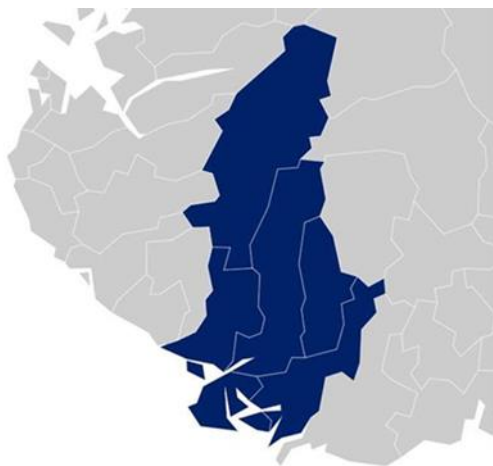

Fremtidig lokalisering av Klinikk for psykisk helse sin virksomhet i Listerregionen



Kristiansand 19.06.2024

Arbeidsgruppa

Sørlandet sykehus HF

INNHold

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

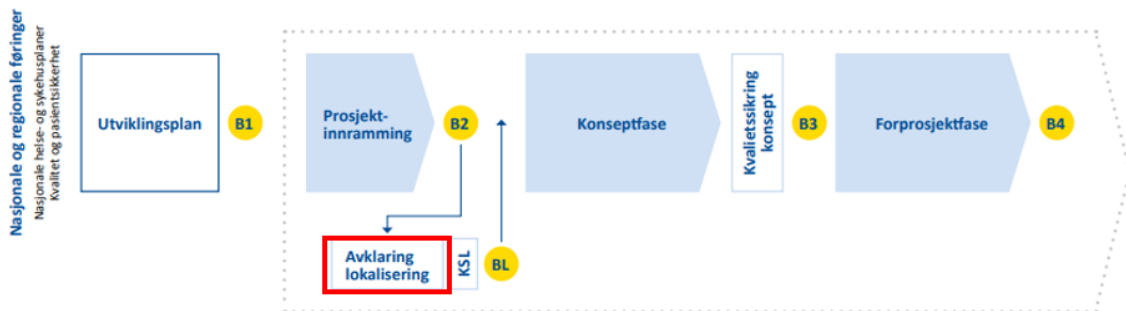
¹ [utviklingsplan_sorlandet-sykehus_2040_enkle-sider.pdf \(sshf.no\)](#)

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

referansegrupped medlemmene var invitert til å delta for informasjon om status for arbeidet, resultater så langt og videre prosess, samt med mulighet for å stille spørsmål.

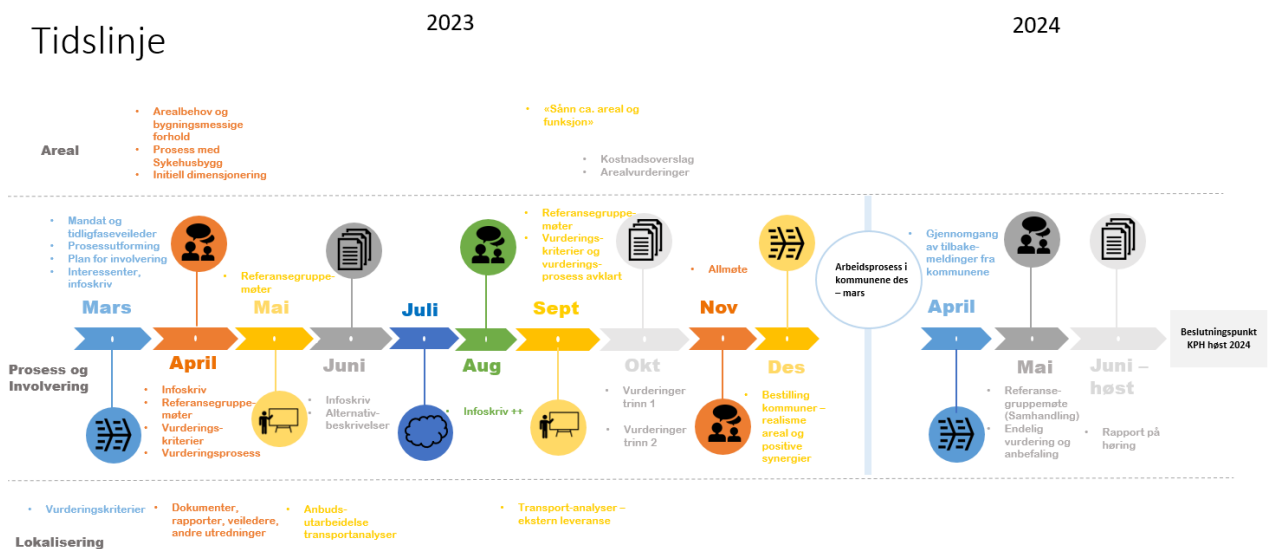
Informasjonsskriv har vært sendt ut ved flere anledninger i tillegg til presentasjoner i personalmøter. De ansatte har fått informasjon om og fortløpende mulighet for å gi innspill til arbeidet: Status og prosess, tidligfaseveilederen, vekting av kriteriene, underpunkter til kriteriene med mer.

