
DPS-struktur og opptaksområder

Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling

Kristiansand 30.08.2024

Arbeidsgruppa

Sørlandet sykehus HF

DPS-STRUKTUR OG OPPTAKSOMRÅDER

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag	5
2	Bakgrunn	5
2.1	Mandat og tidshorisont	6
2.2	Behov	6
2.3	Handlingsrom og avgrensninger	8
2.4	Omstilling.....	9
2.5	Prosess	9
2.6	Avhengigheter til andre prosesser	10
2.7	DPS-enes oppdrag og funksjon.....	12
2.8	DPS i andre helseforetak	14
3	Beskrivelse av dagens struktur og opptaksområder	14
3.1	Virksomhetsbeskrivelse, opptaksområder og funksjoner	14
3.2	Utfordringsbildet og forhold som bør videreføres i endret struktur.....	17
4	Beskrivelse av alternative modeller	20
4.2	4-alternativet	21
4.3	3-alternativet	24
5	Arbeidsgruppas vurderinger	27
5.1	Pasient	27
5.2	Struktur, ledelse og organisering.....	28
5.3	Ansatte.....	29
5.4	Dimensjonering.....	30
5.5	Samhandling	31
6	Anbefaling og forslag til videre prosess	32
6.1	Anbefaling.....	32
6.2	Organisasjonsendringer	32
6.3	Følgeprosesser.....	32
6.4	Risikoanalyse	33
6.5	Implementeringsplan.....	34
7	Vedlegg	35

DPS-STRUKTUR OG OPPTAKSOMRÅDER

1 SAMMENDRAG

Ei arbeidsgruppe i klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling har i perioden januar 2024–juni 2024 utarbeidet forslag til fremtidig struktur og organisering av de distriktpspsykiatriske sentrene i Agder. En best mulig utnyttelse og fordeling av DPS-enes samlede kapasitet og opptaksområder har stått sentralt i arbeidet.

Med utgangspunkt i befolkningsframskrivninger, kapasitet ved tjenestestedene og øvrige rammer, har arbeidsgruppa lagt vekt på å jobbe frem realistiske løsninger for fremtidig DPS-struktur og organisering. I arbeidet er det lagt vesentlig vekt på å identifisere behov i størst mulig grad før diskusjon av løsning. Både behov og etter hvert løsninger har vært fortløpende vurdert og justert i flere omganger før endelige vurderinger fant sted og ledet frem til arbeidsgruppas anbefaling.

Hovedgrepet i arbeidsgruppas forslag innebærer en endring fra fire til tre DPS-er i Agder, hvor DPS-ene blir mer jevnbyrdige med hensyn til størrelse, opptaksområder og geografi. Dette vurderes til å gi likere forutsetninger for struktur, ledelse og organisering, som vil være et viktig grunnlag for å kunne legge til rette for mer bærekraftige, større og mer robuste fagmiljøer, og derigjennom en styrket rekrutteringssituasjon på sikt. En slik struktur vurderes også til i større grad å kunne legge til rette for faglig utvikling, spesialisering og forskning innenfor det enkelte DPS, og på tvers av DPS-ene. Den foreslåtte løsningen innebærer en sammenslåing av avdelinger som vil være av betydning for arbeidsmiljø. I det videre arbeidet vil det være viktig å etablere nye, godt fungerende arbeidsmiljøer og sikre ivaretagelse av miljøer som fungerer godt i dag.

Funksjonsfordelinger mellom de ulike DPS-ene vil i stor grad opprettholdes som i dag, men med en anbefaling om at det gjennomføres egne arbeider når det gjelder flere områder, for eksempel døgnbehandling, AAT og FACT.

Når det gjelder reisevei for pasienter vil endringene ikke gi store uheldige utfall, og noen pasienter vil også en enklere reisevei. Det må sikres forutsigbare og trygge overganger for pasienter i langvarige forløp.

Endringer når det gjelder inndeling i opptaksområder og endret organisering vil tre i kraft i løpet av 2025. Som en del av rapporten inngår en overordnet plan for videre arbeid i perioden 2025-2027 med gjennomføring av klinikk- og avdelingsvise prosesser og informasjonsdeling og samarbeid mellom avdelingene og samarbeidspartnere.

2 BAKGRUNN

Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH) i Sørlandet sykehus HF (SSHF) har som hovedoppdrag å sikre gode, forsvarlige og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen i Agder.

Klinikken har fire distriktpspsykiatriske sentre (DPS), som hver for seg utgjør én av åtte avdelinger i KPH. Det er over flere år gjort en rekke omorganiseringer innad i de fire avdelingene, men den overordnede organiseringen og inndelingen av kommuner i opptaksområder har vært tilnærmet uendret siden 2002.

De fire DPS-ene er av varierende størrelse og med ulike utfordringer, blant annet når det gjelder rekruttering, størrelser på opptaksområder, henvisningsmengde, fristbrudd og ventetider.

En videreføring av dagens situasjon er vurdert til å være lite realistisk for å kunne møte både dagens og fremtidens behov og utfordringer. En arbeidsgruppe i KPH har derfor i perioden fra januar 2024 til juni 2024 utarbeidet forslag til fremtidig struktur og organisering av DPS-ene i Agder.

2.1 MANDAT OG TIDSHORISONT

Det vises til vedlagte mandat for arbeidet. Utredningen eies av klinikkdirektør KPH, men saken er forankret i styret i SSHF, som vil fatte endelig vedtak i saken.

Arbeidsgruppas arbeid skal resultere i et forslag til hensiktsmessig struktur for DPS-ene i KPH. Denne delen av arbeidet vil ha interessenter både internt og eksternt som følge av at både ansatte, pasienter/innbyggere og kommuner vil kunne bli berørt av endringene. Endringene er likevel først og fremst av organisatorisk art. Saken derfor bli sendt på høring i både sykehuset, kommuner, brukerorganisasjoner med flere i perioden fra 29. august til 25. oktober. Effektivisering av endret struktur og organisering vil være ønskelig fra våren 2025 (tidligst april).

Arbeidsgruppa skal også komme med forslag til en ressursfordelingsmodell som kan benyttes blant annet i forbindelse med klinikkens budsjettarbeid og fordeling av midler mellom DPS-ene. Arbeidsgruppas forslag til struktur og organisering skal også inkludere en beskrivelse av fremtidig funksjonsfordeling mellom DPS-ene.

Arbeidsgruppa ønsker å understreke at arbeidet ikke skal resultere i at fast ansatte mister jobben. Det skal heller ikke medføre noen reduksjon av tilbud, noe som for eksempel innebærer at det ikke skal legges ned døgnplasser i tilknytning til arbeidet.

Klinikken har et bredt utfordringsbilde. Fremtidig struktur og organisering av DPS-ene vil ikke løse alle utfordringer, men må ses som ett av mange pågående utviklingsarbeid i klinikken. Arbeidsgruppa oppfatter at hensikten med arbeidet vil være å få på plass en struktur og organisering som i størst mulig grad vil kunne bidra til at klinikkens ansatte samlet sett kan løse utfordringsbildet på kort og lengre sikt.

2.2 BEHOV

Arbeidet bygger på aktuelle overordnede føringer for helseforetakene og lokale behov.

Avdelingenes ulike størrelser og variasjoner i de tilhørende opptaksområdene har vært diskutert som en strukturell hemske for å kunne få til likeverdige tjenester til befolkningen i Agder. Ulike størrelser både når det gjelder årsverk og geografisk nedslagsfelt vurderes også til å gi ulike forutsetninger for drift. En utjevning av både opptaksområder og avdelingsstørrelser kan tenkes å gi grunnlag for å kunne videreutvikle det samlede tjenestetilbudet til å kunne bli mer likeverdig på tvers av Agder.

En endret organisering vil også kunne legge grunnlag for å skape mer robuste enheter som kan forventes å holde et likere produktivitetsnivå, med sammenliknbar faglig profil og organisering. Arbeidsgruppa har derfor vært opptatt av at endret struktur og organisering må kunne legges til

rette for likere forutsetninger og forventninger til hva hvert DPS i KPH skal kunne levere av tjenester.

Arbeidsgruppa har på bakgrunn av overordnede føringer og lokale behov identifisert følgende områder som fremtidig struktur i størst mulig grad bør kunne ivareta:

Pasient

Det må sikres et tilgjengelig, bredt og helhetlig tjenestetilbud, med mer likeverdige tjenester av minst like god kvalitet som i dag. Med dette menes reduksjon av uønsket variasjon, tjenester som er kunnskapsbaserte og at pasient opplever sammenhengende forløp med trygge overganger. Hjelp skal tilbys der folk bor så langt det er mulig. Fysiske og digitale tjenester tilbys etter behov og ut fra hva som er hensiktsmessig tilnærming. Klinikken tilstreber å etablere felles pasientforløp for å etterleve nasjonale faglige retningslinjer, dette vil sikre både ressurseffektivitet og kunnskapsbasert tilnærming. Fremtidig struktur må også legge til rette for systematisk pasient- og pårørendeinvolvering.

Fag – Kompetanse – Ansatte

Et robust fagmiljø er en forutsetning for å kunne tilby gode tjenester til befolkningen også i fremtiden. Endret struktur må bidra til å sikre bærekraftige, større og mer robuste fagmiljøer, som igjen legger til rette for å styrke klinikkens rekrutteringssituasjon. Med robust menes fagmiljøer eller DPS som omfatter flere fagfolk og flere pasienter.

Rekrutteringsutfordringer har vært forbundet med mindre sentrale strøk, men også fagmiljøer i KPH beliggende i mer sentrale strøk opplever rekrutteringsutfordringer. Særlig gjelder dette psykologspesialister og psykiatere, og delvis psykologer. Helsepersonellkommissjonens rapport fra 2023 tilsier at rekrutteringsutfordringene mest sannsynlig vil bre om seg også til andre grupper av helsepersonell.

Både interne og eksterne rapporter omtaler at fagmiljøets størrelse, og det å inngå som en del av et større fagmiljø, er vesentlig for i hvilken grad det virker attraktivt å søke seg dit. Små fagmiljøer oppgis ofte som årsak til at det er utfordrende å rekruttere og beholde helsepersonell. Endret struktur må legge til rette for at fagmiljøene organisatorisk sett blir av en slik størrelse at det best mulig kan legges til rette for faglig fordypning for alle grupper, spesialisering, forskning og tilgjengelig veiledningskompetanse, samt god rotasjon og god fremdrift i utdanningsløp.

Tilhørighet og nærhet til fagmiljøer andre steder i klinikken vurderes til å være av stor betydning for faglig robusthet, som igjen vil kunne styrke rekrutteringssituasjonen.

Struktur, ledelse og organisering

Det er et mål om å komme frem til en god struktur med jevnstore DPS, med et tilstrekkelig pasientgrunnlag. Strukturen må legge til rette for bedre utnyttelse av DPS-ene samlede ressurser, kapasitet og kompetanse, samt styrke samarbeid på tvers av DPS-ene. Strukturen bør bidra til å dempe sentrum-periferi-ulikhetene som preger DPS-strukturen i dag. Strukturen må støtte opp under behovet for at hvert DPS gir et bredt allmenntilbud samtidig som at klinikken totalt sett må evne også å gi mer spissede tilbud. Organiseringen må kunne ivareta kravene til forsvarlig drift som er fastsatt i lov og forskrift, og lederspenn bør være i tråd med anbefalinger i foretaket.

Samhandling og samfunn

Endret struktur må legge til rette for likeverdig samhandling med kommuner, NAV, somatiske klinikker, brukerorganisasjoner, frivillighet, andre samarbeidsaktører og øvrige avdelinger i KPH. Det er ønskelig at ny DPS-struktur sørger for at DPS-ene på lik linje kan være en samfunnsaktører på tvers av Agder. Samarbeid med frivillighet og kommuner må videreføres og bevares gjennom å sikre gode overganger ved endring både på pasient- og systemnivå.

2.3 HANDLINGSROM OG AVGRENSNINGER

Mandatet for arbeidet åpner i teorien for svært store endringer. Imidlertid vil særlig klinikkens arealsituasjon, både når det gjelder lokasjoner og kontorplasser, kunne føre til at man på enkelte områder må gjennomføre endringer trinnvis i tråd med for eksempel økonomiske forutsetninger. Det er også flere andre utfordringer som ikke direkte har sammenheng med struktur og organisering, og som en ikke vil kunne komme med konkrete løsningsforslag for gjennom dette arbeidet.

