK

HSØ legger til grunn P_{50} , dermed hviler evt. finansieringsbehov utover P_{50} på foretaket.

8.5.4 Usikkerhetsanalyse

For alternativ 3 er det beregnet en forventet sluttkostnad hensyntatt usikkerhet på 874,3 MNOK. Kostnadsestimatet på 50 % sikkerhetsnivå (P_{50}) er 868,7 MNOK mens kostnadsestimat på 85 % sikkerhetsnivå (P_{85}) er 990,0 MNOK.

8.5.5 Utstyrbehov

Hovedprogram utstyr følger som vedlegg til konseptutredningen og viser en utstyrs kalkyle for brukerutstyr i prosjektet. Kostnadsoverslaget inkludert ikke en spesifikk reserve, men er et anslag for reell anskaffelseskostnad. Nødvendig reserve bør innarbeides på et senere tidspunkt i prosjektet, vanligvis ved fastsettelse av budsjett for de ulike hovedkategorier av utstyr. I mange prosjekt er det satt av en reserve på omlag 10 %.

I tillegg til de rene anskaffelseskostnader for utstyr, må det beregnes en kostnad for administrering og drift av utstyrsprosjektet. Ut fra erfaring fra andre prosjekt, er det anslått en administrasjonskostnad på omlag 10 % av brutto utstyrbudsjett. Ut fra ovenstående, fremkommer følgende kostnadsoverslag for brukerutstyr.

Brutto utstyrs kostnad for alternativ 3 er 23,8 MNOK inkl. MVA. Det er beregnet 10 % gjenbruk av utstyr.

Det vises for øvrig til vedlegg 16 – Hovedprogram utstyr.

8.5.6 Driftsøkonomiske konsekvenser

Det er kortfattet utredet for de driftsøkonomiske konsekvensene for dette alternativet. For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 8 – Driftsøkonomiske konsekvenser.

Nattbemanning PSA: Reduksjon i bemanning og tilhørende driftskostnader utgjør en estimert besparelse på 11,7 MNOK.

Subakutenhet: Ved samling av PSA på en lokasjon i alternativ 3 kan det bygges en mer fleksibel struktur³³. For alternativ 3 gir dette en mulig besparelse³⁴ på MNOK 3,8.

Vaktordning KPH: Ved samlokalisering kan kostnader knyttet til bakvakt reduseres fordi det er lavere bemanningsbehov ved en lokasjon sammenlignet med to lokasjoner³⁵. Dette gir potensial for besparelser på MNOK 4,4 i alternativ 3.

Tilstedeværelse overlege: Samling av døgntilbudet i det voksne psykiske helsevern kan medføre behov for økt tilstedeværelse av overlege utover normal arbeidstid. Dette vil medføre en økt kostnad på MNOK 1,9 som må sees i sammenheng med endring i vaktordning i forrige punkt.

Stedlig leder: Samling av alle funksjoner på 1 lokasjon i stedet for 2 lokasjoner medfører at det kan reduseres med 1 stedlig leder³⁶. Dette gir en estimert besparelse³⁷ på MNOK 1,1.

ABUP har vaktordning sammen med KPH Arendal. Hvis PSA samles uten ABUP må det etableres egen vaktordning for ABUP i Arendal³⁸. Dette gir en total økt kost i alternativ 3 på 6,3 MNOK. Bakvakt og forvakt dekker ulike tidspunkt på døgnet.

³³ Vurdering fra KPH

³⁴ Besparelsen er 0,25 årsverk for hver av de 20 døgnplassene i subakutenhetene, som totalt utgjør 5 årsverk. Kostnad per årsverk er beregnet basert på gjennomsnittlig grunnlønn for turnuspersonell på NOK 440 000, budsjettert nivå for andre tillegg og 45 % påslag for sosiale kostnader (sosiale avgifter, feriepenger og pensjon). Underlag oversendt av KPH.

³⁵ Vurdering fra KPH. Besparelser er beregnet basert på gjennomgang av eksisterende vaktordninger.

³⁶ Vurdering fra KPH.

³⁷ Kostnad for en stedlig leder er beregnet basert på årslønn NOK 750 000 samt 45 % påslag for sosiale kostnader (sosiale avgifter, feriepenger og pensjon). Underlag oversendt av KPH.

³⁸ Vurdering fra KPH.

Alternativ 3 vil medføre at døgnenheten i ARA på Bjorbekk får samme dekning av vaktordningen som ARA's døgnpost på Byglandsfjord i dag har.

Forvaltning-, drift- og vedlikeholdskostnader: Et større areal medfører høyere FDVU-kostnader på 3,2 MNOK mens redusert energikostnad for nye bygg gir en redusert driftskostnad på 1 MNOK. Totalt reduserte FDVU-kostnader på 2,3 MNOK.

Tabell 19: Oversikt over identifiserte besparelser i MNOK, alternativ 3

Driver	Besparelse alt. 3
D1: Nattbemanning PSA	11,7
D2: Subakuttenhet	3,8
D3: Vaktordning KPH	4,4
D4: Tilstedeværelse overlege	-1,9
D5: Stedlig leder	1,1
D6: Lik kvalitet	
D7: Nattbemanning ABUP	
D8: Redusert behov ekstravakter og overtid grunnet samhandling ABUP og PSA	
D9: Korrigert pleiefaktor ABUP ved samlokalisering og nybygg.	
D10: Økt behov for leger i vakt ABUP ved alternativ 3	-6,3
D11: Forvaltning-, drift- vedlikeholdskostnader	-2,3
SUM	10,5
Besparelse i forhold til 0-alternativet, dagens situasjon før 2020	20,8

8.5.7 Økonomisk bærekraft

Alternativ 3 har et positivt bidrag til bærekraft siden bidrag fra dagens drift og de ytterligere besparelser er høyere enn kapitalkostnadene for investering. Med de forutsetningene som er lagt til grunn så blir den akkumulert positiv effekten frem til 2050 ca. 837 MNOK i 2014-kroner.

For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 10 – Økonomisk bærekraft.

8.6 Alternativ 3 med ABUP

8.6.1 Funksjonsprogram arealbehov og driftsmodell

Alternativ 3 med ABUP utgjør 130 døgnplasser. Netto funksjonsareal utgjør 9 743 kvm netto fordelt på 130 døgnplasser, 13 skjermingsenheter, 12 poliklinikkrom, ECT-klinikk og fellesarealer. Bruttoareal utgjør 17 060 kvm. Dette alternativet ivaretar de behandlingsmessige og funksjonelle krav til virksomheten i ABUP Ungdomsklinikk.

For beskrivelse av funksjonsområdene vises det til vedlegg 15 - Delfunksjonsprogram og vedlegg 7 - Konseptrapport ny Ungdomsklinikk ABUP kapittel 10.2 Delfunksjonsprogram.

8.6.2 Løsninger (skisseprosjekt)

Psykiatrisk akuttmottak er plassert atskilt fra hovedinngang. Det er også atskilt inngang for vareleveranser.

Alle fellesfunksjoner for personal og pasienter er samlet i et langstrakt bygningsvolum over 3 plan som forbinder døgnenheterne og fellesfunksjonene med hverandre. Sentralt i denne delen ligger hovedinngangen med vestibyle og resepsjon med nærhet til vertikal kommunikasjon i form av trapp og heis. Det er lagt spesielt vekt på at et lyst og oversiktlig møte ved ankomst til bygget. Illustrasjoner for løsningene er vist i alternativ 2 i skisseprosjekt datert 27.3.2015, og alle fire utbyggingsalternativer har det samme utgangspunktet med en base for fellesfunksjoner og sengeområdene som moduler på toppen av basen. Alternativene skiller seg fra hverandre i forhold til hvor mange moduler det vil bli plassert på toppen av basen.

8.6.3 Investeringskostnader

For alternativ 3 med ABUP er det medtatt kostnader til nybygget som har et bruttoareal på 17 060 kvm. Det er ikke medtatt kostnader til rivning eller oppussing/ omdisponering av fraflyttede bygg.

Alternativ 3 med ABUP er kostnadsberegnet før usikkerhetsanalyse til 788,0 MNOK inkludert fremføring av vei og teknisk infrastruktur.

Det er gjennomført usikkerhetsanalyse og korrigert for usikkerhet har man estimert P_{50} og P_{85} til hhv. 921,5 og 1050,1 MNOK.

I tillegg til kostnaden for oppføring av nybygget, inkludert fremføring av vei og teknisk infrastruktur, kommer utstyrsbehov. Utstyrsbehovet er estimert til 25,3 MNOK. Nærmere beskrivelse av utstyrsbehovet finnes i kapittel 8.6.5 Utstyrsbehov.

Tabell 20: Totalt estimerte finansieringsbehov for alternativ 3 med ABUP

Finansieringsbehov	Beløp
Nybygg, vei og teknisk infrastruktur (P_{50})	+ 921,5 MNOK
+ Utstyrsbehov	+ 25,3 MNOK
= Estimert finansieringsbehov (P_{50})	= 946,8 MNOK

HSØ legger til grunn P_{50} , dermed hviler evt. finansieringsbehov utover P_{50} på foretaket.

8.6.4 Usikkerhetsanalyse

For alternativ 3 med ABUP er det beregnet en forventet sluttkostnad hensyntatt usikkerhet på 926,3 MNOK. Kostnadsestimatet på 50 % sikkerhetsnivå (P_{50}) er 921,5 MNOK mens kostnadsestimat på 85 % sikkerhetsnivå (P_{85}) er 1050,1 MNOK.

8.6.5 Utstyrsbehov

Hovedprogram utstyr følger som vedlegg til konseptutredningen og viser en utstyrs kalkyle for brukerstyr i prosjektet. Kostnadsoverslaget inkludert ikke en spesifikk reserve, men er et anslag for reell anskaffelseskostnad. Nødvendig reserve bør innarbeides på et senere tidspunkt i prosjektet, vanligvis ved fastsettelse av budsjett for de ulike hovedkategorier av utstyr. I mange prosjekt er det satt av en reserve på omlag 10 %.

I tillegg til de rene anskaffelseskostnader for utstyr, må det beregnes en kostnad for administrering og drift av utstyrsprosjektet. Ut fra erfaring fra andre prosjekt, er det anslått en administrasjonskostnad på omlag 10 % av brutto utstyrsbudsjett. Ut fra ovenstående, fremkommer følgende kostnadsoverslag for brukerstyr.

Brutto utstyrskostnad for alternativ 3 med ABUP er 25,3 MNOK inkl. MVA. Det er beregnet 10 % gjenbruk av utstyr.

Det vises for øvrig til vedlegg 16 – Hovedprogram utstyr.

8.6.6 Driftsøkonomiske konsekvenser

Det er her kortfattet utredet for de driftsøkonomiske konsekvensene for dette alternativet. For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 8 – Driftsøkonomiske konsekvenser.

Nattbemanning PSA: Reduksjon i bemanning og tilhørende driftskostnader utgjør en estimert besparelse på 11,7 MNOK.

Subakuttenhet: Ved samling av PSA på en lokasjon i alternativ 3 kan det bygges en mer fleksibel struktur³⁹. For alternativ 3 gir dette en mulig besparelse⁴⁰ på MNOK 3,8.

Vaktordning KPH: Ved samlokalisering kan kostnader knyttet til bakvakt reduseres fordi det er lavere bemanningsbehov ved en lokasjon sammenlignet med to lokasjoner⁴¹. Dette gir potensial for besparelser på MNOK 4,4 i alternativ 3.

Tilstedeværelse overlege: Samling av døgntilbudet i det voksne psykiske helsevern kan medføre behov for økt tilstedeværelse av overlege utover normal arbeidstid. Dette vil medføre en økt kostnad på MNOK 1,9 som må sees i sammenheng med endring i vaktordning i forrige punkt.

Stedlig leder: Samling av alle funksjoner på 1 lokasjon i stedet for 2 lokasjoner medfører at det kan reduseres med 1 stedlig leder⁴². Dette gir en estimert besparelse⁴³ på MNOK 1,1.

Nattbemanning ABUP: Samlokalisering av ABUP med PSA utgjør en estimert besparelse er på 2 MNOK.

Redusert behov ekstravakter og overtid grunnet samhandling ABUP og PSA: Samlokalisering av PSA og ABUP utgjør en estimert besparelse på 0,5 MNOK.

Korrigert pleiefaktor ABUP ved samlokalisering og nybygg: Samordning og samhandling gir en estimert besparelse⁴⁴ på 3,2 MNOK.

Forvaltning-, drift- og vedlikeholdskostnader: Et større areal medfører høyere FDVU-kostnader på 3,5 MNOK mens redusert energikostnad for nye bygg gir en redusert driftskostnad på 1,1 MNOK. Totalt reduserte FDVU-kostnader på 2,4 MNOK.

Tabell 21: Oversikt over identifiserte besparelser i MNOK, alternativ 3 med ABUP

Driver	Besparelse alt. 3 med ABUP
D1: Nattbemanning PSA	11,7
D2: Subakuttenhet	3,8
D3: Vaktordning KPH	4,4
D4: Tilstedeværelse overlege	-1,9
D5: Stedlig leder	1,1
D6: Lik kvalitet	
D7: Nattbemanning ABUP	2,0
D8: Redusert behov ekstravakter og overtid grunnet samhandling ABUP og PSA	0,5
D9: Korrigert pleiefaktor ABUP ved samlokalisering og nybygg.	3,2
D10: Økt behov for leger i vakt ABUP ved alternativ 3	
D11: Forvaltning-, drift- vedlikeholdskostnader	-2,4
SUM	22,3
Besparelse i forhold til 0-alternativet, dagens situasjon før 2020	32,6

³⁹ Vurdering fra KPH

⁴⁰ Besparelsen er 0,25 årsverk for hver av de 20 døgnplassene i subakuttenhetene, som totalt utgjør 5 årsverk. Kostnad per årsverk er beregnet basert på gjennomsnittlig grunnlønn for turnuspersonell på NOK 440 000, budsjettert nivå for andre tillegg og 45 % påslag for sosiale kostnader (sosiale avgifter, feriepenges og pensjon). Underlag oversendt av KPH.

⁴¹ Vurdering fra KPH. Besparelser er beregnet basert på gjennomgang av eksisterende vaktordninger.

⁴² Vurdering fra KPH.

⁴³ Kostnad for en stedlig leder er beregnet basert på årslønn NOK 750 000 samt 45 % påslag for sosiale kostnader (sosiale avgifter, feriepenges og pensjon). Underlag oversendt av KPH.

⁴⁴ Redusert pleiefaktor ved samlokalisering og nytt bygg vil i alternativ 2 med ABUP og 3 med ABUP være 0,5 årsverk for hver av de 10 døgnplassene. Dette utgjør totalt 5 årsverk. Kostnad per årsverk er beregnet basert på gjennomsnittlig grunnlønn for turnuspersonell på NOK 440 000 samt 45 % påslag for sosiale kostnader (sosiale avgifter, feriepenges og pensjon). Underlag oversendt av KPH

8.6.7 Økonomisk bærekraft

Alternativet 3 med ABUP har bedre bærekraft enn det rene alternativ 3. Med de forutsetningene som er lagt til grunn så blir den akkumulert positiv effekten for alternativ 3 med ABUP frem til 2050 ca. 1369 MNOK i 2014-kroner. Dette skyldes primært en bedre utnyttelse av ressurser på vakt ved å samlokalisere ABUP med PSA.

For nærmere rasjonale/detaljer vises det til vedlegg 10 – Økonomisk bærekraft.

8.7 Mulighetsstudier av utbygging i Arendal

PSA har døgnenheter i et relativt nytt og velfungerende bygg i Dydens vei, Arendal. I arbeidet med skisseprosjektet er det illustrert de utbyggingsmuligheter som finnes i tilknytning til dette bygget. Tilgjengelig tomteareal er begrenset og analysene viser at et samlet PSA ikke vil kunne få plass her.

ABUP Ungdomsklinikken holder til i en gammel og uhensiktsmessig bygning på Klinkenberg, Arendal. Det er også utført en mulighetsstudie for nye lokaler for denne enheten i tilknytning til PSA-bygget i Dydens vei.

Bygningsmessig er dette mulig. Men på grunn av svært begrensede utearealer, noe som ABUP Ungdomsklinikken har stort behov for, ble dette vurdert til å være en uakseptabel løsning. Vist på bildet under.



Ny ABUP døgnpost
beliggende nært til PSA
med 10 døgnplasser og
2 skjeringsenheter

Bilde 8: Alternativ for plassering av ny ABUP ungdomsklinikk i Dydens vei i Arendal

Del III: Valg av alternativ

9 Kriterier for valg av alternativ

For å velge blant ulike alternativer for organisering av virksomheten og utbyggingsløsninger, er det fastsatt et sett med kriterier. Kriterier er egenskaper ved løsningene, og skal gi grunnlag for å sortere og prioritere alternative løsninger innbyrdes. Et godt kriterium skal kunne skille mellom gode og dårlige løsninger. I tillegg må de være viktige og relevante, og de skal være relativt lett å vurdere i hvor stor grad en løsning oppfyller kriteriet eller ikke. Kriteriene skal gjenspeile prosjektets mål og dermed kunne si noe om i hvilke grad løsningene møter disse. Evalueringskriteriene har vært drøftet i arbeidsgruppen, prosjektgruppen og i styringsgruppen for konseptfaserapport PSA. De samme kriterier er benyttet for å vurdere alternativer for ABUPs døgnvirksomhet.

