

Dato: 4. juni 2024

Saksbehandler: HT

## NOTAT

Til: klinikktilitsvalgte og klinikkhovedverneombud  
Fra: klinikkdirektør Kirsten Hørthe

### Drøftingsnotat – PHR bærekraftsplan

#### Bakgrunn

Utgangspunktet er en korrigert handlingsplan for PHR knyttet til foretakets bærekraftsplan, herunder et forslag til nødvendig bygningsmessig rokade basert på prinsippene i PHR eiendomsplan del 2.

Gjennom etablering av programstyre for PHR i 2020 er det foretatt omfattende utrednings- og planleggingsarbeid for å klargjøre klinikken for innflytting i Nytt Drammen sykehus (NSD), forberede nye oppdrag, som for eksempel felles henvisningsmottak for DPS'ene, og sikre nødvendig involvering og medvirkning fra tillitsvalgte, vernetjenesten og brukere.

På bakgrunn av utredning av kapasitet for det voksenpsykiatriske akutttilbudet i NSD, og kapasitet for rusbehandling, ble det for et år siden klart at klinikken måtte se grundigere på de prioriteringer som tidligere var gjort. Den planlagte fleksible akuttseksjonen (ARA avgiftning og Psyk akutt) ble skrinlagt og det ble iverksatt et utredningsarbeid med samling av ARA utenfor sykehus, parallelt med økning av antall akuttplasser i NSD. Samtidig ble det planlagt å forskuttere deler av PHR eiendomsplan del 2, ved å samle DPS døgn på fire lokasjoner.

Klinikkdirektør la i januar 2024 frem forslag om samling av ARA's døgntilbud utenfor sykehus på Thorsberg, og redusere antall DPS lokasjoner til fire. Arbeidstakerrepresentantene vurderte at forslaget ikke var tilstrekkelig utredet, og at saken manglet nødvendig kobling til gjennomføring av foretakets bærekraftsplan.

Klinikkdirektør besluttet derfor å gjennomføre ytterligere utredninger, med ambisjon å legge frem en helhetlig plan før sommerferien 2024. Planen skal inneholde et samlet forslag til bruk av lokaler og nødvendig omprioritering av ressurser i klinikken i samråd med foretakets bærekraftsplan.

## Saksutredning

### ***Nødvendig omprioritering i klinikken***

I forbindelse med klinikkens økonomiske utfordringer våren 2023 ble det innhentet et analysegrunnlag med sammenligning av klinikkens kostnader sett i forhold til tilsvarende virksomheter i HSØ. Dette arbeidet gav grunnlag for arbeidet med tiltak knyttet til bærekraftsplanen. Det er to områder som peker seg ut i klinikken med lavere kostnader enn gjennomsnittet i HSØ. Det er poliklinikktilbudet for alle de tre fagområdene, samt TSB døgntilbudning.

Gjennom en årrekke har kapasiteten for døgntilbudning i PHR vært avvikende fra det faktiske behovet. Det innebærer at døgntilbudningen i sykehuspsykiatrien nærmest permanent har høyt belegg, og over lengre perioder overbelegg, mens situasjonen for døgntilbudning i DPS er annerledes. Der ligger DPS'ene samlet med et snittbelegg på anslagsvis 70 % over lengre tid. Det er satt inn kompensierende tiltak, ved mulighet til å kunne iverksette bruk av ekstra senger på Blakstad, samt en modell med overordnet styring av DPS døgn-senger også kalt «flåtestyring» i DPS'ene. Dette er tiltak som har gitt noe effekt, men tiltaket ekstra senger på Blakstad vil være vanskelig å opprettholde ved innflytting i NSD, grunnet valg av konsept med kun enerom i pasientbehandlingen. Det har derfor vært en samlet prioritering for klinikken å styrke akuttkapasiteten i NSD med en Akuttseksjon D.

Når det gjelder døgntilbudningen i TSB vil denne få en profilendring gjennom etablering av rusakutt i NSD, som vil styrke den faglige delen av øyeblikkelig hjelp tilbudet for TSB-pasienter. Det er noe ledig kapasitet i døgntilbudet per i dag, men dette vurderes hensiktsmessig, med tanke på mulige konsekvenser knyttet til at RHF'et vil redusere private og ideelle avtaleplasser for rusbehandling fra 2025.

