

Mandat Delvis samlokalisering poliklinikk DPS Lister

Ved å flytte kontorer i DPS Lister Farsund til DPS Lister Kvinesdal

Bakgrunn

DPS Lister har særlige utfordringer innen rekruttering, spesielt av overleger, psykologspesialister og psykologer, men også for andre yrkesgrupper som kvalifiserer som behandlere i poliklinikk i voksenpsykiatrien. Klinikken og avdelingen har over lengre tid jobbet med ulike tiltak for å styrke rekruttering, uten at man kan si at man har lyktes til nå.

Prosjektet *Delvis samlokalisering av poliklinikk DPS Lister* er en videreføring av rapporten *Funksjonsutredning Lister* med tilhørende anbefalinger vedtatt i klinikk møte 02.11.22. En samlokalisering av KPH sine tjenester i Listerregionen vurderes som det beste alternativet for å ivareta fremtidens behov på en best mulig måte, herunder bidra til å redusere rekrutteringsutfordringene som preger alle tre avdelinger (DPS Lister, ABUP og ARA) i dag (fra kap 12 rapport) Herunder også at DPS Lister jobber videre med organisering av enhetene internt i egen avdeling (kap.12 samt fra vedtak klinikk møte).

Alt.2 Samlokalisering DPS Lister (Kap 7.4 i rapport) viser at en samlokalisering, også hvis denne skjer kun i DPS Lister, vil ha positive effekter på pasientsikkerhet og kvalitet, arbeidsmiljø, faglig robusthet, helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken, egnethet for samhandling, kapasitet (herunder fleksibel bruk av kritisk kompetanse) og økonomi sett opp mot dagens organisering og lokalisering (alt.0).

Som en oppfølging fra Funksjonsutredningen ble det den 23.10.23 holdt et møte i DPS Lister for vurdering av samlokalisering av avdelingen. Utgangspunkt for møtet var en forventning om lang tidshorison for samlokalisering av alle KPH sine avdelinger i regionen. Tema for møtet var om DPS Lister burde samlokaliseres i forkant av KPH samlokalisering som en trinnvis løsning med bakgrunn i de rekrutteringsutfordringer som avdelingen står i allerede i dag. Flertallet av deltakerne i møtet ønsket at vi skulle se videre på dette.

Avdelingssjef har etter oktober 2023 avventet videre fremdrift for samlokalisering DPS Lister frem til arbeidsgruppen for lokalisering av KPH i Lister hadde offentliggjort sin anbefalte plassering for klinikkens samlede tjenester. Dette forslaget ble i juni 2024 fremmet fra arbeidsgruppen, med Lyngdal som anbefalt kommune. Det er derfor avdelingssjef sin vurdering at DPS Lister fra høsten 2024 kan gå videre med en plan for samlokalisering som skissert i møtet 23.10.24.

Det er utfordringer med rekruttering i alle polikliniske team i DPS Lister. Det har imidlertid over tid vært særlige utfordringer med å rekruttere og beholde personell ved våre kontorer i Farsund. I tillegg er det kun i Farsund avdelingen har tilhold i leide lokaler. De lokaler som avdelingen har drift ved i Flekkefjord og Kvinesdal eies av SSHF. Det er kun i avdelingens lokaler i Kvinesdal det vil være plass til alle ansatte som i dag har oppmøtested i Farsund. Avdelingen betaler også internhusleie til SSHF for det areal som er tilgjengelig i Kvinesdal, dette arealet ses på som lite effektivt / lite utnyttet i dagens måte å drifte på.

Avdelingssjef har derfor, i samråd med avdelingens ledergruppe, kommet frem til at prosjektet «Delvis samlokalisering av poliklinikk DPS Lister» vil være rettet mot å flytte drift fra Farsund til Kvinesdal.

Det er pr. 30.10.24 ledig 4 behandlerårsverk i team 2. Det er ingen ledige behandlerårsverk i team 3. Det er totalt 10 årsverk i hvert team i budsjett. Team 2 har vikaroverlege og vikarpsykologspesialist, begge fra byrå. Team 3 har vikarpsykologspesialist fra byrå, men egen fast ansatt overlege.

Mål og forventet gevinster

Ved å samlokalisere mer av den polikliniske driften i DPS Lister ønsker avdelingen å

Mål 1:

Etablere et større og mer robust fagmiljø for ansatte innen poliklinikk ved DPS Lister. Langsiktig mål om økt rekruttering, mer ressurseffektiv drift og høyere poliklinisk aktivitet.

Delmål 1a: Identifisere risiko- og sårbarhetsområder ved foreslått flytting, med tilhørende tiltak, både for ansatte og for pasienter. Beslutningspunkt: Skal prosjektet videreføres.

Delmål 1b: Arbeidslokasjon for ansatte (behandlere og merkantilt personell) som i dag har kontorer i Farsund flyttes til Kvinesdal.

Mål 2:

Økonomisk gevinst ved unngått leie i Farsund samt ved mer arealeffektiv drift i Kvinesdal.

Delmål 2a: Si opp leieavtale i Farsund (2 års oppsigelsestid)

Delmål 2b: Utføre nødvendige endringer i bygg i Kvinesdal for å tilgjengeliggjøre nødvendig kontorareal for ansatte som i dag er i Farsund. Det er pr. 30.10.24 behov for 4 nye kontorer.

Delmål 2c: Praktisk organisering i Kvinesdal for optimalisering av drift ved samlokalisering poliklinikk.

Delmål 2d: Praktisk flytting av kontorutstyr som DPS Lister allerede eier i team 2 sine lokaler i Farsund.

Oppgave

Arbeidsgruppen skal utføre nødvendige leveranser som kreves for å oppnå de ulike mål og delmål i prosjektet. Arbeidet deles i to faser:

Fase 1:

Mål 1 med tilhørende delmål 1a.

Ledes av stab KPH.

- Gjennomføre ROS analyse Arbeidsmiljø
- Gjennomføre ROS analyse Pasientsikkerhet (utgangspunkt alle pasienter DPS har ansvar for i opptaksområdet)

Beslutningspunkt for videreføring av prosjekt. Beslutning om videreføring tas i styringsgruppe (ledergruppe DPS Lister med tillitsvalgte), sak legges frem for vedtak i Klinikkmøte før evt. fase 2 startes opp.

Fase 2:

Videreføring av tiltak knyttet til Mål 1 med tilhørende delmål 1b, samt til Mål 2 med tilhørende delmål 2a – d.

Presiseringer Fase 2:

Mål 1 med tilhørende delmål 1b:

- Krever oppfølging som beskrevet i Omstillingsveileder SSHF

Mål 2 med tilhørende delmål 2d:

- Krever samarbeid med Eiendomsavdeling v. prosjektansvarlig.

Ved beslutning om flytting bør det vurderes en egen kommunikasjonsplan ut mot samarbeidspartnere og pasienter.

Føringer, forutsetninger og avgrensninger

- Omstillingsveileder må legges til grunn for arbeidet
- Kostnadsramme for ombygging ved DPS Lister Kvinesdal for tilrettelegging av nye kontorer er kr. 750 000 (inkl. mva). Dette beløpet er tildelt via Klinikkpott, høsten 2024.
- Ved ROS analyse arbeidsmiljø bør det sikres representasjon fra både team 2, team 3 samt fra merkantilt personell.
- Ved ROS analyse pasientsikkerhet må en ta utgangspunkt i at polikliniske tilbud ved DPS Lister i stor grad er funksjonsfordelte, pasientgruppen aktuell for analysen vil derfor være pasienter bosatt i hele regionen.

Roller og ressurser

Prosjekteier: Avdelingssjef DPS Lister

Styringsgruppe: Ledergruppen DPS Lister sammen med en av de tillitsvalgte (Deltar på sak på teams. Tillitsvalgte velger selv representant To stk, legeföreningen og psykologforeningen).

Leder av arbeidsgruppe / Prosjektleder:

- Avdelingssjef DPS Lister Elisabeth Urstad

Arbeidsgruppe / prosjektgruppe:

- Enhetsleder DPS Lister poliklinikk, Mariann Nedland
- Enhetsleder DPS Lister merkantil, Anne Egeland
- Teamleder team 2, Magne Vegge
- Behandler team 2, Lillian Holm Jacobsen
- Behandler team 2, Ragnhild Larsson-Fædde Hærås
- Teamleder team 3, Linn Åsly
- Tillitsvalgte KPH (etter anledning, enten Torill Skaiå Førsund eller Erlend Løwe)
- Hovedverneombud Tor Erik Kaalaas (tillitsvalgte og verneombud samarbeider om deltakelse)
- BHT, Berit Klukstad Hodne (deltar når mulighet)

- Organisasjonsavdelingen, Eyvind Olsson (deltar når mulighet)
- Sekretær: Nancy Grundevig Haddeland

Tidsplan

Tidsperiode	Milepæl	Ansvarlig
FASE 1		
Sept	Dialogmøte med klinikktillitsvalgte, presentere foreløpig plan for prosjektet.	Avd.sjef
Sept	Informasjon til ansatte i team 2, Farsund.	Avd.sjef og enhetsleder poliklinikk
Sept	Involvere Org.avd og avklare formelle forhold	Avd.sjef
Sept	Involvere BHT for å avklare involvering	Avd.sjef og enhetsledere merkantil og poliklinikk
Sept	Nødvendige avklaringer med eiendomsavdelingen.	Avd.sjef
08.10.24	Oppstartsmøte med klinikktillitsvalgte, klinikkverneombud, plasstillitsvalgte, ledelse DPS Lister, org.avd, BHT og involverte ansatte. Etablere arbeidsgruppe.	Avd.sjef og enhetsledere merkantil og poliklinikk
09.10.24	Mulighet for individuelle samtaler for ansatte i Farsund.	Enhetsledere merkantil og poliklinikk, klinikktillitsvalgte og klinikkverneombud.
11.10.24	Informasjon til kommuner i RS Helsenettverk Lister.	Avd.sjef
Oktober 24	Ferdigstille prosjektplan	Avd.sjef
Oktober 24	Ferdigstille mandat for arbeidsgruppen	Avd.sjef
November / desember 24	Møter i arbeidsgruppen, arbeid med leveranser i prosjektet.	Avd.sjef
Desember 24/ Januar 25	ROS analyse	Stab KPH
Desember 24/ Januar 25	Styringsgruppen vurderer leveranser i fase 1 og anbefaler om prosjektet skal videreføres til fase 2.	Avd.sjef
Desember 24/ Januar 25	Beslutning om evt. videreføring tas opp for vedtak i klinikkmøte KPH	Avd.sjef
FASE 2		
Januar 2025	Oppsigelse av leieavtale.	Klinikkdirektør / Eiendomsavdeling
Jan - April 2025	Drøftinger og samtaler med ansatte, iflg omstillingsveileder	Avd.sjef og enhetsledere merkantil og poliklinikk. Tillitsvalgte og verneombud.
Vår/Sommer 2025	Oppstart ombygging, etablere nye kontorer. Fremdriftsplan må avklares med prosjektleder Eiendom.	Avd.sjef / Eiendomsavdeling

Høst 2025	Flytte kontorer fysisk for ansatte i Farsund. Avtale alternativ bruk av leide lokaler frem til evt. oppsigelsestid går ut.	Avd.sjef og enhetsledere merkantil og poliklinikk. Tillitsvalgte og verneombud.
-----------	--	---

Prosjektplan for delvis samlokalisering poliklinikk DPS Lister

Oppsummering

DPS Lister har særlige utfordringer innen rekruttering, spesielt av overleger, psykologspesialister og psykologer, men også for andre yrkesgrupper som kvalifiserer som behandlere i poliklinikk i voksenpsykiatrien. Klinikken og avdelingen har over lengre tid jobbet med ulike tiltak for å styrke rekruttering, uten at man kan si at man har lyktes til nå.

Prosjektet *Delvis samlokalisering av poliklinikk DPS Lister* er en videreføring av rapporten *Funksjonsutredning Lister* med tilhørende anbefalinger vedtatt i klinikk møte 02.11.22. En samlokalisering av KPH sine tjenester i Listerregionen vurderes som det beste alternativet for å ivareta fremtidens behov på en best mulig måte, herunder bidra til å redusere rekrutteringsutfordringene som preger alle tre avdelinger (DPS Lister, ABUP og ARA) i dag (fra kap 12 rapport) Herunder også at DPS Lister jobber videre med organisering av enhetene internt i egen avdeling (kap.12 samt fra vedtak klinikk møte).

Alt.2 Samlokalisering DPS Lister (Kap 7.4 i rapport) viser at en samlokalisering, også hvis denne skjer kun i DPS Lister, vil ha positive effekter på pasientsikkerhet og kvalitet, arbeidsmiljø, faglig robusthet, helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken, egnethet for samhandling, kapasitet (herunder fleksibel bruk av kritisk kompetanse) og økonomi sett opp mot dagens organisering og lokalisering (alt.0).

Som en oppfølging fra Funksjonsutredningen ble det den 23.10.23 holdt et møte i DPS Lister for vurdering av samlokalisering av avdelingen. Utgangspunkt for møtet var en forventning om lang tidshorison for samlokalisering av alle KPH sine avdelinger i regionen. Tema for møtet var om DPS Lister burde samlokaliseres i forkant av KPH samlokalisering som en trinnvis løsning med bakgrunn i de rekrutteringsutfordringer som avdelingen står i allerede i dag. Flertallet av deltakerne i møtet ønsket at vi skulle se videre på dette.

Avdelingssjef har etter oktober 2023 avventet videre fremdrift for samlokalisering DPS Lister frem til arbeidsgruppen for lokalisering av KPH i Lister hadde offentliggjort sin anbefalte plassering for klinikkens samlede tjenester. Dette forslaget ble i juni 2024 fremmet fra arbeidsgruppen, med Lyngdal som anbefalt kommune. Det er derfor avdelingssjef sin vurdering at DPS Lister fra høsten 2024 kan gå videre med en plan for samlokalisering som skissert i møtet 23.10.24.

Det er utfordringer med rekruttering i alle polikliniske team i DPS Lister. Det har imidlertid over tid vært særlige utfordringer med å rekruttere og beholde personell ved våre kontorer i Farsund. I tillegg er det kun i Farsund avdelingen har tilhold i leide lokaler. De lokaler som avdelingen har drift ved i Flekkefjord og Kvinesdal eies av SSHF. Det er kun i avdelingens lokaler i Kvinesdal det vil være plass til alle ansatte som i dag har oppmøtested i Farsund. Avdelingen betaler også internhusleie til SSHF for det areal som er tilgjengelig i Kvinesdal, dette arealet ses på som lite effektivt / lite utnyttet i dagens måte å drifte på.

Avdelingssjef har derfor, i samråd med avdelingens ledergruppe, besluttet at prosjektet «Delvis samlokalisering av poliklinikk DPS Lister» vil være rettet mot å flytte drift fra Farsund til Kvinesdal.



Det er pr. 30.10.24 ledig 4 behandlerårsverk i team 2. Det er ledig 1 behandlerårsverk i team 3. Det er totalt 10 årsverk i hvert team i budsjett. Team 2 har vikaroverlege og vikarpsykologspesialist, begge fra byrå. Team 3 har vikarpsykologspesialist fra byrå, men egen fast ansatt overlege.

Mål

Ved å samlokalisere mer av den polikliniske driften i DPS Lister (flytting av poliklinisk drift fra Farsund til Kvinesdal) ønsker en å oppnå:

- Etablere et større og mer robust fagmiljø. Optimalisere drift av team 2 og få besatt ledige stillinger både i teamet og i poliklinikken generelt.
- Unngå leieutgifter for lokaler i Farsund
- Oppnå mer hensiktsmessig og arealeffektiv bruk av SSHF / DPS Lister sine lokaler i Kvinesdal

Leveranser

Fase 1:

- Avklaringer rundt ombygging i Kvinesdal, øke kontorkapasitet i samarbeid med Eiendomsavdelingen (finansiert via klinikkpott, budsjett kr. 750 000)
- ROS analyse pasienter
 - o Ledet av stab KPH (Gro Eilertsen og Sigmund Olav Syrtveit)
- ROS analyse ansatte
 - o Ledet av stab KPH (Gro Eilertsen og Sigmund Olav Syrtveit)

Det overnevnte vil ligge til grunn for endelig beslutning om flytting av DPS Lister sin polikliniske drift i Farsund, med overflytting av virksomhet til Kvinesdal.

Som en følge av dette vil da også leieforholdet sies opp.

Fase 2:

- Følge faser i omstillingsveileder for endring av arbeidssted for ansatte i Farsund
- Plan for ombygging i samarbeid med Eiendomsavdeling
- Gjennomføre / vurdere tiltak beskrevet i ROS analyser
- Beslutte dato for flytting

Gevinster

Større poliklinisk fagmiljø med gevinster som skissert i Funksjonsutredning Lister v. samlokalisering: Pasientsikkerhet og kvalitet, arbeidsmiljø, faglig robusthet, økt attraktivitet for rekruttering, helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken, egnethet for samhandling, kapasitet (herunder fleksibel bruk av kritisk kompetanse) og økonomi.

Unngå leieutgifter på kr. 1 120 000 pr. år mot en engangsinvestering i Kvinesdal på ca. kr. 750 000. Beløpet må avklares endelig med Eiendomsavdeling i forbindelse med investering (via klinikkpott).

Mer riktig bruk av areal i Kvinesdal, hvor det i dag er store arealer som står ubrukt eller har uhensiktsmessig bruk.

Framdriftsplan

Beskrive fremdriften, og når tid man forventer å være ferdig.

Tidsperiode	Milepæl	Ansvarlig
FASE 1		
Sept	Dialogmøte med klinikktillitsvalgte, presentere foreløpig plan for prosjektet.	Avd.sjef
Sept	Informasjon til ansatte i team 2, Farsund.	Avd.sjef og enhetsleder poliklinikk
Sept	Involvere Org.avd og avklare formelle forhold	Avd.sjef
Sept	Involvere BHT for å avklare involvering	Avd.sjef og enhetsledere merkantil og poliklinikk
Sept	Nødvendige avklaringer med eiendomsavdelingen.	Avd.sjef
08.10.24	Oppstartsmøte med klinikktillitsvalgte, klinikkverneombud, plasstillitsvalgte, ledelse DPS Lister, org.avd, BHT og involverte ansatte. Etablere arbeidsgruppe.	Avd.sjef og enhetsledere merkantil og poliklinikk
09.10.24	Mulighet for individuelle samtaler for ansatte i Farsund.	Enhetsledere merkantil og poliklinikk, klinikktillitsvalgte og klinikkverneombud.
11.10.24	Informasjon til kommuner i RS Helsenettverk Lister.	Avd.sjef
Oktober 24	Ferdigstille prosjektplan	Avd.sjef
Oktober 24	Ferdigstille mandat for arbeidsgruppen	Avd.sjef
November / desember 24	Møter i arbeidsgruppen, arbeid med leveranser i prosjektet.	Avd.sjef
Desember 24/ Januar 25	ROS analyse	Stab KPH
Desember 24/ Januar 25	Styringsgruppen vurderer leveranser i fase 1 og anbefaler om prosjektet skal videreføres til fase 2.	Avd.sjef
Desember 24/ Januar 25	Beslutning om evt. videreføring tas opp for vedtak i klinikk møte KPH	Avd.sjef
FASE 2		
Januar 2025	Oppsigelse av leieavtale.	Klinikkdirektør / Eiendomsavdeling
Jan - April 2025	Drøftinger og samtaler med ansatte, iflg omstillingsveileder	Avd.sjef og enhetsledere merkantil og poliklinikk. Tillitsvalgte og verneombud.
Vår/Sommer 2025	Oppstart ombygging, etablere nye kontorer. Framdriftsplan må avklares med prosjektleder Eiendom.	Avd.sjef / Eiendomsavdeling
Høst 2025	Flytte kontorer fysisk for ansatte i Farsund. Avtale alternativ bruk av leide lokaler frem til evt. oppsigelsestid går ut.	Avd.sjef og enhetsledere merkantil og



		poliklinikk. Tillitsvalgte og verneombud.
--	--	---

Kommunikasjonsplan

Involverte personer i prosjektet:

- Ansatte i DPS Lister lokalisert med kontor i Farsund (Pr 01.09.24: 6 stk fast ansatte behandlere i poliklinikk, samt 2 merkantile) Det vil pr. januar 2025 også være 2 vikarer fra byrå i teamet (overlege og psykologspesialist)
- Ansatte i poliklinikk DPS Lister lokalisert med kontorer i Kvinesdal (team 3, 9 ansatte)
- Øvrige ansatte i DPS Lister
- ABUP Lister
- Klinikledelsen og andre ansatte i KPH

Informasjon til andre:

- Samarbeidspartnere, spesielt Farsund kommune
- Pasienter

Informasjon til andre vil i fase 1 være generell informasjon om prosjektet.

Ved beslutning om gjennomføring og overgang til fase 2 bør det utarbeides en egen kommunikasjonsplan for aktuelle interessenter.

Prosjektøkonomi

Utgifter angitt til ca kr. 750 000 i BP1, må utredes nærmere i BP2.

Oppsigelse av leiekontrakt i Farsund, årlig utgift på kr. 1 120 000 kr spares inn etter endt oppsigelsestid.

Prosjektrisiko

Utfordringer knyttet til personalets ønsker om å bli i Farsund.

Prosessuelle feil. Risiko hvis en ikke involverer tillitsvalgte eller verneombud i stor nok grad, krever involvering på klinikknivå. Det er pr i dag ikke lokal tillitsvalgt eller verneombud for behandlere i Farsund, disse representeres enten av lokale tillitsvalgte / verneombud lokalisert i Kvinesdal eller av representanter på klinikknivå.

Arbeidsmiljø. Krever tett oppfølging ved flytting for å sikre et godt arbeidsmiljø både for de som kommer fra Farsund (team 2) og de som er i Kvinesdal i dag (team 3) samt for de merkantile ansatte ved de samme lokasjoner.



Prosjektorganisering

Prosjekteier: Avdelingssjef DPS Lister

Prosjektleder: Avdelingssjef DPS Lister

Arbeids- / prosjektgruppe:

- Enhetsleder DPS Lister poliklinikk, Mariann Nedland
- Enhetsleder DPS Lister merkantil, Anne Egeland
- Teamleder team 2, Magne Vegge
- Behandler team 2, Lillian Holm Jacobsen
- Behandler team 2, Ragnhild Larsson-Fædde Hærås
- Teamleder team 3, Linn Åsly
- Tillitsvalgte KPH (etter anledning, enten Torill Skaiå Førsund eller Erlend Løwe)
- Hovedverneombud Tor Erik Kaalaas (tillitsvalgte og verneombud samarbeider om deltakelse)
- BHT, Berit Klukstad Hodne (deltar når mulighet)
- Organisasjonsavdelingen, Eyvind Olsson (deltar når mulighet)
- Sekretær: Nancy Grundevig Haddeland

Styringsgruppe: Ledergruppen DPS Lister, sammen med 2 tillitsvalgte utnevnt av tillitsvalgtgruppen i KPH. Kalle inn på teams.

- Legeforeningen: Terje Thesen
- Psykologforeningen: Terje Opsahl

Eiendomsavdeling er involvert i forbindelse med ombygging, men deltar ikke i selve prosjektgruppen.

Hvor ofte skal man møtes:

Arbeidsgruppen møtes ved behov for å utføre leveranser som beskrevet i tilhørende mandat.

Styringsgruppen møtes ved behov for vedtak i prosessen.

Vedlegg

Mandat arbeidsgruppe Delvis samlokalisering poliklinikk DPS Lister

Omstillingsveileder SSHF

Videreutvikling av Klinikk for psykisk helses virksomhet i Listerregionen

Funksjonsutredning

Kristiansand 17.06.2022

Arbeidsgruppe – Funksjonsutredning Lister

Sørlandet sykehus HF

INNHOOLD

1.	Sammendrag	4
2.	Innledning.....	4
2.1	Leveranse	5
2.2	Organisering og formalia	6
3.	Om arbeidet.....	7
3.1	Mål	7
3.2	Rammer for arbeidet.....	7
3.3	Prosess	8
3.3.1	Informasjon, kommunikasjon og involvering	8
3.3.2	Aktiviteter i arbeidet.....	10
4.	Føringer, utviklingstrekk og avhengigheter til andre prosesser	11
4.1	Føringer	11
4.1.1	Overordnede føringer	11
4.1.2	Avhengigheter til andre prosjekt eller arbeider	12
4.1.3	Budsjettmessige avhengigheter	12
4.2	Framskrivninger og utviklingstrekk	13
4.2.1	Framskrivingsrapport fra Sykehusbygg	13
4.2.2	Befolkningsutvikling i Lister	13
4.2.3	Utviklingstrekk, føringer og framskrivninger per tjenesteområde.....	14
4.3	Forutsetninger for beslutningsgrunnlaget og styringssignaler	19
4.4	Reiseveier	19
5.	Vurderingskriterier.....	20
6.	Nåsituasjon	20
6.1	Listerregionen.....	20
6.2	DPS Lister	21
6.3	Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP Lister)	24
6.4	Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)	27
7.	Alternativene	29
7.1	Vurderingsmetodikk.....	30
7.2	«Nullalternativet» - En løsning basert på videreføring av dagens virksomhet med dagens organisering og lokalisering	31
7.2.1	Alternativbeskrivelse.....	31
7.2.2	Vurdering	33
7.3	Alternativ 1 – Samlokalisering av KPH sin virksomhet i Listerregionen, hvilket omfatter både DPS Lister, ARA og ABUP	35
7.3.1	Alternativbeskrivelse.....	35
7.3.2	Vurdering	37
7.4	Alternativ 2 – Samorganisering/samlokalisering av DPS Lister.....	39
7.4.1	Alternativbeskrivelse.....	39
7.4.2	Vurdering	39
7.5	Alternativ 3 – Samlokalisering av ABUP sin virksomhet i Listerregionen ..	41

7.5.1	Alternativbeskrivelse.....	41
7.5.2	Vurdering	41
8.	Bygg.....	43
8.1	Bygg/areal/teknisk – Nåsituasjon.....	44
8.2	Bygningsmessige behov og vurderinger for de ulike alternativene	45
8.2.1	Nullalternativet.....	45
8.2.2	Alternativ 1.....	47
8.2.3	Alternativ 2.....	48
8.2.4	Alternativ 3.....	48
8.3	Omtale av bygningsmessige forhold, herunder etterbruk	49
9.	Økonomiske vurderinger av alternativene	49
9.1	Klinikkens driftsøkonomi.....	49
9.2	Kostnader knyttet til eie/leie bygg/nybygg	50
9.3	Bemanningsframskrivinger	50
10.	Gevinster	51
11.	Opptaksområder – Eventuell innlemmelse av Lindesnes	53
12.	Funksjonsutredning Lister - Arbeidsgruppens anbefaling	57
12.1	Arbeidsgruppens anbefaling.....	57
12.2	Risikoanalyse av anbefalt løsning	58
12.3	Ringvirkninger av anbefalt løsning	61
12.4	Mål for tiltakene som foreslås og mandat for neste fase.....	62
13.	Refleksjoner knyttet til datakvalitet i rapporten	63
14.	Oppsummering og avslutning	63
15.	Vedlegg.....	64
15.1	Vurderingskriterier	64
15.2	Arbeidsgruppens mandat og styringssignaler gitt underveis i arbeidet.....	64
15.3	Innspill til arbeidet – oversikt.....	64
15.4	Rapport fra Sykehusbygg	64
15.5	Rapport fra Multiconsult	64
15.6	Arbeidsgruppens drøftinger.....	64
15.7	Forslag til mandat for neste fase	64

1. Sammendrag

Med utgangspunkt i behov for avklaring av Klinikk for psykisk helse sine fremtidige tjenester i Listerregionen, har en bredt sammensatt arbeidsgruppe våren 2022 gjennomført en funksjonsutredning, som primært er avgrenset til DPS Lister, ABUP Lister og ARA sin virksomhet i Lister. I prosessen har det vært lagt vekt på god involvering og kommunikasjon både internt og eksternt.

Formålet med utredningen er å utarbeide en beskrivelse av fremtidig utvikling av klinikkens virksomhet i Listerregionen. Arbeidet skal bidra til at klinikken får et godt og tilstrekkelig sikkert grunnlag for å avklare og planlegge videre de fremtidige tjenestene i Listerregionen, med en hensiktsmessig og fremtidsrettet organisering som bidrar til bærekraftige og fortsatt tilstrekkelig og god tilgang til trygge, likeverdige og forsvarlige spesialisthelsetjenester i innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. De fire alternativene som er vurdert i denne funksjonsutredningen er følgende:

- «Nullalternativet»; en løsning basert på videreføring av dagens virksomhet med dagens organisering og lokalisering
- Utredning av samlokalisering av KPH sin virksomhet i Listerregionen, hvilket omfatter både DPS Lister, ARA og ABUP
- Utredning som omfatter samorganisering/samlokalisering av DPS Lister
- Utredning som omfatter samlokalisering av ABUP sin virksomhet i Listerregionen

De fire alternativene er først utarbeidet og deretter vurdert opp mot et sett vurderingskriterier. Arbeidsgruppens vurderinger og konklusjoner fremgår av kapittel 7 og 12. Drøftingene er imidlertid skrevet ut i sin helhet og er vedlagt rapporten for forståelse og transparenss.

En samlet arbeidsgruppe har kommet til at Alternativ 1 er det alternativet som oppnår høyest skår sett opp mot vurderingskriteriene. En samlokalisering av DPS Lister, ABUP Lister og ARA sin virksomhet i Lister vurderes ut fra et helhetsperspektiv til å være det riktige grepet for å kunne møte fremtidens behov på en best mulig måte, herunder bidra til å redusere rekrutteringsutfordringene som preger alle tre avdelinger i dag. Anbefalingen inkluderer også en omorganisering av DPS Lister.

Arbeidsgruppen har i tråd med mandatet også gjort noen vurderinger knyttet til eventuell innlemmelse av Lindesnes i opptaksområdet. For alle tre avdelinger vurderes det som positivt å se til Lindesnes når det gjelder den fremtidige videreutviklingen av tjenester og organiseringen av spesialisthelsetjenesten i den vestligste delen av Agder. Arbeidsgruppen anbefaler at en ser nærmere på dette spørsmålet i neste fase, og at en ser spørsmålet i nær sammenheng med andre prosesser i klinikken.

Forhold som må jobbes videre med for å sikre fremdrift i saken og en vellykket videreutvikling av virksomhetene er pekt på i forbindelse med risikovurdering i rapporten og i arbeidsgruppens forslag til mandat for neste fase (vedlagt rapporten).

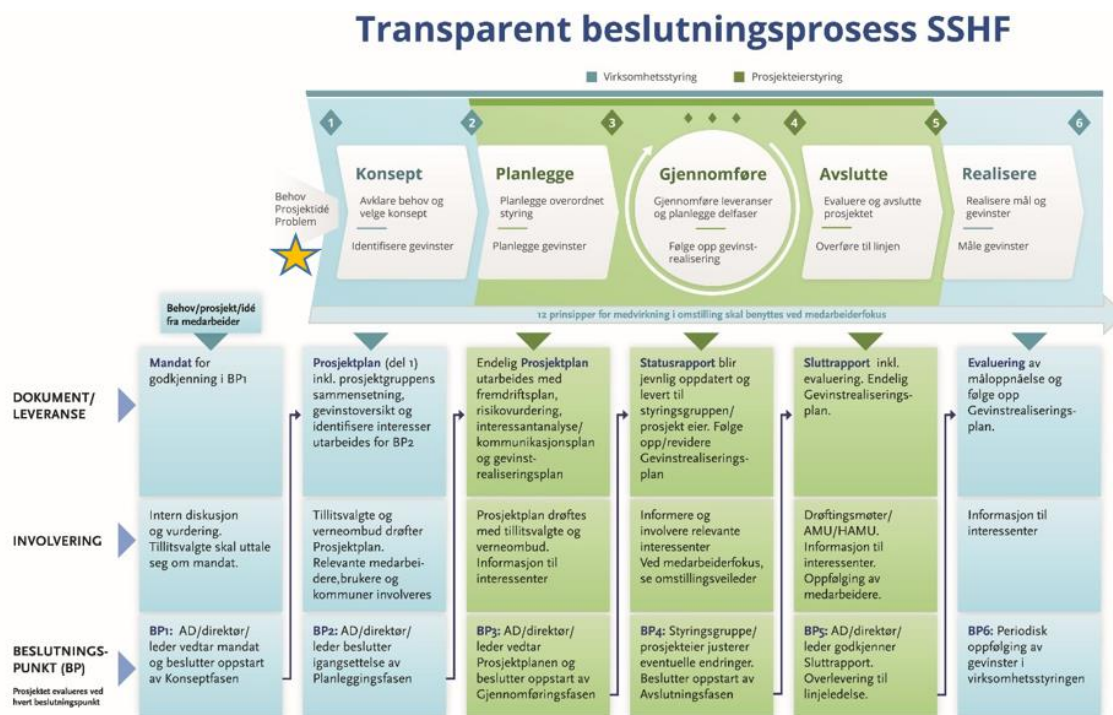
2. Innledning

Denne rapporten beskriver ønsket utvikling av Klinikk for psykisk helse sine fremtidige tjenester i Listerregionen. Befolkningen i opptaksområdet skal sikres tilstrekkelig og god

tilgang til trygge, likeverdige og forsvarlige tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) også i fremtiden.

Funksjonsutredningen er i hovedsak avgrenset til virksomheten for avdelingene DPS Lister, ABUP (Avdeling for barn og unges psykiske helse) og ARA (Avdeling for rus og avhengighetsbehandling). Utredningen besvarer også spørsmålet om det bør arbeides for en samlokalisering av virksomhetene.

Den gule stjernen i bildet under illustrerer hvor funksjonsutredningen befinner seg prosessuelt innenfor de ordinære rammene for beslutningsprosesser i SSHF.



Figur 1

De tre avdelingene er ulikt berørt av prosessen som følge av ulikt organisatorisk nivå og ulikheter i omfang på tvers av avdelingene. I DPS Lister angår prosessen hele avdelingen, mens ABUP Lister er berørt på enhetsnivå. For ARA sin del er omfanget i Lister svært lite, med en behandler med fast tilstedeværelse i regionen. Som følge av dette er det noe variasjon i hvordan prosessene internt i den enkelte avdeling har vært utformet. God informasjon, transparens og mulighet for involvering har imidlertid vært grunnleggende prinsipper og fungert som en felles overbygning for utredningen.

2.1 Leveranse

I henhold til mandatet skal arbeidet resultere i følgende dokumenter:

1. Utredningsrapport: Videreutvikling av Klinikkk for psykisk helsevirksomhet i Listerregionen
2. Vurderingskriterier for valg av alternativer
3. Forslag til mandat for en eventuell neste fase

Utredningsrapporten er bygget opp på den måten at det i kapittel 2 gis en beskrivelse av organisering av arbeidet, og i kapittel 3 en beskrivelse av prosessen med omtale av hvordan involvering - særlig av ansatte - er håndtert, da dette har vært en sentral føring for

arbeidsprosessen. Deretter gis det i kapittel 4 en oversikt over en del rammebetingelser i form av aktuelle føringer og andre forhold som direkte påvirker funksjonsutredningen, etterfulgt av en beskrivelse av nåsituasjon i kapittel 5. De ulike utredningsalternativene er deretter beskrevet i kapittel 6, etterfulgt av arbeidsgruppens vurderinger oppsummert i kapittel 7. Det gis deretter omtaler og vurderinger knyttet til bygg og økonomi i kapitlene 8 og 9, etterfulgt av en oversikt over gevinster for hvert alternativ i kapittel 10. Arbeidsgruppen har også gjort seg noen betraktninger rundt opptaksområder i kapittel 11. Arbeidsgruppens anbefaling og konklusjon fremgår av kapittel 12, etterfulgt av noen refleksjoner knyttet til datakvalitet i kapittel 13 og til slutt et avsluttende kapittel 14.

2.2 Organisering og formalia

Prosessens navn er Funksjonsutredning Lister.

Klinikkdirektør er eier av utredningen, som har vært gjennomført i perioden januar-juni 2022, i tråd med fremdriftsplan for arbeidet.

Arbeidet har vært organisert med en styringsgruppe og en arbeidsgruppe, samt ad hoc arbeidsgrupper etter behov. Styringsgruppen har bestått av KPH sin ledergruppe (inklusive to brukerrepresentanter), økonomidirektør, teknologidirektør, organisasjonsdirektør, foretakstillitsvalgt for Norsk psykologforening og hovedverneombud. Det har vært avholdt 6 styringsgruppemøter i løpet av utredningsperioden, og et avsluttende møte hvor arbeidsgruppens rapport med anbefalinger ble presentert. Tema for møtene har vært rapportering på bakgrunn av fremdriftsplan og styringssignaler knyttet til avklaring av punkter i mandat etter behov. Det vises til kapittel 4.3. for omtale av styringssignaler.

Utredningen er ledet av rådgiver fra klinikkstab. Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning, med navn, stillingstittel/arbeidssted og rolle/representasjon i arbeidsgruppen.

Elisabeth Urstad	Avdelingssjef DPS Lister	DPS
Marianne Omland	Overlege samhandling DPS Lister	DPS
Iris A. Olsen	Avdelingssjef ABUP	ABUP
Siv Sandnes	Enhetsleder og psykologspesialist ABUP Lister	ABUP
Frode Dunsæd	Avdelingssjef ARA	ARA
Tobbi Kvaale	Spesialrådgiver ARA	ARA
Anne Birgitte Hornnes Ellingsen	Rådgiver, Avdeling for Teknologi og e-helse	Bygg/areal
Vigleik Bjørheim	Controller for KPH, Økonomiavdelingen	Økonomi
Marianne Hammersmark	Forhandlingssjef, Organisasjonsavdelingen	HR/Organisasjon
Erlend Løwe	Klinikkstillitsvalgt for Norsk sykepleieforbund	Tillitsvalgt
Torill S Før Sund	Klinikkstillitsvalgt for Fagforbundet	Tillitsvalgt

Per S. Stordrange	Leder av Brukerutvalget SSHF	Brukerrepresentant
Grethe Bygland	Medlem av Brukerutvalget SSHF	Brukerrepresentant
Kjersti Sandsdalen	Rådgiver KPH Klinikkestab	Leder av arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har hatt hyppige digitale møter a 2 timer gjennom våren – 16 møter i alt – samt avholdt en todagers fysisk samling da de ulike alternativene skulle vurderes på bakgrunn av vurderingskriteriene. I tillegg har arbeidsgruppen deltatt på en samling på Rosfjord 22.3.22 som omtales nærmere i kapittel 3.

Det ble utarbeidet et eget budsjett for funksjonsutredningen som ble godkjent av klinikkdirektør og presentert for styringsgruppen.

Det er ikke engasjert eksterne konsulenter utover rapporten fra Sykehusbygg og rapporten fra Multiconsult.

3. Om arbeidet

I dette kapittelet beskrives mål og rammer for arbeidet etterfulgt av en redegjørelse for hvordan arbeidsgruppen har sikret informasjon, kommunikasjon og involvering gjennom hele prosessen.

3.1 Mål

Formålet med utredningen er å utarbeide en beskrivelse av fremtidig utvikling av klinikkens virksomhet i Listerregionen. Arbeidet skal bidra til at klinikken får et godt og tilstrekkelig sikkert grunnlag for å avklare og planlegge videre de fremtidige tjenestene i Listerregionen.

3.2 Rammer for arbeidet

Arbeidet har tatt utgangspunkt i nasjonale og regionale føringer, foretakets utviklings- og strategiplan m.v. Aktuelle føringer fremgår av kapittel 4.

Utredningen skal foreslå tiltak for å videreutvikle et fremtidsrettet, moderne og bærekraftig spesialisthelsetjenestetilbud med høy kvalitet, tilstrekkelig kapasitet og med bedre utnyttelse av klinikkens samlede ressurser. Gitt klinikkens rekrutteringsutfordringer i distriktene skal optimal utnyttelse av spesialistressursene vektlegges. Et viktig mål er derfor videreutviklingen av et sterkt fagmiljø.

Utredningen skal ifølge mandatet også foreslå tiltak som bidrar til økt kvalitet og produktivitet i helseforetaket, og bedre samhandling både internt og eksternt.

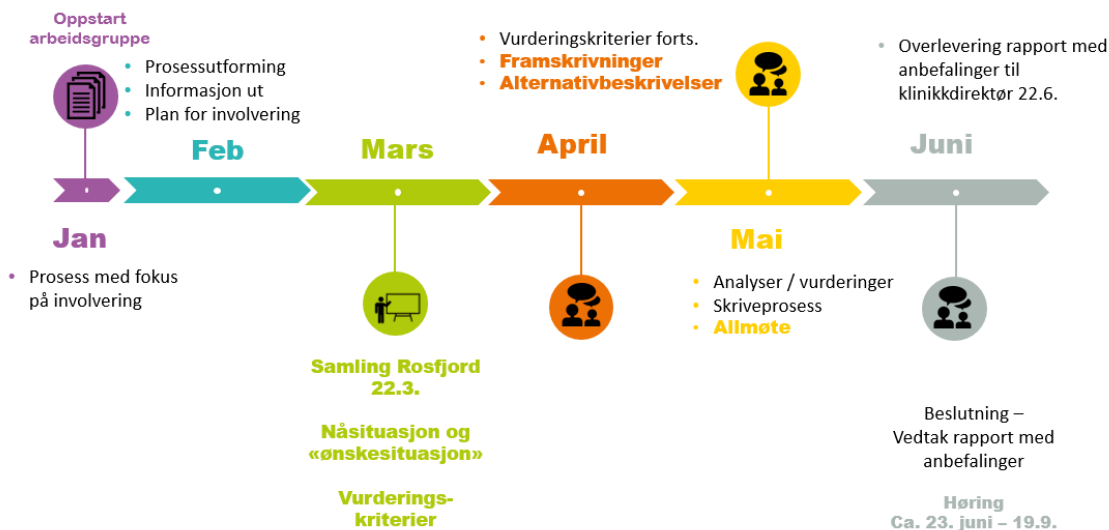
Utredningen skal:

- Ha en helhetlig tilnærming til langsiktig utvikling av klinikken og avdelingene
- Involvere interne og eksterne interessenter
- Foreslå teknisk realiserbare og økonomisk bærekraftige alternativer
- Gi et tilstrekkelig grunnlag for konseptfasen
- Utarbeide kostnadsestimat for alternativene og anslå en tidsplan for videre planlegging
- Eventuelt anbefale alternativ bruk av dagens arealer

- Vurdere ringvirkninger for andre funksjoner, klinikker og interesser
- Vurdere behovet for endret organisering eller arbeidsdeling

3.3 Prosess

Dette er en prosess som har lagt forholdene til rette for innflytelse, medvirkning og involvering. Prosessen har vært lagt opp og kommunisert på en slik måte at den har synliggjort en helhetlig sammenheng, med særskilt vekt på å sikre involvering, medvirkning fra tillitsvalgte og verneombud og forutsigbarhet for medarbeidere. En grovmasket versjon av fremdriftsplanen illustrerer involveringen, med involveringspunkter markert i fet skrift:



Figur 2

3.3.1 Informasjon, kommunikasjon og involvering

Interessentanalyse og kommunikasjonsplan

Ved oppstart ble det utarbeidet en omfattende interessentanalyse med tilhørende kommunikasjonsplan, som inneholdt konkrete informasjons- og kommunikasjonstiltak rettet mot de ulike interessentene. Det ble identifisert fire hovedkategorier av interesser: Ansatte, brukere, samhandling og ledelse.

Det ble tidlig i arbeidet utformet en struktur for hvordan involvering og kommunikasjon skal foregå fra den enkelte medarbeider til tillitsvalgt/verneombud og opp til foretaksledelse og styret. Underarbeidsgrupper ble satt sammen underveis i arbeidet etter behov. Nærmere beskrivelse av dette fremkommer av de ulike kapitlene i utredningen.

Arbeidsgruppen har lagt stor vekt på å sikre en toveis prosess – kommunikasjon – fremfor ren informasjonsvirksomhet. Det ble tidlig oppfordret til åpen kommunikasjon begge veier, og det ble lagt til rette for en strukturert innhenting og bearbeiding av innspill, samt et system for å kommunisere tilbake hvordan innspillene er håndtert. Kommunikasjonsplanen har vært systematisk fulgt opp med jevnlig utsending av informasjon fra arbeidsgruppen. Det ble gitt informasjon til ansatte parallelt med at det ble opprettet kontakt ut mot lokalpolitikere i Lister og aktuelle administrative arenaer i Listerkommunene på et tidlig tidspunkt.

Ansatte og SSHF for øvrig

Informasjonsarbeidet er planlagt sammen med tillitsvalgte. De ansatte har jevnlig mottatt informasjon om arbeidet både via felles e-poster og intranettoppslag, og via presentasjoner i

personalmøter og samlinger/møter i regi av arbeidsgruppen. Fremdriftsplanen ble orientert om til samtlige medarbeidere som en del av «Kommunikasjonspakke 1», som besto av informasjonsskriv om oppstart, faktaark egnet for oppslag på vegg og en presentasjon stilet for bruk i personalmøtene – dette for å sikre at alle ansatte mottok lik informasjon. I denne og øvrige presentasjoner ble det lagt inn spørsmål til personalgruppene avslutningsvis. Slik kunne hver personalgruppe på en strukturert måte melde tilbake sine innspill til arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen har bedt om samlede tilbakemeldinger der det er mulig. I hovedsak er dette løst ved å bruke eksisterende strukturer/arenaer for dette, for eksempel personalmøter, innspill via lederlinjen, tillitsvalgtlinjen m.v. Etter endt funksjonsutredning vil rapporten også sendes ut på en formell høringsrunde.

Gjennomgang av innspill til arbeidet har vært et fast punkt på agendaen i hvert arbeidsgruppemøte. Alle innspill til arbeidsgruppen er løpende samlet opp til og diskutert i fellesskap i møtene for å sikre en helhetlig vurdering. Hvordan de enkelte innspill er vurdert avhenger av type innspill og hvilken fase innspillet gjelder. Dette fremkommer av vedlegget. Arbeidsgruppen har også i informasjonsskriv til ansatte beskrevet struktur for hvordan innspillene er håndtert.

Tillitsvalgte (TV) har bidratt med å sikre involvering/dialog med forbund som ikke direkte er med i arbeidsgruppe eller styringsgruppe. Funksjonsutredningen har dessuten vært fast sak i klinikkdirktørs dialogmøter med TV gjennom hele utredningsperioden.

Det har vært særlig fokus på å sikre forutsigbarhet ved å sende ut informasjon om planlagt involvering, møter og milepæler så tidlig som mulig.

Til øvrige deler av klinikken og SSHF (herunder hovedarbeidsmiljøutvalg og styret) er informasjonsskrivet tilpasset samarbeidspartnere primært sendt linjevei.

Kommuner, brukerorganisasjoner og øvrige interessenter

De eksterne samarbeidspartnere og interessentene har også mottatt nevnte informasjonsskriv. Kommuner og brukerorganisasjoner er også invitert inn både til samlinger og møter i løpet av prosessen. Det har vært særlig fokus på å sikre forutsigbarhet ved å sende ut informasjon om planlagt involvering, møter og milepæler så tidlig som mulig i tråd med føringen fra Helsefellesskapet om tidlig involvering i hverandres prosesser.

Til brukerorganisasjoner er det lagt vekt på å gi informasjon til lavest mulig nivå – det vil si til lokallag, i tillegg til at det har vært med to brukerrepresentanter i arbeidsgruppen og to brukerrepresentanter i styringsgruppen. Funksjonsutredningen har også vært sak i Brukerråd KPH ved to anledninger for informasjon, innspill og forankring.

Det ble på et tidlig tidspunkt opprettet kontakt med kommunene både på politisk og administrativt nivå, og representanter fra arbeidsgruppen har informert om saken i møter i hver enkelt kommune i Lister samt Lindesnes. Det er gjennomført møter med Rådmannsutvalget i Lister, kommune-/bystyrer, RS Helsenettverk Lister og Lister fagutvalg for psykisk helse og rus.

Kommunene har uttrykket bekymring knyttet til høringsperioden som opprinnelig var planlagt til tre uker. På bakgrunn av at flere kommuner ønsker å behandle saken politisk, er tidsperioden for høringen nå tilpasset datoene for de politiske møtene, og endret og forlenget sammenliknet med opprinnelig plan. Det er planlagt en ny serie med møter knyttet til høringen for de kommunene som ønsker det.

3.3.2 Aktiviteter i arbeidet

Arbeidsgruppen velger å trekke frem de aktivitetene som beskriver involvering og forutsigbarhet for ansatte:

- Involvering/innspill i forbindelse med
 - Nåsituasjon (deltakelse på samling 22.3.)
 - Ønskesituasjon/fremtidens tjenester (deltakelse på samling 22.3.)
 - Vurderingskriterier (deltakelse på samling 22.3.)
 - Framskrivinger (eget møte med fagrådgivere 28.4.)
 - Systematisert tilbakemeldingsløyfe fra personalmøter - løpende
 - Høring i perioden fra ca. 23.6. til høringsfrist 19.9.
- Informasjon
 - Jevnlig utsending av kommunikasjonspakker og informasjonsskriv
 - Informasjon i personalmøter
 - Oppslag på intranett
 - Allmøter: 16.5.22 ble det avholdt et digitalt allmøte om status for arbeidet hvor alle ansatte i de tre avdelingene var invitert, samt at brukerorganisasjoner og kommuner også hadde mulighet for å lytte inn. Et nytt allmøte ble avholdt 20.6.22 i forbindelse med at arbeidsgruppens rapport med anbefaling var klar.

Samling Rosfjord 22.3.22

Den 22.3.22 ble det avholdt en samling på Rosfjord med om lag 60 deltakere til sammen, med bred representasjon fra DPS Lister, ABUP Lister, ARA og brukerorganisasjoner i tillegg til arbeidsgruppen. Det ble sendt invitasjon også til et par nøkkelpersoner innen samhandling i kommunene, men disse hadde ikke anledning til å delta.

Skriftlig materiell til samlingen ble sendt ut i forkant av møtet for å gi deltakerne mulighet til forberedelse. Samlingen ble likevel lagt opp slik at deltakerne fikk mulighet til å lese gjennom materialet før gruppediskusjonene startet.

Innledningsvis ble det vektlagt formidling av prosess og status for denne på en helhetlig måte. Det ble lagt til rette for og formidlet tidlig på samlingen at alle som deltok skulle få mulighet til å gi innspill også vedrørende det som ikke «passet helt inn» i gruppearbeidene. Det var gruppearbeid om nåsituasjon, for åpenhet, involvering, kvalitetssikring og innspill, samt mulighet til også å gi innspill til ønskesituasjon/fremtidens tjenester.

Involvering av ansatte i forbindelse med operasjonalisering av vurderingskriteriene ble vurdert av arbeidsgruppen som svært viktig. Bakgrunnen for dette var for det første behovet for å sikre transparens, eierskap og forståelse for hva vurderingskriteriene er og hva de skal brukes til. For det andre var det viktig for å skape felles forståelse av hva som legges i kriteriene siden det til slutt er disse kriteriene som alternativene skal vurderes opp mot. Og ikke minst var det viktig å sikre innspill til arbeidsgruppens videre arbeid med kriteriene. Deltakerne ble også bedt om å rangere vurderingskriteriene. Arbeidsgruppen har ikke endret på rangeringen, men lagt denne til grunn for arbeidet med vurderinger og samlet anbefaling.

Innspillene fra samlingen ble fulgt opp av arbeidsgruppen i etterkant, og vurdert/innarbeidet i nåsituasjon, fungert som innspill til alternativbeskrivelsene og som en viktig del av arbeidsgruppens prosess med operasjonalisering av vurderingskriterier. Innspillene utgjør dermed mye av grunnlaget for prosessen som nå er gjennomført.

Informasjon til Listerbefolkningen

For å sikre riktig informasjon ut til befolkningen i Lister ble det utarbeidet et presseskriv ved oppstart som resulterte i medieoppslag i henholdsvis Avisen Agder og Lindesnesposten 15.2.22. Alle presentasjoner som har vært holdt i kommune- og bystyre har blitt streamet live til befolkningen i aktuell kommune, etter gjeldende rutiner for hvert enkelt kommune-/bystyre.

4. Føringer, utviklingstrekk og avhengigheter til andre prosesser

I dette kapittelet presenteres en oversikt over forhold som virker retningsangivende og som påvirker tjenesteutforming, både faglig og når det gjelder dimensjonering. Fremtidens tjenester må også ta opp i seg lokale behov. I tillegg til overordnede føringer og framskrivinger bygger funksjonsutredningen på de senere års virksomhetsplaner for DPS-Lister, ABUP og ARA, samt på resultatet av arbeidet med handlingsplan til strategiplan i KPH. Det er sett hen til andre pågående utviklings- og omstillingsprosesser av betydning for de tre avdelingene.

4.1 Føringer

4.1.1 Overordnede føringer

Arbeidsgruppen har lagt til grunn følgende:

- *Nasjonal helse og sykehusplan* legger vekt på pasientens helsetjeneste, blant annet ved økt brukermedvirkning, bruk av ambulerende team og helhetlige sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- *Regional utviklingsplan for Helse Sør Øst* vektlegger nye arbeidsformer (bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring), samarbeid om de som trenger det mest, reduksjon av uønsket variasjon, forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste og mer tid til pasientrettet arbeid.
- *Utviklingsplan 2035/2040 for SSHF* konkretiserer hvordan SSHF ønsker å utvikle sine helsetjenester mot 2040, i tråd med Nasjonal helse og sykehusplan, for eksempel gjennom digitalisering, optimal arbeidsdeling og økt samhandling med kommunene.
- *Strategiplan for Sørlandet sykehus HF 2021-2024* er en operasjonalisering av utviklingsplanen, og vektlegger områdene «Sammen med pasienten - for pasienten», kultur for helhet og samarbeid og et bærekraftig sykehus. Brukermedvirkning, effektive og gode pasientforløp og høy kvalitet gjennom kontinuerlig forbedring står sentralt. *KPH sin handlingsplan* følger av strategiplan SSHF.
- *Regional fagplan for PHV og TSB* vektlegger blant annet innsatsområdene forebygging av selvmord, behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge og oppfølging av ROP pasienter. Samhandling, koordinerte tjenester og teambaserte modeller (FACT) vektlegges også.

- *Samhandlingsmeldingen på Agder* er et dokument utarbeidet i fellesskap mellom KPH og kommunene på Agder. Spesifiserte innsatsområder er ROP, eldre med sammensatte lidelser og barn og unge, samt en satsning på recoveryorienterte og arenafleksible tjenester. Likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted står også sentralt.
- *Kulturkartleggingen* som ble gjennomført i KPH høsten 2020 viste at det som er viktig for en stor del av klinikkens ansatte er faglig utvikling, anerkjennelse, kompetanse og tverrfaglig samarbeid, samt tilbakemelding om at de ønsker å bidra inn i utviklingsprosesser.
- *Faglige føringer på nasjonalt og regionalt nivå*, som behandlingslinjer og nasjonale retningslinjer for store diagnosegrupper innen PHV (f.eks. spiseforstyrrelse, ADHD og OCD) og TSB (f.eks. LAR).

4.1.2 Avhengigheter til andre prosjekt eller arbeider

I tillegg til nevnte føringer, må funksjonsutredningen vurdere og beskrive avhengigheter til andre prosjekt eller arbeider. Arbeidsgruppen har i denne sammenheng valgt å vektlegge følgende: Funksjonsutredning PSA og aktuelle prosesser i henholdsvis ABUP og ARA.

Det følger av Funksjonsutredning PSA at DPSene må legge til grunn særlig følgende for sin videre utvikling:

- Eventuelle oppgaveforskyvninger mellom PSA, DPS og andre avdelinger i KPH
- Organisering akuttmottak (PAM - PSA) + organisering akuttfunksjon (KPH)
- Utredningsenhet psykoselidelser
- Enhet for psykose- og ruslidelser
- Økning av pasienter dømt til behandling
- Utskrivning fra Enhet for sikkerhetspsykiatri til FACT
- Tilbudet innen alderspsykiatri

For ABUP er PSA-prosessen som angår spiseforstyrrelser særlig relevant. ABUP har et større organisasjonsutviklingsarbeid, hvor det skal vurderes hvordan de spesialiserte arbeidsoppgavene kan ivaretas bedre, herunder gi likeverdige tjenester til befolkningen i Lister.

Fremtidig organisering av poliklinikk i ARA ble avklart i ARAs ledermøte 14.6.22. Beslutningen innebærer et prinsipp om at poliklinikk skal organiseres etter fag og ikke etter geografi i Agder. I praksis betyr dette en organisering med en agderdekkende LAR-poliklinikk og en agderdekkende poliklinisk enhet for øvrige rus- og avhengighetslidelser, herunder tilbud til pasienter primært over 18 år.

4.1.3 Budsjettmessige avhengigheter

Parallelt med funksjonsutredningen har klinikkdirektør KPH/økonomidirektør SSHF startet et arbeid for å utarbeide en inntektsmodell for hvordan fordele budsjetttrammen i KPH. Dette arbeidet kan få betydning for den årlige tildelingen av budsjetttramme til avdelingene i KPH.

4.2 Framskrivinger og utviklingstrekk

4.2.1 Framskrivingsrapport fra Sykehusbygg

Funksjonsutredningen bygger på en oppdatering av de framskrivinger som omfatter klinikkens virksomhet i Listerregionen.

For å sikre nøytralitet og objektivitet knyttet til hva som bør vektlegges når det gjelder framskrivinger for Lister, ble det bestilt en egen rapport fra Sykehusbygg HF. Grunnet vurderinger knyttet til eventuelt endret opptaksområde, ble det bestilt tall med og uten Lindesnes. Sykehusbygg har, som i andre tilsvarende arbeider, benyttet tilgjengelig nasjonal modell for framskrivinger som bygger på befolkningsdata fra SSB og aktivitetsdata fra NPR. Ny framskrivingsmodell for psykisk helsevern er ferdig utviklet, men ikke tatt i bruk. Sykehusbygg ble bedt om å se på følgende forhold:

- Aktivitet og kapasitet for kommuner: Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Farsund, Flekkefjord og Sirdal +/- Lindesnes for årene 2025, 2030, 2035 og 2040, fordelt etter sektor: PHV voksne, TSB og Barn- og ungdomspsykiatri.
- DPS Lister aktivitet og kapasitet for både PHV voksne og Barn- og ungdomspsykiatri (ikke TSB grunnet registreringspraksis lokalt). Beregningene gjøres for 2025, 2030, 2035 og 2040.
- Forbruksrater for kommunene nevnt over, målt mot Agder samlet og nasjonale forbrukstall.