Konseptrapporten med vedlegg er kunnskapsgrunnlaget for å vurdere de alternative løsningene opp mot hverandre. I likhet med utviklingsplanen er det benyttet en poengskala (fra 1 til 5 poeng) for vurdering uten at hvert kriterium er vektet kvalitativt. Følgende seks kriterier er benyttet for å vurdere de ulike virksomhetsmodellene:

- Faglig kvalitet
- Helhetlige pasientforløp
- Samfunnsmessig bærekraft
- Tilgjengelighet
- Økonomi
- Fleksibilitet

Kriteriet *faglig kvalitet* er avgrenset til det som gir best kvalitet i behandlingen av personer med psykiske lidelser. Det er blant prosjektets mål å oppfylle krav til kvalitet i pasientbehandlingen herunder å gi pasientene en opplevelse av et godt og trygt behandlingsmiljø. Prosjektet skal legge til rette for raskt behandling i tverrfaglige behandlingstilbud og sikre at utforming av bygg og teknologi ivaretar gode behandlingsmiljø. Faglige kvalitative kriterier kan være spesielt vanskelig å måle, og det er viktig at man finner representative, målbare egenskaper som kan brukes. Kvalitetskriteriet i dette prosjektet sier ikke noe om kvaliteten på dagens virksomhet. Kriteriet brukes for å vurdere hvor godt ulike driftsmodeller legger til rette for faglig kvalitet i framtiden.

Med kriteriet *helhetlige pasientforløp* menes i denne sammenheng primært kontinuitet. Kriteriet er blant annet avgjørende for prosjektets mål om å bidra til effektive behandlingsforløp. De alle fleste pasienter som kommer til døgnbehandling har kontakt med flere tjenester, f.eks. et DPS, kommunehelsetjenesten, barnevernstjenesten, den somatiske spesialisthelsetjenesten eller private tjenesteleverandører. Om et pasientforløp oppfattes som helhetlig er avhengig av:

- Organisering og samarbeid mellom de ulike tjenestene
- Organisering av tilbudene pasientene mottar innenfor SSHF

Målet er å ha færrest mulig brudd i behandlingsopplegg og oppfølging av pasienter. Dette gjelder både i overflyttinger mellom ulike enheter internt i KPH og i samarbeidet mellom ABUP, PSA, DPS og kommune. Helhetlige pasientforløp forutsetter samarbeid mellom likeverdige parter.

Kriteriet *samfunnsmessig bærekraft* defineres i denne sammenheng som de samfunnsmessige effektene som påvirker lokal- og bysamfunnene der virksomheten er lokalisert i dag. Flytting av virksomhet kan innebære endringer både økonomisk (nye investeringer i infrastruktur), og sosialt (flytting, endret arbeidsmarked, endringer i kompetanse- og fagmiljø, sosiale endringer, transport/miljøkostnader etc.).

Kriteriet *tilgjengelighet* defineres her ikke snevert som nærhet, men handler både om tilgang til likeverdige sykehustjenester for befolkningen, forsvarlig reisetid ved akutte lidelser, samt god tilgang på differensierte helsetjenester. Kriteriet må ses i sammenheng med SSHFs verdigrunnlag og opp mot prosjektets mål om å legge til rette for tverrfaglige behandlingstilbud og effektive behandlingsforløp. Kriteriet grenser opp mot kriteriet faglig kvalitet. Samtidig er det mulig å ha høy tilgjengelighet, men lav faglig kvalitet i de tilgjengelige tilbudene.

Kriteriet *økonomi* gjenspeiler en målsetning om å bidra til å oppfylle krav til driftseffektivitet i pasientbehandlingen. Det kan diskuteres om en økonomisk ramme kan være et kriterium for valg av løsning, ettersom alle alternativer må kunne løses innenfor en forsvarlig ramme. I praksis er det nyttig å kunne se den relative økonomiske forskjellen mellom alternativene for dermed å kunne vurdere "*hva man får for pengene*".

Kriteriet *fleksibilitet* omfatter mulighet til å håndtere fremtidig usikker utvikling. Dette kriteriet skal gjenspeile prosjektets målsetning om å ha høy grad av tilpasningsevne. Kriteriet er av betydning da vurderingene som ligger til grunn vedrørende fremtidig kapasitetsbehov og løsninger er beheftet med usikkerhet. Usikkerheten er blant annet knyttet opp mot Utviklingsplan 2030, mht. fremtidig kapasitetsbehov. Kriteriet skal derfor synliggjøre i hvilken grad alternativene er robuste når det gjelder evne til å imøtekomme fremtidige endringer i aktiviteter og kapasiteter.

For utbyggingsalternativene er følgende kriterier vurdert:

- Kapasitet
- Generalitet, fleksibilitet og elastisitet
- Nærhet til somatikk og servicefunksjoner
- Attraktivitet, arkitektur og helhetsinntrykk
- Gode og trygge omgivelser for pasienter og ansatte
- Adkomst til bygget
- Driftsulemper under bygging/oppussing
- Økonomisk bærekraft

Kriteriet kapasitet viser til om bygget dekker den kapasitetsbehovet som er beregnet i dimensjoneringsgrunnlaget.

Kriteriet *generalitet, fleksibilitet og elastisitet* omfatter mulighetene som ligger i bygget for å kunne endre aktivitet i et rom uten å bygge om, kunne endre aktivitet i et funksjonsområde uten å bygge om eller mulighetene som finnes for å bygge på dersom det blir behov for mer areal. Et av effektmålene for ny PSA og ABUP Ungdomsklinikk er at det skal være grad av tilpasningsevne, både når det gjelder generalitet, fleksibilitet og elastisitet, og resultatmål fra konseptfasen er at det skal være generalitet i planlegging av rom og funksjonær.

Kriteriet *nærhet* til somatikk og servicefunksjoner er her definert som fysisk nærhet eller adkomst mellom funksjonene for psykisk helsevern for voksne og kliniske funksjoner i somatikk innenfor sykehusområdet. Det gjelder også nærhet mellom funksjonene i psykisk helsevern for voksne og servicefunksjoner slik som varelager, kjøkken og renholdssentral.

Kriteriet *attraktivitet, arkitektur og helhetsinntrykk* handler om hvordan bygget oppfattes estetisk og funksjonelt for brukere, besøkende og ansatte. Effektmålene peker på at ny PSA skal legge til rette for effektive behandlingsforløp i moderne lokaler.

Kriteriet *adkomst til bygget* handler om å finne fram og komme til bygget på en slik måte at de som har behov for å bli skjermet i akutte situasjoner opplever dette som en trygg og verdig situasjon. Kriteriet handler også om at pasienter, pårørende, publikum, varetransporter, ambulanser lett skal kunne finne fram til bygget og til byggets innganger.

Kriteriet *driftsulemper under bygging/oppussing* er et kriterium som uttrykker hvorvidt det medfører en ulempe for klinisk drift at bygget pusses opp eller bygges om mens det er aktivitet på samme sted.

Kriteriet økonomisk bærekraft uttrykker i hvilken grad HF og RHF kan håndtere sine økonomiske forpliktelser når bygget står ferdig og i byggets levetid. Prosjektets "økonomiske bærekraft" hjelper oss til å evaluere hvordan identifiserte driftsøkonomiske besparelse sammen med forventet årlig resultat bidrag på 40 MNOK bidrar til å dekke den finansieringskostnad, med avdrag og egenkapitalforrentning, som følger av investering i de enkelte alternativ. Med andre ord foretakets evner til å betjene ekstern og intern finansiering av investeringsprosjekter, i tillegg til løpende vedlikehold av bygningsmasse og infrastruktur, samt oppfylle sine plikter som helseforetak. Prosjektenes økonomiske bærekraft viser hvilken effekt de enkelte alternativer har i så måte.

10 Vurdering og rangering av alternativene

I dette kapittel beskrives de vurderinger som er gjort for de ulike virksomhetsmodeller og utbyggingsløsninger. Vurderingene er gjort ut fra de kriterier som er omtalt i kapittel 7. På bakgrunn av vurderingene er de ulike alternativene rangert i forhold til hverandre.

10.1 Vurdering av virksomhetsmodeller

Virksomhetsmodellene som vurderes er:

- **0-alternativet**; dagens oppgavedeling og innhold i PSA Arendal og Kristiansand og DPS er uendret. Organiseringen av ABUPs døgnvirksomhet forblir uendret.
- **Alternativ A**; PSA opprettholdes både i Arendal og Kristiansand. Døgnplasser fra DPS overføres til PSA. Organiseringen av ABUPs døgnvirksomhet forblir uendret (80 døgnplasser).
- **Alternativ B**; PSA opprettholdes både i Arendal og Kristiansand. Døgnplasser fra DPS overføres til PSA. PSA og ABUPs døgnvirksomhet samlokaliseres (80 + 10 døgnplasser).
- **Alternativ C**; PSA samles ett sted. DPS døgnplasser er uendret. Organiseringen av ABUPs døgnvirksomhet forblir uendret (100 døgnplasser).
- **Alternativ D**; PSA samles ett sted. DPS døgnplasser er uendret. PSA og ABUPs døgnvirksomhet samlokaliseres (100 + 10 døgnplasser).
- **Alternativ E**; PSA og døgnplasser fra DPS er samlet ett sted. Organiseringen av ABUPs døgnvirksomhet forblir uendret (120 døgnplasser).
- **Alternativ F**; PSA og døgnplasser fra DPS er samlet ett sted. PSA og ABUPs døgnvirksomhet samlokaliseres (120 + 10 døgnplasser).

10.1.1 Faglig kvalitet

Tabell 22 viser en oppsummering av hvordan de ulike virksomhetsmodellene er vurdert med hensyn til kriteriet faglig kvalitet. En av flere forutsetninger for kvaliteten i behandlingen antas å være pasientgrunnlag og organisering av virksomheten. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten legger til grunn at det både i norske og internasjonale studier er påvist sammenhenger mellom behandlingsvolum og behandlingskvalitet. Dette gjelder imidlertid kun visse typer behandlinger og pasientgrupper, og gir ikke grunnlag for å hevde at dette er en allmenngyldig sammenheng.

I vurdering av virksomhetsmodellene legges det til grunn at den faglige kvaliteten er avhengig av et bredt fagmiljø med spesialistkompetanse. Det må også tas høyde for endringer i arbeidsstyrken på Agder. I dag er det 3,5 yrkesaktive pr pensjonist, og dette vil endre seg mot 2,5 i 2030. Dette innebærer en utfordring med at SSHF har behov for en betydelig økning av arbeidskraft mens tilgangen til arbeidskraft vil bli redusert.

I vurderingen av alternativene med og uten samlokalisering mellom PSA og ABUPs døgnvirksomhet er flere argumenter lagt til grunn. En samlokalisering vil gi et bredere fagmiljø og en mulighet for å utvikle nye tilbud på tvers av 18-årsgrensen og for familiebehandling. Nærhet vil gi økt trygghet for både pasienter og personalgruppen ved at en kan samarbeide med PSA i vanskelige situasjoner, som for eksempel ved grensesetting og fare for utagering. Videre vil et tettere samarbeid bidra til større grad av felles fagutvikling og forskning, og dermed styrke totaltilbudet. Drift alene uten PSA vil på sin side ikke gi disse effektene. Det vil fortsatt være mulig å utvikle et godt fagmiljø for barn og unge, men det legges ikke til rette for felles fagutvikling, forskning og utdanning, personellflyt og samarbeid.

En samlet vurdering tilsier at virksomhetsmodell og lokalisering av ABUP Ungdomsklinikken sammen med PSA i Arendal eller Kristiansand best imøtekommer kriteriet faglig kvalitet.

Tabell 22: Faglig kvalitet

Virksomhetsmodell		Beskrivelse	Poeng
0-alternativet		Modellen opprettholder den desentrale strukturen med døgnbehandling på seks ulike destinasjoner (PSA*2 og DPS*4). Vil på lang sikt kunne svekke faglig utvikling, forskning og utdanning, og dermed også rekrutteringen til PSA.	2 av 5
Virksomhetsmodell A	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Vil gi et godt grunnlag for å utvikle og opprettholde kvaliteten i tjenesten i PSA. Samling av all døgnbehandling i PSA vil styrke faglig utvikling, forskning og utdanning. Ulempe for ABUP med fortsatt avstand til PSAs døgnenheter.	3 av 5
Virksomhetsmodell B	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ A, men høyere score som en følge av at PSA og ABUPs døgnvirksomhet samlokaliseres. God mulighet for utvikling av tjenesten i samarbeid mellom ABUP og PSA.	4 av 5
Virksomhetsmodell C	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP uendret.	Gir et godt beste for å utvikle og opprettholde kvaliteten i tjenestene. Et samlet PSA vil styrke faglig utvikling, forskning og utdanning, og dermed også rekrutteringen til PSA. Samling av fagmiljøet innenfor PSA vurderes både å styrke kompetanse i bredden (samarbeidende fagmiljøer) og i dybden (spesialisering). Samlet sett vil virksomhetsmodellen gi et godt grunnlag for å utvikle robuste fagmiljøer. Fortsatt drift i DPS gir en noe lavere score sammenlignet med virksomhetsmodell E og F som har alt samlet. En vesentlig ulempe for ABUP at PSA ikke lenger er lokalisert i Arendal.	3 av 5
Virksomhetsmodell D	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ C, men høyere score som en følge av at PSA og ABUPs døgnvirksomhet samlokaliseres. God mulighet for utvikling av tjenesten i samarbeid mellom ABUP og PSA.	4 av 5
Virksomhetsmodell E	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Gir det beste grunnlaget for å utvikle og opprettholde kvaliteten i tjenestene. Et samlet PSA vil styrke faglig utvikling, forskning og utdanning, og dermed også rekrutteringen til PSA. Samling av fagmiljøet innenfor PSA vurderes både å styrke kompetanse i bredden (samarbeidende fagmiljøer) og i dybden (spesialisering). Samlet sett vil virksomhetsmodellen gi et godt grunnlag for å utvikle robuste fagmiljøer. Vesentlig ulempe for ABUP medfører at alternativet ikke kan gis full score.	4 av 5
Virksomhetsmodell F	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Som over, men gevinsten av samlokalisering mellom ABUP og PSA medfører den høyeste vurdering.	5 av 5

10.1.2 Helhetlige pasientforløp

Tabell 23 viser en oppsummering av hvordan de ulike virksomhetsmodellene er vurdert med hensyn til kriteriet helhetlige pasientforløp. Dagens modell bidrar til en oppsplitting og parallelle forløp og en stor grad av diskontinuitet. DPS bør ha rollen som kontinuitetsbærer mellom sykehus og hjem/kommune. Dersom døgn delen i DPS reduseres kan man bruke ressurser i større grad til at DPSene kan styrke sin rolle som kontinuitetsbærer i fremtiden. DPSene får ved en endring til mer poliklinikk/dagbehandling og ambulant virksomhet frigjort ressurser for samhandling. De kan da i enda større grad være en brobygger mellom DPS og sykehus.

Med en samlokalisering mellom Ungdomsklinikken og PSA vil Ungdomsklinikken gjøres i stand til å ta imot innleggelse døgnnet rundt da det etableres et felles akutt mottak. KPH har felles vaktordning for leger, som vurderer og mottar pasienter til innleggelse i PSA og i Ungdomsklinikken ABUP, men med fysisk avstand mellom avdelingene bidrar det til fragmentering av tilbudet og brudd i pasientforløp. For å tilrettelegge for integrert og helhetlig døgnbehandling på tvers av 18 års alder, effektive pasientforløp og tilstrekkelig kapasitet er det behov for å samlokalisere avdelingene.

Med dette vil en unngå mange av overflyttingene mellom akutenhet for voksen og Ungdomsklinikken. Dersom ungdom må være innlagt ved en av PSAs enheter kan kontinuiteten i behandlingen lettere oppnås da behandler fra Ungdomsklinikken fortsatt kan følge opp. Samlokalisering vil også lette overgangen mellom ungdom- og voksenalder.

Tabell 23: Helhetlige pasientforløp

Virksomhetsmodell		Beskrivelse	Poeng
0-alternativet		Desentral lokalisering kan gi større og mer robust grensesnitt for samarbeid med kommunene, noe som kan bidra til å utvikle gode pasientforløp. På den annen side kan fordeling av tilbud på flere steder skape behov for flytting av pasienter, noe som igjen medfører brudd i forløp, økt risiko for og opplevd dårligere kvalitet for pasientene. Ungdomsklinikkens nåværende lokalisering medfører at en del ungdom som innlegges akutt vil overflyttes fra PSA til Ungdomsklinikken først etter noen døgn.	3 av 5
Virksomhetsmodell A	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Samling av døgnbehandling kan gi redusert behov for flytting mellom institusjonene. Fortsatt ulempe med avstand mellom Ungdomsklinikken og PSA.	4 av 5
Virksomhetsmodell B	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ A, men høyere score som en følge av at PSA og ABUPs døgnvirksomhet samlokaliseres. Bedre pasientforløp for ungdom gjennom hele døgn og i helgene.	4 av 5
Virksomhetsmodell C	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP uendret.	Samling av sykehusfunksjonene innenfor KPH til en lokalisasjon vil øke mulighetene til å utvikle gode pasientforløp mellom enheter innenfor KPH. Større ulempe med avstand mellom Ungdomsklinikken og PSA, dersom PSA ikke lokaliseres i Arendal.	3 av 5
Virksomhetsmodell D	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ C, men høyere score som en følge av at PSA og ABUPs døgnvirksomhet samlokaliseres. God mulighet for helhetlige forløp mellom ABUP og PSA.	4 av 5
Virksomhetsmodell E	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Samling av sykehusfunksjonene innenfor KPH til en lokalisasjon vil øke mulighetene til å utvikle gode pasientforløp mellom enheter innenfor KPH. Større ulempe med avstand mellom Ungdomsklinikken og PSA, dersom PSA ikke lokaliseres i Arendal.	4 av 5
Virksomhetsmodell F	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Som over, men gevinsten av samlokalisering mellom ABUP og PSA medfører den høyeste vurdering.	5 av 5

10.1.3 Samfunnsmessig bærekraft

Tabell 24 viser en oppsummering av hvordan de ulike virksomhetsmodellene er vurdert med hensyn til kriteriet samfunnsmessig bærekraft. Forslaget i utviklingsplanen forutsetter ikke en økt kapasitetsbehov for døgnplasser i kommunene. Endringen i DPS vil ikke ha betydning for antall arbeidsplasser, og vil være nøytralt samfunnsmessig.