Poliklinikkene i klinikken har gjennom pandemien hatt en betydelig henvisningsvekst, for BUP'ene ser det nå ut til å flate noe ut, men DPS'ene har en vekst på over 50 %, sammenlignet med 2019 (før pandemien). Begge fagområdene kan forventes å få nye arbeidsoppgaver, og det arbeides med tiltak for å sikre nødvendig prioritering av de samlede ressursene.

Gjennom revidert nasjonalbudsjett er det hovedretninger som er i samsvar med det klinikken vurderer er nødvendige omprioriteringer:

- Styrking av sikkerhetspsykiatrien, herunder mulighet for videreutvikling og eventuell utbygging av FACT sikkerhet
- Forventninger om redusert ventetid gjør det nødvendig å se på behovet for å styrke noen av poliklinikkene
- Utprøving av nye samarbeidsmodeller sammen med kommunene er aktuelt, og klinikken har det mest helhetlige og omfattende FACT tilbudet så langt i Norge, slik at det ligger godt til rette for å kunne prøve ut nye modeller

Klinikken har tilbud andre helseforetak ikke har per i dag. Ut fra en omprioritering av ressurser internt, er det også utredet om disse tilbudene har et tilfredsstillende konsept ut fra dagens behov. Det er faglig gode tilbud, men som sannsynligvis også vil kunne ivareta den spesialiserte kompetansen gjennom en annen, og kanskje mer aktuell organisering, med økt bruk av hjemmesykehus.

### ***Utredningsarbeid***

Forslagene under bygger på det utredningsarbeid som tidligere er gjort med rapportering til programstyre, her i hovedsak rapporten om DPS døgn, og ARA døgn utenfor sykehus. I tillegg er det gjort et oppstartsarbeid knyttet til BET-behandlingstilbudet (basal eksponeringsterapi). For øvrig vises det til rapporten om tilbudet ved Seksjon for utviklingshemmede og autisme (SUA).

Det har gjennom arbeidet vært bred involvering av medarbeidere, og samarbeidspartnere i kommunene er orientert og fått mulighet til å uttale seg om forslag om å redusere antall DPS-lokasjoner i foretaket.

I tillegg har Klinikk for intern service (KIS) i samarbeid med OPAK utredet mulige rokadeløsninger, det har vært gjennomført flere arbeidsmøter med tillitsvalgte og klinikkhovedverneombud for å sikre nødvendig beslutningsgrunnlag og prøve å synliggjøre konsekvenser, herunder risiko- og sårbarhetsanalyser.

Denne våren har det parallelt vært arbeidet med fremtidige bemanningsplaner i NSD, og estimerer for fremtidig bemanning i DPS og ARA døgn utenfor sykehus.

### ***Alternativer***

Gjennom utredningsarbeidet er det fire alternativer som har blitt detaljert. Det er foretatt kostnadsberegninger basert på bemanningsplaner, og sett på bygningsmessige løsninger som er sannsynlige å kunne realisere (bruk av eksisterende bygningsmasse i hovedsak).

Forslagene er relativt like, med to prinsipielle forskjeller:

- Enten tre eller fire døgnlokasjoner for DPS
- ARA samlet eller delt på to lokasjoner

Det er fordeler og ulemper med alle de fire alternativene, og det er ikke et forslag som utmerker seg som markant vesentlig bedre enn øvrige. Ved å redusere antall DPS lokasjoner fra fem til tre får klinikken en mulighet til å styrke det polikliniske tilbudet, som vurderes som vesentlig for å håndtere den økte henvisningsmengden, beholde personell, kunne gi et styrket tilbud til kommunene etablere nødvendig tiltak for å redusere ventetid, og gi tilbud til vesentlig flere pasienter. Mulighet til å prioritere poliklinikkene er viktig for klinikken.

Samtidig vil en omlegging fra fem til tre døgnlokasjoner innebære en mer omfattende omstilling for klinikken, flere medarbeidere blir berørt, noen vil blant annet få noe lengre reiseavstand til nytt arbeidssted.

Det er liten tvil om at det er gunstig å samle ARA ved en lokasjon, men det er uenighet om den fordelene oppveier tilsvarende ulempe for DPS døgn ved valg av lokasjon. Det gjelder særskilt reiseavstand og kompetanse knyttet til minoritetsgruppene.

ROS-analyser har vist at det er en høy risiko for tap av personell og kompetanse på kort sikt, dette vurderes å være relativt likt for alle alternativene, med noe ytterligere risiko ved å gå fra fem til tre DPS. Samtidig er det enighet om at større og mer robuste fagmiljøer på sikt vil gi en bedre rekrutteringssituasjon, en bedre mulighet til fagutvikling, forskning og innovasjonsaktivitet, samt større mulighet for utnyttelse av totalkapasitet.