For å kunne ramme inn arbeidet på en hensiktsmessig måte, har arbeidsgruppa innledningsvis brukt tid på å avgrense omfang av problemstillinger som enten må finne sin løsning gjennom andre arbeider eller som av ulike årsaker ligger utenfor handlingsrommet.

Handlingsrommet for dette arbeidet befinner seg først og fremst innenfor lederstruktur, opptaksområder og organisasjonsendringer.

Kommunal organisering og kommuneregioninndeling ligger åpenbart til kommunene å beslutte, og angår ikke arbeidet direkte. Klinikken må utforme strukturer som i størst mulig grad dekker befolkningens og klinikkens behov. Dersom løsningen også kan føre til bedre forutsetninger for reell samhandling og møte kommunale behov på en bedre måte, anses dette som en ytterligere fordel.

En modell hvor struktur og organisering av DPS er mest mulig lik, vil legge til rette for at også andre pågående og kontinuerlige prosesser i klinikken kan løses på en bedre måte enn ved dagens organisering. Arbeidsgruppa har diskutert problemstillinger som må finne sin løsning i andre prosesser eller gjennom tilpasset drift. Dette gjelder temaer som samarbeid, oppgavedeling, kompetanseutvikling, felles fagdager og fagnettverk. Videre vil arbeid med lik forståelse av prioriteringsveilederen, felles retningslinjer og pasient-/pårørendeopplæring være slike temaer. Arbeid med produktivitet og aktivitet inngår også som slike temaer. Det samme gjelder prosesser som gjelder samlokalisering og bygg. Alle disse områdene må jobbes særskilt med uansett struktur og organisering. Mange av detaljene når det gjelder intern organisering i en avdeling er et ansvar som er delegert til hver avdeling og er noe som må finne sin form etter at endret struktur er vedtatt og iverksatt.

Det er flere områder eller problemstillinger som i større grad har sammenheng med eller vil bli påvirket av DPS-struktur og organisering. Arbeidsgruppa har vært bevisst på og viet tid til å diskutere hvordan det fremtidige tilbudet innen traumer og sikkerhetspsykiatri vil ha implikasjoner for DPS-struktur og organisering, og vice versa. Arbeidsgruppa har også brukt mye tid på å diskutere hvordan akuttkjeden og samhandling med kommuner vil bli påvirket av aktuelle endringer.

Det er arbeidsgruppas klare formening at fremtidig DPS-struktur og organisering må kunne legge til rette for å sikre en faglig robusthet gjennom større og mer rekrutterende fagmiljøer enn det klinikken samlet sett har i dag. Både organisering og opptaksområder har nær sammenheng med dette. For eksempel må opptaksområdene være av tilstrekkelig størrelse for å kunne sikre en hensiktsmessig portefølje av ressurseffektive tilbud innenfor hvert DPS. Opptaksområdene / pasientgrunnetaget må også være stort nok for alle DPS til å kunne legge til rette for både forskning og arbeid innen særlige interesseområder for den enkelte spesialist, for å sikre å både beholde og rekruttere. Samtidig må opptaksområdene og dimensjonering stemme overens med kapasitet ved den enkelte DPS-lokasjon av hensyn til både kontorplasser og pasientenes oppmøtested. I tilfeller der man i arbeidet avdekker utfordringer med kapasitet må det lages egen tiltaksplan som viser at det er mulig å realisere forslaget på sikt.

Det vil være svært viktig å sikre fortsatt god tilgjengelighet for pasient, slik at en ved endringer må hensynta pasientens reisevei. Samtidig vil en videreutvikling av det digitale tjenestetilbudet være en viktig dimensjon også ved utforming av fremtidig struktur og organisering.

2.4 OMSTILLING

Arbeidsgruppa har fra starten av definert saken som en utredning i forbindelse med en potensiell omstillingssak. Det er flere enheter som vil bli berørt av endringer i større eller mindre grad, og noen enheter som en må kunne si at ikke vil bli særlig berørt i det hele tatt.

En ny organisasjonstilhørighet endrer ikke på den enkeltes arbeidsavtale, og det er den enkeltes arbeidsavtale som er styrende for handlingsrommet. Endring må påregnes som følge av at både samfunnsutvikling og arbeidsgivers behov er dynamisk, men endringene må gjennomføres på en ryddig og forutsigbar måte i tråd med arbeidsmiljøloven og interne retningslinjer for omstilling i SSHF.

2.5 PROSESS

2.5.1 Tidslinje og arbeidsform

I perioden fra januar til juni 2024 har arbeidsgruppa hatt 11 møter. Arbeidsgruppa har bestått av avdelingssjefene fra hver av de fire DPS-ene, klinikktiltitsvalgte for DNLF (Overlegeforeningen) og Fagforbundet, hovedverneombud, brukerrepresentant og to rådgivere fra klinikkstab, hvorav de to sistnevnte har ledet arbeidet.

Med utgangspunkt i befolkningsframskrivninger, arealsituasjon og øvrige rammer, har arbeidsgruppa lagt vekt på å jobbe frem realistiske løsninger for fremtidig DPS-struktur og organisering. I arbeidet er det lagt vesentlig vekt på å identifisere behov i størst mulig grad før diskusjon av løsning. Både behov og etter hvert løsninger har i tråd med designtenkningstilnærming vært fortløpende vurdert og justert i flere omganger før endelige vurderinger fant sted og ledet frem til arbeidsgruppas anbefaling.

2.5.2 Interessenter, involvering og kommunikasjon

Internt er dette en prosess som kan resultere i omstilling. Arbeidsgruppa har derfor lagt dette til grunn ved utforming og gjennomføring av prosess, og ved sammensetning av arbeidsgruppa. Eksternt er det en prosess som vil kunne få betydning for eksempel med hensyn til oppmøtested for pasienter.

Arbeidsgruppa identifiserte innledningsvis mulige interessenter for arbeidet: Ansatte i klinikken, øvrige klinikker og styringslinjen i SSHF, brukerorganisasjoner og kommuner, avtalespesialister, fastleger og NAV. Det ble innledningsvis sendt ut informasjon om saken til alle disse. Alle innspill uansett adressat har fortløpende vært tatt opp og diskutert i arbeidsgruppa. Informasjonsbehov særlig overfor ansatte er vurdert løpende, med noe ekstra dialog overfor personalgrupper som i større grad enn andre vil bli berørt av endringer.

Overfor berørte ansatte er saken tatt opp i personalmøter ved bruk av presentasjoner og via infoskriv, med fortløpende mulighet for å gi innspill til arbeidsgruppa. Saken er også tatt opp i klinikkdirektørs dialogmøter med klinikktilitsvalgte, samt at det er gitt en orientering om saken til styret i SSHF. Interne innspill har i hovedsak handlet om sakens implikasjoner for akuttflyt og behovet for å bevare og bygge videre på det som oppleves å fungere godt i dag.

Enkelte ansatte, samt legeforeningen spesielt, har vært opptatt av arbeidsgivers styringsrett ved en organisasjonsendring. Dette har konkret handlet om mulighet til beordring til andre arbeidssteder enn hvor man har oppmøte i dag. Disse forhold har blitt avklart gjennom dialog med organisasjonsavdelingen.

Saken har vært tema i brukerråd i KPH og i de aktuelle møtefora innenfor helsefelleskapsstrukturen mellom sykehuset og kommunene. Så langt som mulig er saken tatt opp i de aktuelle regionale samarbeidsutvalg (RS) i tillegg til strategisk samarbeidsutvalg (SSU).

Arbeidsgruppa inviterte til et eget møte 18. april med god deltakelse fra kommunerepresentanter, brukerorganisasjoner, avtalespesialister og samhandlingslege (fastlegeperspektivet). Hensikten med møtet var å få innspill til hva som vil være viktig i utformingen av endret struktur sett fra interessentenes perspektiv.

Innspillene fra møtet er gjengitt i eget vedlegg og i stor grad hensyntatt ved arbeidsgruppas utforming og vurdering av de konkrete løsningsforslagene. Det kom mange innspill av betydning, men som ikke direkte har sammenheng med utforming av struktur og organisering av DPS-ene. Følgende punkter ble vurdert av arbeidsgruppa til å være de mest vesentlige:

- Kommunene i Setesdal ønsker i større grad å dras mot Kristiansand som følge av lang reisevei og dårlig kollektivtilbud fra østre del av Agder til Setesdal
- Region Setesdal ønsker å tilhøre samme opptaksområde
- Iveland og Birkenes ønsker å tilhøre Kristiansand
- For mye som er basert på gamle fylkesgrenser. Være påpasselig med utfordringer for grensekommuner.
- Være bevisst implikasjoner av at opptaksområdene til de to lokasjonene til PSA (Psykiatrisk Sykehusavdeling, Arendal og Kristiansand) og de ulike DPS-ene ikke er like.
- Se på ressursbruk og se saken opp mot behovsindeks i kommuner
- Robuste fagmiljø og solide organisasjoner som helt vesentlig – sterke, robuste fagmiljø som det viktigste
- Viktig å hensynta kollektivtransport i fordeling av opptaksområder
- Viktig med blandingsprofil (by og distrikt) for hvert DPS

2.6 AVHENGIGHETER TIL ANDRE PROSESSER

Det er flere andre pågående prosesser som henger tett sammen med gjennomgangen av DPS-enes struktur, organisering og opptaksområder. Prosessene koordineres på tvers og

arbeidsgruppene holdes løpende informert om hverandre arbeid. Dette gjelder blant annet prosessene som omtales nedenfor.

2.6.1 Beholde og rekruttere

I 2023 og 2024 har KPH gjennomført et omfattende arbeid under overskriften "Beholde og rekruttere". Rekruttering og oppbygging av fagmiljø er helt sentralt for å kunne sikre et tilgjengelig og likeverdig tilbud for innbyggerne i Agder. Rekrutteringsutfordringene har over mange år vært store på spesialistsiden, særlig i distriktstrøk, og vil trolig også kunne bre om seg til flere yrkesgrupper i fremtiden¹.

Klinikken har intervjuet om lag 50 spesialister og blant annet spurt om hva som er viktig for fagmiljøene. Spesialistene vurderte følgende punkter som særlig viktige:

- Sikre spesialistdekning
- Felles arenaer for fagutvikling
- Sikre lett tilgang til kollegaer med samme fagbakgrunn
- 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

Endret struktur bør kunne legge til rette for å ivareta så mange som mulig av ovennevnte punkter på best mulig måte.

2.6.2 Akuttkjeden

En endring av opptaksområder for DPS-ene medfører ingen endring i opptaksområdene for psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) eller andre avdelinger i KPH.

Det at PSAs opptaksområder forblir uendret mens DPS-ene står foran en endring med hensyn til opptaksområder, vil kunne bety en endring i hvordan akutflyten må håndteres fremover for noen pasienter og noen enheter i KPH. Arbeidsgruppa har diskutert problemstillinger med avdelingssjef i PSA, og tar akutflyt med i vurdering av de ulike alternativene.

2.6.3 Traumelidelser

Pasientforløp for traumelidelser er under revidering per dags dato. Arbeidsgruppa har hatt dialog med leder av arbeidsgruppa for traumelidelser. En mulig omorganisering av traumetilbud vil kunne få påvirkning på DPS, og må eventuelt tilpasses når vedtak foreligger.

2.6.4 Sikkerhetspsykiatri

KPH har igangsatt et klinikkovergripende arbeid hvor en ser på oppfølging av pasientgruppen samlet sett, hvor en også skal foreslå nødvendige forbedringstiltak i samarbeid mellom PSA, DPS-ene og ARA.

2.6.5 Samlokalisering av klinikkens virksomhet i Listerregionen

Arbeidsgruppa har lagt til grunn at klinikkens fagmiljø i Listerregionen vil være samlokalisert i løpet av noen år. Prosessen med å avklare fremtidig lokalisasjon pågår, og har en lenger

¹ [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/NOU-2023-4)

tidshorisont enn saken om DPS-struktur. Arbeidsgruppa kan ikke se at det foreligger avhengigheter mellom disse to sakene. Det gjeldende arbeidet om DPS-struktur handler om opptaksområder, som er uavhengige av beslutninger knyttet til konkrete lokasjoner.

2.6.6 Øvrige prosesser

Arbeidsgruppa ser at innføring av DIPS Arena pågår parallelt og må hensyntas når det gjelder implementering av eventuelle organisatoriske endringer.