Endringen i ABUP vil ikke ha betydning for arbeidsplasser totalt sett på Agder. Det vil i gjennomsnitt medføre kortere reisevei for pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. En flytting fra Arendal til Kristiansand vil midlertidig medføre en omstillingsprosess. For ansatte som velger å fortsette sitt arbeid ved Ungdomsklinikken vil det kunne medføre økt reisevei. I sum vurderes en flytting av Ungdomsklinikken til å ikke ha noen vesentlig innflytelse på dette kriteriet sett opp mot de andre endringene.

Tabell 24: Samfunnsmessig bærekraft

Virksomhetsmodell		Beskrivelse	Poeng
0-alternativet		Dagens struktur opprettholdes	4 av 5
Virksomhetsmodell A	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Dagens struktur for PSA opprettholdes, ingen konsekvenser for lokal- og bysamfunnene Arendal og Kristiansand.	4 av 5
Virksomhetsmodell B	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ A. En flytting av ABUPs døgnvirksomhet vurderes ikke til å utgjøre en vesentlig innvirkning på scoren.	4 av 5
Virksomhetsmodell C	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP uendret.	Kan komme til å svekke lokalsamfunnet rundt den lokalisasjonen som bortfaller. Det vil også kunne gi negative konsekvenser for miljøet knyttet til økt trafikkbehov for ansatte og besøkende.	3 av 5
Virksomhetsmodell D	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ C. En flytting av ABUPs døgnvirksomhet vurderes ikke til å utgjøre en vesentlig innvirkning på scoren.	3 av 5
Virksomhetsmodell E	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Kan komme til å svekke lokalsamfunnet rundt den lokalisasjonen som bortfaller. Det vil også kunne gi negative konsekvenser for miljøet knyttet til økt trafikkbehov for ansatte og besøkende.	3 av 5

Virksomhetsmodell F	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ E. En flytting av ABUPs døgnvirksomhet vurderes ikke til å utgjøre en vesentlig innvirkning på scoren.	3 av 5
---------------------	--	---	--------

10.1.4 Tilgjengelighet

Tabell 25 viser en oppsummering av hvordan de ulike virksomhetsmodellene er vurdert med hensyn til kriteriet tilgjengelighet.

Slik DPS og PSA er lokalisert vil nærhet ha lite betydning. Det er kun for Listers befolkning DPS lokaliseringen har praktisk betydning. En samling av PSA vil gi noe mer reiseavstand enn en delt funksjon. Det forutsettes at innholdet i tjenesten er likt i PSA, slik at det kun er avstand som har betydning.

For endringen i DPS vil man her få en erstatning av en tjeneste som er enda mer tilgjengelig, dvs. mer poliklinikk, dagopphold og ambulansetjeneste.

For Ungdomsklinikken vil en flytting til Kristiansand medføre en gjennomsnittlig økt nærhet for Agders befolkning. ABUP vil også kunne tilby akuttinnleggelser hele døgnet, dette er skåret under kriteriet "Helhetlige pasientforløp". ABUP vil med ny ungdomsklinikk kunne ta imot barn under 13 år og vil kunne opprette tilbud om avgiftning for ungdom. Dette anses som økt tilgjengelighet av tjenester og skåres her.

Tabell 25: Tilgjengelighet

Virksomhetsmodell		Beskrivelse	Poeng
0-alternativet		Modellen opprettholder nærheten til PSA, samtidig kan det bli noe vanskeligere å rekruttere spesialistkompetanse til mindre enheter.	4 av 5
Virksomhetsmodell A	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Modellen opprettholder nærheten til PSA, samtidig kan det bli noe vanskeligere å rekruttere spesialistkompetanse til mindre enheter.	4 av 5
Virksomhetsmodell B	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ A. Økt tilgjengelighet til døgntilbud i ABUP medfører høyere skåre.	5 av 5
Virksomhetsmodell C	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP uendret.	Et samlet PSA kommer noe dårligere ut når det gjelder tilgjengelighet for pasienter, pårørende og ansatte.	3 av 5
Virksomhetsmodell D	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ C. Økt tilgjengelighet til døgntilbud i ABUP medfører høyere skåre.	4 av 5
Virksomhetsmodell E	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Et samlet PSA kommer noe dårligere ut når det gjelder tilgjengelighet for pasienter, pårørende og ansatte.	3 av 5
Virksomhetsmodell F	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ E. Økt tilgjengelighet til døgntilbud i ABUP medfører høyere skåre.	4 av 5

10.1.5 Økonomi

Tabell 26 viser en oppsummering av hvordan de ulike virksomhetsmodellene er vurdert med hensyn til kriteriet økonomi. Det er ikke foretatt en beregning av driftsøkonomiske konsekvenser for de ulike virksomhetsmodellene. Det er likevel holdepunkter for å anta at en samling av enheter (f eks. sentralisering av all døgnbehandling innenfor PHV fra 6 til 2 lokalisasjoner) vil kunne gi relativt store besparingsmuligheter.

Det henvises her til vedlegg 8 - Driftsøkonomiske konsekvenser.

Det er i første rekke nedleggelse av døgnplasser som frigjør størst ressurser, der man kan omfordele ressursene slik at de får større nytte for befolkningen i Agder samlet sett.

For ABUPs del vil en samlokalisering bety at en ikke trenger å bemanne for å dekke alle utfordrende situasjoner da en kan spille på samarbeid med PSAs enheter.

Tabell 26: Økonomi

Virksomhetsmodell		Beskrivelse	Poeng
0-alternativet		Høye driftskostnader knyttet til uhensiktsmessige bygg på Eg og for Ungdomsklinikken.	2 av 5
Virksomhetsmodell A	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Kostnadsbesparelse som følge av omstilling fra døgnbehandling til dagbehandling, poliklinikk og ambulerende virksomhet ved DPSene.	4 av 5
Virksomhetsmodell B	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ A. De økonomiske fordelene med en samlokalisering vurderes ikke til å være store nok til å gi et utslag på skåren.	4 av 5
Virksomhetsmodell C	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP uendret.	Kostnadsbesparelse som følge av sammenslåing av PSA Kristiansand og PSA Arendal. Ingen mulighet for omlegging av driften i DPS	3 av 5
Virksomhetsmodell D	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ C. De økonomiske fordelene med en samlokalisering vurderes ikke til å være store nok til å gi et utslag på skåren.	3 av 5
Virksomhetsmodell E	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Kostnadsbesparelse som følge av sammenslåing av PSA Kristiansand og PSA, og som følge av omstilling fra døgnbehandling til dagbehandling, poliklinikk og ambulerende virksomhet ved DPSene.	5 av 5
Virksomhetsmodell F	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ E.	5 av 5

10.1.6 Fleksibilitet

Tabell 27 viser en oppsummering av hvordan de ulike virksomhetsmodellene er vurdert med hensyn til kriteriet fleksibilitet. En modell med virksomhet flere steder gir en fleksibilitet når det gjelder oppgavedeling og utvikling av de forskjellige områdene. En samling gir en høyere risiko fordi man da legger en sterk føring for virksomhetsmessige og organisatoriske endringer, som det er usikkerhet rundt og som det vil ta tid for å gjennomføre. Her er det i all hovedsak spørsmålet om hvorvidt PSAs virksomhet skal samles på ett sted som er avgjørende. Hvorvidt det fortsatt opprettholdes døgn drift i DPSene har en noe mindre innvirkning på fleksibiliteten da DPSene ikke har samme nærhetsbehov til somatikken. Lokalisering av ABUPs døgnvirksomhet har liten innvirkning på fleksibiliteten.

0-alternativet har minst risiko med hensyn til utviklingsplanen. Dersom et alternativ skulle bli lokalisering av somatikk et annet sted enn Eg, er det lite risiko å opprette 80 plasser på Eg, da man senere har mulighet for å lokalisere 40 plasser for somatikkintensive pasienter (akutt, alderspsykiatri, spiseforstyrrelser) samlet og integrert med somatikken.

Alle virksomhetsmodeller er kompatible med scenariet med fortsatt drift av somatiske sykehus både i Arendal og Kristiansand etter 2030, og med scenariet med en samling av det somatiske sykehus i SSHF på Eg i Kristiansand. Dersom Ungdomsklinikken ikke integreres i denne omgang, kan dette skje i en senere fase.

Virksomhetsmodellene som innebærer en samling av all virksomhet vil vesentlig mindre robuste en de modeller hvor virksomheten fortsatt er noe oppdelt. For PSAs virksomhet er det kun en viss andel hvor umiddelbar nærhet til somatikk er en betingelse. En stor andel av virksomheten kan fortsatt drives forsvarlig med god kvalitet også uten umiddelbar nærhet til somatikken. I dette tilfellet bør det heller planlegges nybygg for den "somatikk-krevende" delen av PSAs virksomhet sammen med, og muligens som en integrert del av det somatiske sykehuset. Dette scenariet taler imot en realisering av alternativene C, D, E og F.

Tabell 27: Fleksibilitet

Virksomhetsmodell		Beskrivelse	Poeng
0-alternativet		Dagens virksomhetsmodell med lokalisering flere steder gir en organisatorisk og bygningsmessig fleksibilitet.	5 av 5
Virksomhetsmodell A	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	Dagens virksomhetsmodell med lokalisering flere steder gir en organisatorisk og bygningsmessig fleksibilitet. Noe lavere score enn 0-alternativet fordi man ikke har døgnplasser i DPS «å flekse» mot.	4 av 5
Virksomhetsmodell B	PSA i K.s og Arendal Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ A. Ingen vesentlig forskjell i fleksibilitet som en følge av at ABUPs døgnplasser integreres.	4 av 5
Virksomhetsmodell C	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP uendret.	All sykehusvirksomhet ett sted gir risiko mht usikkerhet for fremtidig behov. Stor usikkerhet også for utviklingsretning for somatikk	2 av 5
Virksomhetsmodell D	Samlet PSA Døgn i DPS og PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ C.	2 av 5
Virksomhetsmodell E	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP uendret.	All virksomhet ett sted gir høy risiko mht usikkerhet for fremtidig behov. Stor usikkerhet også for utviklingsretning for somatikk	1 av 5
Virksomhetsmodell F	Samlet PSA Døgn kun i PSA. ABUP inkludert.	Samme som alternativ E.	1 av 5

10.1.7 Samlet vurdering av virksomhetsmodellene

Vi har her valgt å summere skårene på de forskjellige kriteriene for hvert enkelt alternativ, vel vitende om at en sumskåre med lik vektning ikke nødvendigvis er egnet til å rangere alternativene. En samlet vurdering basert på flere kriterier byr på noen utfordringer da en ikke automatisk kan gå ut ifra at alle kriterier betyr like mye for det endelige valget. Samtidig er det å vekte kriteriene opp mot hverandre i en matematisk modell også vanskelig og det er usikkert om det ville gitt en mer nøyaktig beskrivelse av forholdet mellom alternativene. I den grad enkeltkriterier skal tillegges mer vekt er det i denne sammenhengen kriteriet faglig kvalitet og fleksibilitet som må trekkes frem. Helt uavhengig av totalskåre vil det ikke være aktuelt å anbefale et alternativ som gir vesentlig svakere faglig kvalitet enn de øvrige alternativer. Likeledes ville det ikke være mulig å anbefale et alternativ som gir vesentlig svakere fleksibilitet.

I en vurdering og rangering av de alternative virksomhetsmodellene kommer virksomhetsmodell B best ut (PSA delt mellom Arendal og Kristiansand, med all døgnbehandling i PSA, ABUPs døgnvirksomhet samlokalisert med PSA). Virksomhetsmodellen vurderes å være den som gir det beste grunnlaget for å utvikle og opprettholde kvaliteten i tjenestene, og er robust i forhold til alternative framtidsscenarioer.

Virksomhetsmodellene A og F er de modellene som skårer nest best. Forskjellen mellom B og F er at PSAs virksomhet er samlet på ett sted. Virksomhetsmodell F gis høyeste poengsum (score 5) på kriteriene faglig kvalitet, helhetlige pasientforløp og økonomi, men scorer lavt på kriteriet fleksibilitet på grunn av at en forutsetning om å samle all virksomhet og bygging av all kapasitet ett sted gir sterke føringer til en fremtidig løsning som har stor grad av usikkerhet. Et samlet PSA (modell C, D, E og F) kommer generelt noe dårligere ut når det gjelder tilgjengelighet for pasienter, pårørende og ansatte. Alternativet skårer også dårligere enn det alternativ B på kriteriet samfunnsmessig bærekraft. Virksomhetsmodell A skiller seg fra B ved at ABUPs døgnvirksomhet ikke er samlokalisert med PSA. Generelt skårer alle alternativer med samlokalisering (B, D, F) bedre enn alternativene uten samlokalisering (A, C, E).

Virksomhetsmodellene A, B, E og F forutsetter et godt samarbeid mellom PSA og DPSene, ambulerende team og kommunehelsetjenesten, samt gode systemer for kommunikasjon, planlegging og styring.

Tabell 28 viser en rangering av de ulike virksomhetsmodellene.

Tabell 28: Samlet vurdering av alternative virksomhetsmodeller

Kriterium	Oppsummert score for kriterier i virksomhetsalternativene						
	Alternativ						
	0	A	B	C	D	E	F
Faglig kvalitet	2	3	4	3	4	4	5
Helhetlige pasientforløp	3	4	4	3	4	4	5
Samfunnsmessig bærekraft	4	4	4	3	3	3	3
Tilgjengelighet	4	4	5	3	4	3	4
Økonomi	2	4	4	3	3	5	5
Fleksibilitet	5	4	4	2	2	1	1
Total score	20	23	25	17	20	20	23

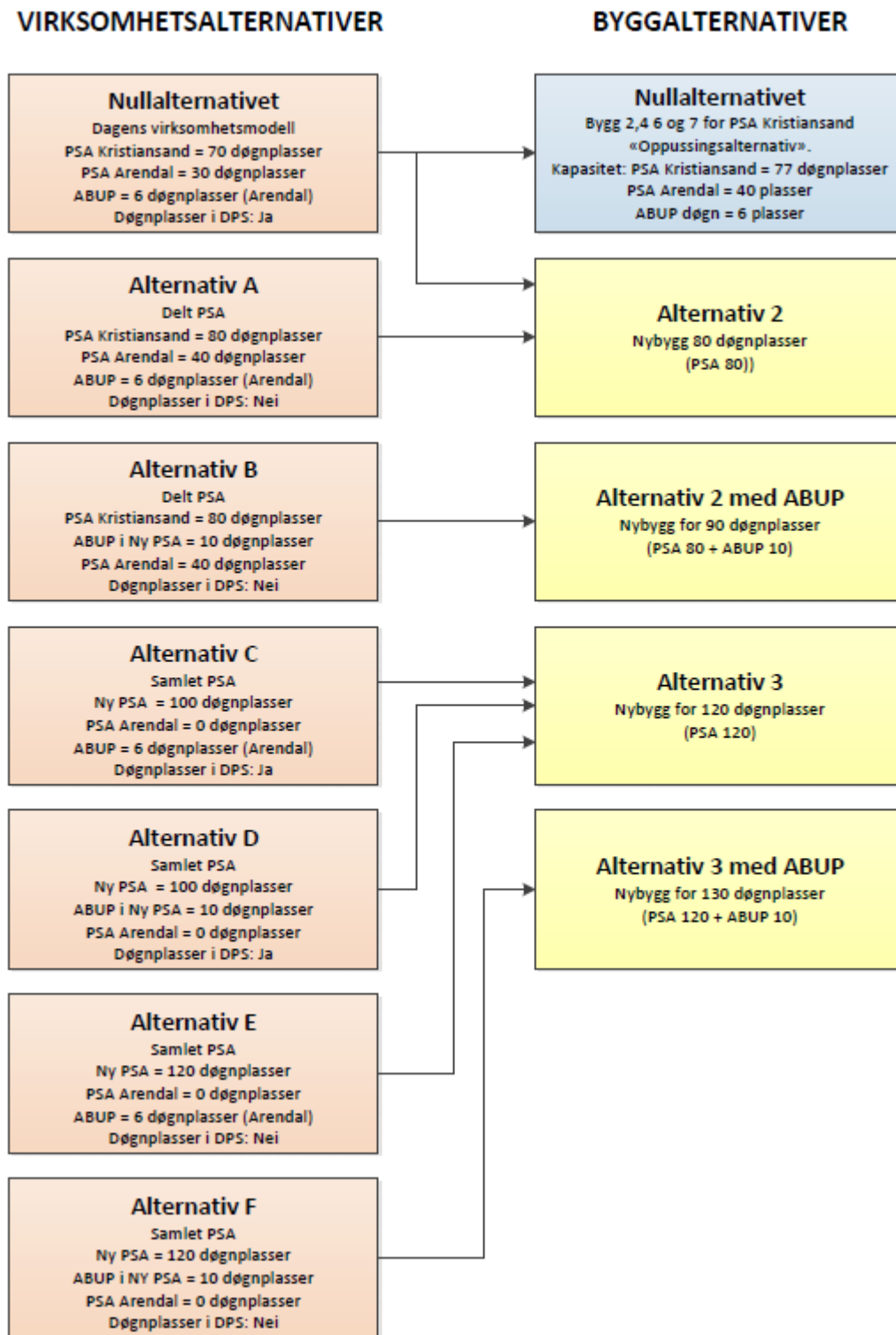
Alternativ B med 80 plasser i PSA og 10 i ABUP er altså det alternativet som scorer jevnt høyest på alle kriterier og som har gode skårer både på fleksibilitet og faglig kvalitet.