Økonomisk er det forskjeller, men ikke av en slik størrelse at det kan tillegges høyere vekt enn andre argumenter. Den vesentlige forskjellen er likevel at gjennom å beholde fire DPS lokasjoner har klinikken langt mindre mulighet til å styrke VOP'ene.

Endelig forslag fra klinikkdirektør er basert på en samlet vurdering, hvordan klinikken skal kunne få til en økonomi i balanse innen 2027 (bærekraftsplan), en rokadeløsning som innebærer mulighet for avvikling av eiendomsmasse, men som samtidig er i samsvar med planene i eiendomsplan mot 2040, og som understøtter oppdragsdokument og utviklingsplanene i foretaket.

### **Klinikkdirektørens forslag – alternativ 1:**

| <b>Bygningsmessig rokade:</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Avdeling/seksjon</b>   | <b>Nåværende lokasjon</b>                                  | <b>Ny lokasjon</b>   |
| ARA døgntil behandling og LAR-poliklinikken Buskerud                            | Haugesgate., Blakstad, Bærum sykehus, Torsberg             | Torsberg   |
| DPS-døgntil samles på tre lokasjoner og omorganiseres til tre døgntil seksjoner | Dr.Høst, Sikta, Kongsberg DPS, Røyse, Torsberg             | Dr.Høststvei, Sikta, Kongsberg DPS   |
| FACT-team Drammen DPS, akutteam Drammen DPS, FACT Ung team Drammen BUP          | Torsberg, Valbrottveien 17                                 | Haugesgate   |
| FACT-team Ringerike DPS, FACT Ung Ringerike BUP                                 | Røyse, Ringerike kommune (forventes krav om leiekostnader) | Ringerike sykehus, utredes i samarbeid med KIS   |
| FACT Ung team Bærum, Spesialpoliklinikken BUPA                                  | Bjerketun  | Dr. Høststvei 35 for FACT Ung, Blakstad sykehus – mulig leieavtale<br>Spesialpoliklinikken |
| FACT-team Asker DPS, akutteam Asker DPS   | Sikta  | Mulighet for en leieavtale, utredes i samarbeid med KIS                                    |

Rokaden frigjør følgende eiendommer for foretaket:

- Bjerketun i sin helhet
- Valbrottveien 23/25 og 17
- Røyse

Dette er også blant de eiendommene som i dag er i dårligst bygningsmessig forfatning (Røyse og Bjerketun). I tillegg vil det bli ledig kapasitet innad i Bærum sykehus for annen virksomhet i foretaket. Rokaden gir også effektiviseringsmuligheter for KIS, knyttet til driftsøkonomi, ved å skulle drifte færre lokasjoner samlet sett.

### ***Gevinstrealisering***

|  | <b>Sum</b>      |
|--|-----------------|
| <b>Utgangspunkt PHR Bærekraftsplan</b>   | <b>70 mnok</b>  |
| Tiltak 2024  | 20 mnok         |
| Årsprognose 2024 ut fra dagens regnskap og drift, merforbruk i fht oppsatt plan                | 0               |
| <b>Utgangspunkt for 2025</b>   | <b>50 mnok</b>  |
| <b><i>Omprioritering i klinikken:</i></b>  |                 |
| Styrke akuttpsykiatrien med akuttseksjon D   | 37 mnok         |
| Økt bemanning ved etablering av rusakutt NSD   | 5 mnok          |
| Behov for å styrke poliklinikkene i DPS i fht henvisingsvekst                                  | 20 mnok         |
| <b>Utfordringsbilde for klinikken</b>  | <b>112 mnok</b> |
| <b><i>Tiltak:</i></b>  |                 |
| Slutføre omstilling i BUPA NSD   | 15 mnok         |
| Omstille DPS døgn fra fem til tre lokasjoner/seksjoner, estimert innsparing                    | 43 mnok         |
| Forventet inntekstvekst ved styrking av poliklinikkene i DPS                                   | 7 mnok          |
| Omgjøring av BET tilbudet (gjestepasientinntekter senere år vil også bortfalle)                | 5 mnok          |
| Omlegging av døgntilbudet i SUA til 5 døgns drift i NSD, som ledd i utvikling av hjemmesykehus | 7 mnok          |
| Nye bemanningsplaner for sykehuspsykiatrien  | 7 mnok          |
| Samling av ARA på en lokasjon  | 10 mnok         |
| Fremtidens kontortjeneste/helselogistikk-løsninger   | 3 mnok          |
| Utvikling av teammodeller etter innflytting i NSD  | 5 mnok          |
| Videre arbeid med oppgaveglidning  | 5 mnok          |
| Digitalisering   | 5 mnok          |
|  |                 |
| <b>Restutfordring</b>  | <b>0</b>        |