Før rapporten ble sendt på høring ble det avholdt et nytt allmøte 27.5.24 for ansatte og brukerorganisasjoner. Også her ble det gitt mulighet til å sende inn spørsmål i forkant eller stille spørsmål direkte i møtet.

Saken har vært fast tema i dialogmøtene mellom klinikkdirektør og klinikktilitsvalgte gjennom hele perioden. Det er avholdt ett drøftingsmøte etter Hovedavtalens § 31 (omlegging av virksomheten). Tema for dette møtet var vurderingsprosess og vurderingskriterier for trinn 1, da disse forholdene ble vurdert som en milepæl i prosessen og vesentlig for saken.

3.1.5 Oppsummering prosess

Proessen kan oppsummeres gjennom følgende illustrasjon:



Figur

3.1.6 Høring

Rapporten vil bli sendt på høring i perioden 19. juni – 25. oktober 2024.

Høringsinnspillene vil bli gjennomgått av leder for styringsgruppa og de tre aktuelle avdelingssjefer.

4. Styrende dokumenter, prinsipper, innspill og avhengigheter med andre arbeider

I dette kapitlet presenteres i hovedtrekk styrende dokumenter, prinsipper, innspill til arbeidet og aktuelle avhengigheter med andre arbeider.

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. Arbeidsgruppaas 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 fraværs grenser, 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. Veiutbygging og utbygging av digitale behandlingstilnærminger 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 i 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.

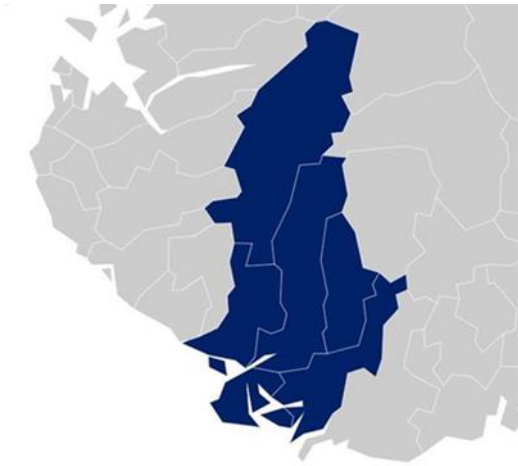
Det bør også vurderes felles resepsjon, men for eksempel ulike venterom for henholdsvis voksne og barn/unge. Det vil også være nærliggende å se på felles kontorløsning for ambulante tjenester, samtidig som man sikrer at disse har tilgjengelig samtalerom.

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.