10.2 Vurdering av utbyggingsløsninger

Det vises til kapittel 8 for byggalternativene og kapittel 9 for kriteriene for valg av alternativ.

Utbyggingsløsningene forutsetter alle en lokalisering i Kristiansand.

- 0-alternativet er en oppussing av dagens bygg og etter hvert ombygging (= oppgradering av tekniske anlegg og ombygging for funksjonalitet).
- Alternativ 2 er en utbygging av 80 døgnplasser.
- Alternativ 2 med ABUP er en utbygging av 80 + 10 døgnplasser.
- Alternativ 3 er en utbygging av 120 døgnplasser.
- Alternativ 3 med ABUP er en utbygging av 120 + 10 døgnplasser



Figur 22: Illustrasjon av alternative virksomhetsmodeller og byggalternativer

10.2.1 Kapasitet

I dette kriteriet er det vurdert om de bygningsmessige alternativene dekker kapasitetsbehovet beskrevet i virksomhetsmodellene.

Alle bygningsmessige alternativ med unntak av 0-alternativet dekker kapasitetsbehovet for virksomhetsmodell A. Kapasiteten dekker ikke virksomhetsmodell B og C.

10.2.2 Generalitet, fleksibilitet og elastisitet

Utbyggingsalternativene ut over 0-alternativet er basert nybygg. Nybygg gir muligheter for større grad av generalitet enn det man har i dag. Arealene som vist i skisseprosjektet har høy grad av fleksibilitet dersom det blir behov for å endre funksjonsområdene i forhold til nye behov. Alternativ 2 har stor grad av elastisitet, og skisseprosjektet viser potensial for påbygging.

10.2.3 Kvalitet, attraktivitet, arkitektur og helhetsinntrykk

Nybyggløsningene gir mulighet til å løfte kvaliteten for arealer til behandling av pasienter i PHV og ABUP. Som beskrevet i dagens status er det svært lite hensiktsmessige funksjonsområder i dagens bygg, og 0-alternativet med oppussing vil ikke gi noe effekt i forhold til de målsettingene som er satt for prosjektet.

Pasientopplevelsen er viktig. Trygge og gode funksjonsområder som legger til rette for gode behandlingsforløp er av stor betydning.

10.2.4 Adkomst til bygget

Adkomst til bygget er i dag svært uhensiktsmessig. Et 0-alternativ vil fortsatt ha dette problemet. I byggalternativ 2 og 3 er det lagt godt til rette for en tydelig adkomst og samtidig skille av ulike typer trafikk.

10.2.5 Driftsulemper under bygging

Bygging av ny PSA på sørsiden av bygg 10 er i et område der det ikke er annen bebyggelse. Det vil derfor ikke være noen ulemper under byggingen for annen virksomhet. For 0-alternativet vil det være oppussing og eventuelt behov for teknisk oppgradering i arealer der det er virksomhet. Dette gir ulemper og forstyrrelser for driften.

10.2.6 Økonomisk bærekraft

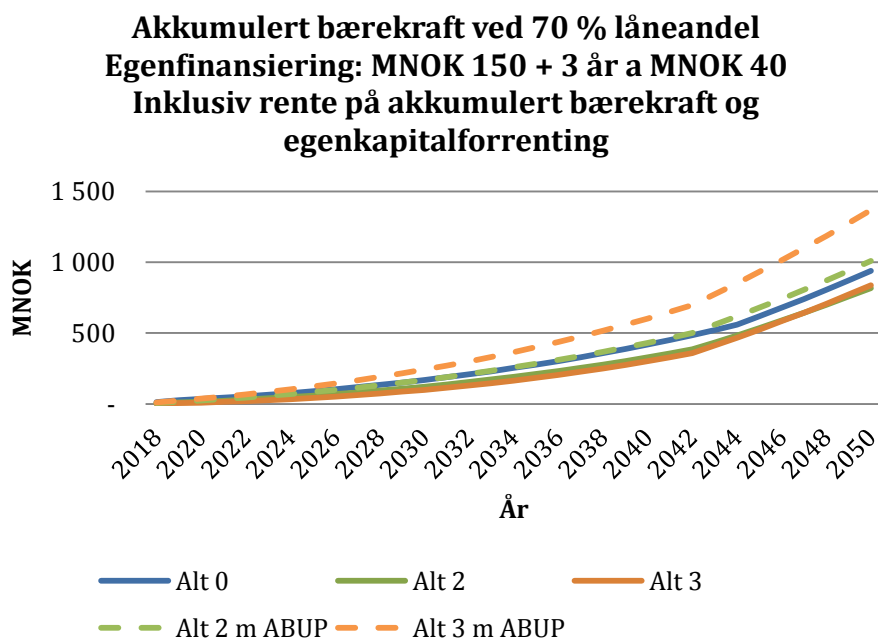
Alle alternativer vil medføre betydelige investeringer for KPH, da 0-alternativet grunnet kort levetid forutsetter nytt investeringsprosjekt innen 2020. Bygningsmessig har vi fem alternativer som vises i tabell under. Investeringsbehovet er i henhold til P_{50} verdier hentet fra usikkerhetsanalysen. Disse verdiene er korrigerert for beregnet prisvekst for å beskrive investeringen i 2014-kroner for å sikre konsistent behandling i analysen av økonomisk bærekraft.

Tabell 29: Beregnet investeringsbehov – oversikt over inn og utbetalinger i de fem alternativene.

Investeringsbehov -	Alt. 0			Alt. 2	Alt. 2 med ABUP	Alt. 3	Alt. 3 med ABUP
	Før 2020	F.O.M. 2020 (alt. 2 m ABUP)	Sum				
Oversikt over inn- og utbetalinger							
Forventet prosjektkostnad nybygg (P50) – fra usikkerhetsanalysen	33	740	773	691	740	869	922
Netto utstyrskostnad	0	20	20	18	20	24	25
SUM INVESTERINGSBEHOV JUSTERT FOR PRISVEKST	33	760	793	709	760	893	947
- prisvekst	0	-55	-55	-52	-55	-65	-69
SUM INVESTERINGSBEHOV I 2014-KRONER	33	705	738	657	705	828	878

10.2.6.1 Beregning av økonomisk bærekraft

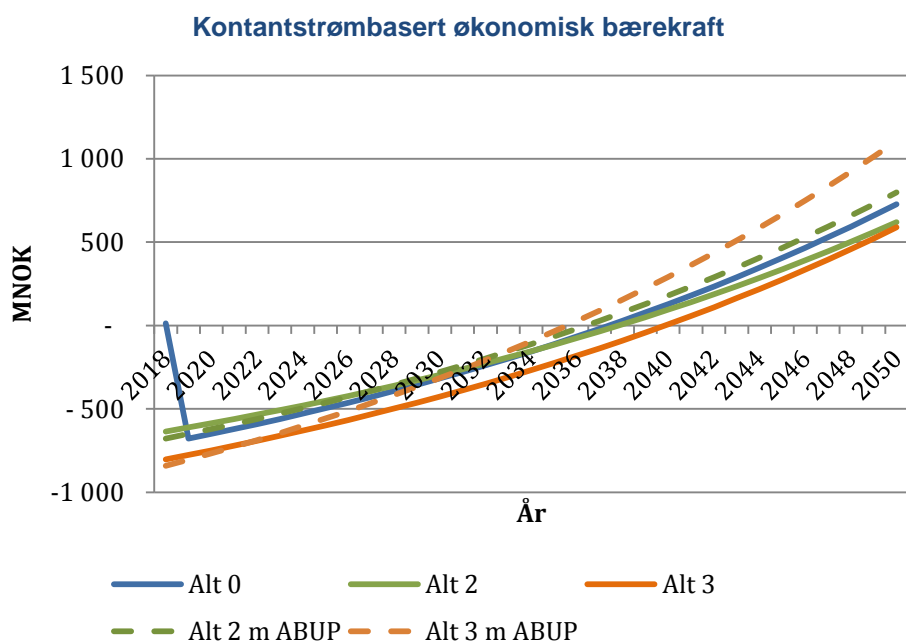
Bærekraften for de fem alternativene er beregnet og illustrert i figuren nedenfor. Modellen viser hvorledes beregnet besparelse fra våre driftsøkonomiske analyser av identifiserte drivere bidrar til å dekke den finansieringskostnad, avdrag og egenkapitalforrentning som følger av investering i det enkelte alternativ sammen med årlig resultat bidrag på 40 MNOK.



Figur 23: Økonomisk bærekraft

10.2.6.2 Kontantbasert økonomisk bærekraft

For å belyse hvorledes foretakets kontantstrøm blir påvirket av investeringen har vi gjennomført en analyse av økonomiskbærekraft på bakgrunn av en kontantstrømbasert tilnærming. I denne beregningen har vi vist hvorledes det i prosjektets oppstartfase vil være en stor negativ cash-flow, mens bidraget fra den løpende driften vil bidra til å øke den akkumulerte kontantstrømmen over tid.



Figur 24: Kontantstrømbasert økonomisk bærekraft

Sum investering er beregnet som annuitet over 25 år for å kunne synliggjøre mulig bærekraft. Tabell 30 viser vi beregnet investeringskostnad i de enkelte bygningsmessige alternativ. Vi viser her årlig beløp om den hadde blitt fullfinansiert som et annuitetslån.

Tabell 30: Annuitetsberegnet investeringsbehov sammenholdt med årlig merkostnad korrigert for identifiserte besparelser.

Investeringsbehov	Alt. 0		Alt. 2	Alt. 2 med ABUP	Alt. 3	Alt. 3 med ABUP
	Før 2020	Fra og med 2020				
SUM INVESTERINGSBEHOV	33	705	658	705	828	878
Annuitetskostnad 25 år, 3 % rente	-	43	38	40	48	50
Anslått bidrag til bærekraft gjennom vurdering av alternativene	-10	8	3	8	11	22
Bidrag til bærekraft fra drift KPH	24	40	40	40	40	40
Bidrag fra drift etter investering	13	6	5	8	3	12

Alle 5 bygningsmessige alternativer vil oppnå tilstrekkelig egenfinansiering gitt dagens retningslinjer.

Alternativ 3 med ABUP gir best økonomisk bærekraft i alle 3 evalueringer som vist i tabell under. Dette alternativet har for øvrig også det største investeringsbehovet. Alternativ 2 med ABUP har nest best og 0-alternativet har tredje best økonomisk bærekraft.

Tabell 31: Oppsummering analyse av økonomiske bærekraft for de bygningsmessige alternativene med innbyrdes rangering fra 5-1 der 5 er best

	Beregning av økonomisk bærekraft	Kontantbasert økonomisk bærekraft	Annuitetsberegning av økonomisk bærekraft
Alt. 0	3	3	3
Alt. 2	1	2	2
Alt. 2 med ABUP	4	4	4
Alt. 3	2	1	1
Alt. 3 med ABUP	5	5	5

10.2.7 Samlet vurdering av de bygningsmessige alternativene

I tabell 32 er disse alternativene satt opp imot kriterier for rangering av alternativene, og vurderes samlet sett med en rangering.

Tabell 32: Samlet vurdering av de bygningsmessige alternativene

Vurdering av byggalternativ											
ALTERNATIV	Beskrivelse av alternativet	Kapasitet	Generalitet, fleksibilitet, elastisitet	Attraktivitet, arkitektur og helhetsinntrykk	Gode og trygge behandlingsmiljø for brukerne	God og trygge arbeidsmiljø for ansatte	Nærhet til somatisk og servicefunksjoner	Atkomst til bygget	Driftsulemper under bygging; støy, fremkommelighet	Vedlikeholdskostnader ferdig bygg	Økonomisk bærekraft
0	Oppussing dagens bygg	77	1	1	2	2	4	2	3	3	4
2	Nybygg 80 døgnplasser	80	5	5	5	5	4	5	5	4	3
2 m ABUP	Nybygg 90 døgnplasser	90	5	5	5	5	4	5	5	4	5
3	Nybygg 120 døgnplasser	120	4	5	5	5	4	5	5	4	3
3 m ABUP	Nybygg 130 døgnplasser	130	4	5	5	5	4	5	5	4	5

De bygningsmessige alternativene skiller seg i hovedsak på investeringskostnader, driftsulemper under bygging og kvalitet og fleksibilitet. Det alternativet som har jevnt høy score for de valgte kriteriene er alternativ 2. Dette er et alternativ som svarer ut behovet beskrevet for det foretrukne alternativ for virksomhetsmodell og er samtidig utbyggbart for eventuelt behov for kapasitetsøkning.

10.2.8 Oppsummert byggalternativer

Tabell 33 viser de ulike hovedalternativene når det gjelder areal, kapasitet, prosjektkostnad og driftsøkonomiske konsekvenser.

Tabell 33: Oversikt over byggalternativ

Areal, kapasiteter og kostnader for alternative utbyggingsløsninger ny PSA/ABUP						
Kriterium		0-alternativet	Alternativ 2	Alternativ 2 m ABUP	Alternativ 3	Alterativ 3 m ABUP
Areal	Netto programareal nybygg (m2)		7 083	7 651	9 175	9 743
	Nybygg		7 083	7 651	16 022	9 743
	Oppussing	8 775				
	Sum Bruttoareal nybygg	8 775	12 432	13 470	16 022	17 060
Kapasitet	Kapasitet døgnplasser PSA	77	80	80	120	120
	Kapasitet døgnplasser ABUP			10		10
	Samlet kapasitet PSA/ABUP			90	120	130
Kostnader (MNOK)	Forventet prosjektkostnad nybygg, MNOK		592 026	635 436	744 610	788 020
	Oppussing bygg 2, 4, 6 og 7	29 668				
	Netto utstyrskostnad	7,2	18,5	20,0	23,8	25,3
	Total forventet prosjektkostnad inkl utstyr	29 675	592 045	635 456	744 634	788 045

10.3 Anbefalt alternativ for ny PSA og ABUP ungdomsklinikk

I en samlet vurdering fremstår virksomhetsmodell B realisert i byggalternativ 2 med ABUP som det mest fordelaktige konseptet. Det anbefalte konseptet innebærer at døgnbehandling innenfor psykisk helsevern for voksne samles i PSA. Dette er i tråd med anbefalingene gitt i utviklingsplanen. I første omgang anbefales fortsatt drift av PSA på to steder som i dag. Det anbefales at Ungdomsklinikken samlokaliseres med PSA i Kristiansand. Dette vurderes samlet sett å være en god løsning for å kunne møte fremtidens krav til utredning og behandling av alvorlige psykiske lidelser for befolkningen på Agder. Denne modellen skårer gjennomgående godt på alle kriterier inkludert kriteriet som omhandler fleksibilitet med hensyn til fremtid usikkerhet.

Nybygget skal romme PSAs virksomhet i Kristiansand de neste årene samt ABUPs Agderdekkende døgnvirksomhet. På sikt kan PSAs virksomhet samles på ett sted om ønskelig.

Konseptet har et utbyggingsmønster som er tilpasset tomten, landskapet og området infrastruktur og kommunikasjoner og et utbyggingsmønster med "åpne ender", slik at plassering av tunge funksjoner ikke hindrer utvikling av sykehuset i tråd med Utviklingsplan 2030. Konseptet legger til rette for tverrfaglige behandlingstilbud og helhetlige behandlingsforløp i moderne energi- og driftseffektive lokaler. Konseptet har standardiserte løsninger for blant annet pasientrom og døgnenheter. Høy grad av generalitet har vært et førende prinsipp for å kunne absorbere ulike pasientgrupper og organisatoriske endringer.

Bærekraftsanalyse viser at Sørlandet sykehus har økonomisk handlingsrom til å foreta denne investeringen på nåværende tidspunkt. Løsningen vil kunne la seg realisere raskt og vil derfor løse de umiddelbare behov for nytt bygg med egnet funksjonalitet for PSA i Kristiansand samt Ungdomsklinikkens behov. Byggalternativet besvarer dermed problemstillingene som var utgangspunktet for idéfasen.

Det forventes at det psykiske helsevernet fortsatt vil gjennomgå store endringer. Beregninger av fremtidig kapasitetsbehov er derfor forbundet med en viss grad av usikkerhet. Alternativ 2 med ABUP har høy grad av elastisitet, i forståelsen av at kapasiteten kan utvides betraktelig. Det anbefalte konsept har en robusthet som gjør det mulig ved en totrinns utbygging å romme samtlige virksomhetsmodeller.

Del IV Optimalisering av valgt konsept

11 Revisjon av konseptutredningen – nytt kapittel revisjon 2016

Konseptutredningen er revidert i flere omganger siden første utkast ble presentert for SSHFs styre i juni 2014 (sak 052-2014). Styret valgte konsept og lokalisering i desember 2014 (sak 094-2014): Samlokalisering av PSAs døgnenheter i Vest-Agder samt ungdomsklinikk for både Aust-Agder og Vest-Agder i nybygg sør på Egsområdet, omtalt som alternativ 2 med ABUP.