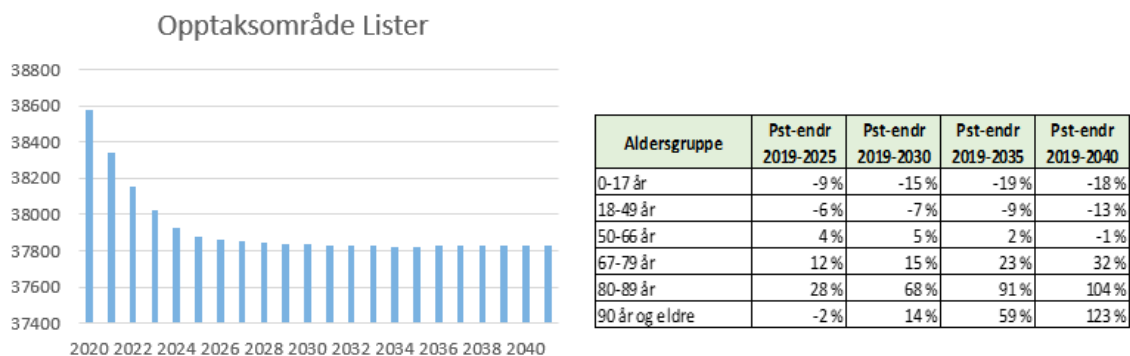
Sykehusbygg påpeker noen utfordringer ved modellen:

- I dagens framskrivingsmodell antas at for hver aldersgruppe er framtidig forbrukstallet den samme i 2040 som i 2019 (eller i utgangsåret) i den demografiske framskrivningen.
- Befolkningsframskrivinger for små kommuner kan være utfordring på grunn av lavt antall innbyggere.
- I praksis kan pasientene være på poliklinikk på to ulike rom, men i statistikk registreres det som 1 kontakt.
- Modellen tar ikke hensyn til økningen i gjennomsnittsalderen, forventede leveår eller endringer i debutalder for ulike sykdommer.

Framskrivningstallene for Lister er svært små i nasjonal sammenheng, og for arbeidsgruppen har det hele tiden vært et spørsmål om hvor godt modellen vil treffe i et opptaksområde av Lister sin størrelse. Det var derfor viktig for arbeidsgruppen med en grundig gjennomgang av framskrivningstall og samtidig få refleksjoner fra fagrådgivere i de respektive avdelingene. I dette arbeidet innhentet arbeidsgruppen innspill fra fagrådgivere og/eller nøkkelpersoner i de aktuelle avdelingene i et utvidet arbeidsgruppemøte 28.4. En kommunalsjef som deltok på vegne av Listerkommunene var også tilstede for å belyse tallene fra et kommunalt perspektiv.

4.2.2 Befolkningsutvikling i Lister

Befolkningsnedgangen er størst i Lister sammenliknet med resten av Agder. Framskrivningene viser at antall innbyggere totalt i Listerregionen (Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Farsund, Flekkefjord og Sirdal) vil reduseres 0,4 % frem mot år 2040, men befolkningssammensetningen vil endres betydelig. Dette vil påvirke både etterspørsel og utforming av tjenestene.



Figur 3

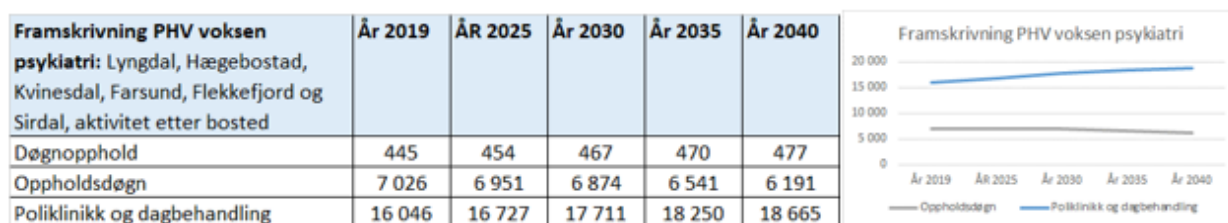
4.2.3 Utviklingstrekk, føringer og framskrivinger per tjenesteområde

På bakgrunn av ovennevnte prosess beskrives de mest sentrale utviklingstrekk og framskrivinger per tjenesteområde for Lister basert på rapporten fra Sykehusbygg, samt føringer fra SSHF sin Utviklingsplan 2040, som bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan. Til enkelte punkter er det knyttet en kommentar fra arbeidsgruppen basert på det som kom opp i det utvidede arbeidsgruppemøtet 28.4.22.

4.2.3.1 Psykisk helsevern voksne - PHV

- UP2040 peker på at det er behov for styrket tilbud til de alvorligste syke, både når det gjelder døgn- og poliklinisk tilbud. Arbeidet med å redusere uønsket variasjon i spesialisthelsetjenestene vil fortsette. Andel pasienter dømt til behandling forventes å øke i årene fremover. Dette medfører et særskilt behov for å utvikle forsterkede polikliniske og ambulante tjenester i samarbeid med kommunehelsetjenesten.
- Svært mange i helsetjenesten vil møte eldre pasienter oftere enn det de gjør i dag, og SSHF må være godt rustet til å gjøre dette med økt breddekompetanse. Dette innebærer økt satsning på blant annet alderspsykiatri og utvikling av nye modeller for samarbeid både internt i helseforetaket og med kommunene.
- Antall innbyggere i aldersgruppen fra 18-49 år vil reduseres 13% og aldersgruppen 50-66 år vil reduseres 1% mot år 2040. Derimot vil aldersgruppene fra 67-79 år øke med 32% og 80+ vil øke mer enn 100%.
- Framskrivinger for antall personer med demens i Agder viser en dobling frem mot 2040. Det er et svært lite forbruk av tjenester innen diagnosegruppe «F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser» i Listerregionen, men framskrivingene beskriver en betydelig økning i de øvre aldersgruppene. Dette må DPSet være forberedt på.
- Til tross for endringer i befolkningssammensetning og økning i antall eldre, viser framskrivingsresultater at antall døgnopphold vil reduseres ca. 12% (inkl. demografisk effekt) og dag- og poliklinisk aktivitet vil øke med 16% for Listerkommunene.

Framskriving av PHV voksen psykiatri aktivitet 2019-2040 i modell fra Sykehusbygg mai 2022



Figur 4

Hovedtrekk for forbruk og diagnoser

PH_diagose_navn	Dag og Poliklinikk	Demografisk effekt	Sykelighets- og tilbudsendringer	Omstilling drift
PHV voksne 2019- 2040, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Farsund, Flekkefjord og Sirdal, aktivitet etter bosted, uten Lindesnes kommune	16 046	14 683	19 822	18 665
01 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	20	24	32	30
02 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	268	263	355	334
03 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	1 634	1 650	2 227	2 097
04 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	372	333	449	423
05 F30,F32-F39 Affektive lidelser stemningslidelser	4 367	3 895	5 259	4 952
06 F31 Bipolar affektiv lidelse	1 770	1 812	2 446	2 303
07 F40-F49 ekskl F43. 1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	2 393	2 123	2 866	2 699
08 F43.1 PTSD	1 199	1 077	1 454	1 369
09 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	419	333	450	423
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	830	752	1 015	956
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdom	410	354	477	449
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0	0	0	0
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	22	20	27	26
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	81	50	68	64
15 Z-koder	16	11	15	14
90 Andre ICD-10 tilstander	2 239	1 979	2 671	2 515
99 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	6	8	11	10

Figur 5

Alderspsykiatri

PSA-prosessen legger føringer for at flere oppgaver innen alderspsykiatri overføres fra PSA til DPS. Fra DPS Lister sin side virker framskrivningstallene knyttet til diagnosekategori 1 veldig usikre. Det er lite aktivitet registrert (20), og det er et kjent lite forbruk av tjenestene innen alderspsykiatri i PSA. Kommunene rapporterer om svært høy andel avslag fra PSA når det gjelder henvisninger innen alderspsykiatri.

Utgangsåret 2019

Tallene knyttet til utgangspunktet for framskrivningene (2019) virker usikre siden Lister på noen områder har et underforbruk sammenliknet med Agder og resten av landet, særlig innen alderspsykiatri, TSB og ABUP.

Døgn

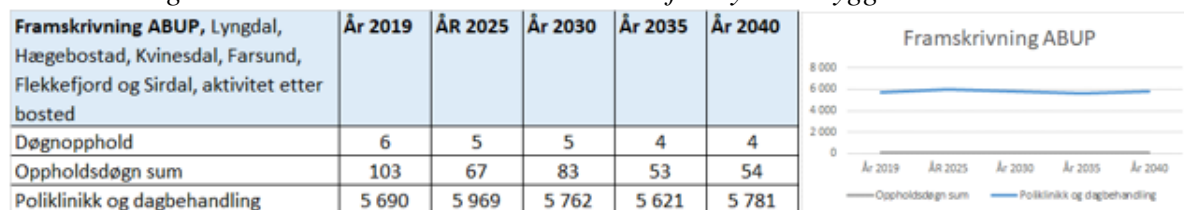
Framskrivningene viser en reduksjon i oppholdsdøgn på 12 % til tross for endringer i befolkningssammensetning og økning i antall eldre. Dette har blant annet sin årsak i at Listerregionen totalt sett får en tydelig reduksjon i befolkningsstørrelse, noe som direkte påvirker framskrivning av behov. Fagmiljøet i DPS Lister er bekymret for en utvikling som går mot en ytterligere nedskalering av døgnplasser, bekymringen her rettes både lokalt og nasjonalt.

4.2.3.2 Barn og unge

- Forskning viser økende forekomst av psykiske helseplager blant barn og unge. Antall henvisninger øker, og det er grunn til å anta at trenden vil fortsette etter pandemiperioden, selv om videre utvikling er usikker. ABUP skal tilby spesialisert utredning og behandling til flere barn og unge, evidensbasert behandling, brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte pasientforløp og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner.
- Utviklingsplan (UP)2040 peker på følgende:
 - Barn og unge med medfødte skader relatert til mors rusbruk er betydelig underdiagnostisert.
 - Det er også behov for utvikling av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer.

- SSHF har behov for å styrke det helhetlige tilbudet til barn og unge med sammensatte/komplekse tilstander.
- Antall innbyggere totalt i Listerregionen i aldersgruppe 0-17 år vil reduseres 18% mot år 2040.
- Framskrivningene viser at antall døgnopphold vil reduseres med ca. -47% for pasienter bosatt i Lister (folkeregister) inkludert demografisk nedgang. Det er lav aktivitet i døgnbehandlingen.) Tallene for døgnbehandling er relativt små (fra 103 i 2019 til 54 i år 2040) og bør tolkes med forsiktighet.
- Dag- og poliklinisk aktivitet vil øke med 2% til 3% til tross for den demografiske nedgangen, noe som skyldes at behovet for spesialisert helsetilbud til denne gruppa vil øke, jf. UP2040.

Framskrivning av BUP aktivitet 2019-2040 i modell fra Sykehusbygg mai 2022



Figur 6

Hovedtrekk forbruk og diagnoser

PH_diagnose_navn	Dag og Poliklinikk 2019	Demografisk effekt	Sykkelighets- og tilbudsendinger	Omstilling drift
BUP 2019- 2040, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Farsund, Flekkefjord og Sirdal, aktivitet etter bosted, uten Lindesnes kommune	5 690	4 548	6 139	5 781
01 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	0	0	0	0
02 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	14	7	9	9
03 F20,F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	93	73	98	93
04 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	0	0	0	0
05 F30,F32-F39 Affektive lidelser stemningslidelser	302	222	300	282
06 F31 Bipolar affektiv lidelse	0	0	0	0
07 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	1 411	1 129	1 524	1 435
08 F43.1 PTSD	83	64	87	81
09 F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	100	57	77	73
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	0	0	0	0
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdom	1 114	874	1 179	1 111
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0	0	0	0
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	0	0	0	0
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	50	39	53	50
15 Z-koder	33	36	48	45
90 Andre ICD-10 tilstander	2 433	1 995	2 693	2 536
99 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	57	52	70	66

Figur 7

Poliklinisk aktivitet

Utgangsåret for framskrivningene er 2019. ABUP har hatt en økning gjennom pandemiperioden 2019-2022 som har vært stor sett i forhold til framskrivningen på 2-3 % økt poliklinisk aktivitet:

- Antall gitt rett (tatt inn til utredning og behandling) er økt med 24 %
- Avslag økt til 30 %
- Ventetiden har økt til 52 dager (mars 2022). Har tradisjonelt lagt under 30 dager
- Henvisninger er økt med 32 %

Døgn

Ifølge rapporten har ABUP Lister 18 døgnopphold fordelt på 236 oppholds-døgn i 2019. Dette gir at det i snitt har vært 13 døgn opphold per innleggelse. Det vanlige er svært korte opphold, men så er det noen få innleggelser av svært lang varighet som trekker opp antall

oppholdsdøgn. Dette punktet tilsier at det bør utredes hvorvidt det i lys av en stadig økning i alvorlighetsgrad og kompleksitet er et potensiale her for å etablere intensivtilbud lokalt for å forebygge/som alternativ til innleggelser, og en bør også vurdere behovet for 1-2 døgnplasser for de eldste ungdommene lokalt i samarbeid med DPS Lister.

Utviklingen i alvorlighetsgrad og kompleksitet, mer sammensatt problematikk som gir noen nye problemstillinger

- ABUP Lister har hatt lavt forbruk av tjenester i Kristiansand, mest på grunn av avstander og ulemper avstanden gir for pasienter og deres omsorgspersoner. Økt alvorlighetsgrad kan bidra til at pasienter må påregne å reise lenger for å få tilbud i spisskompetansemiljøer sentralt, noe som kanskje er vanskelig og vil kunne bidra til ønsket negativ helseutvikling ved at familier selv velger bort tilbud i Kristiansand og Arendal.
- I behandling av barn og unge er det viktig å samhandle godt med lokale samarbeidspartnere i nettverk rundt pasientene, og spesielt viktig er det der det er sammensatte og alvorlige problemstillinger.
- Kulepunktene over tilsier at det bør utredes nye tiltak som intensive tilbud i form av f.eks. dagbehandling, individuelt og i grupper. Nye tiltak/tilbud vil igjen kunne gi endret behov for romkapasiteter.
- Behovet for å styrke akutt- og ambulant kapasitet i Lister bør utredes, dette bør ses på om kan utvikles i samarbeid med DPS Lister og ARA.
- Behov og muligheter for FACT Ung i Lister bør utredes.

Økning i alvorlige problemstillinger hos yngre i pasientpopulasjonen

ABUP ser en endring i pasientpopulasjonen med økning i alvorlig problematikk hos yngre enn tidligere, nå helt ned i 11-13 års alder. Dette tilsier behov justering av behandlingstilbud fra individualbehandling som er aktuelt hos eldre ungdommer til mer familierettede behandlingsmetoder for de som er 11-13 år. Dette vil kunne gi endret behov for differensierte romkapasiteter, spesielt vil det være behov for større gruppe- /familiebehandlingsrom.

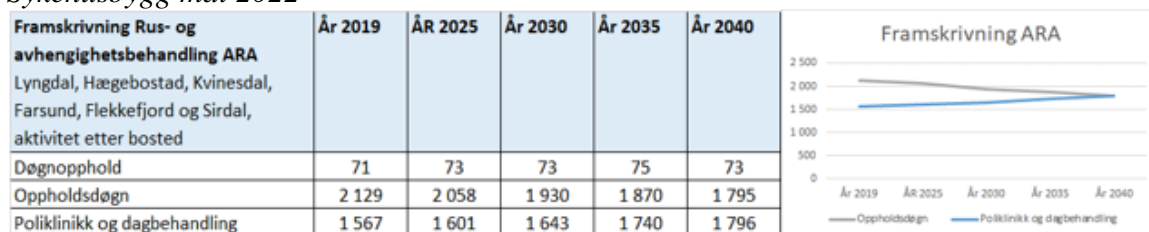
Lister har høy tetthet av barnevernsinstitusjoner

Lister har tradisjonelt hatt høyt antall barnevernsinstitusjoner hvor ungdom er plassert fra hele landet. Sakene kan være ressurskrevende, og gi store utslag i et lite fagmiljø. En ser en økning i sammensatt og alvorlig problematikk også hos de som plasseres under barnevernets omsorg. Det er uklart hvordan barnevernsreformen vil slå ut, men økningen i plasser frem til nå kombinert med økning i alvorlig problematikk tilsier at Lister sannsynligvis fortsatt i flere år vil måtte styrke kapasiteten mot denne gruppa. Dette bør undersøkes og vurderes nærmere. ABUP bør være tett på kommunene vedrørende deres utredning av oppvekstreformen hvor oppgaver flyttes fra Bufetat til kommunene innen barnevernstjenester.

4.2.3.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- Antall innbyggere i aldersgrupper fra 18-49 år vil reduseres med 13% mot år 2040. Denne aldersgruppen er mest representert i bruk av TSB tjenester, henholdsvis 75% av alle kontakter er for aldersgruppen 18-49 år. Men 21% av kontakter er for gruppen 55-66 år.
- Befolkningsnedgangen er en medvirkende årsak til nedgangen i antall oppholdsdøgn for TSB i framskrivningen.
- Framskrivningsresultater viser at antall døgnopphold vil reduseres med ca. 16% (inkl. demografisk effekt) og antall poliklinisk og dagaktivitet vil øke med 15%.

Framskrivning av Rus- og avhengighetsbehandling aktivitet 2019-2040 i modell fra Sykehusbygg mai 2022



Figur 8

- Aktiviteten for TSB for Listerregionen er registrert under ARA poliklinikk i Kristiansand. Derfor bør det gjøres skjønnsmessige vurderinger for å estimere kapasitetsbehovet for framtiden.
- Majoriteten av døgnbehandlinger foregår i eget foretak, henholdsvis 86% av døgnopphold er registrert i eget foretak i 2019, noe som innebærer at befolkningen i Lister i liten grad benytter seg av fritt behandlingsvalg. Også de fleste polikliniske kontakter har vært innenfor eget HF (94%).

Hovedtrekk forbruk og diagnoser

PH_diagnose_navn	Dag og Poliklinikk 2019	Demografisk effekt	Sykelighets- og tilbudsendringer	Omstilling drift
TSB 2019- 2040, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Farsund, Flekkefjord og Sirdal, aktivitet etter bosted, uten Lindesnes kommune	1 567	1 413	1 907	1 796
01 F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	0	0	0	0
02 F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	1 269	1 159	1 565	1 474
03 F20, F21 F24-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	0	0	0	0
04 F22-F23 Paranoide og akutte psykoser	0	0	0	0
05 F30, F32-F39 Affektive lidelser stemningslidelser	0	0	0	0
06 F31 Bipolar affektiv lidelse	0	0	0	0
07 F40-F49 ekskl F43.1 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser ekskl PTSD	56	59	80	75
08 F43.1 PTSD	15	8	10	10
09 F50-F59 A tferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	11	12	16	15
10 F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	109	87	118	111
11 F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdom	16	12	16	15
12 F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0	0	0	0
13 F70-F79 Psykisk utviklingshemming	0	0	0	0
14 F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	0	0	0	0
15 Z-koder	28	27	36	34
90 Andre ICD-10 tilstander	61	47	63	60
99 Hovedtilstand mangler/ugyldig kode	2	2	3	2

Figur 9

Poliklinisk aktivitet - Historisk underforbruk

Forbrukstall i befolkningen i Lister sett opp mot andre deler av Agder kan imidlertid tyde på at det per i dag er et underforbruk av tjenester i Lister, og at det vil være behov for å styrke kapasitet og tilstedeværelse for å kunne gi et likeverdig tjenestetilbud innen TSB i fremtiden. Antakelsen om at fremskrevne behov innen TSB ikke kan legges til grunn understøttes av Ny modell for framskrivinger, hvor det fremkommer at TSB er det tjenesteområdet med størst forventet økning i SSHF. 16 % økning i poliklinisk aktivitet anses som konservativt, uten at arbeidsgruppen konkret vil tallfeste merøkningen.

Døgn

Listerbefolkningen benytter seg på lik linje med resten av Agders befolkning av HF-plasser og private plasser. Etter om lag 6 år med fritt behandlingsvalg under Helfo og en oppmerksomhet på økt antall private døgnplasser og døgn som en nær løsning skal Helfo-ordningen avvikles, noe som vil kunne påvirke forbruksmønstre.

Endrede behov i befolkningen

Eldre med alkoholproblemer forventes å øke, så med den demografiske framskrivingen kan en ikke forvente at dette vil redusere oppfølgingsbehovet innen TSB.

4.3 Forutsetninger for beslutningsgrunnlaget og styringssignaler

Funksjonsutredningens mandat er styrende for utforming av prosessens struktur, innhold og aktiviteter. Virksomhetsutvikling utgjør et sentralt premiss for alle alternativene i funksjonsutredningen, og må ses i sammenheng med fremtidig utvikling av klinikken for øvrig. Videre skal beslutningsgrunnlaget baseres på følgende forutsetninger, som er lagt til grunn for arbeidet og i størst mulig grad integrert i vurderingskriteriene:

- Fremskrevet kapasitetsbehov for mottak av pasienter til vurdering, innleggelse og poliklinisk behandling
- Kvalitet i pasientbehandlingen
- Et helsefremmende arbeidsmiljø
- Rasjonell og effektiv logistikk og samhandling med andre funksjoner i avdelingen
- Samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner
- Nødvendige bygningsmessige elementer og infrastruktur knyttet til de berørte funksjoner

Styringssignaler som er gitt underveis er innarbeidet og hensyntatt underveis i arbeidsprosessen, og fremkommer av en egen oversikt i arbeidsgruppens mandat vedlagt rapporten.

4.4 Reiseveier

Følgende reiseveier gjelder for pasienter og ansatte i dag, og inngår som en del av kunnskapsgrunnlaget for vurderingene som gjøres:

- Avstand Kvinesdal – Flekkefjord 24 km / 23 min
- Avstand Flekkefjord – Farsund 40 km / 37 min
- Avstand Farsund – Kvinesdal 35 km / 33 min
- Avstand Sirdal – Kvinesdal 87 km / 1 t 28 min
- Avstand Lyngdal – Flekkefjord 35 km / 34 min
- Avstand Lyngdal – Farsund 17 km / 17 min
- Avstand Hægebostad – Farsund 49 km / 49 min
- Avstand Mandal – Lyngdal 32 km / 30 min

Det legges til grunn at avstandene fra henholdsvis Mandal og Kristiansand til Lister vil bli betydelig kortere i fremtiden, men at utbedringer av veistrukturane i vestre del av Agder i liten grad vil påvirke avstandene internt mellom lokasjonene i Lister.

5. Vurderingskriterier

Som en del av leveransen har arbeidsgruppen utarbeidet vurderingskriterier for valg av alternativer. Alle kriteriene følger av mandatet, med unntak av kriterier Faglig robusthet, som arbeidsgruppen har valgt å føye til.

- Kapasitet
- Pasientsikkerhet, kvalitet
- Arbeidsmiljø
- Driftsøkonomi, investeringskostnader, økonomisk bærekraft
- Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elastisitet
- Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken
- Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner
- Faglig robusthet

Det vises til vedlagte dokument «Vurderingskriterier» for beskrivelse av hvert kriterium. Arbeidet med vurderingskriteriene har vært en sentral del av prosessen, da dette handler om hvordan kriteriene konkret skal forstås og videre legges til grunn ved vurdering av de ulike alternativene.

Beskrivelsene baserer seg på innspill fra ansatte gitt i samling på Rosfjord 22.3.22 og relevante momenter hentet fra tilgjengelige formaldefinisjoner, føringer og kunnskapsgrunnlag. Innspillene ble deretter sammenstilt, og inngikk – sammen med tilgjengelige formaldefinisjoner/kunnskapsgrunnlag og arbeidsgruppens egne innspill – i grunnlaget for utarbeidelsen av hvert kriterium.

6. Nåsituasjon

I dette kapittelet beskrives nåsituasjonen for hver avdeling.

Utredningen skal inneholde en vurdering av dagens situasjon opp mot minimum to løsningsalternativer. Arbeidsgruppen forstår dette slik at nåsituasjonen er det som ligger til grunn for å kunne foreta en likeverdig utredning av de fire alternativene, hvorav nullalternativet utgjør ett av alternativene. Alternativene fremkommer av kapittel 7.

Nåsituasjonen er kartlagt og beskrives for hver avdeling. Arbeidsgruppen har forstått det slik at beskrivelsene bør være forholdsvis kortfattet og primært være faktabasert, samt helst også konkrete og målbare. Gruppearbeid knyttet til nåsituasjonen inngikk som en del av samlingen på Rosfjord 22.3.22, for kvalitetssikring og innspill.

6.1 Listerregionen

Listerregionen består av de 6 kommunene Kvinesdal, Flekkefjord, Lyngdal, Farsund, Hægebostad og Sirdal. Per 19.5.22 er det ifølge SSB 38558 innbyggere totalt i regionen. Listerregionen er stor med et samlet areal på 4 175,77 km². Regionen grenser til Rogaland hvor flere av de vestligste kommunene (spesielt Sirdal og Flekkefjord) også har et både formelt og uformelt samarbeid innen flere samfunnsområder, inkludert helse. Tjenestetilbudet

fra KPH skal dekke behovet til innbyggere over områder med store avstander og med store variasjoner, for eksempel fjellbygder i Sirdal, kyst- og øysamfunn på Hidra og i Farsund, mindre bygdesamfunn i Kvinesdal og Hægebostad og mer sentrale byområder i f.eks. Flekkefjord, Lyngdal og Farsund sentrum. Regionen har særlige utfordringer knyttet til en stadig økende eldre befolkning til samtidig som at andelen innbyggere mellom 18 og 66 år reduseres, det er en høy andel uføre (særlig yngre uføre) og andelen med høyere utdanning i enkelte av kommunene er lavere enn landsgjennomsnittet. Enkelte av kommunene har også utfordringer knyttet til levekår.

6.2 DPS Lister

Organisering og tjenestetilbud/funksjon

DPS Lister har polikliniske tjenester med 8,5 årsverk i Farsund og 12 årsverk i Flekkefjord. I Kvinesdal er det ca. 60 årsverk fordelt på døgnbehandling og polikliniske tjenester, inklusive ambulante team. DPS Lister Kvinesdal ivaretar døgnbehandling, IPS, FACT og AAT for alle kommunene i opptaksområdet.

De tre enhetene har en funksjonsfordeling for poliklinisk behandling som beskrevet i tabellen under. Dette betyr at en stor del av tilbudene fra DPS Lister ikke er styrt av hvilken kommune pasienten bor i, men ut fra hvilken enhet (Farsund, Flekkefjord eller Kvinesdal) DPS Lister har fordelt funksjonen til. Polikliniske pasienter som ikke faller inn under en av de funksjonsfordelte kategorier har tilhørighet til de ulike enheter ut fra geografiske forhold. DPS Lister Flekkefjord ivaretar polikliniske pasienter fra kommunene Sirdal, Kvinesdal og Flekkefjord og DPS Lister Farsund ivaretar polikliniske pasienter fra kommunene Lyngdal, Hægebostad og Farsund. Alle pasienter som har behov for døgninnleggelse får sitt tilbud enten ved DPS Lister Kvinesdal eller sentralt ved Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) i Kristiansand evt. Arendal. Alle pasienter som har behov for oppfølging av ambulante team, som FACT (oppfølging av alvorlige sammensatte psykiske lidelser), AAT (akuttambulante team) og IPS (individuell jobbstøtte) får dette med utgangspunkt i tjenester lokalisert i DPS Lister Kvinesdal.

Enhet	Område	Felles Inntaks- og Utrednings team
DPS Lister Farsund	Individuell psykoterapi	
	Gruppesykoterapi	
	Endringsorientert terapi av Personlighetsforstyrrelser / problematikk	
	Fokuseret terapi for Traumebehandling / forståelse	
DPS Lister Flekkefjord	Individuell oppfølging i poliklinikk	
	Stabilisering og ferdighetstreningkurs Traume	
	Emeistring Depresjon	
	Emeistring Sosial angst	
	Emeistring Panikkangst	
DPS Lister Kvinesdal	Gruppetilbud fysisk aktivitet	
	Åpne nettverkssamtaler	
	Angstteam, 4 dagers behandling	
	Angstteam, MCT individuelt og gruppe	
	Intensiv korttidsgruppe, Recovery	
	Gruppetilbud, bipolar lidelse	
	FACT	
	AAT	
	IPS	

Figur 10

Avdelingen samarbeider og samhandler med øvrige avdelinger i KPH og kommunehelsetjenesten.

Både ABUP Lister og DPS Lister har samme opptaksområde.

Virksomhetsdata/Aktivitet

Nedenstående tall er meldt inn fra avdelingen på bakgrunn av uttrekk fra DIPS, og gir et øyeblikksbilde av hovedtrekk for pasientadministrative data. Siden framskrivingene bygger på år 2019, er det av betydning å se hen til tall også for 2022. Tallene gjelder den polikliniske aktiviteten.

Henvisninger og avslagsprosent

	Jan	Feb	Mars	April	Mai
Antall henvisninger totalt 2022 (rapport 6813)	83	73	109	111	113
Antall konsultasjoner totalt 2022 (rapport 6817)	1211	1085	1792	1391	1536
ISF godkjente opphold poliklinikk 2022	1066	960	1291	1015	1077
Avslagsprosent 2021	35,3%	33,3%	35,3%	30,6%	41,7%
Avslagsprosent 2022	37%	20%	20%	39,7%	27,1%
Beleggsprosent døgnenhet jan – april 2022 (8 sengeplasser): 65%					

Figur 11

Gj.snittlig ventetid (dager), avviklede saker (= igangsatte saker aktuell måned)

Avviklet i	Jan	Feb	Mars	April	Mai
2022	58,7	44	45,9	41,5	38,8

Figur 12

HR

(Kilder: Power BI, ForBedring resultater 2021, regnskapstall)

Årsverk

- Farsund: 8,5
- Flekkefjord: 12
- Døgn: 21,2
- Poliklinikk Kvinesdal: 12,5
- IPS: 3
- FACT: 8,9
- Felles (merkantil og ledelse): 9,9

Totalt: 76

Brutto årsverk, avvik pr. mai 22:

<i>Faktisk brukt pr. Mai22</i>	<i>Budsjett 22</i>	<i>Avvik</i>
71	82	-11

Figur 13

Resultater ForBedring 2021

<p><i>FACT</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Engasjement: 92 Teamarbeidsklima: 87 Arbeidsforhold: 77 Sikkerhetsklima: 95 Psykososialt arbeidsmiljø: 91 Opplevd lederatferd: 89 Toppleders rolle: - Fysisk miljø: 82 Oppfølging: 75 Pandemi: 85 	<p><i>Felles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Engasjement: 90 Teamarbeidsklima: 87 Arbeidsforhold: 81 Sikkerhetsklima: 89 Psykososialt arbeidsmiljø: 94 Opplevd lederatferd: 91 Toppleders rolle: - Fysisk miljø: 87 Oppfølging: 84 Pandemi: 84 	<p><i>Poliklinikk Farsund</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Engasjement: 76 Teamarbeidsklima: 72 Arbeidsforhold: 54 Sikkerhetsklima: 77 Psykososialt arbeidsmiljø: 77 Opplevd lederatferd: 80 Toppleders rolle: 75 Fysisk miljø: 77 Oppfølging: 67 Pandemi: 80
<p><i>Poliklinikk Flekkefjord</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Engasjement: 96 Teamarbeidsklima: 90 Arbeidsforhold: 71 Sikkerhetsklima: 87 Psykososialt arbeidsmiljø: 85 Opplevd lederatferd: 96 Toppleders rolle: - Fysisk miljø: 82 Oppfølging: 85 Pandemi: 90 	<p><i>Poliklinikk Kvinesdal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Engasjement: 93 Teamarbeidsklima: 96 Arbeidsforhold: 86 Sikkerhetsklima: 88 Psykososialt arbeidsmiljø: 90 Opplevd lederatferd: 85 Toppleders rolle: - Fysisk miljø: 84 Oppfølging: 66 Pandemi: 84 	<p><i>Døgn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Engasjement: 92 Teamarbeidsklima: 88 Arbeidsforhold: 87 Sikkerhetsklima: 85 Psykososialt arbeidsmiljø: 86 Opplevd lederatferd: 88 Toppleders rolle: 81 Fysisk miljø: 82 Oppfølging: 75 Pandemi: 82

Figur 14

Rekruttering

Pr i dag står følgende stillinger ledig:

<i>Faste stillinger</i>	<i>Vikariater</i>
1 x 100% Overlege (2 fra høsten 22) 3x 100% Psykologspesialist 3 x 100% Psykolog (eller annen terapeut)	1x 100% Overlege 5 x 100% psykolog eller annen behandler

Figur 15

Utfordringene har vedvart over mange år, og synliggjøres ved dagens situasjon kombinert med ubrukte lønnsmidler/utgifter til legevikarer de siste tre årene.

Regnskapstall for siste tre år viser følgende:

<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>
2,2 mill. kr.	5,3 mill. kr.	5,4 mill. kr.

Figur 16

Økonomi

Økonomi - budsjett 2021 og budsjett 2022		
DPS Lister pr enhet	Budsjett 2021	Budsjett 2022
DPS Lister døgnpost	26 043	26 423
DPS Lister IPS	2 523	2 350
DPS Lister FACT-team	3 796	5 864
DPS Lister pol Kvinesdal	8 412	8 981
DPS Lister pol Flekkefjord	8 345	9 517
DPS Lister pol Farsund	6 442	7 158
DPS Lister Felles	6 223	8 387
DPS Lister stab	1 534	1 293
	63 318	69 973
DPS Lister	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Inntekter	-11 996	-12 193
Lønnskostnader inkl vikarbyrå	67 817	74 410
Driftskostnader	7 497	7 756
	63 318	69 973
Resultat 2021/Overskudd 2021	1 924	

Figur 17

Det samlede utfordringsbildet for DPS Lister

På bakgrunn av overordnede føringer, framskrivninger og lokale forhold, kan utfordringsbildet for DPS Lister i hovedsak oppsummeres slik:

- Legge til rette for økt poliklinisk aktivitet
- Styrke tilbudet til de alvorligste syke
- Redusere uønsket variasjon
- Antall pasienter dømt til behandling forventes å øke
- Utvikle forsterkede polikliniske og ambulante tjenester i samarbeid med kommunehelsetjenesten - breddekompetanse
- Økt satsning på alderspsykiatri
- Møte utfordringene med mindre tilgang til lokalt personale – rekruttering

6.3 Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP Lister)**Organisering og tjenestetilbud/funksjon**

ABUP Lister har polikliniske tjenester (inklusive ambulante tjenester), med 6 årsverk i Flekkefjord og 12 årsverk i Farsund.

ABUP Lister er lokalisert med kontor i Farsund og Flekkefjord samt et tverrgående ambulant team. 18 årsverk dekker et område med 39 000 innbyggere i 6 kommuner, og ca. 10 000 barn 0-18.

ABUP Lister tilbyr utredning og behandling til barn og unge under 18 år, og deres familier, med psykiske lidelser. Dette kan være utredning og behandling av angst, depresjon, ADHD, tvangslidelser, spiseforstyrrelser, atferdsvansker, traumer, selvmordsproblematikk etc. ABUP Lister utreder og behandler alle typer tilstander representert i ICD10.

ABUP Lister samarbeider med kommunehelsetjenesten og andre spesialiserte helsetjenester. Det kommunale psykiatriske tilbudet til barn/unge er svært ulikt utbygd i de respektive kommuner, og betyr noe for behovet for spesialisthelsetjenester både når det gjelder omfang og innhold. ABUP har samarbeidsavtaler med samtlige seks kommuner i Lister som regulerer samhandling, veiledning og direkte samarbeid i arbeid med barn og unges psykiske helse. Lokasjon Lister er praksisplasser for bachelor i sykepleie, bachelor i sosialt arbeid, videreutdanning i psykisk helsearbeid og psykososialt arbeid, profesjonsutdanning for lege og psykolog.

Virksomhetsdata /Aktivitet

Nedenstående tall er meldt inn fra avdelingen på bakgrunn av uttrekk fra DIPS, og gir et øyeblikksbilde av hovedtrekk for pasientadministrative data. For ABUP Lister er noen av dataene manuelt justert på bakgrunn av tall for fysisk telling av henvisninger og avslag. Siden framskrivningene bygger på år 2019, er det av betydning å se hen til tall også for 2022. Tallene gjelder den polikliniske aktiviteten.

Henvisninger og avslagsprosent, rapport 10008/6813

	<i>Jan</i>	<i>Feb</i>	<i>Mars</i>	<i>April</i>	<i>Mai</i>
Henvist - 2022	28	15	30	17	27
Avslag - 2022	5	4	11	4	8
Avslagsprosent - 2022	17,86	26,67	36,67	23,53	29,63

Figur 18

Antall konsultasjoner, rapport 6817 (filtrert bort tekniske episoder og ikke møtt)

	<i>Jan</i>	<i>Feb</i>	<i>Mar</i>	<i>April</i>	<i>Mai</i>
2021	554	447	572	553	520
2022	693	362	506	370	398

Figur 19

Gj.snitt Ventetid (dager), avviklede saker (=igangsatte saker aktuell mnd.), rapport 10008/6813

	<i>Jan</i>	<i>Feb</i>	<i>Mars</i>	<i>April</i>	<i>Mai</i>
2021	30,4	24,8	23,7	36,6	21,43
2022	32,3	29,8	29,43	27,09	39,0

Figur 20

Antall saker avviklet (igangsatt), rapport 10008/6813

	<i>Jan</i>	<i>Feb</i>	<i>Mar</i>	<i>April</i>	<i>Mai</i>
2021	12	14	27	30	21
2022	25	15	14	11	11

Figur 21

Avdelingen påpeker at valgt tidsperiode for uttrekk av virksomhetsdata er veldig kort og gir kun et øyeblikksbilde, men bekrefter her og nå-situasjonen, hvor ansatte opplever høyt arbeidspress gjennom stort antall saker opp mot få behandlerressurser.

HR

(Kilder: Power BI, ForBedring resultater 2021, regnskapstall)

Årsverk: 18 fordelt slik: 6 årsverk i Flekkefjord og 12 årsverk i Farsund.

Resultater ForBedring 2021

- Engasjement: 74
- Teamarbeidsklima: 82
- Arbeidsforhold: 58
- Sikkerhetsklima: 73
- Psykososialt arbeidsmiljø: 78
- Opplevd lederatferd: 67
- Toppleders rolle: 54
- Fysisk miljø: 83
- Oppfølging: 63
- Pandemi: 80

Rekruttering

<i>Faste stillinger</i>	<i>Vikariater</i>
1x 100 % fast stilling for psykologspesialist	1x 100 % vikariat stilling for LiS
1x 100 % fast stilling for terapeut	1x 60 % vikariat stilling for overlege (vi har en overlege som er vikar i 40 %)

Figur 22

Spesialistdekningen beskrives som utilfredsstillende, med mangeårige rekrutteringsproblemer. Miljøterapeuter/ høyskoleutdannede terapeuter har vært enklere å rekruttere. Overlegen i 40% stilling (fordelt 20 % på Farsund og 20 % i Flekkefjord) påvirker behandlingssituasjonen.

Bygg/teknisk

Nåsituasjon for bygg/areal/teknisk er beskrevet i eget kapittel.

Økonomi

Økonomi - budsjett 2021 og budsjett 2022		
ABUP pr enhet	Budsjett 2021	Budsjett 2022
ABUP akutt/ambulant enhet SSK	17 984	18 768
ABUP ungdomsklinikk SSA	25 993	26 399
ABUP familieklinikk SSA	18 961	19 810
ABUP Poliklinikk SSA	16 424	17 662
ABUP poliklinikk Kristiansand	16 851	19 907
ABUP Poliklinikk Lister	11 131	12 348
ABUP familie/nevropsyk SSK	18 441	18 934
ABUP felles	11 510	11 945
ABUP FoU	6 575	6 516
ABUP merkantil	12 834	13 133
	156 704	165 422
ABUP	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Inntekter	-58 860	-51 796
Lønnskostnader inkl vikarbyrå	200 891	202 498
Driftskostnader	14 673	14 720
	156 704	165 422
Resultat 2021/Overskudd 2021	12 469	

Figur 23

Det samlede utfordringsbildet for ABUP Lister

På bakgrunn av overordnede føringer, framskrivninger og lokale forhold, kan utfordringsbildet for ABUP sin virksomhet i Lister i hovedsak oppsummeres slik:

- Legge til rette for noe økt poliklinisk aktivitet
- Redusere uønsket variasjon
- Barn og unge med medfødte skader relatert til mors rusbruk er betydelig underdiagnostisert
- Det er også behov for utvikling av tjenestetilbudet for barn og unge med rusmiddelproblemer
- SSHF har behov for å styrke det helhetlig tilbudet til barn og unge med sammensatte/komplekse tilstander
- Møte utfordringene med mindre tilgang til lokalt personale – rekruttering

6.4 Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)

Organisering og tjenestetilbud/funksjon

Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) er betegnelsen på behandling av rus- og avhengighetslidelser som ARA har ansvar for i Agder.

Befolkningen i Lister har på lik linje med andre innbyggere i Agder tilgang på all døgnbehandling i ARA, som er lokalisert i Kristiansand, Arendal og på Byglandsfjord. ARA har sitt hovedsete for vestregionen i Mandal, men har polikliniske tjenester ved at en behandler organisert under poliklinikken i Kristiansand har fast kontorsted i Lister. Behandlere fra poliklinikken i Kristiansand og ARA FACT i Kristiansand bidrar i tillegg etter behov. (ARA FACT har en egen pasientpopulasjon i Listerregionen.) Basiskartlegging skjer i hovedsak på poliklinikken i Kristiansand. Ansatt i Mandal har vært tidlig ute med å ta i bruk digital oppfølging (eMeistring).

Oppfølging av akutsituasjoner for mennesker med rusproblemer i Listerregionen følger klinikkens generelle akutttilbud via akuttambulant team i DPS Lister, og bruk av bakvakt lokalisert i Kristiansand.

ARA benytter DPS Lister sine polikliniske lokaler/kontor i Farsund og Flekkefjord, og er dermed samlokalisert med både DPS og ABUP. Poliklinisk tilstedeværelse i Lister har over flere år blitt påvirket negativt av rekrutteringsutfordringer, særlig på spesialistsiden. Dette er en utfordring i en tid der avdelingen øker kapasiteten på polikliniske og ambulante tjenester generelt.

Personer som henvises til ARA vurderes av tverrfaglig team (VUT) og får rett til behandling i TSB for sine ruslidelser eller for annen avhengighetsproblematikk (spill problematikk, bruk av anabole androgene steroider). De får også tilbud om pakkeforløp TSB. Det samme gjelder pasienter som blir innlagt akutt, under tvang innen rusbehandlingen, eller er i fengsel med rus- og avhengighetslidelser.

Behandlingen vil normalt sett inkludere utredning, diagnostisering og behandling i døgn, dag eller poliklinikk. I tillegg tilbyr avdelingen mer spesialisert oppfølging som for eksempel

LAR-behandling. Tjenestene i Lister samhandler med øvrige deler av ARA, øvrige avdelinger i KPH (særlig DPS Lister) og kommunene, hvor sistnevnte tar et solid kommunalt behandlings- og oppfølgingsansvar, blant annet gjennom etablering av 12-trinnsbehandling helt vest i fylket.

ARA har sammen med Lærings- og mestringssentrene mestringkurs for pårørende berørt av andres misbruk eller avhengighet av rusmidler. I Kristiansand, Arendal og tidligere i Lister, men grunnet lite etterspørsel er dette ikke satt opp dette året i Lister.

Virksomhetsdata / Aktivitet

Nedenstående tall er meldt inn fra avdelingen på bakgrunn av uttrekk fra DIPS, og gir et øyeblikksbilde av hovedtrekk for pasientadministrative data. Siden framskrivningene bygger på år 2019, er det av betydning å se hen til tall også for 2022. Tallene gjelder den polikliniske aktiviteten, og det minnes om at variasjoner i svært små tall gir store relative utslag.

ISF godkjente opphold

2019	411
2022	Under avklaring

Figur 24

Henvisninger

Rapport D-6813 – «Henvisninger mottatt i periode» pr. måned.					
	Jan 22	Feb 22	Mars 22	April 22	Mai 22
Henvist	15	15	11	15	9
Avslag	5	3	4	6	0
Avslagsprosent	33,3	20	36,4	40	0

Figur 25

Antall konsultasjoner

Rapport 6817 (filtrert bort tekniske episoder og ikke møtt)					
	Jan 22	Feb 22	Mars 22	April 22	Mai 22
	107	105	133	113	127

Figur 26

HR

(Kilder: Power BI, ForBedring resultater 2021, regnskapstall)

Årsverk: 1 stilling med fysisk tilstedeværelse i Lister på daglig basis.

Resultater ForBedring 2021 beskrives ikke her grunnet på bakgrunn av organisering/årsverk.

Rekruttering er omtalt under Organisering og tjenestetilbud.

Økonomi

Økonomi - budsjett 2021 og budsjett 2022		
ARA pr enhet	Budsjett 2021	Budsjett 2022
ARA døgn Kr.sand avgiftning	19 665	19 881
ARA døgn Kr.sand rus/psykiatri	33 878	34 015
ARA døgn Kr.sand gruppeb	20 282	20 396
ARA døgn Arendal avgiftning	22 258	22 530
ARA døgn Byglandsfjord	26 994	27 609
ARA FACT	9 845	7 155
ARA Poliklinikk Kr.Sand	27 785	27 948
ARA Poliklinikk Arendal	29 253	29 498
ARA felles	-172 470	-166 702
ARA Merkantil	11 349	11 514
ARA FOU	5 126	4 860
	33 965	38 704
ARA	Budsjett 2021	Budsjett 2022
Inntekter	-244 839	-252 177
Lønnskostnader inkl vikarbyrå	203 768	203 749
Driftskostnader	75 036	87 132
	33 965	38 704
Resultat 2021/underskudd 2021	-14 836	

Figur 27

Det samlede utfordringsbildet for ARAs virksomhet i Lister

På bakgrunn av overordnede føringer, framskrivinger og lokale forhold, kan utfordringsbildet for ARA sin virksomhet i Lister i hovedsak oppsummeres slik:

- Redusere uønsket variasjon (Skjevhet i ressurstilgang)
- Ambulante team
- UP2040 peker på at det innen TSB er det behov for styrket poliklinisk behandling og redusert døgnbehandling. Dette understøttes av et sannsynlig underforbruk som preger framskrivingene.
- Rus- og alkoholvaner er i endring, og frem mot 2040 forventes det en økning i antall eldre med rusrelaterte problemer
- Poliklinisk tilstedeværelse i Lister har over flere år blitt påvirket negativt av rekrutteringsutfordringer, særlig på spesialistsiden. Dette er en utfordring i en tid der avdelingen øker kapasiteten på polikliniske og ambulante tjenester generelt.

7. Alternativene

I dette kapittelet beskrives og vurderes de fire utredningsalternativene.

Utredningen skal skissere en videreutvikling basert på dagens situasjon og et alternativ med en samlokalisering av dagens virksomhet. Det skal også utredes minimum ett annet alternativ. Før oppstart ble det besluttet at også et eget alternativ for ABUP skulle føyes til mandatet

etter ønske fra avdelingssjef i ABUP om tydelighet, transparens og forutsigbarhet når det gjelder hovedalternativene.

Alternativene som er vurdert i denne funksjonsutredningen er derfor følgende:

- «Nullalternativet»; en løsning basert på videreføring av dagens virksomhet med dagens organisering og lokalisering
- Utredning av samlokalisering av KPH sin virksomhet i Listerregionen, hvilket omfatter både DPS Lister, ARA og ABUP
- Utredning som omfatter samorganisering/samlokalisering av DPS Lister
- Utredning som omfatter samlokalisering av ABUP sin virksomhet i Lister-regionen

Det ble på et tidlig tidspunkt i utredningen avdekket et behov for en presisering av at alle alternativene skulle utredes på likeverdig måte. Denne presiseringen inngikk deretter i den første informasjonen som arbeidsgruppen sendte ut til de ansatte, og ble gjentatt ved flere anledninger senere.

Hver avdeling har laget en beskrivelse for de aktuelle alternativene basert på overordnede føringer og framskrivninger av kapasitetsbehov for langsiktig utvikling av helsetjenestene. I DPS Lister ble alternativbeskrivelsene utarbeidet i et dagsmøte 27.04.22 for ledergruppen. Det ble hentet inn innspill fra ansattgruppene i forkant. Forslaget ble også drøftet med medisinskfaglige rådgivere i avdelingen, og det ble presentert og drøftet med lokale tillitsvalgte 02.05.22. I utarbeidelsen så en også hen til innspillene fra samlingen på Rosfjord 22.3.22. I ABUP Lister ble alternativbeskrivelsene utarbeidet av avdelingssjef, enhetsleder og psykologspesialist på bakgrunn av innspill fra ansatte. I ARA ble alternativbeskrivelsene utarbeidet med forankring i avdelingens ledergruppe.

Etter avklaring med styringsgruppen er detaljene på et nivå som fremstår hensiktsmessig sett opp mot funksjonsutredningens mål. Rapporten er derfor strukturert slik at det først og fremst er funksjon og behov som omtales i beskrivelsene og vurderingene av alternativene. Bygg og økonomi ses deretter i sammenheng på bakgrunn av funksjon og behov i eget kapittel.

Arbeidsgruppen har valgt å strukturere denne delen av arbeidet ved at hvert alternativ beskrives og etterfølges av korte oppsummeringer av vurderingene som er foretatt innenfor det enkelte alternativ. Arbeidsgruppens drøftinger er skrevet ut i sin helhet og vedlagt rapporten.

7.1 Vurderingsmetodikk

Samtlige vurderinger gjort på bakgrunn av vurderingskriteriene, som fremkommer av eget dokument vedlagt denne rapporten.

Arbeidsgruppen har lagt vekt på at alle alternativer skal utredes på likeverdig måte.

Arbeidsgruppen har gjennom plenumsdiskusjoner gjort en samlet, grundig og helhetlig vurdering av alle alternativene. I praksis innebærer dette at alle alternativbeskrivelsene er vurdert opp mot alle momentene som fremkommer av vurderingskriteriene, og deretter vurdert samlet sett.

For hvert alternativ ble det satt en skår per kriterium, først individuelt og deretter drøfting i plenum. Etter at vurderingene var skrevet ut, gjennomgikk arbeidsgruppen de oppsummerende vurderinger og skårer for en kvalitetssikring av arbeidsgruppens felles forståelse.

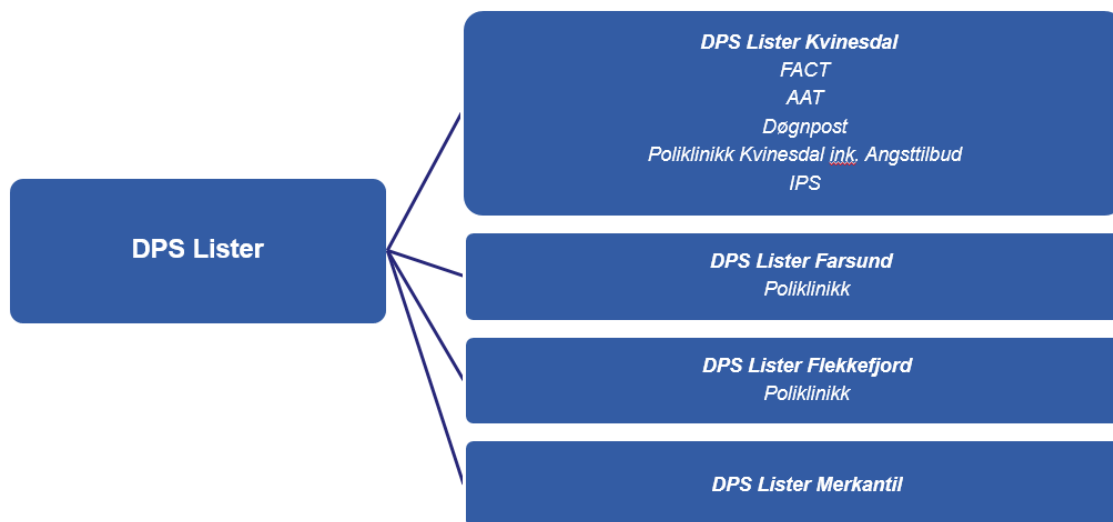
7.2 «Nullalternativet» - En løsning basert på videreføring av dagens virksomhet med dagens organisering og lokalisering

Nullalternativet er beskrevet basert på dagens situasjon og utfordringsbilde sammenholdt med overordnede føringer innen fagfeltet og aktuelle framskrivninger. For bygg/areal vises det til eget kapittel.

7.2.1 Alternativbeskrivelse

DPS Lister

I dette alternativet vil organisering og lokalisering se ut som i dag, med fire enheter lokalisert i Kvinesdal, Flekkefjord og i Farsund.



Figur 28

Følgende forhold vil være sentrale i dette alternativet:

- Alternativet må tilrettelegge for teamutvikling etter framskrevet behov, særlig når det gjelder økt poliklinisk aktivitet inkludert utvikling av ambulante tilbud. Alternativet må tilrettelegge for teamutvikling innen fagområder på tvers mellom enhetene for å sikre faglig samarbeid og felles faglig plattform.
- Særlige framskrivninger som kan føre til noe endring i drift i alternativ 0:
 - Økning av andel eldre i befolkningen samt overføring av oppgaver fra Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) vil kunne medføre et behov for økt satsing på alderspsykiatrisk tilbud i DPS Lister
 - Redusert andel av befolkningen i yrkesaktiv alder, angitt til minst 13%.
 - Økt andel alvorlig psykisk syke
 - Økt andel pasienter på dom
- Hver enhet har en enhetsleder med ansvar for personal og budsjett.
- Det legges opp til en videreføring av dagens antall årsverk. Utvikling på dette feltet må utover dette ses i sammenheng med andre utviklingsprosesser i KPH og i foretaket som helhet.
- Det er 8,5 årsverk lokalisert i Farsund, hvorav 1 overlege og 1 psykologspesialist.
 - Poliklinisk drift
- Det er 12 årsverk lokalisert i Flekkefjord, hvorav 2 overleger og 1 psykologspesialist.
 - Poliklinisk drift
- I Kvinesdal er årsverkene fordelt på følgende team:

- 21,6 årsverk døgnetenhet, hvorav 2 overleger og 1 psykologspesialist (1 overlege og 1 psykologspesialiststilling ubesatt).
- 9,5 årsverk poliklinikk fordelt på 2 team (angst og tverrfaglig gruppeteam) hvorav 1 overlege og 1 psykologspesialist.
- 3 årsverk AAT hvorav 1 psykologstilling (ubesatt)
- 3 årsverk IPS
- 8,9 årsverk FACT hvorav 1 overlege og 1 psykolog (både overlege og psykolog er ubesatt, overlege ivaretas av vikar pr. mai 22)
- Merkantil enhet er organisert med årsverk lokalisert til de tre enhetene i Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal.
 - 3 årsverk i Kvinesdal
 - 1,3 årsverk i Farsund
 - 2,8 årsverk i Flekkefjord
- Det etableres egne avtaler og forståelser om hvordan spesialistene hjelper til på tvers av enhetene ved behov som skyldes f.eks. ubemannet stilling, uforutsett fravær eller ferieavvikling.
- Det er en forutsetning for forsvarlig drift at hver lokasjon / enhet har tilgang til de nødvendige spesialistressurser.
- Pasienter får sitt tilbud på poliklinikk ut fra enten diagnose / lidelse hvor de ulike lokasjonene har særskilte kompetanseområder, eller ut fra geografisk tilhørighet. Pasienter som får sitt tilbud i samarbeid mellom enhetene må sekundæroverføres.
- Det er etablert et felles Inntaks- og utredningsteam for DPS Lister som ivaretar disse funksjonene for alle tre enheter.

ABUP Lister

ABUP Lister vil i dette alternativet fortsatt være organisert i én poliklinisk enhet som en del av ABUP, med kontorlokasjoner i Flekkefjord og i Farsund.

- Alternativet må tilrettelegge for en faglig og driftsmessig utvikling etter framskrevet behov, særlig når det gjelder økt poliklinisk aktivitet og utvikling av ambulante tilbud. Alternativet må tilrettelegge for videreutvikling av fagmiljøet samtidig med spesialisering av fagområder i enheten for å sikre felles faglig plattform og et godt samlet tilbud.
- Særlige framskrivninger som kan føre til noe endring i drift i nullalternativet:
 - Endringer i barn og unge populasjonen
 - Økt andel alvorlig psykisk syke
 - Økt andel poliklinisk aktivitet
 - Økt behov for samhandling med kommunene
 - Økt behov for felles innsatsområder og ambulante funksjoner med DPS og ARA
- Det er 12 årsverk lokalisert i Farsund.
 - Allmennpoliklinikk samt noe gruppeaktivitet
- Det er 6 årsverk lokalisert i Flekkefjord.
 - Allmennpoliklinikk
- P.t er psykologspesialist og enhetsleder lokalisert i Farsund. Overlegerressurser er i dag begrenset til innleie 40 %. Høsten 2022 kommer to leger tilbake som er ferdige med LIS-løp. Spesialistene har ansvar for spesialistoppgaver på tvers av lokasjonene. Det er ganske betydelig reisevei mellom lokasjonene i dag som tar mye tid.

- ABUP Lister skal tilføres noe økt ressurs for å få en likere fordeling av ressursene i ABUP. Dette tilsvarer cirka 1,5 årsverk.
- FACT Ung skal utredes og kan få betydning for bemanningen.
- Det er en forutsetning for forsvarlig drift at hver lokasjon/enhet har tilgang til de nødvendige spesialistressurser.
- Inntak er lagt til begge lokasjoner, med den begrensede spesialistressursen som ABUP Lister har så er dette i dag ivaretatt i Farsund. For å utnytte ressursen best mulig og for å sikre likhet i inntak så må en opprettholdelse av dagens ordning/praksis vurderes, eventuelt må en etablere en annen god løsning for å sikre kalibrering dersom en todeling vurderes mer hensiktsmessig.

ARA

I dette alternativet vil tjenestene fortsatt være organisert som i dag, slik at ansatte med organisatorisk tilhørighet i ARA poliklinikk Kristiansand betjener befolkningen i Lister gjennom tilstedeværelse i DPS sine lokaler i Farsund og Flekkefjord. Ved begge lokasjoner er ARA også samlokalisert med ABUP Lister.

Følgende forhold vil være sentrale for dette alternativet:

- Det vises til beskrivelse av tjenestetilbud i beskrivelse av Nåsituasjon, hvor innbyggerne i Listerregionen gis tjenestetilbud på lik linje med øvrig befolkning i Agder.
- Personer som henvises til ARA vurderes av tverrfaglig team (VUT) og får rett til behandling i TSB for sine ruslidelser eller for annen avhengighetsproblematikk (spillproblematikk, bruk av anabole androgene steroider). De får også tilbud om pakkeforløp TSB, men må til Kristiansand for oppstart. Det samme gjelder pasienter som blir innlagt akutt, under tvang innen rusbehandlingen, eller er i fengsel med rus- og avhengighetslidelser. I tillegg tilbyr avdelingen mer spesialisert oppfølging som for eksempel LAR-behandling.
- Alternativet må tilrettelegge for tjenesteutvikling etter framskrevet behov.
- Alternativet må tilrettelegge for økt poliklinisk kapasitet.
- Bemanningen følger behovet for spesialisthelsetjenester i regionen, noe som tilsier at det vil være behov for å styrke tilstedeværelsen i regionen med 2-3 polikliniske årsverk.
- Ansatte er organisert under ARA sin polikliniske virksomhet i Agder.
- Alternativet må tilrettelegge for fortsatt samlokalisering med DPS og ABUP.
- Særlige framskrivninger som kan føre til noe endring i drift i nullalternativet:
 - Redusere uønsket variasjon (Skjevhet i ressurstillgang)
 - UP2040 peker på at det innen TSB er det behov for styrket poliklinisk behandling og redusert døgnbehandling
 - Rus- og alkoholvaner er i endring, og frem mot 2040 forventes det en økning i antall eldre med rusrelaterte problemer

7.2.2 Vurdering

Arbeidsgruppen har drøftet og vurdert nullalternativet opp mot vurderingskriteriene som fremkommer av eget dokument vedlagt rapporten.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Arbeidsgruppens samlede vurdering av kriteriet «Pasientsikkerhet og kvalitet» for nullalternativet er at en gjennom dette alternativet vil kunne legge til rette for fortsatt god tjenesteutvikling og god kvalitet i samsvar med framskrevne behov. Arbeidsgruppen har imidlertid lagt vekt på de store utfordringene knyttet til rekruttering og tilgjengelighet til rett kompetanse, et fragmentert tilbud som gir risiko for uønsket variasjon og flere overganger enn nødvendig/ønskelig som begrunnelse for at dette alternativet skårer dårligere enn de øvrige alternativene på dette kriteriet med 3,0 av 5 mulige poeng.