2.7 DPS-ENES OPPDRAG OG FUNKSJON

Føringer for psykisk helsevern for voksne er innarbeidet under behov i kapittel 2.2. For å ha et godt grunnlag for diskusjoner i arbeidsgruppa, ble det innledningsvis utarbeidet en oversikt over DPS-enes oppdrag og funksjon. Det ble også innhentet informasjon om hvordan struktur og organisering ser ut ved andre helseforetak i Sør-Norge. Arbeidsgruppa har også vært opptatt av å sikre sammenheng med andre prosesser av betydning for arbeidet.

DPS er i praksis en operasjonalisering av Lov om spesialisthelsetjenestens §3-8 og 7-4. DPS-ene er del av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern, og skal gi et tilbud når psykiske symptomer utvikler seg til mer alvorlige plager og lidelser. Alle landets innbyggere over 18 år skal omfattes av et DPS, som har til hensikt å gi spesialiserte tjenester så nær som mulig der folk bor.

DPS-ene er faglig selvstendige enheter med ansvar for det allmenne psykiske helsevernet. DPS-ene består av ulike typer tilbud og tjenester, slik som dag-, døgn-, og polikliniske og ambulante tjenester. DPS-ene utgjør en viktig del av akuttkjeden ved at de fungerer som veien inn og veien ut fra psykisk helsevern.

Pasienter henvises til DPS med bakgrunn i pasient- og brukerrettighetsloven og forskrift om prioritering² av helsetjenester. Prioriteringsregler bidrar til at pasienter som trenger det mest kommer raskest til den riktige helsehjelpen, der en vurderer forventet nytte av helsehjelpen. En vurderer da også individuelle forhold som grad av funksjonsfall (jobb, skole), alder, komorbide tilstander, rus, omsorg for barn, graviditet, suicidalitet eller selvskading.

DPS-ene skal gi differensiert utredning, diagnostisering og behandling gjennom

- polikliniske tilbud
- ambulante tilbud
- ambulante akuttilbud
- digitale tilbud
- dagtilbud
- akutte døgntilbud
- elektive døgntilbud

DPS-ene har også til oppgave å samarbeide med og gi opplæring til pasienter og pårørende, benytte erfaringskonsulenter og samarbeide med kommunene i sine respektive opptaksområder både på brukernivå og systemnivå gjennom gjensidig deltakelser og

² [Om prioriteringsveilederen - Helsedirektoratet](#)

involvering i relevante planprosesser. Ansvaret innebærer også samarbeid med og veiledning til psykiske helsetjenester i kommunene og andre samarbeidspartnere, for eksempel fastleger og NAV.

Forskning, kvalitetsutvikling og utdanning av helsepersonell er også blant DPS-enes oppgave, og er svært viktig for å kunne bidra til kunnskapsutvikling, god pasientsikkerhet og en rekruttering som dekker kompetansebehovet.

DPS-enes tjenestetilbud skal dekke det alminnelige behovet innenfor moderate til alvorlige lidelser sett opp mot lovverk og prioriteringsveileder. En fremtidig struktur og organisering må kunne legge til rette for at hvert DPS skal kunne gi et bredt allmentilbud. Samtidig må de enkelte tilbud må være spisset nok til å kunne gi adekvat og kunnskapsbasert behandling. For noen fagområder vil det være behov for å funksjonsfordele enkelte mer spissede behandlingstilbud.

Bredde versus spisset tilbud har vært diskutert i arbeidsgruppa som et viktig skjæringspunkt fordi det i en del tilfeller kan utfordres som følge av utfordrende rekrutteringssituasjon, størrelser på opptaksområder og geografi. I praksis kan det resultere i at det i noen tilfeller må gjøres en avveining mellom tilgjengelighet og et tilbud av ypperste kvalitet.

Likeverdige tjenester er en overordnet føring for helseforetakene og har på bakgrunn av nevnte utfordringer vært et sentralt diskusjonstema i arbeidsgruppa. Befolkningen skal ha en tilgjengelighet til forsvarlig helsetjeneste av like god kvalitet som er tilpasset den enkelte pasients behov og bosted. Dette betyr ikke identiske tilbud, men jevn gode tilbud. Arbeidsgruppa har lagt til grunn at et likeverdig tilbud på Agder betyr at de tilbud vi har etablert i klinikken bør være organisert slik at de er tilgjengelige for alle innbyggere, uavhengig av bosted.

Dette betyr ikke at alle pasienter kan få samme type oppfølging, men det betyr at alle innbyggere kan henvises og at alle pasienter skal ha en mulighet til å få et tilpasset tilbud. Dette er spesielt aktuelt der fysisk oppmøte er vanligste form for oppfølging og/eller ved tilbud der spesielle faggrupper er sentralisert/samløkalisert. Et likeverdig tilbud betyr også at klinikken må videreutvikle digitale eller ambulante tilbud der man ikke kan basere seg på hyppig fysisk oppmøte fra pasient eller at det kan legges til rette for overnatting/pasienthotell for pasienter med lang reisevei.

DPS-ene skal normalt gi et tilbud som kan dekke behovene innen følgende diagnosegrupper (oversikten er ikke uttømmende):

- Angst og tvang (OCD) - alvorlig til moderat
- Bipolar lidelse - type I og II
- Depresjon – alvorlig til moderat
- Nevropsykiatriske problemstillinger, inkludert ADHD – alvorlige symptomer og nedsatt funksjon
- Personlighetsforstyrrelser
- Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)
- Psykoselidelse
- Psykoseutvikling
- Schizofreni

- Spiseforstyrrelser – anoreksi, bulimi

Det er enkelte funksjonsfordelinger, hvor ett DPS gir tilbud til pasientgruppen på vegne av andre DPS, for de mer spissede tilbud. I hovedsak gjelder dette OCD, nysyke (psykoselidelser), og FACT samt AAT og fengsel per juni 2024.

2.8 DPS I ANDRE HELSEFORETAK

Arbeidsgruppa har undersøkt hvordan struktur, organisering og opptaksområder ser ut i andre helseforetak i Sør-Norge. Arbeidsgruppa har funnet at det er stor variasjon i størrelse på opptaksområder og organisering, og at opptaksområde (målt i befolkningsstørrelse) ser ut til å øke med høy grad av sentralisering. Og motsatt: Jo mer grisgrendt og jo større geografiske avstander, jo mindre befolkning inngår i opptaksområdet. Det ser også ut til å være en sammenheng mellom sentralisering og plassering av de mer spissede behandlingstilbud. Ut fra forholdene i Agder ser arbeidsgruppa for seg at opptaksområdene for det enkelte DPS bør være i størrelsesorden 50 000–90 000 innbyggere, med en bekymring for at 50 000 trolig vil være for lavt sett opp mot den kunnskapen som foreligger vedrørende rekruttering av spesialister.

Gjennomgang av funksjonsfordelinger ved andre DPS tyder på et relativt stort samsvar mellom områder som er funksjonsfordelt i Agder og hvordan dette ser ut andre steder. Særlig OCD-tilbudet er funksjonsfordelt også i de fleste andre foretakene. Følgende andre områder fremkommer også som funksjonsfordelt flere steder: nevropsykologi (egen poliklinikk), fengsel, psykose(poliklinikk), spiseforstyrrelser, gruppepoliklinikk (spesialenhet personlighetsforstyrrelser) og senter for utdanning, forskning og fagutvikling.

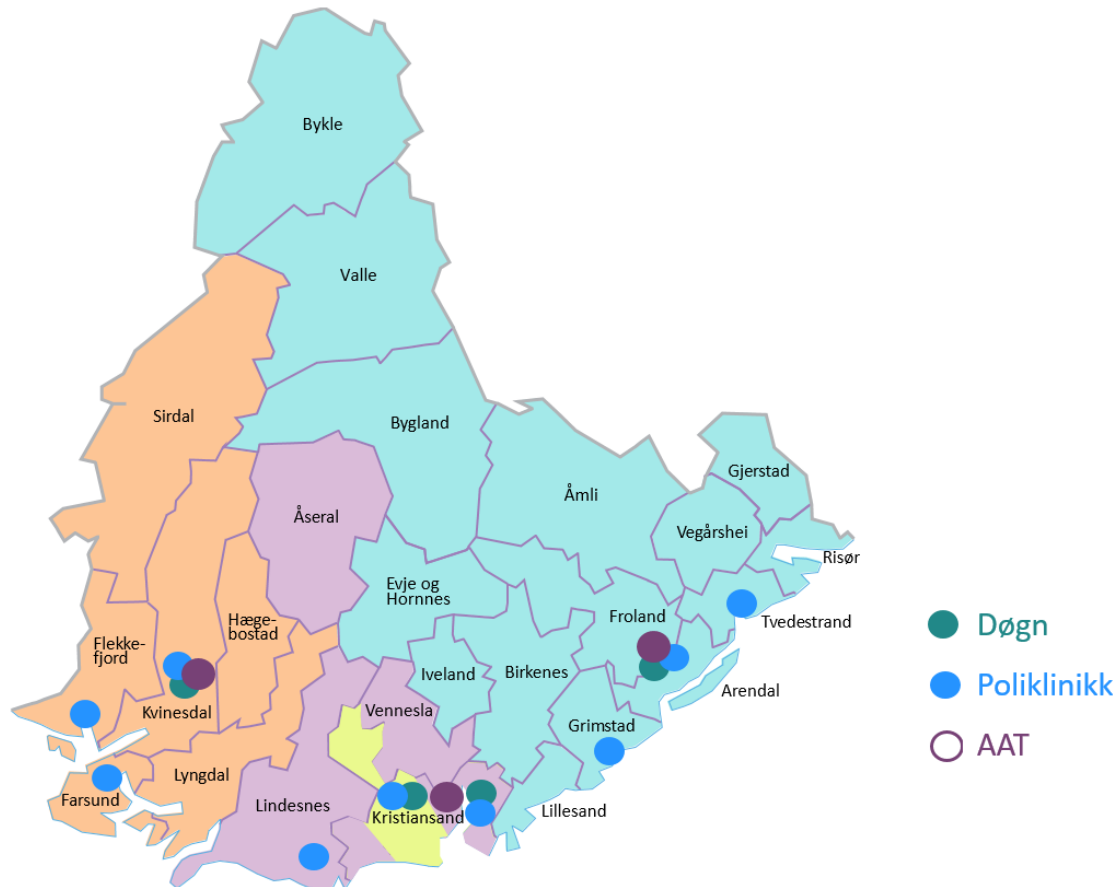
3 BESKRIVELSE AV DAGENS STRUKTUR OG OPPTAKSOMRÅDER

I dette kapittelet følger en beskrivelse av virksomheten med utfordringsbilde og dagens opptaksområder.

3.1 VIRKSOMHETSBEKRIVELSE, OPPTAKSOMRÅDER OG FUNKSJONER

Klinikken har poliklinikkvirksomhet innen DPS på 10 lokasjoner i Agder. DPS Lister har i dag lokasjoner i Farsund, Flekkefjord og på Volla i Kvinesdal, og det jobbes for en samlokalisering av disse. DPS Strømme har lokasjoner i Kristiansand (Strømme og Eg) og i Mandal. DPS Solvang er lokalisert på Grim i Kristiansand, mens DPS Østre Agder er lokalisert på Bjorbekk i Arendal, i Grimstad og i Tvedestrand. Det er døgnvirksomhet på Strømme, Solvang, Bjorbekk og Volla i Kvinesdal. Tjenestetilbudet er beskrevet i kapittel 2.