Klinikken vil starte arbeidet med gevinstrealisering ved gjennomføring av nødvendig omstilling for å tilpasse bemanningsplaner NSD, samt gjennomføre rokadene. Tidsperspektivet her vil måtte koordineres med innflytting i NSD. Når det gjelder tiltakene med helselogistikk, teammodeller, digitalisering og oppgaveglidning vil konkretiseringen av disse jobbes ut frem mot 2026.

### ***Helhetlig plan***

Endring av døgnkapasiteten mellom sykehus og DPS vurderes som vesentlig å realisere. Det er godt kjent at kapasiteten i sykehuspsykiatrien er under stadig press, også nasjonalt, men det samme er ikke tilfelle for kapasiteten i DPS. Det er en hyppig hendelse at det er ledige døgnplasser i DPS parallelt med overbelegg på Blakstad, men det er ingen pasienter som kan flyttes grunnet funksjonsnivå og behov for de rammene som er på Blakstad (bruk av tvunget vern etter psykisk helsevernloven). Klinikken gjennomførte i 2017 en reduksjon i antall døgnplasser, med parallell oppbygging av FACT team. Ut fra dialog med kommunene i opptaksområdet er det en riktig og viktig prioritering, som også sikrer flere pasienter et tilbud. Det har ikke vært kapasitetsutfordringer i DPS etter endringen i 2017.

Klinikken har behov for å sikre nødvendig kapasitet innen akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, alderspsykiatri og psykosebehandling ved innflytting i NSD. Antall døgnplasser for alderspsykiatri, akuttpsykiatri og sikkerhetspsykiatri vil da øke. I tillegg vil den reelle

kapasiteten for psykosebehandling også øke når de bygningsmessige rammene gjør at sammenslåingen av Usek og USU kan få full effekt, også knyttet til hvilke pasienter som kan behandles i ny seksjon for unge voksne.

Kommunene har signalisert økende utfordringer knyttet til økningen i antall eldre med omfattende sykdomsbilde. Det vil være et mål for klinikken å prøve å få til et samarbeid med aktuelle kommuner for et forprosjekt for FACT eldre.

Kapasiteten i de voksenpsykiatriske poliklinikkene er betydelig utfordret med henvisningsveksten de senere årene. Gjennom felles henvisningsmottak er andelen avslag økt, dog mindre enn ved en del sammenlignbare foretak, og ventetiden er økt. Det vil være en viktig satsning for klinikken å redusere og stabilisere ventetid.

Tilbudet ved SUA bør sannsynligvis dreies mot en hjemmesykehusmodell. Dette vil være et omfattende arbeid, som best gjøres i tett samarbeid med kommunene i opptaksområdet. Dette er en sårbar pasientgruppe, slik at denne dreiningen bør gjøres med bruk av tilstrekkelig tid. Første ledd vil være en omlegging til femdøgnsdrift ved innflytting i NSD.

Klinikken har et særegent kompetansemiljø i BET-seksjonen. Dette vil være viktig å bevare og videreutvikle. Samtidig er dagens organisering i liten grad bærekraftig videre. Ventetid på over 12 mnd gjør at tilbudet ikke har innvirkning i vesentlig grad på pasientforløpene i klinikken, og profilen de siste årene har vært et mer landsomfattende tilbud. Det er ikke medfølgende noen finansiering knyttet til dette, rent bort sett fra gjestepasientinntekter. Det bør konsekvensutredes følgende alternativ høsten 2024, kompetanseteam knyttet til akuttpsykiatrien/somatikken for pasienter med alvorlig selvsykdom. Et slikt team bør knyttes til sykehuspsykiatrien, og videreutvikles derfra. Alternativt bør det vurderes om klinikken bør opprette et poliklinisk team med områdeansvar på linje med OCD-teamet for pasienter med alvorlig selvsykdom. Et slikt team bør organiseres under DPS.