Arbeidsmiljø

Arbeidsgruppens har i sin vurdering av kriteriet Arbeidsmiljø i «Nullalternativet» lagt vekt på at det både er fordeler og ulemper knyttet til dagens organisering med flere små lokale enheter. Positive faktorer som kommer frem ved dagens organisering er trygghet og oversikt. Mangel på et større samlet fagfellesskap hvor det er vanskelig å dekke kritiske funksjoner trekkes frem som minusfaktorer, sammen med en redusert tilgjengelighet fra leder og redusert kultur for helhet. Samlet sett gjør dette at nullalternativet scorer dårligere enn de øvrige alternative, med 3,4 av 5 mulige poeng.

Faglig robusthet (Rekruttering)

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Faglig robusthet» i nullalternativet lagt til grunn Legeforeningens rapport, hvor det fremkommer at fagmiljøets størrelse er vesentlig for i hvilken grad det virker attraktivt å søke seg dit. Og videre at små fagmiljøer vil ha noen begrensninger når det gjelder mulighet for faglig fordypning og tilgjengelig veiledningskompetanse. Små fagmiljøer vil være særlig sårbare inn i en fremtid hvor rekrutteringsutfordringene bare vil forsterkes som følge av den demografiske utviklingen. Dette gjelder for alle grupper. Nullalternativet vurderes derfor til å være det alternativet som vil være minst bærekraftig og samtidig legge minst til rette med hensyn til gjennomføring av utdanningsløp, med 2,6 av 5 mulige poeng.

Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken» i nullalternativet lagt vekt på de begrensningene som følger av en tjenestestruktur som har sin bakgrunn i historiske og geografiske forhold. Antall overganger vil ikke bli redusert. Kombinasjonen av rekrutteringsutfordringer og stadig mer spesialiserte og kompetansekrevende tjenester gjør at nullalternativet i sum vurderes til å være det alternativet som vil være minst egnet på bakgrunn av dette kriteriet, med 2,7 av 5 mulige poeng.

Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner» i nullalternativet lagt vekt på at det fortsatt vil være mulig å drive utbredt samhandling, men at det vil være noen ulemper av mindre betydning knyttet til det at enhetene er geografisk spredt. Studenter vil gjennom dette alternativet ha muligheter for å skaffe seg solid praksis, men en risiko for lite tilgjengelig veiledningskompetanse på den enkelte lokasjon i fremtiden kan komme til å utfordre dette, og reduserer også muligheten for at den veiledningskompetansen som finnes utnyttes hensiktsmessig. Sammenliknet med de andre alternativene vurderer arbeidsgruppen at nullalternativet vil være minst egnet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner i fremtiden, med 3,0 av 5 mulige poeng.

Kapasitet (Måloppnåelse med hensyn til kapasitet)

Arbeidsgruppen har i vurdering av kriteriet Kapasitet lagt vekt på mulighet for fleksibel bruk av kritisk kompetanse, mulighet til samarbeid mellom fagpersoner samt tilgjengelighet til fagkompetanse både internt og for samarbeidspartnere. Omstillingsevne ut fra endringer i behov fra befolkningen er også av stor betydning for kapasitet.

Nullalternativet vurderes til å gi begrensede muligheter for fleksibel bruk av kritisk kompetanse da alternativet består av mindre enheter med få fagpersoner til stede.

Arbeidsgruppen vurderer det til at mindre enheter totalt sett har begrenset mulighet til å tilpasse tilbudet til fremskrevne endrede behov i befolkningen, selv om en liten enhet i enkelte tilfeller også vil ha en fordel av å kunne omstille seg raskt. Tilgjengeligheten for interne og eksterne samarbeidspartnere er utfordrende når kritisk kompetanse er fordelt på flere lokasjoner. Arbeidsgruppen vurderer derfor nullalternativet til å være det alternativet som legger minst til rette for en optimal bruk av ressurser, og gir nullalternativet 3,1 av 5 mulige poeng.

Økonomi: Drift, investeringer, bærekraft

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Økonomi: Drift, investeringer, bærekraft» for nullalternativet lagt vekt på at det på flere områder vil være liten eller ingen endring sammenliknet med i dag, men at det samtidig vil være begrenset potensial for å økt produktivitet/effektivitet. Dette vil kunne gi en mindre bærekraftig økonomi over tid. I nullalternativet vil det være behov for enkelte tilpasninger i bygningsmassen for å tilrettelegge for både tidligere og fremtidige endringer i drift. Nullalternativet får 3,2 av 5 mulige poeng.

Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elastisitet

Nullalternativet innebærer at fremtidens virksomhet fortsetter innenfor samme bygningsmasse som i dag. Arbeidsgruppen har vurdert at det er hensiktsmessig å samle beskrivelser og vurderinger av bygg/areal i et eget kapittel. *Det vises til kapittel 8 for beskrivelser og vurderinger av bygg/areal.*

7.3 Alternativ 1 – Samlokalisering av KPH sin virksomhet i Listerregionen, hvilket omfatter både DPS Lister, ARA og ABUP

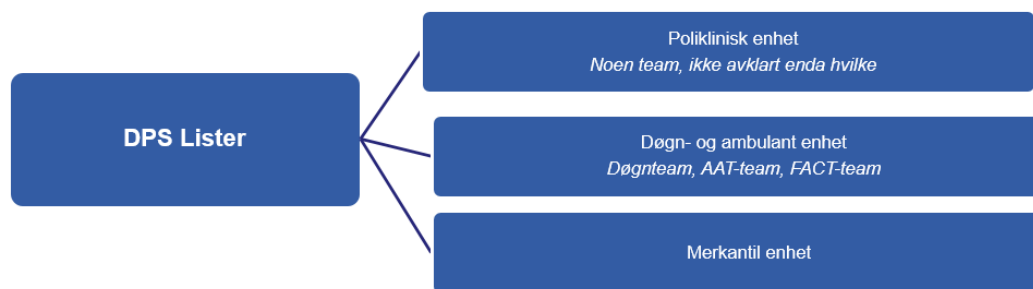
I alternativ 1 vurderes en samlokalisering av klinikkens virksomhet i Listerregionen, noe som omfatter både DPS Lister, ABUP Lister og ARA. Alternativbeskrivelsen er utformet basert på det samlede utfordringsbildet for hver avdeling, inklusive overordnede føringer innen fagfeltet og aktuelle framskrivinger.

For bygg/areal vises det til eget kapittel.

7.3.1 Alternativbeskrivelse

DPS Lister

Det vil innenfor dette alternativet være nødvendig med flere enheter, men annerledes organisert enn i dag. Alternativ 1 og 2 vil ha lik organisering, med tre enheter; en poliklinisk enhet, en døgn- og ambulant enhet og en merkantil enhet.



Figur 29

Følgende forhold vil være sentrale for dette alternativet:

- Flere fagpersoner fysisk tilstede fra ARA.
- Kontorer som tilrettelegger for samarbeid, fysisk nærhet til hverandre.
- Kan fordele behandlingsrom / samtalerom og rene kontorer på en annen måte enn i dag, men det må detaljeres hvis tegninger skal utarbeides
- Mulig å samarbeide om spesialistressurser både mellom avdelinger og enheter.
- Alternativet gir muligheter for å legge til rette for felles ambulerende team tilrettelagt Listerregionens demografi, for eksempel FACT psykose og rus i samarbeid. Eventuelt også FACT eldre, FACT ung. Eller samarbeid knyttet til AAT VOP (ambulant akutteam voksen) og AAT BUP (ambulant akutteam barn/unge).
- Alternativet vurderes totalt sett ikke til å ha vesentlig betydning for reisevei for befolkningen sett under ett, da det heller ikke i dag er en poliklinisk enhet lokalisert til hver kommune i regionen. Flere av pasientene mottar også i dag et tilbud på annen enhet enn den i egen bokommune ut fra DPS Lister sin funksjonsfordeling.

ABUP

ABUP Lister vil være organisert som en enhet under ABUP som i dag.

Følgende forhold vil være sentrale for dette alternativet:

- Flere fagpersoner fysisk tilstede fra ARA. Fagpersonene samlet på ett sted, gir bedre tids-, ressurs- og kompetanseutnyttelse samt bedre tilrettelegging for samarbeid
- Kontorer som tilrettelegger for samarbeid, fysisk nærhet til hverandre.
- Kan fordele behandlingsrom / samtalerom og rene kontorer på en annen måte enn i dag, men dette må detaljeres om aktuelt
- Mulig å samarbeide om spesialistressurser både mellom avdelinger og enheter.
- Legge til rette for felles ambulerende team tilrettelagt Listerregionens demografi, for eksempel FACT psykose og rus i samarbeid. Gjerne også FACT ung og utvikling av felles AAT VOP og AAT BUP.
- Felles OU prosess hvor vi ser på utvikling av felles kultur, innsatsområder og faglige tilnærminger lokalt
- Vurdere behandlingsintensive plasser lokalt, døgn og/eller poliklinisk, for enkelte pasientgrupper/problemstillinger som for eksempel sub-akutt, psykose, spiseforstyrrelse
- Felles politikk for beholdning og rekruttering av kompetanse

ARA

Følgende forhold vil være sentrale for dette alternativet:

- Det vises til beskrivelse av tjenestetilbud i beskrivelse av Nåsituasjon, hvor innbyggerne i Listerregionen gis tjenestetilbud på lik linje med øvrig befolkning i Agder.

- Alternativet må tilrettelegge for tjenesteutvikling etter framskrevet behov.
- Alternativet må tilrettelegge for økt poliklinisk kapasitet. (Økning på 2-3 polikliniske stillinger sammenliknet med 2022.)
- Bemanningen følger behovet for spesialisthelsetjenester i regionen.
- Ansatte er organisert under ARA sin polikliniske virksomhet i Agder.
- Alternativet må tilrettelegge for fortsatt samlokalisering med DPS og ABUP.
- Særlige framskrivninger som kan føre til noe endring i drift i nullalternativet:
 - Redusere uønsket variasjon (Skjevhet i ressurstilgang)
 - UP2040 peker på at det innen TSB er det behov for styrket poliklinisk behandling og redusert døgnbehandling
 - Rus- og alkoholvaner er i endring, og frem mot 2040 forventes det en økning i antall eldre med rusrelaterte problemer
 - Rekruttering: Poliklinisk tilstedeværelse i Lister har over flere år blitt påvirket negativt av rekrutteringsutfordringer, særlig på spesialistsiden. Dette er en utfordring i en tid der avdelingen øker kapasiteten på polikliniske og ambulante tjenester generelt.

7.3.2 Vurdering

Arbeidsgruppen har drøftet og vurdert alternativ 1 opp mot vurderingskriteriene som fremkommer av eget dokument vedlagt rapporten.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Pasientsikkerhet og kvalitet» for alternativ 1 lagt vekt på at det er sannsynlig at rekrutteringssituasjonen og tilgjengelighet til rett kompetanse vil kunne bli forbedret gjennom dette alternativet, og at dette kombinert med kompetanse samlet på et sted vil gi mer fleksibilitet både når det gjelder ressursutnyttelse og pasient- og pårørendetilbud og –involvering. Alternativ 1 vil gi samme antall formelle overganger som alternativ 2 og 3, men arbeidsgruppen vurderer at mulighet for smidighet i samarbeid i overganger vil kunne legges best til rette for i alternativ 1. Arbeidsgruppen vurderer at alternativ 1, med 4,4 av 5 mulige poeng, legger best til rette for å kunne ivareta en høy grad av pasientsikkerhet og kvalitet i fremtiden.

Arbeidsmiljø

Arbeidsgruppens har i sin vurdering av kriteriet «Arbeidsmiljø» i alternativ 1 lagt vekt på at det både er fordeler og ulemper knyttet til dagens organisering med flere små lokale enheter. I dette alternativet har arbeidsgruppen kommet til at alternativ 1 vil gi økt sannsynlighet for tilgang til rett kompetanse og positive effekter av større arbeidsfellesskap vil støtte opp under vurderinger og behov knyttet til arbeidsmiljøet. I et lengre perspektiv vil dette måtte veie tyngre enn det som vurderes til å kunne bli kortsiktige konsekvenser av en omstillingsprosess, til tross for at en slik prosess vil kunne bli krevende. På bakgrunn av dette vurderes alternativ 1 til å legge best til rette for et godt arbeidsmiljø i fremtiden, med 4,2 av 5 mulige poeng.

Faglig robusthet

Arbeidsgruppens har i sin vurdering av kriteriet «Faglig robusthet» i alternativ 1 lagt seg på Legeforeningens forståelse av hva som virker rekrutterende, og vektlagt at alternativ 1 ser ut til å være det alternativet som samlet sett sikrer best tilgang til rett kompetanse. Et samlet, større fagmiljø vil kunne føre med seg flere positive effekter som direkte påvirker rekruttering. Et større fagmiljø vil innebære flere fagpersoner til stede innen samme fagområde, samtidig som at mulighet for tverrfaglig samarbeid er styrket sammenliknet med de andre alternativene. Dette kan også føre til flere positive effekter som direkte påvirker

gjennomføring av utdanningsløp og kompetanseutvikling, rekruttering ved å være en attraktiv arbeidsgiver og det å beholde kompetent arbeidskraft over tid. Arbeidsgruppen gir alternativ 1 4,3 av 5 mulige poeng.

Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken» i alternativ 1 lagt vekt på muligheten for å planlegge og tilrettelegge virksomheten i tråd med endringer i behov og bedre utnyttelse av ressurser og kapasitet. Helhet, likeverdighet, samarbeid og fagutvikling i et klinikkperspektiv vurderes samlet sett til å være best ivaretatt gjennom alternativ 1. Arbeidsgruppen vurderer derfor at alternativ 1 vil legge til rette for å kunne ta helhetsgrep på en bedre måte enn de øvrige alternativene, og at det ligger et ubenyttet utviklingspotensial i dette alternativet, som får 4,0 av 5 mulige poeng.

Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner» for alternativ 1 lagt vekt på at et større fagmiljø samlet på ett sted vil kunne gi økt likeverdighet i samhandlingen, mer tilgjengelig og hensiktsmessig utnyttelse av veiledningskompetanse - gitt at en lykkes med rekrutteringen – og gir alternativ 1 4,2 av 5 mulige poeng.

Kapasitet (Måloppnåelse med hensyn til kapasitet)

Arbeidsgruppen har i vurdering av kriteriet Kapasitet lagt vekt på mulighet for fleksibel bruk av kritisk kompetanse, mulighet til samarbeid mellom fagpersoner samt tilgjengelighet til fagkompetanse både internt og for samarbeidspartnere. Omstillingsevne ut fra endringer i behov fra befolkningen er også av stor betydning for kapasitet. Alternativ 1 vurderes til å kunne være det alternativet som legger best til rette for at kompetanse kan benyttes på en fleksibel måte ut fra endringer i behov i fremtiden. Ved en samlokalisering kan fagpersoner fra flere avdelinger og enheter samarbeide om ulike tiltak og flyten mellom ulike behandlingstilbud vurderes til å kunne bli bedre enn i de andre alternativene. Det vil kunne bli en fordeling av nyansatte og mer erfarne ansatte som gjør at man raskt kan få tilgang til den kompetanse man har behov for i de ulike situasjoner. Ved å ha samlet alle ressurser på ett sted vurderer arbeidsgruppen det slik at alternativ 1 legger best til rette for optimal bruk av ressurser i avdelingene. Alternativ 1 får 4,5 av 5 mulige poeng.

Økonomi: Drift, investeringer, bærekraft

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Økonomi: Drift, investeringer, bærekraft» for alternativ 1 lagt vekt på mulighet for økt produktivitet/ effektivitet. Arbeidsgruppen vurderer at det vil være mer bærekraftig å drive på ett sted. I alternativ 1 vil det være behov for betydelige endringer i bygningsmassen. Alternativ 1 vil kreve investering eller leie; ombygginger eller nybygg – avhengig av lokasjon. Arbeidsgruppen legger til grunn at alternativ 1 er mulig å realisere ved riktig finansiering/ gevinstrealisering. Finansiering av investering/ leie må følge de fullmakter og beslutningsrammer som gjelder innenfor Helse Sør-Øst sin finansstrategi. Alternativ 1 får 2,9 av 5 mulige poeng.

Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elastisitet

Alternativ 1 innebærer at klinikkens fremtidige virksomhet i Lister er samlokalisert. Arbeidsgruppen har vurdert at det er hensiktsmessig å samle beskrivelser og vurderinger av bygg/areal i et eget kapittel. *Det vises til kapittel 8 for beskrivelser og vurderinger av bygg/areal.*

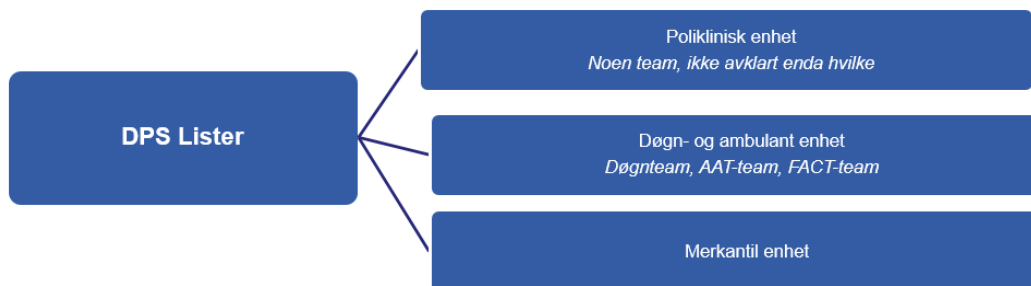
7.4 Alternativ 2 – Samorganisering/samløkalisering av DPS Lister

I Alternativ 2 vurderes samorganisering (omorganisering) /samløkalisering av DPS Lister. Alternativbeskrivelsen er utformet basert på det samlede utfordringsbildet for DPS Lister, inklusive overordnede føringer innen fagfeltet og aktuelle framskrivninger.

For bygg/areal vises det til eget kapittel.

7.4.1 Alternativbeskrivelse

I dette alternativet vil det være nødvendig med flere enheter, men annerledes organisert enn i dag. Alternativ 1 og 2 vil ha lik organisering.



Figur 30

Følgende forhold vil være sentrale for dette alternativet:

- Fagpersonene vil være samlet på ett sted.
- Mulig å samarbeide om spesialistressurser mellom enhetene.
- Legge til rette for samarbeid med ABUP og ARA, lettere når vi selv er på ett sted.
- Kan fordele behandlingsrom / samtalerom og rene kontorer på en annen måte enn i dag, men det må detaljeres hvis tegninger skal utarbeides.
- Alternativet vurderes totalt sett ikke til å ha vesentlig betydning for reisevei for befolkningen sett under ett, da det heller ikke i dag er en poliklinisk enhet lokalisert til hver kommune i regionen. Flere av pasientene mottar også i dag et tilbud på annen enhet enn den i egen bokommune ut fra DPS Lister sin funksjonsfordeling

7.4.2 Vurdering

Arbeidsgruppen har drøftet og vurdert alternativ 2 opp mot vurderingskriteriene som fremkommer av eget dokument vedlagt rapporten.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Pasientsikkerhet og kvalitet» i alternativ 2 lagt vekt på at det er sannsynlig at rekrutteringssituasjonen vil bli bedret og gi mer fleksibel tilgang til og bruk av rett kompetanse som følge av en samorganisering/samløkalisering. Det vil bli færre formelle overganger sammenliknet med alternativ 0. Det vil være noen synergier både faglig og når det gjelder brukerinvolvering som en ikke vil kunne hente ut gjennom alternativ 2 sammenliknet med alternativ 1. Alternativ 2 vil heller ikke gi samme tilgang til kompetanse på tvers av avdelingene, og får 3,8 av 5 mulige poeng

Arbeidsmiljø

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Arbeidsmiljø» i alternativ 2 lagt vekt på at det både er fordeler og ulemper knyttet til det å ha enheten spredt på tre lokasjoner.

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Arbeidsmiljø» i alternativ 2 lagt vekt på at økt sannsynlighet for tilgjengelig kompetanse og mulighet for å bygge helhetskultur i

avdelingen vil være av betydning for å lykkes med et godt arbeidsmiljø. En må samtidig være bevisst på at omstillingsprosessene kan bli krevende, og at en helhetskultur ikke vil komme av seg selv, men må jobbes systematisk med. Arbeidsgruppen vurderer at det vil kunne legges godt til rette med hensyn til arbeidsmiljø i alternativ 2, som får 3,9 av 5 mulige poeng.

Faglig robusthet

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Faglig robusthet» i alternativ 2 lagt seg på Legeforeningens forståelse av hva som virker rekrutterende, og vektlagt at alternativ 2 vil kunne gi en bedre tilgang til et større fagmiljø med rett kompetanse sammenliknet med alternativ 0, men i mindre grad enn i alternativ 1. Alternativ 2 legger til rette for et større fagmiljø som innebærer flere fagpersoner til stede innen samme fagområde, samtidig som at mulighet for tverrfaglig samarbeid er styrket. Dette kan også føre flere positive effekter som direkte påvirker gjennomføring av utdanningsløp og kompetanseutvikling, rekruttering ved å være en attraktiv arbeidsgiver og det å beholde kompetent arbeidskraft over tid.

Arbeidsgruppen mener likevel at muligheten for å sikre tilstrekkelig faglig robusthet vil bli noe mer utfordret gjennom alternativ 2 enn i alternativ 1, og får 3,6 av 5 mulige poeng.

Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken» i alternativ 2 lagt vekt på muligheten for å planlegge og tilrettelegge virksomheten i tråd med endringer i behov og bedre utnyttelse av ressurser og kapasitet. Helhet, likeverdighet, samarbeid og fagutvikling i DPS Lister vurderes samlet sett til å være godt ivaretatt gjennom alternativ 2, men en vil miste den faglige merverdien som arbeidsgruppen vurderer at vil være sannsynlig gjennom en samlokalisering av alle tre avdelinger. Sett opp mot alternativ 1 vurderer arbeidsgruppen at mulighet for helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling er noe redusert i alternativ 2, som får 3,7 av 5 mulige poeng.

Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner» for alternativ 2 lagt vekt på at et større fagmiljø samlet på ett sted vil kunne gi økt likeverdighet i samhandlingen og en mer tilgjengelig og hensiktsmessig utnyttelse av veiledningskompetanse - gitt at en lykkes med rekrutteringen. Hovedforskjellen mellom alternativ 1 og 2 ligger i at alternativ 2 ikke vil gi det samme potensialet for å dra nytte av faglige synergier og kapasitet på tvers av avdelingene som alternativ 1, og får 4,0 av 5 mulige poeng.

Kapasitet (Måloppnåelse med hensyn til kapasitet)

Arbeidsgruppen har i vurdering av kriteriet Kapasitet lagt vekt på mulighet for fleksibel bruk av kritisk kompetanse, mulighet til samarbeid mellom fagpersoner samt tilgjengelighet til fagkompetanse både internt og for samarbeidspartnere. Omstillingsevne ut fra endringer i behov fra befolkningen er også av stor betydning for kapasitet. Arbeidsgruppen vurderer det slik at alternativ 2 kan legge rette for at kompetanse kan benyttes på en fleksibel måte ut fra endringer i behov i fremtiden. Ved en samlokalisering kan fagpersoner fra flere enheter samarbeide om ulike tiltak og flyten mellom ulike behandlingstilbud vurderes til å kunne bli bedre for DPS Lister i alternativ 2 enn i Nullalternativet. Det vil kunne bli en fordeling av nyansatte og mer erfarne ansatte som gjør at man raskt kan få tilgang til den kompetanse man har behov for i de ulike situasjoner. I motsetning til alternativ 1 vil en her ikke dra fordeler av samlokalisering med andre avdelinger (ABUP og ARA), og dette trekker score for alternativ 2 ned sammenliknet med alternativ 1. Alternativ 2 får 3,9 av 5 mulige poeng.

Økonomi: Drift, investeringer, bærekraft

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Økonomi: Drift, investeringer, bærekraft» for alternativ 2 lagt vekt på mulighet for økt produktivitet/ effektivitet. Arbeidsgruppen vurderer at det vil være mer bærekraftig å drive på ett sted. I alternativ 2 vil det være behov for endringer i bygningsmassen. Alternativ 2 har behov for mindre areal sett opp mot alternativ 1. Alternativ 2 vil kreve investering eller leie; ombygginger eller nybygg – avhengig av lokasjon. Arbeidsgruppen legger til grunn at alternativ 2 er mulig å realisere ved riktig finansiering/ gevinstrealisering. Finansiering av investering/ leie må følge de fullmakter og beslutningsrammer som gjelder innenfor Helse Sør-Øst sin finansstrategi. Alternativ 2 får 2,6 av 5 mulige poeng.

Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elastisitet

Alternativ 2 innebærer at DPS Lister sin fremtidige virksomhet i Lister er samlokalisert og samorganisert/omorganisert. Arbeidsgruppen har vurdert at det er hensiktsmessig å samle beskrivelser og vurderinger av bygg/areal i et eget kapittel. *Det vises til kapittel 8 for beskrivelser og vurderinger av bygg/areal.*

7.5 Alternativ 3 – Samlokalisering av ABUP sin virksomhet i Listerregionen

I Alternativ 3 vurderes kun samlokalisering av ABUP Lister. Alternativbeskrivelsen er utformet basert på det samlede utfordringsbildet for ABUP i Lister, inklusive overordnede føringer innen fagfeltet og aktuelle framskrivninger.

For bygg/areal vises det til eget kapittel.

7.5.1 Alternativbeskrivelse

ABUP Lister vil være organisert under ABUP som i dag, men samlokalisert på ett sted.

Følgende forhold vil være sentrale for dette alternativet:

- Fagpersonene samlet på ett sted, gir bedre tids-, ressurs- og kompetanseutnyttelse samt bedre tilrettelegging for samarbeid
- Må legge til rette for samarbeid med DPS og ARA, mulig gjennom felles organisasjonsutvikling. Samlokalisering tilrettelegger for større grad av tilstedeværende ledelse og felles kultur.
- Samlokalisering tilrettelegger for å utnytte behandlingsrom, samtale- og møterom på en annen måte enn i dag, men det må detaljeres om aktuelt.
- Må legge til rette for felles ambulerende team
- Må legge til rette for felles innsatsområder med DPS Lister og ARA
- Vurdere behandlingsintensive plasser lokalt, døgn og/eller poliklinisk, for enkelte pasientgrupper/ problemstillinger som for eksempel sub-akutt, psykose, spiseforstyrrelse
- Felles politikk for beholdning og rekruttering av kompetanse

7.5.2 Vurdering

Arbeidsgruppen har drøftet og vurdert alternativ 3 opp mot vurderingskriteriene som fremkommer av eget dokument vedlagt rapporten.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Pasientsikkerhet og kvalitet» for alternativ 3 lagt vekt på at det er sannsynlig at rekrutteringssituasjonen for ABUP Lister vil bli bedret og gi mer fleksibel tilgang til rett kompetanse som følge av en samlokalisering. Arbeidsgruppen vurderer at dette er forhold som vil kunne virke positivt inn på pasientsikkerhet og for utforming av tjenestetilbud, og gir alternativ 3 3,8 av 5 mulige poeng.

Arbeidsmiljø

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Arbeidsmiljø» i alternativ 3 lagt vekt på at det både er fordeler og ulemper knyttet til det å ha enheten spredt på to lokasjoner. I dette alternativet har arbeidsgruppen kommet til at økt sannsynlighet for tilgang til rett kompetanse og de øvrige positive effektene av større arbeidsfellesskap vil støtte opp under vurderinger og behov knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet. Arbeidsgruppen vurderer at dette i et lengre perspektiv vil måtte veie tyngre enn det som vurderes til å kunne bli kortsiktige konsekvenser av en omstillingsprosess, til tross for at en slik prosess vil kunne bli krevende, og gir alternativ 3 4,0 av 5 mulige poeng.

Faglig robusthet

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Faglig robusthet» i alternativ 3 lagt seg på Legeforeningens forståelse av hva som virker rekrutterende, og vektlagt at alternativ 3 vil kunne gi en bedre tilgang til et større fagmiljø med rett kompetanse sammenliknet med alternativ 0, men i mindre grad enn i alternativ 1. Alternativ 3 legger til rette for et større fagmiljø som innebærer flere fagpersoner til stede innen samme fagområde, samtidig som at mulighet for tverrfaglig samarbeid er styrket. Dette kan også føre til flere positive effekter som direkte påvirker gjennomføring av utdanningsløp og kompetanseutvikling, rekruttering ved å være en attraktiv arbeidsgiver og det å beholde kompetent arbeidskraft over tid. Arbeidsgruppen mener likevel at muligheten for å sikre tilstrekkelig faglig robusthet vil bli noe mer utfordret gjennom alternativ 3 enn i alternativ 1. Alternativ 3 får derfor 3,2 av 5 mulige poeng.

Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken» i alternativ 3 lagt vekt på at et samlokalisert ABUP Lister vil kunne bringe med seg flere fordeler i form av blant annet noe mer fleksibel og bærekraftig spesialistutnyttelse, og muligheten for å bygge en felles kultur. Arbeidsgruppen vurderer likevel at alternativ 3 ikke vil medføre noe vesentlig bidrag med hensyn til å kunne foreta helhetsgrep i et klinikkperspektiv, da mulighetene som ligger i alternativ 1 vil forbli ubenyttet inn i fremtiden. På dette grunnlag gir arbeidsgruppen alternativ 3 3,6 av 5 mulige poeng.

Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner» for alternativ 3 lagt vekt på at et samlet fagmiljø i ABUP Lister vil kunne gi noe økt likeverdighet i samhandlingen og enklere koordinering ut mot samarbeidspartnerne. Økt tidsbruk i bil og økte transportkostnader ut mot skolene vil imidlertid kunne gå på bekostning av muligheten for god ressursutnyttelse og tilgjengelighet. På bakgrunn av dette gir arbeidsgruppen alternativ 3 3,8 av 5 mulige poeng.

Kapasitet (Måloppnåelse med hensyn til kapasitet)

Arbeidsgruppen har i vurdering av kriteriet Kapasitet lagt vekt på mulighet for fleksibel bruk av kritisk kompetanse, mulighet til samarbeid mellom fagpersoner samt tilgjengelighet til

fagkompetanse både internt og for samarbeidspartnere. Omstillingsevne ut fra endringer i behov fra befolkningen er også av stor betydning for kapasitet. Arbeidsgruppen vurderer det slik at alternativ 3 kan legge rette for at kompetanse kan benyttes på en fleksibel måte ut fra endringer i behov i fremtiden. Ved en samlokalisering kan fagpersoner fra ABUP i fellesskap samarbeide om ulike tiltak. Flyten mellom ulike behandlingstilbud vurderes til å kunne bli bedre for ABUP i alternativ 3 enn i Nullalternativet. Det vil kunne bli en fordeling av nyansatte og mer erfarne ansatte som gjør at man raskt kan få tilgang til den kompetanse man har behov for i de ulike situasjoner. I motsetning til alternativ 1 vil en her ikke dra fordeler av samlokalisering med andre avdelinger (ABUP og ARA), og dette trekker score for alternativ 3 ned sammenliknet med alternativ 1. Alternativ 3 får 3,9 av 5 mulige poeng.

Økonomi: Drift, investeringer, bærekraft

Arbeidsgruppen har i sin vurdering av kriteriet «Økonomi: Drift, investeringer, bærekraft» for alternativ 3 lagt vekt på muligheten for økt produktivitet/ effektivitet er større enn nullalternativet. Arbeidsgruppen vurderer at det vil være mer bærekraftig å drive på ett sted. I alternativ 3 vil det være behov for endringer/ tilpasningen i bygningsmassen som vil kunne kreve investering avhengig av lokasjon. Alternativ 3 vurderes til å ha behov for mindre areal sett opp mot nullalternativet. Alternativ 3 får 3,3 av 5 mulige poeng.

Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elastisitet

Alternativ 3 innebærer at ABUP Lister sin fremtidige virksomhet i Lister er samlokalisert. Arbeidsgruppen har vurdert at det er hensiktsmessig å samle beskrivelser og vurderinger av bygg/areal i et eget kapittel. *Det vises til kapittel 8 for beskrivelser og vurderinger av bygg/areal.*

8. Bygg

I dette kapittelet beskrives nåsituasjon for bygg, etterfulgt av en vurdering av de ulike utredningsalternativene foretatt på bakgrunn av vurderingskriteriet *Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elastisitet*. Avslutningsvis oppsummeres ulike forhold knyttet til bygg/areal/teknisk, herunder etterbruk av bygningsmassen.

Funksjonsutredningen fokuserer på behov og funksjon, og har sett på bygg så langt det er mulig uten at geografisk plassering er gitt for alternativene 1, 2 og 3.

Kartlegging av tilpasningsdyktighet (TPD) for byggene i Kvinesdal og bygg 203 i Flekkefjord ble ikke utført i 2020. Etter avklaring med styringsgruppen ble det bestilt rapport fra Multiconsult for kartlegging av TPD for de nevnte byggene, for å sikre at beslutningsgrunnlaget blir så godt som mulig. Rapporten gir en oppsummering av kartlagt data for seks bygninger brukt av DPS og ABUP i Listerregionen, og det vises til rapporten for utfyllende informasjon. Det vises til oversikt med beskrivelser av vurderingskriteriene som er vedlagt rapporten. Multimapstudien fra 2020 er for denne delen av arbeidet lagt til grunn sammen med en rapport utarbeidet våren 2022 og tilleggsopplysninger fra avdelingene.

Virksomhetens arealbehov er ikke beskrevet i detalj, da dette etter arbeidsgruppens forståelse hører hjemme i en senere fase. Funksjonsutredningen har avgrenset mot reguleringsmessige forhold, slik at dette ikke kartlagt utover de forholdene som Multiconsult påpeker i sin rapport. Forhold knyttet til teknisk infrastruktur må ses på i neste fase. Det forutsettes at arbeidsgruppens vurderinger av valgt løsning utredes nærmere og underbygges av en grundigere konseptutredning.

8.1 Bygg/areal/teknisk – Nåsituasjon

Bygningsmassen er i dag fordelt på tre ulike lokasjoner – Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal - og huser i dag DPS Lister og ABUP Lister. Tilbudet gis i 6 bygg som omfatter totalt ca. 4000 kvm. 75 % av areal benyttes av DPS Lister, 25 % av areal benyttes av ABUP Lister. ARA benytter seg av DPS sine lokaler både i Flekkefjord, Kvinesdal og Farsund.

De 5 eide byggene har til sammen et vedlikeholdsetterslep/teknisk oppgraderingsbehov på ca. 30 millioner kroner NOK. I tillegg kommer kostnader til eventuelle behov for funksjonell tilpasning/ombygginger. Teknisk tilstand eller tilpasningsdyktighet er ikke kartlagt i Farsund, da dette er et leid bygg.

Flekkefjord – Bygg 203 og 208 – Eide bygg

Bygningene 203 og 208 ligger sør på tomten ved Flekkefjord sykehus, og utgjør til sammen ca. 1000 m², hvorav DPS Lister benytter 640 m² og ABUP Lister 320 m². I tillegg benytter ARA deler av DPSet sine lokaler.



Figur 31

Dagens funksjon for bygg 203 er dagbehandling DPS. Alle rommene er i bruk per i dag. En ansatt i ARA benytter tilsammen ett behandlerkontor 3-5 dager per uke, og det benyttes venterom og pauserom tilhørende DPS. Dagens funksjon for bygg 208 er dagbehandling ABUP. Alle rommene er i bruk per i dag.

Følgende fremkommer av rapporten fra Multiconsult når det gjelder behov for nødvendig oppgradering av teknisk infrastruktur:

- 203: Spesielt tekniske installasjoner, innvendig kledning og vinduer/ ytterdører er meldt å ha oppgraderingsbehov. Ventilasjonsanlegg er meldt å ha snarlig oppgraderingsbehov. Kostnadmessig er utbedringene for bygg 203 beregnet av Multiconsult til å utgjøre om lag 5,1 mill. kr.
- 208: Tekniske installasjoner og klimaskjerm har noe oppgraderingsbehov. Kostnadmessig er utbedringene for bygg 208 beregnet av Multiconsult til å utgjøre om lag 1,7 mill. kr.

Kvinesdal – Bygg 220, 221 og 222 – Eide bygg

Bygningene 220, 221 og 222 er oppført i 1988, og har DPS som hovedfunksjon. Det er ingen andre sykehusfunksjoner i tilknytning til denne bygningsmassen, som i areal utgjør totalt ca. 2000 m².



Figur 32

En ansatt i ARA benytter ett behandlerkontor en dag i uka i Kvinesdal og det benyttes venterom og pauserom

Bygg 220 er den største bygningen på tomten. I dag er det behandlingskontorer for både dagbehandling og døgnpasienter. 221 og 222 er utformet tilnærmet likt. Bygg 222 har primært pasientrom med støttfunksjoner, mens bygg 221 har en kombinasjon av pasientrom og behandlingskontorer.

Følgende fremkommer av rapporten fra Multiconsult når det gjelder behov for nødvendig teknisk oppgradering:

- 220: Ventilasjonsanlegg har svært dårlig teknisk tilstand. For øvrig er det oppgraderingsbehov på klimaskjerm, elkraft, tele og auto og drenering. Kostnadmessig er utbedringene for bygg 220 beregnet av Multiconsult til å utgjøre om lag 15,3 mill. kr.

- 221: Ventilasjonsanlegg har svært dårlig teknisk tilstand. For øvrig er det oppgraderingsbehov på elkraft. Kostnadmessig er utbedringene for bygg 221 beregnet av Multiconsult til å utgjøre om lag 3,5 mill. kr.

- 222: Ventilasjonsanlegg har svært dårlig teknisk tilstand. For øvrig er det oppgraderingsbehov på elkraft og vinduer/ ytterdører. Kostnadmessig er utbedringene for bygg 222 beregnet av Multiconsult til å utgjøre om lag 3,8 mill. kr.

Farsund – Bygg 259 – Leid bygg

Bygning 259 er en leid bygning sentralt plassert i Farsund sentrum. Handlingsrommet for arealene i Farsund defineres av leiekontrakten, som er under reforhandling.. Sykehuset Sørlandet leier to etasjer i bygningen - med et samlet areal på ca. 1000 m² - hvorav én etasje benyttes til DPS (ca. 500 m²) og én til ABUP (ca. 500 m²). Virksomheten i Farsund er basert på dagbehandling. ABUP har ingen ledig romkapasitet i Farsund. For DPS er de fleste rommene i bruk, men det er noe ledig romkapasitet som delvis skyldes ledighet i stillinger. En ansatt i ARA benytter ett behandlerkontor en dag i uka i Farsund, og det benyttes venterom og pauserom tilhørende DPS.NAV og PP-tjenesten holder per tid til i samme bygning.

8.2 Bygningmessige behov og vurderinger for de ulike alternativene

Arbeidsgruppen har vurdert hvert av de fire utredningsalternativene opp mot vurderingskriteriene for bygg.

8.2.1 Nullalternativet

Det vises til beskrivelse av nullalternativet. Dette innebærer en videreutvikling basert på dagens organisering og lokalisering, og vil ikke gi behov for økt areal for DPS Lister. Som følge av endrede behov – per i dag og fremover – vil det være behov for bygningmessige tilpasninger knyttet til døgnplassene. Den polikliniske økningen vil også kunne la seg realisere innenfor tilsvarende størrelse på areal som i dag og med dagens bemanning, men det vil være behov for en ombygging/tilpasninger av samtalerom og grupperom.

En videreutvikling basert på dagens lokalisering vil gi noe endrede arealbehov for ABUP Lister. Tallene er beskjedne, men ABUP Lister har lav bemanning i forhold til folketall og på denne bakgrunn vil det kunne være behov for flere kontorer enn i dag. Dersom ABUP Lister også skal ivareta akuttjenester i fremtiden vil det være behov for enda flere kontorer. Arealbehov/dimensjonering må ses opp mot usikkerhet i framskrivninger.

ARA vil i fremtiden ha behov for noen flere kontorer i vestre del av Agder, fra og med Lindesnes, samt tilgang til venterom, ansvarsgrupperom, terapirom o.l. Det er et spørsmål om det er behov for eksklusive kontorer eller om det fortsatt kan legges opp til arealsambruk med DPS/ABUP. Det må likevel påregnes et økt arealbehov, men i beskjeden størrelsesorden relativt sett.

Grunnet begrenset elasticitet og svært dårlig tilpasningsdyktighet vil det ikke kunne bli tilstrekkelig areal i bygg 208 i *Flekkefjord* til at ABUP Lister kan tilsette flere medarbeidere, slik nullalternativet legger opp til. Det er kun bygg 203 som huser DPS Lister som har noe mulighetsrom til mindre ombygginger for tilpasninger i planløsningen. DPS ser allerede noen utfordringer ved dagens drift i bygg 203 i *Flekkefjord*, og ARA vil ikke kunne styrke sin virksomhet i Lister innenfor bygningsmassen i *Flekkefjord*. Det vil være mulig å rive og bygge nytt, men det foreligger begrensninger i nåværende reguleringsplan og det vil kunne påvirke mulighetsrom for øvrig horisontal utvidelse av sykehuset. En realisering av en slik utbygging i *Flekkefjord* forutsetter derfor at dette inngår som en del av en helhetlig plan for sykehusområdet på foretaksnivå.

I kartleggingsrapporten fremkommer det at bygningene i *Kvinesdal* er godt egnet til dagens funksjon. Resultatene er basert på opplysninger fra 2019/2020, men etter dagens virksomhet oppleves de ikke lenger å være funksjonelle, da endret drift de siste årene har medført endrede behov knyttet til bygg/areal. Tilpasninger/ombygginger for bygg 221, som har 6 pasientrom, kunne bidratt til å øke den samlede døgnkapasiteten, men byggene er ikke tilrettelagt for dette sett opp mot krav til bemanning i bygg hvor pasienter oppholder seg. Bygg 220 er ikke et funksjonelt bygg, da det er mange rom som ikke kan benyttes som samtalerom. I *Kvinesdal* vil det være nødvendig med ombygging og utvidelse for at byggene skal være i samsvar med virksomheten som skisseres i nullalternativet. Det er kun bygg 220 som har et mulighetsrom til mindre ombygginger for tilpasninger i planløsningen. Bygningene 221 og 222 har en dårligere fleksibilitet, og eventuelle ombyggingstiltak i disse bygningene vil trolig bli mer omfattende og kostnadskrevenne.

Både DPS Lister og ABUP Lister er svært tilfreds med lokalene i *Farsund*. For ABUP sin del vil det ikke være mulig å tilsette flere grunnet manglende areal, og arealsituasjonen vil også utfordre muligheten for at ARA kan styrke sin virksomhet i Lister på denne lokasjonen.

Klinikkens virksomhet i Lister kan videreføres innenfor dagens bygningsmasse dersom det ikke gjøres store endringer i drift eller organisering. Arbeidsgruppen kan imidlertid ikke se at det vil være mulig å styrke virksomheten slik nullalternativet beskriver for å kunne være tilpasset behovet eller kunne ta opp i seg endrede behov i fremtiden. Det vil heller ikke kunne være samsvar mellom bygg og virksomhet/antall ansatte/arbeidsoppgavene i et lengre tidsperspektiv, og på enkelte plasser heller ikke på kort sikt.

Vurdering

Når det gjelder «Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elasticitet» i nullalternativet konkluderer arbeidsgruppen med at det ikke vil kunne være samsvar mellom bygg,

antall ansatte og arbeidsoppgaver i fremtiden ved en videreføring av dagens løsning. En realisering av nullalternativet vil ikke kunne la seg gjøre uten omfattende tilpasninger som følge av lavere kvalitet, fleksibilitet og elastisitet i dagens bygningsmasse sammenliknet med mulighetene som ligger i en ny/annen bygningsmasse, og det vil ikke være tilstrekkelig areal til at ABUP Lister og ARA kan styrke sin virksomhet slik avdelingene legger opp til dersom en viderefører dagens modell. Arbeidsgruppen gir nullalternativet 3,1 av 5 mulige poeng.

8.2.2 Alternativ 1

Det vises til beskrivelse av alternativ 1. DPS Lister vil i dette alternativet ha behov for samme antall og typer rom som i dag. For DPS Lister er dette begrunnet i at den polikliniske økningen vil kunne la seg realisere innenfor tilsvarende størrelse på areal som i dag og med dagens bemanning. Når det gjelder døgnplasser kan DPS Lister ivareta flere døgnpasienter enn i dag med dagens bemanning hvis lokalene tilpasses.

Alternativ 1 vil samlet sett trolig gi noe redusert arealbehov for ABUP Lister totalt sett sammenliknet med i dag, men ABUP Lister har lav bemanning i forhold til folketall og på denne bakgrunn vil det kunne være behov for flere kontorer enn i dag. Dersom ABUP Lister også skal ivareta akuttjenester i fremtiden vil det være behov for enda flere kontorer.

ARA vil i fremtiden ha behov for noen flere kontorer i vestre del av Agder, fra og med Lindesnes, samt tilgang til venterom, ansvarsgrupperom, terapirom o.l. Det er et spørsmål om det er behov for eksklusive kontorer eller om det fortsatt kan legges opp til arealsambruk med DPS/ABUP. Det må likevel påregnes et økt arealbehov, men i beskjeden størrelsesorden relativt sett. Arealbehov/dimensjonering må ses opp mot usikkerhet i framskrivninger.

For at det skal kunne være samsvar mellom bygg og virksomhet i alternativ 1, og hvor byggene skal være rigget for dagens og fremtidens situasjon og behov, vil dette kreve ombygging eller eie/leie av nybygg/eksisterende bygg, og det må tilrettelegges for en annen fleksibilitet enn i dag.

Gjennom nybygg eller bygg tilgjengelige i markedet vil det være mulig å skaffe til veie bygg som legger til rette for fleksibilitet i driften og som legger til rette for sambruk. Det vil også være mulig å tilrettelegge for andre typer drift, herunder behov som vil kunne oppstå i fremtiden. Kombinasjonsbygg mellom første- og andrelinjetjenesten og andre instanser i KPH vil være mulig, og det vil kunne legges til rette for flere tiltak som gjennomføres i samarbeid med kommunene.

Arealmessig kan det ligge et potensial i å få til drift på mindre areal enn det arealet som benyttes per i dag. Dette grunnet potensielle stordriftsfordeler knyttet til fellesarealer etc. Konkrete effekter av en samlokalisering med hensyn til areal, herunder sambruk, må utredes mer detaljert dersom en går for en slik løsning.

Vurdering

Når det gjelder «Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elastisitet» i alternativ 1 konkluderer arbeidsgruppen med at alternativ 1 vil gi best muligheter for å møte fremtidens behov og gi gode forutsetninger for samsvar mellom bygg, antall ansatte og arbeidsoppgaver. Alternativ 1 legger best til rette for en mer elastisk bygningsmasse av høyere kvalitet, og som også er mer fleksibel sammenliknet med de øvrige alternativene. Arbeidsgruppen gir alternativ 1 4,6 av 5 mulige poeng.

8.2.3 Alternativ 2

Det vises til beskrivelse av alternativ 2. DPS Lister vil i dette alternativet ha behov for samme antall og typer rom som i dag. For DPS er dette begrunnet i at den polikliniske økningen vil kunne la seg realisere innenfor tilsvarende størrelse på areal som i dag og med dagens bemanning. Behov for areal må koordineres med ARA sin økning av ressurser til Listerregionen.

Vurderingene vil langt på vei være de samme for alternativ 2 som for alternativ 1. Også alternativ 2 vil kreve ombygging eller eie/leie av nybygg/eksisterende bygg, og det må tilrettelegges for en annen fleksibilitet enn i dag. Arbeidsgruppen vurderer at hovedforskjellene mellom alternativ 1 og 2 ligger i at alternativ 2 vil kreve noe mindre areal samlet sett og at en ikke i samme grad som i alternativ 1 vil kunne hente ut full effekt av stordriftsfordeler knyttet til fellesarealer etc.

Det vil også være mulig å tilrettelegge for andre typer drift, herunder behov som vil kunne oppstå i fremtiden. Kombinasjonsbygg mellom første- og andrelinjetjenesten og andre instanser i KPH vil være mulig, og det vil kunne legges til rette for flere tiltak som gjennomføres i samarbeid med kommunene.

Vurdering

Når det gjelder «Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elastisitet» i alternativ 2 konkluderer arbeidsgruppen med at dette alternativet vil gi langt bedre muligheter enn nullalternativet for å møte fremtidens behov og gi gode forutsetninger for samsvar mellom bygg, antall ansatte og arbeidsoppgaver, men i noe mindre grad enn alternativ 1. Alternativ 2 vil legge like godt til rette for en mer elastisk bygningsmasse av høyere kvalitet som alternativ 1, men vil kanskje gi noe mindre fleksibilitet sammenliknet med alternativ 1. Arbeidsgruppen gir alternativ 2 4,3 av 5 mulige poeng.

8.2.4 Alternativ 3

Det vises til beskrivelse av alternativ 3. Alternativ 3 vil samlet sett trolig gi noe redusert arealbehov for ABUP Lister totalt sett sammenliknet med i dag, men ABUP Lister har lav bemanning i forhold til folketall og på denne bakgrunn vil det kunne være behov for flere kontorer enn i dag. Dersom ABUP Lister også skal ivareta akuttjenester i fremtiden vil det være behov for enda flere kontorer.

En samlokalisering av ABUP Lister vil i alternativ 3 innebære leie eller nybygg, men i en begrenset størrelsesorden. Arealbehov/dimensjonering må ses opp mot usikkerhet i framskrivinger. Bygget må være godt utformet for å kunne ta høyde for dette.

Det vil også være mulig å tilrettelegge for andre typer drift, herunder behov som vil kunne oppstå i fremtiden. Kombinasjonsbygg mellom første- og andrelinjetjenesten og andre instanser i KPH vurderes ikke som relevant å vurdere for dette alternativet.

Vurdering

Når det gjelder «Bygningsmassens kvalitet, fleksibilitet og elastisitet» i alternativ 3 konkluderer arbeidsgruppen med at alternativ 3 vil langt bedre forutsetninger enn nullalternativet for å møte fremtidens behov og gi gode forutsetninger for samsvar mellom bygg, antall ansatte og arbeidsoppgaver. Alternativ 3 vil gi gode muligheter for en bygningsmasse av høyere kvalitet, fleksibilitet og elastisitet i bygningsmassen sammenliknet med nullalternativet, men ikke i samme utstrekning som alternativ 1. Arbeidsgruppen gir alternativ 3 4,0 av 5 mulige poeng.

8.3 Omtale av bygningsmessige forhold, herunder etterbruk

Det vises til vedlagte kartleggingsrapport.

Summen av funksjonell egnethet ved bygningsmassen til dagens formål er kartlagt til i hovedsak å være god, med noen modifikasjoner. Teknisk tilstand er også generelt god eller tilfredsstillende, men med noe oppgraderingsbehov. Bygningsmassen egner seg best til den bruken den har i dag eller til administrativ bruk. Alle bygningene har lav mulighet for å benytte de samme arealene til annen virksomhet, men noe større mulighet til å gjøre ombygginger for å tilpasses annen funksjon/bruk. Bygningenes beliggenhet muliggjør også eksternt utleie eller salg, hvis det anses som hensiktsmessig i en langsiktig utviklingsplan for SSHF. Mulighet for samlokalisering med legevakt og andre kommunale funksjoner på sikt er ikke vurdert utover det som følger av rapporten fra Multiconsult, og vil avhenge av lokasjon.

Kartleggingen viser at det er begrenset mulighet for utvidelse av bygningsmassen enten horisontalt eller vertikalt for alle bygningene. Det er noe utvidelsesmuligheter for de fem eide bygningene, men eventuell utvidelse bør sees i sammenheng med det helhetlige arealbehovet ved sykehuset. Spesielt gjelder dette bygningene i Flekkefjord som ligger tett på øvrige sykehusfunksjoner. Det fremkommer videre i rapporten at bygningsmassen har begrenset potensial for alternativ bruk til andre sykehusfunksjoner. Investeringer i bygningsmassen i form av oppgradering av teknisk tilstand eller mindre ombygginger bør vurderes i forhold til langsiktig plan for virksomhetene som benytter arealene i dag. Ved større investeringer i bygningsmassen anbefales det at riving og nybygg vurderes som et alternativ, og at man i dette alternativet vurderer arealbehovet på sykehuset som helhet.

9. Økonomiske vurderinger av alternativene

I dette kapitlet fremkommer arbeidsgruppens vurderinger når det gjelder økonomiske konsekvenser av alternativene for klinikkens driftsøkonomi, kostnader knyttet til eie/leie bygg/nybygg og bemanningsframskrivninger.

Arbeidsgruppen kan i liten grad se at det er grunnlag for å tallfeste disse forholdene, som derfor beskrives kvalitativt. Arbeidsgruppen anbefaler at en ser nærmere på kostnadsestimer for mulige aktuelle lokasjoner i neste fase.

9.1 Klinikens driftsøkonomi

Nullalternativet: Nullalternativer vil ikke ha store endringer i avdelingenes driftsøkonomi sammenliknet med i dag.

Alternativ 1: Alternativ 1 vil kreve omstilling for å gi nødvendige gevinster på driftsøkonomi. Alternativ 1 er det alternativet som er mest krevende, for å kunne betjene de økte kostnadene som følge av investering eller leiekostnad innenfor avdelingenes samlede driftsramme. Gevinster i form av økt produktivitet/ effektivitet er helt nødvendig for å få en tilstrekkelig finansiering gitt videreføring dagens budsjettammer. Drift på en lokasjon vil gi stordriftsfordeler og gi bedre driftsøkonomi enn i nullalternativet.

Alternativ 2: Vurderingene vil langt på vei være de samme for alternativ 2 som for alternativ 1. Også alternativ 2 vil kreve gevinster i form av økt produktivitet/ effektivitet for å få tilstrekkelig finansiering gitt dagens budsjettammer til DPS Lister. Drift av DPS

Lister på en lokasjon vil gi bidrag til en bedre driftsøkonomi. Forskjellene mellom alternativ 1 og 2 ligger i at alternativ 2 ikke har samme stordriftsfordeler som i alternativ 1.

Alternativ 3: Alternativ 3 vil kreve omprioriteringer i ABUP for å kunne styrke tjenestetilbudet i Lister med bakgrunn i forbrukstall, analyser fra sykehusbygg. Drift av ABUP på en lokasjon vil gi bidrag til bedre driftsøkonomi. Ulike lokasjoner ved sentralisering kan gi forskjellige gevinster på driftsøkonomien.

9.2 Kostnader knyttet til eie/leie bygg/nybygg

Nullalternativet: I nullalternativer vil det være nødvendig med ombygning og eller tilbygg innenfor nåværende bygningsmasse for at det skal bli samsvar mellom bygg, antall ansatte og arbeidsoppgaver.

Alternativ 1: Alternativ 1 er det alternativet som er mest krevende knyttet til konsekvenser for bygg. Dagens bygningsmasse vurderes til ikke ha tilstrekkelig kvalitet, fleksibilitet og elastisitet. På bakgrunn av tilgjengelig kunnskap om bygningsmasse og tomter ved dagens lokasjoner, er vurderingene at en ikke vil kunne få en god realisering av alternativ 1 på noen av dagens tomter. Alternativer 1 vil kreve ombygging eller eie/leie av nybygg/eksisterende bygg. Kombinasjonsbygg mellom første- og andrelinjetjenesten og andre instanser i KPH vil være mulig, og det vil kunne legges til rette for økt samarbeid med kommunene. Arbeidsgruppen anbefaler at en ser nærmere på mulige lokasjoner i neste fase.

Alternativ 2: Vurderingene vil langt på vei være de samme for alternativ 2 som for alternativ 1. Også alternativ 2 vil kreve ombygging eller nybygg i form av eie eller leie, og det må tilrettelegges for en annen fleksibilitet enn i dag. Arbeidsgruppen vurderer at hovedforskjellene mellom alternativ 1 og 2 ligger i at alternativ 2 vil kreve noe mindre areal samlet sett og at en ikke vil kunne hente ut effekter av stordriftsfordeler knyttet til fellesarealer etc. Kombinasjonsbygg mellom første- og andrelinjetjenesten og andre instanser i KPH vil være mulig, og det vil kunne legges til rette for økt samarbeid med kommunene. Arbeidsgruppen anbefaler at en ser nærmere på mulige lokasjoner i neste fase.

Alternativ 3: Konsekvenser for bygg i alternativ 3 innebære leie eller nybygg, men i en begrenset størrelsesorden. Arealbehov/dimensjonering er må ses opp mot usikkerhet i framskrivinger for ABUP. Bygget må være godt utformet for å kunne ta høyde for dette.

Arbeidsgruppen anbefaler at en ser nærmere på kostnadsestimater for bygg for mulige lokasjoner i neste fase.

9.3 Bemanningsframskrivinger

Nullalternativet: Nullalternativet vil videreføre dagens bemanning innenfor DPS Lister. ABUP og ARA må vurdere om bemanningen på Lister skal økes med bakgrunn i forbrukstall, analyser fra sykehusbygg. Andre pågående utviklings- og omstillingsprosesser i klinikken vil kunne for betydning for bemanningen i de tre avdelingene.

Alternativ 1: Fremskrevet bemanning for DPS Lister i alternativ 1 antas å være lavere enn for nullalternativet for å kunne gi nødvendig finansiering til økte kostnader til bygg.

De agderdekkende avdelingene ABUP og ARA må vurdere omprioritering av bemanningen for at bemanningen på Lister skal økes med bakgrunn i forbrukstall, analyser fra sykehusbygg. Økte kostnader ved investering/ leie må finansieres av gevinster ved økt produktivitet/ effektivitet gitt at avdelingenes budsjetttramme videreføres.

Alternativ 2: Fremskrevet bemanning for DPS Lister i alternativ 2 antas å være uendret fra alternativ 1 for å gi nødvendig finansiering til økte kostnader til bygg. Vurderingene vil langt på vei være de samme for alternativ 2 som for alternativ 1. Økte kostnader ved investering/ leie må finansieres ved økt produktivitet/ effektivitet gitt at DPS Listers budsjetttramme videreføres.