DPS-STRUKTUR OG OPPTAKSOMRÅDER



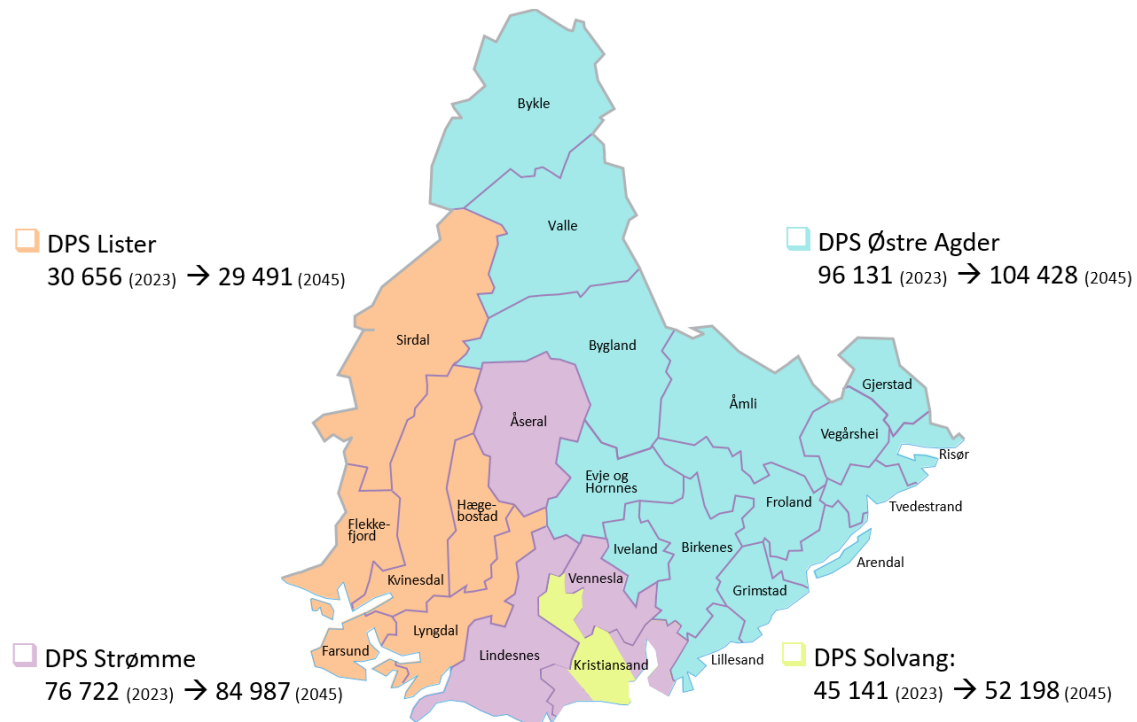
Figur 1 viser DPS-enes lokasjoner, fordelt på henholdsvis poliklinikk, døgn og ambulant akutteam

Det er stor variasjon i geografisk nedslagsfelt, og også stor variasjon i årsverk per avdeling. På tvers av avdelingene er det også variasjon i enhetenes størrelser. Det er flere små enheter med 10-12 årsverk, og i den andre enden av skalaen er det enheter med i overkant av 50 årsverk.

DPS Lister har i sitt budsjett 81 årsverk i 2024. DPS Solvang har 124, DPS Strømme har 130 og DPS Østre Agder har 200. Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom årsverk i budsjett og tilgjengelig personell, da en del stillinger er ubesatte, og det er stor variasjon også når det gjelder omfanget av ubesatte stillinger per avdeling.

Det er stor variasjon i avdelingenes opptaksområder, som i 2023-tall spenner fra om lag 30 000 innbyggere over 18 år, til like opp under 100 000 innbyggere over 18 år. Gapet i opptaksområdene vil øke frem mot 2045, og utgjør en dimensjon som må hensyntas i arbeidet.

DPS-STRUKTUR OG OPPTAKSOMRÅDER



Figur 2 viser dagens opptaksområder - befolkning over 18 år - per DPS i 2023- og 2045-tall.

Dagens inndeling av kommuner i opptaksområder for DPS-ene er som følger:

- DPS Lister: Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal
- DPS Strømme: Kristiansand øst for Otra inkludert bydel Søgne, Vennesla, Lindesnes og Åseral
- DPS Solvang: Kristiansand vest inkludert bydel Songdalen
- DPS Østre Agder: Arendal, Birkenes, Bygland, Bykle, Evje og Hornnes, Gjerstad, Grimstad, Froland, Iveland, Lillesand, Risør, Tvedestrand, Valle, Vegårshei og Åmli

Når det gjelder funksjonsfordeling der ett DPS ivaretar funksjoner for andre DPS i dagens struktur, er situasjonen følgende:

- DPS Lister har ingen funksjoner på vegne av de andre DPS-ene
- DPS Strømme har ansvar for AAT-funksjonen på vegne av DPS Strømme og DPS Solvang, samt for DPS Lister ettermiddag/kveld/helg. DPS Strømme har også funksjon inn i Agder fengsel (Mandal).
- DPS Solvang har ansvar for OCD-tilbudet på vegne av alle DPS-ene, og ivaretar også FACT og tilbudet til nysyke (førstegangsspsykose) på vegne av DPS Strømme.
- DPS Østre Agder har ansvar for det spesialiserte tilbudet innen spiseforstyrrelser, og har også funksjon inn i Agder fengsel (Froland og Evje).

Arealmessig oppgis kapasiteten å være fullt utnyttet flere steder. Utvidelse/etablering av funksjoner på andre steder enn der funksjonene er lokalisert i dag vil kunne medføre omfattende flytteprosesser. Det er imidlertid enighet i arbeidsgruppa om at det sentrale vil

være å sikre DPS-er som blir robuste nok til å ha bredest mulig tilbud, og at man unngår for stor grad av funksjonsfordeling.

3.2 UTFORDRINGSBILDET OG FORHOLD SOM BØR VIDEREFØRES I ENDRET STRUKTUR

I klinikken er det en uttalt ulik praksis når det gjelder håndtering av henvisninger, rettighetsvurderinger, og fortolkning av prioriteringsveilederen. Dette kan være noe av bakgrunnen for utfordringer med ventelister og fristbrudd. Selv om klinikken ser behov for fortsatt å drive forbedringsarbeid lokalt, er det arbeidsgruppas oppfatning at en annen struktur i større grad vil kunne legge til rette for å lykkes med slikt endringsarbeid.

3.2.1 Rekruttering og arbeidsmiljø

Klinikken har store rekrutteringsutfordringer flere steder, noe som gir seg utslag i veldig variert tilgang på spesialister (psykiatere og psykologspesialister) fra avdeling til avdelingen. Rekrutteringsutfordringene har vedvart over mange år, men har variert noe på tvers av avdelingene over tid. Man ser at DPS med sentral beliggenhet nær større byområder har en bedre rekrutteringssituasjon enn i distriktene. Denne situasjonen har vedvart over lengre tid. Det er grunn til å tro at rekrutteringsutfordringene også vil nå mer sentrale strøk. Det vil være viktig å skape større fagmiljøer som gir rom for utvikling, som igjen legger til rette for rekruttering.

Et lite pasientgrunnlag gjør det vanskeligere å etablere ressurseffektive tiltak og mulighet for å etablere tilbud til de pasientgrupper som av antall ikke er like store som andre. Det er både krav og ønske om høy grad av spesialisering blant spesialister og andre ansatte, men avdelinger med få innbyggere i opptaksområdet har få spesialister å fordele ansvar på. Implementering av transdiagnostiske behandlingsmodeller og etablering av team knyttet til ulike typer pasientforløp lar seg ikke gjennomføre, eller er svært sårbart der det er etablert.

Ved endring av struktur og organisering vurderer arbeidsgruppa at det bør legges stor vekt på å bevare arbeidsmiljøer som fungerer godt i dag.

3.2.2 Likeverdighet og ressursutnyttelse

De fleste steder vil det være en sammenheng mellom størrelse på fagmiljø og pasientgrunnlag. Ulik størrelse på opptaksområdet gir ulike forutsetninger for god ressursutnyttelse og opprettholdelse av robust fagmiljø, for derigjennom å kunne sikre likeverdige tilbud for innbyggerne i Agder. Det vil være viktig at fremtidens DPS-struktur legger til rette for å sikre et tilstrekkelig pasientgrunnlag per diagnosegruppe – dette for å unngå sårbarhet i tilbud.

Klinikken har flere eksempler på reelle utfordringer som det er sannsynlig at kan ha sammenheng med for lite pasientgrunnlag eller variasjoner i størrelser på opptaksområder på tvers av avdelingene:

- Personell får ikke mengdetrening som følge av for lite pasientgrunnlag. Dette bidrar til mindre klinisk erfaring og fungerer som en ulempe i rekrutteringsperspektiv.
- Det kan være vanskelig å få til felles pasientforløp på tvers av klinikken. Dette kan stå i veien for likeverdige tjenester for befolkningen, og reduserer graden av kontakt på tvers av fagmiljøer med sammenfallende interesser og kompetanse.

- Det kan være vanskelig å få til tilbud som er rettet mot flere pasienter, for eksempel gruppebehandling. Dette kan medføre en reduksjon i bredden av tilbud, ulikhet i tjenestetilbud og lavere grad av ressursutnyttelse.
- Det kan være vanskelig å få til lærings- og mestringstilbud. Dette er en viktig del av det totale tjenestetilbudet. Fravær av lærings- og mestringstilbud gir ulikhet i tjenestetilbudet og kan bidra til å forsinke bedringsprosesser for pasient.

Slik strukturen er lagt i dag, utfordres forutsetningen om likeverdige tilbud til befolkningen, da flere av tilbudene så langt ikke har vært mulig å utforme eller drifte på en likeverdig måte. Av tilbud som per i dag regnes som en del av uønsket variasjon er for eksempel ambulante akutteam (AAT), FACT og spiseforstyrrelsestilbud.

I Listerregionen er det en utfordring at dagens størrelse på opptaksområdet utfordrer både mulighet for å opprette ressurseffektive tilbud og mulighet for å kunne implementere felles pasientforløp utviklet på klinikknivå ut fra mangel på enten nok antall pasienter eller nok behandlere å fordele ansvar på. Det er altså ikke bare en utfordrende rekrutteringssituasjon i seg selv, men også størrelsen på både avdeling og opptaksområde som utfordrer. Dette anses også som to områder som gjensidig utfordrer hverandre. Per i dag er det en risiko for at det ikke er tilstrekkelig antall personer innenfor hver faggruppe til å lage et stort nok fagmiljø som stimulerer til faglige diskusjoner og kompetanseutvikling. Arbeidsgruppa har en antakelse om at dette igjen har bidratt til å forverre rekrutteringssituasjonen ytterligere.

Det finner sted svært mye godt samarbeid innad og på tvers av DPS-ene i dag, men samarbeidet kan forbedres. Arbeidsgruppa ser for seg at likere størrelse på DPS-ene vil utjevne og sannsynliggjøre økt grad av samarbeid på tvers av alle DPS-ene.

Det er en antakelse om at geografisk nedslagsfelt for avdelingen legger føringer for hvordan strukturer utformes på avdelingsnivå og hvordan samarbeid finner sted i praksis. Videre er det en opplevelse av at ansvarsfølelsen overfor pasienter er avgrenset til eget opptaksområde.

Arbeidsgruppa har derfor vært opptatt av å finne løsninger som legger til rette for å dempe sentrum-periferi-skjevheter og legger til rette i større grad for å tenke mer kultur og samarbeid på tvers av klinikken i tråd med føringer i SSHF, både når det gjelder fagutvikling, drift og intern samhandling.

3.2.3 Samhandling

Det foregår omfattende samhandling internt og eksternt som en del av DPS-virksomheten.

Internt

Det vil i stadig større grad være behov for å styrke arenaer for samarbeid og fagutvikling. Arbeidsgruppa har tro på at dette vil ha størst sannsynlighet for å lykkes dersom en legger til rette for fagmiljøer med om lag lik størrelse, og at det faglige må utgjøre selve fundamentet for organiseringen. Mye fagutvikling kan ivaretas gjennom digitale løsninger. Videre mener arbeidsgruppa at fremtidig struktur og organisering må sikre fagmiljøer som er så robuste at de ikke forvitrer når enkeltpersoner slutter. Arbeidsgruppa legger videre til grunn at tjenestetilbudet må være basert på befolkningens behov og ikke enkeltpersoners faglige interesser.

En annen fordel ved en likere utforming av avdelingene er at det vil kunne forenkle bruken av støtte funksjoner inn i avdelingen, for eksempel sett fra stabsfunksjoner, vernetjenesten, tillitsvalgtapparatet med videre.

Uansett fremtidig struktur, må det ved endringer sikres at pasienter i langvarige forløp hensyntas. De aktuelle pasientene har behov for kontinuitet, og for mange av disse vil endring oppleves svært utfordrende. I deler av klinikken er det i dag utfordrende å etablere kurs og kompetanseheving innenfor eksempel førstegangpsykose. Innenfor samme diagnosegruppe gjelder dette også for kurs og opplæring for pårørende. For å kunne utnytte knappe ressurser best mulig i fremtiden vil avslutning av pasienter som ikke lenger er i behov av spesialisthelsetjenester bli stadig mer aktuelt. En slik utvikling vil kreve at organisasjonen har en lik tilnærming til prioriteringsveileder.