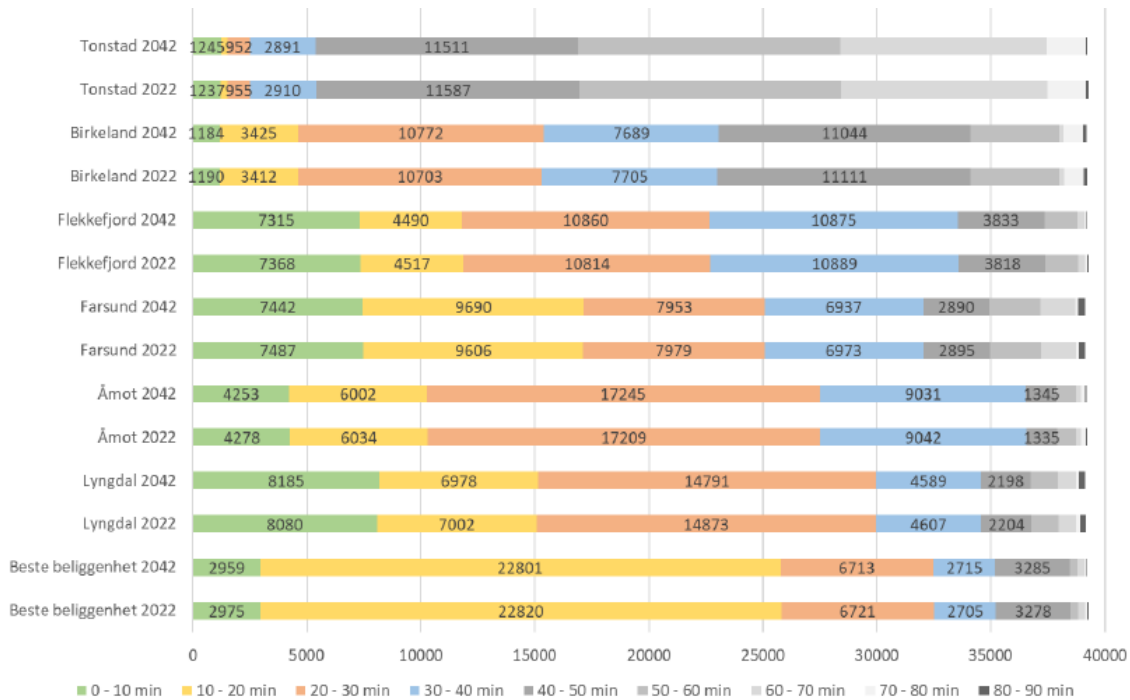
<i>Farsund</i>	<i>Flekkefjord</i>	<i>Hægebostad</i>	<i>Kvinesdal</i>	<i>Lyngdal</i>	<i>Sirdal</i>
26,5	27,0	36,6	26,2	24,3	52,2

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.

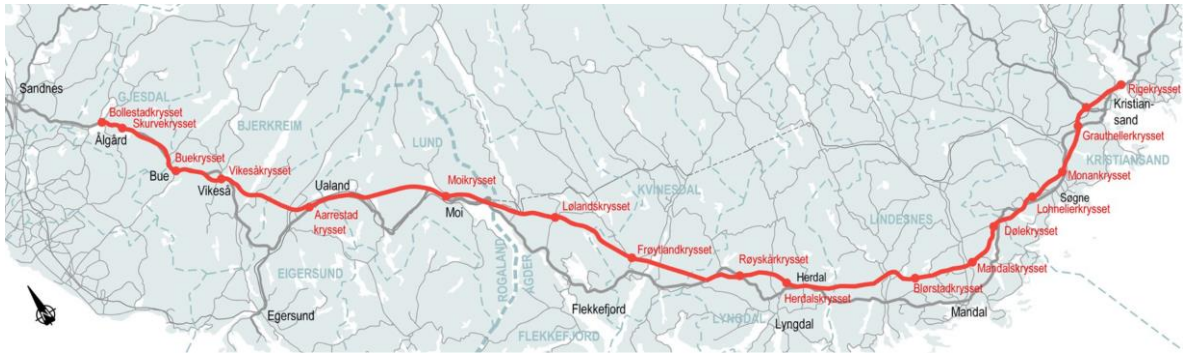
7.1.2 Andre reisetider med bil

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

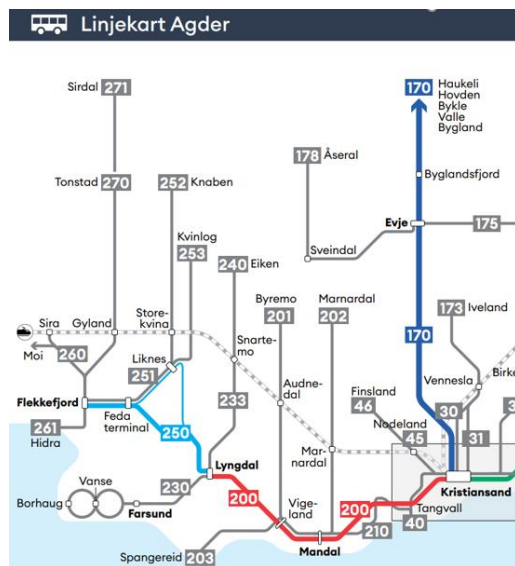
Figur 11 viser andre aktuelle reisetider med bil fra hver kommune.