DPS døgnet vil ha tilbud på færre lokasjoner. Det gir en mulighet til å utvikle deler av tilbudet mot mer tematisk organisering, jf rapport fra ekspertutvalget – Forenkle og forbedre. Rapporten fra DPS døgnet viser en betydelig variasjon mellom tilbudene, noe som for øvrig er vanlig på landsbasis, og i tråd med opprinnelig DPS-modell med utforming av tjenester i tett samarbeid med kommunene. En bærekraftig helsetjeneste fremover tilsier at det er nødvendig med tydeligere oppgavefordeling for de pasienter som har behov for døgninnleggelse. Samtidig vil dette også kunne gi mulighetsrom for økt faglig fordypning, som forhåpentligvis vil være rekrutterende på sikt. Omorganiseringen av DPS'ene vil medføre en oppsplitting av fagmiljø, og risikoreduerende tiltak for å beholde viktig kompetanse og sikre samhandling internt og eksternt vil være av stor betydning.

For ARA vurderes det at en samling vil ha stor positiv betydning på sikt. TSB er det yngste fagområdet i klinikken, og har sannsynligvis også de største rekrutteringsutfordringene. Samling av fagmiljøer ser vi også gjøres ved flere andre helseforetak. ARA samlet vil gi bedre muligheter fagutvikling og forskning.

Samlet sett er det bygningskapasitet til å opprettholde dagens døgnkapasitet i klinikken.

### ***Gjennomføring***

Forslaget innebærer en stor omstilling for klinikken, og det vurderes som nødvendig å lage en organisering for å ivareta dette. Endring av lokasjoner vil for en del medarbeidere innebære lengre reiseavstand, som samtidig vil innebære en risiko for betydelig tap av kompetanse. Koordinering av hele prosessen vil forhåpentligvis kunne gi større valgmuligheter for medarbeidere, noe som er et tiltak for å beholde kompetanse.

Det er gjennomført en sårbarhetsanalyse for de fire aktuelle alternativene, og basert på denne må arbeidet med konkretisering av tiltak for å kunne gjennomføre alternativ 1 starte opp umiddelbart.

I første fase står klinikken ovenfor et viktig informasjonsarbeid mot medarbeidere og kommunale samarbeidspartnere, hvor koordinert og likelydende informasjon vil være viktig. Det understrekes viktigheten av at ingen faste medarbeidere vil bli oppsagt som følge av omstillingsprosessen, og at foretaket har retningslinjer og erfaring med gjennomføring av større omstillingsprosesser.

Omstillingsprosessen vil gjennomføres høst 24/vinter 25.

### ***Klinikkdirektørs vurdering***

For mange medarbeidere har det vært krevende å vente på en beslutning rundt fremtidig lokalisering av klinikkens tilbud. For klinikken har det sannsynligvis vært en styrke at tillitsvalgte og klinikkverneombud tydeliggjorde at opprinnelig forslag manglet helhet for klinikken, og var for mangelfullt knyttet opp mot bærekraftsplanen. Det har åpnet flere mulighetsrom, og særlig muligheten til å styrke poliklinikkene er veldig viktig å realisere.

Alternativ 1 og 2 er de to som gir klinikken mulighet for å styrke VOP parallelt med gjennomføring av de prioriteringer vil tidligere har gjort knyttet til NSD.

Forslaget om å samlokalisere ARA opprettholdes. Det som til slutt blir utslagsgivende er at TSB-feltet er klinikkens yngste fagområde, og har sannsynligvis også de største rekrutteringsutfordringene i klinikken. Samling av ARA og etablering av rusakutt vurderes å være viktige elementer for videre utvikling av TSB området i klinikken.

### ***Forslag til vedtak***

Basert på utredningsarbeidet som har vært gjennomført, herunder konsekvensvurderinger og sårbarhetsanalyser, vil klinikkdirektørens forslag være PHR's korrigerede handlingsplan for økonomisk bærekraft.

Forslaget innebærer budsjettjusteringer innad i klinikken mellom avdelinger og seksjoner, hvor rokaden er forventet å kunne gjennomføres innen utgangen av 2025.

Det vil være nødvendig å detaljere og kvalitetssikre de økonomiske estimatene ytterligere i forbindelse med drøftinger av bemannings- og kompetanseplaner blant annet. Det innebærer også en nærmere beskrivelse av organisering når lokalisering er besluttet.

ROS-analysene følges opp med tiltaksbeskrivelser.

Klinikkdirektør vil oversende sin anbefaling til foretaksledelsen etter gjennomførte drøftinger, for vurdering av videre prosess.