I dagens struktur det etablert ulikt ledersamarbeid mellom DPS-ene på forskjellige områder. Det er et stort potensial i å styrke og videreutvikle samhandlingen mellom DPS-ene i KPH, men det vil være svært viktig å videreføre det som i dag betegnes som godt samarbeid, godt samarbeidsklima og hensiktsmessige dialoger, slik at dette kan fortsette å vokse videre i endret struktur. Dette vil være suksessfaktorer for å lykkes i endringene og i den videre utviklingen av tjenesten. Blant annet vil det være viktig å fortsette med felles møter og kalibrering mellom DPS-ene, og felles ledermøter på tvers av DPS-ene, hvor samtlige DPS er representert.

Det vil være viktig å bevare den samhandlingen med samarbeidspartnere som er god i dag, herunder bevaring av godt samarbeid mot enkeltkommuner og frivillighet, og sikre en god overføring i samhandlingen også på systemnivå. Utadrettet virksomhet med utreise til legekontorer fungerer godt der dette tiltaket eksisterer i dag, og kan med fordel breddes ut i endret struktur så langt som praktisk mulig.

Eksternt

Eksternt er det inngått samarbeidsavtaler om FACT med flere kommuner. Samtidig er FACT et tema som over mange år har vært svært krevende å finne varige løsninger for i samarbeid med kommunene. Per i dag eksisterer det FACT-tilbud til innbyggere i flere kommuner, mens innbyggere i en del kommuner aldri har hatt eller har ikke lenger tilbud om FACT.

Det er stor ulikhet i samhandlingen på avdelingsnivå. Alle DPS-ene forholder seg til minst ett regionalt samarbeidsutvalg (RS). For Østre Agder sin del er det tre, mens de øvrige DPS-ene forholder seg til ett RS hver. Ved en endring av struktur for DPS-ene bør en derfor også se på om det finnes muligheter for utjevning og mer likeverdig samhandling ut fra DPS-ene til kommunene.

Kommunene kan sies å ha ulike behov på systemnivå som følge av at de kommunale tjenestene er ulikt utbygd og organisert. Særlig i distriktskommunene har det over noe tid blitt stadig større aksept for at hovedvekten av tjenesten skjer digitalt, i tett samarbeid med kommunens helsetjeneste, så fremt det vurderes hensiktsmessig ut fra pasientens situasjon.

3.2.4 Befolkning

Det vil også være viktig at fremtidig struktur legger til rette for å kunne etablere nye behandlingsoalternativer i fremtiden. Større enheter vil kunne gi økte muligheter både når det gjelder tilbud til pasient, ansattes utvikling og ressursutnyttelse, da en må påregne at digitale tilbud i fremtiden vil måtte utgjøre en større andel av klinikkens totale portefølje

sammenliknet med i dag. En av de mest åpenbare variasjonene på tvers av avdelingene i dag gjelder fristbrudd og ventetider, med bruk av kveldspoliklinikk i andre avdelinger for å avhjelpe der situasjonen er mest prekær.

Det kan diskuteres hvorvidt fristbrudd og ventetider er et uttrykk for befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, eller om det kan ha sammenheng med organisering og arbeidsmåte. Eventuelle ulikheter på tvers av DPS-ene hva gjelder befolkningens behov for spesialisthelsetjenester kan begrunnes med variasjon i sosioøkonomiske forhold som varierer på tvers av Agder. Dette skal imidlertid være tatt høyde for i standardiserte ressursfordelingsmodeller fra Helse Sør-Øst. I arbeid med ressursfordeling vil arbeidsgruppa se nærmere inn i dette. Optimalisering av effektivitet og utjevning av aktivitetsnivå på tvers av DPS-ene må uansett bli en del av kommende diskusjoner.

Arbeidsgruppa har behov for å understreke at det til tross for en presset tjeneste er mye som fungerer godt eller svært godt, og som bør bevares gjennom endret struktur. Behovet for å gjøre tjenestene mer likeverdige må ikke forveksles med noen antakelse om at det ikke gjøres svært mye godt arbeid i klinikken.

4 BESKRIVELSE AV ALTERNATIVE MODELLER

Det generelle behovet for endring er godt begrunnet i mandatet og er utdypet i denne rapporten. En videreføring av dagens struktur er vurdert til ikke å være realistisk for å løse dagens eller møte fremtidens utfordringer. Arbeidsgruppas oppgave er å vurdere saken fra et klinikkperspektiv, og komme med forslag til anbefaling av en eller flere realistiske løsninger til fremtidig struktur. Løsningene skal så vurderes på en helhetlig måte opp mot vurderingsområder.

Både organisasjonsperspektiv, kapasitet, kommunegrenser og opptaksområder er hensyntatt ved utforming av alternativene. Arbeidsgruppa har vært opptatt av å komme frem til et mer naturlig organisasjonskart hvor endringene som følger av løsningsforslaget bør berøre færrest mulig ansatte, samtidig som endret struktur må være hensiktsmessig også for organisering og drift i klinikken og for de ansatte. Arbeidsgruppa har ved utforming av alternativene lagt vekt på å hensynte reisevei for pasientene med hensyn til veinett og kollektivtilbud.

Underveis i utviklingen av løsningsforslagene har arbeidsgruppa jobbet med flere ulike modeller for inndeling i henholdsvis fire og tre DPS. Etter mye bearbeiding for å få alternativene til å svare ut behov og passe best overens med kapasitet på de ulike tjenestestedene, sitter arbeidsgruppa igjen med to alternativer som arbeidsgruppa anser som hensiktsmessige og realistiske å gjøre vurderinger av.

4.1.1 Befolkningens behov for DPS-tjenester

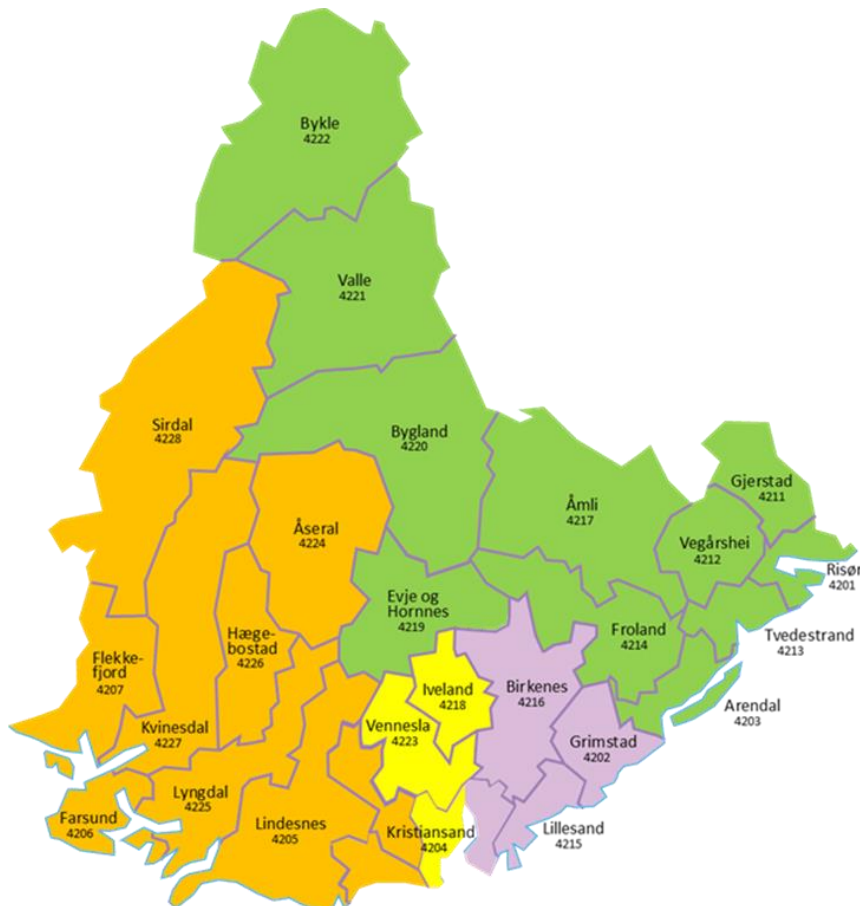
Arbeidsgruppa har lagt til grunn framskrevne befolkningstall³ (2045) i ny inndeling av opptaksområder, og vil i arbeidet med ressursfordeling se hen til Helse Sør-Øst sin ressursfordelingsmodell som tar opp i seg demografi og ulike sosioøkonomiske faktorer som har sammenheng med behov for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern.

³ SSBs befolkningsframskriving

4.2 4-ALTERNATIVET

4-alternativet innebærer en struktur med fortsatt fire DPS (avdelinger), men hvor inndelingen i opptaksområder er jevnet ut på tvers av de fire DPS-ene. I dette alternativet endres det ikke vesentlig på de geografiske områdene, og avdelingene kan navngis som i dag. Selv om alternativet er forholdsvis likt som i dag, vil de endringene som foreslås også medføre behov for enkelte organisatoriske endringer – dette av kapasitetsgrunner. Avdelingsnavn som benyttes vedrørende 4-alternativet er som følger:

- DPS Lister (oransje)
 - Tjenestesteder⁴: Farsund, Flekkefjord, Kvinesdal og Lindesnes
- DPS Solvang (gul)
 - Tjenestesteder: Kristiansand (Grim)
- DPS Strømme (lilla)
 - Tjenestesteder: Grimstad, Kristiansand (Strømme og Eg)
- DPS Østre Agder (grønn)
 - Tjenestesteder: Arendal (Bjorbekk), Tvedestrand



Figur 3 viser endret inndeling av opptaksområder i en struktur med 4 DPS. Inndelingen for Kristiansand er på kartet noe upresis, men synliggjør at kommunens befolkning vil bli fordelt på tre DPS.

⁴ Det er vedtatt en samlokalisering av KPHs tjenestesteder i Lister-regionen.

4.2.1 Opptaksområder

Arbeidsgruppa har jobbet frem en ny inndeling av opptaksområder for alternativet med fire DPS. Inndelingen vil i hovedsak være som følger:

DPS Lister	DPS Solvang	DPS Strømme	DPS Østre Agder
<i>Befolkning over 18 år 2045:</i>	<i>Befolkning over 18 år 2045:</i>	<i>Befolkning over 18 år 2045:</i>	<i>Befolkning over 18 år 2045:</i>
66 000	60 000	78 000	67 000
Farsund Flekkefjord Hægebostad Kristiansand bydelene Søgne og Songdalen Kvinesdal Lindesnes Lyngdal Sirdal Åseral	Iveland Kristiansand vest for Otra unntatt bydelene Søgne og Songdalen Vennesla	Birkenes Grimstad Kristiansand øst for Otra Lillesand	Arendal Bygland Bykle Evje og Hornnes Gjerstad Froland Risør Tvedestrand Valle Vegårshei Åmli

Figur 4 viser fordeling av opptaksområder i alternativet med fire DPS.

Dette alternativet vil innebære følgende endringer fra dagens situasjon:

- DPS Lister får tilført Lindesnes, Kristiansand bydelene Søgne og Songdalen og Åseral kommune til sitt opptaksområde.
- DPS Solvang får tilført Vennesla og Iveland. Kristiansand bydel Songdalen overføres til DPS Lister.
- DPS Strømme får tilført Grimstad, Lillesand og Birkenes til sitt opptaksområde. Lindesnes og Åseral overføres til DPS Lister. Kristiansand sentrum og Vennesla overføres til DPS Solvang. Kristiansand bydel Søgne overføres til DPS Lister.
- DPS Østre Agder overfører Grimstad, Lillesand og Birkenes til DPS Strømme. Iveland overføres til DPS Solvang.

Alternativet åpner for at det kan gjøres noen justeringer i inndelingen av Kristiansand.

4.2.2 Implikasjoner for innbyggerne

Det tilstrebes at store pasientgrupper ikke skal få lengre reisevei til sitt tilbud som følge av endret struktur, og klinikkens tjenestesteder vil være de samme som i dag.

Pasienter i langvarige forløp må tas hensyn til. Eventuelle overganger for pasient må gjennomføres på en trygg måte og det må tas særlig hensyn til pasientenes behov for kontinuitet og forutsigbarhet.

Når det gjelder AAT vil strukturene beholdes som i dag, frem til en mer grundig gjennomgang iverksettes av alt AAT arbeid i KPH (høst 2025).

4.2.3 Organisatoriske og faglige implikasjoner

Organisatorisk innebærer dette alternativet en videreføring av lederstrukturen på både avdelingsleder- og enhetsledernivå, men med enkelte flyttinger av enheter eller deler av enheter.