Alternativ 3: Fremskrevet bemanning for ABUP Lister i alternativ 3 antas å øke fra nullalternativet ved omprioriteringer med bakgrunn i forbrukstall, analyser fra sykehusbygg.

10. Gevinster

I dette kapittelet presenteres en oversikt over arbeidsgruppens vurderinger av forventede gevinster på et overordnet nivå relatert til aktuelle planer på lokalt nivå. Arbeidsgruppen kan ikke se at det er grunnlag for å foreta kvantifisering av gevinster på nåværende tidspunkt, og foreslår derfor at dette og utforming av gevinstrealiseringsplan inngår som en del av neste fase.

Arbeidsgruppen definerer en gevinst som en effekt som blir sett på som positiv av minst én interessent ved at en forandring i tilstand hos brukerne eller i samfunnet har oppstått som følge av virksomhetens tiltak. Siden nullalternativet ikke innebærer tiltak/endringer som skiller seg fra de øvrige alternativene, er det ikke identifisert gevinster for nullalternativet.

	<i>Alternativ 1</i>	<i>Alternativ 2</i>	<i>Alternativ 3</i>
<i>Pasient</i>	Bedret rekrutteringssituasjon og fleksibel ressursutnyttelse Styrking av og synergier knyttet til pasient- og pårørendetilbud og – involvering. Redusere uønsket variasjon. Smidighet i samarbeid i overganger, bedre flyt mellom behandlingstilbud. Rett kompetanse vil ha positiv effekt på arbeidsmiljøet, som vil bli større. Alternativ 1 er det alternativet som scorer høyest på dette punktet.	Bedret rekrutteringssituasjon og fleksibel ressursutnyttelse Styrking av pasient- og pårørendetilbud og – involvering. Redusere uønsket variasjon. Smidighet i samarbeid i overganger, bedre flyt mellom behandlingstilbud. Rett kompetanse vil ha positiv effekt på arbeidsmiljøet, som vil bli større. Alternativ 2 scorer bra på punktet, men noe lavere enn alternativ 1 siden fagmiljøet i alternativ 2 vil bestå av færre personer og det vil ikke være samlokalisering mellom de tre avdelingene.	Mer fleksibel tilgang til rett kompetanse som følge av bedret rekrutteringssituasjon. Rett kompetanse vil ha positiv effekt på arbeidsmiljøet, som vil bli større. Bedre flyt mellom behandlingstilbud. Alternativ 3 scorer bra på punktet, men noe lavere enn alternativ 1 og alternativ 2 siden fagmiljøet i alternativ 3 vil bestå av færre personer og det vil ikke være samlokalisering mellom de tre avdelingene.

<i>Ledelse</i>	<p>Styrke samarbeid på tvers av avdelingene. Styrket og fleksibel ressurs- og kapasitetsutnyttelse. Innrette virksomheten etter behov. Stort utviklingspotensial ved en samlokalisering. Store muligheter for helhetsgrep (i regionen/klinikknivå). Styrker mulighet for helhetskultur, også på tvers av avdelingene. Økt tilgang på ledelse.</p> <p>Alternativ 1 er det alternativet som scorer høyest på dette punktet.</p>	<p>Styrke samarbeid på tvers av DPS Lister. Styrket og fleksibel ressurs- og kapasitetsutnyttelse. Innrette virksomheten etter behov.</p> <p>Styrker mulighet for helhetskultur i DPS Lister. Økt tilgang på ledelse.</p> <p>Alternativ 2 scorer bra på punktet, men noe lavere enn alternativ 1 siden det her kun er én avdeling som samlokaliseres og en får derfor redusert mulighet for helhetskultur på tvers av avdelingene.</p>	<p>Styrke samarbeid på tvers av ABUP Lister. Styrket og mer fleksibel ressurs- og kapasitetsutnyttelse. Innrette virksomheten etter behov.</p> <p>Styrker mulighet for felles kultur / helhetskultur i ABUP Lister. Økt tilgang på ledelse.</p> <p>Alternativ 3 scorer bra på punktet, men noe lavere enn alternativ 1 siden det her kun er én enhet som samlokaliseres og en får derfor redusert mulighet for helhetskultur på tvers av avdelingene.</p>
<i>Kunnskap</i>	<p>Et samlet større fagmiljø vil virke mer attraktivt i seg selv. Økt sannsynlighet for å rekruttere og beholde. Faglige synergier / faglig merverdi og nytenkning på tvers av avdelingene.</p> <p>Styrker fag-/kompetanseutvikling og gjennomføring av utdanningsløp. Bedre tilgang på veiledningskompetanse.</p> <p>Alternativ 1 er det alternativet som scorer høyest på dette punktet.</p>	<p>Et samlet større fagmiljø vil virke mer attraktivt i seg selv. Økt sannsynlighet for å rekruttere og beholde.</p> <p>Styrker fag-/kompetanseutvikling og gjennomføring av utdanningsløp. Bedre tilgang på veiledningskompetanse.</p> <p>Alternativ 2 scorer bra på punktet, men noe lavere enn alternativ 1 siden fagmiljøet i alternativ 2 vil bestå av færre personer og det vil ikke være samlokalisering mellom de tre avdelingene.</p>	<p>Et samlet større fagmiljø vil virke mer attraktivt i seg selv. Økt sannsynlighet for å rekruttere og beholde.</p> <p>Bedre tilgang på veiledningskompetanse.</p> <p>Alternativ 3 scorer bra på punktet, men noe lavere enn alternativ 1 og alternativ 2 siden fagmiljøet i alternativ 3 vil bestå av færre personer og det vil ikke være samlokalisering mellom de tre avdelingene.</p>
<i>Infrastruktur</i>	<p>Redusert samlet areal grunnet stordriftsfordeler. Bygg tilpasset virksomhet og endrede behov.</p> <p>Alternativ 1 er det alternativet som scorer høyest på dette punktet.</p>	<p>Redusert samlet areal grunnet stordriftsfordeler. Bygg tilpasset virksomhet og endrede behov.</p> <p>Alternativ 2 scorer bra på punktet, men noe lavere enn alternativ 1 siden fagmiljøet i alternativ 2 blir mindre med tilsvarende mindre stordriftsfordeler. Det vil likevel bli betydelige stordriftsfordeler også i alt. 2 siden DPS lister har klart flest årsverk i regionen.</p>	<p>Redusert samlet areal. Bygg tilpasset virksomhet og endrede behov.</p> <p>Alternativ 3 scorer bra på punktet, men noe lavere enn alternativ 1 og alternativ 2 siden fagmiljøet i alternativ 3 vil bestå av færre personer og det vil ikke være samlokalisering mellom de tre avdelingene.</p>

Øvrige aktører / samfunnet	Økt likeverd i samhandling.	Økt likeverd i samhandling.	
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

Figur 33

Arbeidsgruppen kan ikke se at en per i dag har forutsetninger for å svare ut mandatets forventninger til plan for utvikling av nye arbeidsprosesser, logistikk og effektivisering, selv om det ganske opplagt ligger et gevinstpotensial her. Først når lokasjon er avklart vil dette være mulig å jobbe videre med. Arbeidsgruppen foreslår derfor at dette, samt håndtering av hvordan nye arbeidsprosessene vil påvirke pasientflyt, samarbeid mellom og arbeidsprosesser i alle de involverte avdelinger og klinikken for øvrig, ses nærmere på i en senere fase.

Arbeidsgruppen har også foretatt en vurdering av fordeler/gevinster ved en eventuell innlemmelse av Lindesnes.

11. Opptaksområder – Eventuell innlemmelse av Lindesnes

I dette kapittelet fremkommer arbeidsgruppens betraktninger knyttet til eventuelt endret opptaksområde.

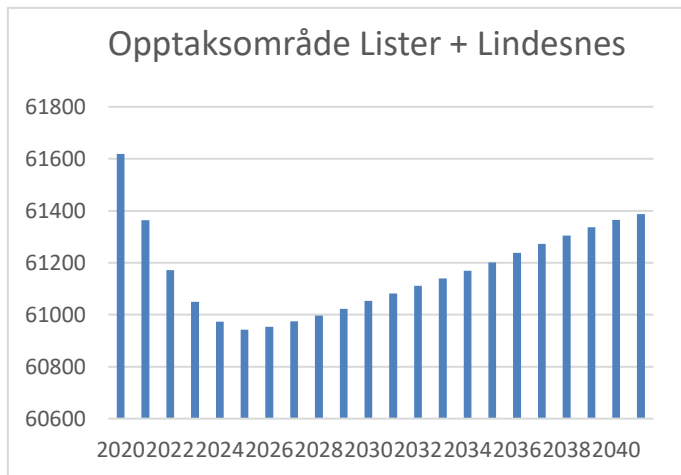
I henhold til mandatet bør utredningen også vurdere om opptaksområdet bør utvides noe slik at hele eller deler av Lindesnesregionen omfattes. Arbeidsgruppen forstår dette spørsmålet til primært å være avgrenset til DPS, da ABUP og ARA allerede har hele Agder som sitt opptaksområde, og dermed står fritt til å foreta endringer internt i den enkelte avdeling. Det er imidlertid gjort vurderinger knyttet til Lindesnes også for ABUP og ARA.

Arbeidsgruppen har gjort seg noen betraktninger en eventuell innlemmelse av det som i dag er Lindesnes kommune, som i dag inngår som en del av opptaksområdet til DPS Strømme v/ poliklinikk Mandal. Framskrivingsrapporten fra Sykehusbygg inneholder på bakgrunn av dette tall med og uten Lindesnes kommune. Åseral kommune inngår også i opptaksområdet for DPS Strømme, og betjenes av poliklinikken i Mandal, men på grunn av sitt forholdsvis beskjedne innbyggertall er kommunen for enkelhetens skyld ikke inkludert i framskrivinger eller vurderinger.

Lindesnes kommune har om lag 17000 mennesker over 18 år. I kommunen ligger også Agder fengsel avdeling Mandal, et høyrisikofengsel med plass til 100 innsatte fra hele landet, hvorav en stor andel har behov for spesialisthelsetjenester i løpet av sin soningstid. Både DPS Strømme v/ poliklinikk Mandal og ARA yter spesialisthelsetjenester inn i fengselet på fast basis. Siden utgangspunktet for framskrivingene er 2019, tar ikke disse opp i seg etableringen av Agder fengsel avdeling Mandal i 2020.

Der Listerkommunene samlet sett vil ha en reduksjon etterfulgt av en utflating av innbyggertall, viser befolkningsframskrivingene et annet bilde når en supplerer tall for

dagens opptaksområde med tall for Lindesnes kommune, som i framskrivingsperioden vil ha en vekst på 3 %.



Figur 34

DPS / PHV (Psykisk helsevern voksen)

Poliklinikken i Mandal har felles enhetsleder med poliklinikken på DPS Strømme i Kristiansand, og yter polikliniske tjenester organisert i to team. Allmennteam og Rehabteam (rehabiliteringsteam). Poliklinikken har 14,6 årsverk i budsjett, og 12 ansatte per i dag. Rekrutteringssituasjonen i Mandal vurderes til å være krevende innenfor alle yrkesgruppene, men særlig med tanke på spesialistene.

Det er ikke etablert FACT-team i Lindesnes. Det er ca. 7 pasienter på tvang per nå, og totalt 70 pasienter i Rehabteamet per i dag. Opp mot 15 av disse vil tilfredsstillende vurderingene for FACT slik de foreligger i dag.

Poliklinikken i Mandal hadde 1723 konsultasjoner i perioden 1/1 - 31/3 2019, og 1579 konsultasjoner i samme periode i 2022. Poliklinikken mottar opp mot 15 henvisninger per uke, og ligger nokså likt som andre DPS hva gjelder avslagsprosent. Det ble mottatt 89 henvisninger i perioden 1/1 - 31/3 2019, og 88 henvisninger i samme periode i 2022. Tall for 2020 og 2021 er ikke tatt med grunnet pandemien.

Konkrete resultater fra den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring gjengis ikke her, men avdelingen beskriver et godt arbeidsmiljø og viser til gode resultater fra undersøkelsen (2021).

Poliklinikken holder til i lokalene til gamle Mandal sykehus i Halseveien 5. SSHF leier lokalene av Lindesnes kommune, og er samlokalisert med ABUP og ARA, noe som fra DPS Strømme sin side vurderes som svært viktig. Det er ikke besluttet hvilke tjenester fra spesialisthelsetjenesten som eventuelt skal inn i Lindesnes helsehus.

Poliklinikken samhandler med øvrige avdelinger i KPH og kommunehelsetjenesten. Sett opp mot opptaksområdet er poliklinikken av forholdsvis stor størrelse. Det beskrives et godt samarbeid med Lindesnes kommune. Det påpekes at kommunen ikke har døgnbemannede bofellesskap.

Framskrivninger viser at Lindesnes kommune vil ha en befolkningsvekst på 3 % gjennom framskrivingsperioden. Til sammenlikning står Listerkommunene med unntak av Lyngdal overfor en befolkningsreduksjon i samme periode.

Arbeidsgruppen har gjort en vurdering av fordeler og ulemper knyttet til en eventuell innlemmelse av Lindesnes i opptaksområdet for DPS Lister.

<i>Fordeler</i>	<i>Ulemper</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Større pasientgrunnlag • Større og mer robust fagmiljø 	<ul style="list-style-type: none"> • Større geografiske avstander
<ul style="list-style-type: none"> • DPS Lister vil kunne ivareta flere pasienter uten at alle stillingsressurser som i dag er lokalisert til Mandal overføres. Dette kan gi høyere effektivitet ved dagens bemanning i Lister og øke kapasiteten totalt i KPH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Overtakelse av oppgaver inn mot fengsel kan bli utfordrende, og er ikke noe DPS Lister har historisk kompetanse på. Her er det mulig å se på eventuelle risikoreduserende tiltak og vurdere annen type organisering av tjenesten.
<ul style="list-style-type: none"> • Døgnetenheten vil kunne ivareta 12 døgnplasser med dagens (2022) bemanning 	<ul style="list-style-type: none"> • En samorganisering av enheter fra to ulike avdelinger kan bli utfordrende, grunnet ulike tilbud, ulike kulturer mm.
<ul style="list-style-type: none"> • Riktigere fordeling av pasienter i opptaksområdene • Utjevning mellom DPSene i Vestre del av Agder 	<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutteringsutfordringer preger også spesialisthelsetjenesten i Lindesnes.
<ul style="list-style-type: none"> • Ivaretar befolkningsvekst i Lindesnes, og tar hensyn til reduksjon av befolkning i Lister 	

Figur 35

Med dagens opptaksområder vil det på bakgrunn av befolkningsgrunnlaget mest sannsynlig være en restkapasitet også i fremtiden for eksempel når det gjelder utnyttelse av døgnplassene ved DPS Lister. En innlemmelse av Lindesnes kommune i opptaksområdet vil kunne utgjøre en stor forskjell med hensyn til å sikre god kapasitets- og ressursutnyttelse. En vil for eksempel kunne øke antall pasienter innlagt på døgn samtidig som at dagens bemanningsnivå beholdes.

ABUP

Spørsmålet om eventuelt endrede opptaksområder internt i ABUP må ses i sammenheng med en egen funksjonsutredning for ABUP. Denne prosessen har til hensikt å gjøre enhetene i ABUP mer likeverdige i størrelse og funksjon. For ABUP Lister sin del vil det kunne bety mye dersom grensene internt endres slik at flere årsverk knyttes til Lister.

<i>Fordeler</i>	<i>Ulemper</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Større pasientgrunnlag gir større fagmiljø som vil virke positivt inn på kvalitet og rekruttering av kompetanse 	<ul style="list-style-type: none"> • Større geografiske avstander

<ul style="list-style-type: none"> • Vil kunne gi en god fordeling av pasienter i ABUPs opptaksområde vest i Agder, hvor enhetene i Kristiansand er veldig store i dag 	<ul style="list-style-type: none"> • Det vil være en omstilling for ansatte som er organisert til poliklinikken ved SSK om Lister overtar Lindesnes. Det vil også være en omstilling for samarbeidet mellom stedlige tjenester og ABUP.
<ul style="list-style-type: none"> • Spesialiserte funksjoner som er lagt til SSK på grunn av størrelsen på fagmiljøene vil kunne legges ut i vestre del av Agder og bidra til større nærhet for pasientene 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ut fra befolkningsutviklingen vil det være gunstig å innlemme Lindesnesregionen i Lister opptaksområde. Dagens avstand vil kunne minimeres ut fra planer om ny vei. 	

Figur 36

TSB / ARA

Lindesnes inngår allerede i opptaksområdet, slik at spørsmålet om eventuelt endrede opptaksområder for ARA sin del handler om hvordan ARA selv vurderer at tjenestetilbudet i vestre del av Agder bør se ut i fremtiden. ARA vil uavhengig av hvilket alternativ som velges øke opp innsatsen i vestligste del av Agder grunnet et historisk underforbruk av ARAs tjenester fra befolkningen i Lister. ARA har gjennom hele prosessen gitt uttrykk for at samlokalisering med DPS og ABUP er svært viktig for ARA, og at det er svært ønskelig å se den vestligste del av Agder i sammenheng med Lindesnesområdet av hensyn til å kunne videreutvikle gode tjenestetilbud inn i fremtiden. Dette vil være viktig for å kunne få ett mer robust samlet TSB fagmiljø som virker rekrutterende og fleksibel bruk av behandlere i regionen samlet. I dag bistår ansatte i Lindesnes i liten grad Lister.

Anbefaling vedrørende vurdering av opptaksområder

For alle tre avdelinger vurderes det som positivt å se til Lindesnes når det gjelder den fremtidige videreutviklingen av tjenester og organiseringen av spesialisthelsetjenesten i den vestligste delen av Agder. Arbeidsgruppen anbefaler at en ser nærmere på dette spørsmålet i neste fase, og at en ser spørsmålet i nær sammenheng med andre prosesser i klinikken.

12. Funksjonsutredning Lister - Arbeidsgruppens anbefaling

I dette kapitlet fremkommer arbeidsgruppens anbefaling, samt risikovurdering og ringvirkingsanalyse for det anbefalte tiltaket, samt et avsnitt knyttet til mål for det anbefalte tiltaket.

12.1 Arbeidsgruppens anbefaling

Arbeidsgruppen har konkludert med at alternativ 1 er det alternativet som oppnår høyest skår sett opp mot vurderingskriteriene. En samlokalisering av DPS Lister, ABUP Lister og ARA sin virksomhet i Lister vurderes ut fra et helhetsperspektiv til å være det riktige grepet for å kunne møte fremtidens behov på en best mulig måte, herunder bidra til å redusere rekrutteringsutfordringene som preger alle tre avdelinger i dag. Anbefalingen inkluderer også en omorganisering av DPS Lister.

Under fremstilles skårene som er gitt hvert vurderingskriterium for det enkelte alternativ. Skårene må forstås som et kvantitativt uttrykk for primært kvalitative forhold, og i praksis har de blitt benyttet som et verktøy for å kunne skille og rangere alternativene. Arbeidsgruppen har valgt å inkludere intervallskårene for de ulike alternativene. Dette for å synliggjøre at det har vært forskjeller i hvordan arbeidsgruppens medlemmer har skåret. Intervallene – for eksempel 16-33 poeng for nullalternativet – angir summen av den laveste skåren gitt av en enkeltperson i arbeidsgruppen, og tilsvarende når det gjelder den høyeste skåren.

Til tross for noe ulike syn innenfor hvert alternativ, er en samlet arbeidsgruppe enig om at det er Alternativ 1, samlokalisering av klinikkens virksomhet, som er anbefalt løsning å jobbe videre mot i neste fase av prosessen.

Vurderingskriterier	Alternativ			
	ALT 0	ALT 1	ALT 2	ALT 3
Pasientsikkerhet og kvalitet	3,0	4,4	3,8	3,8
Arbeidsmiljø	3,4	4,2	3,9	4,0
Faglig robushet	2,6	4,3	3,6	3,2
Helhetsgrep	2,7	4,0	3,7	3,6
Samhandling	3,0	4,2	4,0	3,8
Kapasitet	3,1	4,5	3,9	3,9
Økonomi	3,2	2,9	2,6	3,3
Bygg	3,1	4,6	4,3	4,0
Snitt fra arbeidsgruppen	24	33	30	30
Intervall i score fra arbeidsgruppen	16-33	24-39	23-34	22-34

Figur 37

Det vil være viktig å sette inn riktige tiltak for å sikre en gjennomføring innenfor en rimelig tidshorison. Hvordan anbefalingen skal håndteres må inngå som tema i neste fase, jf. arbeidsgruppens forslag til mandat for neste fase.

12.2 Risikoanalyse av anbefalt løsning

Arbeidsgruppen har gjort en risikovurdering av det anbefalte tiltaket (alternativ 1), og foreslår også mulig risikoreduserende tiltak, samt peker på faktorer som vil være viktige for å lykkes med anbefalt løsning.

	<i>Identifisering av risikopunkter ved anbefalt løsning</i>	<i>Mulige risikoreduserende tiltak</i>	<i>Suksessfaktorer</i>
<i>Pasient</i>	Kan risikere å ikke overholde taushetsplikt når tre avdelinger jobber sammen om mange av de samme pasienter.	Legge til rette for refleksjoner og drøftinger rundt taushetsplikt og andre etiske problemstillinger som kan oppstå. Gjennom overføringsmøter og formell løsning fra taushetsplikten legges til rette for god samhandling i pasientbehandling hvor flere avdelinger er involvert.	Utvikle gode pasientforløp. Utvikle en god kultur mellom ansatte både innad i egen avdeling og på tvers av avdelingene.
	Kan risikere at pasienter som bor i kommunen hvor KPH er lokalisert får tettere og bedre oppfølging enn pasienter som bor i kommuner lenger fra avdelingene. Mindre fysisk nærhet til tilbudet for skoleelever i kommuner som i dag har nærhet til tjenesten – avhengig av fremtidens lokasjon.	Etablere pasientforløp som ivaretar pasienten uavhengig av bokommune. Bruk av mer ambulant virksomhet og digitale tilbud.	Organisere seg slik at det er en struktur som ivaretar det som en mister. Ambulerende virksomhet. Digital infrastruktur. Hensiktsmessig lokalisering.
<i>Ledelse</i>	Kan risikere uklarhet i roller når tre avdelinger / avdelingssjefer er på samme sted.	Tydelige rolleavklaringer ved oppstart og underveis Være bevisst på egen avdelings ansvarsområder.	
	Kan risikere at skillet mellom avdelingene utvannes.	Avholde regelmessige møter på tvers av avdelingene for å avklare prioriteringer,	Etablere regelmessige møtepunkt og statusmøter mellom enhetsledere. Sikre en god kultur og et godt

	Kan risikere uenighet i prioriteringer mellom avdelingene.	ressursbruk, ønskede utviklingsområder mm.	samarbeid på ledernivå mellom de tre enhetene.
	Kan risikere økt uro i organisasjonen på kort sikt i en omorganisering. Kan risikere krevende omstillingsprosess. Kan risikere at det vil være mer krevende å få til endringer i en større enhet.	God og tidsavgrenset prosess med rask avklaring. Tettere samarbeid mellom enhetsledere kan gjøre omstillingsarbeidet lettere.	God og tidsavgrenset prosess med rask avklaring. Godt samarbeid mellom enhetsledere
	Kan risikere mindre flyt og kontakt mellom ledelse og øvrige ansatte når enhetene blir større. Kan risikere lengre vei fra beslutning til gjennomføring.	Leder/avdelingssjef mer tilstede når enhetene er samlokalisert Organisering i mindre team for å gi bedre flyt og kontakt	Tilstedeværelse avdelingssjef Organisering i team
<i>Kunnskap</i>	Kan risikere at særlig spesialister blir bedt om å bistå på områder hvor de ikke har sin spesialitet (på tvers av avdelingene). Kan risikere at økt fleksibilitet/økt bruk av ressurser på tvers av funksjoner innen den enkelte avdeling kan føre til mindre mulighet for å utvikle spisskompetanse for lege-/psykologspesialister.	Tett samarbeid mellom avdelinger samtidig som at ansvarsområder er klart adskilt. Økt fleksibilitet kan gi økt breddekompetanse og samtidig ivareta spisskompetanse hos spesialistene (leger og psykologer) dersom man lykkes med rekruttering. Økt mulighet for å utvikle både breddekompetanse og spesialkompetanse ved tettere samarbeid mellom avdelingene i KPH, for eksempel ved hospitering.	Avklarte ansvarsområder Involvering Rekruttering Hensiktsmessig organisering Hospitering

	Kan risikere bortfall av kompetanse på kort sikt.	Plan for å rekruttere og beholde Samlokalisering som tiltak i seg selv for å skape et rekrutterende fagmiljø på sikt.	Plan for å rekruttere og beholde.
	Kan risikere å miste noe lokalkunnskap om samarbeidspartnere. Kan innebære risiko knyttet til deling av kunnskap mellom forvaltningsnivåene ved større avstander til samarbeidspartnere.	Gode samarbeidsrutiner, koordinering og fagseminarer på tvers av forvaltningsnivåene og avdelingene. Videreutvikle samarbeidsstrukturer som gir lokalkunnskap om alle kommunene Hospitering	Sikre god delingskultur. Etablere og videreutvikle hensiktsmessige samarbeidsstrukturer med samarbeidspartnere
	Kan miste nærhet til somatikk/ Økt avstand til somatisk sykehus avhengig av lokasjon.	Ivareta et godt samarbeid med somatikk SSF. Delta i internundervisning somatikk.	Etablere samarbeidsarenaer med somatikk og benytte aktuelle eksisterende arenaer.
<i>Infrastruktur</i>	Kan risikere at pasienter og ansatte får problemer med offentlig transport til aktuell lokasjon. For noen pasienter vil det bli økt avstand til behandlingssted. For noen pasienter og ansatte blir det økt avstand til KPHs lokasjon og økt avstand ved ambulerende tjenester. Økt avstand til noen samarbeidspartnere.	Legge til rette for at informasjon om offentlig transport er lett tilgjengelig på avdelingen. Det må legges til rette for pasienttransport der det ikke finnes offentlig transportmiddel. Noen ansatte og pasienter vil også få kortere avstand. Ny E39 kan også gi redusert reisetid for noen til jobb. Digitale verktøy til bruk i pasientforløp og samarbeid Ambulante og digitale tjenester.	Strukturert oppstart av samlokaliserte enheter med tydelige rolleavklaringer i forkant. Samtidig sikre god kultur for samarbeid slik at en hjelper der en kan. Transportmuligheter Digital infrastruktur Hensiktsmessig lokalisering
	Interne systemer, f.eks. merkantil støtte kan blir dratt i ulike retninger.	Tydelig rolleavklaring og klare funksjonsbeskrivelser for merkantilt personell.	Tydelig rolleavklaring og klare funksjonsbeskrivelser

			for merkantilt personell.
<i>Annet</i>	Risiko for lokasjonskamp mellom kommunene i Listerregionen, hvor politiske hensyn går foran identifiserte faglige behov for klinikken.	Tett involvering samt forløpende informasjon ut til aktuelle kommuner. Tydelig informasjon om behov, framskrivninger og kunnskapsgrunnlag som avgjørelsen bygger på.	Et godt forhold til både politisk og adm. nivå i kommunene. Transparente prosesser Informasjonsdeling
	Helsehus Lindesnes – være med i to prosesser (TSB).	Få avklart en av prosessene.	

Figur 38

12.3 Ringvirkninger av anbefalt løsning

Arbeidsgruppen har vurdert ringvirkninger av alternativ 1 for interessentene, oppsummert i tabellen under.

	<i>Interessent</i>	<i>Ringvirkninger for interessent</i>
<i>Arbeidstakersiden</i>	Ansatte i DPS Lister, ARA og ABUP	Direkte påvirkning av arbeidshverdagen.
	Øvrige avdelinger i KPH	Tydeligere organisering av KPH i Lister samlet på ett sted. Hvis rekruttering lykkes blir det flere fagpersoner tilgjengelige i Lister.
	FTV/KTV/HVO	Merarbeid i periode med planlegging og oppstart av samlokaliserte avdelinger, herunder gjennomføring av omstillingsprosesser.
	Plasstillitsvalgte og lokale verneombud (VO)	Merarbeid i periode med planlegging og oppstart av samlokaliserte avdelinger, herunder gjennomføring av omstillingsprosesser.
<i>Andre deler av SSHF</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Somatikk SSF • Somatikk SSK • Prehospitale tjenester • Medisinsk serviceklinikk 	Tydeligere organisering av KPH i Lister samlet på ett sted. Hvis rekruttering lykkes blir det flere fagpersoner tilgjengelige i Lister. Vil avhenge av lokasjon.

<i>Pasienter og pårørende</i>	Bruker- og pårørendeorganisasjoner	Tydligere organisering av KPH i Lister samlet på ett sted. Hvis rekruttering lykkes blir det flere fagpersoner tilgjengelige i Lister. Viktig stemme i konkret utformingsfase.
<i>Kommuner</i>	<ul style="list-style-type: none"> • RS Lister / Helsenettverk Lister / Fagutvalg psyk. helse og rus. • Listerkommunene inkl. legevakt, samt Lund og Sokndal kommuner. • Fastleger og kommuneoverleger + PKOer (praksiskonsulentordningen) • NAV 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan bli utfordret av én lokasjon, noen vil «miste» nærhet til enhet i dag. Politisk uro. • Kommuner som mister dagens enheter vil også miste arbeidsplasser. Tilsvarende vil kommune hvor samlokaliserte avdelinger plasseres vil få etablert nye arbeidsplasser • Tydeligere organisering av KPH i Lister samlet på ett sted. • Hvis rekruttering lykkes blir det flere fagpersoner tilgjengelige i Lister, muliggjør bedre samarbeid med fastleger m.m.
	Lindesnes kommune	Vil kunne bli berørt dersom endringer av opptaksområde. Tydeligere organisering av KPH i Lister samlet på ett sted. Vil kreve merarbeid i forberedelser og oppstart av større opptaksområde. Kan skape politisk uro.
<i>Øvrige</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avtalespesialistene i Lister • Private spesialister uten avtale • Private barnevernsinstitusjoner 	Tydligere organisering av KPH i Lister samlet på ett sted. Hvis rekruttering lykkes blir det flere fagpersoner tilgjengelige i Lister.

Figur 39

12.4 Mål for tiltakene som foreslås og mandat for neste fase

Funksjonsutredningen skal gi et tilstrekkelig grunnlag for neste fase, inkludert forslag til mandat for denne fasen. Arbeidsgruppens forslag er vedlagt rapporten. Arbeidsgruppen forstår det slik at neste fase vil være konseptfasen, og legger til grunn at forslag til mandat må diskuteres på nytt til høsten i tråd med føringer for transparente beslutningsprosesser i SSHF ved oppstart av konseptfase. Endelig mandat må da også vedtas av klinikkdirektør før en går videre til utarbeidelse av en eventuell Konseptrapport.

Mål for tiltakene som foreslås i Funksjonsutredningen er innarbeidet som hovedmål og delmål i arbeidsgruppens forslag til mandat for konseptfasen. Blant annet peker arbeidsgruppen på behov for å avklare hvilke tiltak som er nødvendige internt i den enkelte avdeling for å få til en samlokalisering (og samorganisering/omorganisering).

13. Refleksjoner knyttet til datakvalitet i rapporten

Arbeidsgruppen har gjort noen refleksjoner knyttet til de dataene som ligger til grunn for arbeidet. Data kan sies å være av god kvalitet når de er relevante, korrekte og komplette.

Arbeidsgruppen vurderer at dataene som ligger til grunn i hovedsak er av god kvalitet, men vil påpeke at det foreligger en grad av usikkerhet særlig knyttet til framskrivinger der tallene er små. Dette vil spesielt gjelde aktivitetstall for barn og unge innen utskrivninger/ liggedøgn. Sykehusbygg har veiledet arbeidsgruppen i tolkning og uttrekk av hovedpunkter av framskrivingsrapporten. Det vises til refleksjoner rundt framskrivinger gjort i kapittel 4 og for øvrig, og de utfordringene som påpekes ved framskrivingsmodellen, hvor år 2019 (før Covid-19) benyttes som utgangspunkt.

Det var et ønske fra SSHF å benytte den nye nasjonale framskrivingsmodellen for psykisk helsevern og TSB i dette arbeidet, men denne er ennå ikke tatt i bruk. Sykehusbygg har i andre forbindelser sammenliknet resultater av gammel versus ny modell, hvor en faktor (intern effektivisering) er annerledes. Resultatene med og uten denne faktoren har da vært de samme.

14. Oppsummering og avslutning

Funksjonsutredning Lister er nå gjennomført etter en omfattende arbeidsprosess med et bredt spekter av aktiviteter beskrevet i denne rapporten. Arbeidsgruppen ønsker å takke alle som har kommet med innspill til arbeidet.

Realisering av arbeidsgruppens anbefaling om en samlokalisering av klinikkens virksomhet i Lister vil kreve en ombygging eller eie/leie av nybygg/eksisterende bygg. Anbefalingen innebærer også at det gjennomføres nødvendige omorganiserings- og/eller omstillingsprosesser. Disse prosessene vil se ulike ut i de respektive avdelingene.

Funksjonsutredningen plasserer seg i konteksten av en rekke tilsvarende saker i løpet av de om lag siste 20 år, hvor det er foretatt vesentlige endringer i både organisasjonsstruktur, bygg og lokasjoner innenfor det som i dag er Klinikk for psykisk helse – rus og avhengighetsbehandling. Innenfor DPSene er døgnenheten på Bjorbekk i Arendal (DPS Østre Agder) og på Strømme i Kristiansand (DPS Strømme) eksempler på at det er oppført nye bygg kombinert med organisasjonsendringer med tilhørende omstillingsprosesser enten som følge av virksomhetsoverdragelse eller -avvikling. Det er også bygd ny døgnenhet på Solvang i Kristiansand (DPS Solvang). Innenfor ABUP er det bygd nye poliklinikker både i Kristiansand og i Arendal, samt at ny Ungdomsklinikk skal stå ferdig i 2023 som en del av det nye psykiatribygget på Eg i Kristiansand. Også i ARA er det oppført nye bygg, blant annet nytt poliklinikkbygg i Kristiansand. Døgnenheten ved DPS Lister har over mange år vært uendret med hensyn til bygningsmessige fasiliteter. For deler av den polikliniske virksomheten i DPS Lister og ABUP Lister er det gjort noen bygningsmessige grep knyttet til fasilitetene i seg selv, felles bygg og synergier faglig og organisatorisk sett, uten at dette har hatt merkbar effekt på graden av samhandling og areal-/ressurs-/kapasitetsutnyttelse i de aktuelle enhetene.

Arbeidsgruppen har en klar felles forståelse av at det ikke er noen automatikk i at et nytt bygg i seg selv vil medføre at en oppnår de ønskede effektene av en samlokalisering. Et hensiktsmessig og realistisk utformet bygg i kombinasjon med en strukturert satsning på samarbeid, fagmiljø, ledelse og kultur vil være avgjørende for å kunne lykkes med videreutviklingen av bærekraftige, likeverdige og fortsatt forsvarlige spesialisthelsetjenester i innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til befolkningen i Listerregionen.

15. Vedlegg

15.1 Vurderingskriterier

15.2 Arbeidsgruppens mandat og styringssignaler gitt underveis i arbeidet

15.3 Innspill til arbeidet – oversikt

15.4 Rapport fra Sykehusbygg

15.5 Rapport fra Multiconsult

15.6 Arbeidsgruppens drøftinger

15.7 Forslag til mandat for neste fase

R 2025/004

RISIKOVURDERING

ROS DPS Lister

Klinikk for psykisk helse / KPH felles / KPH klinikkledelsen

Dato:		Risiko-område:	Arbeidsmiljø
Ansvarlig:	Gro Merete Grønvold Eilertsen	Org. plassering:	KPH klinikkledelsen
Fasilitator:	Sigmund Olav Syrtveit		
Interne deltakere:	Tor Erik Kaalaas	Begrenset tilgang:	Nei
		Status:	Aktiv
		Frekvenstabell:	Frekvenstabell 3

Målsetting

Et godt psykososialt arbeidsmiljø som er minst like godt som det det er i dag på de to ulike stedene. Gjelder både internt i teamene og mellom de to teamene. Robustheten kontinueres i behandlingsteamene.

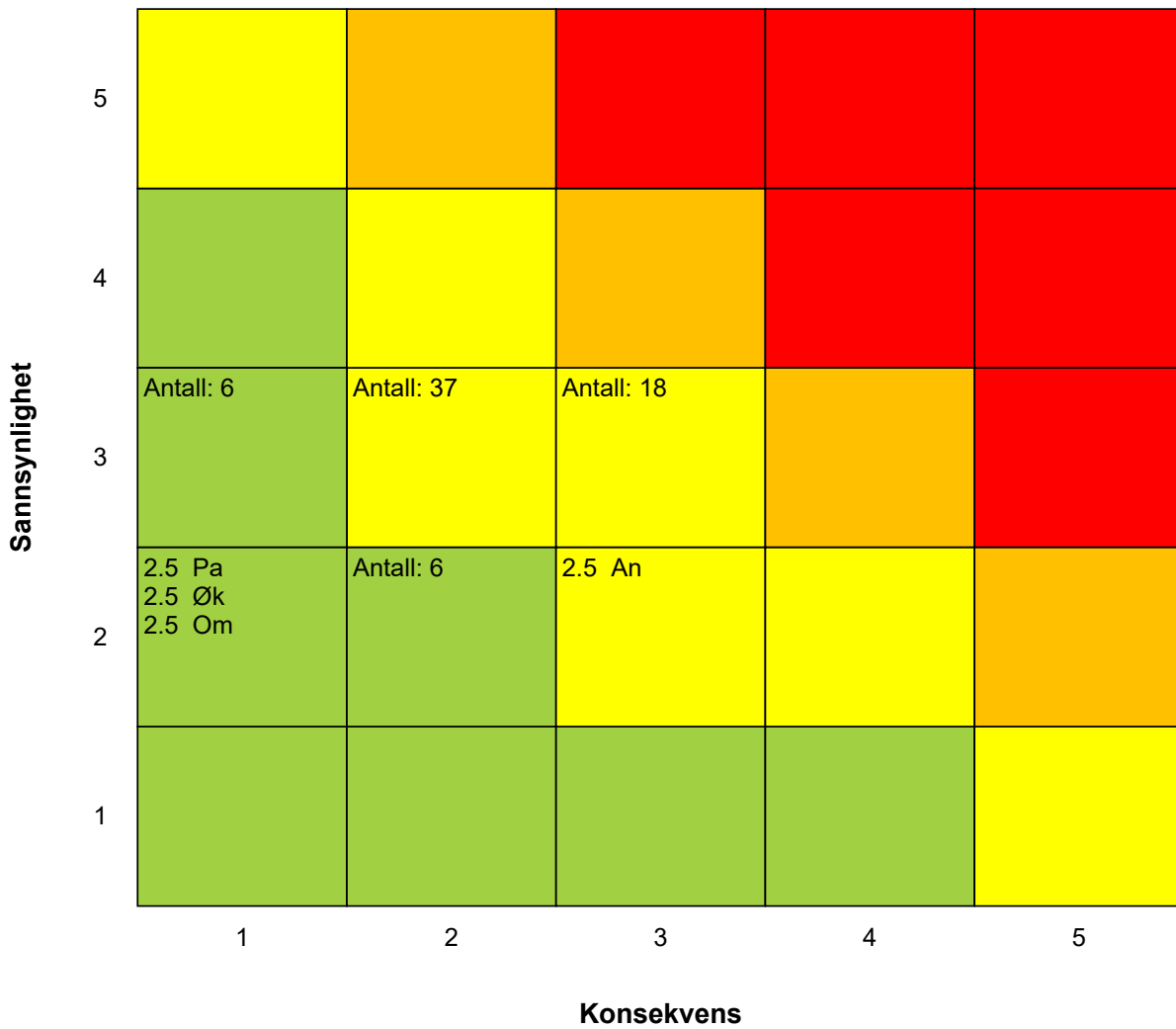
Målsettingen med ROS er å sikre et bredere, faglig, inspirerende arbeidsmiljø - større enn hva det er i dag på de to respektive stedene.

Beskrivelse

Godt samarbeide på de ulike ledernivåene og tilstedeværelse.
Større fagmiljø, mer attraktive for rekruttering.
Større og mer stabilt fagmiljø.
Tilgjengelig kompetanse.
Større grad av samhandling og oppgaveglidning.
Redusere uønsket variasjon.
Bevare ønsket variasjon.
Inspirerende, trygt og stabilt arbeidsmiljø.
Tilgjengelighet mellom fagpersoner og merkantile.
Godt samarbeidsklima.
Fysisk nærhet og økt samhandling i det daglige kan fremme det psykososiale arbeidsmiljøet.

Forklaring konsekvens

Pa - Pasient
An - Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
Tj - Tjenesteproduksjon, drift
Øk - Økonomi, kostnader
Om - Tillit og omdømme
Ym - Ytre miljø



Risikomomenter / hendelser

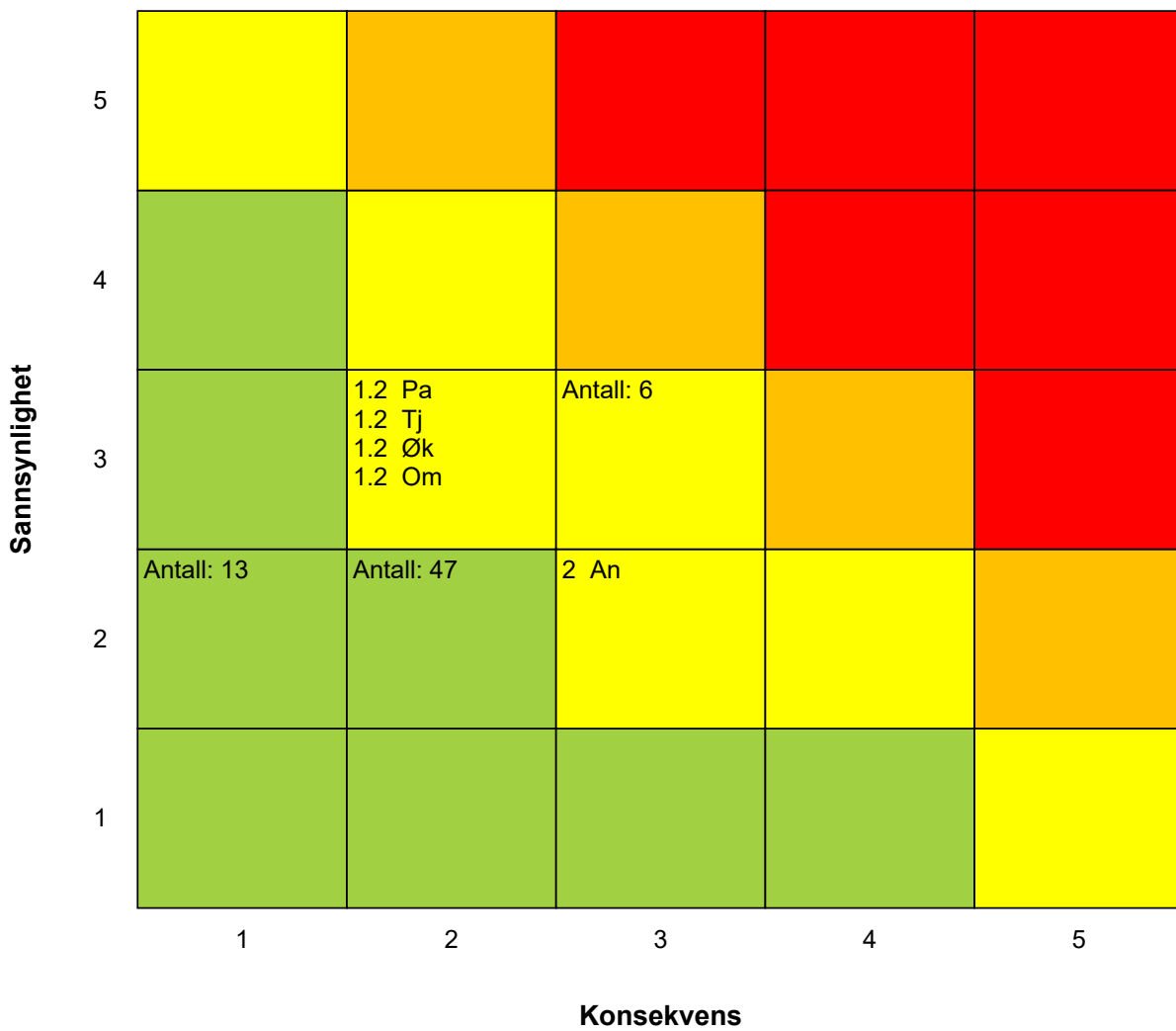
- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
 - 1.1 Økt konfliktnivå
 - 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2 Økt turnover
 - 2.1 Slitasje på ansattgruppen
 - 2.2 Redusert trivsel
 - 2.3 Manglende kollegastøtte
 - 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokalsjon
 - 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer
 - 2.6 Rekrutteringsutfordringer
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
 - 3.1 Uklare ansvarslinjer
 - 3.2 Rolleklarhet
- 4 Redusert tilhørighet

	Konsekvens for							
Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
3	2	3	3	2	2	1		
3	3	2	2	2	2			
3	2	3	2	2	2			
3	3	3	3	2	2			
3	2	3	2	2	2			
3	2	3	2	2	2			
3	2	3	2	2	2			
3	3	3	3	3	3			
2	1	3	2	1	1			
1								
3	2	3	2	2	2			
3	2	2	1	1	1			
3	1	3	2	1	2			
3	2	3	2	2	2			

Risikomomenter / hendelser

5 Samarbeidsvansker med andre instanser

Konsekvens for									
Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr	
2	2	2	2	2	2				



Risikomomenter / hendelser

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
 - 1.1 Økt konfliktnivå
 - 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2 Økt turnover
 - 2.1 Slitasje på ansattgruppen
 - 2.2 Redusert trivsel
 - 2.3 Manglende kollegastøtte
 - 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon
 - 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer
 - 2.6 Rekrutteringsutfordringer
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
 - 3.1 Uklare ansvarslinjer
 - 3.2 Rolleklarhet
- 4 Redusert tilhørighet

Sann	Konsekvens for							
	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
2	2	2	2	2	2	1		
2	2	2	2	2	2			
3	2	3	2	2	2			
2	2	3	2	2	2			
2	2	2	2	2	2			
2	2	2	2	2	2			
2	2	2	2	2	2			
3	3	3	3	3	3			
2	1	2	2	1	1			
1								
2	2	2	2	2	2			
2	2	2	1	1	1			
2	1	2	2	1	2			
2	1	2	1	1	1			

Risikomomenter / hendelser

5 Samarbeidsvansker med andre instanser

		Konsekvens for							
Sann	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr	
2	2	2	2	2	2				

Tiltaksliste for KPH klinikkledelsen

ROS DPS Lister

Samtaler mellom ansatte og leder

R 2025/004 - TIL 01

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Gjennomføre gode samtaler med ansatte for å kartlegge hva som skal til for å forbedre kommunikasjonen.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Elisabeth Urstad

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon
- 1.1 Økt konfliktnivå
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 3.1 Uklare ansvarlinjer
- 4 Redusert tilhørighet
- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer
- 3.2 Rolleklarhet

Personalmøter

R 2025/004 - TIL 02

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Hyppige møter mellom ansatte og ledere

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Elisabeth Urstad

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift

Oppgaver

Faste personalmøter hvor en tematiserer psykososialt arbeidsmiljø, forventninger til hverandre og rettigheter/plikter både som ansatt og leder.

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 4 Redusert tilhørighet

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 1.1 Økt konfliktnivå
- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 2.2 Redusert trivsel
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 3.1 Uklare ansvarlinjer
- 2.3 Manglende kollegastøtte
- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer
- 3.2 Rolleklarhet
- 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon

Følge retningslinjer

R 2025/004 - TIL 03

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Utformet retningslinje for hvordan samhandle mellom teamledere og team, og mellom ledernivåene.

Tiltaksvurdering: Tiltak iverksettes

Saksbehandler: Frist:

Gjennomført tiltak: Retningslinjer foreligger og er allerede utarbeidet.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Oppgaver

Kartlegge grad av implementering og tiltak som må til for å sikre en god implementering der dette mangler. Ev. gjennomgå og revidere retningslinjer dersom det er behov for dette. Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 4 Redusert tilhørighet
- 1.1 Økt konfliktnivå
- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 2.2 Redusert trivsel
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 3.1 Uklare ansvarlinjer
- 2.3 Manglende kollegastøtte

- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer
- 3.2 Rolleklarhet
- 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon

Etablere felles sosiale møteplasser.

R 2025/004 - TIL 04

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Leder vil være tilgjengelig. Delta i morgenkaffe og lignende.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme

Oppgaver

Samhandle også utenfor fag, for å sikre at en blir kjent med hverandre og hvordan en bør samhandle. Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 4 Redusert tilhørighet

Tilgjengelighet fra leder

R 2025/004 - TIL 05

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Være tilstede i miljøet.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Frist:

Gjennomført tiltak: Fokusgruppeintervju i klinikken foreligger om hva som er viktig for klinikere med tanke på lederatferd.

Innvirker på

- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS

Gjelder risikomoment

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 3.1 Uklare ansvarslinjer
- 4 Redusert tilhørighet
- 2.3 Manglende kollegastøtte

- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2.6 Rekrutteringsutfordringer
- 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer
- 3.2 Rolleklarhet

Forbedre kommunikasjon

R 2025/004 - TIL 06

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Jobbe med hva som er viktig for ansatte og ledelse i kommunikasjon for å ha et godt psykososialt arbeidsmiljø. Lytte til klinikere og deres opplevelser.

Tiltaksvurdering: Under arbeid

Saksbehandler: Frist:

Gjennomført tiltak: BHT er allerede involvert i tiltak for å forbedre kommunikasjon.

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Tillit og omdømme

Oppgaver

Følge BHT sitt tilbud.

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 1.2 Redusert tillit til ledelse

Kultur - holdninger

R 2025/004 - TIL 07

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Jobbe med en felles kultur og holdninger i hele avdelingen, redusere subkulturer. Kartlegge og sette inn tiltak.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 2.2 Redusert trivsel
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 3.1 Uklare ansvarlinjer

- 4 Redusert tilhørighet
- 2.3 Manglende kollegastøtte
- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer
- 3.2 Rolleklarhet
- 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokalsjon

Utforme en prosess knyttet til flyttingen med den enkelte i tråd med prosjektplan

R 2025/004 - TIL 08

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Leder går i dialog for å avklare behov for tilrettelegging for den enkelte ansatte.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Elisabeth Urstad

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS

Gjelder risikomoment

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 4 Redusert tilhørighet
- 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokalsjon
- 1.1 Økt konfliktnivå
- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 2.2 Redusert trivsel
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 3.1 Uklare ansvarlinjer
- 2.3 Manglende kollegastøtte
- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer
- 3.2 Rolleklarhet

Involvering av BHT ved behov

R 2025/004 - TIL 09

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Dersom nevnte tiltak ikke fungerer eller har ønsket effekt.

Tiltaksvurdering: Under arbeid

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak: BHT er allerede involvert i forhold til kommunikasjon. Kan også involveres utover dette.

Innvirker på

- Sannsynlighet

- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 1.1 Økt konfliktnivå
- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse

Hyppig dialog mellom teamledere/team

R 2025/004 - TIL 10

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Lage en struktur og avklare hvem som sitter hvor, hvordan en skal samhandle i forkant av flyttingen.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift

Gjelder risikomoment

- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 1.1 Økt konfliktnivå
- 2.2 Redusert trivsel
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 3.1 Uklare ansvarlinjer
- 4 Redusert tilhørighet
- 2.3 Manglende kollegastøtte
- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer
- 3.2 Rolleklarhet
- 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon

Lage plan for flytting - samlokalisering

R 2025/004 - TIL 11

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Jf. prosjektplan
God involvering i bruk av lunsjrom, grupperom og kontorplassering. Møteplan.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS

Gjelder risikomoment

- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 4 Redusert tilhørighet
- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
 - 1.1 Økt konfliktnivå
 - 2.2 Redusert trivsel
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
 - 3.1 Uklare ansvarlinjer
 - 2.3 Manglende kollegastøtte
 - 2 Økt turnover
 - 1.2 Redusert tillit til ledelse
 - 3.2 Rolleklarhet
 - 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon

Evaluering

R 2025/004 - TIL 12

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Evaluering før og etter dersom det blir en samlokalisering.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Frist:

Gjennomført tiltak:

Gjelder risikomoment

- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
 - 1.1 Økt konfliktnivå
 - 2.2 Redusert trivsel
- 3.1 Uklare ansvarlinjer
- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 2.6 Rekrutteringsutfordringer

Stillingsbeskrivelse spesialist

R 2025/004 - TIL 13

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Gjennomgang av denne og avklaring med spesialistene.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS

Oppgaver

Gjennomgå hva som ligger i sykehusets forventninger når det gjelder spesialister og fleksibilitet knyttet til ferieavvikling m.m. Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 3.1 Uklare ansvarlinjer
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 3.2 Rolleklarhet

Forventningsavklaring og oppfølging av ansatt

R 2025/004 - TIL 14

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Gjennomgang av hva det vil si å være ansatt, hvilke forventninger og oppgaver som ligger til de ulike stilingene.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Tillit og omdømme

Gjelder risikomoment

- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 1.1 Økt konfliktnivå
- 3.1 Uklare ansvarlinjer
- 4 Redusert tilhørighet
- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 3.2 Rolleklarhet

Fagdager

R 2025/004 - TIL 15

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Regelmessig fagdager for team, og teamsamlinger. Fortsette med teamaktiviteter som bygger og etablerer tilhørighet.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Gjelder risikomoment

- 4 Redusert tilhørighet

Omstillingsveilederen følges

R 2025/004 - TIL 16

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Samtale mellom ansatte, tillitsvalgte og leder for å avklare behov for tiltak.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS

Gjelder risikomoment

- 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokalsjon
- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 1.1 Økt konfliktnivå
- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 2.2 Redusert trivsel
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 2 Økt turnover
- 1.2 Redusert tillit til ledelse
- 3.2 Rolleklarhet

Tiltak for forbedring av psykososialt arbeidsmiljø - handlingsplan

R 2025/004 - TIL 17

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Samle tiltakene som skal sikre at man trives på jobben og har det bra på jobb.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Oppgaver

Gjennomgå alle foreslåtte tiltak og utforme en handlingsplan for hvordan ivareta det psykososiale arbeidsmiljøet.