Det valgte konseptet er videre bearbeidet på bakgrunn av ekstern kvalitetssikringsrapport (vedlegg 2), rapport med anbefalinger fra intern arbeidsgruppe oppnevnt av HSØRHF (vedlegg 1) samt kostnadsramme gitt av styret for SSHF i mai 2015.

11.1 Oppfølging av KSK

Rapport fra ekstern kvalitetssikring av konseptutredningen (KSK) følger som vedlegg 2.

KSK-rapporten konkluderte med at konseptutredningen ga tilstrekkelig dokumentasjon til å fatte det konseptuelle valget, og sluttet seg til det anbefalte alternativet med en virksomhetsmodell der PSA er fordelt på to lokaliteter, men der ABUPs døgntilbud er samlokalisert med PSA på Eg. KSK-rapporten pekte på områder med vesentlig usikkerhet og enkeltelementer som var mangelfullt behandlet. Momenter som ble påpekt, er fulgt opp i det videre arbeidet med konseptutredningen frem mot ny styrebehandling i mai 2015 og senere ved optimalisering av valgt konsept frem til foreliggende reviderte konseptutredning. De vesentligste punktene er:

Kapasitetsbehov og omstilling

Usikkerhet om fremtidig kapasitetsbehov erkjennes. Det valgte konsept er robust ved at virksomheten er delt mellom Arendal og Kristiansand og at den bygningsmessige løsningen er fleksibelt og elastisk. Pasientrom og døgnenheter er i stor grad standardisert slik at bygget kan brukes fleksibelt ved endringer i pasientsammensetning. Konseptet og skisseprosjektet vil gi SSHF et antall døgnplasser på linje med det som finnes i det nye sykehuset i Østfold. Nybygget i Kristiansand kan relativt enkelt utvides med nye døgnenheter.

Som redegjort for tidligere, var det opprinnelig forutsatt at døgnplassene i DPSene gradvis skulle avvikles. Nå forutsettes at det fortsatt skal være døgntilbud i DPSene, og reduksjonen fra 80 til 70 døgnplasser i PSA Kristiansand henger sammen med denne endring av forutsetning. SSHF og PSA legger fortsatt opp til en gradvis omlegging av tjenestetilbudet for å redusere presset på innleggelse.

Utviklingsplan 2030

På tidspunkt for ekstern kvalitetssikring inneholdt utkast til Utviklingsplan 2030 forslag om kun ett sykehus på Sørlandet. KSK-rapporten pekte på usikkerhet for konseptvalg i forhold til fremtidig sykehusstruktur. Siden de to planarbeidene foregikk samtidig, la konseptutredningen stor vekt på å utvikle et konsept som ville være robust i forhold til valg av sykehusstruktur. Styrets behandling av Utviklingsplan 2030 i februar 2015 fjernet i all hovedsak denne usikkerheten. Det valgte konseptet er i samsvar med sannsynlig fremtidig sykehusstruktur på Sørlandet.

Brukerutstyr

KSK-rapporten peker på at andel brukerutstyr som skal flyttes med fra eksisterende virksomhet til nytt bygg kan virke høyt, og at anslått utstyrskostnad per kvm nybygg kan virke lavt. KSK-rapporten anbefaler en økning i området 35-100 % for å sikre krav til kvalitet, prisstigning og valutaforhold. Revidert hovedprogram utstyr har tatt hensyn til dette. I den nye kalkylen er kostnadene til brukerutstyr økt med 65 % (fra 20 MNOK til 33 MNOK netto inkl. administrasjon og mva.)

OTP og grunnundersøkelser

KSK påpekte at overordnet teknisk program (OTP) var overordnet og generelt. Det ble anbefalt å gjennomføre mer grunnundersøkelser for å trygge fundamenteringsmåten samt å angi mer presist hvilken teknisk standard som skal benyttes i videre prosjektering og bygging. Det vil bli gjort nye grunnundersøkelser før oppstart av forprosjektfasen. OTP er oppdatert, se vedlegg 6.

Fremdriftsplan, plan for gjennomføring

KSK stilte spørsmål ved om det var avsatt tilstrekkelig tid til forprosjektfasen og pekte på at plan for gjennomføring var lite konkret. Samlet gjennomføringstid og tid for ulike faser er avhengig av bl.a. entreprisform og produksjonsmåte, og disse er ikke endelig bestemt. Ny fremdriftsplan er utarbeidet av SBHF i samarbeid med eksterne konsulenter og SSHF. Denne vil bli bearbeidet i samarbeid med SBHF og HSØRHF i neste fase av prosjektet.

Skisseprosjekt

KSK påpekte noen svakheter/mangler ved det opprinnelige skisseprosjektet. Det er utarbeidet et nytt skisseprosjekt for det optimaliserte konseptet. Dette gir gode illustrasjoner for funksjonelle og bygningsmessige forhold, og tilstrekkelig grunnlag for kontrahering av rådgivere og oppstart av forprosjektfasen.

11.2 Revidert konseptutredning mai 2015

Etter styrets valg av konsept i desember 2014, ble det utarbeidet en egen konseptrapport med funksjonsprogram for ABUP. Styret for SSHF vedtok i møte 5.2.2015 at denne skulle legges til grunn i det videre arbeidet. Våren 2015 ble konseptutredningen for samlet PSA og ABUP bearbeidet.

SSHF oversendte 4.5.2015 revidert konseptmateriale til HSØRHF for videre oppfølging. Det samme materialet ble lagt frem for SSHFs styre i møte 21.5.2015. Byggets kapasitet var da 80 døgnplasser for PSA og 10 døgnplasser for ABUP. Nye eller reviderte dokumenter i denne leveransen var:

- Delfunksjonsprogram
- Romprogram
- Hovedprogram utstyr
- Overordnet teknisk program
- Skisseprosjekt
- Kalkyle og usikkerhetsanalyse
- Økonomisk bærekraft
- Driftsøkonomiske konsekvenser

11.2.1 Styrevedtak 21.5.2015

I forhold til konseptet som ble lagt til grunn av SSHFs styre i desember 2014, var det vesentlige endringer i det materialet som ble styrebehandlet i mai 2015:

- Samlet funksjonsareal var redusert med 49 kvm
- Bruttoarealet var økt med 1 832 kvm. Brutto-/nettofaktor var økt fra 1,76 til 2,01
- Forventet sluttsum var økt fra 742,2 til 884,3 MNOK
- Forventet ferdigstillelse var endret fra høsten 2018 til høsten 2019.

Kostnadene var altså betydelig økt og utfordret nå foretakets bæreevne. Styret understreket igjen viktigheten av nye lokaler for sykehuspsykiatrien i Kristiansand og uttalte at den reviderte konseptutredningen var et godt grunnlag for videre arbeid. Men styret vedtok nå en konkret økonomisk ramme for prosjektet ved at man ba om at det ble bearbeidet slik at psykiatribygget kan realiseres innenfor en sluttsum på 765 MNOK.

11.3 Rapport fra intern prosjektgruppe i HSØRHF og SSHF

Rapport datert 22.6.2015 (vedlegg 1) fra intern prosjektgruppe er et resultat av en prosess, der HSØRHF og SSHF i fellesskap har gått gjennom dokumentasjonen for konseptet for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Rapporten konkluderer med at det er riktig å planlegge å bygge 10 døgnplasser til barn og ungdom. Det var i konseptrapporten på det tidspunkt foreslått å bygge 80 døgnplasser for voksne i PSA Kristiansand, noe som ville gi total 118 døgnplasser for voksne i foretaket (Aust-Agder + Vest-Agder). Rapporten anbefaler at antallet døgnplasser for voksne vurderes på nytt. Begrunnelsen for dette er delvis at tallet 80 bygger på en forutsetning om omlegging fra døgn- til dagdrift i DPSene og delvis at SSHF p.t. bare hadde økonomi for å drifte ca 110 døgnplasser for voksne i sykehusavdelingen.

Det er i rapporten gitt følgende føringer for videre prosess:

«Gjennom vedtaket i styret i SSHF i sak 046-2015 er det satt en ramme på 765 MNOK. Dette innebærer behov for å optimalisere prosjektet, og ut fra vurderingene fra foreliggende gjennomgang anbefales det at dette gjøres med følgende prioritering:

- 1. Gjennomgang/reduksjoner i romstørrelser ut fra sammenlignbare prosjekter.*
- 2. Revurdering/reduksjoner av rombehov og kapasiteter innenfor gjeldende funksjoner i konseptet*
- 3. Revurdering av fysiske løsninger for å etablere bygg med lavere investerings- og driftskostnader*
- 4. Revurdering/reduksjoner av funksjoner*

I den videre prosessen anbefales det at Sykehusbygg HF blir engasjert, både med administrativ og faglig bistand. Dette bør gjøres allerede i revisjonen av konseptet.

I den videre prosessen må det, i tillegg til de behandlingsfaglige effektene, fokuseres på både byggets effekt på virksomhetens kostnader, byggets livsløpskostnader og byggets investeringskostnad.»

11.4 Bearbeiding av konsept i regi av Sykehusbygg HF

11.4.1 Mandat, ramme og organisering

Som en følge av ovennevnte rapport (kapittel 11.3), engasjerte SSHF høsten 2015 SBHF til å gjennomføre en bearbeiding og optimalisering av konsept for Nybygg psykisk helse SSK.

Optimalisering av konseptet og bearbeiding av konseptrapport er utført med ressurser fra SBHF, deltakelse fra SSHF samt rådgivergruppen ledet av WSP. Det er gjennomført arbeidsmøter med ledere i PSA og ABUP, i tillegg til brukermøter med deltakelse fra ansatte i henholdsvis PSA og ABUP. Det er videre gjennomført møte med Kristiansand kommune hvor nye krav til prosjektet i områderegeringsplanen er gjennomgått.

Mandat og oppdrag til SBHF har vært å levere en revidert konseptrapport innen økonomisk ramme samt føringer i KSK rapport 8.12.2014 og intern rapport fra 22.6.2015. For å få dette til er det gitt aksept for at en i det videre arbeid kan redusere antall døgnplasser for voksne med inntil 10 stk, altså minimum 70 døgnplasser for PSA og 10 plasser for ABUP. For arbeidet ble det lagt til grunn at rammen på 765 MNOK skulle forstås som P₅₀ verdi fra usikkerhetsanalysen, prisnivå mars 2015, uten prisstignings- og finansieringskostnad. Det ble også lagt til grunn at styrevedtaket om økonomisk ramme overstyrer tidligere vedtak om kapasitet på 80 + 10 døgnplasser.

11.4.2 Styrevedtak SSHF 19.11.2015

Etter at SBHF ble engasjert som prosjektleder og programrådgiver, ble konseptet videre bearbeidet høsten 2015 og lagt frem for SSHFs styre 19.11.2015. Areal og kostnader var nå vesentlig redusert. Kapasiteten for PSA var også redusert fra 80 til 70 døgnplasser. Styret aksepterte revidert romprogram med nettoareal på 6 480 kvm og opprettholdt kostnadsrammen på 765 MNOK. Styret ba også om at romprogram og arkitekttegninger bearbejdes videre før en endelig konseptrapport legges frem for styrebehandling.

11.4.3 Optimalisering av det valgte konseptet

Proessen med å optimalisere prosjektet har tatt utgangspunkt i rapport fra intern prosjektgruppe i HSØRHF og SSHF, datert 22.6.2015, se kapittel 11.3. Gjennomgangen er utført i et tett samarbeid mellom SBHF og SSHF i det følgende beskrives de endringer av funksjon og areal som er foretatt.

11.4.3.1 Gjennomgang av romstørrelser ut fra sammenlignbare prosjekter

Rapporten fra HSØRHF ble det påpekt at det var arealmessige forskjeller mellom Nytt Østfoldsykehus (NØS) og Nybygg psykisk helse (SSHF). Spesielt gjaldt dette sengerom og skjermingsenheter. Mens de generelle sengerommene ved NØS er bygget 13 kvm, var sengerommene ved SSHF i det opprinnelige skisseprosjektet programmert til 16 kvm. Skjermingsenhetene ved NØS er bygget 35 kvm, mens enhetene ved SSHF ble oppgitt å være på 60 kvm, noe som også inkluderte et behandlingsrom med mulighet for beltelegging.

Fagmiljøet var opprinnelig noe tilbakeholden med å redusere areal til sengerom, da det har vært viktig i forhold til nærhet/avstandsforhold mellom pasient og behandler. For PSA har det vært viktig i forhold til pasienter som er innlagt over lang tid, mens for ABUP har det vært viktig i forhold til overnatting for pårørende. Dette blir allikevel ivaretatt med en reduksjon i sengeromsareal. Det ble utført en ny studie av sengerom og bad som viste at kvalitet og funksjonalitet til sengerommet kan opprettholdes, selv ved å redusere arealet fra 16 kvm til 14 kvm. Ved å øke bredden og redusere dybden er rommet blitt noe mer kvadratisk, noe som anses å være en fordel. En sammenligning med andre psykiatribyggprosjekter viser at 14 kvm er tilsvarende arealstandarden for sengerom for blant annet Nytt akuttbygg ved Østmarka og Psykiatrisykehus Slagelse i Danmark.

Dusj/WC tilhørende sengerommene reduseres i revidert skisseprosjekt fra 5 kvm til 3,5 kvm for 8 av døgnetens 11 sengerom. Det er gått bort ifra at alle sengerommene skulle ha universell utforming. Universell utforming beholdes for skjermingsenhetene. Dette betyr at nær 30 % av badene vil få en universell utforming.

Skjermingsenhetene er redusert i areal fra 60 kvm til 37,5 kvm. Arealreduksjonen skyldes blant annet at et behandlingsrom/belterom er tatt ut av programmet. Det planlegges nå for at tiltak som beltelegging skal kunne utføres både på sengerom og i skjermingsenhet.

Oppholdsrom for pasienter er redusert fra 60 kvm til 50 kvm, og fordelt på de to funksjonene «Spiserom» og «TV-stue».

Arealstandard for kontor til kliniske funksjoner og administrasjon er vurdert på nytt. Det er valgt å opprettholde en standard på 12 kvm, begrunnet i at antall personer tilstede samtidig kan være tre til fire personer. Kontor skal benyttes som en kombinasjon av konsultasjonsrom og kontor for behandler. En arealstandard på 12 kvm vurderes å gi bedre fleksibilitet for framtidig endring og bruk.

På bakgrunn av en ny vurdering av samlet areal til lagerfunksjoner i døgnetene, er det blitt redusert med 12 kvm.

Tabellen under viser endringer i arealstandard for sengerom, skjermingsenhet, oppholdsrom, behandlerkontor og klinisk kontor.

Tabell 34: Endring i arealstandard

Funksjon	SSHF	SSHF	NØS	NØS	Kommentar
	Skisseprosjekt	Rev. Skisseprosjekt	Programmert	Bygget	
Sengerom	16 m ²	14 m ²	12 m ²	13 m ²	NØS 14 m ² HC, 1 pr område
Skjermingsenhet	60 m ²	37,5 m ²	40 m ²	35 m ²	Sengerom + oppholdsrom + WCHC
Oppholdsrom	60 m ²	50 m ²	80 m ²	72 m ²	Ekskl. kjøkken
Behandlerkontor	12 m ²	12 m ²	8 m ²		
Klinisk kontor			12 m ²		

11.4.3.2 *Revurdering av rombehov og kapasiteter*

Hovedgrepet for å kunne opprettholde konseptet innenfor en betydelig redusert kostnadsramme har vært å redusere areal gjennom reduksjon av kapasitet. Antall døgnplasser for PSA er redusert med 10 plasser, fra 80 til 70. En reduksjon av 10 døgnplasser tilsvarer en døgnenhet med en skjermingsenhet og tilhørende støtteareal. Å redusere antall døgnenheter for PSA og ABUP fra totalt 9 til 8 gjør det mulig å få plass i to bygningsmoduler á 40 døgnplasser.

Totalt reduseres antall skjermingsenheter fra 10 til 8 enheter. Reduksjonen er i samsvar med reduksjon av 10 døgnplasser, samt en forutsetning om sambruk av skjermingsenheter mellom PSA og ABUP siden ABUP opprinnelig var planlagt med 2 egne skjermingsenheter. Det ligger to skjermingsenheter i hver i etasje i hver bygningsmodul. Disse kan brukes fleksibelt mellom to enheter.

Det var opprinnelig programmert 50 kliniske kontorer for PSA. I dimensjonering av framtidig kontorbehov var det tatt høyde for evt. senere utvidelse av antall døgnenheter og sengerom. Begrunnelsen for dette var at alle kontorer er lokalisert til «basen» i U1, og at en senere økning av antall sengerom ville ble gjennomført ved å bygge en ny modul over «basen». Et økt kontorbehov ved en framtidig utvidelse av antall døgnenheter kan imidlertid ivaretas ved en utvidelse/forlengelse av eksisterende base under en ny 2-etasjes modulenhet for sengerom. Antallet kliniske kontorer for PSA reduseres derfor fra 50 til 40, mens administrative kontorer reduseres fra 15 til 12. Antallet kontorer for klinisk konsultasjon ABUP reduseres fra 6 til 4 etter en revurdering av behov.

Det var opprinnelig programmert to overnattingsrom for ansatte i vaktfunksjon ved PSA. Ny gjennomgang tilsier at PSA kun har behov for ett av de to opprinnelige overnattingsrommene.

Den samlede møteromskapasitet vurderes av fagmiljøet å være noe lavt, og det må derfor planlegges for større grad av sambruk av møterom.