Poliklinikken i Mandal som i dag tilhører DPS Strømme vil inngå som en del av DPS Lister. Poliklinikken i Grimstad som i dag tilhører DPS Østre Agder vil inngå som en del av DPS Strømme. De ansatte vil altså få ny avdelingstilhørighet, men vil begge steder beholde sitt oppmøtested. Egen enhetsleder for poliklinikken i Grimstad videreføres, men denne vil få ny avdelingssjef. Poliklinikken i Mandal har felles enhetsleder med poliklinikken på Strømme, slik at leder for poliklinikken i Mandal må avklares opp mot endret struktur. Det må dannes nye relasjoner mellom fagmiljøene i henholdsvis Kristiansand, Mandal og Grimstad.

Det må også dannes nye kontaktflater ut mot nye kommuner for ledere og ansatte der dette er aktuelt.

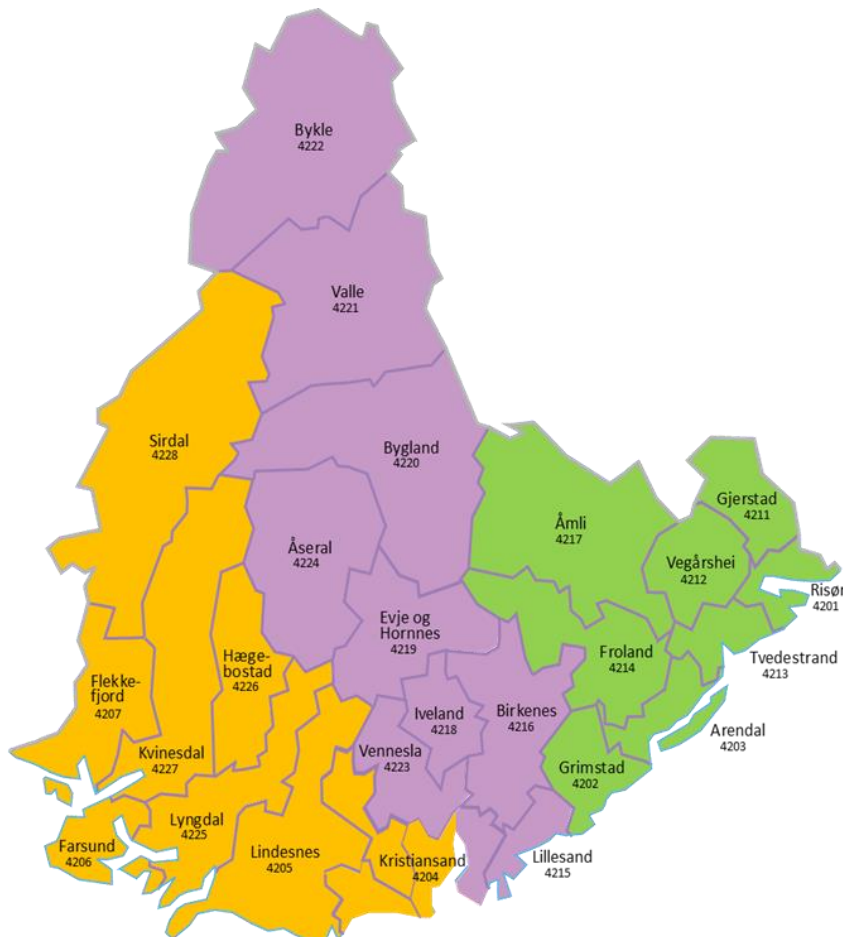
Dagens funksjonsfordeling vil bli videreført i dette alternativet.

Utfallet av utredninger av henholdsvis traumetilbud og sikkerhetspsykiatri må innarbeides i foreslått struktur.

4.3 3-ALTERNATIVET

3-alternativet innebærer en struktur med tre DPS-er. Inndelingen i opptaksområder er jevnet ut på tvers av DPS-ene, som i dette alternativet får et større befolkningsgrunnlag og større og mer likere geografiske nedslagsfelt. Organisatorisk innebærer alternativet at det som i dag er henholdsvis DPS Lister og DPS Solvang samorganiseres til et nytt DPS, som i tillegg tar opp i seg poliklinikken i Mandal. Avdelingsnavn som benyttes vedrørende 3-alternativet er arbeidstitler:

- DPS Vest (oransje)
 - Tjenestesteder⁵: Farsund, Flekkefjord, Kristiansand (Grim), Kvinesdal og Lindesnes kommuner
- DPS Midt (lilla)
 - Tjenestesteder: Kristiansand (Strømme og Eg)
- DPS Øst (grønn)
 - Tjenestesteder: Arendal (Bjorbekk), Grimstad, Tvedestrand



Figur 5 viser endret inndeling av opptaksområder i en struktur med 3 DPS. Inndelingen for Kristiansand er på kartet noe upresis, men synliggjør at kommunens befolkning vil bli fordelt på to DPS.

⁵ Det er vedtatt en samlokalisering av KPHs tjenestesteder i Lister-regionen.

4.3.1 Opptaksområder

Arbeidsgruppa har jobbet frem en ny inndeling av opptaksområder for alternativet med tre DPS. Inndelingen vil i hovedsak være som følger:

DPS Vest	DPS Midt	DPS Øst
<i>Befolkning over 18 år 2045:</i>	<i>Befolkning over 18 år 2045:</i>	<i>Befolkning over 18 år 2045:</i>
101 000	88 000	82 000
Farsund Flekkefjord Hægebostad Kristiansand vest for Otra unntatt Kvadraturen/Eg Kvinesdal Lindesnes Lyngdal Sirdal	Birkenes Bygland Bykle Evje og Hornnes Iveland Kristiansand øst for Otra samt Kvadraturen/Eg Lillesand Valle Vennesla Åseral	Arendal Froland Gjerstad Grimstad Risør Tvedestrand Vegårshei Åmli

Figur 6 viser fordeling av opptaksområder i alternativet med tre DPS.

Dette alternativet vil innebære følgende endringer sammenliknet med dagens situasjon:

- Birkenes, Bygland, Bykle, Evje og Hornnes, Iveland, Lillesand og Valle overføres fra det som i dag er DPS Østre Agder til DPS Midt.
- DPS Midt får tilført de ovennevnte kommunene. Lindesnes og Kristiansand bydel Søgne overføres til DPS Vest.
- DPS Vest får tilført Lindesnes og Kristiansand bydel Søgne.

Alternativet åpner for at det kan gjøres noen justeringer i inndelingen av Kristiansand.

4.3.2 Implikasjoner for innbyggerne

Det tilstrebes at store pasientgrupper ikke skal få lengre reisevei til sitt tilbud som følge av endret struktur, og klinikkens tjenestesteder vil være de samme som i dag.

Pasienter og pårørende i langvarige forløp må tas hensyn til. Eventuelle overganger for pasient må gjennomføres på en trygg måte og det må tas særlig hensyn til pasientenes behov for kontinuitet og forutsigbarhet.

Når det gjelder AAT vil strukturene beholdes som i dag, frem til en mer grundig gjennomgang iverksettes av alt AAT arbeid i KPH (høst 2025).

Pasienter i langvarige forløp må tas hensyn til. Eventuelle overganger for pasient må gjennomføres på en trygg måte og det må tas særlig hensyn til pasientenes behov for kontinuitet og forutsigbarhet.

4.3.3 Organisatoriske og faglige implikasjoner

Organisatorisk innebærer dette alternativet en ny lederstruktur på avdelingsnivå. Ved at en samorganiserer to avdelinger, vil en dermed også gå fra fire til tre avdelingssjefstillinger. Det som i dag er DPS Lister, DPS Solvang og DPS Strømme poliklinikk Mandal slås sammen til en avdeling (DPS Vest) med en felles avdelingssjef. Lederstrukturen på enhetsledernivå videreføres.

De ansatte ved poliklinikken i Mandal få ny avdelingstilhørighet, men vil beholde sitt oppmøtested. Faglig tilhørighet må avklares med hensyn til om det er hensiktsmessig med tilhørighet til miljøet i Lister eller ved Solvang, eller en kombinasjon. Poliklinikken i Mandal har felles enhetsleder med poliklinikken på Strømme, slik at leder for poliklinikken i Mandal må avklares opp mot endret struktur.

DPS Vest vil få en ny sammensetning, og det må dannes nye relasjoner mellom fagmiljøene i Lister, Mandal og Kristiansand.

Det må også dannes nye kontaktflater ut mot nye kommuner for ledere og ansatte der dette er aktuelt.

Arbeidsgruppa foreslår følgende områder som aktuelle for funksjonsfordeling i endret struktur:

- *Spiseforstyrrelser*: Ivaretas på samme lokasjon som i dag, under DPS Øst
- *OCD*: Ivaretas på samme lokasjon som i dag, under – DPS Vest
- *Førstegangpsykose / TIPS^[1]* : DPS Vest og DPS Øst
- *AAT*: DPS Midt og DPS Øst. I DPS Vest beholdes AAT som det er i dag. Arbeidsgruppa anbefaler at det for AAT igangsettes et større arbeid rundt fremtidig organisering (høsten 2025).
- *FACT*: For DPS Øst og DPS Vest beholdes samarbeidet som det er i dag. Arbeidsgruppa anbefaler at det for FACT igangsettes et større arbeid rundt fremtidig organisering (2026).
- *Traumefeltet*: Pågående arbeid som vil anbefale fremtidig organisering.
- *Sikkerhetspsykiatri*: Pågående arbeid som vil anbefale fremtidig organisering.
- *Døgnplasser*: Arbeidsgruppa foreslår ikke en konkret funksjonsfordeling av døgnplasser. Arbeidsgruppa anbefaler en mer fleksibel bruk av døgnplasser på alle DPS-ene ut fra behov og kapasitet i endret struktur, og foreslår at dette blir tema for et eget arbeid i klinikken.

I endret struktur vil hvert DPS ha ansvar for ett fengsel hver, slik at funksjonsfordeling av fengsel ikke lenger vil være aktuelt.

^[1] Tidlig intervensjon ved psykose

5 ARBEIDSGRUPPAS VURDERINGER

Arbeidsgruppa har vurdert de to modellene opp mot hverandre. Nåsituasjonen er i tillegg benyttet som et sammenlikningsgrunnlag. Arbeidsgruppa ønsker å understreke at de to alternativene er justert underveis for i størst mulig grad å ivareta de identifiserte behov.

Ved vurderinger av de to alternativene har arbeidsgruppa lagt til grunn følgende perspektiver: *Pasient – Struktur, ledelse og organisering – Ansatte – Dimensjonering – Samhandling.*

5.1 PASIENT

Arbeidsgruppa har vurdert alternativene med hensyn til tilgjengelighet for pasient (herunder kollektiv), akuttforløp og reduksjon av uønsket variasjon.

Tilgjengelighet

Tilgjengelighet til tjenester vurderes til å bli godt ivaretatt gjennom nærhet til tjenestested i begge alternativer.

4-alternativet vil etter det arbeidsgruppa kan se ikke gi store uheldige utfall med hensyn til reisetid for pasienter som får endret oppmøtested. Det samme gjelder for 3-alternativet. For kommuner med innbyggere som får endret oppmøtested, er sannsynligheten stor for at mange innbyggere også vil se endret oppmøtested som positivt. I enkeltsaker vil problemstillinger knyttet til dette i stor grad kunne løses gjennom fritt sykehusvalg. Arbeidsgruppa understreker at endret oppmøtested i hovedsak vil gjelde for nye pasienter, og ikke pasienter som er i et forløp. Som tidligere nevnt må det for pasienter med langvarig/livsvarig behov vurderes individuelt og eventuelt overføring til annet DPS må skje på en forutsigbar og skånsom måte for pasient.

4-alternativet vil ikke kunne legge til rette for at innbyggere i kommuner Setesdal kan få oppmøtested i Kristiansand slik disse kommunene ønsker. Dette vil en kunne legge til rette for i 3-alternativet. Pasienter fra Setesdal vil enklere kunne komme seg til og fra Kristiansand via både kollektivtransport og bil.

Risikoen uansett alternativ vurderes lav fordi reisevei og kollektiv er hensyntatt i utforming av alternativene.

Akuttforløp og reduksjon av uønsket variasjon

Håndtering av akuttinnleggelse er diskutert med avdelingsjef i PSA. For det første er det enighet om at endring av opptaksområder for DPS-ene ikke vil medføre endringer i opptaksområdene for PSA. For det andre ser arbeidsgruppa at det kan reises en flere spørsmål til både 3- og 4-alternativet med hensyn til implikasjoner for samarbeid og logistikk knyttet til akuttflyt. Som beskrevet tidligere er AAT-funksjoner anbefalt som område for en særlig gjennomgang høsten 2025.