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 2.4 Økt turnover på grunn av annen lokalsjon
- 1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte
- 1.1 Økt konfliktnivå
- 2.1 Slitasje på ansattgruppen
- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet
- 2.3 Manglende kollegastøtte

- 2 Økt turnover

- 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer

Kartlegge ønsket variasjon

R 2025/004 - TIL 18

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Kartlegge ønsket og uønsket variasjon mellom teamene og hvordan jobbe sammen og bruke hverandres styrker.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Pasient

- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS

- Tjenesteproduksjon, drift

Gjelder risikomoment

- 2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer

- 3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet

- 2 Økt turnover

- 1.2 Redusert tillit til ledelse

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Samtaler mellom ansatte og leder	Elisabeth Urstad		Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon	Endring i oppmøtested medfører at personell slutter.
				2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer	To team skal samhandle på en ny måte, under samme tak. Det er allerede etablerte subkulturer som påvirker hvordan en samhandler og snakker til hverandre og hva som anses som adekvat og ønsket måte å samhandle på. Dette vil være et risikoområde for fremtidige konflikter. Samhandle med nye personer.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					Utfordringer med å snakke sammen med nye kollegaer, eventuelt opp/ned i lederlinjen. Kulturforskjeller i samhandlingen/subkulturer. Risiko for at vennskapelig friksjon blir utfordrende.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarslinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.
				3.2 Rolleklarhet	Gjelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.
Personalmøter	Elisabeth Urstad		Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.2 Redusert trivsel	Grunnet uklarhet knyttet til roller, forventning og ansvar. Endring i oppmøtested og endring i kollegafellesskap med lengre reisevei og andre lokaler.
				2.3 Manglende kollegastøtte	Ikke tilgang til de samme kollegaene rundt seg som tidligere pga. endret plassering i lokalet.
				2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon	Endring i oppmøtested medfører at personell slutter.
				2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer	To team skal samhandle på en ny måte, under samme tak. Det er allerede etablerte subkulturer som påvirker hvordan en samhandler og snakker til hverandre og hva som anses som adekvat og ønsket måte å samhandle på. Dette vil være et risikoområde for fremtidige konflikter. Samhandle med nye personer. Utfordringer med å snakke sammen med nye kollegaer, eventuelt opp/ned i lederlinjen. Kulturforskjeller i samhandlingen/subkulturer. Risiko for at vennskapelig friksjon blir utfordrende.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarslinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.
				3.2 Rolleklarhet	GJelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.
Følge retningslinjer			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.2 Redusert trivsel	Grunnet uklarhet knyttet til roller, forventning og ansvar. Endring i oppmøtested og endring i kollegafellesskap med lengre reisevei og andre lokaler.
				2.3 Manglende kollegastøtte	Ikke tilgang til de samme kollegaene rundt seg som tidligere pga. endret plassering i lokalet.
				2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon	Endring i oppmøtested medfører at personell slutter.
				2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer	To team skal samhandle på en ny måte, under samme tak. Det er allerede etablerte subkulturer som påvirker hvordan en samhandler og snakker til hverandre og hva som anses som adekvat og ønsket måte å samhandle på. Dette vil være et risikoområde for fremtidige konflikter. Samhandle med nye personer. Utfordringer med å snakke sammen med nye kollegaer, eventuelt opp/ned i lederlinjen. Kulturforskjeller i samhandlingen/subkulturer. Risiko for at vennskapelig friksjon blir utfordrende.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarslinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					bistå inn i andre team, ved behov.
				3.2 Rolleklarhet	GJelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.
Etablere felles sosiale møteplasser.			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.
Tilgjengelighet fra leder			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.3 Manglende kollegastøtte	Ikke tilgang til de samme kollegaene rundt seg som tidligere pga. endret plassering i lokalet.
				2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer	To team skal samhandle på en ny måte, under samme tak. Det er allerede etablerte subkulturer som påvirker hvordan en samhandler og snakker til hverandre og hva som anses som adekvat og ønsket måte å samhandle på. Dette vil være et risikoområde for fremtidige konflikter. Samhandle med nye personer. Utfordringer med å snakke sammen med nye kollegaer, eventuelt opp/ned i lederlinjen. Kulturforskjeller i samhandlingen/subkulturer. Risiko for at vennskapelig friksjon blir utfordrende.
				2.6 Rekrutteringsutfordringer	Færre vil søke seg til Kvinesdal grunnet risiko for endret oppmøtested i fremtiden. Risikovurderes ikke, da det ikke er en risiko utover normal utfordring med rekruttering.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarslinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
				3.2 Rolleklarhet	GJelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.
Forbedre kommunikasjon			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
Kultur - holdninger			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.2 Redusert trivsel	Grunnet uklarhet knyttet til roller, forventning og ansvar. Endring i oppmøtested og endring i kollegafellesskap med lengre reisevei og andre lokaler.
				2.3 Manglende kollegastøtte	Ikke tilgang til de samme kollegaene rundt seg som tidligere pga. endret plassering i lokalet.
				2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon	Endring i oppmøtested medfører at personell slutter.
				2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer	To team skal samhandle på en ny måte, under samme tak. Det er allerede etablerte subkulturer som påvirker hvordan en samhandler og snakker til hverandre og hva som anses som adekvat og ønsket måte å samhandle på. Dette vil være et risikoområde for fremtidige konflikter. Samhandle med nye personer. Utfordringer med å snakke sammen med nye kollegaer, eventuelt opp/ned i lederlinjen. Kulturforskjeller i samhandlingen/subkulturer. Risiko for at vennskapelig friksjon blir utfordrende.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarlinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.
				3.2 Rolleklarhet	GJelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.
Utforme en prosess knyttet til flyttingen med den enkelte i tråd med prosjektplan	Elisabeth Urstad		Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.2 Redusert trivsel	Grunnet uklarhet knyttet til roller, forventning og ansvar. Endring i oppmøtested og endring i kollegafellesskap med lengre reisevei og andre lokaler.
				2.3 Manglende kollegastøtte	Ikke tilgang til de samme kollegaene rundt seg som tidligere pga. endret plassering i lokalet.
				2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon	Endring i oppmøtested medfører at personell slutter.
				2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer	To team skal samhandle på en ny måte, under samme tak. Det er allerede etablerte subkulturer som påvirker hvordan en samhandler og snakker til hverandre og hva som anses som adekvat og ønsket måte å samhandle på. Dette vil være et risikoområde for fremtidige konflikter. Samhandle med nye personer. Utfordringer med å snakke sammen med nye kollegaer, eventuelt opp/ned i lederlinjen. Kulturforskjeller i samhandlingen/subkulturer. Risiko for at vennskapelig friksjon blir utfordrende.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarslinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.
				3.2 Rolleklarhet	Gjelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					i en avdeling.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.
Involvering av BHT ved behov			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
Hyppig dialog mellom teamledere/team			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.2 Redusert trivsel	Grunnet uklarhet knyttet til roller, forventning og ansvar. Endring i oppmøtested og endring i kollegafellesskap med lengre reisevei og andre lokaler.
				2.3 Manglende kollegastøtte	Ikke tilgang til de samme kollegaene rundt seg som tidligere pga. endret plassering i lokalet.
				2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon	Endring i oppmøtested medfører at personell slutter.
				2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer	To team skal samhandle på en ny måte, under samme tak. Det er allerede etablerte subkulturer som påvirker hvordan en samhandler og snakker til hverandre og hva som anses som adekvat og ønsket måte å samhandle på. Dette vil være et risikoområde for fremtidige konflikter. Samhandle med nye personer. Utfordringer med å snakke sammen med nye kollegaer, eventuelt opp/ned i lederlinjen. Kulturforskjeller i

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					samhandlingen/subkulturer. Risiko for at vennskapelig friksjon blir utfordrende.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarslinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.
				3.2 Rolleklarhet	GJelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.
Lage plan for flytting - samlokalisering			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.2 Redusert trivsel	Grunnet uklarhet knyttet til roller, forventning og ansvar. Endring i oppmøtested og endring i kollegafellesskap med lengre reisevei og andre lokaler.
				2.3 Manglende kollegastøtte	Ikke tilgang til de samme kollegaene rundt seg som tidligere pga. endret plassering i lokalet.
				2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon	Endring i oppmøtested medfører at personell slutter.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarslinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.
				3.2 Rolleklarhet	Gjelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Evaluering			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.2 Redusert trivsel	Grunnet uklarhet knyttet til roller, forventning og ansvar. Endring i oppmøtested og endring i kollegafellesskap med lengre reisevei og andre lokaler.
				2.6 Rekrutteringsutfordringer	Færre vil søke seg til Kvinesdal grunnet risiko for endret oppmøtested i fremtiden. Risikovurderes ikke, da det ikke er en risiko utover normal utfordring med rekruttering.
				3.1 Uklare ansvarlinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Stillingsbeskrivelse spesialist			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarslinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.
				3.2 Rolleklarhet	GJelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Forventningsavklaring og oppfølging av ansatt			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.1 Uklare ansvarslinjer	Ikke vite om en blir omdefinert til å måtte bistå inn i andre team, ved behov.
				3.2 Rolleklarhet	Gjelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.
				4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Fagdag			Aktiv	4 Redusert tilhørighet	Endret oppmøtested med flere personer ansatt, kan endre opplevelsen at å tilhøre et bestemt team. Dette kan bidra til redusert trivsel.
Omstillingsveilederen følges			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.2 Redusert trivsel	Grunnet uklarhet knyttet til roller, forventning og ansvar. Endring i oppmøtested og endring i kollegafellesskap med lengre reisevei og andre lokaler.
				2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon	Endring i oppmøtested medfører at personell slutter.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.
				3.2 Rolleklarhet	GJelder usikkerhet knyttet til det å være psykologspesialist og hvordan en bruker ressursene aktivt når en skal løse oppgaver i en avdeling.
Tiltak for forbedring av psykososialt arbeidsmiljø - handlingsplan			Aktiv	1 Kommunikasjonsutfordringer ledernivå/ansatte	Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen. Der ansatte opplever at en blir flyttet uten at en ønsker det, kan dette medvirke til dårlig kommunikasjon mellom ansatt og leder.
				1.1 Økt konfliktnivå	Konfliktnivå mellom enkeltpersoner, flyttes til personaloppfølging.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.1 Slitasje på ansattgruppen	Flere ansatte, kan bli hektisk. Det å være flere til lunsj og i fellesområde, krever koordinering og samhandling. Krevende å bli kjent med nye, mer støy. Usikkerhet knyttet til fremtidig arbeidsplass. Involvering i tidkrevende prosesser. Redusert trivsel.
				2.3 Manglende kollegastøtte	Ikke tilgang til de samme kollegaene rundt seg som tidligere pga. endret plassering i lokalet.
				2.4 Økt turnover på grunn av annen lokasjon	Endring i oppmøtested medfører at personell slutter.
				2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer	To team skal samhandle på en ny måte,

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
					<p>under samme tak. Det er allerede etablerte subkulturer som påvirker hvordan en samhandler og snakker til hverandre og hva som anses som adekvat og ønsket måte å samhandle på. Dette vil være et risikoområde for fremtidige konflikter.</p> <p>Samhandle med nye personer.</p> <p>Utfordringer med å snakke sammen med nye kollegaer, eventuelt opp/ned i lederlinjen.</p> <p>Kulturforskjeller i samhandlingen/subkulturer.</p> <p>Risiko for at vennskapelig friksjon blir utfordrende.</p>
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	<p>Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold.</p> <p>Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse.</p> <p>Ferieavvikling egen sak.</p>

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Kartlegge ønsket variasjon			Aktiv	1.2 Redusert tillit til ledelse	Grunnet uenighet knyttet til at prosessen faktisk skal gjennomføres. Hvordan en snakker med hverandre endres på grunn av motstand og uenighet i flyttingen.
				2 Økt turnover	Flere ansatte i Farsund rapporterer at de ikke ønsker å flytte fra Farsund til Kvinesdal. De ønsker å være i Farsund. Dette er meldt inn både i forkant av møtet og underveis i møtet gjennom dialogen.
				2.5 Samhandlingsutfordringer/subkulturer	To team skal samhandle på en ny måte, under samme tak. Det er allerede etablerte subkulturer som påvirker hvordan en samhandler og snakker til hverandre og hva som anses som adekvat og ønsket måte å samhandle på. Dette vil være et risikoområde for fremtidige konflikter. Samhandle med nye personer. Utfordringer med å snakke sammen med nye kollegaer, eventuelt opp/ned i lederlinjen. Kulturforskjeller i samhandlingen/subkulturer. Risiko for at vennskapelig friksjon blir utfordrende.
				3 Endringer i arbeidsoppgaver - uklarhet	Uklarhet i hva som er arbeidsoppgaver, ansvarsforhold. Det er en forutsetning at dette ikke skjer jf. prosjektbeskrivelse. Ferieavvikling egen sak.

R 2025/006

RISIKOVURDERING

ROS pasientbehandling

Klinikk for psykisk helse / KPH felles / KPH klinikkledelsen

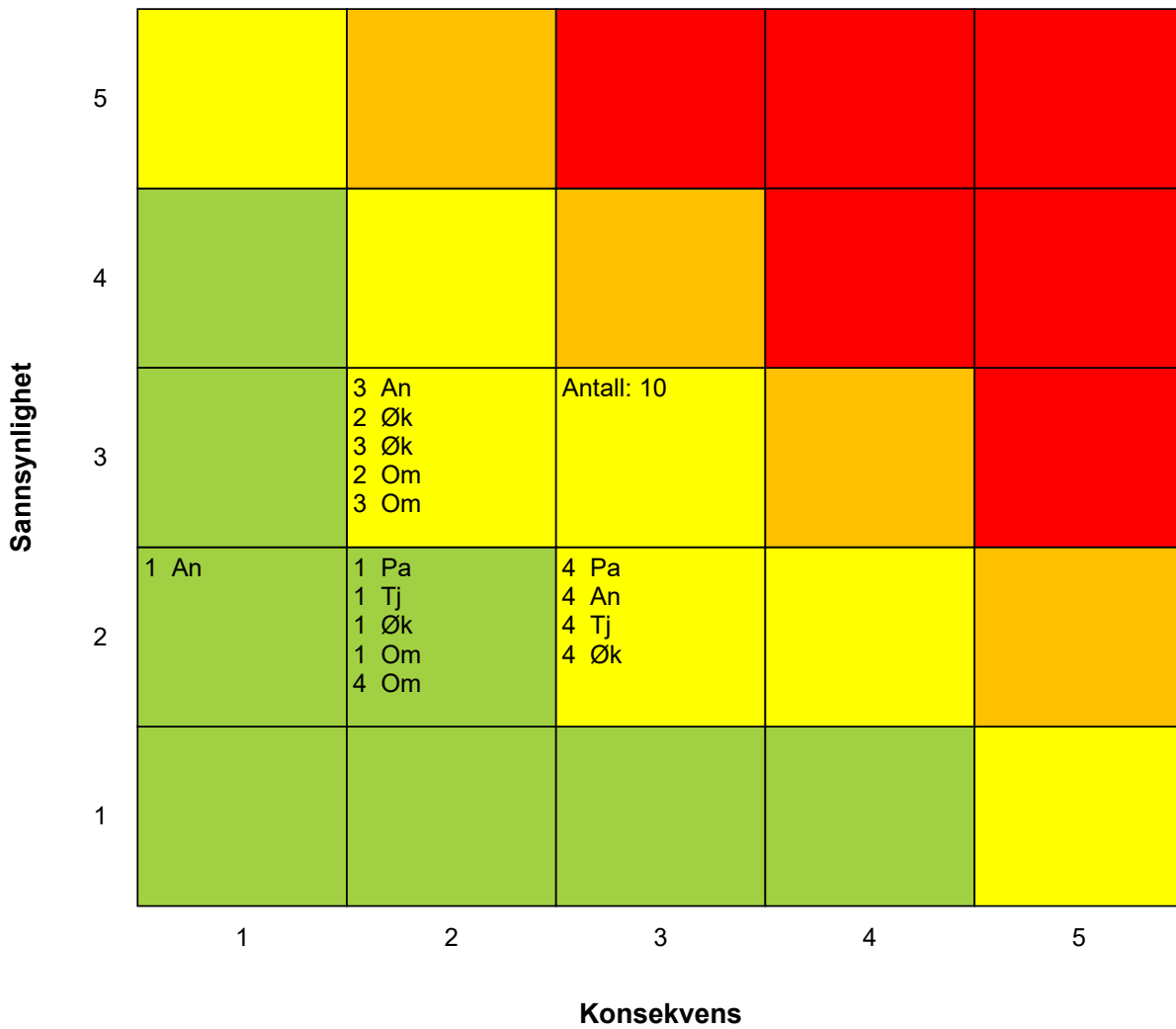
Dato:		Risiko-område:	Pasientbehandling
Ansvarlig:	Gro Merete Grønvold Eilertsen	Org. plassering:	KPH klinikkledelsen
Fasilitator:	Sigmund Olav Syrtveit		
Interne deltakere:	Elisabeth Urstad Anne Egeland Berit Klukstad Hodne Erlend Løwe Tor Erik Kaalaas	Begrenset tilgang:	Nei
		Status:	Aktiv
		Frekvenstabell:	Frekvenstabell 3

Målsetting

Sikre kunnskapsbasert behandling i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.
Pasienter mottar sømløse behandlingsforløp. Klinikken tilbyr likeverdig tilbud uavhengig av pasientens bosted.
Tilgjengelige helsetjenester for pasienter.

Beskrivelse**Forklaring konsekvens**

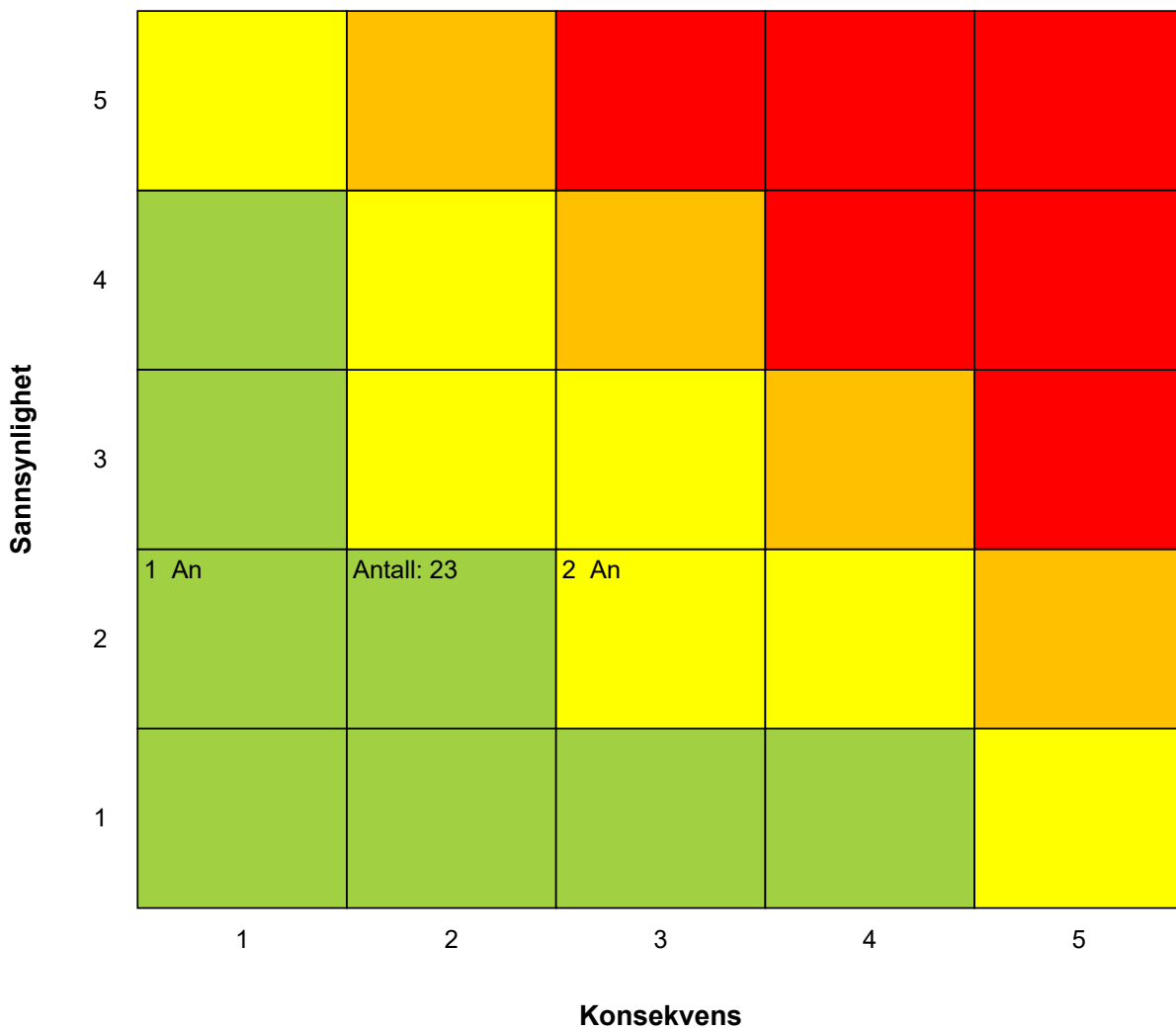
Pa	- Pasient
An	- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
Tj	- Tjenesteproduksjon, drift
Øk	- Økonomi, kostnader
Om	- Tillit og omdømme



Risikomomenter / hendelser

- 1 Redusert aktivitet i en omlegging
- 2 Mangler fagkompetanse/manglende tilgang til ressurser
- 3 Drop out
 - 3.1 Redusert tilgjengelighet
- 4 Destabilisering av stabile pasienter

Sann	Konsekvens for							
	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
2	2	1	2	2	2			
3	3	3	3	2	2			
3	3	2	3	2	2			
3	3	3	3	3	3			
2	3	3	3	3	2			



Risikomomenter / hendelser

- 1 Redusert aktivitet i en omlegging
- 2 Mangler fagkompetanse/manglende tilgang til ressurser
- 3 Drop out
 - 3.1 Redusert tilgjengelighet
- 4 Destabilisering av stabile pasienter

Sann	Konsekvens for							
	Pa	An	Tj	Øk	Om	Ym	Pv	Pr
1	2	1	2	2	2			
2	2	3	2	2	2			
2	2	2	2	2	2			
2	2	2	2	2	2			
2	2	2	2	2	2			

Tiltaksliste for KPH klinikkledelsen

ROS pasientbehandling

Etablere samhandling med andre enheter/avdelinger

R 2025/006 - TIL 01

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Dersom det er drop out grunnet oppmøtested må en avklare og ha rutiner som sikrer at pasienter ivaretas ev. også samhandling med andre avdelinger/enheter.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Elisabeth Urstad

Frist:

Gjennomført tiltak:

Oppgaver

Utarbeide retningslinjer for samhandling internt i avdelingen dersom pasienter ikke ønsker å møte ved Vollan grunnet negative erfaringer ved innleggelse

Elisabeth Urstad

10.01.2025

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 3 Drop out

Implementere mer arenafleksible tilbud

R 2025/006 - TIL 02

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Bruk av video, youwell etc.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Oppgaver

Kartlegge og utarbeide oversikt over alternative behandlingstilbud til fysisk oppmøte.

Gro Merete Grønvold
Eilertsen

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 3 Drop out

"Utekontor"

R 2025/006 - TIL 03

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Mulighet for oppmøtested der pasienten er? Kan en avtale med for eksempel skole, samarbeidspartner som NAV, kommunehelsetjenesten osv om samtale på deres lokasjon.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Elisabeth Urstad

Frist:

Gjennomført tiltak:

Oppgaver

Kartlegge antall pasienter som har behov for oppfølging som går i vdg skole og hvor en kan tilby samtale ved skolen, dersom det er mulighet for samarbeid.

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 3 Drop out

- 4 Destabilisering av stabile pasienter

Ambulant team

R 2025/006 - TIL 04

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Strukturer for å etablere tilbud for sårbare pasienter.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Gjelder risikomoment

- 3 Drop out
- 4 Destabilisering av stabile pasienter
- 2 Mangler fagkompetanse/manglende tilgang til ressurser
- 3.1 Redusert tilgjengelighet

God planlegging

R 2025/006 - TIL 05

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Tidspunkt for gruppebehandling legges opp i tråd med kollektivtilbudet, uavhengig av om det gjøres en flytting. Sikre at en ikke har alle gruppebehandlingstilbudene på samme tidspunkt.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Oppgaver

Koordinere drift mellom team 2 og team 3 for å sikre at lokaler brukes hensiktsmessig og for å redusere trengsel i lokalene på enkelte dager. Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 3 Drop out
- 4 Destabilisering av stabile pasienter
- 3.1 Redusert tilgjengelighet

Individuell tilrettelegging for oppmøte

R 2025/006 - TIL 06

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Behandlerne tilpasser avtalene sine gitt ut fra hva pasientene har behov for. Det handler om kommunikasjon og plan med pasient.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Elisabeth Urstad

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient

Oppgaver

Avklare hvilke pasienter dette kan gjelde, kriterier og risikofaktorer som kan bidra. Utarbeide en oversikt over konkrete alternativer til fysisk oppmøte på lokasjon. Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 4 Destabilisering av stabile pasienter
- 3.1 Redusert tilgjengelighet

Forberede overgangen for pasienter

R 2025/006 - TIL 07

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Etablere gode kommunikasjon og informasjonskanaler ut til pasienter.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Pasient

Oppgaver

Utarbeide en kommunikasjonsplan og overføringsplan som gjelder pasienter

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Behandlere forbereder sine pasienter og utarbeider ev. behandlingsplan/kriseplan/plan for forebygging av drop out, avhengig av pasientens problematikk.

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 4 Destabilisering av stabile pasienter

Plan for inntak/overføring

R 2025/006 - TIL 08

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Konkretisere hvordan pasienter og ansattes aktivitet skal overføres ved en eventuelt flytting.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet

- Pasient

Oppgaver

Utarbeide en konkret fremdriftsplan med tidspunkt.

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 4 Destabilisering av stabile pasienter

- 1 Redusert aktivitet i en omlegging

- 3 Drop out

Samhandling med merkantile

R 2025/006 - TIL 09

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Avtale med merkantile hvis det er behov for at en pasient får spesial oppfølging ved oppmøte.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Oppgaver

Den enkelte behandler følger dette opp, etter individuell vurdering av aktuell pasient.

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 4 Destabilisering av stabile pasienter

Tiltaksbeskrivelse: Se tiltak under Økt turnover, ROS 2025/004.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler: Elisabeth Urstad

Frist:

Gjennomført tiltak: Det foreligger allerede plan i prosjekt knyttet til at en konkret må utarbeide plan for hvordan en slik prosess skal gjennomføres. Videre ønsker avdelingssjef å følge omstillingsveileder og gjennomføre samtaler med den enkelte for å bidra til å redusere risiko.

Oppgaver

Utarbeide plan for gjennomføring av en eventuelt flytting som omfatter både samtaler med den enkelte, utarbeidelse av møteplaner, avtaler om kontorplasser og lignende

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 2 Mangler fagkompetanse/manglende tilgang til ressurser

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Etablere samhandling med andre enheter/avdelinger	Elisabeth Urstad		Aktiv	3 Drop out	Pasienter velger å ikke møte grunnet nytt oppmøtested. Gjelder pasienter som har oppmøte i Farsund og som eventuelt bor i Farsund. Som følge av redusert tilgjengelighet og lengre reisevei.
Implementere mer arenafleksible tilbud			Aktiv	3 Drop out	Pasienter velger å ikke møte grunnet nytt oppmøtested. Gjelder pasienter som har oppmøte i Farsund og som eventuelt bor i Farsund. Som følge av redusert tilgjengelighet og lengre reisevei.
"Utekontor"	Elisabeth Urstad		Aktiv	3 Drop out	Pasienter velger å ikke møte grunnet nytt oppmøtested. Gjelder pasienter som har oppmøte i Farsund og som eventuelt bor i Farsund. Som følge av redusert tilgjengelighet og lengre reisevei.
				4 Destabilisering av stabile pasienter	Gjelder pasienter som går i Farsund og som vil få oppmøte i Kvinesdal.
Ambulant team			Aktiv	2 Mangler fagkompetanse/manglende tilgang til ressurser	Området er risikovurdert under psykososialt arbeidsmiljø.
				3 Drop out	Pasienter velger å ikke møte grunnet nytt oppmøtested. Gjelder pasienter som har oppmøte i Farsund og som eventuelt bor i Farsund. Som følge av redusert tilgjengelighet og lengre reisevei.
				3.1 Redusert tilgjengelighet	Gjelder for enkelte pasienter, og går inn i risikovurderingen under drop out. Bekymret for at pasienter som får lengre reisevei ikke vil kunne benytte tilbudet. Spesielt gjelder dette pasienter som går på videregående skole som er avhengig av buss og har en fraværsgrense.
				4 Destabilisering av stabile pasienter	Gjelder pasienter som går i Farsund og som vil få oppmøte i Kvinesdal.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
God planlegging			Aktiv	3 Drop out	Pasienter velger å ikke møte grunnet nytt oppmøtested. Gjelder pasienter som har oppmøte i Farsund og som eventuelt bor i Farsund. Som følge av redusert tilgjengelighet og lengre reisevei.
				3.1 Redusert tilgjengelighet	Gjelder for enkelte pasienter, og går inn i risikovurderingen under drop out. Bekymret for at pasienter som får lengre reisevei ikke vil kunne benytte tilbudet. Spesielt gjelder dette pasienter som går på videregående skole som er avhengig av buss og har en fraværsgrense.
				4 Destabilisering av stabile pasienter	Gjelder pasienter som går i Farsund og som vil få oppmøte i Kvinesdal.
Individuell tilrettelegging for oppmøte	Elisabeth Urstad		Aktiv	3.1 Redusert tilgjengelighet	Gjelder for enkelte pasienter, og går inn i risikovurderingen under drop out. Bekymret for at pasienter som får lengre reisevei ikke vil kunne benytte tilbudet. Spesielt gjelder dette pasienter som går på videregående skole som er avhengig av buss og har en fraværsgrense.
				4 Destabilisering av stabile pasienter	Gjelder pasienter som går i Farsund og som vil få oppmøte i Kvinesdal.
Forberede overgangen for pasienter			Aktiv	4 Destabilisering av stabile pasienter	Gjelder pasienter som går i Farsund og som vil få oppmøte i Kvinesdal.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Plan for inntak/overføring			Aktiv	1 Redusert aktivitet i en omlegging	Risikoområdet er meldt inn i forkant av ROS. Bekymring for at en vil treffe og behandle færre pasient under en eventuelt omlegging, hvor driften flyttes til andre lokasjoner. Planlegges i prosjektet og skal ikke risikovurderes. Dette vil leder følge opp og sikre gjennom prosjektet. Sannsynligheten vurderes derfor som liten.
				3 Drop out	Pasienter velger å ikke møte grunnet nytt oppmøtested. Gjelder pasienter som har oppmøte i Farsund og som eventuelt bor i Farsund. Som følge av redusert tilgjengelighet og lengre reisevei.
				4 Destabilisering av stabile pasienter	Gjelder pasienter som går i Farsund og som vil få oppmøte i Kvinesdal.
Samhandling med merkantile			Aktiv	4 Destabilisering av stabile pasienter	Gjelder pasienter som går i Farsund og som vil få oppmøte i Kvinesdal.
Utarbeidelse av plan for å sikre psykososialt arbeidsmiljø jf. ROS 2025/004	Elisabeth Urstad		Aktiv	2 Mangler fagkompetanse/manglende tilgang til ressurser	Området er risikovurdert under psykososialt arbeidsmiljø.

R 2025/005

RISIKOVURDERING

ROS DPS Lister - fysisk

Klinikk for psykisk helse / KPH felles / KPH klinikkledelsen

Dato:		Risiko-område:	Bygning
Ansvarlig:	Gro Merete Grønvold Eilertsen	Org. plassering:	KPH klinikkledelsen
Fasilitator:	Sigmund Olav Syrtveit		
Interne deltakere:	Elisabeth Urstad	Begrenset tilgang:	Nei
		Status:	Aktiv
		Frekvenstabell:	Frekvenstabell 3

Målsetting

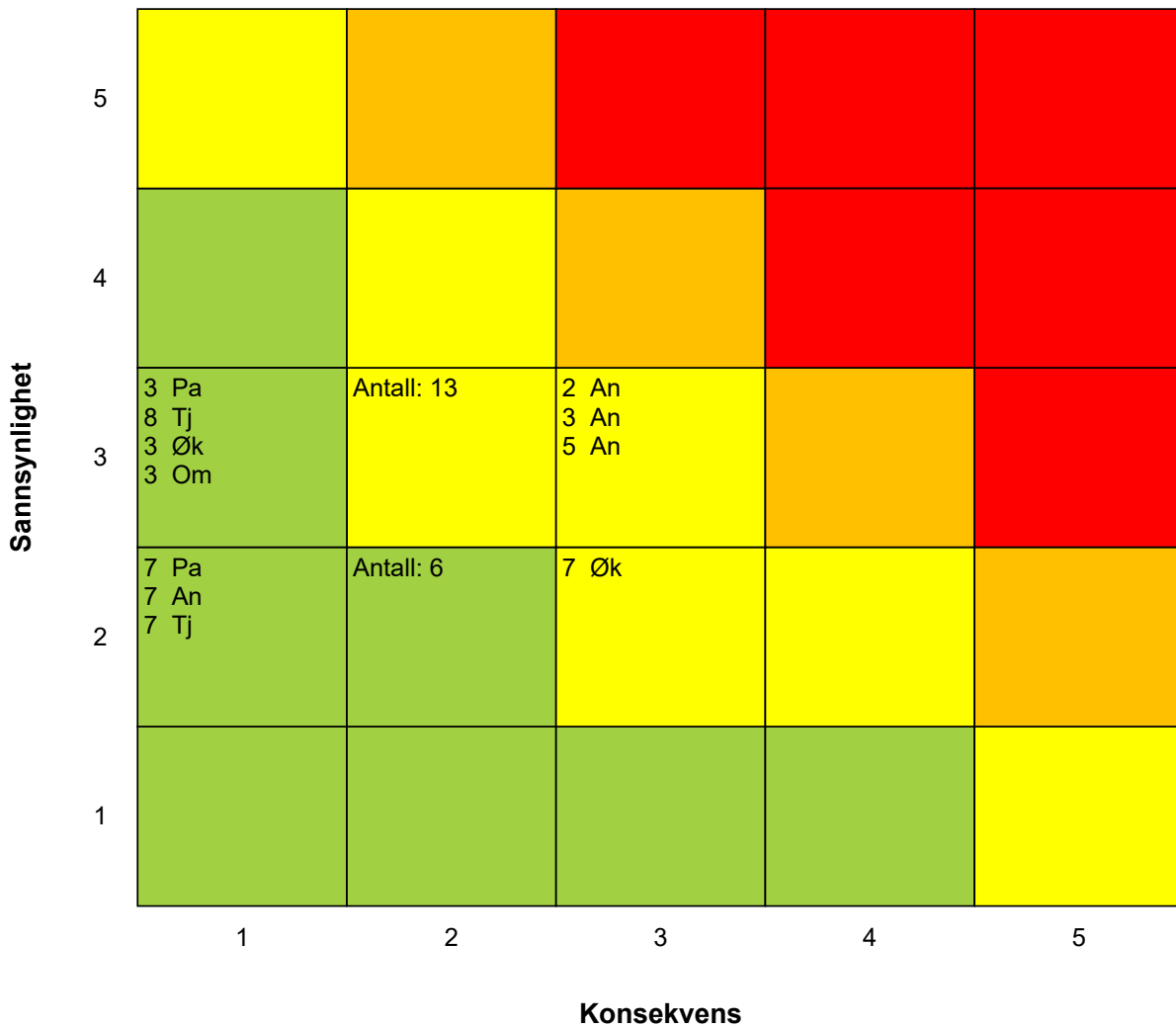
Ha gode fysiske rammer for pasientbehandlingen, i tråd med veileder for Sykehusbygg.

Beskrivelse

Bekymring for at lokalene ved Vollan ikke tilfredsstiller kravene jf hva teamet har p.t. i Farsund.

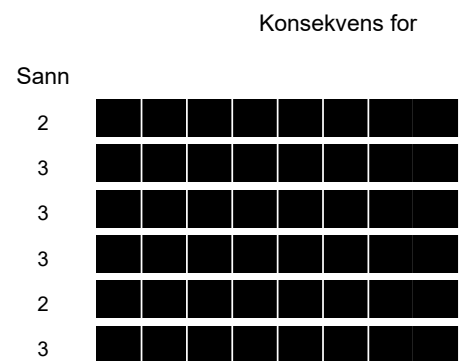
Forklaring konsekvens

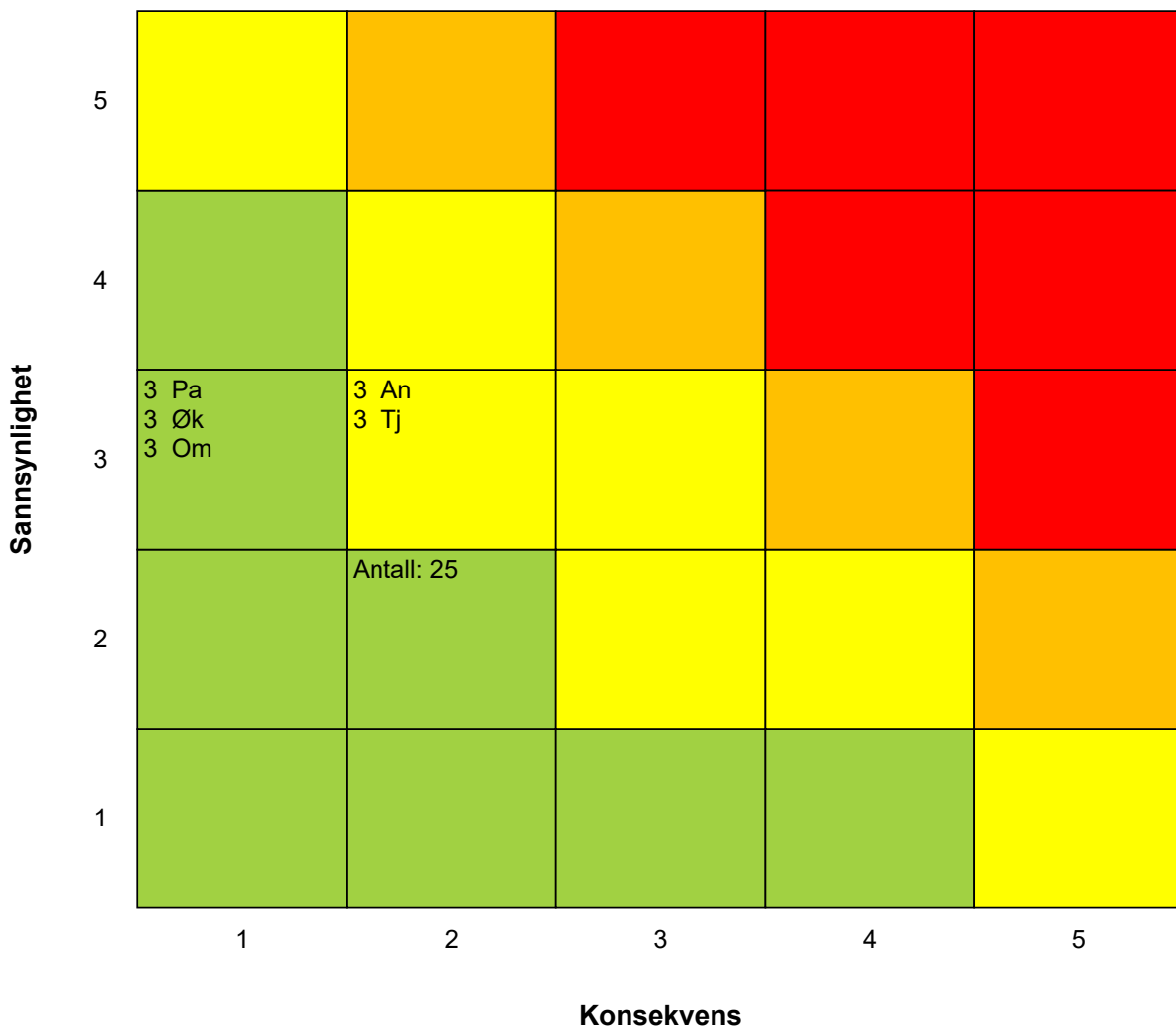
Pa	- Pasient
An	- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
Tj	- Tjenesteproduksjon, drift
Øk	- Økonomi, kostnader
Om	- Tillit og omdømme



Risikomomenter / hendelser

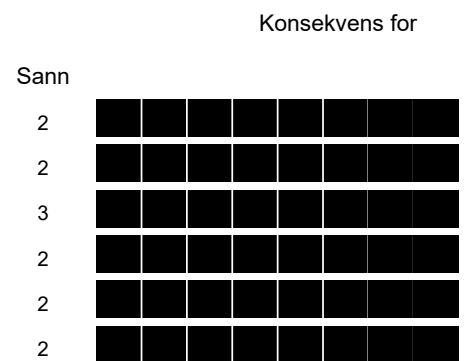
- 1 Lite funksjonelle lokaler
- 2 Redusert tilgang til møterom/samtidighetskonflikt
- 3 Dårlig inneklima
- 5 Manglende lunsjområder/pausefasiliteter
- 7 Ombyggingskostnader
- 8 Parkeringsplasser





Risikomomenter / hendelser

- 1 Lite funksjonelle lokaler
- 2 Redusert tilgang til møterom/samtidighetskonflikt
- 3 Dårlig inneklima
- 5 Manglende lunsjområder/pausefasiliteter
- 7 Ombyggingskostnader
- 8 Parkeringsplasser



Tiltaksliste for KPH klinikkledelsen

ROS DPS Lister - fysisk

Utforme plan for innflytting og bruk av rom/samhandling

R 2025/005 - TIL 01

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Konkret plan for disponering av rom utarbeides i forkant av flytting og møteplan.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Innvirker på

- Sannsynlighet
- Pasient
- Ansatt, arbeidsmiljø, HMS
- Tjenesteproduksjon, drift
- Økonomi, kostnader
- Tillit og omdømme
- Ytre miljø

Gjelder risikomoment

- 1 Lite funksjonelle lokaler
- 2 Redusert tilgang til møterom/samtidigheitskonflikt
- 5 Manglende lunsjområder/pausefasiliteter

Støyreduserende tiltak der det er aktuelt

R 2025/005 - TIL 02

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Kartlegge behov for støyreduserende tiltak som støyskjerming, plater.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Gjelder risikomoment

- 5 Manglende lunsjområder/pausefasiliteter
- 3 Dårlig inneklima

Måle ventilasjon/luftkvalitet

R 2025/005 - TIL 03

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Er gjort, og vil gjøres igjen.

Tiltaksvurdering: Under arbeid

Saksbehandler: Elisabeth Urstad

Frist:

Gjennomført tiltak: Det er allerede gjennomført og vil gjennomføres i fremtiden jevnlig målinger av inneklima med avklaring av eventuelle behov for endringer.

Oppgaver

Avtale måling av inneklima/luftkvalitet

Elisabeth Urstad

Utført handling:

Gjelder risikomoment

- 3 Dårlig inneklima

Planlegge drift - parkering

R 2025/005 - TIL 04

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Planlegge drift for å sikre parkering for pasienter.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Gjelder risikomoment

- 8 Parkeringsplasser

Involvering av TEH

R 2025/005 - TIL 05

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Involvering av bygg og eiendom for å avklare forholdene og sikre finansiering.

Tiltaksvurdering: Tiltak iverksettes

Saksbehandler: Elisabeth Urstad

Frist:

Gjennomført tiltak: Tiltaket er allerede gjennomført.

Gjelder risikomoment

- 7 Ombyggingskostnader

Måle grad av støy/lytt

R 2025/005 - TIL 06

Status:

Aktiv

Tiltaksbeskrivelse: Dersom bekymring for brudd på taushetsplikt grunnet at lyd bærer gjennom lokalene, kan det bes om en måling og vurdering med tiltak fra TEH.

Tiltaksvurdering: Forslag til tiltak

Saksbehandler:

Frist:

Gjennomført tiltak:

Gjelder risikomoment

- 1 Lite funksjonelle lokaler

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Utforme plan for innflytting og bruk av rom/samhandling			Aktiv	1 Lite funksjonelle lokaler	Det er en bekymring for at dagens lokaler er tilrettelagt for døgndrift og derfor ikke passer for poliklinisk drift. Det foreligger egen forskrift og veileder om hvordan bygg skal være utformet. Ansvaret ligger til teknisk. Det har allerede vært gjennomført en befaring fra bygg. Lokalene brukes til dels i dag også til poliklinisk tiltak. Omfatter også bekymring for brudd på taushetsplikt.
				2 Redusert tilgang til møterom/samtidighetskonflikt	Ref punkt tidligere, under psykososialt arbeidsmiljø. Bekymring for samtidighetskonflikt og flere klinikere som skal benytte lokalene.
				5 Manglende lunsjområder/pausefasiliteter	Mye støy som kan påvirke hvordan det oppleves for den enkelte. Samme som foregående punkt. Det er mulighet for å gjennomføre lunsj ved flere rom. Det er nok steder, dersom det blir for tatt.
Støyreducerende tiltak der det er aktuelt			Aktiv	3 Dårlig inneklime	Samme som før. Dette er i tråd med dagens drift. Ingen endring. Det er uønsket variasjon. Ikke kategorisert som uforsvarlig.
				5 Manglende lunsjområder/pausefasiliteter	Mye støy som kan påvirke hvordan det oppleves for den enkelte. Samme som foregående punkt. Det er mulighet for å gjennomføre lunsj ved flere rom. Det er nok steder, dersom det blir for tatt.
Måle ventilasjon/luftkvalitet	Elisabeth Urstad		Aktiv	3 Dårlig inneklime	Samme som før. Dette er i tråd med dagens drift. Ingen endring. Det er uønsket variasjon. Ikke kategorisert som uforsvarlig.
Planlegge drift - parkering			Aktiv	8 Parkeringsplasser	Parkering for ansatte og pasienter.
Involvering av TEH	Elisabeth Urstad		Aktiv	7 Ombyggingskostnader	Er allerede avklart med eiendom. Derfor ikke et risikoområde.

Tiltak	Saksb.	Frist	Status	Risikomoment / hendelse	Årsak / beskrivelse
Måle grad av støy/lytt			Aktiv	1 Lite funksjonelle lokaler	Det er en bekymring for at dagens lokaler er tilrettelagt for døgndrift og derfor ikke passer for poliklinisk drift. Det foreligger egen forskrift og veileder om hvordan bygg skal være utformet. Ansvaret ligger til teknisk. Det har allerede vært gjennomført en befaring fra bygg. Lokalene brukes til dels i dag også til poliklinisk tiltak. Omfatter også bekymring for brudd på taushetsplikt.

Innspill til ROS analyse datert 08.01.25, og Referat fra ROS analyse. Innspill gitt av ansattrepresentanter i Farsund.

Referatet er etter vårt syn utformet på en måte som ikke rommer sentrale momenter som ble tydeliggjort i møtet. Eksempelvis:

I ROS analysen ble det viktigste innrapporterte område fra ansatte i Farsund utelatt fra ROS analysen. Det ble tydeliggjort i møte at det er det viktigste område å ROS analysere. Området ble innrapportert slik:

Psykososialt arbeidsmiljø	
Tema Hvorfor: Hva er problemet som søkes løst gjennom prosjektet? Dels uklart formulert, dels stor avstand mellom ledelse og ansattes beskrivelse og syn på dette	Hvilken risiko løpes ved å gjennomføre dette prosjekt, uten å investere mere tid og dialog mellom ledelse og ansatte når det gjelder problembeskrivelse. <ul style="list-style-type: none">• Hva er problemet(ene)?• Hva kan være årsak til problemene?• Hva kan være løsning på problemene?• Hvordan sikre at evt tiltak ikke forverrer problemene? Hvordan kan det påvirke psykososialt arbeidsmiljø å ikke investere mere tid og dialog på problemer som søkes løst gjennom prosjektet?

Et annet innspill som ble formidlet i forkant, og lest opp i møtet er slik:

Balanse mellom innsats og belønning	Tema anerkjennelse av ansatte ved å lytte aktivt til ansattes kjerneaktivitetserfaringer – og erfaringer med styrker og utfordringer i enheten/DPS. Bruke ansattes kompetanse og innsikt i utviklingsarbeid – også i vurdering av mulig flytting.
-------------------------------------	--

Ansatte i Farsund har bedt om bistand fra BHT for å bedre samarbeid og dialog med ledelsen, fra det tidspunkt det ble kjent at ledelsen hadde besluttet å gjennomføre flytting av driften til Kvinesdal, så sant det var forsvarlig. Dette forbedringsområde har ikke ført til vesentlig forbedring enda.

I ROS møtet formidlet ansattrepresentant fra Farsund avslutningsvis følgende:

«Det konstateres at ROS analysen, som er en Risiko og Sårbarhetsanalyse, er utført på en måte som i betydelig grad underrapporterer risiko ved prosjektet slik det vurderes for ansatte i Farsund.

Ansatte i Farsund har formidlet gjentatte ganger at å flytte driften til Kvinesdal anses som en dårlig ide. Dette fordi lokasjon Farsund anses å være den klart beste lokasjon for å løse oppdraget for DPS Lister med utredning og pasientbehandling totalt sett, fram til en samling av hele KPHs drift i Lyngdal.»

I omstillingsveilederen står det følgende:

«Medvirkning i utredningsarbeid

Ansatte og tillitsvalgte har kunnskap og perspektiver som ikke nødvendigvis ledelsen har. Derfor er det viktig at ansatte og tillitsvalgte deltar i utredning og kartlegging av løsninger, og at deres synspunkter og innspill høres og vurderes, før arbeidsgiver tar en beslutning. Dette vil gi et bedre beslutningsgrunnlag og bedre løsninger.

Når endringer berører forhold som har direkte konsekvenser for den enkelte ansatte, er kravene til medvirkning høyere. I endringer der ansattes kompetanse er særlig relevant, bør ansatte involveres ut i fra faglig ekspertise.

Medvirkning i utredningsarbeidet vil skape økt forståelse for behovet for omstilling og valget av løsninger. Når ansatte og tillitsvalgte har vært involvert og hatt reell påvirkning, vil de i større grad bidra til iverksetting av omstillingen.»

Et siste innspill til saken i etterkant av ROS analysen, før den skal realitetsbehandles/besluttes er følgende:

Ansatte ble informert i september 2024 om at ledelsen hadde besluttet å gjennomføre flytting av driften til Kvinesdal, så sant det var forsvarlig. Utredningen har bestått i å vurdere om det er forsvarlig å gjennomføre ledelsens beslutning. Vår vurdering og erfaring er at prosessen med å gjennomføre dette inngripende tiltak, i liten grad ivaretar medvirkning i utredningsarbeid, slik det er omtalt i omstillingsveilederen. Det viktigste innspilte område å ROS analysere, også omtalt her, er med på å tydeliggjøre dette.

Dersom det blir besluttet å flytte driften til Kvinesdal, oppfordres det til å bli i lokasjon Farsund ut oppsigelsestiden.

Innspill fra ansattrepresentanter i arbeidsgruppen, ansatt i Farsund

Nedtegnet av Magne Vegge, Teamleder

Innspill referat/oppsummering ROS onsdag 8. jan -25



Tor Erik Kaalaas <Tor.Erik.Kaalaas@sshf.no>
Til Elisabeth Urstad; Gro Merete Grønkvold Eilertsen



tir. 14.01.2025 15:18

Hei.

Som vi snakket om i møtet i dag, Elisabeth, og som jeg nevne i tlf. med deg Gro, så sender jeg over noen punkt jeg kunne tenke meg at kom med i en oppsummering, eller et referat fra ROS i Farsund 8. Januar.

Vi hadde en kort oppsummering av dagen på slutten av møtet, og jeg nevnte følgende punkter som jeg gjerne vil ha med;

- 1) På avdelingsnivå, med et perspektiv frem i tid, syns jeg/HVO dette er en god og representativ ROS.

Sett fra et perspektiv i nåtid, og ut i fra arbeidsmiljøet i Team 2 i Farsund, må jeg erkjenne at jeg forventer de ikke kommer til å kjenne seg igjen i vektingen på enkelte av punktene, som for eksempel i punktet for risiko for turnover, altså at folk slutter som en konsekvens dersom utfall av prosess innebærer at driften i Farsund flyttes til lokalene i Kvinesdal.

- 2) Formålet med en risikovurdering er først og fremst å identifisere risiko, for så å finne så gode risikokompenserende tiltak som mulig.

HVO spiller inn at det basert på erfaring, alltid er stor risiko for at ansatte i SSHF velger å si opp, når vi endrer lokasjon som for eksempel innebærer økt reisetid mellom arbeid og hjem. Slik risiko er ikke i seg selv et hinder for å gjøre endringer.

- 3) Risikovurdering etter foreslåtte tiltak forutsetter at foreslåtte tiltak blir gjennomført og har ønsket effekt.

Som jeg sa i møtet vårt Elisabeth. Jeg tror en ROS står seg bedre dersom den beskriver eventuelle nyanser, eller uenighet om vekting.

Det var omtrentlig disse ordene jeg brukte i oppsummeringen den dagen og det er mine meninger basert på ROS'en slik jeg opplevde det forrige onsdag.

Vi kan gjerne ta en diskusjon om dere er helt uenige, jeg har tid mellom 10-12 og etter 13 i morgen, onsdag.

Med vennlig hilsen:

Tor Erik Kaalaas

Hovedverneombud Sørlandet sykehus HF | +47 475 11 982 | +47 3807 3080 | tor.erik.kaalaas@sshf.no



Klinikk for Somatikk Kristiansand og Klinikk for Psykisk Helse | www.sshf.no

Kommentar til styringsgruppemøte og referat



Terje Thesen
Til Elisabeth Urstad
Kopi Terje Opsahl

Du svarte på meldingen 16.01.2025 11:44.



tor. 16.01.2025 10:59

Hei Elisabeth,

Her er en kommentar som kan vedlegges referatet, og et innspill til selve referatet.

Kommentar fra tillitsvalgte til styringsgruppe møte 15.01.25 som kan vedlegges:

Ved gjennomgang av pre-ROS analyse (analyse før avbøtende tiltak) er punktet «turnover», det vil si konsekvensene av mulig tap av ansatte ved en flytting, scoret til moderat alvorlig (gult). Dette er etter vårt syn scoret for lavt basert på risikomatrixene man skal bruke ved ROS analyser, da et potensielt tap av flere ansatte vil kunne medføre tap av verdifull kompetanse, kunne medføre mindre kapasitet for pasientbehandling for en periode og det er alvorlig hvis man mister ansatte i en klinikk og geografisk område med bemanningsutfordringer. Det er viktig med en mest mulig riktig beskrivelse av risiko i pre-analysen slik at man har en mest mulig omforent forståelse av risikoen for å skape tillit til prosessen og at eventuelle tiltak er mest mulig treffende.

Vårt innspill er at dette spesifikke punktet ROS analyseres på nytt før man innstiller saken til klinikk møtet.

Her er vårt innspill til referatet:

Punkt 3a

Kommentarer fra tillitsvalgte hører til dette punktet, vedlagt.

Endres til:

Tillitsvalgte sitt synspunkt er at deler av ROS analyse bør gjennomgås på nytt før tilslutning til videre fremdrift gis, se egen vedlagt kommentar.

Hilsen

Terje T og Terje O

Referat

Til stede Terje Thesen (tillitsvalgtrepr. DNLF), Terje Opsahl (tillitsvalgtrepr NPF), Anne Egeland, Mariann Nedland, Linn Berstad, Elias E. Abrahamsen, Eli Lende Lindeland, Gunvor Launes, Silje Bonde Aasland, Elisabeth Urstad

Meldt forfall

Dato 15.01.25

Referent Elisabeth Urstad

Kopi til

Emne / sak: **Styringsgruppemøte Delvis samlokalisering poliklinikk DPS Lister**

1. Gjennomgang av ROS analyse gjennomført 08.01.25

ROS analyse anses som forsvarlig av styringsgruppen, med scoringstabeller som beskrevet etter foreslåtte tiltak. Tillitsvalgte sitt synspunkt er at den del av ROS analyse som omhandler turnover bør gjennomgås på nytt ut fra vedlagt kommentar.

2. Se tiltak i ROS analyse i sammenheng med tiltak fase 2 i prosjektplan.

Arbeidsgruppen for prosjektet gis i oppdrag å konkretisere tiltak i prosjektets fase 2 i samsvar med tiltak fra ROS analyse. Tiltak bør også beskrives om de er aktuelle i overgang før flytting, eller etter flytting, eller i begge disse faser. Styringsgruppen presiserer at tiltak som er rettet mot ansatte som signaliserer at de vil vurdere stillingen sin om det blir samlokalisering er spesielt viktige.

3. Videre fremdrift i prosjektet.

- a. Styringsgruppen gir sin tilslutning til at avdelingssjef utformer sak til klinikkmøte 22.01.25. Saken vil innebære forslag til vedtak om delvis samlokalisering av poliklinikk DPS Lister ved flytting av drift i Farsund til Kvinesdal. Kommentarer fra tillitsvalgte hører til dette punktet, vedlagt.
Det foreslås at arbeidsgruppen for prosjektet gis i oppdrag å utarbeide en mer detaljert tidsplan for prosjektets fase 2, ut fra hovedbeskrivelser i prosjektplan. Dette også i samarbeid med eiendomsavdelingen.
- b. Arbeidsgruppen for prosjektet gis i oppdrag å utarbeide samt gjennomføre en kommunikasjonsplan i prosjektets fase 2. Styringsgruppen presiserer at dette er et viktig område, både for pasienter og for samarbeidspartnere (også politisk nivå).

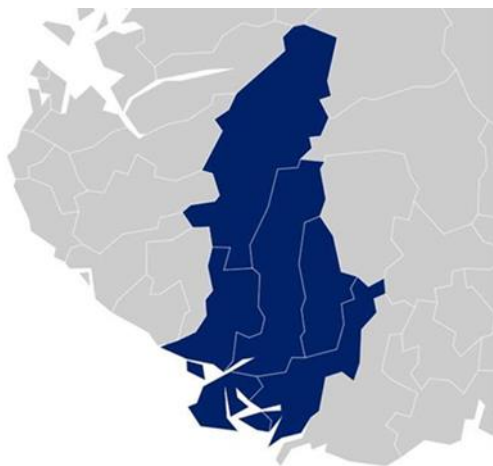
Det blir en del diskusjon i møtet knyttet til oppdragsforståelse for hva man gjør i en styringsgruppe vs hva man gjør i en arbeidsgruppe mellom ledergruppe DPS Lister og tillitsvalgte. Dette kan drøftes videre i andre fora som dialogmøter på klinikknivå eller møter mellom klinikk og org.avdelingen.

Vedlegg: Kommentarer fra tillitsvalgte til styringsgruppemøte 15.01.25

DATO	DELTAKERE	TEMA
02.09.2024	DPS Lister ledermøte	Oppstart prosjekt delvis samlokalisering
11.09.2024	Dialogmøte Klinikktillitsvalgte og klinikkverneombud. NSF og hovedverneombud møtte, innspill fra Fagforbundet på mail.	Oppstart prosjekt delvis samlokalisering, råd fra og involvering av tillitsvalgte og verneombud. Som første trinn i omstillingsveileder.
12.09.2024	Ansatte i Farsund, aktuelle enhetsledere og avdelingssjef.	Informasjon om oppstart prosjekt delvis samlokalisering. Som første trinn i omstillingsveileder.
12.09.2024	Teamleder team 3 Kvinesdal, lokalt verneombud for merkantile, lokal tillitsvalgt Kvinesdal.	Individuelle samtaler, informasjon om oppstart av prosjektet.
17.09.2024	Tillitsvalgte, Hovedverneombud og avdelingssjef.	Dialogmøte 2, etter ønske fra tillitsvalgte.
17.09.2024	Mail til ansatte i Farsund fra avdelingssjef.	Oppklaringer rundt oppstart av prosjekt om flytting sendt pr mail til ansatte.
18.09.2024	Ledermøte DPS Lister med teamleder deltakelse	Informasjon om oppstart prosjekt delvis samlokalisering.
24.09.2024	Hovedverneombud, enhetsleder poliklinikk og avdelingssjef.	Hovedverneombud har bedt om et møte.
27.09.2024	Avdelingssjef og repr. for organisasjonsavd.	Gjennomgå plan for prosess med org.avd.
01.10.2024	Avdelingssjef, enhetsleder poliklinikk og 2 repr. for BHT.	Avklare BHT sin involvering.
03.10.2024	Avdelingssjef og klinikkdirektør, etterfulgt av møte mellom avdelingssjef og enhetsleder poliklinikk.	Innspill fra ansatte i Farsund til hovedverneombud om at arbeidsgruppemøte 08.10.24 bør avlyses.
03.10.2024	Avdelingssjef og prosjektansvarlig Eiendomsavdeling.	Ombyggingsmuligheter i Kvinesdal.
03.10.2024	Samtale mellom hovedverneombud og avdelingssjef.	Avklaringer etter innspill fra ansatte i Farsund.
07.10.2024	Avdelingssjef, Enhetsledere poliklinikk og merkantil, lokal tillitsvalgt Kvinesdal, prosjektleder Eiendom.	Muligheter ombygging i Kvinesdal, fysisk befaring.
07.10.2024	Avdelingssjef og klinikkdirektør	Avklaringer med adm.dir (stedfortreder), bekreftelse på at samlokalisering kan vedtas på klinikknivå.
08.10.2024	Møte med ansatte i Farsund, tillitsvalgte, hovedverneombud, BHT, org.avd og avdelingsledelse fra DPS Lister.	Gjennomgår prosjektplan og videre prosess. Avklare uenigheter / uklarheter fra informasjonsmøte.
25.10.2024	Telefonsamtale mellom BHT, avdelingssjef og enhetsleder poliklinikk.	Ønske fra ansattgruppen i Farsund om å involvere BHT. Utsjekk med BHT ift innspillet.
25.10.2024	Telefonsamtale med repr. for organisasjonsavdeling og avdelingssjef.	Utsjekk prosess.
29.10.2024	Telefonsamtale avdelingssjef og hovedverneombud.	Avklaringer. Ansatte i Farsund ønsker å vente med alle møter til etter innføring av DIPS Arena.
07.11.2024	repr. BHT, avdelingssjef, enhetsledere poliklinikk og merkantil.	Diskutere møte med ansattgruppen i Farsund og BHT
19.11.2024	Telefonsamtale avdelingssjef og ordfører Farsund.	Ordfører har tatt kontakt. Avklaringer rundt prosess etter at ordfører har blitt direkte kontaktet av ansatte.
08.01.2025	ROS analyse v deltakelse av arbeidsgruppe, ledet av 2 repr. fra stab KPH. I tillegg deltar ytterligere 2 repr. fra team 3 Kvinesdal.	Vurdering av forsvarlighet ved samlokalisering.
14.01.2025	Dialogmøte deltakelse, NSF, Fagforbundet, NPF, DNLF, Hovedverneombud, avdelingssjef og enhetsleder merkantil.	Rolleavklaring uklarheter mellom tillitsvalgtes deltakelse i arbeidsgruppe og styringsgruppe
15.01.2025	Styringsgruppemøte	Vedtak om anbefaling for å gå videre fra fase 1 til fase 2, fremme sak til vedtak i klinikk møte 22.01.25.
16.01.2025	Telefonsamtale avdelingssjef og ordfører Farsund.	Ordfører har blitt direkte kontaktet av ansatte. Informasjon, innspill og avklaringer.
16.01.2025	Møte med BHT, ansattgruppen i Farsund, enhetsledere poliklinikk og merkantil, avdelingssjef, hovedverneombud og tillitsvalgt.	Avtalt møte for å bedre kommunikasjon, ønske fra ansatte og ledelse om involvering fra BHT

I tillegg er det i samme periode satt opp ukentlige møter mellom ledergruppen, ansatte i Farsund, tillitsvalgte og hovedverneombud hver torsdag kl. 09 hvor ansattgruppe kan komme med spørsmål til prosess og informasjon som er gitt. Varighet 10-40 min.