I opprinnelig romprogram var det kun programsatt ett aktivitetsrom tilhørende ABUP. Etter en ny vurdering er det fremkommet et behov for å avsette areal til aktivitetsrom også innenfor døgnenhetene i PSA. Som ledd i behandlingen ansees det som viktig at pasienter kan tilbys ulike hverdagsaktiviteter også innenfor døgnenhetene. Mange aktiviteter vil kreve annen tilrettelegging enn det et oppholdsrom/TV-stue kan gi. Det er med den begrunnelse programmert et aktivitetsrom på 20 kvm per døgnenhet i tillegg til oppholdsrom/TV-stue.

Det er videre programmert et besøksrom (20 kvm) for voksne som får besøk av sine barn, og et overnattingsrom med tilhørende bad for pårørende som har behov for å overnatte nær sitt barn, men ikke inne på pasientrommet. Dette er plassert i basen.

I tillegg til å beregne kapasitetsbehovet ut fra befolkningsframskriving og faglige vurderinger av utvikling av behandlingstilbudene, er prosjektet Nybygg psykisk helse SSK blitt sammenlignet med andre nyere prosjekter bl.a. Tønsbergprosjektet (Sykehuset i Vestfold), Sykehuset i Levanger, Østmarka (St. Olavs Hospital), Slagelse i Danmark og Nytt Østfoldsykehus. Variasjoner i prosjektforutsetninger og historikk gjør slik sammenligning krevende. Det antas at sammenligning med det nye sykehuset i Østfold er mest relevant.

Tabell 35 viser at SSHF samlet får den samme kapasiteten for døgnplasser i sykehusavdelingene i forhold til innbyggertallet (fremskrevet til 2020) som Sykehuset Østfold HF. Hvis tekniske senger regnes med, får SSHF noe mindre kapasitet enn SØHF. I Nybygg psykisk helse SSK legges det til rette for fleksibel bruk av det totale antall døgnplasser, og bygget kan utvides hvis det blir behov for det i fremtiden.

Tabell 35: Sammenligning av antall døgnplasser for psykiatri i sykehusavdelingene i Sykehuset Østfold og i Sørlandet sykehus etter realisering av Nybygg psykisk helse SSK.

	SSHF		SØHF	
Befolkningsgrunnlag, fremskrevet	320 096 (2020) / 358 822 (2030)		300 000 (2020)	
Areal – nybygg / totalt	12 892 / 18 032 kvm		13 630 / ca. 17 750 kvm	
Kapasitet	Kristiansand	Arendal	Kalnes	Åsebråten
Døgnplasser voksne Inkl. sikkerhetsplasser	70		96	
Døgnplasser voksne (videreføres)		38		
Døgnplasser barn/unge	10		10	5
Totalkapasitet voksne og barn/unge	118		111	
<u>Tekniske senger</u>				
Ubenyttet/omfordelt kapasitet				5
Skjermingsplasser	8		12	
Kapasitet inkludert tekniske senger	126		128	

11.4.3.3 Revurdering av fysiske løsninger for å etablere bygg med lavere investerings- og driftskostnader

Reduksjon av en sengeenhet i PSA frigjør areal slik at ABUP og en enhet fra PSA kan samlokaliseres på en etasje. Dette medfører at tidligere en etasjes bygg A med base er tatt ut av prosjektet. Driftskonsept på minimum 10 senger understrekes av SSHF og beholdes. Fortetting av areal med redusert utkraging uten endring av konsept, vurderes positivt med hensyn til kompleksitet i konstruksjonen. Fjerning av bygg med tilhørende base gir en vesentlig mer kompakt løsning og mindre fotavtrykk og utgraving.

Begge moduler ligger nå på bakken på vestsida (mot Baneheia) noe som vurderes som en mindre kompleks løsning.

Kvaliteten i bygget er opprettholdt, inklusive løsning med passivhus. Det er ikke gjort vesentlige endringer mht. driftskostnader.

11.4.3.4 Revurdering av funksjoner

Alle døgnenhetene har en generell utforming. Det er valgt et driftskonsept på 11 sengerom pr døgnenhet (inkludert én skjermingsenhet). For å oppnå en kostnadseffektiv drift er to døgnenheter samlokalisert med felles bruk av støtteareal som undersøkelsesrom, kjøkken, lagerfunksjoner, desinfeksjonsrom, vaskerom, miljøstasjon, kopirom og garderobe. Det er altså totalt 22 sengerom per etasje, fordelt på to døgnenheter. Det generelle konseptet gjelder også ABUP, med unntak av et oppholdsrom for pårørende (20 kvm) som har et nærhetsbehov til døgnenheten.

Det er vurdert å endre konseptet ved å øke døgnenhetene til 12 eller 13 sengerom per døgnenhet. Dette vil innebære at antall døgnenheter reduseres fra 7 til 6 innenfor PSA. En slik konseptuell endring er lite ønskelig fra fagmiljøet da dette vil medføre et mindre differensiert behandlingstilbud. PSA skal levere et spesialisert tilbud innen psykisk helsevern og det er ønskelig å ha mulighet til å skape så mange differensierte tilbud som mulig. Bygningsmessig er imidlertid dette løsbart ved å utvide bygg A og B. ABUP ville i så fall bli alene i en modul på en etasje, tilsvarende løsningen i opprinnelig skisseprosjekt. Med en slik løsning mister man lik etasjeutforming (generalitet) og begrenser mulighetene for samhandling mellom PSA og ABUP.

Etter ny vurdering i fagmiljøet er det besluttet å la ECT funksjonen med areal utgå (56 kvm netto) under forutsetning om at ECT-behandling ivaretas i den somatiske delen av sykehuset på Eg. Det vil være mer

hensiktsmessig å ha denne funksjonen i hovedbygget for somatikk, da det er kostbart og vanskelig å drifte i forhold til tilgang på anestesi etc.

Kantinefunksjon med garderobe og kjøkken utgår, og erstattes med en kafésone/møteplass med et tilhørende mindre kjøkken. Kantinen var opprinnelig planlagt i tilknytning til et auditorium som ble tatt ut av programmet i mars 2015. Uten et auditorium med mulighet for å arrangere større konferanser, ser man ikke behovet for en egen kantine i bygget. Arealmessig utgjør reduksjonen av areal til kantine ca. 40 kvm.

Funksjonen med egne rom for spesialseng til beltelegging er tatt ut av programmet. Bakgrunnen er at fagmiljøet planlegger for å kunne utføre tiltak som beltelegging på sengerom eller i skjermingsenhetene. Rommet er erstattet med et lagerrom for beltesenger som er transportable.

Tabell 36: Samlet netto arealreduksjon

	Delfunksjoner	Bruttoareal	Nettoareal	Avvik SPR- Rev. SPR	Brutto/netto faktor	Døgnplasser PSA	Døgnplasser ABUP	Skjermings- enheter
Skisseprosjekt 27.3.15		15 322	7 602		2,01	80	10	10
	<i>Døgnenheter</i>		4 699					
	<i>Akuttinntak</i>		103					
	<i>Poliklinikk og kliniske kontorfunksjoner</i>		937					
	<i>Ikke medisinske servicefunksjoner</i>		370					
	<i>Administrative kontorfunksjoner + undervisning</i>		493					
	<i>Vestibyle og pasientservice</i>		1 000					
Rev. Skisseprosjekt 18.03.16		12 495	6 480	-1 122	1,93	70	10	8
	<i>Døgnenheter</i>		3 804	-895				
	<i>Akuttinntak</i>		103	-				
	<i>Poliklinikk og kliniske kontorfunksjoner</i>		785	-152				
	<i>Ikke medisinske servicefunksjoner</i>		370	-				
	<i>Administrative kontorfunksjoner + undervisning</i>		542	49				
	<i>Vestibyle og pasientservice</i>		876	-124				

Bearbeiding av skisseprosjektet har samlet medført en reduksjon av netto programareal på 1.122 kvm. Tabellen oppsummerer endring i areal og kapasitet fra Skisseprosjekt, datert 27.3.2015 til Revidert skisseprosjekt, datert 18.3.2016.

Tabellen viser at reduksjonen primært er foretatt gjennom å redusere kapasiteten med 10 døgnplasser og 2 skjermingsenheter. Det er også redusert noe areal ved å ta ut ECT-funksjonen og areal til kantine, samt redusere antall kontorer.

Det vises til Romprogram (vedlegg 3) for detaljer.

11.5 Oppsummering og anbefaling av optimalisert konsept

Etter at styret for SSHF valgte konsept for «Nybygg psykisk helse SSK» i desember 2014 (og stadfestet dette i mai 2015), er konseptet optimalisert på bakgrunn av ekstern kvalitetssikring (KSK), gjennomgang i regi av HSØRHF, samt prosjektets økonomiske ramme.

De vesentligste endringene fra opprinnelig konsept er:

- Reduksjon av antall døgnplasser for PSA fra 80 til 70.
- Reduksjon av areal og forenkling av bygget, og derved reduksjon av investeringskostnader.

I det opprinnelige konseptet var kapasitetsbehovet for PSA i Kristiansand beregnet til 80 døgnplasser i 2030. I dette tallet var det tatt høyde for overføring av noen døgnplasser fra DPS til PSA ved fremtidig omgjøring fra døgntilbud til dagtilbud i DPSene. Det var også forutsatt en betydelig omlegging/effektivisering av driften i PSA. Reduksjonen fra 80 til 70 døgnplasser er hovedsakelig økonomisk begrunnet. Reduksjonen forutsetter at DPS beholder døgnplasser og at PSA omstiller virksomheten for å motvirke effekten av befolkningsøkning. I dag har PSA ressurser til å drifte 70 døgnplasser i Kristiansand.

En reduksjon til 70 døgnplasser for voksne vil medføre at det nye bygget ikke bidrar i samme grad til en fleksibilitet i den videre utvikling av tjenestetilbudet. Reduksjon av døgnplasser i DPS er et uttrykk for en ønsket utviklingsretning i Utviklingsplan 2030. Full nedskalering av døgnbehandling i DPS betinger tilstrekkelig kapasitet i PSA, og det vil være mindre realistisk å avvike alle døgnplasser i DPS med denne justerte kapasiteten i PSA. I følge ny nasjonal helse- og sykehusplan skal det være akutt plasser for døgninnleggelse på DPS-nivå. Dette endrer noe av forutsetningene i den «spissede» målsetningen om fullstendig avvikling av døgnplassene i DPS. SSHF mener fremdeles at modellen med samling av døgnbehandling i PSA er god, men registrerer og tar til etterretning de sentrale helsepolitiske føringene. Konseptet tar derfor høyde for det.

Det er noe usikkerhet om 70 døgnplasser i PSA i Kristiansand og 10 plasser for ABUP er tilstrekkelig i årene fremover. Når det nå forutsettes at DPSer skal ha døgnplasser, vil disse være en buffer i forhold til usikkerheten om PSAs kapasitet. I tillegg er det en forutsetning for selve bygningskonseptet at det gir en mulighet for å utvide kapasiteten i fremtiden ved å legge til nye moduler dersom situasjonen krever det. Dette gjelder i lengden av bygget, men ikke i høyden. En evt. kapasitetsøkning må løses gjennom en behovstilpasset organisasjonsutvikling med allokering av døgnplasser i nybygget.

Samlet sett vurderes 70 døgnplasser i Kristiansand å tilfredsstillende PSAs fremtidige kapasitetsbehov og være i tråd med Utviklingsplan 2030. Reduksjonen i antall døgnplasser vurderes dermed heller ikke å ha noen konsekvens for analysen og sammenlikning av alternativer i tidligere kapitler. Rangeringen av de beskrevne alternativ er uendret etter kapasitetsreduksjonen. Det valgte konseptet fremstår også etter optimalisering som det beste alternativet.

I tillegg til at disse endringene reduserer areal og derved investeringsbehovet, medfører det også at ABUP sine døgnplasser kan integreres i hovedbygningsskroppen. Det gir økt mulighet for utnyttelse av fellesfunksjoner og ressurser.

Anbefaling

- I en samlet vurdering fremstår virksomhetsmodell B realisert i byggalternativ 2 med ABUP som det mest fordelaktige konseptet også etter optimalisering, dvs. PSAs døgnplasser delt mellom Arendal og Kristiansand og ABUPs døgnplasser samlokalisert med PSAs døgnenheter.
- Som en bygningsmessig løsning på denne virksomhetsmodellen, anbefales et nybygg med 70 døgnplasser for PSA og 10 døgnplasser for ABUP Ungdomsklinikken plassert på sørsiden av det somatiske sykehuset i Kristiansand.

Nøkkeltall for det anbefalte alternativet er oppsummert i tabellen under for de ulike versjonene av konseptrapporten.

Tabell 37: Oppsummering av det valgte konseptet

	Alt 2 m ABUP nov 2014	Alt 2 m ABUP april 2015	Alt 2 m ABUP mars 2016
Døgnplasser Nybygg SSK PSA + ABUP	80 + 10	80 + 10	70 + 10
Videreførte døgnplasser Arendal PSA (ekskl. ABUP)	40	40	40
Døgnplasser totalt SSHF PSA + ABUP	120 + 10	120 + 10	110 + 10
Nettoareal nybygg kvm	7 651	7 602	6 480
Bruttoareal nybygg kvm	13 470	15 302	12 495
Brutto/nettofaktor	1,76	2,01	1,93
Bruttoareal videreføres Arendal (ekskl. ABUP)	5 140	5 140	5 140
Bruttoareal totalt Nybygg + Arendal	18 610	20 442	17 635
P ₅₀	687,4 MNOK* ¹	812,1 MNOK* ²	761,2 MNOK* ³
Forventningsverdi	690,7 MNOK* ¹	814,0 MNOK* ²	762,6 MNOK* ³

*¹) prisenivå oktober 2014 uten prisstigning og finansieringskostnad. Inkl. brukerutstyr og reserve

*²) prisenivå mars 2015 uten prisstigning og finansieringskostnad. Inkl. brukerutstyr og reserve

*³) prisenivå mars 2015 uten prisstigning og finansieringskostnad. Inkl. brukerutstyr og reserve

Optimalisert konsept er beskrevet i nytt skisseprosjekt og består av 2 moduler med døgnenheter over en felles base (vedlegg 4). Skisseprosjektet viser at dette nybygget senere kan utvides, for eksempel til 120 døgnplasser ved å forlenge basen mot nord og bygge en ny 2 etasjers sengemodul med 40 døgnplasser oppå denne.



Figur 25: Nytt skisseprosjekt 18.3.2016

11.6 Kostnadsberegning for optimalisert konsept

Optimalisering av prosjektet med reduksjon av nettoareal har gitt en lavere investeringskostnad. Det er imidlertid kommet inn nye kostnadselementer som følge av områdereguleringsplanen for Eg, hvor det blant annet stilles krav om oppgradering av "Kjærlighetsstien" mot Baneheia til beredskapsvei.

Kalkylen er oppdatert med nødvendige parkeringsplasser for den kliniske driften som ikke lå inne i den tidligere kalkylen. Det er også utført en mer grundig studie for behovet og kvalitet av uteområder for pasienter samt innvendig belysning tilpasset funksjonen. Midler til dette er lagt til i ny kalkyle.

Usikkerhetsanalyse av kalkylen ble gjennomført 11.3.2016 (vedlegg 9). I tabellen under vises overordnede resultater med prisnivå både for mars 2015 og mars 2016:

Tabell 38: Overordnet resultater med prisnivå mars 2015 og mars 2016

Estimatets nøkkeltall	MNOK (prisnivå mars 2015)	MNOK (prisnivå mars 2016)
P ₁₀	681,3	694,0
Grunnkalkyle (P ₁₉)/(P ₂₁)	705,6	723,0
P ₃₅	736,0	750,6
P₅₀	761,2	776,1
Forventningsverdi	762,6	777,6
P ₈₅	830,1	847,2
Prosjektreserver totalt	57,0	54,6
Avsetning for usikkerhet	67,5	69,6
Std.avvik (MNOK / %)	64,3 / 65,5	8,4 %

Prisstigning er beregnet med faktorer som vist i tabellen under.

Tabell 39: Faktorer for beregning av prisstigning mars 2015 -> mars 2016

Fag/konto		Prisstigning mars 2015 -> mars 2016
2	Bygning	1,81 %. Benyttet SSB-indeks «Tømring og snekring i alt» fra mars 2015 til januar 2016+vurdert økning februar-mars 2016.
3	VVS	4,98 %. Benyttet SSB-indeks «Rørleggerarbeid i alt» fra mars 2015 til januar 2016+vurdert økning februar-mars 2016.
4	Elkraft	4,92 %. Benyttet SSB-indeks «Elektrikerarbeid i alt» fra mars 2015 til januar 2016+vurdert økning februar-mars 2016.
5	Tele og automatisering	
6	Andre Installasjoner	4,94 %. Benyttet gjennomsnitt av ovenstående beregninger for kto 3 og 4
7	Utendørs	1,81 %. Samme som kto 2
8	Generelle kostnader	For kto 8 og 91:
91	Løst inventar og utstyr	2,00 % Skjønnsmessig vurdert.

For resterende konti er prisstigning ivaretatt ved at disse er basert på % - baserte andeler av kostnader i ovenstående konti.

11.7 Økonomisk bærekraft for optimalisert konsept

Oppdaterte beregninger av økonomisk bærekraft basert på reviderte investeringsoverslag vises i vedlegg 10. Det er kun endringer og fornyede beregninger for alternativ 2 m ABUP som er beskrevet. De driftsøkonomiske konsekvensene er vurdert på nytt per mars 2016 og er beskrevet i vedlegg 8 - Driftsøkonomiske konsekvenser. I tillegg er prosjektet planmessig forskjøvet to år. Det er ikke korrigert for dette, slik at prosjektene er sammenlignbare over prosjektalternativenes estimerte levetid.