Variasjonen i utbredelsen og innholdet i de ambulante akutteam (AAT) er noe klinikken bør jobbe for å utjevne, og som alternativene i ulik grad legger til rette for. Arbeidsgruppa vurderer at 3-alternativet som følge av likere struktur og størrelse i større grad enn 4-alternativet både vil legge til rette for mulighet for utvikling av AAT som gir mindre uønsket variasjon, og også for utvikling av ambulante tilbud som fører til mindre uønsket variasjon. En likere struktur

gjennom 3-alternativet vil også kunne gi likere incentiver for å utvikle nye digitale behandlingsmetoder.

Arbeidsgruppa ser at det er flere problemstillinger som må løses for AAT i 3-alternativet, men det er enighet om at det ikke gjennomføres større endringer for FACT og AAT som en del av dette arbeidet. Arbeidsgruppas forslag er at dagens AAT-tilbud på kort sikt bør bevares slik det er i dag, men at klinikken bør gjennomføre et eget arbeid knyttet til akuttflyt i lys av ny DPS-struktur høsten 2025. Det vises til egen omtale i kapittel 6.

Ulikhetene i klinikken når det gjelder langtidsoppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse (FACT eller ambulant team⁶ avhengig av kommunesamarbeid) bør også ses på i lys av ny organisering.

Det er også store ulikheter i bruken av DPS-enes døgnplasser. Arbeidsgruppa har avgrenset mot dette, men mener at også dette temaet bør følges opp som et eget arbeid.

Risikoen for pasient uansett alternativ vurderes lav fordi en ved eventuell overføring av pasient fra forløp i ett DPS til et annet vil legge gode prosesser for å sikre trygge overganger, samt at det vurderes som risikoreduserende for pasient at det skal gjennomføres arbeid knyttet til AAT for å sikre gode forløp også for pasient, samt innen FACT.

5.2 STRUKTUR, LEDELSE OG ORGANISERING

Arbeidsgruppa har vurdert hvilke konsekvenser alternativet vil ha med hensyn til å oppnå *likeverdig struktur, hensiktsmessig størrelse på opptaksområdet/pasientgrunnlaget, geografisk nedslagsfelt, ledelse inklusive lederspenn og utjevning av forutsetninger* mellom avdelingene.

4-alternativet vil medføre DPS-er som befolkningsmessig vil bli mer jevnbyrdige enn i dag, og DPS-ene vil også ha et befolkningsgrunnlag som vurderes langt på vei til å være tilstrekkelig med om lag 60 000 innbyggere i opptaksområdet for hvert DPS. Det samme er vurderingen av 3-alternativet.

I 4-alternativet vil en fortsatt ha mindre endringer i reiseavstand internt i avdelingene, samtidig som en opprettholder de store geografiske ulikhetene på tvers av avdelingene. 4-alternativet vil ikke bidra til å redusere ulikhet i sentrum-periferi-sammensetningen, da ett av DPS-ene fortsatt vil ha ansvar for kun sentrale strøk. 4-alternativet vil dermed også medføre at en opprettholder ulikheter i geografisk lederspenn, mens 3-alternativet vil redusere den geografiske ulikheten som i dag preger utfordringsbildet på tvers av DPS-ene. 3-alternativet vil kunne legge til rette for å dempe sentrum-periferi-ulikhetene som ser svært forskjellig for DPS-ene i dag.

4-alternativet innebærer en videreføring av dagens organisering ved at man beholder dagens avdelingssjefstruktur. I 3-alternativet vil antall avdelingssjefer reduseres fra 4 til 3, hvor enkelte vil få ansvar for flere tjenestesteder fordelt på et større geografisk område sammenliknet med 4-alternativet. Lederkabal i endret struktur er ikke et anliggende for arbeidsgruppa.

Lederspennet per avdelingssjef vil imidlertid ikke endres vesentlig i 4-alternativet sammenliknet med i dag. I 3-alternativet vil lederspennet bli større for en avdelingssjef,

⁶ Forskjellen fra FACT er at spesialisthelsetjenesten yter kun spesialisthelsetjenesteoppgaver.

samtidig som alternativet legger til rette for å utøve ledelse på en mer likeverdig måte på tvers av avdelingene. I KPH er det mer unntaksvis at avdelingssjef har daglig tilstedeværelse på det enkelte tjenestested. 3-alternativet vil legge til rette for likere forutsetninger for avdelingssjef sin tilstedeværelse, mens 4-alternativet vil bidra til å opprettholde dagens ulikheter på tvers av DPS-ene.

I begge alternativer vil enhetsledernivået i stor grad være uberørt. I begge alternativer vil poliklinikken i Mandal endre organisasjonstilhørighet ved at denne poliklinikken organisatorisk overføres vestover. Ny organisatorisk tilhørighet ved Mandal poliklinikk gjøres i dialog mellom ny avdeling og poliklinikken når endret struktur er vedtatt.

Arbeidsgruppa har forståelse for at alle ansatte som opplever å være en del av et godt fag- og arbeidsmiljø ønsker å få videreført dette i endret struktur.

Enhetslederens rolle, funksjon og tilstedeværelse er viktig da stedlig ledelse primært skal ivaretas via enhetsleder. Alle enheter bortsett fra Mandal poliklinikk vil beholde nærmeste leder både i 3- og 4-alternativet.

I 3-alternativet vil antallet kommuner per DPS være betydelig høyere enn i dag. Dette kan ses på både som en fordel og en ulempe. I KPH er det flere avdelinger som er tverrgående og som samhandler med samtlige agderkommuner. Arbeidsgruppa vurderer derfor at inndelingen av kommuner er akseptabel.

3-alternativet vil også gi bedre grunnlag for rapportering og sammenlikning av tjenester.

Etter arbeidsgruppas vurdering vil utfordringene videreføres. Utjevning av opptaksområder ene og alene vil ikke være tilstrekkelig for å løse strukturelle utfordringer som likeverdighet og utilsiktet variasjon.

Arbeidsgruppa vurderer derfor at 3-alternativet i betydelig større grad enn 4-alternativet vil legge til rette for DPS-er med likere forutsetninger for struktur, ledelse og organisering.

5.3 ANSATTE

Arbeidsgruppa har vurdert om alternativene vil kunne legge til rette for *bærekraftige, større og mer robuste fagmiljøer*, som igjen vil kunne bidra til å *styrke rekrutteringssituasjonen*.

Arbeidsgruppa har også vurdert alternativene med hensyn til *arbeidsmiljø og kompetanseutvikling* – hvorvidt alternativet vil kunne øke mulighet for *spesialisering, forskning og faglig utvikling*.

Organisasjonsendringene som foreslås vil medføre endringer når det gjelder samarbeid og lokale tilpasninger, også der det i dag fungerer godt. 3-alternativet kan sies å medføre større risiko for dette enn 4-alternativet. Videre vil 3-alternativet medføre større endringskostnad i en overgang enn 4-alternativet, da det vil være en viss risiko for at noen synes endringer oppleves belastende og for at noen vil velge å bytte jobb. På den andre siden vil 3-alternativet i større grad enn 4-alternativet gi økt mulighet for jobbrotasjon og varierte oppgaver, med økt fleksibilitet. Det må vies særlig oppmerksomhet til å sikre at arbeidsmiljøer som i dag fungerer godt, gis gode forutsetninger for at dette kan vedvare.

Arbeidsgruppa kan ikke se at 4-alternativet vil kunne bidra til å styrke rekrutteringssvake områder i tilstrekkelig grad. I et ansattperspektiv vil samlokaliserte fagmiljøer i de fleste

tilfeller være både mer attraktivt/rekrutteringsvennlig og også mer hensiktsmessig i et driftsperspektiv. Men selv fagmiljøer som samlet sett består av tilstrekkelig personell – selv om de ansatte ikke nødvendigvis er fysisk samlokalisert – vil være bedre rustet til å drive fagutvikling og sikre nødvendig og tilstrekkelig bredde i tjenestetilbudet sammenliknet med veldig små fagmiljøer.

Fagmiljøenes størrelse i 3-alternativet vurderes også i større grad enn 4-alternativet til å gjøre organisasjonen bedre rustet til å ivareta pasienter med komplekse forløp og gi større mulighet for å utvikle fagområder med lav prevalens.

Med hensyn til fagutvikling vurderer arbeidsgruppa at 3-alternativet i større grad enn 4-alternativet vil legge til rette for økt samarbeid på tvers i klinikken, gjennom for eksempel utvikling av flere klinikkovergripende pasientforløp. Det vil i større grad også kunne legge til rette for økt tilgjengelighet til andre fagpersoner. I dette ligger det ikke noen forventning om at en skal ambulere fra en avdeling til en annen, men at fagmiljøet i seg selv vil virke mer rekrutteringssterkt over tid.

I 3-alternativet vil en del måtte samarbeide med fagmiljøer andre steder i større grad enn i dag. Uansett alternativ må avdelingssjefer sikre god kommunikasjonsflyt og fagmiljø på tvers av lokasjoner der dette er aktuelt. For de fleste ansatte vil det uansett alternativ ikke være endringer i nærmeste ledelse, og ansatte beholder arbeidssted og oppgaver.

De foreslåtte organisasjonsendringene endrer ikke på den enkeltes arbeidsavtale, som er styrende for arbeidsgivers handlingsrom. Endring må påregnes som følge av at både samfunnsutvikling og arbeidsgivers behov er dynamisk, men endringer må gjennomføres på en ryddig og forutsigbar måte i tråd med arbeidsmiljøloven og interne retningslinjer for omstilling i SSHF.

Arbeidsgruppa vurderer at 3-alternativet i større grad enn 4-alternativet vil legge til rette for bærekraftige, større og mer robuste fagmiljøer, og derigjennom en styrket rekrutteringssituasjon på sikt. Arbeidsgruppa vurderer også at 3-alternativet i større grad enn 4-alternativet vil legge til rette for faglig utvikling, spesialisering og forskning innenfor det enkelte DPS, og på tvers av DPS-ene.

5.4 DIMENSJONERING

Dimensjoneringsperspektivet er vurdert ut fra *årsverk og kapasitet (polikliniske kontorer og døgnplasser)*.

En vil gjennom 3-alternativet oppnå et noe mer balansert størrelses- og styrkeforhold på tvers av avdelingene sammenliknet med 4-alternativet. Og først og fremst vil en gjennom 3-alternativet sikre en størrelse på avdelingene som hver for seg gir grunnlag for å kunne oppnå en større grad av robusthet. En struktur med tre likere DPS-er vurderes også til å kunne gi bedre forutsetninger for likere inntak og derigjennom riktig ressursutnyttelse og mer likeverdige tjenester.

I begge alternativene vil eksisterende tjenestekapasitet være noe skjevt fordelt sett opp mot nye opptaksområder, med noe større skjevheter for alternativ 3 enn for alternativ 4. For begge alternativene vurderer arbeidsgruppa at det vil være realistisk å løse kapasitetsspørsmålet på kort eller lengre sikt. Løsningen må etter arbeidsgruppas vurdering ligge i en mer fleksibel

fordeling av henvisninger og mer fleksibel bruk av døgnplassene på tvers av klinikken, jf. kapittel 6. I det videre må det jobbes med gradvis ressursforskyvning og arealtilpasning for å sikre en fremtidig riktig dimensjonering av tjenestestedene. Implementeringen vil foregå over tid for å unngå at ansatte må endre arbeidssted mot sin vilje.

5.5 SAMHANDLING

Samhandlingsperspektivet er vurdert ut fra behovet for å sikre en *likeverdig samhandling med kommuner, NAV, somatikk, brukerorganisasjoner, frivillighet og øvrige avdelinger i KPH*. Dette perspektivet er også vurdert ut fra et ønske om at strukturen må kunne legge til rette for DPS-er som kan være en *samfunnsaktør på lik linje* på tvers av Agder. Arbeidsgruppa har også sett hen til hvorvidt kommuneinndelingen vil være *hensiktsmessig sett fra kommuneperspektivet*.

Begge alternativene vil kreve nye konstellasjoner av samarbeid med kommuner og til en viss grad også andre samarbeidspartnere. Tre av fire DPS-er må i begge alternativer etablere nye kontaktflater i kommunene som følge av justerte opptaksområder. Risikoen knyttet til dette vurderes som lav såfremt en legger gode prosesser for overganger på systemnivå, og sikrer god dialog og informasjonsflyt mellom avdelinger og ut mot kommuner og andre samarbeidspartnere. Det vurderes som en ulempe for samhandlingen ved 4-alternativet at Kristiansand kommune vil måtte deles på tre DPS-er som følge av utjevning av opptaksområdene for dette alternativet.