Fremtidig lokalisering av Klinikk for psykisk helse sin virksomhet i Listerregionen



Kristiansand 19.06.2024

Arbeidsgruppa

Sørlandet sykehus HF

INNHOOLD

1.	Sammendrag	5
2.	Innledning	7
2.1	Bakgrunn og rammebetingelser for arbeidet	7
2.2	Mandat og rammebetingelser for arbeidet.....	7
2.3	Sentrale begreper	9
3.	Organisering av arbeidet og prosess	9
3.1.1	Styringsgruppe.....	9
3.1.2	Arbeidsgruppe	10
3.1.3	Referansegrupper.....	10
3.1.4	Informasjon og involvering av ansatte	10
3.1.5	Oppsummering prosess	11
3.1.6	Høring.....	11
4.	Styrende dokumenter, prinsipper, innspill og avhengigheter med andre arbeider	11
4.1	Tidligfaseveileder for Sykehusbygg og arbeidsgruppas forståelse av denne	12
4.2	Kunnskapsgrunnlag	13
4.3	Framskrivinger	14
4.4	Avhengigheter med andre arbeider.....	14
4.5	Hovedtrekk av innspill underveis i arbeidet	14
4.6	Styringssignaler	17
5.	Virksomhetsbeskrivelse og virksomhetsbehov	18
5.1	Organisering og driftsform/arbeidsmåte i dag og i fremtiden	18
5.2	Virksomhetens faglige behov knyttet til fremtidig lokalisering.....	19
5.2.1	Fysisk nærhet til brukergruppene	19
5.2.2	Fysisk nærhet til andre fagmiljø i KPH, i somatisk spesialisthelsetjeneste, i kommunehelsetjenesten og/eller andre	20
5.3	Virksomhetens behov knyttet til et fremtidig bygg – Areal og funksjon	21
5.3.1	Areal og funksjon	22
6.	Alternative beliggenheter	23
6.1	Listerregionen	23
6.2	Befolkningsframskrivinger	24
6.3	Listerkommunene	24
7.	Transport – Reiser og kollektiv	26
7.1	Reisetidsanalyser	27
7.1.1	Rapport fra Multiconsult	27
7.1.2	Andre reisetider med bil	29
7.2	Kollektivtilbudet.....	30
7.3	Lister som et felles bo- og arbeidsmarked.....	31
8.	Vurderinger	32

8.1	Vurderingsprosess	32
8.2	Generelt om vurderingskriteriene i arbeidet	32
8.3	Vurderingsmetodikk	33
8.4	Vurderinger - Tilgjengelighet og Faglig robusthet.....	33
8.4.1	Tilgjengelighet for pasient og samarbeidspartnere (eksternt)	33
8.4.2	Faglig robusthet (Rekruttering)	43
8.4.3	Oppsummeringer og konklusjoner fra trinn 1	48
8.5	Vurderinger - Areal, økonomi med mer	48
8.5.1	Areal - Forhold som vil være av betydning for valg av konkret beliggenhet når ønsket kommune er avklart.....	49
8.5.2	Synergier.....	55
8.5.3	Reguleringsmessige forhold	55
8.5.4	Økonomi og bygg	55
8.5.5	Oppsummering trinn 2.....	57
9.	Arbeidsgruppas anbefaling	57
10.	Risiko-/ringvirkningsanalyse av valgt alternativ.....	58
11.	Refleksjon rundt gjennomført prosess og videre arbeid	60
12.	Avsluttende refleksjon	61
13.	Vedlegg.....	62

1. Sammendrag

Siden våren 2023 har en arbeidsgruppe jobbet med å identifisere den mest hensiktsmessige geografiske plasseringen av en samlokalisert Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) sin virksomhet i Listerregionen i fremtiden. De aktuelle avdelinger er DPS Lister, ABUP i Lister og ARA i Lister. Arbeidet omtales som lokalisasjonsutredning, og i utredningen skal det avklares i hvilken kommune klinikkens virksomhet skal samles. Hovedårsaken til en samlokalisering av virksomheten i Lister knytter seg til å samle kompetansen slik at en i størst mulig grad kan tilrettelegge for et robust fagmiljø også i fremtiden.

Det overordnede målet er å sikre tilgjengelighet til en bærekraftig spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for innbyggerne i Listerregionen.

Det er i dette arbeidet kun aktuell kommune som skal anbefales. Arbeid med konkret beliggenhet vil foregå i neste fase.

Gjennom en omfattende prosess med innspill fra både ansatte, brukerorganisasjoner og kommuner, har arbeidsgruppa vurdert alle kommunene i Lister opp mot flere kriterier, med størst vekt på kriteriene Faglig robusthet og Tilgjengelighet.

Faglig robusthet

Et solid fagmiljø er en forutsetning for å kunne tilby gode tjenester til Listerbefolkningen også i fremtiden. Det er en særskilt krevende rekrutteringssituasjon når det gjelder psykologer, psykologspesialister og psykiatere til Listerregionen, og utfordringen vil fremover kunne bre om seg også til andre grupper av helsepersonell. Tilhørighet og nærhet til fagmiljøer andre steder i klinikken vurderes til å være av stor betydning for den faglige robustheten, som igjen vil kunne styrke rekrutteringssituasjonen. Dette understøttes av både interne og eksterne rapporter knyttet til det å rekruttere og beholde arbeidstakere.

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet handler om å tilrettelegge for at flest mulig pasienter innenfor alle aktuelle pasientgrupper skal nå frem til og kunne benytte seg av tjenestene på enklest mulig måte. Tjenestene skal også kunne oppsøkes på enklest mulig måte av samarbeidspartnere.

Arbeidsgruppa har vektlagt reisetider for befolkningen i 2040 og kollektivtilbud, både internt i Listerregionen og for avstander mellom klinikkens egne lokasjoner i vestre deler av Agder (Lister, Kristiansand og Mandal). Nærhet til somatikk har også vært et kriterium, men er ikke vektlagt vesentlig – dette i tråd med innspill fra fagmiljøene i klinikken.

Med utgangspunkt i de definerte kriterier for tilgjengelighet og faglig robusthet har arbeidsgruppa vurdert Lyngdal kommune som beste plassering. Deretter er kommunene Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal vurdert som tilnærmet innbyrdes likeverdige. Hægebostad og Sirdal anses ikke som aktuelle lokasjoner ut i fra vurderingskriteriene.

Etter ønske fra Listerkommunene, har sykehuset i tillegg undersøkt om de fire aktuelle kommunene har mulighet til tilgjengeliggjøring av nødvendig areal for å kunne legge til rette for en samlokalisert KPH-virksomhet. Kommunene har også fått mulighet til å presentere hvilke mulige synergier de ser for Listerregionen ved etablering i sin kommune.

Alle kommunene har gitt tilbakemelding om at det vil være realistisk å etablere seg i kommunen. Alle kan vise til at det finnes tilstrekkelig areal i kommunen, og SSHF setter pris på at alle kommunene synes å ønske en samlet KPH-virksomhet velkommen. Aktuelle areal for etablering av virksomheten i valgt kommune vil være gjenstand for en neste fase.

Etter å ha undersøkt realismen for etablering i de fire aktuelle kommunene i de tilsendte rapporter, kan arbeidsgruppa ikke se at det har kommet opp forhold som endrer på tidligere vurderinger.

Det har etter arbeidsgruppas vurdering heller ikke kommet opp tilstrekkelige forslag som synliggjør / styrker synergier for Lister som region som gir grunnlag for å endre på anbefalingen.

Arbeidsgruppas anbefaling

En plassering i Lyngdal kommune vurderes som best egnet for å imøtekomme behovet for å sikre et robust fagmiljø, som vurderes til å være nøkkelen til å sikre et godt tjenestetilbud til Listerbefolkningen også i fremtiden. Lyngdal vurderes også som best egnet med hensyn til tilgjengelighet for pasienter og pårørende, enten de benytter privat- eller kollektivtransport.

På denne bakgrunn konkluderer arbeidsgruppa med at en fremtidig lokalisering i Lyngdal kommune vil være mest hensiktsmessig, og anbefaler at det jobbes videre for en fremtidig samling av klinikkens virksomhet i Listerregionen gjennom en etablering i Lyngdal kommune. Frem mot innflytting i nytt bygg i Lyngdal må dagens bygningsmasse og arealer brukes på en effektiv måte.

Areal

Arbeidsgruppa har også hatt i oppgave å vurdere fremtidens arealbehov for en samlet KPH-virksomhet i Lister. Fremtidig arealbehov vil utgjøre i underkant av 5000 m² brutto.

Videre prosess

En fremtidig realisering av arbeidsgruppas anbefaling om ny lokalisering for virksomheten vil innebære at befolkningen i opptaksområdet fortsatt vil ha det samme tilbudet samlet sett innenfor det samme geografiske nedslagsfeltet.

Anbefalingen skal i første omgang behandles i klinikkens ledelse etter at høringen er gjennomført, og deretter i sykehusets ledelse, før den går videre til styrebehandling innen utgangen av 2024.

2. Innledning

I dette kapittelet beskrives sakens bakgrunn, mandat og rammebetingelser for arbeidet.

2.1 Bakgrunn og rammebetingelser for arbeidet

Saken har sin forankring i Utviklingsplan 2040 for SSHF¹. Det ble i 2022 gjennomført en Funksjonsutredning hvor beslutningen ble at klinikkens tjenester i Listerregionen skulle samlokaliseres. Lokalisasjonsutredningen er en oppfølging av denne beslutningen, hvor altså valg av aktuell kommune er det sentrale tema. Det overordnede målet er å kunne gi Listerbefolkningen tilgang til trygge, likeverdige og fortsatt faglig forsvarlige tjenester også i fremtiden. Dette henger tett sammen med tilgangen til kvalifisert personell og tilgjengelighet for pasient, noe som beskrives nærmere i kapitlene 2 og 8.

Funksjonsutredningen tok som nevnt ikke stilling til hvor virksomheten bør plasseres geografisk i fremtiden, og heller ikke til om samlokaliseringen vil kreve oppføring av nytt bygg.

Lokalisasjonsutredningen har dermed til hensikt å identifisere *hvilken lokasjon i Listerregionen som forventes å gi best mulige forutsetninger for at klinikken skal lykkes i sitt hovedmål om å utvikle en bærekraftig tjeneste for innbyggerne i regionen.*

I tråd med føringer for helseforetakene, skal det i denne omgang avklares ønsket kommune. Ulikt sted kan gi ulike betingelser for driften av virksomheten og/eller ulike konsekvenser for interessenter. Arbeidet åpner for å utrede saken uavhengig av historikk og dagens lokaliseringer. Alle de seks Lister-kommunene – Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal – utgjør dermed hver for seg de ulike utredningsalternativene. Etter at ønsket kommune er avklart gjennom lokalisasjonsutredningen, vil det i en neste fase bli avklart konkret beliggenhet innenfor valgt kommune. Tidshorizonten for realiseringen av en samlokalisering er på inntil om lag ti år, slik at det gjennomgående er lagt til grunn 2040-tall hva gjelder befolkningsutvikling og tjenestekapasitet, og befolkning som grunnlag for reisetidsanalyser. Fremtidige veier er så langt som mulig også lagt til grunn for arbeidet.

Som en del av lokalisasjonsutredningen skal arbeidsgruppa *også avklare arealbehov for en fremtidig samlokalisert virksomhet*, bestående av avdelingene DPS Lister, ABUP poliklinikk i Lister og ARA i Lister. Den enkelte avdeling med virksomhetsbehov beskrives nærmere i kapittel 5.

2.2 Mandat og rammebetingelser for arbeidet

Mandat for utredningen ble vedtatt av administrerende direktør høsten 2022, og arbeidet ble igangsatt våren 2023. Klinikkdirtør er eier av utredningen. Det vises til vedlagte mandat for arbeidet, samt styringssignaler som er gitt arbeidsgruppa underveis i prosessen.

Tidligfaseveileder for Sykehusbygg² angir klare rammer og rekkefølger for planlegging og gjennomføring av arbeidet. Veilederen ble revidert høsten 2023, uten at det da ble

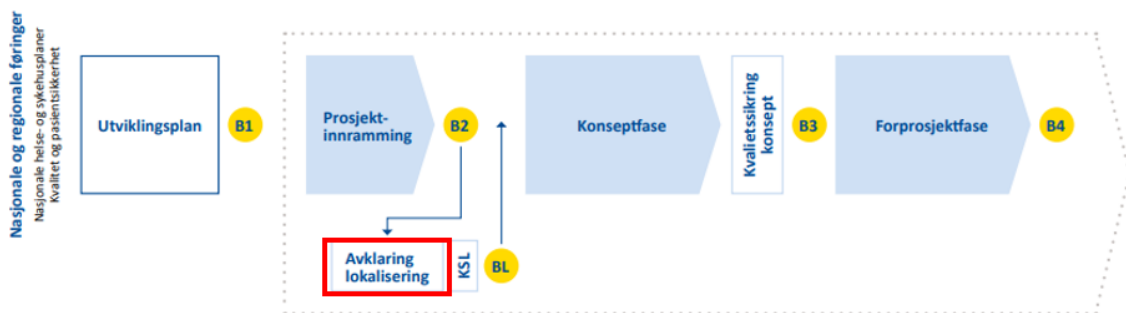
¹ [utviklingsplan_sorlandet-sykehus_2040_enkle-sider.pdf \(sshf.no\)](#)

² [Veileder-for-tidligfasen-i-sykehusbyggprosjekter.pdf](#), revidert høst 2023: [Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter](#)

gjort endringer på føringer som angår denne utredningen. Arbeidsgruppas tilnærming til denne er nærmere omtalt under kapittel 4.1.

Lokalisering som begrep benyttes i de tilfeller hvor ulikt sted kan gi ulike betingelser for driften av virksomheten og/eller ulike konsekvenser for interessenter. Fremtidig lokalisering skal i henhold til veilederen være avklart før oppstart av konseptfase, mens tomt innenfor den lokalisasjon som er valgt, skal være avklart innen oppstart av steg 2 i konseptfasen. Utredningen avgrensner derfor mot tomt, som i denne sammenheng benyttes om konkret plassering innenfor en valgt lokalisasjon. Gjenstand for denne prosessen er å avklare mest hensiktsmessige plassering på kommunenivå. Konkret beliggenhet innenfor valgt kommune må få sin avklaring i senere prosesser.

Prosessuelt står saken om lokalisering her, jf. tidligfaseveilederen:



Figur 1 viser standard prosess for Sykehusbygg i henhold til Tidligfaseveileder.

Tidligfaseveilederen presiserer at det innledningsvis må avklares om tiltaket er av en størrelse som kan gi vesentlige virkninger og konsekvenser for miljø og samfunn, slik at tiltaket utløser krav om konsekvensutredning basert på plan- og bygningsloven §4-2. Veilederen anbefaler konsekvensutredning før valg av lokalisering og at regionale tema blir vurdert før lokale tema. Det vil ikke være krav om gjennomføring av ekstern kvalitetssikring (KSL) av arbeidet, da et eventuelt nytt bygg med stor sannsynlighet vil befinne seg godt innenfor rammen av 500 mill. kr. Dette kan en si med relativt stor sikkerhet på bakgrunn av forventet arealbehov, som omtales nærmere i kapittel 5. Arbeidsgruppas tilnærming til tidligfaseveilederen omtales nærmere i kapittel 4.

Helseforetakene er forventet å innhente synspunkter på viktige samfunnshensyn³. Det har derfor vært viktig å legge til rette for åpenhet, dialog og involvering fra både kommuner og brukerorganisasjoner. I tillegg er det lagt stor vekt på involvering av ansatte i tråd med aktuelle prinsipper for omstilling.

Arbeidsgruppa har lagt til grunn de samme forutsetningene for Lokalisasjonsutredningen som for forrige fase med Funksjonsutredning:

- Fremskrevet kapasitetsbehov for mottak av pasienter til vurdering, innleggelse og poliklinisk behandling
- Kvalitet i pasientbehandlingen
- Et helsefremmende arbeidsmiljø
- Rasjonell og effektiv logistikk og samhandling med andre funksjoner i avdelingen
- Samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner

³ [NOU 2023: 8 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

- Nødvendige bygningsmessige elementer og infrastruktur knyttet til de berørte funksjoner

For øvrig gjelder de samme strategiske og faglige overordnede føringer som i funksjonsutredningen.

2.3 Sentrale begreper

Faglig robusthet og tilgjengelighet står som sentrale begreper i arbeidet, og vil bli nærmere redegjort for gjennom rapporten. Arbeidsgruppa finner det likevel nyttig å definere hva vi legger i dette og betydningen av det innledningsvis.

Faglig robusthet

Store og langvarige rekrutteringsutfordringer på spesialistsiden er aktuelt for hele KPH, men er særskilt gjeldende i Lister, og vil kunne bre om seg også til andre grupper av helsepersonell. Hovedårsaken til en samlokalisering av virksomheten i Lister knytter seg derfor til å samle kompetansen slik at en i størst mulig grad kan tilrettelegge for et robust fagmiljø og sikre gode tjenester til Listerbefolkningen også i fremtiden. Tilhørighet og nærhet til fagmiljøer andre steder i klinikken vurderes til å være av stor betydning både for å beholde og for å rekruttere.

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet handler om å tilrettelegge for at flest mulig pasienter innenfor alle aktuelle pasientgrupper skal nå frem til og kunne benytte seg av tjenestene på enklest mulig måte. Tjenestene skal også kunne oppsøkes på enklest mulig måte av samarbeidspartnere.

3. Organisering av arbeidet og prosess

Organisering av arbeidet, med prosess og involvering, er gjort i tråd med mandatet, og beskrives i dette kapittelet.

I hovedtrekk er det benyttet samme modell for involvering og kommunikasjon som i funksjonsutredningen. For ansatte innebærer dette blant annet jevnlig utsending av felles informasjonsskriv og presentasjoner i personalmøter. Det har vært mulig for ansatte å komme med innspill til ledere eller til representantene i arbeidsgruppa fortløpende i prosessen, og det har vært en systematisk gjennomgang i arbeidsgruppa av alle innspill. For involvering av kommuner og brukerorganisasjoner er det i tillegg til informasjonsskriv opprettet en struktur med referansegrupper. Informasjonsskriv er dessuten sendt til andre samarbeidspartnere i Listerregionen.

Utredningen er forankret på aktuelle ledernivåer i organisasjonen. Både styringsgruppe og arbeidsgruppe har hatt bred sammensetning, herunder brukerrepresentanter og tillitsvalgte. Utredningsrapporten er forankret i organisasjonen og brukerrådet i forkant av beslutning. Rapporten ble lagt frem for KPHs brukerråd 5. juni 2024.

Hovedtrekk av innspill som har kommet opp i løpet av prosessen er innarbeidet fortløpende i rapporten.

3.1.1 Styringsgruppe

Styringsgruppe er KPHs ledergruppe inkludert brukerrepresentanter, økonomidirektør, prosjektsjef eiendom, organisasjonsdirektør og deltakelse fra TV/VO.

Det er avholdt 7 møter med styringsgruppen.

3.1.2 Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppa har vært sammensatt i henhold til mandatet – med kompetanse innen klinikk, bygg, økonomi og HR, samt to brukerrepresentanter og to klinikktillitsvalgte. Arbeidsgruppa har vært ledet av rådgiver fra klinikkstab. Arbeidsgruppa har vært opptatt av å sikre en åpen, ryddig og involverende prosess. Alle innspill til arbeidsgruppa har vært gjennomgått og vurdert, og med tilbakemelding til avsender så langt det har latt seg gjøre. TV har tematisert prosessen jevnlig i sine møter med de andre TV.

Det har vært avholdt 17 møter i arbeidsgruppa; de fleste av 2 timers varighet på Teams, noen fysiske møter, og en samling hvor arbeidsgruppa gjorde sine vurderinger.

3.1.3 Referansegrupper

Det ble ved oppstart etablert to referansegrupper for arbeidsgruppa. Referansegruppe Samhandling har bestått av representanter fra både henholdsvis administrativt og politisk nivå i hver av de 6 Listerkommunene, og to brukerrepresentanter. Referansegruppe Fag/KPH har hatt representanter fra de ulike enheter i klinikken som er lokalisert til Listerregionen i dag og en representant fra Klinikk Somatikk SSF (Flekkefjord sykehus).

Fra sykehusutvalgets rapport står det:

«Utvalget legger også vekt på at helseforetakene forventes å innhente synspunkter på de samme viktige samfunnshensynene som fylkeskommunene ville ha innhentet etter plan- og bygningsloven. De nylig oppdaterte veilederne for utviklingsplaner og sykehusutbygginger legger stor vekt på åpenhet og dialog, og forutsetter omfattende innspills- og høringsrunder».

En organisering med to referansegrupper har vært viktig av to hovedårsaker: For det første handler det om å kunne sikre en systematisk innhenting av *faglige* innspill underveis i arbeidet, da det kan være faglige hensyn knyttet til både plassering og arealer/funksjoner i den fremtidige bygningsmassen. For det andre skal arbeidet gjennomføres i tråd med tidligfaseveilederens føring om *involvering* av kommuner, samt generelle føringer om brukerinvolvering. For en tydeliggjøring og felles forståelse av arbeidsgruppas funksjon ble det i forkant av arbeidet utformet en funksjonsbeskrivelse for hver gruppe.

Det ble i perioden april-oktober 2023 avholdt fire møter med hver referansegruppe. Innspillene fra disse er tatt videre til både arbeids- og styringsgruppe for drøfting, vurdering og tilbakemelding. I mai 2024 ble det avholdt et ekstra møte med Referansegruppe Samhandling. Tema for møtene har vært status for arbeidet, prosess, overordnede føringer, tidligfaseveileder og innspill til hva som vil være viktig å vektlegge (kriterier for arbeidet). Alle møter har vært avholdt ved KPHs lokasjoner i Lister. Det har vært noe utskiftning av deltakerne i referansegruppe Samhandling gjennom perioden, men i all hovedsak er kontinuitet tilstrekkelig ivaretatt.

Referansegruppens innspill fremkommer løpende av rapporten.

3.1.4 Informasjon og involvering av ansatte

Ansatte har vært informert og involvert gjennom lederlinjen via personalmøter og e-post. Utover den planlagte og gjennomførte møtестrukturen for utredningsarbeidet, ble det avholdt et felles allmøte 2.11.23, hvor ansatte, brukerorganisasjoner og

Arbeidsgruppa har innledningsvis behov for å påpeke at klinikkens virksomhet i dette arbeidet ikke omhandler døgninnleggelser ved sykehusavdeling (PSA). Den omhandler kun DPS med poliklinikk og døgnpost (som har andre forutsetninger enn en sykehusavdeling) og enheter i ABUP og ARA uten døgntilbud lokalt plassert. Det foreligger ikke sentrale styringsdokumenter med konkrete føringer for geografiske plasseringer for noen av disse avdelingene / enhetene, hverken når det gjelder døgnpost eller poliklinisk virksomhet. Det vil i gjeldende lokalisasjonsarbeid være poliklinisk virksomhet som utgjør det store volumet av den samlede virksomheten. For mer informasjon, vises det til Sykehusbygg sin rapport fra 2022 om lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk⁴.

Arbeidsgruppa har satt seg inn i relevante føringer og rapporter, og benyttet disse i arbeidet med å utforme vurderingskriterier jf. kapittel 8. Vurderingskriteriene må være i tråd med føringene som følger av Tidligfaseveileder for Sykehusbygg.

4.1 Tidligfaseveileder for Sykehusbygg og arbeidsgruppas forståelse av denne

Tidligfaseveileder for Sykehusbygg har vært det sentrale dokumentet for arbeidsgruppas planlegging og gjennomføring av utredningen. Denne sier noe om kriterier og underlag som bør legges til grunn for valg av lokalisering. Veilederen er i utgangspunktet utformet for de virkelig store byggeprosjektene innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppas forståelse av veilederen til bruk i dette arbeidet har derfor vært viet et omfattende arbeid. Under følger en oppsummering av arbeidsgruppas tilnærming til tidligfaseveilederens kapittel 6.3:

Reisetidsanalyser (reisetid og reismengde) er utarbeidet og lagt til grunn som et underlag som også får direkte innvirkning for de operasjonaliserte kriteriene.

Tilgjengelighet er et av hovedkriteriene for vurderingene som er gjort i første trinn i lokalisasjonsutredningen. Det samme gjelder *Rekruttering* (Faglig robusthet). Det vises til kapittel 8.

Kostnadsanalyser og økonomiske effekter har vært gjenstand for vurderinger i trinn to i lokalisasjonsutredningen, og er utarbeidet for aktuelle alternativer.

Reguleringsmessige forhold er i utgangspunktet ikke aktuelt for dette arbeidet, da konkret tomt ikke er valgt / kjent ennå, samt at tidshorizonten for en byggesak vil være lang slik at det vurderes lite hensiktsmessig å gå inn i dette i nåværende fase. Imidlertid har en på bakgrunn av dialog med kommunene likevel fått avklart mulige fremtidige reguleringsmessige forhold som kan ha betydning for aktuelle arealer for lokalisering i den enkelte kommune.

Vurdering i forhold til statlig arealpolitikk er gjort ved at relevante prinsipper for statlig arealpolitikk inngår som en del av vurderingskriteriene i arbeidet. Dette punktet vurderes imidlertid ikke til å være et hovedkriterium i arbeidet da arbeidsgruppa tolker dette forholdet som mer aktuelt i større byggesaker som omhandler større geografiske forhold enn i dette arbeidet.

⁴ [221025-rapport-lokalisering-phv-somatikk-tsb.pdf \(sykehusbygg.no\)](#)

Det samme gjelder for *Samfunnseffekter av vesentlig betydning ut over de som framkommer ovenfor*. Som følge av både sakens og regionens størrelse har samfunnsanalyse på linje med de store sykehusprosjektene ikke vært aktuelt for dette arbeidet. Likevel beskrives og vurderes enkelte samfunnseffekter, men i begrenset omfang som følge av tiltakets størrelse.

Risikovurderinger er gjort for anbefalt alternativ.

Miljø- og klimakonsekvenser av lokaliseringen er foreløpig ikke aktuelt å se på som følge av at konkret beliggenhet ikke er kjent. Dette kan bli aktuelt på et senere tidspunkt, men siden planarbeidet først startes opp når man kjenner planmyndigheten – det vil si hvilken kommune tiltaket ligger i – og tomten man ønsker tiltaket på, vil ikke fullstendige konsekvensutredninger kunne gjennomføres før under og etter steg 2 i konseptfasen.

4.2 Kunnskapsgrunnlag

Arbeidsgruppa har vært opptatt av å skaffe seg oversikt over viktige faktorer og føringer for lokalisering. Innledningsvis i arbeidet ble følgende dokumenttyper gjennomgått og sammenstilt som et kunnskapsgrunnlag for det videre arbeidet:

- Statlige føringer og retningslinjer for lokalisering⁵
- Sykehusfaglige føringer, retningslinjer og erfaringer som er gjort i andre sykehusprosjekter
- Regionale og lokale føringer og retningslinjer

De nevnte dokumentene og rapporter som er overførbare av andre årsaker (for eksempel når det gjelder legerekuttering) har arbeidsgruppa benyttet i arbeidet med utforming av vurderingskriterier, jf. kapittel 8.

Arbeidsgruppa ønsker likevel særskilt å vise til rapporten «Lokalisering av bygg for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk – En undersøkelse blant åtte helseforetak»⁶ fra 2022. I denne rapporten fremkommer det tydelig at det ikke foreligger føringer om nærhet mellom distriktspsykiatriske sentre (DPS) og somatisk sykehus. DPSene har til hensikt å ligge nær der folk bor, og det store volumet av virksomheten gjelder poliklinisk virksomhet. Dette gjelder også for ABUP og ARA, og heller ikke for disse fagfeltene kan arbeidsgruppa se at det foreligger føringer for lokalisering utover det som gjelder for DPS.

De fleste foretakene i den nevnte undersøkelsen har DPS-er som ligger et annet sted enn sykehusavdelingen innen psykiatri. DPS-ene er i de fleste prosjektene/foretakene

⁵ Blant annet: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-til-retningslinjer-for-lokalisering-av-statlige-arbeidsplasser-og-stallig-tjenesteproduksjon/id2600910/>, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonale-forventninger-til-regional-og-kommunal-planlegging-20192023/id2645090/>, https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/plan_bygningsloven/planlegging/plansystem_prosess/nasjonale_planoppgaver/id2835787/?expand=factbox2836118, https://www.regjeringen.no/no/tema/plan-bygg-og-eiendom/plan_bygningsloven/planlegging/fagtema/samordnet_areal_og_transportplanlegging/id2856379/?expand=factbox2856383

⁶ [221025-rapport-lokalisering-phv-somatikk-tsb.pdf](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/221025-rapport-lokalisering-phv-somatikk-tsb.pdf) (sykehusbygg.no)

lokalisert i kjøreavstand fra sykehusavdelingen. Noen pasientgrupper er i rapporten også beskrevet som å ha mindre behov for nærhet til somatikk. Blant annet blir DPS/allmennpsykiatriske pasienter eksplisitt nevnt. Dette må trolig nyanseres noe når det gjelder alderspsykiatri. Arbeidsgruppa har av denne grunn vektet volumet av andre pasientgrupper kombinert med behovet for tilgjengelighet tyngre enn nærhet til somatikk. Dette området omtales nærmere i kapittel 8.

4.3 Framskrivinger

Framskrivningene som ble utarbeidet som en del av funksjonsutredningen i 2022, herunder de kvalitative vurderingene av framskrivningene, vurderes fortsatt til å være gyldige. Disse legges derfor til grunn, og benyttes i arbeidet med å estimere dimensjonering av nytt bygg. Det vises til funksjonsutredningens kapittel 4 for detaljer vedrørende framskrivinger.

4.4 Avhengigheter med andre arbeider

Avhengigheter med andre prosjekter eller prosesser, internt og i samhandling med eksterne aktører fremgår av Funksjonsutredning Lister. I dette kapittelet følger en kort fremstilling over tilgrensende prosesser som er relevant for denne utredningen:

- Reorganisering DPS Lister var ferdig i 2023 og er implementert. Organiseringen av DPS Lister er gjennomført som en egen prosess etter funksjonsutredningen, og delvis parallelt med lokaliseringsutredningen. Se vedlegg 5, som illustrerer arbeidsoppgaver og arbeidsmåte i DPS Lister etter omorganisering i 2023.
- Omorganisering av ARA poliklinikk ble iverksatt i 2023, slik at dette tilbudet nå ser noe annerledes ut enn ved gjennomføring av funksjonsutredningen. Omorganiseringen gikk primært på å skille LAR ut i egen enhet.
- ABUP har nedsatt en arbeidsgruppe som skal foreslå fremtidig organisering av avdelingen, med levering juni 2024. En eventuell endring av opptaksområde er ikke en del av mandatet, men må ses i sammenheng med DPS-enes fremtidig struktur og vurderes når dette er konkludert. Beslutning om organisering forventes kommende høst, og anses ikke å ha direkte innvirkning på valg av fremtidig lokalisasjon i Lister.
- DPS-struktur og opptaksområder er relevant da DPS-ene per i dag har ulike forutsetninger for å kunne imøtekomme behovene knyttet til robuste fagmiljøer. Arbeidet pågår, men vil ikke ha direkte innvirkning på valg av fremtidig lokalisasjon for en samlet KPH-virksomhet i Lister.
- Flere pågående og avsluttede arbeider knyttet til å beholde og rekruttere spesialister i KPH.

4.5 Hovedtrekk av innspill underveis i arbeidet

I dette kapittelet presenteres noen *hovedtrekk* av innspill som har kommet opp underveis i arbeidet fra ulike hold, og som har vært av betydning for veivalg i prosessen.

4.5.1.1 Referansegruppe Samhandling

Listerregionen er kjent for å tenke helhet i et regionalt perspektiv. Det kom tidlig opp som tema at referansegruppa ønsker at Listerregionen ses på om ett felles bo- og

arbeidsmarked. Arbeidsgruppa tanker om for eksempel å se inn i arbeidsmarkeds-/sysselsettingsprofil per kommune, arbeidskraftstatistikk m.v. ble derfor lagt bort på et tidlig stadium, og partners mulighet for jobb ble som følge av innspill fra referansegruppa fjernet som et vurderingskriterium. Diskusjon vedrørende vurderingskriterier er nærmere beskrevet i kapittel 8.

Kommunerepresentantene gav innspill om at en i arbeidet burde tenke stort om fagmiljø, ved for eksempel å ta inn frivillighet som underpunkt til Faglig robusthet. Nærhet til tjenester som politi, ambulanse og brann har vært diskutert både i referansegrupper og i arbeidsgruppa, men det har vært enighet i arbeidsgruppa om å legge disse bort som vurderingskriterier. Begrunnelsen for dette er at det ikke er et faglig grunnlag for å skille kommunene på dette, da de aktuelle tjenestene skal betjene KPH på likeverdig måte uansett hvilken kommune man er lokalisert i, på samme måte som KPH skal betjene innbyggerne og kommunene på likeverdig måte.

Kommunerepresentantene ga tidlig signaler om at det viktigste er tilgjengelighet for brukerne, at det er viktig å realisere samlokaliseringen i et nytt bygg så snart som mulig, og at en må bygge for fremtiden. Kommunerepresentantene bemerket også at en ikke kan vente 10-12 år på et nytt bygg, men må tenke ut av boksen og se på andre løsninger for realisering. Kommunerepresentantene har også vært svært opptatt av betydningen av å undersøke realismen knyttet til areal før en konkluderer med ønsket kommune, samt se på positive synergier som kan knytte seg til valg av plassering.

Hva som kjennetegner et godt pasientforløp ble i referansegruppa løftet frem som et viktigere spørsmål enn hva som kjennetegner en god lokalisering, og at det parallelt med en byggesak må jobbes godt med tjeneste- og organisasjonsutvikling for å sikre reell tilgjengelighet til tjenesten, som skal være likeverdig for alle brukere uavhengig av lokalisering.

Kommunerepresentantene har bekreftet at administrasjonssenter kan legges til grunn i reisetidsanalysene, og at de reisetidene som arbeidsgruppa har utarbeidet som grunnlag for enkelte vurderinger virker rimelige. Kommunerepresentantene har ønsket at sykehuset går i dialog med Agder fylkeskommune v/ samferdsel for undersøkelser av fremtidig kollektivtilbud i Lister.

Brukerrepresentantene har i hele arbeidet vært opptatt av det å sikre et robust fagmiljø og å ivareta tilgjengelighetsbehovet for pasientene, både når det gjelder reisetider og plassering med hensyn til E-39 og kollektivtilbud. Særlig viktig vil det være å legge vekt på kollektivtilbud av hensyn til de pasientene som av ulike årsaker ikke benytter bil. En av representantene har sagt det slik:

«Hvis kollektiv ikke blir tilstrekkelig vektlagt, så vil vi i praksis utestenge flere pasientgrupper fra tjenesten»

Kommunene har også hatt innspill vedrørende høringen og videre prosess. Dette er nærmere omtalt under kapittel 12.

Både referansegruppe Samhandling og referansegruppe Fag/KPH har vært opptatt av at det må foreligge en god plan for mellomperioden, med god involvering, forutsigbarhet, kommunikasjon med hensyn til både nytt bygg og videre organisasjons-/tjenesteutvikling og samhandling.

4.5.1.2 Referansegruppe Fag/KPH

Referansegruppe Fag/KPH har vært opptatt av en må være realistisk når det gjelder effektene av en samlokalisering, og at det må legges til rette for å sikre en reell samdrift i fremtiden. Eksempel på dette kan for eksempel være felles møterom. Referansegruppa har en bekymring knyttet til risiko for underdimensjonering av nytt bygg, og at kostnader og tidsperspektivet ved et nytt bygg må ses opp mot hva man får ut av samlokaliseringen faglig sett. Referansegruppa mener det vil være fornuftig å undersøke realismen i areal slik kommunene ønsker.

I referansegruppa har det også kommet opp at en annen sak i klinikken som handler om opptaksområder burde vært håndtert før lokaliseringsspørsmålet, da det er en bekymring knyttet til størrelse på befolkningsgrunnlaget. Dette må igjen ses opp mot bekymringen for klinikkens rekrutteringssituasjon, som etter referansegruppas syn vil være det vesentligste.

Det er ønskelig at virksomheten i fremtiden legger til rette for å forsterke samhandlingen med kommunene gjennom å tenke fagmiljø utover KPH/SSHF, samt at klinikken må vurdere hva som vil være riktig fokus når det gjelder rekruttering.

Innen VOP (psykisk helsevern voksen) mener referansegruppa at mulighet for pendling for ansatte vil være av stor betydning for rekrutteringssituasjonen, og da primært mulighet for pendling fra større fagmiljøer eller større byer. Reiseavstand for ansatte må derfor vektlegges, da tilfang/rekruttering antas å ville øke jo kortere reiseavstand. Det er imidlertid en aksept for en viss reisevei internt i og utad av regionen. Dette er i tråd med perspektivet om Lister som ett felles bo- og arbeidsmarked. Referansegruppa mener at bostedsattraktivitet gjerne kan være med som et vurderingskriterium, men ikke trenger å vektles så tungt. Videre vil partners mulighet for jobb være viktig, men når en legger til grunn Lister som ett felles bo- og arbeidsmarked, mener referansegruppa at partners mulighet for jobb kan tas bort som kriterium.

Når det gjelder reisetider for befolkning, fremheves det som særlig viktig å hensynta nærhet til barn- og ungebefolkningen i størst mulig grad. Dette er begrunnet med hensyn til skole, både når det gjelder oppmøte og fraværsgrenser, samt at det er litt ulike syn på digitale behandlingsmuligheter når det gjelder henholdsvis barn/unge- kontra voksenpopulasjonen.

Representantene fra Klinikkk Somatikk SSF og ABUP poliklinikk Lister ønsker en lokalisering som styrker Flekkefjord sykehus. Klinikkk somatikk SSF ønsker nærhet mellom somatikk og VOP, og ønsker dette som et vurderingskriterium innen både Tilgjengelighet og Faglig robusthet. Dette er begrunnet i behov for tilgang til kompetanse, robustgjøring av somatikk og robustgjøring av spesialisthelsetjenester i Lister totalt sett. Representanten fra ABUP Lister deler dette synet.

Laboratoriet er et eksempel på noe som er lokalisert på sykehusområdet i Flekkefjord og brukes daglig både innen BUP og VOP. Nærhet til laboratorium og prøvesvar betyr dermed noe også for KPHs virksomhet, men referansegruppa kan totalt sett ikke se at nærhet til somatikk kan vektlegges i samme utstrekning som rekruttering og tilgjengelighet. Referansegruppa har også diskutert nærhet til brann, politi og ambulans, og konkludert med at det kan legges bort som kriterium med samme begrunnelse som den andre referansegruppa. .

4.5.1.3 Ansatte i KPH

Innspill fra ansatte er i hovedsak innarbeidet og utdypet senere i rapporten. Eksplisitt kan det nevnes at det fra ansattes side har kommet opp blant annet følgende:

- Faglig robusthet vil være viktigere enn tilgjengelighet
- Kort reisetid til alternativet for flest mulig i befolkningen bør vektas høyt, og at dette vil være aktuelt både ved poliklinisk oppmøte og for ambulant virksomhet ut fra enheten, samt for ansatte som skal på jobb
- Reell reisetid er det som betyr noe, for eksempel med hensyn til fraværsgrenser i skole
- Reisetid til Kristiansand bør vektlegges mer enn til Stavanger, da samarbeidende fagmiljø befinner seg i Kristiansand
- Ikke behov for nærhet til somatikk
- Grøntareal vil være viktigere enn somatikk (døgnvirksomhet)

4.5.1.4 Brukerorganisasjoner

Det har vært representasjon fra ulike brukerorganisasjoner i både arbeids-, styrings- og referansegruppe. Innspillene har i hovedsak handlet om å sikre tilgjengelighet for alle brukere med særlig vekt på kollektivtilbud, og sikre den faglige robustheten som vil være nødvendig for å kunne gi et godt tilbud til Listerbefolkningen også i fremtiden.

4.6 Styringssignaler

Styringssignaler gitt fra styringsgruppa til arbeidsgruppa underveis i prosessen er samlet i eget vedlegg (vedlegg 2), samt på enkelte punkter omtalt i rapporten.

Styringsgruppa ser Faglig robusthet som et kjernepunkt da dette handler om rekruttering til KPH. Rekruttering bør veie tyngst da rekruttering er en forutsetning for tilbudet KPH kan gi til befolkningen i Listerregionen.

- Styringsgruppa har også vurdert enkelte innspill til å ikke være aktuelle for videre arbeid, dette gjelder blant annet: Forslaget om Styrking av Flekkefjord sykehus og bruk av Frivillighet, som har blitt foreslått inn som punkter under kriteriet Faglig robusthet. Disse punktene anses som eksterne forhold, og tas ikke med som underpunkter til kriteriet.
- Forslaget om å gå i dialog med fylket v/samferdsel vedrørende kollektivtilbud har blitt foreslått som en del av arbeidsprosessen. Dette ble ikke ansett som aktuelt fra styringsgruppa på dette stadiet av arbeidet.

Styringsgruppen kan ikke se at det er behov for å utforme et overordnet dokument i saken, i betydningen overordnet prosess. Eksisterende føringer for bygg og lokalisering, herunder prosesskrav for helseforetakene er det som legges til grunn. Både mandat og styringsgruppe har vist tydelig fra starten av at rekkefølgen i dette arbeidet først er å avklare *ønsket* lokalisering, og deretter å avklare om det er reelt. På bakgrunn av et sterkt ønske fra kommunene ble det imidlertid innarbeidet en realismesjekk allerede i arbeidet med å avklare *ønsket* lokalisering, jf. kapittel 8.

5. Virksomhetsbeskrivelse og virksomhetsbehov

KPH er en tverrgående klinikk. ABUP og ARA er fylkesdekkende, mens DPS Lister samarbeider tett med øvrige DPS-er i klinikken. I dette kapittelet presenteres kort avdelingenes organisering og driftsform/arbeidsmåte, som i all hovedsak vil bli videreført i fremtiden. For ytterligere informasjon vises det til funksjonsutredningen. Deretter beskrives KPHs faglige behov i Lister med knyttet til geografisk plassering og virksomhetens behov inn i et nytt bygg. Til slutt presenteres dimensjonering av arealbehov og kostnadsoverslag for nytt bygg.

5.1 Organisering og driftsform/arbeidsmåte i dag og i fremtiden

DPS Lister har til sammen 73,6 antall årsverk. Avdelingen er etter omorganiseringen i 2023 organisert i tre enheter, med tilhørende team:

Poliklinisk enhet

- Allmennpoliklinisk team 1 – 10 årsverk – Fagnettverk ansvar: Affektive lidelser, ADHD
- Allmennpoliklinisk team 2 – 9,6 årsverk – Fagnettverk ansvar: Traumer, personlighetsforstyrrelser
- Allmennpoliklinisk team 3 – 9,8 årsverk - Fagnettverk ansvar: Angstlidelser

Døgn og ambulant enhet

- Døgnteam – 18 årsverk. Fagnettverk ansvar: Ikke eget.
- Ambulant og AAT team – 12 årsverk – Fagnettverk ansvar: Alvorlig psykisk lidelse og førstegangpsykoser, ROP lidelser
 - o Langtidsoppfølging (7 årsverk)
 - o Korttidsoppfølging (5 årsverk)

Merkantil enhet – 8,6 årsverk inkl. enhetsleder – Ingen teaminndeling

DPS Lister felles – Avdelingssjef, Kvalitetsrådgiver, Samhandlingsoverlege (2,2 årsverk)

Det legges ikke opp til vesentlige endringer i organisering eller driftsform/arbeidsmåte.

ABUP Lister er en av syv kliniske enheter i ABUP, som er en fylkesovergripende avdeling. Enheten i Lister har 17 behandlerstillinger samt enhetsleder og tre merkantile stillinger. Enheten er organisert i tre team med to lokasjoner: Poliklinisk team Flekkefjord, poliklinisk team Farsund og ambulant team som er lokalisert i Farsund. ABUP Lister har ikke egen akuttfunksjon da denne er organisert under enheten i Kristiansand (AAE). Døgnetenheten er lokalisert i Kristiansand.

ABUP legger ikke opp til vesentlige endringer, med forbehold om eventuelle endringer som følge av en pågående utredning av organisering som del av ABUP 2040, som har som hensikt å se på fremtidige organisasjonsstrukturer. Tjenestetilbudet fremover ønskes i sterkere grad å gis i form av gruppebaserte behandlingstilnærminger, lokalt tilpassede løsninger i samarbeid med kommunene og videreutvikling av det digitale tjenestetilbudet.

ARA sin tilstedeværelse i vestre Agder er planlagt styrket i årene som kommer, og har styrket innsatsen i Lister med ett årsverk siden funksjonsutredningen. Per i dag er det to behandlerstillinger dedikert til å betjene Lister. Disse inngår som en del av et team på seks årsverk tilhørende poliklinikk (Kristiansand) som samlet sett betjener Lister- og Lindesnesregionen. Det jobbes med å øke kapasiteten i Lister innenfor dette teamet.

ARA legger heller ikke opp til vesentlige endringer i arbeidsmåter, men gruppebaserte behandlingstilnærminger kan bli mer aktuelt i ARA poliklinikk i fremtiden, noe som i så fall fordrer tilgang til egnede lokaler. Avdelingen vil videre utforske digitale tilnærminger, for eksempel alkoholmodulen i eMeistring.

5.2 Virksomhetens faglige behov knyttet til fremtidig lokalisering

Under følger en redegjørelse fra aktuelle avdelinger vedrørende betydning av fysisk nærhet mellom virksomheten og henholdsvis brukergrupper og de ulike faginstanser internt og eksternt. I en del tilfeller vil fysisk avstand kunne erstattes av digitale løsninger.

5.2.1 Fysisk nærhet til brukergruppene

DPS Lister

Et viktig aspekt for et DPS er å gi desentraliserte tjenester nær der folk bor. Avdelingen har i dag ulike tilbud til brukergruppene på de ulike lokasjoner (Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal). Pasienten får ikke nødvendigvis tilbud ved det teamet som er nærmest bosted, fordi tilbud gis etter hvilket team som kan gi det beste tilbudet ut fra teamenes faglige funksjonsfordeling samt etter hvor det er kapasitet. Det vil uavhengig av bosted alltid være noen brukergrupper som må reise mellom kommunene, da DPS Lister i dag har polikliniske kontorer i tre av seks kommuner. Ved behov for innleggelse på døgnpost ivaretas alle pasienter ved DPS Lister Kvinesdal. DPS Lister definerer at fysisk nærhet til brukergruppene er tilbud som man kan benytte seg av og reise til ved bruk av offentlig transport innenfor en rimelig tid. For brukere som er vurdert til å ikke ha oppmøtekompetanse ønsker DPS Lister å løse dette ved bruk av ambulante tjenester. Dette betyr at team i DPS Lister for denne pasientgruppen reiser ut der pasienten befinner seg, for eksempel i hjemmet eller på somatisk sykehus.

ABUP Lister

Nærhet til brukergruppene er spesielt viktig for ABUP og poliklinikken i Lister. Barn og unge og deres pårørende bør ha god tilgang til tjenestetilbudet for sikre et likeverdig tilbud. Spesielt er dette viktig for ungdom som skal komme seg til behandlingstilbudet på egen hånd, sett i lys av at Lister er et stort geografisk område med begrenset offentlig transport. Denne gruppen pasienter er også sårbare når det gjelder fravær i skole/utdanning.

Utredning og behandling av barn og unge fordrer tett samarbeid med barnehager, skoler og andre samarbeidspartnere. Behandler er ofte ute i barnehager og skoler for observasjoner, samtaler og møter.

ARA i Lister

Det er som en del av funksjonsutredningen (2022) identifisert et behov for å styrke TSB-tjenestene i Listerregionen, noe som innebærer økt tilstedeværelse av personell.

Økning i tilstedeværelse vil styrke nærhet til brukergruppen i Listerregionen. Veitbygging og utbygging av digitale behandlingstilnæringer vil mulig redusere behov for fysisk nærhet til brukergruppene.

5.2.2 Fysisk nærhet til andre fagmiljø i KPH, i somatisk spesialisthelsetjeneste, i kommunehelsetjenesten og/eller andre

Det å være fysisk plassert nær annen KPH-virksomhet i Lister gjennom en samlokalisering oppgis som det viktigste for alle tre avdelinger.

Alle tre avdelinger har stor grad av samarbeid med andre fagmiljøer og brukerorganisasjoner. Kontakt og samarbeidsform med disse skal være likeverdig og i hovedsak være stedsuavhengig. Samhandling med hver av kommunene i opptaksområdet skal være likeverdig uavhengig av plassering. Det er likevel enkelte andre tjenester som vurderes viktigere enn andre med hensyn til fysisk nærhet.

DPS Lister

DPS Lister samarbeider med andre fagmiljøer i KPH i de arbeidsgrupper og seminarer som arrangeres i klinikken, for eksempel vedrørende ROP-lidelser, førstegangpsykososer, FACT / alvorlig psykisk lidelse, AAT og akuttkjede, spiseforstyrrelser med mer for å utvikle felles pasientforløp og for å redusere uønsket variasjon i tjenestene. Fordi både DPS-ene og PSA har ulike funksjoner så forflyttes pasienter mellom avdelingene ut fra behov, og det skal samarbeides tett mellom avdelingene i slike overganger. Et eksempel på dette er f.eks. når en pasient kan skrives ut fra akuttpost i PSA og over til DPS, eller når to DPS samarbeider om innleggelse ut fra hvor det er ledig kapasitet.

DPS Lister samarbeider i tillegg med kommunene i Listerregionen ved regelmessige møter i Fagutvalg Psykisk helse og rus i Lister, hvor mellomledere fra begge nivåer deltar. DPS Lister deltar også som KPH sin representant i Regionalt Samarbeidsutvalg Lister. DPS Lister deltar i et samarbeid med kommunene i Listerregionen angående barn som pårørende gjennom å arrangere regelmessige SMIL-kurs.

Det er per i dag ikke etablert faste møtepunkt mellom DPS Lister og somatikken utover det samarbeid som foregår i Regionalt samarbeidsutvalg.

Når det gjelder behov for fysisk nærhet til spesielle typer fagmiljø, er det for DPS Lister sin del ikke noen spesielle miljøer utover klinikkens egne fagmiljø som peker seg ut, hverken når det gjelder eget foretak eller eksternt i kommunene / andre samarbeidspartnere.

ABUP

ABUP Lister samarbeider med følgende:

- Akutt-tjeneste organisert i Kristiansand
- Døgnetenhet organisert Kristiansand
- Somatisk barneavdeling (BUA) i Kristiansand
- Habiliteringstjenesten (HABU) for barn og unge organisert i Kristiansand. Her er det etablert faste samarbeidsstrukturer.
- Lister barnevern lokalisert i Farsund

- Lister PPT lokalisert i Farsund
- Alle kommuner i Lister. Her er det etablert faste samarbeidsmøter.
- Andre enheter i avdelingen på flere fagområder, som spiseforstyrrelse og sped- og småbarn
- I nettverk med avdelingens ressurser innenfor psykoseteam, voldsrisikovurderinger og DBT-behandling.

Ivaretagelse av akuttsaker er det viktigste for ABUP hva gjelder fysisk plassering og nærhet/avstand. Avdelingen fremhever at særlig akutt-tjenesten i Kristiansand er viktig i det daglige, da alle pasienter må til Kristiansand for akuttvurdering etter å ha vært innom ABUP poliklinikk i Lister, og det samme med døgnenheten i Kristiansand og dagtilbudet som er i Arendal (DPS Østre Agder). Så kort avstand som mulig til disse tjenestene vil derfor være av betydning. Avdelingen ser det også som en fordel å være lokalisert i nærheten av tjenestene i Farsund som inngår i Listersamarbeidet (barnevern og PPT). Særlig PPT anses som en sentral samarbeidspartner i alle store saker.

For ABUP er det også et poeng å være plassert med en nærhet til videregående skoler grunnet pasientens transportbehov og infrastruktur, men skolene seg imellom vurderes likeverdige.

ARA

ARA vil se det som fordelaktig med en relativ stor grad av nærhet mellom ARA sitt fagmiljø i Lindesnes og den gruppen som vil bli lokalisert i Lister. Disse to miljøene utgjør et felles team, slik at det vil være en fordel med tanke på gjennomføring av ulike typer møter. Pasienter som skal til døgninnleggelse må reise til Kristiansand og Byglandsfjord, eller eventuelt til Arendal.

ARA ser potensielt økt grad av samarbeid mellom Enhet for gruppebehandling i ARA og 12-trinns behandling – prosjekt nærbehandling rus og avhengighet i Lister. Utover dette er det ikke definert behov for nærhet til andre tjenester utenfor KPH.

5.3 Virksomhetens behov knyttet til et fremtidig bygg – Areal og funksjon

Arbeidsgruppa skal avklare bygningsmessige forhold som må ligge til grunn ved en samlokalisering, herunder om en skal gå videre med et konsept for å leie, rehabilitere og bygge ut eksisterende bygningsmasse, eller å bygge nytt. I dette kapitlet beskrives ulike forhold vedrørende areal, funksjon og økonomi knyttet til et fremtidig bygg.

Fremtidig valg av plassering må kunne støtte opp om føringer og behov i spesialisthelsetjenesten. Eiendommer innenfor Helse Sør-Øst skal støtte opp om strategiske mål og strategisk utvikling, med mulighet for å utvikle og tilpasse eiendommene i tråd med foretakenes utviklingsplaner og endrede behov i pasientbehandlingen. Byggene skal fremme trygg og effektiv pasientbehandling, ivareta virksomhetens behov og ha en brukervennlig utforming. Sykehusbyggene skal være funksjonelle og tilpasset sitt formål, og som hovedregel skal helseforetaket eie slike formålsbygg selv, noe som innebærer å bygge nytt eller kjøpe eksisterende bygningsmasse. I enkelte unntakstilfeller kan leieforhold tillates. All prosjektutvikling skal skje mest mulig standardisert. Dette skal imidlertid ikke være til hinder for innovasjon og modernisering.

Prosessen rundt en byggesak avhenger av forventet størrelse og kostnad for bygget. Arbeidsgruppa er bedt om å kartlegge et *omtrentlig* arealbehov og funksjon med utgangspunkt i et nytt bygg som et grunnlag for den neste fasen (konseptfasen). Når arealbehovet og sentrale funksjoner er kjent, kan dette omregnes til forventet kostnad for bygget.

Som i andre sykehusbyggprosjekter ligger det en forventning om at samlokaliseringen vil føre med seg en betydelig arealeffektivisering. Fleksibilitet, generalitet, sambruk og høy utnyttelsesgrad er sentrale stikkord i denne forbindelse. Arbeidsgruppa har vært på befaring i Nybygg psykisk helse på Eg i Kristiansand, hvor det er gjort en betydelig jobb knyttet til arealeffektivisering og samhandling i det nye bygget.

Formålet med samlokaliseringen handler om å opprettholde robuste fagmiljøer og sikre god ressursutnyttelse. Både i funksjonsutredning og i lokaliseringsutredningen har det kommet innspill fra ansatte om at det er en bekymring knyttet til realisering av reell samdrift i et nytt bygg. Det må ved en samlokalisering sikres at det blir tilstrekkelig god plass til alle ansatte og hvor formålet med samlokaliseringen kan realiseres.

5.3.1 Areal og funksjon

Arbeidsgruppas oppgave har vært å utarbeide et aktivitetsbasert estimat av arealbehovet med utgangspunkt i Sykehusbygg sine framskrivninger (2040), uten å gå mer metodisk inn i organisering og samarbeidsmuligheter.

Arbeidsgruppa har i hver av de tre aktuelle avdelingene kartlagt hvilke funksjoner det vil være behov for i fremtidens bygningsmasse. Ansatte har til en viss grad vært involvert i kartleggingen, men foreløpig er man på et litt overordnet nivå. Involveringen vil bli mer omfattende i senere faser.

Sykehusbygg har deretter utarbeidet en overordnet dimensjonering basert på en standardisert metode med utgangspunkt i arealnorm for sykehusbygg samt enkelte tilleggsfunksjoner som følger av virksomhetens behov.

KPH sin virksomhet i Listerregionen - fremskrevet til 2040 – vil i henhold til Sykehusbygg sitt estimat ha et samlet arealbehov på ca. 4800 m² brutto. Arealet vil bestå av både sengepost og poliklinisk virksomhet med tilhørende areal for pasienter og ansatte. Den samlede virksomheten er estimert til ca. 110-115 årsverk.

DPS Lister vil ha både ha døgnenhet og poliklinisk virksomhet. Døgnenheten skal dimensjoneres med 12 sengeplasser, hvorav ett skal være skjermet og ett familierom med tilhørende kontorer og vaktrom. Totalt er det stipulert 77 årsverk til DPS Lister.

ABUP sin virksomhet i Lister er poliklinisk, og er fremskrevet til å ha behov for totalt 32 årsverk.

ARA sin virksomhet vil bestå av et team som samlet sett vil betjene både Lister og Lindesnes. Det er stipulert minimum to årsverk til ARA i Lister.

I tillegg vil den samlede virksomheten ha behov for gymsal med tilhørende garderobefasiliteter for pasienter og ansatte, aktivitetsrom for behandlingsformål, møterom, kantine/spiserom for ansatte, personalgarderober, varemottak etc. Spesifiserte behandlingstilbud – for eksempel gruppeterapi – krever tilstrekkelig areal.

Felles-/samhandlingsarenaer vil bli grundig gjennomgått i senere faser. Med utgangspunkt i andre relevante saker vil det som et utgangspunkt være aktuelt med blant annet følgende fellesarealer. Møterom, rom for gruppeaktivitet, spiserom og familierom.

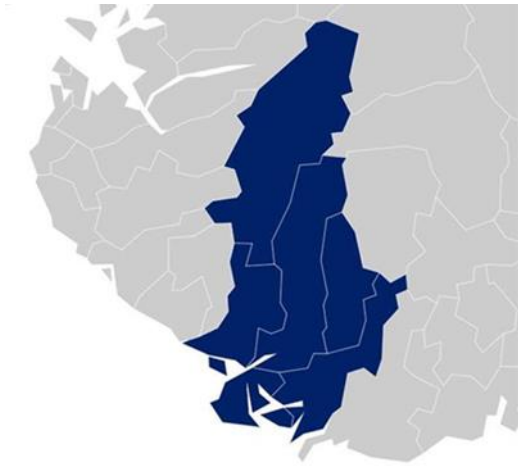
Det bør også vurderes felles resepsjon, men for eksempel ulike venterom for henholdsvis voksne og barn/unge. Det vil også være nærliggende å se på felles kontorløsning for ambulante tjenester, samtidig som man sikrer at disse har tilgjengelig samtalerom.

Kostnadsoverslag ved nytt bygg og øvrige økonomiske forhold er beskrevet i kapittel 8.

6. Alternative beliggenheter

De seks Listerkommunene utgjør de alternative beliggenhetene. Kommunesentrum er lagt til grunn som aktuell beliggenhet for samtlige kommuner. I dette kapitlet beskrives regionen og den enkelte kommune med hensyn til befolkningsframskrivinger og beliggenhet. Informasjonen er hentet fra SSB, Store norske leksikon (SNL) og Listersamarbeidets nettside.