Investeringsbehovet per mars 2016 er basert på styrets behandling i november 2015 om at psykiatribygget skal kunne realiseres innen en sluttsum på 765 MNOK og at dette vil bli lagt til grunn ved videre arbeid i konseptfaseutredningen. Investeringsbehovet oppdatert per mars 2016 (MNOK 765) er lavere enn april 2015 (MNOK 838) og høyere enn per november 2014 (MNOK 705).

Alternativ 2 m ABUP vil kreve egenfinansiering (dagens krav er 30 %) og betydelige låneopptak. Egenfinansieringsbehovet vil være 230 MNOK. Dagens tilgjengelige egenfinansiering per 31.12.15 er ca. 190 MNOK. Investeringene forutsetter en oppsparing av egenfinansiering frem til forventet byggestart i 2017/2018 på 40 MNOK. Gitt et forventet bidrag på 40 MNOK per år fra drift i KPH vil det være opparbeidet nødvendig egenfinansiering før forventet byggestart.

Det er i bærekraftsanalysen benyttet tre forskjellige kalkulasjonsrenter. De to første er basert på daglige noteringer i statsobligasjoner, mens den siste er basert på Finansdepartementet sitt rundskriv "Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomisk analyser mv." Kalkulasjonsrenten som angis av Finansdepartementet er datert 30.4.2014. Rentenivået og kapitalkostnadene har gått ned i ettertid, som indikert med en betydelig nedgang i de daglige noteringene for 10-årige statsobligasjoner. Vi har derfor i samråd med SSHF valgt å vise dette med 3 ulike rentenivå.

Tabell 40: Kalkulasjonsrente i bærekraftsanalyse

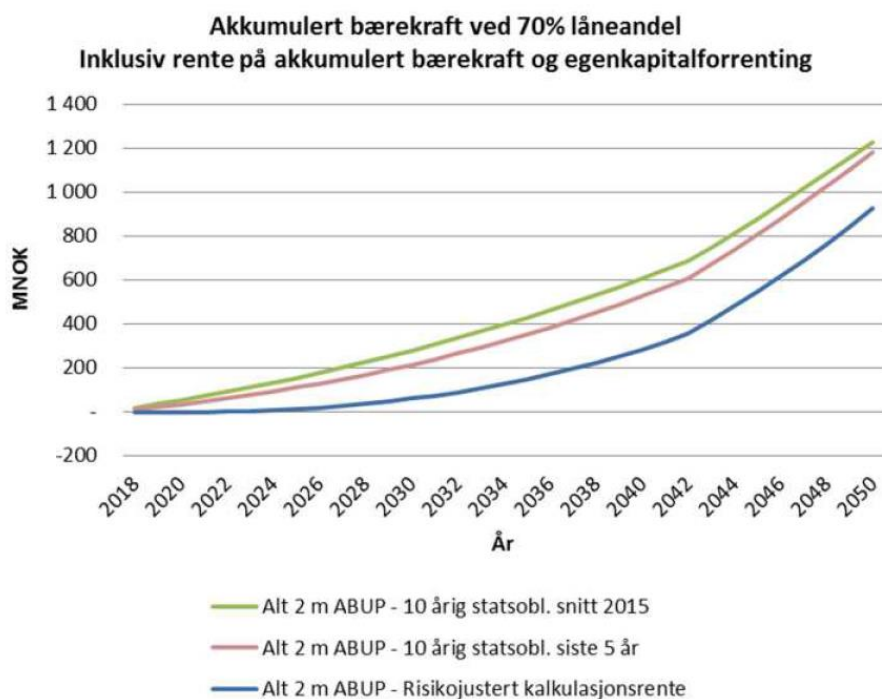
Kalkulasjonsrente benyttet i bærekraftsanalyse	
10-årige statsobligasjoner, gjennomsnitt for 2015 ⁴	1,57 %
10-årig statsobligasjoner, gjennomsnitt siste 5 år	2,38 %
Risikojustert kalkulasjonsrente for statlige foretak ⁵	4,00 %

11.7.1 Beregning av økonomisk bærekraft

Investeringer av denne størrelse skal i henhold til retningslinjer innen HSØ finansieres som serielån og prosjektets bærekraft skal beregnes. Bærekraften for alternativ 2 m ABUP er illustrert i Figur 25. Beregnede besparelser fra vedlegg 8 - Driftsøkonomiske konsekvenser bidrar til å dekke den finansieringskostnad, avdrag og egenkapitalforrentning som følger av investering i det enkelte alternativ sammen med årlig resultatbidrag på 40 MNOK. Grunnlaget for modellen og metoden er beskrevet i vedlegg 10.

Reviderte tegninger og underlag medfører en reduksjon i areal fra 13 470 kvm i november 2014 til 12 495 kvm i mars 2016 (nedgang på 4 %). Brutto/netto faktor har samtidig gått fra 1,76 i november 2014 til 1,93 i mars 2016. De driftsøkonomiske konsekvensene er oppdatert og for 5 av driverne er besparelsene justert. Dette svekker de årlige beregnede driftsbesparelsene med 0,5 MNOK sammenlignet med november 2014.

Den økonomiske bærekraften er betydelig for alle tre kalkulasjonsrenter. Ved bruk av risikojustert kalkulasjonsrente på 4 % er bærekraften rundt null de første årene for deretter å stige.

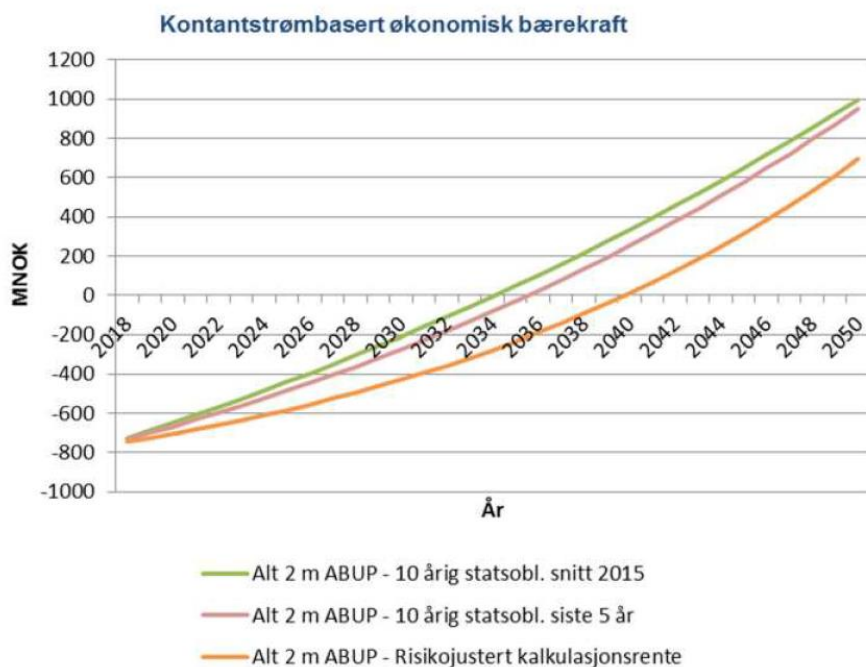


Figur 26: Økonomisk bærekraft

Alternativ 2 m ABUP har et positivt bidrag til bærekraft siden dagens drift og de ytterligere besparelsene er høyere enn kapitalkostnadene for investeringen. Den akkumulerte positive effekten er mellom 925 MNOK og 1 227 MNOK avhengig av kalkulasjonsrente.

11.7.2 Kontantbasert økonomisk bærekraft

Den kontantstrømbaserte økonomiske bærekraften for alternativ 2 m ABUP er vist i figur 27 for de ulike kalkulasjonsrentene. Skjæringspunktet for positiv akkumulert kontantstrøm er i driftsår 16 ved kalkulasjonsrente lik 10-årig statsobligasjon. Tilsvarende skjæringspunkteter for henholdsvis 10-årig statsobligasjon siste 5 år og risikojustert kalkulasjonsrente er driftsår 18 og 22.



Figur 27: Kontantstrømbasert økonomisk bærekraft

Ved en annuitetsberegning per mars 2016 er prosjektets årlige netto bidrag mellom 0,5 MNOK og 12,3 MNOK avhengig av valgt kalkulasjonsrente.

Annuitetsberegning tar ikke høyde for inflasjon i driftsperioden. Inflasjon vil medføre en nominelt tiltagende betalingsevne gjennom prosjektets levetid som gir en tilsvarende tiltagende økonomisk bærekraft. Den reelle økonomiske bæreevnen i prosjektets levetid vil således være høyere enn det annuitetsberegningen viser.

Tabell 41: Annuitetsberegnet finansieringsbehov

Annuitetsberegning av økonomisk bærekraft 2015-kr	10-årig statsobl. snitt 2015 (MNOK)	10-årig statsobl. siste 5 år (MNOK)	Risikojustert kalkulasjonsrente (MNOK)
SUM INVESTERINGSBEHOV	765	765	765
Annuitetskostnad 25 år, ulike rentnivå	37,2	40,9	49,0
Anslått bidrag til bærekraft gjennom vurdering av alternativene ¹²	18,7	18,7	18,7
Korreksjon forventet kostnadsøkning alternativ 0 for lik kvalitet (D5) ¹³	-9,2	-9,2	-9,2
Bidrag til bærekraft fra drift KPH ¹⁴	40,0	40,0	40,0
Prosjektets nettobidrag / ytterligere finansieringsbehov	12,3	8,6	0,5

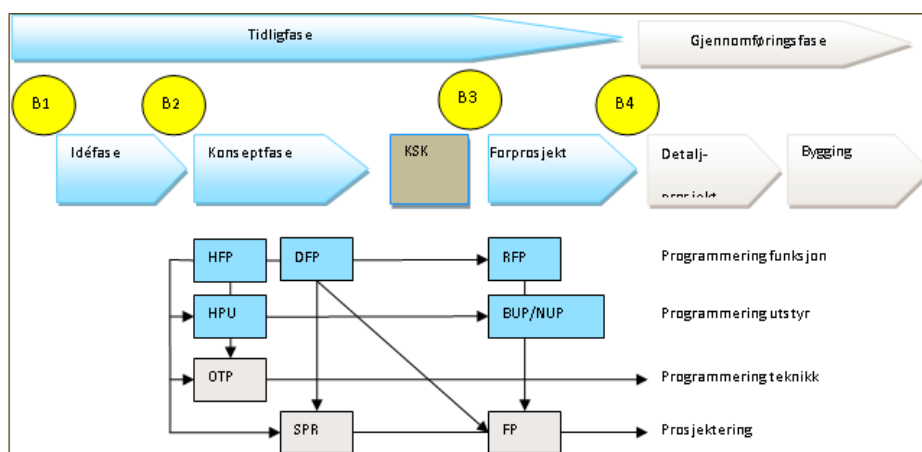
Del V: Plan for det videre arbeidet

12 Plan for forprosjektfasen – nytt kapittel revisjon 2016

Kapittel 12 omfatter en plan for gjennomføring av forprosjektfasen inkludert mål, organisering, kontraheringsstrategi, styring og kvalitetssikring.

12.1 Tidligfaseplanlegging

Plan for videre arbeid med Nybygg psykisk helse SSK tar utgangspunkt i tidligfaseveilederen⁴⁵ hvor sammenhengen mellom de ulike prosjektfasene er illustrert med nedenstående figur.



Figur 28: Hovedelementer i et samlet prosjekforløp (fra Helsedirektoratets veileder IS-1369, Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter.)

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

Forprosjektfasen omfatter:

- Vurdering og valg av gjennomføringsmodell og entreprisemodell
- Gjennomgang og eventuelt oppdatering av grunnlaget fra konseptfasen
- Medvirkningsprosesser med brukere og driftsorganisasjonen
- Romfunksjonsprogram (RFP)
- Tegninger på romnivå med lokalisering
- Detaljering av bygningsmessige og tekniske løsninger
- Detaljering av projektkostnader og levetidskostnader for bygget
- Kostnadsramme, usikkerhetsanalyse og finansieringsplaner for bygging
- Plan for gjennomføring frem til ibruktaking
- Brutto (BUP) og netto utstyrsprogram (NUP)

⁴⁵ Utgave IS-1369, 12 /2011.

12.2 Mål og forutsetninger

Målet for forprosjektfasen er å videreutvikle prosjektet frem til et komplett grunnlag for beslutning om gjennomføring. Forprosjektet skal bygge på godkjent konseptrapport og gjennomføres innenfor de rammer som gis av styret for SSHF og HSØRHF, innenfor godkjent kostnadsramme og tidsplan med lavest mulig levetidskostnader for bygget. Forprosjektet skal identifisere og behandle prosjektets utfordringer og muligheter slik at usikkerheten reduseres.

HSØs eiendomsstrategi og miljømål (bl.a. ÅpenBIM, Grønt sykehus Prosjektrapport II) skal ivaretas i prosjektering og bygging.

Gjennom forprosjektet skal prosjektet utvikles slik at det blir et gjennomarbeidet og komplett grunnlag for detaljprosjektering for:

- Funksjonelle og tekniske løsninger
- Budsjett og investeringsanalyser
- Studier av levetids- og driftskostnader for bygget.
- Økonomiske bærekraftsanalyser
- Entreprisemodell og fremdriftsplanlegging

12.3 Suksessfaktorer

For at forprosjektarbeidet for Nybygg psykisk helse SSK skal kunne gjennomføres med et best mulig resultat innenfor en optimal tidsramme er det viktig at følgende forhold er på plass:

- Ved oppstart av forprosjektarbeidet avholdes et oppstartsseminar med deltagelse fra alle aktører hvor gitte føringer gjennomgås.
- Styringsgruppe med nødvendig mandat og instruks er oppnevnt, og det er avklart hvilke saker som skal behandles av denne og hvordan videre rapportering skal skje til styret i SSHF.
- Prosjektledelsen utvides med egen prosjektleder for prosjektering og som har god kompetanse og erfaring fra sykehusplanlegging.
- Prosjekteringsgruppen organiseres slik at den kan gi optimale råd med hensyn til materialvalg og tekniske løsninger hvor også levetids- og driftskostnader vektlegges. Dette er bl.a. avhengig av entreprisemodell.
- Det gjennomføres en detaljert gjennomgang av programmet for utstyrsinnkjøp.
- Det opprettholdes en god intern prosess fra konseptfasen som sikrer involvering og medvirkning fra de ansatte og brukere.
- HMS-mål og miljømål synliggjøres og vektlegges i hele prosessen.
- Det opprettholdes god samhandling med den kliniske ledelse og ansatte i PSA og ABUP, i avklaringer som har betydning for forprosjektarbeidet.
- Det gjennomføres særskilte risikostudier av kritiske elementer i prosjektet.

En sammenhengende planprosess vil alltid være til fordel ved gjennomføring av prosjekt. Dersom det oppstår stillstand i prosjektet ved overgang mellom de ulike fasene vil dette medføre demobilisering, gjenopstarts-kostnader og fare for å miste kompetanse.

12.4 Gjennomføringsmodell

12.4.1 Kontraksstrategi

Valg av kontraks strategi for arkitekt og rådgivertjenester fra og med forprosjektfasen vurderes i forbindelse med anskaffelse av disse tjenester våren 2016 før oppstart av forprosjekt. Det anbefales en modell etter medgått tid styrt etter avtalte timepriser og budsjetttrammer, for å gi fleksibilitet i gjennomføringen. For valg av tildelingskriteria anbefales en kombinasjon av kostnad/pris, nøkkelpersonells kompetanse og erfaring med bygg for psykisk helse samt sin forståelse av oppgaven og organisering

Valg av kontraksstrategi for utførelse/entrepriser avklares i forprosjektfasen. Det kan velges flere former for entreprisemodeller, enten full totalentreprise, sidestilte totalentrepriser, hovedentreprise eller byggherrestyrte sideentrepriser. Erfaringsmessig er dette de tunge fagområdene bygg, rør, luft, elektro, IKT og automasjon med tillegg av noen få byggherrestyrte spesialentrepriser. Et tredje alternativ er å inndele entreprisekontakter fasemessig, dvs. graveentreprise, råbyggsentreprise og innredningsentreprise(r), noe som kan medføre en tidligere byggestart, men vil medføre større grensesnitt mellom entrepriser som må ivaretas. Da denne inndeling i entrepriser gir mulighet for en tidligere oppstart av byggeaktiviteter, med tilsvarende tidligere ferdigstillelse legges dette til grunn for vurdering av tidspunkt for ferdigstillelse av prosjektet.

Mulighet for industrialisert produksjon, bruk av prefabrikkerte elementer eller moduler, bør vurderes tidlig i forprosjektfasen, og kan gi føringer for valg av entreprisemodell. Dette kan også gi en kortere byggetid.

12.4.2 Forprosjekt

Forprosjektet gjennomføres i henhold til retningslinjer gitt i IS-1369 Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjektet 12/2011 beslutningspunkt B4. Forprosjektet oversendes styrene i SSHF/HSØ for endelig vedtak. Beslutningen danner grunnlag for oversendelse av rammesøknad.