I 4-alternativet vil DPS-ene fortsatt være veldig ulike, noe som reduserer både muligheten for likeverdig samhandling utad eller det å være en samfunnsaktør på lik linje på tvers av Agder. I 3-alternativet vil hvert DPS bestå av opptaksområder med kystnære, tynt- og tettbefolkede områder, og vil gjennom dette få en mer likere kontekst å jobbe ut fra sett fra klinikkperspektiv. En likere kontekst med mer likere problemstillinger på tvers av DPS-ene vurderes til i større grad å legge til rette for mer likeverdige tilbud i Agder.

DPS-ene vil i større grad gjennom 3-alternativet være mer oversiktlige, og vil i større grad enn gjennom 4-alternativet kunne fungere som likeverdige samarbeidspartnere og som samfunnsaktører utad. Likere fagmiljøer i 3-alternativet vil kunne medføre at hvert DPS vil kunne jobbe på en likere måte ut mot samarbeidspartnere.

Innspill fra kommunene vedrørende opptaksområder kan i større grad imøtekommes gjennom 3-alternativet enn gjennom 4-alternativet.

For å kunne styrke systematisk pasient- og pårørendeinvolvering vurderes det også at tre forholdsvis like DPS vil være en fordel. 3-alternativet vil i større grad enn 4-alternativet bidra til likere «fordelingsnøkler» også i samarbeid med brukerorganisasjoner og frivillighet, da utbredelsen av disse er svært ujevn.

Med hensyn til samhandling vil antall kommuner per DPS vil bli mer balansert i 3-alternativet sammenliknet med 4-alternativet.

Arbeidsgruppa vurderer at 3-alternativet i større grad enn 4-alternativet vil ivareta behovet for likeverdig samhandling med kommuner, NAV, somatikk, brukerorganisasjoner, frivillighet og øvrige avdelinger i KPH, samt at innspill fra kommunene i størst grad vil bli ivaretatt gjennom 3-alternativet.

6 ANBEFALING OG FORSLAG TIL VIDERE PROSESS

6.1 ANBEFALING

En samstemt arbeidsgruppe har konkludert med at 3-alternativet i størst grad vurderes til å svare ut de identifiserte behov for å kunne sikre et godt og tilgjengelig DPS-tilbud i fremtiden.

Strukturendringen alene vil ikke kunne løse alle utfordringer, men arbeidsgruppa mener at endringen over tid vil kunne styrke avdelingenes forutsetninger for å gi gode tjenestetilbud til befolkningen i fremtiden.

Når endret struktur er etablert, vil denne danne muligheter for videreutvikling.

Ny organisering vil kreve at det flere steder må settes av ressurser til å danne nye relasjoner, utvikle felles kultur og godt samarbeid om fagutvikling, som vil være avgjørende for kunne få på plass robuste fagmiljøer i praksis.

6.2 ORGANISASJONSENDRINGER

Arbeidsgruppa har diskutert hva som vil kunne være et hensiktsmessig tidspunkt for formell iverksetting av organisasjonsendringer. Av hensyn til budsjett og rapportering ville det være en fordel om endringene kunne iverksettes i forbindelse med et årsskifte, selv om en nok uansett iverksettingstidspunkt må påregne at det første året vil være preget av overgangseffekter. Som et utgangspunkt har det vært ønskelig med iverksetting allerede fra 1.1.2025, da 1.1.2026 vurderes å ligge uhenksommessig langt frem i tid.

Enhver organisasjonsendring i SSHF krever omfattende oppdatering av et stort antall systemer. Organisasjonskartet må tegnes på nytt, med nye ansvarsnummer for de delene av organisasjonen som dette er aktuelt for. En iverksetting i januar vil kreve mye ressurser i omleggingsfasen allerede fra tidlig høst, og vil være utfordrende tidsmessig i seg selv og særlig sett opp mot innføringen av DIPS Arena. Denne risikoen må klinikken ta høyde for ved valg av dato for iverksetting av ny DPS-struktur.

Arbeidsgruppa vurderer 1.1.25 som urealistisk for iverksetting. Med hensyn til høringsdato, formelle vedtak i saken og tid til forberedelse av aktuelle endringer, vurderes 1.4.25 som en hensiktsmessig dato.

Klinikken må sikre korrekte prosesser for håndtering av lederkabalene på avdelingsjefnivå. Arbeidsgruppa skal også levere forslag til ressursfordelingsmodell for endret struktur. Dette arbeidet vil pågå parallelt med høringsperioden.

6.3 FØLGEPROSESSER

Arbeidsgruppa har identifisert områder som bør følges opp i etterkant av arbeidet med struktur, opptaksområder og organisering, utover de klinikk- og avdelingsvise prosesser som følger av endret struktur.

AAT

Det er enighet om at det ikke gjennomføres større endringer for AAT som en del av dette arbeidet, men at AAT utpeker seg som et område som krever et eget arbeid i etterkant, da det

må avklares nærmere hvordan AAT skal løses i endret struktur. Arbeidet må belyse de utfordringene anbefalt modell peker på, og må også ta opp i seg temaer som krav og forventninger til AAT, hvordan sikre likeverdighet i tilbudet i fremtiden, legevaktsamarbeid, tilsyn i somatikk, bemanning, arbeidstidsordninger og vaktapparat for det enkelte DPS. Arbeidsgruppa foreslår at det vil være hensiktsmessig å gjøre seg noen erfaringer med endret struktur generelt før igangsetting av arbeid med AAT. Dette er bakgrunnen for at arbeidsgruppa foreslår å se på AAT høsten 2025.

FACT

Arbeidsgruppa anbefaler at det ikke gjennomføres større endringer for FACT som en del av denne strukturendringen, men det bør ses på i en egen prosess. Med andre ord bør FACT etter arbeidsgruppas vurdering inntil videre fortsette som i dag i ny modell, da endringer i FACT vil ta lenger tid enn i AAT og poliklinikk. Arbeidsgruppa minner om at alle endringer med direkte implikasjoner for pasient må forberedes og igangsettes så tidlig som mulig slik at en sikrer gode overganger.

Døgnbehandling

Arbeidsgruppa vurderer at det fortsatt er behov for at det gjøres et arbeid når det gjelder bruk av døgnplasser i hele KPH. Et viktig perspektiv i et slikt arbeid bør være fleksibel bruk av døgnplasser i klinikken.

6.4 RISIKOANALYSE

Arbeidsgruppa har vurdert risiko ved det anbefalte alternativet, samt identifisert risikoreduserende tiltak.

Pasient

Arbeidsgruppa kan ikke se at det vil være nødvendig med risikoreduserende tiltak utover det som fremkommer av kapittel 6.

Ledelse og ansatte

Det vil være opp til hver avdeling å sikre en hensiktsmessig organisering internt, herunder intern omfordeling av funksjoner og pasientgrupper, med gode prosesser i alle avdelinger med særlig ivaretagelse av ansatte der det er aktuelt.

Aktuelle ledere må legge til rette for dialog i samråd med tillitsvalgte og vernetjenesten. I nye organisatoriske enheter må en sikre god gjennomføring av nødvendige prosesser, som ivaretar og bygger videre på det som fungerer godt ved samtlige lokasjoner. Det bør settes av ressurser til å identifisere bevaringspunkter i hver av de nye organisatoriske enhetene for å kunne ivareta fag- og ansattmiljøene på best mulig måte, og det må legges systematisk til rette for å utvikle gode samarbeidsrelasjoner i og mellom nye organisatoriske enheter. For ansatte som faller inn under krav til omstillingsprosess må omstillingsveilederen følges, herunder ROS-analyser i enheter hvor dette er aktuelt.

God kommunikasjon må sikres både i endringsfasen og i endret struktur. Ved å sikre en strukturert dialog mellom enheter som i fremtiden vil være samorganisert, tror arbeidsgruppa at en vil kunne ivareta ansattes behov for forutsigbarhet og trygghet, samtidig som en

videreutvikler klinikken slik at den totale virksomheten kan løse de pågående og kommende utfordringene i størst mulig grad.

For å kunne sikre god kommunikasjonsflyt og fagmiljø på tvers av lokasjoner, vil det være nødvendig å etablere samarbeidsstrukturer som sikrer oppfølging av alle lokasjoner. Gode samarbeidsarenaer og felles treffpunkter vil være viktig særlig i en overgangsfase, men anbefales på generelt grunnlag. Det vurderes sentralt å sikre høy grad av fysisk tilstedeværelse av leder på nærmeste ledernivå (enhetsleder), samtidig som det sikres tilgjengelighet til avdelingssjef ved behov.

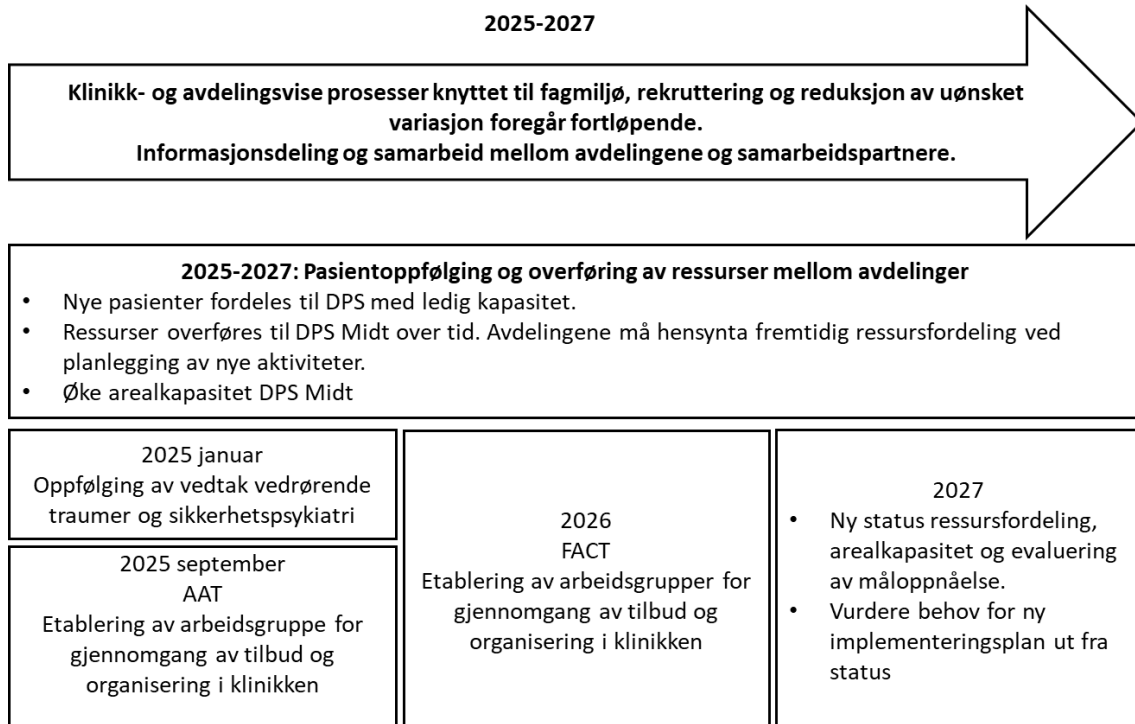
Dimensjonering

Arbeidsgruppa vurderer at den største risikoen ved ny modell, uavhengig av valg av 3- eller 4-alternativet, knytter seg til å sikre tilstrekkelig areal for den polikliniske virksomheten i DPS Midtre Agder. Arbeidsgruppa at det vil være realistisk å løse kapasitetsspørsmålet på kort eller lengre sikt. Strukturen vil være avhengig av mer fleksibilitet i fordeling av henvisninger ut fra ledig kapasitet på tvers av opptaksområder enn det som er tilfelle i dagens henvisningsmottak.

Samhandling

Selv om risikoen vurderes som lav når det gjelder samhandling på systemnivå, vil det være viktig å identifisere bevaringspunkter og sikre ivaretagelse av disse i samråd med samarbeidspartnere. Det må sikres god informasjonsflyt mellom ledere i KPH og overfor aktuelle samarbeidspartnere. Det må settes av tilstrekkelig med ressurser til å planlegge konkret gjennomføring av endringen for derigjennom å sikre gode overganger når det gjelder relasjoner og samarbeid på systemnivå i endret struktur.

6.5 IMPLEMENTERINGSPLAN



Figur 7 viser arbeidsgruppas skissering av en mulig fremdriftsplan.

7 VEDLEGG

Mandat

Notater fra innspillsmøtet 18.4.2024.