6.1 Listerregionen



Figur 2 viser et enkelt kart over kommunene i Lister.

Listerregionen består av kommunene Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal. Regionen har et allsidig næringsliv, med tradisjoner innen blant annet både sjøfart, jordbruk, husdyrhold og fiske, bygg og anlegg til industri (metall, verksted, næringsmiddel- og annen) og kraftproduksjon – til service, handel, samt offentlig administrasjon og tjenestevirksomhet, samt turisme.

De ulike offentlige virksomhetene i kommunene er i stor grad knyttet sammen på tvers gjennom Listersamarbeidet, som er en samlebetegnelse for alt interkommunalt samarbeid i Listerregionen. Samarbeidet dekker flere fagområder, og har medført utstrakt grad av felles strategiske planer, prosjekter og tiltak.

Interkommunalt politisk samarbeid foregår gjennom Regionråd Lister, samt at Lister i henhold til Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) sin definisjon utgjør en selvstendig næringsregion – noe som i hovedsak følger av inndelingen for det interkommunale samarbeidet.

Regionen regnes som ett felles bo- og arbeidsmarked, med mye arbeidspendling på tvers av kommunene.

Videregående skoler er plassert i kommunene Farsund, Flekkefjord, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal.

6.2 Befolkningsframskrivinger

Befolkningsframskrivingene (2019-tall) som ble benyttet i forbindelse med funksjonsutredningen viste at kommunene i Lister samlet sett vil ha en liten reduksjon i befolkningen i den neste 20-årsperioden. Lyngdal skiller seg ut som eneste kommune med befolkningsvekst i samme periode. Oppdaterte tall (2022) for befolkningsframskrivinger fra SSB – basert på hovedalternativet fra SSB, også kalt MMMM-alternativet – gir grunnlag for å trekke den samme konklusjonen. Tall for enkeltkommuner fremkommer nedenfor.

6.3 Listerkommunene

Under følger en kort beskrivelse av den enkelte kommune når det gjelder plassering og folketall per i dag og framskrevet til 2040 (SSB-tall). Tall for 2040 er oppgitt med utgangspunkt i framskrivinger fra både 2019 og 2022 – henholdsvis før og etter skråstrek i tabellene under. Kollektivtilbud og reisetider, inklusiv ny E39, beskrives i kapittel 7.

Begrunnelsen for at kommunene beskrives svært kortfattet har sammenheng med at det gjennom prosessen har ikke har kommet opp andre vesentlige forhold innad i kommunene som gir grunnlag for å skille dem med hensyn til vurderinger av fremtidig lokalisering. Det vises til vurderingskriteriene i kapittel 8. Avstander til andre kommuner er beskrevet i kapittel 7.

Farsund

Kommunen grenser mot Kvinesdal i nord og Lyngdal i øst, samt mot Flekkefjord og Listafjorden i vest. I Farsund kommune ligger tre befolkningsstygdepunkter: Farsund by, Vanse og Vestbygda (Borhaug). Kommunens administrasjonssenter er Farsund by.

Fylkesvei 43 er kommunens hovedveiforbindelse til Europavei 39. Fylkesvei 43 går gjennom kommunen fra Lista fyr gjennom Farsund by og videre gjennom Spind til Lyngdal og Europavei 39. Fylkesvei 465 forbinder Farsund med Europavei 39 i vestlig retning. Fylkesveiene 4110/4120/4104 går fra Farsund gjennom de vestre deler av kommunen til Kvinesdal.

<i>Innbyggertall 2019</i>	9695
<i>Innbyggertall 2022 (SSB)</i>	9622
<i>Innbyggertall 2040 (SSB)</i>	9328 / 9174
<i>Innbyggertall 2050 (SSB)</i>	9037

Figur 3 viser innbyggertall for Farsund.

Flekkefjord

Flekkefjord er den vestligste av bykommunene langs Sørlandskysten, og grenser til Sokndal og Lund i Rogaland i vest, Sirdal i nord og Kvinesdal i øst og sørøst, og mot Farsund ved Listafjorden/Fedafjorden i sør. Kommunens administrasjonssenter er Flekkefjord by, nært E39, omtrent midtveis mellom Kristiansand og Stavanger. I tillegg til bysenteret omfatter Flekkefjord kommune også enkelte steder med noe fortettet befolkning: Sira, Gyland, Rasvåg og Kirkehamn.

Det er flere fylkesveier mellom E39 sør i kommunen og fylkesvei 42, som forbinder kommunesenteret med de indre delene av kommunen og med Sirdal og de nordre deler av Kvinesdal. Alle tog mellom Stavanger og Kristiansand stopper på Sira stasjon. For øvrig har byen ekspressbussforbindelse med begge disse byene.

<i>Innbyggertall 2019</i>	9066
<i>Innbyggertall 2022 (SSB)</i>	9048
<i>Innbyggertall 2040 (SSB)</i>	8541 / 8640
<i>Innbyggertall 2050 (SSB)</i>	8478

Figur 4 viser innbyggertall for Flekkefjord.

Hægebostad

Hægebostad grenser i nordøst til Åseral, i øst, sørøst og sør til Lyngdal, og i vest og nord til Kvinesdal.

Fylkesvei 42 krysser kommunen i retning øst-vest, og fylkesvei 43 som går sørover gir forbindelse til E39. Sørlandsbanen har stoppested i Hægebostad på Snartemo stasjon. Kommunens administrasjonssenter er Tingvatn. Områdene med tettest befolkning er blant annet Birkeland, Eiken og Snartemo.

<i>Innbyggertall 2019</i>	1683
<i>Innbyggertall 2022 (SSB)</i>	1704
<i>Innbyggertall 2040 (SSB)</i>	1585 / 1575
<i>Innbyggertall 2050 (SSB)</i>	1549

Figur 5 viser innbyggertall for Hægebostad.

Kvinesdal

Kvinesdal grenser i vest mot Flekkefjord og Sirdal, i nord mot Sirdal og Bygland, i øst mot Åseral og Hægebostad og i sør mot Lyngdal og Farsund.

E39 krysser kommunen i sør. Fylkesvei 465 strekker seg fra Kvinesdal til Farsund. Sørlandsbanen har faste stopp på Storekvina stasjon, som ligger ved fylkesvei 465, ni kilometer nord for Liknes, som er kommunens administrasjonssenter. Andre befolkningstyngdepunkter er blant annet Øye, Kvinlog og Fedå.

<i>Innbyggertall 2019</i>	6048
<i>Innbyggertall 2022 (SSB)</i>	5883
<i>Innbyggertall 2040 (SSB)</i>	5632 / 5559
<i>Innbyggertall 2050 (SSB)</i>	5464

Figur 6 viser innbyggertall for Kvinesdal.

Lyngdal

Lyngdal grenser til Hægebostad i nordvest, Åseral i nord, Evje og Hornes i nordøst, Lindesnes i øst og sørøst, og Farsund og Kvinesdal i vest.

Kommunens administrasjonssenter er Alleen, som ligger i sentrum av Lyngdal by. Andre befolkningstyngdepunkter i tillegg til Lyngdalssletta (langs fylkesvei 43) er Skomrag, Sveneik, Austad, Kvås og Korshamn, og befolkningen i tidligere Audnedal kommune, med bosetting i Konsmo, Helle og Byremo.

E39 går i dag sentralt gjennom Lyngdal. I fremtiden vil avstand til sentrum bli noe lenger. Fylkesvei 43 mellom Hægebostad og Farsund går gjennom sentrum ved Rom, samt at fylkesvei 461 i nord gir forbindelse til Kvinesdal.

<i>Innbyggertall 2019</i>	10389
<i>Innbyggertall 2022 (SSB)</i>	10480
<i>Innbyggertall 2040 (SSB)</i>	10970 / 10784
<i>Innbyggertall 2050 (SSB)</i>	10954

Figur 7 viser innbyggertall for Lyngdal.

Sirdal

Sirdal grenser mot rogalandskommunene Lund, Bjerkreim, Eigersund, Gjesdal, og Sandnes i vest, mens grensen i nord er mot Bykle og Valle. I øst har Sirdal grense mot Valle, Bygland og Kvinesdal, og i sør mot Flekkefjord. Kommunens administrasjonssenter er Tonstad. I tillegg er det noe tettere bosetting ved Haugom og i Øvre Sirdal mellom Lunde og Fidjeland.

Fylkesvei 42 går gjennom Tonstad og gir veiforbindelse både vestover og østover, og derfra videre i sørlig retning via mindre fylkesveier.

<i>Innbyggertall 2019</i>	1839
<i>Innbyggertall 2022 (SSB)</i>	1810
<i>Innbyggertall 2040 (SSB)</i>	1774 / 1800
<i>Innbyggertall 2050 (SSB)</i>	1778

Figur 8 viser innbyggertall for Sirdal.

7. Transport – Reiser og kollektiv

I henhold til tidligfaseveilederen står reisetider sentralt når en skal vurdere en lokalisering. I dette kapittelet beskrives reisetider og noen generelle betraktninger rundt kollektivtilbud, som blir nærmere beskrevet under vurderingene i kapittel 8.

I valg av lokalisering bør det tas hensyn til generelle føringer om lavest mulig nivå av klimagassutslipp som følge av transport. Det eksisterer ingen nasjonale krav når det gjelder reisetid, men det vil likevel være en viktig faktor i vurderingen av lokalisering, jf. tidligfaseveileder for sykehusbygg.

Reisetidsanalysene belyser konsekvensene med hensyn til reisetid som ett av flere sentrale perspektiver i vurderingen av de ulike alternativene. Reisetider vil være av betydning for fremtidens innbyggere enten man er pasient eller ansatt. Det er polikliniske konsultasjoner som utgjør størsteparten av klinikkens virksomhet i Lister, og som derfor er mest relevant å ha med seg som bakteppe i denne saken. Når arbeidsgruppa i stor grad har valgt å benytte reisetider som objektive mål i forbindelse med flere av vurderingskriteriene, er det behov for å påpeke at dette er faglig begrunnet i et *behov for nærhet* til tjeneste, pasient, fagmiljø osv.

Det foreligger ingen statistikk per i dag for hvordan pasienter kommer seg til poliklinikk, men erfaringsvis kan det legges til grunn at de fleste pasienter ordner transport selv – primært bil, eventuelt kollektiv. En del pasienter kommer seg også til tjenestestedet via taxi eller blir kjørt av pårørende forutsatt at pasienten ønsker det selv.

I enkelte tilfeller kjører kommunal helsetjeneste eller barnevern, men dette er mindre vanlig når det gjelder de polikliniske tjenestene.

Forutsetninger for reisetidsanalysene har vært diskutert på de aktuelle møtearenaene gjennom prosessen. For eksempel har det vært diskutert om befolkningstettsted eller kommunesenter (administrasjonssenter) skal legges til grunn, da dette ikke alltid vil være det samme for alle kommuner. Det har ikke vært motforestillinger mot at kommunesenter legges til grunn som analyseenhet ved beregninger av reisetid og som utgangspunkt for arbeidet. Føringer for lokalisering setter krav til plassering nær kollektivtilbud, som ofte er plassert i nærhet av kommunesenter.

Ny E39 vil øke mulighet for pendling og muliggjøre økt samarbeid med de mest relevante fagmiljøene i klinikken, som befinner seg i østgående retning. En diskusjon med noe mer usikkerhet knyttet til seg, og som er viet mye plass i prosessen, har derfor vært hvordan ny E39 konkret vil slå ut på reisetidene i fremtiden. Veistrukturer og strekninger er i stor grad bestemt, så konkret har usikkerheten knyttet seg til noen uavklarte påkjøringer/kryss, som en antar at kan være av betydning for reisetider til og fra noen av kommunesentraene i fremtiden. Arbeidsgruppas tilnærming til denne diskusjonen beskrives nærmere under i dette kapittelet og under i kapittel 8, samt fremkommer av reisetidsanalysene som er vedlagt denne rapporten.

7.1 Reisetidsanalyser

I dette kapittelet beskrives ulike forhold vedrørende reisetider og reisetidsanalyser. Tall og resultater fra analysene er lagt til grunn ved vurdering av flere av de aktuelle kriteriene for Tilgjengelighet og Faglig robusthet (Rekruttering).

7.1.1 Rapport fra Multiconsult

Mandatet for utredningen åpner for at det kan engasjeres eksterne konsulenter ved behov. Ved oppstart av arbeidet ble det bestemt at det ville være hensiktsmessig å bestille reisetidsanalyser fra ekstern leverandør for å kunne få så presise analyser som mulig.

Ekstern leverandør Multiconsult har benyttet standard metode/verktøy for denne typen analyser, som er nettverksanalyse i geografiske informasjonssystem (GIS). Analysene ble utført i september og oktober 2023, og benytter egenskaper på veinettet og befolkningsdata for å minimere den totale reisetiden for pasientene⁷. Analysene er utført med befolkningsdata 2022 og framskrevet til 2042 (SSB), og planlagte veilinjer for ny E39 er supplert i eksisterende veinett.

Utgangspunktet er reiser for pasienter. Arbeidsgruppa har imidlertid vurdert at de samme dataene må kunne legges til grunn for kjørevei for ansatte til fremtidig arbeidssted. Dette omtales nærmere under kapittel 8.

Leverandøren har utarbeidet to typer analyser – henholdsvis beste beliggenhet og kjøretidsintervaller.

⁷ Historisk forbruk av tjenestene ligger ikke inne i selve transportanalysene, da forbruk handler vel så mye om uønsket variasjon.

Beste beliggenhet

Denne analysen viser tall for gjennomsnittlig reisetid for hele befolkningen til de aktuelle lokasjonene. Den summerer opp reisetid vektet for befolkningen til alle aktuelle kandidater (kommuner). Verktøyet analyserer teoretisk sett beste plassering, dersom målet er at hele befolkningen skal besøke det nye sykehuset like mye. Dette er i tråd med prinsippet om likeverdige helsetjenester til befolkningen. Historisk forbruk er med andre ord ikke inkludert i analysene. Dette og andre forhold ved analysene fremkommer mer detaljert av den vedlagte rapportens kapittel 5.3. Arbeidsgruppa har benyttet denne analysen i forbindelse med vurderingene, jf. kapittel 8.

Teoretisk optimal beliggenhet ville være Opofta, med 21,7 minutter gjennomsnittlig reisetid med bil. Opofta er imidlertid ikke en aktuell plassering som følge av andre hensyn som må tas ved valg av plassering eller hvor dagens administrasjonssentre ligger. Beste beliggenhet gir dermed i seg selv ikke noen flere svar på hvor virksomheten bør plasseres. Av de seks kommunene vil Lyngdal ha lavest gjennomsnittlig reisetid, med 24,3 minutter. Deretter kommer Kvinesdal, Farsund, Flekkefjord, Hægebostad og Sirdal.

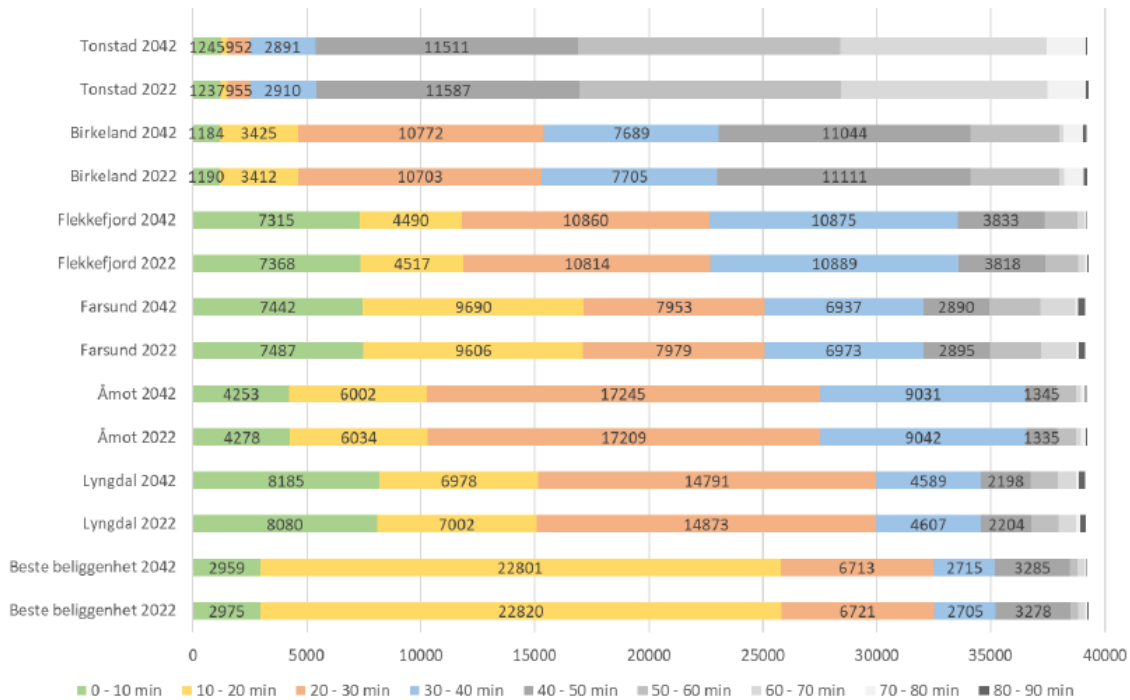
<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
26,5	27,0	36,6	26,2	24,3	52,2

Figur 9 viser gjennomsnittlig reisetid for befolkningen til aktuelle kommune.

Det vises til kapittel 8 for arbeidsgruppas vurderinger av reisetidene.

Kjøretidsintervaller

Denne analysen viser beregning av kjøretid til/fra et punkt for befolkningen summert innenfor definerte tidsintervaller, og uttrykker hvor langt en bilist teoretisk sett kommer innen bestemte tidsintervaller. Deretter er befolkningen summert opp innenfor hvert intervall. Denne analysen er et interessant med tanke på å kunne foreta refleksjoner knyttet til reisetid med en noe annen innfallsvinkel enn gjennomsnittlig reisetid. Intervallanalysen gir imidlertid svært forskjellige resultater avhengig av hva slags tidsintervall som blir lagt til grunn. Dette fremkommer av følgende tabell:



Figur 10 viser befolkning i kjøretidsintervaller.

Tabellen viser at hvilket tidsintervall for reisetid man velger betyr noe for resultatene. For eksempel kommer Lyngdal best ut dersom man legger til grunn 10 minutter, Farsund dersom man legger til grunn 20 minutter, Kvinesdal dersom man legger til grunn 30 minutter osv.

Det er ikke lagt føringer for definerte tidsintervaller for utredningsprosessen, kun generelle føringer om å minimere reisetid for befolkningen. Arbeidsgruppa har med utgangspunkt i dette funnet intervallanalysene nyttige, men valgt å gjøre vurderingene på bakgrunn av gjennomsnittstall (*Best beliggenhet*).

Befolkningsutvikling i den enkelte kommune viser seg for øvrig å ha lite utslag på transportanalysene når en ser på framskrivningene. Dette gjelder begge de to analysetypene.

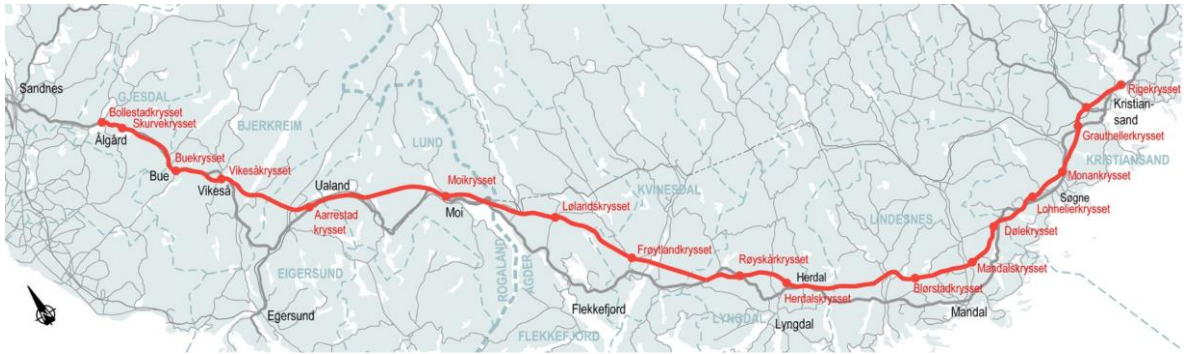
7.1.2 Andre reisetider med bil

For en del av de andre kriteriene som er utarbeidet, har det vært nødvendig å skaffe til veie også enkelte andre reisetider. Reisetidene nedenfor ble utarbeidet internt i SSHF. Beregningene er gjort med utgangspunkt i kommunesenter og med kilder Nye Veier⁸ og Google, og uttrykker reisetid i fremtiden. Tidene har vært presentert på de aktuelle møtearenaene gjennom prosessen, og tilbakemeldingene har vært at tidsangivelsen kan legges til grunn.

⁸ [Reisetidkalkulator | Nye Veier AS](https://www.nyeveier.no/prosjekter/e39/e39-bue-algard/reisetidkalkulator/reisetidkalkulator/)
<https://www.nyeveier.no/prosjekter/e39/e39-bue-algard/reisetidkalkulator/reisetidkalkulator/>

	<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
<i>Stavanger</i>	100	80	113	89	95	82
<i>Kristiansand (Eg)</i>	59	63	69	61	44	94
<i>Mandal (Orelunden)</i>	42	47	52	45	27	78
<i>Flekkefjord sykehus</i>	38	0	45	22	31	51
<i>til ny E39</i>	22	12	32	12	7	33

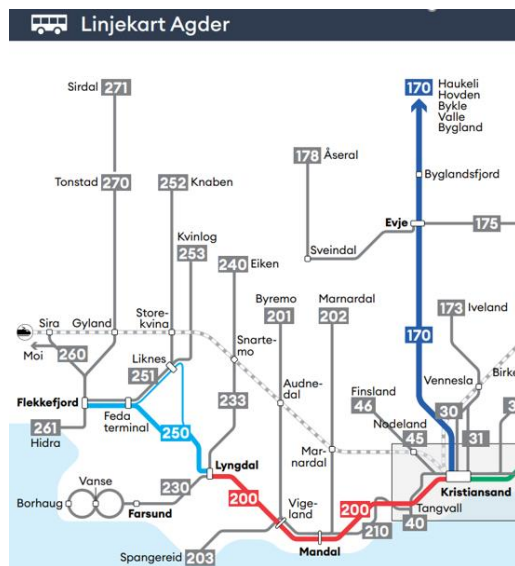
Figur 11 viser andre aktuelle reisetider med bil fra hver kommune.



Figur 12 viser kart over fremtidens motorveinett (E39). Kilde: Nye veier

7.2 Kollektivtilbudet

Føringer for lokalisering setter krav til plassering nær kollektivtilbud, og vil være av betydning særlig for pasienter som av ulike årsaker ikke kan benytte bil. Det samme kan gjelde for ansatte.



Figur 13 viser linjekart for vestre del av Agder. Kilde: Agder kollektivtrafikk.

Med tanke på at pasientene primært skal til poliklinisk behandling, vil det være av betydning å se på hvor stor del av en dag den reisende vil måtte bruke for å kunne gjennomføre en poliklinisk konsultasjon. Kollektivtilbud vil imidlertid også kunne være av betydning for pasienter i døgntilbud.

Mest mulig effektiv transport med færrest mulig bytter – først og fremst i form av direktebusmulighet – vil derfor være relevant å vektlegge, da bytter kan sies å øke sårbarheten i kollektivtilbudet med hensyn til for eksempel forsinkelser. Dette beskrives nærmere under kapittel 8.

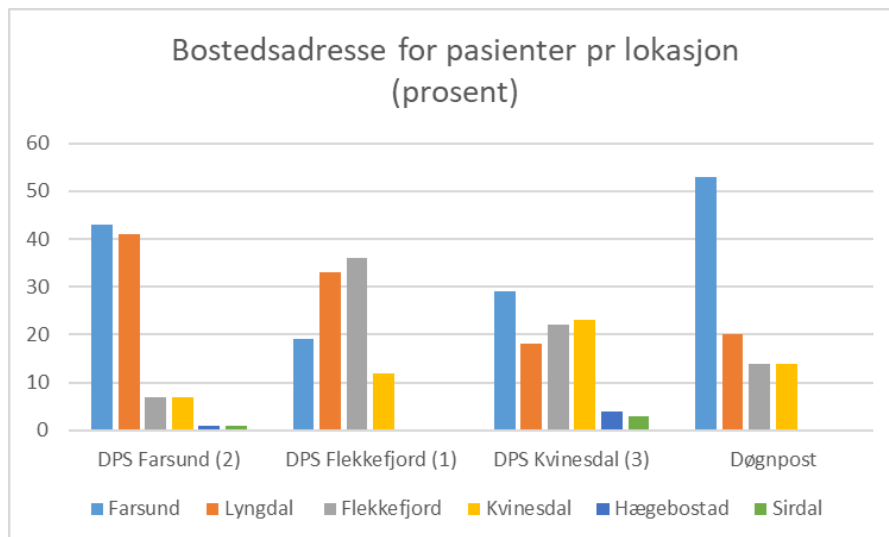
Linjekartet for dagens kollektivtilbud i Listerregionen tilsier at det skal kunne gå an å forflytte seg ved kollektivtransport mellom de ulike lokasjonene. I praksis fremstår tilbudet som begrenset. Til tross for dette vil nærhet til kollektivtilbud – i tråd med

overordnede føringer – være en viktig faktor ved vurdering av fremtidig plassering av virksomheten.

Etter innspill fra referansegruppe Samhandling er det vurdert om det bør innhentes ytterligere informasjon fra Agder fylkeskommune ved samferdsel. Etter avklaring med styringsgruppen har arbeidsgruppa lagt til grunn dagens kollektivtilbud. Hovedtrekkene i tilbudet vil trolig videreføres, og eventuelt videreutvikles i tråd med befolkningsframskrivninger og bosettingsmønstre.

7.3 Lister som et felles bo- og arbeidsmarked

Profilen som fremkommer ved et tilfeldig uttrekk i en 14 dagers periode i april 2024, jf. figurene under, illustrerer godt Lister som ett felles bo- og arbeidsmarked. Uttrekket er gjort for DPS Lister, og viser at verken pasienter eller ansatte nødvendigvis har sin bopæl i den kommunen hvor de får sitt behandlingstilbud eller jobber. For eksempel har 36 % av de ansatte i DPS i Kvinesdal sin bopæl i samme kommune. For Flekkefjord er tallet 57 % for DPS-ansatte.



Figur 14 viser bostedskommune prosentvis fordelt på behandlingssted for pasienter innen DPS.

Hvor bor ansatte – Et felles bo og arbeidsmarked (antall)



Figur 15 viser bostedskommune prosentvis fordelt på arbeidssted for ansatte innen DPS.

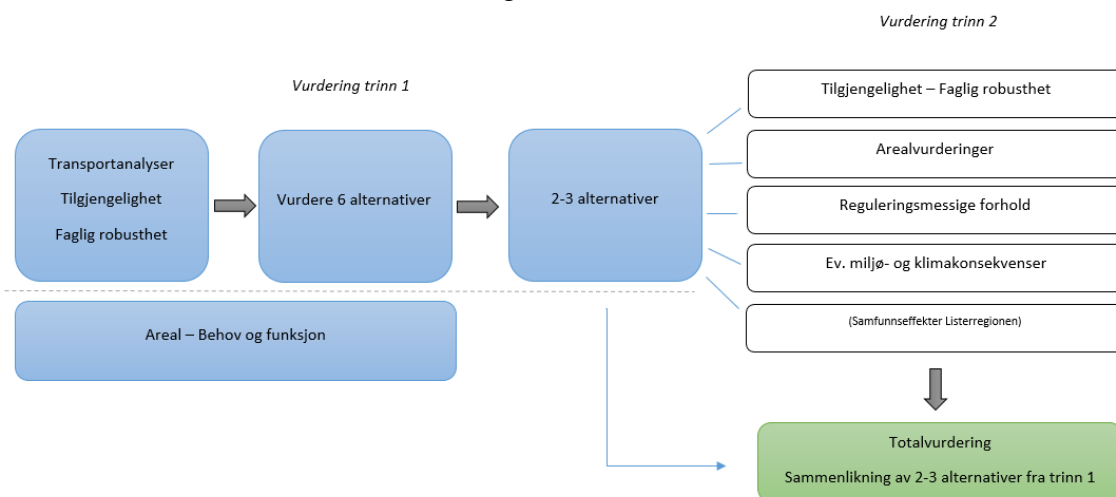
For ABUP er det en høyere andel som bor og arbeider i samme kommune. For ABUP er det i Poliklinisk team Flekkefjord 8 faste stillinger hvorav 7 bor i Flekkefjord og 1 i Egersund. For Poliklinisk team Farsund er det 13 faste stillinger hvorav 10 bor i Farsund, 2 i Lindesnes og 1 i Lyngdal. Det er ikke hentet ut eksakte tall for ABUP-pasienters bo- og behandlingssted, men det er trolig en større korrelasjon mellom bosted og behandlingssted for pasienter innen ABUP enn innen DPS.

8. Vurderinger

I dette kapittelet beskrives de ulike forholdene vedrørende vurderinger: Prosess, kriterier og arbeidsgruppas vurderinger.

8.1 Vurderingsprosess

Arbeidsgruppa har vært opptatt av å utarbeide en hensiktsmessig modell for vurdering av de ulike alternativene. Modellen har vært tema på aktuelle møtearenaer. I tråd med signaler fra styringsgruppa ble følgende modell besluttet etter at saken også formelt hadde vært drøftet med klinikktiltitsvalgte:



Figur 16 viser oversikt over lokalisasjonsutredningens vurderingsprosess.

Modellen innebærer at det gjøres en sortering/utvelgelse når en går fra trinn 1 til trinn 2, slik at kun de kommunene som fortsatt vurderes som aktuelle etter vurderinger i trinn 1 går videre til trinn 2 for supplerende vurderinger. Med supplerende menes at trinn 2 tar opp i seg og bygger videre på resultatene fra trinn 1.

8.2 Generelt om vurderingskriteriene i arbeidet

Arbeidsgruppa har lagt vekt på å utforme og operasjonalisere vurderingskriterier som i størst mulig grad er kunnskapsbaserte, objektive og mulige å måle konkret, og som i tillegg egner seg til å skille alternativene fra hverandre. De endelige kriteriene – som hver for seg fungerer som ulike perspektiver til hva som er viktige forhold ved en lokalisering – har blitt til gjennom prosessen med innspill fra involverte internt og eksternt.

De enkelte kriteriene fremkommer gjennom rapporten, og er i tillegg samlet i eget vedlegg til rapporten. Flere av kriteriene måles ved reisetid. Arbeidsgruppa vil understreke at det ikke handler om tidene i seg selv, men som et uttrykk for *nærhet til noe som er viktig* enten det er i lys av tilgjengelighet eller faglig robusthet.

8.3 Vurderingsmetodikk

Arbeidsgruppa har i sine vurderinger sammenliknet de ulike alternativene opp mot hverandre, og benyttet en skala med fire farger for rangering. I tabellene i kapitlene som omhandler vurdering indikerer fargebruken følgende:

Dårligste alternativ	Nest dårligste alternativ	Nest beste alternativ	Beste alternativ
----------------------	---------------------------	-----------------------	------------------

Figur 17 viser skalaen som arbeidsgruppa har benyttet ved rangering av alternativene.

8.4 Vurderinger - Tilgjengelighet og Faglig robusthet

I trinn 1 har arbeidsgruppa vurdert alle alternativene opp mot kriteriene for Tilgjengelighet og Faglig robusthet (Rekruttering), som tidligfaseveilederen angir som viktige områder i en utredning av lokalisering. Arbeidsgruppa har valgt å vektlegge Faglig robusthet (Rekruttering) noe tyngre enn Tilgjengelighet på bakgrunn av en totalvurdering av innspill underveis i prosessen. Begrunnelsen er at fagmiljøet er forutsetningen for tilbudet, og at rekrutteringsutfordringene er så store og langvarige. I tillegg ser man at reisetidene internt i Listerregionen ikke skiller seg betydelig fra hverandre ved reiser mellom de fire største kommunene når det gjelder pasientreiser.

8.4.1 Tilgjengelighet for pasient og samarbeidspartnere (eksternt)

Tilgjengelighet handler i dette arbeidet om å tilrettelegge for at flest mulig pasienter innenfor alle aktuelle pasientgrupper skal nå frem til og kunne benytte seg av tjenestene på enklest mulig måte, og at tjenestene skal kunne oppsøkes på enklest mulig måte av samarbeidspartnere. Noen av kriteriene vil også kunne være relevante for ansatte som skal reise ut til pasient.

Det sentrale vil være å se på hvordan en i fremtiden kan sikre størst mulig grad av nærhet til flest mulig innbyggere og samarbeidspartnere i Listeregionen. Dette gjøres ved å se på befolkningsframskrivninger, og ikke historiske tall for henvisninger eller dagens forbruk av tjenester.

Gjennom prosessen har både brukerrepresentanter og kommunerepresentanter vært enige om at tilgjengelighet for brukerne vil være viktigere enn hvilken kommune virksomheten blir plassert i.

8.4.1.1 Føringer, behov og begrunnelse for vurderingskriterier

Generelt om tilgjengelighet og kollektiv

Offentlige virksomheter skal generelt hensynta fremkommelighet og universell tilgjengelighet ved valg av plassering, og virksomheter med mange ansatte og besøkende bør ligge sentralt i byer og tettsteder. Lokalisering av arbeidsplass- og besøksintensive virksomheter vurderes i sammenheng med eksisterende eller framtidige kollektivknutepunkt. Såkalt unike virksomheter med mange ansatte bør plasseres så sentralt som mulig og i nærhet av kollektivknutepunkt. I et slikt perspektiv anses

spesialisthelsetjenesten – i motsetning til for eksempel barnehager – for å være unik virksomhet.

Det skal tas hensyn til den delen av befolkningen som har lav mobilitet, noe som i denne saken er særlig relevant for eksempel for psykisk helsevern for barn og unge og for pasienter innen rusbehandling. Det har kommet innspill på at det er den reelle reisetiden som vil bety noe særlig for pasienter i ungdomspopulasjonen, som kan risikere å miste en hel skoledag grunnet det begrensede kollektivtilbudet. Kollektivtransport og -knutepunkter står dermed som noe som må vektlegges til tross for at tilbudet i Lister er begrenset.

Det har også kommet innspill på at det særlig innen barn og unge-feltet finner sted samtaler som krever jevnlig og hyppig oppmøte av både barn og voksen, og hvor det ikke er optimalt eller mulig å gjennomføre konsultasjon via video –for eksempel familierapi, testing, legeundersøkelser og eksponering.

Kortest mulig reisetid for flest mulig pasienter til virksomheten står dermed sentralt. Tilsvarende vil kortest mulig reisetid *til* pasientene også kunne være av betydning for den ambulante delen av virksomheten – dette gjelder både voksne, barn og unge.

Vektlegging av redusert transport gjennom reduksjon av reisetider og bruk av kollektivtransport følger også av overordnede mål om utslippsreduksjon.

Infrastruktur og fremkommelighet

I et tilgjengelighetsperspektiv vil infrastruktur og fremkommelighet til de ulike lokasjonene kunne være ulike og bør vurderes. Infrastruktur er i nåværende fase avgrenset til veinettet – det å sikre fremkommelighet og forsyninger. På et senere tidspunkt må infrastruktur også vurderes med hensyn til strømforsyning, vannforsyning, IKT, evakueringsplaner m.v.

Som et utgangspunkt vil det være en fordel at virksomheten plasseres nær europavei med tanke på tilgjengelighet (for pasienter, ansatte, samarbeidspartnere, reisevirksomhet), og med tanke på beredskapssituasjoner og flere naturhendelser som en tror vil inntreffe i fremtiden. Ved snøfall, flom, ulykker og stengte veier av ulike andre årsaker vil det være av betydning om det finnes alternative kjøreruter til aktuell lokasjon. Virksomhetens plassering må i alle tilfeller være knyttet til en prioritert vei, slik at risikoen ved en beredskapssituasjon blir så liten som mulig. *Sårbarhet i veinettet* vurderes generelt til å bli mindre i fremtiden ved ny E39 som følge av mer effektive omkjøringsmuligheter. Hvorvidt ny E39 vil eller ikke vil medføre gjenbruk av vei/tunnel, vil også kunne bety noe for sårbarheten.

Virksomhetens behov skal også vektlegges når en skal vurdere plassering, og er beskrevet under kapittel 5. Under overskriften Tilgjengelighet har det vært diskutert i hvilken grad og på hvilken måte nærhet til ulike samarbeidspartnere internt og eksternt er av betydning, og i så fall hvilke av disse som er egnet til å skille de ulike alternativene fra hverandre.

Arbeidsgruppa kan ikke se at det er grunnlag for å skille alternativene fra hverandre med hensyn til *kommunale helsetjenester* da disse er tilgjengelig i alle kommunene, og samhandlingen med disse tjenestene skal være likeverdig uavhengig av virksomhetens plassering. Av andre tjenester som er diskutert, men heller ikke vurdert som egnet

og/eller relevant å skille alternativene på, er blant annet legevakt, ambulanse, samt brann og politi (grunnet makskrav for utrykningstid).

Når det gjelder behovet for *nærhet til annen virksomhet* i SSHF i et pasientperspektiv, er behovet først og fremst nærhet til *andre tjenester i KPH*. Dette handler om både nærhet til akuttfunksjoner og døgnplasser. Dette er også beskrevet i kapittel 5.

Gjennom prosessen har det kommet enkelte innspill om en bekymring for en lokalisering for langt bort fra somatisk sykehus, med begrunnelsen at det er stadig økende behov for tettere samarbeid og tilgang til laboratorium, prøvesvar og akuttmottak, hvor særlig DPS-personell må bistå somatiske pasienter. En lokalisering nær somatikk ville helt klart kunne forbedre samhandling om pasienter på tvers av somatikk og psykiatri. En kunne også argumentert for at en lokalisering ved somatisk sykehus vil kunne gi tilgang til kjøkken, tekniske tjenester og renholdstjenester, samt kort vei til vurdering ved legevakt. Øvrige DPS i KPH er ikke imidlertid lokalisert i umiddelbar nærhet til somatikk, og hovedvekten av innspillene fra KPH tilsier at nærhet til andre tjenester i KPH vil være av langt større viktighet i et pasientperspektiv enn nærhet til somatikk og øvrig virksomhet i SSHF (utover KPH). Dette gjelder for alle tre avdelinger. Fra ansatte (samt pasienter) på døgnenhet i DPS Lister har det kommet innspill om at nærhet til rekreasjons-/grøntområder vil være langt viktigere enn nærhet til somatikk, da utendørsområdene i stor grad benyttes daglig til både fysisk aktivitet, opphold utendørs og ved familie-/pårørendebesøk.

Det foreligger heller ingen krav eller føringer om nærhet mellom somatikk og DPS slik en vil kunne hevde at det gjør for en psykiatrisk sykehusavdeling⁹. *Nærhet til somatikk* tas likevel med som et kriterium for å sikre at temaet er godt belyst og vurdert, og fordi det i noen tilfeller er en fordel med kort avstand til somatikk med tanke på prøvetaking også sett fra KPH. Volumet av prøver som tas er imidlertid ikke noe som utfordrer logistikken, og er ikke avgjørende med hensyn til plassering. I KPH vurderes utrykningstid til ambulanse som mer vesentlig enn nærhet til somatiske helsetjenester, men førstnevnte er ikke tatt med som kriterium. Det samme gjelder for eksempel politi, som det ikke er uvanlig at eskorterer pasienter mellom lokasjoner i KPH i forbindelse med tvangsinleggelse. Også ABUP vil heller vektlegge tjenester til barn og unge i større grad enn nærhet til somatikk. ARA stiller seg bak ABUP sin vurdering, fordi det handler om lokalisering av den polikliniske virksomheten.

Arbeidsgruppa mener at et godt samarbeid mellom instanser som jobber med henholdsvis somatikk og psykiatri er nødvendig for å kunne tilby tjenester av god kvalitet for «hele mennesket». Dette er likevel et perspektiv i behandlingen som må gjelde uansett hvor behandlingen finner sted, og med alle samarbeidspartnere. Det er ikke på somatisk sykehus at størstedelen av klinikkens pasienter befinner seg, men ute i kommunene på for eksempel skoler, arbeidsplasser og i hjemmet.

Siden nærhet kan måles i form av reisetid til/fra de ulike alternativene, har arbeidsgruppa valgt å skille på *Somatikk SSF* og *Somatikk SSK*. Arbeidsgruppa vekter imidlertid betydningen av nærhet til somatikk i henholdsvis Kristiansand og Flekkefjord likt, selv om det kan argumenteres for at Kristiansand kunne vært vektet tyngre som følge av at både ABUP, ARA og DPS har mest tilknytning til somatikk i Kristiansand. For eksempel har ABUP samarbeid med habiliteringstjenesten for barn og unge

⁹ [221025-rapport-lokalisering-phv-somatikk-tsb.pdf \(sykehusbygg.no\)](https://www.sshf.no/221025-rapport-lokalisering-phv-somatikk-tsb.pdf)

(HABU) og barne- og ungdomsavdelingen (BUA). For denne somatiske virksomheten er Kristiansand nærmeste lokalisasjon.

Av *andre samarbeidspartnere i Listersamarbeidet* vurderer ABUP at det vil være av betydning med en plassering med nærhet til andre regionale tjenester for barn og unge, nærmere bestemt PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste) og Lister barnevern, som begge har tilhold i Farsund. Dette vil likevel ikke være av større betydning enn nærhet til de interne fagmiljøene i ABUP og KPH for øvrig, men det vil være av større betydning enn for nærhet til somatikk. For DPS og ARA skiller det ikke på fysisk nærhet til bestemte tjenester når det gjelder andre samarbeidspartnere i regionen.

Når det gjelder nærhet til andre samarbeidspartnere har en for ABUP sin del diskutert om for eksempel nærhet til videregående skoler skulle vært tatt med som et vurderingskriterium. Arbeidsgruppa gikk ikke videre med dette, da det ikke er noen skoler som ABUP har mer behov for å være fysisk nær enn andre, og hensynet til tilgjengelighet for flest mulig med kollektivtransport er identifisert som et eget kriterium som ivaretar alle grupper av pasienter som ikke har eller kan kjøre bil selv til lokasjon. Tjenestene må imidlertid være utformet slik at flest mulig kan nå frem, enten dette skjer ved fysisk oppmøte eller digitalt.

Andre forhold

Parkeringsmuligheter for pasienter vil være viktig i et tilgjengelighetsperspektiv, og er diskutert som et mulig kriterium. Som følge av at lokasjon ikke er kjent, er parkeringsmuligheter ikke tatt med videre som kriterium for tilgjengelighet, men er et forhold som bør vurderes nøye når en senere skal vurdere konkret plassering innenfor aktuell kommune. Det samme gjelder behovet for en plassering nær grønt-/rekreasjonsområder.

På bakgrunn av ovennevnte har arbeidsgruppa utledet følgende *vurderingskriterier* for *Tilgjengelighet for pasient og samarbeidspartnere (eksternt)*:

- Kort reisetid til alternativet for flest mulig i befolkningen - med bil
- Kollektivknutepunkt i nærheten av lokasjon
- Kollektivmuligheter for mange (kvalitativ)
- Avstand til hovedveiforbindelser
- Stabilitet infrastruktur (sårbarhet i veinett)
- Nærhet til
 - Andre tjenester i KPH
 - Somatikk SSF
 - Somatikk SSK
 - Andre samarbeidspartnere i Listersamarbeidet (region)
 - For ABUP vektlegges PPT og barnevern
 - For DPS og ARA skiller det ikke på dette

8.4.1.2 Vurderinger

Under redegjøres det for arbeidsgruppas vurderinger når det gjelder vurderingskriteriene *Tilgjengelighet for pasient og samarbeidspartnere*.

A1 – Kort reisetid til alternativet for flest mulig i befolkningen – med bil

På dette kriteriet har arbeidsgruppa lagt til grunn gjennomsnittlig reisetid i minutter med bil til kommunesenteret for de ulike lokasjonene. Det er tatt hensyn til nye motorveier, og befolkning er fremskrevet til 2042. Arbeidsgruppa har vurdert alternativ A (2042-tall) i reisetidsanalysen fra Multiconsult for kriteriet A1.

Tabellen under viser at det for fire av kommunene skiller kun få minutter i gjennomsnittlig reisetid. Samfunnsøkonomisk kan det argumenteres for at selv få minutters differanse i gjennomsnittlig reisetid aggregert sett vil kunne gi store differanser mellom alternativene, noe som også vil forsterke seg over tid, og som kunne vært nærliggende å vektlegge.

Arbeidsgruppas tilnærming er imidlertid at differansen på noen få minutter vil være av liten betydning for de fleste pasienter. På kriteriet kort reisetid til alternativet for flest mulig i befolkningen (med bil) likestilles derfor Lyngdal, Kvinesdal, Farsund og Flekkefjord som beste alternativer. Hægebostad kommer et vesentlig stykke bak. Sirdal har betydelig lengst reisetid.

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
26,5	27,0	36,6	26,2	24,3	52,2

Figur 18 viser gjennomsnittlig kjøretid i minutter til alternativene, jf. rapport fra Multiconsult og arbeidsgruppas vurdering på kriteriet A1.

Arbeidsgruppa merker seg at Lyngdal vil kunne sies å ha en viss feilmargin, avhengig av om en legger til grunn kommunesenter (Alleen) eller handelssenter (Rom) som aktuell plassering. 24,3 minutter er reisetid til Alleen, og den ville trolig vært noe kortere til Rom.

A2 – Kollektivknutepunkt i nærheten av lokasjon – Kollektivmuligheter for mange

Føringer for lokalisering setter krav til plassering nær kollektivtilbud. Selv om kollektivtilbudet er begrenset i Listerregionen vil det gi en fordel ved de lokasjonene som faktisk har slik nærhet, da dette vil være av betydning særlig for pasienter som av ulike årsaker ikke kan benytte bil. Det samme kan gjelde for ansatte.

Arbeidsgruppa fant det vanskelig å komme frem til ulike vurderingsgrunnlag for det som i utgangspunktet var tenkt som to ulike kriterier som et uttrykk for tilgjengelighet via kollektivtilbud. Disse to kriteriene har derfor blitt behandlet/vurdert under ett. Arbeidsgruppa har avgrenset til det ordinære busstilbudet. Ekspressbusser (Vy) kunne vært aktuelt å vurdere, men er ikke tatt med grunnet høy billettpris, som tilsier at det vil være mindre realistisk at pasienter benytter seg av tilbudet. Prøveprosjektet AKT Svipp, som kjører på bestilling fra enkeltbrukere, fungerer godt der prøves ut. En utbredning av tilbudet vil være kostbart, og er derfor et tilbud som per i dag vurderes som noe usikkert med tanke på fremtidig eksistens. Tog vurderes som et lite realistisk transportalternativ,

både grunnet trasé og avgangstider-/hyppighet, og er derfor ikke lagt til grunn for vurderingene¹⁰.

Kollektivtilbudet i Listerregionen er preget av ruter med flere bytter, som øker risikoen for at det kan oppstå forsinkelser. Arbeidsgruppa har dannet seg et overblikk over alle kommunene med hensyn til kollektivtilbud¹¹, og har gjort en helhetlig vurdering på bakgrunn av blant annet kollektivknutepunkter, overgangsmuligheter, direktebusmuligheter, reisetider mellom alle lokasjoner, avgangstider (klokkeslett/frekvens/hyppighet) og hvor stor del av en dag som vil gå med for å kunne gjennomføre en poliklinisk konsultasjon. Plassering av videregående skoler er sentralt for pasienter i ungdomsalder, noe som også vil være hensyntatt ved at kollektivknutepunkter er lokalisert med kort avstand til videregående skoler.

Det kan sies å være noe usikkerhet med hensyn til hvordan kollektivtilbudet vil se ut i fremtiden. Arbeidsgruppa har sett på dagens situasjon, og erkjenner at dette kan forandre seg over tid. Det er sannsynlig at dagens knutepunkter trolig vil være der også i fremtiden, og arbeidsgruppa legger til grunn en antakelse om at dersom tilbudet bygges ned, vil nedbyggingen først skje i mer grisgrendte strøk. Og motsatt: Dersom tilbudet styrkes, vil det bli ytterligere styrket der hvor det er relativt sett bra i dag. Begrunnelsen for denne antakelsen har sin bakgrunn i planlagt veiutbygging og framskrivninger av befolkningsutvikling.

I en vurdering av kollektivtilbud er det flere usikkerhetsmomenter. Faktorer som vær og føreforhold, veistandard, reisetider med mer vil kunne påvirke den enkeltes vurdering av hvorvidt kollektivtransport er et realistisk alternativ. Arbeidsgruppa anser imidlertid antall bytter for å være det som trolig vil være det avgjørende for den reelle muligheten for å benytte seg av kollektivtransport til og fra lokasjonen.

Spørsmålet er hvilken lokasjon det vil være enklest å komme seg til fra flest av de andre stedene. Arbeidsgruppa har analysert de aktuelle strekningene mellom de 6 alternative lokasjonene. Analysen ble gjort en tilfeldig onsdag i oktober 2023, med utgangspunkt i avganger fra kl. 6 om morgenen og videre utover dagen.

Under fremkommer informasjon som arbeidsgruppa finner relevant for de aktuelle strekningene:

<i>Farsund – Kvinesdal (Liknes)</i>	Tidsbruk: Fra 57 minutter opptil 1 t 20 min. Avganger: Ganske mange avganger ila. en dag Bytter: 1-3 bytter Reisetid: 3 timer reise totalt Vil kreve god timing pga. to timer mellom avgangene.
<i>Kvinesdal (Liknes) – Flekkefjord</i>	2 timer mellom en del avganger. Men dette er en direktebuss som tar 30 min. Avganger: 9 frem til kl. 15.15. 8-9 returer.

¹⁰ Fra for eksempel Byremo må en først til Vigeland (Lindesnes) og så til Lyngdal

¹¹ [Reiseplanlegger og avgangstider - Agder kollektivtrafikk \(akt.no\)](#)

<i>Lyngdal – Kvinesdal (Liknes)</i>	Vil kreve 1 bytte ved terminalen på Feda. Avgang annenhver time.
<i>Lyngdal – Farsund</i>	10 avganger frem til kl. 14.30. Mer enn en gang i timen. Ca. 25 minutters reisetid. Retur hver time.
<i>Lyngdal – Flekkefjord</i>	Annenhver time. Ca. som for Kvinesdal. 6-7 avganger.
<i>Flekkefjord – Farsund</i>	Verre enn mot Kvinesdal. 1-2 bytter. Korteste reisetid 55 minutter, de fleste avgangene har 1t 20 min.
<i>Tonstad – Farsund</i>	2 t 38. 2-3 bytter. Heldagsreise, med start før kl. 8 og sen retur.

Figur 19 viser informasjon for aktuelle strekninger som belyser omfang og realisme innen kollektivtilbud i Listerregionen..

Gjennomgangen støtter opp om oppfatningen av at kollektivtilbudet i regionen er av begrenset art. Arbeidsgruppas inntrykk er at kollektivtilbudet ikke har fulgt opp de mulighetene som ligger i veinettet, og at jo lenger vest man skal, jo mindre er sannsynligheten for at kollektivtransport benyttes.

På bakgrunn av antall bytter og strekninger som vurderes gode med hensyn til avgangstider/reisetider kommer Lyngdal best ut. Lyngdal har tre gode strekninger. Lyngdal har mange direkteforbindelser til andre byer, men arbeidsgruppa finner det vanskelig å gi noen av alternativene den beste vurderingen gitt det begrensede kollektivtilbudet i regionen.

Etter Lyngdal vurderes Flekkefjord, Kvinesdal (Liknes) og Farsund til å komme ut likeverdig på bakgrunn av de samme faktorene. Linjekartet mangler en linje mellom Farsund og Feda, og når denne legges til kommer de tre alternativene ganske likt ut. Deretter kommer Hægebostad og Sirdal.

Det kan dessuten nevnes at skoler og kollektivknutepunkter i henholdsvis Lyngdal, Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal er plassert med tilstrekkelig grad av nærhet til hverandre.

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>

Figur 20 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet A2.

Økt bruk av kollektivtrafikk vil kunne gi en gevinst for samfunnet der befolkningen er stor. Arbeidsgruppa har imidlertid ikke gjort beregninger av eller lagt vekt på dette.

A3 Avstand til hovedveiforbindelser

Det vises til kapittel 8 for bakgrunnen for kriteriet. Arbeidsgruppa har valgt å vurdere de seks alternativene opp mot reisetid med bil i minutter til E39-påkjørsel i 2040.

For lang avstand til E39 vil være en ulempe ved vurdering opp mot dette kriteriet.

For de alternativene med kortest avstand har arbeidsgruppa i første omgang valgt ikke å skille på tidsdifferansene for Farsund, Flekkefjord, Kvinesdal og Lyngdal, selv om det kan diskuteres om det i større grad burde vært differensiert mellom Farsund kontra Flekkefjord, Kvinesdal og Lyngdal.

Målt ved avstand i minutters reisetid til ny E39, vurderes alternativene slik at Farsund, Flekkefjord, Kvinesdal og Lyngdal kommer best ut med hensyn til avstand til hovedvei, og deretter Hægebostad og Sirdal.

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
22	12	32	12	7	33

Figur 21 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet A3.

A4 Stabilitet infrastruktur (sårbarhet i veinett)

SSHF ser generelt ikke med bekymring på veinettet i Listerregionen, men det er viktig å tenke alternative kjøreruter ved plassering av virksomheten. Med tanke på beredskapssituasjoner som kan oppstå, bør det minimum være to alternative kjøreveier på prioritert vei til alternativet i 2040. Det er dette arbeidsgruppa har vurdert supplert med refleksjon når det gjelder sannsynlighet og konsekvens, samt hyppighet av ulike scenarier, basert på erfaringer. Arbeidsgruppas refleksjoner og vurderinger av tilgjengelighetsaspektet ved veinettet er drøftet med beredskapssjef i SSHF.

Arbeidsgruppa oppfatter at det generelt er forholdsvis god standard på fylkesveiene til hovedveiforbindelse (ny E39). Befolkningen i Lister er likevel vant med veier som blir stengt eller har redusert kapasitet i kortere eller lengre perioder som følge av blant annet trafikkulykker, vær-/føreforhold eller vedlikehold av tunellstrekninger. Konsekvensene av dette kan være lang omkjøring, økt utrykningstid for ambulanse, at det i noen tilfeller ikke er mulig å møte opp til poliklinisk konsultasjon eller på jobb, eller at døgnenheten ikke kan forsynes med nødvendige varer.

Nødvendig vedlikehold årlig i tunellstrekningene på nåværende E39 vil trolig bli annerledes ved ny vei, som igjen vil gi mer effektive omkjøringsmuligheter. Området fra Tonstad i Sirdal og sørover er rasutsatt og med svært begrensede omkjøringsmuligheter. De omkjøringsmulighetene som finnes vurderes også som langt mindre realistisk enn for de andre alternativene med tanke på avstandene. Farsund og Hægebostad vurderes ganske likt. Hægebostad har riktignok flere veialternativer enn Farsund, men vurderes til å ha mer utsatte veier enn Farsund. Flekkefjord og Kvinesdal har begge alternative omkjøringsveier, og vurderes som nest best: Flekkefjord på grunn av solide veier og Kvinesdal på grunn av fleksibilitet i omkjøringsveier. Lyngdal kommer best ut som følge av flest omkjøringsmuligheter og vurdert lav risiko med hensyn til beredskapssituasjoner.

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>

Figur 22 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet A4.

Nærhet til Andre tjenester i KPH – Somatikk SSF – Somatikk SSK – Andre samarbeidspartnere i Listerregionen

Nærhet til andre tjenester er delt opp i fire selvstendige kriterier. De aktuelle avdelingene har med utgangspunkt i type og hyppighet av publikumskontakt beskrevet betydningen av plassering fysisk nær de ulike tjenestene, jf. kapittel 5. Dessuten har avdelingene og referansegruppene kommet med innspill i utarbeidelsen av kriteriene. Det vises til kapittel 8 for bakgrunnen for de enkelte kriteriene.

Vurderingene i arbeidsgruppa er deretter gjort på bakgrunn av aktuelle reisetider, jf. kapittel 7. Arbeidsgruppa understreker igjen at reisetidene fungerer som uttrykk for nærhet til de aktuelle tjenestene.

A5 (Nærhet til) Andre tjenester i KPH

Nærhet til andre tjenester i KPH er av betydning for virksomheten i Lister, og er beskrevet i kapittel 5. Det er en viss avstand i reisetid til andre tjenester til KPH uansett hvor i Listerregionen en befinner seg.

Særskilte behov per avdeling med hensyn til nærhet til andre tjenester i KPH oppsummeres til følgende:

- ABUP: Akutfunksjoner og døgnpost i Kristiansand. Dagtilbud i Østre Agder.
- ARA: Døgnpost Kongsgård og Byglandsfjord. I poliklinisk sammenheng er det ett felles team for Lindesnes og Lister, slik at nærhet til Lindesnes for ARA sin del vil være av betydning.
- DPS Lister: PSA, DPS Strømme og DPS Solvang (akutfunksjoner og spesialiserte døgnposter).

Klinikkens fagmiljøer i Lindesnes er nærmeste virksomhet til Lister, mens hovedmiljøet befinner seg i Kristiansand og videre østover. Dette er likt for alle de tre avdelingene.

Reisetider i minutter med bil fra kommunesenter til Eg og Orelunden (Lindesnes helsehus), hensyntatt nye veier som skal bygges, er beregnet, jf. kapittel 7. Det er imidlertid liten grad av samarbeid mellom fagmiljøene i Lister og Lindesnes i dag, og Kristiansand utgjør det mest sentrale fagmiljøet totalt sett for alle avdelinger. Derfor legges det ved vurderingen til grunn avstander fra alternativene til Kristiansand. På dette kriteriet kommer Lyngdal best ut. Deretter sidestilles Farsund, Flekkefjord, Hægebostad og Kvinesdal, og med Sirdal et vesentlig stykke bak.

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
59	63	69	61	44	94

Figur 23 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet A5.

Arbeidsgruppa vil for ordens skyld påpeke at å se på reisetider også til Lindesnes (Mandal sentrum) ville gitt samme resultat.

Dagens reisetider vil reduseres ved ny E39, og vil ytterligere forsterke fordelene som Lyngdal har i denne sammenheng ved at kommunen allerede ligger lengst øst i retning av de relevante tjenestene i KPH.

A6 (Nærhet til) Somatikk SSF

Nærhet til somatiske avdelinger ved sykehuset i Flekkefjord er beskrevet i kapittel 5, og handler primært om at det store volumet er knyttet til poliklinisk virksomhet. I den sammenhengen er det andre tjenester som vurderes til å være av større betydning.

Arbeidsgruppa har på dette kriteriet vurdert alternativene på bakgrunn av reisetid i minutter med bil fra kommunesenter til sykehuset i Flekkefjord. Med kommunesenter i umiddelbar nærhet til sykehuset, kommer Flekkefjord best ut på dette kriteriet, med Kvinesdal, Lyngdal, Farsund, Hægebostad og Sirdal på de neste plassene.