12.4.3 Funksjonsprosjekt og utarbeidelse av underlag for utlysning av entrepriser

Etter oversendt forprosjekt forsetter prosjekteringsgruppen med detaljering av tegningsunderlaget i funksjonsprosjekt, samt utarbeidelse av underlag for utlysning av entreprisekontrakter. Videre organisering av prosjekteringsgruppen avhenger av valgt entreprise modell

- A. Byggherrestyrte entrepriser / utførelsesentrepriser
Ved valg av byggherrestyrte entrepriser vil detaljprosjektering og oppfølging i utførelsesfase gjøres i regi av byggherre med den eksisterende arkitekt- og rådgivergruppen.
- B. Totalentrepriser med tiltransport av arkitekt og/eller rådgiver
Ved valg av totalentrepriser kan arkitekt og rådgivere kunne bli tiltransportert totalentreprenør for utførelse av detaljprosjektering.
- C. Totalentrepriser uten tiltransport av arkitekt og/eller rådgiver
Dersom det blir valgt ikke å tiltransportere arkitekt og rådgivere til totalentreprenør kan disse bli engasjert til å inngå som byggherrens kontrollrådgiver i detaljprosjektering og utførelsesfase.

12.4.4 Kontrahering av entreprenører

Entreprenørene kan kontraheres med forbehold om at prosjektet når sine målsettinger som resultat av endelig forprosjekt og utbyggingsvedtak (oppsigelsesklausul knyttet til måloppnåelse).

Det vil vurderes samhandlingsperioder med alle entreprenørene og prosjekteringsteamet (arkitekt og rådgivende ingeniører). Formålet er å sikre at byggerfaring tilføres, endelige løsninger utformes, omfang og standard forankres og eventuelt tilpasses, kostnadene låses og styringsplan for fremdrift etableres tverrfaglig.

Etter kontrahering av entreprenør vurderes kostnader pånytt opp mot budsjett og endelig innstilling om gjennomføring oversendes styret i SSHF for vedtak om utbygging.

12.5 Organisering og ansvarsdeling

Administrerende direktør ved SSHF er prosjekteier og byggherre. Han rapporterer til og får sine instruksjoner fra styret for SSHF og til Administrerende direktør i HSØRHF.

Til støtte for prosjekteiers oppfølging og beslutninger oppnevnes en styringsgruppe. Styringsgruppen fra konseptfasen bør videreføres og evt. suppleres med kompetanse på byggfaglige områder.

SBHF engasjeres som prosjektleder og er ansvarlig for gjennomføring av forprosjektet og rapporterer til prosjekteier. Prosjektstøtte og ressurser knyttes til prosjektleder.

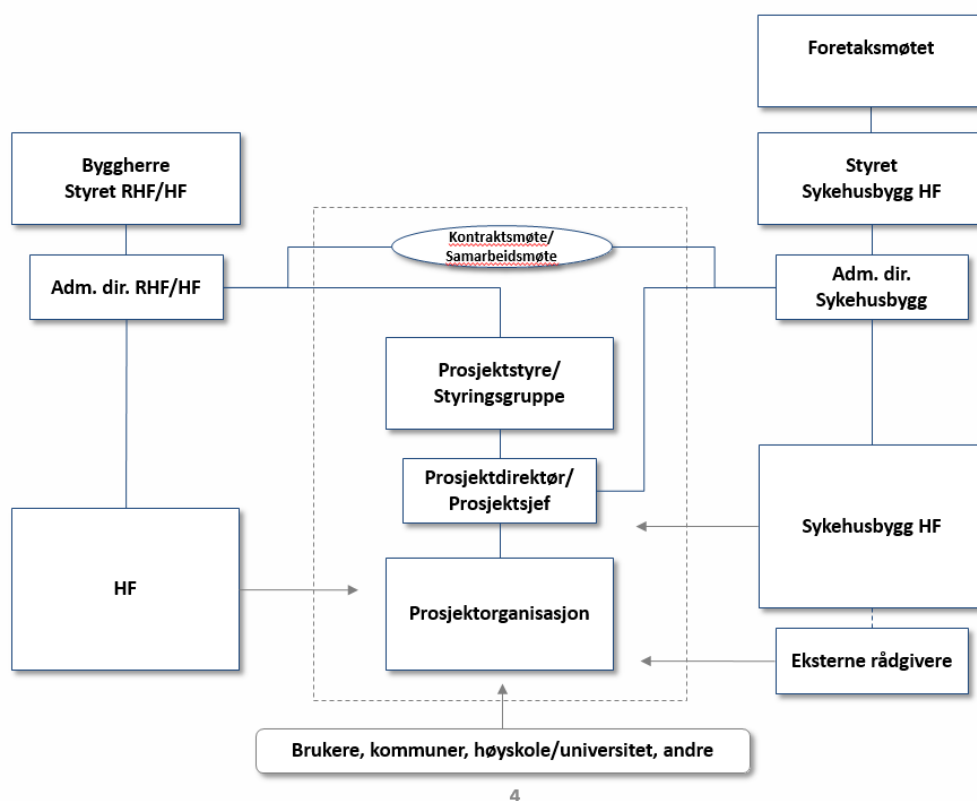
Prosjektsjef vil ha det overordnede ansvaret for ledelsen av prosjektet og rapporterer til prosjektets styringsgruppe.

Det oppnevnes en brukerkoordinator som er ansvarlig for kontakten mellom prosjektet, brukere og ansatte. Det etableres brukergrupper og ansattgrupper etter behov. Brukerkoordinator rapporterer til prosjektleder.

Prosjektleder prosjektering rapporterer til prosjektsjef og har ansvar for organisering og gjennomføring av programmering og prosjektering.

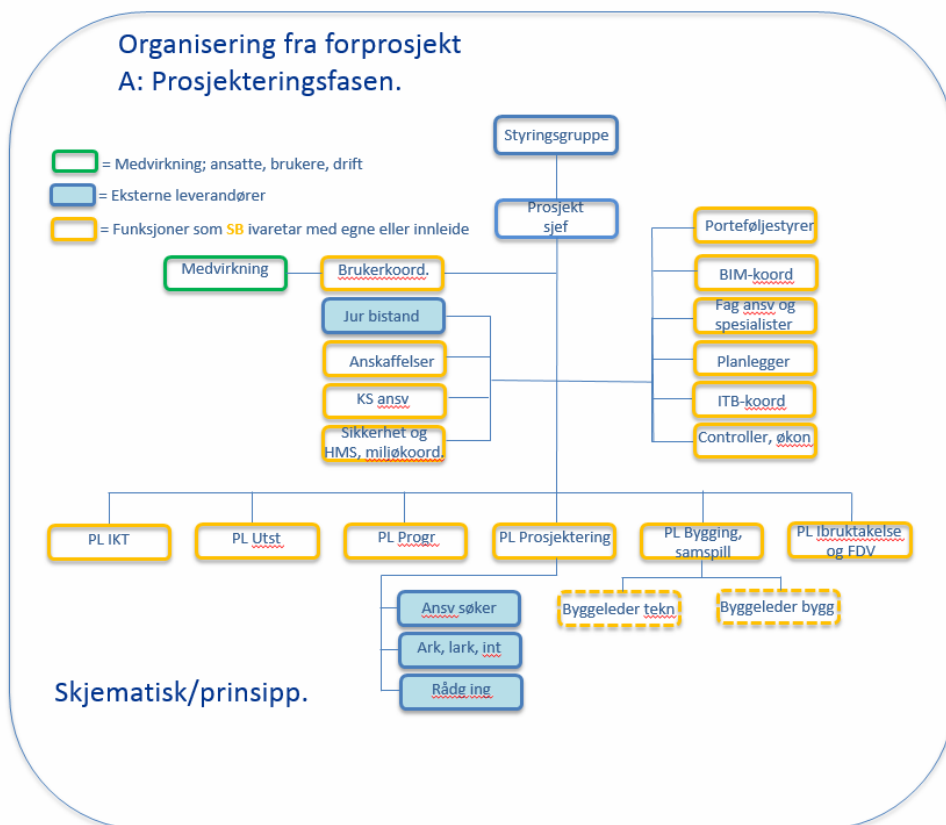
Prosjektleder bygging engasjeres så tidlig som mulig, hvis mulig allerede i forprosjektfasen, for å bistå med byggteknisk fagkompetanse. Prosjektleder bygging rapporterer til prosjektsjef.

Det må lages en logisk, tydelig og forutsigbar organisasjonsstruktur med arenaer slik at god samhandling kan etableres, gjennomføres og sikres. Dette er helt avgjørende for å oppnå kreativ og produktiv samhandling og effektiv kommunikasjon. Slike arenaer må omfatte eierstyring, brukermedvirkning, bygging og samlet prosjektstyring. Følgende organisasjonskart viser prinsipper for en slik gjennomføring.



4

Figur 29: Overordnet modell for organisering av prosjektet



Figur 30: Prinsipskisse for organisering av prosjektorganisasjonen

12.6 Fremdriftsplan

Revidert konseptrapport leveres fra SBHF til SSHF den 18.3.2016 for styrebehandling i SSHF og i HSØRHF i løpet av våren 2016.

Arkitekt- og rådgiverkonkurranse, samt geotekniske grunnundersøkelser gjennomføres før oppstart forprosjekt.

Oppstart av forprosjekt forutsetter vedtak i styrene for SSHF og HSØRHF.

Fremdriftsplanen i konseptrapporten har foreløpig tatt utgangspunkt i oppstart av forprosjekt 2.1.2017. Endelig fastsetting av oppstart forprosjekt avhenger om vedtak i styrene samt nødvendige bevilgninger.

Det avsettes 5,5 måneder til forprosjekt før fremlegging av forprosjekt til godkjenning for styrene i SSHF/HSØRHF. Påfølgende prosjektering for etablering av rammesøknad og konkurransegrunnlag for entrepriser forsetter etter overlevering av forprosjekt, uten opphold i prosjekteringen. Rammesøknad sendes så snart prosjektet er vedtatt i styrene for SSHF/HSØRHF. Byggetid er estimert til 30 måneder. I dette er det forutsatt at arbeider med kalkstabilisering, flomvern og omlegging av hovedvannledning skiller ut i egen entreprise og kan gjøres før oppstart av grunnentreprise for bygget.

Fremdriftsplan skissert under, er basert på delte entrepriser. Forutsatt oppstart forprosjekt januar 2017 estimeres en ferdigstillelse til november 2020. Totalentreprisemodell med full detaljprosjektering før byggestart vil medføre vesentlig senere ferdigstillelse.

Tabell 42: Fremdriftsplan for videre arbeid med Nybygg psykisk helse SSK fra oppstart forprosjekt

NYBYGG PSYKISK HELSE SSK - DELTE ENTREPRISER			Konseptfaserapport Orienterende fremdriftsplan															
Aktivitet	Start	Slutt	2017				2018				2019				2020			
			Kv 1	Kv 2	Kv 3	Kv 4	Kv 1	Kv 2	Kv 3	Kv 4	Kv 1	Kv 2	Kv 3	Kv 4	Kv 1	Kv 2	Kv 3	Kv 4
FORPROSJEKT	ma 02.01.17	ma 26.06.17	[Gantt bar]															
STYREBEHANDLING	ti 27.06.17	ma 14.08.17	[Gantt bar]															
OFFENTLIG BEHANDLING RAMMESØKNAD	ti 15.08.17	ma 09.10.17	[Gantt bar]															
DETALJPROSJEKTERING	ti 27.06.17	on 17.10.18	[Gantt bar]															
KONTRAHERING	ti 05.12.17	on 13.02.19	[Gantt bar]															
Kontrahering Entreprise forberede tiltak	ti 05.12.17	ti 06.02.18	[Gantt bar]															
Kontrahering Grunnentreprise	ma 18.12.17	ma 23.04.18	[Gantt bar]															
Kontrahering Råbyggseentreprise	on 21.02.18	ma 18.06.18	[Gantt bar]															
Kontrahering siste entreprise	to 18.10.18	on 13.02.19	[Gantt bar]															
FORBEREDENDE TILTAK I TOMT FLOM VANNL	on 07.02.18	on 09.05.18	[Gantt bar]															
BYGGING	ti 24.04.18	on 25.11.20	[Gantt bar]															
GRUNNENTREPRISE	ti 24.04.18	on 10.04.19	[Gantt bar]															
RÅBYGGSENTREPRISE	ti 18.09.18	to 23.05.19	[Gantt bar]															
ØVRIGE ENTREPRISER	to 14.02.19	on 25.11.20	[Gantt bar]															
Rigging (før byggestart)	to 14.02.19	on 06.03.19	[Gantt bar]															
Takavvaning (Rørleggerarbeider)	to 14.03.19	to 06.06.19	[Gantt bar]															
Taktekking (inkl. gesimsoppbygg)	to 28.03.19	to 04.07.19	[Gantt bar]															
Fasadearbeider (vinduer, vindsperre og isolering / ekskl. Kledning)	fr 03.05.19	to 17.10.19	[Gantt bar]															
Tett bygg	to 17.10.19	to 17.10.19	◆ 17.10															
Kledning/komplettering yttervegg	fr 18.10.19	ti 17.03.20	[Gantt bar]															
Bygningsmessige og tekniske arbeider innvendig	fr 24.05.19	on 05.08.20	[Gantt bar]															
Testperiode / Ferdigstillelse	on 04.03.20	on 28.10.20	[Gantt bar]															
Slutttester	to 29.10.20	on 25.11.20	[Gantt bar]															

12.7 Prinsipper for prosjekt- og risikostyring

Før oppstart av forprosjektfasen utarbeides det et styringsdokument (prosjektdirektiv) som beskriver arbeidsprosesser og rapporteringssystemer, herunder:

- Kvalitetsstyring
- Sikkerhet, helse og arbeidsmiljø (SHA)
- Energi og miljø
- Anskaffelser
- Kontraktstyring
- Fremdriftstyring
- Økonomistyring
- Usikkerhetsstyring
- Informasjon, kommunikasjon, rapportering
- Dokumentstyring

Kvaliteten skal sikres ved at det legges opp til rapporteringsrutiner og oppfølging av de prinsippene som gjelder for prosjekt- og risikostyring. Det skal utarbeides og godkjennes kontrollplaner både for byggherrens og rådgivernes aktiviteter. Disse skal følges opp av minimum en kvalitetsrevisjon med ekstern revisor hos utvalgt aktør i forprosjektfasen.

12.8 Ressursbruk og kostnader knyttet til forprosjektfasen

Ressursbruk og kostnader knyttet til gjennomføring av forprosjektfasen vil på dette stadiet være en overordnet betraktning basert på estimerte kostnader i konto 8 i kalkylen. Prosjekteringskostnader totalt for prosjektet (konto 82) er estimert til 52 MNOK. Erfaringsmessig utgjør prosjektering av forprosjektet 20-25 % av denne kostnaden. Det bør derfor avsettes i størrelsesorden 13 MNOK til prosjektering i forprosjektfasen, dvs. ca. 13.000 timer.

Prosjektledelse totalt for prosjektet (konto 81 og 83) estimert til 39 MNOK. Av dette er det antatt kostnad i størrelsesorden 6 MNOK til gjennomføring av forprosjekt, dvs. ca. 6.000 timer.

Totalt til prosjektering og prosjektledelse bør det derfor avsettes til sammen 19 MNOK for gjennomføring av forprosjekt.

12.9 Mandat for forprosjektfasen

Det forutsettes av SSHF at SBHF skal engasjeres som prosjektleder. Mandat for forprosjektfasen vil bli utarbeidet i samråd med HSØRHF og forutsettes styrebehandlet i SSHF. SBHFs endelige mandat beskrives i avtale mellom SSHF og SBHF.

12.10 Organisasjonsutvikling

Så snart alternativ utbyggingsløsning velges, vil det gjennomføres en ny prosess med fokus på pasientforløp og lokalisering av de ulike fagområder og pasientgrupper i bygg. Dette vil innebære en mulighet for PSA til å løsrive seg fra etablerte strukturer og beskrive hvordan PSAs funksjoner og oppgaver best kan løses innenfor rammene av et nytt bygg. I denne prosessen vil det være naturlig å revurdere hvilke deler av virksomheten som skal være Agder-dekkende og hvilke deler av virksomheten som skal være lokalisert både i Arendal og Kristiansand. Ref. vedlegg 18. Videre vil organisasjonsutviklingen omfatte utredning av behov for nye behandlingstilbud på tvers av 18 års grensen og for familier. Prosessen vil altså involvere både PSA Kristiansand og PSA Arendal samt ABUP. Utarbeidelse og vedtak teknisk program som første del av forprosjektet (før forslag til løsninger utarbeides) bør omtales.

Vedlegg

Vedleggene som er oppdatert for versjon 3.1 er uthevet.

1. Gjennomgang av konsept for nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus HF. Rapport fra intern prosjektgruppe i Helse Sør-Øst RHF og Sørlandet sykehus, datert 22.6.2015
2. Kvalitetssikring Konseptrapport PSA (KSK), datert 8.12.2014
3. **Romprogram v.0.9, datert 18.3.2016**
4. **Skisseprosjekt v.2, datert 18.3.2016**
5. **Infrastruktur med utomhusplan og VA v.2, datert 18.3.2016**
6. **Overordnet teknisk program, datert 18.3.2016**
7. Konseptrapport ny Ungdomsklinikk ABUP, datert 14.1.2015
8. **Driftsøkonomiske konsekvenser nybygg PSA SSHF, datert 15.3.2016**
9. **Usikkerhetsanalyse, datert 17.3.2016**
10. **Økonomisk bærekraft, datert 15.3.2016**
11. Organisasjonsutvikling – intern prosess, datert januar 2014
12. Samfunnsmessig bærekraft, datert 17.11.2014
13. Mandat for konseptfase Ny psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) Kristiansand, datert 5.2.2013
14. **Hovedfunksjonsprogram, datert 8.6.2016**
15. **Delfunksjonsprogram, datert 8.6.2016**
16. **Revidert Hovedprogram utstyr (HPU), datert 8.6.2016**
17. **Notat. Personell og vareflyt, datert 8.6.2016**
18. Notat. Organisasjonsutvikling, datert 17.11.2014