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.

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

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.

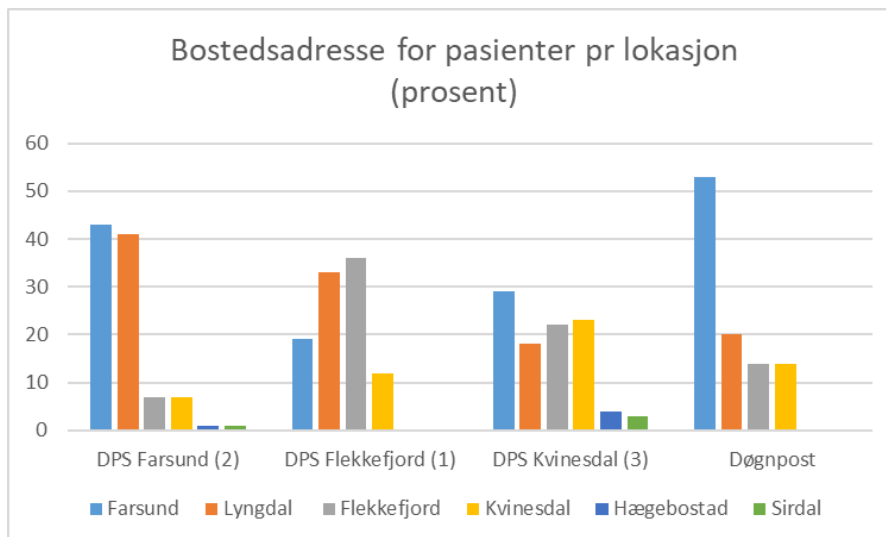
Mest mulig effektiv transport med færrest mulig bytter – først og fremst i form av direktebusmulighet – vil derfor være relevant å vektlegge, da bytter kan sies å øke sårbarheten i kollektivtilbudet med hensyn til for eksempel forsinkelser. Dette beskrives nærmere under kapittel 8.

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.

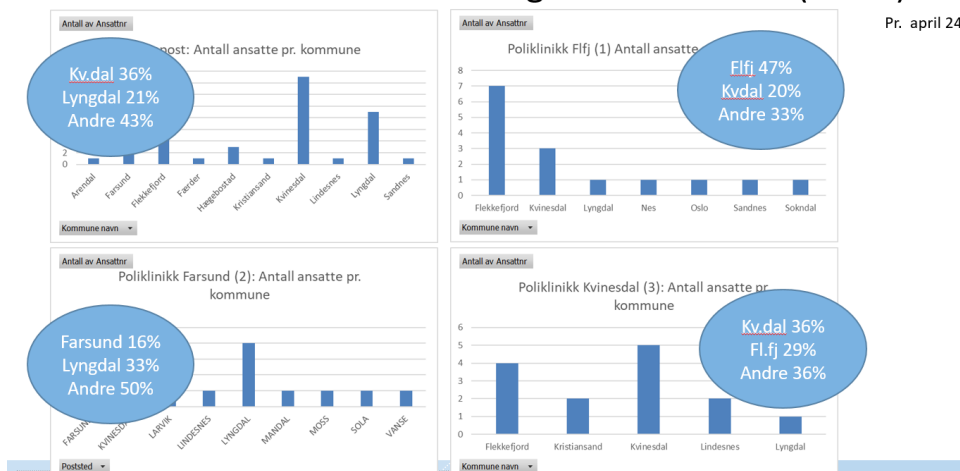
7.3 Lister som et felles bo- og arbeidsmarked

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.