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
38	0	45	22	31	51

Figur 24 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet A6.

A7 (Nærhet til) Somatikk SSK

Somatikk SSK og Somatikk SSF er vurdert hver for seg grunnet ulik geografisk plassering. Begrunnelsen vil være den samme som for kriterium A6, og det er lagt til grunn reisetid i minutter med bil fra kommunesenter til Kristiansand sentrum ved ny E39.

Lyngdal kommer best ut på dette kriteriet. Deretter sidestilles Farsund, Flekkefjord, Hægebostad og Kvinesdal, og med Sirdal et vesentlig stykke bak – på samme måte som for avstand til andre tjenester i KPH.

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
59	63	69	61	44	94

Figur 25 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet A7.

A8 (Nærhet til) Andre samarbeidspartnere i Listerregionen

Behovet for nærhet til andre samarbeidspartnere i Listerregionen er beskrevet i kapittel 5.

For ABUP har arbeidsgruppa vurdert og vektlagt nærhet til interkommunale tjenester (PPT og barnevern), som er plassert i Farsund. For DPS og ARA har arbeidsgruppa ikke skilt på nærhet til andre samarbeidspartnere. For DPS og ARA vurderes det likt for fire av kommunene, mens Farsund kommer bedre ut når man legger til ABUP og samarbeidspartnere.

BUP – vurderes med nærhet til interkommunale tjenester i Listersamarbeidet:

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>

Figur 26 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet A8 – Barn og unge.

VOP/ARA vurderes likt som pasienters bosted:

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>

Figur 27 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet A8 – VOP/ARA.

8.4.2 Faglig robusthet (Rekruttering)

Hovedårsaken til en samlokalisering av virksomheten i Lister er å samle kompetansen slik at en i størst mulig grad kan tilrettelegge for et robust fagmiljø også i fremtiden.

Faglig robusthet handler om å legge til rette for å kunne sikre et solid fagmiljø som kan gi befolkningen gode helsetjenester også i fremtiden. Tilhørighet og nærhet til fagmiljøer andre steder i klinikken vil kunne være av betydning for den faglige robustheten, og vil kunne styrke rekrutteringssituasjonen. Mulighet for å kunne tilby utdanningsstillinger i Lister eller med kort avstand til Lister vil også kunne være av betydning for den fremtidige rekrutteringssituasjonen.

Rekrutteringsutfordringer har vært forbundet med mindre sentrale strøk, men også fagmiljøer i KPH beliggende i mer sentrale strøk opplever rekrutteringsutfordringer. Rekrutteringssituasjonen når det gjelder leger og psykologer til Listerregionen har imidlertid vært svært krevende over mange år, og vil etter all sannsynlighet ikke bli enklere med tiden. Helsepersonellkommissjonens rapport¹² fra 2023 tilsier at den mest sannsynlig vil bre om seg også til andre grupper av helsepersonell.

Faglig robusthet – beholde, utvikle og rekruttere nødvendig helsepersonell til KPH – står derfor som et kjernepunkt, og som en forutsetning for å kunne tilby gode tjenester til Listerbefolkningen også i fremtiden. På bakgrunn av innspill fra blant annet styringsgruppe og tillitsvalgte, har arbeidsgruppa valgt å vektlegge faglig robusthet i noe større grad enn tilgjengelighet.

8.4.2.1 Vurderingskriterier

I funksjonsutredningen (2022) var Legebarometeret¹³ et sentralt dokument for forståelsen av rekrutteringssituasjonen blant psykiatere. Funnene i rapporten (Legebarometeret) er sammen med Helsepersonellkommissjonens rapport sentrale dokumenter også for arbeidet med utredning av fremtidig lokalisering. Arbeidsgruppa har innhentet kunnskap fra denne rapporten og øvrige rapporter som gjelder henholdsvis i) rekruttering og ii) rekruttering og lokalisering sett i sammenheng, blant annet en rapport fra Cowi¹⁴, og mer generelle rapporter om arbeidsreiser; blant annet en rapport fra Transportøkonomisk Institutt (TØI)¹⁵.

¹² [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/NOU-2023-4-regjeringen-no) – Helsepersonellkommissjonens rapport

¹³ [LEGEBAROMETERET: Rekrutteringskrise blant både fastleger og psykiatere \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/LEGEBAROMETERET-Rekrutteringskrise-blant-både-fastleger-og-psykiatere)

¹⁴ [Sammenstillingsrapport - Samfunnsanalyse sykehusstruktur Innlandet \(sykehuset-innlandet.no\)](https://www.samfunnsanalyse.no/Sammenstillingsrapport-Samfunnsanalyse-sykehusstruktur-Innlandet)

¹⁵ <https://www.toi.no/getfile.php?mmfileid=44092>

Bosetting, reiser og tilgjengelighet for ansatte

Sykehusansatte med spesialistutdanning er individer som typisk velger bosted etter arbeidssted og ikke omvendt. Partners mulighet for jobb fungerer som en viktig driver for bostedsvalg. Ofte er drivkraften sterk i retning av de største byene.

I et tiårsperspektiv kan en legge til grunn at den fremtidige ansattpopulasjonen over tid vil tilpasse seg med bosetting nær fremtidens lokasjon. Generelt vet man noe om at unge, høyt utdannede dras mot by som følge av tilbud innen kultur, handel, opplevelser med mer. I COWIs rapport pekes det på fire momenter som har betydning for rekruttering. Disse er bostedsattraktivitet, partners mulighet for jobb, pendleravstand og jobbinnhold. Bostedsattraktivitet er av betydning, og har derfor vært diskutert som et mulig vurderingskriterium.

Etter innspill fra referansegruppe Samhandling tidlig i prosessen, ble disse forholdene ikke tatt med videre som vurderingskriterier – dette med bakgrunn i å anse Listerregionen som ett felles bo- og arbeidsmarked – da det enten ikke var grunnlag for eller ønskelig å skille kommunene på disse forholdene. Styringsgruppen kunne slutte seg til dette. Dette er også erfaringene DPS Lister gjør seg når en ser på ansattes bosted opp mot arbeidssted, hvor en stor del av de ansatte pendler mellom Listerkommunene.

Med utgangspunkt i perspektivet om Lister som ett felles bo- og arbeidsmarked har det vært en diskusjon om hvorvidt reisetider for ansatte burde inngå som et kriterium eller ikke. I henhold til overordnede føringer for lokalisering bør virksomheten være lett å nå også for de ansatte, på samme måte som for besøkende. Så langt som mulig bør virksomheten lokaliseres tett på kollektivknutepunkt for å bygge opp under miljøvennlig transport også i et ansattperspektiv. Dette taler i retning av at reisetider for ansatte må tillegges noe vekt, da det er relevant både med hensyn til miljø og fordi avstander betyr noe for arbeidstakernes fleksibilitet, samt øker sannsynligheten for at virksomhetene skaffer seg relevant og tilgjengelig kompetanse.

Pendlingsavstand øker ifølge TØI med unikhet på virksomheten, og nye virksomheter – enten de er nyetablerte eller ny-innflyttede – gir økt pendling.

Reisetid for ansatte er dermed tatt med som et kriterium grunnet overordnede føringer som en ikke kan se bort ifra. Videre vil reisevei til andre fagmiljøer i klinikken kunne ha betydning for eksempel for rekruttering av LIS3.

Parkeringsmuligheter for ansatte har også blitt diskutert som et mulig vurderingskriterium. Dette forholdet må en komme tilbake til når en på et tidspunkt skal ta stilling til konkret beliggenhet innenfor valgt kommune.

Fagmiljø

Små fagmiljøer oppgis ofte som årsak til at det er utfordrende å rekruttere helsepersonell, og det å inngå som en del av et større fagmiljø er oppgitt som et vesentlig poeng i Legebarometerets undersøkelse fra 2021. Et samlet fagmiljø av en viss størrelse var hovedtema for funksjonsutredningen i 2022. For spesialister fra et smalt fagfelt vurderes det ofte mer attraktivt å kunne arbeide et sted hvor en har tilstrekkelig pasientgrunnlag per diagnosegruppe til å kunne få mengdetrening. Dette er en utfordring i dag, og følges opp gjennom andre prosesser i KPH. En annen helt konkret og aktuell problemstilling er at det eksisterer både krav og ønske om høy grad av spesialisering, samtidig som man har få ansatte å fordele ansvar på.

I 2023 ble det gjennomført et omfattende arbeid i KPH hvor hensikten var å innhente kunnskap om hva som gjør at spesialister i KPH velger å bli, og hva som vil være viktig med tanke på rekruttering. Følgende forhold ble oppgitt som særlig viktige:

- Sikre spesialistdekning
- Felles arenaer for fagutvikling
- Sikre lett tilgang til kollegaer med samme fagbakgrunn og redusere «ensomhet» i klinikken
- Kapasitetsutjevning både på individ- og systemnivå
- Tilrettelegging for forskning og faglig utvikling
- Tilstedeværelse av leder
- Hensiktsmessig oppgavedeling
- Mulighet for god rotasjon og god fremdrift i utdanningsløp

Funnene fungerer som viktige holdepunkter i sentrale prosesser i klinikken, og samsvarer med funnene fra den nevnte Legebarometer-undersøkelsen, samt nye nasjonale utredninger med relevans for fagfeltet¹⁶. Gjennom et samlet fagmiljø vil klinikken ha langt bedre forutsetninger for å imøtekomme de nevnte forholdene.

Det ble også spilt inn et punkt om frivillighet og styrking av Flekkefjord sykehus som underpunkt til Faglig robusthet. Etter avklaring med styringsgruppen ble disse ikke tatt med videre som kriterier, da en ikke kan se at dette vil være av betydning for å styrke den faglige robustheten innad i KPH. Innspill som har kommet vedrørende faglig robusthet fra overleger innen somatikk i Flekkefjord om behovet for nærhet mellom somatikk og psykiatri gjenspeiles ikke i samme grad fra spesialistene i KPH. Arbeidsgruppa ønsker i denne sammenheng å gjenta at majoriteten av pasientene i både DPS Lister, ABUP og ARA er polikliniske pasienter som ikke har en tilknytning til somatisk sykehus (SSF) i behandlingsforløpet.

Parkeringsmuligheter for ansatte ble innledningsvis drøftet som et aktuelt kriterium, men ble ikke tatt med videre som følge av at lokasjon ikke var kjent.

På bakgrunn av ovennevnte har arbeidsgruppa utledet følgende vurderingskriterier for *Faglig robusthet (Rekruttering) (internt)*:

- Kort reisetid til alternativet for flest mulig (ansatte)
- Kort avstand til øvrig fagmiljø i klinikken (Kristiansand og Lindesnes)
- Reisetid fra Kristiansand og Stavanger

¹⁶ [Forenkle og forbedre - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no) og [Helsepersonellkommissjonen - regjeringen.no](https://www.helsepersonellkommissjonen.no)

8.4.2.2 Vurderinger

I dette avsnittet redegjøres det for arbeidsgruppas vurderinger når det gjelder vurderingskriteriene under *Faglig robusthet (Rekruttering)*.

B1 Kort reisetid til alternativet for flest mulig (ansatte)

De ansatte bor spredt i Lister i dag, og vil sannsynligvis bo spredt også i fremtiden. Noen ansatte vil imidlertid kunne tenkes å flytte på seg, samt at særlig nytilsatte kan tenkes å ville bosette seg nær fremtidig lokasjon når denne er kjent. Arbeidsgruppa ser på befolkningsnivå/populasjon i Lister i et 2042-perspektiv også her, og har lagt til grunn de samme verdiene for gjennomsnittlig reisetid i minutter med bil til kommunesenteret. I vurderingen er nye motorveier hensyntatt. Vurderingene på dette kriteriet blir som for reisetid for pasienter, hvor fire av kommunene kommer best ut.

Innspillet om Lister som ett felles bo- og arbeidsmarked kan i noen grad utfordre arbeidsgruppas tilnærming på dette kriteriet. Da fire av kommunene kommer likt ut på dette kriteriet, kan arbeidsgruppa ikke se at kriteriet ville vært utslagsgivende for sluttresultatet.

<i>Farsund</i>	<i>Flekkfjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
26,5	27,0	36,6	26,2	24,3	52,2

Figur 28 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet B1.

B2 Kort avstand til øvrig fagmiljø i klinikken

En plassering i så kort avstand som mulig til de fagmiljøene som er av størst betydning for det kliniske arbeidet er vektlagt tyngst av vurderingskriteriene innen Faglig robusthet.

Det vises til tidligere beskrivelser av viktigheten av å ha så kort avstand som mulig til øvrig fagmiljø i klinikken for å kunne inngå som en del av et større fagmiljø. Behovet for denne nærheten må imidlertid gjennom en helhetsvurdering balanseres opp mot DPS-enes oppgave om å gi tilbud så nær som mulig der innbyggerne bor.

På samme måte som for kriterium A5 har arbeidsgruppa vurdert alle kommunene opp mot reisetid i minutter med bil fra kommunesentre i Lister til Kristiansand, da de aktuelle fagmiljøene primært befinner seg der – nærmere bestemt Eg for DPS og ABUP sin del, og Lund for ARA.

For alle de tre avdelingene vil nærhet til og reisetid for leger og annet personell være av stor betydning. Over mange år har det vist seg at klinikken i hovedsak er avhengig av å utdanne spesialister selv. For leger i spesialisering (LIS) vil det være betydelig enklere å gjennomføre sin tjeneste ved en reisevei som er så kort som mulig mellom fremtidig lokasjon i Lister og fagmiljøer i Kristiansand. Dette gjelder for alle avdelinger.

For ABUP er avstanden til Kristiansand særlig viktig for å kunne benytte spesialistressursene internt i avdelingen på en god måte, og ikke minst øke sannsynligheten for å sikre tilgjengelig spesialistkompetanse. Det vil også være en fordel med så kort avstand som mulig til akutfunksjoner og døgnenhet, som begge befinner seg i Kristiansand. For DPS Lister betyr kortest mulig avstand til fagmiljøene

østover i klinikken mye for å oppnå et tettest mulig samarbeid med de andre DPS-ene og PSA. For ARA vil det være av betydning å ha så kort reisetid som mulig til døgnenhetene på henholdsvis Kongsgård og Byglandsfjord, samt til det polikliniske fagmiljøet som befinner seg i Kristiansand.

Arbeidsgruppa vurderer at tidsforskjellen til Lyngdal kontra Farsund og de øvrige kommunene gir Lyngdal en fordel på dette kriteriet. Sirdal har lengst avstand. Hvorvidt det er riktig å sidestille Farsund, Flekkefjord, Hægebostad og Kvinesdal på dette kriteriet kan diskuteres, da det er inntil ti minutters differanse dem imellom.

Arbeidsgruppa falt likevel ned på dette, da avstanden mellom Lyngdal og Kristiansand isolert sett er vesentlig kortere enn avstanden fra de øvrige kommunene til Kristiansand. Også i dette tilfellet må man ta med i vurderingen at avstand til kommunesentrum i Lyngdal sitt tilfelle er vurdert til å være Alleen, et alternativ som gir lengre reisevei enn det fortettede området ved Rom.

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
59	63	69	61	44	94

Figur 29 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet B2.

B3 Reisetid fra Kristiansand og Stavanger

En må legge til grunn at tilstrekkelig spesialistdekning i noen tilfeller vil kunne avhenge av pendlervillighet, hvor personell fra andre steder utenfor Listerregionen tilsettes i virksomheten i Lister. Mest sannsynlig vil en da rekruttere fra Stavanger eller Kristiansand.

Arbeidsgruppa har vurdert alle kommunene opp mot kriteriet reisetid fra Kristiansand og Stavanger, med utgangspunkt i antall minutter med bil fra kommunesenter til henholdsvis Kristiansand sentrum og Stavanger sentrum. For avstander til Kristiansand vil reisetid og resultater være lik som for øvrige kriterier hvor avstand til Kristiansand er tema for vurdering, slik at Lyngdal kommer best ut.

Kristiansand:

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
59	63	69	61	44	94

Figur 30 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet B3 - Kristiansand.

For avstander til Stavanger, kommer Flekkefjord og Sirdal best ut. Deretter kommer Kvinesdal og Lyngdal, og med Farsund og Hægebostad med lengst avstand til Stavanger.

Stavanger:

<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
100	80	113	89	95	82

Figur 31 viser arbeidsgruppens vurdering av alternativene på kriteriet B3 – Stavanger.

Arbeidsgruppa har vektet dette kriteriet lavt samlet sett, og har gitt avstand til henholdsvis Kristiansand og Stavanger lik vekt seg imellom.

8.4.3 Oppsummeringer og konklusjoner fra trinn 1

Et solid fagmiljø er en forutsetning for å kunne tilby gode tjenester til Listerbefolkningen også i fremtiden. Flest mulig pasienter innenfor alle aktuelle pasientgrupper skal kunne nå frem til og benytte seg av tjenestene på enklest mulig måte, og tjenestene skal kunne oppsøkes på enklest mulig måte av pårørende og samarbeidspartnere.

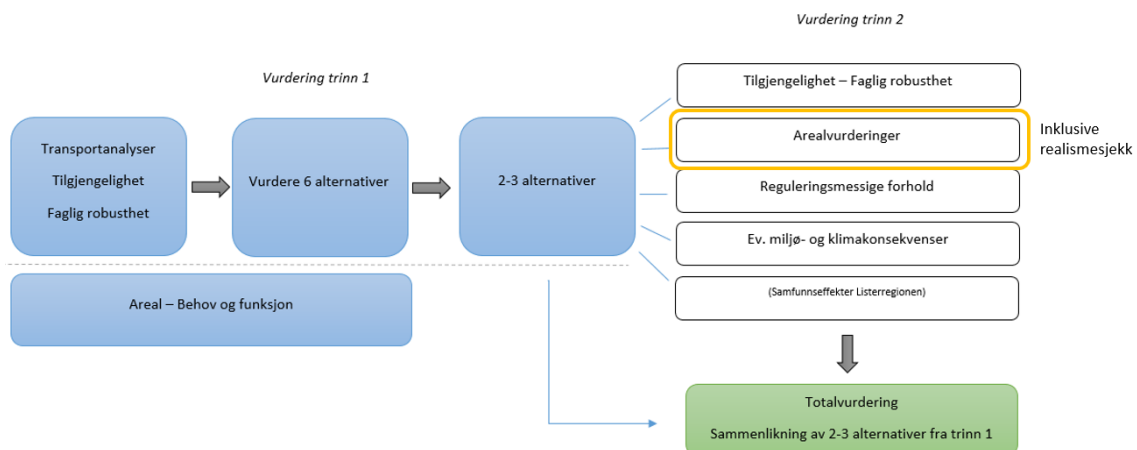
Etter å ha vurdert de seks kommunene i Lister opp mot kriteriene for Tilgjengelighet og Faglig robusthet, har arbeidsgruppa konkludert med at Lyngdal kommer best ut. Deretter er det forholdsvis likt mellom Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal. Hægebostad og Sirdal skiller seg vesentlig fra de øvrige. Hægebostad og Sirdal anses ikke som aktuelle lokalisasjoner ut i fra vurderingskriteriene.

Ut fra vurderingsmodellen skulle arbeidsgruppa gå videre med to til tre kommuner for videre vurderinger av disse. Da Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal kom veldig likt ut med hensyn til Faglig robusthet og Tilgjengelighet, ble det besluttet å gå videre til trinn 2 med alle disse tre i tillegg til Lyngdal.

8.5 Vurderinger - Areal, økonomi med mer

I dette kapittelet beskrives arbeidsgruppas betraktninger vedrørende de forhold som skal vurderes i trinn 2. Trinn 2 skal bygge videre på vurderingene fra første trinn og suppleres med vurderinger knyttet til areal, økonomi, og øvrige områder som tidligfaseveilederen peker på.

Listerkommunene har ønsket sterkt at sykehuset ser nærmere på realisme i areal før det fattes en anbefaling om fremtidig lokasjon. Sykehuset ønsket i utgangspunktet ikke å foreta noen slik undersøkelse grunnet formaliteter knyttet til prosess, jf. tidligfaseveilederen. Etter gjentakende innspill fra kommunene valgte sykehuset å imøtekomme kommunenes ønske. Som en respons på ønsket har sykehuset undersøkt om de fire aktuelle kommunene vil kunne legge til rette for en samlokalisert KPH-virksomhet gjennom tilgjengeliggjøring av areal. Arbeidsgruppas vurderingsmodell ble dermed supplert med en realismesjekk under punktet Arealvurderinger i modellen.



Figur 32 viser vurderingsmodellen supplert med realismesjekk etter ønske fra kommunene.

Realismesjekken fungerer som en tilleggsinformasjon om kommunenes mulighet for å kunne ta imot en samlet KPH-virksomhet i fremtiden, og vil potensielt kunne utelukke

kommuner som enten ikke ønsker å ta imot virksomheten eller ikke kan sannsynliggjøre at det finnes tilgjengelig areal.

I tillegg til realismesjekken ønsket kommunene å få presentere hvilke mulige synergier for Lister de ser ved etablering i sin kommune.

Kommunene Farsund, Flekkefjord, Kvinesdal og Lyngdal fikk en om lag fire måneder lang periode på å gi sine tilbakemeldinger vedrørende areal og synergier. Kommunene fikk likelydende brev i desember 2023, med frist 30.3.2024, og har fått lik informasjon fra sykehuset gjennom perioden. Hægebostad og Sirdal har fått tilsendt informasjonen til orientering.

En av kommunene henvendte seg med konkrete spørsmål til bestillingen/leveransen. Spørsmålene ble svart ut i likelydende brev fra sykehuset 7.2.24. I brevet ble det poengtert at det ikke er nødvendig å legge for mye ressurser i arbeid med hver enkelt tomt på nåværende tidspunkt, da aktuelle areal for etablering av virksomheten vil være gjenstand for en neste fase.

8.5.1 Areal - Forhold som vil være av betydning for valg av konkret beliggenhet når ønsket kommune er avklart

På bakgrunn av arealbehov, virksomhetens behov og føringer for plassering, må aktuelle tomter tillate en total utnyttelse på ca. 5000m², ha gode utomhusområder og en sentral beliggenhet.

Det har i løpet av prosessen kommet innspill om at fremtidig beliggenhet må ha følgende kvaliteter: Grøntarealer, mulighet for fysisk aktivitet og rekreasjon, usjenerte utendørs oppholdssted, parkeringsmuligheter med mer.

Selv om arbeidsgruppa ikke skal ta stilling til konkret plassering, vil realismesjekken innebære at en sikrer at de kommunene som vurderes i trinn 2 faktisk har mulighet til å legge til rette for en fremtidig utbygging. Arbeidsgruppa tar samtidig høyde for at kommunene kan ha flere aktuelle beliggenheter enn det som er spilt inn i denne fasen.

Med utgangspunkt i en forholdsvis lang tidshorisont til realisering, er det ikke avgjørende at kommunen har de aktuelle areal ferdig regulert i dag, men kommunen må vise at det er realistisk at det finnes aktuelle områder som kan reguleres til rett formål (offentlig tjenesteyting). Saken har tilstrekkelig lang tidshorisont til at man kan legge til rette for gjennomføring av de nødvendige prosesser i kommunen. Selv om en i nåværende fase ikke skal ta stilling til konkret beliggenhet innenfor aktuell kommune, har det likevel vært ønskelig fra sykehusets side å være transparent på hvilke forhold som vil være av betydning for valg av beliggenhet innenfor aktuell kommune når den tid kommer. Følgende forhold vil være av betydning ved valg av konkret plassering:

- Sikkerhet i forhold til naturskader, som flom og ras
- Stabilitet i infrastruktur (Strøm, IKT, vannforsyning, veinett)
- Nærhet til kommunesenteret og/eller andre servicefunksjoner fra lokaliseringen
- Nærhet til kollektivtilbud
- Nærhet til rekreasjonsområde
- Parkeringsmuligheter for pasienter, ansatte og tjenestebiler

- Mulighet for varelevering
- Nærhet til hovedveiforbindelser fra konkret areal (reisetid til nærmeste E39-påkjørsel i 2040)

Ovennevnte punkter inngikk som en del av brevet som ble sendt kommunene i desember. Noen av punktene samsvarer med vurderingskriteriene for lokalisasjonsutredningen, mens andre momenter knytter seg til forhold som må legges til grunn når en senere skal vurdere konkret beliggenhet innenfor valgt kommune.

Videre inneholdt forespørselen til kommunene i desember en momentliste over forhold vedrørende kommunene muligheter og planer som det ville være nyttig for SSHF å få innblikk i:

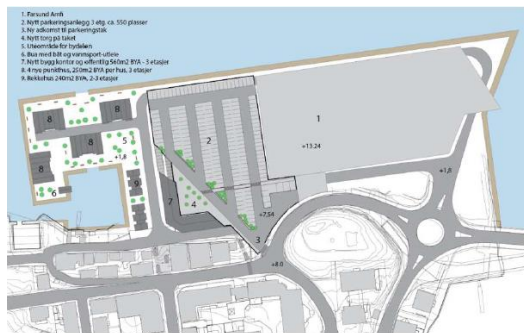
- Eierforhold
- Kommunens areal- og utviklingsplaner
- Tilretteleggingsmuligheter for areal i kommunen som per i dag ikke er omfattet av overnevnte planer
- Aktuelle arealers fleksibilitet knyttet til eventuell videreutvikling av virksomheten
- Kommunens planer for utvikling av tilsvarende tjenester innen psykisk helse
- Mulige synergier ved plassering av SSHFs virksomhet i deres kommune
- Eventuell eksisterende bygningsmasse som kommunen vurderer som egnet

8.5.1.1 Areal - Kommunenes tilbakemeldinger vedrørende areal

De aktuelle kommunene har gitt tilbakemelding på forespørselen fra SSHF. Det er gledelig for SSHF at alle kommunene synes å ønske en samlet KPH-virksomhet velkommen. Under presenteres kommunenes tilbakemeldinger i hovedtrekk.

Farsund

Farsund kommune foreslår påbygg på eksisterende kjøpesenter.



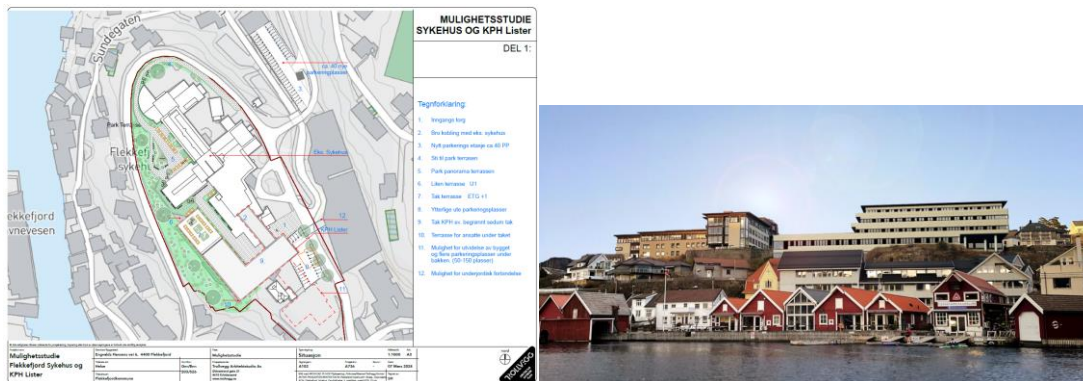
Oppsummering av tilbakemeldingen fra Farsund:

- Taktomten eies av Nordkapp Utvikling II AS, heleid av Farsund kommune

- Areal 3. etg. i underkant av 9000 m²
- Fleksibelt, kan bygge 4. etg.
- God parkeringskapasitet
- Samlokaliseres med kommunale tjenester for psykisk helse
- Nærhet til kommunesenter og kollektivtilbud
- Nærhet til rekreasjonsområder
- Nærhet til hovedveiforbindelse (19 min. 2040)
- Ikke utsatt for naturskade
- God infrastruktur

Flekkefjord

Flekkefjord kommune foreslår en videreutvikling av sykehusområdet.

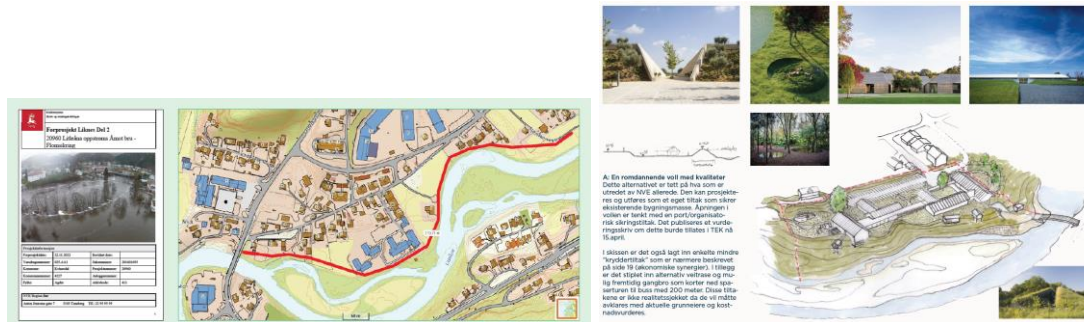


Oppsummering av tilbakemeldingen fra Flekkefjord:

- Tomten eies av SSHF, fysisk samlokalisering med sykehuset
- Tomt regulert til «offentlig bebyggelse – sykehus»
- Mulighetsstudie viser utbygging med ca 9500m² (mulighet for utvidelse av Flekkefjord sykehus)
- Samlokalisering med kommunale tjenester for psykisk helse. Utvidet legevakt, felles fastlegesenter etc.
- Gode parkeringsmuligheter
- Nærhet til kommunesenter og kollektivtilbud
- Nærhet til hovedveiforbindelse
- Ikke utsatt for naturskade
- God infrastruktur. Nærhet til sykehus og beredskapssenter

Kvinesdal

Kvinesdal kommune foreslår en videreutvikling av Vollan.

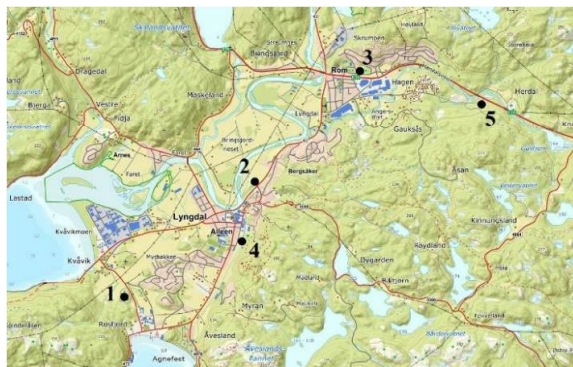


Oppsummering av tilbakemeldingen fra Kvinesdal:

- Tomt består av 3 eiendommer som alle eies av kommunen
- Tomt ca 17 600m² hvorav ca 12 000m² regulert til «offentlig bygg» potensiell BTA 7200m²
- Avhengig av flomsikring. NVE har utarbeidet forprosjekt for flomsikring.
- Flexibilitet – mulighet for utvidelse på kommunens tomt
- Gode parkeringsmuligheter
- Gode rekreasjonsmuligheter
- Nærhet til kommunesenter og kollektivtilbud
- Nærhet til hovedveiforbindelse
- Stabil infrastruktur
- Spleiselag

Lyngdal

Lyngdal kommune foreslår å se nærmere på tre (til fem) aktuelle tomter.



Oppsummering av tilbakemeldingen fra Lyngdal:

Bjørkebakkene

- Tomt på 80 000 m² eid av Lyngdal kommune
- Må omreguleres (avsatt til fornøylespark og parkering)
- Fleksibel - Stor tomt med mange muligheter
- Stabil infrastruktur
- Gode parkeringsmuligheter
- Gode rekreasjonsmuligheter
- Ikke flom- eller rasutsatt
- Ønsker å jobbe med tilrettelegging av busstilbud.

Bergsaker

- Privat utbygger
- Tett på sentrum og Fv 43
- Skjermet og tilbaketrukket
- Stabil infrastruktur
- Gode parkeringsmuligheter
- Gode rekreasjonsmuligheter
- Noe flomutsatt (200-årsflom), men planert tomt vurderes som sikker.

Rom/Lindeveien

- Tre tomter på ca 13-15000m². Eid av Lyngdal kommune
- Foreligger reg.plan.
- Sentralt langs E39
- Stabil infrastruktur
- Gode parkeringsmuligheter
- Gode rekreasjonsmuligheter
- Ikke flom- eller rasutsatt
- Ønsker å jobbe med tilrettelegging av busstilbud.

8.5.1.2 Arbeidsgruppas betraktninger vedrørende realisme knyttet til areal

Arbeidsgruppa har gjennomgått kommunenes tilbakemeldinger, men har ikke foretatt noen rangering av forslagene, da slike avklaringer ligger til senere faser.

Alle kommunene har gitt tilbakemelding som gir arbeidsgruppa grunnlag for å finne det sannsynlig at det vil være realistisk å kunne etablere en samlet KPH-virksomhet i kommunen. Hver enkelt kommune har lagt mye arbeid i sin tilbakemelding, og kan vise til at det finnes tilstrekkelig areal i kommunen.

Det er stor variasjon i hvordan kommunene har tenkt. Oppsummert vurderer arbeidsgruppa at alle de aktuelle ideene som kommunene har presentert både har fordeler og ulemper ved seg sett opp mot de behovene SSHF har lagt frem når det gjelder viktige forhold knyttet til valg av plassering når en i en senere fase skal ta stilling til konkret beliggenhet innenfor aktuell kommune.

8.5.1.3 Nærmere om de enkelte tilbakemeldingene

Arbeidsgruppen har ikke tatt stilling til kommunenes konkrete løsningsforslag, men referansegruppe Samhandling har bedt om å få en begrunnelse i de tilfeller hvor sykehuset vurderer det innkomne innspillet som mindre aktuelt. Arbeidsgruppen har valgt å kommentere alle innspillene fra kommunene, men understreker *sterkt* at kommunenes valg av innspill ikke har vært vektlagt, da hensikten med realismesjekken var å avklare sannsynlighet for tilgjengelig areal etter ønske fra kommunene. Tomtevalg vil komme i neste fase.

Farsund

Det har kommet flere innspill fra både fagmiljøer i klinikken og fra pasienter og brukerrepresentanter om at en plassering på toppen av et kjøpesenter ikke vurderes som hensiktsmessig. Plassering på et kjøpesenter kan diskuteres med hensyn til hvorvidt det vil ivareta behovet for å skjerme pasienter, samt at plasseringen kun i begrenset grad vil egne seg til å dekke behovet for grønt-/rekreasjonsområder.

Selv om innspillet fra Farsund vurderes som mindre aktuelt, betyr ikke dette at Farsund ekskluderes fra å spille inn andre beliggenheter på et senere tidspunkt dersom sykehuset skulle ønske en lokalisering i Farsund.

Flekkefjord

En plassering på sykehusområdet kan være hensiktsmessig dersom sykehuset skulle ønske en lokalisering i Flekkefjord. Beliggenheten samsvarer godt med flere av de forholdene som er oppgitt som viktige ved valg av plassering. Nærhet til grønt-/rekreasjonsområder vurderes imidlertid mindre god enn for eksempel for Kvinesdal.

Kvinesdal

Videre drift på Vollan kan være aktuelt dersom sykehuset skulle ønske en lokalisering i Kvinesdal. En videreutvikling av Vollan betinger at flomforhold utbedres betraktelig, noe kommunen viser til at kan løses både praktisk og finansielt. Arbeidsgruppa vurderer fortsatt flomrisiko og den dimensjonering som kreves av en flomvoll som utfordrende, spesielt når det gjelder risiko for 1000-årsflom. Dette er imidlertid ikke vektlagt i denne omgang.

Lyngdal

Lyngdal har presentert et utvalg tomter. I en vurdering av realisme har arbeidsgruppa tenkt gjennom hvordan hver enkelt tomt ville komme ut dersom en skulle vurdere areal og beliggenhet opp mot de forhold som vil være viktige ved valg av konkret plassering i kommunen. Mer enn en tomt tilfredsstillende i stor grad de aktuelle kravene, men alle forslagene har ulike fordeler og ulemper ved seg. For eksempel vil Bjørkebakkene ha

flotte grønt-/rekreasjonsområder, men har lengre avstand til E39 og til kommunesentrum, og har ikke minst stor usikkerhet ved seg med hensyn til kollektivtilbud som er et vesentlig moment ved valg av konkret beliggenhet.

8.5.2 Synergier

Kommunenes betraktninger om positive synergier ved valg av plassering inngikk også i brevet som ble sendt kommunene i desember. For eksempel vil en eventuell samlokalisering med kommunale funksjoner legge til rette for synergier, og vil derfor kunne være en styrke, da behovet for samarbeid, samhandling og felles utnyttelse av knappe ressurser vil bli stadig viktigere. Imidlertid skal sykehuset samhandle med alle kommunene på likeverdig måte. En lokalisering som vil kunne medføre synergier som kan tjene *hele* Listerbefolkningen vil derfor kunne være en særlig styrke og av særlig interesse med hensyn til valg av plassering.

8.5.2.1 Kommunenes tilbakemeldinger og arbeidsgruppas betraktninger

Alle kommunene kan vise til synergier inn mot den enkelte kommune gjennom mulighet for samlokalisering med relevante tjenester i kommunen, og i stor grad også samarbeid med kommunal drift i forbindelse med for eksempel kjøkkentjeneste og renhold.

Arbeidsgruppa kan ikke se at det gjennom denne runden har kommet opp nye og/eller tilstrekkelige forslag til synergier for Lister som region. Flekkefjord kommune har spilt inn synergier inn mot samarbeid med somatikk (Flekkfjord sykehus). Dette er allerede diskutert grundig og inngår som et eget vurderingskriterium.

Det har internt i SSHF kommet innspill om mulighet for felles tjenester med Somatikk SSF innen kjøkken, teknisk og renhold. Som synergi sidestilles dette med tilsvarende kommunale tjenester.

8.5.3 Reguleringsmessige forhold

Arbeidsgruppens tilnærming til *reguleringsmessige forhold* er beskrevet i kapittel 4. Ved å undersøke realismen i areal har sykehuset nå også fått oversikt over reguleringsmessige forhold for de områdene som er spilt inn som aktuelle. Arbeidsgruppen vurderer det til at alle kommunene vil få tilstrekkelig tid til å gjennomføre eventuelle omreguleringer gitt tidshorisonen for prosessen. Dette punktet er derfor ikke tillagt vesentlig vekt i vurderingene.

8.5.4 Økonomi og bygg

Arbeidsgruppa har ikke funnet grunnlag for å skille alternativene fra hverandre hva gjelder økonomi. Økonomi er derfor ikke vektlagt i vurderingene som har ledet frem til en anbefaling. Arbeidsgruppa har likevel gjort seg noen betraktninger rundt økonomi, som har nær sammenheng med ulike scenarier knyttet til bygg, hvorav flere forhold ikke kan avklares i nåværende fase.

Bygningsmassen ved dagens lokasjoner vil ikke kunne romme den samlede KPH-virksomheten. Arbeidsgruppa har fått tydelige signaler om at formålsbygg som hovedregel skal eies, og det følger av funksjonsutredningen (2022) at ombygging og/eller utvidelse av dagens bygningsmasse vurderes som mindre aktuelt som følge av et omfattende vedlikeholdsetterslep, selv om dette ikke kan utelukkes på nåværende tidspunkt.

Summen av fremtidig funksjon og kapasitetsbehov utgjør arealbehovet, samtidig som en samlokalisering forutsetter en arealreduksjon og arbeidsprosesser som leder frem til best mulig utnyttelse av arealet i utformingen av fremtidens bygg.

I nåværende fase har en kun forutsetninger for å kunne si noe helt overordnet om kostnader knyttet til arealbehov i fremtiden, avgrenset til oppføring av nytt bygg, som trolig vil være det mest hensiktsmessige for å kunne huse den samlede virksomheten i fremtiden.

Arbeidsgruppa har fått signaler om at et bygg på om lag 5000 m² brutto, vil ha en estimert byggekostnad på 200-250 mill. NOK eks. mva. (+/- 25 %) i 2024-tall dersom en legger til grunn en pris på ca. 40 000 kr/m² eks. mva.

Dersom det blir aktuelt å plassere den samlede virksomheten i Flekkefjord eller Kvinesdal hvor SSHF eier bygningene i dag må de bygningsmessige forhold avklares nærmere. Det samme gjelder hvilke kostnader eller risiko som ville knytte seg til rivning eller eventuell rehabilitering, ombygging og utbygging av dagens bygningsmasse. Til disse alternativene vil det også knytte seg kostnader til midlertidig flytting av virksomheten mens byggearbeider pågår.

Byggekostnad og øvrige investeringskostnader for nytt bygg antas å bli relativt like uavhengig av konkret plassering. Det samme antas å gjelde for driftskostnader.

Kostnader til tomt og opparbeidelse av denne vil kunne variere, og utgjør etter arbeidsgruppas vurdering det største usikkerhetsmomentet med hensyn til økonomi ved oppføring av et fremtidig nytt bygg. Tomtekostnad vil imidlertid utgjøre kun en beskjeden andel av det totale regnestykket.

Finansiering av utbyggingen vil følge investeringsprosessen til SSHF og HSØ.

Arbeidsgruppa har ikke tatt stilling til inntekter ved eventuelt salg av eiendom, noe som på et tidspunkt må inkluderes i det totale regnestykket.

I et samfunnsøkonomisk perspektiv har arbeidsgruppa ikke vurdert eller gjort beregninger utover det som er belyst i trinn 1 gjennom kriteriene som handler om gjennomsnittlig reisetid for befolkningen til lokasjon.

8.5.4.1 Samfunnseffekter

Som følge av tiltakets størrelse er det avklart at det ikke vil være behov for en samfunnsanalyse på linje med de store sykehusprosjektene. Perspektivet om Listerregionen som ett felles bo- og arbeidsmarked har dessuten ytterligere redusert behovet for en samfunnsanalyse, selv om enkelte forhold åpenbart må kommenteres.

I en lokaliseringsutredning vil det være viktig å vurdere konsekvensene for kommuner som eventuelt mister arbeidsplasser som følge av ny lokalisering. Dette beskrives nærmere under kapittel 10.

Det ligger i sakens natur at en samlokalisering av en virksomhet som i dag er plassert i tre kommuner vil innebære konsekvenser for kommunene. Som ett av flere tiltak under paraplyen «beholde og rekruttere» er en samlokalisering vurdert til å gjøre spesialisthelsetjenesten i Lister mer rustet i møtet med fremtiden. Lykkes klinikken med dette vil endringen gi et tilskudd til Lister som region totalt sett.

Flertallet av klinikkens ansatte i Lister har ikke nødvendigvis bosted og arbeidssted i samme kommune, og mange pasienter får sitt tilbud i en annen kommune enn de selv bor i. Det likevel slik at noen kommuner gjennom en samlokalisering vil miste arbeidsplasser, mens en kommune vil få et tilskudd av arbeidsplasser. Det vises til kapittel 10.

8.5.5 Oppsummering trinn 2

På bakgrunn av vurderinger av økonomi og areal kan arbeidsgruppa ikke se at det foreligger argumenter for å endre på vurderingen om at en plassering i Lyngdal kommune vil være mest hensiktsmessig.

9. Arbeidsgruppas anbefaling

Med utgangspunkt i de definerte kriterier for tilgjengelighet og faglig robusthet vurderte arbeidsgruppa i første omgang Lyngdal kommune som beste plassering, et godt stykke foran Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal, som seg imellom ble vurdert som tilnærmet innbyrdes likeverdige. Hægebostad og Sirdal ble ikke ansett som aktuelle lokalisasjoner ut i fra vurderingskriteriene.

Sykehuset undersøkte etter ønske fra Listerkommunene om de fire aktuelle kommunene vil kunne legge til rette for en samlokalisert KPH-virksomhet gjennom tilgjengeliggjøring av areal. Kommunene fikk også mulighet til å presentere hvilke mulige synergier de ser ved etablering i sin kommune.

Alle kommunene har gitt tilbakemelding om at det vil være realistisk å etablere seg i kommunen. Alle kan vise til at det finnes tilstrekkelig areal i kommunen, og SSHF setter pris på at alle kommunene synes å ønske en samlet KPH-virksomhet velkommen. Aktuelle areal for etablering av virksomheten vil være gjenstand for en neste fase.

Etter å ha undersøkt realismen i etablering i de fire aktuelle kommunene, kan arbeidsgruppa ikke se at det har kommet opp forhold som endrer på tidligere vurderinger.

Det har etter arbeidsgruppas vurdering heller ikke gjennom denne utsjekken kommet opp tilstrekkelige forslag som synliggjør / styrker synergier for Lister som region som gir grunnlag for å endre på anbefalingen.

En plassering i Lyngdal kommune vurderes derfor fortsatt som best egnet for å imøtekomme behovet for å sikre et robust fagmiljø, som vurderes til å være nøkkelen til å sikre et godt tjenestetilbud til Lister-befolkningen også i fremtiden. Lyngdal vurderes også som best egnet med hensyn til tilgjengelighet for pasienter og pårørende, enten de benytter privat- eller kollektivtransport.

På denne bakgrunn konkluderer arbeidsgruppa med at en fremtidig lokalisering i Lyngdal kommune vil være mest hensiktsmessig, og anbefaler at det jobbes videre for en fremtidig samling av klinikkens virksomhet i Listerregionen gjennom en etablering i Lyngdal kommune. Dette innebærer også å avklare konkret beliggenhet i Lyngdal kommune gjennom nødvendige prosesser for dette. Anbefalingen vil etter all sannsynlighet også innebære oppføring av et nytt bygg. Frem mot innflytting i nytt bygg i Lyngdal må dagens bygningsmasse og arealer brukes på en effektiv måte.

10. Risiko-/ringvirkningsanalyse av valgt alternativ

I henhold til tidligfaseveilederen må arbeidsgruppa se på om det er vesentlige forskjeller i risikoprofil som kan ha betydning for valg. Arbeidsgruppa har valgt å vurdere risiko ved ulike forhold knyttet til det anbefalte alternativet ut fra kategoriene pasient/fag, ansatte/organisasjon (KPH), samfunn, enkeltkommuner og bygg/økonomi.

Pasient/fag

Det er allerede vurdert som en klar fordel at en samlokalisering vil være et viktig grep for å kunne robustgjøre fagmiljøet i Lister slik at det skal kunne tilby likeverdige og tilgjengelige tjenester til Listerbefolkningen også i fremtiden. Lyngdal vurderes til å gi det beste utgangspunktet for å legge til rette for dette. Risikoen knyttet til en plassering i Lyngdal vurderes til å være lav sett fra pasientperspektivet, fordi samlokaliseringen i seg selv vil kunne redusere risikoen for fravær av tilbud, samtidig som en sikrer best mulig tilgjengelighet til tilbudet for flest mulig i befolkningen.

Noen deler av befolkningen vil som følge av en lokalisering i Lyngdal få lengre reisevei, mens noen vil få kortere reisevei. For de som vil få lengre reisevei, vil en videreutvikling av digitale tjenester og nye måter å jobbe på kunne virke noe kompensierende. Reisetiden for de som ved lokalisering i Lyngdal vil få lengst reisetid (Sirdal) vil gå fra ca. 53 til 73 minutter. Denne økningen på om lag 20 minutter er ikke ubetydelig, men avstanden til spesialisthelsetjenesten vurderes som akseptabel totalt sett, og er for øvrig også langt kortere enn avstanden til annen KPH-virksomhet fra flere andre distriktskommuner i Agder. En stor del av befolkningen i Lister vil også få langt kortere vei til spesialisthelsetjenesten enn i dag. Denne effekten vil bli ytterligere forsterket når en også legger til grunn befolkningsframskrivninger, fordi befolkningsveksten i Lister først og fremst vil finne sted i Lyngdal.

Ansatte/organisasjon (KPH)

En robustgjøring av fagmiljøet i Lister gjennom en samlokalisering har til hensikt å over tid lette en rekrutteringssituasjon som i mange år har vært svært krevende. Det vil knytte seg noe usikkerhet til hvorvidt KPH vil klare å rekruttere bedre og beholde gjennom samlokalisering og ny lokasjon. Ved dagens situasjon er det imidlertid stor risiko for at rekrutteringsutfordringene vil vedvare og forverre seg, det vurderes til at klinikken har større muligheter for å lykkes dersom man ser østover.

Arbeidsgruppa har tro på at et samlet fagmiljø i Lyngdal vil kunne gjøre det mer attraktivt å søke seg til KPH-virksomheten i Lister, enklere å samarbeide med andre fagmiljøer i klinikken og at endringen vil være positiv for de fleste som i dag arbeider i KPH i Lister.

I endringsprosesser er det ikke uvanlig eller unaturlig at noen gir uttrykk for at det ikke vil være aktuelt å bli med organisasjonen videre til nytt arbeidssted. Slike signaler må tas på alvor. Samtidig har saken en lang tidshorisont. I dette perspektivet har arbeidsgruppa grunn til å tro at både dagens og fremtidens medarbeidere vil kunne tilpasse seg med hensyn til fremtidig lokasjon. Risikoen vurderes derfor til å være lav på dette punktet.

Samfunn (Lister)

En endring av virksomhetens lokasjon i Lister har til hensikt å sikre Listerbefolkningens tilgang til et spesialisthelsetjenestetilbud innen psykisk helse og rus i Lister også i

fremtiden. Befolkningen i opptaksområdet vil ha det samme tilbudet samlet sett innenfor det samme geografiske nedslagsfeltet. Reisetidsanalysene har vist at befolkningen totalt sett vil ha kortest reisetid til Lyngdal som lokasjon. Dette ble ikke vurdert som avgjørende i arbeidsgruppas vurderinger, men utgjør heller dermed ingen risiko når en ser på tilgjengelighet for befolkningen.

Dersom klinikken klarer å forbedre rekrutteringssituasjonen og gjøre fagmiljøet mer robust, vil dette være en fordel som kommer hele regionen til gode. Listerregionen vil ikke miste arbeidsplasser som følge av en plassering i Lyngdal kommune, og dersom en kan fylle ledige stillinger i fremtiden, vil dette totalt sett være en fordel for hele regionen.

En sentral plassering i Lister som samtidig sikrer nærhet til resten av fagmiljøet i klinikken kan også bidra til å øke rekrutteringen til Lister totalt sett. I helsepersonellkommisjonens rapport¹⁷ fremkommer følgende:

«Selv om mange nyutdannede sykepleiere ønsker å jobbe i sykehus og starter karrieren der, har SSB vist at flere sykepleiere går fra arbeid i spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene etter noen år, slik at andelen som jobbet i kommunene økte i gruppen med sykepleiere som SSB fulgte. Noen av årsakene til dette kan være knyttet til kjennskap til og erfaringer med arbeidsmiljøet, økt fleksibilitet i jobben og kortere reisetid til arbeid (Skjøstad mfl. 2019)»

Slik sett kan en styrking av KPHs fagmiljø i Lister på sikt også tenkes å kunne styrke rekrutteringen til Listerregionen totalt sett når det gjelder flere faggrupper som framskrivinger viser at kommer til å være en knapp ressurs i fremtiden.

Gjennom å styrke fagmiljøet og tjenestetilbudet, legger en også til rette for å bevare arbeidsplassene i Listerregionen totalt sett.

Enkeltkommuner/samhandling

Ingen av klinikkens ansatte i Listerregionen vil miste jobben som følge av en flytting til Lyngdal, og reiseveiene for ansatte vil totalt sett ikke bli forverret sammenliknet med dagens situasjon.

En samlokalisering av KPH-virksomheten i Lyngdal vil medføre at både Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal til sammen vil miste et betydelig antall årsverk. Noen av årsverkene per i dag er ubesatt. Arbeidsplasser vil for enhver kommune være viktig å beholde, og kompetansearbeidsplasser kan sies å være strategisk viktig sett i forhold til bostedsattraktivitet.

For KPH sin del er det stor mobilitet innad i Lister ved at dagens ansatte ikke nødvendigvis bor og jobber i samme kommune. For Kvinesdal sin del er det som tidligere nevnt om lag 36 % som både bor og arbeider i Kvinesdal, mens de øvrige er bosatt og skatter til andre kommuner. Det er ingen tvil om at en flytting av arbeidsplasser ut fra Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal vil ha en ufordelaktig økonomisk effekt for disse. Effekten vil imidlertid være del mindre enn det antall årsverk skulle tilsi. Ulempene for Kvinesdal – ut fra det relative antall årsverk i forhold

¹⁷ [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](#)

til kommunens innbyggertall – kan imidlertid sies å være større enn for Farsund og Flekkefjord, selv om disse også vil miste arbeidsplasser.

Lyngdal vil på sin side få en relativt sett stor tilførsel av arbeidsplasser. Fordelene vil tilsvare tapet for de andre kommunene. En plassering i Lyngdal vil samsvare med hvor befolkningsveksten i Listerregionen er antatt å inntreffe

Arbeidsgruppa er av den oppfatning at fordelene med å samle virksomheten vil overgå ulempene det vil være for de tre kommunene som mister arbeidsplasser. Fra klinikkperspektiv vil det avgjørende være at en klarer å sikre et fremtidig tjenestetilbud i Listerregionen, og derfor også vil bevare arbeidsplassene i regionen. Fra klinikkens side må de faglige hensynene derfor vektlegges fremfor ulemper for enkeltkommuner som vil miste arbeidsplasser.

Bygg/økonomi

Arbeidsgruppa kan ikke se at det vil være noen særskilt risiko ved oppføring av et nytt bygg i Lyngdal utover de forhold som er beskrevet i kapittel 8.

Uavhengig av lokasjon må det sikres at byggutformingen støtter opp under formålet med samlokaliseringen, og at en ivaretar på en tilstrekkelig måte de identifiserte behov knyttet til areal og funksjoner.

11. Refleksjon rundt gjennomført prosess og videre arbeid

Arbeidsgruppa har tilstrebet å gjennomføre prosessen på en mest mulig transparent, involverende og forutsigbar måte. Tilbakemeldinger underveis i prosessen tilsier at en i stor grad har lyktes med dette, spesielt i start og mellomperioden. I prosessens slutfase har tilbakemeldingene fra spesielt referansegruppe Samhandling ved enkeltkommuner båret preg av en mer utfordrende prosess, særlig for de kommuner som mister arbeidsplasser. Både ansatte, kommuner og brukerorganisasjoner er orientert om arbeidsgruppas anbefaling.

I et organisasjonsperspektiv har det vært uheldig overfor klinikkens ansatte at saken måtte utsettes i flere måneder i påvente av utsjekk vedrørende areal i kommunene. På den andre siden er kommunene også sentrale interessenter i saken. Det har derfor vært viktig å ha en tett dialog med dem gjennom hele prosessen. I senere faser vil aktuell kommune fungere som myndighet med tanke på konkret plassering, oppføring og utforming av bygg.

Flertallet av kommunerepresentantene har uttrykt at de er fornøyde med at sykehuset lyttet til innspillene og innarbeidet realisme sjekk av areal i prosessen. Arbeidsgruppa har måttet avveie interne innspill opp mot eksterne innspill, som i noen tilfeller har vært motstridende. I andre tilfeller har det vært større grad av sammenfall av innspill. Arbeidsgruppa håper at avveiningene som er gjort fremkommer tilstrekkelig tydelig i rapporten, og bidrar til å nyansere og gi forståelse av hvorfor ikke alle innspill har vært mulig å imøtekomme.

Saken er behandlet i styringsgruppen for arbeidet, som har sluttet seg til at saken sendes på høring internt og eksternt. Høringsperioden er besluttet til å være ca. 20.6.-25.10.

Representanter fra arbeidsgruppa vil være tilgjengelig for spørsmål i politiske møter i høringsperioden.

Etter høringsfristen vil alle høringsinnspill bli gjennomgått og vurdert av leder for styringsgruppa og de tre aktuelle avdelingssjefer før saken skal behandles videre i klinikken og i sykehusets ledelse, før den deretter går videre til styrebehandling.

Arbeidsgruppa har et ønske om at styret i SSHF innen utgangen av 2024 fatter et vedtak som innebærer en intensjonserklæring om at sykehuset ønsker plassering i Lyngdal kommune. Deretter vil en jobbe videre med avtaleinngåelse med kommunen. Eiendomsseksjonen i SSHF overtar deretter saken for videre dialog med kommunen og prosess ut i markedet for å kunne avklare konkret beliggenhet i Lyngdal kommune.

Realisering av en samlokalisert KPH-virksomhet i Lister ved et eventuelt nytt bygg vil ha en tidshorison på cirka 10 år, avhengig av finansiell situasjon og prioriteringer i SSHF og Helse Sør-Øst. Eventuelt samarbeid på tvers av tjenestenivåene som innebærer alternative finansielle ordninger vil kunne påvirke fremdriften.

Sykehusutvalgets rapport peker på risiko for at nye bygg blir planlagt og dimensjonert ut fra hva man på kort sikt tror lar seg realisere innenfor eksisterende økonomiske rammer og planforutsetninger. Dette kan ifølge Sykehusutvalget føre til at nye bygg ikke blir dimensjonert ut fra hva som reelt sett er behovet eller ønskelig i et langsiktig perspektiv.

I det videre må klinikken jobbe med å finne de beste praktiske løsningene for alle de tre avdelingene på kort og lengre sikt både når det gjelder pasientbehandling, ressursutnyttelse og utforming av bygg for fremtiden. Hvorvidt bygningsperiode og flytting gjennomføres i ett eller flere trinn må avklares i en senere fase.

Ved utforming av fremtidens bygg vil det være viktig at særskilte hensyn opp mot den enkelte pasientgruppe identifiseres og ivaretas. I tillegg til tilstrekkelig god plass til alle ansatte må det ikke minst sikres at formålet med samlokaliseringen kan realiseres gjennom å legge godt til rette for reell samdrift i fremtidens bygg.

12. Avsluttende refleksjon

Arbeidsgruppa har uavhengig av historikk og dagens lokasjoner jobbet frem en lokaliseringsanalyse for fremtidig plassering av KPHs virksomhet i Listerregionen.

For klinikken er det helt avgjørende å legge til rette for en samlokalisering for å sikre den faglige robustheten for fremtiden, som igjen vil bety mye for tilgjengelighet for pasientene.

Det er lagt ned mye ressurser i å innhente kunnskap og innspill til hva som vil være viktig å vektlegge ved en lokalisering.

For å redusere potensiell risiko knyttet til faglig robusthet i fremtiden, har arbeidsgruppa har valgt å legge stor vekt på de faglige innspillene, noe også brukerrepresentantene har sett på som helt sentralt i tillegg til behovet for å sikre et godt kollektivtilbud.

Arbeidsgruppa har forståelse for at flere kommuner ønsker å beholde arbeidsplasser innad i kommunen, og at en samlokalisering medfører et økt antall arbeidsplasser for

den kommunen som blir valgt som fremtidig lokasjon. I klinikkens historie er det ikke første gang at DPS-virksomhet flyttes mellom kommuner. Arbeidsgruppa håper at beslutningen på sikt vil vise at det å velge Lyngdal som vertskommune bidro til å sikre og styrke arbeidsplasser for hele regionen siden Listerkommunene samlet sett er å anse som et felles bo- og arbeidsmarked.

13.Vedlegg

1. Mandat for arbeidet
2. Styringssignaler
3. Vurderingskriterier
4. Rapport fra Multiconsult - Reisetider
5. DPS Lister etter omorganisering 2023