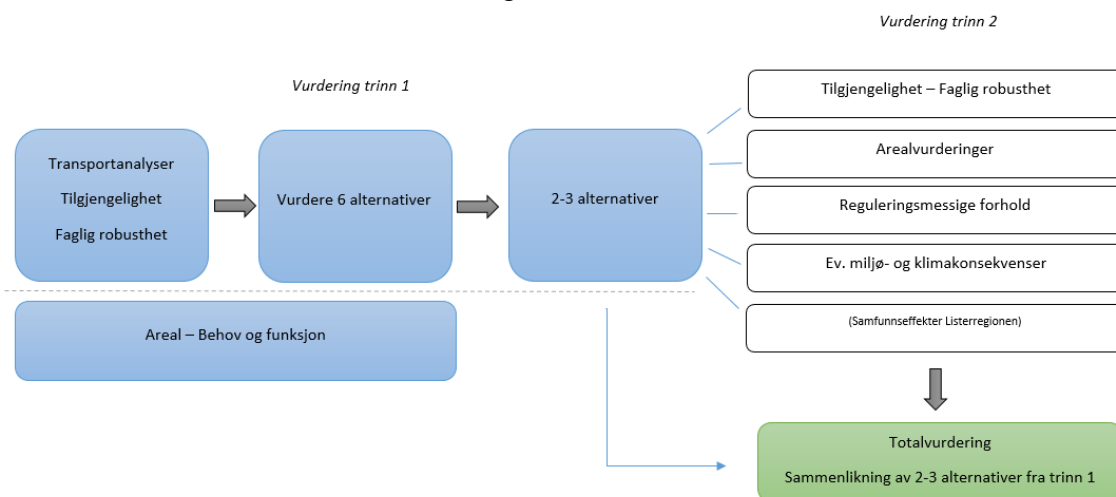
For ABUP er det en høyere andel som bor og arbeider i samme kommune. For ABUP er det i Poliklinisk team Flekkefjord 8 faste stillinger hvorav 7 bor i Flekkefjord og 1 i Egersund. For Poliklinisk team Farsund er det 13 faste stillinger hvorav 10 bor i Farsund, 2 i Lindesnes og 1 i Lyngdal. Det er ikke 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 tvangsinngelgelser. 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 vektet 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](https://www.sshf.no/221025-rapport-lokalisering-phv-somatikk-tsb.pdf) (sykehusbygg.no)

(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>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 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, direktebussmuligheter, 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 veitbygging og framskrivinger 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 Fedal. 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 Fedal, 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: Akuttfunksjoner 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 (akuttfunksjoner 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>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 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 akuttfunksjoner 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.

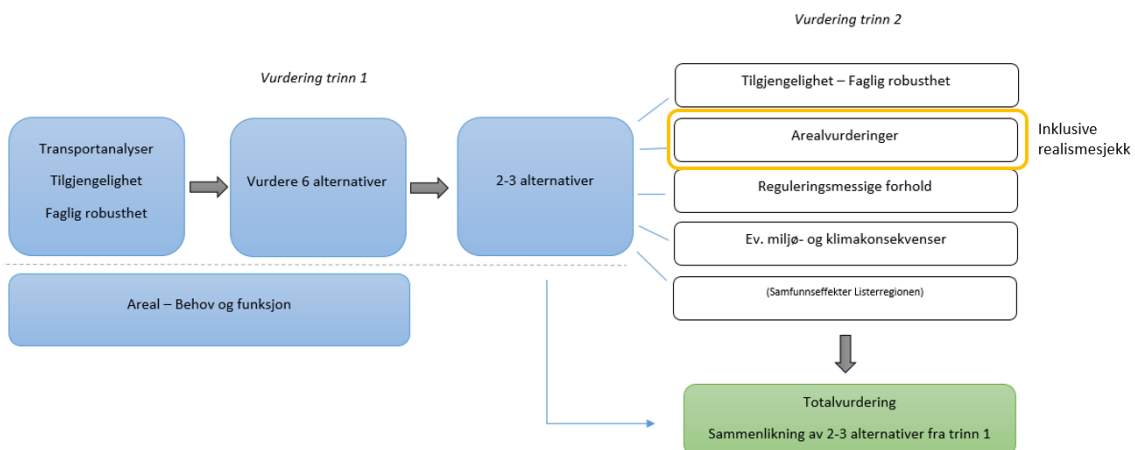
Etter å ha vurdert de seks kommunene i Lister opp mot kriteriene for Tilgjengelighet og Faglig robusthet, har arbeidsgruppa konkludert med at Lyngdal kommer best ut. Deretter er det forholdsvis likt mellom Farsund, Flekkefjord og Kvinesdal. Hægebostad og Sirdal skiller seg vesentlig fra de øvrige. Hægebostad 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 kapitlet 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:

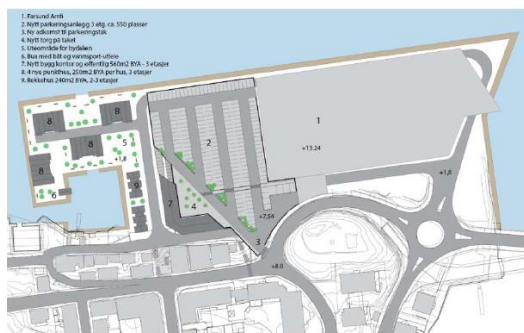
- Eierforhold
- Kommunens areal- og utviklingsplaner
- Tilretteleggingsmuligheter for areal i kommunen som per i dag ikke er omfattet av overnevnte planer
- Aktuelle arealers fleksibilitet knyttet til eventuell videreutvikling av virksomheten
- Kommunens planer for utvikling av tilsvarende tjenester 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.



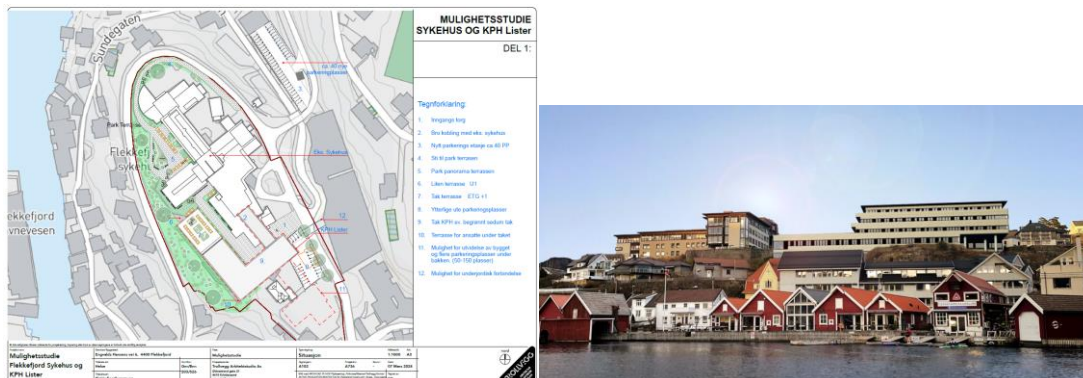
Oppsummering av tilbakemeldingen fra Farsund:

- 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.

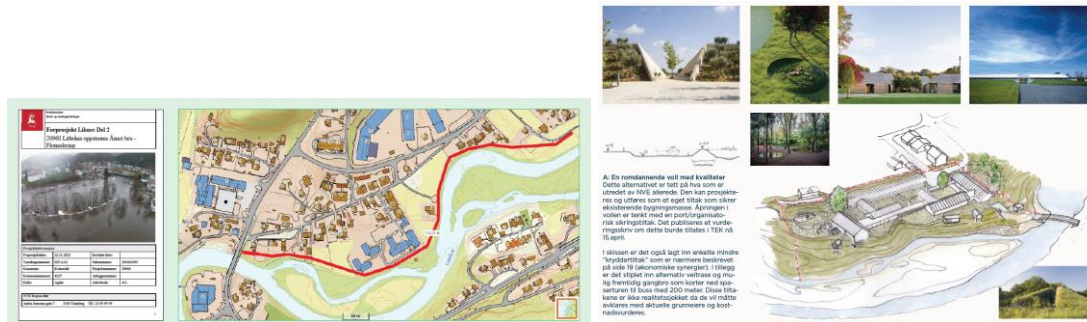


Oppsummering av tilbakemeldingen fra Flekkefjord:

- 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.

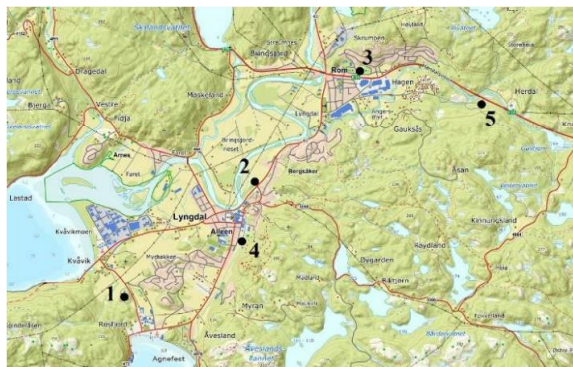


Oppsummering av tilbakemeldingen fra Kvinesdal:

- 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 fornøyelsespark 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 (Flekkefjord 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 ulempen 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